

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNÍCH VĚD
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

Bc. Irena Opavská

**Hodnocení strachu u nemocných po cévní mozkové příhodě
v ošetrovatelské péči**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

Olomouc 2016

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, pod vedením vedoucí práce Mgr. Lenky Mazalové, Ph.D., za použití uvedených bibliografických a elektronických zdrojů.

V Olomouci dne 16.5.2016

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ AUTORA

Děkuji Mgr. Lence Mazalové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, její vstřícnost, lidský přístup, rady a motivující připomínky.

Ráda bych také vyjádřila své velké poděkování všem respondentům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumného šetření a za jejich cenné intimní myšlenky, které byli ochotni sdílet.

... děkuji všem, kteří ... jsou ...

PROHLÁŠENÍ O DEDIKACI PROJEKTU

Diplomová práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2015. Je dedikována projektu IGA_FZV_2015_010 Posouzení strachu u hospitalizovaných pacientů po CMP.

Hlavní řešitelkou projektu byla Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D. spoluřešitelkou PhDr. Lenka Machálková, Ph.D., Mgr. Marinella Danosová, DiS. a Bc. Irena Opavská, která spolupracovala při přípravě výzkumného šetření a organizovala pilotní šetření. Dále plnila funkci moderátorky ohniskových skupin u vybraného souboru pacientů a všeobecných sester a provedla zpracování a analýzu data získaných v rámci tohoto šetření.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu tvůrčího podílu Bc. Ireny Opavské dokládá schválená Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (2016).

V Olomouci, 16. května 2016

.....
Mgr. Lenka Mazalová
řešitelka projektu FZV_2015_010

.....
PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.
spoluřešitelka projektu

.....
Mgr. Marinella Danosová, DiS.
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Irena Opavská
spoluřešitelka projektu

ANOTACE

Název práce:	Hodnocení strachu u nemocných po cévní mozkové příhodě v ošetrovatelské péči
Název práce v AJ:	Assessment of Fear in patients after Stroke in Nursing Care
Datum zadání:	2015 – 01 – 30
Datum odevzdání:	2016 – 05 – 16
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetrovatelství
Autor práce:	Bc. Irena Opavská
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ: Vyhodnocování potřeb pacientů, úrovně projevů, etiologické komponenty jejich onemocnění společně s rizikovými faktory za použití hodnotících nástrojů relevantně užívaných v ošetrovatelské praxi, je jednou ze zásadních právních kompetencí všeobecné sestry. Znalost projevů a příčin strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě zásadním způsobem posiluje kvalitu a efektivitu ošetrovatelské péče. Hlavním cílem diplomové práce byla specifikace projevů a příčin strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě, a to z pohledu pacientů a všeobecných sester pečujících o tyto pacienty. Empirická část byla zpracovaná formou kvalitativního výzkumného šetření za použití výzkumné metody ohniskových skupin a polostrukturovaného rozhovoru. Soubor respondentů byl tvořen dvěma skupinami pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a dvěma skupinami zdravotních sester pečujících o pacienty po cévní mozkové příhodě. Výsledky obsahové analýzy výzkumného šetření vymezily dvě základní témata z oblasti projevů, a to psychické a tělesné projevy strachu. Příčiny strachu byly definovány třemi oblastmi, které byly podmíněny charakterem onemocnění, sociálními důsledky a faktory související s péčí. Všechny uvedené tematické oblasti byly paralelně potvrzeny pacienty i všeobecnými sestrami s ohledem na diskrepance ve vnímání priorit. Výsledky výzkumného šetření mohou být přínosem a základním podkladem pro následnou tvorbu adekvátního ošetrovatelského evaluačního

nástroje saturujícího specifika vnímání strachu u hospitalizovaných pacientů po cévní mozkové příhodě

Abstrakt v AJ: Evaluating the needs of patients, the level of symptoms, etiological components together with their disease risk factors using a relevant evaluation instruments used in nursing practice, is one of the key legal competency of a general nurse. Knowing the signs and causes of fear in patients after stroke significantly enhances the quality and effectiveness of nursing care. The main aim of the thesis was specification of manifestations and causes of fear in patients after stroke, from the perspective of patients and general nurses caring for these patients. The empirical part was processed by means of a qualitative research, using research method focus groups and semi-structured interview. The respondents consisted of two groups of patients who had a stroke and two groups of general nurses caring for patients after stroke. Results of content analysis research defined two main topics of manifestations of fear, such as mental and physical symptoms of fear. Fear causes were defined by three areas that were conditioned by nature of the disease, the social implications and factors associated with care. All these thematic areas were confirmed by parallel by both patients and general nurses regarding the discrepancy in perception of priorities. Results of the research can be an asset and an essential foundation for the subsequent formation of an adequate nursing evaluation tool saturating specifics of perception of fear in hospitalized patients after stroke.

Klíčová slova v ČJ: strach – cévní mozková příhoda – CMP – hodnocení – hodnotící nástroj – hodnotící techniky - ošetrovatelství – evaluace – škála – focus groups.

Klíčová slova v AJ: fear – stroke – evaluation techniques – evaluation assessment – nursing – scale – focus groups.

Rozsah: 91 s., 8 příloh

OBSAH

ÚVOD	8
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	10
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	12
2.1 Hodnocení, hodnotící techniky a jejich význam.....	12
2.1.1 Hodnocení strachu.....	12
2.1.2 Hodnocení neurologického postižení.....	14
2.2 Strach	16
2.2.1 Etymologie a evoluce	17
2.2.2 Definice	17
2.2.3 Funkční neuroanatomie strachu	19
2.2.4 Psychoanalytické aspekty	21
2.2.5 Příčiny a projevy strachu.....	24
2.3 Cévní mozková příhoda	27
2.3.1 Definice	27
2.3.2 Epidemiologie	28
2.3.3 Klasifikace	28
2.3.4 Klinický obraz.....	30
2.3.5 Prevence	31
2.4 Shrnutí teoretických východisek.....	32
3 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
3.1 Výzkumné cíle	33
3.2 Charakteristika souboru	34
3.3 Metoda sběru dat.....	38
3.4 Realizace výzkumného šetření.....	40
3.5 Metody zpracování dat.....	43
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	47
5 DISKUZE	59
ZÁVĚR	65
REFERENČNÍ SEZNAM	67

SEZNAM ZKRATEK	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

„Kdo se táže po smyslu života, klade otázku špatně... Otázky nám pokládá život a na nás je, abychom na ně odpovídali.“

V. E. Frankl

Vyhodnocování potřeb pacientů, úrovně projevů a jejich příčin, indukovaných základním onemocněním a rizikových faktorů za použití hodnotících nástrojů užívaných v ošetrovatelské praxi je jednou ze zásadních právních kompetencí všeobecné sestry (vyhláška č. 55/2011 Sb., § 4). Získané relevantní informace mají význam pro klinickou praxi, a to v oblasti diagnostické, realizaci efektivní ošetrovatelské péče, komunikaci mezi členy zdravotnického týmu a současně také posilují kvalitu dokumentování ošetrovatelské péče. Využití informací je důležité také pro výzkumné účely, jsou uplatnitelné v klinických studiích, jejichž výsledky mohou být zpětně implementovány v klinické praxi založené na vědeckých důkazech (Bóriková, 2007, s. 13-15; Reif, 2011, s. 12-15).

Cévní mozková příhoda (CMP, iktus) je závažným onemocněním a je celosvětově považována za jednu z vedoucích příčin disability a přibližně pátou nejčastější příčinu úmrtí (Mozaffarian, 2015, s. 290-322). Každoročně je cévní mozkovou příhodou celosvětově postiženo okolo 16 milionů jedinců. CMP je charakterizována neurologickým deficitem různého stupně a rozsahu vzniklým v důsledku akutního fokálního poškození cév centrálního nervového systému. I přes prokazatelný pozitivní vývoj v incidenci tohoto onemocnění v posledních letech, cévní mozkové příhody se stále řadí mezi časté příčiny těžkého postižení zdraví, představují významný medicínský a socio-ekonomický problém a zásadním způsobem ovlivňují následnou kvalitu života (Sacco, 2013, s. 2064-2089).

Strach, úzkost a deprese patří mezi emoce s nejvyšší incidencí výskytu popisované pacienty po CMP, a to jak v akutním stádiu onemocnění, tak i v následujícím období rekonvalescence a rehabilitace v domácí péči (Batchelor, 2012, s. 482–490; Hafsteinsdóttir, 1997, s. 580-588; Jacobsson, 2000, s. 255-264; Jones, 2008, s. 244-252; Li, 2016, s. 215-222; Schmid, 2010, s. 553-562; Schmid, 2011, s. 123-132). Zatímco problematice deprese po proběhlém iktu je v dostupných výzkumech a literatuře věnována značná pozornost

s prokazatelnými a objektivními konkluzemi, fenomén strachu a úzkosti u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě zůstává dlouhodobě v pozadí.

Struktura diplomové práce je vedena logickým algoritmem směřujícím od vymezení abstraktního rámce teoretických východisek výzkumu, k jejich následné sumarizaci, implementaci a analýze v kontextu současných vědeckých poznatků z oboru ošetrovatelství. K tvorbě teoretického rámce diplomové práce byly využity dostupné publikované odborné výstupy z oblasti vymezeného tématu.

Tato diplomová práce si klade za cíl vytvoření základních podkladů pro následnou tvorbu adekvátního ošetrovatelského evaluačního nástroje saturujícího specifika vnímání strachu, a to konkrétně projevů a příčin u hospitalizovaných pacientů po cévní mozkové příhodě.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

klíčová slova v ČJ: strach – cévní mozková příhoda – CMP – hodnocení – hodnotící nástroj – hodnotící techniky - ošetrovatelství – evaluace – škála – focus groups.

klíčová slova v AJ: fear – stroke – evaluation techniques – evaluation assessment – nursing – scale – focus groups.

jazyk: český, slovenský, anglický, německý

období: 1972 - 2016

další kritéria: věk nad 18let, recenzovaná periodika, sborníky, abstrakta, plnotexty, odborné články, korelace s tématem výzkumu



DATABÁZE:

PubMed, MEDLINE, Bibliographia Medica Čechoslovaka, EBSCO, Web of Science, International Journal of Nursing Knowledge, GOOGLE - rozšířené vyhledávání, Národní knihovna České republiky.



Nalezeno 838 zdrojů



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

články v jiném než zadaném jazyce: 38 zdrojů

duplicitní články: 42 zdrojů

kvalifikační práce: 27 zdrojů

články nesplňující kritéria: 623 zdrojů



**SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A
DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ**

PubMed/MEDLINE – 44 článků
MEDVIK – 8 článků
BMČ – 1 článek
EBSCO – 3 články
Web of Science – 2 články
Journal of Nursing Knowledge – 4 články
Google Scholar – 3 články
Národní knihovna České republiky – 23 publikací

**SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A
DOKUMENTŮ**

Interní Medicína – 1 článek
Neurologie pro praxi - 5 článků
Medical Tribune – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 67 dohledaných článků,
13 knižních publikací, 1 vyhláška

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Hodnocení, hodnotící techniky a jejich význam

V oboru ošetřovatelství dochází k neustálému pokroku, a to převážně v oblasti ošetřovatelského procesu, který je považován za základní pilíř oboru. V této souvislosti je patrné stále častější využívání hodnotících a měřících škál, které se tak postupně stávají standardní a nezbytnou součástí ošetřovatelské dokumentace. Hodnotící škály jsou primárně ve většině případů zpracovány a standardizovány v zahraničí. V českém ošetřovatelství máme k dispozici zpravidla převzaté nebo různým způsobem modifikované metodiky (Staňková, 2006, s. 8-35). Hodnotící nástroje poskytují sestře možnost objektivního posouzení pacienta a následné naplánování adekvátní individualizované ošetřovatelské péče. Výsledné údaje získané pomocí hodnotícího nástroje taktéž dokumentují úroveň poskytované péče v čase (Taliánová et al., 2011, s. 25-30).

Hodnotící škály je možno dále diferencovat dle jejich specifického zaměření. V současné době probíhá hodnocení v oblasti somatického postižení, kognitivních funkcí, behaviorální oblasti, hodnocení demence, soběstačnosti v běžných denních aktivitách, hodnocení vědomí a orientace pacienta, nutričního stavu, hodnocení bolesti, nebo potenciálních rizik v různých oblastech (riziko vzniku dekubitů, riziko pádů). Pro každou z hodnocených oblastí je k dispozici většinou několik hodnotících škál (Staňková, 2006, s. 8-35; Taliánová et al., 2011, s. 25-30).

2.1.1 Hodnocení strachu

V současné době není k dispozici žádný hodnotící nástroj, který by byl schopen zahrnout komplexní posouzení všech biopsychosociálních a spirituálních domén postižení pacienta po CMP. NIHSS (The National Institute of Health Stroke Scale) je neurologickým posouzením aktuálního postižení pacienta v oblastech např. vědomí, řeči, motoriky, senzitivity, vizuální funkce, atd. Pro hodnocení míry deficitu pacienta po CMP v oblastech mobility a sebezpečí v běžných denních činnostech jsou využitelné další dva nástroje, např.

Modified Rankin Scale (mRS) a Barthel Index (BI) (Cerebrovaskulární sekce ČLS JEP; Reif, 2011, s. 12-15). Uvedené škály se soustřeďují především na posouzení tělesných následků CMP. Posouzení psychického prožívání, včetně strachu, v nich není zahrnuto (Taliánová et al., 2011, s. 25-30).

V oboru kardiologie byl pro pacienty podstupující koronarografii vyvinut a testován nástroj pro hodnocení strachu a jeho intenzity Coronary Arteriography Fear Scale. Tato škála obsahuje 26 otázek, které zahrnují oblasti, ve kterých se strach objevuje nejčastěji, a to na základě zkušeností pacientů. Pro vyjádření intenzity strachu byla u každé položky nejdříve testována vizuální analogová škála. Jednalo se o horizontální čáru v rozsahu 0 - 100 mm s pevnými body, kde hodnota 0mm byla rovna označení „Beze strachu“ a hodnota 100mm korespondovala s označením „Extrémně intenzivní strach“. Hodnocení bylo rozděleno na čtyři kategorie: žádný strach = 0 mm, nízké skóre strachu = 1-33 mm, střední skóre strachu = 34-65 mm, vysoké skóre strachu = 66-100 mm. Při pilotním testování byla tato stupnice pro pacienty obtížně uchopitelná. Snadnější a více preferována byla Likertova desetistupňová škála: 1 bod = beze strachu, 2-4 body = malý strach, 5-7 bodů = střední strach, 8-10 bodů = velký strach (Heikkilä et al., 1998 a, b, s. 1365-2648, s. 1225-1235).

V oblasti neurologické péče je možné nalézt sebehodnotící nástroj The Fear of Daily Activities Questionnaire, jehož fokus je zacílen především na posouzení strachu v rámci vykonávání denních aktivit u pacientů s bolestí zad na pracovištích rehabilitační péče. Hlavním cílem tohoto nástroje je monitorovat změny intenzity strachu ze specifických aktivit tak, aby bylo na základě hodnocení uzpůsobit vhodný plán rehabilitační péče. Obsahem hodnotících položek je 10 aktivit, které činí pacientům nejčastější obtíže a bývají uváděny ve vztahu k prožívání strachu a bolestem zad. Jedná se především o pohybové aktivity - sed, chůze a stání po určitou dobu, zvedání a přenášení břemene, otáčení se atd. Soubor hodnotících dotazů byl doplněn dvěma otevřenými opcemi, kde měli pacienti možnost doplnit další aktivity, které u nich evokují pocit strachu. Intenzita strachu u každé položky byla pacienty vyjadřována na numerické škále - úsečce s bodem 0 (beze strachu) a 100 (největší strach). Panuje ovšem všeobecný konsenzus, že tento nástroj není vhodné využívat jako skrínigový z důvodu nízké, resp. nulové detekce konkrétních příčin strachu u jednotlivých aktivit (George et al., 2009, s. 969-979).

Dalším často uváděným hodnotícím nástrojem u pacientů po CMP bývá i posouzení následné kvality života. Frekventně užívaným hodnotícím nástrojem je škála kvality života – QOLS (Quality of Life Scale). Jedná se o škálu, která je rozdělena do 5 základních oblastí – materiální a fyzikální pohoda, vztahy s ostatními lidmi, sociální a komunitní aktivity, osobní

rozvoj a naplnění, odpočinkové činnosti. Tyto oblasti jsou ještě dále specifikovány do další pěti bodů. Strach v této škále opět zahrnut není. Hodnocení smyslu života, který bývá částečně spojován s hodnocením kvality života, je možné využít dotazník smyslu života PIL (Purpose of Life). Dotazník smyslu života je sestaven z 20 položek (Steger, 2006, s. 80-93).

Většina studií se zaměřuje na zkoumání těchto problémů u pacientů v dlouhodobé rehabilitační péči v souvislosti s aktivitami denního života po propuštění z nemocnice (Carlsson et al., 2008, s. 773-782; Jones et al., 2008, s. 244-252; Kim et al., 2012, s. 797-803; van Mierlo et al., 2014, s. 341-348; Schmid et al., 2011, s. 123-132). Nicméně, proces zvládání nemoci determinující následnou kvalitu života pacienta po CMP začíná a je významně ovlivněn prožíváním pacienta bezprostředně po CMP (Praško et al., 2011, s. 265-270). Detekce strachu hodnotícím nástrojem by proto měla být součástí běžné klinické praxe ošetrovatelských profesionálů v péči o pacienty po CMP.

2.1.2 Hodnocení neurologického postižení

Nejčastěji používaným hodnocením v oboru neurologie je NIHSS (The National Institute of Health Stroke Scale). NIHSS zahrnuje 15 položek díky kterým je možná dostatečná kvantifikace aktuálního neurologického stavu pacienta s pozorností zaměřenou na relevantní aspekty iktu. Škála poskytuje posloupné nelineární měření jednotlivých deficitů formou numerické hodnoty, a to v oblastech vědomí, řeči, motoriky, senzitivity, vizu, neglect syndromu a cerebelárních funkcí. Skórování probíhá na škále od 0 bodů (žádné postižení) – do 42 bodů, kdy při skóre 21 bodů a vyšším je postižení většinou definováno jako závažné. Evaluace pomocí NIHSS je široce doporučována k exaktnější a rychlejší komunikaci mezi lékařskými profesionály. Výsledná hodnota evaluace je korelátem závažnosti iktu a velikosti ischemického ložiska a v průběhu prvních 6 hodin je signifikantním prediktorem výsledného stavu pacienta po CMP hodnoceném po 7 dnech a 3 měsících od vzniku onemocnění. NIHSS byla primárně vyvinuta jako hodnotící nástroj konzistentního hodnocení neurologických deficitů, a to především v oblasti klinických studií (Cerebrovaskulární sekce ČLS JEP; Harrison, 2013, s. 201-211; Reif, 2011, s. 12-15).

V oboru ošetrovatelství je v současné době k dispozici komplexní přehled hodnotících technik, které jsou široce používány zdravotníky, nicméně doposud nebyl žádný z hodnotících nástrojů schopen zahrnout komplexní posouzení všech biopsychosociálních a spirituálních

potřeb vzniklých v důsledku postižení pacienta po cévní mozkové příhodě. Pro posouzení z pohledu ošetřovatelství a hodnocení míry deficitu u pacienta po CMP v oblastech mobility a sebepečce v běžných denních činnostech jsou nejčteněji využívány další dva nástroje, a to modifikovaná Rakin scale (mRS) a index Barthelové (BI) (Reif, 2011, s. 12-15).

Modifikovaná Rankinova škála je hierarchicky uspořádanou škálou, která hodnotí funkční nezávislost se zacílením na mobilitu (Reif, 2011, s. 12-15). mRS má značný potenciál a je globálně akceptována pacienty i zdravotníky. Míra postižení je definována na stupnici 0-6 bodů, přičemž 0 bodů je přičítáno pacientovi bez neurologického deficitu či jakéhokoliv omezení. Skóre 1-5 bodů definuje různý stupeň postižení, 6 bodů je numerickým ekvivalentem smrti. Vzhledem k relativní bodové omezenosti mRS je evidentní nižší úroveň senzitivity a specifity ve srovnání s jinými škálami, nicméně i změna v jednom bodu stupnice detekuje klinicky relevantní změnu funkčního stavu pacienta (Harrison, 2013, s. 201-211; Reif, 2011, s. 12-15).

Detailnější a specificky významnější škálou pro hodnocení funkčních deficitů v oblasti motoriky a sebepečce, je index Barthelové - BI, nebo také Barthel Scale. BI sestává z 10 funkčních dotazů hodnotících deficit v oblastech běžných aktivit denního života (ADL-Activities of daily living), např. v příjmu potravy, vyprazdňování, koupání, péče o vzhled a mobility. Jednotlivé oblasti jsou hodnoceny pomocí skórovacího schématu v bodovém rozmezí 0-100 bodů, kdy 100 bodů je přisuzováno pacientům bez jakéhokoliv deficitu ve všech posuzovaných oblastech a hodnota 0 bodů značí vysokou funkční závislost pacienta. Nevýhodou BI je deficit významných diagnosticky a ošetřovatelsky relevantních aspektů, mezi které patří zhodnocení kognitivních funkcí, vizu a verbálních schopností, nebo také emoční deficit či hodnocení bolesti. Tyto modalities mohou mít za následek významné ovlivnění funkčního hodnocení. Využití BI není doporučováno v počáteční fázi po proběhlém iktu, tedy v prvních dnech, kdy existuje značná pravděpodobnost negativního ovlivnění výsledné hodnoty, resp. funkční evaluace. Základní verze hodnocení bazálních činností byla dále rozšířena o další, více specifické oblasti vyplývající z potřeb, a je definována jako instrumentální (rozšířené) aktivity denního života-IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (Harrison, 2013, s. 201-211; Quinn, 2011, s. 1146-1151; Reif, 2011, s. 12-15).

Uvedené škály jsou čteně používány v klinické praxi. Kromě těchto zmíněných skórovacích systémů existuje ještě mnoho dalších, které jsou zacílené na hodnocení jednotlivých oblastí u pacientů po CMP. Pro představu lze uvést např. SIS – Stroke Impact Scale, GOS – Glasgow Outcome Scale, PDS – Post-stroke depression scale, SS-QOL – Stroke Specific Quality of Life Scale a mnoho dalších (Reif, 2011, s. 12-15).

Zmiňované škály jsou zaměřeny především na posouzení tělesných následků CMP. Posouzení psychického prožívání včetně strachu, v nich zahrnuto není (Taliánová et al., 2011, s. 25-30).

2.2 Strach

Strach je psychologický, fyziologický a behaviorální stav vyskytující se u zvířat i lidí v důsledku ohrožení jejich života, a to aktuálního nebo potenciálního (Steimer, 2002, s. 231-249). U lidí i zvířat bývá strach modulován kognitivními procesy a učením. Strach je emocií, která vzniká jako reakce na hrozící nebezpečí. Strach bývá často doprovázen takzvanými neurovegetativními projevy, za které lze považovat např. zblednutí, bušení srdce, chvění, intenzivnější dýchání, zvýšený krevní tlak, u některých jedinců i výskyt tzv. „husí kůže“. Jedná se o běžnou a zcela normální reakci na reálnou hrozbu nebezpečí či ohrožení, která by měla jedince připravit na únik či obranu. Strach může být v některých případech také jistou motivací k eliminaci nebezpečí nebo k útěku před ním. V případech, kdy není možný útek nebo únik dochází k modifikaci strachu na agresi (Nakonečný, 2000, s. 255-258). Strach je možné identifikovat nejen v souvislosti s konkrétními provokujícími věcmi či situacemi, ale i z určitých situací a věcí, kdy samotná obava pochází z potenciálních důsledků, které by mohly nastat. V pokročilejším věku bývají nejčastějším zdrojem strachu stav rezignace, nejistoty, izolace a samoty, obava z onemocnění či z odborných lékařských výkonů a také strach ze smrti (Major, 2016, s. 1-12). Fenomén strachu se řadí do kategorie emočních psychických procesů. Strach jako reakce na potenciální ohrožení patří mezi základní lidské emoce, jejichž základním cílem je účelná aktivace organismu, v rámci které dochází k mobilizaci energie. V současnosti jsou emoce klasifikovány především v souvislosti s jejich vztahem k situacím a jejich významu pro jedince. Intenzita projevu strachu je definována rozsahem od slabších forem strachu-obavy, které zahrnují například strach o budoucnost, o zaměstnání, až po značně intenzivní formy strachu-hrůzy. Hrůza je afektivním projevem strachu a člověk jí vnímá v situacích, kdy je obrana zdánlivě nebo fakticky nemožná (Nakonečný, 2000, s. 255-258).

2.2.1 Etymologie a evoluce

Původ pojmu strach je možné identifikovat v latinském slově „angustus“ či „angustia“, která jsou označením pro úzkost, stísněnost, tíseň, omezení, nebo taktéž v latinském překladu slova „angere“, „angor“, s významem škrtit, škrcení. Obdobu významu je možné nalézt v latinských výrazech „terror“, „pavor“, „timor“, „metus“ (Stowasser, 1994, s. 221).

Další možnou etymologickou variantou se zdají být řecké výrazy „deos“ a „phobos“ s translačním významem strachu a bázně. Za potenciálně příbuzné lze považovat i slovo „panicos“ definující bezdůvodný strach (Gruen, 2011, s. 13).

V německém jazyce je pojem strach překládáno jako „die Angst“, jehož původ sahá do protoindogermánského pojmu „anghu“, který byl označením pro výraz stísnující, tísnivý, ze kterého se později vyvinul staroněmecký výraz „angust“ (Hermann, 1982, s. 25).

2.2.2 Definice

V psychologii je strach definován jako „averzní reakce na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v jedinci vyvolá pocit ohrožení“ (Vymětal, 2007, s. 22). Strach může mít mobilizující, aktivizující efekt, ale může vyvolat i reakci opačnou, a to deaktivizující (Nakonečný, 2000, s. 255-258). Podle míry intenzity se může modifikovat až ve fobii, děs (Vymětal, 2007, s. 22).

Další možnou definicí strachu je např. „Strach je nelibá emoce s neurovegetativním projevem organismu. Je to přirozená obranná reakce organismu na pocit nebezpečí a ohrožení, vyvíjí se s věkem a zkušenostmi jedince a míra jeho prožitku souvisí s konstitučními vlastnostmi člověka“ (Hartl, 2010, s. 583).

Z ošetřovatelského pohledu je strach definován jako „Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.“ (NANDA, 2015-2017, s. 378).

V rámci ošetřovatelské taxonomie NANDA je strach dále definován určujícími znaky a souvisejícími faktory, jež jsou subjektivně uváděny, pocíťovány samotným pacientem, nebo hodnotitelné zdravotnickým personálem a mezi které patří například pocit nebezpečí, obavy, strachu, snížená sebejistota, děs, vzrušení, zvýšené napětí, tréma, panika, hrůza. Určující znaky jsou dále rozděleny na kognitivní, behaviorální a fyziologickou komponentu. Kognitivní oblast zahrnuje sníženou schopnost se učit, řešit problémy, sníženou produktivitu,

identifikace strachu nemocným či vnímání specifického stimulu jako ohrožení. Do behaviorální složky patří útočné či naopak vyhýbavé chování nemocného, impulzivnost, zvýšená ostražitost, zúžené zaměření se na ohnisko strachu. Mezi objektivně hodnotitelné fyziologické komponenty byly začleněny vegetativní projevy typu nauzey, vomitu, průjmu, sucha v ústech, dyspnoe, zvýšené únavy, pocení, tachykardie, hyperventilace, hypertenze, zvýšeného svalového tonu, bledosti, mydriázy. Související faktory jsou dány strukturovanou souvislostí se samotnou ošetřovatelskou diagnózou. Jedná se tedy o faktory, které s konkrétní diagnózou souvisejí, jsou s ní spojovány, předcházejí ji či přispívají k jejímu vzniku. U ošetřovatelské diagnózy Strach jsou definovány související faktory přirozené (bolest, deficit fyzické podpory, nepříjemné prožitky či vjemy), vrozené spouštěče (neurotransmitery), lingvistická bariéra, naučené reakce (identifikace s různými vzorci chování, působení podmínek prostředí apod.), působení vnějších stimulů podmiňujících fobii, degradované sensorické vnímání (zrak a sluch), separace od podpůrných systémů v hrozící stresové situaci (hospitalizace, diagnostické a terapeutické procedury), neznalost okolního prostředí (NANDA, 2015-2017, s. 378)

V definici strachu z pohledu ošetřovatelství je patrné pět signifikantních atributů strachu:

1. přítomnost bezprostředního pocitu obavy a intenzivního strachu (hrůzy)
2. příčina nebo zdroj strachu je známý a je specifického původu
3. jsou přítomny subjektivní psychické/behaviorální reakce (odpovědi)
4. jsou přítomny objektivní psychické/behaviorální, tělesné a kognitivní reakce (odpovědi)
5. jedinec reaguje projevy chování ve smyslu boje nebo útěku (Whitley, 1992, s. 155-161).

2.2.3 Funkční neuroanatomie strachu

Charles Letourneau ve své knize „Physiologie de passions“ z r. 1878 definoval emoce jako „vášeň krátkého trvání“ a popsal velké množství fyziologických projevů a behaviorálních odpovědí asociovaných se silným emotivním prožitkem, jako například prožitkem strachu. Ve své knize uvedl, že emoce jsou intimně spjaty s organickým životem a jejich indukce je důsledkem abnormální excitace nervového systému, kdy dochází k objektivním změnám v srdečním rytmu a sekreci exokrinních žláz, nebo přerušením fyziologického vztahu mezi periferním nervovým systémem a mozkiem, který se projevuje paralýzou, alterací sensorických funkcí, pocitem bolesti (LeDoux, 2000, s. 155-184).

V moderní éře zkoumání emotivních prožitků se setkáváme s názorem, že emoce nejsou hodnoceny jako pouhé pocity, nebo mentální status jedince, ale jejich význam je posuzován a zkoumán v širším kontextu vyplývajícím z faktu, že jejich integrálními součástmi jsou také fyziologické a behaviorální změny. V dnešní době jsou emoce zkoumány z pohledu tří rozdílných, ale současně úzce spjatých oblastí, a to mentální či psychologickou oblastí, neurofyziologickou oblastí a behaviorální oblastí (Halbik, 2011, s. 1319; Schaefer, 2014, s. 59-69; Steimer, 2002, s. 231-249).

Strach patří mezi základní emoce již od Darwinových dob (1872). V minulosti panoval široce přijímaný konsenzus, že emoce a kognice jsou separátními funkcemi mozku a musí mít tudíž odlišný neuroanatomický substrát. Dlouholeté výzkumy zabývající se neuroanatomíí, neurofyziologií a chováním však indikují, že tato dichotomie mezi kognitivním a emocionálním procesem je obsoletní (LeDoux, 2012, s. 431-442). Na podkladě těchto výzkumů se předpokládá, že emoce, včetně strachu a úzkosti, jsou téměř výhradně generovány nebo procesovány v „primitivní“ části mozku zvané limbický systém, nebo také tzv. emocionálním mozku. Limbický systém je komplikovaným systémem struktur šedé mozkové hmoty ležících po stranách thalamu, které jsou vzájemně propojeny drahami. Klíčovými funkcemi limbického systému jsou především regulace strachu a úzkosti, emočního a sociálního chování, participace v procesech krátkodobé paměti, nebo regulace somatických projevů, především srdeční činnosti a dýchání, a v neposlední řadě sekrece endokrinních žláz. Za funkčně významné oblasti jsou považovány specifické oblasti mozkové kůry, thalamus, hypothalamus, hippocampus, locus coeruleus (jádro uložené v mozkovém kmeni, jehož obsahem je více než polovina všech noradrenergických neuronů) a zvláště

amygdala, která je nazývána také tzv. emoční paměť a je zároveň považována za jednu z nejstarších částí mozku.

V mozkové kůře jsou přítomny i asociační oblasti, které determinují vznik tzv. kognitivních map, ve kterých jsou dlouhodobě deponovány informace o podnětech strachu, včetně kompletního kontextu a s nimiž je následně komparována každá nová zkušenost. Signifikantní úlohu zastává prefrontální kůra, která rozhodne o strategii našeho následného chování, zda na situaci reagujeme únikem, aktivně apod. (Vymětal, 2007, s. 24). Na podkladě dlouholetých výzkumů bylo zjištěno, že reakce strachu mají původ v amygdale, která generuje reakci na ohrožení i bez našeho uvědomění, resp. bez aktuálního pocitu strachu. V důsledku této reakce dochází k eskalaci aktivity autonomního nervového systému, k sekreci noradrenergických hormonů a následnému vzniku nežádoucích psychosomatických projevů (Janak, 2015, s. 284-292).

Amygdala byla počátkem 19. století prvně popsána jako distinktivní mozková oblast. Amygdala je komplexní struktura zapojená v široké řadě běžných behaviorálních činností a funkčně je považována za hlavní centrum nervového systému. Ačkoliv nevýznamná svou velikostí, amygdala je tvořena skupinou mnoha vzájemně propojených jader uložených hluboko v temporálním laloku. Hlavními a nejlépe definovanými oblastmi jsou bazolaterální komplex amygdaly (BLA), který je tvořen laterální (LA), bazální (BA) a bazomediální (BM) skupinou jader, a oblast centrálního jádra (CeA) a kortikomediálního jádra (CMA), které generuje informace z čichových receptorů a je propojeno s hypothalamem a frontální částí mozku. Tato část amygdaly je zodpovědná za sexuální chování v souvislosti s pachovými stimuly. Bazolaterální oblast je propojena s parietálními a temporálními asociačními oblastmi v mozkové kůře. Bazolaterální oblast amygdaly definuje emoční význam vstupních informací a řadí k nim adekvátní emoční reakci. Bazální a laterální oblasti jsou zapojeny do procesů učení a asociačních schopností. Laterální oblast získává zrakové a sluchové projekce, na jejichž podkladě vytváří asociace s předchozími neutrálními podmíněnými a averzivními nepodmíněnými stimuly rezultující v získání podmíněného strachu. Bazální oblast získává některé přímé podmíněné a nepodmíněné stimuly, ale je také cílovou oblastí pro další zpracování informací z laterální oblasti před finálním odesláním informace do centrální oblasti (Ressler, 2010, s. 1117-1119). Oblast centrálního jádra je spojena s asociačními teritorii kůry mozkové a také s centrem chuti. Výstupní dráhy jsou spojeny převážně s centry pro řízení autonomních funkcí, které se nacházejí v mozkovém kmeni (Janak, 2015, s. 284-292). Centrální oblast reguluje mnoho aspektů strachové odezvy, včetně regulace uvolnění kortizolu skrze paraventriculární nukleus hypothalamu, eskaluje úlekovou odezvu přes střední

mozek a modulaci autonomního nervového systému prostřednictvím laterálního hypotalamu (Ressler, 2010, s. 1117-1119). Na základě velkého množství recipročních extenzivních aferentních a eferentních konexí s jednotlivými oblastmi mozku se amygdala podílí na mechanismech pozornosti, kognitivních funkcí, afektivního chování (obrana, útek) a sociálního chování, které jsou zacílené na všechny emočně významné podněty (Koukolík, 2006, s. 173-189; LeDoux, 2012, s. 431-442; Phelps, 2004, s. 198-202). V důsledku vzájemných spojení uvnitř amygdaly dochází k projekci informace z laterálního jádra (aferentní dráha) do bazálního jádra, kde dochází ke spojení informací z hippocampu nebo prefrontální kůry a k jejich následné projekci do centrálního jádra, které je považováno za hlavní eferentní oblast, která tyto informace dále transferuje do hypothalamu a mozkového kmene (Janak, 2015, s. 284-292). Neuronální okruh zajišťuje neuroendokrinní a svalově-motorické reakce. Naproti tomu vegetativní symptomy, které vykazuje sám jedinec v souvislosti s projevem strachu a úzkosti jsou zajišťovány sympatickým a parasympatickým nervovým systémem (Janak, 2015, s. 284-292).

Lidská amygdala, hippocampus a entorhinální kortex patří mezi alokortikální oblasti zapojené v emocionálních procesech, učení a paměti a patří zároveň k oblastem, kterým je v poslední době věnovaná značná pozornost, a to hlavně na poli zobrazovacích metod, např. pozitronové emisní tomografie (PET) a funkční magnetické rezonance (fMRI) (LeDoux, 2000, s. 155-184). V rámci doplnění teorie zobrazovacích metod bylo prokázáno u pacientů po temporální lobektomii se ztrátou amygdaly, porušenou funkci prožitku strachu (Janak, 2015, s. 284-292; Ressler, 2010, s. 1117-1119; Roxo, 2011, s. 1-14;).

2.2.4 Psychoanalytické aspekty

Sigmund Freud definoval strukturu osobnosti z psychoanalytického pohledu jako jednotu tvořenou vědomím, předvědomím a nevědomím – Ego, Superego a Id (Já, NadJá a Ono). Jádrem oblasti nevědomí jsou představy, zážitky a emoce, které byly vytlačeny ze sféry vědomí, psychické fenomény, které vycházejí z pudových základů a jsou zároveň podřízené principu slasti bez současného respektování principu reality. Prožívání strachu každého jedince z velké části souvisí s unikátností jeho příběhu, prožitými dosavadními zkušenostmi a již od prenatálního života predikuje a ovlivňuje určitý způsob našeho prožívání, chování a veškeré reakce a afekty s tímto spojené. Z teorie S. Freuda vyplývá, že na úplném počátku

zrodu všech strachů stojí prapůvodní forma strachu, tzv. archaický strach, který je u člověka přítomný již v době jeho narození, kdy samotný akt narození je považován pro jedince za traumatický. Tento druh strachu byl Freudem nazýván také tzv. automatický strach. Z této primární formy strachu se v průběhu našeho života odvíjejí všechny ostatní formy strachu (Freud, 1999, s. 118-134).

V průběhu vývoje jedince dochází u složek Já a NadJá k posunu a eskalaci na tzv. signální strach – nebo také obranný strach, přičemž složka Já je schopná strach sama pociťovat. Tyto vzpomínky na jednotlivé epizody strachu jsou uchovány v paměti, která je v nás archivována jako komplex, který se stává nadčasovým a trvale ovlivňuje naše chování. Během dalšího vývoje jedince za současné akcentace a převahy komplementu NadJá dochází k modifikacím strachu v další formy strachu, a to například strachu ze svědomí, sociálnímu strachu či poslední formy strachu, kterou je strach ze smrti. Z pohledu analytické psychologie S. Freuda, sahá příčina veškerého našeho strachu až k prapůvodnímu archaickému strachu, který je vlastní všem lidským bytostem již od jejich narození. Na jeho základě dochází později k utváření tzv. komplexů, v jejichž pozadí stojí tendence generalizovat, která je aktivována ve všech klíčových životních situacích (Freud, 2010, s. 155).

Lidská psychika se podle teorie Carla Gustava Junga skládá z vědomého Já, osobního nevědomí, a kolektivního nevědomí, přičemž vědomé Já je považováno za jádro osobnostního celku, ale zároveň je jeho velmi malou částí, která je součástí kolektivního nevědomí. Osobní nevědomí je podle Junga u každého člověka individuální a je tvořeno obsahy vytěsněnými z jeho vědomí. Kolektivní nevědomí tvoří podle Junga velmi důležitou složku osobnosti a jeho obsah je tvořený evolucí a dědičností. Do této složky je možné zařadit všechny nadindividuální vzorce chování. Kořeny kolektivního nevědomí sahají až k subhumánním předkům člověka, který byl nucen vypořádat se s mnohými životními zážitky a zkušenostmi. Tyto zkušenosti se staly součástí jeho duševního dědictví ve formě archetypů. Archetypy, C.G.Jungem nazývané též orgány duše, jsou za považovány instinkty specifického druhu, které jsou zodpovědné za naše prožívání a jednání a zároveň ovlivňují naše vědomí (Říčan, 2010, s. 144-146).

Z hlediska analytické psychologie mají emoce velmi významnou roli, převážnou část z nich C.G.Jung označil jako citově laděné komplexy, tudíž i strach je jedním z těchto citových souborů. V centru komplexu strachu nacházíme kromě biograficky-individuálních znaků, i individuální vzorce chování, resp. informace vycházející z kolektivního nevědomí, které C.G.Jung pojmenoval jako archetypy. C.G.Jung definoval velké množství různých forem strachu, které ovládají náš život. Obdobně jako u Sigmunda Freuda, i u Junga je na

počátku identifikován archaický strach – prastrach, neboli prapůvodní forma strachu, která je považována za jádro všech dalších strachů či archetypů strachu. V jádře je vždy ohrožena naše existence, tedy v pozadí psychologické analýzy C.G.Junga vystupuje archetyp existenciálního strachu (Jung, 2011, s. 374).

Podle Viktora E. Frankla, zakladatele existenciální analýzy a logoterapie, je lidská bytost tvořena spirituální podstatou - Noos, která je opatřena tělem - Soma a duší - Psyché. Termín „Noos“ používal Frankl záměrně, aby se vyhnul religiózním konotacím a tuto dimenzi lidského bytí na rozdíl od jiných směrů považoval za zásadní. Hranice mezi spirituální (noetickou) dimenzí lidské existence a psychofyzickým bytím je podle Frankla absolutní. Viktor E. Frankl vnímá lidskou existenci jako komplex vzájemně se ovlivňujících jednotlivých komponent, které zahrnují souhrn všech fyzických (biologických, tělesných), psychických (lidské prožívání), sociálních (společenských) a spirituálních (duchovních) aspektů (Frankl, 1972, s. 85-89; Kaplin, 2015, s. 1-12; Lewis, 2011, s. 1-47). To ostatně koresponduje se současně přijímanou definicí zdraví, která ho pozitivně vymezuje jako stav úplné duševní, tělesné, sociální a spirituální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady (WHO). Smysl života (Purpose in Life - PIL) je podle V. E. Frankla klíčovým fenoménem, který sehraje zásadní roli v indukci onemocnění (při jeho absenci) a umožňuje tak zprostředkovat významné psycho-somatické interakce působením emočních, mentálních, sociálních a spirituálních faktorů s přímými důsledky na zdraví jedince (Frankl, 1972, s. 85-89; Lewis, 2011, s. 1-47). Také samotná probíhající nebo překonaná nemoc recipročně negativně a významně ovlivňuje výše zmíněné faktory, což potvrzují výsledky výzkumných prací z poslední doby. Ačkoliv aplikace logoterapie v rámci léčby psychiatrických i somatických onemocnění, zejména těch, které vznikají v důsledku „existenciálního vaku“ byla podrobena kritice ze strany skeptiků vůči tomuto směru, zejména z důvodu absence systematické a reprodukovatelně použitelné kvantifikace „smyslu života“. I proto byl na základě systematického studia a výzkumu v 60. letech 20. století vyvinutý psychometrický dotazník PIL, kterým je možné tento problém překlenout. Ve vnímání V. E. Frankla je zásadním projevem existenciálního vaku, tedy absence smyslu života, tzv. noogenní neuróza, která může mít celou řadu psychických a somatických fenotypových projevů. Jednou z možných manifestací jsou právě strach a úzkost vyvolané např. akutním kardiovaskulárním onemocněním (Frankl, 1972, s. 85-89; Schaefer, 2013, s. e80329).

2.2.5 Příčiny a projevy strachu

Mezi jednu z nejčastějších příčin strachu u pacientů po CMP patří strach z pádů. Pády bývají běžnou komplikací vyskytující se u pacientů po CMP a jsou asociovány s náhlou ztrátou motorické funkce v souvislosti s akutní fází iktu. Relativně vysoká incidence pádů u pacientů po CMP je predikcí rozvoje strachu z pádů (Batchelor et al., 2012, s. 482-490; Schmid et al., 2010, s. 553-562). Strach z pádů se nejčastěji popisován u pacientů v souvislosti s propuštěním do domácí péče. Příčina strachu z pádů bývá asociována nejen s funkčním postižením, tedy s poruchou rovnováhy a mobility, ale také s emocionálními změnami (úzkost, deprese), ke kterým u těchto pacientů dochází. Strach je determinantou rozsáhlejších následků ve smyslu restrikce běžných aktivit, ztráta jistoty a tím narušená kvalita života (Kim et al., 2012, s. 797-803; Schmidt, 2010, s. 553-562; Schmidt, 2011, s. 123-132).

Pacienty čteně uváděnou příčinou strachu je strach z opakování CMP (Carlsson et al., 2008, s. 773-782; Nicholson et al., 2013, s. 357-364). Rizika recidivy iktu jsou iniciálně vysoká. Strach z recidivy iktu u pacientů po CMP pramení z absence pocitu kontroly nad vyvolávajícími příčinami a jejich obavy bývají asociovány s idiosynkrazií a rezignací. Důsledky strachu mají i v tomto případě zásadní význam pro kvalitu života pacienta po CMP (Townend, 2006, s. 747-755).

V návaznosti na předchozí uvedenou příčinu strachu pociťují pacienti obavy z návratu do zaměstnání, čímž dochází k prodloužení pracovní neschopnosti a k poklesu produktivity pacienta po CMP (Carlsson et al., 2008, s. 773-782).

Další častou uváděnou příčinou strachu bývá také strach z neadekvátní přípravy na propuštění, nebo z velmi brzkého propuštění z nemocnice (Jones et al., 2008, s. 244-252). Tento strach pramení zejména z nejistoty, obav o schopnost sebepéče a z opuštění bezpečného prostředí nemocniční jednotky (Nordin, 2015, s. 235). Naproti tomu v současné době jsou k dispozici výsledky výzkumných šetření prokazující pozitivní benefit časného propuštění z nemocnice do domácí péče se současným zajištěním kvalifikované rehabilitační a ošetrovatelské péče, která by měla podpořit lepší a časnější integraci a resocializaci pacientů po CMP do běžného i společenského života a zároveň pomoci zlepšit jeho kvalitu a smysluplnost (Cobley, 2013, s. 750-757; Nordin, 2015, s. 235).

Mezi mnoha autory panuje všeobecný konsenzus, že bezprostředně po CMP pacienti prožívají různou intenzitu stresu, pramenícího z vlastního onemocnění a zejména

z následného postižení, a to jak v oblasti motorické, kognitivní tak i emocionální. Dalším zdrojem stresu mohou být asociovány s ošetrovatelskými a lékařskými intervencemi, vzájemným vztahem mezi pacientem a zdravotnickým personálem a v neposlední řadě, pro pacienta neznámé, nemocniční prostředí. Hlavními zdroji pocíťovaného stresu jsou především saturace běžných fyziologických potřeb z oblasti vyprazdňování, příjmu potravy, osobní hygieny, jejichž důsledky je možno detekovat ve sféře psychosociální a emocionální, a to ve formě pocitů ponížení, ztrapnění se, strachu, distresu, ztráty důstojnosti, sebedůvěry (Kitson, 2012, s. 392 - 403). Vnímání intenzivních pocitů strachu souvisí se ztrátou kontroly nad svým tělem a z toho, že se pacientovi nedostane potřebné pomoci při běžných denních činnostech v oblasti sebezpečí, zejména ve vztahu k zajištění vyprazdňování (Hafsteinsdóttir, 1997, s. 580-588; Praško et al., 2011, s. 265-270).

K dalším determinantám příčin strachu patří relativně běžně se vyskytující obtíže s příjmem potravy ve smyslu dysfagie – poruchy polykání. Dysfagie je postižení pacientů po CMP s relativně vysokou incidencí udávanou zhruba u 20,7% pacientů v akutní fázi a u perzistující formy přibližně u 60% při propuštění z hospitalizace (Arnold, 2016, s. 1-11). Pacienti v prvních dnech po CMP pocíťují strach z udušení při jídle pramenící z toho, že nemají kontrolu nad polykáním jídla a tekutin. Orofaryngeální dysfagie jako následek iktu je asociována s následnými komplikacemi, a to např. malnutricí, dehydratací, laryngotracheální aspirací, která může vyústit až v pneumonii nebo úmrtí pacienta. Dysfagie je jednak závislá na stupni postižení po proběhlém iktu, ale může být generována i v kontextu psychologických poruch spojených s emocionální modifikací. Dysfagii je možné hodnotit pomocí rozhovoru, pozorování či hodnotících nástrojů, mezi které patří test polykání vody, screening vyšetření schopnosti polykání - GUSS (Gugging Swallowing Screen), vyšetření rychlosti polykání - SST Swallowing Speed Test, vyšetření volumu polykání - SVT (Swallowing Volume Test), a dále je v souvislosti s dysfagií a jejími konsekvencemi využíván např. MNA (Mini Nutritional Assessment) či Beckova škála úzkosti – BAI (Beck Anxiety Inventory) (Foley, 2008, s. 258-264; Hinchey 2005, s. 976). Značný počet takto postižených jedinců tyto obtíže bagatelizuje či má strach z veřejného přiznání z důvodu pocitů studu a neschopnosti stravování se podle sociálně akceptovatelných norem. Jedním z dalších důvodů může být také potřeba nezávislosti (Jacobsson, 2000, s. 255-264). U pacientů, kteří byli lépe informováni o svých polykacích obtížích, byly prokázány lepší a bezpečnější návyky stran příjmu potravy a polykání (Parker, 2004, s. 28-35). Signifikantně pozitivní benefit v rámci poruchy polykání a s ní spojeném strachu a úzkosti přináší také terapie či nácvik řeči (Drozd, 2014, s. 172-177).

Projevy strachu jsou definovány do několika oblastí.

- psychická oblast - projevuje se pocitem tísně a sevření, ohrožení, vertigem, excitací a zvýšeným neklidem
- mimická oblast – projevem je např. otevření úst, vyvalení očí, hypomimie, pocit sucha v ústech
- somatická oblast – tělesné reakce zahrnují projevy stimulace sympatického nervového systému v kardiovaskulárním, dýchacím, gastrointestinálním a kožním systému ve smyslu palpitací, tachykardie, hypertenze, hyperventilace, hyperglykemie, dyspeptických obtíží různého charakteru a intenzity, pocení
- behaviorální oblast – je vyjádřena projevy obranného chování, útekem, uhýbáním, strnutím
- oblast výkonu – nižší úroveň strachu zvyšuje výkon a naopak nižší produktivita v důsledku vyšší úrovně strachu (Bay, 1999, s. 103-111; Vymětal, 2007, s. 23; Whitley, 1992, s. 155-161)

Emocionální příznaky jsou definovány jako přítomnost bezprostředního pocitu znepokojení a strachu, zvýšené napětí, pokles sebedůvěry, hrozba, rozrušenost, panika, nervozita, zděšení. Kognitivní znaky jsou tvořeny především identifikací specifické příčiny nebo zdroje strachu demonstrovanou vyjádřením strachujícího se člověka, snížená schopnost řešit problémy a učit se, snížená produktivita. Výsledkem uvědomovaného stavu strachu jsou konkrétní objektivní projevy chování ve smyslu boje nebo útěku, zvýšená ostražitost, impulzivnost, zúžená koncentrace na zdroj strachu. (Bay, 1999, s. 103-111; Whitley, 1992, s. 155-161).

2.3 Cévní mozková příhoda

Cévní mozkové příhody jsou onemocnění cévní etiologie, které jsou charakterizovány rychle progredující ložiskovou, případně i celkovou symptomatologií vznikající na podkladě poruchy mozkové funkce (Bauer, 2010, s. 122-132).

2.3.1 Definice

Navzdory značnému globálnímu rozsahu tohoto onemocnění nebyla dlouhodobě k dispozici konzistentní definice, a to jak pro klinickou praxi, klinický výzkum, tak i pro veřejnost. V roce 2013 byla provedena revize a aktualizace dosavadních definic cévní mozkové příhody dle etiologické specifikace (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

Infarkt centrálního nervového systému je definován jako smrt buněk mozku, míchy nebo sítnice z důvodu ischemie, podložené neuropatologickým nálezem, zobrazovacím nálezem, a/nebo klinickým nálezem symptomů permanentního poškození, přičemž tzv. tichý infarkt mozku probíhá bez klinické symptomatologie (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

Ischemická cévní mozková příhoda je definována jako epizoda neurologické dysfunkce způsobená mozkovým, míšním či retinálním infarktem (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

Cévní mozková příhoda rezultující z **intracerebrálního krvácení** je definována rychle se rozvíjející symptomatologií neurologického deficitu způsobeného fokální kolekcí krve uvnitř mozkového parenchymu nebo komorového systému, které nebylo způsobeno traumatem (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

Cévní mozková příhoda vzniklá na podkladě **subarachnoidálního krvácení** je definována rychle se rozvíjejícími příznaky neurologické dysfunkce a/nebo bolestmi hlavy z důvodu krvácení do subarachnoidálních prostor, které nebylo způsobeno traumatem (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

2.3.2 Epidemiologie

Cévní mozková příhoda je v České republice i celosvětově označována za jednu z nejčastějších příčin úmrtí či trvalé invalidizace. V České republice činí incidence tohoto onemocnění přibližně 300 příhod na 100 000 obyvatel, ročně je tedy iktem postiženo okolo 30 000 obyvatel, celosvětově pak více než 20 miliónů jedinců za rok (Bauer, 2010, s. 122-132). Dvě třetiny pacientů po proběhlé CMP přežívají a asi jedna třetina z těchto nemocných je dále těžce handicapovaná a invalidizovaná, a to tělesně či smyslově, a v budoucnu odkázaná na ústavní péči nebo péči rodiny (Bruthans, 2010, s. 133-136). U více než 30% pacientů po prodělané CMP přetrvává závažný neurologický deficit a přibližně 20% pacientů vyžaduje pomoc v saturaci běžných aktivit denního života. Časté a trvalé následky u pacientů po proběhlém iktu postihují oblast motorickou, kognitivní a emocionální a současně mají celkový dopad na existenciální dimenzi osobnosti (Nordin, 2015, s. 235).

Mortalita dosahuje dvojnásobných hodnot proti evropskému průměru, a to ve větší míře u mužů mezi 40-65 lety. Do jednoho roku po proběhlé CMP zemře přibližně 40% pacientů. Česká republika se tak řadí mezi země s nejvyšší incidencí mortality a morbiditu u nemocných postižených cévní mozkovou příhodou se současně rostoucí morbiditou ve střední a mladší věkové kategorii. V jednotlivých dekádách u jedinců nad 55 let dochází ke zdvojnásobení rizika rozvoje cévní mozkové příhody, u populace starší než 65 let se cévní mozková příhoda vyskytuje přibližně ve dvou třetinách. Riziko recidivy po proběhlém iktu tvoří rovněž nezanedbatelnou část. U tranzitorní ischemické ataky (dále jen TIA) je uváděno riziko časné recidivy, tzn. do 30dnů, v rozmezí 4-8%, po proběhlém iktu přibližně 3-10%. V rámci komplexního hodnocení v období pětiletého intervalu dosahuje riziko recidivy u TIA 22-31%, po iktu 20-40%. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory lze považovat genetické predispozice, věk, abúzus tabáku a alkoholu, stres, obezita, metabolický syndrom (IKTA.CZ)

2.3.3 Klasifikace

Cévní mozková příhoda je heterogenní skupinou s více než 150 možnými příčinami vzniku. Přibližně u 25-39% pacientů není možné příčinu vzniku cévní mozkové příhody zcela stanovit. Jedná se o takzvané kryptogenní cévní mozkové příhody (Esenwa, 2015, s. 437-450; Amarenco, 2009, s. 493-501).

Cévní mozkové příhody lze v zásadě rozdělit na ischemické mozkové příhody (iCMP), které tvoří zhruba 80% z celkového počtu CMP a na hemoragické mozkové příhody, které jsou zastoupeny přibližně 20%. Hemoragické CMP zahrnují intracerebrální hemoragie (ICH, 12%) a subarachnoidální krvácení (SAK, 8%) (Ambler, 2007, s. 18-58).

Ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) představují z pohledu patofyziologie heterogenní skupinu s širokou řadou vyvolávajících příčin, která se liší prevalencí, zastoupením rizikových faktorů, mírou genetické predispozice, prognózou a terapeutickým postupem. Etiologická klasifikace má významný vliv na volbu vhodného léčebného postupu, stanovení prognózy a na volbu vhodných opatření snižujících riziko recidivy iktu. Kategorizace ischemické cévní mozkové příhody vychází především z patofyziologie vzniku iktu (Cífková, 2015, s. 8-12).

Cévní mozkové ischemie je možné diferencovat dle odlišných kritérií.

Dělení podle mechanismu vzniku zahrnuje:

- obstrukční (okluzivní) iCMP – dochází k okluzi a uzávěru cévy trombem nebo embolem
- neobstrukční iCMP – vznikají z důvodu hypoperfuze systémové či regionální etiologie (Ambler, 2010, s. 18-58)

Dle tepenného povodí, které je postiženo je iCMP dále možné dělit na:

- teritoriální
- interteritoriální – vznikají na rozhraní povodí jednotlivých tepen
- lakunární ischemie – vznikají v důsledku postižení malých arterií (Ambler, 2010, s. 18-58)

Při posouzení podle časového průběhu rozlišujeme iCMP na:

- tranzitorní ischemické ataky (TIA)
- reverzibilní ischemický deficit (RIND)
- vyvíjející se (progredující) příhoda
- dokončené ischemické příhody (Ambler, 2010, s. 18-58)

V klinické praxi je nejpoužívanější a nejrozšířenější klasifikační jednotkou iCMP klasifikace TOAST (Trial of Org 10172 in acute stroke treatment), která je dána klinickou symptomatologií, nálezem v rámci zobrazení mozku a mozkových tepen a výsledky

přidružených vyšetření (kardiologické, hematologické atp.). V rámci této klasifikace je rozlišováno pět hlavních podtypů iCMP (Cífková, 2015, s. 8-12; Esenwa, 2015, s. 437-450):

1. Ateroskleróza velkých tepen
2. Embolizace z kardiálního zdroje
3. Okluze malých tepen (lakunární)
4. iCMP jiné určené etiologie (vaskulopatie, hyperkoagulační stavy, hematologická onemocnění)
5. iCMP neurčené etiologie (Ay et al., 2007, s. 2979-2984; Esenwa, 2015, s. 437-450)

Základní klasifikace TOAST byla průběžně modifikována na SSS-TOAST, tzv. CCS klasifikaci (Causative Classification System), ve které dochází k modifikaci a redukci prvních čtyř podkategorií a naopak k extenzi a přesnější definici poslední kategorie (Arsava, 2010, s. 1277-1284; Esenwa, 2015, s. 437-450).

2.3.4 Klinický obraz

Klinická symptomatologie iCMP je v kontextu s uvedenou etiopatogenezou značně variabilní, a to od velmi mírných příznaků a následného postižení až po značně těžké až letální stavy. Terminální klinický efekt je závislý na rozsahu vzniklé ischemie, délce jejího trvání, lokalizaci a rychlosti uzávěru. Mezi obecné, nejčastěji se vyskytující příznaky je možné uvést motorický deficit-poruchy hybnosti končetin různého stupně postihující jednu polovinu těla (hemiplegie, hemiparézy) či izolované postižení jedné končetiny (monoparézy), senzitivní deficit, bolesti hlavy, poruchy řeči různého charakteru zahrnující schopnost rozumět mluvenému slovu, poruchy chůze, poruchy rovnováhy, výrazné vertigo, poruchy polykání, poruchy visu (díplonie, hemianopsie). Symptomatologie se liší a vzájemně kombinuje s ohledem na konkrétní lokalizaci postižení (Ambler, 2010, s. 18-58; Hutýra, 2014, s. 1040-1049).

Symptomatika hemoragických mozkových příhod je závislá na lokalitě, rozsahu a charakteru krvácení. Mezi nejčastěji se vyskytující symptomy, které se liší intenzitou a rozsahem dle lokalizace hemoragie patří bolest hlavy jako dominující příznak, zvracení, vertigo, poruchy stability, hypertenze, neurologický deficit různého stupně, alterace

celkového stavu, poruchy vědomí, meningeální syndrom. Subkortikální hemoragie jsou všeobecně prognosticky příznivější a klinickou symptomatologií se korespondují s iCMP stejné lokalizace. Prognóza u hemoragických mozkových příhod těžšího charakteru bývá infaustní (Ambler, 2007, s. 18-58).

2.3.5 Prevence

Prevence cévní mozkové příhody je dána dostatečnou saturací v oblastech primární a sekundární prevence. Hlavním cílem primární prevence je maximální možná detekce, redukce a eliminace rizikových faktorů. Rizikové faktory lze všeobecně rozdělit do dvou základních skupin. První skupinu tvoří ovlivnitelné rizikové faktory (hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidemie, metabolický syndrom, obezita, hormonální terapie, koagulopatie, vaskulitidy, hyperhomocysteinemie, hyperviskózní syndrom, abusus alkoholu a tabáku, fyzická inaktivita). Druhá složka zahrnuje neovlivnitelné rizikové faktory, mezi které patří například věk, pohlaví, rasa, genetické predispozice jedince, geografické, klimatické a sociální podmínky (Esenwa, 2015, s. 437-450; Hutýra, 2014, s. 1040-1049, Marsh, 2010, s. 683-691).

Dalším velmi zásadním aspektem komplexní terapie cévních mozkových příhod je sekundární prevence, která zahrnuje soubor opatření vedoucích k minimalizaci rizika rekurence iktu. Do souboru sekundárních preventivních opatření je nezbytné zahrnout modifikaci rizikových faktorů, antitrombotickou terapii, intervenční postupy a úprava životního stylu. U jedinců po proběhlé CMP je patrné vyšší riziko vzniku cévních příhod v jiných řečištích (srdce, periférie). Z těchto důvodů jsou preventivní opatření hlavní a nedílnou součástí těchto opatření a intervencí (Esenwa, 2015, s. 437-450; Giles, 2007, s. 1063-1072, Marsh, 2010, s. 683-691).

2.4 Shrnutí teoretických východisek

Strach patří do kategorie fyziologických základních emočních procesů, jejichž primárním cílem je aktivace organismu za účelem mobilizace energie (Nakonečný, 2000, s. 255-258). Fenomén strachu bývá velmi častou emocí popisovanou pacienty po CMP, a to jak v akutní fázi onemocnění, tak i následně, v období návratu pacientů zpět do běžného života (Batchelor et al., 2012, s. 482-490; Hafsteinsdóttir, 1997, s. 580-588; Jacobsson et al., 2000, s. 255-264; Jones et al., 2008, s. 244-252; Schmid et al., 2010; Schmid et al., 2011). Toto onemocnění je v České republice, ale i celosvětově deklarováno za jednu z nejčastějších příčin úmrtí či trvalé invalidizace, a to především v oblasti tělesné či smyslové (Bruthans, 2010, s. 133-136).

Nejčastěji popisované příčiny strachu u pacientů po CMP zahrnují strach z pádů, z rekurence onemocnění, následného návratu do zaměstnání či obavy z jeho ztráty z důvodu reziduálního tělesného, nebo kognitivního postižení a s tím spojené sociální důsledky, obavy z resocializace, strach z vykonávání běžných sebeobslužných činností či v neposlední řadě strach ze saturace bazálních funkcí v oblasti příjmu potravy a tekutin (Carlsson et al., 2008, s. 773-782; Cogley, 2013, s. 750-757; Foley, 2008, s. 258-264; Hinchey 2005, s. 1976; Kim et al., 2012, 797-803; Nordin, 2015, s. 235; Schmidt, 2010, s. 553-562; Schmidt, 2011, s. 123-132). Samotné projevy strachu lze detekovat v několika základních oblastech, a to zejména v oblasti psychické, somatické a behaviorální (Bay, 1999, s. 103-111; Vymětal, 2007, s. 23; Whitley, 1992, s. 155-161).

Ačkoliv patří ošetřovatelství k progresivním oborům, doposud neexistuje žádný hodnotící nástroj, který by zahrnoval a plně saturoval hodnocení strachu u pacientů po CMP (Reif, 2011, s. 12-15). V dostupných evaluačních ošetřovatelských škálách pokrývajících hodnocení ošetřovatelských deficitů u pacientů po CMP v jednotlivých oblastech, hodnocení domény strachu stále chybí (Taliánová, 2011, s. 25-30).

V kontextu sumarizace teoretických východisek a návaznosti na reálnou ošetřovatelskou praxi doposud nebyla realizována žádná výzkumná aktivita zaměřená na specifickou problematiku vnímání, cítění a prožívání strachu u pacientů po CMP a v souvislosti s tím není dostupná žádná hodnotící technika podporující hodnocení strachu u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě.

3 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro realizaci samotného výzkumného šetření bylo využito metody kvalitativního výzkumu, a to především s ohledem na emocionální a subjektivní variabilitu a povahu zkoumaného tématu. Kvalitativní výzkum upřednostňuje slova před čísly v kontextu se sběrem dat a jejich následnou analýzou. Ohniskem zájmu kvalitativního výzkumu je generace explorativně deskriptivních teorií. Volba aplikace kvalitativní metody zkoumání je zdůvodněna především premisou, že problematika strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě není, na základě aktuálně dostupných vědeckých poznatků v oblasti ošetřovatelství, dostatečně prozkoumána a popsána.

Vlastní metodice, která byla vedena za použití specifických metod sběru dat (formou focus groups), předcházela kvalitativní pilotní studie. Jejím záměrem bylo především ověřit, zda lze vymezenou problematiku dostatečně saturovat zvolených metodickým přístupem. V kvalitativním přístupu metoda pilotní studie nebývá velmi obvyklou a častou. Nicméně vzhledem k nedostatečnému publikačnímu pokrytí daného tématu v oboru ošetřovatelství bylo rozhodnuto o jejím provedení. Dalším důvodem provedení pilotní studie bylo zejména posílení zkušeností výzkumníka a funkce pozorovatele a ověření okruhu otázek, respektive jejich případná modifikace (Mioviský, 2006, s. 29).

3.1 Výzkumné cíle

Cílem výzkumného šetření bylo vytvoření základních okruhů příčin a projevů strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě tak, aby tyto oblasti bylo dále možné využít pro tvorbu adekvátně senzitivního hodnotícího nástroje pro evaluaci individuálního emocionálního stavu hospitalizovaných pacientů po CMP.

V souvislosti s přípravou konceptu výzkumného přístupu, metodiky a techniky sběru dat byly vymezeny následující cíle a výzkumné otázky:

Cíl výzkumu č. 1:

Detekce všeobecného předpokladu přítomnosti strachu u nemocných po cévní mozkové příhodě.

Cíl výzkumu č. 2:

Deskripce souboru projevů strachu u hospitalizovaných dospělých pacientů po cévní mozkové příhodě.

Cíl výzkumu č. 3:

Deskripce souboru příčin strachu u hospitalizovaných dospělých pacientů po cévní mozkové příhodě.

Vzhledem k primárně položené úvaze o zkoumání dané problematiky ze dvou odlišných a protilehlých pólů, proběhla diferenciaci na dvě skupiny, vnímání problematiky z pohledu dospělých nemocných a z pohledu všeobecných sester pečujících o tyto pacienty. Od předně zmíněných cílů výzkumu se následně odvíjely tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1:

Objevily se po proběhlé cévní mozkové příhodě pocity strachu?

Výzkumná otázka č. 2:

Jakým způsobem se strach projevoval v korelaci se subjektivním prožíváním a objektivních zkušeností?

Výzkumná otázka č. 3:

Co bylo hlavní příčinou strachu ve vztahu k subjektivním emocionálním myšlenkovým pochodům a vlastní zkušenosti?

3.2 Charakteristika souboru

Selekce výzkumného souboru byla realizována za použití metody účelové (záměrné) selekce na podkladě předem stanovených kritérií (Miovský, 2006, s. 136). Záměrná selekce je doporučována z důvodu zajištění adekvátních zkušeností, vědomostí a společných znaků, na základě kterých je možné získat dostatečně validní a reálný obraz o zkoumaném tématu (Gavora, 2010, s. 79).

Výzkumný vzorek byl tvořen dvěma soubory respondentů, generace proběhla na základě inkluzních a exkluzních kritérií. Pro zvýšení důvěryhodnosti a platnosti získaných dat bylo využito tzv. triangulace zdrojů dat. Metoda triangulace je obecně definována jako účinná kontrolní technika, která integruje různé zdroje dat a způsoby přístupu k jejich získání

a následné analýze. Aplikace metody triangulace je možná nejen ve fázi získávání dat, ale i v průběhu následných fází výzkumu. Triangulací zdrojů dat, které vytváří specifickou homogenní jednotku, skrze níž bylo možné zvolenou adekvátní metodou získat potřebná data. Základním a zásadním kritériem byla vzájemná vazba mezi jednotlivými zdroji dat (Miovský, 2006, s. 264-265). Z těchto důvodů byly pro výzkumné šetření požity dva výzkumné vzorky, a to v tomto případě skupina pacientů a skupina všeobecných sester. Mezi sledované variabilní proměnné byly zahrnuty demografické charakteristiky respondentů, a to věk, pohlaví, zaměstnání, vzdělání, rodinný stav.

V souboru pacientů byla inkluzní kritéria tvořena:

- pacient po proběhlé cévní mozkové příhodě s hospitalizací na neurologickém pracovišti
- pacienty ve věku nad 18let
- pacienty bez rozdílu pohlaví
- pacientem schopným vyjádřit informovaný souhlas

Exkluzní kritéria z tohoto souboru vylučovala:

- pacienty mladší 18let
- pacienty s lékařskou diagnózou demence
- pacienty s výraznou poruchou řeči

Inkluzní kritéria v soubor všeobecných sester zahrnovala:

- sestry pracující na neurologickém, nebo interním pracovišti poskytující péči o neurologické pacienty
- sestry s délkou praxe minimálně 1rok

V rámci exkluzních kritérií byly vyloučeny:

- všeobecné sestry nepracující na neurologickém pracovišti, nebo na pracovišti interního typu s péčí o neurologické pacienty

- všeobecné sestry s délkou praxe nižší jak 1rok

Počet respondentů v jedné ohniskové skupině – focus group byl předem definován maximálním počtem 5 účastníků. Optimální počet ohniskových skupin pro saturaci potřebných dat není explicitně stanoven. Za ideální se jeví počet dvou až tří ohniskových skupin v závislosti na hloubce zkoumaného tématu, potřebných datech získaných v rámci skupinových rozhovorů. Důležitým mezníkem v procesu získávání informací je schopnost determinace o dostatečné saturaci dat. O dostatečné saturaci daty je všeobecně možné uvažovat v situaci, kdy již nedochází k získání nových explorativních poznatků v rámci konání dalších ohniskových skupin (Liamputtong, 2010, s. 31-87).

V kontextu samotného sběru byla přednostně cíleně, účelově selektována skupina se specifickými vlastnostmi, která byla schopná ve zkoumané problematice poskytnout více validních a relevantních výstupních informací k lepšímu pochopení a interpretaci finálních teorií. Pacienti i sestry participující na výzkumném šetření byli osobně osloveni a požádáni o účast osobou provádějící výzkumné šetření. Tato je informovala o zkoumaných cílech, realizaci, průběhu a evaluaci výzkumu. Všechny soubory byly požádány o vyjádření informovaného souhlasu s účastí ve výzkumném šetření. Tento souhlas byl dokumentován a následně bezpečně archivován osobou provádějící výzkumné šetření.

Výzkumného šetření se účastnilo 8 participantů ze souboru pacientů ve věkovém rozmezí 59-71let s převahou mužského zastoupení a 9 účastníků ze skupiny všeobecných sester, s věkovým rozsahem 23-60let, převažujícím středoškolským vzděláním se specializací a délkou ošetrovatelské praxe v intervalu mezi 2roky-40let. Oba soubory saturovaly zadaná vstupní kritéria pro účast v plném rozsahu. Každá skupina byla v procesu konání rozhovorů rozdělena do dvou podskupin, a to z důvodu naplnění vstupního kritéria maximálního počtu účastníků v jedné ohniskové skupině. Z důvodu ochrany osobních údajů byla vstupně jména všech účastníků kompenzována kombinací velkého písmene abecedy s číselným kódem.

Ohnisková skupina pacientů – P1:

- respondent P11: muž, 58let, ženatý, délka hospitalizace po CMP – 7dnů
- respondent P12: žena, 71let, rozvedená, délka hospitalizace po CMP – 14dnů
- respondent P13: žena, 64let, vdaná, délka hospitalizace po CMP – 35dnů
- respondent P14: muž, 69let, ženatý, délka hospitalizace po CMP – 5dnů

Ohnisková skupina pacientů – P2:

- respondent P21: muž, 66let, ženatý, délka hospitalizace po CMP – 5dnů
- respondent P22: muž, 66let, ženatý, délka hospitalizace po CMP – 7dnů
- respondent P23: muž, 59let, vdovec, délka hospitalizace po CMP – 21dnů
- respondent P24: žena, 68let, vdova, délka hospitalizace po CMP – 14dnů

Ohnisková skupina všeobecných sester – S1:

- respondent S11: žena, 52let, vzdělání – středoškolské se specializací, délka praxe – 20let
- respondent S12: žena, 23let, vzdělání – vysokoškolské, délka praxe – 2roky
- respondent S13: žena, 52let, vzdělání – středoškolské se specializací, délka praxe – 33let
- respondent S14: žena, 43let, vzdělání – vysokoškolské, délka praxe – 24let
- respondent S15: žena, 60let, vzdělání – středoškolské se specializací, délka praxe – 40let

Ohnisková skupina všeobecných sester – S2:

- respondent S21: žena, 26let, vzdělání – vysokoškolské, délka praxe – 4roky
- respondent S22: žena, 38let, vzdělání – středoškolské se specializací, délka praxe – 20let
- respondent S23: žena, 23let, vzdělání – středoškolské, délka praxe – 4roky
- respondent S24: žena, 29let, vzdělání – středoškolské, délka praxe – 2roky

3.3 Metoda sběru dat

Samotný proces sběru dat probíhal formou tzv. focus group neboli ohniskové skupiny. Ohniskové skupiny jsou stále extenzivněji využívány jako výzkumné nástroje v rámci ošetřovatelského výzkumu k získávání rozmanitých úhlů pohledu a zkušeností v rámci diskuze selektované skupiny za účelem bližšího pochopení daného tématu. Focus groups-ohniskové skupiny se zřídka zaměřují na vytváření určitého konsenzu mezi jednotlivými účastníky. Klíčovým pravidlem ohniskové skupiny je rozdílná odpověď či reakce na jednotlivé otázky a právě skupinová interakce umožňuje jednotlivým účastníkům objevovat a objasňovat jejich zkušenosti a náhledy na specifická témata. Účastníci focus group mají možnost společně diskutovat o svých zkušenostech, šířit své znalosti či dokonce přehodnocovat svá původní přesvědčení a myšlenky na dané téma. Tato metoda sběru dat umožňuje výzkumníkovi ukázat projevy rozporupnosti myšlenek či názorů v rámci dané skupiny, stejně tak jako případy konformity a souhlasu. Focus groups mohou být považovány za bohatý zdroj přínosných informací (Liamputtong, 2010, s. 31-87). Ohniskové skupiny jsou užitečné svou unikátní schopností zachytit subjektivní pohledy jednotlivých účastníků, zejména z toho důvodu, že jsou výsledkem kolektivity a interakce celé skupiny, schopností vzájemné stimulace jednotlivých členů, tvorbou otázek a komentářů (Davidson et al. 2003, s. 54-72). Tato metoda výzkumu také umožňuje snadnější získání informací, nebo názorů na danou problematiku, které není možné získat jiným kolektivním sběrem informací (Liamputtong, 2010, s. 31-87). Metoda focus group nám umožňuje současně zachytit jak všeobecné kulturní stanovisko, tak i odlišné pohledy jednotlivců na zkoumanou problematiku (Halcomb et al., 2007, s. 1000-1011; Hennink, 2007, s. 1-16; Liamputtong, 2011, s. 31-87). Mezi nesporné výhody této metody výzkumu patří možnost jejího využití jako solitérní, základní metody výzkumu, tak i její možná a dobrá kombinovatelnost s ostatními výzkumnými metodami (Davidson, 2013, s. 54-72).

Pro saturaci výzkumných otázek a naplnění cílů výzkumu byla použita metoda semistrukturovaného (polostrukturovaného) skupinového rozhovoru, který poskytuje sanaci mnoha potenciálních problémů provázejících strukturovaný, nebo naopak nestrukturovaný rozhovor. Strukturovaný přístup, který používá zhruba pět až šest cílených dotazů, zajišťuje určitou míru konzistentnosti napříč skupinami, umožňuje vzájemné srovnání mezi skupinami, naproti tomu soubor přímých předem definovaných dotazů může limitovat a omezit další přínosné příspěvky vztahující se k danému tématu. Méně strukturovaný přístup, využívající

maxima dvou až tří širších tematických okruhů, naproti tomu umožňuje živější skupinovou diskuzi, která při nesprávném vedení může opustit původní téma. Jako neoptimálnější by se mohla jevit jistá forma kompromisu mezi těmito dvěma přístupy, popisovaná Morganem (1997) jako tzv. přístup na bázi trychtýře, kdy každá skupina začíná méně strukturovaným přístupem, který podněcuje k volné diskuzi a poté přechází ve více strukturovanou diskuzi vázanou na specifické dotazy (Mioviský, 2006, s. 179; Morgan, 1997, s. 32-46). V obou případech jsou dotazy kladeny v pořadí od běžných k více specifickým, od méně senzitivních k více senzitivním, které by měly zastávat místo blíže středu celé diskuze. Tento krok umožňuje všem členům skupiny získat čas a potřebný pocit bezpečí pro vyjádření svých pocitů v rámci skupiny. Základním cílem je umožnění účasti všem členům dané skupiny, ponechání dostatečného množství času a prostoru pro vyjádření myšlenek a názorů jednotlivých účastníků focus group (Nyamathi, 1999, s. 1281-1288).

V první fázi byl vytvořen protokol pro skupinový rozhovor, provedena rešeršní činnost a analýza dostupných publikovaných zdrojů vztahující se k problematice prožívání strachu u hospitalizovaných dospělých pacientů po cévní mozkové příhodě. Následně byla vytvořena struktura a obsah otázek současně se záznamovým archem a přípravou adekvátního a vyhovujícího záznamového zařízení. Důležitým prvkem byla tvorba základní struktury diskutovaných otázek, takzvaného průvodce, který byl považován za vedoucí osobu v průběhu celého procesu diskuze a měl by zahrnovat typ otázek úvodních i přechodových. Záměrem tzv. průvodce bylo vytvoření přirozeného posunu napříč jednotlivými tématy diskuze a stimulace skupinové diskuze bez současného ovlivnění reakcí a odpovědí jednotlivých účastníků. Za nezbytné se jevílo také zvažování použití doplňujících, hlubších dotazů v případě nejasností, k podání bližšího vysvětlení významu myšlenek jednotlivých účastníků (Mioviský, 2006, s. 160). Definice výzkumných otázek probíhala v kontextu informací získaných na podkladě rešeršní činnosti. Vymezené okruhy otázek byly vygenerovány v kontextu primárního cíle a potřebného přínosu a sanace pro ošetrovatelskou péči vztahující se k danému tématu.

Druhá fáze spočívala v definování rolí a úkolů jednotlivým členům výzkumného šetření (role moderátora a role pozorovatele). Hlavní úkolem moderátora bylo nejen vedení a kontrola skupinové diskuze, ale i čerpání obohacujících a smysluplných informací a kontinuální povzbuzování toku diskuze rovnoměrným zapojením všech účastníků. V průběhu diskuze byla nežádoucí osobní názorová intervence či korekce ze strany moderátora, příp. tyto zařadit na závěr diskuze (Gerrish, 2010, s. 359-367). Moderátorem by měla být osoba se zkušenostmi se skupinovou dynamikou, ale také osoba evokující pocit vzájemnosti a respekt

vůči cílové skupině. Moderátor by měl být také, mimo jiné, důkladně seznámen s diskutovaným tématem. Neméně důležitým článkem skupiny je pozorovatel či zapisovatel. Pravomoce a úkoly pozorovatele je vhodné definovat v průběhu plánování diskuze. Jeho hlavním úkolem je záznam informací pomocí audio (příp. video) nahrávek a dále také zachycení přínosných detailů, které mnohdy není možné zcela specificky zachytit pomocí audio nahrávek. Mezi nesporné detaily patří i kvalita jednotlivých nahrávek (Gerrish, 2010, s. 367). Pozorovatel má také možnost ze své pozice získat odlišný náhled na celou diskusi, vedení diskuze, chování jednotlivých účastníků (non-verbální projevy, usazení jednotlivých účastníků, projevy agresivity), moderátora. Podstatným a přínosným prvkem po ukončení diskuze je schopnost kritické analýzy svých výkonů ze strany moderátora a pozorovatele v průběhu diskuze v kontextu konání případných dalších skupinových rozhovorů. Na konci každé diskuze je vhodné poskytnout čas pro diskusi výzkumného týmu, resp. moderátora s pozorovatelem či příp. zapisovatelem k reflexi a shrnutí podstatných výstupů diskuze. Tato diskuze a sumarizace může být částečnou pomocnou aktivitou při následném zpracování získaných rozhovorů, jejichž transkripce není jednoduchou záležitostí, zvláště u skupinových rozhovorů, kde hrozí reálné riziko souběhu několika hovorů jednotlivých účastníků (Krueger, 2015, s. 89).

V současné době panuje všeobecný konsenzus, že zatímco kvantitativní výzkum je založen čistě na zkoumání nových skutečností, které jsou následně kvantifikovány a interpretovány spíše z pohledu samotného výzkumníka a jeho vlastního názorového, kulturního a socioekonomického přesvědčení a citění, které je v mnoha případech odlišné od zkoumaného vzorku populace. Naproti tomu kvalitativní výzkum vyjadřuje samotnou podstatu názorového přesvědčení dané skupiny, kde výzkumník účinkuje spíše jako moderátor či pozorovatel a následně médium v rámci transkripce získaných informací.

3.4 Realizace výzkumného šetření

Realizaci výzkumného šetření předcházela důkladná příprava celého výzkumného týmu. V kontextu uvedení do problematiky výzkumného projektu proběhly dvě úvodní informační schůzky všech členů výzkumného týmu, na kterých byla explicitně definována pravidla a průběh celého výzkumného šetření, určeny funkce, jednotlivé role, specifikovány

detailní informace pro způsob záznamu a možnosti zachycení rozhovorů, selekce vhodných záznamových zařízení.

Před započítím samotného výzkumného šetření byly posouzeny etické aspekty tohoto výzkumného šetření Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a vyžádáno její souhlasné stanovisko s jeho realizací. Následně byl zajištěn souhlas vedení zdravotnického zařízení Fakultní nemocnice Olomouc se zapojením jejich pacientů a zaměstnanců do výzkumu.

Pilotní rozhovory

Vedení ohniskové skupiny klade velké nároky na zkušenost výzkumníka, resp. výzkumného týmu. Výzkumník by měl prokazovat adekvátní orientaci ve zkoumaném tématu, značnou míru empatie, dostatečnou flexibilitu a vstřícnost za současné schopnosti sebereflexe (Miovský, 2006, s. 29; Reichel, 2009, s. 116) Z tohoto důvodu se jeví za ideální alternativu uplatnění možnosti pilotní studie.

Pilotní vzorek byl sestaven z pěti respondentů z řad všeobecných sester, kteří plně satureovali definovaná kritéria. Všichni účastníci byli seznámeni s tématem a účelem celého výzkumného šetření a podstatou pilotních rozhovorů, byly jim podány potřebné vstupní informace, poskytnut čas na dotazy, které jim byly následně srozumitelně zodpovězeny, byl zaznamenán jejich verbální souhlas s účastí, který byl zachycen na nahrávacím zařízení (diktafonu). Pilotní rozhovory proběhly v klidném, dostatečně prostorném a respondentům známém prostředí. Délka pilotní ohniskové skupiny nepřesáhla 30 minut. Záznam celé diskuze byl zachycen pomocí tří, separátně rozmístěných, audio zařízení, která byla zajištěna pro tento specifický účel. V kontextu získaných zkušeností z pilotní ohniskové skupiny byly částečně modifikovány jednotlivé otázky a dále rozšířeny o podotázky tak, aby došlo k maximální saturaci a výtěžnosti v dané oblasti. Pilotní ohniskové skupiny byla přítomna vedoucí práce, a to v roli pozorovatele-zapisovatele.

Výzkumné rozhovory

Výzkumné ohniskové skupiny sestávaly s účastníků, kteří byli vybráni na základě důkladné selekce pomocí inkluzních a exkluzních kritérií, a to jak z řad pacientů, tak i všeobecných sester. Vybraní účastníci z řad pacientů byli nejprve osloveni výzkumníkem telefonicky, byla jim vysvětlena podstata celého výzkumného šetření a byl jim nabídnut vyhovující termín osobního kontaktu. Ve finále byly vytvořeny dvě ohniskové skupiny pacientů a dvě ohniskové skupiny sester. Diskuze probíhaly v dopoledních i odpoledních hodinách v závislosti na preferencích jednotlivých účastníků. Mezi další důležité podmínky při plánování ohniskové skupiny patřila i volba vhodného prostředí, situace a času konání (Chráska, 2007, s. 183; Kitzinger, 1999, s. 103-121). Proces diskuze v rámci ohniskové skupiny byl veden v předem definovaném tichém, dostatečně velkém, příjemném prostředí s eliminací vedlejších rušivých fenoménů, které bylo schopno pohodlně pojmout vybranou skupinu. Tímto postupem byla splněna podmínka tzv. triangulace settingu v rámci procesu získávání dat. Volba vhodného času, místa, prostředí, situace a přítomnost vhodných osob je významným prediktorem úspěšného vedení diskuze a signifikantním způsobem ovlivňuje kvalitu i kvantitu získaných dat v pozitivním i negativním směru (Miovský, 2006, s. 265). Před začátkem průběhu ohniskové skupiny bylo žádoucí, aby si moderátor spolu s pozorovatelem předem definovali následný postup, jednotlivé role, strukturu diskutovaných otázek apod. Okruhy výzkumných otázek byly principiálně diferencované na otázky otevírající, ohniskové a sumarizační. Délka jednotlivých diskuzí v rámci výzkumných ohniskových skupin nepřesáhla 60 minut. K fixaci dat byly použity, stejně jako u pilotní diskuze, audio záznamníky a záznamové archy, pořízené pro tento specifický účel. Audio záznamníky byly současně spuštěny před zahájením diskuze.

Zahájení samotné ohniskové skupiny proběhlo formou osobního přivítání, poděkování a usazení jednotlivých účastníků dle jejich osobních preferencí. Následně byla realizována identifikace osoby moderátora a osoby pozorovatele, byl jasně a přehledně vysvětlen účel diskuze a celého výzkumného projektu a stanovena základní pravidla jak v otázce průběhu samotné diskuze, tak i v otázkách přístupu k získaným informacím, jejich následné použití, zachování anonymity, formy sběru a záznamu informací. V úvodu byl také ponechán určitý čas k aklimatizaci účastníků, v rámci kterého proběhla volnou formou registrace základních demografických údajů všech účastníků, byl poskytnut dostatek času a prostoru k prostudování a podepsání informovaného souhlasu s účastí ve výzkumném šetření, čímž byla splněna základní doporučení (Barbour, 2005, s. 742-750).

Úvodní část diskuze byla iniciovaná otevřenějšími dotazy. Počátkem této diskuze proběhlo představení se jednotlivých účastníků, možnost jejich vzájemné iniciální volné diskuze za přítomnosti moderátora, uvedení do vymezeného tématu s aplikací volných konverzačních frází, a to jak ze strany moderátora, tak i ze strany některých účastníků, k uvolnění celé skupiny. Za použití tzv. strategie trychtýře, došlo k postupnému posunu směrem k jádru diskuze s následným zaměřením se na získání detailních myšlenek, které byly pro dané téma zajímavé a zásadní (Miovský, 2006, s. 183; Morgan, 1997, s. 32-46).

V jádru ohniskové diskuze byly diskutovány stěžejní otázky se zapojením všech účastníků, a to v závislosti na jejich preferencích a potřebách, které byly u jednotlivých účastníků průběžně citlivě detekovány moderátorem a následně účelově využívány, nebo naopak zohledňovány v průběhu diskuze, aby nedošlo k nechtěnému přetížení či naopak nevytížení některého z participantů, které by mohlo mít zásadní vliv na přirozený posun diskuze (Miovský, 2006, s. 184, Gerrish, 2010, s. 359-367). Před změnou tématu bylo podstatné ověření úplnosti či pokrytí zkoumaných oblastí, zda byly položené dotazy uspokojivě a relevantně odpovězeny (Gerrish, 2010, s. 359-367).

Na závěr, v rámci ukončení diskuze ohniskové skupiny, byl ponechán prostor pro pozvolné ukončení diskuze všemi účastníky, sumarizaci a upřesnění všech kritických bodů s účastníky diskuze, aby posléze nedošlo k jejich nesprávné interpretaci. Všem účastníkům byl také poskytnut závěrečný prostor pro případné doplňující vyjádření (Miovský, 2006, s. 84).

Diskuze ohniskových skupin probíhaly v příjemném a přátelském tempu. V průběhu diskuze bylo možné registrovat značné uvolnění počátečního ostychu ze strany jednotlivých účastníků.

3.5 Metody zpracování dat

Princip a proces samotné analýzy dat ohniskových skupin se v zásadě neodlišuje od zpracování dat z běžného kvalitativního výzkumu využívajícího metody sběru pomocí individuálních rozhovorů. Na počátku bylo vhodné stanovit, zda je primárním zájmem výzkumného šetření diskuze celé skupiny jako takové, nebo zda jsou objektem zájmu pouze jednotlivé příspěvky. Z tohoto důvodu se jevílo jako vhodné provést po ukončení každé skupinové diskuze shrnutí, příp. objasnění základních myšlenek a zpětnou kontrolu

s účastníky diskuze. Tento krok je považován za pomyslný první stupeň v procesu analýzy. Po skončení skupinové diskuze byl také velmi přínosný rozhovor moderátora s pozorovatelem k zachycení prvních dojmů ze skupinové diskuze a dále také možná identifikace případných problémů, které by mohly přímo ovlivnit analýzu.

Sběr a analýza dat by měly být souběžnými a simultánními činnostmi (Liamputtong, 2011, s. 71-87). Za relevantní zdroje dat pro pozdější interpretaci jsou považovány doslovné přepisy audio nahrávek, ručně zapsané poznámky a vlastní myšlenky a dojmy výzkumníka, které vyplnou z každé skupinové diskuze, které by měly být zaznamenány formou osobního zápisu do záznamového archu. Záznamový arch by měl obsahovat individuální reflexe a postřehy výzkumníka. Je nezbytné poznamenat, že bez ohledu na následný způsob samotného zpracování, výzkumník zůstává stále unikátní postavou, prostřednictvím které jsou filtrovány a syntetizovány hlavní a základní myšlenky všech účastníků jednotlivých diskuzních skupin. Aby nedošlo ke ztrátě jedinečného ladění a významu jednotlivých myšlenek či případnému splynutí se skupinami navazujícími, byla provedena konverze neboli transkripce dat a jejich analýza v co nejkratším časovém horizontu (Krueger, 2015, s. 150- 193). Transkripce je definována jako exaktní a doslovný přepis audiozáznamu do elektronické podoby (Skutil a kol., 2011, s. 217). K transkripci audiozáznamů byl použit textový editor MS Word. Transkripce byla provedena výzkumníkem. Po dokončení transkripce záznamu jedné ohniskové skupiny byl proveden opakovaný poslech pro kontrolu provedení písenného záznamu z důvodu maximální možné redukce rizika ovlivnění daného přepisu výzkumníkem ve smyslu repetice či nekorektnost některých informací (Miovský, 2006, s. 206-207).

Proces samotné analýzy a následné interpretace dat byl spojen s vybranými technikami a postupy, jejichž hlavním cílem byla minimalizace rizika nepřiměřeného zkreslení v důsledku zpracování, analýzy či finální interpretací dat. V kontextu využití procesu triangulace ve fázi získávání dat, byl tento proces využit i ve fázi analýzy, a to ve formě triangulace analyzandů, aby bylo riziko misinterpretace výsledků minimalizováno. Metoda triangulace analyzandů spočívá v principu komparace procesu a výsledků analýzy dat, které jsou prováděny různými osobami či členy týmu (Miovský, 2006, s. 270). Veškeré transkripce byly opakovaně revidovány a analyzovány vedoucí práce a dalšími dvěma členkami výzkumního týmu, aby nedošlo k nechtěnému zániku podstatných skutečností.

K analýze dat v souvislosti s použitím sběrné metody focus groups byla použita tématická analýza. Tento proces je schopný klasifikovat slovní projev společně s observací do kategorií založených na jejich konceptuálním významu. Roztřídění dat do jednotlivých kategorií na základě slov se stejným významem vedlo ke vzniku okruhů se společnými

problémy a významem, popisovaných jako okruhy se stejným tématem nebo tématické. V iniciační fázi data analýzy byly jednotlivé myšlenky, pozorování a koncepty kódovány a následně byly identické incidenty, reflexe a komentáře konceptualizovány do skupin - trsů. Jednotlivé názvy kódů byly být vygenerovány ze získaných zdrojů. Použití předem definovaných kódů by mohlo porušit specifickou hloubku a jedinečnost kvalitativního výzkumu. Jednotlivé trsy byly generovány na podkladě reciprocit tématického překryvu mezi identifikovanými jednotkami, čímž docházelo k indukční formaci kategorií, které byly asociované s opakujícími se typickými znaky korespondující s vymezeným tématem. Pomocí techniky barvení textu byly v textu barevně označeny jednotlivé pasáže, které korelovaly s vymezenými výzkumnými otázkami. Technika barvení podporovala orientaci v textu a následnou analýzu a interpretaci. Za zcela zásadní byl považován opakovaný návrat k původním audionahrávkám, transkripcím a poznámkám, aby byla možná relevantní verifikace reflexí a pozorování (Krueger, 2015, s. 193; Miovský, 2006, s. 220-221).

V současné době existují rozdílné názory na formu zpracování dat kvalitativního výzkumu. Data získaná formou kvalitativního výzkumného šetření by neměla být hodnocena na základě kvantitativních kritérií. V této souvislosti je navrhován vznik alternativní terminologie, která by byla schopna optimálně popsat rozmanité koncepty kvalitativních výzkumných šetření a přitom byla zachována základní myšlenka kvalitativního výzkumného procesu (Gerrish, 2010, s. 501-513, Liamputtong, 2011, s. 71-87).

Proces kategorizace byl iniciačně deklarován vytvořenými výzkumnými otázkami, které byly klarifikovány následujícími kategoriemi:

Výzkumná otázka č. 1:

Objevily se po proběhlé cévní mozkové příhodě pocity strachu?

- Názory pacientů na subjektivní pocit strachu bezprostředně po proběhlé CMP.
- Názory všeobecných sester na výskyt strachu u pacientů bezprostředně po proběhlé CMP.

Výzkumná otázka č. 2:

Jakým způsobem se strach projevoval v korelaci se subjektivním prožíváním a objektivních zkušeností?

- Názory pacientů na subjektivní i objektivní projevy strachu po CMP.

- Názory všeobecných sester na vnímané a pozorované objektivní projevy u pacientů po CMP.

Výzkumná otázka č. 3:

Co bylo hlavní příčinou strachu ve vztahu k subjektivním emocionálním myšlenkovým pochodům a vlastní zkušenosti?

- Názory pacientů na příčinu strachu po CMP.
- Názory všeobecných sester na příčinu strachu u pacientů po CMP.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Přítomnost strachu bezprostředně po proběhlé CMP

V iniciální otázce přítomnosti strachu v rámci probíhající cévní mozkové příhody se vyjádřili všichni respondenti. Sedm z osmi respondentů z e skupiny pacientů použilo jasnou formulaci positivity přítomnosti strachu. Jeden z dotázaných verbalizoval přítomnost strachu z důvodu hospitalizace, konkrétní strach, aby nepřišel o chrup.

Respondent P13: „...*Já jsem v podstatě neměla takovej ten pravej strach, jako bývá u těch mrtviček... já jsem se vlastně nebála ničeho, bezprostředně..., nebo spíš to byl takovej strach o blbosti, z nemocnice..., abych nepřišla o zuby a tak...*“

Respondent P11: „...*Já jsem hodně jezdil na lyžích a jednou jsem přijel zpátky a večer u televize jsem ležel...a najednou mi upadla ruka, nevěděl jsem co je, tak pak jsem zavolał manželce, ať zavolá rychlou a v tu chvíli jsem měl strach o to...strach jsem měl spíš v hlavě.*“

Respondent P14: „...*Větší strach jsem měl při druhé CMP..., sedím u televize a najednou mně spadla huba...já říkám...jéééžišmarjáá..., jdu do koupelny a nevidím na oko. Ale to jsem měl teda fakt strach...*“

Respondent P12: „...*U mě to začalo tak, že jsem četla a najednou jsem přestala vidět, tak jsem měla strach, co se bude dít...*“

Respondent P21: „...*po té první mozkové jsem šel k lékaři jenom z toho strachu, nevnímal jsem bolest, vůbec nic, jen jsem neviděl na levé oko, z toho pramenil nějaký strach, nějaký jako šok....*“

Respondent P22: „...*Já jsem měl příhodu cca před 3mi lety, bolela mě hlava..., tak jsem jel do špitálu. Když mě bolela ta hlava a ve špitále mi řekli, že je to mrtvička, cosi mi dali, nějaký prášky, tak jsem se samozřejmě bál,... ten strach tam byl...*“ (pacient se přitom chytnul a mnul si paži levé horní končetiny)

Respondent P24: „...*Já jsem měla strach...děti mi dovezly zmrzlinu a najednou jsem se opřela o stůl, řekla jsem, že mám asi mrtvičku, děti se mi smály, pak mě zavezli do nemocnice rychlou....*“ (Respondent P22 souhlasně přikyvuje)

Respondent P23: „*Já dělám v lese, cítil jsem, že je mně nějak divně, začala se mi točit hlava, je mě nějak zle..., se mě podlamovaly nohy. Lehl jsem si pod břízu a začal jsem cítit, jak mě mrtví pusa a ruka a špatně s ní hýbu. Levou rukou jsem si zavolał sanitu, tam jsem dostal další mrtvici.... Strach jsem měl...po tu dobu než ta sanitka přijela, protože to vidíte, že to je*

změna..., to je zásah do života..., to vidíte..., moje máti umřela při třetí mrtvici...člověk si to pamatuje, že..., tak to už tak vidíte, víte... “

Sedm z dotázaných respondentů se shodlo na přítomnosti strachu již v průběhu postupně progredujících příznaků a následně po příjezdu do nemocnice, jeden respondent uvedl pocit strachu až bezprostředně po příjezdu do nemocnice. Tři respondenti naopak uvedli úlevu od strachu po příjezdu do nemocnice.

Respondent P11: *„...já jsem se potom v nemocnici bál, aby se to nezhoršovalo...nezačal jsem nějak slintat a tak..., takže to všechno Vám probíhá pak hlavou“*

Respondent P14: *„...pak mě syn zavezl do nemocnice, a to jsem se fakt bál... “*

Respondent P12: *„...po tom příjezdu do nemocnice to bylo lepší,... já jsem vůbec neměla strach v nemocnici..., protože to už si tak člověk řekl, že jsem v nemocnici, že mně pomůžou..., zaplat' Pán Bůh tady už su v dobrých rukách... “*

Respondent P13: *„...pak mě přivezli do nemocnice a tam jsem se začala víc bát, stav se začal zhoršovat...“*

Respondent P22: *„...Já bych řekl, že ten strach byl horší před tím, než jsem se dostal do nemocnice...pak už je člověk takovej odevzdanej... “*

Respondent P23: *„...V té sanitce se Vám to tak promítne a už jsem se loučil se životem, a pak v té nemocnici, jak tam člověk tam leží..., tak pak už se to zlepšilo po nějaké době..., já jsem pak dostal strašnou chuť žít...“*

Respondent P24: *„...Než jsme dojeli do nemocnice, dostala jsem hrůzu..., nejhorší to bylo v tom sklepu, tam mně nic neřekli...tam to bylo nejhorší...u mě byl ten strach v nemocnici horší...já jsem měla dojem, že mě vrazili do nějakého skladiště, nic mně nevysvětlili.*

Respondent P21: *„...no, já jsem v té nemocnici cítil spíš asi víc úlevu...“*

Na základě zkušeností s péčí o pacienty po CMP, všech devět respondentů ze dvou skupin všeobecných sester vyslovalo a potvrdilo souhlasné stanovisko s výskytem či přítomností strachu u pacientů bezprostředně po proběhlé či v rámci probíhající cévní mozkové příhody. Dva respondenti dále doplnili závislost míry strachu na tíži a rozsahu postižení. Tři respondenti uvedli eskalaci strachu v průběhu hospitalizace, resp. po přijetí do nemocničního zařízení, a to v důsledku následných vyšetření a uvědomění si svého stavu.

Respondent S14: *„...Strach u nich je a řídí se vyšetřením ...“*

Respondent S15: *„...Strach je podle stejný jako u jiných závažných onemocnění, záleží na rozsahu...tam bude strach větší, záleží na tom, jak je pacient zasažen, jak se to u něj projevilo, v jaké míře... stoprocentně mají strach.“*

Respondent S11: „... tak pacienti po CMP, jak jsou poučováni o dalším postupu, jsou úzkostnější, mají strach, aby se to neopakovalo, stále mají strach...“

Respondent S12: „...záleží na tom rozsahu, ale strach určitě mají...“

Respondent S21: „Já bych řekla, že se strach mají a projevuje se ve formě vzteku, jestli se to dá považovat za formu strachu.“

Respondent S24: „Já si myslím, že strach mají, tak jak říkala kolegyně.“

Respondent S22: „Já souhlasím s kolegyněmi v tom, že mají ten strach... Myslím, že ti pacienti si napřed neuvědomují co se děje, nebo se bude dít a potom až po tom přijetí, vyšetření a po uložení na lůžko si to uvědomí.“

Respondent S23: „Já jsem s pacienty hlavně v akutní fázi, kdy je přiveze sanitka a oni mají strach...Oni mají nějaký příznak a to je to, že mají vlastně strach“

Subjektivní i objektivní projevy strachu po CMP

Na základě výsledků analýzy zaměřené na subjektivní a objektivní projevy strachu byla vymezena dvě témata, a to tělesné a psychické projevy. Mezi nejčastěji uváděné tělesné projevy patřily bušení srdce, tlak na hrudníku, tachykardie, hypertenze, pocení, arytmie, zrychlený dech, obtížné dýchání, nauzea, pocity chladu, třes. Psychické projevy zahrnovaly nejčastěji pocity úzkosti a tísně, sevření žaludku, nejistoty, hrůzy, vystrašenost. Pět respondentů neuvádělo žádné objektivní tělesné projevy strachu, pouze psychické, a to ve smyslu životní retrospektivy a pocitu nejistoty a pocit úzkosti, tři respondenti projevili tělesné projevy, a to konkrétně bušení srdce, pocení, hypertenze, nauzey, dechové nedostatečnosti, třes, arytmií. Dvě respondentky dále ještě doplnily pocity tísně, úzkosti a pocit sevřeného hrudníku.

Respondent P13: „...u mě se to nijak extra neprojevovalo...spíš mi jenom vyskočil ten tlak, a mám arytmie...“

Respondent P12: „...když v té nemocnici vidíte ty dědečky a babičky...nemohoucí...tak si člověk říká Pane Bože, jenom ať tak nedopadnu...(přitom svírala ruce v pěsti, křížila je na prsou a tiskla k hrudníku)...tak jsem se začala potit, bušilo mně srdíčko, sevřel se mně žaludek...takový ten pocit tísně...úzkosti“

Respondent P14: „U mě se to nijak zvlášť neprojevovalo. Později jsem spíš měl jen takovej pocit, jestli se to vrátí...“

Respondent P11: „Nevím o tom, že by se to u mě nějak projevovalo...myslím, že ne..., spíš jenom takovou tu úzkost...“

Respondent P24: „Já jsem nemohla dýchat...všecko se mě to tak sevřelo tady...“ (ukazovala dlaněmi rukou na hrudník)...a můžu Vám říct, že než jsme dojeli do té nemocnice, tak jsem začala dělat tak (projevovala třes horními končetinami), protože jsem si to začala všechno uvědomovat...“

Respondent P22: „U mě ani se to neprojevovalo..., spíš se mně přehrál život a strach co bude...“

Respondent P21: „U mě taky se to asi nijak neprojevilo ...“

Respondent P23: „Spíš si to tak člověk uvědomuje, že život může skončit..., ale jinak se to neprojevovalo“.

V kontextu výše uvedených možných projevů, a to jak tělesných, tak i psychických byla respondenty ze skupiny všeobecných sester potvrzena přítomnost změny fyziologických funkcí, a to převážně zachycená tachykardie a hypertenze, zvýšení dechové frekvence. Dalšími velmi častými projevy pozorované všeobecnými sestrami byl pláč či plačtivost, ta byla zmíněna čtyřmi respondentkami. Většina respondentů uvádělo častou přítomnost agresivního chování, projevující se buďto slovní a/nebo fyzickou agresí. Mezi častý projev sdělovaný všeobecnými sestrami byl projev úzkosti v obličeji. Jeden respondent doplnil vyhledávání doteku, fyzického kontaktu jako možný projev strachu.

Respondent S12: „Záleží na rozsahu, někteří pacienti návrat na úroveň pětiletého dítěte, báli se přiblížení, strach v očích...třeba jeden pacient se subarachnoidální krvácení..., ten se pořád klepal, třepal, měl vyděšený oči...vůbec nevěděl co se děje, držel se hrazdičky...“

Respondent S15: „Já si pamatuju pacienta, který pořád plakal, plakal velmi intenzivně, sám nevěděl proč, prostě jen plakal..., říkal, že o tom ví, ale nedokáže to zastavit...a jinak z fyziologických funkcí hypertenze, tachykardie, protože vesměs je máme na monitoru“(ostatní respondenti souhlasně přikyvuji v doplnění změn fyziologických funkcí)

Respondent S14: „...já jsem zažila pacienta, který byl agresivní..., když jsme se k němu přiblížily, tak říkal jen ...„Nechte mě, nechodte ke mně.““

Respondent S13: „Já si pamatuju pána s afázií, jen nemluvil, nebo špatně a on se snažil mluvit, čím víc se snažil, tím víc to nešlo a bylo to horší a začal být pak vzteklý a podrážděný... a spíš příbuzní byli úzkostní, pořád se chodili ptát, kdy už to přestane, hlavně manželka, když si na nás zvykl, bylo to lepší...manželka ho víc stresovala.“

Respondent S11: „...já bych řekla, že se vyskytuje agrese, nebo naopak rezignace taky...je to hodně o tom základu toho pacienta, někteří to úplně vzdají a nekomunikují, nebo pláčou..., ale fakt spíš hodně záleží na té povaze...“

Respondent S23: „U nás třeba se setkávám s tím, že pacient si zažívá většinou všechny fáze postupně, jako plačtivost, agrese, smutek, ... a totéž zažívá i ta rodina až později, až se s tím i ta rodina vyrovná, tak se dokážeme všichni společně domluvit...“

Respondent S22: „...a následně bývá spíš pláč, úzkost v obličejí a později i agresivita, jakože po nás někdy i něco hodili, co měli třeba na stolečku, nebo tak... nebo spíš možná častěji je i slovní agrese, jsou nepříjemní, nebo později třeba u žen ta plačtivost a beznaděj v obličejí...“

Respondent S24: „...máme pacienty s fatickou poruchou a ti se projevují tak, že na nich jde vidět, že mají úzkost a strach a často plačtivost...já to považuji za projev strachu a asi spíš ty ženy, muži spíš mají sklon k té agresi.“

Respondent S21: „...Pacienti po CMP třeba i víc touží po dotyku, pohlázení, aspoň u nás...teda spíš ho víc vyhledávají...“

Příčinu strachu u pacientů po CMP

V souvislosti se zkoumanou problematikou příčiny strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě a na základě analýzy získaných informací, byly vygenerovány 3 základní tématické oblasti. První tématický okruh zahrnuje pacienty nejčastěji uváděné příčiny strachu způsobené samotným charakterem onemocnění. Mezi tyto příčiny byl zakomponován strach z estetického, smyslového či funkčního postižení, strach z pádů, z rekurence CMP, strach ze smrti, bezmocnost, ztráta soběstačnosti v oblasti sebepéče, a to především v oblasti vyprazdňování.

Problematika **strachu ze smyslového, estetického či funkčního postižení** byla aktuální pro všechny zúčastněné respondenty. K této problematice se vyjádřili všichni respondenti. Sedm respondentů vyjádřilo verbálně značné obavy a strach z funkčních, estetických či smyslových následků, a to v kontextu k jejich stavu a postižení, které by výrazně mohly ovlivnit jejich následný život. Jeden respondent diskuzi komentoval pouze neverbální souhlasem s ostatními diskutujícími.

Respondent P11: „...a má člověk strach, jak bude vypadat, jestli bude nějak zpitvořenej, nebo tak... Jenom mi proběhlo hlavou, jak budu vypadat, ani ne tak funkce.“

Respondent P13: „...já jsem nemohla číst, psát, mluvit..., to jsem se bála, aby mi to nezůstalo...“

Respondent P12: „...já jsem se bála, když tam tak vidíte ty ostatní ležet...ty nemohoucí...jenom ať tak nedopadnu..., abych neskončila nějak na vozičku..., nebo tak nějak postižená,“

Respondent P14: „Já jsem se bál, že oslepnu, přijdu o to levé oko..., to jsem se fakt bál, že mně to zůstane, nebo že to bude ještě horší, že budu postiženěj“

Respondent P21: „Trošku obavy tam byly, protože jsem ztratil zrak jen na levou polovinu, tak abych nezůstal slepý“

Respondent P23: „...v nemocnici jsem nemohl chodit, pak to bylo stejný doma, učil jsem se chodit...měl jsem strach, že bude člověk nějak postiženej, co bude... Nejvíc mě děsila ta celková nemohoucnost, to že nemůžu na záchod, že se nemůžu najíst. Nedej bože, abych já takhle skončil.“

Respondent P24: „...bála jsem se, jestli zůstanu ochrnutá, abych nezůstala na vozíku... chodila za mnou rehabilitační sestřička a ta mně říkala, že co se mně nespraví do půl roku, tak že to už to nepůjde...“

Respondent P22: (souhlasně přikyvuje hlavou)

Téma **strach z pádů** po CMP bylo názorově vyjádřeno pěti z respondentů. Čtyři respondenti vyjadřovali následně pocíťovaný strach z pádů, a to jak v průběhu hospitalizace, tak i následně v domácím prostředí. Jeden respondent projevil spíše neutrální stanovisko.

Respondent P13: „Já jsem měla strach z pádu a taky z toho, co si ostatní...jako ti lidé...na ulici třeba pomyslí..., když někdy člověk neudrží třeba rovnováhu..., tak ho hned podezřívají z opilosti, nebo tak...“

Respondent P12: „Ten strach mi zůstal, protože se mně dost točí hlava a bojím se, že spadnu.“

Respondent P24: „Já jo, když nebyl poblíž plotek, tak jsem se bála...a v nemocnici...to byla taková strašná nejistota, měla jsem strach si dojít i na věc, nebo do sprchy“

Respondent P23: „Já jsem raději moc nechodil, protože jsem cítil, že na to nemám, jenom třeba přes chodbu na záchod.“

Respondent P22: „Já jsem to tak neměl, kam jsem se cítil, tam jsem šel.“

K vyvstalému tématu **strachu z rekurence CMP** se vyjádřilo sedm respondentů. Šest respondentů se vyjádřilo verbálně pozitivně ve smyslu pocíťované přítomnosti strachu z možného opakování CMP. Dva respondenti vyjádřili své souhlasné stanovisko neverbálně přikývnutím hlavy jako reakci na verbální odpověď spoluúčastníka skupiny.

Respondent P12: „...ted' mám spíš strach, když někde jdu sama, ať se něco nepříhodi, nezůstanu někde ležet...“

Respondent P14: „...Později jsem spíš měl jen takovej pocit, jestli se to vrátí...“

Respondent P11 a P13: (souběžně souhlasně přikyvují hlavou)

Respondent P22: „...mám strach, aby se to neopakovalo...dnes máte takový okolí, že si vás nevšimnou...minuta, z minuty je hodina a je pozdě...Při bolení hlavy si vezmu prášek a jdu si lehnout, to jsem dřív nedělal.“

Respondent P21: „Dřív jsem od 27 let trpěl na obrovsky migrény, pak přestaly, ted' už jsem při bolesti hlavy víc v pozoru, víc se pozoruju, jestli mně nespádl koutek.“

Respondent P24: „Já jsem už zrušila auto, měla jsem obavy, protože jsem jela po městě a chtěla jsem trochu přibrzdit a najednou jsem zjistila, že tu nohu nezvednu...povídám..., děvče..., abych tak někoho nezmrzačila. A ještě jsem měla dlouho strach ze zvracení, tak jsem dlouho nezvracela. Z toho mám husí kůži, aby to zase nebyla mrtvička.“

Respondent P23: „...Snažím se na to nemyslet, snažím se spoléhat na to, že беру nějaké prášky. Ono se tak říká třikrát a dost...“ (pacient P22 souhlasně přikyvuje hlavou a projevuje verbální souhlas)

Strach ze smrti byl v rámci skupinové diskuze zmíněn dvěma z respondentů. Zbývající účastníci se k tomuto tématu nevyjadřovali.

Respondent P12: „...víte, já žiju sama..., tak jsem měla taky strach, že zůstanu ležet někde doma a že mě tam pak najdou mrtvou...“

Respondent P23: „... já podle toho co jsem cítil...jsem cítil, že je konec...konec života...“

Prioritně druhým tématickým okruhem byly sociální důsledky plynoucí z prodělaného onemocnění. Nejčastěji uváděnými příčinami strachu patřil strach ze ztráty zaměstnání, finančního zajištění rodiny, selhání v plnění sociálních rolí či ze závislosti na druhých lidech. Otázku sociálních důsledků zmínilo sedm respondentů. Tři respondenti projevili strach ze závislosti a zatížení ostatních rodinných příslušníků, tři respondenti vyjádřili obavu v otázce finančního zajištění rodiny, příp. v selhání plnění sociální role. Dva respondenti reagovali spíše neutrálně.

Respondent P13: „Já jsem se bála, že přijdu o zaměstnání, protože jsem měla 55 let a měnil se podnik a nevěděla jsem, jestli budu mít místo. Později jsem se bála o budoucnost. Syna jsme měli na vysoké v té době a tak jsem se bála.“

Respondent P11: „...víte, já jsem chorobný optimista, ale ten strach o dům a o rodinu tam byl, ta starost o ně byla na mě... V té chvíli jsem ani nepřemýšlel, že mi nebude fungovat ruka,

nebo noha, ale spíš, že se nebudu moct o sebe postarat. Uvažoval jsem, jak budu fungovat doma.“

Respondent P12: *„...já žiju sama, tak jsem se spíš bála, aby se o mě dcery nemusely starat..., nebo někam do ústavu...to bych fakt nechtěla...“*

Respondent P21: *„Já jsem cítil úlevu, já k tomu životu přistupuju, tak sportovně.“*

Respondent P22: *„...měl jsem strach o sebe, co bude i o rodinu, protože vychovávám vnuka, abych ho ještě zabezpečil.“*

Respondent P24: *„...co by se mnou bylo, kdybych zůstala postižená. Synové mají doma schodiště a bez výtahu, jak bych se tam dostala, kdybych zůstala ležet, ať to radši skončí.“*

Respondent P23: *„...já jsem cítil, že bude změna v život..., že člověk, jaký měl všechny plány, tak už je neuskuteční...“*

Třetí a poslední tématický okruh příčin strachu, který se nicméně průběžně prolínal a jak již bylo zmíněno, nepochybně souvisel, co do časové i prioritní osy, s prvním a druhým tématickým okruhem, vznikl na podkladě respondenty často uváděných problémů zahrnujících faktory související s péčí, a to především nedostatek informací, nevhodné prostředí nemocnice, ostatní imobilní pacienti po CMP, ošetrovatelské či lékařské intervence – katetrizace močového měchýře u mužů, vyprazdňování na lůžku. Všichni z dotázaných se shodovali na souhlasném stanovisku v otázce nedostatečné informovanosti a eskalaci strachu jako důsledek. Jeden respondent se vyjádřil negativně v otázce vhodného prostředí, kde trávil počáteční fázi v souvislosti s přijetím k hospitalizaci. Pět respondentů projevilo negativní pocity strachu jako následek souběžné hospitalizace ostatních pacientů po CMP.

Respondent P12: *„...Pocit strachu ve Vás je...když v té nemocnici vidíte ty dědečky a babičky...nemohoucí...tak si člověk říká Pane Bože ...jenom ať tak nedopadnu...“*

Respondent P13: *„...ztratila a najednou se probudila na JIPce a kolem mě ti ostatní ležící babičky a dědečci...to mě přepadla myšlenka - co já tady dělám a co se bude dít?!?“*

Respondent P23: *„...ono, člověk když viděl, jak ležel na té lůžkové části...ti na té lůžkové části mě vyděsili. Nejhorší byli ti, co leželi...to vidíte, že neodpočívají.“* (pacient P22 souhlasně přikyvuje a projevuje verbální souhlas)

Respondent P24: *„...Pak v tom sklepu jsem zůstala sama, nic se mnou nedělali, donesli mně papíry a nechali mě tam..., pak mě začali vyslíkat, pak chtěli, abych se podepsala, to mně nešlo, tak aspoň levou rukou mně řekli...já jsem měla dojem, že mě vrazili do nějakýho skladiště, nic mi nevysvětlili..., pak mě dali na pokoj, kde leželi chlapi a žensky dohromady a ti vypadali jak mrtví, na kapačkách.“*

Respondent P22: „...až jsem odcházel, tak mi řekla doktorka, že to byla ta mozková mrtvice, dala mi léky a že by se to už nemělo opakovat.“

Dva respondenti vyjádřili nepříjemný pocit strachu v souvislosti s ošetrovatelskými či lékařskými intervencemi a následnou péčí v oblasti vyprazdňování.

Respondent P24: „...strach jít na tu mísu, měla jsem strach, že to poteče všude, to bylo tak nepříjemný.“

Respondent P23: „...strašný pocit z toho močení přes ten...jak tomu říkají...ten kařas...ten pocit je strašnej, vadilo mi to.“

Obsahovou analýzou názorů a myšlenek všeobecných sester byly, stejně jako u obou skupin pacientů vygenerovány tři tématické oblasti, které je možné označit jako shodné s oblastmi zvolenými u skupiny pacientů. Všechny selektované tématické okruhy jsou uvedeny podle subjektivně pocíťované priority a urgency ze strany respondentů. Z hlediska všeobecných sester pečujících o pacienty po CMP, na základě jejich zkušeností a subjektivního vnímání chování u těchto pacientů, byla všemi respondenty na prvním místě označena jako jednou z hlavních příčin strachu neinformovanost, nebo **nedostatečná informovanost** v iniciální fázi onemocnění, resp. při příjezdu pacienta do nemocnice a v průběhu prvních hodin, kdy jsou vedena diagnostická vyšetření a základní ošetrovatelské intervence související s hospitalizací.

Respondent S15: „...vše je o přístupu a informovanosti pacienta, aby dostával takové informace, které je schopen přijmout..., aby sestra nedávala jiné informace než lékař. U toho céempéčka je to ještě horší, protože tam je člověk změněn i psychicky, tak se mu musí člověk věnovat i po té psychické stránce.“

Respondent S14: „První je určitě nevědomost... i taky to, že někdy nerozumí, i když se jim to člověk snaží vysvětlit, ale tím, že nerozumí ...tak vlastně neví, co se bude dít...“(ostatní respondenti souhlasně přikyvuují hlavou)

Respondent S12: „...jak se mu to vysvětlilo, jak nám začal víc důvěřovat...tak to bylo lepší...“

Respondent S23: „...a bojí se toho co se děje, nikdo jim to pořádně nevysvětlí a ty příznaky CMP se dál ještě prohlubují ...a oni se podle mě bojí toho, co je to za diagnózu...oni, jak jsou ještě laici, nikdo jim nic nevysvětlí a oni prostě nevědí, co se bude dít...“

Respondent S22: „Taky si myslím, že nejsou dost informovaní...Někdy záleží i na vzdělání, věku, mentálním stavu, snažíme se jim to vysvětlovat co se děje, co bude následovat, ale oni to prostě nechápou, nedokážou pochopit...“

Respondent S24: „...dostatečně informovaní určitě nejsou...si myslím..., ale nejenom, že je špatně informovaný pacient, ale je špatně edukovaná i rodina...“

Jedna respondentka potvrdila, na základě svých zkušeností, vliv nemocničního prostředí, resp. skladby pacientů na pokoji na okurenci či eskalaci strachu.

Respondent S21: „...a myslím, že i když vidí ty ostatní v horším stavu tak se bojí ...každopádně určitě na ten strach má vliv ta skladba pacientů na pokoji...my jsme měli třeba paní s parézou a tu jsme dali na pokoj k imobilním a na ní bylo vyloženě vidět ten strach a hrůza, že tak taky dopadne.“

Na druhém místě byla všeobecnými sestrami pocíťována a uváděna příčina strachu **ze sociálních důsledků** souvisejících s funkčními deficity, nesoběstačností, závislostí na druhých. Většina respondentů se shodla na doplnění podstatného aspektu, kterým je věk pacientů zasažených CMP a s tím souvisejícího vnímání sociálních důsledků. Zatímco u mladších pacientů označily všechny respondentky spíše obavy ze zabezpečení rodiny, plnění sociálních rolí, u starších jedinců vyvstala do popředí spíše obava ze závislosti na druhých, sociální izolace, nesoběstačnosti v oblasti sebekpěče.

Respondent S11: „...a taky určitě negativní zážitek, kterej se nedá vymazat, vlastně to co si zažili, obava jak budou zvládat péči o sebe, a taky o budoucnost, to všechno se mu honí hlavou...“

Respondent S14: „... myslím, že mají strach o oboje... o sebe i rodinu, že je to vlastně takový propojený, když se něco stane se mnou, tak vlastně i rodina tím bude trpět...“ (souhlas všech ostatních účastníků)

Respondent S15: „...asi spíš mají strach o práci...ty mladší ročníky...“

Respondent S13: „...taky asi se hodně bojí té sociální izolace, ti starší ...co se bude dít potom...“

Respondent S22: „Podle mě se bojí té budoucnosti, co s nima bude, protože kolikrát jsou to pacienti aktivní, sportovci, dámy, kterým se to stane, a potom cítí takovou tu beznaděj, co bude dál, co teď... se nemůžu pohnout ... Taky záleží na věku, pokud mají rodinu, děti, tak mají strach třeba spíš o ně, ti starší zase spíš o sebe...nebo, že budou závislí v té sebekpěči...“

Respondent S23: „Já si myslím, že se bojí toho, že budou nesoběstační, zůstanou na někom závislí ...“

Respondent S21: „Myslím, že záleží i na sociálním zázemí, mají strach, že budou někomu na obtíž...“

Respondent S24: „*Mě se třeba často ptají na otázky typu „jak dlouho to ještě potrvá, kdy se to upraví? Já už tak dlouho cvičím a furt se nic neděje...“ ...myslím, že je určitě potřeba jim vyzdvihnout i malé pokroky ..., protože oni ani ty malé pokroky nevnímají...“*

Třetím tématickým okruhem z pohledu priorit a urgentnosti vnímaný všeobecnými sestrami, který se částečně prolínal s prvním a druhým tématem, byla tematika související s charakterem onemocnění.

Strach z pádů byl jednou z dalších často sdělovaných příčin strachu všeobecnými sestrami, které subjektivně i objektivně tuto příčinu strachu registrovaly.

Respondent S13: „*...určitě, nechtěli vstávat k hygieně...“*

Respondent S14: „*Já myslím, že mají hodně strach i z pádů, tak to vnímám třeba i u našich pacientů, protože k těm pádům i dochází..., třeba to byli pacienti aktivní a potom spadli a už se bojí...“* (ostatní respondenti souhlasně přikyvují a projevují verbální souhlas)

Respondent S24: „*...pacienti s porušenou hybností právě po CMP a třeba zrovna při hygieně tím, že nemají tu jednu polovinu těla hybnou, tak se nás křečovitě drží, bojí se strašně pádů anebo při manipulaci, i když jim třeba řekneme, že se nemusí bát, ať se nás drží, že je nepustíme, tak se stejně bojí ...“*

Strach z rekurence CMP registrovaný všeobecnými sestrami jako možná příčina strachu u pacientů po CMP byl potvrzen většinou respondentů, nicméně se jevil jako méně urgentní a vyskytující se spíše až v průběhu hospitalizace či v kontextu plánovaného propuštění do domácí, nebo následné péče. Častým důvodem byl překlad z jednotky intenzivní péče, nebo při propuštění do domácí či následné péče. Respondenti registrovali a potvrdili dlouhodobé přetrvávání strachu i v domácí péči a s tím v některých případech související částečnou společenskou izolaci.

Respondent S11: „*...mají strach, aby se to neopakovalo, stále mají strach...“* (ostatní respondenti projevují souhlas přikyvováním hlavy)

Respondent S21: „*...u nás máme pacienty i s TIA a ti uvádí, že mají strach z většího IKTU, že se to pak neupraví...“*

Respondent S24: „*...když se pacienti stěhují z JIP na normální oddělení, tak se většinou bojí ...jeden pacient mě vyloženě pronásledovat celý den po oddělení, nechtěl být sám, byl nervózní a pořád se mě ptal, proč tam musí ...byl strašně nervózní, že nebude pod takovým dohledem, kdyby se to opakovalo...“*

Jeden z respondentů uvedl eskalaci pocitu strachu ve vztahu k soužití s/bez druhého partnera či další rodiny.

Respondent S11: „...ještě navíc, když ti lidi bydlí sami, vnímají to hůř. Myslím, že ten strach tam je rozdílný. Když bydlí s druhým, mluví spolu, sednou si, dají si čaj a je to lepší, ale když je sám, tak se ten strach znásobí, bojí se, co bude...“

Strach ze smyslového, estetického či funkčního postižení byl paradoxně všeobecnými sestrami vnímán a sdělován v minimální míře. Původce strachu v této oblasti registrovaly a sdělovaly spíše u mladších jedinců, nebo u žen. Nicméně v kontextu výše uvedených informací v oblasti sociálních důsledků je možné se domnívat, že téma závislosti na druhých a obavy z neschopnosti sebepéče úzce koreluje s tématem funkčního či smyslového postižení.

Respondent S14: „...třeba ti starší už tak moc neřeší to, jak vypadají. Mladší si to asi víc zabírají, ne/mají partnera...“ (zbývající účastníci skupiny shodně přikyvuji)

Respondent S15: „...strach z nějakýho vizuálního postižení...asi spíš u žen...“

5 DISKUZE

Prvním dílčím cílem kvalitativního výzkumu předkládané diplomové práce bylo zjištění **incidence fenoménu strachu** u nemocných po cévní mozkové příhodě, a to jak z pohledu samotných pacientů, tak i z pohledu všeobecných sester pečujících o tyto pacienty. V této oblasti byla jednoznačně všemi respondenty, jednak ze strany nemocných a také ošetřujícího personálu, potvrzena přítomnost strachu. Přítomnost této negativní emoce byla potvrzena jak bezprostředně v rámci iniciálních příznaků, tak i během diagnostické fáze a v průběhu následné hospitalizace.

Strach a úzkost patří tedy mezi základní negativně prožívané emoce s nejvyšší incidencí výskytu explicitně vyjádřenou pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě, ale paralelně i všeobecnými sestrami o tyto pacienty pečujícími, a to ve všech stádiích onemocnění, zahrnující i období rekonvalescence a rehabilitace v domácí péči (Batchelor, 2012, s. 482–490; Hafsteinsdóttir, 1997, s. 580-588; Jacobsson, 2000, s. 255-264; Jones, 2008, s. 244-252; Schmid, 2010, s. 553-562; Schmid, 2011, s. 123-132). Obě tyto emoce mohou být důsledkem intenzivního psychického inzultu v podobě akutního onemocnění, nebo se mohou vyskytovat chronicky v rámci depresivního syndromu. (Praško et al., 2010, s. 265-270)

Zatímco problematice deprese po proběhlém iktu je v dostupných výzkumech a literatuře věnována značná pozornost s prokazatelnými a objektivními konkluzemi, fenomén strachu a úzkosti u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě zůstává dlouhodobě v pozadí. Prokázaný depresivní syndrom se vyskytuje v předchorobí a následně poté u 2-3% pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou (Li, 2016, s. 215-222). Fenomén úzkosti jako specifický emoční projev se u těchto pacientů vyskytuje až u 8% a to zejména u jedinců s významným reziduálním funkčním postižením definovaným NIHSS >8. Strach z pádu, který představuje jednu z hlavních zaznamenaných příčin strachu v diplomové práci, je považován za typický fenomén u pacientů po CMP. Fenomén úzkosti je nezávislým prediktorem pádu během hospitalizace s prokázaným výskytem u 20 % pacientů, u kterých byl zaznamenaný pád (Schmid et al., 2010, s. 553-562). Strach z pádu se vyskytuje až u 45 % pacientů po prodělané CMP a představuje tak negativní fenomén, který ovlivňuje kvalitu života těchto pacientů (Schaefer, 2013, s. e80923; Schmid et al., 2011, s. 123-132).

Dosud není zcela jasné, jestli existuje obousměrný kauzální vztah mezi emočními fenomény úzkosti respektive strachu a onemocněním cévní mozkovou příhodou, nicméně lze

předpokládat, že tyto negativní emoce se mohou částečně spolupodílet i na vzniku samotného onemocnění a nejsou jenom pouhým epifenomémem vzniklým následně po iktu. To je ostatně obecně přijímáno v definici rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, kde negativní emoční ladění představuje rizikový faktorů podílející se na vzniku těchto nemocí. Současně je tzv. psychosociální stres negativním prognostickým prediktorem těchto onemocnění. To ostatně koresponduje se současně přijímanou definicí zdraví, která ho pozitivně vymezuje jako stav úplné duševní, tělesné, sociální a spirituální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady (WHO, Definition of Health). Tato definice bere v úvahu všechny aspekty lidských potřeb fyzických (biologických, tělesných), psychických (lidské prožívání), sociálních (společenských) a spirituálních (duchovních), který by měly být ošetřujícím personálem zohledněny a respektovány (Frankl, 1972, s. 85-89; Kaplin, 2015, s. 1-12; Lewis, 2011, s. 1-47).

Schopnost identifikace a evaluace **projevů strachu** podmíněných základním onemocněním za použití validního a senzitivního hodnotícího nástroje užívaného v ošetrovatelské praxi signifikantním dílem posiluje efektivitu ošetrovatelské péče. V souvislosti s naplněním druhého dílčího cíle byly, na podkladě výsledků obsahové analýzy, vygenerovány dva okruhy projevů strachu, tělesné a psychické.

V oblasti tělesných projevů z pohledu pacientů bylo nejčastěji zmiňováno bušení srdce, tlak na hrudníku, tachykardie, hypertenze, pocení, arytmie, zrychlený dech, obtížné dýchání, nauzea, pocity chladu, třes, sestry doplnily fyzickou agresi, plačtivost či pláč. Projevy strachu popisované v rámci výzkumu u více než poloviny pacientů jsou pravděpodobně dominantně způsobeny aktivací sympatického vegetativního nervového systému, který je zapojen v rámci tzv. poplachové reakce organismu na akutní onemocnění spojené s pocitem ohrožení. Tato reakce je do jisté míry organizmem přijímaná jako příznivá a poskytující možnost obrany, ale následně při delší době trvání negativního prvotního podnětu v podobě akutního onemocnění, ale s trvalými následky, se stává nepřiměřenou a organizmus poškozující celou řadou nepříznivých důsledků (Janak, 2015, s. 284-292).

Psychické projevy v rámci výzkumné části diplomové práce byly pacienty definovány nejčastěji jako pocity úzkosti a tísně, sevření žaludku, nejistoty, hrůzy, vystrašenosti. Na základě zkušeností sester byl komplex psychických projevů strachu doplněn o slovní agrese, projevy úzkosti v obličeji a taktilní kontakt. Z diskuzí s pacienty v rámci ohniskových skupin vyplývá, že prioritním aspektem a příčinou strachu v úvodní fázi onemocnění bylo téma související s faktory péče, a to konkrétně strach z nedostatečné informovanosti v kontextu prvních příznaků a v průběhu následné hospitalizace. Emotivně prožívaný strach takto

vnímaný (nežřídka negativně) ošetrovatelských personálem ve vztahu k pacientovi může představovat prostředek vedoucí k eliminaci nebezpečí nebo k útěku před ním. V případech, kdy není možný útěk nebo únik před vyvolávajícím podnětem, dochází k modifikaci strachu na agresivní projevy ze strany nemocného. Výsledkem uvědomovaného stavu strachu jsou konkrétní objektivní projevy chování ve smyslu boje nebo útěku, zvýšená ostražitost, impulzivnost, zúžená koncentrace na zdroj strachu. (Bay, 1999, s. 103-111; Whitley, 1992, s. 155-161). Navíc, pokud dojde k dlouhodobému jednostrannému přetížení ošetrovatelského personálu těmito negativními emočními podněty, bez adekvátní korektivní reakce ze strany empaticky spolupracujícího kolektivu, může u predisponovaného jedince dojít k rozvoji syndromu vyhoření svěřené ošetřované pacienty (Leineweber, 2014, s. e96991).

Třetí dílčí cíl zahrnoval popis všech možných **příčin strachu**. Příčiny strachu byly shodně souborem pacientů i všeobecných sester stratifikovány do třech tématických oblastí, které byly definovány charakterem onemocnění, sociálními důsledky a faktory související s péčí. Určitá diskrepance byla nalezena ve vnímání priorit z pohledu pacientů v porovnání se skupinou všeobecných sester.

První tématickou oblastí, zahrnující nejčastěji uváděné příčiny strachu z pohledu pacientů, byl definován samotným charakterem onemocnění. Prioritně uváděnými příčinami strachu byl strach z estetického, smyslového či funkčního postižení, strach z pádů, z rekurence CMP, ze smrti, bezmocnost, ztráta soběstačnosti v oblasti sebek péče, a to především v oblasti vyprazdňování. Incidence funkčního, nebo smyslového postižení či jejich vzájemná kombinace bývá u pacientů relativně častá a v mnoha případech trvalá. Všeobecné sestry registrovaly, na rozdíl od pacientů, problematiku estetického, smyslového či funkčního postižení jako nejméně urgentní v kontextu příčin strachu.

Mezi jednou z nejčastěji zmiňovaných příčin strachu u pacientů po CMP patří strach z pádů. Čtyři respondenti vyjadřovali následně pocíťovaný strach z pádů, a to jak v průběhu hospitalizace, tak i následně v domácím prostředí. Jeden respondent projevil spíše neutrální stanovisko. Tyto výsledky korespondují s literárními údaji, které udávají pády jako běžnou komplikací vyskytující se u pacientů po CMP. Relativně vysoká incidence pádů u pacientů po CMP logicky predikuje rozvoj následného strachu z pádů (Batchelor, 2012, s. 482–490; Schmid, 2010, s. 553-562). Strach z pádů je nejčastěji popisován u pacientů v souvislosti s propuštěním do domácí péče. Příčina strachu z pádů bývá asociována nejen s funkčním postižením, tedy s poruchou rovnováhy a mobility, ale také s emocionálními změnami (úzkost, deprese), ke kterým u těchto pacientů dochází. Strach je determinantou rozsáhlejších následků ve smyslu restrikce běžných aktivit, ztráty psychické respektive fyzické jistoty a tím

dochází k významnému snížení kvality života (Schmidt, 2009, s. 310-316; Schmidt, 2011, s. 123-132; Kim et al., 2012, s. 797-803).

Pacienty čteně uváděnou příčinou strachu je také strach z recidivy CMP (Carlsson et al., 2008, s. 773-782; Nicholson et al., 2013, s. 357-364). V rámci výzkumné části diplomové práce se všichni respondenti vyjádřili pozitivně ve smyslu pociťované přítomnosti strachu z možné rekurence CMP. Tento strach zcela jednoznačně koresponduje s reálným nebezpečím skutkového naplnění obávané podstaty obavy. U tranzitorní ischemické ataky uváděno riziko časně recidivy v rozmezí 4–8%, po proběhlém iktu přibližně 3–10%. V rámci komplexního hodnocení v období pětiletého intervalu dosahuje riziko recidivy u TIA 22-31%, po iktu 20-40%. Strach z opakování iktu u pacientů po CMP pramení z absence pocitu kontroly nad vyvolávajícími příčinami a jejich obavy bývají asociovány s idiosynkrazií a rezignací. Důsledky strachu mají i v tomto případě zásadní význam pro kvalitu života pacienta po CMP (Townend, 2006, s. 747-755).

V oblasti sociálních důsledků plynoucích z prodělaného onemocnění byly nejčastěji uváděnými příčinami strachu strach ze ztráty zaměstnání, finančního zajištění rodiny, selhání v plnění sociálních rolí či ze závislosti na druhých lidech, a to současně z pohledu pacientů i sester. Většina respondentů v rámci vnímání sociálních důsledků zařazených do výzkumu se shodla v rámci věkové kategorie, ve které byla zasažena iktem. Zatímco u mladších pacientů zdůraznili všichni respondenti spíše obavy ze zabezpečení rodiny, plnění sociálních rolí, tak u starších jedinců vyvstala do popředí spíše obava ze závislosti na druhých, sociální izolace a nesoběstačnosti v oblasti sebeobsluhy. V návaznosti na předchozí uvedenou příčinu strachu pociťují pacienti obavy z návratu do zaměstnání, čímž dochází k prodloužení pracovní neschopnosti a k poklesu produktivity pacienta po CMP (Carlsson et al., 2008, s. 773-782). Další častou uváděnou příčinou strachu bývá také strach z neadekvátní přípravy na propuštění, nebo z velmi brzkého propuštění z nemocnice (Jones et al., 2008, s. 244-252). Tento strach pramení zejména z nejistoty, obav o schopnost sebepéče a z opuštění bezpečného prostředí nemocniční jednotky (Nordin, 2015, s. 235). Naproti tomu v současné době jsou k dispozici výsledky výzkumných šetření prokazující pozitivní benefit časného propuštění z nemocnice do domácí péče se současným zajištěním kvalifikované rehabilitační a ošetrovatelské péče, která by měla podpořit efektivnější a časnější integraci a resocializaci pacientů po CMP do běžného i společenského života a zároveň pomoci zlepšit jeho kvalitu a smysluplnost (Cobley, 2013, s. 750-757; Nordin, 2015, s. 235).

Třetí oblastí byly problémy uváděné pacienty v kontextu s poskytovanou péčí jako nedostatek informací a eskalace strachu jako důsledek, nevhodné prostředí nemocnice, ostatní

imobilní pacienti po CMP, ošetrovatelské či lékařské intervence – katetrizace močového měchýře u mužů a nutnost vyprazdňování na lůžku. Všeobecné sestry paradoxně vnímaly a uváděly jako prioritní a iniciální příčinu strachu u pacientů nedostatečnou informovanost v průběhu diagnostické a často i léčebné fáze. Mezi mnoha autory panuje všeobecný konsenzus, že bezprostředně po CMP pacienti prožívají různou intenzitu stresu, pramenícího z vlastního onemocnění a zejména z následného postižení, a to jak v oblasti motorické, kognitivní, tak i emocionální. Dalším zdrojem stresu mohou být asociovány s ošetrovatelskými a lékařskými intervencemi, vzájemným vztahem mezi pacientem a zdravotnickým personálem a v neposlední řadě, pro pacienta neznámé a cizí nemocniční prostředí (Hafsteinsdóttir, 1997, s. 580-588; Praško et al., 2011, s. 265-270; Schmidt, 2010, s. 553-562; Schmidt, 2011, s. 123-132; Kim et al., 2012). Hlavními zdroji pociťovaného stresu jsou okruhy související s uspokojováním běžných fyziologických potřeb z oblasti vyprazdňování, příjmu potravy, osobní hygieny, jejichž důsledky je možno detekovat ve sféře psychosociální a emocionální, a to ve formě pocitů ponížení, ztrapnění se, strachu, distresu, ztráty důstojnosti a sebedůvěry (Kitson, 2012, s. 392-403). Vnímání intenzivních pocitů strachu souvisí se ztrátou kontroly nad svým tělem a z toho, že se pacientovi nedostane potřebné pomoci při běžných denních činnostech v oblasti sebeděče, zejména ve vztahu k zajištění vyprazdňování (Hafsteinsdóttir, 1997, s. 580-588; Praško et al., 2011, s. 265-270). Signifikantně pozitivní benefit v rámci poruchy polykání, která je asociována s relativně vysokou incidencí u pacientů po CMP a s ní spojeném strachu a úzkosti přináší také terapie či nácvik řeči (Arnold, 2016, s. 1-11; Drozd, 2014, s. 172-177).

Ačkoliv ošetrovatelství patří k velmi progresivním oborům, doposud neexistuje žádný hodnotící nástroj, který by zahrnoval a plně saturoval hodnocení strachu u pacientů po CMP (Reif, 2011, s. 12-15). V dostupných evaluačních ošetrovatelských škálách pokrývajících hodnocení ošetrovatelských deficitů u pacientů po CMP v jednotlivých oblastech, hodnocení domény strachu stále chybí (Taliánová, 2011, s. 25-30).

V kontextu sumarizace teoretických východisek, výsledků diplomové práce a návaznosti na reálnou ošetrovatelskou praxi doposud nebyla realizována žádná výzkumná aktivita zaměřená na specifickou problematiku vnímání, cítění a prožívání strachu u pacientů po CMP. V souvislosti s tímto dále není dostupná žádná hodnotící technika podporující hodnocení strachu u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. Znalost projevů a příčin strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě signifikantně posiluje úroveň a efektivitu ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu. Výsledky kvalitativního výzkumného šetření mohou být přínosem a základním podkladem pro extenzivnější výzkumnou činnost a

následnou tvorbu adekvátního a specificky senzitivního ošetrovatelského evaluačního nástroje z oblasti vnímání projevů a příčin strachu u hospitalizovaných pacientů po cévní mozkové příhodě.

Limity výzkumného šetření

Hlavním atributem kvalitativního přístupu bývá většinou nenumerický charakter validizačních procedur, který plně koresponduje s povahou získaných kvalitativních dat. Kvalitativní výzkum je charakterizován především komplexností a obsahovou bohatostí a jeho validita je zakotvena zejména v kontextuálních a empirických základech (Miovský, 2007, s. 259). Významným limitem ovlivňujícím validitu tohoto kvalitativního výzkumného šetření by se mohla jevit například zvolená metoda ohniskových skupin, která svým charakterem není schopná poskytnout dostatečně intimní prostředí pro navázání bližšího, otevřenějšího a více intenzivního vztahu s jednotlivými účastníky. S tímto, také související nedostatečná intimita zvoleného prostředí a nutnost sdílení svých interních pocitů s ostatními účastníky, kdy případná volba metody individuálních rozhovorů by tyto eventuální limity mohla saturovat. Dalším limitujícím faktorem kvalitativního výzkumu je nepochybně velikost souborů, resp. relativně malý výzkumný soubor, který vznikl na podkladě záměrné selekce v kontextu předem definovaných kritérií. Za reálný limit je také možné považovat věkových průměr účastníků, na jehož podkladě nelze získané výsledky zcela jednoznačně a objektivně aplikovat na mladší populaci pacientů.

Klíčovou rolí ve validitě, ale současně také jedním z dalších potenciálních limitů kvalitativního šetření je bezesporu samotný výzkumník, který má schopnost svým přístupem, teoretickou a praktickou vybaveností a schopností sebereflexe zásadním způsobem podpořit kvalitu získaných dat a zároveň redukovat rizika nepřesností v procesu získávání, analýzy a následné interpretace dat (Miovský, 2007, s. 264). V tomto kontextu je možné zmínit jeden z dalších limitů toho výzkumného přístupu, a tím je metoda analýzy dat, která není ukotvená v numerické analogii, nýbrž v subjektivním a senzitivním přístupu výzkumníka a analyzandů a správném pochopení a interpretaci získaných dat.

ZÁVĚR

Strach je definován jako základní emoce s nejvyšší incidencí výskytu explicitně vyjádřenou pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě, ale paralelně i všeobecnými sestrami o tyto pacienty pečujícími, a to ve všech stádiích onemocnění, zahrnující i období rekonvalescence a rehabilitace v domácí péči. Schopnost identifikace a evaluace projevů a příčin strachu, podmíněných tíží základního onemocnění za použití validního a senzitivního hodnotícího nástroje užívaného v ošetrovatelské praxi signifikantním dílem posiluje efektivitu ošetrovatelské péče.

Hlavním cílem předkládané diplomové práce bylo vytvoření základních podkladů pro následnou tvorbu vhodného ošetrovatelského evaluačního nástroje. Základem byla confirmace přítomnosti fenoménu strachu a následná identifikace a bližší specifikace projevů a příčin strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě, a to jak z pohledu samotných pacientů, tak i z pohledu všeobecných sester pečujících o tyto pacienty. Empirická část byla zpracovaná formou kvalitativního výzkumného šetření za použití výzkumné metody ohniskových skupin a semistrukturovaného rozhovoru. Následné zpracování dat proběhlo za použití obsahové analýzy.

Prvním dílčím cílem empirické části byla detekce přítomnosti strachu u nemocných po cévní mozkové příhodě z pohledu pacientů a na základě zkušeností všeobecných sester. V této oblasti byla jednoznačně všemi respondenty confirmována přítomnost strachu, a to bezprostředně v rámci iniciálních příznaků, diagnostické fáze nebo v průběhu následné hospitalizace.

V souvislosti s naplněním druhého dílčího cíle byly, na podkladě výsledků obsahové analýzy, vygenerovány dva okruhy projevů strachu, tělesné a psychické. V oblasti tělesných projevů z pohledu pacientů bylo nejčastěji zmiňováno bušení srdce, tlak na hrudníku, tachykardie, hypertenze, pocení, arytmie, zrychlený dech, obtížné dýchání, nauzea, pocity chladu, třes, sestry doplnily fyzickou agresi, plačtivost či pláč. Psychické projevy byly pacienty definovány nejčastěji pocity úzkosti a tísně, sevření žaludku, nejistoty, hrůzy, vystrašení, na základě zkušeností sester byla doplněna slovní agrese, projev úzkosti v obličejí a potřeba taktálního kontaktu jako možný projev strachu.

Třetí dílčí cíl zahrnoval deskripci souboru příčin strachu. Příčiny strachu byly shodně souborem pacientů i všeobecných sester stratifikovány do třech tematických oblastí, které byly definovány charakterem onemocnění, sociálními důsledky a faktory související s péčí.

Diskrepance byla nalezena ve vnímání priorit z pohledu pacientů v komparaci s všeobecnými sestrami. První tématickou oblastí, zahrnující nejčastěji uváděné příčiny strachu z pohledu pacientů, byl samotným charakter onemocnění. Prioritně uváděnými příčinami strachu byl strach z estetického, smyslového či funkčního postižení, strach z pádů, z rekurence CMP, strach ze smrti, bezmocnost, ztráta soběstačnosti v oblasti sebepéče, a to především v oblasti vyprazdňování. Všeobecné sestry registrovaly, na rozdíl od pacientů, problematiku estetického, smyslového či funkčního postižení jako nejméně urgentní v kontextu příčin strachu. V oblasti sociálních důsledků plynoucích z prodělaného onemocnění byly nejčastěji uváděnými příčinami strachu strach ze ztráty zaměstnání, finančního zajištění rodiny, selhání v plnění sociálních rolí či ze závislosti na druhých lidech, a to souběžně z pohledu pacientů i sester. Třetí oblastí, zahrnující faktory související s péčí, byly častými problémy uváděnými pacienty především nedostatek informací a eskalace strachu jako důsledek, nevhodné prostředí nemocnice, ostatní imobilní pacienti po CMP, ošetrovatelské či lékařské intervence. Všeobecné sestry paradoxně vnímali a uváděly jako prioritní a iniciální příčinu strachu u pacientů nedostatečnou informovanost v průběhu diagnostické a často i léčebné fáze.

Stanovené výzkumné cíle byly splněny.

Znalost projevů a příčin strachu u pacientů po cévní mozkové příhodě významně posiluje úroveň a efektivitu ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu. Výsledky kvalitativního výzkumného šetření mohou být přínosem a základním podkladem pro extensivnější výzkumnou činnost a následnou tvorbu adekvátního a specificky senzitivního ošetrovatelského evaluačního nástroje z oblasti vnímání projevů a příčin strachu u hospitalizovaných pacientů po cévní mozkové příhodě

REFERENČNÍ SEZNAM

AMARENCO, Pierre, et al. Classification of Stroke Subtypes. *Cerebrovasc Disorder*. 2009;27: s. 493–501. Dostupné online z: <http://www.karger.com/Article/Pdf/210432>.

AMBLER, Zdeněk, BEDNAŘÍK, Josef, RŮŽIČKA, Evžen, et.kol. *Klinická neurologie-speciální část*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.

ARNOLD, Marcel, LIESIROVA, Kai, BROEG-MORVAY, Anne et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS ONE*. 2016: 11(2), s. 1-11. Dostupné online z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148424>

ARSAVA, Murat, BALLABIO, Eugene, BENNER, Thomas, et al. The Causative Classification of Stroke system: An international reliability and optimization study. *Neurology*. 2010;75(14): s. 1277-1284. DOI:10.1212/WNL.0b013e3181f612ce. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013495/>

AY, Hakan, BENNER, Thomas, ARSAVA, Murat, et al. A computerized algorithm for etiologic classification of ischemic stroke: the Causative Classification of Stroke System. *Stroke* 2007; 38: s. 2979–2984. Dostupné online z: <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2979.long>

BACHELOR, Frances, A., MACKINTOSH, Schylie, F., SAID, Catherine, M. and HILL, Keith, D. Falls after stroke. *International Journal of Stroke*. 2012;7, s. 482–490. DOI 10.1111/j.1747-4949.2012.00796.x. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22494388>

BARBOUR, Rosaline. Making sense of focus groups. *Medical Education*. 2005;39(7): s. 742-750. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02200.x Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02200.x/full>

BAUER, Jiří. Cévní mozkové příhody. *Kapitoly z kardiologie*. 2010, roč. 2, č. 4, s. 122-132. ISSN: 1803-7542. Dostupné online z: <http://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>

BAY, Esther J. and ALGASE Dona L. Fear and Anxiety: Simultaneous Concept Analysis. *Nursing Diagnosis*. 1999, **3**, s. 103-111. ISSN 1046-7459. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.1999.tb00036.x/pdf>

BÓRIKOVÁ, Ivana a ŽIAKOVÁ Katarína. Problematika meracích nástrojov v ošetrovatel'stve. In: BUŽGOVÁ, Radka a JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech. Nursing Diagnosis and Evidence Based Practise*. 1. vyd. Ostrava: Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 13-15. ISBN 978-80-7368-230-9.

BRUTHANS, Jan. Epidemiologie cévních mozkových příhod. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 2010, **2**, (4), s. 133-136. ISSN 1803-7542. Dostupné online z: <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnich-mozkovych-prihod>

BURTON, Christopher R. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*. 2000b, **32**, s. 174–181. DOI 10.1046/j.1365-2648.2000.01411.x. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01411.x/pdf>

CARLSSON, Gunnel E., MÖLLER, Andreas and BLOMSTRAND, Christian. Managing an everyday life uncertainty - A qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2009, **31**(10), s. 773-782. ISSN 0963-8288. Dostupné online z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638280802638857>

Cerebrovaskulární sekce České národní společnosti ČLS JEP. Dostupné z: www.cmp.cz.

CÍFKOVÁ, Renata, WOHLFAHRT, Peter, KRAJČOVIECHOVÁ, Alena. Sekundární prevence u nemocných po ischemické CMP. *Medicína pro praxi*, 2015, **12**(1): s. 8-12. Dostupné online z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/01/02.pdf>

COBLEY, Christine S., FISHER, Rebecca J., CHOULIARA, Niki, KERR, Micky WALKER, Marion F. A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 2013, **27**(8) s. 750–757. Dostupné online z: <http://cre.sagepub.com/content/27/8/750.full.pdf+html>

DAVIDSON, Patricia, HALCOMB, Elizabeth and GHOLIZADEH, Leila. *Focus Groups in Health Research*. In LIAMPUTTONG, Pranee (ed.) *Research methods in health* :

foundations for evidence-based practice. South Melbourne, Vic. : Oxford University Press, 2013, s. 54-72. ISBN 978-0-19-556817-2.

DROZDZ, Daniela, MANCOPEŠ, Renata et al. Analysis of the Level of Dysphagia, Anxiety, and Nutritional Status before and after speech therapy in patients with stroke. *International Arch.Otorhinolaryngology*, 2014, 18(2): s. 172-177. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297005/#!po=78.1250>

ESENWA, Charles, GUTIERREZ, Jose. Secondary stroke prevention: challenges and solutions. *Vascular Health and Risk Management*. 2015, 11: s. 437-450. doi:10.2147/VHRM.S63791. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4536764/>

FRANKL, Viktor, E. The feeling of meaninglessness: A challenge to psychotherapy. *American Journal of Psychoanalysis*, 1972, 32, 1: s. 85-89. Dostupné online z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01872487>

FREUD, Sigmund. *Myšlienky a úvahy*. Európa: 2009. s. 155. ISBN 9788089111534

FREUD, Sigmund. *Sebrané spisy 16*. Psychoanalytické nakladatelství J.Koco. 1999. s. 118-134. ISBN: 80-86123-06-5.

FOLEY, Norine, TEASELL, Robert, SALTER, Katherine, et al. Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials. *Age Ageing*. 2008;37(3): s. 258–264. Dostupné online z: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/3/258.long>

GAVORA, Peter. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. s. 75. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

GEORGE, Steven Z., VALENCIA, Carolina, ZEPPIERI Jr, Giorgio and ROBINSON, Michael.E. Development of a Self-Report Measure of Fearful Activities for Patients With Low Back Pain: The Fear of Daily Activities Questionnaire. *Physical Therapy*. 2009, 89(9), s. 969–979. ISSN 0031-9023. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2737053/>

GERRISH, Kate, LACEY, Anne. *The Research Process in Nursing*. Blackwell Publishing. 2010, 534 s. ISBN 978-1-4051-9048-0.

GILES, Matthew, F., ROTHWELL, Peter, M. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet, Neurol*, 2007; 6: s. 1063-1072. Dostupné online z: [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(07\)70274-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(07)70274-0/fulltext)

GRUEN, Anselm. *Verwandle deine Angst*. Freiburg-Basel-Wien: Herder. 2011. s. 13. ISBN 9783451064203.

HAFSTEINSDÓTTIR, Thóra B. and GRYPDONCK, Mieke. Being a stroke patient: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, 26, s. 580–588. DOI 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-19-00999.x. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9378880>

HALCOMB, Elizabeth et al. Considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, 16: s. 1000 – 1011. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01760.x/abstract>

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-6.

HARRISSON, Jennifer, K., McARTHUR, Katherine, S., QUINN, Terence, J. Assessment scales in stroke: clinimetric and clinic considerations. *Clinical Interventions in Aging*. 2013:8. s. 201-211. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578502/>

HäLBIG, Thomas, D., BOROD, Joan, C., FRISINA, Pasquale, G., TSE, Winona, VOUSTIANIOUK, Andrei, OLANOW, Warren, C., GRACIES, Jean-Michel. Emotional processing affects movement speed. *Journal of Neural Transmission*, 2011, 118(9), s. 1319-1322. Dostupné online z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00702-011-0627-4>

HEIKKILÄ, Johanna, PAUNONEN, Marita, LAIPPALA, Pekka and VIRTANEN, Vesa. Nurses' ability to perceive patient's fears related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing*, 1998a. 28(1), s. 54-62. DOI 10.1046/j.1365-2648.1998.00764.x. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1998.00852.x/abstract>

HEIKKILÄ, Johanna, PAUNONEN, Marita, VIRTANEN, Vesa and LAIPPALA, Pekka. Fears of patients related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing*. 1998b, **28**(1), s. 1225–1235. DOI 10.1046/j.1365-2648.1998.00852.x. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1998.00852.x/abstract>

HENNINK, Monique, M. *International focus group research: A handbook for the health and social science*. Cambridge University Press, 2007. s. 1-16. Dostupné online z: http://assets.cambridge.org/97805216/07803/frontmatter/9780521607803_frontmatter.pdf

HERMANN, Ursula. *Knaurs Etymologisches Lexikon: 10000 Wörter unserer Gegenwartssprache; Herkunft und Geschichte*. München: Droemer Knaur, 1982, s. 25. ISBN 9783426260746

HINCHEY, Judith, A., SHEPHARD, Timothy, FURIE, Karen, et al. Stroke Practice Improvement Network Investigators. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, 2005. 3691972–1976. s. 1976. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/1972.long>

HUTYRA, Martin, ŠAŇÁK, Daniel. Embolizační ischemické cévní mozkové příhody. *Vnitřní Lékařství*, 2014; 60(12): s. 1040-1049. Dostupné online z: <http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/embolizacni-ischemicke-cevni-mozkove-prihody-51220>

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JACOBSSON, Catrine, AXELSSON, Karin., ÖSTERLIND, Per, O. and NORBERG, Astrid. How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*. 2000, **9**, s. 255–264. DOI 10.1046/j.1365-2702.2000.00355.x. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2000.00355.x/pdf>

IKTA.CZ. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/index.php?pg=home-cevni-mozkova-prihoda-iktus>

JANAK, Patricia, JANAK, Heather, TYE, Kay, M. From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature*. 2015 Jan 15; 517(7534); s. 284-292. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565157/>

JONES, Fiona, PARTRIDGE, Cecily and REID, Fiona. The Stroke Self-Efficacy Questionnaire: measuring individual confidence in functional performance after stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, **17**, s. 244–252. ISSN 0962-1067. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02333.x/pdf>

JUNG, Carl Gustav. *Gesamelte Werke. Die Archetypen und das kollektive Unbewusste*. Ostfildern: Patmos Verlag. 2011. s. 374. ISBN 3843601275

KAPLIN, Adam., ANZALDI, Laura. New Movement in Neuroscience: A Purpose-Driven Life. *Cerebrum: The Dana Forum on Brain Science*. 2015, 7, s. 1-12. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564234/>

KIM, Eun, J., KIM, Doo, Y., KIM, Wan, H., LEE, Kwang, L., YOON, Yoong, H., PARK, Jeong, M., SHIN, Jung, I., KIM, Seong, K., and KIM, Dong, G. Fear of falling in subacute hemiplegic stroke patients: associating factors and correlations with quality of life. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2012, **36**(6), s. 797-803. ISSN: 2234-0645. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3546182/>

KITSON, Alison, L., DOW, Clare, CALABRESE, Joseph, D., LOCOCK, Luise, ATHLIN, Asa, Muntlin. Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2012, **50**(3), s. 392 - 403 Dostupné online z: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00327-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00327-6/abstract)

KITZINGER, Jenny. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* **16**(1), 1994, s. 103-121. Dostupné online z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep11347023/epdf>

KOUKOLÍK, František, MOTLOVÁ, Lucie. *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén, 2006. 359s. ISBN 80-7262-404-0.

KRUEGER, Richard, A., CASEY, Mary, Anne. *Focus Groups: A practical Guide for Applied Research*. London, Sage Publications. 5th Edition. 2015. 280 s. ISBN 978-1-4833-6524-4.

LE-DOUX, J. Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neuroscience*. 2000;23: s. 155-184. Dostupné z: <http://www-psych.stanford.edu/~knutson/ans/ledoux00.pdf>

LE-DOUX, Joseph, E. EVOLUTION OF HUMAN EMOTION: A View Through Fear. *Progress in brain research*. 2012;195:431-442. doi:10.1016/B978-0-444-53860-4.00021-0. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3600914/>

LEINEWEBER, Constanze, WESTERLUND, Hugo, CHUNGHAM, Holendro, S, LINDQVIST, Rikard, RUNERSDOTTER, Sara, TISHELMAN Carol. Nurses' Practice Environment and Work-Family Conflict in Relation to Burn Out: A Multilevel Modelling Approach. Behrens T, ed. *PLoS ONE*. 2014;9(5): s. e96991. doi:10.1371/journal.pone.0096991. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4018443/>

LEWIS, H. Lewis. *Defiant power: An overview of Viktor Frankl's logotherapy and existential analysis*. Defiant Power Solutions, 2011, s. 1-47. Dostupné online z: http://www.marshallhewis.net/papers/Logotherapy_Overview.pdf

LI, Jufang, OAKLEY, Linda, D., BROWN, Roger, L., LI, Yun, YE, Maiyun, LUO, Yong. Early symptom measurement of Post-Stroke Depression (PSD). *Journal of Affect Disorder*. 2016 Jun;197: s. 215-222. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.038. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26995465>

LIAMPUTTONG, Pranee. *Focus group methodology: Principles and practises*. London, Sage Publication, 2011. 204 s. ISBN 978-1-84787-908-0.

MAJOR, Rochelle, J., WHELTON, William, J., SCHIMEL, Jeff, SHARPE, Donald. Older Adults and the Fear of Death: The Protective Function of Generativity. *Canadian Journal of Aging*. 2016: 27, s. 1-12. Dostupné online z: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=10293162&fileId=S0714980816000143>

MARSH, James, D., KEYROUZ, Salah, G. Stroke Prevention and Treatment. *Journal of American College of Cardiology*. 2010;56(9): s. 683-691. ISSN 0735-1097. Dostupné online z: <http://www.medscape.com/viewarticle/727398>

MIERLO van, Maria, L., SCHRÖDER, Carin, HEUGTEN van, Caroline, M., POST, Marcel, W. M., KORT de, Paul L. M. and VISSER-MEILY, Johanna M. A. The influence of psychological factors on Health-Related Quality of Life after stroke: a systematic review.

International Journal of Stroke. 2014, **9**, s. 341–348. ISSN 1747-4930. Dostupné online z: <http://wso.sagepub.com/content/9/3/341.long>

MIERLO van, Maria, L., HEUGTEN van, Caroline, M., POST, Marcel, KORT de, Paul, VISSER-MEILY, Johanna M. A. Life satisfaction post stroke: The role of cognitions. *J Psychosom Res*. 2015, 79(2): s. 137-142. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.05.007. Dostupné online z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399915004420>

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 0-247-1362-4.

MORGAN, David, L. *Focus Groups as Qualitative Research*. London, Sage Publishing, 1997. s. 32-46 ISBN: 9781412984287. Dostupné online z: http://www.uk.sagepub.com/gray3e/study/chapter18/Book%20chapters/Planning_and_designing_focus_groups.pdf

MOZAFFARIAN, Dariush, BENJAMIN, Emelia, J., GO, Alan, S., et al. American Heart Association Statistics Comitee and Stroke Statistics Subcommittee Heart Disease and stroke statistics-2015 update: a report from American Heart Association. *Circulation*, 2015;131(4): s. e29-e322. Dostupné z: <https://circ.ahajournals.org/content/131/4/e29.full.pdf>

NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. Kapitola Strach, s. 255-258. ISBN 80-200-0763-6.

NANDA International. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017*. 1st pub. Chichester: Wiley-Blackwell, c2012., s. 304. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

NICHOLSON, Sarah, SNIEHOTTA, Falko F., WIJCK, Frederike van, GREIG, Carolyn A., JOHNSTON, Marie, McMURDO, Marion E. T., DENNIS, Martin and MEAD, Gillian E. A systematic review of perceived barriers and motivators to physical activity after stroke. *International Journal of Stroke*, 2013, **8**, s. 357-364. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2012.00880.x. Dostupné online z: <http://wso.sagepub.com/content/8/5/357.full.pdf+html>

NORDIN, Asa, SUNNERHAGEN, Katharina, AXELSSON, Asa. Patients' expectation of coming home with very early supported discharge and home rehabilitation after stroke . an interview study. *BMC Neurology*, 2015; 15: s. 235. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647613/>

NYAMATHI, Adey, SHULER P. (1999) Focus group interview: a research technique for informed practice. *Journal of Advanced Nursing*_1990_15(11) s. 1281-1288. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2269750>

PARKER Claire, SHASHEEN, Maxine, BOWEN, Audrey, TYRRELL, Pippa, THOMPSON, David, G. Awareness of Dysphagia by Patients Following Stroke Predicts Swallowing Performance. *Dysphagia*. 2004, 19 (1), s. 28-35. Dostupné online z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00455-003-0032-8>

PHELPS, Elizabeth, A. Human emotion and memory: interactions of the amygdala and hippocampal complex *Current Opinion in Neurobiology*. 2004, 14 (2), s. 198–202. Dostupné online z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959438804000479>

PRAŠKO, Ján, DOUBEK, Pavel, DIVEKY, Tomáš, GRAMBAL, Aleš, GRAMBALOVÁ, Zuzana, HERMAN, Erik, HOVORKA, Jiří, KAMARÁDOVÁ, Dana, KOVACZOVÁ, Andrea, LÁTALOVÁ, Klára a ŠILHÁN, Petr. Úzkostné poruchy v neurologii. *Neurologie pro praxi*. 2010, 11(4), s. 265-270. ISSN 1213-1814. Dostupné online z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/04/14.pdf>

QUINN, Terence, J., LANGHORNE, Peter, STOTT, David, J. Barthel Index for Stroke Trials: Development, Properties, and Application. *Stroke*. 2011; 42: s. 1146-1151. Dostupné online z: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/4/1146.full>

REIF, Michal. Hodnotící škály používané u pacientů s cévní mozkovou příhodou. *Neurologie pro praxi*. 2011, 12 (Suppl. G), s. 12-15. ISSN 1213-1814. Dostupné online z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/05.pdf>

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009.184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

RESSLER, Kerry, J. Amygdala Activity, Fear, and Anxiety: Modulation by Stress. *Biological Psychiatry*. 2010, 67 (12), s. 1117 – 1119. Dostupné online z: [http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(10\)00421-X/abstract](http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(10)00421-X/abstract)

ROXO, Marcelo R., FRANCESCHINI, Paulo R., ZUBARAN, Carlos et al. The Limbic System Conception and Its Historical Evolution. *The Scientific*

World Journal, Vol. 11, 2011. s. 1-14. Dostupné online z: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2011/157150/>

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing. 2010. s. 144 – 146. ISBN 9788024731339.

SACCO, Ralph, et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2013;44: s. 2064-2089. Dostupné online z: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/7/2064.long>

SCHAEFER, Hilary, S., LARSON, Christine, L., DAVIDSON, Richard, J., COAN, James, A. Brain, body, and cognition: Neural, physiological and self-report correlates of phobic and normative fear. *Biological psychology*. 2014;98: s. 59-69. doi:10.1016/j.biopsycho.2013.12.011. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251669/>

SCHAEFER, Stacey, M., MOROZNIK, Boylan, J., van REEKUM, Carien, M., et al. Purpose in Life Predicts Better Emotional Recovery from Negative Stimuli. Paterson K, ed. *PLoS ONE*. 2013;8(11): s. e80329. doi:10.1371/journal.pone.0080329. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3827458/>

SCHMID, Arlene, A., RITTMAN, M. Consequences of Post-Stroke Falls: Activity Limitation, Increased Dependence, and the Development of Fear of Falling. *American Journal of Occupational Therapy*, 2009; 63(3): s. 310-316. Dostupné online z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1865843>

SCHMID, Arlene, A., PUymbROECK, Van, Marieke, KNIES, kasie, SPANGELR-MORIS, Carrie, WATTS, Kathryn, DAMUSH Teresa and WILLIAMS, Linda S. Fear of Falling Among People Who Have Sustained a Stroke: A 6-Month Longitudinal Pilot Study. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2011, **65**, s. 123-132. ISSN 07487711. Dostupné online z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1853018>

SCHMID, Arlene A., WELLS, Carolyn K., DALLAS, Mary I., CONCATO, John, LO, Albert C., NADEAU, Steven E., WILLIAMS, Linda S., PEIXOTO, Aldo J., GORMAN, Mark, BOICE, John L., STRUVE, Frederick, McCLAIN, Vincent and BRAVATA, Dawn M. Prevalence, Predictors, and Outcomes of Poststroke Falls in Acute Hospital Setting.

Journal of Rehabilitation Research and Development. 2010, **47**(6), s. 553-562. ISSN 07487711. Dostupné z: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/10/476/pdf/doaj/schmid.pdf>

SKUTIL, Martin. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 254 s. ISBN 978-807-3677-787.

STAŇKOVÁ, Marie. *České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání - dotisk. Brno: NCO NZO v Brně, 2006. 55 s. ISBN 978-80-7013-323-6.

STEGER, Michael, F., FRAZIER, Patricia. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counseling Psychology*. 2006: 53(1), s. 80-93. Dostupné online z: http://www.itari.in/categories/higherpurpose/meaning_in_life.pdf

STEIMER, Thierry. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2002;4(3): s. 231-249. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181681/>

STOWASSER, Josef Maria, PETSCHENIG, Michel, SKUTSCH, Franz. *Lateinisch-Deutsches Woerterbuch*. Muenchen: Oldenbourg Schulbuchverlag. 1994. s. 221. ISBN 9783637134058.

TALIÁNOVÁ, Magda, JEDLINSKÁ, Martina a MORAVCOVÁ, Markéta. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo: teória, výzkum, vzdelávanie*. 2013, **3**(1), s. 25-30. ISSN 1338-6263. Dostupné online z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovatelstvi>

TOWNEND, Ellen, TINSON, Deborah, KWAN, Joseph, SHARPE, Michael. Fear of recurrence and beliefs about preventing recurrence in patients who have suffered a stroke. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015: 61(6), s. 747 – 755. Dostupné online z: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(06\)00428-4/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(06)00428-4/abstract)

VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. 400 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1315-1.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů, částka 20/2011*. 1.3.2011, s. 482-544. ISSN 1211-1244.

WHITLEY, Georgia G. 1992. Concept Analysis of Fear. *Nursing Diagnosis*. 1992, **3** (4), 155-161. ISSN 1046-7459. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1489587>

WHO. Definition of Health. Dostupné z: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activity of Daily Living
BA	Basal Amygdala
BAI	Beck Anxiety Inventory
BI	Barthel Index
BLA	Basolateral Amygdala
BM	Basomedial Amygdala
CCS	Causative Classification System
CeA	Central Amygdala
CMA	Corticomedial Amygdala
CMP	cévní mozková příhoda
fMRI	funkční magnetická rezonance
GOS	Glasgow Outcome Scale
GUSS	Gugging Swallowing Screen
IADL	Instrumental Assessment of Daily Living
iCMP	ischemická cévní mozková příhoda
MNA	Mini Nutritional Assessment
mRS	Modified Rankin Scale
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIHSS	The National Institute of Health Stroke Scale
LA	Lateral Amygdala
PDS	Post-stroke Depression Scale
PET	pozitronová emisní tomografie
PIL	Purpose of Life, Smysl života
RIND	reverzibilní ischemický deficit
SIS	Stroke Impact Scale
SS-QOL	Stroke Specific Quality of Life
SST	Swallowing Speed Test
SVT	Swallowing Volume Test
TIA	tranzitorní ischemická ataka
TOAST	Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Stanovisko Etické komise
- Příloha č. 2 Souhlasné stanovisko pracoviště
- Příloha č. 3 Informovaný souhlas pro pacienty
- Příloha č. 4 Informovaný souhlas pro všeobecné sestry
- Příloha č. 5 Formulář pro sběr demografických údajů – pacienti
- Příloha č. 6 Formulář pro sběr demografických údajů – sestry
- Příloha č. 7 Záznamový arch pozorovatele
- Příloha č. 8 Ukázka přepisu rozhovorů

Příloha č. 1 Stanovisko Etické komise



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Etická komise

Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Tel./fax: +420 585 632 858, E-mail: lenka.stloukalova@upol.cz

UPOL-6439/1040-2015

Vážená paní
Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství
FZV UP
Tř. Svobody 8
Olomouc
771 11

2015-01-22

Stanovisko Etické komise FZV UP

Vážená paní doktorko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byl Váš projekt, podaný do Studentské grantové soutěže IGA UP 2015, posouzen a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že projektu s názvem „**Posouzení strachu u hospitalizovaných pacientů po CMP**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem

Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Příloha č. 2 Souhlasné stanovisko pracoviště



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLMOUC

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz
IČO: 00098892

ODBOR KVALITY

Dokument č.:
Fm-MP-G015-05-PRLIST-001

verze č.: 1, str. 1/1

Průvodní list k sociologickému průzkumu

Název sociologického průzkumu: Strach u pacientů po CMP

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: I. Interní klinika - kardiologická

Zadavatel: Univerzita Palackého Olomouc – Fakulta zdravotnických věd

Datum realizace průzkumu: 1.11. – 31.12.2015

Typ výzkumné strategie:

kvantitativní

kvalitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

Výzkumné šetření formou Focus group u skupiny 8 – 10 pacientů po cévní mozkové příhodě a zároveň u stejné skupiny sester pečující o tyto pacienty.
Výzkumné šetření bylo schváleno etickou komisí.

Přílohy:

1. Popis projektu
2. Schválení EK

Vypracoval: Bc. Irena Opavská

Schválil: Prof. MUDr. Miloš Taborský, CSc.

Ukončení průzkumu: obhájená diplomová práce, dostupná na www.upol.cz

Poznámky:

AP. 11. 2015

Mgr. Jiřina Cahlíková, DiS.
vedoucí Odboru kvality
Fakultní nemocnice Olomouc

Příloha č. 3 Informovaný souhlas pro pacienty



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Etická komise

Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Tel./fax: +420 585 632 858, E-mail: lenka.stloukalova@upol.cz

Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: **Posouzení strachu u hospitalizovaných pacientů po CMP**

období realizace: 1. 3. 2015 - 28. 2. 2016

Hlavní řešitel projektu: Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D., interní spolupracovníci: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D., Mgr. Marinella Danosová, DiS., Bc. Irena Opavská.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je vytvořit dotazník pro hodnocení strachu u hospitalizovaných dospělých pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP). Tento dotazník pomůže všeobecným sestřám lépe zaznamenat prožívání strachu, jeho projevy a příčiny u těchto pacientů.

Aby bylo možné takový dotazník vytvořit, je potřeba zjistit, jaké jsou nejčastější a nejdůležitější příznaky a příčiny strachu u hospitalizovaných dospělých pacientů po CMP. To bude provedeno rozhovorem s menší skupinou 5-8 pacientů po CMP. Byli bychom rádi, kdybyste se stal/a členem této skupiny i Vy a svými názory a zkušenostmi se strachem přispěl/a k vytvoření souboru údajů o této tématice.

Rozhovor, který by měl trvat zhruba 1 hodinu, povede členka řešitelského týmu. Jeho průběh bude zaznamenáván diktafonem. To je nezbytné pro přesné zachycení všech sdělených informací a jejich zpracování řešitelským týmem. Pokud se rozhodnete odstoupit z účasti na šetření, můžete tak učinit kdykoli, i v průběhu rozhovoru nebo po jeho ukončení. Z účasti na projektu pro Vás nevyplynou žádná rizika. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____

_____ V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu: _____

V _____ dne: _____

Bank. spojení: KB, a.s., Olomouc
Č. ú.: 19-1096330227/0100

IČ: 61989592
DIČ: CZ61989592

Tel.: +420 585 632 858
Internet: www.upol.cz

Příloha č. 4 Informovaný souhlas pro všeobecné sestry



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Etická komise

Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Tel./fax: +420 585 632 858, E-mail: lenka.stloukalova@upol.cz

Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: **Posouzení strachu u hospitalizovaných pacientů po CMP**

období realizace: 1. 3. 2015 - 28. 2. 2016

Hlavní řešitel projektu: Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D., interní spolupracovníci: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D., Mgr. Marinella Danosová, DiS., Bc. Irena Opavská.

Vážená paní, vážený pane,
obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je vytvořit dotazník pro hodnocení strachu u hospitalizovaných dospělých pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP). Tento dotazník pomůže všeobecným sestřím lépe zaznamenat prožívání strachu, jeho projevy a příčiny u těchto pacientů.

Aby bylo možné takový dotazník vytvořit, je potřeba zjistit, jaké jsou nejčastější a nejdůležitější příznaky a příčiny strachu u hospitalizovaných dospělých pacientů po CMP. To bude provedeno rozhovorem s menší skupinou 5-8 všeobecných sester, které pracují na neurologických pracovištích. Byli bychom rádi, kdybyste se stal/a členem této skupiny i Vy a svými názory a zkušenostmi s péčí o pacienty po CMP přispěl/a k vytvoření souboru údajů o této tématice.

Rozhovor, který by měl trvat zhruba 1 hodinu, povede členka řešitelského týmu. Jeho průběh bude zaznamenáván diktafonem. To je nezbytné pro přesné zachycení všech sdělených informací a jejich zpracování řešitelským týmem. Pokud se rozhodnete odstoupit z účasti na šetření, můžete tak učinit kdykoli, i v průběhu rozhovoru nebo po jeho ukončení. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____

V

dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu: _____

V

dne: _____

Bank. spojení: KB, a.s., Olomouc

Č. ú.: 19-1096330227/0100

IČ: 61989592

DIČ: CZ61989592

Tel.: +420 585 632 858

Internet: www.upol.cz

Příloha č. 5 Formulář pro sběr demografických údajů – pacienti

Formulář pro sběr dat – focus group pacienti

Věk		Číslo FG
Pohlaví		Datum konání
Datum CMP		Místo konání
Délka hospitalizace		Kód pacienta
Zaměstnání		
Vzdělání		
Rodinný stav		
Číslo FG		
Datum konání		
Místo konání		

Příloha č. 6 Formulář pro sběr demografických údajů – sestry

Věk	
Pohlaví	
Délka oš. praxe v neurologické péči	
	Kód
Vzdělání	<ul style="list-style-type: none"> • SZŠ • VOŠ • VŠ Bc. • VŠ Mgr. <p>- zatrhněte nejvyšší dosažené vzdělání v oboru</p>
Typ pracoviště	<ul style="list-style-type: none"> • standardní lůžkové • intermediární péče • JIP • ambulance <p>- zatrhněte pracoviště, kde pracujete</p>
Specializace	<ul style="list-style-type: none"> • ano, v oboru _____ • ne <p>- zatrhněte odpovídající volbu a doplňte</p>

Příloha č. 7 Záznamový arch pozorovatele

Formulář pro sběr dat – focus group

Číslo FG		
Datum		
Místo		
Čas začátku diskuze		
Čas ukončení diskuze		
Moderátor		
Zapisovatel:		
Pozorovatel:		
Účastníci	VS	pacienti
Počet		

Příloha č. 8 Ukázka přepisu rozhovorů

•••

„Jako první otázkou, bych začala asi tím, jestli jste měli strach, když se vám to přihodilo...ta mrtvička“

Respondent P21: „No...tak po té první mrtvičce jsem šel k lékaři jenom z toho strachu...“

Respondent P24: „Já jsem měla strach.“

Respondent P21: „...štípal jsem dříví, začala mě bolet hlava, přestal jsem vidět na to oko a šel jsem si lehnout, a že nemůžu unést ruku, šel jsem si lehnout. Potom jsem šel k lékaři hned, ten mě poslal na CéTěčko. Pak se to několikrát opakovalo. Nevnímal jsem bolest, vůbec nic, jen jsem neviděl na levý oko, z toho pramenil nějaký strach..., nějaký šok..., pak jsem si zvykl. No a pak jsem šel k lékaři, ale až z toho strachu, ...jinak bych asi nešel...nevím.“

„Jak jste na tom byli vy ostatní...?“

Respondent P22: „Tak, já jsem měl příhodu zhruba před třemi lety..., bolela mě hlava, tak jsem se sebral a jel jsem do špitálu. Oni si mě tam nechali, pořád mě to částečně děsí, protože se to občas opakuje. Když mě bolela ta hlava a ve špitále mi řekli, že je to mrtvička, dali mi nějaký prášky, tak jsem se samozřejmě bál, ten strach tam byl... o sebe i o rodinu, protože vychovávám vnuka, abych ho ještě zabezpečil.“

„Jak to proběhlo u Vás...?“

Respondent P24: „Noo...Ježíš...Já vůbec nevím, jak mám začít...“

„...tak zkuste úplně od začátku, jako ostatní..., jak se Vám to stalo..., jak to všechno začalo...?“

Respondent P24: „No, tak mně už několik dnů bolela hlava, a to mě hlava nebolívá a taky se mně od rána chtělo zvracet..., pak mně děti dovezly zmrzlinu a najednou jsem se opřela o stůl, a povídám, já mám asi mrtvičku..., no,... děti se mi smály a ptaly se mě, co jsem pila,... a já povídám, že jenom slivovici, protože mně od rána bylo na zvracení...tak jsem si říkala, že to buď bude ven, nebo..., pak už dcera viděla, že to není dobré, tak zavolali rychlou...a pak mě zavezli do nemocnice tou rychlou. Pak jsme jeli tou sanitkou...můžu Vám říct, že než jsme dojeli do té nemocnice, tak jsem začala dělat tak (třást se), protože jsem si to začalo všechno uvědomovat, co bude, co budu dělat, protože su sama...Než jsme dojeli do nemocnice, dostala jsem hrůzu, co budu dělat, jestli zůstanu ochrnutá, abych nezůstala na vozíku, protože mám jenom syny, nemám dceru. No a pak mě dali do toho...no vypadalo to jak sklep...mně to tak

připadlo. Pak v tom sklepu jsem zůstala sama, nic se mnou nedělali, donesli mně papíry a nechali mě tam..., pak mě začali vyslíkat,...a pak chtěli, abych se podepsala, ale to mně nešlo,...povídám...tak aspoň levou rukou. Nikdo mně nic nevysvětlil. Pak mě dali na pokoj, kde leželi chlapi a žensky dohromady a ti vypadali jak mrtví, jak byli na těch kapačkách. To bylo strašny. Pak mně dali kapačky a pan doktor mi říkal, že mně nemůžou říct výsledek až tak po 8 hodinách...A já jsem měla asi štěstí, že mně dali něco novyho. No a pak za mnou chodila ta rehabilitační sestřička a ta mě říkala, že co se mě nespraví do půl roku, tak že to už nepůjde... A pak mě dali nějaký nový léky a mě se zase začalo chtít zvracet, dostala jsem strach, že to mám znovu, zas tu mrtvičku.“

Kde to pro vás bylo horší? Ta doba doma, když začaly ty první příznaky, nebo až v té nemocnici, po příjezdu...? Kde jste se víc báli...?

Respondent P24: „Nejhorší to bylo v tom sklepu, tam mi nic neřekli...tam to bylo nejhorší...u mě byl ten strach v nemocnici horší...já jsem měla dojem, že mě vrazili do nějakýho skladiště, nic mi nevysvětlili.“

Respondent P22: „Já když jsem to měl, tak já jsem přijel svým autem, a rovnou si mě tam chtěli nechat, věděl jsem jen, že musím odvézt auto, řekli mně, že neexistuje, že tam musím zůstat..., strach jsem neměl jako tak o sebe...já jsem prostě viděl jen to auto, že mně tam venku zmrzne, protože jsem měl Favorita, kterýho bych za dva dny nenastartovatl...“

„A kdy to bylo horší, ten strach...?“

Respondent P22: „Já bych řekl, že ten strach byl horší před tím, než jsem se dostal do nemocnice...pak už je člověk takovej odevzdanej...“

„Jak to probíhalo u Vás?“

Respondent P23: „Tak, já dělám v lese, cítil jsem, že je mně nějak divně, bylo léto a vylezl jsem z auta a začala se mi točit hlava, prostě, že je mně nějak zle. Tak jsem si řekl co s tím... to teď už asi nerozchodím...Lehl jsem si pod břízu a začal jsem cítit, jak mně mrtví pusa a ruka a špatně s ní hýbu. Levou rukou jsem si zavolal sanitu, tam jsem dostal další mrtvici. Strach jsem měl...po tu dobu než ta sanitka přijela, protože to je změna...to je zásah do života...to vidíte, ...moje máti umřela při třetí mrtvici...tak to už tak vidíte, víte... Když jsem byl v té nemocnici, tak se vám to tak promítne a už jsem se loučil se životem, ale to bylo tak první chvíle...pak jsem dostal chuť žít. Pak v nemocnici jsem nemohl chodit, pak to bylo stejný doma, učil jsem se chodit.“

„Když jste teda zjistili, že se něco děje, báli jste se...jak se to u vás třeba projevovalo, myslím ten strach...? Projevil se ten strach nějak...vzpomenete si?“

Respondent P24: „*Já si pamatuju, že jsem nemohla dýchat...všecko se mě to tak sevřelo tady (ukazuje na hrudník), strach jestli zůstanu ochrnutá...*“

„Co vy ostatní? Jak tady paní říkala, že nemohla dýchat, měla sevřený hrudník...zažili jste třeba něco podobného? Nebo odlišné pocity...?“

Respondent P22: „*U mě ani se to neprojevovalo...Spíš se mně přehrál život a strach co bude...*“

Respondent P21: „*U mě taky se to asi nijak neprojevilo ... žádněj projev...*“

Respondent P23: „*Spíš si to tak člověk uvědomuje, že život může skončit, cítil jsem, že je konec,...já jsem zůstal ležet při vědomí..., že člověk, jaký měl všechny plány, tak už je neuskuteční ... já podle toho co jsem cítil...jsem cítil, že je konec...konec života...já jsem vlastně zůstal ležet, při vědomí, nebyl jsem schopný pohybu...*“

„Co si myslíte, že bylo hlavní příčinou toho strachu?“

Respondent P24: „*No...co by se mnou bylo, kdybych zůstala postižená. Synové mají doma schodiště a bez výtahu, jak bych se tam dostala, kdybych zůstala ležet, ať to radši skončí.*“

Respondent P21: „*A...já jsem cítil úlevu, víte, já k tomu životu přistupuju..., tak sportovně. No..., trošku obavy tam byly, protože jsem ztratil zrak jen na levou polovinu.*“

Respondent P22: „*U mě to byla budoucnost,...vnuk,...co bude,...vyšetření, člověk čeká tři měsíce, než mu něco pořádně zjistí...*“

Respondent P23: „*Tak já jsem se bál, že bude změna v životě, že bude člověk nějak postiženej..., co bude.*“

„V rámci toho postižení, jak jste říkal, báli jste se třeba toho, že byste mohli někde spadnout?“

Respondent P24: „*Já jo..., když nebyl poblíž plotek, tak jsem se bála. To jsem musela chodit jen kolem plotku a jednou jsem ztratila i tu...pantofli na zahradě...jak jsem ty nohy špatně cítila...tak se mně vyzula...*“

Respondent P23: „*Já jsem raději moc nechodil, protože jsem cítil, že na to nemám, jenom třeba přes chodbu na záchod.*“

Respondent P22: „*Já jsem to tak neměl, kam jsem se cítil, tam jsem šel.*“

„Jak tady paní mluvila o tom zvracení a jak měla strach, že má znovu tu mrtvičku...báli jste se třeba taky toho, že by se to mohlo opakovat...ta mrtvička...napadlo vás to?“

Respondent P22: „*Dnes máte takový okolí, že si vás nevšimnou...minuta, z minuty je hodina a je pozdě...*“

Respondent P24: „*Já jsem měla dlouho strach právě z toho zvracení, tak jsem dlouho nezvracela. Z toho mám husí kůži, aby to zase nebyla mrtvička.*“

„Co vy ostatní? Jak jste to vnímali, nebo vnímáte?“

Respondent P22: „No, já při bolení hlavy si vezmu prášek a jdu si lehnout, to jsem třeba dřív nedělal.“

Respondent P21: „Tak já...jsem dřív, tak od sedmadvaceti let trpěl na obrovsky migrény, pak nějak přestaly..., teď už jsem při bolesti hlavy víc v pozoru..., tak nějak se víc pozoruju, jestli mně nespádl koutek, nebo tak...“

Respondent P24: „Já jsem už zrušila auto, měla jsem obavy, protože jsem jela po městě a chtěla jsem trochu přibrzdit a najednou jsem zjistila, že tu nohu nezvednu...povídám...děvče...abych někoho nezmrzčila.“

Respondent P23: „Já se snažím na to nemyslet, snažím se spoléhat na to, že beru nějaký prášky...ono se tak říká třikrát a dost...ono, člověk když viděl, jak ležel na té lůžkové části...ti na té lůžkové části mě vyděsili. Nejhorší byli ti, co leželi...to vidíte, že neodpočívají. Já jsem jako bolest necítil žádnou...trochu Vás bolí hlava, ale to se dá..., ale kdybych zůstal na lůžku...nejvíc mě děsila ta nemohoucnost...“(pacient P22 souhlasně přikyvuje a projevuje verbální souhlas)

„Z čeho máte, nebo jste měli takový ten největší strach, když jste byli v té nemocnici, co to bylo...?“

Respondent P23: „Nejvíc mě děsí ta celková nemohoucnost, to že nemůžu na záchod, že se nemůžu najíst. Nedej bože, abych já takhle skončil.“

Respondent P22: „Já jsem se tam hrozně bál toho, abych nešel na velkou nebo na malou“

Respondent P24: „já jsem měla strach jít na tu mísu, měla jsem strach, že to poteče všude, je to tak nepříjemný. Ony tam byly dvě studentky a ty mě říkaly, že mně pomůžou a daly mně tu mísu...no, já jsem úplně...řikám, děvčátka, dyť, co když to poteče všude...a ony říkaly...ale to nevadí...my to převlíkneme“

Respondent P23: „Strašný pocit z toho močení přes ten kašas, jak tomu říkají..., ten pocit je strašnej, vadilo mi to.“

•••