Kvalita života ľudí so schizofrénou
Diplomová práca

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

Olomouc 2010
Diplomová práca
Názov práce: Kvalita života ľudí so schizofréniou
Názov práce v AJ: The quality of life of patients suffering schizophrenia
Dátum zadania: 2009-01-13
Dátum odovzdania: 2010-05-03
Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotníckych věd
Ústav ošetřovatelství
Autor práce: Bc. Monika Šidlová
Vedúci práce: Doc. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

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

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

Kľúčové slová: schizofrénia, kvalita života, psychiatrické škály
Key words: schizophrenia, quality of life, psychiatric scales

Rozsah: 86 s., 3 prílh.
Čestné prehlásenie

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

V Olomouci, dňa 30.4.2010

........................................................

vlastnoručný podpis
Poďakovanie

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

ÚVOD

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 HISTORIKÉ ASPEKTY SCHIZOFRÉNIE ........................................................ 8

1.1 Vymedzenie pojmu schizofrénie ............................................................... 9

2 EPIDEMIOLÓGIA ............................................................................................. 11

3 ETIOLÓGIA A PATOGENÉZA ........................................................................... 12

3.1 Modely schizofrénie .................................................................................. 12

3.2 Rozdelenie modelov .................................................................................... 13

3.2.1 Teória záťaže a dispozície ....................................................................... 14

3.2.2 Klasická dopaminová hypotéza ........................................................... 14

3.2.3 Revidovaná dopaminová hypotéza ...................................................... 15

4 DIAGNOSTIKA .................................................................................................. 16

4.1 Hlavné kritéria schizofrénie ................................................................... 16

4.2 Diferenciálna diagnostika ........................................................................ 17

4.3 Pomocné vyšetrenia ................................................................................... 17

5 TYPOLÓGIA OCHRENIA ................................................................................. 19

5.1 Kognitívna dysfunkcia pri schizofrénii ...................................................... 20

5.2 Vplyv symptómov na hodnotenie kvality života ........................................ 22

6 PRIEBEH OCHORENIA ..................................................................................... 23

6.1 Formy schizofrénie .................................................................................... 24

7 LIEČBA SCHIZOFRÉNIE ................................................................................. 27

7.1 Fázy liečby .................................................................................................... 27

7.1.1 Monoterapia ............................................................................................ 28

7.1.2 Kombinovaná terapia ............................................................................ 29

7.1.2.1 Antipsychotika a kvalita života ....................................................... 29

7.1.3 Elektrokonvulzívna terapia (ECT) ......................................................... 30

7.2 Psychoterapeutické postupy ..................................................................... 30

7.2.1 Základné rozdelenie psychoterapeutických prístupov k schizofrénii .... 31

7.2.2 Psychosociálna rehabilitácia a kvalita života ........................................ 32

8 COMPLIANCE A ADHERENCIA PACIENTA .................................................. 33

9 KVALITA ŽIVOTA ................................................................................................ 34
9.1 Definícia pojmu kvality života........................................................................34
9.2 Koncept kvality života..................................................................................35
9.3 Pričiny zniženej kvality života pri schizofrénii ........................................36
  9.3.1 Kvalita života rodiny..............................................................................36
  9.3.1.1 Edukácia rodiny zdravotnou sestrou .............................................37
  9.3.2 Stigmatizácia.........................................................................................38
9.4 Vplyv ošetrovateľstva na podporu kvality života..........................................39
9.5 Meranie kvality života.................................................................................39

II. PRAKTICKÁ ČASŤ
10 CIELE A HYPOTÉZY ..................................................................................41
11 METODIKA PRÁCE ..................................................................................43
  11.1 Charakteristika výskumnej vzorky ..........................................................44
  11.2 Spracovanie získaných dát ..................................................................45
  11.3 Zdroje odborných poznatkov ................................................................46
12 VÝSLEDKY VÝSKUMU ..............................................................................47
  12.1 Štatistické overenie hypotéz..................................................................66
  12.2 Zhodnotenie cieľov .............................................................................71
13 DOPORUČENIE PRE PRAX .......................................................................74
14 DISKUSIA ..................................................................................................75
ZÁVER............................................................................................................79
ZOOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV...............................................80
ZOOZNAM SKRATIEK..................................................................................84
ZOOZNAM TABULIEK................................................................................84
ZOOZNAM GRAFOV ..................................................................................85
ZOOZNAM PRÍLOH....................................................................................86
PRÍLOHY
ÚVOD

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

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

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 HISTORIKÉ ASPEKTY SCHIZOFRÉNIE

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


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

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


1.1 Vymedzenie pojmu schizofrénie

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

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

3 ETIOLÓGIA A PATOGENÉZA

Ako už predpokladal E. Blauer, schizofrénia nie je jednotné ochorenie, pretože spojuje skupinu porúch, ktoré sa v určitých symptónoch zhodujú (Rahn, 2000, s. 182). Nevie sa, či existuje jedna a nezbytná príčina. Zatiaľ nie je možné obist’ predpoklad multifaktoriálnej etiologie a mnohopočtených patogenetických vplylov (Raboch, 2001, s. 242).

3.1 Modely schizofrenie


3.2 Rozdelenie modelov

*Environménťálne modely*
- Psychosociálny model
- Ostatné enviromentálne modely

*Genetické modely*
- Monogéňové modely
- Model výraznej rôznorodosti
- Multifaktoriálny polyfénový model s prahovým efektom
- Zmiešané alebo kombinované modely
- Kontinuálny model

*Neurovývojová hypotéza*
- Vývojová neuropatológia

*Biochemické hypotézy*
- Klasická dopaminová hypotéza
- Iná monoaminergná hypotéza
- Aminokyselinergrná hypotéza
- Neuropeptidy pri schizofrénii
- Revidovaná dopaminová hypotéza
- Pôsobenia antipsychotík a halucinogénov
- Transmetylačné hypotézy
- Membránové hypotézy
- Aktivita MAO

*Iné hypotézy*
- Temporolimbická teória
- Neurónový model
- Jednotný patofyziologický model (Fišar, 2001, s.178-206).
3.2.1 Teória záťaže a dispozície

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


3.2.2 Klasická dopaminová hypotéza

Podľa klasickej dopaminovej hypotézy schizofrénie sú psychicke symptómy vztiahnuté k dopaminergnej hyperaktivite v mozgu. Pre tuto hypotézu svedčia pozorovania dvojakého typu:

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

Zvýšená dopaminergná aktivita nie je výsledkom zvýšeného obratu dopaminu, ale zvýšenou citlivosťou dopaminových receptorov typu D2. V dobe, keď bol známe len dva podtypy D	extsubscript{A} receptorov, sa potvrdil vyšší počet D	extsubscript{2} receptorov. V 90. rokoch boli klonované ďalšie podtypy D	extsubscript{3}, D	extsubscript{4} a D	extsubscript{5}. Pozornosť je venovaná podtypom D	extsubscript{2}, D	extsubscript{3}, D	extsubscript{4}, ktoré sa zrejme podieľajú na vzniku schizofrénneho ochorenia a na účinkoch antipsychotík. Antagonisti D	extsubscript{3} receptorov pôsobia inhibične na niektoré prvky správania. D	extsubscript{4} je ovplyvnený účinkom klozapinu. Výsledky svedčia proti klasickej dopaminovej hypotéze:

1. nebol potvrdený zvýšený obrat dopaminu v mozgu;
2. neboli získané preukázateľné údaje o zvýšenej hladine $D_A$ v mozgu;
3. nebola preukázaná zmenená kvalita tyrozinhoxyrylázy, ani MAO.

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

3.2.3 Revidovaná dopamínová hypotéza

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

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

4.1 Hlavné kritéria schizofrénie

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

1.)
   a) Ozvučovanie, vkladanie, vysielanie alebo odnimanie myšlienok;
   b) Bludy kontrolované, ovplyvňované, prejavujúce sa pohyby tela, končatín alebo zvláštné myšlienky, činnosti, pocity, bludné vnímanie;
   c) Halucinácie hlasov komentujúcich pacientovo správanie, môžu medzi sebou hovoriť, alebo prichádzajú z iných častí tela;
   d) Neustále bludy iných typov, kulturne podmienených, ako náboženská, politická identita, nadľudská moc alebo schopnosť.

2.)
   a) Neustále halucinácie akéhokoľvek typu s občasnými alebo čiastočne formovanými bludmi bez jasného emotívneho obsahu, alebo s trvalým zvýšením sebahodnotenia, alebo vyskytujúcich sa denne za niekoľko týždňov prípadne mesiac;
   b) Prerušovanie alebo strata myšlienok čoho výsledkom je inkoherencia, neprimeraná reč, neologizmy;
   c) Katatónne správanie ako vosková stuhlost’, mutizmus, stupor;
d) Negatívne symptómy ako je zreteľná apatia, odcudzenie reči, ploché, neprimerané správanie. 

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

4.2 Diferenciálna diagnostika


4.3 Pomocné vyšetrenia

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

U chorých a anaminzou neuroinfekcie sú dôležité sérologické vyšetrenia. Platí to predovšetkým pre podozrenie z luetickej infekcie, HIV infekcie a lymskej boreliózy.
5 TYPOLÓGIA OCHRENIA

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

Medzi negatívne príznaky patriť základných domén:

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

Pozitívne príznaky zahrňujú nadmerné, prehnané a neprimerané prejavy duševnej činnosti. Sú to predovšetkým bludy, halucinácie, bizárne a neľudné správanie. Podľa prevahy pozitívnych alebo negatívnych príznakov, rozlišujeme schizofrénii na typ I a typ II (pozitívny, negatívny typ). Pozitívne symptómy reagujú dobre na psychofarmakologických liečbách. Ovplynovenie negatívneho typu farmakologicky je neisté a preto je prognóza horšia. Typ II je spojený s vyšším výskytom rozšírenia postranných komôr a znížením kognitívnych schopností pacienta.

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

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

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


**Pozornosť**


**Pamäť**


**Exekutívne funkcie**

Deficit exekutívnych funkcii sa prejavuje ťažkost'ami pri určitých typoch úloh. Jedná sa o problémy v zostavovaní plánu, jeho uskutočňovanie a riešenie problémov (hlavne využitie nových kombinácií poznatkov). S poruchou riadiacej funkcie sú spojené
problémy v plánovani, kognitívnej rekonštrukcii, flexibilite a v schopnosti abstrakcie. Jadrom funkčného deficitu je postihnutie funkcii, ktoré riadia správanie využitím:

- volných schopností
- reguláciou pozornosti
- schopnoťou plánovať
- schopnoťou účelne jednať a dosiahnuť cieľ.

**Jazyk a rečové schopnosti**

Jazyk a rečové schopnosti sú zreťažené. Neologizmy, paralógia, poruchy syntaxie, poruchy asociácií sú charakteristické prejavom narušenej reči schizofrénne chorych.

**Motorické zručnosti**

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

**Intelektívne schopnosti**

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

**Nadhľad na ochorenie**

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

**Sluchové halucinácie**

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

**Bludy**

Niektoré štúdie dokázali vzťah medzi kognitívnym poškodením a poruchami myslenia v zmysle bludov. Schizofrénici chybné vnímajú vlastný úspech a zodpovednosť za
zlyhanie. Negatívne udalosti pripisujú vplyvu vonkajších faktorov, hlavne zlomyseľným, zatiaľ čo pozitívne udalosti vnímajú ako svoje schopnosti.

**Formálne poruchy myšlenia**

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


**5.2 Vplyv symptómov na hodnotenie kvality života**

6 PRIEBEH OCHORENIA


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>začiatok</th>
<th>priebeh</th>
<th>výsledný stav</th>
<th>počet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>akútny</td>
<td>ataky</td>
<td>uzdravenie, mierne reziduum</td>
<td>23,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>akútny</td>
<td>ataky</td>
<td>závažný a stredne závažný</td>
<td>11,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>akútny</td>
<td>kontinuálny</td>
<td>uzdravenie, mierne reziduum</td>
<td>5,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>akútny</td>
<td>kontinuálny</td>
<td>závažný a stredne závažný</td>
<td>8,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>chronický</td>
<td>ataky</td>
<td>uzdravenie, mierne reziduum</td>
<td>9,6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>chronický</td>
<td>ataky</td>
<td>závažný a stredne závažný</td>
<td>5,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>chronický</td>
<td>kontinuálny</td>
<td>uzdravenie, mierne reziduum</td>
<td>10,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>chronický</td>
<td>kontinuálny</td>
<td>závažný a stredne závažný</td>
<td>24,1 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

6.1 Formy schizofrénie


Paranoidná forma (F 20.0)
Paranoidná schizofrénia je charakteristická predovšetkým bludmi a halucináciami, ktoré sú odlišené mierou usporiadanosti a nalievavosti podľa priebehu ochorenia.

Heberfrénná forma (F 20.1)

Katatónna forma (F 20.2)
V popredí sa vyskytujú poruchy psychomotoriky. Môžu sa prejavovať nadmiernou vzušivosťou, bezcieľným nekludom alebo prejavní chorobného nerovnomerného útlmu motoriky. Telo a končatiny zotravávajú v nadstavených polohách, aj pri pasívnych pohyboch a je prítomný zvýšený svalový tonus. Závažným prejavom je katatónny stupor spojený so zaujímaním neprirodzených polôh. K typickým príznakom patrí aj povolový automatizmus, napodobňovanie a negativizmus (Bouček, 2006, s. 54). Pri tomto type zaistujeme základné biologické potreby a monitorujeme fyziologické funkcie. Sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, ako u pacienta v bezvedomí, chorý si vybavuje zážitky z tohto obdobia. V agitovanej forme je prvoradé zaistenie bezpečia. Pacient môže byť agresívny. Pri neklude je nutné
zabezpečiť základné potreby. Prístup je kľudný a rozhodný, s chorým komunikujeme
akoby bol celkom pri vedomí (Babiaková, 2006, s. 240).

**Nediferencovaná forma (F 20.3)**
Je akási zbytková kategória pre ochorenia, ktoré nemožno zariadiť do vyššie uvedených
skupín, pretože sa v nich vyskytujú všetky príznaky charakteristických
psychopatologických okruhov (Raboč, 2001, s. 236).

**Postschizofrénna depresia (F 20.4)**
Diagnostikuje sa, ak mal pacient v poslednom roku schizofrénne príznaky
a v posledných dvoch týždňoch aj prejavy depresie (Pavlovský, 2004, s. 68).

**Reziduálna forma (F 20.5)**
Reziduálna forma je chronický stav pretrvávajúci po odznení akútnej
symptomatológie. Príznaky sú váčšinou málo intenzívne. Hlavnými príznakmi sú
divnosť spojená s leňošením, nemotivovanou túlavost'ou a zanedbávaním seba
i okolia, formovanie nových často deformovaných vzťahov medzi jedincom
a skutočnosťou s oploštenou emotivitou (Libiger, 2002, s. 359-360).

**Simplexná forma (F 20.6)**
Postupuje pomaly od pozvoľného odcudzovania osobnosti. Prehlbuje sa emočná
otopenosť, chudobnosť myslenia, autizmus a hypobúlia. Postihnutí strácajú záujem
o svoje skoršie záľuby, povinnosti a citové väzby, strania sa spoločnosti, deň trávia len
polihovaním. Záujem zostáva len o jedlo a fajčenie (Pavlovský, 2004, s. 68).
7 LIEČBA SCHIZOFRÉNIE

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

7.1 Fázy liečby


7.1.1 Monoterapia

Všeobecne platí, že liečba jedným farmakom vykazuje lepšie hodnotenie účinku liečby, pretože všetky lieky majú nežiadúce účinky a ich kombinácie zhoršujú hodnotenie. Zistenie antipsychotického účinku chlorpormazinu priniesol v 50. rokoch rozsiahle zmeny a umožnil rozvoj sociálne psychiatrických postupov. Účinnosť neuroleptík bola preukázaná v 60. rokoch, zlepšila sa symptomatológia 70-80% chorých. Pravdepodobnosť relapsu bez ich užívania bol 80%. Neuroleptiká je možné deliť podľa účinnosti na:

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

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

7.1.2 Kombinovaná terapia


7.1.2.1 Antipsychotika a kvalita života

Liečba schizofrénie vyžaduje redukciu symptómov a pre pacientov sú rovnako dôležité zvládanie a naplnenie sociálnych rolí, pocit spokojnosti, materiálneho zabezpečenia a životnej perspektívy.

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

Pohľad pacientov na liečbu tradičnými antipsychotíkami bol predmetom Voruganttiho štúdie. 230 klinicky stabilizovaných pacientov užívalo konvenčné antipsychotíká. Pacienti liečení atypickými antipsychotíkami mali menej nežiadúcich účinkov a liečbu hodnotili pozitívne. Kvalita života bola signifikantne vyššia, liečba lepšie tolerovaná a priaznivo ovplyvňujúca. V ďalšej štúdií Voguranti (podľa Motlová, Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 87-88) sledoval dlhodobé dopady typických a atypických
antipsychotík na kvalitu života. Počas doby 2-6 rokov sledoval 150 pacientov. Až 85% považovala zmenu za prospešnú.

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

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

7.1.3 Elektrokonvulzívna terapia (ECT)


7.2 Psychoterapeutické postupy

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

7.2.1 Základné rozdelenie psychoterapeutických prístupov k schizofrénii

**Individuálna/ skupinová psychoterapia**
V individuálnej psychoterapii pracuje jeden terapeut s jedným klientom. V skupinovej pracuje jeden alebo dvaj terapeuti so skupinou pacientov. Dôležité je vzťah terapeuta a pacienta, ale aj vzťahy medzi pacientmi navzájom.

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

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

7.2.2 Psychosociálna rehabilitácia a kvalita života

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

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

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

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


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

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

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


9.1 Definícia pojmu kvality života

Univerzálnu definiciu nemáme, ale hovorí sa o konceptualizačných princípoch, kde sa hovorí, že kvalita život je:
1) tvorená takými faktormi a vzťahmi, ktoré sú dôležité pre ľudí s postihnutím intelektu aj bez neho,
2) je naplnená, ak sa jedincove potreby uspokojili a naplnili,
3) má objektívne a subjektívne komponenty, predovšetkým percepciu jedinca,
4) je založená na potrebách, voľbách a kontrole jednotlivca,
5) je multidimenzionálna, ovplyvnená osobnými a enviromentálnymi faktormi (Švehlíková, Heretik, 2008, č. 3, s. 196).

**Kvalita života je:**

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

### 9.2 Koncept kvality života

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

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

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

9.3.1 Kvalita života rodiny

Tak závažné ochorenie ako je schizofrénia, významným spôsobom zasahuje rodinu a všetkých jej členov ohrozuje saturowaním základných funkcii rodiny vo vzťahu k jedincovi a spoločnosti. Vyrovnanie sa rodiny s touto skutočnosťou prináša niekoľko fáz:
Šok a popretie- rodina preživa hrôzu, úskost’, beznádej. Bagatelizuje a popiera diagnózu, uzatvára sa pred širšou rodinou a spoločnosťou, preživa hanbu, strach zo stigmatizácie, straty prestíže.

Čiastočné príjatie skutočnosti- priznanie diagnózy, hľadanie príčiny, vinníka ku komu smeruje agresívne správanie, precitlivelosť, sociálna izolácia.

Spracovanie problému- vzniká potreba hľadať pomoc, kvôli vyzdvihnutiem a účinnej prevencii. Ak vznikajú recidívy, predstavuje to pre rodinu veľkú fyzickú a psychickú zátiaž, dochádza k rezignácii.

Rezignácia rodiny- liečba je zdlhavá a náročná, vzniká pocit rezignácie a frustrácie.

Realistický postoj- prekonanie kríz, nové usporiadanie vzťahov v rodine, nový spôsob života. Rodina ale nemusí dospiť do tohto štádia, chorobu neunesie, rozpadne sa, prípadne sa zrieka chorého a umiestni ho do ústavnej starostlivosti (Magdová, 2009, s. 694-695).

9.3.1.1 Edukácia rodiny zdravotnou sestrou

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


2) Správať sa tak normálne, ako je to len možné. Edukovať o tom, že schizofrénni pacienti nestrácajú citlivosť a pozornosť a preto je potrebné jednať s nimi otvorene a dodávať im istotu, lebo inak reagujú nedôverou a obranným vyhýbaním kontaktu. Treba sa snažiť o to, aby ochorenie nespôsobilo dlhodobý chaos, je nutné ďalej udržať priateľstvá, plniť pracovné povinnosti, ... 

3) Menej je niekedy viac. Pribuzní preceňujú svoje schopnosti ovplyvniť priebeh ochorenia a majú výčitky, keď liečba prebieha pomaly, alebo sa zhoršuje. Môžu reagovať na chorého kritikou, čo má kontraproduktívny charakter. Naopak sa treba zameriť na pochvalu pri skromných výkonoch, čo má...
4) **Zdravo konat', ale vidieť choré.** Ak začnú príbuzní presviedčať chorého a vyvracať mu halucinácie a bludy, stratia jeho dôveru. Zostáva len zaujať postoj, že príbuzní má na vec iný názor a snažiť sa odviesť jeho pozornosť vhodnou aktivitou. Ak je chorý veľmi rušivý, treba ho odkázať do súkromia, alebo poprosiť, aby prestal (Hanzlíková, 2006, s. 223-224).

9.3.2 **Stigmatizácia**


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

Svetová zdravotná organizácia povaţuje stigmatizáciu schizofrénie za závaţný problém a vyhlásila program, ktorého cieľom zbaviť chorých diskriminácie a posilniť ich autonómiu (Libiger, 2002,s. 399).
Chorí so schizofréniou majú právo na liečbu s čo najmenej obmedzujúcim spôsobom. Úlohou spoločnosti je pomáhať im zachovať svoju osobnosť a kvalitu života (Libiger, 2002, s. 399).

9.4 Vplyv ošetrovateľstva na podporu kvality života

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


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

9.5 Meranie kvality života

Nástroj na meranie kvality života predstavuje dotazník, poprípade štruktúrovaný rozhovor. Účelom merania kvality života je zistenie manifestácie ochorenia, individuálne prežívanie liečby a pod. (Mülerová et al., 2001, č. 2, s. 81).
Základné otázky, na ktoré so treba zodpovedať predtým, ako sa zostavuje dotazník je niekoľko:

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

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

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

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

RAND 36-Health Survey a FSQ
Je určený pre pacientov s chronickým ochorením. Zameriava sa na oblasti fyzických, psychických, sociálnych funkcií, sexuálne vzťahy, dni neschopnosti, prežívanie zdravia.

QLS-100
Pokrýva všetky oblasti ľudského života: základné oblasti, vzťahy k okoliu a vnútorné skúsenosti a prežitky. Po vyplnení dotazníku, nasleduje rozhovor o problematických bodoch a hľadanie reálneho riešenia (Dragomirecká, Škoda, 1997, č. 8, s. 427).

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

10 CIELE A HYPOTÉZY

Cieľ 1: Zistiť subjektívnu úroveň hodnoty kvality života schizofrenikov.

\[ H_0 \] Medzi kvalitou života schizofrénnych pacientov a kontrolnou skupinou nie je žiadny rozdiel.

\[ H_1 \] Kvalita života ľudí so schizofréniou a kontrolnou skupinou je odlišná.

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

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

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

\[ H_0 \] Medzi sebaposúdením kognitívneho deficitu schizofrénnych pacientov a kontrolnou skupinou nie je žiadny rozdiel.

\[ H_2 \] Sebaposúdenie kognitívneho deficitu ľudí so schizofréniou a kontrolnou skupiny je rozdielne.

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

\[ H_0 \] Kvalita života nesúvisí s CFQ.

\[ H_3 \] Kvalita života súvisí s CFQ.

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

\[ H_0 \] Kvalita života u žien je rovnaká ako u mužov.

\[ H_4 \] Kvalita života u žien je rozdielna ako u mužov.

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

\[ H_0 \] Kvalita života nesúvisí s hmotným zabezpečením.
\( H_5 \) Kvalita života súvisí s hmotným zabezpečením (je lepšia, ak je zabezpečenie minimálne priemerné).

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

\( H_0 \) Sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí s hmotným zabezpečením.

\( H_6 \) Sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí s hmotným zabezpečením (je lepšia, ak je zabezpečenie minimálne priemerné).

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

\( H_0 \) Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí so vzdelaním.

\( H_7 \) Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním.
11 METODIKA PRÁCE

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


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

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

1 = vôbec nie
2 = zriedka
3 = občas
4 = často, väčšinou
5 = veľmi často alebo vždy

Čím nižšie skóre v jednotlivých doménach respondent získal, tým horšia bola jeho kvalita života. (Ritsner et al, 2005, n 7., p. 1693-1703).
Dotazník CFQ pozostáva z 25 otázok zameraných na pozornosť, pamäť, motoriku a pod. Taktiež je tvorený 5 stupňovou numerickou škálou s verbálnym popisom:

1 = nikdy
2 = veľmi zriedka
3 = občas
4 = celkom často
5 = veľmi často

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

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

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

11.1 Charakteristika výskumnej vzorky

Dotazník bol určený pacientom trpiacim schizofréniou v remisii. Spolupracovali sme so Psychiatrickou klinikou FNOL za výraznej pomoci MUDr. Sigmundovej a zdravotných sestier. Dotazníky boli rozdávané respondentom ihneď po príchode na kontrolu do čakárne a pokiaľ čakali na vyšetrenie, tak ich vyplňovali.
a potom odovzdali do naspäť sestrám. Išlo o pacientov vedených v ambulancii v remisii schizofrénnej poruchy. Výskum sa začal 25.1.2010 u ukončený bol 23.3.2010. Z celkového počtu 50 dotazníkov bolo vyplnených 40, takže návratnosť prestavovala 80%.

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

11.2 Spracovanie získaných dát


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

V ďalších štatistických spracovaniach boli použité nasledovné testy:

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

11.3 Zdroje odborných poznatkov

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

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

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

Tab. 3 Rozloženie respondentov podľa pohlavia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Schizofrénní pacienti</th>
<th>Kontrolná skupina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Absolútny počet</td>
<td>Relatívny počet v %</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>18</td>
<td>45,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td>22</td>
<td>55,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkom</td>
<td>40</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

U schizofrénných pacientov bolo mužov 18, teda 45% a žien 22, čiže 55%. Kontrolná skupina bola tvorená z 21 mužov, čo predstavovalo 52,5% a 19 žien (47,5%). (Obrázok č. 3).
Obr. 4 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu pohlavia na kvalitu života

Obrázok č. 4 nás informuje o priemerných hodnotách, ktoré boli získané v jednotlivých doménach dotazníku Q-LES-Q a CFQ u pacientov so schizofréniou vzhľadom k ich pohlaviu. K prehľadnosti grafu boli čísla zaokrúhlené na celé hodnoty. V položke telesné zdravie muži získali priemernú hodnotu skóre 41,7 so smerodajnou odchýlkou ± 5,8 a ženy 45,5 ± 6,8. Pocity mužov dosiahli priemernú hodnotu skóre 48,3 ± 9,1 a u žien 49,5 ± 7,3. Priemerná hodnota skóre v práci u mužov dosiahla 45,9 ± 8,3 a u žien 48,9 ± 6,5. V domácnosti bolo dosiahnuté priemerné skóre u mužov 27,4 ± 5,7 a u žien 39,0 ± 5,1. Položka škola a štúdium nie je v grafe zahrnutá, nakoľko bolo v tejto oblasti málo osôb, ale u mužov bolo priemerné skóre 30,8 ± 3,8 a u žien 32,3 ± 4,0. Volný čas u mužov dosiahol skóre 24,3 ± 3,1 a ženy získali 26,1 ± 5,4. V spoločenských aktivitách bolo priemerné skóre mužov 40,5 ± 7,7 a žien 38,9 ± 7,6. V položke všeobecné získali muži priemer 55,8 ± 8,2 a ženy 52,6 ± 7,5. V teste CFQ bolo dosiahnuté u mužov priemerné skóre 46,8 ± 14,7 a ženy získali 51,2 ± 14,8.
V predchádzajúcich tabuľkách sú uvedené hodnoty popisnej štatistiky, ktoré boli vypočítané z dát získaných od respondentov. Popisná štatistika zahrňuje celkový počet respondentov (N), minimálne získané skóre, maximálne získané skóre, najčastejšie sa vyskytujúce skóre, priemerné skóre a smerodajnú odchýlku.

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlavie</th>
<th>Voľný čas</th>
<th>Spoločenské aktivity</th>
<th>Všeobecné</th>
<th>CFQ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>muži</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>18</td>
<td>27</td>
<td>44</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>28</td>
<td>52</td>
<td>74</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>24,0</td>
<td>41,0</td>
<td>55,0</td>
<td>45,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemér</td>
<td>24,3</td>
<td>40,5</td>
<td>55,8</td>
<td>46,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>3,1</td>
<td>7,7</td>
<td>8,2</td>
<td>14,7</td>
</tr>
<tr>
<td>ženy</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>18</td>
<td>28</td>
<td>41</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>37</td>
<td>56</td>
<td>65</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>25,0</td>
<td>41,0</td>
<td>54,0</td>
<td>47,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemér</td>
<td>26,1</td>
<td>38,9</td>
<td>52,6</td>
<td>51,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>5,4</td>
<td>7,6</td>
<td>7,5</td>
<td>14,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Tab. 6 Rozloženie respondentov podľa veku

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vek</th>
<th>Schizofrénni pacienti</th>
<th>Kontrolná skupina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Absolútny počet</td>
<td>Relatívny počet v %</td>
</tr>
<tr>
<td>21-30</td>
<td>14</td>
<td>35,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>31-45</td>
<td>16</td>
<td>40,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>46-60</td>
<td>10</td>
<td>25,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkom</td>
<td>40</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Rozloženie respondentov podľa veku (Tab. 6, Obr. 5) bolo rozdelené podľa kategórii používaných vo vývojovej psychológii (Úvod- vývojová psychologie, vývoj, 2009). V tejto kategórii vyšli zhodné výsledky v oboch skupinách. Najväčšie percento 40% bolo vo veku od 31-45 rokov s absolútym počtom 16. Potom nasledovala kategória vo vekovom rozmedzí 21-30 s absolútym počtom 14, čo predstavuje 35%. Najnižšie zastúpenie mala kategória 46-60 rokov s absolútym počtom 10, čo je 25%.

Tab. 7 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Schizofrénni pacienti</th>
<th>Kontrolná skupina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Absolutný počet</td>
<td>Relatívny počet v %</td>
<td>Absolutný počet</td>
</tr>
<tr>
<td>Neukončené základné</td>
<td>0</td>
<td>0,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Základné vzdelanie</td>
<td>3</td>
<td>7,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Stredné bez maturity</td>
<td>21</td>
<td>52,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Stredné s maturitou</td>
<td>12</td>
<td>30,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vysokoškolské</td>
<td>4</td>
<td>10,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkom</td>
<td>40</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Ďalšia kategória rozdeľovala respondentov podľa ukončeného vzdelania (Tab. 7). U pacientov so schizofréniou bolo najviac t.j. 21 osôb so stredoškolským vzdelaním bez maturity s relatívnym počtom 52,5%, teda viac ako polovica. Potom nasledovali respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou s absolútým počtom 12 (30%). Vysokoškolské vzdelanie získali 4, teda 10% a základné 3 (7,5%). V kontrolej skupine bol najvyšší počet 17 so stredoškolským vzdelaním s maturitou, čo predstavovalo 42,5%. Strednú školu bez maturity ukončili 15 s relatívnym počtom 37,5%. Respondentov s vysokou školou bolo 8 (20%). Základné vzdelanie v kontrolnej skupine nebol dosiahnuté. Neukončené základné vzdelanie nemal ani jeden z respondentov v oboch skupinách. V zastúpení jednotlivých úrovni vzdelania sa skupiny medzi sebou štatisticky významne nelišili.

\[Obr. 6 \text{ Rozdelenie respondentov podľa vzdelania}\]

Predchádzajúci obrázok č. 6 informuje o vplyve vzdelania na kvalitu života pacientov so schizofréniou. Respondenti mohli určiť svoje vzdelanie podľa nasledovných možností: neukončené základné vzdelanie, základné vzdelanie, stredoškolské vzdelanie bez maturity, stredoškolské vzdelanie s maturitou a vysokoškolské vzdelanie.
Kvôli lepšiemu štatistickému vyhodnoteniu sme tieto možnosti zlúčili a rozdelili respondentov na ukončené základné vzdelanie a stredoškolské vzdelanie bez maturity a na stredoškolské vzdelanie s maturitou a vysokoškolské. Pre lepšiu prehľadnosť grafu sme zaokrúhli čísla na celé.

Obrázok č. 7 informuje o priemernej hodnote skóre v doméne telesné zdravie u respondentov bez maturity 35,5 ± 13,0 a s maturitou 37,9 ± 8,6. V pocitoch boli dosiahnuté priemerné skóre u respondentov bez maturity 40,5 ± 9,5 a s maturitou 40,8 ± 7,9. V oblasti práce nám vyšla štatisticky významná hladina signifikancie p= 0,02 (p<0,05) z priemerného skóre respondentov bez maturity 50,0 ± 11,6 a s maturitou 37,0 ± 9,3. Priemerné hodnoty skóre v doméne domácnosť vyšli nasledovne: respondenti bez maturity dosiahli hodnotu 32,7 ± 8,3 a s maturitou 27,1 ± 6,9. Oblast škola a štúdium nie je zahrnutá do grafu pre nízky počet respondentov, ale priemerné hodnoty boli u respondentov bez maturity 28,0 a s maturitou 30,0. Doména volný čas dosiahla štatisticky významný rozdiel na 5% hladine významnosti (p<0,05). Respondenti bez maturity ju priemerne zhodnotili na 20,3 ± 6,5 a s maturitou na 24,8 ± 5,7. Spoločenské aktivity mali priemerné hodnoty skóre nasledovné: respondenti bez maturity 33,6 ± 14,0 a s maturitou 40,0 ± 10,2. Vo všeobecnej doméne malo priemerné
skóre u respondentov bez maturity hodnotu 41,8 ± 12,6 a s maturitou 48,5 ± 11,5. Test CFQ zhodnotili respondenti bez maturity na priemerné skóre 50,3 ± 15,3 a s maturitou 44,6 ± 15,2. Štatisticky významný rozdiel podľa úrovne vzdelania bol zistený iba v doménach „práca“ a „voľný čas“.

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

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vzdelanie</th>
<th>Voľný čas</th>
<th>Spoločenské aktivity</th>
<th>Všeobecne</th>
<th>CFQ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ZŠ alebo SŠ bez maturity</td>
<td>N</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Minimum</td>
<td>8</td>
<td>10</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Maximum</td>
<td>30</td>
<td>55</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medián</td>
<td>21,0</td>
<td>37,0</td>
<td>40,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Priemer</td>
<td>20,3</td>
<td>33,6</td>
<td>41,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>6,5</td>
<td>14,0</td>
<td>12,6</td>
</tr>
<tr>
<td>SŠ s maturitou alebo VŠ</td>
<td>N</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Minimum</td>
<td>15</td>
<td>20</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Maximum</td>
<td>32</td>
<td>54</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medián</td>
<td>25,5</td>
<td>40,0</td>
<td>48,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Priemer</td>
<td>24,8</td>
<td>40,0</td>
<td>48,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>5,7</td>
<td>10,2</td>
<td>11,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabuľka č. 10 a obrázok č. 8 nás informuje o kategóriách hmotného zabezpečenia. U pacientov trpiacich schizofréniou najväčšie percento 50% bolo zastúpené v položke priemerné, čo bolo 20 respondentov. Podpriemerné zabezpečenie uviedli 15, teda 37,5%. Položku s nadpriemerným zabezpečením vyplnilo 5 osôb (12,5%). V kontrolnej skupine bolo 28 respondentov t.j. 70%, ktorí uviedli priemerné hmotné zabezpečenie. Ako nadpriemerné zabezpečenie hodnotia 11 (27,5%) a podpriemerným zabezpečením bol 1, čiže 2,5%.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tab. 10 Rozdelenie respondentov podľa hmotného zabezpečenia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Schizofrénní pacienti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Absolútne počet</td>
</tr>
<tr>
<td>Podpriemerné</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemerné</td>
</tr>
<tr>
<td>Nadpriemerné</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkovo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Obr. 8 Rozdelenie respondentov podľa hmotného zabezpečenia
Obrázok č. 9 popisuje vplyv hmotného zabezpečenia pacientov so schizofréniou v jednotlivých doménach dotazníka kvality života a CFQ.

### Obr. 9 Rozdelenie respondentov podľa vplyvu hmotného zabezpečenia na KŽ

![Diagram o rozdelení respondentov podľa vplyvu hmotného zabezpečenia](image)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Doména</th>
<th>Nadpriemerné</th>
<th>Priemerné</th>
<th>Podpriemerné</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Telesné zdravie</td>
<td>37</td>
<td>38</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Domácnosť</td>
<td>31</td>
<td>30</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Práca</td>
<td>20</td>
<td>25</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Volný čas</td>
<td>26</td>
<td>24</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Spoločenské aktivity</td>
<td>38</td>
<td>38</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Všeobecné</td>
<td>44</td>
<td>41</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>CFQ</td>
<td>55</td>
<td>53</td>
<td>55</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Celkové skóre

V doméne telesné zdravie bol priemer podpriemerného hmotného zabezpečenia 35,9 ± 12,1. Priemer v priemernom hmotnom zabezpečení bol 36,9 ± 11,7 a v nadpriemernom 36,2 ± 9,9. Pocity mali priemer v podpriemernom zabezpečení 39,7 ± 7,4, v priemernom 41,0 ± 10,1 a v nadpriemernom zabezpečení 41,8 ± 8,2. V oblasti práca boli hodnoty priemeru nasledovné: podpriemerné hmotné zabezpečenie bolo 33,3 ± 4,9, priemerné 48,0 ± 13,4 a nadpriemerné 42,0 ± 9,1. Priemer v domácnosti bol v podpriemernom zabezpečení 31,3 ± 11,0 v priemernom 30,6 ± 5,2 a v nadpriemernom 25,8 ± 8,5. Škola a štúdium bola v podpriemernom zabezpečení nevyhodnotiteľná, pretože tu bolo málo respondentov. V priemernom zabezpečení dosiahol priemer hodnotu 28,0 a nadpriemernom 30,0, tu sa smerodajné odchýlky nedali určiť pre nízky počet respondentov. Priemer v doméne volný čas bol v podpriemernom zabezpečení 21,0 ± 7,2, v priemernom 21,9 ± 6,1 a v nadpriemernom 26,2 ± 5,3. Spoločenské aktivity mali priemer v podpriemernom
zabezpečení 35,3 ± 13,9, v priemernom 35,8 ± 12,6 a v nadpriemernom 40,2 ± 12,3. Priemer vo všeobecnej doméne bol nasledovný: v podpriemernom zabezpečení 42,7 ± 11,9, v priemernom 43,5 ± 12,9 a v nadpriemernom 53,6 ± 10,8. V CFQ sa štatisticaly skupiny medzi sebou líšili na 5% hladine významnosti (p<0,05). Hodnoty priemeru boli nasledovné: podpriemerné zabezpečenie 55,3 ± 14,9, priemerné 45,7 ± 14,4 a nadpriemerné 35,4 ± 10,7.

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

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hmotné zabezpečenie</th>
<th>Vol'ň čas</th>
<th>Spoločenské aktivity</th>
<th>Všeobecne</th>
<th>CFQ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>podpriemerné</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
<td>24</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>31</td>
<td>55</td>
<td>63</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemer</td>
<td>20,0</td>
<td>37,0</td>
<td>41,0</td>
<td>55,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>21,0</td>
<td>35,3</td>
<td>42,7</td>
<td>55,3</td>
</tr>
<tr>
<td>priemerné</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>8</td>
<td>10</td>
<td>23</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>31</td>
<td>54</td>
<td>64</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemer</td>
<td>24,0</td>
<td>38,0</td>
<td>42,0</td>
<td>44,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>21,9</td>
<td>35,8</td>
<td>43,5</td>
<td>45,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nadpriemerné</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>39</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>32</td>
<td>52</td>
<td>65</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemer</td>
<td>26,0</td>
<td>43,0</td>
<td>53,0</td>
<td>33,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>26,2</td>
<td>40,2</td>
<td>53,6</td>
<td>35,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 13 Kontingenčná tabuľka pracovného zaradenia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Súbor</th>
<th>Kontrolná skupina</th>
<th>Nepracuje</th>
<th>Pracuje</th>
<th>Celkom</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pacienti</td>
<td>Počet %</td>
<td>8</td>
<td>22</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>20,00%</td>
<td>55,00%</td>
<td>37,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkom</td>
<td>Počet %</td>
<td>32</td>
<td>18</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>100,00%</td>
<td>45,00%</td>
<td>62,50%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Z celkového počtu 40 pacientov so schizofréniou nepracovalo 22, čo predstavovalo 55 % a 8 pracovalo s relatívnym počtom 45%. V kontrolnej skupine pracovalo 32 respondentov s relatívnym počtom 80% a nepracovalo 8, čo bolo 20%. Rozdiel v zamestnanosti dosahuje 5 % hladiny štatistickej významnosti (Fisherov exaktný test: p<0.005).
Další významný ukazovateľ je rodinný stav schizofrénnych pacientov (Tab. 14). Najviac bolo slobodných t.j. 20, čo prestavovalo 50%. V manželskom zväzku žilo 10 s relatívnym počtom 25%. 4 respondenti (10%) označili, že sú vdovci alebo vdovy. Rovnaký absolútny počet po 3 bol určený v položke druh/ družka a rozvedený/á, čo bolo po 7,5%.

**Tab. 14 Rozdelenie respondentov podľa rodinného stavu**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Schizofrénní pacienti</th>
<th>Kontrolná skupina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Absolutný počet</td>
<td>Relatívny počet v %</td>
</tr>
<tr>
<td>Slobodný/ á</td>
<td>20</td>
<td>50,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženatý/ vydatá</td>
<td>10</td>
<td>25,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>S druhom/ družkou</td>
<td>3</td>
<td>7,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Rozvedený/ á</td>
<td>3</td>
<td>7,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vdovec/ vdova</td>
<td>4</td>
<td>10,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkom</td>
<td>40</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

V kontrolnej skupine bolo najväčšie zastúpenie v položke ženatý/ vydatá a to 22 respondentov (55%). Ako slobodný/ á označili svoj rodinný stav 10, t.j. 25%. S druhom a družkou žijú 7, čo predstavovalo relatívny počet 17,5%, rozvedení boli 3 (2,5%) a položka vdovec/ vdova neboli označené vôbec (0%).
Podľa rodinného stavu je medzi skupinami štatisticky významný rozdiel, ukazujúci, že kontroly významne častejšie žijú s partnerom (chi-kvadrát test: p <0,01).

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

Tab. 15 Rozdelenie respondentov podľa veľkosti bydliska

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rodinný stav</th>
<th>Schizofrénni Pacienti</th>
<th>Kontrolná Skupina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Absolútne počet</td>
<td>Relatívny počet v %</td>
</tr>
<tr>
<td>Slobodný/á</td>
<td>20</td>
<td>37,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženatý/vyťažatelia</td>
<td>10</td>
<td>20,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>S druhom/družkou</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rozvedený/á</td>
<td>7</td>
<td>15,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vdovec/vdova</td>
<td>4</td>
<td>8,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkom</td>
<td>40</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Schizofrénni pacienti bývajú v obciach do 10.000 a v mestách od 50.000 do 100.000 s rovnakým zastúpením a to po 15 osôb, čo predstavuje 37,5%. V meste od 10.000 do 50.000 obyvateľov žije 20%, s absolútym počtom 8 a vo veľkomeste bývajú 2 (5%).

**Obr. 11 Rozdelenie respondentov podľa veľkosti bydliska**

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Schizofrénní pacienti</th>
<th>Kontrolná skupina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Absolútny počet</td>
<td>Relatívny počet v %</td>
</tr>
<tr>
<td>Žiadne dieťa</td>
<td>23</td>
<td>57,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>1 dieťa</td>
<td>11</td>
<td>27,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>2 detí</td>
<td>5</td>
<td>12,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>3 a viac detí</td>
<td>1</td>
<td>2,50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkom</td>
<td>40</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Obr. 12 Rozdelenie respondentov podľa počtu detí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Počet detí</th>
<th>Schizofrénní pacienti</th>
<th>Kontrolná skupina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Žiadne dieťa</td>
<td>23</td>
<td>Schizofrénní pacienti</td>
</tr>
<tr>
<td>1 dieťa</td>
<td>17</td>
<td>Kontrolná skupina</td>
</tr>
<tr>
<td>2 detí</td>
<td>11</td>
<td>Schizofrénní pacienti</td>
</tr>
<tr>
<td>3 a viac detí</td>
<td>15</td>
<td>Kontrolná skupina</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ďalej nás obrázok č. 13 informuje o priemerných hodnotách, ktoré boli získané v jednotlivých doménach kvality života. V závislosti osí sú zaznamenané jednotlivé domény z dotazníku Q-LES-Q: telesné zdravie, pocit, práca, domácnosť, voľný čas, spoločenské aktivity a všeobecne a jedna položka obsahuje výsledky dotazníku CFQ. K väčšej prehľadnosti grafu boli čísla zaokrúhlené na celé.
V položke telesné zdravie pacienti získali priemernú hodnotu skóre 36,5 ± 11,4 a kontrolná skupina 43,5 ± 6,5. V tejto doméně sa bol zistený štatisticky významný rozdiel na 1 ‰ hladine signifikancie (nepárový t-test; p<0,001). Pocity u pacientov dosiahli priemernú hodnotu skóre 40,6 ± 8,8 a u kontrolnej skupiny 48,9 ± 8,2, kde bol opäť dokázaný rozdiel na 1 ‰ hladine štatistického významnosti (nepárový t-test p< 0,001). Priemerná hodnota skóre v práci u schizofrénnych pacientov dosiahla 43,1 ± 12,1 a u kontrolnej skupiny 47,5 ± 7,4. V domácnosti bolo dosiahnuté priemerne skóre u pacientov 29,8 ± 8,0 a u kontrolnej skupiny 33,0 ± 7,9. Položka škola a štúdium nie je v grafe zahrnutá, nakoľko bolo v tejto oblasti málo štatistických údajov, ale u pacientov bolo priemerné skóre 29,0 ± 1,4 a u kontrolnej skupiny 31,4 ± 3,6. Voľný čas u pacientov dosiahlo skóre 22,1 ± 6,5 a kontrolná skupina získala 25,1 ± 4,4. Tu sa opäť štatisticky dokázal rozdiel na 5 ‰ hladine signifikancie (nepárový t-test: <0,05). V spoločenských aktivitách bolo priemerné skóre pacientov 36,2 ± 12,8 kontrolnej skupiny 39,8 ± 7,6. V položke všeobecné získali pacienti priemer 44,5 ± 12,5 a kontrolny 54,3 ± 7,9. Znovu bola dokázaná rozdielnosť v nepárovom t-teste na 1 ‰ hladine štatistickej signifikancie (nepárový t-test: p < 0,001). V teste CFQ bolo
dosiahnuté u pacientov priemerné skóre 48,0 ± 15.4 a u kontrolnej skupiny 48,9 ± 14.7.

**Tab. 17 Popisná štatistika Kvality života I.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>súbor</th>
<th>Telesné zdravie</th>
<th>Pocity</th>
<th>Práca</th>
<th>Domácnosť</th>
<th>škola /štúdium</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>kontrola</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>32</td>
<td>35</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>31</td>
<td>35</td>
<td>29</td>
<td>17</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>54</td>
<td>65</td>
<td>64</td>
<td>47</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>44,5</td>
<td>48,0</td>
<td>48,5</td>
<td>34,0</td>
<td>30,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemer</td>
<td>43,5</td>
<td>48,9</td>
<td>47,5</td>
<td>33,0</td>
<td>31,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>6,5</td>
<td>8,2</td>
<td>7,4</td>
<td>7,9</td>
<td>3,6</td>
</tr>
<tr>
<td>pacienti</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>17</td>
<td>23</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>14</td>
<td>27</td>
<td>24</td>
<td>15</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>57</td>
<td>59</td>
<td>65</td>
<td>48</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>36,0</td>
<td>41,0</td>
<td>39,0</td>
<td>30,0</td>
<td>29,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemer</td>
<td>36,5</td>
<td>40,6</td>
<td>43,1</td>
<td>29,8</td>
<td>29,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>11,4</td>
<td>8,8</td>
<td>12,1</td>
<td>8,0</td>
<td>1,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 18 Popisná štatistika Kvality života II.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>súbor</th>
<th>Voľný čas</th>
<th>Spoločenské aktivity</th>
<th>Všeobecne</th>
<th>CFQ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>kontrola</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>18</td>
<td>27</td>
<td>41</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>37</td>
<td>56</td>
<td>74</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>25,0</td>
<td>41,0</td>
<td>54,0</td>
<td>47,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemer</td>
<td>25,1</td>
<td>39,8</td>
<td>54,3</td>
<td>48,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>4,4</td>
<td>7,6</td>
<td>7,9</td>
<td>14,7</td>
</tr>
<tr>
<td>pacienti</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>8</td>
<td>10</td>
<td>23</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>32</td>
<td>55</td>
<td>65</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Medián</td>
<td>24,0</td>
<td>39,0</td>
<td>44,0</td>
<td>47,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Priemer</td>
<td>22,1</td>
<td>36,2</td>
<td>44,5</td>
<td>48,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Smerodajná odchýlka</td>
<td>6,5</td>
<td>12,8</td>
<td>12,5</td>
<td>15,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Vzťahy medzi významnými doménami kvality života a sebeaposuđením kognitívneho deficitu boli zisťované pomocou Pearsonovej korelačnej analýzy. Išlo o domény „pocity“, „voľný čas“ a „všeobecne“, ktoré sa štatisticky významne líšili u pacientov a kontrol.

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

![Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a „pocity“](image)

Táto Pearsonova korelačná analýza popisuje vzájomnú nepriamú súvislosť medzi hodnotami testu CFQ a doménou „pocity“. Korelačný koeficient má negatívne znamienko ($r = -0.340$; $p<0.05$), z čoho vyplýva, že vysoké hodnoty skóre „pocity“ korelujú s nízkymi hodnotami testu CFQ, tzn. že pacienti s vyššou kvalitou prežívania majú subjektívne menší kognitívny deficit a naopak.
Pearsonova korelačná analýza pre súbor pacientov popisuje vzájomnú nepriamu súvislosť medzi hodnotami testu CFQ a doménou „voľný čas“. Korelačný koeficient je \( r = -0.398 \) (\( p<0.05 \)), z čoho vyplýva, že vysoké hodnoty skóre „voľného času“ korelujú s nízkymi hodnotami testu CFQ, tzn. vyššia kvalita naplnenia voľného času súvisí s nižším prežívaným kognitívneho deficitu.

Obr. 15 Pearsonova korelačná analýza medzi hodnotami CFQ a „voľným časom“
Pearsonova korelačná analýza popisuje vzájomnú nepriamu súvislosť medzi hodnotami testu CFQ a doménou „všeobecne“. Korelačný koeficient je $r = -0.370$ ($p<0.05$), z čoho vyplýva, že vysoké hodnoty skóre domény „všeobecne“ korelujú s nízkymi hodnotami testu CFQ.

12.1 Štatistické overenie hypotéz

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

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

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

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

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

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

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

**H₀** V skupine pacientov a kontrolnej skupine je rovnaká nezamestnanosť.

**H₁a** Skupina pacientov so schizofréniou a kontrolnou skupinou sa neliší podielom nezamestnaných.

Chi- kvadrát test preukázal:

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

Tento výsledok jednoznačne zamietá nulovú hypotézu a svedčí pre alternatívnu hypotézu.
Dalšia analýza sa týkala porovnania pacientov a kontroly v teste CFQ.  

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

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


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

Dalšia analýza sa týkala vzťahu kvality života a sebaposúdením kognitívneho deficitu. Naše hypotézy zniesli:  

**H₀** Kvalita života nesúvisí s CFQ.  

**H₃** Kvalita života súvisí s CFQ.  

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

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

Z týchto výsledkov vyplýva, že kvalita života súvisí nepriamo so sebaposúdením kognitívneho deficitu, tzn. nulovú hypotézu je zamietnutá v prospech hypotézy alternatívnej.
Ďalším cieľom bolo zistiť hodnotu kvality života u žien a mužov trpiacich schizofréniou. Hypotézy zneli:

**H₀** Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu u žien je rovnaká ako u mužov.

**H₄** Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu u žien je rozdielna ako u mužov.


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

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

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

**H₀** Kvalita života nesúvisí s hmotným zabezpečením.

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

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

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

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

Z tohto výsledku vyplýva, že kvalita života nesúvisí s hmotným zabezpečením, nulová hypotéza čiastočne platí.
Cieľom číslo 6 bolo zistiť, ako sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí s hmotným zabezpečením. Naše hypotézy boli:

**H₀** Sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí s hmotným zabezpečením.

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

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

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

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

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

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

**H₀** Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu nesúvisí so vzdelaním.

**H₇** Kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním.

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

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

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

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

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

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

**12.2 Zhodnotenie cieľov**

Na základe získaných dát a spracovaných výsledkov boli vyhodnotené ciele.

**Cieľ 1: Zistiť subjektívnu úroveň hodnoty kvality života schizofrenikov.**

- Schizofrénní pacientí majú nižšiu kvalitu života ako kontrolná skupina v subjektívnom posúdení telesného zdravia, pocitoch, vo využívaní voľného času a vo všeobecnej doméne.
- Kvalita života v domácnosti a spoločenských aktivitách nebola štatisticky významne rozdielna medzi pacientmi so schizofréniou a kontrolnou skupinou.
- Celková spokojnosť v práci nebola validná, nakoľko veľký počet pacientov nepracuje, čo potvrdil aj štatisticky vyšší významný rozdiel nepracujúcich pacientov oproti kontrolnej skupine.
Kvalita života v škole a so štúdiom nebola vyhodnotená pre nízky počet respondentov, ktorý za posledný týždeň navštevovali vzdelávacie zariadenia. 

Cieľ 2: Zistiť subjektívnú úroveň sebaposúdenia kognitívneho deficiu (CFQ) schizofrenikov.
- Úroveň sebaposúdenia kognitívneho deficiu pacientov so schizofréniou a kontrolnou skupinou nie je rozdielna. Nepreukázali sa žiadne štatisticky významné rozdiely.

Cieľ 3: Zistiť, či spolu súvisí kvalita života a sebaposúdenie kognitívneho deficiu (CFQ).
- Kvalita života pacientov so schizofréniou a sebaposúdenie kognitívneho deficiu spolu súvisí v doménach pocity, voľný čas a všeobecne, kde sme zistili nepriamu závislosť medzi nimi.
- V ostatných doménach nebola zistené vzájomná súvislosť.

Cieľ 4: Zistiť hodnotu kvality života u žien a mužov trpiacich schizofréniou.
- Úroveň kvality života žien a mužov so schizofréniou nie je rozdielna. Neboli preukázané žiadne štatisticky významné rozdiely.

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

Cieľ 6: Zistiť, či sebaposúdenie kognitívneho deficiu súvisí s hmotným zabezpečením.
- S hmotným zabezpečením sebaposúdenie kognitívneho deficiu súvisí. Bolo dokázané, že pacienti s podpriemerným zabezpečením majú výrazne horšie CFQ ako pacienti s nadpriemerným zabezpečením.
Cieľ 7: Zistiť, či kvalita života alebo sebaposúdenie kognitívneho deficitu súvisí so vzdelaním.

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

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

K hlavným intervenčným snahám ošetrovateľstva patrí:

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

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

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

Další významný výsledok nám ukazuje znižení kvality života v citovom prežívani. Pacienti hodnotia svoje citové prežívanie významne horšie ako kontrolu. To môže odrázať fakt, že len málo z nich žije v partnerskom vzťahu a i vlastná rodina sa k nim stavia s určitou opatrnosťou a rezervou. Štúdia, ktorá porovnávala subjektívne hodnotenie kvality života pacientov s chronickou schizofréniou v rôznych oblastiach USA, zistila neuspokojivé hodnoty medziľudských vzťahov, ktoré sú závislé na celkovom emocionálnom rozpoložení každého jedinca (Motlová a Dragomirecká, 2003, č. 2, s. 88). Citové prežívanie však môže byť obmedzené vd'aka reziduálnej psychotickej symptomatológii (plochý afekt), alebo vplyvom antipsychotickej
medikácie, ktorá súčasťou upravuje negatívne afekty, ale zároveň môže ako vedľajší účinok znižovať intenzitu prežívania.


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

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

Veľmi zaujímavé zistenie je fakta, že kvalita života v doménach pocity, voľný čas a všeobecné negatívne súvisí so sebaposúdením kognitívneho deficitu. Čím vážnejšie pacienti hodnotia pokles svojich kognitívnych schopností, tým lepšie vidia
svoju kvalitu života. Akoby subjektívne dobré hodnotenie kognitívnych funkcií umožňovalo vidieť realitu života značne kritickejšie a naopak. To však môže súvisieť so vzdelaním, kedy vzdelaný ľudia bývajú kritickejší k hodnoteniu kvality života, pretože sa porovnávajú s podobne vzdelanou populáciou. Tento pohľad zdá sa potvrdzuje fakt, že respondenti so základný a stredoškolským vzdelaním boli spokojnejší so svojou prácou ako respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou a vysokoškolským. Pacienti bez maturity majú na seba nižšie nároky a môžu byť teda v práci spokojnejší ako tí s maturitou a vysokou školou, ktorí majú na seba vyššie nároky, predstavy a očakávania.

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

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

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

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


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

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

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


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


ZOZNAM SKRATIEK

atď'. a tak ďalej
CFQ dotazník sebaposúdenia kognitívneho deficitu
CNS centrálny nervový systém
EBSCO internetová databáza
ECT elektrokonvulzívna terapia
EEG encefalografické vyšetrenie
et al. z latinčiny a kolektív
FNOL Fakultná nemocnica Olomouc
F (20.0–.6) označenie foriem schizofrénie
H₀ – H₇ hypotézy
HIV Human Immunodeficiency Virus
IQ inteligenčný quocient
KŽ kvalita života
LSD dietylamid kyseliny lysergovej
MAO monoaminoxidáza
Obr. obrázok
PUBMED internetová databáza
Q- LES- Q dotazník sebaposúdenia kvality života
Tab. tabuľka
tj. to je
tzv. takzvané
viď'. vidiet'
% percentá
= rovná sa
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabulka</th>
<th>Popis názvu tabulky</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tab. 1</td>
<td>Priebehové formy schizofrénie</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 2</td>
<td>Skóre domén dotazníka Q-LES-Q</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 3</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa pohlavia</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 4</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa veku</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 5</td>
<td>Skóre domén dotazníka Q-LES-Q</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 6</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa pohlavia na kvalitu života I.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 7</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa pohlavia na kvalitu života II.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 8</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa vzdelania</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 9</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa vzdelania na KŽ I.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 10</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa vzdelania na KŽ II.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 11</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa hmotného zabezpečenia na KŽ I.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 12</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa hmotného zabezpečenia na KŽ II.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 13</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa pracovného zaradenia</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 14</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa rodinného stavu</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 15</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa veľkosti bydliska</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 16</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa počtu detí</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 17</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa počtu detí</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab. 18</td>
<td>Rozloženie respondentov podľa počtu detí</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Zoznam grafov

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

Príloha č. 1 Dotazník o kvalite života
Príloha č. 2 Program pre dobré zdravie
Príloha č. 3 Povolenie na dotazníkový výskum
Príloha č. 1 Dotazník o kvalitě života

Vážený pane, Vážená paní!

Předem Vám děkuji za čas, který vyplňování věnujete.
Přeji pěkný zbytek dne

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vůbec ne</th>
<th>Zřídka</th>
<th>Občas</th>
<th>Často většinou</th>
<th>Velmi často nebo vždy</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>…cítí/a se bez obtíží a nepohodlí</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a se odpočatý</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a se plný energie</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a se absolutně fyzicky zdraví</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a se fyzicky alespoň velmi dobře</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…nestěžoval/a jste si na Vaše fyzické zdraví</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a se dostatečně vyspalý/á</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…byl/a jste schopen/a veškeré fyzické aktivity</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a se soustředný/á</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a jste, že vaše paměť funguje bez problémů</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a jste se fyzicky dobře</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a se plný/á energie a života</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…cítí/a jste se bez problémů</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
POCITY:

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vůbec ne</th>
<th>Zřídka</th>
<th>Občas</th>
<th>Často nebo většinou</th>
<th>Velmi často nebo vždy</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>...měl /a pocit čisté hlavy</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a spokoje/a se svým životem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...byl/a spokojen/a s Vaším vzhledem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a šťastný/á</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a nezávislý/á</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a spokojeně</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...byl/a schopna komunikovat s okolím</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se zajímá/a o Váš vzhled a osobní hygienu</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a schopen/a činit rozhodnutí</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a uvolněně</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...jste měl/a dobrý pocit z Vašeho života</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a schopen/a cestovat vždy, když bylo treba</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a schopen/a zabývat se životními problémy</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se cítí/a chopen/a postarat se o sebe</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
PRÁCE:

Označte jednu možnost

Jste zaměstnán/a? ANO/NE
Jste živnostník? ANO/NE
Jste brigádník? ANO/NE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jestliže ne, zakroužkujte jeden z důvodů:
1.) Fyzické potíže  
2.) Psychické potíže  
3.) Neočekávájí se ode mne žádné výše uvedené aktivity  
4.) Jiné důvody (uveďte jaké)

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vůbec ne</th>
<th>Zřídka</th>
<th>Občas</th>
<th>Často nebo většinou</th>
<th>Velmi často nebo vždy</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>…si užíval/a školu/studium</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…se těšil/a na návštěvu školy/kurzů</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…se věnoval/a škole/studiu bez stresu</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…jasně uvažoval/a o škole/studiu</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…byl/a schopna činit patřičná rozhodnutí týkající se školy/ studia</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…byl/a spokojen/a s tím, jak zvládáte školu/studium</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…byl/a zaujat/a školou/studiem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…byl/a soustředěna na školu/studium</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…se cítí/a dobře při plnění školních povinností/studiu</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…komunikoval/a bez problémů s Vaší třídou/kurzem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6. VOLNÝ ČAS:

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vůbec ne</th>
<th>Zřídka</th>
<th>Občas</th>
<th>Často nebo většinou</th>
<th>Velmi často nebo vždy</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>…když jste měl/a čas, jak často jste se věnoval/a některé z výše uvedených aktivit</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…jak část Vám tyto aktivity přínášely potěšení</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…jak často jste se na tyto aktivity říšil/a ještě před jejich započetím</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…jak často jste se na výše uvedené aktivity byl/a schopen/a se koncentrovat</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…když se v souvislosti s Vašími aktivitami ve volném čase objevily problémy, jak často jste je byl/a schopen/a řešit</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>…jak často si tyto aktivity udržely Váš zájem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Vůbec ne</td>
<td>Zřídka</td>
<td>Občas</td>
<td>Často nebo většinou</td>
<td>Velmi často nebo vždy</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>--------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>...si užíval/a pobyt/rozhovor s přáteli, příbuznými</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se těšil/a na pobyt s přáteli/příbuznými</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...plánoval/a společné aktivity s přáteli/příbuznými</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...si užíval/a společnosti spolupracovníků/sousedů</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...byl/a trpělivý/á, když ostatní negativně reagovali na Vaše slova</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...se zajímal/a o problémy jiných lidí</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...cítí/a náklonnost k jednomu člověku nebo více lidem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...dobře vycházela s lidmi</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...žertoval/a nebo smál/a se ostatními</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...cítí/a potřebu být s přáteli/příbuznými</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>...měl/a pocit, že Vaše vztahy s přáteli/příbuznými jsou bez větších problémů</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Pokud se všeobecně zamyslíte nad minulým týdнем, jak spokojeny/a jste byl/a...

(Zakroužkujte jednu možnost v každém řádku).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Obecné:</th>
<th>Velmi málo</th>
<th>Málo</th>
<th>Průměrně</th>
<th>Značně</th>
<th>Velmi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>...se svým fyzičkým zdravím</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...se svou náladou</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...s prací</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...s domácími aktivitami</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...se společenskými vztahy</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...s rodinnými vztahy</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...s prožitím volného času</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...se schopností fungovat v běžném denním Životě</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...se sexuálním Životem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...Vaši ekonomickou situaci</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...životní/rodinnou situací</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...možností pohybovat se bez pocitu závratí nebo nestability</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...Vaším pocitem schopnosti pracovat nebo věnovat se koničkům</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...myšlenkou, že si žijete dobře</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...léky (Pokliže žádné neuzíváte, označte no křížkem zde...a přejděte na další otázku)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>...Jak jste byl/a celkově spokojen/a s Vaším Životem během minulého týdne</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Prosím zaškrtněte vyhovující odpověď do patřičného sloupce.
Stává se Vám v poslední době (několika týdněch), že…

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

1. POHLAVÍ:  muž
               žena

2. VĚK ______

3. UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ:  neukončené základní vzdělání
                        základní vzdělání
                        střední bez maturity
                        střední s maturitou
                        vysokoškolské

4. HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ:  výrazně podprůměrné
                        mírně podprůměrné
                        průměrné
                        mírně nadprůměrné
                        nadprůměrné

5. RODINNÝ STAV:  svobodný/a
                  ženatý/vdaná
                  s druhem/
                  rozvedený/á
                  vdovec/vdova

6. BYDLÍTE V:  obci do 10.000 obyvatel
               v městě od 10.000 do 50.000 obyvatel
               v městě od 50.000 do 100.000 obyvatel
               ve velkoměstě nad 100.000 obyvatel

7. MÁTE DĚTI:  ne
                ano, kolik __________

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI!
Príloha č. 2 Program pre dobré zdravie

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

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

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

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

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

Počas realizovania programu je dôležitá existencia alebo vytvorenie podporej sociálnej siete v najbližšom okolí, pretože podpora rodiny nie je vždy dostatočná. Niekedy nemajú záujem meniť svoje zavedené stravovacie návyky, preto sa zvažuje prizwanie rodín do programu.
V neposlednej rade plní program aj preventívnu funkciu. Zachytáva rizikové telesné faktory: arteriálnu hypertenziu, tychykardiu, podporuje zásady zdravého životného štýlu.

Program pre dobré zdravie novú možnosť pre pacientov trpiacich schizofréniou, v ktorom nejde len o obezitu, ale aj podporu. Rozšírenie sociálnej siete a možnosť zdieľať problém v skupine predchádza opustenosti a izolácií pacientov. Je to nová, ľahko dostupná a bezplatná šanca, ako sa navzájom stretnúť, pohovoriť si o svojich problémoch a dozvieť sa nové informácie (Kitzlerová, Motlová, 2006, č. 2, s. 92-93).
Príloha č. 3 Povolenie na dotazníkový výskum

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

V Olomouci 21.1.2010

Vee: Žiadosť o povolenie na výskum v psychiatrické klinike FNO
Vážený pán bakalár!

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

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

Za kladné vyhovenie vopred ďakujeme.

S pozdravom

…………………………………

Doc. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Be. Monika Šídlošová

Vyjadrenie k žiadosti: ☑ žiadosť povolená ☐ žiadosť zamietnutá

Odkladovanie: ……………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………

Dátum, podpis, razítko: 24.1.2010