

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
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 Śląskich**,
Independent Public Medical Care Psychiatric Team in Siemianowice Śląskie**,
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie***
Specialist Hospital in Chorzów***

TERESA GRZYWNA*, JACEK PRZYŁUDZKI**, STANISŁAW URBAN***,
ALEKSANDRA CIEŚLIK*

***Select social-demographic factors
and quality of life ill people with schizophrenia***

**Wybrane czynniki społeczno-demograficzne,
a jakość życia chorych na schizofrenię**

Badania nad jakością życia (J.Ż.) pojawiły się w literaturze światowej latach siedemdziesiątych. Powstało wiele definicji, natomiast autorzy tej pracy przyjęli definicję J.Ż. jako „subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości.” za prof. Markiem Jarema i jego zespołem z III Kliniki Psychiatrii IPiN w Warszawie[5]. Stwierdzonym faktem jest, iż czynniki demograficzno-społeczne jak: wiek, płeć, stan cywilny czy sytuacja rodzinna, pochodzenie społeczne, a także wykształcenie, zawód i sytuacja materialna mają istotne znaczenie w kształtowaniu zachowań w stanie zdrowia i choroby.[9] Celem przeprowadzonych badań była ocena wpływu wybranych czynników społeczno-demograficznych na jakość życia ocenianą subiektywnie przez chorych leczonych z powodu schizofrenii w Oddziale Dziennym, Poradniach Zdrowia Psychicznego i w Środowiskowym Domu Samopomocy.

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Badaniami długofalowymi objęto pacjentów chorych na schizofrenię (zdiagnozowaną według kryterium ICD-10) leczonych w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym w Siemianowicach Śl., Poradniach Zdrowia Psychicznego w Siemianowicach Śląskich i w Chorzowie oraz Środowiskowym Domu Samopomocy w Chorzowie w latach 1997 – 2000.

Każdy pacjent był badany dwukrotnie (0, 360-ty dzień badania). Wszyscy chorzy biorący udział w powyższych badaniach wyrazili pisemną zgodę, ale tylko 63 osób z 115, ukończyło zaplanowany cykl badań. Potwierdziły się doświadczenia innych autorów, którzy podkreślali, iż dużym problemem jest motywacja chorego do badania oraz jego dobra współpraca [6]. Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- I. Kwestionariusz do oceny aktywności społecznej i jakości życia chorych na schizofrenię (S.Urban i wsp.) zastosowano dwukrotnie w odstępach czasu (0, 360). Zawiera on 8 arkuszy oceniających poszczególne składowe jakości życia (J.Ż.) takie jak: praca zarobkowa, praca w domu, samodzielność, kontakty społeczne i zainteresowania, udział w życiu rodzinnym, światopogląd i religia, leczenie, ogólny poziom satysfakcji. Każde z pytań kwestionariusza zaopatrzone zostało w 4 – itemową skalę ocen. Łączna ilość punktów (max. 228) stanowi miernik J.Ż. i aktywności społecznej, zaś ocena poszczególnych arkuszy pozwala na jakościową ocenę wydolności badanego w poszczególnych obszarach funkcjonowania społecznego i poziomu zadowolenia. Konstrukcja kwestionariusza pozwala na jednorazową ocenę, w której porównuje się J.Ż. i aktywność społeczną w dniu badania, miesiąc temu i rok temu. Ponadto umożliwia monitorowanie terapii poprzez J.Ż. w określonych odstępach czasowych.
- II. Skalę PANSS: 2-krotnie (0,360). Oceniając objawy negatywne i pozytywne schizofrenii oraz inne objawy psychopatologiczne u pacjentów.
- III. Ponieważ założono, iż nasilone objawy uboczne neuroleptyków wpływają na J.Ż.,zastosowano również 2-krotnie (0,360) skalę objawów pozapiramidowych w/g Simpsona i Angusa.
- IV. Kwestionariusz danych demograficznych 2 x (0,360) zastosowano dwukrotnie w pierwszym i ostatnim badaniu. Zawierał on dane dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego oraz sytuacji rodzinnej, wykształcenia, źródła utrzymania, zawodu, pracy, inwalidztwa i farmakoterapii.

Do oceny statystycznej istotności różnic w badanych grupach posłużono się analizą wariancji rangowej Kruskala-Wallisa oraz przeprowadzono test U. Manna –Whitneya do oceny istotności różnic w tej samej grupie. Natomiast zależność wzajemną zmiennych oceniono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana.

WYNIKI

Wśród badanych było 38 kobiet i 25 mężczyzn. Stan cywilny badanych we wszystkich grupach nie uległ zmianie w trakcie prowadzonych badań. Tylko 19 osób nadal funkcjonowało w związkach małżeńskich, a 44 osoby były w stanie wolnym (w tym 32 badanych jako panna/ kawaler).

Dokonując analizy pomiędzy badaniem 0 a 360 dotyczącym „ z kim mieszka” stwierdzono niewielkie zmiany. Jedna osoba mieszkająca z rodzicami zamieszkała z małżonkiem. W okresie badania tylko 16 osób mieszkało samotnie. Natomiast 47 osób /74,6%/ zamieszkiwało: z rodzicami, z małżonkiem i /ew/ dziećmi, lub z innymi członkami rodziny.

Wykształcenie we wszystkich grupach nie uległo zmianie. Ale na uwagę zasługuje fakt, że 36 osób /57,1%/ z grupy badanych posiadało co najmniej 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. Tylko 10 osób /15,9%/ z badanej grupy pracowało zawodowo w okresie prowadzonych badań.

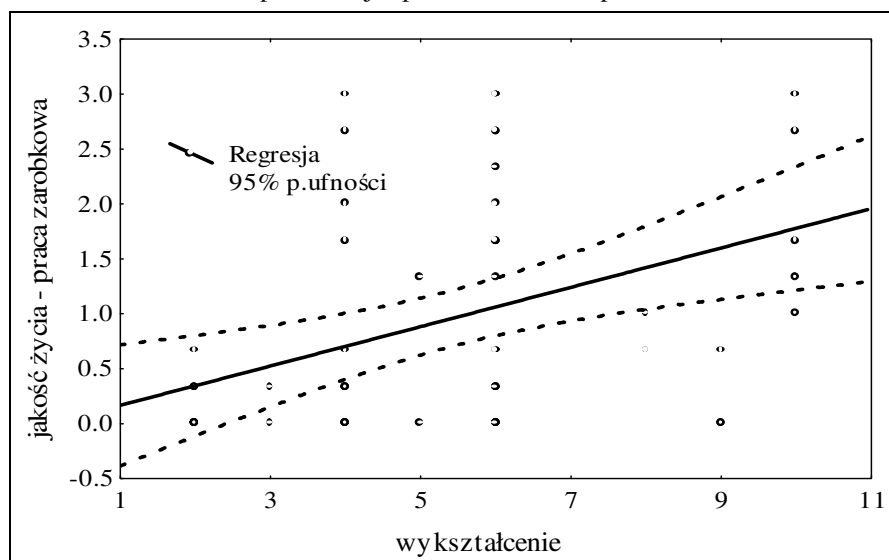
Jedynie w grupie 3 jedna osoba pomiędzy badaniem 0 a 360 uzyskała II grupę inwalidzką (z III) wg poprzednich kryteriów orzecznictwa ZUS. Przeanalizowano zależności J.Ż. od danych demograficznych (w badaniu 0 i 360) u 63 pacjentów chorych na schizofrenię. Zależność wzajemną zmiennych oceniono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Wyniki badań ilustrują tabele 1, 2 oraz ryciny 1,2.

Tab.1 Istotne statystycznie korelacje skalowanych zmiennych demograficznych z parametrami JŻ. (badanie 0)

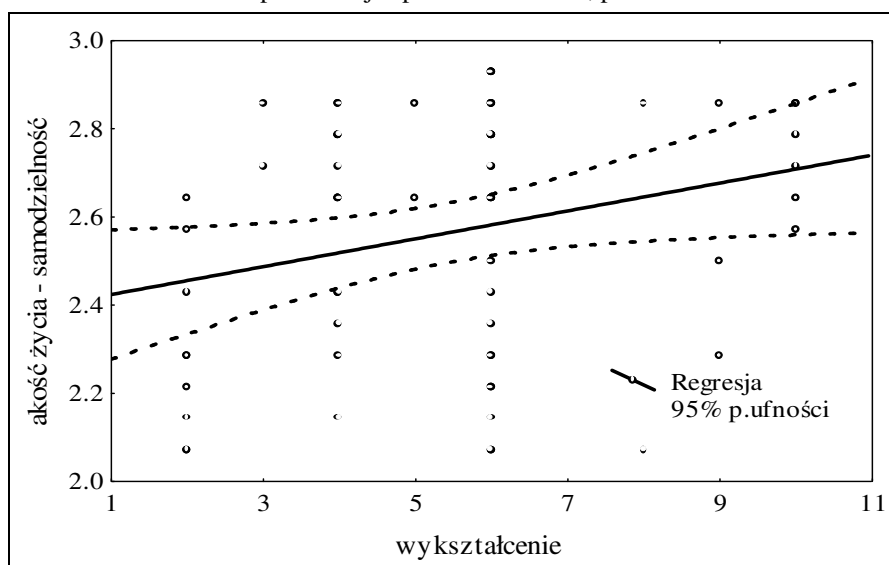
Para zmiennych	Współczynnik korelacji R Spearmana	Poziom istotności statystycznej p
Wykształcenie : JŻ - praca zarobkowa	+ 0.419211	0.000627 *ryc.1
Wykształcenie : JŻ - samodzielność	+ 0.253817	0.044721 *ryc.2
Staż pracy : JŻ - samodzielność	+0.270198	0.044009
Staż pracy : JŻ - leczenie	- 0.297391	0.026020
Nie pracuje : JŻ - praca zarobkowa	- 0.581602	0.000001
Nie pracuje : JŻ - kontakty społeczne i zainteresowania	- 0.301232	0.017351
L. hospitalizacji : JŻ - praca zarobkowa	- 0.409439	0.000952
L. hospitalizacji : JŻ - udział w życiu rodzinnym	-0.357002	0.004395

* korelacje dodatnie

Ryc.1. Wykształcenie a jakość życia - praca zarobkowa (badanie 0)
Wsp. korelacji Spearmana= 0.419, $p < 0.001$



Ryc.2. Wykształcenie a jakość życia - samodzielność (badanie 0)
Wsp. korelacji Spearmana =0.254, p<0.045



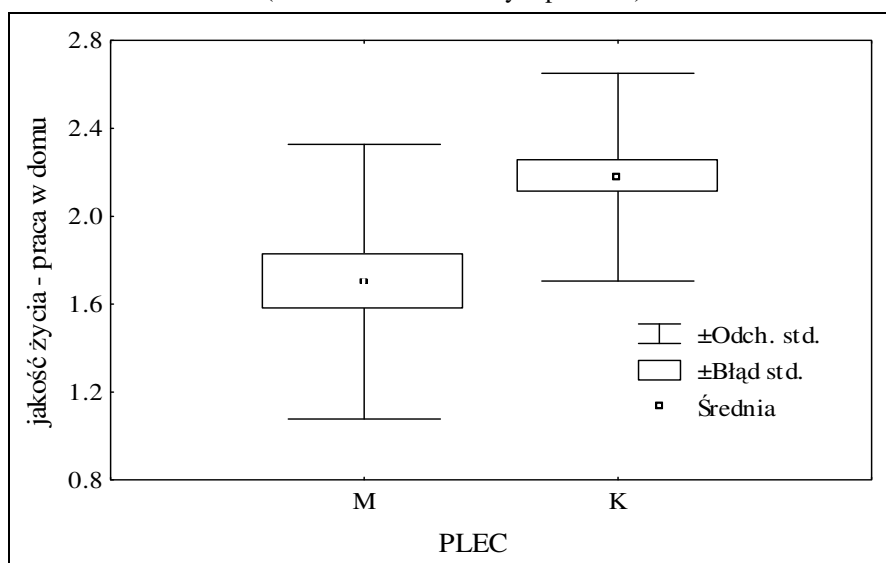
Tab.2 Istotne statystycznie korelacje skalowanych zmiennych demograficznych z parametrami JŻ. (badanie 360)

Para zmiennych	Współczynnik korelacji R Spearmana	Poziom istotności statystycznej p
Wiek : JŻ - samodzielność	- 0.266052	0.038222
Wiek : JŻ - kontakty społeczne i zainteresowania	-0.275114	0.031885
Wiek : JŻ - udział w życiu rodzinnym	-0.333732	0.008578
Nie pracuje : JŻ - praca zarobkowa	- 0.547629	0.000004
Nie pracuje : JŻ - samodzielność	-0.288574	0.022929
Nie pracuje : JŻ - kontakty społeczne i zainteresowania	-0.288917	0.022760
Nie pracuje : JŻ - udział w życiu rodzinnym	-0.369599	0.003112
Choruje : JŻ - praca zarobkowa	-0.268239	0.033539
Choruje : JŻ - samodzielność	-0.263106	0.037216
Choruje : JŻ - udział w życiu rodzinnym	- 0.391282	0.01519
Liczba hospitalizacji: JŻ - praca zarobkowa	- 0.290970	0.021770
Liczba hospitalizacji: JŻ - udział w życiu rodzinnym	-0.326161	0.009679
Ostatnia hosp. : JŻ - kontakty społeczne i zainteresowania	+0.257105	0.043664 *
Ostatnia hosp. : JŻ - ogólny poziom satysfakcji	+0.367172	0.003329 *

* korelacje dodatnie

Przeprowadzony test U. Manna -Whitneya wykazał istotną statystycznie zależność między płcią badanych, a ich oceną JŻ - praca w domu zarówno w badaniu 0 (p=0.00247) jak i badaniu 360 (p=0,25369) Kobiety oceniały tą sferę J.Ż.- praca w domu lepiej niż grupa mężczyzn. /ryc.3/

Ryc.3. Płeć a jakość życia - praca w domu (badanie 0)
(test U Manna-Whitney'a $p < 0.002$)



Porównując stan cywilny badanych a ich ocenę J.Ż. - praca w domu wykazano istnienie istotności statystycznej ($p = 0.0492$) stwierdzoną w teście Kruskala-Wallisa, jednakże w analizie szczegółowej nie udało się wykazać istotnej różnicy.

Analizując stan cywilny a ogólny poziom satysfakcji wykazano, iż większy poziom ogólnej satysfakcji w życiu wykazują pacjenci funkcjonujący w związkach małżeńskich ($p = 0,03$). Również statystycznie istotne dla udziału w życiu rodzinnym jest zamieszkiwanie z rodzicami ($p = 0.027747$) lub małżonkiem ($p = 0.001646$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wydaje się, że badania jakości życia w psychiatrii są odpowiednią metodą oceny skuteczności postępowania terapeutycznego rehabilitacyjnego. Spośród różnych czynników branych pod uwagę w kontekście badania jakości życia najczęściej podkreśla się, że wyżej oceniają swoją jakość życia pacjenci pracujący, znajdujący się w związkach małżeńskich, aktywnie spędzający wolny czas, o niższym krytycznym klimacie rodzinnym, uzyskujący wsparcie emocjonalne.[10]

Wyniki badań oceniających wpływ czynników społeczno- demograficznych na subiektywnie ocenianą jakość życia pacjentów nie są jednorodne.

Rosler i wsp.[8] wykazali w swoich badaniach związek między oceną J.Ż. a wybranymi czynnikami społeczno demograficznymi. W dokonanej analizie regresji po uwzględnieniu innych czynników autorzy stwierdzili, że miejsce leczenia przestało być znaczące, istotne były natomiast oparcie społeczne, nasilenie choroby i poziom wykształcenia.

Według Bengston-Tops i Hanssona[1] czynniki społeczno-demograficzne mają mały wpływ na J.Ż., podczas gdy objawy psychopatologiczne duże.

Natomiast Corominas i Bonet [2] wykazali brak związku pomiędzy oceną J.Ż. a czynnikami społeczno-demograficznymi. Podobnie w badaniach polskich [3] z III Kliniki Psychiatrycznej IPN w Warszawie nie wykazano związku u badanych pacjentów pomiędzy J.Ż. a zmiennymi demograficznymi. Zmienne demograficzne takie jak: wiek, płeć, wykształcenie,

liczba przepracowanych lat, czas pozostawania bez pracy, łączny czas chorowania i leczenia, liczba hospitalizacji nie różnicowały badanej grupy pacjentów pod względem jakości życia zarówno ocenie ich samych, jak i rodzin.[3] Ale inne wcześniejsze badania z tego ośrodka wykazały dodatnią zależność między oceną J.Ż. a wykształceniem chorych [7] oraz ujemną korelację oceny J.Ż. z wiekiem i czasem trwania hospitalizacji.[6]

W naszym badaniu uwzględniającym 63 chorych leczonych z powodu schizofrenii stwierdziliśmy dodatnią zależność między wykształceniem chorych a J.Ż.- praca zawodowa i samodzielność. Kontakty społeczne i zainteresowania oraz ogólny poziom satysfakcji również dodatnio korelowały z ostatnią hospitalizacją.

Wykazaliśmy też, że większy poziom ogólnej satysfakcji w życiu wykazują pacjenci pozostający w związkach małżeńskich oraz iż zamieszkiwanie z rodzicami lub małżonkiem jest istotnym elementem wpływającym na udział pacjenta w życiu rodzinnym. Kobiety oceniły swoją J.Ż. w sferze praca w domu wyżej niż grupa mężczyzn. Jest to zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów, którzy wykazali że kobiety lepiej funkcjonowały zwłaszcza w zakresie uczestniczenia w życiu rodzinnym i pełnienia obowiązków domowych.[4]

WNIOSKI

1. Większy poziom ogólnej satysfakcji w życiu wykazują pacjenci pozostający w związkach małżeńskich.
 2. Zamieszkiwanie z rodzicami lub małżonkiem jest istotnym elementem wpływającym na udział pacjenta w życiu rodzinnym.
 3. Wyższe wykształcenie pacjenta dodatnio koreluje z jakością życia- pracą zarobkową oraz samodzielnością.
 4. Kontakty społeczne i zainteresowania oraz ogólny poziom satysfakcji dodatnio korelują z ostatnią hospitalizacją.
 5. Kobiety oceniają swoją jakość życia w sferze praca w domu wyżej niż grupa mężczyzn.
- Piśmiennictwo: u autorów

STRESZCZENIE

Autorzy obejmując badaniami długofalowymi 63 chorych z rozpoznaniem schizofrenii badali wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na jakość życia pacjentów.

SUMMARY

Embrancing 63 ill people with diagnosis of schizophrenia long-lasting investigations, the authors studied the influence select social-demographic factors onto quality of life of patients.