

## **Specyfika oceny jakości życia u osób z zaburzeniami psychicznymi**

### **Specificity of quality of life assessment in people with mental disorders**

Artur Jerzy Ostrzyżek<sup>1</sup>, Piotr Gałęcki<sup>2</sup>, Sławomir Wolniak<sup>3</sup>,  
Agata Orzechowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Collegium Medicum

<sup>2</sup> Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Psychiatrii Dorosłych

<sup>3</sup> Klinika Psychiatryczna i Terapii Uzależnień „Wolmed” w Dubiu

#### **Summary**

Quality of life is an integral element of a new perspective on health. Even though the definition and structure of the concept of quality of life are still being debated, researchers exploring the topic agree that it has both objective and subjective dimensions. When the quality of life of patients is examined somatically, the objectives formulated in the study procedure are usually easily achieved, particularly when the basic hypothesis is that good physical health generates a high quality of life. However, where mental diseases and dysfunctions are investigated, and the analysis involves a large number of variables constituting quality of life, the relationship is not so clear-cut. Consequently, in addition to methodological accuracy the researcher must put a major focus on the patients and their manifestations. The thesis stating that it is impossible to measure quality of life in this population, or worse still, that there is no need for such measurements, is indefensible, considering that people with mental disorders have the same right to a good life as healthy individuals, and achieving an improvement in their quality of life becomes an increasingly common target among anticipated therapeutic benefits. Looking at the issue from the perspective of findings obtained in multiple studies, it is evident that quality-of-life measurements are not easy, but a successful attempt may provide researchers with a source of valuable non-clinical data and even enhance their personal satisfaction.

**Słowa klucze:** jakość życia, zaburzenia psychiczne, specyfika pomiaru

**Key words:** quality of life, mental disorders, specificity of measurement

## Wprowadzenie

Badania jakości życia w medycynie pojawiły się wraz z potrzebą odmiennego spojrzenia na sytuację chorego i jego problemy, obejmującego te sfery życia, które dotąd były pomijane w ocenach klinicznych. Perspektywa, w której wyłączny udział mają obiektywne wyznaczniki stanu zdrowia, zwykle nie jest zgodna z percepcją zdrowia odbieraną przez chorego, gdyż w procesie leczenia mogą następować nie tylko zmiany w stanie zdrowia pacjenta, ale może również dochodzić do zmian odczuwanej przez niego jakości życia [1]. Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka i jednym z najważniejszych zasobów społeczeństwa. Choroby i dysfunkcje psychiczne mają najbardziej negatywny wpływ zarówno na subiektywną, jak i obiektywną jakość życia, gdyż ich konsekwencje obejmują wszystkie sfery aktywności i obszary życia pacjenta [2]. Na gruncie psychiatrii wyniki oceny jakości życia znajdują zastosowanie w sytuacjach wymagających pogłębionej informacji zwrotnej co do skuteczności stosowanych metod leczenia i rehabilitacji, gdy poszukiwanie przez chorego sensu życia staje się jego specyficzną potrzebą, pozwalającą odbudować życiowe cele lub ustalić nowe obszary aktywności. Takie podejście wpisane jest w nurt medycyny skoncentrowanej na pacjencie i jego potrzebach, które z natury rzeczy mają wymiar przeżyć psychicznych i są subiektywnym wyrazem procesu życia [3]. Humanistyczna natura kontaktu psychiatrycznego, pozwalająca na poznanie chorego nie tylko w kategoriach jednostki wykazującej odchylenia od obowiązujących w danej społeczności norm społecznych, wymagających korekty w interesie ogółu, lecz także jako człowieka niezadowolonego ze swojego życia, poszukującego moralnej i duchowej pomocy, w pewnym sensie nawet przesądza o kierunku i celu prowadzonych badań jakości życia w populacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi [4].

Można postawić tezę, że miarą jakości życia osób cierpiących z powodu rozmaitych zaburzeń psychicznych jest nie tylko poziom realizacji obiektywnych i korzystnych z punktu widzenia badacza i praktyki klinicznej potrzeb życiowych chorych, gdyż często o kierunku i natężeniu odczuwanego dobrostanu tej grupy pacjentów przesądzają ostatecznie czynniki subiektywne, które mogą w ogóle nie korelować z obiektywnymi, ale za to mogą stanowić istotną dla chorego wartość. Ich identyfikacja nie jest łatwa, a ograniczenia w tym zakresie wynikają z konieczności uwzględnienia szeregu dysfunkcji psychicznych i towarzyszących im objawów psychopatologicznych oraz trudności, jakie napotyka badacz, podejmując próbę krytycznej oceny sytuacji życiowej chorego, będącej odzwierciedleniem jego indywidualnych przekonań, oczekiwań i dostępnych zasobów zdrowia.

Głównym celem analizy jakości życia pacjenta cierpiącego z powodu zaburzeń psychicznych powinno być zestawienie elementów subiektywnych przeżyć chorego z ich obiektywną treścią w postaci manifestowanych przez niego dysfunkcji, co pozwala zdekodować ich właściwie dla pacjenta znaczenie i określić ważne z jego perspektywy priorytety w terapii. Oznacza to, że równolegle należy dążyć do przeprowadzenia oceny obejmującej obiektywne kryteria „zewnętrzne”, przy czym włączenie objawów psychopatologicznych do narzędzi badawczych zawsze powinno mieć charakter kontrolowany, a różne obszary życia należy rozpatrywać rozdzielnie.

Skierowanie uwagi na relacje z chorym i wspólne z nim poszukiwanie złożonych uwarunkowań jego choroby jest w medycynie charakterystyczne dla podejścia psychosomatycznego, a szczególnie bliskie psychiatrii [5]. Jest w istocie również warunkiem *sine qua non* poprawnego prowadzenia badań jakości życia w populacji, dla której kontekst społeczno-kulturowy i psychologiczny, w jakim osadzona jest choroba, ma ogromne znaczenie.

### Wielowymiarowa struktura konceptu jakości życia

Mija 30 lat, odkąd Schipper wraz z zespołem wprowadzili do współczesnej medycyny klinicznej pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health-related Quality of Life* – HRQoL), definiując je jako funkcjonalny efekt choroby i leczenia odbierany przez chorego [6]. W tym czasie liczba indeksowanych publikacji w bazie National Library of Medicine dotyczących tego zagadnienia zwiększyła się 22-krotnie, a gdy uwzględnić wszystkie prace o tematyce jakości życia – ponad 230 razy. Gdy przyjmiemy za kryterium wyszukiwania kontekst „QoL & psychiatrii”, pierwszą pracą będzie publikacja Rosenberga [7] z 1995 roku, w której przedstawił on koncepcję dotyczącą perspektywy dalszych badań nad jakością życia. Za podstawowy warunek ich powodzenia uznał wówczas przyjęcie hermeneutyczno-naturalistycznego modelu QoL, w którym filozoficznej refleksji na temat zdrowia i chorób towarzyszy poprawność psychometryczna użytych narzędzi i kryteriów pomiaru.

Co ważne, autor trafnie wskazał na wieloaspektowy charakter oceny jakości życia (*multidimensional evaluation*), który jego zdaniem powinien zostać każdorazowo uwzględniony w badaniu, ponieważ dopiero w takim ujęciu właściwie dekoduje się złożony koncept jakości życia [7]. Zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) w 1997 roku definicja jakości życia (*Quality of Life* – QoL), która usytuowała jednostkę w określonym kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje, a także w odniesieniu do swoich celów, oczekiwań, standardów i obaw, nawiązała bezpośrednio do definicji zdrowia jako modelu dobrostanu (*wellness*) fizycznego, psychicznego i społecznego. WHO wskazała tym samym na istotną z punktu widzenia jednostki subiektywną perspektywę oceny życia i zdrowia człowieka oraz jej podmiotowy charakter [8]. Podobnie za kluczowy dla zdrowia psychicznego uznała WHO dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi radzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi i jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować [9]. Wydaje się, że obecnie trudno byłoby przyjąć jakąkolwiek definicję zdrowia nieuwzględniającą wszystkich jego składowych z „triady” WHO, podobnie jak trudno byłoby zaakceptować wyniki oceny jakości życia bez odniesienia do wymienionych obszarów. Nie oznacza to jednak, że koncepcja „uniwersalnego i pozytywnego dobrostanu” zdrowia psychicznego nie jest przedmiotem krytyki. Galderisi i wsp. [10] są zdania, że pomimo odejścia od biomedycznego modelu zdrowia psychicznego, co wszakże konstatają jako postęp, definicja WHO identyfikuje i afirmuje wyłącznie pozytywne uczucia i pozytywne czynniki zdrowia psychicznego. Autorzy proponują nową koncepcję zdrowia psychicznego, opartą na modelu stanu dynamicznej równowagi, przyznającą jednostce

w ramach postulowanej normy zdrowia prawo do pełnego spektrum emocji – w tym również strachu, gniewu, smutku i żalu – oraz do wykorzystania swoich umiejętności także w niekorzystnych sytuacjach życiowych [10].

Czy oznacza to próbę odejścia od epikurejskiej teorii szczęścia i eudajmonii, a powrót do poglądów Hipokratesa? Wydaje się, że można na to pytanie odpowiedzieć twierdząco. Koncepcja jest bliska nowej perspektywie zdrowia i wyznacza pożądany kierunek eksploracji pojęcia zdrowia psychicznego, a także podejmuje próbę jego konceptualizacji. Przynajmniej część z powoływanych w literaturze przedmiotu definicji jakości życia jest odpowiednia do zaimplementowania w badaniach psychiatrycznych.

W syntetycznym ujęciu, jako subiektywnie odbierane przez chorego poczucie satysfakcji życiowej, w kontekście jego własnych potrzeb i możliwości, przedstawiają jakość życia Jarema i wsp. [11]. Gill i Feinstein [12] natomiast biorą pod uwagę stopień, w jakim życie danej osoby spełnia cechy, które uznaje ona za satysfakcjonujące lub istotne. Trudno o bardziej zwarte, a zarazem wpisujące się w psychiatryczny kontekst poznania chorego definicje jakości życia. W początkowej fazie badań nad jakością życia osób z zaburzeniami psychicznymi koncentrowano się głównie na jej obiektywnych wyznacznikach, takich jak nasilenie objawów chorobowych, czas trwania hospitalizacji czy przebieg okresów remisji, przyjmując, że zwłaszcza chorujący przewlekłe nie są w stanie miarodajnie ocenić swojego życia [13]. Równoległe formułowana była również fałszywa teza, że pomiar jakości życia jest w zasadzie zbyteczny, ponieważ samo badanie psychiatryczne w znacznym stopniu uwzględnia sferę wewnętrznych przeżyć chorego, w tym także dotyczących jego subiektywnego stosunku do własnej sytuacji życiowej, co *de facto* odpowiada zakresowi pojęcia jakości życia [14]. Z czasem wzrastające zainteresowanie subiektywnymi odczuciami pacjenta, które mogą mieć wpływ na proces leczenia i rehabilitacji, przyniosło zwrot w kierunku holistycznej natury konceptu jakości życia i stopniowe uwzględnianie w badaniach jakości życia również perspektywy chorego. Okazało się bowiem, że dla wielu osób z chorobami psychicznymi koncepcja powrotu do zdrowia polega raczej na utrzymaniu kontroli nad swoim życiem, a nie na bliżej nieokreślonym powrocie do funkcjonowania sprzed okresu choroby [15].

Obecnie nie ma wątpliwości, że ocena jakości życia jest wyrazem indywidualnego doświadczenia choroby przez pacjenta, stąd przy konstruowaniu skal oceny jakości życia specyficznych dla określonej choroby tak istotny jest dobór właściwych obszarów, które uwzględni pomiar QoL. Prowadząc badania jakości życia w obszarze nauk medycznych, warto przyjąć wielowymiarową strukturę konstruktów jakości życia i odnieść ją zarówno do normy klinicznej, normy społecznej, jak i normy indywidualnej [16]. Pogląd taki akceptuje wielu autorów, postulując szeroki kontekst pomiaru dostępnych wymiarów jakości życia, obejmujący poszczególne jego sfery (domeny). Warunki te spełnia np. kwestionariusz *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-100), który analizuje 6 obszarów życia człowieka i przypisuje im określoną wartość rangową [17], czy skala *Quality of Life Self-Assessment Inventory* (QLSAI), wykorzystywana m.in. do planowania procesu terapeutycznego w grupie chorych na schizofrenię [18].

Ponieważ związki między wskaźnikami obiektywnymi i subiektywnymi jakości życia nie są ani proste, ani bezpośrednie, dostępne modele QoL i dopasowane do nich narzędzia badawcze analizują co najmniej kilka dodatkowych obszarów jakości życia, jak np. kwestionariusz *Lancashire Quality of Life Profile* (LQOLP) wyprowadzony z wywiadu Lehmana dotyczącego jakości życia, a opracowany dla osób ze schizofrenią, który znajduje zastosowanie również w ocenie jakości życia osób cierpiących z powodu innych ciężkich chorób i zaburzeń psychicznych [19, 20]. Narzędzie jest wykorzystywane do oceny wpływu stosowanych metod leczenia na jakość życia chorych, diagnozowania ich potrzeb zdrowotnych w zakresie środowiskowej opieki psychiatrycznej, a w zmodyfikowanej wersji, obejmującej obecnie dziesięć domen, kieruje szczególną uwagę na definicję jakości życia z perspektywy samych pacjentów (autonomia, radzenie sobie, poczucie własnej wartości) [21–24].

Wyniki wielu badań dowodzą, że sama choroba psychiczna, będąc źródłem szeregu napięć i negatywnych emocji, w sposób predykcyjny generuje niższą jakość życia, a deficyty tkwiące w psychice pacjenta mogą stwarzać dla niego większy dyskomfort, niż wynikałoby to z utraty funkcji czy ograniczenia sprawności [25]. Dodatkowym problemem negatywnie oddziaływującym na jakość życia osób z chorobami psychicznymi jest wciąż obecne w świadomości społecznej przekonanie o niepoczytalności i nieobliczalności, a nawet stałym zagrożeniu z ich strony, szczególnie w odniesieniu do osób cierpiących na schizofrenię. Ten stygmatyzujący stereotyp nierzadko powoduje, że koszty emocjonalne doświadczania zaburzenia psychicznego mogą utrzymywać się długo po ustąpieniu objawów podstawowych [26].

Warto również pamiętać, że ocena QoL dokonana przez chorego zależna jest od jego aktualnego stanu psychicznego, cech osobowości, przyjętego systemu wartości i szeregu innych zmiennych oraz że następne takie oceny mogą różnić się istotnie w kolejnych okresach trwania choroby. Błędy pomiaru mogą się pojawić w sytuacji, gdy otrzymane dane będą niepełne lub nie dość precyzyjne, co jak pokazuje praktyka, często wynika z różnej dyspozycji chorego i jego gotowości do współpracy. Sytuacja taka powinna skłonić badacza do powtórzenia badania np. w okresie remisji objawów choroby, do próby zastosowania innego narzędzia diagnostycznego lub przeprowadzenia komplementarnego pomiaru dokonanego przez klinicystę czy opiekuna chorego.

Autorzy pracy są zdania, że wobec znacznych ograniczeń po stronie chorego komplementarność oceny zewnętrznej QoL powinna ustąpić miejsca rygorowi takiej oceny, w szczególności gdy np. wyniki pomiaru w zakresie sprawności kognitywnych do tego predysponują. Barbe i wsp. [27] uważają, że w sytuacji, gdy pacjent nie może samodzielnie uczestniczyć w badaniu jakości życia, np. w zaawansowanej chorobie Alzheimera, ocena opiekuna chorego może zostać wykorzystana do poprawy jakości życia pacjenta.

### **Problemy metodologiczne i specyfika pomiaru jakości życia w chorobach psychicznych**

Zróznicowany charakter poszczególnych aspektów, kryteriów i zmiennych uwzględnianych w ocenie jakości życia powoduje, że prowadzenie tych badań nie

należy do łatwych, a w odniesieniu do osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi może stać się prawdziwym wyzwaniem. Wśród problemów, przed którymi staje badacz, wskazać należy możliwe trudności na etapie przygotowywania procedury badawczej, w trakcie jej realizacji oraz ewaluacji wyników badania. Wiele pytań metodologicznych pojawia się już przy próbie wstępnej konceptualizacji badania, gdy przegląd literatury przedmiotu dostarcza szerokiej oferty dostępnych narzędzi pomiaru i pojawia się pytanie, jak ważne i porównywalne będą wyniki badań uzyskane za pomocą różnych instrumentów. Wybór właściwego narzędzia oceny QoL ma kluczowe znaczenie dla całego procesu oceny jakości życia, gdyż powinno ono charakteryzować się odpowiednią czułością (*reliability*) i trafnością (*validity*), a w odniesieniu do kwestionariuszy – także wysokim współczynnikiem spójności wewnętrznej  $\alpha$ -Cronbacha. Użyteczność skal pomiaru jest większa, jeśli możliwe jest ich zastosowanie w każdym kręgu kulturowym, etnicznym i językowym [28].

Europejska Grupa Badawcza Jakości Życia EORTC (Quality of Life Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer) sformułowała „wzorzec metodologiczny” badań jakości życia, co porządkuje kwestie standaryzowania narzędzi badawczych i ich walidacji, ma więc w zamyśle ułatwić prowadzenie badań [29]. Ponieważ wybór instrumentów diagnostycznych jest przywilejem, ale i obowiązkiem badacza, warto w tym miejscu przypomnieć ich podział, a także podstawowe zasady dotyczące operacjonalizacji zmiennych. Kwestionariusze generyczne do badania jakości życia (*generic scales*) znajdują zastosowanie, gdy w sposób najbardziej ogólny poszukujemy związków QoL z podstawowymi obszarami funkcjonowania chorego. Instrumenty specjalistyczne (*disease/specific scales*) powinny zostać użyte tam, gdzie oczekujemy pogłębionej wiedzy dotyczącej wzajemnych relacji i uwarunkowań jakości życia, a w szczególności w odniesieniu do konkretnej grupy schorzeń lub wybranej jednostki chorobowej. Uwaga badacza skupia się wówczas albo na określonej sferze życia chorego, albo na konsekwencjach, które niesie dla pacjenta choroba. Kwestionariusze mieszane zawierają w strukturze zarówno elementy charakterystyczne dla formy generycznej, jak i specyficzne, celowane na dany rodzaj dysfunkcji. Dokonując operacjonalizacji zmiennych, staramy się określić, do jakich aspektów jakości życia chorego odnosi się problem badawczy, jakie zmienne mogą mieć charakter predyktywne i są dostępne obserwacji, a dodatkowo w jaki sposób dokonamy pomiaru lub jakiego użyjemy narzędzia, aby wybrane wskaźniki dały odpowiedź na postawione pytania badawcze. W takim ujęciu operacjonalizacja zmiennych będzie procesem nadawania teoretycznego sensu adekwatnym konstruktom empirycznym [30]. Na koniec warto jasno wskazać, czy ocenie podlega globalna jakość życia, czy też różne jej obszary. Ta druga sytuacja jest okazją do tego, aby chory dokonał oceny cząstkowej każdej z domen, w istotnej dla siebie hierarchii wartości.

Ogólny wskaźnik jakości życia jest zwykle uśrednionym obrazem poszczególnych jego sfer, a rzadziej oceną wynikającą z bezpośredniego pytania o jakość życia, jak np. w kwestionariuszu WHOQOL-BREF. Carr i Higginson [31] są zdania, że wiele będących w użyciu narzędzi pomiaru QoL nie koncentruje się w sposób indywidualny na pacjencie/grupie pacjentów i narzuca ustandaryzowane modele jakości życia, co powoduje, że opisują one raczej ogólny stan zdrowia chorego, a nie jakość życia.



Bonfils i wsp. [32], poszukując narzędzi stosowanych do pomiaru QoL/HRQoL u pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, dokonali systematycznego przeglądu w tym zakresie, obejmującego oryginalne doniesienia opublikowane od 1950 roku do listopada 2018 roku i indeksowane w bazach medycznych. Do oceny włączono zarówno randomizowane badania kontrolowane, jak i badania nieporównawcze oraz badania epidemiologiczne. Autorzy zidentyfikowali siedem rodzajów instrumentów obejmujących dwadzieścia sześć dziedzin życia chorych, skupionych w następujących kategoriach: relacje społeczne, aktywność, stan fizyczny, stan psychiczny, problemy finansowe, opieka medyczna i zadowolenie z życia. Użyte narzędzia pomiaru, ze względu na swój generyczny charakter, okazały się mało specyficzne dla hazardu i nie były w pełni (lub w ogóle) walidowane pod względem właściwości psychometrycznych, co zdaniem badaczy oznacza, że powinny mieć ograniczone zastosowanie w badaniu jakości życia tej populacji [32]. Wątpliwości dotyczące rzetelności uzyskanych wyników mogą powstać nie tylko wtedy, gdy w miejsce wieloaspektowej oceny jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi poszukuje się finalnie jednego parametru, opisywanego umownie jako „jakość życia”, ale również wówczas, gdy wyniki oceny subiektywnego samopoczucia chorego (*Subjective Well-being* – SWB) utożsamiane są z całościową oceną jego jakości życia, co siłą rzeczy utrudnia możliwość porównywania uzyskanych danych empirycznych uzyskanych przez różnych badaczy. Na niebezpieczeństwa błędu pomiaru związane z przyjęciem statycznej koncepcji jakości życia i atomistycznej perspektywy w badaniach QoL, bez „ważenia” poszczególnych sfer życia chorego, trafnie wskazała Hunt [33] już w 1997 roku. Wydaje się, że miary syntetyczne mogą być efektywnie wykorzystywane w badaniach epidemiologicznych, gdzie pomiar QoL, jakkolwiek obiektywny i klinicznie istotny, skupia się na miernikach ilościowych, o czym należy pamiętać, formułując np. prognozę co do skuteczności podejmowanych interwencji i realizowanych programów terapeutycznych [34].

Specyfika oceny jakości życia osób z chorobami psychicznymi wymaga więc – obok przyjęcia pewnej teoretycznej koncepcji jakości życia – analizy wielu różnych dziedzin życia chorego, włączając w to dostępność zasobów, poziom funkcjonowania, możliwości i poczucie sensu życia, a także potrzeby społeczne, co niejednokrotnie skłania badacza do zastosowania kilku narzędzi pomiaru. Connel i wsp. [35] wyodrębnili siedem obszarów predykcyjnych dla jakości życia osób z problemami psychicznymi. Są to kolejno: dobrostan i złe samopoczucie, relacje z innymi i poczucie przynależności, aktywność, samoocena, nadzieja i brak nadziei oraz zdrowie fizyczne. Zdaniem autorów kolejność nie wydaje się przypadkowa, a ludzie mogą doświadczać znacznej poprawy jakości życia bez „rejestrowania się” na pozytywnym końcu skali jakości życia. Badacze postulują konieczność uwzględniania pełnego spektrum aspektów jakości życia, od negatywnych do pozytywnych, w każdej domenie [35]. Haraldstad i wsp. [36] dokonali przeglądu 163 artykułów dotyczących jakości życia indeksowanych przez największe światowe bazy bibliograficzne, opublikowanych tylko w okresie jednego tygodnia w 2016 roku. W przeanalizowanych publikacjach zastosowanych zostało 55 kwestionariuszy do badania jakości życia, zarówno generycznych, jak i specyficznych dla konkretnej choroby, a najczęściej wykorzystywanymi instrumentami ogólnymi były *Short Form-36* (SF-36), *European Quality of Life-5 Dimensions questionnaire* (EQ-

---

-5D), EORTC QLQ C-30, WHOQOL-BREF i SF-12. Znamienne, że żadne z badań nie dało uczestnikom możliwości wskazania na dodatkowe elementy, które są ważne dla ich jakości życia, a tylko w jednej sytuacji możliwość taka pojawiła się na zasadzie wyboru. Warto również podkreślić, że wiele interwencji opisanych w analizowanych badaniach nie stawiało sobie bezpośrednio za cel poprawy QoL (był to drugorzędowy cel badań), co może potwierdzać, że badacze jakości życia interesują zarówno wyniki medyczne, jak i wpływ leczenia na życie pacjentów [36].

Poniżej przedstawiono najważniejsze narzędzia diagnostyczne służące do oceny jakości życia osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi (tab.).



Tabela. Narzędzia diagnostyczne do oceny jakości życia najczęściej stosowane w chorobach i zaburzeniach psychicznych

Nazwa narzędzia	Acronim	Autorzy, rok powstania	Typ narzędzia/ jednostka chorobowa	Liczba domen	Liczba pytań	Sposób administrowania	Czas badania (min)
World Health Organization Quality of Life questionnaire	WHOQoL-100	WHOQOL Group, 1998 [37]	Generyczny	6	100	Samocena, wypełnia pacjent lub badacz	30
	WHOQoL-BREF	Skevington, Lofly, O'Connell, 2004 [38]	Generyczny	4	26	Samocena, wypełnia pacjent lub badacz	10-15
EUROHIS-QOL 8-item index	EUROHIS-QOL 8	Schmidt, Mühlan, Power, 2005 [39]	Generyczny	4	8	Samocena, wypełnia pacjent	Kilka minut
Short-Form Health Survey	SF-36	Ware, Sherbourne, 1992 [40]	Generyczny	8	36	Samocena, wypełnia pacjent	10-15
	SF-12	Ware, Kosinski, Keller, 1996 [41]	Generyczny	8	12	Samocena, wypełnia pacjent	Kilka minut
Internet Mental Health Quality of Life scale	IMHQOL	Long, 2004-2020 [42]	Generyczny	15	78	Samocena, wypełnia pacjent	30
European Quality of Life-5 Dimensions questionnaire	EQ-5D	The EuroQol Group [43]	Generyczny	5	5	Samocena, wypełnia pacjent	Kilka minut
Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire	Q-LES-Q	Endicott, Nee, Harrison i wsp., 1993 [44]	Zaprojektowany jako generyczny (powszechnie stosowany w zaburzeniach afektywnych i lękowych)	8	93	Samocena, wypełnia pacjent	40-45
	Q-LES-Q SF (Short Form)						

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Lancashire Quality of Life Profile	LQoLP	Oliver, 1991 [45]; Oliver, Huxley, Pribe i wsp., 1997 [46]	Ciężkie i przewlekłe choroby psychiczne	9 (10) <sup>]</sup> van Nieuwenhuizen, Schene, Koeter i wsp., 2001 [24]	105 (133) <sup>]</sup> van Nieuwenhuizen, Schene, Koeter i wsp., 2001 [24]	Ustrukturyzowany wywiad prowadzony przez badacza	45-60
Lancashire Quality of Life Profile, European version	LQoLP-EU	Gaite, Vázquez-Barquero, Arizabalaga i wsp., 2000 [47]	Ciężkie i przewlekłe choroby psychiczne	9	105	Ustrukturyzowany wywiad prowadzony przez badacza	45-60
Lehman's Quality of Life Interview	QoLI	Lehman, Ward, Linn, 1982 [48]	Ciężkie i przewlekłe choroby psychiczne	8 (9) <sup>]</sup> (z domoną religijną lub bez niej)	143	Półustrukturyzowany wywiad prowadzony przez badacza	45
Dementia Specific Quality of Life Instrument	QUALIDEM	Ettema, Dröes, de Lange i wsp., 2007 [49]	Demencja	9 <sup>]</sup> (łagodna do ciężkiej demencja) 6 <sup>]</sup> (bardzo ciężka demencja)	37 <sup>]</sup> (łagodna do ciężkiej demencja) 6 <sup>]</sup> (bardzo ciężka demencja)	Samocena, wypełnia pacjent, badacz lub pehomochnik	BD
Dementia Quality of Life Instrument	D-QoL	Brod, Stewart, Sands i wsp., 1999 [50]	Demencja (odpowiedni do stosowania u pacjentów z łagodną do umiarkowanej demencją)	5	29 (30) <sup>]</sup> (dodatkowpytanie opcjonalne dotyczące ogólnej jakości życia)	Samocena, wypełnia pacjent, badacz lub pehomochnik	BD
Quality of Life in Bipolar Disorder scale	QoL.BD	Michalak, Murray, Crest, 2010 [51]	Choroba dwubiegunowa	12	56	Samocena, wypełnia pacjent	25
	BREF QoL.BD			12	12	Samocena, wypełnia pacjent	Kilka minut
Satisfaction with Antipsychotic Medication scale	SWAAM scale	Rofail, Gray, Gourmay, 2005 [52]	Schizofrenia Choroba dwubiegunowa	5	33	Samocena, wypełnia pacjent, badacz lub pehomochnik	BD

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Schizophrenia Quality of Life scale	SQLS	Wilkinson, Hesdon, Wild i wsp., 2000 [53]	Schizofrenia	3	30	Samoocena, wypełnia pacjent	5-10
Quality of Life scale	QLS	Heinrichs, Hanlon, Carpenter, 1984 [54]	Schizofrenia	4	21	Pólistrukturyzowany wywiad prowadzony przez badacza	40-45
Quality of Life in Schizophrenia	QLIS	Franz, Fritz, Gallhofer i wsp., 2012 [55]	Schizofrenia	12	52    (dodatková pytania opcjonalne związane z pracą)	Samoocena, wypełnia pacjent	BD
	QLIS-SF (Short Form)	Senin, Franz, Deuschle i wsp., 2017 [56]		3	13	Samoocena, wypełnia pacjent	BD
Health-Related Quality of Life in Eating Disorders	HeRQoLED	Las Hayas, Quintana, Padriana i wsp., 2006 [57]	Zaburzenia odżywiania	8	50	Samoocena, wypełnia pacjent	25-30
Eating Disorders Quality of Life Instrument	EDQoL	Engel, Wittrock, Crosby i wsp., 2006 [58]	Zaburzenia odżywiania	4	25	Samoocena, wypełnia pacjent	10-15
Quality of Life in Depression Scale	QLDS	Hunt, McKenna, 1992 [59] Tuyman-Qua, de Jonghe, McKenna, 1997 [60]	Depresja	8	34	Samoocena, wypełnia pacjent	10-15
SmithKline Beecham Quality of Life scale	SBOOL	Stoker, Dunbar, Beaumont, 1992 [61]	Depresja Zaburzenia lękowe	10	28	Samoocena, wypełnia pacjent	45

BD – brak danych

Jak wspomniano, wzajemne związki i relacje QoL z obiektywnym stanem rzeczy nie są wcale oczywiste i mogą przyjmować różne postacie. „Dylemat niezadowolenia” dotyczy chorych, którzy wbrew oczywistym wskaźnikom swojej dobrej sytuacji życiowej pozostają niezadowoleni i nisko oceniają swoją jakość życia (np. pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi). „Paradoks zadowolenia” jest udziałem chorych będących w obiektywnie niekorzystnej sytuacji, którzy jednak oceniają swoją jakość życia wysoko. Stan taki może wystąpić w przypadku hipomanii i manii lub być wyrazem różnego rodzaju mechanizmów obronnych pacjenta, będących reakcją na wystąpienie choroby. Osoby, które postrzegają swoje życie jako szczęśliwe i wysokiej jakości, będą doświadczać „uzasadnionego zadowolenia”. Grupa chorych w sposób „uzasadniony niezadowolonych” adekwatnie nisko do swojej sytuacji życiowej oceni swoją jakość życia [62]. Część autorów jest zdania, że choć podstawowym celem leczenia, szczególnie w wypadku chorób przewlekłych, jest poprawa jakości życia przez eliminowanie odczuwalnych skutków choroby, to jednak niektórzy z pacjentów porównują swoje oczekiwania z posiadanym doświadczeniem zdrowotnym i chorobowym, i konsekwentnie deklarują wysoką jakość życia pomimo istniejących „obiektywnych” ograniczeń w ich życiu. Wartość tego związku ma zależeć od tego, w którym punkcie trajektorii choroby dokonuje się pomiaru, a także od innych zmiennych, takich jak wiek, płeć, relacje z otoczeniem, przynależność do określonej grupy społecznej, seksualność czy niepełnosprawność [63].

Cummins [64, 65] przedstawia inny pogląd, mający oparcie w teorii subiektywnej homeostazy dobrostanu (*Subjective Well-being* – SWB), zgodnie z którym obiektywne okoliczności mają stosunkowo niewielki wpływ na ogólny dobrostan jednostki, gdyż ten regulowany jest homeostatycznie i zmienia się w wąskim zakresie przyjętych wartości genetycznych. W odniesieniu do wyników badania jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi formułowane czasem zarzuty nierzetelności proceduralnej dotyczą również nieuwzględniania wpływu na wyniki pomiaru określonego stanu afektywnego chorego lub prowadzenia oceny pomimo takich zakłóceń funkcji poznawczych, w których obecności należało powziąć decyzję o wyłączeniu chorego z dalszego udziału w badaniu. Yang i wsp. [66] są zdania, że wiedza badaczy na temat standaryzowanych narzędzi do gromadzenia danych dotyczących zasobów zdrowia i jakości życia w zaburzeniach kognitywnych i w demencji wciąż wydaje się ograniczona.

Innych danych dostarczają wyniki systematycznego przeglądu literatury przedmiotu w zakresie oceny jakości życia chorych doświadczających subiektywnych zaburzeń poznawczych (*Subjective Cognitive Impairment* – SCI), które wskazują na niższą jakość życia tej grupy chorych, niezależnie od zastosowanej metodologii oceny [67]. Katschnig [68] wskazuje na ryzyko zniekształcenia subiektywnej oceny pacjenta, które może obejmować: „błąd afektywny”, „błąd poznawczy” i „błąd zniekształcenia rzeczywistości”. Pierwszy z nich uznaje za najbardziej oczywisty i najczęściej występujący w toku badania (np. nastrój pacjentów cierpiących na depresję, którzy zwykle niżej oceniają swoją jakość życia, niż wynikałoby to z obserwacji obiektywnej, i wysokie oceny sytuacji życiowej pacjentów maniakalnych). Autor pyta retorycznie, czy skoro własny pogląd pacjenta wydaje się konieczny do oceny jego jakości życia, a jest on subiektywny, to na pewno jest wystarczający do oceny QoL u osób z zaburzeniami

psychicznymi [68]. Jak już podkreślono, twierdząca odpowiedź nie jest tutaj oczywista, a przynajmniej w odniesieniu do chorych w ostrej fazie choroby. Warto wówczas prowadzić pomiar QoL w okresie względnej stabilizacji objawów chorobowych lub uzupełnić dane uzyskane od chorego oceną kliniczną, jak się to odbywa w odniesieniu do chorych na schizofrenię [69–71].

Można zaryzykować tezę, że gdy badamy jakość życia chorych somatycznie, formułowane w procedurze badawczej cele są zwykle łatwo osiągalne, w szczególności gdy podstawowa hipoteza zakłada, że dobre zdrowie fizyczne generuje wysoką jakość życia. Nawet jednak wówczas nic nie zwalnia badacza z obowiązku przeprowadzenia oceny w zakresie obecności przynajmniej objawów depresyjnych i lękowych oraz zbadania ich możliwego wpływu na QoL, co jest szczególnie ważne ze względu na częste współwystępowanie zaburzeń somatycznych i psychicznych, zwłaszcza jeśli te pierwsze mają charakter przewlekły. W odniesieniu do chorób i dysfunkcji psychicznych, gdy analizowana jest duża liczba zmiennych konstytuujących jakość życia, zależność taka nie jest już tak oczywista, a samo badanie wymaga od badacza, oprócz poprawności metodologicznej, dużego skupienia się na chorym i manifestowanych przez niego problemach, często o bardzo złożonej naturze i złożonych przyczynach. Na specyfikę pomiaru jakości życia w chorobach psychicznych składa się również potrzeba zapewnienia choremu związku emocjonalnego w relacji z badaczem przez budowanie kontaktu na płaszczyźnie dostępnych mu przeżyć psychicznych, nawet w sytuacji gdy jego własna aktywność w tym zakresie jest znacznie ograniczona. Spotkanie z chorym z zaburzeniami psychicznymi zawsze ma charakter intymny i zawsze wymaga od badacza szczególnego taktu i cierpliwości, a nawet pewnej intuicji w działaniu. Pacjenci z łagodnymi i umiarkowanymi problemami w zakresie zdrowia psychicznego często doświadczają poczucia bezradności i bezsilności oraz zagubienia w systemie opieki, który zdaniem chorych ma ogólny i „uniwersalny” charakter i nie jest nastawiony na realizację ich indywidualnych potrzeb zdrowotnych [72]. Wciąż brakuje dostatecznej liczby analiz wyznaczających czynniki wpływające na jakość życia pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, gdzie problematyka jakości życia jest rzadziej rozpatrywana jako problem badawczy, a raczej mówi się o depresji jako istotnej składowej jakości życia w innych chorobach, czyli *de facto* analizuje się ją jako cechę funkcjonowania w określonej chorobie [73]. Obecnie wiele wskazuje na to, że poprawa jakości życia powinna być ważnym celem w leczeniu schizofrenii, gdyż ta grupa pacjentów jest szczególnie eksponowana na utratę odporności psychicznej, niską samoocenę i odczuwanie beznadziejności swojego położenia życiowego, a przecież do niedawna kwestionowano możliwości takiego pomiaru, głównie z powodu występujących ograniczeń poznawczych [74, 75].

Kilbourne i wsp. [76] widzą potrzebę całościowej zmiany w podejściu do problemów ochrony zdrowia psychicznego, gdzie zarówno punktem wyjścia, jak i odniesienia powinny być nie ilościowe, a jakościowe miary i standardy opieki, których realizacja może przynieść poprawę ogólnej kultury systemu opieki psychiatrycznej.

## Podsumowanie

Choroba psychiczna sama w sobie jest źródłem napięć i negatywnych emocji i jako taka w sposób predyktywny generuje niższą jakość życia doświadczających jej chorych. Punktem wyjścia badań jakości życia prowadzonych w populacji osób z zaburzeniami psychicznymi powinno być przyjęcie holistycznej koncepcji zdrowia, uznającej zdrowie psychiczne za wartość służącą utrzymaniu, a nawet osiągnięciu, dobrostanu fizycznego i społecznego człowieka, co w praktyce oznacza konieczność uwzględniania w tej ocenie wielu zjawisk, problemów i czynników konstytuujących zdrowie i życie człowieka. Istotne znaczenie w procedurze oceny jakości życia ma zapewnienie pacjentowi związku emocjonalnego w relacji z badaczem przez budowanie kontaktu na płaszczyźnie dostępnych mu przeżyć psychicznych, nawet gdy własna aktywność chorego w tym zakresie jest znacznie ograniczona. Przyjmując zwyczajność przeżywanej choroby, trzeba akcentować odrębność pacjenta i wyjątkowość jego sytuacji życiowej, jego samego natomiast należy stopniowo włączać w proces przejmowania kontroli nad swoim zdrowiem. Spotkanie z chorym psychicznie zawsze ma charakter intymny i zawsze wymaga od badacza szczególnego taktu i cierpliwości, a nawet pewnej intuicji w działaniu, nie zaś tylko poprawności metodologicznej i postępowania zgodnego ze standardami klinicznymi, choć rzetelność i w tym względzie nie powinna być ograniczana. Pomiar jakości życia u osób z zaburzeniami psychicznymi nie powinien być incydentalny lub przeprowadzony z użyciem nieadekwatnych do danej sytuacji klinicznej narzędzi badawczych, a także utożsamiany z „subiektywnym samopoczuciem”, gdy po krótkiej interwencji psychofarmakologicznej można zaobserwować „zmiany jakości życia”. W praktyce psychiatrycznej oceny jakości życia należy ponadto uwzględnić często obniżony krytycyzm chorego w ocenie własnej sytuacji chorobowej, co powoduje, że chory obiektywnie znajdujący się w trudnej sytuacji życiowej wysoko ocenia swoją jakość życia (tzw. paradoks zadowolenia lub paradoks niepełnosprawności), oraz sytuacje kliniczne, gdy zależność ta jest dokładnie odwrotna. Przy znacznych ograniczeniach po stronie chorego, np. poznawczych, komplementarność oceny zewnętrznej QoL powinna ustąpić miejsca rygorowi takiej oceny. Z perspektywy wyników wielu badań jakości życia osób z dysfunkcjami psychicznymi wyraźnie widać, że pomiar ten nie należy do łatwych, ale próba jego przeprowadzenia zakończona sukcesem może stać się dla badacza źródłem wielu cennych danych pozaklinicznych, a nawet powodem do jego osobistej satysfakcji.

## Piśmiennictwo

1. Ostrzyżek A, Czernicki J. *Wymiary jakości życia w naukach medycznych*. Sztuka Leczenia. 2002; 7(2): 73–75.
2. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria*. Wrocław: Urban &Partner; 2018.
3. Kępiński A. *Psychiatria humanistyczna. Kompendium*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2003.
4. Jankowski K. *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej... dwadzieścia lat później*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza; 1994.



5. Orzechowska A, Gałęcki P. red. *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*. Wrocław: Continuo; 2014.
6. Schipper H. *Quality of life: Principles of the clinical paradigm*. J. Psychosocial. Oncology. 1990; 8(2–3): 171–185.
7. Rosenberg R. *Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics*. Soc. Sci. Med. 1995; 41(10): 1411–1415.
8. WHOQOL. *Measuring Quality of Life*. World Health Organization; 1997. [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) (dostęp: 1.02.2022).
9. World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization; 2004.
10. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. *Toward a new definition of mental health*. World Psychiatry. 2015; 14(2): 231–233.
11. Jarema M, Koniecznyńska Z, Głowczak M. *Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji*. Psychiatr. Pol. 1995; 5(29): 641–655.
12. Gill TM, Feinstein AR. *A critical appraisal of the quality of life measurements*. JAMA. 1994; 272(8): 619–626.
13. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. *Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi*. Adv. Clin. Exp. Med. 2007; 16(1): 173–178.
14. Landowski J, Majkowicz M, Lamparska E. *Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię – wprowadzenie w problematykę*. Farmakotech. Psych. Neurol. 1996; 12(3): 42–50.
15. Jacob KS. *Recovery Model of Mental Illness: A complementary approach to psychiatric care*. Indian J. Psychol. Med. 2015; 37(2): 117–119.
16. Bullinger M. *Quality of life – definition, conceptualization and implications – A methodologist’s view*. Theor. Surg. 1991; 6: 143–148.
17. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. Soc. Sci. Med. 1995; 41(10): 1403–1409.
18. Skantze K. *Subjective quality of life and standard of living: A 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98(5): 390–399.
19. Ritsner M, Kurs R, Kostizky H, Ponizovsky A, Modai I. *Subjective quality of life in severely mentally ill patients: A comparison of two instruments*. Qual. Life Res. 2002; 11(6): 553–561.
20. Reininghaus U, McCabe R, Burns T, Croudace T, Priebe S. *The validity of subjective quality of life measures in psychotic patients with severe psychopathology and cognitive deficits: An item response model analysis*. Qual. Life. Res. 2012; 21(2): 237–246.
21. Gerber SI, Krienke UJ, Biedermann NC, Grunze H, Yolken RH, Dittmann S i wsp. *Impaired functioning in euthymic patients with bipolar disorder – HSV-1 as a predictor*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2012; 36(1): 110–116.
22. Ruggeri M, Bisoffi G, Fontecedro L, Warner R. *Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A factor analytical approach: The South Verona Outcome Project 4*. Br. J. Psychiatry. 2001; 178: 268–275.
23. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M i wsp. *Listening to patients’ needs to improve their subjective quality of life*. Psychol. Med. 2005; 35(11): 1655–1665.
24. Nieuwenhuizen van C, Schene AH, Koeter MW, Huxley PJ. *The Lancashire Quality of Life Profile: Modification and psychometric evaluation*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36(1): 36–44.

25. Ostrzyżek A, Kocur J. *Psychoedukacja a jakość życia z zaburzeniami psychicznymi*. Med. Dyd. Wych. 2006; 38(4): 48–50.
26. Meder J. *Rehabilitacja a psychiatria*. Rehabil. Med. 1999; 3(3): 11–12.
27. Barbe C, Jolly D, Morrone I, Wolak-Thierry A, Dramé M, Novella JL i wsp. *Factors associated with quality of life in patients with Alzheimer's disease*. BMC Geriatr. 2018; 18(1): 159.
28. Bujok G, Tombariewicz M. *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny*. Wiad. Lek. 2005; 58(1–2): 67–70.
29. Majkowicz M. *Metodologiczne podstawy oceny jakości życia*. Med. Paliatywna w Prak. 2017; 11(2): 78–83.
30. Skarbek WW. *Wybrane zagadnienia metodologii nauk społecznych*. Piotrków Trybunalski: Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie; 2013.
31. Carr AJ, Higginson IJ. *Are quality of life measures patient centred?* BMJ. 2001; 322(7298): 1357–1360.
32. Bonfils NA, Aubin HJ, Benyamina A, Limosin F, Luquiens A. *Quality of life instruments used in problem gambling studies: A systematic review and a meta-analysis*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2019; 104: 58–72.
33. Hunt SM. *The problem of quality of life*. Qual. Life Res. 1997; 6(3): 205–212.
34. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. *Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia*. Hygeia Public Health. 2012; 47(4): 408–411.
35. Connell J, O’Cathain A, Brazier J. *Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions?* Soc. Sci. Med. 2014; 120: 12–20.
36. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E i wsp.; LIVSFORSK network. *A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences*. Qual. Life Res. 2019; 28(10): 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
37. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*. Soc. Sci. Med. 1998; 46(12): 1569–1585.
38. *Development of the World Health Organization WHOQOL – BREF quality of life assessment*. The WHOQOL Group. Psychol. Med. 1998; 28(3): 551–558.
39. Schmidt S, Mühlan H, Power M. *The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study*. Eur. J. Public Health. 2006; 16(4): 420–428.
40. Ware JE Jr, Sherbourne CD. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. Med. Care. 1992; 30(6): 473–483.
41. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. *A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. Med. Care. 1996; 34(3): 220–233.
42. Dolan P. *Modeling valuations for EuroQol health states*. Med. Care. 1997; 35(11): 1095–1108.
43. <https://mentalhealth.com/home/selfdiagnosis.html> (dostęp: 1.02.2022).
44. Oliver JPJ. *The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill*. Soc. Work Soc. Sci. Rev. 1991; 3(1): 5–45.
45. Oliver J, Huxley P, Priebe S, Kaiser W. *Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997; 32(2): 76–83.
46. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Arrizabalaga A A, Schene AH, Welcher B, Thornicroft G i wsp. *Quality of life in schizophrenia: Development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile – European Version*. EPSILON Study 8. European

- Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. Br. J. Psychiatry Suppl. 2000; (39): 49–54.
47. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. *Chronic mental patients: The quality of life issue*. Am. J. Psychiatry. 1982; 139(10): 1271–1276.
  48. Ettema TP, Dröes RM, Lange de J, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. *QUALIDEM: Development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure*. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2007; 22(6): 549–556.
  49. Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. *Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The dementia quality of life instrument (DQoL)*. Gerontologist. 1999; 39(1): 25–35.
  50. Michalak EE, Murray G, Crest BD. *Development of the QoL. BD: A disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2010; 12(7): 727–740.
  51. Rofail D, Gray R, Gournay K. *The development and internal consistency of the satisfaction with Antipsychotic Medication Scale*. Psychol. Med. 2005; 35(7): 1063–1072.
  52. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V i wsp. *Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SOLS*. Br. J. Psychiatry. 2000; 177(1): 42–46.
  53. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr. *The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome*. Schizophr. Bull. 1984; 10(3): 388–398.
  54. Franz M, Fritz M, Gallhofer B, Meyer T. *QliS – Development of a schizophrenia-specific quality-of-life scale*. Health Qual. Life Outcomes. 2012; 10: 61. doi: 10.1186/1477-7525-10-61.
  55. Senin T, Franz M, Deuschle M, Bergemann N, Kammerer-Ciernioch J, Lautenschlager M, Meyer T. *QLiS-SF: Development of a short form of the quality of life in schizophrenia questionnaire*. BMC Psychiatry. 2017; 17(1): 149. doi: 10.1186/s12888-017-1307-1.
  56. Las Hayas C, Quintana JM, Padierna Á, Bilbao A, Muñoz P, Madrazo A i wsp. *The new questionnaire health-related quality of life for eating disorders showed good validity and reliability*. J. Clin. Epidemiol. 2006; 59(2): 192–200.
  57. Engel SG, Wittrock DA, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Kolotkin RL. *Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument*. Int. J. Eat. Disord. 2006; 39(1): 62–71.
  58. Hunt SM, McKenna SP. *The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression*. Health Policy. 1992; 22(3): 307–319.
  59. Tuynman-Qua H, Jonghe de F, McKenna SP. *Quality of life in depression scale (QLDS). Development, reliability, validity, responsiveness and application*. Eur. Psychiatry. 1997; 12(4): 199–202.
  60. Stoker MJ, Dunbar GC, Beaumont G. *The SmithKline Beecham 'quality of life' scale: A validation and reliability study in patients with affective disorder*. Qual. Life Res. 1992; 1(6): 385–395.
  61. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure*. Psychopharmacol. Bull. 1993; 29(2): 321–326.
  62. Majkowicz M, Zduń-Ryżewska A. *Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru*. Psychiatr. Klin. Prakt. 2009; 2(2): 100–114.
  63. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. *Is quality of life determined by expectations or experience?* BMJ. 2001; 322(7296): 1240–1243.
  64. Cummins RA. *Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: A synthesis*. J. Happiness Stud. 2010; 11(1): 1–17.
  65. Cummins RA. *Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model*. Soc. Indic. Res. 2003; 64: 225–256.

66. Yang F, Dawes P, Leroi I, Gannon B. *Measurement tools of resource use and quality of life in clinical trials for dementia or cognitive impairment interventions: A systematically conducted narrative review*. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2018; 33(2): e166–e176. doi: 10.1002/gps.4771.
67. Hill NL, McDermott C, Mogle J, Munoz E, DePasquale N, Wion R i wsp. *Subjective cognitive impairment and quality of life: A systematic review*. Int. Psychogeriatr. 2017; 29(12): 1965–1977.
68. Katschnig H. *Quality of life in mental disorders: Challenges for research and clinical practice*. World Psychiatry. 2006; 5(3): 139–145.
69. Domenech C, Pastore A, Altamura AC, Bernasconi A, Corral R, Elkis H i wsp. *Correlation of Health Related Quality of Life in clinically stable outpatients with schizophrenia*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2019; 15: 3475–3486.
70. Revicki DA, Kleinman L, Cella D. *A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry*. Dialogues Clin. Neurosci. 2014; 16(2): 127–135.
71. Woon PS, Chia MY, Chan WY, Sim K. *Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2010; (34)3: 463–468.
72. Campbell SM, Gately C, Gask L. *Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: A qualitative study*. Chronic Illn. 2007; 3(1): 46–65.
73. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński W. *Jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi*. Psychiatria. 2010; 7(2): 53–60.
74. Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C i wsp. *Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem*. Acta Psychiatr. Scand. 2016; 134(4): 360–367.
75. Tomotak M. *Quality of life and its predictors in people with schizophrenia*. J. Med. Invest. 2011; 58(3–4): 167–174.
76. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW. *Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective*. World Psychiatry. 2018; 17(1): 30–38.

Adres: Artur Jerzy Ostrzyżek  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Collegium Medicum  
Aleja IX Wieków Kielc, 25-317 Kielce  
e-mail: a.ostrzyzek@gmail.com

Otrzymano: 17.08.2021

Zrecenzowano: 13.10.2021

Otrzymano po poprawie: 12.12.2021

Przyjęto do druku: 7.03.2022