

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Vanessa Anna Šraitrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Delirantní stavy u hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry

2025

Vanessa Anna Šraitrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Vanessa Anna Šraitrová**
Osobní číslo: **Z22394**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Delirantní stavy u hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry**
Téma práce anglicky: **Delirant states in hospitalized patients from the nurse's perspective**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného 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 Čápková**
Katedra ošetřovatelství

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. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem delirantní stavy u hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry 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. 04. 2025

Vanessa Anna Šraitrová v. r.

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, Mgr. Markétě Čákové, za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Zvláštní poděkování náleží také zdravotnickým pracovníkům nemocnic, kteří ochotně spolupracovali při výzkumném šetření.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění úrovně znalostí nelékařského zdravotnického personálu v ošetrovatelské péči o pacienta v delirantním stavu na odděleních neurologického typu. V teoretické části jsou popsány celistvé informace o deliriu, jeho diagnostice a léčbě. Dále se zaměřuje na farmakologické i nefarmakologické intervence, a především na specifika ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu. Empirická část se věnuje zpracováním dat z dotazníkového šetření. Výsledky z dotazníku sloužily k porovnání úrovně znalostí nelékařského zdravotnického personálu mezi neurologickými odděleními – standardem a jednotkou intenzivní péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Delirium, ošetrovatelská péče, prevence, rizikové faktory

TITLE

Delirant states in hospitalized patients from the nurse's perspective.

ANNOTATION

This bachelor's thesis focuses on determining how well non-medical healthcare staff understand the care of patients in a delirious state in neurological departments. The theoretical part describes delirium, its diagnosis, and treatment. It also covers pharmacological and non-pharmacological interventions, as well as the specifics of nursing care for patients with delirium. The empirical part includes data analysis from a questionnaire survey. The results of the questionnaires were used to compare the knowledge of non-medical staff between standard and intensive care units.

KEYWORDS

Delirium, nursing care, prevention, risk factors

OBSAH

Seznam tabulek	9
Seznam zkratk a značek	10
Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíl práce.....	12
1.2 Metody k dosažení cíle	12
2 Teoretická část	13
2.1 Delirium.....	13
2.2 Epidemiologie.....	14
2.3 Etiopatogeneze.....	14
2.3.1 Intrakraniální	14
2.3.2 Extrakraniální	14
2.3.3 Primárně psychické.....	15
2.4 Rizikové faktory	15
2.4.1 Predispoziční faktory.....	15
2.4.2 Precipitační faktory.....	15
2.5 Příznaky deliria.....	15
2.6 Typy delirií	16
2.6.1 Farmakologicky navozená deliria.....	17
2.6.2 Odnětí návykových látek.....	17
2.6.3 Delirium u nemocných v intenzivní péči.....	18
2.6.4 Delirium u pacientů s demencí	18
2.7 Diagnostika	18
2.7.1 Hodnotící nástroje u kriticky nemocných pacientů	19
2.7.2 Hodnotící nástroje u nekriticky nemocných pacientů	20
2.8 Prevence deliria	21
2.9 Léčba deliria	22
2.9.1 Nefarmakologická léčba	22
2.9.2 Farmakologická léčba.....	22
2.10 Specifika ošetrovatelské péče	23
2.10.1 Intervence zaměřená na hydrataci a výživu.....	24
2.10.2 Intervence zaměřené na spánek	24

2.10.3	Intervence zaměřené na mobilizaci a kognitivní stimulaci	24
2.10.4	Intervence zaměřená na bolest.....	25
2.10.5	Intervence zaměřená na zapojení rodiny do péče o pacienta.....	25
2.10.6	Intervence zaměřené na omezovací prostředky.....	26
2.10.7	Intervence zaměřené na specifickou komunikaci s pacientem.....	26
2.10.8	Intervence zaměřena na bazální stimulaci	27
3	Empirická část	28
3.1	Metodika výzkumu	28
3.1.1	Kritéria pro výběr respondentů.....	29
3.1.2	Pilotní průzkum	29
3.1.3	Dotazníkové šetření	29
3.1.4	Organizace dotazníkového šetření.....	30
3.1.5	Zpracování dat	30
4	Výsledky dotazníkového šetření.....	31
4.1	Zkušenosti NLZP s péčí o pacienta v deliriu.....	33
4.2	Vědomostní položky.....	35
4.3	Zvyklosti NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu.....	45
4.4	Vzdělávání NLZP v oblasti deliria	51
5	Diskuze	52
5.1	Limity práce.....	58
5.2	Doporučení pro praxi.....	58
6	Závěr.....	60
7	Použitá literatura.....	62
7.1	Knižní zdroje	62
7.2	Odborné články.....	63
7.3	Internetové zdroje	65
7.4	Kvalifikační práce.....	66
8	Přílohy.....	67

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Věk respondentů.....	31
Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	32
Tabulka 3 - Pracovní pozice	32
Tabulka 4 - Délka praxe.....	32
Tabulka 5 - Oddělení	33
Tabulka 6 - Četnost setkání NLZP s deliriem.....	33
Tabulka 7 - Vnímavost NLZP náročnost péče o pacienta v deliriu.....	34
Tabulka 8 - Vnímavost stresu NLZP při péči o pacienta v deliriu	34
Tabulka 9 - Definice deliria	35
Tabulka 10 - Typ poruchy vědomí u deliria	35
Tabulka 11 - Typy deliria	36
Tabulka 12 - Spouštějící faktory deliria	37
Tabulka 13 - Další rizika rozvoje deliria	38
Tabulka 14 - Charakteristika delirantních stavů	39
Tabulka 15 - Příznaky hypoaktivního deliria.....	40
Tabulka 16 - Důležité intervence.....	41
Tabulka 17 - Souvislost demence s deliriem	42
Tabulka 18 - Zvládnutí pacienta v deliriu z kompetence NLZP.....	43
Tabulka 19 - Kompetentnost indikace omezovacích prostředků	44
Tabulka 20 - Hlášení omezení na soud.....	44
Tabulka 21 - Použití škál	45
Tabulka 22 - Škály pro hodnocení deliria.....	46
Tabulka 23 - Hodnocení deliria	47
Tabulka 24 - Nefarmakologické preventivní úkony	48
Tabulka 25 - Vybavenost pokoje pacienta.....	49
Tabulka 26 - Používání omezovacích prostředků	49
Tabulka 27 - Nejčastěji ordinované omezovací prostředky lékařem.....	50
Tabulka 28 - Absolvování kurzu	51

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

4AT	Delirium Assessement Tool
bCAM	Brief Confusion Assessment Method
CAM	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CDT	Cognitive test for delirium
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
DDS	Delirium detection Score
DTS	Delirium Triage Screen
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist
ICUD	Intensive care unit delirium
JIP	Jednotka intenzivní péče
NEECHAM	Neelon and Champaign Confusion Scale
NuDESC	Nursing Delirium Screening Scale
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
SpO2	Saturace periferní krve kyslíkem
UPV	Umělá plicní ventilace

ÚVOD

Problematika delirantních stavů představuje v současné době jeden z významných ošetrovatelských problémů, se kterým se zdravotnický personál setkává napříč všemi medicínskými obory. Tento akutní stav kvalitativní poruchy vědomí významně ovlivňuje průběh hospitalizace a může vést k závažným komplikacím, které mohou prodloužit dobu hospitalizace nebo zvýšit mortalitu pacientů. (Pařízková, 2019, s.433).

V klinické praxi se ukazuje, že výskyt delirantních stavů je častější, než se původně předpokládalo. Na standardním oddělení je výskyt deliria mezi 10-15 %, ale na jednotkách intenzivní péče je výskyt podle dostupné literatury 3x až 4x vyšší, což činí 40-60 %. Zejména na jednotkách intenzivní péče představuje delirium významnou komplikaci, která klade zvýšené nároky na ošetřující personál a vyžaduje specifický přístup v poskytování péče. Včasná identifikace rizikových faktorů a implementace preventivních opatření hrají klíčovou roli v managementu těchto stavů (Holý a kol., 2020, s. 71; Zvěřová a kol., 2022, s. 682-683).

Právě nelékařský zdravotnický personál zaujímá nezastupitelnou pozici v péči o pacienty s deliriem. Sestry, které jsou s pacientem v nejčastějším kontaktu, mohou jako první zaznamenat změny v jeho stavu a iniciovat potřebná opatření. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je důležité, aby měl personál dostatečné znalosti v této problematice a dokázal tak efektivně reagovat na měnící se potřeby pacientů. (Petr, Marková, 2014, 171-175).

Tato bakalářská práce si klade za cíl prozkoumat a porovnat úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o pacienty s deliriem na standardním neurologickém oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče. Dílčí cíle zahrnují zmapování současných postupů v péči o tyto pacienty, analýzu praktických zkušeností personálu a identifikaci potřeb dalšího vzdělávání v této oblasti.

Práce je strukturována do dvou hlavních částí. Teoretická část poskytuje komplexní pohled na problematiku deliria, včetně jeho patofyziologie, diagnostiky a současných terapeutických přístupů. Praktická část využívá kvantitativní sběr dat a zaměřuje se na znalosti a zkušenosti nelékařského zdravotnického personálu. Výsledky této práce mohou posloužit jako podklad pro optimalizaci vzdělávacích programů a zlepšení kvality poskytované péče.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cíl pro teoretickou část práce

Popsat delirantní stavy, jeho prevenci, léčbu, diagnostiku a zejména specifika v ošetrovatelské péči.

Cíl pro praktickou část práce

Hlavní cíl bakalářské práce

- Zjistit a porovnat úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu (NLZP) v ošetrovatelské péči o pacienta v delirantním stavu standardního neurologického oddělení a neurologické jednotky intenzivní péče.

Dílčí cíle bakalářské práce

- 1) Zmapovat, jaké jsou zvyklosti NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu na standardním neurologickém oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče.
- 2) Prozkoumat, jaké jsou zkušenosti NLZP o péči pacientů v delirantních stavech.
- 3) Zjistit další možnosti vzdělávání v péči o pacienty v delirantních stavech.

1.2 Metody k dosažení cíle

Dosažení teoretických cílů proběhlo pomocí čerpání informací z odborné literatury. K dosažení cílů části praktické bylo použito nestandardizované kvantitativní dotazníkové šetření sestavené na základě průzkumných otázek.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se zabývá problematikou deliria. Je rozdělena do kapitol, které na sebe navazují. V této části bakalářské práce byla použita jako inspirace pro strukturu a použité zdroje diplomová práce Čáповé, 2022 (*Delirium a způsoby jeho řešení v rámci ošetrovatelských intervencí – literární přehled*). Zahraniční zdroje, které jsou použity, přeložila a parafrázovala sama autorka této práce. Dohromady bylo užito 36 českých i zahraničních zdrojů.

První kapitola se zabývá obecnými poznatky o deliriu, jeho typy a diagnostikou, přičemž je hlavně čerpáno ze stěžejních publikací Jiráк, 2020 (*Delirium z pohledu psychiatra*) a Pařízková, 2019 (*Delirium v intenzivní péči*). Jako hlavní zahraniční zdroj je citována především práce Kallenbacha, 2017 (*Assesment of delirium in the intensive care unit*), kde jsou popsány měřící nástroje v oblasti deliria. Další kapitoly teoretické části se zabývají prevencí deliria a jeho léčbou, přičemž je pojednáváno jak o farmakologické, tak nefarmakologické léčbě. V kapitole o farmakologické léčbě je čerpáno z publikace Kasala 2017 (*Terapie neklidu – vytvoření postupu pro standardní nemocniční oddělení*).

V poslední kapitole, Specifika ošetrovatelské péče, je čerpáno z aktuálních studijních poznatků od českých i zahraničních autorů. Jsou zde popsány intervence spojené s prevencí rozvoje deliria a také zahrnuty omezovací prostředky. Jako hlavní zdroj je využita kniha autorů Petra a Markové, 2014 (*Ošetrovatelství v psychiatrii*).

2.1 Delirium

Delirium se řadí mezi kvalitativní poruchy vědomí, která je reverzibilní a projevující se poruchou pozornosti, dezorientací a změnami v oblasti řeči a myšlení. Pacient s deliriem často trpí náhlými stavy zmatenosti, poruchami paměti a změnami psychomotorického tempa. Významnou součástí klinického obrazu mohou být poruchy vnímání ve formě halucinací, které se nejčastěji projevují jako zrakové vjemy, ať už černobílé, nebo barevné. Méně časté jsou pak halucinace sluchové či týkající se jiných smyslů. V průběhu deliria se u pacientů může vyskytovat široké spektrum behaviorálních projevů, od agresivního chování až po apatii. Tato porucha významně ovlivňuje celkový stav pacienta a vyžaduje komplexní terapeutický přístup. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s.362-363; Jiráк, 2020, s.11; Pařízková, 2019, s. 433)

Charakteristickým rysem deliria je jeho proměnlivý průběh s rychlým nástupem v řádu několika minut až dní. Tento stav může zapříčinit změny v chování od neklidu či agrese až po úplný útlum a letargii. Z hlediska patofyziologie dochází při deliriu k narušení

mozkových funkcí v důsledku působení různých škodlivých faktorů, které vedou k alteraci metabolických procesů a nervového přenosu v mozku. Významnou roli při rozvoji delirantního stavu hraje celkový zdravotní stav pacienta a současně probíhající onemocnění. (Kaňová a kol, 2015, s. 663; Zvěřová a kol., 2022, s. 672)

2.2 Epidemiologie

V celé běžné populaci se odhaduje, že výskyt deliria je mezi 1-2 %. U hospitalizovaných pacientů se incidence deliria zvyšuje na 14-24 %, a to především v seniorském věku (nad 65 let), ale může se objevit i u dětí. Při běžné hospitalizaci na standardním oddělení se delirium vyskytuje u 10-15 %, ale na jednotkách intenzivní péče se tyto procenta mohou zvýšit až na 40-60 %. Tato procenta se odvíjejí od stavu pacienta. (Holý a kol., 2020, s. 71; Zvěřová a kol., 2022, s. 680).

Delirium se nevyskytuje pouze na běžných odděleních nebo jednotkách intenzivní péče, ale může se vyskytovat také na psychiatrických odděleních, kdy se s deliriem setkáváme v 15-50 %. (Holý a kol., 2020, s. 71)

2.3 Etiopatogeneze

Příčiny deliria dělíme do tří základních skupin:

- intrakraniální,
- extrakraniální,
- primárně psychické,

Každá z těchto skupin má za příčinu vznik deliria. (Krombhozl, 2015, s. 199)

2.3.1 Intrakraniální

Intrakraniální příčina deliria je založena na podkladu organických změn, které přímo souvisejí s centrální nervovou soustavou (CNS). Může tedy vzniknout z cévní mozkové příhody (CMP), epilepsie – většinou po záchvatovitém stavu, nádorů primárních i sekundárních, demence, po traumatech hlavy a stavy po nich. (Krombhozl, 2015, s. 199)

2.3.2 Extrakraniální

Extrakraniální příčiny deliria jsou stavy organických změn, které jsou nejčastěji systémové a sekundárně mohou vyvolat dysfunkci CNS. Mezi tyto příčiny vzniku patří toxiny, jako je alkohol, oxid uhličitý, otravy léky a potravinami. Mezi další příčiny řadíme kardiovaskulární poruchy, respirační poruchy a nutriční poruchy. Dále sem patří celkové stavy, jako jsou infekce,

metabolické a endokrinologické poruchy, generalizované poruchy, pooperační stavy a anémie. (Krombhozl, 2015, s. 199)

2.3.3 Primárně psychické

Primárně psychické příčiny deliria se rozvíjejí v důsledku primárně neorganických psychických poruch. Jako je schizofrenie, těžké a komplikované depresivní poruchy, akutní stresové situace, delirantní formy mánie a adaptační deliria, které se většinou projevují u pacientů starších při změně prostředí. (Krombhozl, 2015, s. 199)

2.4 Rizikové faktory

Delirium má celou řadu rizikových faktorů, které se dělí na predispoziční (neovlivnitelné) a částečně či plně precipitační (ovlivnitelné) faktory. (Sláma a Vafková, 2020, bez čísla strany)

2.4.1 Predispoziční faktory

Mezi neovlivnitelné faktory patří vyšší věk pacienta, demence, polymorbidita, dále také mužské pohlaví a některá chronická onemocnění, jako jsou renální nebo hepatická onemocnění. Důležité jsou také onemocnění, která jsou uvedena v anamnéze pacienta. Může se jednat o samotné delirium, cévní mozkové příhody, pády a také neurologické omezení. (Křížová a kol., 2023, s. 154; Sláma a Vafková, 2020, bez čísla strany)

2.4.2 Precipitační faktory

Mezi částečně či plně ovlivnitelné faktory patří například narušení spánku, pobyt v cizím prostředí např. nemocniční, dále také nedostatek senzorické stimulace. Nesmíme zapomenout i na chirurgické zákroky i na bolest či nějaká interkurentní onemocnění například např. infekce, dehydratace a další. Také sem patří podávání různých léčiv např. opiátů, benzodiazepinů, kortikoidů i některých antibiotik, dále akutní CMP, encefalitida nebo i meningitida. (Křížová a kol., 2023, s. 154; Sláma a Vafková, 2020, bez čísla strany)

2.5 Příznaky deliria

Znaky deliria můžeme rozdělit do několika skupin:

- kognitivní poruchy,
- behaviorální poruchy,
- emoční poruchy,
- poruchy správného uvědomění si svého okolí.

U kognitivních poruch mají pacienti problém s pamětí, kdy si nemohou vzpomenout především na nové události. Pacienti, kteří prodělali delirium, mají většinou plnou amnézii, nebo jen zřídka si něco pamatují, tedy ostrůvkové (matné) vzpomínky. Dále mohou být dezorientováni místem, časem i osobou a mít potíže se psaním a čtením. Mají také většinou problém s porozuměním řeči od personálu, nebo s mluvením či opakováním slov. U behaviorálních poruch se u pacientů projevuje agresivní chování, neklid a agitovanost, ale na druhou stranu se může projevit také zpomalení motoriky, letargie či nedostatek reakcí na okolí. (Jirák, 2020, s.13)

Další skupinou jsou emoční poruchy, při kterých může mít pacient nepředvídatelné a rychlé změny nálad, jako jsou vztek, podrážděnost, úzkost, strach, deprese a apatie. U poruchy správného uvědomění si svého okolí se pacient nedokáže plně soustředit na jeden objekt. Pacient může být roztržitý a zaujme se na nedůležité věci. Může se ulpívat na jedné myšlence, bývat často stažený a neschopen reagovat na své okolí. (Jirák, 2020, s.14)

2.6 Typy delirií

Rozlišujeme tři základní typy delirií:

Hyperaktivní delirium

Vyskytuje se přibližně u 2 % hospitalizovaných pacientů, zpravidla mladšího věku. Tento typ deliria je snadno rozpoznatelný a vyznačuje se psychomotorickým neklidem. Pacienti mohou mít halucinace i bludy a tím mohou být jak fyzicky, tak verbálně agresivní. Tento stav představuje riziko jak pro pacienta, tak pro jeho okolí. Vzniká často na podkladě intoxikací a návykových látek nebo po náhlém vysazení zneužívaných látek, tedy abstinenční delirium. Další faktory, které mohou způsobit hyperaktivní delirium jsou např. sepse, mozkové tumory či infekce. (Pařízková, 2019, s. 433; Zvěřová, 2022, s. 684)

Hypoaktivní delirium

Vyskytuje se až u 40 % polymorbidních pacientů nebo u pacientů náchylných k dehydrataci, zejména ve vyšší věkové kategorii. Tento typ deliria je obtížně rozpoznatelný a celkově se projevuje pasivitou pacienta, tedy apatií, letargií a spavostí. Jelikož je hypoaktivní delirium často přehlíženo, tak zvyšuje riziko mortality. (Pařízková, 2019, s. 433; Zvěřová a kol., 2022, s. 684)

Smíšené delirium

Tento typ deliria je nejčastější, může být u pacientů, co nemají příznaky demence, ale také u pacientů, co už demencí trpí. V průběhu se v různé intenzitě a délce trvání střídají projevy obou typů deliria, tedy hyperaktivního a hypoaktivního. Pacient tak může postupně procházet spektrem psychomotorických změn, od výrazné agitovanosti až po výrazný útlum. (Pařízková, 2019, s. 433; Zvěřová a kol., 2022, s. 684)

Další delirantní stavy se dělí na subtypy, kdy se může jednat o farmakologicky navozená deliria, delirium z odnětí návykových látek, delirium u nemocných v intenzivní péči a delirium u pacientů s demencí. (Pařízková, 2019, s. 433-434)

2.6.1 Farmakologicky navozená deliria

Jedná se o stavy, které jsou vyvolané působením různých látek na CNS, tedy z extrakraniálních příčin. Tento typ deliria může být závažnější u pacientů s vyšším věkem, jelikož je u nich větší pravděpodobnost užívání léků na různá onemocnění a v důsledku toho může docházet k různým interakcím. Mohou způsobit lehkou změnu v kognitivních funkcích anebo závažný psychomotorický neklid. Mezi tento typ řadíme toxická deliria, kdy tedy působí na CNS a patří mezi ně např. průmyslové jedy, oxid uhelnatý, houbové toxiny a mnoho dalšího. (Krombhozl, 2015, s.199)

2.6.2 Odnětí návykových látek

Delirium z odnětí nazývané jako delirium tremens je nejčastěji spojeno s alkoholem, opiáty a benzodiazepiny. Nazývaný jako delirium tremens. Delirium tremens přibližně postihuje 5 % pacientů s těžkou závislostí na alkoholu a obvykle se vyvíjí kolem druhého až třetího dne od začátku abstinence. Delirium tremens náhle začíná i náhle končí. Nejčastěji trvá tři dny. Tento typ deliria způsobuje třes rukou, konkrétně konečky prstů. Tento třes je snadno viditelný. Dalším projevem je zarudnutí v obličeji. Může být doprovázena úzkost a neklid, který může být zapříčiněno predeliriem, kdy se u pacienta může objevit nespavost, roztěkanost a vegetativní příznaky. Mezi vegetativní příznaky řadíme tachykardii, palpitace, horečku, nauzeu a zvracení nebo i pocení. Delirium tremens je závažný stav, přičemž jeho úmrtnost může činit až 30 %, pokud se neléčí anebo má opakovaný průběh. Delirium provází různé somatické potíže, které mohou prokázat laboratorní vyšetření. Pacienti mohou mít např. makrocytární anémii, trombocytopenii, alteraci jaterních testů, kdy jde vidět zvýšená hladina GGT i AST. Může být také zvýšená hladina D – dimerů a kreatinkinázy. Na první

pohled si můžeme všimnout otoků dolních končetin, ascitu. Při vyšetření břicha se může zjistit hepatomegalie. (Mašlániová a kol., 2019, 126-128; Štětkářová a kol., 2021, s.411; Zvěřová a kol., 2022, s. 693)

2.6.3 Delirium u nemocných v intenzivní péči

Intensive care unit delirium (ICUD) je nejčastější komplikací v intenzivní a pooperační péči. Na tento stav se nahlíží jako na akutní orgánovou dysfunkci. Jde tedy o přímý projev akutního poškození mozku. Tento stav může výrazně zvyšovat morbiditu i mortalitu pacientů. ICUD je spojeno s delší dobou hospitalizace a je také větším rizikem rozvoje posttraumatické stresové poruchy anebo dlouhodobé postižení kognitivních funkcí. ICUD má také rizikové faktory, kterými jsou hlavně závažnost stavu pacienta, kóma, hypertenze, demence, podávání benzodiazepinů a také chronický alkoholismus. (Kletečka a kol, 2017, s. 299-300)

2.6.4 Delirium u pacientů s demencí

Delirium u pacientů s demencí se vyskytuje často a má různé podtypy, jako jsou pacienti s demencí Lewyho tělísky nebo vaskulární demencí ve srovnání s Alzheimerovou demencí. Toto delirium výrazně zhoršuje kognitivní funkce a tím zrychluje progresi demence a zhoršuje i celkový stav pacienta. Tyto příčiny mohou vést k opakované hospitalizaci nebo prodloužení hospitalizace. Jelikož ovlivňuje kognitivní funkce, vede to ke ztrátě soběstačnosti, a nakonec i smrti. Lze tedy říci, že symptomy deliria a demence jsou podobné, a to zejména v oblasti kognitivních funkcí jako jsou například dezorientace, porucha paměti, pozornosti a myšlení. Proto má NLZP někdy problém rozlišit delirium od demence, zejména když není k dispozici kvalitní anamnéza. (Šateková a kol, 2021, s. 105-106)

2.7 Diagnostika

Včasná diagnostika deliria je důležitá, jelikož může zkrátit délku trvání deliria a s tím spojenou morbiditu i mortalitu. Delirium je těžko rozpoznatelné onemocnění, které se často nerozpozná z několika důvodů, jako jsou např. špatné znalosti zdravotnického personálu, nedostatečné posouzení u lůžka nebo také i hypoaktivní delirium a nedostatek verbální komunikace s pacientem z důvodu sedativ, opiátů či potřeby ventilace. Proto je důležité znát kroky, jak správně rozpoznat delirium. Diagnózu stanovujeme na podkladě klinických příznaků, údajů z anamnézy, somatického i neurologického vyšetření a také pomocí přístrojových a laboratorních vyšetření. (Kallenbach, 2017, s.57; Zvěřová a kol., 2022, s.686)

Prvním krokem je zaměření se na anamnézu, vyšetření kognitivních funkcí a klinické pozorování chování pacienta. Při odebírání anamnézy je nutné se zaměřit na akutní počátek,

tedy akutní změnu v kognitivních funkcích, dále kolísání v čase a přítomnost dalšího přidruženého onemocnění: například vysazení alkoholu či jiných psychotropních látek, změna v medikaci a změna v prostředí. Také je potřeba pátrat po precipitačních faktorech a po psychických a somatických poruchách. Informace o chování pacienta lze získat také od rodiny či ošetrovatelského personálu. (Uhrová, 2019, s. 58-61; Zvěřová, 2022 s. 686)

Dalším krokem je vyšetření pacienta, přičemž se především zaměřujeme na kognitivní funkce, jako je pozornost, orientace a paměť. U orientace je důležité, aby byl pacient orientován místem, časem a osobou. Toho můžeme docílit, že se zeptáme na pacientovo jméno, jaký je den a kde se nachází. Pozornost vyšetřujeme např. kdy požádáme pacienta, aby nám vyjmenoval dny, ale jak jdou pozpátku. U paměti vyšetřujeme především krátkodobou a to tím, že si pacient vzpomene např. na jednoduchou adresu, kterou jsme mu říkali na začátku rozhovoru. (Kalish a Gillham, 2014, s. 153-154; Seidl, 2015 s. 22)

2.7.1 Hodnotící nástroje u kriticky nemocných pacientů

Delirium je častou komplikací u kriticky nemocných pacientů, a proto je jeho včasná diagnostika klíčová pro zlepšení prognózy a snížení morbidit. Proto se využívají standardizované hodnotící nástroje k identifikaci a monitoraci delirantních stavů. Mezi nejčastější hodnotící nástroje na jednotce intenzivní péče (JIP) patří: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), a Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). Také se mohou používat nástroje jako Cognitive test for delirium (CDT), Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC), Delirium detection Score (DDS) a Neelon and Champaign Confusion Scale (NEECHAM). (Herold, 2013, s. 363-366)

CAM-ICU

CAM-ICU je nepoužívanější skrínigový test, který umožňuje diagnostiku delirantních stavů u pacientů intubovaných na podpoře umělé plicní ventilace (UPV). Tento nástroj byl přeložen i do české verze a to CAM_ICU cz. (viz příloha). Má vysokou senzitivitu 97,3 % a specificitu 93 %. (Kaňová, 2015, s. 663-664)

Standardizovaný nástroj CAM-ICU má dvě fáze. V první fázi se pomocí Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) se hodnotí stav vědomí, tedy stupně vigility (bdělosti) a agitovanosti. Druhá fáze standardizovaného nástroje CAM-ICU je hodnocení přítomnosti deliria dle kritérií Americké psychiatrické asociace. Test hodnotí čtyři základní znaky, které dle vyhodnocení

určí, zda pacient je delirantní. Pacient musí mít přítomnost 3-4 znaků. (Kaňová, 2015 s. 663-664; Pařízková, 2019, s. 435)

ICDSC

Je nástroj, který hodnotí 8 položek – úroveň vědomí, nepozornost, poruchy orientace (místem, časem a osobou), dále halucinace, bludy a psychóza, psychomotorická agitovanost a retardace, které se hodnotí po dobu 8-24 hodin. Tento hodnotící nástroj lze použít i u pacientů v kómatu, jelikož z pacientova strany není nutná spolupráce. Umí tedy diagnostikovat i subsyndromální delirium. (Kallenbach, 2017, s. 57-63)

Tyto dva nástroje CAM – ICU a ICDSC jsou jedny z nejrozšířenějších validních hodnotících nástrojů deliria u kriticky nemocných pacientů na celém světě. Tyto hodnotící nástroje jsou možno využívat i u pacientů na umělé plicní ventilaci. Jsou vysoce senzitivní, specifické a spolehlivé. (Kallenbach, 2017, s. 57-63)

CDT – Tvoří ho pět domén, je vytvořena zkrácená verze, kde se hodnotí pouze dvě oblasti, a to rozsah vizuální pozornosti a vizuální paměti. Je velice spolehlivý a umožňuje rozlišení i od jiných stavů jako je demence nebo schizofrenie. Délka testu je 10-15 minut. **NuDESC** – Tento skórovací systém byl vyvinut pro chirurgickou JIP. **DDS** – tento test má nízkou senzitivitu a vznikl modifikací alkoholického abstinčního testu. **NEECHAM** – tento test hodnotí stav akutní zmatenosti. V tomto testu jsou tři domény a to kognice, chování a fyziologické funkce. (Herold, 2013, s. 363; Locihová a Pelikánová, 2022, s. 37-38)

2.7.2 Hodnotící nástroje u nekriticky nemocných pacientů

V geriatrické praxi představuje diferenciální diagnostika mezi demencí a deliriem komplexní výzvu. Zatímco demence vykazuje pozvolný průběh a relativně stabilní úroveň vědomí, delirium nastupuje náhle a dynamicky mění psychický stav pacienta. Specifickou komplikací je skutečnost, že delirium může navrstvit na již existující demenci. U seniorů hospitalizovaných s kognitivním deficitem je proto nezbytné pečlivě monitorovat potenciální známky delirantního stavu a komplexně vyhodnocovat jeho případný vztah k základnímu neurokognitivnímu onemocnění. Klíčové diagnostické rozdíly jsou v příloze A. (Jiráček, 2020, s.47-50)

Musí být známa anamnéza pacienta, protože delirium se často zaměňuje i za psychózu tzv. psychotickou mánií. U hypoaktivního deliria se může zaměnit i za depresi a noční deliria

zle zaměnit za somnambulismus. Proto se používají v těchto případech různé metody hodnocení k vyloučení deliria. (Jirák, 2020, s.48-49)

CAM (Confusion Assessment Method)

Je standardizovaný a strukturovaný nástroj pro identifikaci deliria. Skládá se ze dvou částí, v první části se zjišťuje kognitivní porucha, ve druhé části se posuzují čtyři znaky, které jsou: akutní nástup změn duševního stavu nebo kolísavý průběh, nepozornost, dezorientace v myšlení, a také změna v úrovni vědomí. Tento test trvá zhruba 5 minut a je vysoce spolehlivý. (Mariz a kol, 2016, s. 8-9)

DTS (Delirium Triage Screen)

Tento test je snadno integrován do klinického prostředí, protože je rychle proveditelný. Trvá pouze 20 sekund. U tohoto testu se určují dvě složky – úroveň vědomí a pozornost. Tento test má senzitivitu 98 %, ale specifitu pouze 55 %, takže je dobré ještě potvrdit, zda má pacient delirium testem CAM nebo bCAM. (Mariz a kol, 2016, s. 8-9)

bCAM (Brief Confusion Assessment Method)

Tento test je adaptací testu CAM. Je navržen tak, aby byla zlepšená citlivost a zvýšená stručnost CAM testu. Posuzují se primární a sekundární znaky. Primární znaky jsou akutní začátek, kolísavý průběh a nepozornost. U nepozornosti pacienta vyzveme k tomu, aby nám odříkal měsíce pozpátku od prosince do července. Tento test je rychle proveditelný, jelikož trvá méně než dvě minuty. (Mariz a kol, 2016, s. 8-9)

4AT (Delirium Assessment Tool)

Jak už z názvu testu vyplývá, bude se testovat 4 A, které jsou Arousal (vzrušení), Attention (pozornost), Abbreviated Mental Test (zkrácený mentální test) a Acute change (akutní změna). Tento nástroj se může používat pravidelně. Jeho použití je snadné a trvá méně než dvě minuty. U pacientů v akutní fázi, kteří jsou starší 70 let, je tento test diagnosticky přesný. (MacLulich a kol, 2019)

2.8 Prevence deliria

Z hlediska výskytu deliria je prevence velmi důležitá, hlavně u rizikových pacientů, což jsou především senioři, pacienti po operaci a ostatní kriticky nemocní pacienti. Těmto pacientům by měla být věnována zvýšená péče. (Jirák, 2020, s. 73-74)

Prevence by měla být zahájena už při příjmu pacienta a pak následně i během hospitalizace. Na prevenci deliria se mohou podílet jak doktoři, tak i sestry. Při přijetí pacienta do péče bychom měli aktivně pátrat po rizikových faktorech. Pokud pacient jeví některý z rizikových faktorů, je potřeba, pokud to jde, se snažit je co nejdříve odstranit nebo alespoň eliminovat. (Vojířová, 2013, s. 33-34)

2.9 Léčba deliria

Základem léčby deliria je nezbytné nejdříve odstranit potenciální příznaky deliria, než lékař předepíše léky. Proto léčbu rozdělujeme na farmakologickou a nefarmakologickou. Nejdříve bychom měli použít nefarmakologickou léčbu, pokud by selhala, tak použít farmakologickou. (Lauretani a kol, 2022, s. 4-5)

2.9.1 Nefarmakologická léčba

Tato léčba je důležitá k prevenci ovlivnitelných faktorů, které jsou spojené s výskytem deliria. Měli bychom tedy udržovat pacientovu homeostázu, udržovat saturaci periferní krve kyslíkem (SpO₂) nad 90 %, dále udržovat krevní tlak ve fyziologickém rozmezí a tak dále. Důležitou roli hraje také bazální stimulace, při které se například u seniorů používají naslouchadla nebo dioptrické brýle při zrakové vadě, aby se zabránilo k sensorické deprivaci. Je důležité s pacientem komunikovat a také dohlížet na to, aby měl přístup k hodinám na pokoji a umožnit mu sledování či poslouchání zpráv. Je dobré pro pacienta, aby mu personál připomínal, kde se pacient nachází, dát mu na pokoj do jeho blízkosti různé fotografie či nějaké jeho osobní věci. Děláme to proto, aby se pacient cítil lépe v cizím prostředí, ale také proto abychom předešli k dezorientaci v prostředí. Jako prevence je také včasná a opakovaná mobilizace pacienta. Je důležité dbát na cyklus spánku a bdění, jelikož převážně na jednotkách intenzivní péče je tento cyklus narušen. Proto bychom měli eliminovat světlo i hluk, například z monitorů či komunikace personálu, a použít například i špunty do uší. (Krombhozl, 2015, s. 201; Raboch, Pavlovský a kol, 2020, s. 197-207)

2.9.2 Farmakologická léčba

Farmakologický přístup k léčbě deliria vyžaduje vysoce individualizovanou strategii, která primárně vychází z konkrétních klinických projevů u každého pacienta. Před nasazením medikamentózní léčby by se měly vyčerpat veškeré nefarmakologické postupy. Po zlepšení stavu pacienta postupně redukovat medikaci, která má vliv na kognitivní funkce. (Krombhozl, 2015, s. 201-202)

V multicentrické randomizované studii v léčbě deliria u kriticky nemocných, bylo zjištěno, že haloperidol a ziprasidon ve srovnání s placebem nezaznamenaly žádné významné rozdíly v léčebném účinku. Nebyl žádný rozdíl v incidenci, délce trvání deliria či délce hospitalizace pacienta s deliriem. Lze tedy říci že antipsychotika nezkrátili délku léčby deliria. (Girard, 2018, s. 2508-2509)

Podobně i tato randomizovaná klinická studie, která prozkoumávala vliv haloperidolu na přežití kriticky nemocných dospělých s vysokým rizikem deliria zjistila, že nebyl žádný rozdíl v účinnosti léčby haloperidolem ve srovnání s placebem. (Boogaard, 2018, s. 680-690)

V České republice se farmakologická terapie může řídit dle metodického návodu – terapie neklidu, který byl vytvořen Ústavní vojenskou nemocnicí v Praze. Metodické postupy rozlišují tři základní kategorie pacientů s odlišnými terapeutickými přístupy. Pro seniory se somatickým neklidem a agitovaností je doporučována cílená farmakologická terapie. Pokud ale pacient odmítá perorální medikaci jsou upřednostňovány intravenózní preparáty např. Tiaprid či Haloperidol. Není doporučováno podávat benzodiazepiny, jelikož zvyšují riziko prodloužení deliria. Druhá skupina zahrnuje pacienty s odvykacími stavy, především pacienty se závislostí na alkoholu či benzodiazepinech. Terapeutický postup u těchto stavů se obvykle řeší substitucí vitamínu B a také podáváním Clomethiazolu a Diazepamu. Třetí kategorii tvoří pacienti mladší 65 let s psychiatrickými komplikacemi. Léčba je stanovena dle závažnosti psychózy, které se pak kombinují s léky benzodiazepiny a antipsychotiky. Mezi nejčastější kombinace patří Olanzapin s Haloperidolem. (Kasal, 2019, s. 126-128)

2.10 Specifika ošetrovatelské péče

Specifika v ošetrovatelské péči o pacienty v deliriem je pro zdravotnický personál náročná jak fyzicky, tak psychicky. Vyžaduje od zdravotnického personálu nejen trpělivost, profesionalitu i výborné komunikační dovednosti, ale také respekt a úctu k pacientovi a zachování pacientovi důstojnosti. Proto je důležitá kvalitní ošetrovatelská péče, která může snížit riziko vznik deliria. (Petr, Marková, 2014, s.195-200)

Zachycení signálů rozvoje deliria závisí na znalosti rizikových faktorů deliria ze strany personálu a na pravidelné kontrole stavu pacienta. Prioritně by měla být zajišťována nefarmakologická ošetrovatelská péče, která je klíčová pro snížení vzniku deliria. Jedná se o dostatečnou hydrataci a výživu, úpravu prostředí, podporu spánku, včasnou mobilizaci, kognitivní stimulaci, prevenci bolesti a také na komunikaci s pacientovou rodinou. (Petr, Marková, 2014, s.195-200; Gual et al., 2020, s. 87)

2.10.1 Intervence zaměřená na hydrataci a výživu

Geriatrická populace je významně ohrožena riziky spojenými s nedostatečnou hydratací a malnutricí, což může eskalovat v neurologické komplikace. Hydratace a správná výživa jsou klíčové pro stabilizaci tělesných funkcí a prevenci komplikací spojených s dehydratací nebo malnutricí, které mohou delirium zhoršit. Ošetřovatelský personál má za úkol sledovat stav hydratace a výživy pacienta, aby se zabránilo potenciálním deficitům. Mezi známky dehydratace patří snížený turgor kůže, vysušené sliznice dutiny ústní, dále snížený krevní tlak a další. Výživa je velmi důležitá, proto by se strava měla podávat v pravidelných intervalech a individualizovat dle aktuálních potřeb pacienta, například zajištěním její optimální konzistence a teploty, aby se usnadnilo polykání. Dále je potřeba zajištění kompenzačních pomůcek: zubní náhrady, nebo jiné kompenzační pomůcky. (Petr, Marková, 2014, s. 196)

2.10.2 Intervence zaměřené na spánek

Nemocniční prostředí představuje pro pacienty významnou výzvu z hlediska kvality spánku. Řada faktorů jako například cizí prostředí, nepohodlná lůžka, bolest, úzkost, akutní onemocnění, hluk, jasná světla a jiné rušivé elementy negativně ovlivňují pacienty ve schopnosti kvalitního odpočinku a relaxace, což má přímý dopad na jejich celkový zdravotní stav a proces uzdravování. Většina hospitalizovaných pacientů v nemocničním prostředí spí o 2,5 hodiny méně než doma. (Ferasat et al., 2020, s. 142)

U delirantních pacientů je důležité udržovat pravidelný rytmus spánku a bdění, proto ze strany ošetřujícího personálu je nutné zajistit klidné a tiché prostředí s tlumeným světlem. Redukce hluku by měla být zajištěna nejen na pokoji, ale i na chodbách. Důležité je také dbát na minimalizaci výkonů u pacienta v nočním režimu, proto abychom nenarušovali jeho spánek. (Jiráček, 2020, s. 77; Pařízková, 2019, s. 437)

Z farmakologického hlediska podpory spánku jsou vhodnější léčiva v podobě dexmedetomidinu, melatoninu a trazodonu, i když snížení výskytu delirií nejsou u těchto léčiv přesvědčivá. Většina používaných sedativ včetně benzodiazepinů zhoršuje kvalitu spánku, a tak nevede k dostatečnému odpočinku pacientů. (Pařízková, 2019, s. 437)

2.10.3 Intervence zaměřené na mobilizaci a kognitivní stimulaci

Smyslové deficity, například zhoršení zraku a sluchu, jsou častým postihem starších pacientů. Tyto deficity často stěžují orientaci v prostoru a pohyb pacienta, což vede k jeho horší soběstačnosti. Navíc mohou způsobit problémy v komunikaci a pacient může mít pocit

izolovanosti a frustrace. Zajištění pomůcek, jako jsou správné brýle a funkční naslouchadla, může zlepšit psychický komfort a orientaci v prostoru. (Petr, Marková, 2014, s.197-198)

Mezi další riziko vzniku deliria patří imobilita. Ta může vést k různým psychickým a somatickým problémům. Časná mobilizace pacienta snižuje výskyt hyperaktivního deliria. Mobilizace se provádí dle možností somatického stavu pacienta, jako je posazování do křesla s výhledem z okna či posazovat do křesla mezi ostatní pacienty. Důležité je také iniciovat komunikaci, což platí i u pacientů s těžkým kognitivním deficitem, kdy se s pacientem komunikuje neverbálně, čímž se myslí dotyky a modulaci hlasu. (Petr, Marková, 2014, s.197; Pařízková, 2019, s. 437)

2.10.4 Intervence zaměřená na bolest

Bolest není jen fyzická, ale i psychická. Jedná se o individuální a subjektivní prožitek a každý ji snáší jinak. Proto je důležité si pamatovat co její toleranci ovlivňuje. Jedná se o věk pacienta, kdy starší pacienti mají vyšší práh bolesti, dále nemoc – chronické onemocnění má nižší práh bolesti než akutní onemocnění, pohlaví – muži mívají vyšší práh bolesti než ženy. Také fyzická zátěž je spojena s vyšším prahem bolesti a sociální posilování jako je chvála a slovní podpora zvyšuje práh bolesti. (Kapounová, 2020, s. 455)

U pacientů se mohou používat různé škály bolesti jako jsou například vizuální analogová škála, numerická číselná škála, verbální číselná škála a další. U nekomunikujících pacientů se mohou využívat hodnotící škály bolesti například BPS (Behavioral Pain Scale), ANVPD (Adult Non-Verbal Pain Scale) anebo také CPOT (Critical Care Pain Observation). (Kapounová, 2020, s. 465; Herold, 2013, s. 430)

2.10.5 Intervence zaměřená na zapojení rodiny do péče o pacienta

Rodinní příslušníci pomáhají snižovat rozvoj deliria, jelikož rodina zná pacienta lépe než ošetrovatelský personál, tak mohou pomoci ke každodenní orientaci v realitě, při uklidnění pacienta či zajištění jeho komfortu. Výhodou zapojení rodiny do péče o pacienta je, že rodina vnímá větší respekt, podporu a spolupráci ze strany ošetrovatelského personálu, čímž se rodina cítí užitečnější a zároveň fyzicky i emocionálně blízko svému příbuznému. Toto všechno má pozitivní vliv na psychickou stránku pacienta. (Mitchella et al., 2017, s. 77-84)

Mezi intervence patří, že rodina poskytuje svému příbuznému orientaci a paměťová vodítka. Mohou mu poskytnout různé jeho osobní věci na noční stoleček, což pacientovi pomáhá se orientovat v prostředí a připomínat, kde je, proč tam je, co je za datum a čas. (Mitchella et al., 2017, s. 77-84)

2.10.6 Intervence zaměřené na omezovací prostředky

Použití omezovacích prostředků představuje krajní možnost řešení a měly by se použít až po vyčerpání všech jiných možností. V případech, kdy pacient ohrožuje své zdraví a bezpečnost, či zdraví a bezpečnost jiných osob dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jejich použití nezbytné. Používání omezovacích prostředků je závažným zásahem do svobody pacienta, proto se musí řádně dokumentovat indikaci i průběh omezení. Tento záznam je stanoven dle vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. (Petr, Marková, 2014, s. 73-74 a 199-198)

Omezovací prostředky se používají k omezení pacientova pohybu a lze použít několik způsobů, jako je úchop pacienta zdravotnickým personálem, ochranné pásy či kurty, psychofarmaka a další. Fyzické omezení pacienta je vždy pouze na určitou dobu. Příliš dlouhé omezení je pro pacienta subjektivně negativně vnímáno a důvěra k ošetrovatelskému personálu klesá. Omezení by tedy mělo sloužit jen při akutním neklidu. (Petr, Marková, 2014, s. 176)

2.10.7 Intervence zaměřené na specifickou komunikaci s pacientem

Mezi kvalitní ošetrovatelskou péčí se řadí komunikace, která je klíčová pro správný vztah mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. Dobrá komunikace pomáhá navazovat bližší kontakt s pacientem, který se může nadále rozvíjet. Důležitými atributy, které vytvářejí pozitivní vztah a důvěru patří především trpělivost, srozumitelnost, jasnost a výstižnost. Komunikační strategie musí zohledňovat jedinečnost každého pacienta, jeho vnitřní prožívání a emocionální potřeby. Empatická komunikace umožňuje překlenout pocity nejistoty a strachu, vytvořit bezpečný prostor pro přirozené zvládnání náročné životní situace. (Petr, Marková, 2014, s. 199; Tomová, Křivková, 2016, s.10)

Komunikace ve zdravotnictví je často ovlivněna různými bariérami. Ošetrovatelský personál by měl dbát na správný způsob komunikace s pacientem, která by měla probíhat v klidu. Předávané informace by se měly přizpůsobit aktuálnímu stavu, věku a vzdělání. Pacient by měl mít vždy prostor k otázkám, aby si ověřil pochopení sdělovaných informací. Dále je důležité pacientovi neskákat do řeči a mluvit jen s ním, vybrat vhodnou dobu pro komunikaci a dbát na možné neverbální projevy. (Tomová, Křivková, 2016, s. 26-28, 63-95)

V praxi se můžeme setkat s neklidným pacientem. Důležité je prvně naslouchat pacientovi, tím dá setra najevo ochotu pomoci a porozumění. Ošetrující personál by měl působit profesionálně, sebejistě, být empatický, mluvit klidným, vlídným hlasem v krátkých a srozumitelných větách. Pacient by měl vědět s kým hovoří, kde se nachází, a co se bude dít.

Tento přístup by měl pomoci budovat důvěru a napomoci pacientova zklidnění. (Petr, Marková, 2014, s. 198-199)

2.10.8 Intervence zaměřena na bazální stimulaci

V současné době dochází k častějšímu využívání bazální stimulace. Tento ošetrovatelský koncept se zaměřuje na individualizovanou komunikaci a podporu vnímání u pacientů s narušeným vědomím nebo těžkým zdravotním postižením. V kontextu péče o pacienty s deliriem umožňuje tento přístup navázat kontakt skrze základní smyslové podněty, které stimulují pacientovo vnímání a podporují jeho orientaci. Klíčovou metodou je poskytování strukturovaných senzorických impulsů, které vycházejí z biografické anamnézy pacienta a respektují jeho individuální zkušenosti a prožívání. (Plevová, Kachová, 2023, s. 65-67)

Implementace bazální stimulace u pacientů s deliriem zahrnuje několik základních principů: navázání kontaktu pomocí identifikačních podnětů (např. specifický způsob doteků), stimulaci jednotlivých smyslových modalit a podporu pacientovy vlastní aktivity. Sestry mohou využívat techniky polohování, masáže, komunikace a doprovázení, které pomáhají pacientovi uvědomit si vlastní tělo a obnovit narušené vnímání reality. Významným přínosem je nejen podpora orientace, ale také zmírnění anxiety a celkové redukce stresu spojené s hospitalizací a delirantním stavem. (Plevová, Kachová, 2023, s. 65-87; Bartůněk, 2016, s. 310-314)

SHRnutí TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část vychází z aktuálních odborných zdrojů, které se zaměřují na problematiku deliria a představují teoretická východiska pro empirickou část. Zaměřuje se na diagnostiku, prevenci, léčbu, a především na nefarmakologické intervence, které hrají klíčovou roli v prevenci a léčbě deliria. Tyto intervence mohou významně přispět ke snížení výskytu deliria nebo významně zmírnit jeho dobu trvání.

Jednotlivé kapitoly představují hodnotící nástroje pro kriticky i nekriticky nemocné pacienty. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na ošetrovatelské intervence zaměřené na prevenci deliria, včetně intervencí zaměřené na hydrataci a výživu, spánek, mobilizaci a kognitivní funkce, bolest, omezovací prostředky, komunikace s pacientem, bazální stimulaci a zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. Tyto intervence jsou důležité pro zajištění kompletní péče o pacienty a mohou významně přispět ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na kvantitativní průzkumné šetření realizované formou anonymního dotazníku mezi zdravotnickým personálem na neurologickém standardním oddělení a neurologické JIP. Průzkumu se zúčastnilo 47 respondentů, přičemž cílem bylo analyzovat znalosti sester o deliriu, identifikovat preventivní intervence a porovnat přístupy mezi jednotlivými pracovišti. Průzkum využívá popisné statistiky, procentuálního vyjádření a porovnání výsledků, přičemž hlavními zjištěními jsou konzistentní znalosti personálu.

Hlavní cíl bakalářské práce

Zjistit a porovnat úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v ošetrovatelské péči o pacienta v delirantním stavu standardního neurologického oddělení a neurologické jednotky intenzivní péče.

Dílčí cíle bakalářské práce

- 1) Zmapovat, jaké jsou zvyklosti NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu na standardním neurologickém oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče.
- 2) Prozkoumat, jaké jsou zkušenosti NLZP o péči pacientů v delirantních stavech.
- 3) Zjistit další možnosti vzdělávání NLZP na odděleních neurologického typu v ošetrovatelské péči o pacienty v delirantních stavech.

3.1 Metodika výzkumu

Pro empirickou část bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat formou anonymního dotazníku vlastní konstrukce (viz příloha B). Dle odborné literatury Foret a Melas (2021, s. 21-85) se tento kvantitativní průzkum často využívá ve strukturovaném dotazování a je doporučován především pro rozsáhlejší průzkumné soubory.

Dotazník o celkovém rozsahu 34 otázek byl sestaven na základě důkladné analýzy odborných zdrojů zaměřených na problematiku deliria. Mezi klíčové publikace patřily práce Jiráka (2020, s. 9-16, 24-28, 43-56), pojednávající o obecných aspektech deliria, publikace Petra a Markové (2014, s. 707-760) zabývající se i omezovacími prostředky a odborná studie Kaňové (2015, s. 662-667) zaměřená na delirium u kriticky nemocných. Dotazník byl rovněž inspirován relevantními kvalifikačními pracemi Pavlicové (2019, s. 27-41) a Gerlové (2018, 39-50).

Cílovou skupinou dotazníkového šetření byli NLZP na standardním neurologickém oddělení a neurologické JIP. V následující kapitole jsou popsány kritéria pro výběr respondentů, pilotní průzkum, dotazníkové šetření, organizace dotazníkového šetření a zpracování dat.

3.1.1 Kritéria pro výběr respondentů

Průzkum byl zaměřen na NLZP pracujících na neurologickém standardním oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče v nemocnicích krajského typu. Bylo distribuováno celkem 57 dotazníků. Mezi nejdůležitější kritérium pro výběr respondentů byl typ pracoviště. Průzkum probíhal v období od konce listopadu 2024 do konce ledna 2025. NLZP tedy měli dostatek času na vyplnění dotazníku.

3.1.2 Pilotní průzkum

Před samotným dotazníkovým šetřením byl proveden pilotní průzkum na pěti studentkách, tedy respondentech, kteří nebyli zahrnuti do hlavního dotazníkového šetření. Vždy po vyplnění dotazníku autor konzultoval s respondentem kvalitu a srozumitelnost dotazníku. U třech respondentů bylo vše v pořádku, ale u dvou byly nepatrné připomínky, ohledně formulace otázky a doplnění otázky týkající se legislativy. Nesrovnalosti byli probrány a opraveny. Následně byl dotazník zahrnut do dotazníkového šetření.

3.1.3 Dotazníkové šetření

Anonymní nestandardizovaný dotazník byl distribuován se souhlasem daného zdravotnického zařízení na jednotlivá pracoviště. Dotazník obsahuje celkem 34 otázek. V dotazníku byly použity uzavřené, polouzavřené otázky s možností jedné nebo více odpovědí, ale také otázky otevřené, kdy respondenti mohli samy odpovědět. Na úvodní stránce dotazníku byly dostupné informace ohledně dotazníku, tedy téma dotazníku přes jméno autora a místa studia (včetně oboru a kontaktu na autora v podobě emailové adresy) až po účel sbírání dat.

Dotazník je rozdělen na pět částí, kdy v první části, tedy v otázkách (1-3) se ptá autor na zkušenosti NLZP o péči pacientů v delirantním stavu. Druhá část, tedy nejdelší část je zaměřena na hodnocení úrovně znalostí (4-15, 20, 22, 23). Třetí část je zaměřena na zvyklosti NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu, kdy se v dotazníku ptá autor u otázek číslo (16-19, 24, 25). V předposlední části se autor dotazuje respondentů v oblasti možnosti dalšího vzdělávání NLZP o pacienty v delirantním stavu u otázek číslo (26-28). Poslední část je zaměřena na demografická data ohledně respondentova pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, pracovní pozice, délky praxe a na jakém typu oddělení respondent pracuje.

3.1.4 Organizace dotazníkového šetření

Pro dotazníkové šetření byli vybráni respondenti NLZP, kteří pracují na neurologickém standartním oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče. Data byla sbírána v oblasti nemocnic krajského typu. Dotazník byl schválen náměstkou ošetrovatelské péče. Dotazníky v papírové formě spolu se sběrným boxem byly předány vrchním sestram neurologických oddělení, a ty je distribuovaly svému NLZP. Vrchní sestry zajistily vyhrazené místo pro sběrný box, který neměl možnost otevření, a do kterého respondenti vkládali dotazníky v obálce, kterou měli k dispozici. Anonymita respondentů, byla zajištěna absencí otázky týkající se osobních údajů. Průzkumné šetření bylo prováděno v období konce listopadu 2024 do konce ledna 2025. Sběrné boxy byly na daných odděleních vyzvednuty po uplynutí doby průzkumného šetření.

3.1.5 Zpracování dat

Data z vyplněných dotazníků byla převedena do tabulek v programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office. Tyto data byla analyticky vyhodnocena v absolutních (n) a v relativních (%) četnostech zaokrouhlených na jedno desetinné místo. V tabulce (n) znamená absolutní četnost, pro přehlednost byla data zahrnuta do jedné tabulky, která byla kromě demografických údajů členěna na dvě oddělení, neurologické standardní a neurologickou JIP. Ke každé otázce byly vytvořeny tabulky s následným popisem. Ke statistickému vyhodnocování dat byly použity zcela vyplněné dotazníky. V tabulkách, kde jsou interpretovány znalostní otázky jsou pro lepší přehlednost správné odpovědi zvýrazněny tučně.

4 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Bylo distribuováno celkem 57 (100 %) nestandardizovaných dotazníků, 30 dotazníků na neurologické standardní oddělení a 27 na neurologickou JIP. Návratnost činila 47 (82,5 %) dotazníků, z čeho 27 bylo ze standardního neurologického oddělení a 20 z neurologické JIP. Z důvodu neúplného vyplnění byly z hodnocení vyřazeny 2 dotazníky. Statisticky a účelně využitelných dotazníků bylo 45 (78,9 %).

Demografické údaje

Tato podkapitola se zabývá dotazníkovými otázkami, které znázorňují demografické údaje respondentů. Tyto údaje jsou analyzovány v položkách číslo 29, 30, 31, 32, 33 a 34.

Na dotazník celkem odpovědělo 45 (100 %) respondentů, přičemž z nich byl 1 (2,2 %) muž a 44 (97,8 %) žen.

Z důvodu, že se zúčastnil 1 muž, tak se bude započítávat do celkového počtu. Muž ve věku 18-30 let, vzdělání vyšší odborné, na pracovní pozici všeobecná sestra, praxe od 6-10 let a oddělení standardní neurologické.

Analýza položky číslo (č.). 30: Kolik vám je let? (viz tabulka 1)

Tabulka 1 - Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18-30	12	26,7
31-40	10	22,2
41-50	19	42,2
51-60	4	8,9
60 a více	0	0,0
Celkem	45	100,0

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 1 ukazuje věk respondentů. Z celkového množství 45 (100 %) respondentů bylo ve věku 18-30 let (26,7 %), 31-40 let (22,2 %), 41-50 let (42,2 %), 51-60 let (8,9 %) a 60 a více let (0 %).

Analýza položky č. 31: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (viz tabulka 2)

Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Typ vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Středoškolské s maturitou	23	51,1
Vyšší odborné	14	31,1
Vysokoškolské-Bc.	4	8,9
Vysokoškolské-Mgr.	4	8,9
Jiné	0	0,0
Celkem	45	100,0

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů, byl nejvyšší počet v typu vzdělání středoškolské s maturitou 23 (51,1 %). Vyšší odborné vzdělání dosáhlo 14 (31,1 %) respondentů. Vysokoškolské – Bc a Mgr. mělo po stejném počtu 4 (8,9 %) a jiné vzdělání neuvedl žádný respondent.

Analýza položky č. 32: Na jaké jste pracovní pozici? (viz tabulka 3)

Tabulka 3 - Pracovní pozice

Pracovní pozice	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Praktická sestra	6	13,3
Všeobecná sestra	23	51,1
Sestra se specializovaným vzděláním	15	33,3
Jiné	1	2,2
Celkem	45	100,0

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 3 ukazuje pracovní pozici respondentů. Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů, bylo nejvíce v pracovní pozici jako všeobecná sestra 23 (51,1 %), dále jako praktická sestra 6 (13,3 %) a se specializovaným vzděláním 15 (33,3 %). Jako jiné uvedl 1 (2,2 %) respondent.

Analýza položky č. 33: Jaká je vaše délka praxe? (viz tabulka 4)

Tabulka 4 - Délka praxe

Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 1 roku	1	2,2
Od 1-5 let	10	22,2
Od 6-10 let	5	11,1
10 a více let	29	64,4
Celkem	45	100,0

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 4 znázorňuje celkovou délku praxe. Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů, mělo nejvíce 10 a více let praxe 29 (64,4 %). Dále do 1 roku praxe měl 1 (2,2 %) respondent. Od 1 do 5 let mělo 10 (22,2 %) z nich a od 6-10 let praxe mělo 5 (11,1 %) respondentů.

Analýza položky č. 34: Na jakém oddělení pracujete? (viz tabulka 5)

Tabulka 5 - Oddělení

Oddělení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neurologické standartní oddělení	25	55,6
Neurologická JIP	20	44,4
Celkem	45	100,0

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 5 ukazuje na jakém oddělení respondenti pracují. Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů, tak na standartním neurologickém oddělení pracuje 25 (55,6 %) a na neurologické JIP pracuje 20 (44,4 %) respondentů.

4.1 Zkušenosti NLZP s péčí o pacienta v deliriu

Pomocí těchto otázek byla zjišťována zkušenost NLZP v péči o pacienta v deliriu. V dotazníku byly použity 3 otázky k tomuto cíli, na které respondenti měli zvolit jednu možnou odpověď. V tabulkách č. 6, 7, 8 jsou znázorněny odpovědi respondentů ze standardního neurologického oddělení a neurologické JIP.

Analýza položky č. 1: Jak často se setkáváte s pacientem v delirantním stavu na vašem oddělení? (viz tabulka 6)

Tabulka 6 - Četnost setkání NLZP s deliriem

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Nikdy	0	1
Zřídka	0	0
Občas	12	9
Často	8	8
Velmi často	5	2
Nedokážu posoudit	0	0
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 6 ukazuje četnost setkání NLZP s pacientem v delirantním stavu. Na standardním neurologickém oddělení se respondenti setkávají s pacienty v delirantním stavu “občas” 12 (48 %), “často” 8 (32 %) a “velmi často” 5 (20 %). “nikdy” nebo “zřídka” se nesetkal žádný (0 %) respondent. “nedokážu posoudit” neuvedl žádný (0 %) respondent.

Na neurologické JIP “občas” odpovědělo 9 (45 %), “často” uvedlo 8 (40 %), “velmi často” zaškrtnli pouze 2 (10 %) respondenti a možnost “nikdy” uvedl 1 (5 %) respondent. Možnosti “zřídka” a “nedokážu posoudit” neoznačil žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 2: Vnímáte, že péče o pacienta s deliriem je náročnější? (viz tabulka 7)

Tabulka 7 - Vnímavost NLZP náročnost péče o pacienta v deliriu

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Ano	25	17
Ne	0	3
Nevím	0	0
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 7 znázorňuje vnímavost NLZP náročnost péče o pacienty v deliriu. Na standardním neurologickém oddělení vnímá všech 25 (100 %) respondentů, že péče o pacienta v deliriu je náročnější než standardní péče.

Na neurologické JIP vnímá zvýšenou náročnost 17 (85 %) respondentů, zatímco 3 (15 %) respondenti nepovažují péči náročnější.

Analýza položky č. 3: Vnímáte větší stres při péči o pacienta v deliriu? (viz tabulka 8)

Tabulka 8 - Vnímavost stresu NLZP při péči o pacienta v deliriu

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Ano	16	16
Ne	9	2
Nevím	0	2
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 8 se zabývá vnímavostí stresu NLZP při péči o pacienta v deliriu. ”ano” odpovědělo 16 (64 %) respondentů a “ne” 9 (36 %) z nich.

Na neurologické JIP z celkového počtu 20 (100 %) odpovídali respondenti tak, že "ano" zaškrtno 16 (80 %) respondentů. "Ne" zaškrtno 2 (10 %) respondenti a možnost "nevím" označili také 2 (10 %) respondenti.

4.2 Vědomostní položky

Tato část dotazníku zjišťuje vědomosti a znalosti NLZP v oblasti deliria ve dvaceti otázkách. U některých z nich mohli označit více možností, pokud to bylo uvedeno. V tabulkách č. 9-20 jsou zobrazeny odpovědi respondentů ze standardního neurologického oddělení a neurologické JIP.

Analýza položky č. 4: Jaká je definice deliria? (viz tabulka 9)

Tabulka 9 - Definice deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Je to závažný neuropsychiatrický syndrom charakterizovaný náhlou poruchou vědomí, pozornosti, myšlení a kognitivních funkcí	25	17
Je to závažný neuropsychiatrický syndrom, který není charakterizovaný náhlou poruchou vědomí, pozornosti, myšlení a kognitivních funkcí	0	3
Nevím	0	0
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 9 zobrazuje odpovědi respondentů znalosti definice deliria mezi NLZP na standardním neurologickém oddělení a neurologické JIP. Na neurologickém standardním oddělení odpověděli všichni 25 (100 %) respondenti správně. Žádný z respondentů neuvedl chybnou odpověď nebo možnost "nevím".

Na neurologické JIP správnou definici uvedlo 17 (85 %) respondentů a 3 (15 %) označili špatnou definici deliria. Možnost "nevím" neoznačil žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 5: Jaký typ poruchy vědomí je delirium? (viz tabulka 10)

Tabulka 10 - Typ poruchy vědomí u deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Kvalitativní	25	18
Kvantitativní	0	2
Nevím	0	0
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 10 ukazuje odpovědi respondentů na otázku: “Jaký ty poruchy vědomí je delirium”. Všech 25 (100 %) respondentů z neurologického standardního oddělení odpovědělo správnou odpověď “kvalitativní”. Na možnost “kvantitativní” a “nevím” neodpověděl žádný (0 %) respondent.

Na neurologické JIP odpovědělo správně “kvalitativní vědomí” 18 (90 %) respondentů. Na “kvantitativní vědomí” 2 (10 %) respondenti. Na možnost “nevím” neodpověděl žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 6: Jaké jsou typy deliria? (viz tabulka 11)

Tabulka 11 - Typy deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Hypoaktivní	19	17
Hyperaktivní	19	16
Těžké	9	8
Lehké	8	8
Smíšené	12	9
Nevím	1	1
Celkem	68	59

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 11 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku: “Jaké jsou typy deliria“. Respondenti měli možnost uvést více odpovědí. Na standardním oddělení zvolilo možnost “hypoaktivní” i “hyperaktivní” shodně 19 (27,9 %) respondentů a “smíšené” 12 (17,6 %) dotazovaných. “Těžké” zvolilo 9 (13,2 %) a “lehké” 8 (11,8 %) dotazovaných. Možnost “nevím” zvolil 1 (1,5 %) respondent.

Na neurologické JIP uvedlo “hypoaktivní” 17 (28,8 %) respondentů, “hyperaktivní” 16 (27,1 %) a “smíšené” pouze 9 (15,3 %) z nich. Možnost “těžké” i “lehké” zaškrtnulo po 8 (13,6 %) respondentech. Odpověď “nevím” uvedl 1 (1,7 %) respondent.

Analýza položky č. 7: Jaké jsou spouštějící faktory u deliria? (viz tabulka 12)

Tabulka 12 - Spouštějící faktory deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Změna prostředí	16	16
Akutní infekce	15	17
Intoxikace	23	17
Medikace (anticholinergika)	17	10
Vyšší věk	9	15
Nižší věk	0	0
Metabolické a iontové poruchy (dehydratace)	21	20
Hydratace	2	3
Nevím	0	0
Celkem	103	98

Zdroj: vlastní úprava

V tabulce č. 12 jsou znázorněny výsledky na otázku č. 7: “Jaké jsou spouštějící faktory u deliria“. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Na standardním oddělení uvedlo 23 (22,3 %) respondentů možnost “intoxikace”. “Změnu prostředí” označilo 16 (15,5 %), “akutní infekce” 15 (14,6 %), “metabolické a iontové poruchy (dehydratace)” uvedlo 21 (20,4 %) dotazujících. Možnosti “medikace (anticholinergika)” označilo 17 (16,5 %) a “vyšší věk” 9 (8,7 %) respondentů. “Hydratace” byla zaškrtnuta 2 (1,9 %) respondenty. “Nevím” neuvedl žádný (0 %) respondent.

Na neurologické JIP na možnost “metabolické a iontové poruchy (dehydratace)” odpovědělo 20 (20,4 %) respondentů. “Změnu prostředí” uvedlo 16 (16,3 %) respondentů, “akutní infekci” i “intoxikaci” uvedlo shodně 17 (17,3 %) dotazovaných. “Medikaci (anticholinergika)” zaškrtnulo 10 (10,2 %) a “vyšší věk” 15 (15,3 %) respondentů. “Hydratace” byla zaškrtnuta 3 (3,1 %) respondenty. “Nevím” neuvedl žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 8: Co je spojeno s rozvojem delirantního stavu u pacienta? (viz tabulka 13)

Tabulka 13 - Další rizika rozvoje deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Vyšší mortalita	18	8
Delší doba hospitalizace	19	19
Riziko vzniku větší demence	10	11
Riziko vzniku častějších cévních mozkových příhod	9	6
Větší náklady na péči o pacienta	15	12
Nevím	0	0
Celkem	71	56

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 13 prezentuje analýzu dalších rizik rozvoje deliria. Respondenti mohli uvést více možností. Na standardním oddělení nejčastěji identifikovali jako riziko “delší dobu hospitalizace” 19 (26,8 %), následovaně “vyšší mortalitu” 18 (25,4 %). “Větší náklady na péči o pacienta” uvedlo 15 (21,1 %) respondentů. “Riziko vzniku větší demence” zaznamenalo 10 (14,1 %) dotázaných a “riziko vzniku častějších cévních mozkových příhod” 9 (12,7 %) z nich. Na možnost nevím neodpověděl žádný respondent (0 %).

Na neurologické JIP “delší dobu hospitalizace” označilo 19 (33,9 %) dotazovaných, “větší náklady na péči” 12 (21,4 %) a “riziko vzniku větší demence” 11 (19,6 %) respondentů. “Vyšší mortalita” byla označena 8 (14,3 %) respondenty a “riziko cévních mozkových příhod” 6 (10,7 %) respondenty. Na možnost “nevím” neodpověděl žádný respondent (0 %).

Analýza položky č. 9: Co je charakteristické pro delirantní stavy?

(viz tabulka 14)

Tabulka 14 - Charakteristika delirantních stavů

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Porucha pozornosti	25	18
Pozornost je zachována	0	0
Agresivní chování	24	20
Porucha spánkového rytmu	24	20
Pravidelný spánek	0	0
Vývoj je pozvolný a dlouhý	8	2
Vývoj je v krátkém časovém úseku	8	16
Kolísavý průběh	14	17
Poruchy kognice	18	13
Nevím	0	0
Celkem	121	106

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 14 prezentuje výsledky respondentů na otázku: “Co je charakteristické pro delirantní stavy”. Respondenti měli možnost uvést i více možností. Na standardním oddělení nejčastěji identifikovali “poruchu pozornosti” 25 (20,7 %), následovaně “agresivní chování” 24 (19,8 %) a “poruchu spánkového rytmu” 24 (19,8 %) z nich. “Poruchy kognice” zaznamenalo 18 (14,9 %) dotázaných, “kolísavý průběh” 14 (11,6 %) a “vývoj v krátkém časovém úseku” 8 (6,6 %) z nich. “Vývoj pozvolný a dlouhý” odpovědělo 8 (6,6 %) respondentů. Na možnosti “pozornost je zachována” a “pravidelný spánek” neodpověděl nikdo (0 %).

Na JIP označilo “agresivní chování” a “poruchu spánkového rytmu” shodně 20 (18,9 %) dotazovaných. “Porucha pozornosti” byla zaznamenána u 18 (17 %), “vývoj v krátkém časovém úseku” u 16 (15,1 %) a “kolísavý průběh” 17 (16 %) dotazovaných. “Poruchy kognice” označilo 13 (12,3 %) respondentů. “Vývoj pozvolný a dlouhý” odpovědělo 2 (1,9 %) respondentů. Na možnosti “pozornost je zachována” a “pravidelný spánek” neodpověděl nikdo (0 %).

Analýza položky č. 10: Které příznaky jsou u hypoaktivního deliria? (viz tabulka 15)

Tabulka 15 - Příznaky hypoaktivního deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Zpomalené reakce	24	19
Porucha spánku	12	8
Psychomotorický útlum	20	18
Zrychlená motorika	1	1
Netečnost a apatie	16	18
Omezená komunikace	21	15
Dezorientace	11	16
Agrese	3	2
Nevím	1	0
Celkem	109	97

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 15 prezentuje analýzu otázky: “Které příznaky jsou u hypoaktivního deliria”. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Na standardním oddělení vybíralo nejvíce možnost “zpomalené reakce” 24 (22 %) respondentů. “Omezenou komunikaci” označilo 21 (19,3 %), “psychomotorický útlum” 20 (18,3 %) z nich. “Netečnost a apatie” uvedlo 16 (14,7 %) dotázaných, “dezorientaci” 11 (10,1 %), “poruchu spánku” 12 (11 %). “Agrese” byla zaznamenána u 3 (2,8 %) případů a “zrychlená motorika” u 1 (0,9 %) respondenta. Možnost “nevím” uvedl 1 (0,9 %) respondent.

Na JIP možnost “zpomalené reakce” odpovědělo nejvíce 19 (19,6 %) respondentů. Shodné odpovědi byly u možností “psychomotorický útlum” a “netečnost a apatie” 18 (18,6 %). “Dezorientaci” uvedlo 16 (16,5 %), “omezenou komunikaci” 15 (15,5 %) a “poruchu spánku” označilo pouze 8 (8,2 %) z nich. Možnost “agrese” označili 2 (2,1 %) respondenti a “zrychlenou motoriku” 1 (1, %) odpovídající.

Analýza položky č. 11: Jaké důležité intervence může sestra provádět u pacienta v rámci prevence delirantního stavu? (viz tabulka 16)

Tabulka 16 - Důležité intervence

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) -JIP
Hydratace	24	18
Sledování bolesti	15	14
Sledování zornic	5	10
Kognitivní funkce	17	17
Sledovat tělesnou teplotu	8	9
Reorientace	9	15
Prevence spánkové deprivace	18	19
Časná mobilizace	13	11
Nevím	0	0
Celkem	109	113

Zdroj: vlastní úprava

V tabulce 16 jsou ukázány výsledky na otázku: “Jaké důležité intervence může sestra provádět u pacienta v rámci prevence delirantního stavu”. Respondenti měli možnost označit i více odpovědí. Na standardním oddělení označovali respondenti nejčastěji “hydrataci” 24 (22 %) respondentů. Na “prevenci spánkové deprivace” odpovědělo 18 (16,5 %) dotazovaných, “kognitivní funkce” 17 (15,9 %) a “sledování bolesti” 15 (13,8 %) z nich. Na možnost “časná mobilizace” odpovědělo 13 (11,9 %) z nich, “reorientaci” vybralo 9 (8,3 %) a “sledování tělesné teploty” 8 (7,3 %) odpovídajících. Na možnost “sledování zornic” odpovědělo 5 (4,6 %) dotazovaných.

Na neurologické JIP nejvíce 19 (16,8 %) respondentů odpovědělo na “prevenci spánkové deprivace”, dále na “hydrataci” 18 (15,9 %), “kognitivní funkce” 17 (15 %) a “reorientaci” vybralo 15 (13,3 %) z nich. “Sledování bolesti označilo 14 (12,4 %) odpovídajících. 11 (9,7 %) dotazovaných uvedlo “časnou mobilizaci” a 9 (8 %) respondentů “sledování tělesné teploty”. Na možnost “sledování zornic” odpovědělo 10 (8,8 %) odpovídajících.

Analýza položky č.12: Může být pacient v deliriu agresivní?

Na tuto otázku odpověděli všichni (100 %) respondenti, jak z neurologického standardního oddělení, tak z neurologické JIP “ano”. Vybírali z odpovědí “ano”, “ne” a “nevím”.

Analýza položky č. 13: Je u demence vyšší riziko vzniku deliria? (viz tabulka 17)

Tabulka 17 - Souvislost demence s deliriem

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Ano	23	18
Ne	0	0
Nevím	2	2
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 17 ukazuje odpovědi na otázku: “Je u demence větší riziko vzniku deliria”. Na neurologickém standardním oddělení většina 23 (92 %) odpověděla “ano” a ostatní 2 (8 %) “nevím”. Na neurologické JIP odpověděla také většina 18 (90 %) “ano” a ostatní respondenti 2 (10 %) odpověděli “nevím”.

Analýza položky č. 14: Myslíte, že delirantní stavy mohou prodloužit hospitalizaci?

Na tuto otázku všichni (100 %) respondenti ze standardního neurologického oddělení i neurologické JIP shodně odpověděli “ano”. Vybírali z odpovědí “ano”, “ne” a “nevím”.

Analýza položky č. 15: Je vhodné dělat častější kontrolu u pacienta v deliriu?

Na tuto otázku všichni (100 %) respondenti ze standardního neurologického oddělení i neurologické JIP shodně odpověděli “ano”. Vybírali z odpovědí “ano”, “ne” a “nevím”.

Analýza položky č. 20: Jaké opatření jsou vhodná ke zvládnutí pacienta v deliriu z kompetence nelékařského zdravotnického personálu? (viz tabulka 18)

Tabulka 18 - Zvládnutí pacienta v deliriu z kompetence NLZP

Odpovědi respondentů	(n) - standart	(n) - JIP
Aplikace psychofarmak	7	5
Hydratace pacienta	20	19
Komunikace s pacientem	24	20
Pravidelné hodnocení stavu pacienta	25	2
Úchop zdravotnickým personálem	10	11
Kurtování končetin	9	9
Celkem	95	66

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 18 prezentuje výsledky šetření zaměřeného na identifikaci vhodných opatření při péči o pacienty v delirantním stavu z perspektivy NLZP. Respondenti mohli označit více odpovědí. Na standardním oddělení označili “pravidelné hodnocení stavu pacienta” 25 (26,3 %), “komunikace s pacientem” 24 (25,3 %) z nich. “Hydrataci” pacienta uvedlo 20 (21,1 %) a “úchop zdravotnickým personálem” 10 (10,5 %) z nich. “aplikaci psychofarmak” uvedlo 7 (7,4 %) odpovídajících a “kurtování končetin” označilo 9 (9,5 %) z nich.

Na JIP odpověděli všichni 20 (30,3 %) “komunikace s pacientem”, 19 (28,8 %) uvedlo “hydratace pacienta” a 11 (16,7 %) z nich zaškrtnulo možnost “úchop zdravotnickým personálem”. Pouze 2 (3, %) uvedli “pravidelné hodnocení stavu”. Možnost “kurtování končetin” označilo 9 (13,6 %) respondentů a 5 (7,6 %) uvedlo “aplikace psychofarmak”.

Analýza položky č. 22: Kdo je kompetentní indikovat v nastalé situaci bezprostředního ohrožení okolí či samotného pacienta mechanické omezovací prostředky? (viz tabulka 19)

Tabulka 19 - Kompetentnost indikace omezovacích prostředků

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Sanitář	0	2
Všeobecná sestra	8	7
Lékař	21	18
Student	0	1
Jiné	0	0
Celkem	29	28

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 19 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: “Kdo je kompetentní indikovat v nastalé situaci bezprostředního ohrožení okolí či samotného pacienta mechanické omezovací prostředky”. Přestože respondenti měli označit pouze jednu možnou odpověď, někteří z nich uvedlo více možností. Na standardním oddělení většina respondentů 21 (72,4 %) označila možnost “lékař”. Další odpovědi byly “všeobecná sestra” 8 (27,6 %). Jiná možnost nebyla označena.

Na neurologické JIP správnou kompetentní osobu “lékař” vybralo 18 (64,3 %) odpovídajících. Další možnost “všeobecná sestra” stanovilo 7 (25 %) z nich. Odpověď “sanitář” určili 2 (7,1 %) respondenti a 1 (3,6 %) respondent vybral možnost “student”. Nikdo (0 %) nevypsal žádnou jinou možnost.

Analýza položky č. 23: Pokud pacient nepodepíše souhlas s kurtací (pokud má opatrovníka, ten rovněž nepodepíše souhlas s kurtací), po kolika hodinách kurtace pacienta, hlásíte omezení na soud? (viz tabulka 20)

Tabulka 20 - Hlášení omezení na soud

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Do 24 hodin	15	12
Po 24 hodinách	10	8
Po 36 hodinách	0	0
Po 48 hodinách	0	0
Nemusí se hlásit na soud	0	0
Jiné	0	0
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 20 prezentuje výsledky šetření zaměřeného na postup NLZP při hlášení omezení pacienta na soud v případě, že pacient nebo jeho opatrovník nepodepíše souhlas s kurtací. Respondenti měli možnost označit jednu odpověď. Na standardním oddělení označilo 15 (60 %) “do 24 hodin”. Zbýlých 10 (40 %) uvedli “po 24 hodinách”. Na ostatní možnosti nikdo (0 %) neodpověděl.

Na neurologické JIP odpovědělo 12 (60 %) správně. Ostatní 8 (40 %) uvedlo “po 24 hodinách”. Jiná odpověď nebyla zaškrtnuta.

4.3 Zvyklosti NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu

V této části dotazníku jsou mapovány zvyklosti NLZP v oblasti péče o pacienta v deliriu na neurologickém standardním oddělení a neurologické JIP. Otázky byly koncipovány na uzavřené s možností jedné nebo více odpovědí a otázky otevřené.

Analýza položky č. 17: Používáte na vašem oddělení škály pro hodnocení deliria? (viz tabulka 21)

Tabulka 21 - Použití škál

Odovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Ano	8	11
Ne	17	9
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 21 znázorňuje kolik respondentů používá škály pro hodnocení deliria. U této otázky, kteří odpověděli “ne”, tak neodpovídali na následující dvě otázky a dále pokračovali otázkou č. 20. V případě odpovědi “ano”, pokračovali dále v otázkách č. 18 a 19.

Na standardním neurologickém oddělení používá škály pro hodnocení deliria 8 (32 %) respondentů a z toho 17 (68 %) škály nepoužívají.

Na neurologické JIP používají 11 (55 %) respondentů a 9 (45 %) nepoužívají.

Analýza položky č. 18: Které škály můžete používat k hodnocení deliria?

(viz tabulka 22)

Tabulka 22 - Škály pro hodnocení deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
MMSE - (Mini Mental State Exam)	3	2
GCS - (Glasgow Coma Scale)	5	5
RASS - (Richmond Agitation Sedation Scale)	5	1
CAM-ICU - (Confusion Assesment Method – Intensive Care Unit)	1	7
Knollova stupnice	0	0
Nevím	0	0
Jiné	0	0
Celkem	14	15

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka č. 22 navazuje na tabulku č. 21. Respondenti mohli uvést více odpovědí, i když správná odpověď je jen jedna – CAM-ICU. Na neurologickém standardním oddělení zvolilo možnost “GCS” a “RASS” shodně 5 (35,7 %) respondentů. “MMSE” zaškrtnli 3 (21,4 %) z nich. Možnost “CAM-ICU” uvedl pouze 1 (7,1 %) respondent. Možnost “Knollova stupnice”, “nevím” a “jiné” nezvolil žádný (0 %) respondent.

Na neurologické JIP nejvíce 7 (46,7 %) respondentů označilo “CAM-ICU”. Možnost “MMSE” zvolilo 2 (13,3 %) respondenti, “GCS” 5 (33,3 %) a “RASS” 1 (6,7 %) respondent. Na odpovědi “Knollova stupnice”, “nevím” a “jiné” neodpověděl žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 19: Jak často provádíte hodnocení deliria? (viz tabulka 23)

Tabulka 23 - Hodnocení deliria

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
1x denně	0	1
2x denně	1	2
3x denně	1	1
4x denně	0	1
5x denně	0	0
6x denně	2	2
7x denně	0	0
8x denně	0	1
Dle stanovení lékaře	1	0
Dle stavu pacienta	0	1
Nevím	3	2
Celkem	8	11

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 23 navazuje na otázky 17 a 18 a zaměřuje se na frekvenci hodnocení deliria. Jelikož byla otázka 19 otevřená, respondenti uváděli vlastní odpovědi, které bylo nutné následně kategorizovat. Na neurologickém standardním oddělení nejvíce odpovědí byla možnost “nevím” 3 (37,5 %). Možnost “2x denně”, “3x denně” a “dle stanovení lékaře” odpověděl vždy pouze 1 (12,5 %) respondent. Variantu “6x denně” zvolili 2 (25 %) z nich. Na ostatní možnosti neodpověděl žádný (0 %) respondent.

Na neurologické JIP na možnosti “1x denně”, “3x denně”, “4 x denně” a “8x denně” vždy odpověděl pouze 1 (9,1 %) respondent. Možnosti “2x denně”, “6x denně” a “nevím” vždy odpověděli 2 (18,2 %) respondenti. Na ostatní odpovědi neodpověděl žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 21: Jaké nefarmakologické preventivní úkony děláte, aby nebylo rozvinuto delirium? (viz tabulka 24)

Tabulka 24 - Nefarmakologické preventivní úkony

Odpovědi respondentů	(n) - standart	(n) - JIP
Hydratace	14	12
Komunikace s pacientem	10	15
Pravidelné hodnocení stavu pacienta	4	6
Úchop zdravotnickým personálem	1	0
Kurtování končetin	2	0
Komunikace s rodinou	1	3
Úprava prostředí	2	3
Včasná mobilizace	2	2
Ostatní	1	9
Nevím	9	2
Celkem	46	52

Zdroj: vlastní úprava

V tabulce 24 je ukázáno, jak respondenti odpovídali na otázku: “Jaké nefarmakologické preventivní úkony děláte, aby nebylo rozvinuto delirium”. Tato otázka byla otevřená, tudíž bylo použito kódování. Na neurologickém standardním oddělení nejčastěji respondenti uváděli odpověď “hydratace” 14 (30,4 %). “Komunikaci s pacientem” napsalo 10 (21,7 %) respondentů, “pravidelné hodnocení stavu” 4 (8,7 %) z nich. “Kurtování končetin”, “včasnou mobilizaci” a “úpravu prostředí” jako svou odpověď napsali shodně 2 (4,3 %) respondenti. “Úchop zdravotnickým personálem”, “komunikace s rodinou” a “ostatní” napsal vždy 1 (2,2 %) respondent. “Nevím” uvedlo celkem 9 (19,6 %) respondentů.

Na neurologické JIP nejčastěji respondenti uvedli odpověď “komunikace s pacientem” 15 (28,8 %). “Hydrataci” uvedlo 12 (23,1 %) respondentů. “Pravidelné hodnocení stavu” napsalo 6 (11,5 %) z nich. Odpovědi “komunikace s rodinou” a “úprava prostředí” napsalo po stejném počtu 3 (5,8 %) respondenti. “Včasnou mobilizaci” a “nevím” uvedli 2 (3,8 %) respondenti. Odpovědi “ostatní” (bazální stimulace nebo spánek) napsalo 9 (17,3 %) respondentů. “Úchop zdravotnickým personálem” a “komunikace s rodinou” nenapsal žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 16: Je každý pokoj pro pacienta vybaven hodinami či kalendářem? (viz tabulka 25)

Tabulka 25 - Vybavenost pokojů pacienta

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Je vybaven hodinami	21	15
Je vybaven kalendářem	0	1
Není vybaven	3	4
Nevím	1	0
Jiné	0	0
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 25 ukazuje odpovědi respondentů na otázku: “Je každý pokoj pro pacienta vybaven hodinami či kalendářem”. V této otázce mohli respondenti vybrat více možností. Na neurologickém standardním oddělení nejčastěji zaškrtili odpověď “je vybaven hodinami” 21 (84 %) respondentů. Pokoje, které “nejsou vybaveny” odpověděli 3 (12 %) z nich. 1 (4 %) respondent uvedl “nevím”. Možnost “jiné” i “je vybaven kalendářem” ne zvolil žádný (0 %) respondent.

Na neurologické JIP nejčastěji odpovídali “je vybaven hodinami” 15 (75 %) z nich. Pouze 1 (5 %) respondent uvedl, že “pokoj je vybaven kalendářem”. Zbylí 4 (20 %) respondenti uvedli, že “není vybaven”. Na možnost “nevím” a “jiné” neodpověděl žádný (0 %) respondent.

Analýza položky č. 24: Za jakých okolností používáte omezovací prostředky u pacienta? (viz tabulka 26)

Tabulka 26 - Používání omezovacích prostředků

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Nepoužíváme omezovací prostředky	0	0
Používáme, pokud pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí	25	20
Používáme, pokud by pacient mohl nekontrolovaně opustit oddělení	2	3
Používáme, pokud potřebujeme, aby pacient zůstal v určité poloze v lůžku	0	2
Používáme, pokud je pacient slovně agresivní (nadává)	1	0
Jiné	0	0
Celkem	28	25

Zdroj: vlastní úprava

Na tabulce 26 jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku: “Za jakých okolností používáte omezovací prostředky u pacienta”. Respondenti mohli vybrat více odpovědí. Na standardním oddělení odpovídající nejčastěji vybrali možnost “používáme, pokud pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí” 25 (89,3 %). Možnost “používáme, pokud by pacient mohl nekontrolovaně opustit oddělení” zaškrkli 2 (7,1 %) respondenti. “Používáme, pokud je pacient slovně agresivní (nadává)” je odpověď, kterou uvedl 1 (3,6 %) respondent. Zbylé odpovědi neuvedl žádný (0 %) respondent.

Na neurologické JIP nejčastěji uvedená odpověď byla “používáme, pokud pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí” 20 (80 %), “používáme, pokud by pacient mohl nekontrolovaně opustit oddělení” zaškrkli 3 (12 %) z nich, a možnost “používáme, pokud potřebujeme, aby pacient zůstal v určité poloze v lůžku” uvedli 2 (8 %) respondenti. Na ostatní možnosti nikdo (0 %) neodpověděl.

Analýza položky č. 25: Jaké omezovací prostředky nejčastěji ordinuje lékař u pacientů s deliriem na vašem oddělení? (viz tabulka 27)

Tabulka 27 - Nejčastěji ordinované omezovací prostředky lékařem

Odpovědi respondentů	(n) - Standart	(n) - JIP
Kurty	22	20
Farmaka	9	11
Břišní pás	2	1
Celkem	33	32

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 27 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: “Jaké omezovací prostředky nejčastěji ordinuje lékař u pacientů s deliriem na vašem oddělení”. Jelikož otázka byla otevřená, bylo použito kódování. Na standardním neurologickém oddělení nejčastější psaná odpověď byla “kurty” 22 (66,7 %), dále “farmaka” 9 (27,3 %) a nejméně vyskytovaná odpověď břišní pás 2 (6,1 %).

Na neurologické JIP nejvíce byly psány “kurty” 20 (62,5 %). “Farmaka” uvedlo 11 (34,4 %) respondentů a pouze 1 (3,1 %) respondent napsal “břišní pás”.

4.4 Vzdělávání NLZP v oblasti deliria

Cílem následujících třech otázek bylo zjistit příležitosti dalšího vzdělávání v problematice deliria na standardním neurologickém oddělení a neurologické JIP. Z toho dvě otázky byly uzavřené s možností jedné odpovědi.

Analýza položky č. 26: Absolvoval/a jste někdy, kurz či přednášku o deliriu? (viz tabulka 28)

Tabulka 28 - Absolvování kurzu

Odpovědi respondentů	(n) - standart	(n) - JIP
Ano	2	1
Ne	23	19
Nevím	0	0
Celkem	25	20

Zdroj: vlastní úprava

Tabulka 28 ukazuje výsledky na otázku: “Absolvoval/a jste někdy, kurz či přednášku o deliriu”. Kdo na tuto otázku odpověděl “ano” dále pokračoval v otázkách 27 a 28. Kdo označil “ne” přeskočil na otázku č. 29.

Na standardním oddělení pouze 2 (8 %) respondenti uvedli, že absolvovali kurz či přednášku. Zbylých 23 (92 %) označilo “ne”.

Na neurologické JIP pouze 1 (5 %) respondent označil “ano”. Ostatních 19 (95 %) respondentů odpovědělo “ne”.

Analýza položky č. 27: Kdo vám zprostředkoval školení, kurz či přednášku o deliriu?

Na standardním neurologickém oddělení uvedli 2 (8 %) respondenti, že vzdělávání v oblasti deliria absolvovali prostřednictvím e-learningu nebo přednášek z lékařské psychiatrie. Na neurologické JIP zprostředkovala vzdělávání nemocnice pro 1 (5 %) respondenta.

Analýza položky č. 28: Jak často máte možnost absolvovat školení, kurz či přednášku o deliriu?

Na otázku 28 odpověděli 2 (8 %) respondenti z neurologického standardního oddělení a 1 (5 %) respondent z neurologické JIP, že absolvují školení, kurz či přednášku 1x za rok.

5 DISKUZE

Bakalářská práce se věnuje tématu delirantní stavy u hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry. Tato práce si kladla za cíl komplexně zmapovat úroveň znalostí a zkušeností NLZP v oblasti péče o pacienty v delirantních stavech. Průzkumné šetření bylo realizováno na standardním neurologickém oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče s klíčovým záměrem identifikovat aktuální přístupy k péči o pacienty s delirantními stavy, porovnat úroveň odborných znalostí a praktických zkušeností mezi těmito pracovišti a odhalit specifika a případné rozdíly v přístupu k diagnostice a managementu deliria.

Metodologicky byl průzkum koncipován jako kvantitativní dotazníkové šetření, které umožnilo systematické shromáždění dat od zdravotnických pracovníků.

Dotazník byl schválen náměstkou ošetrovatelské péče nemocnic krajského typu, kde také dotazníky byly následně sbírány. Průzkumný soubor dotazníkového šetření tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci ze standardního neurologického oddělení a neurologické JIP, čímž bylo zajištěno komplexní porovnání přístupů v rozdílných typech zdravotnických pracovišť.

Celkem bylo distribuováno 57 (100 %) nestandardizovaných dotazníků, 30 (52,6 %) dotazníků na neurologické standardní oddělení a 27 (47,4 %) na neurologickou JIP. Návratnost činila 47 (82,5 %) dotazníků, z čeho 27 bylo ze standardního neurologického oddělení a 20 z neurologické JIP. Z důvodu neúplného či nevhodného vyplnění dotazníku, bylo vyřazeno 2 dotazníky. Statisticky a účelně využitelných dotazníků bylo 45 (78,9 %).

Dotazník byl sestaven tak, aby odpovídal stanoveným cílům k bakalářské práci, proto byl rozdělen celkem do pěti částí. Pomocí otázek zjišťující demografické údaje, bylo zjištěno, že největší zastoupení tvořili ženy 44 (97,8 %) a pouze 1 (2,2 %) muž. Jelikož muž byl pouze jeden (2,2 %), tak byl zahrnut do celkového počtu respondentů. Největší věkovou strukturu tvořili respondenti ve věku 41-50 let 19 (42,2 %) a nejméně ve věku 51-60 let 4 (8,9 %). Nadpoloviční většina respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou 23 (51,1 %). Profesionální struktura ukázala, že nejvíce respondentů byly všeobecné sestry 32 (51,1 %). Pokud jde o délku praxe, výrazně převažovali zkušení pracovníci 29 (64,4 %), kteří měli praxi delší než 10 let a pracoviště respondentů byla zastoupena téměř rovnoměrně, kdy 25 (55,6 %) respondentů pracovalo na standardním neurologickém oddělení a 20 (44,4 %) na neurologické JIP.

Hlavní cíl – Zjistit a porovnat úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v ošetrovatelské péči o pacienta v delirantním stavu standardního neurologického oddělení a neurologické jednotky intenzivní péče.

Hlavní cíl se v dotazníku vztahoval k otázkám č. 4-15, 20, 22 a 23. Vědomostní otázky zjišťovali úroveň vědomostí i znalostí v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu.

Definici deliria ze standardního oddělení znali všichni respondenti (100 %), na JIP byla znalost o něco nižší - 85 % respondentů.

Položka č. 5 se zabývala typem poruchy vědomí. Správnou odpověď kvalitativní označilo všech 25 (100 %) respondentů ze standardního oddělení. Na JIP odpověděla většina 18 (90 %) správně a pouze 2 (10 %) kvantitativní. V diplomové práci od Pavlicové (2019), respondenti z celkového počtu 135 (100 %) odpovědělo kvalitativní celkem 113 (83,7 %) a špatně 22 (16,3 %). Náš soubor vykazuje vyšší míru správných odpovědí, ale na druhou stranu Pavlicová má více respondentů.

Typy deliria v otázce č. 6 vykazují na obou odděleních vysokou znalost hypoaktivního i hyperaktivního deliria. Smíšené delirium už tolik respondentů nezná. Na standardním oddělení 12 (17,6 %) a na JIP 9 (15,3 %) respondentů. Při srovnání s diplomovou prací Pavlicové (2019), kde z celkového počtu 135 (100 %) respondentů odpovědělo hypoaktivní typ 76 (31,5 %) hyperaktivní typ 89 (36,9 %) a smíšený 42 (17,4 %) odpovídajících z celkového počtu 241 (100 %) odpovědí. Procentuální výsledek smíšeného typu je v obou průzkumech podobný. Odlišnosti lze přičíst nižšímu počtu respondentů v našem průzkumu.

Otázka č. 7 zjišťovala spouštějící faktory deliria. Respondenti z obou oddělení vnímají shodně jako významný faktor metabolické a iontové poruchy (20,4 %) a změnu prostředí 16 respondentů jako důležitý spouštěč deliria. Mezi odděleními existují drobné rozdíly v důrazu na jednotlivé faktory. Standardní oddělení více označovali možnost intoxikaci 23 (22,3 %) a neurologická JIP zase více vyšší věk 15 (15,3 %).

Na položku č. 8 obě oddělení shodně 19 respondentů identifikovaly delší dobu hospitalizace jako primární riziko rozvoje deliria. Standardní oddělení se přiklánělo více k možnosti vyšší mortalita 18 (25,4 %), zatímco JIP více na náklady na péči 12 (21,4 %). Pro srovnání, v diplomové práci Gerlové (2018) z celkového počtu 647 respondentů odpovědělo prodloužení hospitalizace 187 (28,9 %), větší náklady na péči 136 (21 %) a vyšší riziko mortality

120 (18,5 %). Konzistentním zjištěním zůstává vnímání délky hospitalizace jako klíčové riziko, ale s odlišnostmi v procentuálním zastoupení.

Otázka č. 9 zjišťovala charakteristiky delirantních stavů. Významným zjištěním je, že žádné z oddělení nevedlo možnosti “pozornost je zachována“ nebo “pravidelný spánek“, což poukazuje na dobré znalosti charakteristik deliria, neboť tyto odpovědi by byly chybné. Standardní oddělení více zdůrazňuje poruchu pozornosti 25 (20,7 %), zatímco JIP klade větší důraz na kolísavý průběh 17 (16 %) a rychlý vývoj 16 (15,1 %). V diplomové práci Pavlicové (2019), která zahrnovala 759 (100 %) odpovědí, se nejčastěji vyskytovala odpověď “kolísavý průběh“ u 121 (15,94 %) dotázaných.

Položka č. 10 zjišťovala znalosti příznaků hypoaktivního deliria. Obě oddělení se shodla na zpomalených reakcích (22 a 19,6 %) jako nejčastějším příznakem. Nízký výskyt odpovědí týkajících se agrese a zrychlené motoriky ukazuje na dobré znalosti charakteristik hypoaktivního deliria. Drobné rozdíly mezi odděleními byly, že standardní oddělení uvádělo více omezení komunikace 21 (19,3 %) a JIP více dezorientaci 16 (16,5 %). Ve studii Otrubové (2021) se zjišťovalo, zda se delirium mimo jiné projevuje neklidem, tenzí a úzkostí. Správně odpovědělo 96,2 % respondentů, zatímco zlomek respondentů 3,8 % se mýlil. Oba výzkumy poukazují na kvalitní znalosti týkající se hypoaktivního deliria.

Otázka č. 11 mapovala, jaké důležité intervence může sestra provádět u pacienta v rámci prevence delirantního stavu. Na standardní oddělení skoro všichni 24 (22 %) respondenti označili hydrataci a také na JIP uvedli prevenci spánkové deprivace 19 (16,8 %) respondentů, což nepotvrzuje diplomová práce Pavlicové (2019), kde je nejčastější odpovědí reorientace 96 (19,8 %) z celkového počtu odpovědí 484 (100 %).

V položkách č. 12–15 jsou respondenti dotazováni na znalosti o charakteristikách deliria. Na otázku 12 se všichni (100 %) respondenti z obou oddělení shodli, že pacient může být v deliriu agresivní. V otázce č. 13 naprostá většina respondentů (92 % na standardním oddělení, 90 % na JIP) souhlasí se zvýšeným rizikem deliria u demence, pouze 2 (8 a 10 %) respondenti z každého oddělení vyjádřili nejistotu. Ve srovnání s diplomovou prací Otrubové (2021), která zkoumala vliv věku na vznik deliria 63,2 % uvedlo, že věk má vliv na vznik deliria, ale 36,8 % respondentů zastávalo opačného názoru. V dalších otázkách všichni (100 %) respondenti z obou oddělení potvrdili, že delirantní stavy mohou prodloužit hospitalizaci, a že je nutné dělat častější kontroly u pacientů v deliriu. Tato zjištění korespondují

s diplomovou prací Textorové (2021), která zdůrazňuje, že zdravotnický personál považuje časté kontroly pacientů v deliriu za klíčové z hlediska poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Otázka č. 20 odhalila významné rozdíly mezi standardním oddělením a neurologickou JIP v přístupech ke zvládnutí pacienta v deliriu. Na standardní oddělení všech 25 respondentů označilo pravidelné hodnocení stavu pacienta a komunikaci uvedlo 24 respondentů. Na rozdíl od JIP, která označila pouze dvakrát pravidelné hodnocení stavu pacienta, ale na druhou stranu všech 20 dotazovaných uvedlo komunikaci a hydrataci 19 respondentů. Zajímavé poznatky spočívají v tom, že prioritou je na obou odděleních komunikace s pacientem a hydratace jako přístup ke zvládnutí pacienta v deliriu.

Položka č. 22 se zabývá kompetencí k indikaci mechanických omezovacích prostředků v situaci bezprostředního ohrožení. Na obou odděleních byla majoritní odpověď “mechanické omezovací prostředky by měl indikovat lékař“. Na JIP se výjimečně objevily odpovědi zahrnující sanitář a student. Komparativní zjištění s diplomovou prací Otrubové (2021), kde pouze 22,1 % respondentů identifikovalo správnou odpověď, což vypovídá o vyšší úrovni znalostí respondentů z mého dotazníkového šetření v oblasti pravomocí NLZP.

V závěrečné znalostní otázce č. 23 zaměřené na postup hlášení omezení při kurtaci bez souhlasu pacienta nebo jeho opatrovníka respondenti neprokázali zcela odbornou znalost této problematiky. Bylo zjištěno, že na obou odděleních byly srovnatelné odpovědi, 60 % správně a 40 % chybně. To naznačuje potřebu dalšího vzdělávání NLZP v oblasti právních a procedurálních aspektů omezovacích prostředků.

Dílčí cíl 1- Zmapovat, jaké jsou zvyklosti NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu na standardním neurologickém oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče.

Dílčí cíl 1 se v dotazníku vztahoval k otázkám č. 16-19, 21, 24 a 25. Tyto otázky zjišťovaly zvyklosti NLZP v ošetrovatelské péči na jejich oddělení.

Položka č. 16 se zaměřila na vybavenost pokojů kalendáři a hodinami pro zlepšení orientace pacientů. Na standardních odděleních jsou hodiny umístěny v 84 % případech, na JIP pak v 75 % případech. Diplomová práce Pavlicové (2019) odhalila znepokojující zjištění. Více než dvě třetiny respondentů uvedli, že pacienti při vědomí nemají k dispozici hodiny. Ještě alarmujícím zjištěním bylo, že 116 respondentů potvrdilo absenci kalendářů na pokojích. Náš

průzkum naproti tomu prokázal, že alespoň hodiny jsou na pokojích standardně instalovány, což může pacientům výrazně pomoci v orientaci a vnímání času během hospitalizace.

Mapování diagnostických nástrojů a frekvenci jejich používání sledovaly otázky č. 17-19. Použití škál na standardním oddělení je nižší (32 %) než na JIP (55 %). CAM-ICU má výrazně vyšší zastoupení na JIP 46,7 % oproti standardnímu oddělení 7,1 %, jelikož standardní oddělení preferuje škály RASS a GCS, které ale nejsou určeny pro hodnocení deliria. V diplomové práci Gerlové (2018) pouze 34,4 % zná správný nástroj CAM-ICU. I v diplomové práci Pavlicové (2019) zná nástroj CAM-ICU také pouhých 35,6 % respondentů. V této oblasti, by bylo vhodné proškolit zaměstnance. Frekvence hodnocení deliria ukazuje nejasnosti, jelikož obě oddělení mají širokou škálu odpovědí ve frekvenci hodnocení deliria. Diplomová práce Gerlové (2018) zjišťuje nesystematický přístup k frekvenci hodnocení deliria, jelikož 81 (38,2 %) respondentů uvedlo, že hodnocení používají pouze při subjektivním podezření na delirium a 88 (41,5 %) uvedlo jednou denně. Klíčové zjištění v obou průzkumech je, že chybí jednotný systematický přístup.

Položka č. 21 zjišťuje „jaké preventivní úkony dělají respondenti, aby nebylo rozvinuto delirium“. Obě oddělení uvádějí jako nejčastější preventivní úkon ke snížení rizika vzniku deliria, zajištění správné hydratace pacienta (30,4 a 23,1 %) a komunikace s ním (21,7 % a 28,8 %). Poměrně vysoký podíl respondentů na standardním oddělení 9 (19,6 %) neví, jaké jsou preventivní úkony. V diplomové práci Otrubové (2021) většina respondentů 84,5 % nesouhlasila s tvrzením „je vhodné dovést pacienta k oknu nebo socializovat s jinými pacienty jako prevencí vzniku deliria“. Z analýzy této položky vyplývá vhodnost prohloubení znalostí NLZP v preventivních úkonech zejména v našem průzkumu na standardním oddělení, jelikož až 9 respondentů neví, jaké preventivní úkony jsou vhodné provádět v rámci deliria. Zároveň ve studii Otrubové až 84,5 % respondentů odpovědělo chybně.

V otázce č. 24, za jakých okolností respondenti používají omezovací prostředky se na obou odděleních vyskytovala u každého respondenta odpověď „pokud pacient ohrožuje sebe nebo své okolí“. I v diplomové Práci Pavlicové (2019) uvádí většina 116 (86 %) respondentů stejnou odpověď. Tato tvrzení naznačují, že použití omezovacích prostředků je nutné individualizovat.

Jaké omezovací prostředky ordinuje lékař u pacienta v deliriu v otázce č. 25 převládala na obou odděleních odpověď „kurty“ což odpovědělo přes 60 % respondentů. Omezovací prostředky v podobě farmak se na základě dotazníkového šetření více používají na JIP a to v (34,4 %) případech, oproti standardnímu oddělení. V diplomové práci Textorové (2021) se na otázku

„jaké omezovací prostředky používají nejvíce“ z 853 (100 %) odpovědí zaznamenali možnost „kurty“ 42 % respondentů a psychofarmaka označilo 40 % respondentů. Náš průzkum ukazuje vyšší podíl využití kurtů oproti studii Textorové.

Dílčí cíl 2 - Prozkoumat, jaké jsou zkušenosti NLZP o péči pacientů v delirantních stavech.

Dílčí cíl 2 se zkoumal v otázkách 1-3.

První položka průzkumu byla zaměřena na frekvenci setkávání respondentů s pacienty v delirantním stavu. Výsledky odhalily významnou zkušenost zdravotnických pracovníků s tímto jevem na obou sledovaných pracovištích, jelikož na obou odděleních nejvíce odpovídali respondenti „občas“ (45 % a 48 %) a shodně 8 respondentů „často“, což indikuje vysokou frekvenci setkávání s deliriem a bohaté zkušenosti personálu s touto problematikou. Skutečnost, že téměř žádný respondent nevedl možnost „nikdy“ nebo „zřídka“, potvrzuje, že delirium je na neurologických pracovištích poměrně běžným jevem vyžadujícím profesionální a citlivý přístup.

Výsledky našeho průzkumu v otázce č. 2 ukazují, že na standardním neurologickém oddělení považují všichni respondenti (100 %) péči o pacienta v deliriu za náročnější. Na neurologické JIP oproti tomu 3 respondenti (15 %) nepovažují tuto péči za náročnější. Studie Textorové (2021) přináší podobné zjištění. Ze 382 dotázaných respondentů vnímá 269 (70 %) vyšší časovou náročnost péče o pacienta v deliriu a dalších 98 (26 %) odpovědělo „spíše ano“. Tato data potvrzují, že naprostá většina zdravotnických pracovníků považuje péči o pacienty s deliriem za časově a organizačně náročnější.

V otázce č. 3 vnímání stresu při péči o pacienta v deliriu vykazují naše výsledky zajímavé poznatky. Na standardním neurologickém oddělení a neurologické JIP pociťuje větší stres shodně 16 respondentů, ale na druhou stranu 9 (35 %) respondentů ze standardního oddělení větší stres nevnímá. Pro komparaci uvádíme výsledky diplomové práce Textorové (2021), kde 151 (40 %) respondentů odpovědělo jednoznačně „ano“ a 134 (35 %) respondentů odpovědělo „spíše ano“. Celkem tedy v Textorové studii 285 respondentů (75 %) potvrdilo zvýšenou stresovou zátěž při péči o pacienty v deliriu. Z výsledků plyne, že většina respondentů vnímá větší stres při péči o pacienta v deliriu.

Dílčí cíl 3 - Zjistit další možnosti vzdělávání NLZP na odděleních neurologického typu v ošetrovatelské péči o pacienty v delirantních stavech.

Tento cíl nebyl adekvátně zjištěn, vzhledem k tomu, že v dotazníkovém šetření nebyla vhodně položena posloupnost otázek na zjištění tohoto cíle. Přesto se dalo z dotazníku zjistit, že dohromady 3 respondenti z obou oddělení se účastnili přednášky, kurzu nebo školení, které jim jednou za rok zprostředkoval zaměstnavatel pomocí e – learningu nebo psychiatrické léčebny či nemocnice.

Dá se předpokládat, že pokud má NLZP možnost dalšího vzdělávání, tak není využita.

5.1 Limity práce

Významným limitem předloženého průzkumu je skutečnost, že třetí dílčí cíl nemohl být zcela naplněn z důvodu metodologické nedokonalosti v dotazníku. Konkrétně otázka zaměřená na možnosti dalšího vzdělávání byla formulována nejednoznačně. Namísto zjišťování přístupu k vzdělávacím příležitostem se dotazovala pouze na absolvované kurzy, což vedlo k interpretačním nejasnostem. Tato formulační chyba nebyla odhalena ani v průběhu pilotního šetření.

Dalším významným limitem jsou potenciální zkreslení u znalostních otázek. Vzhledem k absenci přímého dohledu při vyplňování dotazníků existuje riziko vzájemné pomoci respondentů nebo vyhledávání informací. Přestože dotazník obsahuje i záchytné chybné odpovědi, spoléháme na profesionální přístup respondentů.

Metodologické nedostatky byly identifikovány také v designu některých otázek. U otázky č. 24 nebylo jasně vyznačeno, že respondenti mohou vybrat více odpovědí, přesto tak činili. Naopak u otázky č. 22 respondenti uváděli více možností, ačkoli to v úvodu dotazníku bylo psáno, že pokud nebude uvedeno jinak, mají zaškrtnout jednu odpověď. I přes tento metodologický nedostatek byly všechny odpovědi zahrnuty do vyhodnocení výzkumu.

Metodologickým omezením je relativně malý výzkumný soubor čítající pouze 45 respondentů.

5.2 Doporučení pro praxi

NLZP jsou v nepřetržitém kontaktu s pacienty a mají klíčovou roli v prevenci, včasné detekci a managementu deliria. Je zásadní, aby byli NLZP komplexně vzděláváni v problematice deliria, a to od preventivních opatření až po jeho léčbu. Doporučením této problematiky jsou:

- Rozšíření znalostí o vhodných screeningových nástrojích, především CAM-ICU, který byl dosud využíván jen minimálně, a sjednocení pravidelného hodnocení delirantního pacienta.
- Zavedení povinného pravidelného proškolení NLZP v oblasti prevence, péče a léčby pacienta v deliriu.
- Zavedení edukačního materiálu zaměřeného na delirium, který bude vždy k dispozici pro NLZP a bude obsahovat postupy prevence rozvoje deliria a ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala tématem „Delirantní stavy u hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry“. Strukturově se bakalářská práce dělí na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část bakalářské práce představuje přehledné a aktuální dostupné informace o delirantních stavech, které byly zjišťovány pomocí českých a zahraničních literárních i elektronických zdrojů. V této části jsou popsány typy delirií, jeho diagnostika, léčba, a především specifika ošetrovatelské péče.

Empirická část měla za úkol zjistit hlavní cíl i dílčí cíle této bakalářské práce. Hlavní cíl zjišťoval úroveň znalostí NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v delirantním stavu na standardním neurologickém oddělení a na neurologické JIP. Dílčí cíle mapovaly zvyklosti, zkušenosti a další možnosti vzdělávání NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu. Tyto cíle byly realizovány pomocí dotazníkového šetření. Výsledky z dotazníku byly porovnány s předchozími studiemi.

Metodologicky byl průzkum koncipován jako kvantitativní dotazníkové šetření, které umožnilo systematické shromáždění dat od 45 respondentů ze dvou typů neurologických pracovišť. Dotazník byl konstruován tak, aby pokryl demografické údaje, znalosti, zkušenosti a postoje zdravotnických pracovníků k problematice deliria. Výzkumu se zúčastnily převážně ženy ve věkové skupině 41–50 let s převahou středoškolského vzdělání a praxí nad 10 let.

Výsledky průzkumu odhalily některé významné poznatky. Především bylo zjištěno, že delirium je na neurologických pracovištích častým jevem, který zapříčiňuje vyšší stres pro NLZP kvůli náročnější péči o pacienta v delirantním stavu. Také odhalily relativně vysokou úroveň znalostí definice, typů a základních charakteristik deliria, přestože možnost dalšího vzdělání absolvovali pouze 3 z 45 respondentů. Z toho vyplývá, že znalost v oblasti deliria je na velmi dobré úrovni.

Z průzkumu zároveň vyplývá nesystematický přístup k hodnocení deliria a relativně nízké použití screeningových škál na obou odděleních. Také preventivní opatření jsou často omezena na základní úkony jako jsou hydratace a komunikace, z čehož vyplývá, že někteří respondenti nevědí, jaká preventivní opatření mají vykonávat v předcházení deliria. Dále vyplývá, že by NLZP měli být proškolení v postupu hlášení omezení pacienta.

Delirium představuje závažný medicínský stav, který může výrazně komplikovat léčbu pacienta. Jeho důsledky sahají od zhoršení zdravotního stavu až po prodloužení hospitalizace na odděleních. Prevence a včasná identifikace jsou proto klíčové. Díky častému kontaktu s pacientem jsou první, kdo může zaznamenat první příznaky této komplikované poruchy vědomí. NLZP jako klíčoví poskytovatelé ošetrovatelské péče musí být vybaveni komplexními znalostmi a dovednostmi pro efektivní zvládnání pacientů v delirantním stavu. Kontinuální vzdělávání a systematický přístup jsou cestou ke zlepšení kvality péče a minimalizaci negativních dopadů deliria na zdravotní stav pacientů.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Knižní zdroje

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Grada. ISBN 978-80-247-9854-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/diagnostika-a-terapie-dusevnych-poruch-2303/>

FORET, Miroslav a MELAS, David. 2021. *Marketingový výzkum v udržitelném marketingovém managementu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1723-9

JIRÁK, Roman. 2020. *Deliria: z pohledu psychiatra*. Galén. ISBN 978-80-7492-523-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/deliria-7488/>

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-1551-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-v-intenzivni-peci-6726/>

KŘÍŽOVÁ, Jarmila, et al. 2023. *Jak přežít nejen první službu nejen na JIP*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-765-5

NALOS, Daniel; BARTŮNĚK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana a HECZKOVÁ, Jana. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Grada, ISBN 978-80-271-9328-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/vybrane-kapitoly-z-intenzivni-pace-1507/>

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa a ŠONKA, Karel. 2020. *Poruchy spánku a bdění*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-478-1

PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6

PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava. 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Grada, ISBN 978-80-271-6899-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/postupy-v-osetrovatelske-peci-4-11958/>

RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. 2020. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4604-6

SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada. ISBN: 978-80-247-5247-1. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/neurologie-pro-studium-i-praxi-2414/>

- ŠÁTEKOVÁ, Lenka, et al. 2021. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Grada. ISBN:978-80-271-4358-0
- ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. Et al. 2021 *Moderní farmakoterapie v neurologii*. 3. rozšířené vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-706-8
- TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 2016. Grada, ISBN 978-80-271-9540-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-s-pacientem-v-intenzivni-peci-2927/>
- UHROVÁ, Tereza, 2019. Delirium. RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ. *Neurodegenerativní onemocnění*. 2. dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5123-1
- VÖRÖSOVÁ, Gabriela; SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0
- ZVĚŘOVÁ, Martina et al. 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Grada. 969 s. ISBN 978-80-271-4983-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/gerontopsychiatrie-v-klinicke-praxi-10996/>

7.2 Odborné články

- FARASAT, Sadaf, et al., 2020. Sleep and Delirium in Older Adults. *Current Sleep Medicine Reports* [online]. (6), 136-148 [cit. 2025-02-06]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837850/>
- GIRARD, Timothy D.; EXLINE, Matthew C.; CARSON, Shannon S.; HOUGH, Catherine L.; ROCK, Peter et al., 2018. Haloperidol and Ziprasidone for Treatment of Delirium in Critical Illness. [online]. *New England Journal of Medicine*. roč. 379, č. 26, s. 2506-2516.[cit. 2024-12-18]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1808217>
- GUAL, N., et al, 2020. The role of psychical exercise and rehabilitation in delirium. *European Geriatric Medicine volume* [online]. (11), 83-93 [cit. 2025-02-07]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs41999-020-00290-6#citeas>
- HEROLD, Ivan, 2013. Skórovací systémy pro hodnocení výskytu deliria na JIP, Aneseziologie a intenzivní medicína [online]. 24(5):363-366. [cit. 2024-11-14]. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/05/14.pdf>

- HOLÝ, Jiří, et al., 2020. Nečekaná příčina deliria. *Medicina pro praxi* [online]. **18**(1), 71-74 [cit. 2024-11-06]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-202101-0012_neocekavana_pricina_deliria.php?l=en
- KALLENBACH, TF a AMADO, LA. 2017. Assessment of delirium in the intensive care unit. Online. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*. roč. 23: 3, 57-63, [cit. 2024-11-24]. ISSN 2220-1181. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/22201181.2017.1332809>
- KÁŇOVÁ, Marcela, et al., 2015. Delirium u kriticky nemocných –prospektivní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. Praha: Care Comm, 2015, **83**(6), 662-667 [cit. 2024-11-19]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-6-7/delirium-u-kriticky-nemocnych-prospektivni-studie-56569>
- KASAL, Matěj, 2019. Terapie neklidu – vytvoření postupu pro standardní nemocniční oddělení. *Psychiatrie pro praxi* [online]., 20(3), 126-129 [cit. 2024-12-18]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2019/03/06.pdf>
- KLETEČKA, Jakub, K. SOUMAR a J. BENEŠ, 2017. Kognitivní poruchy v perioperační a intenzivní péči. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. **28**(5), 297-302 [cit. 2024-11-14]. Dostupné z: https://aimjournal.cz/artkey/aim-201705-0005_cognitive-disorders-in-perioperative-and-intensive-care.php
- KROMBHOLZ, Richard, 2015. Farmakologicky navozená deliria: Nežádoucí účinky léčiv na CNS a jejich potenciál vyvolat deliria. *Praktické lékařství* [online]. **11**(6), 198-202 [cit. 2024-11-06]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/lek-201506-0004_Farmakologicky_navozena_deliria_Nezadouci_ucinky_leciv_na_CNS_a_jejich_potencial_vyvolat_deliria.php
- LAURETANI, Fulvio; BELLELLI, Giuseppe; PELÀ, Giovanna; MORGANTI, Simonetta; TAGLIAFERRI, Sara et al., 2020. Treatment of Delirium in Older Persons: What We Should Not Do! [online]. *International Journal of Molecular Sciences*. roč. 21:7. [cit. 2024-12-16]. ISSN 1422-0067. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijms21072397>

LOCIHOVÁ, Hana a PELIKÁNOVÁ, Jana.2022. Comparing the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit and Neelon and Champagne Confusion Scale for assessing delirium in non-intubated intensive care patients. *Kontakt*. [online]. *Kontakt*. 24:1, 36-42. [cit. 2024-12-16]. ISSN 12124117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2022.006>

MACLULLICH, Alasdair M.J., et al. 2019.The 4 'A's test for detecting delirium in acute medical patients: a diagnostic accuracy study. *Health Technology Assessment*, [online]. 23(40), 1-194. [cit. 2024-11-24]. DOI: 10.3310/hta23400. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31397263/>

MARIZ, José, et al. 2016. Delirium in Critical Care: A Review of Recent Literature. *Healthcare* [online]. 1(3), 22 [cit. 2024-12-01]. ISSN 2227-9032. DOI: 10.3390/healthcare1030022. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2308-3417/1/3/22>

MITCHELLA, Marion L., et al., 2017. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 40, 77-84 [cit. 2025-02-06]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.001>

PAŘÍZKOVÁ ČERNÁ, Renata.2019. Delirium in the intensive care unit. Online. *Vnitřní lékařství*. 2019, roč. 65, č. 6, s. 433-439.[cit. 2024-11-19]. ISSN 0042773X. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/vnl.2019.077>

VAN DEN BOOGAARD, Mark; SLOOTER, Arjen J. C.; BRÜGGEMANN, Roger J. M.; SCHOONHOVEN, Lisette; BEISHUIZEN, Albertus et al., 2018. Effect of Haloperidol on Survival Among Critically Ill Adults With a High Risk of Delirium. Online. *JAMA*. roč. 319, č. 7.[cit. 2024-12-18]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.0160>

7.3 Internetové zdroje

MAŠLÁNIOVÁ, M., MINAŘÍK, J., ŠATNÝ, M., 2019. Delirium tremens jako komplikace odvykacího stavu pacientky závislé na alkoholu. *Adiktol. prevent. léčeb. Praxi* [online]. 2(2),124–129. [cit.2024-12-16]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2019/07/Delirium-tremens-jako-komplikace-odvykac%C3%ADho-stavu-pacientky-z%C3%A1visl%C3%A9-na-alkoholu.pdf>

SLÁMA O., VAFKOVÁ T., 2019. Paliativní medicína pro praxi – Delirium, *MUNI* [online]. Brno: Masarykova univerzita, [cit.2024-12-16]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/05_04_delirium.html

VOJÍŘOVÁ, Marcela, 2013. Delirantní stavy. *Florence* [online]. 9(10), 33-34 [cit. 2024-12-01]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/10/delirantni-stavy/>

7.4 Kvalifikační práce

ČÁPOVÁ Markéta, 2022. *Delirium a způsoby jeho řešení v rámci ošetrovatelských intervencí – literární přehled*. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/server/api/core/bitstreams/11d5545d-60f4-4e05-af64-6238c4b1542c/content>

GERLOVÁ Barbora, 2018. *Nefarmakologické ošetrovatelské intervence v rámci preventivní strategie deliria na JIP/ARO*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/afb19/>

OTRUBOVÁ Veronika, 2021. *Delirantní stavy v akutní péči*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/zlnoi/>

PAVLICOVÁ Petra, 2019. *Delirantní stavy v intenzivní péči z pohledu sestry*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/mqlls/>

TEXTOROVÁ, Monika, 2021. *Přístupy sester v péči o pacienty v delirantním stavu*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/l1xi1/Textorova_DP.pdf

8 PŘÍLOHY

Příloha A – Diagnostický rozdíl mezi demencí a deliriem (Vörösová a kol., 2015 s.115)	68
Příloha B – Nestandardizovaný dotazník (vlastní tvorba)	69

Příloha A – Diagnostický rozdíl mezi demencí a deliriem (Vörösová a kol., 2015 s.115)

Příznak	Demence	Delirium
Bdělost	Obvykle normální	Nízká nebo vysoká
Pozornost	Obvykle normální	Narušená, kolísá
Orientace	Obvykle narušená	Obvykle narušená, hlavně v čase, tendence zaměňovat neznámá místa a osoby za známé
Paměť	Narušená (krátkodobá a dlouhodobá)	Narušená (okamžitá a krátkodobá)
Myšlení	Zhoršené	Dezorganizované
Percepce	Obvykle normální	Časté iluze a halucinace
Řeč	Problémy vyjádřit se	Inkoherentní, rychlá nebo pomalá
Psychomotorické tempo	Zpomalené v pozdějších fázích nemoci	Hyperaktivita, hypoaktivita
Začátek	Nenápadný, pomalý	Náhlý, často v noci
Průběh	Stálý během dne	Kolísá během dne, mohou být lucidní intervaly
Trvání	Měsíce – roky	Hodiny – týdny
Náhled	Obvykle chybí	Lucidní intervaly
Spánek	Fragmentovaný	Vždy narušený
EEG	Často normální	Abnormální
Akutní nemoc, léková toxicita	Obvykle chybí	Často obojí

Zdroj: Vörösová a kol., 2015, s. 115

Příloha B – Nestandardizovaný dotazník (vlastní tvorba)

Dobrý den,

jmenuji se Vanessa Anna Šraitrová a studuji na Fakultě zdravotnických studií – Univerzita Pardubice. Pracuji na bakalářské práci s tématem delirantní stavy u hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry. Mým cílem v dotazníkovém šetření je zhodnotit úroveň znalostí sester v ošetrovatelské péči u pacientů v delirantním stavu na neurologickém standardním oddělení a neurologické jednotce intenzivní péče.

Chtěla bych Vás tedy tímto požádat o vyplnění mého dotazníku, který je zcela anonymní. Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 10 minut času. Při vyplňování dotazníku uveďte pouze jednu odpověď, pokud to není uvedeno jinak.

Děkuji Vám moc za spolupráci a ochotu vyplnit dotazník. Vyplněný dotazník vložte do obálky a následně vhodte do vyznačeného boxu. V případě dotazů jsem Vám k dispozici.

(email: vanessasraitrova@seznam.cz)

1. Jak často se setkáváte s pacientem v delirantním stavu na vašem oddělení?

- ✧ Nikdy
- ✧ Zřídka
- ✧ Občas
- ✧ Často
- ✧ Velmi často
- ✧ Nedokážu posoudit

2. Vnímáte, že péče o pacienta s deliriem je náročnější?

- ✧ Ano
- ✧ Ne
- ✧ Nevím

3. Vnímáte větší stres při péči o pacienta v deliriu?

- ✧ Ano
- ✧ Ne
- ✧ Nevím

4. Jaká je definice deliria?

- ✧ Je to závažný neuropsychiatrický syndrom charakterizovaný náhlou poruchou vědomí, pozornosti, myšlení a kognitivní funkcí
- ✧ Je to závažný neuropsychiatrický syndrom, který není charakterizovaný náhlou poruchou vědomí, pozornosti, myšlení a kognitivních funkcí
- ✧ nevím

5. Jaký typ poruchy vědomí je delirium?
- ✧ Kvalitativní porucha vědomí
 - ✧ Kvantitativní poruch vědomí
 - ✧ Nevím
6. Jaké jsou typy deliria? *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*
- ✧ Hypoaktivní
 - ✧ Hyperaktivní
 - ✧ Těžké
 - ✧ Lehké
 - ✧ Smíšené
 - ✧ Nevím
7. Jaké jsou spouštějící faktory u deliria? *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*
- ✧ Změna prostředí
 - ✧ Akutní infekce
 - ✧ Intoxikace
 - ✧ Medikace (např. anticholinergika)
 - ✧ Vyšší věk
 - ✧ Nižší věk
 - ✧ Metabolické a iontové poruchy (dehydratace)
 - ✧ Hydratace
 - ✧ Nevím
8. Co je spojeno s rozvojem delirantního stavu u pacienta *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*
- ✧ Vyšší mortalita
 - ✧ Delší doba hospitalizace
 - ✧ Riziko vzniku větší demence
 - ✧ Riziko vzniku častějších cévních mozkových příhod
 - ✧ Větší náklady na péči o pacienta
 - ✧ Nevím
9. Co je charakteristické pro delirantní stavy? *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*
- ✧ Porucha pozornosti
 - ✧ Pozornost je zachována
 - ✧ Agresivní chování
 - ✧ Porucha spánkového rytmu
 - ✧ Pravidelný spánek
 - ✧ Vývoj je pozvolný a dlouhý
 - ✧ Vývoj je v krátkém časovém úseku
 - ✧ Kolísavý průběh
 - ✧ Poruchy kognice
 - ✧ Nevím

10. Které příznaky jsou u hypoaktivního deliria? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ✧ Zpomalené reakce
- ✧ Porucha spánku
- ✧ Psychomotorický útlum
- ✧ Zrychlená motorika
- ✧ Netečnost a apatie
- ✧ Omezená komunikace
- ✧ Dezorientace
- ✧ Agrese
- ✧ nevím

11. Jaké důležité intervence může sestra provádět u pacienta v rámci prevence delirantního stavu? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ✧ Hydratace
- ✧ Sledování bolesti
- ✧ Sledování zornic
- ✧ Kognitivní funkce
- ✧ Sledovat tělesnou teplotu
- ✧ Reorientace
- ✧ Prevence spánkové deprivace
- ✧ Časná mobilizace
- ✧ Nevím

12. Může být pacient v deliriu agresivní?

- ✧ Ano
- ✧ Ne
- ✧ Nevím

13. Je u demence vyšší riziko vzniku deliria?

- ✧ Ano
- ✧ Ne
- ✧ Nevím

14. Myslíte, že delirantní stavy mohou prodloužit hospitalizaci?

- ✧ Ano
- ✧ Ne
- ✧ Nevím

15. Je vhodné dělat častější kontrolu u pacienta v deliriu?

- ✧ Ano
- ✧ Ne
- ✧ Nevím

16. Je každý pokoj pro pacienta vybaven hodinami či kalendářem? *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*

- ◇ Je vybaven hodinami
- ◇ Je vybaven kalendářem
- ◇ Není vybaven
- ◇ Nevím
- ◇ Jiné.....

17. Používáte na vašem oddělení škály pro hodnocení **deliria**? *(Pokud ne přeskočte na otázku č.20)*

- ◇ Ano
- ◇ Ne

18. Které škály můžete používat k hodnocení **deliria**? *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*

- ◇ MMSE (Mini Mental State Exam)
- ◇ GCS (Glasgow Coma Scale)
- ◇ RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)
- ◇ CAM – ICU (Confusion Assesment Method – Intensive Care Unit)
- ◇ Knollova stupnice
- ◇ Nevím
- ◇ Jiné.....

19. Jak často provádíte hodnocení deliria? *(napište kolikrát denně či týdně...)*

- ◇
-

20. Jaké opatření jsou vhodné ke zvládnutí pacienta v deliriu z kompetence nelékařského zdravotnického personálu? *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*

- ◇ Aplikace psychofarmak
- ◇ Hydratace pacienta
- ◇ Komunikace s pacientem
- ◇ Pravidelné hodnocení stavu pacienta
- ◇ Úchop zdravotnickým personálem
- ◇ Kurtování končetin

21. Jaké nefarmakologické preventivní úkony děláte, aby nebylo rozvinuto delirium? *(vypište)*

- ◇
-
-

22. Kdo je kompetentní indikovat v nastalé situaci bezprostředního ohrožení okolí či samotného pacienta mechanické omezovací prostředky?
- ◇ Sanitář
 - ◇ Všeobecná sestra
 - ◇ Lékař
 - ◇ Student
 - ◇ Jiné.....
23. Pokud pacient **nepodepíše** souhlas s kurtací (pokud má opatrovníka, ten rovněž **nepodepíše** souhlas s kurtací), po kolika hodinách kurtace pacienta, hlásíte omezení na soud?
- ◇ Do 24 hodin
 - ◇ Po 24 hodinách
 - ◇ Po 36 hodinách
 - ◇ Po 48 hodinách
 - ◇ Nemusí se hlásit omezení na soud
 - ◇ Jiné.....
24. Za jakých okolností používáte omezovací prostředky u pacienta?
- ◇ Nepoužíváme omezovací prostředky
 - ◇ Používáme, pokud pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí
 - ◇ Používáme, pokud by pacient mohl nekontrolovaně opustit oddělení
 - ◇ Používáme, pokud potřebujeme, aby pacient zůstal v určité poloze v lůžku
 - ◇ Používáme, pokud je pacient slovně agresivní (nadává)
 - ◇ Jiné
.....
25. Jaké omezovací prostředky nejčastěji ordinuje lékař u pacientů s deliriem na vašem oddělení? (*vypište*)
- ◇
 -
 -
26. Absolvoval/a jste někdy školení, kurz či přednášku o deliriu? (pokud ne, přeskočte na otázku č.29)
- ◇ Ano
 - ◇ Ne
 - ◇ Nevím
27. Kdo Vám zprostředkoval školení, kurz či přednášku o deliriu? (*napište*)
- ◇
 -

28. Jak často máte možnost absolvovat školení, kurz či přednášku o deliriu?

- ◇ 1x za půl roku
- ◇ 1x za rok
- ◇ 1x za 2 roky
- ◇ 1x za 5 let
- ◇ Jiné.....

29. Jaké je vaše pohlaví?

- ◇ Žena
- ◇ Muž

30. Kolik vám je let?

- ◇ 18–30
- ◇ 31-40
- ◇ 41-50
- ◇ 51-60
- ◇ 60 a více let

31. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ◇ Středoškolské s maturitou
- ◇ Vyšší odborné
- ◇ Vysokoškolské – Bc
- ◇ Vysokoškolské – Mgr.
- ◇ Jiné.....

32. Na jaké jste pracovní pozici?

- ◇ Praktická sestra
- ◇ Všeobecná sestra
- ◇ Sestra se specializovaným vzděláním
- ◇ Jiné.....

33. Jaká je vaše délka praxe?

- ◇ Do 1 roku
- ◇ Od 1–5 let
- ◇ Od 6-10 let
- ◇ 10 a více let

34. Na jakém oddělení pracujete?

- ◇ Standardní neurologické oddělení
- ◇ Neurologická jednotka intenzivní péče