

Specifika ošetrovatelské péče o úzkostného geriatrického pacienta

Silvie Petrúsková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Silvie Petrúsková**
Osobní číslo: **H13684**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče o úzkostného geriatrického pacienta**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o úzkostného geriatrického pacienta.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu subjektivního hodnocení úrovně anxiózních příznaků u geriatrických pacientů metodou dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FLOOD, Meredith a Kathleen C. BUCKWALTER. Recommendations for mental health care of older adults. Journal of gerontological nursing, 2009, vol. 35, no. 2, p. 26-34. ISSN 0098-9134.

JIRÁK, Roman. Gerontopsychiatrie. 1. vyd. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

POKORNÁ, Andrea. Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

PRAŠKO, Ján. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 413 s. ISBN 80-717-8997-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

8. ledna 2016

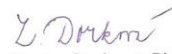
Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 3.2. 2016



¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyvášečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějšího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se zabývá problematikou úzkosti se zaměřením na úzkostné prožívání u seniorů. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy úzkost a strach, jsou zde všeobecně popsány příznaky úzkosti a její příčiny. V této části se dále zabývám problematikou stigmatizace psychicky nemocných, diagnostikou úzkostných poruch a jejich rozdělením. Dále jsou v teoretické části popsány možnosti léčby úzkosti jak farmakologické, tak nefarmakologické a psychiatrická rehabilitace. Práce se věnuje specifikům ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty s úzkostí. U této skupiny nemocných je úzkostné prožívání velmi časté a zároveň často podceňované. V praktické části je zrealizován průzkum subjektivního hodnocení úrovně anxiózních příznaků u geriatrických pacientů metodou dotazníkového šetření.

Klíčová slova: úzkost, úzkostné poruchy, senioři, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

My thesis deals with anxiety problems and is focused on anxious emotions felt by seniors. It is divided into a theoretical and practical part. In the theoretical part of my thesis, there are defined fundamental terms anxiety and fear; there are universally described symptoms and their causes. In this part, I deal with problems of stigmatization of mentally sick, and with diagnostics of anxious failures and their categorization. In the theoretical part, I described anxiety treatment possibilities, pharmacological, non-pharmacological and psychiatric rehabilitation. My thesis deals with particularities of the nursing care for anxious geriatric patients. Anxiety emotions are very frequent and also often underestimated in this group of ill patients. In the practical part, there is a research of subjective assessment of the level of anxious symptoms in geriatrics patients by the method of questionnaire investigation.

Keywords: anxiety, anxious disorders, seniors, nursing care

Poděkování

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, její čas a trpělivost.

Děkuji také všem respondentům, kteří se zapojili do průzkumného šetření.

V neposlední řadě děkuji svému manželovi, celé rodině a také všem kolegům za podporu během celého studia.

Silvie Petrúsková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče o úzkostného geriatrického pacienta“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Kroměříži 29. 4. 2016

Silvie Petrúsková

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ÚZKOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY	13
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ ÚZKOST A STRACH	13
1.2 PŘÍZNAKY ÚZKOSTI	13
1.3 PŘÍČINY ÚZKOSTI	13
1.4 ÚZKOSTNÉ PORUCHY	14
1.5 STIGMATIZACE PSYCHICKY NEMOCNÝCH	15
1.6 DIAGNÓZA ÚZKOSTNÉ PORUCHY	15
1.7 ROZDĚLENÍ ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	16
1.7.1 Agorafobie.....	16
1.7.2 Sociální fobie	16
1.7.3 Specifické (izolované) fobie	17
1.7.4 Panická porucha	17
1.7.5 Generalizovaná úzkostná porucha.....	17
1.7.6 Smíšená úzkostně depresivní porucha	18
1.8 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	18
2 LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH	19
2.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	19
2.1.1 Antidepresiva	19
2.1.2 Anxiolytika.....	20
2.2 PSYCHOTERAPIE	20
2.2.1 Kognitivně behaviorální terapie	21
2.2.2 Skupinová psychoterapie	22
2.3 REHABILITACE V PSYCHIATRII.....	22
2.3.1 Kinezioterapie	23
2.3.2 Ergoterapie	23
2.3.3 Arteterapie.....	24
2.3.4 Muzikoterapie	24
2.3.5 Dramaterapie	24
2.3.6 Reminiscenční terapie	25
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ÚZKOSTNÉHO PACIENTA	26
3.1 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE U PACIENTA S ÚZKOSTÍ	27
3.2 OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE	27
4 ÚZKOSTNÉ PORUCHY V SENIORSKÉM VĚKU	29
4.1 STRESORY PŮSOBÍCÍ NA SENIORY	29
4.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O GERIATRICKÉ PACIENTY S ÚZKOSTÍ	29
4.2.1 Znaky úzkosti u seniorů	30
4.2.2 Doporučený způsob intervence	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 METODIKA PRŮZKUMU	34

5.1	CÍLE PRŮZKUMU.....	34
5.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU	34
5.3	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	35
6	DISKUZE	74
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	78
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM TABULEK.....	82
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

Stáří je přirozenou etapou lidského života. Většina lidí si říká, že s odchodem do důchodu bude mít konečně čas na své koníčky, rodinu a vnoučata, zvolní rychlé tempo tak typické pro dnešní uspěchanou dobu, bude cestovat a užívat si zaslouženého odpočinku. Odchod do důchodu je období změn. Často se však stává, že těch změn je na jednoho člověka až příliš mnoho. Přicházejí první zdravotní problémy, člověk musí více šetřit, přichází o některé sociální kontakty, bojí se ztráty soběstačnosti a tím závislosti na někom druhém. Samota a ztráta nezávislosti lidí v seniorském věku velmi stresují a mohou vést k rozvoji úzkosti.

Problematiku úzkosti u pacientů v seniorském věku jsem si vybrala jako téma své bakalářské práce z toho důvodu, že se mi zdá toto téma důležité a zároveň se o této problematice příliš nemluví. Pracuji na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, kde se s úzkostnými pacienty velmi často setkávám.

Úzkostní pacienti většinou přicházejí do nemocnice s nejrůznějšími somatickými potížemi, jsou skleslí a rozladění z toho, že se necítí dobře, ale nikdo nezjistil proč. Často si stěžují na odměřené chování zdravotníků, kteří jim jejich potíže nevěří. Svými stálými stezky obtěžují i rodinu a všichni je považují za „hypochondry.“ Tito pacienti jsou pesimističtí, často nevěří tomu, že by jim právě na psychiatrii mohli pomoci, protože si obvykle své potíže vůbec nespojují s úzkostí.

Pro práci s úzkostnými pacienty je velmi důležitý individuální empatický přístup sestry k pacientovi založený na vzájemné důvěře. A právě v tom, jak k těmto pacientům přistupovat, vidím velkou slabinu našeho zdravotnictví. Zdravotníci většinou nemají na své pacienty dostatek času a příznaky úzkosti nedokážou rozpoznat. V této oblasti je stále co zlepšovat.

V teoretické části mé bakalářské práce je nejdříve problematika úzkosti popsána všeobecně, v další části pak se zaměřením na seniory, kteří úzkostmi trpí velice často. Jsou zde uvedeny doporučené postupy, jak s úzkostnými pacienty pracovat. V praktické části jsem hodnotila míru úzkostného prožívání u hospitalizovaných geriatrických pacientů. Zaměřila jsem se na jednotlivé příznaky a také na to, jaké faktory nejvíce rozvoj úzkosti ovlivňují.

Ráda bych, aby tato práce přispěla k větší informovanosti zdravotníků, jak úzkost u pacienta rozpoznat a jakým způsobem k úzkostným pacientům přistupovat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚZKOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkost, stejně jako strach, jsou emoce, tedy duševní stavy doprovázející naše prožívání. Jsou to běžné lidské pocity, podobně jako láska, radost, nebo zlost. Tyto emoce jsou pro člověka nepříjemné, ale mají pro něho i pozitivní význam. Objevují se v situacích, které vyhodnotíme jako nebezpečné (Morschitzky, Sator, 2014, s. 12). Jsou to adaptivní reakce, které zbystřují smysly, mobilizují síly a umožňují organismu rozpoznat hrozící nebezpečí a ubránit se mu. Tyto emoční reakce jsou doprovázeny tělesnými projevy. Pokud se objevují přiměřeně, jsou to emoce užitečné. Teprve tehdy, když jsou příliš časté, trvají déle, než je obvyklé a jejich intenzita není přiměřená situaci, nastává problém. V případě úzkostí hovoříme o úzkostných (anxiozních) poruchách, v případě strachu o fobiích. (Praško, 2005, s. 10-13)

1.1 Vymezení pojmů úzkost a strach

Mezi úzkostí a strachem je ten rozdíl, že úzkost nemá přesně danou příčinu. Příčina se nedá přesně definovat. Člověk neví, čím je ohrožen, cítí však nebezpečí, napětí. Oproti tomu strach je reakce na konkrétní situaci nebo objekt. Strach i úzkost mohou mít různou intenzitu. (Praško, 2005, s. 13)

1.2 Příznaky úzkosti

Úzkost se může projevovat v několika oblastech. Projevuje se tělesnými příznaky, jako je svalové napětí, bušení srdce, tachykardie, změny krevního tlaku, zrychlené dýchání. Současně člověk pociťuje obavy, má pocity bezmocnosti, strach z toho, že se stane „něco hrozného“, setrvává v nebezpečném očekávání. Navenek se úzkostný člověk může projevovat buď strnutím až nehybností, nebo třesem, vyhýbáním se situacím, jež u něj vyvolávají úzkost, útekovými reakcemi. (Morschitzky a Sator, 2014, s. 16-17) Někdy se projeví jen nervozitou, mohou však nastat i stavy hrůzy a paniky. Úzkost buď volně plyne, nebo se objevuje záchvatovitě (Praško, 2005, s. 13).

1.3 Příčiny úzkosti

Přesné příčiny úzkosti nejsou zcela známé. Víme, že se na jejím vzniku podílí více faktorů.

- **Vrozené faktory** - v některých rodinách se úzkostné poruchy vyskytují častěji, než v jiných.

- **Biologické faktory** – úzkostné poruchy mají souvislost s nerovnováhou přenosu serotoninu na některých nervových zakončeních v mozku.
- **Vlivy výchovy v dětství** – pokud dítě nemá v rodině dostatečný pocit bezpečí, ztratí rodiče, nebo je z nějakého důvodu od něj déle odloučeno, cítí se ohroženo. Opačným případem je nadměrná péče, rozmazlování a ulevování od povinností. Dítě kopíruje vzory chování svých rodičů, takže úzkostný rodič vychová děti se sklonem k úzkosti. Také nezájem rodičů, týrání a zneužívání v dětství mají za následek rozvoj úzkostí a depresí v pozdějším věku.
- **Každodenní stresory** – častým spouštěčem úzkostných poruch je stres. Lidé vystavení stresu jsou více náchylní k rozvoji úzkostných poruch a deprese. Problémem často bývá nedostatečné plánování času, odkládání důležitých povinností, neschopnost rozlišit, co je důležité a co počká.
- **Konflikty v rolích** – k rozvoji úzkostných poruch přispívají také různé konflikty. Konflikty v rodině se mohou projevovat hádkami nebo napjatým mlčením, nejčastěji jde o konflikty v rolích mezi partnery nebo konflikty rodičů s dětmi. K neshodám často dochází také na pracovišti.
- **Vliv životních událostí** – závažná životní událost často předchází rozvoji úzkostné poruchy. Může to být např. ztráta partnera, změna zaměstnání, změna role (Praško, ©2005-2011)

1.4 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy jsou jedny z nejčtenějších duševních poruch. Po závislostech na návykových látkách, které tvoří 26,6 %, jsou úzkostné poruchy druhé nejčastější. Představují 24,9 %. Na třetím místě s 19,3 % jsou pak afektivní poruchy (Alonso et al., 2004 cit. podle Praško, 2005, s. 9). Praktičtí lékaři jsou často prvními, kteří se setkávají s pacienty, stěžujícími si na nejrůznější somatické potíže od bušení srdce, přes závratě, dušnost, nevolnost bez zjištěné příčiny, nebo se strachem ze situací, které obvykle strach nevyvolávají. Úzkostné poruchy významným způsobem snižují kvalitu života nemocného, omezují jeho výkonnost a zhoršují vztahy v rodině. Přesto, že se jedná o onemocnění časté a výrazně člověka omezující, řada pacientů zůstává nediagnostikována a v důsledku toho adekvátně neléčena. (Praško, 2005, s. 9-13)

Úzkostné poruchy mohou vyústit až do suicidia, riziko se zvyšuje významně při kombinacích s depresí. Riziko suicidia u úzkostných pacientů významně zvyšuje také nadužívání alkoholu. (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 69)

1.5 Stigmatizace psychicky nemocných

Pacienti s úzkostnou poruchou mají strach ze stigmatizace. Potlačují často psychickou stránku svých problémů, snaží se najít jiné vysvětlení svých potíží. Jejich pozornost bývá zaměřena zejména na somatické projevy úzkosti. Tito pacienti mají pocit, že somatické onemocnění bude okolím lépe vnímáno, bojí se odmítnutí ze strany ostatních. Především pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou (dále jen GAD) se cítí nervózně, snaží se kontrolovat své projevy nervozity, ale psychiatra často nenavštíví. Také okolí pacienta si často neuvědomuje, že by jejich blízký mohl trpět psychickou nemocí, jeho nadměrné obavy a starosti považuje za povahu pacienta. (Praško, 2005, s. 63)

Stigmatizace výrazným způsobem znesnadňuje v mnoha ohledech cestu k pomoci. Psychiatrie je často veřejností vnímána negativně a v minulosti byla občas některými systémy zneužívána (např. za nacismu, komunismu). Veřejnost často psychiatrická onemocnění nepovažuje za nemoci v pravém slova smyslu. Psychiatrický pacient získává „nálepku blázna“ a okolí se na něj dívá s despektem. Stigmatizace je závažným problémem, jenž řadu nemocných odradí od léčby. Aby se tomuto problému předešlo, je nutná informovanost veřejnosti a zdravotní výchova. Jedině dostatek informací může změnit postoje veřejnosti. (Praško, 2005, s. 64)

1.6 Diagnóza úzkostné poruchy

Všechny typy úzkosti mohou mít některé společné příznaky. Jednak příznaky psychické – zlé předtuchy, pocit bezmoci, strach a obavy, únava, snížená koncentrace, jednak příznaky fyzické – zrychlená srdeční akce, bušení srdce, zrychlené dýchání a pocit dušnosti, třes, pocení, pocit sevření žaludku, nevolnost nebo průjem.

Ke stanovení diagnózy úzkostné poruchy je nutno vyloučit všechny tělesné příčiny. Musí být zjevné projevy úzkostné poruchy, odlišitelné od normální úzkosti a vyloučena jiná psychická porucha, např. deprese. Typ úzkosti se určuje podle toho, jestli úzkost je, nebo není závislá na situacích nebo objektech, jestli je volně plynoucí, trvalá, nebo probíhá v záchvatech. (Morschitzky, Sator, 2014, s. 29)

Základem diagnózy je tedy psychiatrická anamnéza, tělesná anamnéza, celkové vyšetření včetně laboratorních odběrů, EKG, případně EEG vyšetření. Při psychiatrickém vyšetření si lékař všímá, v jaké situaci úzkost vzniká, čeho se pacient obává, jaké tělesné příznaky se u něj objevují, čemu se pacient vyhýbá, jestli mu pomáhají nějaké vlastní obranné strategie. Dále se lékař zajímá, v čem pacienta úzkost omezuje v běžném životě, jak narušuje např. rodinný život, pracovní vztahy, zájmové aktivity apod. K upřesnění se dají použít dotazníky, které však neslouží ke stanovení diagnózy, ale ke zhodnocení závažnosti příznaků. Používá se např. posuzovací stupnice Sheehanova, Hemiltonova nebo Beckova. (Vymětal et al., 2007, s. 297-298)

1.7 Rozdělení úzkostných poruch

Úzkostné poruchy byly dříve zařazeny do jedné velké skupiny pod společným názvem neurózy. Dnes jsou klasifikovány podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 (MKN-10, 1992). Podle ní úzkostné poruchy rozdělujeme na dvě hlavní skupiny, fobické úzkostné poruchy (agorafobie, sociální fobie, specifické fobie, jiné fobické úzkostné poruchy, fobická úzkostná porucha nespecifická) a jiné úzkostné poruchy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, jiné smíšené úzkostné poruchy, jiné specifikované úzkostné poruchy a úzkostná porucha nespecifikovaná. (Praško, 2005, s. 61)

1.7.1 Agorafobie

Agorafobie je strach z otevřených prostor, z většího množství lidí, z opuštění domova, často z cestování v hromadné dopravě. Je častější u žen, typické je vyhýbání se situacím, které fobii vyvolávají. Dále se projevuje vnitřním neklidem, závratěmi, vegetativními projevy, jako je bušení srdce, tachykardie, pocení, sucho v ústech. Časté jsou bolesti na hrudi, třes celého těla, dyspeptické potíže. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 243)

1.7.2 Sociální fobie

U sociální fobie se úzkost omezuje na určité sociální situace. Člověk se vyhýbá těmto situacím, společnosti, má strach ze zvědavých pohledů, má nízké sebevědomí. Sociální fobie může vést až k sociální izolaci. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 243- 244).

1.7.3 Specifické (izolované) fobie

U specifických fobií je úzkost omezena na určitou situaci, nebo objekt. V dřívější psychiatrii byly popisovány stovky různých fobií, např. fobie z pavouků – arachnofobie, fobie z výšek – akrofobie, fobie z ostrých předmětů – aichmofobie apod. V dnešní psychiatrii není tolik důležité, co je objektem strachu, ale to, že se jedná o tuto poruchu, aby mohla být léčena. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 244)

Specifické fobie se mohou projevit svou intenzitou od mírné nepohody až po stavy děsu. Omezují, až znemožňují setkání s předmětem fobie a vedou k vyhýbavému chování. Postižený si sice uvědomuje, že ostatní lidé nepovažují předmět jeho fobie za nebezpečný, přesto jenom pomyslení na něj obvykle vyvolá úzkost. (Praško, 2005, s. 340)

1.7.4 Panická porucha

Pro panickou poruchu je typický opakovaný výskyt náhlé ataky výrazné úzkosti, která není způsobena žádnou konkrétní situací. Má náhlý začátek, je doprovázena vegetativními příznaky, může se vyskytnout neklid až agrese vůči sobě či okolí, délka ataky je různá. Jestliže se ataky panické poruchy vyskytly častěji ve stejném prostředí nebo situaci, vede to u pacienta k vyhýbavému chování (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 245). Při panické atace jsou subjektivní potíže tak výrazné, že je pacient často přesvědčen, že prodělal infarkt, mrtvici, nebo jiné závažné onemocnění, somatický nálezn je však v normě. Pacient bývá podroben spoustě vyšetření bez nálezu. Po prodělané panické atace má často trvalý strach z další ataky. Onemocnění je časté, stresující a pacienta výrazně omezuje. (Praško, 2005, s. 121)

1.7.5 Generalizovaná úzkostná porucha

GAD trpí 8 % populace, jedná se tedy o poruchu častou, která mnohdy není vůbec zjištěna. Pacienti často nenavštíví psychiatra, ale vyhledávají léčbu jiných lékařů, případně se „léčí“ sami doma, což často znamená užívání různých návykových látek. Z tohoto důvodu pacienti s GAD neřídka unikají správné léčbě (Hajda, Kamarádová, Praško, 2015, s. 101). Typickým projevem GAD je trvalá, volně plynoucí úzkost, která není přesně definovatelná, není omezena na konkrétní situaci ani objekt. Tato úzkost se týká starostí všedního dne a jejich zvládnání. Pacienti s GAD si dělají nadměrné starosti, jejich obavy jsou doprovázeny vegetativními příznaky (svalové napětí, závratě, nevolnost, bolest hlavy, bušení srdce, pocit sevření na hrudi, pocení, trávicí potíže s průjmy, roztřesenost). Mívají zhoršený spá-

nek, neumějí odpočívat, jsou v neustálém napětí z toho, co přijde v budoucnosti. Onemocnění může vzniknout v kterémkoliv věku, příznaky se objevují nenápadně, ale může také dojít k rychlému rozvoji příznaků v souvislosti s nějakou zátěžovou situací. (Praško, Vyskočilová in Seifertová et al., 2008, s. 232-234).

1.7.6 Smíšená úzkostně depresivní porucha

Při diagnóze smíšená úzkostně depresivní porucha se vyskytují současně příznaky úzkosti a deprese. Ani příznaků deprese, ani příznaků úzkosti není však tolik, aby mohla být stanovena diagnóza depresivní poruchy nebo některé z úzkostných poruch. Překrývání úzkosti a deprese se v praxi vyskytuje často. Pacienti se cítí unavení, mívají potíže se spánkem, bolesti hlavy, objevují se vegetativní příznaky, mají špatnou náladu, většinou přicházejí k praktickému lékaři a své potíže neumějí jasně popsat. Porucha mívá chronický průběh, pacienta velmi omezuje, často může vést k dlouhodobé pracovní neschopnosti až k invaliditě, výjimkou není suicidální jednání. (Praško, 2005, s. 221-228)

1.8 Diferenciální diagnóza úzkostných poruch

Celá řada psychických i somatických onemocnění může připomínat obraz úzkostné poruchy. Úzkostné poruchy jsou často navíc v komorbiditě s jinými psychickými poruchami, časté jsou i komorbidity s chorobou tělesnou. Úzkostné příznaky mohou být přítomny v počátečních stádiích, např. u pacientů s Parkinsonovou nemocí, cévní mozkovou příhodou (dále jen CMP), epilepsií, neuroborreliózou, nádorovými onemocněními, malnutricí apod. U žen jsou časté v souvislosti s menopauzou. Úzkostně depresivní symptomatologií se mohou projevit také počáteční stadia psychotického onemocnění. U psychotických onemocnění však důvodem strachu bývají bludy, poruchy vnímání, nebo změny kognitivní, zatímco pacient s anxiózní poruchou si uvědomuje, že jeho strachy jsou nesmyslné. Časté jsou komorbidity se závislostmi na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Délétrvající abúzus těchto látek často vede k úzkosti a depresím a také se úzkostné příznaky vyskytnou při vysazení těchto látek v rámci syndromu z vysazení. Také obsedantně-kompulsivní porucha se stejně jako anxiózní poruchy projevuje vyhýbavým chováním, ale navíc jsou zde přítomny i obsese a konvulze. Úzkostné příznaky jsou přítomny i např. při poruchách příjmu potravy, zde jsou navíc příznaky jako zvracení, užívání projímadel. Našla by se celá řada dalších komorbidit. (Vymětal et al., 2007, s. 300-302)

2 LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH

V léčbě úzkostných pacientů je hlavním cílem zmírnění úzkostných příznaků, odstranění vyhybavého chování a zvýšení schopnosti pacienta fungovat v běžném životě. Dalším cílem je zabránit sekundárním důsledkům, jako je vznik závislostí, nebo deprese. Při volbě vhodné terapie je třeba brát ohled na závažnost poruchy, úspěšnost předchozí léčby, hodnotit míru vyhybavého chování, schopnost spolupracovat a posoudit komorbidity s jinými onemocněními. Základem úspěchu je vytvoření dobrého terapeutického vztahu, protože spolupráce pacienta je velmi důležitá. Pacientovi musí být vysvětleno, že anxiózní porucha není vůlí kontrolována a nejedná se o jeho osobní slabost, ale o zdravotní problém. Stanovené cíle musí být přiměřené. Pacient musí být nabádán k trpělivosti, protože léčba je dlouhodobá a příznaky mohou odeznívat pozvolna. (Vymětal et al., 2007, s. 303)

V léčbě úzkostí se využívají farmakologické i nefarmakologické prostředky, které se často vzájemně kombinují.

2.1 Farmakologická léčba

K léčbě úzkostných poruch se používají především léky z lékových skupin antidepresiv a anxiolytik.

2.1.1 Antidepresiva

Antidepresiva jsou léky na léčbu depresí, ale mají využití i na léčbu úzkostných poruch. Výhodou je, že se mohou podávat dlouhodobě, nevznikají na ně závislosti, moderní antidepresiva mají minimum vedlejších účinků. Klasická antidepresiva (amitriptylin, imipramin, dosulepin, clomipramin) mají hodně vedlejších účinků jako je zácpa, rozmazané vidění, sedace, ortostatické kolapsy, prodloužení síňokomorového vedení. Při jejich užívání je třeba kontrolovat EKG. Klasická antidepresiva mají vysokou toxicitu a hrozí předávkování. (Vymětal et al., 2007, s. 305-306)

Lékem první volby u úzkostných poruch jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (dále jen SSRI). Jedná se o antidepresiva 3. generace, která jsou vysoce účinná s minimem nežádoucích účinků, nehrozí u nich závislosti a mohou se podávat v jedné dávce denně. Do této skupiny patří Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin (Prašková, Praško, 2005, s. 500). Existují i jiné možnosti farmakoterapie než SSRI, účinnost léčiv je různá podle typu úzkosti. Prokázána je účinnost selektivních inhibitorů zpět-

ného vychytávání noradrenalinu a serotoninu (dále jen SNRI) (Velaxin), jako léku první volby při neúčinnosti SSRI. Dále se používají další antidepresiva jiných generací – TCA (tricyklická antidepresiva), IMAO (inhibitory monoaminoxidázy), RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy), agomelatin, pregabalin. Pregabalin má u některých pacientů stejnou účinnost jako SSRI, nebo SNRI. (Racková, Janů, 2012, s. 152-154)

2.1.2 Anxiolytika

Anxiolytika jsou léky na snížení úzkosti. Dělíme je na benzodiazepiny a azapirony. Benzodiazepiny kromě anxiolytického účinku mají i antikonvulzní, sedativní a myorelaxační účinky. U léčby úzkostných poruch jsou vhodné ke zvládnutí akutních stavů, na dlouhodobé použití jsou nevhodné, neboť hrozí vznik závislosti. Dává se přednost tzv. vysoce potentním benzodiazepinům - Alprazolam (Xanax, Neuro) a Clonazepam (Rivotril). Dalšími zástupci anxiolytik jsou Diazepam (Diazepam, Seduxen, Apaurin), Oxazepam, Bromazepam (Lexaurin), Chlordiazepoxid (Radepur, Elenium, Defobin), Medazepam (Rudotel). Benzodiazepiny se musí vysazovat pomalu, protože hrozí rozvoj abstinenčních příznaků. Azapirony (Buspiron) jsou anxiolytika, u kterých je nástup účinku pomalejší, než u benzodiazepinů, má menší tlumivé účinky, nehrozí vznik závislosti ani abstinenční příznaky z vysazení. (Vymětal et al., 2007, s. 310-312)

Pro farmakologickou léčbu anxiózních poruch platí tyto obecné zásady. Protože se jedná o léčbu dlouhodobou, nejsou dlouhodobě vhodná benzodiazepinová anxiolytika, neboť hrozí vznik závislosti na těchto lécích. Benzodiazepiny by se nikdy neměly podávat déle než 4 měsíce. Lepší je podávat nebenzodiazepinová anxiolytika nebo antidepresiva. Krátkodobě je možné kombinovat anxiolytika s antidepresivy v období, než začne antidepresivum působit. V současné době platí zásada začínat nízkou dávkou antidepresiv a teprve po jednom až dvou týdnech se dávka zvyšuje. První zlepšení může nastat nejdříve za 3-6 týdnů užívání, potíže ustupují pomalu a po zlepšení je nutné pokračovat v udržovací léčbě alespoň 12-18 měsíců. Antidepresiva se nesmí vysadit najednou, postupně se vysazují nejméně po dobu jednoho měsíce. Pokud se znovu potíže objeví, je nutné pokračovat v léčbě. (Prašková, Praško, 2005, s. 500)

2.2 Psychoterapie

Podle Kratochvíla (2002, s. 13) je psychoterapie „*léčebné působení psychologickými prostředky. Využívání těchto prostředků je záměrné a plánovité.*“ Cílem psychoterapie je od-

stranění, nebo alespoň zmírnění pacientových potíží a pokud možno i příčiny. Psychoterapii nemůže provádět každý. Podpůrnou psychoterapii provádějí lékaři, psychologové a vyškolený personál. K provádění složitější psychoterapie je nutný speciální výcvik. (Kratohvíl, 2002, s. 13-14)

2.2.1 Kognitivně behaviorální terapie

Jako terapeutický směr, který dokáže rychle a efektivně pracovat s úzkostí u pacientů se jeví kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT). *„Kognitivně behaviorální terapie vznikla koncem 70. let v Anglii integrací historicky starších přístupů, behaviorální a kognitivní terapie. KBT terapeut se snaží analyzovat maladaptivní vzorce myšlení a chování, vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje, a v průběhu terapie pomáhá pacientovi změnit je na vhodnější, konstruktivnější a účinnější strategie, které zmírní či odstraní jeho negativní emoční prožívání (úzkosti, deprese).“* (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 17)

KBT úzkosti probíhá v několika krocích. Důležité je navázání terapeutického vztahu pacienta s terapeutem, který je založen na důvěře, proto se pacient může svěřit se svými starostmi a obavami. Důležitou součástí terapie je edukace. *„Pacientovi poskytujeme informace o tom, co je to úzkost (stresová reakce „útok nebo útek“), a pak na jeho vlastních příznacích vysvětlujeme vztah mezi myšlenkami, emocemi, chováním a vegetativními reakcemi a důsledky. Dostáváme se k bludnému kruhu úzkostného očekávání a projevu úzkosti.“* (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 464)

Vše je vysvětleno slovníkem pochopitelným pro pacienta. Protože je úzkost spojená se svalovým napětím a tenzí, další důležitou součástí terapie je relaxace. Je to dovednost, kterou je možné získat postupným nácvikem. KBT používá Schultzův autogenní trénink a Jakobsonovu progresivní relaxaci. Pro potřeby KBT a práci s úzkostí je velmi vhodná zkrácená tzv. Östova progresivní relaxace. Je to technika, kterou bez problémů může s pacienty provádět nejen terapeut, ale i školený zdravotnický personál. (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 162-163)

V souvislosti s relaxací je možno uvést další techniku vedoucí k uvolnění a snížení úzkosti: imaginaci bezpečného místa (pacient se v imaginaci vrací na místo, kde se cítil bezpečně, prožíval radostné chvíle – tyto představy vedou ke snížení napětí a úzkosti, relaxaci). Důležitý je také nácvik tzv. kontrolovaného dýchání (tzv. břišní uvolňující dýchání), které pomáhá zvládnout situace vyvolávající úzkost. Toto zklidňující dýchání je s pacienty opět

schopen provést i SZP (střední zdravotnický pracovník). (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 167)

Ostatní metody vyžadují dlouhodobý psychotherapeutický výcvik KBT. Pro ilustraci uvádím tzv. kognitivní restrukturalizaci, metodu zaměřenou ke snížení úzkosti. „*Terapeut s pacientem pracuje společně na identifikaci pacientova úzkostného pohledu na události, hodnotí přiměřenost tohoto pohledu pomocí logiky a důkazů a vytvoření alternativní perspektivy, které mohou být použity, kdykoliv pacient zjistí obavy, úzkost či kognitivní interpretace, které vedou k nárůstu pocitů ohrožení – změna automatických úzkostných myšlenek, představ, meta-kognicí (myšleny o myšlenkách) a postojů vede ke zmírnění úzkosti. Tato změna vyžaduje 4 základní kroky:*

1. *spojit emoční reakce s automatickými myšlenkami,*
2. *rozpoznat automatické myšlenky, meta-kognice a dysfunkční postoje,*
3. *testovat jejich pravdivost, pragmatičnost a důsledky chování,*
4. *najít adaptivní myšlenky a postoje.* (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 465)

Používaná je také metoda behaviorálního experimentu, expozice, plánování činnosti a sebeodměňování, změny kognitivních schémat v imaginaci a nácvik sociálních dovedností.

2.2.2 Skupinová psychoterapie

Metody KBT lze používat nejen v individuální terapii, ale také v terapii skupinové. Skupinová terapie má několik zjevných výhod: je časově úsporná – pokryje větší množství pacientů, ti mají možnost sdílet své zkušenosti, učit se jeden od druhého, vyjadřovat si podporu. Důležitá je také tvorba kontaktů, tzv. společenské sítě a vedle vytvoření formálních vztahů také vytvoření vztahů neformálních, které mohou přetrvávat i po skončení terapie. Při skupinové terapii je důležité dbát na výběr pacientů (indikace a kontraindikace jsou dány diagnózou a závažností příznaků nemoci). Důležitá je individuální příprava. Je důležité informovat pacienta, co se od něj bude očekávat, vysvětlit mu jeho roli ve vztahu k ostatním členům skupiny. Vysvětlit mu možnosti terapie a smysl jednotlivých terapeutických aktivit. (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 256 – 257)

2.3 Rehabilitace v psychiatrii

Cílem rehabilitace je zařadit člověka s porušeným zdravím do aktivního života. Léčebná rehabilitace je obecně soubor opatření, kterými se snažíme obnovit poškozené funkce,

zlepšit je, zpomalit progresi, nahradit ztracené funkce a dosáhnout maximální možné nezávislosti. Léčebná rehabilitace (dále jen LR) se dělí na kinezioterapii, což je léčba pohybem a fyzikální terapii, v té se využívá fyzikálních a přírodních prostředků. Jak kinezioterapii, tak fyzikální terapii provádějí fyzioterapeuti a mají společný název fyzioterapie. Nedílnou součástí léčebné rehabilitace je ergoterapie, která na práci fyzioterapeuta navazuje. Jedná se o pohybovou a edukační léčbu k obnovení a udržení tělesné a psychické kondice, aby bylo u pacienta dosaženo co nejvyššího možného stupně nezávislosti. Ergoterapie je prováděna ergoterapeuty. (Klusoňová, 2011, s. 7-8).

Cílem psychiatrické rehabilitace je posílit u pacienta vlastní dovednosti a schopnosti. Psychiatrická rehabilitace se snaží pacientovi dávat naději do budoucna, vyzdvihuje význam práce a smysluplnost denních aktivit. (Kolář et al., 2009, s. 663-664).

2.3.1 Kinezioterapie

Cílem kinezioterapie u úzkostných poruch je nejen snížit anxieta a depresi, ale také ověřovat vlastní schopnosti. Na snížení úzkosti jsou vhodné relaxační programy k tlumení podráždění, v období doléčování pak sportovně zaměřená cvičení s cílem zvýšení fyzické a psychické odolnosti. (Kolář et al., 2009, s. 675)

2.3.2 Ergoterapie

Ergoterapie se v psychiatrii uplatňovala už v historii. Už po francouzské revoluci francouzský lékař Phillipe Pinel zaměstnával psychicky nemocné prací a léčil je psychoterapií. U nás se psychiatrickou rehabilitací zabýval prof. dr. Karel Schroff, který byl od r. 1920 ředitelem Zemského ústavu pro duševně choré v Praze a jeho nástupce dr. Riedl. Provozovali dílny různého zaměření, zahradnictví, k léčbě využívali hudbu, tanec, pořádali různé výlety a vzdělávací akce, součástí ústavu byla velká knihovna. Sociální a pracovní rehabilitace je nedílnou součástí léčby i dnes. Ergoterapie v psychiatrii formou zaměstnávání pomáhá pacientům vyplnit čas, napomáhá zavést pravidelný denní režim, udržet aktivitu a zlepšit kondici. Provádí se individuálně, nebo ve skupinách. (Klusoňová, 2011, s. 187-188)

V léčbě neurotických poruch má ergoterapie své uplatnění. Musí být respektován typ neurózy. Personál při práci s pacientem vysvětluje nutnost spolupráce, znalosti podstaty onemocnění a změny postojů. U úzkostných pacientů s různými vegetativními projevy je třeba zajistit klidné, nehlukné prostředí, práce nesmí být pro pacienta vyčerpávající, nemá

být termínovaná. Vhodné jsou samostatné tvůrčí činnosti v příjemném prostředí (Klusoňová, 2011, s. 191-192). Pacienti si např. v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži mohou vybrat z velkého množství aktivit. K dispozici je dílna zahradnicko - dřevařská, dřevařská, výtvarná, keramická, textilní, košíkářská a dílna kombinovaných technik.

2.3.3 Arteterapie

Arteterapie je forma psychoterapie, léčba pomocí výtvarného umění. Rozděluje se na arteterapii receptivní a produktivní. Receptivní arteterapie znamená vnímání terapeutem záměrně vybraného uměleckého díla. Pacient se učí lépe chápat své nitro. Patří sem návštěvy galerií a výstav. Produktivní arteterapie využívá tvůrčí činnost – kreslení, modelování, malování s využitím různých technik (Šicková-Fabricsi, 2002, s. 30-32). Arteterapie může probíhat individuálně, nebo ve skupinách. Při individuální arteterapii se terapeut plně věnuje jen jednomu klientovi, při skupinové arteterapii pracuje se skupinou klientů s podobnými problémy. Je to pro terapeuta náročnější, ale výhody jsou v tom, že klienti mají pocit sounáležitosti a terapeut za stejný čas může pomoci více lidem (Šicková-Fabricsi, 2002, s. 43-44). Prostřednictvím výtvarné činnosti může pacient vyventilovat nepříjemné emoce, uvolňuje se svalové i psychické napětí. Využití je u pacientů s různými psychickými poruchami, závislostmi, v terapii dětí, seniorů, autistických pacientů, mentálně retardovaných pacientů apod. U anxiózních pacientů se arteterapie často využívá. (Vymětal et al., 2007, s. 274-277)

2.3.4 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá k léčení hudbu, a to buď poslech, nebo její aktivní provozování. Hudba výrazně ovlivňuje náladu člověka a jeho pocity. Má vliv na zmírnění úzkostného prožívání, využívá se pro zredukování hladiny úzkosti u všech typů psychiatrických onemocnění, ale také u úzkostí při somatických onemocněních, po různých lékařských zákrocích, k léčbě řečových vad, v rámci léčby kardiovaskulárních onemocnění. (Vymětal et al., 2007, s. 284-285)

2.3.5 Dramaterapie

Dramaterapie je způsob terapie, který využívá k úpravě narušených činností organismu dramatických (divadelních) prostředků (Valenta, 2007, s. 24). Může probíhat individuálně, což je v našich zemích méně časté, nebo skupinově. Dramaterapie slouží k nalezení lepšího způsobu chování v určité situaci, pomáhá ke zvládnutí úzkosti a obav v reálných situacích

v životě pacienta. Terapeut vybírá vhodné téma a podporuje spontaneitu pacientů. (Vymětal et al., 2007, s. 270-273)

2.3.6 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapií označujeme většinou rozhovor terapeuta a staršího člověka nebo skupiny seniorů o jejich minulém životě, životních zkušenostech a prožitých událostech. Při této terapii se často využívají různé pomůcky, jako fotografie, staré předměty, ale také např. filmy, nebo hudba, využívá se všech podnětů, které mohou vyvolat vzpomínky. Základem je navození příjemné atmosféry a pohody. Reminiscence má funkci oddechovou, která si klade za cíl aktivizaci seniorů, podpůrnou, která klade důraz na zlepšení psychické pohody a terapeutickou, kdy se člověk vyrovnává s životními událostmi. (Janečková, Vacková, 2010, s. 21-23)

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ÚZKOSTNÉHO PACIENTA

Ošetřovatelská péče o úzkostného pacienta má svá specifika. Velice zde záleží na osobnosti sestry. Sestra musí být empatická a ochotná pacientovi naslouchat. Moc důležité je navázání prvního kontaktu, což bývá často velmi obtížné. U hospitalizovaných pacientů bývá pro pacienta nejvíce stresující především začátek hospitalizace, zvláště před nějakým plánovaným zákrokem. Je důležité pacientovi vhodným způsobem poskytnout dostatek informací a podporu. U pacientů s mírnou úzkostí je vhodné odvést pozornost od očekávaného nepříjemného prožitku, u silně úzkostných pacientů se podávají anxiolytika dle ordinace lékaře. Je důležité umět rozpoznat pacientovu úzkost podle jejích typických projevů, jako je neklid, pocení, třes, bušení srdce, nespavost, snížení pozornosti, zrychlené dýchání apod. Důležité je těmto potížím věnovat dostatečnou pozornost a dokázat je dát do souvislosti s úzkostí. (Špatenková, Králová, 2009, s. 90)

Sestra projevuje zájem o pacienta, o jeho rodinu, o všechny problémy, které ho trápí. Získává tak cenné informace, ale svým zájmem také pacientovu důvěru. Sestra na psychiatrii musí mít dobré pozorovací a komunikační schopnosti. V žádném případě úzkostnému pacientovi nesmí dát najevo, že by ji svými problémy obtěžoval, nebo zdržoval, jeho potíže nezlehčuje, musí si dát pozor také na neverbální projevy. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 266-267)

Prvním krokem v práci sestry je posouzení pacienta. Hlavním zdrojem informací je sám pacient, pacientovi blízcí a zdravotnická dokumentace. Cenné informace získáváme pozorováním pacienta. Na psychiatrických odděleních kvalitu ošetřovatelské péče mnohem více než kde jinde ovlivňuje osobnost sestry, její pozorovací a komunikační schopnosti, způsob kladení otázek. Sestra sleduje mimo jiné např. reakce pacienta, řeč, psychomotorické tempo, náladu, postoj k onemocnění, iniciativu, únavnost. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 85-86)

Při posuzování pacienta sestra využívá hodnotící nástroje, které umožňují objektivizaci posouzení jedince, sledování vývoje nemocného v čase a ověřování efektivity ošetřovatelských intervencí. Při posuzování pacienta se zaměřuje na všechny oblasti ošetřovatelské péče, vychází ze zásad holistického přístupu k nemocnému. Kromě psychického stavu posuzuje také např. nutriční stav pacienta, mobilitu, schopnost sebezpečí a bolest. Sestra indi-

viduálně přistupuje ke každému pacientovi, u geriatrických pacientů posuzuje navíc kognitivní funkce a paměť. (Pokorná et al., 2013, s. 17)

3.1 Ošetřovatelské cíle u pacienta s úzkostí

Cíle ošetřovatelské péče o úzkostného pacienta si můžeme rozdělit z časového hlediska na cíle krátkodobé a dlouhodobé.

- **Cíle krátkodobé**
 - Pacient je dostatečně informovaný
 - Pacient je klidnější a spolupracuje
 - Pacient dokáže vyjádřit své pocity úzkosti
 - Pacient dokáže odlišit strach od úzkosti
- **Cíle dlouhodobé**
 - Pacient se naučí sledovat spouštěcí faktory úzkosti
 - Pacient se naučí postupům ke zvládnání úzkostného stavu
 - Pacient zlepší životosprávu se zaměřením na střídání denních aktivit, dostatek odpočinku a spánku

3.2 Ošetřovatelské intervence

Nedílnou součástí ošetřovatelského procesu je správně zvolený přístup, směřující k redukci úzkosti. Důležité je povzbuzování, ocenění pacientovy snahy, edukace a dostatečná informovanost, která snižuje obavy z neznámého (Špatenková, Králová, 2009, s. 91). Hlavní ošetřovatelské intervence u pacienta s úzkostí se tedy týkají hlavně komunikace a vhodného přístupu k nemocnému.

Nejdůležitější je:

- Zajistit pacientovi klidné prostředí, kde se cítí v bezpečí.
- Ujistit pacienta, že personál je zde pro něj a je ochotný ho kdykoliv vyslechnout a pomoci mu.
- Jednat s pacientem klidně a dopřát mu dostatek času na vyjádření svých pocitů.
- Umožnit pacientovi ventilovat své emoce, trpělivě naslouchat.
- Všimnout si projevů úzkosti a narůstajícího neklidu a o všech změnách informovat lékaře.
- Veškeré změny a výsledky svých pozorování pečlivě zaznamenávat do zdravotnické dokumentace.

- Sledovat vegetativní projevy úzkosti.
- Sledovat a pečlivě zaznamenávat fyziologické funkce.
- Sledovat příjem jídla a tekutin a v případě váhového úbytku kontaktovat nutričního terapeuta.
- Zajistit dostatek vhodných aktivit během dne.
- Zajistit péči ostatních členů multidisciplinárního týmu - psychologa, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, aktivizační sestry dle stavu pacienta a ordinace lékaře.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat účinky léků.
- Ve spolupráci s psychologem naučit pacienta relaxačním technikám a cvičením.
- Sledovat, jaké situace u pacienta vyvolávají úzkost.
- Vhodnými otázkami pacientovi pomoci rozpoznat faktory vyvolávající úzkost.
- Zapisovat do dokumentace chování pacienta.
- Informovat lékaře o jakékoli komplikaci nebo změně u pacienta.
- Zajímat se o sociální situaci pacienta, navázat kontakt s rodinou.
- V případě potřeby zajistit návštěvu zdravotně sociálního pracovníka na oddělení.
- Zajistit pacientovi i rodině dostatek informací srozumitelným způsobem.

Ostatní ošetrovatelské intervence se vždy odvíjejí od celkového zdravotního stavu, aby byly uspokojeny všechny pacientovy potřeby. Největší důraz je kladen na individuální přístup.

4 ÚZKOSTNÉ PORUCHY V SENIORSKÉM VĚKU

V seniorském věku mají duševní poruchy svá specifika. Senioři často nedokážou popsat dobře své pocity, je u nich častější somatizace potíží, klinický obraz duševních poruch bývá neúplně, nebo atypicky vyjádřen. Také reakce na medikamentózní léčbu bývají častěji atypické a nežádoucí účinky léků výraznější než u ostatní populace. Gerontopsychiatrickí pacienti jsou často polymorbidní, vyskytují se u nich také psychiatrické komorbidity. Stává se, že na první pohled psychiatrická diagnóza je ve skutečnosti dekompenzované somatické onemocnění. Duševní poruchy u seniorů se dají rozdělit na poruchy, které byly u jedince přítomny již v dřívějším životě a jejich klinický obraz je modifikován věkem a poruchy, které vznikly až s přibývajícím věkem. (Lužný, 2012, s. 11)

Úzkostné poruchy a fobie v seniorském věku mají prevalenci podle různých autorů 3 - 14 %. Bývají však podceňovány, zůstávají nediodagnostikovány, nebo jsou bagatelizovány a adekvátně neléčeny. Právě proto, že imitují somatická onemocnění, odvádí pozornost lékařů jiným směrem. Úzkosti u seniorů mají atypické příznaky, někdy se projeví také jako náhlé stavy zmatenosti, dezorientace, neschopnost adekvátní reakce na vzniklé situace. Chorobná úzkost bývá často u starých pacientů zamaskována užívanými léky, naopak některé léky mohou způsobit sekundární úzkost. Komorbidity s jinými duševními poruchami jsou u úzkostí v seniorském věku velmi časté, hlavně komorbidita s depresí a závislostmi. (Lužný, 2012, s. 119-120)

4.1 Stresory působící na seniory

Senioři často úzkostně reagují na podněty, které by v mladším věku úzkost nevyvolaly. Působí na ně řada stresorů. Jednou z hrozeb stáří je strach ze ztráty nezávislosti. Seniorský věk je provázen řadou změn. Dochází postupně k poklesu energie, zhoršuje se paměť. Člověk hůře zvládá dříve běžné činnosti, aktivity všedního dne jako je nakupování, vaření, úklid, návštěvy lékaře apod. Cítí se víc unavený, přibývá nemocí, které ho omezují. Kromě fyzických změn dochází též k velkým změnám v sociální oblasti. Senioři odchází do důchodu, což přináší ztrátu pravidelné činnosti, často finanční problémy, ztrátu sociálních kontaktů. Další ztrátou může být smrt partnera. (Jiráková et al., 2013, s. 24 – 25)

4.2 Ošetřovatelská péče o geriatrické pacienty s úzkostí

Odhadem 25 % dospělých starších 65 let má zkušenost s nějakou duševní chorobou. Prevalence těchto problémů znamená, že většina sester, které se starají o seniory, se někdy

v průběhu pracovní kariéry setká s pacientem trpícím duševní poruchou. Proto je důležité, aby rozuměly znakům choroby a zvládly základní intervenci určenou pro starší pacienty. Pacienti s diagnostikovanou somatickou nemocí jsou signifikantně náchylnější k tomu, aby se u nich vyvinula deprese nebo úzkost. Studie uvádějí, že u 20 - 50 % se deprese vyvine. U lidí s chronickým onemocněním je to až 80 %. Podle zahraničních výzkumů více než 11 % lidí nad 55 let trpí úzkostí. Stejně tak jako deprese je i úzkost pro pacienty ve starším věku velmi omezující. (Flood, Buckwalter, 2009, s. 26)

4.2.1 Znaky úzkosti u seniorů

Nejčastější projevy úzkosti jsou uvedeny v následující tabulce:

Tab. 1 Znaky úzkosti seniorů (Flood, Buckwalter, 2009, s. 30)

Doména	Charakteristika
Afektivita/nálada	Obavy, očekávání něčeho nepříjemného, pocit „jsem na hraně“, netrpělivost, zvýšená dráždivost
Chování/motorický neklid	Hypersenzitivita, třes, nervozita, unavitelnost, tiky očního víčka, svráštělé čelo, napjatý obličej, ošívání se, lekavost, povzdechy
Psychologické projevy	Potíže se spánkem - potíže s usnutím, přerušovaný spánek, obtíže při vstávání, pocit únavy, nechut' k jídlu, somatické bolesti, pocení, průjem, závratě, sucho v ústech, dušnost, bolesti hlavy, slabost, unavitelnost, návaly horka, časté močení, bušení srdce, točení hlavy, pocity na zvracení, zvracení, pálení žáhy, částečná nepohyblivost končetin, parestezie, zvýšení pulzu v klidu
Kognice	Distraktibilita, potíže s koncentrací, očekávání, že se stane něco špatného, strach ze ztráty kontroly, strach z omdlení, strach ze smrti, strach z onemocnění nebo zranění členů rodiny

Hodně z těchto příznaků má somatickou povahu, proto je starší lidé nedokážou spojit s distresem, ale přičítají je somatickému onemocnění. Proto je lepší, než se ptát přímo na

přítomnost úzkosti (kterou si možná ani neuvědomují) ptát se nepřímou: Jste znepokojen nebo vás zlobí hodně věcí? Je pro vás obtížné zbavit se obavných myšlenek? Co jste zrovna dělala, když jste si všimla bolesti na hrudi? Když nemůžete spát, o čem přemýšlíte?

4.2.2 Doporučený způsob intervence

Doporučený způsob intervence pro starší dospělé trpící úzkostí je uveden v tabulce č. 2. Jedná se o překlad tabulky z článku Recommendations for Mental Health Care of Older Adults z odborného časopisu Journal of Gerontological Nursing.

Tab. 2 Doporučený způsob intervence (Flood, Buckwalter, 2009, s. 31)

<i>Doména</i>	<i>Způsob intervence</i>
<i>Obecně</i>	<i>Přítomnost druhého – sdílení, dotek (jestliže pacient souhlasí), rozhovor, celkově empatické chování, díky kterému klient cítí, že v situaci není osamocený, podpora vyjádření emocí a potřeb, toho, co klienta znepokojuje, možnost klást otázky</i>
	<i>Akceptovat klientovu obranu, neodporovat, nekonfrontovat, nedohadovat se s ním</i>
	<i>Umožnit a posílit to, aby měl klient možnost vyjádřit pocity bolesti, diskomfortu, jednat tak, aby se cítil lépe (nechat ho vyplakat, vymluvit, procházet se a jinak se verbálně či neverbálně projevit)</i>
	<i>Pomoci klientovi identifikovat příčiny (spouštěče) úzkostné reakce tak, aby mohla být indikována včasná intervence</i>
	<i>Empaticky reagovat a posílit klienta v tom, že v dané situaci je jeho úzkostná reakce normální</i>
	<i>I když jsou klientovy obavy iracionální, nabídnout klientovi možnost hovořit o nich, poskytnout potřebné informace a podpořit ho v tom, aby si uvědomil souvislost s úzkostí</i>
	<i>Vyhnout se nadměrnému uklidňování a ujišťování, že se nic neděje, protože to může posílit nepatřičné obavy</i>

	<i>Zasáhnout, pokud je to možné a odstranit zdroje úzkosti</i>
	<i>Neodsuzovat klientovy obavy jako neopodstatněné</i>
	<i>Vysvětlit všechna vyšetření, aktivity a problémy, které se týkají klienta, použít k tomu přiměřené (ne medicínsky odborné) výrazy, hovořit klidně a pomalu a zkontrolovat, zda klient porozuměl</i>
<i>Kognice</i>	<i>Podporovat klienta v pozitivním přístupu a víře v sebe, jako např. aby si klient dokázal říct: „Já mohu udělat nyní tento krok,“ a „Právě teď potřebuji dýchat klidně a hluboce“</i>
	<i>Pomoci klientovi identifikovat a definovat míru úzkosti (od lehce zvládnutelné po těžce zvládnutelnou – masivní) a vybrat následně vhodnou strategii pro její zvládnutí. Malá až střední míra úzkosti podporuje učení zvládnutí situace a postupnou adaptaci, zatímco středně těžká až silná úzkost může bránit postupu a adaptaci</i>
<i>Sociální podpora</i>	<i>Podporovat zapojení do sociální sítě – komunity, což je důležitý zdroj pomoci: rodina, přátelé, sousedé, podpůrné skupiny, dobrovolníci, církve, kluby, lidé s podobnými zájmy</i>
	<i>Učit a vysvětlovat klientovi i jeho rodině příznaky úzkosti, aby mohli včas rozpoznat úzkostnou reakci a včas zasáhnout</i>
<i>Fyzická stránka</i>	<i>Masáž zad pomáhá snížit úzkost</i>
	<i>Nácvik zklidňujícího dýchání</i>
<i>Edukace</i>	<i>Naučit klienta používat taktiku odvedení pozornosti, rozptýlení, pokud je to možné</i>
	<i>Vysvětlit, že včasné přerušování úzkostných myšlenek zabraňuje jejich eskalaci</i>
	<i>Pomoci klientovi naučit se progresivní svalovou relaxaci</i>

At' už je použit jakýkoliv způsob intervence, základem je vztah mezi sestrou a pacientem. Důležitá je vzájemná důvěra a na straně sestry vysoká míra empatie.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRŮZKUMU

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní metodu šetření formou dotazníku a analýzu údajů zjišťovaných z dokumentace. V této kapitole je popsán způsob průzkumu, výběr respondentů, způsob organizace šetření, metoda zpracování získaných informací, výsledky průzkumu a jejich vyhodnocení. Získaná data jsou zpracována s využitím software Microsoft Excel. V bakalářské práci jsou použity sloupcové grafy a tabulky doplněné slovním komentářem.

5.1 Cíle průzkumu

Cíl 1: Zjistit míru úzkosti u geriatrických pacientů.

Cíl 2: Zjistit, jaké subjektivní příznaky úzkosti jsou u skupiny respondentů nejčastější a co sami pacienti považují za nejvíce obtěžující.

Cíl 3: Zjistit, jaké faktory mají největší vliv na míru úzkostného prožívání seniorů.

5.2 Charakteristika průzkumu

Mými respondenty byli geriatrickí pacienti ve věku od 65 let, hospitalizovaní na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, u kterých byly zjištěny známky úzkosti, a zároveň nebyl prokázán větší deficit kognitivních funkcí. Šetření bylo prováděno u každého z respondentů vždy v prvním týdnu hospitalizace.

Průzkumné šetření bylo realizováno od listopadu 2015 do března 2016 na odděleních 7A, 7B, 13A, 13B, 14A, 14B, 19A a 19B. Před zahájením šetření jsem písemně požádala ředitele nemocnice a hlavního ošetřovatele o souhlas s provedením dotazníkového šetření na vybraných odděleních a zajistila jsem si souhlas s umožněním přístupu k informacím. Dále jsem kontaktovala vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení a domluvila si s nimi jednotlivě schůzky. Každého z nich jsem obeznámila s tím, jaký je můj záměr. Staniční sestry vybraných oddělení mi pak pomáhaly vytipovat vhodné respondenty. Setkala jsem se s pochopením a velmi dobrou spoluprací.

K průzkumnému šetření jsem si vybrala standardizovaný dotazník – *Beckův inventář úzkosti*. Za každým pacientem jsem přišla osobně, představila se, vysvětlila jsem mu, že jsem studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a provádím průzkum, který je součástí mé ba-

kalářské práce. Požádala jsem ho o vyplnění dotazníku a zdůraznila dobrovolnost a anonymitu. Průzkumu se zúčastnilo 90 respondentů, 1 dotazník byl vyřazen, protože nebyly vyplněny všechny položky, správně vyplněných dotazníků bylo 89. Někteří pacienti vyplnili dotazník samostatně, někteří mě požádali o předčítání otázek a chtěli pomoci s vyplňováním formuláře, což bylo vzhledem k věku respondentů pochopitelné a ráda jsem jim s dotazníkem pomohla. Z tohoto důvodu byl sběr dat velmi časově náročný. Spolupráce s touto skupinou respondentů však byla výborná a pacienti byli rádi, že se o ně někdo více zajímá.

Doplňující informace o respondentech jsem zjišťovala z dokumentace pacientů, ne přímým dotazováním, protože se domnívám, že příliš dlouhý dotazník by byl pro seniory moc náročný na pozornost. Jednotlivé informace jsem rozdělila do tabulky, která je přílohou k dotazníku. Jedná se o údaje anonymní, které po zpracování nelze vztáhnout k určité osobě. Výsledky šetření jsou shrnuty a zhodnoceny v další části práce.

5.3 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Cíl 1: Zjistit míru úzkosti u geriatrických pacientů.

Pro zhodnocení cíle 1 byl použit standardizovaný dotazník - *Beckův inventář úzkosti*. Tento dotazník slouží jako nástroj subjektivního hodnocení úrovně anxiózních příznaků. Dotazník má 21 položek. U každé z nich dotazovaný označil, do jaké míry ho uvedené příznaky obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška. Respondenti u každé položky vybírali ze čtyř možných odpovědí.

A	Vůbec	1 bod
B	Mírně - Moc mě to nerušilo.	2 body
C	Středně - Bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet.	3 body
D	Vážně - Stěží jsem to vydržel (a).	4 body

Hodnocení dotazníku:**Počet bodů****Závažnost onemocnění**

Méně než 21 bodů

mírné projevy úzkosti

22 – 35 bodů

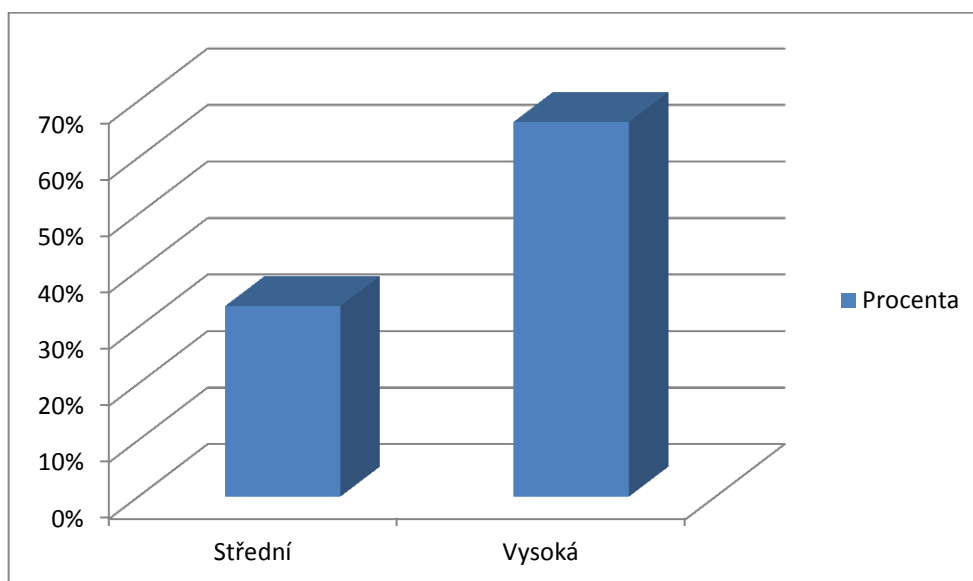
střední závažnost potíží

36 a více bodů

vysoká závažnost potíží

Tab. 3 Závažnost onemocnění

Závažnost	Počet respondentů	%
Střední	30	34%
Vysoká	59	66%
Celkový součet	89	100%

*Graf 1 Závažnost onemocnění***Komentář**

Z celkového množství respondentů 89 (100 %) hodnotilo své potíže jako středně závažné 34 % dotazovaných a 66 % respondentů hodnotilo své potíže jako vysoce závažné. Mírné projevy úzkosti nebyly u žádného z respondentů.

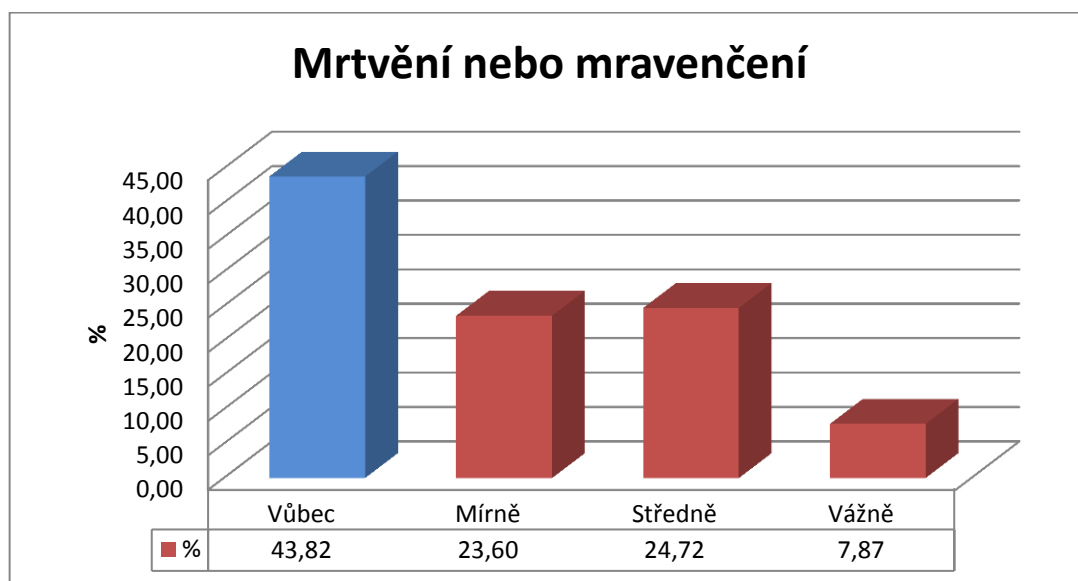
Cíl 2: Zjistit, jaké subjektivní příznaky úzkosti jsou u skupiny respondentů nejčastější a co sami pacienti považují za nejvíce obtěžující.

Hodnocení jednotlivých položek dotazníku:

Položka 1: Mrtvění nebo mravenčení

Tab. 4 Mrtvění nebo mravenčení

Odověď	Počet respondentů	%
Vůbec	39	43,82
Mírně	21	23,60
Středně	22	24,72
Vážně	7	7,87
Celkem	89	100,00



Graf 2 Mrtvění nebo mravenčení

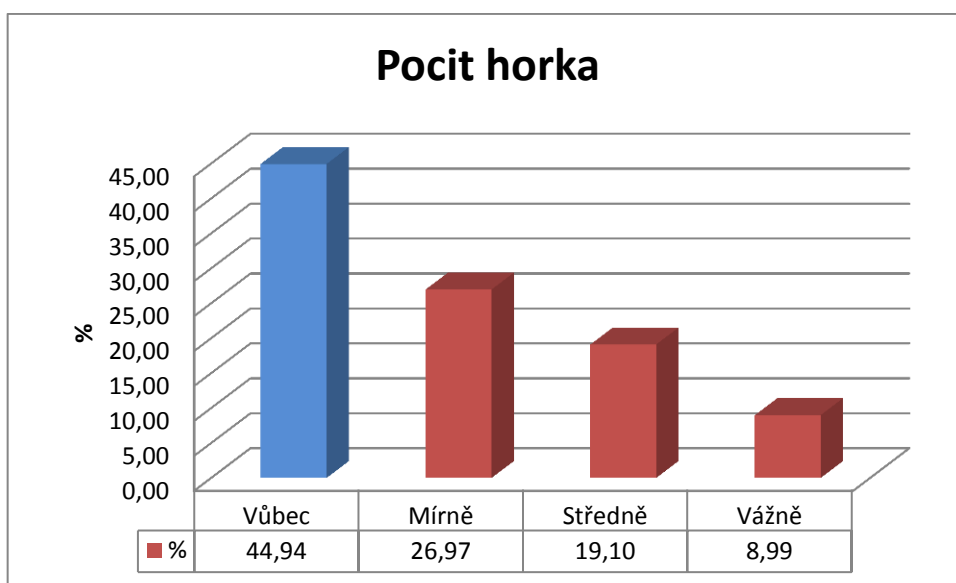
Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) uvedlo 56,18 % respondentů, že pociťovali mrtvění nebo mravenčení. Celkem 23,60 % respondentů uvedlo potíže mírné, u 24,72 % to byly potíže středně závažné a 7,87 % respondentů uvedlo, že jejich potíže byly vážné. 43,82 % respondentů mrtvění nebo mravenčení nepociťovalo.

Položka 2: Pocit horka

Tab. 5 Pocit horka

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	40	44,94
Mírně	24	26,97
Středně	17	19,10
Vážně	8	8,99
Celkem	89	100,00



Graf 3 Pocit horka

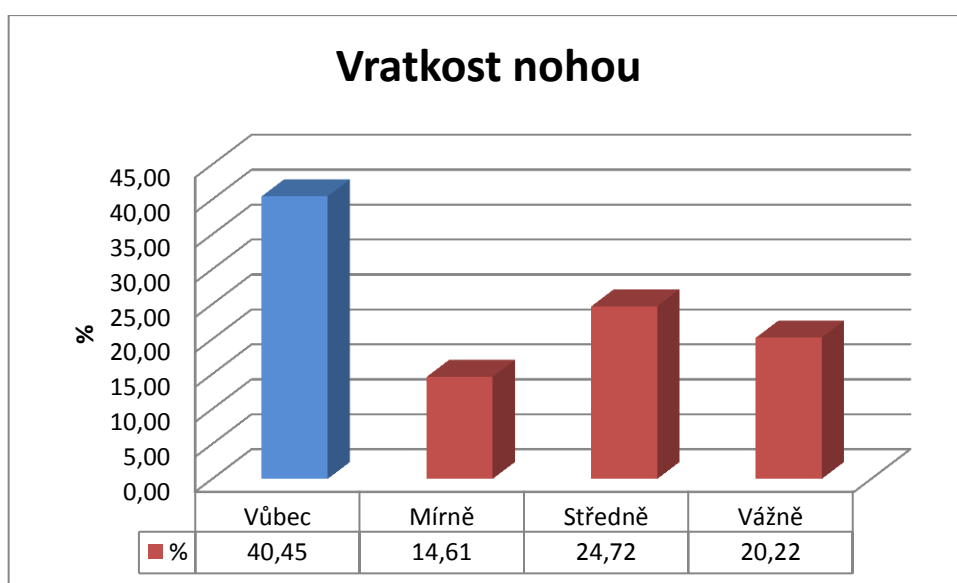
Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) uvedlo 55,06 % respondentů, že měli pocit horka. Celkem 26,97 % respondentů uvedlo potíže mírné, u 19,10 % dotazovaných to byly potíže středně závažné a 8,99 % respondentů uvedlo, že jejich potíže byly vážné. 44,94 % respondentů uvedlo, že pocit horka neměli.

Položka 3: Vratkost nohou

Tab. 6 Vratkost nohou

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	36	40,45
Mírně	13	14,61
Středně	22	24,72
Vážně	18	20,22
Celkem	89	100,00



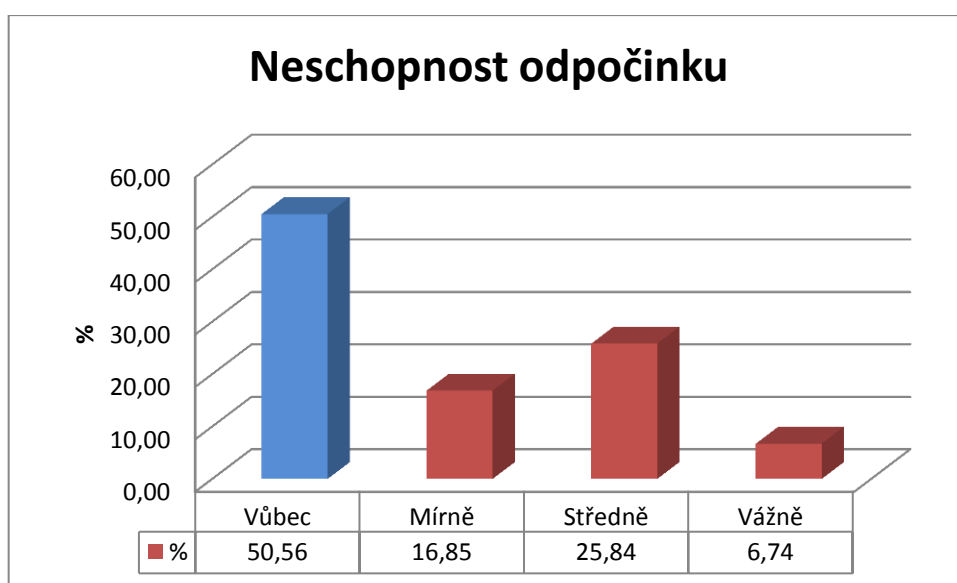
Graf 4 Vratkost nohou

Komentář

Z celkového množství respondentů 89 (100 %) uvedlo 59,55 %, že je trápí vratkost nohou. Mírně závažné potíže mělo 14,61 % dotazovaných, středně závažné potíže byly u 24,72 % respondentů a 20,22 % respondentů označilo své potíže jako vážné. 40,45 % dotazovaných uvedlo, že vratkost nohou neměli.

Položka 4: Neschopnost odpočinku*Tab. 7 Neschopnost odpočinku*

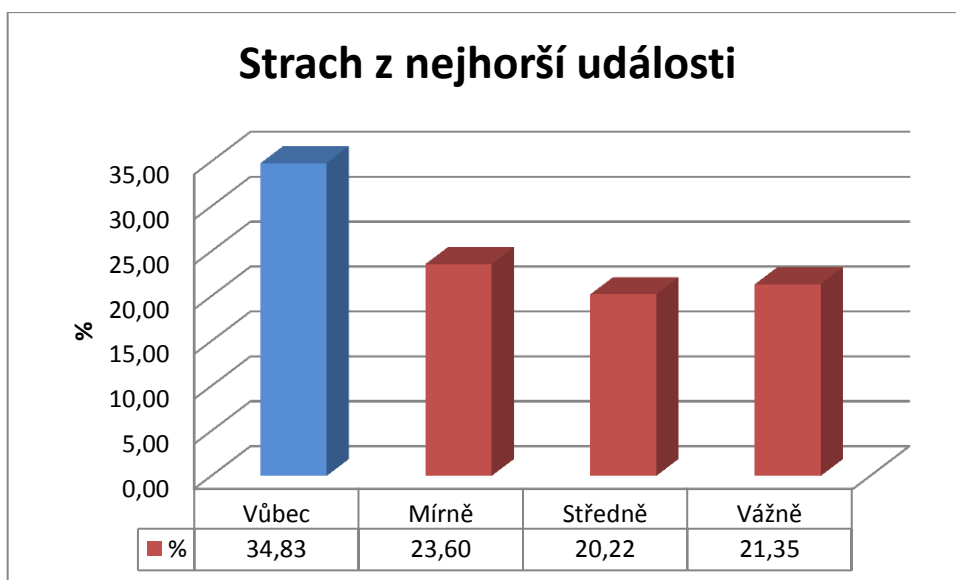
Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	45	50,56
Mírně	15	16,85
Středně	23	25,84
Vážně	6	6,74
Celkem	89	100,00

*Graf 5 Neschopnost odpočinku***Komentář**

U této položky z celkového počtu respondentů 89 (100 %) uvedlo 49,44 %, že nejsou schopni odpočívat. Jako mírně obtěžující své potíže označilo 16,85 % dotazovaných, jako středně závažné potíže 25,84 % respondentů a 6,74 % respondentů označilo své potíže jako vážné. 50,56 % respondentů tyto potíže nemělo.

*Položka 5: Strach z nejhorší události**Tab. 8 Strach z nejhorší události*

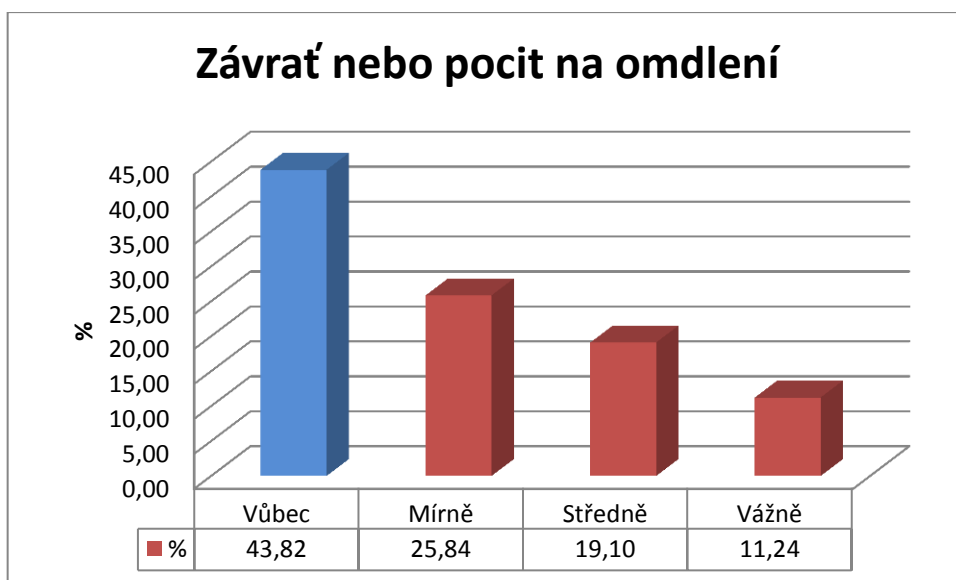
Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	31	34,83
Mírně	21	23,60
Středně	18	20,22
Vážně	19	21,35
Celkem	89	100,00

*Graf 6 Strach z nejhorší události***Komentář**

Z celkového počtu 89 (100 %) respondentů uvedlo 65,17 %, že trpí strachem z nejhorší události. U 23,60 % byly potíže mírné, 20,22 % označilo své potíže jako středně závažné a 21,35 % jako potíže závažné, které se sotva daly vydržet. 34,83 % respondentů strach ze zlé události nepocíťovalo.

Položka 6: Závrať nebo pocit na omdlení*Tab. 9 Závrať nebo pocit na omdlení*

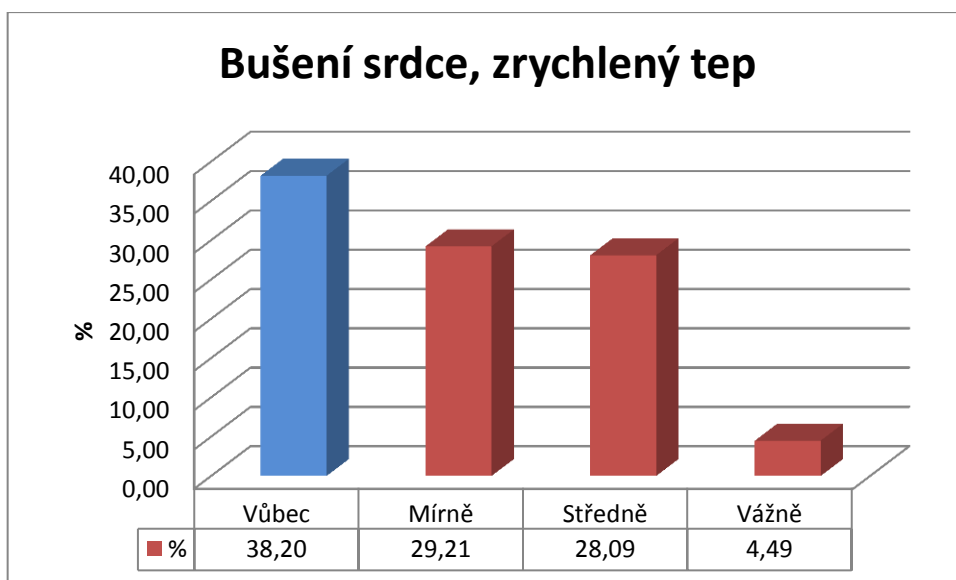
Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	39	43,82
Mírně	23	25,84
Středně	17	19,10
Vážně	10	11,24
Celkem	89	100,00

*Graf 7 Závrať nebo pocit na omdlení***Komentář**

Závratěmi nebo pocity na omdlení trpělo 56,18 % respondentů z celkového počtu 89 (100 %). 25,84 % respondentů označilo své potíže jako mírné, za středně závažné je považuje 19,10 % dotazovaných a 11,24 % respondentů označilo své potíže jako vážné. Závratěmi nebo pocity na omdlení netrpělo 43,82 % dotazovaných.

Položka 7: Bušení srdce, zrychlený tep*Tab. 10 Bušení srdce, zrychlený tep*

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	34	38,20
Mírně	26	29,21
Středně	25	28,09
Vážně	4	4,49
Celkem	89	100,00

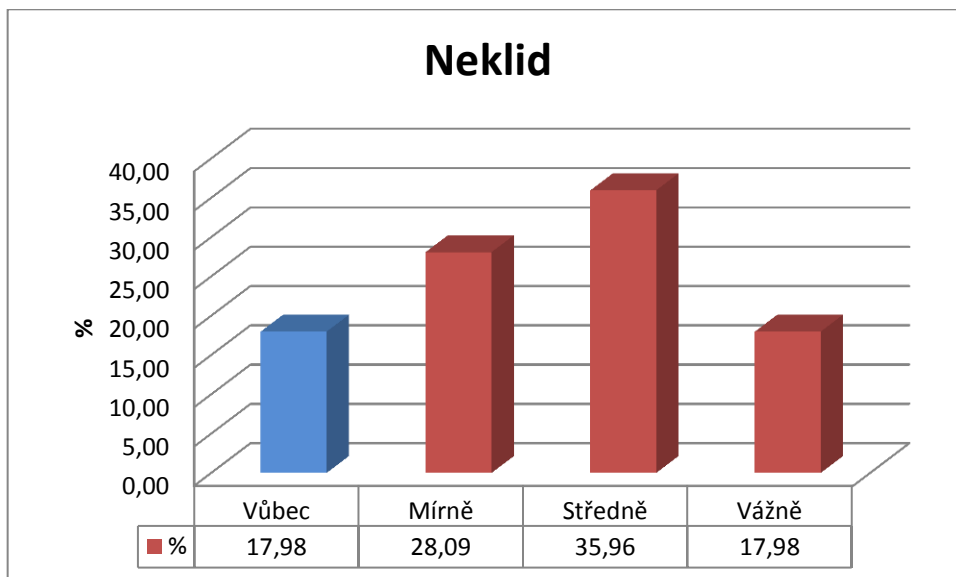
*Graf 8 Bušení srdce, zrychlený tep***Komentář**

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) mělo bušení srdce a zrychlený tep 61,80 %. Mírné potíže uvedlo 29,21 % respondentů, jako středně závažné je označilo 28,09 % respondentů a vážné potíže uvedlo 4,49 % dotazovaných. 38,20 % dotazovaných takové potíže nemělo.

Položka 8: Neklid

Tab. 11 Neklid

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	16	17,98
Mírně	25	28,09
Středně	32	35,96
Vážně	16	17,98
Celkem	89	100,00



Graf 9 Neklid

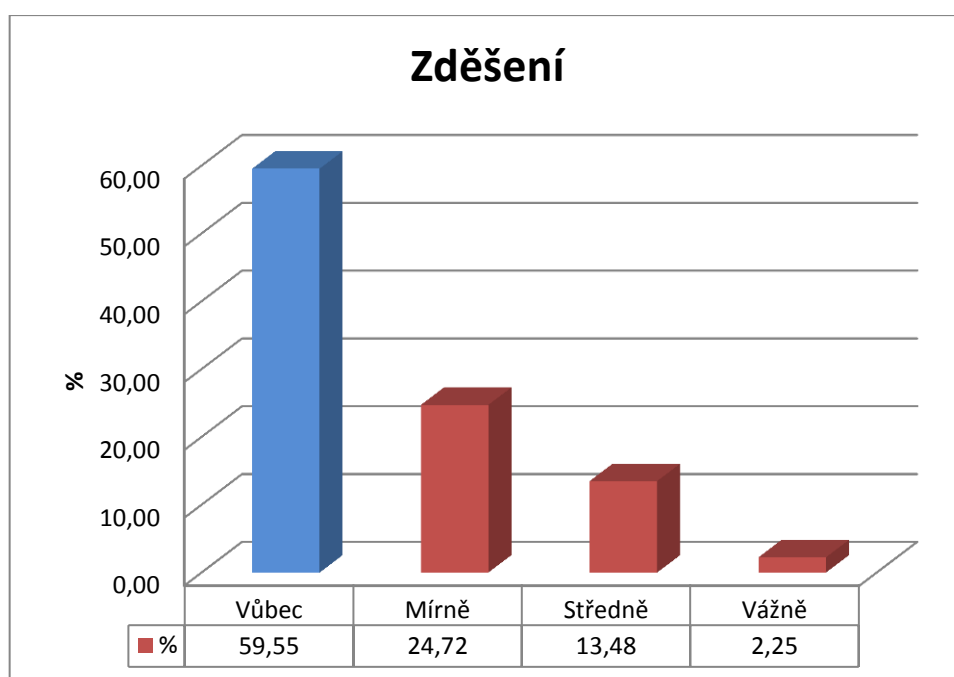
Komentář

Neklid se ukázal jako velmi frekventovaný problém. Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) ho pocíťovalo celkem 82,02 % dotazovaných. Mírné potíže přitom uvedlo 28,09 % respondentů, nejvíce dotazovaných – 35,96 % označilo své potíže jako středně závažné a 17,98 % respondentů mělo vážné potíže. Pouze 17,98 % neklid nepocíťovalo.

Položka 9: Zděšení

Tab. 12 Zděšení

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	53	59,55
Mírně	22	24,72
Středně	12	13,48
Vážně	2	2,25
Celkem	89	100,00



Graf 10 Zděšení

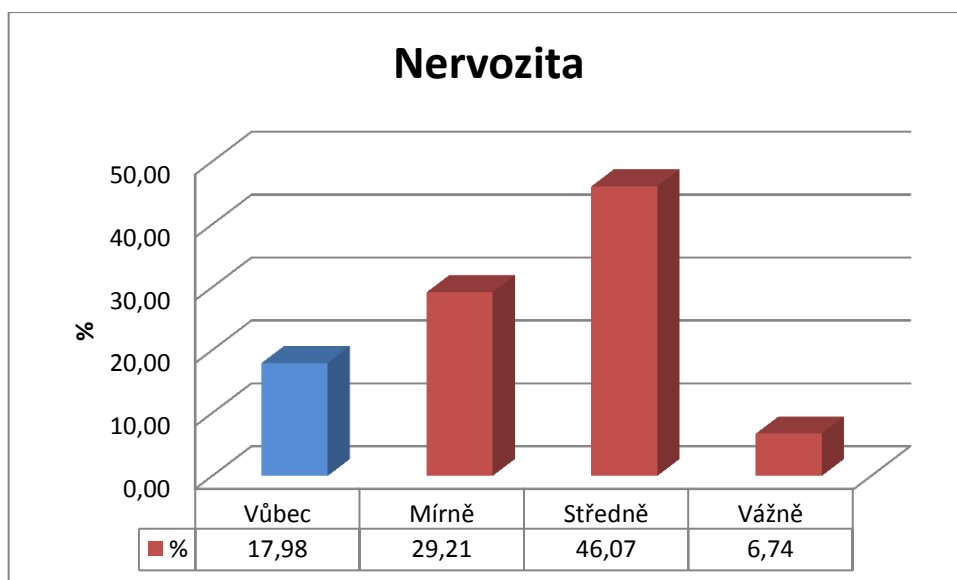
Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) se tento příznak vyskytl u 40,45 %. Mírné potíže mělo 24,72 %, středně závažné potíže udává 13,48 % dotazovaných a vážné potíže se vyskytly u 2,25 % respondentů. 59,55 % respondentů tento příznak neuvádí.

Položka č. 10: Nervozita

Tab. 13 Nervozita

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	16	17,98
Mírně	26	29,21
Středně	41	46,07
Vážně	6	6,74
Celkem	89	100,00



Graf 11 Nervozita

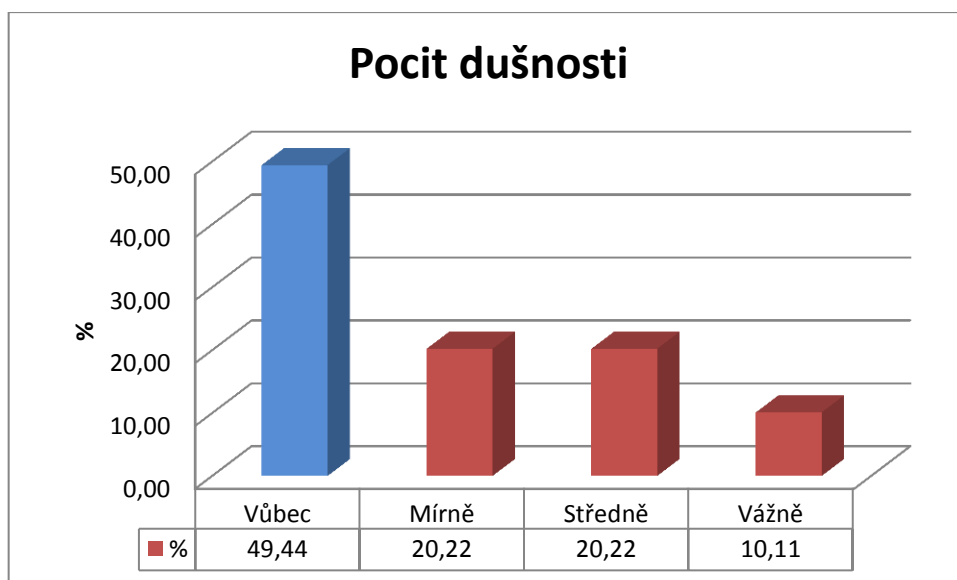
Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) se vyjádřilo celkem 82,02 %, že se cítili nervózní. O mírnou nervozitu se jednalo u 29,21 % dotazovaných, nejfrekventovanější byla odpověď středně závažné potíže, odpovědělo tak 46,07 % respondentů a vážné příznaky uvedlo 6,74 % respondentů. Pouze 17,98 % všech dotazovaných se nervózní necítilo.

Položka č. 11: Pocit dušnosti

Tab. 14 Pocit dušnosti

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	44	49,44
Mírně	18	20,22
Středně	18	20,22
Vážně	9	10,11
Celkem	89	100,00



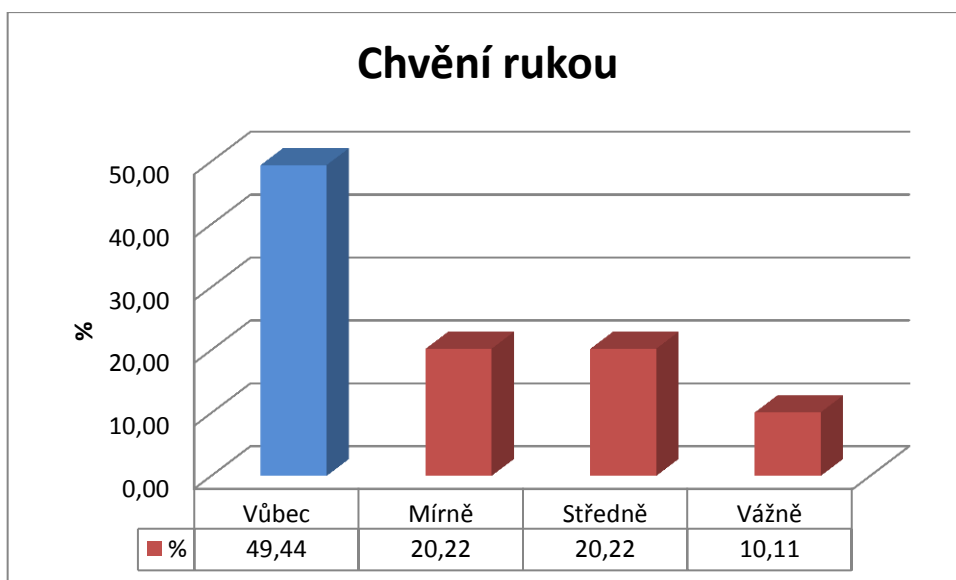
Graf 12 Pocit dušnosti

Komentář

Z dotazníku vyplynulo, že 50,56 % respondentů z celkového počtu 89 (100 %) mělo v posledním týdnu pocit dušnosti. U 20,22 % to byly potíže mírné, jako středně závažné označilo své potíže opět 20,22 % dotazovaných a 10,11 % respondentů hodnotilo své potíže jako vážné. 49,44 % respondentů si na dechové potíže nestěžovalo.

*Položka č. 12: Chvění rukou**Tab. 15 Chvění rukou*

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	44	49,44
Mírně	18	20,22
Středně	18	20,22
Vážně	9	10,11
Celkem	89	100,00

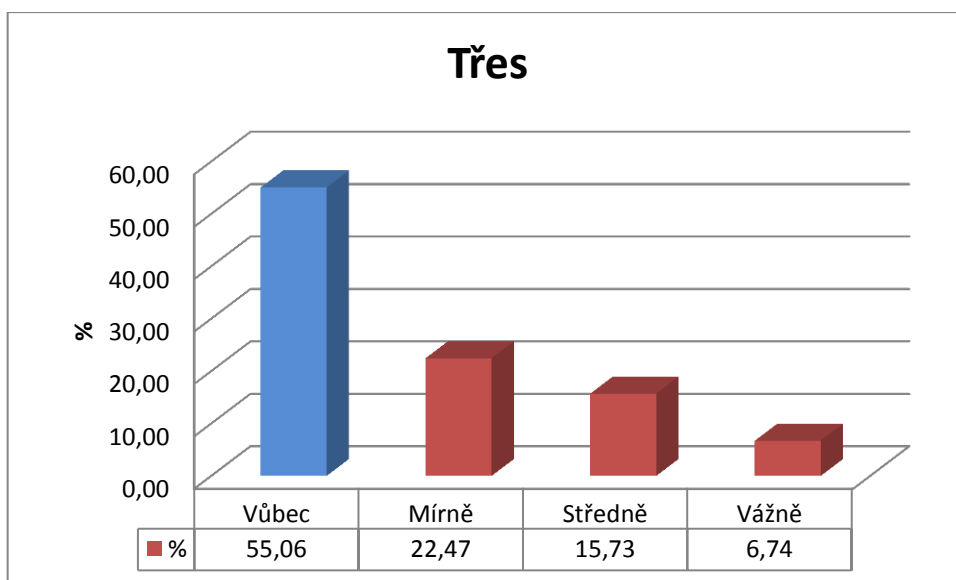
*Graf 13 Chvění rukou***Komentář**

Tento příznak se vyskytl u 50,56 % respondentů z celkového počtu 89 (100 %). Odpověď mírné potíže označilo 20,22 % dotazovaných, stejný počet – 20,22 % dotazovaných hodnotilo své potíže jako středně závažné a na vážné potíže si stěžovalo 10,11 % respondentů. 49,44 % dotazovaných chvění rukou neobtěžovalo.

Položka č. 13: Třes

Tab. 16 Třes

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	49	55,06
Mírně	20	22,47
Středně	14	15,73
Vážně	6	6,74
Celkem	89	100,00



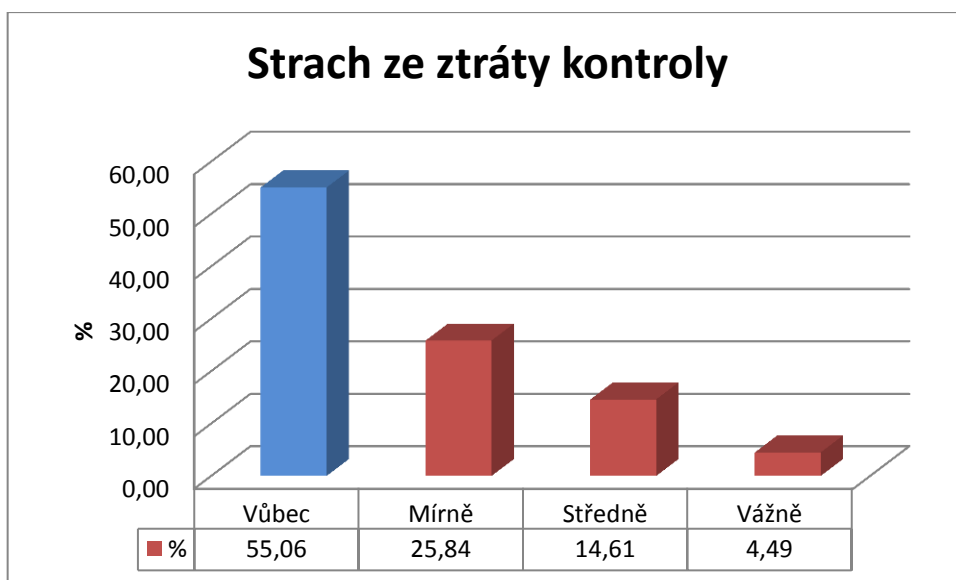
Graf 14 Třes

Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) uvedlo 44,94 %, že je v uplynulém týdnu obtěžoval třes. Mírné potíže byly u 22,47 % respondentů, středně závažné potíže mělo 15,73 % dotazovaných a 6,74 % respondentů hodnotilo své potíže jako vážné. Třes se nevyskytl u 55,06 % nemocných.

Položka č. 14: Strach ze ztráty kontroly*Tab. 17 Strach ze ztráty kontroly*

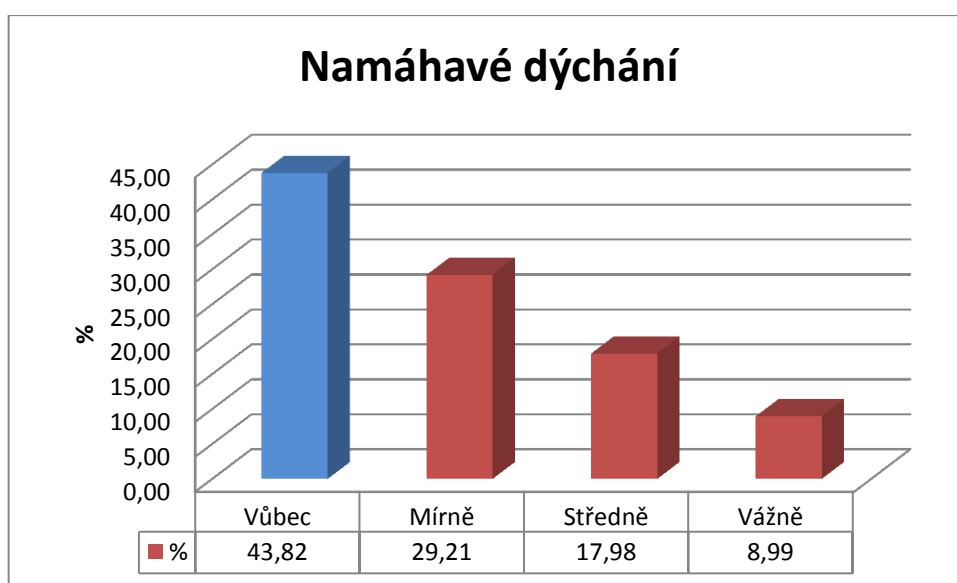
Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	49	55,06
Mírně	23	25,84
Středně	13	14,61
Vážně	4	4,49
Celkem	89	100,00

*Graf 15 Strach ze ztráty kontroly***Komentář**

Strach ze ztráty kontroly v posledním týdnu mělo 44,94 % z celkového počtu 89 (100 %) dotazovaných. Jako mírné potíže tento příznak hodnotilo 25,84 % respondentů, středně závažné potíže byly u 14,61 % dotazovaných a 4,49 % nemocných popsalo své potíže jako vážné. Tento příznak v posledním týdnu nebyl u 55,06 % respondentů.

*Položka č. 15: Namáhavé dýchání**Tab. 18 Namáhavé dýchání*

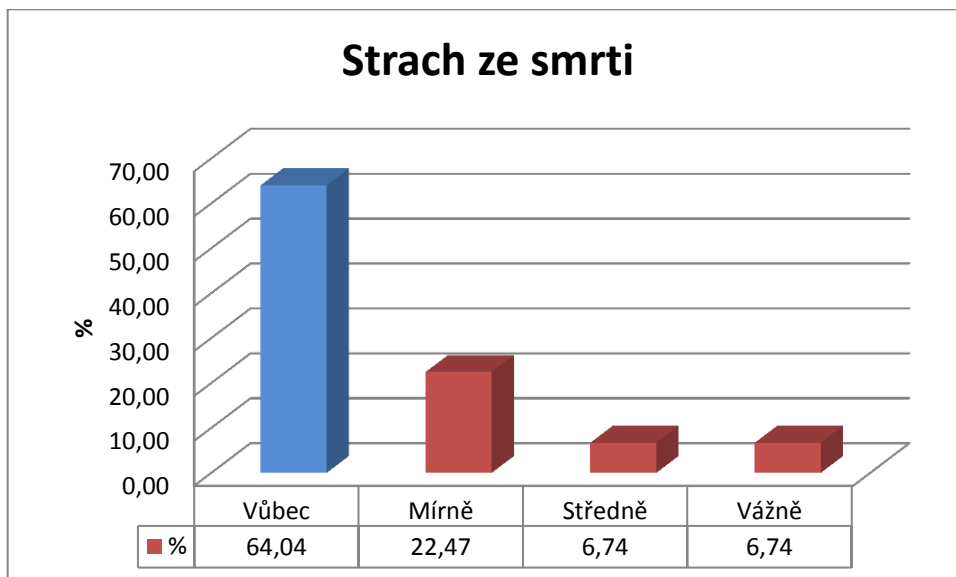
Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	39	43,82
Mírně	26	29,21
Středně	16	17,98
Vážně	8	8,99
Celkem	89	100,00

*Graf 16 Namáhavé dýchání***Komentář**

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) si 56,18 % stěžovalo na namáhavé dýchání. Mírné potíže byly u 29,21 % všech dotazovaných, středně závažné potíže uvedlo 17,98 % respondentů a 8,99 % dotazovaných hodnotilo své potíže jako vážné. Namáhavé dýchání neobtěžovalo 43,82 % nemocných.

*Položka č 16: Strach ze smrti**Tab. 19 Strach ze smrti*

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	57	64,04
Mírně	20	22,47
Středně	6	6,74
Vážně	6	6,74
Celkem	89	100,00

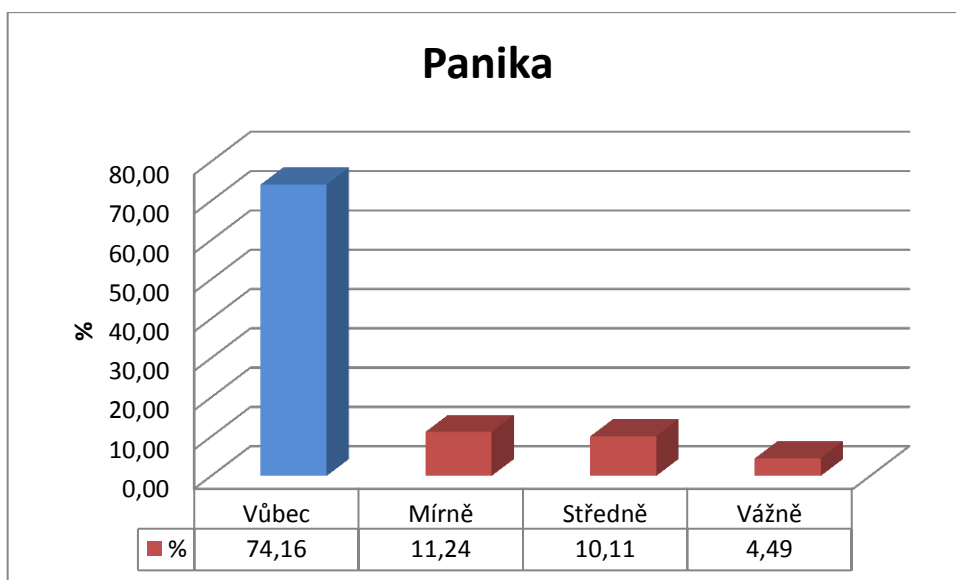
*Graf 17 Strach ze smrti***Komentář**

Pouze 35,96 % z celkového počtu respondentů 89 (100 %) uvedlo, že má strach ze smrti. Jako mírný označilo svůj strach 22,47 % dotazovaných, za středně závažný ho považuje 6,74 % respondentů a stejný počet, 6,74 % dotazovaných hodnotilo svůj strach ze smrti jako vážný. 64,04 % respondentů označilo, že se smrti nebojí.

Polžkač.17: Panika

Tab. 20 Panika

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	66	74,16
Mírně	10	11,24
Středně	9	10,11
Vážně	4	4,49
Celkem	89	100,00



Graf 18 Panika

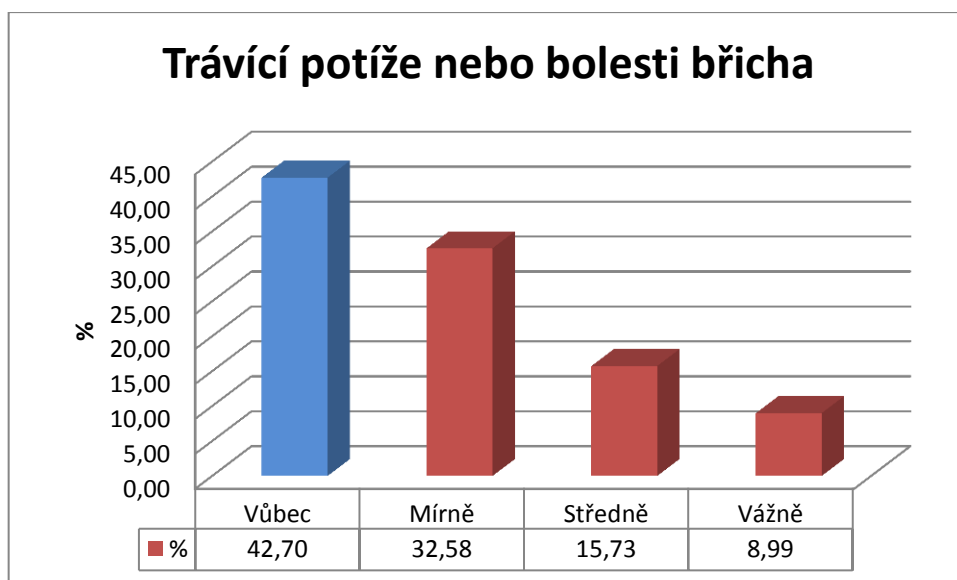
Komentář

Mezi méně frekventované příznaky patřila panika. Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) ji označilo celkem 25,84 % nemocných. U 11,24 % dotazovaných byly příznaky mírné, u 10,11 % středně závažné a 4,49 % hodnotilo své potíže jako vážné. 74,16 % respondentů panikou netrpělo.

Položka č. 18: Trávicí potíže nebo bolesti břicha

Tab. 21 Trávicí potíže nebo pocit na omdlení

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	38	42,70
Mírně	29	32,58
Středně	14	15,73
Vážně	8	8,99
Celkem	89	100,00



Graf 19 Trávicí potíže nebo bolesti břicha

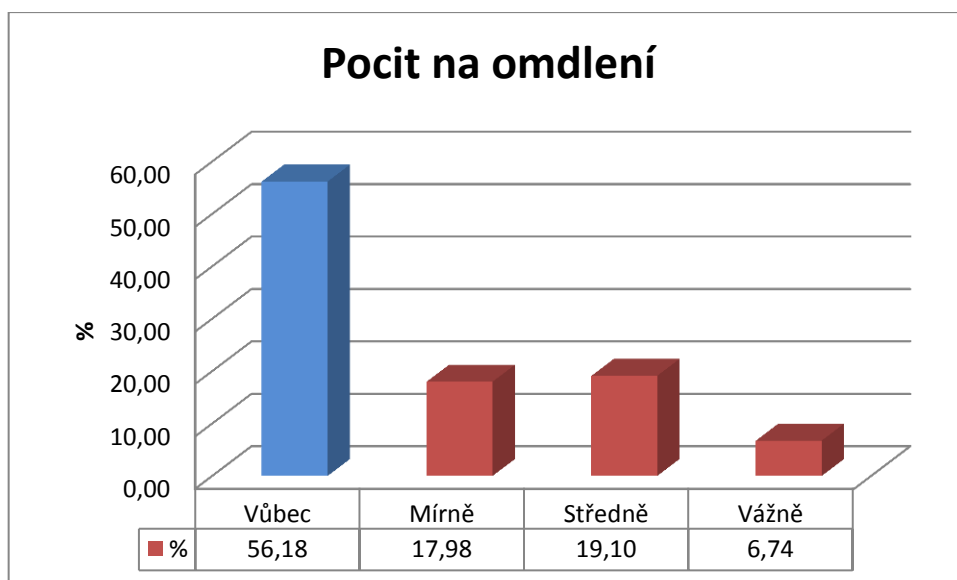
Komentář

Trávicí potíže nebo bolesti břicha obtěžovaly v uplynulém týdnu 57,30 % respondentů z celkového počtu 89 (100 %). Nejvíce z nich mělo mírné potíže, odpovídalo tak 32,58 % dotazovaných, 15,73 % označilo své potíže jako středně závažné a vážnými potížemi trpělo 8,99 % respondentů. U 42,70 % respondentů se trávicí potíže nebo bolesti břicha nevyskytly.

Položka č. 19: Pocit na omdlení

Tab. 22 Pocit na omdlení

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	50	56,18
Mírně	16	17,98
Středně	17	19,10
Vážně	6	6,74
Celkem	89	100,00



Graf 20 Pocit na omdlení

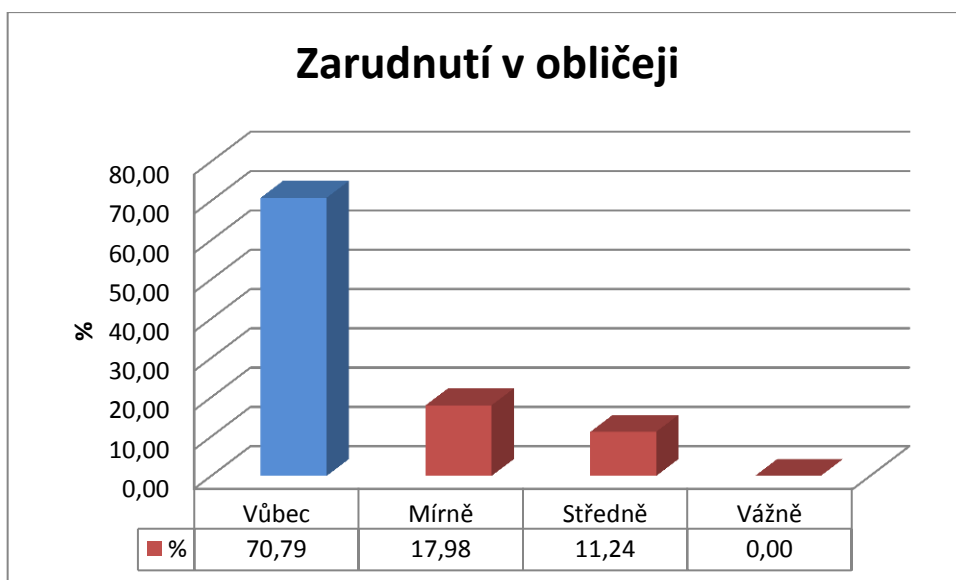
Komentář

43,82 % dotazovaných z celkového počtu respondentů 89 (100 %) uvedlo, že měli pocit na omdlení. Jako mírné označilo své potíže 17,98 % respondentů, 19,10 % jich hodnotilo své potíže jako středně závažné a 6,74 % respondentů mělo vážné potíže. Pocit na omdlení se nevyskytl u 56,18 % dotazovaných.

Položka č. 20: Zarudnutí v obličeji

Tab. 23 Zarudnutí v obličeji

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	63	70,79
Mírně	16	17,98
Středně	10	11,24
Vážně	0	0,00
Celkem	89	100,00



Graf 21 Zarudnutí v obličeji

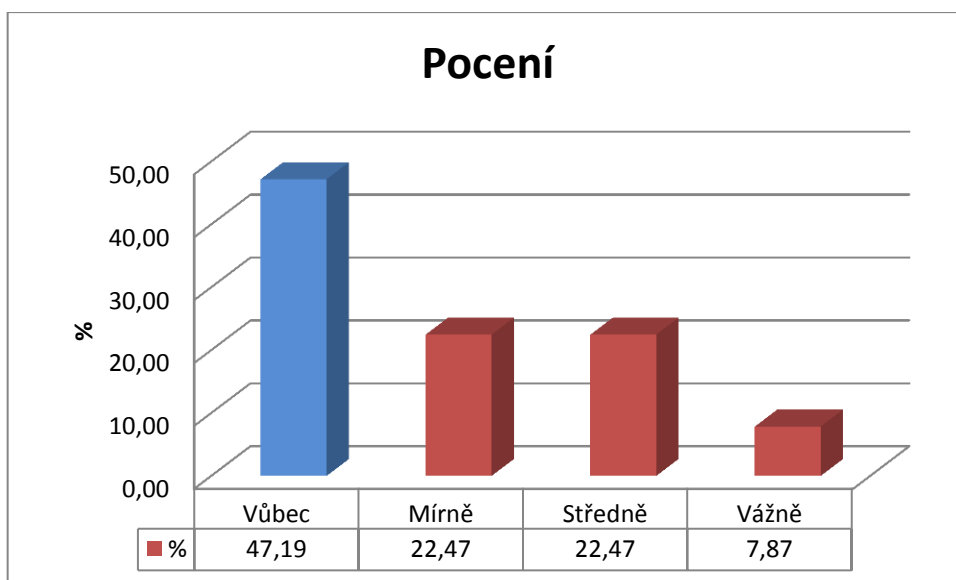
Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) se tento příznak vyskytl u 29,21 %. Jako mírné hodnotilo své potíže 17,98 % dotazovaných, středně závažné potíže mělo 11,24 % respondentů a jako vážné své potíže neoznačil nikdo. 70,79 % respondentů zarudnutí v obličeji nepozorovalo.

Položka č. 21: Pocení

Tab. 24 Pocení

Odpověď	Počet respondentů	%
Vůbec	42	47,19
Mírně	20	22,47
Středně	20	22,47
Vážně	7	7,87
Celkem	89	100,00



Graf 22 Pocení

Komentář

Tento příznak se vyskytl u 52,81 % z celkového počtu respondentů 89 (100 %). V mírné formě pocení obtěžovalo 22,47 % dotazovaných, stejný počet 22,47 % respondentů mělo středně závažné potíže a 7,87 % hodnotilo své potíže jako závažné. U 47,19 % respondentů se příznak vůbec nevyskytl.

Cíl 3: Zjistit, jaké faktory mají největší vliv na míru úzkostného prožívání seniorů.

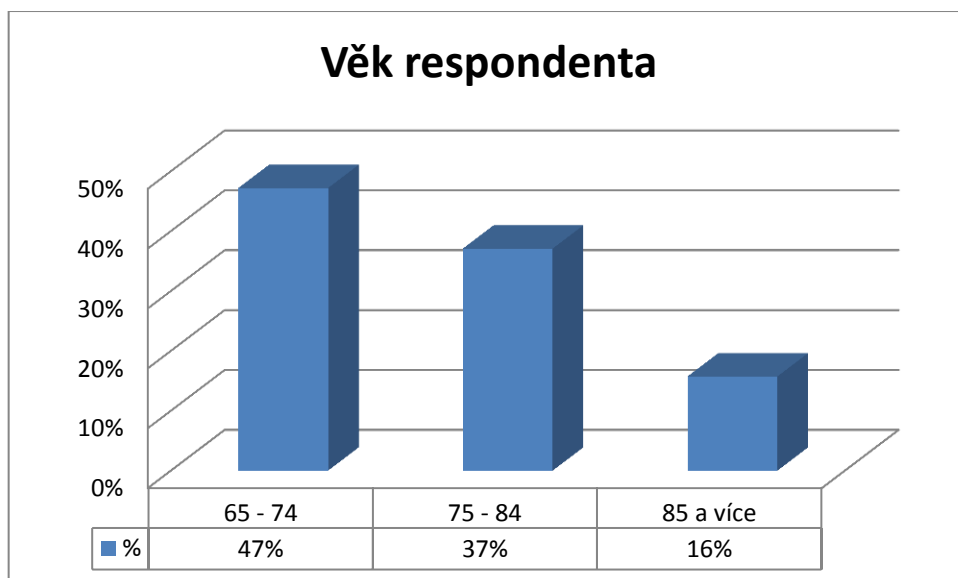
Ke zjišťování cíle č. 3 jsem použila údaje z dokumentace, konkrétně z příjmového psychiatrického vyšetření. Vytvořila jsem si přílohu k dotazníku. Zajímaly mě tyto údaje o respondentech: věk, pohlaví, základní diagnóza, prostředí, kde P/K žije, jestli má P/K děti a pokud ano, kolik žijících, s kým P/K žije, jeho rodinný stav, závažné události v rodině v posledním půlroce, nejvyšší dosažené vzdělání, jak P/K tráví volný čas, kouření, konzumace alkoholu a jaké subjektivní potíže ho přivádějí do nemocnice.

Položka A: Věk respondentů

Věk respondentů jsem si rozdělila do třech kategorií:

Tab. 25 Věk respondentů

Věk	n	%
65 - 74	42	47%
75 - 84	33	37%
85 a více	14	16%
Celkový součet	89	100%



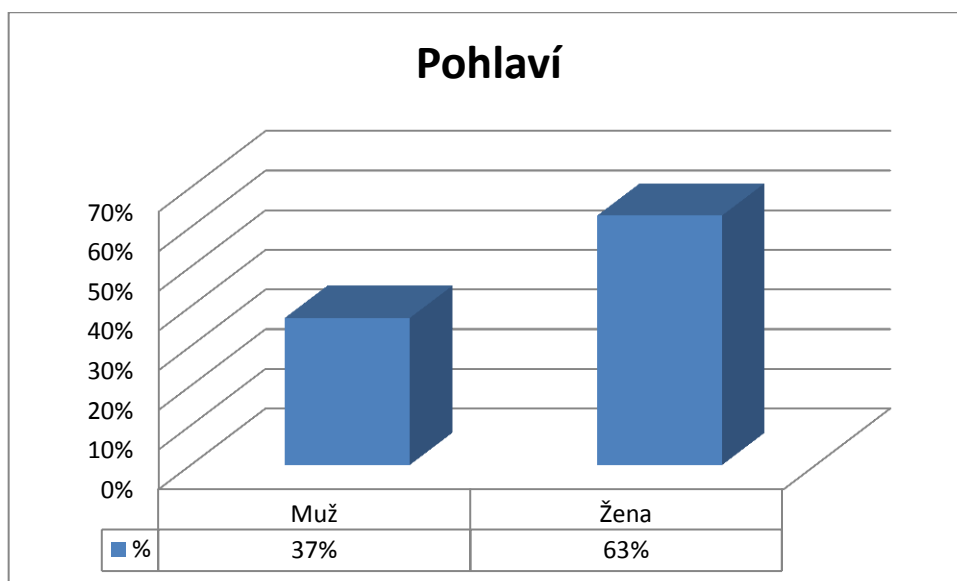
Graf 23 Věk respondentů

Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) bylo 47 % ve věku 65 – 74 let, 37 % ve věku 75 -84 let a 16 % ve věku 85 let a více.

Položka B: Pohlaví*Tab. 26 Pohlaví*

Pohlaví	n	%
Muž	33	37%
Žena	56	63%
Celkový součet	89	100%

*Graf 24 Pohlaví***Komentář**

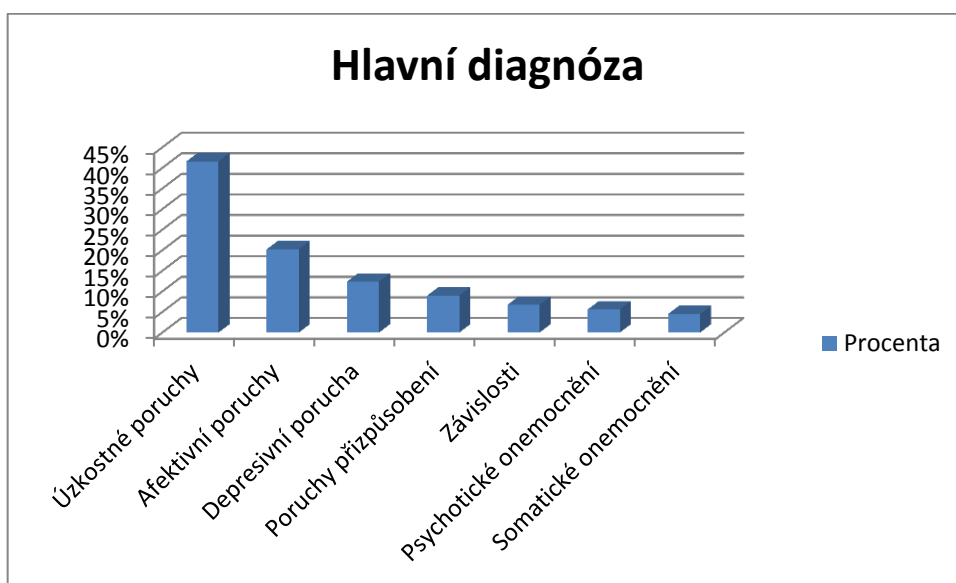
Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) se průzkumu zúčastnilo 56 žen (63 %) a 33 mužů (37%).

Položka C: Hlavní diagnóza

Při vyhodnocování položky C jsem použila metodu kódování. Hlavní diagnózy respondentů jsem si pro přehlednost rozdělila do sedmi kategorií.

Tab. 27 Hlavní diagnóza

Diagnóza	n	%
Afektivní poruchy	18	20%
Depresivní porucha	11	12%
Poruchy přizpůsobení	8	9%
Psychotické onemocnění	5	6%
Somatické onemocnění	4	4%
Úzkostné poruchy	37	42%
Závislosti	6	7%
Celkový součet	89	100%



Graf 25 Hlavní diagnóza

Komentář

Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu respondentů 89 (100 %) bylo 42 % hospitalizovaných s některým typem úzkostné poruchy. U ostatních respondentů byla úzkost v komorbiditě s jiným onemocněním. Afektivní poruchy tvořily 20 % a byly druhé nejčet-

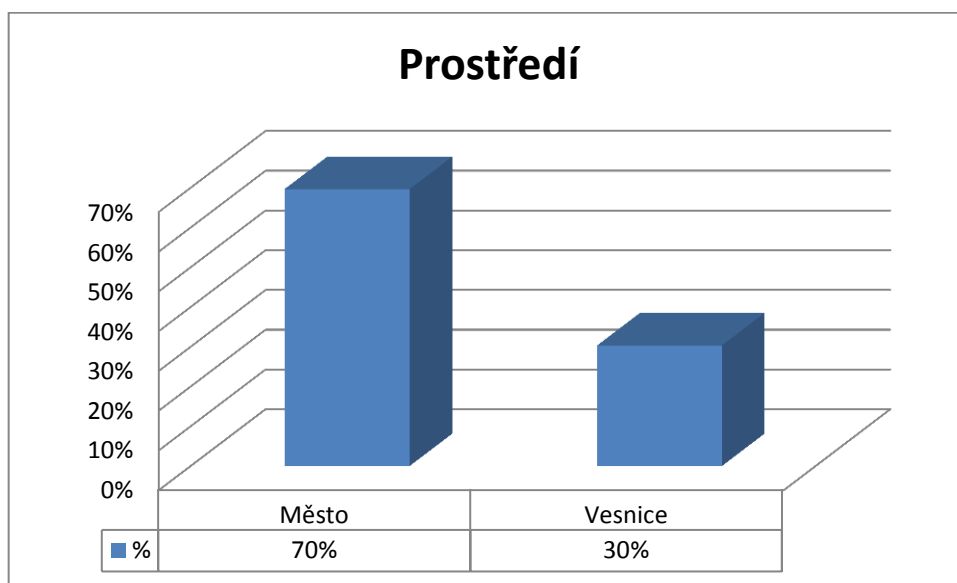
nější, dále to byly depresivní poruchy zastoupené 12 %, poruchy přizpůsobení tvořily 9 %, závislosti se vyskytly v 7 %, psychotické onemocnění bylo u 6 % respondentů a u 4 % bylo somatické onemocnění.

Položka D: Prostředí kde P/K žije

V této položce mě zajímalo, jestli je častější výskyt úzkosti u lidí, žijících ve městě, nebo na vesnici.

Tab. 28 Prostředí, kde P/K žije

Prostředí	n	%
Město	62	70%
Vesnice	27	30%
Celkový součet	89	100%



Graf 26 Prostředí, kde P/K žije

Komentář

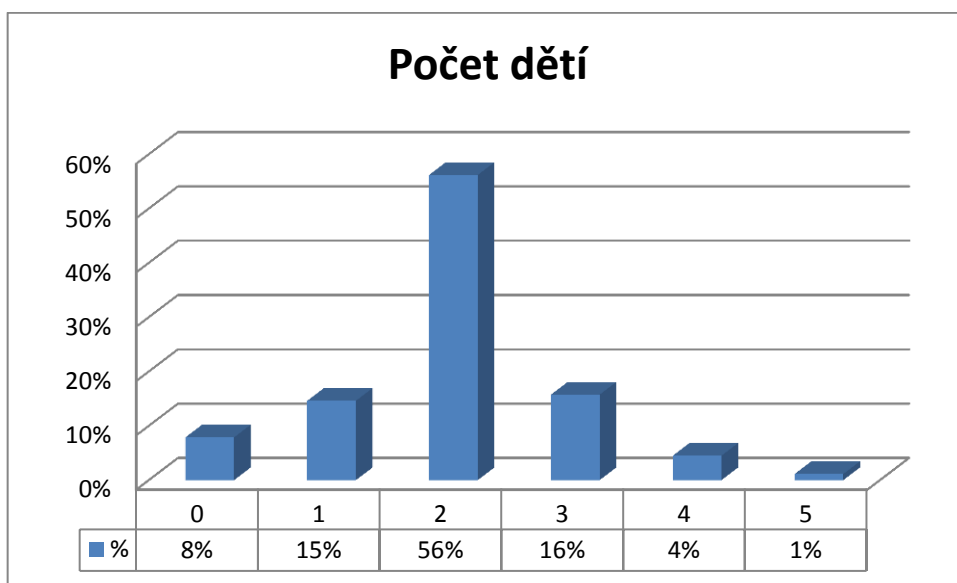
Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu respondentů 89 (100 %) je 70 % žijících ve městě a 30 % žijících na vesnici.

Položka E: Má P/K děti? Kolik žijících

V této položce mě zajímalo, jestli mají respondenti děti a jejich počet.

Tab. 29 Počet dětí

Počet dětí	n	%
0	7	8%
1	13	15%
2	50	56%
3	14	16%
4	4	4%
5	1	1%
Celkový součet	89	100%



Graf 27 Počet dětí

Komentář

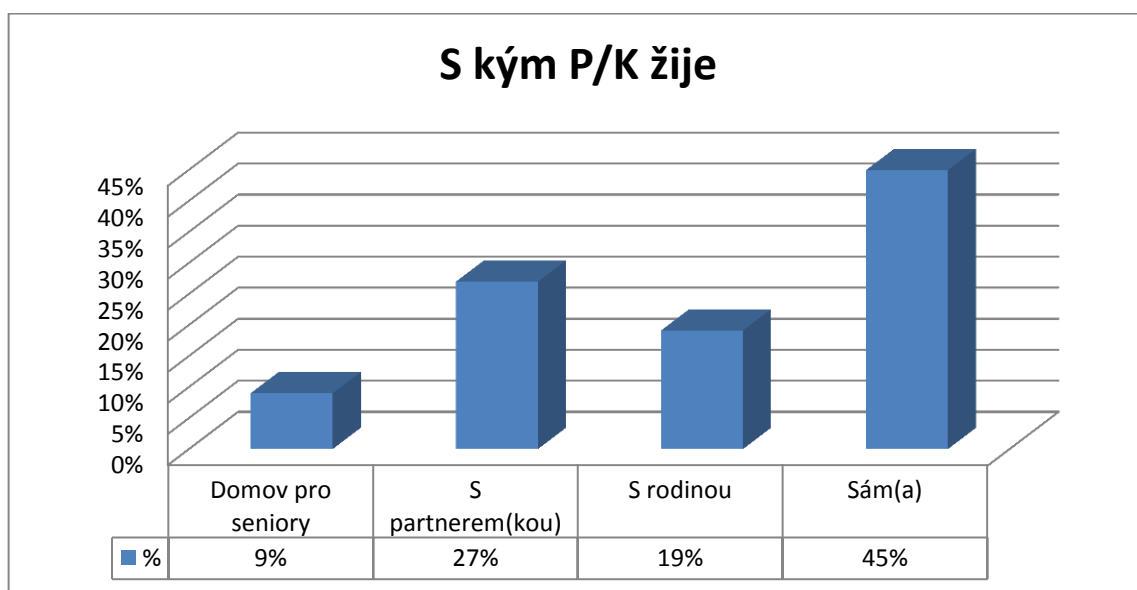
Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) je bezdětných pouze 8 %. Nejvíce dotazovaných – 56 % uvedlo, že má 2 žijící děti, 16 % má 3 děti, 15% 1 dítě a 1 % 5 dětí.

Položka F: S kým P/K žije?

V této položce mě zajímalo, jestli žije P/K sám, s partnerem, s rodinou, v domově pro seniory nebo jiném zařízení.

Tab. 30 S kým P/K žije

S kým P/K žije	n	%
Domov pro seniory	8	9%
S partnerem(kou)	24	27%
S rodinou	17	19%
Sám(a)	40	45%
Celkový součet	89	100%



Graf 28 S kým P/K žije

Komentář

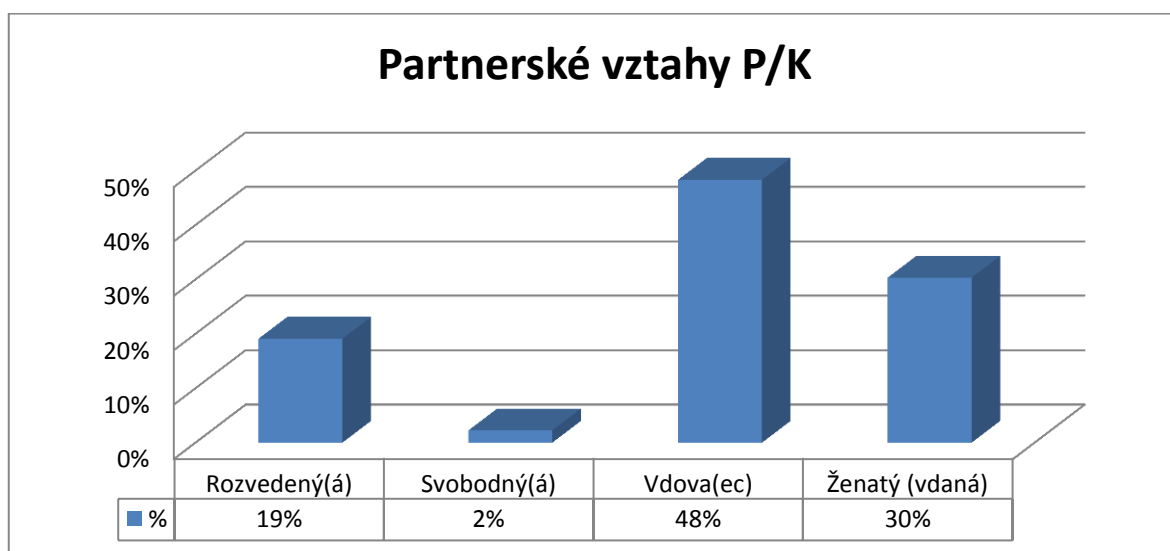
Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu respondentů 89 (100 %) trpí úzkostí nejvíce těch, kteří žijí doma sami. Je to celých 45 % dotazovaných. 27 % dotazovaných žije doma s partnerem, 19 % úzkostných seniorů žije s rodinou a nejmenší počet – 9 % žije v domovech pro seniory.

Položka G: Partnerské vztahy P/K

V této položce mě zajímalo, jestli je P/K svobodný(á), ženatý/vdaná, rozvedený(á), ovdovělý(á), nebo žije s druhem/družkou.

Tab. 31 Partnerské vztahy P/K

Partnerské vztahy P/K	n	%
Rozvedený(á)	17	19%
Svobodný(á)	2	2%
Ženatý (vdaná)	27	30%
Vdova(ec)	43	48%
Celkový součet	89	100%



Graf 29 Partnerské vztahy P/K

Komentář

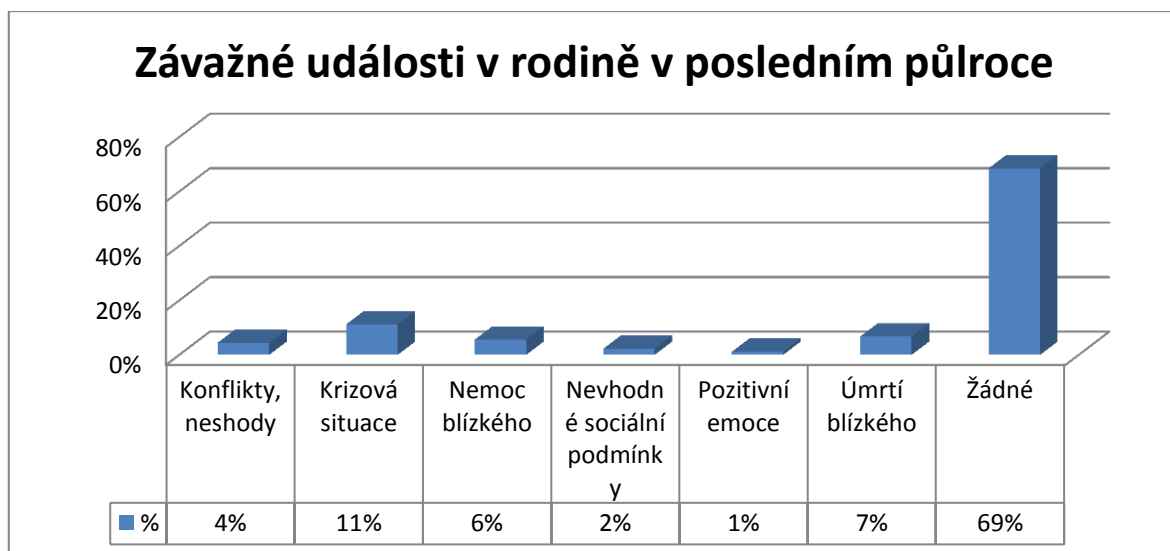
Nejpočetnější skupinou respondentů byli lidé ovdovělí, bylo jich 48 % z celkového počtu respondentů. 30 % respondentů bylo ženatých, rozvedených bylo 19 % a svobodných 2 %.

Položka H: Závažné události v rodině v posledním půlroce

V této položce mě zajímalo, jestli se v životě P/K staly v posledním půlroce života nějaké závažné události, které by mohly ovlivnit jejich psychický stav. Pro velké množství vyhledaných informací jsem v této položce uplatnila metodu kódování a vytvořila si několik kategorií.

Tab. 32 Závažné události v rodině

Závažné události v rodině v posledním půlroce	n	%
Konflikty, neshody	4	4%
Krizová situace	10	11%
Nemoc blízkého	5	6%
Nevhodné sociální podmínky	2	2%
Pozitivní emoce	1	1%
Úmrtí blízkého	6	7%
Žádné	61	69%
Celkový součet	89	100%



Graf 30 Závažné události v rodině

Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) nejvíce – 69 % neuvědlo žádné závažné události v rodině v posledním půlroce, zbývajících 31 % dotazovaných přiznalo nějakou udá-

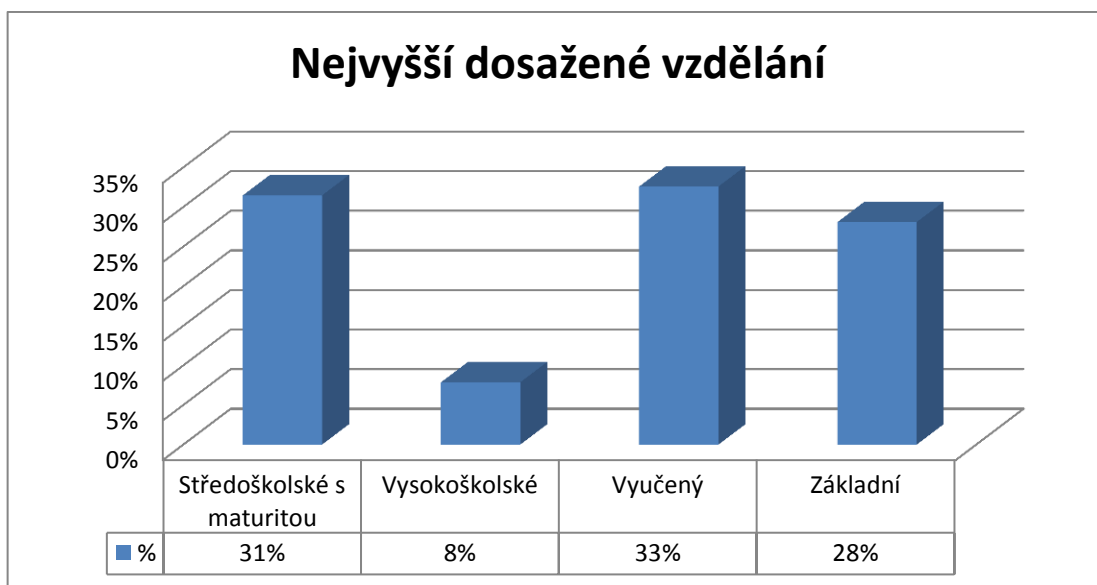
lost, která jejich psychický stav ovlivnila. 11 % jich uvedlo nějakou krizovou situaci, 7 % úmrtí blízké osoby, 6 % nemoc někoho blízkého, u 4 % předcházely nějaké konflikty, nebo neshody, 2 % uvedly nevhodné sociální podmínky a v 1 % to byly pozitivní emoce.

Položka I: Nejvyšší dosažené vzdělání

V této položce mě zajímalo vzdělání P/K.

Tab. 33 Nejvyšší dosažené vzdělání P/K

Nejvyšší dosažené vzdělání	n	%
Středoškolské s maturitou	28	31%
Vysokoškolské	7	8%
Vyučený	29	33%
Základní	25	28%
Celkový součet	89	100%



Graf 31 Nejvyšší dosažené vzdělání P/K

Komentář

Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) mělo 28 % základní vzdělání, vyučených bylo 33 % a středoškolské vzdělání zakončené maturitou mělo 31 % klientů. Vysokoškolsky

vzdělaných lidí bylo jen 8 %, ve své době však neměl každý možnost studovat, takže se dá říct, že v této položce byly výsledky dost vyrovnané.

Položka J: Jak P/K tráví volný čas

Zajímalo mě, jakým způsobem nejčastěji senioři tráví volný čas, co je baví a uklidňuje. Z dokumentace jsem vybírala, co uvedli v příjmovém vyšetření. Protože někteří uvedli více odpovědí, **nejedná** se v této položce o absolutní četnost. Vytvořila jsem tabulku, kde jsou uvedeny odpovědi od nejfrekventovanějších po ty méně časté.

Tab. 34 Volný čas

Volný čas	Počet stejných odpovědí
čtení	31
televize	20
zahrada	16
křížovky	11
ruční práce	8
příroda	7
hudba	4
sport	3
úklid	3
práce v dílně	2
rádio	2
domácí práce	1
drhnutí peří	1
nic	1
počítač	1
rybaření	1
šachy	1
vaření	1
zvířata	1

Komentář

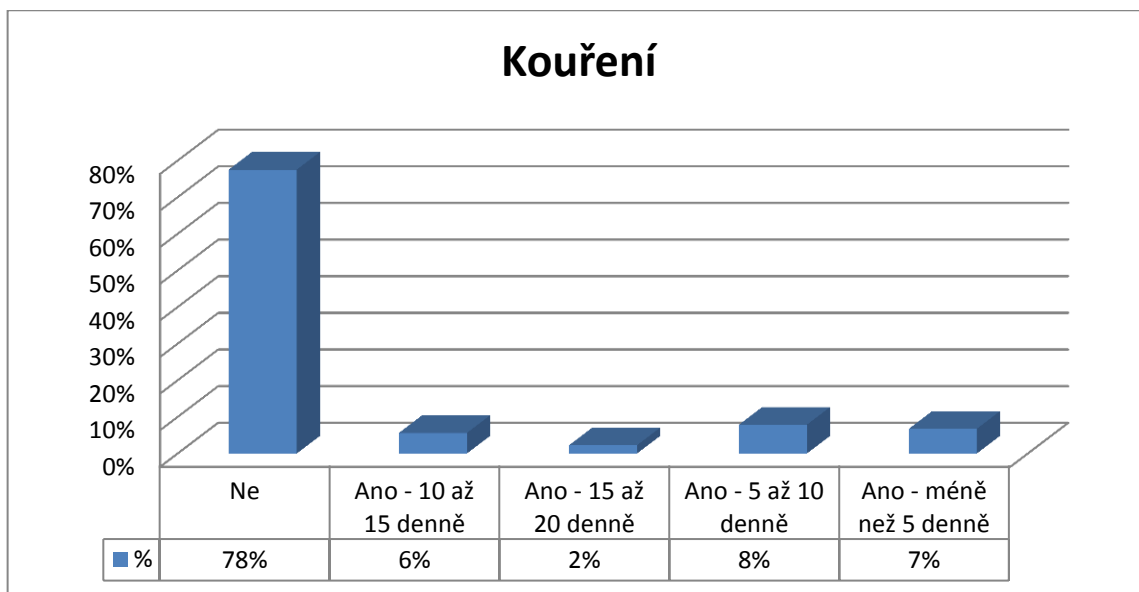
Mezi nejčastěji se opakující aktivity patří čtení, sledování televize, práce na zahradě a luštění křížovek.

Položka K: Kouření

V této položce mě zajímalo, kolik úzkostných seniorů jsou kuřáci, případně množství vykouřených cigaret denně.

Tab. 35 Kouření

Kouření	n	%
Ne	69	78%
Ano - 10 až 15 denně	5	6%
Ano - 15 až 20 denně	2	2%
Ano - 5 až 10 denně	7	8%
Ano - méně než 5 denně	6	7%
Celkový součet	89	100%



Graf 32 Kouření

Komentář

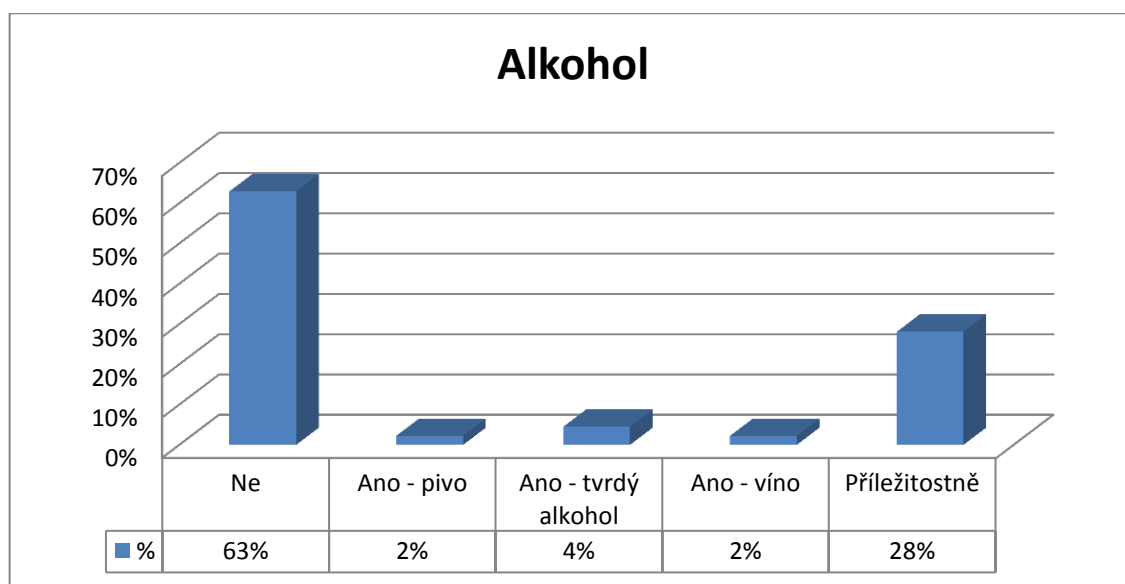
Z průzkumu vyplynulo, že většina z celkového počtu 89 (100 %) jsou nekuřáci. Je to celých 78 %. Méně než 5 cigaret denně vykouří 7 % respondentů, 5 – 10 cigaret denně vykouří 8 % respondentů, 10- 15 cigaret vykouří 6 % respondentů a 2 % jich vykouří 15 – 20 cigaret denně.

Položka L: Alkohol

V této položce jsem zjišťovala podle dokumentace, jaký mají úzkostní respondenti vztah k alkoholu.

Tab. 36 Alkohol

Alkohol	n	%
Ne	56	63%
Ano - pivo	2	2%
Ano - tvrdý alkohol	4	4%
Ano - víno	2	2%
Příležitostně	25	28%
Celkový součet	89	100%



Graf 33 Alkohol

Komentář

Většina – 63 % z celkového počtu respondentů 89 (100 %) uvádí, že alkohol nepijí vůbec. Příležitostné konzumování alkoholu uvádí 28 % respondentů. Pravidelné konzumování alkoholu přiznává celkem 8 % respondentů, přičemž 4 % dávají přednost tvrdému alkoholu, 2 % pijí víno a 2 % upřednostňují pivo.

Položka M: Na jaké potíže si P/K nejvíce stěžuje, co ho přivádí do nemocnice

V poslední položce jsem se zajímala o to, jaké subjektivní potíže respondenty nejvíce obtěžovaly před přijetím do psychiatrické nemocnice a co oni sami považují za hlavní příčinu hospitalizace. V hodnocení této položky jsem **nepracovala** s absolutní četností, protože někteří pacienti uváděli více potíží, zatímco jiné trápil jeden problém. V následující tabulce jsou seřazeny problémy pacientů v pořadí od nejčastějších po méně časté.

Tab. 37 Nejčetnější subjektivní potíže

Popisky řádků	Počet stejných potíží
únava/nevýkonnost	19
úzkost	19
závratě	10
bolest	8
slabost	8
sociální situace	8
nervozita	7
nespavost	7
porucha soběstačnosti	6
strach	6
deprese	5
zhoršení stavu	5
zhoršená pohyblivost	5
neklid	4
nezvládnutí stresu	4
nechutenství	3
bušení srdce	2
dušnost	2
pokus o sebevraždu	2
trávící potíže	2
váhový úbytek	2
alkoholismus	1

Komentář

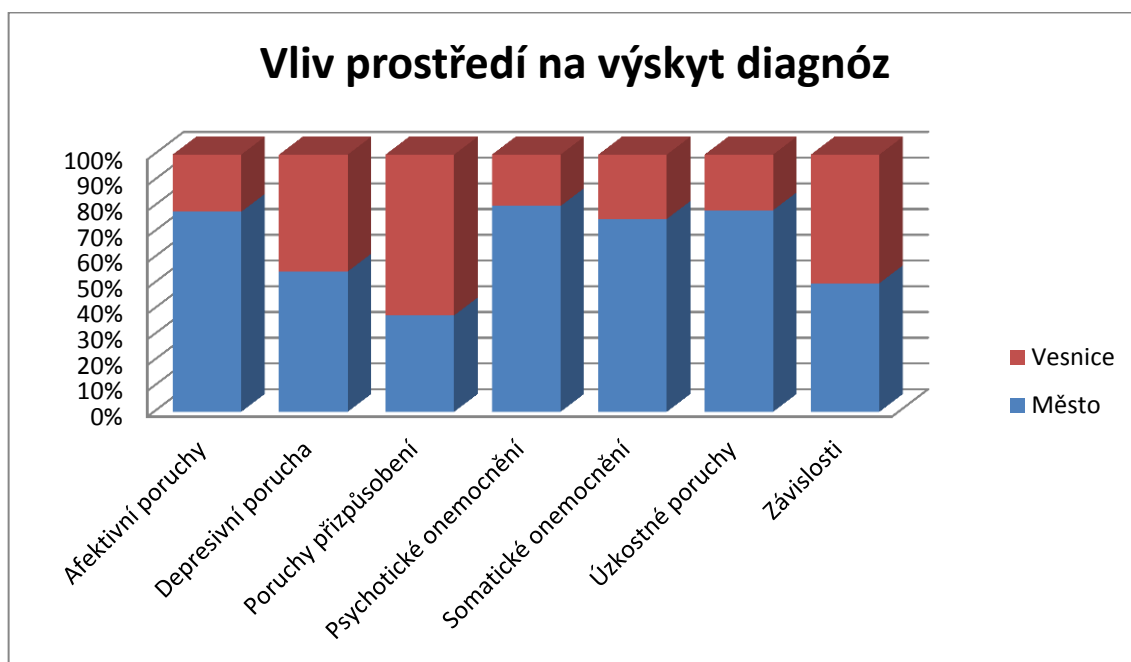
Jen v 19 případech respondenti pojmenovali svůj problém přímo „úzkost,“ zatímco ostatní pacienti si své potíže s úzkostí nespojovali. Nejčastější subjektivní příčinou hospitalizace byla dále únava a nevykonnost, závratě, bolest, slabost, špatná sociální situace, nervozita, nespavost a následovaly další méně četné potíže.

Vliv prostředí na výskyt diagnóz

Zajímalo mě, jaký je poměr výskytu jednotlivých diagnóz u lidí žijících ve městě a lidí žijících na vesnici. Došla jsem k následujícím závěrům.

Tab. 38 Vliv prostředí na výskyt diagnóz

Hlavní diagnóza	Město	Vesnice	Celkový součet	Město	Vesnice	Celkový součet
Afektivní poruchy	14	4	18	16%	4%	20%
Depresivní porucha	6	5	11	7%	6%	12%
Poruchy přizpůsobení	3	5	8	3%	6%	9%
Psychotické onemocnění	4	1	5	4%	1%	6%
Somatické onemocnění	3	1	4	3%	1%	4%
Úzkostné poruchy	29	8	37	33%	9%	42%
Závislosti	3	3	6	3%	3%	7%
Celkový součet	62	27	89	70%	30%	100%



Graf 34 Vliv prostředí na výskyt diagnóz

Komentář

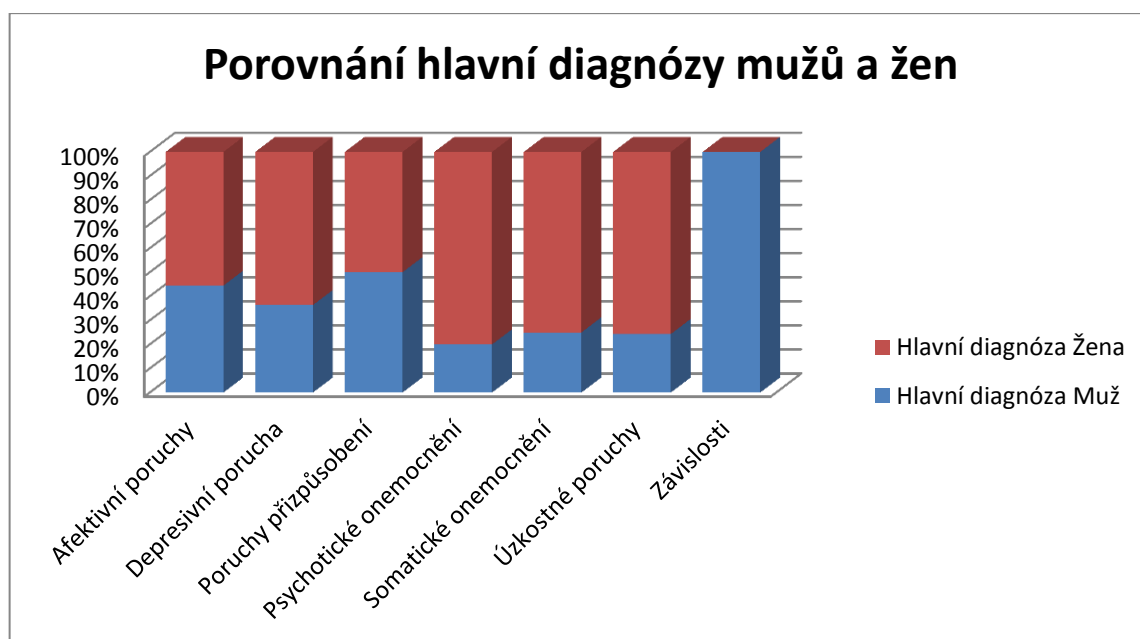
Ze srovnání údajů vyplynulo, že většina diagnóz převažovala u respondentů žijících ve městě. V případě závislosti byl výskyt ve městě a na vesnici vyrovnaný. Pouze v případě poruch přizpůsobení převažovali klienti z vesnice.

Porovnání hlavní diagnózy u mužů a žen

Zajímalo mě také srovnání, jaké jsou nejčastější hlavní diagnózy u mužů a jaké u žen.

Tab. 39 Porovnání hlavní diagnózy u mužů a žen

Hlavní diagnóza	Pohlaví		Celkem	%		Celkem %
	Muž	Žena		Muž	Žena	
Afektivní poruchy	8	10	18	9%	11%	20%
Depresivní porucha	4	7	11	4%	8%	12%
Poruchy přizpůsobení	4	4	8	4%	4%	9%
Psychotické onemocnění	1	4	5	1%	4%	6%
Somatické onemocnění	1	3	4	1%	3%	4%
Úzkostné poruchy	9	28	37	10%	31%	42%
Závislosti	6	0	6	7%	0%	7%
Celkový součet	33	56	89	37%	63%	100%



Graf 35 Porovnání hlavní diagnózy mužů a žen

Komentář

Největší rozdíl byl patrný u závislostí, které byly zastoupeny pouze u mužů, zatímco u žen nebyly zastoupeny vůbec. V případě úzkostných poruch, psychotických onemocnění a somatických onemocnění převažovaly ženy. U afektivních poruch, depresivních poruch a poruch přizpůsobení byly výsledky u obou pohlaví vyrovnanější.

6 DISKUZE

Úzkostné poruchy v seniorském věku jsou časté, mají atypické příznaky, často nejsou rozpoznány, protože imitují somatická onemocnění a bývají bagatelizovány a adekvátně neléčeny. Velmi často se vyskytují v komorbiditě s jiným onemocněním.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru úzkostného prožívání u seniorů. Průzkumu se zúčastnilo 89 (100 %) respondentů hospitalizovaných na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, z toho 33 (37 %) mužů a 56 (63 %) žen ve věku od 65 let. K hodnocení závažnosti onemocnění jsem použila standardizovaný dotazník - Beckův inventář úzkosti. Z průzkumu vyplynulo, že 66 % hospitalizovaných pacientů trpí vysoce závažnými potížemi a 34 % respondentů hodnotilo své potíže jako středně závažné. Ani jeden z respondentů neměl celkový skóre odpovědí pod 21 bodů, což by odpovídalo mírným projevům úzkosti. To jen potvrzuje, že odbornou pomoc lidé s mírnějšími projevy nemoci nevyhledají, neboť si své potíže vůbec nedávají do spojitosti s úzkostí.

Z analýzy jednotlivých položek dotazníku vyplynulo několik zajímavých skutečností. Jako nejvíce frekventované odpovědi se ukázaly neklid a nervozita. Oba tyto příznaky přiznalo v různé závažnosti celkem 82,02 % respondentů, což je více než $\frac{3}{4}$ dotazovaných. Vysoké procento seniorů uvedlo také strach z nejhorší události, v různé závažnosti ho přiznalo 65,17 % respondentů, bušení srdce a zrychlený tep uvedlo 61,80 % respondentů, 59,55 % jich uvedlo vratkost nohou a 57,30 % trávící potíže nebo bolest břicha. Nadpoloviční většina dotazovaných trpí také mrtvěním nebo mravenčením, pocity horka, závratěmi, namáhavým dýcháním, dušností, chvěním rukou a nadměrným pocením. Ostatní příznaky se vyskytly u méně než poloviny respondentů. Zajímavé pro mě bylo zjištění, že strach ze smrti, který bych u lidí vyššího věku považovala za přirozený, uvedlo pouze 35,96 % dotazovaných a uváděli ve většině případů jen mírné obavy.

Z průzkumu jednoznačně vyplynulo, že úzkost u geriatrických pacientů je závažný problém. Přesto, že somaticky zaměřený lékař neshledá na pacientovi žádnou nemoc, pacient těmito potížemi opravdu trpí, omezuje ho to v běžném životě a je potřeba mu pomoci.

V další části průzkumu jsem se zabývala tím, s jakými diagnózami jsou úzkostní pacienti nejčastěji hospitalizováni. Z celkového počtu respondentů bylo 42 % s diagnostikovanou některou z úzkostných poruch. U zbývajících 58 % respondentů byla úzkost v komorbiditě s jiným onemocněním. Nejčastěji to byly poruchy afektivity (20 %), deprese tvořily celkem 12 %, 9 % tvořily poruchy přizpůsobení, 7 % závislosti, 6 % psychotická onemocnění

a ve 4 % to byla komorbidita se somatickým onemocněním. Zajímavé bylo srovnání výskytu diagnóz u mužů a u žen. Například závislosti byly výhradně doménou mužů, zatímco komorbidity s psychotickými onemocněními, somatickými onemocněními, depresemi a poruchami afektivity byly častější u žen. Komorbidita s poruchou přizpůsobení byla u obou pohlaví vyrovnaná.

V další části průzkumu mě zajímalo, nakolik různé faktory ovlivňují vznik úzkosti u seniorů. Některé z těchto faktorů jsou neovlivnitelné, jako například věk. Z průzkumu vyplynulo, že nejkritičtějším obdobím pro rozvoj úzkosti je právě období odchodu do důchodu spojené s velkým množstvím změn. Nejvíce respondentů (47 %) bylo ve věku 65 – 74 let.

Zdá se, že rozvoj úzkosti může být také závislý na prostředí, kde člověk žije. Z celkového počtu respondentů 89 (100 %) bylo 70 % z města a 30% z vesnice. Z toho by se dalo vyvodit, že na vesnici lidé žijí více klidně, život není tolik uspěchaný a mají blíž k přírodě, což jejich psychickému stavu prospívá.

Zajímalo mě také, jaký mají na rozvoj úzkosti vliv sociální faktory. Zjišťovala jsem, s kým úzkostní senioři doma žijí. Nejvíce z nich (45 %) jich bydlí doma samo a 48 % respondentů jsou lidé ovdovělí. Potvrdilo se, že samota je významným rizikovým faktorem pro rozvoj úzkosti. Z průzkumu také vyplynulo, že vliv závažných událostí na výskyt úzkosti není tak významný, jak by se dalo předpokládat. 69 % respondentů uvedlo, že v posledním půlroce před hospitalizací se jich osobně nedotkla žádná závažná událost. V 11 % předcházela hospitalizaci nějaká krizová situace, v 7 % úmrtí blízké osoby, 6 % uvedlo nemoc blízkého a u 4 % respondentů to byly konflikty a neshody. Také vzdělání respondentů nehraje důležitou roli.

Zjišťovala jsem také, jaké subjektivní potíže nejčastěji lidé uváděli v příjmovém vyšetření, co byl podle nich hlavní důvod hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Z průzkumu vyplynulo, že pouze 19 respondentů nazvalo svůj problém úzkostí. Ostatní lidé si své potíže s úzkostí vůbec nespojovali a uváděli nejrůznější převážně somatické potíže. Je zajímavé, že jenom 1 respondent spontánně uvedl, že jeho hlavním problémem je alkohol, přestože syndrom závislosti byl hlavní diagnózou u 7 % respondentů. Na přímý dotaz lékaře při příjmovém vyšetření přiznalo problémy s alkoholem celkem 8 % dotazovaných, zatímco 63 % z celkového počtu respondentů 89 (100 %) alkohol úplně popírá. Nekuřáků bylo 78 % všech respondentů.

Cílem bakalářské práce bylo mimo jiné poukázat na opomíjenou problematiku úzkostí u pacientů v seniorském věku. Myslím, že výsledky průzkumu jednoznačně potvrdily, jak sami pacienti své potíže vnímají a jak vysoká je míra úzkostného prožívání u seniorů. Moderní ošetrovatelství by mělo mít holistický přístup k pacientovi a vnímat tedy i jeho psychickou stránku. Úkolem sestry je k pacientovi přistupovat ohleduplně a empaticky. Jednou z mnoha schopností sestry musí být schopnost vcítění se do pocitů pacienta, a pokud se nám pacient svěří se svými problémy, měli bychom mu je věřit.

ZÁVĚR

Úzkostné poruchy jsou onemocnění, která významným způsobem ovlivňují kvalitu života nemocného. Jsou to onemocnění léčitelná, ale často nejsou rozpoznána a z toho důvodu nebývají také adekvátně léčena.

V teoretické části této bakalářské práce jsou vymezeny základní pojmy, popsány projevy úzkosti, její příčiny, typy úzkosti, diagnostika a léčba. Jsou zde popsány jak farmakologické, tak nefarmakologické léčebné postupy. Základem ošetrovatelské péče je vhodný přístup k pacientovi. Ošetrovatelský proces u pacienta s úzkostí je popsán v jedné z kapitol, další kapitola je pak zaměřena na úzkostné pacienty v seniorském věku.

Bakalářská práce má také praktickou část. Ta je zaměřena na zjištění míry úzkostného prožívání u seniorů. Průzkum byl proveden u pacientů hospitalizovaných na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži metodou dotazníkového šetření. Z průzkumu vyplynulo, že u hospitalizovaných pacientů seniorského věku je úzkostné prožívání velmi časté, převažují somatické příznaky subjektivně vnímané jako vysoce nebo středně závažné a jen nepatrný počet respondentů si tyto příznaky dokáže spojit s úzkostí. Z průzkumného šetření dále vyplynulo, že rozvoj úzkostných příznaků je nejvíce ovlivněn změnami v životě seniora, které bývají spojeny s odchodem do důchodu. Vliv má také prostředí, kde člověk žije a některé zevní faktory.

Hlavním cílem ošetrovatelské péče o úzkostného pacienta je zmírnit projevy úzkosti. Základem je vhodný empatický přístup zdravotníků k pacientovi a jeho dostatečná informovanost, aby své nemoci dokázal lépe porozumět. Z toho důvodu jsem se rozhodla vypracovat edukační materiál pro nově hospitalizované pacienty psychiatrické nemocnice, který však lze využít i v ambulancích, nebo jiných zdravotnických zařízeních.

Bakalářskou práci jsem se rozhodla věnovat odborné knihovně Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, aby popsané přístupy k úzkostnému pacientovi mohli využít v praxi i ostatní zdravotničtí pracovníci. Tím bych chtěla přispět ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- [2] FLOOD, Meredith a Kathleen C. BUCKWALTER, 2009. Recommendations for mental health care of older adults. *Journal of gerontological nursing*. 2009, 35(2), 26-34. DOI: ISSN 0098-9134.
- [3] HAJDA, Miroslav, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. Léčba generalizované úzkostné poruchy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2015(16(3)), s. 101 [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/03/06.pdf>
- [4] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [5] JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [6] KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.
- [7] KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- [8] KRATOCHVÍL, Stanislav, 2002. *Základy psychoterapie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8657-8.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- [10] LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
- [11] LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.
- [12] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- [13] MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR, 2014. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.
- [14] POKORNÁ, Andrea et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
- [15] PRAŠKO, Ján, 2005. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8997-6.

- [16] PRAŠKO, Ján, ©2005-2011. Rozhovor s doc. Mudr. Jánem Praškem, PhD: Úzkost sama člověku neškodí. In: *DEPRESE.COM* [online]. Praha: Designuj! [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor23>
- [17] PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ, 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-865-1.
- [18] PRAŠKO, Ján a Jana VYSKOČILOVÁ, 2008. *Generalizovaná úzkostná porucha*. In SEIFERTOVÁ, Dagmar et al., *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2., rev. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-87135-10-5.
- [19] PRAŠKOVÁ, Hana a Ján PRAŠKO, 2005. Farmakoterapie úzkostných poruch. *Remedia* [online]. 2005(6), s. 500 [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Farmakoterapie-uzkostnych-poruch/6-L-bj.magarticle.aspx>
- [20] RACKOVÁ, Sylva a Luboš JANŮ, 2012. Farmakologie úzkosti: Máme jiné možnosti než SSRI? *Psychiatrie pro paxi* [online]. 2012, 13(4), 152-154 [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/03.pdf>
- [21] ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8616-0.
- [22] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [23] VALENTA, Milan, 2007. *Dramaterapie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1819-4.
- [24] VYMĚTAL, Jan et al, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1:** Závažnost onemocnění
- Graf 2:** Mrtvění nebo mravenčení
- Graf 3:** Pocit horka
- Graf 4:** Vratkost nohou
- Graf 5:** Neschopnost odpočinku
- Graf 6:** Strach z nejhorší události
- Graf 7:** Závrať nebo pocit na omdlení
- Graf 8:** Bušení srdce, zrychlený tep
- Graf 9:** Neklid
- Graf 10:** Zděšení
- Graf 11:** Nervozita
- Graf 12:** Pocit dušnosti
- Graf 13:** Chvění rukou
- Graf 14:** Třes
- Graf 15:** Strach ze ztráty kontroly
- Graf 16:** Namáhavé dýchání
- Graf 17:** Strach ze smrti
- Graf 18:** Panika
- Graf 19:** Trávicí potíže nebo bolesti břicha
- Graf 20:** Pocit na omdlení
- Graf 21:** Zarudnutí v obličeji
- Graf 22:** Pocení
- Graf 23:** Věk respondentů
- Graf 24:** Pohlaví
- Graf 25:** Hlavní diagnóza

Graf 26: Prostředí, kde P/K žije

Graf 27: Počet dětí

Graf 28: S kým P/K žije

Graf 29: Partnerské vztahy P/K

Graf 30: Závažné události v rodině

Graf 31: Nejvyšší dosažené vzdělání P/K

Graf 32: Kouření

Graf 33: Alkohol

Graf 34: Vliv prostředí na výskyt diagnóz

Graf 35: Porovnání hlavní diagnózy mužů a žen

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Znaký úzkosti seniorů

Tab. 2: Doporučený způsob intervence

Tab. 3: Závažnost onemocnění

Tab. 4: Mrtvění nebo mravenčení

Tab. 5: Pocit horka

Tab. 6: Vratkost nohou

Tab. 7: Neschopnost odpočinku

Tab. 8: Strach z nejhorší události

Tab. 9: Závrať nebo pocit na omdlení

Tab. 10: Bušení srdce, zrychlený tep

Tab. 11: Neklid

Tab. 12: Zděšení

Tab. 13: Nervozita

Tab. 14: Pocit dušnosti

Tab. 15: Chvění rukou

Tab. 16: Třes

Tab. 17: Strach ze ztráty kontroly

Tab. 18: Namáhavé dýchání

Tab. 19: Strach ze smrti

Tab. 20: Panika

Tab. 21: Trávicí potíže nebo pocit na omdlení

Tab. 22: Pocit na omdlení

Tab. 23: Zarudnutí v obličeji

Tab. 24: Pocení

Tab. 25: Věk respondentů

Tab. 26: Pohlaví

Tab. 27: Hlavní diagnóza

Tab. 28: Prostředí kde P/K žije

Tab. 29: Počet dětí

Tab. 30: S kým P/K žije

Tab. 31: Partnerské vztahy P/K

Tab. 32: Závažné události v rodině

Tab. 33: Nejvyšší dosažené vzdělání P/K

Tab. 34: Volný čas

Tab. 35: Kouření

Tab. 36: Alkohol

Tab. 37: Nejčtenější subjektivní potíže

Tab. 38: Vliv prostředí na výskyt diagnóz

Tab. 39: Porovnání hlavní diagnózy u mužů a žen

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Úvodní dopis k dotazníku

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 3 – Příloha k dotazníku

Příloha č. 4 – Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha č. 5 – Žádost o umožnění přístupu k informacím 1

Příloha č. 6 – Žádost o umožnění přístupu k informacím 2

PŘÍLOHA I: UVODNÍ DOPIS K DOTAZNÍKU

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Silvie Petrusková a jsem studentkou třetího ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Všeobecná sestra, studijního oboru Ošetřovatelství. Zpracovávám bakalářskou práci, která se týká úzkosti u lidí v seniorském věku. Součástí mé práce je dotazník – *Beckův inventář úzkosti*. Chtěla bych Vás požádat o jeho pravdivé vyplnění. Tento dotazník je anonymní a dobrovolný a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 20 minut.

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 jen jednu odpověď. V případě chybného označení zaskrtejte a znovu označte vybranou odpověď, která nejvíce vystihuje Váš stav.

PŘÍLOHA II: DOTAZNÍK

<h1 style="text-align: center;">DOTAZNÍK PACIENTA</h1> <h2 style="text-align: center;">BECKŮV INVENTÁŘ ÚZKOSTI</h2>						
Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti jedna položek.		Vůbec	Mírně <i>Moc mě to nerušilo.</i>	Středně <i>Bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet.</i>	Vážně <i>Stěžejsem to vydržel(a).</i>	
1.	Mrtvení nebo mravenčení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pocit horka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Vratkost nohou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Neschopnost odpočinku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Strach z nejhorší události	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Závrať nebo pocit na omdlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Bušení srdce, zrychlený tep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Neklid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zděšení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Nervozita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Pocit dušnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Chvění rukou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Třes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Strach ze ztráty kontroly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Namáhavé dýchání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Strach ze smrti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Panika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Trávicí potíže nebo bolesti břicha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Pocit na omdlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Zarudnutí v obličeji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.	Pocení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Instrukce pro vyplnění:

Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte křížkem vedle každého příznaku, do jaké míry Vás příznaky obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška.

JMÉNO: _____

VĚK: _____ DATUM: _____





celkový skór	
--------------	--

PŘÍLOHA III: PŘÍLOHA K DOTAZNÍKU

Věk	
Pohlaví	
Hlavní diagnóza	
Prostředí, kde P/K žije (město, vesnice)	
Má P/K děti? Kolik žijících?	
S kým P/K žije? (sám, s partnerem, s rodinou, v domově pro seniory, v jiném zařízení)	
Partnerské vztahy P/K – svobodný(á), ženatý/vdaná, rozvedený(á), vdova/vdovec, s druhem/družkou	
Závažné události v rodině v posledním půlroce (úmrť, rozvod, svatba, nemoc, péče o člena rodiny apod.)	
Nejvyšší dosažené vzdělání	
Co P/K rád dělá ve volném čase, koníčky dle dokumentace	
Kouření (ano, ne, kolik cigaret denně) dle dokumentace	
Alkohol (ano, ne, příležitostně – množství)dle dokumentace	
Na jaké potíže si P/K nejvíce stěžuje, co ho přivádí do nemocnice?	

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	SILVIE PETRŮNKOVÁ	
Téma bakalářské práce	SPECIFIKA NĚTŘOVATELSKÉ PÉČE O ÚZKOSTNÉHO GERIATRICKÉHO PACIENTA	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. ZLATICHA DORKOVÁ, Ph.D.	
	 podpis	
Skupina respondentů	GERIATRICKÍ PACIENTI S ÚZKOSTÍ	
Pracoviště Psychiatrická nemocnice Kroměříž	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
7A, 7B, 19A	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
19B, 13A, 13B	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
14A, 14B	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

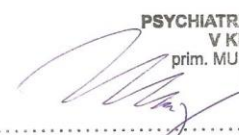
Ve Zlíně dne 18-11-2015





Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

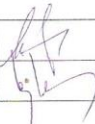
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
ředitel


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
hlavní SZP
767 40 Kroměříž, H. Vojtkova 1265

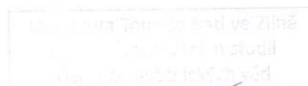
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	SILVIE PETRUŠKOVÁ		
Téma bakalářské práce	SPECIFIKA OŠETROVATELSTVĚ PÉČE O ŮZKOSTNĚHO GERIATRICKÉHO PACIENTA		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. ZLATICA DORKOVÁ, Ph.D. podpis		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Psychiatrická nemocnice Kroměříž	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
7A, 7B, 19A		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
19B, 13A, 13B		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 18. 11. 2015



Z. Dorková

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

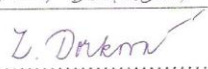
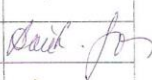
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
hlavní SZP
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
ředitel

.....
razičko a podpis zástupce zařízení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

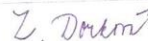
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	SILVIE PETRŮŠKOVÁ		
Téma bakalářské práce	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ÚZKOTNĚHO GERIATRICKÉHO PACIENTA		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. ZLÁTICA DORKOVÁ Ph.D.  podpis		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Psychiatrická nemocnice Kroměříž	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
14A, 14B	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 18-11-2015

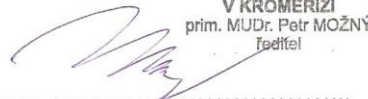
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
 Fakulta humanitních studií
 Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
 V KROMĚŘÍŽI
 hlavní SZP
 767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1255

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
 V KROMĚŘÍŽI
 prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
 ředitel



.....
 razítko a podpis zástupce zařízení