

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ. o.p.s., PRAHA 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S GENERALIZOVANOU  
ÚZKOSTNOU PORUCHOU**

Bakalářská práce

Adéla Procyková, Dis

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Procyková Adéla  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

*Ošetrovatelský proces u pacientky s generalizovanou úzkostnou  
poruchou*

*The Nursing Process in the Case of a Patient with General Anxiety  
Disorder*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne 2. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: .....

.....

*Podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla vyjádřit poděkování vedoucí mé bakalářské práce paní doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD. MPH za cenné připomínky, rady při realizaci práce, trpělivost a ochotný přístup. Dále bych chtěla poděkovat mé nejbližší rodině za podporu během studia a za umožnění studia na této škole.

## ABSTRAKT

PROCYKOVÁ, Adéla. *Ošetrovatelský proces u pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH. Praha 2016. 62 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou. Teoretická část bakalářské práce popisuje vymezení pojmu úzkosti a strachu, úzkostných poruch, procesy změn jednotlivých psychických funkcí a metody zvládání životních těžkostí. Dále je charakterizováno dané onemocnění, jeho příčiny, příznaky, prognózy a léčby. Praktická část popisuje ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou. Informace jsou získané od pacientky vlastním pozorováním, z ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Na základě nasbíraných informací jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II 2012-2014. Dle diagnóz byl vytvořen ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče. V závěru bakalářské práce lze nalézt zhodnocení stanovených cílů a posouzení celkového stavu dané pacientky.

### **Klíčová slova**

Úzkost. Strach. Úzkostné poruchy. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelské diagnózy. Intervence. Pacient.

## **ABSTRACT**

PROCYKOVÁ ADÉLA: The Nursing Process in the Case of a Patient with General anxiety Disorder. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.)

Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH. Praha 2016. 62 pages.

The theme of the bachelor thesis is nursing process in the Case of a Patient with Generalized Anxiety Disorder. The theoretical part of bachelor thesis describes the definition of anxiety and fear, anxiety disorders, process of changes in individual mental functions and methods of coping with life difficulties. Further is characterized the disease, its causes, symptoms, prognosis and treatments. The practical part describes nursing process of specific patient with generalized anxiety disorder. Information is obtained from the patient's own observation and nursing and medical documentation. Based on the collected information have been determined nursing diagnosis according to NANDA Taxonomy II 2012-2014. According to the diagnoses, there was created a nursing plan, realization and evaluation of nursing care. In the conclusion of the bachelor thesis can be found appreciation of determined objectives and assessment of the overall condition of the patient.

### **Keywords**

Anxiety. Fear. Anxiety disorders. Nursing process. Nursing diagnosis. Intervention. Patient.

## **SEZNAM TABULEK**

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

## **SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>1 STRACH A ÚZKOST .....</b>	<b>14</b>
1.1 STRACH.....	15
1.2 PŮVOD STRACHU .....	16
1.3 ÚZKOST.....	17
1.4 PACIENT A ÚZKOST .....	18
<b>2 ÚZKOSTNÉ PORUCHY .....</b>	<b>19</b>
2.1 NEJČASTĚJŠÍ ÚZKOSTNÉ PORUCHY .....	20
<b>3 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA.....</b>	<b>22</b>
3.1 PŘÍČINY GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	23
3.2 TYPICKÉ PŘÍZNAKY GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	24
3.3 PRŮBĚH A PROGNOZA.....	25
3.4 MOŽNOSTI LÉČBY .....	25
<b>4 ZMĚNY PSYCHICKÝCH FUNKCÍ .....</b>	<b>28</b>
4.1 ZMĚNY V KOGNITIVNÍ A EMOCIONÁLNÍ OBLASTI.....	28
4.2 ZMĚNY V ŽIVOTNÍ ORIENTACI .....	29
<b>5 TAKTIKY ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH TĚŽKOSTÍ.....</b>	<b>30</b>
5.1 METODY PRO ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH TĚŽKOSTÍ.....	30
<b>6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S GENERALIZOVANOU ÚZKOSTNOU PORUCHOU.....</b>	<b>32</b>

6.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	32
6.2	ANAMNÉZA.....	34
6.3	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 4. 1. 2016.....	36
6.4	ZHODNOCENÍ PACIENTA POMOCÍ MODELU MARJORY GORDON.....	37
6.5	MEDICÍNSKÝ MANAGMENT .....	40
6.6	SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 4. 1. 2016.....	42
6.7	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	43
6.8	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	57
<b>7</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>58</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>60</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Základní údaje o pacientce .....	32
Tabulka 2: Posouzení celkového stavu .....	33
Tabulka 3: Chronická farmakologická léčba .....	35
Tabulka 4: Posouzení fyzického stavu pacienta .....	36
Tabulka 5: Laboratorní výsledky .....	40
Tabulka 6: Laboratorní výsledky .....	41
Tabulka 7: Laboratorní výsledky .....	41
Tabulka 8: Laboratorní výsledky .....	42

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>GAD</b>	generalizovaná úzkostná porucha
<b>GABA</b>	kyselina-gama-aminomáselná
<b>DNA</b>	deoxyribonukleová kyselina
<b>SSRI</b>	antidepresivum (paroxetin)
<b>SNRI</b>	antidepresivum (venlafaxin)
<b>NaSSA</b>	antidepresivum (mirtazapin)

(VOKURKA, HUGO a kol., 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Psychofarmaka</b>	látky ovlivňující duševní činnosti lidí vysoce návykové léky, které snižují nebo odstraňují pocit deprese
<b>Nucleus caudatus</b>	mozkové jádro uvnitř hemisféry velkého mozku
<b>Anxiolytika</b>	léky proti chorobným stavům úzkost
<b>Antiepileptikum</b>	léky proti epilepsii
<b>Tachykardie</b>	zvýšená tepová frekvence
<b>Hyperventilace</b>	rychlejší a mělké dýchání neklid, provázený často zvýšenou pohybovou aktivitou

(VOKURKA, HUGO a kol., 2009)

# ÚVOD

Generalizovaná úzkostná porucha patří mezi nejčastější úzkostné poruchy. Základním rysem tohoto onemocnění je chronická volně plynoucí úzkost, typické jsou nadměrné obavy a starosti týkající se kteréhokoliv aspektu života.

Lidé se denně setkávají se situacemi, které mohou do jejich života vnášet úzkost, strach, obavy a ty jsou následně provázeny stresem. Každý z nás jsme jiný a situace, které jsou pro nás náročné mohou pro někoho být více či méně stresující.

Úzkost můžeme považovat za běžný stav organismu, a pomáhá nám k tomu, aby v našem těle vzbudila reakci na nebezpečí či na stres, a pro člověka znamená jak stimulační tak ochrannou funkci, protože nás dokáže povzbudit a dopomoci k lepším výkonům. Závažnost celé situace nastává v době, kdy tyto nepřiměřené obavy způsobí v životě jedince problémy, které ho poté omezují v běžném fungování, a úzkost pak trvá příliš dlouhou dobu.

Následně mohou nastávat situace, které komplikují život jak danému člověku, který se s touto poruchou setkává, tak i lidem v jeho okolí. Je naprosto přirozené, že každý dnešní moderní člověk zažívá různou intenzitu emocí v různě odlišných situacích. Ale lidé se sklonem k úzkostným poruchám se častěji obávají, že jejich strach je zcela ovládne, tím pádem začnou panikařit v situacích, které jsou pro většinu lidí zcela přirozené. V tu chvíli se je dobré uvědomit, že potřebujeme vyhledat odbornou pomoc, která nám pomůže se pro nás mnohdy nepříjemnými pocity, vypořádat.

Měli bychom se zajímat, co můžeme udělat pro to, aby kvalita života těchto pacientů byla ta nejlepší a zjišťovat jak nemoc prožívají a jak se vypořádají se všemi překážkami, které před nimi stojí.

Cílem bakalářské práce je prohloubení vědomostí, týkající se této problematiky. Seznámení s nynějším ošetrovatelským procesem a s pojmy vztahující se k úzkostným poruchám. Práce bude sloužit jako zdroj informací nejen pro všeobecné sestry, ale také pro studenty zdravotních oborů a může zaujmout širokou laickou veřejnost, která se zajímá o tuto problematiku.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou. Na základě nasbíraných informací byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II 2012-2014. Dle diagnóz byl

vytvořen plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče. V závěru bakalářské práce nalezneme zhodnocení celé této práce a posouzení celkového stavu dané pacientky.

**Pro teoretickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:**

**Cíl 1 :** Vyhledat dostupné knižní zdroje.

**Cíl 2:** Seznámit s generalizovanou úzkostnou poruchou a prohloubit své vědomosti.

**Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:**

**Cíl 1:** Zpracování a seznámení se s ošetrovatelským procesem u pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou.

**Vstupní literatura**

1. BLATNÝ, M., 2010. Psychologie osobnosti. Vyd.1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3434-7.
2. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. Výzkum v ošetrovatelství. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
3. ŠNÝDROVÁ, I., 2008. Psychodiagnostika. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2165-1.
4. TÓTHOVÁ, V., a kol., 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

**Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou, proběhlo v průběhu listopadu 2015. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém ošetrovatelský proces, úzkost, strach, úzkostné poruchy, ošetrovatelské diagnózy, intervence, pacient. V jazyce anglickém byly těmito slovy Nursing process. Anxiety. Fear. Anxiety disorders. Nursing diagnosis. Intervention. Patient.

# 1 STRACH A ÚZKOST

Strach a úzkost jsou psychické projevy, které nás doprovázejí celý život a signalizují nebezpečí. Mezi nimi neexistuje žádná ostrá hranice, proto jeden psychický jev přechází v druhý.

Samozřejmě lze najít jisté znaky, kterými je možné tyto jevy od sebe odlišit. „Strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení“ (ZACHAROVÁ a kol., 2007, s. 48).

Strach a silná úzkost jsou prožívány s více či méně výraznými pocity jako je například nepříjemná tíseň v srdeční krajině i v oblasti žaludku. Úzkost i strach nás zneklidňují, vyvolávají v nás tendenci k reakcím averzivního typu, což znamená útěk, odvrát aj.

Strach je obava z něčeho konkrétního a je obvykle podmíněn, již prožitou negativní zkušeností. Jedná se o reakci na skutečné nebezpečí a je ovlivňován naší představivostí. Úzkost je naopak obava z čehosi nekonkrétního, je to takzvaný strach z ničeho.

Pocit strachu a úzkosti v mírné formě prožívá každý z nás. Za normálních okolností mají tyto dva stavy svůj informační a ochranný význam, jelikož ochraňují a upozorňují jedince na určité hrozící nebezpečí. Ale mohou nabývat takové intenzity, že už hovoříme o úzkostných poruchách, které jsou řazeny mezi psychiatrická onemocnění. Protože se jedná o neurotické poruchy, není u těchto lidí trpící těmito stavy narušeno vnímání reality a pacient si velice dobře uvědomuje nesmyslnost svých pocitů. Přesto, ale neumí těmto pocitům čelit a ovládat je. Mnohdy dochází k ovlivnění každodenního života jedince a to se odráží v jeho pracovních, partnerských a mezilidských vztazích. (VAVRUŠOVÁ, 2013).

Úzkost má pro organismus adaptivní funkci, problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují příliš dlouho a často a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila příliš velká a objevuje se v nepřiměřených situacích. V těchto případech zejména negativně zasahují do života jedince.

## 1.1 STRACH

Strach je velmi nepříjemný pocit, kterým reagujeme na určité ohrožení. Bojíme se toho, co by mohlo přijít, nebo přijde (například při překročení předepsané rychlosti, nebo při hře u ohně).

Strach můžeme vyjádřit jako situaci, kdy se bojíme přímo z něčeho konkrétního, ať už z osoby, události či předmětu. Je velmi důležité jak člověk vnímá situaci, kterou strach vyvolává a tím pádem jak ji hodnotí.

Dále strach vyvolává i pouhé očekávání, že budoucí situace může být nebezpečná.

V procesu reakce strachu dochází k fyziologickým změnám a k různým projevům chování, může dojít i k úniku ze situace.

Přiměřený strach považujeme za užitečný, neboť nás chrání před zbytečným rizikem. Opakem je nadměrný strach, mnohdy označován jako panický strach. Tento strach vede člověka k nepřiměřeným reakcím, k ukvapenému jednání. Častokrát lidé dělají věci, za které se později stydí.

Kvůli strachu se zvýší krevní tlak, jedná se o mobilizaci organismu, což nám dodává energii při obraně či útěku z rizikového místa. Pokud, ale není možné ohrožení uniknout, nebo se čemukoliv fyzicky ubránit, je tato mobilizace zbytečná.

Naopak v tu chvíli se jedná o zatížení organismu takzvanými druhotnými vegetativními reakcemi, jako je například pocení, poruchy zažívání, zvýšení krevního tlaku aj. (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

„ Strach vyvolávají signály ohrožení a těch je u nemoci celá řada. Jedná se o takzvané příznaky, které na sobě pozorujeme, ať už jsou to různé kožní změny, příměsí v moči, stolici, nebo i takové, jakými jsou zhoršení zraku, sluchu, hybnosti, atp. Máme strach, protože tyto obtíže jsou signálem možného rozvoje nemoci a dalších vzácnějších obtíží, případě smrtelné nemoci“ (ZACHAROVÁ a kol., 2007, s. 49).

Výzkum, který byl publikovaný v roce 2004 profesorem psychologie na texaské univerzitě Markem Packardem, přišel s tvrzením, že emočně stresující a vypjaté situace jako je například prožitek strachu ovlivňují fungování naší paměti. Jeho výzkumy byly prokázány na laboratorních krysách, kdy ukázaly, že podnět

z amygdaly, což je centrum zpracování emocí v mozku, během prožitku strachu stimuluje jistý nucleus caudatus, a to je centrum habituální paměti (habit learning), a to vše znamená centrum, díky jehož činnosti jsme schopni v jistých situacích opakovat své chování, aniž bychom o tom znovu přemýšleli.

Funkce tohoto centra v případě strachu poté převáží nad činností jiného paměťového centra- hippocampu, v němž je centrum paměti, který podporují procesy poznávání a učení se něčemu novému. Tudíž velká řada úzkostných lidí, zejména studentů uvádí, že mají velké potíže si zapamatovat novou látku a to jejich strach ještě více zvyšuje.

Podle Marka Packarda je za tento způsob chování právě zodpovědná zvýšená činnost caudate nukleus, která podporuje vytváření zvykového modelu chování. (<http://jakub.hucin.cz/strach.html>), (HUČÍN, 2016).

## 1.2 PŮVOD STRACHU

Původem strachu může být *strach z léčení*. V tomto případě se jedná hlavně o nepříjemná vyšetření, kdy strach může být silnější, než samotná nemoc. Psychický stav nemocného může být mnohdy umocněn nevhodnou atmosférou v ambulanci či v čekárně. Dále *Odloučení od svých nejbližších*. Bývá to pobyt v nemocnici nebo v jiném léčebném, sociálním či rehabilitačním zařízení. *Strach ze smrti a umírání*. Lidé si některá onemocnění nedovedou vysvětlit, a proto se bojí různých komplikací. Tento strach bývá i u lehčích forem onemocnění. *Vzhled*. Lidé se bojí, že nemoc trvale poznamená jejich vzhled. Například u kožních onemocnění. *Bolest* vyplývá z předchozích onemocnění a vyšetření nebo i vyprávění. *Ztráta životních možností*. Lidé se obávají neschopnosti pracovat, starat se o rodinu, bavit se. Zvláště jedná-li se o delší dobu.

Podle původu rozlišujeme 2 druhy strachu. Vrozený strach a naučený strach. Vrozený strach jsme zdělili po našich předcích, pro které byl zcela nezbytným pro přežití. Vrozený strach máme opravdu napevno zakódovaný v DNA.

Například mezi vrozené strachy řadíme strach ze tmy, strach z bouřky, strach z nebezpečných zvířat a strach z výšek.



Naučené strach získáváme až v průběhu života, hlavně v období dětství. Tento naučený strach vzniká typicky po hroživé až silně traumatizující události.

### 1.3 ÚZKOST

Pro úzkost je typické, že si neuvědomujeme konkrétní situaci či objekt, které jí vyvolávají, proto bývá doprovázená bezmocí, bezradností, panikou.

Úzkost je tedy reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá více nepříjemnější, než strach. Protože očekávání netušené situace, kdy vlastně nevíme, zda se opravdu stane, či nestane, co se vůbec přesně stane, je mnohem horší, než když se situace opravdu reálně vyplní.

Úzkost je nepříjemný emoční stav, je to strach bez předmětu, protože lidé mají strach, ale neví, z čeho mají přímo strach a co vše proto mají udělat.

„Úzkost je komplexní psychosomatický prožitek či zkušenost.

Základní charakteristikou úzkostného jedince je, že vnímá nebezpečí tam, kde je zdravý člověk nevidí, a pokud tam ani takové nebezpečí není, tak si je vybájí “ (HONZÁK, 2005, s. 23).

Z této definice je patrné, že úzkost je emoce a vzniká, když nelze jednoznačně určit nebezpečí. Proto je nepříjemná už proto, že si ji často nemůžeme zdůvodnit, jelikož neznáme její původ.

„Úzkostnost je dána konstitučně, avšak i interpersonální zkušeností člověka zejména v počátečních letech života. Jedná se o osobnostní rys, tedy trvalejší charakteristiku člověka, která představuje míru pohotovosti k bojácnému chování a úzkostnému prožívání “(VYMĚTAL, 2007, s. 19).

Úzkostnost můžeme chápat jako stav, častěji je tento pojem ale vysvětlován jako osobnostní rys.

Takzvaný vegetativní nervový systém řídí změny v těle, například činnost srdce, dýchání, krevní tlak apod. Všechny tělesné pocity, které se objevují při úzkosti, jsou vyvolány změnami v tomto systému.

Vegetativní nervový systém se skládá ze dvou složek.

Sympatikus ten zrychluje srdeční činnost, zvyšuje pocení, zrychluje dýchání, zvyšuje napětí ve svalech.

Parasympatikus zpomaluje srdeční činnost, snižuje pocení, zpomaluje dýchání, snižuje napětí ve svalech. (VOKURKA, 2009).

#### **Nejčastější projevy úzkosti**

- Agitovanost
- Nepokoj, neklid, roztěkanost
- Tachykardie
- Hyperventilace
- Tenze, napětí
- Nespavost, poruchy spánku
- Zvýšená potivost

## **1.4 PACIENT A ÚZKOST**

Pacient, který pocítuje úzkost, méně mluví. Mnohdy se vyhýbá i očnímu kontaktu.

„ Můžeme se setkat i s křikem, který lze do určité míry chápat jako zlobu na svou bolest, na svou starost, zastrasování předmětu svého strachu apod.“(SLÁMA a kol., 2011, s. 238).

Pokud budeme mluvit s úzkostným pacientem, měli bychom na něj mluvit klidně, srozumitelně a pomalu. Nasloucháme pacientovi se zájmem a úctou a respektem. Neměli bychom pacienta zahltit proudem slov. Jestliže klademe otázky, tak je klademe pozvolně. Pacienta informujeme dle svých kompetencí, o léčebném postupu a o nutnosti jeho spolupráce. Umožníme pacientovi, aby byl v klidném a bezpečném prostředí a uměl vyjádřit své emoce, hněv, pláč. Naučíme pacienta psychoterapeutické techniky, které vedou ke snížení a zvládnání úzkosti.

Zapojíme pacienta do nejrůznějších aktivit, které dokáží odvést pozornost od problému.

Úzkostný pacient kolikrát neví, odkud začít, co říkat. Může mít chaotické změti myšlenek, což bývá i vlastní příčina úzkosti. Položením otázek, pomůžeme pacientovi vytvořit takzvanou strukturu, o níž se může opřít. (SLÁMA, a kol., 2011).

## 2 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkostné poruchy se charakterizují záchvatovými stavy, při kterých se objevují tělesné, psychické a vegetativní projevy strachu.

Jestliže je úzkosti mnoho, tak působí velice nepříjemně a omezuje nás v běžných aktivitách denního života. Pokud potíže znamenají velmi významné omezení aktivit, jedná se o tělesný a psychický diskomfort a v tu chvíli má smysl léčit úzkostné poruchy. Příčina úzkostných stavů je komplexní, významnou roli hrají faktory genetické, biologické, výchovné. Jejich celkové složení určuje závažnost a druh úzkostné poruchy. Mnohé stresové zážitky a špatné rodinné zázemí už v raném dětství způsobuje oslabení osobnosti dítěte a tudíž pozdější rozvoj úzkostných stavů.

K úzkostným poruchám může také vést nedostatečná citová vazba s rodiči v dětství, kdy může dojít k dočasnému odloučení a to vede k rozvoji separační úzkosti. Běžná reakce organismu je vnímaná jako příznak ohrožení, který způsobuje rozvoj strachu a úzkosti. (VAVRUŠOVÁ, 2013).

Při úzkosti bývá zvýšená hladina jedné z chemických látek, která se podílí na komunikaci nervových buněk, takzvaných neurotransmiterů noradrenalinu a serotoninu. Bývá tedy zvýšená aktivita nervových buněk v jednom z jader mozkového kmene, který se nazývá (locus coeruleus). Při úzkosti je snížena aktivita a nedostatečně působí na další z chemických substancí  $\gamma$ -aminomáselná kyselina (GABA). U těchto osob s úzkostnou poruchou je GABA méně účinná. Pomocí zobrazovacích metod se při úzkostných poruchách ukázalo, nerovnovážné cévní zásobení mozkových center.

Úzkostné poruchy se léčí kombinací psychoterapie a farmakologické medikace. Nejčastěji se se volí kognitivně-behaviorální terapie, která předpokládá změnu chování, pomocí změny myšlenek. Léky na snížení úzkosti se nazývají anxiolytika, tyto léky patří do skupiny benzodiazepinů. Jsou spíše vhodné k akutní léčbě, a po vysazení se bohužel úzkost zase vrátí. Proto je nejlepší současně užívat antidepresiva. Ty mají pomalejší nástup účinku, a nevzniká na ně závislost. Po nastoupení účinku antidepresiv se benzodiazepiny postupně vysazují. (<http://www.spektrumzdravi.cz/academy/uzkostna-porucha>), (SPEKTRUM ZDRAVÍ, 2016).

## 2.1 NEJČASTĚJŠÍ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

**Agorafobie.** Je vůbec nejčastější úzkostnou poruchou. Toto slovo znamená strach z otevřeného prostoru. Podstatou agorafobie je strach z panického záchvatu v situaci, kde není dostupná pomoc. Lidí trpící tímto onemocněním mají často strach z toho, co by řekli ostatní, kdyby jejich záchvat paniky viděli. Nejdůležitějším rysem agorafobie je strach být daleko od domova nebo od osoby, se kterou se cítí bezpečně. Tím pádem může dojít k plnému vyhýbání se samostatnému cestování ať je to kamkoliv.

**Panická porucha.** Projevem tohoto onemocnění je panická ataka. Jedná se o náhlý záchvat úzkosti, který přichází bez vyvolávajícího podnětu. Úzkost vyvrcholí během minut a trvá několik minut. Po záchvatu přichází únava a vyčerpání.

V oblasti psychiky pacienti nejčastěji popisují prožitek velmi silné úzkosti a nedefinovatelného strachu. Typický je strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach z omdlení. V oblasti fyzických projevů se objevuje bušení srdce, palpitace, bolesti na nastupující panické ataky, tak antidepresiva. (VAVRUŠOVÁ, 2013).

**Obsedantně kompulzivní porucha.** Toto onemocnění je charakterizováno nutkavými myšlenkami, které navozují úzkost, kterou se nemocný snaží odbourat například rituály. Nepříjemný pocit, který navodily pacientovi tyto myšlenky, nemocný snižuje určitou opakovanou činností, což znamená rituálem, přestože si uvědomuje nesmyslnost určité činnosti a není mu příjemná. Mnohdy se jedná o kontrolní činnost. (zda jsem zamknula, zda jsem vypnula žehličku aj.). Další častá činnost je čištění, umývání, pokud má pacient pocit, že se dotkl něčeho kontaminovaného, co ho znečistilo. Což vede k nadměrnému umývání rukou, nebo desinfikováním koupelen, nádobí aj. (PRAŠKO, 2008).

**Smíšená úzkostně depresivní porucha.** U tohoto onemocnění se prolínají příznaky úzkosti a deprese. Ale ani příznaků deprese a úzkosti není tolik, aby splňovaly samostatnou diagnózu depresivní poruchy. Pacienti se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou jsou mnohdy častými pacienty v primární péči anebo k léčbě nepřicházejí vůbec. Mívá často chronický průběh a vede k invaliditě.

**Sociální fobie.** Tato porucha může být generalizovaná, což znamená, že se obavy týkají všech sociálních kontaktů. Typicky se jedná o vystupování na veřejnosti. Pacienti se hlavně bojí kritiky, ostudy. Také se může vyskytnout strach z pozvracení na veřejnosti. Pacienti mají velké obavy, že nezakryjí své projevy úzkosti například třes rukou, třes hlasu, začervenání se. Příznaky úzkosti se mohou prohloubit až do panických atak.

### 3 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Generalizovaná úzkostná porucha, často nazývaná GAD patří mezi nejčastější úzkostné poruchy. Je charakterizována zejména úzkostí. Pocit úzkosti není vázán na podněty či určité situace, ale vyskytuje se kontinuálně v souvislosti se zvládáním každodenních záležitostí. Hlavním rysem tohoto onemocnění jsou nepřiměřené a nadměrné obavy, psychické napětí a podrážděnost, které se týkají každodenního života, práce, rodiny a zdraví. Nemocný si mnohdy uvědomuje, že si dělá starosti nadměrně a zbytečně, nicméně nedokáže se ubránit tomu, aby nad nimi nepřemýšlel. Často neví, proč se vlastně tolik trápí. Lidé s generalizovanou úzkostnou poruchou neumí relaxovat ani odpočívat.

Úzkostné očekávání a obavy z budoucího neštěstí, vedou ke zhoršenému soustředění. Vyskytuje se dvakrát častěji u žen, než u mužů a častěji u lidí, kteří se buď rozvedli či ovdověli. Tato porucha je obtížně diagnostikovaná, neboť lidé považují úzkost za svůj osobnostní rys a nikoliv za poruchu. Jejich tělesné obtíže přirovnávají k běžnému tělesnému onemocnění.

Stanovit diagnózu u generalizované úzkostné poruchy bývá velmi těžké, protože mnozí, kteří mají tyto problémy je neřeší nebo nechtějí řešit, většinou kvůli studu. Tím pádem dochází často ke zhoršení nemoci. Generalizovanou úzkostnou poruchu můžeme obecně diagnostikovat výrazně zvýšeným napětím, strachem, obavami, které trvají déle než půl roku a vyskytuje se minimálně čtyři a více příznaků, které byly vyjmenované, a jeden z nich patří mezi symptomy vegetativního podráždění. (PRAŠKO a kol., 2008).

- Zdraví: Strach o vlastní zdraví nebo rodiny a přátel. Člověk může být úzkostný, když slyší, že jiní lidé onemocněli nebo mu to připomene, že on nebo kdokoliv z blízkých může také onemocnět.
- Rodina a přátelé: Obavy o to, zda rodič či někdo z přátel není nemocný a strach o jejich bezpečnost a zda by jim byl schopen pomoci.
- Práce a škola: Je to další zdroj obav, zda se podařilo vše dokonale připravit ať už do práce či do školy.
- Ekonomická stránka: Mnohdy se lidé obávají, zda budou schopni zaplatit veškeré své účty, nebo zda mají dost peněz do budoucnosti.

- Denní povinnosti: K tomu dochází tehdy, když si člověk myslí, že se něco stane každou chvílí. Poté se může obávat každodenních záležitostí. (PRAŠKO a kol., 2008).

### 3.1 PŘÍČINY GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Nemůžeme přesně určit jednoznačnou příčinu vzniku choroby. Jedná se o kombinaci různých faktorů. Toto onemocnění ovlivňují faktory genetické, vliv výchovy a životních událostí. Sigmund Freud neurotickou úzkost chápal jako projev konfliktů v nevědomí, kombinaci negativního afektu a fyziologické reakce. Teorie o tom, že dispozice ke vzniku GAD jsou geneticky dědičné, se také nedá vyloučit, protože se úzkostné poruchy vyskytují častěji v příbuzenstvu lidí, kteří jimi trpí, než v běžné populaci. (PRAŠKO,2008).

- **Životní události**

Závažná životní událost často předchází rozvoji GAD. Může se jednat o událost, která vede k sociální izolaci v důsledku ztráty partnera nebo dochází ke změně role například přechod ze školy do zaměstnání, nezaměstnanost partnera či vlastní a nebo přechod do jiného zaměstnání. Dále může dojít ke ztrátě důležité role, což znamená odchod do důchodu anebo odchod dospělých dětí z rodiny.

- **Každodenní stresory**

Stres je často spouštěčem úzkostné poruchy. Prožívání mnohdy souvisí s problémy v rodině, v práci či ve škole. „Důvod stresového prožívání však bývá z velké části vnitřní- souvisí s malou dovedností si dostatečně plánovat čas, oddělit priority od nedůležitých věcí, umět říct ostatním ne, nebo naopak si říci o to, co potřebujeme“ (PRAŠKO, 2009, s. 14).

- **Vrozené faktory**

V jistých rodinách se mohou objevovat úzkostné poruchy častěji a důležitou roli zde hraje vrozená biologická zranitelnost.

- **Povahové vlastnosti**

Lidé s nízkým sebevědomím, jsou náchylnější k rozvoji úzkostné poruchy. Často mají problémy s asertivním chováním a nejsou schopni říct ne, mají velké potíže se snášením kritiky a mají nadměrnou potřebu pochvaly od ostatních.

S rozvojem nadměrných obav nejčastěji souvisejí stresující chronické situace v životě nemocného.

- **Nemoc, handicap**

Duševní nebo tělesné onemocnění sebe či partnera, rodičů. Psychický či tělesný handicap člena rodiny.

- **Vztahové stresory**

Rozvod, neshody s rodiči, nevěra, závislost na partnerovi, narození dítěte, puberta dětí, nesoulad v sexuálním životě.

- **Pracovní a výkonové stresory**

Konflikty na pracovišti, hrozící ztráta zaměstnání, těžké pracovní podmínky, nedostatek ocenění, přetěžování se.

- **Stresory životního stylu**

Nedostatek příjemných aktivit, nedostatek přátel, izolace rodiny, nepříjemné bydlení. (PRAŠKO,2009).

## **3.2 TYPICKÉ PŘÍZNAKY GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY**

Nadměrná bdělost se projevuje stálým napětím a lekavostí. Jakýkoliv zvuk, stín či pohyb nebo změna světla nemocného vystraší. Nemocný sebou vždy trhne například při zazvonění telefonu. Objevují se přehnané reakce na světlo a hluk.

Dalším příznakem je podrážděnost, lidé, kteří trpí GAD mohou snadno vybuchnout zlostí anebo se lítostí rozplakají. Strach mají nejen o sebe, ale i o své nejbližší. Ať je to strach z nemoci, selhání nebo strach z toho, že budou mít strach.

Ztráta radosti a potěšení patří také mezi hlavní příznaky, jelikož lidé trpící úzkostí ztratí schopnost prožívat radost. Spíše se soustředí na obavy a starosti, které se mohou týkat příjemné aktivity. Dále trpí obtížemi koncentrovat se, mají pocit prázdna, mnohdy mohou mít takzvané okno, jelikož jim slábne paměť. Z dalších emocí se objevuje bezmocnost, zoufalost a bezradnost, pocit znejistění. (VAVRUŠOVÁ, 2013).



Tělesné napětí je důsledkem příliš dlouhodobého strachu a úzkosti. Důsledkem je únava a nedostatek energie. To vše vede k pasivitě. „Vegetativní reakce jsou řízeny autonomním nervovým systémem (sympatikus a parasympatikus) ,který nemůžeme přímo ovládat vůli.“ ( PRAŠKO, 2009, s. 22.).

Mezi příznaky vegetativního podráždění patří palpitace, bušení srdce a zrychlený pulz, pocení a chvění, třes, sucho v ústech. Dále příznaky týkající se duševního stavu se projevují pocitem závratí, neklidu, mdlob, točení hlavy, strach ze ztráty kontroly.

Celkové příznaky zahrnují návaly horka či chladu, mravenčení nebo znecitlivění, napětí, bolesti svalů, neschopnost se uvolnit, pocity „knedlíku v krku“, obtíže s polykáním.

A v poslední řadě mezi nespecifické příznaky řadíme přehnané reakce na vyrušení, obtíže s koncentrací.

### 3.3 PRŮBĚH A PROGNÓZA

Jedná se o chronickou poruchu, pokud je ale neléčená může s kolísavou intenzitou probíhat celý život. Toto onemocnění vzniká nejčastěji mezi 16 až 25 rokem, samozřejmě projevy se mohou objevit kdykoliv v průběhu života. Ženy tímto onemocněním trpí více než muži. Příznaky se objevují nenápadně a pozvolna. Někdy předchází rozvoji GAD jiná úzkostná porucha. Pouze třetina nemocných bývá adekvátně vyléčena. Nemocný se mohou stát závislími na benzodiazepinech. Bohužel prognóza tohoto onemocnění ve většině případů není nijak dobrá.

### 3.4 MOŽNOSTI LÉČBY

- **Léčba psychofarmaky**

Pro krátkodobou léčbu snížení úzkosti a tělesných příznaků se užívají léky na uklidnění. Jejich delší užívání se nedoporučuje, protože na ně vzniká závislost.

Z benzodiazepinů se podávají oxazepam, diazepam. Ty však ovlivňují pozornost a zhoršují krátkodobou paměť a zpomaluje reakce, proto se během jejich užívání nesmí řídit. Z dalších uklidňujících léků je vhodný buspiron, tento lék je nebenzodiazepinové anxiolytikum, na které nevzniká žádná závislost.

Pro dlouhodobou léčbu jsou vhodnější antidepresiva, jelikož na ně nevzniká závislost.

„V dnešní době se nejvíce doporučují SSRI (escitalopram, sertralin, paroxetin) a SNRI (venlafaxin, duloxetin), protože jejich účinek na serotoninergní systém je cílenější a mají méně nežádoucích účinků. Z dalších moderních antidepresiv byla prokázána účinnost také u trazodonu, mirtazapinu a bupropionu a nověji se také ukázala dobrá účinnost antiepileptika pregabalínu.“ (PRAŠKO, 2009, s. 30.)

- **Antidepresiva SSRI (paroxetin)**

Paroxetin je lék první volby, jehož účinnost byla prokázána v kontrolovaných studiích. Obvykle je dobře snášen. Pacientům s GAD se obvykle podává jednou za den dávka 20mg

- **Antidepresiva SNRI (venlafaxin XR)**

Venlafaxin je také lékem první volby, jehož účinnost byla prokázána v kontrolovaných studiích. Obvykle je dobře snášen. Pacientům s GAD se většinou podává jednou denně dávka 75mg.

- **Antidepresiva NaSSA (mirtazapin)**

Účinky byly prověřeny studií i klinicky, dává se přednost spíše výše zmíněným dvěma skupinám antidepresiv.

- **Tricyklická antidepresiva (imipramin, amitriptylin, clomipramin, trazodon)**

Účinnost při léčbě GAD byla potvrzena v menších studiích, nicméně se od užívání tricyklinů upouští, jelikož mají více nežádoucích účinků.

- **Benzodiazepinová anxiolytika (alprazolam, diazepam, clonazepam, clorazepat, chlordiazepoxid)**

Jsou účinné hlavně v léčbě akutních somatických příznaků GAD, jelikož mají relativně rychlý nástup účinku. Klienti užívající benzodiazepiny musí být kontrolováni kvůli riziku zvyšování dávek, riziku rozvoje závislosti a abstinčních příznaků.

- **Nebenzodiazepinová anxiolytika (Buspiron)**

Účinnost Buspironu je klinicky ověřena, má pomalejší nástup účinků než benzodiazepiny. Výhodou je nižší riziko vzniku závislosti.

- **Psychoterapie**

Nejdůležitějším léčebným přístupem u generalizované úzkostné poruchy je psychoterapie. Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se přímo s člověkem trpícím úzkostí děje. Učí, jakým způsobem je možné zacházet s příznaky nemoci a problémy v životě, posléze trénuje dovednosti, které umožňují předcházet novým problémům. Tato terapie napomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svými myšlenkami emocemi a chováním. Terapeut pomáhá nemocnému, aby porozuměl tomu, jak spolu souvisejí minulé zážitky, současné vztahové a životní problémy s příznaky úzkosti. Pomáhá najít cestu, jak nynější životní problémy překonat a vytvořit pocit bezpečí.

Mezi nejčastější postupy psychoterapie jsou

- **Psychodynamicky orientovaná psychoterapie**

Jedná se o psychoanalýzu, kdy její krátké varianty jsou zaměřené na postupné přetvoření osobnosti nemocného, tak aby se dotyčný naučil snášet úzkost.

- **Skupinová psychoterapie**

Probíhá ve skupině lidí, kteří mají podobný problém. Ve skupině se vytváří porozumění, důvěrná atmosféra, díky které je možné se svěřit se svými niternými pocity a prožitky. Tím pádem dochází k vlastnímu sebe přijetí a ujasnění si své místo mezi lidmi. Porozumění způsobům, jakými se člověk vztahuje k ostatním. A v neposlední řadě uvědomění si vlastní formy uvažování a chování, které se podílejí na vytváření stresu.

- **Kognitivně-behaviorální terapie**

Znamená přístup zaměřený na odstranění úzkostného způsobu myšlení. Aby došlo k celkovému zklidnění, tak se nacvičuje relaxace. „Po zvládnutí obav, starostí a snížení úzkosti se věnuje hlubším postojům, které souvisí s nadměrným stresem v životě. „ (PRAŠKO,2009, s. 32).

## 4 ZMĚNY PSYCHICKÝCH FUNKCÍ

Velice důležitým faktorem je v jaké míře si je pacient ochoten svoji nemoc připustit. Mění se jeho sebeúcta, kompetence a některé osobnostní vlastnosti. Nemocný se vzdává mnoha ambic, jelikož si je vědom, že ví, že jsou nedostupné. Přijímá roli nemocného. Pod vlivem onemocnění a jeho závažnosti se odráží sebepojetí nemocného. Psychickou reakcí na chorobu může být prohloubení vědomí vlastní odlišnosti od zdravých. Člověk si utváří rozdílnost mezi nemocným, k němuž se řadí a zdravím k nimž už nepatří.

Vývoj psychických vlastností, funkcí je závislý na mnoha faktorech s nestejným významem. Za stejných faktorů mohou lidé reagovat různě vlivem svých genetických dispozic a nabytých zkušeností vlivem prostředí.

Psychické vlastnosti, ať už běžné nebo méně obvyklé, jsou zejména výsledkem komplexního působení prostředí a dědičnosti.

Každá fáze v lidském životě je výsledkem předcházející fáze a někdy se nepovede cíle dosáhnout. Proto může dojít ke vzniku poruchy či změn v určitých psychických oblastech. Také dispozice ke vzniku duševních onemocnění, mohou souviset s narušením genotypu (typů dědičnosti), při různé míře genetické zátěže.

„V péči o nemocné je třeba přihlížet k vývoji každého jednotlivce v jeho jedinečném biologickém, psychologickém a sociálním kontextu. Je nutné nejen vědět, o jaké onemocnění se jedná, jaké jsou jeho příčiny a příznaky, ale v jaké vývojové etapě je nemocný postižen, jak svoje tělo v době celostní péče o pacienta prožívá a jaký je postoj nejbližšího okolí.“(RAUDENSKÁ a kol., 2011, s. 24).

### 4.1 ZMĚNY V KOGNITIVNÍ A EMOCIONÁLNÍ OBLASTI

Kognitivní funkce nám pomáhají orientovat se ve světě, vnímat sami sebe. Je to naše paměť, myšlení, pozornost, řeč, úsudky. Nuda, únava to vše vede ke ztrátě motivace, která vede k oslabení pozornosti a paměti. Pokud mozek s informacemi nepracuje delší čas, dochází tak k postupnému odstraňování návyků a znalostí. (VRTIŠKOVÁ, 2009).

Mluvíme-li o kognitivních funkcích a jejich poruchách, myslíme tím především paměť (amnézie). Kognitivních funkcí je mnoho, fatické funkce (afázie), praktické

dovednosti (apraxie), poznávací funkce (agnosie), exekutivní funkce neboli rozhodování a abstraktní myšlení, organizování činností a plánování, orientace v čase a prostoru, chápání souvislostí aj. U lehkých poruch bývají postiženy jen některé složky paměti, hlavně výbavnost a vštípivost.

Změny v emocionální oblasti. Nemoc může vyvolávat různé emoční reakce. Do velké míry souvisí s naším temperamentem, ale také se váže na náš věk a na naše minulé zkušenosti. V přítomnosti jakéhokoliv onemocnění se v člověku spouští citová odezva.

Náladu bychom mohli definovat jako určitou trvalejší pohotovost emoční reakce, která provází naše prožívání a chování.. Přejchod z jedné nálady do druhé bývá obvykle pozvolný a plynulý. Při náhlé změně emocí mluvíme o podrážděnosti či afektu. (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

## 4.2 ZMĚNY V ŽIVOTNÍ ORIENTACI

Prožívání života závisí na osobním přístupu člověka na jeho osobnosti, povahových rysech, na jeho životních zkušenostech. Nemocní pacienti si nemají se zdravými lidmi o čem povídat, neboť jejich životy jsou velice rozdílné.

V průběhu onemocnění dochází ke změnám v sociální oblasti člověka. Mění se sociální role, sociální prostředí, potřeby. Mnohdy tyto změny vedou k úplné ztrátě zaměstnání. Zhoršuje se i ekonomické zabezpečení. V kritickém období se může vyskytnout i pocit osamělosti, kdy se člověk uzavírá sám do sebe a tím pádem se izoluje od ostatních. Nemocný ztratí určité životní jistoty, které měl a pomalu se stává sociálně závislým a vyžaduje pomoc.(ZACHAROVÁ a kol., 2007).

Nakonec se jejich sociální svět zúží na nejbližší členy rodiny, zdravotníky a spolu pacienty. Každý den se dostáváme do situací, které vyžadují zamyšlení, rozhodování a činy. Prožívat vlastní život, své činy a události je pro zdraví člověka nezbytné.

Smysluplnost života se úzce vztahuje k problematice psychologie zdraví. Svě místo má i v pojetí celoživotního vývoje osobnosti, v růstu, zrání, v průběhu stárnutí i při zvládání závažných obtíží. Má to vliv na psychické i fyzické zdraví jedince, a tudíž i na kvalitu jeho života. (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

## 5 TAKTIKY ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH TĚŽKOSTÍ

Každý z nás si přeje být po celý život zdravý. Pokud se stane, že onemocníme, snažíme se, aby situace, pro nás nežádoucí a nepříjemná se změnila. Tudíž snažíme se zvládnout nepříznivou situaci. Všichni jsme odlišní, proto způsoby jak zvládnout nepříznivou situaci jsou různé.

„Celý proces zvládání těžkostí je někdy označován termínem „čelení stresu“, „moderování stresu“, nebo „stres management“, tj. řízení toho dění, kterým by se měl nepříjemný a nepříznivý stav stresu změnit“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 67).

Zvládání životních těžkostí má své strategie, ze kterých vyplývají určité cíle.

Jedním z cílů je tolerovat, nebo unést to, co nepříjemného se děje, snížit to co člověka ohrožuje. Důležité je zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu, zachovat si pozitivní obraz sama sebe a zachovat si tvář. Dále zlepšit si podmínky, za nichž by bylo možné se po zážitku životní těžkosti zregenerovat a pokračovat v sociální interakci, což znamená v životě s druhými. (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

Zvládání životních těžkostí je chápáno jako dynamický proces, v jehož rámci dochází k vzájemným interakcím mezi danou situací a člověkem.

### 5.1 METODY PRO ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH TĚŽKOSTÍ

Zvládání životních těžkostí je chápáno jako dynamický proces, v jehož rámci dochází k transakcím. To znamená vzájemnou interakci mezi člověkem a stresovou situací. Na jedné straně můžeme vidět osobu, která má určité možnosti, hodnoty, zdroje a na druhé straně prostředí, které na člověka klade určité požadavky a působí na danou osobu řadou vlivů. V průběhu zvládání životních těžkostí dochází k řadě akcí, jak z jedné strany, tak i z druhé strany, tzv. reakcí a akcí ofenzivních útoků a defenzivních obran. Každá osoba je individuální a proto si každý z nás vybírá různé metody pro zvládání životních těžkostí. (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

- **Relaxace**

Termín relaxace je odvozeno z latinského jazyka „relaxare“ (re= znovu a latus = volný). Relaxace znamená uvolňování jak v oblasti fyzické, tak v oblasti psychické.

Relaxace je zaměřena na tělo i na duši. Jedná se jak o uvolňování jednotlivých částí těla prostřednictvím uvolňování svalů nebo prostřednictvím dýchání, tak o uvolňování mysli. Relaxace je výborným nástrojem v boji s různými těžkostmi. V souvislosti s bolestí hlavy, chronickou bolestí, úzkostí apod.

Nejvhodnější je použít několik různých způsobů relaxace v kombinaci a počítat s jejich souhrnným účinkem.

Každý z nás relaxuje jiným způsobem, ať už v křesle s oblíbenou knížkou, tak procházkou na čerstvém vzduchu, či napuštěnou vanou, posloucháním oblíbené hudební skupiny atd. Dalším ze způsobů, jak během životních těžkosti hledat fyzickou úlevu je nalézat nové věci. Příkladem toho může člověk chodit cvičit, chodit do tanečních kurzů, prožívat adrenalinové zážitky. Rozptýlení, může člověk získat i v četbě, psaní deníků co se přihodilo a jak se cítí. (JANÁČKOVÁ, 2014).

Relaxace vede k psychickému i tělesnému uvolnění a dodává energii. Dále zvyšuje odolnost proti stresu, uvolňuje plné prožívání příjemných aktivit a také zlepšuje usínání. Umožňuje zbavení se tělesných příznaků stresu, zvyšuje soustředění a zapamatování, zvyšuje sebedůvěru.

- **Meditace**

Formy meditace patří do skupiny relaxačních cvičení. Například meditace, která je směřovaná na obtěžující problémy, přímo navádí člověka k soustředění se na to, co člověka trápí. Nejde o trýznění se v myšlenkách na to, co člověka tíží, ale o myšlení bez hodnocení. Cílem je získat si odstup a být nad věcí.

- **Dodržování denního režimu**

Jedním ze způsobů jak se zbavit pocitu, že ztrácíte kontrolu nad vlastním životem, je snaha dodržovat stejný denní režim, jako, než jste zjistili svá onemocnění. Díky pravidelnému stravování a obvyklým aktivitám, které vás fyzicky a psychicky nezatěžují, se alespoň trochu odreagujete od všudypřítomné nejistoty.

- **Čas strávený s rodinou a příbuznými**

Pacienti, kteří mají silnou oporu v rodině a přátelích, jsou v procesu léčby odolnější a mají větší motivaci k aktivnímu zapojení do léčebného procesu. Psychická podpora pacienta je základem při zvládání náročné léčby. (BERAN, 2010).

## 6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S GENERALIZOVANOU ÚZKOSTNOU PORUCHOU

Pacientka byla přijata na psychiatrické oddělení dne 4.1. 2016. Individuální ošetrovatelská péče o pacienta byla realizována ve dnech od 4.1. 2016 do 5. 2. 2016 od 11:30 do 13:00 hod. formou ošetrovatelského procesu.

### 6.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Základní údaje o pacientce

Jméno a Příjmení: K. J	Pohlaví: žena
Datum narození: 1978	Věk: 38
Adresa bydliště: Plzeň	Číslo pojišťovny: 211
Adresa příbuzných: Matka s otcem- Praha 4 , Nusle.	Zaměstnání: účetní, OSVČ
RČ: 780000/0000	Státní příslušnost: česká
Vzdělání: Střední škola ekonomická	Datum přijetí: 4.1. 2016
Stav: Vdaná	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Psychiatrická klinika Plzeň	Ošetřující lékař: MUDr. H. J

Zdroj: Dokumentace pacientky

**Medicínská diagnóza hlavní:** Generalizovaná úzkostná porucha F41.1

**Medicínská diagnóza vedlejší:** 0

**Důvod přijetí udávaný pacientem:**

„Měla jsem sestru, ke které jsem měla velice blízko, ale zemřela při těžké autonehodě. Jsou to dva roky a do dnes jsem se s tím nesmířila. Začala jsem se bát nejen o sebe, ale o rodinu, aby se jim také něco nestalo.

Pocituji řadu nezvyklých tělesných příznaků: mnohdy mi „přeskakuje a buší srdce“, často mě bolí hlava, svírá se mu žaludek, a kolikrát když mám jíst tak mám tzv. knedlík



v krku, více se potím a špatně se soustřeďuji hlavně v oblasti práce, abych vše stihla tak jak má být. Kolikrát večer nemůžu usnout, protože stále myslím na nějaké nebezpečí, které se může objevit. Mám také obrovský strach, že mě bušení srdce poškodí, že se „zhroutím“ a dostanu třeba infarkt.

Došlo to až do takové míry, že mne rodina objednala k lékaři, který mi diagnostikoval generalizovanou úzkostnou poruchu“. Ale po 9 měsících docházení do ambulance k lékaři, necítím žádnou úlevu, naopak “.

### Fyzikální funkce při přijetí

Tabulka 2 Posouzení celkového stavu

TK: 136/90	Výška: 170 cm
P: 88/min	Hmotnost: 61 kg
D: 19	BMI: 21
TT: 36,7	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: plné vědomí	Orientace místem, časem, osobou: plně orientována
Řeč, jazyk: řeč srozumitelná	Krevní skupina: B Rh +

Zdroj: Dokumentace pacientky

### Informační zdroje:

Rozhovor s pacientem a lékařem.

Lékařská a sesterská dokumentace.

Fyzikální vyšetření sestrou.

**Nynější onemocnění:** Pacientka trpící generalizovanou úzkostnou poruchou, již 9 měsíců navštěvuje psychiatra. Poslední měsíc je apatická, nezabývá se ničím. U pacientky se objevily tělesné příznaky GAD, jako je neklid, pocení, bušení srdce, nesusoustředěnost, svírání žaludku, nespavost.

Nekomunikuje s rodinnými příslušníky, má strach z výsměchu, přesto se o ně velmi bojí. Je bez chuti k jídlu. Cítí se unavená, bez energie. Trpí nespavostí, nemá žádné koníčky. Náladu má smutnou, pesimistickou. Denně je v napětí. Léky užívá dle ordinace lékaře.

## 6.2 ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza:**

*Matka:* 64 let, zdravá

*Otec:* 66 let, arteriální hypertenze

*Babička:* zemřela v 88 letech na karcinom prsu

*Sourozenci:* bratr 36 let, zdrav, sestra zemřela ve 34 letech – těžká autonehoda

*Děti:* dcera 10 let zdravá

### **Osobní anamnéza:**

*Překonaná a chronická onemocnění:* V dětství plané neštovice a běžné nemoci.

*Hospitalizace a operace:* 2006- spontánní porod.

*Úrazy:* 0

*Transfúze:* podána 1, bez komplikací

*Očkování:* běžná očkování

### **Abúsus:**

*Alkohol:* příležitostně 2 dcl bílého vína

*Kouření:* neguje

*Káva:* 2 x denně

*Léky:* neguje

*Jiné návykové látky:* neguje

### **Alergologická anamnéza:**

*Léky:* neguje

*Potraviny:* neguje

*Chemické látky:* neguje

*Jiné:* roztoče, pyl, prach

**Farmakologická anamnéza:**

Tabulka 3 Chronická farmakologická léčba

Název	Forma	Síla	Dávkování	Způsob podání	Skupina
Venlafaxin	tbl	225mg	0-0-1	per os	antidepressivum
Lexaurin	tbl	1,5 mg	1-0-1	per os	anxiolytika
NeuroI	tbl	0,25mg	1-0-1	per os	anxiolytika
Stilnox	tbl	10 mg	0-0-0-1	per os	hypnoticum

Zdroj: Dokumentace pacientky

**Sociální anamnéza:**

Stav: vdaná

Bytové podmínky: bydlí s manželem a dcerou v baráku

Vztahy, role a interakce: s manželem má vztah dobrý, dcera i s manželem navštěvují pravidelně pacientku, rodiče také jezdí na návštěvy

Záliby: dříve ráda četla

**Gynekologická anamnéza:**

Menarché: ve 13 letech

Porody: 1

Potraty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: 7. 12. 2015

Samovyšetření prsou: Provádí

**Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: střední škola ekonomická

Pracovní zařazení: účetní

Vztahy na pracovišti: pracuje z domova

Ekonomické podmínky: dle pacientky vyhovující

**Spirituální anamnéza:**

Pacientka v nic nevěří

## 6.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 4. 1. 2016

### POPIS FYZICKÉHO STAVU

Tabulka 4 Posouzení fyzického stavu pacienta

<i>Posouzení</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<b><i>Hlava a krk</i></b>	„Hlava mě nebolí“	Hlava bez traumatických změn. Lebka pokleповě nebolestivá, normocefalická. Obličej symetrický. Zorničky izokorické a ve středním postavení, fotoreakce. Spojivky růžové, skléry anikterické. Víčka bez patologických změn. Hrdlo klidné. Uši a nos bez sekrece. Rty cyanotické, zápach z úst nepřítomný, jazyk plazí středem, chrup vlastní. Krk souměrný a bez otoků. Lymfatické uzliny nehmatné. Štítnice nezvětšená, náplň krčních žil v normě.
<b><i>Hrudník a dýchací systém</i></b>	„Bolesti na hrudi nemám“	Hrudník symetrický. Bez bolestí na hrudi. Poklep jasný, plný. Dýchání oboustranně čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů. Plíce rozvinuté. Bránice hladká.
<b><i>Srdeční a cévní systém</i></b>	„Se srdcem nemám žádné potíže“	Srdeční akce pravidelná. TK: 136/90, P: 88/min. Srdce nezvětšeno, obvyklého tvaru a uložení. Periferie dobře prokrvena. Žádné otoky na DK

<b><i>Břicho a gastrointestinální trakt</i></b>	„Břicho mě nebolí a nemám žádné problémy s vyprazdňováním“	Břicho měkké, prohmatné a na dotek nebolestivé. Palpitační citlivost v epigastriu, bez peritoneálního dráždění. Peristaltika přítomna. Per rectum: ampula plná stolice, v dosahu sliznice hladká, zbytky světlé stolice, meléna není.
<b><i>Močový a pohlavní systém</i></b>	„Problém s močením nemám“	Močení bez obtíží. Moč je čirá, bez zápachu a příměsí. Genitál ženský, bez vrozených vývojových vad.
<b><i>Kosterní a svalový systém</i></b>	„Problémy s pohyblivostí nemám“	Páteř bez patologických změn. Horní i dolní končetiny pohyblivé, bez deformit. Klouby pohyblivé, bez patologie.
<b><i>Endokrinní systém</i></b>	„Nemám žádné problémy“	Žádné známky onemocnění endokrinního systému. Štítná žláza nezvětšená.
<b><i>Kůže a její adnexa</i></b>	„Nemám problémy s kůží, ani modřiny se mi nedělají“	Barva kůže růžová, bez ikteru a prokrvená. Kožní turgor je normální. Pokožka hydratovaná.
<b><i>Nervový a smyslový systém</i></b>	„Nosím brýle na televizi, jinak žádné problémy nemám“	Při vědomí. Orientovaná místem, časem i osobou. Čich a sluch bez patologie. Používá brýle na televizi. Reflexy výbavné.

Zdroj: Laboratorní výsledky

## 6.4 ZHODNOCENÍ PACIENTA POMOCÍ MODELU MARJORY GORDON

### Doména 1: Podpora zdraví

Pacientka prodělala běžná dětská. Pravidelně navštěvuje zubního, praktického i gynekologického lékaře. Vždy pečlivě dbala o svůj zdravotní stav. Byla hospitalizovaná jednou, a to ohledně porodu. Během této hospitalizace spolupracuje. Alergie neguje. Celý život nekouří a alkohol pije jen příležitostně. Pije rozpustnou kávu, dvakrát denně.

### **Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Doména 2: Výživa**

Pacientka denně vypije 2 až 2,5 litru tekutin. Omezený příjem tekutin nemá. Kožní turgor je v normě a sliznice jsou prokrvené. Alergie na potraviny nejuje. Mnohdy má problém s polykáním stravy udává, že „má jakoby knedlík v krku“. Chrup má svůj vlastní. Pacientka během hospitalizace má dietu číslo 3. Ve stravě má vysoký příjem zeleniny i ovoce. Žádné výživové doplňky nebere.

### **Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Doména 3: Vylučování a výměna**

Změna v močení v poslední době není. Vyprazdňování moči je bez řezání, pálení, moč je žlutá, bez zápachu a patologických příměsí. Příjem a výdej tekutin pacientka nesleduje. Pacientka si na wc dojde sama. Inkontinentní není, a tudíž žádné pomůcky neužívá.

Co se týká vyprazdňování stolice, pacientka chodí na stolicí nepravidelně, z důvodu změny prostředí a napětí. Stolica je za normálních okolností formovaná, bez hlenu, krve či dalších patologických příměsí. Stolica má normální barvu a měkčí konzistenci. Pacientka doma žádná projímadla neužívala. Během hospitalizace užívá 15 gtt večer Guttalaxu.

**Ošetrovatelský problém:** V této doméně se vyskytuje zácpa.

#### **Doména 4: Aktivita/odpočinek**

Pacientka občas chodí na procházky. Dříve ráda chodila na delší túry s pejskem. Mezi její záliby patřila i četba. Nyní je spíše ráda sama a nevyhledává ani četbu nebo jakoukoliv jinou aktivitu. Pacientka se obává hrozícího nebezpečí, které by se mohlo vyskytnout, proto se velmi bojí rodinných výletů a dovolených a neužije si je jako dříve. Pacientka se neumí koncentrovat. Během hospitalizace pacientka hodně odpočívá přes den, večer si ,ale stěžuje ,že celou noc nemůže usnout, kvůli různým hlukům na které doma není zvyklá a kvůli změně prostředí. Podány hypnotika dle ordinace lékaře.

Rituály před spaním byly zjištěny. Zatím je ve všech směrech soběstačná ve všech aktivitách denního života.

**Ošetrovatelský problém:** V této doméně se vyskytuje nespavost, zhoršená sociální interakce.

#### **Doména 5: Percepce/kognice**

Pacientka je orientovaná místem, časem, prostorem, osobou a spolupracuje se zdravotnickým personálem.

**Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Doména 6: Vnímání sebe sama**

Pacientka má smutnou a pesimistickou náladu. Na svoji situaci nahlíží negativně. Má strach z výsměchu lidí.

**Ošetrovatelský problém:** Riziko beznaděje, osamělosti.

#### **Doména 7: Vztahy**

Pacientka má jednu dceru a žije spolu s manželem. Rodina pravidelně pacientku navštěvuje. Snaží se o řádnou komunikaci.

**Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Doména 8: Zvládání/ tolerance zátěže**

Pacientka není vyrovnaná a přiznává svůj strach. Obává se jakéhokoliv onemocnění. Pacientka trpí generalizovanou úzkostnou poruchou. A má velký strach o své blízké i přesto že s nimi málo komunikuje. Potřebuje být soběstačná, jelikož doma musí zastat své povinnosti a péči o svoji dceru.

**Ošetrovatelský problém:** Strach, úzkost.

## 6.5 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

### Ordinovaná vyšetření:

EKG při příjmu, odběry krve na biochemické (urea, kreatinin, bilirubin celkový, ALT, AST, glukóza), hematologické vyšetření (KO diferenciál, koagulace), a odběr moči na biochemické vyšetření moč + sediment, RTG srdce a plíc.

### Laboratorní výsledky:

#### Biochemie:

Tabulka 5 Biochemie

Název	Výsledek	Fyziologická hodnota	Jednotka
Glukóza	4,2	3,9-5,6	mmol/l
Kreatinin	103	44,0-110,0	mmol/l
Kyselina močová	350	220,0-420,0	μmol/l
Močovina	6,1	3,0-11,9	mmol/l
Bilirubin	15	2,0-17	μmol/l
ALT	0,73	0,17-0,82	μkat/l
AST	0,63	0,17-0,83	μkat/l
Troponin	22,2	21,1-291,5	μg/l
Na	140	135-145	mmol/l
K	3,6	3,5-5,1	mmol/l
Cl	101	97-108	mmol/l
Kalcium	2,38	2,19-2,54	mmol/l
Fosfor	0,89	0,97-1,45	mmol/l
Hořčík	0,87	0,66-1,05	mmol/l
Laktát	0,52	0,50-2,00	mmol/l
Albumin	43	34-48	g/l
Osmolalita	278	270-290	mmol/kg
CRP	0,08	0,00-5,00	mg/l

Zdroj: Laboratorní výsledky



**Hematologie:**

Tabulka 6 Hematologie

Název	Výsledek	Fyziologická hodnota	Jednotka
Leukocyty	8,3	3,9-9,4	10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	5,3	4,30-5,70	10 <sup>12</sup> /l
Hematokrit	0,432	0,400-0,500	l
Hemoglobin	154	135-175	g/l
Trombocyty	180	130-380	10 <sup>9</sup> /l
D-dimery	0,1	0,00-0,50	μg/l
INR	1,1	1-1,1	
APTT	1	0,8-1,2	
Fibrinogen	2,4	1,4-2,6	
Antitrombin	83,5	82,5-93,6	

Zdroj: Laboratorní výsledky

**Moč:**

Tabulka 7 Moč

Název	Výsledky	Fyziologická hodnota	Jednotka
ph moč	5	5,0-7,0	arb.j
glukóza moč	Xxxx	Xxxx	Xxxx
hustota moče chemicky	1018	1015-1025,000	g/l
ketolátky moč	negativní		
urobilinogen moč	negativní		
bilirubin moč	negativní		
Bakterie	negativní		
bílkovina moč	negativní		

Zdroj: Laboratorní výsledky

**Dieta:** č: 3 – racionální**Výživa:** per os**Pohybový režim:** neomezen

## Medikamentózní léčba:

Tabulka 8 Medikamentózní léčba

Název	Forma	Síla	Dávkování	Způsob podání	Skupina
Venlafaxin	Tbl	225mg	0-0-1	per os	antidepresivum
Stilnox	Tbl	10 mg	0-0-0-1	per os	Hypnotikum
Neurol	Tbl	0,25mg	1-0-1	per os	anxiolytika
Guttalax	Gtt	30 ml	0-0-15 gtt	per os	laxativum

Zdroj: Laboratorní výsledky

## 6.6 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 4. 1. 2016

Dne 4. 1. 2016 v 8:00 hod, byla pacientka přijata na psychiatrické oddělení v Plzni. Pacientka při příjmu byla plně orientována. Byla seznámena s řádem a právy pacientů. Posléze podepsala informovaný souhlas s hospitalizací.

Pacientka byla přijata s diagnózou generalizovaná úzkostná porucha. Pacientce při příjmu na oddělení v 8:15 hod, byl nabrán krevní obraz, který zahrnoval hematologické, biochemické vyšetření a vyšetření moči a sedimentu. Dále v 10:00 h bylo pacientce po kontrolních odběrech natočeno kontrolní EKG a RTG srdce a plic, vyšetření bylo bez patologických projevů.

Pacientka je plně mobilní a soběstačná ve všech směrech.

Pacientka je aktivní a se zdravotníky spolupracuje. Má, ale stále strach, že se u ní nebo u její rodiny objeví jakékoliv onemocnění nebo, že se jim něco stane špatného, nebezpečného. Pacientka z pohledu zdravotníků nekomunikuje s rodinnými příslušníky, z důvodu výsměchu její stanovené diagnózy.

Pacientka dále udává, že v noci nemůže spát a je unavená. Po dobu hospitalizace byla naordinovaná racionální dieta. A u pacientky byl sledován příjem tekutin za 24 hodin.

Dne 9. 1. 2016 v 7:45 pacientka udává zácpu. Informován lékař. Naordinováno laxativum každý večer v podobě 15 kapek Guttalaxu, dle ordinace lékaře. Medikamentózní léčba je taktéž podávána dle ordinace lékaře.

## 6.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

Zácpa (00011)

Strach (00148)

Úzkost (00146)

Nespavost (00095)

Únava (00093)

Zhoršená sociální interakce (00052)

Riziko beznaděje (00124)

Riziko intolerance aktivity (00094)

Riziko nevyvážené výživy (00002)

Riziko osamělosti (00054)

### **Zácpa (00011)**

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 2:** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřené tuhé, suché stolice.

### **Určující znaky:**

- Bolest břicha
- Pociťování plnosti rektu
- Silná plynatost

### **Související faktory:**

*Funkční:*

- Nedostatečná fyzická aktivita
- Nedostatečné vyprazdňování (pozice pro vyprazdňování, soukromí)

*Fyziologické:*

- Nedostatečný příjem tekutin
- Změna ve stravovacích vzorcích

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má při dimisi pravidelné vyprazdňování stolice

**Cíl krátkodobý:** Pacientka se po podání laxativa vyprázdní do 6 hodin

**Očekávané výsledky**

Pacientka se pravidelně vyprazdňuje.

Pacientka se vyprázdní do 6 hodin po konzumaci laxativ.

Pacientka vypije denně 1500-2000 ml tekutin.

Pacientka nepocítuje bolest břicha a plnost konečníku do jednoho dne.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Zjistí od pacientky frekvenci a faktory, které ovlivňují vyprazdňování před hospitalizací -všeobecná sestra, ihned.
2. Podej laxativa dle ordinace lékaře a sleduj jeho účinek a proved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra, ihned při obtížích.
3. Pouč pacientku o nutnosti zvýšeného pitného režimu až 2000 ml za 24 hodin, dohlédni na příjem tekutin – všeobecná sestra, průběžně.
4. Aktivizuj pacientku dle možností jejího zdravotního stavu a edukuj o nutnosti pohybu – všeobecná sestra, průběžně.
5. Zajisti dostatek soukromí při vyprazdňování- všeobecná sestra, ošetrovatelka vždy.
6. Vše zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.

**Realizace: 9. 1. 2016 během denní služby (6:00-18:00)**

7:00 Ráno pacientka bolesti břicha neudává.

12:00 Pacientka pije minimálně 2,5 litru denně.

14:00 Pacientka má zajištěno soukromí při vyprazdňování.

15:00 Pacientka se v průběhu dne vyprázdnila a cítí velkou úlevu.

**Hodnocení (po 2 dnech hospitalizace):**

- Pacientka pije dostatečně a bolesti břicha neudává.
- Pacientka užívá večer laxativa dle ordinace lékaře.
- Pacientka se do 6 hodin po podání laxativ vyprázdnila a cítí velkou úlevu. Udává pocit celkové pohody.

Krátkodobý cíl byl splněn.

### **Pokračují intervence:**

**2., 3., 5., 6., 8.**

Pacientka dodržuje zvýšený pitný režim. Prochází se po chodbách na oddělení z důvodu rozpořívování střevní peristaltiky. Užívá laxativa dle ordinace lékaře. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutno pokračovat v intervencích.

- 5. 2. 2016: V den propuštění pacientka při rozhovoru udává, že se po dobu hospitalizace vyprázdnila každý druhý den. Záznamy v dokumentaci jejímu tvrzení odpovídají. Dlouhodobý cíl byl splněn.

### **Nespavost (00095)**

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 1:** Spánek/odpočinek

**Definice:** Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování (organizmu).

### **Určující znaky:**

- pacientka uvádí potíže s usínáním
- usínání trvá déle než 30 minut
- často se probouzí během noci
- pacientka pocítuje ranní únavu

### **Související faktory:**

- nedostatek soukromí – spolupacienty
- environmentální faktory (okolní hluk, osvětlení, neznámé prostředí)

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka během hospitalizace nemá problém s usínáním.

**Cíl krátkodobý:** Kvalita nočního spánku je zlepšena do 2 dnů.

### **Očekávané výsledky**

Pacientka má během dne více aktivit.

Pacientka spí nejméně 6 hodin bez probuzení po celou dobu hospitalizace.

Pacientka usíná do 30 minut po ulehnutí do 2 dnů.

Pacientka se cítí odpočatá, má více energie.

Pacientka konstatuje zlepšení usínání po celou dobu hospitalizace.

Pacientka po probuzení slovně vyjadřuje, že je odpočínutý do 3 dnů.

Pacientka nebude jevit známky unavenosti během dne do 3 dnů.

### **Ošetrovatelské intervence**

1. Edukuj pacientku o možných aktivitách přes den – všeobecná sestra.
2. Zajisti dodržování nočního klidu na oddělení – všeobecná sestra.
3. Zjisti, jaké má pacientka rituály před spaním – všeobecná sestra.
4. Akceptuj opravdovost pacientových stížností na únavu, nepodceňuj situaci.
5. Podávej dle ordinace lékaře hypnotika a sleduj jejich účinnost a efektivnost, sestra.
6. Vyptej se na okolnosti, které ruší spánek, sestra.
7. Všimni změny běžné doby spánku v důsledku doby večerního ulehání (hospitalizace), sestra.
8. Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort (masáž zad, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka, sestra.
9. Doporuč omezení příjmu kofeinu zejména v době před spaním, sestra.

### **Realizace: 12. 1. 2016 během noční služby (18:00-6:00)**

19:00 - u pacientky byla zahájena večerní hygiena -všeobecná sestra

20:30- úprava lůžka- vypnutí prostěradla, načechrání polštáře, vyvětrání pokoje -  
všeobecná sestra

20:45- pacientce jsou promazána záda a změřeny fyziologické funkce

21.00- pacientka si čte knihu, je příjemně unavená.

21:30- zajištěn klidný noční chod na oddělení -všeobecná sestra

22:00- pacientka usíná

23:00- pacientka se po třetí probouzí

23:00- informován lékař

23:15- dle ordinace lékaře podána hypnotika-všeobecná sestra

23:55- kontrola účinku léku-všeobecná sestra-pacientka spí

### **Realizace ze dne 13. 11. 2015**

- Pacientka je během dne aktivizovaná. Kouká na televizi a čte oblíbenou knihu.
- Večer před spaním jsou pacientce změřeny fyziologické funkce, pokoj vyvětrán a lůžko upravené.
- Pacientce jsou dle ordinace lékaře podána hypnotika.
- Přes noc je pacientka tiše sledována – spí.

### **Hodnocení (po 2 dnech hospitalizace):**

- Pacientka zná důvod špatného usínání v nemocnici.
- Pacientka usíná do 30 minut po ulehnutí.
- Pacientka nejeví žádné známky unavenosti. Udává pocit celkové pohody.

Krátkodobý cíl byl splněn.

### **Pokračují intervence:**

**2., 5., 8.**

Pacientka je během dne aktivizována, nespí. Večer si čte knihu k usnadnění navození spánku a jsou dle ordinace lékaře podána hypnotika. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutno pokračovat v intervencích.

- 5.2.2016: V den propuštění pacientka při rozhovoru udává, že se již dva dny po přijetí na oddělení vyspala. A nadále každou noc spala minimálně 6 hodin v kuse. Dlouhodobý cíl splněn.

## **Strach (00148)**

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

### **Určující znaky**

- uvádí obavy
- uvádí strach
- uvádí sníženou sebejistotu
- uvádí zvýšené napětí

### *Kognitivní*

- podnět je vnímán jako ohrožení
- snížená schopnost řešit problémy

### *Behaviorální*

- vyhýbavé chování
- zvýšená ostražitost
- zúžené zaměření na zdroj strachu

### *Fyziologické*

- nechutenství
- nauzea
- únava
- zrychlené dýchání
- bledost

**Související faktory:** Jazyková bariera

**Priorita:** Vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nachází během hospitalizace vhodnou relaxaci. Mluví s psychoterapeutem o svém strachu. Umí eliminovat zdroje strachu.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka se učí v průběhu hospitalizace techniky zvládání strachu.

### **Očekávané výsledky:**

Pacientka je schopna rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm.

Pacientka se snaží eliminovat zdroj strachu.



Pacientka umí odlišit zdravý strach od nezdravého.

Pacientka se naučí vhodné techniky zvládnání strachu.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Nalezni zdroj strachu - všeobecná sestra.
2. Posuď stupeň strachu vnímané pacientkou, vliv strachu na život pacientky- všeobecná sestra.
3. Sleduj tělesné projevy strachu, fyziologické funkce a chování - všeobecná sestra.
4. Vyslechni pacientku, naslouchej jí, povzbuzuj jí - všeobecná sestra.
5. Dávej prostor pro možné dotazy pacientky- všeobecná sestra.
6. Snaž se pacientku odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací- všeobecná sestra.
7. Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, zapisuj do dokumentace všeobecná sestra.

#### **Realizace: 13. 1. 2016 během denní služby (6:00-18:00)**

10:35 -pacientka se vypovídala ze svých problémů

12:00- pacientce byly podány léky, dle ordinace lékaře - všeobecná sestra

14.00- sledování tělesné projevy strachu- všeobecná sestra

15:00-fyziologické funkce a vzorce chování pacientky byly zapsány do dokumentace - všeobecná sestra

17:30- pacientka se ptá, jaké jsou vhodné techniky zvládnání zátěže

#### **Hodnocení (po 5 dnech hospitalizace):**

- Pacientka se naučila techniky zvládnání techniky strachu.
- Pacientka je schopna rozpoznat objekt strachu a diskutovat o něm.
- Pacientka se naučila eliminovat strach.

Krátkodobý cíl byl splněn.

#### **Pokračují intervence:**

**3., 5., 6., 7., 8.**

Pacientka je během dne aktivizována. Nachází během hospitalizace vhodné relaxace. Umí mluvit s psychoterapeutem o svém strachu a dokáže strach eliminovat.

Ke splnění dlouhodobého cíle je nutno pokračovat v intervencích.

## **Úzkost (00146)**

**Doména 9:** Zvládání /tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí. Pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

**Priorita:** Vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka užívá správné postupy k účinnému zvládání úzkosti

**Cíl krátkodobý:** Pacientka do dvou dnů umí vyjádřit své pocity úzkosti

**Určující znaky:**

*Subjektivní:*

- znepokojení
- změny vegetativního systému (pocení, bušení srdce, tlak na hrudníku, nauzea, zvracení, pálení žáhy)

*Objektivní:*

- slovní vyjádření obav
- neklid
- snížená pozornost
- neschopnost soustředit se
- neschopnost řešit situaci
- nespavost

**Očekávané výsledky:**

Pacientka má dostatek informací, je uklidněný a spolupracuje.

Pacientka umí vyjádřit své pocity úzkosti.

U pacientky je snížena úzkost na únosnou míru převedením na konkrétní obavy.

Pacientka umí rozlišit úzkost a konkrétní strach.

Pacientka užívá správné postupy k účinnému zvládnání úzkosti.

Pacientka užívá správné postupy v prevenci jejího vzniku.

Pacientka efektivně využívá všechny druhy pomoci a podpory.

Pacientka řeší správně problémy.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Mluv s pacientkou klidně, beze spěchu-všeobecná sestra.
2. Používej krátké věty-všeobecná sestra.
3. Naslouchej pacientce se zájmem, úctou a respektem-všeobecná sestra.
4. Informuj podle svých kompetencí pacientku o léčebném postupu a o nutnosti jeho spolupráce-všeobecná sestra.
5. Umožni pacientce popsat jeho pocity-všeobecná sestra.
6. Umožni pacientce v klidném a bezpečném prostředí vyjádřit emoce (pláč, hněv, podrážděnost) -všeobecná sestra.
7. Nauč pacientku psychoterapeutické techniky vedoucí ke snížení a zvládnání úzkosti-všeobecná sestra.
8. Zapoj pacientku do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému-všeobecná sestra.
9. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich vedlejší účinky-všeobecná sestra.

**Realizace: 13. 1. 2016 během denní služby (6:00-18:00)**

10:40 -pacientka se nachází v bezpečném a klidném prostředí, kde může vyjádřit veškeré své emoce

11:40- pacientka se vypovídala ze svých problémů

14.00- pacientka byla poučena o možných psychoterapeutických technikách, které vedou ke snížení a zvládnání úzkostí

16:00-pacientka byla zapojena do aktivit, které odvedly pozornost od úzkosti

17:30- pacientka se ptá, jaké jsou vhodné techniky zvládnání zátěže

**Hodnocení (po 5 dnech hospitalizace):**

- Pacientka má dostatek informací a spolupracuje.
- Pacientka zná jaký je rozdíl mezi úzkostí a strachem.
- Pacientka dokáže vyjádřit své pocity jak úzkosti, tak strachu.

Krátkodobý cíl byl splněn.

**Pokračují intervence:**

**1., 3., 5., 7., 8.**

Pacientka v průběhu hospitalizace užívá správné postupy k účinnému zvládnutí úzkosti. Má dostatek informací a spolupracuje. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutno pokračovat v intervencích.

**Zhoršená sociální interakce (00052)**

**Doména 7:** Vztahy mezi rolemi

**Třída 3:** Plnění rolí

**Definice:** Stav, kdy se jedinec účastní společenského života nedostatečně, nadměrně nebo neúčinným způsobem.

**Určující znaky:**

- neschopnost vyvinout či sdělit uspokojivý pocit z prožitého
- stížnost rodiny na změnu způsobu interakce
- pocitování obtíží, nepohody ve společenských situacích

**Priorita: Vysoká**

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka se bude aktivně snažit o zlepšení interpersonálních vztahů.

U pacientky dojde ke zlepšení mezilidských vztahů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka dokáže formulovat všechny příčiny, které způsobují její poruchy sociální interakce.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka si uvědomí faktory, které způsobují nebo zvyrazňují zhoršení společenské interakce.

Pacientka se bude aktivně snažit o zlepšení interpersonálních vztahů.

U pacientky dojde ke zlepšení mezilidských vztahů.

U pacientky dojde k odhalení všech příčin, které způsobují poruchy sociální interakce.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Pozoruj pacientku při jednání s rodinnými příslušníky-všeobecná sestra.
2. Pozorně vyslechni všechny pacientky stížnosti a připomínky-všeobecná sestra.
3. Povšimni si vztahů a společenského chování v rodině-všeobecná sestra.
4. Pobízej pacientku k formulování problémů-všeobecná sestra.
5. Snaž se s pacientkou navázat co nejužší terapeutický vztah-všeobecná sestra.
6. Všimni si, jakým způsobem se pacient se vším vyrovnává a do jaké míry zapojuje své obranné mechanismy-všeobecná sestra.
7. Zapoj do ošetrovatelského procesu pacientky rodinu-všeobecná sestra.
8. Zaznamenávej a zhodnoť pozorování a postoje rodinných příslušníků-všeobecná sestra.
9. Pacientku psychicky povzbuzuj-všeobecná sestra.

#### **Realizace ze dne 14. 01. 2015**

10:20 pacientka byla pobídnuta k formulování svých potíží

11:00 byly vyslyšeny veškeré pacientky potíže a problémy

11:50 byl navázán terapeutický vztah s pacientkou

13:00 pacientku přišla navštívit rodina – povšimnutí společenského chování v rodině a zapsáno do dokumentace pacientky.

13:50 pacientky rodina byla zapojena do ošetrovatelského procesu- vše zaznamenáno do dokumentace pacientky.

#### **Realizace ze dne 15. 01. 2015**

- Pacientka promluvila o svých problémech, byly vyslyšeny veškeré potíže a problémy.
- Rodina pacientky byla zapojena do ošetrovatelského procesu.
- Byly zhodnoceny postoje rodinných příslušníků.
- Pacientka byla psychicky povzbuzována.

#### **Hodnocení (po 2 dnech hospitalizace):**

- Pacientka dokáže formulovat veškeré příčiny, podílející se na poruchách sociální interakce.
- Pacientka se aktivně snaží o zlepšení interpersonálních vztahů.

- Pacientka umí vyjmenovat faktory, které způsobí zhoršení společenské interakce.  
Krátkodobý cíl byl splněn.

**Pokračují intervence:**

**1., 2., 7., 9.**

Pacientka dokáže formulovat všechny příčiny, které způsobují její poruchy sociální interakce. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutno pokračovat v intervencích.

**Riziko beznaděje (00124)**

**Doména:** Sebepercepce

**Třída 1:** Sebepojetí

**Definice:** Subjektivní hodnocení situace, kdy jedinec vidí jen omezené nebo žádné alternativy či přijatelné způsoby řešení a není schopen ve vlastním zájmu mobilizovat energii.

**Určující znaky:**

- slovní vyjádření pocitu beznaděje (povzdechy, přesvědčení, že se situace nezmění)
- pocity prázdného, nesmyslného života
- pasivita, málomluvnost
- chudé citové projevy
- problémy s rozhodováním a přemýšlením

**Priorita:** Nízká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka si osvojí způsoby jak čelit beznaději. A uznává hodnoty a smysl svého života.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka projevuje zvýšenou aktivitu a energii v péči o sebe, v zájmu o druhé lidi, o zájmovou činnost.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka rozpozná a vyjádří své pocity.

Pacientka si osvojí způsoby, jak čelit pocitům beznaděje.

Pacientka pozitivně hodnotí svůj dosavadní život a vyjadřuje důvěru v sebe a v očekávaný výsledek.

Pacientka uznává hodnoty a smysl života.

Pacientka projevuje pozitivní očekávání do budoucnosti

Pacientka projevuje zvýšenou aktivitu a energii v péči o sebe, v zájmu o druhé lidi, o zájmovou činnost.

Pacientka projevuje samostatnost v rozhodování a řešení problémů.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Všiměj si projevů beznaděje v jednání pacientky-všeobecná sestra.
2. Všiměj si obranných mechanismů, např. zvýšeného spaní, používání léků, úniku do nemoci, denního snění-všeobecná sestra.
3. Všiměj si rodinných vztahů-všeobecná sestra.
4. Vytvoř s pacientkou terapeutický vztah-všeobecná sestra.
5. Vysvětli pacientce všechna vyšetření a procedury-všeobecná sestra.
6. Povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů a dojmů-všeobecná sestra.
7. Povzbuzuj v pacientce naději a pomoz najít i pozitivní stránku situace-všeobecná sestra.
8. Ved' pacientku k tomu, aby si uvědomila, které situace má pod kontrolou, a o čem naopak rozhodovat nemůže-všeobecná sestra.
9. Pomoz pacientovi osvojit si způsoby zvládnutí problémů, kterým se lze naučit a s jejichž pomocí lze čelit beznaději-všeobecná sestra.
10. Poskytni pozitivní zpětnou vazbu u akcí ke zvládnutí a překonání pocitů beznaděje-všeobecná sestra.
11. Ved' pacientku k tomu, aby si uvědomila, které faktory nebo situace vyvolávají pocity beznaděje-všeobecná sestra.

### **Realizace ze dne 5. 01. 2016**

11:45 Zjištěny silné stránky pacientky, které jí pomáhají zvládat jakékoliv problémy.

12:00 Vyslyšeny potřeby a možnosti kontroly, které pacientka využívá.

12:30 Pacientka je informována o možných způsobech jak čelit beznaději.

12:30 Povzbuzení pacientky ohledně jejího zdravotního stavu.

13:00 Rodina zapojena do ošetrovatelského procesu.

**Realizace ze dne 6. 01. 2016**

- Pacientka informována o způsobech jak čelit beznaději.
- Rodina byla zapojena do ošetrovatelského procesu.
- Pacientka byla vyslyšena o jejích potřebách a kontrolách při problémech.
- Veškeré pocity, které pacientka uvedla, byly akceptovány.

**Hodnocení (po 2 dnech hospitalizace):**

- Pacientka umí vyjmenovat způsoby, které napomáhají lepší zvládnání beznaděje.
- Pacientka se aktivně podílí na léčbě.
- Pacientka zná oblasti, které jsou mimo její kontrolu.
- Pacientka udává pocit celkové pohody.
- Pacientka projevuje zvýšenou aktivitu a energii v péči o sebe, v zájmu o druhé lidi, o zájmovou činnost.

Krátkodobý cíl byl splněn.

**Pokračují intervence:**

**2., 4., 7., 10.**

Pacientka je aktivizována. Její rodina je zapojena do ošetrovatelského procesu. Pacientka si osvojí způsoby jak čelit beznaději. A uznává hodnoty a smysl svého života. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutno pokračovat v intervencích.



## 6.8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče o pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou byla provedena podle koncepčního modelu Marjory Gordonové dle NANDA taxonomie II 2012-2014.

Při nástupu pacientky na oddělení bylo na základě pacientkou uvedených problému stanoveno 10 ošetrovatelských diagnóz. Tyto diagnózy byly seřazeny dle stupně závažnosti. U všech diagnóz byly stanoveny krátkodobé a dlouhodobé cíle.

Posléze byly vytvořeny intervence, díky kterým jsme přistoupili k realizaci. Pacientku jsme po celou dobu sledovali a na závěr veškeré ošetrovatelské diagnózy zhodnotili.

Pacientka trpěla nespavostí v důsledku nadměrného hluku na oddělení. U této diagnózy byly veškeré stanovené cíle splněny za pomoci dostatečné aktivity přes den, zjištění rituálů pacientky před spaním a zajištěním nočního klidu na oddělení, pacientka si poté po dobu hospitalizace nestěžovala na nedostatečný spánek. Cíle u diagnózy zácpy v důsledku změny prostředí byly také splněny, jelikož pacientka užívala laxativa, dodržovala dostatečný příjem tekutin a měla zajištěné soukromí při vyprazdňování.

Pacientka trpěla úzkostí a strachem, tyto onemocnění se u pacientky objevili po úmrtí její sestry. Pacientka se naučila správné postupy k účinnému zvládnání úzkosti a naučila se mluvit s psychoterapeutem o svém strachu.

Cíle u diagnózy riziko beznaděje byly také splněny. Pacientka si osvojila způsoby jak čelit beznaději. A uznává hodnoty a smysl svého života.

Během hospitalizace byla pacientka aktivní a spolupracovala. S péčí na psychiatrické klinice byla pacientka velice spokojena i její rodinní příslušníci.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Je velmi důležité si uvědomit, že pacient s generalizovanou úzkostnou poruchou se často nachází v situaci, kdy jeho návrat do běžného života nemusí být vůbec lehký.

Pacientův psychický stav je velice narušený. Je tedy velmi důležitý přístup rodinných příslušníků, přátel a známých. Na základě podkladů studia odborné literatury a pracovní zkušenosti s pacientkou generalizované úzkostné poruchy, zde předkládám doporučení, které jsou určeny pro management, zdravotnický personál, pro pacienta a jeho rodinu.

### *Doporučení pro management:*

- Zajistit pravidelné proškolení zdravotnického personálu v oblasti úzkostných poruch.
- Umožnit zdravotnickému personálu aktivní účast na odborných stážích.
- Motivovat personál k získání nových vědomostí.

### *Doporučení pro zdravotnický personál:*

- Pokaždé být pacientům nápomocný a přistupovat k nim s empatií a vstřícností.
- Přistupovat k pacientům individuálně a s trpělivostí.
- Zapojovat rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu.
- Aktivně vyhledávat potřeby nemocného a uspokojovat je.
- Neustále pacienta edukovat, poskytovat cenné rady a motivovat.

### *Doporučení pro pacienta:*

- Aktivně komunikovat s ošetrovatelským a zdravotnickým personálem.
- Aktivně se ptát na informace o svém zdravotním stavu.
- Aktivně se ptát na průběh nemoci a na její léčbu.
- Dodržovat zásady léčby a pokyny lékaře.

### *Doporučení pro rodinu:*

- Aktivně se ptát na zdravotní stav svého rodinného příslušníka.
- Být oporou svému nemocnému rodinnému příslušníkovi a naslouchat ho.
- Být nemocnému na blízku a chodit ho pravidelně navštěvovat.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo prohloubit vědomosti o generalizované úzkostné poruše a shromáždit co nejvíce ucelených informací o této problematice nejen pro zdravotníky ale i pro laickou veřejnost. Dalším cílem bylo zmapovat medicínskou a ošetrovatelskou problematiku u pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou. Tento cíl pokládáme za splněný, neboť jsme se dozvěděli mnoho zajímavých a nových informací. Studováním odborné literatury jsme získali neobyčejný pohled na tuto problematiku. V teoretické části se nachází charakteristika, příčiny, příznaky, léčba, prognóza onemocnění. Dále vymezení pojmů úzkosti, strachu, vyjmenování nejčastějších úzkostných poruch.

Praktická část byla věnována komplexnímu ošetrovatelskému procesu. Pro tvorbu ošetrovatelského procesu byl použit model fungujícího zdraví dle Marjory Gordon. U pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou byla odebrána celková anamnéza a na základě nasbíraných informací byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II 2012-2014. U této pacientky bylo v období hospitalizace stanoveno celkem 10 ošetrovatelských diagnóz. Diagnózy byly seřazeny dle priorit.

Mezi aktuální ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili, úzkost, únavu, nespavost, strach, zhoršenou sociální interakci, riziko beznaděje, osamělosti, intoleranci aktivity, nevyvážené výživy.

Následně byly diagnózy rozpracovány do fází ošetrovatelského procesu. U diagnóz byl stanoven cíl, priorita, očekávané výsledky, ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení. Veškeré uvedené cíle se nám podařilo splnit.

Vypracovaná bakalářská práce může sloužit pro pacienty s generalizovanou úzkostnou poruchou, studenty a i zdravotnický personál jako cenný zdroj informací o tomto onemocnění.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BERAN, J., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1125-6.

BLATNÝ, M., 2010. *Psychologie osobnosti*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3434-7.

HLINOVSKÁ, J., J. NĚMCOVÁ et al. 2011. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-904955-3-1.

HONZÁK, R., 2005. *Úzkostný pacient*. Vyd.1. Galén, 180 s. ISBN 80.7262-367-2.

HUČÍN, J., 2016. *Články Jakuba Hlučina*. Staženo 1. Února, 2016 z <http://jakub.hucin.cz/strach.html>

JANÁČKOVÁ, L., 2014. *Život je boj*. Nakladatelství Grifart. ISBN 978-80-905337-4-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Nakladatelství Portál, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAGERČIAKOVÁ, M., 2008. *Edukace v ošetrovatelství* 1.2 vyd. Fakulta zdravotnictva v Rožmberku. ISBN 978-80-8084-221-5.

MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1399-3.

MAREŠ, J. a kol., 2010. *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-150-7.

NĚMCOVÁ, J., 2011. *Výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-90-2876-9-3.

POSPÍŠILOVÁ, E., V. TÓTHOVÁ., 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. 1. vyd. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.

PRAŠKO, J., 2009. *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. Vyd. Galén, 84 s. ISBN 978-80-7262-631-1.

PRAŠKO, J., J. VYSKOČILOVÁ, J. PRAŠKOVÁ., 2008. *Úzkost a obavy*. ISBN 978-80-7367-410-6.

RAUDENSKÁ, J., a. JAVŮRKOVÁ., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

ACADEMY SPEKTRUM ZDRAVÍ., 2013. *Úzkostná porucha*. Staženo 2. února, 2016 z <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/uzkostna-porucha>

ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie- teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7013-127-6.

ŠNÝDROVÁ, I., 2008. *Psychodiagnostika*. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2165-1.

TÓTHOVÁ, V., a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VAVRUŠOVÁ, L. a kol., 2013. *Úzkostné poruchy*. Vyd. Osveta, 214 s. ISBN 978-80-8063-400-1.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, ©2009. xv, Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.

VRTIŠKOVÁ, M., 2012. *Zdravotní nauky*. Vyšší odborná škola sociálně právní, Praha. ISBN 978-80-87779-01-9. Dostupné z <http://docplayer.cz/875756-Zdravotni-nauky-phdr-marie-vrtiskova.html>

VYMĚTAL, J., 2007. *Speciální psychoterapie 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

VYTEJČKOVÁ, R et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. xvi s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ, J. ŠRÁMKOVÁ., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZELENÍKOVÁ, R., L. SIKOROVÁ., 2013. *Ošetrovatelský proces a dokumentování: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-242-5.

# **PŘÍLOHY**

Příloha A – Rešerše.....I

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....II



Knihovna Jana Drdy  
nám. T. G. Masaryka 156  
26101 Příbram I

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S GENERALIZOVANOU  
ÚZKOSTNOU PORUCHOU

Rešerše č.29/2015

<b>Žadatel:</b>	<b>Procyková Adéla</b>
<b>Zpracovatel:</b>	Hana Pegová <a href="mailto:mvs@kjd.pb.cz">mvs@kjd.pb.cz</a> , tel. 318 626 486
<b>Datum zpracování:</b>	13. 11. 2015
<b>Celkový počet záznamů:</b>	31
<b>Typy dokumentů:</b>	Knihy (19 titulů) Články (10 titulů) Akademické práce (2 tituly)
<b>Časové vymezení:</b>	2005 – 2015
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, angličtina (2 tituly)
<b>Geografické vymezení:</b>	ČR



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta