

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Nikola Ščerbová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Čeněk Adamec

Autor: Nikola Ščerbová

Datum odevzdání práce: 13. 5. 2008

Abstract

Fear and distress in relation to emergency situations. The purpose of this essay is to learn about position of health rescuers and patients in acute, life and health endangering situations. The objective of the work was to identify how patients feel in crisis and acute situations and what type of intervention is most effective. Method: the research included two sections. The first section was in the form of a pilot research based on qualitative method of non-standardized interview with limited number of patients and health rescuers. Results of this pilot research served as basis for selection of specific circumstances and issues related to fear and distress and questions were formulated for an extended research performed with larger group of respondents. The group of pilot research respondents included 5 health rescuers and 4 patients rescued by ambulance. The consequential extended research was conducted with 8 health rescuers and 8 patients rescued by ambulance. The research took place in South Bohemia and Karlovy Vary region. Results: rescuers are aware of the fact that fear and distress of patients are important factors affecting the overall condition of the patient. They would appreciate extensions of their professional training by special training focused on this subject, since most of them act only based on their own experience in such situation. Results of the research indicate that patients do not differ between terms fear and distress. Most of patients experience distress caused by something unknown rather than fear from specific danger or situation. In most cases patients consider psychological support and help provided by health rescuers to be positive.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou Univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především svému vedoucímu práce MUDr. Čeňkovi Adamcovi, za cenné rady, nápady a čas, který mi věnoval při realizaci této práce. Děkuji všem respondentům, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovory a informace, ze kterých byl uskutečněn výzkum. Mé poděkování patří také rodičům za finanční podporu při studiu.

Obsah

Úvod	4
1. Současný stav	5
1.1 Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení	5
1.2 Stres	5
1.2.1 Druhy stresu	5
1.2.2 Stresová reakce	5
1.2.3 Fáze stresové reakce	6
1.2.3.1 Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže	6
1.2.3.2 Fáze hledání účelných strategií	7
1.2.3.3 Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch	7
1.2.4 Trvání příznaků	7
1.2.5 Léčba	8
1.3 Úzkost	8
1.3.1 Projevy úzkosti	8
1.3.2 Příčiny úzkosti	9
1.3.3 Typy úzkosti	9
1.3.4 Stupně úzkosti	9
1.4 Strach	10
1.4.1 Situace, které mohou navodit strach	10
1.4.2 Diagnostika strachu	10
1.5 Trauma	11
1.5.1 Časový průběh reakce na traumatizující událost	11
1.5.1.1 Fáze omámení a šoku	11
1.5.1.2 Fáze výkřiku	11
1.5.1.3 Fáze hledání smyslu	12
1.5.1.4 Fáze popření a znovuprožívání	12
1.5.1.5 Fáze posttraumatická	12
1.6 Krize	12
1.6.1 Podněty, které mohou způsobit krizi	13

<i>1.7</i>	<i>Protektivní faktory a mechanismy zvládnání zátěžových situací.....</i>	<i>13</i>
<i>1.7.1</i>	<i>Frustrační tolerance.....</i>	<i>13</i>
<i>1.7.2</i>	<i>Sociální opora.....</i>	<i>14</i>
<i>1.8</i>	<i>Míra odolnosti vůči zátěžím</i>	<i>14</i>
<i>1.8.1</i>	<i>Obranné reakce</i>	<i>14</i>
<i>1.8.2</i>	<i>Útok.....</i>	<i>14</i>
<i>1.8.3</i>	<i>Únik</i>	<i>15</i>
<i>1.8.4</i>	<i>Coping.....</i>	<i>15</i>
<i>1.9</i>	<i>Prožitky strachu a úzkosti u pacienta.....</i>	<i>15</i>
<i>1.9.1</i>	<i>Nejčastější předměty strachu u pacienta</i>	<i>16</i>
<i>1.9.2</i>	<i>Úzkost u pacienta</i>	<i>16</i>
<i>1.9.3</i>	<i>Příznaky strachu a úzkosti.....</i>	<i>17</i>
<i>1.9.4</i>	<i>Příčiny strachu a úzkosti.....</i>	<i>17</i>
<i>1.9.5</i>	<i>Zásady komunikace s pacientem, který prožívá strach a úzkost</i>	<i>18</i>
<i>1.9.6</i>	<i>Farmakoterapie strachu a úzkosti.....</i>	<i>18</i>
<i>1.10</i>	<i>Agresivní pacient.....</i>	<i>18</i>
<i>1.10.1</i>	<i>Projevy agrese.....</i>	<i>19</i>
<i>1.10.2</i>	<i>Komunikace s agresivním pacientem</i>	<i>19</i>
<i>1.10.3</i>	<i>Farmakologické zklidnění agresivního pacienta</i>	<i>20</i>
<i>1.10.4</i>	<i>Fyzické omezení</i>	<i>20</i>
<i>1.11</i>	<i>Psychologická pomoc lidem v ohrožení.....</i>	<i>20</i>
<i>1.12</i>	<i>Psychické reakce záchraňujících.....</i>	<i>21</i>
<i>1.13</i>	<i>Posttraumatická stresová porucha</i>	<i>21</i>
<i>1.13.1</i>	<i>Příznaky posttraumatické stresové poruchy</i>	<i>22</i>
<i>1.13.2</i>	<i>Diagnostika posttraumatické stresové poruchy.....</i>	<i>22</i>
<i>1.13.3</i>	<i>Léčba.....</i>	<i>22</i>
<i>1.14</i>	<i>Vlivy působící na dětské zvládnání zátěže</i>	<i>23</i>
<i>2.</i>	<i>Cíl práce a hypotézy</i>	<i>24</i>
<i>3.</i>	<i>Metodika</i>	<i>24</i>
<i>3.1</i>	<i>Použité metody výzkumu</i>	<i>24</i>

3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	24
4.	Výsledky	25
4.1	<i>Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy-pilotní výzkum</i>	25
4.2	<i>Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy-rozšiřující výzkum</i>	37
5.	Diskuse	47
6.	Závěr	47
7.	Literatura:	49
8.	Klíčová slova	52
9.	Přílohy	53

Úvod

Strach a úzkost jsou psychickými jevy, které nás provázejí po celý život. Patří k základním rysům lidské osobnosti a žití. Usnadňují nám adaptaci na nové životní podmínky. Z biologického hlediska umožňují přežití jedince, a tím i celého druhu. Ve zvýšené míře se projevují se v akutních a krizových situacích typickými psychickými a fyziologickými změnami. Každý jedinec však tyto situace a pocity prožívá jiným způsobem.

Pro volbu tématu „Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy” jsem se rozhodla proto, abych zjistila, jestli lidé prožívají strach a úzkost v nepříznivých situacích, které přímo ovlivňují jejich zdraví, nebo život. Pokud ano, tak jak tyto situace vnímají, a jak hodnotí jednání zdravotnické záchranné služby. Na problematiku strachu a úzkosti budu nahlížet také z pohledu zdravotnických záchranářů. Budu u nich zjišťovat a ověřovat jejich zkušenosti se zvládnutím strachu a úzkosti u pacientů, a formy nejúčinnější intervence pro zvládnutí těchto situací.

Problematiku strachu a úzkosti považuji za významný faktor, který může ovlivnit negativním způsobem celkový zdravotní stav člověka.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení

Působení různých zátěží v životě člověka může vést k narušení psychické rovnováhy, někdy jen dočasně nebo částečně. To se projeví změnou v prožívání, chování i uvažování. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít různý význam pro vznik a rozvoj psychických poruch (28). Stavby myslí se v nebezpečné situaci proměňují, člověk hledá způsob jak se zorientovat, jak zvládnout strach a najít způsob chování, který povede k bezpečnému přežití (2).

1.2 Stres

Špatenková uvádí: „Pojem stres odpovídá českému výrazu zátěž.“ (str. 18, 26). Z psychologického hlediska chápeme stres jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Psychologické pojetí stresu je širší než biomedicínské. Stres nemá vždy jen negativní význam (26). Vágnerová je toho názoru: „Termín stres má v současnosti mnohem širší použití, označuje se jím např. i zátěžová situace nebo stav individua.“(str. 50, 28). Přiměřená míra stresu může člověka aktivizovat, stimulovat k hledání účelného řešení a tím i rozvíjet kompetence. Vyhledávání stresových situací je někdy dokonce i úmyslné, protože fyziologická reakce na stres navozuje u některých lidí příjemné pocity, zejména vyplavením endorfinů do mozku. Tato tendence se projevuje potřebou extrémních sportů a záměrným přetěžováním (28).

1.2.1 Druhy stresu

Eustres je pozitivní zátěž, která v určité míře stimuluje jedince k vyšším a lepším výkonům. Distres je nadměrná zátěž, která může jedinci uškodit a následně vyvolat onemocnění (33).

1.2.2 Stresová reakce

Podstatou stresové reakce jsou hlavně nervové a hormonální mechanismy, které v těle navozují stav pohotovosti, jako přípravu na boj nebo útěk. Tato reakce umožnila přežití pravěkých i novodobých lidí ve stresových situacích (21). Stresová reakce je poplachová reakce organismu, ve které se mobilizuje energie potřebná pro rychlou

soustředěnou akci. Spouští se kdykoliv rozpoznáme, že jsme v nebezpečí. Rychle proběhne kaskáda určitých změn, která připraví organismus k boji nebo k úniku. Pokud čelíme fyzickému ohrožení, je mechanismus reakce na stres efektivní. Jestliže čelíme psychologické hrozbě, je mechanismus stresové reakce neúčelný a neúčinný. Dlouhodobý stres může vést k psychickým, nebo psychosomatickým obtížím (18).

1.2.3 Fáze stresové reakce

Reakce na stres je proces, který probíhá ve třech fázích (28).

1.2.3.1 Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže

Reakcí na zátěž je aktivace obranných reakcí, psychických i fyziologických. Z biologického hlediska každý takový podnět vyvolává kromě specifické reakce i nespécifickou odezvu. Tato nespécifická reakce může mít různou intenzitu, ale charakter zůstává stejný bez ohledu na kvalitu zátěže. Aktivace fyziologické reakce probíhá postupně v následujících fázích. První reakce probíhá reflexně, funguje automaticky, bez ohledu na názor a rozhodnutí člověka. Nastává podráždění sympatiku a následně dochází k humorální odezvě, vyplaví se katecholaminy. Katecholaminy jsou neurotransmitery, které regulují oběh ve prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů, zvyšují krevní tlak, zrychlují srdeční funkci. Podílejí se také na aktivaci energetických systémů. Následně se aktivuje hypotalamo-hypofyzární osa a vyplavují se hormony hypofýzy a hormony kůry nadledvin. Dále se aktivují energetické zdroje, organismus získává zpočátku energii zejména z cukrů a bílkovin. Úplně nakonec se aktivují depotní tuky jako energetický zdroj. Vlivem katabolismu vznikají změny vnitřního prostředí. Tento proces má za cíl uvolnit energii, která by mohla být použita při zvládnání zátěže. Psychická reakce nastává interpretací určité situace jako stresující. K tomu dochází teprve tehdy, když vyvolává negativní pocity. Způsob hodnocení dané situace závisí na zkušenostech jedince, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na podpoře, kterou má. Pokud je přesvědčen o snadném zvládnutí zátěže převládající, nedochází k navození pocitu stresu. Prožitek stresu je spojen zejména se změnou emočního prožívání. Typickou reakcí je úzkost, pocity napětí a obavy z nějakého blíže neurčitěho ohrožení,

objevuje se vztek, hněv, aktivují se různé reakce, někdy i agresivní povahy. Výjimkou nejsou ani prožitky smutku a deprese, jsou to reakce na přesvědčení o neřešitelnosti situace, může převládnout apatie a tendence rezignovat na jakékoliv řešení. Dochází také ke změně kognitivních funkcí. Působení zátěžové situace může měnit způsoby uvažování. Pocit ohrožení ovlivňuje hodnocení a zpracování informací. Uvažování ve stresu bývá často zkratovitější a pesimističtější, zhoršuje se koncentrace pozornosti. Rušivě působí různé asociace a myšlenky vyvolané touto situací. Zátěž aktivizuje psychické obranné reakce, které bývají individuální. Jejich smyslem je zachování a znovuzískání psychické rovnováhy jedince (28).

1.2.3.2 Fáze hledání účelných strategií

Jsou strategie, které mohou vést ke zvládnutí nebo zmírnění účinku stresu. Je velice důležité, do jaké míry si člověk uchovává pocit kontroly nad situací, zda si myslí, že ji může nějakým způsobem ovlivnit. Jestliže zátěž zvládne, nebo se situace změní, jeho fyziologické i psychické funkce se vracejí do normálního stavu. Pokud se dlouhodobě nedaří zátěž zvládnout, nastupuje další fáze (28).

1.2.3.3 Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch

Tato fáze nastává jako projev selhání obranných reakcí. Nejde jen o akutní potíže, ale o problémy trvalejšího a závažnějšího charakteru. Typickým příkladem jsou psychosomatické poruchy (28).

1.2.4 Trvání příznaků

Trvání příznaků závisí na tom, jak na ně byl postižený připraven, eventuálně trénován. Mohou mizet již během hodiny, a to v závislosti na měnící se situaci (akutní nebezpečí odeznělo a postiženému je věnována potřebná péče), nebo naopak ohrožení přetrvává a vyžaduje aktivní činnost, takže se nemocný začne chovat účelně z pudu sebezáchovy. Jindy příznaky přetrvávají po dobu 2 nebo 3 dní a mohou plynule přecházet do symptomatologie posttraumatické stresové poruchy (27).

1.2.5 Léčba

Léčba akutní stresové reakce je zpravidla symptomatická, vychází především z tělesného stavu postiženého. Prioritně se ošetřují případná zranění, zajišťuje se tepelný komfort a zavodnění organismu. Lze podávat analgetika a anxiolytika. Z anxiolytik se podávají zejména benzodiazepiny, které mají amnestické a sedativní působení (27).

1.3 Úzkost

Psychopatologie charakterizuje úzkost jako strach, při kterém člověk neví, z čeho pochází. V podstatě tedy jde o strach bez předmětu. Zatímco strach je afekt prožívaný velice často zdravými lidmi a je pokládán za účelný, neboť brání člověku, aby se vystavoval zbytečnému riziku, úzkost lze považovat především za fenomén patologický (27). Ulč je názoru: „Taková hranice mezi zdravím a nemocí je však značně relativní, definujeme-li úzkost jako součást nespecifické emoční tenze.”(str. 12, 27).

Ulč také zdůrazňuje: „Úzkost je běžným doprovodem některých somatických nemocí, jako je angina pectoris, nebo dušnost při obstrukci horních dýchacích cest nebo dekompenzaci oběhu. Už zde lze vidět, že pojetí úzkosti jako strachu bez předmětu je jen relativní: nemocný se většinou po navázání lepšího kontaktu s lékařem svěří, že má strach ze smrti. To pak souvisí s teorií, že každá úzkost je vlastně strach ze smrti.” (str. 12, 27). Mírné obavy a úzkost jsou v životě člověka zcela normální, prožívá je každý. Jsou důležité a užitečné, pokud nepřerostou určitou míru (17). Úzkost funguje za normálních okolností jako signál potenciálního a dosud nejasného nebezpečí, které si člověk nedovede přesněji vymezit. Pocit úzkosti člověka aktivizuje, aby byl připraven na možné nebezpečí, které je zatím nejasné a neurčité, ale nelze ho vyloučit. K vyvolání úzkostí stačí jen pouhá představa (27).

1.3.1 Projevy úzkosti

Úzkost bývá zpravidla spojena s pocitem napětí a vnitřního neklidu, který se někdy označuje jako nervozita. Pacient často dovede pocit úzkosti lokalizovat do určité části těla nebo orgánu. Nejčastěji se jedná o tíseň na prsou, jindy to bývá pocit napětí v hlavě. Někteří nemocní cítí také úzkost v břiše nebo v nohách. Tyto příznaky často

souvisejí se somatickými projevy úzkosti: bušení srdce, pocení, třes, nutkání na močení, průjem, zvýšený svalový tonus, bolesti na hrudi a bolesti hlavy. Úzkostné stavy mají svůj charakteristický průběh, jsou provázeny somatickými, fyziologickými, autonomními, biochemickými, endokrinními a behaviorálními změnami. Fyziologický průběh se dá přirovnat k průběhu náhlé stresové reakce (27). Projevy úzkosti se mohou vystupňovat až do stavu paniky (10).

1.3.2 Příčiny úzkosti

Za příčinu úzkosti lze pokládat zejména podněty, které signalizují nebezpečí a ohrožení. Mohou to být podněty exteroceptivní, například bouře a požáry, nebo podněty interoceptivní, například bolest na hrudi při angíně pectoris (27).

1.3.3 Typy úzkosti

Rozlišuje se úzkost pasivní a aktivní. Oba typy úzkosti jsou odvozovány od instinktivních reakcí zvířat při útěku a obraně. Pasivní úzkost je doprovázená zástavou dýchání, zpomalením pulsu a částečným ochromením pohybu. Odpovídá fylogeneticky velmi starému obranému reflexu dělat mrtvého, hledat úkryt. U člověka se někdy při velmi silném strachu dostavuje až afektivní stupor. Postižený se v takovém okamžiku nemůže pohnout, promluvit, ani nějakým gestem nebo mimikou reagovat na situaci či odpovídat na otázky. Ulč zdůrazňuje: „Aktivní úzkost doprovázená zrychleným dýcháním, pulsem, a zvýšením svalového napětí má odpovídat instinktu chránit se útekem.”(str. 18, 27)

1.3.4 Stupně úzkosti

Mírná úzkost – je přiměřená úzkost, která motivuje jedince k aktivitě a schopnosti řešit běžné problémy. Střední úzkost – snižuje rozsah pozornosti a vnímání. Silná úzkost – rozsah vnímání a pozornosti je soustředěn k bodu, kdy pacient není schopen řešit a pochopit problém, obvykle vyjadřuje prožívání velkého subjektivního stresu. Panická ataka – je stav vystupňované úzkosti, který provází pocit, že se člověk přestane ovládat a že ho úzkost zcela přemůže. Afektivní raptus – je

extrémně vystupňovaný afekt s prodlouženým trváním. Vybije se jako zlost, vztek nebo úzkost. Bývá spojen s psychomotorickým neklidem, poškozováním sebe a okolí. Projevuje se u nemocných s úzkostnou poruchou a v extrémně závažných situacích (25).

1.4 Strach

Rogge uvádí: „Svět beze strachu je pouhá iluze, ba dokonce naivní utopie” (str. 19, 20). Strach patří nevyhnutelně k lidskému životu. Ve stále nových obměnách nás provází od narození do smrti (19). Strach lze definovat jako emocionální stav během aktuálního nebo pouze očekávaného podnětu, který daná osoba považuje za nebezpečný nebo škodlivý. Strach je obvykle charakterizován vnitřním subjektivním zážitkem mimořádného rozrušení a je provázen řadou vegetativních reakcí. Steinferhofer doplňuje tuto skutečnost o fakt: „Strach vyvolává tělesné reakce, kterými jsme od přírody vybaveni jako obranným mechanismem.”(str. 3, 24). Bývá vždy obavou z něčeho konkrétního (25). Rozeznáváme dva druhy strachu. Strach může být racionální, tedy druhými pochopitelný, sdílený. Druhým typem je strach iracionální, který bývá pro ostatní nepochopitelný a nepřiměřený (31).

1.4.1 Situace, které mohou navodit strach

Takových situací je mnoho, mezi hlavní patří známé i neznámé věci a podněty, například zdravotnické nástroje, pomůcky a postupy. Dále jsou to situace a události, kdy lidé pociťují ohrožení, nebo jsou zavražďováni například vyprávěním zážitků ostatních pacientů. Velmi silný strach pociťují lidé z nemoci a ze smrti (11). Lidé si mohou navozovat strach sami, zaobírají-li se katastrofickými vizemi budoucnosti (25).

1.4.2 Diagnostika strachu

Strach můžeme diagnostikovat pozorováním pacienta, kdy můžeme zpozorovat ustrašený výraz, třes, pláč, pocení, bledost, tichou a nejistou komunikaci. Dalším způsobem je rozhovor, kterým zjišťujeme intenzitu a příčinu strachu, míru informovanosti pacienta a jeho očekávání s postojem. Jako další způsob můžeme využít dotazníky a posuzovací škály (25).

1.5 Trauma

Psychické trauma lze charakterizovat jako náhle vzniklá situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě. Projevuje se zejména obtížemi v emoční oblasti, traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost a smutek. Trauma rovněž ovlivňuje uvažování jedince, narušuje jeho objektivitu. Uvedené změny se projeví i v chování, které bude zaměřeno a směřováno na únik před další potenciální traumatizací, nebo bude naopak útočné a agresivní. Traumatizace může být jednorázová nebo opakovaná. Pro jedince postiženého traumatem může být tato změna životní situace zdrojem stresu, která může vyústit do posttraumatické stresové poruchy. Trauma vyvolává obdobnou fyziologickou reakci jako stres. Rozdíl je hlavně v počáteční fázi, kdy se většinou objevuje šok. Postupné uvědomění situace je provázeno různými psychickými reakcemi, které lze chápat jako subjektivně specifický způsob jejího konečného zpracování (28).

1.5.1 Časový průběh reakce na traumatizující událost

Časový průběh reakce na traumatizující událost má své určité zákonitosti, které platí jen v hrubých obrysech, protože se překrývají a jsou individuálně různé (3).

1.5.1.1 Fáze omámení a šoku

Trvá 0–36 hodin. Přednost má v tuto chvíli záchrana životů a majetku, důležitá jsou zejména protišoková opatření. Zachránění potřebují informace, hlavně stručné, jasné, nikdy ne lživé (3).

1.5.1.2 Fáze výkřiku

Trvá do tří dnů po události. Postižený bývá omámený, u někoho se projevuje netečnost, jiní se projevují někdy až přehnanou činností a čilostí. Pomoc přímým obětem by měla být stále konkrétní a věcná (3).

1.5.1.3 Fáze hledání smyslu

Trvá od tří dnů až do dvou týdnů po události, teprve v této fázi přichází vhodný čas pro naslouchání a pomoc. Lidé potřebují o události opakovaně mluvit, porozumět jí. Dále je vhodné, aby postiženým někdo naslouchal a uznal jejich prožitky a význam události. Hledání a nalézání smyslu člověk potřebuje, aby mohl mít dojem, že věcem opět rozumí a že se dějí s ohledem na něj (3).

1.5.1.4 Fáze popření a znovuprožívání

Trvá od dvou týdnů do měsíce od události. V této fázi se u některých lidí projeví posttraumatické jevy. Popření a snahy o popření se střídají s přemítáním, jak by mohlo být všechno jinak, kdyby se událost bývala nestala. Vděčnost za záchranu života a majetku bývá často překryta hněvem a pocitem křivdy (3).

1.5.1.5 Fáze posttraumatická

Trvá od jednoho měsíce do tří měsíců od události. V této fázi se většinou rozhoduje, zda člověk v posttraumatických reakcích uvízne a projeví se posttraumatická stresová porucha, nebo jestli se uzdraví a událost postupně přijme do svého života. Někteří lidé traumatickou událost nezpracují za celý život. Ostatní, kteří se s ní vyrovnají, jí začnou brát jako součást života. Velice důležitými osobami pro zpracování traumatického zážitku v této fázi jsou lidé z širší pomáhající a podpůrné sféry (3).

1.6 Krize

Psychická krize se projevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace, dlouhodobé kumulace nebo situačního nárůstu problémů. Typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů. Krize vyjadřuje existenci aktuálně nezvladatelných problémů. Stav psychické krize bývá doprovázen negativními citovými prožitky, narušením pocitu bezpečí a jistoty, objevuje se silná tenze, zoufalství, úzkost, bezmocnost a beznaděj. Úvahy mohou být zkratkovité a neadekvátní. Reakce na psychickou krizi a její zpracování probíhá v určitých fázích, které jsou podobné průběhu stresové reakce. Krizi lze chápat jako ukazatel vyhocení krizové

situace. Je to signál, že dosud používané způsoby reagování nejsou dostatečně efektivní, je proto třeba hledat nové. Zvládnutí krize spočívá v přehodnocení této situace a nalezení jiných účelnějších způsobů jednání. Baštecká zdůrazňuje: „Akutní průběh krize trvá obvykle do šesti týdnů.“ (str. 275, 3).

1.6.1 Podněty, které mohou způsobit krizi

Jsou to především podněty situační, které vzbuzují v člověku silný pocit tísně a neodkladnosti řešení. Dále jsou to životní události, o kterých lze předpokládat, že nastanou, nicméně vyžadují změnu a nové přizpůsobení. Krizi způsobují také neřešené vývojové otázky, které se objevují zejména tam, kde jsou situační problémy prožívány neobvykle silně a nejsou řešitelné krizovou intervencí. Dalšími jsou náhlé traumatizující stresory, které přesahují běžnou lidskou zkušenost a vyvolaly by pocity tísně téměř v každém. Nakonec jsou to podněty, které mají za následek zhoršení stavu u zvýšeně zranitelných lidí a které by bez zvýšené zranitelnosti zřejmě ke krizi nevedly (3).

1.7 Protektivní faktory a mechanismy zvládnání zátěžových situací

Jde o komplex faktorů, umožňující jedinci zvládnání a řešení nepříznivých zátěžových situací a přečkat je při zachované duševní rovnováze (28).

1.7.1 Frustrační tolerance

Frustrační tolerance je obecná míra odolnosti vůči zátěžovým situacím. Je to také schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, využívat pozitivních možností, vynakládat úsilí na překonání obtíží, najít nejlepší možnosti a přijatelná řešení na zvládnutí problémů. Lze ji vyjádřit i pomocí míry zátěže, jakou člověk dokáže bez velkých problémů zvládnout. Frustrační tolerance se u všech lidí nerozvíjí stejným způsobem. Proto se frustrační tolerance zkoumá z různých hledisek. Důležité je, jak jedinec zátěžové situace hodnotí a interpretuje jejich význam, jak je prožívá, zda vyvolávají úzkost a strach, zda jej zátěž aktivizuje, nebo naopak vede k rezignaci. Dalšími důležitými faktory jsou, zda si jedinec dokáže udržet kontrolu nad situací, nebo jestli dokáže využít schopnost všech

pozitivních podnětů, které se nabízejí. Je to zejména přijetí pomoci, udržení sociálních kontaktů a schopnost o problému komunikovat (28).

1.7.2 Sociální opora

Dostupná sociální opora může mít různý charakter, nejdůležitější je však opora rodiny, přátel, partnera, či širší sociální sítě, zahrnující i pomoc profesionálů. Nejdůležitější je to, aby byla opora k dispozici a aby ji jedinec dokázal rozeznat, přijmout a využít. Její absence bývá jak příčinou, tak následkem různých psychických problémů (28).

1.8 Míra odolnosti vůči zátěžím

Míra odolnosti vůči zátěžím závisí zejména na vrozených předpokladech, na dosažené úrovni vývoje, na individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním stavu. Mezi vrozené předpoklady patří celková stabilita organismu, emoční vyrovnanost, schopnost relaxovat a rychle se zotavit. Odolnost lze pozitivně ovlivňovat učením, rozvojem účelných způsobů zvládnání obtíží. Způsob, jakým člověk reaguje na zátěžové situace, vychází především z jeho individuálních zkušeností (28).

1.8.1 Obranné reakce

Obranné reakce vycházejí ze dvou základních fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou útok a únik. Cílem je udržení nebo znovuzískání psychické pohody a rovnováhy (28).

1.8.2 Útok

Je aktivní varianta, vyjadřuje tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Člověk může zaútočit na předpokládaný zdroj ohrožení, nebo se může zaměřit na náhradní objekt. Agrese může být obrácena i vůči sobě samému, někdy se objevují i sebevražedné tendence. Dispozice k agresivnímu jednání jsou vrozené, ale mohou se rozvíjet i prostřednictvím učení (28).

1.8.3 Únik

Únik z tíživé situace vyjadřuje tendenci utéci ze situace, která se zdá neřešitelná. Způsoby, jakými lze uniknout ze situace jsou různé. Může se jednat o opravdový útěk, nebo přenesení odpovědnosti za řešení problému na jiného člověka, nebo také může dojít k rezignaci (28).

1.8.4 Coping

Coping lze charakterizovat jako zvládání zátěžové situace, které je vědomou volbou určité strategie. Tato volba je závislá na hodnocení dané situace, ale i posouzení vlastních možností. Rozlišují se dva přístupy řešení. Coping zaměřený na řešení problému vychází z představy, že problém je možný řešit a že jedinec je schopen dosáhnout svého cíle. Naproti tomu coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody je vhodný na uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Tato strategie vychází z představy, že se problém nedá vyřešit, proto je nutné k němu přistupovat jinak, třeba smířením se s ním (28).

1.9 Prožitky strachu a úzkosti u pacienta

Vymětal zdůrazňuje: „Mezi pojmy strach a úzkost není přesná hranice a jejich používání je věcí konvence, zvyku, popř. jazykového citu” (str. 11, 32). Strach a úzkost zasahují celý organismus (15). Strach a úzkost jsou silně citově zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. U obou těchto prožitků jde o jednu z obranných forem organismu, v jehož pozadí stojí pud sebezáchovy. Způsob, jak jednat s pacientem, který prožívá strach a úzkost není jednoduchý. V každém případě záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání zdravotnických pracovníků, ale i rodinných příslušníků. Podstatou je psychologická péče o nemocného, která se týká rozptýlení strachu a úzkosti, a to jak osobní přítomností zdravotníka, vlídností, klidem, trpělivostí a takovým jednáním, kterým získáme důvěru nemocného. Velice účinný je dobře vedený rozhovor, kdy dáváme najevo, že máme pro pacienta pochopení, nepohrdáme jím, nepovyšujeme se, dáme mu možnost, aby o svém strachu a úzkosti mluvil, protože jedině tak se uvolní a dochází k úlevě. Mnoho problémů vyplývá často z neinformovanosti zejména o

diagnostických a terapeutických metodách, o jejich významu a účinku. Důležitou roli v omezení strachu a úzkosti hraje ve zdravotnictví i takzvaná psychologie čekárny, kde pacient čeká na vyšetření, nebo přijetí do zařízení. S pacienty, kteří patří do zvláště rizikové skupiny nadmíru bázlivých a úzkostných, jednáme se zvýšenou trpělivostí. Chováme se profesionálně a nikdy nedáme najevo odpor, netrpělivost, rozladění, které v nás jejich projevy strachu vzbuzují. Podnětem k úzkosti a strachu nemocného mohou být i různé výroky zdravotníka před pacientem. Škodlivé a nevhodné psychické působení zdravotníka na nemocného bývá označováno jako psychická iatrogenie. Jejím příčinou je nízká znalost psychologických faktorů a zákonitostí při jednání s nemocným, nedostatek zkušeností a empatie. Emoční reakce jsou v průběhu nemoci různě intenzivní, neznamena to však, že jsou vždy úměrné závažnosti onemocnění. Strach a úzkost výrazně ovlivňují citové projevy i celkový průběh nemoci, zhoršují prožívání bolesti. Intenzita strachu a úzkosti se mění vlivem mnoha okolností včetně věku. O strachu úzkosti víme, že nemusí být vždy přiměřeně funkční. Potom se stávají problémem a důvodem k terapeutické intervenci (35).

1.9.1 Nejčastější předměty strachu u pacienta

Honzák uvádí: „Strach ze smrti, ze zešílení, že člověk něco provede a další hrůzyplné pocity sice nedílně patří k projevům úzkosti ale v případě masivní úzkosti, zejména panické ataky, mohou dosahovat neuvěřitelné intenzity.“(str. 77, 6). Ujistižení takového pacienta, že mu nic není, nepůsobí proto vždy věrohodně, neboť on měl před několika minutami pocit, že se jedná o poslední chvíle jeho života (6). Nejčastějším předmětem strachu u pacienta je bolest, odloučení od svých nejbližších pobytem v nemocnici, ztráta životních možností, strach z léčení, ošetření, ale také strach ze smrti a umírání (35).

1.9.2 Úzkost u pacienta

Úzkost je v nemoci bezpředmětná, má ráz neurčitého ohrožení. Nemusí být psychickou reakcí, ale takzvaným primárním příznakem, například u plicní embolie, infarktu myokardu, angíny pectoris. Vzhledem k tomu, že úzkost nemá předmět,

nevíme, co jí působí, je neurčitá, někdy velice silná. Úzkost se často objevuje při duševních poruchách. Čím více jsou lidé úzkostliví, tím více vnímají situaci jako nebezpečnou a reagují větším strachem. Úzkost normálně přechází ve strach a naopak. Nelze je od sebe oddělit, protože se vzájemně podmiňují a splývají (35). Úzkost může být povahovým rysem, ale také může plynout i z přehnané obavy o vlastní zdraví, ale může se v ní skrývat i strach z bolesti, ze smrti a budoucnosti (13).

1.9.3 Příznaky strachu a úzkosti

Jestliže se lékař naučil poznávat příznaky strachu a úzkosti, hlavně svalové napětí ve tváři, nepravidelné dýchání, tichý hlas, pomalé tempo řeči a nejisté pohyby, dokáže určit velice rychle, že pacientovi přístupy jsou příliš emocionální, že strach a úzkost mu koukají z očí (13). Pacient reaguje také psychosociálními reakcemi, snaží se navázat kontakt, získávat informace a podporu druhých, především zdravotníků (29). Strach a úzkost mohou významně zhoršit průběh choroby (36).

1.9.4 Příčiny strachu a úzkosti

V mnoha případech má strach a úzkost mnohem hlubší příčinu, než je samotná nemoc. Onemocnění aktualizuje vnitřní rozpory v nemocném, například neschopnost snášet zátěž. U dětí a některých primitivních nemocných může úzkost nabýt formy panické reakce, která se nejčastěji projevuje zkratkovitým jednáním a chováním. Jinou formou úzkosti je fobie, což je chorobný, bezdůvodný strach z nějakého předmětu, osoby, či situace. Ve zdravotnictví se zjevuje nejčastěji nosofobie a karcinofobie. Velice rozšířeným jevem u nemocných je hypochondrie. Lidé trpící hypochondrií se obávají nemoci, nejsou si však vědomi neopodstatněnosti svého strachu. Jsou přesvědčeni, že lékaři přehlédli podstatné skutečnosti a že nerozumí jejich onemocnění. Hypochondr značně psychicky trpí. Strach a úzkost se většinou rozvíjí kromě somatické sféry i na neurotickém poli (36).

1.9.5 Zásady komunikace s pacientem, který prožívá strach a úzkost

Vždy zachováváme klidný přístup typu dospělý k dospělému, protože zvýšená péče staví nemocného do role dítěte a podporuje tak úzkostné typy chování. Je vhodné poskytnout pacientovi dostatek času na rozhovor v klidném prostředí a soukromí. Komunikujeme klidně a podáváme přesné informace, jelikož nejistota bývá dalším zdrojem úzkosti. Je potřeba nemocnému vysvětlit postupy a důvody vyšetření, léčby, či hospitalizace, navrhnout možné varianty a nechat nemocnému místo pro otázky. Pacienta podporujeme v rozhodování, umožníme mu také kontakt s blízkými, hovor s nimi zmírní pocity osamělosti, strachu a úzkosti (29). Důležitou roli hraje také neverbální komunikace, měli bychom udržovat přímý, neuhýbavý oční kontakt, užívat jen mírná a klidná gesta, která jsou pro uklidnění pacienta důležitá (13).

1.9.6 Farmakoterapie strachu a úzkosti

K farmakoterapii se užívají anxiolytika, které snižují psychické napětí, strach a úzkost. Anxiolytika se vyznačují působením anxiolytickým, hypnosedativním, myorelaxačním a antikonvulzním (22). Nejvýznamnější skupinou anxiolytik jsou benzodiazepiny (5).

1.10 Agresivní pacient

Nemoc, ale i pouhá návštěva zdravotnického zařízení může pro některého člověka znamenat velkou zátěž, která se promítne do jeho chování a jednání. Zkušení zdravotníci se postupem času naučí sledovat signály, které pacient vysílá, a svou profesionalitou umějí zvládat nelehké a problémové situace. Ne každý pacient je schopen zvládnout novou, zvláště tehdy, prožívá-li strach a úzkost. Tyto okolnosti mohou vést k nepříznivé reakci nemocného, v některých případech až k agresi (34). Neklid a agrese jsou doprovodnými příznaky u řady onemocnění a stavů. Nejčastěji jde o intoxikaci alkoholem, drogami či léky, dále jsou to poranění a záněty mozku, mozková hypoxie, hypertenzní encefalopatie, hypoglykemie, mentální retardace, deprese, schizofrenie, sexuální deviace, úzkostné poruchy (12). Agrese provázená

afektem hněvu, pocity nenávisti a vzteku může vést až k napadení a zranění zdravotníka, nebo jiného pacienta (7).

1.10.1 Projevy agrese

Agrese se projevuje emočním neklidem, kdy pacient situaci přestane zvládat a chystá se k aktivnímu projevu. Mezi takové reakce patří rozrušení, velká nervozita, nápadná gestikulace, kopání do předmětů v okolí, házení věcmi, upřený až provokující pohled do očí, nervózní pomrkávání, napětí ve tváři, nepravidelný hlasitý dech, sevřené pěsti, gesta připomínající bití a strkání do jiných osob. Agrese se projevuje také slovními projevy, hlavně urážkami, vulgarismy, výhružkami a narušení osobní zóny lékaře a sestry (34). Důležitý faktor, který bychom měli vědět je, že agresivní pacient vyžaduje až čtyřikrát více osobního prostoru než člověk, který se chová normálně (1).

1.10.2 Komunikace s agresivním pacientem

Domluva s agresivním a neklidným pacientem je složitá a vyžaduje vysokou míru profesionality. Většinou nevystačíme s obvyklými frázemi, je nutné zvládat techniky zklidnění, které se skládají z verbální i neverbální složky. K pacientovi přistupujeme čelem, cítí se tak méně ohrožen. Mnoho agresivity pramení často z úzkosti, kdy se pacient cítí v nebezpečí. Je vhodné se s pacientem posadit a hovor vést ve stejné výšce očí. Pro pacienta to bude známka, že ho nehodláme ohrožovat. Důležité je dodržovat stálý oční kontakt, vyvarovat se náhlých a prudkých pohybů a být vždy připraven bránit se (12). Nikdy však neodpovídáme na agresi protiútokem, vždy pozorně vyslechneme stížnost a zachováme akceptující postoj. Nemocného neodsuzujeme a nehodnotíme jeho chování. Můžeme vyjádřit nesouhlas s chováním nikoliv s nemocným. Je dobré projevit zájem o situaci a pokusit se získat pacientovu důvěru. Vyjádřit empatii a porozumění a snažit se hledat důvody pacientova hněvu. Pokusit se nemocnému vyhovět, pokud to nelze, klidně vysvětlíme naše stanovisko a vyjádřit pochopení s nepříjemnými následky. Vždy se přesvědčíme, zda nemocný porozuměl (34).

1.10.3 Farmakologické zklidnění agresivního pacienta

Farmakologické zklidnění vždy indikuje lékař. Nejpoužívanějšími lékovými skupinami jsou benzodiazepiny, například Apaurin a Dormicum. Při halucinacích a bludech se používají neuroleptika, například Haloperidol. U spolupracujících nemocných je možná intravenózní cesta podání, u nespolupracujících je možné intramuskulární podání. Je nutné znát nežádoucí a kumulativní účinky léků (12).

1.10.4 Fyzické omezení

Fyzické omezení vždy indikuje lékař. Jedná se o výkon bez souhlasu nemocného, jeho použití definuje zákon č. 86/1992 Sb., který říká, že fyzické omezení lze užit u osoby, která jeví známky duševní choroby a intoxikace, zároveň však zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo okolí. Fyzické omezení je nejlépe provádět za asistence policie. Je třeba provést zápis do dokumentace, způsob a důvod fyzického omezení, formu, například kurty, pásy, pouta, čas a podpis indikujícího lékaře. K fyzickému omezení se přistupuje pouze v případech, kde selhalo předchozí nenásilné jednání (12).

1.11 Psychologická pomoc lidem v ohrožení

Psychologická pomoc lidem v ohrožení je důležitá zejména jako prevence vzniku masových panických reakcí. Tato pomoc má svá pravidla a zásady. Lidé v ohrožení trpí neklidem, prožívají stavy úzkosti, jsou nedůvěřiví a mají pochybnosti. Z psychologického hlediska je mnohem horší podávat nepravdivé a zkreslené informace. S postiženým je vhodné navázat nejlépe slovní kontakt, projevíme sympatie, důvěru, empatii. Komunikujeme vážně, situaci nikdy nezlehčujeme, hovoříme jasně, srozumitelně a trpělivě. Velmi důležitou roli hraje také tělesný kontakt a mimoslovní projevy, například podání ruky, úsměv a jiná pomocná gesta. Pokud je pacient somnolentní, nebo usíná, tak ho opatrně probudíme a hovoříme na něj. Vyvolá to v něm pocit, že se o něho někdo stará a má o něho zájem (23).

1.12 Psychické reakce záchraňujících

Rozeznáváme čtyři typy reakcí záchranářů v krizových a mimořádných událostech. Do první skupiny patří lidé, kteří neprožívají žádné velké změny. Takoví jedinci jsou mimořádně výkonní při každé záchranné akci, ale všeobecně jich existuje jen velmi malé procento. Druhou skupinu charakterizuje soubor příznaků, jako je podrážděnost, třes, zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku, bledost, pocení. Schopnosti k záchraňování jsou však plně zachovány. Ve třetí skupině se objevují příznaky deprese, celkového útlumu. Hrozí zde vznik neurózy, nebo akutního vyčerpání. Výrazně zde klesá schopnost plnit stanovené úkoly. Ve čtvrté skupině se objevují kvalitativní poruchy vědomí, panické reakce, bezúčelné pohyby, někdy až nekoordinovaný útěk, dezorientace, těžko předvídatelné činy a reakce. V hraničních situacích nastává reálné riziko sebevraždy. Psychologické reakce záchranářů mohou být krátkodobé, ale mohou trvat i několik měsíců, případně zanechávají trvalé následky v psychosomatické podobě. Pro tyto reakce se používá název posttraumatická stresová porucha (23).

1.13 Posttraumatická stresová porucha

Praško uvádí: „Termín posttraumatická stresová porucha je používán pro úzkostnou poruchu, která se rozvíjí zpravidla po emoční těžké stresující události, která svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí.” (str. 37, 17). Poprvé se o takovéto poruše začalo mluvit v době první světové války. Posttraumatickou stresovou poruchou trpí miliony lidí na celém světě, kteří byli vystaveni katastrofické, nebo hrozivé události, jako jsou válka, mučení, únosy, povodně, zemětřesení, větrné smrště, požáry, přepadení, znásilnění, zneužívání v dětství, autonehody, dramatické změny zdravotního stavu. Jde o událost, která téměř u každého člověka vyvolá v době ohrožení pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci. Člověk nemusí být přímou obětí takové události, stačí, že je jí přítomen. Odborníci odhadují, že v populaci trpí posttraumatickou poruchou přes deset procent lidí. Postihuje muže i ženy a objevuje se v jakémkoli věku včetně dětství i stáří (30). Průběh této poruchy může být různý. U někoho příznaky posttraumatické stresové poruchy

odeznějí v průběhu času samy, u jiných přetrvávají mnoho let, někdy i celý život. Záleží na mnoha faktorech, jako jsou vnitřní dispozice, osobnost jedince, pomoc druhých a životní podmínky. Posttraumatická stresová porucha bývá velice často komplikována depresí a zneužíváním alkoholu a drog (16).

1.13.1 Příznaky posttraumatické stresové poruchy

Praško říká: „Typické příznaky posttraumatické stresové poruchy mohou zpočátku vypadat jako součást obvyklé reakce na ohrožující událost.“(str. 33, 16). Když tyto příznaky trvají déle jak jeden měsíc, charakterizujeme je jako příznaky posttraumatické stresové poruchy. Charakteristickými příznaky této poruchy jsou opakující se vtíravé vzpomínky a sny o příslušné události, někdy i s živými prožitky (9). Dalšími hlavními rysy posttraumatické stresové poruchy jsou úzkostné myšlenky. Lidé nejčastěji prožívají opakující se noční děsy, strach a úzkost, jsou podráždění, trpí nervozitou, tělesnými projevy, například třesem, bušením srdce, poruchami spánku, bolestmi hlavy, nechutenstvím. Vyhýbají se situacím a místům, které jim připomínají trauma (4). Postižení může být mírné, nebo natolik závažné, že ovlivňuje skoro všechny oblasti života. Symptomy se mohou objevit už bezprostředně po traumatu. Není však neobvyklý počátek symptomů s latencí měsíců až let po traumatické události (30).

1.13.2 Diagnostika posttraumatické stresové poruchy

Stanovení diagnózy se opírá o expozici postižené osoby traumatizujícímu zážitku, na který reagovala intenzivním strachem, zděšením a bezmocností. Příznaky posttraumatické stresové poruchy musí trvat déle jak jeden měsíc, aby mohla být potvrzena (4).

1.13.3 Léčba

Léčba posttraumatické stresové poruchy musí být komplexní a podle závažnosti stavu se na ní účastní mnoho specializovaných odborníků. Léčbu vyžadují nejen postižení, ale někdy i profesionální záchranáři. Včasná léčba předchází zhoršení stavu. Používají se dvě léčebné metody psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapii provádí

psychiatr, psycholog, ale i sociální pracovník, nebo vyškolený poradce. Ve farmakoterapii se užívají selektivní inhibitory vychytávání zpětného serotoninu, anxiolytika a betablokátory (4).

1.14 Vlivy působící na dětské zvládnání zátěže

Nepochybným vlivem působícím na zvládnání zátěže je bolest, její typ, intenzita, trvání v čase a její frekvence. Děti trpící bolestí jsou netrpělivé, mrzuté, prožívají úzkost a strach z neznámých lidí. Brání se ošetření, které přináší úlevu a prospěch. Velký vliv na děti mají sourozenci a rodiče. Jsou vzorem a autoritou, ukazují jak zvládnout bolestivou situaci. Jejich stres, nervozita a úzkostlivé chování v souvislosti s bolestivým prožitkem dítěte je v dané situaci negativní a následně se odráží v psychice dítěte. Tyto faktory mohou vyústit u malých dětí v maladaptivní chování. Chápání, prožívání a reagování je určováno mírou kognitivního vývoje. Významným faktorem pro reakci na bolest u dětí jsou dosavadní zkušenosti. Ovlivňují chování při bolesti a volbu strategií pro její zvládnutí. Předchozí negativní zkušenosti a prožitky s bolestí mohou zvyšovat strach a úzkost, brání také lepšímu a účinnějšímu využití zvládacích strategií (14).

2. Cíl práce a hypotézy

Cílem mé práce bylo zjistit, jak pacienti prožívají akutní krizovou situaci, jaké typy intervence jsou nejúčinnější.

3. Metodika

1.3 Použité metody výzkumu

Výzkum se skládal ze dvou fází. První fází tvořil pilotní výzkum, který byl proveden kvalitativní metodou nestandardizovaného rozhovoru na omezeném počtu pacientů a zdravotnických záchranářů. Na základě výsledků této studie byly vybrány konkrétní okolnosti a okruhy problémů, které souvisejí se strachem a úzkostí. Na jejich podkladě byl vypracován dotazník s omezeným počtem otevřených otázek, které se vztahují k daným problémům a okolnostem. Tyto dotazníky byly zpracovány formou řízeného rozhovoru s rozšířeným počtem pacientů a zdravotníků. Rozhovory byly tazatelem analyzovány a převedeny do písemné formy jednoduchých vět, aby bylo možné s těmito odpověďmi dále pracovat. Vzhledem k rozsahu studie a výpovědí respondentů uvádím jen nejpodstatnější informace. Rozhovory jsou nahrané na datovém médiu, nejsou však součástí přílohy.

1.4 Charakteristika výzkumného souboru

Soubor respondentů pilotního výzkumu tvořilo 5 zdravotnických záchranářů a 4 pacienti ošetření zdravotnickou záchrannou službou. Navazující rozšířený výzkum tvořilo 8 zdravotnických záchranářů a 8 pacientů, ošetřených zdravotnickou záchrannou službou. Výzkum probíhal v Jihočeském a Karlovarském kraji.

4. Výsledky

4.1 Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy-pilotní výzkum

Zdravotničtí záchranáři

Otázka č. 1: Při jakých zdravotních obtížích pocítují lidé nejčastěji strach a úzkost?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS

odpověď: Infarkt myokardu, plicní embolie, dušnost, úrazy. Také psychiatrickí pacienti.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Infarkt myokardu, poruchy srdečního rytmu, dušnost.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Lidé mají strach z cizího prostředí, z událostí, které budou následovat. Bojí se o své okolí, bojí se, co nastane u nich doma bez nich.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Psychiatrické indikace, psychické obtíže.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Onemocnění spojená s psychikou, psychiatrickí pacienti.

Odpovědi vcelku potvrzují očekávaný výčet událostí, které mohou způsobit strach a úzkost. Překvapivě často udávají zdravotničtí záchranáři psychické obtíže.

Otázka č. 2: Myslíte si, že lidé v akutním ohrožení pocítují zejména strach z bolesti?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS

odpověď: Ne, úzkost plyne ze strachu o život.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Při úrazu ano, při infarktu myokardu ne.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Spíše ne.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: U úrazů ano. Jinak strach z bolesti nevnímají.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Ne. Často mají strach o život samotný.

Na tuto otázku je překvapivě většina odpovědí ne. Většina zdravotnických záchranářů nepovažuje strach z bolesti za podstatný.

Otázka č. 3: Projevuje se u lidí v akutním ohrožení života strach ze smrti a umírání?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS

odpověď: Ano, lidé při vědomí mají strach.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Většina lidí je v šoku a strach nemá. Strach se projevuje často u interních onemocnění, jako jsou dušnost, infarkt myokardu, rakovina v pokročilém stádiu.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Najdou se lidé, kteří mají strach ze smrti a umírání.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Záleží na stavu vědomí. Uvědomují si to lidé hlavně v terminálních stádiích.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Pokud jsou opravdu v ohrožení života a jsou při vědomí, tak určitě ano.

Převládá odpověď ano. Strach o život považují zdravotničtí záchranáři za reálný.

Otázka č. 4: Svěřují se Vám lidé, že mají strach o rodinu a své blízké v případě jejich ohrožení?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS
odpověď: Ano. Zvláště děti. Zajímají se o zdravotní stav příbuzných, ujasňují si, jestli jde o život nebo ne.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Především strach o děti.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Lidé mají určitě strach o své blízké, kolikrát mají větší strach o majetek.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ano, hlavně matky s dětmi.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ne, nepozoruji to.

Většina zdravotnických záchranářů považuje za velmi významný strach rodičů o děti.

Otázka č. 5: Jaké formy pomoci přinášejí nemocnému úlevu od strachu a úzkosti?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS

odpověď: Farmakologická léčba, odvedení pozornosti, srozumitelné vysvětlení stavu.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Psychická pomoc, komunikace a farmakoterapie.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Často pomáhá jen rozhovor a nemusí se tento stav dále tlumit léky. Je potřeba dát člověku možnost vypovídat se.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Farmaka-Diazepam.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Lidský přístup a empatie, podáváme také léky.

Zdravotníci záchranáři vcelku shodně používají a uznávají jak farmakologické, tak psychologické ovlivnění stavu úzkosti.

Otázka č. 6: Jaké používáte léky a opatření na tlumení úzkosti?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS

odpověď: Apaurin a Diazepam.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Opiáty na bolest, Diazepam na tlumení úzkosti. Často funguje spolehlivě placebo efekt.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Střední zdravotnický personál nemůže podat sám léky bez doporučení lékaře. Výběr léků závisí na lékaři.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Diazepam.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Nejrozšířenější je Diazepam v tabletách, nebo v injekční formě.

V naprosté většině uvádějí zdravotničtí záchranáři jako lék volby Diazepam.

Otázka č. 7: Myslíte si, že samotný příjezd záchranné služby vnímá nemocný jako úlevu od strachu a bolesti, nebo jej příjezd záchranné služby ještě více stresuje?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS
odpověď: Příjezd záchranné služby zmírňuje úzkost.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Někomu se uleví, někdo má syndrom bílého pláště. Většinou se lidem uleví.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Někdo vnímá příjezd záchranné služby jako stresující okolnost. Uleví se hlavně lidem v okolí nemocného, přenesou zodpovědnost za nemocného na

profesionály. Někomu se uleví, když vidí někoho o kom si myslí, že je lékař, i když to třeba není pravda.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Většina lidí náš příjezd vnímá jako pomoc. Psychiatrickí pacienti projevují agresi.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Ve většině případů náš příjezd pomůže.

Podle názoru zdravotnických záchranářů, vnímají pacienti samotný příjezd zdravotnické záchranné služby jako pozitivní.

Otázka č. 8: Svěřují se vám pacienti při transportu, zda mají strach z nemocničního prostředí?

Respondent č. 1: J. M., muž, 28 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP, LZS

odpověď: Pacienti se někdy ptají, co bude v nemocnici následovat. Děti se hlavně ptají, jestli to bude bolet.

Respondent č. 2: P. K., muž, 27 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Málo pacientů se svěruje.

Respondent č. 3: M. J., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Ne, zažil jsem to jen jednou. Lidé o tom moc nemluví, svěrují se jen, že je jim to nepříjemné.

Respondent č. 4: R. V., muž, 34 let, praxe 15 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Ano mají strach z nemocničního prostředí, svěřují se. Hodně se bojí děti, vozíme s nimi rodiče, kteří je uklidňují. Většina lidí tuto skutečnost přijímá. Jsem zastáncem toho, aby byli lidé informováni o svém zdravotním stavu. Měli by také vědět, co bude následovat v nemocnici.

Respondent č. 5: K. S., muž 25 let, praxe 1,5 roku, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Minimálně.

Strach z nemocničního prostředí není přesvědčivě převládající.

Pacienti

Otázka č. 1: Pamatujete si na chvíli, kdy se Vám tato událost přihodila?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ne, nevzpomínám. Byl jsem v bezvědomí.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Ano pamatuji hlavně na chvíli, jak mě vytáhli hasiči.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Pamatuji si, nechci na to moc vzpomínat.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Pamatuji.

Převládá odpověď ano. Většina pacientů si pamatuje na chvíli, kdy se ocitli v ohrožení.

Otázka č. 2: Pociťoval (a) jste v tu chvíli strach a úzkost?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ne.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Hlavně jsem nevěděla, co se stalo. Strach jsem nepociťovala.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ne, spíše jsem se soustředil na to, co se mnou děje.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Ne, bylo mi hrozně zle, bylo mi všechno jedno.

Na tuto otázku jsou překvapivě všechny odpovědi ne. U pacientů převládal pocit ochromení a šoku.

Otázka č. 3: Pamatujete si na nejdominantnější zážitek z té události?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ano, probudil jsem se v sanitě, nevěděl jsem co se děje.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Ano, probrali mě hasiči. Vzpomínám na to, jak kolem pobíhali, jaké měly helmy. Vzpomínám si také na to, že jsem zvracela. Manžel seděl vedle mě a byl v bezvědomí.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ano, jak pro mě přijela záchranná služba, a dostal jsem injekce.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Pamatuji si, že jsem se hrozně zpotila. Bylo to asi tou bolestí.

Všichni pacienti se v odpovědi shodují, pamatují si na nejdominantnější zážitek.

Otázka č. 4: Trpěl (a) jste bolestí?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ano, až když jsem se probral.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Ano, trpěla jsem velikou bolestí. Bolela mě hrozně hlava a záda.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ano trpěl.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Ano, strašnou bolestí.

Všichni pacienti udávají, že trpěli bolestí.

Otázka č. 5: Pomyslel (a) jste v tu chvíli na smrt?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ne.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Ne, byla jsem úplně mimo, nebyla jsem schopná všechno kolem vnímat.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ne.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Ano, myslela jsem si, že umírám. Nemohla jsem se bolestí ani pohnout.

Převládá odpověď ne. Překvapivá většina pacientů nepomyslela na smrt.

Otázka č. 6: Pociťoval (a) jste strach ze smrti?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ne.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Ne.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ne, spíše jsem měl strach z toho, co se bude dít dál. Strach ze smrti jsem neměl. Byl jsem mimo.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Ne.

Všichni pacienti se překvapivě shodují, že nepociťovali strach ze smrti.

Otázka č. 7: Jak na Vás zapůsobil příjezd zdravotnické záchranné služby?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Při příjezdu záchranné služby jsem byl v bezvědomí, probudil jsem se, až když mě odváželi. Měl jsem strach, nevěděl jsem co se děje.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Určitě se mi ulevilo. Pociťovala jsem jistotu.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ulevilo se mi.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: V té chvíli jsem vůbec na nic nemyslela, bylo mi úplně všechno jedno.

Většina pacientů hodnotí příjezd zdravotnické záchranné služby jako pozitivní.

Otázka č. 8: Ulevilo se Vám při transportu do nemocničního prostředí?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ano ulevilo.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Ano ulevilo se mi.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ulevilo se mi. Při transportu už mi ustupovala bolest.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Ano ulevilo, dostala jsem injekci proti bolesti.

Všichni pacienti se v odpovědi shodují. Při transportu se jim ulevilo, přestali pociťovat bolest.

Otázka č. 9: Pociťoval (a) jste strach a úzkost z nemocničního prostředí a hospitalizace?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Ano, měl jsem strach. Bojím se nemocnic.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Mám z hospitalizace strach, je to pro mě vždycky trauma.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Ne.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: No strach ne, spíš takovou úzkost z toho co bude následovat.

Nejednoznačné odpovědi. Polovina pacientů odpovídá ano, polovina spíše ne.

Otázka č. 10: Myslíte si, že by se zdravotnická záchranná služba měla snažit zmírnit strach a úzkost pacientů a jakým způsobem? Slovním ujištěním nebo léky?

Respondent č. 1: V. S., muž, 50 let, autonehoda

odpověď: Myslím si, že zmírnit strach a úzkost nejde.

Respondent č. 2: H. S., žena, 45 let, autonehoda

odpověď: Myslím si, že pokud má někdo opravdu velký strach a úzkost, tak to zmírnit moc nejde.

Respondent č. 3: V. Š., muž, 75 let, infarkt myokardu

odpověď: Nevím.

Respondent č. 4: H. K., žena, 41 let, náhlá příhoda břišní (podezření na mimoděložní těhotenství)

odpověď: Asi ano, ale myslím si, že pokud je někdo opravdu v akutním ohrožení, tak strach nevnímá.

Polovina pacientů si myslí, že zmírnit strach a úzkost nejde, nebo neví. Ostatní souhlasí.

4.2 Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy-rozšiřující výzkum

Zdravotničtí záchranáři

Otázka č. 1: Myslíte si, že strach a úzkost u pacientů ovlivňuje významně jejich stav? Je potřeba se touto problematikou zabývat?

Respondent č. 1: V. H., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Ano strach a úzkost ovlivňuje stav pacientů, je důležité se tím zabývat.

Respondent č. 2: T. S., muž, 35 let, praxe 10 let, řidič-záchranář RZP, RLP

odpověď: Ano, pacienti jsou strachem a úzkostí ovlivněni často, je důležité o těchto problémech vědět.

Respondent č. 3: E. B., žena, 45 let, praxe 8 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Ano. Je důležité se těmito problémy zabývat.

Respondent č. 4: P. P., muž, 28 let, praxe 3 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP

odpověď: Ano, na pacienty má velký vliv psychika. Je důležité na to myslet.

Respondent č. 5: R. T., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ano, ale spíše ovlivňuje jejich chování a reakce.

Respondent č. 6: J. R., muž, 27 let, praxe 3 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Určitě ano. Psychika zde hraje velkou roli. Je potřeba se těmito problémy zabývat.

Respondent č. 7: M. H., muž, 24 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ano, strach u pacientů zhoršuje jejich celkový stav. Je potřeba, aby o tom zdravotníci věděli a uměli tyto situace zvládat.

Respondent č. 8: D. Z., muž, 30 let, praxe 7 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Strach a úzkost zpravidla zhoršují stav pacienta, ale není to tak vždycky.

Všichni zdravotničtí záchranáři se shodují na tom, že strach a úzkost jsou významnými faktory ovlivňující stav pacienta.

Otázka č. 2: Je Váš postup při jednání v situacích, ve kterých se setkáte se strachem a úzkostí u pacientů výsledkem Vaší profesní přípravy při studiu, nebo je daný Vašimi osobními zkušenostmi?

Respondent č. 1: V. H., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Můj postup je dán osobními zkušenostmi.

Respondent č. 2: T. S., muž, 35 let, praxe 10 let, řidič-záchranář RZP, RLP
odpověď: Řídím se podle osobních zkušeností.

Respondent č. 3: E. B., žena, 45 let, praxe 8 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Pouze mými zkušenostmi.

Respondent č. 4: P. P., muž, 28 let, praxe 3 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Spíše zkušenostmi, ve škole se tato problematika neprobírala dostatečně.

Respondent č. 5: R. T., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Spíše zkušenostmi. Praxe je vždy jiná než teorie, kterou jsem se učil ve škole.

Respondent č. 6: J. R., muž, 27 let, praxe 3 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Jednám na základě mých zkušeností z praxe.

Respondent č. 7: M. H., muž, 24 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Při studiu jsem byl o této problematice informován. Čerpám ze svých zkušeností.

Respondent č. 8: D. Z., muž, 30 let, praxe 7 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Škola mi dala základní informace, řídím se zkušenostmi.

Všichni zdravotničtí záchranáři se jednoznačně shodují. V situacích při kterých se potýkají se strachem a úzkostí u pacientů jednají na základě osobních zkušeností.

Otázka č. 3: Myslíte si, že by součástí přípravy zdravotnických záchranářů měla být i speciální instruktáž o zvládnání strachu a úzkosti u pacientů?

Respondent č. 1: V. H., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Určitě ano.

Respondent č. 2: T. S., muž, 35 let, praxe 10 let, řidič-záchranář RZP, RLP
odpověď: Myslím si, že ano.

Respondent č. 3: E. B., žena, 45 let, praxe 8 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ano.

Respondent č. 4: P. P., muž, 28 let, praxe 3 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ano, je to velice důležité. Pokud je zdravotník dobře připraven, zvládá pak lépe tyto situace a může výrazně ovlivnit i psychický stav pacienta.

Respondent č. 5: R. T., muž, 24 let, praxe 2 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Určitě ano. Na tuto problematiku se ve školách dost zapomíná.

Respondent č. 6: J. R., muž, 27 let, praxe 3 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ano, tuto možnost bych uvítal.

Respondent č. 7: M. H., muž, 24 let, praxe 4 roky, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Myslím si, že ano. Schopnost zvládnutí nepříznivé situace s pacientem, který prožívá strach a úzkost je známkou profesionálního jednání.

Respondent č. 8: D. Z., muž, 30 let, praxe 7 let, zdravotnický záchranář RZP, RLP
odpověď: Ano, je to důležité umět tyto situace zvládat. Kladl bych větší důraz na komunikaci s pacienty.

Všichni zdravotničtí záchranáři pokládají za důležité, aby speciální instruktáž o zvládnutí strachu a úzkosti u pacientů byla součástí profesní přípravy zdravotnických záchranářů.

Pacienti

otázka č. 1: Myslíte si, že strach a úzkost při náhle vzniklém akutním stavu ohrožujícím zdraví ovlivňuje celkový stav pacienta?

Respondent č. 1: V. B., muž, 67 let, infarkt myokardu

odpověď: Ano.

Respondent č. 2: L. Š., žena, 23let, ledvinová kolika

odpověď: Spíše ovlivní jeho chování a reakce.

Respondent č. 3: I. V., žena, 30let, autonehoda

odpověď: Ano.

Respondent č. 4: A. K., žena, 22 let, kolaps s neurologickými příznaky

odpověď: Určitě ano.

Respondent č. 5: M. Š., žena, 44 let, náhlá dušnost

odpověď: Ano.

Respondent č. 6: V. O., muž, 36 let, autonehoda

odpověď: Asi ano.

Respondent č. 7: J. D., žena, 38 let, autonehoda

odpověď: Asi ano.

Respondent č. 8: P. J., muž, 27 let, hypoglykemické kóma

odpověď: Ano.

Pacienti se ve většině případů shodují na tom, že strach a úzkost při náhle vzniklém akutním stavu ohrožujícím zdraví ovlivňuje celkový stav pacienta.

Otázka č. 2: Když si vzpomenete na vaši příhodu a zásah zdravotnické záchranné služby: Co bylo Vaším hlavním pocitem? Udejte 2 hlavní pocity.

- a) strach o život
- b) strach z bolesti
- c) strach z neznáma
- d) strach o rodinu
- e) strach ze ztráty pracovní schopnosti, z invalidity
- f) obavy z budoucnosti, z toho co bude následovat

Respondent č. 1: V. B., muž, 67 let, infarkt myokardu

odpověď: Strach z neznáma a strach o rodinu.

Respondent č. 2: L. Š., žena, 23let, ledvinová kolika

odpověď: Strach z bolesti a obavy z toho, co bude následovat.

Respondent č. 3: I. V., žena, 30let, autonehoda

odpověď: strach z neznáma, obavy z budoucnosti, z toho co bude následovat.

Respondent č. 4: A. K., žena, 22 let, kolaps s neurologickými příznaky

odpověď: Strach z neznáma, strach z budoucnosti, z toho co bude následovat.

Respondent č. 5: M. Š., žena, 44 let, náhlá dušnost

odpověď: Strach z neznáma, obavy z budoucnosti, z toho co bude následovat.

Respondent č. 6: V. O., muž, 36 let, autonehoda

odpověď: Strach z neznáma a strach o rodinu.

Respondent č. 7: J. D., žena, 38 let, autonehoda

odpověď: Já jsem strach nepociťovala, byla jsem v šoku. V nemocnici jsem pocíťovala strach z neznáma a obavy z budoucnosti, z toho co bude následovat.

Respondent č. 8: P. J., muž, 27 let, hypoglykemické kóma

odpověď: Mě záchranná služba vozí často, tak už vím, co bude následovat. Trápí mě strach ze ztráty pracovní neschopnosti, z invalidity a obavy z budoucnosti, z toho co bude následovat.

Podle výsledků z pilotního výzkumu nerozlišují pacienti pojmy strach a úzkost. Pacienti označovali nejčastěji odpovědi strach z budoucnosti a z toho, co bude následovat. Tyto odpovědi ukazují na to, že pacienti prožívají úzkost, která je zde formulována jako strach z neznámého a z toho, co bude následovat.

Otázka č. 3: Pomohla posádka zdravotnické záchranné služby ve Vašem případě rozptýlit strach a obavy?

Respondent č. 1: V. B., muž, 67 let, infarkt myokardu

odpověď: Ano, pomohli mi.

Respondent č. 2: L. Š., žena, 23let, ledvinová kolika

odpověď: Celkem ano, vše bylo velmi rychlé, ale byli milí a profesionální.

Respondent č. 3: I. V., žena, 30let, autonehoda

odpověď: Ani ne.

Respondent č. 4: A. K., žena, 22 let, kolaps s neurologickými příznaky

odpověď: Lékař ano, ostatní členové posádky ne.

Respondent č. 5: M. Š., žena, 44 let, náhlá dušnost

odpověď: Ano byli příjemní, vše mi vysvětlili.

Respondent č. 6: V. O., muž, 36 let, autonehoda

odpověď: Ano, jejich jednání mě uklidnilo.

Respondent č. 7: J. D., žena, 38 let, autonehoda

odpověď: Strach jsem nepocítovala. Záchranáři se mi snažili uklidnit, ale já to moc nevnímala.

Respondent č. 8: P. J., muž, 27 let, hypoglykemické kóma

odpověď: Jak kdy. Záleží na lidech, kteří přijeli. Někteří jsou profesionální a někteří se nechovají tak, jak by měli.

Posádka zdravotnické záchranné služby pomohla více jak polovině pacientů rozptýlit strach a úzkost. Ostatní respondenti tuto pomoc hodnotí negativně, nebo pomoc vzhledem ke zdravotnímu stavu nevnímali.

Otázka č. 4: Uvítal (a) byste větší slovní kontakt a poučení, jednoduše řečeno, kdyby s Vámi zdravotničtí záchranáři více hovořili?

Respondent č. 1: V. B., muž, 67 let, infarkt myokardu

odpověď: Ano uvítal.

Respondent č. 2: L. Š., žena, 23let, ledvinová kolika

odpověď: Ano, komunikace je důležitá a většina zdravotníků s ní až moc šetří.

Respondent č. 3: I. V., žena, 30let, autonehoda

odpověď: Byla jsem v šoku, když mě převáželi, okolí jsem nevnímala.

Respondent č. 4: A. K., žena, 22 let, kolaps s neurologickými příznaky

odpověď: Ano, uvítala bych to.

Respondent č. 5: M. Š., žena, 44 let, náhlá dušnost

odpověď: Se mnou komunikovali hodně, poučení bylo dostatečné.

Respondent č. 6: V. O., muž, 36 let, autonehoda

odpověď: V mém případě bylo všechno pořádku.

Respondent č. 7: J. D., žena, 38 let, autonehoda

odpověď: Ani ne, oni se snažili se mnou komunikovat, já je nestíhala moc vnímat.

Respondent č. 8: P. J., muž, 27 let, hypoglykemické kóma

odpověď: Většinou se mnou komunikovali dost. Zažil jsem ale také posádky, které se mnou promluvili minimálně.

Pouze 3 pacienti by uvítali větší slovní kontakt ze strany zdravotnických záchranářů. Ostatní pacienti byli s komunikací spokojeni a situaci hodnotí pozitivně.

Otázka č. 5: Uvítal (a) byste větší tělesný kontakt ze strany zdravotnických záchranářů? (například pohlazení, podání ruky, obejmutí kolem ramen)

Respondent č. 1: V. B., muž, 67 let, infarkt myokardu

odpověď: Ano, člověku to pomůže. Je to důležité u dětí.

Respondent č. 2: L. Š., žena, 23let, ledvinová kolika

odpověď: Záleží na zdravotním stavu a také na formě kontaktu, někdy může být pohlazení po ruce vhodné, jindy třeba ne. Ne každému je to příjemné.

Respondent č. 3: I. V., žena, 30let, autonehoda

odpověď: Ano.

Respondent č. 4: A. K., žena, 22 let, kolaps s neurologickými příznaky

odpověď: Mě by to bylo nepříjemné. Záleží na situaci.

Respondent č. 5: M. Š., žena, 44 let, náhlá dušnost

odpověď: V mém případě to nebylo zapotřebí. Myslím, že je to důležité u dětí.

Respondent č. 6: V. O., muž, 36 let, autonehoda

odpověď: V některých případech to má svůj význam.

Respondent č. 7: J. D., žena, 38 let, autonehoda

odpověď: Ani ne. Myslím, že záleží na psychickém stavu pacienta. Pro některé lidi je to důležité. Někomu to však nemusí být příjemné.

Respondent č. 8: P. J., muž, 27 let, hypoglykemické kóma

odpověď: Asi ano.

Odpovědi jsou nejednoznačné a rozporuplné. Intímnější kontakt ze strany zdravotnických záchranářů je složitější problém. Nejlepší metodou tlumení strachu a úzkosti je vhodná komunikace, rozptýlení pozornosti a farmakoterapie.

5. Diskuse

Pilotní výzkum sloužil jako prvotní vhled do dané problematiky. Některé otázky byly položeny nevhodně, např. otázka č. 8 u záchranářů, na kterou byly odpovědi velmi nejednoznačné. Některé otázky, např. otázka o farmakoterapii u záchranářů se ukázaly jako zbytečné, protože odpovědi byly zcela totožné a další výzkum by nevedl k žádným novým poznatkům. Pilotní průzkum ukázal, že jak pacienti, tak záchranáři si jsou vědomi, že strach a úzkost jsou významnými činiteli v situacích akutního ohrožení. Toto zjištění je zcela v souladu s teorií a uváděnou literaturou. Odpovědi pacientů na otázky pilotního výzkumu naznačují, že nerozlišují mezi strachem a úzkostí. Tuto domněnku jsem chtěla ověřit v rozšířeném výzkumu. Proto je jedna z otázek formulována tak, aby bylo objasněno, zdali je dominantní konkrétní strach nebo úzkost. V případě rozšířeného výzkumu u záchranářů jsem považovala za vhodné se zaměřit na jejich osobní postoj k jejich úloze a kompetenci. Na základě analýzy odpovědí v rozšiřujícím výzkumu lze formulovat některé závěry a doporučení.

6. Závěr

Cíl práce byl splněn. Pacienti prožívají v kritických situacích a akutních stavech spíše úzkost. Nejúčinnější typy intervence u pacientů, kteří prožívají strach a úzkost je farmakoterapie, odvedení pozornosti a komunikace.

Zdravotničtí záchranáři

Lze vyslovit závěr, že většina profesionálních zdravotnických záchranářů si uvědomuje význam strachu a úzkosti u pacientů v kritických situacích. Jejich vlastní jednání je řízeno především osobními zkušenostmi, nikoliv profesní přípravou při studiu. Jako součást přípravy by ocenili speciální instruktáž o zvládání strachu a úzkosti. Tyto výsledky mně dovolují formulovat doporučení k určité modifikaci profesní přípravy zdravotnických záchranářů ve smyslu zdůraznění a vyčlenění speciálně psychologického výcviku nebo instruktážního kurzu. Na základě provedeného výzkumu byla stanovena **hypotéza č. 1: Zdravotničtí záchranáři jednají s pacienty v krizových situacích a akutních stavech na základě osobních zkušeností.**

Pacienti

Také pacienti si uvědomují ovlivnění zdravotního stavu strachem a úzkostí. Pacienti nerozlišují pojmy strach a úzkost, prožívají ve většině případů úzkost. Úzkost označují jako strach z neznámého a z toho, co bude následovat. Odpovědi pacientů zdůrazňují důležitost komunikace ze strany zdravotnických záchranářů. Posádka zdravotnické služby pomohla většině pacientů rozptýlit strach a obavy. Většina pacientů byla s komunikací spokojena. Lze formulovat závěr, že vhodná komunikace, rozptýlení pozornosti a farmakoterapie jsou nejlepší formy intervence v situacích, které ohrožují život, nebo zdraví. Zdá se, že by bylo vhodné ještě rozšířit informaci pacientům o konkrétní vysvětlení dalšího postupu, vyšetření, léčby apod. Snad u dětí by mohl být pozitivní intenzivnější tělesný kontakt. Z výsledků výzkumu byla stanovena **hypotéza č. 2: Pacienti nerozlišují pojmy strach a úzkost.**

7. Literatura

1. ADAMS, B. HAROLD C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Přel. I. Suchardová. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. Přel. z: Expert Rapid Response. ISBN 80-7169-893-8.
2. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
3. BAŠTECKÁ, B. GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Vyd.1. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
4. DOBIÁŠ, V. a kol. *Přednemocničná urgentná medicína*. Vyd.1. Martin: Osvěta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
5. HAMPL, P. PALEČEK, J. *anxiolytika*. [on-line]. [cit. 2008-18-2]. Dostupné z: http://vydavatelstvi.vscht.cz/knihy/uid_/pdf/140.pdf ISBN 80-70-7080-495-5.
6. HONZÁK, R. a kol. *Úzkostný pacient*. Vyd.1. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
7. JINDRÁKOVÁ, E. *Agresivní pacient*. [on-line]. [cit. 2008-21-2]. Dostupné z: <http://www.nemostrov.cz/dokumenty-stazeni/kon-psy/pred-psy-05.pdf>
8. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd.3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
9. KENNERLEY, H. *Jak zvládat úzkostné stavy*. Přel. Petr Možný. Vyd.1. Praha: Portál, 1998. 192 s. ISBN 80-7178-266-1.
10. KOPISTA, P. KOPISTOVÁ, H. *Obecný model úzkostného stavu*. [on-line]. [cit. 2008-15-3]. Dostupné z: http://www.uzkost.cz/model_uzk.htm
11. KOŘENOVÁ, D. *Terapie strachu. Moje zdraví: populárně-naučný zdravotnický časopis*. Praha: Mladá fronta 2006, roč. 4, č. 2, s. 44-45 ISSN 1214-3871.
12. KŘÍŽOVÁ V, KŘÍŽ, P. *Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské obory*. [on-line]. [cit.2008-13-2]. Dostupné z: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=274000>

13. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Vyd.1. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
14. MAREŠ, J. *Dítě a bolest*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 1997. 305s. ISBN 80-7169-267-0.
15. PRAŠKO, J. a kol. *Sociální fobie*. Vyd.1. Praha: Portál, 2005. 136 s. ISBN 80-7367-031-3.
16. PRAŠKO, J. a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Vyd.1. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-811-2.
17. PRAŠKO, J. a kol. *Úzkost a obavy*. Vyd.1. Praha: Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8.
18. PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2001. 188 s. ISBN 80-247-00689-9.
19. RIEMANN, F. *Základní formy strachu*. Přel. E. Bosáková. Vyd.1. Praha: Portál, 1999. 200 s. Přel. z: Gruformen der Angst. ISBN 80-7178313-7.
20. ROGGE, J. U. Přel. J. Vrátilová. *Dětské strachy a úzkosti*. Vyd.1. Praha: Portál, 1999. 216 s. Přel. z: Kinder haben ängste. ISBN 80-7178-237-8.
21. SCHREIBER, V. *Lidský stres*. Vyd.2. upravené. Praha: Academia, 2000. 106 s., ISBN 80-200-0240-5.
22. SIXTUS, H. *Farmakologie v kostce*. Vyd.2. Praha: Triton, 2001. 520s. ISBN 80-7254-181-1.
23. STANKOVÁ, V. KOVALČÍK, J. *Psychologické aspekty medicíny hromadných neštěstí a katastrof. Rescue report: časopis pro záchranáře, hasiče, policisty a krizové managery*. Brno: Ikaria 2007, č. 4/2007, s. 28-31 ISSN 1212-0456.
24. STIEFENHOFER, M. *Když má vaše dítě strach*. Přel. Z. Andršová. Vyd.1. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. 47 s. Přel. z: 55 Tipps, wenn Ihr Kind Angst hat. ISBN 80-7200-651-7.
25. ŠLAISOVÁ, I. *Komunikace v ošetrovatelství, 2. díl, úzkost a strach pacienta*. Florence: časopis moderního ošetrovatelství [on-line]. [cit. 2008-15-2]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=45>

26. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2004. 132 s. ISBN 80-247- 0888-4.
27. ULČ, I. a kol. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-790-7.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd.3. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004; 870 s., ISBN 80-7178-802- 3.
29. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd.1. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
30. VIZINOVÁ, D. PREISS, M., *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Vyd.1. Praha: Portál, 1999. 160 s. ISBN 80-7178-284-X.
31. VYMĚTAL J. a kol. *Speciální psychoterapie*. Vyd.1. Praha: J. Kocourek, 2000. 481 s. ISBN 80-861123-15-4.
32. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Vyd.1. Praha: Portál, 2004. 184 s. ISBN 80-7178-830-9.
33. WIKIPEDIE. *Druhy stresu*. Otevřená encyklopedie [on-line]. [cit. 2008-16-2]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>
34. ZACHAROVÁ, E. *Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi*. Florence: časopis moderního ošetrovatelství. [on-line]. [cit. 2008-29-2]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=568>
35. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
36. ZACHAROVÁ, E. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory*. Vyd.1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7368-334-4.

8. Klíčová slova

- **strach**
- **úzkost**
- **stres**
- **posttraumatická stresová porucha**
- **psychická krize**
- **psychická zátěž**

9. Přílohy

Příloha č. 1 Pilotní výzkum

Otázky pro zdravotnické záchranáře

- otázka č. 1: Při jakých zdravotních obtížích pocít'ují lidé nejčastěji strach a úzkost?
- otázka č. 2: Myslíte si, že lidé v akutním ohrožení pocít'ují zejména strach z bolesti?
- otázka č. 3: Projevuje se u lidí v akutním ohrožení života strach ze smrti a umírání?
- otázka č. 4: Svěřují se Vám lidé, že mají strach o rodinu a své blízké v případě jejich ohrožení?
- otázka č. 5: Jaké formy pomoci přinášejí nemocnému úlevu od strachu a úzkosti?
- otázka č. 6: Jaké používáte léky a opatření na tlumení úzkosti?
- otázka č. 7: Myslíte si, že samotný příjezd záchranné služby vnímá nemocný jako úlevu od strachu a bolesti, nebo jej příjezd záchranné služby ještě více stresuje?
- otázka č. 8: Svěřují se vám pacienti při transportu, zda mají strach z nemocničního prostředí?

Otázky pro pacienty

otázka č. 1: Pamatujete si na chvíli, kdy se Vám tato událost přihodila?

otázka č. 2: Pociťoval (a) jste v tu chvíli strach a úzkost?

otázka č. 3: Pamatujete si na nejdominantnější zážitek z té události

otázka č. 4: Trpěl (a) jste bolestí?

otázka č. 5: Pomyslel (a) jste v tu chvíli na smrt?

otázka č. 6: Pociťoval (a) jste strach ze smrti?

otázka č. 7: Jak na Vás zapůsobil příjezd zdravotnické záchranné služby?

otázka č. 8: Ulevilo se Vám při transportu do nemocničního prostředí?

otázka č. 9: Pociťoval (a) jste strach a úzkost z nemocničního prostředí a hospitalizace?

otázka č. 10: Myslíte si, že by se zdravotnická záchranná služba měla snažit zmírnit strach a úzkost pacientů a jakým způsobem? Slovním ujištěním nebo léky?

Příloha č. 2 Rozšiřující výzkum

Otázky pro zdravotnické záchranáře

- otázka č. 1: Myslíte si, že strach a úzkost u pacientů ovlivňuje významně jejich stav?
Je potřeba se touto problematikou zabývat?
- otázka č. 2: Je Váš postup při jednání v situacích, ve kterých se setkáte se strachem a úzkostí u pacientů výsledkem Vaší profesní přípravy při studiu, nebo je daný Vašimi osobními zkušenostmi?
- otázka č. 3: Myslíte si, že by součástí přípravy zdravotnických záchranářů měla být i speciální instruktáž o zvládnání strachu a úzkosti u pacientů?

Otázky pro pacienty

- otázka č. 1: Myslíte si, že strach a úzkost při náhle vzniklém akutním stavu ohrožujícím zdraví ovlivňuje celkový stav pacienta?
- otázka č. 2: Když si vzpomenete na vaši příhodu a zásah zdravotnické záchranné služby: Co bylo Vaším hlavním pocitem? Udejte 2 hlavní pocity.
- a) strach o život
 - b) strach z bolesti
 - c) strach z neznáma
 - d) strach o rodinu
 - e) strach ze ztráty pracovní schopnosti, z invalidity
 - f) obavy z budoucnosti, z toho co bude následovat
- otázka č. 3: Pomohla posádka zdravotnické záchranné služby ve Vašem případě rozptýlit strach a obavy?
- otázka č. 4: Uvítal (a) byste větší slovní kontakt a poučení, jednoduše řečeno, kdyby s Vámi zdravotničtí záchranáři více hovořili?
- otázka č. 5: Uvítal (a) byste větší tělesný kontakt ze strany zdravotnických záchranářů? (například pohlazení, podání ruky, obejmutí kolem ramen)