

ANOTACE

V bakalářské práci se věnuji strachu a úzkosti před koronarografickým vyšetřením a vlivu informovaného souhlasu na strach a úzkost pacienta.

V první teoretické části jsem se podrobněji zajímala o problematiku strachu a úzkosti, správné komunikaci zdravotnického personálu s lidmi ve strachu, úzkosti. V další části jsem podrobněji zkoumala problematiku informovaného souhlasu k vyšetření. V poslední části se věnuji vybranému vyšetření – koronarografii. Druhá - výzkumná část byla vytvořena pomocí dotazníkového šetření. Výsledky jsou prezentovány ve formě tabulek a grafů.

KLÍČOVÁ SLOVA

strach, fobie, úzkost, úzkostná porucha, koronarografie

TITLLE

ANNOTATION

KEYWORDS

ÚVOD

Strach je součástí našeho života, je to přirozená reakce našeho organismu na nějaké nebezpečí, které nám hrozí. Poukazu je na psychické změny v našem těle, motivuje nás být opatrní, obezřetní, soustředění,.... Strach či úzkost se u nás může projevit pocitem vnitřního napětí, nervozitou, pocitem úzkosti. Někdo si strach snaží nepřipouštět, ale každý se někdy bál, a proto bych vás ve své bakalářské práci ráda seznámila právě s touto problematikou.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části. V první – teoretické části – se zabývám problematikou strachu a úzkosti, jejich příčinami, druhy, projevy a možnou léčbou. Zabývám se zde i vlivem správného přístupu k pacientům od zdravotnického personálu a vlivu zdravotníků na pacienty. Druhým stěžejním pojmem je informovaný souhlas k vyšetření. Zjišťovala jsem jeho vznik, vývoj, obsah a právní složku. Dále Vás seznámím s vybraným vyšetřením – koronarografií – co to je, jak se provádí vlastním výkonem, péče před a po KG, komplikacemi po KG.

Ve druhé – praktické části jsem použila metodu dotazníku, kterou jsem využívala při zpracování výsledků. Na začátek práce jsem jsi stanovila výzkumné záměry. Dotazníkové šetření jsem prováděla ve spolupráci s kardiologickým oddělením PKN. Pomocí dotazníku jsem se snažila zjistit míru strachu a úzkosti před a po vyšetření a vliv informovanosti pacientů právě na tyto negativní pocity.

Práci jsem doplnila o přílohy ke zlepšení názornosti dané problematiky – katetrizační materiály, místa vpichu, KG snímky.

Dále jsem práci doplnila o edukační materiál.

CÍL

Cíle:

- I. Zjistit, jaké informace o KG získali pacienti z poučeného souhlasu k vyšetření a jak tyto informace ovlivnily intenzitu strachu a úzkosti.
- II. Zjistit, další zdroje informací o KG, jejich kvalitu a vliv na intenzitu pacientova strachu, úzkosti.
- III. Zjistit, zda pacient trpí před KG pocitem strachu, úzkosti a zobrazit míru strachu a úzkosti pomocí hodnotící škály.
- IV. Zjistit a definovat příčiny strachu, úzkosti, projevy před KG, a zjistit, co tyto pocity snižuje.
- V. Zjistit jaké informace o KG pacienti vyžadují (formu, množství, od koho), aby jejich pocit strachu, úzkosti byl co nejnižší.

TEORETICKÁ ČÁST

STRACH versus ÚZKOST

1.1 STRACH = EMOCE

Strach můžeme definovat jako nepříjemný, krátkodobější emocionální stav během aktuálního nebo pouze očekávaného podnětu, který daná osoba kognitivně zpracovává jako podnět, který ji ohrožuje, který je pro ni výhledově nebezpečný nebo už ji přímo poškozuje, působí jí utrpení. Jedinec je zpravidla schopen identifikovat příčinu svého strachu (situaci, osobu, předmět, výkon atd.). Pro strach je specifický vnitřní, subjektivně specifický zážitek mimořádného rozrušení, jenž je provázen neurovegetativními dystresovými reakcemi. Strach vyvolává u jedince snahu vyhnout se ohrožení, uniknout, anebo zaútočit.

1.1.1. DRUHY STRACHU

Strach můžeme rozdělit např. na instinktivní x naučený. Instinktivní neboli atavistický, který je strach vrozený (strach ze tmy, z některých zvířat). Naučený je získaný během života (strach ze stárí, osamělosti, ztráty zaměstnání). Přiměřený x nadměrný. Přiměřený strach je ochranný, varuje nás před nebezpečím, naopak nadměrný způsobuje chaotické jednání. Dále můžeme mít strach příjemný x nepříjemný. Příjemný způsobuje prožívání příjemného napětí (adrenalinový sport, horory) naopak nepříjemný způsobuje prožívání nelibých prožitků (zkouška, vystoupení).

1.1.2. PŘÍČINY STRACHU

Strach je výrazně ovlivněn věkem, zejména v dětství a dospívání. U kojenců a batolat vyvolávají strach neznámé předměty, ztráta kontaktu s matkou či otcem. Později se bojí některých zvířat, tmy a úplné samoty. Ve školním věku už nastupuje spíše strach z jevů, které si dítě představuje, z událostí, které pouze očekává, než z jevů, které právě působí. Mezi 6-12 rokem života se obavy mění, strach je vyvolán situacemi, kdy jsou hodnoceni, ze školy, z poranění, z nemoci. Čím starší člověk je klesá počet příčin strachu i intenzita prožívaného normálního strachu, ale pozor bychom měli dát na to, že naprostá většina výzkumů strachu u dětí a dospívajících konstatuje přítomnost strachu z lékařských výkonů (medical fear).

Roli v prožívání strachu hrají charakteristické rysy osobnosti. Rysy osobnosti jsou psychické vlastnosti člověka, které se projeví v jeho chování a jednání; typické jsou pro určitého jedince, odlišující ho se od ostatních (např. družnost x uzavřenost, dominance x submisivita, atd.). Souhrn vlastností a rysů osobnosti vyjadřuje typ osobnosti. Mezi psychické

vlastnosti osobnosti řadíme temperament, schopnosti neboli vlohy, charakter, motivy, postoje, atd.

Dle Hippokratovy typologie rozdělujeme osobnost na 4 typy dle tekutin, která převažuje.

Sangvinik (krev) je silný, pohyblivý, vyrovnaný, převažuje u něj optimismus, sdílnost, otevřenost, družnost, citová vřelost, aktivita, podnikavost, přizpůsobivost, povrchnost, měkké city, přílišná sdílnost, snadná ovlivnitelnost, nedůslednost, výbušnost = emočně stabilní extrovert.

Cholerik (žluč) je silný, nevyrovnaný, citově nevyrovnaný směrem k hněvu a agresivitě sebevědomí, převažuje vášnivost, samostatnost, obětavost, otevřenost, sdílnost, pečlivost, vůdcovství výbušnost, impulsivnost, nesnášenlivost, nesmiřitelnost, panovačnost, narcismus = emočně labilní extrovert.

Flegmatik (sliz) je silný, vyrovnaný, citově vyrovnaný, nepohyblivý, převažuje u něj dobromyslnost, snášenlivost, samostatnost, rezervovanost v mezilidských vztazích ale se schopností vytvořit silné citové vztahy, trpělivost, rozvážnost, vytrvalost, přemýšlivost, citový chlad, uzavřenost, nespolečenská, nepřizpůsobivost, váhavost, pomalost, pasivita až lenost = emočně stabilní introvert.

Melancholik (černá žluč) je slabý, nevyrovnaný, citově nevyrovnaný směrem k úzkosti, strachu a ústupnosti, převažuje u něj oddanost, věrnost, velkorysost, hlubokomyslnost, svědomitost, spolehlivost, ústupnost, odpovědnost, přecitlivělost, pesimismus, zasmušilost, uzavřenost, samotářství, plachost, roztržitost, bázlivost, vztahovačnost, egoismus = emočně labilní introvert.

Dle konstituční typologie dr. Kretschmer (19. – 20. st.) rozdělil osobnost v závislosti na psychice nemocného.

Astenický typ má schyziotymní stavbu těla, protáhlou postavu, dlouhé končetiny, slabé svaly, nízký hrudník, neprojevuje se navenek, horlivý, citově chladný, hněvivý, vznětlivý až k zlosti, vážný, důsledný, úzkostlivý. Má náchylnost k schizofrenii.

Pyknický typ má střední postavu, rozměrnou lebku, objemný trup, krátké končetiny a často i krk, měkké svalstvo. Má rád společnost, otevřenost, požitkářství (smyslové). Naopak je těžko pádný, pomalý. Má sklony k maniodepresivní psychóze (chorobné změny nálad).

Atletický typ je souměrný, dobře stavěný, má vyvinuté svalstvo, pružný, vyrovnaný citově i psychicky, houževnatý, klidný a spolehlivý. Nemá náchylnost k určité psychické chorobě.

Typologie Carla Gustava Junga

C.G.Jung položil základy dělení temperamentu v závislosti na přístupu k okolnímu světu.

Introvert je člověk, který žije především svým vnitřním životem, ale je velmi vnímavý ke svému okolí, přemýšlivý, empatický pozorovatel, rozvázný ve svém jednání a opatrný ve svých citech, sklony k mlčenlivosti v případě neexistence relevantního tématu, preferuje nepřímou komunikaci před rozhovorem. Ve společnosti preferuje menší skupinky (méně než 5-10 osob) introvertních lidí. V případě nutnosti je po určitou dobu schopen se chovat extrovertně.

Extrovert je člověk žijící navenek – povrchní a spontánní, snadno komunikuje, jedná rozhodně a rychle až zbrkle, po citové stránce je velmi otevřený ale jeho city jsou taktéž povrchní a je méně vnímavý ke svému okolí. Ke spokojenosti potřebuje být v centru dění, nejlépe i pozornosti, tudíž se rád objevuje na akcích s větším množstvím lidí.

Obecně si společnost myslí, že introvertní osobnost je nevnímavá vůči svému okolí a naopak extrovertní velmi všímavá. Ve skutečnosti je to však obráceně – extrovertní osobnost je sice schopna vjemy ze svého okolí vnímat ve velkém množství, ale méně intenzivně.

1.1.3. STUPNĚ STRACHU

Při rozdělování pojmu strach je velmi důležité zohlednit intenzitu i obsah. Strach může rozdělit do stupňů. První stupeň je obava, bázeň. Jedná se negativní emoci, která vznikla v důsledku strachu a pocitu nejistoty z neznáma. Obava mívá zcela konkrétní podobu. Velmi často se obáváme o svůj život či zdraví - případně o život či zdraví svých blízkých, vztahy k jiným lidem atd. Druhý stupeň je hrůza, děs, zděšení. Jedná se již o velmi silnou reakci, která může přejít až v afekt. Afekt je krátkodobá, silná, prudká emoční reakce na významný podnět při sníženém sebeovládání. Je reakcí náhle vzniklého emočního napětí a zpravidla vede k výrazovému až zkratovému jednání.

Odborníci dále odlišují pojem normální strach a strach vybočující z normy – fobie.

Normální strach může charakterizovat jako normální reakci jedince na ohrožení, které je buď reálné, nebo si jedinec nebezpečí pouze představuje. Tento strach je integrální a adaptivní složkou vývoje jedince. Patří mezi základní lidské emoce a jeho funkcí je chránit jedince před riziky a umožnit mu přežít.

Fobie je nepotlačitelný strach předmětů a situací. Jedná se o vystupňovaný strach bez logického podkladu. Postižený si nesmyslný strach uvědomuje, ale není schopen ho vlastní vůlí potlačit. Fobie má svůj objekt, na který je vázána a podle kterého je také pojmenována. Existuje mnoho různých druhů fobií např. z výšky - akrofobie, z uzavřených prostor – klaustrofobie, ze smrti - thanatofobie, z žen (u mužů) - gynofobie, atd.

K diagnostice fobie používáme hodnocení těchto příznaků. Pacient trpí nepřiměřeným strachem z určitého objektu nebo situace a vyhýbá se tomuto objektu nebo situaci. U pacienta se musí vyskytnout minimálně 2 příznaky strachu (alespoň jeden musí být z oblasti vegetativní – bušení srdce, pocení, chvění, sucho v ústech). Pacient si musí uvědomovat, že strach a vyhýbavé chování jsou přehnané, neadekvátní, nesmyslné. Strach se nesmí projevovat, pokud osoba není v kontaktu s předmětem nebo situací. Pacientův strach a vyhýbavé chování nejsou následkem bludů nebo halucinací.

1.1.4. PROJEVY STRACHU

Strach je u člověka doprovázen tělesnými projevy (třes, neklid, cukání, bolesti hlavy, bolesti na hrudi, zkrácený dech, hypertenze, tachykardie, atd.). Dále se mohou objevit vegetativní poruchy (rudnutí, blednutí, průjem, sucho v ústech, pocení, palpitace atd.), psychické změny (porucha koncentrace, spánku, pocit ohrožení, úzkost, atd.), behaviorální projevy (nemluvnost, přešlapování, rychlá řeč, ošívání se, atd.).

1.1.5. LÉČBA STRACHU

Základní metodou léčby strachu je psychoterapie a farmakoterapie. V psychoterapii využíváme psychologické poznatky tak, aby byl člověk schopen sám vyřešit své problémy. Cílem psychoterapie je znovu obnovit pocit kontroly nad sebe samým, toho se snaží dosáhnout pomocí rozhovoru, psaní, kreslení, doteku,....

Psychoterapii můžeme rozdělit:

- a. Individuální
- b. Skupinovou
- c. Systematická (rodinná, partnerská a manželská terapie)
- d. Direktivní – nedirektivní
- e. Kognitivně-behaviorální

Individuální psychoterapie je vedena pouze mezi pacientem a psychoterapeutem, kteří mezi sebou diskutují a rozebírají daný problém pacienta, jedná se tedy o dialog. K dosažení cíle se používá daných postupů a strategií. Zpravidla se setkávají minimálně 1x týdně i častěji a délka jednoho sezení je asi 50-60 minut.

Skupinová psychoterapie se opírá o předpoklad, že každý člověk má zachovanou kapacitu k posuzování problémů jiných lidí. Skupinová diskuse vedená odborníkem kombinuje porozumění se střízlivým, kritickým hodnocením. Účinnými faktory při skupinové

psychoterapii jsou – ve skupině lidé s podobnými problémy, možnosti zpracovávat konstruktivně minulé zážitky, aktivně se učit novým druhům chování, hledat nové naděje.

Optimální velikost skupiny 8 členů, v terapeutickém týmu by měly být dva terapeuti, sezení vede jeden a druhý má úlohu koterapeuta. Nevhodnými kandidáty skupinové terapie jsou lidé extrémně vztahovační, stažení a nedůvěřiví a lidé agresivní.

Systematická terapie je základní prvek, aby do léčby byla zainteresována i rodina. Pro nemocného je velmi potřebné, aby v rodině bylo vytvořeno „příznivé klima“ bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek.

Direktivní strukturovaná psychoterapie je orientovaná na odstranění symptomů, používající různé techniky, výukové postupy, rady a instrukce, kdy psychoterapeut vystupuje spíše jako expert, poradce nebo učitel. Nedirektivní, nestrukturovaná terapie (tj. kde absentují přímé rady, plán, instrukce či výuka terapeuta) založená na hlubinném pohledu, na hledání příčin v osobní historii, označení opakování určitého typu chování a hledání souvislostí s přítomností, kladoucí důraz na prožívání a emoční vnitřní svět klienta. Terapeut zde vystupuje spíše v roli posluchače, občasného komentátora a pomocníka, jak vidět a pochopit to co se odehrává v duši klienta.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je psychoterapie zaměřená na celkové zklidnění pacienta, učí ho porozumět problému, odstranit škodlivé způsoby myšlení, upravit vzorce chování, zlepšit komunikaci a relaxaci. KBT učí, jak zacházet se symptomy a problémy, zbavovat se zbytkových příznaků, a trénuje dovednosti potřebné pro zvládnání stresujících situací. Vede ke zlepšení sociální adaptace a sebehodnocení.

K léčbě fobií se využívá expoziční terapie. Pacient je postupně vystavován obávaným situacím. Tato technika staví na základě toho, že strach nemůže růst do nekonečna a po určité době musí začít klesat. Expozice musí trvat dostatečně dlouhou dobu, aby došlo k poklesu strachu. Měla by být prováděna systematicky minimálně 1x denně a to jak za dohledu terapeuta, ale může ji provádět pacient i sám. Začíná se od jednoduchých situací, až po zvládnutí se přechází postupně k těm složitějším.

Významní psychoterapeuti:

K nejvýznamnějším osobnostem psychoterapie můžeme zařadit **S. Freuda**, který vytvořil teorii psychoanalýzy. Dalším jeho významným dílem je Ego a Id, kde rozvádí svoji teorii, že mysl je rozdělena do tří částí a to id – ego – superego. Z dalších děl např. Útlum, příznak a úzkost, Budoucnost jedné iluze, Mimo princip slasti,....

Carl Gustav Jung zakladatel analytické psychologie. Jeho přínos spočívá v pochopení lidské psychiky na pozadí světa snů, umění, mytologie, náboženství a filosofie. Má významný díl na zkoumání příčin a léčbě schizofrenie. Byl pokračovatelem a přítelem S. Freuda.

Jacob Levy Moreno zakladatel sociometrie, která se pokouší měřit vztahy ve skupině, vzájemné sympatie a antipatie.

Albert Pesso a Diana Boyden manželský pár, který vytvořil tzv. PBSP (Pesso Boyden System Psycho-moto). Jedná se o původní psychotherapeutickou metodu o sebepoznání, osobní rozvoj, vyrovnání se s vlastní historií a hledání hlubšího smyslu života.

Ferdinand Knobloch český psychoterapeut, spolu s manželkou založily tzv. integrovanou psychoterapii – vznikla jako výsledek kritického hodnocení existujících směrů v psychoterapii, včetně psychoanalýzy a behaviorálních psychoterapií. Snaha o koordinaci individuální, rodinné i skupinové psychoterapie a terapeutické komunity, koordinace verbálních a neverbálních metod.

1.2 ÚZKOST = ANXIETA

Úzkost neboli anxieta se zpravidla definuje jako nepříjemný, dlouhodobý emocionální stav. Jedinec mívá obavy, prožívá pocity ohrožení, „tuší“ nebezpečí, ale často není schopen identifikovat příčinu svých obav, ani odhadnout, kdy a odkud ohrožení přijde. Úzkost bývá vyvolávána obavami z něčeho neznámého anebo v případě bolesti obavami z něčeho obtížně uchopitelného, obtížně vysvětlitelného, časově nepředpověditelného, něčeho, před čím se jedinec nedokáže účinně bránit. Úzkost navozuje neklid, nejistotu, pocit bezmocnosti.

Rozdíl mezi úzkostí a strachem bývá charakterizován takto (Rhudy a Meagher, 2000): úzkost je druh emoce orientovaný do budoucna, pro niž je typické negativní zabarvení a anticipace neurčitěho nebezpečí provázená obavami z možného ohrožení jedince. Navozuje zvýšenou bdělost a somatickou tenzi (např. svalové napětí). Úzkost nutí ke zvýšenému sledování okolí i sebe sama, což usnadňuje senzorickou receptivitu. Naproti tomu strach je bezprostřední poplachová reakce na přítomné ohrožení; hlavním impulzem je uniknout a typickým důsledkem je prudký nástup rozrušení. Strach mobilizuje organismus k akci a jedinec odpovídá na ohrožení, reakcemi typu uteč, nebo zaútoč.

Situace, které vyvolávají úzkost, jsou různé a záleží na samotném jedinci (nemoc, škola, finanční problémy, pocity méněcennosti, nejistoty, vinny, ztráta prestiže, konflikty v rodině, atd.).

1.2.1. SLOŽKY ÚZKOSTI

Úzkost zahrnuje složku kognitivní, která je způsobena očekáváním neurčitého nebezpečí. Dále složku somatickou ta připravuje tělo na únik, což se projevuje hypertenzí, tachykardií, zvýšeným pocením. Může se dostavit nevolnost. Krev proudí do hlavních svalových skupin, zbylé oběhy jsou potlačeny. Navenek se úzkost projevuje bledostí pokožky, pocením, chvěním a rozšířením zornic – mydriáza. Emocionální složka ukazuje na pocity paniky a behaviorální zahrnuje únik nebo vyhnutí se zdroji úzkosti. Zvláštní formou je úzkostná porucha.

Úzkostná porucha se řadí k neurotickým poruchám. Úzkostné poruchy jsou chronickými poruchami a vyskytují se buď od raného věku, nebo je náhle spustí určitá událost. Nastupují nebo se zhoršují v období stresu. Člověk postižený touto poruchou si uvědomuje nesmyslnost svých pocitů, ale není schopen jim čelit a ovládat je.

Nejběžnější úzkostné poruchy jsou: Obsedantně kompulzivní porucha je porucha chronická. Pacient má pocit vykonávat určitý soubor činností, kompulze, které běžně nazýváme rituály = obřadný. Člověk, který trpí obsedantně kompulzivní poruchou, trpí pocitem nesnesitelné úzkosti, dokud nevykoná kompulzi. Tyto kompulze vykonává pacient navenek nebo se mohou odehrávat v jeho mysli. Začátek poruchy je většinou mezi 18. a 25. rokem. Průběh je dlouhodobý a po dosažení vrcholu jeho intenzita kolísá.

Obsese je chorobně utkvělá představa, myšlenka, jedná se o nutkavé jevy, nejčastěji myšlenky, popudy k jednání, které ovládají mysl pacienta, i když se je snaží potlačit. Jsou automatické, časté, úzkostné, těžko kontrolovatelné. Typickými obsesemi jsou úzkosti, že pacient vážně onemocní, zraní se nebo ublíží sobě nebo někomu jinému

Kompulze je nutkavé jednání, které člověk obvykle opakovaně vykonává, aby se zbavila obsese a úzkostí, kterou způsobuje.

Nejčastější typy obsedantně kompulzivní poruchy jsou obsese bez zjevných kompulzí, nadměrný strach ze špíny a infekce, kontrolování (úzkost z opomenutí, které by ohrozilo je nebo jiné lidi), jiné kompulze (opakování slov, čísel, dotykové kompulze).

Sociálně úzkostná porucha je neurotická porucha, charakteristická úzkostí z určitého sociálního, mezilidského kontaktu, který se projevuje úzkostí. Pramení z vědomých a nevědomých negativních očekávání vlastního selhání v osobní rovině. Tato očekávání pramení z negativních představ o sobě, získaných výchovou, kdy dítě nebylo rodiči přijato a milováno jako jedinečný lidský tvor s právem na chyby a nezískalo tak pocit vlastní hodnoty a lásku k sobě samému. Postupem času se nezdravý sebeobraz natolik vžije, že se stane kritickým

hlasem, který pacientovy podráží kolena. Výsledkem je úzkost. Pacient se musí naučit novému vnímání samého sebe, rozpoznávat své pocity, o pocitech hovořit a zároveň přijímat na ně patřičnou reakci.

Generalizovaná úzkostná porucha je charakteristická nadměrnými nekontrolovatelnými obavami a úzkostí, které se týkají běžných denních záležitostí. Frekvence, trvání a intenzita je nepřiměřená zdroji obav a má vliv na každodenní život pacienta. Lidé trpící touto poruchou se obávají o své zaměstnání, finanční situaci a zdraví své i své rodiny. Příčinou vzniku bývá stresující nebo traumatická událost. Začíná zpravidla mezi 16. až 18. rokem a pokud se neléčí, může trvat i celý život. Postižení se mohou stát závislí na benzodiazepinech nebo alkoholu. Projevy této poruchy: nervozita, neklid, napětí, podrážděnost, snadná unavitelnost, potíže s koncentrací, vznětlivost, přecitlivělost, svalové napětí, poruchy spánku, atd.

Posttraumatická stresová porucha = posttraumatický stresový syndrom jinak také reakce na závažný stres. Vzniká jako reakce na traumatickou událost, situaci ohrožující postiženého nebo jeho blízké (např. válka, povodeň, požár, těžký úraz, autonehoda, znásilnění, únos, život ohrožující choroba) nebo v důsledku změn v mezilidských vztazích a sociálních rolích (ztráta zaměstnání, nevěra partnera, rozvod). Postižený opakovaně prožívá událost v myšlenkách, snech a fantaziích a vyhýbá se místům a situacím, ve kterých k události došlo. Porucha se často projevuje poruchami spánku. Současně se může vyskytovat i deprese, generalizovaná úzkostná porucha, OCD, agorafobie, depersonalizace nebo různé závislosti. Rozlišuje se na akutní reakce na stres (příznaky trvají méně než 3 měsíce) a chronickou (příznaky trvání déle než 3 měsíce).

Panická porucha je charakterizována záchvaty úzkosti a vnitřní nepohody, které vznikají náhle bez zjevné příčiny. Během několika málo minut dosahují maxima a trvají zpravidla 5 – 20 i déle minut. Typické příznaky jsou tachykardie, pocení, třes, sucho v ústech. Dále se může projevit jako obtížné dýchání, pocity na zalknutí, nauzea nebo břišní nevolnost, pocity, derealizace, depersonalizace, návaly horka nebo chladu, pocity že nežije, že je mrtvý. Panická porucha může být zaměněna za intoxikaci psychoaktivními látkami (amfetamin, kokain, kofein), odvykacími symptomy (alkohol), afektivními poruchami, schizofrenií,....

1.2.2. PROJEVY ÚZKOSTI

Úzkost se projevuje podobně jak strach. Projevit se může tělesnými nebo psychickými změnami. K tělesným projevům můžeme zařadit třesy, mravenčení, vnitřní neklid, svalové napětí, bolesti, závratě, mdloby, sucho v ústech, průjem, pocení. Ve společenských kruzích se

úzkost projevuje zarudnutí, třesy, nucení a obava z pokálení, pozvracení nebo pomočení, návaly horka, obtížné dýchání a zalykání se. Mezi psychické projevy úzkosti řadíme ztráta energie, únava, omezení aktivit, neklid, nervozita a podrážděnost zároveň, změny v oblasti spánku, chuti k jídlu, potíže v oblasti rozhodování, paměti a soustředění, pocit beznaděje, bezmoci, sebepodceňování, až myšlenky na smrt a sebevraždu. Vzhledem k převaze tělesných projevů, bývá úzkost zaměňována za tělesné nemoci – srdeční poruchy, cévní poruchy, neurologické choroby. Pokud je člověk v úzkosti dlouho, mohou se vlivem chronického stresu dostavit i tělesné potíže.

1.2.3. LÉČBA ÚZKOSTI

Úzkost může léčit pomocí farmakoterapie, psychoterapie, pomocí alternativní medicíny. Psychofarmakologie nabízí celou škálu léků, kterými můžeme úzkost potlačit či odstranit. Krátkodobou úzkost (stres a rozechvělost na pohřbu, rozrušení po rozchodu) můžeme zvládnout pomocí některých benzodiazepinovými anxiolytiky, blokátory úzkosti (např. Neuro, Diazepam, Oxazepam, atd.). K indikaci těchto léků se musí přistupovat s největší opatrností, protože dlouhodobým užíváním těchto léků se vypěstuje závislost. Tato závislost pak může vést k poškození mozku a jater jako u alkoholismu či abstinenčního syndromu po jejich vysazení.

K odstranění dlouhodobé úzkost jsou lepší volbou antidepresiva. Dříve se používala antidepresiva 1. generace (Amitriptylin, Prothiaden, Anafranil, atd.), která měly také řadu vedlejších nežádoucích příznaků (poruchy v CNS - zmatenost, halucinace, brady i tachykardie, arytmie, hypotenze, poruchy GITU - až ileus i další). Ale i dnes se v menší míře používají. Jejich obdobou jsou antidepresiva 2. generace, která působí obdobně, ale nemají tolik nežádoucích účinků na organismus (spíše ospalost, třes, hypotenze = stačí snížit dávku a stav se upraví), (Lerivon, Ludiomil, Trittico, atd.). Nejlepší volbou jsou antidepresiva 3. a 4. generace, které způsobují minimum účinky. Vedlejší nežádoucí účinky (pokles chuti k jídlu, žaludeční nevolnost, bolesti hlavy, ospalost, nauzea, atd.) bývají zvládnutelné a pouze dočasné, objevují se zhruba u 10% populace. Použití těchto léků (Seropram, Citalec, Citalon, Zoloft, atd.) je možné i u tělesně nemocných a starých lidí, kde u jiných antidepresiv máme kontraindikace. Kromě výše zmíněných antidepresiv máme specifická antidepresiva (*Coaxil*, Remeron, Aurorix, atd.), která mají jiné mechanismy působení a jiné specifické indikace k nasazení. Masivní úzkost, na kterou antidepresiva nestačí, nahrazujeme podáním slabších

dávek antipsychotik (Chlorprothixen, Dogmatil, Risperdal, atd.), léků na úpravu chorobných myšlenek, např. při léčbě schizofrenie.

Další možnou léčbou je psychoterapie. Ta se snažíme působit na duševní nemoc psychologickými prostředky např. rozhovorem, relaxačními metodami, autogenním tréninkem, nácvikem dovedností, hypnózou, Psychoterapii může provádět skupinovou nebo individuální. Psychoanalytici se snaží odstranit úzkost přesouváním nevědomých situací do mysli pacienta a vyvolat pochopení dané situace tak, aby došlo osvobození mysli. Toto se provádí v důvěrně známém prostředí pacienta. Psychoterapie samotná je vhodná spíše pro mírnější typy úzkostných poruch.

Hlavní metody psychoterapie jsou dynamická psychoterapie, psychoanalýza a kognitivně behaviorální terapie. Dynamická terapie a psychoanalýza vychází z toho, že jak se nyní pacient projevuje, cítí, myslí, pramení z minulých zkušeností. Snažíme se ujasnit dřívější prožitky, tak aby mohla vzniknout nová struktura osobnosti, která úzkostné stavy lépe zvládne a dodá sebevědomí. Kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT) je první volbou, mnohdy ještě před farmakoterapií. KBT se snaží zorientovat pacienta v daném problému, co ho vyvolává, co ho ovlivňuje, co ho zhoršuje či naopak zlepšuje. Snaží se pacienta naučit příznaky zmírňovat, řešit své problémy, pracovat tak, aby nepříjemné příznaky odezněly. Terapie zaměřena na aktuální problém. Když porovnáme léčbu farmakologickou a psychoterapii dá se jednoznačně určit, že farmakoterapie bývá léčbou rychlejší a psychoterapie trvalejší.

Možností léčby je i alternativní medicína. Jedná se o přírodní metodu. Národy hledají pomoc u šamanů, alternativních léčitelů, vykladačů snů, kartárek, masérů, kineziologů, ti všichni se snaží odstranit naši úzkost přírodními metodami. Jde o metodu porozumění, důvěry, blízkosti a vedení v době krize, jde o to, aby na to člověk nebyl sám. Biofeedback (biologická zpětná vazba). Pacienti se učí, kontrolovat své fyzikální pochody, jako je hyperventilace, která působí na vznik panického záchvatu. Fytoterapie vede k uklidnění nervů za použití bylinných čajů bez kofeinu. Při nespavosti pomáhají heřmánek, máta a také valeriána (kozlík lékařský), se standardním obsahem 0,8% kyseliny valerianové, užívejte před spaním. Proti nervozitě a bušení srdce, je léčivka kava.

Užívaná v dávce 250 mg dvakrát až třikrát denně. Anxiolytické účinky má také třezalka. Používáme ji se standardním obsahem 0,3 % hypericinu. Běžná dávka je 300 mg třikrát denně. Hypnóza učí pacienta relaxovat pomocí hlubokého dýchání, meditace a vizualizace

uklidňujících scén. Mezi další relaxační techniky můžeme zařadit autosugesce, meditace a sugesce. Masáže provádíme pomocí aroma olejů např. šalvějového, růžového, heřmánkového nebo jasmínového. Jóga a relaxační cvičení využívá techniky pohybu, je prospěšná pro nácvik hlubokého dýchání a poloh snižujících úzkost.

1.3.JEDNÁNÍ S NEMOCNÝM VE STRACHU A ÚZKOSTI

Komunikace je proces, v kterém účastníci vytvářejí a sdílejí informace navzájem za účelem dosažení vzájemného porozumění. Komunikace znamená nejen výměnu informací a kódů, ale vzájemnou interakci subjektů, která má složité zákonitosti a pravidla, a v případě mezilidské komunikace i velmi jemnou psychologii.

Strach i úzkost jsou nepříjemné stavy. Pacient rád vyhledává blízkost zdravotníků, ale potřeba je spíše neadekvátní dané situaci a proto budí v okolí spíše negativní odezvy. Pacient bývá schoulený, odvrací zrak, vyjadřuje pochyby, neustále se dotazuje, potřebuje pozornost, bojí se vyjádřit svůj názor, oddaluje rozhodnutí.

Základem správné komunikace je i správné chování zdravotníka k pacientovi. K pacientovi se chováme zdvořile, laskavě, usmíváme se, udržujeme s ním oční kontakt. Důležité je využívání jak verbální i neverbální komunikace. Dbáme na zachování intimity pacienta a jeho důstojnosti bez ohledu na jeho věk, pohlaví, rasu či náboženskou víru. Důležité je si najít na pacienta chvilku času i vhodné prostředí. Snažíme se pacienta uklidnit, pokud má nějaké dotazy v klidu, srozumitelně, jasně, stručně, přesně a však bez odborných termínů je zodpovíme. Věnujeme mu i citlivou přípravu před vyšetřením. Snažíme se být milý, příjemný, tolerantní, empatičtí, aktivně pacientovy naslouchat, klidný a trpělivý. Důležitá je pozitivní reakce na dotazy, pokud je potřeba, zopakuj informace několikrát. Podporujeme pacienta v rozhodování, probíráme s pacientem různé možné varianty v léčbě. Nevyhýbáme se i dotykům, vzít pacienta za ruku, pohladit ho. Snažíme se pacienta zabavit, odvést jeho pozornost od výkonu a možného čekání než přijde na řadu. Nabídneme poslech rádia, televize, četbu knihy. Umožníme mu i kontakt s rodinou, ta zmiňuje pocity osamělosti.

Naopak pacienta nezatěžujeme zbytečnými detaily, nevyhýbáme se komunikaci s ním, tyto činy zvyšují pocity strachu a úzkosti.

1. 4. INFORMOVANÝ SOUHLAS K VYŠETŘENÍ

První zmínky o informovaném souhlasu můžeme najít již koncem 19 století. Do závazných formulací a do zákonných předpisů byl informovaný souhlas zahrnut až ve 20 století. Zdroje uvádějí, že první záznam pochází z roku 1914 a vydal ho soudce Benjamin Cardoza z Nejvyššího soudu v New Yorku. První známky o informovaném souhlasu k výzkumu jsou ještě o 14 let starší. I přes informovaný souhlas dochází k porušování lidských práv, které vyvrcholí v Německu tzv. Norimberskými procesy (1946 – 1947).

Písemný souhlas k vyšetření by měl obsahovat (21 vyhl. č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci) :

1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu,
 2. poučení o tom, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si jednu z alternativ, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevyklučují,
 3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
 4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
 5. zápis vyjádření pacienta, že údaje a poučení podle bodů 1 až 4 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
 6. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl; nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen projevu souhlasu, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient svou vůli projevil, Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše písemný souhlas.
- Odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

1.5. KORONAROGRAFIE

1.5.1. CO JE TO KORONAROGRAFIE?

Zjednodušeně se dá říct, že koronarografie je rentgenové vyšetření věnčitých tepen srdce. Jedná se o diagnostickou metodu při podezření na zúžení nebo úplný uzávěr tepen srdce, jedná se tedy o ICHS, která nejčastěji vzniká na podkladě aterosklerózy. Účelem tohoto vyšetření je zobrazit průsvit tepen. Při zúžení či uzávěru je nutné provést zprůchodnění tepny pomocí farmakoterapie, katétru, nebo provedení tzv. balónkové angioplastiky. Při nemožnosti nápravy touto metodou je nutná operace aortokoronární bypass.

Koronarografie je vyšetření prováděné za pobytu v nemocnici, většinou se jedná o dvou denní pobyt. Před vpichem je provedena místní anestézie. Při vyšetření se zavádí tenká cévka (katétr) z umělé hmoty k odstupům obou koronárních tepen. Do koronárních tepen se vstříkují speciální tekutina (základem je jod), která při krátkém a rychlé průtoku srdeční tepnou umožní její zobrazení na speciálním rentgenovém přístroji (angioline). Cévkou se k ústí srdečních tepen zavádí vpichem do některé periferní tepny. Takovou tepnou je nejčastěji a. femoralis (tepna v třísle), dále se velmi často používá a. radialis (tepna předloktí) a méně často a. brachialis (tepna podpaží). Po dokončení vyšetření, které trvá, zhruba 60 minut jsou z tepny většinou odstraněna cévka a vpich v tepně stlačen pomocí tlakových obvazů. Při vyšetření se monitorují fyziologické funkce, pacient je při vědomí a komunikuje s personálem na sále. Zásadní událostí v historii KG bylo zavedení katétru do srdce (katetrizace). Německý lékař Werner Forssmann jej v roce 1929 provedl sám na sobě. Vlastní koronarografie vznikla v 60. letech 20. století, kdy byla vypracována technika zavedení katétru do odstupů věnčitých tepen z aorty.

1.5.2. PŘÍPRAVA PŘED KG

Pacient ráno přijde nalačno, má spolknuté ranní tablety, pokud ne, spolkne je. Tekutiny může a musí popíjet stále bez omezení, minimálně 3 až 4 litry za tento den, aby došlo k vyloučení kontrastní látky. Kontrola TK, P, základních laboratorních hodnot. Z biochemie je to urea, kreatinin, minerály, jaterní soubor, glykémie, z hematologie krevní obraz, KS a z koagulací INR, APTT. Odběry nesní být starší měsíc a musí být v normě. Pokud některý odběr chybí, musí se dobrat. Při těžkých vadách srdce lékař může indikovat před KG ještě TEE - jícnové echokardiografie. Pacient musí mít oholené místo vpichu. Těsně před vyšetřením spolkne 2 tablety Dithiadenu, jako prevence alergické reakce a na zklidnění.

Pokud je pacient diabetik měl by postupovat takto. Pokud je na dietě postupuje stejně jako všichni ostatní, jen dostane hořký čaj. Pokud je na PADECH je nutné je vysadit v den KG. Pokud si je ráno vezme a nenají se, dostane vypít sklenici sladkého čaje. Pokud si píchá inzulín správný postup je si inzulín ráno aplikovat a najíst se. Pokud inzulín aplikuje a nenají se, dostane snídani. Nejhorší možnost je si inzulín neaplikovat ani se najíst. Při špatném postupu hrozí možné komplikace v podobě hyper nebo hypoglykemie, proto kontrolujeme hladinu glykemie a inzulín aplikujeme podle ní. Pokud se pacient ráno najedl a píchl, aplikuje si inzulín dle svého rozpisu beze změn, bez kontroly glykémie. Pokud pacient navštěvuje dialýzu je nutno ji v den KG zajistit.

1.5.3. PÉČE PO KG

Po příjezdu ze sálu zkontrolujeme místo vpichu a dle místa vpichu se odvíjí péče. Pokud je vpich v a. femoralis pacient má klidový režim, leží na zádech ve vodorovné poloze. Na místo vpichu pokládáme na 2-3 hodiny sáček s pískem jako kompresy. Pacient je nucen ležet 10-12 hodin po výkonu dle velikosti sheatu. Pokud má pacient místo vpichu a. radialis či a. brachialis v klidu na lůžku zůstává asi 30-60 minut po výkonu. Poté může chodit a ruku šetří. Na ruce má tlakovou manžetu, kterou tak ponecháváme 4-6 hodin po výkonu. Pokud se jedná o výkon, kde byla provedena PTCA natočíme po výkonu EKG, standardně měříme tlak a puls nejprve 3x po 30 minutách a dále 4x po hodině. Pokaždé sledujeme místo vpichu zda nekrvácí. Dotazujeme se na subjektivní pocity pacienta. Kontrolujeme, zda pacient pije, aby se vyloučila z těla kontrastní látka. Kontrolujeme možné komplikace nejčastěji hematomy, krvácení, bolesti na hrudi, ze závažnějších, embolie, ruptury. Po odstranění komprese je místo vpichu přelepeno tampony, které by měly na místě vpichu zůstat 3 dny v suchu a minimálně týden končetinu šetřit.

VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO ZÁMĚRU

Označujeme jimi předběžné domněnky vztahů mezi jevy. K potvrzení daného výzkumného záměru je důležité odpovědět na všechny tvrzení. Správné stanovení výzkumného záměru je důležité pro proces poznávání během celého průzkumu.

Stanovila jsem si tyto výzkumné záměry:

1. Ženy budou pociťovat větší strach, úzkost než muži.
2. Pacienti, kteří prodělali toto vyšetření a znají jeho průběh, budou pociťovat nižší strach, úzkost než pacienti, kteří absolvují toto vyšetření poprvé.
3. Více informací o vyšetření získávají pacienti z informačních materiálů a internetu, od známých než z poučeného souhlasu k vyšetření.
4. Pacienti kvalitně informováni budou pociťovat nižší strach, úzkost než pacienti s žádnými nebo s minimem informací.
5. Pacienti do 75 roků budou pociťovat větší strach, úzkost než pacienti s věkem nad 75.

Věřím, že díky dotazníku, se mi tyto výzkumné záměry potvrdí.

2.2 METODY POUŽITÉ V PRŮZKUMU

Průzkum je zpravidla součástí výzkumu. Používáme zde ověřené metody, které dělíme na teoretické (klasifikace, analýza, třídění, zobecnění výsledku, dedukce...) a empirické (dotazník, pozorování, studium pramenů.) Ve svém průzkumu jsem použila dotazníkovou metodu.

Dotazník je soubor písemných otázek, umožňuje získat velké množství dat při relativně nízkých nákladech, nedochází k ovlivňování. Měl by obsahovat oslovení jako u rozhovoru, instrukce k vyplnění, zdvořilé požádání o vyplnění, ujištění o zachování anonymity.

Nevýhodou dotazníku je horší návratnost, kontrola, méně spontánnosti. Zásady tvorby dotazníku: jednoduchost a srozumitelnost, pečlivá technická a grafická stránka, návod k vyplňování, termín pro vrácení, ne údaje, které by umožňovaly odhalení anonymity, nabídnuté kategorie by měly být vyčerpávající, psychologické umístění otázek – obecné na začátek, abstraktní před konkrétní, nejdůležitější doprostřed.

V dotazníku jsem použila tyto otázky:

- a) Otevřené – ponechávají respondentovi volnost v odpovědi, ale způsobují obtíže při zpracování.
- b) Uzavřené – dichotomické – může si vybrat pouze ze dvou odpovědí, které se vzájemně vylučují.
- c) Uzavřené – polytomické výběrové – výběr jedné možnosti z předložených alternativ.
- d) Uzavřené – polytomické výčtové – možnost výběru několika variant z předložených odpovědí.
- e) Uzavřené – stupnicové komparativní – číselné vyjádření pomocí bodového systému.
- f) Polouzavřené – jsou kombinací uzavřené a otevřené otázky, obsahují variantu „jiná odpověď“.
- g) Filtrační – vlastní otázka je určena těm, kteří požadovaným způsobem odpověděli na filtrační otázku.
- h) Identifikační – slouží ke třídění – věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, bydliště....
- i) Kontrolní – mají upřesnit nepřesnosti, vyloučit lež.

2.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

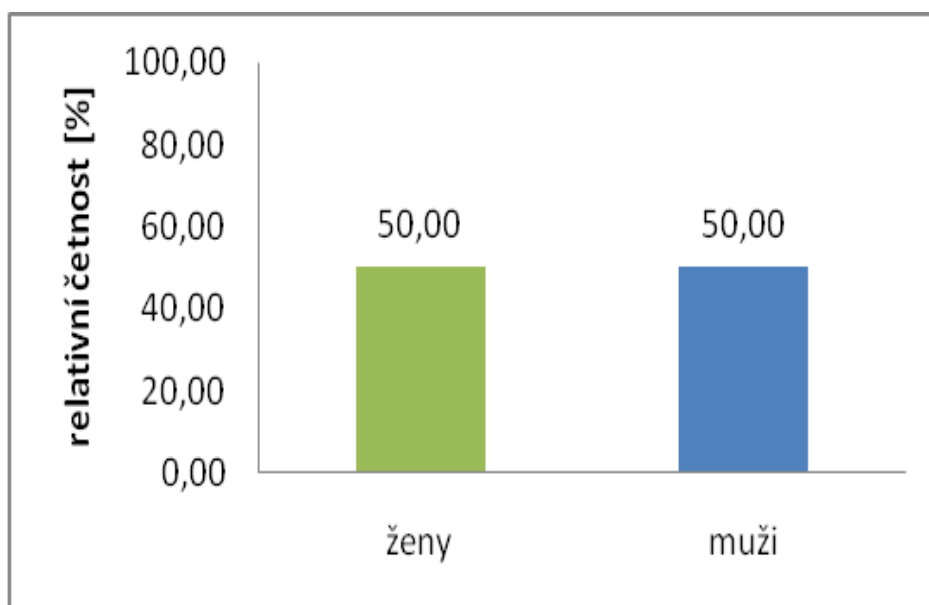
Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila metodu anonymního dotazníku. (viz příl.). Výzkumné šetření jsem prováděla ve spolupráci s Kardiologickým oddělením KPN. Tomu předcházela „Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací“ (viz příl.). Sběr dat jsem zahájila dne 2. 11. 2009 a ukončila dne 27. 11. 2009. Rozdala jsem 100 dotazníků, zpět se mi vrátilo všech 100, protože všechny dotazníky nebyly správně vyplněny, mohla jsem ke své práci použít 90 z nich. Dotazníky jsem rozdávala při příjmu pacientů na oddělení kardiologie bez rozdílu pohlaví, věku. Jejich výsledky Vám prezentuji v Analýze výsledků šetření.

2.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů?

Tabulka 1 – Přehled respondentů dle pohlaví

Pohlaví respondentů	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ženy	45	50,00
muži	45	50,00
celkem	90	100,00



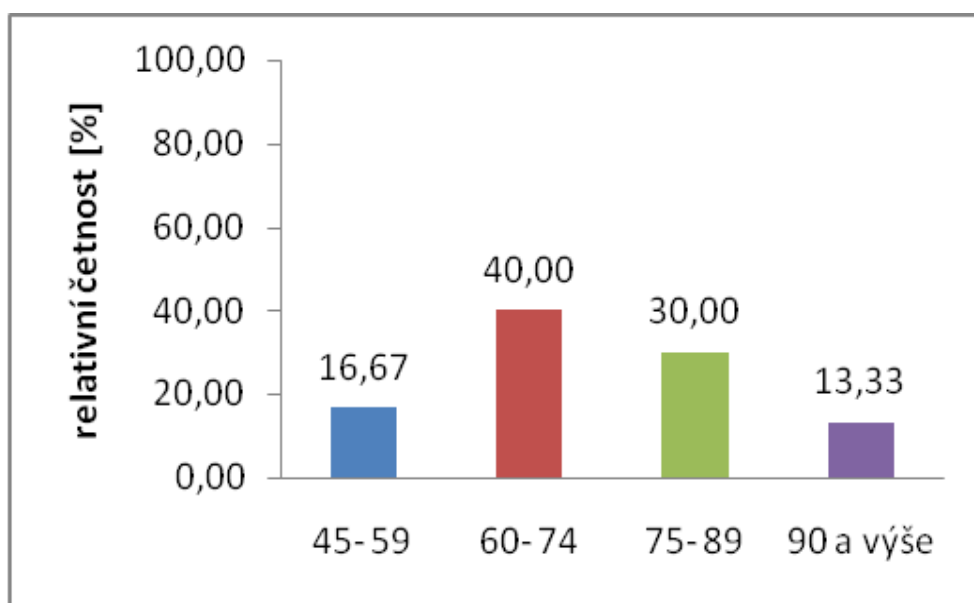
Obrázek 1 - Graf přehledu respondentů dle pohlaví

Dotazník vyplňovalo 50 % mužů a 50 % žen (viz. Tab. 1, obr. 1).

Otázka č. 2 – Věk respondentů?

Tabulka 2 – Přehled respondentů dle věku

Věk respondentů	absolutní četnost	relativní četnost [%]
45- 59	15	16,67
60- 74	36	40,00
75- 89	27	30,00
90 a výše	12	13,33
Celkem	90	100,00



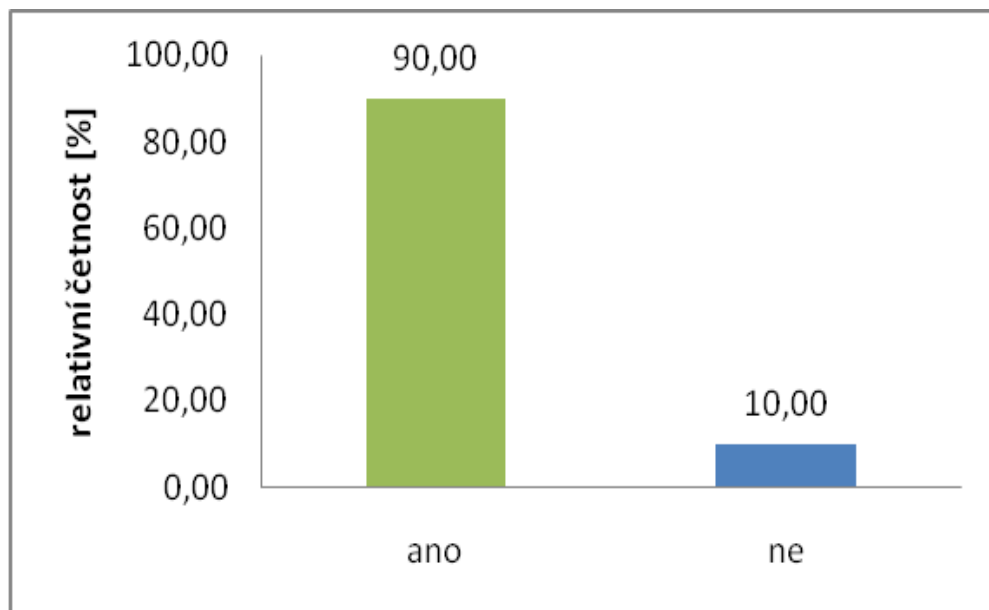
Obrázek 2 – Graf přehledu respondentů dle věku

16,67 % respondentů bylo ve věku 45 – 59 let, 40 % ve věku 60 - 74 let, 30% ve věku 75 - 89 let a 13,33 % respondentů ve věku 90 a výš (viz. Tab. 2, obr. 2).

Otázka č. 3 – Trpíte právě pocitem strachu?

Tabulka 3 – Přehled respondentů dle pocitu strachu

Pocity strachu	absolutní četnost	relativní četnost [%]
Ano	81	90,00
Ne	9	10,00
Celkem	90	100,00



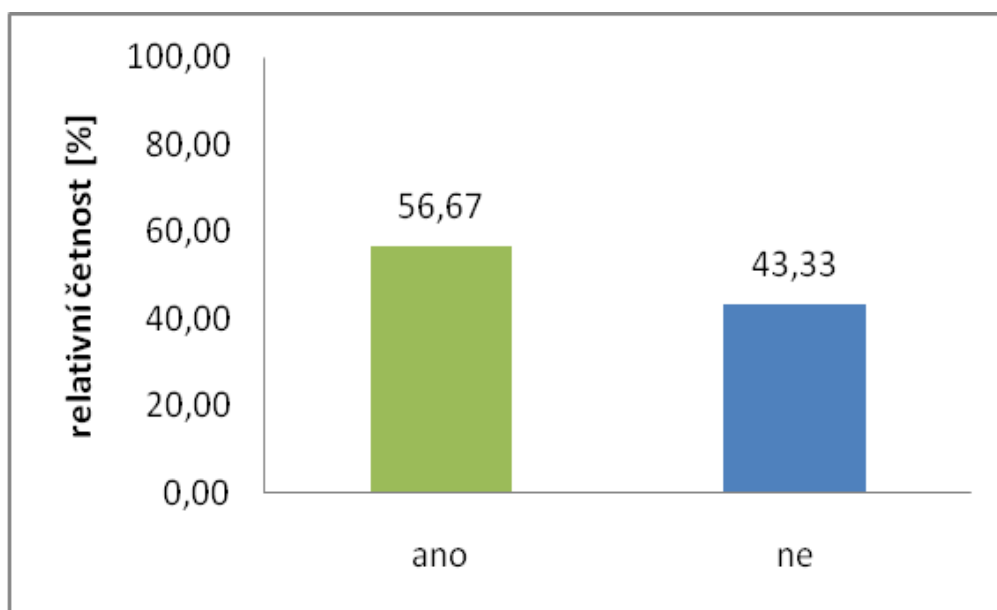
Obrázek 3 – Graf přehledu respondentů dle pocitu strachu

90% pacientů před vyšetřením trpí pocitem strachu a 10% žádný pocit strachu neudává (viz. Tab. 3, obr. 3).

Otázka č. 4 – Trpíte právě pocitem úzkosti?

Tabulka 4 – Přehled respondentů dle pocitu úzkosti

Pocity úzkosti	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	51	56,67
ne	39	43,33
celkem	90	100,00



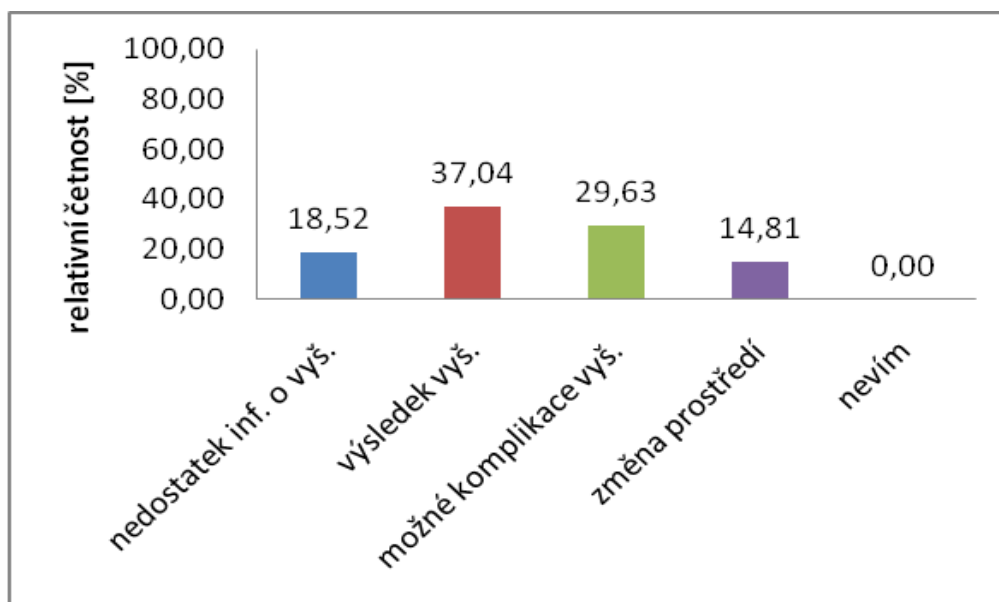
Obrázek 4 – Graf přehledu respondentů dle pocitu úzkosti

56,67% pacientů před vyšetřením trpí pocitem úzkosti a 43,33 žádné pocity úzkosti neudává (viz. Tab. 4, obr. 4).

Otázka č. 5 – Co vyvolává Váš nynější strach?

Tabulka 5 – Přehled vyvolávajících faktorů strachu

Faktory vyvolávající strach	absolutní četnost	relativní četnost [%]
nedostatek inf. o vyš.	15	18,52
výsledek vyš.	30	37,04
možné komplikace vyš.	24	29,63
změna prostředí	12	14,81
nevím	0	0,00
celkem	81	100,00



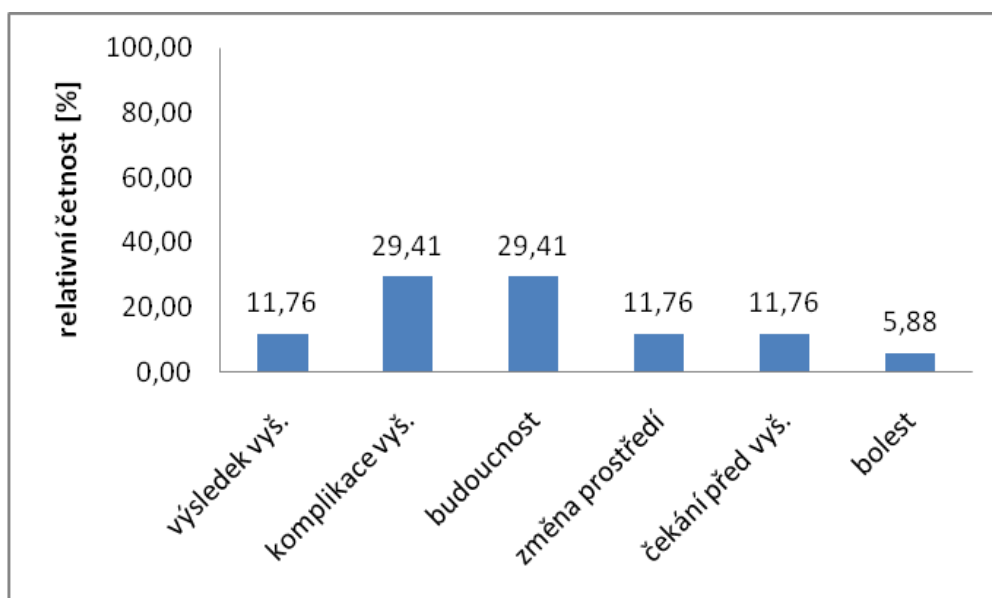
Obrázek 5 – Graf přehledu vyvolávajících faktorů strachu

18,52% pacientů uvádí vyvolávající faktor strachu před vyšetřením nedostatek informací, 37,04% výsledek vyšetření, 29,63% možné komplikace spojené s vyšetřením, 14,81% změnu prostředí a 0% neví (viz. Tab. 5, obr. 5).

Otázka č. 6 – Co si myslíte, že vyvolalo Váš nynější pocit úzkosti?

Tabulka 6 – Přehled vyvolávajících faktorů úzkosti

Faktory vyvolávající úzkost	absolutní četnost	relativní četnost [%]
výsledek vyš.	6	11,76
komplikace vyš.	15	29,41
budoucnost	15	29,41
změna prostředí	6	11,76
čekání před vyš.	6	11,76
bolest	3	5,88
celkem	51	100,00



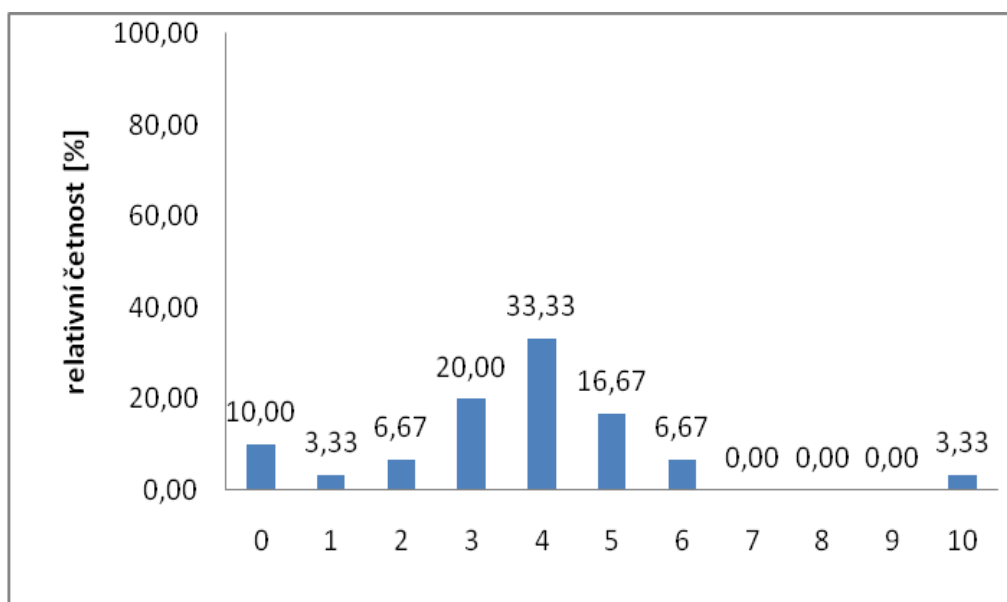
Obrázek 6 – Graf přehledu vyvolávajících faktorů úzkosti

U 11,76% vyvolalo pocit úzkosti výsledek vyšetření, u 29,41% možné komplikace spojené s vyšetřením, u 29,41% budoucnost, u 11,76% změna prostředí, u 11,76% čekání před vyšetřením a u 5,88% vyvolala úzkost bolest (viz. Tab. 6, obr. 6).

Otázka č. 7 – Ohodnot'te svoji intenzitu strachu před vyšetřením?

Tabulka 7 – Přehled intenzity strachu před vyšetřením

Intenzita strachu	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	9	10,00
1	3	3,33
2	6	6,67
3	18	20,00
4	30	33,33
5	15	16,67
6	6	6,67
7	0	0,00
8	0	0,00
9	0	0,00
10	3	3,33
celkem	90	100,00



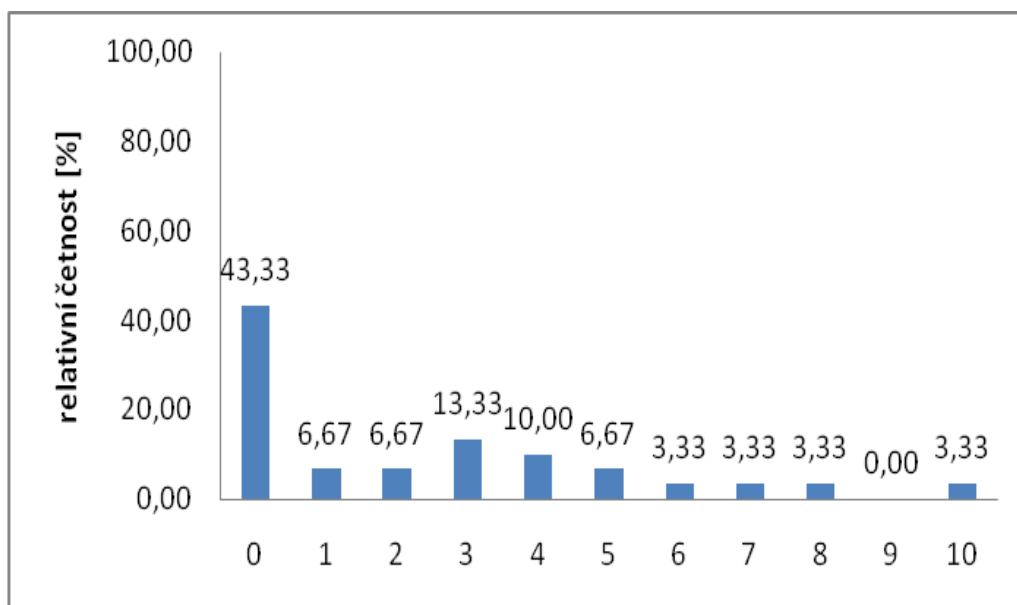
Obrázek 7 – Graf přehledu intenzity strachu před vyšetřením

10% pacientů neudává pocit strachu před vyšetřením, 3,33% udává intenzitu stupně 1, 6,67% intenzitu 2, 20% intenzitu 3, 33,33% intenzitu 4, 16,67% intenzitu 5, 6,67% intenzitu 6, intenzitu 7, 8, 9 0%, 3,33% intenzitu 10 (kdy 0 – nic, 10 – max.) (viz Tab. 7, obr. 7).

Otázka č. 8 – Ohodnot'te svoji intenzitu úzkosti před vyšetřením?

Tabulka 8 – Přehled intenzity úzkosti před vyšetřením

Intenzita úzkosti	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	39	43,33
1	6	6,67
2	6	6,67
3	12	13,33
4	9	10,00
5	6	6,67
6	3	3,33
7	3	3,33
8	3	3,33
9	0	0,00
10	3	3,33
celkem	90	100,00



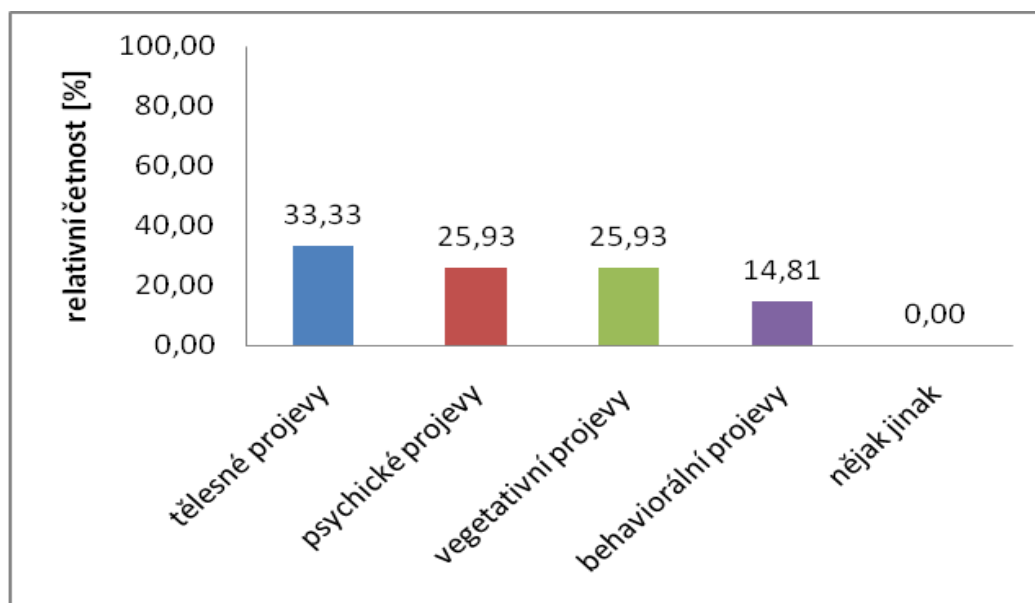
Obrázek 8 – Graf přehledu intenzity úzkosti před vyšetřením

43,33% pacientů neudává pocit úzkosti před vyšetřením, 6,67% uvádí intenzitu stupně 1, 6,67% intenzitu 2, 13,33% intenzitu 3, 10% intenzitu 4, 6,67% intenzitu 5, 3,33 intenzitu 6, 3,33% intenzitu 7, 3,33% intenzitu 8, 0% intenzitu 9 a 3,33 intenzitu 10 (kdy 0 – nic, 10 – max.), (viz. Tab. 8, obr. 8).

Otázka č. 9 – Jak se u Vás strach projevuje?

Tabulka 9 – Přehled projevů strachu

Projevy strachu	absolutní četnost	relativní četnost [%]
tělesné projevy	27	33,33
psychické projevy	21	25,93
vegetativní projevy	21	25,93
behaviorální projevy	12	14,81
nějak jinak	0	0,00
celkem	81	100,00



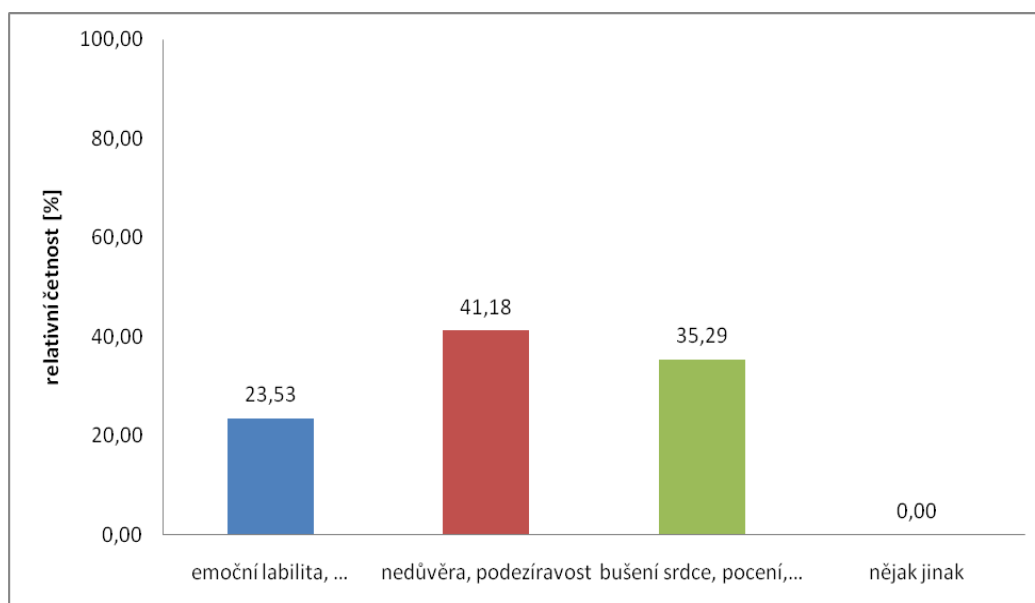
Obrázek 9 – Graf přehledu projevů strachu před vyšetřením

V 33,33% se u pacientů strach projevilo tělesnými projevy, u 25,93% projevy psychickými, u 25,93% vegetativními, u 14,81% behaviorálními a 0% nějak jinak (viz. Tab. 9, obr. 9).

Otázka č. 10 – Jak se u Vás úzkost projevuje?

Tabulka 10 – Přehled projevů úzkosti

Projevy úzkosti	absolutní četnost	relativní četnost [%]
emoční labilita, ...	12	23,53
nedůvěra, podezíravost	21	41,18
bušení srdce, pocení,...	18	35,29
nějak jinak	0	0,00
celkem	51	100,00



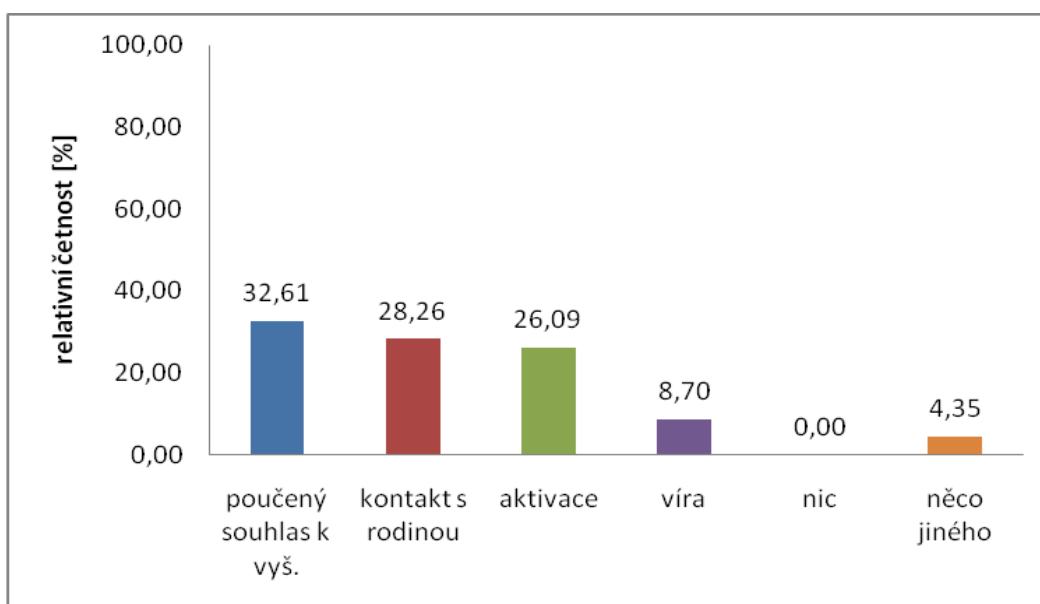
Obrázek 10 – Graf přehledu projevů úzkosti před vyšetřením

U 23,53% se u pacientů úzkost projevila emoční labilitou, pocity viny, vnitřním napětím, u 41,18% se projevila nedůvěrou sebe sama, váhavostí, zvýšenou vnímavostí vůči nebezpečí, u 35,29% se projevila vegetativními projevy, u 0% nějak jinak (viz Tab. 10, obr. 10).

Otázka č. 11 – Co zmírňuje Váš strach, úzkost? (Více možných odpovědí)

Tabulka 11 – Přehled zmírňujících faktorů strachu, úzkosti

Zmírnění strachu, úzkosti	absolutní četnost	relativní četnost [%]
poučený souhlas k vyš.	45	32,61
kontakt s rodinou	39	28,26
aktivace	36	26,09
víra	12	8,70
nic	0	0,00
něco jiného	6	4,35
celkem	138	100,00



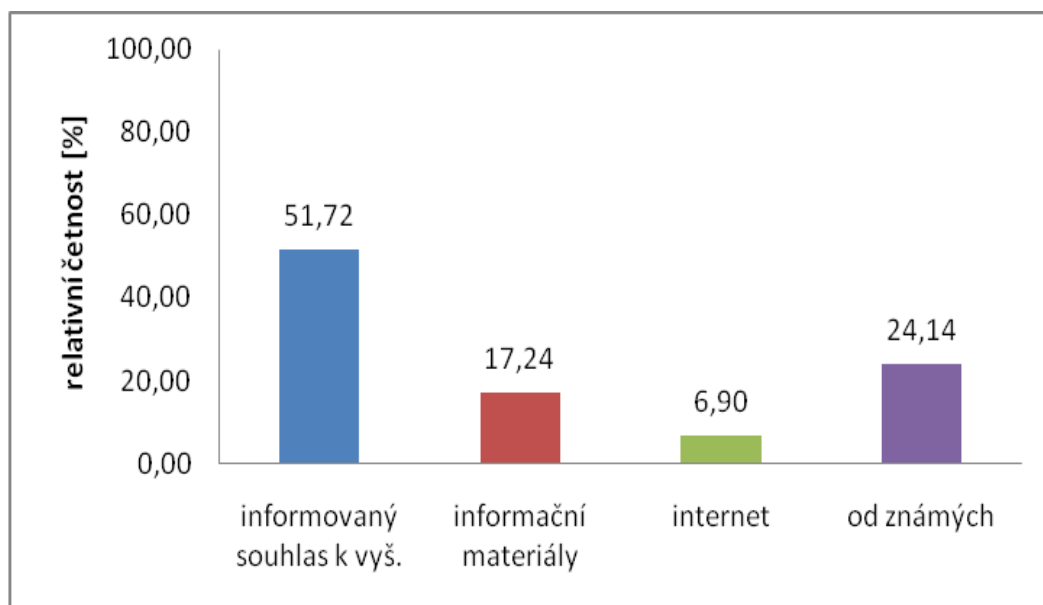
Obrázek 11 – Graf přehledu zmírňujících faktorů strachu, úzkosti před vyšetřením

U 32,61% pacientů zmírňuje pocity strachu, úzkosti poučený souhlas k vyšetření, u 28,26% je to kontakt s rodinou, u 26,09% aktivace, u 8,70% víra, u 0% nic a u 4,35% je to něco jiného (viz Tab. 11, obr. 11).

Otázka č. 12 – Zaškrtněte v prvním sloupci tabulky, odkud jste získali informace a zaškrtněte jejich kvalitu?

Tabulka 12 – Přehled získaných informací před vyšetřením

Získané informace	absolutní četnost	relativní četnost [%]
informovaný souhlas k vyš.	90	51,72
informační materiály	30	17,24
internet	12	6,90
od známých	42	24,14
celkem	174	100,00

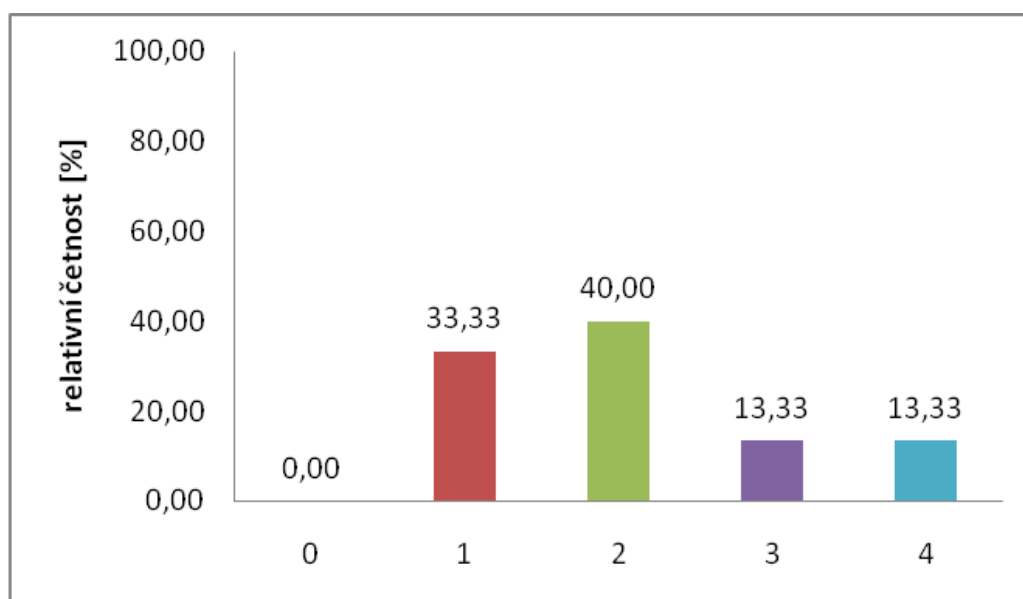


Obrázek 12 – Graf přehledu získaných informací před vyšetřením

U 51,72% získali pacienti informace z poučeného souhlasu k vyšetření, dále získali informace z informačních materiálů – 17,24%, z internetu – 6,90%, od známých – 24,14% (viz Tab. 12, obr. 12).

Tabulka č. 13 – Přehled kvality informací získaný z poučeného souhlasu k vyšetření

Kvalita informací z informovaného souhlasu k vyš.	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	0	0,00
1	30	33,33
2	36	40,00
3	12	13,33
4	12	13,33
celkem	90	100,00

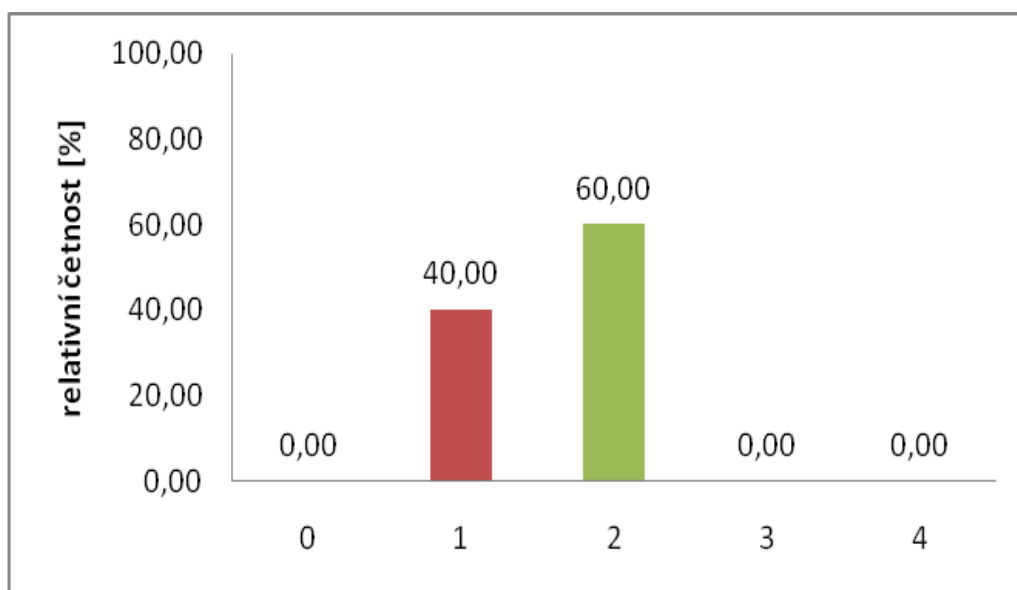


Obrázek 13 – Graf přehledu kvality informací získaný z poučeného souhlasu k vyšetření

Hodnocení kvality informací z poučeného souhlasu k vyšetření 0 – 0% pacientů, 1 – 33,33% pacientů, 2 – 40,00% pacientů, 3 – 13,33% pacientů, 4 – 13,33% pacientů (kdy 0 – nic jsem se nedozvěděl, 1 – malé množství informací, 2 – základní informace, 3 – vím něco málo navíc, 4 – maximum, vím vše), (viz Tab. 13, obr. 13).

Tabulka č. 14 – Přehled kvality informací získaný z informačních materiálů

Kvalita informací z informačních materiálů	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	0	0,00
1	12	40,00
2	18	60,00
3	0	0,00
4	0	0,00
celkem	30	100,00

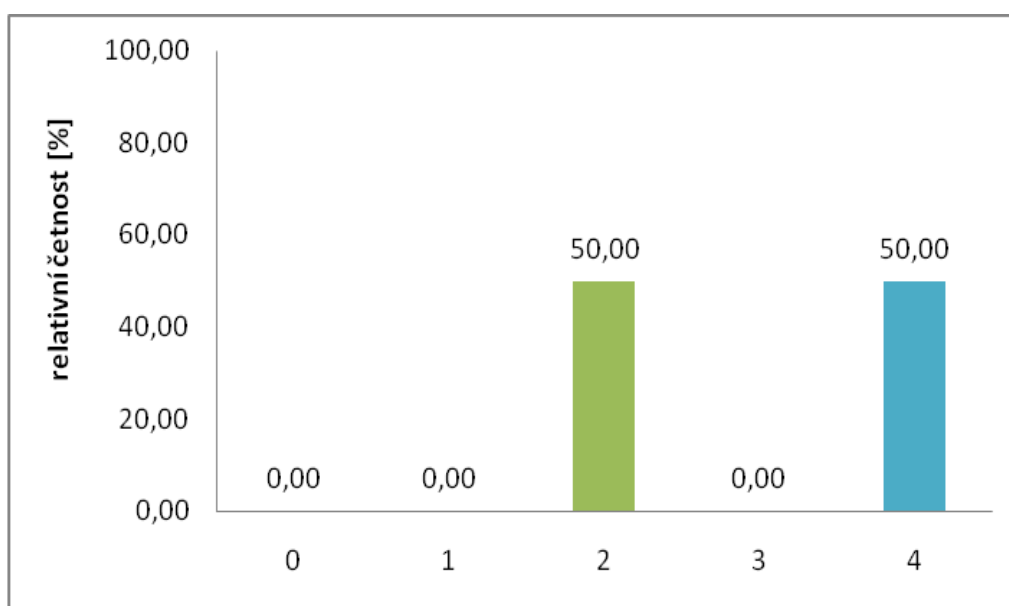


Obrázek 14 – Graf přehledu kvality informací získaný z informačních materiálů

Hodnocení kvality informací z informačních materiálů 0 – 0%, 1 – 40,00% pacientů, 2 – 60,00% pacientů, 3 – 4 – 0% pacientů (kdy 0 – nic jsem se nedozvěděl, 1 – malé množství informací, 2 – základní informace, 3 – vím něco málo navíc, 4 – maximum, vím vše), (viz Tab. 14, obr. 14).

Tabulka č. 15 – Přehled kvality informací získaný z internetu

Kvalita informací z internetu	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	0	0,00
1	0	0,00
2	6	50,00
3	0	0,00
4	6	50,00
celkem	12	100,00

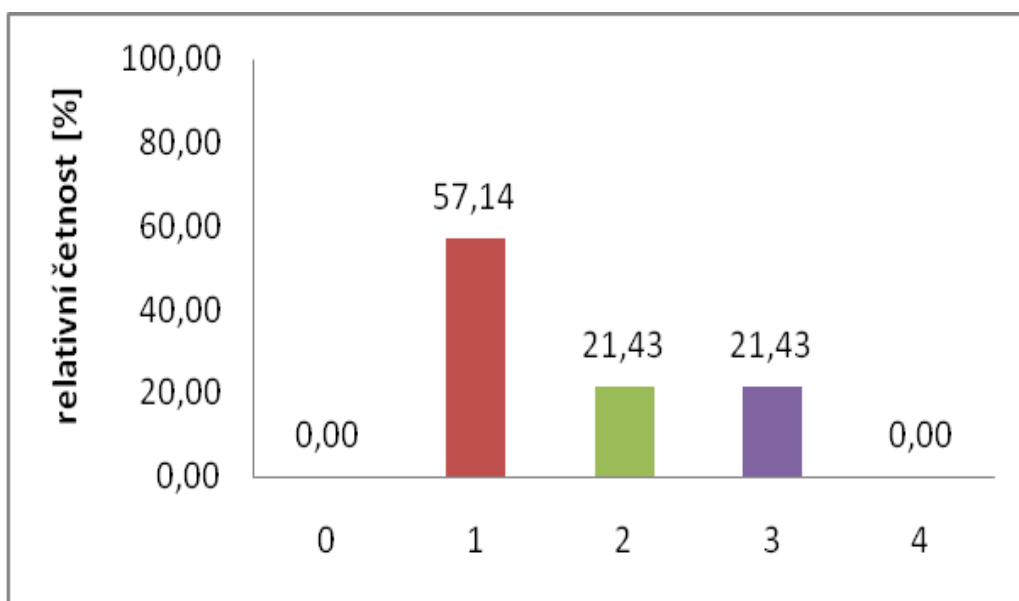


Obrázek 15 – Graf přehledu kvality získaných informací z internetu

Hodnocení kvality informací z internetu 0 – 0%, 1 – 0%, 2 – 50,00% pacientů, 3 – 0%, 4 – 50,00% pacientů (kdy 0 – nic jsem se nedozvěděl, 1 – malé množství informací, 2 – základní informace, 3 – vím něco málo navíc, 4 – maximum, vím vše), (viz Tab. 15, obr. 15).

Tabulka č. 16 – Přehled kvality informací získaných od známých

Kvalita informací od známých	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	0	0,00
1	24	57,14
2	9	21,43
3	9	21,43
4	0	0,00
celkem	42	100,00



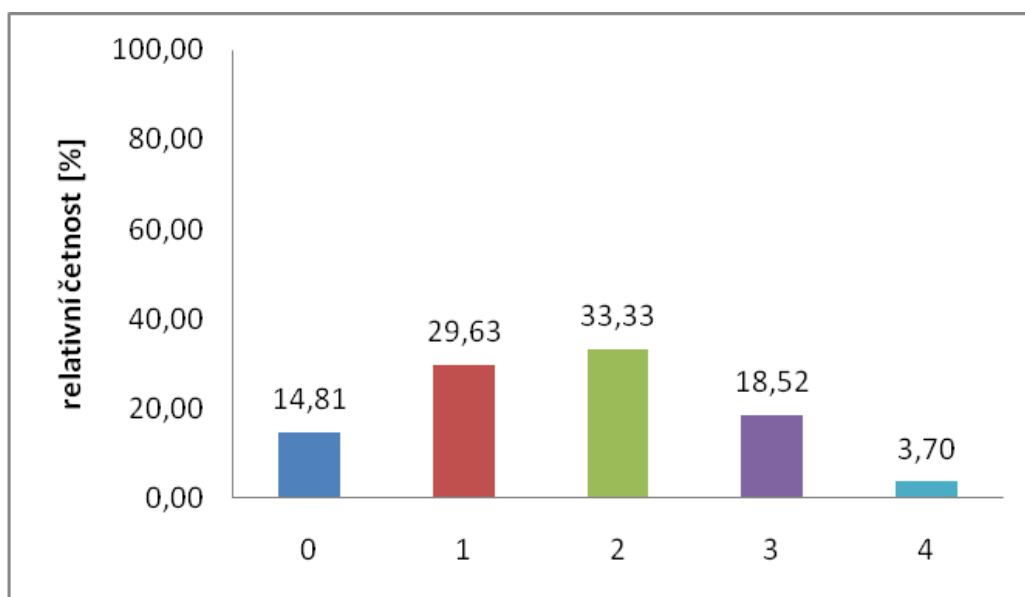
Obrázek 16 – Graf přehledu kvality informací získaných od známých

Hodnocení kvality informací od známých 0 – 0%, 1 – 57,14% pacientů, 2 – 21,43% pacientů, 3 – 21,43% pacientů, 4 – 0% (kdy 0 – nic jsem se nedozvěděl, 1 – malé množství informací, 2 – základní informace, 3 – vím něco málo navíc, 4 – maximum, vím vše), (viz Tab. 16, obr. 16).

Otázka č. 13 – Zaškrtněte, jak dané informace ovlivnili Váš pocit strachu?

Tabulka č. 17 – Informovaný souhlas k vyšetření a jeho vliv na pocity strachu před vyš.

Informovaný souhlas k vyš. a jeho vliv na pocity strachu	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	12	14,81
1	24	29,63
2	27	33,33
3	15	18,52
4	3	3,70
celkem	81	100,00

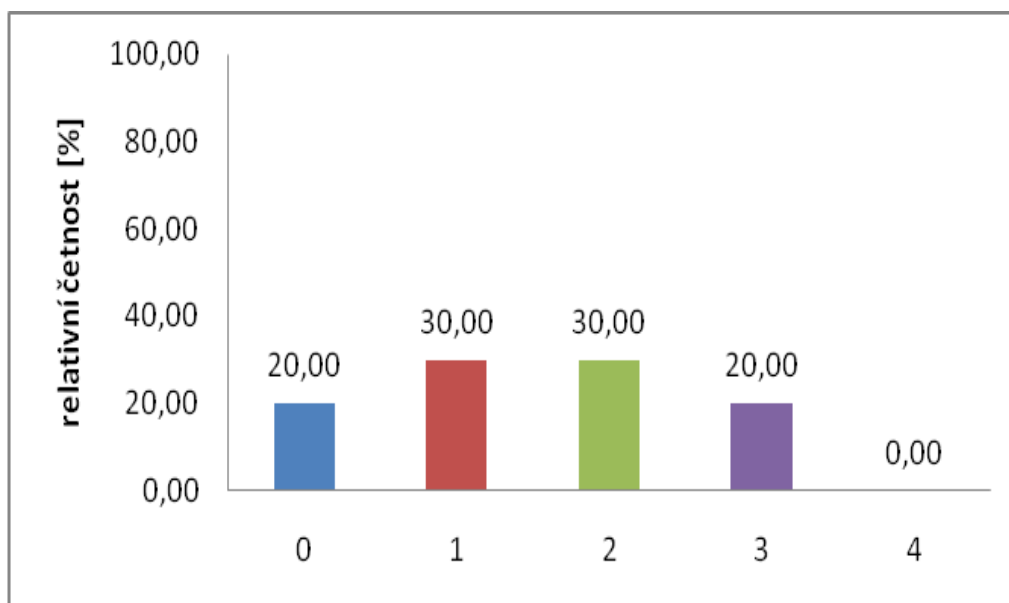


Obrázek 17 – Graf vlivu informovaného souhlasu k vyšetření na pocity strachu před vyš.

Poučený souhlas k vyšetření ovlivnil pocity strachu u pacientů takto: 0 – 14,81%, 1 – 29,63%, 2 – 33,33%, 3 – 18,52%, 4 – 3,70% (kdy 0 – nijak, pocituji stejný strach, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – strach je pryč), (viz Tab. 17, obr. 17).

Tabulka č. 18 – Informační materiály a jejich vliv na pocity strachu před vyš.

Informační materiály a jeho vlivy na strach	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	6	20,00
1	9	30,00
2	9	30,00
3	6	20,00
4	0	0,00
celkem	30	100,00

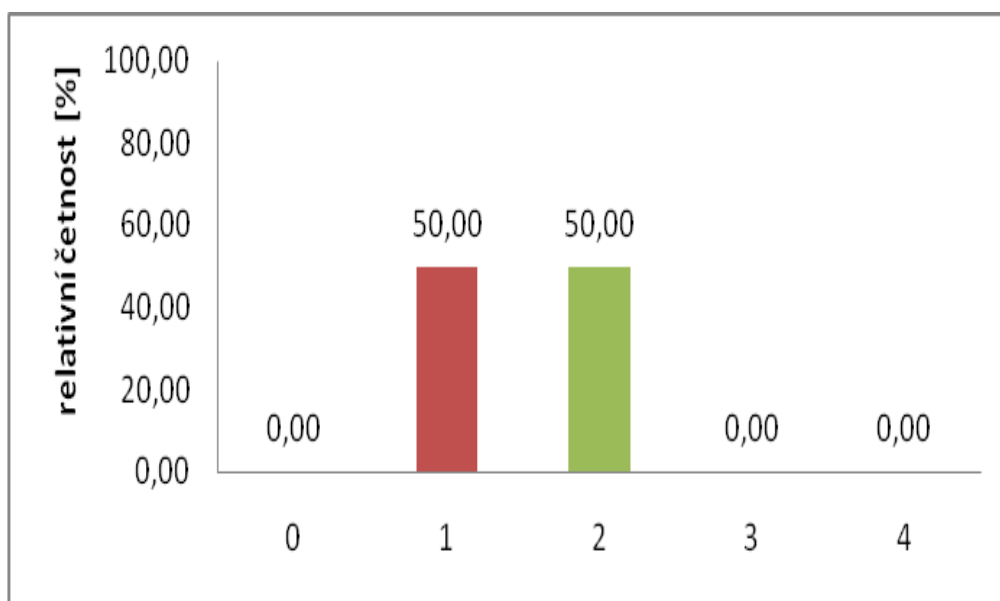


Obrázek 18 – Graf vlivu informačních materiálů na pocity strachu před vyš.

Informační materiály a jejich vliv na pocitu strachu před vyšetřením ohodnotili pacienti takto: 0 – 20,00%, 1 – 30,00%, 2 – 30,00%, 3 – 20,00%, 4 – 0% (kdy 0 – nijak, pociťuji stejný strach, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – strach je pryč), (viz Tab. 18, obr. 18).

Tabulka č. 19 – Internet a jeho vliv na pocity strachu před vyš.

Internet a jeho vliv na strach	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	0	0,00
1	6	50,00
2	6	50,00
3	0	0,00
4	0	0,00
celkem	12	100,00

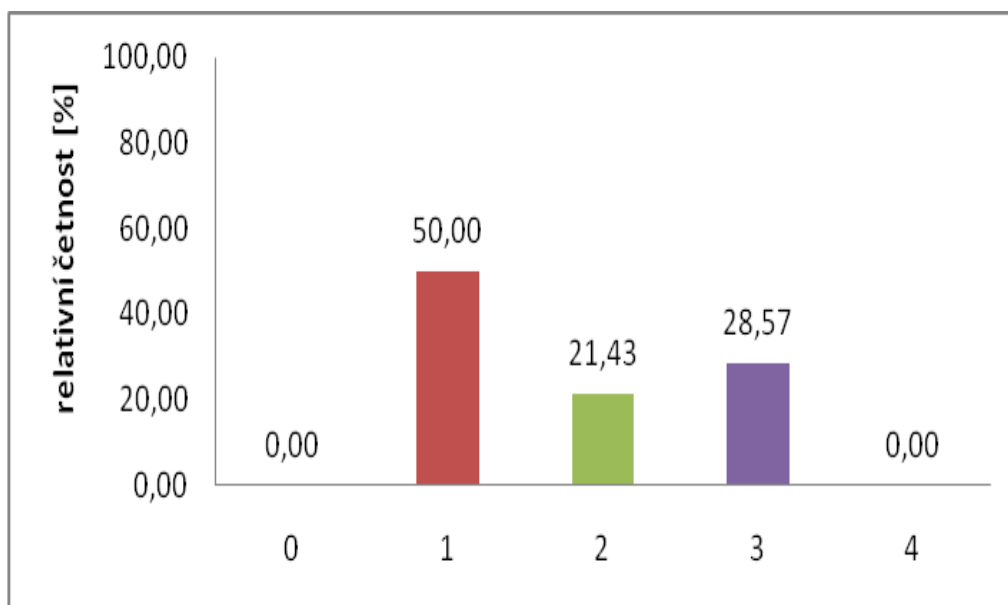


Obrázek 19 – Graf vlivu internetu na pocity strachu před vyš.

Internet ovlivnil pocity strachu před vyš. takto: 0 – 0%, 1 – 50,00%, 2 – 50,00%, 3 – 4 – 0% (kdy 0 – nijak, pociťuji stejný strach, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – strach je pryč), (viz Tab. 19, obr. 19).

Tabulka č. 20 – Informace od známých a jejich vliv na strach před vyš.

Informace od známých a jejich vliv na strach	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	0	0,00
1	21	50,00
2	9	21,43
3	12	28,57
4	0	0,00
celkem	42	100,00



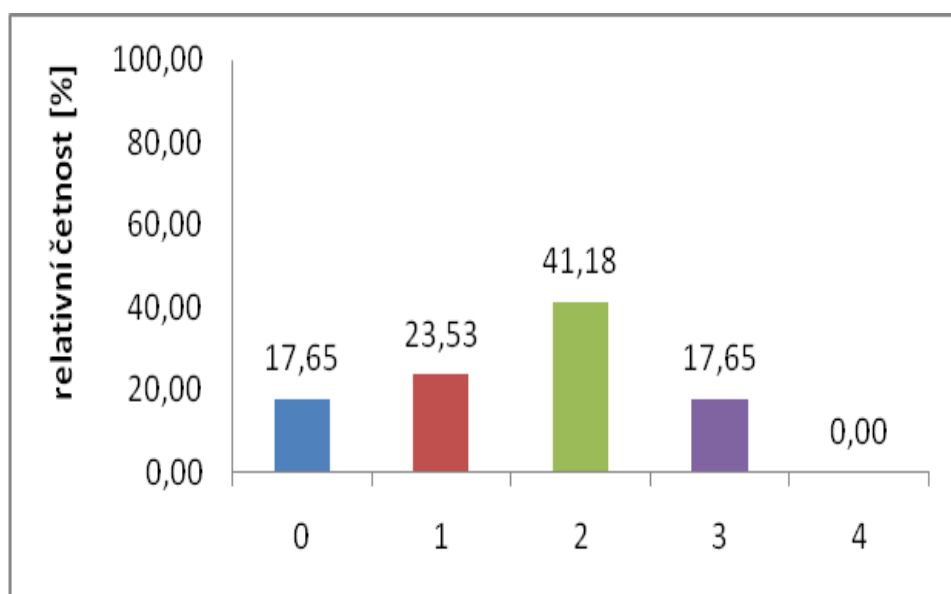
Obrázek 20 – Graf vliv informací od známých na strach před vyš.

Informace od známých ovlivnili pocit strachu před vyš. takto: 0 – 0%, 1 – 50,00%, 2 – 21,43%, 3 – 28,57%, 4 – 0% (kdy 0 – nijak, pociťuji stejný strach, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – strach je pryč), (viz Tab. 20, obr. 20).

Otázka č. 14 – Zaškrtněte, jak dané informace ovlivnili Váš pocit úzkosti?

Tabulka č. 21 – Informovaný souhlas k vyšetření a jeho vliv na pocit úzkosti před vyš.

Informovaný souhlas k vyš. a jeho vliv na úzkost	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	9	17,65
1	12	23,53
2	21	41,18
3	9	17,65
4	0	0,00
celkem	51	100,00

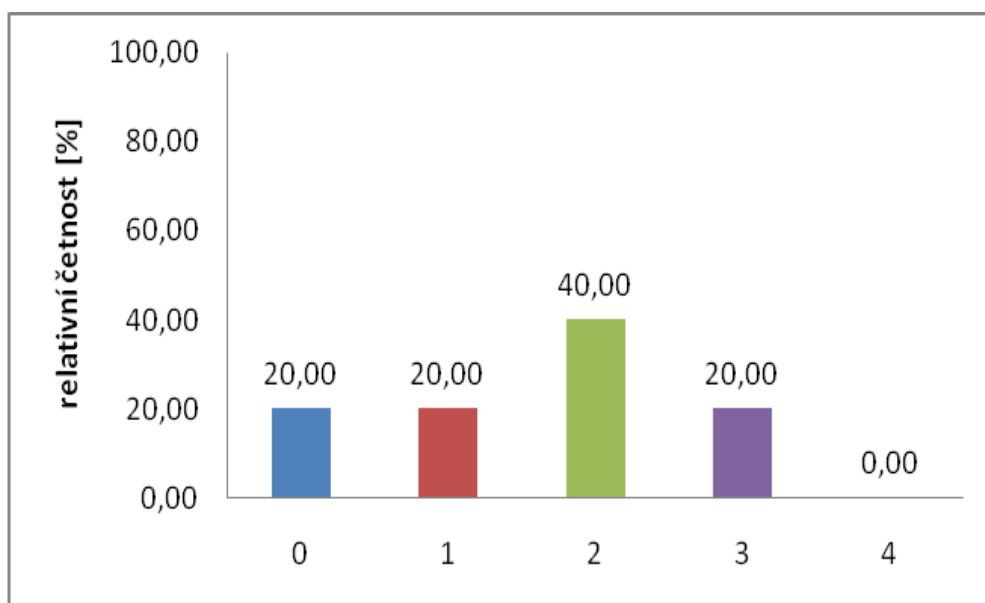


Obrázek 21 – Graf vlivu informovaného souhlasu k vyšetření na pocit úzkosti před vyš.

Poučený souhlas k vyšetření ovlivnil pocit úzkosti před vyš. u pacientů takto: 0 – 17,65%, 1 – 23,53%, 2 – 41,18%, 3 – 17,65%, 4 – 0% (kdy 0 – nijak, pocít'uji stejnou úzkost, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – úzkost je pryč), (viz Tab. 21, obr. 21).

Tabulka č. 22 – Informační materiály a jejich vliv na pocit úzkosti před vyš.

Informační materiály a jejich vlivy na úzkost	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	3	20,00
1	3	20,00
2	6	40,00
3	3	20,00
4	0	0,00
celkem	15	100,00

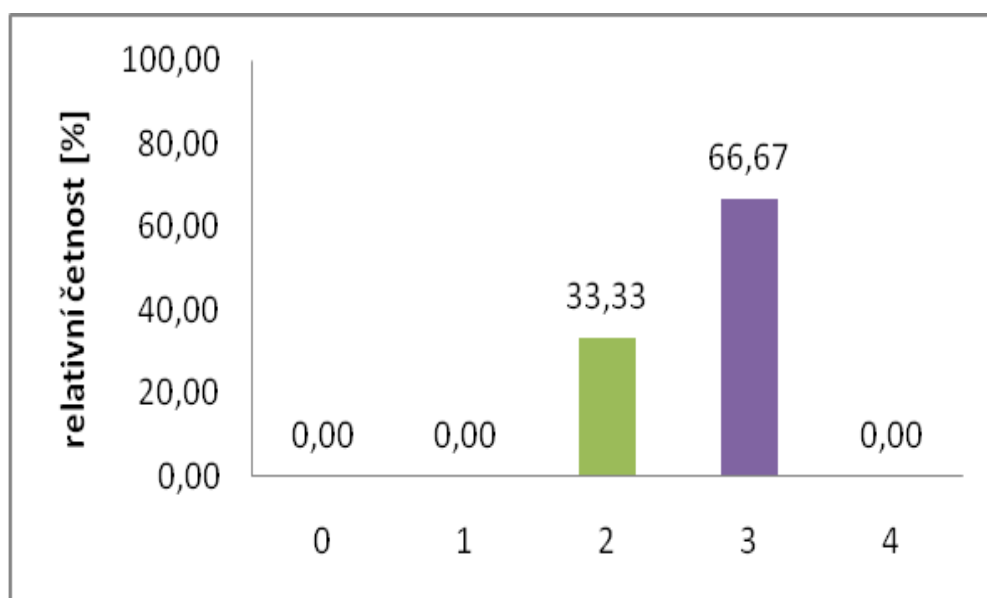


Obrázek 22 – Graf vlivu informačních materiálů na pocit úzkosti před vyš.

Informační materiály a jejich vliv na pocit úzkosti před vyš. ohodnotili pacienti takto: 0 – 20,00%, 1 – 20,00%, 2 – 40,00%, 3 – 20,00%, 4 – 0% (kdy 0 – nijak, pocituji stejnou úzkost, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – úzkost je pryč), (viz Tab. 22, obr. 22).

Tabulka č. 23 – Internet a jeho vliv na pocit úzkosti před vyš.

Internet a jeho vliv na úzkost	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	0	0,00
1	0	0,00
2	3	33,33
3	6	66,67
4	0	0,00
celkem	9	100,00

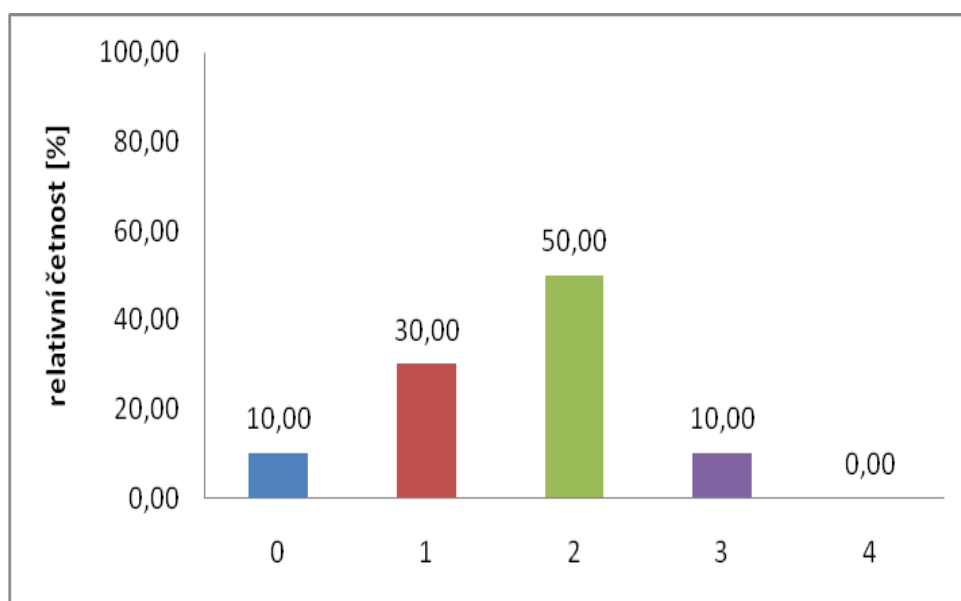


Obrázek 23 – Graf vlivu internetu na pocit úzkosti před vyš.

Internet ovlivnil pocit úzkosti před vyš. takto: 0 – 0%, 1 – 0%, 2 – 33,33%, 3 – 66,67%, 4 – 0% (kdy 0 – nijak, pocít'uji stejnou úzkost, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – úzkost je pryč), (viz Tab. 23, obr. 23).

Tabulka č. 24 – Informace od známých a jejich vliv na úzkost před vyš.

Informace od známých a jejich vliv na úzkost	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	3	10,00
1	9	30,00
2	15	50,00
3	3	10,00
4	0	0,00
celkem	30	100,00



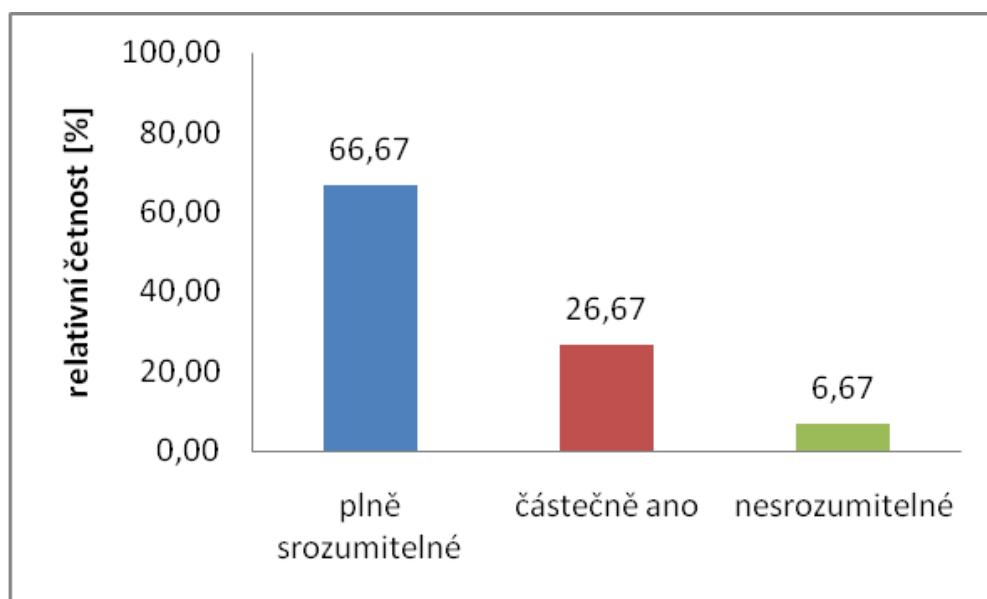
Obrázek 24 – Graf vliv informací od známých na pocit úzkosti před vyš.

Informace od známých ovlivnili pocit úzkosti před vyš. takto: 0 – 10,00%, 1 – 30,00%, 2 – 50,00%, 3 – 10,00%, 4 – 0% (kdy 0 – nijak, cítí uji stejnou úzkost, 1 – jen minimálně, 2 – cítím se klidnější, 3 – jsem klidný, 4 – úzkost je pryč), (viz Tab. 24, obr. 24).

Otázka č. 15 – Byli pro Vás informace poskytnuté lékařem, sestrou srozumitelné?

Tabulka č. 25 – Přehled srozumitelnosti informací od lékaře či sestry

Srozumitelnost inf.	absolutní četnost	relativní četnost [%]
plně srozumitelné	60	66,67
částečně ano	24	26,67
nesrozumitelné	6	6,67
celkem	90	100,00



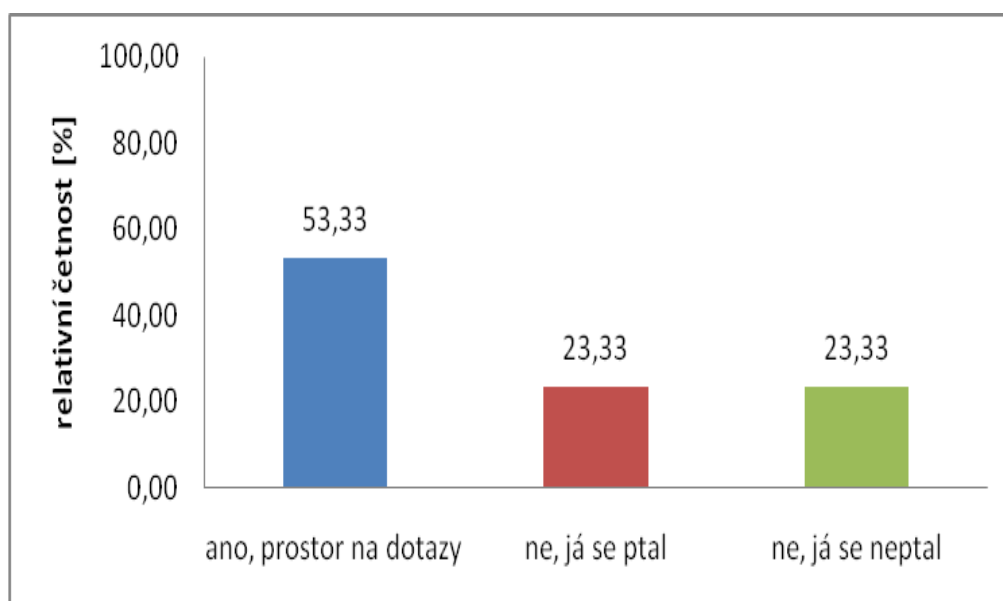
Obrázek 25 – Graf přehledu srozumitelnosti informací od lékaře či sestry

Srozumitelnost informací ohodnotili pacienti takto: plně srozumitelné v 66,67%, částečně v 26,67% a nesrozumitelné v 6,67% (viz Tab. 25, obr. 25).

Otázka č. 16 – Ověřili si lékař, sestra zda informacím rozumíte a měli jste prostor na dotazy?

Tabulka č. 26 – Přehled ověření informací a možnost dotazu pacienta

Ověřování inf., prostor na dotazy	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano, prostor na dotazy	48	53,33
ne, já se ptal	21	23,33
ne, já se neptal	21	23,33
celkem	90	100,00



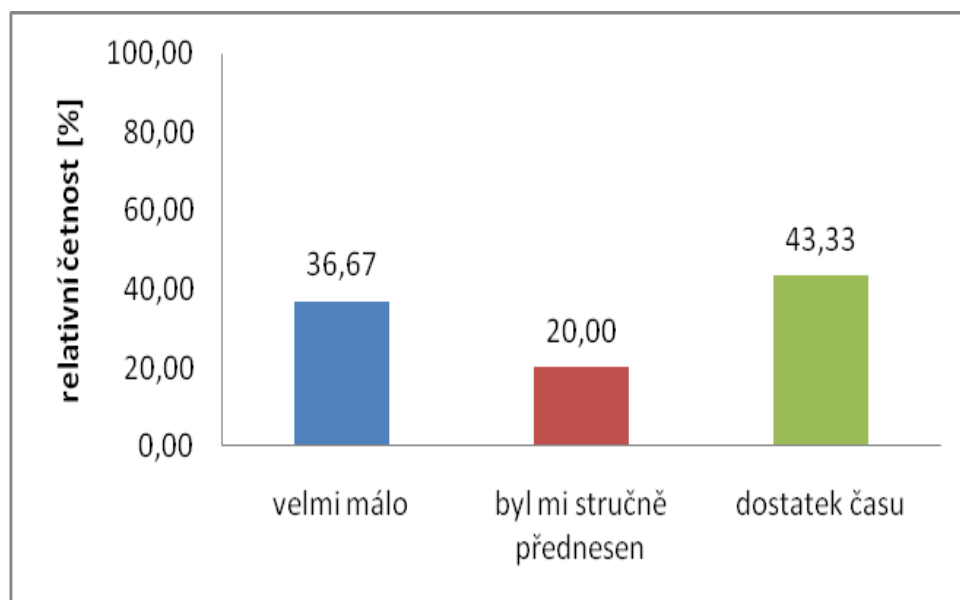
Obrázek 26 – Graf přehledu ověření informací a možnost dotazu pacienta

Ověřování informací a možnost dotazu ohodnotili pacienti takto: ano, dali mi prostor na dotazy v 53,33%, ne, já se ptal v 23,33% a ne a já se neptal v 23,33% (viz Tab. 26, obr. 26).

Otázka č. 17 – Kolik času jste měl na přečtení a podepsání informovaného souhlasu?

Tabulka č. 27 – Přehled času na podepsání informovaného souhlasu

Čas na podpis informovaného souhlasu	absolutní četnost	relativní četnost [%]
velmi málo	33	36,67
byl mi stručně přednesen	18	20,00
dostatek času	39	43,33
celkem	90	100,00



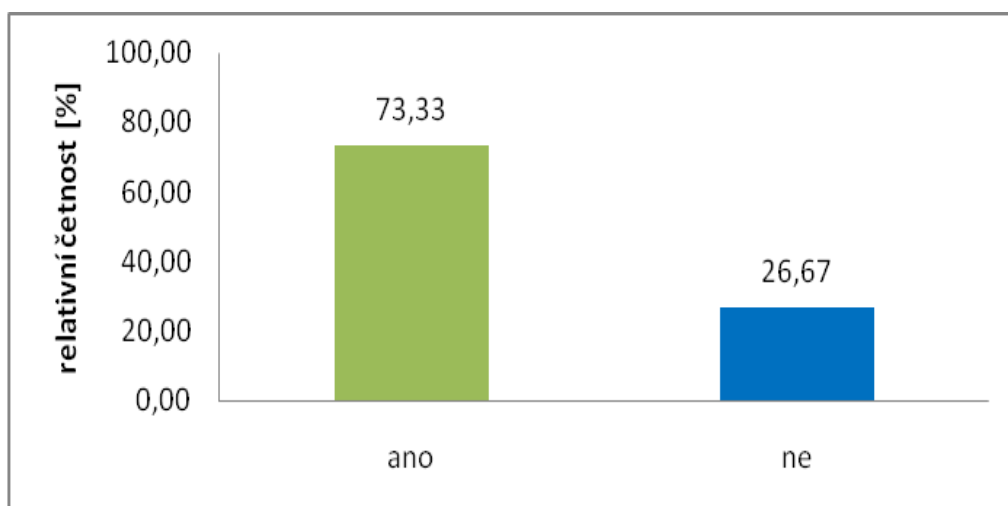
Obrázek 27 – Graf přehledu času na podepsání informovaného souhlasu k vyšetření

Čas na podepsání poučeného souhlasu k vyšetření ohodnotili pacienti takto: v 36,67% velmi malý, v 20,00% byl mi stručně přednesen a já ho podepsal, v 43,33% dostatek času (viz Tab. 27, obr. 27).

Otázka č. 18 – Měli byste zájem o více informací o vyšetření?

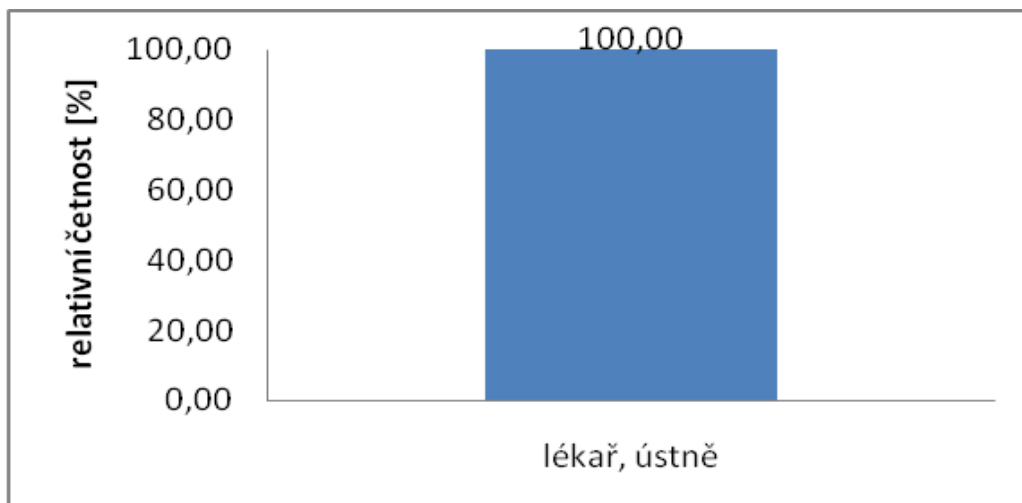
Tabulka č. 28 – Přehled zájmu o další informace

Zájem o informace	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	66	73,33
ne	24	26,67
celkem	90	100,00
pokud ano, od koho a jakou formou		
lékař, ústně	66	100,00
celkem	66	100,00



Obrázek 28 – Graf přehledu zájmu o další informace k vyšetření

V 73,33% pacienti měli zájem o více informací a v 26,67% ne (viz Tab. 28, obr. 28).



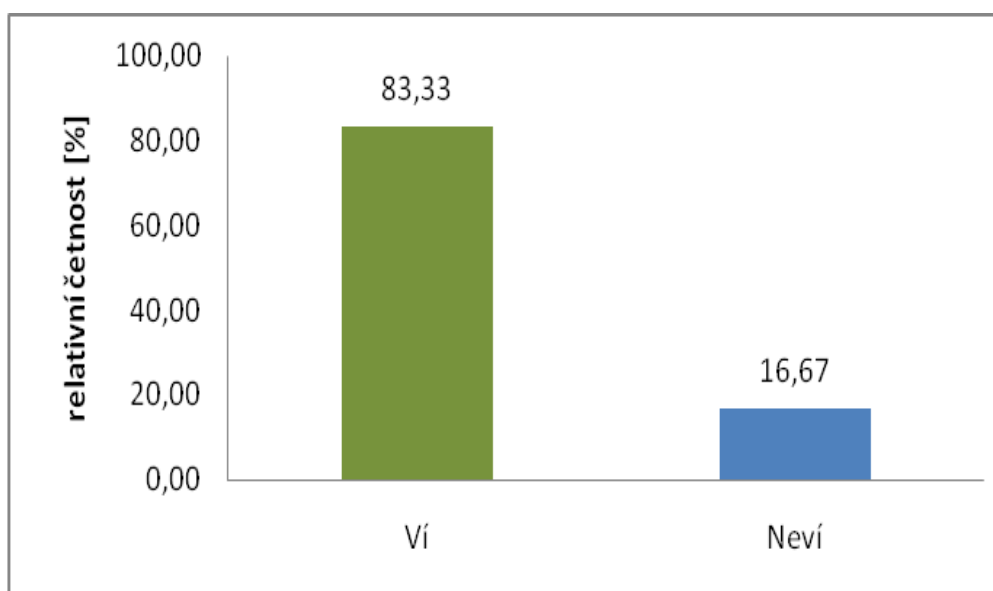
Obrázek 29 – Graf přehledu zájmu o další informace k vyšetření

V100% měli zájem o informace od lékaře a to formou rozhovoru (viz Tab. 28, obr. 29).

Otázka č. 19 – Co jsi, představíte pod pojmem koronarografie?

Tabulka č. 29 – Přehled informovanosti o pojmu koronarografie

Koronarografie	absolutní četnost	relativní četnost [%]
Ví	75	83,33
Neví	15	16,67
celkem	90	100,00



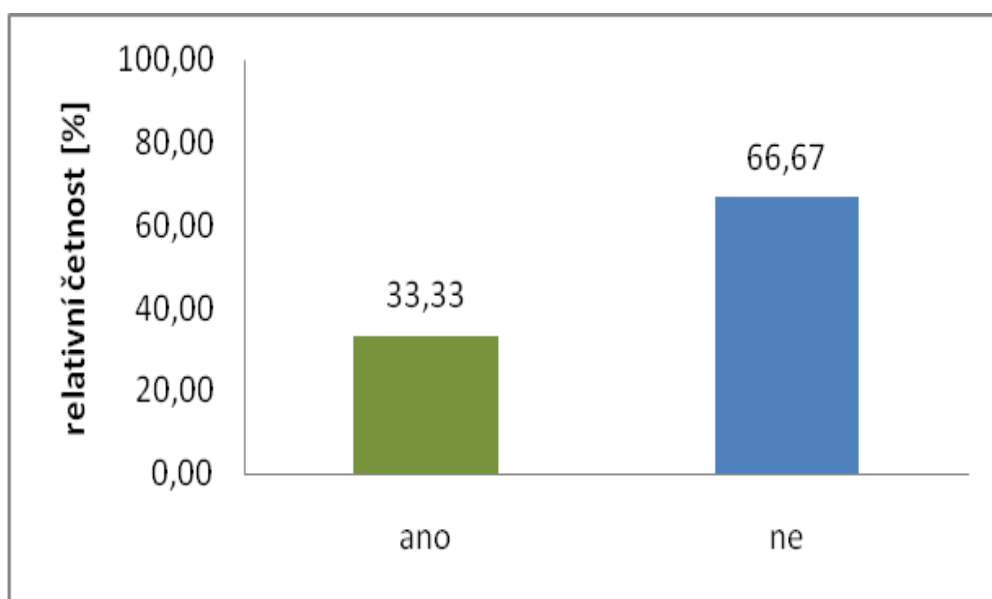
Obrázek 30 – Graf přehledu informovanosti o pojmu koronarografie.

V kontrolní otázce co je koronarografie odpovědělo 83,33% pacientů správně a 16,67% nevědělo (viz Tab. 29, obr. 30).

Otázka č. 20 – Prodělali jste již toto vyšetření? Pokud Ano, jaký pocit strachu, úzkosti jste prožívali poprvé?

Tabulka č. 30 – Přehled opakovaných vyšetření

Opakované vyš.	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	30	33,33
ne	60	66,67
celkem	90	100,00

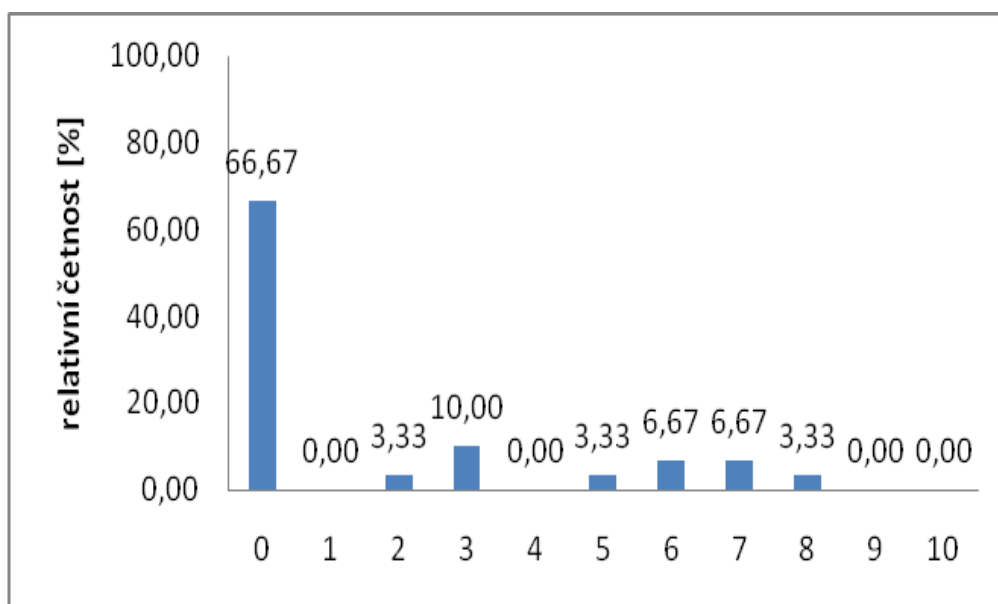


Obrázek 31 – Graf přehledu opakovaných vyšetření

33,33% pacientů již toto vyšetření již prodělalo, 66,67% jde poprvé (viz. Tab. 30, obr. 31).

Tabulka 31 – Přehled intenzity strachu před vyš. poprvé

Intenzita strachu poprvé	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	60	66,67
1	0	0,00
2	3	3,33
3	9	10,00
4	0	0,00
5	3	3,33
6	6	6,67
7	6	6,67
8	3	3,33
9	0	0,00
10	0	0,00
celkem	90	100,00

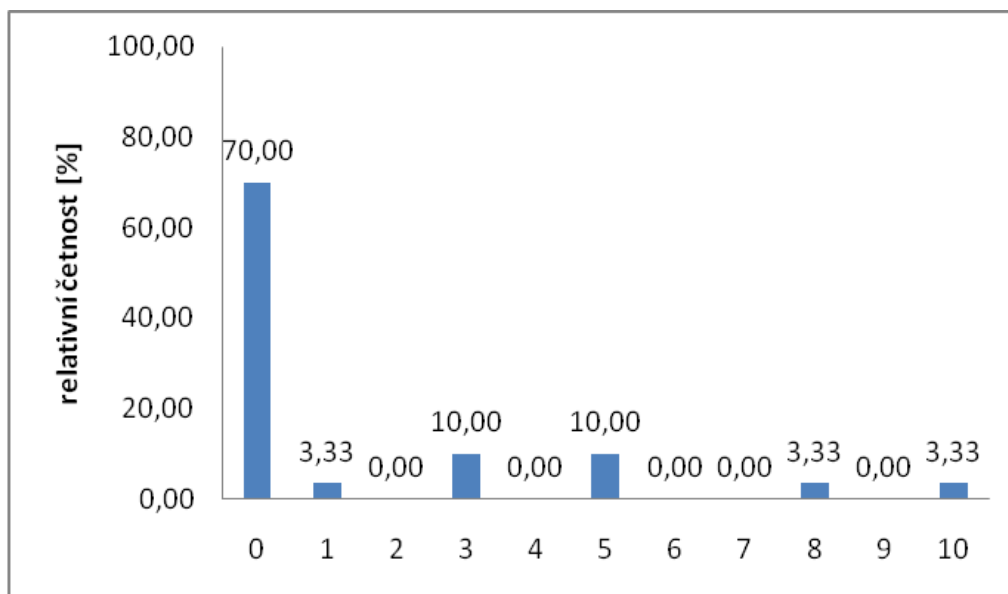


Obrázek 32 – Graf přehledu intenzity strachu před vyš. poprvé

66,67% neudává, 0% udává intenzitu strachu poprvé na 1, 3,33% na 2, 10% na 3, 0% na 4, 3,33% na 5, 6,67% na 6 a 7, 3,33% na 8 a 0% na 9,10 (viz. Tab. 31, obr. 32).

Tabulka 32 – Přehled intenzity úzkosti před vyš. poprvé

Intenzita úzkosti poprvé	absolutní četnost	relativní četnost [%]
0	63	70,00
1	3	3,33
2	0	0,00
3	9	10,00
4	0	0,00
5	9	10,00
6	0	0,00
7	0	0,00
8	3	3,33
9	0	0,00
10	3	3,33
celkem	90	100,00



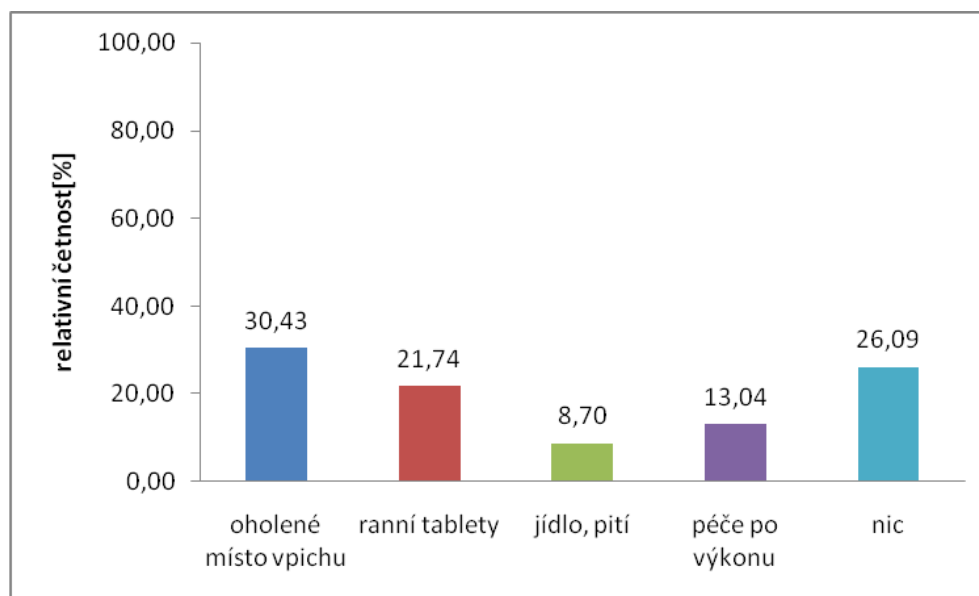
Obrázek 33 – Graf přehledu úzkosti před vyš. poprvé

70% neudává, 3,33% udává intenzitu úzkosti poprvé na 1, 0% na 2, 10% na 3, 0% na 4, 10% na 5, 0% na 6 a 7, 3,33% na 8 a 0% na 9, 3,33% na 10 (viz. Tab. 32, obr. 33).

Otázka č. 21. – Které informace jsou nebo byly pro Vás potřebné a nebyly vám sděleny nebo byly sděleny pozdě?

Tabulka č. 33 – Graf přehledu nedostatku informací potřebné před nebo po KG

Potřebné informace	absolutní četnost	relativní četnost [%]
oholené místo vpichu	35	30,43
ranní tablety	25	21,74
jídlo, pití	10	8,70
péče po výkonu	15	13,04
nic	30	26,09
celkem	115	100,00



Obrázek č. 34 – Graf přehledu nedostatku informací potřebných před nebo po KG

Nejčastěji pacienti nevěděli, že mají mít oholené místo vpichu a to v 30,43% , dále postrádali informace o možnosti stravy, pití tekutin v 8,70%, o možnosti polykání ranních tablet v 21,74%, chyběli jim informace o péči po výkonu v 13,04% a v 26,09% jim nechybělo nic (viz. Tab. 33 a obr. 34).

2.5 DISKUZE

V bakalářské práci jsem zjišťovala vliv poučeného souhlasu k vyšetření na strach a úzkost, informovanost pacientů před vyšetřením, kvalitu informací a vliv na jejich pocity strachu a úzkosti. Pro získání těchto informací jsem použila výsledky z dotazníkového šetření. Ty jsem následně vyhodnotila v již dříve stanovených výzkumných záměrech.

Ve výzkumném záměru č. 1 jsem se domnívala, že ženy budou trpět větším pocitem strachu, úzkosti než muži. Tato domněnka se potvrdila jen částečně. Celkem trpělo pocitem strachu 90% respondentů, z toho bylo 51,85% mužů a 48,15% žen. Pocitem úzkosti celkem trpělo 56,67% respondentů, z toho bylo 35,29% mužů a 64,71% žen.

Ve výzkumném záměru č. 2 jsem se domnívala, že pacienti, kteří prodělali toto vyšetření a znají jeho průběh, budou pociťovat nižší strach, úzkost než pacienti, kteří absolvují toto vyšetření poprvé. Tato domněnka se potvrdila. 33,33% respondentů toto vyšetření již prodělalo a udávalo v hodnocení nižší intenzitu strachu, úzkosti než poprvé.

Ve výzkumném záměru č. 3 jsem se domnívala, že více informací o vyšetření získávají pacienti z informačních materiálů a internetu, od známých než z poučeného souhlasu k vyšetření. Tato domněnka se nepotvrdila. V 51,72% čerpali respondenti z poučeného souhlasu k vyšetření a v 48,28% čerpali informace ještě jinde.

Ve výzkumném záměru č. 4 jsem se domnívala, že pacienti kvalitně informováni budou pociťovat nižší strach, úzkost než pacienti s žádnými nebo s minimem informací. Tato domněnka se potvrdila. Při hodnocení kvality informací z poučeného souhlasu k vyšetření ohodnotili respondenti informace takto: v 0% nic jsem se nedozvěděl, v 33,33% jen malé množství informací, v 40% základní informace, v 13,33% i něco navíc a v 13,33% maximum. Při hodnocení kvality informací z jiných zdrojů (informační materiály, internet, známý) ohodnotili respondenti informace takto: 0% nic jsem se nedozvěděl, v 32,38% jen malé množství informací, v 43,81% základní informace, v 7,14% i něco navíc, v 16,67% maximum.

Ve výzkumném záměru č. 5 jsem se domnívala, že pacienti do 75 roků budou pociťovat větší strach, úzkost než pacienti s věkem nad 75. Tato domněnka se mi nepotvrdila. Dotazník vyplnila 56,67% pacientů s věkem do 75 a 43,33% pacientů s věkem nad 75.

Pacienti s věkem do 75 pociťovali strach v 88,24% a úzkost v 47,06%. Pacienti s věkem nad 75 pociťovali strach v 92,31% a úzkost v 69,23%.

Závěr

V úvodu práce jsem si stanovila cíle práce, které jsem chtěla splnit. Strachem před vyšetřením trpělo z 90 respondentů plných 80 z nich a pocitem úzkosti trpělo 51 respondentů. Tato čísla mě překvapila. Na hodnotící škále intenzity strachu se nejčastěji objevily hodnoty v rozmezí od 1 – 6. Na hodnotící škále intenzity úzkosti se nejčastěji objevily hodnoty v rozmezí od 1- 8. Zde je vidět, že intenzita daných pocitů nebyla zanedbatelná. Jako hlavní příčiny strachu udávali respondenti nejčastěji výsledek vyšetření (37,04%), možné komplikace vyšetření (29,63%), nedostatek informací (18,52%) a změnu prostředí (14,81%). Strach se u nich projevoval tělesnými změnami (33,33%), psychickými a vegetativními (25,93%) projevy a částečně ovlivnil i behaviorální pocity (14,81).

Jako hlavní příčiny úzkosti udávali respondenti nejčastěji možné komplikace a úzkost z budoucna (29,41%). Dále výsledek vyšetření, změna prostředí, čekání (11,76%) i úzkost z bolesti (5,88%). Úzkost se u respondentů projevovala nedůvěrou, podezíravostí (41,18%), palpitacemi, pocením, atd. (35,29%), emoční labilitou (23,53%).

Ke zmírnění strachu, úzkosti vedlo doplnění informací (32,61%), kontakt s rodinou (28,26%), aktivace (26,09%), víra (8,70%), něco jiného (4,35%). V 66,66% respondenti uvedli, že informovaný souhlas k vyšetření jim stačil ke kvalitní informovanosti před vyšetřením a 32,61% respondentů uvedlo, že informovaný souhlas k vyšetření zmírňuje jejich pocit strachu, úzkosti. Kromě informovaného souhlasu k vyšetření dále čerpali respondenti z informačních materiálů a to v 17,24%, z internetu v necelých 7% a informace získali i od známých, kteří již toto vyšetření prodělali a to v 24,14%. Respondenti dávají přednost interpretaci informovaného souhlasu od lékaře a to ústní formou, sestra pak spíše jen doplní. Respondenti by rádi více informací o tom, jak mají být na zákrok připraveni – oholené místo vpichu, konzumace jídla či pití před výkonem, konzumace ranních léků, aplikace inzulínu. Chybí i přesnější informace o péči po výkonu – tekutiny, jídlo, klidový režim. Proto jsem vytvořila edukační materiály pro pacienty před koronarografií (viz. příl.), které jsem konzultovala na kardiologii PKN, kde ho nabídnu v ambulancích.

V teoretické části jsem se podrobněji zajímala o problematiku strachu a úzkosti (definice, projevy, rozdělení a léčba). Důležitou částí je i komunikace s těmi to pacienty a vhodný přístup zdravotnických pracovníků. V další části jsem podrobněji zkoumala problematiku informovaného souhlasu k vyšetření (vývoj, obsah, vyhlášky). V poslední části se věnuji vybranému vyšetření a to je koronarografie.

LITERATURA

1. NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6. Kapitola Strach, s. 255-258.
2. *Velký sociologický slovník*. Praha : Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3. s. 1230.
3. VONDRÁČEK, Vladimír,; HOLUB, František. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Bratislava : Columbus, 1993. ISBN 80-7136-030-9. s. 64-65.
4. BÁRTLOVÁ, S.; HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů, IDVPZ, Brno, 2000*
5. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. vyd. Grada Praha 2006, ISBN 80-247-1262-8.
6. ČECHOVÁ, V.; ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. 4. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-268-x.
7. VYMĚTAL, J. *Speciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 2000. ISBN 80-86123-15-4.
8. AUGER, L. *Strach, obavy a jejich překonávání*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-231-9.
9. HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2.
10. http://www.dent.cz/cs/download/vyh1385_2006-zdrav-dokumentace-obsah.pdf
11. <http://portal.gov.cz>
12. <http://www.kardio-troll.cz/cs/>

SEZNAM ZKRATEK

- **KG:** koronarografie
- **Tab.:** tabulka
- **Obr.:** obrázek
- **Přil.:** příloha
- **PKN:** Pardubická krajská nemocnice

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 – Přehled respondentů dle pohlaví
- Tabulka 2 – Přehled respondentů dle věku
- Tabulka 3 – Přehled respondentů dle pocitu strachu
- Tabulka 4 – Přehled respondentů dle pocitu úzkosti
- Tabulka 5 – Přehled vyvolávajících faktorů strachu
- Tabulka 6 – Přehled vyvolávajících faktorů úzkosti
- Tabulka 7 – Přehled intenzity strachu před vyšetřením
- Tabulka 8 – Přehled intenzity úzkosti před vyšetřením
- Tabulka 9 – Přehled projevů strachu
- Tabulka 10 – Přehled projevů úzkosti
- Tabulka 11 – Přehled zmírňujících faktorů strachu, úzkosti
- Tabulka 12 – Přehled získaných informací před vyšetřením
- Tabulka 13 – Přehled kvality informací získaný z poučeného souhlasu k vyšetření
- Tabulka 14 – Přehled kvality informací získaný z informačních materiálů
- Tabulka 15 – Přehled kvality informací získaný z internetu
- Tabulka 16 – Přehled kvality informací získaný od známých
- Tabulka 17 – Informovaný souhlas k vyšetření a jeho vliv na pocity strachu před vyš.
- Tabulka 18 – Informační materiály a jejich vliv na pocity strachu před vyš.
- Tabulka 19 – Internet a jeho vliv na pocity strachu před vyš.
- Tabulka 20 – Informace od známých a jejich vliv na strach před vyš.
- Tabulka 21 – Informovaný souhlas k vyšetření a jeho vliv na pocit úzkosti před vyš.
- Tabulka 22 – Informační materiály a jejich vliv na pocit úzkosti před vyš.
- Tabulka 23 – Internet a jeho vliv na pocit úzkosti před vyš.
- Tabulka 24 – Informace od známých a jejich vliv na úzkost před vyš.
- Tabulka 25 – Přehled srozumitelnosti informací od lékaře či sestry
- Tabulka 26 – Přehled ověření informací a možnost dotazu pacienta
- Tabulka 27 – Přehled času na podepsání informovaného souhlasu
- Tabulka 28 – Přehled zájmu o další informace
- Tabulka 29 – Přehled informovanosti o pojmu koronarografie
- Tabulka 30 – Přehled opakovaných vyšetření
- Tabulka 31 – Přehled intenzity strachu před vyš. poprvé
- Tabulka 32 – Přehled intenzity úzkosti před vyš. poprvé
- Tabulka 33 – Graf přehledu nedostatku informací potřebné před nebo po KG

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1 - Graf přehledu respondentů dle pohlaví
- Obrázek 2 – Graf přehledu respondentů dle věku
- Obrázek 3 – Graf přehledu respondentů dle pocitu strachu
- Obrázek 4 – Graf přehledu respondentů dle pocitu úzkosti
- Obrázek 5 – Graf přehledu vyvolávajících faktorů strachu
- Obrázek 6 – Graf přehledu vyvolávajících faktorů úzkosti
- Obrázek 7 – Graf přehledu intenzity strachu před vyšetřením
- Obrázek 8 – Graf přehledu intenzity úzkosti před vyšetřením
- Obrázek 9 – Graf přehledu projevů strachu před vyšetřením
- Obrázek 10 – Graf přehledu projevů úzkosti před vyšetřením
- Obrázek 11 – Graf přehledu zmírňujících faktorů strachu, úzkosti před vyšetřením
- Obrázek 12 – Graf přehledu získaných informací před vyšetřením
- Obrázek 13 – Graf přehledu kvality informací získaný z poučeného souhlasu k vyšetření
- Obrázek 14 – Graf přehledu kvality informací získaný z informačních materiálů
- Obrázek 15 – Graf přehledu kvality získaných informací z internetu
- Obrázek 16 – Graf přehledu kvality informací získaných od známých
- Obrázek 17 – Graf vlivu informovaného souhlasu k vyšetření na pocity strachu před vyš.
- Obrázek 18 – Graf vlivu informačních materiálů na pocity strachu před vyš.
- Obrázek 19 – Graf vlivu internetu na pocity strachu před vyš.
- Obrázek 20 – Graf vliv informací od známých na strach před vyš.
- Obrázek 21 – Graf vlivu informovaného souhlasu k vyšetření na pocit úzkosti před vyš.
- Obrázek 22 – Graf vlivu informačních materiálů na pocit úzkosti před vyš.
- Obrázek 23 – Graf vlivu internetu na pocit úzkosti před vyš.
- Obrázek 24 – Graf vliv informací od známých na pocit úzkosti před vyš.
- Obrázek 25 – Graf přehledu srozumitelnosti informací od lékaře či sestry
- Obrázek 26 – Graf přehledu ověření informací a možnost dotazu pacienta
- Obrázek 27 – Graf přehledu času na podepsání informovaného souhlasu k vyšetření
- Obrázek 28 – Graf přehledu zájmu o další informace k vyšetření
- Obrázek 29 – Graf přehledu zájmu o další informace k vyšetření
- Obrázek 30 – Graf přehledu informovanosti o pojmu koronarografie.
- Obrázek 31 – Graf přehledu opakovaných vyšetření
- Obrázek 32 – Graf přehledu intenzity strachu před vyš. poprvé
- Obrázek 33 – Graf přehledu úzkosti před vyš. poprvé

Obrázek 34 – Graf přehledu nedostatku informací potřebných před nebo po KG

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Katetrizační zavaděč, místa vpichu při KG

Příloha 2 – Snímky KG

Příloha 3 – Snímky KG

Příloha 4 – Dotazník

Příloha 5 – Edukační materiál

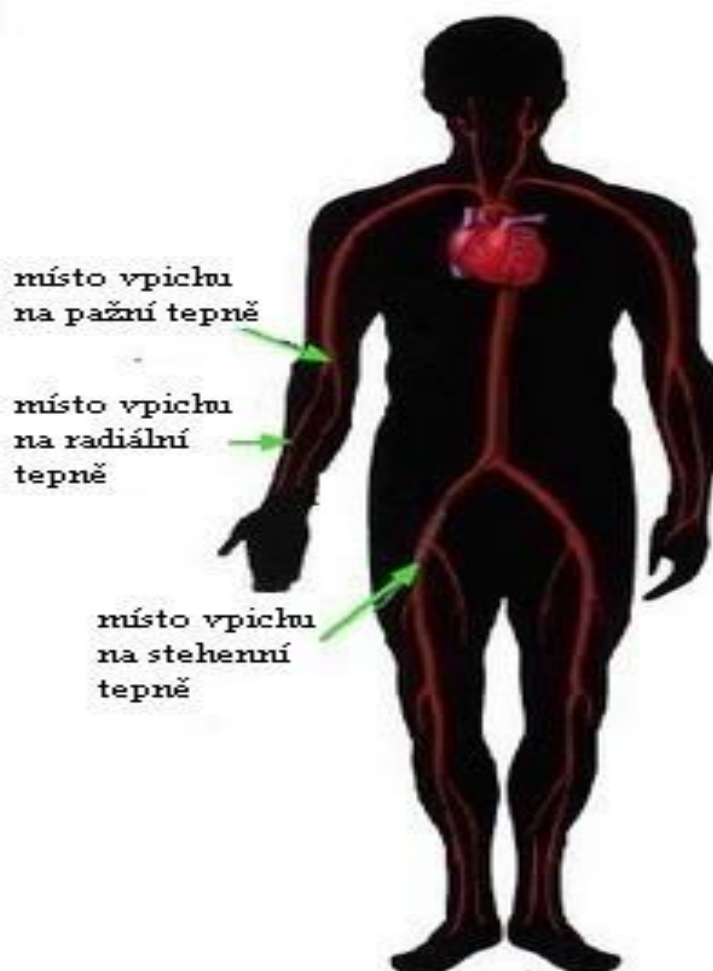
Příloha 6 – Žádost o provádění výzkumu v PKN, a.s. v rámci bakalářské práce

PŘÍLOHA 1

Katetrizační zavaděč



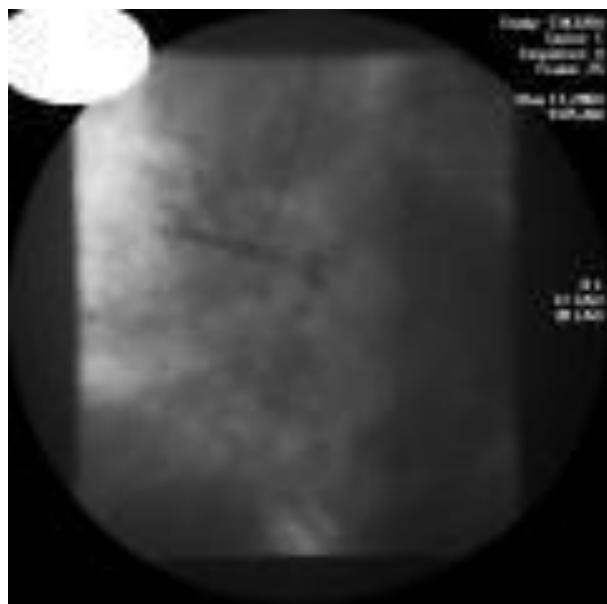
Místa vpichu při KG



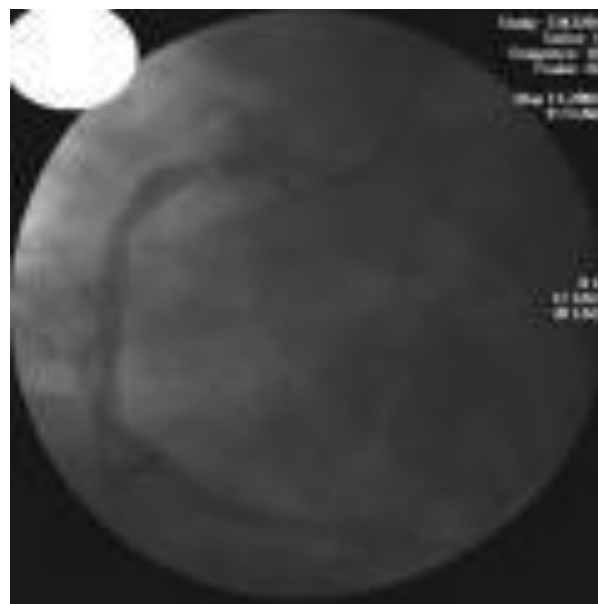
PŘÍLOHA 3

Snímky KG

AKUTNÍ IM



STAV PO KG



PŘÍLOHA 4

Milý pacient,

Jsem studentkou třetího ročníku Fakulty Zdravotnických Studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce a chtěla bych zjistit Vaši informovanost z poučeného souhlasu ke koronarografii a vliv informovanosti na pocity strachu a úzkosti. Strach je reakcí na stávající nebo hrozící nebezpečí, hrozbu bolesti a ztráty života.¹ Naopak úzkost je nepříjemný duševní emoční stav, doprovázený předtuchou nejasného nebezpečí.² Z těchto definic prosím vycházejte při vyplňování mého dotazníku. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění. Dotazník je anonymní.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Klára Sadovská

1. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Věková skupina:

- a) 45 – 59 R
- b) 60 – 74 R
- c) 75 – 89 R
- d) 90 a výše

3. Trpíte právě pocitem strachu?

- a. Ano
- b. Ne

4. Trpíte právě pocitem úzkosti?

- a) Ano
- b) Ne

¹ NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. s. 255

² NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. s. 241

5. Co vyvolává Váš nynější strach?

- a) Nedostat informací o vyšetření
- b) Výsledek vyšetření
- c) Možné komplikace vyšetření
- d) Změna prostředí
- e) Nevím

6. Co si myslíte, že vyvolalo Váš nynější pocit úzkosti?

.....
.....
.....

7. Ohodnoťte svoji intenzitu strachu před vyšetřením? (kdy 0 – nic, 10 – nejvyšší)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

8. Ohodnoťte svoji intenzitu úzkosti před vyšetřením? (kdy 0 – nic, 10 – nejvyšší)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

9. Jak se u Vás strach projevuje?

- a) Tělesné projevy (třes, cukání, bolesti, zkrácený dech, ...)
- b) Psychické projevy (porucha koncentrace, spánku, pocit ohrožení, úzkost, ...)
- c) Vegetativní projevy (rudnutí, blednutí, průjem, sucho v ústech, pocení, ...)
- d) Behaviorální projevy (nemluvnost, přešlapování, rychlá řeč, ošívání, ...)
- e) Nějak nijak.....

10. Jak se u Vás úzkost projevuje?

- a) emoční labilita, pocity viny, vnitřní napětí a dráždivosti
- b) nedůvěra v sebe sama, podezíravost, váhavost, zvýšená vnímavost vůči nebezpečí

- c) bušení srdce, zvýšené svalové napětí, nutkání na zvracení, průjemy, pocení
- d) Nějak jinak.....

11. Co zmírňuje Váš strach, úzkost? (Více možných odpovědí)

- a) Poučený souhlas s vyšetřením (doplnění informací)
- b) Kontakt s rodinou (přítomnost, telefony, ...)
- c) Aktivace (četba, poslech hudby, TV, ...)
- d) Víra
- e) Nic
- f) Něco jiného.....

12. Zaškrtněte v prvním sloupci tabulky, odkud jste získali informace a zaškrtněte jejich kvalitu.

ČERPANÉ INFORMACE		0	1	2	3	4
Informovaný souhlas k vyš.						
Informační materiály (brožury)						
Internet						
Od známých						
Žádné informace nevím						

- 0 – nic jsem se nedozvěděl
- 1 – malé množství informací
- 2 – základní informace
- 3 – vím něco málo navíc
- 4 – maximum, vím vše

13. Zaškrtněte, jak dané informace ovlivnili Váš pocit strachu?

ČERPANÉ INFORMACE	0	1	2	3	4
Informovaný souhlas					
Informační materiály (brožury)					
Internet					
Od známých					
Žádné informace nevím					

- 0 – nijak, pocítuji stejný strach
- 1 – jen minimálně
- 2 – cítím se klidnější
- 3 – jsem klidný
- 4 – strach je pryč

14. Zaškrtněte, jak dané informace ovlivnily Váš pocit úzkosti?

ČERPANÉ INFORMACE	0	1	2	3	4	0 – nijak, pocítuji stejnou úzkost
Informovaný souhlas						1 – jen minimálně
Informační materiály (brožury)						2 – cítím se klidnější
Internet						3 – jsem klidný
Od známých						4 – úzkost je pryč
Žádné informace nevím						

15. Byli pro Vás informace poskytnuté lékařem, sestrou srozumitelné?

- a) Ano, plně srozumitelné, vše jsem pochopil
- b) Částečně ano, použili odborné termíny
- c) Ne, byli nesrozumitelné, nepochopil jsem je

16. Ověřili si lékař, sestra zda informacím rozumíte a měli jste prostor na dotazy?

- a) Ano a měl jsem dostatečný prostor na dotazy
- b) Ne, ale já jsem se ptal
- c) Ne, nikdo se mě neptal a já se taky nezeptal

17. Kolik času jste měl na přečtení a podepsání informovaného souhlasu?

- a) Velmi málo, nečetl jsem ho, jen podepsal
- b) Byl mi stručně přednesen a já ho podepsal
- c) Měl jsem dostatek času na přečtení a podepsání

18. Měli byste zájem o více informací o vyšetření?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ANO, tak od koho a jakou formou?.....

.....

.....

.....

19. Co jsi, představíte pod pojmem koronarografie?

.....

.....

.....

20. Prodělaly jste již toto vyšetření?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ANO, jaký pocit strachu, úzkosti jste prožívali poprvé? (ohodnoťte na škálách, kdy 0 – nic, 10 – nejvyšší)

Strach: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Úzkost: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

21. Které informace jsou nebo byly pro Vás potřebné a nebyly vám sděleny nebo byly sděleny pozdě?

.....

.....

.....

.....

PŘÍLOHA 5
Edukační materiál

PŘÍLOHA 6