

Subjektívna funkčnosť a spokojnosť so životom u pacientov s poruchami z okruhu schizofrenického spektra

MUDr. Dana Krajčovičová, PhD.¹, Mgr. Miroslava Zimányiová, PhD.¹, PhDr. Michal Hajdúk, PhD.^{1,2}, doc. MUDr. Viera Kořínková, CSc.¹, doc. Mgr. Anton Heretik Jr., PhD.², prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.¹

¹Psychiatrická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava

²Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Pacienti s poruchami z okruhu schizofrenického spektra majú často problémy v každodennom fungovaní. Práve zhoršenie funkčnosti je typické skoro pre všetkých pacientov. Cieľom práce je analyzovať vzájomné vzťahy medzi spokojnosťou so životom a subjektívnym psychosociálnym fungovaním u pacientov. Sekundárnym cieľom je analyzovať, ako súvisí subjektívna funkčnosť a spokojnosť so životom pacientov s aktuálnou závažnosťou symptómov poruchy. Súborm pozostával z 52 pacientov s poruchami z okruhu schizofrenického spektra a 35 kontrol. U pacientov sme zistili signifikantne nižšiu subjektívne vnímanú funkčnosť a nižšiu spokojnosť so životom. Z pohľadu symptómov sme zistili najsilnejšie vzťahy k intenzite pozitívnych a depresívnych symptómov. V diskusii sa zameriavame na možné implikácie získaných údajov.

Kľúčové slová: schizofrénia, funkčnosť, subjektívne vnímaná funkčnosť, kvalita života

Subjective functioning and satisfaction with the life in patients with schizophrenia spectrum disorders

Patients with schizophrenia spectrum disorders often have problems in day-to-day functioning. Functional impairment is typical for almost all patients. The aim of the study is to analyze the mutual relationships between life satisfaction and subjective psychosocial functioning in patients with schizophrenia. The secondary aim is to analyze how the subjective functioning and satisfaction with the life of patients is related to the current severity of the symptoms. The sample consisted of 52 patients with schizophrenic spectrum disorders and 35 healthy controls. In patients, we found significantly lower subjectively perceived functioning and lower life satisfaction. We found the strongest relationships to the severity of the positive and depressive symptoms. In the discussion, we focus on the possible implications of data.

Key words: schizophrenia, functional outcome, subjective functioning, quality of life

Psychiatr. prax, 2018,19(3):114-118

Úvod

Schizofrénia vedie k závažným poruchám v oblasti pracovného a sociálneho fungovania, narúša sebestačnosť chorého, znižuje kvalitu života, ako aj kvalitu života jeho rodiny (1). Dragašek a Šutovský (2) definujú *psychosociálne fungovanie (funkčnosť)* ako schopnosť jedinca fungovať v rôznych sociálnych rolách (manžel, partner, pracovník atď.), ako schopnosť postarať sa o seba a svoje najbližšie okolie, možnosť udržať si čo najdlhšie pracovnú schopnosť, zmysluplné medziľudské vzťahy a určitý rozsah voľno-časových aktivít. Podľa Figueira a Brissosa (3), len 5 – 17 % pacientov pri liečbe dosiahne funkčné zlepšenie psychosociálneho fungovania na úroveň pred prepuknutím poruchy. Iní autori (4, 5), považujú poruchu psychosociálneho fungovania za jadrový symptóm schizofrénie, ktorý je možné pozorovať

už v raných štádiách poruchy, zhoršuje sa počas akútnej exacerbácii a pretrváva aj ako súčasť reziduálnej symptomatiky. V 12-ročnej prospektívnej štúdiu, sledujúcej kohortu pacientov so skorým začiatkom schizofrénie, sa zistilo, že bezproblémové fungovanie v oblasti sociálnych vzťahov bolo prítomné len u 12,5 % pacientov a v oblasti vzdelávania alebo práce neboli problémy prítomné len u 18,5 % pacientov. Približne 52 % pacientov vykazovalo vážne problémy vo fungovaní v oboch oblastiach – v oblasti vzťahov aj práce/školy (6).

Na zhodnotenie funkčnosti môžu byť použité jednak subjektívne hodnotenia pacienta, hodnotenia príbuzného resp. opatrovateľa, alebo objektívne hodnotenia skúseného klinika (7, 8). Z objektívnych aspektov funkčnosti je možné hodnotiť rozsah a dostupnosť sociálnej siete, starostlivosť o seba a sa-

mostatné bývanie, schopnosť pracovať, resp. počet odpracovaných dní, participáciu na spoločenských alebo voľno-časových aktivitách alebo prítomnosť agresívneho a rušivého správania (9, 10). Za účelom objektívneho hodnotenia funkčnosti sa využíva napríklad škála PSP – Škála osobnej a sociálnej výkonnosti (1), ktorá umožňuje zhodnotiť sociálne fungovanie chorého so schizofréniou v štyroch doménach (spoločensky prospešné aktivity, medziľudské vzťahy, starostlivosť o seba, rušivé a agresívne správanie) a sledovať zmeny sociálneho fungovania v čase. Medzi iné škály, ktoré umožňujú objektívne hodnotenie funkčnosti a psychosociálneho fungovania, patrí napr. škála SLOF (Specific Level of Functioning Scale) (7), škála RFS (The Role Functioning Scale) (11) alebo pozorovacia škála pre zdravotné sestry – škála NOSIE (12). Veľmi dôležitý je

aj subjektívny aspekt fungovania (13), či už z hľadiska pacientovho hodnotenia prítomnosti problémov v jednotlivých oblastiach, alebo jeho celkovej spokojnosti so životom. Subjektívne pociťuje väčšina pacientov zhoršenie fungovania v oblastiach ako sú sociálne a intímne vzťahy a zvládanie domácich a pracovných úloh. Typickým je však súčasný výskyt problémov vo viacerých doménach. K sebahodnotiacim škálam patria napr. SFQ (Dotazník sociálneho fungovania) (14) a škála SASS (Social Adaptation Self-Evaluation Scale) (15).

So subjektívnou funkčnosťou sa spája aj kvalita života, alebo subjektívny „well-being“ a spokojnosť so životom. Zisťovaním subjektívnej spokojnosti s kvalitou života je možné odhadnúť a posúdiť vnímaný dosah choroby (poruchy) a liečby na každodenný život pacienta. Meranie kvality života pomocou dotazníkov a škál sa chápe ako zisťovanie rozdielu medzi práním a očakávaním jedinca na jednej strane a jeho reálnou situáciou na strane druhej (16). Kvalita života sa hodnotí pomocou objektívnych kritérií (napr. životná úroveň, finančná situácia – výška platu, počet rokov vzdelania a zamestnania, kvalita bývania), ako aj pomocou subjektívnych kritérií (napr. subjektívne vyjadrenie spokojnosti s bývaním, s možnosťou pracovať a s pracovným zaradením). Sledovanie kvality života sa javí ako nevyhnutná súčasť starostlivosti o pacienta. Viaceré štúdie poukázali na to, že spokojnosť s prácou zohráva dôležitú úlohu pri celkovej spokojnosti s kvalitou života (17). Na hodnotenie kvality života pacientov so schizofréniou sa používajú rôzne škály a dotazníky, ako sú napr. QOLI (Quality of Life Interview) (18), MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) (19), SOS-10 (Schwartz Outcomes Scale-10) (20), SQLS (Schizophrenia Quality of Life Scale) (21) a ďalšie. V posledných rokoch sa objavili práce sledujúce spokojnosť pacientov so zmyslom života, čo sa dá považovať za akúsi vyššiu dimenziu kvality života. Dotazník SUSE (Subjective Sense in Psychosis Questionnaire) (22) sa používa aj na sledovanie prežívania symptómov psychózy a na zistenie „dlhodobého efektu“ (t. j. či pacienti vidia aj nejaké pozitíva v súvislosti s psychickou poru-

Tabuľka 1. Demografické charakteristiky výskumného súboru

		Skupina			
		Kontroly		Pacienti	
		M/N	%/SD*	M/N	%/SD*
Pohlavie	Muži	15	43 %/	28	54 %
	Ženy	20	57 %	24	46 %
Vzdelanie	Základná škola	0	0 %	3	6 %
	SOŠ bez maturity	2	6 %	6	12 %
	Stredné s maturitou	16	46 %	21	40 %
	Vysoká škola	17	49 %	22	42 %
Počet rokov vzdelania		14,97	2,98	14,25	2,56
Zamestnanie	Študent/Študentka	3	9 %	5	10 %
	MD	0	0 %	1	2 %
	Zamestnaný/á	32	91 %	12	23 %
	Nezamestnaný/á	0	0 %	10	19 %
	SD	0	0 %	0	0 %
Spolužitie	ID	0	0 %	24	46 %
	Sám/sama	7	20 %	11	21 %
	S rodinou	21	60 %	34	65 %
	S niekým iným	7	20 %	7	13 %

Vysvetlivky: SD – starobný dôchodok, ID – invalidný dôchodok, MD – materská dovolenka

* v dôsledku zaokrúhľovania nemusí byť vždy súčet 100 %

chou). Poznatky o subjektívnom prežívaní psychotickej poruchy sa dajú využiť pri psychoterapeutických aktivitách a môžu pomôcť zlepšiť náhľad na poruchu (23).

Cieľom práce je analyzovať vzájomné vzťahy medzi spokojnosťou so životom a subjektívne vnímaným psychosociálnym fungovaním u pacientov. Sekundárnym cieľom je analyzovať ako súvisí spokojnosť a subjektívne vnímaná funkčnosť pacientov s aktuálnou závažnosťou symptómov poruchy.

Materiál a metodika

Výskumný súbor bol tvorený z 52 pacientov s diagnózami z okruhu schizofrenického spektra (F20.X – (32); F23.1 – (8), F25.X – (12)) a 35 zdravými kontrolami. Pre skupinu pacientov s poruchami schizofrenického spektra boli stanovené nasledovné inklúzne kritériá: vek od 18 do 65 rokov; diagnóza z okruhu schizofrenického spektra; pacienti počas posledného týždňa pred prepustením z hospitalizácie alebo pacienti z denného stacionára kliniky. Vylučovacie kritériá boli nasledovné: pacienti s primárnymi diagnózami ako napr. organické duševné poruchy alebo poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok. V prípade kontrol išlo o pacientov bez anamnézy psychic-

kej poruchy, mentálnej subnormy alebo mentálnej retardácie na základe klinického posúdenia, bez závažného neurologického ochorenia postihujúceho CNS. Pred samotnou realizáciou výskumu účastníci podpísali informovaný súhlas. Výskum bol schválený etickou komisiou Univerzitetnej nemocnice Bratislava – Staré Mesto.

Priemerný vek pacientov bol $M = 36,06$ a $SD = 9,69$ roka. Priemerný vek kontrol bol $M = 36,00$ a $SD = 11,30$. Skupiny sa od seba štatisticky významne nelíšili v závislosti od veku, počtu rokov vzdelania a pohlavia. Demografické charakteristiky ako počet rokov vzdelania, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, zamestnanie a spolužitie uvádza tabuľka 1. Medián pre počet epizód bol 4 a stredná dĺžka ochorenia bola 6,5 roka.

Za účelom zhodnotenia závažnosti aktuálnej symptomatiky, spokojnosti so životom a psychosociálneho fungovania chorými so schizofréniou boli použité nasledujúce škály:

Škála globálneho klinického dojmu – Schizofrénia – CGI-SCH

Na zhodnotenie závažnosti aktuálnej symptomatiky bola použitá Škála globálneho klinického dojmu – schizofrénia (24). Stav pacienta počas posledných

Tabuľka 2. Deskriptívna štatistika pre použité metódy

	Pacienti		Kontroly	
	M	SD	M	SD
Pozitívne symptómy	2,69	1,46		
Negatívne symptómy	2,94	1,13		
Depresívne symptómy	2,19	1,07		
Kognitívne symptómy	2,75	1,01		
Celková závažnosť	3,29	1,00		
SWLS	17,69	6,94	25,91	4,92
SFQ	9,22	4,32	5,06	2,67

Vysvetlivky: M – priemer, SD – štandardná odchýlka, SWLS – spokojnosť so životom, SFQ – psychosociálne fungovanie

siedmich dní hodnotil jeho ošetrojúci lekár. Pomocou škály je možné vyhodnotiť závažnosť pozitívnych, negatívnych, depresívnych a kognitívnych symptómov a taktiež celkovú závažnosť ochorenia.

Škála spokojnosti so životom – SWLS

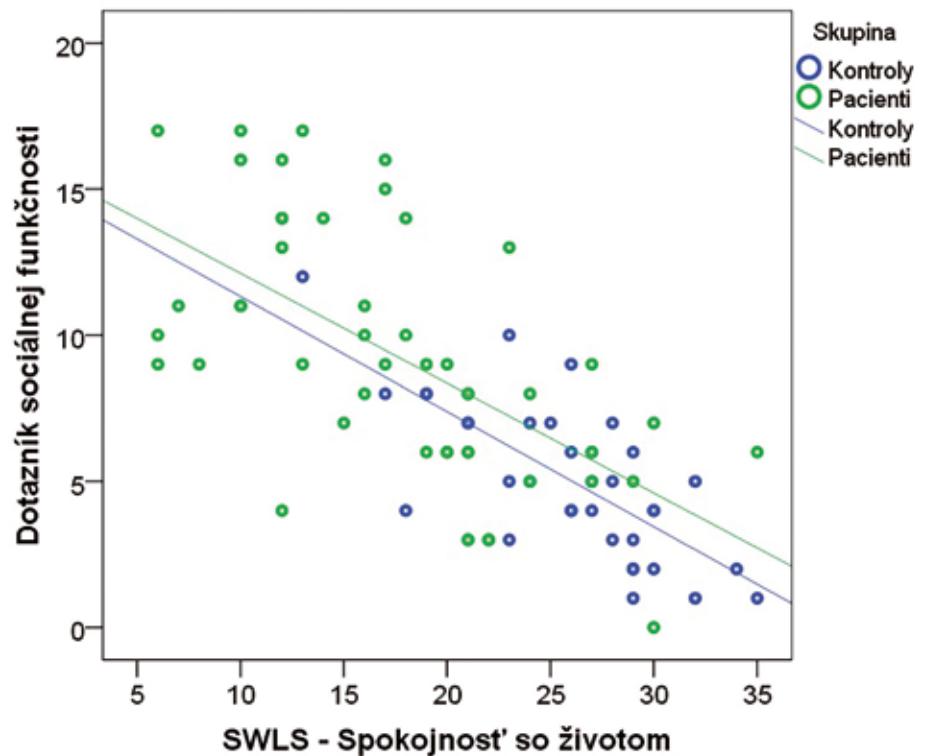
Celkovú spokojnosť so životom sme merali Dienerovou škálou spokojnosti so životom (25). Dotazník obsahuje 5 položiek a výsledné skóre reprezentuje kognitívnu všeobecnú spokojnosť s vlastným životom. Participanti odpovedajú na sedemstupňovej Likertovej škále. Vyššie skóre v dotazníku reprezentuje vyššie subjektívne hodnotenie kvality života.

Dotazník sociálneho fungovania – SFQ

Subjektívne psychosociálne fungovanie sme vyhodnocovali prostredníctvom Tyrerovej Škály sociálneho fungovania (14). Dotazník obsahuje 8 položiek a participant má zhodnotiť nakoľko sa u neho v jednotlivých oblastiach vyskytujú problémy. Obsahovo sa položky zameriavajú napríklad na vzťahy, intímny život, prácu a pod. Vyššie skóre v dotazníku naznačuje horšie psychosociálne fungovanie.

Štatistické metódy a hodnotenie

Výsledky boli spracované pomocou deskriptívnej štatistiky. Pre premenené sme vypočítali priemery, štandardné

Obrázok 1. Vzťah medzi spokojnosťou so životom a psychosociálnym fungovaním**Tabuľka 3.** Korelačná matica vzťahov medzi aktuálnou symptomatikou, spokojnosťou so životom a psychosociálnym fungovaním

	1	2	3	4	5	6	7
1 Pozitívne symptómy							
2 Negatívne symptómy	,395**						
3 Depresívne symptómy	,194	,523**					
4 Kognitívne symptómy	,395**	,267	,141				
5 Celková závažnosť	,630**	,543**	,400**	,491**			
6 SWLS	-,288*	-,224	-,350*	,043	-,195		
7 SFQ	,389**	,280	,526**	,034	,360*	-,667**	

$p < 0,05$, ** $p < 0,01$, SWLS – spokojnosť so životom, SFQ – psychosociálne fungovanie

odchýlky, mediány, prípadne frekvenčné rozdelenia. Na zhodnotenie sily vzťahov medzi premennými sme kvôli narušeniu predpokladu normality a ordinálnemu charakteru dát použili Spearmanov korelačný koeficient. Veľkosť rozdielov medzi skupinami v dotazníku SWLS a SFQ sme zhodnotili prostredníctvom Welschovej verzie t testu pre dva nezávislé výbery. Na vyjadrenie veľkosti efektu bolo použité Cohenovo d. V prípade porovnania medzipohlavných rozdielov v skupine pacientov s poruchami schizofrenického spektra bol použitý Mann-Whitneyho U test a korelačná miera r_m ako ukazovateľ veľkosti efektu. Štatistická analýza bola realizovaná v programe SPSS. V prípade troch pacientok sme nemali dostupné dáta z dotazníku SWLS alebo SFQ.

Výsledky

V tabuľke 2 uvádzame priemerné hodnoty pre použité testy pre obidve skupiny. Pacienti s poruchami schizofrenického spektra mali výrazne horšiu subjektívne hodnotenú funkčnosť ($t(80,52) = -5,451$, $p < 0,001$, $d = 1,12$ 95 % CI (-0,65; -1,58)) aj horšiu subjektívnu kvalitu života ($t(81,99) = 6,352$, $p < 0,001$, $d = 1,33$ 95 % CI (-0,85; -1,81)) ako kontrolná skupina.

V obidvoch skupinách (SCH – $rs = -0,667$, $p < 0,001$; KON – $rs = -0,707$, $p < 0,001$) sme zistili štatisticky významný vzťah medzi spokojnosťou so životom a subjektívne hodnotenou závažnosťou problémov v psychosociálnom fungovaní (obrázok 1). Nižšia spokojnosť so životom súvisí s horším subjektívne hodnoteným psychosociálnym fungovaním.

Pri analýze vzťahov na úrovni jednotlivých skupín symptómov (tabuľka 3) vidíme, že rovnako spokojnosť so životom aj subjektívne psychosociálne fungovanie súvisí primárne so závažnosťou pozitívnych a depresívnych symptómov. V oboch prípadoch závažnejšie pozitívne alebo depresívne symptómy súviseli so zhoršenou spokojnosťou resp. funkčnosťou pacientov. Presné hodnoty korelačných koeficientov uvádzame v tabuľke 3. Spokojnosť so životom v skupine pacientov nekorelovala s počtom epizód poruchy ($r_s = -0,106$, $p = 0,467$) ani dĺžkou trvania ochorenia ($r_s = -0,166$, $p = 0,254$). V prípade psychosociálneho fungovania sme zistili, že je horšie u pacientov s dlhším trvaním poruchy ($r_s = 0,330$, $p = 0,021$). V závislosti od pohlavia sme v skupine pacientov nezistili rozdiely v spokojnosti so životom, v prípade funkčnosti veľkosť rozdielu dosiahla takmer hladinu štatistickej významnosti s malým efektom ($U = 203,5$, $p = 0,066$, $r_m = 0,265$).

Diskusia

Výsledky štúdie preukázali, že pacienti s poruchami z okruhu schizofrenického spektra vnímajú v porovnaní so zdravými kontrolami vážnejšie problémy v ich fungovaní. Taktiež sme zistili signifikantne nižšiu subjektívne vnímanú kvalitu života. Pacienti, ktorí identifikovali viacero problémov vo svojom psychosociálnom fungovaní boli zároveň menej spokojní so svojím životom. Výsledky štúdie potvrdzujú, že pacienti so závažnejšími pozitívnymi a depresívnymi symptómami majú signifikantne nižšie vnímanie vlastného fungovania, t. j. nižšiu subjektívne vnímanú funkčnosť, spokojnosť so životom a kvalitu života ako zdraví jedinci. Depresívne a pozitívne symptómy je možné považovať za prediktory subjektívne hodnotenej funkčnosti. Závažnejšie pozitívne symptómy súvisia podľa publikovaných štúdií s výraznejšími problémami v pracovnej oblasti, s fungovaním v komunite (26) a výskytom agresívneho a rušivého správania a zníženou starostlivosťou o seba (27). Zlepšenie pozitívnych príznakov schizofrenie ale nevedie automaticky k zlepšeniu psychosociálneho fungovania (3). Význam depresívnych symptómov potvrdzuje aj práca Best et al. (28), podľa ktorej je prítomnosť depresívnych

symptómov pri prvej hospitalizácii schizofrenie až u 83 % pacientov, čo môže mať vplyv na reálnu funkčnosť. Depresívne symptómy súvisia primárne s problémami v interpersonálnej a pracovnej oblasti, ako aj s celkovou globálnou mierou funkčnosti (29), dochádza k nedostatočnej starostlivosti o seba, k ťažkostiam v intímnom živote v dôsledku sociálneho stiahnutia, anhedónie, hypobúlie. Podľa Bowiego et al. (7), prítomnosť depresívnej symptomatiky u pacientov so schizofreniou predikuje sociálne fungovanie a kvalitu života. Z výsledkov výskumu taktiež vyplynulo, že negatívne symptómy schizofrenie a kognitívne symptómy (neurokognitívny deficit) nemali efekt na subjektívne hodnotenie funkčnosti u chorých so schizofreniou, na rozdiel od objektívneho hodnotenia funkčnosti klinikom, pre ktorého je významnejším prediktorom funkčnosti a kvality života práve závažnosť negatívnych a kognitívnych symptómov (30). K podobným výsledkom dospeli Yamauchi et al. (31) a Hajdúk, et al. (32), ktorí zistili, že subjektívne posudzovanie kvality života pacientmi so schizofreniou negatívne koreluje s depresívnymi symptómami a kognitívnym deficitom. Bowie et al. (26) potvrdili, že vyššia závažnosť negatívnych symptómov schizofrenie predikovala slabšiu sociálnu kompetenciu, t. j. schopnosť vykonávať spoločensky prospešné činnosti. Negatívne symptómy korelujú s výskytom problémov v interpersonálnej oblasti pri nadväzovaní vzťahov (7, 33), ale taktiež aj so schopnosťou samostatne pracovať a vykonávať bežné činnosti (34). Negatívne symptómy potvrdili ako významný prediktor psychosociálneho fungovania aj Hofer et al. (35), Lipskaya-Velikovsky et al. (36). Harvey a Strassing (37) zistili, že negatívne symptómy majú okrem iného vplyv aj na narušenie sociálnej motivácie a jej nedostatok spôsobuje deficity v sociálnom fungovaní.

Výsledky štúdie by mohli do značnej miery korešpondovať s problematikou nadhodnocovania subjektívnej funkčnosti, psychosociálneho fungovania a kvality života chorými so schizofreniou v dôsledku nedostatočného náhľadu na poruchu. To by vysvetľovala absencia vzťahu ku kognitívnym symptómom. Z dôvodu nedostatočného náhľadu pacienti často nie sú schopní primerane a dostatočne presne

zhodnotiť svoju funkčnosť, čo potvrdili viaceré štúdie (38, 39). Iné štúdie potvrdzujú (40), že pacienti so schizofreniou udávajú pri prijatí subjektívne vyššiu spokojnosť so životom a kvalitu života v porovnaní s pacientmi s inými diagnózami práve v dôsledku nadhodnocovania kvality života. Pri prepustení sa zisťuje diskrepancia medzi zlepšením klinického stavu a subjektívnym hodnotením kvality života, ktorá je u nich pri objektívnom hodnotení len veľmi málo zlepšená v porovnaní s pacientmi s inými diagnózami. Preto je nevyhnutné porovnať výpovede pacientov o kvalite života s objektívnymi informáciami z viacerých zdrojov. Náhľad na poruchu a potrebu pravidelnej dlhodobej liečby je prítomný len u asi 22 % pacientov (41).

Z praktického hľadiska je zlepšenie funkčnosti cieľom liečby. Psychosociálne intervencie najmä v rámci rehabilitácie a resocializácie pacientov (42) môžu byť efektívne pri zlepšovaní funkčnosti pacientov. Napr. Brekke et al. (43) sledovali kvalitu života u chorých, ktorí boli zaradení do dlhodobých rehabilitačných a resocializačných programov a zistili, že čím bola intenzita týchto programov vyššia, a čím boli poskytované dlhšie, tým sa viac zvyšovala spokojnosť chorých ako s liečbou, tak aj kvalitou života a psychosociálnym fungovaním.

Záver

Schizofrenia je chronické ochorenie, ktorého priebeh a štruktúra symptómov je u pacientov mimoriadne pestrá, ale zhoršenie schopnosti adaptívne fungovať v spoločnosti a plniť očakávané roly je takmer vždy prítomná (44). Samotná porucha predstavuje mimoriadnu záťaž nielen pre chorého, ale aj pre opatrovateľov a blízke osoby v dôsledku obmedzenia jeho sociálnych vzťahov (neschopnosť pracovať, starať sa o seba), čo vyúsťuje do ekonomických dôsledkov – pracovnej neschopnosti či invalidity (45). Dôkladné preskúmanie problematiky funkčnosti v reálnom svete je mimoriadne dôležité z pohľadu predikcie priebehu ochorenia. Z výsledkov štúdie jasne vyplynulo, že pacienti so schizofreniou majú narušené viaceré aspekty psychosociálneho fungovania a nižšiu kvalitu života.

Výskum bol podporený grantom Psychiatrickej spoločnosti SLS: 01/2015.

Literatúra

1. Mohr P, Bravermanová A, Melicher M, Čeplová Z, Kopřiva J. Funkční schopnosti a spokojenost s léčbou pacientů se schizofrenií v české republice: průřezová studie. *Čes Slov Psychiatr*. 2012;108(6):279-285.
2. Dragašek J, Štutovský S. Psychosociálne fungovanie u pacientov so schizofreniou. *Psychiatr. prax*. 2012;13(3):98-103.
3. Brissos S, Molodynski A, Dias V, Figueira M. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):18.
4. Forgáčová L. Porucha náhľadu u pacientov so schizofreniou. In: *Kompendium Medicíny*. 4th ed. 2010:20-21.
5. Cannon M, Sc M, Psych MRC, Jones P, Sc M, Psych MRC. Premorbid Social Functioning in Schizophrenia and Bipolar Disorder: Similarities and Differences. *Am J Psychiatry*. 1997;7.
6. Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH. The Psychosocial Outcome of Adolescent-Onset Schizophrenia: A 12-Year Followup. *Schizophr Bull*. 2000;26(4):801-816.
7. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):418-425.
8. Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Validating Measures of Real-World Outcome: The Results of the VALERO Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull*. 2011;37(2):334-343.
9. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull*. 2000;26(1):119-136.
10. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(4):323-329.
11. Ventura J, Subotnik KL, Ered A, et al. The Relationship of Attitudinal Beliefs to Negative Symptoms, Neurocognition, and Daily Functioning in Recent-Onset Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2014;40(6):1308-1318.
12. Lyall D, Hawley C, Scott K. Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation: reliability update. *J Adv Nurs*. 46(4):390-394.
13. Hajdúk M, Zimányiová M, Krajčovičová D, Kořínková V, Heretik A, Pečeňák J. Funkčnosť a spokojnosť so životom u pacientov s poruchami schizofrenického spektra - predbežné výsledky. In: *Psychologica*. Vol 45. STIMUL. Bratislava; 2016:54-61.
14. Tyrer P, Nur U, Crawford M, et al. The Social Functioning Questionnaire: A Rapid and Robust Measure of Perceived Functioning. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(3):265-275.
15. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1997;7(1):S57-S70.
16. Čeplová T, Krajčovičová D. Subjektívna evaluácia a jej význam pri hodnotení efektu liečby u pacientov so schizofreniou. *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*. 2016; 23(3-4):14-18.
17. Reker TH, Eikelmann B, Magenbrock M, et al. Begleitende Hilfen in Arbietsesen für psychisch Kranke und Behinderte. *Absschlussbericht Munster*. 1995:152-158.
18. Lehman AF, NC W, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry*. 10:1271-1276.
19. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry*. 1999;45(1):7-12.
20. Blais MA, Lenderking WR, Baer L, et al. Development and Initial Validation of a Brief Mental Health Outcome Measure. *J Pers Assess*. 1999;73(3):359-373.
21. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *PJ Psych*. 2000;(177):42-46.
22. Klapheck K, Nordmeyer S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). *Psychol Med*. 2012;(42):61-71.
23. Drozdová K. Integrace psychotických prožitku pomocí psychoterapeutických postupů. *Čs S Lov Psychiatr*. 2013;109(5):255.
24. Haro JM, Kamath SA, Ochoa SO, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(s416):16-23.
25. Pavot W, Diener E. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *J Posit Psychol*. 2008;3(2):137-152. doi:10.1080/17439760701756946
26. Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A, et al. Predicting Schizophrenia Patients' Real-World Behavior with Specific Neuropsychological and Functional Capacity Measures. *Biol Psychiatry*. 2008;63(5):505-511.
27. Menendez-Miranda I, Garcia-Portilla MP, Garcia-Alvarez L, et al. Predictive factors of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2015;30(5):622-627.
28. Best MW, Gupta M, Bowie CR, Harvey PD. A longitudinal examination of the moderating effects of symptoms on the relationship between functional competence and real world functional performance in Schizophrenia. *Schizophr Res Cogn*. 2014;1(2):90-95.
29. Rocca P, Bellino S, Calvarese P, et al. Depressive and negative symptoms in schizophrenia: different effects on clinical features. *Compr Psychiatry*. 2005;46(4):304-310.
30. Norman RMG, Malla AK, McLean T, et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(4):303-309.
31. Yamauchi K, Aki H, Tomotake M, et al. Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(4):404-411.
32. Hajdúk M, Heretik A, Kořínková V, Krajčovičová D, Zimányiová M, Pečeňák J. Prediktory funkčnosti u pacientov so schizofreniou. *Čes Slov Psychiatr*. 2016;112(5):226-231.
33. Brill N, Levine SZ, Reichenberg A, Lubin G, Weiser M, Rabinowitz J. Pathways to functional outcomes in schizophrenia: The role of premorbid functioning, negative symptoms and intelligence. *Schizophr Res*. 2009;110(1-3):40-46.
34. Bowie CR, Depp C, McGrath JA, et al. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167(9):1116-1124.
35. Hofer A, Bodner T, Kaufmann A, et al. Symptomatic remission and neurocognitive functioning in patients with schizophrenia. *Psychol Med*. 2011;41(10):2131-2139.
36. Lipskaya-Velikovsky L, Kotler M, Easterbrook A, Jarus T. From hospital admission to independent living: Is prediction possible? *Psychiatry Res*. 2015;226(2-3):499-506.
37. Harvey PD, Strassing M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*. 2012;11(2):73-79.
38. Patterson TL, Sempke SJ, Shaw WS, et al. Self-reported social functioning among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997;(27):199-210.
39. Sabbag S, Twamley EW, Vella L, Heaton RK, Patterson TL, Harvey PD. Predictors of the accuracy of self assessment of everyday functioning in people with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012;137(1-3):190-195.
40. Goppoldová E, Motlová L, ED, Hájek T. Změna subjektivní kvality života a klinického stavu v průběhu psychiatrické hospitalizace. Existují rozdíly mezi diagnostickými kategoriemi? *Psychiatrie*. 2004;(8):267-273.
41. Keith S, Kane JM. Partial compliance and patient consequences in schizophrenia. *J Clin Psychiatr*. 2003;64(8):1308-1315.
42. Pavelková BL, Hajdúk PM. Tréningy sociálnej kognície u pacientov so schizofreniou – perspektívne postupy na zlepšenie psychosociálneho fungovania. *Psychiatr. prax*. 2015;16(4):147-49.
43. Brekke JS, Long JD. Community-Based Psychosocial Rehabilitation and Prospective Change in Functional, Clinical, and Subjective Experience Variables in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2000;26(3):667-680.
44. Marder SR, Fenton W. Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004;72(1):5-9.
45. Rössler W, Joachim Salize H, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):399-409.

MUDr. Dana Krajčovičová, PhD.

Psychiatrická klinika LF UK a UNB
Mickiewiczova 2247/13, 813 69 Bratislava
krajcovicovamudr@centrum.sk