

Ocena jakości życia chorych na schizofrenię przy pomocy dwóch kwestionariuszy¹

Evaluation of quality of life in schizophrenic patients by means of two questionnaires

ZUZANNA KONIECZYŃSKA, MAREK JAREMA, GRAŻYNA CIKOWSKA

Z III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Zależną od stanu zdrowia jakość życia 60 pacjentów leczonych z powodu schizofrenii oceniono dwoma kwestionariuszami. Stwierdzono korelację między wynikami uzyskanymi za pomocą obu narzędzi oraz zależności między poziomem jakości życia a poprawą stanu psychicznego zależne od rodzaju narzędzia, typu objawów oraz momentu badania (przed lub po leczeniu) (red.).*

SUMMARY. *Health-related quality of life was assessed using two questionnaires in 60 patients treated for schizophrenia. Scores obtained using the two tools turned out to be correlated. Moreover, some associations were found between the level of quality of life and mental state improvement, related to the type of scale, nature of symptoms, and time of measurement (prior to or after treatment) (Ed.).*

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

Badanie jakości życia (JŻ) od dawna stanowi przedmiot zainteresowania lekarzy [2, 3, 8–21, 25]. Uważa się, że w problematyce ochrony zdrowia psychicznego zainteresowanie badaniem JŻ rozpoczęło się około 15 lat temu [3]. Nasze zainteresowanie tymi badaniami wynika głównie z faktu, iż chcemy mieć możliwość oceny sytuacji pacjenta nie tylko przy pomocy narzędzi diagnostycznych dostępnych klinicystom (przede wszystkim skale diagnostycznych). Uważamy, że często zanedbywane jest przez lekarzy i terapeutów uwzględnianie subiektywnej oceny chorego – nie tylko obecności i nasilenia objawów psychopatologicznych, ale i całościowej oceny sytuacji, w jakiej pacjent się znajduje. Do tego celu lepszymi narzędziami, niż skale kliniczne, są kwestionariusze oceny JŻ. Ponieważ mieliśmy już wcześniej okazję do zaprezentowania

problematyki metodologii badań JŻ, obecnie chcemy się skoncentrować na wynikach badania JŻ, jakie uzyskaliśmy w grupie pacjentów leczonych z powodu schizofrenii w oddziale dziennym naszej Kliniki.

CEL

Celem pracy było porównanie oceny JŻ dokonanej przy zastosowaniu dwóch kwestionariuszy JŻ u pacjentów leczonych z powodu schizofrenii. Podjęto także próbę analizy zależności pomiędzy nasileniem objawów schizofrenii a oceną JŻ oraz próbę jej oceny w zależności od niektórych zmiennych opisujących osobowe cechy pacjentów.

PACJENCI

Zbadano 60 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wg kryteriów DSM-IV, leczonych w latach 1997–1998 w Oddziale Dziennym III

¹ Praca wykonana w ramach tematu badawczego IPIŃ 10/98.

Kliniki Psychiatrycznej IPiN. Do badań włączano pacjentów obu płci (było wśród nich 35 kobiet i 25 mężczyzn), w wieku od 19 do 62 lat (wiek średni $42,1 \pm 19$ lat). Stan psychiczny pacjentów oceniano skalą PANSS. Nasilenie objawów depresji w schizofrenii oceniano skalą Calgary. Podstawą włączenia do badań była zgoda pacjenta na uczestnictwo i wypełnienie kwestionariuszy JŻ.

METODA

Ocenę JŻ przeprowadzono przy użyciu dwóch kwestionariuszy dla pacjentów: SF-36 wg Bakera-Intaliatty [32] oraz „Skali jakości życia” – SJŻ (udostępnionej dzięki uprzejmości Kolegów z Zakładu Rehabilitacji IPiN).

Badanie przeprowadzono przy przyjęciu do oddziału, tzn. na początku programu terapeutycznego, który składał się z psychoterapii indywidualnej i grupowej, treningu umiejętności społecznych i farmakoterapii, oraz przy wypisie z oddziału, po zakończeniu programu (średnio po 10 tygodniach).

W opracowaniu statystycznym posłużono się współczynnikiem korelacji Pearsona, analizą wariancji, testem Manna-Whitneya i testem t.

WYNIKI

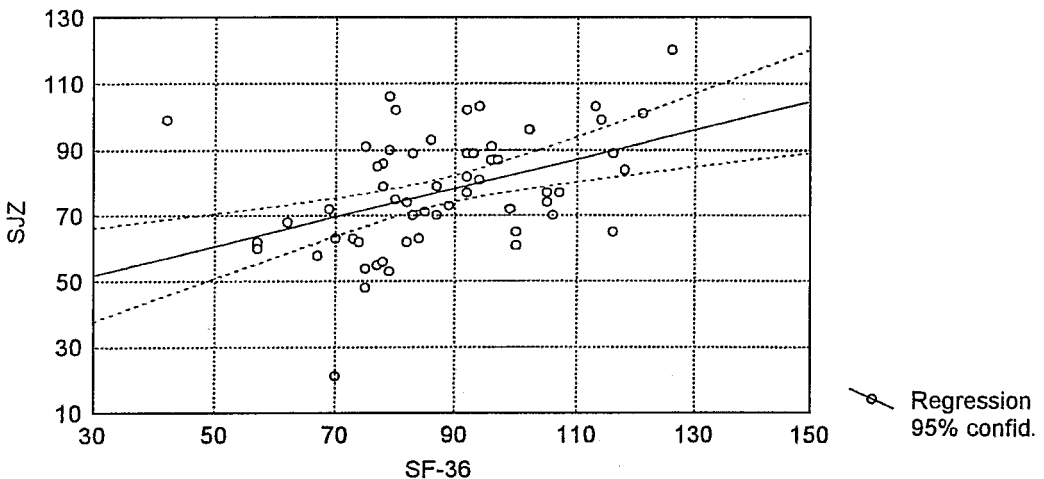
Porównanie oceny JŻ dwoma metodami

Ocena JŻ przy pomocy kwestionariuszy SF-36 oraz SJŻ w badanej grupie 60 pacjentów cierpiących na schizofrenię była bardzo zbliżona. Ocena przy użyciu SF-36 korelowała wysoko z oceną przy zastosowaniu SJŻ, zarówno w badaniu pierwszym ($r=0,427$; $p \leq 0,016$), jak i w badaniu drugim ($r=0,508$; $p \leq 0,009$) – ilustrują to wykresy 1 i 2.

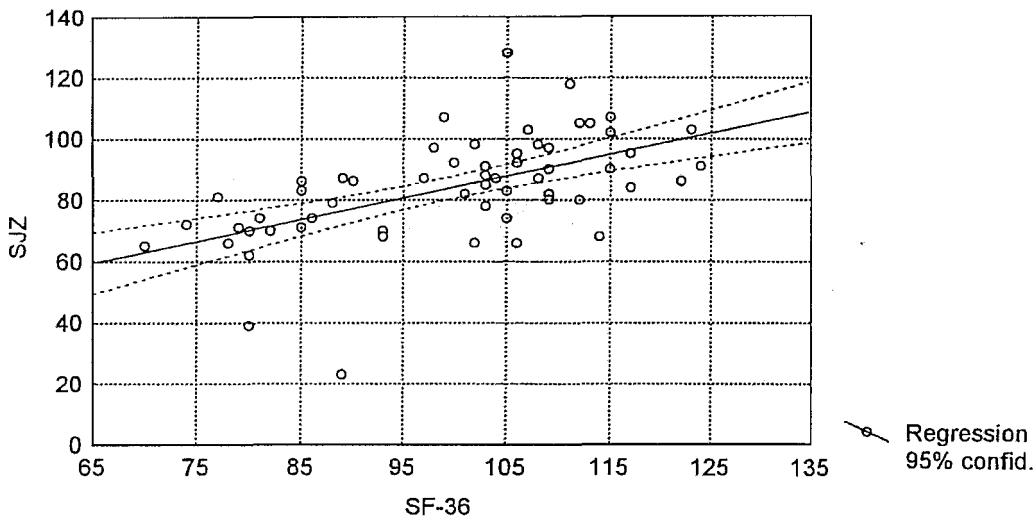
Ocena JŻ w badaniu pierwszym i drugim różniła się istotnie; w badaniu drugim JŻ pacjentów wyraźnie była lepsza i to zarówno w ocenie skalą SF-36 jak i SJŻ (wykresy 3 i 4).

Różnice te były istotne wśród kobiet (odnośnie skali SF-36 przy $p \leq 0,00004$, a skali SJŻ przy $p \leq 0,0006$). Wśród mężczyzn, istotne różnice między badaniem 1 i 2 dotyczyły oceny JŻ wg skali SF-36 ($p \leq 0,014$) ale nie SJŻ ($p \leq 0,116$). Nie stwierdzono natomiast statystycznie istotnych różnic między średnią oceną JŻ wg skali SF-36 oraz SJŻ kobiet i mężczyzn.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji między nasileniem poszczególnych podskali kwestionariusza SF-36 a sumą punktów PANSS w pierwszym badaniu. W badaniu



Wykres 1. Korelacja SF-36 i SJŻ, badanie pierwsze.
Współczynnik korelacji: $r=0,427$; $p < 0,016$



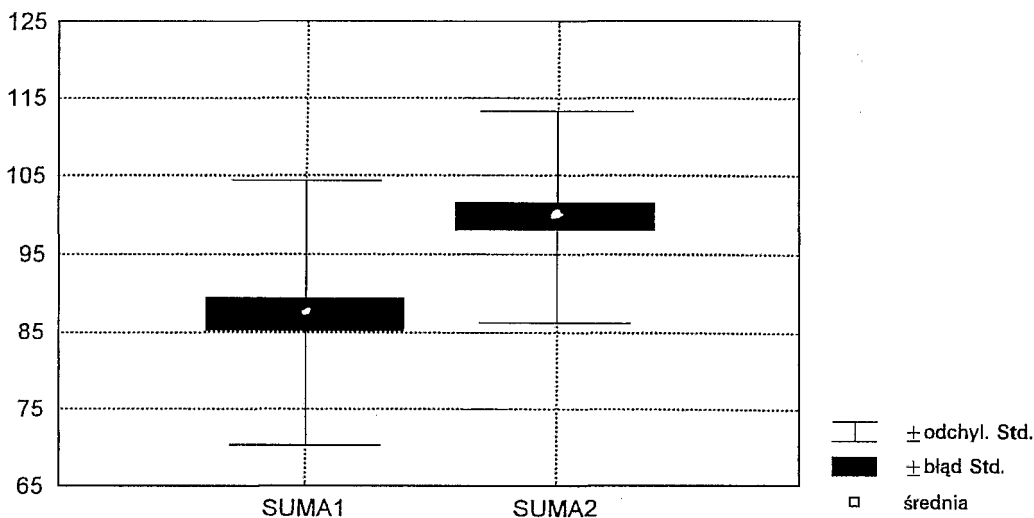
Wykres 2. Korelacja SF-36 i SJŻ, badanie drugie.

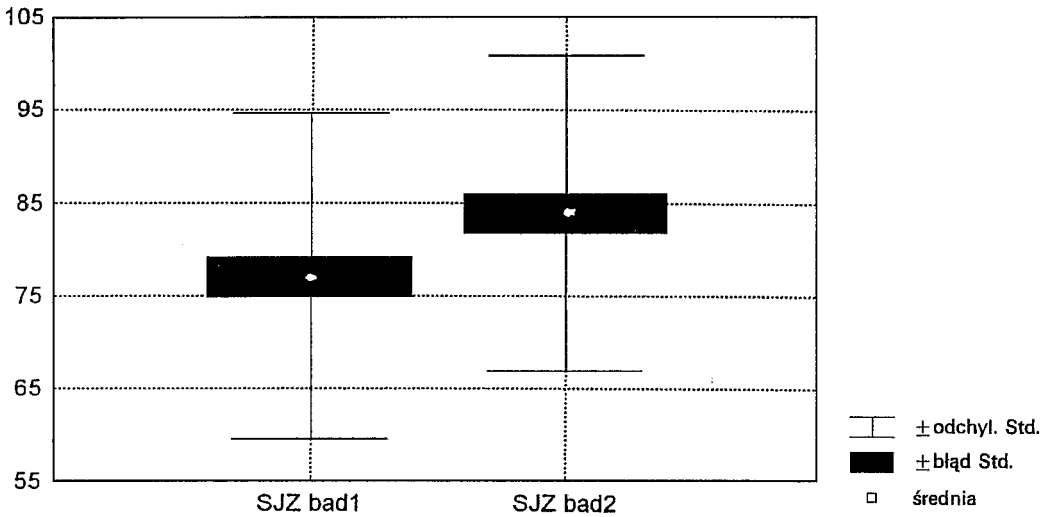
Współczynnik korelacji: $r = 0,508$; $p < 0,009$

drugim, nasilenie objawów schizofrenii wg skali PANSS korelowało ujemnie z podskalami „witalność” oraz „funkcjonowanie społeczne” w SF-36 (odpowiednio $r = -0,344$; $p < 0,007$ oraz $r = -0,266$; $p < 0,040$).

Stwierdzono znacznie więcej korelacji między nasileniem poszczególnych podskali SF-36 a oceną wg skali SJŻ. Ilustruje to tabl. 1.

W badaniu pierwszym jedynie nasilenie w podskalach „fizyczne ograniczenia ról” oraz „ból” wg SF-36 nie korelowało z oceną wg skali SJŻ. Pozostałe podskale SF-36 korelowały wysoko z oceną w SJŻ. W badaniu drugim nie stwierdzono korelacji między oceną wg skali SJŻ a następującymi podskalami SF-36: „funkcjonowanie fizyczne”, „ból”,

Wykres 3. Różnice ogólnej oceny SF-36 w badaniu 1 i 2 ($p < 0,0001$)

Wykres 4. Różnice oceny SJŻ w badaniu 1 i 2 ($p < 0,0002$)

„zdrowie ogólne”, „emocjonalne ograniczenia ról” oraz „zmiana stanu zdrowia”.

Nasilenie objawów schizofrenii a ocena JŻ

Nasilenie objawów schizofrenii, mierzone sumą punktów wg skali PANSS w pierwszym badaniu nie korelowało z oceną JŻ wg skali SF-36 ($r = -0,032$; $p \leq 0,807$), natomiast korelowało ujemnie z oceną JŻ wg skali SJŻ ($r = -0,317$; $p \leq 0,014$). W badaniu drugim stwierdzono istotną korelację między sumą punktów wg skali PANSS

a oceną SF-36 ($r = -0,275$; $p \leq 0,033$), natomiast nie stwierdzono istotnej korelacji między sumą punktów PANSS a oceną w SJŻ ($r = -0,238$; $p \leq 0,068$) – tabl. 2.

Wg skali SF-36 nasilenie objawów pozytywnych korelowało istotnie ujemnie z oceną JŻ jedynie w drugim badaniu (po leczeniu). Wg skali SJŻ nasilenie objawów negatywnych korelowało ujemnie jedynie z oceną w pierwszym badaniu. Nasilenie ogólnych objawów schizofrenii (podobnie jak suma punktów skali PANSS) korelowało istotnie

Tablica 1. Korelacje między nasileniem poszczególnych podskal SF-36 a skalą SJŻ

Podskala SF-36	Badanie pierwsze		Badanie drugie	
	Współczynnik korelacji [r]	Poziom istotności [p]	Współczynnik korelacji [r]	Poziom istotności [p]
Funkcjonowanie fizyczne	0,282	0,029	0,16	0,22
Ograniczenia fizyczne ról	0,08	0,5122	0,302	0,019
Ból	0,096	0,467	0,162	0,217
Zdrowie ogólne	0,371	0,003	0,109	0,442
Witalność	0,508	0,0001	0,524	0,0001
Funkcjonowanie społeczne	0,365	0,004	0,334	0,009
Ograniczenia emocjonalne ról	0,316	0,014	0,329	0,01
Zdrowie psychiczne	0,516	0,0001	0,456	0,0002
Zmiana stanu zdrowia	0,475	0,0002	0,093	0,479

Tablica 2. Korelacje między nasileniem objawów schizofrenii i oceną JŻ – współczynniki korelacji (poziom istotności).

Skala PANSS	Badanie pierwsze		Badanie drugie	
	SF-36	SJŻ	SF-36	SJŻ
Objawy pozytywne	0,069 (0,60)	-0,152 (0,25)	-0,269 (0,04)	-0,219 (0,09)
Objawy negatywne	0,023 (0,86)	-0,273 (0,03)	-0,231 (0,08)	-0,208 (0,11)
Objawy ogólne	-0,137 (0,29)	-0,329 (0,01)	-0,262 (0,04)	-0,221 (0,09)
Objawy depresji	-0,378 (0,003)	-0,417 (0,001)	-0,372 (0,003)	-0,263 (0,04)
Wynik sumaryczny	-0,032 (0,81)	-0,317 (0,01)	-0,275 (0,03)	-0,238 (0,07)

ujemnie z oceną SF-36 w drugim badaniu oraz oceną SJŻ w badaniu pierwszym. Jedynie nasilenie objawów depresyjnych istotnie ujemnie korelowało z oceną JŻ w obu skalach i w obu badaniach.

Poszczególne składowe (podskale) SF-36 nie korelowały z nasileniem objawów schizofrenii (suma punktów PANSS) w badaniu pierwszym. Po leczeniu, stwierdzono istotną ujemną korelację między nasileniem objawów wg skali PANSS a „witalnością” ($r = -0,344$; $p \leq 0,007$) oraz „funkcjonowaniu społecznym” ($r = -0,266$; $p \leq 0,04$).

Przy uwzględnieniu płci badanych, stwierdzono wyraźne różnice. U mężczyzn nasilenie symptomatologii schizofrenii wg skali PANSS nie korelowało z oceną poszczególnych podskal SF-36 i to zarówno w pierwszym jak i w drugim badaniu. U kobiet, w badaniu pierwszym, suma punktów PANSS korelowała istotnie ujemnie z oceną w podskali „zdrowie ogólne” i „zmiana stanu zdrowia” w SF-36 (odpowiednio $r = -0,357$; $p \leq 0,035$ oraz $r = -0,346$; $p \leq 0,042$). W badaniu drugim, suma PANSS korelowała ujemnie z oceną następujących podskal SF-36: „ograniczenie fizyczne pełnienia ról” ($p \leq 0,002$), „witalność” ($p \leq 0,005$), „funkcjonowanie społeczne” ($p \leq 0,003$) oraz „zdrowie psychiczne” ($p \leq 0,048$).

Nasilenie objawów depresyjnych oceniano zarówno wg skali PANSS (wybrane objawy depresyjne) jak i skalą Calgary. Korelacja tych ocen była bardzo wysoka, zarówno w badaniu pierwszym ($r = 0,739$; $p \leq 0,0001$) jak i w drugim ($r = 0,822$; $p \leq 0,0001$). Nasile-

nie objawów depresyjnych wg skali PANSS korelowało wysoce ujemnie z oceną ogólną wg skali SF-36 oraz wg skali SJŻ (patrz tabela 2). Podobnie wysoką ujemną korelację stwierdzono między oceną nasilenia depresji wg skali Calgary a oceną ogólną JŻ w obu używanych skalach (istotność współczynników korelacji co najmniej 0,017). Wśród kobiet korelacje takie były również bardzo wysokie (istotność współczynników korelacji co najmniej 0,017), natomiast wśród mężczyzn istotności korelacji nie stwierdzono.

Ocena JŻ a dane osobowe pacjentów

Jedynie różnice w ocenie JŻ zależne od stanu cywilnego badanych stwierdzono przy zastosowaniu skali SJŻ. Ocena JŻ osób pozostających w związku małżeńskim była istotnie wyższa niż osób samotnych ($p \leq 0,049$). Wykształcenie badanych nie miało istotnego wpływu na ich ocenę JŻ. Pacjenci otrzymujący rentę inwalidzką niżej oceniali swoją JŻ niż chorzy nie otrzymujący renty. Różnice te dotyczyły jednak tylko oceny skalą SJŻ (w badaniu pierwszym $p \leq 0,046$, a w badaniu drugim $p \leq 0,049$).

Nie stwierdzono korelacji między wiekiem badanych a oceną JŻ – zarówno ogólną, jak i w podskalach SF-36 oraz wg skali SJŻ. Stwierdzono ujemną korelację między długością trwania schizofrenii a „ograniczeniem fizycznym ról” ($p \leq 0,026$) oraz „ograniczeniem emocjonalnym ról” ($p \leq 0,041$) w badaniu drugim. Ujemne korelacje liczby dotychczasowych hospitalizacji psychiatrycznych dotyczyły także „ograniczenia fizycznego

ról” ($p \leq 0,039$) oraz „ograniczenia emocjonalnego ról” ($p \leq 0,014$), ale nadto innych podskal SF-36: „witalności” ($p \leq 0,008$) oraz „funkcjonowania społecznego” ($p \leq 0,023$) również wyłącznie w badaniu drugim.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Porównanie JŻ dwoma narzędziami subiektywnej oceny, wykazało bardzo wysoką korelację takich ocen u naszych pacjentów. Z jednej strony jest to budujące, bowiem badanie tego samego zjawiska dwoma narzędziami powinno dać bardzo podobne wyniki. Z drugiej strony sądzimy, iż można by zastosować narzędzia badawcze, które różnią się między sobą, np. kwestionariusz do oceny subiektywnej i obiektywnej, albo porównać wyniki badania JŻ osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych. Będzie to tematem naszego kolejnego opracowania.

Badania porównawcze oceny JŻ dwoma instrumentami badawczymi, są rzadkie. Oliver i wsp. [24] zbadali grupę 30 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz 30 osób personelu kwestionariuszem Lancashire oraz „Listą doświadczeń życiowych (LEC – *Life Experiences Checklist*). Badania kwestionariuszem LEC wykazały istotne różnice między chorymi a grupą kontrolną, podczas gdy wyniki badania kwestionariuszem Lancashire (tj. właściwym narzędziem oceny JŻ) wykazały tylko nieliczne różnice między badanymi grupami.

Podobnego jak obecne, porównania wyniku oceny JŻ skalami SF-36 oraz SJŻ dokonała w naszej Klinice Szaniawska-Bartnicka [31]. U 33 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii stwierdziła po leczeniu wyraźną poprawę JŻ ocenianej obu instrumentami. Wartości średnie ogólnej oceny JŻ obu skalami były zbliżone do uzyskanych przez nas obecnie: przed badaniem wartość średnia sumy punktów SF-36 wynosiła $87,3 \pm 17,03$ w naszym materiale i $97,62 \pm 23,21$ w jej badaniu, po leczeniu odpowiednio $99,77 \pm 13,5$ oraz $115,57 \pm 22,28$. Podobnie wartości średnie wg skali SJŻ: przed leczeniem $77,07 \pm 17,56$ oraz $89,90 \pm 22,38$; po

leczeniu $83,88 \pm 16,97$ i $96,48 \pm 19,16$. Z informacji autorki wiemy, iż jej pacjenci mieli większe nasilenie objawów schizofrenii niż nasi obecni pacjenci.

Analiza zależności między podskalami SF-36 a oceną w SJŻ wykazała, że przed leczeniem w oddziale, z oceną w SJŻ nie korelowały oceny w podskalach dotyczących doznań fizycznych naszych pacjentów („fizyczne ograniczenie pełnienia ról” oraz „ból”). Stwierdziliśmy natomiast istotne statystycznie korelacje między podskalami SF-36 dotyczącymi sfery psychicznej („zdrowie psychiczne”, „ograniczenia emocjonalne pełnienia ról” itp.). Można więc pokusić się o sugestię, iż skala SJŻ bardziej nastawiona jest na ocenę zjawisk psychicznych, skoro jej wyniki korelują z takimi właśnie podskalami w SF-36. Po leczeniu sytuacja uległa zmianie. Wyniki podskal oceniających funkcjonowanie fizyczne i nasilenie dolegliwości bólowych, także wyniki takich podskal jak „zdrowie ogólne” i „zmiana stanu zdrowia w porównaniu do sytuacji przed rokiem” nie korelowały z oceną wg skali SJŻ. Czyżby oznaczało to, że po leczeniu ocena JŻ mniej zależała od sposobu, w jaki postrzegają pacjenci swoje funkcjonowanie fizyczne? Sądzimy, że dopiero uzyskanie danych u większej liczby pacjentów pozwoli na weryfikację tej hipotezy.

Jednym z celów badawczych obecnego opracowania była weryfikacja wcześniej uzyskanych przez nas danych [13–16] o braku korelacji między nasileniem objawów schizofrenii mierzonych skalą PANSS a oceną JŻ. Dotychczasowe nasze doniesienia ograniczały się do zastosowania skali SF-36. W tych opracowaniach nie stwierdziliśmy zależności między nasileniem objawów schizofrenii a subiektywną oceną JŻ zależną od stanu zdrowia pacjentów. W obecnym opracowaniu posłużono się dwoma narzędziami oceny JŻ. Nasilenie wszystkich objawów schizofrenii wg skali PANSS (suma punktów PANSS) korelowało ujemnie z oceną JŻ wg skali SJŻ w pierwszym badaniu. Im bardziej były nasilone objawy schizofrenii, tym gorzej pacjenci oceniali swoją JŻ. Ocena JŻ przy pomocy SF-36 nato-

miast korelowała podobnie ujemnie z nasileniem objawów psychopatologicznych wg skali PANSS, ale w badaniu drugim a nie w pierwszym. Tak samo przedstawiała się ocena zależności między nasileniem objawów ogólnych wg skali PANSS a oceną JŻ obu skalami.

W naszym poprzednim badaniu na mniejszej grupie chorych (28 pacjentów), nie stwierdziliśmy zależności między nasileniem objawów schizofrenii (wówczas badanym skalą BPRS) a oceną JŻ przy użyciu SF-36 [19] w badaniu przy przyjęciu pacjentów do oddziału, jak i po miesiącu leczenia. Natomiast po ok. 2,5 miesiącach leczenia w oddziale (odstęp czasu taki sam jak w badaniu obecnym) ocena ogólna JŻ korelowała ujemnie z nasileniem objawów schizofrenii. Wynik ten powtórzono w obecnym badaniu, mimo zastosowania innej skali diagnostycznej (PANSS) oraz większej grupy badanej. Z innych opracowań, Carpinello i wsp. [5] nie stwierdzili korelacji między subiektywną oceną JŻ a nasileniem objawów schizofrenii w skalach SAPS i SANS, albo nasileniem depresji wg skali Hamiltona. Jedynie ocena JŻ korelowała ze „Skalą dysfunkcji” Weissmana i Becka, a więc także z wynikiem subiektywnej oceny funkcjonowania dokonanej przez samych chorych.

Browne i wsp. [4] stwierdzili ujemną zależność między JŻ a nasileniem objawów negatywnych. W naszym opracowaniu, nasilenie objawów negatywnych schizofrenii korelowało również ujemnie z oceną JŻ, ale tylko dokonaną skalą SJŻ i tylko w pierwszym badaniu. Po leczeniu zależności takiej nie obserwowano. Biorąc pod uwagę fakt, że nasilenie objawów negatywnych uległo zmniejszeniu po leczeniu, być może brak takiej korelacji można tłumaczyć poprawą w stanie klinicznym. Browne i wsp. [4] stwierdzili także ujemną korelację oceny JŻ oraz długości choroby, liczby hospitalizacji i wieku chorych. W naszym materiale związku takiego nie obserwowano.

W jednym z poprzednich badań 40 pacjentów chorych na schizofrenię, po leczeniu w oddziale dziennym stwierdziliśmy ujemną

korelację między nasileniem objawów schizofrenii wg skali BPRS a składowymi (podskalami) JŻ wg skali SF-36: „funkcjonowaniem fizycznym”, „fizycznym ograniczeniu pełnienia ról”, „zdrowiem ogólnym” oraz „zdrowiem psychicznym”. Wyniki te są nieco odmiennie od uzyskanych obecnie: jedynie ocena podskali „witalność” oraz „funkcjonowanie społeczne” korelowała ujemnie po leczeniu z nasileniem objawów wg skali PANSS. Stwierdzono też wyraźne różnice zależnie od płci badanych – korelacje były istotne jedynie u kobiet: obok w.w. składowych, im mniejsze było nasilenie objawów schizofrenii tym lepiej pacjentki oceniały swoją JŻ także w podskalach „ograniczenie fizyczne pełnienia ról” oraz „zdrowie psychiczne” po leczeniu. Być może wiąże się to częściowo z poprawą wglądu w swój stan, związaną z poprawą stanu psychicznego po leczeniu. Podobne zależności między oceną JŻ a płcią badanych stwierdziliśmy w jednym z poprzednich opracowań [13]. Ocena JŻ była wyższa u mężczyzn niż u kobiet. Wówczas także ostrożnie próbowaliśmy interpretować te różnice odmiennym krytycyzmem chorobowym badanych, wiekiem (mężczyźni byli młodszy) oraz wykształceniem (byli mniej wykształceni). Także w obecnej grupie pacjentów, średni wiek mężczyzn był istotnie niższy niż kobiet (odpowiednio $38,68 \pm 9,74$ i $44,68 \pm 8,40$; ANOVA $p \leq 0,013$), nie stwierdziliśmy natomiast istotnych różnic w poziomie wykształcenia zależnym od płci badanych. W piśmiennictwie spotyka się różne wyniki zależności oceny JŻ od płci. Niektórzy autorzy nie widzą takiej zależności [4, 22, 27] inni zaś donoszą o lepszej ocenie JŻ przez kobiety [26, 27].

Nasze badanie sugeruje, że ocena JŻ zależy od nasilenia depresji w schizofrenii. Ponieważ istotne korelacje dotyczyły zarówno oceny depresji wg skali PANSS, która nie jest uważana za narzędzie szczególnie przydatne do diagnozy depresji, ale także wg skali Calgary, która to skala została specjalnie stworzona do oceny depresji u chorych na schizofrenię, uważamy, że istnieje związek

nasilenia depresji i niekorzystnej oceny JŻ pacjentów chorych na schizofrenię. Trzeba nadmienić, iż nasilenie depresji oceniane wg skali Calgary u naszych pacjentów było średnie w badaniu pierwszym i minimalne w badaniu drugim (wartości średnie sumy punktów wg skali Calgary odpowiednio $11 \pm 6,6$ oraz $3,52 \pm 4,52$; $p \leq 0,001$). Są to wyniki bardzo zbliżone do danych uzyskanych w poprzednim opracowaniu u 38 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [21]. W innym opracowaniu stwierdziliśmy także zależności między obecnością depresji a odmienną oceną tzw. dobrego samopoczucia u chorych psychiatrycznych [18]. Należy przy tym pamiętać, że wg naszych wcześniejszych opracowań, subiektywna ocena JŻ pacjentów, u których obserwuje się obecność objawów depresyjnych, bywa niższa niż u chorych bez takich objawów [15, 21]. Podobnie Atkinson i wsp. [1] donoszą o niższej ocenie JŻ pacjentów z zaburzeniami afektywnymi niż z rozpoznaniem schizofrenii, natomiast Gupta i wsp. [10] osiągnęli podobne rezultaty porównując grupę pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i dystymii. Wg Sullivana i wsp. [30] ocena JŻ zależy od nasilenia objawów depresyjnych. Zdaniem Koivumaa-Honkanen i wsp. [22] samoocena braku satysfakcji życiowej najsilniej koreluje właśnie z depresją. Endicott i wsp. [6] uznali, że ocena satysfakcji życiowej przy użyciu specjalnego kwestionariusza, zależy od nasilenia depresji. Nie jest to wniosek specjalnie odkrywczy, gdyż w obrazie depresji mieści się m.in. niska samoocena, brak życiowych perspektyw, poczucie beznadziejności itp. Dlatego m.in. w naszych opracowaniach usiłujemy wyodrębnić objawy depresyjne w schizofrenii, aby móc ocenić, na ile właśnie komponenta afektywna (depresyjna) wpływa na wynik oceny JŻ.

W obecnym opracowaniu, ze względu na niewielką liczbę badanych, nie przeprowadziliśmy analizy wyników leczenia różnymi neuroleptykami. Celowa wydaje się też próba ustalenia zależności między oceną JŻ a obecnością i nasileniem objawów ubocznych działania neuroleptyków. Mamy za-

miar dokonać tego po poszerzeniu badanej grupy. Skłaniają nas ku takim badaniom doniesienia, iż leczenie atypowymi lekami antypsychotycznymi wiąże się z lepszą oceną JŻ niż u chorych leczonych neuroleptykami klasycznymi [7].

Naszym zdaniem, interpretacja wyników oceny subiektywnej JŻ jest trudna. Wiele zmiennych, które badanie JŻ obejmuje, nie można w sposób jednoznaczny interpretować. Dlatego uważamy, iż przede wszystkim poszerzenie badanej grupy oraz dołączenie tzw. grupy kontrolnej, pomoże zweryfikować uzyskiwane wyniki badań.

WNIOSKI

1. Ocena jakości życia chorych na schizofrenię dokonana przy użyciu dwóch kwestionariuszy była wysoko skorelowana. Jedyne te podskale kwestionariusza SF-36, które dotyczyły sfery zdrowia psychicznego, korelowały z oceną jakości życia wg skali SJŻ.
2. Ocena jakości życia obu kwestionariuszami nie zależała od płci badanych, ani od ich wieku i wykształcenia, była natomiast niższa u pacjentów samotnych.
3. Nasilenie objawów schizofrenii nie korelowało z oceną jakości życia w pierwszym badaniu. Po leczeniu, nasilenie objawów schizofrenii korelowało ujemnie z oceną jakości życia skalą SF-36, ale nie SJŻ.
4. Wg skali SF-36 nasilenie objawów pozytywnych schizofrenii korelowało ujemnie z oceną jakości życia po leczeniu. Wg skali SJŻ nasilenie objawów negatywnych schizofrenii korelowało ujemnie z oceną jakości życia jedynie przed leczeniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Atkinson M., Zibin S., Chuang H.: Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154, 99-105.

2. Awad A.G.: Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. *Hosp. Community Psychiatry* 1992, 43, 262–265.
3. Barry M.M., Zissi A.: Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 1997, 32, 38–47.
4. Browne S., Roe M., Lane A., Gervin M., Morris M., Kinsella A., Larkin C., O'Callaghan E.: Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 94, 118–124.
5. Carpiello B., Lai G., Pariante C.M., Carta M.G., Rudas N.: Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997, 96, 235–241.
6. Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R.: Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol. Bull.* 1993, 29, 321–326.
7. Franz M., Lis S., Plüddeman K., Gallhofer B.: Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. *Br. J. Psychiatry* 1997, 170, 422–425.
8. Głowczak M., Jarema M., Meder J., Morawiec M.: Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 369–380.
9. Głowczak M., Jarema M., Meder J., Morawiec M.: Chronic mental illness – quality of life. *Psychiatr. Pol.* 1997, 31, supl. 4, 121–128.
10. Gupta S., Kulhara P., Verma S.K.: Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998, 97, 290–296.
11. Jakubiak A., Jarema M.: Ocena jakości życia u pacjentów ze schizofrenią. IV Lubelskie Spotkania Naukowe, Lublin 1995, 269–272.
12. Jarema M.: Badanie jakości życia w schizofrenii. *Farmakoter. Psychiatr. Neurol.* 1996, 51–56.
13. Jarema M.: Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. *Nowa Medycyna* 1996, 3, 15–16.
14. Jarema M., Bury L., Konieczńska Z., Zaborowski B., Cikowska G., Kunicka A., Bartoszewicz J., Muraszewicz L.: Porównanie oceny jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej. *Psychiatr. Pol.* 1997, 31, 585–594.
15. Jarema M., Konieczńska Z., Głowczak M., Szaniawska A., Meder J., Jakubiak A.: The evaluation of subjective quality of life in patients with schizophrenia or depression. *Psychiatr. Pol.* 1996, supl. 3, 119–130.
16. Jarema M., Konieczńska Z., Głowczak M., Szaniawska A., Meder J., Jakubiak A.: Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 641–654.
17. Jarema M., Konieczńska Z., Jakubiak A., Głowczak M., Meder J.: First results of quality of life valuation in treated schizophrenic patients. *QoL Newsletter* 1994, 10/11, 8.
18. Jarema M., Szafranski T., Waszkiewicz-Bialek E., Marciniak A., Roslaniec D.: Badanie dobrego samopoczucia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji za pomocą skali Bradley – doniesienie wstępne. *Psychiatr. Pol.* 1997, 31, 87–96.
19. Konieczńska Z., Jarema M.: Badanie jakości życia jako próba integralnego podejścia do problemów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Sztuka Leczenia* 1996, 2, 49–56.
20. Konieczńska Z., Jarema M., Cikowska G.: Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii w oddziale dziennym. *Psychiatr. Pol.* 1997, 31, 323–332.
21. Konieczńska Z., Jarema M., Cikowska G.: Ocena za pomocą skali Calgary zespołów depresyjnych w przebiegu schizofrenii leczonej w subrejonowym oddziale dziennym. *Psychiatr. Pol.* 1998, 32, 37–46.
22. Koivumaa-Honkanen H.T., Viinamäki H., Honkanen R., Tanskanen A., Antikainen R., Niskanen L., Jääskeläinen J., Lehtonen J.: Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 94, 372–378.
23. Meltzer H.Y., Burnetyt S., Bastiani B., Ramirez L.F.: Effects of six months clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp. Community Psychiatry* 1990, 41, 892–897.
24. Oliver N., Carson J., Missenden K., Towey A., Dunn L., Collins E., Holloway F.: Assessing the quality of life of the long-term mentally ill: a comparative study of two measures. *Intl. J. Meth. Psychiatr. Res.* 1996, 6, 161–166.

25. Oliver J., Huxley P., Bridges K., Mohamad H.: *Quality of life and mental health services*. Routledge, London 1996.
26. Röder-Wanner U.-U., Priebe S.: Schizophrenie und Lebensqualität: geschlechtsspezifische Aspekte. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1995, 63, 393–401.
27. Shasel P.L., Gur R.E., Gallacher F., Heimberg C., Gur R.: Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1992, 7, 225–231.
28. Skala Jakości Życia. Kwestionariusz według Bakera i Intagliatty udostępniony przez Zakład Rehabilitacji IPiN (za zgodą Psychosocial Research Unit, Douglas Hospital Research Centre, Verdun, Kanada).
29. Skantze K., Malm U., Dencker S.J., May P.R., Corrigan P.: Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br. J. Psychiatry* 1989, 154, 77–82.
30. Sullivan G., Wells K.B., Leake B.: Clinical factors associated with better quality of life in seriously mentally ill population. *Hosp. Community Psychiatry* 1992, 43, 794–802.
31. Szaniawska-Bartnicka A.: Badania jakości życia u pacjentów leczonych z powodu schizofrenii. *Badania nad Schizofrenią* 1998, 1, 481–488.
32. Ware J.E., Sherbourne C.D.: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med. Care* 1992, 30, 473–483.

*Adres: Dr Zuzanna Konieczna, III Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*