

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Lucie Krombholzová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Delirium na jednotce intenzivní péče

Bakalářská práce

2025

Lucie Krombholzová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lucie Krombholzová**
Osobní číslo: **Z22119**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **Delirium na jednotce intenzivní péče**
Téma práce anglicky: **Delirium in the intensive care unit**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Čáповá**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Delirium na jednotce intenzivní péče* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 4. 2025

Lucie Krombholzová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce, Mgr. Markétě Čákové, za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a vstřícný přístup při zpracování této práce. Její podpora a podnětné připomínky mi byly v průběhu celého procesu velkou oporou a motivací. Děkuji za ochotu sdílet své zkušenosti a čas, který mi věnovala.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou deliria na jednotce intenzivní péče se zaměřením na roli nelékařského zdravotnického personálu. Teoretická část shrnuje aktuální poznatky o příčinách, diagnostice, prevenci a léčbě deliria, včetně využívaných hodnoticích nástrojů a významu edukace personálu. Praktická část je založena na kvalitativním až smíšeném průzkumu formou rozhovorů s pracovníky neurologické jednotky intenzivní péče v nemocnici krajského typu a zaměřuje se na jejich zkušenosti s péčí o pacienty s deliriem. Cílem práce je přispět ke zlepšení povědomí o delirantních stavech a podpořit kvalitní a bezpečnou péči v intenzivní medicíně.

KLÍČOVÁ SLOVA

delirium, jednotka intenzivní péče, ošetrovatelská péče, nelékařský zdravotnický personál, edukace, komunikace

TITLE

Delirium in the intensive care unit

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on the issue of delirium in the intensive care unit, with an emphasis on the role of non-medical healthcare professionals. The theoretical part summarizes current knowledge regarding the causes, diagnosis, prevention, and treatment of delirium, including the use of assessment tools and the importance of staff education. The practical part is based on qualitative to mixed-method research conducted through interviews with staff members of the neurological intensive care unit in a regional hospital, focusing on their experience in caring for patients with delirium. The aim of this thesis is to contribute to raising awareness of delirious states and to support high-quality and safe care in intensive medicine.

KEYWORDS

delirium, intensive care unit, nursing care, non-medical healthcare staff, education, communication

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle	13
Teoretická část	14
2 Delirium.....	14
2.1 Definice a typy deliria.....	14
2.1.1 Hyperaktivní delirium.....	16
2.1.2 Hypoaktivní delirium.....	16
2.1.3 Smíšené delirium	16
2.2 Patofyziologie	16
2.3 Příčiny a rizikové faktory	17
2.4 Prevence a léčba.....	18
2.4.1 Nefarmakologické metody prevence a léčby	18
2.4.2 Farmakologické postupy léčby	19
2.5 Diagnostika	20
2.5.1 Klinické vyšetření	20
2.5.2 Diagnostické nástroje pro rozpoznání deliria	20
2.5.3 Pomocná vyšetření.....	21
2.5.4 Diferenciální diagnostika: delirium vs. demence vs. deprese.....	21
2.6 Výskyt deliria na jednotkách intenzivní péče	22
2.7 Důsledky deliria.....	23
2.8 Role nelékařského zdravotnického personálu.....	24
2.8.1 Komunikace s pacientem v delirantním stavu	25
2.8.2 Komunikace s rodinou pacienta.....	26
2.8.3 Edukace zdravotnického personálu v oblasti deliria.....	26

Průzkumná část	28
3 Metodika průzkumné části.....	28
3.1 Průzkumný soubor	29
3.1.1 Charakteristika respondentů	29
3.2 Metoda sběru dat.....	30
3.3 Zpracování a analýza dat	30
3.4 Etické aspekty průzkumu.....	30
4 Interpretace výsledků.....	31
4.1 Prevence a léčba deliria	31
4.1.1 Diagnostika a hodnocení stavu	32
4.1.2 Rizikové faktory deliria	33
4.1.3 Projevy deliria z pohledu zdravotnického nelékařského personálu.....	34
4.1.4 Edukace a vzdělávání.....	35
4.1.5 Komunikace s pacientem s deliriem	36
4.1.6 Role rodiny	36
4.1.7 Výzvy a náročnost péče	37
4.1.8 Doporučení pro praxi	37
4.2 Výsledky průzkumu.....	37
5 Diskuze	39
5.1 Prevence a léčba deliria v kontextu průzkumu	39
5.2 Diagnostika a hodnocení deliria v klinické praxi	40
5.3 Rizikové faktory a specifika neurologických pacientů.....	42
5.4 Komunikace v kontextu průzkumu.....	43
5.5 Edukace zdravotnického personálu a prostor pro zlepšení praxe	45
5.6 Doporučení pro praxi	46
6 Závěr	48
7 Použitá literatura	50

7.1	Primární zdroje	50
7.2	Sekundární zdroje	50
7.3	Odborná literatura	50
7.4	Odborné články	51
7.5	Internetové zdroje	53
7.6	Ostatní	54
8	Přílohy.....	55

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 – respondent č. 1	57
Tabulka 2 – respondent č. 2	60
Tabulka 3 – respondent č. 3	63
Tabulka 4 – respondent č. 4	66
Tabulka 5 – respondent č. 5	69
Tabulka 6 – respondent č. 6	72
Tabulka 7 – respondent č. 7	77
Tabulka 8 – respondent č. 8	80
Tabulka 9 – rozlišení delirium/demence/deprese (Registered Nurses‘ Association of Ontario, 2010)	83
Tabulka 10 – výsledky průzkumu	84
Tabulka 11 – charakteristika respondentů	86

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
FDA	Food and Drug Administration
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist
JIP	Jednotka intenzivní péče
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NEU JIP	Neurologická jednotka intenzivní péče
Nu-DESC	Nursing Delirium Screening Scale
SAS	Sedation-Agitation Scale
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VŠ	Vysoká škola

ÚVOD

Delirium představuje akutní poruchu vědomí a pozornosti, která je typicky spojena s kolísavým průběhem a kognitivním deficitem. Jde o častý, avšak často nedostatečně rozpoznávaný stav u hospitalizovaných pacientů, zejména na jednotkách intenzivní péče (JIP) (Černá Pařízková, 2019). Vzhledem ke své nepředvídatelnosti, rychlému nástupu a schopnosti ovlivnit prognózu pacienta se delirium stává závažným problémem nejen v klinické praxi, ale i v oblasti nelékařských zdravotnických profesí. Podle odborných studií se výskyt deliria u pacientů na JIP pohybuje v rozmezí 20–80 %, přičemž hypoaktivní forma je často přehlížena a chybně diagnostikována (Ely et al., 2004). Delirantní stavy jsou spojeny s prodlouženou hospitalizací, zvýšenou mortalitou, vyššími náklady na zdravotní péči i dlouhodobými kognitivními poruchami. Významně zatěžuje jak zdravotní systém, tak samotné pacienty i jejich rodiny (Inouye et al., 2014).

V České republice se otázka deliria stává stále častějším předmětem výzkumu i klinické praxe, avšak jeho diagnostika i léčba zůstávají často nedostatečné, především kvůli nejasné identifikaci, nedostatku edukace personálu a absenci standardizovaných postupů (Kratochvíl et al., 2019; Dobiášová, 2021).

Téma bylo zvoleno nejen s ohledem na jeho klinickou závažnost, ale také kvůli jeho mezioborovému charakteru. Delirium zasahuje do oblastí neurologie, intenzivní medicíny, psychiatrie i ošetrovatelství. Přestože se jedná o velmi častý problém, v běžné klinické praxi bývá delirium přehlíženo, a to zejména jeho hypoaktivní forma, která může být chybně interpretována jako apatie nebo deprese (Marek et al. 2015). Vzhledem k rostoucímu počtu seniorních pacientů a nárůstu polymorbidních stavů lze očekávat i zvýšení výskytu deliria, což upozorňuje na nutnost adekvátní prevence, včasné diagnostiky a cílené péče (Závadová a Tůmová, 2011, Marek et al., 2015).

Hlavním cílem bakalářské práce je shrnutí aktuálních poznatků týkajících se problematiky deliria, jeho prevence a léčby. V teoretické části je popsána klasifikace deliria, jeho patofyziologické mechanismy, rizikové faktory, diagnostické metody a možnosti farmakologické i nefarmakologické terapie. Praktická část je zaměřena na analýzu dat získaných prostřednictvím rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky neurologické JIP nemocnice krajského typu, a to se zaměřením na jejich zkušenosti s diagnostikou, prevencí a péčí o pacienty s deliriem a využívané komunikační strategie.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

- Shrnout aktuální informace o deliriu a jeho prevenci a léčbě,
- Popsat hodnoticí a měřicí nástroje k diagnostice deliria používané na neurologické jednotce intenzivní péče nemocnice krajského typu,
- Zjistit faktory přispívající k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů,
- Zjistit míru edukace zdravotnických nelékařských pracovníků na neurologické jednotce intenzivní péče v krajské nemocnici v oblasti delirantních stavů,
- Zmapovat komunikační techniky zdravotnických nelékařských pracovníků s pacientem v deliriu na neurologické jednotce intenzivní péče v krajské nemocnici.

1.2 Metody k dosažení cíle

K dosažení stanovených cílů této bakalářské práce byla využita kombinace metod zahrnující literární rešerši, kvalitativní sběr dat a následnou tematickou analýzu. Literární rešerše byla provedena pomocí odborné literatury, článků a studií dostupných v databázích *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science* a *Google Scholar*, a sloužila jako základ pro zpracování teoretické části. Praktická část byla realizována formou polostrukturovaných rozhovorů s nelékařským zdravotnickým personálem na neurologické jednotce intenzivní péče v nemocnici krajského typu, které probíhaly od 1. 2. 2025 do 31. 3. 2025. Data z rozhovorů byla následně zpracována tematickou analýzou – nejprve otevřeným a poté axiálním kódováním – což umožnilo identifikaci klíčových témat, porozumění zkušenostem respondentů a hlubší vhléd do problematiky deliria v intenzivní péči.

TEORETICKÁ ČÁST

2 DELIRIUM

Delirium je akutní porucha vědomí charakterizovaná změnami pozornosti, kognitivních funkcí a vnímání, která se obvykle vyvíjí rychle a je často reverzibilní. U pacientů na jednotkách intenzivní péče (JIP) je výskyt deliria vysoký a je spojen se zvýšenou morbiditou a mortalitou. Dále je spojen s delší hospitalizací a vyššími náklady na zdravotní péči (Černá Pařízková, 2019). Objevuje se rychle (během několika hodin až dnů) a jeho průběh je často fluktuující (Marcantonio, 2017). Typicky vznikne náhle, často v důsledku fyzického nebo metabolického stresu. Prevalence je nejvyšší u pacientů s těžkým onemocněním, u kterých se často kombinuje více faktorů, jako je infekce, metabolická dysbalance, dehydratace, intoxikace léky nebo abstinence od alkoholu (Černá Pařízková, 2019). Delirium se objevuje v různých situacích, nejčastěji u hospitalizovaných pacientů, zejména v intenzivní péči, po operacích nebo u starších pacientů (Černá Pařízková, 2019). Jedná se o skupinu věku nad 65 let, neboť starší pacienti jsou kvůli chronickým onemocněním a zhoršení mozkových funkcí k deliriu náchylnější (Inouye et al., 2014).

2.1 Definice a typy deliria

Podle Klasifikace Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) a Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se delirium definuje jako přechodný, náhle vznikající organický psychosyndrom, který vznikne v důsledku somatické nebo psychické choroby či poruchy, která přesahuje adaptační schopnosti mozku (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024). Delirantní stavy se mohou vyskytovat v jakémkoli věku, ale nejčastěji se vyskytují u starších lidí. Často se tyto stavy vyskytují u pacientů v pooperačním období (Černá Pařízková, 2019).

Delirium se řadí mezi kvalitativní poruchy vědomí, které se vyznačují narušením psychických funkcí, jako je vnímání, myšlení, pozornost, paměť nebo orientace. Tyto poruchy mají obvykle organickou příčinu, například v důsledku metabolických poruch, infekcí, intoxikací nebo přímého poškození mozku. Na rozdíl od kvantitativních poruch vědomí, při nichž dochází ke změně úrovně bdělosti, je při kvalitativních poruchách pacient většinou při vědomí, ale jeho schopnost zpracovávat informace a adekvátně reagovat na podněty je výrazně narušena. Vedle deliria sem řadíme například amenci, označovanou také jako zmatenost, která se projevuje dezorientací a nesouvislým myšlením, přičemž halucinace zde nejsou typickým projevem. Dalším typem kvalitativní poruchy vědomí je obnubilace – krátkodobý stav narušeného vědomí

doprovázený automatickým jednáním, po němž si pacient zpravidla nic nepamatuje. Mezi tyto poruchy patří také tzv. stav snového vědomí, při kterém dochází k výraznému odtržení od reality a výskytu intenzivních halucinací či iluzí, což připomíná snový stav (Kalvach et al., 2016). Mezi kvalitativní poruchy vědomí se řadí i delirium tremens, což je akutní, život ohrožující stav vznikající po náhlém vysazení alkoholu u chronických uživatelů. Projevuje se zmateností, halucinacemi, třesem a vegetativními příznaky. Příznaky se obvykle rozvíjejí 24–72 hodin po přerušení konzumace alkoholu a trvají přibližně čtyři dny. Rizikové faktory zahrnují předchozí epizody DT, křeče v anamnéze, vyšší věk a přítomnost somatických komplikací, jako je selhání jater či elektrolytová dysbalance. Úmrtnost se pohybuje mezi 5–15 %, přičemž včasná diagnostika a adekvátní léčba jsou klíčové pro zlepšení prognózy. Léčba zahrnuje podávání vysokých dávek clomethiazolu nebo benzodiazepinů, parenterální hydrataci, sledování vnitřního prostředí a léčbu přidružených komplikací. V některých případech je nutná hospitalizace na jednotce intenzivní péče s účastí psychiatra jako konziliáře (Pilch, 2011).

Druhou skupinou jsou kvantitativní poruchy vědomí, které zahrnují změny hloubky i kvality vědomí. Tyto poruchy se projevují narušením bdělosti a kognitivních funkcí. Somnolence je stav charakterizovaný zvýšenou ospalostí, při které pacient reaguje na verbální podněty, ale je snadno unavitelný a znovu upadá do spánku. Další kvantitativní poruchou vědomí je sopor, což je stav hluboké ospalosti, kdy pacient reaguje pouze na bolestivé podněty a spontánní aktivita je minimální. Nejhlubší kvantitativní poruchou vědomí je kóma. Lidé, kteří jsou v kómatu, nereagují na žádné podněty (verbální, mechanické ani bolestivé). Při kómatu dochází ke ztrátě reflexů a ochranných mechanismů, což často vyžaduje intenzivní lékařskou péči. Kvantitativní poruchy vědomí jsou obvykle diagnostikovány pomocí neurologického vyšetření a skórovacích systémů, jako je Glasgow Coma Scale (GCS), která hodnotí úroveň vědomí na základě verbální, motorické a oční reakce pacienta. (Bednařík, 2017). Delirium se odlišuje od kvantitativních poruch, jako je somnolence nebo kóma, tím, že je přítomna dezorientace a narušená pozornost. Je zde i kognitivní deficit a někdy také halucinace či bludy (Truhlář, 2019).

Delirantní stavy jsou charakterizovány přechodným a akutním narušením mentálních schopností, často spojeným s fyziologickými změnami nebo závažným onemocněním (Truhlář, 2019). Delirium se u pacientů projevuje v pěti hlavních oblastech. První je pozornost, která hraje klíčovou roli při posuzování celkového stavu a chování v různých situacích. Druhou oblastí je kognitivní deficit, který se projevuje dezorientací, poruchou paměti a selháváním abstraktivního myšlení a verbalizace. Třetí oblastí je emoční nestabilita, na kterou ukazuje

agrese či anxiózní, až paranoidní projevy. Čtvrtou oblastí je psychomotorický neklid, kdy vnější prostředí může značně poznat, že pacient je v nepořádku psychickými i motorickými projevy. Poslední, pátou oblastí je porucha spánkového cyklu, kdy nejčastěji pacient stagnuje ve fázi bdění (Maláska, 2020). V rámci klinického obrazu pacientů se rozlišují tři hlavní typy, jimiž jsou hypoaktivní, hyperaktivní a smíšený.

2.1.1 Hyperaktivní delirium

Delirium rozlišujeme podle tří hlavních typů. Prvním typem je hyperaktivní delirium, které charakterizuje zvýšená psychomotorická aktivita, neklid, agresivita, halucinace a bludy. Pacienti mohou vykazovat zvýšenou bdělost, agitovanost a dezorientaci. Tento typ deliria je snadno rozpoznatelný díky nápadnému chování a rychlé změně psychického stavu pacienta. Hyperaktivní delirium se často objevuje v souvislosti s intoxikací drogami, alkoholem, abstinenčními příznaky, těžkými infekcemi nebo metabolickými poruchami. Důležitá je rychlá diagnostika a léčba, která zahrnuje odstranění spouštějící příčiny, podporu základních životních funkcí a farmakologickou intervenci, pokud je to nezbytné. Sedativa, jako jsou benzodiazepiny nebo antipsychotika, mohou být využita k uklidnění pacienta a prevenci sebepoškození nebo poškození okolí (Černá Pařízková, 2019).

2.1.2 Hypoaktivní delirium

Hypoaktivní typ deliria postihuje podle odborné literatury více než 40 % pacientů, přičemž je častější u starších jedinců. Tento typ se vyznačuje sníženou aktivitou, apatií, ospalostí a celkovou pasivitou pacienta. Jeho diagnostika bývá složitější, což vede k častému přehlížení a nedostatečné léčbě, a zároveň je spojováno s vyšší úmrtností (Černá Pařízková, 2019). To, že personál tomuto typu nemusí věnovat tolik pozornosti, může často vést k záměně za depresivní stavy, demenci a špatnou náladu. Pacienti jsou zpomalení a méně spolupracují, tudíž může být obtížné tento typ deliria rozpoznat, pokud není pacient důkladně pozorován (Káňová, 2015).

2.1.3 Smíšené delirium

Nejčastějším typem deliria je smíšené delirium, kde se střídají obě fáze s různou intenzitou a délkou trvání. Tento kolísavý průběh může ztížit diagnostiku a včasnou intervenci. Je důležité pacienty monitorovat a důkladně pozorovat, aby bylo možné zahájit adekvátní léčbu a prevenci následných komplikací (Černá Pařízková, 2019).

2.2 Patofyziologie

Patofyziologické mechanismy vzniku deliria jsou stále předmětem intenzivního zkoumání. Současné poznatky naznačují, že se na jeho rozvoji podílí více různých mechanismů, které se

mohou vzájemně překrývat a ovlivňovat v závislosti na konkrétní klinické situaci, například při pooperačních stavech nebo sepsi (Maláska, 2020). Předpokládá se, že významnou roli dále léková toxicita, zánětlivá odpověď organismu a akutní stresová reakce vedoucí k narušení neurotransmise vyplavením nadměrné hladiny kortizolu (Černá Pařízková, 2019).

Klíčovým mechanismem při vzniku deliria je nerovnováha v mozkových přenašečích (neurotransmiterech). Dochází zejména k poklesu aktivity cholinergního systému, který je důležitý pro pozornost a myšlení. Čím větší je tento pokles, tím závažnější může být delirium, což se děje u pacientů po operacích. Naopak dochází ke zvýšení hladiny dopaminu, což dále zhoršuje příznaky. Kromě toho se mění hladiny dalších neurotransmiterů, například glutamátu, serotoninu a GABA. Tyto změny narušují propojení mezi mozkovými buňkami, a to nejen v mozkové kůře, ale i v hlubších částech mozku, jako jsou bazální ganglia a retikulární formace, které se podílejí na regulaci vědomí a pohybu (Maláska, 2020).

Přesné příčiny změn hladin neurotransmiterů nejsou zatím jasné, ale existuje několik teorií, které se je snaží vysvětlit. Neuroinflamační teorie říká, že delirium vzniká kvůli zánětlivé reakci těla, která narušuje ochrannou bariéru mezi krví a mozkiem. Další je neuroendokrinní teorie, která se zaměřuje na vliv stresových hormonů, zejména na zvýšené hladiny kortizolu, které mohou poškodit paměťové centrum mozku (hipokampus). Teorie oxidačního stresu předpokládá, že delirium souvisí s poruchou energetického metabolismu mozku, což vede k poškození buněk. Melatoninová teorie vysvětluje, že delirium vzniká nízkou hladinou melatoninu, který ovlivňuje spánek a bdělost. Involuční teorie spojuje delirium se stárnutím mozku, kdy dochází k úbytku nervových buněk a změnám v mozkových funkcích. Ačkoliv bylo testováno několik terapeutických přístupů založených na těchto teoriích, dosud nebyl nalezen jednoznačně účinný způsob prevence nebo léčby deliria (Maláska, 2020).

2.3 Příčiny a rizikové faktory

Příčiny a rizikové faktory jsou multifaktoriální a mohou být ovlivněny jak vnitřními (endogenními), tak vnějšími (exogenními) faktory. Mezi hlavní predispoziční faktory patří vyšší věk, předchozí kognitivní poruchy, neurologická onemocnění, těžké somatické choroby a polymorbidita. U hospitalizovaných pacientů je delirium častější mezi jedinci s dehydratací, metabolickými poruchami, infekcemi, hypoxií nebo orgánovým selháním (Inouye, 2014).

Delirium na jednotkách intenzivní péče je spojeno s několika významnými rizikovými faktory. Mezi hlavní predisponující faktory patří demence, arteriální hypertenze, nadměrná konzumace alkoholu a závažnost celkového zdravotního stavu pacienta. Tyto faktory jsou sice v akutní fázi

léčby neovlivnitelné, avšak mohou být využity k predikci rozvoje deliria. Naopak precipitující faktory, které přispívají ke vzniku tohoto stavu, mohou být potencionálně ovlivněny preventivními opatřeními. Současný přístup v intenzivní péči klade důraz nejen na včasnou diagnostiku a léčbu deliria, ale především na preventivní strategie zaměřené na modifikované rizikové faktory s cílem snížit výskyt, délku trvání a stupeň závažnosti deliria (Černá Pařízková, 2019).

Mezi spouštěče deliria patří užívání sedativ, analgetik nebo anticholinergních léků, chirurgické zákroky, zejména na srdci nebo na mozku, a dlouhodobá hospitalizace na jednotkách intenzivní péče. Dalšími faktory mohou být zejména prostředí, nedostatek spánku, bolest, stres či sensorická deprivace. Delirium je také časté u pacientů s abstinenčními příznaky po vysazení alkoholu nebo jiných návykových látek.

Včasná identifikace rizikových faktorů a prevence mohou významně snížit výskyt deliria a jeho negativní dopady na pacienty, včetně delší hospitalizace, vyšší morbidity a mortality (Inouve, 2014).

2.4 Prevence a léčba

Prevence deliria je klíčovým aspektem péče o hospitalizované pacienty, zejména na jednotkách intenzivní péče. Základním přístupem k prevenci je eliminace rizikových faktorů a implementace nefarmakologických opatření. K hlavním preventivním opatřením patří pravidelná orientace pacienta v čase a prostoru, dostatečná hydratace a výživa, zajištění adekvátního spánkového režimu a podpora mobility. Důležitou roli hraje také edukace zdravotnického personálu a včasná identifikace pacientů se zvýšeným rizikem rozvoje deliria (Maláska, 2020).

Léčba deliria je komplexní a zahrnuje jak nefarmakologické, tak farmakologické postupy léčby. Primárně se doporučuje odstranění vyvolávající příčiny, jako jsou metabolické poruchy, infekce nebo nežádoucí účinky léčiv.

2.4.1 Nefarmakologické metody prevence a léčby

Nefarmakologické metody prevence a léčby deliria se zaměřují především na tři klíčové oblasti: orientaci pacienta, spánkový režim a kognitivní stimulaci. Důležité je udržovat pacientovu orientaci v čase a prostoru, což lze podpořit pravidelným kontaktem s rodinou a používáním vizuálních pomůcek, jako jsou hodiny nebo kalendář. Pro minimalizaci rizika deliria je nezbytné dbát na správný spánkový režim, vytvořit klidné prostředí a minimalizovat rušivé

faktory, zejména v nočních hodinách. Kognitivní stimulace hraje významnou roli při rehabilitaci pacientů – pravidelné rozhovory s personálem a blízkými, čtení či sledování televize mohou přispět k udržení duševní aktivity. Nedílnou součástí nefarmakologických přístupů je také podpora pohybu a prevence dlouhodobé imobilizace, přičemž pacienti by měli být motivováni k častým změnám polohy a pokud možno i k samostatnému pohybu (Maláska, 2020).

2.4.2 Farmakologické postupy léčby

V současnosti nemá farmakologická léčba deliria jednoznačně prokázanou účinnost, a proto podávání psychofarmak jako prevence není doporučeno. Neexistuje žádný lék s jasně potvrzeným efektem pro léčbu deliria v intenzivní péči a žádná medikace doposud pro tento účel nebyla schválena FDA (U.S. Food and Drug Administration). Podávání léků je tak spíše zaměřeno na zmírnění symptomů a dočasné zvládnutí stavu pacienta.

Benzodiazepiny nejsou obecně doporučovány, protože jejich užívání je spojováno s vyšším výskytem deliria. Výjimkou je jejich podávání při odvykacím syndromu, například u pacientů závislých na alkoholu.

Haloperidol je jedním z nejčastěji užívaných léků v léčbě deliria v intenzivní péči, ale jeho použití je omezeno kvůli možným nežádoucím účinkům, jako jsou extrapyramidové poruchy (neurologické poruchy pohybu) nebo prodloužení QT intervalu na EKG. Haloperidol může snižovat riziko křečí, ale není vhodný u pacientů s demencí, protože jeho dlouhodobé podávání může snižovat mortalitu. Kromě haloperidolu se užívají i jiná antipsychotika, jako je kvetiapin, olanzapin a risperidon, které mají srovnatelnou účinnost, ale s nižším výskytem extrapyramidových účinků. Nevýhodou některých z těchto léků je sedativní účinek a absence intravenózní formy.

Dexmedetomidin se uplatňuje zejména u pacientů, kteří vyžadují snížení dávek jiných sedativ nebo analgetik, výhodou je možnost úplného vysazení opiátů, což má příznivý vliv na zmírnění deliria (Maláska, 2020).

Melatonin hraje roli v regulaci cirkadiánního rytmu, což je biologický mechanismus, který ovlivňuje naše tělesné funkce (Daňhelová, 2024). Je zkoumán jako možný prostředek ovlivňující delirium. Výsledky studií jsou však zatím nejednoznačné a neprokazují jasný přínos jeho podávání (Maláska, 2020).

2.5 Diagnostika

Diagnostika deliria, zejména hypoaktivního typu, představuje v intenzivní péči významnou výzvu. Při hodnocení pacienta je nezbytné zohlednit jak rizikové faktory, tak vyvolávající příčiny, přičemž zásadní roli hraje také užívání medikace, jelikož některé léky mohou delirium vyvolat či zhoršit jeho průběh.

2.5.1 Klinické vyšetření

Při jakékoli změně neurologického stavu pacienta je nezbytné provést podrobné klinické vyšetření lékařem. Náhlý vznik poruchy pozornosti, neklidu, kognitivního deficitu nebo emoční nestability by neměl být automaticky přiřazován k předchozímu stavu pacienta bez důkladného vyšetření.

Diagnostika deliria se nesoustředí pouze na neurokognitivní projevy, ale zahrnuje i komplexní hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta. Je důležité posoudit hydrataci, rovnováhu tekutin, diurézu, kapilární návrat a další fyziologické parametry, které mohou přispět k rozvoji deliria (Maláska, 2020).

2.5.2 Diagnostické nástroje pro rozpoznání deliria

Včasné rozpoznání deliria na JIP je klíčové pro zajištění adekvátní péče a minimalizaci komplikací. Klinické hodnocení bývá často nedostatečné, zejména u hypoaktivního typu deliria, který bývá snadno přehlédnut. Proto jsou v klinické praxi využívány standardizované diagnostické nástroje, které umožňují objektivní posouzení přítomnosti deliria, a to i u pacientů neschopných verbální komunikace.

Jedním z nejpoužívanějších nástrojů je Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Tento nástroj je uzpůsoben pro použití na JIP, včetně pacientů, kteří jsou sedováni nebo intubováni. Diagnostika pomocí CAM-ICU je založena na hodnocení čtyř kritérií: náhlý nástup a kolísavý průběh změn mentálního stavu, porucha pozornosti, narušená soudržnost myšlenek a změněná úroveň vědomí. Pro potvrzení diagnózy musí být přítomna dvě kritéria a alespoň jedno z posledních dvou. Tento nástroj vykazuje vysokou senzitivitu (až 97 %) a specifitu (93 %), což ho činí velmi spolehlivým pro použití v podmínkách intenzivní péče (Pokorná, 2011). Doporučuje se provádět testování minimálně dvakrát denně, přičemž změny v neurologickém stavu pacienta by měly být okamžitě zaznamenávány. Správné používání tohoto nástroje zajišťuje vysokou senzitivitu a specifitu (Maláska, 2020).

Dalším nástrojem je Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), který hodnotí osm klinických oblastí během 24 hodin: poruchu vědomí, dezorientaci, halucinace a bludy, psychomotorickou agitaci nebo retardaci, nevhodné spánkové vzorce a akutní nástup příznaků s kolísavým průběhem. Každá položka je bodována a celkové skóre čtyři a více indikuje přítomnost deliria (Bednařík et al. 2022). Výhodou tohoto nástroje je možnost průběžného sledování změn v klinickém stavu pacienta.

V ošetrovatelské praxi se rovněž uplatňuje Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC), který je určen především pro zdravotní sestry a ošetrovatelský personál. Tento pětibodový screeningový nástroj hodnotí dezorientaci, nevhodné chování, narušenou komunikaci, halucinace a psychomotorické změny. Každá položka je hodnocena v rozsahu 0–2 bodů, přičemž skóre ≥ 2 je považováno za pozitivní výsledek screeningu (Hrachovinová, 2020). Výhodou Nu-DESC je rychlá administrace a snadné použití v běžném klinickém provozu.

Použití těchto nástrojů významně přispívá k včasné detekci deliria, umožňuje celou jeho cílenou léčbu a celkově zlepšuje výsledky léčby pacientů hospitalizovaných na JIP. Zároveň podporuje multidisciplinární spolupráci a aktivní zapojení nelékařského zdravotnického personálu do diagnostiky a péče o pacienty s deliriem (Bednařík et al., 2022).

2.5.3 Pomocná vyšetření

Pomocná vyšetření hrají důležitou roli při identifikaci možných příčin deliria, zejména pokud jsou nejasné. Mezi základní laboratorní testy patří analýza krevních plynů, krevní obraz, iontogram, hladiny močoviny a kreatininu, které mohou odhalit infekce, metabolické poruchy či orgánová selhání. Pokud existuje podezření na toxické působení léčiv nebo respirační selhání, je vhodné provést stanovení hladin určitých léků (např. digoxinu, lithiových solí) nebo rozšířené mikrobiologické vyšetření k odhalení infekčního agens.

Zobrazovací metody, jako je CT nebo MRI, nejsou u deliria prováděny rutinně, ale jsou indikovány v případě náhlého vzniku příznaků, kdy nelze vyloučit strukturální lézi (např. krvácení, ischemické změny). U pacientů s deliriem je rovněž doporučeno EEG vyšetření k detekci možných epileptických aktivit nebo jiných abnormit, které by mohly mít souvislost s projevy deliria (Maláska, 2020).

2.5.4 Diferenciální diagnostika: delirium vs. demence vs. deprese

V klinické praxi, zejména na JIP, je často obtížné odlišit delirium od jiných stavů, které ovlivňují psychické a kognitivní funkce pacienta – zejména od demence a deprese. Přestože se tyto tři diagnózy mohou v některých příznacích překrývat, jedná se o odlišné stavy s rozdílným

průběhem, příčinami i terapeutickým přístupem. Schopnost je správně rozlišit bývá zásadní pro volbu vhodné péče a minimalizaci rizika zhoršení stavu (Inouye et al., 2014).

Demence je chronické, pomalu progredující onemocnění mozku, které se rozvíjí v průběhu měsíců až let. Pacient bývá při vědomí, ale vykazuje poruchy paměti, logického myšlení a schopnosti učit se. Pozornost a úroveň vědomí zůstávají dlouho zachovány, což je oproti deliriu důležitý rozdíl. Demence na rozdíl od deliria není reverzibilní, a i když mohou být některé příznaky zlepšeny, nedochází k úplnému uzdravení (Trzepacz et al., 2014).

Deprese, zejména u seniorů, může svými projevy imitovat jak delirium, tak demenci – jedná se o tzv. pseudodemenci. Pacienti bývají apatičtí, mají poruchy koncentrace, spánku, ztrácejí zájem o okolí a působí zpomaleně. Na rozdíl od deliria a demence je však deprese spojena s výrazně sníženou náladou, pocity beznaděje a ztrátou zájmu, zatímco orientace a úroveň vědomí zůstávají zachovány. Deprese je potencionálně léčitelná a často dobře reaguje na farmakoterapii i psychoterapii (Meagher, 2011) (viz

Tabulka 9 – rozlišení delirium/demence/deprese (Registered Nurses‘ Association of Ontario, 2010)

Charakteristika	Delirium	Demence	Deprese
Nástup	Náhlý (hodiny/dny)	Pomalu (měsíce/roky)	Postupný (týdny)
Vědomí	Změněné, kolísavé	Zachované	Zachované
Pozornost	Výrazně narušená	Zachována do pokročilých stádií	Může být narušena
Reversibilita	Často ano	Ne	Ano
Emoce a nálada	Kolísavá, zmatenost	Stabilní nebo labilní	Výrazně snížená nálada
Denní kolísání stavu	Typické	Neobvyklé	Někdy přítomné

Tabulka 10 – výsledky průzkumu

Tabulka 9 – rozlišení delirium/demence/deprese (Registered Nurses‘ Association of Ontario, 2010)

Charakteristika	Delirium	Demence	Deprese
Nástup	Náhlý (hodiny/dny)	Pomalu (měsíce/roky)	Postupný (týdny)
Vědomí	Změněné, kolísavé	Zachované	Zachované
Pozornost	Výrazně narušená	Zachována do pokročilých stádií	Může být narušena
Reversibilita	Často ano	Ne	Ano
Emoce a nálada	Kolísavá, zmatenost	Stabilní nebo labilní	Výrazně snížená nálada
Denní kolísání stavu	Typické	Neobvyklé	Někdy přítomné

Tabulka 10 – výsledky průzkumu .**Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**

Správná diferenciální diagnostika vyžaduje komplexní posouzení klinického obrazu, včetně anamnézy, neurologického vyšetření a případného zapojení rodiny pacienta. Právě schopnost včas rozpoznat delirium a odlišit jej od jiných kognitivních poruch je jedním z klíčových úkolů zdravotnického personálu na JIP (Inouye et al., 2014).

2.6 Výskyt deliria na jednotkách intenzivní péče

Delirium je jednou z nejčastějších neuropsychiatrických komplikací u pacientů hospitalizovaných na JIP. Jeho prevalence se pohybuje v širokém rozmezí v závislosti na typu JIP, charakteru populace a používané metodice screeningu. Na běžných jednotkách intenzivní péče se delirium vyskytuje přibližně u 20–30 % pacientů, zatímco na specializovaných odděleních, jako jsou neurochirurgická, neurologická nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení, může dosahovat až 60 % a více (Ely et al., 2004; Bednařík et al., 2022).

Specifickým prostředím je neurologická JIP, kde se s deliriem setkávají zdravotníci velmi často. Česká dotazníková studie provedená mezi zdravotnickým personálem pracujícím na neurologických JIP potvrdila, že většina respondentů vnímá delirium jako běžnou komplikaci hospitalizace. Přestože si personál uvědomuje jeho závažnost, mnohdy chybí systematický screening a u pacientů tak často zůstává nerozpoznáno – zejména v případě hypoaktivní formy (Bednařík et al., 2022).

Některé mezinárodní studie navíc zdůrazňují, že reálný výskyt deliria je pravděpodobně ještě vyšší, než udávají klinické záznamy. Důvodem může být nejen absence validovaného nástroje, ale i nedostatečné školení personálu a vysoké pracovní zatížení. Tyto poznatky poukazují na důležitost zavedení standardizovaného postupu pro detekci deliria na všech typech JIP. Včasná identifikace deliria totiž zásadně ovlivňuje další průběh léčby, délku hospitalizace i dlouhodobou prognózu pacienta (Pun et al., 2019).

2.7 Důsledky deliria

Delirium není pouze přechodný stav poruchy vědomí, ale závažná klinická komplikace, která má významné krátkodobé i dlouhodobé dopady na pacienta, jeho okolí a celý zdravotnický systém. Včasné nerozpoznání nebo nedostatečná léčba deliria může vést k významnému zhoršení prognózy, přičemž negativní důsledky přetrvávají i po propuštění z nemocnice.

Jedním z hlavních rizik je zvýšená mortalita. Podle výzkumů se ukazuje, že u pacientů s deliriem je riziko úmrtí během hospitalizace i v následném období výrazně vyšší než

u pacientů bez deliria (Ely et al., 2004). Dále se u těchto pacientů často objevuje prodloužená délka pobytu na JIP i na standardních odděleních, což zvyšuje náklady na péči a zátěž pro personál.

Dlouhodobě je delirium spojováno také se zhoršením kognitivních funkcí. Některé studie uvádějí, že pacienti, kteří prodělali delirium, mají i po několika měsících významně sníženou schopnost soustředění, paměti a orientace, což negativně ovlivňuje jejich soběstačnost a kvalitu života (Girard et al., 2010). Zejména starší pacienti pak mohou po deliriu čelit trvalé ztrátě autonomie nebo být odkázáni na institucionální péči.

Z pohledu ošetrovatelské a lékařské péče delirium významně komplikuje léčbu – zvyšuje riziko pádu, agitace, potřeby fyzického omezení nebo nadměrného použití sedace. Tyto faktory zvyšují stres nejen u pacienta, ale také u personálu a rodinných příslušníků, kteří se s náhlou změnou psychického stavu blízkého často těžko vyrovnávají.

Ekonomicky je delirium spojeno s vyššími přímými i nepřímými náklady – ať už kvůli delší hospitalizaci, potřebě následné péče, nebo opakovaným rehospitalizacím. Včasná detekce a správná intervence tady nejsou důležité pouze z pohledu pacienta, ale i z hlediska celkové efektivity zdravotního systému (Siddiqi et al., 2016).

Z výše uvedeného je patrné, že delirium nelze vnímat pouze jako přechodnou psychickou poruchu, ale jako multifaktoriální stav s významným klinickým a systémovým dopadem. Jeho důsledky přesahují období akutní hospitalizace a zasahují i do následné péče, rehabilitace a kvality života pacienta. Z tohoto důvodu by mělo být součástí rutinní praxe nejen jeho včasné rozpoznání, ale také komplexní terapeutický přístup, který zahrnuje spolupráci celého zdravotnického týmu. Prevence a správná intervence jsou klíčem k minimalizaci komplikací, zkrácení hospitalizace a zajištění co nejlepší prognózy pro pacienta i jeho okolí (Ely et al., 2004; Girard et al., 2010; Siddiqi et al., 2016).

2.8 Role nelékařského zdravotnického personálu

Nelékařský zdravotnický personál hraje v péči o pacienty s deliriem klíčovou roli. Díky své nepřetržité přítomnosti u lůžka pacienta jsou často prvními, kdo zaznamená změny v chování, orientaci či úrovni vědomí. Včasné rozpoznání příznaků deliria je zásadní pro rychlé zahájení intervence a prevenci komplikací (Ramírez Echeverría et al., 2021).

Součástí ošetrovatelské péče je pravidelná monitorace psychického stavu pacienta, včetně pozornosti, řeči, motoriky či spánkového režimu. Pracovníci by měli být seznámeni s projevy

různých forem deliria, včetně hypoaktivního typu, který může zůstat bez povšimnutí. Včasná detekce je možná zejména tehdy, pokud je součástí rutinní péče screening pomocí validovaných nástrojů, jako je například již zmíněné CAM-ICU (Pokorná, 2011; Hrachovinová, 2020).

Zásadní je také komunikace s rodinou, která může poskytnout cenné informace o obvyklém chování pacienta a včas upozornit na změny. Zároveň je vhodné rodinné příslušníky edukovat o povaze deliria, aby rozuměli chování nemocného a mohli mu být v období hospitalizace oporou. Empatický přístup personálu a ochota vysvětlit situaci pomáhají nejen pacientovi, ale i jeho blízkým zvládnout psychickou zátěž spojenou s tímto stavem (Ramírez Echeverría et al., 2021).

Nezbytnou součástí kvalitní péče je také řádná dokumentace. Zápisy o psychickém stavu pacienta, zaznamenané změny či provedené intervence umožňují sledování vývoje a zajištění návaznosti péče v rámci multidisciplinárního týmu. Studie ukazují, že kvalita a konzistence dokumentace bývá v oblasti deliria stále nedostatečná a že edukace zdravotnického personálu v této oblasti vede ke zlepšení praxe (Waszynski et al., 2022).

V prevenci deliria se nelékařský personál podílí také na vytváření prostředí, které podporuje orientaci pacienta v čase, prostoru a vztazích. Důraz je kladen na zachování denního režimu, zajištění klidu v nočních hodinách, hydrataci, přiměřenou mobilitu a minimalizaci senzorického přetížení (Ramírez Echeverría et al., 2021).

Zdravotnický personál zastává nezastupitelnou roli v prevenci, včasném rozpoznání i následné péči o pacienty s deliriem. Jejich pozornost, odbornost a komunikační dovednosti přispívají k lepší prognóze pacienta a celkové kvalitě poskytované péče (Ramírez Echeverría et al., 2021; Waszynski et al., 2022).

2.8.1 Komunikace s pacientem v delirantním stavu

Komunikace s pacientem, který trpí deliriem, patří k nejnáročnějším oblastem péče. Pacientova schopnost porozumět okolnímu dění je narušena a běžná komunikace může být neúčinná, nebo dokonce i zneklidňující. Právě proto je volba vhodných komunikačních strategií nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče (Ramírez Echeverría et al., 2021).

Základní zásadou při komunikaci s pacientem s deliriem je klidný, přímý a empatický přístup. Doporučuje se používat jednoduché, krátké věty a sdělení formulovat pomalu a srozumitelně. Důležité je pacienta opakovaně informovat o místě, čase a důvodu hospitalizace, například

větou: „*Jste v nemocnici, je středa dopoledne, přišel jste sem kvůli potížím s dýcháním.*“ Taková pravidelná orientace pomáhá zmírňovat úzkost a pocit kontroly (Holland et al., 2022).

Při oslovení pacienta je vhodné používat jeho jméno a udržovat oční kontakt. Mimoslovní komunikace hraje klíčovou roli – pacienti často lépe reagují na tón hlasu, výraz obličeje a gesta než na samotný obsah slov. Klidné držení těla, jemné pohyby a vlídný výraz mohou předejít zbytečnému vyhocení situace. V případě agitovaného chování se doporučuje zachovat bezpečný odstup, nevyvíjet tlak a případně využít podpory dalšího personálu (Waszynski et al., 2022).

Důležitou strategií je také strukturování prostředí a denního režimu, které podporuje orientaci pacienta. Pomáhají jednoduché vizuální pomůcky, jako jsou hodiny, kalendář, popis dne v týdnu nebo jmenovky personálu. Tyto prvky přispívají ke snížení dezorientace, zvláště u starších osob (Ramírez Echeverría et al., 2021).

Zdravotnický personál by měl být pravidelně vzděláván v oblasti komunikace s pacienty trpícími kognitivní poruchou. Schopnost citlivé a adaptivní komunikace je nezbytná nejen pro zvládnutí akutní situace, ale i pro prevenci eskalace příznaků deliria a podporu psychické stability pacienta. V neposlední řadě přispívá také ke zvýšení bezpečnosti, důvěry a celkové kvality poskytované péče (Holland et al., 2022).

2.8.2 Komunikace s rodinou pacienta

Rodinní příslušníci pacientů s deliriem se často ocitají v náročné situaci, která je spojena s nejistotou, úzkostí a strachem z neznámého vývoje. Náhlá změna psychického stavu blízkého člověka bývá pro rodinu velmi stresující a mnohdy nepochopitelná. Efektivní komunikace ze strany zdravotnického personálu je proto klíčová nejen pro informovanost, ale i pro emoční podporu rodiny (Ramírez Echeverría et al., 2021).

Rodina může být zároveň cenným zdrojem informací – právě blízcí často nejlépe znají běžný mentální stav pacienta, jeho chování, zvyky a reakce. Díky těmto znalostem může být včas rozpoznána změna, která by jinak mohla uniknout pozornosti zdravotníků, zejména u hypoaktivního typu deliria. Zapojení rodiny do sledování psychického stavu pacienta tak může výrazně napomoci včasné detekci příznaků (Waszynski et al., 2022).

Zdravotnický personál by měl s rodinou otevřeně komunikovat o stavu pacienta, vysvětlit povahu deliria, jeho možné příčiny, projevy a očekávaný vývoj. Důležitá je empatická a klidná forma sdělení s dostatečným prostorem pro dotazy a emocionální reakci. Rodina by měla být

také informována o tom, jak může pacienta podpořit – například přítomností, používáním známých slov, hudby, předmětů z domova nebo připomínáním běžných denních návyků (Li et al., 2024).

Součástí kvalitní komunikace je pravidelná aktualizace informací o vývoji stavu pacienta. Rodinní příslušníci oceňují, když jsou zapojeni do procesu a cítí se být respektováni. Tímto způsobem lze také předejít dezinformacím a zbytečným obavám (Waszynski et al., 2022).

Zdravotnický personál by měl být rovněž připraven na situace, kdy rodina reaguje silnými emocemi – rozrušením, pláčem, nebo naopak odmítáním situaci přijmout. Psychická podpora a profesionální přístup pomáhají stabilizovat atmosféru kolem pacienta a umožňují lepší zvládnutí náročné situace všemi zúčastněnými (Delirium Central, 2021).

Efektivní komunikace s rodinou je tedy důležitým prvkem péče o pacienta s deliriem a měla by být chápána jako součást ošetrovatelského standardu.

2.8.3 Edukace zdravotnického personálu v oblasti deliria

Znalost problematiky deliria a schopnost jej včas rozpoznat a adekvátně řešit je zásadní dovedností zdravotnického personálu, zejména v prostředí jednotek intenzivní péče. Přesto se ukazuje, že delirium je v klinické praxi i nadále podceňováno, často zůstává nediodagnostikované nebo je zaměňováno s jinými psychickými poruchami, jako je demence či deprese (Lange et al., 2023).

Výsledky průřezové studie provedené mezi 371 sestrami na jednotkách intenzivní péče ukazují, že více než polovina respondentek (53,1 %) nikdy neabsolvovala žádné školení týkající se deliria. Tento deficit se projevil v nedostatečné znalosti jeho symptomů, rizikových faktorů i komplikací. Zároveň pouze 16,4 % sester hodnotilo delirium u pacientů rutinně a jen malá část využívala validované hodnotící nástroje (Lange et al., 2023). Mezi hlavními překážkami efektivního zvládnutí deliria byly identifikovány zejména chybějící povinnost hodnotit delirium, obtížnost jeho posouzení u intubovaných pacientů a nízká míra jistoty sester při používání hodnotících škál.

Tyto skutečnosti poukazují na zásadní význam edukace zdravotnického personálu, která by měla být nedílnou součástí odborné přípravy i celoživotního vzdělávání. Edukace by se měla zaměřovat nejen na teoretické poznatky – definici, typy deliria, rizikové faktory a důsledky –, ale i na praktické dovednosti, jako je využívání screeningových nástrojů (např. CAM-ICU, Nu-DESC), komunikační techniky a nefarmakologické intervence (Hájková, 2022).

Zároveň je důležité vytvářet vhodné organizační podmínky, které by umožnily začlenění edukace do klinické praxe. Podle odborné literatury by měly být vzdělávací aktivity pravidelně aktualizovány a multimodálně strukturovány (např. workshopy, e-learning, případové studie) (Bednařík et al., 2022).

Zvyšování úrovně informovanosti zdravotnického personálu o deliriu může významně přispět ke zlepšení kvality péče, zvýšení bezpečnosti pacientů a snížení míry komplikací spojených s tímto stavem. Právě edukace by měla být považována za jeden z hlavních nástrojů v prevenci deliria na JIP.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na zkoumání problematiky deliria u hospitalizovaných pacientů na neurologické jednotce intenzivní péče z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Obsahuje popis metodiky průzkumu, přehled zjištění v oblastech diagnostiky, prevence, komunikace s pacientem i rodinou a úrovně edukace personálu. Jednotlivé kapitoly vycházejí z rozhovorů s osmi respondenty a jsou strukturovány dle stanovených průzkumných cílů. Cílem je přiblížit reálnou klinickou praxi a upozornit na výzvy i možnosti zlepšení péče o pacienty s deliriem.

3 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Průzkumná část této bakalářské práce byla realizována formou smíšeného průzkumného designu, který kombinuje kvantitativní a kvalitativní přístup. Větší důraz byl kladen na kvalitativní složku průzkumu, konkrétně na polostrukturované rozhovory s pracovníky jednotky intenzivní péče. Kvantitativní přístup spočíval zejména v systematickém kódování dat, které umožnilo četnostní sledování výskytu určitých témat či odpovědí (Creswell a Plano Clark, 2018). Tento způsob byl zvolen z důvodu potřeby zachytit jak konkrétní fakta a postoje nelékařského zdravotnického personálu k problematice deliria u pacientů na JIP, tak i hlubší porozumění jejich zkušenostem, vnímání a přístupům k této problematice.

Průzkum byl realizován na neurologické jednotce intenzivní péče (NEU JIP) krajské nemocnice. Oddělení poskytuje specializovanou intenzivní péči pacientům s akutními neurologickými onemocněními, jako jsou cévní mozkové příhody, epilepsie, poranění mozku nebo stavy po neurochirurgických zákrocích. NEU JIP disponuje celkem osmi lůžky rozdělenými do čtyř pokojů – dva pokoje jsou jednolůžkové a další dva třílůžkové, přičemž jeden z těchto třílůžkových pokojů je označován jako „výzkumný pokoj“ a je vybaven specifickými vizuálními podněty s cílem ovlivnit pacientovo vnímání prostředí. Díky zaměření oddělení a častému výskytu stavů změněného vědomí, včetně deliria, bylo toto pracoviště vhodným místem pro realizaci kvalitativního průzkumu zaměřeného na péči o pacienty s delirantními stavy.

Cíl průzkumu

- Popsat preventivní opatření a léčebné přístupy využívané u pacientů s deliriem na neurologické jednotce intenzivní péče.

- Zjistit, jaké diagnostické nástroje a postupy zdravotnický personál využívá při rozpoznávání deliria u hospitalizovaných pacientů.
- Identifikovat faktory, které dle zkušeností zdravotnického personálu přispívají k rozvoji delirantních stavů.
- Zhodnotit míru dostupnosti edukace v oblasti deliria pro nelékařské zdravotnické pracovníky na daném pracovišti.
- Zmapovat komunikační techniky a přístupy, které zdravotnický personál používá při péči o pacienty v deliriu.

Průzkumné otázky

- Jaká je prevence delirantních stavů a jaká je jejich léčba?
- Jak a podle čeho diagnostikují delirantní stavy na neurologické JIP v nemocnici krajského typu?
- Jaké faktory přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?
- Jaká je dostupnost edukace zdravotnickým nelékařským pracovníkům na neurologické JIP v nemocnici krajského typu v oblasti delirantních stavů?
- Jaké komunikační techniky používají při komunikaci s pacientem v deliriu zdravotničtí nelékařští pracovníci na neurologické JIP v nemocnici krajského typu?

3.1 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořilo osm respondentů, kteří jsou nelékařskými zdravotnickými pracovníky působícími na neurologické JIP v krajské nemocnici. Respondenti byli vybíráni záměrným výběrem na základě jejich profesní zkušenosti, délky praxe na JIP a přímého kontaktu s pacienty s delíriem. Výběr zahrnoval jak pracovníky s dlouholetou praxí, tak i ty, kteří na oddělení působí kratší dobu, čímž byl zajištěn různorodý pohled na problematiku.

3.1.1 Charakteristika respondentů

Průzkumný soubor tvořilo osm respondentů pracujících jako nelékařský zdravotnický personál na neurologické jednotce intenzivní péče v nemocnici krajského typu. Zastoupeny byly převážně ženy, pouze dva respondenti byli muži. Délka jejich praxe na JIP se pohybovala od dvou měsíců do dvaceti dvou let, což umožnilo získat pohled jak zkušených pracovníků, tak i nově příchozích zaměstnanců. Všichni respondenti mají odborné zdravotnické vzdělání – většina absolvovala střední zdravotnickou školu, dva z nich pak všeobecné gymnázium. Ve svém vzdělávání pokračovali formou vyšší odborné nebo vysokoškolské přípravy, a to nejčastěji v oboru všeobecné ošetrovatelství nebo zdravotnický záchranář, přičemž u jednoho

respondenta byla uvedena i specializace v ošetrovatelské péči. Kritériem pro zařazení do průzkumu byla aktivní práce na neurologické JIP a ochota zúčastnit se rozhovoru. Všichni respondenti byli o účelu průzkumu informováni, souhlasili s účastí a rozhovory probíhaly anonymně s důrazem na zachování důvěrnosti sdělených informací. Tento pestrý soubor přispěl k zachycení rozmanitých zkušeností, postojů a přístupů k péči o pacienty s deliriem v intenzivní péči (viz Tabulka 11 – charakteristika respondentů).

3.2 Metoda sběru dat

Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů vedených podle předem stanoveného scénáře. Rozhovory se zaměřovaly na pět hlavních oblastí odpovídajících průzkumným cílům: prevence a léčba, diagnostika, komunikace, edukace a specifika péče o pacienty s deliriem. Rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenány diktafonem a následně byly přepsány do elektronické podoby pro účely analýzy.

3.3 Zpracování a analýza dat

Pro analýzu dat byla použita tematická analýza dle metodiky Strausse a Corbinové. Analýza probíhala ve třech krocích:

- Otevřené kódování – identifikace klíčových pojmů, výrazů a témat z výpovědí respondentů.
- Axiální kódování – seskupování podobných kategorií do širších tematických celků podle významové příbuznosti.
- Interpretace výsledků – analýza a porovnání odpovědí, hledání opakujících se vzorců a výklad jejich významu v kontextu praxe na JIP (Strauss, Corbinová, 1999, Šed'ová, 2007).

Kódování bylo prováděno ručně pomocí tabulek v textovém editoru Microsoft Word. Pro větší přehlednost byly vytvořeny souhrnné tabulky a přehledy hlavních kategorií.

3.4 Etické aspekty průzkumu

Průzkum byl proveden s důrazem na dodržení etických zásad. Účast všech respondentů byla zcela dobrovolná a anonymní. Před rozhovorem byli všichni informováni o účelu průzkumu a souhlasili s účastí. Data byla anonymizována a použita výhradně pro účely této bakalářské práce.

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Analýza rozhovorů probíhala ve třech krocích dle zásad zakotvené teorie – otevřené kódování, axiální kódování a interpretace. Z osmi rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky neurologické JIP vyplynulo několik hlavních témat, která se ve výpovědích respondentů opakovaně objevovala. Výsledky jsou rozděleny do kategorií podle průzkumných cílů a otázek.

4.1 Prevence a léčba deliria

Z rozhovorů s nelékařským zdravotnickým personálem neurologické jednotky intenzivní péče vyplynulo, že prevence a léčba deliria je v jejich každodenní praxi velmi důležité téma, ačkoliv často vychází spíše z intuice, zkušenosti a týmové spolupráce než ze systematicky zavedených metod.

Z hlediska nefarmakologických postupů zdravotníci nejčastěji zmiňovali význam verbální komunikace, empatie, orientace pacienta v realitě a lidského přístupu. Důležitým prvkem prevence je podle respondentů vysvětlování jednotlivých úkonů, používání jednoduchých vět a snaha o navázání kontaktu s pacientem.

„Hlavně se snažím s nimi povídat, aby věděli, že má tady někdo o ně zájem... všechno se snažím jim vysvětlovat, i když jsou tlumení léky.“ (respondent č. 1)

Dále byla několikrát zmíněna role tzv. „výzkumného pokoje“ se zklidňujícím prostředím (zeleň, barvy), i když některé zdravotnice se domnívají, že tento prvek může mít na pacienty spíše nežádoucí efekt:

„Ten barevný pokoj... mně přijde, že spíš ty deliria jsou na tom pokoji, tak jestli to ty lidi nemate.“ (respondent č. 7)

„...myslí si, že jsou v lese a létají nad nimi ptáci.“ (respondent č. 4)

V oblasti farmakologické léčby všichni respondenti uváděli podávání medikace na základě ordinace lékaře, nejčastěji Tiapridal, Buronil, Apaurin, případně Dexdor nebo Rivotril. V některých případech je nutné léčbu kombinovat nebo navýšit dávkování.

„Používáme léky, nějaké benzodiazepiny, Tiapridal, Buronil... ale není to dané, že to bude účinné, protože každý člověk nám na to zareaguje jinak.“ (respondent č. 1)

„Účinnost bych řekla, že s přibývajícím léty je čím dál tím horší...“ (respondent č. 8)

Pokud je pacient agresivní nebo ohrožuje sebe či okolí, je nezbytné přistoupit ke kurtaci, což respondenti hodnotili jako krajní řešení. Někteří zdravotníci však vyjádřili potřebu větší podpory v oblasti hledání jiných možností, než k tomuto kroku dojde.

„Když už není zbylí, tak bohužel přivazujeme...“ (respondent č. 8)

„Nejdřív se snažíme domluvit, pak léky, když to nevyjde, tak kurtace.“ (respondent č. 7)

Z výpovědí rovněž vyplynulo, že hypoaktivní forma deliria je často přehlížena, neboť bývá zaměňována za běžnou únavu, tlumení nebo nevýrazné změny chování.

„Hypoaktivní delirium těžko pozorujeme... většinou to je, až když je ztlumíme léky.“ (respondent č. 1)

Celkově se ukazuje, že zdravotnický personál disponuje praktickými zkušenostmi s léčbou a péčí o pacienty s deliriem.

4.1.1 Diagnostika a hodnocení stavu

Diagnostika deliria na neurologické jednotce intenzivní péče v nemocnici krajského typu podle výpovědí respondentů probíhá převážně na základě klinických projevů a subjektivního posouzení stavu pacienta ve spolupráci s lékařem. Přestože u většiny respondentů byla známost určité škály zřejmá, jen část personálu uvedla, že se tyto nástroje skutečně využívají cíleně pro hodnocení deliria.

Nejčastěji zmiňovaným nástrojem byla škála SAS (Sedation-Agitation Scale), která pomáhá sledovat úroveň sedace či agitovanosti pacienta. Škála byla používána především při podezření na hyperaktivní projevy deliria, jako je neklid, agrese či pokusy o vytažení vstupů.

„Máme škály SAS, které hodnotíme... 4 jsou klidní, 5 jsou hodně neklidní a 6 už je, že si tahají za vstupy.“ (respondent č. 4)

„My u pacientů, kteří nejsou schopni, tak hodnotíme primárně SAS a z toho lze odvodit, v jaké fázi pacient je.“ (respondent č. 3)

Jen jeden respondent konkrétně uvedl škálu CAM-ICU, která je běžně doporučovaným standardizovaným nástrojem k hodnocení deliria u hospitalizovaných pacientů.

„To tady používáme škálu CAM-ICU.“ (respondent č. 6)

Z většiny rozhovorů ale vyplynulo, že formální používání diagnostických nástrojů není systematické a o některých škálách personál buď neví, nebo je aktivně nevyužívá.

„Diagnostikuje lékař... my hodnotíme akorát vědomí a bolest, ale delirko jako takové, to ne.“
(respondent č. 2)

„Asi nic, že bychom tady měli nějaké škály...“ (respondent č. 7)

Kromě škál respondenti uváděli, že při hodnocení vycházejí z osobního pozorování chování pacienta a jeho reakcí na komunikaci. Pomocnými ukazateli bývá i orientace v čase a prostoru nebo zhoršená verbální spolupráce.

„Hodnotíme sami, jak je orientovaný, ptáme se, co vidí kolem sebe... když říkají, že mezi stromy běhají veverka, tak zhodnotíme, že to není to pravý ořechový.“ (respondent č. 6)

Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že rozeznat delirium na neurologické JIP je složité, protože symptomy mohou být zaměňovány za projevy základního neurologického onemocnění.

„Jakmile je nemocný mozek... tak si někdy myslíme, že už by to chtělo, lékař řekne, že to je jen zmatenost a patří to k základní diagnóze.“ (respondent č. 1)

Tato část výsledků ukazuje, že ačkoliv zdravotnický personál deliriu věnuje pozornost, chybí standardizovaný postup pro jeho diagnostiku. Převládá subjektivní hodnocení a formalizované nástroje, jako je CAM-ICU, nejsou běžnou součástí rutinní praxe.

4.1.2 Rizikové faktory deliria

Respondenti se ve svých výpovědích shodli na tom, že vznik deliria u pacientů hospitalizovaných na neurologické JIP je ovlivněn širokou škálou biologických, psychických i environmentálních faktorů. Mezi nejčastěji uváděné patřily zejména neurologická diagnóza, změna prostředí, věk pacienta, abúzus alkoholu a hospitalizace mimo domácí zázemí.

Jako zcela zásadní rizikový faktor byl vnímán stav mozku a neurologické onemocnění samotné. Zkušenost respondentů ukazuje, že pacienti s cévní mozkovou příhodou, epilepsií nebo jiným poškozením CNS jsou výrazně náchylnější k rozvoji zmatenosti a poruch vnímání.

„Když je postiženej ten mozek, tak ti lidi za to prostě nemůžou...“ (respondent č. 2)

„Jak to jsou u nás většinou ty hlavy, tak ten člověk má postiženej mozek a je tam větší pravděpodobnost k rozvoji zmatenosti.“ (respondent č. 3)

Za další častou příčinu označili změnu prostředí – tedy vytržení z domova a vstup do cizího, stresujícího prostředí JIP. To může vyvolat dezorientaci, pocit ztráty kontroly a úzkosti, které přispívají k rozvoji deliria.

„Spousta lidí je zafixovaná na to domácí prostředí, mají tam třeba psa, takže chtějí domů.“
(respondent č. 1)

„To úplně jiné prostředí, neznámý lidi...“ (respondent č. 6)

Věk pacienta byl často zmiňován jako faktor zvyšující zranitelnost vůči deliriu, zejména u seniorů nebo polymorbidních pacientů.

„Věk... starší lidi to mají častěji.“ (respondent č. 7)

Velkou roli hraje také abstinční syndrom u pacientů s anamnézou závislosti na alkoholu nebo jiných látkách.

„Alkoholici mívají abstáky, to tady míváme taky často...“ (respondent č. 1)

„U mladého člověka, pokud to není nějaký alkoholik nebo fetišák, tak většinou delirium nemá.“
(respondent č. 7)

Někteří respondenti upozornili i na faktory prostředí JIP samotné – například hluk, umělé osvětlení, či naopak i specifické prvky, jako je „barevný pokoj“, který podle některých zdravotníků spíše přispívá ke zmatenosti.

„Ten speciální pokoj je více podněcuje k tomu, že jsou neklidní, zmatení...“ (respondent č. 4)

„V tom pokoji jsou víc rozčilení, neví, kde jsou...“ (respondent č. 8)

Celkově lze říci, že personál si je vědom multifaktoriálního charakteru deliria a dokáže faktory rizika pojmenovat. Přesto je z výpovědí patrné, že tyto faktory nejsou systematicky sledovány ani aktivně vyhodnocovány v rámci prevence.

4.1.3 Projevy deliria z pohledu zdravotnického nelékařského personálu

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že nejčastěji pozorovanými projevy deliria jsou neklid, zmatenost, dezorientace, agresivita a snaha o opuštění lůžka či vytažení vstupů. Většina zdravotnických pracovníků se v praxi setkává převážně s hyperaktivní formou deliria, která je nápadnější a snadněji identifikovatelná.

„Slovní nadávání, perou se s námi, neklid, snaha opustit lůžko, vulgární výrazy – to je asi nejčastější.“ (respondent č. 1)

„Agresivita, jak slovní, tak fyzická, tahají si za všechny vstupy, odcházejí z lůžka.“ (respondent č. 8)

„Nejčastěji, že ten pacient je zmatenej, že neví, kde je vůbec, myslí si, že je doma... snaží se vylejzat z postele.“ (respondent č. 8)

Mezi často zmiňované symptomy patřilo také opakované kladení dotazů, halucinace a nepochopení reality. Někteří pacienti si zdravotníky pletou s rodinnými příslušníky nebo se domnívají, že se nacházejí v domácím prostředí.

„Pacient je zmatenej, že neví, kde je vůbec, myslí si, že je doma, kouká třeba a plete si nás s rodinou.“ (respondent č. 7)

„Mají halucinogenní stavy... vnímání světa není, jaké by mělo být.“ (respondent č. 3)

Závažným projevem deliria je ohrožení bezpečnosti – ať už sebe, nebo personálu. Někteří pacienti se pokoušejí vstát z postele, vytrhnout močové katétry nebo intravenózní vstupy, což často vyžaduje okamžitý zásah.

„Opakovaně si vytahují kanylu, cévku, chtějí na záchod, ale nechápou, že mají katétr.“ (respondent č. 7)

„Riziko, že nám ublíží oni, to je asi největší výzva.“ (respondent č. 1)

Naopak hypoaktivní delirium bývá podle respondentů hůře rozpoznatelné, jelikož se projevuje spíše tiše – utlumeností, sníženou reakcí a uzavřeností. V některých případech si personál tohoto typu deliria všimne až po podání sedace nebo jej zaměňují za jiný stav.

„Hypoaktivní delirium těžko pozorujeme... většinou to je, až když je ztlumíme těmi léky.“ (respondent č. 1)

Souhrnně lze říct, že zdravotnický personál neurologické JIP má s projevy deliria bohatou zkušenost. Nejvíce pozornosti je věnováno aktivním a rizikovým formám deliria, přičemž potřeba systematické identifikace i méně nápadných forem (např. hypoaktivní) zůstává výzvou.

4.1.4 Edukace a vzdělávání

Z výpovědí všech respondentů vyplynulo, že formální vzdělávání v oblasti deliria na pracovišti prakticky neprobíhá. Ani jeden z oslovených pracovníků nevedl, že by se v rámci své praxe setkal se specifickým školením, workshopem nebo interním vzdělávacím programem zaměřeným na delirium.

„Neděje se nic.“ (respondent č. 1)

„Žádné školení jsme neměli.“ (respondent č. 3)

„Na školení jsem, bohužel, žádným nebyla.“ (respondent č. 7)

„Žádné školení jsme neměli, ale uvítali bychom.“ (respondent č. 8)

Přestože většina zdravotníků projevila o tuto problematiku zájem, jejich znalosti vycházejí především z osobní praxe, pozorování a neformálního učení se „za pochodu“. Edukace se tedy odehrává spíše v rámci týmového sdílení zkušeností než na základě odborně vedených kurzů či standardizovaných materiálů.

4.1.5 Komunikace s pacientem s deliriem

Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, že komunikace s pacienty v deliriu je pro zdravotnický personál jedním z největších praktických i psychických nároků. Všichni respondenti popsali, že delirantní pacienti bývají často dezorientovaní, neklidní, nespolupracující a obtížně ovladatelní. Efektivní komunikace proto vyžaduje především trpělivost, klidný přístup, empatii a přizpůsobení verbálních projevů aktuálnímu stavu pacienta.

„Klasicky nejdříve trpělivě opakujeme a opakujeme...“ (respondent č. 1)

„Vřelý přístup, vysvětlovat, aby byli v klidu, a hlavně lidský přístup.“ (respondent č. 2)

„Opakovat všechno jak gramofon.“ (respondent č. 5)

Respondenti se shodli na tom, že s pacienty je nutné mluvit jednoduše, používat krátké a srozumitelné věty, opakovat informace, snažit se pacienta orientovat v čase a prostoru a být připraveni na rychlé změny nálady či vnímání.

„Snažíme se upozorňovat pacienta o orientaci: ‚Jste v nemocnici, podívejte, kdo jsme my‘ ... Ale to prostě nemá smysl, oni si jedou svoje.“ (respondent č. 1)

V případech, kdy dochází k agresivitě nebo ohrožení, zdravotnický personál zpravidla volí kombinaci uklidňující komunikace s farmakologickou intervencí nebo přistupuje ke kurtaci. I v těchto situacích se ale snaží zachovat důstojnost pacienta a minimalizovat stres.

„Snažíme se jim to vysvětlit, a když to nejde, tak ty kurtace k tomu připojíme.“ (respondent č. 6)

„Snažím se je utišit hlasem, dotykem, pohladit... a když ani to nezabírá, tak už nevím.“ (respondent č. 7)

4.1.6 Role rodiny

Respondenti vnímali roli rodiny jako velmi individuální a proměnlivou – u některých pacientů má přítomnost blízkých zklidňující efekt, u jiných může působit rozrušujícím dojmem. Přesto

se většina zdravotníků shodla, že podpora rodiny bývá pro pacienta přínosná, i když si přítomnost blízkých často později nevybavuje.

„Většinou případů to má pozitivní vliv... když ty vztahy fungují.“ (respondent č. 1)

„Když přijde rodina, tak se pacienti úplně zklidní.“ (respondent č. 6)

Na druhé straně někteří pacienti mohou na přítomnost rodiny reagovat podrážděně nebo agresivně, zejména pokud je delirium v akutní fázi nebo jsou vztahy problematické.

„Někdo je ještě víc agresivní, někoho to zklidní – je to strašně individuální.“ (respondent č. 2)

„Když přijde rodina během deliria, tak si myslím, že je to ještě víc rozruší a jsou divočejší.“ (respondent č. 8)

V rozhovorech se objevila i snaha personálu vysvětlit rodinám pacientů, co se děje a proč je například nutné přistoupit ke kurtaci nebo medikaci. Tato komunikace je důležitá pro zachování důvěry a pro podporu pacienta v jeho zotavení.

4.1.7 Výzvy a náročnost péče

Pracovníci opakovaně popisovali psychickou i fyzickou náročnost péče o delirantní pacienty, především kvůli riziku agrese, neklidu a nedorozumění. Pomáhá týmová spolupráce a zkušenost.

„Musíte mít spoustu té trpělivosti, protože jinak byste tu práci vůbec nemohla dělat.“ (respondent č.1)

4.1.8 Doporučení pro praxi

Respondenti se shodují na tom, že nejdůležitější je trpělivost, klid, empatie, a pokud možno hledání alternativ ke kurtaci.

„Aby na ně klidně mluvili, snažili se je trošku pochopit, a pokud možno využít jiných metod než kurtaci.“ (respondent č. 8)

4.2 Výsledky průzkumu

Výsledky průzkumu jsou prezentovány na základě analýzy osmi polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny s nelékařskými zdravotnickými pracovníky na neurologické jednotce intenzivní péče v krajské nemocnici. Respondenti měli různou délku praxe i úroveň vzdělání, ale všichni se ve své práci pravidelně setkávají s pacienty trpícími deliriem.

Data byla zpracována kvalitativní analýzou, konkrétně pomocí otevřeného a axiálního kódování. Výsledné kódy byly seskupeny do tematických kategorií, které odpovídají hlavním průzkumným cílům této práce: prevence, diagnostika, léčba, faktory rozvoje deliria, komunikace s pacientem, edukace personálu, role rodiny a výzvy v péči (viz

Respondent	Prevence a léčba	Diagnostika a nástroje	Faktory rozvoje	Edukace	Komunikace
R1	Komunikace, vysvětlování, farmakoterapie – Tiapridal, Buronil, Dexdor, kurtace	SAS, osobní pozorování, spolupráce s lékařem	Věk, změna prostředí, abúzus, neurologická dg.	Žádná edukace	Opakování, trpělivost, orientace
R2	Komunikace, medikace – Tiapridal, Buronil, Apaurin	Subjektivní hodnocení, GCS, orientace	Neurologické onemocnění – CMP, epilepsie	Žádná edukace	Vřelý přístup, vysvětlování
R3	Farmakoterapie antipsychotika, Rivotril	SAS, pozorování chování, konzultace	Neurologický stav, změna prostředí	Žádná edukace	Opakování, jednoduchost
R4	Farmakoterapie – Tiapridal, Buronil, Tisercin, Apaurin	SAS, klinické hodnocení	Délka hospitalizace, prostředí	Žádná edukace	Orientace, uklidnění
R5	Farmakoterapie antipsychotika, efekt slabý	SAS, konzultace s lékařem	CMP, imobilita,	Žádná edukace	Jednoduchá řeč, klidný tón

			změna prostředí		
Respondent	Prevence a léčba	Diagnostika a nástroje	Faktory rozvoje	Edukace	Komunikace
R6	Farmakoterapie – Buronil, Tiapridal, zkušenosti s účinností	CAM-ICU, pozorování, orientace, interakce	Neznámé prostředí, izolace	Žádná edukace	Stručné věty, empatie
R7	Farmakoterapie – Tiapridal, neléčebný pokoj nepomáhá	SAS, bez specifických škál	Zdravotní stav, věk, CMP	Žádná edukace	Hlas, dotek, uklidnění
R8	Farmakoterapie – Tiapridal, kurtace, zkušenosti s účinností	SAS, chování, zkušenosti	Hluk, personál, stresory	Žádná edukace – zájem o školení	Jednoduché věty, porozumění

).

5 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat povědomí, znalosti a zkušenosti nelékařského zdravotnického personálu s problematikou deliria u pacientů hospitalizovaných na neurologické jednotce intenzivní péče. Na základě rozhovorů s osmi respondenty byly identifikovány klíčové oblasti, které reflektují stanovené průzkumné otázky a cíle práce.

5.1 Prevence a léčba deliria v kontextu průzkumu

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je prevence delirantních stavů a jaká je jejich léčba?

Cíl č. 1: Shrnout aktuální informace o deliriu, jeho prevenci a léčbě

Prvním cílem této bakalářské práce bylo shrnout aktuální poznatky o prevenci a léčbě deliria a zjistit, jak tyto oblasti vnímají a realizují nelékařští zdravotničtí pracovníci na neurologické jednotce intenzivní péče. Odpovědi respondentů ukázaly, že prevence deliria je důležitou součástí každodenní péče, přičemž se personál zaměřuje především na nefarmakologické přístupy. Mezi nejčastěji uváděné intervence patří komunikace s pacientem, udržování orientace v realitě, používání jednoduchých vět a klidný lidský přístup. Tyto praktiky odpovídají doporučením odborné literatury, která považuje nefarmakologické postupy za základní pilíř prevence deliria (Inouye et al., 2014; Devlin et al., 2018).

Zajímavým prvkem bylo zavedení tzv. výzkumného pokoje se zklidňujícím prostředím (barvy, zeleně). Někteří respondenti jej hodnotili jako přínosný, jiní však vyjádřili obavy, že může pacienty spíše dezorientovat. I tato skutečnost ukazuje, že individualizace prostředí má v prevenci deliria své místo, ale její účinnost je nutné vyhodnocovat u každého pacienta zvlášť (Inouye et al., 2021).

Farmakologická léčba deliria je podle respondentů výhradně v kompetenci lékaře. Nejčastěji byly zmiňovány léky jako Tiapridal, Buronil, Apaurin, méně často Rivotril nebo Dexdor. V odpovědích zdravotníků zaznívala různorodost v účinnosti těchto léčiv – u některých pacientů zabírají, u jiných nikoliv. Tento poznatek je v souladu s doporučeními odborných společností, podle nichž by farmakologická léčba měla být rezervována pouze pro případy, kdy nefarmakologické přístupy selhávají a pacient je ohrožením pro sebe či okolí (Devlin et al., 2018; Burry et al., 2021).

Respondenti se také shodli, že v některých případech je nezbytné přistoupit ke kurtaci, zejména pokud je pacient výrazně neklidný, agresivní nebo si opakovaně vytrhává vstupy. Většina

zdravotníků však tento postup vnímá jako krajní řešení a preferuje jiný způsob zklidnění pacienta, což odpovídá současným etickým a odborným standardům.

Z hlediska projevených postojů a zkušeností nelékařského zdravotnického personálu lze říci, že prevence a léčba deliria jsou v běžné praxi dobře vnímány a aplikovány, avšak přetrvává absence formálně stanovených protokolů a jednotných postupů, což potvrzují i výsledky zahraničních studií (Pun et al., 2019; Lange et al., 2023). V této oblasti existuje prostor pro zlepšení zejména v rámci edukace personálu a vytvoření standardizovaných algoritmů péče.

Tyto poznatky lze podpořit i srovnáním s diplomovou prací Hájkové (2022), která se zabývala nefarmakologickými intervencemi v péči o pacienty s deliriem v prostředí intenzivní péče. Na základě scoping review čtyřiceti studií autorka identifikovala jako nejúčinnější zejména reorientaci pacienta, podporu spánkového režimu, úpravu prostředí, časnou mobilizaci, zapojení rodiny a edukaci zdravotnického personálu. Práce zdůrazňuje důležitost multifaktoriálního přístupu a kombinace více strategií. Ve srovnání s tímto výzkumem lze konstatovat, že i zdravotnický personál neurologické JIP intuitivně využívá některé uvedené nefarmakologické přístupy, avšak často chybí jejich systematické ukotvení a formální podpora. Tato skutečnost potvrzuje potřebnost strukturované edukace i vytvoření doporučených postupů.

5.2 Diagnostika a hodnocení deliria v klinické praxi

Průzkumná otázka č. 2: Jak a podle čeho diagnostikují delirantní stavy na neurologické JIP v nemocnici krajského typu?

Cíl č. 2: Popsat hodnoticí a měřicí nástroje k diagnostice deliria používané na neurologické JIP nemocnice krajského typu.

Z rozhovorů vyplynulo, že diagnostika deliria na neurologické jednotce intenzivní péče probíhá převážně na základě klinických projevů a subjektivního posouzení zdravotnického personálu ve spolupráci s lékařem. Respondenti často uváděli, že rozpoznání deliria vychází především z pozorování změn chování, reakce na podněty, poruch orientace či výskytu neklidu.

Nejčastěji zmiňovaným hodnoticím nástrojem byla škála SAS, která slouží ke sledování úrovně sedace a agitace, nikoliv však k samotné diagnostice deliria. Přesto ji zdravotnický personál využívá jako podpůrný nástroj k odhadu stavu pacienta:

„Máme škály SAS, které hodnotíme... 4 jsou klidní, 5 jsou hodně neklidní a 6 už je, že si tahají za vstupy.“ (respondent č. 4)

„My u pacientů, kteří nejsou schopni, tak hodnotíme primárně SAS a z toho lze odvodit, v jaké fázi pacient je.“ (respondent č. 3)

Pouze jeden respondent konkrétně uvedl využití škály CAM-ICU, která patří mezi nejvíce doporučované nástroje k diagnostice deliria v intenzivní péči (Ely et al., 2004; Devlin et al., 2018):

„To tady používáme škálu CAM-ICU.“ (respondent č. 6)

Ve většině případů však nebylo používání standardizovaných nástrojů systematické a někteří zdravotníci si nebyli jisti jejich existencí či konkrétním využitím:

„Diagnostikuje lékař... my hodnotíme akorát vědomí a bolest, ale delirko jako takové, to ne.“ (respondent č. 2)

„Asi nic, že bychom tady měli nějaké škály...“ (respondent č. 7)

Kromě škál respondenti uváděli, že často vycházejí z osobního pozorování, zejména při změnách orientace, zmatenosti nebo halucinacích:

„Hodnotíme sami, jak je orientovaný, ptáme se, co vidí kolem sebe... když říkají, že mezi stromy běhají veverka, tak zhodnotíme, že to není to pravý ořechový.“ (respondent č. 6)

Diagnostiku deliria komplikuje přítomnost neurologických diagnóz, u kterých jsou některé projevy (např. zmatenost, poruchy vědomí) běžné. Tato skutečnost znesnadňuje odlišení deliria od symptomů základního onemocnění:

„Jakmile je nemocný mozek... tak si někdy myslíme, že už by to chtělo, lékař řekne, že to je jen zmatenost a patří to k základní diagnóze.“ (respondent č. 1)

Tato zjištění odpovídají závěrům odborné literatury, která upozorňuje na nedostatečné rozpoznávání deliria v praxi, zejména jeho hypoaktivní formy, a na potřebu rutinního používání validovaných nástrojů, jako je právě CAM-ICU (Siddiqi, Harrison & Clegg, 2016; Burry et al., 2021).

Celkově lze konstatovat, že diagnostika deliria na neurologické JIP v nemocnici krajského typu je spíše intuitivní a neprobíhá podle jednotného, strukturovaného postupu. Zavedení standardizovaných nástrojů by mohlo výrazně zlepšit včasné rozpoznání deliria, zejména u hypoaktivních forem, které zůstávají často bez povšimnutí.

Podobné závěry přináší i diplomová práce Novotné (2021), která mapovala používání hodnoticích škál k diagnostice deliria na odděleních ARO. Zjistila, že většina sester zná pojem CAM-ICU, ale jen velmi malá část jej skutečně aplikuje v praxi. Zásadním problémem byl nedostatek školení a absence interních protokolů. Stejně jako v této bakalářské práci Novotná zdůrazňuje, že bez systematizace a edukační podpory nelze dosáhnout kvalitní péče ani včasné diagnostiky.

5.3 Rizikové faktory a specifika neurologických pacientů

Průzkumná otázka č. 3: Jaké faktory přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

Cíl č. 3: Zjistit faktory přispívající k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů.

Na základě výpovědí respondentů lze konstatovat, že personál neurologické jednotky intenzivní péče vnímá rozvoj deliria jako multifaktoriální proces, který je ovlivněn biologickými, psychologickými i environmentálními aspekty. Nejčastěji uváděnými rizikovými faktory byly: neurologická diagnóza, vyšší věk, změna prostředí, abúzus návykových látek a izolace od rodiny.

Zejména neurologické onemocnění bylo zdravotníky označeno jako zásadní predispozice k rozvoji zmatenosti a deliria. Pacienti s cévní mozkovou příhodou, epilepsií, úrazy mozku či jiným poškozením centrální nervové soustavy vykazují podle zkušeností personálu častější výskyt deliria. Tuto skutečnost potvrzuje i odborná literatura, která uvádí, že postižení mozkových struktur zvyšuje riziko akutních poruch vědomí (Trzepacz & Meagher, 2014; Bednařík et al., 2022).

„Když je postižen ten mozek, tak ti lidi za to prostě nemůžou...“ (respondent č. 2)

„Jak to jsou u nás většinou ty hlavy, tak ten člověk má postižen ten mozek a je tam větší pravděpodobnost k rozvoji zmatenosti.“ (respondent č. 3)

Dalším faktorem, který respondenti označili za významný, je věk pacienta. Starší pacienti bývají podle jejich zkušeností náchylnější k deliriu, což je v souladu se závěry Siddiqi, Harrison a Clegg (2016), kteří poukazují na vyšší incidenci deliria u seniorů v důsledku snížené adaptability, kognitivního deficitu a polymorbidit.

„Starší lidi to mají častěji.“ (respondent č. 7)

Často zmiňovaným rizikem byla také náhlá změna prostředí – zejména přechod z domácího prostředí na intenzivní lůžko, kde je pacient vystaven neznámým osobám, hluku, umělému

osvětlení a narušenému dennímu režimu. Tento faktor je v odborné literatuře považován za významný environmentální stresor přispívající k rozvoji deliria (Inouye et al., 2014).

„To úplně jiné prostředí, neznámý lidi...“ (respondent č. 6)

„Spousta lidí je zafixovaná na to domácí prostředí, mají tam třeba psa, takže chtějí domů.“ (respondent č. 1)

Někteří respondenti rovněž upozornili na abstinenční příznaky u pacientů s anamnézou závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Tito pacienti bývají zvláště riziková a delirium se u nich často rozvíjí jako součást abstinenčního syndromu.

„Alkoholici mívají abstáky, to tady míváme taky často.“ (respondent č. 1)

„U mladého člověka, pokud to není nějaký alkoholik nebo feťák, tak většinou delirium takhle nemá.“ (respondent č. 7)

Z rozhovorů dále vyplynulo, že některé prvky prostředí oddělení, jako například tzv. „výzkumný pokoj“ s přírodními motivy, mohou u některých pacientů paradoxně vyvolávat zmatenost či halucinace. To naznačuje, že reakce pacientů na prostředí jsou individuální a je potřeba pečlivě zvážit jeho působení.

„Ten speciální pokoj je více podněcuje k tomu, že jsou neklidní, zmatení...“ (respondent č. 4)

„V tom pokoji jsou víc rozčilení, neví, kde jsou...“ (respondent č. 8)

Z výpovědí tedy jednoznačně vyplývá, že personál neurologické JIP vnímá řadu rizikových faktorů vedoucích k deliriu. Přesto však tato rizika nejsou systematicky vyhodnocována a na oddělení neexistují standardizované nástroje k jejich aktivnímu screeningu. Z odborného hlediska je doporučováno zavedení nástrojů, jako jsou predikční škály, které mohou pomoci identifikovat pacienty s vysokým rizikem již při přijetí na JIP (van den Boogaard et al., 2012).

5.4 Komunikace v kontextu průzkumu

Průzkumná otázka č. 5: Jaké komunikační techniky používají při komunikaci s pacientem v deliriu zdravotničtí nelékařští pracovníci na neurologické jednotce intenzivní péče v nemocnici krajského typu?

Cíl č. 5: Zmapovat komunikační techniky zdravotnických nelékařských pracovníků s pacientem v deliriu na neurologické jednotce intenzivní péče v krajské nemocnici.

Z rozhovorů s nelékařským zdravotnickým personálem vyplynulo, že komunikace s pacienty v deliriu je vnímána jako jeden z nejnáročnějších aspektů péče na neurologické JIP. Všichni respondenti shodně uvedli, že kontakt s delirantními pacienty vyžaduje značnou dávku trpělivosti, empatie a psychické odolnosti. Komunikační přístup se vždy přizpůsobuje aktuálnímu stavu pacienta – jeho míře orientace, spolupráce i chování.

„Klasicky nejdříve trpělivě opakujeme a opakujeme...“ (respondent č. 1)

„Opakovat všechno jak gramofon.“ (respondent č. 5)

„Snažím se je utiřit hlasem, dotykem, pohladit...“ (respondent č. 7)

Z rozhovorů dále vyplynulo, že většina pracovníků se řídí vlastní intuicí a zkušenostmi, neboť na oddělení nejsou dostupná žádná standardizovaná doporučení pro komunikaci s pacienty v deliriu. Komunikace je většinou jednoduchá, pomalá, s opakováním sdělení, snahou o orientaci pacienta v čase a prostoru. Odborná literatura tento přístup potvrzuje – dle Holland, Vardy a Ward (2022) je vhodné používat krátké věty, názorné pokyny a pozitivní tón hlasu.

„Snažíme se upozorňovat pacienta o orientaci: ‚Jste v nemocnici, podívejte, kdo jsme my...‘ Ale to prostě nemá smysl, oni si jedou svoje.“ (respondent č. 1)

Při projevech neklidu, agrese nebo dezorientace, kdy verbální komunikace selhává, je podle respondentů běžné kombinovat komunikaci s farmakologickou intervencí nebo fyzickým zajištěním pacienta (kurtací), vždy však s důrazem na bezpečí pacienta i personálu.

„Musíme chránit sebe i pacienty – často si vytrhnou vstupy, takže někdy dojde i na kurtaci.“ (respondent č. 1)

„Snažíme se jim to samozřejmě nejprve vysvětlit, ale potom, když to nejde, tak ty kurtace k tomu připojíme.“ (respondent č. 6)

Z výpovědí je patrná absence metodické podpory i edukačních materiálů zaměřených na komunikaci s pacienty v deliriu. Tento nedostatek potvrzují i zahraniční studie – například práce *Delirium Communications Journal* (2022) uvádí, že většina zdravotníků nemá přístup k praktickým návodům ani školením zaměřeným na efektivní komunikaci v akutních stavech zmatenosti.

Zároveň však respondenti zdůraznili, že právě komunikace je klíčem k lepší spolupráci s pacientem, k udržení jeho důstojnosti a k předcházení nežádoucím situacím. Bylo by tedy žádoucí vytvořit interní doporučení a edukační programy zaměřené na specifické komunikační

dovednosti při péči o delirantní pacienty, čímž by došlo ke zvýšení kvality a bezpečnosti poskytované péče.

Diplomová práce Peškové (2020) se zaměřila na komunikační strategie zdravotníků při péči o pacienty se zhoršeným vědomím na oddělení ARO. Autorka uvádí, že hlavními překážkami efektivní komunikace jsou časová tíseň, nedostatek personálu a absence metodického vedení. Zdravotníci se často spoléhají na vlastní intuici a zkušenost, což odpovídá i výpovědím respondentů v tomto výzkumu. Pešková zároveň doporučuje zařadit do interního vzdělávání kurzy zaměřené na krizovou komunikaci s kognitivně narušeným pacientem.

5.5 Edukace zdravotnického personálu a prostor pro zlepšení praxe

Průzkumná otázka č. 4: Jaká je dostupnost edukace zdravotnickým nelékařským pracovníkům na neurologické jednotce intenzivní péče v nemocnici krajského typu v oblasti delirantních stavů?

Cíl č. 4: Zjistit míru edukace zdravotnických nelékařských pracovníků na neurologické jednotce intenzivní péče v krajské nemocnici v oblasti delirantních stavů.

Z rozhovorů vyplynulo, že systémové vzdělávání v oblasti deliria v rámci neurologické jednotky intenzivní péče prakticky neprobíhá. Všichni respondenti uvedli, že za dobu svého působení neabsolvovali žádné specializované školení ani kurz zaměřený na delirium, ať už z hlediska diagnostiky, léčby, nebo komunikace.

„Žádné školení nemáme.“ (respondent č. 2)

„Neděje se nic.“ (respondent č. 1)

„Hodil by se nám nějaký kurz ohledně deliria.“ (respondent č. 8)

Přestože dotazovaní zdravotníci projevili zájem o další vzdělávání, jejich znalosti vycházejí především z osobní zkušenosti, pozorování kolegů a intuice, což může vést k nevyrovnané kvalitě péče a omezeným možnostem prevence a včasné diagnostiky.

Tato zjištění odpovídají závěrům několika odborných studií. Například Lange et al. (2023) zjistili, že více než 50 % sester v Polsku nemělo žádné formální vzdělání v oblasti deliria, což mělo přímý dopad na jejich schopnost rozpoznat příznaky, znát rizikové faktory a efektivně reagovat na tento stav. Podobně Lee, Kim a Yoon (2025) ve své systematické přehledové studii identifikovali nízkou sebedůvěru a nedostatek znalostí zdravotnického personálu jako jednu z hlavních bariér účinné prevence a zvládnutí deliria.

Průzkum rovněž ukázal, že právě edukace by mohla být klíčovým nástrojem pro zlepšení klinické praxe. Valová (2024) ve své práci upozorňuje na potřebu zavedení standardizovaného vzdělávacího programu, který by zahrnoval nejen teoretické informace, ale také praktické nácviky komunikace, diagnostiky pomocí validovaných nástrojů (např. CAM-ICU) a simulace krizových situací.

Z výpovědí respondentů a dostupné literatury je zřejmé, že absence edukace má přímý vliv na kvalitu poskytované péče o pacienty s deliriem. Zavedení pravidelného školení a vytvoření edukačních materiálů pro zdravotnický personál by mohlo přispět nejen k větší jistotě a odbornosti pracovníků, ale také ke zvýšení bezpečnosti a komfortu pacientů.

Závažnost nedostatečné edukace potvrzuje také diplomová práce Dvořákové (2022), která analyzovala úroveň znalostí sester o deliriu na chirurgických odděleních. Výsledky ukázaly, že většina respondentek hodnotila své znalosti jako nedostatečné a přály by si více prakticky zaměřených školení. Stejnou potřebu vyjádřili i respondenti této bakalářské práce, což ukazuje na celorepublikový trend a podtrhuje potřebu systematické edukace napříč různými typy oddělení.

5.6 Doporučení pro praxi

Na základě zjištění z kvalitativního průzkumu, který proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky na neurologické jednotce intenzivní péče, lze identifikovat několik klíčových oblastí, kde existuje prostor pro zlepšení klinické praxe a organizace péče o pacienty s deliriem. Tato doporučení vycházejí nejen z výpovědí respondentů, ale také z odborných studií a současných mezinárodních doporučení (Devlin et al., 2018; Inouye et al., 2014; Lange et al., 2023; Lee, Kim a Yoon, 2025).

1. Zavedení pravidelného vzdělávání zdravotnického personálu

Z průzkumu jasně vyplynulo, že žádný z respondentů se neseťkal s formálním školením v oblasti deliria. Pravidelná školení a workshopy zaměřené na rozpoznání symptomů, použití hodnotících nástrojů (např. CAM-ICU) a aplikaci nefarmakologických přístupů by mohly významně zvýšit kvalitu péče.

2. Začlenění standardizovaných diagnostických nástrojů do praxe

Vzhledem k tomu, že většina personálu používá pouze orientační škály jako SAS, doporučuje se implementace validovaných nástrojů (např. CAM-ICU, NuDESC) jako součást běžné péče. Jejich zavedení by přispělo ke včasné identifikaci deliria, zejména hypoaktivního typu, který bývá často přehlížen.

3. Vytvoření interních doporučených postupů a standardů péče

Jasně definované ošetrovatelské postupy pro práci s pacienty v deliriu, včetně možností prevence, přístupu k pacientům, komunikačních technik a indikace farmakoterapie, by pomohly sjednotit péči napříč personálem a snížit nejistotu při péči o tyto pacienty.

4. Podpora nefarmakologických strategií v každodenní praxi

Respondenti opakovaně zmiňovali důležitost komunikace, orientace pacienta v realitě a klidného prostředí. Podporou těchto přístupů lze snížit potřebu fyzické restrikce a farmakologické sedace.

5. Větší důraz na týmovou spolupráci a sdílení zkušeností

Interdisciplinární spolupráce mezi lékaři, sestrami a dalšími pracovníky (např. psycholog, logoped, nutriční terapeut) by měla být podporována formou pravidelných porad, případových konferencí a interního mentoringu.

6. Zapojení rodiny do péče a zajištění informovanosti blízkých

Rodina hraje důležitou roli v procesu reorientace pacienta. Je vhodné rozvíjet možnosti spolupráce s rodinou, včetně poskytnutí informací o stavu pacienta a edukačních materiálů o deliriu.

6 ZÁVĚR

Delirium je závažným akutním stavem, který se u pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče vyskytuje s vysokou frekvencí, a jeho přítomnost významně ovlivňuje nejen délku hospitalizace, ale také prognózu a kvalitu života po propuštění. Tato bakalářská práce se zabývala problematikou deliria na neurologické JIP se zaměřením na roli nelékařského zdravotnického personálu, který hraje včasným rozpoznáním a péčí o pacienty klíčovou roli.

V teoretické části byly shrnuty aktuální poznatky o příčinách, projevech, diagnostických a terapeutických možnostech, včetně diferenciální diagnostiky vůči jiným kognitivním poruchám. Dále byly popsány nefarmakologické a farmakologické možnosti prevence a léčby, stejně jako důležitost správné komunikace a edukace personálu.

Průzkumná část ukázala, že pracovníci neurologické JIP se s pacienty v deliriu setkávají velmi často, přičemž většina z nich postrádá systematické vzdělávání v této oblasti. Diagnostika probíhá převážně na základě klinických projevů a zkušeností, zatímco využívání standardizovaných nástrojů, jako je škála CAM-ICU, není jednotné ani pravidelné. Zásadním přínosem je důraz na lidský a empatický přístup, jednoduchou verbální komunikaci a schopnost přizpůsobit se aktuálnímu psychickému stavu pacienta. Komunikace s pacientem v deliriu i jeho rodinou je vnímána jako velmi náročná, avšak nezbytná součást péče.

Na základě získaných poznatků lze doporučit následující návrhy pro praxi, které byly podrobněji rozepsané v kapitole 5.6.

- **Zavedení pravidelného školení** zdravotnického personálu v oblasti diagnostiky, prevence a terapie deliria.
- **Větší důraz na nefarmakologické intervence** a podporu vytvoření prostředí přátelského k orientaci a komfortu pacienta.
- **Systematické používání validovaných diagnostických nástrojů** jako CAM-ICU v každodenní praxi.
- **Zajištění mezioborové spolupráce** mezi lékaři, sestrami a dalšími odborníky v péči o pacienty s deliriem.
- **Podpora informovanosti a zapojení rodiny** jako součást komplexní péče.

Výsledky této práce potvrzují důležitost zvýšeného povědomí o problematice deliria a poukazují na potřebu strukturované podpory zdravotnických pracovníků v této oblasti

především na základě pravidelně organizovaných školeních a workshopů s předními specialisty zabývající se touto problematikou. Včasná intervence a multidisciplinární spolupráce mohou významně ovlivnit průběh hospitalizace i kvalitu života pacientů po jejím ukončení.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Primární zdroje

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (UZIS) (2024). *F05.9 - Delirium nespecifikované*. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F05.9>

STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Překlad Tomáš Havel. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-253-5.

7.2 Sekundární zdroje

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. *Delirium, dementia and depression: What is the difference?* [online]. Toronto: RNAO, 2010, Dostupné z: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/HEFS_Delirium_dementia_and_depression_What_is_the_difference_0.pdf

ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-147-2.

7.3 Odborná literatura

BEDNAŘÍK, J., KELLER, O. a ŠERÝ, O. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-507-8.

CRESWELL, J. W. a PLANO CLARK, V. L. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3. vyd. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2018. ISBN 978-1-4833-4437-9.

KALVACH, Z., PAVEL, J., ZADÁK, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-0548-6.

MALÁSKA, J., STAŠEK, J., KRATOCHVÍL, M. a ZVONÍČEK, V. a kol. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2020. ISBN 978-80-7345-675-7.

TRZEPACZ, P. T. a MEAGHER, D. J. *Neuropsychiatric Aspects of Delirium*. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. ISBN 978-1-107-03885-5.

7.4 Odborné články

BEDNAŘÍK, J., et al. Management deliria v neurointenzivní péči v České republice: dotazníková studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2022, roč. 85/118, č. 4, s. 392–398.

BEDNAŘÍK, J., VÁLEK, P. a AMBLER, Z. Poruchy vědomí. *Neurologie pro praxi* [online], 2017, roč. 18, č. 2, s. 75–81 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/02/03.pdf>

BURRY, L., et al. Pharmacologic management of ICU delirium: A systematic review and network meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 2021, roč. 49, č. 2, s. 266–273. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004756>

ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R. Delirium v intenzivní péči. *Vnitřní lékařství* [online], 2019, roč. 65, č. 6, s. 433–439 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2019/06/05.pdf>

DAŇHELOVÁ, Š. Cirkadiánní rytmus aneb zapomenutá přirozenost [online]. *Purus Meda*, 2024 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.purusmeda.cz/clanky/cirkadianni-rytmus-aneb-zapomenuta-prirozenost>

PILCH, R. Delirium tremens – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi* [online], 2011, roč. 12, č. 4, s. 153–155 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/05.pdf>

DEVLIN, J.W., et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 2018, roč. 46, č. 9, s. e825–e873. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

ELY, E.W., et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 2004, roč. 291, č. 14, s. 1753–1762.

GIRARD, T.D., et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Critical Care Medicine*, 2010, roč. 38, č. 7, s. 1513–1520.

HOLLAND, C., VARDY, E. a WARD, D. Communicating with confused and delirious patients in acute care settings. *Nursing Older People*, 2022, roč. 34, č. 2, s. 25–30.

INOUYE, S.K., et al. Delirium in elderly people. *The Lancet*, 2014, roč. 383, č. 9920, s. 911–922. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1

KALVACH, Z., PAVEL, J., ZADÁK, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2016.

KÁŇOVÁ, M., BURDA, M., POVOVÁ, J. a NEISER, J. Delirium u kriticky nemocných – prospektivní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online], 2015, roč. 78, č. 6, s. 662–667 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-6-7/delirium-u-kriticky-nemocnych-prospektivni-studie-56569>

LEO-SUMMERS, L. a SCHMITT, E.M. Family involvement and communication in delirium care: an integrative review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2021, roč. 69, č. 7, s. 1923–1934. DOI: 10.1111/jgs.17113

LI, J., ZHANG, Y., WANG, L., SUN, Y. a LIU, Y. Family involvement in preventing delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2024, roč. 134, 104937. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104937

MAŇOUROVÁ, M. *Psychiatrie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2015.

MARCANTONIO, E. R. Delirium in hospitalized older adults. *New England Journal of Medicine*, 2017, roč. 377, č. 15, s. 1456–1466. DOI: 10.1056/NEJMc1605501

MAREK, K., ANTLE, L. a HENRICKS, M. Pharmacologic prevention and treatment of delirium in intensive care unit patients: A systematic review. *Heart & Lung*, 2015, roč. 44, č. 4, s. 272–276. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.03.005>

POKORNÁ, A. Delirium tremens – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 2011, roč. 12, č. 4, s. 153–155.

ProLékaře.cz. Delirium v intenzivní péči. *Vnitřní lékařství* [online], 2019, roč. 62, č. 2, s. 113–118 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-6-2/delirium-v-intenzivni-peci-113425>

PUN, B.T., et al. Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2021, roč. 9, č. 3, s. 239–250. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30552-X

RAMÍREZ ECHEVERRÍA, M.L., SCHOO, C., PAUL, M. a DOERR, C. Delirium (Nursing). In: *StatPearls* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568723/>

SIDDIQI, N., HARRISON, J.K., CLEGG, A. Delirium and its impact on long-term cognitive impairment and mortality. *Age and Ageing*, 2016, roč. 45, č. 6, s. 755–760.

TRUHLÁŘ, A. Delirium v intenzivní péči. *Vnitřní lékařství* [online], 2019, roč. 65, č. 6, s. 333–338 [cit. 2025-04-25].

WASZYNSKI, C., et al. Nurses' knowledge, confidence, detection and actions related to delirium care in the post-acute setting. *Delirium Communications Journal* [online], 2022 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://deliriumcommunicationsjournal.com/article/92213>

ZÁVADOVÁ, H. a TŮMOVÁ, J. Delirium – častý, ale podceňovaný stav na JIP. *Neurologie pro praxi* [online], 2011, roč. 12, č. 5, s. 232–236 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/05.pdf>

7.5 Internetové zdroje

DELIRIUM CENTRAL. *Family members & patients* [online]. 2021 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.deliriumcentral.org/family-members-patients/>

DELIRIUM COMMUNICATIONS JOURNAL. *Nurses' knowledge, confidence, detection and actions related to delirium care in the post-acute setting* [online]. 2022 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://deliriumcommunicationsjournal.com/article/92213>

PROLÉKAŘE.CZ. Delirium v intenzivní péči. *Vnitřní lékařství* [online], 2019, roč. 65, č. 6, s. 389–395 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-6-2/delirium-v-intenzivni-peci-113425>

7.6 Ostatní

DVOŘÁKOVÁ, Lucie. *Úroveň znalostí o deliriu u všeobecných sester na chirurgických odděleních*. Hradec Králové, 2022. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Hradec Králové.

HRACHOVINOVÁ, J. *Zásady ošetrovatelské péče o dospělé pacienty s deliriem* [online]. Brno, 2020. Bakalářská práce. Masarykova univerzita [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6mrjo3>

NOVOTNÁ, Petra. *Diagnostika deliria na ARO z pohledu nelékařského zdravotnického personálu*. Brno, 2021. Diplomová práce. Lékařská fakulta, Masarykova univerzita.

PEŠKOVÁ, Alena. *Komunikační strategie při péči o pacienty se zhoršeným vědomím na intenzivní péči*. Plzeň, 2020. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni.

VALOVÁ, M. *Edukace sester v péči o pacienty s deliriem na jednotce intenzivní péče*. Brno, 2024. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

8 PŘÍLOHY

Respondent č. 1

Žena, 22 let na NEU JIP, nepracovala na žádném jiném oddělení, vystudovala střední zdravotnickou školu, dále si vystudovala vyšší odbornou nastavbu ARIP.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Hlavně se snažím s nimi povídat, aby věděli, že má tady někdo o ně zájem vůbec, že to není další kus, další pacient. Všechno se snažím jim vysvětlit, i když jsou tlumení léky. Přístupovat k nim, že oni to nechápou, když jsou to laici.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Používáme léky, nějaké benzodiazepiny, nebo to, co lékař naordinuje, což je nejčastěji něco na ztlumení. Pokud to je nezbytně nutné, když si tahají vstupy, tak se přistupuje ke kurtaci. Samozřejmě je to opravdu dlouho, že na ně mluvíme, opakujeme, ale většinou to nepomáhá. Z léků tedy používáme benzodiazepiny, nejčastěji také používáme Tiapridal. Začínáme slabšími a pak se dál navyšuje. Někdy se dávají i Dexdory, potom podáváme i kontinuálně, ale ten Tiapridal nejčastěji, nejdříve podáváme bolusově, když to nezabírá, tak kontinuálně nebo se dává Buronil, když to je schopný pacient zkousnout. Mnoho pacientů na našem oddělení má totiž polykací potíže, takže to nespolkne nebo nám nerozumí nebo to plivou, odmítají to. Co se týče účinnosti, tak ten Tiapridal si potřebuje udělat hladinku, takže tam to určitě není hned a záleží, co se podá, a není to určitě dané, že to bude účinné, protože každý člověk nám na to zareaguje jinak.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Slovní nadávání, perou se s námi, neklid, snaha opustit lůžko, vulgární výrazy k tomu patří, to je asi nejčastější, tudíž pozorujeme hodně hyperaktivní projevy. Hypoaktivní delirium těžko pozorujeme, protože to nastává, až když je ztlumíme těmi léky, a pak jsou ztlumení hodně, takže spíš to hyper než to hypo.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Tak my tu máme tu škálu SAS. My ji hodnotíme, protože jsme s tím pacientem častěji než lékař, takže třeba na to lékaře upozorníme, že to chování pacienta je takový a takový, takže pak souběžně spolupracujeme s lékařem.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikovaním deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„U nás oddělení se to diagnostikuje asi hůř, protože jakmile je nemocný ten mozek a ty onemocnění mozku jdou ruku v ruce jakoby s tou zmateností, takže pak si někdy myslíme, že už by to chtělo, lékař řekne, že ne, že to je jen zmatenost a patří to k základní diagnóze, takže zrovna tady je to opravdu obtížnější.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„To jsou ty škály a tím, že jsme JIP, máme menší oddělení, máme prostor na ty pacienty vidět. Jsme furt s nimi v kontaktu. Můžeme použít i hračky, takže je můžeme motivovat tady tím.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Tak určitě ten věk, vytržení z toho prostředí, následně nějaké ty abúzy, alkohol, kouření, protože to jim chybí. Alkoholici mívají absťáky, to tady míváme taky často, když to jsou ti epileptici, tak neužívají léky, pak jsou zase tady a ta diagnóza k tomu hlavně patří. Spousta lidí je zafixovaná na to domácí prostředí, mají tam třeba psa, takže chtějí domů, kvůli tomu psovi. Ty diagnózy jsou opravdu různé.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„Neděje se nic.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Klasicky nejdříve trpělivě opakujeme a opakujeme, pak vlastně záleží na tom, jaký je projev, když je ten člověk neklidný, musíme chránit hlavně sebe, aby nám neublížili, ale zároveň musíme chránit i pacienty, protože často si vytrhnou močové katetry, flexily, takže ubližují sobě, dochází pak k té kurtaci s následnou spoluprací s lékařem, kdy podáváme už medikamenty. Snažíme se upozorňovat pacienta o orientaci: „Jste v nemocnici, podívejte, kdo jsme my, nejsme vnučka.“ Ale to prostě nemá smysl, těm přecvakne a jedou si.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„Spousta pacientů to ani jako kolikrát nevnímá, že si jedou nějaký to svoje. Někteří jsou negativistický, že jim nadávají, proč je poslali do nemocnice, ale většině případů to má pozitivní vliv na pacienta, když tam ty vztahy fungují, tak to spíše zklidní ten stav. Je pravda, že pak následně ta rodina odejde a chtějí jít za nimi, ale to asi záleží na okamžiku.“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Fakt je tady riziko, že nám ublíží oni, tak to je asi jako největší výzva. Musíte mít spoustu té trpělivosti, protože jinak byste tu práci vůbec nemohla dělat. Trpělivost a mít to ráda a mít k tomu vztah, to je největší výzva. Když k tomu máte tu správnou partu lidí, což my tady máme, tak vydržíte prostě i těch 22 let a klidně i dýl.“

Závěrečné otázky:

1. Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?

Být trpěliví, tam je to o jednom slovu trpělivost, ale i empatie, protože já jsem se i v životě osobním naučila, že nemůžete koukat jen na jednu stranu toho, ale i na druhou, protože všechno má rub a líc. Nikdy nevíte, kdy v té pozici budete vy, a jak byste chtěla, aby se v té pozici, když vy náhodou budete, choval ten personál k vám, takže já se snažím chovat vlastně tak, jak já

bych chtěla, aby se potom, kdyby následně někdy se to stalo mně, jak bych chtěla, aby se ke mně choval ten personál, i když to není vědomé chování.“

2. Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?

„Opravdu být trpěliví, vžít se do toho, že jednou můžete takhle ležet vy a někdo se o vás bude muset starat. V tomto si myslím, že je to gró.“

Tabulka 1 – respondent č. 1

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	KOMUNIKACE	„Hlavně se snažím s nimi povídat, aby věděli, že má tady někdo o ně zájem.“
	EDUKACE	„Všechno se snažím jim vysvětlovat, i když jsou tlumení léky.“
Léčba	BENZO	„Používáme léky, nějaké benzodiazepiny nebo to, co lékař naordinuje.“
	TIAPRIDAL	„Nejčastěji také používáme Tiapridal, nejdříve bolusově, když to nezabírá, tak kontinuálně.“
	KURTACE	„Pokud to je nezbytně nutné, když si tahají vstupy, tak se přistupuje ke kurtaci.“
Diagnostika	SAS	„Tak my tu máme tu škálu SAS. My ji hodnotíme, protože jsme s tím pacientem častěji než lékař.“
	ROLE LÉKAŘE	„Na to lékaře upozorníme, že to chování pacienta je takové a takové, takže pak souběžně spolupracujeme s lékařem.“
Faktory přispívající k deliriu	VĚK	„Tak určitě ten věk, vytržení z toho prostředí.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
	ABÚZUS	„Alkoholici mívají abstáky, to tady míváme taky často.“
	SOCIÁLNÍ IZOLACE	„Spousta lidí je zafixovaná na to domácí prostředí, mají tam třeba psa, takže chtějí domů.“
Komunikace	OPAKOVÁNÍ	„Klasicky nejdříve trpělivě opakujeme a opakujeme.“
	ORIENTACE	„Snažíme se upozorňovat pacienta o orientaci: „Jste v nemocnici, podívejte, kdo jsme my.““
Rodina a její vliv	POZITIVNÍ VLIV	„Většinou případů to má pozitivní vliv na pacienta, když tam ty vztahy fungují.“
	NEGATIVNÍ VLIV	„Někteří jsou negativističtí, že jim nadávají, proč je poslali do nemocnice.“
Výzvy v péči	RIZIKO NÁSILÍ	„Fakt je tady riziko, že nám ublíží oni.“
	TRPĚLIVOST	„Musíte mít spoustu té trpělivosti, protože jinak byste tu práci vůbec nemohla dělat.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„Neděje se nic.“
Doporučení pro zdravotnický personál	TRPĚLIVOST	„Opravdu být trpěliví, vžít se do toho, že jednou můžete takhle ležet vy a někdo se o vás bude muset starat.“

Respondent č. 2

Žena, 10 let na NEU JIP, dříve pracovala jeden rok na očním oddělení, vystudovala střední zdravotnickou školu, dále studovala vysokou školu, magisterský obor všeobecné ošetrovatelství.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Medikace, přístup k pacientovi, komunikace a máme tam ten výzkumný pokoj, kde je všude zeleň.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Používáme Tiapridal, Buronil, Apaurin a sledujeme účinky těch léčiv, které jsou u každého jiné, protože na každého pacienta to působí jinak.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Neklid, zmatenost, tudíž spíše hyperaktivní delirium.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Diagnostikuje lékař, a zda používáme škálu k hodnocení, to si nejsem vědoma takhle z hlavy. My hodnotíme akorát vědomí a bolest, ale delirko jako takové, to ne.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikováním deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Tady ty deliria máme hodně, ale jak říkám, to si rozepisují doktoři a nevím, jestli mají nějakou škálu.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„Glasgow Coma Skale, máme je na monitoru, hodnotíme, zda jsou tachykardičtí, takže fyziologické funkce. Každý den se jich doptáváme ohledně jejich orientace v čase, místě, prostoru.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Tak já si myslím, že tady jsou to hlavně ty diagnózy, když je postižen ten mozek, tak ti lidi za to prostě nemůžou. Nejčastěji to je tedy cévní mozková příhoda, oba typy, a epilepsie.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„Žádné školení nemáme.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Vřelý přístup, vysvětlovat, aby byli v klidu, a hlavně lidský přístup.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„Tak asi velkou, ale ono je těžce odhadnutelné, jaké mají rodinné vztahy, a každý na tu rodinu reaguje jinak, ale je to strašně individuální. Někoho to rozbrečí, někdo je ještě víc agresivní,

někoho to zklidní, někdo je takový neklidný, že je v nemocnici a ta rodina ho takhle vidí v tom stavu, někdo je zase v pohodě. To delirium je tak obecné a my to tady máme na té neurologii takhle prostě, že opravdu je to mozek, a když mají krvácení do mozku, no tak...“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Určitě je to náročné, protože oni jsou dost agresivní, tím pádem jde i o zdraví nás. Když má 150kg chlap delirium, tak to není úplně příjemné, a je to pak i nebezpečné.“

Závěrečné otázky:

1. Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Asi trpělivost, protože to je takový základ ve zdravotnictví.“

2. Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?

„Myslím, že už jsme to hezky shrnuly všechno.“

Tabulka 2 – respondent č. 2

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	MEDIKACE	„Medikace, přístup k pacientovi, komunikace a máme tam ten výzkumný pokoj, kde je všude zeleň.“
Léčba	TIAPRIDAL, BURONIL, APAURIN	„Používáme Tiapridal, Buronil, Apaurin a sledujeme účinky těch léčiv, které jsou u každého jiné, protože na každého pacienta to působí jinak.“
Projevy deliria	NEKLID, ZMATENOST	„Neklid, zmatenost, tudíž spíše hyperaktivní delirium.“
Diagnostika	ROLE LÉKAŘE	„Diagnostikuje lékař, a zda používáme škálu k hodnocení, to si nejsem vědomá takhle z hlavy. My hodnotíme akorát vědomí a bolest, ale delirko jako takové, to ne.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
	ZKUŠENOSTI	„Tady ty deliria máme hodně, ale jak říkám, to si rozepisují doktoři a nevím, jestli mají nějakou škálu.“
	MONITORACE	„Glasgow Coma Scale, máme je na monitoru, hodnotíme, zda jsou tachykardičtí, takže fyziologické funkce. Každý den se jich doptáváme ohledně jejich orientace v čase, místě, prostoru.“
Faktory přispívající k deliriu	MOZKOVÉ POSTIŽENÍ	„Tak já si myslím, že tady jsou to hlavně ty diagnózy, když je postižen ten mozek, tak ti lidi za to prostě nemůžou. Nejčastěji to je tedy cévní mozková příhoda, oba typy, a epilepsie.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„Žádné školení nemáme.“
Komunikace	EMPATIE	„Vřelý přístup, vysvětlovat, aby byli v klidu, a hlavně lidský přístup.“
Rodina a její vliv	INDIVIDUALITA REAKCÍ	„Tak asi velkou, ale ono je těžce odhadnutelné, jaké mají rodinné vztahy a každý na tu rodinu reaguje jinak, ale je to strašně individuální. Někdo to rozbrečí, někdo je ještě víc agresivní, někoho to zklidní, někdo je takový neklidný, že je v nemocnici a ta rodina ho takhle vidí v tom stavu, někdo je zase v pohodě. To delirium je tak obecné a my to tady máme na té neurologii takhle prostě, že opravdu je to mozek, a když mají krvácení do mozku, no tak...“

Respondent č. 3

Muž, 3 roky na NEU JIP, vystudoval zdravotnického záchranáře bakalářský obor a dříve studoval všeobecné gymnázium.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Tak je to vždy po konzultaci s lékařem farmakologickou cestou.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Intravenózní antipsychotika, a ještě Rivotril třeba se dává.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Mají halucinogenní stavy, u nás mají pacienti velmi často, ti lidi mají špatné hlavy, děláme na neurologii, takže to vnímání toho prostředí a toho světa není, jaké by mělo být.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„My u pacientů, kteří nejsou schopni, tak hodnotíme primárně SAS a z toho lze odvodit, v jaké fázi pacient je, pak následuje konzultace s lékařem.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikování deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Četné zkušenosti.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„Tak používáme tu škálu SAS, pak tu máme speciální pokoj, všude zeleň, který za mě některé ty pacienty evokuje víc k tomu delirantnímu stavu.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Primárně změna prostředí a samozřejmě jejich tělesný stav momentální. Říkám, jak to jsou u nás většinou ty hlavy, tak prostě ten člověk je nějakým způsobem postižený nebo má postižený ten mozek a je tam větší pravděpodobnost k rozvoji zmatenosti.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„Žádné školení jsme neměli.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Nemáme dané přesně specifické postupy, ale je to opakování a opakování do zblbnutí.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„Pacienti jsou daleko klidnější, protože to je někdo, koho zná, ale že by to mělo vliv na tu péči nebo na tu léčbu deliria, tak to úplně nemá, protože toho člověka tu nemůžete mít 24 hodin denně, takže v ten moment, když tu ten dotyčný je, nebo ta rodina, tak pacient reaguje daleko lépe, protože ho zná, a když odejde, tak se vrátí do původního stavu zmatenosti.“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Vzhledem k tomu, že tady působíme jako tým, tak vždycky se ten pacient nějakým způsobem, ať je to farmakologicky, nebo tou fyzickou formou, tak pro nás je primární, aby ten pacient nepoškodil sám sebe.“

Závěrečné otázky:

1. Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Trpělivost.“

2. Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?

„Za mě ne.“

Tabulka 3 – respondent č. 3

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	MEDIKACE	„Tak je to vždy po konzultaci s lékařem farmakologickou cestou.“
Léčba	ANTIPSYCHOTIKA A RIVOTRIL	„Intravenózní antipsychotika, a ještě Rivotril třeba se dává.“
Projevy deliria	HALUCINACE, ZMATENOST	„Mají halucinogenní stavy, u nás mají pacienti velmi často, ti lidi mají špatné hlavy, děláme na neurologii...“
Diagnostika	SAS	„My u pacientů, kteří nejsou schopni, tak hodnotíme primárně SAS a z toho lze odvodit, v jaké fázi pacient je, pak následuje konzultace s lékařem.“
	ZKUŠENOSTI	„Četné zkušenosti.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
	VLIV PROSTŘEDÍ	„Používáme tu škálu SAS, pak tu máme speciální pokoj, všude zeleň, který za mě některé ty pacienty evokuje víc k tomu delirantnímu stavu.“
Faktory přispívající k deliriu	VLIV PROSTŘEDÍ, MOZKOVÉ POSTIŽENÍ	„Primárně změna prostředí a samozřejmě jejich tělesný stav momentální.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„Žádné školení jsme neměli.“
Komunikace	OPAKOVÁNÍ	„Nemáme dané přesně specifické postupy, ale je to opakování a opakování do zblbnutí.“
Rodina a její vliv	POZITIVNÍ VLIV	„Pacienti jsou daleko klidnější, protože to je někdo, koho zná, ale že by to mělo vliv na tu péči nebo na tu léčbu deliria, tak to úplně nemá...“
Výzvy v péči	OCHRANA PACIENTA	„Vždycky se ten pacient nějakým způsobem, ať je to farmakologicky, nebo fyzickou formou, tak pro nás je primární, aby ten pacient nepoškodil sám sebe.“
Doporučení pro zdravotnický personál	TRPĚLIVOST	„Trpělivost.“

Respondent č. 4

Žena, 20 let na NEU JIP, vystudovala SZŠ.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Medikací.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Nejčastěji dáváme Tiapridal, Buronil (4x denně), v tom nejhorším Tisercin, Apaurin. Účinnost záleží na dávce a na hladině, než jim to nastoupí. První den se to většinou neprojeví nijak, až další dny pozorujeme změny.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Pacienti jsou zmatení, opouští lůžko, snaha ho extrakci vstupů. Dále agrese určitě, takže spíše to hyperaktivní delirium pozorujeme.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Většinou lékař řekne, že pacient začíná delirovat. Máme škály SAS, které hodnotíme, že 4 jsou klidní, 5 jsou hodně neklidní a 6 už je, že si tahají za vstupy, musí mít chycené ruce, když se snižuje tlumení, tak mají tendenci si jít po těch kanylách, takže často kurtujeme pacienta.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikováním deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Lékař diagnostikuje, my hodnotíme škálu SAS.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„Monitorujeme pacienta a máme škálu analgosedace.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Délka hospitalizace, diagnóza, pak bych řekla, že i náš speciální pokoj je více podněcuje k tomu, že jsou neklidní, zmatení, myslí si, že jsou v lese a létají nad nimi ptáci. Na to se dělá nějaká studie, nevím, jak bude vyhodnocena, ale za mě to spíše vyvolává delirium.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„Asi jsme neměli žádné školení.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„To záleží, jak se ten člověk projevuje a na té situaci. Snažíme se je uklidnit, vysvětlit, často to je ovlivněné tou diagnózou, jako je mrtvice, epileptici jsou často zmatení, ale naše oddělení je celkově specifické tím, že je tady hodně delirantních stavů, než je třeba na chirurgii. Já si myslím, že tady je nejvíce delirantů v celé nemocnici.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„Tak to nevím, jakou roli hraje. My se snažíme, když přijde návštěva za pacientem a my ho máme kurtovaného, tak my nebo lékař se jim to snažíme vysvětlit. Záleží na vztazích v rodině,

jestli to pacienta zklidní, nebo ne. Stane se, že za pacientem přijde manžel/manželka a pacient reaguje negativně, někdy reagují pozitivně a chtějí za nimi utíkat.“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Výzva to určitě není, už jsme na to prostě zvyklí za ty roky,“

Závěrečné otázky:

1. Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Rada je vydržet, měli jsme tu hodně pracovních úrazů zaviněných pacienty, že opravdu nás chytí za ruku, vytočej, kopnou, takže rada asi i trpělivost, protože kdybychom nebyli trpěliví, tak tu nemůžeme pracovat dlouho.“

2. Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?

„Myslím si, že ne.“

Tabulka 4 – respondent č. 4

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	MEDIKACE	„Medikací.“
Léčba	TIAPRIDAL, BURONIL, TISERCIN, APAURIN	„Nejčastěji dáváme Tiapridal, Buronil (4x denně), v tom nejhorším Tisercin, Apaurin.“
Projevy deliria	ZMATENOST, AGRESE, OPOUŠTĚNÍ LŮŽKA	„Pacienti jsou zmatení, opouští lůžko, snaha o extrakci vstupů. Dále agrese určitě.“
Diagnostika	SAS	„Většinou lékař řekne, že pacient začíná delirovat. Máme škály SAS.“
Faktory přispívající k deliriu	DÉLKA HOSPITALIZACE, DIAGNÓZA, VLIV PROSTŘEDÍ	„Délka hospitalizace, diagnóza, pak bych řekla, že i náš speciální pokoj je více podněcuje k tomu, že jsou neklidní.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„Asi jsme neměli žádné školení.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Komunikace	INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP	„To záleží, jak se ten člověk projevuje, a na té situaci.“
Rodina a její vliv	INDIVIDUÁLNÍ REAKCE	„Záleží na vztazích v rodině, jestli to pacienta zklidní nebo ne.“
Výzvy v péči	NÁROČNOST PRÁCE	„Výzva to určitě není, už jsme na to prostě zvyklí za ty roky.“
Doporučení pro zdravotnický personál	TRPĚLIVOST	„Rada je vydržet, měli jsme tu hodně pracovních úrazů zaviněných pacienty.“

Respondent č. 5

Muž, 2 měsíce na NEU JIP, vystudoval všeobecné ošetrovatelství a dříve studoval všeobecné gymnázium.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Když není schopný pochopit vysvětlení, tak léky nebo konzultací.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Většinou používáme intravenózní antipsychotika a moc teda nefungují za mě.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Neklid v lůžku, snaha si vytrhnout vstupy (cévku a kanylu). Také to je opakované kladení dotazů a snaha utéct z postele. Agrese tam jako byla zatím málokdy u mě, spíš se snaží vytrhnout ty vstupy a poškodí tím sami sebe.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Hodnotíme SAS, pak konzultujeme s lékařem.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikováním deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Pacienty s deliriem tu máme často.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„Monitorujeme pacienta po celou dobu, hodnotíme tu škálu SAS, konzultujeme s lékařem. Speciální pokoj, který tu máme, je za mě, jak kdyby pacient ležel na normálním pokoji.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Člověk si většinou nepamatuje, když má iCMP, pak se probudí v neznámém prostředí, nemůže hýbat s jednou polovinou těla, takže to určitě má také vliv na rozvoj deliria.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„Žádné školení neproběhlo.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Opakovat všechno jak gramofon.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„Za dobu, co tady jsem, tak byl většinou zákaz návštěv, takže jsem nic nevyrozumoval.“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Jsme tu jako tým, takže vždycky nějak zasáhnem – buď lékama, nebo třeba fyzicky – hlavně aby si ten pacient neublížil. To je pro nás to nejdůležitější.“

Závěrečné otázky:

1. **Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?**

„Pevné nervy.“

2. **Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?**

„Ne, děkuji.“

Tabulka 5 – respondent č. 5

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	KOMUNIKACE, MEDIKACE	„Když není schopný pochopit vysvětlení, tak léky nebo konzultací.“
Léčba	ANTIPSYCHOTIKA	„Většinou používáme intravenózní antipsychotika a moc teda nefungují za mě.“
Projevy deliria	NEKLID, SNAHA O VYTRŽENÍ VSTUPŮ, OPAKOVANÉ DOTAZY	„Neklid v lůžku, snaha si vytrhnout vstupy (cévku a kanylu). Také to je opakované kladení dotazů a snaha utéct z postele.“
Diagnostika	SAS	„Hodnotíme SAS, pak konzultujeme s lékařem.“
	ZKUŠENOSTI	„Pacienty s deliriem tu máme často.“
Faktory přispívající k deliriu	VLIV PROSTŘEDÍ, CMP	„Člověk si většinou nepamatuje, když má iCMP, pak se probudí v neznámém prostředí.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„Žádné školení neproběhlo.“
Komunikace	OPAKOVÁNÍ	„Opakovat všechno jak gramofon.“
Rodina a její vliv	NEDOSTUPNOST NÁVŠTĚV	„Za dobu, co tady jsem, tak byl většinou zákaz návštěv, takže jsem nic nevypozoroval.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Výzvy v péči	OCHRANA PACIENTA	„Jsme tu jako tým, takže vždycky nějak zasáhnem – buď lékama, nebo třeba fyzicky – hlavně aby si ten pacient neublížil.“
Doporučení pro zdravotnický personál	TRPĚLIVOST	„Pevné nervy.“

Respondent č. 6

Žena, 4 roky na NEU JIP, vystudovala všeobecné ošetrovatelství, bakalářský obor, a dříve studovala střední zdravotnickou školu.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Snažíme se hodně edukovat ty pacienty, říkáme jim, kde vůbec jsou, kde se nacházejí, a to je to hlavní.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Tak hlavně třeba tlumící medikace, a když už to je horší, tak kurtace pacientů. Konkrétně třeba Buronil používáme, když můžou polykat ti pacienti, a když ani nejsou schopni, tak intravenózně Tiapridal nebo Apaurin, to jsou asi takoví největší, které tu dáváme. Účinnost hodnotím spíš negativně, ono ten Tiapridal, když se dá bolusem, což tady dávají hodně rádi, tak ono to má nástup účinku pomalej, že to spíš nezabere. Většinou ten Buronil, ten je takovej dobrej pro ty pacienty, že jim to postupně na tu noc zabere a spí.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Hodně třeba zmatenost, pak takový neklid, snaha o opuštění lůžka a občas i ta agresivita, spíš jsou hodně zmatení ti lidi.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Tak to tady používáme škálu CAM-ICU.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikováním deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„To je spíše otázka na lékaře.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„CAM-ICU, a jak se bavíme s tím pacientem, tak sami hodnotíme, jak je orientovaný. Ve speciálním pokoji máme třeba kaštany, tak jim to dáme do ruky, ptáme se jich, co to je nebo co vidí kolem sebe, a podle toho můžeme rozpoznat, jestli jsou v deliriu, když nám řeknou, že vidí něco, co do toho lesa vůbec nepatří, nebo když říkají, že mezi stromy běhají veverky, tak zhodnotíme, že to není to pravý ořechový.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Věřím tomu, že to je to úplně jiné prostředí, neznámý lidi, a i takhle, když jsou úplně v tom bílým pokoji a koukají jen do zdi.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„To teda si nepamatuji, že bychom měli nějaké školení.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Specifické ne, ale spíš obecné pro ty lidi se zmateností se snažíme vysvětlit, kde jsou, co mají dělat a nemají dělat.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„To si myslím, že určitě, je to hodně ovlivnitelný, že na nás reagují hodně negativně, jak jsme právě pro ně úplně cizí, ale pak když přijde ta rodina, tak se ti pacienti úplně zklidní, to je po té návštěvě vidět, že jsou takoví lepší, takže vnímám, že to má pozitivní vliv.“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Tak já si myslím, že jak nespolupracují a jsou agresivní, tak s nimi musíme jako bojovat. Snažíme se jim to samozřejmě nejprve vysvětlit, ale potom, když to nejde, tak ty kurtace k tomu připojíme.“

Závěrečné otázky:

1. Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Tak asi hodně trpělivosti bych tak dala a adekvátně nastavit tu medikaci.“

2. Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?

„To mě asi nic nenapadá.“

Tabulka 6 – respondent č. 6

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	EDUKACE	„Snažíme se hodně edukovat ty pacienty, říkáme jim, kde vůbec jsou, kde se nacházejí, a to je to hlavní.“
Léčba	BENZO	„...intravenózně Tiapridal nebo Apaurin, to jsou asi takoví největší, které tu dáváme.“
	BURONIL	„...většinou ten Buronil, ten je takovej dobrej pro ty pacienty, že jim to postupně na tu noc zabere a spí.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
	TIAPRIDAL	„...ten Tiapridal, když se dá bolusem, což tady dávají hodně rádi, tak ono to má nástup účinku pomalej, že to spíš nezabere.“
	KURTACE	„...a když už to je horší, tak kurtace pacientů.“
Diagnostika	CAM-ICU	„Tak to tady používáme škálu CAM-ICU.“
	ROLE LÉKAŘE	„To je spíše otázka na lékaře.“
	POZOROVÁNÍ PACIENTA	„...ptáme se jich, co to je nebo co vidí kolem sebe... když říkají, že mezi stromy běhají veverka, tak zhodnotíme, že to není to pravý ořechový.“
Faktory přispívající k deliriu	VLIV PROSTŘEDÍ	„...když jsou úplně v tom bílým pokoji a koukají jen do zdi.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„To teda si nepamatuji, že bychom měli nějaké školení.“
Komunikace	ORIENTACE	„...se snažíme vysvětlit, kde jsou, co mají dělat a nemají dělat.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Rodina a její vliv	POZITIVNÍ VLIV	„...pak když přijde ta rodina, tak se ti pacienti úplně zklidní... vnímám, že to má pozitivní vliv.“
Výzvy v péči	RIZIKO NÁSILÍ	„...jak nespolupracují a jsou agresivní, tak s nimi musíme jako bojovat.“
	TRPĚLIVOST	„Tak asi hodně trpělivosti bych tak dala...“

Respondent č. 7

Žena, 2 měsíce na NEU JIP, dříve pracovala na interním oddělení standard, vystudovala všeobecné ošetrovatelství a navazující specializaci v ošetrovatelské péči v interních oborech, dříve studovala na střední zdravotnické škole.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Co jsem tak pochopila za ty dva měsíce, tak tady zkouší ten výzkum ten barevný pokoj proti tomu deliriu, ale co jsem tak vyzozorovala, tak mně přijde, že spíš ty deliria jsou na tom pokoji, tak jestli to ty lidi nemate.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Nejdřív se samozřejmě snažíme tomu člověku domluvit nějakým způsobem, pak když to nejde, tak zkoušíme léky většinou, buďto perorálně, nebo intravenózně, nejčastěji je to Tiapridal, pak nějaký ty uklidňující léky, a když to nevyjde, tak přejdeme na kurtaci. Účinnost záleží na pacientovi, na někoho to fakt zabere a u někoho to je jeden lék, druhý lék, třetí lék a oni nic. Teď jsem tady měla pána včera a byl fakt neklidnej a spíš z těch kurtů byl neklidnej, že se nemohl překulit, ale chtěl vylézat z postele, je to těžký. Dostával i léky, právě Tiapridal kontinuálně i bolusově, a nepřišlo mně, že by to na něj zabralo, protože celý den a celou noc nespál a furt se tam pral.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Nejčastěji, že ten pacient je zmatenej, že neví, kde je vůbec, myslí si, že je doma, kouká třeba a plete si nás s rodinou, snaží se vylejzat z postele a problém jsou také ty močové cévky, že potřebujou čúrat a nedokážou to vůbec pochopit, že mají tu cévku močovou, a tahají si za to, chtějí na záchod, vytahávají si vstupy.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„To spíš lékaři nebo člověk to pak i pozná, pak ty deliria poalkoholový, pak to je jasný, že se nabere krev a toxikologie, nebo když mají ty infekce, mají to z močové infekce, to delirium. Za ty dva měsíce jsem nehodnotila žádnou škálu.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikovaním deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Asi nic, že bychom tady měli nějaké škály, jenom tahle studie na ten barevný pokoj. Jen SAS vím, že tam máme.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„Právě nevím.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Řekla bych hlavně ten zdravotní stav, jakej je, možná bych řekla i ten věk, že ti starší lidi to mají častěji, že u mladého člověka, pokud to není nějaký alkoholik nebo feťák, tak většinou delirium takhle nemá. Dále určitě prostředí, změna prostředí, lidi. Co jsem tak vyzozorovala, tak je to nejčastější po těch CMP, že z ničeho nic jsou dezorientovaní, nevědí, kde jsou, ale taky

to nejde říct jako konkrétní diagnóza. Spíše to jsou také pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko a nemohou si nikam dojít.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„Na školení jsem, bohužel, žádným nebyla.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Snažím se být vždycky hodně klidná, trošku se je snažím utišit tím hlasem, dotykem, pohladit je, uklidnit je, a když už ani to nezabírá, tak už nevím. Občas to zabere a občas ne.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„To zrovna včera byl ten pán úplně pomatenej, přišla rodina, on byl uvázaný za všechny čtyři končetiny i za hrudník, a jak přišli, tak se trošku zklidnil, ale dneska jsem se s ním o tom bavila, jestli za ním přijde rodina, když už byl odvázaný, v klidu, orientovaný, tak si vlastně na to nepamatoval, že u něj ta rodina byla. V tu chvíli to pro něj je dobrý, že přijde ta rodina, že se zklidněj, pak si na to stejně nepamatují, když jsou v té největší ráži.“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Výzva to je tady každý den, zdravotnictví celkově, protože to už je fakt výjimka, když se najde, že jsou všichni klidní, schopní, soběstační, orientovaní, že většinou se najde někdo s deliriem, že je pomatenej, a používám k tomu ty metody, ten klidnej přístup, mluvit nahlas, v klidu. Nemám ráda ty kurtace, nedělá mi to dobře, když ten pacient neví, proč je přivázaný, nerozumí tomu, kde je, ale my je musíme přivázat. Pak je ale hezký, když ten pacient je druhej den úplně jinej, poděkuje, ale většinou si na ten stav nepamatuje.“

Závěrečné otázky:

1. Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Hlavně nebýt na ně zlí, nekřičet na ně, protože oni za to nemůžou, no. Někdo se nechá vyprovokovat, akorát ono to je pak horší, když je na toho člověka hnusnej a řve na něj, zkusit to v klidu nejdříve.“

2. Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?

„Myslím, že jsme to všechno probrali.“

Tabulka 7 – respondent č. 7

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	BAREVNÝ POKOJ (VÝZKUM)	„...zkouší ten výzkum, ten barevný pokoj proti tomu deliriu... mně přijde, že spíš ty deliria jsou na tom pokoji.“
Léčba	TIAPRIDAL	„...nejčastěji je to Tiapridal... dostával i léky, právě Tiapridal kontinuálně i bolusově, a nepřišlo mně, že by to na něj zabralo...“
	KURTACE	„...a když to nevyjde, tak přejdeme na kurtaci.“
	INDIVIDUÁLNÍ REAKCE	„Účinnost záleží na pacientovi... někdy ani tři léky nezaberou.“
Projevy deliria	DEZORIENTACE	„...je zmatenej, že neví, kde je vůbec, myslí si, že je doma...“
	ZÁMĚNA PERSONÁLU ZA RODINU	„...plete si nás s rodinou...“
	ODSTRAŇOVÁNÍ POMŮCEK	„...vytahávají si vstupy, močové cévky, tahají za to...“
Diagnostika	ROLE LÉKAŘE	„To spíš lékaři...“
	NEZNALOST ŠKÁLY	„Za ty dva měsíce jsem nehodnotila žádnou škálu.“
	SAS	„Jen SAS vím, že tam máme.“
Faktory přispívající k deliriu	VĚK	„...že ti starší lidi to mají častěji...“
	ZDRAVOTNÍ STAV	„Řekla bych hlavně ten zdravotní stav, jaký je...“
	CMP	„...nejčastější po těch CMP...“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
	VLIV PROSTŘEDÍ	„...určitě prostředí, změna prostředí, lidi.“
	MOBILITA	„...pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko a nemohou si nikam dojít.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„Na školení jsem, bohužel, žádným nebyla.“
Komunikace	KLIDNÝ PŘÍSTUP	„...hodně klidná, utiřit hlasem, dotykem...“
	EMPATIE	„...pohlédit je, uklidnit...“
Rodina a její vliv	DOČASNÉ ZKLIDNĚNÍ	„...jak přišli, tak se trochu zklidnil... ale pak si na to stejně nepamatoval.“
Výzvy v péči	KAŽDODENNÍ REALITA	„Výzva to je tady každý den... většinou se najde někdo s delíriem...“
	NEPŘÍJEMNOST KURTACE	„...nedělá mi to dobře, když ten pacient neví, proč je přivázaný...“
Doporučení	EMPATIE A KLID	„...nebýt na ně zlí, nekřičet na ně... zkusit to v klidu nejdříve.“

Respondent č. 8

Žena, 11 let na NEU JIP, vystudovala všeobecné ošetřovatelství, DiS., dříve studovala střední zdravotnickou školu.

1. Jak se snažíte zmírnit riziko vzniku deliria u pacientů na JIP?

„Většinou klidněji mluvit, jednoduché věty, vše jim vysvětlovat, co s nimi jdeme dělat.“

2. Jaké léčebné přístupy používáte na základě indikace lékaře k terapii deliria a jak hodnotíte jejich účinnost?

„Když už není zbylí, tak bohužel přivazujeme – kurtace, vyplňujeme k tomu teda i papír, po 24 hodinách se to hlásí i soudu. Léky dáváme většinou Tiapridal kontinuálně, nejdříve dáváme bolusově, pokud to nezabírá, tak kontinuálně. Občas dáváme Apaurin, ale spíš se teď od toho uchází. Účinnost bych řekla, že s přibývajícímí léty je čím dál tím horší. Čím dál tím častější je, že to na ty lidi nezabírá, dřív stačily čtyři Tiapridaly a bylo to dobrý a teď už potřebují mít větší dávku. Nevím, čím to je, jestli je víc alkoholiků, jsou víc odolní, než jim najede ta dávka, aby se zklidnili.“

3. Jaké jsou nejčastější projevy deliria, které pozorujete u pacientů?

„Agresivita, jak slovní, tak fyzická, tahají si za všechny vstupy, odcházejí z lůžka.“

4. Jak a podle čeho diagnostikujete delirium u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„To je ta škála, ale to si teď nevzpomenu, jak se jmenuje, ale my si ji hodnotíme. Hodnotíme tam stav pacienta, stav kůže (pokud je přikurtovaný), pauzy tam dáváme, že je odkurtujeme.“

5. Jaké máte zkušenosti s diagnostikování deliria u pacientů na jednotce intenzivní péče?

„Většinou to jde zřetelně rozeznat, víc pijí, mají červené tváře, jsou agresivní a ten stav se postupně stupňuje.“

6. Jaké metody nebo nástroje používáte k hodnocení a monitorování stavu pacientů s deliriem?

„Kurtace, ještě před tím se snažíme ty léky, abychom nemuseli kurtovat, zklidnit je psychicky v první řadě. Máme tu speciální pokoj a tam mi přijde, že ti ptáci nejsou pro pacienty moc dobrý, že spíš je to naopak rozčílí, neví, kde jsou, a jsou takoví spíš agresivnější.“

7. Jaké faktory podle vás přispívají k rozvoji deliria u hospitalizovaných pacientů?

„Asi větší ruch, který tu je teď stále, pak asi přístup některých sester, které jsou hlučnější.“

8. Jaký máte názor na vzdělávání a školení personálu v oblasti deliria na vašem oddělení?

„Žádné školení jsme neměli, ale uvítali bychom.“

9. Máte nějaké specifické postupy pro komunikaci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„V klidu s nimi mluvit, jednoduché otázky a tak.“

10. Jakou roli hraje rodina pacienta v péči o pacienty s deliriem?

„Jak ve kterém případě, většinou rodina chce pomoci, ale ti pacienti pak nechtěj. Zažila jsem, že většinou reagují kladně, i když než přišla rodina, tak o nich pacienti mluvili ošklivě, pak když přišli, tak rázněji si diktovali třeba, co chtějí koupit a přinýst. Většinou, když přijde rodina přesně během deliria, tak si myslím, že je to ještě víc rozruší a jsou divočejší.“

11. Jakým výzvám čelíte při péči o pacienty s deliriem a jak je překonáváte?

„Udržet se v klidu a snažím se to překonat tím, že odejdu k jinému pacientovi a přijdu později po zklidnění, nebo si říct, že je prostě nemocnej a nemůže za to. Dále mi hodně vadí ta agrese.“

Závěrečné otázky:

1. Jaké doporučení byste dali jiným zdravotnickým pracovníkům při práci s pacienty, kteří trpí deliriem?

„Aby na ně klidně mluvili, snažili se je trošku pochopit, a pokud možno využít jiných metod, než se budou kurtovat, snažit se, aby si neublížili.“

2. Existuje něco, co byste chtěli předat nebo co jste považovali za důležité zmínit a co nebylo zahrnuto v předchozích otázkách?

„Hodil by se nám nějaký kurz ohledně deliria.“

Tabulka 8 – respondent č. 8

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
Prevence	KOMUNIKACE	„Většinou klidněji mluvit, jednoduché věty, vše jim vysvětlovat, co s nimi jdeme dělat.“
Léčba	TIAPRIDAL	„...léky dáváme většinou Tiapridal kontinuálně, nejdříve dáváme bolusově, pokud to nezabírá, tak kontinuálně.“
	APaurin	„Občas dáváme Apaurin, ale spíš se teď od toho uchází.“
	KURTACE	„...bohužel přivazujeme – kurtace, vyplňujeme k tomu teda i papír, po 24 hodinách se to hlásí i soudu.“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
	KLESAJÍCÍ ÚČINNOST LÉČBY	„...s přibývajícím věkem je čím dál tím horší... potřebují mít větší dávku.“
Projevy deliria	AGRESE	„Agresivita, jak slovní, tak fyzická...“
	ODSTRAŇOVÁNÍ POMŮCEK	„...tahají si za všechny vstupy...“
	OPOUŠTĚNÍ LŮŽKA	„...odcházejí z lůžka.“
Diagnostika	HODNOCENÍ STAVU	„...my si ji hodnotíme. Hodnotíme tam stav pacienta, stav kůže (pokud je přikurtovaný)...“
	VIZUÁLNÍ PROJEVY DELIRIA	„...více pijí, mají červené tváře, jsou agresivní a ten stav se postupně stupňuje.“
	NEZNALOST ŠKÁLY	„To je ta škála, ale to si teď nevzpomenu, jak se jmenuje...“
Monitorace stavu	KOMBINACE METOD	„Kurtace, ještě před tím se snažíme ty léky... zklidnit je psychicky...“
	NEGATIVNÍ DOPAD POKOJE	„...tam mi přijde, že ti ptáci nejsou pro pacienty moc dobrý... spíš je to naopak rozčílí...“
Faktory přispívající k deliriu	HLUK A RUCH	„Asi větší ruch, který tu je teď stále...“
	CHOVÁNÍ PERSONÁLU	„...přístup některých sester, které jsou hlučnější.“
Vzdělávání	ABSENCE ŠKOLENÍ	„Žádné školení jsme neměli, ale uvítali bychom.“
Komunikace	JEDNODUCHÉ OTÁZKY A KLID	„V klidu s nimi mluvit, jednoduché otázky a tak.“
Rodina a její vliv	ROZRUŠENÍ PACIENTA	„...když přijde rodina přesně během deliria, tak si myslím, že je to ještě víc rozruší...“

Hlavní kategorie	Kód (podkategorie)	Citace z rozhovoru
	AMBIVALENTNÍ VZTAH	„...většinou reagují kladně, i když předtím o nich pacienti mluvili ošklivě...“
Výzvy v péči	ZVLÁDNUTÍ EMOCÍ	„Udržet se v klidu a snažím se to překonat tím, že odejdu k jinému pacientovi...“
	AGRESE	„Dále mi hodně vadí ta agrese.“
Doporučení	EMPATIE A ALTERNATIVY KE KURTACI	„...snažili se je trochu pochopit... využít jiných metod, než se budou kurtovat...“
Závěr	POTŘEBA DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	„Hodil by se nám nějaký kurz ohledně deliria.“

Tabulka 9 – rozlišení delirium/demence/deprese (Registered Nurses‘ Association of Ontario, 2010)

Charakteristika	Delirium	Demence	Deprese
Nástup	Náhly (hodiny/dny)	Pomalu (měsíce/roky)	Postupný (týdny)
Vědomí	Změněné, kolísavé	Zachované	Zachované
Pozornost	Výrazně narušená	Zachována do pokročilých stádií	Může být narušena
Reversibilita	Často ano	Ne	Ano
Emoce a nálada	Kolísavá, zmatenost	Stabilní nebo labilní	Výrazně snížená nálada
Denní kolísání stavu	Typické	Neobvyklé	Někdy přítomné

Tabulka 10 – výsledky průzkumu

Respondent	Prevence a léčba	Diagnostika a nástroje	Faktory rozvoje	Edukace	Komunikace
R1	Komunikace, vysvětlování, farmakoterapie – Tiapridal, Buronil, Dexdor, kurtace	SAS, osobní pozorování, spolupráce s lékařem	Věk, změna prostředí, abúzus, neurologická dg.	Žádná edukace	Opakování, trpělivost, orientace
R2	Komunikace, medikace – Tiapridal, Buronil, Apaurin	Subjektivní hodnocení, GCS, orientace	Neurologické onemocnění – CMP, epilepsie	Žádná edukace	Vřelý přístup, vysvětlování
R3	Farmakoterapie antipsychotika, Rivotril	SAS, pozorování chování, konzultace	Neurologický stav, změna prostředí	Žádná edukace	Opakování, jednoduchost
R4	Farmakoterapie – Tiapridal, Buronil, Tisercin, Apaurin	SAS, klinické hodnocení	Délka hospitalizace, prostředí	Žádná edukace	Orientace, uklidnění
R5	Farmakoterapie antipsychotika, efekt slabý	SAS, konzultace s lékařem	CMP, imobilita, změna prostředí	Žádná edukace	Jednoduchá řeč, klidný tón

Respondent	Prevence a léčba	Diagnostika a nástroje	Faktory rozvoje	Edukace	Komunikace
R6	Farmakoterapie – Buronil, Tiapridal, zkušenosti s účinností	CAM-ICU, pozorování, orientace, interakce	Neznámé prostředí, izolace	Žádná edukace	Stručné věty, empatie
R7	Farmakoterapie – Tiapridal, neléčebný pokoj nepomáhá	SAS, bez specifických škál	Zdravotní stav, věk, CMP	Žádná edukace	Hlas, dotek, uklidnění
R8	Farmakoterapie – Tiapridal, kurtace, zkušenosti s účinností	SAS, chování, zkušenosti	Hluk, personál, stresory	Žádná edukace – zájem o školení	Jednoduché věty, porozumění

Tabulka 11 – charakteristika respondentů

Respondent	Pohlaví	Délka praxe na JIP	Vzdělání
R1	Žena	22 let	SZŠ, VOŠ ARIP
R2	Žena	10 let	SZŠ, VŠ – všeobecné ošetřovatelství
R3	Muž	3 roky	Všeobecné gymnázium, VŠ – zdravotnický záchranař
R4	Žena	20 let	SZŠ
R5	Muž	2 měsíce	Všeobecné gymnázium, VŠ – všeobecné ošetřovatelství
R6	Žena	4 roky	SZŠ, VŠ – všeobecné ošetřovatelství
R7	Žena	2 měsíce	SZŠ, VŠ – všeobecné ošetřovatelství

R8	Žena	11 let	SZŠ, VOŠ – všeobecné ošetřovatelství
-----------	------	--------	--