

Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią

The association of quality of life with mental status and sociodemographic data in schizophrenic patients

Karina Badura-Brzoza, Magdalena Piegza, Michał Błachut, Piotr Ścisło, Aleksandra Leksowska, Piotr Gorczyca

Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tamowskich Górach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. P. Gorczyca

Summary

Aim. The aim of this study was to assess the mental status and sociodemographic data as well as their influence on the quality of life in schizophrenic patients.

Methods. SF-36, Soc-29, CDS, PANSS, AIS and sociodemographic questionnaire were given to a cohort of 64 subjects who participated in this study (28 female, 36 male), with age range of 21-58 (Mean 33.4 ± 10.8). Questionnaires were administered to all patients in partly-remission or remission time.

Results. Patients showed significant positive correlation of summary scales of PCS and MCS with SOC and AIS and negative correlation with depression symptoms estimated by CDS. There were no significant differences in MCS and sociodemographic factors. The values of the PCS were negatively associated with the number of hospitalisations, disease duration time and negative syndromes estimated by PANSS-N.

Conclusions. Sense of coherence, acceptance of illness and depressive syndromes influence quality of life.

Słowa kluczowe: schizofrenia, jakość życia, czynniki socjodemograficzne

Key words: schizophrenia, quality of life, sociodemographic data

Wstęp

W ciągu ostatnich dwóch dekad badania nad jakością życia stały się istotnym czynnikiem oceny funkcjonowania pacjentów zarówno w prowadzonych badaniach klinicznych, jak i w procesie terapeutycznym [1]. Mimo że ciągle nie ma jednorodnej definicji jakości życia, przyjmuje się, że decydują o niej takie składowe jak: radzenie sobie z codzienną aktywnością, zdrowie fizyczne, świadomość powodzenia, poczucie satysfakcji, poziom aspiracji i oczekiwań, poziom zaspokajania potrzeb, relacje spo-

łeczne [2–5]. Schizofrenia jest chorobą o przewlekłym przebiegu i może mieć istotny wpływ na wszystkie ww. składowe jakości życia. Powtarzające się okresy zaostrzeń i remisji, liczne hospitalizacje, narastające objawy negatywne, konieczność stałego przyjmowania leków powodują, że pacjenci narażeni są na wpływ przedłużającego się i silnego stresu. Często są bezradni wobec nawrotu choroby, mają poczucie braku kontroli nad tym, co się z nimi dzieje w trakcie pojawiania się objawów psychiatrycznych, mają trudności w pełnieniu ról społecznych [3]. W konsekwencji tych procesów poziom jakości życia w subiektywnej ocenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii jest niższy niż w populacji ogólnej, a często też niższy niż osób z innym zaburzeniami psychicznymi. Chociaż niektórzy autorzy wykazali w swoich badaniach, że pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania cechowali się niższą jakością życia od pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [6].

Celem naszej pracy była ocena wybranych czynników psychologicznych i socjodemograficznych, które mogą determinować jakość życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii.

Material

W badaniach udział wzięło 64 chorych (28 kobiet i 36 mężczyzn) w wieku od 21 do 58 lat, średnia wieku $33,40 \pm 10,79$ roku. Badania przeprowadzono w Poradni Zdrowia Psychicznego przy Katedrze i Oddziale Klinicznym Psychiatrii w Tarnowskich Górach. Wszyscy badani byli w całkowitej bądź częściowej remisji objawów tak, by stan ich pozwalał na przeprowadzenie badania ankietowego.

Metoda

Do oceny badanych parametrów użyto następujących kwestionariuszy psychometrycznych:

1. Skali Jakości Życia SF-36 autorstwa J.E. Ware'a w polskiej wersji językowej (po uzyskaniu pisemnej zgody autora). Jest to skala generyczna, która pozwala na porównanie jakości życia pacjentów z różnymi schorzeniami. Skala ta zawiera 36 pytań dotyczących 8 sfer życia: bólu fizycznego (BP), fizycznego funkcjonowania (PF), ograniczeń fizycznych w pełnieniu ról (RP), ograniczeń emocjonalnych w pełnieniu ról (RE), zdrowia psychicznego (MH), funkcjonowania społecznego (SF), witalności (VT), ogólnego zdrowia (GH), oraz dwóch podskal sumarycznych ujmujących całościowo funkcjonowanie w wymiarze fizycznym (PCS) oraz wymiarze psychicznym (MCS). Po użyciu odpowiedniego wzoru przeliczeń otrzymuje się wynik w skali punktowej od 0 do 100 pkt. w każdej z domen. Im wyższy jest osiągnięty wynik, tym lepszy jest stan zdrowia [7, 8].

2. Do oceny czynników poczucia koherencji użyto polskiej adaptacji Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego. Kwestionariusz składa się z 29 pytań i pozwala oszacować w skali punktowej poziom poczucia koherencji i składających się na niego wymiarów: poczucia zrozumienia (PZR), poczucia zarad-

ności (PZ) i poczucia sensowności (PS). Suma punktacji wszystkich trzech podskal daje ogólne poczucie koherencji. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza silne poczucie koherencji [9, 10].

3. Oceny stanu psychicznego dokonano za pomocą skali Positive and Negative Schizophrenia Scale (PANSS), która składa się z trzech podskal obejmujących ocenę objawów pozytywnych (P), negatywnych (N) i skali ogólnej (G). Zakres punktów dla całej skali wynosi od 30 do 210 [11].

4. Nasilenie objawów depresyjnych oceniono za pomocą skali Calgary Depression Scale (CDS). Skala ta została skonstruowana jako narzędzie przeznaczone specjalnie do oceny objawów depresyjnych w schizofrenii, składa się z dziewięciu pozycji ocenianych w punktacji od 0 do 3 pkt. [12, 13].

5. Ponadto użyto Skali Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale, AIS) Feltona i wsp. w opracowaniu Z. Juczyńskiego. Skala składa się z 8 stwierdzeń wyrażających określone trudności i ograniczenia spowodowane chorobą, jej zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Z kolei wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego, co przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą [14].

6. Dane socjodemograficzne gromadzono za pomocą kwestionariusza danych socjodemograficznych skonstruowanego przez autorów. Analizę statystyczną danych przeprowadzono za pomocą testu regresji wielokrotnej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamieny statystycznie.

Wyniki

Ocena populacji badanej

Spośród wszystkich badanych 5 chorych mieszkało samodzielnie, funkcjonując bez pomocy najbliższej rodziny, jedynie 16 osób pozostawało w związkach partnerskich, pozostałe były stanu wolnego, ale zamieszkiwały z rodziną, głównie z rodzicami. Z chorób współistniejących najczęściej występowały nadciśnienie tętnicze oraz niedoczynność tarczycy (19 % chorych), u pozostałych badanych nie stwierdzono żadnej choroby współistniejącej. Osiemnaście osób pozostawało aktywnych zawodowo. Czas trwania choroby u poszczególnych pacjentów w grupie badanej wahał się od 1 do 26 lat (średnio $9,59 \pm 8,49$), a liczba hospitalizacji wynosiła 0–22 (średnio $5,45 \pm 5,49$). 4 badanych deklarowało wykształcenie wyższe, 32 – średnie, pozostali mieli wykształcenie zawodowe lub podstawowe. Średni wynik BMI badanej grupy wynosił $28,81 \pm 4,66$. W grupie badanej większość pacjentów przyjmowała leki atypowe, były to: risperidon, olanzapina, kwetiapina, amisulpryd, aripiprazol. Kilka osób było leczonych terapią skojarzoną, oprócz leków atypowych przyjmowało również leki starej generacji, głównie perfenazyn, pernazyn, haloperidol. Pacjenci zgłaszali objawy uboczne, tj. drżenie rąk, akatyzję, senność, przyrost masy ciała. Jedynie 6 osób nie deklarowało żadnych objawów ubocznych.

Jakość życia (SF-36)

W ocenie za pomocą skali SF-36 uzyskano średnie wyniki w podskali PCS $42,91 \pm 11,94$ pkt., a w podskali MCS $35,26 \pm 10,81$ pkt.

Poczucie koherencji (SOC-29)

Średni wynik SOC w badanej grupie wyniósł $110,037 \pm 31,40$ pkt., a w poszczególnych podskalach PZR – $36,71 \pm 11,16$ pkt., PZ – $38,25 \pm 13,01$ pkt., PS – $35,42 \pm 11,08$ pkt.

Depresja (CDS)

Średni wynik w skali Calgary (CDS) osiągnięty przez badanych wynosił $4,12 \pm 2,92$ pkt.

Objawy schizofrenii (PANSS)

Pacjenci w skali PANSS uzyskali wyniki $70,89 \pm 16,71$ pkt. Średnie wyniki w odpowiednich podskalach wynosiły: w podskali objawów pozytywnych $15,03 \pm 5,88$ pkt., negatywnych $30,28 \pm 8,04$ pkt., a w podskali ogólnej $25,57 \pm 8,29$ pkt.

Akceptacja Choroby (AIS)

W skali AIS pacjenci uzyskali wyniki od 8 do 34 pkt. przy średnim wyniku $18,00 \pm 9,01$ pkt.

Wpływ badanych parametrów na jakość życia

W celu ograniczenia ilości obliczeń statystycznych w analizie związku jakości życia i badanych parametrów wzięto pod uwagę jedynie wyniki sumaryczne skali SF-36 w podskalach PCS (jakość życia związana z funkcjonowaniem w wymiarze fizycznym) oraz MCS (jakość życia związana ze stanem psychicznym).

W przeprowadzonych analizach stwierdzono negatywną zależność pomiędzy oceną jakości życia w podskali PCS a wynikiem pomiaru objawów negatywnych (PANSS -N) oraz liczbą lat choroby i liczbą hospitalizacji. Nie wykazano związku pomiędzy wynikiem podskali MCS a następującymi czynnikami: wiekiem, płcią, wykształceniem, aktywnością zawodową, wsparciem społecznym, współwystępowaniem schizofrenii z innymi chorobami, liczbą lat trwania choroby, liczbą hospitalizacji, występowaniem po lekach objawów ubocznych a także nasileniem objawów w skali PANSS. Stwierdzono natomiast negatywną zależność wyników obu podskal SF-36 (MCS i PCS) z wynikiem Skali Depresji Calgary (CDS) przy pozytywnej zależności z wynikami osiągniętymi w kwestionariuszu poczucia koherencji (SOC) oraz w Skali Akceptacji Choroby (AIS). Wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Zależność jakości życia mierzonej podskalami PCS i MCS skali SF-36 z wybranymi parametrami charakteryzującymi grupę badaną

Zmienne	Wyniki Skali Jakości Życia SF-36			
	Podskala PCS		Podskala MCS	
	Beta	p	Beta	p
Wiek	-0,15	0,47	0,32	0,06
Stan cywilny	2,00	0,27	2,42	0,35
Wykształcenie	-7,41	0,07	0,25	0,95
Aktywność zawodowa	6,15	0,21	-0,86	0,85
Liczba lat choroby	-0,58	0,02	0,29	0,2
Liczba hospitalizacji	-1,37	0,0001	-0,53	0,14
Objawy uboczne po lekach	3,33	0,71	13,18	0,09
Współwystępowanie innych chorób	-8,83	0,1	-0,40	0,94
Nasilenie objawów PANSS	-0,16	0,23	-0,1	0,42
Objawy pozytywne PANSS-P	-0,29	0,46	-0,42	0,25
Objawy negatywne PANSS-N	-0,88	0,0001	-0,07	0,79
Objawy ogólne PANSS-G	0,30	0,25	-0,12	0,61
Poczucie koherencji SOC	0,23	0,0001	0,15	0,01
Akceptacja choroby AIS	1,20	0,0001	0,90	0,006
Objawy depresyjne CDS	-2,12	0,002	-1,80	0,04
Wskaźnik masy ciała BMI	-0,99	0,06	0,15	0,75

(p – wartość poziomu istotności, Beta – współczynnik regresji).

Omówienie

W licznych przeprowadzonych dotychczas badaniach nad jakością życia pacjentów cierpiących na schizofrenię koncentrowano się na różnych czynnikach mających wpływ na wyniki oceny jakości życia, takich jak zmienne demograficzne, kliniczne (ocena stanu psychicznego, długość trwania choroby, leczenia, liczba hospitalizacji, rodzaj zastosowanych leków), poziom funkcjonowania społecznego (aktywność społeczna, pełnione role społeczne, zatrudnienie), postawy wobec choroby, formy terapii i opieki [5]. W przeprowadzonym badaniu wykazano negatywny związek pomiędzy czasem trwania choroby w latach i liczbą hospitalizacji a fizycznym wymiarem jakości życia (PCS). Nie odnotowano natomiast wpływu żadnej ze zmiennych socjodemograficznych na psychiczną komponentę jakości życia (MCS). Podobne wyniki uzyskali Chądzyńska i wsp. W przeprowadzonych przez nich badaniach żaden z czynników nie miał wpływu na jakość życia [5]. Z kolei Jarema i wsp. w swoich badaniach stwierdzili negatywną korelację między jakością życia a wiekiem pacjentów i czasem trwania hospitalizacji [15, 16, 17] a dodatnią zależność między oceną jakości życia a wykształceniem [18], nie stwierdzając natomiast wpływu objawów ubocznych działania neuroleptyków na

ocenę jakości życia, podobnie jak i w niniejszym badaniu. Być może spowodowane jest to faktem, iż większość pacjentów, którzy wzięli udział w naszym badaniu, przyjmowała leki atypowe i nie miała nasilonych objawów ubocznych [16, 18]. Natomiast Yamauchi i wsp. w swych badaniach wykazali korelacje jakości życia z objawami pozapiramidowymi [19]. W naszym opracowaniu BMI nie miał wpływu ani na wymiar fizyczny (PCS), ani psychiczny (MCS) jakości życia, chociaż zależność z wymiarem fizycznym była bliska wartości znamiennej statystycznie ($p = 0,06$). Strassing i wsp. w swych badaniach stwierdzili wpływ BMI na fizyczną komponentę jakości życia [20]. Być może jest to spowodowane faktem, iż średnia wartość BMI pacjentów, którzy wzięli udział ww. badaniu wynosiła $32,8 \pm 7,8$ i była to wartość wyższa od tej, którą osiągnęli pacjenci w naszym badaniu ($28 \pm 4,66$). Część autorów podkreśla, że czynniki socjodemograficzne mają mały wpływ na jakość życia, podczas gdy objawy psychopatologiczne mogą istotnie wpływać na ocenę jakości życia [21, 22]. W naszej pracy jedynie objawy negatywne oceniane za pomocą skali objawów negatywnych PANSS wpływały ujemnie na fizyczny wymiar jakości życia. W badaniach Chądzyńskiej wykazano natomiast wpływ ogólnych objawów ocenianych za pomocą skali PANSS na jakość życia [5, 15]. W badaniach Yamauchi zarówno objawy pozytywne, jak i negatywne korelowały z oceną jakości życia [19]. Należy jednak zwrócić uwagę, że ocena jakości życia dokonywana przez pacjentów jest ich subiektywnym wrażeniem, a w trakcie przeprowadzanych przez nas badań pacjenci znajdowali się w stanie przynajmniej częściowej remisji objawów, stąd być może właśnie związek objawów negatywnych z jakością życia, które trudniej poddają się leczeniu i często są bardziej utrwalone i przykre dla pacjenta. Natomiast istotny wpływ na jakość życia zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym miały poczucie koherencji oraz stopień akceptacji choroby. Wpływ zmiennej osobowościowej, jaką jest poczucie koherencji, na nasilenie objawów psychopatologicznych oraz na ocenę jakości życia wykazali też w swych badaniach Bengtsson-Tops i Hansson [23]. Wnioskowali oni również, że takie czynniki jak lepsze wsparcie społeczne oraz psychoedukacja mogą polepszyć stopień zrozumienia świata i objawów chorobowych oraz sprawić, że zdarzenia będą bardziej zrozumiałe i przewidywalne. Wyżej wymienione składowe poczucia koherencji wpływają na całkowitą jego wartość, a to z kolei ma wpływ na ocenę jakości życia.

Każda choroba przewlekła w istotny sposób wpływa na dotychczasowy styl życia, zagraża podstawowym wartościom, życiu i zdrowiu człowieka, pełnieniu dotychczasowych ról społecznych, a także posiadanej koncepcji świata i tożsamości. Proces adaptacji do choroby traktowany jest jako ponowne przystosowanie się do nowej sytuacji. Poszukiwanie sensu i znaczenia choroby, a także jej przyczyn i wpływu na życie chorego sprzyja przekonaniu, że mamy wpływ na zdarzenia, a więc kontrolę nad życiem. Tylko te osoby, które potrafią traktować chorobę jako wyzwanie, mogą podjąć trud zmagania się z nią, a to sprzyja aktywności zmierzającej do odzyskania zdrowia. Brak takich umiejętności prowadzi do negatywnych emocji, zniechęcenia, niezadowolenia i może powodować objawy depresji [24]. Większy stopień akceptacji choroby może mieć istotny wpływ na ocenę jakości życia, podobnie jak mogą na nią wpływać objawy depresyjne. Pacjenci wykazujący objawy depresyjne osiągnęli niższe wyniki zarówno w skali fizycznego (PCS), jak i psychicznego (MCS) funkcjonowania. Gorszą jakość życia wśród pacjen-

tów depresyjnych wykazali też w swych badaniach inni autorzy [15, 19, 25]. Objawy depresyjne, podobnie jak i objawy psychotyczne czy negatywne, mogą silnie wpływać na jakość życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [15].

Wnioski

1. Na ocenę jakości życia wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii mogą wpływać takie czynniki jak stopień akceptacji choroby, poczucie koherencji oraz obecność objawów depresyjnych.
2. Działania poprawiające stopień akceptacji choroby, wzmacniające poczucie koherencji oraz leczenie objawów depresyjnych mogą poprawić jakość życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii.

Оценка влияния некоторых психических и социodemографических факторов на качество жизни больных шизофренией

Содержание

Введение. Хроническая болезнь, к которой относится шизофрения, может оказывать влияние на все аспекты качества жизни.

Задание. Оценка влияния некоторых психических и социodemографических факторов на качество жизни больных шизофренией.

Метод. В исследованиях приняло участие 64 больных (28 женщин и 36 мужчин) в возрасте 21–58 лет, средний возраст $33,30 \pm 10,79$ лет. Исследования проведены в Психиатрическом диспансере при Кафедре и Клиническом отделении психиатрии в г. Тарновские горы. Все обследованные были в периоде полной или частичной ремиссии симптомов, так чтобы их состояние позволяло на проведение анкетного метода. Проведена оценка связи качества жизни определенной шкалой СФ-35 Й. Варс'а в подшкалах физического измерения (ПЦС) и психического (МЦС) с избранными демографическими параметрами (собственный глоссарий) и иными параметрами, определяемыми с использованием шкал Жизненной ориентировки (СОЦ-29 А. Антоновского) позитивных и негативных симптомов шизофрении (ПАНСС), депрессии (ЦДС). Акцептации болезни (АИС). При статистическом анализе использован тест многократной регрессии.

Результаты. В исследованиях найдена позитивная зависимость под-шкал ПЦС и ЦС с результатами шкалы СОЦ-29 и АИС, а негативная связь с утяжелением депрессии (ЦДИ/). С другой стороны, число госпитализаций и время продолжительности болезни, а также утяжеление негативных симптомов (ПАНСС-Н) отрицательно влияли только на физическое состояние качества жизни (ПЦС). Не обнаружено связи в остальных социodemографических изменчивых с результатом шкалы СФ-36 в обеих подшкалах (ПЦС и МЦС).

Выводы. На оценку качества жизни среди больных шизофренией могут влиять такие факторы как степень акцептации болезни, чувство когеренции, а также присутствие депрессивных симптомов.

Слова-ключи: шизофрения, качество жизни, социodemографические факторы

Einfluss der ausgewählten psychischen und soziodemographischen Faktoren auf die Lebensqualität der schizophrenen Patienten

Zusammenfassung

Einleitung. Die chronische Krankheit, Schizophrenie, kann einen signifikanten Einfluss auf alle Aspekte der Lebensqualität haben.

Ziel. Die Beurteilung des Einflusses der ausgewählten psychischen und soziodemographischen Faktoren auf die Lebensqualität der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie.

Material und Methoden. An der Studie nahmen 64 Kranke teil (28 Frauen und 36 Männer) im Alter von 21 bis 58 Jahren, Durchschnittsalter $33,4 \pm 10,79$ Jahren. Die Studie wurde in der Beratungsstelle für Psychische Gesundheit an dem Lehrstuhl und der Klinischen Abteilung für Psychiatrie in Tarnowskie Góry durchgeführt. Alle Untersuchten gingen mit der Remissionszeit oder mit einer partiellen Remission einher, so dass ihr Zustand erlaubte, die Studie durchzuführen. Man beurteilte den Zusammenhang der Lebensqualität, gemessen mit der SF-36 Skala von J. Ware in den Unterskalen der „körperlichen Gesundheit“ (PCS) und „psychischen Gesundheit“ (MCS) mit den gewählten demografischen Parametern (eigenständiger Fragebogen) und anderen, die mit Hilfe von den Skalen: Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-29 von A. Antonovsky), der Positiv- und Negativ – Syndrom – Skala (PANSS), Depression (CDS), Skala der Akzeptanz der Krankheit (AIS) gemessen wurden. In der statistischen Analyse wurde die Regressionsanalyse angewandt.

Ergebnisse. In der Studie wurde eine positive Abhängigkeit der Unterskalen PCS und MCS mit den Ergebnissen der SOC-29 und AIS - Skala bewiesen, und eine negative mit der Intensität der Depression (CDI). Die Zahl der Krankenhausaufenthalte, die Zeitdauer der Krankheit und die Intensität der Negativ - Symptome (PANSS-N) beeinflussten negativ nur das körperliche Ausmaß der Lebensqualität (PCS). Es wurden keine Zusammenhänge der übrigen soziodemographischen Variablen mit dem Ergebnis in der SF-36 Skala in beiden Unterskalen (PCS und MCS) bewiesen.

Schlussfolgerungen. Die Beurteilung der Lebensqualität unter den Patienten mit der diagnostizierten Schizophrenie können solche Faktoren beeinflussen wie Grad der Akzeptanz der Krankheit, Kohärenzsinn und das Erscheinen der depressiven Symptome.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Lebensqualität, soziodemographische Faktoren

L'association de la qualité de vie et de certains facteurs psychiques et sociodémographiques des patients schizophrènes

Résumé

Introduction. La maladie chronique telle que la schizophrénie peut influencer sur plusieurs aspects de la vie.

Objectif. Estimer l'influence de certains facteurs psychiques et sociodémographiques sur la qualité de vie des patients schizophrènes.

Méthodes. A la clinique psychiatrique de Tarnowskie Gory on examine 64 patients (28 femmes et 36 hommes, âgés de 21-58 ans, moyenne de l'âge $33,40 \pm 10,79$). Tous ces patients sont dans la période de rémission totale ou partielle. Ils sont examinés avec les questionnaires suivants : SF-36, SOC-29, CDS, PANSS, AIS et les questionnaires démographiques.

Résultats. On démontre la corrélation positive des échelles PCS et MCS avec SOC et AIS et la corrélation négative des symptômes dépressifs estimés avec CDS. Il n'y a pas de différence significative de MCS et des facteurs sociodémographiques. Les valeurs de PCS ne se lient pas avec le nombre d'hospitalisation, la durée de la maladie ou les négatifs symptômes estimés avec PANSS-N.

Conclusions. L'acceptation de la maladie, le sens de cohérence et la présence des symptômes dépressifs peuvent influencer sur la qualité de vie des patients schizophrènes.

Mots-clés : schizophrénie, qualité de vie, données démographiques

Piśmiennictwo

1. Lehman AF. *Quality of life interview for the chronically mentally ill*. Eval. Program Plann. 1998; 11: 51–62.
2. Lehman AF. *The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill*. Eval. Program Plann. 1983; 6: 143–151.
3. Kasperek B, Spiridonow K, Meder J. *Jakość życia osób przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. W: Meder J. red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s. 51–63.

4. Kasperek B, Spiridonow K, Chądzyńska M, Meder J. *Jakość życia chorych na schizofrenię a umiejętność rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym i psychoedukacji*. Psychiatr. Pol. 2002; 5: 717–730.
5. Chądzyńska M, Kasperek B, Meder J, Spiridonow K. *Jakość życia osób przewlekle chorych na schizofrenię w ocenie ich samych i ich rodzin*. Psychiatr. Pol. 2002; 5: 703–715.
6. Gonzalez N, Padierna A, Quintana J, Horcajo M. *Quality of life in patients with eating disorders*. Gac. Sanit. 2001; 15 (1): 18–24.
7. Ware JE Jr. *SF-36 Health survey manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
8. Ware JE Jr, Kosinski MA. *SF-36 Physical and mental health summary scales: a manual for users of version 1, second edition*. Lincoln, RI: QualityMetric; 2001.
9. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
10. Antonovsky A. *The life cycle, mental, health and sense of coherence*. Isr. J. Psychiatry Res. 1985; 22: 273–280.
11. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13: 261–276.
12. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. *Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale*. Br. J. Psychiatry 1993; 163 (supl. 22): 39–44.
13. Szafrński T. *Skala Calgary do oceny depresji w schizofrenii*. Post. Psych. Neurol. 1997; 6: 333–343.
14. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
15. Jarema M, Koniecznyńska Z, Murawiec S, Szafrński T, Szaniawska A. *Zmiana jakości życia i obrazu klinicznego w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2002; 3: 393–402.
16. Jarema M, Koniecznyńska Z. *Badanie jakości życia a efekty farmakoterapii schizofrenii lekami klasycznymi i „starymi” atypowymi*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 275–288.
17. Jarema M, Bury L, Koniecznyńska Z, Zaborowski B, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz J, Muraszkiewicz L. *Porównanie oceny jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 585–594.
18. Koniecznyńska Z, Jarema M, Cikowska G. *Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 323–332.
19. Yamauchi K, Aki, H, Tomotake M, Iga, J, Numata S, Motoki I, Izaki Y, Tayoshi S, Kinouchi S, Sumitani S, Tayoshi S, Takikawa Y, Kaneda Y, Taniguchi T, Ishimoto Y, Ueno S, Ohmori T. *Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2008; 62 (4): 404–411.
20. Strassing M, Brar JS, Ganguli R. *Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia*. Schizophr. Res. 2003; 62: 73–76.
21. Bengtson-Tops A, Hasson L. *Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics*. Eur. Psychiatry 1999; 14: 256–263.
22. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O’Callaghan E. *Determinants of quality of life at first presentations with schizophrenia*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 173–176.
23. Bengtsson-Tops A, Brunt D, Rask M. *The structure of Antonovsky’s sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology*. Scand. J. Caring Sci. 2005; 19: 280–187.
24. Niedzielski A, Humeniuk E, Łaziak P, Fedoruk D. *Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych*. Wiad. Lek. 2007; 5–6: 224–227.

25. Huppert JD, Weiss KA, Lim R. *Quality of life in schizophrenia. Contributions of anxiety and depression*. Schizophr. Res. 2001; 51: 171–180.

Adres: Karina Badura-Brzoza
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚAM
42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowska 49

Otrzymano: 19.09.2011
Zrecenzowano: 21.10.2012
Otrzymano po poprawie: 2.11.2012
Przyjęto do druku: 8.11.2012
Adiustacja: A. K.

Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ
III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii
Fundacja Ośrodek Badań Medycznych

zapraszają na:

XVIII Konferencję Szkoleniowo-Naukową z cyklu:

FARMAKOTERAPIA, PSYCHOTERAPIA I REHABILITACJA
ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH

na temat:

DŁUGOTERMINOWE LECZENIE W CHOROBYCH AFEKTYWNYCH

Konferencja odbędzie się w dniach: 22–23 lutego 2013 r. w Zakopanem

Ważne informacje:

- 15 stycznia 2013: nadsyłanie tytułów wystąpień i streszczeń (adres na stronie konferencji)
- 15 stycznia 2013: zgłoszenie uczestnictwa i opłata fee (informacje na stronie konferencji)
- Opłata fee: 250,00 zł (zawiera: udział w konferencji, materiały, udział w uroczystej kolacji w dniu 22 lutego 2013)
- Wszystkie informacje, karta zgłoszenia: dostępne na stronie:

www.su.krakow.pl/konferencje/psychiatria

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konferencji

Organizatorzy