

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Zuzana Němcová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Pocity úzkosti u pacientů po cévní mozkové příhodě

Zuzana Němcová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana Němcová**  
Osobní číslo: **Z15023**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Pocity úzkosti u pacientů po Cévní mozkové příhodě**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### 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 grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

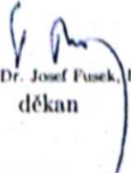
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:


1. BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON. Intenzivní péče v psychiatrii. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7.
2. MÜLLER, Oldřich. Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
3. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Úzkost a obavy: jak je překonat. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádcí pro zdraví. ISBN isbn9788073679866.
4. RACKOVÁ, MUDr. Sylva a Ph.D., MUDr. Luboš JANŮ Ph.D. 2. Psychiatrie pro praxi: Farmakoterapie úzkosti. Máme jiné možnosti než SSRI? Psychiatrie pro praxi. Olomouc: Solen, 2012, 2012(4), 152 - 155. ISSN 1803-5272.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Michal Kopecký  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016  
Termín odevzdání bakalářské práce: 23. července 2018

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horázková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že tuto práci 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., autorský zákon, 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 § 47 b 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. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25. 06. 2018.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Michalovi Kopeckému hlavně za cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnoval. Také za laskavý přístup a podporu. Dále bych chtěla poděkovat sestřám v rehabilitačním zařízení, kde jsem průzkum prováděla, za spolupráci a v neposlední řadě patří mé velké díky pacientům, kteří souhlasili s vyplněním dotazníků, bez nichž bych nemohla dokončit svou bakalářskou práci.

## **ANOTACE**

Práce je věnována problematice úzkosti u pacientů po cévní mozkové příhodě (dále jen CMP). Práce se dělí na část teoretickou a část průzkumnou. Teoretická část obsahuje informace o CMP, úzkosti a klinických projevech, úzkostných poruchách, jejich diagnostice a léčbě. Průzkumná část prezentuje data získaná pomocí standardizovaného Beckova inventáře úzkosti, který byl doplněn dotazníkem vlastní tvorby, které byly distribuovány u pacientů v rehabilitačním ústavu. Z výsledků šetření vyplývá, že pacienti po CMP netrpí zvýšenou mírou úzkosti monitorované použitými dotazníky.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Cévní mozková příhoda, úzkost, úzkostná porucha, Beckův inventář úzkosti, rehabilitační zařízení, muži.

## **TITLE**

Feelings of anxiety in patients after stroke

## **ANNOTATION**

The work is devoted to anxiety in patients with stroke (cmp). The work is divided into the theoretical part and the research part. The theoretical part includes basic information about stroke, more detailed information on anxiety and clinical manifestations, anxiety disorders, diagnostics and treatment. The research section presents an analysis of the standardized beck anxiety inventory and the self-generated questionnaire for patients in rehabilitation facilities. The results of the survey show that cmp patients do not suffer from an increased level of anxiety monitored by the questionnaires used.

## **KEYWORDS**

Stroke, anxiety, anxiety disorder, Beck anxiety inventory, rehabilitation institute, men.

# OBSAH

Úvod.....	15
1 Anatomie a fyziologie mozku.....	16
1.1 Mozek.....	16
1.2 Cévní zásobení mozku .....	16
2 Cévní mozková příhoda.....	17
2.1 CMP v důsledku ischemie.....	17
2.2 CMP v důsledku hemoragie .....	17
2.3 Syndromy mozkové příhody .....	18
2.4 Diagnostika CMP.....	18
2.5 Léčba CMP.....	18
3 Úzkost a úzkostné poruchy .....	19
3.1 Definice úzkosti .....	19
3.2 Pohledy na úzkost .....	19
3.2.1 Neurologické poznatky .....	19
3.2.2 Psychologické přístupy k úzkosti a strachu .....	20
3.3 Příčiny úzkosti.....	20
3.4 Projevy úzkosti.....	21
3.5 Úzkostné poruchy.....	22
3.6 Diagnostika úzkosti a úzkostných poruch.....	24
3.6.1 Vyšetřovací metody .....	24
3.6.2 Škály a dotazníky.....	25
3.6.3 Tělesná a laboratorní vyšetření .....	25
4 Léčba úzkosti a úzkostných poruch.....	26
4.1 Psychofarmakoterapie .....	26
4.1.1 Krátkodobá farmakoterapie .....	26
4.1.2 Dlouhodobá farmakoterapie .....	26



4.1.3	Elektrokonvulzivní terapie (ECT) .....	27
4.2	Psychoterapie .....	27
4.2.1	Individuální psychoterapie.....	27
4.2.2	Skupinová psychoterapie .....	28
4.2.3	Psychodrama .....	28
4.2.4	Využití slovníku emocí .....	29
4.3	Rehabilitace v psychiatrii .....	29
4.3.1	Muzikoterapie .....	29
4.3.2	Arteterapie .....	29
4.3.3	Ergoterapie.....	30
4.3.4	Relaxační metody .....	30
5	Úzkost jako ošetrovatelská diagnóza .....	32
5.1	Určující znaky .....	32
5.2	Související faktory .....	32
5.3	Ošetrovatelské cíle .....	32
5.4	Ošetrovatelské intervence .....	32
5.5	Zásady komunikace mezi sestrou a pacientem s úzkostí .....	33
6	Metodika průzkumu .....	34
6.1	Cíle průzkumu .....	34
6.2	Průzkumné otázky .....	34
6.3	Charakteristika průzkumu .....	35
6.4	Průběh šetření .....	36
6.5	Zpracování výsledků .....	36
6.6	Výsledky průzkumu a analýza dat .....	37
7	Diskuze .....	59
8	Závěr .....	63
9	Použitá literatura .....	64

10 Přílohy.....	68
-----------------	----

## SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Mapa průzkumu.....	35
Obrázek 2 Věk .....	37
Obrázek 3 Roky od prodělané cévní mozkové příhody.....	38
Obrázek 4 Následky po CMP .....	39
Obrázek 5 Obavy po CMP .....	40
Obrázek 6 Vyrovnání se s nemocí .....	41
Obrázek 7 Vztahy v rodině po sdělení diagnózy CMP.....	42
Obrázek 8 Strach, že budete rodině „na obtíž“? .....	43
Obrázek 9 Pocity mezi lidmi se stejnou diagnózou .....	44
Obrázek 10 Záliby .....	45
Obrázek 11 Jak se cítíte dnes po psychické stránce? .....	46
Obrázek 12 Mrtvění nebo mravenčení.....	47
Obrázek 13 Pocit horka.....	48
Obrázek 14 Vratkost nohou .....	48
Obrázek 15 Neschopnost odpočinku .....	49
Obrázek 16 Strach z nejhorší události .....	49
Obrázek 17 Závrať nebo pocit na omdlení .....	50
Obrázek 18 Bušení srdce nebo zrychlený tep.....	50
Obrázek 19 Neklid.....	51
Obrázek 20 Zděšení .....	51
Obrázek 21 Nervozita .....	52
Obrázek 22 Pocit dušnosti .....	52
Obrázek 23 Chvění rukou .....	53
Obrázek 24 Třes.....	53
Obrázek 25 Strach ze ztráty kontroly .....	54
Obrázek 26 Namáhavé dýchání .....	54
Obrázek 27 Strach ze smrti.....	55
Obrázek 28 Panika.....	55
Obrázek 29 Trávicí obtíže nebo bolesti břicha .....	56
Obrázek 30 Pocit na omdlení.....	56
Obrázek 31 Zarudnutí v obličeji .....	57
Obrázek 32 Pocení.....	57



## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

NS – Nervová soustava

ACI – Arteria carotis interna (vnitřní krkavice)

ACE – Arteria carotis externa (vnější krkavice)

CMP – Cévní mozková příhoda

TIA – Tranzitorní ischemická ataka

RIND – Reverzibilní ischemický neurologický deficit

SAK – Subarachnoideální krvácení

GAD – Generalized anxiety disorder (Generalizovaná úzkostná porucha)

OCD – Obsessive-compulsive disorder (Obsedantně-kompulzivní porucha)

PDSS – Panic disorder severity scale (Škála u panické poruchy)

Y – BOCS – Yale-brown obsessive-compulsive scale (Škála u pacientu s obsedantně – kompulzivní poruchou)

CGI – Clinical global impression (Celkový klinický dojem)

EKG – Elektrokardiograf

EEG – Elektroencefalograf

RTG – Rentgen

SSRI – Selective serotonin reuptake inhibitors (Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

TCA – Tricyklická antidepresiva

IMAO – Inhibitor monoaminoxidáz

RIMA – Reverzibilní inhibitory podtypu AMO

SNRI – Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors (Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)

BZD – Benzodiazepiny

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

Atd. – „a tak dále“

Apod. – „a podobně“

## ÚVOD

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) patří mezi závažné a dramaticky narůstající zdravotní problémy, zejména pro vysokou mortalitu, fyzické a sociální dopady. Často vzniká náhle, nečekaně, bez předešlého objevení se varovných příznaků a přináší s sebou spoustu nežádoucích změn. Člověku postiženému CMP se doslova otočí svět naruby. Ze dne na den se musí vyrovnat s omezením, které mu onemocnění přineslo, se ztrátou soběstačnosti a tím i se závislostí na druhé osobě. Ztráta nezávislosti a strach z nové životní situace mohou být pro člověka velmi stresující a mohou vést k rozvoji úzkosti.

Problematiku úzkosti u lidí po CMP jsem si vybrala jako téma své bakalářské práce z toho důvodu, že mi připadá, že častěji řešíme viditelné a člověkem zmiňované problémy a zároveň opomíjíme jeho subjektivní pocity, které často bývají příčinou mnoha dalších komplikací.

V teoretické části bakalářské práce je nejdříve popsána anatomie mozku a jeho cévní zásobení, v další části se věnuji teorii cévní mozkové příhody. Nakonec zmíním problematiku úzkosti, která se může vyskytnout u kohokoliv. V praktické části jsem zjišťovala míru pocitů úzkosti u pacientů po CMP, hospitalizovaných na rehabilitačním pracovišti, pomocí Beckova inventáře úzkosti, který jsem doplnila dotazníkem vlastní tvorby, abych zjistila, jak onemocnění ovlivňuje sociální život pacienta.

# 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE MOZKU

## 1.1 Mozek

Nervová soustava (NS) umožňuje kontakt mezi vnějším prostředím a organismem. Je hlavní řídicí a spojovací soustavou organismu a koordinuje celou jeho činnost. NS se dělí na centrální a periferní. Centrální nervovou soustavu tvoří mozek a mícha. Periferní nervovou soustavu tvoří nervy hlavové, míšní a útrobní (Nováková, 2012, s. 148).

Mozek je uložen v kostěné vyklenuté lebce (cranium). Od kosti jej oddělují tři obaly, mozkové pleny (meninges), a tekutina. Zevní obal tvoří tvrdá plena (dura mater). Mezi ní a periostem lebečních kostí jsou žilní splavy (sinusy), ve kterých pomalu proudí krev. Pod durou mater je bezcévná vrstva, pavučnice (arachnoidea). Pod pavučnicí je měkká plena (pia mater), obsahující cévy mozku, zabíhající mezi všechny mozkové závitky a nerovnosti. Mezi těmito dvěma vnitřními obaly mozku je v subarachnoideálním prostoru mozkomíšní mok (Roberts, 2012, s. 302).

Mozek se dá rozdělit na přední mozek, střední mozek a zadní mozek. Přední mozek je centrem vědomí. Střední mozek je centrem jednoduchých zrkových a sluchových reflexů. Zadní mozek je složen z prodloužené míchy, Varolova mostu a mozečku. Prodloužená mícha se podílí na řízení trávení. Zároveň je centrem řízení některých obranných reflexů, jako je např. kašel, kýčání, zvracení a mrknutí. Varolův most je místem, kterým prochází nervové dráhy spojující vyšší oddíly mozku. Mozeček zpracovává informace přicházející z periferie, z rovnovážného ústrojí vnitřního ucha a mozkové kůry (Nováková, 2012, s. 154-155).

## 1.2 Cévní zásobení mozku

Cévní zásobení mozku lze rozdělit na oblast karotického a vertebrobaziliárního povodí. Tyto cévy vytvářejí Willisův okruh na spodině mozku, což umožňuje komunikaci mezi levou a pravou stranou mozkové cirkulace, přes arteria oftalmica (za fyziologických poměrů je směr toku krve z arteria carotis interna do arteria carotis externa) a leptomeningeální cévy je spojení mezi arteria carotis interna a arteria carotis externa. Z Willisova okruhu vycházejí jednak velké, párové arterie, které probíhají na povrchu mozku a zásobují korové a podkorové oblasti (a. cerebri anterior, a. cerebri media a a. cerebri posterior). Druhou skupinu tvoří drobné, penetrující arterie zásobující centrální (hluboké) mozkové struktury, které jsou konečné a nemají kolaterální spojení (Seidl, 2015, s. 188).



## 2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Tato kapitola zahrnuje teoretické informace o cévní mozkové příhodě. Informace zahrnují definici, výskyt, rizikové faktory, druhy a možnosti léčby daného onemocnění.

Cévní mozková příhoda je charakterizována akutně vzniklými klinickými lokálními či globálními příznaky poruchy funkce mozku, trvajících déle než 24 hodin. Výskyt mozkové příhody u nás kolísá podle lokality mezi 150 – 200/100 000 obyvateli ročně. Přes zlepšení kontroly výše krevního tlaku, pokles výskytu onemocnění srdce a zvýšené obecné povědomí o rizikových faktorech, zaujímá třetí místo v nejčastějších příčinách smrti po chorobách srdce a nádorovém onemocnění. Řadí se mezi urgentní stavy vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení správné a účinné terapie (Seidl, 2008, s. 83).

Rizikové faktory pro vznik CMP jsou vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, obezita a diabetes mellitus. Častá kontrola těchto parametrů může oddálit vznik těchto nemocí (Špinar, 2007, s. 120).

### 2.1 CMP v důsledku ischemie

Pokud se zablokuje céva přivádějící krev do mozku, nedostane příslušná část mozku odpovídající dávku kyslíku a glukózy. Taková deprivace od krevního řečiště a strádání se nazývá ischemie. Mrtvicím v důsledku ucpaní příslušné cévy tudíž říkáme ischemické mrtvice. Pokud céva zůstane neprůchodná delší dobu, dochází k trvalému poškození deprivované části mozku a jejímu odumření. Pokud se céva ucpě jen dočasně a tok krve se včas obnoví, mozek se rychle zotaví. Mnoho malých varovných mrtvic, tzv. *tranzitorních ischemických atak* neboli TIA, netrvá ani deset minut. Vznikají tím, že jedna z arteriálních větví se něčím uzavře, např. shlukem krevních destiček, kouskem arteriální stěny nebo krevní sraženinou (Spence, 2008, s. 39).

### 2.2 CMP v důsledku hemoragie

Nejběžnější typ mozkové hemoragie vzniká v důsledku vysokého krevního tlaku. U 20 % pacientů s kontrolovaným krevním tlakem a 40 % pacientů s tlakem nekontrolovaným je způsobeno krvácením do mozku a do prostoru mezi lebkou a mozkovými plenami. Příčinou je prasknutí úzkých větví arterií čili tepének. Nejdůležitější roli v prevenci mozkové hemoragie hraje pravidelná kontrola krevního tlaku (Spence, 2008, s. 41-42).

### **2.3 Syndromy mozkové příhody**

Klinické příznaky se liší podle toho, která arterie byla poškozena, jak závažné je poškození a jaký je rozsah kolaterální (náhradní) cirkulace, která pomáhá mozku kompenzovat snížené krevní zásobení. Poškození mozkové tkáně v levé polovině vede ke vzniku příznaků na pravé straně těla a naopak. Projevy a příznaky CMP vznikají náhle a zahrnují především hemiparézy na protilehlé straně, nesrozumitelnou řeč nebo neschopnost porozumět slovům (afázie). Dále pak rozmazané vidění, dvojité vidění až ztrátu vidění pouze v jednom oku, jednostranný senzitivní deficit, poruchy vnímání a myšlení a silné bolesti hlavy (Kolektiv, 2008, s. 98).

### **2.4 Diagnostika CMP**

K pomocným vyšetřením patří z hematologických a biochemických testů vyšetření lipidového metabolismu, krevního obrazu a hematokrytu, sedimentace, koagulačních faktorů, glykémie, močoviny a kreatinu, jaterních transamináz a iontů. Ze zobrazovacích metod je vhodné vyšetření očního pozadí, EKG, EEG, ultrasonografie mozkových a magistrálních tepen, MR a CT mozku, d-dimery a angiografie. Angiografie se volí tehdy, kdy se naléhavě zvažuje možnost operačního zásahu. Dosud nejúčinnější léčbou je trombolytická léčba aktivátory tkáňových plasminogenů (altepláza). V úvahu připadá u nemocných, které se podaří přijmout do 4 hodin od začátku potíží. V posledních letech přibývá radiointervenčních výkonů, při kterých se mechanicky odstraňuje angiografií zjištěný trombus či embolus (Kaďanka, 2010, s. 48).

### **2.5 Léčba CMP**

Léčba ischemické cévní mozkové příhody zahrnuje preventivní léčbu, léčbu postupujícího iktu a trombolytickou léčbu. Prevence zahrnuje antiagregační léčbu a pečlivé odstranění všech rizikových faktorů nebo minimalizaci jejich vlivu. Patří sem kompenzace diabetu, úprava hyperlipidémie, zákaz kouření a požívání alkoholu. Léčba postupujícího iktu, kde je velká pravděpodobnost, že zhoršení stavu je zapříčiněno narůstajícím trombem, spočívá v podávání antikoagulancií (Kaďanka, 2010, s. 52-53).

V léčbě hemoragické CMP má přednost chirurgické řešení, při kterém se dosud používají dvě odlišné strategie. Časná operace, výkon do 24-48 hodin, vychází ze snahy zabránit recidivě krvácení. Poté operace odložená o 14 a více dní po začátku krvácení zahrnuje podchycení krvácivého ložiska svorkou nebo jeho obalení svalem či fascií (Kaďanka, 2010, s. 58).

## **3 ÚZKOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY**

V této kapitole se zaměřím na problematiku úzkosti. Budu se zabývat definicí, pohledy na úzkost, příčinami vzniku a projevy, které s sebou úzkost přináší. V další části popíšu jednotlivé druhy úzkostných poruch, poté zmíním jejich diagnostiku.

### **3.1 Definice úzkosti**

Úzkost je nepříjemný, přesto normální emoční stav, který je v každodenním životě signálem blížícího se nebezpečí, ale s uklidněním situace většinou vymizí. Somatické a psychické projevy úzkosti připravují člověka na konfrontaci nebo vyhnutí se nebezpečí. Úzkost začíná jako tělesná reakce, ale emoční reakce na nebezpečné situace se mohou lišit. Pokud se úzkost projevuje v situacích, které za výrazně nebezpečné nepokládáme, nebo je jakýmsi typickým „naladěním“ člověka, hovoříme o úzkostné poruše. Příznaky úzkosti bývají doprovodným příznakem u většiny typů duševních poruch a potíží, mohou však doprovázet i onemocnění somatická (Probstová, 2014, s. 91-92).

Strach a úzkost jsou dva pojmy, které jsou často spojovány. Tyto dva pojmy se v praxi dají jen těžce od sebe oddělit, protože často probíhají zároveň. Rozdíl se však mezi nimi najde. Strach je pocit, který doprovází jednoznačné a konkrétní ohrožení. Může vést k boji, útěku nebo apatii. Strach ukazuje, že jedinec o aktuálním nebezpečí ví a že reaguje, aby se zachránil. Naproti tomu úzkost bývá vyvolána vágním nebo nejasným hrožením (Wolf, 2018, s. 21).

### **3.2 Pohledy na úzkost**

Úzkost vyplývá většinou ze skrytých vnitřních rozporů, člověk nemá přesnou představu o tom, čeho se bojí. Čím více je někdo úzkostlivý, tím více danou situaci vnímá jako nebezpečnou. Potom se tyto problémy stávají důvodem terapeutické intervence (Zacharová, 2017, s. 57, 58, 60).

Mohlo by se zdát, že by se měl člověk ze všech svých sil snažit, aby své úzkosti nedal volný a snadný průchod. Ovšem tak tomu není. Úzkost může být i naší šancí, neboť nám zjevuje naši možnost být ve světě a svobodně jednat (Kubátová, 2010, s. 121).

#### **3.2.1 Neurologické poznatky**

Neurologické poznatky o úzkosti naznačují, že určité oblasti centrálního nervového systému mají vazbu k úzkosti a strachu. Jsou to některé části mozkové kůry, amygdala, talamus a hipokampus. Při rozvinutí úzkostné poruchy se pomocí zobrazujících metod (počítačová

tomografie, magnetická rezonance) ukazuje, že některé oblasti limbického systému, talamu a bazálních ganglií se vymykají kontrole prefrontální mozkové kůry. Vznik strachu a úzkosti podporují látky, které v mozku vyvolávají zvýšení hladiny noradrenalinu a pokles serotoninu, i gamaaminomáselná kyselina (laktát, CO, kofein apod.) (Paulík, 2017, s. 87-88).

### **3.2.2 Psychologické přístupy k úzkosti a strachu**

V hlubinné psychologii se výklad vzniku podstaty úzkosti a její terapie zaměřuje na nevědomé mechanismy vzniku úzkosti i dalších negativních emocí a na jejich funkce v duševním životě člověka. Její přínos spočívá ve studiu s ohledem na individuální historii s důrazem na rané dětství u Freuda i na osobnostní motivační dispozice v sociálním, kulturním a rodinném kontextu u jeho následovníků a ve spojování teoretického přístupu s psychoterapií. S. Freud své poznatky o úzkosti postupně rozvíjel. Nejprve uvažoval o nynější úzkosti způsobené potlačením možnosti vybití sexuální energie. Úzkost tedy chápal jako důsledek působení sexuálních hormonů, nahromaděných v organismu v důsledku neuspokojení sexuálních potřeb. Počáteční úzkost považoval za součást úzkostní neurózy. V další fázi rozvíjení teorie byl Freud inspirován koncepcí primární úzkosti O. Ranka, odvozené od poporodního traumatu. Popisuje signální úzkost, která slouží ke zjišťování ohrožení a ke spuštění obranné reakce. Nakonec Freud dospěl k závěru, že úzkost je příčina, nikoli následek vytěsnění (Paulík, 2017, s. 88).

### **3.3 Příčiny úzkosti**

Neexistuje žádná přesná teorie o tom, jak úzkost vzniká. Nedokážeme vždy určit, co vedlo k přecitlivosti, která způsobila projevení prvního stavu zvýšené úzkosti. Pouze víme, že se na jejím vzniku podílí více faktorů (Praško, 2012, s. 20).

**Vrozené faktory** – V některých rodinách se úzkostné projevy objevují častěji než v jiných, jako by byl mozek citlivější ke stresu a při určitém způsobu výchovy reagoval chronickou úzkostí.

**Vlivy výchovy v dětství** – Velkou roli mohou hrát nejisté rodinné vztahy. Pokud dítě v ranném věku nevnímá své prostředí jako bezpečné, neutvoří si pevný vnitřní pocit o světě jako bezpečném místě.

**Povahové vlastnosti** – Více náchylní k rozvoji úzkosti a deprese jsou lidé s nízkým sebevědomím, kteří se dívají na sebe, okolnosti a budoucnost pesimisticky.

**Podmiňování** – Ať je příčina úzkosti a strachu jakákoliv, jakmile se několikrát objeví, začne se v podobné situaci vyskytovat stále častěji. Pravděpodobně je to způsobeno tím, že probíhá zvláštní forma učení, kterou nazýváme podmiňování. Podmiňování je způsob, jímž se určité reakce, včetně emočních, spojí s určitou událostí nebo místem. Toto spojení se vytvoří automaticky.

**Konflikty v rolích** – V rodině to bývají konflikty v rolích mezi partnery, rodiči a dětmi. Mohou se projevovat neustálými hádkami, ale také napjatým mlčením. K těmto konfliktům může docházet i v pracovních vztazích.

**Každodenní stresory** – Prožívání stresu často navazuje na problémy v rodině, v práci či studiu. Důvod stresového prožívání je však často vnitřní – odkládání důležitých činností a rozhodnutí, neschopnost plánovat si čas, umět si říci o to, co potřebuji, a neschopnost oddělit důležité od nedůležitého. Drobných situací, které spouštějí starosti a obavy, je každý den celá řada (Praško, 2012, s. 22, 24).

### 3.4 Projevy úzkosti

Znaky, příznaky a projevy jsou stavebními kameny diagnózy. Jedny od druhých se odlišují sémantickou hodnotou, stejně jako morfologií. Symptomy (příznaky) jsou forma, v níž se nemoc projevuje (Lukáš, 2014, s. 4).

Úzkost se primárně projevuje na následujících třech úrovních:

**Tělesná součást:** Úzkost je objektivně měřitelná tělesná reakce. Projevuje se například napětím svalů, zrychlením tepu nebo bušením srdce, změnou krevního tlaku, kožního odporu a mozkových frekvencí. Chorobná úzkost se vždy dostavuje spolu s určitými tělesnými symptomy. Mnoho úzkostných pacientů má silně reaktivní vegetativní nervovou soustavu.

**Subjektivní součást** (myšlenky, city a pocity): Úzkost spočívá v určitých myšlenkových procesech, jako jsou obavy, pocity bezmocnosti, pocit, že jsme něčemu vydáni napospas. Úzkostní pacienti si připomínají minulý nebo tuší příští panický záchvat; nadsazují pravděpodobnost příchodu nebezpečných událostí a jejich následky; určité tělesné symptomy interpretují jako příznaky závažného životního ohrožení; setrvávají ve stálém očekávání nebezpečí. Nedokážou se srovnat s určitým rizikem, které vždycky zbývá.

**Chování** (motorická součást): Úzkost se projevuje určitými pozorovatelnými znaky chování. Bývá to šokové strnutí až úplná nehybnost, ale může to být také chvění nebo třes, útková reakce, panické chování, vyhýbání se situacím, které budí úzkost.

Tyto součásti, tělesné reakce, myšlenky, emoce a chování hrají naprosto rozhodnou roli ve vzniku a přetrvávání úzkostných poruch, nicméně individuálně se projevují velice různě (Morschitzky, 2014, s. 16-17).

### **3.5 Úzkostné poruchy**

I když úzkostné poruchy mají společné rysy, existuje několik různých typů úzkostných poruch, které se projevují poněkud odlišně. Nejčastější typy jsou: generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, obsedantně – kompulzivní porucha, agorafobie, akutní stresová reakce, posttraumatická stresová porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, sociální fobie a to, čemu se nyní říká „stres z přepracování“ neboli „syndrom vyhoření (burn – out)“ (Praško, 2012, s. 33)

#### **Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)**

Pokud úzkost a s ní spojené obavy trvají většinu dne, hovoříme o GAD. Lidé s úzkostnou poruchou často nevědí, čeho se bojí, předmět obavy je nejasný, neurčitý. Týká se především pocíťovaného ohrožení klidu, bezpečí či přímo života. Tato obava je samotným člověkem často vnímána jako nesmyslná a nepravděpodobná. Důsledky této poruchy mohou být tak závažné, že hrozí riziko chronifikace. Celoživotní prevalence GAD je 4,1 – 6,6 % (Probstová, 2014, s. 97, 101).

#### **Panická porucha**

Jedním z prvních lidí, kteří popsali záchvaty paniky, byl Sigmund Freud, kdy popsal paniku jako náhlý šílený děs bez žádné jisté příčiny, kterému říkají záchvaty úzkosti. Lidé s panickou poruchou často říkají, že ostatní nemohou pochopit, čím si procházejí. Nejvíce frustrující na tom je, že před objevením první panické ataky vedli normální život. Každý člověk tento stav popisuje různě. Pro někoho je nejhorší bušení srdce, pocity na omdlení nebo pocit, že nemohou dýchat a udusí se. Lidé s panickou poruchou žijí ve strachu z nezvladatelné úzkosti a netuší, jestli se někdy navrátí do normálního života (Baker, 2013, s. 10-11).

#### **Obsedantně – kompulzivní poruchy (OCD)**

Neustále se nám vtírají myšlenky, představy, impulzy a jednání navzdory tomu, že se jim snažíme bránit. Jejich většinou nebezpečný obsah, který nám způsobuje úzkost a nepříjemný pocit, se snažíme neutralizovat rituály, např. nutkavým mytím nebo udržováním kontroly (Morschitzky, 2014, s. 32).

## **Agorafobie**

Jedná se o úzkostnou poruchu založenou na intenzivním strachu z veřejných prostor, z pobytu v davu lidí, z pobytu mimo domov nebo z cestování o samotě. Lidé, kteří již trpí poruchou, se tedy zpravidla postupem času stále více vyhýbají obávaným situacím, což může vést k jejich izolaci od sociálního života. Stávají se závislými na svých příbuzných. Příznaky fobie jsou omezené na prožívání konkrétních situací, jež spouští strach (Ocisková, 2016, s. 83).

## **Akutní stresová reakce**

Vyskytuje se u zcela zdravých lidí při náhlém působení obrovského stresu, jako je zemětřesení, povodně, válka atd. Tyto reakce jsou velmi prudké, může při nich dojít až k poruše vědomí typu obluzeného vědomí s doprovodnými bouřlivými příznaky, jako je bušení srdce, tachykardie a vysoký krevní tlak. Akutní reakce na stres trvá krátce, od několika hodin do dvou až tří dnů (Kučerová, 2013, s. 116).

## **Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) vzniká jako opožděná nebo prodloužená odezva na stresovou událost hrozivého či katastrofického charakteru. Téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň. Byla také nazývána „válečnou neurózou“, „nehodovou neurózou“ a „syndromem po znásilnění“. Často zůstala diagnostikována špatně i přes své specifické příznaky, jako je např. dlouhodobá reakce na traumatickou událost, znovuprožívání situace ve formě myšlenek a snů, emoční otupění a odcizení (Látalová, 2013, s. 173).

## **Smíšená úzkostně depresivní porucha**

Tato diagnóza se používá v případech, kdy se vyskytuje úzkost a deprese, ale ani jeden ze symptomů nedominuje. Podobně může docházet ke kombinaci úzkosti s jinými projevy (obsedantními, fobickými), ale tyto projevy nepřevažují nad úzkostí. Smíšenou úzkostně depresivní poruchu mohou provázet organické poruchy, které souvisejí např. s úrazy hlavy, infekčními a intoxikačními poruchami, mozgovým tumorem. Dále je to schizofrenie, depresivní epizody a poruchy osobnosti (Dušek, 2015, s. 253).

## **Sociální fobie**

Projevuje se intenzivním strachem z toho, že se jedinec stane centrem pozornosti nebo se zachová tak, že to povede k jeho zahanbení nebo zostuzení. Vyhýbá se tedy situacím, v nichž by uvedené jevy mohly nastat. Častými spouštěcími faktory sociální fobie jsou

projevy před velkou skupinou lidí, stravování před dalšími lidmi, komunikace na veřejném prostranství nebo zapojování do sociálních skupin (např. na oslavách či v pracovním kolektivu). Příznaky sociální fobie vedou k výrazné emoční nepohodě, která je jedincem popisována jako nadměrná nebo přehnaná (Ocisková, 2016, s. 84).

### **Úzkostné stavy následující po CMP**

Klinicky významnou úzkostí trpí 10 – 37 % pacientů po CMP. Kolem čtvrtiny až třetiny pacientů trpí generalizovanou úzkostnou poruchou. Ovšem většina z nich trpí také depresí. Na rozdíl od deprese, pacienti trpící jenom GAD mají lézi v pravé hemisféře. GAD po cévní mozkové příhodě negativně ovlivňovala funkční zlepšení v průběhu tohoto intervalu. V období po CMP jsou také časté nehody a pády, což může druhotně vést k fobické úzkosti z pádů, výšek a uzavřených prostor (Praško, 2010, s. 266)

Lékař je ve složité situaci, kdy musí diferenciatně diagnosticky uvažovat. Proto by měl na možnost úzkostné poruchy vždy pomyslet a zhodnotit, jak velkou úlohu v obtížích pacienta může úzkost hrát, a po zvážení role somatických příčin zavést odpovídající léčbu nebo pacienta doporučit ke specializované péči u psychiatra (Praško, 2010, s. 266-267)

## **3.6 Diagnostika úzkosti a úzkostných poruch**

Správná diagnóza je v medicíně východiskem optimální terapie a prognózy. Psychodiagnostika teoreticky vychází z obecné psychologie a psychologie osobnosti, jež se snaží postihnout obecně platné stránky psychických procesů a vlastností. Tam, kde psychické projevy či procesy osobnosti přesahují do normálního zdravého duševního života, využívá se poznatků z psychopatologie (Pavlovský, 2012, s. 197).

### **3.6.1 Vyšetřovací metody**

Patří sem především metoda pozorování, rozhovoru a metody testové. Pozorování se vyznačuje tou zvláštností, že předmět pozorování – psychického děje – jsou bezprostředně přístupné jen jejich nositeli. Bezprostředně lze tedy sledovat jen vlastní psychické jevy sebezpozorováním. U jiných lidí můžeme usuzovat jen nepřímou, pozorováním cizí psychiky. K přesnému vymezení pozorovaných dějů a popisů chování se používají posuzovací stupnice. Rozhovor jen nejdůležitější a zároveň nejobtížnější metoda získávání dat. Během psychologického vyšetření slouží k navození a udržení dobrého kontaktu důvěry a motivace ke spolupráci. Metody testové jsou speciální nástroje psychologického vyšetření. Bývají definovány jako standardizované metody, což znamená, že by měly vyhovovat určitým



závazným metodologickým pravidlům. Testové metody lze dále rozdělit na testy výkonné, projektivní a dotazníky (Pavlovský, 2012, s. 197-198)

### 3.6.2 Škály a dotazníky

V dalších krocích diagnostiky úzkosti a úzkostných poruch mohou pomoci škály a dotazníky, které hodnotí úzkostnost a její faktory.

**Beckův inventář úzkosti** – je velmi užívaný sebesuzovací nástroj využívaný pro hodnocení závažnosti úzkostných příznaků a umožňuje vyhodnocení aktuální míry úzkosti. Jedná se o 21 položkovou škálu. Pacient má za úkol u každé otázky označit na škále 0 až 3, jak moc jej popsany příznak obtěžoval v průběhu minulého týdne. Hodnota 0 znamená, že příznak se neobjevil vůbec, jeden bod znamená mírně. Dva body, pokud ho symptom obtěžoval středně, a tři, pokud to bylo vážné. Nejnižší skóre, jaké může pacient získat, je 0 bodů a nejvíce 63 bodů. Méně než 21 bodů značí mírné projevy úzkosti, 22 – 35 bodů střední závažnost potíží, 36 a více bodů vysokou závažnost potíží (Kamarádová, 2016, s. 154).

Některé škály jsou specifické a zkoumají závažnost konkrétní úzkostné poruchy. Jedná se např. o škálu PDSS u panických poruch, Liebowitzovu škálu sociální úzkosti nebo škálu Y-BOCS u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. Mezi další sebesuzovací škály patří Sheehanova škála, Zungův dotazník nebo Self – Report symptom inventory. Škála CGI (celkový klinický dojem) je unikátní tím, že se zaměřuje i na celkový stav. Dále existují škály objektivní, mezi které řadíme, např. Hamiltonovu škálu (Kamarádová, 2016, s. 154-155).

### 3.6.3 Tělesná a laboratorní vyšetření

Do diagnostického postupu patří kromě kompletní psychiatrické anamnézy také tělesné vyšetření a základní laboratorní vyšetření (krevní obraz, jaterní enzymy, moč a sediment, urea, kreatinin) a EKG. Může být indikováno i EEG (Ocisková, 2017, s. 96).

V první řadě je potřeba vyloučit organické příčiny příznaků. Je vhodné udělat laboratorní screening k vyloučení jaterního poškození (i pro možné alkoholické poškození), anémie, chronického infekčního onemocnění, lymeské borreliózy, endokrinopatie (zejména tyreopatie), revmatického onemocnění nebo jiného metabolického onemocnění. U kuřáků a lidí stěžujících si na palpitaci je dobré provést EKG a eventuálně RTG plic. Užitečné může být i toxikologické vyšetření moče. Další specifická somatická vyšetření bychom měli udělat v případě jasného podezření na některé ze somatických onemocnění, abychom pacienta zbytečně nezahltali vyšetřením jen tak „pro jistotu“ (Ocisková, 2017, s. 96)

## **4 LÉČBA ÚZKOSTI A ÚZKOSTNÝCH PORUCH**

V této kapitole se budu věnovat možnostem léčby úzkosti a úzkostných poruch. Do kapitoly jsem zahrnula farmakoterapii, psychoterapii a rehabilitační metody.

U většiny duševních poruch zdraví je doporučení hodná kombinace psychofarmakoterapie a psychoterapie. Samozřejmě i zde platí zásada psychologického přístupu k nemocnému. U psychoticky nemocných se neobejdeme ani bez socioterapie. Kombinaci psychofarmak a psychoterapie nakonec zpravidla volíme dle reálných léčebných možností a jejich dostupnosti (Vymětal, 2010, s. 270).

### **4.1 Psychofarmakoterapie**

Psychofarmaka patří k nejvíce předepisovaným léčivům vůbec. Nejpřednější místo mezi psychofarmaky zauímají antidepresiva. V psychofarmakologii je pět hlavních účinků, podle kterých se látky dělí na antidepresiva, antipsychotika, stabilizátory nálady, anxiolytika a sedativa. Velikost dávky se v první řadě řídí podle závažnosti symptomatiky a v dalším průběhu se lékař zaměřuje, pokud jde o dávku a volbu preparátu, na účinek. Prakticky všechny třídy psychofarmak se dají použít při více než jedné diagnóze (Dreher, 2017, s. 5-6).

Farmakologickou léčbu úzkostných poruch můžeme rozdělit na krátkodobou léčbu, kde je cílem dosažení odpovědi na léčbu a remise, a na léčbu dlouhodobou, která má zabránit relapsům onemocnění. Mezi nejčastěji užívané preparáty patří inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (dále SSRI) (Racková, 2012, s. 152).

#### **4.1.1 Krátkodobá farmakoterapie**

Při krátkodobé léčbě úzkostných poruch bylo zkoušeno velké množství preparátů, u řady z nich byla prokázána účinnost na úzkostnou symptomatiku. Mezi tyto preparáty patří antidepresiva jiných generací (TCA, IAMO, RIMA, SNRI, agomelatin), buspiron, pregabalin a benzodiazepiny (Racková, 2012, s. 152).

#### **4.1.2 Dlouhodobá farmakoterapie**

Vzhledem k tomu, že se v případě úzkostných poruch jedná ve vysokém procentu o chronická onemocnění s tendencí návratu, je důležitá léčba dlouhodobá. Účinnost v dlouhodobé léčbě úzkostných poruch byla prokázána u tricyklických antidepresiv (TCA), inhibitorů monoaminoxidáz (IMAO), SNRI (venlafaxin, duloxetin), pregabalínu, agomelatinu a benzodiazepinů (Racková, 2012, s. 153).

### **4.1.3 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)**

V posledních desetiletích je metoda ECT účinnější a bezpečnější. Nejčastějším důvodem pro použití ECT je propuknutí depresivní poruchy, hlavní poruchy farmakorezistentní a život ohrožující. Modifikovaná ECT používá krátce působící anestetika a myorelaxancia, která značně snižují počet fraktur. V současné době používáme stimulaci krátkými pulzy konstantního proudu, energii stimulu měníme individuálně dle pacientova prahu záchvatové pohotovosti. Cílem ECT je konvulze, jež vede k odeznění příznaků. Nejčastěji je ECT volena pro léčbu starších pacientů, protože má lepší bezpečnostní profil než některá farmakologická léčiva (Beer, 2005, s. 78).

## **4.2 Psychoterapie**

Psychoterapie představuje záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta. Psychoterapeuti se starají o záležitosti, jako je lidský život, jeho smysl, naplnění, pravda a vztahy vůbec. Zároveň pomáhají klientům vyrovnat se s problémy života, najít sebe na základě pravdivějšího sebepoznání a vyjádřit se do vnějšího světa – seberealizovat se. Formy psychoterapie představují základní rámec, uspořádání, v němž psychoterapie probíhá. Může se používat během hospitalizace pacienta, v běhu denních stacionářů a skupiny ambulantní, docházkové. Rozlišujeme psychoterapii individuální a skupinovou<sup>1</sup> (Dušek, 2015, s. 337).

### **4.2.1 Individuální psychoterapie**

Individuální psychoterapie je v praxi nejrozšířenější. Bývá nazývána také dyadickou, protože se jí účastní pouze terapeut a jeho klient. Mezi oběma členy této dyády vzniká intenzivní vztah vyvíjející se především vlivem chování psychoterapeuta, tedy i jeho osobnosti, teoretické orientace a způsobu práce s klientem. Individuální psychoterapie je tvořena interakcí, vzájemnou komunikací a ovlivňováním ze strany psychoterapeuta i klienta. V rámci této terapie se „pracuje“ se slovem, obrazem či akcí. „Slovo“ znamená, že proces sebepoznávání a rozumění životní situaci a různým souvislostem se děje prostřednictvím rozhovoru, tedy sdělování významů. „Obrazem“ myslíme, že důraz je kladen na představování – imaginaci, asociování apod. „Akcí“ vyjadřujeme, že terapeut a klient provádějí určitý nácvik (autogenní trénink) nebo společně něco utvářejí (Vymětal, 2010, s. 75-76).

---

<sup>1</sup> Další druhy psychoterapie – kognitivně behaviorální psychoterapie, racionální psychoterapie, sugestivní a hypnotická psychoterapie, nácviková psychoterapie, gestalt psychoterapie, rodinná psychoterapie.

## 4.2.2 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je postup, který využívá skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Skupinová dynamika je souhrn skupinového dění a skupinových interakcí. Je vytvářena pomocí interpersonálních vztahů a interakcí osobností členů skupiny a silami z vnějšího prostředí. Cíle skupinové terapie mohou být formulovány takto:

1. Dosáhnout vzhledu do problematiky jedinců a pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje.
2. Zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů.
3. Podpořit zrání osobnosti ve smyslu rozvinutí vlastního potenciálu a dosažení optimální výkonnosti
4. Odstranit chorobné příznaky, ať přímým nácvikem a přecvičováním, nebo nepřímo vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů (Kratochvíl, 2005, s. 15).

Důležitým předpokladem pro to, aby se pacient ve skupině „otevřel“ a aby mu byla poskytnuta podpora, jsou zájem, tolerantnost a sympatie. Od skupiny však nelze vždy očekávat projevení kladných postojů, které terapeut sám získává zpravidla vlastním tréninkem. Pro emoční podporu má význam vytvoření klimatu psychologického „bezpečí“. V nejjednodušší formě se emoční podpora jedinci uplatňuje v tom, že se mu ostatní členové snaží porozumět a naslouchat. Člen je do kolektivu přijat bez ohledu na své postavení, potíže, vlastnosti a minulost. Je uznán jako samostatná osoba s vlastními pocity a myšlenkami (Kratochvíl, 2005, s. 159).

## 4.2.3 Psychodrama

Jedná se o dramatickou improvizaci zaměřenou k terapeutickým účelům, kdy klient dramatizuje svoje zážitky, přání, postoje a fantazii. Psychodrama používá pět základních prostředků, a to jeviště, klienta jako protagonistu svého příběhu, direktora plnicího funkce terapeuta a režiséra, publikum a pomocné herce. Psychodrama směřuje k vytvoření modelu skutečnosti s uvolňujícími prvky, pomáhá pochopit vlastní reakce a umožňuje tak ovládat emoce. Tato forma terapie se také využívá k rozkrývání traumatických zážitků z minulosti, aby bylo možné je pojmenovat. To naznačuje, že se vždy řeší osobní problém klienta. Řízení psychodramatu je u nás již tradičně v rukou psychiatra či psychologa (Valenta, 2011, s. 16).

#### **4.2.4 Využití slovníku emocí**

Člověk, s nímž psychoterapeut hovoří, může mít těžkosti s nalezením vhodných slov pro vyjádření dané emoce. Pro to se využívá „slovník emocí“, který se předem připraví a pak pacientovi předloží. Pacienta požádáme, aby ve slovníku zaškrtnal ty emoce, které ho trápí. Je možné u emocí stanovit i intenzitu, tj. údaj o tom, jak moc ho tato negativní emoce trápí. Můžeme využít stupnici od jedné do deseti, kde deset je maximální myslitelná hodnota (Křivohlavý, 2013, s. 102).

### **4.3 Rehabilitace v psychiatrii**

Hlavní smysl rehabilitace v psychiatrii vyplývá již z etymologie obou pojmů: re- (z lat. „znovu“) a habilis (z lat. „schopný“), přičemž „psychiatrická“ značí více příslušnost k ostatním přístupům v oblasti duševních poruch. Rehabilitace je tedy zvýšení vlastního fungování za současného snižování profesionální pomoci (Tomáš, 2014, s. 131-132).

#### **4.3.1 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby či hudebních prvků. Jejimi metami jsou nejčastěji cíle léčebné, ale může jít i o zlepšení kvality života, mezilidských vztahů či o osobní rozvoj (Gerlichová, 2014, s. 15).

Zpěv, hra na hudební nástroj nebo i poslech dobře vybrané hudby může výrazně pomoci uvolnit nahromaděné emoce. Často se mohou lidé vyjádřit přes texty písní, které jsou buď schopni, nebo ochotni uvést slovně, přímo nebo jen náznakem. Někdy pomůže hovořit o napětí i úzkosti, jindy je lepší zahrát člověku na vhodný hudební nástroj nebo pustit „správnou“ hudbu. Avšak i samotný zpěv dokáže uvolnit v člověku napětí (Gerlichová, 2014, s. 51-52).

#### **4.3.2 Arteterapie**

Arteterapie je psychoterapeutická, psychodiagnostická disciplína a psychoterapeutický postup, který se opírá o výtvarné projevy klientů. Nejde při ní o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby. Výtvarný projev můžeme vymezit jako vyjádření pocitů, názorů, emocí či pojetí vnitřního světa člověka. Výtvarné práce jsou práce týmové a musejí být prováděny ve spolupráci s psychologem, psychiatrem nebo pedagogem. Hlavně je zaměřena na rozvoj tvořivých (kreativních) schopností klienta a na jeho citový vývoj (Müller, 2014, s. 77-78).

### 4.3.3 Ergoterapie

Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat běžné každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše. Tyto činnosti by měly být pro pacienta smysluplné nebo by jejich provádění měli považovat za důležité. Ergoterapeuti poskytují individuální či skupinovou intervenci, ale i konzultační služby. Ergoterapeut tedy zjednodušeně využívá v hodnocení a léčbě nemoci analýzu činnosti a využívá specifická zaměstnávání, která vyplňují čas a prostor člověka, a tím mu umožňuje být činný (Krivošíková, 2011, s. 13-14).

### 4.3.4 Relaxační metody

V rámci psychoterapie by se každý pacient měl naučit nefarmakologické postupy zvládnání úzkosti, jako jsou relaxační metody tzv. dýchání do trojúhelníku, autogenní trénink, dýchání do igelitového sáčku, biofeedback nebo odvedení pozornosti od úzkosti jinou cílenou aktivitou. Tyto metody vyžadují motivaci pacienta aktivně spolupracovat (Hosák, 2015, s. 250).

**Autogenní trénink** – Jedna z nejznámějších uvolňovacích metod. Člověk působí sám na sebe tak, aby dosáhl stavu hlubokého klidu a tím měl předpoklad pro optimální koncentraci. Autogenní trénink lze jednoduše a bez problémů provádět kdekoliv. Než však pacient s jednotlivými cvičeními začne, měl by se poradit s lékařem nebo jiným odborníkem, zda je tato metoda pro něho vhodná. Toto cvičení může způsobit obtíže lidem s nízkým tlakem, protože během cvičení tlak ještě klesá (Kolektiv, 2009, s. 54).

**Progresivní relaxace Jacobsova a Ostova** – Tato relaxace je vhodná pro práci s nemocnými trpícími psychickým napětím a úzkostí. Tito nemocní mají problémy s navozením pocitu klidu a uvolňováním svalstva při řízené relaxaci. Progresivní relaxace využívá k uvolnění svalového napětí reflexního uvolnění po vědomém a řízeném zatínání svalstva. Pacient si uvědomí, že přestože sami nejsou klidní, mohou se uvolnit a mají pocit, že se jim daří. Naučí se rozeznávat svalovým smyslem napětí a uvolnění v těle (Dušek, 2015, s. 364).

**Biofeedback (Biologická zpětná vazba)** – Proces, který umožňuje naučit se měnit fyziologickou aktivitu za účelem zlepšení zdraví a výkonu. Pomocí přístrojů se měří fyziologické aktivity, jako jsou například mozkové vlny, dýchání, srdeční frekvence, svalová aktivita a teplota pokožky. Tyto nástroje rychle a přesně poskytují zpětnou vazbu uživatelům, a to často ve spojení se změnami emocí, chování a myšlení (Ptáček, 2017 s. 29).

**Dechová cvičení** – K základní postupům v rámci relaxačních technik patří často podceňovaná práce s dechem. Toto podceňování může být založeno na menší míře trpělivosti. Právě práce s dechem má svá opodstatnění z hlediska zvládnání úzkosti. Poradce zkoumá dechový rytmus klienta, který je určován slovy nádech a výdech. Návčik kontrolovaného dýchání v sobě zahrnuje dvě roviny intervence: ukazuje na význam správného dýchání při vzniku úzkosti a sám o sobě odstraňuje její příznaky (Procházka, 2014, s. 33).

**Meditace** – Příznivý vliv meditace na duševní pohodu je neustále intenzivně zkoumán. Vědci se věnují zejména dvěma typům meditace, které nejvíce zvyšují pocit štěstí a omezují depresivní příznaky. Jedná se o meditaci dobrotivosti a meditaci všímavosti. Meditace dobrotivosti zahrnuje kultivaci pozitivních emočních stavů lásky a dobrotivosti vůči sobě i druhým. To nás činí trpělivějšími, více přijímajícími a soucitnějšími. Kdežto meditace všímavosti znamená vzít něco na vědomí, být si něčeho plně vědom nebo věnovat něčemu plnou pozornost. Lépe si uvědomujeme právě probíhající myšlenky a pocity a díky tomuto uvědomění jsme schopni je lépe zvládat (Akhtar, 2015, s. 77-78, 80).

## 5 ÚZKOST JAKO OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Tato kapitola se věnuje úzkosti jako ošetrovatelské diagnóze, která je uvedena v souboru ošetrovatelských diagnóz NANDA International.

### Úzkost 00146

Jedná se o pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to pro pacienta výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje mu přijmout opatření, aby hrozbě čelil (Herdman, 2015, s. 292).

### 5.1 Určující znaky

Určující znaky se dělí do 4 oblastí, a to na behaviorální, emoční, tělesné a kognitivní.

**Behaviorální oblast** – ošívání se, roztěkanost, nadměrná ostražitost, neklid, špatný oční kontakt, obavy ze změny v životě, bezděčné pohyby

**Emoční oblast** – sklíčenost, strach, pocity neadekvátnosti, bezradnost, zvýšená ostražitost, podrážděnost, nervozita, obavy, roztřesenost, lítostivost, zaměření na sebe sama, nejistota.

**Tělesná oblast** – napětí v obličeji, třes rukou, zvýšené napětí a pocení, chvění hlasu, třes.

**Kognitivní oblast** – změny pozornosti, uvědomování si fyziologických symptomů, zablokované myšlení, zmatenost, tendence k obviňování druhé osoby, snížená schopnost řešit problémy (Herdman, 2015, s. 292-293).

### 5.2 Související faktory

Mezi související faktory patří: úzkost v rodinné anamnéze, významná změna (např. nemoc, handicap), situační krize, stresory, ohrožení smrtí, neuspokojené potřeby (Herdman, 2015, s. 293).

### 5.3 Ošetrovatelské cíle

Hlavním cílem je, aby klient popsal úzkost. Dále se naučí vyrovnávat se situací, odreagovat se relaxačními technikami a konzultacemi s odborníky. Najde si nové životní cíle, nové aktivity. A nadále se bude snažit odstraňovat podněty navozující úzkost, strach, deprese atd. (Slezáková, 2010, s. 163).

### 5.4 Ošetrovatelské intervence

Hlavní intervence představují zaměření se na snížení úzkosti, na zjištění toho, že pacientovo chování souvisí s úzkostí, na rozpoznání příčiny vzniku a na pomoc tolerovat úzkost. Prvním



a nevyhnutelným krokem pro redukci úzkosti na zvládnutelnou úroveň je porozumění, a následně může sestra odhalovat příčiny nepřiměřené reakce. Pokud sestra nesprávně identifikuje projevy úzkosti pacienta, může to vést k výrazné nepohodě pacienta (Vörösová, 2015, s. 131-132).

### **5.5 Zásady komunikace mezi sestrou a pacientem s úzkostí**

Zdravotnický personál se vyhýbá komunikaci s úzkostným pacientem, často je v komunikaci použit rodičovský typ komunikace (dominantní vystupování), který může u pacienta vyvolat chování malého dítěte. Tato chybná komunikace s nemocným může vést k jeho trvalému psychickému poškození. Je tedy nutné s pacientem hovořit klidně, trpělivě. Pozor na neverbální komunikaci, nemocný pečlivě sleduje mimiku, gesta, naše „ach“ nad laboratorními výsledky může pro něj znamenat např. zhoršení zdravotního stavu. Na sdělování informací je potřeba najít klidné prostředí, soukromí a dostatek času i na případné dotazy pacienta (Kelnarová, 2014 s. 36).

## **6 METODIKA PRŮZKUMU**

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvantitativní způsob práce, který zahrnuje systematické shromažďování a analýzu dat pomocí dotazníkového šetření a testování kognitivních funkcí. V této kapitole je popsán průzkum, výběr respondentů, způsob organizace šetření, metoda zpracování získaných informací, výsledky průzkumu a jejich vyhodnocení. Pro zpracování získaných dat je použit Microsoft Excel 2016.

### **6.1 Cíle průzkumu**

**Cíl 1:** Zjistit, jaký vliv má cévní mozková příhoda na rodinný život pacienta.

**Cíl 2:** Zjistit, jaký vliv má cévní mozková příhoda na psychiku člověka.

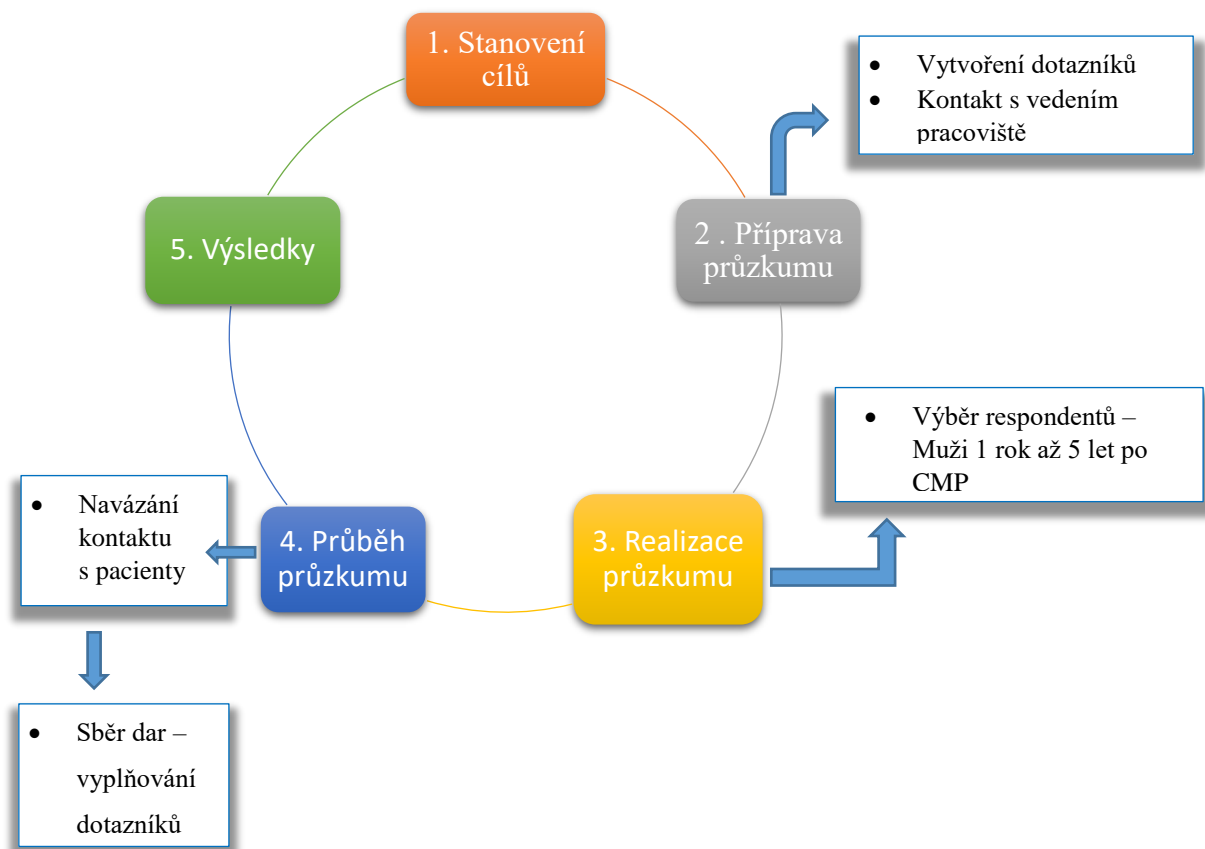
**Cíl 3:** Zjistit míru úzkosti u pacientů po cévní mozkové příhodě.

### **6.2 Průzkumné otázky**

**Průzkumná otázka č. 1:** Jaký vliv má cévní mozková příhoda na rodinný život pacienta?

**Průzkumná otázka č. 2:** Jaký vliv má cévní mozková příhoda na psychiku člověka?

**Průzkumná otázka č. 3:** Jaká je míra úzkosti u pacientů po cévní mozkové příhodě?



Obrázek 1 Mapa průzkumu

### 6.3 Charakteristika průzkumu

Vybranými respondenty byli muži do pěti let od prodělání cévní mozkové příhody ve věku od 30 let do 80 let, hospitalizovaní na Rehabilitačním ústavu pro cévní choroby mozkové Chotěboř, u kterých byly personálem pozorovány občasné známky úzkosti, a zároveň nebyl prokázán větší deficit kognitivních funkcí. Úroveň kognitivních funkcí byla zjišťována pomocí Montrealského testu.

Průzkumné šetření bylo prováděno od srpna 2017 do února 2018 na lůžkovém oddělení rehabilitačního ústavu. Před zahájením šetření jsem osobně kontaktovala jednatele společnosti a požádala ho o souhlas s provedením dotazníkového šetření. Mé žádosti vyhověl. Dále jsem kontaktovala vrchní sestru lůžkového oddělení a domluvila si s ní jednotlivé schůzky. Obezámila jsem je, jaký je můj záměr a k čemu budou získané informace využity, a zároveň jsem ji požádala o možnost nahlížení do zdravotnických dokumentací klientů. Vrchní sestra a sestry z oddělení mi s pomáhaly s vybíráním vhodných respondentů na základě stanovených zařazovacích kritérií, kterými byli věkové rozmezí, doba 1 až 5 let

od prodělané příhody, respondent bez výrazného kognitivního deficitu s alespoň minimálními známkami úzkosti během pobytu.

#### **6.4 Průběh šetření**

K průzkumnému šetření byl zvolen Montrealský test kognitivních funkcí a standardizovaný dotazník - Beckův inventář úzkosti, který byl doporučen expertem z praxe. Beckův inventář úzkosti byl doplněn dotazníkem vlastní tvorby, který zjišťoval změny v životě pacientů po prodělané příhodě. Za každým pacientem jsem přišla osobně, představila jsem se, vysvětlila jsem mu, že jsem studentka univerzity v Pardubicích a provádím výzkum, který je součástí mé bakalářské práce. Každý pacient byl seznámen s dotazníky a podmínkami pro jejich splnění. Hlavní podmínkou bylo nejprve splnit Montrealský kognitivní test, který byl vyplňován jako první, pacienti byly upozorněni na situaci, že pokud test nesplní, nebudou dále pokračovat s vyplňováním. I přesto pacienti s průzkumem souhlasili. Zároveň byla zdůrazněna dobrovolnost a anonymita. Celkem bylo osloveno 40 respondentů. Sedm respondentů odmítlo vyplňování a tři respondenti nesplnili test kognitivních funkcí, kde hlavní příčina byla porucha řeči a porozumění. Následovalo zadání dotazníku Beckova inventáře doplněného vlastními otázkami. Respondenti dokázali dotazník vyplnit sami, jen některým byly otázky předčítány a vysvětleny.

#### **6.5 Zpracování výsledků**

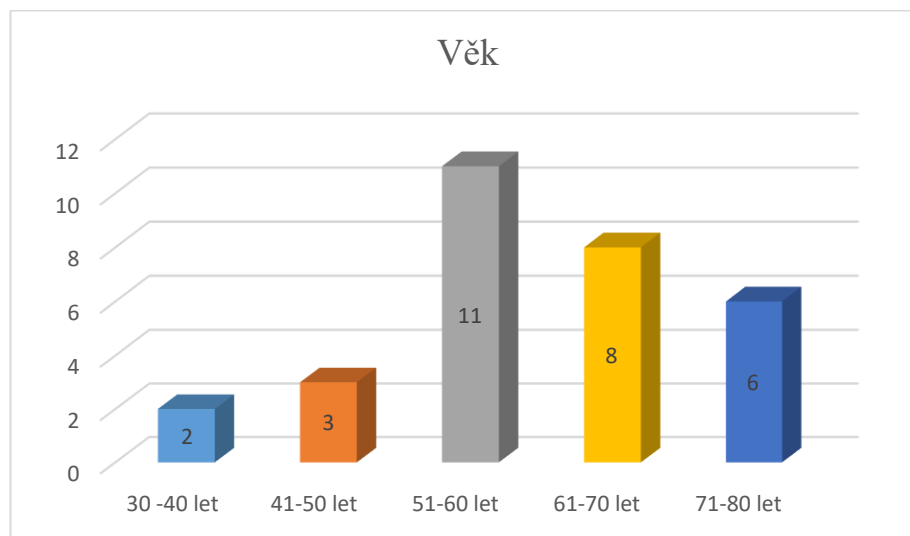
Výsledky byly sbírány osobně v podobě dotazníků. Data z dotazníků byla zpracována v Microsoft Excel 2016 a vložena do Microsoft Word 2016. Ke znázornění výsledků byly využity sloupcové grafy.

## 6.6 Výsledky průzkumu a analýza dat

Vzhledem k předem stanoveným kritériím, kdy se výzkumu zúčastnili pouze muži, otázka č.1, která znázorňuje pohlaví respondentů, nebude prezentována pomocí grafu. Zde jsou prezentována data z dotazníku vlastní tvorby a z Beckova inventáře úzkosti.

### 1. Věk

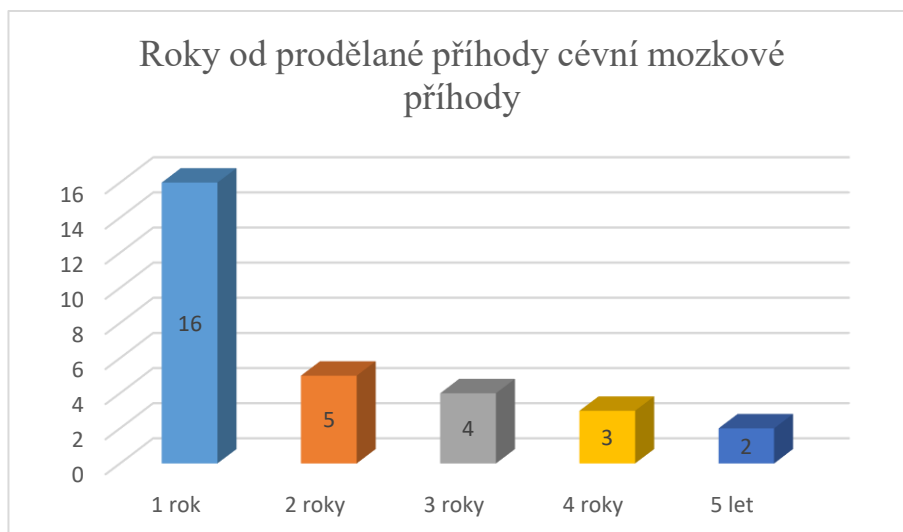
- a) 30–40 let
- b) 41–50 let
- c) 51–60 let
- d) 61–70 let
- e) 71–80 let



Obrázek 2 Věk

Na obrázku č. 2 je znázorněn graf, který popisuje věk respondentů rozdělený do věkových intervalů. Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věku 51 až 60 let, osm respondentů (27 %) je ve věku 61 až 70 let. Šest respondentů (20 %) je ve věku 71 až 80 let, což jsou nejstarší respondenti dotazníkového šetření. Tři respondenti (10 %) jsou ve středním věku (41 až 50 let) a nejmladší respondenti jsou 3 muži ve věku 30 až 40 let.

## 2. Před kolika lety jste prodělal/a Cévní mozkovou příhodu?

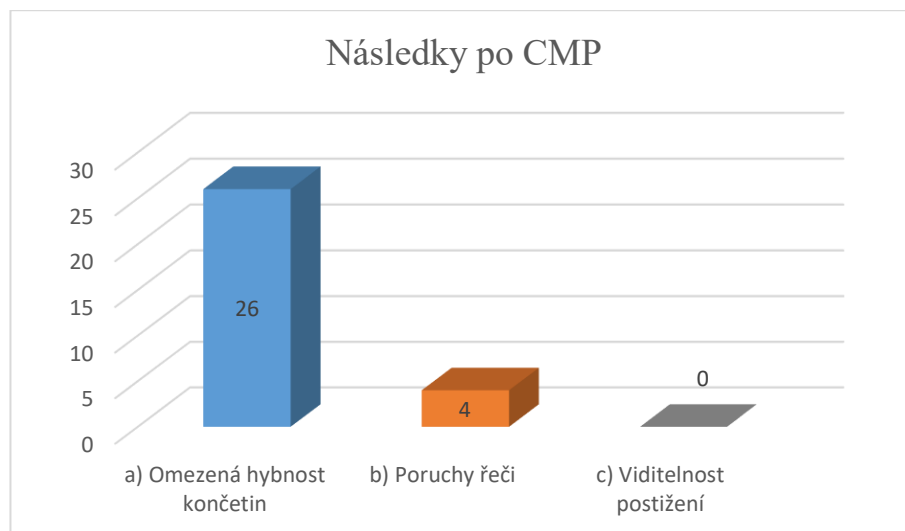


**Obrázek 3 Roky od prodělané cévní mozkové příhody**

Obrázek č. 3 znázorňuje graf, na kterém lze před kolika lety respondenti prodělali cévní mozkovou příhodu. Nejvíce respondentů je do jednoho roku po proděláním CMP (53 %). Pět respondentů (17 %) jsou dva roky od příhody, čtyři respondenti (13 %) jsou tři roky od příhody, poté tři respondenti (10 %) jsou čtyři roky od příhody. Dva respondenti (7 %) jsou nejdéle od proděláním příhody, a to 5 let.

### 3. Které následky po CMP Vás nejvíce trápí?

- a) Omezená hybnost končetin
- b) Poruchy řeči
- c) Viditelnost postižení

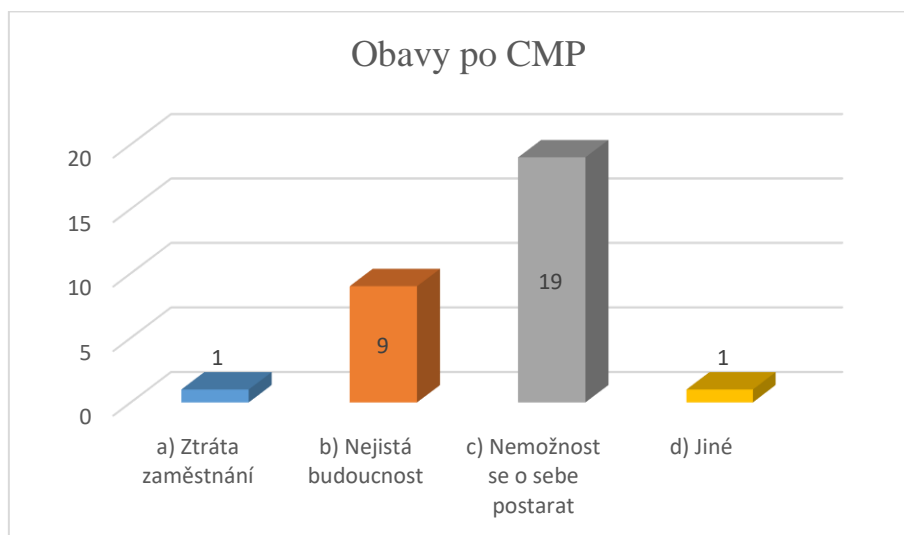


**Obrázek 4 Následky po CMP**

Na obrázku č. 4 vidíme graf, který vyznačuje následky po CMP, které nejvíce trápí respondenty z dotazníkového šetření. Celkem 26 respondentů (87 %) z celkového počtu zúčastněných odpovědělo, že nejvíce je trápí omezená hybnost končetin. Čtyři respondenti (13 %) uvedli, že je trápí poruchy řeči. Žádného respondenta netrápí viditelnost postižení.

#### 4. Z čeho jste měl/a největší obavy?

- a) Ztráta zaměstnání
- b) Nejistá budoucnost
- c) Nemožnost se o sebe postarat
- d) Jiné



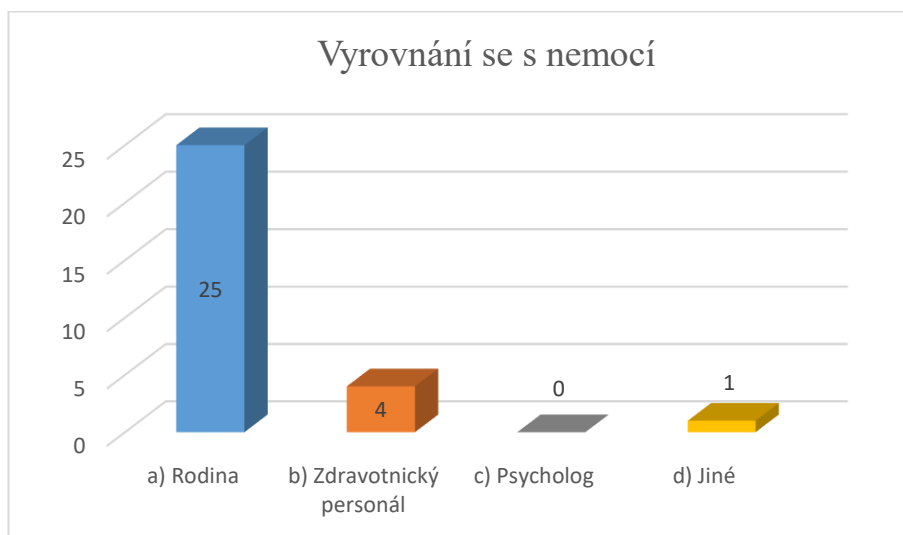
Obrázek 5 Obavy po CMP

Obrázek č. 5 znázorňuje graf, na kterém vidíme, z čeho měli respondenti největší obavy. Devatenáct mužů (63 %) mělo obavy z toho, že se o sebe nedokážou postarat, což byla nejpočetnější skupina. Devět mužů (30 %) se obávalo nejisté budoucnosti. Možnost ztráty zaměstnání zvolil jeden z nejmladších respondentů. Jeden respondent zvolil možnost „jiné“ kde uvedl, že dál nemůže hrát na kytaru. Lze tedy říct, že nemožnost se o sebe postarat je největší obava respondentů.



## 5. Kdo Vám pomohl vyrovnat se s nemocí?

- a) Rodina
- b) Zdravotnický personál
- c) Psycholog
- d) Jiné

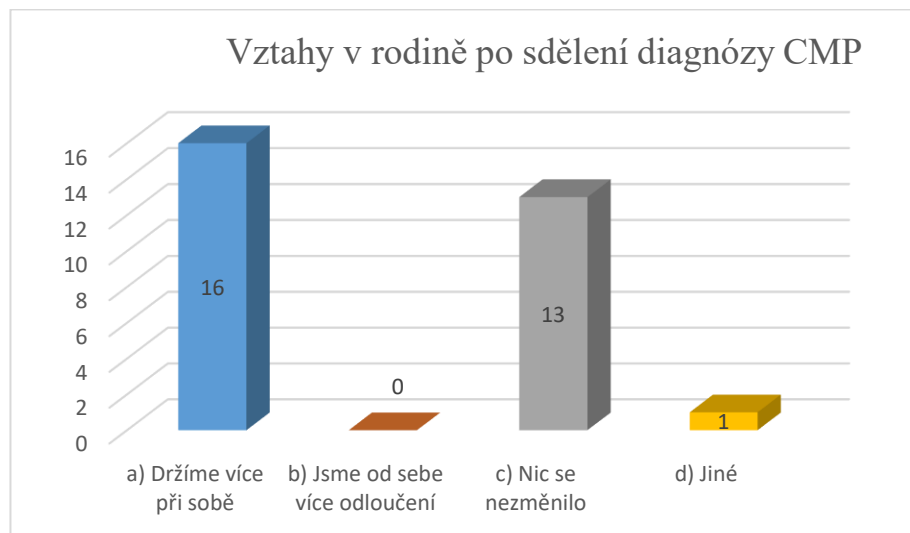


**Obrázek 6 Vyrovnání se s nemocí**

Na obrázku č. 6 vidíme graf, který značí, kdo respondentům pomohl vyrovnat se s nemocí. Nejvíce respondenti uváděli jako pomocníka rodinu (83 %). Čtyři respondenti (13 %) uvedli zdravotnický personál ve smyslu kvalitní zdravotní péče. Jeden respondent uvedl možnost „jinou“ a to, že s nemocí si poradil sám. Psychologa nemusel navštívit žádný z respondentů.

## 6. Jak se změnily vztahy ve Vaší rodině po sdělení diagnózy CMP?

- a) Držíme více při sobě
- b) Jsme ode sebe více odloučení
- c) Nic se nezměnilo
- d) Jiné



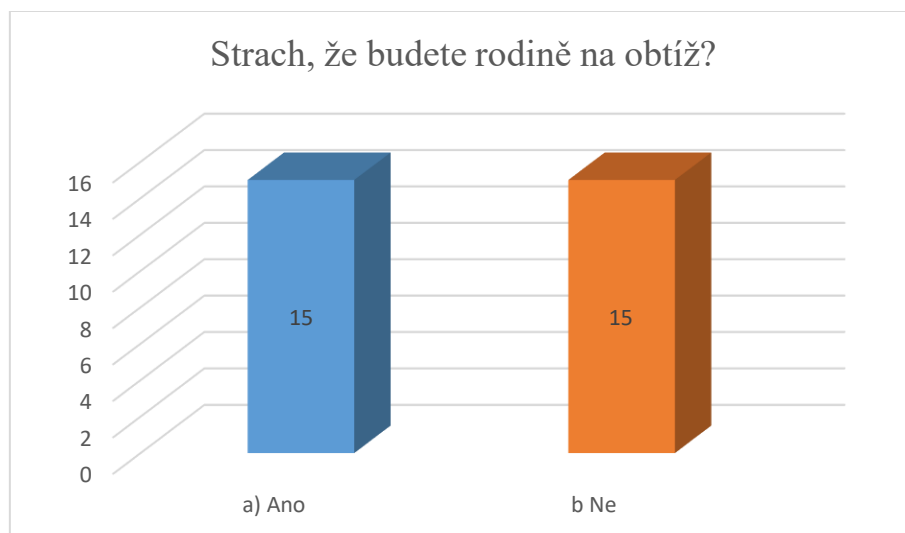
**Obrázek 7 Vztahy v rodině po sdělení diagnózy CMP**

Obrázek č. 7 znázorňuje graf, který vyznačuje vztahy v rodině respondentů po sdělení diagnózy CMP. Šestnáct respondentů (53 %) uvedlo, že jako rodina drží více při sobě a nemoc je navzájem spojila. Naopak 13 respondentů (43 %) odpovědělo, že se vztahy v rodině vůbec nezměnily. Jeden respondent uvedl, že potřebuje více samostatnosti v rámci svých možností, protože péči rodiny vnímá občas jako přehnanou a nevítanou. Lze tedy říct, že diagnóza rodinné vztahy spíše stmelila, protože žádný respondent neuvedl, že by se rodina od sebe více odloučila.

## 7. Měl/a jste strach, že budete rodině „na obtíž“?

a) Ano

b) Ne

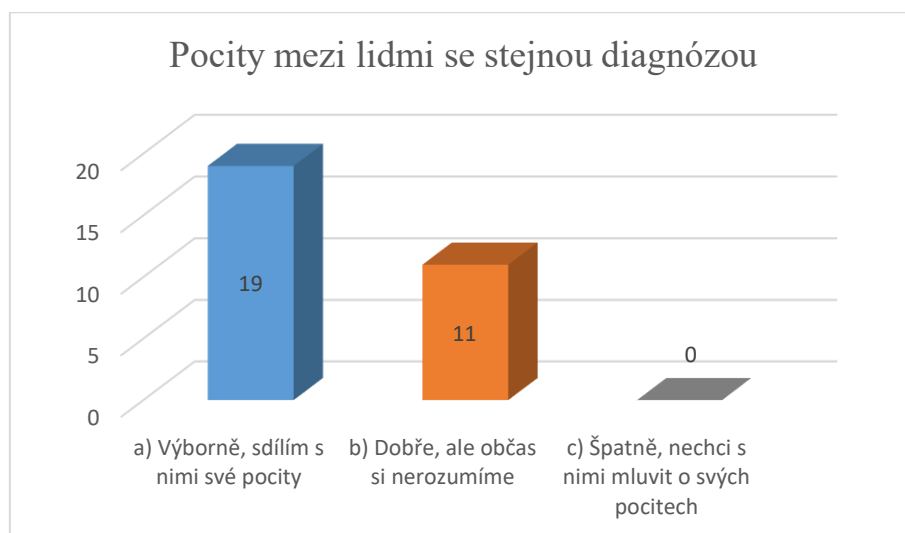


**Obrázek 8 Strach, že budete rodině „na obtíž“?**

Obrázek č. 8 znázorňuje graf, který značí, zda muži měli strach, že budou rodině „na obtíž“. Toto tvrzení není jednoznačné, protože 15 respondentů (50 %) odpovědělo Ano a 15 (50 %) Ne.

## 8. Jak se cítíte mezi lidmi se stejnou diagnózou?

- a) Výborně, sdílím s nimi své pocity
- b) Dobře, ale občas si nerozumíme
- c) Špatně, nechci s nimi mluvit o svých pocitech

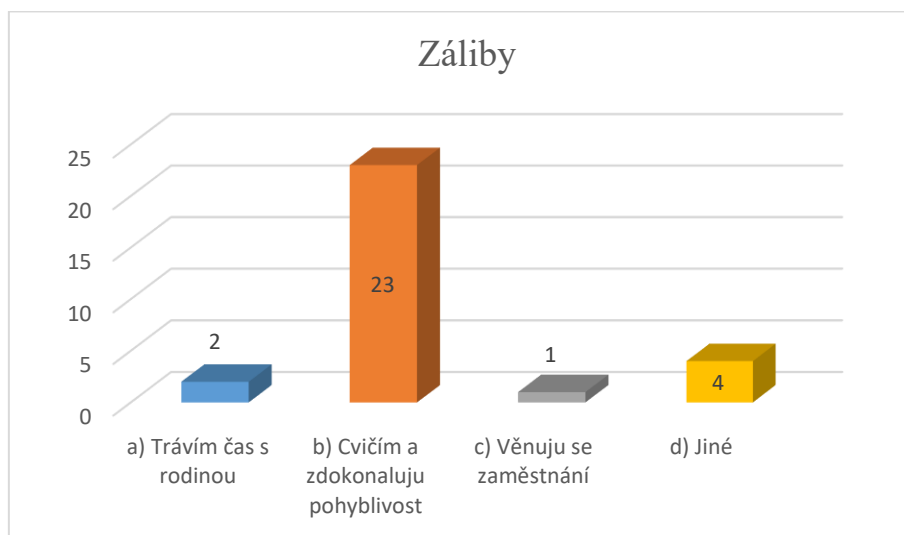


Obrázek 9 Pocity mezi lidmi se stejnou diagnózou

Na obrázku č. 9 vidíme graf, který znázorňuje, jak se respondenti cítí mezi lidmi se stejnou diagnózou. Nejčastěji respondenti uváděli, že se mezi nimi cítí výborně a sdílí s nimi své pocity, 11 respondentů (37 %) uvedlo, že se cítí dobře, ale občas si s nimi nerozumí. Žádný respondent se mezi lidmi se stejnou diagnózu necítí špatně.

## 9. Kterým zálibám se v současné době věnujete?

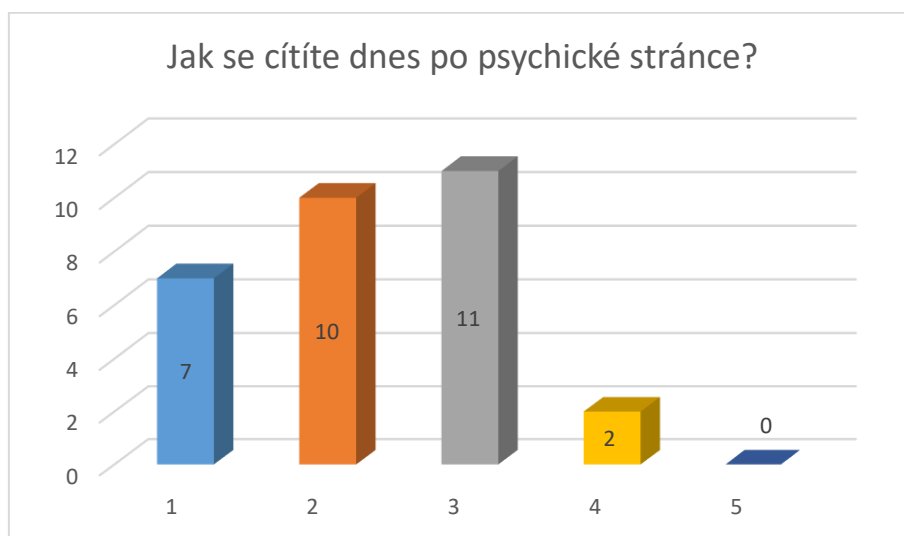
- a) Trávím čas s rodinou
- b) Cvičím a zdokonaluji pohyblivost
- c) Věnuju se zaměstnání
- d) Jiné



Obrázek 10 Záliby

Obrázek č. 10 znázorňuje graf, který značí, že 23 respondentů (77 %) se v současné době věnuje hlavně cvičení a zdokonalení pohyblivosti, dva respondenti tráví čas s rodinou a jeden respondent se věnuje zaměstnání. Čtyři respondenti (13 %) zvolili možnost „jiné“, do které zařadili návštěvu seniorského centra, práci s PC, čtení knih a procházky se psem.

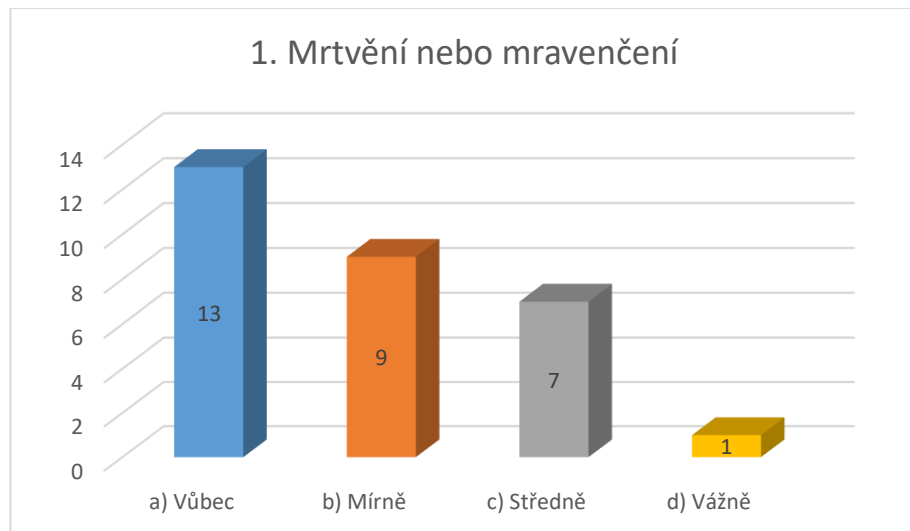
**10. Jak se cítíte dnes po psychické stránce v hodnocení od 1 do 5, kdy 1 znamená nejlépe a 5 nejhůře?**



**Obrázek 11 Jak se cítíte dnes po psychické stránce?**

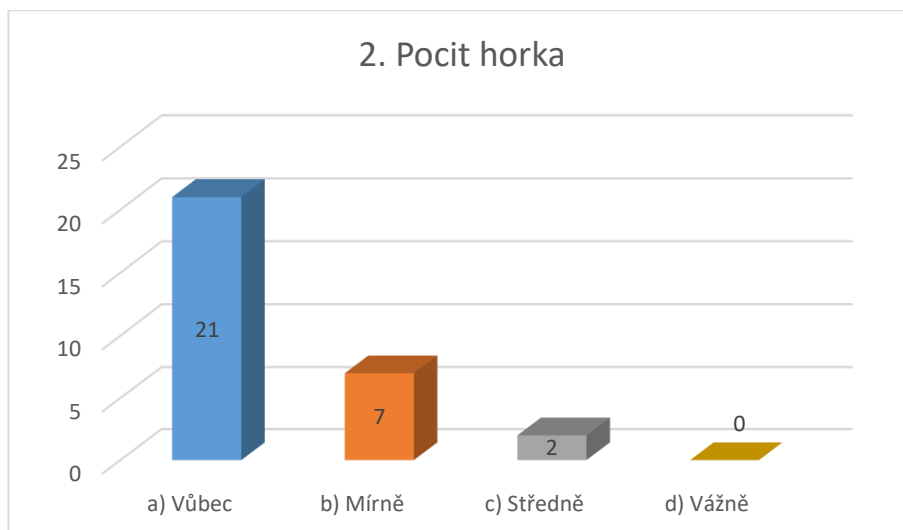
Na obrázku č. 11 vidíme graf, který uvádí, že 11 respondentů (37 %) hodnotí svou psychickou stránku známkou 3, 10 respondentů (33 %) známkou 2, 7 respondentů (23 %) známkou 1 a dva respondenti (7 %) známkou 4. Žádný respondent možnost známku 5 nevedl.

Na následujících stránkách budou popsány výsledky jednotlivých příznaků a pocitů standardizovaného Beckova inventáře úzkosti, které mohli pacienti cítit během posledního týdne. Na konci bude uveden graf, který znázorňuje míru úzkosti u pacientů, mužů do 5 let po cévní mozkové příhodě.



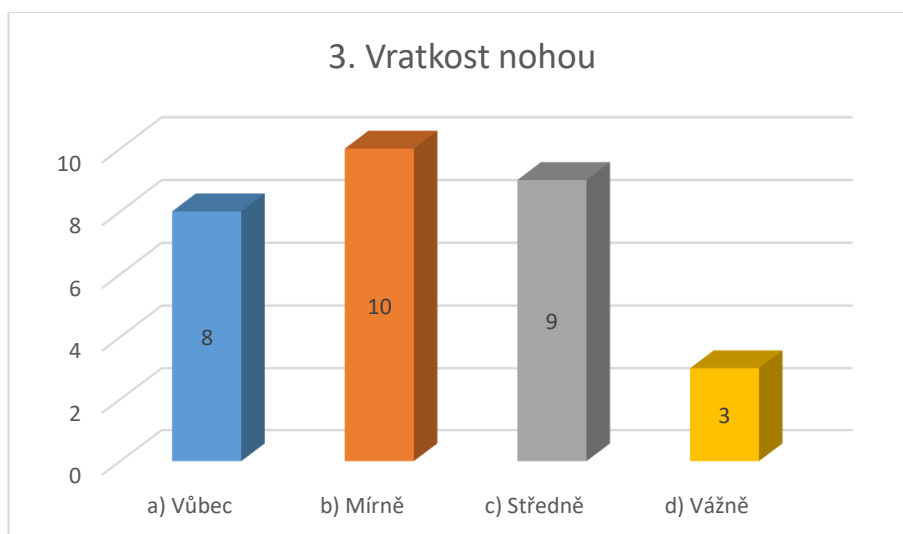
**Obrázek 12 Mrtvení nebo mravenčení**

Na obrázku č. 12 vidíme graf, který znázorňuje první položku Beckova inventáře úzkost, a to mrtvení nebo mravenčení. Respondenti nejčastěji uvedli, že tento příznak vůbec necítily. Devět respondentů (30 %) uvedlo, že mrtvení nebo mravenčení cítili mírně, sedm respondentů (23 %) středně. Jeden z respondentů uvedl, že daný příznak ho v průběhu týdne trápil vážně.



**Obrázek 13 Pocit horka**

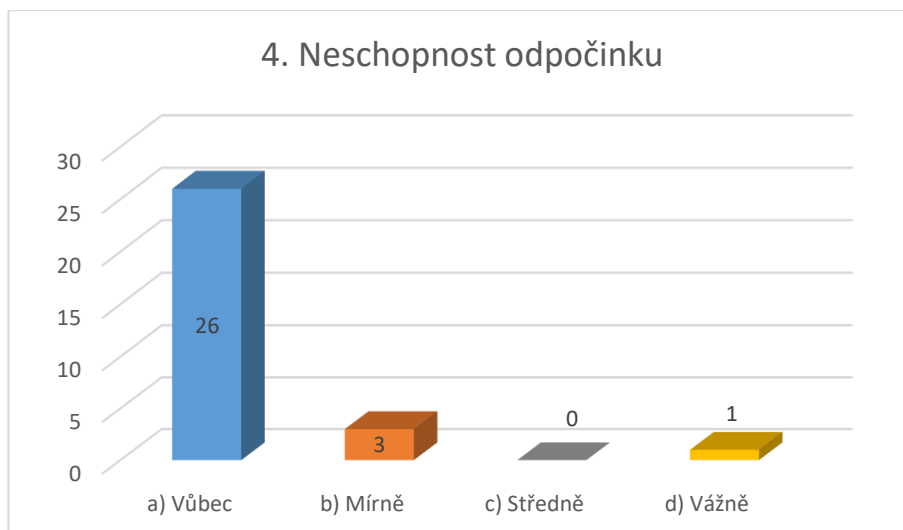
Graf na obrázku č. 13 zobrazuje druhý příznak z dotazníku, a to výskyt pocitu horka u respondentů. Nejvíce respondentů (70 %) vůbec daný příznak nepocítilo, sedm respondentů (23 %) pocíťovalo pocit horka mírně a dva respondenti (7 %) zvolili možnost „středně“.



**Obrázek 14 Vratkost nohou**

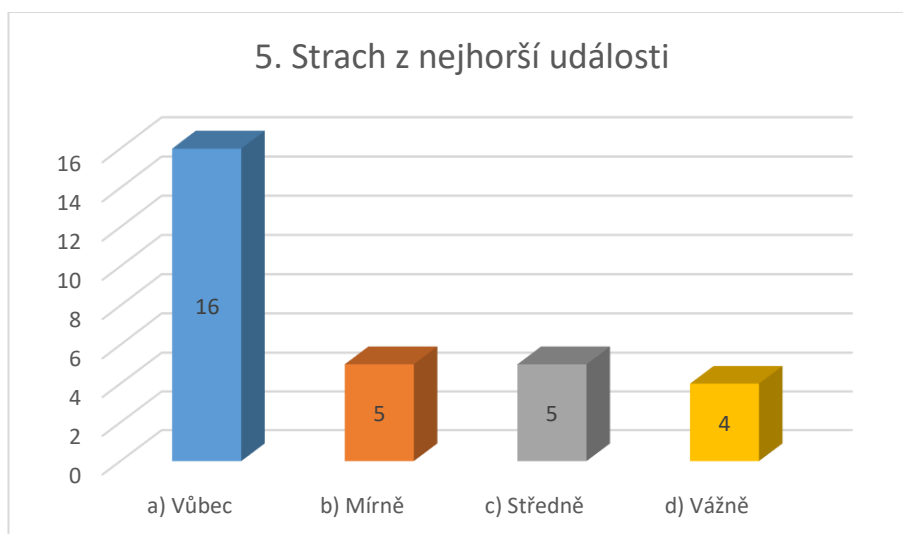
Obrázek č. 14 znázorňuje graf s třetím příznakem dotazníku – vratkostí nohou. První tři možnosti z výběru byli respondenty vybírány nejvíce. Nejméně zastoupena byla možnost „vážně“, a to třemi muži (10 %).





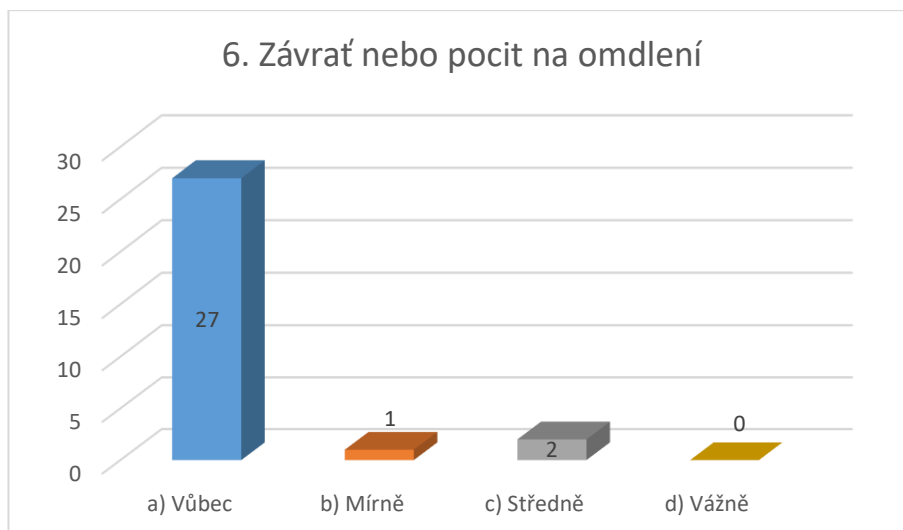
**Obrázek 15 Neschopnost odpočinku**

Obrázek č. 15 znázorňuje graf se čtvrtým příznakem z dotazníku. Lze říci, že neschopností odpočinku většina respondentů netrpí. Pouze tři muži (10 %) zvolili možnost „mírně“ a jeden muž uvedl, že neschopností odpočinku trpí vážně.



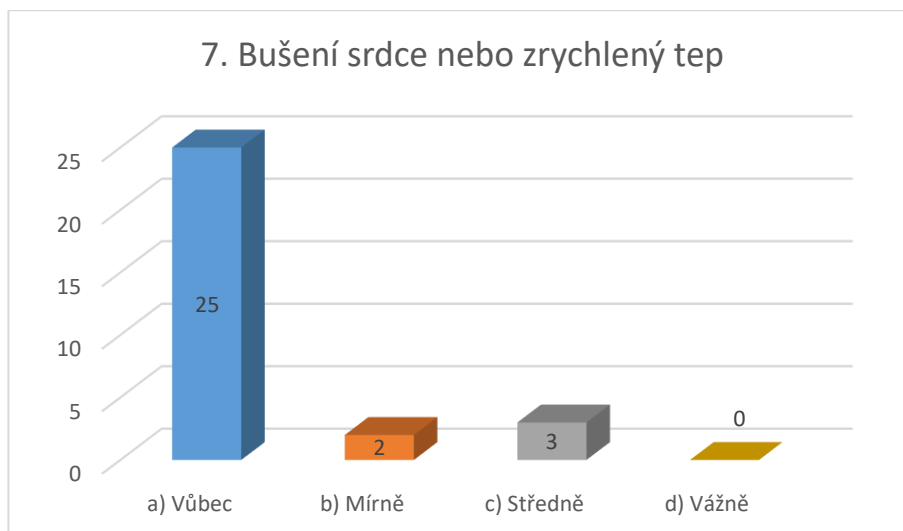
**Obrázek 16 Strach z nejhorší události**

Graf na obrázku č. 16 vyjadřuje strach respondentů z nejhorší události. Každý respondent si představil vlastní nejhorší událost, nicméně 16 respondentů (53 %) uvedlo, že vůbec strach nemají. Stejně zastoupení měli možnosti „mírně“ a „středně“ a to 5 respondenty. Možnost „vážně“ zvolili celkem čtyři respondenti (13 %).



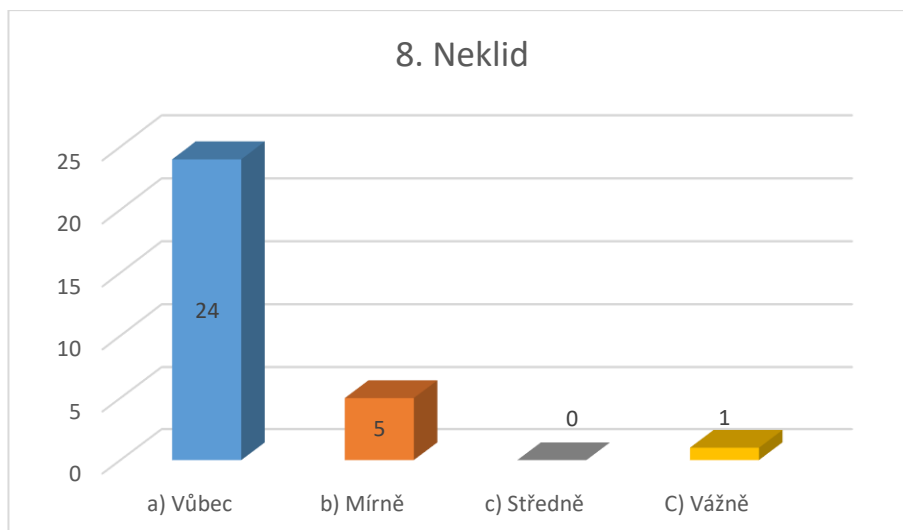
**Obrázek 17 Závrať nebo pocit na omdlení**

Na obrázku č. 17 se nachází graf, který znázorňuje šestou položku Beckova dotazníku úzkosti. Závrať nebo pocit na omdlení 27 respondentů vůbec nepocítilo. Daný příznak se objevil pouze u dvou respondentů (7 %) na úrovni „středně“ a u jednoho respondenta „mírně“.



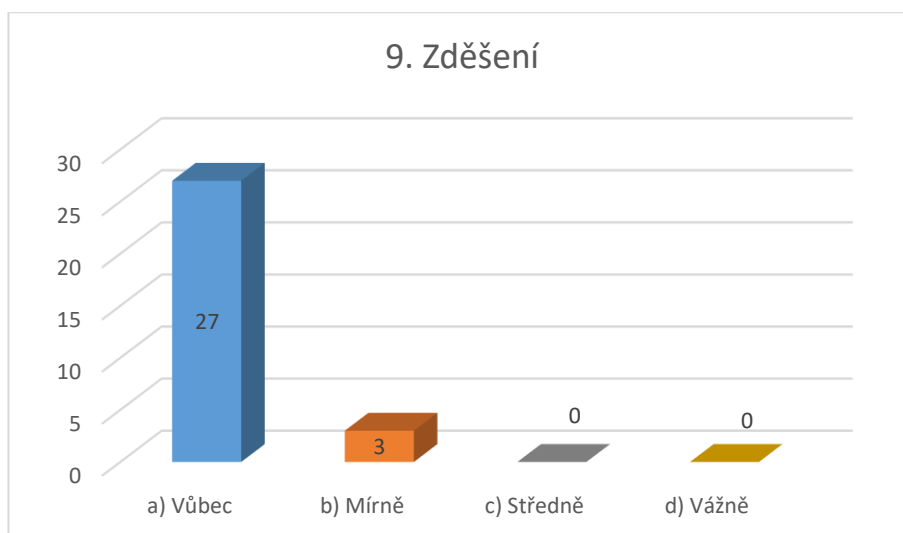
**Obrázek 18 Bušení srdce nebo zrychlený tep**

Obrázek č. 18 znázorňuje graf s příznakem bušení srdce nebo zrychleného tepu. Tento příznak 25 respondentů (83 %) vůbec nepocíťovalo. Pouze tři respondenti (10 %) pocíťovali bušení srdce nebo zrychlený tep „středně“ a zbylí dva respondenti (7 %) zvolili možnost „mírně“.



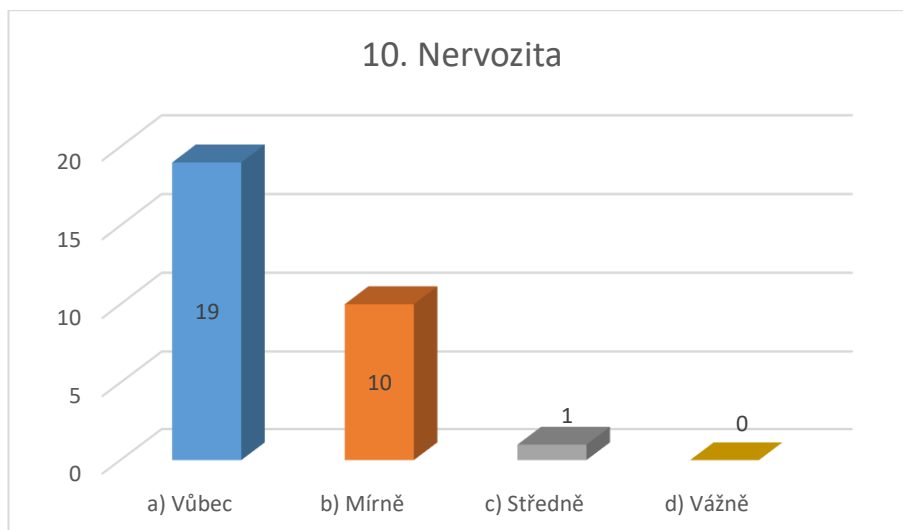
**Obrázek 19 Neklid**

Graf na obrázku č. 19 znázorňuje vnímání neklidu u respondentů, kdy výzkum ukázal, že celkem 24 respondentů (80 %) vůbec neklidem netrpí. Výjimku tvoří možnost „mírně“, kterou zvolilo 5 respondentů (17 %) a možnost „vážně“ byla zvolena pouze jedním respondentem.



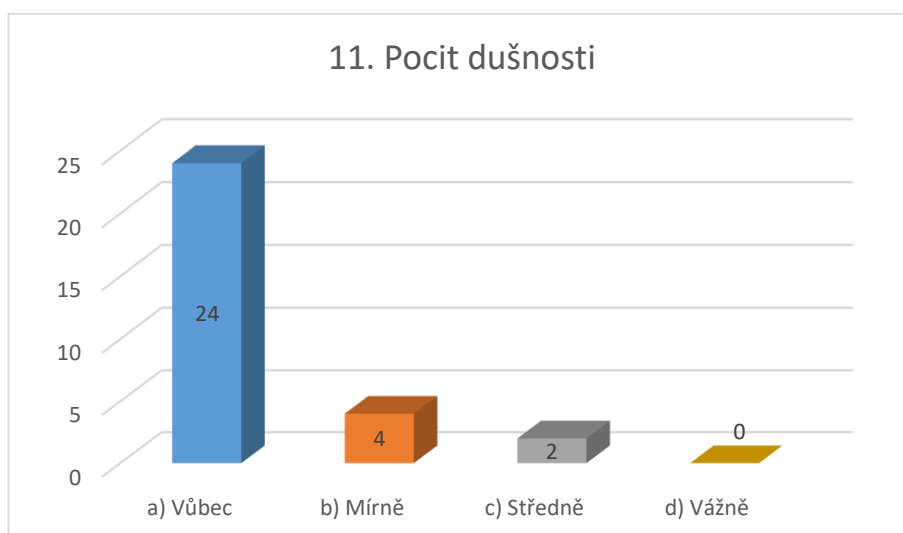
**Obrázek 20 Zděšení**

Obrázek č. 20 znázorňuje graf s devátým příznakem Beckova inventáře. Celkem 27 respondentů zvolilo možnost „vůbec“, což je 90 % z celkového počtu dotazovaných. Zbylí tři respondenti (10 %) zvolili možnost „mírně“. Možnost „středně“ a „vážně“ nezvolil nikdo z respondentů.



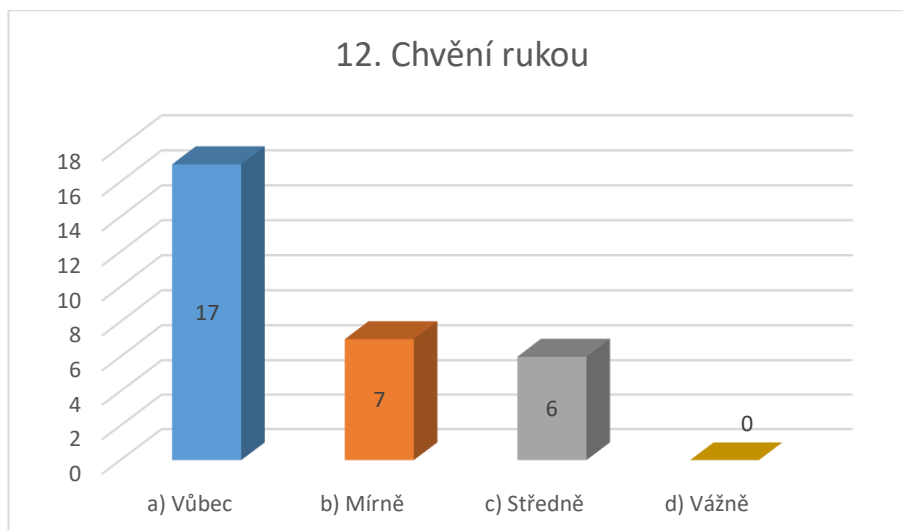
**Obrázek 21 Nervozita**

Graf na obrázku č. 21 zobrazuje výskyt nervozity u respondentů. U 19 (63 %) respondentů se nervozita vůbec neobjevila, avšak 10 respondentů (33 %) zvolilo možnost „mírně“. Pouze jeden respondent vybral možnost „středně“.



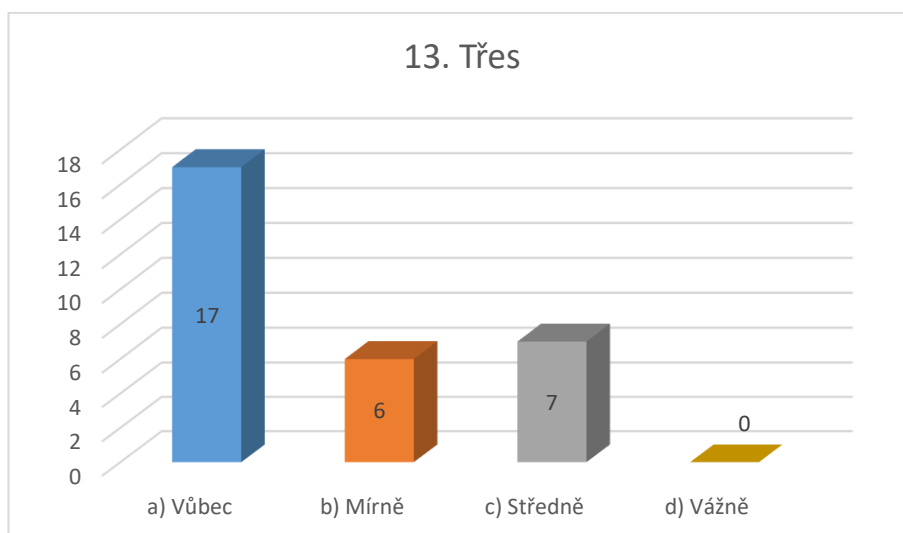
**Obrázek 22 Pocit dušnosti**

Zobrazený graf na obrázku č. 22 znázorňuje pocity dušnosti u respondentů. Nejvíce respondentů (80 %) zvolilo možnost „vůbec“. Čtyři respondenti (13 %) zvolili možnost „mírně“ a dva respondenti (7 %) „středně“. Možnost „vážně“ žádný z respondentů nevedl.



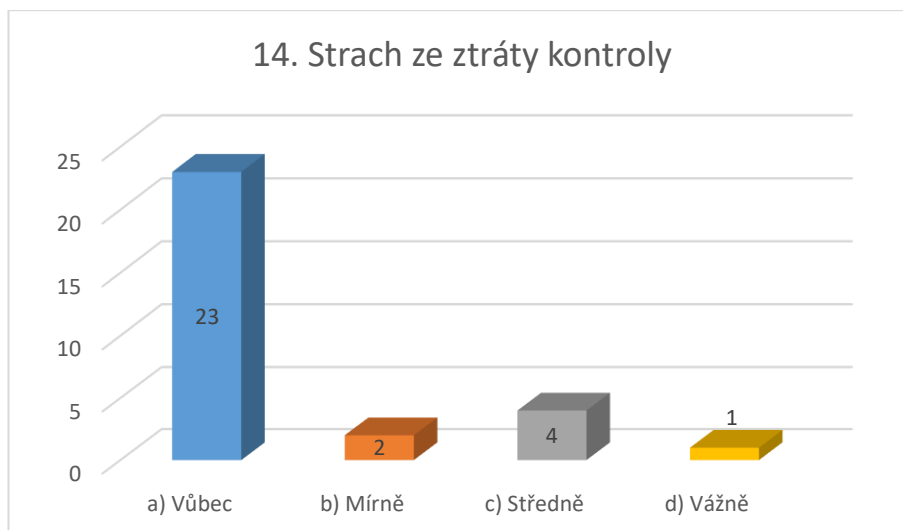
**Obrázek 23 Chvění rukou**

Na obrázku č. 23 lze vidět graf, který znázorňuje chvění rukou u dotazovaných. Výzkum ukázal, že 17 respondentů (57 %) chvěním rukou vůbec netrpí. Podobné výsledky vidíme u možnosti „mírně“ a „středně“, kde je rozdíl pouze v jednom respondentovi. Vážné chvění rukou se u mužů neobjevilo.



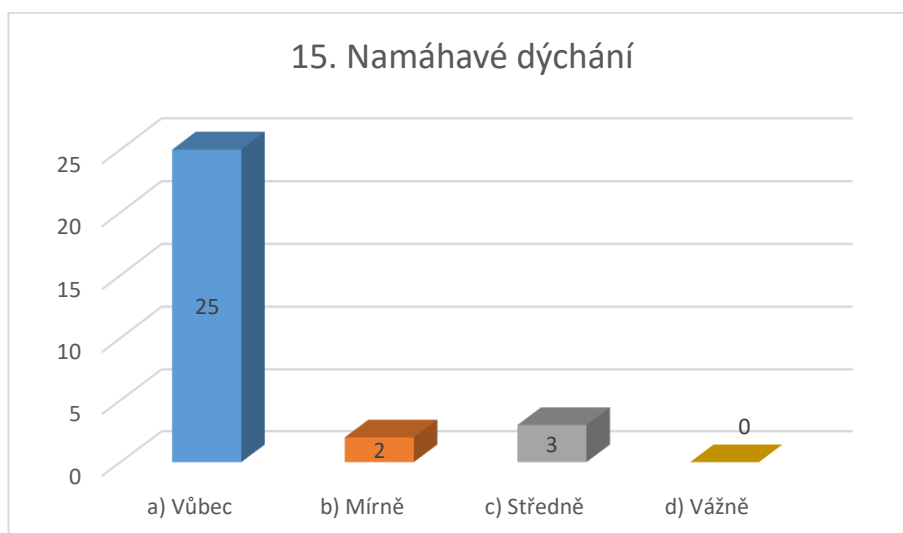
**Obrázek 24 Třes**

Obrázek č. 24 znázorňuje graf, na kterém lze nalézt projevení třesu. Respondentům dělalo potíže rozlišit chvění rukou a třes, proto se zde objevily téměř totožné výsledky. Třes se u 17 respondentů (57 %) vůbec neobjevil. Objevil se však „mírně“ u 6 respondentů (20 %) a „středně“ u 7 (23 %) respondentů. Možnost „vážně“ opět nezvolil žádný z respondentů.



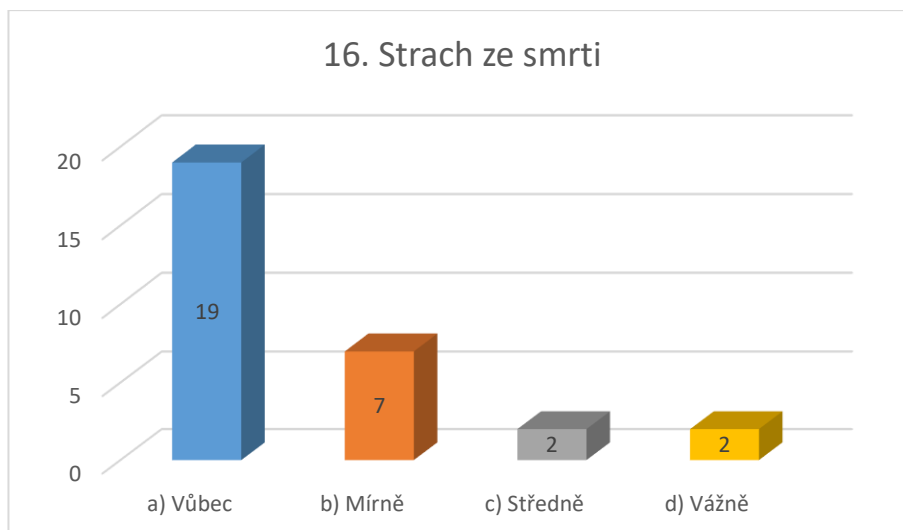
**Obrázek 25 Strach ze ztráty kontroly**

Graf na obrázku č. 25 znázorňuje strach respondentů ze ztráty kontroly. Nejvíce respondenti (77 %) volili možnost „vůbec“. Ovšem čtyři respondenti (13 %) označili možnost „středně“ a dva respondenti (7 %) možnost „mírně“. Jeden respondent (3 %) uvedl, že strachem ze ztráty kontroly trpí „vážně“.



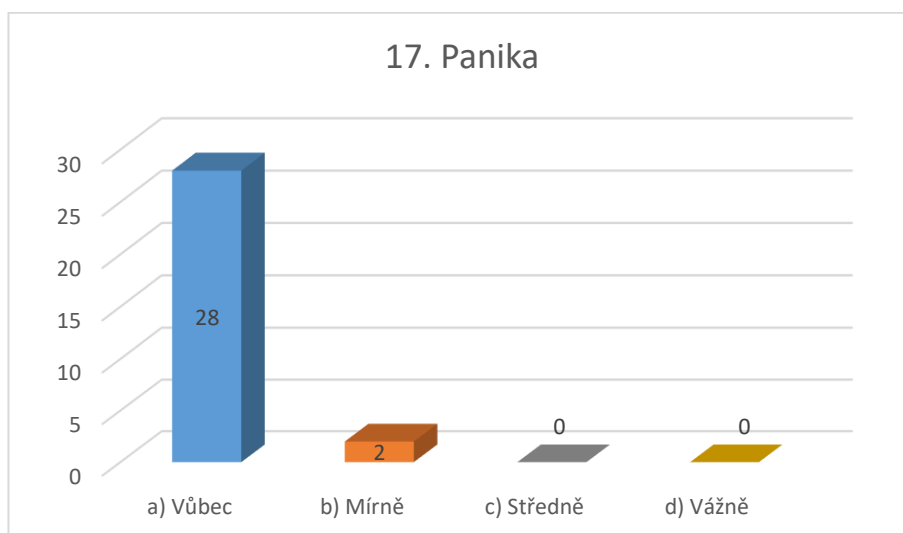
**Obrázek 26 Namáhavé dýchání**

Obrázek č. 26 ukazuje graf, na kterém je patnáctý příznak z Beckova inventáře úzkosti. Lze říci, že namáhavé dýchání se u 25 respondentů (83 %) vůbec neobjevilo. Na úrovni „středně“ se objevilo pouze u tří respondentů (10 %) a o respondenta méně bylo na úrovni „mírně“.



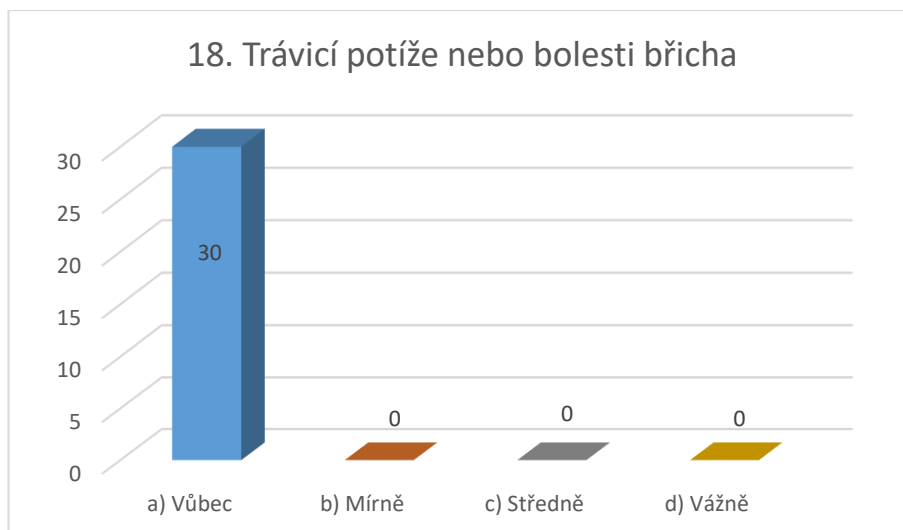
**Obrázek 27 Strach ze smrti**

Graf na obrázku č. 27 zobrazuje strach respondentů ze smrti. Nejvíce byla volena možnost „vůbec“, a to 19 respondenty (63 %). Sedm respondentů (23 %) zvolilo možnost „mírně“. Stejně množství odpovědí bylo v možnostech „středně“ a „vážně“. Obě možnosti byly zastoupeny dvěma respondenty.



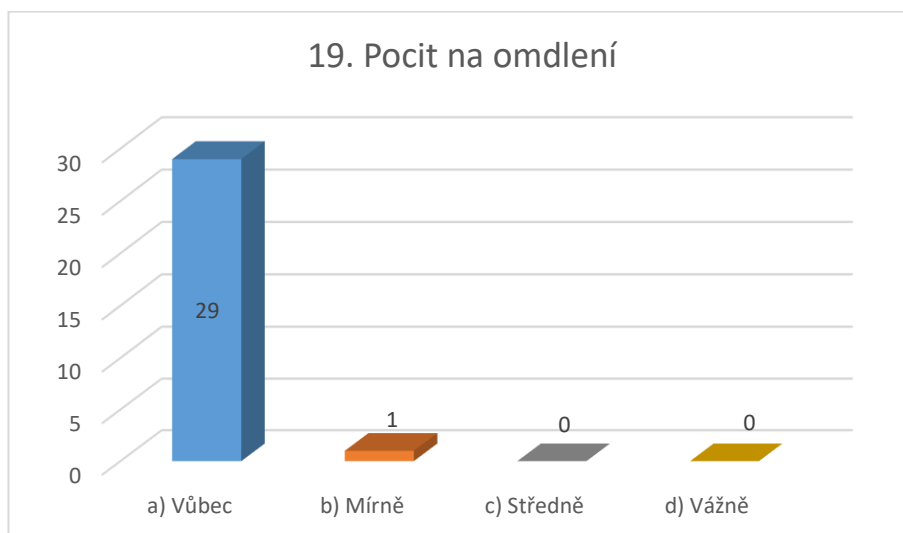
**Obrázek 28 Panika**

Obrázek č. 28 znázorňuje graf, který zobrazuje prožívání paniky. Nejvíce respondentů (93 %) zvolilo možnost „vůbec“, tedy že panikou netrpí. Pouze dva respondenti (7 %) uvedli, že paniku pocítují „mírně“. Možnosti „středně“ a „vůbec“ žádný z respondentů nevedl.



**Obrázek 29 Trávicí obtíže nebo bolesti břicha**

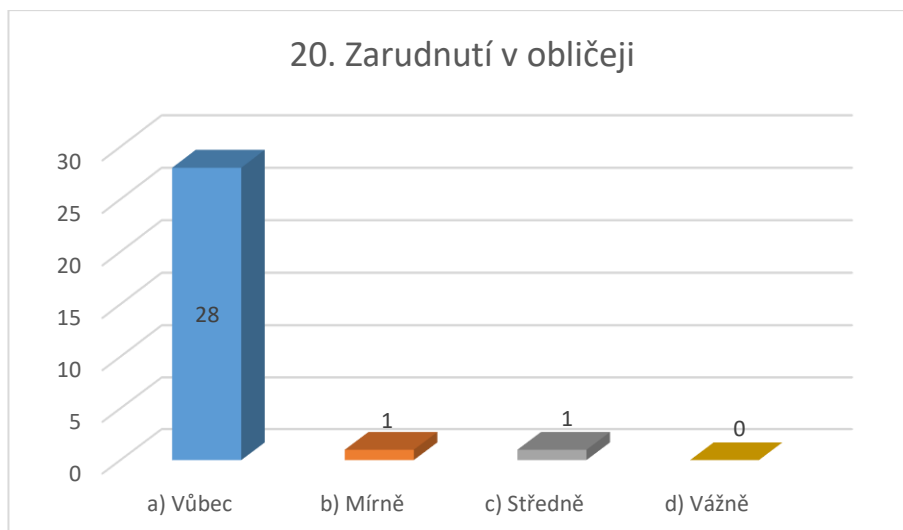
Na obrázku č. 29 lze vidět graf, který znázorňuje přítomnost trávicích obtíží nebo bolesti břicha u dotazovaných. Všichni respondenti (100 %) zvolili možnost „vůbec“. Lze tedy říci, že trávicími obtížemi žádný z respondentů netrpěl.



**Obrázek 30 Pocit na omdlení**

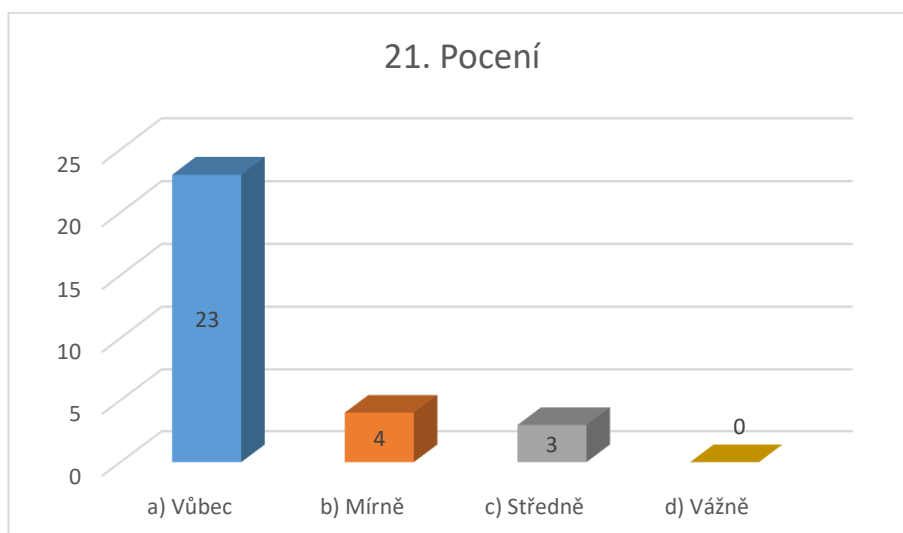
Graf na obrázku č. 30 znázorňuje pocity na omdlení u respondentů. Nejvíce respondentů uvedlo (97 %), že pocitem na omdlení vůbec netrpí. Výjimku tvoří jeden respondent (3 %), který zvolil možnost „mírně“. Možnosti „středně“ a „vážně“ nikdo z respondentů nevedl.





**Obrázek 31 Zarudnutí v obličeji**

Obrázek č. 31 zobrazuje graf s objevením dvacátého příznaku u respondentů – zarudnutí v obličeji. Nejvíce je zastoupena možnost „vůbec“ tedy, že se zarudnutí v obličeji u 28 respondentů (93 %) neobjevilo. Stejné zastoupení měli možnosti „mírně“ a „středně“ a to jedním respondentem.



**Obrázek 32 Pocení**

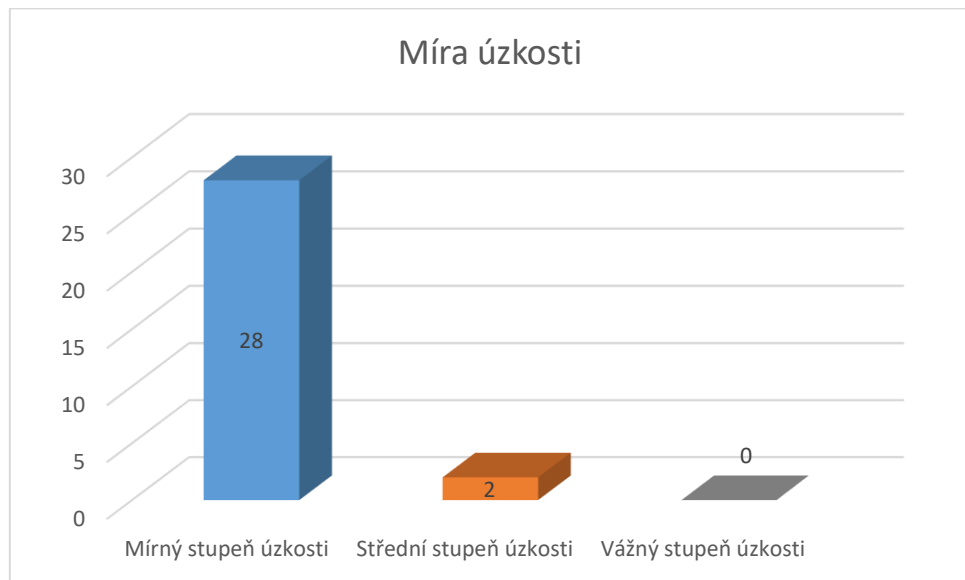
Na obrázku č. 32 vidíme graf, který znázorňuje poslední příznak dotazníku. Pocení se u 23 respondentů (77 %) vůbec neobjevilo. Podobné výsledky mají možnosti „mírně“ a „středně“, kdy rozdíl tvoří pouze jeden respondent. Ani jeden z respondentů pocením vážně netrpěl.

## Míra úzkosti dle Beckova inventáře úzkosti

Skóre 0 – 21 = mírný stupeň úzkosti

Skóre 22 – 35 = střední stupeň úzkosti

Skóre 36 a více = vážný stupeň úzkosti



**Obrázek 33 Míra úzkosti u pacientů po CMP**

Graf na obrázku č. 33 znázorňuje míru úzkosti u mužů do 5 let po cévní mozkové příhodě. U 28 respondentů (93 %) se úzkost vůbec neprojevuje nebo pouze v nízkých hodnotách. Výjimku tvoří dva (7 %) respondenti, kteří prodělali příhodu minulý rok. U nich se úzkost projevila ve středních hodnotách. Vážným stupněm úzkosti žádný z respondentů netrpěl.

## 7 DISKUZE

V této kapitole je rozebrána diskuze nad jednotlivými průzkumnými otázkami v porovnání s jinými autory. Podobný průzkum vedla i Barbora Baumanová ve své diplomové práci z roku 2012 na téma: *Změna v životě po cévní mozkové příhodě*. Průzkumu se zúčastnilo 5 respondentů, tři ženy a dva muži ve věkovém rozmezí od 47 do 68 let.

Dále jsem využila výzkumu na téma: *Hodnocení funkční nezávislosti v denních činnostech u pacientů po cévní mozkové příhodě*. Tento výzkum je uveden v časopise *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca* a zaměřuje se na vliv komplexní rehabilitace na soběstačnost v běžných denních činnostech u pacientů po příhodě. Samotný článek vznikl na Katedře fyzioterapie a rehabilitace a Klinice tělovýchovného lékařství a rehabilitace LF MU FN u sv. Anny v Brně. Autory článku jsou Barbora Bártlová, Martina Tarasová a kol. Výzkumu se zúčastnilo 82 pacientů (44 mužů a 38 žen), rozdělených do věkových skupin.

Práce Romany Chamerové na téma: *Kvalita edukačních materiálů týkajících se cévní mozkové příhody*, kdy byly sesbírány celkem 4 různé druhy edukačních materiálů z 16 různých zařízení, zdůrazňuje nutnost předávat informace o nemoci veřejnosti.

Mírou úzkosti se také zabývala Silvie Petrúsková ve své práci z roku 2016 na téma: *Specifika ošetrovatelské péče o úzkostného geriatrického pacienta*. Jejím výzkumu se zúčastnilo celkem 89 pacientů (33 mužů a 56 žen) ve věku od 65 let, hospitalizovaných na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Diskuze také zahrnuje článek z webové stránky [www.upsychiatra.cz](http://www.upsychiatra.cz) na téma: „9 z 10 osob trpících úzkostí není vhodně léčeno“ který přeložila Petra Stočková. Článek zahrnuje informace z časopisu *Depression and Anxiety* a výsledky z mezinárodní studie organizace World Mental Health, které se zúčastnilo 51 500 osob z 21 zemí světa. Tato studie se zaměřuje na mezery, co se týče léčby úzkostných poruch.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jaký vliv má cévní mozková příhoda na rodinný život?**

Odpověď na tuto otázku byla získána vyhodnocením vlastního dotazníku pomocí otázky č. 7, 8 a 10.

Celkem bylo dotazováno 30 (100 %) respondentů, kteří byli hospitalizováni v rehabilitačním ústavu. Tímto šetřením bylo zjištěno, že pacienti po prodělané příhodě s rodinou drží více při sobě (53,3 %). Třináct respondentů (43,3 %) uvedlo, že se u nich v rodině nic nezměnilo. Výjimku tvoří jeden respondent (3,3 %), který uvedl, že by chtěl více

samostatnosti v rámci svých možností. Avšak právě rodina nejvíce pomáhala pacientovi vyrovnat se s nemocí. Stejně tomu bylo i v práci Barbory Baumanové. Lze konstatovat, že dobré rodinné vztahy jsou velmi důležité a napomáhají respondentům vyrovnat se s postižením. Z odpovědi respondentů je tedy patrné, že nemoc ovlivnila také rodinné příslušníky. Otázkou dále bylo, zda pacienti měli strach, že své rodině budou „na obtíž“. Ve výsledcích se ukázalo, že 15 respondentů odpovědělo ano a 15 respondentů ne (viz Obrázek č. 8). Z toho můžeme vyvodit, že jakékoliv onemocnění s sebou přináší situace, které mohou změnit vzájemné vztahy mezi členy rodiny (Baumanová, 2012, s. 73).

### **Průzkumná otázka č. 2: Jaký vliv má cévní mozková příhoda na psychiku člověka.**

K vyhodnocení této odpovědi byly využity otázky č. 4, 5, 9 a 11.

Většina respondentů (86 %) uvedla, že nejvíce pacienty trápí omezená hybnost končetin a to má výrazný vliv na jejich psychiku. Omezená hybnost končetin je problematickou oblastí i ve výzkumu: *Hodnocení funkční nezávislosti v denních činnostech u pacientů po cévní mozkové příhodě*, kde mají pacienti problémy především s lokomocí po rovině a chůzí. Největší obavy měli pacienti z toho, že se o sebe nepostarají. V této oblasti jim nejvíce pomohla již zmiňovaná rodina. Z výzkumu Barbory Baumanové vyplývá, že všichni její respondenti pociťují změnu v trávení volného času. Všichni respondenti uvedli, že již nemohou vykonávat stejné zájmy jako před onemocněním. Myslím si, že toto tvrzení je shodné s myšlením mých respondentů. Ti se nyní z větší části věnují především cvičení a zdokonalení své pohyblivosti. Ale věřím, že před onemocněním měli i jiné zájmy. Z průzkumu dále vyplývá, že se většina pacientů (63,3 %) při pobytu v rehabilitačním zařízení výborně cítila mezi lidmi se stejnou diagnózou, sdílela mezi sebou své pocity. Zbýlých 36,7 % respondentů uvedlo, že se cítili dobře, ale občas si mezi sebou nerozuměli. Dnes se pacienti (36 %) po psychické stránce cítí nejčastěji na stupeň tři (viz Obrázek č. 11) nebo na stupeň dva (33 %), rozdíl není tak patrný. Žádný z mých respondentů nevyužil pomoc psychologa. Toto tvrzení je rozdílné s výzkumem Barbory Baumanové, kdy její dva respondenti pomoc psychologa využili. Z průzkumného šetření tedy vyplývá, že přijetí a vyrovnání se s handicapem je zcela individuální (Bumanová, 2012, s. 74).

Vliv na psychiku by mohl mít i nedostatek informací ohledně dané nemoci. Z výzkumu Romany Chamerové vyplývá, že se edukační materiály o cévní mozkové příhodě špatně shánějí, jsou pouze v malém množství, které si pacienti během návštěvy zařízení odnesou. Edukační materiály jsou pro laickou veřejnost velmi špatně srozumitelné. Hlavním

problémem je tedy jejich nesrozumitelnost a grafická úprava (Romana Chamerová, 2011, s. 45).

### **Průzkumná otázka č. 3: Jaká je míra úzkosti u pacientů po cévní mozkové příhodě.**

V časopisu *Depression and Anxiety* byly uvedeny alarmující výsledky, co se týče léčby úzkosti a deprese. Téměř 90 % osob s úzkostí nebo depresí se totiž nedostává vhodné léčby. Vhodně léčeno je pouze 10 % osob. Mnoho lidí totiž nemá povědomí o tom, že potřebují pomoc. Potřebu pomoci si uvědomí pouze 40 % osob. Léčba úzkosti a deprese je poměrně finančně nákladná. Organizace World Mental Health uskutečnila mezinárodní studii zaměřenou na mezery v léčbě úzkostných poruch. Výzkumníci se zaměřili na přiměřenost léčby úzkostných poruch. Množství pacientů, jímž se dostane adekvátní léčby se mezi zeměmi liší. V zemích s vyšším příjmem se dostalo léčby pouhé třetině nemocných, v USA byla tato hodnota vyšší. V afrických zemích postihuje úzkost 5,3 % osob, v Evropě je to okolo 10,4 % více (Stočková, 2018).

K zjištění míry úzkosti byl použit standardizovaný dotazník Beckův inventář úzkosti. Dotazník zahrnuje 21 příznaků a pocitů, které u sebe pacienti mohli pozorovat během posledního týdne.

Z průzkumu bylo zjištěno, že většina respondentů (93 %) trpí pouze mírným stupněm úzkosti. Výjimku tvoří dva respondenti (7 %), kteří trpí středním stupněm úzkosti, ti prodělali cévní mozkovou příhodu v minulém roce. Domnívám se, že právě toto zapříčiňuje projevení se úzkosti na střední úrovni. Míra úzkosti u pacientů na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži se pohybuje ve vysokých hodnotách (66 %).

Z analýzy jednotlivých položek dotazníku vyplynulo několik zajímavých skutečností. Nejvíce rozmanitých odpovědí bylo v položce č. 3 – vratkost nohou. Tu pocíťovalo 10 respondentů (33 %) mírně, 9 respondentů středně (30 %), 8 respondentů vůbec (27 %) a nejméně respondentů (10 %) pocíťovalo příznak vážně. Další rozmanité odpovědi se nacházejí v pocitu č.1 – mrtvení nebo mravenčení. Tento příznak 13 respondentů (43 %) nepocíťovalo vůbec, 9 respondentů (30 %) mírně, 7 respondentů (23 %) středně a 1 respondent (3 %) vážně. V práci Silvie Petrúskové nejvíce dominuje neklid a nervozita. Oba tyto příznaky přiznalo v různé formě 82,02 % respondentů. V její práci vysoké procento seniorů (65,17 %) pocíťovalo strach z nejhorší události. Tento výsledek nesouhlasí s mou prací, kdy bylo zjištěno, že strachem z nejhorší události 53,3 % respondentů vůbec netrpí. Nejméně rozmanité odpovědi v mé práci vykazují příznaky a pocity zděšení, pocit na omdlení, zarudnutí

v obličeji a trávicí obtíže nebo bolesti břicha. Tyto příznaky se ve většině případů vůbec neobjevily nebo pouze mírně. Dále je zajímavé, že většina respondentů (63 %) vůbec nepocítuje strach ze smrti. Ani pacienti vyššího věku na gerontopsychiatrických oddělení z 64,04 % strach ze smrti vůbec nepocítují (Petrúsková, 2016, s.74).

V závěru diskuze lze tedy říci, že respondenti z mého průzkumu trpí úzkostí pouze v mírné míře. Jednotlivé položky průzkumu totiž ukazují, až na pár výjimek, že danými příznaky a pocity pacienti vůbec netrpěli.

## 8 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byly „Pocity úzkosti u pacientů po cévní mozkové příhodě“. Úzkost a úzkostné poruchy jsou nejčastějšími duševními poruchami v populaci. Jejich výskyt v běžné populaci se udává kolem 25 %. Jak jsem již zmiňovala v úvodu, úzkost a strach mohou výrazně ovlivnit průběh nemoci. Jednalo se o průzkum s velmi nízkým počtem respondentů (30) z důvodu stanovených kritérií na začátku průzkumu. Tedy jsem do problematiky nahlédla pouze okrajově a domnívám se, že není možné tyto výsledky, jakkoliv zobecňovat.

Prvním cílem průzkumu bylo zjistit, jaký vliv má cévní mozková příhoda na rodinný život pacienta. Jak jsem předpokládala, a stejně tak je patrné z výsledků, největší oporou v průběhu nemoci byla pro pacienty rodina. Většina pacientů uvedla, že po sdělení diagnózy drží s rodinnými příslušníky více při sobě. Zároveň mě však překvapilo, že polovina respondentů měla strach, že budou rodině „na obtíž“.

Druhým průzkumným cílem bylo zjistit, jaký vliv má cévní mozková příhoda na psychiku člověka. Dalo se předpokládat, že nejvíc pacienty trápí omezená hybnost končetin, kterou se snaží zdokonalovat cvičením, a následná obava z nemožnosti se o sebe postarat. Co se týče vzájemných vztahů mezi pacienty v rehabilitačním zařízení jsem ráda, že většina pacientů se cítí výborně a sdílí spolu své pocity. Další překvapení v pozitivním slova smyslu je, že většina pacientů se po psychické stránce s odstupem času cítí dobře.

Třetím a zároveň hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit míru úzkosti u pacientů po cévní mozkové příhodě. Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že míra úzkosti u mužů do pěti let po příhodě se během výzkumu vyskytuje pouze v mírné míře. Avšak je možné, že se v období výzkumu cítili dobře a nic je netrápilo. Výrazným faktorem pro vznik úzkosti je i doba od prodělání cévní mozkové příhody. Přesto to nevysvětluje skutečnost, že pocity úzkosti pacienti vůbec nepocítují. Tento výzkum by si tedy zasloužil dlouhodobější pozorování.

Výsledky práce zašlu zúčastněným pacientům na e-mailové adresy, jak jsme se domluvili během vyplňování dotazníků. Po dohodě s vrchní sestrou rehabilitačního ústavu, budou výsledky i jí, z důvodu snahy o zvýšení kvality péče, předány.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

AKHTAR, Miriam. *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada, 2015. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4839-9.

BAKER, Roger. *Jak překonat panické ataky: příručka s okamžitým účinkem proti strachu*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4235-9.

BÁRTLOVÁ, Barbora. Hodnocení funkční nezávislosti v denních činnostech u pacientů po cévní mozkové příhodě. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*. Praha: Paido, 2011, **20**(1), 10-16. ISSN 1210-5481.

BAUMANOVÁ, Barbora. *Změny v životě lidí po cévní mozkové příhodě* [online]. Brno, 2012 [cit. 2018-07-11]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/wo817/DP-Baumova\\_Barbora.pdf](https://is.muni.cz/th/wo817/DP-Baumova_Barbora.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Lucie Procházková.

BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

DREHER, Jan. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Přeložil Leoš LANDA. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0133-7.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9

GERLICHOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ..* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHAMEROVÁ, Romana. *Kvalita edukačních materiálů týkající ch se cévní mozkové příhody* [online]. Pardubice, 2011 [cit. 2018-07-11]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/39587/ChamerovaR\\_KvalitaEdukacnich\\_PM\\_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/39587/ChamerovaR_KvalitaEdukacnich_PM_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Petra Mandysová.

KADAŇKA, Zdeněk a Martin BAREŠ. *Učebnice speciální neurologie*. 3., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5320-5.

KAMARÁDOVÁ, Dana a Ján Praško. Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. Praha 5: Galén, 2016, (4.), 153 - 158 [cit. 2017-11-15]. ISSN 1212-0383



- KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi. 3.*, dopl. vyd. Praha: Galén, c2005. ISBN 978-80-7262-347-1.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi. 3.*, aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.
- KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu.* Praha: Grada, 2010. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2456-0.
- KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum.* Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
- LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii.* Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích.* Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN isbn978-80-262-0688-0
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3708-9.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi.* Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-5822-0
- OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-87895-59-7.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-5646-2.
- PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie. 4.*, aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- PETRÚSKOVÁ, Silvie. *Specifika ošetrovatelské péče o úzkostného geriatrického pacienta.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, 84 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/37525>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Dorková, Zlatica.

- PRAŠKO CSC., doc. Mudr. Ján. Úzkostné poruchy v neurologii. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s.r.o, 2010, 19.(4.), 265 - 270 [cit. 2017-11-15]. ISSN 1803-5280
- PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN isbn978-80-7367-986-6.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
- PTÁČEK, Radek a Miroslav NOVOTNÝ. *Biofeedback v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5694-3.
- RACKOVÁ, Mudr. Sylva a Ph.D., MUDr.Luboš JANŮ PH.D.2. *Psychiatrie pro praxi: Farmakoterapie úzkosti. Máme jiné možnosti než SSRI? Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2012, 2012(4), 152 - 155. ISSN 1803-5272.
- ROBERTS, Alice M. *Kompletní lidské tělo: [unikátní obrazový průvodce]*. Praha: Knižní klub, 2012. ISBN 978-80-242-2958-4.
- SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
- Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2548-2.
- SPENCE, J. David. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-058-4.
- STOČKOVÁ, Petra. *9 z 10 osob trpících úzkostí není vhodně léčeno* [online]. 2018, 11.2. 2018 [cit. 2018-07-11]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/>
- ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1822-4.
- VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.
- Velká kniha technik učení, tréninku paměti a koncentrace*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3023-3.
- VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.

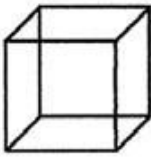
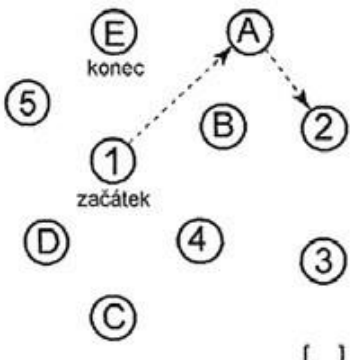
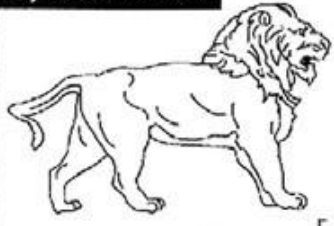
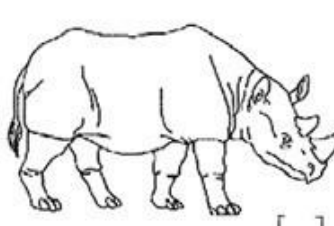
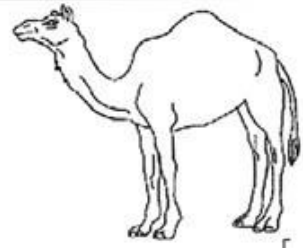
VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

WOLF, Doris. *Jak překonat strach, úzkost, paniku, fobie*. Přeložil Lucie PELÁKOVÁ. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0618-9

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

# 10 PŘÍLOHY

**MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)** JMÉNO : Datum narození :  
 Vzdělání : Pohlaví : DATUM :

<b>Prostorová orientace / zručnost</b>		 Okopírujte krychli [ ]		Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body) [ ] [ ] [ ] kontura číslice ručky		BODY _ /5		
 [ ]								
<b>Pojmenování zvířete</b>								
 [ ]		 [ ]		 [ ]		_ /3		
<b>Paměť</b>								
Přečtete řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.			TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	žádný bod
		1.pokus						
		2.pokus						
<b>Pozornost</b>								
Přečtete řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. Testovaný je má zopakovat pozpátku.		[ ] 2 1 8 5 4					_ /2	
		[ ] 7 4 2						
<b>Čtení řady písmen</b>								
Přečtete řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod. [ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB							_ /1	
<b>Množina odečtů 7 od 100</b>								
[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správně = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod							_ /3	
<b>Řeč</b>								
Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [ ] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. [ ]							_ /2	
<b>Vybavování slov</b>								
Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [ ] _____ (N > 11 slov)							_ /1	
<b>Abstrakce</b>								
Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [ ] vlak - bicykl [ ] hodinky - pravítka							_ /2	
<b>Pozdější vybavení slov</b>								
Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY		TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY	
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
Nepovinné		Jedna nápověda						
		Více nápovědí						
<b>Orientace</b>								
[ ] datum [ ] měsíc [ ] rok [ ] den [ ] místo [ ] město							_ /6	
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org		NORMA ≥ 26 / 30		<b>CELKEM</b> Přičej 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání		_ /30		

Příloha 1 Montrealský kognitivní test

## DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Zuzana Němcová a jsem studentkou třetího ročníku Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníků – *Beckův inventář úzkosti a vlastního dotazníku*, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci na téma Pocity úzkosti u pacientů po Cévní mozkové příhodě. Dotazník je zcela **anonymní**. Pokud budete mít zájem o získané poznatky a výsledky z dotazníku, ráda Vám je poskytnu.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

### 1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

### 2. Věk

- a) 30 – 40 let
- b) 41 – 50 let
- c) 51 – 60 let
- d) 61 – 70 let
- e) 71 – 80 let

### 3. Před kolika lety jste prodělal/a Cévní mozkovou příhodu?

### 4. Které následky po CMP Vás nejvíce trápí?

- a) Omezená hybnost končetin
- b) Poruchy řeči
- c) Viditelnost postižení

### 5. Z čeho jste měl/a největší obavy?

- a) Ztráta zaměstnání
- b) Nejistá budoucnost
- c) Nemožnost se o sebe postarat
- d) Jiné

### 6. Kdo Vám pomohl vyrovnat se s nemocí?

- a) Rodina
- b) Zdravotnický personál
- c) Psycholog
- d) Jiné:

### 7. Jak se změnil vztahy ve Vaší rodině po sdělení diagnózy CMP?

- a) Držíme více při sobě
- b) Jsme od sebe více odloučení
- c) Nic se nezměnilo
- d) Jiné:

**8. Měl/a jste strach, že budete rodině „na obtíž“?**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Jak se cítíte mezi lidmi se stejnou diagnózou?**

- a) Výborně, sdílím s nimi své pocity
- b) Dobře, ale občas si nerozumíme
- c) Špatně, nechci s nimi mluvit o svých pocitech

**10. Kterým zálibám se v současné době věnujete?**

- a) Trávím čas s rodinou
- b) Cvičím a zdokonaluju pohyblivost
- c) Věnuju se zaměstnání
- d) Jiné:

**11. Jak se cítíte dnes po psychické stránce v hodnocení od 1 do 5, kdy 1 znamená nejlépe a 5 nejhůře?**

**Beckův inventář úzkosti**

Dotazník obsahuje 21 položek. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu a označte křížkem vedle každého příznaku, do jaké míry Vás příznaky obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška. Vždy označte je jednu odpověď. V případě chybného označení zaškrtejte chybnou odpověď a znovu označte správnou.

	<b>Vůbec</b>	<b>Mírně</b> Moc mě to nerušilo	<b>Středně</b> Bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet	<b>Vážně</b> Stěžím jsem to vydržel(a)
1. Mrtvění nebo mravenčení				
2. Pocit horka				
3. Vratkost nohou				
4. Neschopnost odpočinku				
5. Strach z nejhorší události				
6. Závrať nebo pocit na omdlení				
7. Bušení srdce, zrychlený tep				
8. Neklid				
9. Zděšení				
10. Nervozita				
11. Pocit dušnosti				
12. Chvění rukou				
13. Třes				
14. Strach ze ztráty kontroly				
15. Namáhavé dýchání				
16. Strach ze smrti				

17. Panika				
18. Trávicí potíže nebo bolesti břicha				
19. Pocit na omdlení				
20. Zarudnutí v obličeji				
21. Pocení				

**Příloha 2 Vlastní dotazník**