

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Martina Mrvová

**Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů
s ischemickou chorobou srdeční**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2010

ANOTACE

Bakalářská práce: Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční

Název práce v AJ: Influence of social support on the incidence of anxiety in patients with ischaemic heart disease

Datum zadání: 2009 – 12 – 01

Datum odevzdání: 2010 – 04 – 28

Vysoká škola, fakulta, ústav:

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Mrvová Martina

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Bakalářská práce se snažila odpovědět na otázku, zda má sociální opora vliv na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat psychické reakce pacientů na ischemickou chorobu srdeční, zmapovat výskyt úzkosti, zjistit míru sociální opory a zmapovat vliv sociální opory na průběh tohoto chronického onemocnění. Pro naplnění těchto cílů bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Danou problematiku by bylo vhodné dále zkoumat, neboť z výsledků tohoto výzkumného šetření je patrný protektivní vliv sociální opory na výskyt úzkosti u kardiovaskulárního onemocnění.

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis sought to answer the question whether social support influences the incidence of anxiety in patients with ischaemic heart disease. The aim of the research was to map out the psychological reactions of patients to ischaemic heart disease, to map out the incidence of anxiety, identify the extent of social support and map out the influence of social support on the course of this chronic disease. Quantitative research survey was used to meet these objectives. The issue should be further explored, as from the results of this research we can observe the protective effect of social support on the incidence of anxiety in cardiovascular disease.

Klíčová slova v ČJ: úzkost, ischemická choroba srdeční, psychosomatika, opora sociální

Klíčová slova v AJ: anxiety, ischemic heart disease, psychosomatics, support social

Rozsah práce: 110 s., 6 příl.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, pod odborným vedením Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. a s použitím jen uvedených informačních zdrojů.

V Olomouci 17. 4. 2010

.....

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, výraznou psychickou podporu a za velice lidský přístup. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Jiřímu Štarhovi za odborné konzultace při zpracování bakalářské práce a také sestřám z oddělení centrálního příjmu Nemocnice Blansko a z ambulance kardiologie za jejich pomoc při realizaci výzkumného šetření. Velmi děkuji celé mojí rodině, zejména mému manželovi, za velkou trpělivost a pochopení po celou dobu mého studia.

OBSAH

Úvod.....	8
1 Ischemická choroba srdeční.....	10
1.1 Etiologie.....	10
1.1.1 Rizikové faktory.....	10
1.1.2 Psychosociální faktory a kardiovaskulární choroby.....	11
1.1.3 Chování typu A.....	12
1.2 Klinický obraz ICHS.....	13
1.2.1 Akutní formy ICHS.....	15
1.2.2 Chronické formy ICHS.....	16
1.3 Diagnostika.....	17
1.4 Léčba.....	20
1.4.1 Iniciální zajištění pacienta s AKS.....	20
1.4.2 Farmakologická léčba ICHS.....	21
1.4.3 Revaskularizační léčba.....	22
1.4.4 Psychoterapie u ICHS.....	23
1.5 Prevence ICHS.....	23
1.5.1 Zásady pro prevenci vzniku či zhoršení ICHS.....	23
1.5.2 Primární prevence.....	23
1.5.3 Sekundární prevence.....	24
2 Vnější projektivní faktory.....	26
2.1 Sociální opora.....	26
2.1.1 Modely sociální opory.....	27
2.1.2 Druhy sociální opory.....	27
2.1.3 Vliv sociální opory na zdravotní stav.....	28
2.1.4 Sociální opora jako projektivní faktor ICHS.....	29
3 Faktory ovlivňující reakci na nemoc.....	31
3.1 Psychologické faktory nemoci.....	31
3.1.1 Postoj pacienta k nemoci.....	31
3.1.2 Boj s nemocí.....	31
3.1.3 Prožívání chronického onemocnění v čase.....	32

3.1.4	Autoplastický obraz nemoci.....	33
3.1.5	Ochota pacienta ke spolupráci s lékařem.....	33
3.1.6	Zvládání nemoci a těžkých životních situací.....	34
3.2	Sociální aspekty chronického onemocnění.....	34
3.3	ICHS jako chronické onemocnění.....	35
4	Psychosomatika.....	36
4.1	Historie psychosomatiky.....	36
4.2	Vymezení pojmu psychosomatika.....	36
4.3	Základní teoretická východiska psychosomatiky.....	37
4.4	ICHS jako psychosomatické onemocnění.....	37
5	Úzkost.....	38
5.1	Původ úzkosti.....	38
5.2	Dělení duševních poruch.....	39
5.3	Terapie úzkostných poruch.....	41
5.3.1	Farmakoterapie.....	41
5.3.2	Psychoterapie úzkostných stavů.....	42
5.3.3	Kardiovaskulární choroby a terapie úzkosti.....	43
6	Cíle a výstupy práce.....	45
6.1	Cíle a výzkumná otázka.....	45
6.2	Metodika.....	46
6.2.1	Použitá metoda.....	46
6.2.2	Charakteristika souboru respondentů.....	48
6.2.3	Organizace výzkumného šetření.....	54
6.2.4	Zpracování dat.....	55
7	Interpretace výsledků ve vztahu k cílům.....	56
7.1	Data vztahující se k 1. cíli.....	56
7.2	Data vztahující se ke 2. cíli.....	59
7.3	Data vztahující se ke 3. cíli.....	63
7.4	Data vztahující se ke 4. cíli.....	81
	Diskuze.....	85
	Závěr.....	99
	Literatura a prameny.....	102
	Seznam zkratk.....	106

Seznam tabulek.....	108
Seznam grafů.....	109
Seznam příloh.....	110
Přílohy.....	111

ÚVOD

Ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS) je již delší dobu řazena mezi společensky nejzávažnější skupiny nemocí. Prioritní místo z pohledu úmrtnosti nebo invalidity dnes zauímají nemoci oběhové soustavy. Dle statistik ÚZIS v roce 2000 v ČR zemřelo na ischemickou chorobu srdeční 12 034 mužů a 11 350 žen. V roce 2008 se počet úmrtí u mužů zvýšil na 12 234. U žen byl zaznamenán ještě rychlejší nárůst až na 13 601. (www.uzis.cz, 2008, [online])

Každý, kdo se náhle ocitne v roli pacienta, se stává závislým na lékařích, zdravotních sestřích, lécích, přístrojích, režimu léčby, čase, druhých lidech nebo v neposlední řadě i na rodinných příslušnících. V současnosti však mají blízcí pacienta tendenci dotyčného odstrkovat, poněvadž ve společnosti je více preferovaný trend práce, zábavy, aktivity a ne dlouhých chvil strávených u lůžka nemocného. Pacient tak vypadává z podpůrné sítě sociálních vztahů. V jeho blízkosti se nově objevují zdravotníci, kteří by měli saturovat vše o co pacient nemocí přichází. Pociťovaná úzkost je přitom běžný emocionální stav a provází člověka během celé jeho životní pouti, avšak v poslední čtvrtině života nabírá na intenzitě. Nejhuře je úzkost prožívána staršími lidmi, kteří se ocitají v roli chronicky nemocných. Povaha jejich onemocnění u nich vyvolává pocit hluboké nejistoty. V současnosti máme jen malé množství důkazů, které přímo prokazují souvislost mezi malou sociální oporou a výskytem negativních dopadů na lidské zdraví. Existují však silné teoretické důvody, že tyto účinky doopravdy jsou. Jeden z mála důkazů o společném působení instrumentální a emocionální sociální opory v rozvoji koronární aterosklerózy, přinesl Blumenthal et al. (1987) jehož dotazník na zjištění míry sociální opory od rodiny, přátel a ostatních jsem použila ve svém výzkumném šetření. V této práci jsem se zaměřila na zmapování vlivu sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Zvolila jsem si čtyři výzkumné cíle: 1. Zmapovat psychické reakce pacientů na chronické onemocnění ICHS, 2. Zmapovat výskyt úzkosti u pacientů s ICHS, 3. Zmapovat míru sociální opory u pacientů s ICHS, 4. Zmapovat vliv sociální opory na průběh chronického onemocnění ICHS. Tohle téma jsem si vybrala, protože mám dojem, že je to oblast často opomíjená a doposud málo zmapovaná. Pracuji na koronární jednotce, kde jsou ve značném počtu léčení právě pacienti s tímto onemocněním. Zkoumaná

problematika se navíc v současné době přímo silně dotýká mě i mojí rodiny, a proto jsem se ji pokusila zpracovat a výsledky svého šetření alespoň přispět ke zvýšení zájmu o psychosociální aspekty tohoto onemocnění. Pacient na běžném oddělení, kde se léčí především somatická stránka onemocnění, totiž málokdy začne sám povídat personálu, že pociťuje úzkost a postupně ztrácí smysl svého života. Zdravotníci by zase chtěli pouze léčit a nebýt při tom emočně zatíženi, ale vědí, že bez toho to prostě nejde. Jak praví citát: „Nejlepším lékem na špatnou náladu a smutek je sebrat se a jít někomu udělat radost. Stačí maličkost – usmát se, prohodit vlídné slovo, nabídnout pomeranč, dolít vodu, přinést z venku sedmikrásku nebo jinak dát najevo pochopení a lásku“ (Svatošová in Křivohlavý, 2002, s.105).

1 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

1.1 Etiologie

„Ischemická choroba srdeční (ICHS) je onemocnění, které vzniká na podkladě akutního nebo chronického omezení, případně zastavení přítoku krve vlivem změn na větších tepnách (koronární složka) do určité oblasti srdečního svalu, kde vzniká ischemie až nekróza (myokardiální složka). K poškození svalu dochází z důvodu nepoměru mezi dodávkou a potřebou kyslíku v myokardu“ (Špinar, Vítovec, 2003, s.46).

1.1.1 Rizikové faktory

Zdravotní status jedince je ovlivňován základními determinantami zdraví, což jsou dle Gladkého a Strnada: „komplexy příčinných faktorů působících integrovaně na zdraví člověka“ (Gladkij, Strnad, 2002, s.43). Hlavními determinantami zdraví jsou geneticko – konstituční faktory, věk, zdravotní péče (specifická primární prevence, léčebná péče), životní styl, osobní chování a socioekonomické prostředí.(Gladkij, Strnad, 2002)

Po roce 1960 vedla řada studií kardiovaskulárních chorob k objevení a definování koronárních rizikových faktorů (RF). Poznatky však ukázaly, že je nutno navíc zodpovědět, proč některý pacient dostal infarkt myokardu a jiný ne nebo v neposlední řadě taky proč mají některé skupiny obyvatelstva infarkt a jiné ne. Z tohoto důvodu probíhají souběžně dvě strategie prevence. Lékařský model prevence se zaměřuje na jednotlivce jako na rizikové individuum. Populační model prevence působí na rizikovou populaci. Oba modely jsou vzájemně propojeny a z toho vyplývá, že prevence ICHS je především záležitostí sociální, ekonomické a zdravotní politiky. (Šimon, 2001)

Zdravotní politika zemí Evropské Unie pro první desetiletí třetího tisíciletí mezi hlavní potenciál, co se týká prodloužení střední délky života, řadí mimo jiné snížení úmrtnosti na kardiovaskulární choroby.(Gladkij, Strnad, 2002)

Vznik kardiovaskulárního onemocnění je velmi ovlivněn životním stylem a přítomností rizikových faktorů životního stylu. Tímto aspektem se velmi podrobně zabývala Framinghamská studie, která byla aplikována ve východní části USA v oblasti Framingham, pokračuje dodnes. Sledováno bylo 5208 původně zdravých občanů. Výsledky studie upozornily na faktory, jež nepříznivě ovlivňují kardiovaskulární systém.(Křivohlavý, 2002)

Nejsou známy všechny příčiny vzniku ICHS. Ty, které již dnes známe, nazýváme rizikovými faktory. Protože v naprosté většině případů je ICHS způsobena aterosklerózou, jsou rizikové faktory aterosklerózy zároveň rizikem pro vznik ICHS. Některé lze naší vůlí a úpravou životního stylu snížit nebo dokonce odstranit. Mezi takto ovlivnitelné rizikové faktory patří kouření, hypertenze, dyslipidémie (zejména zvýšený celkový cholesterol v plazmě, zvýšený LDL – cholesterol, zvýšené triacylglyceroly a snížený HDL – cholesterol), diabetes mellitus, obezita (zejména abdominální oblasti). Druhou skupinu tvoří rizikové faktory, které bohužel ovlivnit nemůžeme. Neovlivnitelný je věk, mužské pohlaví (u mužů věk nad 45 let a u žen období po menopauze), genetická výbava s pozitivní rodinnou anamnézou aterosklerózy nebo vznik předčasné ICHS (ženy pod 65 let a muži ve věku pod 55 let). (Hradec, Býma, 2007, [online]) Mimo tyto faktory existuje řada dalších, nových, nekonvenčních rizikových faktorů, které souvisí s ICHS, ale nebyla doposud přímo prokázána jejich kauzalita. Podařilo se prokázat vliv syndromu inzulinové rezistence, předčasné menopauzy, hormonální antikoncepce žen, které jsou zároveň kuřáčkami, Leidenské mutace faktoru V, vyskytující se v některých případech u primární žilní trombózy. Přítomnost Leidenské mutace a její spojení s kouřením zvyšuje dle Šimona riziko infarktu myokardu až 32 krát. Také chronická zánětlivá reakce se jeví jako působeček ve vzniku ateromatózního plátu. Předpokládaná kauzalita je rovněž u těchto infekčních agens: cytomegalovirus, chlamydia pneumonie, herpetické viry, *Helicobacter pylori*. Z tohoto důvodu se začala preventivně podávat makrolidová antibiotika po angioplastikách. Incidence restenóz se tím snížila o 50%. Dle Bakerovy hypotézy jsou do rizikových faktorů řazeny také vlivy intrauterinního prostředí. Za rizikového je považován novorozenec, jenž má dlouhé tělíčko, menší hlavičku, než je průměr a dosahuje nižší porodní hmotnosti. Tuto nižší porodní hmotnost přisuzují špatné nutrici matky v těhotenství a současnému vlivu kouření. (Šimon, 2001) Dalším rizikem je mírná hyperhomocysteinémie. Zvýšením hladiny homocysteinu o 5 mmol/l

se dle novodobých studií zvýší riziko ICHS u mužů o 60 % a u žen o celých 80 %. (Špinar, Vítovec, 2003)

Výběrová šetření, prováděná v rámci zdravotních programů odhalila skutečnost, že jen u 31 % žen a 23 % mužů není přítomen ani jeden z těchto rizikových faktorů. Tato data jsou alarmující. (Gladkij, Strnad, 2002)

1.1.2 Psychosociální faktory a kardiovaskulární choroby

Doposud není shoda v názorech na vliv psychosociálních faktorů v patogenezi onemocnění kardiovaskulárního systému. Probíhají studie vlivu depresivních stavů, úzkostných poruch, sociální izolace, osobnosti, dlouhodobého stresu. Pacienti s depresí jsou často úzkostní, propadají se do sociální izolace, to celé mohou kompenzovat svým hostilním (nepřátelským) chováním. Za tímto projevem je často skryto neuspokojující rodinné a sociální zázemí, které mnohdy objevíme při hlubším rozboru problémů.

Negativní emoce tohoto typu ovlivňují negativně nejen prožívání vlastní nemoci, ale také kvalitu života pacientů. Příčinou negativních emocí je hormonální nerovnováha. Vzestup katecholaminů v cirkulující krvi zvyšuje tvorbu aterosklerotických plátů a agregaci trombocytů. (Šimon, 2001) Blumenthal, jehož standardizovaný dotazník na zjištění sociální opory jsem použila ve svém výzkumném šetření, uvádí, že mechanismus takovýchto negativních emocí působí při vzniku akutní formy ICHS a náhlé smrti. (Rosanski, Blumenthal, Kaplan, 1999)

1.1.3 Chování typu A

Koronární osobnost je charakterizována jako člověk, který je pracovitý, pilný, má vysokou míru sebeovládání a snahu dosáhnout maximálních výsledků a úspěchů, zrychleně provádí běžné aktivity, je soutěživý, neustále bojuje s časovou tísňí. Prozatím nejlépe ověřená koncepce rizikového faktoru v psychosomatické medicíně je právě koncepce chování typu A (CHTA). Autoři této koncepce Friedman a Rosenman vycházeli ze zkušeností svých předchůdců. Pro typ chování A je, dle obou autorů, charakteristická velká snaha po úspěchu, soutěživost, zvýšená aktivita, neustálý souboj s časem, hostilita až potlačovaná agresivita. Protipólem k typu A je osobnostní typ B.

Pro zjištění intenzity tohoto chování vytvořili Friedman a Rosenman strukturovaný, řízený rozhovor. V dalším období bylo vytvořeno hned několik dotazníků s obdobným záměrem. Jedním z nich byl dotazník na zjištění průměrné úrovně aktivity, který sestavil Jenkins. Mezi další metody byla postupně zařazena také škála pro framinghamskou studii od Haynese. Tato studie byla aplikována ve východní části USA v oblasti Framingham a pokračuje dodnes. Sledováno bylo 5208 původně zdravých občanů. Výsledky studie po dlouholetém pozorování upozornily na faktory, které nepříznivě ovlivňují kardiovaskulární systém.

Největší validitu měla studie Western collaborative group study (WCGS), která osm let sledovala skupinu mužů typu A a porovnávala ji s kontrolní skupinou mužů typu B. U skupiny typologie A bylo prokázáno 1,9 krát vyšší riziko onemocnění ICCHS. (Baštecký, Šavlík, Šimek, 2003)

1.2 Klinický obraz ICCHS

Spektrum klinických projevů ischemické choroby srdeční je velmi široké. ICCHS probíhá formou akutní nebo chronickou. Jednotlivé formy se mohou navzájem prolínat a kombinovat, liší se jak prognózou, tak i postupem léčby. (Hradec, Býma, 2007, [online])

Z klinického hlediska je možno rozdělit ischemickou chorobu srdeční na několik samostatných forem:

1. Akutní formy ICCHS:

- a) Akutní infarkt myokardu
- b) Nestabilní angina pectoris
- c) Náhlá srdeční smrt

2. Chronické formy ICCHS:

- a) Angina pectoris – námahová, stabilní
- b) Stav po infarktu myokardu
- c) Chronické srdeční selhání na bazi ICCHS
- d) Prinzmetalova angina pectoris. (Gregor, Widimský, 1999)

1.2.1 Akutní formy ICHS

Akutní formy ischemické choroby srdeční (akutní koronární syndromy, dále jen AKS) pacienta přímo ohrožují na životě. Hospitalizace je v těchto případech nevyhnutelná. (Špinar, Vítovec, 2003)

Podle nálezu na elektrokardiogramu (dále jen EKG) rozlišujeme základní skupiny pacientů v akutní fázi koronárního syndromu:

- a) STEMI (z anglického ST Elevation Myocardial Infarction) – typická bolest na hrudníku (retrosternálně) s nálezem elevací ST úseků, bolest trvá více než 20 minut. Nejčastější příčinou je úplná okluze koronární tepny. Cílem je neodkladné obnovení krevního průtoku v infarktové tepně reperfuzní léčbou (PCI, trombolýzou – dnes již jen ve vyjimečných situacích – katastrofy).
- b) NSTEMI (z anglického non ST Elevation Myocardial Infarction) – s akutní bolestí na hrudníku, kdy se přetrvávající elevace ST úseků v EKG neobjevují. V tomto případě jde o akutní koronární syndrom bez elevací ST. Hladina kardijspecifických enzymů (TNI, CK-MB) je zvýšená.
- c) NAP (nestabilní angina pectoris) – v tomto případě je hodnota kardijspecifických enzymů negativní. (Ascherman, Bělohávek, 2008, [online])

1. Akutní infarkt myokardu

Definice infarktu myokardu dle doporučeného postupu pro diagnostiku a léčbu akutních koronárních syndromů bez elevací ST úseků na EKG praví: „Infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzávěru či progresivního extrémního zúžení věnčité tepny zasobující příslušnou oblast. Ve více než 95 % je příčinou koronární ateroskleróza s rupturou intimy a trombózou v místě plátu. V minimu případů může mít infarkt jiný původ (spasmy, arteritidy, embolie do věnčitých tepen aj.)“ (Widimský, 2002, [online]).

Infarkt myokardu je možno klasifikovat z několika pohledů: dle rozsahu nekrózy – transmurální, netransmurální, dle lokalizace – přední, boční, spodní, pravý zadní, septální a kombinovaný, dle stadia – akutní, rozvíjející se (6 hodin – 7 dní), hojící se (7 – 28 dní), zhojený, dle vývoje Q kmitů – Q, non-Q infarkt, dle přítomnosti elevací ST úseků – s elevací ST úseku (v případě uzávěru celého průsvitu koronární tepny), bez elevací ST (nejčastěji ve smyslu depresí ST úseků a změn T vln při nestabilní stenóze koronární tepny). (Špinar, Vítovec, 2003)

2. Nestabilní angina pectoris

a) Klidová angina – vzniká v klidu, projevuje se anginózní bolestí s trváním do 20 minut během posledního týdne. Riziko náhlé srdeční smrti se zvyšuje s délkou trvání anginózního záchvatu. Po 48 hodinách riziko klesá.

b) Nově vzniklá angina pectoris – vzniklá nově během posledních 30 dnů, minimálně III. třída podle CCS (Klasifikace závažnosti anginy pectoris – viz příloha č. 6). Délka trvání nově vzniklé AP je dva měsíce, při delším trvání jde již o chronickou formu.

c) Zhoršená angina pectoris – dochází ke zhoršování záchvatů stabilní anginy pectoris (nakupení záchvatů, výskyt i při menší zátěži) nereaguje na nitroglycerin jako tomu bylo dosud. (Hlinomaz in Štejfa, 2007)

3. Náhlá srdeční smrt

Za náhlou srdeční smrt jsou považována úmrtí z kardiální příčiny, kterým předcházela ztráta vědomí. Smrt nastala do jedné hodiny od rozvoje symptomů. Jde o neočekávaná úmrtí. Z 80 – 90 % se jedná o důsledek maligní komorové arytmie (fibrilace komor, flutter komor, komorová tachykardie). Kardiopulmonální resuscitace je bohužel úspěšná pouze v 10 – 20 % případech. Předpokladem pro snížení incidence náhlé srdeční smrti by měla být lepší dostupnost externích automatických defibrilátorů, plošná edukace v kardiopulmonální resuscitaci, rozšíření terapie implantabilními kardiovertory. (Špinar, Vítovec, 2003)

1.2.2 Chronické formy ICHS:

1. Angina pectoris námahová (stabilní)

Nejčastějším projevem ICHS je právě angina pectoris. Ve 37 % případů se projeví jako prvotní příznak ICHS u mužů a v 65 % u žen. V 90 % vzniká angina pectoris na podkladě koronární aterosklerózy. Záchvaty, projevující se typicky retrosternální bolestí, vznikají při tělesné zátěži, vlivem emocionálního napětí, během bouřlivých snů, v chladu, při změnách počasí.(Štejfa, 2007) Anginózní bolest je viscerálního typu, svíravá, tupá nebo tlaková, lokalizovaná retrosternálně s propagací do spodní čelisti, ramena, do levé paže, 4. a 5. prstu levé ruky, epigastria nebo do zad. Trvá několik minut, rychle odeznívá, reaguje do 5 minut na podání nitroglycerinu. Intenzita bolesti je kolísavá, bývá provázena pocitem úzkosti a strachu ze smrti.(Špinar, Vítovec, 2003) Pacient s anginou pectoris je vždy vybaven pohotovostním nitroglycerinovým přípravkem ve formě spraye a je edukován o jeho včasném a správném použití. U stabilní anginy pectoris nemusí po celý život dojít ke zhoršení obrazu záchvatů ani k nárůstu jejich frekvence. Největším rizikem je progresse aterosklerózy koronárních tepen. Až 80 % epizod stabilní anginy pectoris může proběhnout skrytě.

Někdy pacient nezaregistruje retrosternální bolest, například pro diabetickou neuropatii. Tento stav je nazýván němou ischemií myokardu. Pokud jde o refrakterní anginu pectoris stupně IV. (viz příloha č. 6) je možno pacientovi poskytnout již pouze paliativní léčbu, jež se zaměřuje na odstranění chronické anginózní bolesti, která výrazně snižuje kvalitu života.

V komplexní léčbě má v tomto případě nezastupitelné místo i psychoterapie, která nám bohužel často schází v léčbě ostatních forem ICHS.(Štejfa, 2007)

2. Stav po infarktu myokardu

Pokud se opakovaně vyskytují stenokardie po prodělaném infarktu myokardu, upozorňují na přetrvávající ischemii. V případě, že dojde znovu ke zvýšení troponinu a změnám na EKG, je nutno přistoupit ke koronarografii.(Hlinomaz in Štejfa, 2007)

3. Chronické srdeční selhání na bazi ICHS

Jako chronické srdeční selhání je označeno postižení srdce jako pumpy. Přestože jsou komory dostatečně plněny krví, klesá minutový objem. V současné době již nebývá hlavní příčinou vzniku nekontrolovaná hypertenze ani chlopenní vada, ale převážně právě ischemická choroba srdeční a to v celých 50 – 70 % případů.

4. Prinzmetalova angina pectoris

V případě Prinzmetalovy (variantní) anginy pectoris je jedinným mechanismem vzniku bolesti spasmus koronární tepny. Bolest vzniká v klidu, často v noci, trvá krátce, reaguje dobře na nitroglycerin.(Špinar, Vítovec, 2003)

1.3 Diagnostika

1. Anamnéza

Součástí anamnézy u ICHS jsou dotazy na významné rizikové faktory aterosklerózy, charakter bolestí, lokalizace, projekce bolesti, trvání, reakci na nitroglycerin, již dřívější výskyt obdobných obtíží a jak byly zvládnuty, případně léčeny.

2. Fyzikální vyšetření

Stav vědomí, dušnost, pocení, tepová frekvence a rytmus, krevní tlak, poslech plic, výskyt komplikací (hypotenze, tachykardie, arytmie, ...). Na základě odebrané anamnézy a fyzikálního vyšetření stanovujeme rizikovost pacienta.

3. Elektrokardiogram (EKG)

Vždy je nutno natočit 12svodové EKG, dle požadavku lékaře je možno poříditi také záznam ze svodů V7 – V9, eventuálně i pravé prekordium – V2R – V6R. Na EKG jsou zhodnoceny změny ST úseků – bývají přítomny elevace a deprese, T vln –

přítomnost inverzí a oploštění. Dále jsou hledány nově vzniklé raménkové nebo atrioventrikulární blokády.

Ambulantně je možno v neakutní fázi ICHS provádět 24hodinové monitorování EKG. Toto vyšetření je nazýváno holter. Monitorace probíhá při běžné zátěži. Záznam je následně nahrán do počítače a vyhodnocen. Pacient musí do poznámkového archu zaznamenat časový sled prováděných činností a pomocí tlačítka označit dobu, kdy subjektivně pociťoval nějaké obtíže. Po skončení monitorace je pacientovi znovu natočeno EKG.(Šimek, 2001)

4. Laboratorní vyšetření

a) Kardiospecifické enzymy – standartně je stanovována hladina srdečního troponinu, který se skládá ze tří podjednotek (T, C, I). Troponin T (TnT), jehož zvýšené hladiny v plazmě lze detekovat za 3 – 4 hodiny od vzniku akutní ischémie myokardu, je v krvi přítomen ještě 10 – 14 dní. Dalším markerem je Troponin I (TnI), který je zvýšen za 6 hodin a detekovatelný je 7 – 10 dní. U pacientů s NSTEMI je možno oba enzymy zachytit pouze během 48 – 72 hodin. U stabilní anginy nedochází ke zvýšení hladin těchto markerů. V naší laboratoři jsou běžně hodnoceny hladiny TnI. Bohužel existuje řada onemocnění mimo akutní koronární syndromy, u kterých je možno rovněž zachytit zvýšenou hladinu troponinů a pacient si stěžuje na bolest na hrudi. Jedná se například o chronickou respirační insuficienci, chronické renální selhání, chronické srdeční selhání, tachykardii a bradykardii, plicní embolii, cévní mozkovou příhodu, subarachnoideální krvácení, rhabdomyolýzu, hypotyreózu, závažné septické stavy, hypertenzní krizi a další. Mimo troponiny je sledován izoenzym kreatinkinázy MB. V lidském těle jsou přítomny tři druhy kreatinkináz: CK-MB zejména v myokardu, CK-BB v mozku a ledvinách, CK-MM v kosterním svalstvu. CK-MB dosahuje maximálních hodnot do 18 hodin, běžně je stanovována hladina jejího izoenzymu CK-MB mass. Průběžné hodnoty musí být různé, pokud jsou konstantní, zcela jistě se nejedná o akutní ischemii myokardu.

b) Laboratorní ukazatele zánětu – významná pro dlouhodobou prognózu onemocnění je hladina C – reaktivního proteinu. Tento protein vzniká v játrech, jeho hladina se zvyšuje v závislosti na nárůst prozánětlivých cytokinů akutní fáze zánětu. Váže se na

aterogenní LDL – cholesterol. Detekce vyšší koncentrace může být varovnou známkou hrozícího akutního koronárního syndromu u pacientů s ICHS.

c) Ukazatelé neurohumorální aktivace – stanovovány jsou hodnoty dysfunkce levé komory srdce, které mají význam při stanovování dlouhodobé prognózy, stejně jako výše zmiňovaný C-reaktivní protein a kreatinkináza. Jde o mozkový natriuretický peptid (BNP). Běžně se stanovuje proBNP, hladinu sledujeme až 3. – 5. den po akutním srdečním selhání. Svůj význam má také jako indikátor chronického srdečního selhání. Může být falešně pozitivní u hypervolemie. (Štejfa, 2007)

d) Markery renálních funkcí – z hlediska prognostického jsou průběžně sledovány hladiny sérového kreatininu a glomerulární filtrace.

e) Nové biochemické markery – marker oxidačního stresu (myeloperoxidáza), marker trombózy a zánětu (CD40), ischemií modifikovaný albumin (IMA).

5. Zobrazovací metody

a) Echokardiografie – má svůj význam již v akutní fázi onemocnění. Tímto vyšetřením lze rychle posoudit funkci levé komory srdeční, lze jí odhalit poruchy kinetiky srdeční svaloviny (hypokinéza, diskinéza, akinéza).

b) Neinvazivní CT koronarografie – dnes je běžně dostupná na vyšších specializovaných pracovištích, její výsledky jsou již srovnatelné s invazivním vyšetřením.

c) Koronarografické vyšetření – po zavedení Judkinova transfemorálního přístupu je koronarografie standardním vyšetřením v diagnostice ICHS. (Špinar, Vítovec, 2003) Katetrizace je prováděna v akutní fázi za účelem diagnostickým a terapeutickým. Pokud je možné provést intervenční výkon, je perkutánní revaskularizace provedena ihned (ad hoc). U středně rizikových pacientů je toto vyšetření provedeno po stabilizaci stavu farmakologickou léčbou. (Ascherman, Bělohávek, 2008, [online])

d) Zátěžová elektrokardiografie – vyšetření jinak nazývané ergometrie. Je to zátěžový test, který se provádí na bicyklovém ergometru. Během testu je monitorováno 12svodové EKG a opakovaně je v daných intervalech změřen krevní tlak.

e) Zátěžová echokardiografie – zátěž je fyzická – na bicykloergometru nebo medikamentózní – podáním dobutaminu v infuzi. Pomocí ultrazvuku je hledána hypokinéza nebo akinéza určité oblasti myokardu.(Šimek, 2001)

f) Perfuzní thaliová scintigrafie myokardu (SPECT) – radionuklid thalium 201 je podán intravenózně a je sledována jeho distribuce v myokardu pomocí gamakamery. Ischémie se projeví jako defekt v radioaktivitě

g) Pozitronová emisní tomografie (PET) – neinvazivní metodou je hodnocen metabolismus a perfuze myokardu sledováním kinetiky a distribuce aplikovaného radiofarmaka.(Ascherman, Bělohlávek, 2008, [online])

1.4 Léčba

1.4.1 Iniciální zajištění pacienta s AKS:

- a) Kontinuální monitorace EKG a vitálních funkcí.
- b) Zavedení i.v. kanyly, podání kyslíku 4 – 8 l/min.
- c) Natočení 12svodového EKG, případně víceetážového (pravý zadní infarkt).
- d) Odběr kardiospecifických enzymů.
- e) Analgosedace (opiáty – Fentanyl).
- f) Antiagregace – formou duální inhibice, podáním ASA 250 - 500 mg intravenózně (Kardegic) + klopidogrel perorálně (300 mg = 4 tablety Plavix nebo nově Trombex u NSTEMI nebo v dávce 600 mg = 8 tablet u STEMI).
- g) Antikoagulace – Heparin 100 j/kg i.v. při STEMI nebo LMWH –100.000 j/kg hmotnosti u NSTEMI, například enoxaparinu (Clexane).
(Ascherman, Bělohlávek, 2008, [online])

1.4.2 Farmakologická léčba ICHS

1. Léčba ischemie – tato farmakoterapie je zaměřena na úpravu srdeční frekvence, krevního tlaku, snížení kontraktility myokardu za účelem snížení spotřeby kyslíku v myokardu a vazodilataci. Nitráty – Nitroglycerin podat ihned již v přednemocniční fázi ve formě spreje nebo sublinguálně po 5 minutách, maximálně 4x po sobě. V další odborné péči je podáván v infuzi v případě trvání anginózní symptomatologie, hypertenze a při známkách srdečního selhávání, nejčastěji používaný je Isoket injekce. Kontraindikací je hypotenze. Beta-blokátory – indikací k podání beta-blokátorů je tachykardie s hypertenzí, ale nesmí jít o srdeční selhání. Podat pomalu intravenózně nebo porcovaně. Kontraindikací jsou poruchy převodu ve formě A – V blokády nebo hypotenze. Blokátory kalciových kanálů, které navozují vazodilataci zejména periferní, podávány jsou zejména u vasospastické anginy pectoris, prohlubující se ischemii a při kontraindikaci k podání beta-blokátorů.

2. Antitrombotická léčba – je indikovaná ve všech případech akutního koronárního syndromu již v iniciálním zajištění nemocného, které je podrobně popsáno v oddílu 1.4.1. Podává se ASA v injekční formě a klopidogrel perorálně. Po dobu jednoho roku je doporučeno pravidelné užívání klopidogrelu v udržovací dávce 75 mg denně.

3. Antikoagulační a antiagregační léčba – je podávána po nezbytně dlouhou dobu všem pacientům s akutním koronárním syndromem. Při volbě preparátů je brán v potaz další plánovaný postup léčby a riziko krvácení. Průběžně musí být kontrolovány markery koagulace. V akutním stádiu je léčba zahajována Heparinem intravenózně, v další fázi je podávána LMWH subkutánně až do provedení reperfuze terapie. Pokud se vyskytnou krvácivé komplikace, může být antiagregační a antikoagulační léčba ukončena a větší krevní ztráty musí být hrazeny krevními deriváty. Nejčastěji je podána mražená plazma z vitální indikace a pro potlačení antikoagulace je podáno antidotum Heparinu – Protamin sulfát intravenózně.(Ascherman, Bělohlávek, 2008, [online])

4. Hypolipidemická léčba – k úpravě lipidogramu a pro stabilizaci plátu jsou podávány statiny. Této problematice se věnuje řada studií. Významné poznatky přinesla Heart Protection Study (HPS). Pacienti s vysokým rizikem ICHS, podle výsledků této studie,

profitovali z léčby hypolipidemikem simvastatinem, i když u nich nebyl původně zjištěn vysoký LDL a celkový cholesterol. Cílem této léčby není tedy jen docílení optimálních hladin lipidů, ale také snížení kardiovaskulárního rizika i u nemocných bez ICHS. Simvastatin je doporučován také u diabetiků, protože diabetes mellitus (DM) je dnes již považován spíše za ekvivalent ICHS a ne pouze za rizikový faktor aterosklerózy. U pacientů s DM se podáváním simvastatinu jedná již o sekundární prevenci ICHS. Dle doporučení České internistické společnosti je nutno postupně docílit 2,0 mmol/l cílové hodnoty LDL – cholesterolu. (Špinar, Vítovec, 2003)

1.4.3 Revaskularizační léčba

1. Okamžitá revaskularizace (obnovení průtoku koronárním řečištěm) – je indikovaná u pacientů se STEMI, kteří mají vysoké koronární riziko a jsou u nich detekovány dynamické změny na EKG v úsecích ST. Dalšími kandidáty na okamžitou revaskularizaci jsou pacienti s AKS, u kterých se vyskytují život ohrožující arytmie nebo selhávají kardiopulmonálně, dále hemodynamicky nestabilní (srdeční selhání, hypotenze), v případě, že jsou schopni zákrok zvládnout i přes výraznou dušnost.

2. Časná revaskularizace – je provedena do 72 hodin od prvních obtíží. Provádí se pacientům se středním koronárním rizikem, pokud nelze stav zvládnout farmakologicky. Dle koronarografického nálezu a zdravotního stavu pacienta je provedena revaskularizace perkutánně (PCI) nebo metodou aortokoronárního bypassu.

3. Perkutánní koronární intervence – je indikována u NSTEMI přibližně v 80 %, pokud se nejedná o polymorbidního pacienta. Přístup je přes arterii femoralis nebo v poslední době často přes arterii radialis. Je možno provést balónkovou kontrapulzaci a po předchozí balónkové dilataci zavést koronární stent nebo zvolit přímý stenting.

4. Aortokoronární bypass – je další možností chirurgického řešení AKS. V současné době je však k tomuto způsobu řešení revaskularizace indikováno pouze 10 % pacientů s AKS.

1.4.4 Psychoterapie u ICHS

V podstatě jsou zatím známy pouze dva přístupy v oblasti léčby vlivů psychosociálního stresu na ischemickou chorobu srdeční. Prvním jsou behaviorální techniky a druhým je klasická farmakoterapie. Behaviorální terapie využívá kladného vlivu relaxačních technik, kognitivních technik, při kterých je nacvičováno správné asertivní chování, pacienti jsou vyzýváni k vyhledání emoční podpory u životního partnera, rodiny, dále například v klubech pro kardiaky, a v jiných společenských organizacích. Pacient je veden k tomu, aby vědomě ovlivňoval své chování a nechoval se hostilně. (Šimon, 2001)

1.5 Prevence ICHS

1.5.1 Zásady pro prevenci vzniku či zhoršení ICHS

- a) Zcela zanechat kouření.
- b) Dieta s omezením soli a mastných kyselin, zvýšit konzumaci ovoce a zeleniny.
- c) Korekce krevního tlaku (TK) – diabetici pod 130/80, ostatní 140/90.
- d) Cílové hodnoty lipidů – LDL pod 2, HDL více než 1, korekce triglyceridů.
- e) U diabetu je cílová hodnota glykovaného hemoglobinu 4 % a méně.
- f) Redukce hmotnosti při nadváze.
- g) Doporučená fyzická zátěž s ohledem na věk a zdravotní stav – 30 minut 5x týdně. (Ascherman, Bělohávek, 2008, [online])

1.5.2 Primární prevence

V primární prevenci jde o pečování zdraví doposud zdravé společnosti. Jelikož základní složkou primární prevence je vyhledávání rizikových znaků. (Gladkij, Koldová, 1998) Evropská kardiologická společnost vydala doporučení pro prevenci ICHS. V primární prevenci jsou doporučení zaměřena na včasný odhad rizika ICHS nebo s tímto onemocněním spojených komplikací. Vysoce rizikovými jsou jedinci, kteří mají nejméně 2 rizikové faktory. Míra rizika je stanovována pomocí „tabulky

koronárního rizika“ (viz. příloha č. 5). Hodnoty nad 20 % jsou hodnoceny jako vysoké riziko vzniku ICHS do 10 let. Vyššího možného rizika mohou dosáhnout diabetici, pacienti s familiární hypercholesterolémií, při rodinné zátěži předčasného kardiovaskulárního onemocnění, u nižší koncentrace HDL – cholesterolu a vyšší hladině triglyceridů. (Špinar, Vítovec, 2003)

1.5.3 Sekundární prevence

Podstatou prevence sekundární je zabránění vzniku komplikací tohoto onemocnění. Součástí sekundární prevence je také rehabilitace. (Gladkij, Koldová, 1998) Prevence u ICHS je zaměřena na abstinenci kouření. Je to nejlevnější preventivní opatření ICHS jak v primární, tak i v sekundární prevenci. Další doporučení se zaměřují na snížení tělesné hmotnosti a dietní opatření. Redukce váhy efektivně snižuje i další rizika aterosklerózy. Z hlediska ICHS je nebezpečnější androidní typ nadváhy, je tedy důležité sledovat obvod pasu, kde se při tomto typu obezity ukládá nejvíce tuku. Doporučený maximální „nerizikový“ obvod pasu u žen je 80 centimetrů a u mužů 94 centimetrů. Dodržování dietních opatření často ztroskotá na malé spolupráci rodiny. (Špinar, Vítovec, 2003) Pro člověka, který má zdravěji žít nebo se zdravě stravovat může být velkou psychickou oporou právě rodina, která se začne také stravovat zdravě, ve své podstatě tak jde o vhodné preventivní působení na další členy společnosti. Sekundární prevence je mimo jiné zaměřena také na fyzickou aktivitu a cvičení. Inaktivita představuje jeden z rizikových faktorů ICHS. Relativní riziko se u osob s minimální kondicí dle studií vyšplhalo až na celých 6 %. Doporučováno je cvičení, při kterém spalujeme 4 – 7 kcal/min. U osob s ICHS je preferován vytrvalostní a silový trénink, jímž lze docílit nižší reakce tepové frekvence a tlaku krve na jakoukoli fyzickou aktivitu. Pro představu při chůzi rychlostí šest kilometrů za hodinu šestkrát týdně po dobu jedné hodiny spálíme 2000 kcal za týden. Dále je doporučováno užívání antiagregancií, beta-blokátorů, inhibitorů angiotensin konvertujícího enzymu, hypolipidemik a nitrátů dle ordinace lékaře. (Špinar, Vítovec, 2003) V sekundární prevenci je žádoucí zapojení rodiny a blízkých pacienta, kteří by měli tomuto člověku v dané situaci pomoci zejména poskytnutím podpory v dodržování režimových opatření týkajících se zdravého životního stylu či

životosprávy, ale také poskytnutím psychosociální opory překonávání pocitu sociální izolace.(Šimek, 2001)

2 VNĚJŠÍ PROTEKTIVNÍ FAKTORY

2.1 Sociální opora

Z vnějších projektivních (moderujících) faktorů je v souvislosti s touto prací věnována pozornost vlivům sociální opory – „*social support*“. Jedná se o systém sociálních vztahů, prostřednictvím kterého přijímá jedinec pomoc ve snaze dostat nárokům a dosáhnout určitých cílů. Zdroje sociální opory („*support resources*“) jsou součástí systému určitých sociálních vztahů („*social network*“) konkrétního jedince. (Kebza, Šolcová, 1999) Definice vidí sociální oporu jako přítomnost nebo alespoň existenci osob, které jsou nám blízké, cení si nás, mají k nám jistý vztah a mají o nás strach, zjednodušeně řečeno – mají nás rády. Kladné sociální vazby ulehčují adaptaci na zátěžovou situaci a mají příznivý vliv na udržení celkového zdraví. (Pelcák, 2006, [online])

Vztahy mezi jedincem vnímanou sociální oporou a zvládáním těžkých životních situací jsou popisovány ve třech dimenzích:

- a) Pokud osobnost vnímá vyšší míru sociální opory, může se snížit pravděpodobnost vytvoření stresové situace.
- b) Pokud osobnost vnímá vyšší míru sociální opory, mohou být vytvořeny efektivnější osobnostní dovednosti zvládání těžkostí.
- c) Pokud osobnost vnímá vyšší míru sociální opory, může to vést k tomu, že daný jedinec daleko snadněji, popřípadě i dříve, požádá ostatní o pomoc a tuto pomoc také bez problémů přijme. (Křivohlavý, 1999)

Sociální opora je ve své podstatě dělena na **strukturální** a **funkční**. Struktura sociální opory se zabývá mimo jiné hustotou sítě vztahů člověka, funkce sociální opory pak kvalitou vztahů konkrétního člověka. (Baštecká, Goldmann, 2001)

Opora může být vnímána jako **anticipovaná** (očekávaná) nebo **získaná** (obdržená). Anticipovaná sociální opora je pocit člověka, že je o něj zájem, je akceptován, že mu ostatní v případě potřeby pomohou. Je ve své podstatě obrazem toho, jak daný jedinec vnímá své sociální začlenění. (Kebza, Šolcová, 1999)

2.1.1 Modely sociální opory

Dle Bakaly (1992) jsou popsány dva základní modely účinku sociální opory:

1. Nárazníkový („*buffering*“) model – příznivý vliv sociální opory je zejména tehdy, když je člověk vystaven stresu. Model předpokládá snazší vznik nemocí u osob s vyšší mírou stresu a s nižší mírou sociální opory.
2. Model přímého účinku – dle tohoto modelu má sociální opora protektivní účinek na zdravotní stav člověka, bez ohledu na to, zda je konkrétní jedinec vystaven účinku stresu. Předpokladem je očekávání nejvyšší incidence zdravotních důsledků u osob s malou mírou sociální opory a to bez závislosti na vlivech stresorů. (Kebza, Šolcová, 1999)

2.1.2 Druhy sociální opory

Podle psychologie zdraví jsou rozlišovány čtyři druhy sociální opory:

- a) Instrumentální opora – může se jednat o vyřízení neodkladné záležitosti, kterou není daný jedinec schopen obstarat nebo například o poskytnutí podpory finanční, tato opora je označována jako asistence potřebným.
- b) Informační opora – jde přímo o poskytnutí informace, jež může člověku pomoci při řešení konkrétní situace, pomoc je nazývána nasloucháním člověku v tísní.
- c) Emocionální opora – člověku, který se ocitl v tísní je laskavým jednáním projevována náklonnost, emocionální blízkost, je mu dodána naděje.

- d) Hodnotící opora – touto formou je posilováno sebevědomí a sebehodnocení daného jedince a zároveň je udržován ve víře a v naději. Do této oblasti je řazeno rovněž sdílení těžkostí s člověkem v tísní (*sharing*) i společné zvládání těžkých úkolů s člověkem v tísní (*mutuality*). (Křivohlavý, 2001)

2.1.3 Vliv sociální opory na zdravotní stav

Vliv sociální opory na zdravotní stav člověka je jevem individuálním, podmíněným osobností a situací. Dle Cummise (1989) se projeví protektivní účinek sociální opory jen tehdy, je-li tato opora obsahově specifická a pokud má vnitřní lokalizaci kontroly. Podle Sarasona (1985) se mimo vnitřní lokalizaci kontroly podílí na vlivu stresové události rovněž vysoká úroveň tendence vyhledávat mimořádné zážitky. Takový člověk nepodlehne tak snadno negativním vlivům nepříznivých stresových událostí. Sociální integrace se jeví jako významná determinanta psychické pohody a zdraví jednotlivce. Sociální vazby poskytují touto formou podpory pomoc člověku při zvládání obtíží a dosažení cíle. Je předpokládán větší sklon k nemoci u lidí s vysokou úrovní stresu a nízkou sociální oporou. Takto vnímaná sociální opora může být nápomocna při redukci působení stresorů a to ve smyslu pozitivního vlivu na poměr mezi ohrožením a zdrojem zvládání dané situace. (Pelcák, 2006, [online])

Gore (1987) pozoroval skupinu sta nezaměstnaných mužů a zjistil, že je podpora manželky nejlépe ochránila před fyziologickými následky takovéto stresující situace. (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993)

Z výzkumů Bergmana a Breslowa (1983) vyplynulo, že lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí déle a disponují lepším psychickým i fyzickým zdravím, než lidé bez těchto vazeb. (Kebza, Šolcová, 1999)

Dean a Ensel (1982) ve své studii prokázali, že ve vztahu k negativním životním událostem je sociální opora nejvýznamnějším prediktorem vzniku deprese. (Kebza, Šolcová, 1999)

Při studiích vlivu chronického stresu na vznik civilizačních onemocnění byl zmapován častější výskyt těchto onemocnění u jedinců s nízkou mírou sociální opory. Například studie Alameda Country Study prokázala vyšší úmrtnost u osob s nejnižší mírou sociální opory oproti skupině osob s nejvyšší mírou opory. (Křivohlavý, 2001)

2.1.4 Sociální opora jako protektivní faktor ICHS

Roku 1964 bylo prováděno šetření životních zvyklostí a nemocnosti v Pensylvánii. Jednalo se o italskou komunitu zvanou Roseto. Tato komunita žila zcela odděleně od ostatního industriálního světa. Měla pevný sociální systém, který preferoval rodinný život ve smyslu širšího rodinného kruhu. Náboženství zde zaujímal významné postavení, v životních krizích si všichni pomáhali. Dlouhodobě zde byla zaznamenávána nízká úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční. Roseto se během 70tých let přiblížilo americkému životnímu stylu a v souběhu s touto změnou vzrůstala úmrtnost na infarkt myokardu. Tehdejší skupina badatelů dospěla k názoru, že sociální odlišnosti způsobu života v minulosti působily v Rosetu jako ochranný faktor před stresem a jeho vlivem na zdravotní stav. Jakmile byl tento nárazníkový systém porušen změnou životního stylu, zvýšil se také počet onemocnění ischemickou chorobou srdeční. (Mohapl, 1992)

Orth-Gomér a Undin (1990) se zajímali o vztah mezi sociální oporou a úmrtností skupiny mužů s kardiovaskulárním onemocněním po desetileté období. Zjistili 69% mortalitu u mužů s chováním typu A a s nižší mírou sociální opory oproti 17 % mužů s chováním typu A a s vysokou hodnotou sociální opory.

O podpůrných sociálních vztazích (*supportive relationship*) je možno hovořit při představě vztahů mezi lidmi v dané skupině. Takovým příkladem může být dle Křivohlavého i rodina.

Studium „rodinné atmosféry“ charakterizuje tyto vztahy ve třech dimenzích:

- a) Míra pomoci (*support*) – na kolik se daná osoba může spolehnout na druhého člena rodiny a s jak moc věří, že jí tato osoba v těžké situaci pomůže.
- b) Hloubka vzájemných vztahů – jak moc si daná osoba váží druhé a nakolik je jí oddána (*commitment*) – nakolik se svěří do jejích rukou.
- c) Míra mezilidských (interpersonálních) konfliktů – rozsah faktorů vedoucích danou osobu ke zlosti a emocionálním výlevům ve vztahu k jinému členu rodiny.

I přesto, že je tvrzení o protektivním vlivu sociální opory v současné době celosvětově jedním z pilířů v oblasti výzkumu stresu a jeho negativních dopadů na lidské zdraví, nejsou výsledky studií zatím jednoznačné.(Křivohlavý, 1999)

3 FAKTORY OVLIVŇUJÍVÍ REAKCI NA NEMOC

3.1 Psychologické faktory nemoci

Pacienti reagují na nemoc různě. Mají různou představu o svém zdravotním stavu a různým způsobem na ni reagují. V rámci osobnostních studií byli rozlišeny dvě skupiny lidí podle typu chování. Osobnostní typ A je intenzivně zaměřen na práci. Osobnostní typ B je oproti tomu zaměřen spíše na zásady udržování dobrého zdravotního stavu, což osobnosti A často uniká pro velkou pracovní vytíženost. (Křivohlavý, 2002).

3.1.1 Postoj pacienta k nemoci

- a) **Normální** – realistický, pacientovo prožívání nemoci odpovídá zdravotnímu stavu.
 - b) **Heroický** – pacient potlačuje vůlí projevy nemoci, aby například splnil svoji roli.
 - c) **Bagatelizující** – pacient podceňuje rizika onemocnění, nedodrží režim.
 - d) **Repudiační** – nevědomě disimuluje, popírá myšlenky na to, že je nemocný.
 - e) **Nosofobní** – vědomě se přehnaně bojí nemoci, ale nedokáže to potlačit.
 - f) **Hypochondrický** – je vždy přesvědčen, že jeho onemocnění je velmi vážné.
 - g) **Nosofilní** – kladné prožívání nemoci, uspokojení, pacient je rád nemocný.
 - h) **Účelový** – pacient se snaží nemocí získat výhody (PN, důchod, soucit,...).
 - i) **Agravační** – zveličování příznaků, může být i formou nevědomého úniku ze stresu.
 - j) **Simulace** – pacient vědomě předstírá nemoc.
 - k) **Disimulace** – pacient vědomě zastírá nemoc, protože se obává nevýhod nemocného.
- (Bouchal, 1981)

3.1.2 Boj s nemocí

Každý člověk, který se ocitá v nemocnici jako pacient, prochází těžkou životní situací, s níž bojuje v těchto dílčích fázích:

- a) Kognitivní (myšlenkové) zhodnocení (průběh, perspektivy, informace o nemoci).
- b) Adaptace na změnu zdravotního stavu.
- c) Uplatnění dovedností na zvládnutí zdravotní krize.
- d) Zvládnutí emocí.
- e) Uplatnění dovedností řešit problém.
- f) Najít smysluplnost i v této chaotické situaci.(Moos a Schaefer in Křivohlavý, 2002)

3.1.3 Prožívání chronického onemocnění v čase

V první, premedicínské, fázi než se pacient odhodlá jít k lékaři, netuší, zda je to nemoc a zda bude vyléčitelná, po stanovení diagnózy chronického onemocnění nastává náhlá změna v dosavadním způsobu života, ve fázi aktivní adaptace 75 % pacientů stále ještě doufá v možnost plného uzdravení, poté nastává období psychické dekompenzace, pacient postupně ztrácí důvěru v lékaře, protože stále nepřišlo uzdravení, nakonec nastává období pasivní adaptace a rezignace, kdy se pacient velmi často zcela uzavře do sebe.(Bouchal, 1981)

Otázkou prožívání nevyléčitelné nemoci v čase se zabývala lékařka švýcarského původu **Elizabeth-Kübler-Ross**. Velmi ji znepokojovalo, že pacienti v poslední fázi svého života ve většině zemí zůstávají zcela sami, izolováni v nemocnicích. Ona sama se velmi přispěla o nový a důstojný způsob provázení pacienta chronickým nevyléčitelným onemocněním až k jeho definitivnímu konci. ICHS je také chronické onemocnění, které postupně vede ke smrti. Stejnými fázemi jako pacient prochází také jeho nejbližší.

Fáze procesu umírání:

1. Šok – popření jako první linie obrany
2. Vzpoura – hněv, agrese
3. Smlouvání
4. Smutek a deprese
5. Smíření.(Kübler-Ross in Křivohlavý, 2002)

3.1.4 Autoplastický obraz nemoci

Pojmem autoplastický obraz nemoci je vyjádřeno subjektivní prožívání nemoci pacientem. V anamnéze je nutno se zaměřit i na osobnost pacienta, jeho temperament, úroveň inteligence, zdravotní uvědomění, hierarchii hodnot, sociální postavení, společenskou roli, abychom celkově posoudili zdravotní stav pacienta.

Autoplastický obraz nemoci má 4 složky, které se navzájem ovlivňují:

- a) Senzitivní (subjektivní obtíže)
- b) Volní (snaha uzdravit se)
- c) Emocionální (např. úzkost)
- d) Racionální a informativní (povědomí o onemocnění).(Mohapl in Zacharová, 2007)

Chronicky nemocný pacient se určitou mírou propadá mimo síť sociálních kontaktů. O psychické reakci jedince na jeho onemocnění rozhodují mimo jiné také okolnosti, za nichž nemoc probíhá, současná sociální a ekonomická situace nemocného i jeho rodiny, sociální zázemí. V této práci se snažila autorka zjistit míru vlivu právě tohoto sociálního zázemí, tedy sociální opory na psychologickou reakci na nemoc, konkrétně na výskyt úzkosti u pacientů s daným onemocněním.

3.1.5 Ochota pacienta ke spolupráci s lékařem

Rozhovor lékaře s chronicky nemocným by měl být, v neposlední řadě, zaměřen na motivování pacienta k boji se změněným zdravotním stavem, nevzdávat to, přijmout nezvratitelné změny, ke kterým vlivem onemocnění dojde.(Křivohlavý, 2002)

Ochota poslechnout lékaře nebo jiného zdravotníka (*compliance*) může být kladně ovlivněna přátelsky vedeným dialogem, ochotou naslouchat, vhodnou komunikací, dostatečnou sociální oporou pacienta nebo upozorněním pacienta na odpovědnost za vlastní zdraví. Naopak negativně může být ochota dodržovat režimová opatření ovlivněna dlouhou čekací dobou na ošetření, komplikovanou léčbou, nepochopením léčby ze strany pacienta, podceňováním průběhu, závažnosti či možných komplikací onemocnění.(Křivohlavý, 2002)

3.1.6 Zvládání nemoci a těžkých životních situací

Pokud se organismus nevyrovná se zátěžovou situací, může se objevit úzkost nebo strach. Celá řada studií dokázala, že lidé rozdílným způsobem zvládají životní těžkosti. Při zvládání těžkých životních situací volíme různé taktiky, ke kterým řadíme např. relaxaci (uvolnění), dechová cvičení, imaginace (příjemných představ), meditace (hlubší zamyšlení), hudba, beletrie (četba nebo naslouchání čtenému slovu), humor (blízký konkrétnímu pacientovi), poskytování sociální opory.(Zacharová, 2007) Strategie zvládání chronického onemocnění jsou dle Dunkel – Schetterové obdobné jako způsoby zvládání stresu: nemyslet na to, nebrat to v potaz, vyhnout se skutečnosti i v této situaci hledat pozitiva.(Dunkel – Schetterová in Křivohlavý, 2002) Vliv psychiky se uplatňuje zejména při propuknutí onemocnění, při recidivě či zhoršení zdravotního stavu, ale také při boji s onemocněním.(Zacharová, 2007)

Příčina vzniku psychosomatických onemocnění není zatím zcela objasněna. Základními faktory podmiňujícími vznik psychosomatických onemocnění jsou: stres, věk, dědičnost, stav imunity, prodělaná onemocnění, sociální prostředí. Dalšími činiteli, které mohou vyvolat psychosomatické onemocnění, jsou strach a úzkost, pokud se uplatňují ve stresové situaci. Stres působí na pacienta v tzv. zátěžové situaci, kterou onemocnění bezpochyby je.(Zacharová, 2007)

3.2 Sociální aspekty chronického onemocnění

Současná medicína, prozatím, není schopna zcela vyléčit ischemickou chorobu srdeční. O ICHS tedy ve své práci pojednávám jako o chronickém onemocnění. Chronicky nemocný pacient není nikdy zcela sociálně izolován. Sociální vazby, ať už se jedná například o soužití v manželství nebo rodinné vazby, jsou vždy ovlivněny průběhem a prožíváním onemocnění. Změna zdravotního stavu pacienta se dotkne především jeho manželství a fungování rodiny. Často dochází ke změně rolí. Ne vždy je pacient nebo jeho rodinný příslušník schopen změnit svoji roli. Některé práce mapovaly vzájemný vztah partnerů v průběhu chronického onemocnění a zjistilo se, že často oba partneři subjektivně vnímají zlepšení vztahu při onemocnění jednoho z nich.

Byl vyzpozorován velký rozdíl mezi vztahem pacienta k lékaři v případě akutního a chronického onemocnění. Pacient s akutním onemocněním má plnou důvěru v lékaře, zato chronicky nemocný pacient často postupně tuto důvěru ztrácí. Zpočátku očekává rychlé uzdravení a to nepřichází a onemocnění se stává chronickým, pacientovo očekávání není splněno a on ztratí důvěru v lékaře. Pacient se následkem tohoto zklamání rozhodne nedodržovat režimová opatření doporučená od lékaře. Nezřídka se obrátí na léčitele nebo jiné paramedicínské postupy. Stále častěji se pacienti se stejným onemocněním sdružují do skupin zvaných *self – help groups*, kde hledají chybějící informace o daném onemocnění.(Křivohlavý, 2002)

3.3 ICHS jako chronické onemocnění

Chronické onemocnění znamená pro každého pacienta velkou zátěž a změny v dosavadním způsobu života. Průběh onemocnění může být ovlivněn postojem pacienta k nemoci, jeho psychickým stavem, zdravotním uvědoměním, jeho osobností nebo působením okolí a to zejména jeho rodiny. Každý prožívá nemoc jinak. (Zacharová, 2007). Předpokládá se, že v oblasti sebepojetí pacienta je nejvíce intenzivní dopad chronického onemocnění. Situace může dospět až do stavu, nazývaného *non – person*, jedná se o takzvané nebytí osobností, kdy se pacient zcela odcizí druhým i sám sobě. (Křivohlavý, 2002). Při dlouhodobé léčbě chronických onemocnění, je proto nezbytné dodání sebedůvěry pacientům, kteří často ztrácí pocit vlastní užitečnosti. Tito pacienti často následně hůře spolupracují při rehabilitaci a v rekonvalescenci (Zacharová, 2007). Myšlenky pacientů s chronickým onemocněním se často upírají na vlastní nemoc. Obvykle má tento typ onemocnění střídavý charakter, kdy se období akutní exacerbace střídají s různě dlouhým obdobím klidu.

4. PSYCHOSOMATIKA

4.1 Historie psychosomatiky

Poprvé byl termín psychosomatika použit Heinrothem r. 1818. V současném pohledu vznikla na podkladě psychoanalýzy, kde Freud na počátku 20. století popsal koncepci konverze v oblasti neuróz a vznik reakce vegetativní i tělesné, která doprovází emoční reakci na vnější inzult. Deutsch r. 1927 rozšířil tuto koncepci konverze za hranici neuróz a započal se zabývat doposud základní otázkou psychosomatiky tedy volbou orgánu. Po roce 1930 většina analytiků emigrovala do USA, kde došlo k dalšímu rozvoji psychosomatiky a k vytvoření komplexnějšího modelu multikauzální podmíněnosti Alexandera z roku 1950. Mimo východisek psychoanalytických vznikla v USA koncepce holistická. Třetím z východisek se stala psychofyziologie, která pokračovala v teorii I. P. Pavlova o podmíněných reflexech, v Cannově teorii homeostázy a koncepci stresu. Psychosomatika se od 40. let ubírá dvěma směry a to psychoanalytickou (specifickou) koncepcí, která sleduje orgánové odpovědi na působení stresorů a koncepcí neanalytickou (nespecifickou), ta se zaměřuje na vliv zátěžových životních událostí. Do nespecifických teorií je řazena také hypotéza o chování typu A, které má zřejmý vliv na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Po roce 1970 vzniká nový biomedicínký obor – behaviorální medicína. Vytváří se model zdraví a nemoci integrující proměnné biologické, psychologické, sociální, které se uplatňují v etiologii a patogenezi onemocnění. Psychosomatická medicína je Lipowskim od r. 1986 chápána jako klinická a vědecká disciplína, která vznikla z koncepce psychogeneze, celostního přístupu a systémového pojetí. Z pohledu historického byl základ psychosomatiky založen na psychoanalýze a teorii stresu. (Baštecký, 1993)

4.2 Vymezení pojmu psychosomatika

V nejširším pojetí pohlíží psychosomatika na pacienta jako na celistvou somato – psycho – sociální jednotu. V tomto pojetí se psychosomatika ztotožňuje s celostní

medicinou. V užším pojetí, pragmatickém, sleduje ta onemocnění, která jsou ovlivněna psychosociálními faktory. Sem jsou řazena i onemocnění, k jejichž vzniku vede často také nevhodný návyk, např. kouření. V nejužším pojetí se zabývá jednotlivými nozologickými jednotkami s charakteristickými psychosociálními faktory, které k danému onemocnění vedly.(Baštecký, 1993)

4.3 Základní teoretická východiska psychosomatiky

1. Kortikoviscerální teorie – vycházela z učení Pavlova, dnes stojí na pokraji zájmu.
2. Psychoanalytická teorie – vychází z hlubinné psychologie, soustřeďuje se na vnitřní svět a jeho soulad s vnějším světem. Tento myšlenkový proud je nazýván dynamický.
3. Teorie stresu – studuje vztahy mezi podnětem a chováním. Položila základy behaviorální medicíně. V poslední době se stírají hranice mezi dynamickým a mezi behaviorálním přístupem, oba proudy se vzájemně prolínají.(Baštecký, 1993)
Z koncepce stresu je odvozena koncepce životních událostí. Zabývá se otázkou, zda psychosociální zátěžová situace může vést určitou měrou ke vzniku somatického onemocnění například u kardiovaskulárních chorob.

4.4 ICHS jako psychosomatické onemocnění

Duševní a tělesný vývoj člověka vytváří dohromady celek, ve kterém má somatický stav vliv na psychiku a stav psychiky ovlivňuje somatiku. Tento princip se odráží i v nemoci. Nemoci mají také složku psychickou i somatickou. V medicíně se označují termínem psychosomatické onemocnění (Mohapl in Zacharová, 2007). Mezi psychosomatické onemocnění je řazena také ischemická choroba srdeční.(Zacharová, 2007)

Deprese je dle mnoha studií významným a nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění. Přitom klasická symptomatologie nebyla lékařem zpozorována. Příčinou bývá často larvovaná deprese nebo úzkostný stav. Často je deprese provázána úzkostí, panickou poruchou nebo fobií.(Chromý, Honzák, 2005)

5 ÚZKOST

5.1 Původ úzkosti

„Úzkost je nepříjemný prožitek a stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušení a neznámé nebezpečí“ (Vymětal in Zacharová, 2007, s.50). Úzkost pak může být horší než strach, protože očekávání neznámého je horší než samotný prožitek. Úzkost v onemocnění je neurčitá avšak velmi silná, často předchází strach. Může být psychickou reakcí na onemocnění, ale i prvotním příznakem, jako tomu bývá například u ischemické choroby srdeční. Úzkost se zobrazí v somatice i psychice pacienta například: podrážděním, útlumem, vystrašeným pohledem, nejistými pohyby, napětím svalů, roztržitostí, tachykardií a tachypnoí.(Zacharová, 2007)

Pocit úzkosti je iniciován behaviorálním inhibičním systémem (BIS), který reguluje hormonální reakce a slouží k vyhodnocení míry nebezpečí. Organismus pod jeho vlivem zareaguje na neznámé podněty, bolesti, neobdržení odměny, ohrožení třemi způsoby: přeruší dosavadní aktivitu, zvýší se napětí, zvýší se pozornost. Následně je spuštěna poplachová fáze stresu. Tato fáze je řízena autonomním vegetativním systémem, jež je neovlivnitelný vůlí, jejím cílem je připravit organismus na útěk neb o boj. Na stres se dá dle Honzáka určitým způsobem vyvrát. Původním účelem poplachové reakce je záchrana organismu, při které bývá plýtváno energií. Přetěžované orgány, například kardiovaskulární běží naprázdno a rychle se opotřebovávají. V poplachové fázi je aktivován sympatikus, což má za následek: zvýšení bdělosti, snížení imunity, zvýšení tepové frekvence, krevního tlaku, svalové kontraktility, pocení, mydriáza, zvýšení glykogenolýzy a lipolýzy. Při normální reakci na tuto situaci následuje fáze rezistence s aktivací parasympatiku, který je řízen steroidy. V CNS je patrný útlum, je snížena tepová frekvence i tlak krve, dochází k mióze. Pokud následuje další zátěž, organismus přejde do fáze vyčerpání, kdy je střídáno zcela chaoticky působení sympatiku a parasympatiku. Při regulaci stavů klid – úzkost se v nemalé míře uplatňují některé neurotransmitery. Za dirigenta mezi neurotransmitery je považován serotonin. Je syntetizován z tryptofanu a jeho

nedostatek může vést až k depresi nebo pocitům úzkosti. Komplexně působí na kardiovaskulární systém.(Honzák, 2005)

Dle Honzáka: „záchvat masivní úzkost může vyvolat anginózní obtíže. A pro ty je zase úzkost klasickým doprovodným symptomem. Naopak je bezpečně prokázáno, že pokud terapie vede k ústupu masivní úzkosti, zlepšuje se i průběh ICHS“ (Honzák, 2005, s.54).

5.2. Dělení duševních poruch

Podle platné desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí jsou duševní poruchy a poruchy chování zařazeny v V. třídě a označovány čtyřmístnými kódy F00 – F99. (Koldová, 2000)

Duševní poruchy jsou děleny na: neurotické, stresové, somatoformní, poruchy osobnosti, úzkostné poruchy, poruchy psychické při závislostech na návykových látkách, schizofrenní poruchy, afektivní poruchy.(Bouček, 1998)

Pro podstatu této práce uvádím podrobnější přehled úzkostných poruch, jejichž souvislosti s ICHS a sociální oporou chtěla autorka této práce zmapovat:

1. Fobie (F 40.0) – jde o chorobný strach z něčeho, co běžně strach nezpůsobuje. Pro příklad uvádím několik fobií, které mají nějaký vztah k tématu této bakalářské práce: být sám – autofobie a fobie z infarktu – kardiofobie. Pacient si je vědom nesmyslnosti jeho obav, ale strach není schopen překonat.

2. Generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1) – objektivně jsou tito pacienti pesimističtí, ustrašení, nejistí, úzkostliví, rychle zčervenají nebo zblednou. Subjektivně se považují za opatrné.

3. Smíšená úzkostně depresivní porucha (F 41.2) – v tomto případě jde o úzkostnou poruchu s podílem deprese. Nejvíce se projevuje mrzutou náladou, plačtivostí a opačně také podrážděností, pesimismem, nízkou sebedůvěrou, únavou, poruchami spánku.

4. Akutní reakce na stres (F 43.0) – tato kategorie tvoří přechod od mírnějších úzkostných poruch až k poststresové traumatické poruše .

5. Poruchy přizpůsobení (F 43.2) – jsou vyvolány stresem, průběh i léčba je obdobná jako u smíšené depresivní poruchy.

6. Posttraumatická stresová porucha (F 43.1) – tato nejzávažnější porucha může probíhat v akutní nebo opožděné formě po působení nepřiměřeně silného stresu. Pacientovi se stresující událost opakovaně promítá do snů, postupně se izoluje od společnosti, stává se netečným k okolí i k sobě samotnému. Může se projevit i po několikaleté latenci a to například disociálním chováním. Každopádně je to závažný stav. Následky nadprahového stresu se často objevují po celý život ve formě psychosomatických poruch.

7. Obsedantně kompulzivní porucha (F 42 – OCD) – objevuje se u lidí s puntičkářskými osobnostními rysy. Pacient pociťuje opakovaně nutkavé myšlenky, které u něj vyvolávají úzkost. Protože tyto myšlenky nelze potlačit, vyvíjí se často deprese.

8. Hypochondrická porucha (F 45.2) – pacient se obává, že trpí nějakým tělesným onemocněním. I hypochondr je však člověk, který trpí. I když není přítomna somatická porucha, strach z této nemoci je naprosto reálný.

9. Panická porucha (F 40.0) – často bývá spojena s agorafobií. Uplatňují se zde vlivy dědičnosti a působení stresu. Pokud dojde k panické atace, je subjektivně vnímaná úzkost pacientem přímo děsivá, pacienti mají pocit, jako by museli každým okamžikem zemřít. Při panické atace je porušena autonomní regulace. Panické ataky probíhají v určitém rytmu, chronická úzkost postupně narůstá, pacient zpočátku vyhledává rady lékařů, ale postupně se stahuje do izolace a narůstá u něj vyhýbavé chování. Na diagnózu panické poruchy je nutno myslet vždy u výskytu hysterických projevů. Paniku mohou vyvolávat i některá stimulantia, například kofein, kyselina mléčná v uzeninách nebo například hyperventilace. (Honzák, 2005)

5.3 Terapie úzkostných poruch

5.3.1 Farmakoterapie

1. Generalizovaná úzkostná porucha – v současnosti jsou největším trendem antidepresiva ze skupiny SSRI a tricyklická antidepresiva (dále jen TCA). TCA mají, bohužel, jako vedlejší účinek prodloužení QT intervalu na elektrokardiogramu (dále jen EKG). Mezi příčiny prodlužování tohoto intervalu je zařazena také ischemická choroba srdeční, proto jsou v terapii úzkostných poruch u ICHS volena antidepresiva ze skupiny SSRI. Preparáty SSRI mají dle několika studií kardioprotektivní účinky. Z této skupiny je běžně volen sertralin a paroxetin, který navíc kladně ovlivňuje variabilitu srdeční frekvence. Některé ze symptomů úzkosti lze odbourat beta-blokátory. Benzodiazepiny nejsou doporučovány u geriatrických pacientů pro podíl na riziku vzniku závratí a paradoxní excitace. Právě u této skupiny pacientů je často úzkostná porucha provázena rozvojem deprese. Farmakoterapeuticky lze tedy situaci zvládat také antidepresivy. V léčbě úzkostí jsou zastoupena také anxiolytika, která působí proti úzkosti a antidepresivně.

2. Panická porucha, fobie, sociální fobie a posttraumatická porucha – tyto úzkostné poruchy jsou provázeny nadměrnou aktivitou sympatiku a vegetativními projevy. Nejvhodnějším se jeví účinek paroxetinu, jež působí právě na vegetativní projevy, jako jsou změny srdeční frekvence. Jak Honzák uvádí, je průkazné rovněž jeho působení na agregabilitu krevních destiček, a proto je vhodný u pacientů léčených pro ICHS. Je nutno souběžně působit farmaky i psychoterapií.

3. Obsedantně kompulzivní a hypochondrické poruchy – pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou častokrát lékaře ani nevyhledají, i když subjektivně vnímají obsese i kompulze. Obsesemi rozumíme nutkavé a ulpívající myšlenky, kompulzemi jsou označovány nutkavé činy. Rovněž hypochondrické poruchy zůstávají často nediodagnostikovány. Lék první volby je paroxetin, z psychoterapie zejména kognitivně behaviorální terapie, kterou popisuje autorka níže.

5.3.2 Psychoterapie úzkostných stavů

Podstatou úspěšné psychoterapie je terapeutický vztah, ve kterém by měla být oboustranná důvěra. V psychoterapii úzkostných stavů lze aplikovat dva přístupy: psychoanalýza a dynamické směry – počítají s dynamikou osobnosti a vývojem jejího ega, behaviorální a kognitivně behaviorální terapie – vidí ego jen jako fikci a předpokládá, že vše špatné je jen naučené a lze to odnaučit. (Honzák,2005) Psychoterapie je prováděna individuálně nebo formou skupinové terapie.

Nejčastěji používané metody psychoterapie v terapii úzkosti:

1. Behaviorální terapie – využívá kladného vlivu relaxačních technik, kognitivních technik, při kterých je nacvičováno správné asertivní chování, pacienti jsou vyzýváni k vyhledání emoční podpory u životního partnera, rodiny, dále například v klubech pro kardiaky a v jiných společenských organizacích. Pacient je veden k tomu, aby vědomě ovlivňoval své chování a nechoval se hostilně, je však nezbytné zdůraznit, že si je nutno stanovit reálné cíle.(Šimon, 2001)
2. Kognitivně behaviorální teorie – vychází z behaviorismu. Podle této teorie má úzkostný pacient špatné myšlenkové schéma. Pacient má obavy něco udělat, aby to něco hrozného nezpůsobilo, uzavírá se tak nad ním bludný kruh. Základem je sestavení inventáře myšlenek a negativní myšlenky v něm nahrazovat pozitivními postoji k situacím. Terapie trvá šest až osm týdnů.
3. Psychoanalýza – zakladatelem psychoanalýzy je Sigmund Freud, který rozdělil osobnost na tři složky: id (ono), ego (vlastní já) a superego (nadjá), jež střeží myšlenky a činy. Základem jsou sexuální pudy, procházející během dětství fázemi: orální, anální, falickou a genitální. Pokud je tento vývoj narušen, skrytě mohou vznikat psychoneurózy, tedy i úzkostné poruchy. Pacient si na terapeutovi promítne osobu z dětství a zpětně řeší pomocí konflikty, které byly zakořeněny v nevědomí.
4. Dynamické terapie – vychází z psychoanalýzy. Formované ego bylo během vývoje zdeformováno a později se tento defekt projevil neurotickými obtížemi, například typickou úzkostí.

5. Transakční analýza – pracuje s reálným egem. Vidí velkou sílu v malém pohlazení, jež symbolicky sděluje přítomnost někoho druhého. Člověk, hlavně jeho dětské já potřebuje hlazení. Pokud malé dítě nebude mazleno, může se u něj vypěstovat deprivace. Tuto skutečnost sdělili čeští psychologové Matějček a Langmeier. Symbolická pohlazení mohou být: biologická (vlastní dotyk, materiální, potrava) nebo psychosociální (význam pochválení, uznání). Každý jedinec by měl část pohlazení projevit také sám sobě.

Transakce je nejjednodušším způsobem komunikace. Má složku sociální, což je vlastní sdělení a psychologickou, která podtrhává celkový význam komunikace (gesta, intonace).(Honzák, 2005)

6. Racionální psychoterapie – pacientovi s úzkostnou poruchou se terapeut snaží objasnit mechanismus vzniku jeho stavů úzkosti, společně se dostávají k jádru problému, zjišťují spouštěcí mechanismus. Pacientovi je na základě zjištěných údajů doporučen postup reakce na tyto stavy.

7. Hypnóza – v případě úzkostných poruch může terapeut pomocí sugesce pocit úzkosti redukovat.

8. Autogenní trénink – nácvikem relaxace, přeladěním se do duševního klidu, odpoutáním se od starostí u sám pacient postupně snižuje svoji pohotovost k prožitkům úzkosti a odbourává svoji chronickou úzkostnou tenzi.

5.3.3 Kardiovaskulární choroby a terapie úzkosti

Především u ICHS se jako druhotná psychopatologie objevuje úzkost až deprese. Deprese je dle mnoha studií významným a nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění. Přitom klasická symptomatologie nebyla lékařem upozorována. Příčinou bývá často larvovaná deprese nebo úzkostný stav. Často je deprese provázena úzkostí, panickou poruchou nebo fobií.(Šimon, 2001) Je doporučováno podávání anxiolytik v kombinaci s beta-blokátory. V profylaxi ICHS autoři podporují podávání beta-blokátorů v malé dávce se současnými behaviorálními metodami. Cílem behaviorálních metod je v tomto případě snaha odnaučit rizikovému chování typu A dle Friedmana a Rosenmana, které bývá navíc spojeno s hostilitou.

V podstatě jsou zatím známy dva přístupy v oblasti léčby vlivů psychosociálního stresu na ischemickou chorobu srdeční. Prvním jsou behaviorální techniky a druhým je klasická farmakoterapie, kterou již autorka v této kapitole přiblížila. (Baštecký, Šavlík, Šimon, 2003)

6. CÍLE A VÝSTUPY PRÁCE

6.1 Cíle a výzkumná otázka

Poněvadž autorka pracuje druhým rokem na oddělení intenzivní péče v oboru interním se zaměřením na kardiologii, velmi ji zaujaly často se opakující psychické reakce pacientů na kardiovaskulární onemocnění. Nejčastěji se vyskytující reakcí na onemocnění zde byla právě úzkost. Ve svém výzkumném šetření chtěla autorka zmapovat, zda je možno tuto reakci nějak pozitivně ovlivnit.

Výzkumná otázka zněla:

„Má sociální opora vliv na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční?“

Na základě vlastních zkušeností autorky se jevilo jako zajímavé zaměření na vliv sociální opory na reakce pacientů na vlastní chronické onemocnění ICHS. Z tohoto důvodu si autorka stanovila následující cíle:

Cíl č. 1 – Zmapovat psychické reakce pacientů na chronické onemocnění ICHS.

Cíl č. 2 – Zmapovat výskyt úzkosti u pacientů s ICHS.

Cíl č. 3 – Zmapovat míru sociální opory u pacientů s ICHS.

Cíl č. 4 – Zmapovat vliv sociální opory na průběh chronického onemocnění ICHS.

Hypotéza 1 ke 4. cíli: existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS.

Hypotéza 2 ke 4. cíli: existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti při zhoršení ICHS obtíží a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS.

6.2 Metodika

6.2.1 Použitá metoda

Ke zpracování bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Jako metoda výzkumu byla použita technika sběru dat pomocí anonymního dotazníku (viz příloha č.1), která umožňuje rychlý sběr dat od velkého počtu respondentů.

Byl sestaven nestandardizovaný dotazník za účelem tohoto výzkumného šetření, určený pro pacienty dispenzarizované s diagnózou ICHS. Dotazník obsahuje celkem 28 položek. V dotazníku bylo použito více typů položek. V položkách uzavřených byl respondentům nabídnut soubor možných odpovědí, z nichž si respondent mohl zvolit buď jednu nebo v daných otázkách i více možností odpovědí. Ve škálových položkách respondent zaznačil subjektivně vnímanou míru na vyznačené ose, která disponovala rozmezím hodnot 1 – 7. Dotazník byl rozdělen na okruhy položek, jež se vztahovaly k jednomu z daných cílů výzkumného šetření. V úvodu dotazníku byly použity položky týkající se demografických údajů. Bylo zde zohledněno pohlaví, věk a zaměstnanost respondentů.

Dále byl použit standardizovaný dotazník, pomocí něhož byla zmapována míra sociální opory respondentů. Pro tento účel byl zvolen standardizovaný dotazník sociální opory PSSS J. A. Blumenthal a kol.. Autorem dotazníku PSSS (Perceived Social Support Scale) z roku 1974 jsou J. A. Blumenthal a kol. (viz příloha č. 3). Tento dotazník hodnotí úroveň sociální opory pomocí 12 položek posuzovaných na sedmibodové škále od 1 (rozhodně nesouhlasím) – 7 (rozhodně souhlasím).

Výsledkem dotazníku PSSS jsou tři dílčí skóre:

- a) Sociální opora od blíže neurčené osoby.
- b) Sociální opora od členů rodiny.
- c) Sociální opora od přátel. (Kebza, Šolcová, 1999)

Celkové skóre sociální opory je pak dáno součtem dílčích skóru.

Škála je ještě doplněna o čtyři subškály, které umožňují porovnat hodnocení sociální opory ze strany rodiny, přátel, spolupracovníků a nadřízených. Tyto subškály (v rámci položky č. 13) se vyhodnocují samostatně, skóre každé z nich vyjadřuje

přímo příslušná škálová hodnota. Tento dotazník dle Vašiny a Valoškové prokázal dostatečné psychometrické parametry.(Vašina, Valošková, 1998)

Pro ověření validity a srozumitelnosti byl nejdříve proveden **pilotní výzkum** za pomoci deseti respondentů s diagnózou ICHS. Podle výsledků dotazníku byly přepracovány položky, které se jevily respondentům jako nesrozumitelně formulované.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, návratnost byla 136 (91 %). Z tohoto počtu muselo být 6 dotazníků vyloučeno pro nesplnění zadaných kritérií. Vyhodnoceno bylo tedy celkem 130 dotazníků (100 %). Ve výsledcích výzkumného šetření jsou hodnoty vyjádřené v procentech vždy zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

Relativní četnost byla vypočtena pomocí vzorce: $f_i = n_i / n$

(f_i = relativní četnost, n_i = absolutní četnost, n = celková četnost).

Pearsonova korelace je míra vztahu mezi dvěma proměnnými. Výpočet korelace byl proveden pomocí programu „výpočet korelace v aplikaci Excel“ pomocí Pearsonova korelačního koeficientu: $r = - 0,42$.

6.2.2 Charakteristika souboru respondentů

Pro sledovaný soubor respondentů byla na počátku výzkumného šetření stanovena daná **kritéria výběru**:

- 1. Respondent musel být dispenzarizován a léčen pro ischemickou chorobu srdeční.**
- 2. Dolní věková hranice respondentů byla stanovena na 50 let.**
- 3. Respondenti museli být sledováni nebo léčeni pro onemocnění ICHS déle než tři měsíce.**

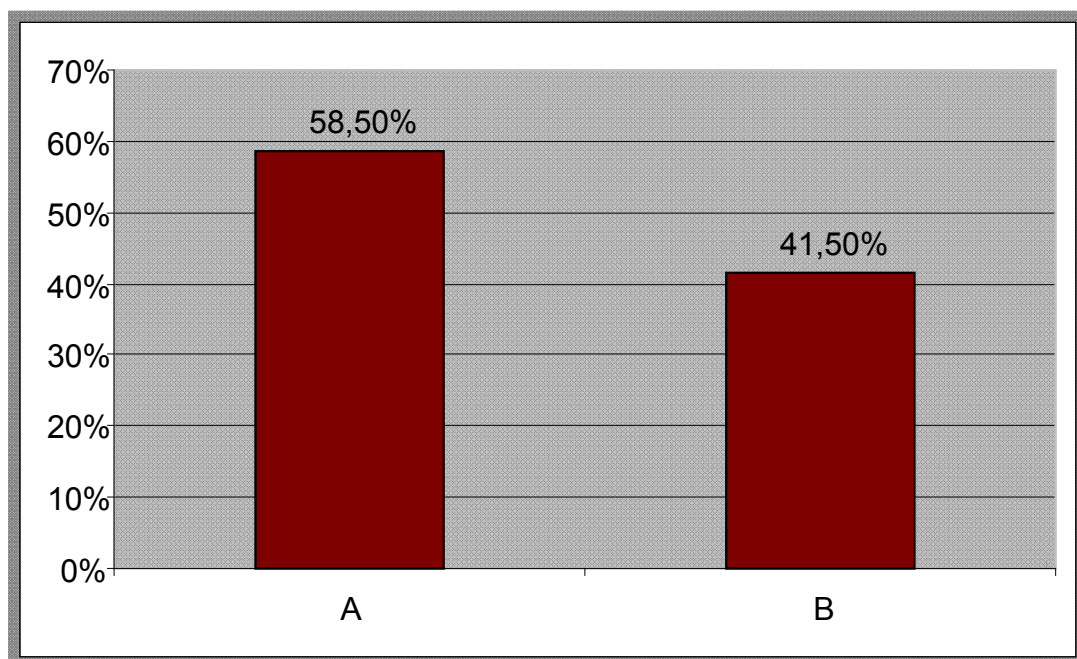
Ochota respondentů při vyplňování dotazníku byla velká.

Výzkumný soubor blíže charakterizovaly položky č.1 – 5 nestandardizovaného dotazníku, vytvořeného za účelem této bakalářské práce.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	muž	76	58,5 %
B	žena	54	41,5 %

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

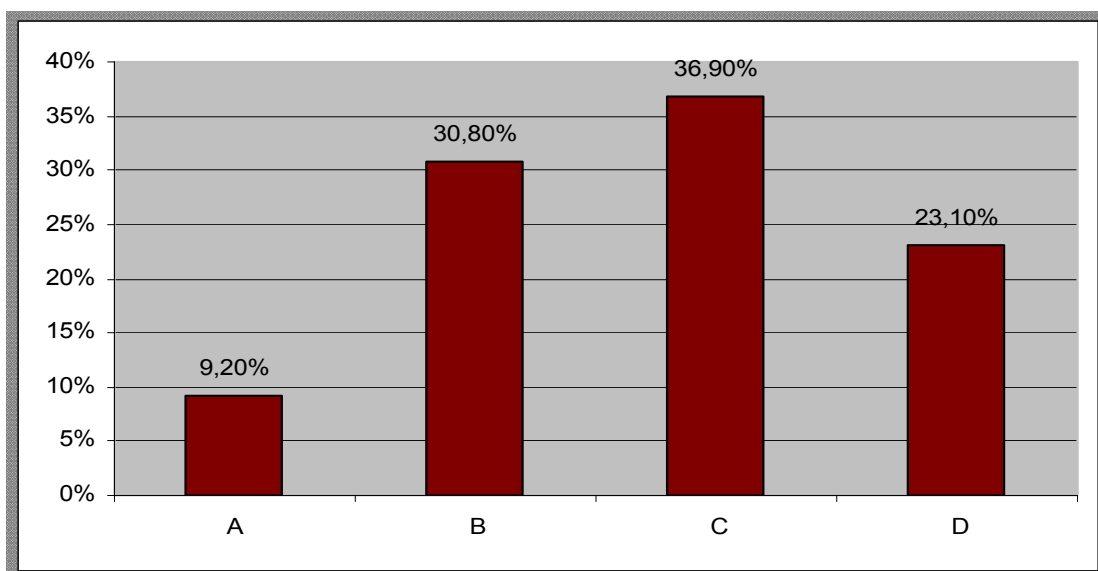


Z celkového počtu respondentů bylo 54 (41,5 %) žen a 76 (58,5 %) mužů (viz tabulka č. 1, graf č. 1).

Tabulka č. 2 Věkové skupiny respondentů

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	50 - 59 let	12	9,2 %
B	60 - 69 let	40	30,8 %
C	70 - 79 let	48	36,9 %
D	80 a více let	30	23,1 %

Graf č. 2 Věkové skupiny respondentů

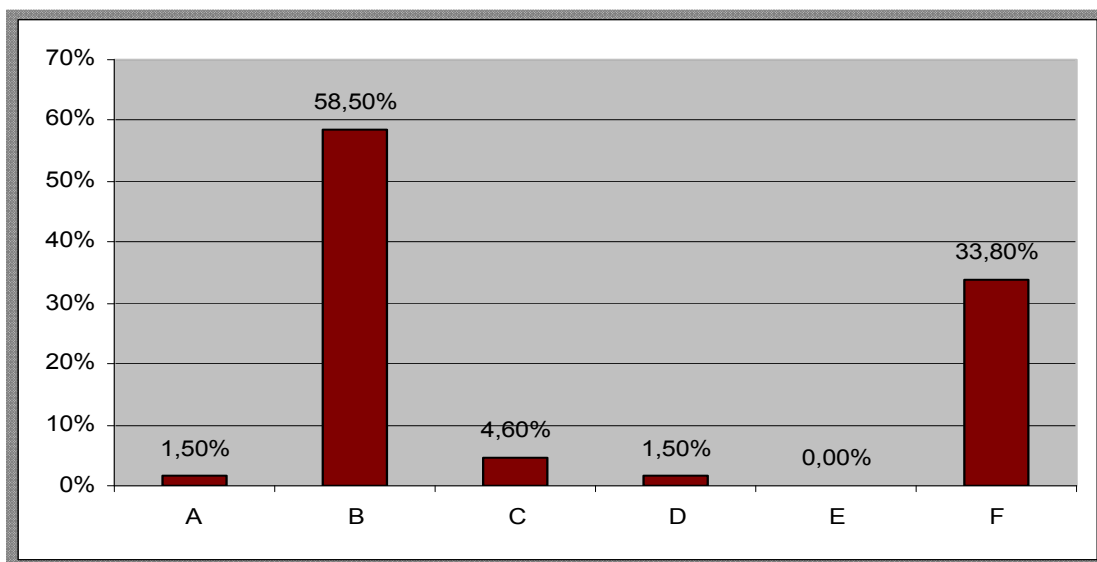


Ve věku 50 – 59 let bylo 12 (9,2 %) respondentů, ve věku 60 – 69 let bylo 40 (30,8 %) respondentů, ve věku 70 – 79 let bylo 48 (36,9 %) respondentů a ve věku nad 80 let bylo 30 (23,1 %) respondentů (viz tabulka č. 2, graf č. 2).

Tabulka č. 3 Rodinný stav respondentů

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	svobodný/á	2	1,5 %
B	ženatý/vdaná	76	58,5 %
C	žijete s druhem/družkou	6	4,6 %
D	rozvedený/á	2	1,5 %
E	ženatý/vdaná - žijící odděleně	0	0,0 %
F	vdovec/vdova	44	33,8 %

Graf č. 3 Rodinný stav respondentů

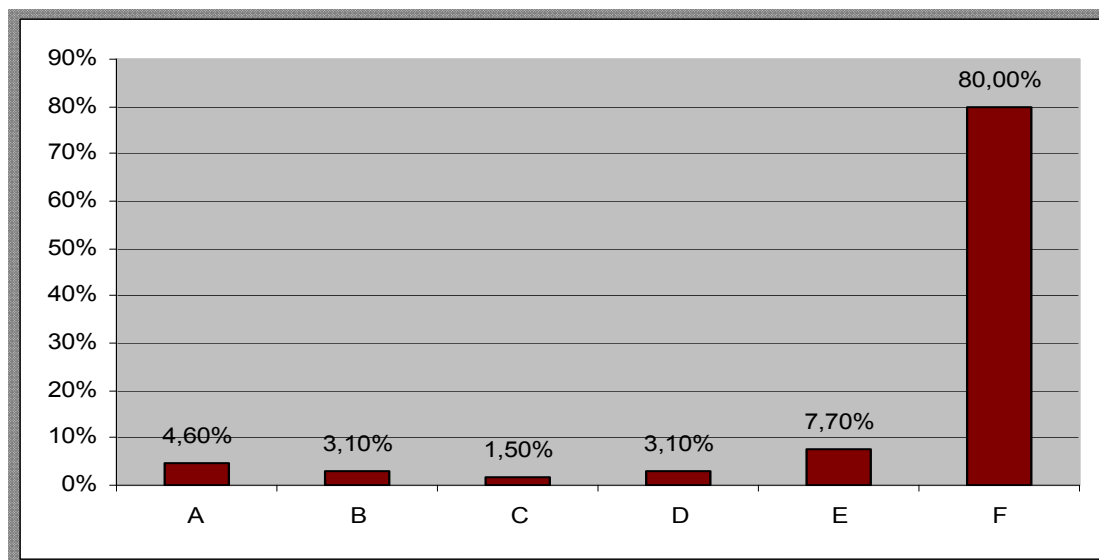


Z celkového počtu 130 respondentů bylo svobodných 2 (1,5 %) respondentů, ženatý/vdaná bylo 76 (58,5 %) respondentů, s druhem/ družkou žilo 6 (4,6 %) respondentů, rozvedených bylo 2 (1,5 %) respondentů, žádný z respondentů nebyl ženatý / vdaná žijící odděleně, ovdovělých bylo 44 (33,8 %) respondentů (viz tabulka č. 3, graf č. 3).

Tabulka č. 4 Pracovní poměr respondentů

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	pracující	6	4,6 %
B	nezaměstnan/a	4	3,1 %
C	dlouhodobě na PN	2	1,5 %
D	v částečném invalidním důchodu	4	3,1 %
E	v plném invalidním důchodu	10	7,7 %
F	ve starobním důchodu	104	80,0 %

Graf č. 4 Pracovní poměr respondentů

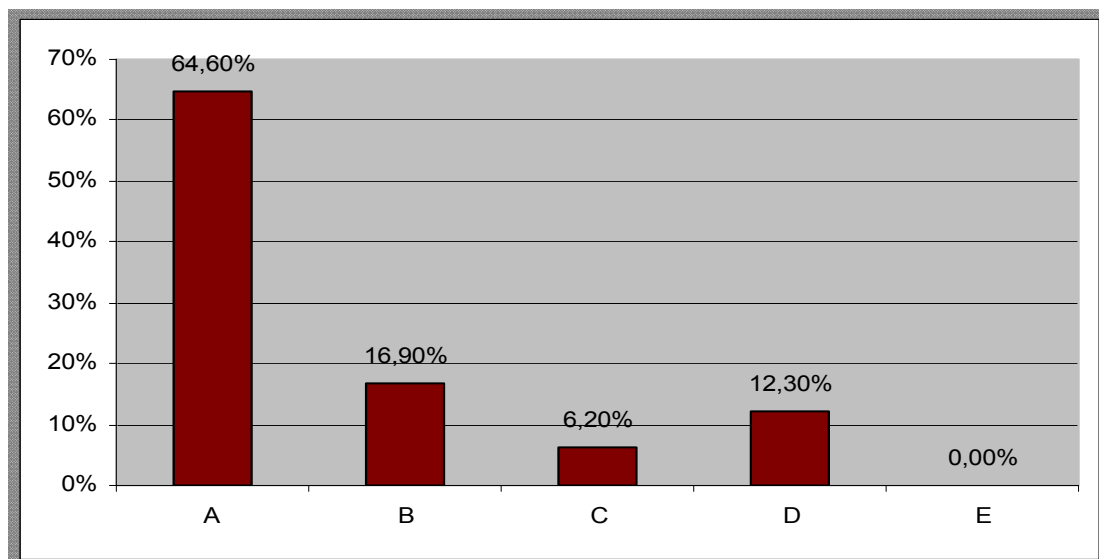


Pracujících bylo 6 (4,6 %) respondentů, nezaměstnaní byli 4 (3,1 %) respondenti, na dlouhodobé pracovní neschopnosti (PN) byli 2 (1,5 %) respondenti, v částečném invalidním důchodu byli 4 (3,1 %) respondenti, v plném invalidním důchodu bylo 10 (7,7 %) respondentů a ve starobním důchodu bylo 104 (80,0 %) respondentů (viz tabulka č. 4, graf č. 4).

Tabulka č. 5 Bytové poměry respondentů

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	s rodinou	84	64,6 %
B	sám/sama	22	16,9 %
C	v domě s pečovatelskou službou	8	6,2 %
D	v zařízení pro seniory	16	12,3 %
E	jinak, uveďte jak	0	0,0 %

Graf č. 5 Bytové poměry respondentů



Z celkového počtu 130 respondentů bydlelo s rodinou 84 (64,6 %) respondentů, sám/sama bydlelo 22 (16,9 %) respondentů, v domě s pečovatelskou službou bydlelo 8 (6,2 %) respondentů, v zařízení pro seniory bydlelo 16 (12,3 %) respondentů, žádný z respondentů neudával jiný typ bydlení (viz tabulka č. 5, graf č. 5).

6.2.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo prováděno v Nemocnici Blansko se souhlasem hlavní sestry Nemocnice Blansko Mgr. Jany Kleskové (viz příloha č. 2). Dotazníky byly určeny pro pacienty, kteří byli dispenzarizováni pro ICHS. V Nemocnici Blansko jsou tyto pacienti nejvíce soustředěni na lůžková interní oddělení a do odborných kardiologických ambulancí. Autorka tohoto výzkumného šetření distribuovala dotazníky zejména na interní ambulanci veloergometrie, ambulanci holterovského monitorování a na oddělení intermediální péče interního oddělení. V ambulanci veloergometrie byl dotazník respondentovi nabídnut s obálkou k vyplnění po provedení zátěžového testu a po vyhodnocení EKG lékařem pacient odevzdal v zalepené obálce sestře na ambulanci dotazník již vyplněný. Na ambulanci holterovského 24hodinového monitorování daly sestry stejným způsobem dotazník k vyplnění respondentovi při napojení holtera a druhý den při odpojování jej v obálce přebíraly. Poslední skupinu respondentů tvořili pacienti, hospitalizovaní na oddělení intermediální péče interního oddělení, kteří byli napojeni na monitorování EKG pomocí telemetrie. Těmto respondentům distribuovala dotazníky přímo autorka této práce, rovněž s obálkou. Na konci pracovní směny autorka vybrala vyplněné dotazníky v zalepených obálkách. Dotazníky byly rozdávány v období 10.12.2009 – 28.2.2010. Na konci tohoto období byly shromážděny a vyhodnoceny.

6.2.4 Zpracování dat

Získaná data byla v průběhu měsíce března 2010 zpracována a analyzována, poté byla kumulována do sumárních tabulek a graficky znázorněna prostřednictvím sloupcových grafů. Ke zpracování dat výzkumného šetření bylo použito počítačových programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel v operačním systému Windows.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VE VZTAHU K CÍLŮM

7.1 Data vztahující se k 1. cíli

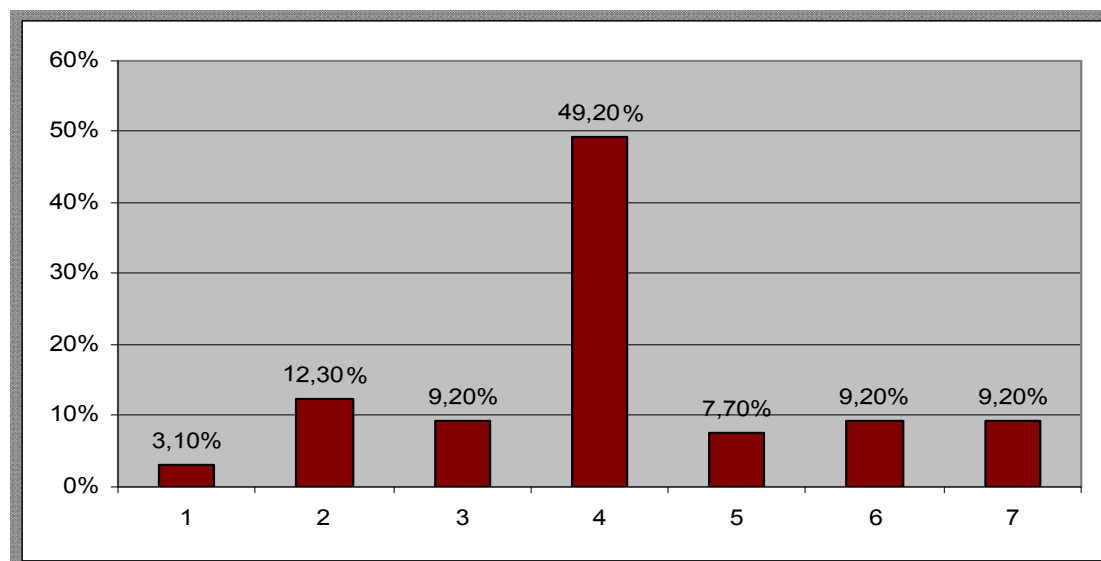
Cíl č. 1: Zmapovat psychické reakce pacientů na chronické onemocnění ICHS.

V souvislosti s prvním cílem byly sledovány položky č. 9, 12, 15 nestandardizovaného dotazníku.

Tabulka č. 6 Míra znepokojení projevy onemocnění ICHS

		n = 130	
Stupnice	Odpověď	n_i	f_i
1	vůbec	4	3,1 %
2		16	12,3 %
3		12	9,2 %
4	středně	64	49,2 %
5		10	7,7 %
6		12	9,2 %
7	velmi	12	9,2 %
Průměr:			4,2

Graf č. 6 Míra znepokojení projevy onemocnění ICHS



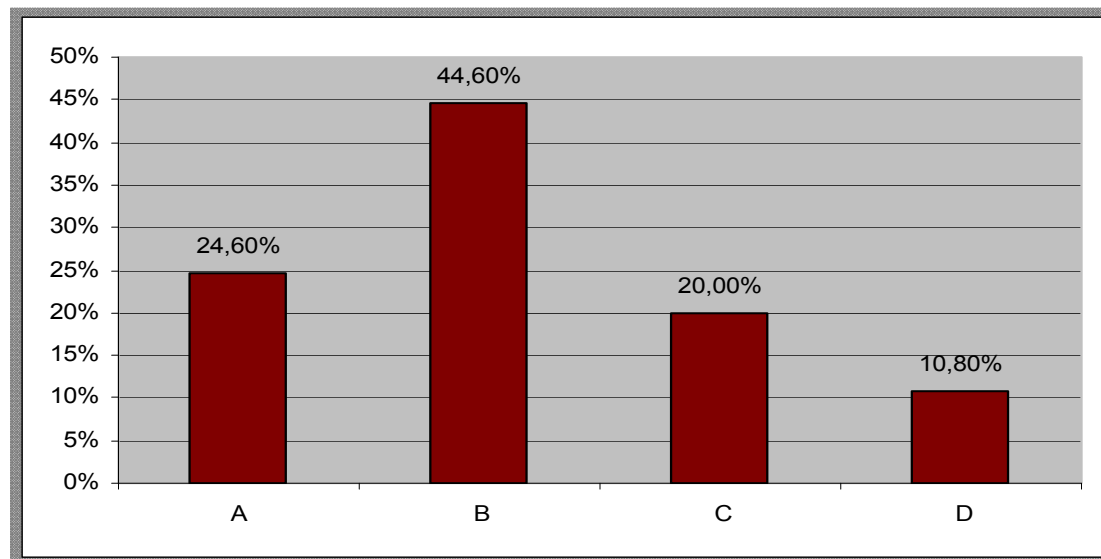
Na stupnici 1 (vůbec) – 4 (středně) – 7 (velmi) označilo míru znepokojení projevy onemocnění ICHS na 1. stupni 4 (3,1 %) respondentů, na 2. stupni 16 (12,3 %) respondentů, na 3. stupni 12 (9,2 %) respondentů, na 4. stupni 64 (49,2 %) respondentů, na 5. stupni 10 (7,7 %) respondentů, na 6. stupni 12 (9,2 %) respondentů a na 7. stupni 12 (9,2 %) respondentů.

Průměrná míra znepokojení byla 4,2 (viz tabulka č. 6, graf č. 6).

Tabulka č. 7 Postoj respondentů k chronickému onemocnění ICHS

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	nemoc je nepřítel, se kterým chci bojovat	32	24,6 %
B	snažím se co nejvíce zaměstnat, abych na ni nemyslel/a	58	44,6 %
C	snažím se i v této situaci najít něco pozitivního	26	20,0 %
D	vzdal/a jsem se veškerých nadějí na uzdravení	14	10,8 %

Graf č. 7 Postoj respondentů k chronickému onemocnění ICHS

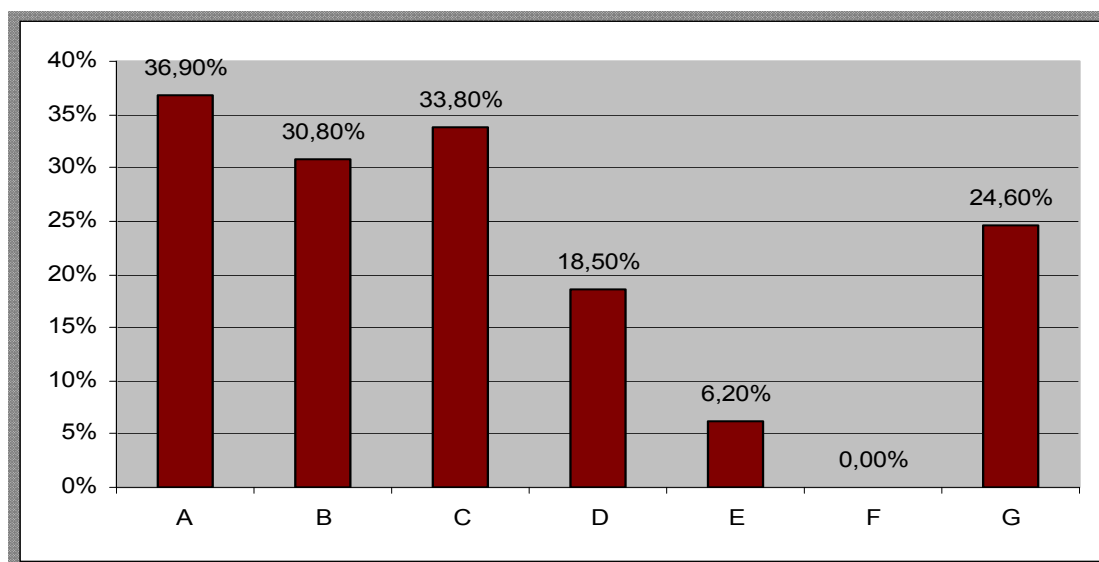


Vlastní chronické onemocnění ICHS vnímalo jako nepřítele, se kterým chce bojovat 32 (24,6 %) respondentů, co nejvíce se zaměstnat, aby nebyl čas na myšlenky na onemocnění se snažilo 58 (44 %) respondentů, pozitivní stránku stavu se snažilo najít 26 (20,0 %) respondentů a 14 (10,8 %) respondentů se zcela vzdalo naděje na uzdravení (viz tabulka č. 7, graf č. 7).

Tabulka č. 8 Psychické obtíže respondentů s ICHS

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	úzkost	48	36,9 %
B	strach	40	30,8 %
C	poruchy spánku	44	33,8 %
D	menší zájem o dění kolem sebe	24	18,5 %
E	lécíte se pro depresi	8	6,2 %
F	jiný psychický problém	0	0,0 %
G	žádný psychický problém	32	24,6 %

Graf č. 8 Psychické obtíže respondentů s ICHS



V souvislosti s ICHS udávalo psychické obtíže typu úzkosti 48 (36,9 %) respondentů, strach udávalo 40 (30,8 %) respondentů, poruchy spánku udávalo 44 (33,8 %) respondentů, menší zájem o okolí udávalo 24 (18,5 %) respondentů, pro depresi se již léčilo 8 (6,2 %) respondentů, jiný nejmenovaný psychický problém neměl žádný z respondentů a 32 (24 %) respondentů neudalo žádný psychický problém (viz tabulka č. 8, graf č. 8).

Cíl č. 1 byl splněn.

7.2 Data vztahující se ke 2. cíli

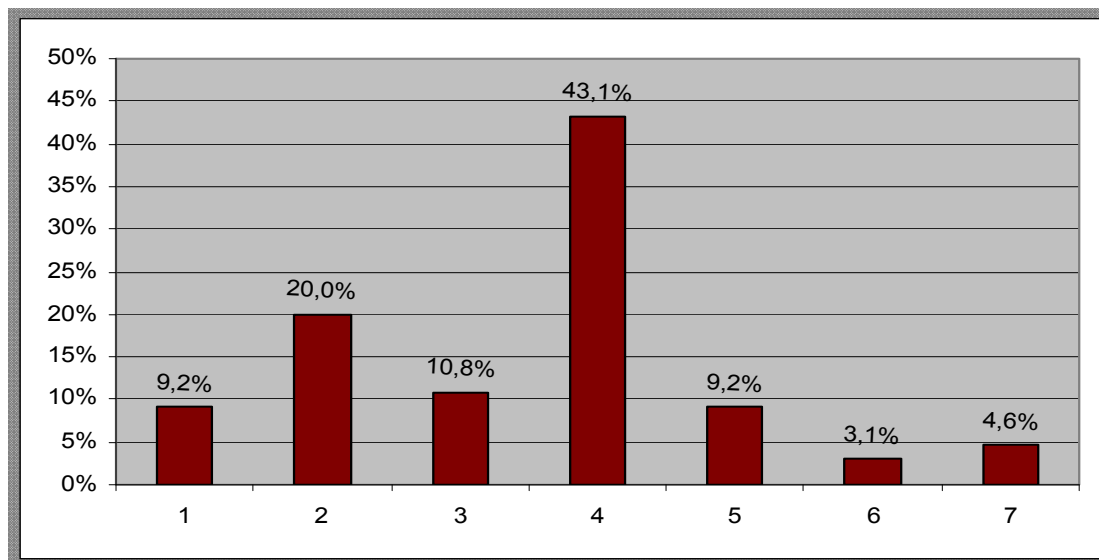
Cíl č. 2: Zmapovat výskyt úzkosti u pacientů s ICHS.

V souvislosti s druhým cílem byly sledovány položky č. 10, 11, 13, 14 nestandardizovaného dotazníku.

Tabulka č. 9 Míra úzkosti respondentů

		n = 130	
Stupnice	Odpověď	n _i	f _i
1	žádnou	12	9,2 %
2		26	20,0 %
3		14	10,8 %
4	střední	56	43,1 %
5		12	9,2 %
6		4	3,1 %
7	silnou	6	4,6 %
Průměr:			3,5

Graf č. 9 Míra úzkosti respondentů



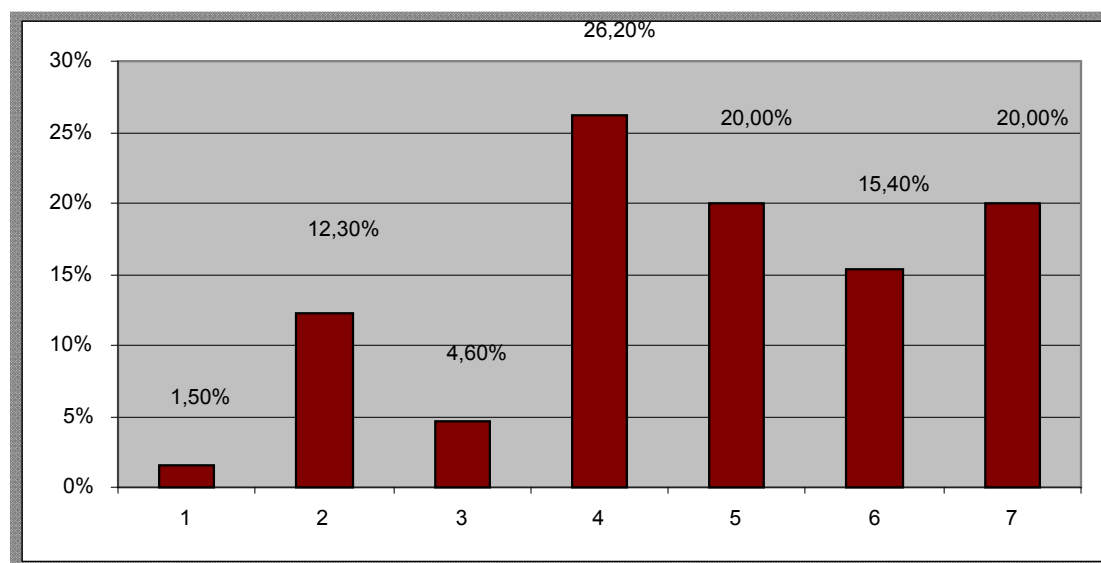
Na stupnici 1 (vůbec) – 4 (středně) – 7 (velmi) označilo míru obvykle vnímané úzkosti na 1. stupni 12 (9,2 %) respondentů, na 2. stupni 26 (20,0 %) respondentů, na 3. stupni 14 (10,8 %) respondentů, na 4. stupni 56 (43,1 %) respondentů, na 5. stupni 12 (9,2 %)

respondentů, na 6. stupni 4 (3,1 %) respondentů a na 7. stupni 6 (4,6 %) respondentů. Průměrná míra znepokojení byla 3,5 (viz tabulka č. 9, graf č. 9).

Tabulka č. 10 Míra úzkosti při zhoršení zdravotního stavu

Stupnice	Odpověď	n = 130	
		n _i	f _i
1	žádnou	2	1,5 %
2		16	12,3 %
3		6	4,6 %
4	střední	34	26,2 %
5		26	20,0 %
6		20	15,4 %
7	silnou	26	20,0 %
Průměr:			4,8

Graf č. 10 .Míra úzkosti při zhoršení zdravotního stavu



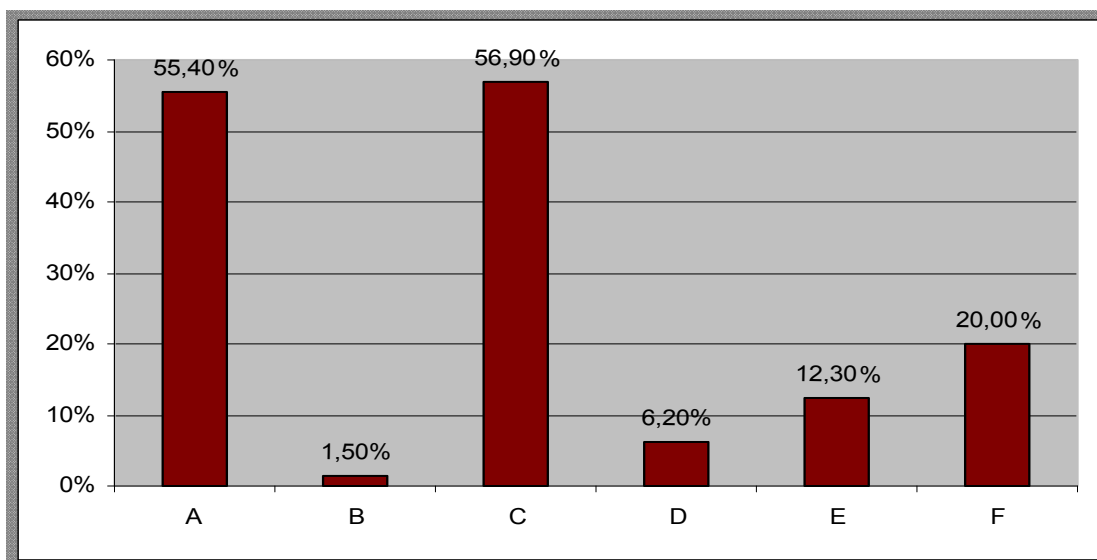
Na stupnici 1 (vůbec) – 4 (středně) – 7 (velmi) označilo míru úzkosti při zhoršení zdravotního stavu na 1. stupni 2 (1,5 %) respondentů, na 2. stupni 16 (12,3 %) respondentů, na 3. stupni 6 (4,6 %) respondentů, na 4. stupni 34 (26,2 %) respondentů, na 5. stupni 26 (20,0 %) respondentů, na 6. stupni 20 (15,4 %) respondentů a na 7. stupni 26 (20,0 %) respondentů.

Průměrná míra znepokojení byla 4,8 (viz tabulka č. 10, graf č. 10).

Tabulka č. 11 Související faktory úzkosti respondentů

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	ohrožení ve Vašem zdravotním stavu	72	55,4 %
B	ohrožení ve Vašem zaměstnání	2	1,5 %
C	ohrožení v běžných denních činnostech	74	56,9 %
D	ohrožení Vaší ekonomické situaci	8	6,2 %
E	ohrožení ve vztazích s přáteli a s rodinou	16	12,3 %
F	ohrožení ve splnění Vašich potřeb, tužeb	26	20,0 %

Graf č. 11 Související faktory úzkosti respondentů

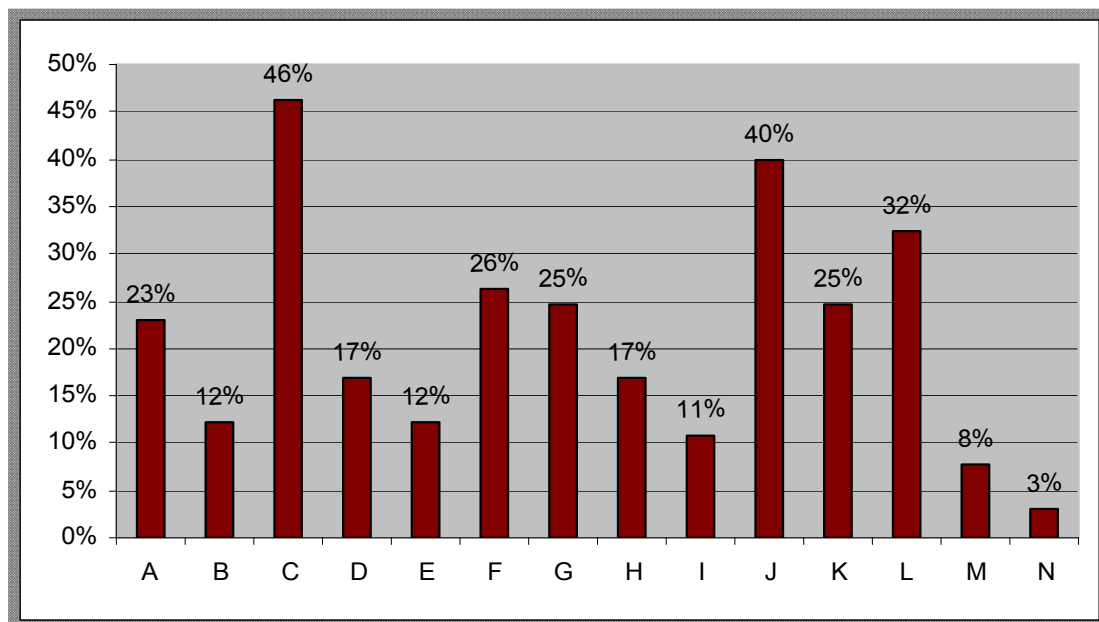


Všichni respondenti udávali nejméně jeden související faktor (SF) pro ošetrovatelskou diagnózu – 00146 Úzkost. Pocit ohrožení nebo změny ve svém zdravotním stavu pociťovalo 72 (55,4 %) respondentů, ohrožení nebo změnu ve svém zaměstnání cítili pouze 2 (1,5 %) respondenti, ohrožení nebo změnu v běžných denních činnostech vnímalo 74 (56,9 %) respondentů, ohrožení nebo změnu ve vztazích s přáteli nebo ve vztazích s rodinou pociťovalo 16 (12,3 %) respondentů a ohrožení nebo změnu v možnosti splnění svých potřeb nebo tužeb vnímalo celkem 26 (20,0 %) respondentů (viz tabulka č. 11, graf č. 11).

Tabulka č. 12 Určující znaky úzkosti respondentů

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	neklid, popudlivost, nervozita	30	23,1 %
B	lftostivost, trápení	16	12,3 %
C	nejistota, obavy, úzkostlivost	60	46,2 %
D	bezradnost, bezmocnost	22	16,9 %
E	roztržitost, zapomnětlivost	16	12,3 %
F	únava, zhoršená pozornost	34	26,2 %
G	chvění hlasu, třes rukou	32	24,6 %
H	zvýšené pocení, návaly horka	22	16,9 %
I	bolesti břicha, nauzea, průjem	14	10,8 %
J	bušení srdce, zrychlené dýchání	52	40,0 %
K	strach z nejasného důvodu	32	24,6 %
L	uvědomíte si vlastní tělesné obtíže	42	32,3 %
M	zaměříte se plně na své zdravotní obtíže	10	7,7 %
N	máte tendenci obviňovat ostatní	4	3,1 %

Graf č. 12 Určující znaky úzkosti respondentů



Všichni respondenti udávali nejméně jeden určující znak (UZ) pro ošetrovatelskou diagnózu – 00146 Úzkost. Neklid, popudlivost, nervozitu udávalo 30 (23,1 %)

respondentů, lítostivost, trápení udávalo 16 (12,3 %) respondentů, nejistotu, obavy, úzkostlivost udávalo 60 (46,2 %) respondentů, bezradnost, bezmocnost udávalo 22 (16,9 %) respondentů, roztržitost, zapomnětlivost udávalo 16 (12,3 %) respondentů, únavu, zhoršenou pozornost udávalo 34 (26,2 %) respondentů, chvění hlasu, třes rukou udávalo 32 (24,6 %) respondentů, zvýšené pocení, návaly horka udávalo 22 (16,9 %) respondentů, bolesti břicha, nauzeu, průjem udávalo 14 (10,8 %) respondentů, bušení srdce, zrychlené dýchání udávalo 52 (40,0 %) respondentů, strach z nejasného důvodu udávalo 32 (24,6 %) respondentů, uvědomování si vlastních tělesných obtíží udávalo 42 (32,3 %) respondentů, plně se na své zdravotní obtíže zaměřilo 10 (7,7 %) respondentů a 4 (3,1 %) respondenti měli tendence obviňovat ostatní (viz tabulka č. 12, graf č. 12).

Cíl č. 2 byl splněn.

7.3 Data vztahující se ke 3. cíli

Cíl č. 3: Zmapovat míru sociální opory u pacientů s ICHS.

V souvislosti se třetím cílem byly sledovány položky č. 1 – 12 a subškály 13. I. – IV. standardizovaného dotazníku PSSS – J. A. Blumenthal a kol..

Oblasti hodnocení míry sociální opory:

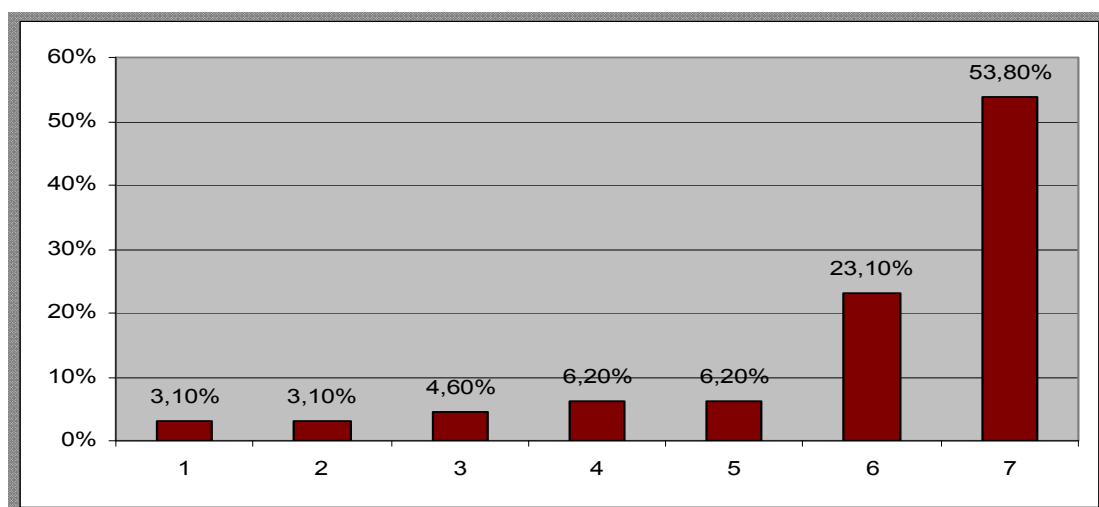
1. Sociální opora od blíže neurčené osoby
(položky dotazníku PSSS J. A. Blumenthal číslo: 1, 2, 5, 10).
2. Sociální opora od členů rodiny
(položky dotazníku PSSS J. A. Blumenthal číslo: 3, 4, 8, 11).
3. Sociální opora od přátel
(položky dotazníku PSSS J. A. Blumenthal číslo: 6, 7, 9, 12).

Sociální opora od blíže neurčené osoby

Tabulka č. 13 Existence blízké osoby v těžké životní situaci respondentů

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	4	3,1 %
2	nesouhlasím	4	3,1 %
3	spíše nesouhlasím	6	4,6 %
4	nevím	8	6,2 %
5	spíše souhlasím	8	6,2 %
6	souhlasím	30	23,1 %
7	rozhodně souhlasím	70	53,8 %
Průměr:			5,9

Graf č. 13 Existence blízké osoby v těžké životní situaci respondentů

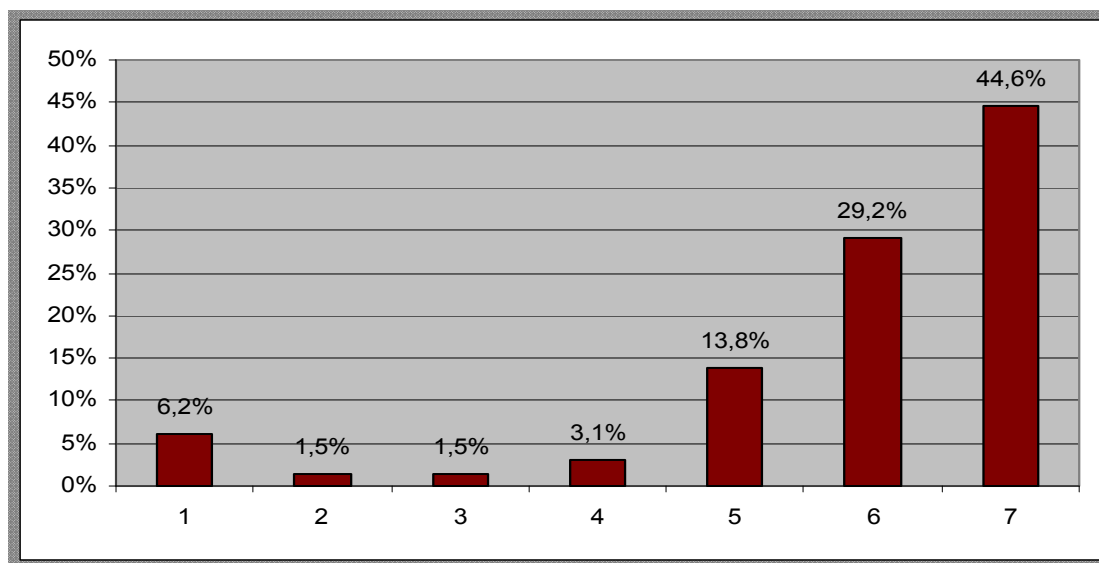


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, 4 body (nevím) 8 (6,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 30 (23,1 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 70 (53,8 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,9 bodů (viz tabulka č. 13, graf č. 13).

Tabulka č. 14 Existence osoby, se kterou se respondenti podělí o radosti i strasti

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	8	6,2 %
2	nesouhlasím	2	1,5 %
3	spíše nesouhlasím	2	1,5 %
4	nevím	4	3,1 %
5	spíše souhlasím	18	13,8 %
6	souhlasím	38	29,2 %
7	rozhodně souhlasím	58	44,6 %
Průměr:			5,8

Graf č. 14 Existence osoby, se kterou se respondenti podělí o radosti i strasti

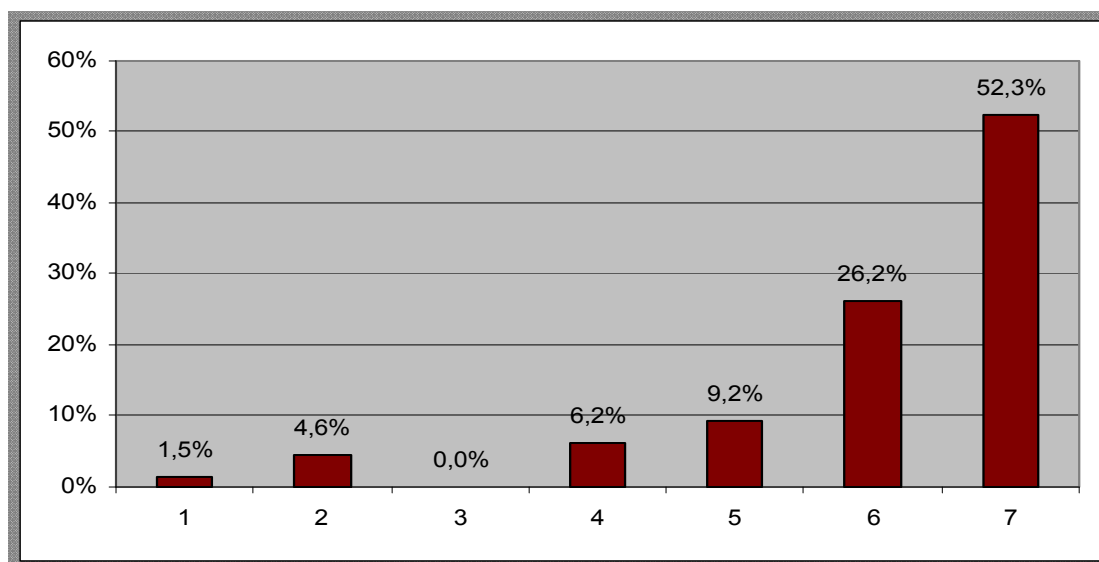


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, 4 body (nevím) 4 (3,1 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 18 (13,8 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 38 (29,2 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 58 (44,6 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,8 bodů (viz tabulka č. 14, graf č. 14).

Tabulka č. 15 Existence osoby, která je zdrojem radosti a spokojenosti

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	2	1,5 %
2	nesouhlasím	6	4,6 %
3	spíše nesouhlasím	0	0,0 %
4	nevím	8	6,2 %
5	spíše souhlasím	12	9,2 %
6	souhlasím	34	26,2 %
7	rozhodně souhlasím	68	52,3 %
Průměr:			6,0

Graf č. 15 Existence osoby, která je zdrojem radosti a spokojenosti

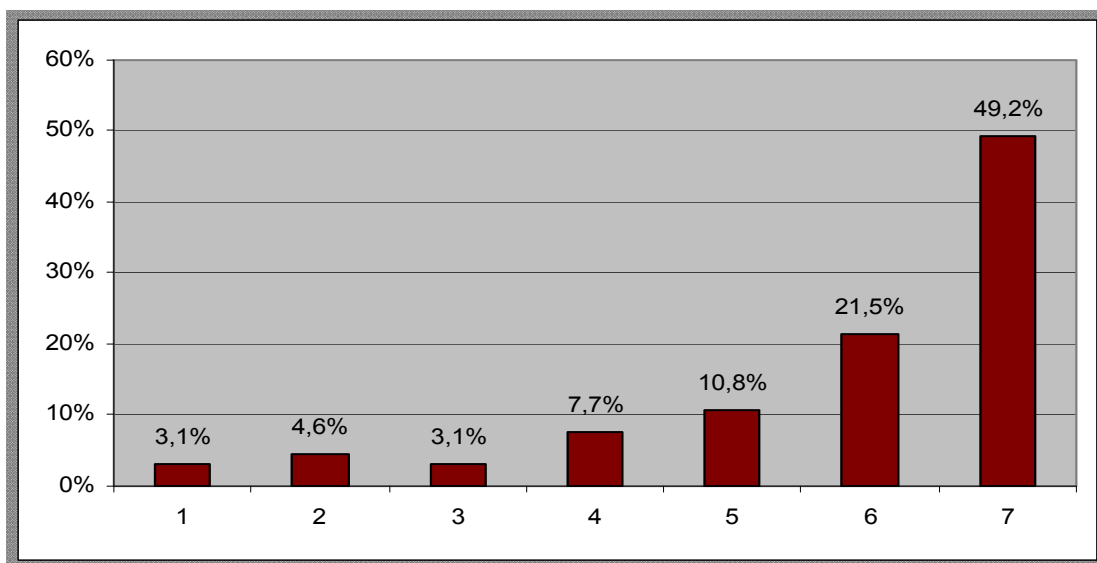


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) žádný z respondentů, 4 body (nevím) 8 (6,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 12 (9,2 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 34 (26,2 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 68 (52,3 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 6,0 bodů (viz tabulka č. 15, graf č. 15).

Tabulka č. 16 Existence osoby, které na respondentech záleží

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	4	3,1 %
2	nesouhlasím	6	4,6 %
3	spíše nesouhlasím	4	3,1 %
4	nevím	10	7,7 %
5	spíše souhlasím	14	10,8 %
6	souhlasím	28	21,5 %
7	rozhodně souhlasím	64	49,2 %
Průměr:			5,8

Graf č. 16 Existence osoby, které na respondentech záleží



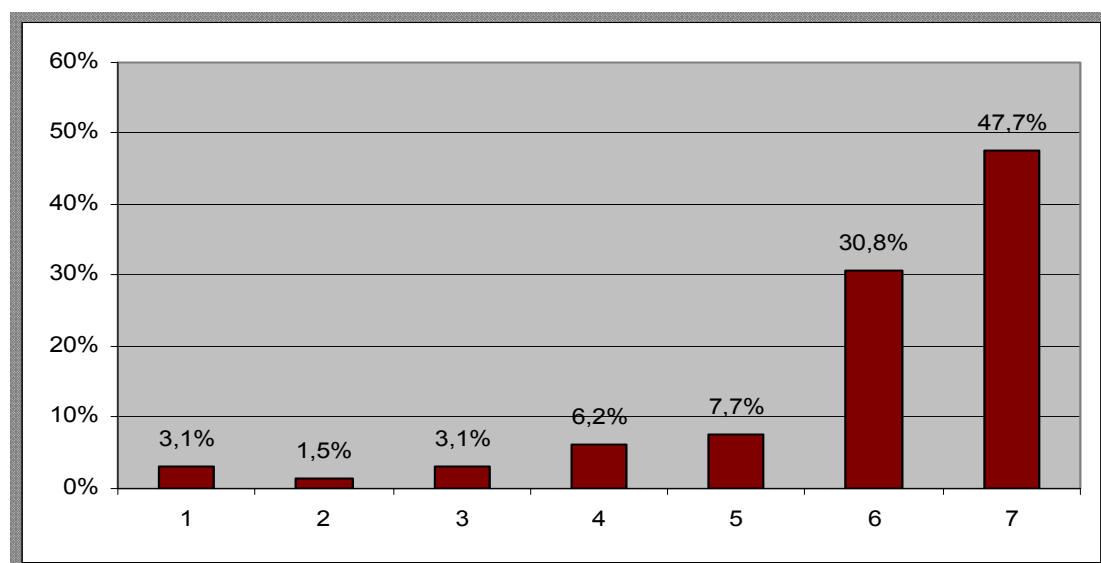
V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 4 body (nevím) 10 (7,7 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 14 (10,8 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 28 (21,5 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 64 (49,2 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,8 bodů (viz tabulka č. 16, graf č. 16).

Sociální opora poskytovaná rodinou respondentů

Tabulka č. 17 Rodina se respondentům snaží pomáhat

		n = 130	
Body	Odpověď	n _i	f _i
1	rozhodně nesouhlasím	4	3,1 %
2	nesouhlasím	2	1,5 %
3	spíše nesouhlasím	4	3,1 %
4	nevím	8	6,2 %
5	spíše souhlasím	10	7,7 %
6	souhlasím	40	30,8 %
7	rozhodně souhlasím	62	47,7 %
Průměr:			6,0

Graf č. 17 Rodina se respondentům snaží pomáhat

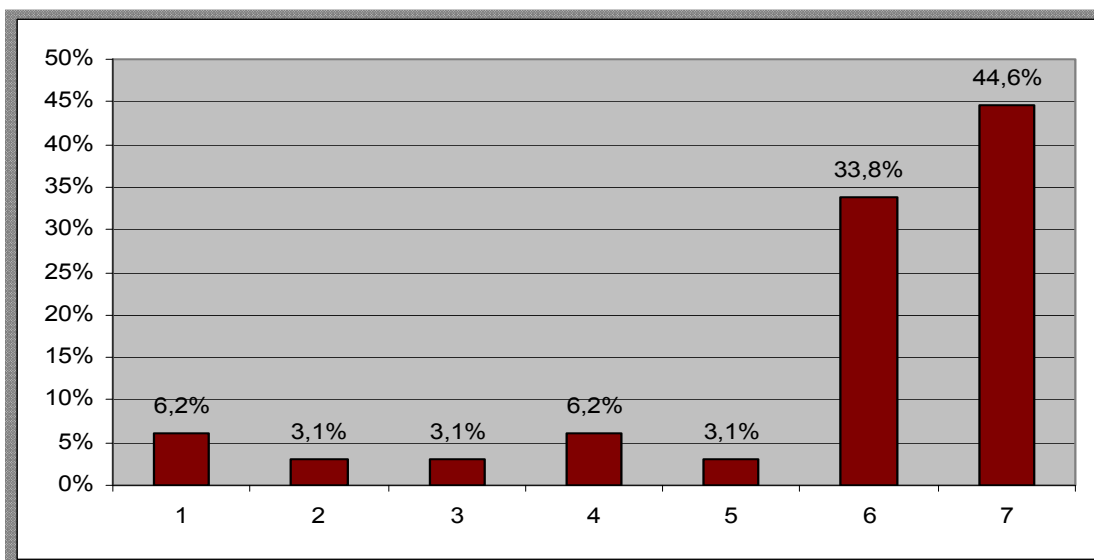


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 4 body (nevím) 8 (6,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 10 (7,7 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 40 (30,8 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 62 (47,7 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 6,0 bodů (viz tabulka č. 17, graf č. 17).

Tabulka č. 18 Rodina poskytuje respondentům dostatečnou citovou oporu

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	8	6,2 %
2	nesouhlasím	4	3,1 %
3	spíše nesouhlasím	4	3,1 %
4	nevím	8	6,2 %
5	spíše souhlasím	4	3,1 %
6	souhlasím	44	33,8 %
7	rozhodně souhlasím	58	44,6 %
Průměr:			5,8

Graf č. 18 Rodina poskytuje respondentům dostatečnou citovou oporu

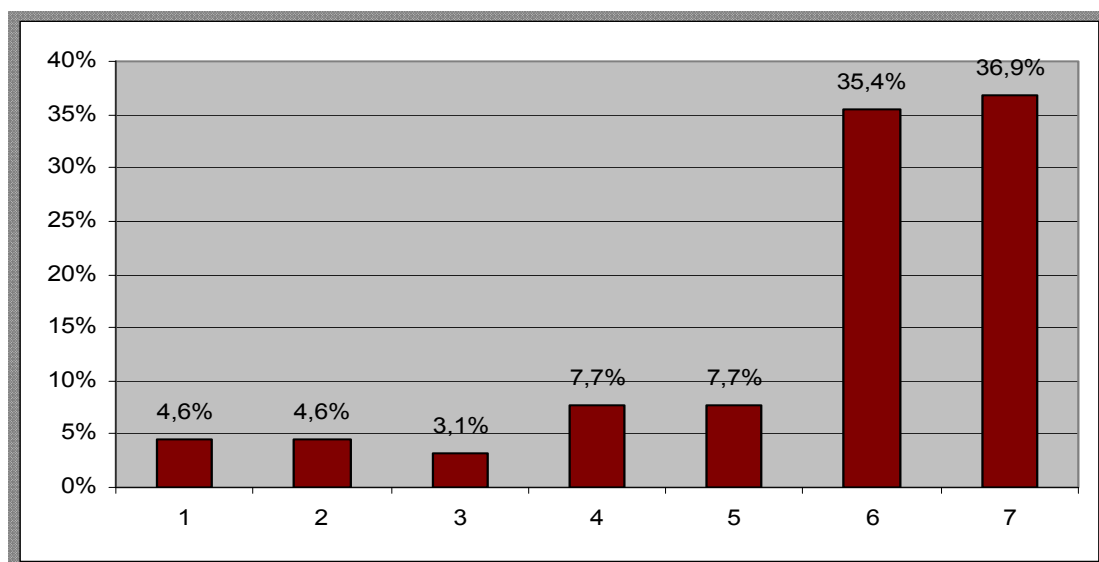


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 4 body (nevím) 8 (6,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 44 (33,8 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 58 (44,6 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,8 bodů (viz tabulka č. 18, graf č. 18).

Tabulka č. 19 S rodinou mohou respondenti hovořit o svých problémech

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	6	4,6 %
2	nesouhlasím	6	4,6 %
3	spíše nesouhlasím	4	3,1 %
4	nevím	10	7,7 %
5	spíše souhlasím	10	7,7 %
6	souhlasím	46	35,4 %
7	rozhodně souhlasím	48	36,9 %
Průměr:			5,6

Graf č. 19 S rodinou mohou respondenti hovořit o svých problémech

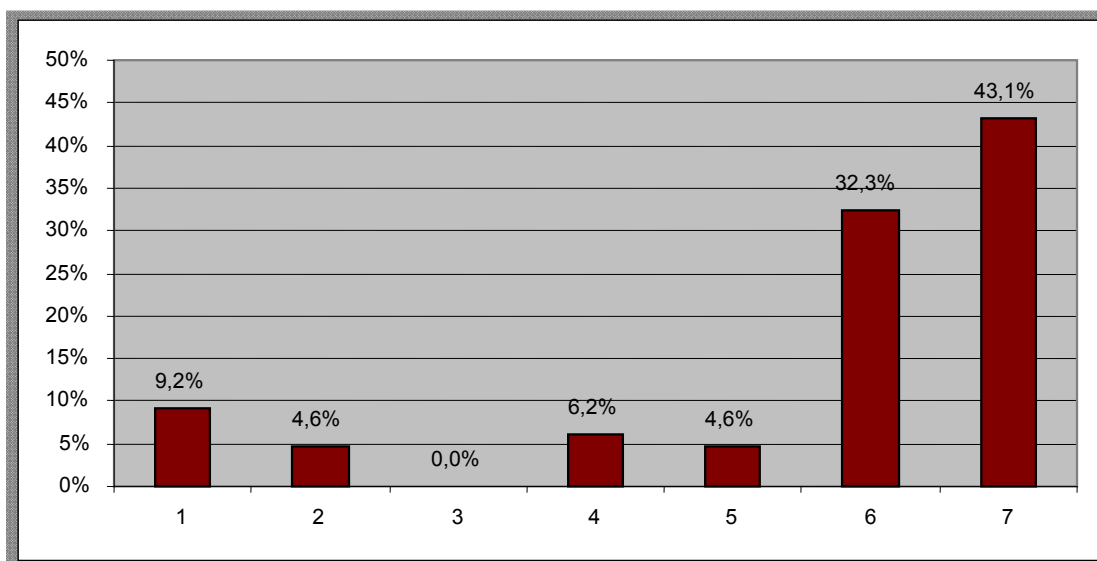


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 4 body (nevím) 10 (7,7 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 10 (7,7 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 46 (35,4 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 48 (36,9 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,6 bodů (viz tabulka č. 19, graf č. 19).

Tabulka č. 20 Rodina respondentům pomáhá při rozhodování

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	12	9,2 %
2	nesouhlasím	6	4,6 %
3	spíše nesouhlasím	0	0,0 %
4	nevím	8	6,2 %
5	spíše souhlasím	6	4,6 %
6	souhlasím	42	32,3 %
7	rozhodně souhlasím	56	43,1 %
Průměr:			5,6

Graf č. 20 Rodina respondentům pomáhá při rozhodování



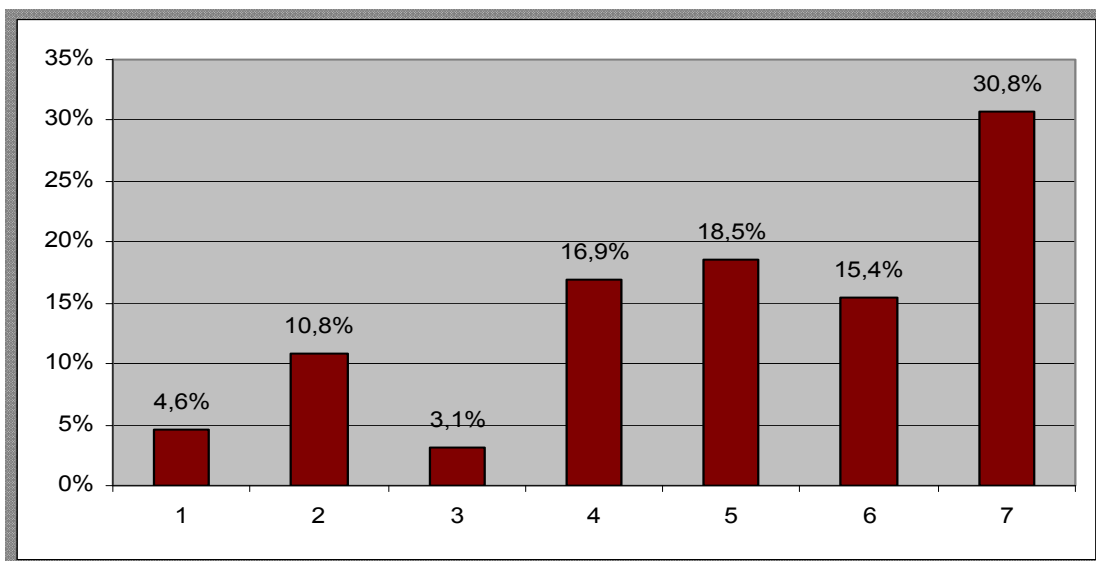
V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 12 (9,2 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) žádný z respondentů, 4 body (nevím) 8 (6,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 42 (32,3 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 56 (43,1 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,6 bodů (viz tabulka č. 20, graf č. 20).

Sociální opora poskytovaná přáteli respondentů

Tabulka č. 21 Přátelé se respondentům snaží pomáhat

		n = 130	
Body	Odpověď	n _i	f _i
1	rozhodně nesouhlasím	6	4,6 %
2	nesouhlasím	14	10,8 %
3	spíše nesouhlasím	4	3,1 %
4	nevím	22	16,9 %
5	spíše souhlasím	24	18,5 %
6	souhlasím	20	15,4 %
7	rozhodně souhlasím	40	30,8 %
Průměr:			5,0

Graf č. 21 Přátelé se respondentům snaží pomáhat

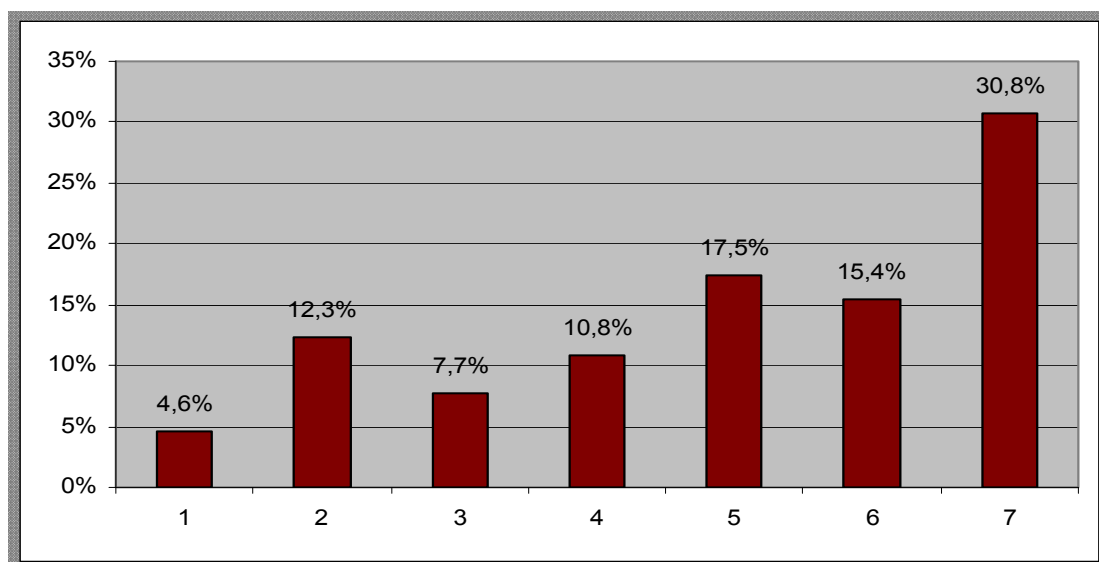


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 14 (10,8 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 4 body (nevím) 22 (16,9 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 24 (18,5 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 20 (15,4 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 40 (30,8 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,0 bodů (viz tabulka č. 21, graf č. 21).

Tabulka č. 22 Při nezdaru se mohou respondenti spolehnout na přátele

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	6	4,6 %
2	nesouhlasím	16	12,3 %
3	spíše nesouhlasím	10	7,7 %
4	nevím	14	10,8 %
5	spíše souhlasím	24	17,5 %
6	souhlasím	20	15,4 %
7	rozhodně souhlasím	40	30,8 %
Průměr:			5,0

Graf č. 22 Při nezdaru se mohou respondenti spolehnout na přátele

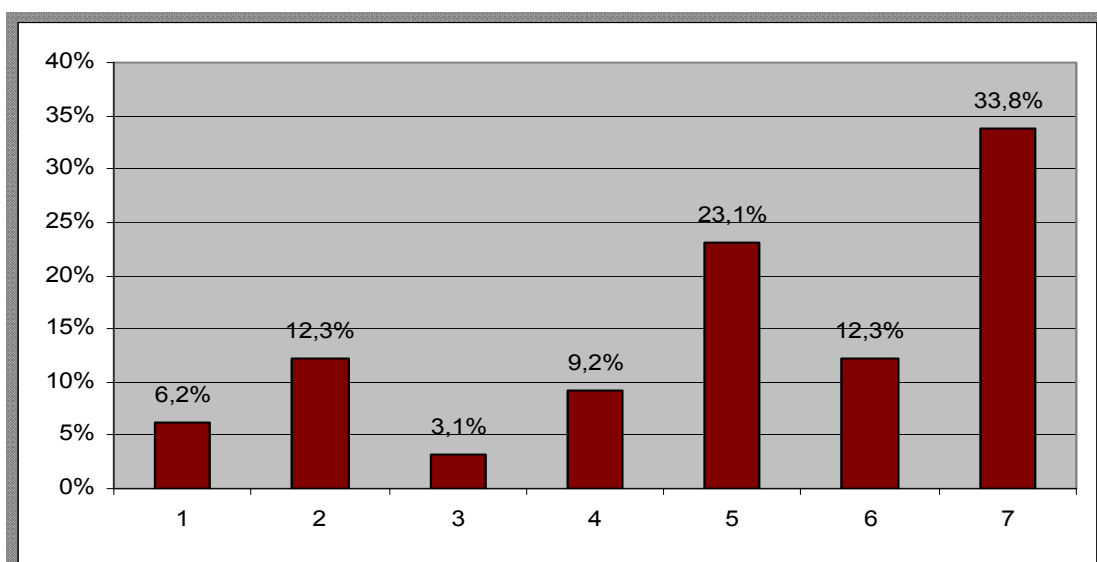


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 16 (12,3 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 10 (7,7 %) respondentů, 4 body (nevím) 14 (10,8 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 24 (18,5 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 20 (15,4 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 40 (30,8 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,0 bodů (viz tabulka č. 22, graf č. 22).

Tabulka č. 23 S přáteli se mohou respondenti podělit o radosti i strasti

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	8	6,2 %
2	nesouhlasím	16	12,3 %
3	spíše nesouhlasím	4	3,1 %
4	nevím	12	9,2 %
5	spíše souhlasím	30	23,1 %
6	souhlasím	16	12,3 %
7	rozhodně souhlasím	44	33,8 %
Průměr:			5,0

Graf č. 23 S přáteli se mohou respondenti podělit o radosti i strasti

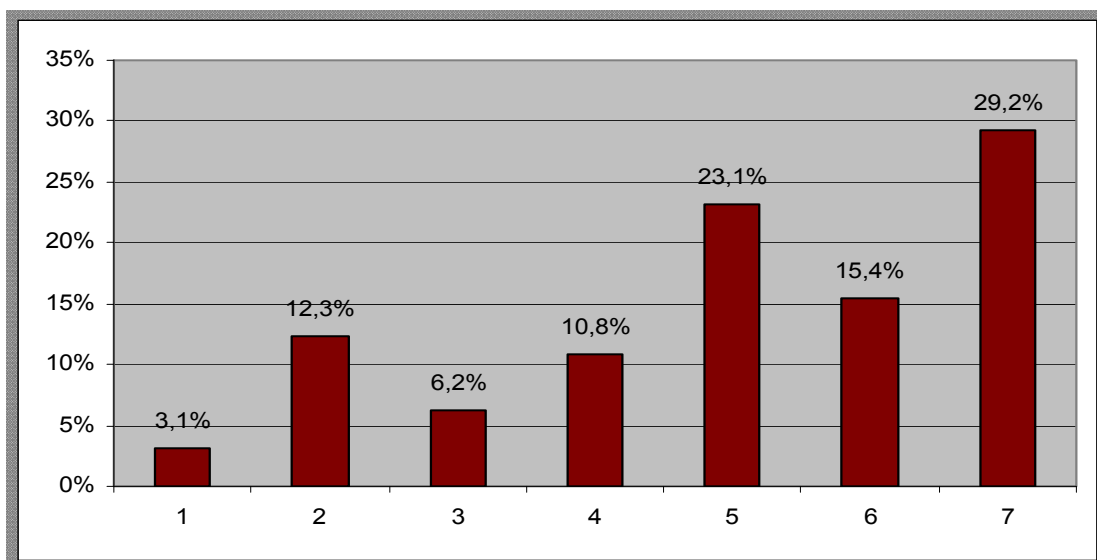


V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 16 (12,3 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 4 body (nevím) 12 (9,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 30 (23,1 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 16 (12,3 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 44 (33,8 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,0 bodů (viz tabulka č. 23, graf č. 23).

Tabulka č. 24 S přáteli mohou respondenti hovořit o svých problémech

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	4	3,1 %
2	nesouhlasím	16	12,3 %
3	spíše nesouhlasím	8	6,2 %
4	nevím	14	10,8 %
5	spíše souhlasím	30	23,1 %
6	souhlasím	20	15,4 %
7	rozhodně souhlasím	38	29,2 %
Průměr:			5,0

Graf č. 24 S přáteli mohou respondenti hovořit o svých problémech



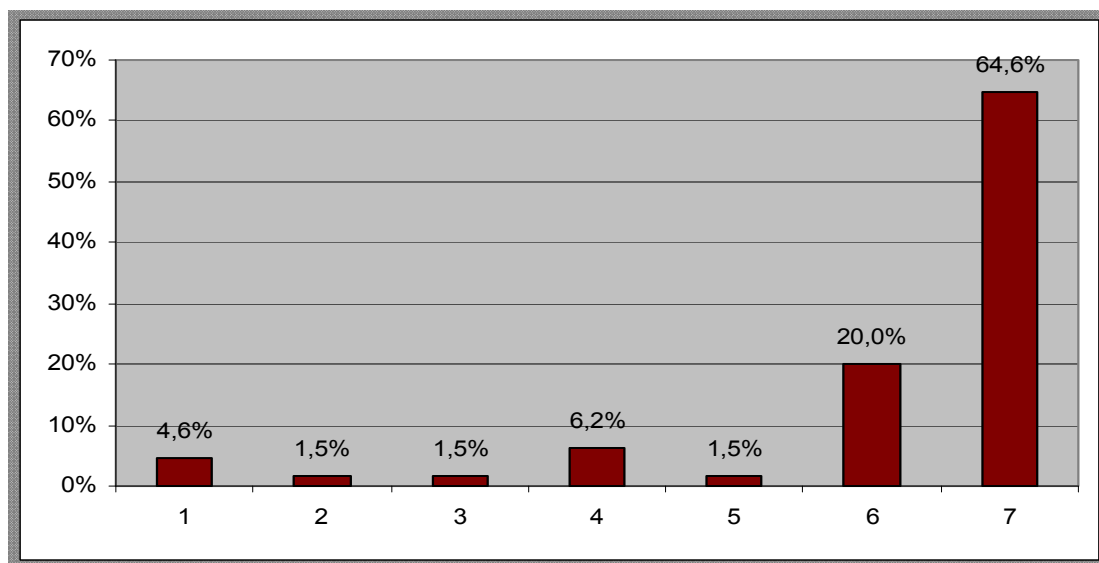
V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 16 (12,3 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 4 body (nevím) 14 (10,8 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 30 (23,1 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 20 (15,4 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 38 (29,2 %) respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 5,0 bodů (viz tabulka č. 24, graf č. 24).

Porovnání hodnocení sociální opory ze strany rodiny, přátel, spolupracovníků a nadřízených dle položek subškál – položky č. 13. I. – 13. IV. dotazníku PSSS

Tabulka č. 25 Hodnocení sociální opory poskytované rodinou

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	6	4,6 %
2	nesouhlasím	2	1,5 %
3	spíše nesouhlasím	2	1,5 %
4	nevím	8	6,2 %
5	spíše souhlasím	2	1,5 %
6	souhlasím	26	20,0 %
7	rozhodně souhlasím	84	64,6 %
Průměr:			6,2

Graf č. 25 Hodnocení sociální opory poskytované rodinou



V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, dále 3 body (spíše nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, 4 body (nevím) 8 (6,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 26 (20,0 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 84 (64,6 %) respondentů.

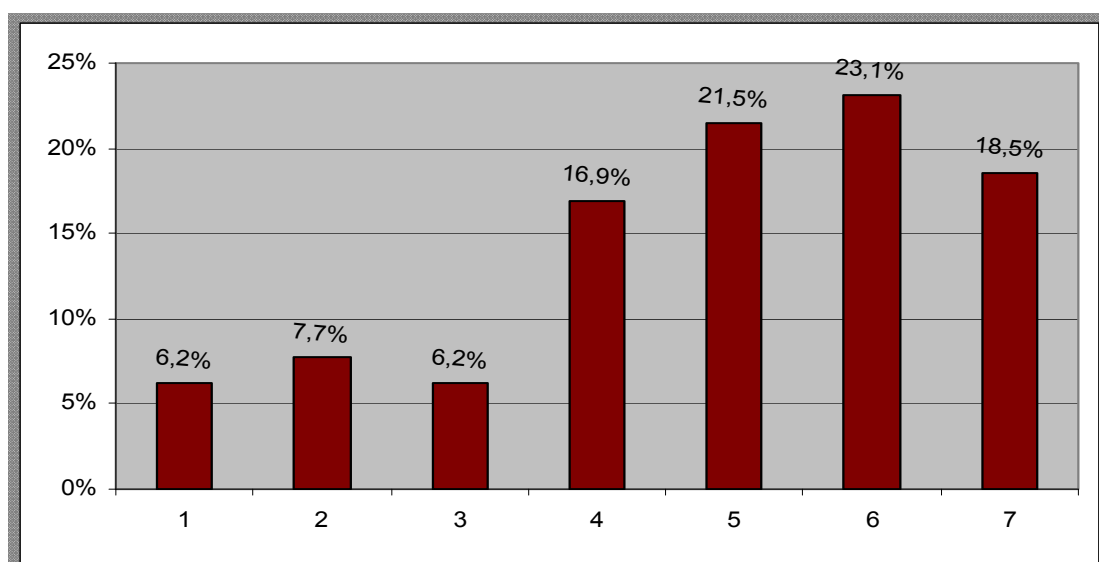
Průměrné ohodnocení sociální opory poskytované rodinou bylo 6,2 bodů

(viz tabulka č. 25, graf č. 25).

Tabulka č. 26 Hodnocení sociální opory poskytované přáteli

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	8	6,2 %
2	nesouhlasím	10	7,7 %
3	spíše nesouhlasím	8	6,2 %
4	nevím	22	16,9 %
5	spíše souhlasím	28	21,5 %
6	souhlasím	30	23,1 %
7	rozhodně souhlasím	24	18,5 %
Průměr:			4,8

Graf č. 26 Hodnocení sociální opory poskytované přáteli



V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 10 (7,7 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 4 body (nevím) 22 (16,9 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 28 (21,5 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 30 (23,1 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 24 (18,5 %) respondentů.

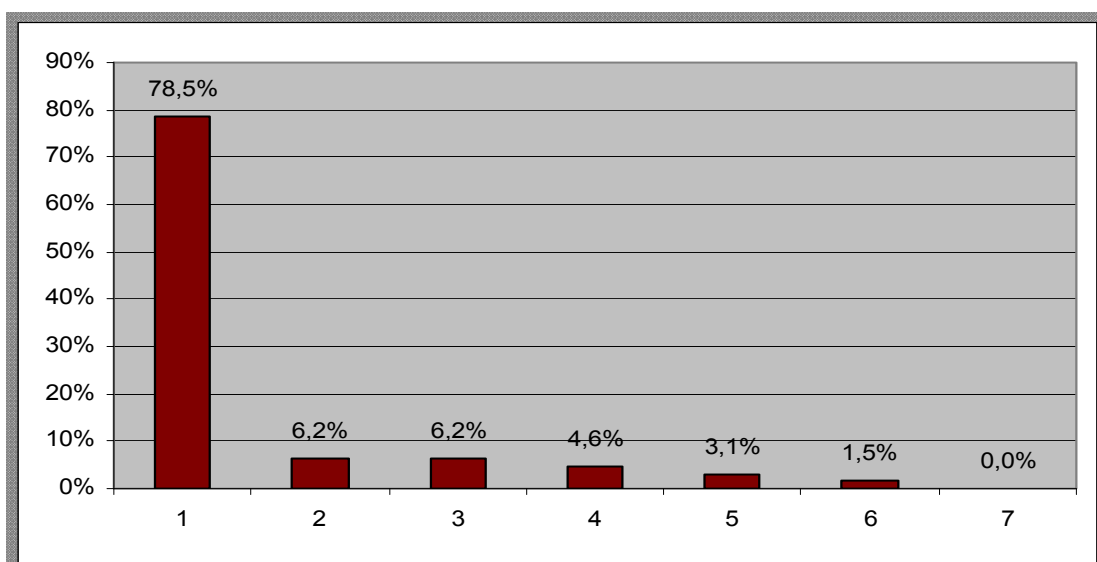
Průměrné ohodnocení sociální opory poskytované přáteli bylo 4,8 bodů

(viz tabulka č. 26, graf č. 26).

Tabulka č. 27 Hodnocení sociální opory poskytované spolupracovníky

Počet respondentů:		n = 130	
Body	Odpověď	n _i	f _i
1	rozhodně nesouhlasím	102	78,5 %
2	nesouhlasím	8	6,2 %
3	spíše nesouhlasím	8	6,2 %
4	nevím	6	4,6 %
5	spíše souhlasím	4	3,1 %
6	souhlasím	2	1,5 %
7	rozhodně souhlasím	0	0,0 %
Průměr:			1,5

Graf č. 27 Hodnocení sociální opory poskytované spolupracovníky



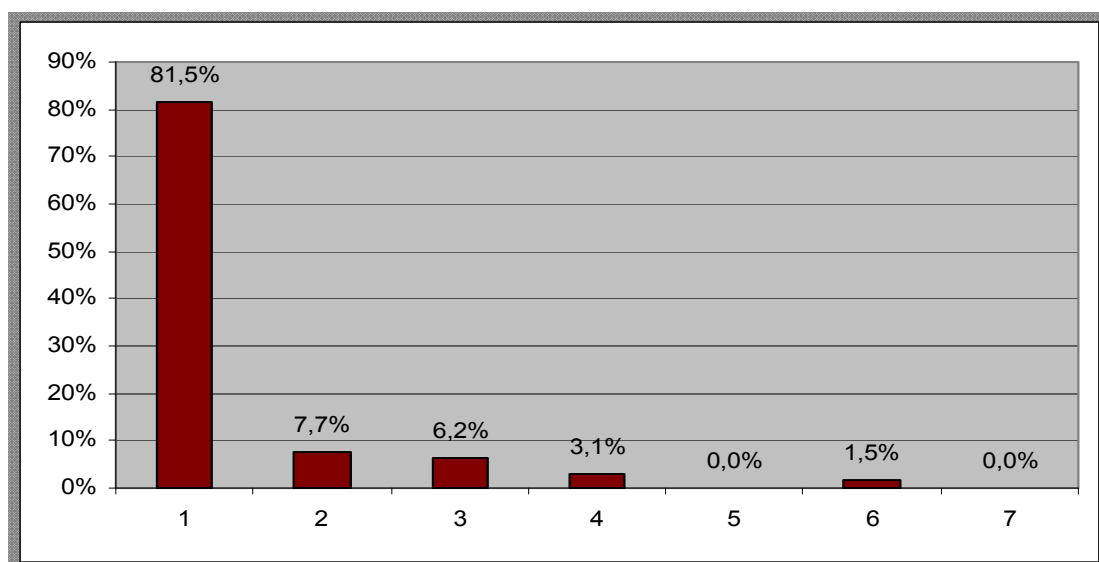
V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 102 (78,5 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 4 body (nevím) 6 (4,6 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 2 (1,5 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) žádný z respondentů.

Průměrné ohodnocení sociální opory poskytované spolupracovníky bylo 1,5 bodů (viz tabulka č. 27, graf č. 27).

Tabulka č. 28 Hodnocení sociální opory poskytované nadřízenými

		n = 130	
Body	Odpověď	n_i	f_i
1	rozhodně nesouhlasím	106	81,5 %
2	nesouhlasím	10	7,7 %
3	spíše nesouhlasím	8	6,2 %
4	nevím	4	3,1 %
5	spíše souhlasím	0	0,0 %
6	souhlasím	2	1,5 %
7	rozhodně souhlasím	0	0,0 %
Průměr:			1,4

Graf č. 28 Hodnocení sociální opory poskytované nadřízenými



V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 106 (81,5 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 10 (7,7 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 4 body (nevím) jen 4 (3,1 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) žádný z respondentů, 6 body (souhlasím) 2 (1,5 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) žádný z respondentů.

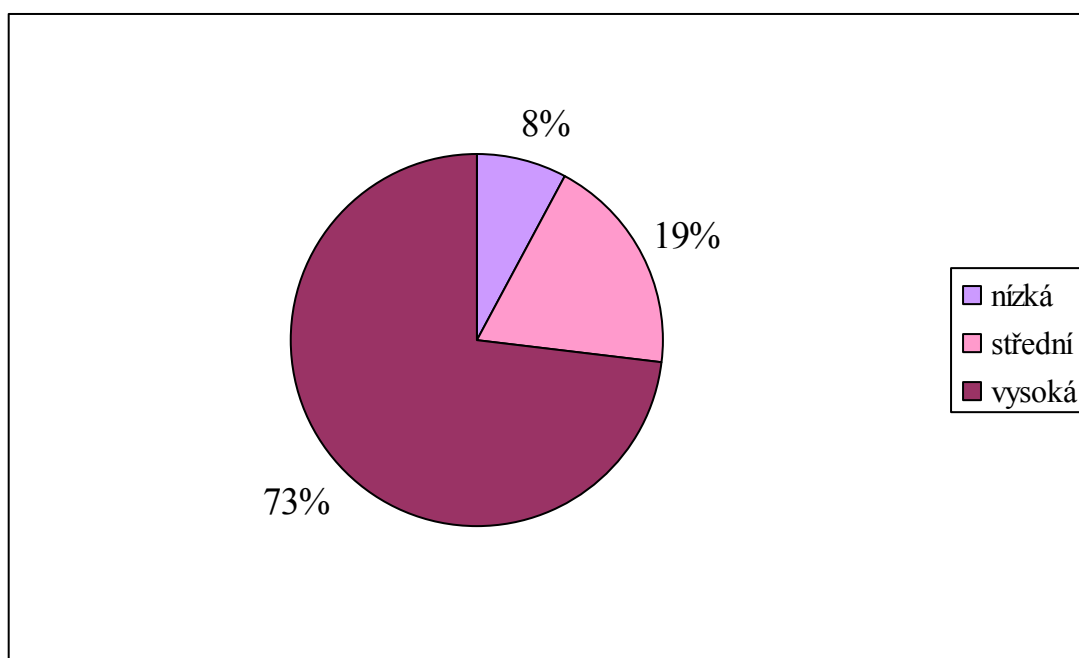
Průměrné vyhodnocení sociální opory od nadřízených bylo 1,4 bodů (viz tabulka č. 28, graf č. 28).

Celkové skóre sociální opory u všech 130 (100 %) respondentů

Tabulka č. 29 Celkové skóre sociální opory

Nízká sociální opora	Střední sociální opora	Vysoká sociální opora
méně než 30 bodů	30 – 59 bodů	60 – 84 bodů
10 respondentů	25 respondentů	95 respondentů

Graf č. 29 Celkové skóre sociální opory



Z položek 1 – 12 standardizovaného dotazníku PSSS Blumenthal a kol. bylo vypočítáno celkové skóre sociální opory u každého ze 130 (100 %) respondentů. Nízkého skóre sociální opory s menším počtem dosažených bodů než 30 dosáhlo celkem 10 (7,7 %) respondentů, střední míry sociální opory s celkovým počtem bodů 30 – 59 dosáhlo 25 (19,2 %) respondentů a vysoké míry sociální opory s celkovým počtem 60 – 84 bodů dosáhlo 95 (73,1 %) respondentů (viz tabulka č. 29, graf č. 29).

Cíl č. 3 byl splněn.

7.4 Data vztahující se ke 4. cíli

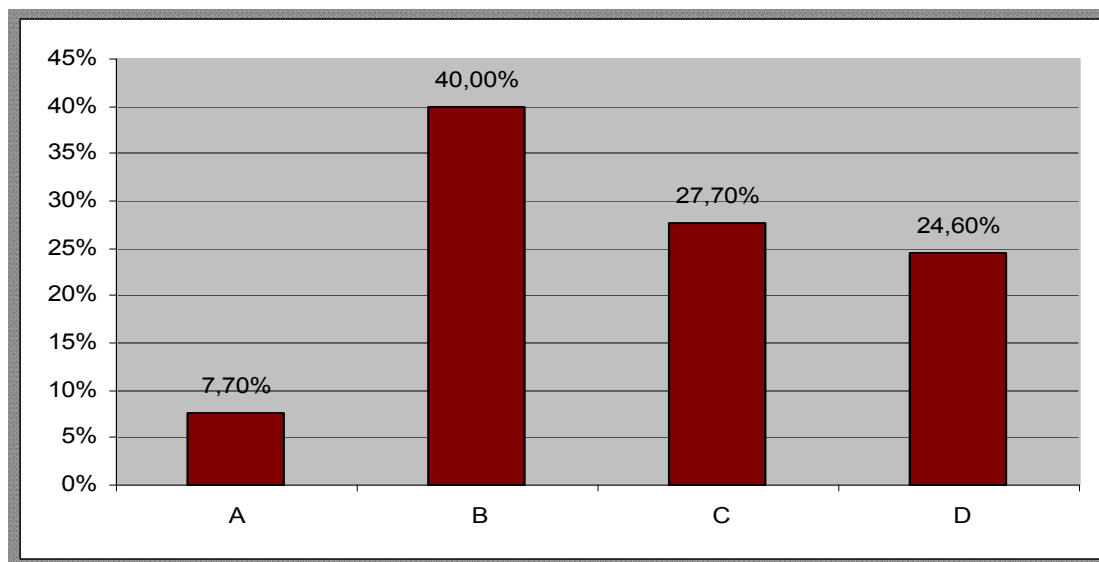
Cíl č. 4: Zmapovat vliv sociální opory na průběh chronického onemocnění ICHS.

V souvislosti se čtvrtým cílem byly sledovány položky č. 6,7 a 8 nestandardizovaného dotazníku.

Tabulka č. 30 Délka léčby na ICHS

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n _i	f _i
A	3 měsíce - 1 rok	10	7,7 %
B	2 - 5 let	52	40,0 %
C	6 - 10 let	36	27,7 %
D	více než 10 let	32	24,6 %

Graf č. 30 Délka léčby na ICHS

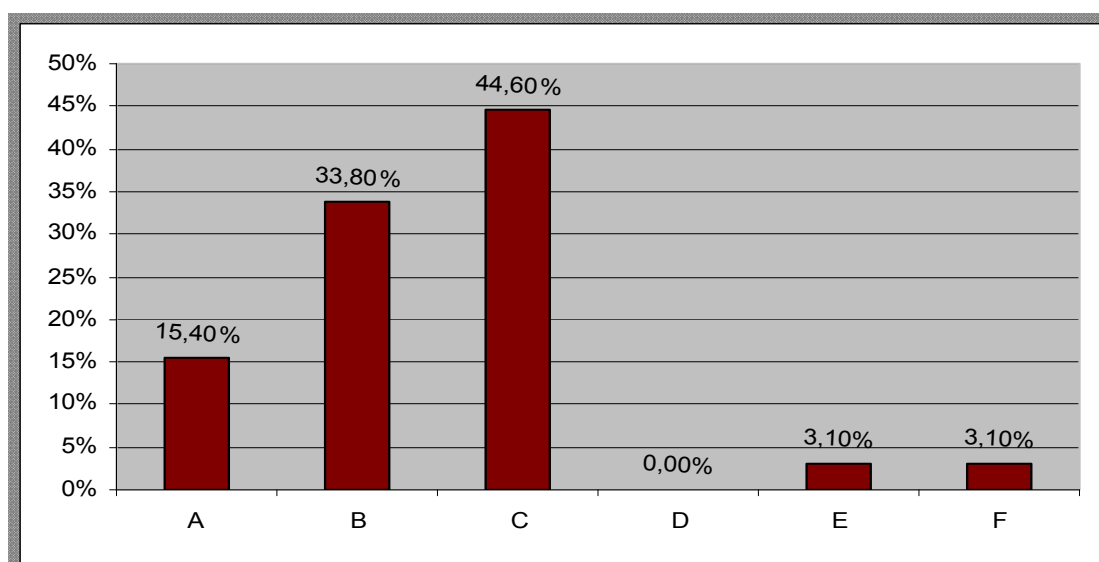


V rozmezí 3 měsíce – 1 rok se léčilo 10 (7,7 %) respondentů, 2 – 5 let se léčilo 52 (40,0 %) respondentů, 6 – 10 let se léčilo 36 (27,7 %) respondentů a déle než 10 let se léčilo 32 (24,6 %) respondentů (viz tabulka č. 30, graf č. 30).

Tabulka č. 31 Respondenti byli nejčastěji edukováni

		n = 130	
Možnosti	Odpověď	n_i	f_i
A	praktický lékař	20	15,4 %
B	ošetřující lékař v nemocnici	44	33,8 %
C	lékař specialista při kontrole na ambulanci	58	44,6 %
D	všeobecná sestra	0	0,0 %
E	pacienti se stejným onemocněním	4	3,1 %
F	informace jste načerpali/a jinde, uveďte kde	4	3,1 %

Graf č. 31 Respondenti byli nejčastěji edukováni

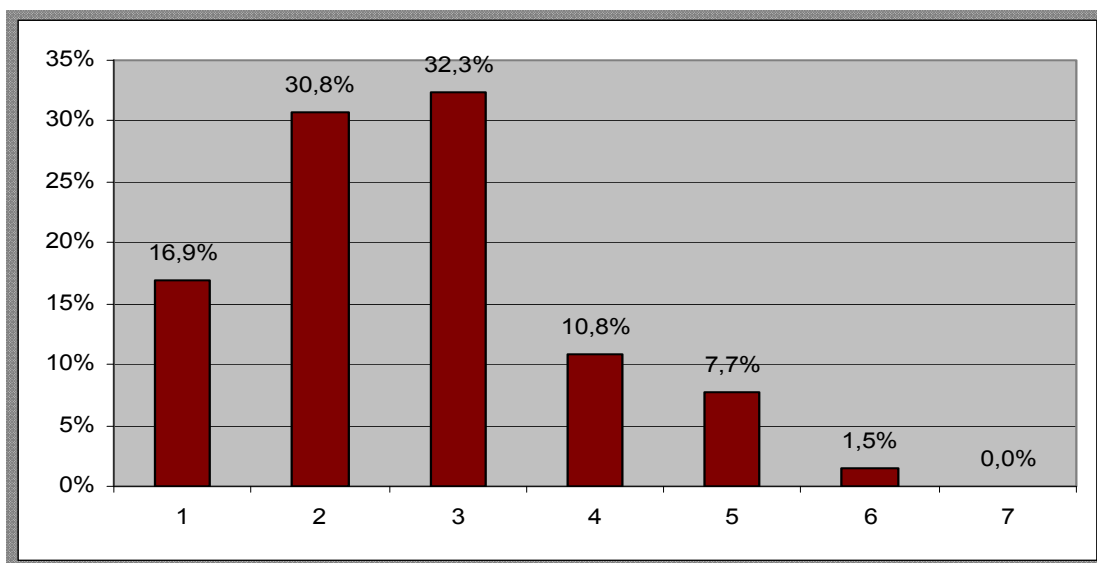


O onemocnění ICHS, léčbě, režimových opatřeních a prevenci bylo 20 (15,4 %) respondentů edukováno praktickým lékařem, 44 (33,8 %) respondentů bylo edukováno ošetřujícím lékařem za hospitalizace, 58 (44,6 %) respondentů bylo edukováno lékařem specialistou v odborné ambulanci, žádný respondent nebyl edukován všeobecnou sestrou, 4 (3,1 %) respondentů získalo informace od pacientů se stejným onemocněním, 4 (3,1 %) respondentů načerpalo informace jinde, ale neuvedlo bohužel kde (viz tabulka č. 31, graf č. 31).

Tabulka č. 32 Dodržování doporučených režimových opatření

		n = 130	
Stupnice	Odpověď	n_i	f_i
1	dodržuji zcela přesně	22	16,9 %
2	dodržuji	40	30,8 %
3	většinou dodržuji	42	32,3 %
4	někdy ano a někdy ne	14	10,8 %
5	občas	10	7,7 %
6	málokdy	2	1,5 %
7	vůbec nedodržuji	0	0,0 %
Průměr:			2,7

Graf č. 32 Dodržování doporučených režimových opatření



V bodovacím skóre 1 – 7 uvedlo 1 bodem (dodržuji zcela přesně) 22 (16,9 %) respondentů, 2 body (dodržuji) 40 (30,8 %) respondentů, 3 body (většinou dodržuji) 42 (32,3 %) respondentů, 4 body (někdy ano a někdy ne) 14 (10,8 %) respondentů, 5 body (občas) 10 (7,7 %) respondentů, 6 body (málokdy) 2 (1,5 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) žádný z respondentů.

Průměrné ohodnocení bylo 2,7 bodů (viz tabulka č. 32, graf č. 32).

Hypotéza 1 ke 4. cíli: existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS.

Hypotéza 2 ke 4. cíli: existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti při zhoršení ICHS obtíží a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS.

Dotazník PSSS J. A. Blumenthal byl vyhodnocen postupným součtem bodů získaných v položkách 1 – 12 u všech 130 (100 % respondentů). Byly hledány vztahy mezi zjištěnou mírou sociální opory a úzkostí. Data: míra sociální opory, běžně vnímaná úzkost, úzkost při zhoršení obtíží v souvislosti s ICHS a míra znepokojení projevy ICHS, byla zapracována do přehledu u každého ze 130 respondentů. Byla změřena korelace mezi jednotlivými položkami pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Korelace byla vypočítána prostřednictvím programu „výpočet korelace, aplikace Excel.“

Pearsonova korelace je míra vztahu mezi dvěma proměnnými.

Pearsonův korelačního koeficient: $r = - 0,42$

Potvrzení hypotézy 1: Korelace zjištěná pomocí Pearsonova korelačního koeficientu $r = - 0,42$. Jelikož r je větší než tabulované $r 0,01$, je možno konstatovat, že existuje statisticky významná **negativní korelace** mezi mírou úzkosti a mírou sociální opory.

Potvrzení hypotézy 2 : Korelace zjištěná pomocí Pearsonova korelačního koeficientu $r = - 0,37$. Jelikož r je větší než tabulované $r 0,01$, je možno konstatovat, že existuje statisticky významná **negativní korelace** mezi mírou úzkosti při zhoršení zdravotního stavu a mírou sociální opory.

Mimo obě hypotézy byla navíc zjištěna korelace mezi mírou znepokojení projevy ICHS a mírou běžně vnímané úzkosti. Výsledná korelace je $r = 0,46$. Je možno konstatovat, že existuje statisticky významná signifikantní **pozitivní korelace** mezi mírou úzkosti a mírou znepokojení projevy ICHS.

Cíl č. 4 byl splněn.

DISKUZE

Požadavek na bibliografickou rešerši byl zadán v ústavní knihovně Fakultní Nemocnice Brno Bohunice. Rešerše byla realizována 10. listopadu 2009. V databázi Národní lékařské knihovny Praha/ BiblioMedica – Bibliographia medica czechoslovaca bylo nalezeno sedm článků. V bakalářské práci jsem nevyužila přímo tyto články, jelikož jejich zaměření bylo odlišné, ale vhodné pro moji práci se zdály být jiné publikace od dvou autorů vyhledaných článků. Další čtyři studie v anglickém jazyce byly nalezeny v databázi Medline. Využitelná byla jedna studie, ostatní sice souvisely s ischemickou chorobou srdeční, ale bohužel sledovaly jiné věkové kategorie respondentů nebo byly zaměřeny pouze na prevenci tohoto onemocnění a jeho rizikové faktory.

Pro účel zvoleného výzkumného šetření jsem sestavila dotazník, jehož položky byly nasměrovány k jednotlivým cílům této bakalářské práce. Ke zjištění míry sociální opory u skupiny respondentů jsem zvolila standardizovaný dotazník PSSS Blumenthal a kol.. Jedna z položek sestaveného dotazníku byla zaměřena na zjištění přítomnosti určujících znaků úzkosti. Další z položek zjišťovala přítomnost souvisejících faktorů. Všech 130 (100 %) respondentů udávalo alespoň jeden určující znak a jeden související faktor úzkosti. Po ověření úzkosti definicí mohla být konstatována přítomnost aktuální ošetřovatelské diagnózy 00146 – úzkost (doména č. 9 – zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, třída – reakce na zvládání zátěže) podle Nanda taxonomie II. u všech 130 (100 %) dotázaných respondentů. Po provedení pilotního výzkumu byla přepracována položka, která se respondentů dotazovala na jejich postoj k nemoci. Položka byla doplněna o variantu, kdy se pacient snaží co nejvíce zaměstnat, aby na nemoc nemyslel, poněvadž tuto možnost mi do dotazníku uvedl jeden z deseti dotázaných respondentů. Definitivní verzi dotazníku jsem po schválení vedoucí bakalářské práce vytiskla a začala distribuovat na interní ambulanci veloergometrie, ambulanci holterovského monitorování a na oddělení intermediální péče interny v Nemocnici Blansko. V ambulanci veloergometrie byl dotazník respondentovi nabídnut k vyplnění po provedení zátěžového testu a po vyhodnocení EKG lékařem pacient odevzdal sestře na ambulanci dotazník již vyplněný a uzavřený v předem předchystané obálce. Na ambulanci holterovského 24hodinového monitorování daly

sestry dotazník k vyplnění respondentovi při napojení holtera, druhý den při odpojování jej přebíraly rovněž uzavřený v obálce. Poslední skupinu respondentů tvořili pacienti, hospitalizovaní na oddělení intermediální péče interního oddělení, kteří byli napojeni na monitorování EKG pomocí telemetrie. Dotazníky byly rozdávány v období od 5.12.2009 – do 28.2.2010.

Během dotazníkového šetření nastalo několik zajímavých situací. První z nich byl rozhovor s jedním z respondentů, který na mě čekal před ambulancí holterovského monitorování nejméně čtvrt hodiny, aby se se mnou osobně setkal. Chtěl mi poděkovat za můj dotazník. Dle slov onoho respondenta si prostřednictvím mého dotazníku uvědomil, jak velkou oporu má ve své přítelkyni. Když uviděl všechny ty kladně hodnocené odpovědi, pochopil, že je pro něj jeho partnerka velkou oporou a měl neutuchající potřebu, mi tento poznatek přímo sdělit. Byl z tohoto zjištění velmi dojatý. Takovouto spontánní reakci jsem neočekávala. Byla jsem potěšena. Opačná situace nastala v lůžkové části. U pěti respondentů jsem upozorovala po vyplnění dotazníku výrazné rozrušení nebo smutek. Na dotaz, co je tak rozrušilo odpovídali přibližně shodně. Když totiž zakroužkovali subjektivně vnímanou hodnotu opory rodinných příslušníků, najednou uviděli „černé na bílém“, jak malou oporu mají v rodině. Někteří z nich dokonce neměli ani přátele, se kterými by se mohli například podělit o své radosti i strasti. Takové zjištění vnímali bolestně. Dle mého názoru je zde patrný rozdíl také v reakcích mezi pacientem z ambulantní a lůžkové části interních oborů. V ambulanci měli respondenti přibližně deset minut na to, aby celý dotazník vyplnili, oproti tomu na oddělení intermediální péče měli na vyplnění více času a ve větší míře přemýšleli nad všemi položkami a nad svojí současnou situací. Usoudila jsem, že není vhodné tento dotazník předkládat například pacientům, kteří mají jet druhý den ke koronarografii, aby nebyli zbytečně ještě více rozrušeni. Převážnou většinu dotazníků jsem proto směřovala do ambulantního provozu.

Po zkušenostech mých kolegyně, které rozdávaly dotazníky v předchozích letech rovněž za účelem výzkumného šetření, jsem se rozhodla, že k distribuci a ke sběru dotazníků přistoupím jinak, než ony. Jejich návratnost vyplněných dotazníků byla nevalná. Opakovaně se setkávaly s neochotou personálu ve službách. Já jsem se obrátila s požadavkem na tuto pomoc pouze na zcela konkrétní osoby a sice na sestru ambulance kardiologie a na dvě sestry, které slouží na holterovském monitorování. Na lůžkových odděleních interní intermediální péče a na interní jednotce intenzivní péče

jsem dotazníky rozdávala i sbírala přímo já. Anonymita respondentů byla zachovávána. Všichni respondenti spolu s formulářem dotazníku obdrželi prázdnou obálku a byli poučeni, že mají vyplněný dotazník odevzdat uzavřený v této obálce bez identifikačních údajů. Všechny obálky jsem otevřela hromadně až při vyhodnocování dotazníkového šetření v měsíci březnu 2010.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, návratnost byla 136 (91 %). Z celkového počtu vyplněných dotazníků jich 6 muselo být pro nesplnění zadaných kritérií vyloučeno. Vyhodnoceno bylo tedy celkem 130 dotazníků (100 %). Vysokou návratnost vyplněných dotazníků přisuzuji přímému vybírání těmito vybranými spolupracovníky nebo přímo mojí osobou. Ochota respondentů byla dle vysokého procenta návratnosti vyplněných dotazníků velká. S tímto stavem jsem byla spokojena. Výzkumný soubor tvořilo 54 (41,5 %) žen a 76 (58,5 %) mužů (viz tabulka č.1 a graf č. 1). Větší počet mužů podporuje tvrzení více autorů, že muži onemocní ischemickou chorobou častěji než ženy. Pro srovnání Kubičková (2003) ve své bakalářské práci, zaměřené na depresi a smutek u obyvatel domovů důchodců, pracovala s výzkumným souborem, který zahrnoval 58,21 % žen a 40,3 % mužů a dokonce 1,49 % respondentů vůbec své pohlaví neudávalo. Brabencová (2006) v bakalářské práci s tématem výskytu depresivního syndromu u pacientů s akutním koronárním syndromem měla ve zkoumané skupině značný rozdíl a to 39 % žen a 61 % mužů. Dle těchto údajů je možno opravdu předpokládat vyšší míru onemocnění ischemickou chorobou srdeční u mužů než u žen.

Položka č. 2 v dotazníku se týkala rozčlenění respondentů do několika věkových kategorií. Ve věku 50 – 59 let bylo 12 (9,2 %) respondentů, ve věku 60 – 69 let bylo 40 (30,8 %) respondentů, ve věku 70 – 79 let bylo 48 (36,9 %) respondentů a ve věku nad 80 let bylo 30 (23,1 %) respondentů (viz tabulka č. 2, graf č. 2). Z výsledků je patrná převaha vyšší věkové kategorie. Pro srovnání Brabencová (2006), která sledovala pacienty s akutním koronárním syndromem, měla ve své skupině respondentů ve věku 50 – 60 let 3,92 % žen a 17,65 % mužů, dále ve věku 60 – 70 let 7,84 % žen a 23,53 % mužů, ve věku 70 – 80 let 25,49 % žen a pouze 5,88 % mužů. Naopak nejmenší procento bylo v práci Brabencové ve věku nad 80 let, 1,96 % žen, 1,96 % mužů. Tato srovnávací data poukazují na podstatný rozdíl mezi věkovým průměrem mojí práce, jež sledoval převážně pacienty s chronickou formou ischemické choroby srdeční a s akutními stavy tohoto onemocnění, které pozorovala Brabencová.

Vzhledem k faktu, že moje výzkumné šetření se uskutečnilo v menší městské nemocnici, kde jsou aplikovány převážně konzervativní způsoby léčby, byla převaha vyšších věkových kategorií předpokládána. Naopak výzkumné šetření Brabencové potvrdilo většinový podíl nižších věkových kategorií u akutních koronárních syndromů, léčených ve značné míře invazivními metodami. Tento věkový rozdíl již přímo potvrdil Bělunek (2007). Ve své bakalářské práci porovnával průměrný věk respondentů s anginou pectoris, což je jedna z forem ischemické choroby srdeční, ve Fakultní Nemocnici (dále jen FN) Olomouc a v menší okresní nemocnici. Dospěl k hodnotám 62,33 let ve FN Olomouc a 68,03 let v okresní nemocnici.

Položka č. 3 nestandardizovaného dotazníku se týkala další z charakteristik zkoumané skupiny respondentů. Sledovala rodinný stav respondentů. Tuto položku jsem zvolila, poněvadž dle výsledků bych mohla usuzovat na zázemí jednotlivých respondentů a to by mohlo určitým způsobem naznačovat poskytovanou sociální oporu, jinak řečeno, zda respondent má na blízku někoho, kdo by mu mohl tuto oporu poskytovat. Z celkového počtu 130 respondentů bylo svobodných 2 (1,5 %) respondentů, ženatý/vdaná bylo 76 (58,5 %) respondentů, s druhem/ družkou žilo 6 (4,6 %) respondentů, rozvedených bylo 2 (1,5 %) respondentů, žádný z respondentů nebyl ženatý/vdaná, ale žijící odděleně, vdovec/vdova bylo 44 (33,8 %) respondentů (viz tabulka č. 3, graf č. 3). Převažovali tedy respondenti žijící s partnerem v 58,5 %, mohlo tedy jít o předpoklad vyšší míry celkové sociální opory alespoň u těchto respondentů.

Z hlediska dalších charakterizujících údajů byla zajímavá položka č. 4 v nestandardizovaném dotazníku, která sledovala zařazení respondentů v pracovním poměru. Pracujících bylo 6 (4,6 %) respondentů, nezaměstnaní byli 4 (3,1 %) respondenti, na dlouhodobé pracovní neschopnosti (dále jen PN) byli 2 (1,5 %) respondenti, v částečném invalidním důchodě byli 4 (3,1 %) respondenti, v plném invalidním důchodě bylo 10 (7,7 %) respondentů a ve starobním důchodě bylo 104 (80,0 %) respondentů (viz tabulka č. 4, graf č. 4). Mě konkrétně zajímalo nejvyšší procentuální zastoupení, respondentů ve starobním důchodě V případě Nemocnice Blansko to bylo 80 %. V porovnání s Bělunkem (2007) to bylo o celých 20 % více respondentů než u akutních stavů ve FN Olomouc.

Poslední položka, jež mi blíže charakterizovala zkoumaný soubor respondentů, byla položka č. 5 nestandardizovaného dotazníku. Ta sledovala bytové poměry

respondentů. Z celkového počtu 130 respondentů bydlelo s rodinou 84 (64,6 %) respondentů, sám/sama bydlelo 22 (16,9 %) respondentů, v domě s pečovatelskou službou bydlelo 8 (6,2 %) respondentů, v zařízení pro seniory bydlelo 16 (12,3 %) respondentů a nikdo z respondentů neudával žádný jiný typ bydlení (viz tabulka č. 5, graf č. 5). Dle nejvyššího procentuálního zastoupení 64,6 % žijících s rodinou, bylo rovněž možno usuzovat na vyšší přítomnost sociální opory alespoň v položkách týkajících se míry této opory poskytované rodinou.

K prvnímu vytyčenému cíli mojí bakalářské práce se vztahovaly položky, prostřednictvím kterých bylo možno zmapovat psychické reakce pacientů na chronické onemocnění. V této práci byla celá skupina respondentů podle jednoho z výběrových kritérií starší padesáti let. V převážné většině případů se jednalo o pacienty s chronickou formou ICHS typu nestabilní anginy pectoris. Vzhledem k této skutečnosti jsem se v teoretické části této práce zabývala přiblížením otázky chronického onemocnění a s ním souvisejících reakcí pacientů. V dotazníku s tímto cílem souvisely položky č. 9, 12 a 15 nestandardizovaného dotazníku.

Položka č. 9 sledovala subjektivně vnímanou míru znepokojení projevy ICHS. Na stupnici 1 (vůbec) – 4 (středně) – 7 (velmi) označilo míru znepokojení projevy onemocnění ICHS na 1. stupni 4 (3,1 %) respondentů, na 2. stupni 16 (12,3 %) respondentů, na 3. stupni 12 (9,2 %) respondentů, na 4. stupni 64 (49,2 %) respondentů, na 5. stupni 10 (7,7 %) respondentů, na 6. stupni 12 (9,2 %) respondentů a na 7. stupni 12 (9,2 %) respondentů. Průměrná míra znepokojení byla 4,2 (viz tabulka č. 6, graf č. 6). Tato míra znepokojení byla korelována s mírou běžně vnímané úzkosti u všech 130 (100 %) respondentů. Výsledná korelace byla $r = 0,46$. Bylo tedy možno konstatovat, že existuje statisticky významná signifikantní pozitivní korelace mezi mírou úzkosti a mírou znepokojení projevy ICHS. Jinak řečeno s mírou znepokojení projevy ICHS narůstá také míra běžně pociťované úzkosti.

Položka č. v 12 dotazníku měla za úkol zjistit prakticky způsob boje pacienta s nemocí. Z učebnic klinické psychologie je známo základní dělení, které uvádím v teoretické části této práce. Vlastní chronické onemocnění ICHS vnímalo jako nepřítel, se kterým chce bojovat 32 (24,6 %) respondentů, co nejvíce se zaměstnat, aby nebyl čas na myšlenky na onemocnění se snažilo 58 (44 %) respondentů, pozitivní stránku stavu se snažilo najít 26 (20,0 %) respondentů a 14 (10,8 %) respondentů se zcela vzdalo veškerých nadějí na uzdravení (viz tabulka č. 7, graf č. 7). Ze získaných

statistických dat mě zaujal počet 58 (44 %) respondentů, kteří uvedli, že se snaží co nejvíce zaměstnat, aby na nemoc nemysleli. Tento postoj dle mého názoru skýtá obrovskou možnost pro podání pomocné ruky nejen pacientům s ischemickou chorobou, ale i s jiným onemocněním. Více se o mém názoru zmíním v doporučení pro praxi.

V položce č. 15 v dotazníku jsem se přímo dotazovala na výskyt úzkosti, strachu a jiných psychických obtíží. V souvislosti s ICHS udávalo psychické obtíže typu úzkosti 48 (36,9 %) respondentů, strach udávalo 40 (30,8 %) respondentů, poruchy spánku udávalo 44 (33,8 %) respondentů, menší zájem o okolí udávalo 24 (18,5 %) respondentů, pro depresi se již léčilo 8 (6,2 %) respondentů, jiný nejmenovaný psychický problém neměl žádný z respondentů a 32 (24 %) respondentů udalo, že nemá žádný psychický problém (viz tabulka č. 8, graf č. 8). Zajímavé je, že v této položce pocívalo úzkost jen 36,9 respondentů, ale určující znaky a související faktory v ošetřovatelské diagnostice zatrhlo všech 100 % respondentů. Dle mého názoru to bylo zčásti způsobeno tím, že respondenti nedokáží sami přesně pojmenovat svoje psychické obtíže.

Ke druhému cíli mé práce se vztahovaly položky č. 10, 11, 13 a 14 nestandardizovaného dotazníku. Cílem č. 2 bylo zmapování výskytu úzkosti u pacientů s ICHS. Položka č. 10 zjišťovala míru běžně subjektivně pocívané úzkosti. Na stupnici 1 (vůbec) – 4 (středně) – 7 (velmi) označilo míru obvykle vnímané úzkosti na 1. stupni 12 (9,2 %) respondentů, na 2. stupni 26 (20,0 %) respondentů, na 3. stupni 14 (10,8 %) respondentů, na 4. stupni 56 (43,1 %) respondentů, na 5. stupni 12 (9,2 %) respondentů, na 6. stupni 4 (3,1 %) respondentů a na 7. stupni 6 (4,6 %) respondentů. Průměrná míra úzkosti byla 3,5 (viz tabulka č. 9, graf č. 9).

Položka č. 11 zjišťovala míru pocívané úzkosti při zhoršení zdravotního stavu respondentů a to v souvislosti s ICHS. Na stupnici 1 (vůbec) – 4 (středně) – 7 (velmi) označilo míru úzkosti při zhoršení zdravotního stavu na 1. stupni 2 (91,5 %) respondentů, na 2. stupni 16 (12,3 %) respondentů, na 3. stupni 6 (4,6 %) respondentů, na 4. stupni 34 (26,2 %) respondentů, na 5. stupni 26 (20,0 %) respondentů, na 6. stupni 20 (15,4 %) respondentů a na 7. stupni 26 (20,0 %) respondentů. Průměrná míra znepokojení byla 4,8 (viz tabulka č. 10, graf č. 10). Ze získaných statistických dat v položce 10 a 11 lze předpokládat souvislost mezi nižší mírou úzkosti a vyšší mírou sociální opory u mnou sledovaného výzkumného souboru 130 respondentů s ICHS.

Položka č. 13 nestandardizovaného dotazníku zjišťovala přítomnost alespoň jednoho souvisejícího faktoru ošetřovatelské diagnózy 00146 – Úzkost. Všichni respondenti udávali nejméně jeden související faktor této ošetřovatelské diagnózy. Pocit ohrožení nebo změny ve svém zdravotním stavu pociťovalo 72 (55,4 %) respondentů, ohrožení nebo změnu ve svém zaměstnání cítili pouze 2 (1,5 %) respondenti, ohrožení nebo změnu v běžných denních činnostech vnímalo 74 (56,9 %) respondentů, ohrožení nebo změnu ve vztazích s přáteli nebo s rodinou pociťovalo 16 (12,3 %) respondentů a ohrožení nebo změnu v možnosti splnění svých potřeb, tužeb vnímalo 26 (20,0 %) respondentů (viz tabulka č. 11, graf č. 11). Malé zastoupení pocitu ohrožení v zaměstnání jsem předpokládala, poněvadž dle charakteristiky výzkumného souboru bylo pouze 6 (4,6 %) respondentů zaměstnaných.

Položka č. 14 nestandardizovaného dotazníku zjišťovala přítomnost určujících znaků ošetřovatelské diagnózy 00146 – Úzkost dle Nanda taxonomie II.. Všichni respondenti udávali nejméně jeden určující znak pro ošetřovatelskou diagnózu – 00146 Úzkost. Neklid, popudlivost, nervozitu udávalo 30 (23,1 %) respondentů, lítostivost, trápení udávalo 16 (12,3 %) respondentů, nejistotu, obavy, úzkostlivost udávalo 60 (46,2 %) respondentů, bezradnost, bezmocnost udávalo 22 (16,9 %) respondentů, roztržitost, zapomnětlivost udávalo 16 (12,3 %) respondentů, únavu, zhoršenou pozornost udávalo 34 (26,2 %) respondentů, chvění hlasu, třes rukou udávalo 32 (24,6 %) respondentů, zvýšené pocení, návaly horka udávalo 22 (16,9 %) respondentů, bolesti břicha, nauzeu, průjem udávalo 14 (10,8 %) respondentů, bušení srdce, zrychlené dýchání udávalo 52 (40,0 %) respondentů, strach z nejasného důvodu udávalo 32 (24,6 %) respondentů, uvědomování si vlastních tělesných obtíží udávalo 42 (32,3 %) respondentů, plně se na své zdravotní obtíže zaměřilo 10 (7,7 %) respondentů a 4 (3,1 %) respondenti měli tendence obviňovat ostatní (viz tabulka č. 12, graf č. 12). Po ověření přítomnosti úzkosti také definicí této ošetřovatelské diagnózy dle Nanda taxonomie II, kde se uvádí: „Úzkost je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý“ (Marečková, 2006, s.183), byla konstatována přítomnost úzkosti u všech 130 (100 % respondentů).

Ke třetímu cíli se vztahovaly všechny položky standardizovaného dotazníku PSSS J. A. Blumenthal a kol.. Tyto položky jsem při statistickém zpracování rozdělila do několika skupin, dle zaměření oblastí hodnocení vnímané sociální opory. První

oblast mapovala sociální oporu poskytovanou od blíže neurčené osoby (položky dotazníku PSSS J. A. Blumenthal číslo: 1, 2, 5, 10), druhá oblast se týkala sociální opory od členů rodiny (položky dotazníku PSSS J. A. Blumenthal číslo: 3, 4, 8, 11), třetí oblast sledovala sociální oporu od přátel (položky dotazníku PSSS J. A. Blumenthal číslo: 6, 7, 9, 12). Mimo položky 1 – 12 standardizovaný dotazník obsahoval ještě čtyři subškály, které byly hodnoceny samostatně. Sledovalo se zhodnocení celkové sociální opory ze strany rodiny, přátel, spolupracovníků, nadřízených, dle položek č. 13. I. – 13. IV. dotazníku PSSS J. A. Blumenthal a kol..

V tomto výzkumném šetření jsem navíc sledovala statistická data, související s každou z položek 1 – 12 standardizovaného dotazníku. V žádné z databází jsem nenalezla obdobně rozpracovaná data u těchto jednotlivých položek. Já tato data uvádím pro možnost využití ve dalších výzkumných šetřeních, kterými by se mohli zabývat jiní studenti. Mohli by tato data srovnávat například s daty získanými od skupin respondentů s jinými diagnózami. Ohodnotila jsem průměrnou míru subjektivně vnímané sociální opory v každé z dvanácti položek standardizovaného dotazníku (viz tabulky č. 13 – 24 a grafy č. 13 – 24). Některá zjištění byla zajímavá. Například, že průměry hodnocení v položkách týkajících se opory od rodiny nebo od blíže neurčené osoby se pohybovaly od 5,1 – 7 bodů, tedy v rozmezí vyšších. Pro srovnání průměrné bodové ohodnocení u položek, které hodnotily oporu od přátel, se pohybovaly pouze v rozmezí od 3 – 5 bodů. Z tohoto porovnání lze usuzovat, že vnímaná sociální opora od přátel je nižší než vnímaná opora od rodiny nebo blíže neurčené osoby. Pro potvrzení jsem dále hodnotila samostatné subškály v položkách 13. I. – 13. IV. standardizovaného dotazníku, tak, jak jsou běžným způsobem statisticky vyhodnocovány. Položka č. 13. I. měří celkovou míru sociální opory od rodin respondentů. V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 6 (4,6 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, dále 4 body (nevím) 8 (6,2 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 2 (1,5 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 26 (20,0 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 84 (64,6 %) respondentů. Průměrné ohodnocení sociální opory poskytované rodinou bylo 6,2 bodů (viz tabulka č. 25, graf č. 25). Položka č. 13. II. Hodnotila míru sociální opory od přátel. V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 10 (7,7 %) respondentů,

3 body (spíše nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 4 body (nevím) 22 (16,9 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) 28 (21,5 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 30 (23,1 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) 24 (18,5 %) respondentů. Průměrné hodnocení sociální opory přáteli bylo 4,8 bodů (viz tabulka č. 26, graf č. 26). Podle těchto výsledků jsem mohla konstatovat vyšší míru vnímané sociální opory poskytované od rodin respondentů, která dosahovala průměrného hodnocení 6,2 bodů oproti nižší míře opory poskytované přáteli, jež dosahovala v průměru pouze 4,8 bodů. Dle mého názoru se zde projevil vliv společného soužití většiny respondentů s partnerem nebo dalšími členy rodiny. Dále jsem usoudila, že nižší vnímaná míra sociální opory poskytované přáteli může souviset s menší mírou kontaktů právě s přáteli, kterou předpokládám u mého výzkumného souboru.

Mnou zkoumaný soubor respondentů dosahoval vyšších věkových kategorií. Předpokládám, že v tomto vyšším věku jsou kontakty s přáteli udržovány již méně, což může být zaviněno například právě omezením možnosti pohybových aktivit (návštěvy, cestování, společné výlety s přáteli) u onemocnění ICHS, které pacienty výrazně limituje. Bylo by zajímavé porovnat tato data ještě se skupinou respondentů z velkoměsta. Ve větších městech je přece jen větší nabídka volnočasových aktivit (kulturní představení, kluby) také pro skupiny seniorů. V neposlední řadě by zde bylo možno zaregistrovat také vliv lepší dopravní dostupnosti, která na menších městech, mezi než patří i Blansko, často schází. Právě v kulturních vyžitích spatřuji větší možnost častějších kontaktů s přáteli.

Položka č. 13. III. standardizovaného dotazníku zjišťovala celkovou míru sociální opory poskytované spolupracovníky. V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo celkovou míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 102 (78,5 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, 4 (nevím) 6 (4,6 %) respondentů, 5 bodů (spíše souhlasím) 4 (3,1 %) respondentů, 6 body (souhlasím) 2 (1,5 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) žádný z respondentů. Průměrné ohodnocení sociální opory poskytované spolupracovníky bylo 1,5 bodů (viz tabulka č. 27, graf č. 27). Vzhledem k malé skupině pracujících v mém souboru respondentů bylo možno předpokládat, že se tato položka sociální opory bude pohybovat v mezích nižšího bodového ohodnocení. Tento předpokládaný výsledek byl potvrzen. Obdobný výsledek byl také při vyhodnocení položky č. 13. IV.. Ta mapovala celkovou míru sociální opory od nadřízených.

V bodovacím skóre 1 – 7 ohodnotilo míru sociální opory 1 bodem (rozhodně nesouhlasím) 106 (81,5 %) respondentů, 2 body (nesouhlasím) 10 (7,7 %) respondentů, 3 body (spíše nesouhlasím) 8 (6,2 %) respondentů, dále 4 body (nevím) 4 (3,1 %) respondentů, 5 body (spíše souhlasím) žádný z respondentů, 6 body (souhlasím) 2 (1,5 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) žádný z respondentů. Průměrné ohodnocení sociální opory poskytované nadřízenými bylo 1,4 bodů (viz tabulka č. 28, graf č. 28).

Dle klasického způsobu statistického zpracování dat ze standardizovaného dotazníku jsem součtem všech dosažených bodů v položkách 1 – 12 u každého ze 130 (100 %) respondentů zjistila celkovou míru sociální opory. Maximální možný počet získaných bodů bylo 84. Po doporučení své vedoucí práce jsem rozdělila respondenty dle hodnoty dosažených bodů do tří skupin. První skupinu tvořili respondenti se součtem bodů menším než 30. U těchto respondentů bylo možno konstatovat, že jejich celková míra sociální opory je nízká. První skupinu tedy tvořilo 10 (8,0 %) dotázaných respondentů. Střední míra sociální opory se součtem bodů v rozmezí 30 – 59 bodů byla konstatována u 25 (19 %) respondentů. Největší skupinu tvořilo 95 (73 %) respondentů, kteří dosáhli 60 – 84 bodů (viz tabulka č. 29, graf č. 29). U každého z respondentů jsem následně zjistila míru běžné úzkosti, míru úzkosti při zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s ICHS a míru znepokojení projevy tohoto onemocnění. Všechna data jsem zaznamenala do jednotného přehledu. Z takto zpracovaných dat byly, v rámci čtvrtého cíle této bakalářské práce, vypočítány korelace mezi jednotlivými hodnotami.

Čtvrtým cílem bylo zmapovat vliv sociální opory na průběh chronického onemocnění ICHS. K tomuto cíli se vztahovaly položky č. 6, 7, a 8 nestandardizovaného dotazníku. Položka č. 6 sledovala délku léčby pro ICHS. V rozmezí 3 měsíce – 1 rok se léčilo 10 (7,7 %) respondentů, 2 – 5 let se léčilo 52 (40,0 %) respondentů, 6 – 10 let se léčilo 36 (27,7 %) respondentů a déle než 10 let se léčilo 32 (24,6 %) respondentů (viz tabulka č. 30, graf č. 30). Pro porovnání uvádím data z bakalářské práce Bělunka (2007), kde nejvyšší procentuální zastoupení léčby akutních koronárních syndromů ve FN Olomouc bylo v údobí menším než jeden měsíc a sice 43,33 % respondentů. Bělunek ve svém výzkumném šetření dále porovnával data ze zdravotnického zařízení typu FN Olomouc s menší okresní nemocnicí. Nemocnice Blansko je zdravotnickým zařízením, jež je možno statisticky porovnávat

právě s typem menší nemocnice, sledované Bělunkem. V jeho výzkumném šetření byla nejvíce zastoupená délka léčby 1 – 5 let u 33,33 % respondentů. V Nemocnici Blansko byla situace obdobná – v rozmezí délky léčby 2 – 5 let bylo 52 (40,00 %) respondentů. Ze získaných statistických dat jsem usoudila, že největší podíl na těchto průměrech délky léčby má právě zaměření konkrétního zdravotnického zařízení. Do fakultních nemocnic jsou dnes soustředěny všechny závažnější případy. Tato zařízení jsou schopna poskytnout vysoce specializovanou invazivní terapii ischemické choroby srdeční. Menší nemocnice jsou, stejně jako Nemocnice Blansko zaměřeny spíše na poskytování léčebně preventivní péče a akutní a komplikované případy většinou co nejrychleji transportují do specializovaných center ve fakultních nemocnicích.

Položka č. 7 nestandardizovaného dotazníku zjišťovala, kým byli pacienti nejčastěji poučeni o onemocnění ICHS. Moje práce nebyla přímo zaměřena na zmapování edukovanosti pacientů o režimových opatřeních v souvislosti s ICHS, proto jsem se touto položkou zabývala spíše okrajově. O onemocnění, vyšetření, léčbě, režimových opatřeních a prevenci bylo 20 (15,4 %) respondentů edukováno praktickým lékařem, 44 (33,8 %) respondentů bylo edukováno ošetřujícím lékařem za hospitalizace, 58 (44,6 %) respondentů bylo edukováno lékařem specialistou v odborné ambulanci, žádný respondent nebyl edukován všeobecnou sestrou, 4 (3,1 %) respondentů získalo informace od pacientů se stejným onemocněním, 4 (3,1 %) respondentů načerpalo informace jinde (viz tabulka č. 31, graf č. 31). Ze zjištěných dat se mi jevila jako velmi nápadná skutečnost, že žádný z respondentů neuvedl sestru jako edukátorku. V Nemocnici Blansko již při procházení adaptačním procesem nemá žádná ze sester povoleno přímo edukovat pacienty nebo jejich rodiny o vlastním onemocnění, léčbě, režimových opatření a v neposlední řadě o preventivních opatřeních komplikací onemocnění. Všechny sestry, mimo ergoterapeutku s bakalářským vzděláním v daném oboru, mají platovou třídu 10. Pouze zmíněná ergoterapeutka má přímo zakotvenou edukační povinnost v popisu pracovní činnosti. Z tohoto důvodu je platově posunuta výše oproti ostatním sestrám do třídy 11. Všechny platné předpisy v Nemocnici Blansko zakazují sestrám informovat pacienty nebo jejich rodiny o onemocnění a dalších souvislostech léčby. Jsme povinny tuto činnost přenechat lékařům. Pro srovnání uvádím získaná data z několika bakalářských prací, kde byla v dotazníku obdobná položka. Pojezdalová (2005) ve svém výzkumném šetření uvádí, že 64 % respondentů bylo edukováno lékařem za

hospitalizace, 60 % respondentů bylo edukováno praktickým lékařem, 56 % respondentů bylo edukováno lékařem ve specializované ambulanci, 20 % respondentů bylo získalo informace od přátel a 22 % respondentů bylo poučeno sestrou. Jiránková (2005) ve své diplomové práci uvádí, že poučení o změně životního stylu při hypercholesterolémii získalo 65 % respondentů od lékaře, 30 % respondentů od sestry, od kohokoli jiného (manželky) byla poučena 2 % respondentů a 3 % respondentů dokonce nebyla poučena nikým. Bělunek (2007) ve svém výzkumném šetření uvádí srovnání zdrojů informací pro pacienty opět ve dvou zdravotnických zařízeních rozdílných typů péče. Ve FN Olomouc bylo dle Bělunka 66,67 % respondentů poučeno o podstatě onemocnění, dietě, režimu léčby a prevence lékařem a 25 % respondentů bylo poučeno sestrou. 8,33 % respondentů nevědělo, kým bylo poučeno. Oproti tomu je jasně zřetelný rozdíl v získaných datech ze zdravotnického zařízení okresního typu, kde 92,59 % respondentů bylo poučeno lékařem a již pouhých 7,41 % respondentů bylo poučeno sestrou. Zde je viditelný rozdíl v přístupu sester nebo v jejich kompetencích ve specializovaných centrech a v okresních zdravotnických zařízeních. Tenhle úhel pohledu by bylo zajímavé dále zkoumat. Některé vystudované sestry bakalářky v Nemocnici Blansko se již také začaly zajímat o možnost působit jako edukátorka v daném oboru. Proto nás zaujala vyhlídka specializačního studia v oboru edukátor. Z mého pohledu se jeví být možnost využití sester s vysokoškolským vzděláním v edukačním procesu jako přinejmenším vhodnou. V této souvislosti jsem si prostudovala velmi zajímavý informační materiál, který byl vytvořený v Centre for Evidence – based Nursing South Australia (CENSA). Na zmíněném materiálu centrum spolupracovalo s Joanny Briggs Institute, což je mezinárodní nezisková vědeckovýzkumná organizace, která se zaměřuje na elektronické a textové zdroje s možným využitím pro praxi založenou na důkazech. Tyto informace byly zveřejněny v Best Practice v roce 2005. Materiál nabízel systematický přehled studií, z jejichž výsledků bylo možno usoudit, zda jsou fungující ošetrovatelské kliniky přínosem v péči o pacienty právě s ischemickou chorobou srdeční. Ošetrovatelské kliniky se orientují spíše na zdraví a zdravý životní styl než na nemoc jako takovou. V zahraničí již dnes spatřují možnost ekonomičtějšího přístupu k prevenci nebo k léčbě některých onemocnění právě poskytováním těchto ošetrovatelských služeb. V uvedených studiích bylo sledováno více intervencí, které spadaly do kompetencí kardiologických ošetrovatelských klinik. Mimo jiné byly

srovnávány pozitivní dopady edukace vedené sestrou. Mě velmi zaujaly zde zveřejněné výsledky randomizované kontrolované studie z Glasgow. V této studii byl u 98 pacientů čekajících na arteriální bypasse nejdříve zhodnocena úzkost a deprese pomocí standardizované škály Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Škála HADS obsahuje 14 položek, z nichž 7 se týká deprese a zbylých 7 úzkosti (viz příloha č. 4). Úzkost byla zjištěna u 39 % respondentů první skupiny, která byla léčena „běžným způsobem“. U druhé skupiny, v níž sestry vedly edukaci a motivační pohovory, byla zjištěna úzkost u 45 % respondentů. Při konečném vyhodnocení byl velmi výrazný rozdíl mezi oběma skupinami. V první skupině vzrostl počet respondentů s úzkostí až na 89 %. Oproti tomu ve skupině druhé byl zaznamenán pokles počtu respondentů s úzkostí na pouhých 4 %. V dalších ze zde uvedených studií byly porovnávány výsledky vedení terapie ICHS pod vedením lékařů nebo přímo sester na ošetrovatelských klinikách. Ve prospěch ošetrovatelských klinik hovořila vyšší úspěšnost v úpravě životního stylu respondentů. Ani jedna z uvedených studií nepoukázala na jakékoli negativní výsledky v případě těchto klinik. (www.upol.cz, 2005, [online])

Poslední vyhodnocenou položkou nestandardizovaného dotazníku byla položka č. 8 sledující, zda respondenti dodržují režimová opatření související s léčbou ICHS. V bodovacím skóre 1 – 7 uvedlo 1 bodem (dodržuji zcela přesně) 22 (16,9 %) respondentů, 2 body (dodržuji) 40 (30,8 %) respondentů, 3 body (většinou dodržuji) 42 (32,3 %) respondentů, 4 body (někdy ano a někdy ne) 14 (10,8 %) respondentů, 5 body (občas) 10 (7,7 %) respondentů, 6 body (málokdy) 2 (1,5 %) respondentů a 7 body (rozhodně souhlasím) žádný z respondentů. Průměrné ohodnocení bylo 2,7 bodů (viz tabulka č. 32, graf č. 32). K zamyšlení bylo konstatování, že ani jeden z respondentů neuvedl naprosté nedodržování doporučených režimových opatření. Dle mých zkušeností z praxe tomu tak ve skutečnosti nebývá. Celkem 104 (74 %) respondentů uvedlo, že dodržuje zcela přesně, dodržuje nebo většinou dodržuje režimová opatření. Velikost této skupiny respondentů dle mého názoru může souviset s vysokou sociální oporou a společným rodinným životem většiny respondentů. Podle mého názoru je motivace a zodpovědnost respondentů ke zlepšení zdravotního stavu dodržováním předepsaných režimových opatření podněcována podporou rodinných příslušníků. Partneři nebo ostatní členové rodin respondentů mají možnost tyto pacienty s ICHS

více kontrolovat, ale zároveň je mohou i značně motivovat a podporovat ve zdlouhavé léčbě tohoto chronického onemocnění.

Ke čtvrtému cíli jsem si navíc stanovila dvě hypotézy. Dle hypotézy č.1 jsem předpokládala, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS. Po výpočtu Pearsonovy korelace, kde $r = -0,42$. Jelikož r bylo větší než tabulované $r 0,01$, mohla jsem konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou běžně vnímané úzkosti a mírou sociální opory. Podle hypotézy č. 2 jsem předpokládala, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti při zhoršení ICHS obtíží a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS. Vypočtená korelace byla $r = -0,37$. Jelikož r bylo větší než tabulované $r 0,01$, mohla jsem konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti při zhoršení zdravotního stavu a mírou sociální opory. Mimo obě hypotézy jsem sledovala ještě korelaci mezi mírou znepokojení projevy ICHS a mírou běžně vnímané úzkosti. Výsledná korelace byla $r = 0,46$. Mohla jsem tedy konstatovat, že existuje statisticky významná signifikantní pozitivní korelace mezi mírou úzkosti a mírou znepokojení projevy ICHS. Mnou zjištěné korelace jsem porovnávala s výsledky zahraniční prospektivní studie. Mezi autory této studie byl také J. A. Blumenthal, jehož standardizovaný dotazník jsem použila ve svém výzkumném šetření. Autoři této studie zjišťovali, zda může být sociální podpora a religiozita strategií ke zvládnutí úzkosti u hospitalizovaných kardiaků. Hodnota znázorňující stav úzkosti byla $r = -0,26$, $p < 0,01$, rysy úzkosti znázorňovala hodnota $r = -0,30$, $p < 0,01$. Bohužel se mi nepodařilo zjistit, zda byl v této studii použit standardizovaný dotazník PSSS J. A. Blumenthal a kol.. Předpokládám, vzhledem k přímé účasti autora dotazníku na studii, že byl použit shodný dotazník. Autoři zde konstatovali vliv sociální opory a religiozity neboli zbožnosti na nižší výskyt úzkosti u kardiaků. Zjistila jsem, že závěry této studie ve větší míře korespondují s výsledky mého výzkumného šetření. Autoři studie pohlížejí na sociální oporu a na religiozitu jako na nárazníky proti úzkosti u pacientů s ICHS. (Hughes, Tomlinson, Blumenthal, Davidson, Sketech, Watkins, 2004, [online]) Dle závěrů zmíněné studie a výsledků mého výzkumného šetření, jsem mohla konstatovat, že vyšší sociální opora působí jako obrana proti úzkosti.

ZÁVĚR

Výzkumná otázka této bakalářské práce zněla: „Má sociální opora vliv na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční?“ Mohu konstatovat, že na tuto otázku bylo v práci odpovězeno.

Prvním cílem práce bylo zmapování psychických reakcí pacientů na chronické onemocnění ICCHS. Na podkladě zjištěných dat mohu konstatovat, že cíl č. 1 byl splněn.

Druhým cílem bylo zmapování míry úzkosti u pacientů s ICCHS. Na podkladě zjištěných dat mohu konstatovat, že cíl č. 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zmapování míry sociální opory u pacientů s ICCHS. Mohu konstatovat, že také cíl č. 3 byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo zmapování sociální opory na průběh chronického onemocnění ICCHS. V souvislosti s tímto cílem jsem si stanovila dvě základní hypotézy. V první hypotéze, jsem předpokládala, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS. Na podkladě výsledků tohoto výzkumného šetření mohu konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti a mírou sociální opory. Čím vyšší je míra sociální opory, tím nižší je míra úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Hypotéza č. 1 byla potvrzena. Podle hypotézy č. 2 jsem předpokládala, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti při zhoršení ICCHS obtíží a mírou sociální opory naměřenou dotazníkem PSSS. Na podkladě výsledků tohoto výzkumného šetření mohu konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti při zhoršení zdravotního stavu a sledovanou mírou sociální opory. Pokud dojde ke zhoršení obtíží v souvislosti s ischemickou chorobou srdeční, vysoká míra sociální opory působí jako protektivní faktor neboli ochrana proti výraznému zvýšení úzkosti. Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Chronický charakter onemocnění má vliv na sociální a psychické zvládnání těžké životní situace, jakou nemoc bezesporu je. Erudovaná sestra by měla umět poskytnout takovou ošetrovatelskou péči, jež by nebyla zaměřena pouze na somatické potřeby, ale také na psychickou podporu pacientů. Ve své bakalářské práci jsem zmapovala neopomenutelný vliv psychiky na somatickou stránku onemocnění. Psychika má, dle

mého názoru, nezastupitelné místo v léčbě každého onemocnění. Ne nadarmo se říká: „víra tvá tě uzdravuje“. Sestry, aniž by si to mnohdy uvědomovaly, mohou být pacientovi velkou oporou, ale musí vědět jak na to. V dnešní době velké procento sester dosahuje pomaturitního specializovaného nebo vyššího odborného, či dokonce vysokoškolského vzdělání. Sestry se stávají odborníky v mnoha klinických oborech, ale někdy neumí své znalosti „prodat.“ A právě takto erudovaná sestra by mohla působit jako spojovací článek mezi rodinami a přáteli pacientů a pacienty samotnými.

Já osobně bych velmi ocenila, kdyby byly sestry více vzdělávány právě v metodách správné komunikace s pacienty a jejich rodinami. Dle mého názoru by bylo sestrami vítáno, kdyby věděly, jak mohou rodiny pacientů lépe motivovat k zapojení se do léčebného procesu, aby se postupně vytvořilo těsnější pouto mezi pacientem a jeho blízkými. Ti by svým kladným přístupem dávali pacientovi najevo jimi poskytovanou sociální oporu a ta by byla následně pozitivně vnímána pacientem. Pacient by byl motivován, viděl by, že o něj má někdo zájem, že se o něj někdo umí postarat, měl by zkrátka pro co žít a necítil by se tak opuštěn ve své nemoci. Já sama jsem byla nucena strávit pouze na nemocničním lůžku mezi čtyřmi stěnami nemocničního pokoje celé dva měsíce. Každý projev empatie ze strany sester mi dodával sílu. Na svoji rodinu jsem se pokaždé velmi těšila a bylo pro mne velmi důležité, že se o mě zajímají a mají potřebu zjistit, co všechno pro mě mohou v této těžké životní situaci udělat. Pro mě osobně znamenala sociální opora mnohé a úzkost se jejím prostřednictvím vždy vykrádala z mého podvědomí.

Z tohoto důvodu bych doporučila, aby jak jsem již výše popsala, byly sestry vzdělávány také v metodách správné komunikace s pacienty a jejich rodinami ať již formou celoústavních seminářů, odborných konferencí, pomaturitního specializačního vzdělávání nebo dalších vyšších stupňů vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Zároveň by bylo zcela jistě žádoucí, kdyby byli také rodinní příslušníci informováni o principech, prostřednictvím kterých mohou pacientovi projevit svoji podporu. Informace by mohli získat z několika zdrojů. První možnost spatřuji v edukaci rodinných příslušníků přímo na odděleních formou posterů nebo letáčků. Další možností by bylo zpřístupnění podrobnějších edukačních materiálů na internetu. Na nástěnkách oddělení doporučuji viditelně zavěsit odkazy na kluby pacientů se stejným onemocněním. Tyto kluby dnes již poskytují množství přehledných informací o možnosti podpory přímo pacientů v nemoci, ale i podpory jejich rodinných

příslušníků. V případě mnou sledované ischemické choroby srdeční jsou to kluby kardiaků, jako příklad uvádím *Nadační fond Pro srdce Hané*, který byl založen roku 1992 lékaři interní kliniky FN Olomouc. Jako další možnost se jeví odborné publikace. Jednou z posledně vydaných je například *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*.

Velké pozitivum spatřuji v naprosto běžné přítomnosti klinického psychologa v multidisciplinárním týmu. Během svého působení ve zdravotnictví jsem měla možnost pracovat na několika různých odděleních v rozličných zdravotnických zařízeních. Velmi ráda vzpomínám na jednu kliniku, kde byl klinický psycholog denně přítomen na odděleních a byl k dispozici nejen pacientům, ale také personálu. Mnohokrát někteří ze zaměstnanců využili krátké chvílky na rozhovor s tímto odborníkem. Věřím tomu, že mnohé z nás motivoval k další, obětavé práci a vždy nám znovu odhalil její smysl.

Také působení ošetrovatelských klinik v léčbě a prevenci ICHS se dle výše zmíněných studií jeví jako prospěšné a to v případě, že budou vedeny sestrami s patřičným vzděláním a bude jasně dána koncepce tohoto typu zdravotnického zařízení. Dle mého úsudku by bylo možno v budoucnu obdobná zařízení zahrnout do systému zdravotní péče i u nás. Nejdříve by ale bylo nutno přesně vyčíslit finanční efektivitu těchto institucí. Pro sestry by tento systém mohl přinést podstatné zvýšení prestiže jejich profese.

Danou problematikou vlivu sociální opory na různá onemocnění by bylo vhodné se i nadále zabývat, neboť dle výsledků tohoto výzkumného šetření jsem mohla konstatovat protektivní vliv sociální opory na výskyt úzkosti u daného kardiovaskulárního onemocnění.

LITERATURA A PRAMENY

1. ASCHERMAN, M., BĚLOHLÁVEK, J. *Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu akutních koronárních syndromů bez elevací ST úseček na EKG*, [online], Česká kardiologická společnost, rev. 10.3.2008, [cit. 2009-12-10]. Dostupné z: http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/141_aschermann_supl.pdf
2. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4
3. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7
4. BĚLUNEK, P. *Zmapování edukovanosti pacientů s anginou pectoris z pohledu všeobecného ošetřovatele*: bakalářská práce. Olomouc: Ústav ošetřovatelství a porodní asistence LF UP, 2007. Vedoucí práce Mgr., Bc. Pavla Kudlová, odb. as.
5. BOUČEK, J. *Psychoterapie*. dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1998. 28 s. ISBN 80-7067-662-0
6. BOUCHAL, M. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 216 s. ISBN 08-040-81
7. BRABENCOVÁ, Š. *Výskyt depresivního syndromu u pacientů s akutním koronárním syndromem*: bakalářská práce. Olomouc: Ústav teorie a praxe ošetřovatelství LF UP, 2006. Vedoucí práce MUDr. Mgr. Alan Bulava
8. GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 180 s. ISBN 80-7067-904-2
9. GLADKIJ, I., STRNAD L. *Zdravotní politika zdraví zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8
10. GREGOR, P., WIDIMSKÝ, P. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 595 s. ISBN 80-7262-021-5
11. HONZÁK, R., et al. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2

12. HORÁK, F., CHRÁSTKA, M. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989. 169 s. ISBN 17-304-89
13. HRADEC, J., BÝMA, S. *ICHS, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*, [online], Společnost všeobecného lékařství ČJS JEP 2007, [cit.2009-12-10]. Dostupné z:
<http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/ICHS.pdf>
14. HUGHES J.W., TOMLINSON A., BLUMENTHAL J.A., DAVIDSON J., SKETCH M.H., WATKINS L.L. *Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients*, [online], Ann Behav Medline. 2004 Dec. 28, [cit.2010-04-14]. Dostupné z:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576256>>
15. CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1473-6
16. IVANOVA, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 96 s. ISBN 80-244-0992-5
17. JIRÁNKOVÁ, R. *Edukace klientů s hypercholesterolémií: diplomová práce*. Olomouc: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství LF UP, 2005. Vedoucí práce Pavla Kudlová
18. JOANNA BRIGGS INSTITUTE *Ošetrovatelské kliniky pro dospělé s ischemickou chorobou srdeční*, [online], Best Practice. Evidence based information sheets for health professional 2005, ročník 9, číslo 1, [cit.2009-12-3]. Dostupné z:
<http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/Evidence_based_practice/9_1_2005.pdf>
19. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 43, 1999 a, číslo 1, str. 19 – 35
20. KOLDOVÁ, Z. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství*. dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 63 s. ISBN 80-7067-682-5
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Moderátor zvládnutí zátěže typu sociální opory*. Československá psychologie 1999, ročník XLIII, číslo 2, s. 106 – 118
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
24. KUBÍČKOVÁ, G. *Problematika deprese a smutku u obyvatel domovů důchodců*: bakalářská práce. Olomouc: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství LF UP, 2003. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová
25. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
26. MOHAPL, P. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc, 1992
27. PELCÁK, S. *Úvod do psychologie zdraví*, [on line], Soubor základních přednášek 2005 -2006, [cit. 2010-1-5]. Dostupné z: <<http://www.ksocp.info/UserFiles/UPZ.doc>>
28. POJEZDALOVÁ, R. *Edukace pacientů s ischemickou chorobou srdeční*: bakalářská práce. Olomouc: Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství LF UP, 2005. Vedoucí práce Jana Němečková
29. ROZANSKI, A., BLUMENTHAL, J.A., KAPLAN, J. *Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy*. *Circulation*. 1999, 99, 2192–2217
30. ŠIMON, J. *Epidemiologie prevence ischemické choroby srdeční*. Praha: Grada, 2001. 264 s. ISBN 80-247-0085-9
31. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J., a kol. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Grada, 2003. 364 s. ISBN 80-247-0500-1
32. ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2007. 722 s. ISBN 978-80-247-1385-4
33. ÚZIS ČR *Zemřelí 2008*, [online], Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2009, [2010-1-6]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>
34. VAŠINA, B., VALOŠKOVÁ, M. *Učitel – pracovní zátěž – zdraví*. In Řehulka E., Řehulková O. (ed.) *Učitelé a zdraví 1*, Brno: PsÚ AV ČR, 1998, s. 7 – 26
35. VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5
36. WIDIMSKÝ, P. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního infarktu myokardu*, [online], Česká kardiologická společnost, rev. 22. května 2002, [cit.2009-12-5]. Dostupné z:

<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=213>

37. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

SEZNAM ZKRATEK

ad hoc	k tomuto účelu
AKS	akutní koronární syndromy
ASA	kyselina acetylsalicylová
BIS	behaviorální inhibiční systém
BNP	natriuretický peptid
CCS	Klasifikace závažnosti anginy pectoris
CD40	solubilní liganda (protein)
CENSA	Centre for Evidence – based Nursing South Australia
CK-BB	kreatinkináza zejména v mozku a ledvinách svalstvu
CK-MB	kreatinkináza zejména v myokardu
CK-MB mass.	izoenzym kreatinkinázy
CK-MM	kreatinkináza zejména v kosterním svalstvu
CT	computerová tomografie
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiogram, elektrokardiograf
FN	Fakultní nemocnice
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDL	lipoproteidy o vysoké hustotě (high density lipoproteins)
HPS	Heart Protection Study
CHTA	koncepce chování typu A
ICHS	ischemická choroba srdeční
IMA	ischemií modifikovaný albumin
LDL	lipoproteidy o nízké hustotě (low density lipoproteins)
LF UP	Lékařská fakulta Univerzity Palackého
LMWH	krátké řetězce nízkomolekulárních heparinů
NAP	nestabilní angina pectoris
NSTEMI	infarkt myokardu bez elevací úseků S – T (non – ST – elevation MI)
OCD	obsedantně kompulzivní porucha
PCI	perkutánní koronární intervence
PET	pozitronová emisní tomografie

PN	pracovní neschopnost
proBNP	terminální pro brain natriuretický peptid
Příl.	příloha
PSSS	Perceived Social Support Scale
RF	rizikové faktory
SF	související faktory
SPECT	perfuzní thaliová scintigrafie myokardu
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
STEMI	infarkt myokardu s elevacemi úseků S – T (ST – elevations MI)
Tab.	tabulka
T, C, I	podjednotky troponinu
TK	krevní tlak
TnI	Troponin I
TnT	Troponin T
USA	Spojené státy americké
UZ	určující znaky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WCGS	Western collaborative group study

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 – Pohlaví respondentů.....	49
Tab. č. 2 – Věkové skupiny respondentů.....	50
Tab. č. 3 – Rodinný stav respondentů.....	51
Tab. č. 4 – Pracovní poměr respondentů.....	52
Tab. č. 5 – Bytové poměry respondentů.....	53
Tab. č. 6 – Míra znepokojení projevy onemocnění ICHS.....	56
Tab. č. 7 – Postoj respondentů k chronickému onemocnění ICHS.....	57
Tab. č. 8 – Psychické obtíže respondentů s ICHS.....	58
Tab. č. 9 – Míra úzkosti respondentů.....	59
Tab. č. 10 – Míra úzkosti při zhoršení zdravotního stavu.....	60
Tab. č. 11 – Související faktory úzkosti respondentů.....	61
Tab. č. 12 – Určující znaky úzkosti respondentů.....	62
Tab. č. 13 – Existence blízké osoby v těžké životní situaci.....	64
Tab. č. 14 – Existence osoby, se kterou se respondenti podělí o radosti i strasti.....	65
Tab. č. 15 – Existence osoby, která je zdrojem radosti a spokojenosti.....	66
Tab. č. 16 – Existence osoby, které na respondentech záleží.....	67
Tab. č. 17 – Rodina se snaží respondentům pomáhat.....	68
Tab. č. 18 – Rodina poskytuje respondentům dostatečnou citovou oporu.....	69
Tab. č. 19 – S rodinou mohou respondenti hovořit o svých problémech.....	70
Tab. č. 20 – Rodina respondentům pomáhá při rozhodování.....	71
Tab. č. 21 – Přátelé se respondentům snaží pomáhat.....	72
Tab. č. 22 – Při nezdaru se mohou respondenti spolehnout na přátele.....	73
Tab. č. 23 – S přáteli se mohou respondenti podělit o radosti i strasti.....	74
Tab. č. 24 – S přáteli mohou respondenti hovořit o svých problémech.....	75
Tab. č. 25 – Hodnocení sociální opory poskytované rodinou.....	76
Tab. č. 26 – Hodnocení sociální opory poskytované přáteli.....	77
Tab. č. 27 – Hodnocení sociální opory poskytované spolupracovníky.....	78
Tab. č. 28 – Hodnocení sociální opory poskytované nadřízenými.....	79
Tab. č. 29 – Celkové skóre sociální opory.....	80
Tab. č. 30 – Délka léčby ICHS.....	81
Tab. č. 31 – Respondenti byli nejčastěji dukováni.....	82
Tab. č. 32 – Dodržování doporučených režimových opatření.....	83

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.....	49
Graf č. 2 – Věkové skupiny respondentů.....	50
Graf č. 3 – Rodinný stav respondentů.....	51
Graf č. 4 – Pracovní poměr respondentů.....	52
Graf č. 5 – Bytové poměry respondentů.....	53
Graf č. 6 – Míra znepokojení projevy onemocnění ICHS.....	56
Graf č. 7 – Postoj respondentů k chronickému onemocnění ICHS.....	57
Graf č. 8 – Psychické obtíže respondentů s ICHS.....	58
Graf č. 9 – Míra úzkosti respondentů.....	59
Graf č.10 – Míra úzkosti při zhoršení zdravotního stavu.....	60
Graf č.11 – Související faktory úzkosti respondentů.....	61
Graf č.12 – Určující znaky úzkosti respondentů.....	62
Graf č.13 – Existence blízké osoby v těžké životní situaci.....	64
Graf č.14 – Existence osoby, se kterou se respondenti podělí o radosti i strasti.....	65
Graf č.15 – Existence osoby, která je zdrojem radosti a spokojenosti.....	66
Graf č.16 – Existence osoby, které na respondentech záleží.....	67
Graf č.17 – Rodina se snaží respondentům pomáhat.....	68
Graf č.18 – Rodina poskytuje respondentům dostatečnou citovou oporu.....	69
Graf č.19 – S rodinou mohou respondenti hovořit o svých problémech.....	70
Graf č.20 – Rodina respondentům pomáhá při rozhodování.....	71
Graf č.21 – Přátelé se respondentům snaží pomáhat.....	72
Graf č.22 – Při nezdaru se mohou respondenti spolehnout na přátele.....	73
Graf č.23 – S přáteli se mohou respondenti podělit o radosti i strasti.....	74
Graf č.24 – S přáteli mohou respondenti hovořit o svých problémech.....	75
Graf č.25 – Hodnocení sociální opory poskytované rodinou.....	76
Graf č.26 – Hodnocení sociální opory poskytované přáteli.....	77
Graf č.27 – Hodnocení sociální opory poskytované spolupracovníky.....	78
Graf č.28 – Hodnocení sociální opory poskytované nadřízenými.....	79
Graf č.29 – Celkové skóre sociální opory.....	80
Graf č.30 – Délka léčby ICHS.....	81
Graf č.31 – Respondenti byli nejčastěji dukováni.....	82
Graf č.32 – Dodržování doporučených režimových opatření.....	83

SEZNAM PŘÍLOH

- Příl. č. 1 – Dotazník: Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ICHS
- Příl. č. 2 – Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření v Nemocnici Blansko
- Příl. č. 3 – Dotazník: PSSS – J. A. Blumenthal a kol.
- Příl. č. 4 – Škála HADS
- Příl. č. 5 – Tabulka kardiovaskulárního rizika
- Příl. č. 6 – Klasifikace závažnosti anginy pectoris (CCS)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník: Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ICHS

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Martina Mrvová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci v oboru ošetrovatelství. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na zkoumání vlivu sociální opory, tj. podpory ve zvládnutí nemoci, kterou vy jako pacienti můžete nacházet například u svých partnerů, rodiny, přátel nebo u jiných osob.

Vyplněním tohoto dotazníku přispějete ke zjištění, do jaké míry ovlivňuje sociální opora výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční.

Dotazník je anonymní a bude využit pouze pro účely méjí bakalářské práce na FZV UP v Olomouci.

Předem Vám velmi děkuji za vyplnění celého dotazníku.

.....

V každé z následujících otázek zakroužkujte pouze jednu odpověď:

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Zařaďte se do skupiny dle věku:

- a) 50 – 59 let
- b) 60 – 69 let
- c) 70 – 79 let
- d) 80 a více let

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) žijete s druhem/družkou
- d) rozvedený/á
- e) ženatý/vdaná – žijící odděleně
- f) vdovec/vdova

4. V současné době jste:

- a) pracující
- b) nezaměstnán/a
- c) dlouhodobě na PN
- d) v částečném invalidním důchodu
- e) v plném invalidním důchodu
- f) ve starobním důchodu

5. V současné době bydlíte:

- a) s rodinou

- b) sám/sama
- c) v domě s pečovatelskou službou
- d) v zařízení pro seniory
- e) jinak, uveďte jak.....

6. Jak dlouho se léčíte s ischemickou chorobou srdeční?

- a) 3 měsíce – 1 rok
- b) 2 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) více než 10 let

7. Kdo Vám podal nejvíce informací o Vašem onemocnění?

- a) praktický lékař
- b) ošetřující lékař v nemocnici
- c) lékař specialista při kontrole na ambulanci
- d) zdravotní sestra
- e) pacienti se stejným onemocněním
- f) informace jste načerpal/a jinde, uveďte kde.....

8. Na stupnici vyznačte do jaké míry dodržujete režimová opatření (nekouřit, dieta, pravidelný odpočinek, atd.) doporučená lékařem.

7	6	5	4	3	2	1
vůbec nedodržuji	málokdy	občas	někdy ano a někdy ne	většinou dodržuji	dodržuji	dodržuji zcela přesně

9. Na stupnici vyznačte, jak silně Vás znepokojují projevy Vašeho onemocnění.

7	6	5	4	3	2	1
velmi			středně			vůbec

10. Na stupnici vyznačte čárkou, jak silnou pociťujete obvykle úzkost.

7	6	5	4	3	2	1
silnou			střední			žádnou

11. Na stupnici vyznačte jak silnou úzkost pocítíte, když u Vás dojde ke zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s ischemickou chorobou srdeční.

7	6	5	4	3	2	1
silnou			střední			žádnou

12. Jaký je Váš osobní pohled na Vaši nemoc:
- a) nemoc je nepřítel, se kterým chci bojovat
 - b) snažím se co nejvíce se zaměstnat, abych na nemoc nemyslel/a
 - c) snažím se i v této situaci najít něco pozitivního
 - d) vzdal/a jsem se veškerých nadějí na uzdravení

V následujících otázkách můžete zakroužkovat i více odpovědí:

13. V souvislosti s ischemickou chorobou srdeční jste vystaven/a změně či ohrožení ve:
- a) Vašem zdravotním stavu
 - b) Vašem zaměstnání
 - c) v běžných denních činnostech
 - d) Vaší ekonomické situaci
 - e) Vašich vztazích s přáteli, rodinou
 - f) splnění Vašich potřeb, tužeb
14. Vyskytují se u Vás při zhoršení onemocnění - ischemické choroby srdeční – některé z těchto znaků?
- a) neklid, popudlivost, nervozita
 - b) lítostivost, trápení
 - c) nejistota, obavy, úzkostlivost
 - d) bezmocnost, bezradnost
 - e) roztržitost, zapomnětlivost
 - f) únava, zhoršená pozornost
 - g) chvění hlasu, třes rukou
 - h) zvýšené pocení, návaly horka
 - i) bolesti břicha, nauzea, průjem
 - j) bušení srdce, zrychlené dýchání
 - k) strach z nejasného důvodu
 - l) uvědomíte si vlastní tělesné obtíže
 - m) zaměříte se plně na své zdravotní obtíže
 - n) máte tendenci obviňovat ostatní
15. V souvislosti s ischemickou chorobou srdeční se u Vás objevil tento problém:
- a) úzkost
 - b) strach
 - c) poruchy spánku
 - d) menší zájem o dění kolem sebe
 - e) léčíte se pro depresi
 - f) jiný psychický problém, uveďte jaký
 - g) žádný psychický problém se neobjevil

Pročtěte si pozorně každou položku a podle Vašeho názoru zakroužkujte vždy to číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu:

Uvedená čísla znamenají:

7 – rozhodně souhlasím

7 ----- 1

6 – souhlasím

5 – spíše souhlasím

rozhodně

rozhodně

4 – nevím

souhlasím

nesouhlasím

3 – spíše nesouhlasím

2 – nesouhlasím

1 – rozhodně nesouhlasím

1.	Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi na blízku	7	6	5	4	3	2	1
2.	Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti	7	6	5	4	3	2	1
3.	Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat	7	6	5	4	3	2	1
4.	Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji	7	6	5	4	3	2	1
5.	Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti	7	6	5	4	3	2	1
6.	Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat	7	6	5	4	3	2	1
7.	Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně	7	6	5	4	3	2	1
8.	Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech	7	6	5	4	3	2	1
9.	Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti	7	6	5	4	3	2	1
10.	Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem	7	6	5	4	3	2	1
11.	Moje rodina mi při rozhodování pomáhá	7	6	5	4	3	2	1
12.	O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit	7	6	5	4	3	2	1
13.	Lidé, kteří jsou mi ochotni pomoci, poradit a podepřít mne, když jsem v nesnázích, jsou:							
	I. členové mé rodiny	7	6	5	4	3	2	1
	II. moji přátelé	7	6	5	4	3	2	1
	III. moji spolupracovníci	7	6	5	4	3	2	1
	IV. moji nadřízení	7	6	5	4	3	2	1

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas, který jste věnoval/a vyplňování dotazníku.

Martina Mrvová

Příloha č. 2 - Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření v Nemocnici Blansko

V Olomouci, 4.12.2009

Hlavní sestra Nemocnice Blansko
Mgr. Jana Klesková
Sadová 33
678 01 Blansko

Věc: **Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření v Nemocnici Blansko**

Vážená paní magistro,

Žádám, tímto, o povolení dotazníkového výzkumného šetření v Nemocnici Blansko v rámci mé závěrečné bakalářské práce.

Cílem práce je zjistit vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Vzhledem k zaměření mého tématu budu dotazníkové šetření provádět na odděleních interny A, B, oddělení následné péče, oddělení intermediální péče, na interní JIP a v odborných ambulancích v období: 7.12.2009 – 28.2.2010.

Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Šárky Ježorské Ph.D. – odborné asistentky Ústavu společenských a humanitních věd Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, jehož plný text přikládám k žádosti.

V případě zájmu Vám ráda poskytnu výsledky výzkumného šetření.
Proším o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Martina Mrvová
Studentka 4. ročníku ošetrovatelství
FZV UP Olomouc

Kontaktní adresa:
Mgr. Šárka Ježorská Ph.D.
Fakulta zdravotnických věd
Hněvotínská 3
779 00 Olomouc
sarka.jezorska@upol.cz

Kontaktní adresa:
Martina Mrvová
Konečná 1
678 01 Blansko
martina@mujserver.net

Vyjádření k žádosti:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, razítko a podpis:

Mgr. Jana KLESKOVÁ

Příloha č. 3 – Dotazník: PSSS – J. A. Blumenthal a kol.

PSSS - J. A. Blumenthal a kol.

Jméno: Věk: Datum:

Zaměstnání: Vzdělání:

Pročtěte si prosím, pozorně každou položku a podle Vašeho názoru zakroužkujte u ní to číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu.

Uvedená čísla znamenají:

7 - rozhodně souhlasím	3 - spíše nesouhlasím
6 - souhlasím	2 - nesouhlasím
5 - spíše souhlasím	1 - rozhodně nesouhlasím
4 - nevím	

1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku.	7	(6)	5	4	3	2	1
2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.	7	6	5	4	3	2	1
3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.	7	6	5	4	3	2	1
4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji.	7	6	5	4	3	2	1
5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti.	7	6	5	4	3	2	1
6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.	7	6	5	4	3	2	1
7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své problémy opřít a spolehnout se na ně.	7	6	5	4	3	2	1
8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.	7	6	5	4	3	2	1
9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti.	7	6	5	4	3	2	1
10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem.	7	6	5	4	3	2	1
11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.	7	6	5	4	3	2	1
12. O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.	7	6	5	4	3	2	1
13. Lidé, kteří jsou mi ochotni pomoci, poradit a podepřít mne, když jsem v nesnázích, jsou:							
I. členové mé rodiny	7	6	5	4	3	2	1
II. moji přátelé	7	6	5	4	3	2	1
III. moji spolupracovníci	7	6	5	4	3	2	1
IV. moji nadřízení	7	6	5	4	3	2	1

	A	B	C	Σ
score				
váž. score				

PSSS (Perceived Social Support Scale) z roku 1974 jsou J. A. Blumenthal a kol.

Příl. č. 4 – Škála HADS

Chart 1 – Hospital Anxiety and Depression Scale

This questionnaire will help your physician to know how you are feeling. Read every sentence. Place an "X" on the answer that best describes how you have been feeling during the LAST WEEK. You do not have to think too much to answer. In this questionnaire, spontaneous answers are more important.

A 1) I feel tense or wound up: 3 () Most of the time 2 () A lot of the time 1 () From time to time 0 () Not at all	A 9) I get a sort of frightened feeling like butterflies in the stomach 0 () Not at all 1 () Occasionally 2 () Quite often 3 () Very often
D 2) I still enjoy the things I used to enjoy 0 () Definitely as much 1 () Not quite so much 2 () Only a little 3 () Hardly at all	D 10) I have lost interest in my appearance 3 () Definitely 2 () I don't take so much care as I should 1 () I may not take quite as much care 0 () I take just as much care as ever
A 3) I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen 3 () Very definitely and quite badly 2 () Yes, but not too badly 1 () A little, but it doesn't worry me 0 () Not at all	A 11) I feel restless, as if I had to be on the move 3 () Very much indeed 2 () Quite a lot 1 () Not very much 0 () Not at all
D 4) I can laugh and see the funny side of things 0 () As much as I always could 1 () Not quite as much now 2 () Definitely not so much now 3 () Not at all	D 12) I look forward with enjoyment to things 0 () As much as I ever did 1 () Rather less than I used to 2 () Definitely less than I used to 3 () Hardly at all
A 5) Worrying thought goes through my mind 3 () A great deal of the time 2 () A lot of the time 1 () From time to time but not too often 0 () Only occasionally	A 13) I get sudden feeling of panic 3 () Very often indeed 2 () Quite often 1 () Not very often 0 () Not at all
D 6) I feel cheerful 3 () Not at all 2 () Not often 1 () Sometimes 0 () Most of the time	D 14) I can enjoy a good TV or radio program or book 0 () Often 1 () Sometimes 2 () Not often 3 () Very seldom
A 7) I can seat at ease and feel relaxed 0 () Definitely 1 () Usually 2 () Not often 3 () Not at all	
D 8) I feel as I am slowed down 3 () Nearly all the time 2 () Very often 1 () Sometimes 0 () Not at all	

Dostupné z: <http://www.scielo.br/img/revistas/rba/v57n1/en_06c1.gif>



- K určení absolutního rizika ICHS v průběhu následujících 10 let je třeba nejprve zvolit příslušnou část tabulky, která odpovídá pohlaví, kuřáckým zvyklostem a věku pacienta (pacientky).
- V rámci příslušné tabulky vyhledejte políčko nejbližší hodnotám systolického krevního tlaku (mmHg) a cholesterolu (mmol/l), zjištěným u daného pacienta/pacientky. Porovnejte barvu příslušného políčka s barvami uvedenými v legendě a odečtěte úroveň rizika.
- Porovnáním jednotlivých částí tabulky směrem zdola nahoru lze odvodit účinky dlouhodobého působení rizikových faktorů v průběhu života s přibývajícím věkem. Tohoto postupu lze využít zejména při komunikaci s mladšími pacienty.
- Jedinci s vysokým rizikem: riziko ICHS v následujících 10 letech převyší 20 % nebo by převýšilo při projekci věku do 60 let.

Dostupné z: <<http://old.athero.cz/dokumenty/html/schema1.html>>

Příloha č. 6 - Klasifikace závažnosti anginy pectoris (CCS)

Třída I. Běžná fyzická zátěž není provázena AP (např. i chůze do schodů). Angina se manifestuje při větší fyzické zátěži, rychlé nebo déletrvající zátěži.

Třída II. Mírné omezení běžné aktivity. AP se manifestuje při rychlejší chůzi nebo při chůzi do schodů, do kopce, při zátěži po jídle, v chladu, při emočním stresu. Pomalá chůze 300 m po rovině nebo pomalé vyjití jednoho patra nevede obvykle k bolesti.

Třída III. Výrazné omezení běžné fyzické aktivity, angina se objevuje při pomalé chůzi po rovině nebo při vyjití jednoho patra do schodů.

Třída IV. Angina se vyskytuje při minimální námaze, může se manifestovat i v klidu.

Dostupné z:

<http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/141_aschermann_supl.pdf>