

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego¹
Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej
Department of the Psychiatric Nursing
Faculty of Didactics and Health Care of the Medical University of Silesia,
Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Siemianowicach Śląskich²
Independent Public Medical Care Psychiatric in Siemianowice Śląskie,
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie³
Specialist Hospital in Chorzów

TERESA GRZYWNA¹, JACEK PRZYŁUDZKI²,
STANISŁAW URBAN³, ALEKSANDRA CIEŚLIK¹

***The estimation of the quality of life of patients with schizophrenia treated
in different forms of care***

Ocena jakości życia chorych na schizofrenię leczonych w różnych formach opieki

Pojęcie jakości życia (J.Ż) ma wiele definicji. Autorzy niniejszej pracy przyjęli następującą definicję tego pojęcia: „subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji życiowej

w kontekście własnych potrzeb i możliwości” [1]. Już Wing [1] postulował traktowanie oceny jakości życia przewlekle chorych psychicznie jako kryterium jakości świadczeń leczniczych i opiekuńczych, co podkreślają również i inni autorzy twierdząc, iż „kryteria oceny jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej można zatem częstokroć sprowadzić do kryteriów jakości życia leczonych pacjentów” [2].

Celem przeprowadzonych badań była ocena wpływu leczenia i rehabilitacji na jakość życia, ocenianą subiektywnie przez chorych leczonych z powodu schizofrenii w Oddziale Dziennym i Poradniach Zdrowia Psychicznego.

MATERIAŁ BADAWCZY

Badaniami długofalowymi objęto grupę 60 pacjentów chorych na schizofrenię (zdiagnozowaną według kryterium ICD-10) leczonych w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym w Siemianowicach Śląskich oraz Poradniach Zdrowia Psychicznego w Siemianowicach Śląskich i w Chorzowie w latach 1997 – 2000. Każdy pacjent badany był pięciokrotnie tzn.: 0, 30, 90, 180, 360 dzień badania. Wyodrębniono 3 grupy badawcze (tab.1).

P.Z.P1 Poradnia Zdrowia Psychicznego w Siemianowicach

P.Z.P2 Poradnia Zdrowia Psychicznego w Chorzowie

O.D.P. Oddział Dzienny Psychiatryczny w Siemianowicach

Tab.1. Badane grupy pacjentów z rozpoznaną schizofrenią wg ICD 10

Grupa	Forma leczenia	♀	♂	n	%
1	P.Z.P.1	13	11	24	40
2	P.Z.P.2	11	6	17	28,3
3	O.D.P.	13	6	19	31,7
Razem		37	23	60	100

Wśród badanych było 37 kobiet i 23 mężczyzn. Przeprowadzony test niezależności χ^2 wykazał, iż grupy nie różnią się istotnie statystycznie względem płci ($p > 0,6$). Badając jednorodność grup względem wieku, wykształcenia i liczby hospitalizacji wykazano, iż grupy różniły się istotnie względem wieku.

W analizie post-hoc wykazano istotności różnic między poszczególnymi grupami, grupa 1 i grupa 2 różni się istotnie statystycznie pod względem wieku, czyli grupy z dwóch Poradni Zdrowia Psychicznego nie były jednorodne pod względem wieku. Pacjenci z Poradni Zdrowia Psychicznego z Chorzowa byli istotnie młodsi. Stan cywilny badanych we wszystkich grupach nie uległ zmianie w trakcie prowadzonych badań. Dokonując analizy pomiędzy badaniem 0, a 360 dotyczący „z kim mieszka” stwierdzono niewielkie zmiany w grupie 2. Jedna osoba mieszkająca z rodzicami zamieszkała z małżonkiem. Wykształcenie we wszystkich grupach nie uległo zmianie. Ale na uwagę zasługuje również fakt, iż w grupie 2 aż 64,71% badanych posiadało wykształcenie średnie. Pomiędzy badaniami 0 i 360 nastąpiły niewielkie zmiany w źródle utrzymania w grupie 1 oraz grupie 3. W grupie 1 jedna osoba pracująca przeszła na rentę kontynuując pracę w niepełnym wymiarze czasu. Natomiast w grupie 3 dwie osoby podjęły pracę w niepełnym wymiarze uzyskując (1 osoba) lub zachowując (1 osoba) uprawnienia rentowe. Jedynie w grupie 3 jedna osoba pomiędzy badaniem 0 a 360 uzyskała II grupę inwalidzką (z III) wg poprzednich kryteriów orzecznictwa ZUS.

METODY BADAWCZE

W badaniach zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz do oceny aktywności społecznej i jakości życia chorych na schizofrenię (S.Urban i wsp.) zawierający 8 arkuszy oceniających poszczególne składowe jakości życia: praca zarobkowa, praca w domu, samodzielność, kontakty społeczne i zainteresowania, udział w życiu rodzinnym, światopogląd i religia, leczenie, ogólny poziom satysfakcji - zastosowano go 4-krotnie w odstępach czasu : (0, 90, 180, 360);
2. Skala PANSS – zastosowana 3-krotnie: (0, 30, 360).
3. Skala objawów pozapiramidowych w/g Simpsona i Angusa – zastosowana 3-krotnie (0, 30, 360);
4. Kwestionariusz danych demograficznych, zawierający dane dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, sytuacji rodzinnej, wykształcenia, źródła utrzymania, zawodu, pracy, inwalidztwa, i farmakoterapii - zastosowany 2-krotnie: (0, 360).

Analizie statystycznej wyników w celu zweryfikowania niezależności cech o charakterze dyskretnym stosowano test niezależności χ^2 . W celu sprawdzenia jednorodności grup względem zmiennych skalowanych stosowano analizę wariancji rangowej Kruskala-Wallisa, którą uzupełniano analizą post-hoc Tukeya. Dla zweryfikowania zmian pomiędzy poszczególnymi etapami badania w ramach tej samej grupy stosowano test Wilcoxon dla prób powiązanych. Zgodność rozkładów liczebności względem badanych cech z rozkładem normalnym weryfikowano testem Komogorowa – Smirnowa.

WYNIKI

Z porównania parametrów J.Ż. w obrębie trzech badanych grup 1,2,3 między badaniami 0-90, 0-180, 0-360 wykazano: (przy pomocy testu istotności różnic dla par powiązanych Wilcoxon) istotną statystycznie różnicę ($p < 0.040868$) dla grupy 1 w ocenie jakości życia-sfera praca zarobkowa pomiędzy badaniem początkowym 0, a końcowym 360. Badani oceniali swoje funkcjonowanie na niższym poziomie niż w badaniu początkowym. Natomiast w pracy w domu oceniali się lepiej niż w badaniu początkowym (choć nie istotnie statystycznie).

Pacjenci z grupy PZP2 byli istotnie młodsi od dwóch pozostałych grup (\bar{X} wieku – 34 lata) oraz bardziej wykształceni. W kolejnych badaniach oceniali swoją J.Ż. w sposób statystycznie istotny coraz lepiej w kilku składowych kwestionariusza.

Udział w życiu rodzinnym dotyczył takich aspektów jak: rozmowy z domownikami w sprawach choroby, przejawianie zainteresowania problemami członków rodziny, odwiedziny, wizyty u rodziny mieszkającej odrębnie oraz uczestniczenie w podejmowaniu decyzji dotyczących spraw rodzinnych. Z biegiem czasu badani w tej grupie oceniali się coraz lepiej (90, 180, 360).

Ogólny poziom satysfakcji dotyczył oceny przez badanego swojego ogólnego stanu zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego, własnej sprawności fizycznej, zdarzeń sprawiających przyjemność lub przykrość, zadowolenie ze związków uczuciowych. Pytania dotyczyły także myślenia o sobie w kategoriach wolności i niezależności oraz odpowiedzialności za swój los. I tu również jak powyżej ta grupa uzyskała z biegiem czasu coraz lepszą samoocenę (90, 180, 360).

Obszar J.Ż.- dotyczący pracy w domu obejmował codzienne obowiązki domowe takie jak: sprzątanie, pranie, zmywanie naczyń, zakupy, przygotowanie posiłków, drobne naprawy.

Badani oceniali się istotnie statystycznie lepiej w 180 i 360 dniu badania. Samodzielność – dotyczyła dbania o siebie (ubiór, wygląd zewnętrzny, samodzielne ubieranie się, mycie), a także samodzielnej aktywności poza domem (załatwianie spraw w urzędzie, korzystanie z komunikacji, wizyta u lekarza, gospodarowanie pieniędzmi). Tutaj istotność statystyczną wykazano w ostatnim dniu badania.

Kontakty społeczne i zainteresowania dotyczyły takich obszarów jak: kontakty i relacje z bliskimi i ze znajomymi osobami, zainteresowania, czytanie gazet, książek, oglądanie TV, słuchanie radia, chodzenie do kina lub teatru. Badani oceniali również ile czasu poświęcili ulubionym zajęciom i rozrywce. Okazało się, że ta grupa oceniała się z czasem (90, 180, 360) coraz lepiej.

W grupie 3 pomiędzy badaniem 0 a 360 wykazano istotnie statystyczną różnicę ($p = 0.010484$) dotyczącą leczenia. Największą satysfakcję z leczenia uzyskano w przeprowadzonych badaniach u pacjentów, którzy byli objęci leczeniem w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym. Badani oceniali tą sferę J.Ż. w sposób istotny statystycznie tylko w 360 dniu badania. Może to wskazywać, iż leczenie w Oddziale Dziennym dla części pacjentów było na tyle znaczące, że poprawiło ich J.Ż. w sferze satysfakcja z leczenia.

Porównując zmiany parametrów jakości życia w badaniach (0, 90, 180, 360) między grupami 1,2,3 (Anova rang Kruskala-Wallisa, test Kruskala-Wallisa) wykazano istotnie statystycznie różnice: składowa J.Ż. – udział w życiu rodzinnym w badaniu 180 jest istotnie zróżnicowana pomiędzy grupami ($p = 0.0174$); analiza post-hoc istotności różnic pomiędzy grupami wykazała, iż między grupą 1 i grupą 2 istnieją statystycznie istotne różnice $p = 0,039233$; zmienna jakości życia – udział w życiu rodzinnym jest również istotnie zróżnicowana pomiędzy grupami w badaniu 360 ($p = 0.0058$), ale w analizie post-hoc nie udało się wykazać istotnej różnicy w żadnej z grup w porównaniu z pozostałymi.

Zmienna ogólnego poziomu satysfakcji w badaniu 180 jest istotnie zróżnicowana między grupami ($p = 0.0139$), ale w analizie post-hoc nie udało się wykazać istotnej różnicy w żadnej z grup w porównaniu z pozostałymi. Podobnie jak w badaniu 180 w ocenie ogólnego poziomu satysfakcji w badaniu 360, wykazano istotne statystycznie różnice ($p = 0,0002$). W analizie post-hoc w badaniu 360 wykazano istotne różnice pomiędzy grupami 1 i 2 ($p = 0,000487$) $p < 0,001$ oraz pomiędzy grupami 2 i 3 ($p = 0,002015$) $p < 0,003$.

Składowa J.Ż. – praca w domu w badaniu 360 jest istotnie zróżnicowana pomiędzy grupami $p = 0,0244$. Analiza post-hoc, wykazała istotne różnice pomiędzy grupami 2 i 3 $p = 0,019274$.

Zmienna samodzielność w badaniu 360 jest istotnie zróżnicowana między grupami ($p = 0.0112$), ale w analizie post-hoc nie udało się wykazać istotnej różnicy w żadnej z grup w porównaniu z pozostałymi.

Składowa J.Ż.– kontakty społeczne i zainteresowania - w badaniu 360 jest istotnie zróżnicowana pomiędzy grupami ($p = 0.0085$). Analiza post-hoc istotności różnic pomiędzy grupami wykazała, iż między grupą 1 i grupą 2 istnieje statystycznie istotna różnica $p = 0,041785$. Również pomiędzy grupą 2 i 3 wykazano statystycznie istotną różnicę $p = 0.0133211$.

Składowa J.Ż. – praca zarobkowa – nie wykazano istotności statystycznych między grupami, ale zaobserwowano niższą ocenę tej składowej J.Ż. we wszystkich grupach w badaniu końcowym. Chociaż istotność statystyczną potwierdzono tylko w grupie 1. Przepuszczalnie niższa ocena jakości życia w sferze praca zarobkowa w badaniu końcowym w porównaniu z badaniem początkowym wynika ze

zwiększonego krytycyzmu i wglądu we własną sytuację (oceniając bardziej realnie) w wyniku procesu leczenia.

Analizując składową J.Ż. – światopogląd i religia, nie wykazano żadnych istotności statystycznych między grupami, ani w obrębie poszczególnych grup.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badania J.Ż. pacjentów chorych psychicznie są w kręgu zainteresowania wielu badaczy, w tym III Kliniki Psychiatrii IPiN w Warszawie kierowanej przez prof. M. Jaremę.

W świetle badań okazuje się, iż miejsce leczenia może stanowić ważny czynnik w ocenie jakości życia. Taką zależność wykazali Borge i wsp.[16] oraz Kemmler [17] - na podstawie własnych badań stwierdzili, iż pacjenci żyjący poza instytucjami psychiatrycznymi wykazują wyższy poziom J.Ż. niż przebywający w ośrodkach leczniczych i opiekuńczych. Badania Bakera i wsp. [18] udowodniły, iż pacjenci przebywający w hostelach mieli niższą jakość życia niż pacjenci psychiatryczni włączeni w program opieki środowiskowej. Również Rossler i wsp. [20] zwracają uwagę, że osoby przewlekle chore psychicznie leczone w warunkach opieki środowiskowej oceniają wyżej swoją jakość życia niż chorzy długotrwale hospitalizowani, co również sugeruje, że środowisko leczenia ma wpływ na jakość życia.

Z dostępnej literatury wynika, że w Polsce również prowadzono badania oceny J.Ż. pacjentów chorych psychicznie w różnych formach opieki. Badania polskie nie ujawniły podobnych różnic. Jarema i wsp. oceniając J.Ż. 90 pacjentów ze schizofrenią pomiędzy pacjentami leczonymi w oddziale całodobowym, dziennym i objętych opieką zespołu środowiskowego nie wykazali różnic w ogólnej ocenie J.Ż. [3]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach oceniających jakość życia, a brzemień rodziny w różnych formach opieki nad chorymi na schizofrenię (oddział całodobowy, dzienny, zespół leczenia środowiskowego) [21]. Również w badaniach Kasperek i wsp. [22] gdzie przebadano 72 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii z trzech ośrodków o różnych typach oddziaływania (Oddział Dzienny Rehabilitacyjny IPN, Warsztaty Terapii Zajęciowej /WTZ/, Oddział Readaptacyjny /OR/ badając istotność różnic między średnimi w skali jakości życia wykazano, że różnice w poziomie jakości życia między grupami IPN, WTZ, OR nie były statystycznie istotne.

W naszej pracy wykazano różnice w ocenie JŻ w badanych grupach. Pacjenci z PZP2 ocenili w kolejnych badaniach coraz lepiej swoją J.Ż. w sferach: praca w domu, samodzielność, kontakty społeczne i zainteresowania oraz ogólny poziom satysfakcji. Ponieważ grupa ta różniła się pod względem wieku i wykształcenia w sposób statystycznie istotny od dwóch pozostałych grup przypuszczamy, że miało to znaczący wpływ na uzyskane wyniki. Jest to zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów, którzy wykazali, iż czynniki, które sprzyjają lepszej ocenie J.Ż. to między innymi młodszy wiek [13,3,15,23,24] oraz wyższe wykształcenie [13,23,25,26].

Poprawie stanu psychicznego u pacjentów leczonych z powodu ostrych objawów psychotycznych w przebiegu schizofrenii towarzyszy poprawa oceny jakości życia. Ale wykazano, że znaczącej poprawy w subiektywnej ocenie poziomu J.Ż. można oczekiwać po znacznie dłuższym okresie leczenia, niż wynikałoby to z samego czasu poprawy objawowej. Istotna zmiana w ocenie J.Ż. może ujawnić się dopiero w kilka miesięcy po leczeniu [14].

Wykazano również [12,15], że aby uzyskać istotną poprawę subiektywnie ocenianej J.Ż. potrzebny jest znacznie dłuższy czas terapii niż do uzyskania poprawy objawowej. Również w wyniku pojawienia się większego krytycyzmu u chorych zaczynają oni oceniać swoją sytuację bardziej realnie, co jak przypuszczamy miało wpływ na ich samoocenę J.Ż., pomiędzy badaniem początkowym i końcowym. Wyraźnie jest to widoczne w J.Ż.- praca zarobkowa, gdzie badani oceniali tą sferę swojej J.Ż. z biegiem czasu coraz gorzej.

WNIOSKI

1. Prawdopodobnie fakt, iż grupy badanych pacjentów z Poradni Zdrowia Psychicznego w sposób statystycznie istotny różniły się pod względem wieku oraz to, iż w grupie 2 (PZP2) ponad 60% badanych miało wykształcenie średnie – mogło wpłynąć na uzyskane wyniki.
2. Badani z grupy 2 (PZP2) oceniali coraz lepiej w kolejnych badaniach swoją jakość życia w sferach: praca w domu, samodzielność, kontakty społeczne i zainteresowania, udział w życiu rodzinnym, ogólny poziom satysfakcji.

3. Grupa pacjentów leczona w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym (grupa 3) oceniając swoją J.Ż. w zmiennej dotyczącej leczenia pomiędzy początkiem i końcem badania znamienne statystycznie oceniła swoją satysfakcję z leczenia.
4. Przepuszczalnie niższa ocena jakości życia w sferze praca zarobkowa w badaniu końcowym w porównaniu z badaniem początkowym w grupie 1 (PZP1) wynika ze zwiększonego krytycyzmu i wglądu we własną sytuację (oceniają bardziej realnie w wyniku procesu leczenia).

Pismienictwo: u autorów.

STRESZCZENIE

Autorzy obejmując badaniami długofalowymi 60 chorych z rozpoznaniem schizofrenii, ocenili wpływ leczenia i rehabilitacji w różnych formach opieki na jakość życia ocenianą subiektywnie przez tych chorych.

SUMMARY

Embrancing 60 ill people with diagnosis of schizophrenia long-lasting investigations, the authors estimated effect of treatments and rehabilitation in different forms of care onto quality of life of patients.