

Porównanie jakości życia osób chorych na schizofrenię i ich opiekunów

The quality of life of schizophrenic patients and their caretakers – comparison

Małgorzata Chądzyńska, Katarzyna Spiridonow,
Beata Kasperk, Joanna Meder

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. J. Meder

Summary

Aim: The aim of the research was to analyse the subjective quality of life of schizophrenic patients and their caretakers.

Method: The quality of life was measured by the Polish adaptation of Mercier and Tempier's scale. We examined 50 patients and their relatives.

Results: The patients' quality of life was compared to the quality of life of their relatives. They evaluate the quality of life similarly. The differences between the patients and their caretakers concern the evaluations of social relations. Only several demographic characteristics influenced quality of life.

Conclusions: The similarity of quality of life is based on taking similar criteria of evaluation. The satisfaction from life was decreased for patients and their carers. It can be connected with the impact of schizophrenia on the family.

Słowa klucze: schizofrenia, jakość życia, opiekunowie

Key words: schizophrenia, quality of life, caretakers

Dążenie do komfortu życiowego, szczęścia jest silną motywacją wielu działań człowieka. Zależy ono od aktualnego stanu zaspokojenia potrzeb, który decyduje o satysfakcji z życia. Definicja jakości życia nie jest jednoznaczna. Jako subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej odwołuje się ona do różnicy między aspiracjami, oczekiwaniami a postrzeganą rzeczywistością [1, 2]. Obiektywna miara jakości życia ma być pochodną warunków mieszkaniowych, jakości relacji społecznych, w tym rodzinnych, poziomu funkcjonowania, finansów, form opieki. Takiej obiektywnej oceny wg niektórych badaczy [3, 4] osoby chore na schizofrenię nie mogą dać. Jakość życia jest wówczas wyrażona jako funkcja subiektywnej satysfakcji i obiektywnej oceny funkcjonowania oraz sytuacji życiowej. Badacze koncentrujący się na zmiennej jakości życia analizowali jej zależności ze zmiennymi klinicznymi (aktualnym stanem

psychicznym pacjentów, nasileniem różnych objawów, przebiegiem choroby, rodzajem leczenia); demograficznymi; funkcjonowaniem społecznym (pełnionymi rolami społecznymi, aktywnością, relacjami z ludźmi i wewnątrz rodziny). Porównywano poziom jakości życia pacjentów chorych na schizofrenię i osób zdrowych [5, 6] oraz oceny jakości życia osób chorych na schizofrenię dokonane przez samych pacjentów oraz ich opiekunów.

Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii zajmuje się analizą jakości życia od 7 lat. W naszej pracy przyjęto jakość życia wg Jaremy, jako „subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości”, uznaliśmy bowiem, że jest to wskaźnik jednostkowy, subiektywny. Badania dotyczyły poziomu jakości życia u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [7, 8, 9] oraz związku tej zmiennej ze wskaźnikami przebiegu choroby, stanu klinicznego i zmiennymi demograficznymi [10].

Celem prezentowanego badania jest porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów chorujących na schizofrenię z satysfakcją z życia ich opiekunów. Analizowano także związki między wskaźnikami sytuacji życiowej pacjenta i opiekuna a ich zadowoleniem z życia. Ciekawe wydaje się porównanie poziomu zmiennej między pacjentami a ich opiekunami, gdyż wiele dziedzin określających ogólną jakość życia jest wspólnych w rodzinie, dla osób razem zamieszkujących. Zasadniczą różnicą jest doświadczenie choroby, ale rodzina także odczuwa ciężar w związku z chorobą członka rodziny. Choroba wpływa na interakcje w rodzinie i funkcjonowanie jej członków. A zatem postawiono hipotezę, że oceny zadowolenia z relacji w rodzinie, relacji społecznych poza rodziną, sposobu spędzania czasu wolnego, materialnych warunków życia będą zbliżone dla osób chorych i ich krewnych. Są one oceną obiektywnej sytuacji życiowej – tej samej u pacjentów i ich opiekunów lub odnoszą się do wspólnych aktywności. Jednak oceny te zależą także od indywidualnych czynników – poziomu aspiracji, potrzeb, celów, systemu wartości czy krytycyzmu do sytuacji życiowej, które mogą być różne dla osób chorych i opiekunów. Postawiono hipotezę, że różnice ocen będą nieistotne, gdyż pacjenci i ich opiekunowie należą do tej samej rodziny. A zatem ich poziom aspiracji, system wartości jest podobny ze względu na wzrastanie w tym samym środowisku rodzinnym i podzielenie wspólnego systemu przekonań. Oczekiwane różnice mogą dotyczyć ocen zdrowia, aktywności, gdyż są to dziedziny życia, w których pacjenci i opiekunowie mają na ogół inne doświadczenia. Badanie satysfakcji życiowej opiekunów jest ważne ze względu na jej związek z relacjami wewnątrz rodziny – wzajemny dwustronny wpływ. Ponadto poczucie satysfakcji życiowej opiekunów może wpływać na jakość sprawowanej opieki.

Material

Osoby badane to 50 pacjentów z Dziennego Oddziału Rehabilitacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej przy IPiN. Wszyscy pacjenci to osoby chorujące na schizofrenię wg kryterium ICD-10. Wśród nich było 23 mężczyzn i 27 kobiet w wieku 20–60 lat, średnia wieku 40 lat. Czas trwania choroby 2–34 lata, średnio 16 lat. Badani pacjenci leczyli się od 1 roku do 32 lat, średnio 15 lat. W wywiadzie stwierdzono 1–102 hospitalizacji, średnio 10 pobyków w szpitalu. Większość pacjentów – 78% było osobami samotnymi, tylko 10% aktualnie pozosta-

wało w związku, pozostali byli rozwiedzeni. 38 osób, tj. 76% badanych chorujących na schizofrenię, mieszkało z rodziną pochodzenia, 10% z rodziną prokreacyjną, a 14% samotnie. 10 osób, tj. 20% pacjentów, aktualnie pracowało. Badane osoby chore na schizofrenię były w okresie remisji, nasilenie objawów w skali PANSS 37–97, średnio wynosiło 62,5 (odchylenie standardowe SD = 12,6). Nasilenie objawów wytwórczych rozkładało się w przedziale 7–26 pkt. (przy możliwych 7–49); średnio 13,8 (SD = 4,1). Dokładne charakterystyki badanej grupy pacjentów i opiekunów przedstawiają tabele 1 i 2.

Tabela 1

Charakterystyki badanej grupy pacjentów i opiekunów

Zmienna	Oznaczenie		Pacjenci		Opiekunowie	
			n	%	n	%
Płeć	1	mężczyźni	23	46,00	8	16,00
	2	kobiety	27	54,00	42	84,00
Stan cywilny	1	kawaler	39	76,00	6	12,00
	2	żona	5	10,00	25	50,00
	3	wdowiec	0	0,00	9	18,00
	4	rozwódnięty	6	12,00	10	20,00
	1	samotny	39	76,00	6	12,00
	2	jeździ lub był w związku	11	22,00	44	88,00
Wykształcenie	1	podstawowe	10	20,00	3	6,00
	2	zawodowe	16	32,00	22	44,00
	3	średnie	21	42,00	8	16,00
	4	wyższe	3	6,00	17	34,00
	1	podstawowe lub zawodowe	26	52,00	25	50,00
	2	średnie i wyższe	24	48,00	25	50,00
Praca aktualnie	1	pracuje	10	20,00	24	48,00
	2	nie pracuje	40	80,00	26	52,00
Uspółnienie rodzinny	1	nie	7	14,00	3	6,00
	2	rodzina pochodzenia	38	76,00	14	28,00
	3	rodzina prokreacyjna	5	10,00	33	66,00

Wszyscy opiekunowie byli krewnymi pacjentów. Wśród nich było 8 (16%) mężczyzn i 42 (84%) kobiety. Połowa badanych osób należała do pełnych rodzin, 18% opiekunów było wdowami, wdowcami, 20% było rozwiedzionych, a 12% to osoby samotne. Badani krewni pacjentów mieli 19–80 lat, średnio 56 lat. Większość z nich – 66%, mieszkała z własną rodziną prokreacyjną, 28% z rodziną pochodzenia, a tylko 6% samotnie. 50% badanych opiekunów miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe, pozostali krewni pacjentów to osoby z wykształceniem średnim i wyższym. 48% z nich było czynnych zawodowo.

Statystyki opisowe badanej grupy pacjentów i opiekunów

Zmienna	Pacjenci			Opiekunowie		
	Średnia	SD	Mediana	Średnia	SD	Mediana
Wiek	39,74	10,30	40,50	55,84	14,09	56,50
Pracowa ² (lat)	8,02	7,33	5,00	26,54	11,36	17,17
Ne. pracuje (miesiący)	104,75	88,97	90,00	92,18	80,66	78,00
Czas choroby (lat)	16,32	8,64	15,00			
Leczony (lat)	15,26	8,75	14,00			
Liczba hospitalizacji	10,30	14,67	7,00			

Metoda

Badanie polegało na jednorazowej ocenie jakości życia dokonanej przez osoby chorujące na schizofrenię oraz przez ich opiekunów. Wypełniali oni Skalę Jakości Życia będącą polską adaptacją kwestionariusza autorstwa Mercier i Tempier [7]. Osoba badana ma za zadanie ocenić na skali 1–7 kolejnych 20 dziedzin życia, gdzie 1 – oznacza „okropnie, strasznie”, a 7 – „wspaniale, zachwycona”. Zatem oceny 1–3 określają niezadowolenie, 4 – niezdecydowanie, a 5–7 świadczą o zadowoleniu z aktualnego stanu rzeczy.

Ponadto wypełniano z pacjentem Kwestionariusz Danych Demograficznych opisujący zmienne: płeć, stan cywilny, wykształcenie, wiek, osoby, z którymi mieszka pacjent, status zawodowy (czy aktualnie pracuje), liczbę lat przepracowanych, od ilu miesięcy nie pracuje, oraz dane dotyczące przebiegu choroby – czas jej trwania, długość leczenia w latach, liczbę hospitalizacji. Kwestionariusz Danych Demograficznych dla opiekuna nie zawierał zmiennych związanych z przebiegiem choroby.

Lekarz prowadzący oceniał aktualny stan psychopatologiczny pacjenta za pomocą skali PANSS (The Positive and Negative Syndrom Scale for Schizophrenia), aby kontrolować możliwość udziału w badaniach. Pacjenci biorący udział w badaniu byli w okresie remisji objawów chorobowych, o czym świadczy niskie ogólne ich nasilenie w skali PANSS, jak również niski poziom objawów pozytywnych. W analizie nie zajmowano się związkiem jakości życia i stanu klinicznego pacjentów, gdyż było to przedmiotem wcześniej prowadzonych badań [10].

Wyniki

Jakość życia osób chorych na schizofrenię

W ogólnej skali jakości życia można uzyskać 20–140 pkt. Średnia ocena jakości życia wynosiła 87,48 (odchylenie standardowe SD = 15,7). Oceny poszczególnych dziedzin przedstawia tabela 3.

Tabela 3

Rozkład ocen poszczególnych dziedzin jakości życia dokonanych przez pacjenta

Nr	Dziedzina	Niezdowolony		Niezdoby dowony		Zadowolony		Średnia
		n	%	n	%	n	%	
1	Mieszkanie	8	16	11	22	31	62	4,90
2	Świadczenia	10	20	11	22	29	58	4,64
3	Jedzenie	17	34	13	26	20	40	5,08
4	Ubranie	10	20	9	18	31	62	4,60
5	Zdrowie	22	44	9	18	19	38	3,98
6	Współmieszkańcy	7	14	11	22	32	64	4,90
7	Przyjaciele	10	20	13	26	27	54	4,54
8	Wzrost zawodowy	19	38	13	26	18	36	3,88
9	Relacje z rodziną ¹	10	20	10	20	30	60	4,72
10	Relacje z innymi ludźmi	12	24	15	30	23	46	4,12
11	Co-dziennie zajęcia	11	22	15	30	24	48	4,38
12	Czas wolny	10	20	10	20	30	60	4,56
13	Rozrywki	18	36	12	24	20	40	4,10
14	Usługi w okolicy	3	6	15	30	32	64	5,04
15	Sytuacja finansowa	24	48	14	28	12	24	3,52
16	Wzrost ogólny	18	36	13	26	19	38	4,02
17	Pełnoocenne	22	44	11	22	17	34	3,80
18	Co inni o mnie myślą ²	19	38	17	34	14	28	3,76
19	Ułożenie	16	32	6	12	28	56	4,40
20	Odpowiedzialność	10	20	12	24	28	56	4,54

Większość ocen była zbliżona do wartości odpowiadającej niezdecydowaniu. Oszacowania dziedzin życia różniły się między sobą (analiza wariancji Friedman Two-way Anova; $\chi^2 = 97,21$; $p < 0,0001$). Pacjenci byli najbardziej niezadowoleni z sytuacji finansowej, pewności siebie oraz z tego, co inni myślą o nich. Najwyżej ocenili zadowolenie z jedzenia, dostępności dóbr i usług w okolicy miejsca zamieszkania, własnego mieszkania oraz ze współmieszkańców. Sprawdzone, czy zmienne demograficzne: płeć, wiek, status zawodowy, wykształcenie, współmieszkańcy oraz wskaźniki przebiegu choroby: czas chorowania i leczenia, liczba hospitalizacji, mają wpływ na poziom jakości życia. Okazało się, że wiek i czas trwania choroby ma wpływ na zadowolenie z życia. Osoby starsze oraz te, które chorują dłużej niż 15 lat, miały większą ogólną satysfakcję życiową. Pozostałe zmienne nie miały związku z poziomem jakości życia (tabela 4).

Jakość życia opiekunów osób chorujących na schizofrenię

Średnia ocena jakości życia krewnych opiekujących się osobami chorymi na schizofrenię wyniosła 91,74 (SD = 14,05). Oceny dziedzin życia różniły się między sobą (analiza wariancji Friedman Two-way Anova; $\chi^2 = 103,07$; $p < 0,0001$) (tabela 5).

Średnie ogólnych wyników jakości życia wg pacjenta w grupach wyznaczonych przez mediany zmiennych niezależnych

Zmienna			Uwagi	
Płeć	mężczyźni 8409	kobiety 9037	0,161	
Wiek	< 48,5 lat 8238	> 48,5 lat 9268	0,048	
Praca	pracuje 92,7	nie pracuje 96,1%	0,244	
Czas choroby	< 15 lat 8217	> 15 lat 9239	0,049	
Liczba godzin terapii	< 7 88,00	> 7 87,00	0,825	
Czas leczenia	< 14 lat 88,7	> 14 lat 90,7	0,107	
Wykształcenie	średnie zawod. 89,81	średnie wyższe 84,96	0,280	
Udział w rodzinie	suma 95,71	rodzina oczek. 85,29	rodzina młoda 90,60	0,265**

*test t-Studenta

**analiza wariancji 1-czynnikowa

Opiekunowie pacjentów najniżej ocenili zadowolenie z własnego zdrowia, rozrywek i sytuacji finansowej. Największe zadowolenie okazali z powodu mieszkania, sąsiedztwa, miejsca zamieszkania, dostępności dóbr i usług w okolicy, jedzenia oraz współmieszkańców i przyjaciół.

Badano, czy zmienne demograficzne określające sytuację życiową opiekunów mają wpływ na ich ogólną jakość życia (tabela 6).

Ponadto sprawdzano, czy istnieje związek między czasem trwania choroby i leczenia pacjenta a satysfakcją z życia jego opiekuna. Jediną zmienną mającą powiązanie z jakością życia była płeć opiekuna. Mężczyźni sprawujący kuratelę nad osobami chorymi na schizofrenię byli bardziej zadowoleni z życia niż kobiety w analogicznej sytuacji. Nie wykazano istotnych różnic w jakości życia opiekunów różniących się pod względem wieku, statusu zawodowego, liczby przepracowanych lat, wykształcenia, stanu cywilnego, współmieszkańców.

Porównanie jakości życia pacjentów i ich opiekunów

Porównano oceny poszczególnych dziedzin życia oraz ogólne zadowolenie z sytuacji życiowej pacjentów i ich opiekunów (tabela 7).

Tabela 5

Rozkład ocen poszczególnych dziedzin jakości życia opiekuna

Nr	Dzielnia	Niezsadowoleny		Niezsadowoleny		Zsadowoleny		Średnia
		n	%	n	%	n	%	
1	Mieszkanie	8	16	4	8	38	76	5,08
2	Świeżość	8	16	9	18	33	66	4,98
3	Jedzenie	2	4	9	18	39	78	5,20
4	Ubranie	4	8	14	28	32	64	4,82
5	Zdrowie	18	36	7	14	25	50	4,10
6	Współmieszkańcy	6	12	11	22	33	66	5,02
7	Przynajmniej	5	10	10	20	35	70	5,10
8	ważne uczucie	15	30	10	20	24	48	4,14
9	Relacje z rodziną ¹	8	16	8	16	34	68	4,76
10	Relacje z innymi ludźmi	8	16	10	20	32	64	4,92
11	Codziennie miejsce	12	24	11	22	27	54	4,52
12	Czas wolny	12	24	14	28	24	48	4,38
13	Pracownicy	18	36	13	26	19	38	4,08
14	Ufności wokół	5	10	6	12	39	78	5,12
15	Sytuacja finansowa	30	60	6	12	14	28	3,46
16	Ważne opinie	18	36	12	24	25	50	4,14
17	Przynajmniej	18	36	18	36	24	48	4,38
18	Co inni o nich myślą ¹	4	8	21	42	25	50	4,56
19	Ułożenie	12	24	11	22	27	54	4,58
20	Odpowiedzialność	18	36	9	18	28	56	4,48

Ogólna ocena jakości życia pacjentów i ich krewnych była zbliżona (test t-Studenta; $p=0,139$). Istotne różnice między osobami chorującymi na schizofrenię a ich opiekunami dotyczyły ocen relacji z innymi ludźmi. Zdrowi krewni lepiej oceniają własne kontakty społeczne oraz są bardziej pewni swojego pozytywnego wizerunku w oczach innych.

Omówienie wyników

Oceny kolejnych dziedzin jakości życia pacjentów różniły się między sobą. Największe niezadowolenie pacjentów wzbudzała sytuacja finansowa, pewność siebie i to, co inni o nich myślą. Najwyżej oceniono jedzenie, dostępność dóbr i usług, mieszkanie i współmieszkańców. Wyniki te są zgodne z prowadzonymi wcześniej badaniami w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN [10] oraz wynikami innych autorów. Bengtsson-Tops i Hanson [11] również stwierdzili, że obszar finansów wzbudzał największe niezadowolenie pacjentów.

Średnie ogólnych wyników jakości życia opiekuna w grupach wyznaczonych przez mediany zmiennych niezależnych

Zmienna			Uartboesp*
Płeść opiekuna	mężczyźni 101,68	kobiety 89,85	0,028
Wiek opiekuna	< 55,5 lat 94,04	> 55,5 lat 89,44	0,251
Praca opiekuna	pracuje 92,00	nie pracuje 91,5	0,901
Czas chorowania pacjenta	< 75 lat 92,71	> 75 lat 90,85	0,644
Czas pracy opiekuna	< 77,77 lat 91,68	> 77,77 lat 91,80	0,976
Czas leczenia pacjenta	< 74 lat 92,35	> 74 lat 91,22	0,781
Wykształcenie opiekuna	niepełnokształt 93,48	pełnokształtowa 90,00	0,387
Liczba mieszańców opiekuna	sam z rodziną 86,67	z rodziną 88,17	
	z rodziną 90,3	z rodziną 90,3	0,842**
Stan cywilny opiekuna	kawaler 93,3	żona 91,32	
	wdowiec 90,22	rozwięzany 93,20	0,961**

*test t-Studenta

**analiza wariancji 1-czynnikowa

Także opiekunowie różnie szacowali zadowolenie z poszczególnych aspektów życia. Podobnie jak ich podopieczni, najbardziej niezadowoleni byli z sytuacji finansowej, ponadto ze zdrowia i dostępnych rozrywek, a pozytywnie ocenili mieszkanie, jedzenie, dostępność dóbr i usług, współmieszkańców. Zadowolenie opiekunów wywołało poza tym sąsiedztwo miejsca zamieszkania i relacje z przyjaciółmi.

Wraz z wiekiem i czasem trwania choroby wzrastała jakość życia pacjentów. Arns [12] pisał o pozytywnym związku wieku z satysfakcją z życia. Wyniki innych badaczy są przeciwne. Lauer i Bachman [13] wykazali, że czas trwania choroby negatywnie koreluje z zadowoleniem z sytuacji życiowej, czasu wolnego i zdrowia. Załuska [14] nie wykazała różnic w satysfakcji z życia wśród osób o odmiennej sytuacji rodzinnej czy wpływu wieku, łącznego czasu hospitalizacji na tę zmienną. W związku jakości życia i czasu trwania choroby może pośredniczyć wiek. Proporcjonalnie do wieku rośnie czas chorowania. Być może wraz z wiekiem pacjenci zyskują więcej akceptacji dla faktu chorowania, mają niższy poziom aspiracji, a to wpływa na podwyższenie poziomu subiektywnej jakości życia.

Wyniki wielu badaczy [11, 15], podobnie jak uzyskane przez nas, wskazują na słaby wpływ zmiennych demograficznych na jakość życia osób chorych psychicznie.

Tabela 7

Porównanie ocen jakości życia pacjenta i opiekuna

Nr	Dziedzina	Średnie oceny		Uartboep*
		pacjent	opiekuna	
1	Mieszkanie	4,90	5,08	0,312
2	Środki	4,64	4,98	0,210
3	Jedzenie	5,08	5,20	0,785
4	Ubranie	4,60	4,82	0,686
5	Zdrowie	3,98	4,10	0,562
6	Uspokojenie	4,90	5,02	0,687
7	Przyjaciele	4,54	5,10	0,068
8	Życie osobiste	3,88	4,14	0,352
9	Relacje z rodziną ¹	4,72	4,76	0,949
10	Relacje z innymi ludźmi	4,12	4,92	0,006
11	Codienne życie	4,38	4,52	0,632
12	Carstwo	4,56	4,38	0,315
13	Rozmowa	4,10	4,08	0,994
14	Ufności wokoło	5,04	5,12	0,901
15	Służba finansowa	3,52	3,46	0,758
16	Życie społeczne	4,02	4,14	0,476
17	Prawo osobiste	3,80	4,38	0,055
18	Co inni o mnie myślą	3,76	4,56	0,002
19	Udobro	4,40	4,58	0,582
20	Odpowiedzialność	4,54	4,48	0,921
Całkowita ocena		47,48	51,74	0,139**

*test rang Mann-Whitneya

**test t-Studenta

Mężczyźni opiekujący się osobami chorymi na schizofrenię mają wyższą satysfakcję życiową od kobiet w takiej sytuacji. Należałoby zbadać, czy istnieją różnice między kobietami a mężczyznami w sposobie sprawowania opieki, stopniu zaangażowania w problemy osoby chorej i pozostawianiu dla siebie własnej przestrzeni życiowej, niezależnej od faktu istnienia choroby w rodzinie. Postawa wobec choroby w rodzinie może być związana z oceną zadowolenia z życia.

Pacjenci oraz ich krewni podobnie oceniają ogólne zadowolenie z życia oraz z wielu jego dziedzin. Istotne różnice dotyczą ocen relacji społecznych poza rodziną i własnego obrazu w oczach innych osób, które są szacowane wyżej przez zdrowych opiekunów. Wyniki takie są częściowo zgodne z hipotezami. Zakładano, że większość dziedzin życia będzie podobnie oceniana ze względu na podobieństwo obiektywnej sytuacji życiowej i uwspólniony w rodzinie sposób ewaluowania obiektów i sytuacji społecznych.

Ergebnisse: Die bedeutenden Unterschiede zwischen den schizophrenkranken Personen und ihren Betreuern betrafen die Beurteilung der Beziehungen mit anderen Menschen und die Beurteilung, was die anderen über die Untersuchten meinen. Es wurde ein schwacher Einfluss mancher demographischer Variablen auf die allgemeine Lebensqualität sowohl der Patienten als auch ihrer Verwandten beobachtet.

Schlussfolgerungen: Die beobachtete Ähnlichkeit zwischen den Patienten und ihren Betreuern im Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem Leben und seiner verschiedenen Aspekte zeigt darauf, dass sie sich nach ähnlichen Kriterien richten. Die Senkung der subjektiven Lebensqualität der Patienten und ihrer gesunden Verwandten veranschaulicht die Stärke des Einflusses von Schizophrenie auf das Glücksgefühl der ganzen Familie. Die gezeigten Unterschiede in der Beurteilung waren mit dem Level der sozialen Kenntnisse und mit dem eigenen Bild der Kranken verbunden.

La qualité de vie des schizophrènes et de leurs sains protecteurs- comparaison

Résumé

Objectif: Ce travail vise à comparer la qualité subjective de vie des schizophrènes et de leurs sains protecteurs et à l'analyser du point de vue démographique.

Méthode: On examine la qualité de vie de 50 patients et de 50 protecteurs – parents à l'aide de la version polonaise de l'échelle de Mercier et de Tempier. On mesure la qualité de vie en général, le contentement de divers aspects de vie et les variables démographiques.

Résultats: Les patients et leurs protecteurs estiment la qualité de vie en général et ses divers aspects presque de la même manière. Les différences se font voir quand on passe aux relations avec les autres gens et à leurs opinions concernant les personnes malades. On observe aussi une faible corrélation de certaines variables démographiques et de la qualité de vie en général et de ses certains aspects chez les patients et chez leurs protecteurs.

Conclusions: La ressemblance de l'opinion des patients et de leurs protecteurs concernant leurs qualité de vie indique qu'ils se servent des critères pareils. L'abaissement du niveau de la satisfaction de vie des malades et de leurs parents démontre l'influence de la maladie sur la qualité de vie de toute la famille. Les différences des estimations se lient avec le niveau des capacités sociales et l'image propre de soi-même des malades.

Piśmiennictwo

1. Jarema M, Koniczyńska Z, Głowczak M, Szaniawska A, Meder J, Jakubiak A. *Próba analizy subiektywnej jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji*. Psychiatr. Pol. 1995; XXIX, 5: 641–655.
2. Skantze K, Malm V, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. *Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients*. Brit. J. Psychiatry 1992; 161: 797–801.
3. Lehman AF. *Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1996; 31: 78–88.
4. Douglas W, Heinrichs, Thomas E., Hanlon TE, Carpenter WT. *The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome*. Schizophr. Bull. 1984; 10: 123–129.
5. Sorensen T. *The intricacy of the ordinary*. Brit. J. Psychiatry 1994; 164 (supl. 23): 108–114.
6. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. *Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekłe chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych*. Psychiatr. Pol. 1998; 32: XXXII, 297–306.

7. Głowczak M, Kasperek B, Meder J, Spiridonow K. *Wstępna ocena jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI, 3: 313–322.
8. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. *Jakość życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6, supl.2 (5): 31–38.
9. Kasperek B, Spiridonow K, Meder J. *Jakość życia osób przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. W: Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
10. Chądzyńska M, Kasperek B, Spiridonow K. *Zmienne kliniczne i demograficzne a jakość życia osób przewlekle chorych na schizofrenię*. Wiad. Psychiatr. 2001; 4, 4: 275–282.
11. Bengtsson-Tops A, Hansson L. *Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics*. Europ. Psychiatry 1999; 14: 256–263.
12. Arns PG. *Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits*. Psychiatr. Serv. 1995; 46: 260–265.
13. Lauer G, Bachman S. *Quality of life of psychiatric patients – a meaningful criterion for psychiatric therapy*. J. World Psychiatr. Assoc. [w druku].
14. Załuska M. *Satysfakcja życiowa a stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne w przewlekłej schizofrenii*. Wiad. Psychiatr. 1999; 2, 4: 405–411.
15. Sullivan G, Wells K, Leake B. *Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population*. Hosp. Comm. Psychiatry 1992; 43, 8: 794–798.
16. Browne S, Roe M, Lane A. *Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia*. Acta Psychiatr. Scand. 1996; 94: 118–124.

Otrzymano: 9.12.2002

Zrecenzowano: 11.03.2003

Przyjęto do druku: 23.08.2003

Adres: Małgorzata Chądzyńska
Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9