
Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky

Masopust J.¹, Libiger J.¹, Köhler R.¹, Urban A.¹, Čermáková E.²

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové,
přednosta prof. MUDr. J. Libiger, CSc.¹
Katedra lékařské biofyziky LF UK, Hradec Králové,
přednosta doc. Ing. J. Hanuš, CSc.²

SOUHRN

Úvod: Faktory ovlivňující spolupráci souvisejí se samotným pacientem, s jeho prostředím, nebo s lékařem a samotnou léčbou. Důležitou příčinou nonadherence jsou nežádoucí účinky antipsychotické medikace. Jedná se především o iniciální dysforickou reakci, sedaci, extrapyramidové nežádoucí účinky, akathizii, sexuální dysfunkci a nárůst hmotnosti. Subjektivní spokojenost s léčbou a postoj k léčbě antipsychotiky ovlivňují kompliance.

Metodika: Psychopatologie byla vyšetřena pomocí stupnic PANSS (Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia) a CGI (Clinical Global Impression). Subjektivní spokojenost s léčbou jsme měřili pomocí SWN (Subjective Well-being Neuroleptics Scale). Postoje k farmakologické léčbě jsme zjišťovali dotazníkem DAI (Drug Attitude Inventory).

Výsledek: Vyšetřili jsme 75 pacientů (25 žen) průměrného věku 34,6 let (medián věku 32 let) s diagnózou schizofrenie. Významně spokojenější s léčbou byli pacienti v remisi, léčeni monoterapií a celkově nižšími dávkami antipsychotik.

Závěry: Subjektivní spokojenost nemocných s léčbou se stává důležitým měřítkem pro hodnocení celkové účinnosti a snášenlivosti léčby antipsychotiky. Smysluplná léčba antipsychotikem v monoterapii s minimem výskytu nežádoucích účinků může zlepšit subjektivní spokojenost pacientů a compliance s léčbou.

Klíčová slova: subjektivní spokojenost s léčbou, postoj k léčbě, monoterapie, remise, nežádoucí účinky antipsychotik, adherence.

SUMMARY

Masopust J., Libiger J., Köhler R., Urban A., Čermáková E.: Patient's Subjective Well-being with Antipsychotic Treatment

Objectives: The factors that influence compliance with antipsychotic treatment in schizophrenia are related to the patient, the patient's environment, the attending physician, and the treatment itself. Important causes of non-adherence are adverse effects (AEs) of antipsychotics. Initial dysphoric reaction, sedation, extrapyramidal symptoms, akathisia, sexual dysfunction and obesity belong to the most frequent AEs. The patient's subjective well-being and attitude toward antipsychotic medication are considered to be important for compliance.

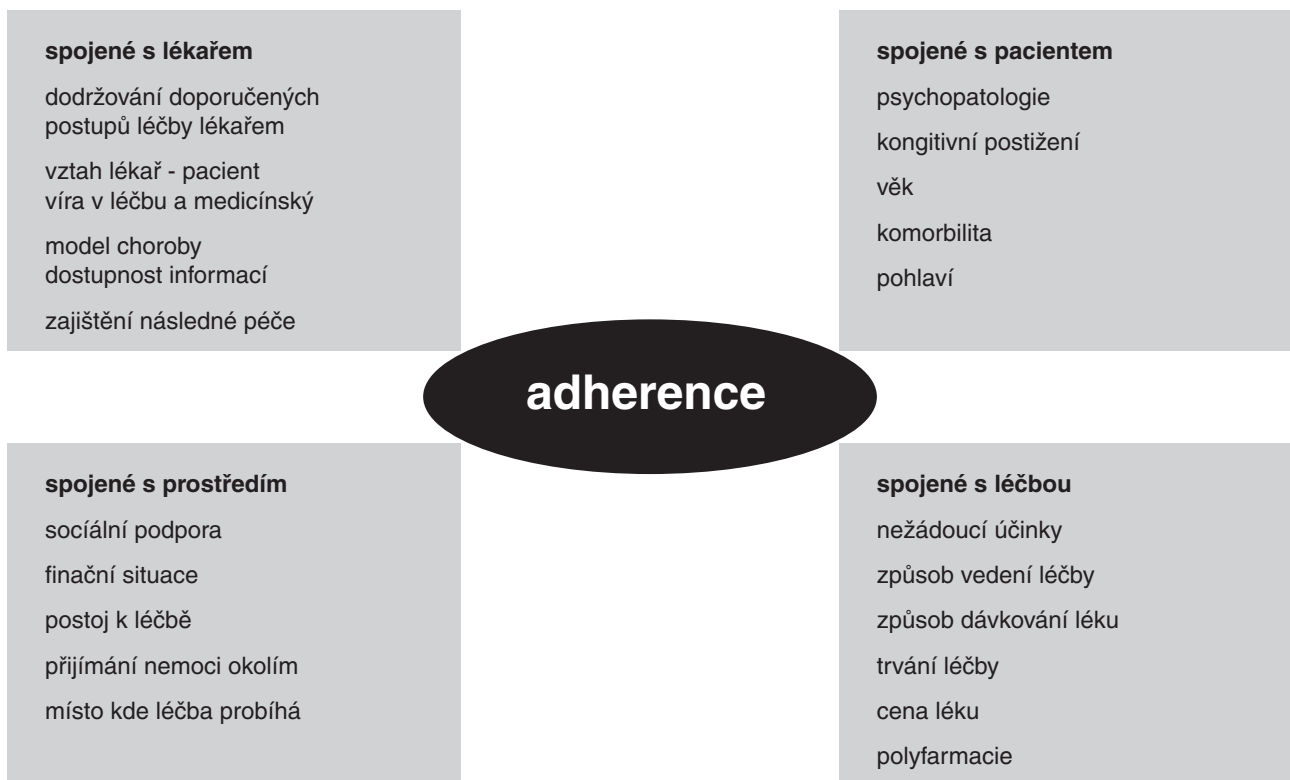
Methods: Severity of symptoms was estimated using the PANSS (Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia) and CGI (Clinical Global Impression) scales. Self-rating Well-being Neuroleptic Scale (SWN) was applied to evaluate the patients' subjective well-being. We also administered the Drug Attitude Inventory (DAI) to evaluate the attitude of the study subjects toward antipsychotic medication.

Results: Seventy-five outpatients (women N = 25) at the average age of 34.6 years (median 32 years) with the diagnosis of schizophrenia were included into the study. The patients with the most pronounced subjective well-being were in remission, treated with monotherapy, and low doses of antipsychotic drugs.

Conclusion: Subjective well-being is increasingly being accepted as a valid and important measure of antipsychotic treatment outcomes and tolerability. Meaningful way of antipsychotic treatment in monotherapy with minimal AEs can increase the patient's subjective well-being and compliance.

Key words: subjective well-being, attitude toward medication, monotherapy, remission, adverse events of antipsychotic drugs, adherence.

Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 1, pp. 12–19.



Obr. 1. Faktory ovlivňující adherenci při léčbě schizofrenie antipsychotiky (upraveno podle 7).

ÚVOD

Dlouhodobá léčba antipsychotiky u pacientů se schizofrenií výrazně snižuje frekvenci relapsů [15]. Jedním z klíčových faktorů je spolupráce nemocných při léčbě. Kompliance je chápána jako rozsah souběhu chování nemocného (užívání medikace, dietní opatření, změna životního stylu) s radou a doporučením lékaře. Pojem adherence je užší a více v tomto směru vyjadřuje aktivitu nemocného [5]. Faktory ovlivňující spolupráci souvisejí se samotným pacientem, s jeho prostředím, nebo s lékařem a samotnou léčbou (obr. 1). Z nežádoucích účinků negativně ovlivňují postoj k antipsychotické medikaci především sedace, extrapyramidové nežádoucí účinky, akathizie, sexuální dysfunkce a nárůst hmotnosti [7, 16]. Některé mentální nežádoucí účinky jsou zahrnuty v pojmu „neuroleptická dysforie“. Subjektivní rozlada zahrnuje symptomy napětí, podrážděnosti, úzkosti, deprese a pocitu prázdna [11]. Neuroleptiky indukovaná dysforie vede k nespolečnosti při užívání léků, nepříznivé prognóze, častějšímu zneužívání návykových látek a zhoršení kvality života [2, 17]. Nepříjemně prožívané nežádoucí účinky v počátcích antipsychotické léčby mohou negativně ovlivnit spolupráci při dlouhodobé léčbě [18]. Důležitým faktorem pro adherenci je také náhled onemocnění, vztah lékař – pacient a okolnosti při přijetí do nemocnice [16].

Spolupráce při užívání léků je ovlivňována sub-

jektivním prožíváním léčby pacientem [12, 13]. Předpokládali jsme, že subjektivní prožívání léčby by mohlo ovlivňovat také pacientův postoj k lékům.

Subjektivní spokojenost s léčbou je v Evropě měřená dotazníkem SWN (Subjective Well-being Neuroleptics scale) [13, 14], postoje k farmakologické léčbě jsou obvykle zjišťovány dotazníkem DAI (Drug Attitude Inventory) [8, 9].

Spokojenost s terapií a spolupráce při léčbě jsou důležitými předpoklady pro dosažení remise. Na základě konsenzu odborníků vznikla při léčbě schizofrenie definice remise [1]. Východiskem je symptomatologické zlepšení v osmi položkách posuzovací stupnice PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (tab. 1).

Tab. 1. Definice symptomatologické remise u schizofrenie podle posuzovací stupnice PANSS. Intenzita těchto symptomů musí být menší nebo rovna 3 na sedmibodové škále po dobu minimálně 6 měsíců.

| | |
|----|----------------------------|
| P1 | bludy |
| P2 | desorganizace myšlení |
| P3 | halucinatorní chování |
| G9 | neobvyklý myšlenkový obsah |
| G5 | manýrování |
| N1 | oploštělá emotivita |
| N4 | sociální stažení |
| N6 | snížená spontaneita |

SOUBOR A METODIKA

Přeložili jsme anglickou verzi dotazníku DAI-30 a ověřili v praxi srozumitelnost překladu (příloha 1). Na našem pracovišti byl již v minulosti připraven překlad dotazníku SWN (příloha 2). (Dotazníky publikujeme v přílohách na konci odborného textu.) Chtěli jsme ověřit předpoklad, že subjektivní prožívání léčby a vztah k lékům spolu souvisí. Předpokládali jsme také, že v ambulantní péči budou mezi faktory ovlivňujícími spokojenost pacienta s léčbou a jeho vztah k ní: výše dávky antipsychotika (vyšší riziko nežádoucích účinků), léčba kombinací antipsychotik (rezistence psychopatologie, strach z nadměrné a necílené terapie) a míra závažnosti psychopatologie (dosažení symptomatické remise na udržovací léčbě).

Provedli jsme jednorázové průřezové šetření. Vyšetřili jsme 75 náhodně vybraných pacientů (25 žen) z ambulance pro léčbu schizofrenie Psychiatrické kliniky LF UK a FN v Hradci Králové (tab. 2). Většina pacientů měla diagnózu schizofrenního onemocnění (obr. 2).

Porovnali jsme spokojenost pacientů s léčbou a jejich vztah k léčbě ve skupině, která dosáhla symptomatické remise, a skupině symptomaticky aktivní.

Dále byly tyto charakteristiky porovnány ve skupinách, které se lišily počtem podávaných antipsychotik (byly léčeny kombinací antipsychotik nebo monoterapií), a ve skupinách dělených mediánem chlorpromazinového ekvivalentu celkové dávky.

Celkem 50 pacientů bylo léčeno monoterapií a 24 dvojkombinací antipsychotik. Jeden nemocný dostával celkem tři antipsychotika. Psychopatologie byla vyšetřena pomocí stupnic PANSS a CGI (Clinical Global Impression). Z nežádoucích účinků byla hodnocena akathisie stupnicí BAS (Barnes Akathisia Scale) a sexuální problémy Škálou sexuální dysfunkce (Sexual Dysfunction Scale – UKU). Výsledky byly statisticky zpracovány statistickým programem NCSS 2007.

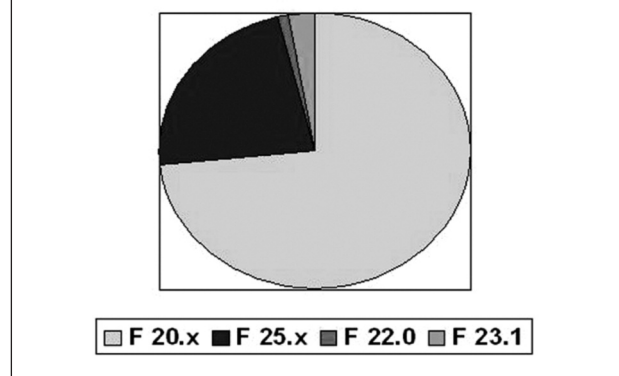
Tab. 2. Charakteristika souboru nemocných (N=75).

| Proměnná | Průměr (SD) | Medián |
|--|---------------|--------|
| Věk (roky) | 34,6 (11,4) | 32 |
| Délka trvání onemocnění (roky) | 11 (10,3) | 6,5 |
| Věk začátku onemocnění (roky) | 23,2 (6,4) | 22 |
| Počet hospitalizací | 4,4 (4,3) | 3 |
| Dávka (chlorpromazinový ekvivalent v mg) | 378,9 (350,1) | 250 |
| Počet antipsychotik za poslední 2 roky | 2,5 (1,7) | 2 |
| DAI-30 celk. | 17,7 (9,2) | 20 |
| SWN celk. | 92,8 (18,8) | 97* |
| PANSS celk. | 55,7 (17,4) | 54 |
| PANSS negat. | 16,2 (6,7) | 16 |
| CGI | - | 3 |
| BAS | - | 0 |
| UKU – sex. | - | 2 |

SD – směrodatná odchylka

* hodnoty celkového skóru SWN ≥ 80 znamenají dostatečnou spokojenost s léčbou

Diagnostické složení souboru

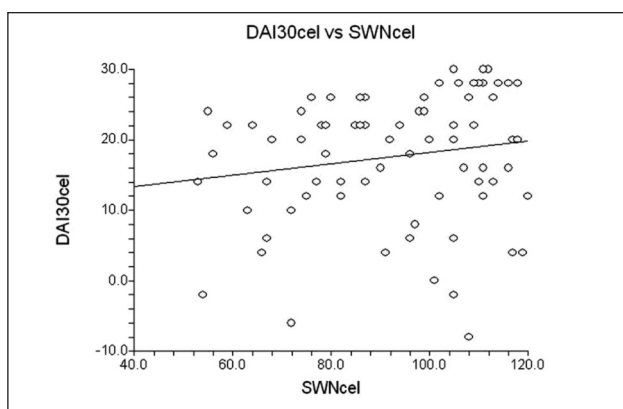


Obr. 2. Diagnostické složení souboru. F 20.x Schizofrenie (n=55), F 25.x Schizoafektivní porucha (n=17), F 22.0 Porucha s bludy (n=1), F 23.1 Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie (n=2).

VÝSLEDKY

Celkové skóry dotazníku SWN a DAI spolu v našem souboru významně nesouvisely (Pearsonovo $r=0,21$, $p=0,069$; Spearmanův koeficient pořadové korelace $p=0,19$, $p=0,104$) (obr. 3.).

Pacienti v symptomatické remisi byli významně subjektivně spokojenější s léčbou než nemocní bez remise. Medián celkového skóru dotazníku SWN u těchto dvou skupin byl 99 a 86. Remitěři také měli za sebou nižší počet hospitalizací (výsledky podrobně v tabulce 3). Subjektivní spokojenost měřená škálou SWN byla větší ve skupině pacientů léčených nižší dávkou antipsychotické medikace oproti skupině s vyšší dávkou rozdělených podle mediánu chlorpromazinového ekvivalentu celkové dávky antipsychotik ($M=250$ mg) (tab. 4). Významně vyšší skóre v dotazníku SWN jsme zjistili u pacientů léčených monoterapií antipsychotikem



Obr. 3. Korelace mezi celkovými skóry dotazníků DAI-30 a SWN.

oproti kombinaci. Nemocní užívající jedno antipsychotikum měli nižší celkovou dávku chlorpromazinového ekvivalentu (tab. 5). Postoj k léčbě měřený pomocí škály DAI se v uvedených skupinách statisticky významně nelišil. Nemocní s nižší mírou úzkosti (položka G2 ve škále PANSS) byli významně spokojenější s léčbou. Další vybrané položky PANSS (P2 dezorganizované myšlení, P7 hostilita, N5 abstraktní myšlení, G6 deprese a G12 náhled) s měřenými parametry nesouvisely.

ZÁVĚRY A DISKUSE

Subjektivní spokojenost pacientů v našem souboru byla významně vyšší ve skupině

Tab. 3. Psychopatologie, subjektivní spokojenost s léčbou a postoje k léčbě u pacientů rozdělených podle kritéria symptomatické remise.

| Proměnná | Remise (n = 43; 57 %) | | Bez remise (n = 32; 43 %) | | p |
|---|--------------------------|--------|------------------------------|--------|--------------|
| | Průměr (SD) | Medián | Průměr (SD) | Medián | |
| PANSS celk. | 45,5 (10,4) | 44 | 69,4 (15,3) | 69,5 | p < 0,001 KS |
| PANSS pozit. | 8,8 (2,6) | 8 | 14,1 (6,7) | 12,5 | p=0,0019 KS |
| PANSS negat. | 12,6 (4,3) | 12 | 20,9 (6,4) | 21 | p < 0,001 KS |
| DAI-30 celk. | 18,6 (8,9) | 20 | 16,4 (9,5) | 17 | NS MW |
| DAI-30 pozit. | 24,3 (4,5) | 25 | 23,2 (4,8) | 23,5 | NS MW |
| SWN | 97,3 (16,3) | 99 | 86,8 (20,5) | 86 | p=0,029 KS |
| Délka trvání onemocnění (roky) | 9,3 (8,4) | 6 | 13,4 (12,2) | 7 | NS KS |
| Dávka (mg chlorpromazinového ekvivalentu) | 333,6 (335,4) | 200 | 439,7 (365,3) | 265 | NS MW |
| Počet hospitalizací | 3,7 (3,7) | 2 | 5,3 (5) | 3 | p=0,022 MW |

Alternativní hypotéza byla oboustranná, byly použity neparametrické testy Mann-Whitney (MW), Kolmogorov-Smirnov (KS)
NS – statisticky nesignifikantní

Tab. 4. Srovnání vztahu k léčbě a subjektivní spokojenosti ve skupinách rozdělených podle mediánu (M) celkové denní dávky (250 mg chlorpromazinového ekvivalentu) antipsychotik.

| Proměnná | Dávka >= M (n=39) | | Dávka < M (n=36) | | p |
|--|-------------------|--------|------------------|--------|------------|
| | Průměr (SD) | Medián | Průměr (SD) | Medián | |
| DAI-30 celk. | 16,8 (9) | 17 | 18,5 (9,4) | 22 | NS MW |
| DAI-30 pozit. | 23,4 (4,5) | 23,5 | 24,2 (4,7) | 26 | NS MW |
| SWN | 98 (15,5) | 100,5 | 88,1 (20,5) | 87 | p=0,046 MW |
| Počet antipsychotik za poslední 2 roky | 1,9 (1,5) | 2 | 2,9 (1,8) | 2 | p=0,01 MW |

Alternativní hypotéza byla oboustranná, byly použity neparametrické testy Mann-Whitney (MW), Kolmogorov-Smirnov (KS)
NS – statisticky nesignifikantní

Tab. 5. Srovnání vztahu k léčbě a subjektivní spokojenosti ve skupinách monoterapie a léčby kombinací dvou antipsychotik.

| Proměnná | Monoterapie (n=55; 73%) | | Kombinace (n=20; 27%) | | p |
|-----------------------------|-------------------------|--------|-----------------------|--------|--------------|
| | Průměr (SD) | Medián | Průměr (SD) | Medián | |
| DAI-30 celk. | 18 (9,5) | 20 | 16,6 (8,5) | 19 | NS MW |
| DAI-30 pozit. | 24 (4,7) | 25 | 23,3 (4,3) | 24,5 | NS MW |
| SWN | 96 (15,7) | 99 | 84,1 (23,9) | 83 | p=0,031 KS |
| Dávka (clp ekvivalent v mg) | 319,1 (337,8) | 200 | 543,3 (338) | 425 | p < 0,001 MW |

Alternativní hypotéza byla oboustranná, byly použity neparametrické testy Mann-Whitney (MW), Kolmogorov-Smirnov (KS)
NS – statisticky nesignifikantní

nemocných, kteří během léčby dosáhli symptomatické remise. Kritéria pro remisi byla splněna v období posledních 6 měsíců. Mohlo se jednat o pacienty s příznivějším průběhem onemocnění a lepší reakcí na léčbu. Subjektivní spokojenost a vztah k léčbě u ambulantních pacientů v symptomatické remisi a bez remise byly v naší práci porovnány vůbec poprvé.

Subjektivní spokojenost s léčbou posuzovaná škálou SWN byla významně vyšší ve skupině pacientů léčených monoterapií oproti kombinaci dvou antipsychotik. Spokojenější byli také pacienti léčení celkově nižší dávkou antipsychotika. Pacienti léčení více antipsychotiky mohou mít obavy z rozsáhlé a necílené medikace. Mohou se také kumulovat nežádoucí účinky léků. Vyšší celková dávka je často způsobena právě kombinací více preparátů [3].

Vztah mezi celkovou subjektivní spokojeností s léčbou a vztahem k léčbě se neukázal jako významný. V případě škály DAI-30 by se mohlo jednat o důsledek velké variability proměnných. Stejně výsledky jsme ale zaznamenali i v případě krátké verze DAI-10. Vysvětlením je, že každá z obou posuzovacích stupnic měří rozdílné a na sobě nezávislé charakteristiky. Spokojenost s léčbou by mohla více souviset s ochotou užívat medikaci.

Ve snaze najít charakteristiky spokojeného pacienta jsme analyzovali ¼ pacientů s nejvyšším skóre v dotazníku SWN. Převažující charakteristiky jsou uvedeny v tabulce 6 (vzhledem k malému počtu nemocných se nejedná o statisticky významný výsledek, je přítomen pouze trend).

Tab. 6. Jak vypadá spokojený pacient?

| |
|--|
| Muž |
| Monoterapie 1 antipsychotikem |
| Symptomatická remise |
| Kratší délka trvání onemocnění |
| Nižší počet hospitalizací |
| Nižší celková dávka antipsychotické medikace |

Naše výsledky mohou svědčit o tom, že spokojenější jsou nemocní s méně závažným průběhem onemocnění, u kterých často vystačíme s antipsychotickou monoterapií a nižšími dávkami. Pokračování v projektu a další analýzy ukážou, zda se nejedná o příliš zjednodušené vysvětlení.

K tomu, abychom měli spokojené nemocné ochotně užívající antipsychotika, je také třeba dodržovat doporučené postupy a vodítka. Žádná vodítka nedoporučují používat jinou kombinaci antipsychotik než s klopazinem. Pro používání kombinací nemáme žádné důkazy. Skeptický postoj k vodítkům,

jejich neznalost nebo volba pohodlného řešení (přidávání léků namísto změny) a složitost běžné praxe vedou k používání jiných než doporučených postupů a nadužívání kombinované léčby antipsychotiky. V 10letém sledování Waddingtona a spolupracovníků [19] byla zjištěna zvýšená mortalita pacientů léčených kombinací antipsychotik. Pacienti užívající tři antipsychotika najednou měli dvakrát vyšší pravděpodobnost úmrtí z důvodu tělesného onemocnění než nemocní užívající antipsychotikum jedno [10]. Hospitalizovaní nemocní léčení kombinací antipsychotik měli o 78 % vyšší dávku, o 56 % delší dobu hospitalizace a o 56 % vyšší riziko výskytu nežádoucích účinků než pacienti s monoterapií [3]. Kombinace mohou vést ke kumulaci například metabolických nežádoucích účinků [4]. Weinmann se spolupracovníky [20] porovnali preskripční zvyklosti před a po zavedení praktických vodítek pro léčbu schizofrenie v Německu. Došlo k významnému omezení používání kombinací antipsychotik a snížení výskytu neurologických nežádoucích účinků. Dávky antipsychotik zůstaly přibližně stejné. Pokles v celkovém skóre škály PANSS byl signifikantně větší po zavedení vodítek.

Výsledky mohou být ovlivněny výběrem pacientů pro péči v ambulanci pro léčbu psychóz Psychiatrické kliniky. Jedná se o dlouhodobě podrobně sledované nemocné. V našem souboru převažují pacienti s monoterapií a nižšími dávkami antipsychotik. Mizivý byl například výskyt akathisie.

Stojíme před řadou otázek. V projektu pokračujeme a budeme se snažit nalézt další parametry ovlivňující subjektivní vnímání antipsychotické terapie nemocnými. Budeme zjišťovat spokojenost s léčbou a postoj k léčbě u hospitalizovaných nemocných. Předpokládáme u nich vyšší míru psychopatie. Akutní léčba vyššími dávkami antipsychotik, a případně kombinacemi, může být spojena se subjektivně špatně vnímanými nežádoucími účinky.

V současné době již při posuzování výsledků léčby nevystačíme s výsledky stupnic hodnotících psychopatologii (PANSS, CGI). Ukazuje se, že subjektivní vnímání léčby samotnými pacienty (spokojenost s léčbou, postoj k léčbě, kvalita života) jsou důležitými měřítky pro posuzování celkové efektivity léčby schizofrenie. K měření těchto parametrů můžeme využít posuzovací stupnice (SWN, DAI, škály kvality života).

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620816.

Příloha 1. DAI-30. Překlad do českého jazyka a ověření srozumitelnosti provedli J. Libiger, J. Masopust, R. Köhler a V. Pazderová. Pacient označí souhlas či nesouhlas s každou položkou. Souhlas s pozitivním/nesouhlas s negativním tvrzením je hodnocen jedním kladným bodem. Souhlas s negativním/nesouhlas s pozitivním tvrzením znamená jeden záporný bod. Celkový součet tedy může být v intervalu – 30 až 30 (nejlepší postoj k léčbě) bodů.

| | |
|---------------------|-------------------------|
| ID pacienta: | Iniciály lékaře: |
| | Datum: |

Návod:

Odpovězte, prosím, na uvedené otázky. Vycházejte z osobní zkušenosti s podávaným antipsychotikem (antipsychotiky) **v posledních 4 týdnech.**

Na každou otázku odpovězte:

SOUHLASÍ pokud s odpovědí částečně nebo převážně souhlasíte, nebo
NESOUHLASÍ pokud s odpovědí vůbec, téměř vůbec nebo spíše nesouhlasíte.

Nejde o test, ale o dotazník. Sdělte nám tedy, prosím, svůj vlastní názor – nikdo nehodnotí správné nebo nesprávné odpovědi. Nebudeme z odpovědi vyvozovat žádné důsledky, které by se Vás mohly dotýkat.

| | souhlasí | nesouhlasí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. V okamžiku, kdy se cítím lépe, již žádné léky nepotřebuji. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Z mého pohledu převažují dobré stránky léku. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Když užívám léky, cítím se divně, jako zdrogovaný/á (jedná se o období posledních 4 týdnů). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Víím, že i když nejsem hospitalizován/a, potřebuji pravidelně užívat předepsané léky. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Užívám léky jen proto, že mě k tomu jiní lidé nutí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Když užívám léky, uvědomuji si lépe, co dělám a co se děje kolem mne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Užívání léků mi neškodí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Léky pravidelně užívám na základě svého vlastního rozhodnutí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Po užívání léků se cítím uvolněnější. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Cítím se stále stejně bez ohledu na to, zda beru nebo neberu léky. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nepříjemné účinky léků jsou vždy přítomné (jedná se o období posledních 4 týdnů). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Po léčích se cítím unavený/á a zpomalený/á. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Léky užívám jen když se cítím špatně. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Léky jsou pomalu účinkující jed. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Když užívám léky, lépe vycházím s lidmi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Když užívám léky, nemohu se na nic soustředit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Víím lépe než lékař, kdy mám s užíváním léků přestat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Když užívám léky, cítím se normálněji. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Raději budu nemocný/á než abych užíval(a) léky. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Cítím, že je to proti přírodě, že léky ovlivňují mou mysl a mé tělo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Když užívám léky, mám jasnější myšlenky. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Měl bych své léky nadále užívat, i když se už cítím dobře. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Užíváním léků zabráním tomu, abych se duševně zhroutil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Rozhodnutí, kdy bych měl přestat brát léky, je věcí lékaře. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Věci, které bych jinak dělal snadno, jsou s léky mnohem obtížnější. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Když užívám léky, jsem šťastnější a cítím se lépe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Léky beru jen proto, aby ovlivnily chování, které se nelíbí jiným lidem (mně samotnému nevadí). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. S léky se neuvolním. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Když beru léky, lépe se kontrolojuji a ovládám. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Soustavným užíváním léků mohu předejít dalšímu onemocnění. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Příloha 2. SWN, zrácená 20položková verze. Překlad dotazníku SWN do českého jazyka a ověření srozumitelnosti provedli K. Černá a J. Libiger. Hodnocení se vztahuje k poslednímu týdnu. Označí se odpověď nejvíce vystihující současný stav na šestibodové stupnici – od „vůbec ne“ po „úplně“. U pozitivních položek přiřazujeme nejvyšší hodnotu 6 odpovídám „úplně“, u negativních „vůbec ne“ a naopak (pozitivní položky: 2, 5, 7, 8, 13, 15, 18, 19, 20; negativní položky: 1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17). Maximální počet bodů vyjadřující největší subjektivní spokojenost s léčbou je 120.

SWN

| | |
|---------------------|-------------------------|
| ID pacienta: | Iniciály lékaře: |
| | Datum: |

Všechna tvrzení se vztahují k uplynulým 7 dnům. Označte, prosím, stupeň nejlépe vystihující Váš stav.

| | vůbec ne | nepatrně | trochu | zřetelně | převážně | úplně |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Připadám si bezmocný, bez kontroly na tím, co se se mnou děje. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Cítím se tělesně dobře. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Dělá mi problém přemýšlet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Cítím do budoucna beznaděj. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Svě tělo vnímám jako důvěrně známé. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ostýchám se seznamovat s lidmi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Mám živou představivost a plno nápadů. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Svě okolí vnímám jako přátelské a důvěrně známé. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Cítím se slabý a vyčerpaný. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Mé pocity a vnímání jsou otupělé, nic pro mne není důležité. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Mé myšlení je pomalé a těžkopádné. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Mé pocity a chování jsou nepřiměřené situaci. Rozčílím se kvůli maličkostem a důležité věci jakoby se mě netýkaly. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Snadno udržuji kontakt s lidmi ve svém okolí. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Svě okolí vnímám jako změněné, odcizené a ohrožující. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Dokážu se ubránit před nepřiměřenými požadavky svého okolí, uchránit si své soukromí. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Mé tělo je pro mě přítěží. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Mé myšlenky jsou přelétavé a neusměrněné. Nedokážu jasně uvažovat. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Zajímá mne, co se okolo mě děje a je to pro mne důležité. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Mé pocity a chování jsou přiměřené dané situaci. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Mám pocit důvěry v budoucnost. Všechno dobře dopadne. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

LITERATURA

1. **Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Laser, R. A., Marder, S. R., Weinberger, D. R.:** Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am. J. Psychiatry*, 162, 2005, pp. 441-449.
2. **Awad, A. G., Voruganti, L. N.:** Neuroleptic dysphoria: revisiting the concept 50 years later. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 2005 (427), pp. 6-13.
3. **Centorrino, F., Goren, J. L., Hennen, J., Salvatore, P., Kelleher, J. P., Baldessarini, R. J.:** Multiple versus single antipsychotic agents for hospitalized psychiatric patients: case-control study of risks versus benefits. *Am. J. Psychiatry*, 161, 2004, pp. 700-706.
4. **Correll, C. U., Frederickson, A. M., Kane, J. M., Manu, P.:** Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr. Res.*, 89, 2007, pp. 91-100.
5. **Češková, E.:** Schizofrenie a její léčba. 2. vydání. Praha, Maxdorf, 2007, 104 s.
6. **Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., Healy, D., Rae, P., Power, C.:** Attitudes toward antipsychotic medication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 2005, pp. 717-724.
7. **Fleischhacker, W. W., Oehl, M. A., Hummer, M.:** Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J. Clin. Psychiatry*, 64 (Suppl. 16), 2003, pp. 10-13.
8. **Hogan, T. P., Awad, A. G., Eastwood, R.:** A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol. Med.*, 13, 1983, pp. 177-183.
9. **Hogan, T. P., Awad, A. G.:** Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psychol. Med.*, 22, 1992, pp. 347-352.
10. **Joukamaa, M. et al.:** Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br. J. Psychiatry*, 188, 2006, pp. 122-127.
11. **Libiger, J.:** Neuroleptická dysforie v éře antipsychotik: nové otázky. *Psychiatrie*, 8 (Suppl. 1), 2004, s. 25.
12. **Naber, D., Karow, A., Lambert, M.:** Subjective well-being under neuroleptic treatment and its relevance for compliance. *Acta Psychiatrica Scand. Suppl.*, 2005 (427), pp. 29-34.
13. **Naber, D.:** A self-rating to measure subjective effects of neuroleptics drugs, relationship to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 10 (Suppl. 3), 1995, pp. 133-138.
14. **Nábělek, L., Šajgalíková, I., Fašková, L., Kašparová, Z.:** Subjektívne prežívanie antipsychotickej liečby. *Čes a slov Psychiatr.*, 96, 2000, s. 195-199.
15. **Perkins, D. O., Gu, H., Weiden, P. J., McEvoy, J. P., Hamer, R. M., Lieberman, J. A.:** Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *J. Clin. Psychiatry*, 69, 2008, pp. 106-113.
16. **Švestka, J., Bitter, I.:** Nonadherence to antipsychotic treatment in patients with schizophrenic disorders. *Neuroendocrinol Lett.*, 28 (Suppl 1), 2007, pp. 95-116.
17. **Van Putten, T., May, P. R. A., Marder, S. R.:** Subjective response to antipsychotic drugs. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1981, pp. 187-190.
18. **Van Putten, T., May, P. R. A., Marder, S. R.:** Akathisia with haloperidol and thiothixene. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 1984, pp. 1036-1039.
19. **Waddington, J. L. et al.:** Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *Br. J. Psychiatry*, 173, 1998, pp. 325-329.
20. **Wainmann, S., Hoerger, S., Erath, M., Kilian, R., Gabel, W., Becker, T.:** Implementation of a schizophrenia practice guideline: clinical results. *J. Clin. Psychiatry*, 69, 2008 (Published online ahead of print).

*MUDr. Jiří Masopust
Psychiatrická klinika LF UK a FN
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
e-mail: masopustj@lfhk.cuni.cz*

Psychiatr

Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“ v Praze 4 hledá psychiatra s praxí na oddělení pro komplexní léčbu psychóz. Nabízíme práci ve zkušeném týmu, dobré platové podmínky, podporu profesního růstu a další benefity.

Více na www.ondrejov.cz

Kontakt: dpsondrejov@iol.cz
tel. 241 444 198
mobil: MUDr. Jarolímek 777 937 901
