

Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu Cluj Napoca

Facultatea de Medicină Generală

Disciplina Psihiatrie

CALITATEA VIETII

BOLNAVILOR CU SCHIZOFRENIE

-rezumat-

Coordonator:

Prof. Univ. Dr. RODICA MACREA

Doctorand:

CISMAȘ-PETREAN LAURA

2011

Cuvinte cheie: schizofrenie, calitatea vieții, nevoi, psihopatologie

CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT

| | |
|---|----|
| Introducere | 5 |
| I. CIRCUMSCRIEREA CONCEPTULUI..... | 9 |
| 1.1. Istoricul temei | 9 |
| 1.2. Definiții | 15 |
| II. MODELE TEORETICE ALE CONCEPTULUI DE CALITATE A VIEȚII PENTRU TULBURĂRILE MENTALE | 18 |
| 2.1. Modelul axat pe satisfacție. | 19 |
| 2.2. Modelul combinat importanță-satisfacție. | 19 |
| 2.3. Modelul funcționării în rol | 20 |
| 2.4. Modelul procesului dinamic al calității vieții..... | 21 |
| 2.4.1. Aplicarea modelului dinamic al calității vieții la tulburarea mentală..... | 22 |
| III. Starea de bine și satisfacția în viață ca și componentă a calității vieții în tulburările mentale | 26 |
| 3.1. Modele teoretice ale stării de bine subiectiv..... | 26 |
| 3.2. Modele ale calității vieții în schizofrenie | 27 |
| 3.2.1. Modelul Bigelow | 27 |
| 3.2.2. Modelul Lehman..... | 28 |
| 3.2.3. Modelul vulnerabilitate-stress-coping | 28 |
| 3.2.4. Modelul lui AWAD..... | 28 |
| IV. Funcționarea în roluri sociale- componentă a calității vieții în tulburările mentale..... | 29 |
| 4.1. Funcția socială | 29 |
| 4.2. Modele conceptuale ale dizabilității în performanța de rol | 30 |
| V. Măsurarea calității vieții legată de sănătate..... | 31 |
| Partea Practică..... | 44 |
| 1. Obiectivele cercetării | 44 |
| 2. Ipoteze de lucru..... | 45 |
| I. Calitatea vieții la pacienți și la lotul de control | 45 |
| II. Relația nevoi-calitatea vieții..... | 45 |
| III. Factori socio-demografici care influențează calitatea vieții la pacienți..... | 45 |
| IV. Factori psihopatologici și legați de tratament care influențează calitatea vieții la pacienți..... | 46 |
| Metodă..... | 46 |
| 3.1. Subiecți | 46 |
| 3.2. Proceduri și materiale utilizate..... | 47 |
| Instrumente utilizate pentru evaluare..... | 48 |
| a. Scala PANSS (Scala de evaluare a simptomelor pozitive și negative din schizofrenie) | 48 |
| b. Scala de evaluare a funcționării globale GAF | 51 |
| c. Scala OMS de calitate a vieții (WHOQOL-BREF) | 51 |
| d. Scala Camberwell de evaluare a nevoilor (CAN) | 52 |
| e. Scala de evaluare a mișcărilor involutare anormale (AIMS- Abnormal Involuntary Movement Scale)..... | 53 |

| | |
|---|-----|
| f. Scala UKU de evaluare a efectelor secundare (The Udvalg for Kliniske Undersøgelser -UKU Side Effect Rating Scale)..... | 53 |
| 3.3. Analiza statistică..... | 54 |
| Rezultate..... | 55 |
| 4.1. Caracteristici demografice ale subiecților..... | 55 |
| 4.2. Caracteristici socio-demografice ale pacienților..... | 56 |
| 4.3. Caracteristici clinice ale pacienților..... | 62 |
| 4. I. Calitatea vieții la pacienți și la lotul de control | 83 |
| 4. II. Relația nevoi-calitatea vieții | 97 |
| 4.II.1. Evaluarea nevoilor pacienților..... | 97 |
| 4.II.2. Calitatea vieții și satisfacerea nevoilor pacienților | 111 |
| 4. III. Factori care influențează calitatea vieții la pacienți..... | 119 |
| 4. III. 1. Factori care țin de tratament și influențează calitatea vieții | 119 |
| Efectele secundare | 119 |
| Complianța | 120 |
| Tipul de tratament..... | 121 |
| 4. III. 2. Factori care țin de profilul psihopatologic al pacientului și influențează calitatea vieții | 122 |
| Simptomatologia și nivelul de funcționare..... | 122 |
| Durata bolii | 122 |
| Insight-ul | 123 |
| 4.III.3. Calitatea vieții și factorii socio-demografici: vârstă, sex, studii | 123 |
| 4.III.4. Predictori ai calității vieții și ai nevoilor pacienților | 124 |
| 5. Discuții | 144 |
| I. Calitatea vieții la pacienți și la lotul de control | 144 |
| II. Relația nevoi-calitatea vieții..... | 144 |
| III. Factori socio-demografici care influențează calitatea vieții la pacienți..... | 148 |
| IV. Factori psihopatologici și clinici care influențează calitatea vieții la pacienți..... | 149 |
| 6. Concluzii | 154 |
| Bibliografie..... | 155 |

1. Obiectivele tezei de doctorat

- Să evalueze modul în care un grup de pacienți schizofreni își caracterizează calitatea vieții în comparație cu un grup de persoane normale.
- Să studieze relația dintre caracteristicile socio-demografice și clinice ale pacienților și evaluarea subiectivă a calității vieții
- Să măsoare frecvența nevoilor satisfăcute și nesatisfăcute și impactul acestora asupra calității subiective a vieții

2. Câteva ipoteze de lucru:

- Comparativ cu persoanele sănătoase, pacienții schizofreni vor avea o calitate a vieții mai scăzută.

- Există o relație între evaluarea subiectivă a calității vieții și evaluarea obiectivă (numărul de nevoi). Cu cât pacienții au mai multe nevoi (satisfăcute și nesatisfăcute) cu atât calitatea vieții este mai scăzută
- Pacienții detectează mai puține nevoi decât echipa de îngrijire
- Cu cât nivelul de funcționare al pacientului este mai scăzut cu atât pacientul va avea mai multe nevoi nesatisfăcute
- Pacienții care lucrează vor avea o calitate a vieții mai bună decât cei care nu lucrează
- Cu cât boala durează de mai mult timp, cu atât calitatea vieții va fi mai proastă
- Cu cât nivelul de funcționare al pacientului este mai scăzut cu atât pacientul va avea o calitate a vieții mai scăzută
- Simptomele pozitive, negative și generale sunt corelate negativ cu calitatea vieții

3. Metodă

Subiecți: Acest studiu a cuprins: **un lot de 90 de pacienți** cu diagnosticul de Schizofrenie conform criteriilor diagnostice ICD-10 și DSM-IV-TR spitalizați la Spitalul Județean II Satu Mare, Secția Psihiatrie Acuți și **un lot de control format din 30 de subiecți sănătoși**, fără antecedente psihiatrice. Pacienților și subiecților din lotul de control li s-a cerut consimțământul informat pentru participarea la studiu. Studiul acesta a fost aprobat de Comisia de Etică a UMF ‘‘Iuliu Hațieganu’’.

Proceduri și materiale utilizate

Tuturor persoanelor luate în studiu li s-au colectat câteva date demografice: vârstă, sex, nivel de școlarizare, ocupație. **Pacienții** au fost evaluați utilizând următoarele instrumente: un chestionar clinic și socio-demografic care include informații despre istoricul psihiatric, profesional, venitul actual și locuința pacientului, Scala simptomelor pozitive și negative (PANSS), Scala de evaluare a funcționării globale (GAF), Scala de calitate a vieții (The WHO Quality of Life Scale), versiunea scurtă în limba română, Scala Camberwell de evaluare a nevoilor (The Camberwell Assessment of Needs), versiunea în limba română, Inventarul Mișcărilor Nevoluntare Anormale (Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS), The UKU Side Effects Rating Scale Scale For The Registration Of Unwanted Effects Of Psychotropics. **Grupul de control** a fost evaluat cu Scala de calitate a vieții (The WHO Quality of Life Scale), versiunea scurtă în limba română.

4. Analiza statistică

Analiza statistică s-a efectuat cu ajutorul programului SPSS, versiunea 12. Au fost utilizate următoarele proceduri statistice: testul t pentru eșantioane independente, coeficientul de corelație Pearson, criteriul χ^2 , analiza de varianță unifactorială (ANOVA) și analiza post hoc cu testul Games-Howell – pentru grupe inegale de subiecți cu dispersii inegale ale variabilelor, coeficientul Cohen, analiza de regresie liniară.

5. Rezultate

Scorurile medii PANSS total, pozitiv, negativ și global au fost 24.41 (AS=6.97), 30.15 (AS=9.93) și 49.45 (AS=14.24) respectiv. Pacienții au un nivel scăzut de funcționare, media scorului GAF este de 30.12 (AS=12.73). 43.3% din pacienți sunt complianți la tratament, 4.4% sunt parțial complianți, 18.9% din pacienți sunt complianți cu ajutorul familiei iar 33.3% din pacienți nu urmează tratament după externare.

Rezultatele analizei de varianță relevă o diferență semnificativă între grupul de paciente tratate cu neuroleptice atipice în ceea ce privește scorul total la efectele secundare sexuale ale neurolepticelor evaluate cu scala UKU ($F=3.83$, $p<0.05$, post-hoc Games-Howell $p<0.05$). Scorul UKU la femeile tratate cu tratament antipsihotic atipic este semnificativ mai mare decât la cele tratate cu antipsihotice tipice.

Testul t pentru eșantioane independente arată că pacienții au scoruri semnificativ mai mici la toate domeniile calității vieții comparativ cu lotul de control normal (domeniul sănătate fizică: $t=2.3$, $p<0.05$; domeniul psihologic: $t=3.16$, $p<0.05$; domeniul relațiilor sociale: $t=2.98$, $p<0.05$); cu excepția domeniului legat de mediu $t=1.96$, $p>0.05$). Satisfacția față de calitatea vieții este mai mare la lotul de control decât la pacienții schizofreni.

S-a utilizat testul t perechi pentru a compara numărul de nevoi detectate de pacienți și staff. Staff-ul a detectat mai multe nevoi decât pacienții (atât ca total nevoi satisfăcute și nesatisfăcute, cât și pe domenii). Numărul mediu de nevoi detectate de către pacienți a fost 4,08, în timp ce staff-ul a avut o medie de 7,44. Aceste diferențe sunt semnificative statistic. Au fost calculate coeficientul kappa al lui Cohen și procentul de acord complet în ceea ce privește existența unei nevoi între pacient și personal. Există un acord slab între răspunsurile pacientului și staff la următoarele domenii: locuință, risc pentru alții, relații interpersonale, sex. Există un acord satisfăcător între pacient și staff la următoarele domenii: mâncare, îngrijirea locuinței, auto-îngrijire, activități zilnice, simptome psihotice, informare, risc pentru sine, relații intime, îngrijirea copiilor; potrivire bună pentru domeniile: alcool, bani, beneficii și potrivire excelentă pentru: sănătate fizică, distres psihologic, droguri, educație.

Există corelații semnificative negative între calitatea vieții (domeniul psihologic, al relațiilor sociale și cel legat de mediu) și numărul nevoilor nesatisfăcute (calitatea vieții este mai mică la pacienții cu un număr mare de nevoi nesatisfăcute). Sunt prezente corelații semnificative negative și între nevoile de bază și calitatea vieții (domeniul sănătate fizică, al relațiilor sociale și de mediu. Nevoile de funcționare corelează negativ cu calitatea vieții –domeniul relațiilor sociale și cel legat de mediu) –pacienții cu nevoi de funcționare nesatisfăcute vor fi mai nemulțumiți de relațiile lor sociale și de condițiile în care trăiesc. Nevoile de servicii corelează negativ cu domeniul relațiilor sociale și de mediu al calității vieții –pacienții cu nevoi de servicii nesatisfăcute vor fi mai nemulțumiți relațiile lor sociale și de condițiile în care trăiesc.

6. Discuții

Studiul a evidențiat că pacienții schizofreni care locuiesc în Satu Mare au o medie de 7.44 nevoi satisfăcute și un număr de 2.79 nevoi nesatisfăcute. Valorile sunt similare cu cele din alte state europene. Diferența față de alte state europene este la numărul de nevoi

nesatisfăcute, mai mare la noi. În ceea ce privește tipul de ajutor pe care îl primesc pacienții, este vorba de ajutor informal (din partea familiei). Pacienții cu nevoi satisfăcute legate de activitățile traiului zilnic nu primesc ajutor din partea serviciilor de psihiatrie sau sociale ci doar din partea familiei. Pacienții cu simptomatologie mai severă au mai multe nevoi nesatisfăcute. Echipa de îngrijire detectează mai multe nevoi decât pacienții. Discrepanța acesta este cauzată probabil de lipsa conștiinței bolii la pacienți. Pacienții schizofreni au o calitate a vieții mai redusă decât persoanele sănătoase.

7. Concluzii

1. Pacienții schizofreni au o calitate a vieții mai scăzută decât persoanele sănătoase.
2. Pacienții detectează mai puține nevoi decât echipa de îngrijire.
3. Un număr crescut de nevoi nesatisfăcute se asociază cu o calitate scăzută a vieții.
4. Un nivel de funcționare scăzut se asociază cu un număr mare de nevoi nesatisfăcute.
5. Simptomele pozitive, negative și generale sunt corelate negativ cu calitatea vieții.
6. Cu cât nivelul de funcționare al pacientului este mai scăzut cu atât pacientul are o calitate a vieții mai scăzută.
7. Cu cât boala durează de mai mult timp, cu atât calitatea vieții este mai proastă.
8. Pacienții care au insight al bolii au o calitate a vieții mai bună.
9. Pacienții complianți la tratament au o calitate a vieții mai bună.
10. Prezența efectelor secundare ale tratamentului influențează complianța la tratament și calitatea vieții.

8. Bibliografie

1. Katschnig, H. Quality of life in Mental Disorders, Wiley & Sons. Ltd 2006.
2. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen C.S. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord.* 2008, 10: 617–624.
3. Jun S K, Andjung-Seok C. Social functioning and Quality of Life as measures of effectiveness in the treatment of schizophrenia. *World Psychiatr* 2009; 8(1):35-36 .
4. Micluția IV, Popescu CA, Macrea RS. Sexual dysfunctions of chronic schizophrenic female patients. *Sexual and Relationship Therapy* 2008 ; 23(2):119 – 129.
5. Staring ABP, Mulder CL, Duinvoorden HJ. Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life, *Schizophr. Res.* 2009 ; 113 (1) 27-33.

6. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schiz Bull* 1998 ; 24: 469–477.
7. Hoffmann H, Kupper Z, Zbinden M, Hirsbrunner HP. Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 ; 38:76–82.
8. Rüesch P, Graf J, Meyer P C, Rossler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life of persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004 ; 39:686–694.
9. Roseman A S ,Kasckow J, Fellows I, Osatuke K, Patterson TL, Mohamed S, and Zisook S. Insight, quality of life, and functional capacity in middle-aged and older adults with schizophrenia *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 760–765.
10. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002 ; 106:286–290.
11. Mayoral F, Montejo A, Bousoño M, Gonzalez-Torres M, Olivares J, Ros S si colab. Quality of life and social functioning in schizophrenic patients treated with olanzapine: 1 year follow-up naturalistic study. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 ; 34: 7–15.
12. Startup M, Jackson MC, Startup S. Insight, social functioning and readmission to hospital in patients with schizophrenia-spectrum disorders: Prospective associations. *Psychiatry Res.* 2010 ; 178(1):17-22.

Curriculum vitae

Informații personale

Nume / Prenume

Cismaș Petrean Laura

Adresă(e)

Str.Gabriel Georgescu, nr.9, jud. Satu Mare, Loc. Satu Mare

Telefon(oane)

0753149021

Fax(uri)

0261713941

E-mail(uri)

cismas_1@yahoo.com

Naționalitate(-tăți)

română

Data nașterii

09.08.1955

Sex

Feminin

Experiența profesională

Perioada

Ianuarie 2011-prezent Sef Sectie Psihiatrie Spitalul Clinic Județean de Urgențe Satu Mare

1997-prezent- Medic Primar Psihiatru

1987-1996 Medic Specialist Psihiatru, Spitalul Județean de Urgențe Satu Mare, Secția Psihiatrie Acuți

1992-1999- formare prin Institutul PIFE Berlin cu obținerea calificării de Psihoterapeut, Psihodramatician, Formator, Supervizor,

prezent - membru în organizații profesionale: Asociația Psihiatrilor România, Federația Română de Psihoterapie,

- membru fondator și Președinte al Comisiei de Etică al Societății de Psihodramă 'J.L.Moreno'

- membră în Institutul PIFE-EV Berlin

Educație

Perioada

2006-2010 Doctorand Scoala Doctorală UMF ,Iuliu Hațieganu' Cluj-Napoca

2008- Cursul ,Principii Reemergente de Terapie Antimicrobiană', Catedra de Boli Infecțioase, UMF ,Iuliu Hațieganu', Cluj-Napoca

2008- Toxicomanii, UMF Cluj Napoca

2007- Cursul ,Psihisomatica și Tulburările Funcționale', UMF ,Iuliu Hațieganu', Cluj-Napoca

1997- Medic Primar psihiatru

1996- Cursul ,Tulburări sexuale', UMF ,Iuliu Hațieganu', Cluj-Napoca

1995- Cursul ,Managementul Demenței Alzheimer', UMF ,Iuliu Hațieganu', Cluj-Napoca

1993- Cursul ,Nevrozele, Taxinomie, Simptomatologie și Psihoterapia actuală', UMF ,Carol Davila', București

1983-1987 Medic rezident Universitatea de Medicină și Farmacie ,Iuliu Hațieganu', Cluj-Napoca

1980-1983 Medic stagiar Spitalul Județean, Satu Mare

1974-1980 Universitatea de Medicină și Farmacie, Târgu Mureș, Facultatea de Medicină Generală

1974 Absolventă a Liceului Teoretic ,Mihai Eminescu', Satu Mare

Diplome obținute

2006-2010 Doctorand Scoala Doctorală UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

2008- Cursul „Principii Reemergente de Terapie Antimicrobiană”, Catedra de Boli Infecțioase, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

2008- Toxicomanii, UMF Cluj Napoca

2007- Cursul „Psihisomatica și Tulburările Funcționale”, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

1996- Cursul „Tulburări sexuale”, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

1995- Cursul „Managementul Demenței Alzheimer”, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

1993- Cursul „Nevrozele, Taxinomie, Simptomatologie și Psihoterapia actuală”, UMF „Carol Davila”, București

Activitate Stiintifica (articole publicate, carti, ...) 2010- ‚Person centered psychiatry’, Buletin de Psihiatrie Integrativă, martie 2010, nr. 1

2010- ‚Met and unmet needs of schizoprenia patients in relation with psychopathology’, Jurnalul Român de Psihofarmacologie

2009- Evaluarea Statusului functional social si ocupational al pacientilor depresivi tratati cu Cipralex (Excitalopram, Lundbeck)

2004- Evaluarea Retrospectiva a Pacientului in Tratament cu Olanzapina

2003-2004 Studiu Clinic”Clinical Response of Olanzapine in the Tratment of Pacients with Schizoprenia and Relation with Length of Tratment (Eli Lilly and Company)

2003 Studiu Clinic Observational al Tratamentului cu Aricept in Dementa Alzheimer

Aptitudini și competențe personale

Limba(i) maternă(e)

română

Limba(i) străină(e) cunoscută(e)

Autoevaluare

Nivel european ()*

Limba

| Înțelegere | | Vorbire | | Scriere |
|------------|--------|----------------------------|--------------|------------------|
| Ascultare | Citare | Participare la conversație | Discurs oral | Exprimare scrisă |
| engleză | b | b | b | b |

Limba

| | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|
| franceză | fb | fb | fb | fb | fb |
|----------|----|----|----|----|----|

*Competențe și aptitudini de
utilizare a calculatorului*

- Microsoft Office,
- Utilizator frecvent al Internet-ului

Quality of life in persons with schizophrenia

Summary of doctoral thesis

Supervisor:

Prof. Univ. Dr. RODICA MACREA

Doctoral student

CISMAȘ-PETREAN LAURA

2011

Key words: schizophrenia, quality of life, needs, psychopathology

Contents of doctoral thesis:

| | |
|---|----|
| Introduction | 5 |
| I. Quality of life as a concept | 9 |
| 1.1. History | 9 |
| 1.2. Definitions | 15 |
| II. Theoretical Models of Quality of life for Mental Disorders | 18 |
| 2.1. The satisfaction model. | 19 |
| 2.2. The combined importance/satisfaction model. | 19 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3. The role-functioning model | 20 |
| 2.4. The dynamic process model of quality of life..... | 21 |
| 2.4.1. Application of the dynamic model to mental disorder..... | 22 |
| III. Well being and Life Satisfaction as component of Quality of life in mental disorders..... | 26 |
| 3.1. Theoretical models of well being..... | 26 |
| 3.2. Models of quality of life in schizophrenia..... | 27 |
| 3.2.1. The Bigelow Model for Quality of Life..... | 27 |
| 3.2.2. The Lehman Model for Quality of Life..... | 28 |
| 3.2.3. The Vulnerability-Stress-Coping Quality of Life Model..... | 28 |
| 3.2.4. The Awad Model..... | 28 |
| IV. The social role functioning as component of quality of life in mental disorder. | 29 |
| 4.1. The social functioning | 29 |
| 4.2. Conceptual models of disability in role performance... .. | 30 |
| V. Health Related Quality of Life Measurements..... | 31 |
| Special part..... | 44 |
| 1. Objectives..... | 44 |
| 2. Assumptions..... | 45 |
| I. Quality of life in patients and controls..... | 45 |
| II. The relationship between needs and quality of life | 45 |
| III. The influence of socio-demographic factors on quality of life in patients..... | 45 |
| IV. The influence of psychopathological and treatment factors on quality of life in patients..... | 46 |
| 3. Methods..... | 46 |
| 3.1. Subjects..... | 46 |
| 3.2. Materials..... | 47 |
| Measurements..... | 48 |
| a. PANSS Scale | 48 |
| b. Global Assessment of Functioning Scale GAF | 51 |
| c. WHOQOL-BREF..... | 51 |
| d. Camberwell Assessment of Needs Scale (CAN) | 52 |
| e. AIMS- Abnormal Involuntary Movement Scale..... | 53 |
| f. The Udvalg for Kliniske Undersøgelser -UKU Side Effect Rating Scale | 53 |
| 3.3. Statistical Analysis..... | 54 |
| 4. Results..... | 55 |
| 4.1. Demographics of study subjects..... | 55 |
| 4.2. Socio-demographic data of patients..... | 56 |
| 4.3. Clinical data on patients..... | 62 |
| 4. I. Quality of life in patients and controls..... | 83 |
| 4. II. Relationship needs-quality of life..... | 97 |
| 4.II.1. Needs assessment in patients..... | 97 |
| 4.II.2. Quality of life and met/unmet needs in patients | 111 |
| 4. III. Factors who influence qol in patients..... | 119 |
| 4. III. 1. Quality of life and psychiatric treatment..... | 119 |
| Side effects..... | 119 |
| Compliance | 120 |

| | |
|--|-----|
| Type of treatment..... | 121 |
| 4. III. 2. The relationship between psychopathology-quality of life..... | 122 |
| Symptoms and the level of functioning..... | 122 |
| Duration of illness..... | 122 |
| Insight..... | 123 |
| 4.III.3. Quality of life and demographics: age, gender, level of education | 123 |
| 4.III.4. Predictors for quality of life and for needs..... | 124 |
| 5. Discussions | 144 |
| I. Qol on patients and controls | 144 |
| II. Relationship needs-quality of life..... | 144 |
| III. Demographics' impact on qol in patients..... | 148 |
| IV. Clinical factors' impact on qol in patients..... | 149 |
| 6. Conclusions | 154 |
| References | 155 |

1. Objectives

The aims of the present study are:

- To evaluate the quality of life in a sample of schizophrenic patients
- To study the relationship between quality of life and demographical and clinical characteristics of patients
- To identify the most common needs of people with schizophrenia and to relate the number and type of met and unmet needs to subjective quality of life.

2. Assumptions:

- Schizophrenic patients will have a lower quality of life than the controls.
- A higher number of needs (met and unmet) will be correlated with a lower quality of life.
- Staff will detect more needs than patients.
- There will be negative correlations between positive, negative, general symptoms and quality of life.
- Lower level of functioning will be associated with lower quality of life.
- Longer duration of illness will be associated with a worsted quality of life.
- Employed patients will have a better quality of life than un-employed patients.
- People with more severe clinical symptoms will have lower quality of life.

3. Methods:

Subjects:

90 patients with schizophrenia living in the community were recruited at the County Hospital Nr. 2 Satu-Mare (Acute Psychiatric Department), Romania. Inclusion criteria were: a diagnosis of schizophrenia according to ICD-10, a minimum duration of 1 year since the diagnosis of schizophrenia has been established, age 18–55 years at the time of inclusion. Exclusion criteria were: history of head injury, a general medical condition that could mimic a psychosis. 30 healthy controls were also recruited.

Measurements:

The patients and controls were evaluated using a socio-demographic questionnaire. In addition the patients were evaluated using the following instruments: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Global Assessment of Functioning Scale (GAF), the Camberwell Assessment of Needs –Romanian version; The WHO Quality of Life Scale-Short –Romanian version; AIMS- Abnormal Involuntary Movement Scale and The Udvalg for Kliniske Undersøgelser -UKU Side Effect Rating Scale.

4. Statistical analysis

Data were analyzed using SPSS version 12. Cohen's kappa coefficient and percentage of complete agreement were calculated in order to assess the degree of agreement between the two raters and between patients and staff when rating the presence of needs. Paired sample t-tests were used to assess the differences in number of needs detected by patients and staff. Correlation analyses were used to evaluate the influence of severity of symptoms, and level of functioning on number of met and unmet needs. Differences in quality of life and clinical profiles were analyzed using Student's t-test.

5. Results

The average scores for PANSS total, positive, negative and general were 24.41 (SD=6.97), 30.15 (SD =9.93) and 49.45 (SD =14.24). The patients showed very low level of functioning, mean GAF score 30.12 (SD=.73). 43.3% of the patients were fully compliant with the treatment, 4.4% were partially compliant, 18.9% were compliant with help from family and 33.3% don't follow any treatment after discharge.

One way ANOVA shows significant differences between patients treated with atypical and typical neuroleptics on UKU side effects scores ($F=3.83$, $p<0.05$, post-hoc Games-Howell $p<0.05$), women treated with atypical neuroleptics have more sexual effects than the one treated with typical neuroleptics.

Independent t test performed for WHOQoL scores showed patients have lower quality of life than controls (Physical health $t=2.3$, $p<0.05$, psychological $t=3.16$, $p<0.05$; Social Relationship $t=2.98$, $p<0.05$).

Paired sample t-tests were used to assess the differences in number of needs detected by patients and staff. Staff detected more needs than patients did. Mean number of needs detected by patients was 4,08, while staff detected a mean of 7,44. These differences are statistically significant.

Cohen's kappa coefficient and percentage of complete agreement were calculated in order to assess the degree of agreement between patients and staff when rating the presence of needs. There was poor agreement between patient and staff for the following domains: accommodation, risk to others, companionship, and sexual expression. A fair agreement was found between patient and staff for the following domains: food, house-keeping, self-care, daytime activities, psychotic symptoms, information, risk to self, intimate relationship, child care; good agreement was observed for the domains: alcohol, money, benefits, and excellent agreement for physical health, psychological distress, drugs and education.

Low GAF scores are related with the presence of basic needs, functioning needs and service needs. The presence of needs connected to activities of daily living is related to the intensity of negative symptoms. Positive psychopathology is associated with a higher number of met needs.

6. Discussions

The current study emphasized that people with schizophrenia, who live in Satu-Mare have a mean number of needs of 7.44 of met needs and a mean number of 2.79 unmet needs. The figures for the total number of needs are similar to those found in Spain in England and in Nordic countries). The difference between this study and other European studies is in the number of unmet needs, much higher for our patients than for patients from other European countries. Regarding the type of help the patients received, it was only informal help (from the family). Patients with unmet needs do not receive help for formal services (psychiatric or social services). In the area of basic activity for the daily living patients received help only from family. This need for help increases the family burden. People with more severe clinical symptoms have more unmet needs. Staff detected more needs than patients do. Awareness of illness and negative and cognitive symptoms may be causing this discrepancy. Schizophrenic patients had a lower quality of life than the controls

7. Conclusions

1. Quality of life of schizophrenic patients was lower than in controls.
2. Staff detected more need than patients did.
3. A higher number of unmet needs are associated with a lower quality of life.
4. Low GAF scores are related with a higher number of unmet needs.
5. There are negative correlations between positive, negative, general symptoms and quality of life.

6. Lower level of functioning is associated with lower quality of life.
7. Longer duration of illness is associated with a worsted quality of life.
8. Patients with insight have a better quality of life.
9. Treatment compliance is associated with a better quality of life.
10. Side effects have an impact on quality of life.

8. References

1. Katschnig, H. Quality of life in Mental Disorders, Wiley & Sons. Ltd 2006.
2. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen C.S. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord.* 2008, 10: 617–624.
3. Jun S K, Andjung-Seok C. Social functioning and Quality of Life as measures of effectiveness in the treatment of schizophrenia. *World Psychiatr* 2009; 8(1):35-36 .
4. Micluția IV, Popescu CA, Macrea RS. Sexual dysfunctions of chronic schizophrenic female patients. *Sexual and Relationship Therapy* 2008 ; 23(2):119 – 129.
5. Staring ABP, Mulder CL, Duinvoorden HJ. Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life, *Schizophr. Res.* 2009 ; 113 (1) 27-33.
6. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schiz Bull* 1998 ; 24: 469–477.
7. Hoffmann H, Kupper Z, Zbinden M, Hirsbrunner HP. Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 ; 38:76–82.
8. Rüesch P, Graf J, Meyer P C, Rossler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life of persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004 ; 39:686–694.
9. Roseman A S ,Kasckow J, Fellows I, Osatuke K, Patterson TL, Mohamed S, and Zisook S. Insight, quality of life, and functional capacity in middle-aged and older adults with schizophrenia *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 760–765.

10. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr. Scand. 2002 ; 106:286–290.
11. Mayoral F, Montejo A, Bousoño M, González-Torres M, Olivares J, Ros S y cols. Quality of life and social functioning in schizophrenic patients treated with olanzapine: 1 year follow-up naturalistic study. Actas Esp Psiquiatr 2006 ; 34: 7–15.
12. Startup M, Jackson MC, Startup S. Insight, social functioning and readmission to hospital in patients with schizophrenia-spectrum disorders: Prospective associations. Psychiatry Res. 2010 ; 178(1):17-22.

Curriculum vitae

Personal information

Name/ First name

Cismaș Petrean Laura

Adress

Str.Gabriel Georgescu, nr.9, jud. Satu Mare, Loc. Satu Mare

Fone no.

0753149021

Fax

0261713941

E-mail

cismas_l@yahoo.com

Natinality

romanian

Date of birth

09.08.1955

Gender

Feminine

Professional experience

Period

January 2011-present Chief of Psychiatry at
Emergency Hospital in Satu Mare

1997-present- Psychiatrist MD

1987-1996 Specialist Psychiatrist, at Emergency
Hospital in Satu Mare

1992-1999-training at PIFE Institute in Berlin with
the qualification of Psychotherapist,
Psihodramatician, Trainer, Supervisor,

present - membership in professional
organizations: Psychiatric Association Romania,
the Romanian Federation of Psychotherapy,

- founding member and Chairman of the
Committee of Ethics of the Society of
Psychodrama, JLMoreno '

- member of Berlin Institute PIFE EV

Education

Period

2006-2010 Doctoral PhD at UMF 'Iuliu Hațieganu' Cluj-Napoca

2008- Course, new and re-Principles of antimicrobial therapy ', Department of Infectious Diseases, Pharmacy, Pharmacy Iuliu', Cluj Napoca

2008- Addiction, University of Cluj Napoca

2007- The course, Psihisomatica and functional disorders ', UMF Iuliu Pharmacy', Cluj Napoca

1997- Psychiatrist MD

1996- The course 'sexual disorders, "UMF Iuliu Pharmacy ', Cluj Napoca

1995- The course 'Management of Alzheimer's dementia ', UMF Iuliu Pharmacy', Cluj Napoca

1993- The course 'Neuroses, Taxinomie, current symptomatology and psychotherapy ', UMF, Carol Davila', Bucharest

1983-1987 Resident University of Medicine and Pharmacy Iuliu Pharmacy ', Cluj Napoca

1980-1983 Hospital doctors in training, Satu Mare

1974-1980 University of Medicine and Pharmacy, Targu Mures, Faculty of Medicine

1974 Graduated High School, Mihai Eminescu ", Satu Mare

Degrees obtained

2006-2010 Doctoral PhD School of Pharmacy,
Pharmacy Iuliu 'Cluj Napoca

2008- Course, new and re-Principles of
antimicrobial therapy ', Department of Infectious
Diseases, Pharmacy, Pharmacy Iuliu', Cluj Napoca

2008- Addiction, University of Cluj Napoca

2007- The course, Psihisomatica and functional
disorders ', UMF Iuliu Pharmacy', Cluj Napoca

1996- The course ,sexual disorders, "UMF Iuliu
Pharmacy ', Cluj Napoca

1995- The course ,Management of Alzheimer's
dementia ', UMF Iuliu Pharmacy', Cluj Napoca

1993- The course ,Neuroses, Taxinomie, current
symptomatology and psychotherapy ', UMF, Carol
Davila', Bucharest

Scientific work (articles, books, ...)

2010- ‚Person centered psychiatry’, Buletin de Psihiatrie Integrativă, martie 2010, nr. 1

2010- ‚Met and unmet needs of schizophrenia patients in relation with psychopathology’, Jurnalul Român de Psihofarmacologie

2009 *Social and occupational assessment of functional status of depressed patients treated with Cipralex (Excitalopram, Lundbeck)*

2004- Retrospective evaluation of patients in treatment with olanzapine

2003-2004 Clinical Study ”Clinical Response of Olanzapine in the Treatment of Patients with Schizophrenia and Relation with Length of Treatment (Eli Lilly and Company)

2003 *Clinical Observational Study of Treatment with Aricept in Alzheimer's Dementia*

Personal skills

native language

romanian

Foreign Languages

Self-assessment

| Understanding | Speech |
|----------------------|---------------|
| | |

European level

| Listening | | Reading | Participating conversation | in Spoken |
|------------------|------|---------|-------------------------------|-----------|
| english | good | good | good | good |
| french | vg | vg | vg | vg |

Language

Language

Skills and computer use

- Microsoft Office,
- Internet User's frequent