

Jakość życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii

Quality of life in chronic schizophrenia patients

KATARZYNA SPIRIDONOW, BEATA KASPEREK, JOANNA MEDER

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Celem pracy było zbadanie poziomu subiektywnej jakości życia osób przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii przy pomocy kwestionariusza „Jakość życia – Badanie nad dostępnością dóbr i usług”. Chorzy na schizofrenię wyrażali niezadowolenie ze swojego życia uczuciowego, poczucia wolności i odpowiedzialności, życia w ogóle oraz relacji rodzinnych. Pacjenci przyznali, że mają trudności z domaganiem się swoich praw, podejmowaniem decyzji, organizowaniem sobie dnia i zwracaniem się o pomoc. Jednakże w grupie badanych ogólny poziom funkcjonowania, jak i nasilenie objawów psychopatologicznych nie miały wpływu na subiektywną ocenę jakości życia.*

SUMMARY. *The aim of the study was to evaluate the subjective quality of life in chronic schizophrenia patients, using the „Jakość życia – Badanie nad dostępnością dóbr i usług” (Quality of Life – Studies on the Availability of Goods and Services) questionnaire. Schizophrenia patients expressed their dissatisfaction with their emotional life, sense of freedom and responsibility, life in general, as well as with their family relations. The patients admitted they had difficulty with claiming their rights, decision-making, arranging their daily schedule, and asking for help. However, in the group under study neither the general level of the patients' functioning, nor their psychopathological symptoms severity were related to subjective evaluation of their quality of life.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / jakość życia
Key words: schizophrenia / quality of life

W literaturze przedmiotu jest wiele definicji opisujących „jakość życia” [7, 19]. W naszej pracy przyjmujemy definicję, wg której „jakość życia, to subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej, w kontekście własnych potrzeb i możliwości” [6]. W badaniach nad jakością życia koncentrowano się początkowo raczej na jakości życia chorych somatycznie. Uważano bowiem, jak podaje Skantze [17], że u osób z zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza u przewlekle chorych, poziom tej zmiennej jest znacznie niższy oraz że osoby te nie są w stanie ocenić miarodajnie jakości swojego życia. Poszukiwano więc obiektywnych parametrów (np. czas trwania hospitalizacji, długość remisji,

warunki życia), wg których można by ocenić poziom jakości życia. Okazało się jednak, że zwracanie uwagi wyłącznie na obiektywne parametry nie zawsze wystarcza do pełnego opisu jakości życia pacjentów. Wyniki badań Skantze i wsp. [17] wyraźnie wskazują na to, że dobry standard życia nie wiąże się automatycznie z wysoką jego jakością.

Badania Mercier i Kinga [13] nastawione były na zbadanie siły wpływu czynników, takich jak: autonomia, podstawowa codzienna aktywność, kontakty społeczne, diagnoza i wykorzystanie usług medycznych i rehabilitacyjnych na subiektywną jakość życia pacjentów psychotycznych i ich utrzymywanie się w środowisku. Zbadano także

związek między jakością życia a pełnią rolą społeczną. Okazało się, że większa autonomia w znaczący sposób jest związana z wyżej ocenianą jakością życia, a wyższa jakość życia pozostaje z kolei w związku z większym uczestnictwem w życiu społecznym. Przez autonomię rozumie się tutaj samodzielne mieszkanie, wystarczające dochody, podejmowanie aktywności w czasie wolnym oraz uzyskanie wysokich wyników w „Skali ogólnego funkcjonowania” (*Global Assessment of Functioning, GAF*). Brak bezpośredniego związku między autonomią a uczestnictwem w życiu społecznym autorzy tłumaczą faktem, że jakość życia jest tu rozumiana jako subiektywna ocena swojej sytuacji, a nie zdolność do utrzymywania się poza szpitalem. Autorzy uważają również, że nie ma związku między korzystaniem z różnych usług medycznych i rehabilitacyjnych a jakością życia. Według nich, jest to prawdopodobnie skutkiem złego dopasowania oferowanych usług do potrzeb pacjentów. Innym wytłumaczeniem może być wzrost oczekiwań pacjentów wobec życia pojawiający się po rozpoczęciu korzystania z różnych usług. Inne zmienne, takie jak: spędzanie wolnego czasu, posiadanie stałego zajęcia, kontakty społeczne oraz postawiona diagnoza nie miały wpływu na subiektywną jakość życia pacjentów, ani na stopień włączenia się w środowisko. Prawdopodobnie bardziej znacząca jest tu jakość kontaktów społecznych niż tylko posiadanie ich lub nie.

Trzy zmienne demograficzne wydają się mieć wpływ na jakość życia pacjentów. Po pierwsze, pacjenci, którzy mają pracę, wyżej oceniają swoją jakość życia [17] oraz wzrasta ich samodzielność [12]. Po drugie, jakość życia obniża się z wiekiem. Być może starsi pacjenci nie mają takich tendencji do zaprzeczania rezultatom choroby. Lepiej spostrzegają wpływ swoich deficytów i dysfunkcji na życie. Po trzecie, im wyższe wykształcenie, tym niższa jakość życia. Wiąże się to z tym, że prace oferowane pacjentom są często poniżej ich kwalifikacji lub w ogóle nie mogą dostać pracy [17].

Na uwagę zasługuje również fakt, że pacjenci schizofreniczni cierpią z powodu silnych emocji w kontaktach z innymi ludźmi. Te silne doświadczenia mogą powodować stres, którego rezultatem są zaburzenia przetwarzania i odbioru informacji społecznych, a nawet epizody psychozy. Tak więc subiektywne odczucia pacjentów na temat ich życia mogą w większym stopniu zależeć od „dynamiki ich wewnętrznego świata” niż od stanu posiadania czy innych atrybutów „świata zewnętrznego”. Badacze konkludują ten fakt, twierdząc, że wewnętrzna uciążliwość zaburzeń i bolesna świadomość emocjonalnych i społecznych deficytów wpływają na jakość życia w stopniu większym niż wszystkie inne czynniki [17].

Wyniki badań Arnsa i Linneya [1] wskazują natomiast, że poziom funkcjonowania koreluje z niezależnością respondentów, jeśli chodzi o mieszkanie i pracę. Nie ma natomiast wpływu na poczucie własnej wartości i zadowolenie z życia.

CEL

Naszym celem było zbadanie poziomu jakości życia osób przewlekle chorych na schizofrenię. W szczególności szukaliśmy odpowiedzi na następujące pytania. (1) Czy subiektywna jakość życia osoby badanej będzie lepsza, jeżeli lepiej będzie ona oceniała swoje funkcjonowanie? (2) Czy subiektywna ocena jakości życia pacjentów koreluje z poziomem ogólnego funkcjonowania ocenianego przez psychiatrę? (3) Czy ocena nasilenia objawów psychopatologicznych dokonana przez psychiatrę ma związek z subiektywną oceną jakości życia pacjentów. (4) Czy poziom jakości życia oraz ogólnego funkcjonowania będzie wyższy wśród pacjentów oddziałów dziennych, czy wśród uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ)?

METODY

Jakość życia i codzienne funkcjonowanie badaliśmy kwestionariuszem „Jakość życia – badania nad dostępnością dóbr

i usług” [3], opracowanym przez Tempier i Mercier z *McGill University Teaching Hospital* w Montrealu.

Kwestionariusz ten składa się z pięciu podstawowych części: (A) skala jakości życia (Skala A), (B) skala codziennego funkcjonowania (Skala B), (C) szczegółowe pytania dotyczące różnych dziedzin życia, (D) dane społeczno-demograficzne, (E) skala ogólnego funkcjonowania (*Global Assessment Scale*, GAS).

Skala A. Podstawą do oceny poziomu jakości życia są schematyczne rysunki siedmiu twarzy, które odzwierciedlają uczucia ludzkie – zadowolenia, względnie niezadowolenia, w skali od 1 do 7. Przy tym 7 i 6 pkt. uznano za ocenę pozytywną, 5, 4 i 3 pkt. – za raczej obojętną lub niezdecydowaną, 2 i 1 pkt. – za ocenę negatywną. W Skali A można było uzyskać maksymalnie 140 punktów.

Skala B. Osoby badane oceniały w skali 1–4 stopień trudności, jakie sprawia im wykonywanie czynności życia codziennego, przy czym: 1 pkt. oznacza, że dana czynność nie sprawia trudności, 2 – że jest trudna, 3 – że jest bardzo trudna, 4 oznacza, że czynność nie jest w ogóle wykonywana. Osoba w pełni sprawna uzyskuje tu ogółem 19 punktów, a im więcej punktów tym więcej deficytów (maksimum 76 punktów).

Nasilenie objawów psychopatologicznych badał psychiatra przy pomocy „Krótkiej psychiatrycznej skali ocen” (BPRS).

BADANI PACJENCI

Badaniami objęto 60 pacjentów (w tym 32 kobiety i 28 mężczyzn) z rozpoznaniem schizofrenii (diagnoza wg DSM-III-R). Każda z tych osób chorowała co najmniej 5 lat i ma za sobą co najmniej dwie hospitalizacje. Średnia wieku w grupie wynosiła 41,9 lat, rozpiętość wieku od 24 do 63 lat. Średni czas choroby wynosił 16 lat (od 5 do 41 lat). Średnia liczba hospitalizacji – 12. Wykształcenie podstawowe i zawodowe posiadało 21,7% osób badanych, średnie

i wyższe – 78,3% osób badanych. Podstawowym źródłem utrzymania dla 90% badanych była renta, dla 6,6% praca, natomiast 3,4% badanych pozostawało na utrzymaniu rodziny. Stan cywilny osób chorych przedstawiał się następująco: 56,7% osób pozostaje w stanie wolnym, 15% jest w związkach małżeńskich, 8,3% straciło partnera w wyniku jego śmierci, natomiast 20% w wyniku rozwodu.

Stan psychiczny badanych pacjentów oceniano skalą BPRS. Średni wynik wynosił 45,6 pkt. (odchylenie standardowe $s=12,48$). Nie stwierdzono, aby stan psychiczny pacjentów miał negatywny wpływ na uzyskiwanie od nich rzeczowych odpowiedzi. Są to osoby przewlekle chore psychicznie, leczone w trybie dziennym. Ich stan psychiczny zwykle nie ulega gwałtownym zmianom, a w obrazie klinicznym objawy negatywne przeważają nad pozytywnymi. Różnica między średnimi nasilenia objawów negatywnych i pozytywnych w badanej grupie była istotna statystycznie na poziomie 0,05 ($t=2,484$).

WYNIKI

Skala A (jakości życia). Średni wynik w 60-osobowej grupie badanych z rozpoznaniem schizofrenii wynosił 89,15 pkt. ($s=16,56$). Rozpiętość wyników wynosiła od 54 do 140 punktów. Dokładną analizę odpowiedzi przedstawia tabl. 1.

Osoby badane udzieliły najczęściej odpowiedzi wskazujących na niezdecydowanie bądź raczej obojętny stosunek do omawianych kwestii (tj. 3, 4, 5 pkt.). Dotyczyły one w szczególności: tego co myślą o nich inni, stosunków z innymi ludźmi, pracy i codziennych zajęć, sposobu spędzania wolnego czasu, życia uczuciowego, życia w ogóle oraz zadowolenia ze spoczywającej na nich odpowiedzialności. Odpowiedzi wskazujące na zdecydowane zadowolenie (6 i 7 pkt.) dotyczyły głównie pytań mówiących o mieszkaniu, jedzeniu i relacjach z rodziną. Stosunkowo rzadko wyrażano zadowolenie z życia uczuciowego, poczucia

Tablica 1. Analiza odpowiedzi na poszczególne pytania skali jakości życia w grupie osób badanych (n=60). W procentach

Pytanie	Ocena		
	niezadowolenie [6 i 7]	niezdecydowanie [3, 4, 5]	zadowolenie [1 i 2]
Mieszkanie	50,0	43,3	6,7
Sąsiedztwo	33,3	56,7	10,0
Jedzenie	46,7	48,3	5,0
Ubranie	31,7	63,3	5,0
Stan zdrowia	18,3	65,0	16,7
Współmieszcz.	43,3	45,0	11,7
Przyjaciele	33,3	60,0	6,7
Życie uczuciowe	26,7	58,3	15,0
Relacje rodzinne	40,0	55,0	5,0
Stosunki z innymi ludźmi	21,7	75,0	3,3
Praca i codzienne zajęcia	23,3	65,0	11,7
Spędzanie czasu wolnego	18,3	65,0	16,7
Rozrywki	13,3	68,4	18,3
Dostępność sklepów	38,3	53,4	8,3
Sytuacja finansowa	15,0	46,7	38,3
Ogólnie o życiu	15,0	68,3	16,7
Pewność siebie	15,0	58,3	26,7
Co myślą o nich inni	10,0	71,7	18,3
Poczucie wolności	30,0	58,3	11,7
Poczucie odpowiedzialności	15,0	73,3	11,7

wolności, odpowiedzialności, życia w ogóle, relacji rodzinnych oraz spożywanego zazwyczaj jedzenia. Odpowiedzi wyrażających zdecydowane niezadowolenie (tj. 1, 2 pkt.) było stosunkowo niewiele. Najwięcej z nich dotyczyło sytuacji finansowej i pewności siebie (tablica 1).

Skala B (codziennego funkcjonowania). Średnia arytmetyczna wyników uzyskanych przez badaną grupę wynosiła 32,8 pkt. (odchylenie standardowe $s=6,333$), a rozpiętość wyników – od 19 do 46 pkt. Udzielono 1140 odpowiedzi. 52% z nich wskazywało na brak trudności w wykonywaniu codzien-

nych czynności, 31% na pewne trudności, natomiast 9% odpowiedzi wskazywało na duże trudności, a 8% odpowiedzi świadczyło o tym, że pacjenci nie wykonują samodzielnie wymienionych czynności życia codziennego: nie sprzątają domu, nie dbają o ubrania, nie robią zakupów, nie wykonują drobnych napraw (tab. 2). Warto podkreślić, że osoby chore na schizofrenię najczęściej trudności mają z: domaganiem się swoich praw, podejmowaniem decyzji, organizowaniem sobie dnia i zwracaniem się o pomoc.

Interkorelacje skal. Obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy Skalą A,

Tablica 2. Wyniki skali codziennego funkcjonowania w grupie osób badanych (n = 60). W procentach

Nazwa czynności	Nie sprawia trudności	Dość trudna	Bardzo trudna	Czynność niewykonalna
Sprzątanie domu	38,3	33,3	8,3	20,0
Dbanie o ubrania	43,3	33,3	5,0	18,4
Zakupy	45,0	28,3	5,0	21,6
Przygotowywanie posiłków	48,3	31,6	5,0	15,0
Niewielkie zakupy	83,3	10,0	3,3	3,3
Jazda autobusem znaną trasą	91,7	8,3	0	0
Jazda autobusem nieznaną trasą	51,6	36,6	11,6	0
Gospodarowanie pieniędzmi	48,3	33,3	10,0	8,4
Sprawdzanie wydawanej reszty	53,3	38,3	6,6	1,6
Czytanie plakatów	66,7	20,0	5,0	8,3
Pisanie listów	48,3	25,0	15,0	11,7
Drobne naprawy	56,6	16,7	10,0	16,7
Przyjmowanie leków	78,3	20,0	1,7	0
Zwracanie się o pomoc	41,7	40,0	13,3	5,0
Organizowanie dnia	53,3	31,7	13,3	1,7
Domaganie się praw	18,3	43,3	31,7	6,7
Podejmowanie decyzji	33,3	46,7	15,0	5,0
Zainteresowanie polityką	46,7	41,7	3,3	8,3
Nadążanie z obowiązkami	50,0	43,3	6,7	0

Tablica 3. Tabela interkorelacji (r Pearsona) między skalami w grupie badanych osób (N = 60)

Skale	Skala B	BPRS	GAS	Wiek
Skala A	-0,064	-0,029	0,101	0,137
Skala B		0,031	-0,223	0,109
BPRS			-0,557*	-0,251
GAS				0,144

** Korelacja istotna na poziomie 0,01

Skalą B, GAS i BPRS. Istotna okazała się jedynie korelacja między skalami GAS i BPRS. Wskazuje ona, iż większe nasilenie objawów psychopatologicznych idzie w parze z gorszym funkcjonowaniem chorego, ocenianym przez psychiatrę (tabl. 3).

Porównanie grup. Badani przez nas pacjenci pochodzili z trzech ośrodków o różnych typach oddziaływania: (1) Oddział Dzienny Rehabilitacji (IPN), gdzie stosowane są przede wszystkim metody behawioralne, (2) Warsztaty Terapii Zajęciowej

Tablica 4. Średni wynik oraz odchylenie standardowe ($\bar{x} \pm s$) badanych skal w grupach poddanych różnemu oddziaływaniu.

Podgrupa	Skala A	Skala B	BPRS	GAS
IPN (n=22)	86,0 ± 20,6	33,0 ± 6,4	53,7 ± 10,5	48,5 ± 9,3
WTZ (n=14)	91,8 ± 14,9	28,3 ± 5,5	42,4 ± 12,9	58,0 ± 13,5
OR (n=24)	90,4 ± 13,2	35,3 ± 5,4	40,0 ± 10,1	53,0 ± 14,7

Skala A (jakości życia), skala B (codziennego funkcjonowania), BPRS (stan psychiczny), GAS (funkcjonowania ogólne).

(WTZ), gdzie pacjenci wykonują różnego typu prace ręczne, otrzymując za to tzw. „kieszonkowe”, (3) Oddział Readaptacji (OR), gdzie stosowane są metody tradycyjne z pewnymi elementami metod behawioralnych. Porównano wyniki skal u osób poddanych rehabilitacji w tych różnych warunkach (tabl. 4).

Uczestnicy WTZ uzyskali najlepsze wyniki w „Skali jakości życia” i w obu skalach mierzących poziom funkcjonowania badanych (Skala B i GAS). Jednak nie wszystkie różnice są istotne statystycznie. Różnice w poziomie jakości życia pacjentów przebywających w tych ośrodkach są nieistotne statystycznie, być może z powodu zbyt małej liczebności grupy WTZ. Natomiast różnica w codziennym funkcjonowaniu w ocenie samego pacjenta ($t=2,273$) i w ocenie psychiatry ($t=2,729$) oraz w nasileniu objawów psychopatologicznych ($t=2,86$) między IPN i WTZ jest istotna (na poziomie 0,05). Grupa pacjentów z IPN różniła się istotnie (na poziomie 0,05) od pacjentów OR tylko pod względem psychopatologii ($t=4,487$). Uczestnicy WTZ różnią się istotnie (na poziomie 0,05) od pacjentów OR tylko pod względem subiektywnej oceny własnego funkcjonowania ($t=-3,844$).

DYSKUSJA

W grupie badanych przez nas chorych jakość życia nie była zależna od subiektywnej oceny jej funkcjonowania (Skala B). Jest to prawdopodobnie związane z tym, że na ja-

kość życia chorych większy niż cokolwiek innego wpływ mają ich doświadczenia wewnętrzne, poczucie wewnętrznej harmonii, emocje związane z kontaktami z innymi ludźmi, a wynikające ze świadomości braków, w funkcjonowaniu na poziomie emocjonalnym i społecznym [17].

Obliczono również korelację między oceną ogólnego funkcjonowania chorych (wg GAS) a oceną jakości życia (wg skali A). Korelacja ta jest nieistotna, a więc poziom ogólnego funkcjonowania chorych (w ocenie psychiatry) nie ma większego związku z ich subiektywną oceną jakości życia.

Arns i Linney [1] zauważyli, iż poziom funkcjonowania społecznego jest dobrym predyktorem niezależności i samowystarczalności, jednak nie wykazuje związku z poczuciem własnej wartości i satysfakcją z życia, co pokrywa się w dużym stopniu z rezultatami naszych badań. Podobnymi kwestiami, choć pod nieco innym kątem zajmował się Corten i wsp. [2]. Uważa on, iż pełnienie ról społecznych nie znajduje się w tym samym zespole czynników co satysfakcja z życia. Dla klinicystów oznacza to, wg niego, że programy nastawione na samodoskonalenie różnią się od tych, które są nastawione na zwiększenie satysfakcji z życia. W związku z tym, lepsze funkcjonowanie społeczne niekoniecznie musi wiązać się ze wzrostem jakości życia. Zdania na ten temat są jednak podzielone. Badania Mercier i Kinga [13] wykazały pośrednią współzależność między wynikami w GAS i oceną jakości życia pacjentów cierpiących

na schizofrenię. Ich wyniki mianowicie wskazywały na związek oceny w GAS i poziomu autonomii, która z kolei była w znaczący sposób związana z oceną jakości życia pacjentów (korelacja ta była dodatnia i istotna). Natomiast Heinrichs i wsp. [4], przeprowadzając badania skalą jakości życia dla chorych na schizofrenię, mających głównie objawy deficytu, tzw. QLS, zauważyli, że suma punktów w tej skali dobrze korelowała z oceną stopnia upośledzenia funkcjonowania pacjentów.

Korelacja między oceną jakości życia a nasileniem objawów psychopatologicznych mierzonych BPRS jest nieistotna statystycznie. Należy przy tym pamiętać, że badana przez nas grupa pacjentów była jednolita (wyłączono z badań osoby z zaburzeniami afektywnymi i zespołem psychoorganicznym) i składała się z osób przewlekle psychicznie chorych, u których w obrazie klinicznym objawy negatywne przeważały nad pozytywnymi (istotne statycznie na poziomie 0,01), a ich stan psychiczny nie ulegał większym wahaniom. Podobne wyniki otrzymał w badaniach przeprowadzonych na podobnej grupie pacjentów, przy pomocy SF-36 Jarema i wsp. [6]. Inne otrzymał Packer [15], który wykazał istnienie negatywnej korelacji (istotnej) między subiektywną oceną jakości życia pacjentów ze schizofrenią a sumą punktów w BPRS, z czego wywnioskował, że pacjenci cierpią z powodu obecności objawów psychopatologicznych. Podobne jest zdanie Laure'a i Stegmullera [8], którzy stwierdzili istnienie znaczącej korelacji między subiektywną jakością życia (QLI) a ostrymi i chronicznymi symptomami psychopatologicznymi (BPRS i InSka).

Przypuszczaliśmy, że jakość życia i poziom funkcjonowania w grupie WTZ będą wyższe niż w grupie pacjentów oddziałów dziennych, ponieważ jest to kolejny etap rehabilitacji. Nasi podopieczni szczególnie chwalą sobie fakt, że nie są już pacjentami tylko uczestnikami rehabilitacji i dostają tzw. „kieszonkowe” za swoją pracę. Przykładamy też wagę do wyrabiania w nich po-

czucia odpowiedzialności, samodzielności w dbaniu o własne zdrowie i leczenie oraz funkcjonowanie warsztatu (organizowanie wycieczek, spotkań). Wyniki naszych badań wskazują, że uczestnicy WTZ różnią się pod względem poziomu jakości życia i funkcjonowania od pacjentów oddziałów dziennych, choć różnica ta nie jest istotna statystycznie, prawdopodobnie z powodu małej liczebności grupy WTZ. Są to wyniki wstępne, w przyszłości zamierzamy powrócić do powyższego zagadnienia.

WNIOSKI

1. Subiektywna ocena jakości życia nie miała istotnego wpływu na ocenę własnego funkcjonowania.
2. Subiektywna ocena jakości życia pacjentów nie zależała od poziomu ogólnego funkcjonowania ocenianego przez psychiatrę.
3. W badanej grupie nasilenie objawów psychopatologicznych nie miało istotnego wpływu na jakość życia pacjentów.
4. Uczestnicy WTZ różnią się istotnie od pacjentów jednego z oddziałów dziennych (OR) jedynie pod względem subiektywnej oceny własnego funkcjonowania. Grupa WTZ uzyskała również najwyższe wyniki na skalach jakości życia i ogólnego funkcjonowania, lecz różnica ta okazała się nieistotna statystycznie.

PIŚMIENNICTWO

1. Arns PG, Linney IA: Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 3, 260–265.
2. Corten P, Mercier C, Pelc I: Subjective quality of life: clinical model for assessment of treatment in psychiatry. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1994, 29, 4, 178–183.
3. Głowczak M, Jarema M, Meder J, Morawiec M: Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. *Psychiatr. Pol.* 1996, XXX, 3, 369–380.
4. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT: The quality of life scale: an instrument for

- rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr. Bull.* 1984, 10, 388–396.
5. Holcomb WR, Morgan P, Adams N, Ponder H, Faner M: Development of structured interview scale for measuring quality of life of the severely mentally ill. *J. Clin. Psychol.* 1993, 49, 6, 830–840.
 6. Jarema M, Konieczńska Z, Głowczak M, Szaniawska A, Meder J, Jakubiak A: Próba analizy subiektywnej jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr. Pol.* 1995, 5, 641–655.
 7. Krischner B, Guyatt GA: Methodological framework for assessing health indices. *J. Chronic. Dis.* 1985, 38, 27–36.
 8. Lauer G: The quality of life issue in chronic mental illness. W: Douwalder J.P. (red.): *Psychology and Promotion of Health.* Hogrefe & Hubert Publ. Seattle 1994.
 9. Meder J: Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię pracujących i nie pracujących. *Psychiatr. Pol.* 1992, 26, 1–2, 91–96.
 10. Mercier C, King S: A latent variable casual model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 1, 72–77.
 11. Okin RL, Pearsall D: Patient's perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 3, 236–240.
 12. Packer S: Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Neuropsychopharmacol.* 1994, 10, suppl. 1, 240.
 13. Pinkney AA, Gerber GJ, Lefave HG: Quality of life after psychiatric rehabilitation: client's perspective. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991, 83, 86–91.
 14. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PKA, Corrigan P: Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. *Br. J. Psychiatry* 1992, 161, 797–801.
 15. Tuynman-Qua H, De Jonghe F, McKenna S, Hunt S: Quality of life in depression rating scale. *Ibero Publ. Houten* 1992.

*Adres: Mgr Katarzyna Spiridonow, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*