

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Kateřina Kučerová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Kateřina Kučerová

**Psychosociální faktory u pacientů s metabolickým
syndromem**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE

Druh práce: diplomová

Název práce: Psychosociální faktory u pacientů s metabolickým syndromem

Název práce v AJ: psychosocial factors in patients with metabolic syndrome

Datum zadání: 2013-01-23

Datum odevzdání: 2014-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Bc. Kateřina Kučerová

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Cílem diplomové práce bylo zjistit výskyt deprese a úzkosti u lidí s metabolickým syndromem a zjistit kvalitu života u těchto pacientů. Teoretická část práce obsahuje čtyři hlavní kapitoly. Jednotlivé kapitoly se zaměřují na definici, příčiny, diagnostiku, prevenci, léčbu a ošetrovatelské diagnózy, které se mohou vyskytnout u pacientů s metabolickým syndromem, úzkostí a depresí. Druhá kapitola včetně výše uvedeného uvádí přehled výskytu úzkosti u pacientů s metabolickým syndromem. V následující kapitole lze navíc nalézt výskyt deprese u jedinců s metabolickým syndromem a ošetrovatelskou péči o pacienty s depresí. Poslední, čtvrtá kapitola, pojednává o definici kvality života, jejím hodnocení a kvalitě života pacientů s metabolickým syndromem.

Ke splnění cílů diplomové práce byly použity 3 standardizované dotazníky: Beckův inventář úzkosti, dotazník deprese BDI-II a dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že existuje signifikantně vyšší rozdíl v míře úzkosti a deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Výsledky také poukázaly na to, že existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Potvrdila se i existence signifikantního negativního vztahu mezi mírou úzkosti, depresí a mírou kvality života.

Abstrakt v AJ:

The aim of the thesis was to determine the incidence of depression and anxiety in people with metabolic syndrome and determine the quality of life of these patients. The theoretical part contains four main chapters. Individual chapters focus on the definition, causes, diagnosis, prevention, treatment and nursing diagnoses that may occur in patients with metabolic syndrome anxiety and depression. The second section including the above summarizes the occurrence of anxiety in patients with the metabolic syndrome. In the next chapter can also be found the incidence of depression in individuals with metabolic syndrome and nursing care of patients with depression. The last, fourth chapter, deals with the definition of quality of life, evaluation and quality of life in patients with metabolic syndrome.

To meet the objectives of the thesis were used three standardized questionnaires: Beck Anxiety inventory, BDI-II and quality of life questionnaire WHOQOL-BREF. The results of the research investigation revealed that there is a significantly higher difference in the degree of anxiety and depression between the studied population and the control group. The results also showed that there is a significant difference in quality of life between the studied population and the control group. This confirmed the existence of a significant negative correlation between anxiety, depression and quality of life measure.

Klíčová slova v ČJ: metabolický syndrom, úzkost, deprese, kvalita života, ošetrovatelská péče, BDI-II, Beckův inventář úzkosti, WHOQOL-BREF.

Klíčová slova v AJ: metabolic syndrome, anxiety, depression, quality of life, nursing care, BDI-II, Beck Anxiety inventory, WHOQOL-BREF.

Rozsah práce: 88 stran, 4 s. příloh

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2014

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D, za odborné vedení diplomové práce a cenné rady při jejím zpracování a Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dotazníků.

Mé poděkování také patří vrchním sestřám, všeobecným sestřám na ambulanci zejména kardiologické kliniky, kliniky tělovýchovného lékařství a II. interní kliniky a hlavně respondentům za ochotu při účasti na dotazníkovém šetření.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 METABOLICKÝ SYNDROM.....	12
1.1 Definice Metabolického syndromu	12
1.2 Etiologie	13
1.3 Diagnostika	14
1.4 Prevence a léčba metabolického syndromu	14
1.5 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International u pacientů s metabolickým syndromem.....	15
2 ÚZKOST, ÚZKOSTNÉ PORUCHY	17
2.1 Definice úzkosti, úzkostných poruch.....	17
2.1.1 Úzkost	17
2.1.2 Úzkostné poruchy.....	17
2.2 Etiologie	18
2.3 Diagnostika	19
2.4 Léčba.....	20
2.5 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International u pacientů s úzkostnou poruchou	21
2.6 Výskyt úzkostných poruch u pacientů s metabolickým syndromem	22
3 DEPRESE	24
3.1 Definice deprese	24
3.2 Etiologie	25
3.3 Diagnostika	26
3.4 Léčba.....	27
3.5 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International u pacientů s depresí.....	27
3.6 Výskyt deprese u pacientů s metabolickým syndromem.....	29
3.7 Ošetrovatelská péče u pacientů s depresí.....	30
4 KVALITA ŽIVOTA	31
4.1 Definice kvality života.....	31
4.2 Hodnocení kvality života	31
4.3 Kvalita života u pacientů s metabolickým syndromem.....	33
5 METODIKA PRÁCE	34
5.1 Cíle a hypotézy diplomové práce	34
5.2 Metody výzkumného šetření.....	35
Předvýzkum	37
5.3 Organizace výzkumného šetření	37
5.4 Charakteristika zkoumaného souboru	38
5.5 Metody statistického zpracování.....	40
6 INTERPRETACE VÝSLEDŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
6.1 Interpretace výsledků k cíli 1	41
6.1.1 Ověření hypotézy H1	42
6.1.2 Ověření hypotézy H2	45
6.2 Interpretace výsledků k cíli 2	47
6.2.1 Ověření hypotézy H3	48
6.2.2 Ověření hypotézy H4	50
6.3 Interpretace výsledků k cíli 3	52
6.3.1 Ověření hypotézy H5	54
6.4 Vedlejší výsledky	56

6.4.1 Srovnání výsledků dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny s populační normou	56
6.4.2 Korelace věku a kvality života	58
7 DISKUZE	59
ZÁVĚR	62
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE	64
SEZNAM ZKRATEK	82
SEZNAM OBRÁZKŮ	85
SEZNAM TABULEK	86
SEZNAM GRAFŮ	87
SEZNAM PŘÍLOH	88
PŘÍLOHY	89

ÚVOD

Život člověka se díky moderním technologiím a vývoji medicíny neustále prodlužuje. Na druhou stranu my sami si jej opět zkracujeme příjmem vysoce kalorických jídel, aniž bychom nabitou energii vydali. Tím vznikají civilizační onemocnění, mezi které se řadí i metabolický syndrom (Pavlatová, 2010, online). Genetické předpoklady má podle odhadů až 50% populace, ale již zmíněná strava a také nedostatečná fyzická aktivita je mnohdy příčinou rozvoje metabolického syndromu (Vaverková a kol., 2003, online). U těchto pacientů dochází ke vlivu metabolických faktorů na centrální nervový systém. To znamená, že zvýšená hladina krevních lipidů v krvi může ovlivňovat transport hormonů ovlivňující psychiku a vzniká jejich nedostatek. Tento stav je jednou z možných příčin deprese (Hess, 2012, online). Některé výzkumy dokazují, že obezita jakožto složka metabolického syndromu, přispívá ke zvýšení úzkosti (Janyšková, 2007, s. 3). Z hlediska péče o pacienta je dobré vědět, že důsledky obezity a s ní spojeného metabolického syndromu nejsou jen fyzické, ale i psychické, které mnohdy bývají na léčbu daleko komplikovanější (Skálová, 2013, s. 26 - 27).

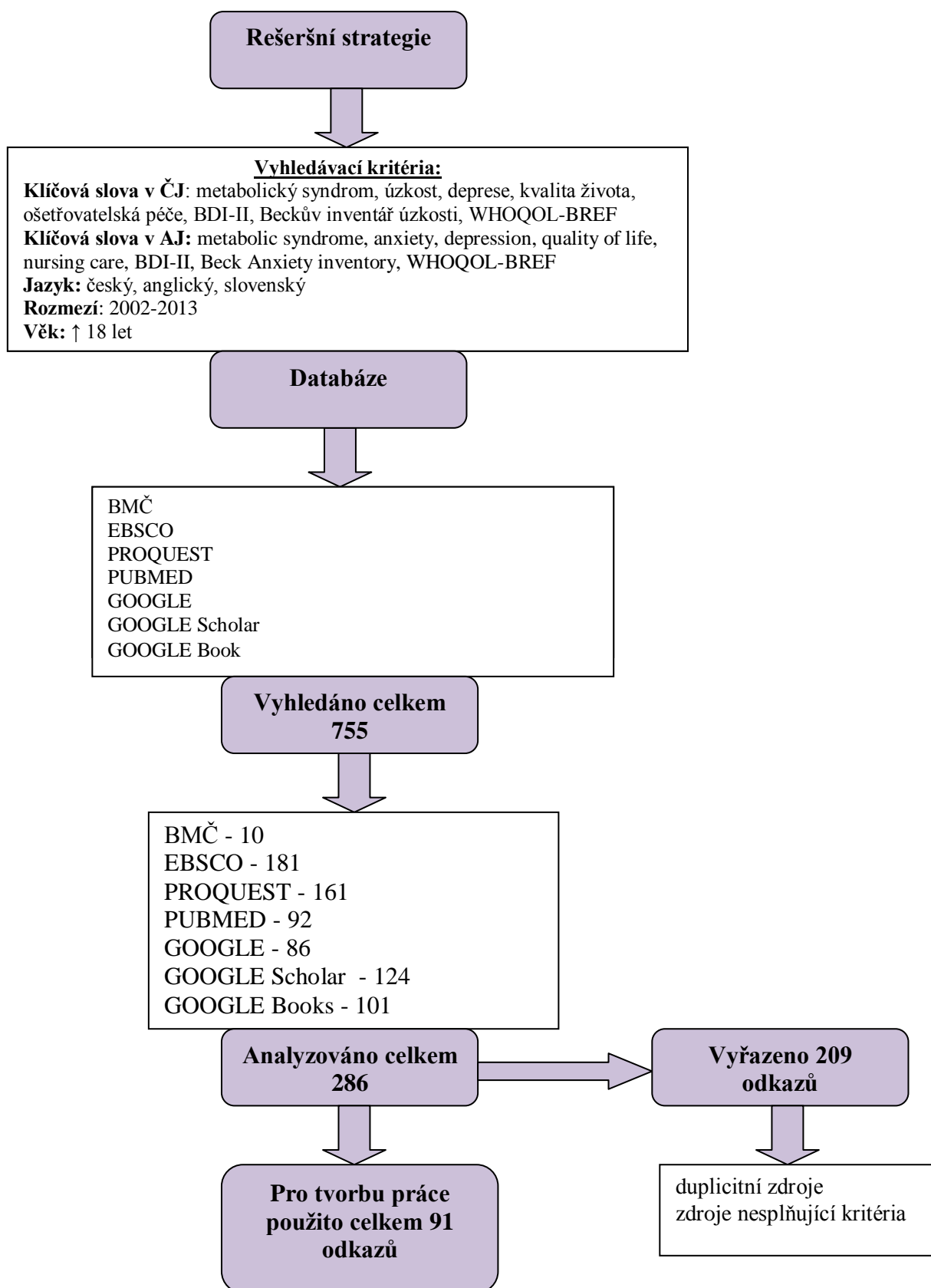
Důvodem pro realizaci výzkumného šetření na téma „psychosociální faktory u lidí s metabolickým syndromem“ byla skutečnost, že doposud byly publikovány především výzkumy poukazující na problém opačný a to vliv psychického stavu na rozvoj metabolického syndromu. Při ošetřování je třeba brát zřetel na to, že se u pacienta mohou vyskytovat psychické poruchy jako deprese, úzkost a měli bychom umět s takto depresivním a úzkostným pacientem komunikovat.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda se u pacientů s metabolickým syndromem vyskytují psychické poruchy úzkost, deprese a jaká je kvalita života u těchto pacientů. Výzkumné šetření bylo také zaměřeno na srovnání zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.

Před zahájením rešeršní práce byla prostudována následující literatura:

1. ČEŠKA, Richard; SOUČEK, Miroslav; SVAČINA, Štěpán; ŠMAHELOVÁ, Alena; *Metabolický syndrom, Nové postupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 72 s., ISBN 978-80-247-4092-8
2. HAINER, Vojtěch a kol.; *Základy klinické obezitologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 464 s., ISBN 978-80-247-3252-7
3. HERMAN, Erik, DOUBEK, Pavel; *Deprese a stres, Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2008, 94 s., ISBN 978-80-7345-157-8
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro; *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001, 198 s., ISBN 80-247-0179-0
5. MARTINÍK, Karel; *Základy výživy*, Hradec Králové: Garamon, 2007, 78 s., ISBN 978-80-86472-28-7
6. ROSOLOVÁ, Hana, MATOULEK, Martin; *Metabolický syndrom a prevence srdečně-cévních nemocí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, a.s., 2012, 27 s., ISBN 978-80-204-2546-1
7. SVAČINA, Štěpán; *Metabolický syndrom*, Praha: Triton, 2001, 179 s., ISBN 80-7254-178-1
8. VRÁNOVÁ, Dagmar; *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. Vyd. Anag, s.r.o., 2013, 184 s., ISBN 978-80-7263-788-1

Obr. 1 - Schéma postupu rešeršní strategie



1 METABOLICKÝ SYNDROM

1.1 Definice Metabolického syndromu

Metabolický syndrom (dále MS), dříve označován jako syndrom X, Reavenův syndrom, syndrom inzulinové rezistence apod., má mnoho definic, které se liší v závislosti na autorovi. Cílem této podkapitoly je objasnit, jaké příznaky metabolický syndrom zahrnuje.

Karen, Souček a kol., vychází z popisu MS dle G. M. Reavena z roku 1988. Ten uvádí, že mezi základní symptomy patří: vyšší krevní tlak (TK), dyslipidemie (vyšší hladina triglyceridů a nižší HDL) a přítomnost malých denzních LDL částic. Postupně se k MS zařazovaly další rizikové faktory, které způsobují vznik aterosklerózy a to: hyperurikemie, abdominální obezita, mikroalbuminurie, porušená tolerance glukózy, hypomagnezemie a vyšší hladina inhibitoru 1 plazminogenového aktivátoru (Karen, Souček a kol., 2007, s. 122). Tuto definici použil ve svém článku také Krahulec (2005, s. 161), který se zabývá obezitou jako faktorem, podporující vznik MS. Rosolová uvádí, že MS je soubor pěti příznaků, které se většinou vyskytují společně a jsou podkladem pro vznik aterosklerózy a DM II. typu. Mezi tyto příznaky řadí: obvod pasu u mužů přesahující 102 cm a u žen 88 cm, zvýšený klidový TK (\uparrow 135/85 mmHg), vyšší triglyceridy (\uparrow 1,7 mmol/l), snížený HDL cholesterol (u mužů \downarrow 1 mmol/l, u žen \downarrow 1,3 mmol/l) a porušený metabolismus glukózy (buď zvýšená glykémie na lačno a to \uparrow 5,6 mmol/l, anebo porucha glukózové tolerance zjištěná pomocí oGTT). Autorka rovněž uvedla, že pokud se u pacienta objeví tři a více z těchto příznaků, jedná se o metabolický syndrom (Rosolová, 2010, online). Adams, Appleton et al., předkládají popis, který se od Rosolové liší pouze v jednom parametru a to obvodu pasu. Tito autoři uvádějí míry u mužů vyšší než 94 cm, u žen vyšší než 80 cm (Adams, Appleton et al., 2005, s. 2777). Nepatrně odlišný popis publikovala Hejmalová, která popsala metabolický syndrom jako kombinaci klinických, humorálních a biochemických změn vznikajících v souvislosti s poruchou metabolismu glukózy (Hejmalová, 2012, s. 9).

1.2 Etiologie

Příčiny vzniku metabolického syndromu jsou stále nejasné (Souček, 2005, s. 48 - 52). Nejčastější a nejvíce známými příčinami vzniku metabolického syndromu jsou vzájemně vyskytující se nadměrný příjem a nedostatečný výdej energie. Riziko vzniku MS je pak vyšší, pokud se tyto faktory objeví u jedince s pozitivní rodinnou anamnézou, která se týká výskytu diabetu mellitu, hypertenze a obezity (Svačina, 2008, online). Tyto rizikové faktory uvádějí i Karen, Souček a kol. (2010, s. 3), kteří se navíc zmiňují o vlivu inzulínové rezistence, kterou většina autorů pokládá za významnou patofyziologii MS. Dle Součka je ale třeba mít na paměti, že významný podíl na vzniku metabolického syndromu má genetická predispozice spolu s faktory vnějšího prostředí. Důležitý je také vliv chronického stresu a spánková apnoe (Souček, 2005, s. 49). Příčiny MS můžeme také rozdělit do dvou oblastí a to:

- 1) genetika - složení těla, svalová vlákna a vliv hormonů,
- 2) chování - nesprávná životospráva, nedostatek pohybu, alkohol, kouření a stres (Wilhelm, 2011, 225).

Všechny tyto výše uvedené faktory způsobují přítomnost nadměrné energetické rezervy, která je ukládána do tukové tkáně a tímto způsobuje vznik inzulínové rezistence jako podklad pro rozvoj MS (Hamouz, 2013, online).

1.3 Diagnostika

Diagnostika metabolického syndromu je velmi náročná, neboť MS se vyskytuje v závislosti na věku, životním stylu a genetické predispozici jedince. Pro stanovení diagnózy se používají velmi jednoduchá kritéria, která byla vytvořena v roce 2001 v rámci National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III. (NCEP ATP III.). Podle těchto kritérií je stanovena diagnóza metabolický syndrom v případě, že pacient splňuje tři z následujících kritérií:

- 1) abdominální obezita - obvod pasu: muži více než 102 cm, ženy více než 88 cm,
- 2) triglyceridy: stejné nebo vyšší než 1,7 mmol/l,
- 3) HDL cholesterol: muži méně než 1 mmol/l, ženy méně než 1,3 mmol/l,
- 4) tlak krve: vyšší jak 130/85 mmHg,
- 5) glykémie nalačno: vyšší než 5,6 mmol/l (Český institut metabolického syndromu, o.p.s., 2013, online).

1.4 Prevence a léčba metabolického syndromu

Doležalová a Haluzík vysvětlují, že nejdůležitějším krokem v prevenci a zároveň i léčbě MS je fyzická aktivita. Pokles váhy o 7 - 10% z původní hmotnosti snižuje riziko kardiovaskulárních komplikací až o 50%. Důležité však je, zvolit fyzickou aktivitu s ohledem na faktory jakou jsou věk, kondice a přidružené choroby. Zároveň doplňují, že by každé fyzické aktivitě u těchto osob měla předcházet komplexní lékařská prohlídka (Doležalová, Haluzík, 2006, s. 70 - 71). Jak zmiňuje Pelikánová, fyzickou aktivitu je třeba doplnit dietním opatřením a nevyhnutelná je i behaviorální terapie, která pacienta naučí správným stravovacím návykům (Pelikánová, 2003, s. 494). K tomuto tématu se vyjadřuje i Mayer. Podle něj je při sestavování dietního plánu důležité, aby energetický příjem odpovídal tělesné konstituci a podíl jednotlivých složek stravy byl v tomto rozmezí: sacharidy 50 - 60 %, tuky 25 - 35 % a bílkoviny (proteiny) 15 %.

Tělesná aktivita by potom měla představovat alespoň 30 minut denně (Mayer, 2004, s. 67). Léčba metabolického syndromu zahrnuje léčbu všech jeho složek, jak prezentuje autorka Bošanská. Při redukci hmotnosti se uplatňují již zmíněné postupy jako tělesná aktivita, dietní opatření, ale také navíc psychoterapie, farmakologická léčba a chirurgické řešení. Léčba poruch glukózové tolerance spočívá jak v režimových opatřeních, tak v užívání perorálních antidiabetik, inzulinové léčby či jiné zvolené terapie. U ostatních složek metabolického syndromu, tedy vyšší krevní tlak a porucha metabolismu tuků, se může využít farmakoterapie (Bošanská, 2010, s. 17-18). Podobně se o léčbě a prevenci MS ve svém odborném článku vyjadřuje Rosolová. Ta prezentuje, že nejúčinnější léčbou MS je včasné zahájení zdravého životního stylu za pomoci odborníků. Tím myslí přestat kouřit, zahájit pravidelnou fyzickou aktivitu, jíst stravu s vyváženým energetickým příjmem a vyvarovat se stresu či jej umět zvládat (Rosolová, 2010, s. 4 - 6). S tímto názorem se ztotožňují i Zeman, Žák, kteří navíc dodávají, že léčba MS je buď nefarmakologická nebo farmakologická se zaměřením na prevenci či oddálení rozvoje kardiovaskulárních chorob a diabetu mellitu II. typu (Zeman, Žák, 2003, s. 361).

1.5 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA International u pacientů s metabolickým syndromem

U pacientů s metabolickým syndromem se v rámci ošetřovatelské péče mohou vyskytnout tyto ošetřovatelské diagnózy dle NANDA International (2010, s. 49 - 350):

- Doména 1 - Podpora zdraví
 - Dg.: Neefektivní péče o vlastní zdraví - 00078
 - Dg.: Snaha zlepšit výživu - 000163
- Doména 2 - Výživa
 - Dg.: Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu - 00001
 - Dg.: Riziko nestabilní glykémie - 00179

- Doména 3 - Vylučování a výměna
 - Dg.: Zácpa - 00011
 - Dg.: Riziko zácpy - 00015
 - Dg.: Riziko dysfunkční gastrointestinální motility - 00197
- Doména 4 - Aktivita/odpočinek
 - Dg.: Sedavý způsob života - 00168
 - **Dg.: Zhoršená pohyblivost na lůžku - 00091**
 - **Dg.: Zhoršená tělesná pohyblivost - 00085**
 - **Dg.: Zhoršená chůze - 00088**
 - **Dg.: Únava - 00093**
 - **Dg.: Intolerance aktivity - 00092**
 - Dg.: Neefektivní vzorec dýchání - 00032
 - Dg.: Neefektivní tkáňová perfuze - 00204
- Doména 5 - Percepce/kognice
 - Dg.: Nedostatečné znalosti - 00126
- Doména 6 - Sebepercepce
 - Dg.: Snaha zlepšit zdatnost - 00187
- Doména 8 - Sexualita
 - **Dg.: Sexuální dysfunkce - 00059**
- Doména 9 - Zvládání/tolerance zátěže
 - **Dg.: Úzkost - 00146**
 - Dg.: Chování náchylné ke zdravotním rizikům - 00188
 - **Dg.: Chronický smutek - 00137**
- Doména 11 - Bezpečnost/ochrana
 - Dg.: Riziko pádů - 00155 (NANDA International, 2010, s. 49 - 350)

2 ÚZKOST, ÚZKOSTNÉ PORUCHY

2.1 Definice úzkosti, úzkostných poruch

2.1.1 Úzkost

Úzkost je základní lidská emoce, která je důležitá ve chvílích ohrožení, vyskytuje -li se do určité míry. Pokud přesáhne jistou mez, způsobuje problémy různého charakteru (Kosová, 2009, online). Popis úzkosti prošel během několika let značnými proměnami. V současné době se v definici anxiety autoři shodují. Jak uvedli Ptáček a Kuželová, úzkost je nepříznivý duševní stav, který nevzniká z konkrétní příčiny. Nadměrná úzkost může rozvinout chorobný stav, nejčastěji se jedná o generalizovanou úzkostnou poruchu, který má psychosomatické následky (Ptáček, Kuželová, 2011, s. 30). Podobně se vyjádřila k úzkosti i Nepokojová, která navíc doplnila, že intenzita úzkosti je různá, od mírného stupně až po panický stav, který může trvat až několik měsíců (Nepokojová, 2011, s. 25).

2.1.2 Úzkostné poruchy

Praško, Doubek a kol., se přiklánějí k definici, která popisuje úzkostné poruchy jako náhle vzniklé stavy úzkosti vznikající bez konkrétní příčiny, s tělesnými a psychickými příznaky (Praško, Doubek a kol., 2010, s. 265). Mezi hlavní rysy patří také to, že úzkost a strach společně s jejich projevy se vyskytují příliš často, což vede k narušení běžného života (Praško, Prašková, 2004, online).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí - MKN - 10 mezi úzkostné poruchy patří:

- Panická porucha (F41.0),
- Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1),
- Smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2),
- Agorafobie (F40.0),
- Sociální fobie (F40.1),

- Specifické fobie (F40.2), (Praško, Laňková, 2006, s. 1-2)

K výskytu úzkostné poruchy v populaci se každý autor vyjadřuje jinak. Podle autorky Navrátilové trpí klinicky významnou úzkostnou poruchou, prodělanou minimálně jednou za život 25% populace (Navrátilová, 2011, s. 68). K tomuto epidemiologickému údaji se přiklání i Libigerová (2003, online), která navíc doplňuje, že největší výskyt úzkosti je mezi 25. a 44. rokem. Autor Bouček došel k jinému závěru a udává, že se úzkost v jakékoli formě vyskytne u více jak 15% populace (Bouček, 2002, online).

2.2 Etiologie

Etiologie úzkosti, respektive úzkostné poruchy, není přesně specifikována, ale někteří autoři udávají možné rizikové faktory. Například Bouček přikládá důležitost biologickým faktorům, psychologickým faktorům a teorii učení (Bouček, Pidrman, 2002, s. 50). K výše uvedeným faktorům podporující vznik jmenovaného duševního onemocnění se přiklání i Kryl, který navíc doplňuje faktory etologické, behaviorální, existenciální, kognitivní a psychoanalytické (Kryl, 2005, s. 155). Praško uvádí, že vznik úzkostných poruch může zapříčinit dlouhodobý stres či negativní životní událost. Mezi významné stresory v každodenním životě autor řadí tyto:

- vztahové stresory,
- pracovní a výkonové stresory,
- stresory životního stylu,
- nemoc, závislost, handicapy,
- kritika,
- potlačování vzteku,
- podceňování, přehlížení ze strany okolí,
- nedostatek uznání nebo ocenění,
- porovnávání s druhými lidmi,
- porovnávání se sebou samým v dřívějším období,
- selhání v situaci, chybování,

- náhlá nepříznivá změna,
- odkládání činnosti, nespravedlnost,
- nedostatečný projev lásky (Práško, 2009, s. 14 - 15).

2.3 Diagnostika

Pro diagnostiku úzkostných poruch je velice důležitý jejich klinický obraz, podle kterého se určí přesný typ úzkostné poruchy (Mořovský, 2006, s. 571).

Příznaky dle typu úzkostné poruchy:

- panická porucha - úzkost, strach a obavy ze smrti silného charakteru, mdloba a ztráta kontroly (Bouček, 2002, online),
- generalizovaná úzkostná porucha - nadměrný a nekontrolovatelný strach a obavy, doprovázené tělesnými symptomy jako například palpitace, tachykardie, pocení, nauzea, neklid, mdloba a psychickými příznaky (Práško, 2010, online),
- smíšená úzkostně depresivní porucha - špatná nálada, přecitlivělost, nesoustředěnost, únava, obavy z budoucnosti, beznadějí, ostražitost, bolesti hlavy, potíže se spánkem, bušení srdce, zrychlený dech, nadměrné pocení (Práško, Herman a kol., 2003, s. 8 - 9),
- agorafobie - strach ze situací či míst, odkud není možné uniknout v případě pocitu nevolnosti či záchvatu paniky, což postupně vede od vyhýbání se těmto místům až po strach být sám doma. K těmto obavám se přidávají tělesné příznaky typické pro úzkost (Práško, Grambal a kol., 2012, online),
- sociální fobie - strach, úzkost, hněv na svoji osobu i na druhé, stud, bezmoc, zranitelnost, specifické chování - tichý hlas, rychlá řeč, zadržávání, vyhýbání se, únik z místa, závrať, palpitace, třes, červenání, nauzea (Práško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 21),
- specifické fobie - patří mezi samostatně léčenou diagnózu pouze v případě, že je strach natolik silný, že narušuje kvalitu života. Vyskytuje se spíše jako vedlejší diagnóza. Mezi nejčastější specifické fobie patří strach z ostrých předmětů (aichmofobie), strach ze psů (kynofobie), strach z pavouků (arachnofobie), (Sekot, 2011, online).

2.4 Léčba

Léčba úzkostných poruch zahrnuje včetně farmakoterapie další metody, které mají za cíl změnu chování, prožívání a myšlení, naučit jedince přiměřeně reagovat na stres.

Mezi takovéto metody patří:

- psychoedukace,
- relaxační metody,
- kognitivně - behaviorální terapie (KBT),
- psychoterapeutické dynamické přístupy - humanistická psychoterapie, transakční analýza, psychoanalytická psychoterapie (Papežová, 2006, s. 34 - 39),
- biofeedback,
- hypnoterapie,
- dereflexe (změření pozornosti na jinou stránku),
- paradoxní intence (záměrné vyvolání úzkosti),
- persuáze (přesvědčování), (Kryl, 2003, s. 184).

Anders ve svém článku informoval o možnosti léčby duševních poruch biologickými metodami, mezi které patří:

- elektrokonvulzivní terapie,
- repetitivní transkraniální magnetická stimulace nefrontálního kortexu,
- spánková deprivace,
- fototerapie,
- tělesné cvičení (Anders, 2011, online).

2.5 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International u pacientů s úzkostnou poruchou

U pacientů s úzkostnou poruchou se v rámci ošetrovatelské péče mohou vyskytnout tyto ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International:

- Doména 2 - Výživa
 - Dg.: Nevyvážená výživa, více než je potřeba organismu - 00001
- Doména 3 - Vylučování a výměna
 - Dg.: Průjem - 00013
 - Dg.: Dysfunkční gastrointestinální motilita - 00196
 - Dg.: Riziko dysfunkční gastrointestinální motility - 00197
- Doména 4 - Aktivita/odpočinek
 - Dg.: Nespavost - 00095
 - Dg.: Porucha energetického pole - 00050
 - Dg.: Únava - 00093
 - Dg.: Deficit sebeděže při koupání - 00108, oblékání - 00109, stravování - 00102, vyprazdňování - 00110
- Doména 5 - Percepce/kognice
 - Dg.: Potulka - 00154
- Doména 6 - Sebepercepce
 - Dg.: Narušená osobní identita - 00121
 - Dg.: Chronicky snížená sebeúcta - 00119
- Doména 9 - Zvládání/tolerance zátěže
 - Dg.: Úzkost - 00146
 - Dg.: Strach - 00148
- Doména 11 - Bezpečnost/ochrana
 - Dg.: Riziko pádů - 00155
 - Dg.: Riziko sebepoškození - 00139
- Doména 12 - Komfort
 - Dg.: Zhoršený komfort - 00214
 - Dg.: Nausea - 00134
 - Dg.: Sociální izolace - 00053 (NANDA International, 2010, s. 49 - 350).

2.6 Výskyt úzkostných poruch u pacientů s metabolickým syndromem

Jak uvedli Rosolová, Podlipný anxiózní poruchy se většinou vyskytují společně. Ve svém článku popisují jak výskyt deprese, tak úzkostných poruch u pacientů s kardiometabolickým onemocněním. Současně autoři upozorňují na to, že pacienti s anxiózně depresivní poruchou jsou velmi rizikový k rozvoji MS, aterosklerózy, DM II. typu a při léčbě je nutné tento fakt brát na zřetel (Rosolová, Podlipný, 2009, s. 650). Kallman et al., mimo jiné popisují skutečnost, že u pacientů, kteří procházejí snižováním váhy, můžeme pozorovat zvýšený výskyt úzkosti a deprese (Kallman et al., 2010, s. 130). Gaysina et al. v kohortové studii prováděnou ve Spojeném království zkoumali metabolický syndrom a emoční poruchy. Jedním z cílů bylo zjistit, zda emoční poruchy vedou k rozvoji MS. Současně se autoři studie zmiňují o možnosti, že tyto poruchy vznikají jako důsledek metabolického syndromu (Gaysina et al., 2011, s. 752). Naproti těmto faktům stojí studie, která proběhla ve Francii. V ní autoři popisují vztah mezi úzkostí, depresí a metabolickým syndromem. Výsledky týkající se asociace úzkosti a MS ukázaly, že mezi nimi neexistuje žádný významný vztah. Výskyt úzkosti u mužů a žen s MS byl o několik desetin vyšší, než u jedinců bez metabolického syndromu, což autoři nepovažují za významný fakt (Skilton et al., 2007, s. 1251 - 1257). Dalšími autory prezentující vztah generalizované úzkostné poruchy a MS, jsou Carroll et al. Výsledky jejich studie poukázaly na to, že některé afektivní poruchy, včetně úzkosti mohou v pozdějších letech přispět k rozvoji některých složek metabolického syndromu. Následně ale poznamenali, že MS může být příčina, která vede ke vzniku úzkostných poruch, protože už jedna ze složek MS, například vyšší krevní tlak, vyvolává u pacientů úzkostné chování. Autoři se také domnívají, že výsledky mohou být zkreslené výběrem vzorku - mužská populace (Carroll et al., 2009, s. 91 - 93).

Následující studie autorů Herva et al., byla provedena s výzkumným vzorkem o celkovém počtu 5698 dospělých jedinců a to během let 1997 - 1998. Výsledky této studie nebyly přesvědčivé, co se týká korelace s úzkostí, a to z důvodu jednostranně zvoleného vzorku tvořeného respondenty s průměrným věkem 30 let. Použitý dotazník navíc nebyl standardizovaný, proto autoři studie apelují, aby další studie tohoto typu měly přesně stanovená kritéria pro určení duševních poruch (Herva et al., 2006, s. 213 - 216).

Asociací mezi sympatickým nervovým systémem a úrovní úzkosti u pacientů s metabolickým syndromem a vyšším krevním tlakem se také zabývají Lambert et al. Uvedli, že dráha hypotalamus - hypofýza - nadledvinky, včetně osy sympatického NS, je aktivována u jedinců s MS, což vede k rozvoji úzkosti a deprese. Tento fakt potvrzují i výsledky studie, které se zúčastnilo 8 žen a 17 mužů s MS (Lambert et al., 2010, s. 543 - 550).

3 DEPRESE

3.1 Definice deprese

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí - MKN-10 je depresivní epizoda charakterizována jako chorobný stav s depresivními znaky. Dle závažnosti se dělí na lehkou, středně těžkou a těžkou depresivní epizodu (Smolík, 1996, s. 219 - 220).

Žourková pro zdravotnické noviny uvedla, že deprese, přesněji depresivní porucha, se v dnešní době řadí mezi nejčastější duševní onemocnění, které postihuje až pětinu populace. Autorka článku také popsala příznaky deprese, mezi které se řadí zejména nadměrný smutek, pokleslá nálada, ztráta zájmu o dění kolem i o sebe samého, únava, nerozhodnost, snížená sebedůvěra, poruchy spánku a nezájem o sexuální život (Žourková, 2008, online). Podobně popisuje příznaky deprese i Večeřová - Procházková, která kromě výše uvedených zmiňuje také probouzení o 1-2 hodiny dříve, ztráta chuti k jídlu nebo naopak nadměrný příjem potravy a psychosomatický útlum (Večeřová - Procházková, 2013, online). Podle Kosové je deprese závažné, vracející se onemocnění s vysokou úmrtností a nemocností. Zdůraznila také, že do roku 2020 bude depresivní porucha druhou nejčastější příčinou morbidit na světě (Kosová, 2009, s. 4). Nepatrně odlišný popis deprese publikují autoři Janů, Racková, kteří definují depresi jako intenzivní duševní nemoc, která se projevuje ve stránce jak fyzické, tak psychické. V uvedených psychických příznacích se shodují s ostatními autory, uvedenými výše. Z fyzických příznaků uvádějí bolesti hlavy, bolest zad, zažívací potíže, palpitace, suchost v ústech a další již uvedené příznaky (Janů, Racková, 2007, s. 24). Prevalence je dle autorů Anders, Skopová, předpokládaná na 5 - 9 % u žen a 2 - 3 % u mužů. Celoživotní riziko vzniku depresivní poruchy je pak u žen dvojnásobně vyšší. Tito autoři také předkládají myšlenku, že za epidemiologií poruch nálad stojí prodělávané chronické onemocnění (Anders, Skopová, 2006, s. 9). O výskytu klinicky významné deprese se zmínili i autoři Praško a kol., kteří udávají, že jí onemocní až 5% populace nezávisle na věku (Praško a kol., 2009, s. 10).

3.2 Etiologie

Příčina deprese není doposud přesně známá, existuje však několik faktorů, které příčiny vzniku podporují. Vyšší výskyt deprese se pozoruje také u jedinců, kteří trpí chronickým somatickým onemocněním, prodělali určitou traumatickou událost anebo trpí poruchami osobnosti (Sedláčková, Ocisková, Praško, 2013, online). Autorka Majerová popsala následující příčiny deprese:

- dědičnost,
- průběh dětství,
- traumatické události,
- biochemické faktory,
- vliv psychiky,
- osobní problémy,
- somatická onemocnění,
- léky,
- alkohol, drogy,
- hormonální změny (Majerová, 2006, online).

Autoři Janů, Racková (2007, s. 24), zařadili mezi příčiny deprese mimo jiné i vliv biologické zátěže, do které řadí například sníženou funkci štítné žlázy, vliv anabolických steroidů nebo chronické intoxikace. Skutečnost, že přesná příčina vzniku není známá, popisují autoři Plucar, Vávrů. Popsali tři základní skupiny deprese, které se dělí dle možných příčin vzniku:

- 1) psychogenní deprese - vyvolávající příčina jsou exogenní vlivy, například změna životní situace, traumatické události v dětství, dlouhodobé tělesné i psychické přetěžování ;
- 2) endogenní deprese - není zde vyvolávající endogenní příčina, mohou náhle vzniknout a rychle odeznít, řadí se mezi ně bipolární deprese ;
- 3) somatogenní deprese - souvisí s chronickým onemocněním, patří sem také poporodní deprese (Plucar, Vávrů, 2005, 339 - 340).

3.3 Diagnostika

Mezinárodní klasifikace nemocí - MKN-10 obsahuje kritéria, podle kterých se stanoví diagnóza depresivní epizody. Mezi tyto kritéria patří:

- trvání potíží minimálně 2 týdny,
- hlavní příznaky - depresivní nálada, ztráta zájmu, nedostatek energie a snížená aktivita,
- vedlejší příznaky - zhoršená koncentrace, pozornost, negativní náhled na budoucnost, snížené sebevědomí, pocit viny a bezcennosti, myšlenky na sebevraždu a sebepoškození, porucha spánku, sexuální potíže.

Určení stupně depresivní epizody se dále řídí těmito kritérii:

- lehká depresivní epizoda - přítomnost dvou hlavních příznaků a minimálně dvou vedlejších příznaků, které jsou mírné intenzity a minimálně narušují pracovní a sociální aktivitu ;
- středně těžká depresivní epizoda - přítomnost dvou hlavních příznaků současně s výskytem tří a více vedlejších příznaků, které středně narušují pracovní, sociální a domácí aktivity ;
- těžká depresivní epizoda - přítomnost všech hlavních příznaků a minimálně čtyři vedlejší příznaky, které velmi intenzivně narušují pracovní, sociální a domácí aktivity (Raboch, 2011, online).

Podle Laňkové, Siblíkové je základem pro diagnostiku deprese anamnéza, kdy uvádějí jako nejčastější obtíže, se kterými pacient přichází tyto:

- bolest,
- únava,
- obavy ze závažné choroby,
- a další mnohostranné potíže hypochondrického rázu.

Dalšími metodami, které autorky uvádějí jako součást diagnostiky deprese je základní fyzikální vyšetření, kdy se musí vyloučit somatická příčina a laboratorní vyšetření (základní biochemické vyšetření a TSH, krevní obraz, sedimentace nebo CRP), (Laňková, Siblíková, 2004, s. 3).

Ke stanovení deprese se také používá několik dotazníků a škál například Zungův dotazník hodnocení deprese, škála deprese dle Yesavage, Beckova hodnotící škála deprese, dotazník PHQ-9, Hamiltonova škála deprese. Diagnostiku můžeme doplnit dexametazonovým testem, který ovšem není typický pro stanovení deprese (Maříková, 2013, s. 79).

3.4 Léčba

V současné době se využívá v léčbě především kombinace postupů farmakoterapie - antidepresiva a psychoterapie. Dále se využívá elektrokonvulzivní terapie a repetitivní transkraniální magnetická stimulace (Anders, Skopová, 2006, s. 28). Autoři Kosová, Kosiuk se zmínili také o netradičním způsobu léčby depresivních poruch, kdy se využívá přírodních antidepresiv. Mezi takovou alternativu klasické farmakoterapie patří třezalka tečkovaná a šafrán (Kosová, Kosiuk, 2009, s. 42).

3.5 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International u pacientů s depresí

U pacientů s depresí se v rámci ošetrovatelské péče mohou vyskytnout tyto ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International (2010, s. 49 - 350):

- Doména 2 - Výživa
 - Dg.: Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu - 00002
 - Dg.: Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu - 00001
- Doména 3 - Vylučování a výměna
 - Dg.: Zácpa - 00011
 - Dg.: Riziko zácpy - 00015
 - Dg.: Průjem - 00013
 - Dg.: Riziko dysfunkční gastrointestinální motility - 00197

- Doména 4 - Aktivita/odpočinek
 - Dg.: Nespavost - 00095
 - Dg.: Únava - 00093

- Doména 5 - Percepce/kognice
 - Dg.: Syndrom zhoršené interpretace okolí - 00127
 - Dg.: Potulka - 00154
 - Dg.: Nedostatečné znalosti - 00126
 - Dg.: Zhoršená verbální komunikace - 00051

- Doména 6 - Sebepercepce
 - Dg.: Narušená osobní identita - 00121

- Doména 7 - Vztahy mezi rolemi
 - Dg.: Zátěž v roli pečovatele - 00061
 - Dg.: Neefektivní plnění rolí - 00055

- Doména 9 - Zvládání/tolerance zátěže
 - Dg.: Zhoršená odolnost jedince - 00210
 - Dg.: Chronický smutek - 00137

- Doména 11 - Bezpečnost/ochrana
 - Dg.: Riziko pádů - 00155
 - Dg.: Riziko poškození - 00035
 - Dg.: Sebepoškození - 00151
 - Dg.: Riziko sebepoškození - 00139
 - Dg.: Riziko sebevraždy - 00150
 - Dg.: Riziko násilí vůči sobě - 00140

- Doména 12 - Komfort
 - Dg.: Sociální izolace - 00053 (NANDA International, 2010, s. 49 - 350).

3.6 Výskyt deprese u pacientů s metabolickým syndromem

Souvislost mezi metabolickým syndromem (MS) a depresí zůstává v současné době nadále předmětem sporu, navzdory několika studiím provedeným na toto téma (Richter, Juckel, Assion, 2010, s. 41).

Výše uvedený vztah popsali Zeman, Jiráček, Žák a kol. (2008, s. 75), kteří ve svém článku mimo jiné uvedli, že přítomnost MS několikanásobně zvyšuje riziko vzniku deprese.

Také Hess v rozhovoru uvedl, že metabolický syndrom může být příčinou deprese, ale stejně tak tomu může být i naopak, tedy že deprese může vést k rozvoji MS (Hess, 2013, online). O souvislosti mezi MS a depresí se zmiňuje také Podlipný a Hess. Tito dva autoři uvádějí, že se při popisu příznaků metabolického syndromu současně setkávají i s několika psychiatrickými příznaky, mimo jiné i s depresí (Podlipný, Hess, 2006, s. 69). Skutečnost, že metabolický syndrom může ovlivnit psychický stav a to i výskyt deprese, popisují autoři Kubešová Matějovská a kol. Podle těchto autorů se tento problém vyskytuje u nemocných vyššího věku (Kubešová, Matějovská a kol., 2009, s. 16). Rosolová a Podlipný v provedené Plzeňské studii mužů a žen prokázali 2krát častější výskyt depresivní poruchy u osob léčících se na MS než u osob bez tohoto chronického onemocnění. Uvedli také, že osoby s psychickými poruchami mají vyšší riziko vzniku MS, kardiovaskulárních chorob a dalších chronických nemocí (Rosolová, Podlipný, 2009, s. 650). Zeman a Jiráček upozornili na skutečnost, že u nemocných s MS se vyskytuje zvýšený oxidační stres, který způsobuje destrukci neuronů v hippocampu, což je jev, který se objevuje i u deprese. Také poznamenali, že i další patofyziologické jevy se vyskytují současně jak u MS, tak u deprese (Zeman, Jiráček, 2008, s. 171).

3.7 Ošetrovatelská péče u pacientů s depresí

Fričová uvedla, že specifika ošetrovatelské péče o duševně nemocné, spočívají především ve schopnosti sestry udržet k pacientovi příjemný, ale ne příliš blízký vztah. Pro pacienta je nejdůležitější pocit podpory, jistoty, bezpečí a vědomí vzájemné spolupráce, který vede k lepšímu vyrovnání s jeho onemocněním a je základem pro kvalitní edukaci, která je u pacientů s duševním onemocněním velmi podstatná (Fričová, 2010, s. 34). Se správnou a efektivní edukací je spojeno umění korektně komunikovat. Zacharová přibližuje, jak navázat s pacientem úspěšný rozhovor, který je základem při realizaci ošetrovatelského procesu.

Mimo jiné uvedla, že pro pacienta je nejdůležitější to, jak se sestra chová a jak jedná, než obsah sdělení (Zacharová, 2010, s. 28 - 29).

Samozřejmostí pro komunikaci s depresivním pacientem je i dokonalá znalost jeho zdravotního stavu, faktorů, které jej ovlivňují a terapeutických kroků ke zvládnutí deprese (Divecká, 2013, s. 22 - 24).

Jiný pohled na psychiatrickou ošetrovatelskou péči nabízí autorky Venglářová a Babiaková. Apelují na to, že hlavními prioritami péče je stanovení pravidel, která vedou k obnovení porušeného biorytmu. Ošetrování depresivního pacienta pak spočívá především v péči o hygienu, kontrole příjmu tekutin a stravy, pozorování tělesného stavu, zejména nežádoucích účinků léků. Velmi důležitou součástí péče jsou také kontroly osobních věcí pacienta a výše zmíněná edukační činnost (Venglářová, Babiaková, 2006, s. 258). Příklady, jak pečovat o pacienta s depresí ilustrovala také Holmerová a kol. Podle autorů je důležité nejprve správně diagnostikovat depresi a nasadit vhodné léky. Dále jsou neméně důležité činnosti jako pohybová aktivita, muzikoterapie, vytvoření pravidelného režimu, dostatek zájmových stimulů a pohyb ve společnosti, kde se pacient cítí dobře (Holmerová a kol., 2004, s. 72). Na skutečnost, že pacient potřebuje cítit lidskost, uznání a podporu, upozorňuje Kryl. Uvádí, že duševně nemocný pacient potřebuje cítit, že zájem o jeho osobu je komplexní a není to jen sledování účinku psychofarmak (Kryl, 2006, s. 251).

4 KVALITA ŽIVOTA

4.1 Definice kvality života

Pojem „kvalita života“ se v posledních pár letech stává velice diskutovaným tématem. Odborníci neustále hledají správnou cestu, která pomůže uchopit studium kvality života za správný konec. Důvodem takového zvýšeného zájmu o tuto problematiku je vytvořit a umožnit takové životní podmínky a takový způsob života, který dává lidem smysl. I přes skutečnost, že kvalita života je časté téma nejen v odborných publikacích, ve vědeckých otázkách stále nepanuje stejný názor na její definici. Je to dáno tím, že kvalita života se vyskytuje v souvislosti s různými disciplínami, jako je psychologie, sociologie, antropologie, ekologie a medicína (Hnilicová, 2003, online). Podle světové zdravotnické organizace (WHO) se definice odvíjí dle toho, jak jedinec vnímá své postavení v životě v souvislosti s kulturou, životním stylem, zájmy, očekáváním a cílům. Kvalita života se pak může sledovat na několika úrovních:

- osobní úroveň - slouží především k sestavení individuálního léčebného plánu,
- skupinová úroveň - zjišťuje se efekt léčby, vedlejší účinky aj.,
- populační úroveň - šetření sloužící k popisu rizikových skupin obyvatelstva, sestavování preventivních programů a plánování péče (Dragomirecká, 2006, online).

Kvalita života může být také chápána jako subjektivní, flexibilní ukazatel hodnocení života jednotlivců. Je vnímána různými lidmi v různém čase a její obsah nelze s přesností vymezit. Lze to chápat tak, že se kvalita života liší v závislosti na životní situaci (Gurková, 2009 in Csisko, 2013, online).

4.2 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života se odvíjí od účelu, který sledujeme (Linková a kol., 2010 in Csisko, 2013, online). Posuzování kvality života je velmi důležité u pacientů s chronickým či nevléčitelným onemocněním (Gurková, 2011 in Csisko, 2013, online).

Měření kvality života můžeme rozdělit do tří kategorií:

1. objektivní metody,
2. subjektivní metody,
3. kombinované metody (Linková a kol., 2010, Musilová, 2009 in Csisko, 2013, online).

Mezi nejčastěji používanou objektivní metodu patří hodnocení kvality života dle W. O. Spitzera. Zde se vyhodnocují následující kritéria: *pracovní schopnost, způsob trávení volného času, fyzická nezávislost na druhých, bolesti, nepohodlí, nálada, finanční situace, komunikace, vztahy s okolím, vědomosti pacienta o nemoci*. Subjektivní hodnocení kvality života je nejčastěji prováděn pomocí metody SEIQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality Life). Je sestaven na systému hodnot, které jsou pro člověka v dané situaci důležité (Musilová, 2009 in Csisko, 2013, online). U kombinovaných metod se používá jak hodnocení kvality života dle W. O. Spitzera, tak metoda SEIQOL. Kromě těchto dvou uvedených se dá využít metoda MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), která ukazuje kvalitu života v dané chvíli (Musilová, 2009 in Csisko, 2013, online). V našich podmínkách se používají dva typy dotazníků pro hodnocení kvality života:

1. dotazníky všeobecné (generické) - hodnotí kvalitu života všeobecně bez ohledu konkrétní onemocnění. Patří sem především SIP (Sickness Impact Profile), NHP (Nottingham Health Profile), (Gurková, 2011 in Csisko, 2013, online), Karnofsky Performance Status Scale, ADL, SF-36, EQ-5D, WHOQOL-100 (Linková a kol., 2010, s. 74 in Csisko, 2013, online) - u nás využíváme zkrácenou verzi a to WHOQOL-BREF. Dále jsou to nástroje jako PGWB (Psychological General Well-Being Index), QLP (Quality of Life Profile) a PCASEE (Gurková, 2011 in Csisko, 2013, online).

2. dotazníky specifické - hodnotí kvalitu života u pacientů s určitým specifickým onemocněním. Například choroby kardiovaskulárního systému, respiračního systému, neurologické onemocnění, onemocnění pohybového aparátu aj., dále kvalitu života dětí, seniorů a pečujících osob (Gurková, 2011 in Csisko, 2013, online).

4.3 Kvalita života u pacientů s metabolickým syndromem

Jedinci s metabolickým syndromem mají obecně zvýšené riziko vzniku diabetu mellitu a kardiovaskulárních onemocnění a to je spojeno se sníženou kvalitou života. Některé složky metabolického syndromu jako obezita, inzulínová rezistence a zvýšený TK, jsou spojeny s nižší kvalitou života.

Několik badatelů zjistilo, že metabolický syndrom sám o sobě, snižuje kvalitu života (Vetter et al., 2011, s. 1087 - 1094). Roohafza et al., v kohortové studii uvedli, že lidé s metabolickým syndromem mají nejen zhoršenou kvalitu života včetně fyzické a sociální funkce, ale i změněný duševní stav. Z tohoto důvodu by se léčba MS měla pojímat komplexně, tzn. včetně psychologické podpory (Roohafza et al., 2012, s. 2 - 6). Skutečnost, že lidé s metabolickým syndromem mají horší kvalitu života, potvrdili ve své studii z roku 2005 i Miettola et al. Bylo osloveno 760 dospělých respondentů ve věkovém rozmezí od 30 do 65 let, z nichž se dalo využít 594 dotazníků. Kompletním výzkumem, který zahrnoval strukturovaný dotazník kvality života a zdravotním vyšetřením, prošlo 480 respondentů (230 mužů - 59%, 230 žen - 68%). Položky, které dotazník obsahoval, se zaměřovaly na tyto oblasti: pohyblivost, zrak, sluch, dýchání, stravování, řeč, vylučování, obvyklé denní aktivity, mentální funkce, pocit nepohodlí, zdravotní potíže, deprese, úzkost, vitalita a sexuální aktivita. Pro každou oblast respondent vybral jednu z pěti úrovní (škála 1 - 5), která nejlépe vystihovala jeho aktuální zdravotní stav. Výsledky studie ukázaly, že lidé s metabolickým syndromem mají signifikantně horší kvalitu života než respondenti bez MS a to zejména v oblastech pohyblivosti, dýchání, sluchu, obvyklých denních činností, pocitu nepohodlí a zdravotních obtížích, vitality a sexuální aktivity. Muži měli lepší kvalitu života než ženy (Miettola et al., 2008, s. 1055-1062).

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Cíle a hypotézy diplomové práce

Na základě provedené rešeršní strategie a prostudování odborných publikací byly stanoveny následující cíle a hypotézy:

Cíl 1

Zjistit výskyt úzkosti u jedinců s metabolickým syndromem.

H1₀

Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkosti, naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti, mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H1_A

Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkosti, naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti, mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H2₀

Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou úzkosti naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.

H2_A

Existuje signifikantní vztah mezi mírou úzkosti naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.

Cíl 2

Zjistit výskyt deprese u jedinců s metabolickým syndromem.

H3₀

Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese, naměřenou dotazníkem BDI, mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H3_A

Existuje signifikantně rozdíl v míře deprese, naměřenou dotazníkem BDI, mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H4₀

Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou deprese, naměřenou dotazníkem BDI a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.

H4_A

Existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese, naměřenou dotazníkem BDI a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.

Cíl 3

Zjistit kvalitu života u jedinců s metabolickým syndromem.

H5₀

Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H5_A

Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

5.2 Metody výzkumného šetření

V diplomové práci a v jejím následném zpracování byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Ke sběru dat byla využita výzkumná technika - dotazník. Dotazníkovou baterii tvořily celkem 3 standardizované dotazníky: Beckův inventář úzkosti, dotazník kvality života - WHOQOL-BREF (dotazník Světové zdravotnické organizace, krátká verze) a BDI-II (Beck Depression Inventory). Součástí každého dotazníkového souboru byl informovaný souhlas, který respondenty seznamoval s výzkumným šetřením, zaručoval anonymitu a informoval o možnosti kdykoli ukončit dotazníkové šetření. Také obsahoval základní demografické položky - věk a pohlaví. Dotazníková baterie pro kontrolní skupinu byla doplněna v úvodní straně o informaci, zda se respondent léčí s chronickým onemocněním. Pokud odpověděl kladně, byl vyzván k ukončení výzkumného šetření, neboť nespĺňoval výběrová kritéria určené pro kontrolní skupinu.

Beckův inventář úzkosti byl vytvořen autorem Aaronem T. Beckem et al. Tímto dotazníkem se hodnotí míra úzkosti jedince. Skládá se z 21 položek, z nichž každá je projevem úzkosti. Jednotlivé položky mají čtyři možné odpovědi, kterým jsou pak přiřazeny body a to dle následujícího ohodnocení: *vůbec (1 bod), mírně (2 body), středně (3 body) a vážně (4 body)*.

Výsledkem tohoto standardizovaného dotazníku může být:

- méně než 21 bodů - mírné projevy úzkosti,
- 22 - 35 bodů - střední závažnost obtíží,
- 36 a více bodů - vysoká závažnost obtíží.

Dalším dotazníkem, který byl použit je mezinárodní dotazník pro měření kvality života WHOQOL-BREF. Dotazník byl vytvořen pracovní skupinou WHOQOL na základě analýzy dat z dvaceti výzkumných center celého světa. Jedná se o zkrácenou verzi stopoložkového dotazníku WHOQOL-100. Je sestaven z 26 položek, které jsou rozděleny do oblastí: fyzická, psychologická, sociální oblast, prostředí, celková kvalita života a celkové hodnocení zdravotního stavu. Výsledek tohoto standardizovaného dotazníku získáme výpočtem průměrného hrubého skóre jednotlivých domén. Pro oblast fyzické zdraví se průměrný hrubý skóre získá ze sedmi položek: *q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18*, oblast prožívání ze šesti položek: *q5, q6, q7, q11, q19, q26*, oblast sociální vztahy ze tří položek: *q20, q21, q22* a pro oblast prostředí z osmi položek: *q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25*. Výsledky jsou standardizovány tak, aby vyšší číslo poukazovalo na lepší kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 14, 17, 23).

Standardizovaný dotazník BDI-II byl vytvořen Aaronem T. Beckem a skládá se z 21 položek. Jedná se o nejpoužívanější nástroj pro hodnocení závažnosti deprese. Využívá se u jedinců nad 13 let věku a zahrnuje následující body: *smutek, pesimismus, minulé selhání, ztráta radosti, pocit viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritika, sebevražedné myšlenky nebo přání, plačtivost, agitovanost, ztráta zájmu, nerozhodnost, pocit bezcennosti, ztráta energie, změna spánku, podrážděnost, změny chuti v jídlu, koncentrace, únava, ztráta zájmu o sex*.

Jednotlivé odpovědi jsou ohodnoceny body od 1 do 3, přičemž výsledkem tohoto standardizovaného dotazníku může být:

- 0 - 13 bodů - minimální stupeň deprese,
- 14 - 19 bodů - lehký stupeň deprese,
- 20 - 28 bodů - středně těžký stupeň deprese,
- 29 - 63 bodů - těžký stupeň deprese (Beck, Steer, Brown, 2006, online).

Předvýzkum

Cílem předvýzkumu bylo posoudit časovou náročnost a srozumitelnost dotazníkové baterie. Bylo osloveno celkem 10 respondentů (kritéria pro výběr - jedinec starší 18 let). Tyto dotazníky nebyly zahrnuty do hlavního výzkumného šetření.

Na základě předvýzkumu, kdy byla potvrzena nízká časová náročnost a srozumitelnost položek, byly dotazníky rozdány zkoumanému souboru a kontrolní skupině.

5.3 Organizace výzkumného šetření

Hlavní výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Olomouc. Před realizací dotazníkového šetření byla poslána žádost náměstkovi nelékařských oborů o *Povolení provést výzkumné šetření* (Příl. 1) a to na pracovištích: I. interní klinika kardiologická, II. interní klinika gastro - enterologická a hepatologická, klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace a oddělení léčebné výživy.

Tato pracoviště byla vybrána proto, že je zde nejvyšší pravděpodobnost dispenzarizovaných pacientů s metabolickým syndromem. S výzkumným šetřením byl udělen písemný souhlas (Příl. 1). Z výzkumného šetření bylo vyřazeno pracoviště oddělení léčebné výživy z důvodu špatné komunikace.

Dotazníkové šetření zkoumaného souboru probíhalo v období od poloviny května do konce září 2013. Zúčastnili se pacienti, kteří se léčili s metabolickým syndromem a docházeli ambulantně na pravidelné kontroly. Dotazníky byly rozdány všeobecným sestřám, pracující v ambulantní části.

Vybrané sestry byly poučeny o jednotlivých složkách metabolického syndromu a o kritériích dotazníkového šetření. Některé dotazníky byly předány respondentům osobně a to zejména na I. interní klinice - kardiologické. Pro odevzdání dotazníků sloužila papírová obálka, která zajišťovala anonymitu respondentů. Na odevzdání dotazníků dohlížela ambulantní sestra. Za účelem hlavního výzkumného šetření bylo distribuováno celkem 100 dotazníků, z nichž bylo navraceno 73 dotazníků (tj. 73%). Ze 73 dotazníků byly dále dva vyřazeny a to z důvodu neúplného vyplnění. V prvním dotazníkovém souboru byly zodpovězeny pouze některé položky týkající se úzkosti a v druhém byly zodpovězeny pouze položky týkající se deprese. Celkem tedy bylo zahrnuto do výzkumu 71 dotazníků (tj. 71%).

Dotazníkové šetření kontrolní skupiny probíhalo v období od konce srpna do poloviny listopadu 2013. Tuto skupinu tvořil náhodně vybraný soubor respondentů, kteří se neléčili s žádným chronickým onemocněním.

Pro kontrolní skupinu bylo distribuováno celkem 80 dotazníků. Dotazníky byly osobně rozdány a po vyplnění vloženy do papírové obálky. Z celkového počtu 80 dotazníků činila návratnost 79 dotazníků (tj. 98,7%).

5.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkumné šetření byla zvolena skupina respondentů, ženského i mužského pohlaví. Jednalo se o prostý záměrný výběr. Byly zvoleny následující výběrová kritéria:

Zkoumaný soubor:

- věk - 18 a více let,
- léčení s metabolickým syndromem dle diagnostických kritérií,

- pacienti navštěvující ambulanci I., II. interní kliniky a kliniku tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace.

Kontrolní skupina:

- věk - 18 a více let,
- nebyli léčeni s metabolickým syndromem,
- nebyli léčeni na jiné chronické onemocnění, včetně deprese a úzkosti.

Do hlavní výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 71 (100%) respondentů. Z celkového počtu se zúčastnilo celkem 36 (tj. 50,7%) žen a 35 (tj. 49,3%) mužů. Průměrný věk respondentů byl 42,6 let, medián věku byl 42 let. Z celkového počtu respondentů činil nejnižší věk 21 let a nejvyšší 73 let.

Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 79 (100%) respondentů kontrolní skupiny. Z celkového počtu se zúčastnilo 40 (tj. 50,6%) žen a 39 (tj. 49,4%) mužů. Průměrný věk respondentů kontrolní skupiny byl 36,6 let, medián věku byl 32 let. Z celkového počtu respondentů byl nejnižší věk 19 let a nejvyšší 71 let. Přehled uvádí tabulka č. 1.

Tab. 1 - Srovnání zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

	n (%)	Ženy (%)	Muži (%)	Věk průměr	Věk minimum	Věk maximum	Věk medián
ZS	71(100)	50,7	49,3	42,6	21	73	42
KS	79(100)	50,6	49,4	36,6	19	71	32

n = počet respondentů
 ZS = zkoumaný soubor
 KS = kontrolní skupiny

5.5 Metody statistického zpracování

Pro statistické zpracování dat byl použit statistický program SPSS a program MS Excel, který je součástí kancelářské sady Microsoft office. Je určen ke zpracování dat seřazených do tabulek. Datový soubor může pojmut více tabulek, kterou jsou rozčleněny do několika listů (Skutil a kol., 2011, s. 185). V diplomové práci byly využity některé matematické operace, aritmetický průměr a medián.

Medián (Me) je hodnota, která je uprostřed řady lichého souboru jednotek. Aritmetický průměr získáme součtem všech hodnot, děleno jejich celkovým počtem (Reichel, 2009, s. 158, 159). Ke zjištění normality rozložení dat byl použit Kolmogorovův-Smirnovův test. Pro výpočet hladiny významnosti rozdílů mezi naměřenými hodnotami byl použit Mann - Whitney test a Studentův t-test, s rovností rozptylu. Testy byly prováděny na hladině významnosti 0,05. Pro zjištění, v jakém vztahu jsou proměnné, byl využit Pearsonův korelační koeficient.

6 INTERPRETACE VÝSLEDŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Interpretace výsledků k cíli 1

Cíl 1: *Zjistit výskyt úzkosti u jedinců s metabolickým syndromem.*

Ke splnění cíle byl použit Beckův inventář úzkosti.

Dle standardizovaného dotazníku byla zjištěna následující data. Z celkového počtu 36 žen se mírné projevy úzkosti neobjevily u žádné z nich. Střední závažností obtíží trpělo celkem 17 žen a vysokou závažností obtíží 19 žen. Minimální naměřená hodnota byla 24 bodů, maximální hodnota činila 59 bodů a průměr dosáhl 38,22 bodů. Z celkového počtu 35 mužů se mírné projevy úzkosti objevily u 1 muže, střední závažnost obtíží u 22 mužů a těžká závažnost obtíží u 12 mužů. Minimální naměřená hodnota byla 21 bodů, maximální činila 62 bodů a průměr dosáhl 33,03 bodů. Přehled uvádí tabulka č. 2.

Tab. 2 - Výskyt úzkosti u jedinců s metabolickým syndromem

ZS	n (%)	Min. hodnota	Max. hodnota	průměr	Mírné projevy úzkosti (> 21 bodů)	Středně těžká závažnost (22 - 35 bodů)	Těžká závažnost (< 36 bodů)
Ženy	36 (50,7%)	24	59	38,22	0	17	19
Muži	35 (49,3%)	21	62	33,03	1	22	12

ZS = zkoumaný soubor

n = počet respondentů

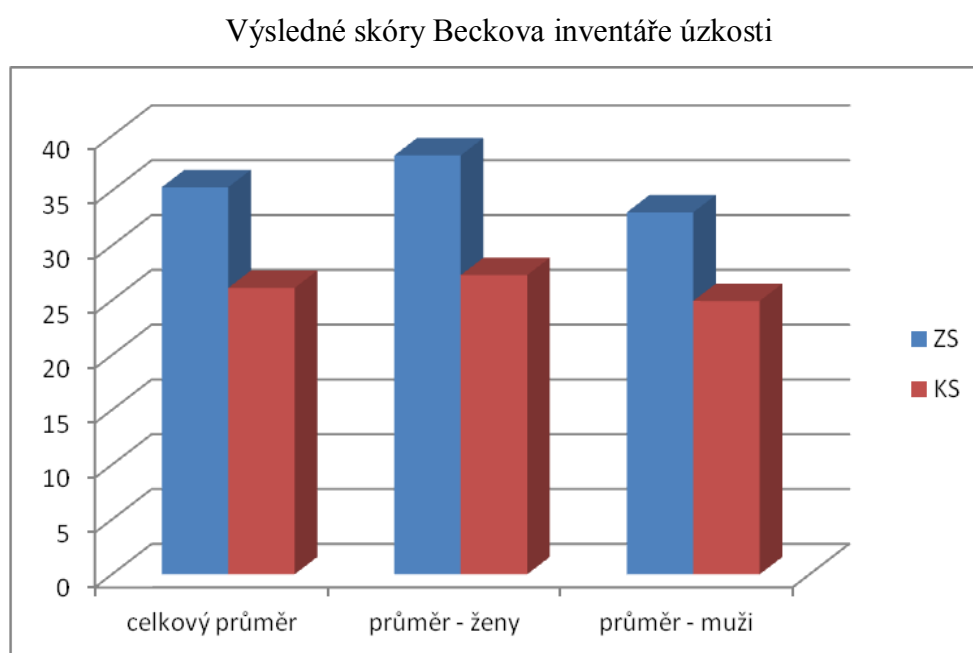
6.1.1 Ověření hypotézy H1

H_{10} : *Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkosti naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.*

H_{1A} : *Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkosti naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.*

V následujícím grafu a tabulkách uvádím srovnání naměřených hodnot úzkosti mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Graf č. 1- Výsledné skóry Beckova inventáře úzkosti zkoumaného souboru a kontrolní skupiny



ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

Tab. 3 - Srovnání výsledných skór úzkosti u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

Skupina	n	Celkový průměr	Průměr - ženy	Průměr - muži	Min. hodnota - ženy	Min. hodnota - muži	Max. hodnota - ženy	Max. hodnota - muži
ZS	71	35,32	38,22	33,03	24	21	59	62
KS	79	26,13	27,3	24,94	21	21	51	40

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

n = počet respondentů

Tabulka č. 3 znázorňuje přehled průměrných, minimálních a maximálních hodnot úzkosti zkoumaného souboru a kontrolní skupiny. Z tabulky i grafu je na první pohled patrné, že průměrné hodnoty úzkosti jsou u zkoumaného souboru vyšší než u kontrolní skupiny.

Tab. 4 - Srovnání stupně závažnosti úzkosti u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

Skupina	n (%)	Mírné projevy úzkosti (%)	Středně těžká závažnost (%)	Těžká závažnost (%)
ZS	71 (100)	1 (1,41)	39 (54,93)	31 (43,66)
KS	79 (100)	25 (31,64)	47 (59,49)	7 (8,86)

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

n = počet respondentů

Tabulka č. 4 udává počet respondentů zkoumaného souboru a kontrolní skupiny, kteří trpěli mírnými, středně těžkými a těžkými projevy úzkosti. Z uvedeného lze konstatovat, že do kategorie „těžká závažnost obtíží“ spadá signifikantně více respondentů zkoumaného souboru (tj. 43,66%) než z kontrolní skupiny (tj. 8,86%).

Při testování dvou výběrových souborů bylo zjištěno, že data nemají normální rozložení (Kolmogorovův-Smirnovův test - zkoumaný soubor $p= 0,008$, kontrolní skupina $p= 0,000$), (Příl. 2). Z tohoto důvodu byl použit neparametrický Mann - Whitney test (Příl. 2). Test Mann - Whitney je signifikantní ($p= 0,000$), tedy zamítáme nulovou hypotézu (Příl. 3). Na základě výsledků lze konstatovat, že mezi průměry výběrových souborů, existuje signifikantní rozdíl. Potvrdil se předpoklad, že zkoumaný soubor má signifikantně vyšší skóre úzkosti než kontrolní skupina.

Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že míra úzkosti je signifikantně vyšší u jedinců s metabolickým syndromem než u zdravých jedinců. Zamítáme nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu.

Hypotéza č. 1 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

6.1.2 Ověření hypotézy H2

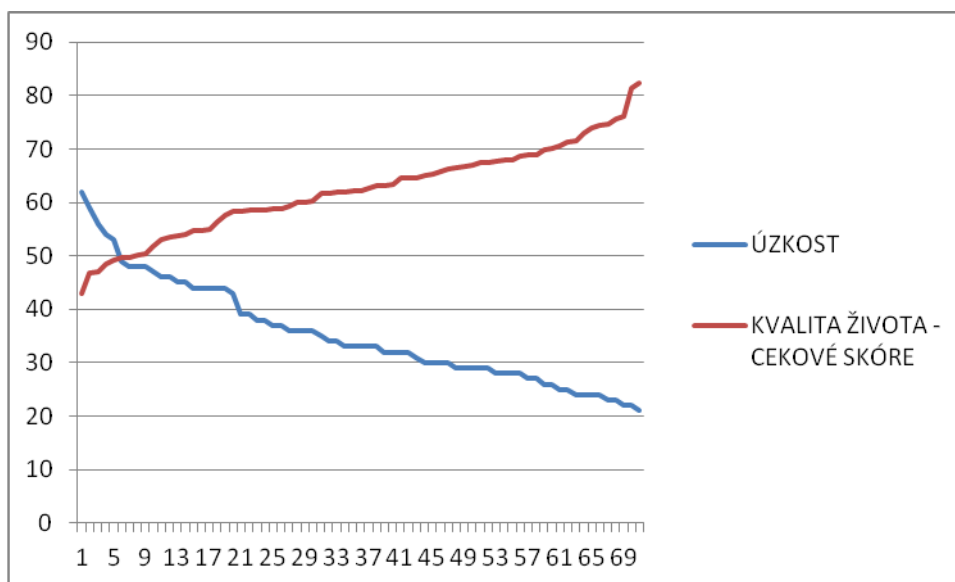
H₂₀: *Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou úzkosti naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.*

H_{2A}: *Existuje signifikantní vztah mezi mírou úzkosti naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.*

Výsledné korelace

Dle hypotézy č. 2 očekáváme, že mezi mírou úzkosti zjištěnou dotazníkem Beckův inventář úzkosti a mírou kvality života zjištěnou dotazníkem WHOQOL-BREF existuje signifikantní negativní vztah. Pro porovnání výsledků hodnot úzkosti a hodnot celkové kvality života byl použit Pearsonův korelační koeficient. Jelikož výsledné $r = -0,328$, $p_{0,05}$ lze konstatovat, že mezi mírou úzkosti a mírou celkového skóre kvality života existuje signifikantní negativní vztah. Přehled uvádí Graf č. 2.

Graf č. 2 - Vztah mezi úzkostí a celkovou kvalitou života



Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou úzkosti a mírou kvality života. Se stoupající mírou úzkosti dochází ke snížení kvality života. Zamítáme nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu č. 2.

Hypotéza č. 2 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

6.2 Interpretace výsledků k cíli 2

Cíl 2: Zjistit výskyt deprese u jedinců s metabolickým syndromem.

Ke splnění cíle byl použit standardizovaný dotazník deprese BDI-II.

Po porovnání výsledků byly zjištěny následující informace. Z celkového počtu 36 žen, které se účastnily hlavního výzkumného šetření, trpělo minimálním stupněm deprese 19 žen, lehkým stupněm deprese 8 žen, středně těžkým stupněm deprese 7 žen a těžkým stupněm deprese 2 ženy. Minimální naměřená hodnota deprese byla 2 body, maximální 35 bodů a průměr činil 13,86 bodů. Z celkového počtu 35 mužů trpělo minimálním stupněm deprese 28 mužů, lehkým stupněm deprese 5 mužů, středně těžkým 2 muži a těžkým stupněm deprese netrpěl žádný z mužů zkoumaného souboru. Minimální naměřená hodnota deprese byla 1 bod, maximální 26 a průměr činil 9,17 bodů. Přehled uvádí tabulka č. 5.

Tab. 5 - Výskyt deprese u jedinců s metabolickým syndromem

ZS	n (%)	Min. hodnota	Max. hodnota	r	Minimální stupeň deprese	Lehký stupeň deprese	Středně těžký stupeň deprese	Těžký stupeň deprese
Ženy	36 (50,7%)	2	35	13,86	19	8	7	2
Muži	35 (49,3%)	1	26	9,17	28	5	2	0

ZS = zkoumaný soubor
n = počet respondentů
r = průměr

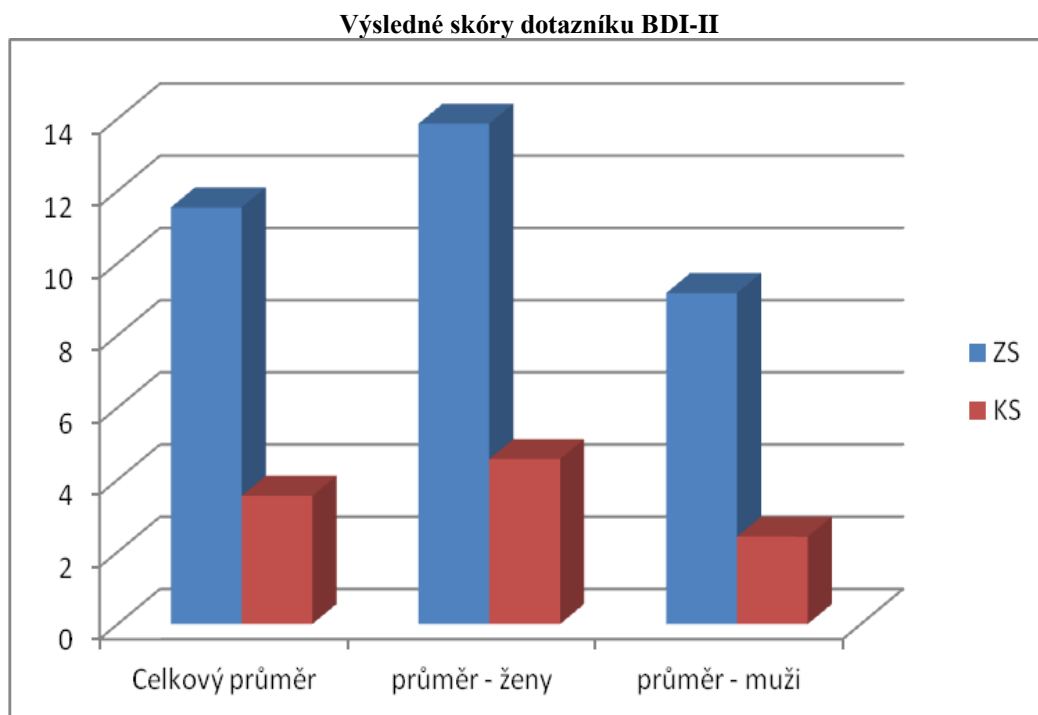
6.2.1 Ověření hypotézy H3

H3₀: *Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese, naměřenou dotazníkem BDI, mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.*

H3_A: *Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese, naměřenou dotazníkem BDI, mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.*

V následujícím grafu a tabulce uvádím srovnání naměřených hodnot deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Graf č. 3 - Výsledné skóry deprese zjištěné dotazníkem BDI-II u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny



ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

Tab. 6 - Srovnání výsledných skór deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

Skupina	n	Celkový průměr	Průměr - ženy	Průměr - muži	Min. hodnota - ženy	Min. hodnota - muži	Max. hodnota - ženy	Max. hodnota - muži
ZS	71	11,54	13,86	9,17	2	1	35	26
KS	79	3,55	4,57	2,42	0	0	24	23

n = počet respondentů

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

Tabulka č. 6 podává přehled průměrných, minimálních a maximálních hodnot deprese zkoumaného souboru a kontrolní skupiny. Z tabulky i grafu je patrné, že průměrné hodnoty deprese u zkoumaného souboru jsou vyšší než u kontrolní skupiny.

Při testování dvou výběrových souborů bylo zjištěno, že data nemají normální rozložení (Kolmogorovův-Smirnovův test - zkoumaný soubor $p= 0,011$, kontrolní skupina $p= 0,000$), (Příl. 2a) Z tohoto důvodu byl použit neparametrický Mann - Whitney test (Příl. 2a). Test Mann - Whitney je signifikantní ($p= 0,000$), zamítáme tedy nulovou hypotézu (Příl. 3a). Lze konstatovat, že existuje signifikantní rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Potvrdil se předpoklad, že zkoumaný soubor má signifikantně vyšší míru deprese než kontrolní skupina.

Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že míra deprese je signifikantně vyšší u jedinců s metabolickým syndromem než u zdravých jedinců. Zamítáme nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu.

Hypotéza č. 3 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

6.2.2 Ověření hypotézy H4

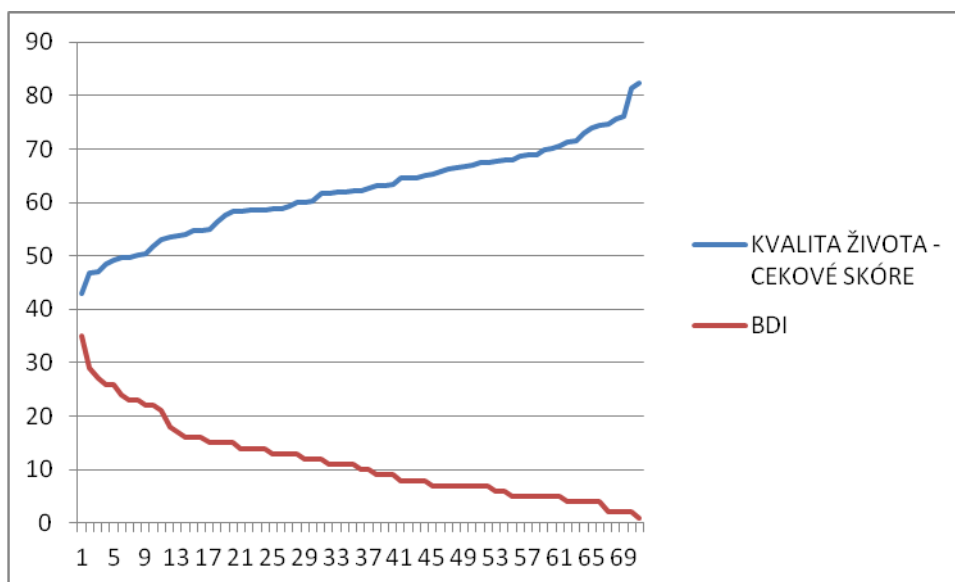
H4₀: *Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou deprese, naměřenou dotazníkem BDI a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.*

H4_A: *Existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese, naměřenou dotazníkem BDI a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF.*

Výsledné korelace

Dle alternativní hypotézy č. 4 očekáváme, že mezi mírou deprese, zjištěnou dotazníkem BDI a mírou kvality života existuje signifikantní vztah. Pro porovnání výsledků hodnot deprese a hodnot kvality života byl použit Pearsonův korelační koeficient. Jelikož výsledné $r = -0,624$, $p_{0,05}$, lze konstatovat, že mezi mírou deprese a mírou celkové kvality života existuje signifikantní negativní vztah. Přehled uvádí graf č. 4.

Graf č. 4 - Vztah mezi depresí a celkovou kvalitou života



Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou deprese a mírou kvality života. Se stoupající mírou deprese dochází ke snížení kvality života. Zamítáme nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu.

Hypotéza č. 4 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

6.3 Interpretace výsledků k cíli 3

Cíl 3: Zjistit kvalitu života u jedinců s metabolickým syndromem

Pro interpretaci výsledků měření byly použity průměrné hrubé skóry jednotlivých domén dotazníku WHOQOL - BREF. Bodové rozpětí u celkové kvality života (Q1) a zdravotního stavu (Q2) se pohybuje na škále od 1 - 5, kdy 1 = minimální hodnota. U domén 1 - 4 se rozpětí hrubého skóru pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší číslo poukazuje na lepší kvalitu života. Přehled naměřených hodnot jednotlivých domén u mužů a žen podává tabulka č. 7.

Tab. 7 - Průměrné hodnoty jednotlivých domén dotazníku kvality života WHOQOL-BREF zkoumaného souboru

ZS	n (%)	Q1	Q2	DOM 1 (FZ)	DOM 2 (P)	DOM 3 (SV)	DOM 4 (PR)	CKŽ
Ženy	36 (50,7%)	3,52	2,82	12,98	13,91	14,03	13,43	60,29
Muži	35 (49,3%)	3,62	3,11	13,94	14,84	14,71	13,97	64,21

ZS = zkoumaný soubor

n = počet respondentů

Q1 = celková kvalita života

Q2 = zdravotní stav

DOM 1 (FZ) = doména 1 (fyzické zdraví)

DOM 2 (P) = doména 2 (prožívání)

DOM 3 (SV) = doména 3 (sociální vztahy)

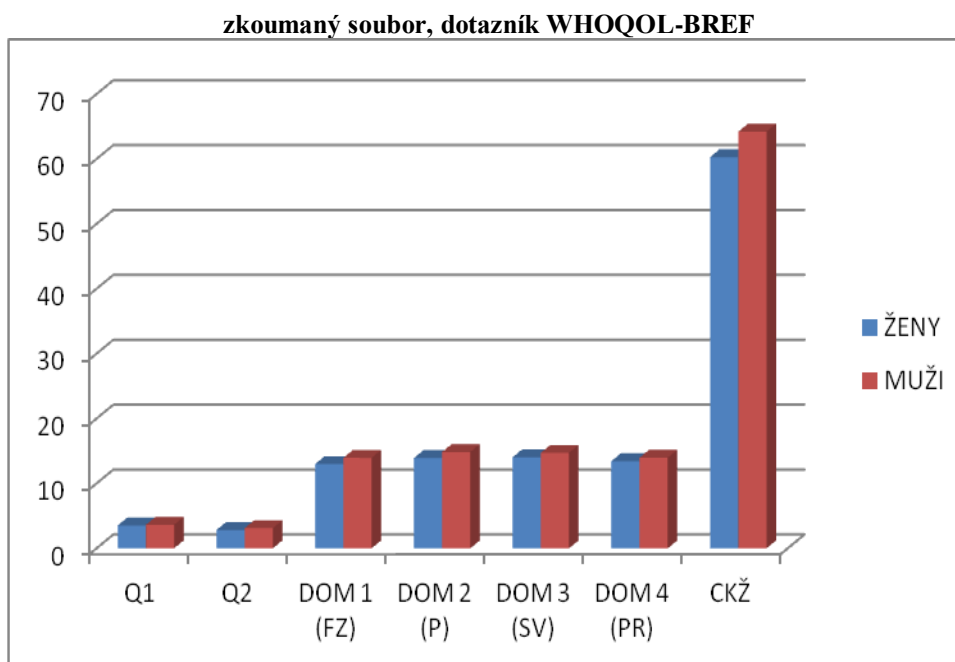
DOM 4 (PR) = doména 4 (prostředí)

CKŽ = celkové skóre kvality života

Poznámka: rozpětí škály je u domén 4 - 20, u položek Q1 a Q2 1-5

Z tabulky č. 7 je patrné, že průměrné hodnoty jednotlivých domén jsou vyšší u mužů s metabolickým syndromem než u žen, což poukazuje na lepší kvalitu života mužů s tímto onemocněním. Tuto skutečnost ilustruje i graf č. 5.

Graf č. 5 - Průměrné hodnoty jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF mužů a žen zkoumaného souboru



n = počet respondentů

Q1 = celková kvalita života

Q2 = zdravotní stav

DOM 1 (FZ) = doména 1 (fyzické zdraví)

DOM 2 (P) = doména 2 (prožívání)

DOM 3 (SV) = doména 3 (sociální vztahy)

DOM 4 (PR) = doména 4 (prostředí)

CKŽ = celkové skóre kvality života

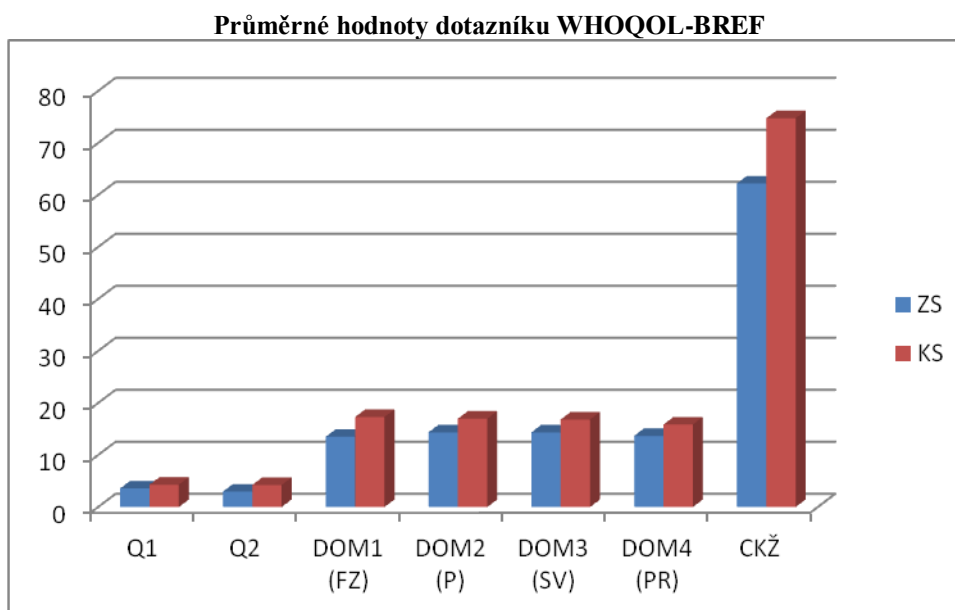
6.3.1 Ověření hypotézy H5

H5₀: *Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.*

H5_A: *Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.*

V následujícím grafu a tabulce uvádím srovnání průměrných naměřených hodnot kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Graf č. 6 - Průměrné hodnoty jednotlivých položek kvality života zkoumaného souboru a kontrolní skupiny



ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

n = počet respondentů

Q1 = celková kvalita života

Q2 = zdravotní stav

DOM1 (FZ) = fyzické zdraví

DOM2 (P) = prožívání

DOM3 (SV) = sociální vztahy

DOM4 (PR) = prostředí

CKŽ = celkové skóre kvality života

Tab. 8 - Průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

Skupina	n	Q1	Q2	DOM 1 (FZ)	DOM 2 (P)	DOM 3 (SV)	DOM 4 (PR)	CKŽ
ZS	71	3,58	2,96	13,52	14,37	14,36	13,69	62,22
KS	79	4,3	4,25	17,31	17,00	16,84	15,87	74,76

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

n = počet respondentů

Q1 = celková kvalita života

Q2 = zdravotní stav

DOM 1 (FZ) = fyzické zdraví

DOM 2 (P) = prožívání

DOM 3 (SV) = sociální vztahy

DOM 4 (PR) = prostředí

CKŽ = celkové skóre kvality života

Poznámka: rozpětí škály je u domén 4 - 20, u položek Q1 a Q2 1-5

Z grafu č. 6 a tabulky 8 je na první pohled patrné, že zkoumaný soubor má nižší kvalitu života než kontrolní skupina. Pro statistické ověření významnosti byl použit parametrický t-test.

Dle hypotézy č. 5 očekáváme, že existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Při testování dvou výběrových souborů bylo zjištěno, že data mají normální rozložení (Příl. 2b). Z tohoto důvodu byl použit parametrický T - test s rovností rozptylu. Výsledné $t = 1,219$, $p_{0,05}$ (Příl. 4). Lze konstatovat, že mezi průměry výběrových souborů existuje signifikantní rozdíl. Potvrdil se předpoklad, že zkoumaný soubor má signifikantně nižší skóre kvality života než kontrolní skupina.

Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že míra kvality života je signifikantně nižší u jedinců s metabolickým syndromem než u zdravých jedinců. Zamítáme nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu.

Hypotéza č. 5 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

6.4 Vedlejší výsledky

6.4.1 Srovnání výsledků dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny s populační normou

V následující tabulce a grafu uvádím porovnání výsledků zkoumaného souboru a kontrolní skupiny s populační normou.

Tab. 9 - Srovnání průměrných výsledků dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny s populační normou

Skupina	Q1 - r	Q2 - r	DOM 1 (FZ) - r	DOM 2 (P) - r	DOM 3 (SV) - r	DOM 4 (PR) - r
ZS	3,58	2,96	13,52	14,37	14,36	13,69
KS	4,3	4,25	17,31	17,00	16,84	15,87
PN	3,82	3,68	15,55	14,78	14,98	13,30

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

PN = populační norma

Q1 - r = celková kvalita života - průměr

Q2 - r = zdravotní stav - průměr

DOM 1 (FZ) - r = fyzické zdraví - průměr

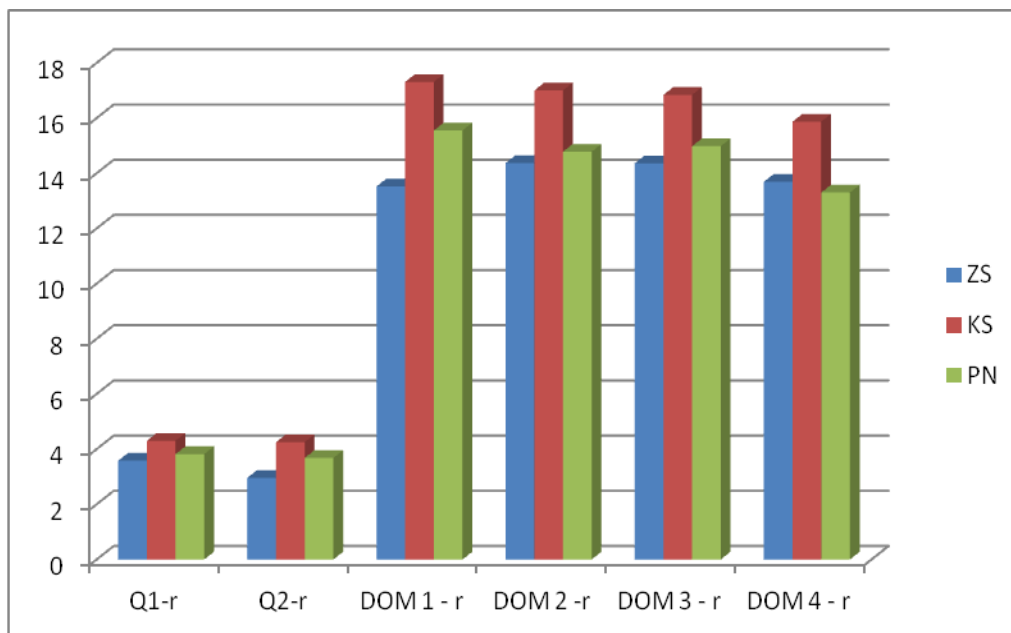
DOM 2 (P) - r = prožívání - průměr

DOM 3 (SV) - r = sociální vztahy - průměr

DOM 4 (PR) - r = prostředí - průměr

Poznámka: rozpětí škály je u domén 4 - 20, u položek Q1 a Q2 1-5

Graf č. 7 - Srovnání průměrných hodnot jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny s populační normou



ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

PN = populační norma

Q1 - r = celková kvalita života - průměr

Q2 - r = zdravotní stav - průměr

DOM 1 - r = doména 1, fyzické zdraví - průměr

DOM 2 - r = doména 2, prožívání - průměr

DOM 3 - r = doména 3, sociální vztahy - průměr

DOM 4 - r = doména 4, prostředí - průměr

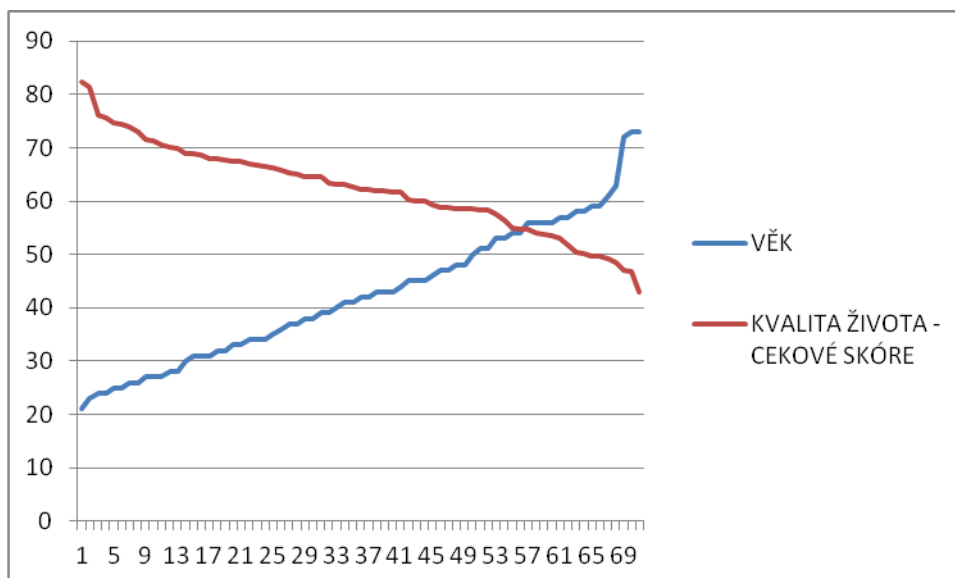
Tabulka i graf znázorňují průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF. Z tabulky i grafu je patrné, že průměrné hodnoty zkoumaného souboru jsou nižší než hodnoty populační normy. Další výrazný rozdíl se projevil v průměrných hodnotách mezi kontrolní skupinou a populační normou, kdy kontrolní skupina vykazuje vyšší průměr. Po porovnání výsledků lze konstatovat, že zkoumaný soubor má nižší kvalitu života než populační skupina.

6.4.2 Korelace věku a kvality života

Výsledná korelace

Pro zjištění vztahu mezi věkem a kvalitou života byl použit Pearsonův korelační koeficient. Jelikož výsledné $r = -0,29$ lze konstatovat, že mezi věkem a mírou celkové kvality života existuje signifikantně negativní vztah. Se vzrůstajícím věkem se snižuje celková kvalita života. Přehled uvádí graf č. 8.

Graf č. 8 - Vztah mezi věkem a celkovou kvalitou života



7 DISKUZE

Práce byla orientována na jedno z velmi diskutovaných témat současnosti metabolický syndrom a s ním spojené psychické poruchy úzkost a deprese a na hodnocení kvality života u pacientů s tímto onemocněním. Na metabolický syndrom může být různý náhled. Část autorů (Gaysina et al., 2011, s. 752; Carroll et al., 2009, s. 91-93; Rosolová, Podlipný, 2009, s. 650) popisuje jako příčinu vzniku psychické poruchy a s tím spojené užívání antidepresiv, anxiolytik a jiných psychofarmak. Tyto léky nepochybně znamenají pro pacienty trpící psychickou poruchou nesmírný přínos. Ovšem jako všechny léky jsou zatíženy vedlejšími účinky, mezi které spadají metabolické poruchy a to především při dlouhodobém užívání (Češková, 2006, online). Druhý náhled, kterým se zabývala i tato práce, považuje metabolický syndrom jako podklad k rozvoji psychických poruch a to z důvodu komplikované patofyziologie (Svačina, 2004, online; Lambert et al., 2010, s. 543-550; Zeman, Jirák, Žák a kol., 2008, s. 75; Podlipný, Hess, 2006, s. 69; Rosolová, Podlipný, 2009, s. 650). Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že existuje signifikantní rozdíl v míře úzkosti mezi souborem pacientů léčených s metabolickým syndromem a kontrolní skupinou. U pacientů s metabolickým syndromem dochází v důsledku souboru rizikových faktorů ke vzrůstu úzkosti. Tyto výsledky potvrzuje i studie provedená v Austrálii, do níž bylo zařazeno celkem 25 respondentů, z toho 17 mužů a 8 žen (Lambert et al., 2010, s. 543 - 550). Je třeba připomenout, že mezi touto studií a výsledky diplomové práce existují určité odlišnosti, a to jak v počtu respondentů, tak v druhu dotazníku. Pro diplomovou práci byl použit standardizovaný dotazník Beckův inventář úzkosti, kdežto autoři Lambert et al., použili dotazník STAI (State and Trait Anxiety Inventories). K těmto výsledkům se přiklání i studie, která byla uskutečněna v USA a na níž se podílelo 50 jedinců s obezitou a metabolickým syndromem. Výsledky prokázaly významnou korelaci mezi psychiatrickými symptomy - depresí, úzkostí a celkovým množstvím tělesného tuku (Guedes et al., 2013, s. 1 - 11). Tato studie se liší od kritérií diplomové práce tím, že se zaměřovala pouze na obézní jedince s metabolickým syndromem.

Stejně tak jako u úzkosti, se mnoho autorů zabývá depresí, coby vyvolávajícím faktorem metabolického syndromu. Na tuto skutečnost se zaměřovala například 7 - letá studie, prováděná ve Finsku, která poukázala na to, že ženy s depresivními příznaky

mají 2,5 krát vyšší riziko rozvoje metabolického syndromu než ženy bez těchto symptomů (Vanhalala et al., 2009, s. 137 - 142). Opačný postoj k této problematice zaujímala průřezová studie prováděná v USA, ve které bylo zařazeno celkem 390 obézních jedinců s metabolickým syndromem. Navzdory očekávání autorů se neprokázala vyšší míra deprese účastníků studie (Vetter et al., 2011, s. 1087 - 1094). Autoři Marijnissen et al., se zabývali zkoumáním celkem 1277 jedinců s metabolickým syndromem. Výsledky této průřezové studie realizované v Nizozemsku potvrdily významně vyšší skóre deprese, naměřené standardizovaným dotazníkem BDI (Marijnissen et al., 2013, online). S těmito výsledky korespondují závěry diplomové práce, které poukazují na signifikantně vyšší míru deprese u zkoumaného souboru. Srovnání nabývá na významnosti i z důvodu stejné výzkumné metody a to dotazníku BDI, který byl použit jak v diplomové práci, tak v průřezové studii.

Mezi další zaměření práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů s metabolickým syndromem. Práce také předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Tento předpoklad potvrdila i klinická kohortová studie, uskutečněná v Iráku. Upozornila na skutečnost, že lidé trpící metabolickým syndromem strádají ve všech oblastech kvality života, zvláště pak v oblasti fyzického zdraví, sociálních funkcích a obecně duševního zdraví (Roohafza et al., 2012, s. 1 - 6). Porovnat, které komponenty kvality života vnímají respondenti jako nejhorší, nebylo předmětem zkoumání diplomové práce. Miettola et al., publikovali průřezovou studii, které byla provedena na finském obyvatelstvu. Celkem se jí zúčastnilo 760 respondentů ve věku od 30 do 65 let. Pro tento výzkum byl použit 15 - ti dimenzionální dotazník kvality života HRQoL (Health- Related Quality of Life). Výsledky tohoto výzkumu potvrdily statisticky významný rozdíl mezi jedinci s metabolickým syndromem a jedinci bez metabolického syndromu a to zejména v oblastech mobility, kvality sluchu, dýchání, obvyklých denních činnostech, nepříjemných pocitech, vitality a sexuální aktivity. Závěry studie také potvrdily, že zmírnění jednotlivých složek metabolického syndromu vede ke zlepšení kvality života (Miettola et al., 2005, s. 1055 - 1062).

Srovnání jednotlivých výsledků uvedených studií s výsledky diplomové práce může být ovlivněno různými faktory, mezi které patří například odlišnost jednotlivých zemí, v nichž byly výzkumy prováděny, odlišná tradice a také jazyková kultura.

Mezi limity studie je nutné zařadit skutečnost, že výzkum byl proveden pouze regionálně a výsledky není možné zobecňovat. Nebyly zjišťovány další proměnné, které mohou ovlivnit míru deprese a úzkosti u respondentů. Mezi tyto konstanty patří například aktuální životní situace respondenta, nálada či osobnostní rysy. Lze zařadit i to, zda se jedinec potýká s metabolickým syndromem od dětství či je to pro něj nová situace, na kterou se ještě nestačil adaptovat. Určitý vliv na psychický stav u pacientů s metabolickým syndromem, který lze předpokládat můžeme přikládat skutečnosti, zdali respondenti žili v partnerském vztahu, či nikoli.

ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce byla zaměřena na zjištění přítomnosti úzkosti a deprese u lidí s metabolickým syndromem a na určení kvality života u této specifické skupiny pacientů. Kritéria vymezující zkoumaný soubor byla věk - více jak 18 let, ambulantní pacienti, kteří se léčí na metabolický syndrom a navštěvují I., II. interní kliniku a kliniku tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace Fakultní nemocnice Olomouc. Kontrolní skupina zahrnovala zdravé jedince ve věku více jak 18 let, kteří nebyli léčeni na žádné chronické onemocnění včetně úzkosti a deprese. Pro splnění jednotlivých cílů byly použity standardizované nástroje.

Pro **splnění cíle 1**, který zjišťoval výskyt úzkosti u jedinců s metabolickým syndromem, byl použit standardizovaný dotazník Beckův inventář úzkosti. K cíli byly vymezeny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 předpokládala, že existuje signifikantně vyšší rozdíl v míře úzkosti mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Dle zjištěných výsledků byla **hypotéza č. 1 ověřena, a byla přijata alternativní hypotéza**. Hypotéza č. 2 očekávala, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou úzkosti naměřenou dotazníkem Beckův inventář úzkosti a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF. Dle výsledných skóre byla **hypotéza č. 2 ověřena a byla přijata alternativní hypotéza**.

Cíl 1 byl splněn.

Pro **naplnění cíle 2**, který se zaměřoval na zjištění výskytu deprese u jedinců s metabolickým syndromem, byl použit standardizovaný dotazník deprese BDI-II. K cíli byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č. 3 očekávala, že zkoumaný soubor má signifikantně vyšší mírou deprese než kontrolní skupina. Po porovnání výsledků se předpoklad potvrdil, a tudíž lze konstatovat, že **hypotéza č. 3 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza**. Hypotéza č. 4 předpokládala signifikantní negativní vztah mezi mírou deprese, naměřenou dotazníkem BDI-II, a mírou kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF. Dle statistických dat se ten předpoklad potvrdil a **hypotéza č. 4 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza**.

Cíl 2 byl splněn.

Cílem 3 bylo zjistit kvalitu života u jedinců s metabolickým syndromem. K tomuto účelu byl použit standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Byla stanovena jedna hypotéza předpokládající existenci signifikantního rozdílu v míře

kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Na základě zjištěných výsledků byla **hypotéza č. 5 ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.**

Cíl 3 byl splněn.

Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že všechny cíle diplomové práce byly splněny. Byla doložena statistická data, na jejichž základě byly ověřeny a přijaty jednotlivé hypotézy.

Závěrem je třeba dodat, že výsledky výzkumného šetření poukázaly na to, že psychické poruchy úzkost a deprese se vyskytují ve vyšší míře u jedinců s metabolickým syndromem než u zdravých lidí. Tyto výsledky mohou být přínosem zvláště v dnešní době, kdy se psychická stránka v medicíně opomíjí a pozornost se zaměřuje zejména na tělesný komfort. Publikování výzkumného šetření by mohlo přispět ke zkvalitnění péče poskytované na ambulancích zabývajících se léčbou pacientů s metabolickým syndromem. Způsobů, jak aplikovat tento komplexní přístup do praxe, je několik. Jedno z možných řešení je, aby lékaři spolupracovali s psychology a tuto možnost nabízeli i pacientům, kteří se na uvedené onemocnění léčí. Další možností je vytvoření edukačního materiálu pro pacienty, který bude k dispozici v čekárnách na specializovaných pracovištích, která se zaměřují na tuto problematiku. Obsahem materiálu by byly základní informace o metabolickém syndromu, zdravém životním stylu, dodržování léčby a možnosti psychologické podpory. Ošetřující personál by měl brát v potaz, že obezita může být způsobená psychickými potížemi a není vhodné se na obézní jedince dívat skrze prsty. Psychosomatika je veřejností stále více sledována a dle mého názoru je to krok do budoucnosti, který vede správným směrem.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

ADAMS, Robert, J., APPLETON, Sarah, WILSON, David, H., TAYLOR, Anne, W. 2005. Population Comparison of Two Clinical Approaches to the Metabolic Syndrome. *DIABETES CARE online* [online]. 2005, 28 (11), 2777 - 2779. [cit. 15. 8. 2013]. ISSN 0149-5992. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/223049744/fulltextPDF/80B9DE10312C4D98PQ/1?accountid=16730>

ADMIN ONLINE. Rozhovor s MUDr. Zdeňkem Hessem - Téma deprese a metabolický syndrom [online]. 14. 1. 2012 [cit. 7. 8. 2013]. Dostupné z: <http://naposledy.blog.cz/1201/rozhovor-s-mudr-zdenkem-hessem-tema-deprese-a-metabolicky-syndrom>

ANDERS, Martin, SKOPOVÁ, Jaroslava. 2006. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch* [online]. Galén, s. 44 [cit. 30. 8. 2012]. ISBN 80-7262-396-6. Dostupné z: http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Deprese_a_uzkost_pro_prakticke_lekare.pdf

ANDERS, Martin. 2011. Biologické metody léčby duševních poruch. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2011, č. 2, s. 215 - 219 [cit. 10. 10. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicke-metody-lecby-dusevnich-poruch-457932>

BECK, Aaron, T., STEER, Robert, A., BROWN, Gregory, K. *Beck depression Inventory II*. [online]. 26. 10. 2006 [cit. 30. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.maps.org/media/Beck-Depression-Inventory-Real-Time-Report.pdf>

BOŠANSKÁ, Lenka. 2010. Metabolický syndrom včera, dnes a zítra. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2010, č. 3, s. 17. [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/postgradualni-medicina-priloha/?id=3681>

BOUČEK, Jaroslav, PIDRMAN, Vladimír. 2002. Diagnostika a terapie úzkostných stavů - pro lékaře v praxi. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2002, roč. 4, č. 4, s. 50 - 52 [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-terapie-uzkostnych-stavu-pro-lekare-v-praxi-142402>

BOUČEK, Jaroslav. 2002. Diagnostika a terapie úzkostných stavů - pro lékaře v praxi. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2002, č. 1, s. 37 [cit. 30. 8. 2012]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-terapie-uzkostnych-stavu-pro-lekare-v-praxi-142402>

BULECHEK, G., M., BUTCHER, H., K., DOCHTERMAR, J., M. 2008. *Nursing Intervention Classification 1992 - 2008*. 5. vyd. USA, 2008. ISBN 978-0-323-05340-2
CAROLL, Douglas, PHILLIPS, Anna, C., THOMAS, G., Neil, GALE, Catharine, R., DEARY, Ian, BATTY, G., David. 2009. Generalized Anxiety Disorder Is Associated with Metabolic Syndrome in the Vietnam Experience Study. *SOCIETY OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY online* [online]. 2009, 66, 91 - 93 [cit. 22. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322309002364>

CSISKO, Matej. 2013. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. *SESTRA online* [online]. 2013, č. 12, s. 28 - 29 [10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-osevrotatelske-praxi-473279>

ČESKÝ INSTITUT METABOLICKÉHO SYNDROMU, o.p.s. 2013. Metabolický syndrom - diagnostika a léčba. *ČESKÝ INSTITUT METABOLICKÉHO SYNDROMU, o.p.s. online* [online]. 2013. [cit. 7. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.cims-ops.cz/cz/pacienti/207/metabolicky-syndrom-diagnostika-a-lecba/>

ČEŠKOVÁ, Eva. 2006. Metabolický syndrom způsobený psychofarmaky. *ZDRAVÍ E15, Příloha: LÉKAŘSKÉ LISTY online* [online]. 2006, č. 18, s. 9 - 11 [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/metabolicky-syndrom-zpusobeny-psychofarmaky-272166>

DIVECKÁ, Elena. 2013. Komunikace s pacientem s depresivní poruchou. *SESTRA online* [online]. 2013, č. 2, s. 22 - 24 [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacientem-s-depresivni-epizodou-469290>

DOLEŽALOVÁ, Radka, HALUZÍK, Martin. 2006. Metabolický syndrom a fyzická aktivita. *DIABETOLOGIE, METABOLISMUS, ENDOKRINOLOGIE, VÝŽIVA online* [online]. 2006, č. 2, s. 69 - 74. [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/DMEV/2006/02/05_dolezalova_dmev_2_06_web_zabezp.pdf

DRAGOMERICKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 978-80-851-2182-7

DRAGOMIRECKÁ, Eva. 2006. Nemoc a kvalita života. *SESTRA online* [online]. 2006, příloha Inkontinence, s. 8 [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383>

FRIČOVÁ, Silvia. 2010. Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství. *SESTRA online* [online]. 2010, č. 3, s. 34 - 37 [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyznam-a-moznosti-vyuziti-edukace-v-psychiatrickem-osetrovatelstvi-450436>

GAYSINA, Darya, PIERCE, Mary, RICHARDS, Marcus, HOTOPF, Matthew, KUH, Diana, HARDY, Rebecca. 2011. Association between adolescent emotional problems and metabolic syndrome: The modifying effect of C-reactive protein gene (CRP) polymorphisms. *BRAIN, BEHAVIOUR AND IMMUNITY online* [online]. 2011, 25, 750 - 758 [cit. 22. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159111000468>

GUEDES, Erika, P., MADEIRA, Eduardo, MAFORT, Thiago, T., MADEIRA, Miguel, MOREIRA, Rodrigo, O., MENDONCA, Laura, MC., GODOY-MATOS, Amélio, F., LOPES, Agnaldo, J., FARIAS, Maria, Lucia, F. 2013. Body composition and depressive/anxiety symptoms in overweight and obese individuals with metabolic syndrome. *DIABETOLOGY AND METABOLIC SYNDROME online* [online]. 2013, 2 - 5 [cit. 16. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.dmsjournal.com/content/pdf/1758-5996-5-82.pdf>

HAMOUIZ, Zdeněk. *Režimová opatření u metabolického syndromu* [online]. 5. 5. 2013 [cit. 9. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.monitorzdravi.cz/o-projektu/odborny-tisk>

HEJMALOVÁ, Michaela. 2012. Rizikové faktory metabolického syndromu. *MEDICINA SPORTIVA BOHEMICA ET SLOVACA online* [online]. 2012, roč. 21, č.

1, s. 9 - 20. [cit. 15. 8. 2013]. ISSN 1210-5481. Dostupné z: <https://camelot.lf2.cuni.cz/krysot/download/msbs/MSBS20120401.pdf>

HERDMAN, T., H., HEATH, C., LUNNEY, M., SCROGGINS, L., VASALLO, B. 2010. *Nanda International, Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace, 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing , 2010. ISBN 978-80-247-3423-1

HERVA, Anne, RASANEN, Pirkko, MIETTUNEN, Jouko, TIMONEN, Markku, LAKSY, Kristian, VEIJOLA, Juha, LAITINEN, Jaana, ROUKONEN, Aimo, JOUKAMAA, Matti. 2006. Co-occurrence of Metabolic Syndrome With Depression and Anxiety in Young Adults: The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *PSYCHOSOMATIC MEDICINE online* [online]. 2006, 68, 213 - 216 [cit. 22. 8. 2013]. Dostupné z : <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/68/2/213.full.pdf+html>

HESS, Zdeněk. *Rozhovor s MUDr. Zdeňkem Hessem. Deprese a metabolický syndrom* [online]. 2013 [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor10>

HNILICOVÁ, Helena. 2003. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *ZDRAVÍ E15, Příloha: LÉKAŘSKÉ LISTY online* [online]. 2003, č. 5, s. 27 - 29 [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>

HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka, a kol. 2007. *Péče o pacienty s depresivní poruchou* [online]. Gerontologické centrum, 2007. [cit. 2. 9. 2013]. ISBN 978-80-254-0177-4. Dostupné z: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf

JANŮ, Luboš, RACKOVÁ, Sylva. 2007. Jak správně poznat a léčit depresi. *MEDICÍNA PRO PRAXI online* [online]. 2007, č. 1, s. 24 - 27 [cit. 19. 8. 2013]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/06.pdf>

JANYŠKOVÁ, Anna. 2007. *Vyznačují se obézní lidé specifickými osobnostními vlastnostmi?* [online]. Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity, s. 94 - 103 [cit. 27. 1. 2013]. Dostupné z: http://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114285/P_Psychologica_11-2007-1_11.pdf

KALLMAN, Jillian, B., WHEELER, Angela, ALATHARI, Husam, K., FANG, Yun, STEPANOVA, Maria, ELRAINY, Hazem, YOUNOSSI, Zobair, M. 2010. Association of Components of Metabolic Syndrome with Depression and Anxiety in Patients Undergoing Weight Reduction Surgery. *THE OPEN OBESITY JOURNAL online* [online]. 2010, 2, 125 - 131 [cit. 22. 8. 2013]. ISSN 18768237. Dostupné z: <http://www.benthamsience.com/open/toobesj/articles/V002/125TOOBESJ.pdf>

KAREN, Igor, SOUČEK, Miroslav, BLÁHA, Vladimír, PELIKÁNOVÁ, Terezie, ROSOLOVÁ, Hana, SOŠKA, Vladimír, SUCHARDA, Petr. 2010. *Metabolický syndrom - diagnostika a léčba* [online]. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, s. 3 - 10 [cit. 1. 10. 2013]. ISBN 978-80-86998-38-1. Dostupné z: http://www.vpl.sk/files/file/dp/2003_2007/metabolizmus_MS_2010.pdf

KOSOVÁ, Jiřina, KOSTIUK, Pavel. 2009. Současné možnosti léčby depresivní poruchy. *EDUKAFARM FARMINEWS online* [online]. 2009, č. 1, s. 42 - 43 [cit. 23. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/5/042-043.pdf>

KOSOVÁ, Jiřina. 2009. Depresivní porucha a její léčba. *EDUKAFARM FARMINEWS online* [online]. 2009, č. 5, s. 4 - 6. [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/9/deprese.pdf>

KOSOVÁ, Martina. 2009. Úzkost a její zvládání. *LIGA PROTI RAKOVINĚ BRNO online* [online]. 2009. [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/psycholog-uzkost-a-jeji-zvladani/>

KRAHULEC, Boris. 2005. Obezita a niektoré faktory prostredia podporujúce vznik metabolického syndrómu. *CARDIOL online* [online]. 2005, roč. 14, č. 4, s. 161 - 165. [cit. 21. 7. 2013]. ISSN 1210-0048. Dostupné z: http://www.cardiology.sk/casopis/405/pdf/04_rev_art.pdf

KRYL, M. 2006. Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE online* [online]. 2006, roč. 102, č. 5, s. 250 - 255 [cit. 10. 9. 2013]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=252>

KRYL, Michal. 2003. Psychoterapie úzkostných stavů. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI online* [online]. 2003, č. 4, s. 184 - 185 [cit. 10. 10. 2013]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/10.pdf>

KRYL, Michal. 2005. Úzkostné poruchy. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI online* [online]. 2005, č. 3, s. 155 [cit. 10. 10. 2013]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/03/11.pdf>

LAMBERT, Elisabeth, DAWOOD, Tye, STRAZNICKY, Nora, SARI, Carolina, SCHLAICH, Markus, ESLER, Murray, LAMBERT, Gavin. 2010. Association between the sympathetic firing pattern and anxiety level in patients with the metabolic syndrome and elevated blood pressure. *JOURNAL OF HYPERTENSION online* [online]. 2010, 28 (3), 543 - 550 [cit. 22. 8. 2013]. Dostupné z: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.11.0a/ovidweb.cgi>

LAŇKOVÁ, Jaroslava, SIBLÍKOVÁ, Jana. 2004. *Deprese. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře 2004*. [online]. Praha. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství, s. 3 [cit. 14. 10. 2013]. ISBN 80-903573-1-8. Dostupné z: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Deprese.pdf

LIBIGEROVÁ, Eva. 2003. Úzkost, stres a úzkostné poruchy na počátku 21. století. *REMEDIA online* [online]. 2003, č. 6 [cit. 30. 8. 2012]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Uzkost-stres-a-uzkostne-poruchy-na-pocatku-21-stoleti/6-F-e4.magarticle.aspx>

MAJEROVÁ, Markéta. 2006. Depresivní onemocnění. *SESTRA online* [online]. 2006, č. 10, s. 46 [cit. 2. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/depresivni-onemocneni-274003>

MARIJNISSEN, Radboud, M., SMITS, Johanna, E., M., P., SHOEVEERS, Robert, A., BRINK van den, ROB, H., S., HOLEWIJN, Suzanne, FRANKE, Barbara, GRAAF de, Jacqueline, VOSHAAR, OUDE, Richard, C. 2013. Association between metabolic syndrome and depressive symptom profiles - Sex specific? *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS online* [online]. 2013, 151(3), 1138-1142 [cit. 5. 1. 2014]. ISSN 0165-03267. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713006009>

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 258 [cit. 19. 8. 2013]. ISBN 80-247-1151-6. Dostupné z: http://books.google.cz/books?id=SOaopwFmaoUC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

MAŘÍKOVÁ, Martina. 2013. Farmaceutická péče u pacientů s depresivní poruchou. *PRAKTICKÉ LÉKÁRENSTVÍ online* [online]. 2013, roč. 9, č. 2, s. 78 - 82. [cit. 14. 10. 2013]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/02/07.pdf>

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, MATĚJOVSKÝ, Jan, BYCHLER, Igor, ČEJGLOVÁ, Zdeňka, DVORSKÝ, František, LEIXNER, Ivan, NAVRÁTILOVÁ, Marie, TOMEČEK, Pavel, MELUZÍNOVÁ, Hana. 2009. Starší nemocný a metabolický syndrom. *ZDRAVÍ E15, Příloha: LÉKAŘSKÉ LISTY online* [online]. 2009, roč. 10, č. 10, s. 16 [cit. 10. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.muni.cz/research/publications/870127>

MAYER, Otto, jr. 2004. Kardiovaskulární riziko metabolického syndromu a možnosti jeho léčebného ovlivnění. *INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI online* [online]. 2004, č. 2, s. 64 - 69. [cit. 10. 9. 2013]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/02/04.pdf>

MIETTOLA, Juhani, NISKANEN, Leo, K., VIINAMÄKI, Heimo, SINTONEN, Harri, KUMPUSALO, Esko. 2008. Metabolic syndrome is associated with impaired health related quality of life: Lapinlahti 2005 study. *QUALITY OF LIFE RESEARCH online* [online]. 2008, 17 (8), 1055 - 1062 [cit. 29. 12. 2013]. ISSN 1573-2649. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11136-008-9386-6#page-1>

MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MASS, L., M., SWANSON, E. 2008. *Nursing Outcomes Classification*. 4. vyd. USA, 2008. ISBN 978-0-323-05408-9

MOŤOVSKÝ, Branislav. 2006. Diagnostika a liečba úzkostných poruch. *VIA PRACTICA online* [online]. 2006, roč. 3, č. 12, s. 572 - 574 [cit. 7. 10. 2013]. ISSN 1339-424X. Dostupné z: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2253&magazine_id=1

NAVRÁTILOVÁ, Zdeňka. 2012. Anxiolytika přírodního původu I. Rostliny původní v České republice a rostliny zde pěstované. *KONTAKT online* [online]. 2012, roč. 14, č. 1, s. 68 - 84 [cit. 30. 8. 2012]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120426104117772789.pdf>

NEPOKOJOVÁ, Jitka. 2011. Anxiolytika v léčbě úzkosti. *SESTRA online* [online]. 2011, č. 4, s. 25-26. [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=459321>

PAPEŽOVÁ, Hana. 2006. Úzkostné poruchy. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2006, č. 5, s. 34 - 39 [cit. 7. 10. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=272927>

PAVLATOVÁ, Eva. 2010. Metabolický syndrom *ZDRAVÍ E15, Příloha: PACIENTSKÉ LISTY online* [online]. 2010, č. 22. [cit. 21. 7. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/metabolicky-syndrom-456805>

PELIKÁNOVÁ, Terezie. 2003. Inzulinová rezistence a metabolický syndrom. *INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI online* [online]. 2003, č. 10, s. 491 - 495. [cit. 10. 9. 2013]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/10/04.pdf>

PLUCAR, Bohumír, VÁVRŮ, Iveta. 2005. Deprese a antidepresiva. *KONTAKT online* [online]. 2005, 3-4, s. 338 - 343 [cit. 23. 10. 2013]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322141451915554.pdf>

PODLIPNÝ, Jiří, HESS, Zdeněk. 2006. Deprese, metabolický syndrom a diabetes mellitus. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI online* [online]. 2006, č. 2, s. 69 - 72 [cit. 19. 8. 2013]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/05.pdf>

PRAŠKO, Ján, BULIKOVÁ, Barbora, SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. [online]. Galén, s. 10 - 11. [cit. 2. 9. 2013]. ISBN 978-80-7262-656-4. Dostupné z: http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Depresivni_porucha_a_jak_ji_prekonat.pdf

PRAŠKO, Ján, DOUBEK, Pavel, DIVEKY, Tomáš, GRAMBAL, Aleš, GRAMBALOVÁ, Zuzana, HERMAN, Erik, HOVORKA, Jiří, KAMARÁDOVÁ, Dana, KOVACZOVÁ, Andrea, LÁTALOVÁ, Klára, ŠILHÁN, Petr. 2010. Úzkostné poruchy v neurologii. *NEUROLOGIE PRO PRAXI online* [online]. 2010, roč. 11, č. 4, s. 265 - 270. [cit. 10. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/04/14.pdf>

PRAŠKO, Ján, GRAMBAL, Aleš, JELENOVÁ, Daniela, KAMARÁDOVÁ, Dana, ŠILHAN, Petr. 2012. Agorafobie. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2012, č. 4 [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/agorafobie-464233>

PRAŠKO, Ján, HERMAN, Erik, HOVORKA, Jiří, PAŠKOVÁ, Beata, PRAŠKOVÁ, Hana. 2003. Smíšená úzkostně depresivní porucha. Příručka pro klinickou praxi. Praha: Galén, 2003, s. 39. ISBN 80-86257-34-7

PRAŠKO, Ján, LAŇKOVÁ, Jaroslava. *Úzkostné poruchy. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře. 2006* [online]. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství, s. 1 - 7 [cit. 7. 10. 2013]. ISBN 80-86998-05-03. Dostupné z: http://svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Uzkostne-poruchy.pdf

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana. 2004. Úzkostné poruchy. *ZDRAVÍ E15, Příloha: LÉKAŘSKÉ LISTY online* [online]. 2004, č. 46, s. 26 - 27. [cit. 10. 10. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=163910>

PRAŠKO, Ján, VYSKOČILOVÁ, Jana, PRAŠKOVÁ, Jana. 2008. *Sociální fobie a její léčba. Příručka pro lidi se sociální fobií* [online]. Galén [cit. 10. 9. 2013]. ISBN 978-80-7262-580-2. Dostupné z: http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Socialni_fobie_a_jeji_lecba.pdf

PRAŠKO, Ján. 2009. Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu. 1. vyd. Galén, 2009, s. 14 - 15. ISBN 978-807262-631-1

PRAŠKO, Ján. 2010. Generalizovaná úzkostná porucha a její léčba. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2010, č. 3, s. 238 - 247 [cit. 7. 10. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/generalizovana-uzkostna-porucha-a-jeji-lecba-450131>

PTÁČEK, Radek, KUŽELOVÁ, Hana. 2011. Strach a úzkost jsou jako pavouk. *ZDRAVÍ E15, Příloha: PACIENTSKÉ LISTY online* [online]. 2011, č. 1, s. 30 - 31. [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/strach-a-uzkost-jsou-jako-pavouk-457526>

RABOCH, Jiří. 2011. Aktuální pohledy na diagnostiku a léčbu depresivní poruchy. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2011, č. 2, s. 170 - 178 [cit. 23. 10. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/aktualni-pohledy-na-diagnostiku-a-lecbru-depresivni-poruchy-457925>

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3006-6

RICHTER, N., JUCKEL, G., ASSION, H.-J. 2010. Metabolic syndrome: a follow-up study of acute depressive inpatients. *EUROPEAN ARCHIVES PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE online* [online]. 2010, 260, 41 - 49 [cit. 1. 2. 2013]. ISSN 1433-8491. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00406-009-0013-5#page-1>

ROOHAFZA, Hamidreza, SADEGHI, Masoumeh, TALAEI, Mohammad, POURMOGHADDAS, Zahra, SARRAFZADEGAN, Nizal. 2012. Psychological status and Quality of Life in relation to the Metabolic Syndrome: Isfahan Cohort Study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY online* [online]. 2012, 1 - 5 [cit. 22. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/ije/2012/380902/abs/>

ROSOLOVÁ, H., PODLIPNÝ, J. 2009. Anxiózně Depresivní poruchy a metabolický syndrom. *VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ online* [online]. 2009, roč. 55, č. 7-8, s. 650 - 652 [cit. 10. 9. 2013]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/anxiozne-depresivni-poruchy-a-metabolicky-syndrom-34447?confirm_rules=1

ROSOLOVÁ, Hana. 2010. Metabolický syndrom a jeho nebezpečí. *ZDRAVÍ E15, Příloha: PACIENTSKÉ LISTY online* [online]. 2010, č. 2, s. 4 - 6. [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/metabolicky-syndrom-a-jeho-nebezpeci-449454>

ROSOLOVÁ, Hana. 2010. Metabolický syndrom a jiné nebezpečí. *ZDRAVÍ E15, Příloha: PACIENTSKÉ LISTY online* [online]. 2010, roč. 2, [cit. 21. 7. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/metabolicky-syndrom-a-jeho-nebezpeci-449454>

SEDLÁČKOVÁ, Zuzana, OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján. 2013. Depresivní porucha, její léčba a komorbidita s poruchami osobnosti. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2013, č. 1 [cit. 10. 9. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/depresivni-porucha-jeji-lecba-a-komorbidita-s-poruchami-osobnosti-468608>

SEKOT, Miroslav. 2011. Problematika úzkosti a somatizace v klinické praxi. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2011, č. 2, s. 179 - 186 [cit. 7. 10. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=457926>

SKÁLOVÁ, Andrea. 2013. Obezita z pohledu různých odborníků. *ZDRAVÍ E15, Příloha: LÉKAŘSKÉ LISTY online* [online]. 2013, č. 6, s. 26 - 27 [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/obezita-z-pohledu-ruznych-odborniku-471012>

SKILTON, Michael, R., MOULIN, Philippe, TERRA, Jean-Louis, BONNET, Fabrice. 2007. Associations Between Anxiety, Depression, and the Metabolic Syndrome. *SOCIETY OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY online* [online]. 2007, 62, 1251 - 1257 [cit. 22. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000632230700073X>

SKUTIL, Martin, a kol. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-778-7

SMOLÍK, Petr. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0

SOUČEK, Miroslav. 2005. Úvod do problematiky metabolického syndromu. *VNITŘ LÉK online* [online]. 2005, roč. 51, č. 1, s. 48 - 52. [cit. 15. 8. 2013]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/uvod-do-problematiky-metabolickeho-syndromu-37828?confirm_rules=1

SVAČINA, Štěpán. 2004. Úvod do problematiky metabolického syndromu. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2006, č. 6, s. 77 - 78 [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/uvod-do-problematiky-metabolickeho-syndromu-164914>

SVAČINA, Štěpán. 2008. Příčiny a diagnostika metabolického syndromu. *MEDICAL TRIBUNE CZ online* [online]. 2008. [cit. 7. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/12304>

VANHALA, M., JOKELAINEN, J., KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S., KUMPUSALO, E., KOPONEN, H. 2009. Depressive symptoms predispose females to metabolic syndrome: a 7-year follow - up study. *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA online* [online]. 2009, 119, 137 - 142 [cit. 1. 2. 2013]. ISSN 1600-0447. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=29e63c2a-dd98-497c-96f2-d4073563de3d%40sessionmgr4001&hid=4107>

VAVERKOVÁ, Helena, KARÁSEK, David, HUTYRA, Martin, HALENKA, Milan. 2003. Metabolický syndrom - nová celosvětová epidemie. *ZDRAVÍ E15, Příloha: LÉKAŘSKÉ LISTY online* [online]. 2003, č. 44. [cit. 27. 1. 2013]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/metabolicky-syndrom-nova-celosvetova-epidemie-157471>

VEČEŘOV-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Deprese a její léčba* [online]. 4. 3. 2013 [cit. 10. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.mnohocetnymyelom.cz/mnohocetny-myelom/deprese-a-jeji-lecba>

VETTER, ML., WADDEN, Ta, LAVENBERG, J., MOORE, RH., VOLGER, S., PEREZ, JL., SARWER, DB., TSAI, AG. 2011. Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illnesses. *INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY online* [online]. 2011, 35, 1087 - 1094 [cit. 1. 2. 2013]. ISSN 0307-0565. Dostupné z: <http://www.nature.com/ijo/journal/v35/n8/abs/ijo2010230a.html>

WILHELM, Zdeněk. 2011. Metabolický syndrom. *PRAKTICKÉ LÉKÁRENSTVÍ online* [online]. 2011, roč. 7, č. 5, s. 223 - 226. [cit. 7. 10. 2013]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <http://praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/05/06.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva. 2010. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *SESTRA online* [online]. 2010, č. 7 - 8, s. 28 - 29 [cit. 19. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/specifika-komunikace-sestry-a-pacienta-v-klinicke-praxi-453224>

ZEMAN, M., JIRÁK, R., ŽÁK, A., JÁCHYMOVÁ, M., VECKA, M., TVRZICKÁ, E., STAŇKOVÁ, B., DUŠEJOVSKÁ, M. 2008. Metabolický syndrom a deprese - klinické vztahy. *ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH online* [online]. 2008, č. 147, s. 75 [cit. 10. 9. 2013]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/metabolicky-syndrom-a-deprese-klinicke-vztahy-232?confirm_rules=1

ZEMAN, Miroslav, JIRÁK, Roman. 2008. Metabolický syndrom a vybraná duševní onemocnění. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI online* [online]. 2008, roč. 9, č. 4, s. 170-173 [cit. 16. 8. 2013]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/06.pdf>

ZEMAN, Miroslav, ŽÁK, Aleš. 2003. Metabolický syndrom: patofyziologie a možnosti léčby. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA online* [online]. 2003, č. 4, s. 361 [cit. 9. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/metabolicky-syndrom-patofyziologie-a-moznosti-lecby-154049>

ŽOURKOVÁ, Alexandra. 2008. Depresivní porucha. *ZDRAVÍ E15, Příloha: LÉKAŘSKÉ LISTY online* [online]. 2008, č. 16, s. 22 - 23. [cit. 22. 8. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/depresivni-porucha-382724>

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activity Daily Living
a kol.	a kolektiv
AJ	Anglický jazyk
aj.	a jiné
BDI-II	Beckův inventář deprese
BMČ	Bibliographia medica Čechoslovaca
CKŽ	celkové skóre kvality života
cm	centimetr
CRP	C-reaktivní protein
ČJ	Český jazyk
Dg	diagnóza
DM	diabetes mellitus
DOM	doména
EQ-5D	Health - Related Quality of life Questionnaire
et al.	a kolektiv
FZ	fyzické zdraví
F40.0	agorafobie
F40.1	sociální fobie
F40.2	specifické fobie
F41.0	panická porucha
F41.1	generalizovaná úzkostná porucha
F41.2	smíšená úzkostně depresivní porucha
HDL	„high density lipoprotein“, lipoprotein s vysokou hustotou
ISBN	International Standard Book Numbering
ISSN	International Standard Serial Numbering
KBT	kognitivně behaviorální terapie
KS	kontrolní skupina
LDL	„low density lipoprotein“, lipoprotein s nízkou hustotou
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
MAX.	maximální
Me	medián

MIN.	minimální
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MS	metabolický syndrom
n	počet respondentů
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
např.	například
NHP	Nottingham Health Profile
oGTT	orální glukózový toleranční test
P	prožívání
PCASEE	dotazník k měření kvality života
PGWB	Psychological General Well-Being Index
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PN	populační norma
PR	prostředí
QLP	Quality of Life Profile
Q1	celková kvalita života
Q2	zdravotní stav
r	aritmetický průměr
s.	strana
SEIQOL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SF-36	Short form Health Survey
SIP	Sickness Impact Profile
SV	sociální vztahy
Tab.	tabulka
tj.	to je, to jest
TK	tlak krve
t-test	Studentův t-test s rovností rozptylu
TSH	thyreotropní hormon
USA	United States of America, Spojené státy americké
WHO	World Health Organization
WHOQOL-100	The World Health Organization Quality of Life, stopoložkový dotazník kvality života
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life, krátká verze

ZS

zkoumaný soubor

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 - Schéma postupu rešeršní strategie	11
--	----

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 - Srovnání zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	39
Tab. 2 - Výskyt úzkosti u jedinců s metabolickým syndromem.....	41
Tab. 3 - Srovnání výsledných skór úzkosti u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	43
Tab. 4 - Srovnání stupně závažnosti úzkosti u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	44
Tab. 5 - Výskyt deprese u jedinců s metabolickým syndromem.....	47
Tab. 6 - Srovnání výsledných skór deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	49
Tab. 7 - Průměrné hodnoty jednotlivých domén dotazníku kvality života WHOQOL-BREF zkoumaného souboru.....	52
Tab. 8 - Průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	55
Tab. 9 - Srovnání průměrných výsledků dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny s populační normou.....	56

SEZNAM GRAFŮ




Graf č. 1- Výsledné skóry Beckova inventáře úzkosti zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	42
Graf č. 2 - Vztah mezi úzkostí a celkovou kvalitou života.....	45
Graf č. 3 - Výsledné skóry deprese zjištěné dotazníkem BDI-II u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	48
Graf č. 4 - Vztah mezi depresí a celkovou kvalitou života.....	50
Graf č. 5 - Průměrné hodnoty jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF mužů a žen zkoumaného souboru.....	53
Graf č. 6 - Průměrné hodnoty jednotlivých položek kvality života zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	54
Graf č. 7 - Srovnání průměrných hodnot jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny s populační normou.....	57
Graf č. 8 - Vztah mezi věkem a celkovou kvalitou života.....	58

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 - Žádost o realizaci výzkumného šetření.....	89
Příl. 2 - Test normality - úzkost.....	90
Příl. 2a - Test normality - deprese.....	90
Příl. 2b - Test normality - kvalita života.....	90
Příl. 3 - Mann - Whitney test - úzkost.....	91
Příl. 3a - Mann - Whitney test - deprese.....	91
Příl. 4 - T-test - kvalita života.....	92

PŘÍLOHY

Příl. 1 - Žádost o realizaci výzkumného šetření

		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUČ <small>(Isak Petráň)</small> 03-05-2013 č.j.: 2013/62027</div>
<u>ŽÁDOST: REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</u>		
<p>Obracím se na Vás s žádostí o vykonání výzkumného šetření. Momentálně studuji 1. ročník magisterského studijního programu, obor <i>ošetrovatelská péče v interních oborech</i> a výsledky budou použity v mé diplomové práci. Výzkumné šetření je zaměřeno na <i>psychický stav u pacientů s metabolickým syndromem</i> a bude probíhat dotazníkovou formou. Z hlediska zaměření práce by se jednalo o tato pracoviště: I. interní klinika kardiologická, II. interní klinika gastro - enterologická a hepatologická, klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, oddělení léčebné výživy.</p>		
Za kladné vyřízení žádosti děkuji.		
SOUHLASÍM:	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
PODPIS:		
		
Bc. Kateřina Kučerová		Mgr. Martin Šamaj, MBA
Studentka FZV UP Olomouc		náměstek nelékařských oborů
V OLOMOUCI		DNE: 2.5.2013

Příl. 2 - Test normality - úzkost

Tests of Normality							
Skupiny		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Úzkost	Zkoumaný soubor	,126	70	,008	,942	70	,003
	Kontrolní soubor	,208	78	,000	,790	78	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Příl. 2a - Test normality - deprese

Tests of Normality							
Skupiny		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI	Zkoumaný soubor	,121	71	,011	,923	71	,000
	Kontrolní soubor	,243	78	,000	,710	78	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Příl. 2b - Test normality - kvalita života

Tests of Normality							
Skupiny		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
KVALITA ŽIVOTA	Zkoumaný soubor	,051	71	,200*	,992	71	,920
	Kontrolní soubor	,072	79	,200*	,980	79	,264

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Přil. 3 - Mann - Whitney test - úzkost

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Úzkost is the same across categories of Skupiny.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Přil. 3a - Mann - Whitney test - deprese

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI is the same across categories of Skupiny.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Příl. 4 - T-test - kvalita života

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
KVALITA ŽIVOTA - CEKOVÉ SKÓRE	Equal variances assumed	,131	,718	1,219	148	,000
	Equal variances not assumed			1,835	143,860	,000