

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW ZE SCHIZOFRENIA



**IZABELA KOCHAŃSKA
AGNIESZKA KUŁAK-BEJDA**

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW ZE SCHIZOFRENIĄ

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW ZE SCHIZOFRENIĄ

**Mgr Izabela Kochańska,
Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda**

Białystok 2024

Recenzenci monografii

Dr n. o zdr. Joanna Filon

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr hab. n. o zdr. Andrzej Szpakow

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

ISBN – 978-83-68268-00-3

Wydanie I
Białystok 2024

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie z <https://pl.freepik.com/darmowe-wektory/>

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Izabela Kochańska

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Monografia wydana w wersji elektronicznej, dostępna pod adresem:
<https://www.umb.edu.pl/s,3483/Publikacje>

AUTORZY

Mgr Izabela Kochańska

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Agnieszka Kulak-Bejda

Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	11
OGÓLNE INFORMACJE O SCHIZOFRENII	12
ZAŁOŻENIA I CEL PRACY	24
MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ	25
CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY	27
WYNIKI	30
PODSUMOWANIE WYNIKÓW	51
WNIOSKI	55
PIŚMIENNICTWO	56

WPROWADZENIE

Schizofrenia jest poważną chorobą psychiczną, która dotyka blisko 1% populacji światowej. Symptomy jej są rozmaite i obejmują: objawy pozytywne, do których zaliczyć możemy urojenia i halucynacje, a także objawy negatywne, do których zaliczyć możemy apatię, anhedonię oraz brak popędu. W wyżej wymienionym schorzeniu występują ponadto spore dysfunkcje neurokognitywne. Typowe dla schizofrenii jest także upośledzenie funkcji poznawczych wśród, których wymienić można pamięć i uwagę. Skutkuje to występowaniem dezorganizacji i słabych wyników funkcjonalnych. Co więcej dysfunkcje poznawcze uznawane są za główne deficyty w schizofrenii. Wiele badań pokazuje jak powyższe dysfunkcje mają silny wpływ na prezentację kliniczną choroby oraz codzienne funkcjonowanie chorych [1].

Termin schizofrenia został użyty po raz pierwszy w 1908 roku przez Bleulera, który to wprowadził pojęcie 4A, które to miała służyć do opisanie podstawowych, pierwotnych objawów tejże choroby, do których zaliczamy: ambi (współwystępowanie sprzecznych sądów, uczuć, dążeń i trudności podczas rozumienia przeżyć emocjonalnych oraz niezgodności wśród treści wypowiedzi, a ekspresji ciała), autyzm (myślenie de reistyczne, oderwanie od rzeczywistości, izolowanie się od świata, zamknięcie w sobie, skupianie na życiu wewnętrznym), zaburzoną asocjację (brak występowania logicznego związku pomiędzy wypowiedziami, a zachowaniem pełni sprawności myślenia) oraz afekt tępy (sztywność emocjonalna, brak modulacji afektu zależnie od sytuacji) [2].

Na podstawie wyników badań epidemiologicznych można zauważyć wzrost zachorowań na schizofrenię. Liczba osób chorych na całym świecie oscyluje w granicy ponad 21 milionów, natomiast zgodnie z danymi Fundacji Pro Domo kalkuluje się występowanie tej choroby u przeszło 2% populacji polskiej [3].

Rozpoznanie choroby często następuje u osób młodych, a co za tym idzie, osoby chore potrzebują długotrwałego leczenia, świadczenia usług związanych z niepełnosprawnością, wsparcia społecznego, natomiast chorzy w dużej mierze spotykają się z uprzedzeniami wśród społeczeństwa, nierównym traktowaniem czy też napiętnowaniem [4].

Na wystąpienie choroby mają wpływ czynniki: genetyczne, infekcyjne oraz biochemiczne. Najistotniejsze dla rozwoju tej choroby stały się teoria neurorozwojowa, jak również istota układu glutaminergicznego. Schizofrenia jest natomiast określana jako choroba neurorozwojowo-neurodegeneracyjna. Przyczynia się do powstawania zaburzeń

poznawczych, będących czynnościami psychicznymi niezbędnymi do uzyskiwania orientacji w otoczeniu społecznym [3].

Coraz częściej bierze się pod uwagę jakość życia osób ze schizofrenią. Ocenia się ją by podnieść poziom funkcjonowania chorujących. Poprawić ją można wieloaspektowo, gdyż wpływ na nią ma wiele czynników zaczynając od tych, które związane są z przebiegiem choroby samej w sobie, poprzez środowisko, z którym chory ma bezpośredni kontakt, a kończąc na terapii farmakologicznej zastosowanej u danego pacjenta. Dąży się do osiągnięcia przez człowieka dobrostanu, do którego zdobycia potrzebny jest również pełny rozwój seksualności, która to jest nierozłączną częścią osobowości każdego człowieka.

Ponadto u osób chorujących na schizofrenię zaburzenia seksualności występują pod różnymi postaciami. Psychoza u niektórych z nich charakteryzuje się omamami, urojeniami erotycznymi, aktami seksualnymi, a nawet ciążą. Podczas trwania ostrego epizodu psychiatrycznego mogą nasilać się zachowania seksualne [5]. W większej jednak mierze dochodzi do upośledzenia funkcji seksualnych, wśród których wymienić można: zmniejszenie pożądania, a także zaburzenia erekcji, ejakulacji czy orgazmu [6].

OGÓLNE INFORMACJE O SCHIZOFRENII

Definicja schizofrenii

Pojęcie schizofrenia wprowadził E. Bleuer od greckiego wyrazu *schizo* (rozłupuję, rozszczepiam) oraz *fren* (umysł, wola, serce). Jest to tajemnicze zaburzenie, które przez lekarzy psychiatrów nazywane jest delficką wyrocznią psychiatrii, ponieważ skupiają się w niej najistotniejsze zagadnienia ludzkiej psychiki [7].

Schizofrenia wyróżnia się charakterystycznymi zmianami w myśleniu i postrzeganiu, ale również niedostosowanym, a także spłyconym afektem. Z upływającym czasem trwania choroby tworzą się deficyty poznawcze, pomimo zachowania pełnej jasności świadomości oraz sprawności intelektualnej na początku choroby. Przekształceniu ulegają odczuwanie swojej indywidualności, odrębności, jak również zdolności kierowania sobą [8].

Rodzaje schizofrenii

Zgodnie z wciąż obowiązującą klasyfikacją ICD-10 wyróżnia się siedem postaci schizofrenii (Tabela 1).

Tabela 1. Klasyfikacja schizofrenii wg ICD-10 [9].

F20.0	Schizofrenia paranoidalna
F20.1	Schizofrenia hebefreniczna
F20.2	Schizofrenia katatoniczna
F20.3	Schizofrenia niezróżnicowana
F20.4	Depresja poschizofreniczna
F20.5	Schizofrenia rezydualna
F20.6	Schizofrenia prosta

- Schizofrenia paranoidalna (F20.0) - jest to najczęściej diagnozowany rodzaj schizofrenii. Dominującymi objawami w tym typie są: urojenia, omamy oraz pseudoomamy. Najczęściej obserwowanymi urojeniami w tym rodzaju choroby są: urojenia prześladowcze, wielkościowe, odnoszące, posłannicze, zmiany w ciele lub niewierności, pochodzenia, z omamów najczęściej występującymi są: omamy słuchowe nakazujące lub grożące.

- Schizofrenia heberfreniczna (F20.1) - określana jest również jako schizofrenia zdezorganizowana, charakterystycznymi cechami tego rodzaju choroby są stopień lub dezorganizacja afektu, reakcje emocjonalne niedostosowane do sytuacji, ale też chaotyczne, bezcelowe i niespójne zachowania lub myślenie.
- Schizofrenia katatoniczna (F20.2) - w tym wypadku wiodącym objawem jest zmniejszenie lub całkowity brak kontaktu z otoczeniem oraz objawy katatoniczne takie jak: osłupienie, sztywność mięśniowa, podniecenie katatoniczne, negatywizm, a także zjawiska typu echolalii, ehomimii, echopraksji, autyzm nakazowy i giętkość woskowa. Rozpoznanie tego typu choroby następuje na podstawie występowania co najmniej jednego z objawów katatonicznych przez okres nie krótszy niż 2 tygodnie.
- Schizofrenia nie zróżnicowana (F20.3) - jest rodzajem schizofrenii, do którego rozpoznania potrzebne jest występowanie cech charakterystycznych dla co najmniej kilku różnych rodzajów zaburzeń schizofrenicznych jednocześnie.
- Depresja poschizofreniczna (F20.4) – to rodzaj choroby, w którym w ciągu roku od rozpoznania schizofrenii wciąż utrzymują się jej pojedyncze objawy niecharakterystyczne oraz niewystarczające do rozpoznania pełnoobjawowej schizofrenii, towarzyszą im natomiast objawy zespołu depresyjnego.
- Schizofrenia rezydualna (F20.5) - zwana inaczej jako ubytkowa, jest postacią choroby, z głównie dominującymi objawami negatywnymi schizofrenii, do rozpoznania tego typu objawy muszą utrzymywać się co najmniej 1 rok.
- Schizofrenia prosta (F20.6) – uznawana za podstawowy rodzaj schizofrenii; początek jej występuje zazwyczaj w dzieciństwie lub w okresie adolescencji, rzadko dochodzi do poprawy, choroba rozwija się wolno, ale stale. Wśród objawów, które utrzymują się przewlekłe przez co najmniej 1 rok są; utrata napędu i zainteresowań, bezcelowość, zabsorbowanie własną osobą, bezmyślność, wycofanie społeczne, oraz objawy negatywne, a także spadek funkcjonowania społecznego, zawodowego oraz pogorszenie wyników w nauce, w typie tym nie występują omamy, urojenia oraz pseudoomamy [10, 11].

Epidemiologia Schizofrenii

Częstość występowania schizofrenii wynosi niespełna 1%, wówczas gdy zapadalność oscyluje w granicy około 15 na 100 000 osób. Mediana ryzyka zachorowania podczas całego życia wynosi 7.2/1000 osób [12].

Zgodnie z danymi WHO schizofrenia swoim zasięgiem obejmuje przeszło 20 milionów ludzi, czyli 1/ 300 osób na świecie. Wśród dorosłych wskaźnik ten wynosi 1 na 222 osoby, czyli 0.45%. Jest to choroba mniej powszechna od innych zaburzeń psychicznych. Zachorowalność na tą chorobę występuje w późnym okresie dojrzewania, ale również po dwudziestym roku życia i jest bardziej powszechna u mężczyzn, niż u kobiet [13].

Chorujący na schizofrenię są 2-3 razy bardziej narażeni na przedwczesną śmierć niż ludzie zdrowi. Często jest to skutek równoczesnego chorowania na choroby fizyczne, z których wyróżnić możemy choroby: układu krążenia, metaboliczne i zakaźne [14].

Dane dotyczące liczby pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii dobrze przedstawia poniższa tabela. Zauważono tendencję spadkową w przypadku schizofrenii, znaczny wzrost ilości zachorowań na schizofrenię paranoidalną. Co ciekawe, prawie dwukrotnie wzrosła liczba przypadków zapadnięcia na schizofrenię innego rodzaju niż paranoidalna (Tabela 2).

Tabela 2. Liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w latach 2009-2018 [15]

ICD-10	Rok										2018 vs. 2009
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
F20	113 016	111 211	111 866	104 415	99 444	94 797	91 194	85 955	81 591	78 259	-31%
F20.0	56 799	59 695	70 052	78 803	83 869	86 626	88 137	88 594	90 468	92 371	63%
F20.1	519	508	642	625	672	609	669	593	551	469	-10%
F20.2	611	616	672	691	673	613	651	614	572	527	-14%
F20.3	1157	1175	1554	1832	1922	2106	2032	2211	2256	2375	105%
F20.4	932	969	1344	1665	1703	1747	1766	1702	1612	1594	71%
F20.5	9502	9479	11 463	13 659	14 218	14 392	14 311	14 275	14 178	14 244	50%
F20.6	550	592	821	869	860	792	938	785	815	791	44%
F20.8	1035	1260	1915	1997	1947	1854	2007	2122	2211	2370	129%
F20.9	1597	2324	2576	2234	1938	1859	1810	1932	1960	1913	20%
Razem	153 028	155 974	160 702	166 372	166 351	165 885	165 051	163 849	162 581	160 854	5%

Czynniki ryzyka schizofrenii

Wśród środowiskowych czynników ryzyka wyróżnić możemy:

- urazy głowy w młodzieńczym wieku
 - Udowodniono, że urazy mogą mieć znaczący wpływ na zachorowalność na omawiane zaburzenie psychiczne. Uraz głowy może powstawać w konsekwencji genetycznie uwarunkowanych zaburzeń równowagi i narażone są na nie bardziej osoby chore na schizofrenie i ich krewni [16].

- stosowanie kannabinoli
 - Potwierdzono występowanie związku pomiędzy stosowaniem kannabinoli, a ryzykiem zachorowania na omawianą jednostkę schizofrenię. Stosowanie wymienionych substancji poniżej 18 roku życia może zwiększyć ryzyko choroby nawet ponad dwukrotnie w stosunku do osób nie stosujących tego typu używek [17].
 - Dodatkowo u osób ze stwierdzoną chorobą mogą zaostrzać objawy, powodować nawrót, jak również pogarszać przebieg choroby [18].
- emigracja
 - Czynniki ten może przyczyniać się zarówno do chorób somatycznych, ale też psychicznych biorąc pod uwagę bardzo dużo czynników ryzyka zdrowotnego, z którymi stykają się osoby emigrujące, ale również ich rodziny. Wśród czynników ryzyka zdrowotnego możemy wymienić między innymi: stres, złe odżywianie się, brak odpoczynku, złe warunki mieszkaniowe, poczucie wykorzystania, brak lub niedostateczna opieka medyczna oraz osamotnienie [19].
- problemy społeczne
 - Kolejnym czynnikiem są problemy społeczne do których zakwalifikować możemy: akulturyzację, zaburzenia tożsamości i dyskryminację. Potwierdzono, iż osoby doświadczające wymienionych problemów chorują częściej niż osoby ich nie doświadczające [20].
- Urbanizacja
 - Czynniki społeczne i ekonomiczne mają również istotny wpływ na zachorowalność na schizofrenię. Udowodniono, że ryzyko zwiększa się półtorakrotnie u osób zamieszkujących w dużych aglomeracjach miejskich, natomiast u osób zamieszkujących środowiska mniej zurbanizowane ryzyko jest dużo mniejsze [21].
- powikłany okres perinatalny
 - Wśród czynników ryzyka okresu perinetalnego są zakażenia bakteryjne i wirusowe w okresie ciąży, konflikt serologiczny, cukrzyca, krwawienia w przebiegu ciąży, niska masa urodzeniowa oraz powikłania okołoporodowe, do których zaliczyć można poród przedwczesny [16, 22].

Etiologia schizofrenii

W etiologii schizofrenii znaczącą rolę odgrywają czynniki genetyczne (biologiczne), środowiskowe, ale również psychologiczne. Okresy dojrzewania oraz dzieciństwa są głównymi etapami rozwoju biopsychospołecznego. Wiele zaburzeń rozwija się przed 18. rokiem życia. Czynniki dziedziczne odgrywają większą rolę w przypadku dzieci i młodzieży, niż osób, które już dorosły. W przypadku wystąpienia schizofrenii u rodzica lub też rodzeństwa istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia jej objawów w okresie dzieciństwa lub dojrzewania [23, 24].

Najpopularniejsza z hipotez z zakresu patofizjologii schizofrenii to hipoteza braku łączności. Zgodnie z jej teorią zasadnicze objawy schizofrenii zapoczątkowane są dysfunkcjami w połączeniach sieci neuronowych pomiędzy różnymi częściami mózgu, jak również brak harmonii aktywności nerwów obwodowych i lokalnych, a nie patologiami w konkretnych jego miejscach. Nieprawidłowości te odpowiadają za zaburzanie różnorodnych procesów umysłowych, co określa się mianem dysmetrii poznawczej [25, 26, 27].

W schizofrenii, której początek jest wczesny podstawową z hipotez jest teoria neurorozwojowa, która to zakłada, iż zmiany w OUN pojawiają się w okresie okołoporodowym, ale też prenatalnym [28]. Teoria neurorozwojowa, zakłada także działanie czynnika uszkodzającego i predyspozycję genetyczną w okresie życia płodowego lub zaraz po porodzie. Konsekwencją czego rozwój mózgu jest nieprawidłowy, a co za tym idzie upośledzeniu ulega odporność na czynniki psychospołeczne oraz stresogenne [29].

Jedną z kilku teorii powstawania tej choroby jest teoria dopaminergiczna, zgodnie z którą objawy choroby związane są ze zwiększoną stymulacją dopaminą w obszarze struktur limbicznych. Teoria nie obejmuje co prawda samej etiologii schizofrenii, stanowi jednak standard wśród współczesnego myślenia o tej chorobie [30, 31, 32].

Ponadto istnieje również zbiór teorii, które to łączą powstawanie schizofrenii z czynnikami środowiskowymi, wśród których znajdują się: zamieszkiwanie terenów zurbanizowanych, doznanie stresu dzieciństwie, ale również stosowanie kannabinoli w młodości [33, 34, 36].

Objawy schizofrenii

Schizofrenia to najczęstsze funkcjonalne zaburzenie psychotyczne i może wywoływać różne objawy u osób chorych. Wbrew informacji publicznej choroba ta nie ma związku z „rozdwojoną osobowością”. Jest przewlekłym zaburzeniem, zakłócającym myślenie i afekt

chorych. Ta jednostka chorobowa znacząco utrudnia osobom chorym zarówno uczestnictwo w życiu społecznym, jak i budowanie znaczących relacji.

Izolacja społeczna łącznie z innymi zachowaniami schizoidalnymi, przepowiada pierwszy epizod psychotyczny. Są natomiast osoby, u których nie występują symptomy poprzedzające zachorowanie. Epizod psychotyczny cechuje się pojawieniem się specyficznych dla chorego objawów, które w umyśle pacjenta obrazują „fałszywą rzeczywistość” [36].

Objawy schizofrenii podzielić można na pozytywne, negatywne i poznawcze. Każdy z nich jest istotny w diagnostyce, gdyż pomagają lekarzowi w rozróżnieniu schizofrenii od innych zaburzeń psychicznych, do których należą zaburzenie depresyjne z cechami psychotycznymi, zaburzenie schizoafektywne i choroba afektywna dwubiegunowa z cechami psychotycznymi.

Objawy pozytywne są do zidentyfikowania najłatwiejsze i skwalifikować je można jako „zachowania psychotyczne u zdrowych ludzi niespotykane”. Wśród tych objawów są halucynacje, pseudohalucynacje, urojenia oraz niepoprawne zachowania motoryczne o różnorodnym stopniu nasilenia.

Objawy negatywne są natomiast trudniejsze do rozpoznania i mają związek z dużą zachorowalnością, gdyż zakłócają emocje, a jednocześnie zachowanie chorego. Najczęstszymi z nich są spłycona ekspresja emocjonalna oraz awolicja czyli pomniejszone skoncentrowanie zachowań zorientowanych na cel. Chorzy odczuwać mogą także alogię i anhedonię. Istotne jest zrozumienie objawów negatywnych, które mogą mieć podłoże pierwotne w rozpoznaniu schizofrenii, ale również być rezultatem współistnienia diagnozy psychiatrycznej, a nawet czynników środowiskowych.

Objawy poznawcze są niedawno odkrytą kwalifikacją schizofrenii. Są one nieschematyczne, a co za tym idzie muszą się mocno akcentować, aby zostały zauważone przez inną osobę. Obejmują one chaotyczną mowę, myślenie oraz uwagę, co ma duży wpływ na zdolność osoby chorej do komunikowania się [37].

U chorych mogą dodatkowo wystąpić problemy związane z użytkowaniem substancji psychoaktywnych, jakimi są alkohol, tytoń oraz leki wydawane na receptę. Depresja, lęk, zaburzenia obsesyjno- kompulsywne i panika są również nieodłącznym elementem schizofrenii i zaostrzają tym samym jej objawy. Charakterystyczny wśród chorych jest również brak świadomości choroby. Objaw ten wiąże się z nieprzestrzeganiem zaleceń, częstymi nawrotami choroby, słabym funkcjonowaniem społecznym oraz niedostateczną higieną a co za tym idzie gorszym rokowaniem [36, 37].

Główne objawy jak i choroby współistniejące prowadzą ostatecznie do niewydolności społecznej i zawodowej co w konsekwencji utrudnia zdobycie pełnego wykształcenia, utrudniając znalezienie jak i utrzymanie stabilnej, dobrze płatnej pracy. Pacjenci izolują się społecznie, ale tym samym potrzebują wsparcia, aby poradzić sobie podczas nawrotów choroby i objawów [37].

Diagnostyka schizofrenii

Celem trafnego diagnozowania, lekarze psychiatrzy na całym świecie wykorzystują klasyfikację chorób czyli standaryzowane kryteria, umożliwiające postawienie lub wykluczenie przewidywanego rozpoznania. W Europie w dużej mierze stosowana jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób- ICD 10, natomiast w Stanach Zjednoczonych- Podręcznik Diagnostyki i Statystyki Zaburzeń Psychiczych- DSM-V. Klasyfikacje te wspólnie się uzupełniają, natomiast nieznaczne rozbieżności obrazują odmienne koncepcje kliniczne w psychiatrii. Wskazówki zawarte w klasyfikacjach, pozwalają również na formułowanie wniosków oraz planowanie trafionego leczenia, a także niezbędnych działań rehabilitacyjnych [38].

W tabeli poniżej przedstawiono kryteria diagnostyczne schizofrenii (Tabela 3).

Obraz kliniczny i kombinacje objawów schizofrenii znacznie różni się wśród chorych, ale również może zmieniać się w czasie. Nie wynaleziono testów ani badań laboratoryjnych, które ułatwiłyby diagnostykę tejże choroby, natomiast objawy bywają problemowe do rozpoznania, a co za tym idzie nieustannie dochodzi do błędnej diagnozy lekarskiej [39].

Aktualnie do diagnostyki w psychiatrii coraz częściej stosuje się wyspecjalizowane techniki, pośród nich są; elektroencefalografia (EEG), w niej również potencjały wywołane ERPs-event-relatedpotentials), funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI-functional magnetic resonance imaging) i spektroskopia w bliskiej podczerwieni (fNIRS-functional near-infrared spectroscopy). Neuroobrazowanie fMRI stosuje się w badaniach naukowych, ale również w praktyce klinicznej w wypadku całego szeregu zaburzeń psychicznych, zarówno na etapie rozpoznawania, prognozy oraz interwencji [40, 41]. Za sprawą wysokiej dokładności diagnostycznej odgrywa znaczącą rolę w dzisiejszej psychiatrii [42]. Obrazowanie fMRI jest metodą pomiaru aktywności mózgu bazującą na sygnale generowanym przez niezgodność krwi utlenowanej i pozbawionej tlenu w sekwencji BOLD.

Badanie rsfMRI pozwala na zaobserwowanie różnic w łączności funkcjonalnej pomiędzy osobami ze schizofrenią, a osobami zdrowymi. U chorych zauważono zmniejszenie integralności funkcjonalnej w wielu obszarach mózgu. Radykalnie zmniejszona łączność

występuje w prawym i lewym zakręcie przyśrodkowym, obustronnym zakręcie środkowym skroniowym oraz przednim i tylnym zakręcie obręczy. Zwiększoną łączność zaobserwowano natomiast w obrębie prawego bieguna skroniowego, lewego hipokampu, tylnego zakrętu obręczy oraz prawego ciała migdałowego. Różnice w łączności uważane są za potencjalne markery czyli czynniki, które różnicują osoby zdrowe i chore [43].

Tabela 3. Kryteria diagnostyczne schizofrenii [38].

ICD-10	DSM-V
G1. Co najmniej jeden z zespołów wymienionych w punkcie 1, lub co najmniej 2 – jeżeli występują przez większość czasu trwania epizodu psychotycznego, utrzymującego się co najmniej jeden miesiąc (lub okresowo w ciągu większości dni tego okresu)	A. Charakterystyczne objawy min. 2 w ciągu 1 miesiąca lub krócej jeśli skutecznie leczone:
1. a) echo, nasylanie, zabieranie, rozgłaszanie myśli, b) urojenia oddziaływania, wpływu, owładnięcia c) omamy słuchowe komentujące, dyskutujące w 3 os. lub inne głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała d) utrwalone urojenia innego rodzaju (niedostosowane kulturowo) 2. e) utrwalone omamy z jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia przez co najmniej miesiąc i towarzyszą im urojenia f) neologizmy, przerwy, wstawki w toku myślenia prowadzące do rozkojarzenia g) zachowania katatoniczne h) objawy ubytkowe	1) Urojenia 2) Omamy 3) Mowa zdeorganizowana 4) Zachowanie rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne 5) Objawy negatywne
G2. 1. Wykluczenie stanu maniakalnego, depresyjnego, 2. Zaburzenie nie jest związane z chorobą mózgu, zatruciem, uzależnieniem lub odstawieniem substancji psychoaktywnej.	B. Społeczna/ zawodowa dysfunkcja C. Czas trwania choroby- 6 mies. (w tym min. 1 mies. objawów (lub mniej jeśli leczone) z kryterium A, okres zwiastunowy lub rezydualny D. Wykluczenie zaburzenia schizoaфекtywnego i zaburzenia nastroju E. Wykluczenie substancji/stanu ogólnomedycznego F. Stosunek do całościowego zaburzenia rozwojowego (min. 1 mies. urojenia lub omamy)

Badania rsFC wykazały natomiast zaburzenia łączności, które zasięgiem swoim obejmują zbiór sieci mózgowych. W przeciwieństwie do osób zdrowych, u chorych zaobserwowano istotne połączenia pomiędzy wybranymi obszarami zainteresowania, a regionami sieci słuchowej, domyślnej oraz czuciowo- ruchowej. U chorych nie wykryto 13 natomiast łączności między wybranymi obszarami i regionami. W obrębie sieci, przeciwnie do zdrowych, u których łączność występowała [44].

Rezonans funkcjonalny (fMRI) wykorzystywany jest do różnicowania osób zdrowych oraz chorych na schizofrenię. Antyskolorowane sieci pomiędzy częściami podkorowymi i korowymi są nieprawidłowe co może być potencjalnym biomarkerem schizofrenii. Zmniejszeniu ulega również antykorelacja we wzgórzu i zwojach podstawnych w przeciwieństwie do osób zdrowych [45].

Leczenie schizofrenii

Typowo leczenie schizofrenii opiera się na dwóch jej obszarach- objawach psychopatologicznych oraz deficytach neurokognitywnych. Dzięki rozwojowi nowoczesnych opcji terapii (nowej generacji leki przeciwpsychotyczne, warianty psychoterapeutyczne, biologiczne metody stymulacji mózgu przy użyciu pola magnetycznego czy też prądu elektrycznego i wielu innych metod między innymi rehabilitacji funkcji poznawczej), lekarze psychiatrzy dążą do stworzenia bardziej kompletnego i złożonego modelu zdrowienia, obejmującego również poprawę funkcjonalną chorych, co niestety w dalszym ciągu jest trudne do zrealizowania. Do osiągnięcia tego stanu niezaprzeczalnie konieczne jest uzyskanie remisji lub co najmniej złagodzenia negatywnie wpływających na codzienne funkcjonowanie objawów psychopatologicznych. Leczenie farmakologiczne stanowi natomiast podstawową, bazę do uzyskania poprawy funkcjonalnej. Przede wszystkim leczenie farmakologiczne pozwala wyeliminować bądź zredukować urojenia i omamy, będące typowymi objawami tejże choroby [46].

W terapii farmakologicznej schizofrenii stosuje się leki neuroleptyczne (przeciwpsychotyczne). Leki te niwelują stany pobudzenia i agresji, a także zapobiegają nawrotom choroby. Mechanizm działania przeciwpsychotycznego neuroleptyków wynika w głównej mierze z blokowania funkcji receptorów dopaminergicznych oraz hamowania neuroprzekątnictwa w obszarach OUN. Większa część z nich silnie blokuje receptory D2 oraz D3, a także słabo receptory D1 i D5.

Neuroleptyki typowe (I generacji, klasyczne) to leki przeciwpsychotyczne, które w podobnym stopniu hamują przekątnictwo dopaminergiczne w układzie limbicznym

i prążkowiu. Do neuroleptyków typowych o budowie trójkcyjckiczej zalicza się do: pochodne fenotiazyny, pochodne tioksantenów, za to do neuroleptyków o budowie wielopierścieniowej przynależą pochodne butyfenonów i difenylobutylopiperydyny. Przedstawicielem pochodnych fenotiazyny jest chlorpromazyna będąca pierwszym neuroleptykiem zastosowanym do leczenia schizofrenii. Oprócz blokowania receptorów D2 i D1 wykazuje ona również działanie antagonistyczne odnośnie do receptorów adrenergicznych α_1 , histaminowych H1, muskarynowych M1, co wiąże się z pojawianiem się działań niepożądanych. Wśród tioksantenów o budowie trójkcyjckiczej są chlorprotiksen, flupentiksoli i zyklopiptiksoli. Dostępną jedynie na rynku, pochodną butyrofenonu jest natomiast haloperidol, który oprócz silnego działania przeciwpsychotycznego, stosowany jest również w odpornych na standardowe leczenie wymiotach, w okresie przedoperacyjnym, a także wspomagająco w bólu przewlekłym, tikach oraz schorzeniach neurologicznych.

Neuroleptyki atypowe (leki przeciwpsychotyczne II generacji- LPIIG) działają głównie poprzez hamowanie przekazywania serotonergicznego poprzez blokadę receptorów 5-HT₂ oraz antagonizm wobec receptorów dopaminergicznych D2. Większość leków z tej grupy działa blokując na receptory noradrenergiczne typu α_1 , niektóre z nich natomiast również na receptory histaminowe H1. Do neuroleptyków atypowych o budowie trójkcyjckiczej należą: kłozapina, olanzapina oraz kwetiapina. Natomiast budowę wielopierścieniową mają: lurasydol, aripiprazol, risperidon, sertindol, sulpizyd i ziprazidon. Leki te w przeciwieństwie do leków I generacji silniej blokują receptory 5-HT₂, dodatkowo działają na receptor D2, krócej jednak od leków I generacji. Mają silne działanie przeciwpsychotyczne, przeciwaustyczne i aktywizujące. Stosuje się je głównie w schizofrenii w przewadze objawów negatywnych. Leki te wywołują mniej objawów niepożądanych w porównaniu do neuroleptyków klasycznych. Ponadto od niedawna dostępne w Polsce są dwa neuroleptyki III generacji – breksipiprazol i karpiprazyna. [47].

Alternatywnym, ale równie ważnym aspektem leczenia schizofrenii jest psychoterapia. W przypadku podjęcia próby skutecznego leczenia tej choroby, leczenie powinno skupiać się na różnorodnych oddziaływaniach psychospołecznych, tj. psychoedukacja, psychoterapia czy też terapia zajęciowa. Wyżej wymienione formy terapii nie tylko korzystnie wpływają na egzystencję pacjenta i radzenie sobie z nową sytuacją, jak i również przynoszą pozytywny wpływ w aspekcie współpracy osoby chorej i jego rodziny w leczeniu. Metody psychoterapeutyczne są w stanie zagwarantować poprawę po opanowaniu ostrych epizodów psychotycznych, a także sprzyja regularnemu przyjmowaniu leków przez pacjenta, co jest ważną kwestią by uzyskać poprawę jego stanu zdrowia [48].

Psychoedukacja w schizofrenii nie jest tylko i wyłącznie profilaktycznym działaniem by uzmysłowić choremu jak i jego najbliższemu jak rozwija się choroba, w jaki sposób przebiega czy też jakie są jej podstawowe objawy. Ważną rolą psychoedukacji jest przede wszystkim podjęcie próby poznania indywidualnego charakteru choroby u danej jednostki (np. czynników sprzyjających jej nawrotowi), a także powinno to polegać na głębokim przeanalizowaniu przebiegu ewentualnego nawrotu objawów schizofrenii, co w konsekwencji ma zabezpieczyć pacjenta w przypadku nawrócenia jej objawów – szczególnie w celu szybkich ich identyfikacji i podjęcia odpowiedniego leczenia. Jednym z zadań wynikających z odpowiednio przeprowadzonej psychoedukacji jest szukanie odpowiednich metod radzenia sobie z trudnościami wynikającymi przewlekłości schizofrenii [48].

Również ważną rolą w leczeniu schizofrenii jest psychoterapia. Zależnie od przebiegu choroby psychoterapia może przyjmować różne formy, których wybór zależny jest przede wszystkim od fazy choroby, w której znajduje się osoba zaburzona. W pierwszej fazie choroby znacznie większe znaczenie powinna mieć psychoterapia wspierająca, natomiast w późniejszym okresie terapia poznawczo – behawioralna (CBT), bądź treningi funkcjonowania poznawczego. Biorąc pod uwagę również to, jak duże znaczenie w leczeniu schizofrenii ma odpowiedni tryb życia chorego, to współpraca z rodziną może mieć bardzo duże znaczenie terapeutyczne – to właśnie najbliżsi są w stanie pomóc choremu w przyjmowaniu leków o określonych porach, podejmowaniu właściwej aktywności fizycznej, pomoc choremu w zadbaniu o właściwie zbilansowaną dietę czy też zatoszczenie się o właściwą dla niego ilość snu. Odpowiednio uświadomiona i przeszkolona rodzina stanowi fundament przy szybkim i właściwym rozpoznaniu nawrotu schizofrenii. Bliscy chorego przyczyniają się do odpowiedniego motywowania pacjenta w okresie poprawy jego samopoczucia, jak i mogą pełnić rolę wspierającą i przyjmującą na siebie niektóre obowiązki chorego w momencie pogorszenia się jego zdrowia [48].

Istnieje wiele odmian terapii zajęciowych, a ich odpowiednie dopasowanie jest związane przede wszystkim ze stanem psychicznym pacjenta, skupiając się przede wszystkim na tym by doprowadzić go do optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Celem terapii zajęciowej jest przede wszystkim pomoc choremu w radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z jego choroby, oraz odzyskanie dawnej sprawności oraz umiejętności (np. wyrażania siebie w rozmowie z innymi ludźmi, planowania sobie dnia, swoich ulubionych rozrywek, czy też dbania o higienę). Terapia zajęciowa może dać pacjentowi same korzyści – w jej ramach chorzy mogą nauczyć się nowego zawodu, osiąść nowe umiejętności (np. obsługa komputera), czy też mogą podjąć próbę rozwoju swoich zdolności artystycznych (np.

rękodzieło - malowanie własnych obrazów, wykonywanie ozdób świątecznych itp.). rozwijanie zdolności artystycznych może pomóc choremu w wyrażaniu siebie czy też w opisanu jego choroby – dzięki temu stają się oni zdecydowanie lepiej zrozumiani przez środowisko, co w następstwie jest w stanie doprowadzić do zawarcia nowych znajomości, czy też zdobycie większej akceptacji społecznej [48].

Od 1938 roku do jednych z metod leczenia schizofrenii wprowadzono metodę elektrowstrząsów (EW). Mimo tego, iż elektrowstrząsy nie są uznawane za podstawową metodę terapeutyczną w przypadku schizofrenii, to w dalszym ciągu są stosowane. EW uważane są w głównej mierze jako ostateczność, przede wszystkim w przypadku kiedy leczenie farmakologiczne jak i psychoterapia nie doprowadza do zadowalających efektów. Dość częstą praktyką jest również wprowadzenie elektrowstrząsów do terapii u osób cierpiących na schizofrenię u których dodatkowo stwierdzono (prócz objawów schizofrenii) objawy depresyjne.

Część leków przeciwpsychotycznych, może doprowadzić do gwałtownego wzrostu masy ciała u osoby chorej, bądź do zaburzeń ze strony gospodarki węglowodanowej, czy też lipidowej. Konsekwencją czego będzie rozwój zespołu metabolicznego. Pacjenci chorujący na schizofrenię, stosując farmakoterapię opartą na neuroleptykach, informowani są od początku terapii o skutkach ubocznych leków, które przyjmują, a także zostają poinformowani o tym, iż uważniej powinni dobierać produkty spożywcze, które spożywają. Łączenie leków przeciwpsychotycznych stosowanych przez chorych, w połączeniu z wysokokaloryczną, niezdrową dietą, drastycznie może doprowadzić do ekspresowego zwiększenia masy ciała. Ostatecznie, chory prócz choroby psychicznej jaką jest schizofrenia, może popaść w schorzenia somatyczne ściśle związane z nadmierną masą ciała (np. cukrzyca typu II) [49].

Metaanaliza 18 badań, wykonana przez badacza Josepha Fitha na wydziale psychologii i zdrowia psychicznego Uniwersytetu w Manchesterze obejmowała grupę 832 pacjentów. Wyniki badań na przeprowadzonej grupie jednoznacznie wskazały na to, iż przyjmowanie witamin z grupy B wraz z lekami stosowanymi przy leczeniu schizofrenii, u pewnej grupy pacjentów potrafią przynieść zdecydowanie lepsze efekty niż sama terapia farmakologiczna jedynie określoną grupą leków. Specjalista podkreślił również, iż najlepsze efekty uzyskuje się w przypadku podawania witaminy B we wczesnym stadium rozwoju schizofrenii. Współautor badania, Australijski profesor Jerome Sarris wskazał również, że prócz witaminy B, spożywanie większej ilości aminokwasów ma zbawienny wpływ na leczenie wczesnego stadium schizofrenii. Powołując się na inne badania, Sarris wspomniał również o cynku pomagającym w przypadku depresji. Warto zaznaczyć, iż dodatkowa

suplementacja witamin z grupy B, aminokwasów czy też cynku, nie powinno zastąpić leczenia schizofrenii odpowiednimi środkami przeciwpsychotycznymi [50].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Schizofrenia to poważna choroba, która ma ogromne znaczenie społeczne, ekonomiczne, a także zdrowotne. Powoduje ona znaczne pogorszenie jakości życia osób chorych, poprzez swoje objawy utrudniając im zdobycie odpowiedniego wykształcenia, co w konsekwencji prowadzi do problemów ze znalezieniem i utrzymaniem pracy. Objawy schizofrenii mają również istotny wpływ na poziom życia.

Cel pracy

1. Ocena jakości życia w kontekście domen życia pacjentów ze schizofrenią.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z rozpoznaną schizofrenią.

Metoda badania, która została zastosowana opierała się na sondażu diagnostycznym z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego oraz narzędzia standaryzowanego: kwestionariusza jakości życia WHOQOL- Bref.

WHOQOL- Bref który umożliwia otrzymanie profilu jakości życia badanych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiska. Każda z badanych dziedzin składa się z podskal. Dziedzina fizyczna obejmuje następujące podskale: czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energię i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen oraz zdolność do pracy. Dziedzina psychologiczna obejmuje wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocenę, duchowość /religię/, osobistą wiarę, myślenie /uczenie się/ pamięć/koncentrację. W skład dziedziny relacje społeczne wchodzi podskale takie jak: związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna. Dziedzinę środowisko tworzą podskale: zasoby finansowe, wolność /bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne /, zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość, środowisko domowe, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwość uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) oraz transport [51].

Skala badawcza zawiera dwa dodatkowe pytania podlegające dodatkowej analizie, a dotyczyły one oceny ogólnej jakości życia oraz oceny zdrowia dokonanej przez pacjentów.

Skala uzupełniona została sześcioma dodatkowymi pytaniami, dotyczącymi charakterystyki badanej grupy, w których zapytano chorych o: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania oraz czas trwania choroby.

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr APK.002.390.2023).

Charakter badania był dobrowolny oraz całkowicie anonimowy. Chorzy wyrazili zgodę na uczestniczenie w badaniu.

Poinformowano każdego z uczestników o celu przeprowadzenia badania, sposobie właściwego uzupełniania jak również o możliwości zrezygnowania z udziału w badaniach na

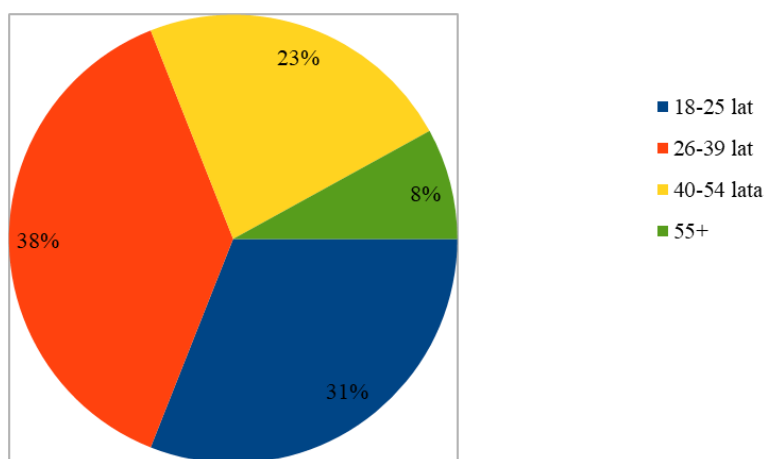
każdym ich etapie, a także o ochronie uzyskanych danych, zgodnie z obowiązującą ustawą o ochronie danych osobowych.

Wyniki ankiet, które otrzymano zakodowano i zgromadzono w programie Excel oraz Word.

CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

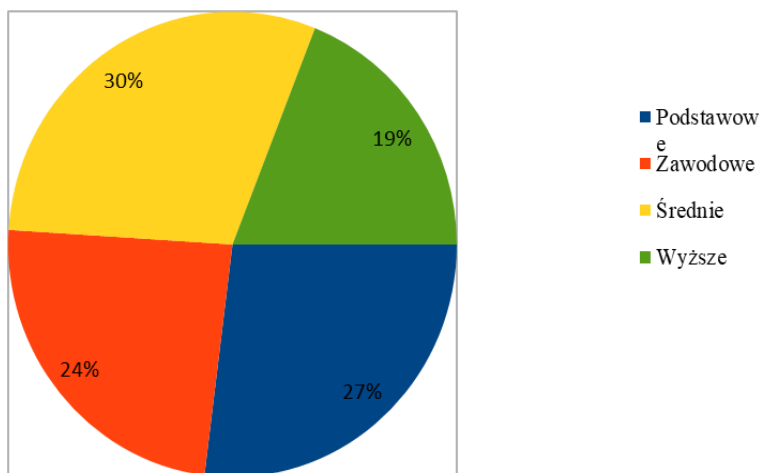
W badaniu wzięło udział 90 respondentów. Wśród ankietowanych było 46 kobiet (51%) - grupa I oraz 44 mężczyzn (49%) - grupa II.

Największą część wśród badanych stanowiły osoby w wieku 26-39 lat – było ich 34 (38%). Mniej liczna grupa respondentów była w wieku 18-25 lat – 28 osób (31% badanych). Osoby między 40 a 54 rokiem życia stanowiły 23% badanych (31 osób), a najmniej liczna grupa badanych była powyżej 55 roku życia – 7 badanych (8% liczebności grupy) – Ryc.1.



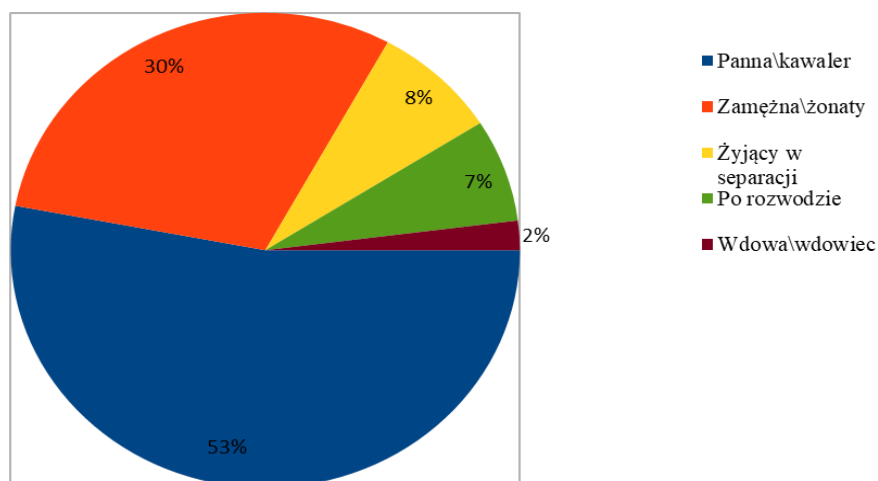
Rycina 1. Wiek.

Najbardziej liczną grupę wśród ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 27 osób (30%). Wykształcenie podstawowe posiadały 24 osoby (27%), 22 osoby (24%) - wykształcenie średnie, Najmniej liczna grupa respondentów posiadała wykształcenie wyższe – 17 osób (19%) (Rycina 2).



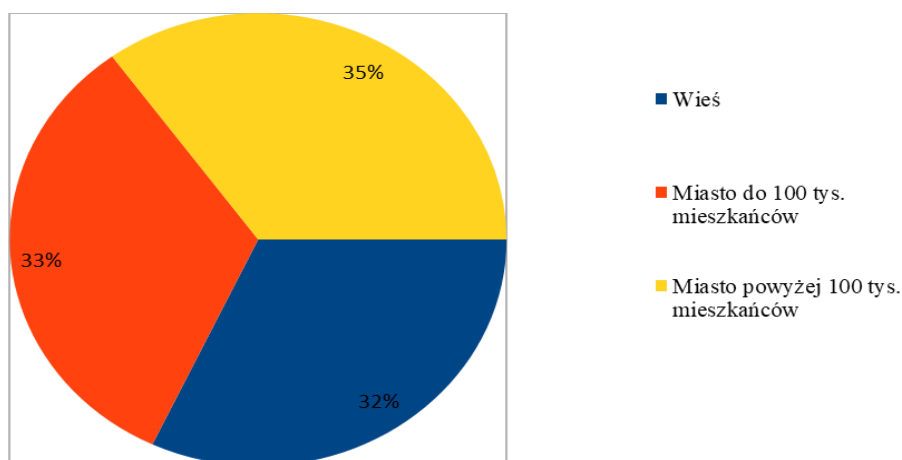
Rycina 2. Wykształcenie badanych

Największą częścią badanych stanowiły osoby będące pannami\ kawalerami – 48 respondentów (53%). Nieco mniej mniejsza grupa badanych była w związku małżeńskim – 27 osób (30%). Osób żyjących w separacji było zaledwie 7 (8% badanych), a rozwodników udzielających odpowiedzi było jedynie 6 (7%). Najmniej liczna grupa wśród badanych była wdową/wdowcem – takich osób było zaledwie 2 , co stanowiło 2% wszystkich odpowiedzi (Rycina 3).



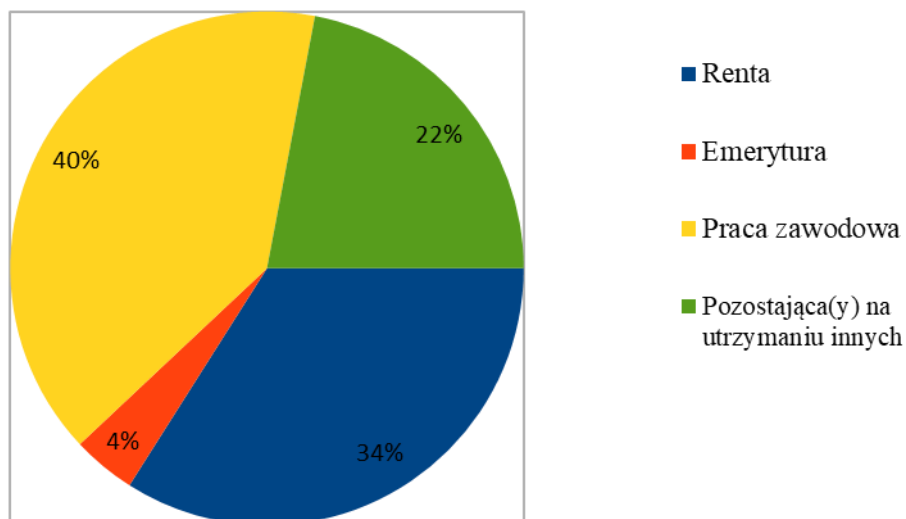
Rycina 3. Stan cywilny.

Największa część respondentów zamieszkuje miasto powyżej 100 tys. mieszkańców – 31 badanych (35%). Osoby mieszkające w mieście do 100 tys. mieszkańców stanowiły 33% wśród respondentów – 30 osób. Najmniej liczna grupa ankietowanych zamieszkuje obszary wiejskie – 29 osób (32%) (Rycina 4).



Rycina 4. Miejsce zamieszkania.

Na pytanie dotyczące źródła utrzymania udzielono łącznie 97 odpowiedzi. Najbardziej liczna grupa respondentów wskazała pracę zawodową jako główne źródło utrzymania – takich osób było aż 39, co stanowiło aż 40% wśród badanych. Nieco mniej liczna grupa ankietowanych wskazała rentę jako źródło utrzymania – 33 osoby (34%). 21 osób pozostaje na utrzymaniu innych (22% ankietowanych), natomiast najmniej liczna grupa ankietowanych utrzymuje się z emerytury – 4 osoby (4%) (Rycina 5).



Rycina 5. Źródło utrzymania.

WYNIKI

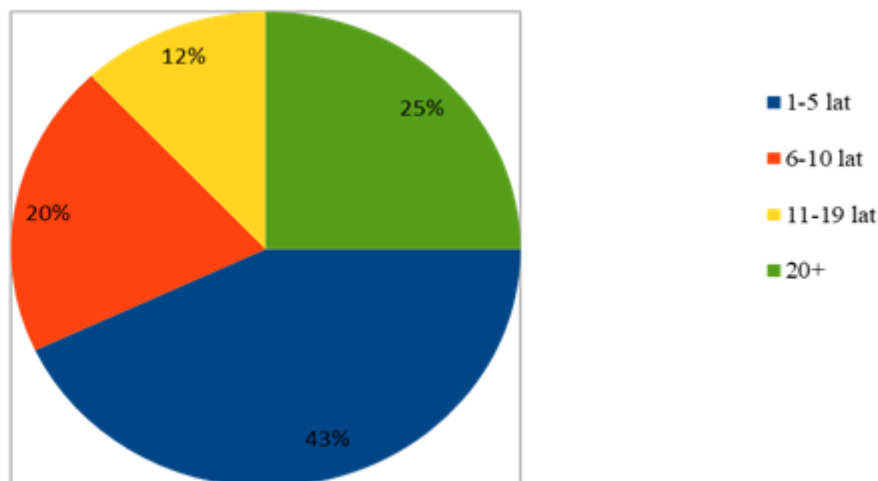
Badanych poproszono o samocenę swojej jakości życia w 5. stopniowej skali, gdzie ocena 1 była najniższą oceną jakości życia, ocena 3 oznaczała brak zdania u osoby badanej, natomiast ocena 5 przedstawiała bardzo duże zadowolenie z jakości życia.

Grupę pierwszą stanowiły kobiety w wieku od 18 do 68 lat (średnia wieku 26 lat), druga grupa to mężczyźni w wieku od 18 do 66 lat (średnia wieku 34 lata). Wyższa jakość życia u obojga płci była zdecydowanie wyższa w grupie powyżej 39. roku życia, jak i również obie grupy wiekowe mężczyzn zdecydowanie wyżej oceniają swoją jakość życia niż kobiety (Tabela 4).

Tabela 4. Średnia jakość życia (w punktach skali 5-punktowej) grupy mężczyzn i kobiet w zależności od wieku.

Wiek	Kobiety	Mężczyźni
Do 39 r.ż	2,28	2,79
Powyżej 39 r.ż	2,50	2,80

Poproszono ankietowanych o określenie od jakiego czasu chorują na schizofrenię. Najbardziej liczna grupa chorowała od 1 do 5 lat - 39 osób (43% badanych). Dość liczna grupa chorych zmagająca się z chorobą powyżej 20 lat – takich osób było aż 22 (25% odpowiedzi). 18 osób udzieliło odpowiedzi, iż choruje od 6 do 10 lat – 20 % odpowiedzi. Najmniej liczna grupa chorowała od 11 do 19 lat – takiej odpowiedzi udzieliło 11 osób (12%) (Rycina 6).



Rycina 6. Czas trwania choroby.

Przyglądając się średniej jakości zdrowia wśród badanej grupy, wyraźnie można zauważyć iż mężczyźni do 39. roku życia, cieszą się wyższą satysfakcją zdrowotną od kobiet w tym samym wieku (różnica 0,50), natomiast kobiety powyżej 39. roku życia zdecydowanie bardziej są usatysfakcjonowane swoim zdrowiem niż równolatkowie przeciwnej płci (różnica 0,16) (Tabela 5).

Tabela 5. Średnia jakość zdrowia grupy mężczyzn i kobiet w zależności od wieku.

Wiek	Kobiety	Mężczyźni
Do 39 r.ż	2,35	2,85
Powyżej 39 r.ż	2,66	2,50

Analizując wiek badanej grupy, nasuwa się również to, iż grupa wiekowa najbardziej narażona na schizofrenię znajduje się w przedziale 18-39 lat, co może świadczyć głównie o tym, iż schizofrenia należy do grupy chorób dotyczących ludzi głównie młodych, u których powstanie schizofrenii może być skutkiem stresów, szybkości życia, czy też posiadania innych chorób na tle psychicznym.

Wśród ankietowanych aż 53% stanowiły osoby nie będące w związkach – może to świadczyć o tym, iż brak bliskiej osoby obok, w codziennym życiu, może pogłębiać zmiany nastrojów chorego, doprowadzając w skutku do schizofrenii.

Dużą część badanej grupy, bo aż 43 % przyznało, iż choruje na schizofrenię od 1 roku do 5 lat. Z racji tego, iż schizofrenia może zaczynać się stopniowo – trwając od kilku miesięcy do kilku lat, to mimo tego, iż bliscy zauważają niepokojące zmiany zachowania chorego, to bardzo często je lekceważą i tłumaczą trudnościami w życiu osobistym pacjenta.

Osoby niepracujące utrzymywały się głównie z rent, emerytur bądź pozostawały na utrzymaniu innych. W badanej grupie aż 54,35% kobiet nie posiadało pracy, natomiast mężczyźni stanowili jeszcze większy odsetek bezrobocia – 59,1%. W przypadku pracy zawodowej, większy odsetek kobiet w momencie przeprowadzania analizy pracowało – 45,65%, natomiast grupa pracujących mężczyzn stanowiła mniejszość – pracę zawodową wykonywało tylko 40,9% (Tabela 6).

Tabela 6. Status zawodowy. Średnia jakość życia grupy mężczyzn i kobiet.

Status zawodowy	Kobiety	Mężczyźni
Pracuje	45,65%	40,9%
Nie pracuje	54,35%	59,1%

Zastosowanie odpowiedniej farmakoterapii oraz leczenia może przyczynić się do skrócenia czasu trwania choroby. Przeliczając średni czas trwania choroby w grupie kobiet i mężczyzn, widać drastyczną różnicę w psychice obydwu płci. Wyniki jednoznacznie pokazują, iż schizofrenia u mężczyzn trwa krócej – średnio 11 lat, natomiast wśród kobiet ten czas wydłużony jest o 3 lat - średnia długość trwania choroby u kobiet wynosi 14 lat.

Zastosowanie skali WHOQOL- Bref pozwoliło na otrzymanie profilu jakości życia badanych pacjentów ze schizofrenią w czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacjach międzyludzkich oraz w środowiskowej.

Sfera fizyczna jest bardzo ważna jeżeli chodzi o utrzymanie swojego ciała i umysłu w lepszej równowadze. Pod względem odczuć fizycznych osób dotkniętych schizofrenią, warto zwrócić uwagę, iż mężczyźni są bardziej zadowoleni z jakości życia pod względem odczuwania bólu fizycznego, energii życiowej, możliwości poruszania się i transportu, jakości snu, prowadzenia normalnego, codziennego życia oraz zdolności do pracy. Największe odchylenie, jeżeli chodzi o odczucia sfery fizycznej między płciami, można dostrzec w zdolności do pracy (różnica 0,76) oraz w możliwości przemieszczania się (różnica 0,69). Ból fizyczny doskwiera bardziej kobietom – ocena 2,40, u mężczyzn – 2,51. Wśród badanych największą średnią w sferze fizycznej uzyskała możliwość poruszania się – kobiety oceniły ją na 3,20, natomiast mężczyźni aż na 3,71. (Tabela 7).

Tabela 7. Sfera fizyczna, średnia jakość życia kobiet i mężczyzn.

Strefa fizyczna	Kobiety	Mężczyźni
Ból fizyczny	2,40	2,51
Energia życiowa	2,68	2,77
Możliwość poruszania się	3,20	3,71
Jakość snu	2,73	2,88
Prowadzenie normalnego, codziennego życia	2,51	2,75
Zdolność do pracy	2,48	3,24
Przemieszczanie się	3,02	3,71

Kolejne pytania zawarte w ankiecie dotyczącej jakości życia opierały się na analizie sfery psychicznej pacjentów dotkniętych schizofrenią. Wynik oceny sfery psychicznej u mężczyzn jak i u kobiet jest na podobnym poziomie. Warto wziąć pod uwagę, iż jakość życia

w sferze psychicznej w małej ilości przypadków przekroczyła poziom 3 punktów w skali, który oznacza niezdecydowanie. Najbardziej chorzy radzą sobie w stosowaniu farmakoterapii a prowadzeniem normalnego życia, natomiast największy problem mają z umiejętnością koncentracji uwagi. Kobiety zdecydowanie czerpią mniejszą radość z życia – ocena 2,62 w 5 stopniowej skali, natomiast mężczyźni mają największy problem z koncentracją uwagi – 2,62 w 5 stopniowej skali. Warto zaznaczyć iż w przypadku mężczyzn skłonność do nieprzyjemnych nastrojów zdarza się rzadziej – przekraczając ocenę 3,24 dąży to do tego, iż podczas trwania leczenia może to stopniowo prowadzić do całkowitego wyzbycia się nieprzyjemnych nastrojów, wynik u kobiet – 3,08 również prowadzi do tendencji unikania w przyszłości nieprzyjemnych nastroi podczas trwania farmakoterapii (Tabela 8).

Tabela 8. Sfera psychiczna, średnia jakość życia kobiet i mężczyzn.

Strefa psychiczna	Kobiety	Mężczyźni
Farmakoterapia a prowadzenie życia	3,00	3,04
Radość z życia	2,62	2,77
Koncentracja uwagi	2,64	2,62
Akceptacja swojego wyglądu	2,75	2,86
Nieprzyjemne nastroje	3,08	3,24

Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, w sferze zadowolenia z relacji z ich bliskim otoczeniem, nie oceniają go na zbyt wysokim poziomie. Zadowolenie z samego siebie w przypadku kobiet wynosiło średnio 2,64, natomiast u mężczyzn wypadło to nieco lepiej – uplasowało się na poziomie 2,80. Związki osobiste lepiej zostały ocenione przez mężczyzn – ocena wynosiła 2,82, natomiast zadowolenie przez kobiety wynosiło 2,73. Najbardziej podobny wynik obie płcie uzyskały w przypadku pytania o zadowolenie z życia seksualnego – u kobiet średnia wynosiła 2,75, natomiast u mężczyzn – 2,73 (Tabela 9).

Tabela 9. Relacje społeczne, średnia jakość życia kobiet i mężczyzn.

Relacja społeczna	Kobiety	Mężczyźni
Zadowolenie z samego siebie	2,64	2,80
Zadowolenie ze swoich związków osobistych	2,73	2,82
Zadowolenie z życia seksualnego	2,75	2,73

Sfera środowiskowa, w której żyją chorzy nie zawsze ma możliwość zoptymalizowania poszczególnych warunków pod predyspozycje i stan zdrowia osób cierpiących na schizofrenię. Warto zaznaczyć, iż badana grupa kobiet najbardziej zadowolona jest z warunków mieszkaniowych – 3,15, natomiast mężczyźni najbardziej doceniają wsparcie od przyjaciół – 3,31. Poczucie bezpieczeństwa w obu grupach zostało ocenione na poziomie 2,84, a dostępność informacji do życia codziennego przekroczyła w tym przypadku środkowy pułap skali oceny średniej jakości życia – kobiety dostęp do informacji oceniły na poziomie 3,04, natomiast mężczyźni – 3,17. Warto również zwrócić uwagę, iż w przypadku spędzania wolnego czasu według upodobań bardziej zadowolone są kobiety średnio przyznając ocenę 2,91, natomiast w tym przypadku gorzej wypadli mężczyźni z oceną 2,77 (Tabela 10).

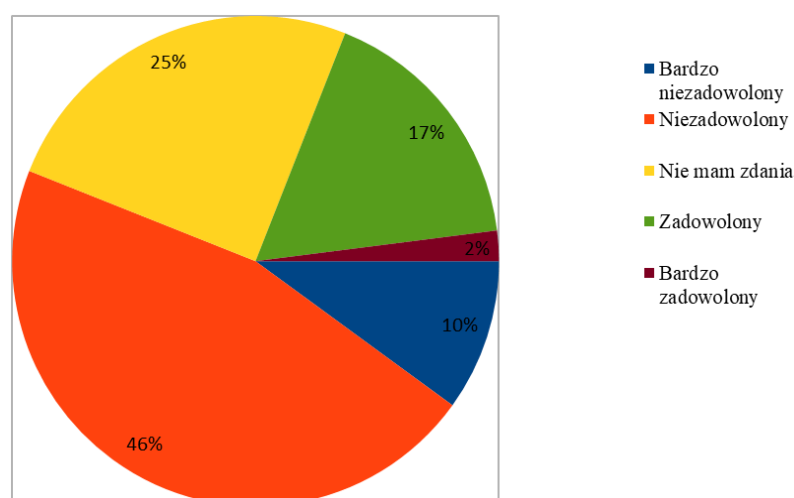
Tabela 10. Sfera środowiskowa, średnia jakość życia kobiet i mężczyzn.

Strefa środowiska	Kobiety	Mężczyźni
Poczucie bezpieczeństwa	2,84	2,84
Ilość pieniędzy a zaspokajanie potrzeb	2,66	2,93
Dostępność informacji do życia codziennego	3,04	3,17
Spędzanie wolnego czasu według upodobań	2,91	2,77
Wsparcie od przyjaciół	2,97	3,31
Warunki mieszkaniowe	3,15	3,26

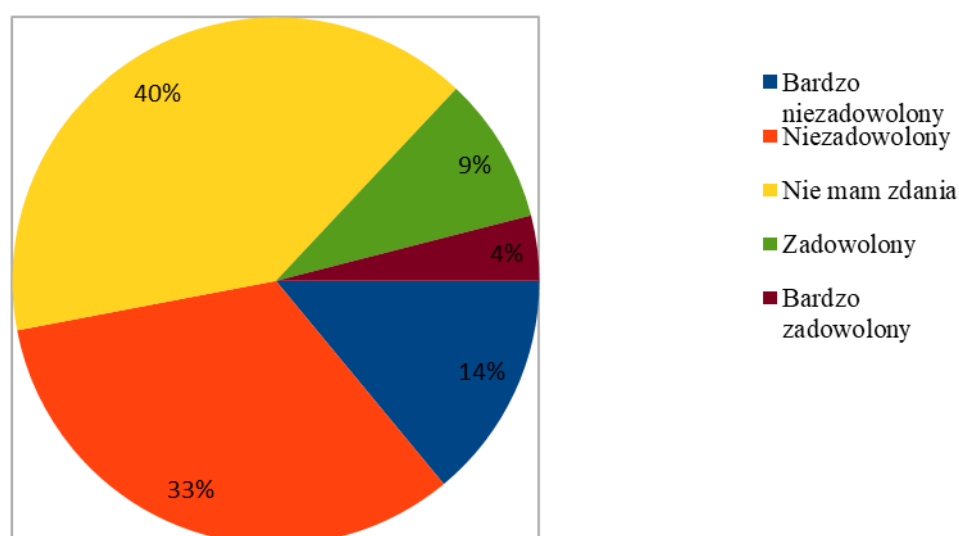
Badani zostali zapytani o zadowolenia z jakości ich życia. Aż 46 % ankietowanych (41 osób) przyznało, iż jest niezadowolonych z jakości swojego życia. Nieco mniej, bo aż 25% badanych (23 osoby) nie ma zdania odnośnie jakości swojego życia. 17% respondentów (15 osób) odpowiedziało, że są zadowoleni z jakości życia, 10 % (9 osób) wskazało, iż jakość ich życia jest bardzo niezadowolająca, a jedynie 2% respondentów (2 osoby) wskazało odpowiedz, iż są bardzo zadowoleni ze swojego życia (Rycina 8). ich życia jest bardzo niezadowolająca, a jedynie 2% respondentów (2osoby) wskazało odpowiedz, iż są bardzo zadowoleni ze swojego życia (Rycina 7).

Poproszono ankietowanych także o określenie zadowolenia ze swojego stanu zdrowia. Aż 40 % respondentów (36 osób) nie było ani zadowolonych ani niezadowolonych ze swojego zdrowia. Nieco mniej liczna grupa, bo aż 29 osób wśród ankietowanych (33%) wskazało, iż są niezadowoleni ze swojego życia. 12 respondentów (14%) wskazało, iż są bardzo niezadowoleni ze swojego zdrowia, 8 ankietowanych (9%) jest bardzo zadowolonych

ze swojego zdrowia, a jedynie 4 osoby (4%) udzieliły odpowiedzi, iż są bardzo zadowoleni ze swojego zdrowia (Rycina 8).



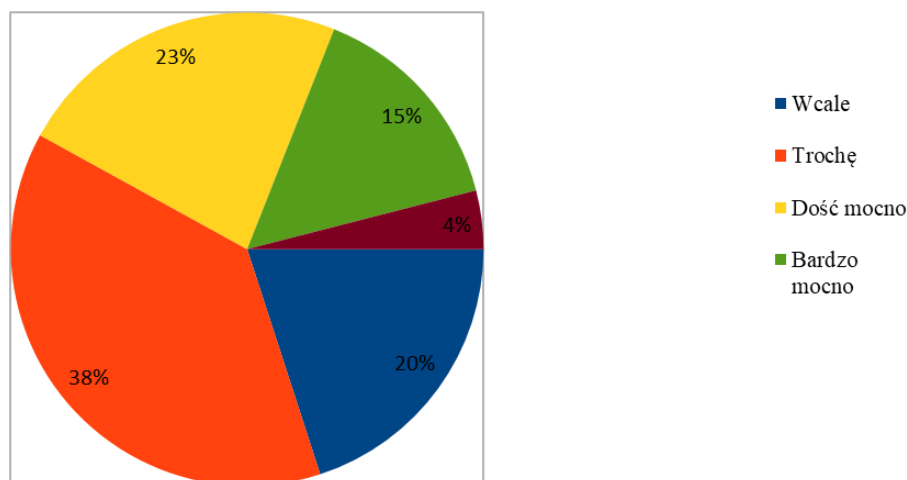
Rycina 7. Jak bardzo jesteś zadowolony z jakości Twojego życia?



Rycina 8. Jak bardzo jesteś zadowolony ze swojego zdrowia?

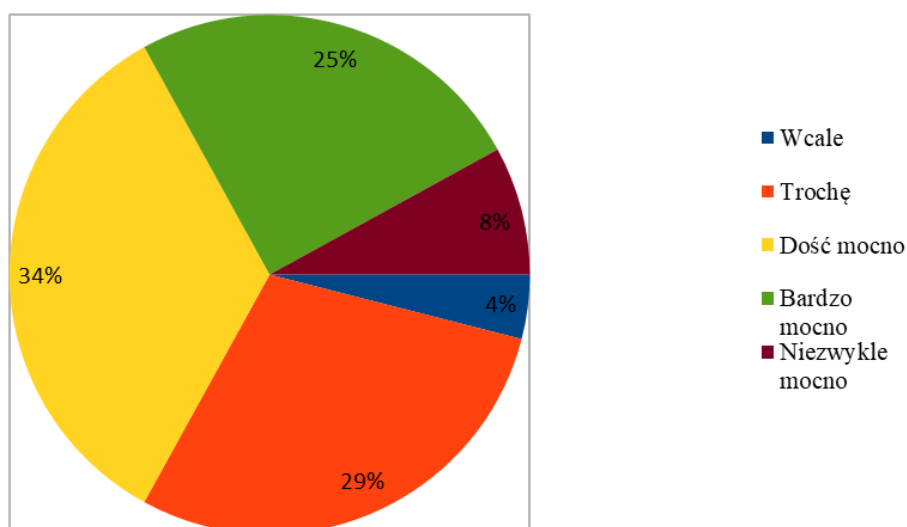
W aspekcie ograniczeń spowodowanych przez ból fizyczny, aż 34 respondentów (38%) odpowiedziało, iż ból trochę ich ogranicza w robieniu tego na co mają ochotę, 23 % badanych (21 osób) wskazało iż ból dość mocno ogranicza ich w robieniu tego na co mają ochotę, a 20% wśród ankietowanych (18 osób) odpowiedziało, iż ból fizyczny wcale ich nie ogranicza. Mniej liczna grupa, bo tylko 15% wśród badanych (13 osób) odpowiedziało, iż ból fizyczny bardzo mocno wpływa na robienie przez nie tego na co mają ochotę, a 4%

respondentów (4 osoby) określiły, iż ból fizyczny niezwykle mocno je ogranicza w robieniu tego na co mają ochotę



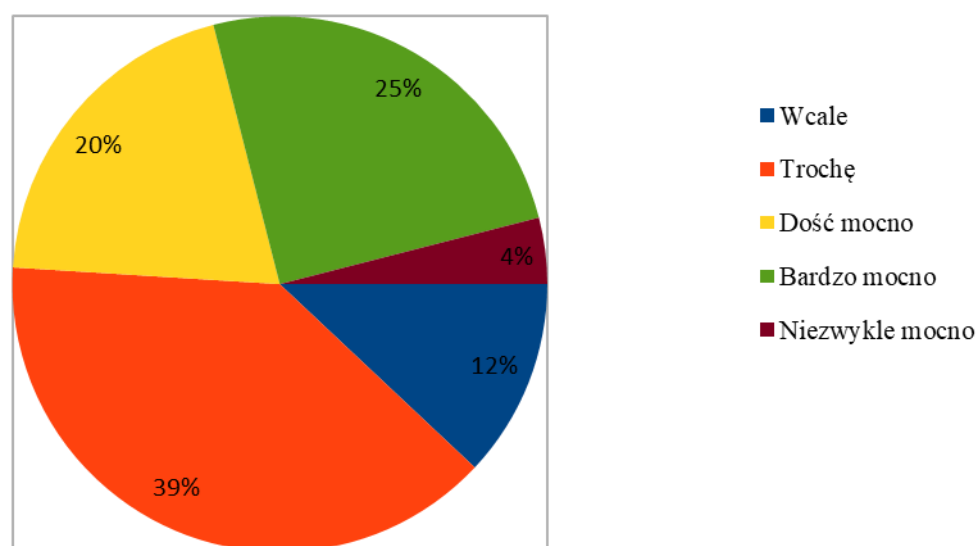
Rycina 9. W jakim stopniu czujesz, że ból fizyczny ogranicza Ciebie w robieniu tego, na co masz ochotę?

Według 34% respondentów (31 osób) przyjmowanie leków dość mocno wpływa na prowadzenie normalnego, codziennego życia, 29% wśród badanych (26 osób) odpowiedziało, iż leki tylko trochę wpływają na normalne życie, natomiast według 25% ankietowanych (22 osoby) leki bardzo mocno wpływają na prowadzenie normalnego, codziennego życia, zdaniem 7 ankietowanych (8% badanej grupy) - niezwykle mocno wpływa na prowadzenie normalnego, codziennego życia, a 4% badanych (4 osoby) - wcale nie wpływają na prowadzenie normalnego, codziennego życia (Rycina 10).



Rycina 10. W jakim stopniu prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia (przyjmowania leków)?

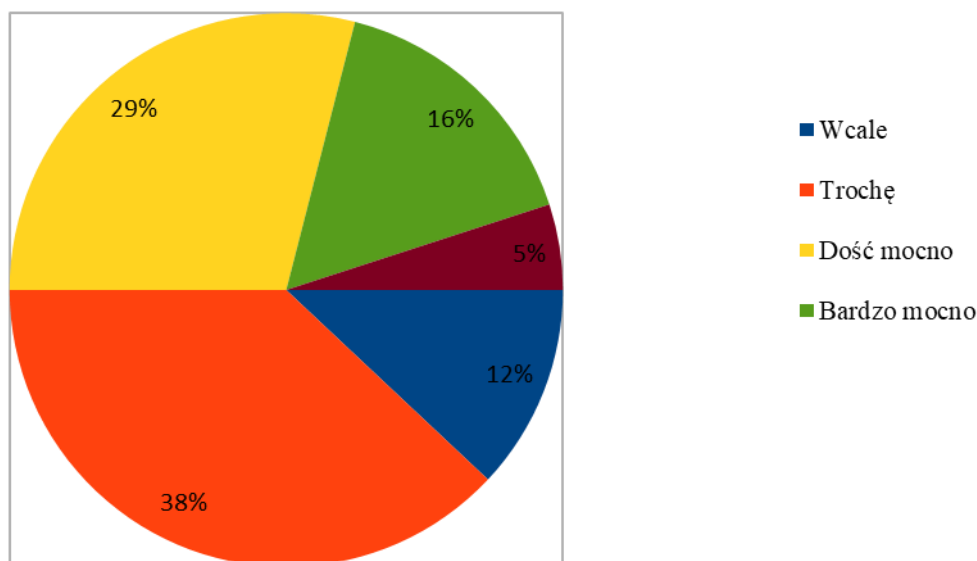
Aż 39% respondentów (35 osób) odpowiedziało, że są w stanie trochę cieszyć się życiem, a dość liczna grupa, bo aż 25% ankietowanych (22 osoby) bardzo mocno cieszą się z życia. 20% ankietowanych (18 osób) odpowiedziało, że dość mocno cieszą się z życia, 12% respondentów (11 osób) wcale nie odczuwają radości z życia, a jedynie 4% ankietowanych (4 osoby) udzieliły odpowiedzi, iż niezwykle mocno cieszą się życiem (Rycina 11).



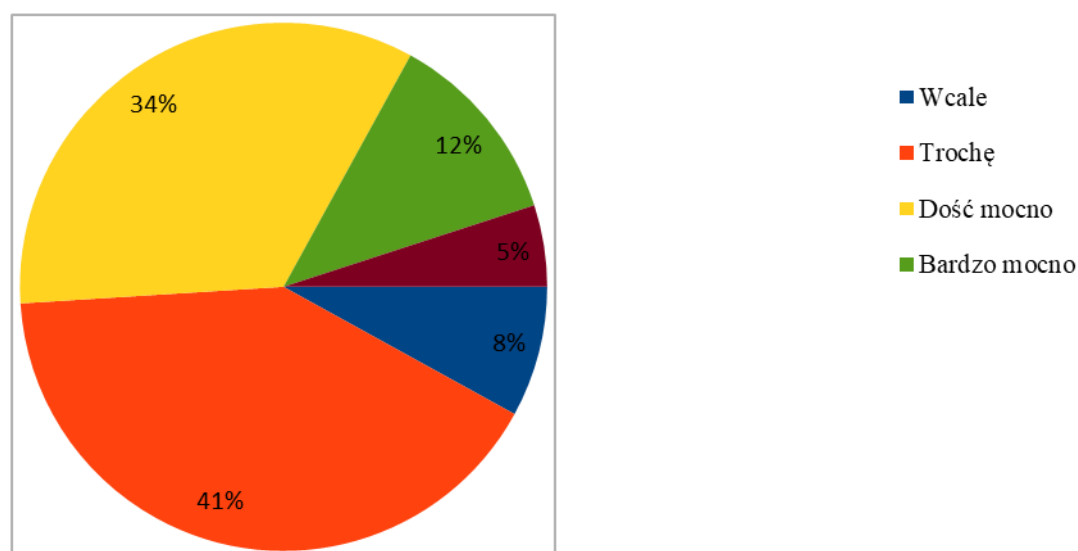
Rycina 11. Jak bardzo cieszysz się życiem?

W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o określenie w jakim stopniu odczuwają, że ich życie ma sens i znaczenie. 38% wśród respondentów (34 osoby) określiły, iż ich życie ma trochę sensu i znaczenia, 29% badanych (26 osób) odpowiedziało, że ich życie ma dość mocny sens i znaczenie, a według 16% ankietowanych (14 osób) udzieliło odpowiedzi, iż bardzo mocno odczuwają, że ich życie ma sens i znaczenie. Mniej liczna grupa, bo zaledwie 12% ankietowanych (11 osób) odpowiedziało, że ich życie wcale nie ma sensu i znaczenia, a według 5% badanych (5 osób) iż życie ma niezwykle mocny sens i znaczenie (Rycina 12).

Inne pytanie dotyczyło łatwości z którą ankietowani są w stanie się skupić czy też skoncentrować uwagę. Bardzo duża grupa ankietowanych, bo aż 41% (37 osób) ma trochę problem ze skupieniem się, 34% wśród badanej grupy (30 osób) jest w stanie dość mocno skoncentrować swoją uwagę, a 12% (11 osób) jest w stanie skupić się bardzo mocno. Niewielka grupa respondentów, bo zaledwie 8% (7 osób) wcale nie jest w stanie się skupić, a zaledwie 5% (5 osób) wśród badanych jest w stanie niezwykle mocno skoncentrować swoją uwagę (Rycina 13).



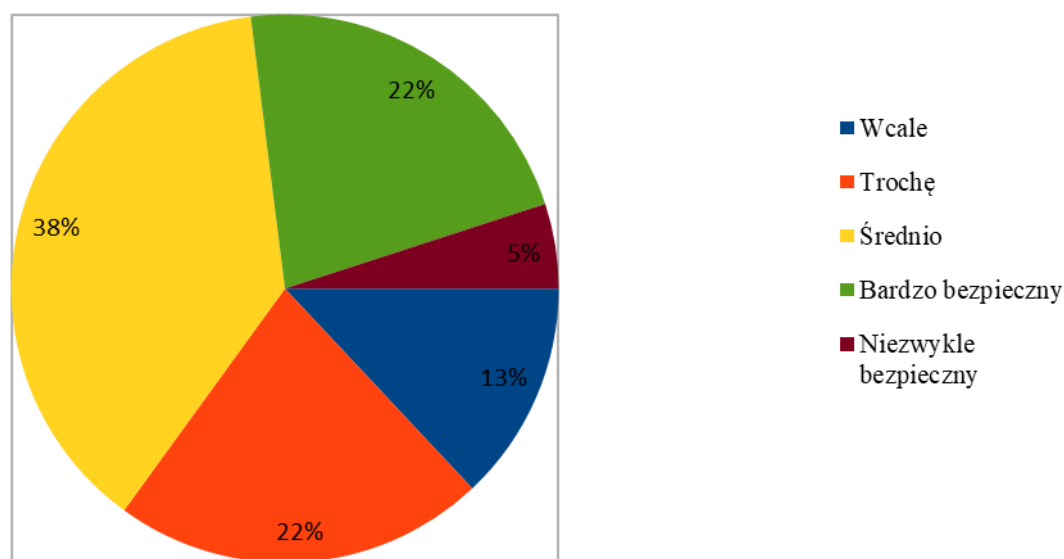
Rycina 12. W jakim stopniu odczuwasz, że Twoje życie ma sens, znaczenie?



Rycina 13. Jak łatwo możesz się skupić (skoncentrować uwagę)?

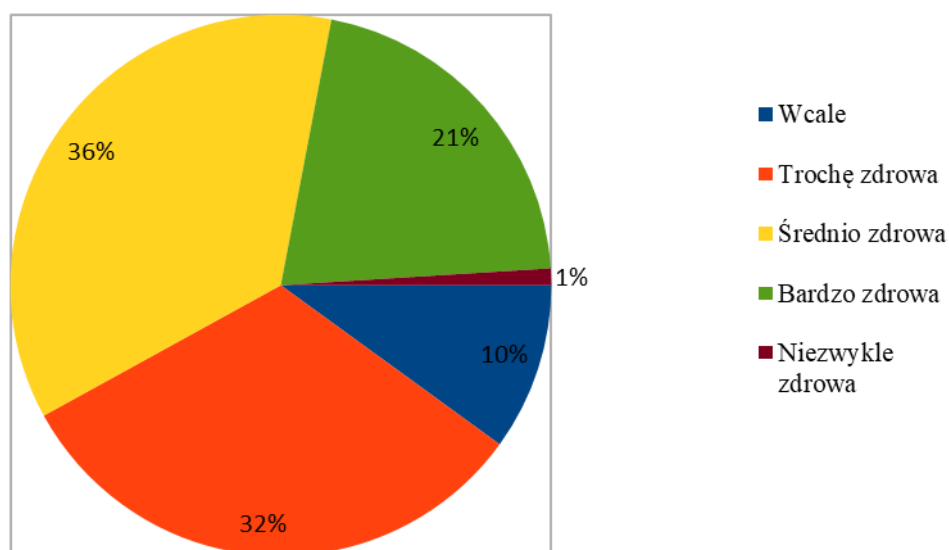
W pytaniu dotyczącym poczucia bezpieczeństwa, zadaniem ankietowanych było określenie jak bardzo czują się bezpieczni w codziennym życiu. Liczna grupa 38% respondentów (33 osoby) udzieliło odpowiedzi, że czują się średnio bezpieczni w życiu codziennym. 22% wśród ankietowanych (20 osób) odpowiedziało, że czują się trochę bezpiecznie, natomiast taka sama ilość ankietowanych – 22% (20 osób) udzieliło przeciwnej odpowiedzi, a mianowicie w codziennym życiu czują się bardzo bezpiecznie. Niewielki odsetek badanej grupy – 13% respondentów (12 osób) wcale nie czują się bezpiecznie

w codziennym życiu, a tylko 5% badanej grupy (5 osób) w życiu codziennym czuje się niezwykle bezpiecznie (Rycina 14).



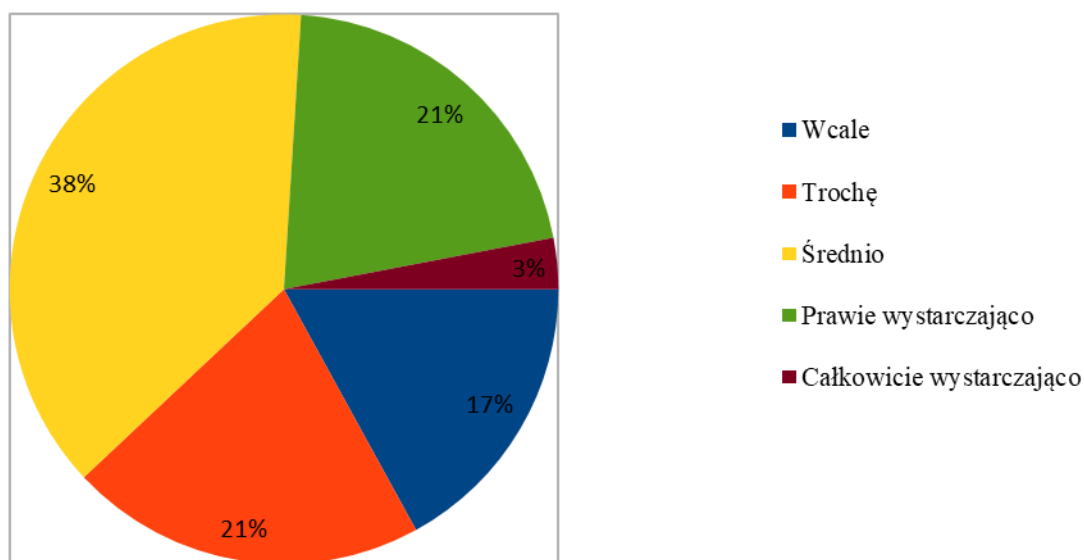
Rycina 14. Czy czujesz się bezpieczny w codziennym życiu?

Kolejne pytanie dotyczyło oceny przez ankietowanych na ile zdrowa wydaje im się okolica, w której żyją. Najbardziej liczna grupa ankietowanych- 36% (32 osoby) udzieliły odpowiedzi, iż okolica w której żyją jest średnio zdrowa. Nieco mniejsza ilość ankietowanych – 32% (29 osób) odpowiedziało, iż - jest trochę zdrowa, a mniej liczna grupa respondentów – 21% (19 osób) - że bardzo zdrową. 10% wśród badanych (9 osób) uznało, iż okolica, w której żyją wcale nie jest zdrowa, a zaledwie 1% odpowiedzi (1 osoba) odpowiedziały iż okolica, w której żyje jest niezwykle zdrowa (Rycina 15).



Rycina 15. Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica w której żyjesz?

Zapytano również respondentów o to, czy mają wystarczającą ilość siły - „energii” do prowadzenia normalnego życia. Najbardziej liczna grupa ankietowanych na to pytanie udzieliła odpowiedzi, iż ma średnio siłę i energię do prowadzenia normalnego życia – takiej odpowiedzi udzieliło 38% ankietowanych (34 osoby). Nieco mniej liczna grupa, bo 21% badanych (19 osób) odpowiedziało, że ma jedynie trochę siły do prowadzenia normalnego życia, również 19 osób (21% odpowiedzi) stwierdziło, iż ma prawie wystarczająco siły do prowadzenia normalnego życia. Według 15 respondentów (17% odpowiedzi) nie mają oni wcale siły - „energii” do prowadzenia normalnego życia, a zaledwie według 3% badanych (2 osoby) mają oni całkowicie wystarczające pokłady energii do prowadzenia normalnego życia (Rycina 16).

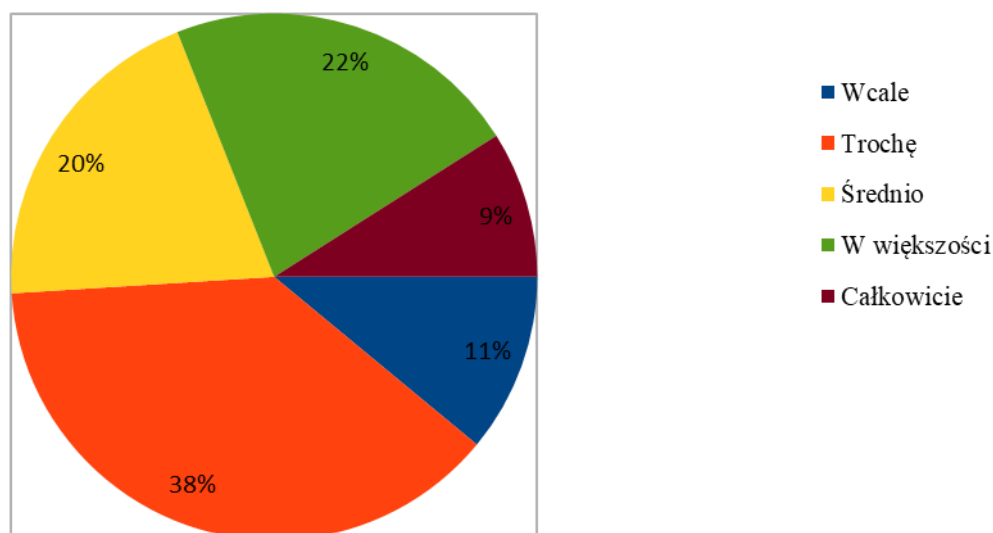


Rycina 16. Czy masz wystarczająco siły - „energii” do prowadzenia normalnego życia?

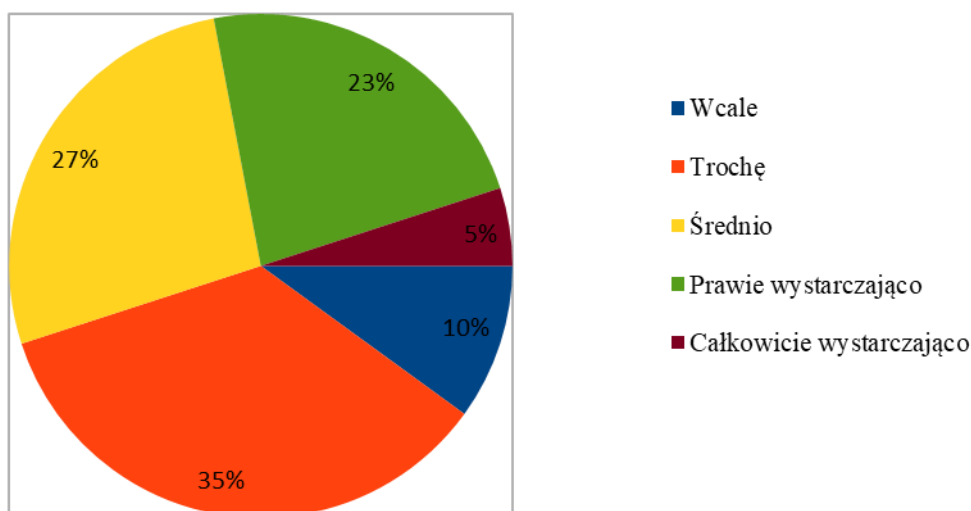
Kolejne pytanie dotyczyło akceptacji swojego wyglądu. Aż 38% ankietowanych (34 osoby) są w stanie jedynie trochę zaakceptować swój wygląd. Nieco mniej liczna grupa respondentów – 22% (20 osób) w większej mierze akceptuje swój wygląd, a 20 % (18 osób) średnio jest w stanie zaakceptować swój wygląd. 11 % (10 osób) wśród badanej grupy wcale nie akceptuje swojego wyglądu, a jedynie 9 % (8 osób) ankietowanych udzieliło odpowiedzi, iż całkowicie akceptuje swój wygląd (Rycina 17).

Inne pytanie z ankiety miało wskazać czy ankietowani mają wystarczającą ilość pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby. 35% udzielonych odpowiedzi (31 osób) wskazywało, iż ankietowani mają trochę pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby, 27% ankietowanych (24 osoby) wskazało, iż ma średnio dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby materialne,

a według 23% respondentów (21 osób) mają oni prawie wystarczającą ilość pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby. Mniej liczna grupa, bo tylko 10 % odpowiedzi (9 osób) uważa, iż wcale nie mają wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby, a zaledwie 5% (5 osób) ankietowanych ma całkiem wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby (Rycina 18).



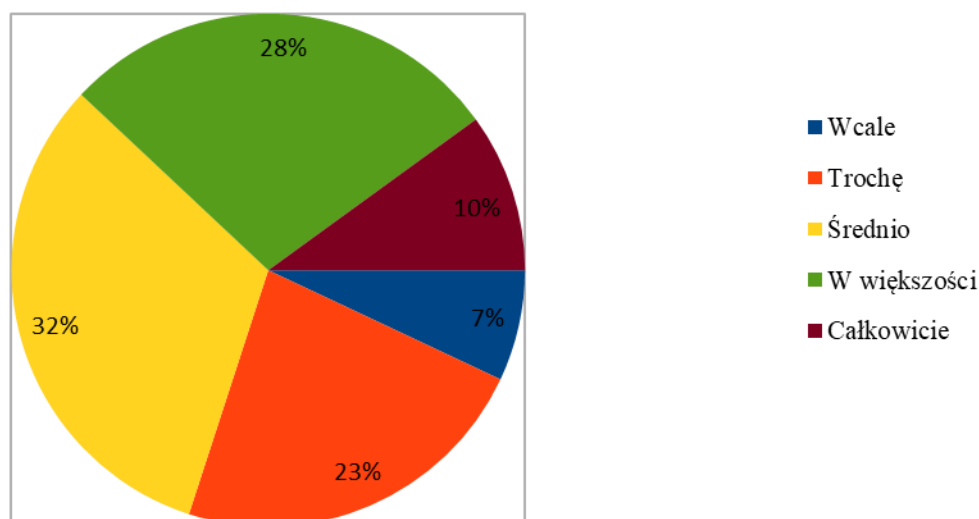
Rycina 17. Na ile jesteś zdolny zaakceptować swój wygląd?



Rycina 18. Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby?

Poproszono także respondentów o udzielenie informacji na ile dostępne są dla nich informacje potrzebne do życia codziennego. Według 32% ankietowanych (29 osób) na chwilę obecną, informacje potrzebne do życia codziennego są im średnio udostępnione, a 28% odpowiedzi (25 osób) uważa, iż w większości ma dostęp do potrzebnych im do życia

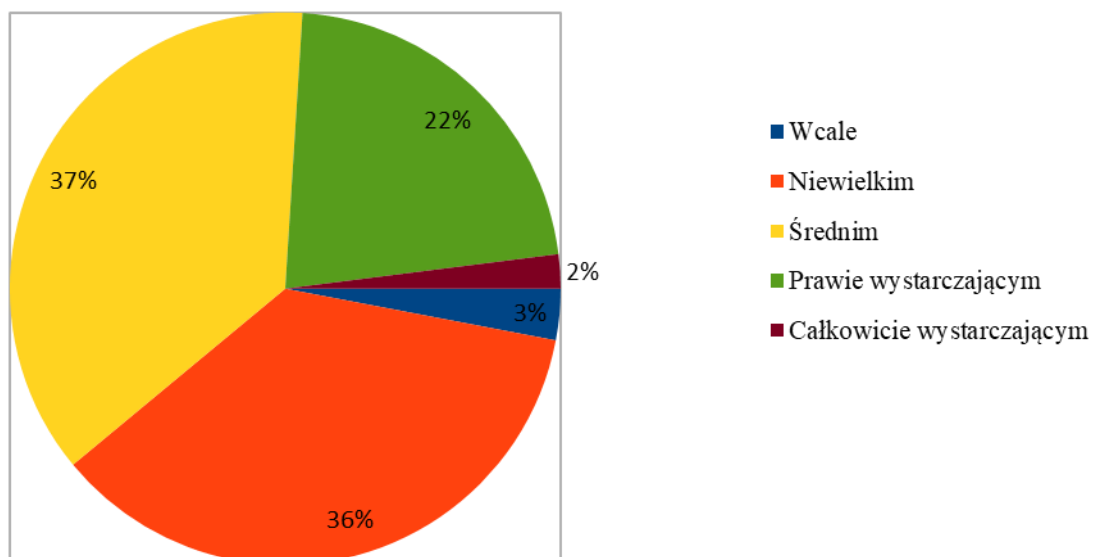
codziennego informacji. Nieco mniej liczna grupa ankietowanych – 23% (21 osób) uważa, iż mają trochę problem z dostępnością do informacji potrzebnych im do życia codziennego, a grupa 10% (9 osób) sądzi, iż mają całkowity dostęp do informacji potrzebnym im do życia codziennego. Najmniej liczna grupa ankietowanych – 7 % (6 osób) twierdzi, że nie mają wcale dostępu do informacji potrzebnych im do życia codziennego (Rycina 19).



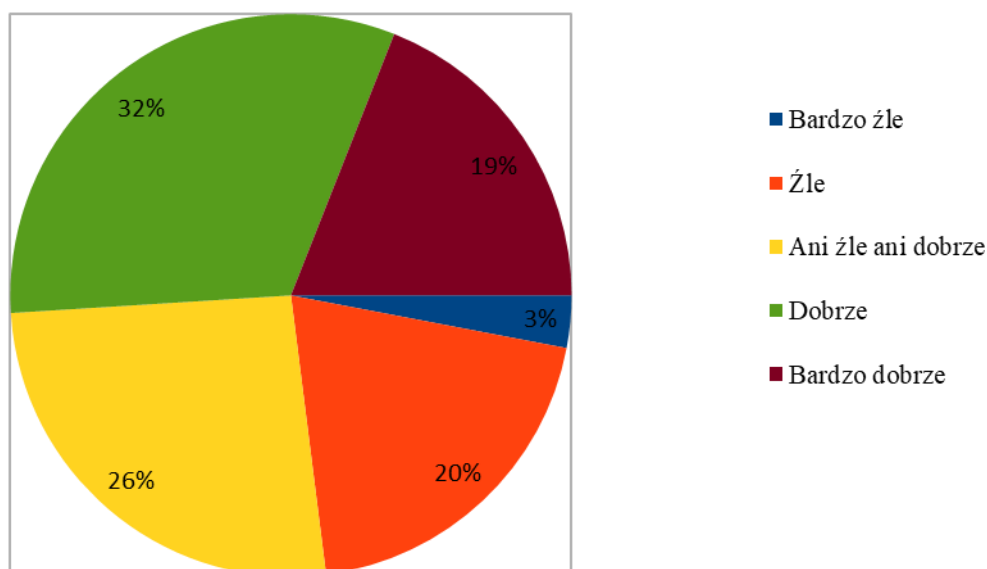
Rycina 19. Na ile dostępne są dla Ciebie informacje potrzebne do codziennego życia?

Ankietowani mieli możliwość oceny, w jakim stopniu mają możliwość spędzenia wolnego czasu tak jakby chcieli. 37% wśród odpowiedzi (33 osoby) wskazywało, iż badani mają średni wpływ na spędzenie wolnego czasu tak jakby chcieli, 36% respondentów (32 osoby) uważają, iż mają niewielki wpływ na spędzenie wolnego czasu tak jakby chcieli, a 22% (20 osób) wśród odpowiedzi wskazywało, iż badani mają prawie wystarczającą możliwość decydowania o spędzeniu swojego wolnego czasu tak jakby chcieli. Zaledwie 3% (3 osoby) udzieliło odpowiedzi, iż nie mają wcale wpływu na możliwość spędzenia wolnego czasu tak jakby chcieli, a według 2% (2 osoby) odpowiedzi ankietowani mają całkowicie wystarczający wpływ na swój wolny czas (Rycina 20).

W badaniu, zadaniem respondentów było udzielenie odpowiedzi na pytanie w jakim stopniu są w stanie się poruszać. 32% ankietowanych (29 osób) określiło, że jest w stanie dobrze się poruszać, 26% odpowiedzi (23 osoby) nie potrafiły się określić udzielając odpowiedzi ani źle ani dobrze, a 20% wszystkich odpowiedzi (18 osób) stanowiła odpowiedź, iż badani poruszają się źle. Niewielka ilość ankietowanych, bo zaledwie 19% (17 osób) udzieliło odpowiedzi, iż są w stanie poruszać się bardzo dobrze, a tylko 3% (3 osoby) badanych określiło swój stopień poruszania się jako bardzo zły (Rycina 21).

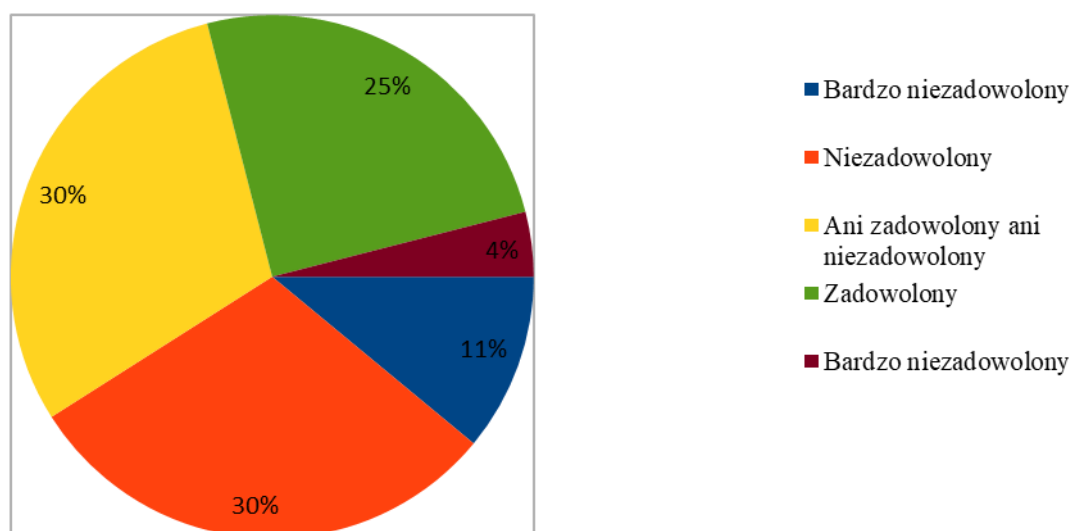


Rycina 20. W jakim stopniu masz możliwość takiego spędzenia wolnego czasu jak byś chciał?



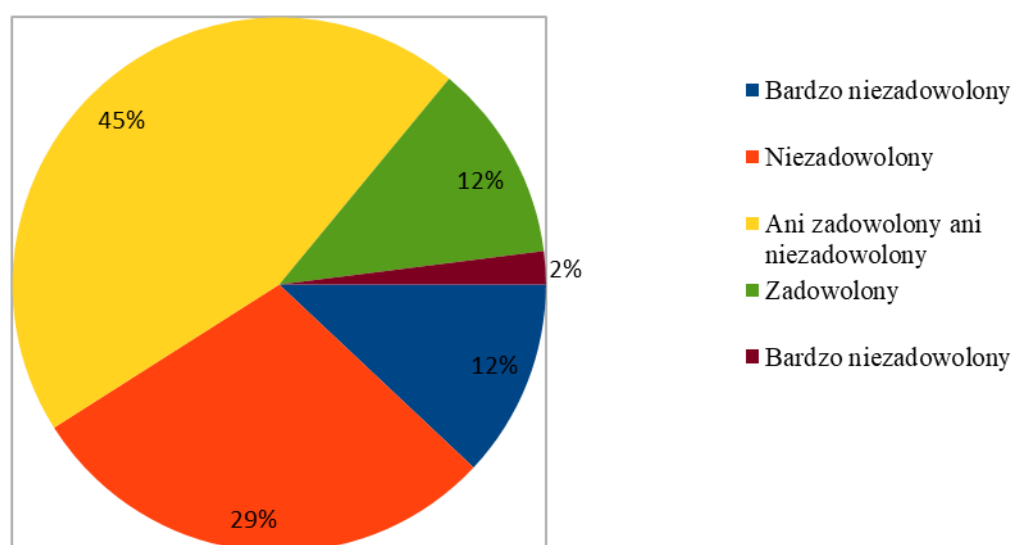
Rycina 21. W jakim stopniu możesz się poruszać?

Następne pytanie odnosiło się do zadowolenia wśród respondentów dotyczącego ich snu. Po 30% odpowiedzi (27 osób) udzieliły aż dwie grupy ankietowanych : Ci niezadowoleni ze swojego snu, oraz badani, którzy nie potrafili określić czy są zadowoleni czy też nie ze swojego snu. Nieco mniej liczna grupa – 25% badanych (22 osoby) określiły, iż są zadowolone ze swojego snu, natomiast 11% odpowiedzi (10 osób) było od ankietowanych bardzo niezadowolonych ze swojego snu. Najmniej liczna grupa, bo zaledwie 4 % (4 osoby) wśród ankietowanych stwierdziło, iż są bardzo niezadowoleni ze swojego snu (Rycina 22).



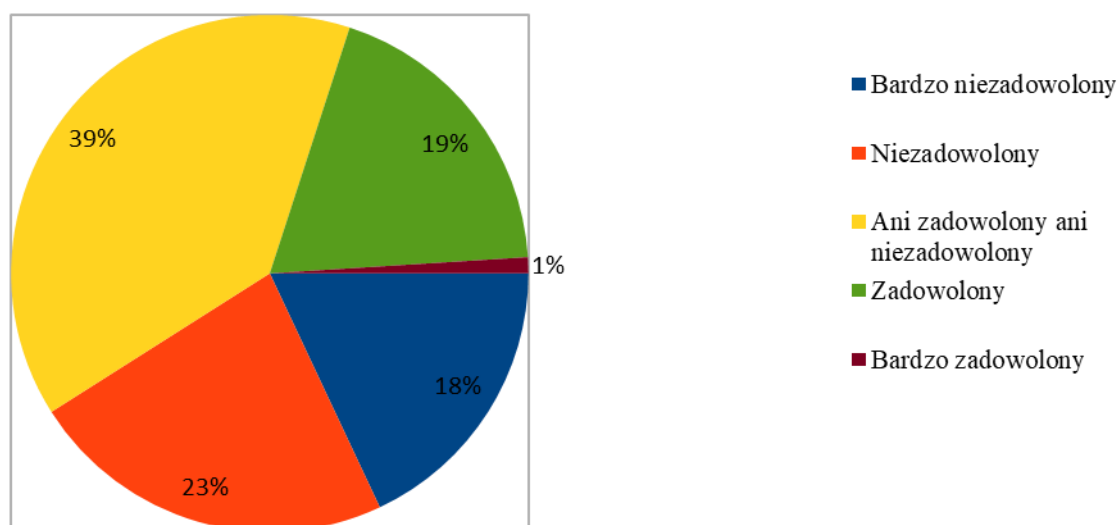
Rycina 22. Jak bardzo jesteś zadowolony ze swojego snu?

Kolejne pytanie dotyczyło zadowolenia z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia. Prawie połowa respondentów – 45% (40 osób) nie było w stanie określić czy są zadowoleni czy też niezadowoleni z możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia, 29% ankietowanych (26 osób) udzieliło odpowiedzi, iż są niezadowoleni ze swoich możliwości prowadzenia normalnego życia codziennego. Po 12 % respondentów (11 osób) udzieliło odpowiedzi, iż są bardzo niezadowoleni oraz zadowoleni ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia, a zaledwie 2% badanych (2 osoby) odpowiedziało, iż są bardzo niezadowoleni ze swoich możliwości prowadzenia normalnego życia codziennego (Rycina 23).



Rycina 23. Jak bardzo jesteś zadowolony ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia?

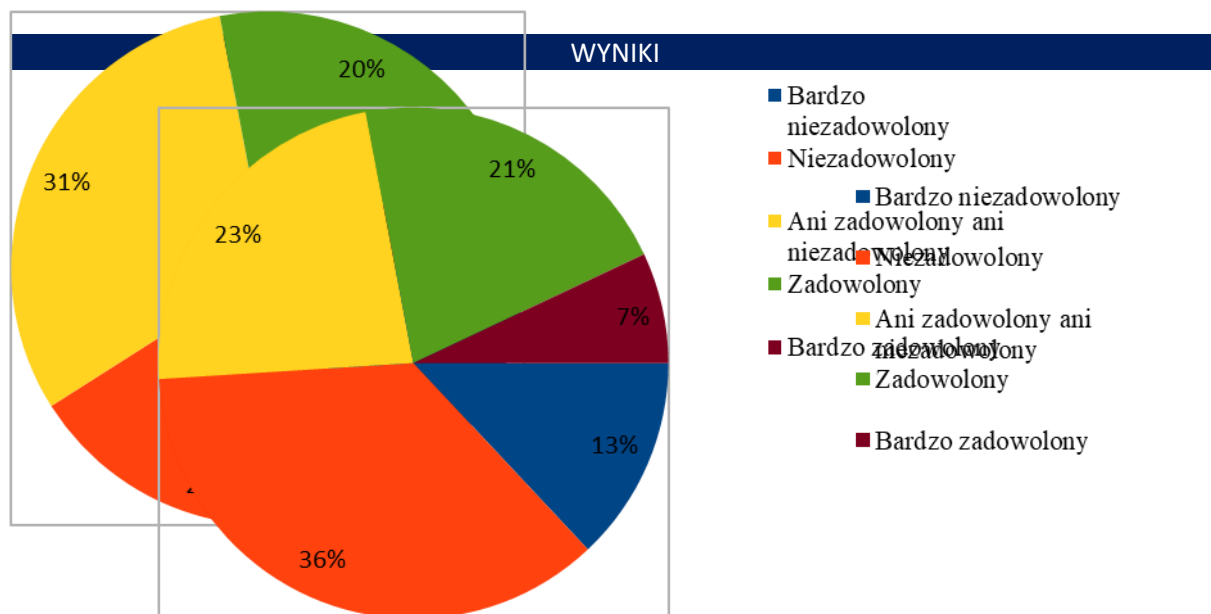
Zadano ankietowanym pytanie jak bardzo są zadowoleni ze swoich zdolności do różnych form pracy. Bardzo duży odsetek - 39% (35 osób) udzieliło odpowiedzi, iż ze swoich obecnych zdolności do pracy są ani zadowoleni ani niezadowoleni, nieco mniejsza grupa – 23% badanych (21 osób) odpowiedziało, że są niezadowoleni ze swojej zdolności do pracy, a jedynie 19% respondentów (17 osób) jest zadowolonych ze zdolności do pracy i prowadzenia domu. 18% ankietowanych (16 osób) jest bardzo niezadowolonych ze swoich zdolności do pracy, a jedynie 1% (1 osoba) odpowiedziała, iż jest bardzo zadowolona ze swoich zdolności do pracy i prowadzenia domu (Rycina 24).



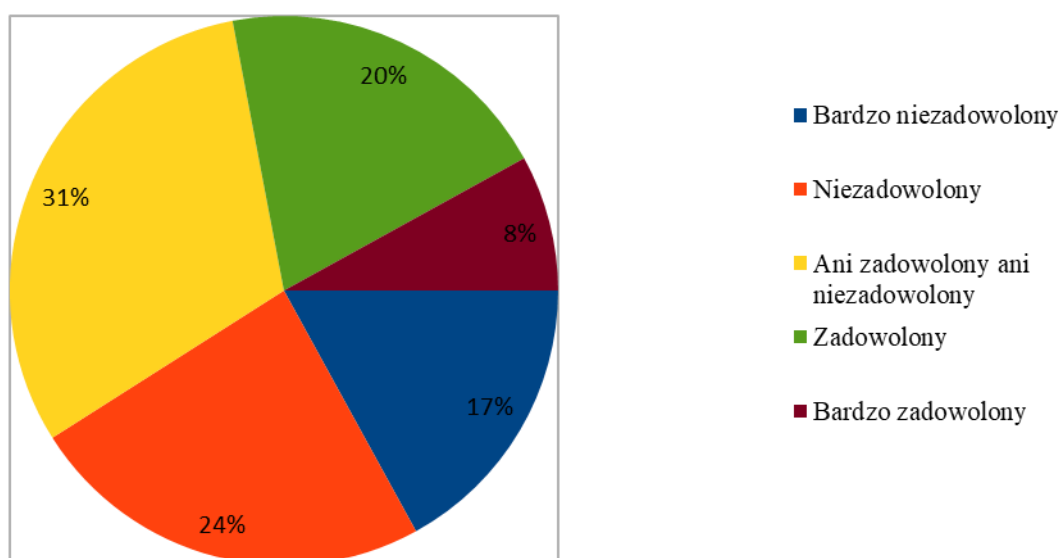
Rycina 24. Jak bardzo jesteś zadowolony ze swoich zdolności do pracy (zarobkowej lub nie zarobkowej, prowadzenia domu)?

Zadano również pytanie dotyczące zadowolenia badanych z samych siebie. 36% badanych (32 osoby) odpowiedziało, że są niezadowolonych z samych siebie, 23% respondentów (21 osób) udzieliło odpowiedzi, że nie są ani zadowoleni ani niezadowoleni z samych siebie, 21% (19 osób) udzieliło odpowiedzi, iż są zadowoleni z samych siebie. Niewielki procent ankietowanych – jedynie 13% (12 osób) stwierdziło, że są bardzo niezadowoleni z samych siebie, a tylko 7% badanych (6 osób) udzieliło odpowiedzi, iż są bardzo zadowoleni z samych siebie (Rycina 25).

Aż 31% ankietowanych (28 osób) uznało, że nie jest ani zadowolonych ani niezadowolonych ze swoich związków osobistych. 24% respondentów (22 osoby) jest niezadowolonych ze swoich związków, a 20% badanych (18 osób) uznało, że jest zadowolonych ze swoich związków. Tylko 17% odpowiedzi (15 osób) wskazywało na bardzo mocne niezadowolenie ze swoich związków, a jedynie 8% badanych (7 osób) odpowiedziało, że są bardzo zadowoleni ze swoich związków osobistych (Rycina 26).



Rycina 25. Jak bardzo jesteś zadowolony z samego siebie?

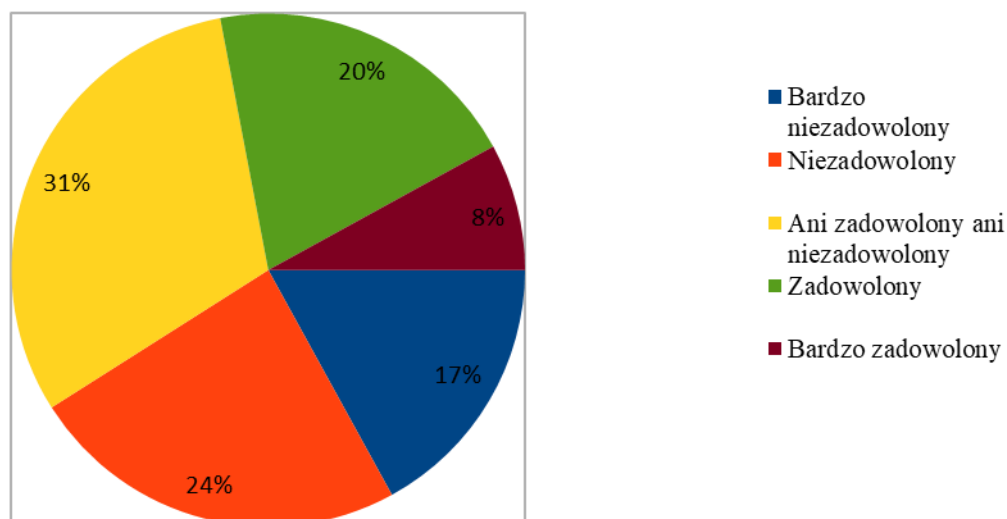


Rycina 26. Jak bardzo jesteś zadowolony ze swoich związków osobistych?

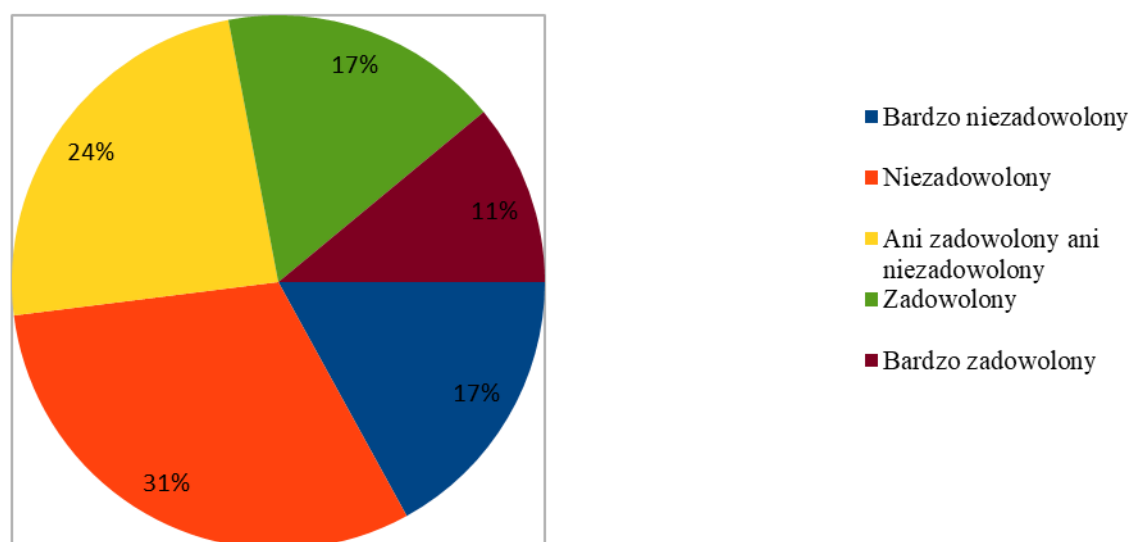
Ankietowani zostali zapytani o to, jak bardzo są zadowoleni ze swojego życia seksualnego. Aż 31% z ankietowanych (28 osób) odpowiedziało, że nie są ani zadowoleni ani niezadowoleni ze swojego życia seksualnego, według 24% badanych (22 osoby) ich życie seksualne ich nie zadowala, a 20% respondentów (18 osób) jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego. Zdaniem 17% badanych (15 osób) ich obecne życie seksualne bardzo ich niezadowolona, natomiast jedynie 8% (7 osób) jest bardzo zadowolonych ze swojego życia seksualnego (Rycina 27).

Pytanie następne dotyczyło zadowolenia petentów ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół. Grupa aż 31% respondentów (28 osób) jest niezadowolona ze wsparcia, które otrzymuje od przyjaciół, 24% ankietowanych (22 osoby) nie są ani zadowolone ani

niezadowolone ze wsparcia, które otrzymują, a dwie grupy respondentów, które stanowią po 17% odpowiedzi (po 15 osób) jest bardzo niezadowolonych oraz zadowolonych ze wsparcia, które otrzymują od swoich przyjaciół. Najmniej liczna grupa, bo tylko 11% badanych (10 osób) jest bardzo zadowolonych ze wsparcia, które otrzymują od swoich przyjaciół (Rycina 28).



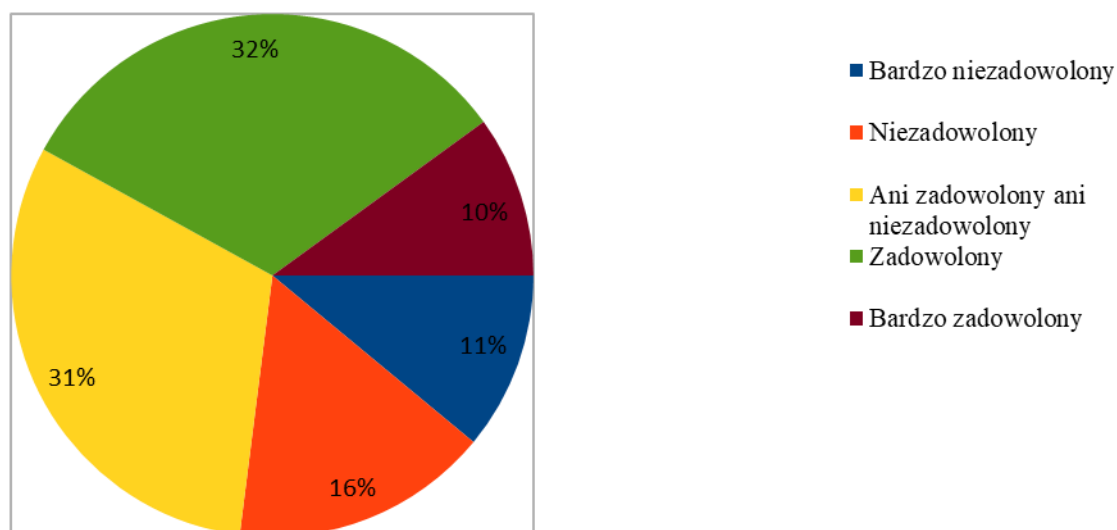
Rycina 27. Jak bardzo jesteś zadowolony ze swojego życia seksualnego?



Rycina 28. Jak zadowolony jesteś ze wsparcia, które otrzymujesz od swoich przyjaciół?

Kolejne pytanie dotyczyło zadowolenia petentów z warunków w jakich mieszkają. Aż 32% badanych (29 osób) jest zadowolonych z warunków, w których mieszka, a niewiele mniej liczna grupa, bo aż 31% respondentów (28 osób) nie jest ani zadowolonych ani niezadowolonych z warunków, w których mieszkają. Niewielki odsetek, bo zaledwie 16%

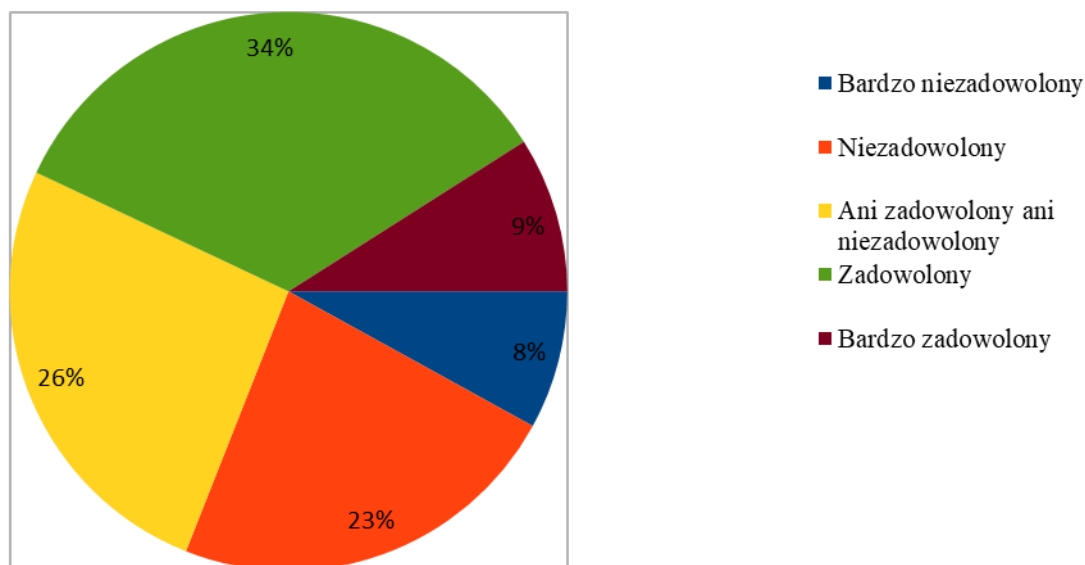
petentów (14 osób) jest niezadowolonych ze swoich warunków mieszkaniowych, 11% odpowiedzi (10 osób) padło na odpowiedź, iż badani są bardzo niezadowoleni ze swoich warunków mieszkaniowych, a zaledwie 10% (9 osób) wśród badanej grupy wskazało, iż są bardzo zadowoleni z warunków, w których mieszkają (Rycina 29).



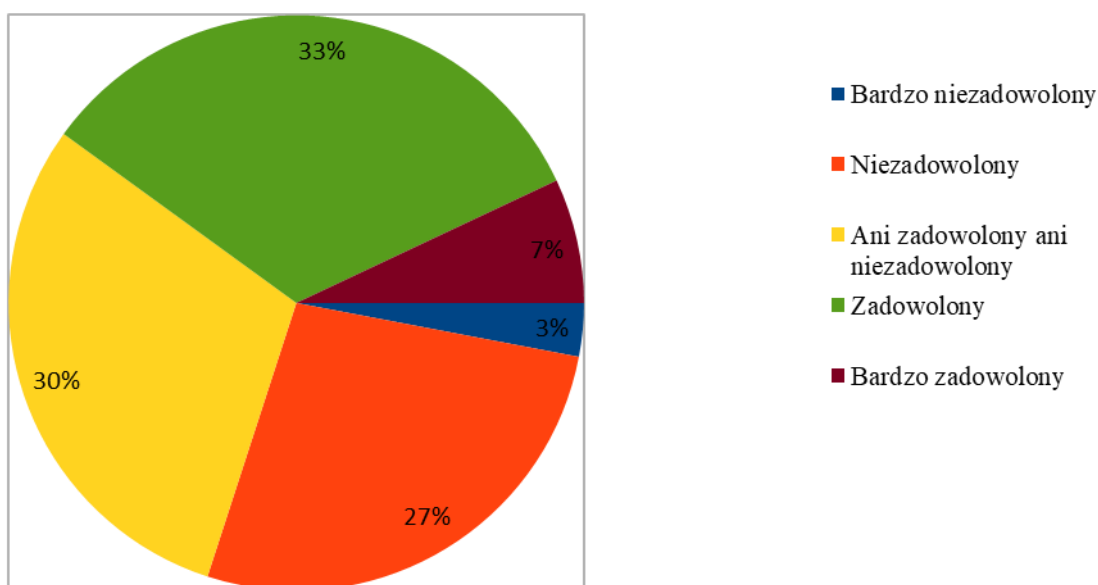
Rycina 29. Jak bardzo jesteś zadowolony z warunków w jakich mieszkasz?

Ankietowani zostali także zapytani o to jak oceniają dostępność do opieki medycznej. Liczna grupa badanych, bo aż 34% (31 osób) odpowiedziało, że są zadowoleni z dostępności do opieki medycznej, grupa 26% petentów (23 osoby) udzieliła odpowiedzi, iż są ani zadowoleni ani niezadowoleni z opieki medycznej, natomiast według 23% badanych (21 osób) dostępność do opieki medycznej jest niezadowalająca. Mniej liczna grupa, bo zaledwie 9 % (8 osób) wśród badanych odpowiedziało, że są bardzo zadowoleni z dostępności do opieki medycznej, a zaledwie 8 % (7 osób) uznało, iż dostępność do opieki medycznej jest na bardzo niezadowalającym poziomie (Rycina 30).

Jedno z ostatnich pytań dotyczyło zadowolenia ankietowanych z ich możliwości przemieszczania się. Najlicniejsza grupa wśród petentów, bo aż 33% (30 osób) uznało, iż jest zadowolonych ze swojej możliwości przemieszczania się, nieco mniejsza grupa ankietowanych – 30% (27 osób) nie jest ani zadowolonych ani niezadowolonych ze swojej możliwości przemieszczania się, natomiast 27% odpowiedzi (24 osoby) respondentów wybrało odpowiedź, iż są niezadowoleni z ich możliwości przemieszczania się. Mniej liczna grupa – zaledwie 7% badanych (6 osób) wykazało bardzo duże zadowolenie co do swojej możliwości przemieszczania się, a dosłownie 3% odpowiedzi (3 osoby) wskazywały na bardzo duże niezadowolenie badanych z ich możliwości przemieszczania się (Rycina 31).

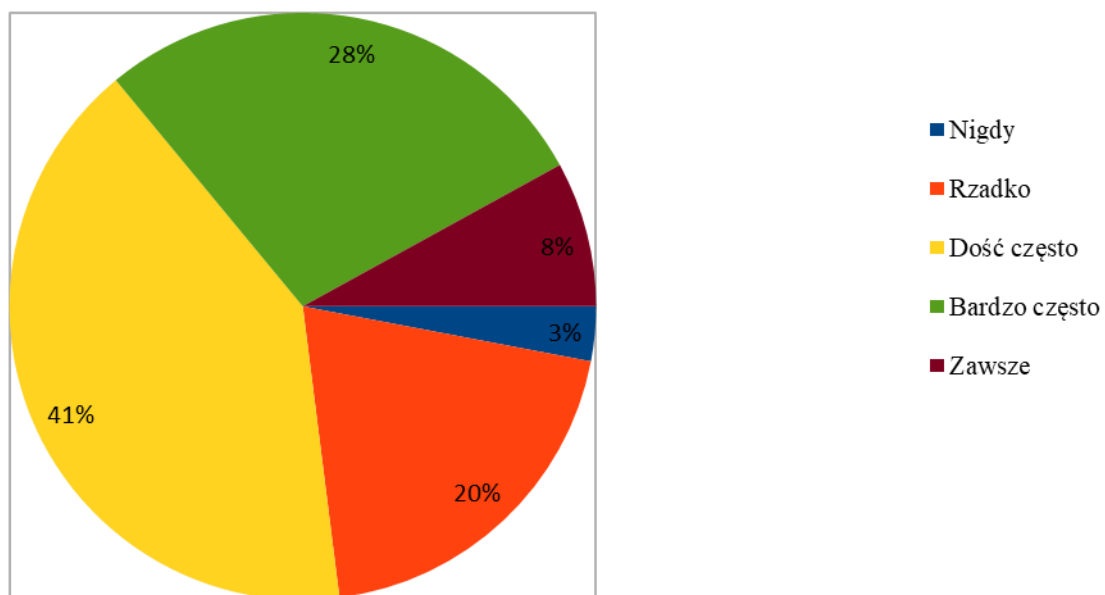


Rycina 30. Jak bardzo jesteś zadowolony z dostępności do opieki medycznej?



Rycina 31. Jak bardzo jesteś zadowolony ze swej możliwości przemieszczania się?

Ostatnie pytanie ankiety miało za zadanie ocenić jak często ankietowani przeżywają nieprzyjemne nastroje. Bardzo liczna grupa respondentów – aż 41% (37 osób) dość często odczuwa smutek, chandrę, lęk i przygnębienie, nieco mniej, bo 28% badanych (25 osób) odpowiedziało, iż bardzo często przeżywają nieprzyjemne nastroje, natomiast 20% petentów (18 osób) smutek, chandrę, lęk i przygnębienie przeżywają rzadko. 8% ankietowanych (7 osób) odpowiedziało, iż zawsze odczuwa nieprzyjemne nastroje, a 3% badanych (3 osoby) odczuwanie tych nieprzyjemnych nastroi nie zdarzyło się nigdy (Rycina 32).



Rycina 32. Jak często przeżywasz nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie?

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Celem każdej jednostki powinno być dążenie do szczęścia, oraz uzyskania komfortu życiowego, co powinno być bardzo silną motywacją każdego działania człowieka. Uzyskanie tego stanu jest zależne przede wszystkim od możliwości zaspokajania własnych potrzeb. W dużej mierze to właśnie ten stan może zdecydować o pełnej satysfakcji człowieka z życia. Warto również mieć na uwadze, iż niemalże każde zaburzenie, a szczególnie zaburzenia natury psychicznej, do którego należy m.in. schizofrenia, potrafi wprowadzić do życia osoby nią dotkniętą pełny chaos i dezorganizację, która w znacznym stopniu doprowadza do zaburzenia procesów poznawczych, oraz zmienia całe dotychczasowe życie. Próba oceny satysfakcji bądź jej braku bazuje na dokonaniu subiektywnej oceny stanu chorych. Celem przeprowadzania badań jakości życia jest przede wszystkim uzyskanie subiektywnej oceny osób dotkniętych chorobą oraz ich spojrzeniem na przebieg choroby z ich perspektywy. Ocena jakości życia jest miernikiem sytuacji życiowej, ale warto również zwrócić uwagę na to, iż ta ocena, a dokładniej jej interpretacja, wymaga ostrożnego i odpowiedzialnego podejścia, gdyż czynniki takie, jak np. stan psychiczny, są bardzo trudne do zmierzenia [51].

Lehman, Ward i Linn podjęli się porównania jakości życia chorych psychicznie z jakością życia zdrowych ludzi. Rezultat ich badań potwierdził hipotezę, iż osoby zaburzone psychicznie zdecydowanie niżej oceniają swoją jakość życia niż ludzie zdrowi. Inni badani, Horesh i Lepkifker w swojej pracy naukowej wykazali, iż głębokość zaburzenia natury psychicznej ma decydujący wpływ na poziom oceny życia – im poważniejsze zaburzenie, tym niżej oceniona zostaje jakość życia. Zanotti i współpracownicy również podjęli się przeprowadzenia badania porównawczego osób chorych na schizofrenię do osób zdrowych – rezultatem przeprowadzonej analizy było wykazanie, iż osoby dotknięte schizofrenią są mniej zadowolone, a ich kontakty społeczne oraz udział w życiu społecznym są znacznie mniej satysfakcjonujące [52].

Salokangs w przeprowadzonych przez siebie badaniach wykazał, iż jakość życia kobiet była zdecydowanie wyższa niż jakość życia w grupie mężczyzn. Podobne wyniki analiz otrzymali również Waner i wsp. Waner wyjaśnił również, iż za różnicami poziomu jakości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami stoi szereg odmiennych uwarunkowań, które wynikają przede wszystkim z różnic psychologicznych, społecznych czy też klinicznych schizofrenii u mężczyzn i kobiet. Wyniki badania Katschniga, poprzez subiektywną ocenę jakości życia wskazały na wyższy wskaźnik wśród kobiet. Zdaniem Cześnikiewicz

i Góreckiej, oraz Browna i współników między jakością życia kobiet i mężczyzn nie ma żadnych większych różnic. Zupełnie inne światło na jakość życia rzuca Jaremy i współnicy – liczne przeprowadzone przez nich badania obalają dotychczasowe tezy, wskazując iż to mężczyźni wykazują wyższy wskaźnik jakości życia [51].

Ankietowani zapytani o to czy mogą spędzać czas tak, jakby chcieli w przeważającej mierze stwierdzili, iż nie spędzają czasu według swoich upodobań – ponad 70% zdecydowało, iż w niewielkim stopniu mają możliwość spędzania swojego czasu tak, jakby chcieli. Smutek, chandra, lęk i przygnębienie- te negatywne nastroje bardzo często dotyczą osoby z zaburzeniami psychicznymi. Ankietowani na pytanie dotyczące tych nastrojów wskazali, iż te nastroje odczuwają często bądź bardzo często - taką odpowiedź wybrało aż 69% badanej grupy. Negatywne nastroje mogą wynikać przede wszystkim tego, iż schizofrenik znalazł się w zupełnie nowej dla niego sytuacji – nie wie co się dzieje, jego poukładany wewnętrznie świat nagle zaczyna się walić, bardzo często też z racji urojeń widzi i słyszy to, do czego inny człowiek nie ma wglądu – ma to negatywny wpływ na jego psychikę, co ma przełożenie na powstanie negatywnych odczuć.

Badania własne w tym przypadku wykazały również wyższą jakość życia wśród mężczyzn – współczynnik jakości życia wśród mężczyzn wynosił 2,80, natomiast u kobiet wskazywał jedynie 2,39.

Metaanaliza badań Murphy’ego i Athanasou zdecydowanie pokazuje, że utrata pracy może być powodem do ogromnego stresu, a co za tym się wiąże również do pogorszenia zdrowia psychicznego. Bezrobocie jest w stanie również drastycznie wpłynąć na możliwość doświadczenia zaburzeń depresyjnych, lękowych czy też psychosomatycznych, co w rezultacie wiąże się z negatywnym wpływem na jakość życia i samoocenę [53].

Badanie własne przeprowadzone na pacjentach dotkniętych schizofrenią pokazuje, iż zdecydowana większość, niezależnie od wieku, porzuciła pracę zawodową na rzecz renty, emerytury czy też utrzymywania przez bliskich. W badanej grupie niemalże 55% kobiet, oraz aż 59% mężczyzn nie podejmuje pracy zawodowej, czego konsekwencją są napiętrzające się problemy sfery psychicznej, czego konsekwencją jest powstanie zaburzeń schizofrenicznych. Wykonywanie pracy wiąże się z samymi pozytywami – nie dość, że prowadzi do zacieśniania więzi międzyludzkich, tak i również uczy pracy zespołowej. Zaletą wykonywania pracy zawodowej jest również aspekt finansowy – chory zarabiając byłby w stanie zaspokoić swoje potrzeby materialne, czy też poszerzyć krąg zainteresowań, a co za tym idzie – utrzymywałby swój komfort psychiczny na stałym poziomie, nie musząc się martwić o przeżycie „z dnia na dzień”.

Murawiec dokonał przeglądu i analizy badań dotyczących związku pomiędzy miejscem zamieszkania a ryzykiem rozwoju schizofrenii. Według niego środowisko, które zostało zmienione pod wpływem człowieka i wyróżniające się wysokim stopniem zanieczyszczenia substancjami chemicznymi (smog, toksyny) stanowi czynnik ryzyka zachorowania na schizofrenię [54].

Badania własne wykazały, iż 68% badanych zamieszkuje w większych miastach, co by stanowiło potwierdzenie teorii Murawca o tym, iż nowoczesny, „betonowy” świat przyczynia się do rozwoju zaburzeń sfery psychicznej [54].

Warto również zwrócić uwagę na czas trwania choroby wśród badanej grupy. W tym przypadku mężczyźni są zdecydowanie bardziej „silni” psychicznie, ponieważ ich choroba trwa średnio aż 3 lata której niż w przypadku kobiet z badanej grupy.

Przeprowadzone badania pozwoliły na poznanie subiektywnej oceny jakości życia przez badanych pacjentów. W psychiatrii pojęcie jakości życia ma istotne znaczenie. Obserwacja wielu dziedzin życia pacjenta stwarza możliwość identyfikacji tych obszarów aktywności, które dla pacjenta są szczególnie problematyczne. Stanowi to podstawę do opracowania skutecznych programów profilaktycznych, których celem będzie poprawa jakości życia pacjentów oraz monitorowanie ich skutków.

WNIOSKI

1. Jakość życia mężczyzn dotkniętych schizofrenią jest zdecydowanie wyższa niż u kobiet
2. Podjęcie pracy zawodowej stanowi możliwość do osiągnięcia niezależności finansowej by móc pozwolić sobie na to co się chce – a co za tym idzie, poprawia zadowolenie z życia.
3. Istnieje zależność pomiędzy jakością życia pacjenta a jego wiekiem, między płcią a podjęciem pracy oraz średnim czasem trwania choroby.
4. Zwiększenie popularności terapii zajęciowej w leczeniu schizofrenii poprawiło by zdecydowanie samopoczucie chorych oraz pomogło by im w spędzaniu wolnego czasu tak jakby chcieli – mogli by rozwijać nie tylko swoje zdolności artystyczne, ale również poczuć się zaakceptowanymi przez otoczenie – wpłynęło by to pozytywnie na leczenie ich choroby i szybszy powrót do normalności.
5. Choroba częściej dotyka osoby nie będące w związkach formalnych – może być to spowodowane brakiem oparcia wśród najbliższego otoczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Collo G., Mucci A., Giordano GM. I WSP. Negative symptoms of schizophrenia and dopaminergic transmission: translation models and perspectives opened by iPCS techniques. *Front Neurosci* 2020; 14: 632.
2. Hadryś T. Zaburzenia psychotyczne. In: Hadryś T. ed. *Psychiatria*. Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich, Wrocław 2016: 147–153.
3. Rumian K., Pollok-Waksmańska W., Łukasik R. Wiedza pacjentów ze schizofrenią dotycząca rozpoznania objawów zwiastujących nawrót choroby. *Psychiatrii* 2020; 17, 4: 186–195
4. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. *Psychiatria. Psychiatria kliniczna. tom 2*. EdraUrban&Partner, Wrocław 2015: 170–194.
5. De Boer MK, Castelein S, Wiersma D, et al. The facts about sexual (Dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr Bull.* 2015; 41(3): 674–686.
6. Chojnowski J., Więdłocha M., Mosiołek A. Zaburzenia seksualne u pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria* 2017; 14(1): 35-39.
7. Leszczyński G. Schizofrenia jako przyczyna nieważności małżeństwa. *Prawo kanoniczne* 2016; 59(3).
8. Lech M., Ostrowska L. Otyłość u pacjentów ze schizofrenią. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2015; 6(3): 103-111.
9. Gałęcki P., Szulc A. *Psychiatria*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
10. Krzystanek M. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Krupki- Matuszczyk I., Matuszczyk M. (red.). Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice 2007; 33-46.
11. Kaniewska- Mackiewicz E. Codzienne wyzwania osób z rozpoznaniem schizofrenii. *Zeszyty naukowe Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy. Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy* 2022, 40(7): 277-304.
12. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J. Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiol. Rev.* 2008; 30: 67-76.
13. World Health Organization: Schizophrenia: World health report 2022 [online]. Dostępne: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> [dostęp z dnia 03.04.2024 r.]

14. Laursen T. M., Nordentoft M., Mortensen P. B. Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014; 10: 425-438.
15. Anczewska M., Balicki M., Drożdżikowska A., Gorczyca P., Janus J., Paciorek S., Plisko R., Zięba M. Analiza świadczeń psychiatrycznych dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2009-2018. *Psychiatria Polska* 2022; 56(4): 729-749.
16. Hauser J. Interakcja czynników genetycznych i środowiskowych w schizofrenii. *Psychiatria* 2007; 4(4): 153-159.
17. Klimkiewicz A., Jasińska A. Zdrowotne następstwa rekreacyjnego używania kannabinoidów. *Psychiatria* 2018; 15(2): 88-92.
18. Simonienko K., Wygnał N., Cwalina U., Kwiatkowski M., Szulc A., Waszkiewicz N. Przyczyny zażywania kannabinoidów i substancji psychostymulujących u pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria Polska* 2018; 52(2): 261-273.
19. Pawlak A. Emigracja zarobkowa w kontekście zdrowia i choroby. Nowy obszar teoretycznych i badawczych dociekań socjologii medycyny. Biologiczny wymiar życia populacji a jego socjologiczne interpretacje. Synowiec-Piłat M., Łaska-Formejster A. (red.). Instytut Socjologii 2013; 117-133.
20. Kucharska J. Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych. *Psychiatria Polska* 2012; 46(3): 451-459.
21. Sieradzki A. Schizofrenia i jej konsekwencje zdrowotne jako problem zdrowia publicznego. *Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne* 2019; 9(4): 309-313.
22. Kotlicka-Antczak M., Pawelczyk A., Rabe-Jabłońska J., Śmigielski J., Pawelczyk T. Obstetrical complications and Apgar score in subjects at risk of psychosis. *J. Psychiatr. Res.* 2014; 48(1): 79-85.
23. Bogdańska E., Rysiak E., Czajkowski P., Zaręba I. Schizofrenia- problem społeczny i ekonomiczny. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2016; 4(49): 396-400.
24. Solmi M., Fernaro M., Ostinelli EG., Zangani C., Croatto G., Monaco F., Krinitski D., Fusar-Poli P., Correll CU. Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta- review of 78 adverse effects. *World Psychiatry*. 2020; 19(2): 214-232.
25. Gao J., Zhang D., Wang L. i wsp. Altered effective connectivity in schizophrenic patients with auditory verbal hallucinations: a resting- state fMRI study with granger causality analysis. *Front Psychiatry* 2020; 11: 575.

26. Goswami S., Beniwal RP., Kumar M i wsp. A preliminary study to investigate resting state fMRI as a potential group differentiator for schizophrenia. *Asian J Psychiatr* 2020; 52: 1020-1095.
27. Li S., Hu N., Zhang W. i wsp. Dysconnectivity of multiple brain networks in schizophrenia: a meta- analysis of rest- 60 *Neuropsychiatry i Neuropsychologia* 2021 ingstate functional connectivity. *Front Psychiatry* 2019a; 10: 482.
28. Kotlicka- Antczak M., Pawelczyk A., Rabe-Jablonska J., Smigielski J., Pawelczyk T. Obstetrical complications and Apgar score in subjects at risk of psychosis. *J. Psychiatr. Res.* 2014; 48(1): 79-85.
29. McCutcheon RA., Abi-Dargham A., HOWES OD. Schizophrenia, dopamine and the striatum: From biology to symptoms. *Trends Neurosci.* 2019; 42(3): 205-220.
30. Howes OD., McCutcheon R., Owen MJ. I wsp. The role of genes, stress, and dopamine in the development of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2017; 81: 9-21.
31. McCutcheon RA., Abi-Dargham A., Howes OD. Schizophrenia, dopamine and the striatum: from biology to symptoms. *Trends Neurosci* 2019: 42: 205-220.
32. Weinberg DR. Future of past days: Neurodevelopment and schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2017; 43(6): 1164-1168.
33. Bourque F., Ven van der E., Malla A. A meta- analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second- generation immigrants. *Psychol. Med.* 2011; 41(5): 897-910.
34. Popovic D., Schmitt A., Kaurani L., Senner F., Papiol S., Malchow B. i wsp. Childhood trauma in schizophrenia: Current findings and research perspectives. *Front. Neurosci.* 2019; 13: 247.
35. Di Forti M., Marconi A., Carra E., Fraietta S., Trotta A., Bonomo M. i wsp. Proportion of patients in south London with First- episode psychosis attributable to use of high potencycannabis: A case- control study. *Lancet Psychiatry.* 2015; 2(3): 233-238.
36. Crismon L., Argo TR., Buckley PF. Schizophrenia. In: DiPitro JT., Talbert RL., Yee GC. (red.). 1 *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach.* 2014 New York: McGraw-Hill. 1019-1046.
37. Tandon R. Shizophrenia and Other Psychotic Disorders in *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5: Clinical Implications of Revisions from DSM-IV.* *Indian J Psychol Med.* 2014 Jul; 36(3): 223-5.
38. Raport_Schizofrenia2.pdf (watchdogpfron.pl) [dostęp z dnia 31.06.2024 r.]

39. Correll CU., Schooler NR. Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assesment, and tretment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020; 16: 519-534.
40. Arbabshirani MR., Plis S., Sui J., Calhoun VD. Single subject prediction of brain disorders in neuroimaging: Promises and pitfalls. *Neuroimage* 2017; 145 (Pt B): 137-165.
41. Klöppel S., Abdulkadir A., Jack CR. I wsp. Diagnostic neuroimaging across diseases. *NeuroImage* 2012; 61: 457-463.
42. Zhan X., Yu R. A window into the brain: advances in psychiatric fMRI. *Biomed Res Int* 2015: 1-12.
43. Goswami S., Beniwal RP., Kumar M. i wsp. A preliminary study to investigate resting state fMRI as a potential group differentiator for schizophrenia. *Asian J Psychiatr* 2020; 52: 1020-1095.
44. Van den Heuvel MP., Fornito A. Brain networks in shizophrenia. *Neuropsychol Rev* 2014; 24: 32-48.
45. Ramkiran S., Sharma A., Rao Np. Resting- state anticorrelated networks in schizophrenia. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2019; 284: 1-8.
46. Wysokiński A. Poprawa funkcjonalna- nowoczesny cel leczenia schizofrenii. *Psychaitria spersonalizowana* 2022; 1(1): 11-15.
47. Pawłowski M., Westphal Ł., Wesołowska A. Budowa chemiczna i mechanizm działania wybranych leków przeciwpsychotycznych. *Czas. Apt.* 2009; 10: 54–65.
48. <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/schizofrenia-znaczenie-psychoterapii-i-oddziaływan-psychospolecznych/> [dostęp z dnia 27.05.2024r.]
49. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/leczenie-schizofrenii-jakie-sa-sposoby-leczenia-schizofrenii-czy-schiz-aa-AWNN-XCrL-VAuL.html#leczenie-schizofrenii-elektrowstrzasy> [dostęp z dnia 27.05.2024 r.]
50. <https://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Objawy-schizofrenii-moga-lagodzic-wysokie-dawki-witaminy-B,170302,11.html> [dostęp z dnia 27.05.2024 r.].
51. Jaracz K., Kalfoss M., Górna K., Baczyk G. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci.* 2006 Sep; 20(3): 251-260.
52. Czernikiewicz A., Górecka J. Porównanie subiektywnej i obiektywnej jakości życia w grupie chorych na schizofrenię. *Psych Pol* 2003; XXXVII, 4: 669-681.

53. Żołnierczyk- Kieliszek D., Żak B. Społeczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię. *Zdrwie Publiczne* 2002; 112(3): 364.
54. <https://zdrowie.pap.pl/psyche/dorastanie-w-miescie-moze-sprzyjac-rozwojowi-schizofrenii>. [dostęp z dnia 11.05.2024r.].
55. Wilczek- Różyczka E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2019; 152.
56. Jerema M., Rabe-Jagłowska J. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011; 123-129.
57. Sieradzki A. Schizofrenia i jej konsekwencje zdrowotne jako problem zdrowia psychicznego. *Piel Zdr Publ* 2019; 9: 310.
58. Araszkiewicz A. i inni. Biała Księga- osoby chorujące na schizofrenię w Polsce. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 2011; 8.
59. Szulc A., Samochowicz J. Schizofrenia z objawami negatywnymi. Wydawnictwo Lekarskie PWZL. Warszawa 2019; 11-12, 20-21.
60. Wilkinson G., Hesdon B., Wild D. i wsp. Samodzielna miara jakości życia osób ze schizofrenią: SQLS. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 42-46.



ISBN — 978-83-68268-00-3