

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Michaela Cinková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Michaela Cinková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PSYCHOLOGIE PACIENTA S KARDIOVASKULÁRNÍM
ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Radka Felzmannová

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 15. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Radce Felzmannové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům Kardiologického a Kardiochirurgického oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni, za umožnění realizace výzkumu.

Anotace

Příjmení a jméno: Michaela Cinková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychologie pacienta s kardiovaskulárním onemocněním

Vedoucí práce: PhDr. Radka Felzmannová

Počet stran – číslované: 49

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: kardiovaskulární onemocnění - psychologie nemoci - psychologie kardiovaskulárního onemocnění

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychologie pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. Teoretická část je rozdělena na tři hlavní části. V první části stručně charakterizují nejčastěji se vyskytující kardiovaskulární onemocnění a jeho léčbu. Ve druhé části teorie se zabývám psychologií nemoci obecně a ve třetí kapitole teoretické části se dozvíme o psychologii nemocného s hypertenzí, s akutním infarktem myokardu a vliv psychologických faktorů na vznik kardiovaskulárního onemocnění. V praktické části mé bakalářské práce jsou výsledky výzkumného šetření, které jsem prováděla pomocí kvantitativního výzkumu. Ve strukturovaném dotazníku jsem zjišťovala, jak jsou v dnešní době psychicky zatíženi pacienti s kardiovaskulárním onemocněním.

Annotation

Surname and name: Michaela Cinková

Department: Nursing and midwife

Title of thesis: Psychology of the patient with cardiovascular diseases

Consultant: PhDr. Radka Felzmannová

Number of pages – numbered: 49

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 20

Keywords: cardiovascular diseases - diseases psychology - cardiac psychology

Summary:

Bachelor thesis deals with the psychology of the patient with cardiovascular disease. The theoretical part is divided into three main parts. The first part briefly describe the most common cardiovascular disease and its treatment. In the second part of the theory, I explore the psychology of the disease in general, and in the third chapter of the theoretical part we will learn about the psychology of the patient with hypertension, acute myocardial infarction and the impact of psychological factors on the emergence of cardiovascular disease.. In the practical part of my thesis are the results of the research that I conducted quantitative research. In a structured questionnaire, I examined how nowadays psychological stress in patients with cardiovascular disease.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.1 Hypertenze	13
1.1.1 Definice	13
1.1.2 Léčba	13
1.2 Ateroskleróza	14
1.2.1 Definice	14
1.2.2 Léčba	14
1.3 Ischemická choroba srdeční.....	14
1.3.1 Definice	14
1.3.2 Léčba	15
1.4 Ischemická choroba dolních končetin.....	15
1.4.1 Definice	15
1.4.2 Léčba	15
1.5 Infarkt myokardu	16
1.5.1 Definice	16
1.5.2 Reperfuční terapie.....	16
1.5.3 Přímá koronární intervence	16
1.5.4 Trombolytická terapie.....	17
1.6 Srdeční selhání.....	17
1.6.1 Definice	17
1.6.2 Akutní levostranné srdeční selhání.....	17
1.6.3 Akutní pravostranné srdeční selhání.....	18
1.6.4 Chronické levostranné srdeční selhání	18
1.6.5 Chronické pravostranné srdeční selhání	18
1.7 Angina pectoris	19
1.7.1 Definice	19
1.7.2 Léčba	19
1.8 Tromboflebitida	19
1.8.1 Definice	19
1.8.2 Léčba	19
1.9 Hluboká žilní trombóza	20
1.9.1 Definice	20
1.9.2 Léčba	20

1.10	Cévní mozková příhoda	20
1.10.1	Definice	20
1.10.2	Levostranný hemisferální iktus	21
1.10.3	Pravostranný hemisferální iktus	21
1.10.4	Iktus mozkového kmene.....	21
1.10.5	Léčba	21
2	PSYCHOLOGIE NEMOCI.....	23
2.1	Faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc	23
2.2	Postoj nemocného k nemoci	23
2.3	Omezení životních potřeb	24
2.4	Etapy procesu boje s nemocí	25
2.5	Styly zvládnání nemocí a těžkostí.....	25
2.6	Bolest, úzkost a strach v nemoci.....	26
3	PSYCHOLOGIE PACIENTA S KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM	28
3.1	Hypertenze	28
3.2	Akutní infarkt myokardu	29
3.3	Vliv psychologických faktorů na vznik kardiovaskulárních onemocnění.....	29
3.3.1	Hostilita	29
3.3.2	Zlost.....	30
3.3.3	Deprese	30
3.3.4	Stres	31
	PRAKTICKÁ ČÁST	32
4	FORMULACE PROBLÉMU	32
5	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	33
5.1	Hlavní cíl.....	33
5.2	Dílčí cíle.....	33
6	HYPOTÉZY	34
7	METODIKA	35
7.1	Metoda sběru dat.....	35
7.2	Vzorek respondentů	35
7.3	Analýza návratnosti dotazníků.....	35
8	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	36
9	DISKUZE	55
	ZÁVĚR.....	58
	LITERATURA A PRAMENY.....	60
	SEZNAM ZKRATEK	62
	SEZNAM GRAFŮ	63

SEZNAM PŘÍLOH	64
PŘÍLOHA Č. 1 - DOTAZNÍK	65
PŘÍLOHA Č. 2 - EDUKAČNÍ LETÁK.....	69

ÚVOD

„Srdce je středem našeho těla nejen tělesně, ale také emocionálně. Vnímáme je přece jako sídlo těch nejmocnějších emocí - lásky, soucitu nebo srdečnosti. Po celá tisíciletí bylo považováno za hnací ústrojí života. Ve starověké Evropě a v jiných kulturách podnes je pokládáno rovněž za sídlo duše, příp. vědomí. Právě srdce je psychosomatický orgán par excellence.“ (Morschitzky, Sator, 2007, s. 31)

Srdce je dutý sval, velký jako pěst, skládající se ze dvou srdečních komor a dvou síní. V těle slouží jako čerpadlo na sání, vypuzování krve a regulace krevního oběhu. Je středem našeho těla nejen fyzicky, ale i emocionálně. Když pocítujeme silné emoce, prožíváme fyzickou nebo psychickou zátěž. Sympatický nervový systém totiž zvyšuje naši srdeční frekvenci. Srdce tím zvyšuje svůj výkon, rozšiřují se věnčité cévy a zrychluje se krevní oběh. My to pocítujeme jako bušení srdce, nepravidelný tep, bolest nebo pocit úzkosti na hrudi. (Morschitzky, Sator, 2007, str. 31 - 32)

V teoretické části bakalářské práce můžeme najít tři hlavní kapitoly. V první kapitole charakterizují stručně nejčastěji se vyskytující kardiovaskulární onemocnění a jeho léčbu. Mezi nejčastější kardiovaskulární onemocnění patří Ateroskleróza, Ischemická choroba dolních končetin, Akutní infarkt myokardu, Srdeční selhání, Angina pectoris, Tromboflebitida, Hluboká žilní trombóza a Cévní mozková příhoda. Ve druhé části teorie se zabývám psychologií nemoci obecně. Píši, jaké jsou faktory ovlivňující reakci na nemoc, jaké jsou postoje nemocného k nemoci, jak nemoc omezuje pacienta, jaké jsou etapy boje s nemocí, jaké jsou styly zvládnání nemoci a také jaká je bolest, strach a úzkost v nemoci. V poslední třetí kapitole teoretické části se dozvíme o psychologii nemocného s kardiovaskulárním onemocněním. Zaobírám se psychologií pacienta s hypertenzí, s akutním infarktem myokardu, jaké jsou vlivy psychologických faktorů na vznik kardiovaskulárních onemocnění a rozebírám konkrétně vliv hostility, zlosti, deprese a stresu na toto onemocnění.

V praktické části mé bakalářské práce jsou výsledky výzkumného šetření, které jsem prováděla pomocí kvantitativního výzkumu. Ve strukturovaném dotazníku jsem zjišťovala základní demografické údaje, a zda jsou pacienti vystaveni stresu, nelibým pocitům, jako je strach, úzkost, smutek apod. Dále zkoumám, jestli jsou nemocní s kardiovaskulárním onemocněním pesimističtí, nepřátelští, společenšší nebo uzavření.

Myslím si, že naše emoce a chování má velký dopad na naše tělo. Kardiovaskulární onemocnění je přeci psychosomatické onemocnění odvozené z řeckého slova „psýché“ (duše) a „sóma“ (tělo). Podle mého názoru většina lidí, kteří trpí kardiovaskulárním onemocněním, jsou vystaveni denně stresu, pocítují strach, smutek, úzkost, zlost, a to ovlivňuje negativně jejich zdraví.

Hlavním důvodem, proč jsem si zvolila pro svoji bakalářskou práci právě toto téma, je můj osobní zájem o problematiku psychosomatických poruch a jejich následků. Žijeme ve stresující uspěchané době, jsou na nás kladeny vysoké nároky, každý den musíme čelit problémům, a tak je naprosto přirozené, že se tento tlak někde projeví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Kardiovaskulární onemocnění patří mezi civilizační nemoci. Dle WHO jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Většina kardiovaskulárního onemocnění se objevuje převážně v dospělém věku. Počet případů kardiovaskulárního onemocnění po 50. roce přibývá. Muži jsou postiženi častěji než ženy, které chrání estrogény - ženské pohlavní hormony. V klimakteriu se ovšem tyto hormony ztrácí. Rizikové faktory můžeme rozdělit do tří skupin. Za první nemodifikovatelné osobní charakteristiky, za druhé faktory životního stylu, za třetí biochemické a fyziologické charakteristiky. Velkou roli hraje také psychika nemocného. (dostupné z <http://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/index.html>)

1.1 Hypertenze

1.1.1 Definice

Hypertenze neboli vysoký krevní tlak je jeden z rizikových faktorů vedoucí ke vzniku kardiovaskulárního onemocnění. V populaci se vyskytuje čím dál tím častěji a s věkem výskyt stoupá. Hypertenzi dělíme na primární, která nemá známou příčinu a na sekundární, kde je přítomen nějaký patologický stav. (Nováková, Velemínský, 2006, s. 384)

Tlak krevního sloupce na cévní stěnu nazýváme tlak krve (TK). Výška krevního tlaku závisí na kvalitě cévní stěny, náplni krevního řečiště a na zátěži. Tlak krve má cirkadiánní rytmus. To znamená, že ráno kolem 3 - 4 hodiny je tlak nejnižší, po probuzení a odpoledne je tlak nejvyšší. Normální tlak u dospělého člověka je 110 - 139 mm Hg systolického krevního tlaku a 60 - 89 mm Hg diastolického krevního tlaku. Hodnoty nižší označujeme jako hypotenzi a vyšší jako hypertenzi.

Arteriální hypertenzi označujeme po opakovaném měření pořízených při minimálně 2 návštěvách. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 110)

1.1.2 Léčba

Léčba vysokého krevního tlaku je dlouhodobá a měla by být optimálně nastavená na míru každého pacienta, aby měla co nejmenší vedlejší účinky. Při léčbě musíme brát ohled na přidružená onemocnění.

V první řadě se musí pacient vyvarovat rizik, která tato onemocnění způsobují, jako je solení, kouření, alkohol, nedostatek pohybu, stres apod. V druhé řadě nasadíme pacientovi farmakologickou léčbu. Základními léky pro léčbu vysokého krevního tlaku jsou diuretika, antihypertenziva, betablokátory, kalcioví antagonisté, ACE inhibitory, alfametyldopa, prazosin, AT1+blokátory. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 119 - 122)

1.2 Ateroskleróza

1.2.1 Definice

Aterosklerózu definujeme jako onemocnění tepen, při kterém se ukládají v jejich stěnách tukové látky a vápník. Tepny ztrácejí pružnost a jejich průsvit se zužuje. Ateroskleróza se vyskytuje nejčastěji u starší věkové kategorie. Patří mezi celoživotní onemocnění a počátky lze zjistit již v dětském věku. Proto je velmi důležité vyvarovat se rizikovým faktorům. Mezi ně řadíme mužské pohlaví, genetickou predispozici, poruchy metabolických lipidů, hypertenzi, kouření, nadváhu, obezitu, diabetes mellitus, nedostatek fyzické aktivity a psychosociální faktory jako jsou stres, úzkost, socioekonomický stav, osobnost, životní styl apod. (Nováková, Velemínský, 2006, s. 384 - 385)

1.2.2 Léčba

Důležité při léčbě je dietní opatření. Pacient se musí vyhnout konzumaci živočišných tuků a omezit denní příjem cholesterolu. Dále musí omezit solení, alkoholické nápoje, redukovat hmotnost a zvýšit fyzickou aktivitu. Farmakologicky aterosklerózu léčíme hypolipidemiky, což jsou léky ze skupin statinů, kyseliny nikotinové, pryskyřic nebo fibrátů, které se nasazují, dle druhu cholesterolu, jež je třeba upravit. Možná je i jejich kombinace. (dostupné z <http://nemoci.vitalion.cz/ateroskleroza/>)

1.3 Ischemická choroba srdeční

1.3.1 Definice

Ischemická choroba srdeční se vysvětluje jako nedokrevnost neboli ischemie srdeční svaloviny - myokardu. Porucha prokrvení vzniká nejčastěji díky ateroskleróze koronárních tepen. Prvními příznaky ICHS jsou svíravá pálivá bolest na hrudi, tlak na hrudi, pocit dechové nedostatečnosti, úzkost a strach.

Ischemickou chorobu srdeční dělíme na akutní a chronickou. Mezi akutní řadíme nestabilní anginu pectoris, akutní infarkt myokardu, náhlou smrt a mezi chronickou formu

řadíme anginu pectoris, ICHS se srdečním selháním nebo s arytmiemi. (Slezáková a kol., 2007, s. 17 - 19)

1.3.2 Léčba

Nejprve odstraníme rizikové faktory - kouření, obezita, stres, nedostatek fyzické aktivity apod. Poté nasadíme farmakologickou léčbu - nitráty, antiagregancia, antikoagulancia, ACE inhibitory, hypolipidemika a další. ICHS můžeme léčit také chirurgicky a intervenčně. Intervenčně zprůchodníme tepnu pomocí balonkového katetru. Chirurgicky přemostíme zužený nebo uzavřený úsek tepny pomocí jiné cévy. Odborně se tato metoda nazývá by - pass. (Slezáková a kol., 2007, s. 17 - 19)

1.4 Ischemická choroba dolních končetin

1.4.1 Definice

Ischemická choroba dolních končetin postihuje tepny. Dochází k zúžení, až úplnému uzávěru průsvitu tepen. Následkem je končetina ischemická neboli nedokrvaná. Chybí jí dostatečné množství krve, důležité živiny a kyslík.

Příčinou tohoto onemocnění je ateroskleróza, trombus, Búrgerova choroba či vasokonstrikce tepen. Příznaky nemoci jsou podle stádia onemocnění a lokalizace uzávěru nebo zúžení. Nejznámější rozdělení je do čtyř stádií. První stádium latence je, kdy nemocný nemá žádné obtíže, ale končetina bývá chladná. Ve druhé fázi se objevuje klaudikace. Při chůzi či námaze končetiny vzniká bolest, která donutí nemocného kulhat. Objevují se také trofické změny, jako například suchost kůže, ztráta ochlupení, ochablost svalstva, pomalý růst a lomivost nehtů. Ve třetí fázi je bolest končetiny trvalá, úleva se dostaví při svisu končetiny. V posledním stádiu je stav kritický, objevují se svalové záškuby a křeče. Nemocný je ohrožen gangrénou, při malém poranění i amputací.

Rizikové faktory u ICHDK jsou kouření, hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, porucha metabolismu tuků, diabetes mellitus a další.

1.4.2 Léčba

Cílem léčby je odstranění tepenného uzávěru nebo zúžení. Prvním krokem léčby je tzv. perkutánní transluminální angioplastika (PTCA). Farmakologická léčba spočívá v podávání vasodilatancií. Je-li onemocnění zapříčiněno trombem, provádí se

embolektomie a následně antikoagulační léčba. Doporučuje se cvičení, relaxace, eliminace rizikových faktorů, úprava životosprávy. (dostupné z <http://nemoci.vitalion.cz/ischemicka-choroba-dolnich-koncetin/>)

1.5 Infarkt myokardu

1.5.1 Definice

Akutní infarkt myokardu (AIM) řadíme mezi akutní formu ischemické choroby srdeční. Vzniká díky nekróze srdečního svalu v důsledku nedostatku kyslíku v myokardu - srdeční svalovině. Velikost povodí koronární tepny, délka doby uzávěru a aktuální stav oběhu rozhoduje o rozsahu nekrózy. Infarktová jizva vzniká zhojením nekrotické části myokardu. Při vzniku AIM působí vlivy psychosomatické, jako jsou kouření, stres, obezita, hypertenze, věk. (Slezáková a kol., 2007, s. 20 - 19)

„Nejčastější příčinou onemocnění je uzávěr koronární tepny způsobený trombem nasedající na aterosklerotická plát.“ (Slezáková a kol., 2007, s. 20)

Důležitým příznakem je stenokardie - svíravá bolest na hrudi vystřelující do horní končetiny. Bolest přetrvává i po podání nitrátů. Mohou se objevit další nespecifické příznaky jako neklid, úzkost, strach, nauzea, zvracení, arytmie, dyspnoe apod. Na EKG je typická křivka v úseku RSTU nazývaná Pardeho vlna. Při vyšetření krve jsou přítomny enzymy, které se uvolňují z buněk díky rozpadající odumřelé tkáni. Typický enzym pro AIM je kreatinkináza. Dále jsou přítomny bílkoviny, které se uvolňují z poškozeného svalu - myoglobin, troponin a další.

U pěti procent pacientů se bolest neobjeví a prodělaný infarkt lze zjistit náhodně například při EKG vyšetření. Tento typ infarktu nazýváme jako asymptomatický. (Slezáková a kol., 2007, s. 20)

1.5.2 Reperfuční terapie

Cílem této terapie je, co nejrychleji obnovit průtok srdeční tepny. Omezí se tak rozsah infarktové nekrózy. Čím dříve terapie začne, tím více je účinná. Nejlépe do 6 až 12 hodin. Reperfuční terapie je buď přímou metodou PCI nebo trombolitiky.

1.5.3 Přímá koronární intervence

Přímá koronární intervence je indikovaná nejpozději do dvanácti hodin od začátku potíží. Katetrizací je nutné projít trombem a rozrušit jej. Poté se dilatuje stenóza balónkem a implantuje se koronární stent. Obnovení průtoku krve je z 90 až z 95 procent úspěšné.

1.5.4 Trombolytická terapie

Trombolytická léčba se používá výjimečně a spočívá v rozpuštění trombu fibrinolytiky. Terapie neovlivní aterosklerotický plát. Průtok krve je za 30 až 90 minut a to jen v 50 až 60 procenty. Nejúčinnější trombolýza je do šesti hodin od začátku příznaků. Nejčastěji je trombolytická terapie využívána při delší než 90 minut trvající dopravě do nemocnice.

Při hospitalizaci je důležité monitorovat EKG, fyziologické funkce a stav vědomí. Akutní infarkt myokardu bez komplikací je možné po sedmi dnech propustit do domácího léčení. (Lukl, 2004, s. 157 - 158)

1.6 Srdeční selhání

1.6.1 Definice

„Srdeční selhání je komplex klinických projevů charakterizovaný poruchou srdeční funkce a řadou neurohumorálních reakcí, spojený se sníženou tolerancí námahy, retencí tekutin a nižším přežíváním nemocných.“ (Lukl, 2004, s. 53)

Podle spouštěcích faktorů může selhávat levá komora, pravá komora nebo obě komory. Podle délky trvání rozdělujeme srdeční selhání na akutní a chronické. Pokud dojde u pacienta k obnově srdeční výkonnosti, mluvíme o kompenzovaném srdečním selhání. Dále rozdělujeme srdeční selhání na systolické a diastolické.

Stupeň závažnosti srdečního selhání klasifikujeme subjektivní stupnicí dušnosti dle New York Heart Association NYHA. Stav bez dušnosti se hodnotí jako NYHA I. Stupeň NYHA IV. je trvalá dušnost i v klidu. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 76)

1.6.2 Akutní levostranné srdeční selhání

Nejčastější příčina akutního srdečního selhání je akutní infarkt myokardu, hypertenzní krize, mitrální vada, aortální vada, myokarditida a kardiomyopatie. Spouštěcími faktory mohou být arytmie, fyzická zátěž, infekce, vynechání léčby, nadměrný příjem soli a tekutin a další. Hlavním příznakem je záchvatovitá noční dušnost. Později je to dušnost klidová spojená s tachypnoe, kašlem s vykašláváním růžového zpěněného sputa. Zaujímání ortopnoické polohy a zapojování pomocných dýchacích svalů.

Základem léčby je klid, nitroglycerin pod jazyk, transport na JIP, kde je monitorován TK, fyziologické funkce, saturace O₂, příjem a výdej tekutin

a stav vědomí. Podáváme Morfin nebo Dolsin intravenózně, nitráty, diuretika a další. Zároveň léčíme příčinu a základní onemocnění. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 78 - 79)

1.6.3 Akutní pravostranné srdeční selhání

Nejčastější příčinou akutního pravostranného srdečního selhání je akutní plicní embolie, status asthmaticus a pneumotorax. U pacienta se objevuje dušnost, tachypnoe, cyanóza, pleurální bolest, tlak na hrudi, kašel, tachykardie, zvýšená náplň krčních žil. Může dojít až ke kardiogennímu šoku nebo náhlé smrti.

Pokud není kontraindikována je základem léčby fibrolýza. Dále podáváme hepariny, kumariny. Pokud zjistíme zdroj embolie, zavádíme kavální filtr. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 79 - 80)

1.6.4 Chronické levostranné srdeční selhání

Příčinou je hypertenze, stav po infarktu myokardu, kardiomyopatie a srdeční vady. Příznaky jsou malá výkonnost, dušnost, ortopnoe, zhoršená koncentrace a paměť, bolesti hlavy, neklid, zmatenost a nykturie.

Základem terapie je léčba příčiny a režimová opatření. Je prokázán pozitivní vliv fyzické aktivity. Dalším režimovým opatřením je omezení soli, zákaz pití alkoholu a minerální vod, redukce hmotnosti apod. Farmakologická léčba i chronického levostranného srdečního selhání jsou diuretika, betablokátory, ACE inhibitory, vazodilatancia, inhibitory AT 1+ a látky s pozitivním inotropním účinkem. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 80 - 81)

1.6.5 Chronické pravostranné srdeční selhání

Příčinou jsou nemoci vedoucí k plicní hypertenzi. Příznaky jsou dušnost, otoky dolních končetin, nykturie, může se objevit ascites, bolest v podžeberní krajině, únava, slabost, nechutenství, zvracení, zácpa, kachexie, nespavost. Objektivně nacházíme zvýšenou náplň krčních žil, cyanózu, otoky dolních končetin a při těžkém selhání i otoky celého těla.

Léčba pravostranného chronického selhání je stejná jako u levostranného, tedy fyzická aktivita, redukce hmotnosti, dietní opatření, farmakologické léčba a hlavně léčba vyvolávající příčiny. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 81 - 83)

1.7 Angina pectoris

1.7.1 Definice

Angina pectoris (AP) je popisována jako chronická forma ischemické choroby srdeční. Typický příznak pro anginu pectoris je charakteristická bolest vznikající po námaze s lokalizací na hrudi. Odborně tuto bolest nazýváme stenokardie. V některých případech je bolest doprovázena pocením, dušností a pocitem, že postižený omdlí.

1.7.2 Léčba

V léčbě je základ zlepšení prognózy pacienta a snížení potíží. Anginu pectoris léčíme stejně jako ischemickou chorobu srdeční. Zmírníme rizikové faktory, podáváme farmaka, popřípadě operativně léčíme. Farmakologická léčba pro AP je antianginozní, do které patří betablokátory, nitráty, kalcioví antagonisté. Další léčba je antiagregační - kyselina acetylsalicylová, klopidogrel, tiklopidin. Důležité je léčit rizikové faktory antihypertenzivy, antidiabetiky, hypolipidemiky apod. Také máme možnost intervenční léčby - PTCA nebo stent. (Sovová, Sedlářová, 2014, s. 97 - 98)

1.8 Tromboflebitida

1.8.1 Definice

Tromboflebitida je charakterizovaná jako bolestivý zánět kůže a podkoží spolu s postižením povrchové žíly, ve které vzniká trombóza. Někdy dominuje zánět, v jiných případech dominuje trombóza. Objevuje se na různých částech těla, ale nejčastěji na dolních končetinách.

Tromboflebitida provází některé trombofilní stavy jako deficit proteinu C, S a AT. Dále se vyskytuje u karcinomu prsu, tlustého střeva, kůže, hematologické malignity, u těhotenství a při infekci. Pokud tromboflebitida trvá déle jak 30 dní, mluvíme o chronické formě onemocnění. (Herman, Musil a kol., 2011, s. 157)

1.8.2 Léčba

Cílem léčby je úleva od potíží a prevence tromboembolické nemoci. Většina případů se řeší konzervativně. Pokud pacient nereaguje na konzervativní léčbu, provádí se chirurgické intervence. Základem je pevná komprese končetiny, chůze a farmakoterapie, do které řadíme nízkomolekulární hepariny a nesteroidní antiflogistika. (Herman, Musil a kol., 2011, s. 157 - 159)

1.9 Hluboká žilní trombóza

1.9.1 Definice

Z celého těla se odkysličená krev vrací žilami do srdce. V žilách je asi 85 % krve z celkového množství krve. Žíly se mohou rozšířit nebo naopak zúžit. Při rozšíření vznikají křečové žíly, angiektázie a při rozšíření může dojít k trombóze nebo zánětu žil. (Slezáková a kol., 2010, str. 32)

Při hluboké žilní trombóze neboli flebotrombóze dochází nejčastěji k uzávěru žil dolních končetin a horních končetin. Největší riziko je vznik plicní embolie utrženým trombem. Rizikové skupiny, u nichž vzniká flebotrombóza jsou pacienti po infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, po chirurgickém zákroku, zlomeninách dolních končetin, po porodu, při užívání hormonální antikoncepce a obézní pacienti. Příčina vzniku je zpomalení krevního toku krve, z důvodu nedostatku pohybu končetiny a z nedostatku tekutin. Další příčina je změna srážlivosti krve a poškození endotelu cévy zánětem nebo úrazem. Možná komplikace flebotrombózy je především plicní embolie. Dále žilní nedostatečnost a trofické změny kůže. (Slezáková, 2010, s. 32)

1.9.2 Léčba

U léčby flebotrombózy je důležité navštívit lékaře a většinou je ordinovaná hospitalizace. Do farmakologické léčby hluboké žilní trombózy řadíme antikoagulantia, trombolytika a vazodilatantia. V pokročilých stádiích je možnost chirurgického zákroku. U osob mladších 50 let je indikovaná trombolýza. Důležitý je klid na lůžku, postižená končetina ve zvýšené poloze, bandáže dolních končetin, hydratace pacienta, redukce hmotnosti u obézních pacientů, sledovat barvu a otoky dolních končetin. (Karetová, Staněk, 2007, s. 276 - 280)

1.10 Cévní mozková příhoda

1.10.1 Definice

„Iktus je urgentní stav vyžadující bezprostřední léčbu, která nemocnému může zachránit život a zvyšuje šance na úspěšnou rehabilitaci. Včasná a přesná diagnostika je prvním předpokladem účinné léčby.,“ (Čertík a kol., 2005, s. 44)

Rozlišujeme dva základní typy akutních cévních mozkových příhod. Ischemickou, která se vyskytuje až v 80 % případů a hemoragickou. Hemoragická se dělí dále na intracerebrální hemoragii, která se vyskytuje v 15 % případů a subarachnoidální

hemoragii s výskytem okolo 5 %. Nejčastěji je postižení tepenné, vzácněji potom žilní. Cévní mozkovou příhodu lze charakterizovat jako akutně vzniklou fokální či globální poruchu funkce mozku z vaskulární příčiny, trvající déle než 24 hodin. Cévní mozková příhoda je urgentní stav, vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. (dostupné z <http://zdravi.e15.cz/>)

1.10.2 Levostranný hemisferální iktus

Levá hemisféra mozku řídí pravou polovinu těla a řeč. Je důležitá pro myšlení, řešení problémů, plánování, analyzování a organizování. CMP lokalizovaná v levé hemisféře se projevuje změnami v komunikaci, kdy nemocný nerozumí psanému slovu nebo nemocný rozumí, ale není schopen odpovědět. Dále je postižena motorika na pravé polovině těla, porucha zraku a čítí, porucha myšlení, časté deprese, emoční labilita a velká pasivita k sobě.

1.10.3 Pravostranný hemisferální iktus

Pravá hemisféra mozku řídí levou polovinu těla a ovlivňuje posuzování, rozhodování, vyjadřování emocí, paměť. Iktus lokalizovaný v pravé hemisféře ovlivňuje komunikaci tak, že nemocný mluví toulavě a z cesty. Obdobně jako u levostranného iktu je postižena motorika, ale na levé polovině těla. Je porušena rovnováha, zrak, pohybová koordinace, myšlení a paměť. Nemocný je dezorientovaný a neudrží pozornost. Nedodrží základní hygienické návyky, neovládá své chování, emoce a je často depresivní. (Čertík a kol., 2005, s. 44 - 46)

1.10.4 Iktus mozkového kmene

Mozkový kmen řídí základní vitální funkce, jako je dýchání a srdeční akce. Dále udržuje vědomí, kontroluje tělesnou teplotu, rovnováhu a vidění. Veškeré informace z periferie do mozku prochází přes mozkový kmen. Při iktusu mozkového kmene vážne komunikace za příčiny slabosti svalů úst, jazyka a hrdla. Motorika je postižená ve formě slabosti. Je také porušena rovnováha, koordinace pohybů a zrak. Často se objevuje nystagmus a dvojité vidění. Dále se objevuje nauzea, zvracení, vertigo, porucha čítí a polykání. Myšlení a chování porušené není. (Čertík a kol., 2005, s. 46)

1.10.5 Léčba

Cévní mozková příhoda je neodkladný stav, který vyžaduje ihned hospitalizaci. Ischemická forma CMP se léčí trombolýzou. Při léčbě systémovou trombolýzou je důležitý čas. Za bezpečný interval mezi vznikem iktu a provedení trombolýzy se považují 3 hodiny. Nemocný je hospitalizovaný na specializované JIP či iktové jednotce. Ihned se zahajuje

farmakologická sekundární prevence, zpravidla preparáty kyseliny acetylsalicylové. Musí se také včas zahájit pasivní i aktivní rehabilitace s vertikalizací. V indikovaných případech se provádí prevence kardiálních embolizací podáváním antikoagulancií.

Hemoragická CMP se léčí konzervativně, tedy farmakologicky. Základem je léčba protiedémová – zvýšená poloha hlavy a trupu na 30°, zabránění kompresi jugulární žíly, nepodávat roztoky glukózy nebo hypotonické roztoky, osmoterapie a intubace k dosažení normoventilace. Dále se používá léčba ovlivňující oblast ischemického polostínu v okolí hemoragie a preventivní opatření proti komplikacím.

Neurochirurgická léčba je indikována u mozečkových hemoragií a u subkortikálních hemoragií. Velmi důležitá u Cévní mozkové příhody je rehabilitace, která je dlouhodobá a podřízená zájmu a potřebě nemocného. Často jsou nemocní ošetřováni v LDN léčebnách a na sociálních lůžkách, ale i v ústavech sociální péče. Výhodná je také domácí ošetrovatelská péče. (dostupné z <http://zdravi.e15.cz/>)

2 PSYCHOLOGIE NEMOCI

Psychologický dopad je přítomen v každé nemoci. Nemoc ohrožuje jednotlivce a vyvolává širokou škálu emocí, jako je strach, smutek, zlost, deprese, zoufalství, a ztráta kontroly. Popírání nemoci, nedodržení doporučení, agrese a hrozby sebevraždy patří do maladaptivního chování, kterému sestra může být vystavena v péči o nemocného. Nejčastěji pacient prožívá stresující situaci. Důležitá je Maslowova pyramida potřeb. Maslow identifikoval pět úrovní potřeb. Každý typ potřeby, počínaje základními fyziologickými potřebami, musí být splněny dříve, než je možné se přesunout na další úroveň. (Gorman, Sultan, 2008, s. 7)

Je důležité vědět, že nemoc může zanechat trvalé následky, může jít o těžké onemocnění omezující dosavadní způsob života nebo se pacient dozví, že umírá a to vše velmi ovlivňuje jeho psychiku, chování, vnímání, myšlení apod. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 69)

2.1 Faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc

Každý člověk prožívá nemoc jinak. Nejčastější ovlivňující faktor je prostředí pacienta, ve kterém žije, zkušenosti s nemocí, znalost zdravotnického zařízení, temperament, vzdělání, kulturní rozhled, inteligence, životní cíle a plány. Velkou roli hraje také věk nemocného. Malé děti si závažnost nemoci příliš neuvědomují na rozdíl od dospělých, kteří se bojí sociální izolace, trvalých následků a ztráty zaměstnání.

2.2 Postoj nemocného k nemoci

Většina pacientů reaguje na nemoc přiměřeně. Přijímají diagnózu, dodržují léčbu, spolupracují, komunikují a snaží se být zase zdraví. Podle hodnoty pro nemocného můžeme postoj k nemoci rozdělit do několika skupin. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 20)

Pokud pacient nemoc podceňuje, neléčí se a nešetří se, mluvíme o bagatelizačním postoji. Nemocný, který nejde k lékaři a zapuzuje nemoc má postoj repudiační. Pacient zkreslující záměrně potíže se nazývá disimulant. Lékaři často lže. Snaží se dostat co nejrychleji do práce z finančních důvodů, z pocitu nepostradatelnosti i ze strachu ztráty zaměstnání. Nozofóbní postoj je charakteristický tím, že pacient má nepřiměřenou obavu z nemoci. Často střídá lékaře, nechává se opakovaně vyšetřit, má strach z AIDS, hepatitidy

a dalších chorob. Pacient, který věří, že trpí závažnou nemocí a svým potížením podléhá, zastává hypochondrický postoj. Často se vyskytuje u neurotických lidí. Nozofilní přístup k nemoci je spojen s uspokojením s nemocí a s jejími příjemnými stránkami. Dospělý nemusí plnit své povinnosti, může se dívat na televizi, anebo dokončit některé činnosti, na které nemá čas při obvyklé pracovní činnosti. Děti nemusí do školy a mohou si celý den hrát. Vystupňování nozofilního postoje nazýváme účelový postoj. Rozlišujeme zde agravaci - zveličování příznaků nemoci, simulaci - předstírání nemoci a repudiaci - nevědomá disimulace. (Kelnerová, Matějková, 2014, s. 71)

2.3 Omezení životních potřeb

Potřeba je pociťovaný nedostatek něčeho. Je to vlastnost organismu, která vede k vyhledávání nezbytné podmínky k životu. *„Potřeby jsou výsledkem interakce mezi organismem a prostředím. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším.“* (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 22)

V nemoci se potřeby mění. Některé mohou být pociťovány intenzivněji, jsou posunuty v důležitosti, jsou modifikovány, redukovány, deformovány nebo také vzniknou nové.

Každé onemocnění působí na pacienta nepříznivě. Při nemoci nebo při hospitalizaci jsou potřeby nejčastěji uspokojovány zdravotnickým personálem. Proto by měl zdravotník myslet na nemocného jako na lidskou bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení, pocit bezpečí a jistoty, potřebu podnětů a činností, ale i potřebu realizace krátkodobých a dlouhodobých cílů.

Nejvíce v nemoci, respektive při hospitalizaci, trápí pacienta omezení nebo úplná ztráta soukromí. Všechny činnosti zdravotníka v ambulanci nebo v lůžkové části zasahují velmi do pacientova soukromí. Je nutné jednat s nemocným s ohleduplností a šetrností, myslet na jeho stud a rozpaky. Důležitý etický požadavek zdravotnického pracovníka je lékařské tajemství, které ukládá povinnosti mlčenlivosti o nemoci, údajích pacienta, o životě a soukromí. Výjimku může tvořit tzv. oznamovací povinnost. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 24 - 26)

2.4 Etapy procesu boje s nemocí

U pacienta, který bojuje s nemocí, mluvíme o postupech, programech, cestách, strategiích jak daný problém řešit. Těchto strategií literatura uvádí mnoho, a proto uvedu dvě nejznámější. Prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc. třídí strategie zvládání nemoci do dvou základních skupin. Aktivní strategie, kdy pacient sám z vlastní iniciativy řeší problém. Příkladem může být, když se necítí dobře, jde navštívit lékaře. Druhá strategie je úniková neboli vyhýbavá. V této strategii se pacient vyhýbá problému a nepřipouští si závažnost situace.

Paní Elisabeth Kubler - Ross definovala etapy procesu boje s nemocí v terminální fázi takto:

- Šok - U mnoha pacientů dochází k šoku. Jedná se o ustrnutí a zděšené chování. Z psychologického hlediska jde často o odpoutání od reality.
- Usebrání - U pacienta po šoku přichází návrat do skutečnosti. Nemocný má neuspořádané negativní myšlenky. Objevuje se u nich často strach, úzkost, žal, pocit bezmoci a nedostatku pomoci.
- Stažení se ze hry - U této etapy se pacient vědomě mentálně izoluje. Popírá vše a ulehčuje tak tíze, která přišla s nemocí. Dochází také ke změně pohledu na danou situaci. Vypracovává nové plány a další postupy.
- Tvorba programu k řešení krize - Pacient sestavuje tzv. krizovou intervenci. Tato teorie krizové intervence počítá s udržením homeostázy. (Křivohlavý, 2002, s. 35 - 37)

2.5 Styly zvládání nemocí a těžkostí

Styly zvládání byly charakterizovány jako obecná tendence jednat zcela určitým způsobem ve stresujících situacích. Tento způsob zvládání do jisté míry charakterizuje daného člověka. Pokud se pacient dostane do stresové situace, očekáváme, že se bude chovat určitým způsobem, jak u něj už bylo několikrát dříve viděno.

První styl zvládání je autismus. Daný člověk se stáhne do sebe a vnitru si utváří vlastní náhradní svět. Izoluje se ze světa druhých lidí. Pacient zůstává se svými těžkostmi, obavami a problémy sám.

Druhý styl nazýváme robinzonství. Může se stát, že se nemocný dostane do nové neznámé situace, která bude vyžadovat schopnosti, které doposud nepoužíval. Pacient svádí boj s traumatem či s postižením jako s nepřítelem. Řeší problémy formou pokus - omyl. Podaří-li se mu překážky odstranit, zvyšuje svou míru sebehodnocení a úctu okolí.

Následující způsob je překompenzování ztráty. Nemocný se snaží aktivně nahradit ztrátu nastolenou nemocí. Často se pacient vyčerpává až na dno svých sil. Tito lidé jsou tak pracovně i sociálně zdatní, že si nepřipouští, že jejich nemoc by je mohla omezovat, a proto dochází až k vyčerpání organismu.

Dobrovolné podstupování rizika a utrpení se rozumí to, že pacienti dobrovolně vstupují do rizika. Příkladem může být operace, která ještě není nutná. Dalším příkladem je vytržení bolestivého zubu. Pacient záměrně podstupuje riziko v naději, že se jeho stav zlepší.

Způsob, kde pacienti vyměňují „něco za něco“, nazýváme směna. Hovoříme o ní v ekonomické oblasti. Každý prodej a každá koupě jsou směnou. Příkladem může být zaplacení účtu u zubaře, koupě předepsaného léku apod. Se směnou se setkáváme i mezi pacienty, kteří se vzájemně utěšují a povzbuzují.

Poslední styl zvládání těžkosti je dialog. Na rozdíl od směny, v dialogu dáváme bez ohledu na to, co dostaneme. Příkladem mohou být skupiny svépomoci. Jde o setkání lidí se stejnou nemocí, jako třeba astma, skleróza apod. Tito pacienti spolu hovoří a navzájem se obohacují. (Křivohlavý, 2002, s. 100 - 102)

2.6 Bolest, úzkost a strach v nemoci

Bolest leží na pomezí fyziologie a psychologie. Je to nepříjemný subjektivní pocit. Má důležitou obranou funkci, patří mezi základní příznaky onemocnění a upozorňuje na vznikající nemoc, poškození či ohrožení. Je to smyslový a emoční zážitek, jehož intenzita a kvalita jsou dána předchozí zkušeností, významem, který mu pacient přikládá, a způsob, kterým se s bolestí vyrovnává.

Podle délky trvání rozdělujeme bolest na akutní a chronickou. Akutní trvá do šesti měsíců. Nemocný se snaží odstranit příčinu bolesti a může být až agresivní na sebe i na své okolí. Při nesnesitelné bolesti se může vyskytnout sebevražedné chování. Chronická bolest je charakterizována dlouhodobým působením nepříjemných podnětů, tedy bolesti v organismu. Člověk je těmito vyčerpávajícími prožitky unaven, má špatnou

náladu, reaguje nepřiměřeně nebo je skleslý až apatický. Často je omezený fyzicky, psychicky i společensky, a proto upadá do depresí.

Zvláštní druh bolesti je psychogenní. Nemocný prožívá bolest, i když všechna lékařská vyšetření jsou negativní. Tento stav se objevuje u lidí se sníženým prahem bolesti a u hypochondrických a hysterických lidí.

V praxi nejčastěji bolest léčíme farmakologicky, chirurgicky, akupunkturou, elektrickou stimulací nervů a psychologickými prostředky, jako jsou relaxační postupy, biofeedback, kognitivně - behaviorální postupy, psychoterapeutické rozhovory, svépomocné skupiny a imaginativní techniky. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 43 - 48)

„Strach - nelibá emoce, nepříjemný prožitek s neuronegativním doprovodem, zpravidla zhlédnutím, chvěním, zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku a pohotovostí k ochraně či útěku, na rozdíl od úzkosti jde o normální reakci na skutečné nebezpečí.“ (Hartl, Hartlová, 2007, s. 566 - 567) Strach může být reálný, nereálný, přiměřený a nepřiměřený. Předmětem strachu může být bolest, sdělení diagnózy, léčba, operace, umírání, ztráta zaměstnání apod. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 73)

„Úzkost - strach bez předmětu.“ (Hartl, Hartlová, 2007, s. 659) Při úzkosti si člověk neuvědomuje příčinu, předmět nebo situace, které jí vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí. Bývá často nepříjemnější než strach.

Tělesné a psychické projevy úzkosti a strachu jsou rozčílení, podráždění, útlum až strnulost, nekoordinované pohyby, rychlá řeč, roztržitost, nervozita, zrychlený tep, suchost v ústech, zblednutí apod. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 50)

3 PSYCHOLOGIE PACIENTA S KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM

U nás, i v celém západním světě, je kardiovaskulární onemocnění nejčastější příčina úmrtí. Mezi tato onemocnění patří jak onemocnění srdce, tak i onemocnění krevního oběhu. Mezi kardiovaskulární onemocnění patří hypertenze, ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, infarkt myokardu, srdeční selhání, angina pectoris, záněty žil, chronická žilní nedostatečnost, trombóza žil a cévní mozková příhoda. U těchto chorob nepůsobí konkrétní viry a bakterie, které by se daly zjišťovat, léčit a brzdit, jako u jiných druhů nemocí. Nejvíce na toto onemocnění působí životní styl. (Křivohlavý, 2002, s. 110)

3.1 Hypertenze

Psychický stav působí na výši krevního tlaku. Při zlosti, vzteku, nervozitě, strachu, stresu a úzkosti stoupá tlak až na 240/130 mm Hg. Pokud je nemocný vystaven stresu trvale, tělo se naučí brát vysoký krevní tlak jako normální stav. Klid a uvolnění přináší snížení krevního tlaku. Přílišný stres vyvolává nadměrnou aktivitu parasympatiku, prudce klesá krevní tlak. Subjektivně pacient pociťuje závrat nebo krátkou mdlobu. (Morschitzky, Sator, 2007, s. 41)

Podle kazuistik lidé s esenciální hypertenzí mají nejčastější charakteristiky: hostilita, agresivita, nadměrná závislost, vysoké ambice, projevy vzdoru a potlačování vnitřních konfliktů. Mezi těmito vlastnostmi se zkoumala závislost mezi intenzitou zlosti a vypuzování noradrenalinu, který způsobuje vasokonstrikci. Další časté zjištění byl negativní vztah mezi hostilitou a společenskou potřebou hostilis tlumit. Lidé, kteří byli v dětství zvyklí projevovat ve stresu agresi, jsou v dospělosti tzv. yes - mani, navenek souhlasí, ale nedokážou se prosadit.

U lidí, u nichž byla diagnostikována esenciální hypertenze, byla také zjištěna přehnaná pečlivost, svědomitost, odpovědnost, velká snaha po sebeprosazování, vyšší míra obav a strachů. Někteří autoři jsou přesvědčeni, že ostatní lidi považují za nebezpečné, nedůvěryhodné a nepřátelské, a proto se izolují od společnosti. (Morovicsová, 2009, s. 20)

Podle kardiologa M. Friedmana a R. H. Rosenmana rozlišujeme typ osobnosti A a B. Osobnost typů A se vyznačuje hostilitou, soutěživostí, touhou po úspěchu, necitlivostí k okolí, zvýšeným neklidem, nadměrnou průbojností, zvýšenou bdělostí, neustálým časovým stresem, mimořádným zaměřením na svět čísel, atp. B typ chování byl charakterizován jako opak A typu, tedy pokojný způsob života, spolupráce s lidmi, rozvaha, smysl pro humor, ochota odpouštět, atp. Bylo zjištěno, že u lidí s chováním typu A, je dvojnásobně více srdečních onemocnění. (Křivohlavý, 2002, s. 113 - 117)

3.2 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu převážně postihuje muže. Vzniká náhle a jeho průběh bývá často dramatický. Psychologické problémy nemocných jsou disimulace, úzkost a strach ze smrti, atp. Po zvládnutí akutního stavu mnoho pacientů příznaky popírá a chtějí být brzy propuštěni domů. U nemocných 3. - 4. den hospitalizace přichází obavy a deprese. Časté jsou obavy o budoucnost, o zaměstnání, o intimní a sexuální život, o společenském uplatnění apod. Také přichází hněvivé reakce a otázky typu „proč já“.

Při propuštění do domácí péče rozeznáváme dva typy chování u nemocných. První skupina pacientů hůře spolupracuje, popírají svojí nemoc a nedodržují doporučení. Druhá skupina jsou pacienti hypochondričtí a úzkostní. Mají depresivní nálady a problémy s aktivací.

Způsob vyrovnávání se s nemocí bývá podmíněný nemorbidní osobností, zkušenostmi a způsobem, kterým jedinec zvládá náročné situace. (Morovicsová, 2009, s. 20 - 21)

3.3 Vliv psychologických faktorů na vznik kardiovaskulárních onemocnění

Každý člověk zvládá stres jinak. Někteří lidé dokážou relaxovat a někteří se uchylují k rizikovému chování, například kouření, pití alkoholu, konzumace nezdravé stravy, drogy atp. U žen se objevuje zvýšená konzumace jídla a u mužů se častěji objevuje kouření a alkohol. (Křivohlavý, 2002, s. 116)

3.3.1 Hostilita

Hostilita je soupeřivý až nepřátelský postoj k druhým lidem. Je prokázán určitý vztah mezi hostilitou a srdečním onemocněním, ale i mezi hostilitou a obecnou úmrtností.

Zjistilo se také, že nepřátelský postoj je více u mužů než u žen. Výskyt hostility se zvyšuje po 40. roce života. (Křivohlavý, 2002, s. 117 - 122)

3.3.2 Zlost

Zlost je relativně krátkodobá nepříjemná negativní emoce, která zvyšuje některé fyziologické aktivity. Patří do souboru hostility, nenávisti a animozity. Je třeba od sebe odlišit zlost produkovanou, kde nemocný zlost vyjadřuje navenek a zlost pociťovanou, kdy pacient má zážitek zlosti. Navenek vyjádřená zlost byla rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění. Při vyjadřování zlosti se nemocnému zvyšuje tlak a srdeční tep. Dembroski a Costa se domnívají, že potlačování zlosti není příčinou kardiovaskulárního onemocnění, ale důsledkem.

Pacienti s výrazným příznakem hostility a zlosti se učí sebeovládání. Nejprve se musí naučit rozpoznat situaci, která je může rozzuřit. Patří sem také výcvik neagresivní komunikace. Nemocný se učí mluvit pomalu, potichu, vyhýbá se agresivním neverbálním projevům a kritickým termínům. (Křivohlavý, 2002, s. 117 - 122)

3.3.3 Deprese

Depresivní porucha je psychiatrická nemoc charakterizovaná souborem příznaků včetně dlouhodobých depresí, špatné nálady, sníženého sebevědomí, pesimistických myšlenek, ztráty potěšení a zájmů. Pokud tyto příznaky trvají déle, jak dva týdny mluvíme o depresivní poruše. Je to vysilující nemoc. Je třeba odlišit deprese od krátkodobých depresivních nálad či smutné reakce, které jsou normální. I když smutek zobrazuje mnoho příznaků a symptomů deprese, je to časově omezený stav v reakci na zjevnou ztrátu a není příčinou sníženého sebevědomí.

Ženy mají dvakrát vyšší pravděpodobnost, že trpí depresí než muži. Ačkoli muži mají větší tendenci trpět tzv. maskovanou depresí, která může být skrytá užíváním drog, zneužíváním alkoholu a dlouhé pracovní doby. (Gorman, Sultan, 2008, s. 100)

U depresivních pacientů se setkáváme s kardiovaskulárním onemocněním a náhlou smrtí srdeční častěji, než u nedepresivních. Pokud jsou pacienti depresivní, hrozí jim více komplikací. Kardiovaskulární onemocnění je velká psychická zátěž pro nemocného. Velmi často onemocnění zasahuje do všech pracovních a sociálních rolí a funkcí. Nemocný se musí omezovat ve svých návycích, postupně se adaptuje na novou situaci. Navíc bývá zatížen mnoha léky, které zatěžují CNS. Dalším faktorem jsou změny hladiny

noradrenalinu a serotoninu. Narušení serotoninové homeostázy například usnadňuje vznik trombů. (dostupné z <http://www.prolekare.cz/>)

3.3.4 Stres

Reakce na stres zahrnuje imunitní a neuroendokrinní systémy. Emoční reakce na stres potlačuje imunitní systém, stimuluje kardiovaskulární systém a mění sekreci hormonů, které ovlivňují tělo. Stresu se nelze vyhnout. Je to normální součást života. Nezáleží na tom, zda je stresor příjemný, jako je například nadcházející dovolená nebo nepříjemný, jako je nemoc, zdravotní postižení nebo hospitalizace. Důležité je rozpoznat, jak intenzivní je pro pacienta stres a jak můžeme pomoci se přizpůsobit na novou situaci. (Gorman, Sultan, 2010, s. 7 - 8)

V posledních letech se objevuje velmi často ve výzkumech otázka, zda je stres schopen působit na imunitní systém tak, že vyprodukuje nemoc. Objevila se zpráva, která naznačovala, že postupné kroky imunitní reakce na antigen vedou ke zvýšení aktivity nervového systému. To znamená, že imunitní odpověď může vést ke stejným reakcím jako externí stresová událost. (Faleide, Lian, Faleide, 2010, s. 53)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Srdce je dutý sval, velký jako pěst, skládající se ze dvou srdečních komor a dvou síní. V těle slouží jako čerpadlo na sání, vypuzování krve a regulace krevního oběhu. Je středem našeho těla nejen fyzicky, ale i emocionálně. Srdce bylo vždy považováno za sídlo duše a emocí jako je láska, soucit nebo srdečnost. Je o něm také spousta rčení, slovních obrátů a úsloví. Například spadl mi kámen ze srdce, vše si bere příliš k srdci, má laskavé srdce, půjdu za hlasem svého srdce, radostí nám může poskočit srdce, také můžeme mít srdce na pravém místě a spousta dalších.

Když pocítujeme silné emoce, prožíváme fyzickou nebo psychickou zátěž. Sympatický nervový systém totiž zvyšuje naši srdeční frekvenci. Srdce tím zvyšuje svůj výkon, rozšiřují se věnčité cévy a zrychluje se krevní oběh. My to pocítujeme jako bušení srdce, nepravidelný tep, bolest nebo pocit úzkosti na hrudi. (Morschitzky, Sator, 2007, str. 31 - 32)

Myslím si, že naše emoce a chování má velký dopad na naše tělo. Kardiovaskulární onemocnění je přeci psychosomatické onemocnění odvozené z řeckého slova „psýché“ (duše) a „sóma“ (tělo). Podle mého názoru většina lidí, kteří trpí kardiovaskulárním onemocněním, jsou vystavěna denně stresu, pocítují strach, smutek, úzkost, zlost, a to ovlivňuje negativně jejich zdraví. Proto se chci ve svém výzkumu zabývat, jak jsou v dnešní době psychicky zatíženi pacienti s kardiovaskulárním onemocněním. Budu zjišťovat, jak často jsou pacienti vystavěni stresu, jestli prožívají nelibé pocity, jako jsou strach, smutek, úzkost, deprese. Prozkoumám, zda jsou pesimističtí a uzavření nebo jestli jsou společenšší a dokážou pobavit společnost či jsou sociálně izolovaní samotáři a mají rádi svůj klid.

5 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

5.1 Hlavní cíl

Hlavním úkolem mé bakalářské práce je zjistit, jak jsou v dnešní době psychicky zatíženi pacienti s kardiovaskulárním onemocněním.

5.2 Dílčí cíle

- a) Zjistit, zda jsou pacienti s kardiovaskulárním onemocněním vystaveni stresu.
- b) Zjistit, zda jsou pacienti sociálně izolováni a jestli jsou společenšší.
- c) Zjistit, zda pacienti s kardiovaskulárním onemocněním mají často nelibé pocity jako je deprese, smutek, úzkost, strach.
- d) Zjistit, zda jsou pacienti s kardiovaskulárním onemocněním uzavření a pesimističtí.

6 HYPOTÉZY

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina dotázaných respondentů bude vystavěna stresu. (otázka: 5, 9, 14, 15, 18)

(Kritérium pro většinu je 80 %)

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že více než polovina pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, jsou pacienti sociálně izolovaní a nespolečenští. (otázka: 4, 6, 12, 13, 20)

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že většina dotázaných bude pociťovat nelibé pocity. (otázka: 7, 8, 11, 19, 20)

(Kritérium pro většinu je 75 %)

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že více než polovina respondentů budou pacienti uzavření a pesimističtí. (otázka: 4, 6, 10, 16, 17, 20)

7 METODIKA

7.1 Metoda sběru dat

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Výhoda této metody je, že oslovím více respondentů a získám tak mnoho informací za krátký čas. Dotazník je strukturovaný, obsahuje dvacet otázek, ve kterých se ptám na demografické údaje a zda jsou pacienti vystaveni stresu, nelibým pocitům, jako je strach, úzkost, smutek apod. Dále zjišťuji, zda jsou pesimističtí, nepřátelští, společenští nebo uzavření.

Dotazník jsem rozdala ve Fakultní nemocnici v Plzni na Kardiologickém a Kardiochirurgickém oddělení. Dotazníky byly také rozdány mým známým a příbuzným, kteří se léčí s kardiovaskulárním onemocněním. Výzkum jsem prováděla v době mé odborné praxe v zimním semestru, tedy v listopadu 2014. Svým známým a příbuzným jsem dotazníky rozdávala v prosinci 2014 a v lednu 2015.

7.2 Vzorek respondentů

Výběr vzorku respondentů byl záměrný. Kritérium výběru byli pacienti na kardiologickém a kardiochirurgickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni a široká veřejnost trpící kardiovaskulárním onemocněním.

7.3 Analýza návratnosti dotazníků

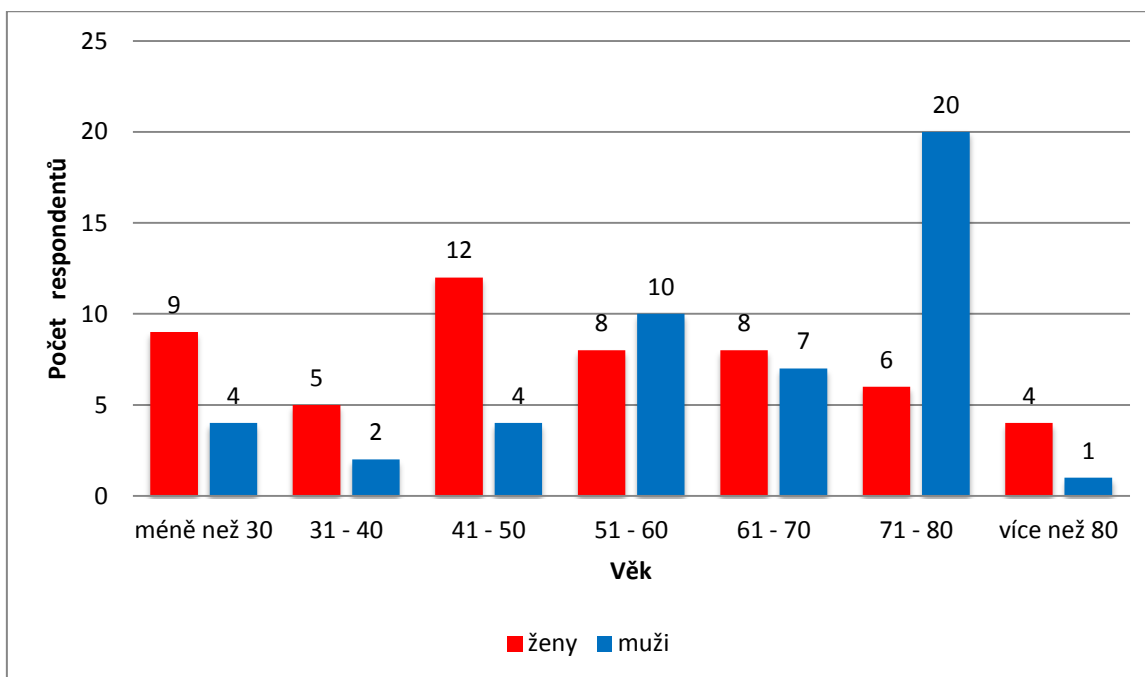
Během mého šetření jsem rozdala celkem 125 dotazníků (100 %). Návratnost dotazníků činila 112, ze kterých jsem však musela pro neúplnost dat 12 dotazníků odebrat. Pro výzkumné účely jsem tedy použila 100 dotazníků (80 %).

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví?

Otázka č. 2 - Kolik je Vám let?

Graf č. 1: Pohlaví a věk respondentů

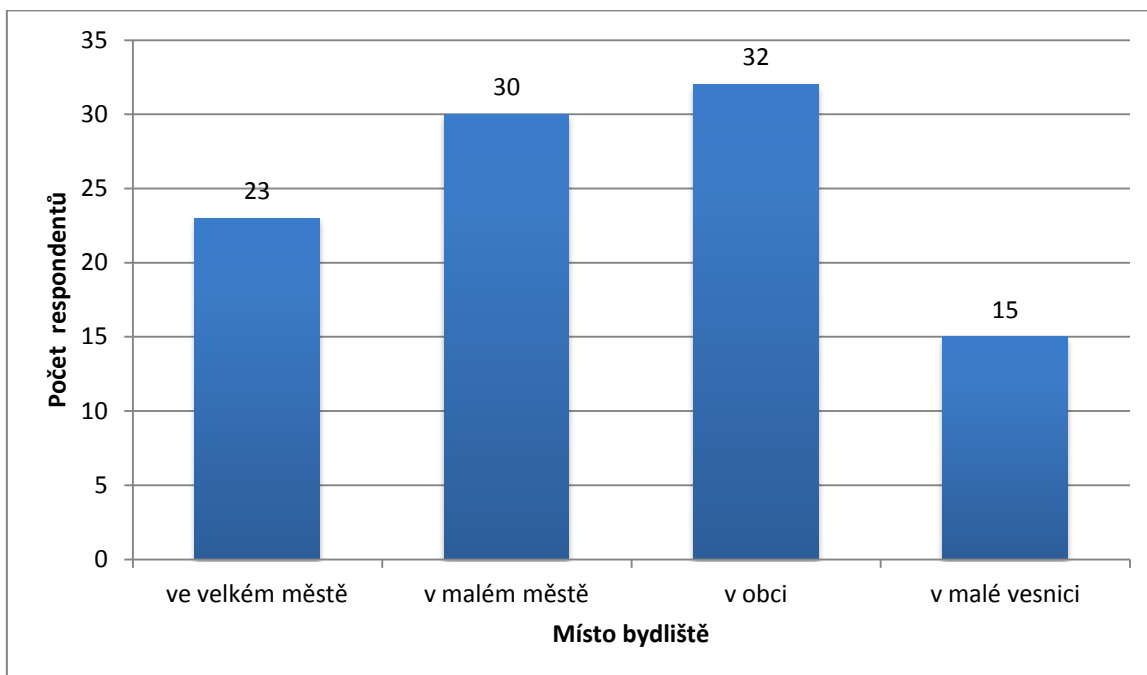


Zdroj vlastní

Z tohoto sloupcového diagramu vyplývá, že výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů, z toho 52 žen - tj. 52 % a 48 mužů - tj. 48 % z celkového počtu respondentů. Z dotázaných bylo mladších 30 let 9 žen a 4 muži. Dále ve věkové kategorii 31 - 40 se zúčastnilo 5 žen a 2 muži, v kategorii 42 - 50 bylo 12 žen a 4 muži, v kategorii 51 - 60 bylo 8 žen a 10 mužů, v kategorii 61 - 70 bylo 8 žen a 7 mužů, v kategorii 71 - 80 bylo 6 žen a 20 mužů a respondenti starší 80 let byli 4 ženy a 1 muž.

Otázka č. 3 - Žijete ve městě či v obci?

Graf č. 2: Místo bydliště

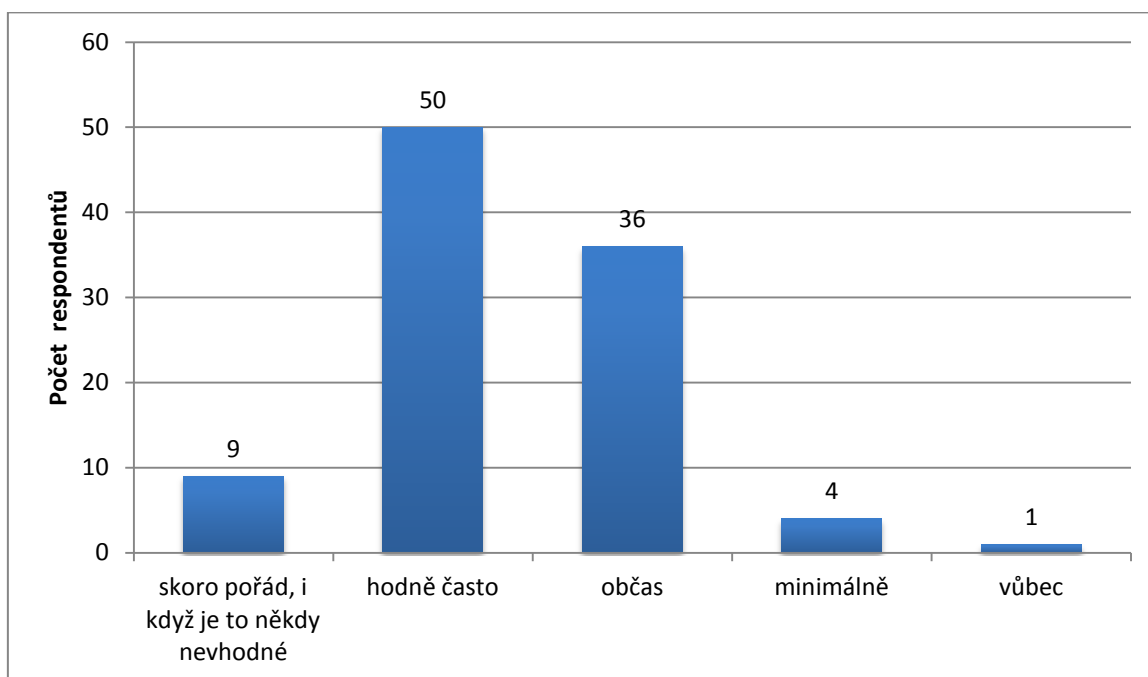


Zdroj vlastní

Na otázku, zda žijete ve městě či v obci odpovědělo 23 respondentů - tj. 23 % ve velkém městě, 30 respondentů v malém městě - tj. 30 %, dále 32 respondentů žije v obci - tj. 32 % a 15 respondentů žije v malé vesnici - tj. 15 % z celkového počtu dotázaných.

Otázka č. 4 - Jak často se smějete?

Graf č. 3: Jak často se respondenti smějí

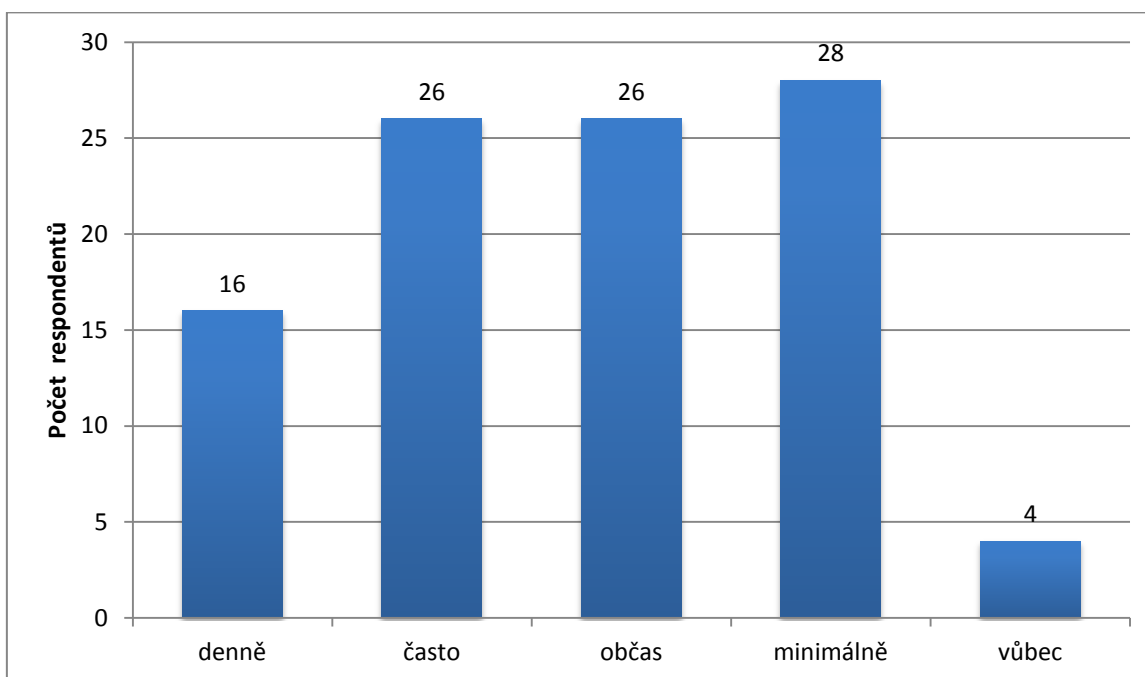


Zdroj vlastní

Na otázku, zda se respondenti smějí, odpovědělo 9 lidí, že skoro pořád, i když je to někdy nevhodné - tj. 9 %, dále hodně často se směje 50 lidí - tj. 50 %, občas se směje 36 respondentů - tj. 36 %, minimálně se smějí 4 respondenti - tj. 4 % a vůbec se nesměje 1 respondent - tj. 1 % ze všech dotázaných.

Otázka č. 5 - Dostáváte se do stresových situací?

Graf č. 4: Stresové situace

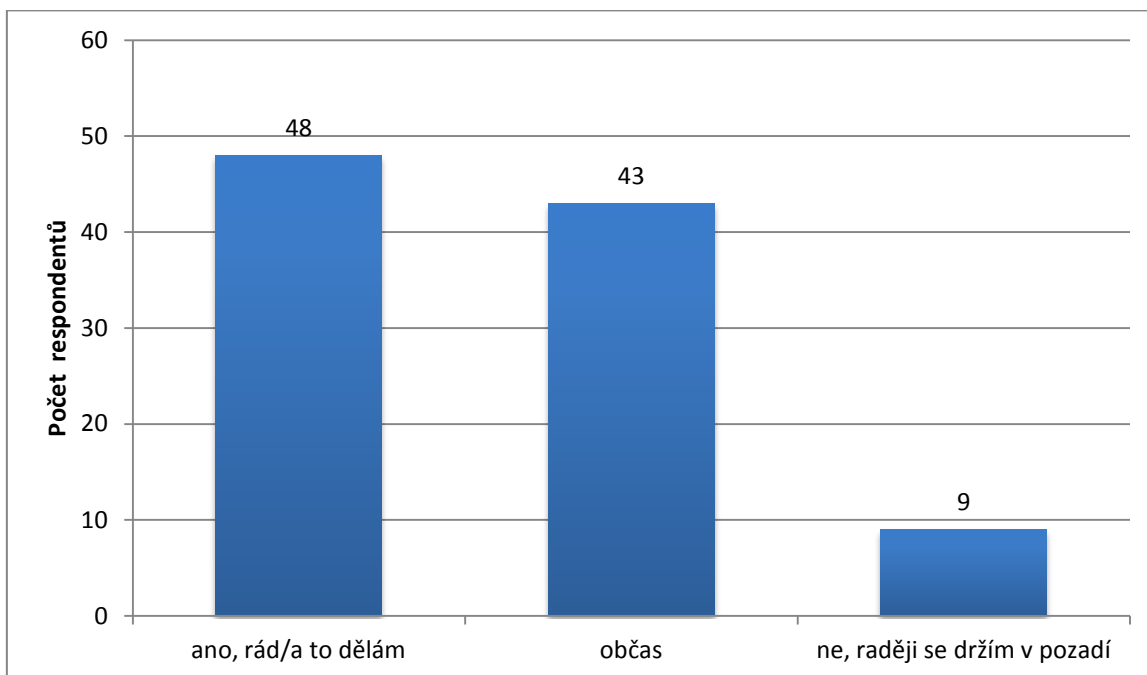


Zdroj vlastní

Otázka číslo 5 zjišťovala, zda se nemocní s kardiovaskulárním onemocněním dostávají do stresových situací. Odpověď denně zvolilo z celkového počtu respondentů 16, tedy 16 %. Odpověď často zvolilo respondentů 26 - tj. 26 %. Občas se dostává do stresových situací 26 pacientů - tj. 26 %. Minimálně se do stresových situací dostává 28 pacientů - tj. 28 % a vůbec se do stresových situací nedostávají 4 respondenti - tj. 4 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 6 - Dokážete pobavit společnost?

Graf č. 5: Pobavení společnosti

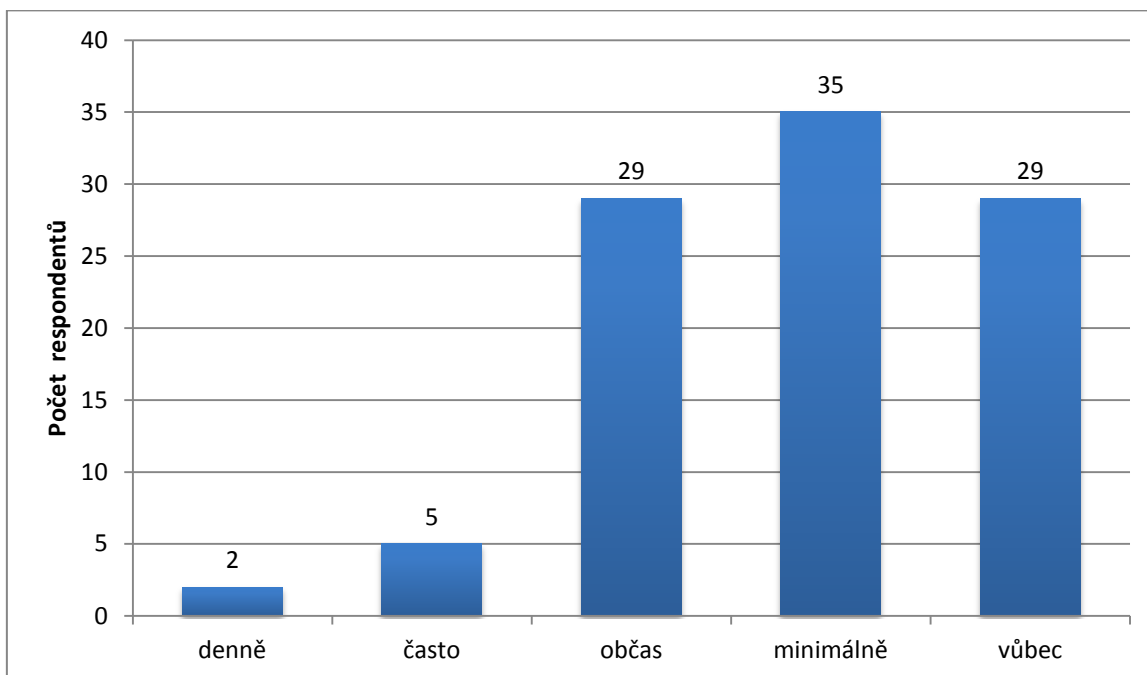


Zdroj vlastní

Výše uvedený graf znázorňuje, že 48 pacientů - tj. 48 %, rádi baví společnost. Občas dokáže pobavit společnost 43 respondentů, tedy 43 % z celkového počtu dotázaných. Otázku ne, raději se držím v pozadí, zvolilo 9 respondentů - tj. 9 %.

Otázka č. 7 - Trpíte depresemi?

Graf č. 6: Informace o depresích

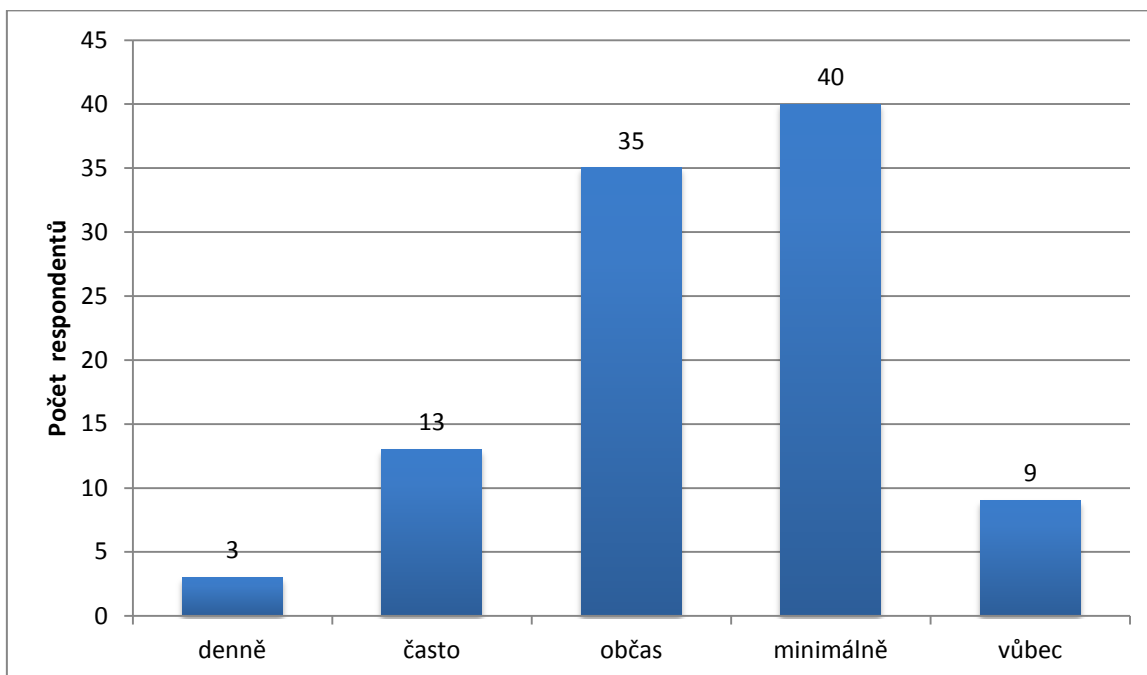


Zdroj vlastní

V této otázce jsem zkoumala, zda pacienti s kardiovaskulárním onemocněním trpí depresemi. Odpověď denně zvolili 2 respondenti, tedy 2 %. Často trpí depresemi 5 pacientů - tj. 5 %, občas 29 pacientů - tj. 29 %, minimálně 35 respondentů - tj. 35 % a vůbec depresemi netrpí 29 pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, tedy 29 % z celkového počtu pacientů.

Otázka č. 8 - Pociťujete smutek nebo stesk?

Graf č. 7: Informace o smutku a stesku

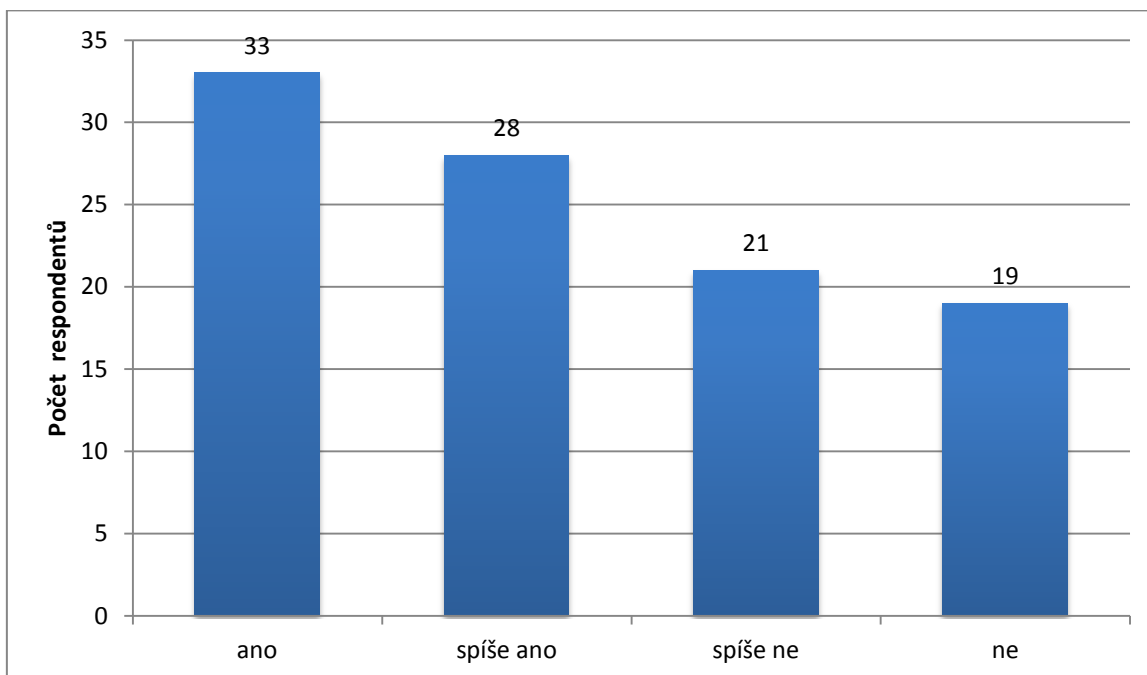


Zdroj vlastní

V otázce číslo 8, zda pacienti pociťují smutek nebo stesk odpověděli 3 pacienti denně, tedy 3 %. Odpověď často zvolilo 13 pacientů, - tj. 13 %. Občas pociťuje smutek nebo stesk 35 respondentů, - tj. 35 %. Minimálně pociťuje smutek 40 respondentů, - tj. 40 % a vůbec smutek nebo stesk nepociťuje 9 respondentů, tedy 9 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 9 - Máte nebo měl/a jste zaměstnání, kde na Vás kladli vysoké nároky?

Graf č. 8: Informace o náročnosti zaměstnání

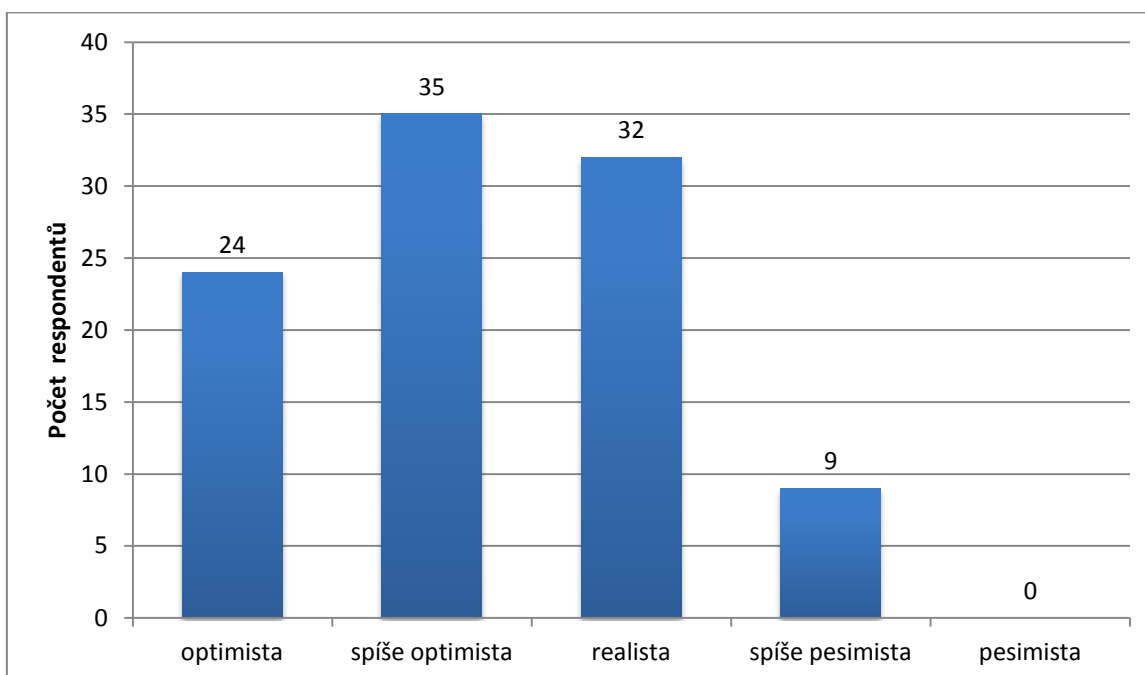


Zdroj vlastní

Výše uvedený sloupcový diagram znázorňuje problematiku náročnosti zaměstnání. Kladnou odpověď označilo 33 respondentů, tedy 33 %. Odpověď spíše ano zvolilo 28 dotázaných, tedy 28 %. Spíše nemají nebo nemělo náročné zaměstnání 21 respondentů, - tj. 21 % a negativní odpověď zvolilo 19 respondentů - tj. 19 % z celkového počtu dotázaných.

Otázka č. 10 - Myslíte si, že jste optimista či pesimista?

Graf č. 9: Informace o osobnosti respondentů

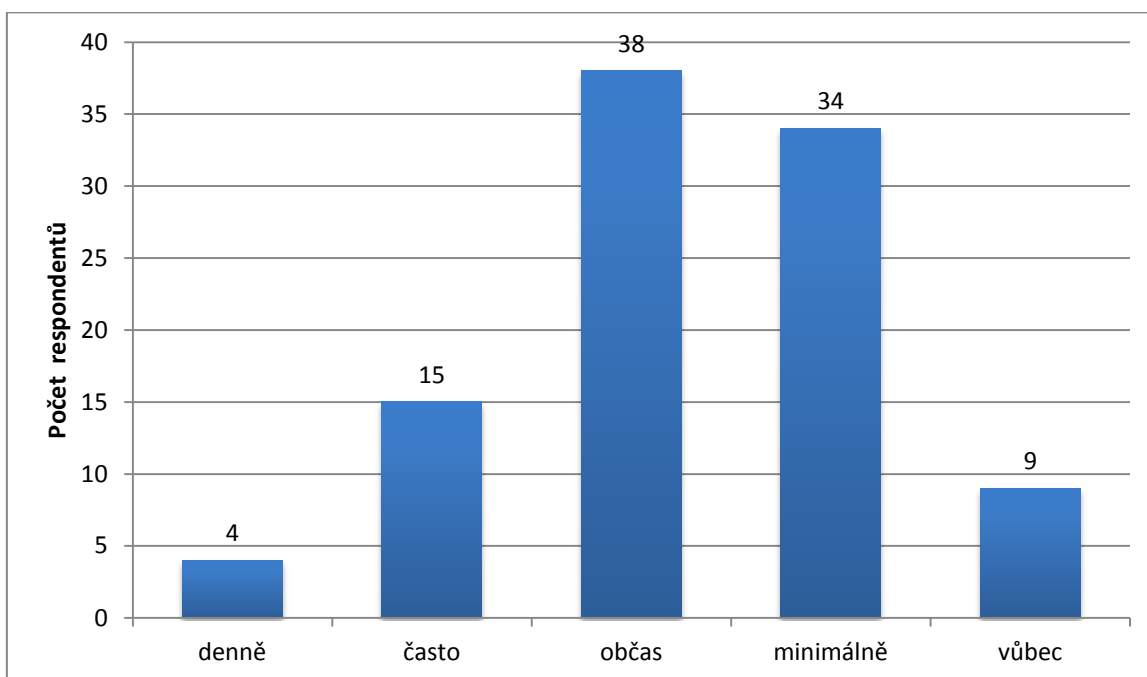


Zdroj vlastní

Graf č. 9 publikuje, zda je respondent optimista či pesimista. Překvapivých 59 respondentů, tedy 59 % bylo pro odpověď optimista či spíše optimista. Konkrétně 24 respondentů - tj. 24 % zvolilo odpověď optimista, 35 dotazovaných - tj. 35 % označilo možnost spíše optimista. Za realistu se považuje 32 respondentů - tj. 32 %. Pouze v 9 případech, tedy v 9 % byla zvolena odpověď spíše pesimista. Odpověď pesimista nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 11 - Pociťujete úzkost nebo strach?

Graf č. 10: Pociťování strachu či úzkosti u respondentů

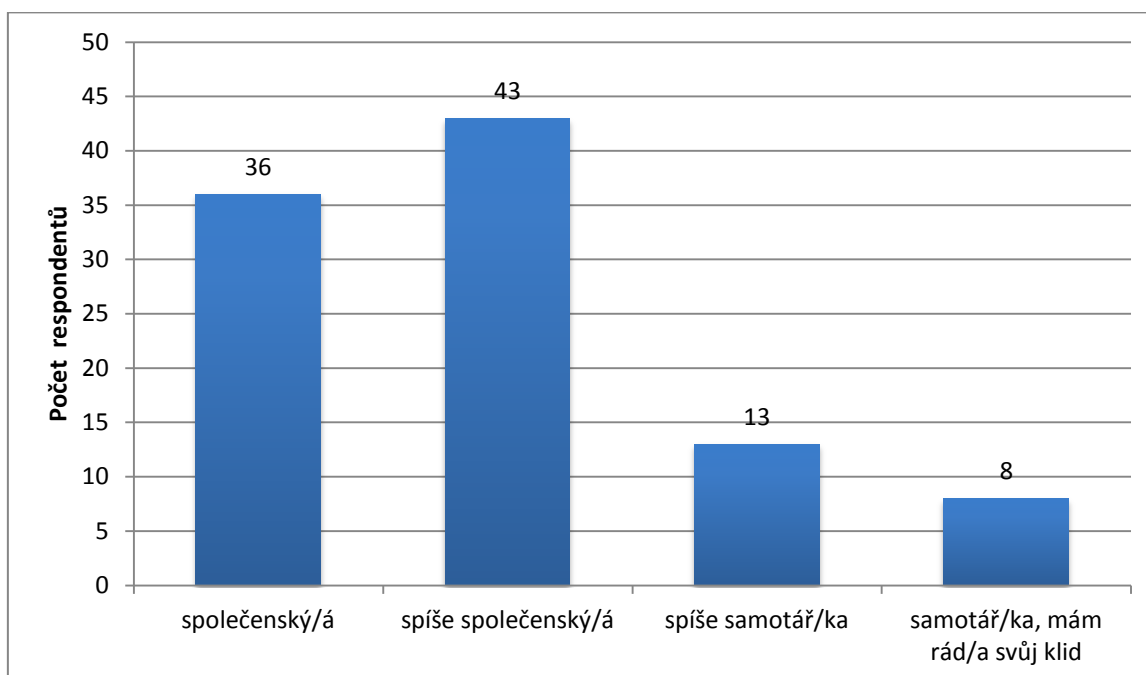


Zdroj vlastní

Na otázku, zda pociťují respondenti strach nebo úzkost, odpověděli pouze 4 respondenti - tj. 4 %. Často pociťuje strach nebo úzkost 15 respondentů, tedy 15 %. 38 respondentů zvolilo odpověď občas, tedy 38 %. Minimálně pociťuje strach nebo úzkost 34 pacientů, - tj. 34 % a vůbec nepociťují strach ani úzkost 9 respondentů z celkového počtu dotázaných, - tj. 9 %.

Otázka č. 12 - Myslíte si, že jste společenský/á nebo samotář/ka?

Graf č. 11: Informace o respondentech, jak jsou společenší

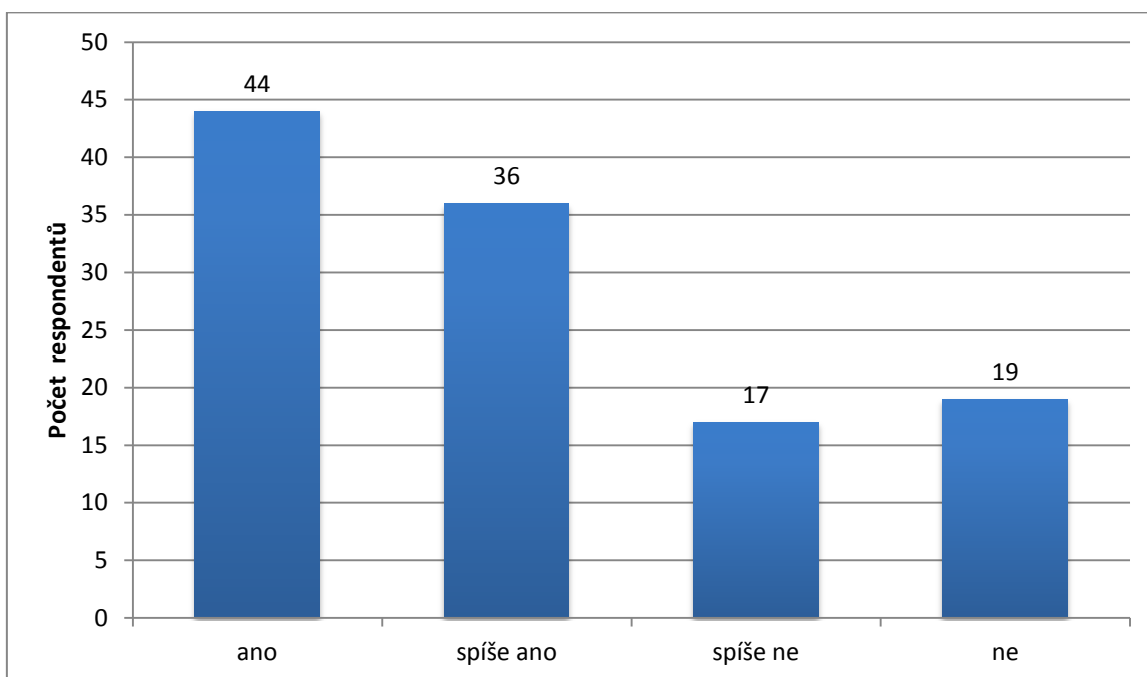


Zdroj vlastní

Tento graf znázorňuje, zda jsou pacienti s kardiovaskulárním onemocněním společenší či samotáři. Více jak polovina, tedy 79 % respondentů bylo pro odpověď společenský či spíše společenský. Konkrétně 36 pacientů zvolilo odpověď společenský, - tj. 36 % a možnost spíše společenský označilo 43 respondentů, tedy 43 %. Za samotáře, který má rád svůj klid, se považuje 8 respondentů, - tj. 8 % a možnost spíše samotář/ka označilo 13 pacientů, tedy 13 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 13 - Seznamujete se ráda s novými lidmi?

Graf č. 12: Seznamování s novými lidmi

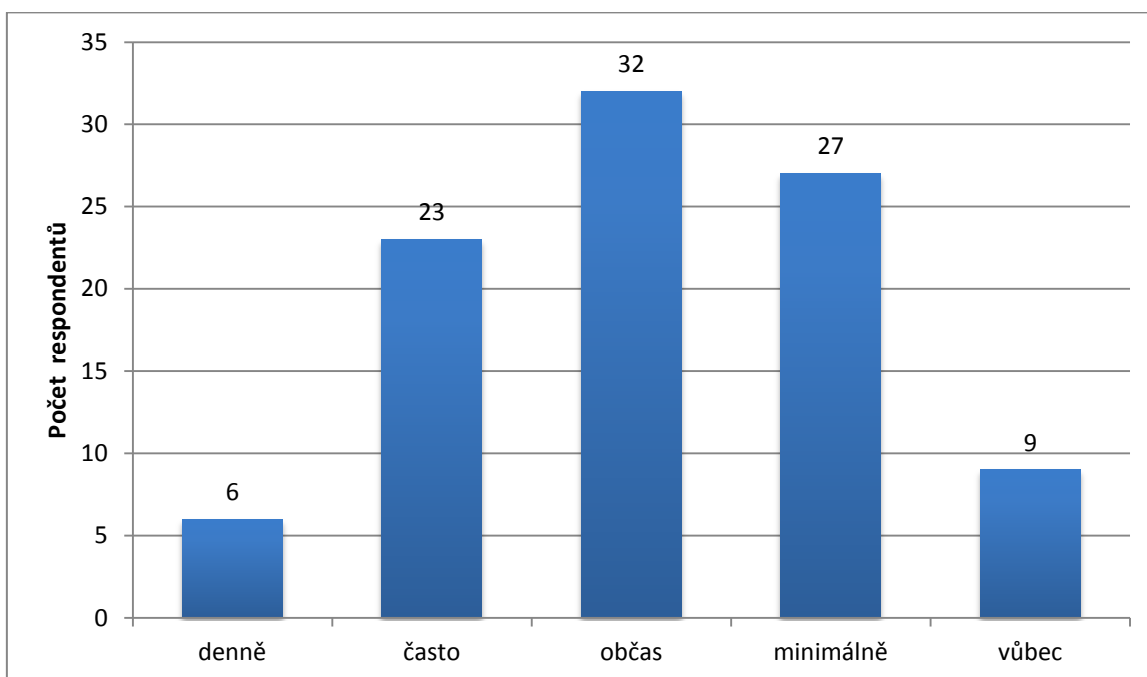


Zdroj vlastní

Graf č. 12 znázorňuje, zda se respondenti rádi seznamují s novými lidmi. Překvapivých 80 respondentů, tedy 80 % bylo pro odpověď spíše ano, či ano. Konkrétně 44 respondentů - tj. 44 % zvolilo odpověď ano, 36 dotazovaných - tj. 36 % označilo možnost spíše ano. Negativní odpověď označilo 36 respondentů - tj. 36 %. Konkrétně v 17 případech, tedy v 17 % byla zvolena odpověď spíše ne a 19 respondentů zvolilo odpověď ne - tj. 19 % z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 14 - Rozhodujete se v časové tísní?

Graf č. 13: Informace o rozhodování respondentů v časové tísní

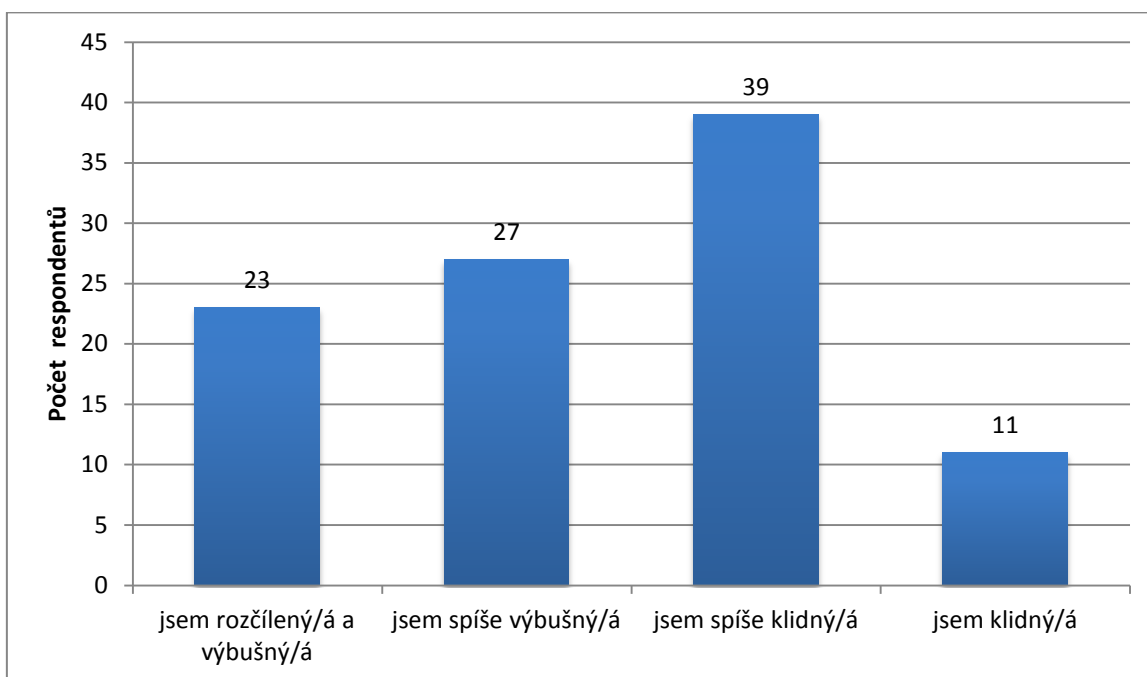


Zdroj vlastní

V této otázce jsem se pacientů ptala, zda se rozhodují v časové tísní. Odpověď denně zvolilo 6 respondentů, tedy 6 %. Často se rozhoduje v časové tísní 23 pacientů - tj. 23 %, občas 32 pacientů - tj. 32 %, minimálně 27 respondentů - tj. 27 % a vůbec se nerozhoduje v časové tísní 9 pacientů, tedy 9 % z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 15 - Jak reagujete na nepříjemnou situaci?

Graf č. 14: Reakce respondentů na nepříjemnou situaci

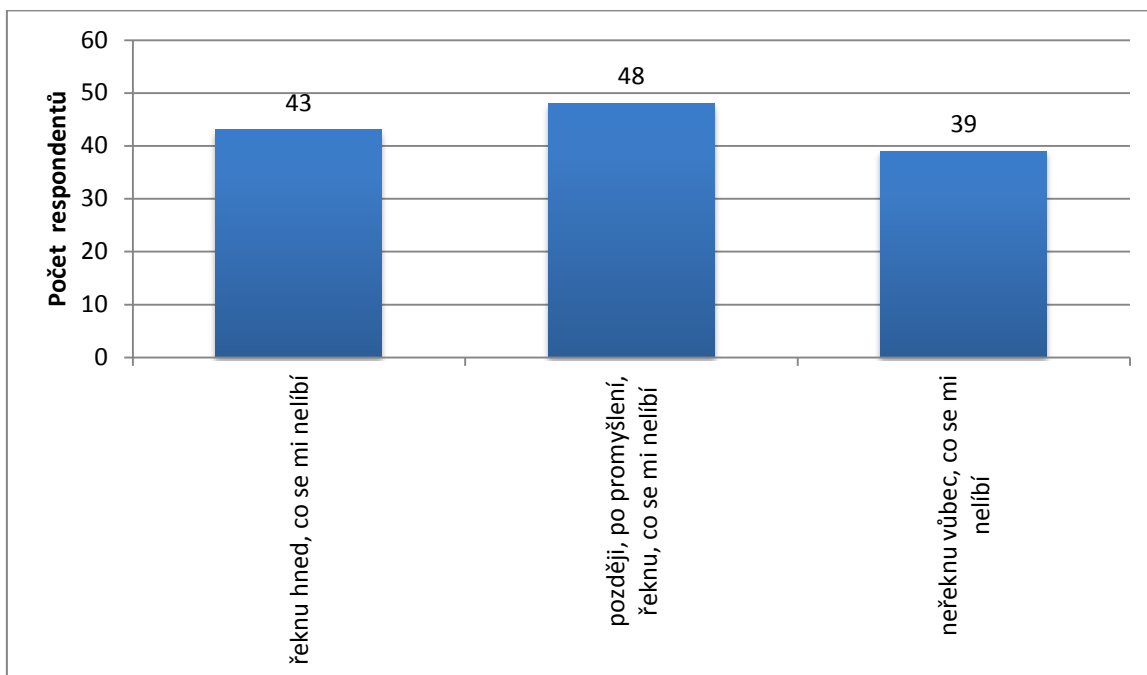


Zdroj vlastní

Uvedený sloupcový diagram znázorňuje, jak pacienti reagují na nepříjemné situace. 23 respondentů je rozčíleno a jsou výbušní - tj. 23 %. Spíše výbušných pacientů je 27 - tj. 27 %. Odpověď jsem spíše klidný, označilo 39 dotazovaných, tedy 39 %. 11 respondentů odpovědělo, že jsou klidní - tj. 11 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 16 - Když se Vám něco nelíbí, co uděláte?

Graf č. 15: Informace o otevřenosti respondentů

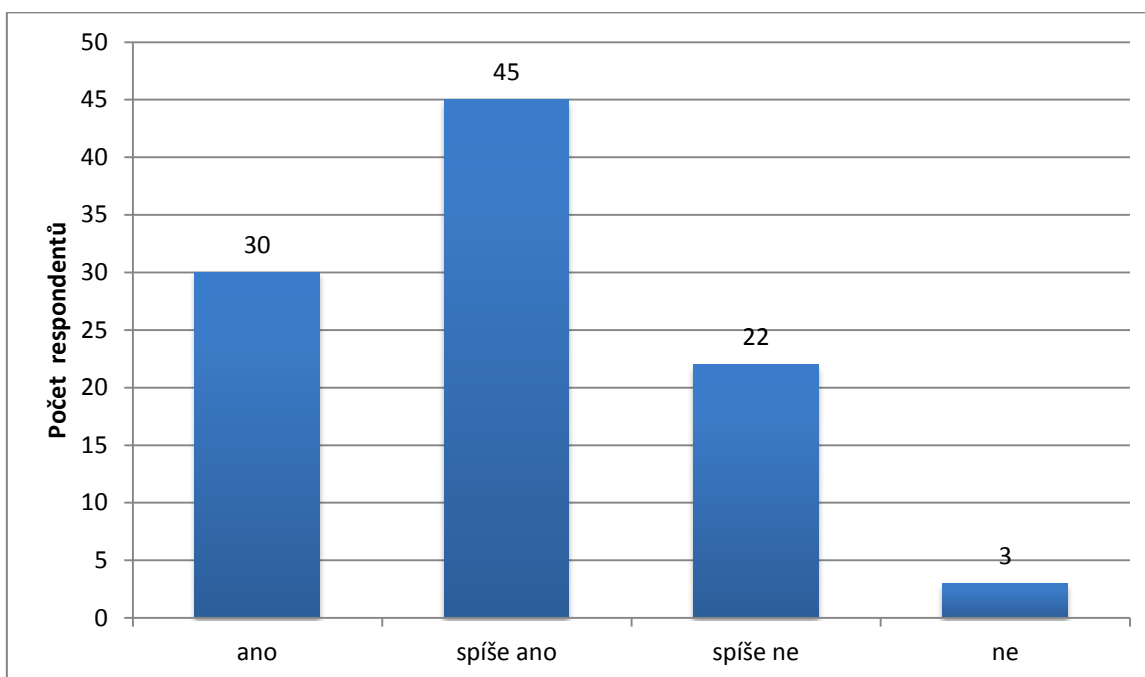


Zdroj vlastní

Z šetření vyplývá, že 43 respondentů, tedy 43 %, při nelibé situaci hned řekne, co se mu nelíbí. 48 pacientů, tj. - 48 %, řekne, co se jim nelíbí až po promyšlení. 39 dotazovaných, tedy 39 %, odpovědělo, že neřekne vůbec, co jim nelíbí.

Otázka č. 17 - Když máte nějaké problémy, svěříte se?

Graf č. 16: Informace o svěřování respondentů

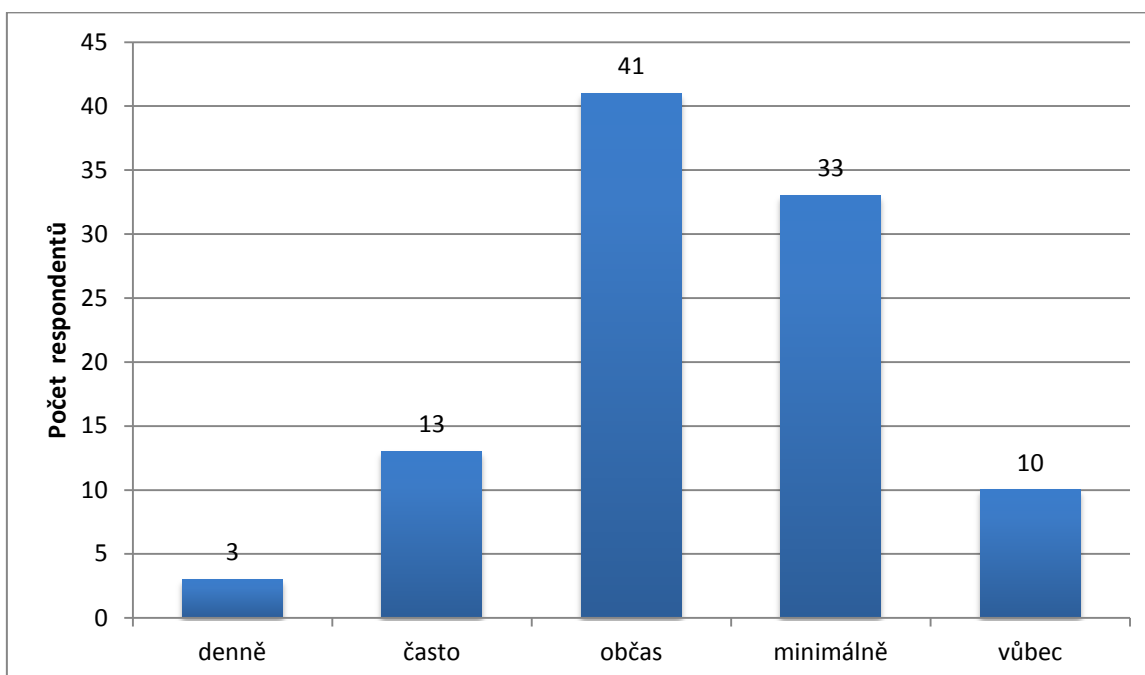


Zdroj vlastní

Na otázku č. 17, zda se svěří pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, když mají nějaké problémy, odpovědělo kladně 75 dotazovaných, tedy 75 %. Konkrétně 30 % respondentů zvolilo možnost ano a 45 % z celkového počtu pacientů označilo odpověď spíše ano. Negativní odpověď ne nebo spíše ne zvolilo celkem 25 pacientů, tj. - 25 %. Konkrétně možnost spíše ne označilo 22 % pacientů a 3 % respondentů zvolilo možnost ne.

Otázka č. 18 - Jak často Vás přepadá vztek?

Graf č. 17: Vztek u respondentů

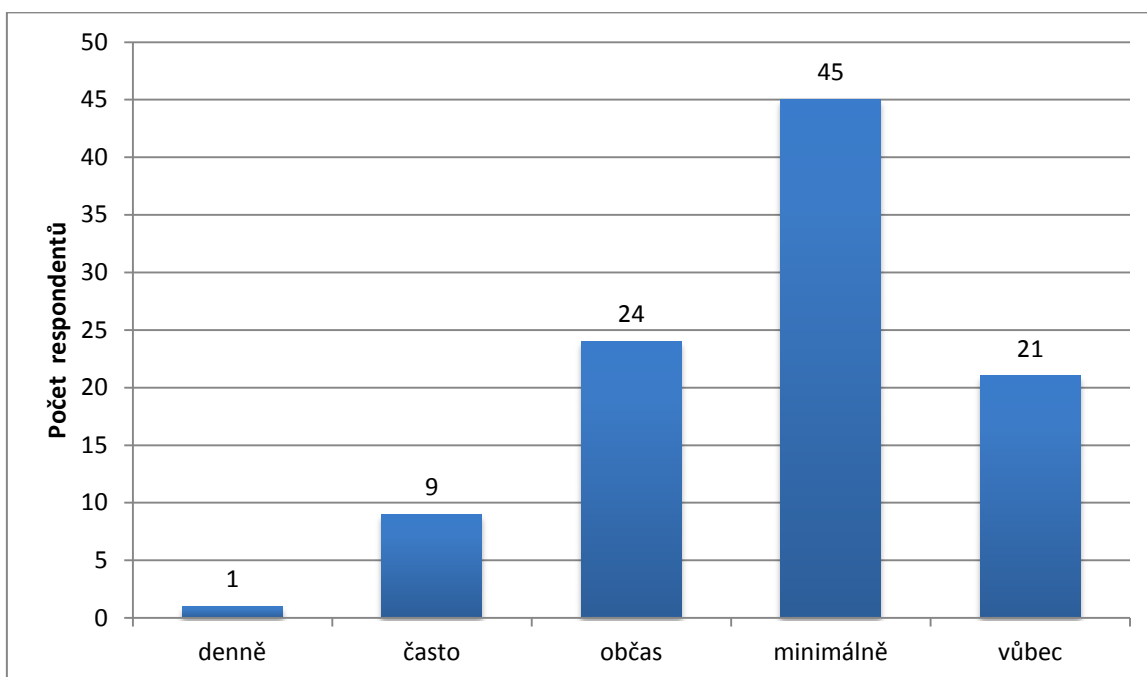


Zdroj vlastní

V grafu č. 17 je zřejmé, že 3 respondenty přepadá vztek denně, tj. - 3 %. Často pociťuje vztek 13 účastníků výzkumu, tj. - 13 %. Většina z dotázaných, konkrétně 41 pacientů, tedy 41 %, odpovědělo, že občas je přepadá vztek. Možnost minimálně označilo 33 respondentů, tj. - 33 % a vůbec nepřepadá vztek 10 účastníků výzkumu, tj. - 10 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 19 - Přepadají Vás pocity viny?

Graf č. 18: Pocity viny u respondentů

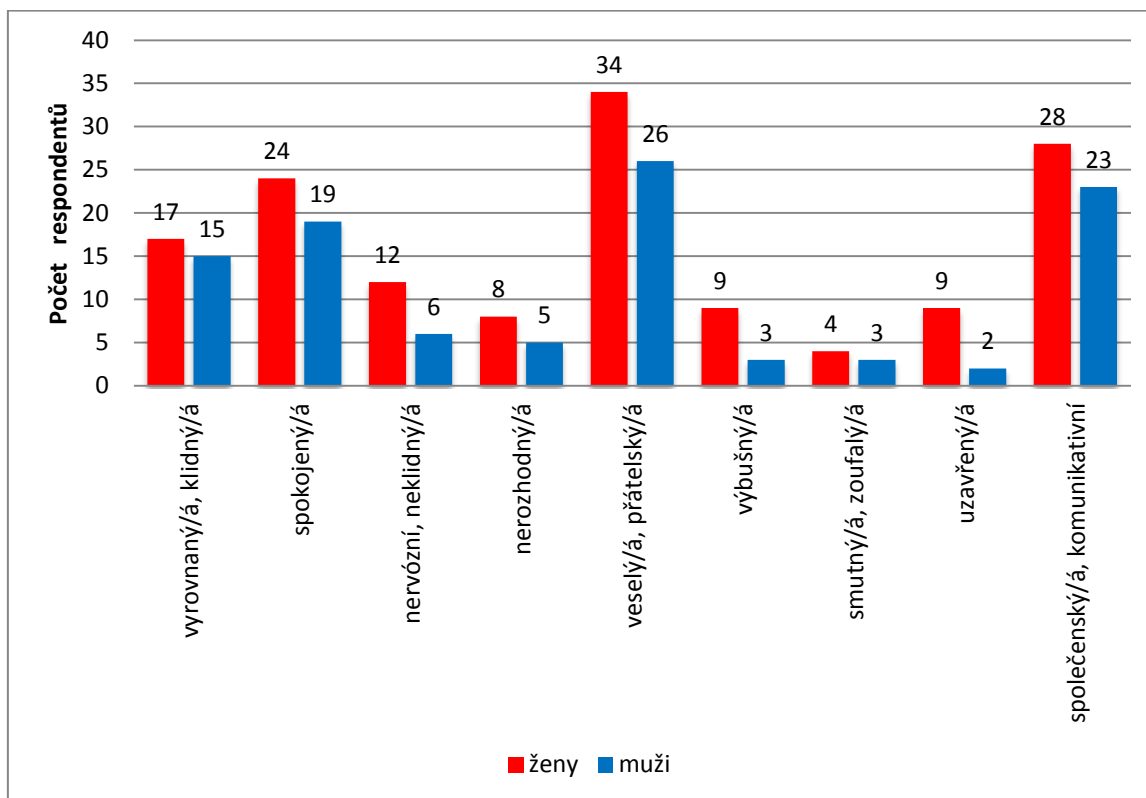


Zdroj vlastní

Z odpovědí vyplývá, že 1 pacient ze 100 dotazovaných prožívá pocity viny denně, tedy 1 %. Často pociťuje pocity viny 9 pacientů, tj. - 9 %. Občas prožívá pocity viny 24 respondentů, tj. - 24 %. Skoro polovina účastníků výzkumu odpovědělo, že prožívá pocity viny minimálně, konkrétně tedy 45 pacientů, tj. - 45 %. 21 dotazovaných neprožívá vůbec pocity viny, tedy 21 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 20 - Která z uvedených vlastností Vás nejlépe vystihuje? (můžete vybrat více možností)

Graf č. 19: Vlastnosti respondentů



Zdroj vlastní

Otázka č. 20 nás informovala o vlastnostech pacientů, které je nejvíce vystihovaly. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Možnost jsem vyrovnaný/á a klidný/á označilo 17 žen a 15 mužů, dohromady tedy 32 %. Spokojeno je dle výzkumu 24 žen a 19 mužů, tj. - 43 %. Nervózních a neklidných z dotazovaných je 12 žen a 6 mužů, tj. - 18 %. Za nerozhodné se považuje 8 žen a 5 mužů, tj. - 8 %. Veselých a přátelských je 34 žen a 26 mužů, tj. - 60 %. 9 žen a 3 muži se považují za výbušný, tj. - 12 %. Smutní a zoufalí jsou dle výzkumu 4 ženy a 3 muži, tj. - 7 %. Za uzavřené se označilo 9 žen a 2 muži, tj. - 11 %. Možnost společenský/á a komunikativní zvolilo 28 žen a 23 mužů, tj. - 51 % z celkového počtu respondentů.

9 DISKUZE

Tato bakalářská práce se věnuje psychologii pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. Výzkumného šetření se zúčastnilo 52 žen a 48 mužů. Všichni dotazovaní byli lidé, kteří se léčí s některým z kardiovaskulárního onemocnění. Přibližně polovina pacientů, byli pacienti hospitalizovaní na Kardiologickém nebo Kardiochirurgickém oddělení. Zbytek dotazníků, abych dostala dostatečný počet k výzkumu, jsem rozdala mezi své známé a příbuzné, kteří se léčí s kardiovaskulární chorobou.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou v dnešní době pacienti s kardiovaskulárním onemocněním psychicky zatíženi. Výzkum pomocí dotazníkového šetření jsem prováděla v době mé odborné praxe ve Fakultní nemocnici v Plzni a s kardiovaskulárně nemocnými v mém okolí. Strukturovaný dotazník obsahuje dvacet otázek, ve kterých jsem se ptala na demografické údaje, zda jsou pacienti vystaveni stresu, nelibým pocitům, jako je strach, úzkost, smutek apod. Dále jsem zjišťovala, zda jsou pesimističtí, nepřátelští, společenštlí nebo uzavření. K hlavnímu cíli jsem stanovila čtyři dílčí cíle a čtyři předpoklady.

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina dotázaných respondentů bude vystavena stresu. Kritérium pro většinu je 80 %. Otázky, které měly hypotézu potvrdit či vyvrátit jsou otázky č. 5, 9, 14, 15, 18. Na otázku č. 3, zda se pacienti dostávají do stresových situací, odpovědělo kladně, tedy denně, často a občas, 68 % respondentů. V otázce č. 9, která zjišťovala, zda na pacienty jsou nebo byly kladeny vysoké nároky v práci, odpovědělo 61 % pacientů ano nebo spíše ano. Otázka č. 14 zjišťovala, zda se pacienti rozhodují v časové tísni a 61 % dotazovaných odpovědělo kladně, konkrétně tedy označili odpověď denně, často nebo občas. Na otázku č. 15, jak reagují pacienti na nepříjemnou situaci, odpovědělo 50 % pacientů, že jsou výbušní a rozčilení nebo spíše výbušní. Otázka č. 18 nás informovala, jak často respondenty přepadá vztek a 57 % dotazovaných odpovědělo kladně, tedy zvolilo odpověď denně, často nebo občas. Průměrně je tedy vystaveno stresu 59,4 % pacientů. Z těchto uvedených výsledku tedy mohu usoudit, že má první hypotéza se *nepotvrdila*. Pacienti s kardiovaskulárním onemocněním jsou vystaveni stresu, ale ne v 80 %.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že více než polovina pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, jsou pacienti sociálně izolovaní a nespolečenštlí. Na potvrzení

nebo vyvrácení této hypotézy byly otázky č. 4, 6, 12, 13, 20. V otázce č. 4 zjišťuji, jak často se pacienti s kardiovaskulárním onemocněním smějí. Odpověď minimálně nebo vůbec zvolilo pouze 5 %. Na otázku č. 6, zda pacienti rádi baví společnost, odpovědělo 9 %, že nerado baví společnost a drží se v pozadí. Otázka č. 12 nás informovala o tom, jestli jsou respondenti společenšší nebo samotáři. Odpověď spíše samotář nebo samotář zvolilo celkem 21 %. V otázce č. 13 zjišťujeme, jestli se pacienti rádi seznamují s novými lidmi. 20 % pacientů odpovědělo negativně, konkrétně tedy zvolili možnosti spíše ne či ne. V otázce č. 20, která informovala o nejlépe vystihujících vlastnostech, zvolilo 11 % respondentů odpověď, že jsou uzavření. Podle výsledků dotazníků je průměrně 13,2 % pacientů s kardiovaskulárním onemocněním sociálně izolováno a jsou nespolečenšší, z čehož vyplývá, že tedy i má druhá hypotéza se *nepotvrdila*, neboť více než polovina dotazovaných neodpověděla, že jsou sociálně izolováni a nespolečenšší.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že většina dotázaných bude pociťovat nelibé pocity. Kritérium pro většinu je 75 %. Otázky č. 7, 8, 11, 19 a 20 sloužily k potvrzení či vyvrácení této hypotézy. V otázce č. 7 jsem se pacientů ptala, jestli trpí depresemi. Kladnou odpověď označilo celkem 36 % pacientů, konkrétně tedy 2 % pacientů trpí depresemi denně, často trpí depresemi 5 % pacientů a občas trpí depresemi 29 % respondentů. V otázce č. 8 zjišťujeme, jak často pacienti s kardiovaskulárním onemocněním pociťují smutek nebo stesk. 51 % zvolilo kladnou odpověď, konkrétně tedy 3 % respondentů pociťují smutek nebo stesk denně, 13 % často a 29 % občas. Negativní odpověď zvolilo 69 % pacientů, konkrétně tedy 40 % respondentů pociťuje smutek nebo stesk minimálně a 9 % nepociťuje smutek nebo stesk vůbec. Otázka č. 11 nás informovala, zda pacienti s kardiovaskulárním onemocněním pociťují úzkost nebo strach. 57 % respondentů označilo kladnou odpověď, konkrétně tedy 4 % respondentů pociťují úzkost nebo strach denně, 15 % často a 38 % občas. 43 % respondentů zvolilo negativní odpověď, konkrétně tedy 34 % pociťuje úzkost nebo strach minimálně a 9 % nepociťuje úzkost nebo strach vůbec. Otázka č. 19 zjišťovala, zda respondenty přepadají pocity viny. Kladnou odpověď uvedlo 34 %, konkrétně tedy 1 % pacientů prožívá pocity viny denně. Často pociťuje pocity viny 9 % pacientů a občas prožívá pocity viny 24 % respondentů. Negativní odpověď zvolilo 61 % účastníků, konkrétně 45 % respondentů odpovědělo, že prožívá pocity viny minimálně a 21 % dotazovaných neprožívá vůbec pocity viny. V otázce č. 20 označilo možnost jsem nervózní a neklidný 18 % pacientů. Za nerozhodné se považuje

13 % respondentů a za výbušné 12 % pacientů. 7 % z celkového počtu dotazovaných označilo vystihující vlastnost smutek a za uzavřené se považuje 11 % respondentů. Průměrně tedy z uvedených výsledků pociťuje 26,55 % nelibé pocity. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že se má třetí hypotéza, ve které jsem se domnívala, že většina dotázaných bude pociťovat nelibé pocity, *nepotvrdila*. Kritérium pro většinu bylo 75 % a výsledky prokázaly, že nelibé pocity prožívá pouze 26,55 % pacientů s kardiovaskulárním onemocněním.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že více než polovina respondentů budou pacienti uzavření a pesimističtí. Otázky, které mají tuto hypotézu potvrdit či vyvrátit jsou otázky č. 4, 6, 10, 16, 17 a 20. Na otázku č. 4, zda se pacienti smějí, odpověděli 4 % respondentů minimálně a 1 % se nesměje vůbec. Dohromady tedy 5 % z celkového počtu účastníků se minimálně smějí nebo vůbec. V otázce č. 6, zda dokáže pacient pobavit společnost, 9 % respondentů odpovědělo, že se raději drží v pozadí. Otázka č. 10 zjišťovala, zda jsou pacienti optimisti či pesimisti a odpověď spíše ne nebo ne zvolilo 9 % z celkového počtu dotázaných. Na otázku č. 16, když se pacientům něco nelíbí, neřekne vůbec, co se jim nelíbí 39 % respondentů. Se svými problémy v otázce č. 17 se nesvěří 25 % pacientů. V otázce č. 20 se označilo 11 % respondentů za uzavřené. Průměrně tedy je 16,33 % pacientů s kardiovaskulárním onemocněním uzavřených a pesimistických. Z těchto výsledků průzkumu vyplývá tedy, že má čtvrtá hypotéza se *nepotvrdila*, neboť není více jak polovina pacientů pesimistických a uzavřených, ale jen 16,33 % z celkového počtu účastníků průzkumu.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce na téma: Psychologie pacienta s kardiovaskulárním onemocněním je dělena do několika částí. Hlavní dvě části jsou teoretická a praktická. V teoretické části, která má tři kapitoly, jsem stručně charakterizovala nejčastěji se vyskytující kardiovaskulární onemocnění a jeho léčbu. Dále jsem se zabývala psychologii nemoci obecně. Psala jsem o faktorech, které ovlivňují reakci na nemoc, o postojích k nemoci, jak nemoc omezuje pacienta, jaké jsou etapy boje s nemocí, jaké jsou styly zvládnání nemoci a také jaká je bolest, strach a úzkost v nemoci. Teoretická část nás také informuje o psychologii pacienta s hypertenzí, s akutním infarktem myokardu, jaké jsou vlivy psychologických faktorů na vznik kardiovaskulárních onemocnění a jaký je vliv hostility, zlosti, deprese a stresu na toto onemocnění. V praktické části jsem měla jako hlavní cíl stanoven zjistit, jak jsou v dnešní době pacienti s kardiovaskulárním onemocněním psychicky zatíženi pomocí kvantitativního výzkumu. Ve strukturovaném dotazníku jsem zjišťovala základní demografické údaje, a zda jsou pacienti vystaveni stresu, nelibým pocitům, zda jsou pesimističtí, nepřátelští, společenští nebo uzavření.

K hlavnímu cíli jsem stanovila čtyři předpoklady. V prvním jsem se domnívala, že většina dotázaných respondentů bude vystavena stresu. Kritérium pro většinu bylo 80 %. Tato hypotéza se mi nepotvrdila. V literatuře Jaro Křivohlavý udává stres u kardiovaskulárního onemocnění, hlavně u hypertenze. Můj předpoklad byl tedy sice správně mířený, ale procentuální odhad byl příliš pesimistický. Druhá hypotéza byl předpoklad, že více než polovina pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, jsou pacienti sociálně izolovaní a nespolečenští. Moroviscová ve svém článku uvádí, že někteří autoři jsou přesvědčeni, že pacienti s kardiovaskulárním onemocněním považují ostatní lidi za nebezpečné, nedůvěryhodné a nepřátelské, a proto se izolují od společnosti. Má hypotéza se mi nepotvrdila. Myšlenka byla dobře směřována, ale můj odhad více jak polovina byl nesprávný. Ve třetí hypotéze jsem se domnívala, že většina dotázaných bude pociťovat nelibé pocity. Kritérium pro většinu bylo 75 %. Kelnarová, Matějková, Zacharová, Hermanová, Šrámková uvádějí ve svých knihách výskyt úzkosti, strachu, smutku při nemoci. Křivohlavý uvádí úzkost a strach při akutním infarktu myokardu. Má třetí hypotéza se mi také nepotvrdila. Pacienti sice pociťují nelibé pocity, jako je strach, úzkost, smutek apod., ale ne v 75 %. Ve čtvrté hypotéze jsem předpokládala, že více než polovina respondentů budou pacienti uzavření a pesimističtí. Moroviscová ve svém článku uvádí u pacientů s hypertenzí potlačování vnitřních konfliktů a také

tzv. yes - many, kteří navenek souhlasí, ale nedokáží se prosadit, jsou uzavření a dusí své pocity uvnitř. Má čtvrtá hypotéza se mi nepotvrdila. Hlavní myšlenku čtvrté hypotézy jsem dobře zvolila, jen odhad výsledků byl nesprávný. (Křivohlavý, 2002, s. 113 - 117), (Morovicsová, 2009, s. 20 - 21), (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 73), (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 50)

V mé roli výzkumnice jsem sice trochu zklamaná z nepotvrzených hypotéz, ale v roli zdravotní sestry jsem velice potěšena, že mé poněkud pesimistické předpoklady se nepotvrdily. Výstupem mé bakalářské práce je edukační leták, který informuje pacienty o výskytu stresu v kardiovaskulárním onemocnění a jak stres zvládnout. Jelikož v dnešní době žijeme ve stresující uspěchané době, jsou na nás kladeny vysoké nároky a psychika člověka velmi ovlivňuje vznik nemoci, je důležité se naučit základní psychohygienu, relaxaci a vědět, kde vyhledat pomoc.

LITERATURA A PRAMENY

1. MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2007, 181 s. ISBN 978-80-7367-218-8.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
3. BERÁNKOVÁ, Lenka a kol. *Zdravotní tělesná výchova* [online] Masarykova univerzita, Brno, 2012. [Citace: 25. 02 2015]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/index.html>.
4. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
5. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství, 2. rozšířené a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
6. FALEIDE, Asbjørn O, Lilleba B LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Symptom og mening: moderne psykosomatisk tankegang*. Bergen: Fagbokforlaget, 2004, 218 s. ISBN 9788245001273.
7. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie 2. díl - Pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
8. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I - Interna*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 196 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
9. HERMAN, Jiří, Dalibor MUSIL a kol. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 280 s. ISBN 978-80-247-3335-7.
10. LUKL, Jan. *Klinická kardiologie stručně*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 270 s. ISBN 80-244-0876-7.

11. ČERTÍK, Bohuslav a kol. *Onemocnění karotid a velkých cév aortálního oblouku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 164 s. ISBN 80-247-1268-7.
12. KARETOVÁ, Debora a František STANĚK. *Angiologie pro praxi: [postgraduální učebnice]*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 400 s. ISBN 978-80-734-5001-4.
13. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
14. GORMAN, Linda M. SULTAN, Donna F. *Psychosocial nursing for general patient care*. Vyd. 3. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2008. 539 s. ISBN 978-0-8036-1784-1.
15. MOROVICSOVÁ, Eva. Psychosomatické aspekty kardiovaskulárních onemocnění. *Sestra a lékař v praxi*. Bratislava: Sanoma magazines slovakia, s.r.o. 2009, 2 s. ISSN 1335-9444.
16. NOVÁKOVÁ, Dita a Miloš VELEMÍNSKÝ. Nestandartní hodnoty tlaku krve u dětí jako riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2006., 4 s. ISSN 1212-4117.
17. *Ateroskleróza: příznaky, léčba* [online]. 2014 [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/ateroskleroz/>
18. *Ischemická choroba dolních končetin* [online]. 2014 [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/ischemicka-choroba-dolnich-koncetin/>
19. PIDRMAN, Vladimír. *Deprese u kardiovaskulárního onemocnění* [online]. 2007 [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=kr_07_04_05.pdf
20. KUBRICKÁ, Jana. *Cévní mozkové příhody* [online]. 2012 [cit. 2014-12-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/cevni-mozkove-prihody-466841>

SEZNAM ZKRATEK

WHO - World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

TK - Tlak krve

ICHS - Ischemická choroba srdeční

AIM - Akutní infarkt myokardu

AP - Angina pectoris

ICHDK - Ischemická choroba dolních končetin

EKG - Elektrokardiogram

PTCA - Perkutánní transluminální koronární angioplastika

JIP - Jednotka intenzivní péče

LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných

CMP - Cévní mozková příhoda

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome - Syndrom získané imunodeficiencie

CNS - Centrální nervová soustava

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví a věk respondentů

Graf č. 2 - Místo bydliště

Graf č. 3 - Jak často se respondenti smějí

Graf č. 4 - Stresové situace

Graf č. 5 - Pobavení společnosti

Graf č. 6 - Informace o depresích

Graf č. 7 - Informace o smutku a stesku

Graf č. 8 - Informace o náročnosti zaměstnání

Graf č. 9 - Informace o osobnosti respondentů

Graf č. 10 - Pociťování strachu či úzkosti u respondentů

Graf č. 11 - Informace o respondentech, jak jsou společenší

Graf č. 12 - Seznamování s novými lidmi

Graf č. 13 - Informace o rozhodování respondentů v časové tísní

Graf č. 14 - Reakce respondentů na nepříjemnou situaci

Graf č. 15 - Informace o otevřenosti respondentů

Graf č. 16 - Informace o svěřování respondentů

Graf č. 17 - Vztek u respondentů

Graf č. 18 - Pocity viny u respondentů

Graf č. 19 - Vlastnosti respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 - Edukační leták

PŘÍLOHA Č. 1 - DOTAZNÍK

Vážený/á pane/paní,

jmenuji se Michaela Cinková a jsem studentka třetího ročníku fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor všeobecná sestra. Do ruky se Vám dostává dotazník, s jehož pomocí bych chtěla zjistit, jak jsou psychicky zatíženi pacienti s kardiovaskulárním onemocněním. Prosím Vás, o co největší upřímnost při jeho vyplňování - jedná se o výzkum, ve kterém mají pravdivé odpovědi cenu. Dotazník je anonymní, proto se nikam nepodepisujte a nebojte se studu, při Vašich odpovědích. Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a. žena
- b. muž

2. Kolik je Vám let?

- a. méně než 30
- b. 31 – 40
- c. 41 – 50
- d. 51 – 60
- e. 61 – 70
- f. 71 – 80
- g. více než 80

3. Žijete ve městě či v obci?

- a. ve velkém městě
- b. v malém městě
- c. v obci
- d. v malé vesnici

4. Jak často se smějete?

- a. skoro pořád, i když je to někdy nevhodné
- b. hodně často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

5. Dostáváte se do stresových situací?

- a. denně
- b. často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

6. Dokážete pobavit společnost?

- a. ano, rád/a to dělám
- b. občas
- c. ne, raději se držím v pozadí

7. Trpíte depresemi?

- a. denně
- b. často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

8. Pocítujete smutek nebo stesk?

- a. denně
- b. často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

9. Máte/ nebo měl/a jste zaměstnání, kde na Vás kladli vysoké nároky?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

10. Myslíte si, že jste optimista či pesimista?

- a. optimista
- b. spíše optimista
- c. realista
- d. spíše pesimista
- e. pesimista

11. Pociťujete někdy úzkost nebo strach?

- a. denně
- b. často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

12. Myslíte si, že jste společenský/á nebo samotář/ka?

- a. společenský
- b. spíše společenský
- c. spíše samotář
- d. samotář, mám rád/a svůj klid

13. Seznamujete se rád/a s novými lidmi?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

14. Rozhodujete se v časové tísní?

- a. denně
- b. často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

15. Jak reagujete na nepříjemnou situaci?

- a. jsem rozčílený/á a výbušný/á
- b. jsem spíše výbušný/á
- c. jsem spíše klidný/á
- d. jsme klidný/á

16. Když se Vám něco nelíbí, co uděláte?

- a. řeknu hned, co se mi nelíbí
- b. později, po promyšlení, řeknu, co se mi nelíbí
- c. neřeknu vůbec, co se mi nelíbí

17. Když máte nějaké problémy, svěříte se?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

18. Jak často Vás přepadá vztek?

- a. denně
- b. často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

19. Přepadají Vás pocity viny?

- a. denně
- b. často
- c. občas
- d. minimálně
- e. vůbec

20. Která z uvedených vlastností Vás nejlépe vystihuje? (můžete vybrat více možností)

- a. vyrovnaný/á, klidný/á
- b. spokojený/á
- c. nervózní, neklidný/á
- d. nerozhodný/á
- e. veselý/á, přátelská/ý
- f. výbušný/á
- g. smutný/á, zoufalý/á
- h. uzavřený/á
- i. společenský/á, komunikativní

Děkuji Vám za ochotu a trpělivost při vyplnění dotazníku.

Zdroj vlastní

PŘÍLOHA Č. 2 - EDUKAČNÍ LETÁK

Průměrně 60% pacientů s kardiovaskulárním onemocněním je vyvoláno stresem

➤ Víte, že více jak polovina pacientů s kardiovaskulárním onemocněním se často dostává do stresových situací?

➤ Víte, že nejen věk, kouření, alkohol, nezdravá strava a obezita ovlivňuje vznik kardiovaskulárního onemocnění, ale také psychika člověka?

(zdroj: <http://www.uskare.cz/cisna-hesvecki-ram-prubde-vivremi-zamere-se-na-srdce-1633>)



Jak předcházet stresu?

(zdroj: <http://www.uskare.cz/cisna-hesvecki-1183>)

✓ Kardiovaskulární onemocnění je onemocnění psychosomatické

- odvozené z řeckého slova „psyché“ (duše) a „sóna“ (tělo).

✓ Tělo a duše jsou propojeny, pokud není zdravá duše, nemůže být zdravé tělo.

✓ Naučte se relaxovat! Relaxace podpoří krevní oběh a vyrovná také krevní tlak

- Sebereflexe! Prvotním předpokladem protistresových opatření je najít vlastní, osobní stresující faktory.
- Vyhýbejte se stresu! Snažte se vyhnout aktivitám, faktorům, které Vás stresují.
- Relaxační techniky! Zahnují dechová cvičení, autogenní trénink, jóga, meditace
- Čas pro sebe! Naučte se věnovat sami sobě a dopřejte si svoji chvíli.
- Organizace času! Naplánujte si čas. Předělte tak rozhodování v časové tísní.
- Stanovení priorit! S výše zmíněnou organizační časů úzce souvisí stanovení si priorit. Vždy je nutné zhodnotit naléhavost a důležitost pracovních úkolů, které se nahromadí.
- Pohyb! Psychika a pohyb spolu úzce souvisí, při tělesné aktivitě se nám vyplavují do těla hormony štěstí - endorfiny.



(zdroj: <http://akamu.zem.sk/c/andy/9630/pomocje-ctvce-qrnti-z-rasbo-srdca-vykovom-pmupv1.htm>)

- **Venujte se svym konickum a zabitvam!**
- **Smejte se!**
- **Vyjadrujte otevrene svoje pocity!**
- **Spanek!** Je vedcky dokazano, ze organismus, kteremu je dopran dostatek spanku, je zdravější a odolnější vči chorobám.
- **Pozitivní myšlení!** Podívejte se kolem sebe a hledejte pozitivní v tom, co vás obklopuje.
- **Smysluplnost byti!** Ujasněte si své životní cíle a očekávání od života
- **Rodina a přátelé!** Buďte se svými blízkými, které máte rádi.
- ...

Nebojte se požádat o pomoc!

Kde můžete najít pomoc?

- psychoterapeutická střediska
- Krizová centra a centra krizové intervence (Krizové centrum RLAPS s celorepublikovou působností - Linka pomoci tel.: 222 580 697)
- v nemocnici (kliničtí psychologové)
- webové stránky - <http://www.help24.cz>
- Krizové centrum Regionálního institutu duševního zdraví (RMDZ), tel.: 377 462 314
- Linka důvěry a psychologické pomoci, tel.: 377 462 312 nonstop



(zdroj: <http://www.lingua.com/health/3124-uhlaci-hravt.htm>)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. TROJANOVÁ, Monika. *5 rad od koučky, jak relaxovat*. [online] 2012 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://www.konice.cz/2012/09/5-rad-od-koucky-jak-relaxovat/>
2. KLAMOVÁ, Michaela. *12 tipů, jak relaxovat*. [online] 2013 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: http://www.mamanaja.cz/ActiveWeb/Article/1827/12_tipu_jak_relaxovat.html
3. *Help 24 - psychologie duševního zdraví*. [online]. 2013 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://help24.cz/>
4. VYTVĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X