

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Bc. Monika Šidlová

Kvalita života ľudí so schizofréniou
Diplomová práca

Vedúci práce: Doc. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Olomouc 2010

ANOTÁCIA

Diplomová práca

Názov práce: Kvalita života ľudí so schizofréniou

Názov práce v AJ: The quality of life of patients suffering schizophrenia

Dátum zadania: 2009-01-13

Dátum odovzdania: 2010-05-03

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotníckych vied

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Bc. Monika Šidlová

Vedúci práce: Doc. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Abstrakt

Diplomová práca sa venuje kvalite života ľudí trpiacich schizofrénnym ochorením. Práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. Teória sa zaoberá odborným poňatím schizofrénie a kvality života. Ťažisko práce tvorí praktická časť zameraná na kvantitatívny výskum subjektívneho zhodnotenia kvality života v rôznych doménach prostredníctvom dotazníka Q-LES-Q a CFQ.

Abstract

The topic of this thesis is quality of life of people with schizophrenia. The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical introduction describes schizophrenia disease and quality of life. The empirical part is realized by means of quantitative research oriented to quality of life in various domains through Q-LES-Q and CFQ questionnaire.

Kľúčové slová: schizofrénia, kvalita života, psychiatrické škály

Key words: schizophrenia, quality of life, psychiatric scales

Rozsah: 86 s., 3 prílh.

Čestné prehlásenie

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne a použila som len literatúru, ktorú uvádzam v zozname bibliografických odkazov.

V Olomouci, dňa 30.4.2010

.....

vlastnoručný podpis

Pod'akovanie

Ďakujem Doc. MUDr. Jánovi Pavlovi Praškovi, CSc., za odborné vedenie a cenné rady pri spracovávaní tejto diplomovej práce. Ďalej ďakujem MUDr. Zuzane Sigmundovej, sestrám z Psychiatrickej kliniky FNOL za pomoc pri realizácii výskumu, Mgr. Jane Zapletalovej, Dr. za pomoc a rady so štatistickým spracovaním. V neposlednej rade patrí poďakovanie mojej rodine a priateľovi, ktorí boli zhovievaví po celú dobu môjho štúdia.

OBSAH

ÚVOD

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 HISTORIKÉ ASPEKTY SCHIZOFRÉNIE	8
1.1 Vymedzenie pojmu schizofrénie.....	9
2 EPIDEMIOLOGIA	11
3 ETIOLOGIA A PATOGENÉZA	12
3.1 Modely schizofrenie	12
3.2 Rozdelenie modelov	13
3.2.1 Teória záťaže a dispozície.....	14
3.2.2 Klasická dopamínová hypotéza	14
3.2.3 Revidovaná dopamínová hypotéza.....	15
4 DIAGNOSTIKA	16
4.1 Hlavné kritéria schizofrénie	16
4.2 Diferenciálna diagnostika.....	17
4.3 Pomocné vyšetrenia	17
5 TYPOLÓGIA OCHORENIA.....	19
5.1 Kognitívna dysfunkcia pri schizofrénii	20
5.2 Vplyv symptómov na hodnotenie kvality života	22
6 PRIEBEH OCHORENIA	23
6.1 Formy schizofrénie	24
7 LIEČBA SCHIZOFRÉNIE	27
7.1 Fázy liečby	27
7.1.1 Monoterapia	28
7.1.2 Kombinovaná terapia	29
7.1.2.1 Antipsychotika a kvalita života	29
7.1.3 Elektrokonvulzívna terapia (ECT)	30
7.2 Psychoterapeutické postupy	30
7.2.1 Základné rozdelenie psychoterapeutických prístupov k schizofrénii	31
7.2.2 Psychosociálna rehabilitácia a kvalita života	32
8 COMPLIANCIA A ADHERENCIA PACIENTA	33
9 KVALITA ŽIVOTA.....	34

9.1 Definícia pojmu kvality života.....	34
9.2 Koncept kvality života.....	35
9.3 Príčiny zníženej kvality života pri schizofrénii	36
9.3.1 Kvalita života rodiny	36
9.3.1.1 Edukácia rodiny zdravotnou sestrou	37
9.3.2 Stigmatizácia.....	38
9.4 Vplyv ošetrovateľstva na podporu kvality života	39
9.5 Meranie kvality života	39
II. PRAKTICKÁ ČASŤ	
10 CIELE A HYPOTÉZY	41
11 METODIKA PRÁCE	43
11.1 Charakteristika výskumnej vzorky	44
11.2 Spracovanie získaných dát	45
11.3 Zdroje odborných poznatkov	46
12 VÝSLEDKY VÝSKUMU	47
12.1 Štatistické overenie hypotéz.....	66
12.2 Zhodnotenie cieľov	71
13 DOPORUČENIE PRE PRAX.....	74
14 DISKUSIA	75
ZÁVER.....	79
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.....	80
ZOZNAM SKRATIEK.....	84
ZOZNAM TABULIEK.....	84
ZOZNAM GRAFOV	85
ZOZNAM PRÍLOH.....	86
PRÍLOHY	

ÚVOD

Kvalita života je v dnešnej dobe skloňovaná vo všetkých superlatívoch. Dôvodom je moderná doba, ktorá za všetkým hľadá kvalitnú a poctivú prácu. Preto sa nie je čomu čudovať, že tento trend sa odzrkadlil aj psychiatrii.

V minulosti slúžilo meranie kvality života na testovanie účinnosti rôznych liečebných či socialno- psychologických postupov. V poslednej dobe však naberá širší význam. Jej dosiahnutie vypovedá o dobrej zdravotnej a psychosociálnej starostlivosti o pacienta k o jeho životnej spokojnosti. Nejde teda už len o to, ako pacienta vidí lekár, prípadne psycholog, ale i o to, ako to vidí pacient sám. Meranie kvality života sa zameriava na subjektívne aj objektívne stránky života a tým vypovedá o celkovom stave jednotlivca.

Tak závažné ochorenie ako je schizofrénia, postihuje jedinca vo všetkých psychických a sociálnych dimenziách a má nemilé dôsledky, ktoré môžu úplne znehodnotiť kvalitu života. Zneprijemňuje život samotnému pacientovi, ale aj jeho okoliu. Diplomová práca sa zaoberá kvalitou života ľudí so schizofróniou. Prvotným cieľom bolo zistiť, akú majú títo pacienti kvalitu života. Tejto problematike sa venovala rada štúdií na celkom svete, ktoré mali vždy ten istý cieľ ako my. Na subjektívne zhodnotenie kvality života sme v našej práci použili kvantitatívnu metódu pomocou štandardizovaného dotazníka, validizovaného na našu populáciu. Výskum prebiehal vo Fakultnej nemocnici v Olomouci na psychiatrickej klinike a zúčastnili sa ho ambulantní pacienti so schizofróniou v remisii, aby nebolo možné spochybniť ich výpovede.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 HISTORIKÉ ASPEKTY SCHIZOFRÉNIE

Dejiny psychiatrie nie sú tak úzko prepojené so žiadnym iným ochorením, tak ako so schizofróniou (Rahn, 2000, s. 169). Vymedzenie pojmu sa v priebehu rokov premieňalo s mieniacimi sa poznatkami na poli psychiatrie. Príznaky ochorenia fascinujú filozofov a lekárov už tisícky rokov (Kučerová, 2006, s. 189).

Ako prvý popísal schizofróniu nemecký psychiater **Emil Kraepelin** pod názvom „*dementia praecox*“, čiže predčasné zhlúpnutie. Pokladal zlyhanie rozumových schopností a prehlbovanie s ním spojené, chátranie osobnosti až do úplného úpadku za spoločný rys niekoľkých popisovaných ochorení: katatonie, paranoje, heberfrénie a vlastnej predčasnej demencie. Jeho diagnóza bola založená na nepriaznivom vývoji tohto mnohotvárneho ochorenia (Raboch, 2001, s. 228).

Pojem schizofrénia ako prvý použil v roku 1911 švajčiarsky psychiater **Eugen Bleuler**. Je odvodený z gréčtiny, kde „*schizo*“ znamená štiepiť sa a „*phren*“ rozum, myslenie. Nepovažoval ju za organickú demenciu, chcel len zdôrazniť prítomnosť rozštiepenia medzi myslením, správaním a emotivitou u postihnutých ľudí. Rozštiepenosť, nesúlad psychických funkcií pokladal za dôležitú vlastnosť ochorenia (Kučerová, 2006, s. 190). Snažil sa charakterizovať príznaky typické pre diagnostiku: autizmus, porucha asociácií, ambivalentné alebo oploštené emócie. Schizofróniu chápal ako stav, ktorého aktuálna podoba je spoluurčovaná mnohými faktormi a môže sa meniť (Raboch, 2001, s. 228).

Veľký vplyv na diagnostiku schizofrénie mala práca **Kurta Schneidera**, ktorý popísal tzv. symptómy prvého radu. Medzi tieto príznaky patrí: ozvučovanie myšlienok, počutie hlasov, telesné prežitky, odoberanie a ovplyvňovanie myšlienok, bludné vnímanie, ovplyvňovanie vôle, impulzov a emócií niekoho iného. Väčšina z nich sa dnes počíta k charakteristickým príznakom schizofrénie (Bouček, 2006, s. 50).

Snaha nájsť jednoznačné, nutné a pre diagnostiku dostačujúce príznaky schizofrénie boli neúspešné. Príznaky prvého radu sa vyskytovali aj u iných diagnóz. Psychiatri si začali čoraz viac uvedomovať, že spoľahlivosť ich diagnóz je nízka.

Rovnaké pojmy boli používané s rôznym významom a s rôznym výsledkom v rôznych zemiach. Koncom 60. rokov došlo k vzniku medzinárodnej štúdie organizovanej Svetovou zdravotníckou organizáciou. V tejto medzinárodnej pilotnej štúdii schizofrénie (International Pilot Study of Schizophrenia- IPSS) boli vyšetrení pacienti z deviatich geograficky a kultúrne veľmi odlišných centier, napr. Moskva, Washington, Praha, Aarhus v Dánsku, Bogota v Kolumbii alebo indické Dillí. Dáta boli získavané jednotným spôsobom pomocou štandardného vyšetrenia prítomného stavu a jednotne zhodnotené pomocou počítačového programu CATEGO (Raboch, 2001, s. 229).

Epidemiologické práce na prelome 60. a 70. rokov posilnili postavenie psychiatrie ako medicínskeho odboru. Taktiež sa prejavila i snaha psychiatrov o vzájomnú dohodu. To sa prejavilo predovšetkým vyššou spoľahlivosťou diagnóz, ich definícia bola jednoduchšia a zrozumiteľne vymedzená. Schizofrénia bola v americkom diagnostickom manuále v roku 1980 popísaná pomocou jednoznačných kritérií. Pri dôslednom použití pravidiel pre diagnózu bolo možné dôjsť k jednoznačnému výsledku (Raboch, 2001, s. 229). Vznikla nová typológia podskupín schizofrénie. Boli uskutočnené rozsiahle genetické štúdie: sociálne selekcie, socio-ekonomický status, narušené emočné reakcie v rodinných systémoch. Boli zistené i rizikové faktory pre vznik schizofrénie ako je migrácia, somatogenéza, špeciálna vulnerabilita. To všetko viedlo k vzniku mnohých koncepcií schizofrénie. V posledných rokoch nastali patrné zmeny v pohľade na podstatu schizofrénie. Všeobecne bol prijatý názor, že schizofrénia nemôže byť ďalej videná ako kompaktný syndróm, ale má byť chápaná ako komplexné ochorenie (Kučerová, 2006, s. 190).

1.1 Vymedzenie pojmu schizofrénie

„Schizofrénia je duševné ochorenie charakterizované poruchami takmer všetkých psychických funkcií. Zásadná je porucha myslenia a vnímania, oploštená alebo neadekvátna emotivita a narušené spávanie a jednanie.“ (Češková, 2006, s. 181).

Příkryl a kolektiv (2008, s. 162) tvrdí, že schizofrénia je ochorenie charakterizované narušením kognitívnych funkcií, ako je pamäť, pozornosť, exekutívne funkcie alebo psychomotorický výkon. Podľa Boučka (2006, s. 49)... *„je schizofrénia závažné duševné ochorenie, ktoré významne narušuje schopnosť chorého sa zrozumiteľne správať, jednať a uplatniť sa v živote.“* Ďalšie vymedzenie pojmu uvádza Kučerová (2006, s. 189), kde schizofréniu chápe ako závažné psychické ochorenie, ktoré narušuje schopnosť zrozumiteľne a účelne jednať. Chorý sa odcudzuje okoliu, sťahuje sa z reality a vytvára si svoj vlastný imaginárny svet. Choroba prestupuje celou osobnosťou, znižuje kvalitu života a spôsobuje neschopnosť naplniť život a životné role.

2 EPIDEMIOLOGIA

Celoživotná prevalencia tohto ochorenia sa pohybuje okolo 1%. Incidencia je u oboch pohlaví rovnaká 2-4 prípady na 10 000 obyvateľov ročne. Výskyt zostáva v časovom priebehu nemenný s menšími odchýlkami na celom svete rovnaký. Bola popísaná incidencia a prevalencia na celom svete, teda v rôznych geografických a kultúrnych oblastiach. V štúdiách Svetovej zdravotníckej organizácie bola incidencia podobná naprieč rôznymi zemami.

U mužov sa začiatok choroby začína najčastejšie v neskorej adolescencii medzi 15.- 25. rokom a u žien začína priemerne o niekoľko rokov neskôr, najčastejšie medzi 25.- 35. rokom života. Ženy majú obvykle miernejšiu formu s benígnejším priebehom, ktorá lepšie reaguje na liečbu. Sú menej často hospitalizované a lepšie sociálne fungujú ako muži. Za toto vďaka pravdepodobne vplyvu estrogénu na dopaminergný systém (Svoboda, 2006, s. 182) a neskoršiemu počiatku rozvoja choroby. Mortalita schizofrenikov je významne zvýšená vzhľadom k priemernej populácii a ich fertilita je znížená. Priebeh je veľmi premenný, približne u 1/3 dochádza k uzdraveniu, u 1/3 k relapsom a remisiám a u 1/3 k chronickému zhoršeniu. Riziko vzniku schizofrenie koreluje s podielom génov zdieľaných s osobou u ktorej sa ochorenie prejavilo (Fišar, 2001, s. 170). Ochorenie má tendenciu na kumuláciu v rodinách. Trend familiárneho výskytu je zreteľnejší pri katatónnej forme a tiež pri schizoafektívnych poruchách (Raboch, 2000, s. 241).

3 ETIOLÓGIA A PATOGENÉZA

Ako už predpokladal E. Blauer, schizofrénia nie je jednotné ochorenie, pretože spojuje skupinu porúch, ktoré sa v určitých symptómoch zhodujú (Rahn, 2000, s. 182). Nevie sa, či existuje jedna a nezbytná príčina. Zatiaľ nie je možné obísť predpoklad multifaktoriálnej etiológie a mnohopočetných patogenetických vplyvov (Raboch, 2001, s. 242).

3.1 Modely schizofrenie

Existuje veľa štúdií, ktoré sa usilujú pochopiť podstatu schizofrenie. Pri vzniku teoretických modelov sa uplatnili predovšetkým tieto hľadiská etiológie: genetické, ekologické, vývojové, teória učenia, vnútorného prostredia, neurofyziologické a neuroanatomické. Kognitívne dysfunkčné modely sa zaoberajú hlavne klinickou symptomatológiu a neuropsychologickými a psychopatologickými nálezmi. Enviromentálne modely sú zamerané na vplyv sociálnych požiadavkou a faktory schopné vyvolať špecifické poškodenie mozgu. Neuroanatomické modely pozorujú abnormality v štruktúre mozgu. Genetické modely vysvetľujú náchylnosť k schizofrénii na základe pôsobenia známych genetických faktorov a farmakologické a biochemické modely sa pokúšajú prepojiť symptómy a odozvu farmakoterapie so štruktúrou a funkciou mozgu.

Nové modely patofyziológie sú zamerané na integráciu poznatkov na základe neurovied založených na nových zobrazovacích metódach a molekulárnej genetike. Rôzne modely vznikajú na základe vytypovaných rizikových faktoroch. Sú študované z hľadiska vonkajšieho prostredia v časných fázach života a merané biologickými znakmi. Najvyšší rizikový faktor má zrejme genetický pôvod. Neurovývojový model sa zameriava na genetické a negenetické rizikové faktory v prenatalnom a perinatálnom období. Štúdium negenetických faktorov vychádza z teratogénneho pôsobenia vonkajšieho prostredia., schopné vyvolať malformáciu vyvíjajúceho sa zárodka (Fišar, 2001, s. 176).

3.2 Rozdelenie modelov

Enviromentálne modely

- Psychosociálny model
- Ostatné enviromentálne modely

Genetické modely

- Monogénové modely
- Model výraznej rôznorodosti
- Multifaktoriálny polyfénový model s prahovým efektom
- Zmiešané alebo kombinované modely
- Kontinuálny model

Neurovývojová hypotéza

- Vývojová neuropatológia

Biochemické hypotézy

- Klasická dopamínová hypotéza
- Iná monoaminergná hypotéza
- Aminokyselinergná hypotéza
- Neuropeptidy pri schizofrénii
- Revidovaná dopamínová hypotéza
- Pôsobenia antipsychotík a halucinogénov
- Transmetylačné hypotézy
- Membránové hypotézy
- Aktivita MAO

Iné hypotézy

- Temporolimbická teória
- Neurónový model
- Jednotný patofyziologický model (Fišar, 2001, s.178- 206).

3.2.1 Teória záťaže a dispozície

O patogeneze existujú premyslené teórie vychádzajúce z pozorovania a sú overené experimentmi. Jedna z nich je teória záťaže (stresu) a dispozície (zraniteľnosti = vulnerability). Disponuje tu dedičná alebo získaná vloha vedúca k zlyhaniu adaptívnych funkcií duševného života. Toto vedie k neprispôsobivému správaniu sa a prežívaniu pri záťaži. Prehľbuje sa zníženou odolnosťou jedinca, čo vedie k manifestácii ochorenia.

Vloha môže mať charakter geneticky podmienenej variácie v produkcii enzýmu, receptoru alebo iného proteínu. Dispozícia môže byť získaná napr. pri infekcii matky počas tehotenstva alebo pri perinatálnej traumatickej nehode. Na vlohy pôsobí taktiež záťaž, ktorá ochorenie spustí. Takouto záťažou je adolescencia, kedy sú vysoké nároky na organizmus pri prechode do dospelosti. Môže to byť aj telesná trauma, choroba, skúsenosti s drogami, ktorá vedie k strate istoty (Raboch, 2001, s. 242).

3.2.2 Klasická dopamínová hypotéza

Podľa klasickej dopamínovej hypotézy schizofrénie sú psychotické symptómy vzťahované k dopaminergnej hyperaktivite v mozgu. Pre tuto hypotézu svedčia pozorovania dvojakého typu:

1. látky vyvolávajúce stavy blízke paranoidnej schizofrénii uvoľňujúce dopamín;
2. látky účinné v liečbe vytvárajúce vysokú väzbu k dopaminergným receptorom a inhibujú dopamín.

Zvýšená dopaminergná aktivita nie je výsledkom zvýšeného obratu dopamínu, ale zvýšenou citlivosťou dopamínových receptorov typu D₂. V dobe, keď boli známe len dva podtypy D_A receptorov, sa potvrdil vyšší počet D₂ receptorov. V 90. rokoch boli klonované ďalšie podtypy D₃, D₄ a D₅. Pozornosť je venovaná podtypom D₂, D₃, D₄, ktoré sa zrejme podieľajú na vzniku schizofrénneho ochorenia a na účinkoch antipsychotík. Antagonisti D₃ receptorov pôsobia inhibične na niektoré prvky správania. D₄ je ovplyvnený účinkom klozapinu. Výsledky svedčia proti klasickej dopamínovej hypotéze:

1. nebol potvrdený zvýšený obrat dopamínu v mozgu;

2. neboli získané preukázateľné údaje o zvýšenej hladine D_A v mozgu;
3. nebola preukázaná zmenená kvalita tyrozinhydroxylázy, ani MAO.

Naviac existuje značné časové oneskorenie medzi podaním blokátorov D_A a terapeutickým účinkom (Fišar, 2001, s. 200).

3.2.3 Revidovaná dopamínová hypotéza

V revidovanej dopamínovej hypotéze sa predpokladá, že znížené pôsobenie na talamus spôsobené buď zvýšenou dopaminergnou alebo zníženou glutamátergnou aktivitou, vedie k zvýšeniu vzrušenia a psychomotorickej aktivity a k zvýšeniu senzorického vstupu do mozgovej kôry. Pokiaľ tieto zmeny presiahnu určitú hladinu, potom je kapacita kôry nedostatočná a to vedie k vzniku psychózy s prevažne pozitívnymi príznakmi. Ďalej bolo zistené, že dopamín a glutamát môžu pôsobiť navzájom antagonisticky. Glutamátergný vstup môže sprostredkovať ako inhibíciu, tak stimuláciu behaviorálnych funkcií a to môže viesť k pozitívnym alebo negatívnym príznakom schizofrénie (Fišar, 2001, s. 200).

4 DIAGNOSTIKA

Diagnóza ochorenia vedie k stanoveniu hypotézy, ako bude ochorenie prebiehať a ako ho možno ovplyvniť. Má zásadný vplyv na voľbu ďalšieho postupu lekára, zdravotníkov a všetkých, ktorý sa o pacienta starajú. Klinická diagnóza sa opiera o starostlivú anamnézu a duševný stav. Systematicky sa zbierajú údaje o prežívaní, správaní pacienta a dopĺňa sa o vlastné pozorovanie (Libiger, 2002, s. 347). V súčasnej dobe nie je žiadna vyšetrovacia metóda alebo laboratórny test, ktorý by presne diagnostikoval schizofréniu.

4.1 Hlavné kritéria schizofrénie

Musí byť prítomný aspoň jeden príznak zo skupiny 1.) alebo aspoň dva príznaky zo skupiny 2.) a to po dobu minimálne jedného mesiaca.

1.)

- a) Ozvučovanie, vkladanie, vysielanie alebo odnímanie myšlienok;
- b) Bludy kontrolované, ovplyvňované, prejavujúce sa pohybmi tela, končatín alebo zvláštne myšlienky, činnosti, pocity, bludné vnímanie;
- c) Halucinácie hlasov komentujúcich pacientovo správanie, môžu medzi sebou hovoriť, alebo prichádzajú z iných častí tela;
- d) Neustále bludy iných typov, kultúrne podmienených, ako náboženská, politická identita, nadľudská moc alebo schopnosť.

2.)

- a) Neustále halucinácie akéhokoľvek typu s občasnými alebo čiastočne formovanými bludmi bez jasného emotívneho obsahu, alebo s trvalým zvýšením sebahodnotenia, alebo vyskytujúcich sa denne za niekoľko týždňov prípadne mesiac;
- b) Prerušovanie alebo strata myšlienok čoho výsledkom je inkoherencia, neprimeraná reč, neologizmy;
- c) Katatónne správanie ako vosková stuhlosť, mutizmus, stupor;

- d) Negatívne symptómy ako je zreteľná apatia, odcudzenie reči, ploché, neprimerané správanie.

Pri hodnotení týchto abnormalít sa treba vyhnúť falošne pozitívnym hodnoteniam, hlavne v prípadoch kultúrnej a subkultúrnej podmienených spôsobov výrazu, správania alebo subnormálnej úrovne inteligencie (Bouček, 2006, s. 53).

4.2 Diferenciálna diagnostika

Schizofrénia je odlišovaná od iných porúch s bludmi. Takzvaná psychotická epizóda sa podobá schizofrénii, ale trvá oveľa kratšie. Okrem toho sa odlišujú trvalé poruchy s bludmi, u ktorých je izolovaný, systematický blud bez porúch myslenia a emócií. Taktiež iné ochorenia sa môžu podobat' symptómom schizofrénnej psychózy. Sú to intoxikácie, predovšetkým LSD, ale aj antiparkinsonikmi. Spravidla sa odlišujú častejšími optickými halucináciami od sluchových (Rahn, 2000, s. 174). Abúzus návykových látok sa často vyskytuje pri schizofrénii. Najdôležitejším krokom je toxikologické vyšetrenie moča. Taktiež je potrebné odlíšiť manickú fázu bipolárnej poruchy. Ak je v popredí miesto eufórie expanzívna zlosť, je veľmi náročné ju odlíšiť od schizofrénie. Spoločné majú nerealistické hodnotenie seba, nedostatok nadhľadu, neprimerané správanie so zmesou paranoidných a megalomanických bludov (Raboch, 2001, s. 239). Veľmi často sa objavujú schizofrénne symptómy u neurologických ochoreniach, ako je Huntingtonova chorea alebo lupus erythematosus. Časté sú aj symptómy v starobe na základe vystupňovaného nedôverčivého základného postoja. Akustické halucinácie sa objavujú u nedoslýchavých. U ťažkých depresí sa vyskytujú psychotické symptómy. Ochorenia CNS ako epilepsia, cerebrálna trauma alebo metabolické poruchy môžu taktiež pripomínať schizofréniu (Rahn, 2000, s. 174).

4.3 Pomocné vyšetrenia

Pomocné vyšetrenia sú v hlavnej miere využívané pre diferenciálnu diagnostiku. Využívajú sa toxikologické, základné laboratórne- hematologické a biochemické vyšetrenia s cieľom vylúčiť psychotické stavy telesného pôvodu.

U chorých a anamnézou neuroinfekcie sú dôležité sérologické vyšetrenia. Platí to predovšetkým pre podozrenie z luetickej infekcie, HIV infekcie a lymfatickej boreliózy.

Elektrofyzilogické vyšetrenia ako EEG poskytuje diferenciálnu diagnostiku v prípade temporálnej epilepsie, prípadne ložiskových organických lézií. Biochemické a hematologické vyšetrenia poskytujú údaje o stave pečene, obličiek, hematologického systému a mozgu, pretože všetky tieto orgány sú vystavené pôsobeniu psychofarmák. Psychologické vyšetrenia osobnosti alebo dotazníkové diagnostické testy poskytujú argumenty v diagnosticky sporných prípadoch. Pri schizofrénii sa výrazne prejavuje kognitívny deficit. Využitie zobrazovacích metód ako funkčná magnetická rezonancia alebo pozitronová emisná tomografia môžu v rade prípadov poskytnúť informácie o funkčnom stave mozgu. V súčasnosti je hlavný význam používania pomocných vyšetrení slúžiace k výskumom, pretože sú finančne veľmi náročné (Libiger, 2002, s. 352).

5 TYPOLÓGIA OCHRENIA

Schizofrénia ako akútna psychóza predstavovala jednu z najčastejších príčin hospitalizácie, preto sa psychiatria venovala predovšetkým akútnym symptómom. Postupom času sa začali rozlišovať na produktívne (pozitívne) a negatívne symptómy (Rahn, 2000, s. 174).

Medzi **negatívne príznaky** patrí päť základných domén:

- *alógia*- predstavuje odcudzenie reči, pacient hovorí málo, obsahovo chudobne,
- *oploštená afektivita*- znamená obmedzenie rozsahu emotivity so stratou nonverbálnej komunikácie,
- *asocialita*- vedie k obmedzeniu sociálneho života a vzťahov, pacient má málo priateľov, je osamotený, má nízky záujem o partnerské a sexuálne vzťahy,
- *anhedónia*- neužíva si radosť, osobné záujmy,
- *abúlia*- problém podstúpiť bežné denné povinnosti, nedostatok starostlivosti o seba, vrátane osobnej hygieny (Příkryl, 2008, s. 351).

Pozitívne príznaky zahŕňujú nadmerné, prehnané a neprimerané prejavy duševnej činnosti. Sú to predovšetkým *bludy*, *halucinácie*, *bizardné* a *nekludné správanie*. Podľa prevahy pozitívnych alebo negatívnych príznakov, rozlišujeme schizofréniu na **typ I** a **typ II** (pozitívny, negatívny typ). Pozitívne symptómy reagujú dobre na psychofarmakologickú liečbu. Ovplyvnenie negatívneho typu farmakologicky je neisté a preto je prognóza horšia. Typ II je spojený s vyšším výskytom rozšírenia postranných komôr a znížením kognitívnych schopností pacienta.

V poslednej dobe sa presadzuje ešte jedno delenie založené na psychometrickej analýze získaných dát použitím štandardných psychopatologických stupníc. Je možné z nich získať tri na sebe nezávislé skupiny príznakov:

- *psychomotorický útlm* zahŕňa nasledovné symptómy: hypokinézu, nemennú mimiku, apatiu, monotónnu reč, nemluvnosť,
- *dezorganizácia* sa prejavuje nepriliehavými emóciami, inkoherentným myslením a chudobným obsahom reči,
- *skreslené skutočnosti* sú typické bludmi a halucináciami (Raboch, 2001, s. 236-237).

5.1 Kognitívna dysfunkcia pri schizofrénii

Narušenie kognitívnych funkcií je takmer vždy prítomnou komponentou schizofrénnej psychopatológie. Kognitívny deficit je považovaný za dôležitý rozmer ochorenia, ktorý stojí v pozadí ostatných príznakov. Ovplyvňuje úspešnosť liečby, schopnosť sociálnej adaptácie a kvalitu života pacientov.

Chorý podáva v psychologických testoch v priemere mierne znížený výkon. Ako najvýznamnejšia sa javí porucha pamäti, pozornosti a exekutívnych funkcií. Ďalej sa môžu objaviť poruchy motorických zručností, niektorých aspektov reči jazyka či zrakovej percepcie. U rady pacientov je znížený aj všeobecný intelektový výkon. Relatívne neporušený zostáva expresívny slovník, všeobecné znalosti a schopnosti abstrahovať podobnosti.

Pozornosť

Poruchy pozornosti sa vyskytujú často a nepriaznivo ovplyvňujú celkovú kognitívnu výkonnosť. Majú komplexnú povahu. Chorí zle koncentrujú pozornosť a ľahko sa upútajú na drobné, banálne vonkajšie podnety. Pozornosť je neustále rozptyľovaná inými dejmi. Nedokážu rýchlo presunúť pozornosť a hlavne udržať ju. Vykazujú signifikantne pomalší reakčný čas nedokážu rozdeliť pozornosť súčasne na viacero podnetov. Majú narušenú schopnosť udržať koncentrovanú pozornosť na dlhšiu časovú periódu. Narušená je aj tenacita a vigilancia pozornosti. Sú menej schopní odlíšiť cieľové objekty od pozadia od nepodstatných predmetov. Na zrakové a sluchové podnety odpovedajú pomalšie a neprimerane.

Pamäť

Schizofrenici vykazujú širokú škálu postihnutia pamäťových funkcií a podávajú mierne znížený výkon vo väčšine pamäťových testoch. Procesuálna pamäť udržuje vzorce správania, osvojené postupy a stereotypy. Deklaratívna pamäť má charakter zapamätanie príbehu alebo tvrdenia. Tá sa ďalej delí na sémantickú a epizodickú. Pacienti vykazujú deficit takmer vo všetkých typoch pamäti okrem procesuálnej.

Exekutívne funkcie

Deficit exekutívnych funkcií sa prejavuje ťažkosťami pri určitých typoch úloh. Jedná sa o problémy v zostavovaní plánu, jeho uskutočňovanie a riešenie problémov (hlavne využitie nových kombinácií poznatkov). S poruchou riadiacej funkcie sú spojené

problémy v plánovaní, kognitívnej rekonštrukcii, flexibilita a v schopnosti abstrakcie. Jadrom funkčného deficitu je postihnutie funkcií, ktoré riadia správanie využitím:

- voľných schopností
- reguláciou pozornosti
- schopnosťou plánovať
- schopnosťou účelne jednať a dosiahnuť cieľ.

Jazyk a rečové schopnosti

Jazyk a rečové schopnosti sú zreteľne narušené. Neologizmy, paralógia, poruchy syntaxie, poruchy asociácií sú charakteristické prejavy narušenej reči schizofrénne chorých.

Motorické zručnosti

K základným dysfunkciám patrí neschopnosť chorých vykonávať niektoré úkony závislé na motorike. Úkony vykonávajú pomaly, neefektívne, pohyb je prerušovaný a majú zníženú schopnosť učiť sa z chýb a korigovať ich. V motorike sa objavujú perservačné vzorce a je znížená schopnosť zmeny správania, či začatej činnosti.

Intelektové schopnosti

Hodnoty IQ sú schizofréniou menej ovplyvnené, pretože sú závislé na zručnostiach získaných pred ochorením. Zníženie výkonu v testoch IQ v priebehu ochorenia je vysvetlené vplyvom porúch špecifických parametrov kognitívnych funkcií. Celých 51% vykazuje pokles premorbídneho IQ, v poradí stoja poruchy pozornosti, pamäti a exekutívnych funkcií. U 23% je IQ podpriemerné. Až 29% vykazuje IQ stacionárne, priemerné.

Nadhľad na ochorenie

Nadhľad je daný do súvislosti s hodnotou IQ. Chorý s veľmi vysokým IQ má lepší nadhľad na ochorenie, avšak u pacientov s nízkym IQ nebol žiadny vzťah k miere nadhľadu.

Sluchové halucinácie

Svojou podstatou sú často spojované a s mechanizmom vnútornej reči. Tá je považovaná za integrálnu časť pracovnej pamäti. Z toho vyplýva možná súvislosť medzi kognitívnym deficitom a halucináciami.

Bludy

Niektoré štúdie dokázali vzťah medzi kognitívnym poškodením a poruchami myslenia v zmysle bludov. Schizofrenici chybné vnímajú vlastný úspech a zodpovednosť za

zlyhanie. Negatívne udalosti pripisujú vplyvu vonkajších faktorov, hlavne zlomyselným, zatiaľ čo pozitívne udalosti vnímajú ako svoje schopnosti.

Formálne poruchy myslenia

Príčiny mnohých formálnych porúch myslenia sú viazané na porušenie jazykových schopností, konkrétne chybné slovné asociácie. Tie negatívne ovplyvňujú rečový prejav a tvorbu viet. Výsledkom sú formálne poruchy myslenia ako inkoherencie, neologizmy, porušené gramatické skladby. Chorí preukázali nízku schopnosť selektívnej pozornosti, znížené zaznamenávanie reality a menšiu slovnú plynulosť (Kučerová, 2006, s. 197- 207).

Kognitívne dysfunkcie nachádzame pred začiatkom choroby, sú trvalé, prehľbujú sa v exacerbáciách, remisiách a nevracajú sa na pôvodnú úroveň. U časti pacientov môžu progredovať. Naopak reakcia niektorých kognitívnych funkcií v priebehu liečby sa zlepšuje. Týka sa to hlavne chorých s prvou epizódou schizofrénie. Miernu kognitívnu dysfunkciu majú aj príbuzní prvého stupňa, ktorí nikdy neochorejú (Češková, 2006, s. 184- 185).

5.2 Vplyv symptómov na hodnotenie kvality života

Vzťah medzi psychopatológiou, neurokognitívnymi problémami a kvalitou života je u schizofrenikov jasný a veľmi zložitý. Najčastejším nálezom je priamy vplyv negatívnych symptómov na kvalitu života. Súvislosť medzi zhoršenou kvalitou života a pozitívnymi príznakmi taktiež preukazuje rada štúdií. Norman popísal vzťah medzi zhoršenou životnou spokojnosťou a pozitívnymi príznakmi. Lasalvia zistil, že paranoidita a depresívne symptómy významne súvisia so zhoršenou kvalitou života. Dynamikou zmien kvality života v priebehu ochorenia sa zaoberala Bow- Thomasová. Vyšetrovala pacientov pri prijatí, tesne po prepustení a po 5- 9 mesiacoch po prepustení. Zistila vzťah medzi pozitívnymi i negatívnymi príznakmi a kvalitou života hlavne v období stabilizácie stavu. Depresia a úzkosť tiež znižuje skóre hladiny kvality života. Huppert zistil, že zmeny úzkosti negatívne kolerovali s celkovou životnou spokojnosťou. Horší nadhľad na hodnotenie kvality života usudzuje Doyle. Tvrdí, že horší nadhľad limituje užšie subjektívne hodnotenie kvality života. Pacient, ktorý prisudzuje problémy duševnej poruche, má nižšiu kvalitu života (Motlová, Dragomirecká, 2003, č. 7, s. 87).

6 PRIEBEH OCHORENIA

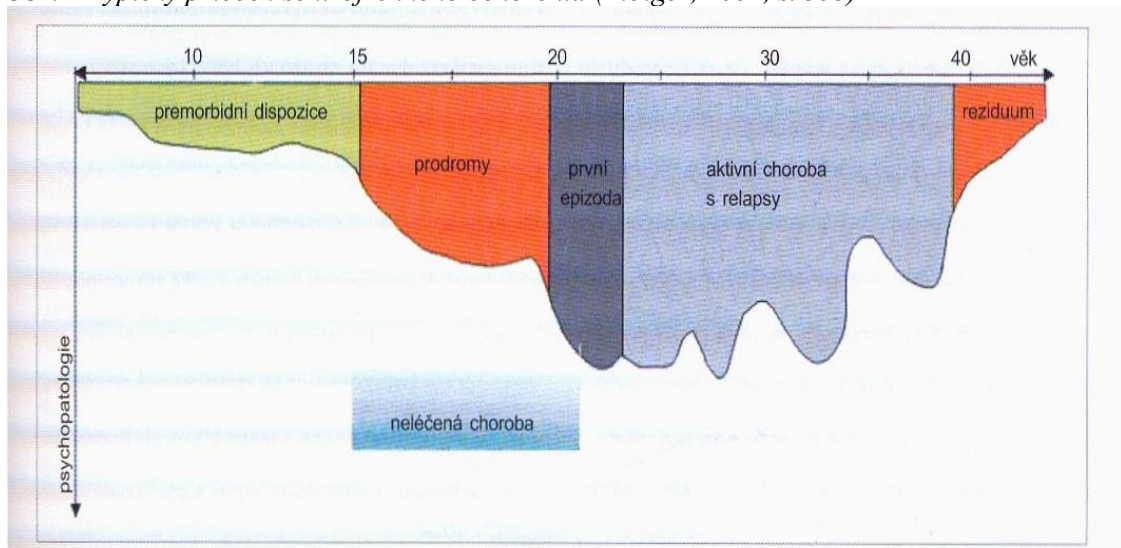
Priebeh schizofrénie je premenlivý, tak ako jeho symptomatika. Pôvodné formulácie pojmu hovorili o progresívne sa zhoršujúcom priebehu. Dlhodobé štúdie ale dokazujú, že ochorenie má tendenciu sa zlepšovať a stabilizovať, aj keď sa môžu vyskytnúť relapsy.

Tab. 1 Priebehové formy schizofrénie (Libiger, 2002, s. 355)

začiatok	priebeh	výsledný stav	počet
akútny	ataky	uzdravenie, mierne reziduum	23,4 %
akútny	ataky	závažný a stredne závažný	11,9 %
akútny	kontinuálny	uzdravenie, mierne reziduum	5,3 %
akútny	kontinuálny	závažný a stredne závažný	8,3 %
chronický	ataky	uzdravenie, mierne reziduum	9,6 %
chronický	ataky	závažný a stredne závažný	5,3 %
chronický	kontinuálny	uzdravenie, mierne reziduum	10,1 %
chronický	kontinuálny	závažný a stredne závažný	24,1 %

Najviac premenlivá je choroba na začiatku. Dlhodobý priebeh je určený priebehom a liečbou v prvých piatich rokoch (Libiger, 2002, s. 352). Ochorenie v **premorbidnom štádiu** sa klinicky neprejavuje, ale môžu byť prítomné latentné formy kognitívnych funkcií alebo povahové zvláštnosti. Príznaky sú nešpecifické a často uniknú pozornosti (Raboch, 2001, s. 237). Toto štádium prechádza plynulo do **prodromálneho štádia**. Nešpecifické príznaky sú výraznejšie. Sú charakteristické kolísavou úzkosťou, depresívnym ladením, hĺbavosťou, ozvláštneným vnímaním a sklonom ku vzťahovačnosti. Typické sú predovšetkým negatívne príznaky ako strata spontaneity, emočné sťaženie, sploštenie a nemluvnosť. **Prvá psychotická epizóda** má povahu náhle zmeny porozumenia skutočnosti. Prejavujú sa psychotické príznaky, ktorých patológia odpovedá príslušnej forme ochorenia (Libiger, 2002, s. 353). V období **proгредиénneho štádia** sa ataky striedajú s ústupom príznakov.

Obr. 1 Typický priebeh schizofrénneho ochorenia (Libiger, 2002, s. 353)



Nakoniec dôjde k ukludneniu v štádiu **stabilizácie psychopatológie** s občasnými dekompenzáciami rezidua. Reziduum zahrňuje predovšetkým negatívne príznaky a zmeny, ako je zvýšená citlivosť na záťaž, znížená schopnosť spracovania informácií, pohotovosť k prežitkom, neistota. Niektoré nepriaznivé následky schizofrénie (nezamestnanosť, izolácia) súvisia aj s prejavom postoja spoločnosti voči duševne chorým (Bouček, 2006, s. 55- 56).

6.1 Formy schizofrénie

Veľká premenlivosť príznakov schizofrénie viedla od začiatku k rozčleneniu do foriem. Krapelin rozlišoval formy paranoidné, heberfrénne a katatónne. Bleuler ich doplnil o simplexnú schizofréniu. Toto tradičné delenie bolo základom klinickej typológie, ktorá zostala súčasťou nozologickej klasifikácie dodnes. Členenie schizofrénneho obrazu napomáha zvýšiť spoľahlivosť diagnózy. Má význam pre komunikáciu s chorým a diferenciálnu starostlivosť o neho (Libiger, 2002, s. 355).

Paranoidná forma (F 20.0)

Paranoidná schizofrénia je charakteristická predovšetkým bludmi a halucináciami, ktoré sú odlišené mierou usporiadanosti a naliehavosti podľa priebehu ochorenia.

Typické sú bludy perzekučného rázu, často velikárske s organizačným vplyvom na myslenie a prežívanie. Vedú k symbolickému výkladu skutočnosti a k snahe ovplyvniť myšlienkami skutočnosť pôsobením na diaľku rôznymi nezvyčajnými postupmi (Raboch, 2001, s. 233). Halucinácie sú často sluchové, intrapsychické, nálada býva podráždená, niekedy hostilná, zameraná proti predpokladaným prenasledovateľom. Chorobným presvedčením môže byť jednanie chorého motivované k násilnému trestnému činu (Pavlovský, 2004, s. 67). Z ošetrovateľského hľadiska je prvoradé nadviazať kontakt s chorým. Pacienta vypočujeme, ale nie je vhodné ho usmerňovať, prípadne vyvracať bludy. Na bludy reagujeme s presvedčením, že sa nám javia trochu inak. V rozhovore treba hľadať to, čo v ňom zostáva zdravé a cielene to podporovať. Kontakt s ostatnými pacientmi je možné nadviazať prostredníctvom spoločenských hier s presne stanovenými pravidlami (Babiaková, 2006, s. 240).

Heberfrénna forma (F 20.1)

Svojimi prejavmi karikuje a akcentuje známky pubertálneho a adolescentného obdobia. V americkej psychiatrii sa nazýva aj „dezorganizovaný“ typ. Objavujú sa prejavy regresie s nezrelým detinským spôsobom. Typické je pseudofilozofovanie, povrchné mudrovanie, myšlienková odtrhnutosť, inkoherencia a emočná tuposť. Výrazná je nepriliehavosť a premenlivosť emočných prejavov a taktiež formálne poruchy myslenia. Kontakt s chorým je nepredvídateľný a obtiažny. Niekedy môže prekvapiť agresiou. Je prítomné aj grimasovanie a nezmyselné motorické a mimické prejavy (Libiger, 2002, s. 356).

Katatónna forma (F 20.2)

V popredí sa vyskytujú poruchy psychomotoriky. Môžu sa prejavovať nadmiernou vzrušivosťou, bezcieľným nekľudom alebo prejavmi chorobného nerovnomerného útlmu motoriky. Telo a končatiny zotrvávajú v nadstavených polohách, aj pri pasívnych pohyboch a je prítomný zvýšený svalový tonus. Závažným prejavom je katatónny stupor spojený so zaujímaním neprirodzených polôh. K typickým príznakom patrí aj povelový automatizmus, napodobňovanie a negativizmus (Bouček, 2006, s. 54). Pri tomto type zaisťujeme základné biologické potreby a monitorujeme fyziologické funkcie. Sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, ako u pacienta v bezvedomí, chorý si vybavuje zážitky z tohto obdobia. V agitovanej forme ja prvoradé zaistenie bezpečia. Pacient môže byť agresívny. Pri nekľude je nutné

zabezpečiť základné potreby. Prístup je kľudný a rozhodný, s chorým komunikujeme akoby bol celkom pri vedomí (Babiaková, 2006, s. 240).

Nediferencovaná forma (F 20.3)

Je akási zbytková kategória pre ochorenia, ktoré nemožno zaradiť do vyššie uvedených skupín, pretože sa v nich vyskytujú všetky príznaky charakteristických psychopatologických okruhov (Raboch, 2001, s. 236).

Postschizofrénna depresia (F 20.4)

Diagnostikuje sa, ak mal pacient v poslednom roku schizofrénne príznaky a v posledných dvoch týždňoch aj prejavy depresie (Pavlovský, 2004, s. 68).

Reziduálna forma (F 20.5)

Reziduálna forma je chronický stav pretrvávajúci po odznení akútnej symptomatológie. Príznaky sú väčšinou málo intenzívne. Hlavnými príznakmi sú divnosť spojená s leňošením, nemotivovanou túlavosťou a zanedbávaním seba i okolia, formovanie nových často deformovaných vzťahov medzi jedincom a skutočnosťou s oploštenou emotivitou (Libiger, 2002, s. 359- 360).

Simplexná forma (F 20.6)

Postupuje pomaly od pozvoľného odcudzovania osobnosti. Prehlbuje sa emočná otupenosť, chudobnosť myslenia, autizmus a hypobúlia. Postihnutí strácajú záujem o svoje skoršie záľuby, povinnosti a citové väzby, strácajú sa spoločnosti, deň trávia len polihovaním. Záujem zostáva len o jedlo a fajčenie (Pavlovský, 2004, s. 68).

7 LIEČBA SCHIZOFRÉNIE

Liečba schizofrénie vyžaduje komplexný prístup. Okrem farmakoterapie sú dôležité aj psychosociálne intervencie a pomoc v oblasti bývania, financií a osobných vzťahov. Cieľom liečby je zníženie morbidity, mortality, frekvencie a závažnosti opakovaných epizód, psychomotorických exacerbácií, zlepšenie funkčnej kapacity a kvality života a to znamená komplexnú a kontinuálnu starostlivosť po celý život (Češková, 2006, s. 195). K správnej farmakoterapii je potrebné stanoviť diagnózu a zostaviť liečebný plán vychádzajúci z individuálneho stavu pacienta a podmienok jeho liečby. Je dobré začať čo najskôr, pretože tým je lepšia prognóza: nízky výskyt relapsov, nižšia spotreba liekov a riziko sociálnych následkov. Od zahájenia liečby je potrebné budovať terapeutický vzťah s pacientom založený na dôvere. Dôležitá je compliance pacienta (Raboch, 2001, s. 245- 246).

7.1 Fázy liečby

Akútna fáza je zameraná na odstránenie pozitívnych príznakov. Agitovanosť, agresivitu a hyperaktivitu je možné zvládnuť za niekoľko dní až hodín, ovplyvnenie halucinácií a bludov trvá dlhšie. Psychosociálne intervencie spočívajú v minimalizácii stresu, jasnej komunikácii, štrukturovanému prostrediu, tolerancii a podpore. Pacient by mal dostať informácie o ochorení a liečbe a byť povzbudzovaný k spolupráci. Dôležité je nadviazať kontakt s rodinou. Plnú odpoveď je možné očakávať za 4- 8 týždňov, potom nastáva **fáza stabilizácie** a obnovenie normálneho fungovania. Jej cieľom je udržať získané zlepšenie. Nekladíme na chorého nadmerné nároky, udržujeme získané zlepšenie a poskytujeme priestor na nádej samotnému pacientovi a aj jeho rodine. Pretrvávajúce negatívne príznaky a kognitívny deficit sa pomaly upravuje v priebehu 6- 12 mesiacov. Pacienti sú vysoko náchylní k relapsom. Antipsychotická liečba je naďalej nevyhnutnou podmienkou. Psychosociálne intervencie by mali zahrňovať naďalej podporu, ale menej štrukturovanú a direktívnu. Snažíme sa o edukáciu o priebehu, prognóze a compliance. **Fáza stabilizácie** je zameraná na prevenciu relapsu, dosiahnutiu remisie a jej udržanie. Farmakoterapia

spočíva v dlhodobej udržovacej liečbe s minimálnym množstvom účinných látok. Psychosociálne intervencie sú cielené na rodinu, so snahou zapojiť chorého do pracovného prostredia. Z psychoterapeutických prístupov je vhodná kognitívne-behaviorálna psychoterapia a kognitívna rehabilitácia (Češková, 2006, s. 195- 196).

7.1.1 Monoterapia

Všeobecne platí, že liečba jedným farmakom vykazuje lepšie hodnotenie účinku liečby, pretože všetky lieky majú nežiadúce účinky a ich kombinácie zhoršujú hodnotenie. Zistenie antipsychotického účinku **chlorpormazinu** priniesol v 50. rokoch rozsiahle zmeny a umožnil rozvoj sociálne psychiatrických postupov.

Účinnosť **neuroleptík** bola preukázaná v 60. rokoch, zlepšila sa symptomatológia 70-80% chorých. Pravdepodobnosť relapsu bez ich užívania bol 80%. Neuroleptiká je možné deliť podľa účinnosti na:

- vysokú (Haloperidol, Flufenazil)
- strednú (Perfenazin)
- nízku (chlorpormazin)

Hlavnými nežiadúcimi účinkami neuroleptík sú extrepyramídové príznaky (parkinsonská hypokinéza, rigidita, tremor, dystónie, akatízie). Vyskytujú sa takmer u 60- 70% pacientov.

Od začiatku 90. rokov sa presadzujú **antipsychotiká II. generácie** s rovnakým antipsychotickým účinkom, ale s nižším výskytom nežiadúcich účinkov, ktoré zvyšujú kvalitu života a schopnosť aktívne zvládať životné role. Medzi atypické lieky tejto generácie patrí: Risperidon, Olanzapin, Sertindol, Klozapin. Sú liekmi prvej voľby, pretože znižujú dĺžku a riziko ďalších komplikácií.

Niektorí pacienti odmietajú užívať lieky s presvedčením, že ich nepotrebujú, alebo neveria ich účinkom. V takomto prípade je možné indikovať **depotné prípravky** ako je Oxyptropepin, Flufenazil, Haloperidol. Udržujú žiadúcu hladinu farmaka 1- 4 týždne (Raboch, 2001, s. 246- 247).

7.1.2 Kombinovaná terapia

U pacientov, kde je za potreby zvládnuť akútny neklud, sa doporučuje v iniciálnej fáze podávať antipsychotiká spolu s benzodiazepínovými anxiolytikami so sedatívnym účinkom, ako je klonazepam. Väčšinou je žiaduce dávkou titrovať, aby nedošlo k vzniku nežiadúcich účinkov. Pri vysadzovaní treba postupovať zvolna, aby nedošlo k relapsu (Raboch, 2001, s. 247). Subjektívna spokojnosť pacientov, podľa škály SWN bola významne vyššia v skupine liečenej monoterapiou oproti kombinácii dvoch antipsychotík. Spokojnejší boli taktiež pacienti, ktorí užívali celkovo nižšiu dávku antipsychotík (Masopust, 2009, s. 15- 16).

7.1.2.1 Antipsychotika a kvalita života

Liečba schizofrénie vyžaduje redukcii symptómov a pre pacientov sú rovnako dôležité zvládanie a naplnenie sociálnych rolí, pocit spokojnosti, materiálneho zabezpečenia a životná perspektíva.

Kvalita života je kritérium k hodnoteniu týchto skutočností a uplatňuje sa pri hodnotení terapie a kvality poskytovaných služieb. Nežiaduce účinky tradičných neuroleptík a nových antipsychotík prispeli k výskumu subjektívneho pocitu pohody a kvality života. Pretože pacienti subjektívne popisovali, že sa necítia dobre, klinicky trpeli neuroleptickou dysfóriou, akinetickou depresiou a neurolepticky navodenou anhedóniou. Vzťah medzi týmito klinickými prejavmi a kvalitou života venoval pozornosť Karow (podľa Motlová, Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 87-88). Konštatoval významnú súvislosť dysfóriou navodenou neuroleptikami a neochotou spolupracovať. Toto vedie k zhoršeným terapeutickým výsledkom a k zhoršeniu kvality života. Zdôrazňuje, že cieľom liečby novými antipsychotikami je nielen redukcia symptómov, ale aj zlepšenie kvality života.

Pohľad pacientov na liečbu tradičnými antipsychotikami bol predmetom Vorugantiho štúdie. 230 klinicky stabilizovaných pacientov užívalo konvenčné antipsychotiká. Pacienti liečení atypickými antipsychotikami mali menej nežiaducich účinkov a liečbu hodnotili pozitívne. Kvalita života bola signifikantne vyššia, liečba lepšie tolerovaná a priaznivo ovplyvňujúca. V ďalšej štúdii Voguranti (podľa Motlová, Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 87-88) sledoval dlhodobé dopady typických a atypických

antipsychotík na kvalitu života. Počas doby 2- 6 rokov sledoval 150 pacientov. Až 85% považovala zmenu za prospešnú.

Celkovo nové antipsychotiká boli významne lepšie tolerované s pozitívnym dopadom na kvalitu života, čo preukázal aj Ritsner (podľa Motlová, Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 87-88). Sledoval 160 pacientov a vplyv nežiaducich účinkov antipsychotík. Zistil, že pacienti s nežiaducimi účinkami boli menej spokojní. Ďalej porovnával kvalitu života pacientov so schizofréniou so zdravými dobrovoľníkmi a zistil, že pacienti sú menej spokojní so svojím životom. Schizofrenici boli menej spokojní so sociálnymi vzťahmi, medikáciou než afektívni a bipolárni pacienti. Uzatvára, že subjektívnu hodnotu kvality života ovplyvňujú psychosociálne faktory viac ako psychopatológia. Praktickým dôsledkom týchto zistení bola dôslednejšia pozornosť venovaná psychosociálnym intervenciám a rehabilitácii.

Vplyv atypických antipsychotík na zlepšenie psychosociálneho stavu hľadal Corrigan. Signifikantné zlepšenie negatívnych symptómov preukázali atypické antipsychotiká v porovnaní s typickými. Vplyv na psychosociálne funkcie a kvalitu života bol zmiešaný (Motlová, Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 87-88).

7.1.3 Elektrokonvulzívna terapia (ECT)

ECT je veľmi efektívna liečba a relatívne bezpečná. Používa sa pri chýbajúcej prípadne nedostatočnej odpovedi na liečbu schizofrénie. Základom je vyvolanie epileptiformných záchvatov pomocou striedavého elektrického prúdu. Aplikuje sa 0,2-1,5 sekundy. Elektródy sú umiestnené **bitemporálne**, aby elektrický prúd mohol prejsť celou mozgovou hmotou, alebo menej častá metóda je **unilaterálne**, kedy je jedna elektróda umiestnená temporálne a druhá nad nedominantnú hemisféru. Výkon prebieha v celkovej anestézii po premedikácii. Elektrošoky sa zvyčajne podávajú každý druhý deň, pri veľmi ťažkých priebehoch aj niekoľkokrát denne. Ide o tzv. kumulovanú liečbu (Kafka, 1998, s. 87- 88).

7.2 Psychoterapeutické postupy

Psychoterapia patrí k najstarším liečebným postupom. Ani antipsychotické lieky neriešia problém psychózy v plnom rozsahu. I naďalej mnoho pacientov stráda, má reziduálne príznaky, neužíva medikáciu, žije v izolácii. Bez psychoterapeutickej

pomoci sa pacient nemusí integrovať do spoločnosti. Psychoterapia pomáha prekonať prechod medzi chorobou a zdravím, ponúka riešenie problémov spojených s rozvojom a ústupom psychózy (Praško, 2003, s. 263- 264). Rehabilitácia psychóz by mala byť vysoko individualizovaná. Jej cieľom je zlepšiť kvalitu života schizofrenika a prevziať zodpovednosť za svoj život. Slúži v zásade k obnoveniu, či návratu schopností pacienta, ktoré ochorenie narušilo alebo znížilo, a tým mu znemožnilo alebo sťažilo prevziať zodpovednosť a plnohodnotne sa zapojiť do bežného života (Bouček, 2006, s. 73). Spoločne s psychiatrom sa majú na tvorbe terapeutického plánu podieľať aj ďalší členovia liečebného tímu: psychológ, sestra, sociálny pracovník, pracovný terapeut a iní (Libiger, 2002, s. 395).

7.2.1 Základné rozdelenie psychoterapeutických prístupov k schizofrénii

Individuálna/ skupinová psychoterapia

V individuálnej psychoterapii pracuje jeden terapeut s jedným klientom. V skupinovej pracuje jeden alebo dvaja terapeuti so skupinou pacientov. Dôležitý je vzťah terapeuta a pacienta, ale aj vzťahy medzi pacientmi navzájom.

Supportívna/ investigatívna psychoterapia

Supportívna = podporná psychoterapia je zameraná na znovunavodenie homeostázy duševného života, rýchla redukcia symptómov, posilnenie psychologickej obrany, prípadne rýchle zasunutie psychotických skúseností. Podporná psychoterapia sa zameriava na okolitú realitu, upravuje kontakt s rodinou, posilňuje obranu, akceptovanie liekov, buduje pozitívny prenos a vyhýba sa negatívnemu prenosu k terapeutovi.

Nácvik sociálnych spôsobilostí a psychosociálne intervencie

Zameriava sa na praktické riešenie sociálnych a psychologických problémov. Metódy behaviorálnej terapie, rodinnej terapie a psychoedukácie sa využívajú od 70. rokov u pacientov s chronickým priebehom choroby. V 80. rokoch sa objavili programy rodinnej terapie, založené na kognitívne- behaviorálnom prístupe a bol vytvorený aj program kognitívnej rehabilitácie chorých so schizofréniou. V 90. rokoch sa terapeutické programy zamerali na kognitívnu terapiu bludov a halucinácií (Praško, 2003, s. 264).

Dobre vedená terapia umožňuje pacientovi žiť kvalitný život, ktorý je produktívny a cenný pre ostatných. Zle vedená terapia napomáha ochoreniu k chronicite. Budúcnosť pravdepodobne prinesie nové postupy v liečbe, s lepším ovplyvnením zanedbanej dimenzie psychózy. Všeobecne liečebný postup brániaci následkom choroby vo všetkých úrovniach, je možné považovať za trvalé východisko terapie (Raboch, 2001, s. 248).

7.2.2 Psychosociálna rehabilitácia a kvalita života

Meranie kvality života u schizofrenikov sa uplatňuje nielen pri hodnotení účinnosti farmakoterapie, ale aj pri rehabilitácii a psychoedukácii. S rozvojom komunitnej starostlivosti a rehabilitačných programov sa zvýraznila potreba obhajovať ich existenciu a predkladať dôraz o ich účinnosti.

Brown zistil, že ambulantné programy na pracovnú rehabilitáciu a psychosociálne programy majú na zlepšovanie kvality života jedincov významný vplyv.

Motlová sledovala vplyv účasti v rodinných, psychosociálnych a edukačných programov na kvalitu života. Pacienti po programoch boli spokojnejší s fyzikou sebestačnosťou, psychickou pohodou a s rodinou.

Brekke (podľa Motlová, Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 88) študoval kvalitu života príjemcov psychosociálnych rehabilitačných služieb. Zistil, že čím je intenzita služieb vyššia a poskytovaná dlhšie, tým viac sa zlepšuje pacientovo sebahodnotenia.

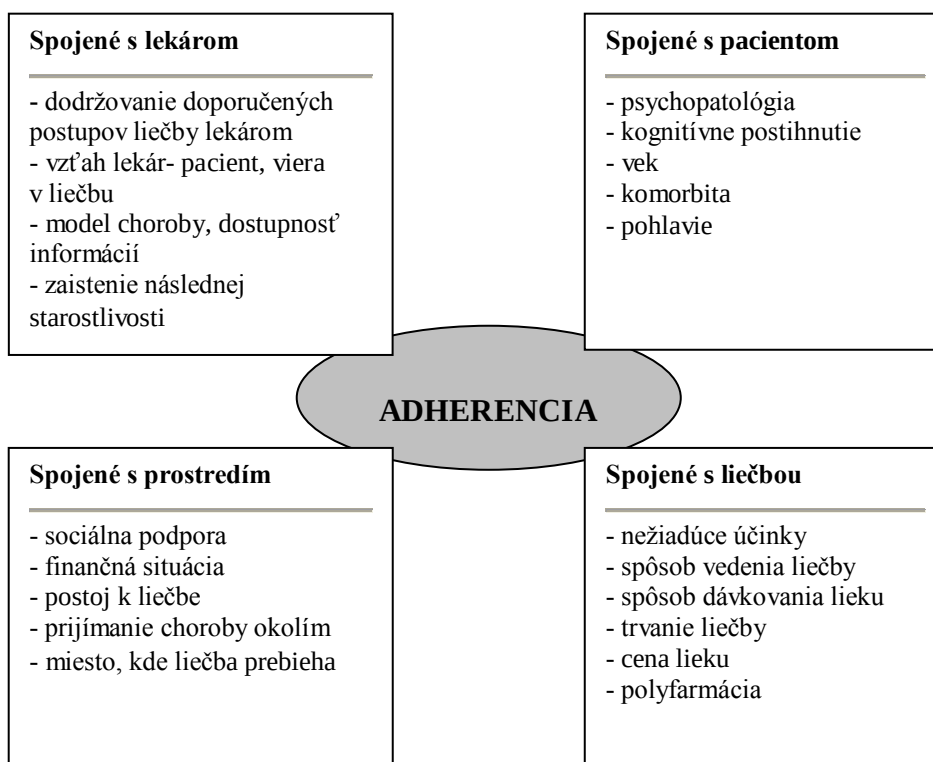
8 COMPLIANCIA A ADHERENCIA PACIENTA

Cieľom liečby schizofrénie je predĺžiť stabilizáciu, zabrániť relapsom a dosiahnuť dlhodobú remisiu, čo je možné považovať za predstupeň uzdravenia. Remisia by mala byť dosiahnuteľná, merateľná, súvisieť s platnými diagnostickými kritériami, brať do úvahy časovú komponentu a zjednocovať názor lekárov, pacientov a ich rodín. Zahrňuje v sebe odpoveď na liečbu a dlhodobý výsledok medikácie. Zvyšuje očakávania, zlepšuje vnímanie choroby a dáva možnosť progresívneho zlepšenia.

Z toho vyplýva úzky súvisiaci vzťah s výsledkami liečby medzi **compliance** a remisiou. Vysadenie antipsychotík je riskantné. Prejavuje sa stresom, zníženým fungovaním, manifestáciou príznakov až po relaps a rehospitalizáciu. Pri vynechaní liečby v rozmedzí 1- 10 dní sa riziko hospitalizácie zvyšuje 2 krát, pri vynechaní 30 dní a viac 4 krát (Češková, 2005, s. 299).

Adherencia je užší pojem a vyjadruje aktivitu chorého. Faktory ovplyvňujúce spoluprácu so samotným pacientom, jeho prostredím, lekárom a samotnou liečbou sú znázornené na obrázku (Masopust, 2009, s. 13).

Obr. 2 Faktory ovplyvňujúce adherenciu (Masopust, 2009, s. 13)



9 KVALITA ŽIVOTA

S pojmom kvalita života sa pracuje v rôznych oblastiach ľudského myslenia. Do psychológie bol uvedený koncom 30. rokov Thorndikom, v 50. rokoch sa stal politickým sloganom v USA a až potom sa stal predmetom záujmu medicíny. Najskôr bol zavedený v somatickej medicíne: v onkológii, farmakológii, traumatológii. V 80. rokoch sa o kvalitu života začína v širšom rozsahu zaujímať sociálna psychiatria (Dragomirecká, Škoda, 1997, č. 2, s. 102- 103). Moderná medicína sa snaží vnímať zmeny v zdravotnom stave pacienta v širšom zornom uhle sledovaním kvality života. Do popredia treba brať povahu samotného duševného ochorenia, ktoré pacienta zaťažuje duševným prežívaním a tiež sociálnou dimenziou človeka (Goppoldová, 2005, s. 288). Kvalita života so schizofréniou sa používa pri hodnotení rehabilitačných programov, kvality komunitných služieb a dostáva význam aj pri hodnotení farmakoterapie. Špecifickým potrebám schizofrénnych pacientov sa od 80. rokov venoval Lehman. Upozornil nato, že pacienti sú zaťažení sociálnymi problémami, ako je spoločenská stigmatizácia, medziľudské vzťahy a obmedzené finančné prostriedky. Na druhej strane spokojnosť s prežívaním voľného času a pracovných aktivít je taká istá ako u zdravých jedincov. Tieto zistenia slúžili k zapojeniu pacientov do života a viedla k rozvoju komunitnej starostlivosti. Na nedostatky neuroleptík upozornil v roku 1985 Diamond, ktoré takisto vo veľkej miere ovplyvňovali kvalitu života schizofrenikov. V posledných rokoch počet štúdií výrazne narástol. Príčinou je orientácia na pacientov subjektívny názor, potreba hodnotenia kvality starostlivosti poskytovateľmi, povinnosť hodnotiť kvalitu života pri schvaľovaní a registrácii liekov a dlhodobé ovplyvňovanie stavu pacientov atypickými antipsychotikami (Motlová, 2003, s. 84- 85).

9.1 Definícia pojmu kvality života

Univerzálnu definíciu nemáme, ale hovorí sa o konceptualizačných princípoch, kde sa hovorí, že kvalita život je:

- 1) tvorená takými faktormi a vzťahmi, ktoré sú dôležité pre ľudí s postihnutím intelektu aj bez neho,
- 2) je naplnená, ak sa jedincove potreby uspokojili a naplnili,
- 3) má objektívne a subjektívne komponenty, predovšetkým percepciu jedinca,
- 4) je založená na potrebách, voľbách a kontrole jednotlivca,
- 5) je multidimenzionálna, ovplyvnená osobnými a enviromentálnymi faktormi (Švehlíková, Heretik, 2008, č. 3, s. 196).

Kvalita života je:

- podľa WHO komplexné meranie fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, šťastia, spokojnosti a naplnenia tak, ako je vnímaná každým jedincom či skupinou;
- znamená spokojnosť či nespokojnosť s okolím a je ďaleko viac výsledkom stavu mysle než bezprostredného sociálneho okolia;
- to, ako človek subjektívne hodnotí svoju životnú situáciu;
- znamená individuálny, subjektívny emočný stav vo vzťahu k okoliu, je ovplyvnený rovnako sociálnymi a kultúrnymi charakteristikami ako prania;
- je stupeň, v ktorom prežívanie života upokojuje individuálne psychologické a fyzické prania a potreby, je výsledkom osobných hodnôt a životného štýlu;
- meria v určitom okamžiku, rozdiel medzi práním a očakávaním jedinca a jeho súčasných skúseností;
- naplnenie potrieb výmenou za plnenie úloh, ktoré spoločnosť žiada od svojich členov (Dragomirecká, Škoda, 1997, č. 2, s. 104).

9.2 Koncept kvality života

V zdravotníctve je meranie kvality života pacientov považované za dôležitý komponent zdravotníckych intervencií. Skúmanie tohto javu sa zameriava na vnímanie psychosomatického a fyzického zdravia. Často je vyjadrený ako „health related quality of life” (HRQAL), t.j. **kvalita života ovplyvnená zdravím**. Má dve základné dimenzie:

- *multidimenzionalnosť* – týka sa vždy viacerých oblastí (min. 3 ako sú napr. telesné problémy, funkčná zdatnosť, psychologická/ emocionálna oblasť, sociálna, existenciálna oblasť, ...)
- *subjektivita* – vyjadruje individuálnu skutočnosť prežívania choroby, celkový výsledok ovplyvňujú osobnostné charakteristiky, stupeň sociálnej pohody, schopnosť adaptácie, ... (Švehlíková, Heretik, 2008, č. 3, s. 195-196).

9.3 Príčiny zníženej kvality života pri schizofrénii

Nakoľko je schizofrénia chronickým ochorením s častými relapsmi, vyžadujúca rehospitalizácie a dlhodobé užívanie liekov, je celkové zníženie kvality života pacientov opodstatnené. Negatívne ju ovplyvňujú viaceré faktory:

- charakter choroby, výskyt negatívnych a pozitívnych znakov;
- chronifikujúci priebeh, časté relapsy, reziduá, defekt osobnosti;
- nežiadúce vedľajšie účinky pri dlhodobom užívaní psychofarmák, hlavne neuroleptík;
- problémy v primárnej rodine, chýbajúca emočná podpora, overprotektívny prístup, nadbytok negatívnych emócií;
- problémy so založením a udrzaním vlastnej rodiny;
- problémy so získaním a udrzaním zamestnania;
- znížená možnosť sociálneho uplatnenia;
- postoje verejnosti, stigmatizácia (Krajčovičová, Čaplová, 2007, s. 34).

9.3.1 Kvalita života rodiny

Tak závažné ochorenie ako je schizofrénia, významným spôsobom zasahuje rodinu a všetkých jej členov ohrozuje saturovaním základných funkcií rodiny vo vzťahu k jedincovi a spoločnosti. Vyrovnanie sa rodiny s touto skutočnosťou prináša niekoľko fáz:

- *Šok a popretie*- rodina prežíva hrôzu, úskosť, beznádej. Bagatelizuje a popiera diagnózu, uzatvára sa pred širšou rodinou a spoločnosťou, prežíva hanbu, strach zo stigmatizácie, straty prestíže.
- *Čiastočné prijatie skutočnosti*- priznanie diagnózy, hľadanie príčiny, vinníka ku komu smeruje agresívne správanie, precitlivosť, sociálna izolácia.
- *Spracovanie problému*- vzniká potreba hľadať pomoc, kvôli vyzdraveniu a účinnej prevencii. Ak vznikajú recidívy, predstavuje to pre rodinu veľkú fyzickú a psychickú záťaž, dochádza k rezignácii.
- *Rezignácia rodiny*- liečba je zdĺhavá a náročná, vzniká pocit rezignácie a frustrácie.
- *Realistický postoj*- prekonanie kríz, nové usporiadanie vzťahov v rodine, nový spôsob života. Rodina ale nemusí dospieť do tohto štádia, chorobu neunesie, rozpadne sa, prípadne sa zrieka chorého a umiestni ho do ústavnej starostlivosti (Magdová, 2009, s. 694- 695).

9.3.1.1 Edukácia rodiny zdravotnou sestrou

Zdravotné sestry sa zameriavajú popri edukácii pacientov aj rodine. Poskytujú im potrebné informácie, vysvetľujú nepochopiteľné a odporúčajú obrátiť sa aj na pomoc lekára. Existuje niekoľko rád, ktoré môžu príbuzným pomôcť:

- 1) **Hľadať optimálnu liečbu.** Dlhodobá medikácia výrazne znižuje sklon k recidívam. Preto je dôležité, aby sa príbuzní otvorene a jasne stavali za medikamentóznou liečbu. V prípade potreby pripomínali chorému užitie liekov, alebo sami podali. Mali by poznať a sledovať žiaduce a nežiaduce účinky liekov.
- 2) **Správať sa tak normálne, ako je to len možné.** Edukovať o tom, že schizofrénni pacienti nestrácajú citlivosť a pozornosť a preto je potrebné jednať s nimi otvorene a dodávať im istotu, lebo inak reagujú nedôverou a obranným vyhýbaním kontaktu. Treba sa snažiť o to, aby ochorenie nespôsobilo dlhodobý chaos, je nutné ďalej udržiavať priateľstvá, plniť pracovné povinnosti, ...
- 3) **Menej je niekedy viac.** Príbuzní preceňujú svoje schopnosti ovplyvniť priebeh ochorenia a majú výčitky, keď liečba prebieha pomaly, alebo sa zhoršuje. Môžu reagovať na chorého kritikou, čo má kontraproduktívny charakter. Naopak sa treba zamerať na pochvalu pri skromných výkonoch, čo má

povzbudzujúci účinok. Osvedčuje sa aj hovoriť s postihnutým jednoducho a jasne.

- 4) **Zdravo konať, ale vidieť choré.** Ak začnú príbuzní presviedčať chorého a vyvracať mu halucinácie a bludy, stratia jeho dôveru. Zostáva len zaujať postoj, že príbuzní má na vec iný názor a snažiť sa odvieť jeho pozornosť vhodnou aktivitou. Ak je chorý veľmi rušivý, treba ho odkázať do súkromia, alebo poprosiť, aby prestal (Hanzlíková, 2006, s. 223- 224).

9.3.2 Stigmatizácia

Ľudia sa duševne chorých boja, nerozumejú im a majú sklon pokladať ich za nevypočítateľných, neschopných a nebezpečných. Spoločnosť sa pred nimi chránila od nepamäti, vyčlenila ich do izolácie a diskriminovala. Taktiež sám pacient radšej vidí príznaky ako vegetatívne, než aby pripustil, že sú to známky duševnej choroby. Stigma vedie k tomu, že chorý je považovaný za nesvojprávneho a hlúpeho a nevyliciteľného. To vedie k posilneniu príznakov a škôd, ktoré schizofrénia spôsobí. Berie sebadôveru, zhoršuje uplatnenie a bráni návratu do spoločnosti. Núti k vyhýbavej komunikácii a nedôvere voči okoliu, napomáha vzniku perzekučných bludov a vzťahovosti (Libiger, 2002, s. 397- 398).

Spoločnosť má falošný pocit, že je hodnotnejšia ako značkový. Popularizácia psychiatrie v médiách tiež neprispieva, aby bola videná v lepšom svetle. Akýkoľvek príspevok o nehode, samovražde, alebo zločine spáchanom chorým sa vždy uvádza, že sa liečil na psychiatrii.

Laici ale aj zdravotníci sa k chorým správajú pomocou pocitov a najmä iracionálnych predsudkov. V každej spoločnosti sa vytvára pod vplyvom tradícií a sociokultúrneho štandardu určitý stereotyp poňatia duševnej choroby. Tu sa začína aj značkový proces duševne chorého a často je hodnotený okolím ako menejcenný. Schizofrénia si nesie so sebou výraznú sociálnu stigmú a prináša pre postihnutého zníženie sociálneho statusu, predsudky a stereotypy, teda prináša zmenu a najmä zhoršenie kvality života. (Magdová, 2009, s. 694)

Svetová zdravotnícka organizácia považuje stigmatizáciu schizofrénie za závažný problém a vyhlásila program, ktorého cieľom zbaviť chorých diskriminácie a posilniť ich autonómiu (Libiger, 2002, s. 399).

Chorí so schizofréniou majú právo na liečbu s čo najmenej obmedzujúcim spôsobom. Úlohou spoločnosti je pomáhať im zachovať svoju osobnosť a kvalitu života (Libiger, 2002, s. 399).

9.4 Vplyv ošetrovateľstva na podporu kvality života

Podpora duševného zdravia a prevencia patria k základným činnostiam ošetrovateľskej starostlivosti. U schizofrénnych pacientov je na mieste sekundárna a terciálna prevencia. Medzi úlohy sestry patrí jej podpora prostredníctvom edukácie a edukačných programov.

K základu spolupráce s klientom patrí vhodné naviazanie kontaktu a rozhovor. Od začiatku je potrebné zaujať postoj voči bludom a halucináciám. Ďalej treba rozvíjať trvalé aktivovanie, aby sa zabránilo poklesu fyzických a kognitívnych schopností. Dôležitá je podpora a pomoc, ktorá umožní chorému stať sa samostatným a prevziať na seba čo možno najviac zodpovednosti. Klientom treba udržiavať a posilňovať sebaúctu, vytyčovať nenáročné a dosiahnuteľné ciele, podporovať rodinu. Často je potrebná dôsledná edukácia o užívaní liekov, pretože klienti nemajú záujem o ich sústavné užívanie (Hanzlíková, 2006, s. 220- 223).

Ku komplexnosti liečby patrí aj zapojenie do odborných aj svojpomocných skupín zameraných na ochorenie, ale aj znovu zaradenie do sociálnej sféry, pomoc pri hľadaní pracovných príležitostí. Edukačné programy sa môžu zameriavať aj na životný štýl, prevenciu váhového prírastku a obezity vplyvom farmakológie. Zo štúdií je známe, že tieto preventívne stratégie sú účinné (viď príloha č. 2). Týmto sa zabráni poruchám správania alebo sa pozitívne ovplyvní a uchová samostatnosť. Tak sa môže cielene čeliť vzniku hospitalizmu a pomôcť klientovi k naplneniu cieľov a zvýšeniu kvality života (Kitzlerová, Motlová, 2006, č. 2, s. 91- 92).

9.5 Meranie kvality života

Nástroj na meranie kvality života predstavuje dotazník, poprípade štruktúrovaný rozhovor. Účelom merania kvality života je zistenie manifestácie ochorenia, individuálne prežívanie liečby a pod. (Mülerová et al., 2001, č. 2, s. 81).

Základné otázky, na ktoré sa treba zodpovedať predtým, ako sa zostavuje dotazník je niekoľko:

- či merať objektívne alebo subjektívne dáta,
- či je kvalita života stotožnená so spokojnosťou, pohodlím alebo chápaná ako komplexnejšia veličina,
- či merať absenciu vedľajších účinkov, symptómov, nespokojnosť alebo pozitívne známky kvality života.

Požiadavky, ktoré autori dopredu stanovujú, obsahujú okrem týchto otázok aj špecifiká vyplývajúce z konkrétneho výskumného zámeru.

SQALA

Dotazník je subjektívny a vyplnený pacientom za prítomnosti ďalšej osoby, ktorá mu môže pomôcť. Pozostáva z 23 oblastí kvality života, kde vyjadrí mieru spokojnosti. Je určený nie len pre psychiatrických pacientov, ale aj pre širokú bežnú populáciu.

FLL

Tento dotazník okrem vyjadrenia spokojnosti v jednotlivých oblastiach obsahuje aj celkové skóre životnej spokojnosti. Je určený pre všetky vekové kategórie, nešpecifické a použiteľné pre celú populáciu.

RAND 36- Health Survey a FSQ

Je určený pre pacientov s chronickým ochorením. Zameriava sa na oblasti fyzických, psychických, sociálnych funkcií, sexuálne vzťahy, dni neschopnosti, prežívanie zdravia.

QLS- 100

Pokrýva všetky oblasti ľudského života: základné oblasti, vzťahy k okoliu a vnútorné skúsenosti a prežitky. Po vyplnení dotazníku, nasleduje rozhovor o problematických bodoch a hľadanie reálneho riešenia (Dragomirecká, Škoda, 1997, č. 8, s. 427).

Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q)

Dotazník vyplňuje pacient sám, popřípade s pomocou zdravotníka. Q-LES-Q obsahuje 93 otázok rozdelených do 8 domén, na ktoré sa odpovedá pomocou päťbodovej škály Likertovho typu (vôbec nie až takmer vždy). Dĺžka vyplnenia sa pohybuje od 20- 40 minút, podľa zdravotného stavu klienta. Domény fyzické zdravie, pocity, voľný čas, sociálne vzťahy a celkový pohľad na kvalitu života vyplňujú všetci a domény práca, domácnosť, škola iba tí, ktorí tieto aktivity vykonávajú (Mülerová et al. 2001, č. 2, s. 81).

II. PRAKTICKÁ ČASŤ

10 CIELE A HYPOTÉZY

Cieľ 1: Zistiť subjektívnu úroveň hodnoty kvality života schizofrenikov.

H₀ Medzi kvalitou života schizofrénnych pacientov a kontrolnou skupinou nie je žiadny rozdiel.

H₁ Kvalita života ľudí so schizofréniou a kontrolnou skupinou je odlišná.

H_{0a} V skupine pacientov a kontrolnou skupinou je rovnaká nezamestnanosť.

H_{1a} Skupina pacientov so schizofréniou a kontrolnou skupinou sa líši podielom nezamestnaných.

Cieľ 2: Zistiť subjektívnu úroveň sebaposúdenia kognitívneho deficitu (CFQ) schizofrénnych pacientov a kontrolnej skupiny.

H₀ Medzi sebaposúdením kognitívneho deficitu schizofrénnych pacientov a kontrolnou skupinou nie je žiadny rozdiel.

H₂ Sebaposúdenie kognitívneho deficitu ľudí so schizofréniou a kontrolnou skupiny je rozdielne.

Cieľ 3: Zistiť, či spolu súvisí kvalita života a sebaposúdenie kognitívneho deficitu pacientov so schizofréniou (CFQ).

H₀ Kvalita života nesúvisí s CFQ.

H₃ Kvalita života súvisí s CFQ.

Cieľ 4: Zistiť hodnotu kvality života u žien a mužov trpiacich schizofréniou.

H₀ Kvalita života u žien je rovnaká ako u mužov.

H₄ Kvalita života u žien je rozdielna ako u mužov.

Cieľ 5: Zistiť, či kvalita života schizofrénnych pacientov súvisí s hmotným zabezpečením.

H₀ Kvalita života nesúvisí s hmotným zabezpečením.

H₅ Kvalita života súvisí s hmotným zabezpečením (je lepšia, ak je zabezpečenie minimálne priemerné).

Cieľ 6: Zistiť, či sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí s hmotným zabezpečením pacientov so schizofréniou.

H₀ Sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí s hmotným zabezpečením.

H₆ Sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí s hmotným zabezpečením (je lepšia, ak je zabezpečenie minimálne priemerné).

Cieľ 7: Zistiť, či kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním schizofrénnych pacientov.

H₀ Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí so vzdelaním.

H₇ Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním.

11 METODIKA PRÁCE

Cieľom práce bolo zistiť subjektívnu úroveň kvality života pacientov so schizofréniou v remisii. Zvolili sme kvantitatívnu zbernú metódu informácií pomocou dotazníka. Je to štandardizovaný súbor otázok pripravený na formulári, z ktorého sa získavajú empirické informácie, založený na nepriamom pýtaní sa respondentov. Je veľmi rozšírený a praktický pre porovnávanie a štatistické spracovanie. Výskumu sa môže zúčastniť veľké množstvo ľudí a taktiež je tu možnosť zovšeobecnenia výsledkov. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, s. 98- 102).

V úvode dotazníka som sa respondentom predstavila a vysvetlila im ciele práce. Oslovila som ich s prosbou o vyplnenie, časovým rozmedzím vyplňovania a zdôraznila som anonymitu a využitie informácií len pre diplomovú prácu. V priebehu dotazníka boli vysvetlené inštrukcie na vyplňovanie. Na záver som respondentom poďakovala za spoluprácu.

Nakoľko už boli realizované výskumy na problematiku kvality života, rozhodli sme sa použiť štandardizovaný dotazník Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Ritsner et al, 2005, n 7. , p. 1693- 1703). Ďalej sme použili ďalší štandardizovaný dotazník Cognitive Failures Questionnaire- CFQ (Larson et al., 1997). Obidva dotazníky sú validné a reliabilné. Celý dotazník uvádzam v prílohách (Príloha č. 1).

Dotazník Q- LES- Q pozostáva z 8 domén, ktoré sa zameriavali na posledný týždeň života pred vyplňovaním. Otázky boli uzavreté a respondent mal možnosť odpovedať formou 5 stupňovej numerickej škály s verbálnym popisom:

1 = vôbec nie

2 = zriedka

3 = občas

4 = často, väčšinou

5 = veľmi často alebo vždy

Čím nižšie skóre v jednotlivých doménach respondent získal, tým horšia bola jeho kvalita života. (Ritsner et al, 2005, n 7. , p. 1693- 1703).

Tab. 2 Skóre domén dotazníka Q-LES-Q

Doména	Počet otázok	Minimálny počet bodov	Maximálny Počet bodov
Telesné zdravie/aktivita	13	13	65
Pocity	14	14	70
Práca	13	13	65
Domácnosť	10	10	50
Škola/ štúdium	10	10	50
Voľný čas	6	6	30
Spoločenské aktivity	11	11	55
Všeobecne	16	16	80

Dotazník CFQ pozostáva z 25 otázok zameraných na pozornosť, pamäť, motoriku a pod. Taktiež je tvorený 5 stupňovou numerickou škálou s verbálnym popisom:

1 = nikdy

2 = veľmi zriedka

3 = občas

4 = celkom často

5 = veľmi často

Minimálny počet bodov, ktorý mohol respondent získať bolo 25 a maximálny 125. Čím vyššie skóre dosiahol, tým horšie bolo jeho sebahodnotenie kognitívneho deficitu. (Larson et al., 1997).

Na konci dotazníku boli zaradené demografické údaje typu: pohlavie, vek, vzdelanie, hmotné zabezpečenie a pod.

Keď bol dotazník zostavený vo finálnej podobe, tak sme ho odoslali na schválenie zrealizovania výskumu pánovi Bc. Martinovi Šamajovi, manažérovi ošetrovateľskej starostlivosti FNOL. Žiadosť bola schválená, uvádzam ju v prílohách. (Príloha č. 3)

11.1 Charakteristika výskumnej vzorky

Dotazník bol určený pacientom trpiacim schizofréniou v remisii. Spolupracovali sme so Psychiatrickou klinikou FNOL za výraznej pomoci MUDr. Sigmundovej a zdravotných sestier. Dotazníky boli rozdávané respondentom ihneď po príchode na kontrolu do čakárne a pokiaľ čakali na vyšetrenie, tak ich vyplňovali

a potom odovzdali do naspäť sestrám. Išlo o pacientov vedených v ambulancii v remisii schizofrénnej poruchy. Výskum sa začal 25.1.2010 a ukončený bol 23.3.2010. Z celkového počtu 50 dotazníkov bolo vyplnených 40, takže návratnosť predstavovala 80%.

Výskum pozostával z dvoch skupín ľudí. V prvej skupine boli pacienti so schizofréniou (n=40) vo vekom zložení 21 až 60 rokov (popis kritérií viď vyššie). Druhú kontrolnú skupinu (n=40) tvorili respondenti bez psychiatrickej diagnózy vo vekovom zložení 21 až 59 rokov. Všetci respondenti boli vybraní metódou príležitostného výberu a tak, aby sa čo najviac podobali.

11.2 Spracovanie získaných dát

Ako náhle sme získali späť dotazníky, skontrolovali sme ich kompletnosť a použiteľnosť na výskum. Každý jeden dotazník bol podrobne prekontrolovaný. Základné roztriebenie dát bolo spracované v počítačovom programe Microsoft Office Excel 2007. Všetky dotazníky boli očíslované od 1 po 40 s rozdielom pre kontrolnú skupinu, kde bolo k číslu pripísané KS. Ku každej doméne bola vytvorená samostatná stĺpec, do ktorého sa zapisoval celkový počet bodov. Na štatistické spracovanie bola použitá popisná štatistika, ktorá zahŕňovala:

- Celkový počet N
- Minimálnu hodnotu
- Maximálnu hodnotu
- Medián
- Priemer
- Smerodajnú odchýlku

V ďalších štatistických spracovaniach boli použité nasledovné testy:

- Studentov dvojvýberový t- test
- Mann- Whitneyho test
- Pearsonova korelačná analýza
- Test korelačného koeficientu
- Test Shapiro- Wilk
- Test Kuskal- Wallis

- Bonferroniho koleračná významnosť.

11.3 Zdroje odborných poznatkov

Použité odborné poznatky, ktoré boli využité v praktickej časti diplomovej práce boli získané štúdiom odbornej literatúry a to kníh, časopisov a internetových portálov. Bibliografické odkazy boli vyhľadávané v nasledovných databázach: univerzitná databáza UPOL, katalógy vedeckej knižnice v Olomouci, Česká národní bibliografie, katalógy Slovenskej národnej knižnice, Bibliomedica čechoslovaca, jednotná informačná brána a databáza EBSCO a PUBMED.

12 VÝSLEDKY VÝSKUMU

Všetky položky dotazníka boli spracované formou tabuliek, grafov a slovne popísané. Výsledky výskumu dopadli nasledovne:

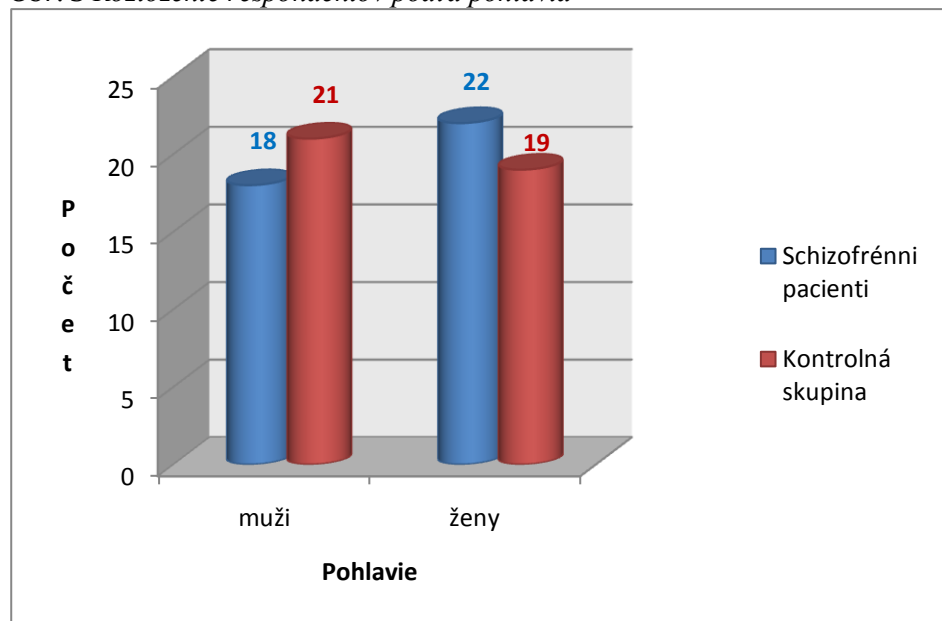
Do výskumu bolo zaradených celkovo 80 osôb, z toho 40 schizofrenných pacientov a 40 kontrol. Pokiaľ si respondentov rozdelíme podľa pohlavia, môžeme zistiť, že skupiny sa medzi sebou štatisticky významne nelíšili (Tabuľka č. 3).

Tab. 3 Rozloženie respondentov podľa pohlavia

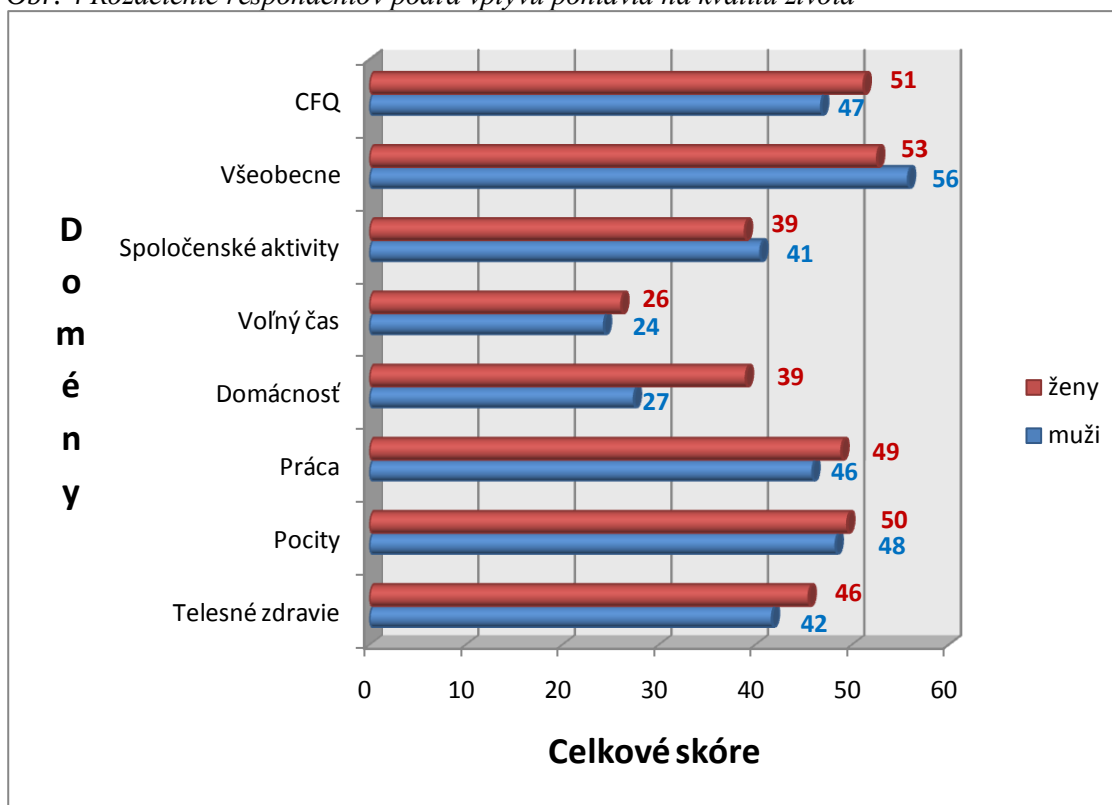
	Schizofrenní pacienti		Kontrolná skupina	
	Absolútny počet	Relatívny počet v %	Absolútny počet	Relatívny počet v %
Muži	18	45,00%	21	52,50%
Ženy	22	55,00%	19	47,50%
Celkom	40	100,00%	40	100,00%

U schizofrenných pacientov bolo mužov 18, teda 45% a žien 22, čiže 55%. Kontrolná skupina bola tvorená z 21 mužov, čo predstavovalo 52,5% a 19 žien (47,5%). (Obrázok č. 3).

Obr. 3 Rozloženie respondentov podľa pohlavia



Obr. 4 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu pohlavia na kvalitu života



Obrázok č. 4 nás informuje o priemerných hodnotách, ktoré boli získané v jednotlivých doménach dotazníku Q-LES-Q a CFQ u pacientov so schizofréniou vzhľadom k ich pohlaviu. K prehľadnosti grafu boli čísla zaokrúhlené na celé hodnoty. V položke telesné zdravie muži získali priemernú hodnotu skóre 41,7 so smerodajnou odchýlkou $\pm 5,8$ a ženy $45,5 \pm 6,8$. Pocity mužov dosiahli priemernú hodnotu skóre $48,3 \pm 9,1$ a u žien $49,5 \pm 7,3$. Priemerná hodnota skóre v práci u mužov dosiahla $45,9 \pm 8,3$ a u žien $48,9 \pm 6,5$. V domácnosti bolo dosiahnuté priemerné skóre u mužov $27,4 \pm 5,7$ a u žien $39,0 \pm 5,1$. Položka škola a štúdium nie je v grafe zahrnutá, nakoľko bolo v tejto oblasti málo osôb, ale u mužov bolo priemerné skóre $30,8 \pm 3,8$ a u žien $32,3 \pm 4,0$. Voľný čas u mužov dosiahol skóre $24,3 \pm 3,1$ a ženy získali $26,1 \pm 5,4$. V spoločenských aktivitách bolo priemerné skóre mužov $40,5 \pm 7,7$ a žien $38,9 \pm 7,6$. V položke všeobecné získali muži priemer $55,8 \pm 8,2$ a ženy $52,6 \pm 7,5$. V teste CFQ bolo dosiahnuté u mužov priemerné skóre $46,8 \pm 14,7$ a ženy získali $51,2 \pm 14,8$.

Tab. 4 Popisná statistika podľa vplyvu pohlavia na kvalitu života I.

Pohlavie		Telesné zdravie	Pocity	Práca	Domácnosť	škola /štúdium
muži	N	21	21	15	18	4
	Minimum	31	35	29	17	27
	Maximum	51	65	60	37	34
	Medián	42,0	48,0	47,0	28,5	31,0
	Priemer	41,7	48,3	45,9	27,4	30,8
	Smerodajná odchýlka	5,8	9,1	8,3	5,7	3,8
ženy	N	19	19	17	17	3
	Minimum	33	37	39	28	30
	Maximum	54	59	64	47	37
	Medián	46,0	52,0	50,0	39,0	30,0
	Priemer	45,5	49,5	48,9	39,0	32,3
	Smerodajná odchýlka	6,8	7,3	6,5	5,1	4,0

Tab. 5 Popisná statistika podľa vplyvu pohlavia na kvalitu života II.

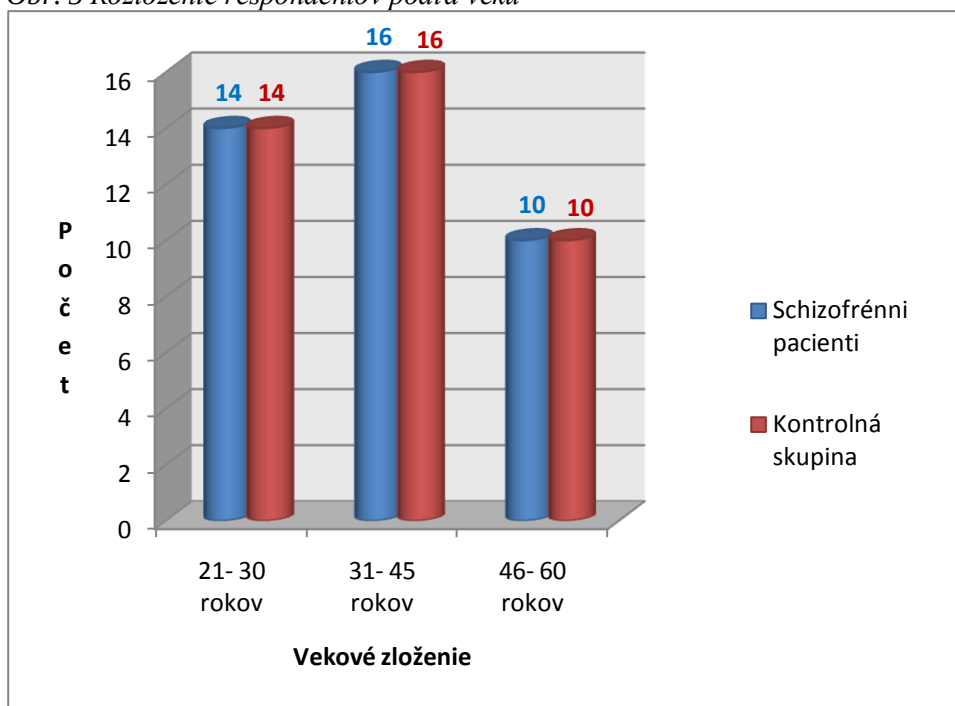
Pohlavie		Voľný čas	Spoločenské aktivity	Všeobecne	CFQ
muži	N	21	21	21	21
	Minimum	18	27	44	28
	Maximum	28	52	74	74
	Medián	24,0	41,0	55,0	45,0
	Prieměr	24,3	40,5	55,8	46,8
	Smerodajná odchýlka	3,1	7,7	8,2	14,7
ženy	N	19	19	19	19
	Minimum	18	28	41	34
	Maximum	37	56	65	94
	Medián	25,0	41,0	54,0	47,0
	Priemer	26,1	38,9	52,6	51,2
	Smerodajná odchýlka	5,4	7,6	7,5	14,8

V predchádzajúcich tabuľkách sú uvedené hodnoty popisnej štatistiky, ktoré boli vypočítané z dát získaných od respondentov. Popisná štatistika zahŕňa celkový počet respondentov (N), minimálne získané skóre, maximálne získané skóre, najčastejšie sa vyskytujúce skóre, priemerné skóre a smerodajnú odchýlku.

Tab. 6 Rozloženie respondentov podľa veku

	Schizofrénni pacienti		Kontrolná skupina	
	Absolútny počet	Relatívny počet v %	Absolútny počet	Relatívny počet v %
21- 30	14	35,00%	14	35,00%
31- 45	16	40,00%	16	40,00%
46- 60	10	25,00%	10	25,00%
Celkom	40	100,00%	40	100,00%

Obr. 5 Rozloženie respondentov podľa veku



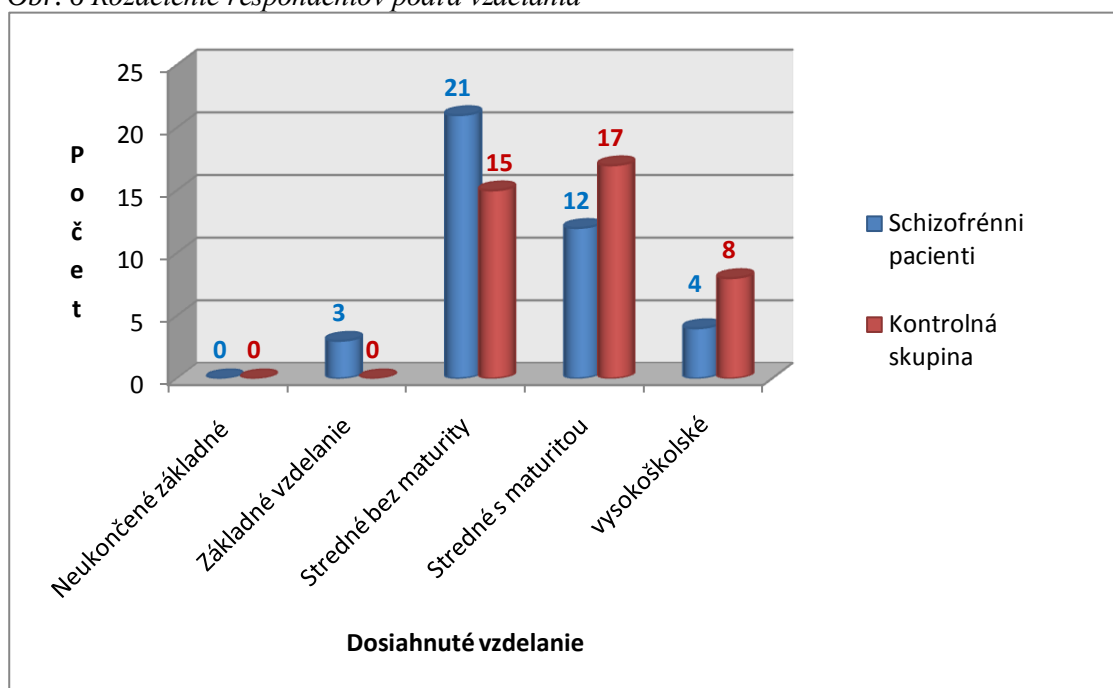
Rozloženie respondentov podľa veku (Tab. 6, Obr. 5) bolo rozdelené podľa kategórii používaných vo vývojovej psychológii (Úvod- vývojová psychologie, vývoj, 2009). V tejto kategórii vyšli zhodné výsledky v oboch skupinách. Najväčšie percento 40% bolo vo veku od 31-45 rokov s absolútnym počtom 16. Potom nasledovala kategória vo vekovom rozmedzí 21- 30 s absolútnym počtom 14, čo predstavuje 35%. Najnižšie zastúpenie mala kategória 46- 60 rokov s absolútnym počtom 10, čo je 25%.

Tab. 7 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania

	Schizofrénni pacienti		Kontrolná skupina	
	Absolútny počet	Relatívny počet v %	Absolútny počet	Relatívny počet v %
Neukončené základné	0	0,00%	0	0,00%
Základné vzdelanie	3	7,50%	0	0,00%
Stredné bez maturity	21	52,50%	15	37,50%
Stredné s maturitou	12	30,00%	17	42,50%
Vysokoškolské	4	10,00%	8	20,00%
Celkom	40	100,00%	40	100,00%

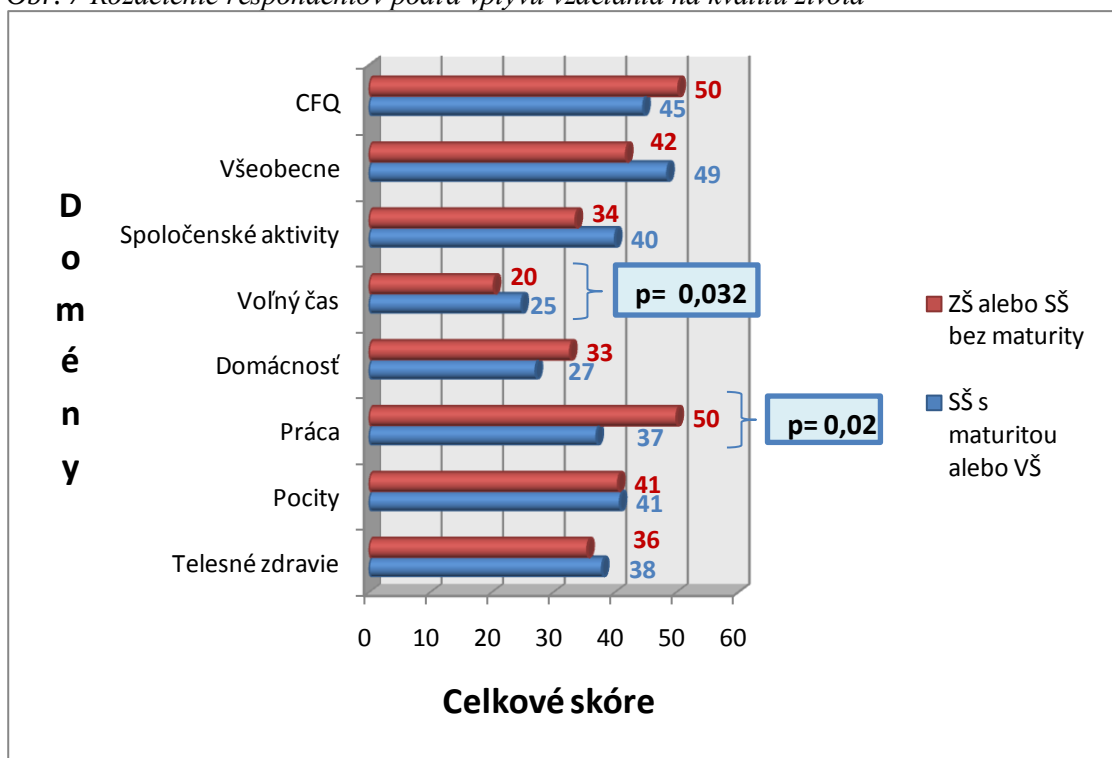
Ďalšia kategória rozdeľovala respondentov podľa ukončeného vzdelania (Tab. 7). U pacientov so schizofréniou bolo najviac t.j. 21 osôb so stredoškolským vzdelaním bez maturity s relatívnym počtom 52,5%, teda viac ako polovica. Potom nasledovali respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou s absolútnym počtom 12 (30%). Vysokoškolské vzdelanie získali 4, teda 10% a základné 3 (7,5%). V kontrolnej skupine bol najvyšší počet 17 so stredoškolským vzdelaním s maturitou, čo predstavovalo 42,5%. Strednú školu bez maturity ukončili 15 s relatívnym počtom 37,5%. Respondentov s vysokou školou bolo 8 (20%). Základné vzdelanie v kontrolnej skupine nebolo dosiahnuté. Neukončené základné vzdelanie nemal ani jeden z respondentov v oboch skupinách. V zastúpení jednotlivých úrovni vzdelania sa skupiny medzi sebou štatisticky významne nelíšili.

Obr. 6 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania



Predchádzajúci obrázok č. 6 informuje o vplyve vzdelania na kvalitu života pacientov so schizofréniou. Respondenti mohli určiť svoje vzdelanie podľa nasledovných možností: neukončené základné vzdelanie, základné vzdelanie, stredoškolské vzdelanie bez maturity, stredoškolské vzdelanie s maturitou a vysokoškolské vzdelanie.

Obr. 7 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu vzdelania na kvalitu života



Kvôli lepšiemu štatistickému vyhodnoteniu sme tieto možnosti zlúčili a rozdelili respondentov na ukončené základné vzdelanie a stredoškolské vzdelanie bez maturity a na stredoškolské vzdelanie s maturitou a vysokoškolské. Pre lepšiu prehľadnosť grafu sme zaokrúhlili čísla na celé.

Obrázok č. 7 informuje o priemernej hodnote skóre v doméne telesné zdravie u respondentov bez maturity $35,5 \pm 13,0$ a s maturitou $37,9 \pm 8,6$. V pocitoch boli dosiahnuté priemerné skóre u respondentov bez maturity $40,5 \pm 9,5$ a s maturitou $40,8 \pm 7,9$. V oblasti práce nám vyšla štatisticky významná hladina signifikancie $p = 0,02$ ($p < 0,05$) z priemerného skóre respondentov bez maturity $50,0 \pm 11,6$ a s maturitou $37,0 \pm 9,3$. Priemerné hodnoty skóre v doméne domácnosť vyšli nasledovne: respondenti bez maturity dosiahli hodnotu $32,7 \pm 8,3$ a s maturitou $27,1 \pm 6,9$. Oblasť škola a štúdium nie je zahrnutá do grafu pre nízky počet respondentov, ale priemerné hodnoty boli u respondentov bez maturity 28,0 a s maturitou 30,0. Doména voľný čas dosiahla štatisticky významný rozdiel na 5% hladine významnosti ($p < 0,05$). Respondenti bez maturity ju priemerne zhodnotili na $20,3 \pm 6,5$ a s maturitou na $24,8 \pm 5,7$. Spoločenské aktivity mali priemerné hodnoty skóre nasledovné: respondenti bez maturity $33,6 \pm 14,0$ a s maturitou $40,0 \pm 10,2$. Vo všeobecnej doméne malo priemerné

skóre u respondentov bez maturity hodnotu $41,8 \pm 12,6$ a s maturitou $48,5 \pm 11,5$. Test CFQ zhodnotili respondenti bez maturity na priemerné skóre $50,3 \pm 15,3$ a s maturitou na $44,6 \pm 15,2$. Štatisticky významný rozdiel podľa úrovne vzdelania bol zistený iba v doménach „práca“ a „voľný čas“.

V nasledujúcich tabuľkách č. 7,8 sú uvedené hodnoty popisnej štatistiky, ktoré boli vypočítané z dát získaných od respondentov. Popisná štatistika zahŕňa celkový počet respondentov (N), minimálne získané skóre, maximálne získané skóre, najčastejšie sa vyskytujúce skóre, priemerné skóre a smerodajnú odchýlku.

Tab. 8 Popisná štatistika podľa vplyvu vzdelania na KŽ I.

Vzdelanie		Telesné zdravie	Pocity	Práca	Domácnosť	škola /štúdium
ZŠ alebo SŠ bez maturity	N	24	24	8	11	1
	Minimum	14	27	34	15	28
	Maximum	55	59	65	48	28
	Medián	35,5	41,5	54,5	31,0	28,0
	Priemer	35,5	40,5	50,0	32,7	28,0
	Smerodajná odchýlka	13,0	9,5	11,6	8,3	.
SŠ s maturitou alebo VŠ	N	16	16	9	12	1
	Minimum	25	29	24	17	30
	Maximum	57	54	54	39	30
	Medián	37,5	39,5	36,0	26,5	30,0
	Priemer	37,9	40,8	37,0	27,1	30,0
	Smerodajná odchýlka	8,6	7,9	9,3	6,9	.

Tab. 9 Popisná štatistika podľa vplyvu vzdelania na KŽ II.

Vzdelanie		Voľný čas	Spoločenské aktivity	Všeobecne	CFQ
ZŠ alebo SŠ bez maturity	N	24	24	24	24
	Minimum	8	10	23	26
	Maximum	30	55	64	75
	Medián	21,0	37,0	40,0	49,0
	Priemer	20,3	33,6	41,8	50,3
	Smerodajná odchýlka	6,5	14,0	12,6	15,3
SŠ s maturitou alebo VŠ	N	16	16	16	16
	Minimum	15	20	29	24
	Maximum	32	54	65	72
	Medián	25,5	40,0	48,0	43,0
	Priemer	24,8	40,0	48,5	44,6
	Smerodajná odchýlka	5,7	10,2	11,5	15,2

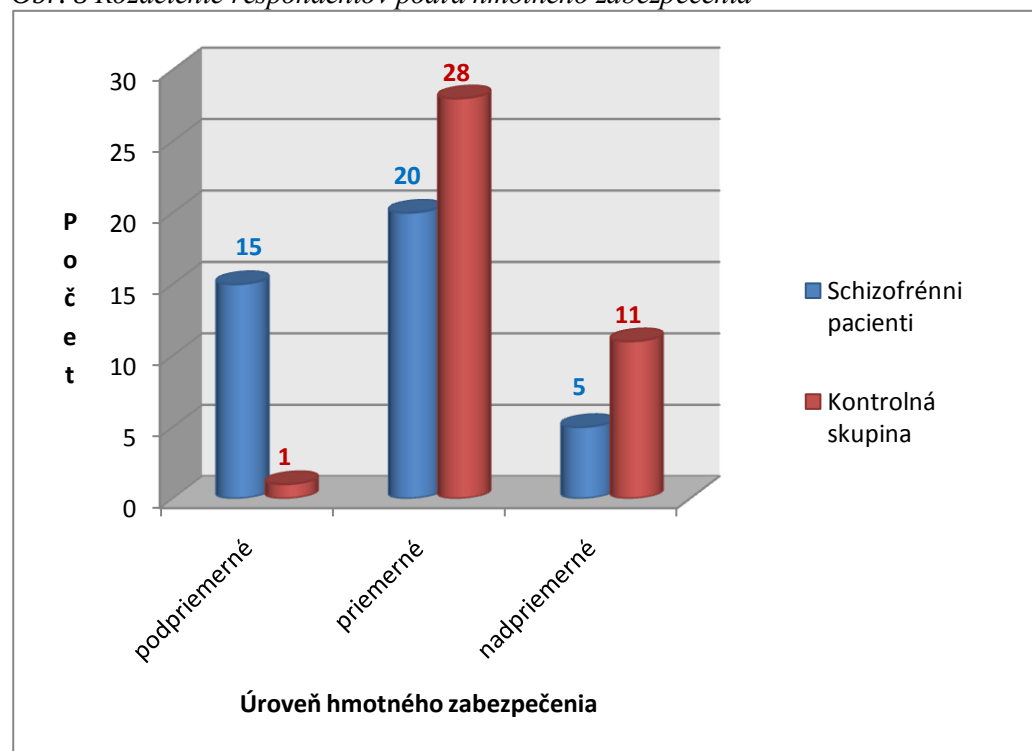
Tabuľka č. 10 a obrázok č. 8 nás informuje o kategóriách hmotného zabezpečenia. U pacientov trpiacich schizofréniou najväčšie percento 50% bolo zastúpené v položke priemerné, čo bolo 20 respondentov. Podpriemerné zabezpečenie uviedli 15, teda 37,5%. Položku s nadpriemerným zabezpečením vyplnilo 5 osôb (12,5%). V kontrolnej skupine bolo 28 respondentov t.j. 70%, ktorí uviedli priemerné hmotné zabezpečenie. Ako nadpriemerné zabezpečenie hodnotia 11 (27,5%) a podpriemerným zabezpečením bol 1, čiže 2,5%.

Tab. 10 Rozdelenie respondentov podľa hmotného zabezpečenia

	Schizofrénni pacienti		Kontrolná skupina	
	Absolútny počet	Relatívny počet v%	Absolútny Počet	Relatívny počet v %
Podpriemerné	15	37,50%	1	2,50%
Priemerné	20	50,00%	28	70,00%
Nadpriemerné	5	12,50%	11	27,50%
Celkom	40	100,00%	40	100,00%

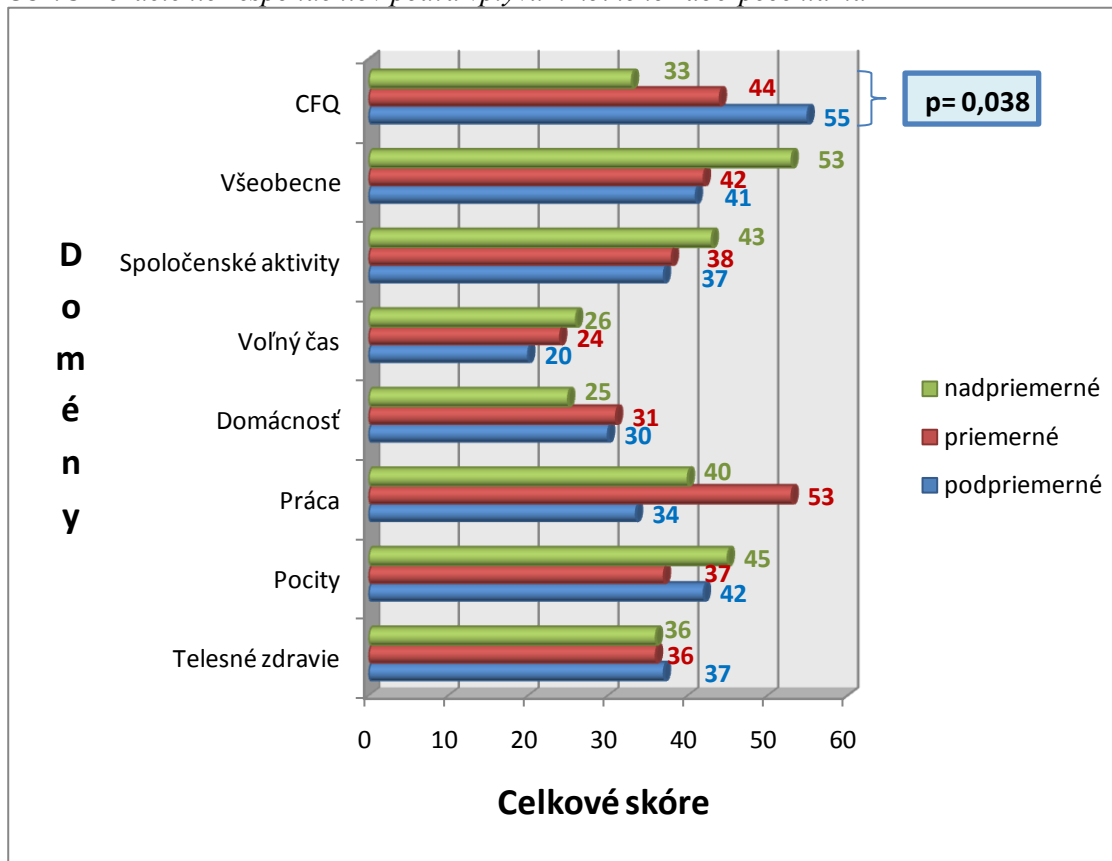
Rozdiel medzi skupina je vysoko štatisticky významný na 0,5 % hladine (chi-kvadrát: $p < 0,0005$) v prospech výrazne lepšieho hmotného zabezpečenia kontrol.

Obr. 8 Rozdelenie respondentov podľa hmotného zabezpečenia



Obrázok č. 9 popisuje vplyv hmotného zabezpečenia pacientov so schizofréniou v jednotlivých doménach dotazníka kvality života a CFQ.

Obr. 9 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu hmotného zabezpečenia na KŽ



V doméne telesné zdravie bol priemer podpriemerného hmotného zabezpečenia $35,9 \pm 12,1$. Priemer v priemernom hmotnom zabezpečení bol $36,9 \pm 11,7$ a v nadpriemernom $36,2 \pm 9,9$. Pocity mali priemer v podpriemernom zabezpečení $39,7 \pm 7,4$, v priemernom $41,0 \pm 10,1$ a v nadpriemernom zabezpečení $41,8 \pm 8,2$. V oblasti práca boli hodnoty priemeru nasledovné: podpriemerné hmotné zabezpečenie bolo $33,3 \pm 4,9$, priemerné $48,0 \pm 13,4$ a nadpriemerné $42,0 \pm 9,1$. Priemer v domácnosti bol v podpriemernom zabezpečení $31,3 \pm 11,0$ v priemernom $30,6 \pm 5,2$ a v nadpriemernom $25,8 \pm 8,5$. Škola a štúdium bola v podpriemernom zabezpečení nevyhodnotiteľná, pretože tu bolo málo respondentov. V priemernom zabezpečení dosiahol priemer hodnotu 28,0 a nadpriemernom 30,0, tu sa smerodajné odchýlky nedali určiť pre nízky počet respondentov. Priemer v doméne voľný čas bol v podpriemernom zabezpečení $21,0 \pm 7,2$, v priemernom $21,9 \pm 6,1$ a v nadpriemernom $26,2 \pm 5,3$. Spoločenské aktivity mali priemer v podpriemernom

zabezpečení $35,3 \pm 13,9$, v priemernom $35,8 \pm 12,6$ a v nadpriemernom $40,2 \pm 12,3$. Priemer vo všeobecnej doméne bol nasledovný: v podpriemernom zabezpečení $42,7 \pm 11,9$, v priemernom $43,5 \pm 12,9$ a v nadpriemernom $53,6 \pm 10,8$. V CFQ sa štatisticky skupiny medzi sebou líšili na 5% hladine významnosti ($p < 0,05$). Hodnoty priemeru boli nasledovné: podpriemerné zabezpečenie $55,3 \pm 14,9$, priemerné $45,7 \pm 14,4$ a nadpriemerné $35,4 \pm 10,7$.

Tab. 11 Popisná statistika podľa vplyvu hmotného zabezpečenia na KŽ I.

Hmotné zabezpečenie		Telesné zdravie	Pocity	Práca	Domácnosť	škola /štúdium
podpriemerné	N	15	15	4	7	
	Minimum	15	27	27	15	
	Maximum	57	50	39	48	
	Medián	37,0	42,0	33,5	30,0	
	Priemer	35,9	39,7	33,3	31,3	
	Smerodajná odchýlka	12,1	7,4	4,9	11,0	
priemerné	N	20	20	9	11	1
	Minimum	14	28	24	22	28
	Maximum	55	59	65	38	28
	Medián	36,0	37,0	53,0	31,0	28,0
	Priemer	36,9	41,0	48,0	30,6	28,0
	Smerodajná odchýlka	11,7	10,1	13,4	5,2	.
nadpriemerné	N	5	5	4	5	1
	Minimum	25	32	34	17	30
	Maximum	51	52	54	39	30
	Medián	36,0	45,0	40,0	25,0	30,0
	Priemer	36,2	41,8	42,0	25,8	30,0
	Smerodajná odchýlka	9,9	8,2	9,1	8,5	.

a. súbor = pacienti

Tab. 12 Popisná statistika podľa vplyvu hmotného zabezpečenia na KŽ II.

Hmotné zabezpečenie		Voľný čas	Spoločenské aktivity	Všeobecne	CFQ
podpriemerné	N	15	15	15	15
	Minimum	9	13	24	26
	Maximum	31	55	63	75
	Medián	20,0	37,0	41,0	55,0
	Priemer	21,0	35,3	42,7	55,3
	Smerodajná odchýlka	7,2	13,9	11,9	14,9
priemerné	N	20	20	20	20
	Minimum	8	10	23	25
	Maximum	31	54	64	72
	Medián	24,0	38,0	42,0	44,0
	Priemer	21,9	35,8	43,5	45,7
	Smerodajná odchýlka	6,1	12,6	12,9	14,4
Nadpriemerné	N	5	5	5	5
	Minimum	20	20	39	24
	Maximum	32	52	65	53
	Medián	26,0	43,0	53,0	33,0
	Priemer	26,2	40,2	53,6	35,4
	Smerodajná odchýlka	5,3	12,3	10,8	10,7

Ďalším významným ukazovateľom súvisiacim s kvalitou života je zamestnanosť. Tabuľka č. 13 popisuje ako boli respondenti pracovne zaradení.

Tab. 13 Kontingenčná tabuľka pracovného zaradenia

			Nepracuje	Pracuje	Celkom
Súbor	Kontrolná skupina	Počet	8	32	40
		%	20,00%	80,00%	100,00%
	Pacienti	Počet	22	18	40
		%	55,00%	45,00%	100,00%
Celkom		Počet	30	50	80
		%	37,50%	62,5%	100%

Z celkového počtu 40 pacientov so schizofréniou nepracovalo 22, čo predstavovalo 55 % a 18 pracovalo s relatívnym počtom 45%. V kontrolnej skupine pracovalo 32 respondentov s relatívnym počtom 80% a nepracovalo 8, čo bolo 20%. Rozdiel v zamestnanosti dosahuje 5 % hladiny štatistickej významnosti (Fisherov exaktný test: $p < 0.005$).

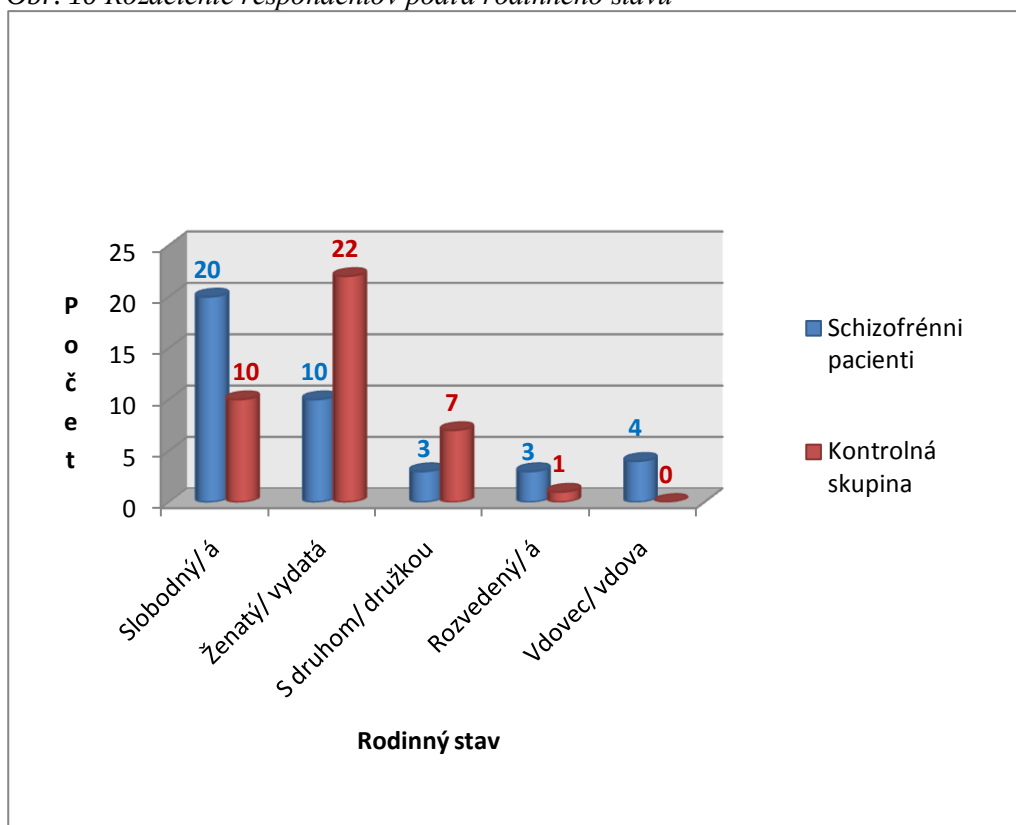
Ďalší významný ukazovateľ je rodinný stav schizofrénnych pacientov (Tab. 14). Najviac bolo slobodných t.j. 20, čo predstavovalo 50%. V manželskom zväzku žilo 10 s relatívnym počtom 25%. 4 respondenti (10%) označili, že sú vdovci alebo vdovy. Rovnaký absolútny počet po 3 bol určený v položke druh/ družka a rozvedený/á, čo bolo po 7,5%.

Tab. 14 Rozdelenie respondentov podľa rodinného stavu

	Schizofrénni pacienti		Kontrolná skupina	
	Absolútny počet	Relatívny počet v %	Absolútny Počet	Relatívny počet v %
Slobodný/ á	20	50,00%	10	25,00%
Ženatý/ vydatá	10	25,00%	22	55,00%
S druhom/ družkou	3	7,50%	7	17,50%
Rozvedený/ á	3	7,50%	1	2,50%
Vdovec/ vdova	4	10,00%	0	0,00%
Celkom	40	100,00%	40	100,00%

V kontrolnej skupine bolo najväčšie zastúpenie v položke ženatý/ vydatá a to 22 respondentov (55%). Ako slobodný/ á označili svoj rodinný stav 10, t.j. 25%. S druhom a družkou žijú 7, čo predstavovalo relatívny počet 17,5%, rozvedení boli 3 (2,5%) a položka vdovec/ vdova neboli označené vôbec (0%).

Obr. 10 Rozdelenie respondentov podľa rodinného stavu



Podľa rodinného stavu je medzi skupinami štatisticky významný rozdiel, ukazujúci, že kontroly významne častejšie žijú s partnerom (chi-kvadrát test: $p < 0,01$).

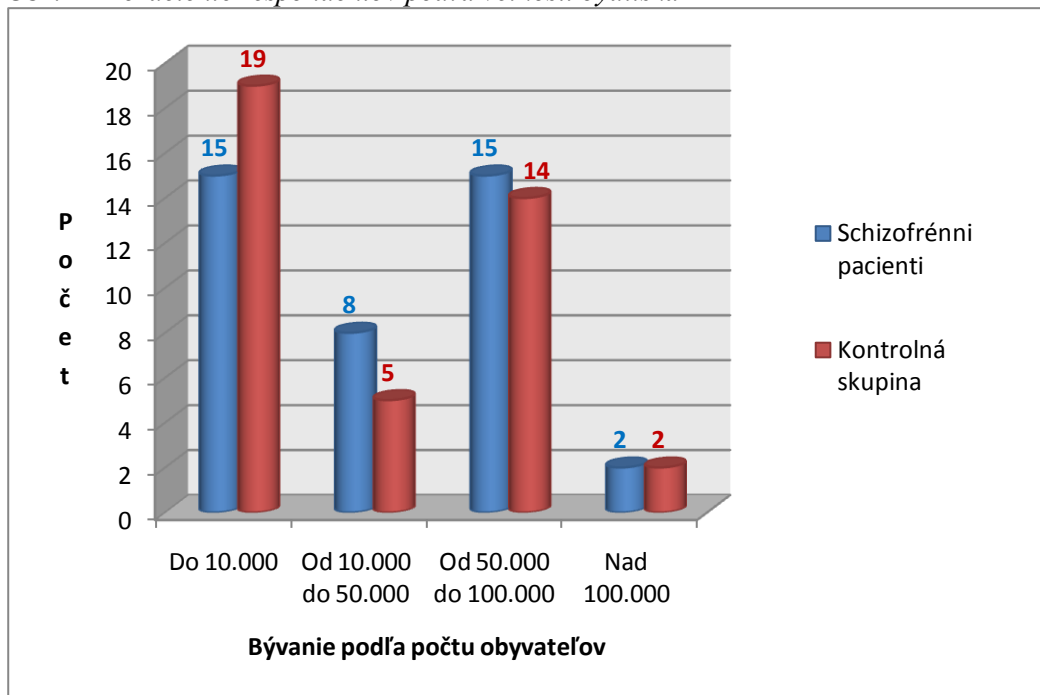
V ďalšej kategórii boli respondenti rozdelení podľa veľkosti počtu obyvateľov na mieste bydliska (Tab. 15, Obr. 11).

Tab. 15 Rozdelenie respondentov podľa veľkosti bydliska

	Schizofrénni Pacienti		Kontrolná Skupina	
	Absolútny počet	Relatívny počet v %	Absolútny počet	Relatívny počet v %
Obec do 10.000 obyv.	15	37,50%	19	47,50%
Město od 10.000 do 50.000 obyv.	8	20,00%	5	12,50%
Město od 50.000 do 100.000 obyv.	15	37,50%	14	35,00%
Veľkomesto nad 100.000 obyv.	2	5,00%	2	5,00%
Celkom	40	100,00%	40	100,00%

Schizofrénni pacienti bývajú v obciach do 10.000 a v mestách od 50.000 do 100.000 s rovnakým zastúpením a to po 15 osôb, čo predstavuje 37,5%. V meste od 10.000 do 50.000 obyvateľov žije 20%, s absolútnym počtom 8 a vo veľkomeste bývajú 2 (5%).

Obr. 11 Rozdelenie respondentov podľa veľkosti bydliska



V kontrolnej skupine najviac respondentov t.j. 19 žije v obci do 10.000, teda (47,5%), potom v meste od 50.000 do 100.000, čo je 14 osôb (35%). V meste od 10.000 do 50.000 bývajú 5 s relatívnym počtom 12,5% a vo veľkomeste 2 s 5%. Podľa veľkosti bydliska nie je medzi skupinami štatisticky významný rozdiel.

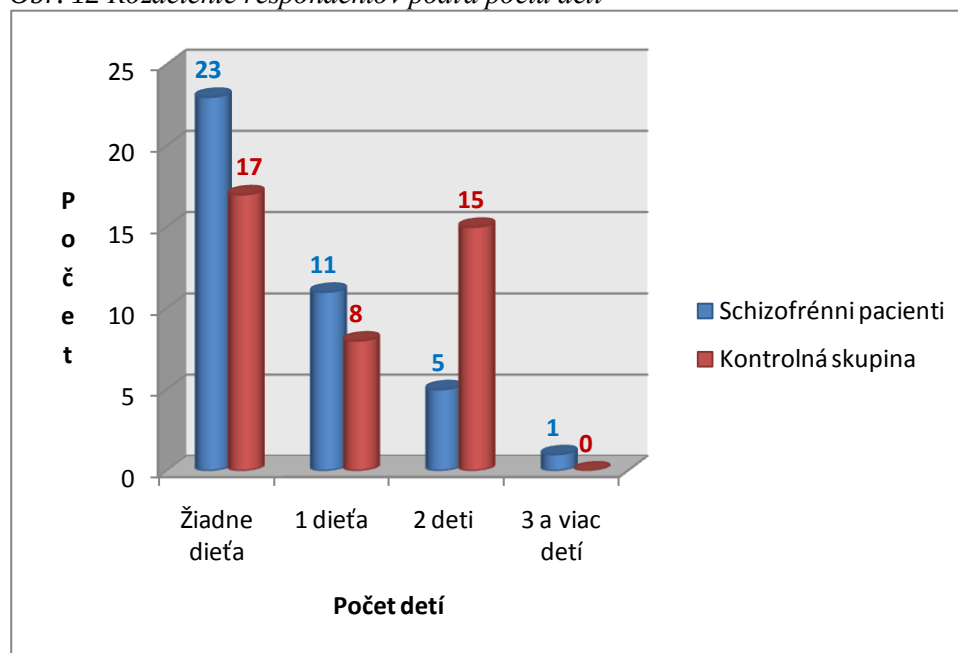
Ďalšia kategória rozdelila respondentov podľa počtu detí (Tab. 16, Obr. 12). Schizofrénni pacienti najčastejšie označili, že sú bezdetní, čo bolo 23 (57,5%). Jedno dieťa majú 11 s relatívnym počtom 27,5%, dve deti 5 s 12,5% a tri a viac detí určil 1 respondent, čo predstavovalo 2,5%. V kontrolnej skupine bolo najväčšie zastúpenie v položke žiadne dieťa so 42,5% a označilo ju 17 osôb. Dve deti majú 15 (37,5%), jedno 8 s relatívnym počtom 20% a tri a viac detí neoznačil ani jeden.

Tab. 16 Rozdelenie respondentov podľa počtu detí

	Schizofrénni pacienti		Kontrolná skupina	
	Absolútny počet	Relatívny počet v %	Absolútny počet	Relatívny počet v %
Žiadne dieťa	23	57,50%	17	42,50%
1 dieťa	11	27,50%	8	20,00%
2 deti	5	12,5%	15	37,50%
3 a viac detí	1	2,50%	0	0,00%
Celkom	40	100,00%	40	100,00%

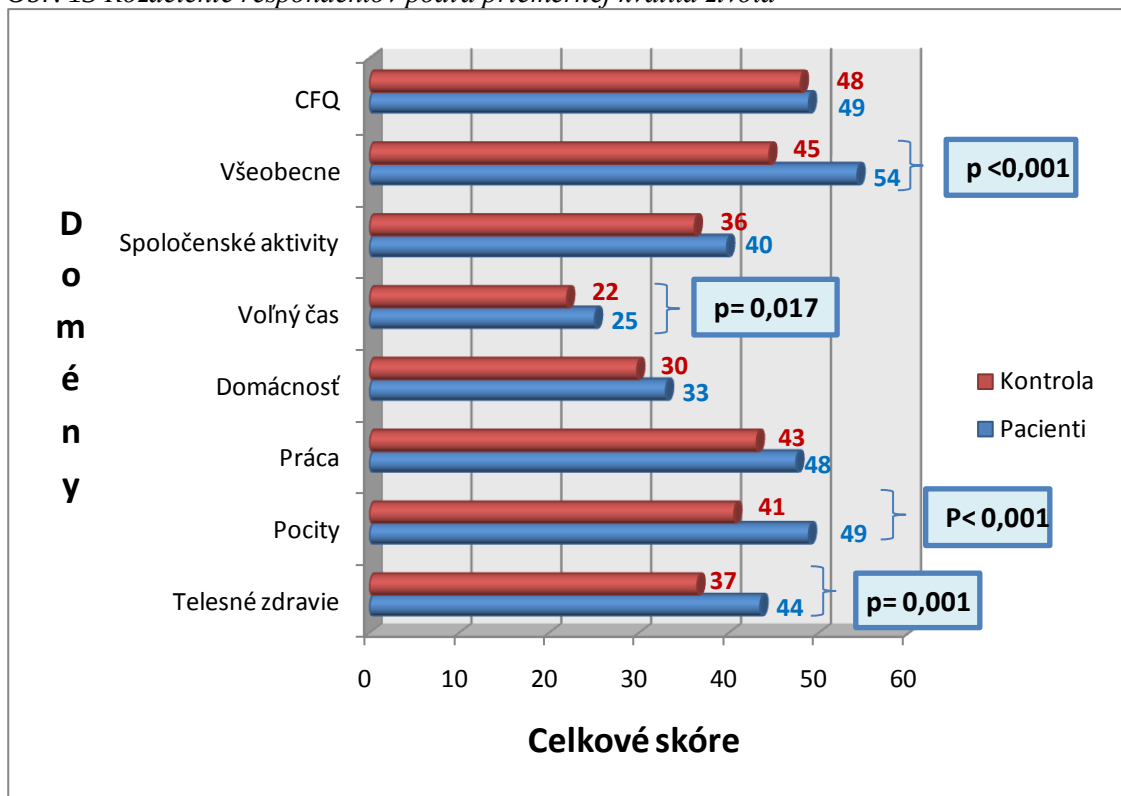
Podľa počtu detí nebol zistený významný štatistický rozdiel medzi skupinami. (chi-kvadrát test: ns)

Obr. 12 Rozdelenie respondentov podľa počtu detí



Ďalej nás obrázok č. 13 informuje o priemerných hodnotách, ktoré boli získané v jednotlivých doménach kvality života. V závislej osi sú zaznamenané jednotlivé domény z dotazníku Q-LES-Q: telesné zdravie, pocity, práca, domácnosť, voľný čas, spoločenské aktivity a všeobecne a jedna položka obsahuje výsledky dotazníku CFQ. K väčšej prehľadnosti grafu boli čísla zaokrúhlené na celé.

Obr. 13 Rozdelenie respondentov podľa priemernej kvality života



V položke telesné zdravie pacienti získali priemernú hodnotu skóre $36,5 \pm 11,4$ a kontrolná skupina $43,5 \pm 6,5$. V tejto doméne sa bol zistený štatisticky významný rozdiel na 1 % hladine signifikancie (nepárový t-test; $p < 0,001$). Pocity u pacientov dosiahli priemernú hodnotu skóre $40,6 \pm 8,8$ a u kontrolnej skupiny $48,9 \pm 8,2$, kde bol opäť dokázaný rozdiel na 1 % hladine štatistickej významnosti (nepárový t-test $p < 0,001$). Priemerná hodnota skóre v práci u schizofrénnych pacientov dosiahla $43,1 \pm 12,1$ a u kontrolnej skupiny $47,5 \pm 7,4$. V domácnosti bolo dosiahnuté priemerné skóre u pacientov $29,8 \pm 8,0$ a u kontrolnej skupiny $33,0 \pm 7,9$. Položka škola a štúdium nie je v grafe zahrnutá, nakoľko bolo v tejto oblasti málo štatistických údajov, ale u pacientov bolo priemerné skóre $29,0 \pm 1,4$ a u kontrolnej skupiny $31,4 \pm 3,6$. Voľný čas u pacientov dosiahol skóre $22,1 \pm 6,5$ a kontrolná skupina získala $25,1 \pm 4,4$. Tu sa opäť štatisticky dokázal rozdiel na 5 % hladine signifikancie (nepárový t-test: $< 0,05$). V spoločenských aktivitách bolo priemerné skóre pacientov $36,2 \pm 12,8$ kontrolnej skupiny $39,8 \pm 7,6$. V položke všeobecné získali pacienti priemer $44,5 \pm 12,5$ a kontroly $54,3 \pm 7,9$. Znovu bola dokázaná rozdielnosť v nepárovom t-teste na 1 % hladine štatistickej signifikancie (nepárový t-test: $p < 0,001$). V teste CFQ bolo

dosiahnuté u pacientov priemerné skóre $48,0 \pm 15,4$ a u kontrolnej skupiny $48,9 \pm 14,7$.

Tab. 17 Popisná štatistika Kvality života I.

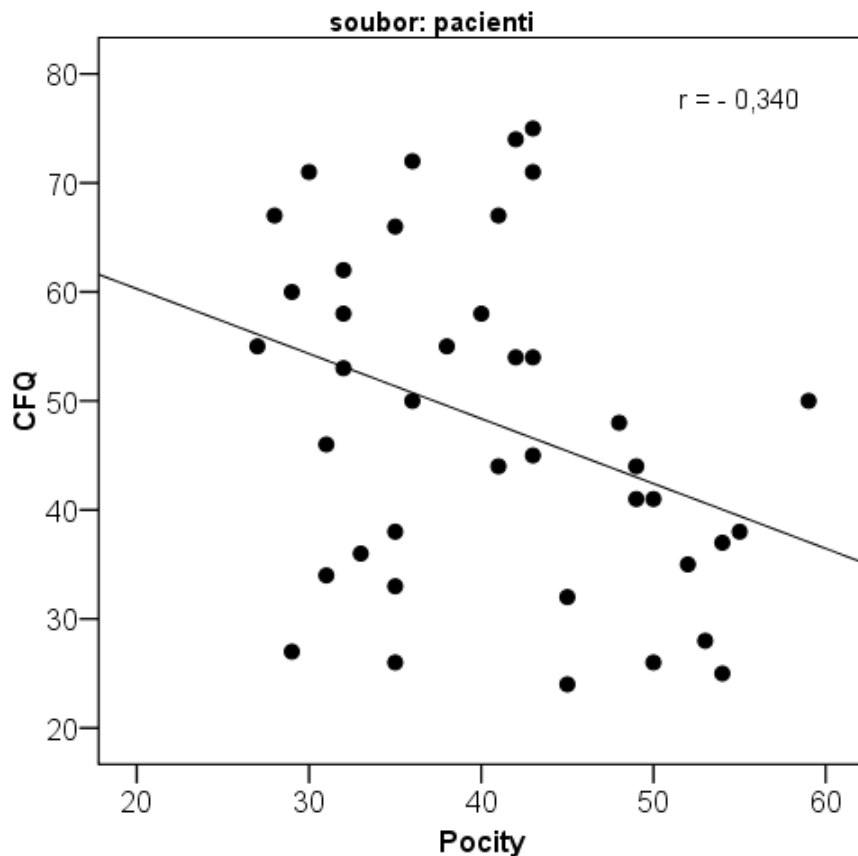
súbor		Telesné zdravie	Pocity	Práca	Domácnosť	škola /štúdium
kontrola	N	40	40	32	35	7
	Minimum	31	35	29	17	27
	Maximum	54	65	64	47	37
	Medián	44,5	48,0	48,5	34,0	30,0
	Priemer	43,5	48,9	47,5	33,0	31,4
	Smerodajná odchýlka	6,5	8,2	7,4	7,9	3,6
pacienti	N	40	40	17	23	2
	Minimum	14	27	24	15	28
	Maximum	57	59	65	48	30
	Medián	36,0	41,0	39,0	30,0	29,0
	Piemer	36,5	40.6	43,1	29,8	29,0
	Smerodajná odchýlka	11.4	8.8	12,1	8,0	1.4

Tab. 18 Popisná štatistika Kvality života II.

súbor	Voľný čas	Spoločenské aktivity	Všeobecne	CFQ
kontrola	N	40	40	40
	Minimum	18	27	41
	Maximum	37	56	74
	Medián	25,0	41,0	54,0
	Priemer	25,1	39,8	54,3
	Smerodajná odchýlka	4,4	7,6	7,9
pacienti	N	40	40	40
	Minimum	8	10	23
	Maximum	32	55	65
	Medián	24,0	39,0	44,0
	Priemer	22,1	36,2	44,5
	Smerodajná odchýlka	6,5	12,8	12,5

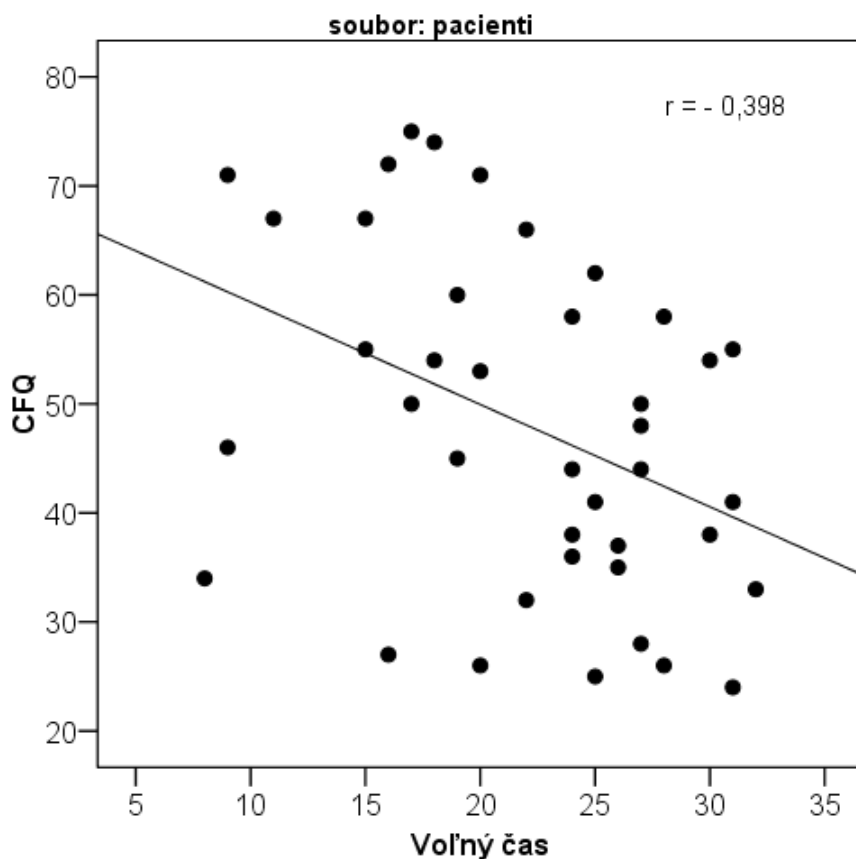
Vzťahy medzi významnými doménami kvality života a sebesúdením kognitívneho deficitu boli zisťované pomocou Pearsonovej korelačnej analýzy. Išlo o domény „pocity“, „voľný čas“ a „všeobecne“, ktoré sa štatisticky významne líšili u pacientov a kontrol.

Obr. 14 Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a „pocitmi“



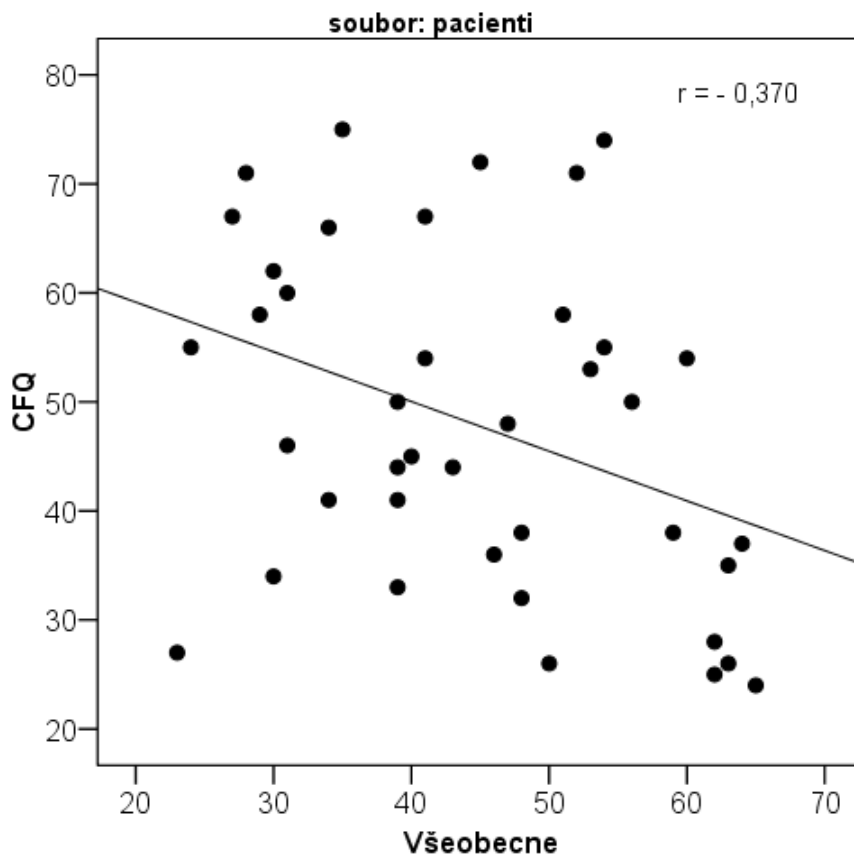
Táto Pearsonova korelačná analýza popisuje vzájomnú nepriamu súvislosť medzi hodnotami testu CFQ a doménou „pocity“. Korelačný koeficient má negatívne znamienko ($r = -0,340$; $p < 0,05$), z čoho vyplýva, že vysoké hodnoty skóre „pocitov“ korelujú s nízkymi hodnotami testu CFQ, tzn. že pacienti s vyššou kvalitou prežívania majú subjektívne menší kognitívny deficit a naopak.

Obr. 15 Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a „voľným časom“



Pearsonova korelačná analýza pre súbor pacientov popisuje vzájomnú nepriamu súvislosť medzi hodnotami testu CFQ a doménou „voľný čas“. Korelačný koeficient je $r = -0,398$ ($p < 0,05$), z čoho vyplýva, že vysoké hodnoty skóre „voľného času“ korelujú s nízkymi hodnotami testu CFQ, tzn. vyššia kvalita naplnenia voľného času súvisí s nižším prežívaným kognitívneho deficitu.

Obr. 16 Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a doménou „všeobecne“



Pearsonova korelačná analýza popisuje vzájomnú nepriamu súvislosť medzi hodnotami testu CFQ a doménou všeobecne. Korelačný koeficient je $r = - 0,370$ ($p < 0,05$), z čoho vyplýva, že vysoké hodnoty skóre domény „všeobecne“ korelujú s nízkymi hodnotami testu CFQ.

12.1 Štatistické overenie hypotéz

H_0 Medzi kvalitou života schizofrénnych pacientov a kontrolné skupiny nie je žiadny rozdiel.

H_1 Kvalita života ľudí so schizofréniou a kontrolnej skupiny je odlišná.

Na overenie platnosti nulovej hypotézy, bol v prípade normálneho rozdelenia hodnôt testového skóre, použitý dvojvýberový Studentov t- test. V prípade nenormálnej distribúcie hodnôt testového skóre, bol použitý neparametrický test Mann-Whitney. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Skupina pacientov a kontrolná skupina bola porovnávaná vo všetkých sledovaných doménach dotazníku Q-LES-Q. Vzhľadom k malému počtu respondentov, ktorí študujú, resp. sa zúčastnili v priebehu minulého týždňa vzdelávacích kurzov alebo lekcií, nebolo možné skupinu porovnať v doméne Škola/Štúdium.

Studentov dvojvýberový t-test preukázal v skupine pacientov so schizofréniou:

- významne **nižšie** hodnoty skóre v doméne **telesné zdravie** (priemerná hodnota skóre $36,5 \pm 11,4$) v porovnaní s kontrolnou skupinou (priemer $43,5 \pm 6,5$), ($p < 0,001$)
- signifikantne **nižšie** hodnoty skóre v doméne **pocity** (priemer $40,6 \pm 8,8$) v porovnaní s kontrolnou skupinou (priemer $48,9 \pm 8,2$), ($p < 0,001$),
- signifikantne **nižšie** hodnoty skóre v doméne **voľný čas** (priemer $22,1 \pm 6,5$) v porovnaní s kontrolnou skupinou (priemer $25,1 \pm 4,4$), ($p < 0,001$).
- signifikantne **nižšie** hodnoty skóre v doméne **všeobecne** (priemer $44,5 \pm 12,5$) v porovnaní s kontrolnou skupinou (priemer $54,3 \pm 7,9$), ($p < 0,0001$).

I keď v doménach domácnosť a spoločenské aktivity sa skupiny štatisticky významne nelíšia, tieto výsledky vedú k zamietnutiu nulovej hypotézy v prospech alternatívnej, pretože pacienti vykazujú štatisticky významne nižšiu kvalitu života v 4 doménach.

Pretože v doméne práca by nám pre nedostatok pracujúcich pacientov vyšli skreslené výsledky, bolo nutné zistiť koľko respondentov pracuje a koľko nie. Naše hypotézy na počiatku zneli:

H_0 V skupine pacientov a kontrolnej skupine je rovnaká nezamestnanosť.

H_{1a} Skupina pacientov so schizofréniou a kontrolnou skupinou sa nelíši podielom nezamestnaných.

Chí- kvadrát test preukázal:

- signifikantne **vyšší** počet nepracujúcich osôb so schizofréniou (55%) v porovnaní s kontrolnou skupinou (20%), ($p < 0,001$).

Tento výsledok jednoznačne zamietá nulovú hypotézu a svedčí pre alternatívnu hypotézu.

Ďalšia analýza sa týkala porovnania pacientov a kontroly v teste CFQ.

H₀ Medzi sebaposúdením kognitívneho deficitu schizofrénnych pacientov a kontrolnou skupinou nie je žiadny rozdiel.

H₂ Sebaposúdenie kognitívneho deficitu ľudí so schizofróniou a kontrolnou skupiny je rozdielne.

Na overenie platnosti nulovej hypotézy, bol v prípade normálneho rozdelenia hodnôt testového skóre, použitý dvojvýberový Studentov t- test. V prípade nenormálnej distribúcie hodnôt testového skóre, bol použitý neparametrický test Mann-Whitney. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Skupina pacientov a kontrolná skupina bola porovnávaná vo výsledkoch testu CFQ. Štatisticky významný rozdiel sa nepreukázal. Preto z výsledkov vyplýva, že nulovú hypotézu nemôžeme zamietnuť.

Ďalšia analýza sa týkala vzťahu kvality života a sebaposúdením kognitívneho deficitu. Naše hypotézy zneli:

H₀ Kvalita života nesúvisí s CFQ.

H₃ Kvalita života súvisí s CFQ.

Na overenie platnosti nulovej hypotézy bola použitá Pearsonova korelačná analýza. Na posúdenie závislosti medzi hodnotami skóre CFQ a jednotlivými dimenziami dotazníka Q-LES-Q boli vypočítané hodnoty Pearsonovho korelačného koeficientu a bol prevedený test významnosti korelačného koeficientu.

Pearsonova korelačná analýza preukázala štatisticky významnú nepriamu závislosť medzi hodnotami skóre CFQ a:

- hodnotami skóre v doméne **pocity** - korelačný koeficient $r = -0,340$ ($p < 0,05$),
- hodnotami skóre v doméne **voľný čas** - korelačný koeficient $r = 0,398$ ($p < 0,001$),
- hodnotami skóre v doméne **všeobecne** - korelačný koeficient $r = 0,370$ ($p < 0,05$).

Z týchto výsledkov vyplýva, že kvalita života súvisí nepriamo so sebaposúdením kognitívneho deficitu, tzn. nulová hypotéza je zamietnutá v prospech hypotézy alternatívnej.

Ďalším cieľom bolo zistiť hodnotu kvality života u žien a mužov trpiacich schizofréniou. Hypotézy zneli:

H_0 Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu u žien je rovnaká ako u mužov.

H_4 Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu u žien je rozdielna ako u mužov.

Na overenie platnosti nulovej hypotézy, bol v prípade normálneho rozdelenia hodnôt testového skóre, použitý dvojvýberový Studentov t- test. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro- Wilk.

Muži a ženy trpiaci schizofréniou boli porovnávaní vo všetkých doménach dotazníka Q-LES-Q a taktiež v hodnotách skóre CFQ. Studentov dvojvýberový t- test nepreukázal signifikantné rozdiely medzi mužmi a ženami trpiacich schizofrénnym ochorením ani v jednej z domén dotazníka Q-LES-Q a ani v dotazníku CFQ.

Tieto výsledky svedčia pre to, že nulovú hypotézu nie je možné zamietnuť.

Cieľom číslo 5 bolo zistiť, či kvalita života súvisí s hmotným zabezpečením. Naše hypotézy boli:

H_0 Kvalita života nesúvisí s hmotným zabezpečením.

H_5 Kvalita života súvisí s hmotným zabezpečením (je lepšia, ak je zabezpečenie minimálne priemerné).

Skupina pacientov so schizofréniou bola podľa dotazníka rozdelená do 3 skupín podľa úrovne ich hmotného zabezpečenia: podpriemerné, priemerné a nadpriemerné.

Vzhľadom k neparametrickému rozloženiu dát, bol na overenie platnosti nulovej hypotézy použitý neparametrický test Kruskal - Wallis. V prípade signifikantného výsledku testu Kruskal- Wallis, bol na porovnanie jednotlivých dvojíc úrovne hmotného zabezpečenia použitý test Mann- Whitney s Bonferroniho korekciou signifikancie.

- Test Kruskal- Wallis nepreukázal signifikantný rozdiel medzi skupinami pacientov podľa úrovne hmotného zabezpečenia ani v jednej z domén dotazníka Q-LES-Q.

Z tohto výsledku vyplýva, že kvalita života nesúvisí s hmotným zabezpečením, nulová hypotéza čiastočne platí.

Cieľom číslo 6 bolo zistiť, ako sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí s hmotným zabezpečením. Naše hypotézy boli:

H₀ Sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí s hmotným zabezpečením.

H₆ Sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí s hmotným zabezpečením (je lepšia, ak je zabezpečenie minimálne priemerné).

Skupina pacientov so schizofréniou bola podľa dotazníka rozdelená do 3 skupín podľa úrovne ich hmotného zabezpečenia: podpriemerné, priemerné a nadpriemerné.

Vzhľadom k neparametrickému rozloženiu dát, bol na overenie platnosti nulovej hypotézy použitý neparametrický test Kruskal - Wallis. V prípade signifikantného výsledku testu Kruskal- Wallis, bol na porovnanie jednotlivých dvojíc úrovne hmotného zabezpečenia použitý test Mann- Whitney s Bonferroniho korekciou signifikancie.

- Test Mann- Whitney preukázal v skupine pacientov s podpriemernou úrovňou hmotného zabezpečenia signifikantne **vyššie** hodnoty skóre testu **CFQ** (priemer $55,3 \pm 14,9$) v porovnaní so skupinou pacientov s nadpriemernou úrovňou hmotného zabezpečenia (priemer $35,4 \pm 10,7$), ($p < 0,05$).

Z výsledku vyplýva, že sebaposúdenie kognitívneho deficitu s hmotným zabezpečením štatisticky významne súvisí, tzn. nulová hypotéza čiastočne je zamietnutá v prospech hypotézy alternatívnej.

Cieľom číslo 7 bolo zistiť či kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním. Hypotézy boli postavené takto:

H₀ Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí so vzdelaním.

H₇ Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním.

Skupina pacientov si schizofréniou bola podľa úrovne vzdelania rozdelená do 2 skupín a to na skupinu so základným alebo stredoškolským vzdelaním bez maturity a na skupinu so stredoškolským vzdelaním s maturitou a vysokoškolským. Dôvodom vytvorenia týchto skupín bola skutočnosť, že boli len 2 pacienti so základným vzdelaním a 4 pacienti s vysokoškolským vzdelaním.

Na overenie platnosti nulovej hypotézy, bol v prípade normálneho rozdelenia hodnôt testového skóre, použitý dvojvýberový Studentov t - test. V prípade

nemormálnej distribúcie hodnôt testového skóre, bol použitý neparametrický test Mann-Whitney. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk.

Skupina pacientov podľa vzdelania bola porovnaná vo všetkých doménach dotazníka Q-LES-Q a CFQ. Vzhľadom k malému počtu respondentov, ktorí študujú, resp. sa zúčastnili v priebehu minulého týždňa vzdelávacích kurzov alebo lekcí, nebolo možné skupinu porovnať v doméne Škola/Štúdium.

Studentov dvojvýberový t-test preukázal v skupine pacientov so základným alebo stredoškolským vzdelaním bez maturity:

- signifikantne **vyššie** hodnoty skóre v doméne **práca** (priemerná hodnota $50,0 \pm 11,6$) v porovnaní so skupinou so stredoškolským vzdelaním s maturitou alebo vysokoškolským vzdelaním (priemer $37,0 \pm 9,3$), ($p < 0,05$)
- signifikantne **nižšie** hodnoty skóre v doméne **voľný čas** (priemer $20,3 \pm 6,5$) v porovnaní so skupinou so stredoškolským vzdelaním s maturitou alebo vysokoškolským (priemer $24,8 \pm 5,7$), ($p < 0,05$)
- v ostatných doménach Q-LES-Q a CFQ sa skupiny štatisticky významne nelíšia.

Z týchto výsledkov vyplýva, že kvalita života súvisí so vzdelaním vo dvoch doménach (práca, voľný čas) tzn. nulová hypotéza je zamietnutá v prospech hypotézy alternatívnej.

12.2 Zhodnotenie cieľov

Na základe získaných dát a spracovaných výsledkov boli vyhodnotené ciele.

Cieľ 1: Zistiť subjektívnu úroveň hodnoty kvality života schizofrenikov.

- Schizofrénni pacienti majú nižšiu kvalitu života ako kontrolná skupina v subjektívnom posúdení telesného zdravia, pocitoch, vo využívaní voľného času a vo všeobecnej doméne.
- Kvalita života v domácnosti a spoločenských aktivitách nebola štatisticky významne rozdielna medzi pacientmi so schizofréniou a kontrolnou skupinou.
- Celková spokojnosť v práci nebola validná, nakoľko veľký počet pacientov nepracuje, čo potvrdil aj štatisticky vyšší významný rozdiel nepracujúcich pacientov oproti kontrolnej skupine.

- Kvalita života v škole a so štúdiom nebola vyhodnotená pre nízky počet respondentov, ktorý za posledný týždeň navštevovali vzdelávacie zariadenia.

Cieľ 2: Zistiť subjektívnu úroveň sebahodnotenia kognitívneho deficitu (CFQ) schizofrenikov.

- Úroveň sebahodnotenia kognitívneho deficitu pacientov so schizofréniou a kontrolnou skupinou nie je rozdielna. Nepreukázali sa žiadne štatisticky významné rozdiely.

Cieľ 3: Zistiť, či spolu súvisí kvalita života a sebahodnotenie kognitívneho deficitu (CFQ).

- Kvalita života pacientov so schizofréniou a sebahodnotenie kognitívneho deficitu spolu súvisí v doménach pocity, voľný čas a všeobecne, kde sme zistili nepriamu závislosť medzi nimi.
- V ostatných doménach nebola zistená vzájomná súvislosť.

Cieľ 4: Zistiť hodnotu kvality života u žien a mužov trpiacich schizofréniou.

- Úroveň kvality života žien a mužov so schizofréniou nie je rozdielna. Neboli preukázané žiadne štatisticky významné rozdiely.

Cieľ 5: Zistiť, či kvalita života súvisí s hmotným zabezpečením.

- Kvalita života schizofrénnych pacientov s hmotným zabezpečením nesúvisí.

Cieľ 6: Zistiť, či sebahodnotenie kognitívneho deficitu súvisí s hmotným zabezpečením.

- S hmotným zabezpečením sebahodnotenie kognitívneho deficitu súvisí. Bolo dokázané, že pacienti s podpriemerným zabezpečením majú výrazne horšie CFQ ako pacienti s nadpriemerným zabezpečením.

Cieľ 7: Zistiť, či kvalita života alebo sebahodnotenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním.

- Pacienti so schizofréniou so základným alebo stredoškolským vzdelaním bez maturity preukazujú vyššiu spokojnosť v práci ako pacienti so stredoškolským vzdelaním s maturitou a vysokoškolským.
- Voľný čas trávia plnohodnotnejšie pacienti so stredoškolským vzdelaním s maturitou a vysokoškolským vzdelaním, ako pacienti so základným a stredoškolským bez maturity.
- V ostatných doménach kvality života a ani v CFQ nebol preukázaný významný štatistický rozdiel.

13 DOPORUČENIE PRE PRAX

Ošetrovateľstvo má v podpore pacientov so schizofréniou nezastupiteľnú úlohu. Pomáha vytvárať jednotlivcom podmienky, ktoré priaznivo vplyvajú na zvyšovanie kvality života pacienta a jeho rodiny a blízkeho okolia.

K hlavným intervenčným snahám ošetrovateľstva patrí:

- Poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na individuálny prístup ku každému pacientovi,
- Akceptovať pacientovu jedinečnú osobnosť, pristupovať k nemu s úctou, rešpektom a porozumením,
- Napomáhať udržať zdravotný stav v remisii čo možno najdlhšie,
- Podporovať rodinu a poskytovať im všetky potrebné informácie na zvyšovanie kvality života celej rodiny,
- Podporovať pozitívne vnímanie kvality života a rozvíjať ich, pretože to podporuje sebadôveru
- Pomoc pacientovi rozvíjať oblasti kvality života, ktoré nevidí dostatočne pozitívne
- Propagovať osvetu destigmatizácie, zvyšovať záujem verejnosti o danú problematiku,
- Spolupracovať so stacionármi, klubmi pacientov, sociálnymi zariadeniami, ktoré pomáhajú k zmobilizovaniu pacientov a zapojiť ich do bežného života v spoločnosti,
- Sledovať a zapájať sa do rôznych medzinárodných projektov, ktoré zvyšujú kvalitu života pacientov so schizofréniou.

14 DISKUSIA

Táto diplomová práca bola zameraná na kvalitu života ľudí trpiacich schizofréniou. Z viacerých porovnávacích výskumov vyplýva, že títo pacienti majú tendenciu svoju kvalitu života nadhodnocovať. Väčšina štúdií sa ale zhoduje v tom, že výpovede stabilizovaných pacientov, teda vzorka, ktorú máme zastúpenú v našom výskume, nie je treba spochybňovať. Pri interpretácii výsledných hodnôt kvality života si treba uvedomiť nie len schopnosť ľudskej psychiky prispôbovať sa vonkajším a vnútorným podmienkam, ale aj relatívnej povahe životnej spokojnosti. Čo znamená, že jedinec je spokojný alebo nespokojný podľa toho, ako vníma svoje postavenie voči iným osobám zdieľajúcim podobné životné podmienky (Motlová a Dragomireská, 2003, č. 2, s. 85).

Do nášho výskumu boli zaradení prevažne pacienti so schizofréniou vo veku 31- 45 rokov s ukončeným stredoškolským vzdelaním bez maturity, slobodní, priemerne hmotne zabezpečení, bezdetní a žijúci v obci do 10.000 obyvateľov alebo v meste od 50.000 do 100.000 obyvateľov. V subjektívnom hodnotení vnímajú kvalitu svojho života horšie ako populácia bez psychiatrickej diagnózy. Výskum ukázal, že väčšina postihnutých je nespokojná so svojim telesným zdravím. Dalo by sa to vysvetliť, že väčšina pacientov trpí obezitou a majú málo pohybu ((Kitzlerová a Motlová, 2006, č. 2, s. 92-93), čo by spolu mohlo súvisieť. Taktiež by sa to dalo vysvetliť nespokojnosťou so svojim zdravím vôbec, teda fyzickým i psychickým, čo sa premieta i na hodnotení fyzického zdravia. To je pochopiteľné, pretože títo pacienti sú zaťažení tak závažným ochorením ako je schizofrénia.

Ďalší významný výsledok nám ukazuje zníženú kvalitu života v citovom prežívaní. Pacienti hodnotia svoje citové prežívanie významne horšie ako kontroly. To môže odrážať fakt, že len málo z nich žije v partnerskom vzťahu a i vlastná rodina sa k nim stavia s určitou opatrnosťou a rezervou. Štúdia, ktorá porovnávala subjektívne hodnotenie kvality života pacientov s chronickou schizofréniou v rôznych oblastiach USA, zistila neuspokojivé hodnoty medziľudských vzťahov, ktoré sú závislé na celkovom emocionálnom rozpoložení každého jedinca (Motlová a Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 88). Citové prežívanie však môže byť obmedzené vďaka reziduálnej psychotickej symptomatológii (plochý afekt), alebo vplyvom antipsychotickej

medikácie, ktorá síce upravuje negatívne afekty, ale zároveň môže ako vedľajší účinok znižovať intenzitu prežívania.

Pacienti taktiež hodnotia trávenie voľného času ako významne horšie než kontroly. Z patientskej perspektívy je vlastný voľný čas menej využitý. Kvalita trávenia voľného času opäť môže súvisieť s viacerými faktormi. Jednak to vyplýva to z negatívnych prejavov schizofrénie, kedy človek stráca záujem o svoje okolie, neudržiava kontakty a uzatvára sa do svojho sveta. Štúdia v USA nám taktiež potvrdzuje naše zistenia (Motlová a Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 88). Rovnako ako my, zistili neuspokojivé hodnoty takmer u všetkých pacientov. Ďalej však samotné okolie obmedzuje kontakty s pacientmi. Stigmatizácia psychických porúch môže viesť k izolácii pacienta tým, že je prakticky vylúčený zo spoločenských kontaktov. Ochorenie často zasahuje človeka vo veku, kedy sa formujú dlhodobé záujmy a koníčky. Trápenie sa s príznakmi a spoločenským dopadom choroby prirodzene formovanie záujmov obmedzuje. Mnoho koníčkov môže byť ovplyvnených aj vedľajšími účinkami medikácie – nadváha alebo Parkinsonské príznaky obmedzujú napríklad možnosť športovať.

Zaujímavým nálezom je, že kvalita života v spoločenských aktivitách nie je nižšia ako u kontrolnej skupiny, pretože tu sme logicky očakávali výrazný pokles. Väčšina pacientov podľa klinických skúseností má minimum spoločenských kontaktov mimo rodiny a i tam komunikuje obmedzene (Bouček, 2006, s. 55). Ide však o subjektívne hodnotenie a to sa nemusí kryť s objektívnou skutočnosťou. Mnohým pacientom naopak môžu obmedzené kontakty vyhovovať, pretože zo strachu z negatívneho posudzovania sa radšej ľudom vyhýbajú.

Náročné bolo hodnotiť spokojnosť v práci, pretože veľký počet pacientov nepracuje a preto to nie je možné štatisticky overiť. Ale zdá sa, že pacienti ktorí chodia do práce sú rovnako spokojní ako bežná populácia. To je veľmi pochopiteľné, keď počúvame osudy pacientov – to, že ich prijali do zamestnania alebo že si prácu udržali napriek závažnej psychickej poruche, je spravidla zázrak. Väčšina je naopak z práce prepustená, ako náhle zamestnávateľ zistí, že trpia psychickou chorobou. Preto tí, u ktorých sa takto nestalo, majú tendenciu si svoju prácu veľmi vážiť.

Veľmi zaujímavé zistenie je fakt, že kvalita života v doménach pocity, voľný čas a všeobecne negatívne súvisí so sebaoposúdením kognitívneho deficitu. Čím vážnejšie pacienti hodnotia pokles svojich kognitívnych schopností, tým lepšie vidia

svoju kvalitu života. Akoby subjektívne dobré hodnotenie kognitívnych funkcií umožňovalo vidieť realitu života značne kritickejšie a naopak. To však môže súvisieť so vzdelaním, kedy vzdelaní ľudia bývajú kritickejší k hodnoteniu kvality života, pretože sa porovnávajú s podobne vzdelanou populáciou. Tento pohľad zdá sa potvrdzuje fakt, že respondenti so základným a stredoškolským vzdelaním boli spokojnejší so svojou prácou ako respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou a vysokoškolským. Pacienti bez maturity majú na seba nižšie nároky a môžu byť teda v práci spokojnejší ako tí s maturitou a vysokou školou, ktorí majú na seba vyššie nároky, predstavy a očakávania.

Ďalší zaujímavý výsledok sa objavil vo vzťahu hmotného zabezpečenia a sebaposúdenia kognitívneho deficitu. Tu sme zistili, že u pacientov s vyšším hmotným zabezpečením, bol zistený nižší kognitívny deficit a naopak. Z toho vyplýva, že výška príjmu pozitívne súvisí s CFQ.

Ďalej sme zisťovali ako spolu súvisí pohlavie a kvalita života. Touto otázkou sa zaoberal aj Salokangas (podľa Motlová a Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 88), kde vo svojej štúdii porovnával 1750 mužov a 1506 žien vo Fínsku. Muži a ženy v remisii sa navzájom vôbec nelíšili v subjektívnom zhodnotení kvality života. Tieto výsledky nám potvrdil aj náš výskum. Muži a ženy sa navzájom nelíšili ani v jednej z domén dotazníka kvality života a ani v dotazníku sebaposúdenia kognitívneho deficitu.

Celkovú hodnotu skóre subjektívnej kvality života nebolo možné určiť, pretože nie všetci pacienti vyplňovali všetky domény. Každý respondent vyplňoval dotazník podľa pokynov a ak danú doménu neabsolvoval v priebehu posledného týždňa, tak ju preskočil. Údaj o celkovom skóre by z tohto dôvodu nebol dostatočne validný.

ZÁVER

Schizofrénia je ochorenie, ktoré zasahuje celú osobnosť a má dopad na každú jednu oblasť života človeka, jeho rodiny a okolia. Má taktiež výrazný dopad na kvalitu života.

Teoretická časť bola zameraná na samotné ochorenie schizofréniu. Začali sme historickými poznatkami, epidemiológiou, etiológiou, patogenézou a diagnostikou. Ďalej sme sa venovali typológii ochorenia, liečbe a adherencii a compliancii pacienta. Samostatný celok bol venovaný kvalite života a jej meraniu. Problematika kvality života bola poňatá vo všeobecnom kontexte, ale konkrétnejšie so zameraním na schizofréniu.

V praktickej časti sme si stanovili ciele, formulovali hypotézy, popísali metodiku práce, charakterizovali výskumný súbor a zdroje odborných poznatkov. Snahou práce bolo zistiť subjektívnu úroveň kvality života schizofrénnych pacientov. Globálne sa kvalita života zhodnotiť nedala, preto bola rozčlenená na jednotlivé domény podľa dotazníka Q-LES-Q: telesné zdravie a aktivita, pocity, práca, domácnosť, škola/ štúdium, voľný čas, spoločenské aktivity a všeobecná časť. Do výskumu bol zaradený aj dotazník sebaopisovania kognitívneho deficitu. Výsledky nám ukázali, že kvalita života pacientov so schizofréniou je horšia vo viacerých doménach ako u kontrolnej skupiny.

Vzhľadom k malej vzorke nie je možné zistené výsledky zovšeobecniť na celú populáciu schizofrénnych pacientov. Taktiež príležitostný výber respondentov môže znížovať validitu výsledkov. Preto by so táto problematika zaslúžila väčšiu pozornosť a ďalšie komplexnejšie výskumy.

Dúfame, že v budúcnosti sa budú zlepšovať všetky liečebné postupy, resocializačné kurzy, podporné svojpomocné skupiny a celá škála inštitúcií, ktoré sa zameriavajú na pacientov so schizofréniou, aby bola ich kvalita života stále na vyššej úrovni a to ako objektívnej tak subjektívnej. Veríme, že sme aspoň s časti predostreli problematiku schizofrénie, v akej zložitej situácii sa takýto jedinci nachádzajú, a aký to má dopad na ich kvalitu života. Záverom chceme poukázať na veľký význam osvedčenia a destigmatizácie, pretože práve to môže pomôcť týmto ľuďom k lepšiemu zaradeniu medzi druhých, bohatšiemu životu a tým k lepšej kvalite života.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BROADBENT, D.E. et al. *The Cognitive Failures Questionnaire* [online]. 1982 [cit. 2009- 11- 24]. Dostupný z: <<http://www.yorku.ca/rokada/psycetest/cogfail.doc>>.

BOUČEK, J. et al. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Tiskservis, 2006. 244 s. ISBN 80-244-1354-X.

ČEŠKOVÁ, E. Nové trendy v léčbě schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyňe. ISSN 121-0383. 2005, roč. 101, č. 6, s. 298- 302.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Kvalita života. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyňe. ISSN 121-0383. 1997, roč. 93, č. 2, s. 102- 108.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyňe. ISSN 121-0383. 1997, roč. 93, č. 8, s. 423- 432.

FÍŠAR, Z., JIRÁK, R. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 316 s. ISBN 80-247-0061-1.

GOPPOLDOVÁ, E. et al. Hodnocení subjektivní kvality života psychiatrických pacientů v závislosti na pohlaví. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISSN 1211-7579. 2005, roč. 9, č. 4, s. 287- 290.

HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemná práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5.

KAFKA, J. et al. *Psychiatria*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1998. 255 s. ISBN 80-88824-66-4.

KITZLEROVÁ, E., MOTLOVÁ, L. Program pro dobré zdraví. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyňe. ISSN 121-0383. 2006, roč. 102, č. 2, s. 91-94.

KRAJČOVIČOVÁ, D., ČAPLOVÁ, T. Psychózy z okruhu schizofrenie a niektoré komponenty kvality života. *Psychiatria- Psychoterapia- Psychosomatika*. [online] 2007, roč. 14, č. 1, s. 33-41 [cit. 2009-12-4]. Dostupný z: <<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2007/PSY1-2007-cla7.pdf>>.

LARSON, G. E., et al. *Further evidence on dimensionality and correlates of the Cognitive Failures Questionnaire*. [online]. 1.2.1997 [cit. 2010-02-15]. Dostupný z: <<http://www.highbeam.com/doc/1G1-19279197.html>>.

MAGDAVÁ, P. *Kvalita života rodiny so schizofrenikom*. [online]. 2009 [cit. 2009-12-05]. Dostupný z: <www.pulib.sk/elpub2/FF/Slancova2/pdf_doc/magdova.pdf>.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MASOPUST, J. et al. Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyňe. ISSN 121-0383. 2009, roč. 105, č. 1, s. 12- 19.

MÜLLEROVÁ, H. et al. Mezikulturní přenos a validace dotazníku kvality života Q-LES-Q. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISSN 1211-7579. 2001, roč. 5, č. 2, s. 80- 87.

MOTLOVÁ, L., DRAGOMIRECKÁ, E. Schizofrenie a kvalita života. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISSN 1211-7579. 2003, roč. 7, č. 2, s. 84- 90.

PAVLOVSKÝ, P. et al. *Soudní psychiatrie a psychopatologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 204 s. ISBN 80-247-0542-7.

PRAŠKO, J. Stigmatizace u „psychogenních poruch”. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISSN 1211-7579. 2001, roč. 5, č. 1, s. 32- 37.

PRAŠKO, J., HORÁČEK, J., ŠKRDLANTOVÁ, L. Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISSN 1211-7579. 2003, roč. 7, č. 4. s. 263- 271.

PREISS, M., KUČEROVÁ, H. et al. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 416 s. ISBN 80-247-1460-4.

PŘIKRYL, R. et al. Ovlivnění kognitivního deficitu schizofrenie repetitivní transkraniální magnetickou stimulací. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyňe. ISSN 121-0383. 2008, roč. 104, č. 4, s. 161-166.

PŘIKRYL, R., KUČEROVÁ, H. Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyňe. ISSN 121-0383. 2008, roč. 104, č. 7, s. 350-357.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0.

RITSNER, M. et al. Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of life research*. New York: Columbia university. ISSN 1573-2649. 2005, v. 14, n. 7, p. 1693- 1703.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

ŠVEHLÍKOVÁ, L., HERETIK, A. Kvalita života- o čom hovoríme? *Psychiatria- Psychoterapia- Psychosomatika*. [online]. 2008, roč. 15, č. 3, s. 194- 198 [cit. 2009-12- 4]. Dostupný z: <<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2008/PSY3-2008-cla5.pdf>>.

Úvod- vývojová psychologie, vývoj. [online]. 2009 [cit. 2009- 12- 4]. Dostupný z: <http://psychologie.nazory.cz/vyvojova_psychologie.htm>.

ZOZNAM SKRATIEK

atď.	a tak ďalej
CFQ	dotazník sebaoposúdenia kognitívneho deficitu
CNS	centrálny nervový systém
EBSCO	internetová databáza
ECT	elektrokonvulzívna terapia
EEG	encefalografické vyšetrenie
et al.	z latinčiny a kolektív
FNOL	Fakultná nemocnica Olomouc
F (20.0- .6)	označenie foriem schizofrénie
H ₀ – H ₇	hypotézy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IQ	inteligentný quocient
KŽ	kvalita života
LSD	dietylamid kyseliny lysergovej
MAO	monoaminoxidáza
Obr.	obrázok
PUBMED	internetová databáza
Q- LES- Q	dotazník sebaoposúdenia kvality života
Tab.	tabuľka
t.j.	to je
tzv.	takzvané
vid'.	vidieť
%	percentá
=	rovná sa

ZOZNAM TABULIEK

<i>Tab. 1 Priebehové formy schizofrénie</i>	<i>23</i>
<i>Tab. 2 Skóre domén dotazníka Q-LES-Q</i>	<i>44</i>
<i>Tab. 3 Rozloženie respondentov podľa pohlavia</i>	<i>47</i>
<i>Tab. 6 Rozloženie respondentov podľa veku</i>	<i>49</i>
<i>Tab. 4 Popisná statistika podľa vplyvu pohlavia na kvalitu života I.</i>	<i>49</i>
<i>Tab. 5 Popisná statistika podľa vplyvu pohlavia na kvalitu života II.</i>	<i>49</i>
<i>Tab. 7 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania</i>	<i>50</i>
<i>Tab. 8 Popisná štatistika podľa vplyvu vzdelania na KŽ I.</i>	<i>53</i>
<i>Tab. 9 Popisná štatistika podľa vplyvu vzdelania na KŽ II.</i>	<i>53</i>
<i>Tab. 10 Rozdelenie respondentov podľa hmotného zabezpečenia</i>	<i>54</i>
<i>Tab. 11 Popisná štatistika podľa vplyvu hmotného zabezpečenia na KŽ I.</i>	<i>56</i>
<i>Tab. 12 Popisná štatistika podľa vplyvu hmotného zabezpečenia na KŽ II.</i>	<i>57</i>
<i>Tab. 13 Kontingenčná tabuľka pracovného zaradenia</i>	<i>57</i>
<i>Tab. 14 Rozdelenie respondentov podľa rodinného stavu.....</i>	<i>58</i>
<i>Tab. 15 Rozdelenie respondentov podľa veľkosti bydliska.....</i>	<i>59</i>
<i>Tab. 16 Rozdelenie respondentov podľa počtu detí</i>	<i>61</i>
<i>Tab. 17 Popisná štatistika Kvality života I.</i>	<i>63</i>
<i>Tab. 18 Popisná štatistika Kvality života II.</i>	<i>63</i>

ZOZNAM GRAFOV

<i>Obr. 1 Typický priebeh schizofrénneho ochorenia</i>	<i>24</i>
<i>Obr. 2 Faktory ovplyvňujúce adherencia</i>	<i>33</i>
<i>Obr. 3 Rozloženie respondentov podľa pohlavia</i>	<i>47</i>
<i>Obr. 4 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu pohlavia na kvalitu života</i>	<i>48</i>
<i>Obr. 5 Rozloženie respondentov podľa veku</i>	<i>50</i>
<i>Obr. 6 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania</i>	<i>51</i>
<i>Obr. 7 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu vzdelania na kvalitu života</i>	<i>52</i>
<i>Obr. 8 Rozdelenie respondentov podľa hmotného zabezpečenia.....</i>	<i>54</i>
<i>Obr. 9 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu hmotného zabezpečenia na KŽ</i>	<i>55</i>
<i>Obr. 10 Rozdelenie respondentov podľa rodinného stavu</i>	<i>59</i>
<i>Obr. 11 Rozdelenie respondentov podľa veľkosti bydliska</i>	<i>60</i>
<i>Obr. 12 Rozdelenie respondentov podľa počtu detí.....</i>	<i>61</i>
<i>Obr. 13 Rozdelenie respondentov podľa priemernej kvalita života</i>	<i>62</i>
<i>Obr. 14 Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a „pocitmi“</i>	<i>64</i>
<i>Obr. 15 Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a „voľným časom“</i>	<i>65</i>
<i>Obr. 16 Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a doménou „všeobecne“</i>	<i>66</i>

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha č. 1 Dotazník o kvalite života

Príloha č. 2 Program pre dobré zdravie

Príloha č. 3 Povolenie na dotazníkový výskum

Príloha č. 1 Dotazník o kvalitě života

Vážený pane, Vážená paní!

Dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jmenuji se Monika Šidlová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, druhého ročníku oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče o dospělé. Zpracovávám diplomovou práci na téma Kvalita života lidí s psychických onemocněním. Cílem je zjistit úroveň kvality života lidí s tímto typem onemocnění. Aby má práce měla smysl, chtěla bych, aby se mého výzkumu zúčastnila konkrétně vybraná skupina nemocných. Tento dotazník zjišťuje Vaši spokojenost během minulého týdne. Zakroužkujte vždy jednu možnost, prosím co možno nejpresnější, i když si jí nebudete zcela jistí. Vyplňování dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 15 minut. Dotazník je zcela anonymní a informace jím získané budou použity jen v mé diplomové práci.

Předem Vám děkuji za čas, který vyplňování věnujete.

Přeji pěkný zbytek dne

Monika Šidlová

TĚLESNÉ ZDRAVÍ/AKTIVITA:

Pokud jde o Vaše tělesné zdraví, jak často jste v **předchozím týdnu**
(zakroužkujte jednu z možností v každém řádku)

	<i>Vůbec ne</i>	Zřídka	Občas	Často většinou	Velmi často nebo vždy	
...cítíl/a se bez obtíží a nepohodlí	1	2	3	4	5	
...cítíl/a se odpočatý	1	2	3	4	5	
...cítíl/a se plný energie	1	2	3	4	5	
...cítíl/a se absolutně fyzicky zdrav	1	2	3	4	5	
...cítíl/a se fyzicky alespoň velmi dobře	1	2	3	4	5	
...nestěžoval/a jste si na Vaše fyzické zdraví	1	2	3	4	5	
...cítíl/a se dostatečně vyspalý/á	1	2	3	4	5	
...byl/a jste schopen/a veškeré fyzické aktivity	1	2	3	4	5	
...cítíl/a se soustředěný/á	1	2	3	4	5	
...cítíl/a jste, že vaše paměť funguje bez problémů	1	2	3	4	5	
...cítíl/a jste se fyzicky dobře	1	2	3	4	5	
...cítíl/a se plný/á energie a života	1	2	3	4	5	
...cítíl/a jste se bez problémů	1	2	3	4	5	

POCITY:

Pokud jde o Vaše pocity v **předešlém týdnu**, jak často jste

	Vůbec ne	Zřídka	Občas	Často nebo většinou	Velmi často nebo vždy	
...měl /a pocit čisté hlavy	1	2	3	4	5	
...se cítil/a spokoje/a se svým životem	1	2	3	4	5	
...byl/a spokojen/a s Vaším vzhledem	1	2	3	4	5	
...se cítil/a šťastný/á	1	2	3	4	5	
...se cítil/a nezávislý/á	1	2	3	4	5	
...se cítil/a spokojeně	1	2	3	4	5	
...byl/a schopna komunikovat s okolím	1	2	3	4	5	
...se zajímal/a o Váš vzhled a osobní hygienu	1	2	3	4	5	
...se cítil/a schopen/a činit rozhodnutí	1	2	3	4	5	
...se cítil/a uvolněně	1	2	3	4	5	
...jste měl/a dobrý pocit z Vašeho života	1	2	3	4	5	
...se cítil/a schopen/a cestovat vždy, když bylo třeba	1	2	3	4	5	
...se cítil/a schopen/a zabývat se životními problémy	1	2	3	4	5	
...se cítil/a chopen/a postarat se o sebe	1	2	3	4	5	

PRÁCE:

Označte jednu možnost

Jste zaměstnán/a? ANO/NE

Jste živnostník ? ANO/NE

Jste brigádník ? ANO/NE

Jestliže jste odpověděl/a NE na všechny 3 otázky, označte důvod a následující oddíl otázek přeskočte

- 1.) fyzické potíže
- 2.) psychické potíže
- 3.) důchod
- 4.) ostatní důvody (napíšte jaké)

Jestliže jste na některou ze 3 výše uvedených otázek odpověděl/a ANO, zodpovězte následující oddíl otázek

Pokud jde o práci v **předchozím týdnu**, jak často.....(označte jednu odpověď u každé otázky)

	Vůbec ne	Zřídka	Občas	Často nebo většinou	Velmi často nebo vždy	
... Vám práce přinášela potěšení	1	2	3	4	5	
... jste řešil/a pracovní problémy beze stresu	1	2	3	4	5	
... jste byl schopen/a o práci realisticky uvažovat	1	2	3	4	5	
... jste byl/a schopen/a činit rozhodnutí dle potřeby	1	2	3	4	5	
... jste byl/a schopen/a dokončit započatou práci	1	2	3	4	5	
... jste se cítil/a spokojen/a s výsledky Vaší práce	1	2	3	4	5	
... jste pracoval/a dobře	1	2	3	4	5	
... jste se zajímal/a o Vaši práci	1	2	3	4	5	
... jste se soustředil/a na práci	1	2	3	4	5	
... jste pracoval/a opatrně	1	2	3	4	5	
... vykonal/a plánovanou práci	1	2	3	4	5	
... kontroloval/a jste sama na práci, když to bylo třeba	1	2	3	4	5	
... jste byl/a schopen/a lehce komunikovat s okolím během práce	1	2	3	4	5	

DOMÁCNOST:

Jste zodpovědný/á za chod domácnosti/ domácí práce/ pracujete doma ? ANO/NE

Jestliže NE, označte jeden z důvodů a přejděte k další sekci:

- 1.) Fyzické potíže
- 2.) Psychické potíže
- 3.) Neočekávají se ode mne žádné výše uvedené aktivity
- 4.) Jiné důvody (uved'te jaké)

Jestliže jste na první otázku odpověděli ANO, vyplňte následující oddíl otázek .:

Pokud jde o Vaše domácí povinnosti **během minulého týdne**, jak často jste.....(Zakroužkujte jednu možnost v každém řádku).

	Vůbec ne	Zřídka	Občas	Často nebo většinou	Velmi často nebo vždycky	
...udržoval/a Vaši domácnost v čistotě, která pro Vás byla uspokojující	1	2	3	4	5	
...platil/a účty k Vaší spokojenosti	1	2	3	4	5	
...nakupoval/a potraviny a další položky k Vaší spokojenosti	1	2	3	4	5	
...připravoval/a nebo obstarával/a jídlo k Vaší spokojenosti	1	2	3	4	5	
...pečoval/a o čistotu prádla k Vaší spokojenosti	1	2	3	4	5	
...měl/a pocit, že se dobře vyrovnáváte s péčí o domácnost	1	2	3	4	5	
...se cítil/a koncentrovaný/á a uvědomoval/a jste si, co všechno je v péči o domácnost třeba	1	2	3	4	5	
...řešil/a problémy související s chodem domácnosti beze stresu	1	2	3	4	5	
...byl/a schopný/a činit rozhodnutí týkající se domácích aktivit	1	2	3	4	5	
...zabezpečoval/a případné opravy a dohlížel/a na chod domácnosti	1	2	3	4	5	

ŠKOLA/STUDIUM:

Chodil/a jste do školy, účastnil/a jste se nějakých kurzů, lekcí nebo podobných aktivit během posledního týdne ? ANO/NE

Jestliže ne, zakroužkujte jeden z důvodů:

- 1.) Fyzické potíže
- 2.) Psychické potíže
- 3.) Neočekávají se ode mne žádné výše uvedené aktivity
- 4.) Jiné důvody (uved'te jaké)

Jestliže jste na první otázku odpověděli ANO, vyplňte následující oddíl otázek :

Pokud jde o školní aktivity/studium **v minulém týdnu**, kolik času jste.....(Zakroužkujte jednu možnost v každém řádku).

	Vůbec ne	Zřídka	Občas	Často nebo většinou	Velmi často nebo vždy	
...si užíval/a školu/studium	1	2	3	4	5	
...se těšil/a na návštěvu školy/kurzů	1	2	3	4	5	
...se věnoval/a škole/studiu beze stresu	1	2	3	4	5	
...jasně uvažoval/a o škole/studiu	1	2	3	4	5	
...byl/a schopna činit patřičná rozhodnutí týkající se školy/ studia	1	2	3	4	5	
...byl/a spokojen/a s tím, jak zvládáte školu/studium	1	2	3	4	5	
...byl/a zaujat/a školou/studiem	1	2	3	4	5	
...byl/a soustředěna na školu/studium	1	2	3	4	5	
...se cítil/a dobře při plnění školních povinností/studiu	1	2	3	4	5	
...komunikoval/a bez problémů s Vaší třídou/kurzem	1	2	3	4	5	

6. VOLNÝ ČAS:

Tato sekce se týká aktivit souvisejících s volným časem, jako je : sledování televize, četba novin, časopisů, práce na zahradě, koníčky, návštěva kina, muzea, sportovní činnost, atd.....(Zakroužkujte jednu možnost v každém řádku).

	Vůbec ne	Zřídka	Občas	Často nebo většinou	Velmi často nebo vždy	
...když jste měl/a čas, jak často jste se věnoval/a některé z výše uvedených aktivit	1	2	3	4	5	
...jak část Vám tyto aktivity přinášely potěšení	1	2	3	4	5	
...jak často jste se na tyto aktivity těšil/a ještě před jejich započítím	1	2	3	4	5	
...jak často jste se na výše uvedené aktivity byl/a schopen/a se koncentrovat	1	2	3	4	5	
...když se v souvislosti s Vašimi aktivitami ve volném čase objevily problémy, jak často jste je byl/a schopen/a řešit	1	2	3	4	5	
...jak často si tyto aktivity udržely Váš zájem	1	2	3	4	5	

SPOLEČENSKÉ AKTIVITY:

Jak často jste v **minulém týdnu**.....(Zakroužkujte jednu možnost v každé řádce).

	Vůbec ne	Zřídka	Občas	Často nebo většinou	Velmi často nebo vždy	
...si užíval/a pobyt/rozhovor s přáteli, příbuznými	1	2	3	4	5	
...se těšil/a na pobyt s přáteli/příbuznými	1	2	3	4	5	
...plánoval/a společné aktivity s přáteli/příbuznými	1	2	3	4	5	
...si užíval/a společnosti spolupracovníků/sousedů	1	2	3	4	5	
...byl/a trpělivý/á, když ostatní negativně reagovali na Vaše slova	1	2	3	4	5	
...se zajímal/a o problémy jiných lidí	1	2	3	4	5	
...cítil/a náklonnost k jednomu člověku nebo více lidem	1	2	3	4	5	
...dobře vycházela s lidmi	1	2	3	4	5	
...žertoval/a nebo smál/a se s ostatními	1	2	3	4	5	
...cítil/a potřebu být s přáteli/příbuznými	1	2	3	4	5	
...měl/a pocit, že Vaše vztahy s přáteli/příbuznými jsou bez větších problémů	1	2	3	4	5	

8. OBECNÉ:

Pokud se všeobecně zamyslíte **nad minulým týdnem**, jak spokojeni/a jste byl/a(Zakroužkujte jednu možnost v každém řádku).

	Velmi málo	Málo	Průměrně	Značně	Velmi	
...se svým fyzickým zdravím	1	2	3	4	5	
...se svou náladou	1	2	3	4	5	
...s prací	1	2	3	4	5	
...s domácími aktivitami	1	2	3	4	5	
...se společenskými vztahy	1	2	3	4	5	
...s rodinnými vztahy	1	2	3	4	5	
...s prožitím volného času	1	2	3	4	5	
...se schopností fungovat v běžném denním životě	1	2	3	4	5	
...se sexuálním životem	1	2	3	4	5	
...s Vaší ekonomickou situací	1	2	3	4	5	
...s životní/rodinnou situací	1	2	3	4	5	
...s možností pohybovat se bez pocitu závratí nebo nestability	1	2	3	4	5	
...s Vaším pocitem schopnosti pracovat nebo věnovat se koníčkům	1	2	3	4	5	
...s myšlenkou, že si žijete dobře	1	2	3	4	5	
...s léky (Pakliže žádné neužíváte, označte no křížkem zde___a přejděte na další otázku)	1	2	3	4	5	
...Jak jste byl/a celkově spokojen/a s Vaším životem během minulého týdne	1	2	3	4	5	

Prosím zaškrtněte vyhovující odpověď do patřičného sloupce.

Stává se Vám v poslední době (několika týdnech), že...

	1. nikdy	2. velmi zřídka	3. občas	4. docela často	5. velmi často
1. ... něco čtete a najednou si uvědomíte, že tomu nevěnujete pozornost a musíte si to přečíst znovu?					
2. ... zapomínáte, proč jste přešel z jedné části domu/bytu do druhé?					
3. ... si nevšimnete dopravní značky?					
4. ... si spletete pravou a levou, když někomu vysvětlujete cestu?					
5. ... vrážíte do lidí?					
6. ... si nepamatujete, zda jste zhasnuli světlo, vypnuli sporák či zamknuli dveře?					
7. ... se nesoustředíte na jména lidí, se kterými se seznamujete?					
8. ... něco řeknete a vzápětí si uvědomíte, že to mohlo znít urážlivě?					
9. ... neslyšíte, že na Vás někdo mluví, když se zabýváte něčím jiným?					
10. ... se rozčílíte a pak toho litujete?					
11. ... důležité dopisy necháváte bez odpovědi po celé dny?					
12. ... nevíte, kde odbočit na cestě, kterou dobře znáte, ale používáte ji jen zřídka?					
13. ... nemůžete najít to, co si chcete koupit v supermarketu (přestože to tam mají)?					
14. ... najednou přemýšlíte, zda jste nějaké slovo použili správně?					
15. ... se nemůžete rozhodnout?					
16. ... zjistíte, že jste zapomněli na nějakou schůzku?					
17. ... zapomínáte, kam jste něco položili, například noviny nebo knihu?					
18. ... si uvědomíte, že jste zahodili, co jste si chtěli nechat a ponecháte si to, co jste chtěli zahodit - například vyhodíte čokoládu a necháte si obal?					
19. ... se zasníte, zatímco byste měli něčemu naslouchat?					
20. ... zapomínáte jména lidí?					
21. ... doma něco děláte a uprostřed toho se začnete neplánovaně zabývat jinou činností?					
22. ... si nemůžete na něco vzpomenout, přestože to máte na jazyku?					
23. ... zapomínáte, pro co jste přišli do obchodu?					
24. ... padají věci z rukou?					
25. ... nevíte o čem mluvit?					

Zakroužkujte případně doplňte odpověď.

1. POHLAVÍ: muž

žena

2. VĚK _____

3. UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ: neukončené základní vzdělání

základní vzdělání

střední bez maturity

střední s maturitou

vysokoškolské

4. HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ: výrazně podprůměrné

mírně podprůměrné

průměrné

mírně nadprůměrné

nadprůměrné

5. RODINNÝ STAV: svobodný/ á

ženatý/vdaná

s druhem/

rozvedený/á

vdovec/vdova

6. BYDLÍTE V: obci do 10.000 obyvatel

v městě od 10.000 do 50.000 obyvatel

v městě od 50.000 do 100.000 obyvatel

ve velkoměstě nad 100.000 obyvatel

7. MÁTE DĚTI: ne

ano, kolik _____

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI!

Príloha č. 2 Program pre dobré zdravie

Program pre dobré zdravie bol založený v roku 2005 v spolupráci s psychiatrickými klinikami. Dôvodom bola snaha zlepšiť celkové telesné zdravie pacientov trpiacich schizofréniou, poskytnúť im informácie o zdravom životnom štýle a s cieľom udržať zdravú hmotnosť a zlepšenie sociálneho fungovania pacientov a možnosť spoločenského stretávania a riešenie problémov.

Pacienti majú možnosť získať informácie o dlhodobej medikácii, o časových varovných príznakoch, prispieva k zvýšeniu sebadôvery a zlepšuje sociálnu adaptáciu. Program prebieha v 13 centrách v Čechách a 8 centrách na Slovensku. Každé centrum vedú 2 inštruktori, väčšinou zdravotné sestry, ktoré absolvovali zásady psychoedukácie, základné príčiny mechanizmu obezity a jej vzťah k antipsychotikám, ďalej praktické návody na zmotivovanie k zmene životného štýlu.

Stretnutia sa konajú prostredníctvom 10 skupinových sedení v priebehu 8 týždňov 1x týždenne, následne 2x za sebou s odstupom mesiaca. Sedenie trvá 90 minút s 8- 12 účastníkmi. Postupuje sa podľa pracovných zošitov rozdelených na 2 časti. Prvá je zameraná na výživu, dobré zdravie a životný štýl, druhá na udržanie kondície a telesné cvičenie. Pacienti sa do programu prihlasujú formou prihlášky cez ambulantných psychiatrov. Do 2 týždňov inštruktori pacienta skontaktujú a navrhnú mu termín a miesto zahájenia programu.

Program je veľmi obľúbený a pozitívne prijímaný. Pacienti sa na hodiny tešia, chodia pravidelne a často sa stretávajú aj mimo sedení a majú záujem pokračovať. Informácie o zdravom životnom štýle sa učia používať v praxi, dostávajú konkrétne rady, odporúčenia. Väčšinou sa im darí dodržiavať zásady a chudnú.

Inštruktori sa najčastejšie stretávajú s nedostatkom informácií o farmakoterapii s absolútnou neznalosťou lieku a pravidelne je distribuovaná otázka neprerušovaného a dlhodobého užívania antipsychotík.

Počas realizovania programu je dôležitá existencia alebo vytvorenie podpornej sociálnej siete v najbližšom okolí, pretože podpora rodiny nie je vždy dostatočná. Niekedy nemajú záujem meniť svoje zavedené stravovacie návyky, preto sa zvažuje prizvanie rodín do programu.

V neposlednej rade plní program aj preventívnu funkciu. Zachytáva rizikové telesné faktory: arteriálnu hypertenziu, tachykardiu, podporuje zásady zdravého životného štýlu.

Program pre dobré zdravie novú možnosť pre pacientov trpiacich schizofréniou, v ktorom nejde len o obezitu, ale aj podporu. Rozšírenie sociálnej siete a možnosť zdieľať problém v skupine predchádza opustenosti a izolácii pacientov. Je to nová, ľahko dostupná a bezplatná šanca, ako sa navzájom stretnúť, pohovoriť si o svojich problémoch a dozvedieť sa nové informácie (Kitzlerová, Motlová, 2006, č. 2, s. 92-93).

Príloha č. 3 Povolenie na dotazníkový výskum

Bc. Šamaj Martin
Manažér ošetrovateľskej péče
I.P Pavlova 6
Olomouc 775 20

V Olomouci 21.1.2010

Vec: Žiadosť o povolenie na výskum v psychiatrickej klinike FNO

Vážený pán bakalár!

Volám sa Monika Šidlová a som študentka 2. ročníka prezenčnej formy magisterského štúdia Dlouhodobé ošetrovateľské péče u dospelých na Fakulte zdravotníckych vied Univerzity Palackého v Olomouci.

Obraciam sa na Vás so žiadosťou o povolenie spolupráce s Vašou psychiatrickou klinikou za účelom získania dát na výskum k mojej diplomovej práci, ktorá je zameraná na kvalitu života ľudí so schizofréniou. Práca bude spracovaná pod odborným vedením Doc. MUDr. Jána Praška, CSc.. Výskum prebehne formou anonymného dotazníka u schizofrénnych pacientov v remisii. Pokiaľ budete mať záujem o výsledky, radi Vám ich poskytneme.

Za kladné vybavenie vopred ďakujeme.

S pozdravom

.....
Doc. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

.....
Bc. Monika Šidlová

Vyjadrenie k žiadosti: ☒ žiadosť povolená ☐ žiadosť zamietnutá

Odôvodnenie:

Dátum, podpis, razítko..... 24.3.2010

Bc. Martin ŠAMAJ

manažér ošetrovateľského oddelenia

Psychiatrická klinika FNO, Olomouc