

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKARSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKARSTVÍ
ODDELENÍ OŠETROVATELSTVÍ**

**Návrat pacientů s diagnózou schizofrenie do společnosti
v souvislosti s kvalitou života**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Havlíčková**
Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2012

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**Return of patients diagnosed with schizophrenia in the
company in connection with the quality of life**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Havlíčková**
Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2012

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala Mgr. Evě Vachkové nejen za odborné rady a pomoc, ale i za velkou ochotu a podporu při vzniku této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Knížkové a Mgr. Šťastnému za umožnění realizace výzkumu v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod a Občanskému sdružení VOR. Poděkování za trpělivost patří i Mgr. Hanáčkovi při statistickém zpracování dat výzkumu.

Poděkování patří i všem pacientům a nemocným s diagnózou schizofrenie za řádné vyplnění dotazníků. Bez jejich pomoci by tato práce nikdy nevznikla.

V neposlední řadě patří velké dík za podporu celé mé rodině.

V Hradci Králové.....

Podpis.....

Motto

„ Každý touží po tom, čeho se mu nedostává – ti nahoře po oblibě a ti dole po spravedlnosti.

Francois de la Rochefoucauld

OBSAH

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. Schizofrenní poruchy	11
1.1 Obraz schizofrenie v historii	11
1.2 Definice.....	12
1.3 Klinický obraz.....	13
1.3.1 Bludy	13
1.3.2 Halucinace.....	14
1.3.3 Katatonie.....	15
1.4 Deprese	16
1.5 Suicidium.....	16
2. Výskyt a prognóza.....	17
3. Typy schizofrenního onemocnění.....	18
3.1 Paranoidně halucinatorní forma	18
3.2 Hebefrenní forma	19
3.3 Katatonní forma.....	19
3.4 Reziduální schizofrenie.....	19
3.5 Simplexní forma	19
3.6 Nediferencovaná forma a postschizofrenní deprese	20
4. Diagnostika a klasifikace	20
4.1 Diagnostika.....	21
5. Etiologie a patogeneze.....	22
5.1 Genetický model.....	23
5.2 Dopaminová hypotéza	23
5.3 Neurovývojová hypotéza	24
5.4 Rizikové faktory	24
6. Terapie	26
6.1 Antipsychotika	26
6.1.1 Antipsychotika první generace.....	26
6.1.2 Antipsychotika druhé generace	27
6.1.2.1 Clozapin	27

6.1.3 Antidepresiva	28
6.2 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)	28
6.3 Psychoterapie	28
6.3.1 Individuální psychoedukace (illness management)	29
6.3.2 Rodinná psychoedukace.....	29
6.3.3 Návuk sociálních dovedností a trénink kognitivních funkcí v souvislosti s návratem do společnosti	29
6.4 Fáze terapie.....	30
6.5 Rehabilitace	32
6.6 Úlohy sestry v péči o pacienta se schizofrenií	33
6.6.1 Psychoedukace	35
7. Stigma	36
8. Kvalita života	37
8.1 Historický pohled	37
8.2 Přístupy ke kvalitě života.....	38
8.3 Modely kvality života.....	40
8.3.1 Obecné modely.....	40
8.3.2 Strukturálně – dynamický model.....	40
8.3.3 Speciální teorie kvality života	41
8.4 Přístupy k měření kvality života	41
8.4 Faktory podílející se na kvalitě života	43
8.6. Hodnocení kvality života pacientů v klinické praxi.....	43
8.7 Kvalita života u pacientů s diagnózou schizofrenie.....	45
II. EMPIRICKÁ ČÁST	
9. Cíle empirické části.....	48
10. Použité metody a zkoumaný soubor.....	48
10.1 Výzkumný soubor.....	48
10.2 Výběr a charakteristika respondentů.....	49
10.3 Použité metody výzkumného šetření	49
10.4 Realizace šetření.....	50
10.5 Zpracování získaných dat.....	51
10.6 Vyhodnocení dotazníku SQUALA (úplné znění dotazníku je v příloze)	52
10.6.1 Anamnestický dotazník.....	52
10.6.2 Subjektivní hodnocení kvality života.....	57

10.6.3 Vyhodnocení subjektivního hodnocení deprese BDI-II.....	75
11. Diskuze	79
12. Závěr	85
Anotace	87
Použitá literatura a prameny	89
Seznam tabulek.....	91
Seznam grafů	92
III. PŘÍLOHY	97

ÚVOD

Právem každého člověka je být zdrav. Zdraví je podmínkou dobré fyzické, ale také psychické pohody a dobré kvality života, na kterou je často zapomínáno. Lidská nemoc je vnímána pouze po své biologické stránce a vytrácí se myšlenka na „zdraví duše“.

Tato práce je zaměřená na duševní onemocnění, kterým je schizofrenie. Hluboce zasahuje do života nemocného a především ovlivňuje jeho kvalitu života. U lidí se schizofrenií dochází k narušení vnímání, myšlení, prožívání. Ovlivňuje také chování člověka a omezuje jeho sociální přizpůsobivost. Toto onemocnění začíná obvykle kolem 20-25 roku člověka a doprovází ho už po zbytek života. Bývají narušeny jeho mezilidské vztahy, pracovní uplatnění a samostatnost. I když každý příběh člověka se schizofrenií je ryze individuální, cílem této práce bylo zmapovat jejich kvalitu života v jednotlivých životních oblastech. Nemoc těmto lidem vzala životní plány a přesměřovala životní cestu na jinou kolej. Tito lidé začínají vlastně od začátku, najednou se jim zpomalí životní tempo, ve svých životech musejí nalézt jiné priority, cíle, aby byli vůbec schopni se vrátit zpět do společnosti a čelit běžným, denním nárokům společnosti. Čeká je zdlouhavý a nelehký úkol.

Z vlastních zkušeností práce sestry v psychiatrické léčebně vím, že duševní onemocnění hluboce zasahuje do života lidí. Vyžaduje komplexní péči zdravotní, psychoterapeutickou, sociální a také podporu nejbližších. Nestačí pouze podávat léky, ale důležitou součástí je eliminace stresu, vhodné prostředí, ve kterém se člověk pohybuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Schizofrenní poruchy

1.1 Obraz schizofrenie v historii

Dějiny psychiatrie jsou tak úzce spojeny se schizofrenií jako s žádnou jinou nemocí. Termín „schizofrenie“ pochází z řečtiny a v překladu znamená „rozštěp mysli“. Je s ní spojeno mnoho předsudků a mýtů. První zmínky pochází z období 2000 let před naším letopočtem.

Podle pojetí německého psychiatra E. Kraepelina je onemocnění chápáno jako předčasný psychický úpad osobnosti a označil ji pod názvem „Dementia praecox“ (=předčasné zhloupnutí).

E. Bleuler v roce 1911 zavedl pojem schizofrenie. Nechápal toto onemocnění jako nemoc v pravém slova smyslu, ale jako výraz *zvláštního vývoje* člověka, jeho životní cesta je ovlivněna disharmonickými a těžkými vnitřními i vnějšími podmínkami. Onemocnění je rozmanité, co se týče klinické formy, přičemž se jednotlivé syndromy střídají nebo mohou do sebe přecházet. Jedná se o *epizodicky* probíhající onemocnění, při kterém akutní symptomy v různě dlouhém časovém intervalu zase odezní. Mezi akutními fázemi může dojít k částečnému odeznění příznaků nebo se mohou objevit nespecifické syndromy (například depresivita).

Současné pojetí schizofrenie vychází z dělení podle příznaků, které popsal roku 1957 Schneider. Během 20. století vzniklo mnoho různých hypotéz, teorií a pohledů. Doposud nebyly z veškerých dostupných výzkumů zjištěny jasné příčiny a původ tohoto onemocnění (Rahn, Mahnkopf,2000)

Schizofrenií trpěli také slavné osobnosti, například:

- Issac Newton – anglický fyzik a matematik
- Vincent van Gogh – nizozemský malíř
- Johanka z Arku – francouzská národní hrdinka
- Syd Barrett – člen skupiny Pink Floyd

1.2 Definice

Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizována fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit. Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které poskytují normálnímu jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly. Jedinec má často pocit, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známá jiným osobám nebo je jimi sdílena. Mohou se tedy rozvinout bludy, vysvětlující tento pocit jako následek působení přirozených a nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy trpícího jedince často bizarním způsobem.

Přestože není možné definovat přísně patognomické příznaky, zahrnují nejdůležitější psychopatologické fenomény :

- ozvučování myšlenek, ovládnutí nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
- bludné vnímání a bludy kontrolovatelnosti, ovlivňování nebo ovládnutí
- halucinace hlasů komentujících nebo diskutujících o pacientovi se třetí osobou
- poruchy myšlenkových pochodů
- katatonii a negativní příznaky

Průběh schizofrenie může být kontinuální nebo epizodický. Také je charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi. (Smolík, 2002)

1.3 Klinický obraz

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz. Symptomy bývají různorodé s poškozením funkce obsahového a formálního myšlení. Funkce já, vnímání, motivace, efektivity a psychomotoriky. Zpravidla nebývají poškozeny orientace a vědomí. V akutní fázi nemoci hraje důležitou roli vznik bludů a halucinací.

1.3.1 Bludy

Blud je život určující a většinou nezměnitelné přesvědčení člověka o sobě samém o jeho světě. Charakterizuje ho především zvláštní interpretace světa, určitý druh vlastní skutečnosti. Je vnímán danou osobou jako jistý, žádné zdůvodnění nebo důkaz není pro jeho potvrzení nutný, ani argumenty nemohou blud vyvrátit. (Scharfetter 1991)

Pro schizofrenii jsou typické především tzv. *bizardní bludy*. Jsou nepravděpodobné, nepochopitelné a neodvoditelné z běžné životní zkušenosti.

Mezi nejčastější patří:

Paranoidně-perzekuční bludy – člověk je přesvědčen, že je pronásledován (sousedem, tajnou zpravodajskou službou - rozvědkou, mimozemšťany), věcem ze svého okolí připisuje zvláštní význam.

Bludy vztahovačnosti – člověk vztahuje různé situace na sebe (všichni se na dotyčného dívají, pomlouvají ho, chtějí mu škodit).

Bludy obviňování a kontrolování – člověk má pocit, že někdo ovlivňuje jeho myšlení, působí na něho na dálku.

Religiózní – souvisí s náboženstvím (například člověk má náboženské poslání, je prorokem). Jsou klinicky významné, bývají spjaty se sebepoškozováním a horším terapeutickým výsledkem.

Do této kategorie také patří **intrapsychické halucinace** - kdy je dotyčný přesvědčen o vkládání či odnímání myšlenek nějakou zevní silou (Motlová, Koukolík, 2004, Hosáková a kol., 2007)

1.3.2 Halucinace

Jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez zevního podnětu. Jsou nevyvratitelné, nemocní je považují za realitu. U schizofrenie se vyskytují halucinace, pseudohalucinace a iluze.

Mezi nejčastější u tohoto onemocnění patří:

Akustické halucinace - tvoří asi 50% všech halucinací. Pacient je popisuje jako „hlasy“. Obsahově bývají většinou nepříjemné. Dotyčný slyší jeden nebo více hlasů.

Teologické - člověku radí, hádají se, nejsou emotivní.

Imperativní – nařizující, nabádavé.

Taktilní halucinace - patří mezi tělové halucinace, často se vyskytují při počátcích schizofrenie (cizí dotyk, píchání, pálení).

Zrakové – vidiny neexistujících postav, zvířat, věcí.

Chuťové (gustace) – nepravé podněty, nepříjemného charakteru (otrávené jídlo, pachut').

Intrapsychické – do mozku jsou někým vkládány nebo odnímány, měněny nebo zveřejňovány myšlenky.

Bludy a halucinace patří mezi takzvané **pozitivní** (produktivní) příznaky schizofrenie. Jsou to takové příznaky, které představují něco navíc oproti normě. Dále sem patří *dezorganizovaná řeč, myšlení*. Řeč bývá překotná, nedávající smysl, sdělování postrádá gramatické vazby. Myšlení může být *inkohherentní* tzv. slovní salát, kdy je narušena struktura i obsah řeči. Nutkavé myšlení, které je neustále vnucující, člověk je nedokáže vůlí potlačit.

Dále se může vyskytnout také *dezorganizované chování*, projevující se více či méně nápadným chováním. Zasahuje do běžného života člověka, kdy nemocný není například schopen udržet osobní hygienu. Dotyčný bývá nápadný svou neobvyklostí v oblékání, nepředvídatelným pokřikováním bez motivu. (Motlová, Koukolík, 2004)

Druhou skupinou jsou příznaky **negativní**, odkazující k faktu, že se něčeho nedostává. Patří sem *apatie, emoční oploštělost, abulie* (neschopnost zmobilizovat vůli, o něco se snažit). Neschopnost člověka prožívat radost, ztráta zájmu o sociální interakci – *anhedonie*, není nic, co by ho potěšilo, přimělo k úsměvu.

Obecně se soudí, že negativní příznaky se o něco hůře léčí. Bývá horší účinnost terapie antipsychotik, chronický průběh a horší prognóza. Člověk se odděluje od druhých lidí, není schopen pracovat a podobně.

Pozitivní a negativní příznaky schizofrenie (Dušek, Večeřová – Procházková 2010)

Pozitivní příznaky	Negativní příznaky
Bludy, halucinace, vzrušenost	Emoční oploštělost
Dezorganizovaná řeč a chování	Alogie
Produktivní katatonní symptomatika	Anhedonie
Echomatismy, stereotypie, manýrování	Abulie, hypobulie
Bizarní projevy	Autismus
Impulsy, rapty	
verbigerence	

1.3.3 Katatonie

Další jsou **katatonní** příznaky, které nebývají specifické pouze pro schizofrenii, ale vyskytují se také u afektivních a organických poruch. Patří sem:

Negativismus – odmítavý postoj. Je možno jej rozdělit na *aktivní negativismus* – dotyčný dělá právě opak toho, co je po něm vyžadováno. A na *pasivní negativismus* – dotyčný nereaguje na výzvy a zároveň nedělá nic proti nim.

Echomatismy – opakování jednání nebo řeči jiné osoby („opičení se“).

Katalepsie – jedná se o poruchu jednání, dotyčný setrvává v nastavené poloze, byť jde často o pozici nezvyklou, (příznak „podušky“ – ležícímu nemocnému je odebrán podhlavníček a on přesto setrvává v poloze se zvednutou hlavou).

Flexibilitas cerea – vosková ztuhlost, častou postiženou částí těla bývají končetiny, kladou plastický odpor.

Stereotypie – opakující se pohyby částí těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou.

Povolený automatismus – automatické a okamžité reakce na povel, jakkoli nesmyslný.

Grimasování – více či méně nápadné, nezvyklé a nevhodné výrazy v obličeji.

Stupor – vymizení pohybové aktivity a řeči, vědomí plně zachováno.

Excitace, raptus – výrazný psychomotorický neklid s bezcílným jednáním (Motlová, Koukolík 2004)

1.4 Deprese

Po odeznění akutní symptomatiky se u mnohých postižených objeví *depressivní syndrom*. Může mít charakter postremisního syndromu vyčerpání s malátností, pocity vnitřní prázdnoty. U schizofrenie bývá deprese nositelem špatných zpráv. Výrazně je ovlivněna prognóza, kvalita života nemocného a je nutný terapeutický přístup. Deprese bývá klíčovým faktorem pro neočekávané zhoršení kvality života, nespolupráci v léčbě či dokonce pokusy o sebevraždu. Epidemiologické studie uvádějí, že akutně depresí trpí čtvrtina schizofrenických pacientů a celoživotně dokonce dvě třetiny (Maršálek, 2007).

1.5 Suicidium

Schizofrenie představuje psychiatrickou poruchu patřící mezi jednu s nejvyšším výskytem sebevražd vůbec. Odhadem každý desátý nemocný schizofrenií se pokusí o sebevraždu. Z toho se jedná o 5 – 15% dokončených suicid a 20 – 40% sebevražedných pokusů. (Harkavy – Friedman 2007). Nejvíce rizikovou skupinou jsou pacienti s počínajícím onemocněním, u kterých bývá bouřlivý průběh a málo vyjádřené negativní příznaky.

Upozorňuje se na důležitost role sociálních faktorů. Někteří autoři uvádějí, že u osob s vysokou nemorbidní společenskou rolí, která se vlivem vzniku onemocnění podstatně sníží, nebo přijdou o své postavení úplně, vyskytuje vyšší sebevražednost.

Jiní výzkumníci zjistili, že jedinci s nižší nemorbidní sociabilitou, jsou, co se sebevražedných pokusů týče rizikovější (Pompile et al., 2004)

Významná je od začátku ochrana ohrožených pacientů před stresovými situacemi a zabránění sociální izolaci dotyčného. Dalšími **rizikovými faktory** jsou předchozí sebevražedné pokusy, již zmíněné deprese, beznaděj, abúzus drog a mužské pohlaví, dle

Hert et al. (2001) dále pak chronický průběh onemocnění s častými relapsy, časté krátké a také nedobrovolné hospitalizace, negativní postoj vůči léčbě a impulzivní chování.

V redukci rizika suicidia u schizofrenických pacientů se uplatňuje farmakoterapie a psychosociální intervence. Redukci se také dostatečně věnují psychoedukační programy, kdy se terapeut snaží vybudovat náhled u pacienta na onemocnění a dostatečně se věnovat tématům, která bývají častým zdrojem nedorozumění (Motlová, Koukolík, 2004)

2. Výskyt a prognóza

Schizofrenie se na rozdíl od depresí vyskytuje stejně často u mužů i u žen. Výskyt během života je asi u 1% populace. Nástup onemocnění je často velmi nenápadný a začátek se obvykle objeví včasné dospělosti (15 – 25 let u mužů, 25 – 35 let u žen). Jako spouštěč mohou fungovat drogy, stejně tak různé formy stresu. Onemocnění může předcházet období několika měsíců až let, kdy se tyto osoby postupně mění, uzavírají a přerušují sociální kontakty. *Prodromální příznaky* zahrnují sociální stažení, deprese, pocity napětí, vztahovačnost, zanedbávání zevnějšku, poruchy spánku, pocit méněcennosti, zhoršení školní nebo pracovní výkonnosti, neklid, úzkost, bludy, halucinace. Tyto příznaky se stupňují až dojde k propuknutí *psychotické ataky* (Fišar a kol., 2009)

Průběh onemocnění bývá často *epizodický*. Kritické období po první psychotické epizodě je následujících 2 – 5 let.

Průběh schizofrenie je velmi proměnný. U 1/3 dochází k uzdravení, 1/3 k relapsům a remisím, 1/3 k chronickému zhoršení. Je podivuhodné, že průběh je významně lepší v rozvojových zemích než v západní civilizaci.

Prevalence – rozsáhlé studie uvádějí prevalenci u schizofrenních pacientů 1,4 – 4,6 v období 60 let s ohledem na interpretaci odchylek v závislosti na demografická data.

Incidence - četnost prvního přijetí a prvního kontaktu s nemocným schizofrenií v rozsahu 0,16 – 0,42 na 1000 obyvatel za rok. (viz. příloha – WHO studie incidence u 10. zemí).

Přehled relevantních faktorů a prognostických indikátorů podle Jablensky (2000), adaptovali Hafner a An der Heiden, (2003)

Spojitost s horší prognózou

- Mužské pohlaví, nižší věk nebo nižší dosažená úroveň sociálního a kognitivního vývoje při začátku psychózy.
- Premorbidní osobnost (schizoidní, paranoidní).
- Nižší schopnost zastávat pracovní a sociální role před začátkem onemocnění.
- Závažné negativní symptomy, kognitivní a sociální postižení během první epizody a v iniciální fázi.
- Sociálně nepřijatelné chování a nedostatečná ochota ke spolupráci během nemoci.
- Zneužívání alkoholu a návykových látek před onemocněním a během něj.

Prognosticky příznivé faktory

- Akutní začátek a krátká doba trvání.
- Rychlá remise (Motlová, Koukolík, 2004)

3. Typy schizofrenního onemocnění

Vzhledem k mnohotvárným klinickým obrazům akutního onemocnění dělíme schizofrenii na několik typů. V akutní fázi nemoci jsou postiženy v různé míře myšlení, emocionální prožitky, jejich struktura a i psychomotorika.

3.1 Paranoidně halucinatorní forma

Tato forma patří mezi nejčastější typ onemocnění. V popředí stojí vývoj bludů hlavně perzekučních s převážně akustickými halucinacemi. Souvislosti myšlenek a emocí zůstávají často zachovány. Vždy bývá afektivní doprovod, i když v různé intenzitě a formě. Může se vyskytovat podrážděnost, zlostné projevy, úzkost a strach. Nálada bývá podřízena halucinacím a bludům. Průběh bývá v epizodách s remisemi nebo chronický.

3.2 Hebefrenní forma

Pacient s touto formou působí jako závažně nemocný a narušený, pro svoje chaotické, nesouvislé a náhodné jednání, myšlení a cítění. Většinou vzniká v období adolescence s pozvolným nástupem a svými projevy připomíná pubertálního adolescenta.

3.3 Katatonní forma

Při této formě bývá strukturace myšlení a emocí zachována, je narušena struktura jednání. Postižený strne až k úplné nehybnosti nebo se naopak rozvíjejí různě výrazné stereotypie jednání a pohybů. Dle diferenciální diagnostiky je nutné vyloučit primární postižení mozku, poruchy metabolismu, intoxikace či maligní neuroleptický syndrom.

Průběh bývá akutní nebo subakutní. Uvádí se, že tato forma bývá prognosticky nejpříznivější.

3.4 Reziduální schizofrenie

U této formy jsou přítomny výrazné negativní příznaky. V minulosti se vyskytla alespoň jedna ataka. Epizoda trvá po dobu alespoň jednoho roku, není přítomna demence, ani jiná organická mozková porucha.

3.5 Simplexní forma

Bývá charakterizována časným a plíživým vznikem, sociální izolací, odtážením, pasivitou a závislostí na okolí. Nebývají přítomny bludy a halucinace. Průběh je chronický. Převládají negativní a kognitivní příznaky. Obvykle začíná v dospívání v době od 15 do 20 let. Projevy připomínají poruchy osobnosti, postižený se špatně učí, obtížně se zapojuje do společnosti. Zanedbává své povinnosti, někdy u postižených dochází ke kriminálním činům. Diagnostika je velmi obtížná.

Symplexní forma schizofrenie má progredientní průběh, končí jako reziduální schizofrenie s defektem

3.6 Nediferencovaná forma a postschizofrenní deprese

Nediferencovaná forma musí z diagnostického hlediska splňovat obecná kritéria pro schizofrenii a neodpovídá kritériím pro jiné formy.

U postschizofrenní deprese prodělal pacient během posledních dvanácti měsíců psychickou poruchu, odpovídající obecným kritériím pro schizofrenii. Bývají přítomny výrazné depresivní symptomy. V posledních letech se tento typ vyskytuje čím dál častěji. Po odeznění typických schizofrenních příznaků přetrvává depresivní nálada. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

4. Diagnostika a klasifikace

Dle Světové zdravotnické organizace (SZO) a Americké psychiatrické asociace (APA) jsou v současné době platné dvě velké klasifikace duševních poruch – Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání (DSM IV). Jsou účelné pro stanovení diagnózy, vyloučení ostatních diagnóz a odhalení komorbidit, která může ovlivnit průběh onemocnění, reakci na léčbu a prognózu.

Pro diagnostiku schizofrenní poruchy kriteria MKN 10 požadují přítomnost minimálně jednoho z příznaků ad a) až d), nebo dvou příznaků ad e) až i), které trvají minimálně po dobu dvou měsíců:

- a) manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání myšlenek)
- b) sluchové halucinace
- c) bludy kontrolovatelnosti
- d) jiné bludy
- e) jiné halucinace
- f) formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherece)
- g) katatonii příznaky
- h) nápadné kvalitativní změny v chování (bezcílnost, nečinnost, sociální stažení)

Rozdíl mezi těmito diagnostickými systémy je v době trvání příznaků, kdy DSM IV požaduje 6 měsíců, MKN 10 pouze jeden měsíc (Češková, 2007).

4.1 Diagnostika

Diagnostika se skládá z *psychiatrické anamnézy* a *vyšetření psychického stavu*.

Psychiatrická anamnéza

Účelem je sběr informací, které umožní stanovit diagnózu. Měla by obsahovat: identifikační údaje, současné problémy (začátek, průběh, příznaky), předchozí psychiatrickou anamnézu, osobní anamnézu od dětství přes adolescenci do dospělosti, somatickou anamnézu (návykové látky), rodinnou anamnézu.

Posouzení psychického stavu

Stanovujeme přítomné příznaky jako nedílnou součást diagnózy. Postupně se zaměřujeme na: vzhled, chování (motorická aktivita, oblečení), řeč, vědomí, orientaci, emotivitu (zde hodnotíme náladu, efektivitu, myšlení, jeho formu, obsah – bludy, vkládání, odnímání myšlenek, obscese – vtíravé, nechtěné myšlenky, fobie). Dále paměť, intelekt, vnímání (iluze, halucinace). Je důležité do jaké míry je nemocný svými halucinacemi ovlivněn.

Dotyčný se obvykle dostává k lékaři ve chvíli akutní psychotické ataky. Je důležité navázání vztahu s pacientem pro jeho sdílnost. Lékař by měl pro pacienta představovat někoho, kdo zvládne situaci a ochrání jej před okolím i jím samotným. Urgentní terapeutický zásah vyžaduje přítomnost agitovanosti, agresivního chování, či dokonce suicidálních tendencí nebo přítomnosti katatonního syndromu

Diferenciální diagnostika

Součástí diagnostiky je nutnost vyloučení:

- organické a symptomatické psychické poruchy jako jsou například různé formy encefalitidy, traumatické poškození mozku, neurodegenerativní onemocnění, poruchy metabolismu.

Ve stanovení příčin nám pomáhá již zmíněná pečlivá anamnéza a laboratorní vyšetření.

- psychické poruchy vyvolané psychotropními látkami způsobujícími toxickou psychózu – amfetaminy, LSD, extáze
- afektivní poruchy, které mohou mít podobnou symptomatiku, jako onemocnění schizofrenie. Je zde důležité pečlivě sledovat průběh onemocnění, dotyčný musí být vyšetřován opakovaně. Často pak bývá diagnostikována schizoafektivní porucha.
- poruchy osobnosti – i zde je nejdůležitější pomůckou pečlivá anamnéza zaměřená na dynamiku projevu. Diferenciální diagnostika se týká hlavně schizoidní, paranoidní a emočně nestabilní osobnosti. U poruch osobnosti nedochází ke změně osobnosti, kdežto u schizofrenie obvykle v určité fázi ano.

Somatické vyšetření

Každé takové psychiatrické vyšetření bývá doprovázeno kompletním tělesným vyšetřením (včetně neurologického). Při současném somatickém onemocnění (jako je např. onemocnění kardiovaskulárního systému, diabetes mellitus), by mohlo v průběhu biologické léčby, včetně farmakoterapie mít nežádoucí účinky.

Psychologické vyšetření

Je to pomocná metoda využívaná nejčastěji pro diferenciální diagnostiku osobnost versus psychóza a hloubka kognitivního deficitu. Používá se řada standardizovaných neuropsychologických testů, z nichž nejčastější je i *Rorschachův test* (= hledání psychotické interpretace prezentovaných obrázků).

Elektrofyziologické metody

U schizofrenie se při EEG vyšetření nacházejí změny, které však nejsou specifické (Češková, 2007).

5. Etiologie a patogeneze

Etiologie schizofrenie není stále zcela známá. Symptomy nemají jednu příčinu, ale předpokládá se multifaktoriální soubor příčin, ústící do konečného obrazu typického pro schizofrenii.

Obecným rámcem je *teorie zátěže a dispozice*: jak dědičné, tak získané vlohy disponují k selhání adaptivních funkcí duševního života. To vede k nepřizpůsobivému prožívání, chování při zátěži. Prohlubuje se tím snížení odolnosti jedince a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění.

5.1 Genetický model

Genetické faktory jsou v etiologii významné, i když přesný způsob dědičnosti nemoci zůstává nejasný. Riziko morbidity schizofrenie u příbuzných je oproti běžné populaci výrazně zvýšeno: cca 1% normální populace, cca 13% děti pacienta se schizofrenií, cca 10% sourozenci, cca 48% děti dvou schizofrenních rodičů, 34-58% monozygotní dvojčata, 9-27% dvouvaječná dvojčata (Fišar a kol., 2009).

5.2 Dopaminová hypotéza

Tato hypotéza vznikla na základě nálezů relativní převahy receptorů D2 oproti receptorům D1, hlavně v limbickém systému mozku, dále hypofunkce dopaminového systému ve frontálním mozku. Tato hypotéza byla hlavní neurochemickou hypotézou schizofrenie po tři desetiletí a svědčila pro ni pozorování dvojího typu:

- látky vyvolávající stavy blízké paranoidní schizofrenii způsobují uvolňování dopaminu;
- látky účinné v léčbě schizofrenie vytvářejí vysokoafinní vazbu k dopaminovým receptorům a inhibují účinky dopaminu na aktivaci adenylátcyklázy.

Východiska klasické dopaminové hypotézy:

- Psychózu lze aktivovat psychostimulancii, které jsou agonisty dopaminu (amfetamin, meskalin, kyselina lysergová – LSD).
- Společným znakem látek účinných při terapii schizofrenie (neuroleptik respektive antipsychotik I.generace) je jejich působení na dopaminergní systém, skoro všechny tyto léky přitom ovlivňují pozitivní příznaky.
- Neuroleptika zvyšují obrat dopaminu (Fišar a kol., 2009).

5.3 Neurovývojová hypotéza

Dle této hypotézy značná část osob s diagnózou schizofrenie získanou v dospělosti prodělala poruchu vývoje mozku desítky let před symptomatickou fází onemocnění. Zaměřuje se pozornost především na rizikové faktory, které mohou mít vliv na vývoj mozku především v průběhu prenatálního a perinatálního života. Jsou to jak už zmíněné genetické faktory, tak komplikace při těhotenství a porodu.

Neurovývojový model spojuje a vysvětluje:

- Vznik klinických projevů onemocnění především v pozdní adolescenci nebo časně dospělosti.
- Úloha stresu při vzniku onemocnění a jeho relapsu.
- Terapeutická účinnost antipsychotik (Fišar a kol., 2009).

5.4 Rizikové faktory

Kromě již zmíněných rizikových faktorů je třeba připomenout některé další.

Sociální faktory

Zvýšené riziko rozvoje onemocnění je spjato s nižší sociálně ekonomickou skupinou lidí a s životem v městských aglomeracích, s větší hustotou obyvatelstva. V industrializovaných zemích je více schizofreniků v nižších socioekonomických třídách. Počet hospitalizací je vyšší v městských oblastech než v zemědělských vesnicích a to až dvakrát.

Geografické vlivy, imigrace

Vyšší incidence a prevalence se udává u imigrantů. Stres a potíže s adaptací v nové kultuře působí jako precipitační faktory. Více nemocných se schizofrenií se narodí na severní polokouli v období ledna a března. Na jižní polokouli v období června a srpna.

Komplikace během těhotenství a perinatální komplikace

V anamnéze pacientů bývá častější výskyt perinatálních komplikací, hlavně snížená porodní váha, nezralost, preeklampsie, perinatální asfyxie. Byla provedena analýza dat

z jedenácti různých výzkumných skupin. Potvrdil se fakt že, když onemocnění propuklo před dvaadvacátým rokem života, pak tito pacienti měli z 52% v anamnéze více údajů o perinatálních komplikacích (Lewis, Murray, 1987)

Komplikace během porodu, které velmi často souvisejí se vznikem schizofrenie, jsou fetální hypoxie a anoxie (Motlová, Koukolík, 2004).

Infekce

Spadá do neurovývojové hypotézy schizofrenie. Bylo prokázáno zvýšené riziko vzniku tohoto onemocnění spojené s prenatální expozicí chřipky. Ze studií vyplývá, že jedinci, kteří byli *in utero* v průběhu druhého trimestru chřipkové epidemie, měli vyšší výskyt schizofrenie oproti kontrolním subjektům narozených v letech předcházejících epidemií.

Zarděnky jsou jednou z infekcí, o které se ví, že vede ke kongenitálním malformacím CNS. Dalším potenciálním „schizovirem“ by mohl být Borna virus, který je neurotropní, má řadu hostitelů. Projevy infikovaných zvířat připomínají chování nemocných se závažnými psychiatrickými poruchami. Z některých screeningových studií se zjistila u pacientů s psychiatrickou poruchou přítomnost protilátek proti retrovirům, které mohou rovněž infikovat buňky CNS a celoživotně v nich perzistovat. O možném agens v etiologii schizofrenie lze uvažovat i o herpesvirech

Abúzus návykových látek

Prevalence návykových látek je u těchto pacientů značná. Zneužívání psychoaktivních látek (drog jako jsou marihuana, amfetaminy, kokain, LSD) vede k propuknutí psychotických symptomů. Často dochází ke zneužívání návykových látek za cílem odstranění nežádoucích účinků medikace. Nejčastější zneužívanou látkou je nikotin. Frekvence užívání je mezi 70-90 %. Další důležitou rizikovou návykovou látkou je abúsus alkoholu. Je třikrát častější než u osob bez psychiatrické diagnózy (Motlová, Koukolík, 2004).

6. Terapie

Schizofrenie je onemocněním léčitelným. Většinou jsou však nemocní odkázáni na dlouhodobou terapii. Měla by být vždy komplexní v rozsahu farmakoterapie doplněné o psychosociální intervence. Pacient má šanci na kvalitní život v případě dobře vedené terapie. Léčba pacientů s psychotickým onemocněním probíhá v rámci hospitalizace na psychiatrickém oddělení či klinice, nebo ambulantní formou. Jednotlivé formy péče se vzájemně prolínají, dle M. Bleulera poukazuje na tři zásady léčení schizofrenie:

- zmírnit úzkost
- zapojit se do malé skupiny
- zatížit přiměřenou dávkou odpovědnosti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

6.1 Antipsychotika

Jsou to léky určené k odstranění akutních psychotických příznaků, a také určené k dlouhodobé prevenci relapsů. Používají se od poloviny dvacátého století, kdy původní název byl **neuroleptika**, od kterého se postupně upouštělo. Prvním neuroleptikem byl **Chlorpromazin**. Jejím účinkem se podpořila hypotéza o dopaminovém mechanismu antipsychotik. Dalším důležitým lékem se stal **Clozapin**, který je navíc účinný u pacientů, kteří na standardní léčbu nebo léčbu vysokými dávkami neuroleptik zlepšením nereagovali. Clozapin blokuje řadu receptorů a *in vitro* má vyšší afinitu k jiným než dopaminovým receptorům. Clozapin je prototypem novějších léků nazývaných už jako antipsychotika. Tato generace léků je již účinnější v léčbě negativních a kognitivních symptomů. Nevyvolávají tolik nežádoucích účinků jako starší neuroleptika a dokonce jsou některé účinné u pacientů kde několik neuroleptik selhalo. Světová psychiatrická asociace navrhl používat pojem antipsychotika první a druhé generace (Motlová, Koukolík, 2004).

6.1.1 Antipsychotika první generace

Hlavním mechanismem účinku této skupiny antipsychotik je blokáda D2/D3 receptorů. Hlavním žádoucím účinkem je odstranění pozitivních schizofrenních příznaků. Jejich užívání je však limitováno řadou nežádoucích účinků. Především extrapyramidové syndromy, dále pak hyperprolaktinémie, nadměrná sedace, posturální hypotenze, pokles

libida, hypobulie a apatie, zvýšení hmotnosti, suchost sliznic, poruchy akomodace, obstipace, retence moči, poruchy paměti, sinusová tachykardie, fotosenzitivita, cholestáze v játrech, alergie a neuroleptický maligní syndrom.

Antipsychotika první generace nejsou dostatečně účinná v terapii negativních a kognitivních schizofrenních symptomů. Patří sem například Tisercin, Chlorprothyxen, Buronil, Mechopin (seznam antipsychotik první generace viz. příloha).

6.1.2 Antipsychotika druhé generace

Tyto antipsychotika se navzájem liší farmakodynamickými parametry a spektrem nežádoucích účinků. Oproti antipsychotikům první generace je uváděna řada výhod. Mezi nejčastější patří schopnost působit i na pacienty považované za farmakorezistentní. Obecně dochází u antipsychotik druhé generace k většímu nárůstu hmotnosti, uvádí se zvýšené riziko diabetu mellitu druhého typu, které stoupl významně pro pacienty léčené antipsychotiky druhé generace v porovnání s první generací pouze pro věkové skupiny mladší 40 .let, 40-49 a 50-59, nikoli pro pacienty starší. Do této skupiny léků patří například Leponex, Zyprexa, Risperon, Seroquel a další (seznam antipsychotik druhé generace, viz příloha).

6.1.2.1 Clozapin

Je prototypem atypického antipsychotika. V Evropě se klinicky začal testovat koncem šedesátých let a pod názvem Leponex byl začátkem let sedmdesátých uveden na trh. Z trhu byl v roce 1974 stažen pro sérii úmrtí na agranulocytózu. Pro jeho mimořádné klinické kvality – jako účinnost u pacientů, u nichž typická antipsychotika nezabírala, a pro absenci extrapyramidových syndromů byl v USA v roce 1990 znovu uveden na trh. Důležitou podmínkou je však pravidelné monitorování krevního obrazu.

Clozapin se nasazuje pomalu a postupně. Počáteční denní dávky tvoří 25-50 mg a postupně se zvyšuje na 300-600mg denně. Pro výskyt nežádoucích účinků ukončí léčbu přibližně 17% pacientů. Tím nejzávažnějším nežádoucím účinkem je agranulocytóza. Krevní obraz je kontrolován 1krát týdně po dobu 18týdnů a dále pak jednou měsíčně po celou dobu léčby a 2 měsíce po jejím ukončení. Asi u 3% pacientů se vyskytuje epileptický záchvat, kdy riziko stoupá s podáním vyšší dávky. U starších pacientů se může vyskytnout delirium v důsledku anticholinergních účinků clozapinu. Mezi další nežádoucí účinky patří – psychomotorický útlum a únava, tachykardie, ortostatická hypotenze, nárůst hmotnosti (u 10 % pacientů za dvanáct měsíců o více jak 10 %).

Clozapin je klinicky účinnější oproti antipsychotikům první generace. Lépe redukuje schizofrenní symptomatiku a předchází relapsu (Motlová, Koukolík, 2004).

6.1.3 Antidepresiva

Antidepresiva jsou určena pacientům se schizofrenií trpícím depresí. Deprese je spojena s vyšší morbiditou, mortalitou a signalizuje nedostatečnou terapeutickou odpověď.

Depresivní příznaky mohou ohlásit novou psychotickou dekompenzaci. Antidepresiva lze přidat k farmakoterapii antipsychotik. Obecně se dle studií po přidání antidepresiv do medikace zlepšovali více ambulantní pacienti než hospitalizovaní (Motlová, Koukolík, 2004).

6.2 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Základním pilířem terapie schizofrenie jsou antipsychotika a psychosociální intervence. Existují však pacienti u nichž tato komplexní terapie nezabírá. V úvahu pak připadá symptomatická léčba (například antidepresivní). V krátkodobé terapii je léčbou účinnější EKT. Avšak všeobecný souhlas ohledně EKT v léčbě schizofrenie chybí. Použití této metody je opodstatněné a účinné dle dostupných studií v případech, kdy antipsychotika sama o sobě u pacienta nezabírají. Dle Americké psychiatrické asociace jsou EKT indikovány v případech jsou-li psychické exacerbace krátké, promínují-li katatonii symptomy, či pokud byla tato terapie již v minulosti u pacienta úspěšná. Výhodou je především rychlý nástup účinku. Pacienti, kteří byli léčeni pouze EKT nebo kombinací s neuroleptiky, v dlouhodobém průběhu lépe fungovali a měli méně relapsů než pacienti léčení se jen neuroleptiky (Motlová, Koukolík, 2004).

6.3 Psychoterapie

Nezanedbatelnou součástí terapie schizofrenie je psychoterapie. Pacient musí čelit rozsáhlému okruhu problémů, jako jsou: obtíže v mezilidských vztazích, deprese, vyrovnání se často s přetrvávajícími a velmi stresujícími psychotickými symptomy. Psychoterapie slouží k podpoře nemocného, k porozumění sobě samému a podstatě své choroby.

Patří sem individuální a rodinná psychoedukace, trénink sociálních dovedností a kognitivních funkcí a rejstřík doplňuje kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT).

6.3.1 Individuální psychoedukace (illness management)

Je nedílnou součástí léčby každé duševní poruchy. Nemocní jsou odkázáni na odborníky, kteří by jim měli srozumitelnou formou zprostředkovat informace, týkající se poruchy onemocnění a možnosti léčby. Psychoedukace je „šitá na míru“ individuálně každému pacientovi. Důležitou součástí je motivace k užívání léků. Neochota spolupráce při léčbě (noncompliance) se vyskytuje u 40 % pacientů v prvním roce léčby a u 75% do dvou let. Významným faktorem nespolupracujících pacientů bylo i malé zapojení rodiny do léčby. Spolupráce s rodinou je důležitou součástí jak pro úspěch léčby, tak pro dlouhodobou prognózu (Motlová, Koukolík, 2004).

6.3.2 Rodinná psychoedukace

Intervence rodinné psychoedukace jsou zaměřené na celou rodinu a blízké osoby. Cílem je poskytnutí pacientům či jejich blízkým dostatečné množství informací o nemoci, naučit je důležitým dovednostem pro její úspěšné dlouhodobé zvládnání, zajistit pacientovi bezpečné, předvídatelné a klidné prostředí.

Pilířem je dodání pacientům a jejich blízkým dostatečného množství **informací**. Velmi častou příčinou ukončení terapie je neznalost, bezradnost a vliv zkreslených laických informací. Další důležitou součástí je zlepšení **komunikace**. Identifikují se klíčové momenty jako – hostilita, nadměrná kritičnost, vměšování se do záležitostí druhých. Hlavním cílem většiny programů, je předcházet relapsu onemocnění a příznivě ovlivnit kvalitu života, zmírnit průběh onemocnění či zkrácení případných rehospitalizací (Motlová, Koukolík, 2004).

6.3.3 Nácvik sociálních dovedností a trénink kognitivních funkcí v souvislosti s návratem do společnosti

Patří mezi nejčastěji používané rehabilitační metody. Slouží k řešení mezilidských problémů všedního dne. Ustálenou škálu chování tvoří její nonverbální i verbální složka. Trénink pomáhá pacientovi správně a dostatečně interpretovat dění v sociálním poli a adekvátně na ně reagovat. U schizofrenních pacientů se opakovaně zjišťují poruchy verbálního učení, vybavování, pozornosti a exekutivních funkcí (například plánování, iniciování činností, reakce na změnu zevních podmínek a podobně). V programech nelze od sebe oddělit nácvik kognitivních funkcí a trénink sociálních dovedností. Jde o dvě strany jedné mince.

Příkladem komplexního programu, kde se kombinuje rehabilitace základní kognice a kognice sociální, je Brennerův Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT).

IPT se skládá z pěti hierarchicky uspořádaných modelů, kdy se didakticky postupuje od nejjednodušších po nejtěžší. Pacienti trénují kognitivní rozlišení, sociální percepci, verbální komunikaci, sociální dovednosti a nakonec řešení problémů.

V reálném životě se pak nepochybně prověří, nakolik zmiňovaná metoda usnadní pacientům jejich mnohdy nelehký život (Motlová, Koukolík, 2004).

6.3.4 Kognitivně behaviorální terapie

Bývá indikována v léčbě úzkostných poruch, deprese, psychotických poruch a dalších. Jako kontraindikace se uvádí nemotivovaný pacient, s akutně probíhající atakou duševní poruchy, s těžkou poruchou osobnosti.

V této terapii se jedná o kombinaci a syntézu metod behaviorismu a kognitivní psychoterapie. Vychází z teorie radikálního konstruktivismu. Bere v úvahu i psychické prožívání. Tato terapie je časově omezená a zaměřená na konkrétní cíl. Od klienta se očekává kooperace a ochota zaměřená na přítomnost. Terapie je strukturovaná a edukativní. Směřuje k soběstačnosti klienta. Terapeutický vztah je vztahem dvou rovnocenných partnerů (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

6.4 Fáze terapie

Fáze terapie dělíme na akutní fázi, kdy léčíme akutní ataky. Dále pak na křehké období po odeznění akutních příznaků – fáze stabilizační. Fáze dlouhodobého léčby s cílem prevence relapsů a udržení remisí se nazývá fází stabilní.

Zásadní význam včasného záchytu rozvoje psychotických příznaků má **prodromální stádium**. Pro toto stádium jsou charakteristické poruchy nálady (deprese, úzkost, dysforie), kognitivní symptomy, sociální stažení, obsedantní symptomy. Může trvat až řadu let. Zhruba rok před první léčbou narůstá psychotická symptomatika. Čím déle trvá neléčená psychóza, tím horší bývá prognóza onemocnění. Akutní psychotické příznaky

během první epizody před nasazením antipsychotik, jsou prediktorem doby odpovědi na léčbu dlouhodobého průběhu a výskytu relapsů.

Cílem studií probíhajících v Austrálii a USA je vyhledání potenciálních pacientů co nejdříve. Programy jsou cíleny na odbornost, ale především i na laickou veřejnost.

Ve spojitosti se zahájením léčby je třeba zmínit farmakoterapii prodromů. V klinické praxi není rutinní podávání antipsychotik před potenciální první psychotickou epizodou obhajitelné, ale spíše experimentální. Doporučuje se v tomto období pacienty pravidelně sledovat, získat ke spolupráci i rodinu a věnovat se dostatečné edukaci.

Akutní fázi se rozumí období psychotických příznaků. Je důležitá neprodlená farmakoterapie nejzávažnějších projevů nemoci jako jsou agitovanost a akutní psychotické symptomy.

Převážná většina agitovaných pacientů souhlasí s perorálním podáním medikace. Odhadem pouhých 10 % pacientů se neobejde bez injekční aplikace.

Od roku 1999 jsou v USA doporučována jako léky první volby antipsychotika druhé generace. Používají se ve většině klinických situací, včetně akutní epizody. U nás se odborníci kloní k podobnému postupu.

Psychosociální intervence v akutní fázi spočívají v první řadě v redukci stresu a přehnané stimulaci. Program by měl být jednoduchý, strukturovaný. Předávkování psychoterapie může být v této fázi onemocnění stejně škodlivé jako nežádoucí účinky vysokých dávek antipsychotik. Důstojné zacházení, vlídný a důsledný přístup jsou zásadní podmínky.

Stabilizační fáze je obdobím odeznívání psychotických příznaků. V praxi se pro tuto fázi léčby ujal výstižný pojem „křehká“ remise. Pacient je po dobu i několika měsíců zvýšeně zranitelný vůči stresu a z okolí a změnám ve farmakoterapii.

Pacienti s první atakou se mnohem liší od pacientů s chronickou schizofrenií. Během prvního roku léčby dosahují až v 83% remise. U mnohých pacientů zůstává i přes vysokou terapeutickou odpověď patrný kognitivní deficit a poruchy psychosociální adaptace. Toto zjištění poukazuje na fakt, že je důležité nespoléhat v léčbě jen na farmaka, ale také ve vhodné chvíli pacienta zapojit do **psychosociálních programů**. V této fázi mají klíčový význam.

Program by se měl více přibližovat reálným životním podmínkám. Jejich všeobecná životní spokojenost a kvalita života je podporována také dostatečnou informovaností o průběhu, prognóze, významu medikace. Pacient by si měl osvojit „zacházení“ se symptomy, včetně rozpoznání časných varovných příznaků. Vědět, co dělat v případě jejich výskytu.

Stabilní fáze - udržovací terapie, spočívá v prevenci relapsů, která je indikátorem závažnosti nemoci a prognózy. Uplatňuje se zde dlouhodobá udržovací terapie antipsychotiky doplněná psychosociálními intervencemi. Spor o to, zda má být léčba typických antipsychotik kontinuální či intermitentní, vyznívá ve prospěch zastánců kontinuální léčby. Kontrolované studie prokázali, že kontinuální léčení má v porovnání s léčbou intermitentní daleko méně relapsů (Motlová, Koukolík, 2004).

6.5 Rehabilitace

Psychiatrická RHB odvozuje základní model od postupů, vycházejících z představy o stresu a ochranných faktorech spolupůsobících na zranitelném terénu. V kombinaci se podílejí na vzniku psychiatrického poškození, neschopnosti a hendikepu. Duševně nemocní musejí čelit realitě tvořené stresory zevního prostředí, jako jsou – návykové drogy, rodinné prostředí, neúměrná emoční či pracovní zátěž, stigma. Model intenzivní individuální komunitní péče (Intensive Case management) principiálně zachovává kontinuitu psychiatrické a lékařské péče a sociálních služeb. Cílem tohoto modelu je možnost žití pacientů se schizofrenií mimo psychiatrická lůžková zařízení. Začlenění duševně nemocných zpět do společnosti, i když s podporou jiných lidí či institucí. V posledních desetiletí došlo k výraznému rozvoji resocializační péče s podporou samostatného života, především prostřednictvím extramurálních zařízení.

Zaměstnání s podporou, ve které se preferuje strategie „nejprve zaměstnat a potom trénovat“. Při kontrole těchto studií se zjistilo, že průměrně 65% závažně nemocných pracujících s podporou, si udrželo trvale zaměstnání. Tento typ zaměstnání vedl ke snížení frekvence nutnosti hospitalizací, lepší spolupráci pacienta při léčbě, snížení abúzu alkoholu, zlepšení sebevědomí a vedl ke zvýšení sociální aktivity pacienta. Nabízí se možnost využití institucí tzv. chráněné práce, pracovní místa s přítomností pracovních

terapeutů. Ti nemocného podporují, pomáhají mu řešit problémy spojené s prací. Řada zařízení nabízí také volnočasové aktivity pro rozvoj jedinců s duševními problémy.

Chráněné bydlení zajišťuje cenově dostupné a důstojné bydlení. V dnešní době je preferován model, kdy dochází ke spolupráci mezi provozovateli „normálního bydlení a osobními asistenty, kteří pomáhají pacientovi nalézt odpovídající bydlení potřebám a požadavkům. Zlepšuje se tak kvalita života a zkracuje se doba hospitalizace (Motlová, Koukolík, 2004, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

6.6 Úlohy sestry v péči o pacienta se schizofrenií

Péče o takového pacienta se orientuje podle obsahu halucinací a bludů. Charakteristickými znaky jsou:

- ztráta potenciálu
- narušená integrita osobnosti
- inhibice
- poruchy myšlení a vnímání
- extrémní osamělost

V akutním stádiu duševní poruchy je nezbytné zajištění **bezpečnosti pacienta** a i jeho okolí. Pomůžeme pacientovi zorientovat se v prostoru a v čase. V některých případech je třeba zajistit **biologické potřeby** nemocného. Podávání léků sestrou, sledování jejich účinků, jak žádoucích tak nežádoucích. Je důležitá trvalá **aktivizace** a **podpora činností** umožňující soběstačnost v co nejvyšším rozsahu. Sestra dále sleduje průběžný **stav výživy** hmotnost pacienta. Dohlíží na pravidelné užívání léků, dbá na dodržování denního režimu (Hosáková a kol., 2007)

Péče o bezpečí nemocného a jeho okolí

Často se u pacientů objevují pocity strachu a úzkosti v souvislosti s poruchami vnímání a myšlení. Při velkých úzkostech může docházet až k sebevražedným pokusům. Základem ošetrovatelské péče je zajištění bezpečného prostředí. Nemocný s touto symptomatikou bývá přijat na psychiatrické oddělení uzavřeného typu. V prvních fázích po přijetí těžce přijímá fakt, že je hospitalizován (a to většinou nedobrovolně). Nemůže se

volně pohybovat. Vlivem psychózy může chápat realitu pod obrazem paranoidního vnímání. V této fázi bývají časté pokusy o útěk, „boj“ se zdravotníky či pokusy o sebevraždu.

Cílem ošetrovatelské péče je zajistit bezpečnost všech přítomných (samotného nemocného, spolupacientů, personálu a rodiny) s ohledem na potřeby nemocného a lidskou důstojnost. Případnou dramatičnost situace zmírní vysoká profesionalita, klidný a rozvážený přístup a snaha o udržení trvalého kontaktu s nemocným.

Přijímání potravy, tekutin, vyprazdňování

V akutní fázi je třeba zajistit především také biologické potřeby nemocného. Pod vlivem paranoidních bludů a halucinací se nemocný domnívá, že jeho jídlo je otrávené, někdo usiluje o jeho život. Proto odmítá cokoli přijmout. Obráceným problémem bývá chování, touha po jídle (bývá ovlivněna také užíváním léků k léčbě psychózy).

Cílem péče je zajistit dostatečný a vyvážený příjem potravy a tekutin. Dovést nemocného k náhledu na situaci, aby se mohl stravovat sám. Sledujeme psychické faktory, nezapomínáme na možnost somatických obtíží, či ovlivnění sociálními podmínkami, finanční situací nemocného. Zjišťujeme tělesnou hmotnost (BMI), míry, eventuálně diurézu, vyprazdňování stolice, objektivní obraz stravovacích návyků (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Sebepéče, hygiena

I tato oblast bývá ovlivněna aktuálním stavem nemocného. Rozsah pomoci kolísá od úplného převzetí péče po pomoc a kontrolu, až k úplné samostatnosti. Můžeme se setkat s bizarním oblečením, silným líčením u žen. U chronických forem psychózy to bývá první, co upoutá pozornost. Je třeba laskavou formou vést nemocného k takové péči o zevnějšek, který nebude budít nežádoucí pozornost, především pak před branami psychiatrie.

Spánek

Přímo s onemocněním souvisí narušení spánku. K hospitalizaci bývají často přivezeni lidé, kteří kvalitně nespí řadu dnů či dokonce týdnů. Při fázích agitovanosti nemohou usnout. Někteří nemocní se snaží nastupující ataku psychotického onemocnění zvládnout zvýšeným užíváním předepsaných léků, kouřením, alkoholem či drogami.

Cílem ošetrovateľskej péče je zajistiť nemocnému dostatočný spánek. Volí se prostředky od úpravy životosprávy až po farmakologickou léčbu.

Rozvoj komunikace a sociálních interakcí

Mezi nejtěžší intervence patří obnovení schopnosti komunikace nemocného s okolím. Vymizení této schopnosti bývá průvodním znakem onemocnění psychózou. Bývá porušena schopnost nemocného komunikovat s okolím v obou směrech, dávat, přijímat, ale i zpracovávat informace.

Mezi ošetrovateľské intervence patří empatický postoj personálu a okolí nemocného, ponechání prostoru a času pro obnovení vztahů.

Pozornost věnujeme také neverbálním zásadám komunikace, jako jsou respektování intimní zóny, nenucený oční kontakt, vyhýbání se nečekaným dotekům nemocného. Ve verbální komunikaci se vyhýbáme naléhání na nemocného a jeho přesvědčování (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

6.6.1 Psychoedukace

Psychoedukace bývá důležitým prvkom léčby u nemocných z okruhu psychóz, především pak schizofrenie. Tímto onemocněním bývají postiženi často mladí lidé ještě před odchodem od rodičů. Výrazným způsobem jim onemocnění zasáhne do života. Včasné a pravidelné informace jim pomohou překonávat problémy spojené s onemocněním a rehabilitovat vztahy.

Počátky onemocnění často naruší vztahy s rodiči. Úspěšnost léčby úzce souvisí se zázemím, které nemocný má, bývá snaha vztahy obnovit.

Edukace může nemocným výrazně pomoci.

Základním právem pacienta je právo na pravdivé informace, které jsou podané srozumitelnou formou. Psychoedukace je formou učení, aktivizuje nemocného, potencuje soustředění, cvičí paměť. Jde o léčebné učení. Bývá realizováno pro hospitalizované pacienty i pro léčené ambulantně. Zároveň běží i skupiny pro rodiče.

Programy vedou vyškolení pracovníci, kdy témata jednotlivých sekcí jsou orientovány na otázky typu – co je to psychóza, jak se projevuje, jak se léčí, jak zabránit relapsům, návrat k běžnému životu (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

7. Stigma

Schizofrenie je stigmatizovaná nemoc. Pro tento pojem jsou charakteristické současně se vyskytující označení, separace, ztráta postavení, diskriminace. Pro řadu lidí je označení „psychiatrický pacient“ spojeno se stereotypní představou o nebezpečnosti, což vede k distancování se od duševně nemocných. V průběhu historie byla léčebná zařízení v důsledku stigmatu vykázána do izolovaných oblastí. Pro pacienta je stigmatizace zátěží. Je spjata se stresem, zhoršuje průběh onemocnění. Je důležité stigma vymýtit a tak pacientům usnadnit jejich nelehký život. Dlouhodobé kampaně bojují za redukci stigmatu. Zaměřují se na komunikaci s duševně nemocnými, umění naslouchat ze strany profesionálního personálu a v neposlední řadě zapojení rodiny do léčby.

Zdrojem dosud nedoceněných informací je také dostatečná pozornost věnovaná kvalitě života, subjektivnímu pohledu pacienta, vědomí o jeho pocitech a názorech. Stigmatizující postoje se vyskytují už u mladé populace. Proto je důležité začít s programy již u školních dětí a dále pak prostřednictvím médií.

8. Kvalita života

Pojem **kvalita** vyjadřuje v českém a slovenském slovníku jakost, hodnotu. Kvalita není termínem absolutním. Je relativní kategorií, může být vyjadřována kvalitativními (vycházejícími z hodnotového systému) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory. Zároveň zahrnuje proces hodnocení. V případě **kvality života** bývá nejčastějším objektem hodnocení individuální život. V odborné literatuře lze nalézt desítky definic. Ve zdravotnictví je používána nejčastěji definice - **kvalita života související se zdravím HRQL** – (Health Related Quality of Life). Je důležitým ukazatelem pro hodnocení kvality už poskytované péče, efektivity intervencí, analýzy vynaložených nákladů na poskytovanou péči. Život jedince chápeme jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy, oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní, citový apod.). V ošetrovatelství se hovoří o kvalitě života pacientů s určitým onemocněním (např. s diabetes mellitus, s onkologickým onemocněním) (Mareš, 2008).

V běžné komunikaci se pojem kvalita života převážně pojí s pozitivní konotací pojmu kvalita. V odborném jazyce se používá k popisu pozitivních, ale i negativních aspektů života. Je možno kvalitu života chápat dle Kovače jako život daného jednotlivce v porovnání se životem jiných. „Její měření je vlastně porovnávání jednotlivých životů různých lidí s důrazem na to, co je pro každého důležité (čím se jeho život vyznačuje). Z toho vyplývá, že se kvalita života nedá definovat jako něco všeobecně závazné, je to pojem formální, hypotetický konstrukt, latentní (skrytá) proměnná, kterou je možné naplnit pouze individuálním obsahem (Gurková, 2011, s. 22).

8.1 Historický pohled

Termín kvalita života (quality of life) má poměrně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dotuje do 20. let 20. století, např. v pracích dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna z let 1953 a 1954. Do obecného povědomí však vstoupil až v 60. letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval za vlády prezidenta Johnsona L.B. sociálně-politické cíle.

Pojem kvalita života se velmi rychle ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním slovem. V 70. letech ho použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády. Později se z něj stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a později i ve vědách o člověku (Mareš, 2006).

Do psychiatrie se tento pojem dostává v osmdesátých letech. Stává se argumentem podporujícím změnu přístupu k pacientům trpícím chronickými duševními chorobami. Služby jim poskytované kladly za jeden z hlavních cílů zvýšení kvality jejich života (Motlová, Koukolík, 2004).

8.2 Přístupy ke kvalitě života

Nejvýznamněji je problematika kvality života zastoupena dle Hnilicové (2005) v oblasti psychologické, sociologické a medicínské. Stále intenzivněji se kvalitou života zabývají humanitní obory jako filozofie, ekologie, sociologie a jiné.

Psychologický přístup

V psychologii se snaží výzkum v pojetí s kvalitou života postihnout spokojenost člověka s vlastním životem. Od průkopnických prací se přikládá větší důležitosti subjektivnímu posouzení jedince před hodnocením z vnějšku odborníky. Je třeba nejprve zjišťovat, jak moc jsou jednotlivé oblasti pro daného jedince důležité a teprve poté jak je daný jedinec v této oblasti spokojený. Křivohlavý (2002) probírá kvalitu života s ohledem na spokojenost daného člověka v dosahování cílů určujících směřování jeho života.

Obecně jsou sledovány tři dimenze pojmu kvalita života:

- spokojenost se životem
- prožívání subjektivní pohody
- štěstí

Medicínský přístup

V medicíně se termín kvalita života začal užívat od 70 let. V posledních letech je kvalita života velmi zdůrazňována. Lékaři sledují kvalitu života pacientů s určitým onemocněním, a také jak daná léčba ovlivňuje jejich kvalitu. Bývá zaměřena na oblast

fyzickou a psychomotorickou. Nejčastěji se používá pojem „kvalita života ovlivněná zdravím“, zkratka HRQL (health related quality of life).

Sociologický přístup

V sociologii tento termín slouží k odlišení podmínek života (například příjem, politické zřízení). Začal být používán v souvislosti se „social indicators“ – dopad společenských změn na život lidí. Pro subjektivní vnímání kvalita života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života (Hnilicová, 2005).

Filozofický přístup

Z tohoto hlediska bývá lidské směřování a-priori zacíleno ke kvalitnějšímu životu. Kvalita lidského života je transcendentálním rozměrem, kdy ideje vyjadřují lidské usilování o jednotu veškerého poznání. Kant vnímá transcendentální ideje jako podmínky pro mravný život spojený se svobodnou volbou rozhodování.

Život se vykazuje jako kvalita, pokud působí směrem do světa ve smyslu svobody a mravnosti, pokud příkazy rozumu rozšiřuje na svět jevů, na svět přírodní kauzality, což v lidském ohledu znamená pudovost svobodným jednáním, které se řídí mravním příkazem (Payne a kol., 2005).

Ekologický přístup

Dalším předpokladem kvality života je prostředí. Zdraví populace výrazně ovlivňuje ekologicko-enviromentální kritérium a to především ve vyspělých zemích. Kvalita je ovlivněna především těmito činiteli: energií, bydlením, dopravou, hlukem, chemikáliemi, odpady, zemědělstvím, lesy, prací, volným časem, průmyslem.

Podle WHO je kvalita života vnímána jako nepřítomnost nemoci tělesné i duševní, tudíž pohody jak fyzické tak duševní, která bývá v optimální vyváženosti a pramení z výše uvedených indikátorů. Mnohé psychosomatické či civilizační choroby vyplývají z emočních stavů, konfliktů (Halečka, 2002).

8.3 Modely kvality života

Vzhledem k tomu, že pojem kvalita života vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů, není možné vytvořit jednu jedinou definici. Ukazuje se, že je potřeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext (Mareš, 2006).

8.3.1 Obecné modely

Základem zkoumaného je zamyšlení nad kvalitou života. Zamýšlíme se nad otázkou, o jaký typ života nám vlastně jde (lidský život, kvalita životního prostředí pro všechny živé organismy). Druhá otázka se nabízí, o jaký typ kvality se zajímáme, zda objektivní či subjektivní.

Varianta, kdy jsou životní podmínky špatné, ale u jedince převládá dobrá nálada, pohoda, pocit dobré kvality života se označuje výrazem *adaptace* (nebo také jako paradox spokojenosti).

Další zajímavou variantou je možnost dobrých životních podmínek, ale převládající špatná nálada u jedince, nespokojenost se životem. Označujeme to výrazem *disonance*. Pozitiva jsou brána jedincem jako samozřejmost, stále nachází v něčem chyby.

Holandská badatelka R. Veenhovenová (2000) rozlišuje čtyři možné pohledy na kvalitu života, kdy každý akceptuje jiné momenty:

- příhodnost prostředí (livability) – patří sem např. životní úroveň a zabezpečení jedince a skupin. Používá se také pojem environmentální kvalita života.
- životaschopnost jedince (life ability) – zahrnuje vnitřní kvalitu jedince, schopnost vyrovnávat se s nároky života, vybavenost do života
- užitečnost života (utility of life) – vnější hledisko, přispívání k dobru ostatních lidí, jejich obohacení
- porozumění vlastnímu životu (appreciation of life) – hodnocení vlastního života a jeho důležité aspekty (Mareš, 2006).

8.3.2 Strukturálně – dynamický model

Tento model se nejčastěji objevuje ve zdravotnictví, kdy nemoc či úraz ovlivňuje dosavadní kvalitu zdraví. Následující léčba, rehabilitace se snaží kvalitu života opět zvýšit (příklad strukturálně – dynamického modelu viz příloha). Linie časové posloupnosti plyne

od nástupu onemocnění přes snahu nemoc léčit – obtíže (přinášející jak nemoc samotná, tak její léčba – vyrovnání se jedince s obtížemi – proměny ve vnímané kvalitě (Mareš, 2006).

8.3.3 Speciální teorie kvality života

Lze také vycházet ze speciálního teoretického modelu pojetí kvality života.

Teorie užitku staví na rozdílu mezi vynaloženými náklady a efektem léčby. Používá se zejména u dospělých osob, v pediatrii jen výjimečně. *Teorie diskrepance* pojímá rozdíl mezi ideálním „já“ a aktuálním „já“. *Lindströмова teorie* – kvalita života je chápána jako základní charakteristika lidské populace. Vyjadřuje se pomocí čtyř sfér, kdy se každá dále člení na tři dimenze (viz příloha). Další *teorii uspokojování jedincových potřeb*, je zkoumání kvality života, jako hledání vztahu mezi třemi skupinami proměnných: mezi různými, protichůdnými potřebami jedince, mezi jeho spokojeností s poskytovanou péčí a vnímání jednotlivých oblastí kvality života (Mareš, 2006).

8.4 Přístupy k měření kvality života

Existuje řada metod, kterými lze měřit kvalitu života. Dají se rozdělit do tří skupin:

1. Metoda měření kvality života, kdy hodnotí druhá osoba
2. Metoda měření kvality života, kdy hodnotitelem je sama daná osoba
3. Metoda vzniklá kombinací těchto metod, tzv. smíšená

Hodnocení druhou osobou

Do této skupiny patří metoda nazvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Jde o měření kvantitativních odchylek daného stavu pacienta od stavu normálního, abnormality fyziologických funkcí. Výsledek je vyjadřován číselně. Zjišťuje se závažnost onemocnění pacienta hned po přijetí do 24 hodin.

Metoda VAS – vizuální analogová škála (Visual Analogous Scale). Jde o velice subjektivní formu hodnocení kvality, kdy hodnotitel (což může být lékař, zdravotní sestra, rodinný příslušník pacienta) zaznamená na úsečce zobrazující stupnici (škálu) mezi dvěma extrémy, kdy se v dané chvíli pacient nachází. V takovém to hodnocení kvality života

pacienta, bývají rozdíly až diametrálně odlišné, jsou dány odlišností hodnocení různých hodnotitelů, ale i hodnocením v různých časových úsecích či situacích.

K dosud nejpoužívanějším systémům zaznamenávání kvality života patří kritéria kvality pacientova života podle W.O. Smitzera – hodnocení v oblastech fyzické nezávislosti pacienta na druhých, pracovní schopnosti, finanční situaci, způsobu trávení volného času, bolesti, nepohody pacienta.

Subjektivní hodnocení kvality života

Patří sem metody, kdy pacient sám hodnotí svůj stav. Nejprve se zjišťují priority dimenzí kvality života, které jsou pro daného pacienta nejdůležitější z jeho vlastního hlediska a ty se pak následně hodnotí. Patří sem metoda HRQoL (Health Related Quality of Life) – měření kvality života z hlediska zdraví, založená na podkladě tzv. analýz subjektivního života.

Dnes nejrozšířenější metodou diagnostikování kvality života je tzv. SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) – Systém individuálního hodnocení kvality života. Tato metoda vychází z osobních představ dotazovaného, co považuje za důležité a neklade předem žádná „žádoucí, správná“ kritéria. Je to metoda ryze individuální, kdy základem jsou výpovědi dané osoby. Pojetí kvality života vychází z vlastního systému hodnot dané osoby. Závažné aspekty života se snažíme poznat pomocí rozhovoru pro danou osobu.

Psychologickým přístupem k otázkám kvality života je např. metoda SWLS (The Satisfaction with Life Scale) – stupnice spokojenosti se životem. Jde o velice široké pojetí kvality života, prostřednictvím spokojenosti s životem jako celkem.

Smišené metody zjišťování kvality života

Do této skupiny patří metoda MANSA a LSS. Jedná se o kombinaci dvou předešlých metod.

MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) – krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Cílem této metody je vystihnout celkový obraz kvality života člověka v té dané chvíli. Jedná se o hodnocení celkové spokojenosti se životem, ale i spokojenost v určitých předem stanovených dimenzích

života jako jsou (např. vlastní zdravotní stav, sebezpečí, sociální a rodinné vztahy, životní prostředí, finanční situace, náboženství a další)

Měření spokojenosti LSS – Life Satisfaction Scale – škála (stupnice) spokojenosti. Jde o rozpracovanou metodiku MANSA. Jedná se o vizuální stupnici typu VAS, kdy je na vodorovné ose sedm stupňů spokojenosti (Křivohlavý 2002).

8.5 Faktory podílející se na kvalitě života

Důležitým hodnotícím faktorem je věk. Řada autorů popisuje zhoršování kvality života úměrně s věkem. Čím jsou respondenti starší, tím jsou méně spokojenější.

Subjektivní hodnocení kvality života se také liší v závislosti na pohlaví. Ve studiích se uvádí, že ženy jsou daleko pesimističtější než muži. Avšak u žen došlo k vyššímu zlepšení subjektivního hodnocení během hospitalizace. V hodnocení se odráží vliv různých psychologických mechanismů (například mužské a ženské role, demografické faktory jako vzdělání, rodinný stav).

Roli také může hrát vzdělání pacientů. Dle závěru Rosse a Van Willigena (1997) méně vzdělaní lidé trpí větším výskytem deprese, úzkosti, méně pociťují štěstí. Dle výzkumu Koivumoa-Honkanen a Viinamäti et al (1996) 52% psychiatrických pacientů se v životě cítí nespokojeno, což se výrazně liší od běžné duševně zdravé populace. Nejspokojenější skupinou jsou pacienti v manické fázi, lidé s bipolární afektivní poruchou následovaní schizofrenickými pacienty. Nejméně spokojení jsou pak pacienti depresivní, suicidální a trpící insomnií.

8.6. Hodnocení kvality života pacientů v klinické praxi

Toto hodnocení vystupuje do popředí u pacientů s chronickými, nevy léčitelnými chorobami (jako například onkologické, psychiatrické, kardiovaskulární onemocnění a podobně).

Psychiatrická onemocnění vyžadují celoživotní dodržování režimových zásad a opatření, omezující v běžných každodenních aktivitách. Pacient může pociťovat neustálé omezení, napětí a úsilí, které jen umožní přiblížit se kvalitě života, jež ostatní „prožívají“ automaticky, bez nutnosti sebekontroly a starostí.

Ovlivňující faktory dopadu onemocnění na kvalitu života:

- Nároky selfmanagementu onemocnění – zakomponování nemoci do svého života (změna životních návyků a chování).
- Celoživotní charakter léčby – léčba často spíše substituční, zmírňující příznaky onemocnění, častokrát doprovázena řadou nežádoucích účinků a s nepravidelným efektem.
- Nepředvídatelnost průběhu onemocnění, nejasnost prognózy.
- Při nedodržování terapeutického režimu hrozící komplikace a následky akutních stavů.
- Lokus kontroly – v domácí péči zodpovědnost pacienta za léčbu.

Kvalita života pacientů je multifaktoriálně podmíněná. Je výrazně determinována psychickými a sociálními faktory. Ošetrovatelské intervence v oblasti zvyšování kvality života by se měli zaměřovat nejen na fyzické aspekty, ale především na podporu návratu pacienta do běžného života. Výzkumy zaměřené na kvalitu života pacientů se specifickým onemocněním mohou ukazovat na ty oblasti, ve kterých pacienti pociťují největší dopad na jejich každodenní život. Dané ošetrovatelské intervence jsou pak zaměřené na zmírnění tohoto dopadu. Vyšší individualizovanou ošetrovatelskou péčí by měli zajistit výsledky výzkumů, které měly být reflektovány nejen v oblasti ošetrovatelského vzdělání, ale také v oblasti klinické praxe. Výsledky výzkumů mohou pomoci sestře pochopit, jak se onemocnění a jeho léčba promítá do každodenního života pacienta.

Využití údajů z výzkumu v klinické praxi:

- Při zvažování více alternativ, výběr efektivní intervence.
- Zlepšení komunikace s pacientem.
- Podpora compliance a adherence pacienta v léčbě.
- Respektování priorit v léčbě při zjišťování preferencí pacienta.
- Jako součást pravidelného auditu v klinické praxi.
- Při rozhodování o postupu léčby.

- Při řešení problémů v psychosociální adaptaci pacienta na onemocnění (Fayers, Machin, 2000, s.7).

Kvalitu života lze měřit nástroji, které vyplňuje:

- Sestra během rozhovoru s pacientem (= interviewer-administered).
- Sám pacient (self-administered versions) (Gurková, 2011).

8.7 Kvalita života u pacientů s diagnózou schizofrenie

Od počátku 80. let se specifickým potřebám pacientů se schizofrenií věnoval Lehman. Upozornil na ochuzené mezilidské vztahy způsobené sociálními problémy zasažených pacientů, na omezení finančních prostředků. Na druhou stranu jejich spokojenost s prožíváním pracovních aktivit a volného času nebývá nižší než u zdravé populace. Na tomto podkladě se rozvíjela od 80. let komunitní péče. Kvalita života u schizofrenních pacientů je kritériem používaného hodnocení sociální role, jež zastává jejich naplnění, pocit spokojenosti, materiální situace a životní perspektivy. Uplatňuje se při posuzování farmakoterapie, sociálních intervencí a kvality služeb.

Kvalitu života lze posoudit **objektivními** a **subjektivními** kritérii. Pod objektivní položku patří snadněji měřitelné a kvantifikovatelné položky jako je například životní úroveň, sociální postavení, kam patří příjem, počet let vzdělání nebo zaměstnání. Subjektivní kritéria zahrnují vlastní výpovědi o spokojenosti (například subjektivní spokojenost s prací).

„Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury, a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Motlová, Koukolík, 2004, s. 348)

Schizofreničtí pacienti mají tendenci svou kvalitu života nadhodnocovat, kdy to může být důsledkem emočního stažení, afektivní plochosti nebo chabého náhledu, ale i jaký si výsledek kompenzačních mechanismů. Ze studií vyplynulo, že pacienti hospitalizovaní déle než dva roky byli významně spokojenější, než pacienti s krátkodobou hospitalizací, jelikož se porovnávali se svými hospitalizovanými kolegy. 63-95% klinicky stabilizovaných pacientů, je schopno kvalitu svého života hodnotit spolehlivě. Dále

vyplývá, že nejčastější vliv na kvalitu života má negativní schizofrenní symptomatika. Dle zjištění se zhoršením kvality života významně souvisí také paranoidní a depresivní symptomatika. Level ve svém výzkumu zhodnotil 110 lidí s depresí, kdy 57% shledalo svoji kvalitu života jako velmi špatnou, 26% jako špatnou a 18% jako průměrnou. U lidí s depresí není časový horizont tří dimenzí (minulosti, přítomnosti a budoucnosti) kontinuální. Zastavení se „tady a teď“ ve sklíčeném, prázdném a nešťastném období. Pro tyto osoby se čas nekonečně vleče, minulost odpovídá velice vzdálené přítomnosti a budoucnost mizí.

Významný vliv na kvalitu života mají také ambulantní programy zaměřené na pracovní rehabilitaci, psychosociální a edukační programy. Jsou velmi důležité v období po propuštění do domácího prostředí. Amadorovi studie poukazují na pacienty s lepším náhledem na nemoc, kteří však mívají více sebevražedných úvah.

Další úzkou vazbu představuje léčba antipsychotiky. Všeobecně jsou lépe snášeny antipsychotika druhé generace, kde je daleko méně nežádoucích účinků a jsou lépe pacienty tolerovány a příznivě ovlivňují kvalitu života (příloha přehled instrumentů nejčastěji používaných k hodnocení kvality života) (Motlová, Koukolík, 2004).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

9. Cíle empirické části

Kvalita života je velmi široký pojem. Cílem této práce je pojmout kvalitu života nikoli v obecné rovině, ale jako kvalitu života, míru deprese právě u lidí s diagnózou schizofrenie

Dílčí cíle:

1. Zjistit profilové skóre důležitosti v jednotlivých oblastech kvality života a porovnat jednotlivé zkoumané skupiny.
2. Zjistit profilové skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech kvality života a porovnat jednotlivé zkoumané skupiny.
3. Zjistit celkové skóre kvality života dle dotazníku SQUALA u osob s diagnózou schizofrenie a kontrolní skupinou.
4. Zjistit do jaké míry spolu souvisí profil kvalita života, pohlaví a úroveň vzdělání.
5. Zjistit míru subjektivního hodnocení deprese u osob se schizofrenií.
6. Zjistit zda je subjektivní hodnocení deprese u osob se schizofrenií častější u mužů nebo žen.

10. Použité metody a zkoumaný soubor

10.1 Výzkumný soubor

Tento výzkum s celkovým počtem 60 zkoumaných osob je tvořen:

1. Respondenty s diagnózou schizofrenie
 - 1. výzkumný soubor respondentů se schizofrenií je tvořen pacienty z Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod (N=20)
 - 2. výzkumný soubor je tvořen pacienty se schizofrenií v ambulantní péči navštěvující občanské sdružení VOR Jihlava (N=20)
2. Respondenti reprezentující soubor zdravé populace ČR, bez psychiatrické a somatické diagnózy (N=20)

10.2 Výběr a charakteristika respondentů

Zkoumaný soubor respondentů pro skupinu pacientů byl účelový, respondenti musejí mít diagnózu schizofrenie. Jsou děleni do dvou skupin – pacienti hospitalizovaní v psychiatrické léčebně a pacienti léčení ambulantně.

Respondenti pro kontrolní skupinu byli vybíráni tak, aby se ve svých charakteristikách podobali co nejvíce skupině pacientů. Byla zvolena tato kritéria párování: pohlaví, věk, vzdělání.

10.3 Použité metody výzkumného šetření

Zkoumaným osobám byly předloženy tyto dotazníkové metody:

1. Anamnestický dotazník – pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, délka onemocnění.
2. Dotazník kvality života SQUALA (v adaptaci Blatného a kol.,2007).
3. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II).

Výzkum pomocí těchto dotazníků byl zcela anonymní a dobrovolný. První dotazník je nestandardizovaný, k získání potřebných informací ke splnění zadaných cílů.

Druhý a třetí dotazník jsou standardizované.

Dotazník kvality života SQUALA

Dotazník kvality života (Subjective Quality of Life Analysis, Zannotti 1992) je považován za nejvhodnější nástroj pro hodnocení kvality života pacienta s duševním onemocněním v ČR. Skládá se z 30 oblastí, pokrývající vnější a vnitřní skutečnost každodenního života. Je zde zjišťován rozdíl mezi přáním, očekáváním jedince a jeho skutečnou situací v těchto oblastech. Je určen pro osoby s psychiatrickým onemocněním, tak pro zdravou populaci. Dotazník je sebesuzovací, vyjadřuje subjektivní kvalitu života, kdy se hodnotí na pěti bodové hodnotící škále důležitosti v daných oblastech a skutečnosti s ní.

Skórování:

1. *Profil parciálního skóre* – poskytuje přehled o oblastech života osob a do jaké míry jsou narušené. Vzniká součinem skóre důležitosti a skóre hodnocení spokojenosti, hodnoty 0-20.
2. *Celkové skóre* – součet všech parciálních skóre.

Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II

Tento dotazník zahrnuje 21 položek, kdy každá je hodnocena bodovací škálou 0-4 (zaměstnání, afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese). Měří stav, ne depresivitu jako rys osobnosti.

Skórování: součet bodů jednotlivých položek – nedepresivní 0-13, mírně depresivní 14-19, středně depresivní 20-28, těžce depresivní 29-63.

10.4 Realizace šetření

Výzkum byl prováděn na Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě ve spolupráci s hlavní sestrou Mgr. Knížkovou, dále pak ve spolupráci s občanským sdružením VOR Jihlava pod vedením Mgr. Šťastného.

V lednu 2012 byly dotazníky dány do oběhu mezi pacienty v celkovém počtu 50. Na začátku března 2012 byly dotazníky vybrány a z celkového počtu se jich vrátilo 45, z toho použitelných bylo 40 (20 z psychiatrické léčebny, 20 z ambulantní sféry). Dle anamnestického dotazníku pak byla vybrána kontrolní skupina zdravé populace. Návratnost řádně vyplněného dotazníku z řad pacientů se schizofrenií byla 80%, u kontrolní skupiny návratnost činila 100%.

10.5 Zpracování získaných dat

Získané výsledky byly zpracovány do tabulek pomocí programu Microsoft Word a pro grafické znázornění do sloupcových, spojnicových a výsečových grafů pomocí programu Microsoft Excel.

Symboly použité v tabulkách:

N - absolutní četnost

f_i - relativní četnost v %

□ – celková četnost

Relativní četnost je znázorněna příloženými grafy. Vypočítá se podle vzorce

$f_i = n_i/n \cdot 100$. Poskytuje nám informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Většinou se udává v procentech.

Ke srovnání celkové kvality života jednotlivých skupin bylo použito výpočtů parciálního a celkového skóre, znázorněno tabulkou s průměrovými hodnotami jednotlivých oblastí kvality života a graficky znázorněno spojnicovými a celkové skóre krabicovými grafy.

10.6 Vyhodnocení dotazníku SQUALA (úplné znění dotazníku je v příloze)

10.6.1 Anamnestický dotazník

V následujících otázkách č. 1 - 6 a grafech 1 – 5 je uvedeno pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav respondentů a délka onemocnění osob se schizofrenií.

Zkratky: **SCH. PL** – pacienti hospitalizovaní na Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod

SCH. AM – osoby s diagnózou schizofrenie v ambulantní léčbě

KON. S – kontrolní skupina – osoby běžné populace (bez somatické či psychické diagnózy).

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Muži	30	50 %
Ženy	30	50 %
□	60	100 %

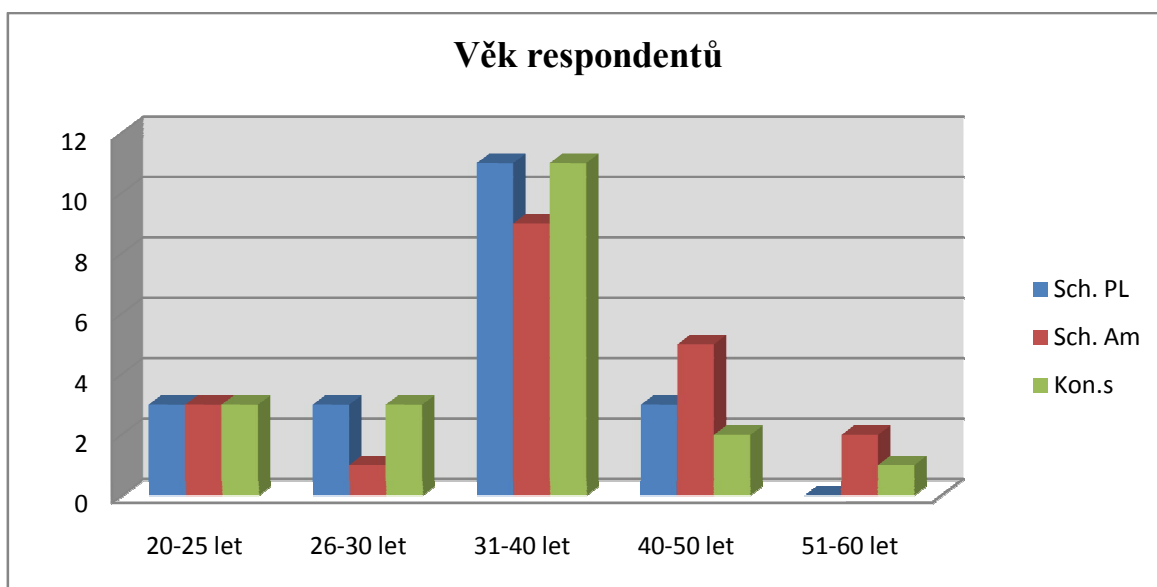
Komentář:

Dotazník vyplnilo 50 % mužů (30 osob) a 50 % žen (30 osob) z celkového počtu dotazovaných.

Tabulka č. 2 – Věkové zastoupení respondentů.

Odpovědi	n _i			f ₁ (%)
	SCH. PL	SCH. AM	KON. S	Celkem
20-25 let	3	3	3	15 %
26-30 let	3	1	3	12 %
31-40 let	11	9	11	51 %
40-50 let	3	5	2	17 %
51-60 let	0	2	1	5 %
□	20	20	20	100 %

Graf č. 1 – Věkové zastoupení respondentů.



Komentář:

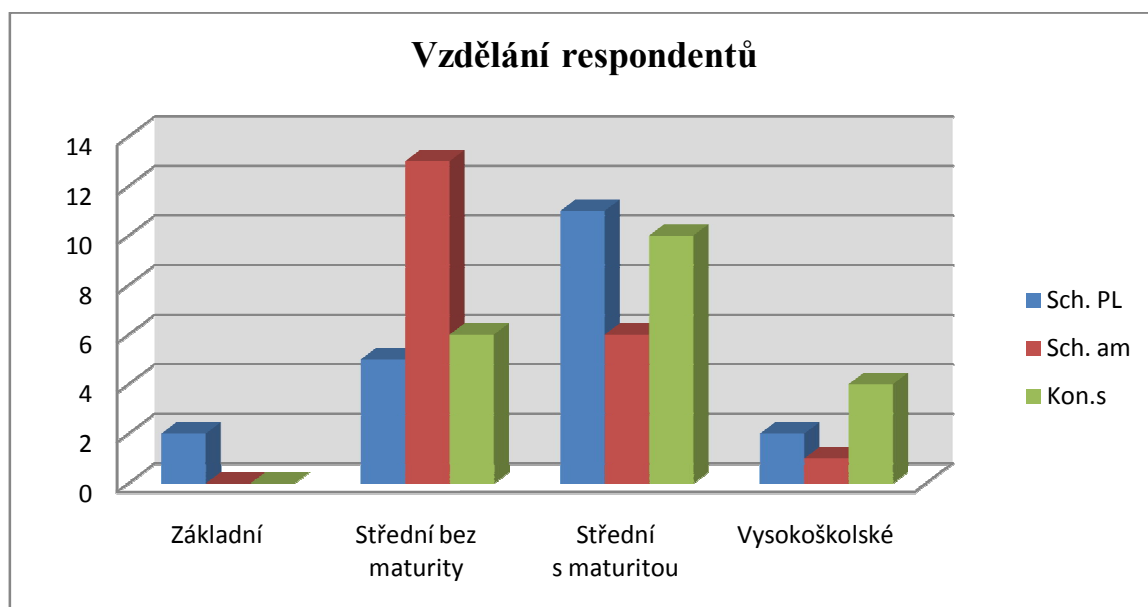
Na otázku věkového zastoupení odpovědělo 60 respondentů.

15 % (9 osob) respondentů je ve věku 20-25 let, 12 % (7 osob) je ve věku 26-30 let, 51 % (31 osob) respondentů je ve věku 31-40 let, 17 % (10 osob) je ve věkovém rozmezí 40-50 let a 5 % (3 osoby) respondenti jsou ve věku 51-60 let z celkového počtu dotazovaných.

Tabulka č. 3 – Vzdělání respondentů.

Odpovědi	n _i			f _i (%)
	SCH. PL	SCH. AM	KON. S	CELKEM
Základní	2	0	0	3 %
Střední bez maturity	5	13	6	40 %
Střední s maturitou	11	6	10	45 %
Vysokoškolské	2	1	4	12 %
□	20	20	20	100 %

Graf č. 2 – Vzdělání respondentů.



Komentář:

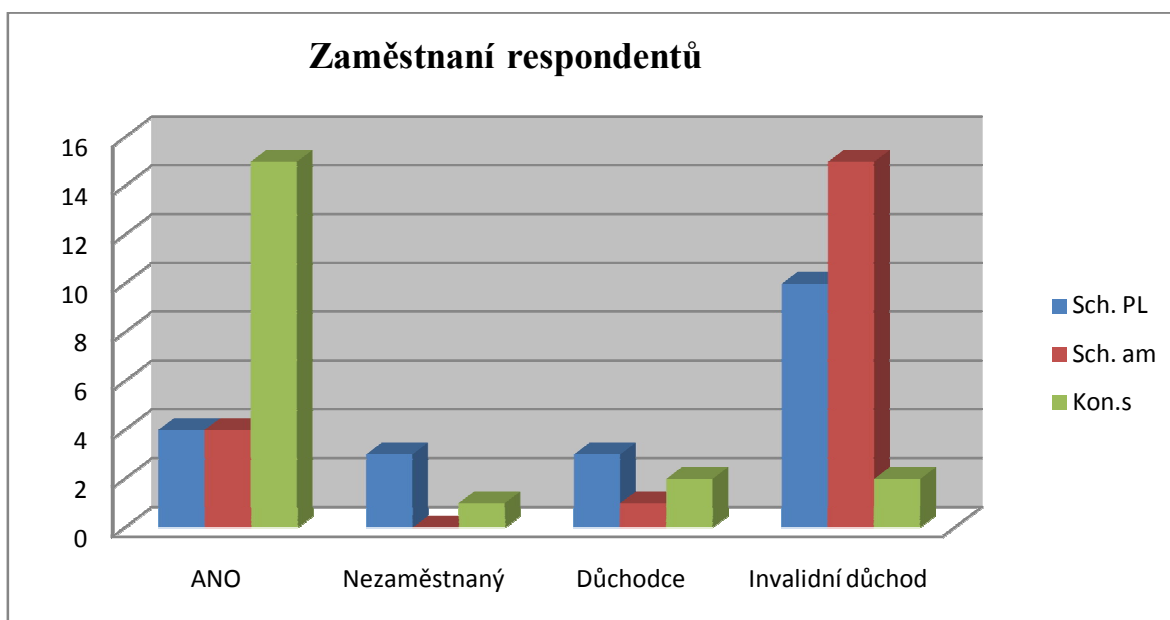
Na otázku vzdělání respondentů odpovědělo celkem 60 respondentů.

3 % (2 osoby) odpověděly, že mají základní vzdělání, 40 % (24 osob) má vzdělání středoškolské bez maturity, celých 45 % (27 osob) respondentů odpovědělo, že má středoškolské vzdělání s maturitou a 12 % (7 osob) je vzděláno vysokoškolsky z celkového počtu dotazovaných.

Tabulka č 4. – Zaměstnání respondentů

Odpovědi	n _i			f _i (%)
	SCH. PL	SCH. AM	KON. S	CELKEM
ANO	4	4	15	38 %
Nezaměstnaný	3	0	1	7 %
Důchodce	3	1	2	10 %
Invalidní důchod	10	15	2	45 %
☐	20	20	20	100 %

Graf č. 3 – Zaměstnání respondentů.



Komentář:

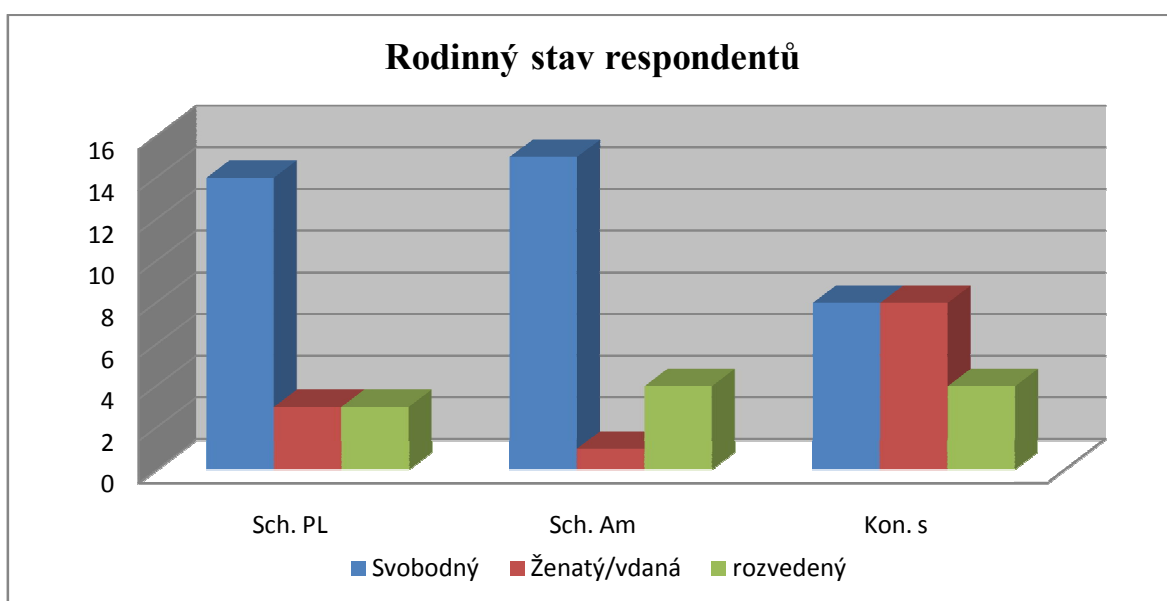
Na otázku zaměstnání odpovědělo celkem 60 respondentů.

Zaměstnaných je celkem 38 % (23 osob) z toho respondenti s diagnózou schizofrenie uváděli zaměstnání – tesař, hosteska, zámečnick, zdravotní sestra, dělník. 7 % (4 osoby) respondentů uvedlo, že jsou nezaměstnaní, 10 % (6 osob) je již v důchodě a největší skupinu respondentů tvořily osoby v invalidním důchodě a to především ve skupinách osob se schizofrenií, celkové skóre činí 45 % (27 osob) respondentů.

Tabulka č. 5. – Rodinný stav respondentů

Odpovědi	n _i			f _i (%)
	SCH. PL	SCH. AM	KON. S	CELKEM
Svobodný	14	15	8	62 %
Ženatý/vdaná	3	1	8	20 %
rozvedený	3	4	4	18 %
□	20	20	20	100 %

Graf č. 4 – Rodinný stav respondentů.



Komentář:

Na otázku rodinného stavu odpovídalo všech 60 respondentů.

Celkem 62 % (37 osob) je svobodných a to hlavně z řad osob se schizofrenií. 20 % (12 osob) respondentů je ženatých či vdaných a 18 % (11 osob) respondentů je rozvedených.

Průměrná délka onemocnění u osob se schizofrenií je 10 let, ve většině případů dle vyhodnocených dat dochází k diagnostice schizofrenie mezi 20-30 rokem života respondentů. Jako další onemocnění respondenti se schizofrenií uváděli obtíže se srdcem, hypertenzi, exém, diabetes mellitus, užívání drog a alkoholu.

10.6.2 Subjektivní hodnocení kvality života

1. Důležitost oblastí života

Skóre 4 – 0 (4 nezbytné)

(0 bezvýznamné)

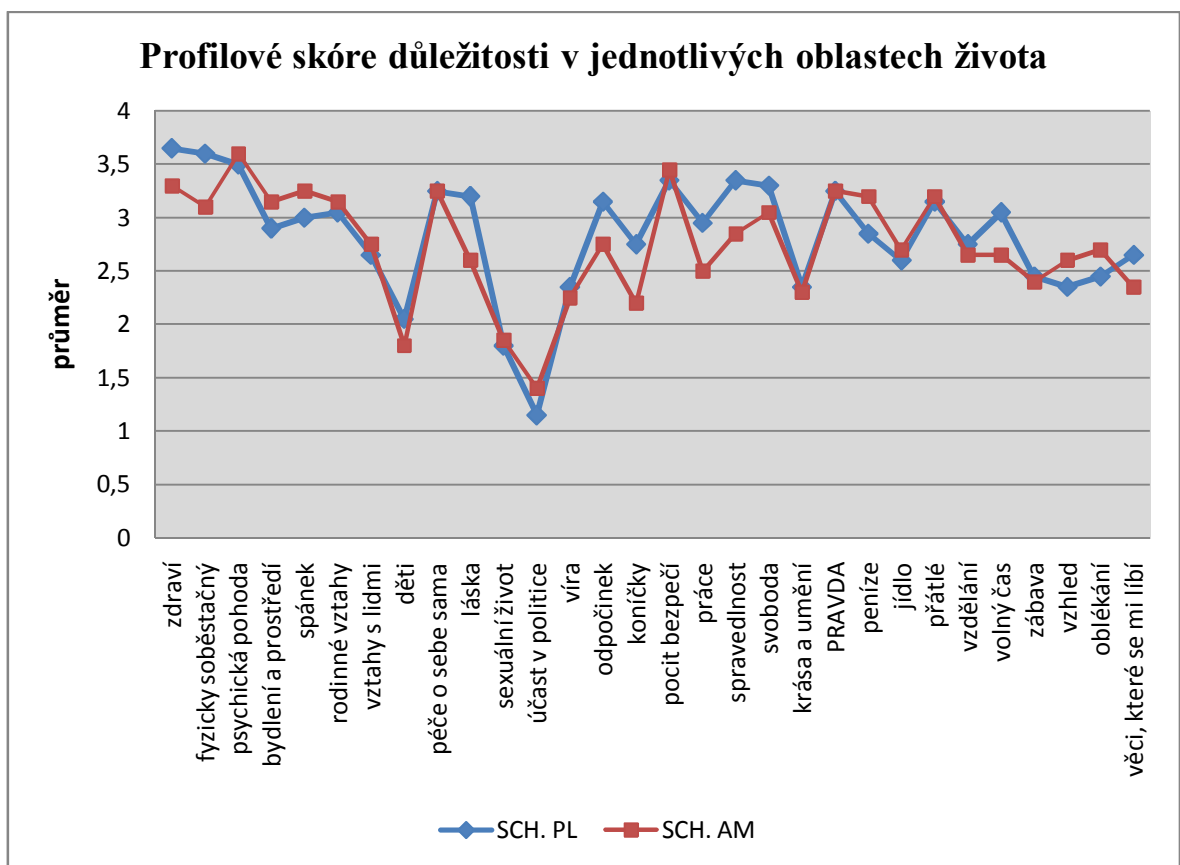
Srovnání průměrových profilů skóre důležitosti oblastí života respondentů u osob s diagnózou schizofrenie – hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod, s pacienty s diagnózou schizofrenie v ambulantní léčbě a vzorku osob z populace bez psychiatrické či somatické diagnózy.

Tabulka č. 6 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre **důležitosti** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů PL a schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. PL	SCH. AM	t	p
zdraví	3,650	3,300	2,081	0,044
fyzicky soběstačný	3,600	3,100	2,746	0,009
psychická pohoda	3,500	3,600	-0,525	0,603
bydlení a prostředí	2,900	3,150	-1,205	0,236
spánek	3,000	3,250	-0,893	0,377
rodinné vztahy	3,050	3,150	-0,575	0,569
vztahy s lidmi	2,850	2,750	0,483	0,632
děti	2,100	1,850	0,674	0,505
péče o sebe sama	3,450	3,450	0,000	1,000
láska	3,200	2,600	2,294	0,027
sexuální život	1,850	1,950	-0,249	0,805
účast v politice	1,150	1,400	-0,740	0,464
víra	2,350	2,250	0,226	0,822
odpočinek	3,150	2,750	1,372	0,178
koníčky	2,750	2,300	1,603	0,117
pocit bezpečí	3,350	3,450	-0,466	0,644
práce	2,950	2,500	1,463	0,152
spravedlnost	3,350	2,850	2,357	0,024
svoboda	3,300	3,050	1,177	0,247
krása a umění	2,350	2,300	0,161	0,873
pravda	3,200	3,250	-0,203	0,840

peníze	2,850	3,200	-1,082	0,286
jídlo	2,600	2,700	-0,312	0,757
přátelé	2,950	3,250	-1,285	0,206
vzdělání	2,750	2,650	0,324	0,748
volný čas	3,050	2,650	1,487	0,145
zábava	2,450	2,400	0,138	0,891
vzhled	2,350	2,600	-0,932	0,357
oblékání	2,600	2,700	-0,350	0,728
věci, které se mi líbí	2,500	2,200	0,780	0,440

Graf č. 5 – grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti v jednotlivých oblastech života u schizofrenních pacientů z PL a v ambulantní péči.



Komentář:

Na otázky důležitosti v oblastech života odpovědělo celkem 60 dotazovaných.

Tabulka č. 6 a graf č. 5 porovnávají skupinu schizofrenních pacientů hospitalizovaných v PL a schizofrenních pacientů léčených ambulantně.

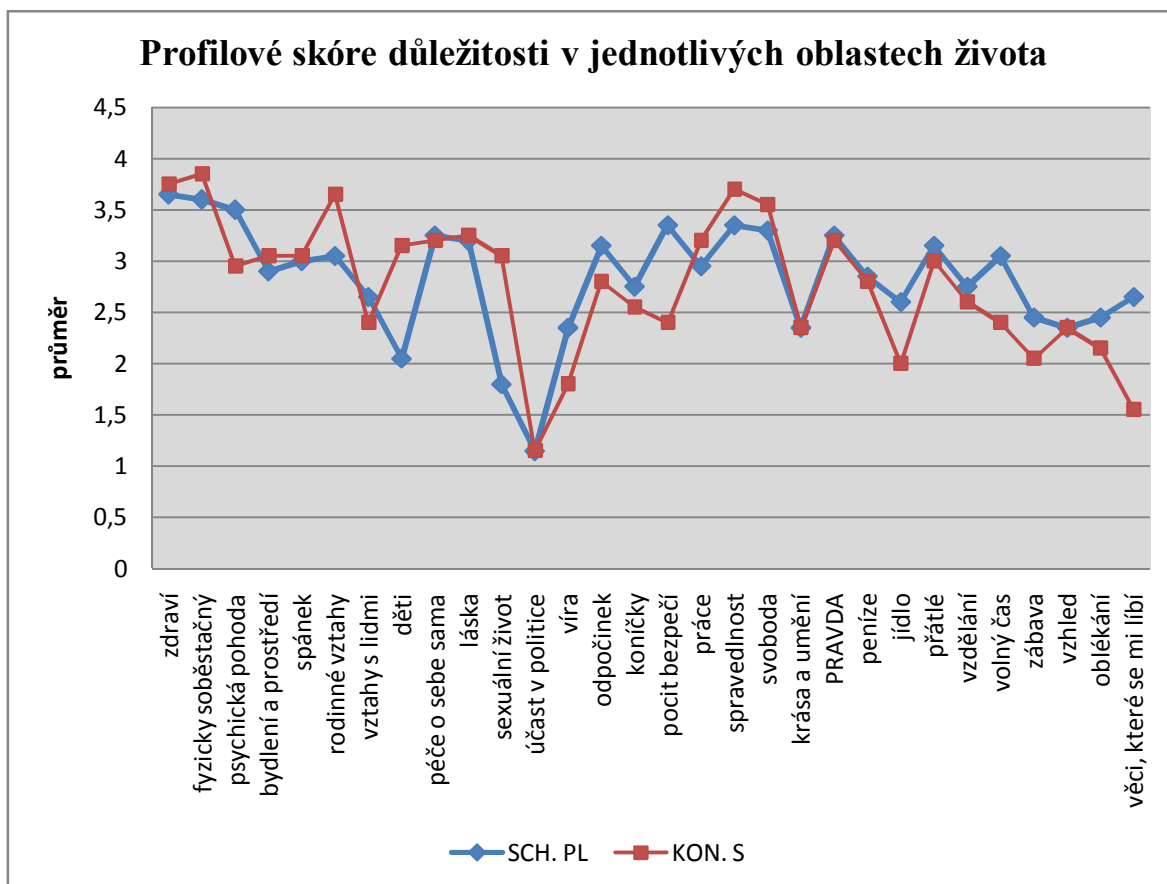
Na základě využití t-testu pro nezávislé výběry byl zjištěn průkazný rozdíl (kritická hodnota $p = 0,005$) mezi skupinou schizofrenních pacientů PL a schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě v těchto oblastech: zdraví ($p = 0,044$), fyzická soběstačnost ($p = 0,009$), láska ($p = 0,027$), spravedlnost ($p = 0,024$). Skupinou pacientů na PL jsou vnímány jako důležitější. Ve všech ostatních oblastech jsou porovnávané skupiny podobně homogenní.

Tabulka č. 7 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre **důležitosti** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů PL a kontrolní skupinou na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. PL	KON. S	t	p
zdraví	3,650	3,737	-0,575	0,569
fyzicky soběstačný	3,600	3,842	-1,698	0,098
psychická pohoda	3,500	2,895	2,520	0,016
bydlení a prostředí	2,900	3,053	-1,116	0,272
spánek	3,000	3,053	-0,230	0,820
rodinné vztahy	3,050	3,684	-4,002	0,000
vztahy s lidmi	2,850	2,526	1,572	0,124
děti	2,100	3,105	-3,396	0,002
péče o sebe sama	3,450	3,211	1,307	0,199
láska	3,200	3,263	-0,334	0,740
sexuální život	1,850	2,895	-3,204	0,003
účast v politice	1,150	1,105	0,224	0,824
víra	2,350	1,789	1,401	0,170
odpočinek	3,150	2,842	1,338	0,189
koníčky	2,750	2,368	1,277	0,209
pocit bezpečí	3,350	2,526	2,377	0,023
práce	2,950	3,158	-0,815	0,420
spravedlnost	3,350	3,684	-2,157	0,038
svoboda	3,300	3,526	-1,112	0,273
krása a umění	2,350	2,316	0,143	0,887
pravda	3,200	3,211	-0,040	0,968
peníze	2,850	2,789	0,211	0,834
jídlo	2,600	2,000	1,989	0,054
přátelé	2,950	3,000	-0,317	0,753
vzdělání	2,750	2,579	0,719	0,476
volný čas	3,050	2,368	2,677	0,011

zábava	2,450	2,053	1,226	0,228
vzhled	2,350	2,368	-0,080	0,936
oblékání	2,600	2,158	1,738	0,091
věci, které se mi líbí	2,500	1,526	3,510	0,001

Graf č. 6 – Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti v jednotlivých oblastech života u schizofrenních pacientů v PL s kontrolní skupinou.



Komentář:

Na základě využití t-testu pro nezávislé výběry byl zjištěn průkazný rozdíl mezi skupinou schizofrenních pacientů a kontrolní skupinou v následujících oblastech: psychická pohoda ($p = 0,016$), rodinné vztahy ($p = 0,000$), děti ($p = 0,002$), sexuální život ($p = 0,003$), pocit bezpečí ($p = 0,023$), spravedlnost ($p = 0,038$), volný čas ($p = 0,011$), věci, které se mi líbí ($p = 0,001$).

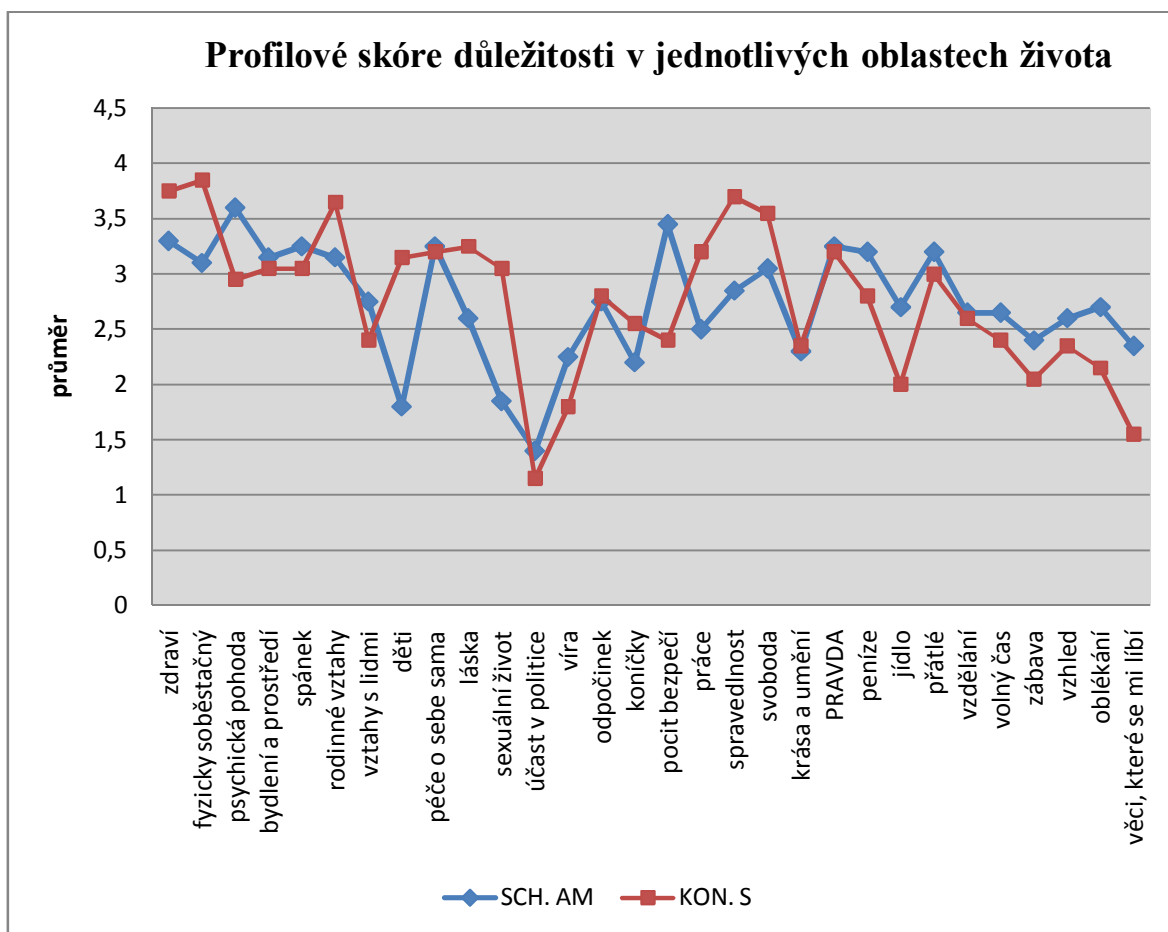
V ostatních oblastech jsou tyto dvě skupiny podobně homogenní. Za důležitější považují pacienti se schizofrenií hospitalizovaní na PL následující oblasti: psychická

pohoda, pocit bezpečí, volný čas, věci, které se mi líbí. Kontrolní skupina osob považuje za důležitější tyto oblasti: rodinné vztahy, děti, sexuální život, spravedlnost.

Tabulka č. 8 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre **důležitosti** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů ambulantní léčby a kontrolní skupinou na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. AM	KON. S	t	p
zdraví	3,300	3,737	-2,638	0,012
fyzicky soběstačný	3,100	3,842	-4,385	0,000
psychická pohoda	3,600	2,895	2,951	0,005
bydlení a prostředí	3,150	3,053	0,545	0,589
spánek	3,250	3,053	1,052	0,300
rodinné vztahy	3,150	3,684	-3,107	0,004
vztahy s lidmi	2,750	2,526	1,312	0,198
děti	1,850	3,105	-3,753	0,001
péče o sebe sama	3,450	3,211	1,430	0,161
láska	2,600	3,263	-2,782	0,008
sexuální život	1,950	2,895	-2,744	0,009
účast v politice	1,400	1,105	0,980	0,333
víra	2,250	1,789	1,277	0,210
odpočinek	2,750	2,842	-0,341	0,735
koníčky	2,300	2,368	-0,221	0,826
pocit bezpečí	3,450	2,526	2,653	0,012
práce	2,500	3,158	-2,984	0,005
spravedlnost	2,850	3,684	-3,881	0,000
svoboda	3,050	3,526	-2,645	0,012
krása a umění	2,300	2,316	-0,061	0,952
pravda	3,250	3,211	0,164	0,871
peníze	3,200	2,789	1,927	0,062
jídlo	2,700	2,000	2,597	0,013
přátelé	3,250	3,000	1,385	0,174
vzdělání	2,650	2,579	0,269	0,790
volný čas	2,650	2,368	0,931	0,358
zábava	2,400	2,053	1,209	0,234
vzhled	2,600	2,368	1,060	0,296
oblékání	2,700	2,158	2,885	0,006
věci, které se mi líbí	2,200	1,526	2,077	0,045

Graf č. 7 – Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti v jednotlivých oblastech života u schizofrenních pacientů v ambulantní péči a kontrolní skupiny.



Komentář:

Tabulka č. 8 a následný graf č. 7 zobrazují důležitost jednotlivých oblastí života mezi skupinou schizofrenních pacientů a kontrolní skupinou.

Z tabulky vyplývá, že na základě použitého statistického t-testu pro nezávislé výběry jsou rozdíly v následujících oblastech: zdraví ($p = 0,012$), fyzická soběstačnost ($p = 0,000$), psychická pohoda ($p = 0,005$), rodinné vztahy ($p = 0,004$), děti ($p = 0,001$), láska ($p = 0,008$), sexuální život ($p = 0,009$), pocit bezpečí ($p = 0,012$), práce ($0,005$), spravedlnost ($p = 0,000$), svoboda ($0,012$), jídlo ($p = 0,013$), oblékání ($p = 0,006$), věci, které se mi líbí ($0,045$).

Za důležitější považují pacienti se schizofrenií léčení ambulantně oblasti: psychická pohoda, pocit bezpečí, jídlo, oblékání, věci, které se mi líbí. Kontrolní skupina

osob považuje za důležitější následující oblasti: zdraví, fyzická soběstačnost, rodinné vztahy, děti, láska, sexuální život, práce, spravedlnost, svoboda. Ostatní oblasti života jsou podobně homogenní.

2. Spokojenost s oblastmi života

Skóre 5 – 1 (5 zcela spokojen/a)

(1 velmi zklamán/a)

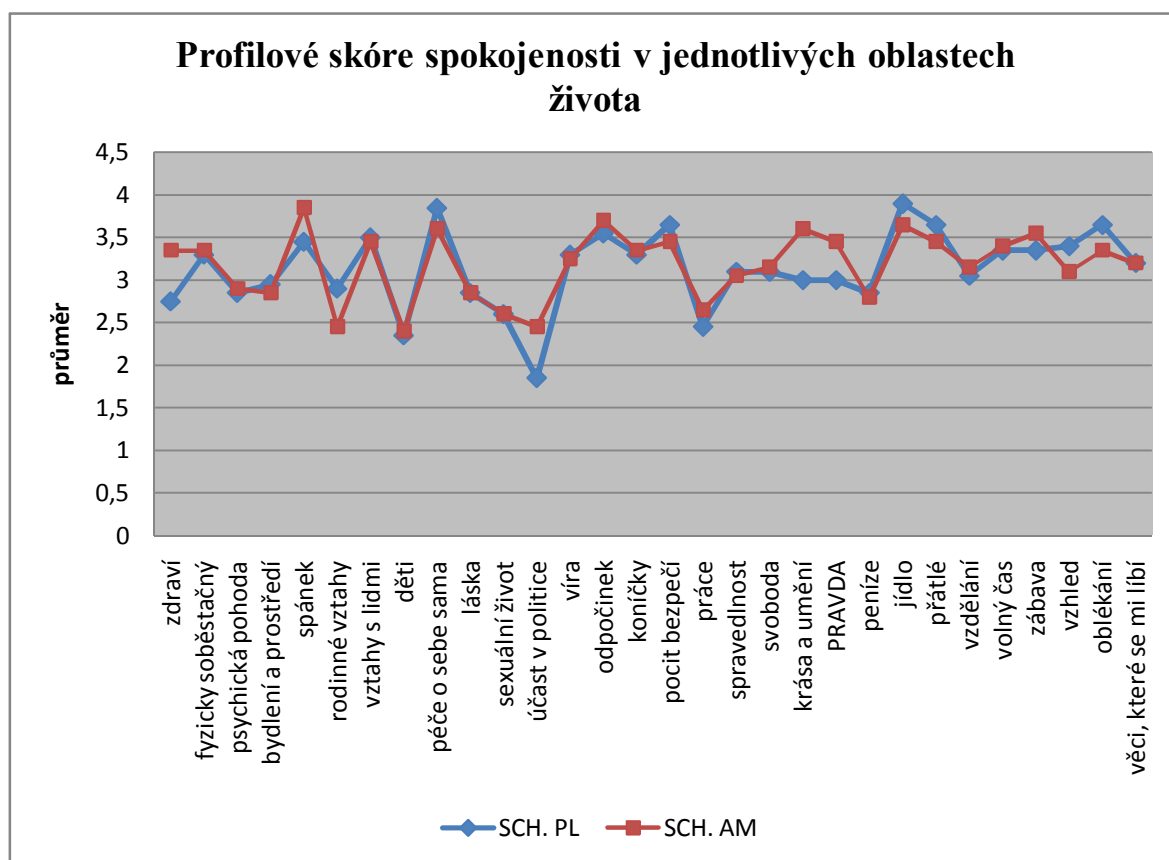
Srovnání průměrových profilů skóre spokojenosti v různých oblastech života respondentů u osob s diagnózou schizofrenie – hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod, pacienty s diagnózou schizofrenie v ambulantní léčbě a vzorku osob z populace bez psychiatrické či somatické diagnózy.

Tabulka č. 9 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre **spokojenosti** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů hospitalizovaných na PL a pacientů léčených ambulantně na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. PL	SCH. AM	t	p
zdraví	2,750	3,350	-1,798	0,080
fyzicky soběstačný	3,300	3,250	0,144	0,886
psychická pohoda	2,950	2,900	0,196	0,846
bydlení a prostředí	2,950	2,900	0,149	0,882
spánek	3,550	3,800	-0,789	0,435
rodinné vztahy	2,900	2,450	1,311	0,198
vztahy s lidmi	3,500	3,500	0,000	1,000
děti	2,200	2,400	-0,551	0,585
péče o sebe sama	3,700	3,600	0,339	0,736
láska	2,850	2,850	0,000	1,000
sexuální život	2,600	2,600	0,000	1,000
účast v politice	1,850	2,450	-1,816	0,077
víra	3,300	3,250	0,150	0,881
odpočinek	3,550	3,700	-0,561	0,578
koníčky	3,300	3,350	-0,182	0,857
pocit bezpečí	3,550	3,450	0,317	0,753
práce	2,450	2,650	-0,591	0,558

spravedlnost	3,100	3,050	0,127	0,899
svoboda	3,100	3,150	-0,140	0,889
krása a umění	3,000	3,650	-2,156	0,038
pravda	3,000	3,450	-1,484	0,146
peníze	2,800	2,800	0,000	1,000
jídlo	3,850	3,650	0,723	0,474
přátelé	3,650	3,450	0,637	0,528
vzdělání	3,050	3,150	-0,310	0,758
volný čas	3,300	3,400	-0,320	0,750
zábava	3,500	3,550	-0,158	0,875
vzhled	3,400	3,100	0,967	0,340
oblékání	3,650	3,350	1,123	0,268
věci, které se mi líbí	3,200	3,200	0,000	1,000

Graf č. 8 – Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech života u schizofrenních pacientů PL a v ambulantní péči.



Komentář:

Na otázky spokojenosti v oblastech života odpovědělo 60 dotazovaných.

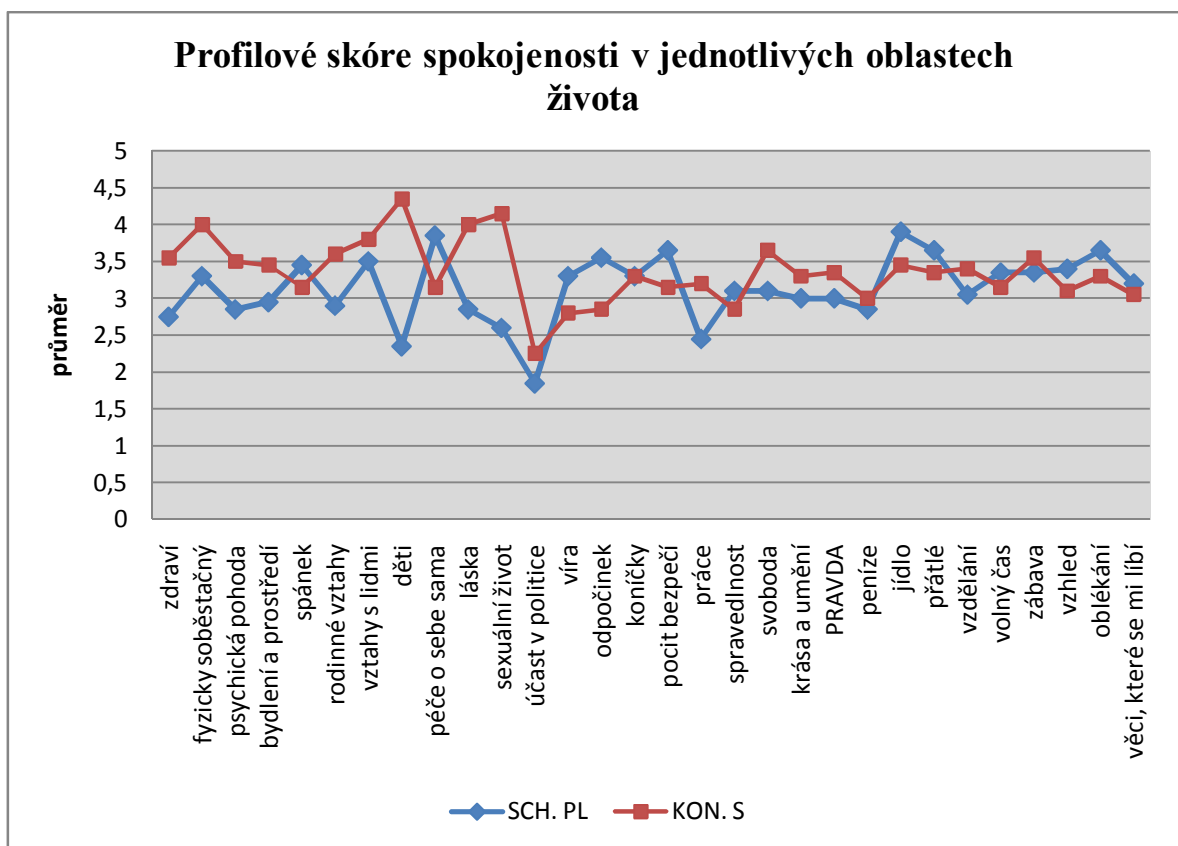
V tabulce č. 9 je porovnáno průměrové skóre spokojenosti skupiny pacientů se schizofrenií v PL a pacientů se schizofrenií v ambulantní léčbě. Na základě využití t-testu pro nezávislé výběry byl zjištěn průkazný rozdíl (kritická hodnota $p = 0,005$) pouze v této oblasti: krása a umění ($p = 0,038$) V této oblasti je celkově spokojenější skupina ambulantních pacientů se schizofrenií. V ostatních oblastech převládá podobná homogenita. Graficky pak znázorněno v grafu č. 8.

Tabulka č. 10 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre **spokojenosti** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů hospitalizovaných na PL a kontrolní skupinou na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. PL	KON. S	t	p
zdraví	2,750	3,526	-2,510	0,017
fyzicky soběstačný	3,300	3,895	-1,703	0,097
psychická pohoda	2,950	3,368	-1,519	0,137
bydlení a prostředí	2,950	3,421	-1,644	0,109
spánek	3,550	3,158	1,287	0,206
rodinné vztahy	2,900	3,632	-2,822	0,008
vztahy s lidmi	3,500	3,737	-0,989	0,329
děti	2,200	4,368	-6,713	0,000
péče o sebe sama	3,700	3,211	1,846	0,073
láska	2,850	4,000	-3,429	0,002
sexuální život	2,600	4,000	-4,382	0,000
účast v politice	1,850	2,368	-1,895	0,066
víra	3,300	2,842	1,622	0,113
odpočinek	3,550	2,737	3,399	0,002
koníčky	3,300	3,368	-0,286	0,776
pocit bezpečí	3,550	3,105	1,433	0,160
práce	2,450	2,947	-1,622	0,113
spravedlnost	3,100	2,895	0,577	0,567
svoboda	3,100	3,579	-1,507	0,140
krása a umění	3,000	3,263	-0,836	0,408
pravda	3,000	3,368	-1,192	0,241

peníze	2,800	2,895	-0,413	0,682
jídlo	3,850	3,421	1,860	0,071
přátelé	3,650	3,316	1,396	0,171
vzdělání	3,050	3,368	-1,251	0,219
volný čas	3,300	3,158	0,566	0,575
zábava	3,500	3,526	-0,095	0,925
vzhled	3,400	3,053	1,484	0,146
oblékání	3,650	3,316	1,469	0,150
věci, které se mi líbí	3,200	3,000	0,728	0,471

Graf č. 9 – Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech života u schizofrenních pacientů PL a kontrolní skupinou.



Komentář:

Graf č. 9 - porovnává profilové skóre spokojenosti v jednotlivých životních oblastech u pacientů s diagnózou schizofrenie hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a kontrolní skupinou, tvořenou lidmi běžné populace bez psychiatrické diagnózy. S tím to souvisí tabulka č. 10, kde je na základě statistického t-testu prokázán rozdíl v těchto

oblastech: zdraví ($p = 0,017$), rodinné vztahy ($p = 0,008$), děti ($p = 0,000$), láska ($p = 0,002$), sexuální život ($p = 0,000$) a odpočinek ($p = 0,002$).

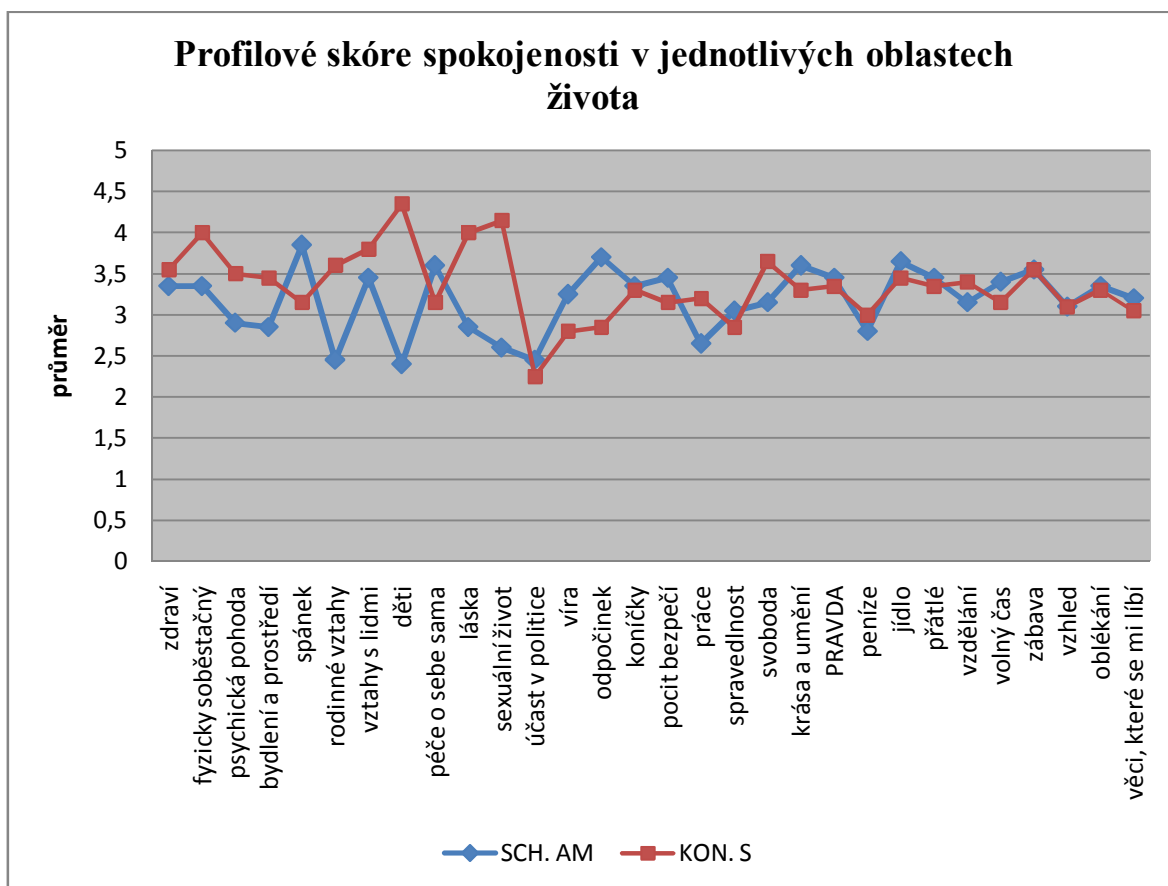
Pacienti s diagnózou schizofrenie hospitalizovaní na PL jsou spokojenější pouze v oblasti odpočinek. Zato kontrolní skupina respondentů je považována za spokojenější v oblastech zdraví, rodinné vztahy, děti, láska, sexuální život. Ve zbývajících oblastech je převládá podobná homogenita.

Tabulka č. 11 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre **spokojenosti** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě a kontrolní skupinou na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. AM	KON. S	t	p
zdraví	3,350	3,526	-0,521	0,605
fyzicky soběstačný	3,250	3,895	-1,998	0,053
psychická pohoda	2,900	3,368	-1,618	0,114
bydlení a prostředí	2,900	3,421	-1,793	0,081
spánek	3,800	3,158	2,404	0,021
rodinné vztahy	2,450	3,632	-3,193	0,003
vztahy s lidmi	3,500	3,737	-0,905	0,371
děti	2,400	4,368	-6,126	0,000
péče o sebe sama	3,600	3,211	1,451	0,155
láska	2,850	4,000	-3,612	0,001
sexuální život	2,600	4,000	-3,886	0,000
účast v politice	2,450	2,368	0,235	0,815
víra	3,250	2,842	1,408	0,168
odpočinek	3,700	2,737	3,909	0,000
koníčky	3,350	3,368	-0,070	0,945
pocit bezpečí	3,450	3,105	1,181	0,245
práce	2,650	2,947	-0,948	0,349
spravedlnost	3,050	2,895	0,441	0,662
svoboda	3,150	3,579	-1,414	0,166
krása a umění	3,650	3,263	1,434	0,160
pravda	3,450	3,368	0,253	0,801
peníze	2,800	2,895	-0,323	0,748
jídlo	3,650	3,421	0,993	0,327
přátelé	3,450	3,316	0,509	0,614
vzdělání	3,150	3,368	-0,771	0,446
volný čas	3,400	3,158	0,821	0,417
zábava	3,550	3,526	0,092	0,927

vzhled	3,100	3,053	0,208	0,837
oblékání	3,350	3,316	0,131	0,897
věci, které se mi líbí	3,200	3,000	0,728	0,471

Graf č. 10 – Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech života u schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě a kontrolní skupinou.



Komentář:

Na základě využití t-testu pro nezávislé výběry byl zjištěn rozdíl ve spokojenosti v životních oblastech u skupiny schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě a kontrolní skupinou v následujících oblastech: rodinné vztahy ($p = 0,003$), spánek ($p = 0,021$), děti ($p = 0,000$), láska ($p = 0,001$), sexuální život ($p = 0,000$), odpočinek ($p = 0,000$).

Schizofreničtí pacienti v ambulantní léčbě se považují z výzkumného vzorku za spokojenější v oblastech: spánek, odpočinek a kontrolní skupina je spokojenější

v oblastech: rodinné vztahy, děti, láska, sexuální život. Zbývající oblasti jsou podobně homogenní.

3. Skóre kvality života

Skóre 0 – 20

Tabulka č. 12 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot **celkového skóre** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů PL a schizofrenních pacientů léčených ambulantně na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. PL	SCH. AM	t	p
zdraví	9,900	11,250	-0,988	0,329
fyzicky soběstačný	11,800	9,950	1,404	0,169
psychická pohoda	10,250	10,400	-0,151	0,881
bydlení a prostředí	8,550	9,000	-0,387	0,701
spánek	10,950	12,450	-0,968	0,339
rodinné vztahy	8,850	7,700	0,966	0,340
vztahy s lidmi	10,250	9,750	0,371	0,713
děti	4,450	4,150	0,294	0,770
péče o sebe sama	13,000	12,650	0,236	0,814
láska	8,950	7,650	0,962	0,342
sexuální život	4,550	4,550	0,000	1,000
účast v politice	1,950	3,400	-1,327	0,192
víra	7,300	7,900	-0,351	0,727
odpočinek	11,400	10,300	0,733	0,468
koníčky	9,350	8,100	0,848	0,402
pocit bezpečí	12,000	11,950	0,034	0,973
práce	7,200	6,750	0,368	0,715
spravedlnost	10,500	8,500	1,401	0,169
svoboda	10,450	9,700	0,479	0,635
krása a umění	7,350	8,750	-0,909	0,369
pravda	9,550	11,250	-1,259	0,216
peníze	7,650	8,650	-0,781	0,440
jídlo	10,250	9,900	0,228	0,821
přátelé	11,050	11,650	-0,372	0,712
vzdělání	8,650	7,950	0,520	0,606
volný čas	10,150	9,450	0,472	0,640

zábava	8,350	8,600	-0,160	0,874
vzhled	8,200	8,200	0,000	1,000
oblékání	9,350	9,250	0,077	0,939
věci, které se mi líbí	7,950	7,400	0,340	0,735
CELKOVÉ SKÓRE	270,150	267,150	0,128	0,899

Komentář:

Při využití t-testu pro nezávislé výběry nebyl v celkovém skóre subškál kvality života u respondentů s diagnózou schizofrenie hospitalizovaných v PL a léčených ambulantně shledán žádný statisticky významný rozdíl. Ve všech oblastech kvality života jsou hodnoty obou skupin podobně homogenní. Nejvyšších hodnot bylo dosaženo v oblastech: péče o sebe sama a pocit bezpečí a spánek. Celkové skóre kvality života těchto dvou skupin se téměř neliší.

Tabulka č. 13 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot **celkového skóre** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů PL a kontrolní skupiny na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. PL	KON. S	t	p
zdraví	9,900	13,158	-2,744	0,009
fyzicky soběstačný	11,800	15,000	-2,256	0,030
psychická pohoda	10,250	9,737	0,449	0,656
bydlení a prostředí	8,550	10,421	-2,095	0,043
spánek	10,950	9,684	0,929	0,359
rodinné vztahy	8,850	13,263	-4,597	0,000
vztahy s lidmi	10,250	9,421	0,717	0,478
děti	4,450	13,526	-7,901	0,000
péče o sebe sama	13,000	10,263	2,241	0,031
láska	8,950	13,211	-3,313	0,002
sexuální život	4,550	11,947	-5,257	0,000
účast v politice	1,950	2,526	-1,258	0,216
víra	7,300	5,158	1,561	0,127
odpočinek	11,400	7,947	2,699	0,010
koníčky	9,350	8,000	0,967	0,340
pocit bezpečí	12,000	8,000	2,507	0,017
práce	7,200	9,211	-1,783	0,083
spravedlnost	10,500	10,737	-0,165	0,869

svoboda	10,450	12,579	-1,505	0,141
krása a umění	7,350	7,632	-0,232	0,817
pravda	9,550	10,632	-0,875	0,387
peníze	7,650	8,105	-0,418	0,679
jídlo	10,250	6,895	2,378	0,023
přátelé	11,050	9,947	0,966	0,340
vzdělání	8,650	8,632	0,017	0,987
volný čas	10,150	7,579	2,079	0,045
zábava	8,350	7,474	0,623	0,537
vzhled	8,200	7,263	0,796	0,431
oblékání	9,350	7,158	2,121	0,041
věci, které se mi líbí	7,950	4,684	2,926	0,006

Komentář:

Za pomoci využití t-testu pro nezávislé vývěry byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinou schizofrenních pacientů hospitalizovaných na PL a kontrolní skupinou v následujících oblastech: zdraví ($p = 0,009$), fyzická soběstačnost ($p = 0,030$), bydlení a prostředí ($p = 0,043$), rodinné vztahy ($p = 0,000$), děti ($p = 0,000$), péče o sebe sama ($p = 0,031$), láska ($p = 0,002$), sexuální život ($p = 0,000$), odpočinek ($p = 0,010$), bezpečí ($p = 0,017$), jídlo ($p = 0,023$), volný čas ($p = 0,045$), oblékání ($p = 0,041$), věci, které se mi líbí ($p = 0,006$).

Vyššího průměrového skóre skupina schizofrenních pacientů PL dosáhla v oblastech péče o sebe sama, odpočinek, bezpečí, jídlo, volný čas, oblékání, věci, které se mi líbí.

Ostatní oblasti života jsou pro dané dvě skupiny podobně homogenní

Tabulka č. 14 – Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot **celkového skóre** oblastí života u skupiny schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě a kontrolní skupiny na základě parametrického t-testu.

SUBŠKÁLY SQUALA	SCH. AM	KON. S	t	p
zdraví	11,250	13,158	-1,309	0,199
fyzicky soběstačný	9,950	15,000	-3,999	0,000
psychická pohoda	10,400	9,737	0,544	0,590

bydlení a prostředí	9,000	10,421	-1,376	0,177
spánek	12,450	9,684	2,341	0,025
rodinné vztahy	7,700	13,263	-4,306	0,000
vztahy s lidmi	9,750	9,421	0,315	0,754
děti	4,150	13,526	-7,952	0,000
péče o sebe sama	12,650	10,263	2,055	0,047
láska	7,650	13,211	-4,026	0,000
sexuální život	4,550	11,947	-5,004	0,000
účast v politice	3,400	2,526	0,822	0,416
víra	7,900	5,158	1,886	0,067
odpočinek	10,300	7,947	1,801	0,080
koníčky	8,100	8,000	0,073	0,942
pocit bezpečí	11,950	8,000	2,605	0,013
práce	6,750	9,211	-2,584	0,014
spravedlnost	8,500	10,737	-1,759	0,087
svoboda	9,700	12,579	-2,338	0,025
krása a umění	8,750	7,632	0,828	0,413
pravda	11,250	10,632	0,468	0,643
peníze	8,650	8,105	0,576	0,568
jídlo	9,900	6,895	2,639	0,012
přátelé	11,650	9,947	1,329	0,192
vzdělání	7,950	8,632	-0,626	0,535
volný čas	9,450	7,579	1,294	0,204
zábava	8,600	7,474	0,844	0,404
vzhled	8,200	7,263	0,969	0,339
oblékání	9,250	7,158	2,037	0,049
věci, které se mi líbí	7,400	4,684	1,945	0,059
CELKOVÉ SKÓRE	267,150	279,789	-0,674	0,504

Komentář:

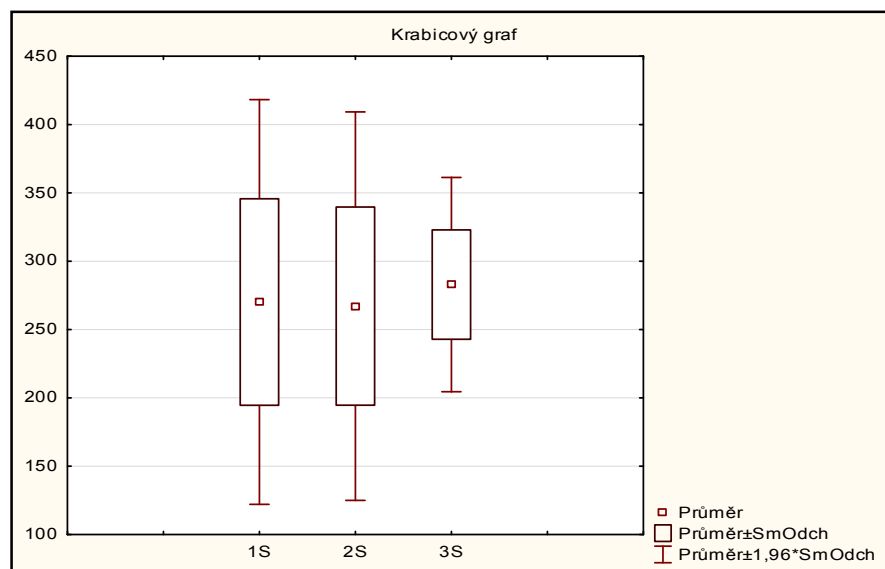
Na základě využití t-testu pro nezávislé výběry byly zjištěny statisticky významné rozdíly u skupiny schizofrenních pacientů a kontrolní skupiny v těchto oblastech: fyzická soběstačnost ($p = 0,000$), spánek ($p = 0,025$), rodinné vztahy ($p = 0,000$), děti ($p = 0,000$), péče o sebe sama ($p = 0,047$), láska ($p = 0,000$), sexuální život ($p = 0,000$), pocit bezpečí ($p = 0,013$), práce ($p = 0,014$), svoboda ($p = 0,025$), jídlo ($p = 0,012$), oblékání ($p = 0,049$).

Vyššího průměrového skóre dosáhla skupina schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě v oblastech: spánek, péče o sebe sama, pocit bezpečí, jídlo, oblékání. V ostatních nejmenovaných oblastech převládá podobná homogenita.

Tabulka č. 15 – celkové skóre kvality života

SKUPINY	SCH. PL (S1)	SCH. AM (S2)	KON. S (S3)
CELKOVÉ SKÓRE	270,15	267,15	279,789

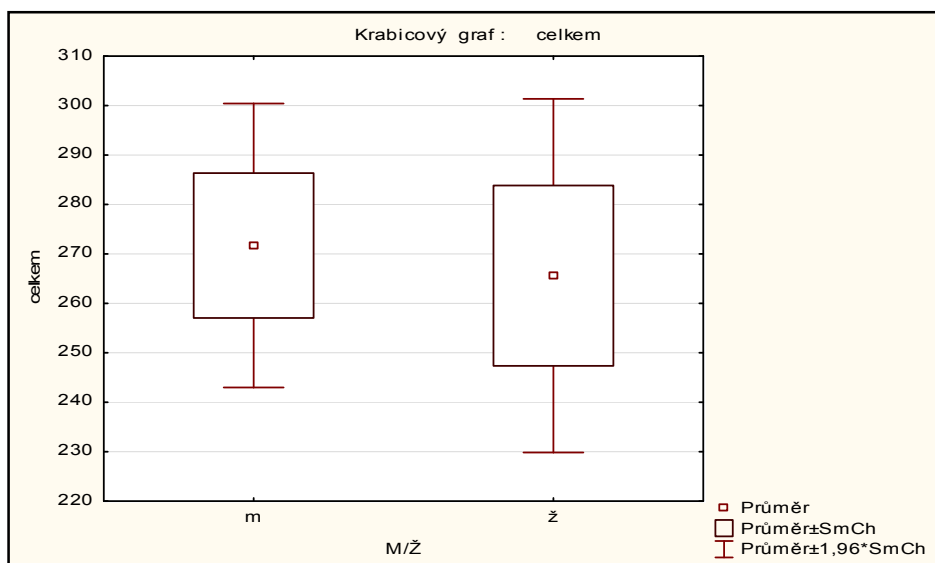
Graf č. 11 – Grafické znázornění průměrů celkového skóre kvality života.



Komentář:

Z tabulky č. 15 vyplívá celkové skóre kvality života všech tří zkoumaných skupin obyvatel. Všeobecně lze říci, že pacienti s diagnózou schizofrenie se téměř neliší v kvalitě života, jestli jsou hospitalizováni v psychiatrické léčebně nebo léčeni pouze ambulantně. Větší rozdíl v subjektivním pojmání kvality života je pak viděn porovnáním s kontrolní skupinou, která byla tvořena respondenty běžné populace bez somatické či psychiatrické diagnózy. Dále podrobněji rozebráno v diskuzi. Znázorňuje také graf č. 11.

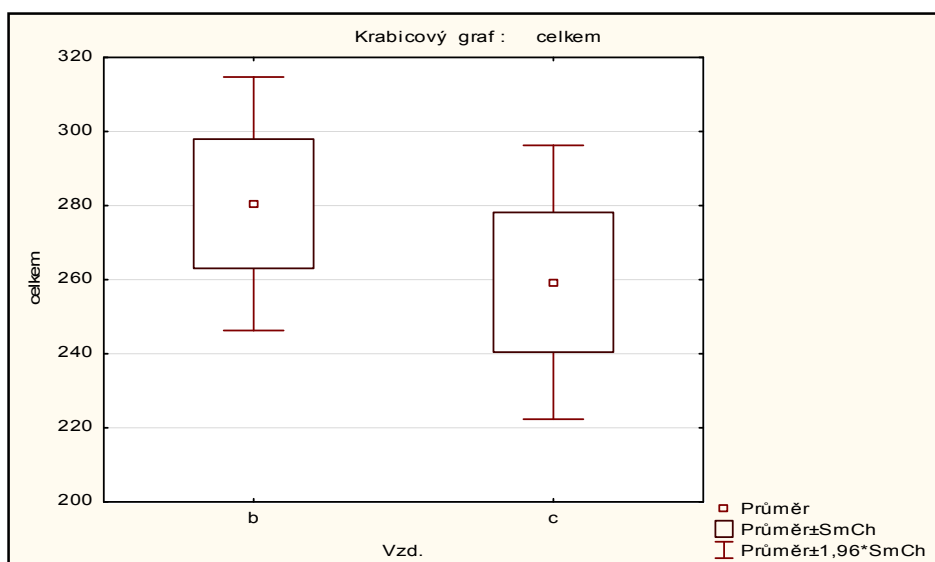
Graf č. 12 – Grafické znázornění průměrů celkového skóre kvality života muži versus ženy.



Komentář:

Z grafu vyplývá, že při porovnání kvality života muži – ženy jsou průměrové hodnoty téměř shodné.

Graf č. 13 – Grafické znázornění průměrů celkového skóre kvality života v závislosti na vzdělání.



Komentář:

Za pomoci statistického vyhodnocení dat kvality života respondentů a jejich míry vzdělání bez maturity nebo s maturitním vysvědčením nabyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v oblastech kvality života. Průměrové hodnoty jsou velmi podobné.

10.6.3 Vyhodnocení subjektivního hodnocení deprese BDI-II

Vzájemné porovnání stupně subjektivně hodnocené deprese u pacientů se schizofrenií hospitalizovaných v PL, léčených ambulantně a kontrolní skupinou.

Jednotlivé položky – smutek, pesimismus, minulá selhání, ztráta radosti, pocit viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritika, sebevražedné myšlenky nebo přání, plačtivost, agitovanost, ztráta zájmu, nerozhodnost, pocit bezcennosti, ztráta energie, změna spánku, podrážděnost, změny v chuti k jídlu, koncentrace, únava, ztráta zájmu o sex.

Normy pro vyhodnocení: nedepresivní (0 – 13)

mírně depresivní (14 – 19)

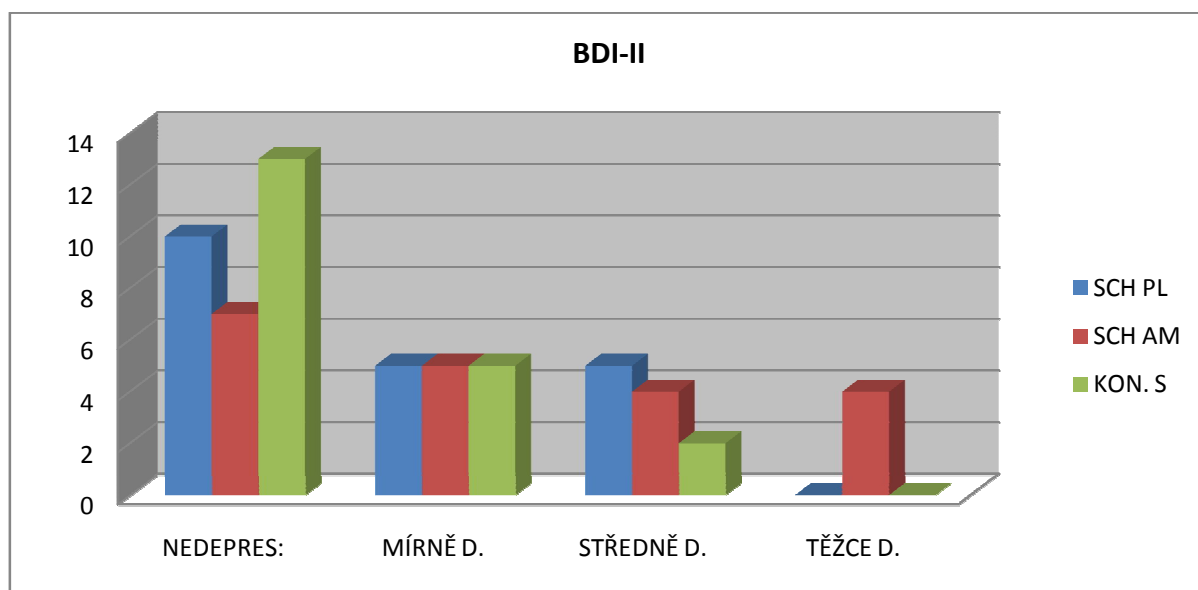
středně depresivní (20 – 28)

těžce depresivní (29 – 63)

Tabulka č. 16 – Subjektivní hodnocení deprese BDI-II.

Odpovědi	SCH. PL	SCH. AM	KON. S	Celkem	f _i (%)
NEDEPRES.	10	7	13	30	50 %
MÍRNĚ D.	5	5	5	15	25 %
STŘEDNĚ D.	5	4	2	11	18 %
TĚŽCE D.	0	4	0	4	7 %
□			60		100 %

Graf č. 14 – Grafické znázornění testu BDI-II (subjektivní hodnocení deprese).



Komentář:

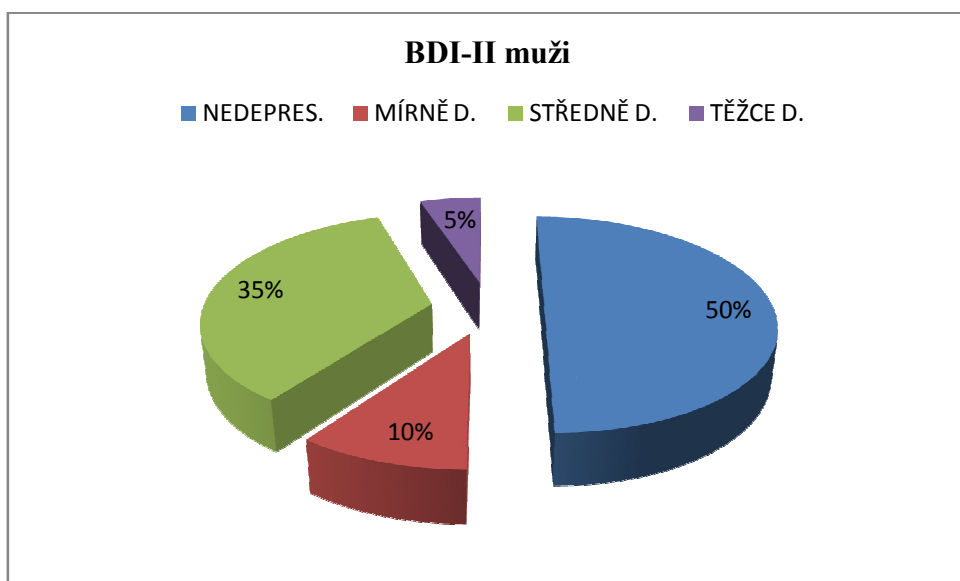
Dotazník BDI-II subjektivního hodnocení deprese vyplnilo 60 dotazovaných.

50 % (30 osob) respondentů spadá dle hodnotící škály do skupiny nedepresivních osob, z toho 10 osob jsou schizofrenní pacienti hospitalizovaní na PL, 7 pacientů léčených ambulantně a 13 osob z kontrolní skupiny bez psychiatrického či somatického onemocnění. 25 % (15 osob) patří do skupiny mírně depresivní. Z toho 5 respondentů je z řad pacientů se schizofrenií na PL, 5 respondentů se schizofrenií v ambulantní léčbě a 5 osob z kontrolní skupiny. 18 % (11 osob) spadá do skupiny středně depresivních osob dle subjektivně hodnoceného dotazníku, kdy 5 respondentů jsou schizofrenici v PL, 4 respondenti z řad schizofrenních pacientů léčených ambulantně a 2 respondenti z kontrolní skupiny. Do skupiny těžce depresivní patří pouze 4 osoby z řad ambulantně léčených schizofrenických pacientů.

Tabulka č. 17 – Subjektivní hodnocení deprese BDI-II, muži – ženy.

Odpovědi	MUŽI	ŽENY	celkem	f
NEDEPRES.	10	9	19	47%
MÍRNĚ D.	2	6	8	20%
STŘEDNĚ D.	7	2	9	23%
TĚŽCE D.	1	3	4	10%
		40		100%

Graf č. 15 – Grafické znázornění testu BDI-II – muži.

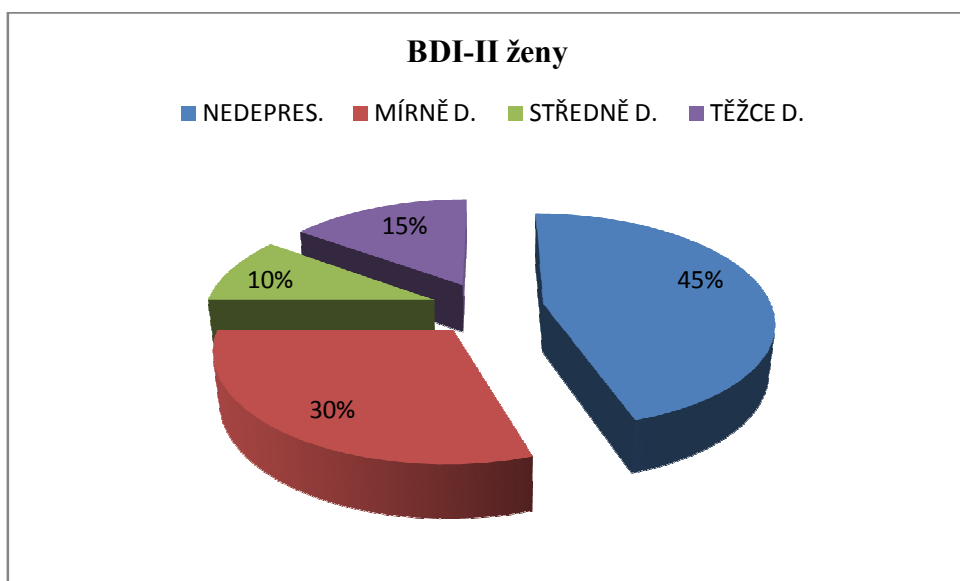


Komentář:

Dotazník BDI-II vyplnilo 60 respondentů, z toho 30 mužů.

50 % (10 mužů) patří do skupiny nedeprativních respondentů, 10 % (2 mužů) spadá do skupiny mírně depresivní, 35 % (7 mužů) je považováno za středně depresivní respondenty a 5 % (1 muž) po vyhodnocení dat spadá do skupiny těžce depresivních osob.

Graf č. 16 – Grafické znázornění testu BDI-II ženy.



Komentář:

Dotazník BDI-II vyplnilo 60 respondentů, z toho 30 žen

45 % (9 žen) patří do skupiny nedepresivních respondentů, 30 % (6 žen) spadá do skupiny mírně depresivní, 10 % (2 ženy) je považováno za středně depresivní respondenty a 15 % (3 ženy) se považují za těžce depresivní osoby.

11. Diskuze

Pro sběr dat zjišťujících subjektivně vnímanou kvalitu života u schizofreniků jsem použila kvantitativního výzkumu za pomoci standardizovaného dotazníku SQUALA (v adaptaci Blatného 2007 a kol.), který je právě vhodným nástrojem zjišťování kvality života u této psychiatrické diagnózy. Shromažďování dat bylo nelehké. Výzkum je zaměřen na velmi specifický okruh osob. U lidí se schizofrenií totiž dochází k narušení kognitivních funkcí – vnímání, prožívání, myšlení a pacient v akutní psychotické fázi vám není schopen poskytnout srozumitelnou a adekvátní odpověď korespondující s realitou. Proto byli pečlivě vybíráni ti pacienti se schizofrenií, kteří jsou v období remise s reálným náhledem na svět jako takový.

Z řady studií vyplývá, že schizofreničtí pacienti mají tendenci svou kvalitu života nadhodnocovat, kde je to uváděno jako důsledek jakého si chabého náhledu, ale i výsledek kompenzačních mechanismů. Z jiných studií naopak vyplývá, že 63 – 95 % klinicky stabilních pacientů je schopno kvalitu svého života naprosto spolehlivě hodnotit. U hospitalizovaných pacientů hraje roli také délka jejich hospitalizace. Naopak u pacientů v ambulantní léčbě mají významný vliv na kvalitu života ambulantní programy, které jsou zaměřené na pracovní rehabilitaci a edukační programy (Motlová, 2004).

V našem konkrétním případě skupina SCH. AM – jsou pacienti se schizofrenií v ambulantní léčbě navštěvující Občanské sdružení VOR v Jihlavě, která je zaměřená na ergoterapii a má spoustu edukačních programů).

Zjištěná fakta ve vztahu ke stanoveným cílům

Cíl č. 1: Zjistit profilové skóre důležitosti v jednotlivých oblastech kvality života a porovnat jednotlivé zkoumané skupiny

Při hodnocení kvality života pomocí dotazníku SQUALA mohli respondenti dosáhnout maximální průměrové hodnoty 4 v jednotlivých subškálách SQUALA. Této hodnoty nebylo dosaženo v žádné z 30 oblastí.

- Zkoumané skupiny SCH. PL a SCH. AM byli shledáni velmi podobně homogenní. S výjimkou oblastí - zdraví, fyzická soběstačnost, kdy je vnímána skupinou SCH. PL jako

důležitější. Lze to odůvodnit tím, že člověk pokud je přímo hospitalizovaný v nějakém zdravotním zařízení vnímá tyto složky za více narušené a zároveň důležitější. Dalšími oblastmi jsou láska, spravedlnost. Opět vyššího skóre dosáhla skupina SCH. PL. Lze to chápat jako větší strádání opory rodiny, která jim během hospitalizace nemůže být tak na blízku (znázorňuje tabulka č. 6 a graf č. 5).

- Zkoumané skupiny SCH. PL a KON. S se již v důležitosti liší ve více oblastech. SCH. PL vnímá za důležitější oblast psychické pohody, kdy si to lze vysvětlit tím, že KON. S vnímá důležitost zdraví jako celek a skupina SCH. PL s psychiatrickou dg. si velmi považuje důležitosti právě jim scházející psychické pohody. Ve složkách rodinné vztahy, děti, sexuální život, spravedlnost dominuje KON. S, lze to vnímat, jako ochuzenost skupiny SCH. PL o sociální a rodinné vazby a z toho důvodu to je vnímáno i za méně podstatnou oblast. Skupina SCH. PL naopak dominuje v oblasti pocit bezpečí, volný čas a věci, které se mi líbí (znázorňuje tabulka č. 7 a graf č. 6).

- Zkoumané skupiny SCH. AM a KON. S se v oblastech důležitosti liší nejvíce. Skupina SCH. AM stejně jako skupina SCH. PL považuje za důležitější oblast psychická pohoda, pocit bezpečí, dále pak jídlo, oblékání a věci, které se mi líbí. Je to možné považovat za oblasti vnímané jako důležitější z pohledu, kdy si tyto pacienti v běžném životě pokládají otázky typu – co budu jíst, dokážu se o sebe postarat, co si obléknu na sebe a budu si já vůbec moci někdy pořídit věci, které se mi líbí? (znázorňuje tabulka č. 8 a graf č. 7).

- Z celkového pohledu je tato oblast důležitosti vnímána s větší variabilitou zkoumaných skupin respondentů než následující spokojenost v těchto oblastech.

Cíl č. 2: Zjistit profilové skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech kvality života a porovnat jednotlivé zkoumané skupiny

Respondenti mohli dosáhnout maximální průměrové hodnoty 5 v jednotlivých subškálách dotazníku SQUALA. Ani zde nebylo dosaženo v žádné z 30 oblastí.

- Zkoumané skupiny SCH. PL a SCH AM jsou téměř shodné a jejich statistické hodnoty se pohybují v podobných hodnotách. Pouze u oblasti krása a umění vycházejí hraniční průměrové hodnoty shody. Lze tedy říci, že pacienti s dg. schizofrenie jsou stejně spokojeni v oblastech života, ať jsou hospitalizovaní v léčebně, nebo jejich léčba je „pouze ambulantní“. Svědčí to i o dobré kvalitě poskytované komplexní péče v psychiatrické léčebně. Je zjevné, že tyto lidé v ničem nestrádají (zobrazuje tabulka č. 9 a graf č. 8).

- Zkoumané skupiny SCH. PL a KON. S se statisticky liší už více. Více spokojenější jsou lidé běžné populace v oblasti zdraví jako takovém, rodinných vztazích, kdy člověk se schizofrenií často právě díky své chorobě ztrácí oporu blízkých a zároveň si nedokáže vybudovat vztahy nové a sociální vazby. Velká většina schizofrenních respondentů uváděla v anamnéze, že jsou svobodní. S tím souvisí i oblast děti, kdy často tito lidé nemají ani svoji vlastní rodinu. Na to navazuje oblast láska a sexuální život. Jedinou oblastí, ve které jsou schizofreničtí pacienti v PL spokojenější je odpočinek (znázorněno v tabulce č. 10 a grafu č. 9).

- Pozorované skupiny SCH. AM a KON. S se liší téměř ve shodných oblastech s výjimkou zdraví, které je zde vnímáno oběma porovnávanými skupinami obdobně. Skupina schizofrenických pacientů v ambulantní péči je spokojenější také v oblasti odpočinku a s tím souvisejícím spánkem (tabulka č. 11, graf č. 10).

Z celkového pohledu lze říci, že lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně spokojenější v oblasti sociálních vztahů, rodiny, děti. Lze to vnímat jako problematiku stigma, o kterém byla řeč již v teoretické části.

Cíl č. 3: Zjistit celkové skóre kvality života dle dotazníku SQUALA u osob s dg. schizofrenie a kontrolní skupinou

Respondenti mohli dosáhnout maximálního celkového skóre 20, které pak bylo zprůměrováno. Této hodnoty nebylo dosaženo v žádné z 30 oblastí.

- Srovnávané skupiny schizofrenních pacientů v PL a ambulantní péče jsou v celkové kvalitě života shodné. Dá se tedy na základě výzkumu konstatovat, že lidé se schizofrenií žijí stejně kvalitním životem jak na psychiatrických léčebnách, tak při léčbě schizofrenie „jen ambulantně“. Opět to svědčí pro dobrou kvalitu poskytované komplexní péče v léčebnách.

- U porovnávaných skupin SCH. PL a KON. S existují již mnohé rozdíly. Menší kvalitu života pocítují schizofreničtí pacienti v psychiatrické léčebně v oblastech zdraví, fyzická soběstačnost, bydlení a prostředí, rodinné vztahy, děti, láska, sexuální život a péče o sebe sama. Lze si to odůvodnit teorií, kdy těmto lidem vzala nemoc schizofrenie životní plány a jsou to oblasti, ve kterých příchodem nemoci pocítili nejvýraznější změny. Musejí nalézt jiný životní směr, priority a cíle. Vyššího celkového skóre naopak dosáhli v oblasti odpočinek, pocit bezpečí, jídlo, volný čas, oblékání a věci, které se mi líbí. Je to možné odůvodnit menšími kladenými nároky na tyto oblasti, možnosti nadhodnocování situace a dobrého pocitu bezpečí v léčebnách, stranou od shonu a nástrah běžného života.

- Při srovnávání skupin SCH. AM a KON. S byly závěry obdobné. U skupiny SCH. AM přibyla nižší kvalita života v oblasti práce a svoboda. Z anamnestického dotazníku vyplývá, že převážná většina pacientů v ambulantní léčbě je v invalidním důchodě. Ubyly ve statistické významnosti složka zdraví, bydlení a prostředí, volný čas, věci, které se mi líbí.

Z celkového pohledu lze říci, že lidé s dg. schizofrenie prožívají dle subjektivního hodnocení život méně kvalitnější v oblastech zdraví, fyzická soběstačnost, rodinné vztahy, děti, láska, sexuální život. (Znázorňuje tabulka č. 12, 13, 14).

Cíl č. 4: Zjistit do jaké míry spolu souvisí profil kvality života a pohlaví a úroveň vzdělání

- Při porovnávání vyhodnocených dat kvality života muži versus ženy nebyly prokázány statisticky významné rozdíly. Rozdílného skóre bylo dosaženo pouze v oblasti spravedlnost. Dá se tedy říci, že na kvalitu života nemá v tomto konkrétním případě vliv pohlaví. Je vnímána stejně muži i ženami.
- Pokud se zaměříme na vzdělání respondentů, taktéž nebyly potvrzeny statisticky významné rozdíly v oblastech kvality života ve vztahu ke vzdělání respondentů (znázorňují grafy č. 12, 13).

Cíl č. 5: Zjistit míru subjektivního hodnocení deprese u osob se schizofrenií

Pro tuto část výzkumu sloužil dotazník BDI-II. Často se u schizofreniků po odeznění akutní symptomatiky může objevit deprese. Má významný vliv na subjektivní vnímání kvality života. V nejtěžších případech může dojít až k suicidiu.

- Ve skupině SCH. PL byla nejvíce zastoupena skupina nedepresivních osob. Hodnot těžké deprese nedosáhl žádný z respondentů.
- U SCH. AM byly zastoupeny všechny 4 skupiny deprese a z 20 respondentů byli 4 vyhodnoceni dokonce jako skupina s těžkou depresí.
- V kontrolní skupině měla největší zastoupení nedepresivní skupina respondentů.
- Při celkovém součtu pak 50 % respondentů tvořilo nedepresivní skupinu, 25 % mírně depresivní respondenty, 18 % středně depresivní a pouhých 7 % těžce depresivní respondenty. Všeobecně vyššího skóre deprese bylo dosaženo ve skupinách schizofrenních pacientů (tabulka č. 16, graf č. 14).

Další návaznost deprese na kvalitu života v rámci rozsahu práce nebyla zjištěna.

Cíl č. 6: Zjistit zda je subjektivní hodnocení deprese u osob se schizofrenií častější u mužů nebo žen.

K tomuto cíli odpovídá tabulka č. 17 a grafy č. 15, 16. Odpovídalo celkem 40 respondentů, 20 mužů a 20 žen. 50 % mužů patří do skupiny nedepresivní, 35 % vnímá depresi za střední a pouhých 5 % respondentů spadá do skupiny těžké deprese. Z žen do nedepresivní skupiny patří 45 %, 30 % se považuje za mírně depresivní a 15 % žen trpí těžkou depresí. (tabulka č. 17, grafy č. 15, 16).

Celkově lze říci, že ze zkoumaného vzorku respondentů jsou za skupinu s vyšším vnímáním subjektivní deprese považovány ženy. Vzhledem k velmi malému vzorku respondentů nelze brát výsledky za zcela validní informaci.

Porovnání zjištěných fakt s výsledky výzkumu H. Vavrečkové Salihové¹

Při porovnávání dat získaných dotazníkem SQUALA s prací s Mgr. Hikmet Vavrečkové Salihové z Masarykovy univerzity v Brně jsem objevila následující zjištění v celkové kvalitě života u pacientů se schizofrenií:

Výzkum H. V. Salihové z roku 2008 byl soustředěn na pacienty se schizofrenií v období remise. Výzkum zahrnoval celkem 48 schizofreniků a data byla porovnána s kontrolní skupinou, obsahující osoby bez somatické či psychiatrické diagnózy. V mé práci se pak ještě soustředím na porovnání dvou skupin schizofrenních pacientů a to pacienti hospitalizovaní v psychiatrické léčebně a pacienti léčení ambulantně. V obou případech bylo použito dotazníkového šetření za pomoci SQUALA (v adaptaci Blatného a kol. 2007), kde je zkoumáno 30 oblastí života.

Ve výzkumech byla potvrzena shoda ve snížené kvalitě života u pacientů se schizofrenií v těchto oblastech: zdraví, rodinné vztahy, děti, láska, sexuální život. Ve výzkumu H. Vavrečkové Salihové to navíc byly oblasti: psychická pohoda, práce. Naproti zjištěným faktům této práce, kde navíc byla statisticky významně snižena kvalita života ještě v oblastech: fyzická soběstačnost, bydlení a prostředí, péče o sebe sama. Vzhledem

¹ Vavrečková Salihová H. *Kvalita života u pacientů s dg. schizofrenie v období remise*. Rigorózní práce. Brno 2008. 149 s. Masarykova univerzita v Brno, Filozofická fakulta, Psychologický ústav.

k členění schizofrenních pacientů na pacienty hospitalizované v psychiatrické léčebně a pacienty v ambulantní léčbě v této skupině přibyly ještě oblasti: práce a svoboda.

Naopak shodné oblasti obou výzkumů ve zvýšené kvalitě života u pacientů se schizofrenií byly jídlo, oblékání, věci, které se mi líbí. V práci H. V. S. to navíc byla oblast: víra, krása a umění, vzhled. V mé práci naopak oblast: pocit bezpečí, odpočinek a volný čas.

Data zjištěná na základě výzkumu za pomoci dotazníku SQUALA nelze považovat vzhledem k malému vzorku respondentů za zcela validní informace. Ale slouží, spíše jako zamyšlení nad kvalitou života schizofreniků a motivem pro další výzkumy a bádání.

12. Závěr

Práce se zabývá problematikou kvality života u pacientů s psychiatrickou diagnózou schizofrenie. Popisují nemoc jako takovou, její klinický obraz, diagnostiku, léčbu. Nedílnou součástí léčby jsou vedle farmakoterapie doprovodné psychosociální intervence, popsané v teoretické části. Tvzení, že duševní nemoc je jako každé jiné onemocnění, není zcela pravdivé. Kromě tělesné schránky je narušena duše nemocného. Duševně nemocný člověk se nachází v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Pro okolí se jeví jako člověk s vadami, slabý, neschopný a někdy dokonce jako hloupý. Hlavní myšlenkou této práce bylo pojetí schizofrenního pacienta, náhled na to, jestli člověk s touto nemocí může vůbec žít kvalitním a spokojeným životem, jako ostatní „zdraví“ lidé ve společnosti. Duševně nemocní si často nesou po zbytek života břímě hodnocení choroby ostatními lidmi. Dochází ke stigmatizaci, o které byla již řeč v teoretické části. Stigmatizace mívá pak negativní důsledky na průběh celé léčby nemocného.

Je zde porovnávána skupina schizofrenních pacientů žijících v psychiatrické léčebně se skupinou pacientů v ambulantní sféře. Pozitivním zjištěním je, že pacienti hospitalizovaní a nezřídka i několik měsíců v léčebnách nikterak nestrádají, co se kvality života týče. Vnímají svět za branami léčeben stejně kvalitně, jako ostatní lidé obklopení společností a každodenním shonem života. Je to příjemnou zprávou pro nás zdravotníky, kteří těmto lidem poskytujeme náležitou a láskyplnou péči.

Z dalších srovnání s kontrolní skupinou zdravých osob bez psychiatrické či somatické diagnózy pomocí dotazníku SQUALA (v adaptaci Blatného a kol 2007) byly srovnávány oblasti života, které jsou pro člověka důležité a následně jestli je člověk v nich spokojen. Část výzkumu důležitosti byla u všech zkoumaných skupin variabilnější. Potvrzuje se tím efekt „to čeho se lidem nedostává, často hodnotí jako důležitější“. Z celkových skóre kvality života dle statistické významnosti vyplynulo, že život člověka se schizofrenií je narušen a vnímán jako méně kvalitní jednoznačně v oblasti zdraví. Někdy pojato zdraví jako celek jindy spíše jako subjektivní složka psychické pohody. Další velkou oblastí jsou sociální a rodinné vztahy, láska a v návaznosti i oblast dětí. Schizofrenie nejčastěji propuká během 20 – 25 roku života. Mnozí z postižených nemají do té doby vytvořeny pevné sociální vazby a nebo jsou natolik nemocí ovlivněni, že ty utvořené sociální vazby dokáže nemoc rozbít. Člověk s diagnostikovanou schizofrenií pak už jen těžce buduje vše od začátku. Společností na něho bývá pohlíženo „jako na blázna“,

navíc nebezpečného. U ambulantně léčených pacientů pak byla ještě snížena kvalita života v oblastech práce a péče o sebe sama.

Pro pacienty léčené ambulantně je nabídnuta možnost pomoci prostřednictvím různých občanských sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné. Pomáhají jim v rámci jejich programů začlenit se zpět do společnosti a dostává se jim podpory při jejich uplatnění. Ze zmiňovaných organizací lze uvést například občanské sdružení Fokus České Budějovice, Green Doors Praha, ANIMA VIVA Opava, VOR Jihlava.

Naopak dobrou kvalitu života oproti kontrolní skupině udávají dle statistické významnosti pacienti se schizofrenií v oblastech jídlo, odpočinek, volný čas, oblékání a věci, které se mi líbí. Zajímavé je, že jsou to většinou právě ty oblasti, ve kterých je běžná populace právě nespokojena a nedostává se jí takové kvality, odpovídající jejich představám. Lze to odůvodnit i tím, že pacienti se schizofrenií jsou méně nároční.

Ve zbývající části jsem se zaměřila na spojitost schizofrenie s depresí. Z řady studií plyne až 65 % incidence depresivních příznaků u této nemoci. Zde bylo použito dotazníku subjektivně hodnocené deprese BDI-II. Z vyhodnocených dat je pak patrný vyšší výskyt deprese u schizofreniků než u kontrolní skupiny. Deprese může velmi negativně ovlivnit terapeutickou odpověď a narušit kvalitu života. Další pojetí kvality života v souvislosti s depresí schizofrenních pacientů je spíše už námětem a motivem pro další zkoumání.

Závěrem bych ráda vyvrátila několik mýtů a popsala důležitou skutečnost, která vyplývá i z tohoto výzkumu. Mýtus první: „Většina lidí trpících schizofrenií nemůže pracovat“. Skutečnost – lidé trpící schizofrenií mohou pracovat, dokonce bylo prokázáno, že lidé trpící vážnější duševní poruchou prospívají lépe, jestliže pracují. Práce je zásadní součástí rehabilitace, zvyšuje sebevědomí, pomáhá novému začlenění jedince do společnosti. Mýtus druhý: „Lidé se schizofrenií patří za mříže“. Skutečnost – vězení často slouží jako „skladiště“ duševně nemocných lidí, kteří jsou takto „odklizení“ z ulice.

Ale i navzdory tomu se v dnešní době můžeme setkávat ve školách, na pracovišti se spoustou lidí, u nichž byla diagnostikována schizofrenie. Poskytnutím dostatečné podpory okolí, pomocí správně zvolené psychoterapie a farmakoterapie, jsme schopni zajistit, aby se i lidé se schizofrenií stali produktivními členy naší společnosti.

ANOTACE

Autor:	Lucie Havlíčková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Návrat pacientů s diagnózou schizofrenie do společnosti v souvislosti s kvalitou života
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková
Počet stran:	105
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2012
Klíčová slova:	Schizofrenie, deprese, kvalita života, SQUALA, BDI-II

Cílem bakalářské práce je poukázat na problematiku subjektivního vnímání kvality života u pacientů s diagnózou schizofrenie. Možnost jejich návratu do společnosti.

Teoretická část se věnuje schizofrenii, onemocnění jako takovému, její epidemiologii, klinickému obrazu, klasifikaci a formě onemocnění, průběhu s typickými projevy a léčbě schizofrenie. Dále pojednává o kvalitě života v obecné rovině, o možnostech způsobů jejich měření.

Cílem empirické části bylo zjistit subjektivní prožívání kvality života pacientů se schizofrenií a dále je porovnat s běžnou populací obyvatel. Zjistit úroveň kvality v jednotlivých životních oblastech. K tomu bylo použito kvantitativního výzkumného šetření, pomocí standardizovaných dotazníků SQUALA a BDI-II. Soubor respondentů se skládal z pacientů s diagnózou schizofrenie hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod, pacientů v ambulantní léčbě a data byla porovnána s běžnou populací osob. Sledovaný vzorek tvořil celkem 60 respondentů, z toho 20 respondentů byli pacienti PL, 20 respondentů pacienti léčení pouze ambulantně a 20 osob bez somatické či psychiatrické diagnózy.

The aim of the thesis is to highlight the issue of subjective perception of quality of life in patients with schizophrenia. Their ability to return to society.

The theoretical part deals with schizophrenia, a disease such as, its epidemiology, clinical picture, classification and forms of the disease, with the typical symptoms and treatment of schizophrenia. Also discusses the quality of life in general, about the possibilities of their measurement methods.

The aim was to determine the empirical experience of subjective quality of life of patients with schizophrenia and compare them with the general population of the population. Determine the level of quality of life in different areas. This was used in quantitative research, using standardized questionnaires SQUALA and BDI-II. The group of respondents consists of patients diagnosed with schizophrenia hospitalized in a psychiatric hospital Brod, patients in outpatient treatment and data were compared with the general population of people. The observed sample consists of a total of 60 respondents, 20 respondents PL patients, 20 patients treated by respondents, only 20 people and outpatients without somatic or psychiatric diagnosis.

Použitá literatura a prameny

- ČEŠKOVÁ E., *Schizofrenie a její léčba*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 112 s. ISBN 978-80-73-45-114-1.
- DOUBEK P., *Psychóza v životě – život v psychóze*. 2. vyd. Praha: Maxdorf 2010, 57 s. ISBN 978-80-7345-231-5.
- DRAGOMIRECKÁ E., BARTOŇOVÁ J., MOTLOVÁ L. a kol., *SQUALA – Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum 2008, 68 s. ISBN 80-85-121-476.
- DRAGOMIRECKÁ E., MOTLOVÁ L., ČERMÁK J., HOLUB D., *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. 2010, roč. 14. S. 73-76. ISSN 1211-7579.
- DUŠEK K., VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
- FITZERALD P.B., WILLIAMS C.L., CORTELING N., et al. (2001), *Subject and observer- rated quality of life in schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand, 103(5), 387-392
- FIŠAR a kol., *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada 2009, 384 s. ISBN 978-80-247-2737-0.
- GURKOVÁ E., *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada 2011, 224 s., ISBN 978-80-247-3625-9.
- HALEČKA T., *Kvalita život a jej ekonomicko-enviromentálny rozmer: Kvalita života a ľudská práva v kontextech socialnej práce a vzdelávania dospelých, Humanistický sborník*. Prešov: FF Prešovskej univerzity, 2002, 65-81s. ISBN 80-8068-088-4.
- HEIDER D, ANGEMEYER MC, WINKLER I, SCHOMERUS G, BEBBINGTON PE, BRUGHA T, AZORIN JM, TOUMI M. (2007), *A prospective study of Duality of life in schizophrenia in three European countries*. Schizophr Res., 26, 194-202.
- HOSÁKOVÁ a kol., *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství 2007, 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.

- KAUKAL B., MAREŠ J., *Psychologie zdraví a kvalita života*. Brno MSD 2008, 101 s. ISBN 978-80-7392-074-6.
- KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MAREŠ J. a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno MSD 2006, 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
- MAREŠ J. a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno MSD 2006, 247 s. ISBN 978-80-7392-076-0.
- MARKOVÁ E., VENGLAŘOVÁ M., BABIAKOVÁ M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MARŠÁLEK M., *Deprese u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf 2007, 80 s. ISBN 80-7345-116-6.
- Mgr. VAVREČKOVÁ SALIHOVÁ H., *Kvalita života u pacientů s dg. schizofrenie v období remise* /online/ Rigorózní práce Brno 2008, 149 s. Masarykova univerzita Brno, Filozofická fakulta, Psychologický ústav. Dostupný z WWW:<http://is.muni.cz/th/128268/ff_r/pdf>.
- MOTLOVÁ L., KOUKOLÍK F., *Schizofrenie – Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén 2004, 437 s. ISBN 80-7262-277-3.
- RAHNE E., MAHNKOPF A., *Psychiatrie – učebnice pro studium*. 1. vyd. Praha: Grada 2000, 468 s. ISBN 80-7169-964-0.
- SMOLÍK P., *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf 2002, 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
- HNILICOVÁ H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne J. et. al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton 2005, s. 205 – 216. ISBN 80-7254-657-0.
- KUČEROVÁ H., *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 106s. ISBN 978-80-247-2045-6.
- MALÁ E., *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 194 s. ISBN 80-247-0737-3.

Seznam tabulek

Tab. č. 1 Pohlaví respondentů.....	52
Tab. č. 2 Věkové zastoupení respondentů.....	53
Tab. č. 3 Vzdělání respondentů.....	54
Tab. č. 4 Zaměstnání respondentů.....	55
Tab. č. 5 Rodinný stav respondentů.....	56
Tab. č. 6 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre důležitosti SCH. PL a SCH. AM.....	57
Tab. č. 7 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre důležitosti SCH. PL a KON. S.....	59
Tab. č. 8 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre důležitosti SCH. AM a KON. S.....	61
Tab. č. 9 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre spokojenosti SCH. PL a SCH. AM.....	63
Tab. č. 10 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre spokojenosti SCH. PL a KON. S.....	65
Tab. č. 11 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot skóre spokojenosti SCH. AM a KON. S.....	67
Tab. č. 12 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot celkového skóre oblastí života u SCH. PL a SCH. AM.....	69
Tab. č. 13 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot celkového skóre oblastí života u SCH. PL a KON. S.....	70
Tab. č. 14 Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrových hodnot celkového skóre oblastí života u SCH. AM a KON. S.....	71
Tab. č. 15 Celkové skóre kvality života.....	73
Tab. č. 16 Subjektivní hodnocení deprese BDI-II.....	75
Tab. č. 17 Subjektivní hodnocení deprese BDI-II muži – ženy.....	76

Seznam grafů

Graf č. 1 Věkové zastoupení respondentů.....	53
Graf č. 2 Vzdělání respondentů.....	54
Graf č. 3 Zaměstnání respondentů.....	55
Graf č. 4 Rodinný stav respondentů.....	56
Graf č. 5 Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti v jednotlivých oblastech života u SCH. PL a SCH. AM.....	58
Graf č. 6 Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti v jednotlivých oblastech života u SCH. PL a KON. S.....	60
Graf č. 7 Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti v jednotlivých oblastech života u SCH. AM a KON. S.....	62
Graf č. 8 Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech života SCH. PL a SCH. AM.....	64
Graf č. 9 Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech života SCH. PL a KON. S.....	66
Graf č. 10 Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti v jednotlivých oblastech života SCH. AM a KON. S.....	68
Graf č. 11 Grafické znázornění průměrů celkového skóre kvality života.....	73
Graf č. 12 Grafické znázornění průměrů celkového skóre kvality života muži versus ženy..	74
Graf č. 13 grafické znázornění průměrů celkového skóre kvality života v závislosti na vzdělání.....	74
Graf č. 14 Grafické znázornění testu BDI-II (subjektivní hodnocení deprese).....	76
Graf č. 15 Grafické znázornění testu BDI-II muži.....	77
Graf. č. 16 Grafické znázornění testu BDI-II ženy.....	77

III. PŘÍLOHY

DOTAZNÍK SQUALA (v adaptaci Blatného a kol. 2007)

Anamnestický dotazník

POHLAVÍ muž žena

VĚK _____

UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné studium
- e) vysokoškolské

ZAMĚSTNÁNÍ

- a) ano – profese _____
- b) nezaměstnaný
- c) studující
- d) v domácnosti
- e) důchodce (nepracující)
- f) v invalidním důchodu

RODINNÝ STAV

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) s druhem
- d) rozvedený/á
- e) vdovec/vdova

DÉLKA

ONEMOCNĚNÍ _____

DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ (vypište jaká) _____

**Dotazníková baterie SQUALA (Subjektive Quality Of Life Analysis,
Zannotti, 2009) – DŮLEŽITOST – autor – Blatný a kol.2007**

Tato část dotazníku zjišťuje, co je pro Vás v životě důležité, jak jste s různými věcmi ve svém životě spokojený/á. Nejsou zde ani dobré, ani špatné odpovědi, zajímá nás Váš názor. **Nejprve si prosím přečtete následující seznam hodnot a vyznačte (křížkem), jak moc jsou pro Vás osobně důležité.**

	ne- zbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvý- znamné
1)být zdrav					
2)být fyzicky soběstačný					
3)cítit se psychicky dobře					
4)příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat a být milován					
11)mít sexuální život					
12)zajímat se o politiku					
13)mít víru (např. náboženství)					
14)odpočívat ve volném čase					
15)mít koníčky ve volném čase					
16)být v bezpečí					
17)práce					
18)spravedlnost					
19)svoboda					
20)krása a umění					
21)pravda					
22)peníze					
23)dobré jídlo					
24)mít přátele, rozumět si s nimi					
25)být vzdělaný/á					
26)mít možnost trávit volný čas, tak jak chci					
27)mít dostatek věcí pro svou zábavu					
28)dobře vypadat					
29)hezky se oblékat					
30)mít věci, které se mi líbí,po kterých toužím					

Dotazníková baterie SQUALA – SPOKOJENOST

Nyní prosím odpovězte, jak moc jste s různými věcmi ve svém životě spokojený/á

(odpovědi opět křížkujte)

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	ne spokojen	velmi zklamán
31)zdraví					
32)být fyzicky soběstačný					
33)psychická pohoda					
34)prostředí a bydlení					
35)spánek					
36)rodinné vztahy					
37)vztahy s ostatními lidmi					
38) děti					
39)péče o sebe sama					
40)láska					
41) sexuální život					
42)účast v politice					
43)víru (např. náboženství)					
44)odpočinek					
45)koníčky					
46)pocit bezpečí					
47)práce					
48)spravedlnost					
49)svoboda					
50)krása a umění					
51)pravda					
52)peníze					
53) jídlo					
54)přátelé a vztahy s nimi					
55)vzdělání					
56)volný čas					
57)věci pro svou zábavu					
58)vzhled					
59)oblékání					
60)věci, které se mi líbí,po kterých toužím					

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok

<p>1. Smutek</p> <p>0 Nejsem smutný.</p> <p>1 Většinou jsem smutný.</p> <p>2 Pořád jsem smutný.</p> <p>3 Jsem tak smutný, že se to nedá vydržet.</p> <p>2. Pesimismus</p> <p>0 O svou budoucnost nemám obavy.</p> <p>1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.</p> <p>2 Myslím, že se mi nebude dařit.</p> <p>3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.</p> <p>3. Minulá selhání</p> <p>0 Nemám dojem, že selhávám.</p> <p>1 Selhal jsem častěji, než bych měl.</p> <p>2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.</p> <p>3 Jako člověk jsem úplně selhal.</p> <p>4. Ztráta radosti</p> <p>0 Raduji se stejně jako dříve.</p> <p>1 Neraduji se stejně jako dříve.</p> <p>2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.</p> <p>3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.</p> <p>5. Pocit viny</p> <p>0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.</p> <p>1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal nebo měl udělat.</p> <p>2 Mívám často pocity viny.</p> <p>3 Pořád mám pocity viny.</p>	<p>6. Pocit potrestání</p> <p>0 Nemyslím, že mě život trestá.</p> <p>1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.</p> <p>2 Očekávám trest.</p> <p>3 Myslím, že jsem životem trestán.</p> <p>7. Znechucení sám ze sebe</p> <p>0 Myslím si o sobě pořád to samé.</p> <p>1 Ztratil jsem důvěru sám v sebe.</p> <p>2 Jsem ze sebe zklamaný.</p> <p>3 Sám sebou jsem znechucen.</p> <p>8. Sebekritika</p> <p>0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám sebe více než obvykle.</p> <p>1 Jsem sám k sobě více kritický než dříve.</p> <p>2 Kritizuji se za všechny své chyby.</p> <p>3 Obviňuji se za všechno špatně, co se přihodí.</p> <p>9. Sebevražedné myšlenky nebo přání</p> <p>0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil.</p> <p>1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal bych to.</p> <p>2 Chtěl bych se zabit.</p> <p>3 Kdybych měl možnost, tak bych se zabil.</p> <p>10. Plačtivost</p> <p>0 Nepláču více než dříve.</p> <p>1 Pláču více než dříve.</p> <p>2 Pláču kvůli každé maličkosti.</p> <p>3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen.</p>
--	---

Počet bodů str.1

11. Agitovanost

- 0 Nejsem více neklidný nebo napjatý než obvykle.
 1 Cítím se více neklidný nebo napjatý než obvykle.
 2 Jsem tak neklidný nebo rozrušený, že je těžké to vydržet.
 3 Jsem tak neklidný nebo rozrušený, že nemohu zůstat v nečinnosti.

12. Ztráta zájmu

- 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil.
 1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
 3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

13. Nerozhodnost

- 0 Rozhduji se stejně dobře, jako dříve.
 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.
 2 Rozhduji se mnohem obtížněji než dříve.
 3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

14. Pocit bezcennosti

- 0 Necítím se bezcenný.
 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mival.
 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný.
 3 Cítím se úplně bezcenný.

15. Ztráta energie

- 0 Mám stejně energie jako vždy.
 1 Mám méně energie než jsem mival.
 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal.
 3 Vůbec na nic nemám energii.

16. Změna spánku

- 0 Nevšiml jsem si žádných změn u svého spánku.
 1a Spím trochu více než obvykle.
 1b Spím trochu méně než obvykle.
 2a Spím mnohem více než obvykle.
 2b Spím mnohem méně než obvykle.
 3a Většinu dne prospím.
 3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.

17. Podrážděnost

- 0 Nejsem podrážděný více než obvykle.
 1 Jsem více podrážděný než obvykle.
 2 Jsem mnohem více podrážděný než obvykle.
 3 Bývám pořád podrážděný.

18. Změny v chuti k jídlu

- 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.
 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
 1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
 2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
 2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
 3a Vůbec nemám chuť k jídlu.
 3b Jíst mohu pořád.

19. Koncentrace

- 0 Mohu se soustředit jako vždycky.
 1 Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.
 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
 3 Nejsem schopný se soustředit na nic.

20. Únava

- 0 Nejsem unavený více než obvykle.
 1 Unavím se snadněji než obvykle.
 2 Jsem příliš unavený, než abych dělal tolik věci, jako jsem dělával.
 3 Jsem tak unavený, že nedokážu dělat skoro nic.

21. Ztráta zájmu o sex

- 0 V současnosti jsem nezaznamenal změnu zájmu o sex.
 1 Mám menší zájem o sex než obvykle.
 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
 3 Úplně jsem ztratil zájem o sex.

Počet bodů str.2

Počet bodů str.1

Celkový skór

© 1996 Psychological Corporation, U.S.A.
 Licenční práva v Brazila
 © 1999, Psychodiagnostika a.s. Bratislava
 © 1999, Psychodiagnostika s.r.o. Brno

Vážená paní
Mgr. Jaroslava Knížková
Hlavní sestra
Psychiatrická léčebna
586 01 Jihlava

V Jihlavě 7.11.2011

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na psychiatrické léčebně v Jihlavě

Vážená paní hlavní,
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Havlíčkové, narozené 13.10.1982, studující 3.rokem bakalářské studijní program Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit míru kvality života pacientů s diagnózou schizofrenie, jejich návrat do společnosti a míru výskytu deprese u vybraných pacientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.


Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení Ošetrovatelství, LF UK v Hradci Králové.
Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Havlíčková Lucie

Kontaktní adresa:
Havlíčková Lucie
Pávov 105
586 01 Jihlava
Tel: 777 572 216


S pozdravem Mgr. Vachková Eva
Ústav sociálního lékařství

Kontaktní adresa:
Mgr. Eva Vachková, ÚSL LF UK Hradec Králové
Šimkova 870
500 02 Hradec Králové2
email: vachkova@lfhk.cuni.cz
Tel: 465 816 365

Vyjádření vedení instituce:

souhlasím

nesouhlasím

Psychiatrická léčebna
580 23 Havlíčkův Brod
24

Datum:

15.11.2011

Podpis, razítko:

Mgr. Jaroslava Knížková



Vážený pan
Mgr. Martin Šťastný
Odborný garant
Komenského 36a
586 01 Jihlava

V Jihlavě 13.1.2012

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Občanském sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné VOR

Vážený pane doktore,
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Občanském sdružení VOR v Jihlavě v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Havlíčkové, narozené 13.10.1982, studující 3.rokem bakalářské studijní program Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit míru kvality života pacientů s diagnózou schizofrenie, jejich návrat do společnosti a míru výskytu deprese u vybraných pacientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení Ošetrovatelství, LF UK v Hradci Králové.
Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Havlíčková Lucie

Kontaktní adresa:
Havlíčková Lucie
Pávov 105
586 01 Jihlava
Tel: 777 572 216

S pozdravem Mgr. Vachková Eva
Ústav sociálního lékařství

Kontaktní adresa:
Mgr. Eva Vachková, ÚSL LF UK Hradec Králové
Šimkova 870
500 02 Hradec Králové2
email: yachkovae@lfhk.cuni.cz
Tel: 465 816 365


Vyjádření vedení instituce:

souhlasím

~~nesouhlasím~~

Datum: 14. 1. 2012

Podpis, razítko:

**OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PRO PODPORU
A PÉČI O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ
VOR JIHLAVA**
Komenského 36a, 586 01 Jihlava
IČ: 05701979 Tel: 567 213 700

PŘÍLOHA 2

WHO studie zemí: roční incidence na 1000 osob v populaci vystavené riziku ve věku 15 – 24 let.

Země	Oblast	Širší kritéria (ICD-9)			Užší kritéria		
		Muži	Ženy	Obě pohlaví	Muži	Ženy	Obě pohlaví
Kolumbie	Cali	0,14	0,06	0,10	0,09	0,04	0,07
Česká republika	Praha	0,06	0,12	0,09	0,04	0,08	0,06
Dánsko	Aarhus	0,18	0,13	0,18	0,09	0,05	0,07
Indie	Chandigahr (venkov)	0,37	0,48	0,42	0,13	0,09	0,11
Indie	Chandigahr (město)	0,34	0,35	0,35	0,08	0,11	0,09
Irsko	Dublin	0,23	0,21	0,22	0,10	0,08	0,09
Japonsko	Nagasaki	0,23	0,18	0,21	0,11	0,09	0,10
Nigérie	Ibadan	0,11	0,11	0,11	0,09	0,10	0,10
Rusko	Moskva	0,25	0,31	0,28	0,03	0,03	0,02
UK	Nottingham	0,28	0,15	0,24	0,17	0,12	0,14
USA	Honolulu	0,18	0,14	0,16	0,10	0,08	0,09
USA	Rochester	0,15	0,14	0,15	0,09	0,08	0,09

PŘÍLOHA 3

Antipsychotika první generace a jejich dávkování (upraveno podle Švestka 2002).

Generický název	Firemní název	Denní dávka (mg)
chlompomazin	Plegomazin	200-600 (800)
levomepromazin	Tisercin	50-400
thioridazin	Thioridazin	100-600
periciazin	Neuleptil	10-40
chlorprothixen	Chlorprothixen	100-600
zuclopenthixol	Cisordinol	20-60
perfenazin	Perfenazin	16-64
prochlorperazin	Prochlorperazin	20-80
tifluoperazin	Stelazin	10-50
flupentixol	Fluanxol	6-18
haloperidol	Haloperidol	2,5-10
melperon	Buronil	50-300
pimozid	Orap	2-10
fluspirilien	Imap	2-10
penfluridol	Semap	20-60
oxyprotepin	Meclopin	5-20

Antipsychotika druhé generace

Generický název	Firemní název	Denní dávka (mg)
clozapin	Leponex	200-600
olanzapin	Zyprexa	10-20
quetiapin	Seroquel	300-700
zotepin	Zoleptil	100-300
risperidon	Risperdal, Rispen	4-8
ziprasidon	Zeldox	80-160
sulpirid	Dogmatil, Prosulpin	400-1200
amisulprid	Solian	400-1200

Antipsychotika druhé generace v injekční nebo depotní formě

Generický název	Firemní název	Indikace	Dávkování
Olanzapin	Zyprexa	Tlumení akutního neklidu a agitovanosti	10. mg i. m. U většiny nemocných stačila ke zklidnění jednorázová dávka za 24 hodin
Ziprasidon	Zeldox	Léčba akutní agitovanosti	10 – 20 mg i. m. (max. 40mg i. m./ěč hodin). Nedoporučuje se podávat injekčně déle než 3 dny ani podávat ziprasidon součastně per os
risperidon	Risperdal Consta	Indikace depotních přípravků	Každé 2 týdny 25 – 50 mg. i. m.

Přehled instrumentů nejčastěji používaných k hodnocení kvality života u schizofrenie
(generické instrumenty nejsou uvedeny).

Název instrumentu:	Quality of Life Interview
Zkratka:	QOLI
Citace:	Lehman (1982, 1988)
Země původu:	USA
Popis instrumentu:	řízený rozhovor; objektivní a subjektivní informace
Účel:	pro pacienty se závažným psych. onemocněním v různých podmínkách
Název instrumentu:	Heinrichs-Carpenter Quality of Life Scale
Zkratka:	QLS
Citace:	Heinrichs (1984)
Země původu:	USA
Popis instrumentu:	řízený rozhovor
Účel:	pro pacienty s negativním schizofrenním syndromem, pro průběžné posuzování účinnosti farmakoterapie
Název instrumentu:	Lancashire Quality of Life Profile
Zkratka:	LQLP
Citace:	Oliver (1996)
Země původu:	GB
Popis instrumentu:	řízený rozhovor; modifikace QOLI
Účel:	pro hodnocení péče, především komunitní
Název instrumentu:	Manchester Short Assessment of Quality of Life
Zkratka:	MANSA
Citace:	Priebe (1999)
Země původu:	GB
Popis instrumentu:	modifikace LQLP
Účel:	pro hodnocení péče, především komunitní
Název instrumentu:	Schizophrenia Quality of Life Scale
Zkratka:	SQLS
Citace:	Wilkinson (2000)
Země původu:	GB
Popis instrumentu:	sebeposuzovací
Účel:	pro klinické studie
Název instrumentu:	Patient-Based Health-Related Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia
Zkratka:	S-QoL
Citace:	Auquier (2002)
Země původu:	Francie
Popis instrumentu:	sebeposuzovací
Účel:	pro klinické studie
Název instrumentu:	Self-Administered Health-Related Quality of Life Instrument For Individuals With Schizophrenia
Zkratka:	SOAP-51
Citace:	Barr (2000)
Země původu:	USA
Popis instrumentu:	sebeposuzovací
Účel:	pro hodnocení komunitních služeb

Název instrumentu:	Schizophrenia Care and Assessment Program Health Questionnaire
Zkratka:	SCAP-HQ
Citace:	Lehman (1999)
Země původu:	USA
Popis instrumentu:	řízený rozhovor
Účel:	rutinní hodnocení kvality péče, především komunitní
Název instrumentu:	Schwartz Outcomes Scale-10
Zkratka:	SOS-10
Citace:	Blais (1999)
Země původu:	USA
Popis instrumentu:	sebeposuzovací
Účel:	stručný a krátký dotazník k hodnocení účinnosti terapeutických intervencí u různých populací duševně nemocných
Název instrumentu:	Subjective QUALity of Life Analysis
Zkratka:	S-QUA-L-A
Citace:	Zanotti (1992)
Země původu:	Francie
Popis instrumentu:	sebeposuzovací
Účel:	pro pacienty s duševním onemocněním i pro širší použití; stručný a krátký dotazník k průběžnému hodnocení terapie
Název instrumentu:	Wisconsin Quality of Life Index (původně Quality of Life Index for Mental Health, QLI-MH)
Zkratka:	W-QLI Client W-QLI Family/Caregiver W-QLI Provider
Citace:	Becker (1993)
Země původu:	USA
Popis instrumentu:	sebeposuzovací
Účel:	pro pacienty se závažným duševním onemocněním; kvalitu života hodnotí komplexně, z pohledu pacienta, rodiny a poskytovatelů péče
Název instrumentu:	Oregon Quality of Life Questionnaire
Zkratka:	QLQ-IR (pro řízený rozhovor), QLQ-SR (pro sebehodnocení)
Citace:	Bigelow (1991)
Země původu:	USA
Popis instrumentu:	možnost zvolit řízený rozhovor nebo sebehodnocení
Účel:	pro hodnocení komunitní péče
Poznámka: dotazníky S-QUA-L-A a SOS-10 byly validizovány pro užití v české populaci	