

VLIV ZAMĚŠTNÁNÍ NA KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ TRPÍCÍCH SCHIZOFRENIÍ

souborný článek

Simona Venclíková^{1,2}
Libor Ustohal^{1,2}

¹Psychiatrická klinika FN Brno
²Lékařská fakulta MU Brno

Kontaktní adresa:

MUDr. Simona Venclíková
Nováčkova 26
614 00 Brno
e-mail:
simona.venclikova@mujpsychiatr.cz

SOUHRN

Venclíková S, Ustohal L. Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií

V posledních letech se do popředí zájmu odborníků dostává mimo jiné i kvalita života pacientů se závažnými duševními poruchami. Celosvětově narůstá počet prací, které se věnují tomuto tématu. Protože na kvalitu života jedince má nepochybně vliv i možnost seberealizace a pracovního zařazení, věnují se někteří autoři právě posouzení vlivu zaměstnávání na kvalitu života u pacientů se schizofrenií. Práci na toto téma však není mnoho, jejich design se výrazně liší a použité škály jsou natolik heterogenní, že jejich srovnání poměrně obtížné. Přesto se všechny realizované práce ve svém výsledku shodují na tom, že pracovní zařazení nemocných se schizofrenií výrazně zlepšuje jak jejich subjektivní hodnocení kvality života, tak i objektivní hodnocení jejich klinického stavu.

Klíčová slova: kvalita života, podpora, psychopatologie, schizofrenie, zaměstnání.

SUMMARY

Venclíková S, Ustohal L. The influence of employment on the quality of life of patients with schizophrenia

In recent years, the question concerning the quality of life of patients with severe mental disorders has come to the fore of expert interest. The number of studies on this topic is growing worldwide. Because the quality of life of individuals is without doubt influenced by the possibility of self-fulfillment and employment status, some authors focus in particular on assessing the impact of employment on the quality of life of patients with schizophrenia. However there are not many studies on this subject, their design differs significantly, and the scales used are so heterogeneous that it is quite difficult to compare them. Nevertheless, all the carried out studies agree in the end that work inclusion of patients with schizophrenia significantly improves both their subjective assessment of the quality of life as well as the objective assessment of their clinical status.

Key words: quality of life, support, psychopathology, schizophrenia, employment.

ÚVOD

Schizofrenie patří nepochybně mezi nejzávažnější duševní onemocnění. Zásadním způsobem mění životy nemocných i jejich rodin a v drtivé většině případů vede k invalidizaci nemocného a jeho sociálnímu vyloučení. Od časů Kraepelina se pohled odborníků na toto onemocnění postupně vyvíjel. A vyvíjí se nadále. Na začátku této cesty bylo za nejdůležitější považováno potlačení akutního obrazu schizofrenní poruchy, tedy pozitivních příznaků. Díky nástupu éry antipsychotik v padesátých letech minulého století se realizace tohoto cíle začala částečně dařit. Tím se ale do popředí projevů schizofrenní poruchy, a tím i zájmu odborníků, dostaly negativní příznaky onemocnění. Dále se začalo ukazovat, že u nemocných dochází k rozvoji kognitivního deficitu, což v kombinaci s ostatními projevy onemocnění vede k narušení dosavadního stylu života, ke ztrátě výkonu a tím i zaměstnání a k výrazné změně osobního života. Také bylo poměrně rychle zřejmé, že v této oblasti nám antipsychotika příliš nepomohou. Zájem odborníků se tedy upřel směrem ke studiu kognitivního deficitu a k možnostem jeho nápravy či alespoň zmírnění. I v současnosti se jedná o oblast aktuálního zájmu a intenzivního výzkumu, jehož výsledky jsou prozatím velmi heterogenní, přestože se tomuto tématu věnují stovky odborníků po celém světě.

I přes tento vývoj a přes změny úhlu pohledu na schizofrenii, ke kterým v průběhu let došlo, hodnotí lékaři vždy na prvním místě přítomnost, či nepřítomnost psychopatologických symptomů, ať je onemocnění v jakékoli fázi. Pro lékaře je prioritou potlačení pozitivních příznaků onemocnění. Na druhém místě pak stojí snaha lékaře o minimalizaci rozvoje negativních příznaků, případně kognitivního deficitu. Možností v tomto ohledu není mnoho, a tak lékař v dalším průběhu léčby většinou jen sleduje, jak se nemocnému rozpadá jeho dosavadní život a jak se i sám nemocný mění v průběhu času. Pro lékaře však zůstává nejdůležitější to, že nedochází k relapsu nemoci, že nemocný pravidelně užívá předepsanou medikaci a dostavuje se na pravidelné ambulantní kontroly. Nemocný má ovšem zcela jiné priority.

ZAMĚŠTNÁVÁNÍ NEMOCNÝCH S DUŠEVNÍ PORUCHOU

Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení. Je důležitou podmínkou jeho důstojné existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctížádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.¹ Práceschopnost je u nemocných se schizofrenií ovlivněna mnoha faktory. Mezi ty zásadní patří přítomnost a intenzita psychopatologických symptomů a přítomnost a míra kognitivního deficitu. Téměř 50 % osob s vážnou duševní poruchou se proto uplatňuje na chráněném trhu práce, v případě nemocných se schizofrenií je zaměstnáno pouze 10 % nemocných. A to i přesto, že je známo, že pravidelné zaměstnání, bez stresu a s jasně vymezenými povinnostmi je pro

nemocné zvládnutelné a prospěšné. Naopak napomáhá nemocnému zůstat mimo nemocnici.² Více než polovina nemocných se schizofrenií onemocněním by s podporou mohla být způsobilá získat a udržet pracovní místo na volném pracovním trhu.³

KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života začal být více používán ve 20. letech minulého století v rámci úvah o sociálně ekonomickém vývoji v USA. Později byl používán hlavně psychology a sociology. V 70. letech minulého století byl pojem kvalita života opět nejvíce využíván jako indikátor v oblasti hospodářské a ekonomické.⁴ Teprve potom se začal stávat součástí pohledu lékařské vědy.

Všichni lidé touží od pradávna po kvalitním životě. Většina lidí si pod tímto pojmem představí zdraví a spokojenost, za ně teprve řadí další hodnoty. Lékařská věda si však na první (a na dlouhou dobu i jediné) místo postavila odstranění nemoci. Záměrně zde používáme termín odstranění nemoci a ne návrat zdraví, protože se jedná o dvě odlišné věci. Eliminace nemoci se stala jediným cílem, mnohdy bez ohledu na dopady aplikované léčby. Životní spokojenost nemocných se lékařské vědě a tím i lékařům na dlouhou dobu zcela vytratila ze zřetele.

Díky tomu, že neustále dochází k vývoji společnosti, kdy se do popředí zájmu stále více dostávají lidská práva a kvalita života, začalo se i na nemocné, napříč medicínským spektrem, nahlížet opětovně i z tohoto úhlu pohledu. U nemocných začala být kromě nutnosti jejich léčby zvažována i následná kvalita jejich života. Nemocný se v posledních letech stává, spíše než jen pacientem, i partnerem lékaře. Může s lékařem aktivně spolupracovat na svojí léčbě, může léčbu i odmítnout. V zahraniční literatuře je tento trend označován jako „shared decision making“ (SDM, sdílené rozhodování, spolurozhodování).⁵ SDM také bere v úvahu etické aspekty, hlavně autonomii nemocného.⁶ Nemocnému je mimo jiné dán prostor i k tomu, aby referoval o svém životě, o svém úhlu pohledu na nemoc, která ho postihla, o svých prioritách. Tento trend se našťásti přenesl i do psychiatrie, a tak nás v posledních letech začíná stále více zajímat i to, jaký život žijí naši pacienti. Díky tomuto novému úhlu pohledu na nemocné se schizofrenií jsme zjistili, že jejich priority se zásadním způsobem liší od těch našich (odborných).

KVALITA ŽIVOTA – OBJEKTIVNÍ A SUBJEKTIVNÍ INDIKÁTORY

K posouzení kvality života máme k dispozici objektivní a subjektivní indikátory. Objektivní indikátory jsou fakta o sociální situaci jedince, kam spadá například to, zda je či není nemocný zaměstnán, zda má či nemá partnera, zda má či nemá nezávislé bydlení a sociální kontakty. Subjektivní indikátory jsou pocity nemocného. Patří sem například hodnocení jeho sociální situace. Od roku 1980 začal být pojem kvalita života zařazován jako jeden ze sledovaných parametrů psychiatrických výzkumů. Jednou

z prvních prací zabývajících se hlavně kvalitou života byla studie, kterou v roce 1982 představili Lehman et al. Hodnotili v ní 8 domén kvality života u 278 duševně nemocných, a to jak subjektivními indikátory, tak objektivními indikátory. Jejich zjištěním bylo, že je třeba zlepšit sociální programy pro duševně nemocné.⁷ Dalším autorem, který se zaměřil výhradně na kvalitu života duševně nemocných, byla v roce 2009 Mona Eklund. Ta se ve své práci zaměřila na význam zaměstnání, každodenních činností a objektivních životních indexů pro subjektivní kvalitu života. Jednalo se o průřezovou studii, kam bylo zařazeno 103 nemocných s diagnózou schizofrenie. K hodnocení byl použit dotazník MANSA (The Manchester Short Assessment of Quality of Life). Výsledkem bylo zjištění, že pracovní aktivita má pro subjektivní hodnocení kvality života menší význam.⁸ Marwaha et al. publikovali v roce 2008 analýzu dat z Evropské kohortové studie schizofrenie s počtem účastníků 1208 (z Německa, Francie a Spojeného království). K hodnocení kvality života byla použita zkrácená verze dotazníku QOLI (Lehman's Quality of Life Interview). Němečtí účastníci měli nejvyšší subjektivní úroveň kvality života. Země trvalého pobytu, deprese, stav ubytování a zaměstnanost byly nejdůležitějšími faktory při hodnocení subjektivní kvality života.⁹ Mnoho korelátů subjektivní kvality života u lidí se schizofrenií bylo podobných jako v obecné populaci.

HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SPOLU S KLINICKÝM POSOUZENÍM STAVU NEMOCNÝCH

Následující práce se kromě hodnocení kvality života při zaměstnání (subjektivními či objektivními indikátory) navíc věnovaly i klinickému hodnocení stavu účastníků.

Placené versus neplacené zaměstnání

V roce 1997 publikovali svoji práci Bell et al., ve které navazovali na svou předchozí, o rok starší práci o benefitech pracovního zařazení u duševně nemocných. Ve své druhé práci se zaměřili již jen na nemocné se schizofrenií a schizoafektivní poruchou (poměr není specifikován). 150 nemocných rozdělili náhodně na placenou a neplacenou skupinu, kdy obě skupiny docházely do stejného zaměstnání – na oddělení pro válečné veterány v nemocnici. Placená skupina byla více motivována k práci než neplacená. V této skupině došlo také k signifikantnímu zlepšení v obecné a pozitivní části PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) a bylo v ní méně rehospitalizací.¹⁰ Průřezové studie Angella et al., která byla realizována v roce 2002, se zúčastnilo 87 nemocných se schizofrenií. Nemocní byli rozděleni na pracující skupinu a skupinu, která zůstala bez zaměstnání, a byli sledováni po dobu šesti měsíců. Cílem bylo zhodnocení sociálního fungování nemocných se schizofrenií. Byly hodnoceny tři objektivní indikátory – rozsah sociálních kontaktů, oboustrannost sociálních kontaktů a sexuální kontakt; a dva subjektivní indikátory, a to spokojenost se sociálními kontakty a pocity osamělosti. Výsledkem bylo zjištění, že u zaměstna-

né skupiny je rozsah sociálních kontaktů větší a že nárůst pozitivních symptomů onemocnění je spojen se ztrátou vzájemných vazeb, se zmenšováním spokojenosti a zvýšením pocitů osamělosti.¹¹ Do studie ze stejného roku zveřejněné Brysonem et al. bylo zařazeno 97 účastníků s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní poruchy (v poměru 77 % : 23 %). Účastníci byli zapojeni do programu pracovní rehabilitace a náhodně rozděleni do dvou skupin – jedna skupina dostávala plat, druhá ne. Jako diagnostický nástroj byla použit škála The Quality of Life Scale. U placené skupiny účastníků došlo ke zlepšení v subjektivním hodnocení kvality života.¹² V roce 2007 zveřejnili výsledky své naturalistické studie Nordt et al. Do studie bylo zařazeno 176 účastníků s diagnózou schizofrenie a afektivní poruchy (v poměru 60 % : 40 %). Účastníci byli monitorováni za 12 a 30 měsíců. Byla sledována subjektivní kvalita života pomocí německé verze dotazníku Quality of Life. Lidé, kteří si i s nemocí udrželi zaměstnání, měli signifikantně vyšší hodnocení kvality života.¹³ Do průřezové studie autorů Lloyda et al. bylo zařazeno 161 účastníků s diagnózou schizofrenie / afektivní poruchy / bipolární afektivní poruchy. Práce pochází z roku 2010 a jejím cílem bylo zjistit, zda subjektivní indikátory jsou ve spojení s objektivními ukazateli úzdravy. K hodnocení byly použity tyto škály: CIM (The Community Integration Measure), CANSAS (The Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule), The Empowerment Scale, The Recovery Assessment Scale. Účastníci s placeným zaměstnáním měli vyšší skóre v oblasti posílení sebedůvěry. Výstupem práce bylo, že hodnocení subjektivních indikátorů má význam při hodnocení celkového stavu.¹⁴

Zaměstnaní versus nezaměstnaní

Efekt 15měsíčního rehabilitačního programu na 60 nemocných se schizofrenií sledovali Holzner et al. Jejich průřezová studie pochází z roku 1998. Životní spokojenost účastníků a jejich funkční kvalita života byla posuzována pomocí dvou dotazníků (Munich List of Life Dimensions, Everyday Life Questionnaire). Jako kontrola sloužila skupina pacientů bez zapojení do rehabilitačního programu. Životní spokojenost i funkční kvalita života byly ve většině hodnocených domén vyšší ve skupině pracovní rehabilitace. Největší rozdíl mezi skupinami byl ve spokojenosti s prací, následovaly volnočasové aktivity, nezávislost a přátelství.¹⁵ Ve stejném roce, tedy v roce 1998 publikovali svoji práci i Stefan Priebe et al. Jednalo se o klinickou studii na 24 nemocných s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy. 24 účastníků bylo náhodně rozděleno do dvou skupin – na zaměstnané a nezaměstnané. Byly hodnoceny psychopatologické symptomy pomocí Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) a kvalita života pomocí Lancashire Quality of Life Profile. U zaměstnané skupiny došlo ke snížení psychopatologických symptomů a vyššímu hodnocení kvality života.¹⁶ Z jiného pohledu se na problematiku podívali Bush et al. ve své práci z roku 2009. Autoři vypočítali roční náklady na ambulantní služby a institucionální pobyty pro 187 účastníků. Účastníky rozdělili na dvě skupiny podle počtu jejich pracovních hodin – na skupinu pracující a skupinu pracující minimálně. Sledovali rozdíly

v 10letém využívání služeb a čerpání nákladů na péči. Výsledkem byl signifikantně větší pokles využívání ambulantních služeb u pracující skupiny, zatímco využití institucionální péče zůstalo u obou skupin bez významného rozdílu.¹⁷ Zajímavé je, že rozdíl průměrných nákladů za účastníka, za ambulantní služby a institucionální pobyty, přesáhl v průběhu deseti let částku \$ 166 350 (tj. cca 4 158 750 Kč) ve prospěch pracovní skupiny.

Chráněná pracovní místa versus otevřený trh práce

Práce na toto téma byla zveřejněna v roce 2001 kolektivem autorů v čele s GR Bondem. Jednalo se o průřezovou studii, kam bylo zařazeno 149 duševně nemocných. Účastníci studie byli rozděleni do čtyř skupin – zaměstnání na otevřeném trhu práce, chráněná místa, minimální zaměstnání a bez zaměstnání – a byli sledováni po dobu 18 měsíců. K monitorování stavu byly použity Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) a The Rosenberg Self-Esteem Scale. Skupina pracující na otevřeném trhu práce vykazovala nejvyšší míru zlepšení v psychopatologických symptomech, stejně jako vyšší míru spokojenosti v doménách volného času, sebeúcty a financí.¹⁸ Stejně téma zajímalo i Weinberga et al. Ti do své klinické studie z roku 2009 zařadili 77 účastníků s diagnózou schizofrenie; 34 z nich bylo nezaměstnaných, 23 účastníků bylo zaměstnáno za speciálních podmínek nastavených pro lidi s duševní nemocí a 20 účastníků bylo zaměstnáno v komunitním prostředí. Skupiny byly hodnoceny dvakrát, v rozmezí šesti týdnů, za použití PANSS, MANSA (The Manchester Short Assessment of Quality of Life) a SFS (Social Functioning Scale). Práce v komunitním prostředí obecně předpokládala zvýšení úrovně sociálního fungování v průběhu času. Nicméně jedinci s vysokým skóre negativních příznaků, kteří byli zaměstnáni v komunitních službách, měli podstatný pokles v sociálním fungování v průběhu času ve srovnání s nezaměstnanými, nebo se zaměstnanými ve speciálních podmínkách.¹⁹

VLIV INDIVIDUÁLNÍ PODPORY

Práci s názvem Efekt podporovaného zaměstnání u lidí s duševní poruchou zveřejnili v roce 2007 Burns et al. Jednalo se o randomizovanou kontrolovanou studii, kam bylo zařazeno 312 účastníků s těžkou duševní poruchou (psychotickou poruchou a bipolární afektivní poruchou). Účastníci byli rozděleni do dvou skupin. Jedna skupina byla zařazena do programu individuálního umístění do zaměstnání a podpory (program Individual Placement and Support – IPS). Druhá skupina dostala běžné pracovní školení. Program IPS byl efektivnější než běžné školení. Účastníci, kteří obdrželi jen odborné školení, v signifikantně větší míře opouštěli pracovní pozice a byli častěji rehospitalizováni než účastníci programu IPS.²⁰ V roce 2009 tento kolektiv autorů na svoji předchozí práci navázal. Jednalo se opět o randomizovanou kontrolovanou studii, kam bylo opět zařazeno 312 účastníků, kteří byli sledováni po dobu 18 měsíců. Cílem práce bylo prozkoumat vztahy mezi IPS a návratem do práce, klinický-

mi a sociálními dopady. K hodnocení byl použit PANSS, GAF-S (Global Assessment of Functioning scale – symptoms), GAF-D (Global Assessment of Functioning scale – disability) a GSDS (Groningen Social Disabilities Schedule). Nebyly zjištěny žádné rozdíly v klinickém a společenském fungování mezi IPS a kontrolní skupinou pacientů za 18 měsíců. Ti, kteří pracovali, měli lepší globální fungování, méně příznaků a menší sociální hendikep. Práce tedy byla spojena s lepším klinickým a sociálním fungováním.²¹ Začíná být zřejmé, že lidé s duševními poruchami (především schizofrenií nebo poruchami nálady) jsou největší a nejrychleji rostoucí skupinou, která čerpá finance z nemocenského pojištění. Drake et al. ve své práci z roku 2013 zkoumali, zda podporované zaměstnávání a léčba duševní poruchy může zvýšit celkovou úzdravu v této populaci. Jednalo se o randomizovanou kontrolovanou studii, které se účastnilo 2059 duševně nemocných po dobu dvou let. Jedna skupina nemocných dostala péči speciálního týmu s balíčkem služeb, které zahrnovaly řízenou léčbu a ostatní medicínské služby, podporované zaměstnávání, odstraňování překážek. Kontrolní skupina obdržela běžné služby. K hodnocení byl použit 12položkový Short-Form Health Survey, Quality of Life Interview. V intervenční skupině došlo ke zlepšení duševního zdraví a kvality života, oproti kontrolní skupině.²²

KVALITA ŽIVOTA S OHLEDEM NA VĚK NEMOCNÉHO

Velice intenzivně se problematice kvality života u nemocných se schizofrenií věnuje kolektiv autorů kolem MD Bella. V roce 2005 se ve své klinické studii zaměřili na starší pacienty se schizofrenií. Zajímalo je, zda mohou těžit ze zaměstnání stejně jako jejich mladší protějšky. Do studie bylo zařazeno 41 starších nemocných se schizofrenií, kteří byli porovnáváni se 104 mladšími pacienty. Všichni byli zařazeni do 6měsíčního programu pracovní rehabilitace. K hodnocení byl použit PANSS a škála QoL (Quality of Life). Obě skupiny vykazovaly výrazné zlepšení symptomů onemocnění a kvality života.²³ Nebyly zachyceny žádné významné rozdíly mezi věkovými skupinami. Tandberg et al. se ve svojí práci publikované v roce 2012 zase zaměřili na pacienty s první epizodou schizofrenie a jejich další fungování s ohledem na to, zda jsou či nejsou zaměstnáni. Do svojí průřezové studie zařadili 128 nemocných s první epizodou schizofrenie, které rozdělili do třech skupin – na studenty, zaměstnané a nezaměstnané. Autoři hodnotili klinické fungování, neurokognici, celkové a sociální fungování účastníků za použití mnoha šál. Jednalo se o PANSS, CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia), CVLT (California Verbal Learning Test), Digit Span Test, LNST (Letter-Number Sequencing Test), Digit Symbol Test, Stroop Test, Verbal Fluency Test, WCST (Wisconsin Card Sorting Test), the bergen n-back task, Grooved Pegboard Test, GAF (Global Assessment of Functioning scale). Výsledky ukázaly lepší klinické, globální i sociální fungování u zaměstnaných pacientů. Nebyly nalezeny žádné signifikantní rozdíly v neurokognitivním výkonu mezi skupinami.²⁴

SHRNUTÍ A ZÁVĚR

Od 80. let minulého století začíná být kvalita života duševně nemocných jedním z velmi důležitých úhlů pohledu lékařské vědy a tomuto tématu je věnována stále větší pozornost. Většina autorů se shoduje na tom, že kvalitu života ovlivňuje mnoho různých faktorů, jako stres, prožitá traumata, nemoci, ale také možnost seberealizace, pracovní podmínky, ekonomická situace a sociální vztahy. Proto se mnoho autorů ve svých studiích zaměřilo právě na vliv zaměstnání a jeho formy (ve smyslu otevřený pracovní trh, podporované zaměstnání apod.) na kvalitu života u vážně duševně nemocných pacientů. Nejčastěji byla do studií zařazována skupina nemocných se schizofrenií, méně často byly přiřazováni i nemocní s afektivními poruchami. Problémem při srovnávání jednotlivých studií je to, že autoři pracovali se značně heterogenními hodnotícími škálami na kvalitu života (které jsou definovány v textu). V rámci uvedených prací bylo posuzováno i klinické fungování nemocných. Většina realizovaných prací se ve svém výsledku shoduje na tom, že pracovní zařazení duševně nemocných

v podmínkách chráněného zaměstnávání vede k subjektivnímu i objektivnímu zlepšení kvality života nemocných. Ještě větší efekt pak má začlenění nemocných zpět do běžného zaměstnání. To je spojeno se zlepšením jak v objektivních indikátorech kvality života (tedy s navýšením ekonomické úrovně a zlepšením sociálního fungování), tak se zvýšením subjektivně prožívané kvality života. Jako vysoce přínosný se ukázal i program individuální podpory nemocných, který vedl k lepšímu zvládnutí pracovních povinností a setrvání v zaměstnání, a také přispěl k významnému snížení počtu rehospitalizací. Zajímavým výstupem realizovaných prací jsou tedy i ekonomické dopady spojené se zaměstnáním/nezaměstnáním duševně nemocných. Zaměstnání této populační skupiny na otevřeném trhu práce má pozitivní ekonomické výstupy jak pro jedince, tak i pro celou společnost. U duševně nemocného vede k posílení jeho finančních jistot, benefitem pro společnost je výrazné zmenšení finanční zátěže sociálního i zdravotního systému, a tedy výrazné finanční úspory. V realizovaných studiích nedošlo k signifikantní změně v psychopatologických fenoménech.

LITERATURA

- Buchtová B. Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém. Praha: Grada Publishing 2002: 236.
- Libiger J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie* 2001; 1: 48–52.
- Swanson RM, Spitzer SP. Stigma and the psychiatric patient career. *J Health Soc Behav* 1970; 11: 44–51.
- Vašurová H, Mühlpachr P. Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska, Brno: MU 2005: 143.
- Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Review. Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 403–409.
- Češková E. Společné rozhodování o léčbě. *Psychiatr praxi* 2015; 16 (2): 49–50.
- Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 1271–1276.
- Eklund M. Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Qual Life Res* 2009; 18 (2): 163–170.
- Marwaha S, Johnson S, Bebbington P et al. Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: Findings from the EuroSC study. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196 (2): 87–94.
- Bell MD, Lysaker PH. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. *Schizophr Bull* 1997; 23 (2): 317–328.
- Angell B, Test M. The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28 (2): 259–271.
- Bryson G, Lysaker P, Bell MD. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Schizophr Bull* 2002; 28 (2): 249–257.
- Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Soc Sci Med* 2007; 65 (7): 1420–1429.
- Lloyd C, King R, Moore L. Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56 (3): 220–229.
- Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (12): 624–631.
- Priebe S, Warner R, Hubschid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in 3 countries. *Schizophr Bull* 1998; 24 (3): 469–477.
- Bush PW, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Haslett WR. The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009; 60 (8): 1024–1031.
- Bond GR, Resnick SR, Drake RE et al. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (3): 489–501.
- Weinberg D, Shahar G, Davidson L, McGlashan TH, Fennig S. Longitudinal associations between negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The moderating role of employment status and setting. *Psychiatry* 2009; 72 (4): 370–381.
- Burns T, Catty J, Becker T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–1152.
- Burns T, Catty J, White S et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull* 2009; 35 (5): 949–958.
- Drake RE, Frey W, Bond GR et al. Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (12): 1433–1441
- Bell MD, Fiszdon JM, Greig TC, Bryson GJ. Can older people with schizophrenia benefit from work rehabilitation? *J Nerv Ment Dis* 2005; 193 (5): 293–301.
- Tandberg M, Ueland T, Andreassen OA, Sundet K, Melle I. Factors associated with occupational and academic status in patients with first-episode psychosis with a particular focus on neurocognition. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47 (11): 1763–1773.