



## Jakość życia chorych na schizofrenię – 7 do 12 lat po pierwszej hospitalizacji\*

### *Quality of life in patients with schizophrenia – 7 to 12 years after their first hospitalization*

ANDRZEJ CECHNICKI<sup>1</sup>, MIQUEL VALDEZ<sup>2</sup>, ŁUKASZ CICHOCKI<sup>1</sup>, ANETA KALISZ<sup>3</sup>, HUBERT KASZYŃSKI<sup>3</sup>

1. Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
2. Departamento de Psiquiatria Universidad Autonoma de Nuevo Leon, Monterrey, Meksyk
3. Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Jakość życia osób z rozpoznaniem schizofrenii żyjących w środowisku poza szpitalnym badana jest stosunkowo rzadko. Celem tej pracy jest ocena zmian jakości życia po dłuższym czasie trwania choroby w grupie chorych korzystających z systematycznej opieki ambulatoryjnej.

**Metoda.** W grupie 64 chorych z rozpoznaniem schizofrenii wg kryteriów DSM-IV leczonych od wielu lat w specjalnym programie ambulatoryjnym w Krakowie, w siódmym (K7) i dwunastym (K12) roku po pierwszej hospitalizacji porównano subiektywne i obiektywne wskaźniki jakości życia. Do oceny wykorzystano polską wersję „Kwestionariusza jakości życia” wg Lehmana.

**Wyniki.** Subiektywne wskaźniki jakości życia w badanym okresie okazały się względnie stabilne – jedynie ocena relacji społecznych zmieniła się (uległa poprawie) w sposób istotny ( $p < 0,01$ ). Równocześnie nastąpiło obniżenie ocen obiektywnych wskaźników jakości życia w zakresie: relacji społecznych ( $p = 0,01$ ), finansów ( $p < 0,01$ ), zdrowia ( $p < 0,01$ ) i religii ( $p < 0,01$ )

**Wnioski:** Między siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji zaobserwowano u osób chorujących na schizofrenię wzrost satysfakcji z pozarodzinnych relacji społecznych przy równoczesnym obniżeniu obiektywnych wskaźników jakości życia tym zakresie a także w zakresie finansów, zdrowia i religii.

### SUMMARY

**Objectives.** Relatively little research has been done on the quality of life (QoL) of community-living people diagnosed with schizophrenia. The aim of this study was to assess changes in the quality of life in a group of patients with a relatively long duration of the illness, receiving systematic outpatient care.

**Methods.** Participants were 64 patients diagnosed with schizophrenia by the DSM-IV criteria and treated for many years under a special outpatient care program in Cracow. Subjective and objective indicators of their QoL measured at seven (K7) and twelve (K12) years after their first hospitalization using a Polish adaptation of the Lehman Quality of Life Interview were compared.

**Results.** Subjective QoL indicators turned out to be relatively stable over the period under study – a significant change (improvement) was found only as regards self-estimated social relations ( $p < 0,01$ ). At the same time a decrease was noted in objective QoL indicators in the following spheres: social relations ( $p = 0,01$ ), financial situation ( $p = 0,01$ ), health ( $p = 0,01$ ), and religion ( $p = 0,01$ ).

**Conclusions.** In persons suffering from schizophrenia an increase in subjective satisfaction with extrafamilial relationships was noted in the period between 7 and 12 years from their first hospitalization, with a simultaneous decrease in objective QoL indicators in this sphere, as well as in these regarding their financial situation, health and religion.

---

**Słowa kluczowe:** jakość życia / schizofrenia / badania prospektywne

**Key words:** quality of life / schizophrenia / prospective study

---

Jakość życia (JŻ) osób z rozpoznaniem schizofrenii żyjących w środowisku pozaszpitalnym zbadano zaledwie w niewielkim stopniu a tylko nieliczne prace badawcze skupiają się na zagadnieniu dynamiki zmian jakości życia prześlędzonej w czasie (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Większość w tej grupie badań, dotyczy analizy zmian jakości życia przed i po deinstytucjonalizacji. Uzyskane wyniki dostarczają przede wszystkim odpowiedzi na pytanie, czy istotne zmiany w warunkach obiektywnych, w tym przypadku przejście ze szpitala do środowiska, mają wpływ na ocenę subiektywną?

Przykładem tego typu analiz może być badanie przeprowadzone przez Barry i Crosby'ego wykorzystujące kwestionariusz jakości życia Lehmana [1]. Praca badawcza obejmowała okres przed i po wyjściu ze szpitala. Analiza wyników wykazała, że w ciągu jednego roku, poza wzrostem satysfakcji z sytuacji mieszkaniowej, w grupie osób poddanych deinstytucjonalizacji nie zaszły inne istotne zmiany.

Okin i Pearshall badali jakość życia 53 pacjentów wypisanych ze szpitala w wyniku procesu deinstytucjonalizacji w trzech punktach czasowych: miesiąc przed wypisem, po

---

\* Praca powstała w krakowskiej „Grupie badawczej nad przebiegiem schizofrenii”

trzech i po jedenastu latach od tego zdarzenia [2]. Pacjenci zostali skierowani do dobrego, pod względem opieki profesjonalnej, programu leczenia środowiskowego. Choć wykazano, że w porównaniu z życiem szpitalnym w środowisku występowała poprawa satysfakcji z życia, to nie stwierdzono dalszych zmian jakości życia po 3 i 11 latach od wypisu ze szpitala

W innym badaniu, nie dotyczącym już procesu dezinstytucjonalizacji, zmierzono subiektywną jakość życia w trakcie hospitalizacji i po upływie jednego roku, w warunkach ambulatoryjnych. Grupa badawcza z Instytutu Zdrowia Psychicznego z Missouri zbadała grupę 156 pacjentów spełniających powyższe warunki [3]. Analiza uzyskanych rezultatów wykazała istotny wzrost satysfakcji ogólnej i w sześciu szczegółowych obszarach: mieszkanie, relacje z przyjaciółmi, relacje z innymi ludźmi, świadczenia zdrowotne i sytuacja ekonomiczna.

Badania prospektywne nad jakością życia, które nie skupiają się na wpływie zmian formy leczenia i miejsca zamieszkania, obejmują przeważnie krótki okres katamnetyczny. Do tej kategorii zalicza się badanie nad jakością życia przeprowadzone w ramach *Iowa Longitudinal Study of Recent Onset Psychoses* [4]. Zbadano 50 osób z rozpoznaniem schizofrenii według kryteriów DSM-III-R w trakcie pierwszej hospitalizacji i po upływie dwóch lat od tego zdarzenia. Wyniki wskazują na pogorszenie jakości życia badanych w ciągu dwóch lat od pierwszej hospitalizacji. Wyniki te muszą być traktowane z ostrożnością, bowiem dokonując porównania ocen jakości życia w wymienionych dwóch punktach czasowych nie przeprowadzono analizy statystycznej. Wniosek o pogorszeniu się jakości życia został wyciągnięty na podstawie dwóch ogólnych kryteriów: poważnego obniżenia ogólnego poziomu adaptacji społecznej i wyniku skali GAS (<40 pkt), przy czym, według autorów, 50% badanych spełniało te kryteria. Ponadto, metoda i narzędzia do oceny wskaźników jakości życia wybrane przez badaczy dostarczyły informacji tylko o obiektywnych obszarach jak: zatrudnienie, dochód, relacje rodzinne i społeczne, umiejętności prowadzenia domu, zajęcia w wolnym czasie, bez uwzględnienia subiektywnego aspektu jakości życia.

Badanie prospektywne obejmujące hospitalizowanych pacjentów z przewlekłą schizofrenią przeprowadzili Meltzera i wsp. z Uniwersytetu z Cleveland [5]. Celem była analiza wpływu sześciomiesięcznego leczenia kłozapiną na jakość życia. W grupie 38 pacjentów uznanych wcześniej za „opornych” na działanie neuroleptyków klasycznych ocena jakości życia wykazała znaczny wzrost (prawie 60%) w stosunku do pierwotnego pomiaru. W interpretacji autorów leczenie kłozapiną było powiązane ze wzrostem oceny jakości życia. Badanie to jest reprezentatywne dla takiego kierunku wnioskowania, w którym badacze łączą poprawę jakości życia osób chorujących na schizofrenię z wpływem regularnie przyjmowanego, konkretnego leku przez względnie krótki okres czasu. Długi okres badania longitudinalnego zawiera praca Tempiera, Mercier, Leouffre i Carona [6]. Ta grupa badaczy z Montrealu zbadała subiektywną jakość życia u 53 osób przewlekle chorujących psychicznie, w tej grupie u 63% z diagnozą schizofrenii, leczonych w środowisku pozaszpitalnym w dwóch miastach prowincji Quebec. Średnia

wiek badanych oscylowała wokół późnych lat 5. dekady życia (40-49), co jest o tyle istotne, że w tym okresie życia chorzy na schizofrenię zaczynają lepiej oceniać swoją satysfakcję z życia. Pacjenci badani przez zespół z Montrealu, po wypisaniu ze szpitala, brali udział w programie oparcia środowiskowego, w ramach którego funkcjonowały przychodnia psychiatryczna, kilka domów opieki, mieszkania chronione, *halfway house* i hostel. Oferowano również program rehabilitacji zawodowej a zespół nieprofesjonalnych opiekunów zajmował się treningiem zarządzania budżetem, zażywania leków i podstawowej higieny. Porównano subiektywną jakość życia po upływie roku i następnie siedmiu lat od tej zmiany. Brak istotnych zmian w wyrażanej przez pacjentów satysfakcji autorzy tłumaczą stabilnością ich warunków życiowych. Warto zwrócić uwagę na obserwację, że w miarę upływu czasu pacjenci w większym stopniu korzystali ze świadczeń dostępnych w programie. Autorzy wysuwają hipotezę, że wiąże się to z niskim funkcjonowaniem społecznym lub procesem starzenia się. W ich opinii szeroka baza świadczeń zdrowotnych i socjalnych być może odgrywała istotną rolę w utrzymywaniu poziomu jakości życia badanych. Warto zwrócić również uwagę, że pod tą opinią kryje się oczekiwanie, że naturalny przebieg schizofrenii pogarsza jakość życia.

Inna grupa badaczy analizując wskaźniki jakości życia u osób z rozpoznaniem schizofrenii podziela opinię, iż największe istotne zmiany w satysfakcji z życia zachodzą w okresie przejścia ze szpitala do środowiska, a następnie pojawia się okres stabilizacji [2, 7].

## CEL BADANIA I METODA

Celem tej pracy jest ocena zmiany jakości życia w grupie osób z rozpoznaniem schizofrenii (wg kryteriów DSM-IV), leczonych w ambulatoryjnym programie w Krakowie. Dokonano oceny jakości życia w dwu punktach czasu, a następnie porównano zmiany w zakresie różnych wskaźników jakości życia pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji. Sformułowano trzy szczegółowe pytania badawcze.

- Czy są istotne różnice w zakresie obiektywnych wskaźników różnych aspektów JŻ pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji?
- Czy są istotne różnice w zakresie subiektywnych wskaźników różnych aspektów JŻ pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji?
- Czy jest istotna różnica ogólnego zadowolenia z JŻ pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji?

## METODA

Po dwunastu latach od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej zbadano klinicznie 64 osoby z 66 osobowej grupy, która badano już wcześniej, siedem lat od pierwszej hospitalizacji. Ogólne funkcjonowanie oceniano przy pomocy skali GAS (*Global Assessment of Functioning* z DSM-III) a nasilenie objawów przy użyciu skali BPRS-LA (*Brief*

Psychiatric Rating Scale w poszerzonej wersji opracowanej na Uniwersytecie w Los Angeles). W obu punktach pomiaru wypełniano również specjalną kartę katamnesticzną.

Opis subiektywnych i obiektywnych wskaźników jakości życia osób chorujących na schizofrenię na początku pięcioletniej obserwacji prospektywnej, jak również analizę samego konstruktów jakości życia z oceną jego wewnętrznych korelacji i czynników wyjaśniających przedstawiono we wcześniejszych publikacjach [8, 9]. Do oceny JŻ wykorzystano polską wersję „Kwestionariusza jakości życia” Lehmana [10]. Części dotyczące każdej z dziedzin życia są skonstruowane w ten sposób, że najpierw zbierane są informacje na temat obiektywnych wskaźników jakości życia, a następnie – na temat subiektywnej oceny respondenta w odpowiednim zakresie. Uzyskane obiektywne i subiektywne wskaźniki jakości życia w badanych aspektach są podstawą modelu oceny jakości życia. Wszystkie subiektywne wskaźniki jakości życia są uzyskiwane na podstawie 7-stopniowej skali zadowolenia. Obiektywne wskaźniki dotyczą z jednej strony oceny funkcjonowania (np. częstości kontaktów społecznych lub działań w ciągu dnia), z drugiej zaś dostępności źródeł lub możliwości ich wykorzystania przez respondenta (np. zasobów finansowych lub opieki).

Ogólne zadowolenie z życia mierzono jako średnią sumy pierwszego i ostatniego punktu kwestionariusza. Badacze klasyfikowali odpowiedzi w skali likertowskiej (1-7). Wymiar obiektywny był kształtowany przez sumę pytań a subiektywny przez sumę subiektywnych skal w każdym obszarze. Różnicę pomiędzy ogólnym i poszczególnymi zakresami subiektywnej i obiektywnej JŻ w dwu punktach pomiarowych oceniono wykorzystując testy McNemara, Wilcoxon lub Studenta.

## BADANE OSOBY

Charakterystykę 64 osób badanych po siedmiu (K-7) i po dwunastu (K-12) latach od pierwszej hospitalizacji poddano analizie statystycznej (tabl.1).

Proporcja kobiety w badanej grupie (38, tj. 58%) nie różniła się istotnie od proporcji mężczyzn ( $p=0,31$ ). Średni wiek w chwili rozpoczęcia badania wynosił 34 lata. W badaniu po siedmiu latach od pierwszej hospitalizacji 44% badanych pozostawało w związku małżeńskim, 35% było zatrudnionych, 63% korzystało z renty. Odsetki te nie uległy w okresie 5 lat istotnej zmianie. Nie uległo też istotnej zmianie otoczenie badanych – znaczna większość mieszkała w obu punktach pomiaru wraz z rodziną (94% i 89%).

Stan psychiczny w chwili rozpoczęcia badania (K7), oceniano za pomocą BPRS-LA utrzymywał się na poziomie pomiędzy oceną „objawy nie występują” a „objawy bardzo słabo nasilone”. Po pięciu latach wyniki zarówno w ocenie sumarycznej, jak i na podskali objawów pozytywnych wskazały na istotne pogorszenie w stosunku do poprzedniego pomiaru. Wyniki podskali objawów negatywnych i depresyjnych okazały się stabilne. Średnia liczba rehospitalizacji po siedmiu latach od pierwszej hospitalizacji wynosiła 1,56, natomiast po dwunastu wzrosła do 2,57. Średni łączny czas trwania rehospitalizacji wzrósł między siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji z 13,7 do 21,2. Warto podkreślić jednak, że procent czasu spędzonego w szpitalu w stosunku do całego okresu katamnezy utrzymał się na stałym poziomie (3,8% i 3,3%), co jest zgodne z wynikami uzyskanymi w innych badaniach skuteczności leczenia w trybie ambulatoryjnym [2] (Okin i Pearshall, 1993) i może być uważane za jeden z

Tabela 1. Charakterystyka demograficzno-społeczna i kliniczna grupy chorych (n=64) badanej po siedmiu i dwunastu latach od pierwszej hospitalizacji.  
Table 1. Socio-demographic and clinical characteristics of patients (n=64) examined at seven and twelve years from their first hospitalization.

Opis grupy	Po siedmiu latach K-7	Po dwunastu latach K-12	Poziom istotności
<b>Charakterystyka demograficzno-społeczna</b>			
Płeć (kobiety)	58%	58%	na
Wiek (średnia±SD)	34±6	39±6	na
Małżeństwo	44%	48%	ns
Praca	35%	34%	ns
Renta	63%	69%	ns
Zamieszkanie:			
– z rodziną generacyjną	47%	41%	
– z rodziną prokreacyjną	47%	51%	ns
– samodzielnie	4,5%	8%	
– inne	1,5%		
<b>Charakterystyka kliniczna</b>			
Skala BPRS sumarycznie (średnia±SD)	1,40 ± 0,43	1,58 ± 0,42	$p < 0,01^1$
Objawy pozytywne wg BPRS (średnia±SD)	1,42 ± 0,67	1,53 ± 0,60	$p = 0,02^1$
Objawy negatywne wg BPRS (średnia±SD)	1,48 ± 0,66	1,63 ± 0,68	ns
Objawy depresyjne wg BPRS (średnia±SD)	1,20 ± 0,52	1,29 ± 0,52	ns
Liczba rehospitalizacji (średnia±SD)	1,56 ± 1,92	2,57 ± 2,68	$p < 0,001^1$
Łączny czas rehospitalizacji (średnia w tyg. i % czasu trwania choroby)	13,7 tyg. 3,8%	21,2 tyg. 3,3%	$p < 0,001^1$ ns
Skala GAS (średnia±SD)	55 pkt, ± 12,81	63 pkt, ± 15,88	$p < 0,01^2$

<sup>1</sup> Test Wilcoxon,

<sup>2</sup> Test Studenta

ns – nieistotne;

na – nie dotyczy

SD – odchylenie standardowe

wskaźników skuteczności krakowskiego programu leczenia osób chorujących na schizofrenię i ich rodzin. Poprawił się poziom ogólnego funkcjonowania – średni wynik skali GAS wzrósł istotnie między siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji z 55 do 63 ( $p < 0,01$ ).

## WYNIKI

Różnice w przeżywaniu satysfakcji w poszczególnych aspektach życia, ogólnego zadowolenia, jak również wartości obiektywnych wskaźników mierzono zmianami średnich wartości wyników uzyskanych w dwóch punktach czasowych za pomocą kwestionariusza Lehmana (tabl. 2, 3).

**Wskaźniki subiektywne.** Zmiany średnich wartości wskaźników, że ogólne zadowolenie otrzymało jedną z najniższych ocen w porównaniu ze szczegółowymi obszarami subiektywnymi i nie różniło się istotnie w obu pomiarach (4,0-4,1;  $p=0,43$ ). Satysfakcja z sytuacji mieszkaniowej uzyskała w obu pomiarach oceny najwyższe i nie różniące się istotnie ( $>4,9$ ;  $p=0,69$ ), a subiektywna ocena sytuacji finansowej odczuwana była jako najłabsza i również stała (3,6;  $p=0,92$ ).

Tabela 2. Zmiany subiektywnej jakości życia i ogólnego zadowolenia pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem po pierwszej hospitalizacji.

Table 2. Changes in the subjective quality of life and general satisfaction level in the period between 7 and 12 years after the first hospitalization.

Subiektywna jakość życia	Czas badania (średnia±SD)		Test Studenta	
	po 7 latach	po 12 latach	t	p
Mieszkanie	5,0 ± 0,8	4,9 ± 0,9	-0,40	ns
Czas wolny	4,3 ± 1,1	4,4 ± 0,9	0,75	ns
Rodzina	4,6 ± 1,3	4,8 ± 1,2	1,01	ns
Relacje społeczne	4,0 ± 1,7	4,7 ± 0,8	2,73	< 0,01
Finanse	3,6 ± 1,2	3,6 ± 1,3	-0,10	ns
Praca	4,5 ± 0,6	4,6 ± 1,1	0,08	ns
Bezpieczeństwo	4,4 ± 1,1	4,3 ± 1,0	-0,73	ns
Zdrowie	4,6 ± 0,9	4,6 ± 0,8	-0,02	ns
Religia	4,8 ± 1,3	4,8 ± 1,1	-0,10	ns
Ogólne zadowolenie	4,0 ± 1,4	4,1 ± 1,3	-0,79	ns

ns - nieistotne; na - nie dotyczy SD - odchylenie standardowe

Tabela 3. Zmiany obiektywnych wskaźników jakości życia między 7 a 12 rokiem po pierwszej hospitalizacji (mediany).

Table 3. Changes in the objective quality of life indicators between 7 and 12 years after the first hospitalization (median scores).

Wskaźniki obiektywne	Czas mediana (rozpiętość)		Test	
	po 7 latach	po 12 latach	z	p
Komfort mieszkaniowy	9 (3-10)	10 (1-10)	-1,01	ns <sup>1</sup>
Liczba aktywności w czasie wolnym	8 (4-13)	8 (0-13)	-0,33	ns <sup>1</sup>
Częstotliwość kontaktów z rodziną	6 (1-6)	6 (1-6)	-0,88	ns <sup>1</sup>
Częstotliwość kontaktów z przyjaciółmi	6 (2-10)	6,50 (4-10)	-2,43	0,01 <sup>1</sup>
Dochód miesięczny <sup>3</sup>	2,55 (0,8-15)	2,15 (0,7-13)	-5,38	<0,01 <sup>1</sup>
Tygodniowa ilość godzin pracy	40 (9-60)	40 (15-60)	-1,10	ns <sup>1</sup>
Bycie ofiarą przestępstwa	15,60%	12,50%	-	ns <sup>2</sup>
Zdrowie	76,5(61-97)	90,5 (57-113)	-5,75	<0,01 <sup>1</sup>
Uczestnictwo w nabożeństwach	5 (0-6)	3 (0-6)	-4,99	<0,01 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Test znaków rangowanych Wilcoxon

<sup>2</sup> Test Mc Nemara

ns - nieistotne

<sup>3</sup> Wskaźnik: średnia pensja krajowa/dochód badanego

Wskaźniki subiektywne JŻ w badanym okresie są więc względnie stabilne, a różnice w badanych obszarach okazały się najczęściej nieistotne. Jedyne obszary, w których subiektywna ocena zmieniła się w sposób istotny (na korzyść) są relacje społeczne (od 4,0 do 4,7;  $p < 0,01$ ). Dwanaście lat od pierwszej hospitalizacji pacjenci wyrażali większą satysfakcję z relacji społecznych w porównaniu z okresem po siedmiu latach.

**Wskaźniki obiektywne.** Dwanaście lat od pierwszej hospitalizacji, obserwuje się względną stabilizację średnich wartości obiektywnych wskaźników JŻ pod względem sytuacji mieszkaniowej, sposobu spędzania czasu wolnego i liczby porównywanych działań, a także: częstotliwości kontaktów z rodziną, ilości godzin pracy w ciągu tygodnia i poczucia bezpieczeństwa, a szczególnie niebycia ofiarą przestępstwa (tabl. 3).

Istotne pogorszenie średnich wartości wskaźników obiektywnej jakości życia zaobserwowano w czterech zakresach: kontakty społeczne oceniane na podstawie liczby pozarodzinnych relacji społecznych ( $p=0,01$ ), sytuacja finansowa oceniana za pomocą wskaźnika dochodu miesięcznego, obliczonego jako iloraz średniej pensji krajowej przez dochód badanego ( $p < 0,01$ ), ogólna ocena zdrowia i jej wpływu na ilość wykonywanej pracy lub ograniczenie innych czynności ( $p < 0,01$ ) oraz w praktyki religijne oceniane poprzez deklaracje uczestnictwa w nabożeństwach ( $p < 0,01$ ). Aspekt praktykowania religii wprowadzony do kwestionariusza Lehmana jako odrębny wymiar w adaptacji niemieckiej dokonanej przez Lauera, okazał się dla naszych respondentów bardzo ważny [8, 9].

## DYSKUSJA

W krakowskim badaniu jakości życia osoby chorujące na schizofrenię i leczone w programie środowiskowym nie różnią się istotnie w okresie pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem po pierwszej hospitalizacji zarówno w ocenach ogólnego zadowolenia, jak też większości obszarów subiektywnych. Wyjątkiem, również w porównaniu do innych badań, jest zwiększona satysfakcja z relacji społecznych. Fakt niezmienności ocen subiektywnych opisywano już w literaturze [6, 3] i zaproponowano różne hipotezy dla jej

wytlumaczenia. Tempier i wsp. w prospektywnym badaniu subiektywnej jakości życia u 60 chronicznych pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii usiłującym uchwycić zmiany ocen subiektywnej jakości życia, nie znajdowali w siedmioletnim okresie objętym badaniem różnic ani w zakresie ogólnym, ani w żadnym aspekcie szczegółowym. Wnioskowali, że zaobserwowaną stałość ocen zawdzięcza się szerokiemu programowi środowiskowemu opartemu na świadczeniu różnorodnych usług wspierających, co odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu jakości życia pacjentów [6].

Brak zmian w ocenach subiektywnych grupy badanej może także wynikać z takich przyczyn wymienianych przez innych badaczy [3], jak: (1) obiektywne warunki badanych pozostawały stabilne w okresie objętym badaniem, (2) terapia ambulatoryjna pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wpływa na stabilność subiektywnych ocen, (3) subiektywną jakość życia należy rozumieć raczej jako stabilną cechę osobowości (taką jak np. samoocena, optymizm lub chęć zmiany), niż ulotny subiektywny stan. Chociaż opinia ta podzielana jest również przez innych autorów [2, 3, 11, 13] to wskazane byłyby takie badania jakości życia, które mogłyby ją potwierdzić w różnych kontekstach. Lehman uważa, iż subiektywna jakość życia jest stabilną samooceną warunków życiowych, na którą oddziałują oczekiwania, wczesne doświadczenia i spostrzeganie warunków obecnych. Wyniki pomiarów subiektywnej jakości życia nie powinny więc ulegać wyraźnym zmianom w krótkich okresach, z wyjątkiem tych sytuacji, w których w warunkach obiektywnych zachodzą wielkie zmiany [12]. Podobnie Cheng jest zdania, że jeżeli na początku badania nie mamy do czynienia z grupą charakteryzującą się skrajnie niekorzystnymi warunkami obiektywnymi, to mało prawdopodobne będzie, że oceny subiektywnych dziedzin JŻ będą dobrymi wskaźnikami skuteczności programów terapeutycznych [13].

W obszarze obiektywnym komfort mieszkaniowy, liczba zajęć w czasie wolnym, częstotliwość kontaktów z własną rodziną i tygodniowa liczba godzin pracy okazały się stabilne. Jednak częstotliwość kontaktów pozarodzinnych, zwłaszcza z przyjaciółmi, istotnie się obniżyły. Wyniki te są zgodne z innymi badaniami, w których dowodzono, że sieć społeczna pacjentów psychotycznych w miarę upływu czasu redukuje się [14], prawdopodobnie z powodu asymetrii i braku wzajemności pomiędzy chorymi a innymi osobami [15].

Wzrost satysfakcji z relacji społecznych przy równoczesnym spadku częstotliwości kontaktów z przyjaciółmi w okresie objętym badaniem można tłumaczyć tym, że kontakty owe stały się jakościowo lepsze. Jednak jedynie badania nad jakością sieci społecznej tej grupy mogłyby potwierdzić taki wniosek. Są to więc wyniki niespójne z tezą Phillips, która uważa, że jest to proces wzajemny, w którym mniejsza sieć społeczna wywiera niekorzystny wpływ na satysfakcję, a mało satysfakcjonujące relacje społeczne oddziałują negatywnie na częstotliwość kontaktów społecznych [16]. Podobny wynik potwierdzający znaczenie relacji społecznych w ocenie jakości życia uzyskali Cechnicki i Wojciechowska [17] stwierdzając, że zarówno subiektywna, jak i obiektywna jakość życia oceniana w siedem lat od pierwszej hospitalizacji wykazuje w zależności od sieci spo-

łecznej, jej zakresu i ilości oparcia wyrażanego zwłaszcza przez jeden wskaźnik „kontakty społeczne”.

Badani, zarówno 7 jak i 12 lat po pierwszej hospitalizacji, żyją w bezpiecznych warunkach nieulegających większym zmianom. Stopień wiktyimizacji w badanej grupie, w porównaniu z innymi badaniami [18], utrzymuje się na niskim poziomie, w obu punktach pomiarowych. Brak zmian w tym obszarze może być wyjaśniony tym, że badani nie przejawiają znanych predyktorów podatności na wiktyimizację, takich jak uzależnienie od narkotyków i niestabilne warunki mieszkaniowe [19].

Pogorszenie oceny zdrowia w ostatnich pięciu latach może wynikać z wcześniej rozpoczynającego się procesu starzenia, skutków ubocznych przyjmowanych leków, jak również z takich czynników uznanych za ryzykowne dla zdrowia, jak np. palenie papierosów, czy wreszcie z braku aktywności prozdrowotnej (np. uprawiania sportu lub regularnych ćwiczeń fizycznych). W chwili rozpoczynania prospektywnej obserwacji Cechnicki wskazał, że pacjenci przeważnie spędzają wolny czas w sposób nie wymagający aktywności fizycznej, np. oglądając telewizję (92%), słuchając radia (82%) i czytając prasę (80%) [8]. Jednak potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wymienionymi powyżej zachowaniami a pogorszającą się, w miarę upływu czasu, oceną własnego zdrowia wymaga porównania z populacją ogólną, co jednak wykraczało poza cele tego opracowania. Hipotezę tę należałoby weryfikować w dalszych badaniach.

Wyraźny okazał się w badanej grupie spadek uczestnictwie w praktykach religijnych (nabożeństwach), mimo utrzymującego się wysokiego poziomu satysfakcji z życia religijnego. Prawdopodobnie część badanych spostrzega praktyki religijne jako mniej pomocne lub dająca mniej oczekiwanego oparcia, a ich religijność staje się bardziej osobista.

## WNIOSKI

1. Pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem od pierwszej hospitalizacji zaobserwowano u osób chorujących na schizofrenię wzrost satysfakcji z pozarodzinnych relacji społecznych przy utrzymującej się stabilności ocen innych subiektywnych wskaźników jakości życia.
2. W tym samym okresie zaobserwowano istotne obniżenie obiektywnych wskaźników jakości życia w zakresie relacji społecznych, finansów, zdrowia i praktykowania religii.

## PIŚMIENNICTWO

1. Barry MM, Crosby C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 1996, 168: 210-216.
2. Okin RL, Pearsall D. Patients' Perceptions of Their Quality of Life 11 Years After Discharge From a State Hospital. *Hosp Community Psychiatry*. 1993, 44: 236-240.
3. Evenson R C, Vieweg B W. Using a quality of life measure to investigate outcome in outpatient treatment of severely impaired psychiatric clients. *Comprehensive psychiatry*. 1998, 39, (2): 57-62.

4. Beng-Choon Ho, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. Two-Year Outcome in First-Episode Schizophrenia: Predictive Value of Symptoms for Quality of Life. *Am.J.Psychiatry*. 1998, 155: 1196-1201.
5. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF. Effects of Six Months of Clozapine Treatment on the Quality of Life of Chronic Schizophrenic Patients. *Hospital and Community Psychiatry*. 1990, 41 (8).
6. Tempier R, Mercier C, Leouffre P, Caron J. Quality of life and social integration of severely ill patients: a longitudinal study. *Journal of psychiatry & neuroscience*. 1997, 22 (4): 249-55.
7. Pinnkey AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psychiatr. Skand*. 1991, 83: 89-91.
8. Cechnicki A. The quality of life of schizophrenic patients. Part one – research results the psychosocial treatment programme. W: *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2003, 5 (1): 45-57.
9. Cechnicki A. Jakość życia osób chorych na schizofrenię. Część II – konstrukcja, wewnętrzne zależności i czynniki wyjaśniające. W: *Psycho-terapia*. 2001, 2 (117): 19-29.
10. Lehman AF. Quality of Life Interview. Core Version Manual. 1991.
11. Lehman AF. Developing an outcomes-oriented approach for the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999, 60, suppl 19: 30-35.
12. Lehman AF. The Well-being of Chronic Mental Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1983, 40.
13. Cheng S-T. Subjective quality of life in the planning and evaluation of programs. *Evaluation and Program Planning Journal*. 1988, 11 (2): 123-134.
14. Westermeyer J, Pattison ME. Social Networks and Mental Illness in a Peasant Society. *Schizophr Bull*. 1981, 7: 125-134.
15. Pattison ME, M Pattison BA. Analysis of a Schizophrenic Psychosocial Network. *Schizophrenia Bulletin*. 1981, 7 (1): 135-143.
16. Philips SL. Network Characteristics Related to the Well-Being of Normals: A Comparative Base. *Schizophr. Bull*. 1981, 7 (1): 117-124.
17. Cechnicki A, Wojciechowska A, Valdez M. Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji, w: *Psychiatria Polska*. Kraków 2007, t XLI 4: 527-537.
18. Lehman AF, Possidente S, Hawker F. The quality of life of chronic in a state hospital and in community residences. *Hosp. Comm. Psychiatry*. 1986, 37: 901-907.
19. Hiday VA, Schwarz M S, Swanson J W, Borum R, Wagner H R. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 1999, 50 (1): 62- 68.

*Wpłynęło: 22.06.2009. Zrecenzowano: 01.07.2009. Przyjęto: 04.11.2009.*

*Adres do korespondencji: Dr Andrzej Cechnicki, Pracownia Psychiatrii Społecznej CM UJ, Pl. Sikorskiego 2/8, 31-115 Kraków; tel. (12) 421 51 17; e-mail: mzcechnicki@cyf-kr@edu.pl*