

Oviranosti in potrebe po rehabilitaciji ambulantnih bolnikov s shizofrenijo*

Disabilities and Rehabilitation Needs in Outpatients with Schizophrenia*

Matjaž Groznik**

Ključne besede
shizofrenija – rehabilitacija
oviranost ocenjevanje
ambulantni bolniki
kvaliteta življenja

Key words
schizophrenia – rehabilitation
disability evaluation
outpatients
quality of life

Izvleček. Namen raziskave je bil ugotoviti psihopatološko simptomatiko, oviranosti in potrebe bolnikov s shizofrenijo, ki se zdravijo ambulantno. V raziskavo smo vključili 50 bolnikov s shizofrenijo (5 % vzorec populacije), ki se vzdrževalno zdravijo z nevroleptiki v obliki depoja na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo. Bolnike smo intervjuvali s standardiziranimi ocenjevalnimi lestvicami. Razliko med spoloma smo ugotovljali s t-testom in testom hi kvadrat. Pri ženskah so bili izraženi nekateri blažji simptomi, ki so zmerno zmanjšali učinkovitost in samostojnost. Moški so bili manj učinkoviti in samostojni ter so imeli bolj izražene težave. Ženske so imele daljšo delovno dobo kot moški ($p < 0,01$). Večina bolnikov je bila upokojena in je živela s starši. Bolniki so najpogosteje izrazili potrebe na naslednjih področjih: obvladovanje simptomov, telesno zdravje, družba, gospodinj-ske spretnosti, hrana in priprava obrokov. Potrebe bolnikov niso bile zadovoljene na naslednjih področjih: družba, informacije o stanju in zdravju, stanovanje, telesno zdravje, zaposlitev in dnevne aktivnosti, duševna stiska, denar, ugodnosti in spolno izražanje. Večina bolnikov dobiva premalo pomoči od lokalnih služb, zlasti na področju obvladovanja znakov duševne motnje. S pomočjo, ki so jo dobili od svojcev in prijateljev na področju socialnih potreb, so bili zadovoljnejši. Pri kliničnem delu je treba nameniti večjo pozornost izobraževanju in seznanjanju bolnikov z oblikami pomoči. Z nadaljnimi raziskavami je treba ugotoviti, koliko se različne vrste pomoči medsebojno dopolnjujejo in kako bi lahko učinkovitost pomoči še izboljšali.

Abstract. The aim of this study was to identify the symptoms, disabilities and needs of schizophrenic outpatients. Fifty schizophrenic outpatients (5% sample, 31 males and 19 females; mean age 43 years) receiving maintenance depot neuroleptic therapy were enrolled in this cross-sectional study. The patients were interviewed using standardized scales. The female patients were found to have been employed for a longer period than males ($p < 0.01$). Most patients had disability pension and lived with their parents, while females had more frequent contacts with their partners than with their parents. The quality of life was positively correlated with female sex, broader social network and longer period of employment. The most frequently reported needs referred to the management of psychotic symptoms and physical health, company, housekeeping skills and preparation of meals. The patients' needs were not satisfied in the following areas: company, information about the condition and treatment, accommodation, physical health, daytime activities, psychological distress, money, benefits, sexual expression. Local services proved inadequate, particularly as concerns the management of psychotic symptoms. The patients were more satisfied with the role of their relatives and friends in satisfying their social needs. It was found that the patients were poorly informed about the available services; therefore more emphasis should be placed on this aspect of patient education. Further research should be directed to the evaluation of the complementarity of different services, as well as to the formulation of strategies for a more effective service provision.

*Objavljeno delo je bilo nagrajeno s Prešernovim priznanjem študentom za leto 1998.

**Matjaž Groznik, dr. med., Psihiatrična klinika, Studenc 48, 1260 Ljubljana Polje.

Uvod

Shizofrenija je kronična duševna motnja, ki prizadene posameznika, tako da moti njegovo vsakdanje življenje in ga ovira pri njegovih stikih z okolico. Bolnik je zato prikrajšan, saj ne more izpolnjevati svoje socialne vloge ali pa jo izpolnjuje le v omejenem obsegu (1, 2). Beseda prikrajšanost (angl. *handicap*) se sedaj opušča zaradi njene stigmatičnosti in se raje uporablja izraza:

- **omejeno delovanje** (angl. *functional limitation*) – ovirano delovanje na ravni organizma kot celote in
- **oviranost** (angl. *impairment*) – nesposobnost ali omejitev izvajanja družbene vloge in nalog, ki jih družba pričakuje znotraj svojega družbenokulturnega okolja (družina, delo, izobrazba in skrb zase) (3).

Kakovost življenja in zadovoljevanje potreb bolnikov s shizofrenijo

Pri kroničnih bolnikih je nujno treba ovrednotiti vpliv bolezni na njihovo delovanje v socialni vlogi, saj se z daljšim trajanjem bolezni sorazmerno slabša bolnikova sposobnost funkcioniranja. Posebno pomembna je na področju duševnega zdravja **subjektivna dobrobit** posameznega bolnika s shizofrenijo v samem procesu zdravljenja, ki pa ni vedno neposredno povezana z rehabilitacijo, okrevanjem, napredkom bolnikov s hudimi duševnimi motnjami (4). Zato so vpeljali v psihiatrijo **koncept subjektivne kakovosti življenja**, ki predstavlja organizacijski okvir za dolgotrajno oskrbo bolnikov z duševnimi motnjami in vnaša socialne modele oskrbe bolnika in celosten pogled nanj. Občutek dobrobiti posameznika in zadovoljstvo v njegovem življenju določajo tako **objektivni (izobrazba, plača, stanovanjski pogoji itd.)** kot **subjektivni dejavniki kakovosti življenja (zaznavanje fizičnih, duševnih in socialnih dobrobiti)**. Raziskave subjektivne izkušnje kakovosti življenja vključujejo oceno celotne dobrobiti in dajejo bolj celovite ugotovitve kot objektivni socialni pokazatelji. Težave, ki se pojavljajo pri subjektivnem merjenju kakovosti življenja bolnikov s samoocenjevalnimi lestvicami, so pogosto odraz spremenjenega duševnega stanja bolnika (5, 6). V psihiatriji je treba subjektivni oceni zaradi tega vedno dodati še objektivno ovrednotenje (7, 8). Bolniki pri merjenju kakovosti življenja povedo, kako so (ne)zadovoljni z določenimi področji svojega življenja (stanovanje, prehrana, medosebni stiki, zdravstveno varstvo, varnost do drugih, osebna varnost, prosti čas ...). Nadalje lahko ocenjujemo tudi notranje izkušnje: samozaupanje, zadovoljstvo, užitek, samoizpolnitev ... (9). **Potreba** se pri določenem bolniku izraža kot odsotnost zdravja ali dobrobiti ter kot težnja k izboljšanju (izboljšanje simptoma, spretnosti, stanovanja, socialnih primanjkljajev). Torej se kažejo potrebe kot šibke točke pri podpori doseganja splošnih ciljev (zdravje in dobrobit). Drugi pogled na potrebe preprosto opredeljuje potrebo kot pomanjkanje dostopa do primerne oblike oskrbe ali do ustrezne ravni lokalnih služb, ki naj bi strokovno odpravljale pomanjkljivosti pri zadovoljevanju potreb. Ločimo lahko potrebe po oskrbi, neposrednih posameznih dejavnostih in potrebe po institucijah, posrednikih in posredovalnih službah, ki le posredujejo dejavnost ali intervencijo (10). Nadalje jih lahko delimo na **osnovne** – najmočnejše (lakota, žeja), ki omogočajo, da človek sploh preživi in z njihovo zadovoljitvijo postanejo **ostale potrebe** (zatočišče, čustvena navezanost, samospoštovanje) same učinkovito gonilo človeka (11).

Kakovost življenja je tako rezultat interakcije med zadostitvijo potreb posameznika in sposobnostjo ugoditi zahtevam, ki jih družba nalaga posamezniku. Posameznik namreč pri zadovoljevanju potreb zavzema točno določeno mesto v družbi in pri tem izpolnjuje svojo socialno vlogo, ki predstavlja številna pričakovanja ljudi, kako naj se v širši družbi obnaša. Mesto posameznika v družbi je vedno umeščeno v strukturo družbe, ki je povezana z nizom socialnih zapovedi in pričakovanj med člani socialne skupine. Takšno skupino sestavljajo pretežno ljudje, s katerimi se posameznik pogosto srečuje (družinski člani, prijatelji, znanci). Obstajajo številne pozicije v zgradbi družbenih skupin, združb, poklica, skupnosti in družbe kot celote z odgovarjajočim številom socialnih vlog. **Socialno onesposobljenost** ali nezmožnost odigravanja socialne vloge lahko prikažemo kot pomanjkanje sposobnosti pri izvajanju dejavnosti in pri obnašanju posameznika glede na določeno v družbi pričakovano vlogo. Pomembno pri tem je, da razumemo obnašanje nekoga vedno v primerjavi s tem, kako ostali ljudje pričakujejo od posameznika, da se bo obnašal (2). Sedaj pa je v ospredju popolnoma nov pogled, ki gleda na koncept potrebe ne več kot na normativ, ampak kot na »**socialno pogajanje**«. Področje pogajanja je sestavljeno iz prekrivanja med pogledom strokovnjaka (vpliv izobraževanja, kulture, politike, etike, raziskovanja in osebnih vrednot strokovnjaka) in zahtevami bolnika oziroma uporabnika (vpliv vzgoje, preteklih izkušenj, sredstev javnega obveščanja, družbenih dejavnikov in kliničnih dejavnikov). Model sodelovanja je nasploh smer, v katero se nagiba psihiatrija.

Namen dela in osnovna hipoteza

Namen raziskave je bil ugotoviti psihopatološko simptomatiko, oviranosti in potrebe bolnikov s shizofrenijo, ki se zdravijo ambulantno. Osnovna domneva je, da demografski, socialni in bolezenski dejavniki vplivajo na učinkovitost in samostojnost ambulantnih bolnikov s shizofrenijo, njihove oviranosti in potrebe po rehabilitaciji. Dodatna domneva je, da obstajajo med spoloma statistično značilne razlike v socialnih, demografskih in bolezenskih značilnostih.

Preiskovanci in metode dela

Raziskavo je odobrila Republiška strokovna komisija za medicinsko etiko s sklepom številka 63/08/98 (z) 55/09/98 na seji dne 28. 8. 1998.

Preiskovanci

Med 947 bolniki s shizofrenijo (po merilih 10. izdaje Mednarodne klasifikacije bolezni – MKB-10 12)), ki so se na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo (CIP) vzdrževalno zdravili z antipsihotiki v obliki depoja, sem s tablico naključnih števil izbral 50 bolnikov (5% vzorec), od tega 31 moških in 19 žensk. Pri izbranih bolnikih zdravljenja v zadnjih treh mesecih niso spreminjali. Diagnozo sem ugotovil iz popisa bolezni, postavil jo je psihiater, ki je bolnika zdravil. Bolnike sem intervjuval in klinično pregledal v času od decembra 1997 do junija 1998. Vsak bolnik je podpisal privolitev v sodelovanje pri raziskavi.

Intervju, klinični pregled in zbiranje podatkov iz popisa bolezni

Demografski podatki

Zbral sem naslednje demografske podatke: letnica rojstva, spol, izobrazba (leta šolanja), zaposlitev ali upokojenost, vrsta zaposlitve, zadnja zaposlitev, delovna doba (v letih), kategorija invalidnosti, trajanje morebitne upokojitve (v letih), celotna sredstva in delež sredstev, s katerimi mesečno sam razpolaga (v tolarjih), vir sredstev, socialna mreža in najpomembnejši svojec.

Podatki o bolezni

Iz popisa bolezni sem razbral diagnozo, leto prvega stika s psihiatrično službo, število poslabšanj in število sprejemov v bolnišnico. Bolnika sem povprašal o morebitnih telesnih boleznih in drugih motnjah, zaradi katerih se zdravi. Vprašal sem tudi o kajenju, pitju alkohola (zloraba in odvisnost glede na merila MKB-10 (4)) in o zlorabi drugih drog. Posebej sem izračunal trajanje bolezni in starost ob začetku bolezni. Simptome shizofrenije sem ocenil po **Lestvici za oceno duševnega stanja po Krawiecki (13)**.

Podatki o zdravljenju z antipsihotiki

Podatke o zdravljenju sem našel v popisu bolezni. Zbral sem naslednje podatke o zdravljenju: vrsto antipsihotika v depojski obliki z odmerki, uporabo antiholinergičnega antiparkinsonika, dodatna zdravila (po vrsti in po posameznem zdravilu). Odmerke antipsihotikov v depozu sem preračunal v ekvivalentne odmerke klorpromazina *per os* v mg na dan (14).

Ocena kakovosti življenja ter ocena samostojnosti in učinkovitosti

Kakovost življenja sem ocenil s standardiziranim vprašalnikom po Heinrichsu in sodelavcih (15). Vprašalnik so razvili za ocenjevanje kakovosti življenja pri bolnikih s kronično shizofrenijo, ki trenutno niso bolnišnično zdravljeni.

Učinkovitost bolnikov v vsakodnevni nalogah sem ocenil z **Global Assessment Scale (GAS) (16)** po lestvici z vrednostjo ocene od 1 do 100 glede na bolnikovo učinkovitost in samostojnost v preteklem tednu.

Za ugotavljanje potreb po rehabilitaciji sem uporabil vprašalnik **Camberwell Assessment of Need – raziskovalna verzija 3 (17)**.

Statistična obdelava podatkov

Najprej sem izračunal za atributivne spremenljivke frekvence kategorij, za numerične pa povprečje in standardni odklon (SD). Razlike med spoloma sem ugotavljal s t-testom za numerične spremenljivke in testom hi kvadrat za atributivne spremenljivke (18, 19). Za vse statistične obdelave sem uporabil računalniški programski paket SOLO 4.0.

Rezultati

Demografski in socialni podatki

Bolniki so bili v povprečju stari 42,8 let (SD = 10,1) (moški 41,22 let (SD = 11,3), ženske 45,4 let (SD = 7,27)). Med spoloma ni bilo statistično značilnih razlik v starosti ($t = -1,59$, stopinje prostosti (sp) = 49,9, $p > 0,05$). Bolniki so se v povprečju šolali 11,1 let (SD = 2,9) (moški 10,81 let (SD = 2,6), ženske 11,47 let (SD = 3,5)). Med spoloma ni bilo statistično značilnih razlik v letih šolanja ($t = -0,71$, $sp = 31,1$, $p > 0,05$). Zaposlenih je bilo 11 moških ali 35,5 % in 6 žensk ali 31,6 %. Vsak bolnik je navedel tudi svojo zadnjo zaposlitev. Sedemindvajset moških ali 87,1 % je delalo kot delavec in 11 žensk ali 57,9 % je delalo kot delavka. Dva moška ali 6,4 % in 6 žensk ali 31,6 % je delalo v svobodnih poklicih ($hi^2 = 6,6$; $sp = 1$, $p < 0,05$). 2 moška ali 6,4 % nikoli nista bila zaposlena in 2 ženski ali 10,5 % sta gospodinjili doma. V povprečju imajo bolniki 16,1 leto delovne dobe (SD = 9,9), od tega moški 13,2 let in ženske 20,7 let (SD = 8,8). Med spoloma je statistično značilna razlika ($t = -2,78$, $sp = 40,4$, $p < 0,01$). Mesečno so prejeli v povprečju 58.895,60 SIT (SD = 26.502,70), (moški 56.414,80 SIT; SD = 23.833,40), ženske 62.421,00 SIT; SD = 30.218,30 SIT), od tega so sami razpolagali z vsoto 48.983,30 SIT (SD = 34.838,70), (moški 41.627,60 SIT; SD = 34.464,50), ženske 60.210,50 SIT; SD = 33.185,60). Upokojenih je bilo 20 moških ali 64,5 % in 12 žensk ali 63,1 %. Bolniki so bili v povprečju upokojeni 6,0 let (SD = 4,4) (moški 7,3 let; SD = 4,8, ženske 4,0 let; SD = 2,6). Moški so bili statistično značilno daljši čas upokojeni kot ženske ($t = 2,19$, $sp = 30$, $p < 0,05$). V tabeli 1 so navedeni podatki o stikih bolnikov s svojimi bližnjimi in s prijatelji ter s skupinami za samopomoč in druženje duševnih bolnikov (npr. ŠENT). Med spoloma so bile prisotne statistično značilne razlike ($hi^2 = 24,39$, $sp = 13$, $p < 0,05$). Vsak bolnik je navedel tudi osebo, ki mu je med svojci najpomembnejša, velikokrat so se odločili za dve ali več oseb. Deset moških (32,3 %) se je odločilo za mati, ravno toliko za svojo partnerko, na drugem mestu sta bila otrok, oče in drugi sorodniki pri 6 moških (19,4 %). 10 žensk (52,6 %) se je odločilo na prvem mestu za svojega otroka, 8 žensk (42,1 %) na drugem za partnerja in na tretjem mestu je bila mati bolnice (21,1 %).

Tabela 1. Socialna mreža (možnih je bilo več odgovorov); n – število.

Socialna mreža	moški n (%)	ženske n (%)	skupaj n (%)
Starši	20 (64,5)	6 (31,6)	26 (52,0)
Partner	14 (45,2)	7 (36,8)	21 (42,0)
Otrok	8 (25,8)	13 (68,4)	21 (41,0)
Prijatelj	3 (9,7)	0	3 (6,0)
Drugo	3 (9,7)	4 (21,1)	7 (14,0)

Podatki o boleznih

Vsi bolniki so imeli psihoze iz shizofrenskega kroga. Diagnoze duševnih motenj po podskupinah prikazuje tabela 2. Najpogostejša diagnoza je bila paranoidna shizofrenija tako

pri moških kot pri ženskah. Diagnoze duševnih motenj so se statistično značilno razlikovale med spoloma ($hi^2 = 19,44$, $sp = 10$, $p < 0,05$). Polovica bolnikov je imela pridružene somatske bolezni in motnje. Statistično značilnih razlik med spoloma ni bilo. 38 % bolnikov je imelo pridruženo obolenje dveh ali več organskih sistemov. Najpogosteje so bila prizadeta čutila (20 %). Ostali organski sistemi, ki so bili soudeleženi s po 10 %, so bili naslednji: obtočila, dihala, prebavila, gibala. Preostali organski sistemi so bili prizadeti s po 2–6 %. Diagnoze drugih telesnih bolezni se glede na spol niso statistično razlikovale ($hi^2 = 20,94$, $sp = 20$, $p > 0,05$). 36 bolnikov ali 72,0 % kadi, od tega 25 moških ali 80,6 % in 11 žensk ali 57,9 %. V povprečju je pokadil vsak bolnik 25 cigaret na dan ($SD = 18,4$) od tega moški 30 cigaret na dan ($SD = 19,5$) in ženske 15 cigaret na dan ($SD = 10,4$). Moški so pokadili statistično več cigaret kot ženske ($t = 3,0$, $sp = 35,03$, $p < 0,01$). Bolniki so povprečno že kadili 25 let, od tega moški 20,3 let ($SD = 9,3$) in ženske 11,91 let ($SD = 9,2$). Moški so statistično dlje časa kadili ($t = 2,51$, $sp = 33$, $p < 0,05$). Alkohol je zlorabljalo 9 moških (29,0 %) in 2 ženski (10,5 %), od alkohola odvisni so bili 4 moški (12,9 %) in 1 ženska (5,3 %). Preostali bolniki in bolnice so pili alkohol zmerno ali pa ga sploh niso uživali. Zloraba drog je bila prisotna pri 4 moških (12,9) in 1 ženski (5,3), 1 bolnik je bil odvisen od drog.

Tabela 2. *Diagnoze duševnih motenj; n – število (n = 50).*

Diagnoza	moški n (%)	ženske n (%)	skupaj n (%)
Paranoidna shizofrenija	18 (58,1)	12 (63,2)	30 (60,0)
Hebefrenska shizofrenija	5 (16,1)	0	5 (10,0)
Nediferencirana shizofrenija	0	2 (10,5)	2 (4,0)
Enostavna shizofrenija	3 (9,7)	0	3 (6,0)
Druge vrste shizofrenije	1 (3,2)	1 (5,3)	2 (4,0)
Shizofrenija, neopredeljena	1 (3,2)	1 (5,3)	2 (4,0)
Akutna shizofreniji podobna motnja	1 (3,2)	0	1 (2,0)
Shizoafektivne motnje	2 (6,5)	3 (15,8)	5 (10,0)
Skupaj	31 (100)	19 (100)	50 (100)

Primerjal sem tudi število sprejemov in število poslabšanj bolezni pri bolnikih. Poslabšanje pomeni okrepitev znakov in simptomov bolezni pri bolniku, ki niso prizadeli bolnika v tolikšni meri, da bi ga bilo potrebno sprejeti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico, ampak so se simptomi in znaki bolezni izboljšali že s povečano ambulantno odmerjeno terapijo in bolj pogostimi obiski v ambulanti. Med spoloma ni bilo statistično pomembnih razlik ($t = 1,64$, $sp = 49,7$, $p > 0,05$). Moški so bili sprejeti v bolnišnico v povprečju 5,5-krat ($SD = 5,6$) in ženske 3,4-krat ($SD = 3,2$). Povprečno so bili bolniki sprejeti 4,7-krat ($SD = 4,9$). Poslabšanje je bilo v povprečju 5,6 ($SD = 5,1$), pri moških 5,8 ($SD = 5,3$) in pri ženskah 5,2 ($SD = 4,8$). Med spoloma ni bilo statistično pomembnih razlik ($t = 0,38$, $sp = 43,47$, $p > 0,05$). Od zadnjega sprejema bolnika v psihiatrično ustanovo je v povprečju minilo 51,2 meseca ($SD = 49,9$), pri moških 50,8 mesecev ($SD = 58,8$) in pri ženskah

51,8 (SD = 31,8). Med spoloma ni bilo statistično pomembnih razlik ($t=0,09$, $sp=49,20$, $p>0,05$). Pri moških so se pojavili prvi znaki duševne bolezni pred 14,9 leti (SD = 8,6) in pri ženskah pred 11,2 leti (SD = 7,0), v povprečju pred 13,5 leti (SD = 8,2). Med spoloma ni bilo statistično pomembnih razlik ($t=1,56$, $sp=48$, $p>0,05$). V tabeli 3 so prikazani podatki o prejemanju zdravil. Večina bolnikov je prejela več vrst in oblik zdravil. Med spoloma ni bilo statistično značilnih razlik ($hi^2=13,86$, $sp=10$, $p>0,05$).

Tabela 3. Prejemanje zdravil (vsi bolniki so prejeli depo preparat).

Vrsta in oblika zdravila	moški n (%)	ženske n (%)	skupaj n (%)
Samo depo preparat	5 (16,7)	4 (21,1)	9 (18,0)
Klasični nevroleptik <i>per os</i>	18 (57,1)	8 (42,1)	26 (52,0)
Atipični nevroleptik	0	2 (10,5)	2 (4,0)
Antidepresivi	2 (6,3)	3 (15,8)	5 (10,0)
Anksiolitiki	5 (16,7)	2 (10,5)	7 (14,0)
Uspavala	1 (3,2)	0	1 (2,0)
Skupaj	31 (100)	19 (100)	50 (100)

Podatki o duševnem stanju in kakovosti življenja

Med spoloma je bila statistično pomembna razlika samo v povprečni oceni psihomotorične zavrtnosti ($t=2,79$, $sp=48$, $p<0,005$). Ocene so prikazane v tabeli 4.

Tabela 4. Ocena duševnega stanja po lestvici po Krawiecki, razpon ocen od 1 do 4 ($n=50$). SD – standardni odklon.

Simptom	moški x SD	ženske x SD	skupaj x SD
Depresivnost	0,80 1,01	0,68 0,95	0,76 0,98
Anksioznost	0,90 1,01	0,78 0,79	0,86 0,98
Neustrezno čustvovanje	1,58 1,02	1,16 0,96	1,42 1,01
Splitveno čustvovanje	1,87 0,92	1,56 0,84	1,76 0,89
Zavrtost	0,94 0,89	0,31 0,48	0,70 0,81
Halucinacije	0,90 1,16	0,42 0,69	0,72 1,03
Blodnje	1,51 1,58	1,47 1,26	1,50 1,46
Miselna disociiranost	0,32 0,70	0,05 0,22	0,22 0,58
Revnost govornice	0,35 0,61	0,36 0,60	0,36 0,60

Ocenil sem tudi kakovost življenja bolnikov na naslednjih področjih človekovega življenja in delovanja:

- **medosebni odnosi:** pri ocenah prijatelji ($t=-2,85$, $sp=48$, $p<0,01$), znanci ($t=-2,34$, $sp=48$, $p<0,05$), socialna pobuda ($t=-2,45$, $sp=48$, $p<0,05$), odmaknjenost ($t=-2,99$, $sp=48$, $p<0,05$) so bile statistično značilne razlike med spoloma;

- **zaposlitev:** pri ocenah raven dosežkov, učinkovitost ($t = -2,61$, $sp = 48$, $p = 0,012$), stopnja podzaposlenosti ($t = -3,63$, $sp = 48$, $p < 0,001$), ocenah izraba časa ($t = 2,29$, $sp = 48$, $p < 0,001$) so bile statistično značilne razlike med spoloma;
- **duševnost:** pri ocenah sposobnost za empatijo ($t = -2,21$, $sp = 48$, $p < 0,05$), sposobnost za vključitev in čustveno odzivanje v pogovoru ($t = -2,75$, $sp = 48$, $p < 0,01$) so bile statistično značilne razlike med spoloma.
- **posest in dejavnosti:** pri ocenah posedovanje splošnih predmetov ($t = -2,05$, $sp = 48$, $p = 0,0456$) so bile statistično značilne razlike med spoloma.

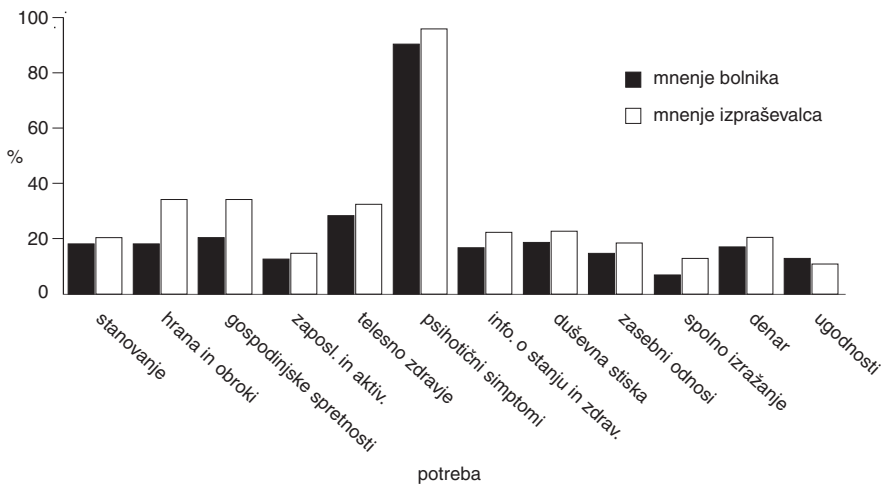
Podatki o povprečnih ocenah kakovosti življenja za moške in ženske ter skupaj za celotno skupino so predstavljeni v tabeli 5.

Tabela 5. Ocena kakovosti življenja ($n = 50$). SD – standardni odklon.

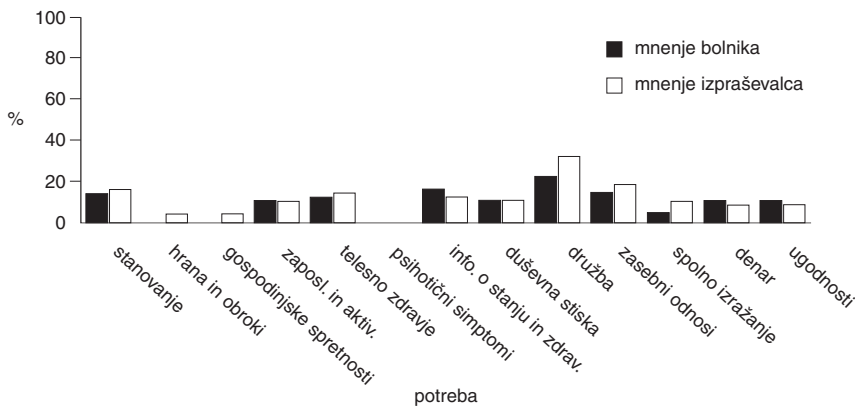
Področje človekovega življenja in delovanja	moški x SD	ženske x SD	skupaj x SD
Medosebni odnosi			
Družinsko življenje	3,26 1,14	3,55 1,46	3,38 1,27
Prijatelji	2,09 1,49	3,26 1,24	2,54 1,50
Znanci	2,23 1,41	3,15 1,30	2,58 1,42
Socialna aktivnost	2,45 1,15	3,10 1,29	2,70 1,23
Socialna mreža	2,74 0,96	3,31 1,05	2,96 1,03
Socialna iniciativa	2,52 1,12	3,36 1,30	2,84 1,25
Odmaknjenost	2,52 1,21	3,52 1,07	2,90 1,25
Seksualni stiki	2,84 1,20	3,53 1,07	2,98 1,20
Zaposlitev			
Obseg delovanja v zaposlitveni vlogi	2,35 1,54	3,15 1,61	2,66 1,60
Raven dosežkov, učinkovitost	2,23 1,28	3,15 1,12	2,58 1,30
Stopnja podzaposlenosti	2,00 1,40	3,40 1,64	2,52 1,45
Zadovoljnost z zaposlitvijo	3,23 1,15	3,83 0,98	3,50 1,10
Duševnost			
Občutek smisla svojega obstoja	2,80 1,22	3,15 1,22	2,94 1,20
Motivacija	2,48 1,26	3,16 1,12	2,74 1,17
Stopnja radovednosti	3,03 1,01	3,37 1,10	3,16 1,04
Anhedonija	2,74 1,21	3,11 1,37	2,88 1,27
Izraba časa	2,29 1,65	3,58 0,96	2,78 1,56
Sposobnost za empatijo	3,03 1,22	3,84 1,30	3,34 1,30
Sposobnost za vključitev in čustveno odzivanje v pogovoru	3,42 0,96	4,21 1,03	3,72 1,05
Posest in dejavnosti			
Posedovanje splošnih predmetov	4,03 1,20	4,73 1,15	4,30 1,22
Splošne dejavnosti	2,93 0,89	3,26 1,05	3,06 0,95

Učinkovitost in samostojnost bolnikov. Med spoloma so bile statistično značilne razlike ($t = -3,10$, $sp = 48$, $p < 0,005$). Ženske so bile v povprečju ocenjene s 65,5 točkami ($SD = 9,17$), moški s 57,2 točkami ($SD = 9,28$). Povprečna ocena za oba spola skupaj je bila 60,4 točk ($SD = 10,01$). Najvišja ocena je bila 81 točk in najnižja 40 točk.

Potrebe in njihova zadovoljenost pri bolnikih, ki so bili vključeni v raziskavo, je prikazana v slikah 1 in 2. V sliki 1 je prikazana pogostnost pojavljanja potreb in v sliki 2 resnost pojavljanja potreb. Zaradi boljše preglednosti je prikazanih samo 13 od 22 potreb, ki sem jih ocenjeval v raziskavi. Pri ocenjevanju bolnikov so bile statistično značilne razlike med



Slika 1. Pogostnost pojavljanja potreb pri bolnikih.



Slika 2. Delež bolnikov z resnimi, nezadovoljenimi potrebami.

spoloma pri zadovoljitvi naslednjih potreb: hrana in obroki ($hi^2 = 6,73$, $sp = 1$, $p < 0,01$), skrb zase in njena predstava ($hi^2 = 6,73$, $sp = 1$, $p < 0,01$). Pri ocenjevanju izpraševalca so bile statistično značilne razlike med spoloma pri zadovoljitvi naslednjih potreb: hrana in obroki ($hi^2 = 7,65$, $sp = 2$, $p < 0,05$), gospodinjske spretnosti ($hi^2 = 7,65$, $sp = 2$, $p < 0,05$), skrb zase in njena predstava ($hi^2 = 9,67$, $sp = 2$, $p < 0,01$), zaposlitev in dnevne aktivnosti ($hi^2 = 11,31$, $sp = 2$, $p < 0,01$).

Razpravljanje

Značilnosti bolnikov in razlike med spoloma

Demografske značilnosti bolnikov

Razlika v povprečni starosti med spoloma je verjetno posledica zgodnejšega začetka bolezni pri moških. Presenetljivo je, da med spoloma ni bilo razlik v izobrazbi (11 let šolanja), saj zgodnji začetek bolezni pri moških moti šolanje. Večina bolnikov je bila zaposlena v poklicih z »modrim ovratnikom«, v poklicih z »belim ovratnikom« pa so prevladovale predvsem bolnice, vendar to ni bilo statistično značilno. Več je bilo brezposelnih žensk kot moških, kar pa je značilno tudi za ostalo prebivalstvo. Razlika v delovni dobi med spoloma je posledica tega, da ženske zbolijo kasneje in dosežejo več let delovne dobe ter da jih bolezensko dogajanje manj prizadene in je njihova delovna sposobnost okrnjena v manjši meri kot pri moških. Podatek o povprečnem trajanju upokojitve (6,1 let) kaže, da so bili bolniki invalidsko upokojeni predvsem v zadnjem času. Razmere na trgu zaposlovanja delovne sile so se v zadnjem času še dodatno zaostrile, zato se bo število brezposelnih bolnikov z duševnimi motnjami verjetno v prihodnosti še povečevalo. Predvsem težko najdejo delo mlajši bolniki z okrnjeno delovno sposobnostjo in nič ali le malo delovne dobe. Socialna politika in politika zaposlovanja v družbi nista naklonjeni zaposlovanju težje zaposljivih oseb, zato bo del brezposelnih bolnikov invalidsko upokojen, čeprav bi lahko še delali v prilagojenih delovnih pogojih zaščitnih delavnic, ki so v tujini v okviru dnevnih centrov zelo razvite oblike delovne rehabilitacije bolnikov. Tudi v javna dela se vključuje malo bolnikov, ki iščejo zaposlitev. V raziskavi ni bilo nobenega bolnika, ki bi se na ta način zaposlil. Država bi lahko v primeru javnih del dajala prednost pri zaposlovanju bolnikom. Socialni položaj bolnikov se zaradi tega slabša, saj so najbolj občutljivi del družbe. Večina bolnikov je prejela pokojnino, svoje gmotno stanje pa so si izboljševali s honorarji. Prispevki svojcev se zmanjšujejo v primerjavi z letom 1995 (20), saj ekonomsko stanje onemogoča večje prispevke svojcev. Socialna mreža je pri moških omejena le na stike s svojci. Socialna mreža je pri ženskah dosti bolj razširjena, saj ima kar 21 % bolnic stike z osebami, ki niso njihovi partnerji ali pa svojci. Zanimivo je, da se ni nobena od bolnic v raziskavi odločila, da spadajo v njeno mrežo socialnih stikov prijatelji. Nihče od bolnikov, vključenih v raziskavo, ni navedel, da spada v njegovo socialno mrežo druženje v okviru skupin za samopomoč (Šent, Altra in Ozare). V pogovoru z bolniki se je pokazalo, da je poznavanje teh prostovoljnih uporabniških organizacij izjemno slabo, saj le redki, predvsem bolj izobraženi, poznajo njihovo delo. Najbrž bodo te organizacije morale storiti več za obveščanje uporabnikov o svojem delu. Pomagalo bi jim sodelovanje s psihiatri, ki bolnike dodatno obvestijo o možnostih rehabilitacije v teh organizacijah.

Značilnosti bolezni

Najpogostejša diagnoza je bila tako pri moških kot pri ženskah paranoidna shizofrenija. Hebefrenska shizofrenija je nastopala samo pri moških, ravno tako enostavna shizofrenija. Veliko žensk je imelo diagnozo neopredeljene shizoafektivne motnje. Kataronske shizofrenije ni imel nobeden od bolnikov.

Redni kontrolni pregledi in prilagajanje antipsihotičnega zdravljenja so uspeli v povprečju preprečiti en sprejem ob poslabšanju bolezni. Prvi sprejem bolnikov ob začetku bolezni je razumljiv, saj je potrebno ob pojavu bolezni izvesti dodatne diagnostične preiskave in preglede bolnikov, ki so izvedljivi le v bolnišnici. Polovica bolnikov je imela pridružene somatske bolezni in motnje. Statistično značilnih razlik med spoloma ni bilo. Tretjina bolnikov je imela obolenje dveh ali več organskih sistemov. Znano je, da je umrljivost pri bolnikih s shizofrenijo 3,5-krat večja za vse vzroke smrti tako zaradi nesreč kot tudi naravnih dejavnikov (21). Vzrokov za to še niso pojasnili. Ogromno število bolnikov v raziskavi ima pridružene telesne bolezni, kar kaže na njihovo večjo ranljivost. Poleg tega bolniki že zaradi narave svoje bolezni, predvsem če je izražena negativna simptomatika, redkeje obiskujejo splošnega zdravnika, zanemarjajo predpisano terapijo, imajo nižjo življenjsko raven, so socialno odmaknjeni, kar vse vpliva na potek in zdravljenje telesnih obolenj. Pri ocenjevanju kakovosti življenja bolnikov je torej treba upoštevati pridružene telesne bolezni in motnje, ki lahko že same močno ovirajo bolnika v vsakodnevni dejavnosti. Instrumenti za oceno kakovosti življenja so večinoma namenjeni uporabi pri eni sami bolezni, skoraj tretjina bolnikov pa je imela pridruženih večje število bolezni. Majhen vzorec ($n = 50$) je prispeval k razdrobljenosti podatkov, tako da je težko podati pravo sliko in razmejiti vpliv telesnih in duševnih motenj na kakovost življenja. Bolezni odvisnosti in zlorabe psihoaktivnih snovi so naslednje področje, ki predstavlja veliko breme in oviranost bolnikov ter še dodatno zmanjšuje kakovost življenja. Kajenje je vsekakor najpogostejša odvisnost. Vrednosti so precej višje kot pri ostalem prebivalstvu. Veliko bolnikov prične kaditi prav v bolnišnici. Glede na podatke iz literature so najpogostejši kadiilci med bolniki prav psihiatrični bolniki (22). Povečan stres bolnikov verjetno vpliva na razširjenost kajenja.

Velik problem predstavlja zloraba in odvisnost od alkohola, ki ga bolniki uživajo zaradi anksiolitičnih lastnosti. Odvisnih od drog ali zdravil je bilo več moških, medtem ko naj ne bi bila odvisna nobena ženska, kljub prisotni zlorabi. Verjetno je nekaj bolnic, ki so navajale občasno prekomerno uživanje zdravil, dejansko bilo odvisnih in so odvisnost znikale. Veliko raziskav je pokazalo, da je zdravljenje bolnikov, pri katerih je osnovni bolezen pridružena še bolezen odvisnosti, manj uspešno in dolgotrajnejše. Pogostejši so ponovni sprejemi v bolnišnico (23). Alkohol in še posebej zloraba zdravil, ki je najpogostejši pridruženi bolezenski dejavnik, so najpogostejši vzroki za nenasilno obliko samomora, ostale oblike zlorabe psihoaktivnih snovi so manj pogoste (24). Razširjenost zlorabe alkohola tako med bolniki kot med bolnicami je v našem vzorcu velika in zahteva ukrepe za njeno zmanjšanje. Vsi bolniki, vključeni v raziskavo, so prejeli antipsihotik v depojski obliki. Najpogostejša dodatna zdravila so bili antiholinergični anti-parkinsoniki. Pomembno je na tem mestu opozoriti na pomembnost spremljanja predpisovanja psihotropnih zdravil zaradi preprečevanja polipragmazije in spodbujanja

razumne uporabe zdravil. Odmerki antipsihotikov v depozu so bili, preračunani v ekvivalente klorpromazina, 115 mg/dan in so glede na podatke iz literature na spodnji meji odmerkov, priporočljivih za preprečevanje ponovitve bolezni, vendar podobni podatkom o prejemanju antipsihotikov v drugih raziskavah (14). Duševno stanje sem ocenil s pomočjo lestvice po Krawiecki in ugotovil, da so bili moški statistično značilno bolj psihomotorno zavrti kot ženske ($p < 0,01$). Pri bolnikih tudi ni pričakovati, da bi samo v enem razgovoru nadrobno povedali vse simptome, poleg tega jim je zaradi simptomov nelagodno in jih raje zamolčijo. Nizki odstotki, zlasti pozitivnih simptomov, so verjetno posledica podcenjenosti. Negativni simptomi so bili blažje izraženi pri ženskah, medtem ko v pozitivni simptomatiki ni bilo razlik. Johnstonova (25) je v obsežni prospektivni raziskavi ugotovila, da so negativni simptomi povezani z moškim spolom. Nithsdalska raziskava (26), ki so jo izvedli na jugozahodu Škotske, je zajela celotno populacijo bolnikov s shizofrenijo na tem področju. Prvič so jo izvedli leta 1981 in so jo nato ponovili leta 1996. Rezultati so le delno primerljivi, saj so bili v škotsko raziskavo vključeni tako bolnišnično zdravljeni bolniki kot dnevni oskrbovanci in ambulantno zdravljeni bolniki z diagnozo shizofrenije po MKB-9. Če vseeno primerjam raziskavi, lahko ugotovim, da je bilo prisotno pri tuji raziskavi več pozitivne simptomatike (blodenj in halucinacij), medtem ko je bila negativna simptomatika manj izrazita, še posebej velja to za psihomotorno zavrtost. Škotski raziskovalci so ugotovili pogostejše pojavljanje tako pozitivnih kot negativnih simptomov ter depresije in tesnobe glede na leto 1981 v primerjavi z letom 1996.

Kakovost življenja in ocenjevanje potreb bolnikov s shizofrenijo

Ocenil sem posamezna področja človekovega življenja in delovanja. Bolniki so navezovali kratka in občasna prijateljstva, medtem ko so bolnice imele nekaj stalnih prijateljev ali prijateljic, čeprav so bili odnosi z njimi kratkotrajni in manj intenzivni. To lahko razložimo z dejstvom, da so bile ženske manj psihomotorno zavrte, negativni simptomi so bili manj izraziti in so tako lažje navezovale stike in jih tudi ohranjale. Moški pa so bili bolj vezani na odnose znotraj svoje družine, večji del njihovega družabnega življenja se je odvijal z njihovimi starši ali ožjimi sorodniki ter so tako težje vzpostavljali odnose izven tega kroga. Ravno tako so imele ženske več dejavnosti in zanimanj ter so se družile z večjim številom ljudi. Moški so bili manj dejavni in so imeli le malo znancev in srečanja z njimi so bila slučajna. Družabnost in socialna dejavnost bolnikov je bila stalna, vendar redka in enolična. V socialno mrežo je bilo vpletenih malo ljudi. Statistično značilno se je razlikovala ocena odmaknjenosti. Stiki bolnikov z drugimi ljudmi so bili le namenski in večina stikov je bila omejena le na družinske člane. Bolnice pa so uspele navezati nekaj ugodnih stikov. Spolni stiki so bili zadovoljujoči. Pri spolnosti je bilo prisotne nekaj bližine in čustvene vpletenosti. Zaposlitvena vloga bolnikov je bila zmanjšana in omejena na manj kot polovičen delovni čas. Učinkovitost pri delu je bila manjša kot pred boleznijo, vendar so jo bolniki vzdrževali na določeni stopnji. Bolnice so bile pretežno učinkovitejše in so bile zadovoljne že s tem, da so imele delo, čeprav so imele ob tem bolj ali manj omejene užitke s samim delom. Moški so imeli malo ali nič občutka nezadovoljstva ob delu, a jim delo ni nudilo užitka. Razlog za to je bil predvsem ta, da so bili bolniki zaposleni pod svojimi možnostmi ali pa so morali vložiti veliko truda, da so delo sploh dobili. Načrti bolnikov so bili omejeni na krajše časovno obdobje, bili so realistični,

toda slabo so se vklapljali v daljše življenjsko obdobje. Bolniki so opravljali vsakodnevne obveznosti, toda pomanjkanje volje se je odražalo na slabših dosežkih na nekaterih področjih. Zanimanje za določene vsebine in nekaj dejavnosti, usmerjenih v spoznavanje novih, zanimivih vsebin, je bilo prisotno pri bolnikih kljub zmanjšani motivaciji. Prisotna je bila redna sposobnost doživljanja veselja in uživanja v humorju, čeprav manj izrazita in pogosta. Ženske so bile dejavnejše, saj so prebile nekaj časa brez dejavnosti, vendar manj kot pol dneva. Moški so prebili v povprečju pol dneva brez dejavnosti. Ženske so kazale več razumevanja za poglede in čustva drugih, čeprav so ostajale uje-te v svoj svet, medtem ko so moški kazali le malo razumevanja za čustva drugih. Bile so bolj pripravljene sodelovati v pogovoru. Posedovale več predmetov splošne porabe kot moški. Izraženo je bilo srednje pomanjkanje predmetov (ročna ura, kreditna kartica ...), od predmetov, ki naj bi jih imeli bolniki pri sebi in zemljevid Slovenije ali Ljubljane, poštarne znamke od predmetov, ki naj bi jih imeli bolniki doma.

Merjenje kakovosti življenja mora poleg ocene strokovnjaka, podati bolnik sam in član njegove družine. Bolniki in izvajalci psihiatrične oskrbe imajo različne poglede in informacije o bolnikovem kliničnem statusu in in kakovosti življenja. Ameriška raziskava (27) je ugotovila, da se razlikujeta oceni kakovosti življenja bolnikov med izvajalcem psihiatrične oskrbe in bolnikom bolj na socialnih kot kliničnih področjih kakovosti življenja.

Moški so bili slabše ocenjeni po lestvici za ocenjevanje stopnje učinkovitosti in samostojnosti (GAS) kot ženske. Pri ženskah so bili izraženi nekateri blažji simptomi, ki so zmerno zmanjšali učinkovitost. Bolnice so imele nekaj pomembnejših medosebnih zvez, psihiatrično nešolan ocenjevalec jih ne bi prepoznal kot bolnice. Za moške pa so bili značilni srednje izraženi simptomi (splitveno, neustrezno čustvovanje, depresivno razpoloženje, nezaupanje v lastne sposobnosti), ki so na splošno delovanje že vplivali v precejšni meri.

GAS nam omogoči vrednotenje samostojnosti in učinkovitosti, ne glede na diagnozo. Je preprost instrument, ki je bolj usmerjen na delovanje. Zelo podoben instrument *Global Assessment of Functioning* (GAF) (28) je del DSM-IV (iz angl. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*) diagnostičnega sistema, kjer se ob postavitvi diagnoze obvezno ovrednoti tudi delovanje in učinkovitost bolnika. S spremljanjem tega parametra lahko tudi ocenjujemo uspeh zdravljenja. Z uporabo enega izmed teh instrumentov lažje opredelimo podatke, ki smo jih dobili z drugimi, bolj zapletenimi vprašalniki in lestvicami. Ocenjevanje in ovrednotenje potreb med prebivalstvom in znotraj omejene skupine psihiatričnih bolnikov je izredno pomembno pri načrtovanju, spremljanju in ovrednotenju celostne psihiatrične oskrbe. Glavni namen raziskave je bil, da ugotovim, katere potrebe se najpogosteje pojavljajo med bolniki (prevalenca potreb) in katere potrebe so najbolj resne, ločeno po mnenju bolnikov in mnenju izpraševalca. Mnenja bolnikov in izpraševalca se pretežno ne razlikujejo o tem, na katerih področjih kakovosti življenja se pojavljajo potrebe. Nesoglasje je bolj izraženo pri tem, kako pogosto se kažejo potrebe na določenem področju. Večje soglasje pa je izkazano glede tega, na katerih področjih so potrebe v večji meri zadovoljene in se pojavljajo redkeje ali sploh ne. Prevalenco nezadovoljenih potreb lahko ocenimo na veliko načinov. Prvič kot področje na katerem je bolnik izrazil potrebe, pri tem pa je navedel, da ni prejel pomoči niti od svojcev

in prijateljev, niti od lokalnih služb. Drugič z ocenjevanjem primernosti pomoči, ki jo prejme bolnik za zadovoljevanje potreb na določenem področju. Tretjič lahko rečemo, da obstaja nezadovoljena potreba, če je ocenjena kot resna potreba na določenem področju in ni bila zadovoljena s stalnim posredovanjem (17). Na področju obvladovanja psihotičnih simptomov se potrebe najpogosteje pojavljajo, vendar bolniki dobijo pomoč pri zadovoljevanju potreb in tako tega področja ni med prvimi petimi področji na lestvici področij z nezadovoljenimi potrebami. Potrebe na področju duševne stiske se sicer ne pojavljajo tako pogosto kot na področju obvladovanja psihotičnih simptomov, vendar se nahajajo visoko na lestvici področij z nezadovoljenimi potrebami. To kaže, da se posveča nekaj pozornosti skrbi za zadovoljevanje potreb na področju duševne stiske, toda ta skrb je premajhna in neustrezna, če jo primerjamo s pozornostjo na področju obvladovanja psihotičnih simptomov. Bolniki so na tem področju v večji meri zadovoljni z oskrbo. Podobna ugotovitev velja za potrebe bolnikov na področju druženja. Bolniki sicer ne izražajo te potrebe najpogosteje, vendar je to področje na vrhu lestvice področij z nezadovoljenimi potrebami. Psihiatri in ostali organizatorji skrbi za bolnika so pozorni predvsem na psihotične simptome, manj pa na duševne stiske in na telesno stanje bolnikov. Na področjih, kjer so bolniki dobivali večino pomoči od svojcev in prijateljev, so bili bolj zadovoljni z ustreznostjo pomoči (področja: skrb zase in predstava o njej, gospodinjske spretnosti, hrana in obroki). V švedski raziskavi (29) so ugotovili, da so številne dejavnosti, ki so bile prej skrb psihiatričnih služb, v zadnjih desetletjih prešle na ramena svojcev in prijateljev bolnikov, vendar še vedno pokrivajo lokalne službe večje število potreb (predvsem kliničnih) kot so duševna stiska in obvladovanje psihotičnih simptomov. Pomoč, ki jo bolniki prejema od svojcev ter prijateljev, se ne dopolnjuje s pomočjo lokalnih služb. Razen na področju gospodinjstva obe obliki pomoči nista značilno povezani.

V svoji raziskave tega nisem ugotavljal, bi pa bilo zanimivo ugotoviti, ali podobno velja tudi za naše razmere. Zaključimo lahko, da je izredno pomembno aktivno vključevanje bolnikov pri oceni in načrtovanju potreb, še posebej pri tistih, kjer je soglašanje med osebjem in bolniki majhno.

Zanimivo bi bilo še dodatno oceniti medsebojne odnose v družini bolnika in oceniti pričakovanja ter izražanje čustev v družini bolnika. Z razvojem ocenjevanja uvida v bolezensko stanje bolnika bi bilo možno ugotoviti ne samo, kako motnja prizadane posameznika, ampak tudi njegovo razumevanje odnosov z okolico, kako vpliva na kakovost življenja ter v kolikšni meri je zaradi tega bolnik oviran. Oceniti bi bilo treba tudi koliko se dopolnjujeta zadovoljevanje potreb s strani bolnikovih svojcev in prijateljev ter skupnostnih služb. Na podlagi rezultatov bi lahko v prihodnosti načrtovali longitudinalno prospektivno študijo s podobno zasnovo, a drugačnim izborom bolnikov (npr. s prvim izbruhom shizofrenije). Zanimivo bi bilo ponoviti raziskavo čez nekaj let in s tem ovrednotiti načrtovani razvoj skupnostne oskrbe.

Zahvala

Najprej se zahvaljujem vsem, ki so sodelovali v raziskavi kot preiskovanci. Zahvaljujem se svojemu mentorju doc. dr. Milanu Ličini, dr. med., za strokovni pregled raziskovalne

naloge ter somentorju dr. Roku Tavčarju, dr. med., ki mi je pomagal reševati probleme, nastale pri raziskovalnem delu in mi je vseskozi stal ob strani.

Za sodelovanje in veliko pomoč pri izvedbi se zahvaljujem tudi dr. Mojci Dernovšek, dr. med. Osebjem Centra za klinično psihiatrijo Psihiatrične klinike za prijazen sprejem in pomoč pri raziskavi.

Literatura

1. Badley EM. An introduction to the concepts and classification of the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Disabil Rehab* 1993; 15: 161–78.
2. Wiesmar D. Role functioning as a component of quality of life in mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of life in mental disorders*. New York: Wiley; 1991. pp. 43–54.
3. Nagi SZ. Disability concept revisited: implications for preventions. In: Pope AM, Tarlov AR, eds. *Disability in America. Toward a national agenda for prevention*. Washington: Nat Acad Pr; 1991. pp. 309–27.
4. Barry MM, Zissi A. Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 38–47.
5. Katschnig H. How usefull is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10: 337–45.
6. Atkinson M, Zibin SH, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 105: 99–105.
7. Barry MM, Crosby C. Quality of life evaluative measure in assessing the impact of community care of people with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 210–6.
8. Leff J. All the homeless people – where they all come from? *Br Med J* 1993; 306: 669–70.
9. Corten P, Mercier C, Pelc I. »Subjective quality of life«: clinical model for assessment of rehabilitation in psychiatry. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 178–83.
10. Hansson L, Bjorkman T, Svesson B. The assessment of needs in psychiatric patient. Interrater reliability of Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 285–93.
11. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row, 1954.
12. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 1995. pp. 325–32.
13. Krawiecka M, Goldberg D, Vaughan M. A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1977; 55: 299–308.
14. Kulhanek F. Über die Bedeutung neuroleptischer Äquivalenzdosen. In: Hinterhuber H, Fleischhacker WW, Meise U, eds. *Die Behandlung der Schizophrenien State of the Art*. Innsbruck, Wien: Verlag Integrative Psychiatrie; 1995. pp. 229–39.
15. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10: 388–98.
16. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen JC. The global assessment scale-a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766–71.
17. Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 109–13.
18. Adamič Š. *Temelji biostatistike*. Ljubljana: Medicinska fakulteta; pp, 1980: 75–113.
19. Matthews DE, Farewell VT. *Using and understanding medical statistics*. Basel: Karger; 1990. pp. 67–157.
20. Žvan V. *Specifična problematika delazmožnosti in upokojevanja bolnikov s shizofrenijo*. Disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1985. pp. 63–160.
21. Allebeck P, Wistedt B. Mortality in schizophrenia: A ten-year follow-up based on the Stockholm county inpatient register. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 650–3.
22. Knapp M. Costs of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 509–18.

23. Helgason L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta psychiatr Scand* 1990; 81: 231–5.
24. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, et al. Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age and sex-specific clinical Characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1235–42.
25. Johnstone EC, Owens DGC, Frith CD, Leary J III. Clinical findings. Abnormalities of the mental state and movement disorder and their correlates. *Br J Psychiatry* 1991; 159: Suppl 13: 21–5.
26. Kelly C, McCreedy RG, MacEwan T, Carey S. Nithsdale schizophrenia survey 17. Fifteen year review. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 513–17.
27. Lehman AF, Racuba LT; Postrado LT. Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. *Eval Proc Planning* 1995; 18: 155–64.
28. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995; 166: 654–9.
29. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patient. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 797–801.

Prispelo 30. 7. 1999