

*Klinická štúdia***Sociálne problémy pacientov so schizofréniou**

I. Dóci, M. Kovářová, E. Safková

Social problems in patients with schizophrenia**Súhrn**

V prospektívnej štúdií o negatívnom vplyve zneužívania psychotropných látok na schizofréniu bolo v rokoch 2001 a 2002 vyšetrených 99 pacientov so schizofréniou. Autori predkladajú parciálne výsledky týkajúce sa sociálnej situácie vyšetrených pacientov. Z 99 vyšetrených len 5 osôb bolo zamestnaných na plný pracovný úväzok (5,1 %), 73,7 % pacientov boli poberatelia plného invalidného dôchodku. Nadpolovičná väčšina pacientov bola slobodná (71,7 %) a bezdetná (83,6 %). Pacienti udávali, že invalidný dôchodok im nestačí, väčšina z nich bývala s rodičmi, ktorí ich aj finančne podporovali (tab. 6, lit. 10).

Kľúčové slová: sociálnoekonomické ukazovatele, pacienti, schizofrénia

Summary

The prospective study of 99 patients with schizophrenia conducted during the years of 2001 and 2002 aimed to shed light on adverse effects of drug abuse on the disease course. In this paper the authors present the impact of social factors on selected patient's data. The employment rate in the sample is very low. Only 5 patients (5.1 %) have a full-time job, and 73.7 % of all patients is on social welfare scheme. Almost 2 of patients in the sample are still single (71.7 %), and 83.6 % of patients never became parents. Due to low income possibilities the patients suffer from lack of means. The vast majority of patients still live with their parents, and remain financially dependent on them (Tab. 6, Ref. 10).

Key words: socio-economic situation, patients, schizophrenia

Úvod

Negatívne aj pozitívne príznaky schizofrénie majú často za následok problémy pacienta v interakcii a komunikácii s inými ľuďmi, čo sa následne odráža najmä v schopnosti zaradiť sa do pracovného procesu a žiť v partnerskom vzťahu. V posledných rokoch sa tejto problematike venuje zvýšená pozornosť. Napríklad Grand a spol. (2001) v svojej štúdií porovnávali sociálne fungovanie pacientov s prvou epizódou

schizofrénie a pacientov s anamnézou viacerých prekonaných atakov ochorenia. Z výsledkov ich výskumu vyplýva, že tieto dve skupiny sa nelíšili v úrovni sociálneho fungovania, a teda podľa autorov sociálne postihnutie chorého so schizofréniou nastáva hneď od začiatku ochorenia. Vo výskumných prácach sa opakovane objavuje zistenie, že je výrazný vzťah medzi neurokognitívnym postihnutím pacienta so schizofréniou a jeho sociálnym fungovaním (Addington a Addington, 2000). Dickerson a spol. (1999) uvádzajú, že v ich súbore pacientov demografické ukazovatele, negatívne symptómy a neurokognitívny deficit mali nezávisle od seba vplyv na postihnutie sociálneho fungovania pacientov so schizofréniou. Chorvátski výskumníci (Vuksic-Mihaljevic a spol., 1998) zdôrazňujú vplyv rodinného života na sociálne fungovanie

Psychiatrická klinika LF UPJŠ a FNŠP, Košice, a Ústav sociálneho lekárstva LF UPJŠ, Košice
Adresa: MUDr. I. Dóci, Psychiatrická klinika LF UPJŠ, Trieda SNP 1, SK-040 11 Košice, Slovakia.
E-mail: ivandoci@hotmail.com

vania pacienta so schizofréniou. Vplyv rodiny a rodinného zázemia je u pacientov so schizofréniou významný aj podľa našich autorov (Böhmová a spol., 2002).

Materiál a metodika

Súbor tvorilo 99 pacientov hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike v Košiciach (74 osôb, 74,7%) a v Psychiatrickej liečebni Plešivec (25 osôb, 25,3%) (podrobnosti o PL Plešivec pozri na www.pl-plešivec.sk). Z celkového počtu 99 vyšetrených pacientov bolo 60 (60,6%) mužov a 39 (39,4%) žien. Prevažovali chorí vo veku od 30 do 50 rokov, priemerný vek bol 42 rokov. 51,5% pacientov bolo hospitalizovaných v svojom živote pre diagnózu schizofrénie už viac ako 10-krát.

Začleňujúcimi kritériami bol vek nad 18 rokov k dátumu prvého vyšetrenia pre účely výskumu, diagnóza schizofrénie určená podľa MKCH-10 aj podľa DSM-IV a ústny súhlas pacienta k spolupráci. Vylučujúcim kritériom bol nesúhlas pacienta k spolupráci. Z oslovených pacientov všetci súhlasili so zaradením do výskumu, ani jeden pacient neodmietol spoluprácu.

Informácie o sociálnoekonomickej situácii pacientov sme získali zo zdravotníckej dokumentácie a vyšetrením pacientov. Údaje sme spracovali štatistickými metódami deskriptívnej aj induktívnej štatistiky (Rimarčík, 2002).

Tabuľka 1. Vzdelanie vyšetrených pacientov

Vzdelanie	Počet	Kumulatívny počet	Percento
Neukončené základné	4	4	4.04
Ukončené základné	18	22	18.18
Stredné odborné bez MŠ	34	56	34.34
Stredné odborné s MŠ	27	83	27.27
Gymnázium s MŠ	6	89	6.06
Vysokoškolské	10	99	10.10

Legenda: MŠ – maturitná skúška – platí pre všetky tabuľky

Výsledky

Z hľadiska vzdelania (tab.1) prevažovali v súbore pacientov osoby, ktoré ukončili stredné odborné učilište bez maturity (34,34%), ďalej nasledovali ľudia so stredným odborným vzdelaním s maturitou (27,27%) a základným vzdelaním (18,18%). V súbore bolo 10,1% vysokoškolsky vzdelaných pacientov a 4,4% osôb s neukončeným základným vzdelaním, z nich dvaja (2,02%) boli negramotní.

Tabuľka 2. Vzdelanie podskupiny mužov

Vzdelanie	Počet	Kumulatívny počet	Percento
Neukončené základné	3	3	5.00
Ukončené základné	8	11	13.33
Stredné odborné bez MŠ	25	36	41.67
Stredné odborné s MŠ	17	53	28.33
Gymnázium s MŠ	5	58	8.33
Vysokoškolské	2	60	3.33

Tabuľka 3. Vzdelanie podskupiny žien

Vzdelanie	Počet	Kumulatívny počet	Percento
Neukončené základné	1	1	2.56
Ukončené základné	10	11	25.64
Stredné odborné bez MŠ	9	20	23.08
Stredné odborné s MŠ	10	30	25.64
Gymnázium s MŠ	1	31	2.56
Vysokoškolské	8	39	20.51

Pri porovnávaní vzdelania žien a mužov v súbore môžeme konštatovať, že distribúcia vzdelania v súbore pacientov – mužov je rovnomerná, takmer symetrická podľa Gausovej krivky. U žien je zvláštnosťou vysoké zastúpenie pacientok s ukončeným vysokoškolským vzdelaním. V súbore vyšetrených pacientov bolo 10 vysokoškolsky vzdelaných osôb, a z toho 8 žien (tab. 2 a 3). V súbore bolo z 99 vyšetrených len 5 osôb zamestnaných na plný pracovný úväzok (5,05%) a 73,74% pacientov bolo poberateľom plného invalidného dôchodku. V súbore boli ďalej 4 študenti (4,04%) a 13 nezamestnaní (13,13%). Žiadna osoba nebola zamestnaná na čiastočný úväzok (tab. 4).

V súvislosti so zamestnanosťou pacientov boli zaujímavé odpovede na otázku, ako najdlhšie v živote bol pacient zamestnaný u jedného zamestnávateľa. Z celkového počtu vyšetrených 9,38% pacientov nebolo doteraz zamestnaných nikdy. Väčšina bola najdlhšie zamestnaná 1–5 rokov (40,63%) a len 39,58% pacientov bolo najdlhšie zamestnaných kratšie ako jeden rok. Len 10,42% pacientov zo súboru bolo zamestnaných niekedy v živote u jedného zamestnávateľa dlhšie ako 5 rokov (tab. 5).

Tabuľka 4. Zamestnanosť a invalidizácia pacientov súboru

	Počet	Kumulatívny počet	Percento
Nezamestnaný bez SP	2	2	2.02
Nezamestnaný so SP	11	13	11.11
Zamestnaný na plný úväzok	5	18	5.05
Zamestnaný brigádnicke	2	20	2.02
Dôchodok starobný	2	22	2.02
Dôchodok invalidný	73	95	73.74
Študent	4	99	4.04

Legenda: SP – sociálna podpora

Tabuľka 5. Ako najdlhšie bol pacient zamestnaný u jedného zamestnávateľa

Počet rokov	Počet	Kumulatívny počet	Percento
0	9	9	9.38
menej ako 1 rok	38	47	39.58
1–5 rokov	39	86	40.63
5 rokov	10	96	10.42

V súbore pacientov prevažovali slobodní (71,72 %), nasledovali osoby rozvedené (13,13 %), žijúce v manželstve (10,10 %) a najmenej bolo vdovcov a vdov (5,05 %).

V skúmanom súbore vysoko prevažovali bezdetní pacienti (83,67 %), 10,2 % pacientov malo jedno dieťa, 5,1 % pacientov dve deti a 1,02 % pacientov, teda iba jedna pacientka, mala tri deti (tab. 6).

Tabuľka 6. Počet detí u vyšetrených pacientov

Počet detí	Počet	Kumulatívny počet	Percento
0	82	82	83.67
1	10	92	10.20
2	5	97	5.10
3	1	98	1.02

Z celého vyšetreného súboru bolo 6 (6,01 %) osôb niekedy v živote trestaných nepodmienečným trestom odňatia slobody.

Diskusia

Rozbor sociálnoekonomického stavu pacientov nášho súboru poukazuje na to, že pacienti so schizofréniou sa svojou sociálnou situáciou a začlenením do spoločnosti výrazne odlišujú od bežnej populácie.

Základným problémom je finančné zabezpečenie. V našom súbore nepracovalo 92 pacientov (92,92 %), až 73,74 % pacientov poberalo invalidný dôchodok. Pretože schizofrenia vzniká pred 30. rokom života a väčšina osôb s týmto ochorením je invalidizovaná už v mladom veku a nemá odpracovaný potrebný počet rokov, majú pacienti so schizofréniou invalidný dôchodok relatívne nízky. Pacienti pri vyšetrení nám odmietli odpovedať na otázku, aké ďalšie príjmy majú napríklad z brigádnickej činnosti. Báli sa, že táto informácia bude zneužitá proti nim, pretože (podľa vtedy platných predpisov) poberateľ invalidného dôchodku nemohol vykonávať inú zárobkovú činnosť. Podľa vyjadrení pacientov však mnohým z nich invalidný dôchodok nestačí. 75 % pacientov odpovedalo kladne na otázku, či ich niekto finančne alebo materiálne podporuje. Najviac podporovali pacientov rodičia, a to priamo finančne alebo materiálne, najmä zabezpečením jedla a cigariet. Zaujímavým zistením bolo, že ani jeden pacient zo súboru nepracoval na čiastočný úväzok. Výsledky výskumu nasvedčujú tomu, že zamestnávateľia pravdepodobne nechcú zamestnať osobu s duševnou poruchou, a to ani na úplný, ani na čiastočný úväzok.

Problematické je u pacientov so schizofréniou aj začleňovanie do spoločnosti. 89,9 % pacientov z nášho súboru nežilo v manželstve. Počet rozvedených je však percentuálne nižší ako v bežnej populácii – v našom súbore bolo len 13,13 % osôb rozvedených, pričom index rozvodovosti (počet rozvodov na 100 uzavretých manželstiev) v SR roku 1999 bol 35,2 %. Znamená to, že pacienti so schizofréniou málokedy uzatvárajú manželstvá (v našom súbore bolo 72 % osôb slobodných), ale keď už ho uzavrujú, je relatívne stabilné. Pravdou však je, že pri vyšetrení pacientov sme u ženatých a vydatých (10,10 %) nezistovali, či naozaj s partnerom žijú v harmonickom manželstve. Málo pacientov, ktorí nežili v manželstve, udalo, že má v súčasnosti stáleho sexuálneho partnera. Väčšina pacientov nášho súboru žila v spoločnej domácnosti s rodičmi. Tým, že väčšina pacientov so schizofréniou je slobodných a finančne závislých od iných osôb, sa pre pacienta so schizofréniou zvyšuje vplyv rodiny, najmä pôvodnej – rodičov. Pôvodná pacientova rodina často predstavuje aj jednu z mála možností komunikácie s okolím.

Bezdetných je 83,67 % vyšetrených osôb. Z informácií, že väčšina pacientov so schizofréniou v našom súbore bola slobodných, bezdetných, nezamestnaných a býva u rodičov, ktorí ich aj finančne podporujú, sa logickou úvahou dá odvodiť, že títo pacienti po smrti rodičov väčšinou pre finančné problémy nie sú schopní samostatne žiť a sú umiestnení do ústavu sociálnej starostlivosti. Tento problém je v praxi

často observovaný ambulantnými psychiatrami aj všeobecnými lekármi a v súčasnosti je podľa autorov článku ťažko riešiteľný vzhľadom na výšku invalidných dôchodkov, ceny bývania a bežných životných potrieb. Ďalším problémom, ktorý zvyšuje životné náklady už aj tak chudobných pacientov so schizofréniou, je fajčenie a konzumácia alkoholu. Podľa údajov z literatúry viac ako 60 % pacientov so schizofréniou fajčí, čo potvrdzuje aj aktuálny slovenský výskum. Retlichová (2002) zistila v súbore pacientov so schizofréniou výskyt fajčenia 60 %. U pacientov s chronickou schizofréniou je výskyt závislosti od nikotínu ešte vyšší – nad 70 % (Kosten a Ziedonis, 1997). Alkohol zneužíva aspoň v určitom období svojho života takmer polovica schizofrenikov. Rieger a spol. (1990) udávajú výskyt závislosti a abúzu alkoholu u schizofrenikov 46 %. Zvýšené náklady na cigarety, alkohol a v niektorých štátoch aj na nelegálne psychotropné látky (napr. v USA) môžu viesť k zvýšenej trestnej činnosti pacientov so schizofréniou. Všetky vyššie uvedené problémy majú za následok znižovanie kvality života pacientov so schizofréniou, pričom kvalita života má osobitne pre psychiatrických pacientov veľký význam (Ondrejka a Drímalová, 2001).

Záver

Pacienti so schizofréniou majú svoje výrazné sociálne a ekonomické problémy – nižšiu vzdelanostnú úroveň, ako je priemer v bežnej populácii, nízku zamestnanosť, relatívne nízke invalidné dôchodky, v mnohých prípadoch neschopnosť vytvoriť trvalý partnerský vzťah, v našich ekonomických podmienkach často závislosť od finančnej alebo materiálnej pomoci iných osôb. Uvedené problémy vedú k znižovaniu ich životnej úrovne, ktorá spätne môže negatívne vplývať na priebeh ochorenia. Na základe dnešnej úrovne poznatkov o schizofrénií (Hosák, 2002) môžeme konštatovať, že pacienti so schizofréniou si svoju chorobu nezapríčinili sami. Preto jednoznačne majú nárok na adekvátne sociálne zabezpečenie, liečbu a opatrovateľskú starostlivosť počas celého svojho života. Riešenie sociálnych a ekonomických problémov schizofrenikov je v každom štáte komplexné, participujú na ňom rôzne zložky, ako napríklad zdravotníctvo, sociálna služba, zákonodárstvo. Výsledok samozrejme závisí od ekonomickej sily štátu a od politickej a spoločenskej vôle pomôcť duševne chorým ľuďom.

Literatúra

1. **Addington J., Addington D.:** Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2,5 year follow-up study. *Schizophr. Res.*, 44, 2000, č. 1, s. 47–56.
2. **Böhmová Z., André I., Šefránková V.:** O vplyve rodiny z pohľadu pacienta. *Čes. Slov. Psychiat.*, 98, 2002, č. 4, s. 205–207.
3. **Dickerson F., Boronow J.J., Ringel N., Parente F.:** Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. *Schizophr. Res.*, 37, 1999, č. 1, s. 13–20.
4. **Grand C., Addington J., Addington D., Konnerth C.:** Social functioning in first- and multipisode schizophrenia. *Canad. J. Psychiat.*, 46, 2001, č. 8, s. 746–749.
5. **Hosák L.:** Genetické faktory u schizofrenie – súčasné poznatky a perspektivy. S. 67. In: Raboch J., Doubek P., Zrzavceková I. (Eds.): *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Praha, Galén 2002.
6. **Kosten T.R., Ziedonis D.M.:** Substance abuse and schizophrenia: Editors' introduction. *Schizophr. Bull.*, 23, 1997, č. 2, s. 181–186.
7. **Ondrejka I., Drímalová M.:** Význam koncepcie kvality života v psychiatrii. *Med. Monitor*, 5, 2001, s. 17–18.
8. **Retlichová I.:** Najzávažnejšie problémy schizofrenných pacientov a možnosti ošetrovateľstva. S. 290–294. In: Holešinská P. (Ed.): *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Praha, Grada 2002.
9. **Rieger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K.:** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *J. Amer. Med. Ass.*, 1990, 264, s. 2511–2518.
10. **Rimarčík M.:** Štatistický navigátor. <http://www.statistika.host.sk>, 2002.

Do redakcie došlo 20.3.2003.