

## Porównanie subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w grupie chorych na schizofrenię

### Comparison of subjective and objective quality of life in schizophrenic patients' group

Andrzej Czernikiewicz, Joanna Górecka

Z Kliniki Psychiatrii AM w Białymstoku  
Kierownik: dr hab. n. med. A. Czernikiewicz  
Ze Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ w Jarosławiu  
Kierownik: lek. med. S. Adamik

#### Summary

**Aim:** The aim of this study is a comparison of subjective and objective quality of life in schizophrenic patients.

**Methods:** The research was carried out on 120 in- and out- patients (from 19 to 65 years) who fulfilled ICD-10 and DSM-IV criteria for schizophrenia. The quality of life was assessed by means of two instruments: Quality of Life Scale (QLS, Heinrichs et al. 1984), Self-Report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia (SQLS, Wilkinson et al. 2000). The basic statistical methods used were: correlation analysis between measurable variables with Pearson's index (P), t-Student test, analysis of variance, factor analysis.

**Results:** In the investigated group there is no correlation between subjective and objective quality of life. Sex does not influence a correlation between these variables. Subjective and objective quality of life correlate with each other only in out-patients' group ( $P = -0,386$ ). The factor analysis of SQLS distinguished 7 factors: *mood; everyday activities, side effects connected with movement; side effects- others; support; interpersonal contacts; others*; this division differs completely from a division on subscales. The factor analysis of QLS distinguished 3 factors: *intrapsychic functioning; social functioning; functioning in roles*; this division is similar to a division on subscales.

**Conclusions:** It seems that in the schizophrenic patients' group using subjective and objective ways to assess the quality of life determines a difference of the obtained results. Only the subjective measurement fulfills the assumption of quality of life definition, that is why the usefulness of QLS in assessing quality of life is rather restricted.

*Słowa klucze:* schizofrenia, jakość życia

*Key words:* schizophrenia, quality of life

#### Założenia i cel pracy

Jednym z charakterystycznych przejawów zaburzonego myślenia pacjentów z diagnozą schizofrenii jest brak poczucia choroby psychicznej, czemu zazwyczaj

towarzyszy odmowa podjęcia specjalistycznego leczenia. Na szczęście rozpiętość tego zjawiska jest zróżnicowana, od bardzo rzadkich przypadków prawidłowej i adekwatnej oceny stanu zdrowia, poprzez występujące najczęściej stany pośrednie, do przypadków, kiedy chory absolutnie nie potrafi rozpoznać patologicznych elementów w swoim życiu psychicznym, nie odróżnia ich od innych nie zaburzonych sfer. Ponadto, wobec występowania typowych dla procesu schizofrenicznego objawów, takich jak: autyzm, dereizm, osłabienie funkcji poznawczych, chorzy na schizofrenię mają znaczne trudności nie tylko w ocenie ciężkości swojej choroby, ale i innych zjawisk, które dotyczą ich samych i otaczającej rzeczywistości. Krytycyzm, obok poczucia choroby i gotowości leczenia, stanowi, według najnowszej taksonomii, o szerszym zjawisku, jakim jest wgląd chorobowy [1].

W ostatnich latach klinicyści, powołując się na holistyczny model zdrowia, zgodnie z którym, „zdrowie i choroba są zjawiskami wielowymiarowymi i nie mogą być opisane za pomocą wyłącznie parametrów biomedycznych”, postulują coraz częściej, aby obok klinicznych parametrów wprowadzić nowy sposób oceny stanu zdrowia pacjentów – badanie ich jakości życia (j.ż.). Dotychczas powstało bardzo dużo definicji j.ż., zapewne ze względu na trudności w zdefiniowaniu tego pojęcia. Wartą przytoczenia jest definicja Jaremy: „Jakość życia to subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości” [2]. „Badania nad j.ż. są wyrazem poszerzenia perspektywy w rozumieniu pojęcia normy, polegającego na uwzględnieniu punktu widzenia pacjenta, który staje się najważniejszą instancją oceniającą swoje samopoczucie” [3].

Badacze podkreślają, iż tylko subiektywna ocena j.ż. jest wykładnikiem faktycznego stanu zdrowia osób poddanych różnym rodzajom leczenia [4, 5]. Jednakże nasuwa się pytanie, czy w przypadku osób chorych na schizofrenię, wobec wielu ograniczeń, jakie niesie ze sobą ta choroba, powodujących między innymi brak wglądu chorobowego, ich własny subiektywny pogląd na temat j.ż. będzie zgodny z oceną tego wymiaru przez personel leczący. A jeżeli nie, to która opinia dotycząca j.ż. chorego na schizofrenię powinna być ważniejsza dla klinicysty – subiektywna czy obiektywna? Dlatego też celem poniższej pracy jest porównanie subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia pacjentów cierpiących z powodu schizofrenii.

### **Material i metoda**

Grupę badaną stanowili pacjenci trzech Oddziałów Ogólnopsychiatrycznych Szpitala Psychiatrycznego w Jarosławiu i Przychodni Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP), którzy korzystali z leczenia w okresie od lutego do czerwca 2001 r. Podstawowe kryteria włączające do badania to: rozpoznanie schizofrenii zgodnie z klasyfikacją ICD-10 i DSM-IV, wiek od 19 do 65 lat, kontakt słowny umożliwiający przeprowadzenie badań oraz wyrażenie pisemnej zgody. Obecność choroby somatycznej wpływającej na obiektywnie i subiektywnie ocenianą j.ż. powodowała wyłączenie z procedury badawczej. Chorych poddano badaniu przed ich planowanym wypisaniem ze szpitala oraz podczas wizyty kontrolnej w PZP. Wszyscy pacjenci byli w trakcie kuracji neuroleptycznej Zakładając, że osoby te zgłaszały się na leczenie w sposób przypadkowy, można uznać, że badana grupa spełniała pierwszą zasadę randomizacji, czyli była to grupa reprezentatywna.

Część badawcza pracy polegała na ocenie j.ż. wytypowanych pacjentów. Przy czym uwzględniono dwa sposoby oceny: subiektywny (skala SQLS – kwestionariusz wypełniany własnoręcznie przez pacjenta) oraz obiektywny (skala QLS – kwestionariusz wypełniany przez ankietera na podstawie obserwacji zachowania chorego, wywiadu oraz zebranych danych z aktualnej i archiwalnej dokumentacji medycznej).

Ostatecznie zakwalifikowano 120 osób. Średni wiek badanych wyniósł 38,6 roku; 45% grupy badanej stanowiły kobiety. Średni całkowity czas leczenia z powodu schizofrenii wyniósł w grupie badanej 12,5 roku; natomiast średni czas dotychczasowych hospitalizacji – 13,8 miesiąca. Dla celów statystycznych badaniem objęto trzy grupy o jednakowej liczebności, wyróżnione ze względu na formę i czas trwania aktualnego leczenia: 1) pacjenci leczeni w PZP; 2) pacjenci hospitalizowani poniżej 3 mies.; 3) pacjenci hospitalizowani powyżej 3 mies.

W pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Skala Jakości Życia – QLS (Quality of Life Scale) według D.W. Heinrichs

Skala ta powstała w 1984 r. w celu obiektywnej oceny j.ż. przede wszystkim chorych na schizofrenię. Kładzie nacisk na pomiar objawów deficytowych: zblednięcia afektywnego, apatii, awolucji, anhedonii w aspektach – stanu wewnątrzpsychicznego i upośledzonego funkcjonowania w rolach. Jest częściowo ustrukturalizowanym wywiadem obejmującym 21 punktów. Autorzy wyróżnili 4 podskale: I – *relacje międzyludzkie*; II – *funkcjonowanie w rolach*; III – *funkcjonowanie wewnątrzpsychiczne*; IV – *podstawowe czynności i przedmioty*. QLS jest szeroko stosowanym narzędziem o potwierdzonej wiarygodności i rzetelności [6].

2. Skala Jakości Życia – SQLS (Self-Report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia) wg G. Wilkinsona i wsp.

Jest to kolejne narzędzie służące, w tym wypadku, do subiektywnej oceny j.ż. pacjentów ze schizofrenią. SQLS powstała w 2000 r. Zamiarem twórców tej skali było spełnienie założeń definicji j.ż., która traktuje „jakość życia jako wielowymiarową koncepcję bazującą na samoocenie pacjenta” [7]. Narzędzie to składa się z 30 zamkniętych pytań; obejmuje 3 podskale: I – *funkcjonowanie psychospołeczne*; II – *motywacja i energia*; III – *objawy i działania uboczne*. Skala ta powstała zgodnie ze standaryzowaną metodologią i ma duże walory psychometryczne [8, 9]. SQLS jest wiarygodnym, praktycznym, łatwo akceptowalnym narzędziem, które może znaleźć zastosowanie w badaniach klinicznych i jako ocena leczenia [10].

Skale QLS i SQLS nie były dotychczas stosowane w polskich badaniach\*, dlatego też trzeba było uzyskać pisemną zgodę autorów na ich tłumaczenie i wykorzystanie. Aby dostosować powyższe instrumenty do warunków polskich, przetłumaczone 2 niezależne wersje poddano walidacji językowej. Przygotowane wstępne wersje otrzymało do konsultacji 9 osób – doświadczonych w pracy z chorymi na schizofrenię. Ponownie przedyskutowano rozbieżności, co pozwoliło na przygotowanie ostatecznej – polskiej wersji skal QLS i SQLS

Do opracowania danych posłużono się programem komputerowym „Statistica”, wykorzystując następujące metody statystyczne: obliczanie wartości średniej arytmetycznej, analizę korelacji między zmiennymi mierzalnymi (ze współczynnikiem

\* Skale QLS i SQLS u Autora oraz w posiadaniu Redakcji

Pearsona – P), test t-Studenta, analizę wariancji (ANOVA) z testem post-hoc Scheffe, analizę czynnikową (z procedurą rotacyjną Varimax).

## Wyniki

Badani pacjenci mają wysoki poziom jakości życia w odczuciu subiektywnym (j.ż.sub.), co można wywnioskować na podstawie wartości średniej arytmetycznej wyników w skali SQLS. W badaniu obszarów j.ż.sub. najlepsze wyniki uzyskali w podskali *objawy i działania uboczne* (średnia wyników w podskali III jest mniejsza od średnich w podskalach: I i II).

Uzyskana średnia arytmetyczna wyników w skali QLS świadczy o przeciętnym poziomie obiektywnej jakości życia (j.ż.ob.) badanych pacjentów, natomiast w przypadku podskali QLS średnia wyników jest najwyższa w podskali IV, a najniższa w podskali I, a więc pacjenci funkcjonują najlepiej w obszarze *podstawowe czynności i przedmioty*, natomiast najgorzej w zakresie *relacji międzyludzkich*.

Podział badanych na podgrupę mężczyzn i kobiet nie różnicuje ich pod względem poziomu j.ż.sub. jak również j.ż.ob. (brak istotnych różnic pomiędzy średnimi wyników skal SQLS a QLS w dwóch podgrupach).

### 1. Jakość życia subiektywna a jakość życia obiektywna

#### *1a. Jakość życia subiektywna (wynik ogólny SQLS) a jakość życia obiektywna (wynik ogólny QLS)*

Nie stwierdzono istotnej korelacji pomiędzy j.ż.sub a j.ż.ob. (poziom istotności  $p=0,230$ ) (tab.1). Po usunięciu wartości odstających, równanie krzywej regresji ma postać:  $j.ż.sub. = 41,392 - 1,816 * j.ż.ob.$  Współczynnik korelacji wynoszący:  $-0,1105$  może świadczyć, iż istnieje tendencja do zależności ujemnej między badanymi zmiennymi (wykres 1). Oznacza to, że wzrostowi poziomowi j.ż.sub. towarzyszy wzrost j.ż. ocenianej obiektywnie, lecz ta zależność jest bardzo słaba.

#### *1b. Jakość życia subiektywna (podskale I, II, III SQLS) a jakość życia obiektywna (podskale I, II, III, IV QLS)*

Po przeanalizowaniu tabeli korelacji (tab.1) stwierdzono jedynie kilka istotnych zależności pomiędzy poszczególnymi podskalami, z których wynika, iż poprawa pod względem *motywacji i energii* w odczuciu subiektywnym łączy się z poprawą w zakresie wszystkich obszarów j.ż.ob.

#### *1c. Jakość życia subiektywna (wynik ogólny SQLS) a jakość życia obiektywna (wynik ogólny QLS) w zależności od formy i czasu trwania aktualnego leczenia*

Nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy j.ż.sub. a j.ż.ob. w dwóch podgrupach pacjentów: hospitalizowanych poniżej 3 mies. oraz powyżej 3 mies. Natomiast istnieje korelacja ujemna, przeciętna pomiędzy tymi zmiennymi ( $P= -0,386$ ) przy poziomie istotności  $p=0,014$  w podgrupie pacjentów leczonych w PZP, w związku z czym wyższemu poziomowi j.ż.sub. odpowiada wyższy poziom j.ż.ob. (tab.2).

Tabela 1

Jakość życia subiektywna vs jakość życia obiektywna w badanej grupie.  
Arkusz wyników korelacji liniowej Pearsona

	SQIS – wyn.ogólny	SQIS – podsk. I	SQIS – podsk. II	SQIS – podsk. III
QLS – wyn.ogólny	-0,111	0,018	-0,360	-0,085
	p=0,230	p=0,848	p=0,000	p=0,355
QLS –podsk. I	-0,099	0,023	-0,306	0,103
	p=0,282	p=0,804	p=0,001	p=0,263
QLS –podsk. II	-0,122	-0,018	-0,361	-0,066
	p=0,185	p=0,891	p=0,000	p=0,475
QLS –podsk. III	-0,103	0,008	-0,337	-0,062
	p=0,265	p=0,933	p=0,000	p=0,502
QLS –podsk. IV	-0,042	0,071	-0,263	-0,044
	p=0,646	p=0,458	p=0,004	p=0,637

Wykres 1 Jakość życia subiektywna (VAR15) vs jakość życia obiektywna (VAR20) .  
Wykres rozrzutu z 95% przedziałem ufności linii regresji

Tabela 2

Jakość życia subiektywna vs jakość życia obiektywna w poszczególnych podgrupach.  
Arkusz wyników korelacji liniowej Pearsona

	Kobiety	Mężczyźni	Objęci leczeni w FZP	Objęci hospit <3mies.	Objęci hospit >3mies.
Wskaźnik korelacji między QLS (wyn. ogólny) a SQLS (wyn. ogólny)	-0,217	-0,056	-0,386	-0,170	-0,149
	p=0,116	p=0,655	p=0,014	p=0,295	p=0,359

1d. Jakość życia subiektywna (wynik ogólny SQLS)  
a jakość życia obiektywna (wynik ogólny QLS) w zależności od płci

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi j.ż.sub. a j.ż.ob. zarówno w podgrupie mężczyzn, jak i kobiet (tab. 2).

## 2. Analiza czynnikowa

### 2a. Analiza czynnikowa wyników skali SQLS

Analiza czynnikowa wyników skali SQLS wyodrębniła aż 7 grup czynników. Skumulowany procent wartości własnych dla tak wyekstrahowanych czynników wyniósł 64,00%, co świadczy, że zaistniałe związki między elementami skali j.ż.sub. są nieprzypadkowe. Na podstawie powiązania składowych, poszczególne grupy czynników nazwano: I – *nastrój*, II – *codzienne czynności*, III – *objawy uboczne związane z motoryką*, IV – *objawy uboczne-inne*, V – *wsparcie*, VI – *kontakty interpersonalne*, VII – *inne – o niespójnym powiązaniu elementów*. Największy procent ogólnej zmienności zmiennej j.ż.sub. wyjaśnia czynnik I – 35%, pozostałe czynniki tłumaczą znacznie mniejszy odsetek ogólnej wariancji.

Wyodrębnienie w analizie czynnikowej aż 7 faktorów, w porównaniu z 3 podskalami SQLS zaproponowanymi przez autorów, wskazuje, jak wiele odrębnych sfer ma wpływ na subiektywnie odczuwaną jakość życia.

### 2b. Analiza czynnikowa wyników skali QLS

Analiza czynnikowa wyników skali QLS pozwoliła wyodrębnić trzy grupy czynników, których skumulowany procent wartości własnych wynosi 70,060%. Oznacza to, że tak skonstruowany podział pozwala na nieprzypadkowe (>70%) przewidywanie możliwych do zaistnienia związków między wynikami skali j.ż.ob. Wyodrębnione grupy czynników określono w następujący sposób: I – *funkcjonowanie wewnątrzpsychiczne*, II – *funkcjonowanie społeczne*, III – *funkcjonowanie w rolach*. Na pierwsze

miejsce wybija się zdecydowanie czynnik I, który wyjaśnia aż 55,69% ogółu wariacji zmiennej j.ż.ob., natomiast czynniki II i III tłumaczą jedynie odpowiednio 8,83% i 5,52% całkowitej zmienności badanej zmiennej.

Zaprezentowany podział wyników skali j.ż.ob.(QLS) w wyniku analizy czynnikowej w ogólnym zarysie odpowiada podziałowi autorów na poszczególne podskale, brakuje tylko odnośnika podskali IV – *podstawowe czynności i przedmioty*, prawdopodobnie z powodu zawartości tylko dwóch punktów.

### Omówienie wyników

W dostępnym piśmiennictwie badacze coraz częściej podnoszą interesującą kwestię: braku związku pomiędzy oceną zewnętrzną a subiektywnym postrzeganiem j.ż. przez pacjentów cierpiących z powodu schizofrenii. Thapa i Rowland [11] w badaniu pacjentów schizofrenicznych z Oddziału Rehabilitacji nie znaleźli odzwierciedlenia oceny j.ż. przez pacjentów w ocenie dokonanej przez personel. Podobnie Heinze i wsp. [12] w grupie chorych z Berlina i Londynu nie stwierdzili istotnych korelacji pomiędzy subiektywną a obiektywną oceną j.ż. Zaakcentowali w ten sposób złożony charakter powiązania tych zmiennych u chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Ciekawe wydają się spostrzeżenia Khatri i wsp. [13], którzy wskazują na rozbieżność pomiędzy oceną skali j.ż. subiektywną i obiektywną dokonaną przez pacjentów schizofrenicznych i ich opiekunów oraz brak takich różnic w przypadku pacjentów z nowotworem i ich opiekunów. Podkreślają, że rozbieżność między subiektywną a obiektywną oceną j.ż. pacjentów ze schizofrenią jest prawdziwą różnicą a nie anomalią związaną ze stanem psychicznym chorych. Według Doyle i wsp. [14] przyczyną powyższych rozbieżności u osób cierpiących na schizofrenię może być, występujący w tej grupie chorych, brak wglądu w objawy choroby. Autorzy ci wykazali, iż istotna korelacja pomiędzy subiektywną a obiektywną oceną j.ż. jest ograniczona tylko do chorych zdolnych do krytycznego stosunku do swojej choroby.

W tym miejscu wydaje się celowe wskazanie wyników prac porównujących subiektywną j.ż. osób cierpiących z powodu schizofrenii z obiektywną oceną funkcjonowania, która w dużym stopniu odzwierciedla zewnętrzną ocenianą j.ż. pacjentów. Głowczak i wsp. [15] nie stwierdzili istotnego związku pomiędzy tymi zmiennymi w grupie 30 chorych a Spiridonow i wsp. w grupie 60 pacjentów z Oddziału Rehabilitacji. Ci ostatni autorzy dodatkowo nie znaleźli znamiennej korelacji między subiektywnie ocenianą j.ż. a oceną własną pacjentów ich codziennego funkcjonowania, lecz istotny związek pomiędzy tymi zmiennymi wystąpił u osób zdrowych. Na tej podstawie wysnuli wniosek, iż zadowolenie z życia osób przewlekle chorych na schizofrenię w odróżnieniu od osób zdrowych nie jest zależne od tego, jak radzą sobie z wymaganiami życiowymi. Z badań Dickersona i wsp. [17], Arnsa i Linneya [18], Cortena i wsp. [19] można wywnioskować, iż nie ma związku pomiędzy poziomem funkcjonowania społecznego a poczuciem własnej wartości i satysfakcji z życia u pacjentów schizofrenicznych. Tylko nieliczne doniesienia wskazują na istnienie związku pomiędzy subiektywną j.ż. a poziomem ogólnego funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią [20, 21]. W świetle wielośrodkowego badania Hansson i wsp. [22] przeprowadzonego w grupie 418

chorych wydaje się, że pacjenci schizofreniczni raczej nie wiążą swojej j.ż. z obiektywnymi warunkami życia.

Badania własne dowodzą, iż brak jest istotnego związku pomiędzy subiektywną a obiektywną oceną j.ż. w grupie pacjentów ze schizofrenią. Stwierdzenie to jest również słuszne w oddzielnie ocenianej podgrupie kobiet i mężczyzn. Znaleziono tylko nieliczne powiązania między obszarami j.ż., z których wynika, że poprawa subiektywnie postrzeganej *motywacji i energii* ciągle łączy się z poprawą w zakresie wszystkich składowych j.ż. obiektywnej. Usunięcie krańcowych wyników uzyskanych przez badanych pacjentów pozwoliło na stworzenie w analizie regresji modelu zależności, zgodnie z którym wyższemu poziomowi jakości życia w skali SQLS odpowiada wyższy poziom w skali QLS. Istotną, choć słabą zależność pomiędzy subiektywną a obiektywną j.ż. stwierdzono jedynie w podgrupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Tylko u tych pacjentów subiektywna i obiektywna ocena j.ż. są do siebie zbliżone. Pomimo że nie oceniano wglądu chorobowego badanych, wydaje się, iż w podgrupie pacjentów podejmujących leczenie w PZP ma on najwyższy poziom. Wynik powyższy mógłby potwierdzić hipotezę wyżej wspomnianych autorów o podobieństwie subiektywnej i obiektywnej oceny j.ż. wśród chorych zdolnych do krytycznego stosunku do swojej choroby [14].

Otrzymane wyniki są kolejnym argumentem świadczącym o faktycznym braku powiązania pomiędzy subiektywną a obiektywną oceną j.ż., jaki ma miejsce w grupie pacjentów ze schizofrenią. Zastosowanie tych dwóch różnych sposobów oceny j.ż. determinuje odmiennosc otrzymanych wyników, jednakże tylko subiektywny pomiar spełnia założenia definicji j.ż. Ponadto wykładnikiem postępowania klinicysty podejmującego szereg interwencji leczniczych powinna być samoocena chorego. Badanie obiektywne j.ż. stanowi raczej ocenę funkcjonowania społecznego, które jak wykazano powyżej nie wpływa na satysfakcję z życia chorych na schizofrenię. Dlatego też użyteczność skali QLS w określaniu j.ż. pacjentów ze schizofrenią wydaje się ograniczona.

W następstwie zestawienia uzyskanych wyników dotyczących podskal subiektywnej j.ż. można wywnioskować, że pacjenci najlepiej radzą sobie z *objawami i działaniami ubocznymi*. Wynik ten potwierdza korzyści płynące z szerokiego zastosowania atypowych leków antypsychotycznych; około połowa badanych pacjentów była leczona neuroleptykami atypowymi. Porównanie wyników poszczególnych podskal obiektywnej j.ż. wskazuje, że pacjenci najlepiej funkcjonują w obszarze: *podstawowe czynności i przedmioty*, natomiast najgorzej radzą sobie w zakresie *relacji międzyludzkich*. Powyższe wnioski wysnuto na podstawie obserwacji klinicznej, ale mogą one stanowić źródło istotnych informacji. Wydaje się, że szczególnie w zakresie *relacji międzyludzkich* pacjentów konieczne jest wprowadzenie nowych, skuteczniejszych metod interwencji terapeutycznych.

W poniższym opracowaniu dokonano analizy czynnikowej wyników skal SQLS, QLS, aby niezależnie od oceny dziedzin wyodrębnionych przez autorów w poszczególnych podskalach uzyskać informacje o szczególnych, odrębnych obszarach życia decydujących o ocenie j.ż. subiektywnej i obiektywnej.

Podział skali SQLS na 3 podskale: *funkcjonowanie psychospołeczne; motywacja*



*i energia; objawy i działania uboczne* absolutnie nie odzwierciedla podziału na poszczególne czynniki, jaki wyłonił się dzięki analizie czynnikowej uzyskanych wyników. Zgodnie z tą analizą najważniejszym czynnikiem decydującym o ocenie j.ż. przez pacjentów jest *nastrój*. Kolejne grupy czynników: *codzienne czynności; objawy uboczne związane z motoryką; objawy uboczne – inne; wsparcie; kontakty interpersonalne; inne – o niespójnym powiązaniu elementów* są znacznie mniej istotne w subiektywnej ocenie j.ż. Wyłączają się tu nowe obszary nie uwzględnione w podziale na podskale, tj. *nastrój; codzienne czynności; wsparcie; kontakty interpersonalne*, a w sposób istotny decydujące o ocenie j.ż. przez pacjentów. Dzięki wyodrębnionym czynnikom dowiadujemy się również, że pacjenci dzielą objawy uboczne na te, które utrudniają im poruszanie się, oraz pozostałe, które są dla nich mniej znaczące.

Natomiast analiza czynnikowa wyników skali QLS wyodrębniła 3 czynniki: *funkcjonowanie wewnątrzpsychiczne; funkcjonowanie społeczne; funkcjonowanie w rolach*, z których ten pierwszy okazał się najistotniejszy. Powyższy podział w ogólnym zarysie pokrywa się z podziałem autorów na 4 podskale, tzn. *funkcjonowanie wewnątrzpsychiczne; relacje międzyludzkie; funkcjonowanie w rolach; podstawowe czynności i przedmioty*. Tylko ostatnia podskala nie ma odpowiednika w analizie czynnikowej.

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono prac podejmujących problematykę analizy czynnikowej powyższych parametrów. Zaprezentowane rezultaty analizy czynnikowej dwóch skal (SQLS i QLS) służących do oceny j.ż. chorych na schizofrenię wskazują, że – pomimo założeń autorów uwzględnienia w konstrukcji tych narzędzi podobnych obszarów, co odzwierciedlono w nazewnictwie podskal – według opinii pacjentów o j.ż. decyduje wiele dodatkowych czynników. Ten fakt może implikować brak zależności między subiektywnym a obiektywnym pomiarem, jaki wykazano w tym opracowaniu. Wydaje się, iż zewnętrzny sposób oceny nie jest w stanie wychwycić wszystkich subtelnych, indywidualnych, aczkolwiek istotnych, aspektów wpływających na j.ż. tych raczej „zamkniętych na świat” chorych.

Poglądy wielu autorów dotyczące związku pomiędzy rodzajem płci chorych na schizofrenię a poziomem ich j.ż. są niejednoznaczne. Otrzymane wyniki badań własnych wskazują, że brak jest różnic pomiędzy poziomem (obiektywnej i subiektywnej) j.ż. życia w przypadku kobiet i mężczyzn. Podobne rezultaty badań uzyskali: Browne i wsp. [23] odnośnie do obiektywnej oceny j.ż. w skali QLS wg Heinrichs, oraz Konieczńska i wsp. [24] w stosunku do oceny subiektywnej. Natomiast Roder-Wanner i wsp. [25] wskazują na lepszą subiektywną ocenę j.ż. przez kobiety. Podkreślają odmienne uwarunkowania j.ż. u kobiet i mężczyzn wynikające z różnych psychologicznych, społecznych charakterystyk oraz innych cech klinicznych psychozy schizofrenicznej u obydwu płci. Wyższą subiektywną ocenę j.ż. u kobiet żyjących w społeczności uzyskał również Katschnig [26]. Będąc w opozycji do powyższych doniesień badanie polskie Jaremy i wsp. [27] przedstawia dane o wyższej subiektywnej ocenie j.ż. u mężczyzn. W kolejnym doniesieniu autorzy ci podkreślają, iż leczenie w warunkach Oddziału Dziennego wpływa istotnie na poprawę j.ż. jedynie w grupie kobiet [28].

Zaprezentowane rezultaty badania za pomocą polskiej wersji skal QLS i SQLS są podobne do wyników z zastosowaniem innych narzędzi badających wymiary takie, jak obiektywna i subiektywna j.ż., co potwierdza, iż proces dostosowania powyższych



ęięōidńń. Āācāō nīāī, čńđīēūçīārīćī řęřēū QLS đđč iōlięł ęięōidńń ččçīč āīāīēūīī īāđřīč=īīī.

### Vergleich der subjektiven und objektiven Lebensqualität in der Gruppe der Schizophrenkranken

#### Zusammenfassung

**Ziel:** Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist der Vergleich der subjektiven und objektiven Lebensqualität in der Gruppe der Schizophrenkranken.

**Methode:** An der Untersuchung nahmen 120 hospitalisierte oder ambulant behandelte Patienten teil. Die in die Untersuchung eingeschlossenen Grundkriterien sind: Diagnose Schizophrenie nach den ICD-10 und DSM-V Kriterien; das Alter zwischen 19 und 65 Jahren. Beurteilt wurde die Lebensqualität der Kranken, was mit Hilfe von zwei Mitteln durchgeführt wurde: QLS-Skala (Quality of Life Scale, Heinrichs und Gesell. 1984) und SQLS - Skala (Self-Report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia, Wilkinson und Gesell. 2000). Die angewandten statistischen Hauptmethoden waren die Analyse des Zusammenhanges zwischen den messbaren Variablen (mit dem P - Pearson - Faktor), t - Student - Test, Varianzanalyse, Faktorenanalyse.

**Ergebnisse:** Die erzielten Ergebnisse zeigen in der untersuchten Gruppe, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der subjektiven und objektiven Beurteilung der Lebensqualität gibt. Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die Korrelation zwischen diesen Variablen. Die subjektive und objektive Lebensqualität sind nur in der Untergruppe der ambulant behandelten Patienten miteinander korreliert ( $P = -0,386$ ). In der Faktorenanalyse der SQLS - Skala wurden 7 Faktorengruppen ausgesondert: Stimmung; tägliche Handlungen; mit der Motorik verbundene Nebenwirkungen; Nebenwirkungen - andere; Unterstützung; interpersonale Kontakte; andere. Die obige Teilung unterscheidet sich entscheidend von der SQLS Teilung in die Unterskalen. Dagegen wurden in der Faktorenanalyse der QLS - Skala 3 Faktorengruppen ausgesondert: interpsychisches Funktionieren; soziales Funktionieren; Rollenfunktionieren. Eine solche Teilung ist der QLS - Teilung in die Unterskalen nahestehend.

**Schlussfolgerungen:** Es scheint, dass in der Gruppe der Schizophrenkranken die Anwendung der subjektiven und objektiven Weise der Beurteilung der Lebensqualität die Verschiedenheit der erzielten Ergebnisse determiniert. Nur die subjektive Messung erfüllt die Grundlagen der Definition der Lebensqualität, deshalb ist eher auch die Brauchbarkeit der QLS - Skalen in der Beurteilung der Lebensqualität begrenzt.

### La comparaison subjective et objective de la qualité de vie des schizophrènes

#### Résumé

**Objectif:** Comparaison subjective et objective de la qualité de vie d'un groupe de schizophrènes.

**Méthode** On examine 120 schizophrènes (de l'âge de 19 jusqu'à 65) hospitalisés et suivant une thérapie ambulatoire. Les critères du diagnostic – d'après ICD-10 et DSM-IV. On estime la qualité de vie à l'aide des échelles: QLS (Quality of Life Scale, Heinrichs et collaborateurs, 1984) et SQLS (Self-Report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia, Wilkinson et collaborateurs, 2000). Les méthodes statistiques utilisées – analyse des corrélations des variables mesurables (coefficient P de Pearson), test t-Student, analyse des variations, analyse factorielle.

**Résultats:** Dans ce groupe examiné on ne trouve pas de corrélation de l'estimation subjective et objective de la qualité de vie. Le sexe n'influe non plus sur ces variables. La qualité subjective et objective corrèle seulement avec le sous-groupe des schizophrènes suivant la thérapie ambulatoire ( $P = -0,386$ ). L'analyse factorielle distingue 7 facteurs: disposition d'e-

sprit, activité quotidienne, symptômes secondaires liés avec le mouvement, autres symptômes secondaires, soutien, contacts interpersonnels, autres. Cette distinction est différente de celle des sous – échelles de SQLS. L'analyse factorielle de QLS distingue 3 groupes de facteurs: fonctionnement interpsychique, fonctionnement social, fonctionnement de rôles et cette distinction ressemble à celle de QLS.

**Conclusions:** Il semble que dans le groupe des schizophrènes l'emploi de la méthode subjective et objective de l'estimation de la qualité de vie détermine les différences des résultats obtenus. Seulement l'estimation subjective réalise les conditions de la définition de la qualité de vie donc l'utilité de l'échelle QLS pour estimer la qualité de vie est plutôt restreinte.

#### Piśmiennictwo

1. Wciórka J. *Psychopatologia*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. T I, wyd. 1. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne; 2002, s. 394–395.
2. Jarema M, Koniecznyńska Z, Głowczak M, Szaniawska R, Meder J, Jakubiak A. *Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji*. *Psychiatr. Pol.* 1995; 5: 641–655.
3. Skrzypek M. *O badaniach nad jakością życia i sposobach rozumienia normy*. AM Lublin: Alma Mater; 2000; 1(34): 136–139.
4. McGee HM, O'Boyle CA, Hickey A, O'Malley K, Joyce RB. *Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy gastroenterology unit population*. *Psychol. Med.* 1991; 21: 749–759.
5. Devinsky O, Cramer JA. *Introduction: quality of life in epilepsy*. *Epilepsia* 1994; 34 (supl.) 4: 1–3.
6. Rush AJ, Pincus HA, First MB i in. *Handbook of psychiatric measures*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Awad AG, Vauganti LN, Helsinggrave RJ. *Measuring quality of life in patients with schizophrenia*. *Pharmacoecon.* 1997; 2: 32–47.
8. Nunally JC, *Introduction to psychological measurement*. New York: McGraw-Hill; 1978.
9. Ware J, Sherbourne C. *The MOS 36-item Short-Form Health Survey. J: Conceptual framework and item selection*. *Med. Care* 1992; 30: 473–483.
10. Wilkinson G. *Self-report quality of life measure for people with schizophrenia, the SQLS*. *Brit. J. Psychiatry* 2000; 177: 42–46.
11. Thapa K, Rowland LA. *Quality of life perspectives in long-term care: staff and patient perceptions*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989; 80(3): 267–271
12. Heinze M, Taylor RE, Priebe S, Thornicroft G. *The quality of life of patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1997; 32(5): 292–297.
13. Khatri N, Romney DM, Pelletier G. *Validity of self-reports about quality of life among patients with schizophrenia*. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52(4): 534–535.
14. Doyle M, Flanagan S, Browne S, Clarke M, Lyndon D, Larkin C. *Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 99(6): 466–472
15. Głowczak M, Kasperek B, Meder J, Spiridonow K. *Wstępna ocena jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. *Psychiatr. Pol.* 1997; 3: 313–332.
16. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. *Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych*. *Psychiatr. Pol.* 1998; 3: 297–306.
17. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. *Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 89(2): 124–127.

18. Arns PG, Linney IA. *Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits.* Psychiatr. Serv. 1995; 46(3): 260–265.
19. 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.
20. Mercier C, King S. *A latent variable casual model of the quality of life and community tenure of psychotic patients.* Acta Psychiatr. Scand. 1994; 899(1): 72–77.
21. 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.
22. Hansson L, Middelboe T, Meridner L, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Nilsson L. *Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study.* Int. J. Soc. Psychiatry 1999; 45(4): 247–258.
23. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. *Determinants of quality of life et first presentstinos with schizophrenia.* Brit. J. Psychiatry 2000; 176: 173–176.
24. Koniecznyńska Z, Jarema M, Cikowska G. *Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym* Psychiatr. Polska 1997; 3: 323–332.
25. Roder-Wanner UU, Oliver JP, Priebe S. *Does quality of life differ in schizophrenic woman and man? An empirical study.* Int. J. Soc. Psychiatry 1997; 43(2): 129–134.
26. Katschinig H. *Schizophrenia and quality of life.* Acta Psychiatr. Scand. Supl. 2000; 102(407): 33–37.
27. Jarema M, Bury L, Koniecznyńska 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; 5: 585–594.
28. Jarema M, Murawiec S, Szafrński T, Szaniawska A, Koniecznyńska Z. *Subiektywna ocena farmakoterapii i jakości życia w schizofrenii.* Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 137–147.

Otrzymano: 5.12.2002

Zrecenzowano: 17.01.2003

Przyjęto do druku: 11.03.2003

Adres: Joanna Górecka  
37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 18/41  
e-mail: j-gorecka@wp.pl

