

**Gdański Uniwersytet Medyczny**

**Agata Zdun – Ryżewska**

**KLINICZNE I PSYCHOSPOŁECZNE KORELATY JAKOŚCI ŻYCIA W  
ZABURZENIACH AFEKTYWNYCH NAWRACAJĄCYCH I  
DWUBIEGUNOWYCH**

*Clinical, psychological and social correlations of quality of life in  
recurrent and bipolar affective disorders*

*Rozprawa doktorska*

**PROMOTOR: dr hab. Mikołaj Majkiewicz, prof. nadzw.**

**Gdańsk – 2011**

## SPIS TREŚCI

<b>1.</b>	<b>Wstęp</b> .....	4
<b>2.</b>	<b>Zaburzenia afektywne nawracające i dwubiegunowe</b> .....	6
2.1.	Zaburzenia afektywne jako interdyscyplinarny problem naszych czasów.....	6
2.2.	Zaburzenia afektywne nawracające i zaburzenia afektywne dwubiegunowe – charakterystyka.....	8
2.3.	Przyczyny zaburzeń afektywnych – przegląd psychologicznych koncepcji depresji.....	11
<b>3.</b>	<b>Zagadnienie jakości życia w medycynie</b> .....	16
3.1	Wzrost znaczenia koncepcji związanych z jakością życia w medycynie	16
3.2.	Definiowanie jakości życia i jej pomiar.....	21
3.3.	Przegląd teorii dotyczących jakości życia.....	22
3.4.	Jakość życia w psychiatrii.....	28
<b>4.</b>	<b>Jakość życia w zaburzeniach afektywnych – przegląd badań</b> .....	30
<b>5.</b>	<b>Korelaty jakości życia w zaburzeniach afektywnych</b> .....	33
5.1.	Zmienne kliniczne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych.....	33
5.2.	Zmienne psychospołeczne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych	38
5.2.1.	Zmienne socjodemograficzne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych.....	38
5.2.2.	Wsparcie społeczne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych.....	41
<b>6.</b>	<b>Cele badawcze pracy</b> .....	45
<b>7.</b>	<b>Narzędzia badawcze</b> .....	45
<b>8.</b>	<b>Procedura badawcza</b> .....	63
<b>9.</b>	<b>Materiał</b> .....	63
<b>10.</b>	<b>Procedury statystyczne</b> .....	66
<b>11.</b>	<b>Wyniki i omówienie</b> .....	67
<b>11.1.</b>	<b>Pomiar jakości życia</b> .....	67
11.1.1.	Poziom jakości życia badanej grupy – zmiany w czasie.....	69
11.1.2.	Różnice pod względem jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną nawracającą i dwubiegunową.....	68

11.1.3.	Związek między poszczególnymi pomiarami jakości życia.....	71
<b>11.2.</b>	<b>Kliniczne korelaty jakości życia w zaburzeniach afektywnych.....</b>	<b>74</b>
11.2.1.	Porównanie pacjentów z chorobą afektywną nawracającą i dwubiegunową pod względem zmian w obrazie klinicznym.....	74
11.2.2.	Nasilenie objawów depresyjnych a jakość życia.....	79
11.2.3.	Pozostałe zmienne kliniczne a jakość życia.....	81
<b>11.3.</b>	<b>Psychospołeczne korelaty a jakość życia w zaburzeniach afektywnych.....</b>	<b>82</b>
11.3.1.	Zmienne socjodemograficzne a jakość życia.....	82
11.3.2.	Jakość życia a wsparcie.....	85
11.3.2.1.	Zakres wsparcia na każdym etapie leczenia.....	85
11.3.2.2.	Współzależność między wsparciem, a jakością życia.....	86
11.3.2.3.	Różnice w strukturze otrzymywanego wsparcia między osobami z chorobą afektywną nawracającą i dwubiegunową.....	87
11.3.2.4.	Wsparcie jako zasób chroniący jakość życia.....	88
12.	<b>Dyskusja.....</b>	<b>91</b>
13.	<b>Wnioski końcowe.....</b>	<b>103</b>
14.	<b>Streszczenie.....</b>	<b>104</b>
15.	<b>Piśmiennictwo.....</b>	<b>106</b>

## Wstęp

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych i to zarówno jeśli chodzi o populację ogólną, jak i o liczbę osób zgłaszających się do lekarzy. Dane przedstawione przez Światową Organizację Zdrowia wyraźnie pokazują, że w chwili obecnej depresja stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie.

Objawy zespołów depresyjnych dotyczą istotnych obszarów osobowości człowieka, wpływają na indywidualne odczucia pacjentów, w pewnym stopniu także determinują jakość relacji społecznych, zarówno w obszarze życia rodzinnego, jak i zawodowego wpływając na przebieg zatrudnienia, czy charakter wykonywanej pracy. Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniach do tej rozprawy niejednokrotnie podawali przejmujące opisy „swojej” depresji, które najlepiej obrazują cierpienie emocjonalne związane z tą chorobą.

- *Normalnie nieszczęścia chodzą parami, mam wrażenie, że w moim życiu chodzą ósemkami.*

- *Czuję się jakbym powoli spadał na dno, jednocześnie się dusząc. Jest tylko jedno wyjście, które pozwoli mi zaczerpnąć powietrza – samobójstwo.*

- *W tej chwili mam do zrobienia dwie rzeczy: wychować syna (ma 16 lat) i za 20 lat znaleźć się w tym samym grobie co żona i matka.*

- *Trudno się leczyć z depresji, bo najpierw trzeba sobie uświadomić, że jestem chora. A przecież nigdy nie mówiło się o depresji. Zamiast tego słyszałam „weź się w garść”, „dasz radę”. Teraz już wiem, że depresja to choroba i trzeba się leczyć.*

- *Mam poczucie, że nawet tutaj na oddziale nie mam prawa być – mój pobyt kosztuje 125 zł, a ja jeszcze tyle w życiu nawet nie przepracowałam, żeby ZUS mógł za to płacić.*

- *Depresja to straszny ból. Tak straszny, że nie pozwala normalnie się zachowywać, skupić się. Próbowałam różnych metod – parapsychologii, medytacji, autosugestii. Nic nie działa...*

- *Depresja to jest przyklejanie uśmiechu na co dzień, żeby innych nie martwić swoim stanem. A w środku rany i ból i straszna samotność.*

- *Depresja to ucieczka od życia. Boję się że jak do niego wrócę, to znowu się załamie i znowu będę o krok od odebrania sobie życia.*

- *Depresja to jest stan w którym człowiek zamyka się w sobie, nie ma chęci do życia. Wszystko wydaje się okropne i bez sensu.*

*- Jestem zawieszona na włosku nad przepaścią, tak czuję. Tak jakbym stała na lodzie – nie wiem jak jest on gruby i kiedy pode mną pęknie.*

*- Nie wierzę w powrót do normalności. Tak daleko oddryfowałem od tego co się nazywa normalnym, szczęśliwym życiem, że nie mam ani sił, ani nie wiem jak wrócić. Moje życie jest jak we mgle. Za późno już dla mnie. Mam dwie drogi awaryjne, albo zostanę mnichem, albo wybiorę anihilację. Czekam aż wydarzy się coś tragicznego, co pomoże mi się wreszcie na którąś z tych dróg zdecydować.*

*- Depresja jest jak gips. Masz nogę w gipsie, boli ciebie i nic nie możesz zrobić. Tu w gipsie jest cała dusza. Najgorsze są te myśli o samobójstwie, od których nie można uciec.*

Przebieg zaburzeń afektywnych ma głównie charakter przewlekły i wymaga często długotrwałego leczenia. Badania nad jakością życia pozwalają na uchwycenie u pacjenta subiektywnego odbioru jego sytuacji zdrowotnej. Sam konstrukt jakości życia jest uwarunkowany wieloma czynnikami dodatkowymi, które mogą wpływać na niego modyfikująco. Z punktu widzenia zarówno naukowego, jak i praktycznego ważne jest poznawanie tych czynników kształtujących jakość życia, które mogą być wykorzystywane do budowania programów terapeutycznych, socjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych przeznaczonych dla chorych z zaburzeniami afektywnymi.

Systematycznych badań jakości życia i jej uwarunkowań w odniesieniu do chorych z zaburzeniami afektywnymi jest relatywnie niewiele, a dostępne doniesienia często pozostają ze sobą we wzajemnej sprzeczności. W tej sytuacji zaprojektowano badania nie jako weryfikację pojedynczych, ściśle sprecyzowanych hipotez, lecz podjęto działania o charakterze eksploracyjnym. W badaniach tych były poszukiwane korelaty lub determinanty jakości życia chorych w szerszym kontekście klinicznym i psychospołecznym, aby można było lepiej zrozumieć uwarunkowania jakości życia pacjentów z zaburzeniami afektywnymi zarówno podczas leczenia, jak i w okresie po ustąpieniu objawów klinicznych choroby. W modelu badawczym główną zmienną zależną była ocena jakości życia chorych, natomiast zmiennymi niezależnymi czynniki kliniczne, takie jak rozpoznanie (rodzaj zaburzeń afektywnych), przebieg choroby, leczenie itp., a także czynniki społeczno – demograficzne takie jak wiek, płeć, wykształcenie, zatrudnienie, stan rodzinny, oraz wsparcie społeczne. Szczegółowe założenia pracy zostały omówione w części empirycznej.

## **2. Zaburzenia afektywne jednobiegunowe i dwubiegunowe**

### **2.1. Zaburzenia afektywne jako interdyscyplinarny problem naszych czasów**

W 1974 roku Antoni Kępiński napisał, że „smutek jest dolą człowieka. I nawet najpogodniejszemu trafiają się okresy depresji, gdy wokół niego świat ciemnieje i sam siebie widzi w ciemnych kolorach. Nic też dziwnego, że w psychiatrii, gdzie cierpienie psychiczne przekracza granice przeciętności, depresja, jest jednym z głównych problemów” [1]. W 2011 roku do tej trafnej obserwacji można dołożyć kolejne stwierdzenie, a mianowicie, że depresja staje się nie tylko problemem psychiatrycznym, czy psychologicznym, ale i społeczno - ekonomicznym.

Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest duże rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych mieszczące się (w zależności od źródła i metody badania) w przedziale od kilku do kilkunastu procent. Od kilkunastu lat obserwowalny jest w Europie ciągły wzrost liczby zachorowań, któremu towarzyszy jednocześnie zwiększająca się liczba osób leczonych z powodu zaburzeń afektywnych. Po 50 roku życia (zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn) choroby afektywne są jedną z głównych przyczyn hospitalizacji [2].

Dane te nie w pełni oddają realną liczbę zachorowań na depresję. Lehmann [3] porównał wskaźniki hospitalizacji i wskaźniki epidemiologiczne – w jego badaniach okazało się, że średnio tylko jeden na pięciu chorych korzysta z jakiegokolwiek pomocy specjalistycznej. Lehmann opracowując na tej podstawie urealnione wskaźniki zachorowalności podaje, że jest możliwe, że 3% osób w ciągu roku choruje z powodu depresji i wymaga pomocy psychiatrycznej, co daje w skali całego globu rocznie około 100 mln osób. W krajach Europy Zachodniej wskaźnik może sięgać 4%, a u osób, które znajdują się w wieku ryzyka 10%. Istnieją dane, które wskazują, że 1 osoba na 6 w jakimś momencie swojego życia cierpi z powodu stanu, który w pełni odpowiada rozpoznaniu depresji [4]. Szacuje się, że do roku 2020 depresja będzie drugą główną przyczyną diagnozowaną u podłoża trwałego inwalidztwa [5].

Pomimo coraz większego zainteresowania tematyką depresji nadal obserwuje się relatywnie niską wykrywalność tego zaburzenia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Powodów takiego stanu jest zapewne kilka, poczynając od błędów diagnostycznych, a skończywszy na trudnościach jakie mogą mieć osoby cierpiące na depresję, które powstrzymują je przed zgłoszeniem się po realną pomoc [2].

Wagę i konieczność poruszenia tematu depresji podkreśla także jej przewlekły, nawracający, inwalidyzujący charakter. Niektóre dane wskazują na 80-100% nawrotowość w przypadku depresji. Często widoczne są objawy „defektu”, czyli niepełne remisje ze stale utrzymującymi się zaburzeniami nastroju, rytmów biologicznych, napędu, aktywności złożonej. Małą skuteczność leków przeciwdepresyjnych możemy obserwować u około 25% chorych [3].

Z perspektywy społecznej należy zwrócić uwagę na rosnące koszty ekonomiczne, związane z występowaniem i z leczeniem depresji [6]. Ogólny koszt całej grupy zaburzeń z kręgu depresyjnego jest bardzo wysoki i porównywalny do kosztów takich chorób jak nowotwory, HIV, czy choroby układu krążenia. Judd [7] podkreśla, że depresje to najdroższa grupa chorób.

Na gruncie europejskim przywołując dane z ostatniej konferencji wysokiego szczebla, w trakcie której nastąpiła inauguracja Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego wykazano, że koszty ekonomiczne depresji w Unii Europejskiej w 2004 roku wyniosły 235 euro w przeliczeniu na jednego mieszkańca, a w skali całej Unii (łącznie 25 państw) i EFTA (Europejska Strefa Wolnego Handlu) aż 118 miliardów euro. Wysokość tej kwoty wynika z rosnących kosztów leczenia zaburzeń depresyjnych, oraz w aż 65% z tytułu nieobecności w pracy, niezdolności do pracy i przedwczesnego porzucania aktywności zawodowej [8].

Kolejnym powodem, który czyni depresję ważkim problemem społecznym jest związana z nią wysoka śmiertelność. Od 15 do 25% chorych ze zdiagnozowaną depresją dokonuje skutecznego zamachu samobójczego. Wskaźnik ten od około 50 lat utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie, pomimo wielu podejmowanych działań i postępu w dziedzinie farmakoterapii [3].

Z wielokrotnie opisanym zjawiskiem nadumieralności w depresji łączy się także zagadnienie powiązań między depresją a innymi chorobami, zwłaszcza somatycznymi. Osoby cierpiące z powodu depresji należą do grupy z podwyższonym ryzykiem zachorowania na: choroby układu krążenia, układu pokarmowego, oddechowego, endokrynopatii, chorób alergicznych, czy nowotworów. Ryzyko wystąpienia niektórych typów schorzeń u osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi jest dwa razy większe niż w populacji ogólnej, a u osób powyżej 60 roku życia nawet cztery razy większe [3].

Dodatkowo depresja może znacznie pogarszać rokowania w przypadku niektórych chorób np. przy leczeniu nowotworów w związku z widocznym brakiem motywacji do podjęcia jakichkolwiek aktywnych działań, oraz brakiem wiary w powrót do zdrowia.

Choroba afektywna nieodmiennie łączy się z często samotnym cierpieniem, bólem, lękiem. Wywiera jednak wpływ nie tylko na pacjentów, ale i na cały system rodzinny. Osobie chorej bardzo trudno jest wypełniać sprawnie dotychczasowe role społeczne (np. rolę aktywnego rodzica) ze względu na obniżenie napędu psychoruchowego, większą męczliwość, mniejszą cierpliwość, bardzo duży krytycyzm względem samego siebie itd. Podobne trudności mogą występować w relacjach małżeńskich, powodując dodatkowe napięcia, kryzysy, trudności w pożyciu seksualnym [9]. Osoba cierpiąca z powodu depresji może być dużym obciążeniem dla zdrowego partnera (chory nie cieszy się przyjemnymi czynnościami, często nie reaguje na wsparcie, dostarcza powodów do wielu dodatkowych zmartwień), do tego stopnia, że aż około 40% współmałżonków kwalifikuje się również do leczenia [10].

## **2.2. Zaburzenia afektywne nawracające i zaburzenia afektywne dwubiegunowe - charakterystyka.**

Termin depresja jest bardzo powszechnie stosowany w codziennym życiu, do tego stopnia, że prawie każdy podręcznik psychiatrii podaje kryteria pozwalające na różnicowanie między stanem „zwykłego” przygnębienia (krótko trwająca chandra, bez poczucia choroby, bez zdezorganizowania aktywności złożonej), a prawdziwą depresją, którą charakteryzują objawy podstawowe tzw. osiowe, oraz niespecyficzne, czyli dodatkowe.

Do objawów podstawowych należą:

- obniżony nastrój (smutek, przygnębienie, rozpacz),
- utrata zainteresowań i zdolności do radowania się,
- zmniejszenie energii związane ze wzmożoną męczliwością, skutkujące zmniejszoną aktywnością, oraz spowolnieniem ruchowym.

Aby zdiagnozować depresję konieczne jest występowanie co najmniej dwóch z wyżej wymienionych objawów i ich utrzymywanie się przez okres co najmniej dwóch tygodni.



Do często spotykanych, dodatkowych objawów należą:

- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena,
- poczucie winy,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
- myśli, tendencje i próby samobójcze,
- zaburzenia snu (zwłaszcza płytki, przerywany sen, połączony z wczesnym wybudzaniem się i niemożnością ponownego uśnięcia),
- zmniejszony apetyt (spadek wagi, obniżenie popędu płciowego).

Powyższa charakterystyka została zaczerpnięta z podręcznika WHO (World Health Organization) ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), czyli Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, a konkretnie jej V rozdziału - Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania [11]. Posługując się ICD-10, który zawiera opisy i wskazówki diagnostyczne możemy wyróżnić i dokładnie scharakteryzować całą grupę zaburzeń afektywnych, w tym:

- Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (F31)
- Zaburzenia depresyjne nawracające (F33)

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (stosowane synonimy: choroba afektywna dwubiegunowa, cyklofrenia, psychoza maniakalno - depresyjna) to grupa zaburzeń charakteryzująca się co najmniej dwoma nawrotami epizodów chorobowych: manii (lub hipomanii) i depresji, z charakterystycznym dla większości chorych powrotem do zdrowia między nimi (okres remisji może być zróżnicowany: od kilkunastu dni do kilku lat). U ponad 90% po wystąpieniu pierwszego epizodu występują kolejne. U 7-10% nie obserwuje się wystąpienia nawrotów. U większości osób występuje podobna liczba nawrotów manii i depresji, u mniejszej części występuje przewaga faz depresyjnych. Wraz z biegiem lat czas remisji ulega skróceniu, zaś liczba nawrotów stopniowo się zwiększa. Średnią liczbę nawrotów szacuje się ogólnie od 6 do 10, u niektórych osób widoczna jest pewna regularność (np. rytm związany z porami roku), jednak u większości trudno ustalić jakikolwiek schemat występowania nawrotów.

Czasem można obserwować przed pojawieniem się nawrotów występowanie stresujących, ważnych wydarzeń życiowych (np. straty osób bliskich, pojawienia się nowych obowiązków), urazów psychicznych, chorób somatycznych (ale także zatrucia, poród). Nawroty mogą występować również spontanicznie bez wyraźnych przyczyn.

U większości osób cierpiących z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej pierwszy epizod zazwyczaj pojawia się pomiędzy 20 a 30 rokiem życia (u około 1/3 poniżej 20 roku życia, tylko u 1-2% powyżej 60 roku życia). Pierwszym epizodem, zwłaszcza u kobiet jest najczęściej epizod depresyjny.

Rozpowszechnienie tej grupy zaburzeń jest szacowane w zależności od źródła od 0,4% do 1,5%.

Faza depresyjna zwykle średnio trwa około 3 miesięcy (rzadko dłużej niż rok) i często przyjmuje postać dużego epizodu depresyjnego (zwykle jest to depresja prosta, z umiarkowanym zahamowaniem, niezbyt nasilonym lękiem, z częstymi cechami zespołu somatycznego i hipersomnią).

Rokowania pogarsza wczesne wystąpienie pierwszego epizodu, płeć męska, trudności w przystosowaniu w okresie przedchorobowym, pierwsza faza maniackalna, występowanie objawów psychotycznych, niepełne remisje między kolejnymi fazami, uzależnienie od alkoholu i innych substancji.

Zaburzenia depresyjne nawracające (synonimy: zaburzenia afektywne jednobiegunowe, choroba afektywna jednobiegunowa, depresja nawracająca) to powtarzające się epizody depresji o przebiegu łagodnym (F32.0), umiarkowanym (F32.1) lub ciężkim (F32.2 i F32.3) bez występowania jakichkolwiek stanów wzmożonego nastroju, lub aktywności, które spełniałyby kryteria epizodu maniackalnego.

Częstość występowania tej grupy zaburzeń szacuje się na około 10% (przez niektórych autorów znacznie wyżej), w większości częściej u kobiet niż mężczyzn (w proporcji 2:1).

Pierwszy epizod statystycznie pojawia się później niż w przypadku zaburzeń dwubiegunowych, bo około 40-50 roku życia. Średnia liczba nawrotów to 3-4. Epizody depresji trwają również nieco dłużej, średnio około 6 miesięcy (od 3 do 12 miesięcy). Również bywają poprzedzone trudnymi i stresującymi wydarzeniami życiowymi (utrata, rozłąka, problemy ekonomiczne, konflikty, choroby somatyczne).

Zwykle między kolejnymi epizodami depresji występuje czas remisji, jednak u 25% utrzymują się objawy depresyjne tzw. stan subdepresji. U około 12-30% objawy depresji występują się bez żadnej remisji, przez cały czas.

W większości przypadków epizod depresji spełnia kryteria tzw. dużego (depresja z dużym lękiem, niepokojem, zaburzeniami snu, zahamowaniem psychoruchowym, zniechęceniem do życia, urojeniami dotyczącymi np. winy, nieuleczalności, sytuacji materialnej, której nic nie zmieni).

Oszacowując rokowanie należy wziąć pod uwagę dotychczasowy przebieg choroby (liczbę nawrotów, ich długość, czas remisji, ciężkość epizodów depresyjnych, skuteczność leków przeciwdepresyjnych), obecność dodatkowych zaburzeń (np. w postaci zaburzeń osobowości, dystymii), występowanie chorób somatycznych, niski status ekonomiczny, izolację społeczną, konflikty w najbliższym otoczeniu, zaawansowany wiek i płeć żeńską.

### **2.3. Przyczyny zaburzeń afektywnych – przegląd psychologicznych koncepcji**

Grupa chorób afektywnych należy do zaburzeń uwarunkowanych polietiologicznie, o nie w pełni zidentyfikowanym podłożu. Na pewno przy ich powstawaniu należy uwzględnić udział czynników biologicznych - czynniki genetyczne (na co wskazuje rodzinne występowanie tej grupy chorób), z coraz większym prawdopodobieństwem możemy z chorobami afektywnymi powiązać również zmiany strukturalne w Ośrodkowym Układzie Nerwowym, zaburzenia neuroprzewodnictwa, zmiany hormonalne, psychoneuroimmunologiczne, czy hipotezę kindlingu zakładającą obecność ognisk rozniecania w układzie limbicznym, lub hipotezę zaburzeń rytmów biologicznych [6].

Przy analizach przyczyn tej grupy zaburzeń rozpatruje się również koncepcje psychologiczne. Znaczna część z nich rzuca światło na zagadnienie chorób afektywnych, oraz łączy się z koncepcjami jakości życia, pozwalając na zrozumienie zjawisk życia psychicznego pacjenta, co jest warunkiem wprowadzenia zmian w jego życiu.

#### Psychoanalityczne koncepcje

Zygmunt Freud [za:16] zauważył, że u podstaw depresji może leżeć zjawisko związane z trzema przyczynami: utratą obiektu, ambiwalencją uczuć, oraz regresją

libido w ramach ego. Wyjaśnia to fakt, dlaczego niektóre osoby doświadczając utraty i odrzucenia nie okazują gniewu, tylko całą złość zwracają ku sobie samemu. Wiąże się to z wydarzeniami z wczesnego dzieciństwa, gdzie dziecko kierując całą swoją miłość ku pewnej osobie zostało odrzucone i sfrustrowane. Pojawiający się problem złości i miłości, oraz energii libido, która została uaktywniona, ale nie mogła zostać ulokowana w obiekcie zostaje rozwiązany w ten sposób, że dziecko identyfikuje się z obiektem („włącza” go do swojego „ja”). Wobec czego złość, która pierwotnie była skierowana do obiektu, który odrzucił, zostaje teraz obrócona przeciwko sobie samemu. W przyszłości u osoby depresyjnej ten mechanizm będzie się powtarzał w sytuacjach straty (np. zgonu, odejścia, odrzucenia), powodując powstawanie niskiej samooceny, potrzeby kary, samooskarżania.

Inne wyjaśnienie mechanizmu powstawania depresji zaproponowała Melania Klein [za:16], która zauważyła, że o powstaniu osobowości zdrowej lub skłonnej do zaburzeń depresyjnych decyduje pierwszy rok życia dziecka, a dokładniej występująca w tym czasie jakość relacji między matką, a dzieckiem. W tym czasie u dziecka występują dwa ambiwalentne uczucia: złości (reakcji na frustrację w kontakcie z matką) i lęku (o matkę odczuwanego w związku ze złością). Dziecko tworzy dwa schematy matki tzw. „dobry obiekt” (matka, która kocha dziecko, oraz pozytywne uczucia dziecka do matki) i „zły obiekt” (matka frustrująca dziecko, negatywne uczucia do matki). W trakcie prawidłowego rozwoju dziecka powinno dojść do połączenia obu obiektów, natomiast jest to utrudnione, w sytuacji, gdy uczucia gniewu, złości, niechęci są silniejsze niż miłości. Poczucie niedostatku miłości i obawa przed utratą obiektu trwa nadal, powracając w życiu dorosłym w specyficznych sytuacjach i okolicznościach, powodując objawy depresyjne.

### Teorie poznawczo – behawioralne

Autorzy koncepcji poznawczo – behawioralnych podkreślają, że „w toku życia człowiek przyjmuje, przechowuje, interpretuje, tworzy i przekazuje za pomocą języka informacje (wiedzę, dane) i nadaje im wartość (znaczenie, sens). Postrzega rzeczywistość, zapamiętuje, myśli analitycznie i twórczo” [12].

Przeformułując tę myśl, można stwierdzić, że każdy człowiek ma swój własny sposób postrzegania świata, który znacząco wpływa na ludzkie emocje i zachowania.

Do tego założenia odwołuje się Aaron Beck w swojej teorii depresji, w której zakłada, że przyczyną depresji są negatywne przekonania zwane triadą depresyjną, błędy myślenia i negatywne schematy Ja [za:13].

Triada depresyjna to automatyczne, negatywne przekonania na temat siebie, świata i przyszłości, które powstają na skutek destrukcyjnych oddziaływań otoczenia i powodują pojawienie się depresyjnego nastroju, poczucia beznadziejności, obniżenie motywacji. Taka kombinacja pesymistycznych myśli na temat siebie, świata i przyszłości jest utrzymywana dzięki zniekształceniom poznawczym (charakterystycznym błędom myślenia), do których na przykład należy: arbitralne wnioskowanie – nie mające uzasadnienia w rzeczywistości, lub nawet z nią sprzeczne (doszukiwanie się niechęci i złego nastawienia u osoby, która może być po prostu zmęczona), czy personalizacja – odnoszenie napotkanych sytuacji, wydarzeń do własnej osoby, podczas gdy w rzeczywistości może nie być podstaw do takiej interpretacji (np. w przypadku wykładowcy, który uznaje, że jest złym nauczycielem, bo na jednym z jego zajęć student zasnął).

Negatywny schemat Ja powstaje w toku socjalizacji, pod wpływem zaniedbania, odrzucenia, przemocy, nadmiernej krytyki, straty. Do pewnego momentu może być on utajony, a zostaje wzbudzony pod wpływem sytuacji trudnych. Po zaktywizowaniu sprawia, że informacje są interpretowane w sposób automatyczny zgodnie z tym zniekształconym schematem.

Inną poznawczą koncepcją wyjaśniającą mechanizm powstawania depresji jest model wyuczonej bezradności Seligmana. Teoria ta powstała na bazie licznych badań nad zwierzętami i ludźmi, w trakcie których zaobserwowano, że u osoby, która doświadcza braku kontroli, powstaje poczucie bezradności, niedostrzeganie związku między własnymi działaniami, a zdarzeniami, a także deficyt motywacyjny i emocjonalny (apatia). Wprawdzie poczucie bezradności to nie jest depresja, ale ma z nią wiele cech wspólnych (bierność, smutek, brak apetytu, niedobór snu) i na pewno zwiększa ryzyko depresji. Osoba, która jest głęboko przeświadczona o tym, że w stresującej sytuacji nic nie może zrobić, aby sobie z nią poradzić, zaczyna doświadczać poczucia winy i zaprzestaje działań [14]. Pojawia się pesymistyczny styl atrybucji polegający na tym, że wszelkie niepowodzenia i trudności przypisuje się czynnikom wewnętrznym, ogólnym i stabilnym (nie wyszło, bo jestem nieudacznikiem i sierotą życiową), a ewentualne sukcesy czynnikom zewnętrznym,

konkretnym i niestabilnym (wyszło, bo miałem szczęście – sprzyjające warunki). Przeprowadzone przez Carson, Butcher i Mineka badania podłużne na grupie studentów wskazały na fakt siedmiokrotnie częstszego (w porównaniu z grupą kontrolną) występowania depresji u tych osób, które miały tendencję do poczucia beznadziejności i u których występował pesymistyczny styl wyjaśniania [15].

### Podejście interpersonalne

Model ten podkreśla duże znaczenie więzi społecznych, jako czynnika, który może chronić, albo przyczyniać się do występowania depresji. Jak podaje Klerman [za: 18] kluczową rolę odgrywa tutaj podstawowa z perspektywy danej osoby grupa społeczna (np. rodzina, przyjaciele, znajomi z pracy) i związane z nią cztery zjawiska: występujące w przeszłości lub obecnie utraty osób znaczących, aktualne stresory związane z relacjami interpersonalnymi (konflikty), trudności w zmianie roli (kłopoty związane z przystosowaniem się do nowych warunków np. po zmianie pracy, pojawieniu się dziecka), oraz deficyty dotyczące kompetencji interpersonalnych (negatywne wzory przywiązania, trudności w nawiązywaniu więzi). Brakuje wówczas istotnego czynnika chroniącego, a pojawiają się czynniki wywołujące i podtrzymujące zaburzenia depresyjne – osoba znajdująca się w izolacji, bez głębszych więzi ze swoim otoczeniem społecznym jest szczególnie podatna na zaburzenia depresyjne.

Sytuację społeczną osoby chorującej na depresję komplikuje dodatkowo wpływ jaki wywiera ona na swoje otoczenie. Coates i Wortman [za:16] opisują mechanizm społecznego porównywania się osób z depresją, związany z próbą kontroli objawów ze strony osób bliskich. Pierwszą reakcją w rodzinie jest zazwyczaj współczucie, otoczenie troską, próby pocieszenia („trzymaj się”, „jakoś to będzie”), znalezienia zajęcia (w myśl zasady, żeby zająć czymś ręce to „złe” myśli odejdą). Już te pierwsze próby kontroli mogą w osobie chorej wzbudzić niepokój i poczucie bycia nieakceptowanym, czy gorszym od innych członków rodziny. W sytuacji gdy objawy trwają nadal, choroba nasila się, może rosnać frustracja zdrowych członków rodziny, a wsparcie staje się coraz bardziej ambiwalentne (pojawiają się reakcje „weź się w garść”, „przestań się lenić”, „co się z tobą dzieje – zobacz babcia ma 80 lat, a taka radosna, weź z niej przykład i przestań się zamartwiać”). W efekcie u osoby z depresją objawy ulegają dalszemu zaostrzeniu, do którego dołącza się przekonanie o samotności, braku wsparcia, lub odrzucenia.

### Koncepcje humanistyczne

Ta grupa koncepcji łączy zjawisko powstawania różnych zaburzeń (w tym depresji) z pewnymi deficytami rozwoju osobowości wynikającymi z niezaspokojenia ważnych psychicznych potrzeb (bezpieczeństwa, miłości, przynależności, akceptacji, szacunku, autonomii, realizacji ważnych celów i wartości). Ważną, uniwersalną dla wszystkich ludzi potrzebą jest samoakceptacja – warunkuje ona zdolność do odczuwania satysfakcji i budowanie poczucia własnej wartości. Depresja wiąże się z deprivacją tej właśnie potrzeby (osoba na skutek różnego rodzaju doświadczeń nie czuje się wartościowa, godna szacunku i miłości), co jednoznacznie przekłada się na całość jej funkcjonowania, uniemożliwiając realizację celów zarówno krótkoterminowych, jak i tych perspektywicznych.

### Model podatność – stres

Na podstawie dokonanego przez Pużyńskiego [3] przeglądu literatury wyraźnie widać, że w około 50% pierwszego przypadku epizodu depresji zostaje on poprzedzony stresującym wydarzeniem emocjonalnym. Do negatywnych wydarzeń należą: strata osoby pozostającej w bliskiej relacji, utrata zdrowia, pozycji społecznej, poczucia własnej wartości, poczucia bezpieczeństwa, utrata symboli (np. przedmiotów które zapewniają poczucie bezpieczeństwa). Stres mogą wywoływać również wydarzenia pozytywne, które wprowadzają duże zmiany wymagające dostosowania się, co może przekraczać możliwości poradzenia sobie z nimi. Do tej kategorii wydarzeń mogą należeć sukcesy – Kępiński [1] opisał zjawisko „depresji szczytu”, która pojawia się wtedy, gdy po latach starań, wysiłku i nieustannej pracy człowiek osiąga swój cel, a w zamian radości i odpoczynku pojawia się poczucie pustki i brak sensu życia.

Badania Dohrenwend i współpracowników [za:17] wykazały, że w życiu pacjentów doświadczających depresji pojawiały się stresujące i trudne wydarzenia życiowe w roku poprzedzającym zachorowanie. W innych badaniach tego samego autora potwierdzono szczególnie istotny statystyczny związek między negatywnymi wydarzeniami będącymi poza kontrolą człowieka (śmierć, choroba innej osoby), a zachorowaniem na depresję.

Jednym z modeli wyjaśniających związek między stresem a zapadalnością na depresję jest socjologiczna koncepcja Georga Browna [za:17]. Stresujące wydarzenia życiowe (zwłaszcza te ważne, lub stałe, związane ze stratą, lub pełnioną rolą) znacznie zwiększają ryzyko zachorowania na depresję, dla osób, które cechują się zespołem

czynników zwanych podatnością. Zostały one wyodrębnione empirycznie, na podstawie longitudinalnych badań i należy do nich: brak bliskich relacji, wsparcia, utrata matki przed 11 rokiem życia, wychowywanie trójki lub większej ilości dzieci poniżej 14 roku życia, niewykonywanie pracy poza domem (brak zatrudnienia). Pewną rolę grają tu również czynniki pośredniczące między stresorami a depresją. Należy do nich: znaczenie przypisywane wydarzeniu (te same wydarzenia mogą wywoływać u różnych osób stres o różnym natężeniu), niska samoocena, poczucie beznadziejności, pesymistyczny styl myślenia, tendencja do negatywnych ocen sytuacji.

Ten krótki przegląd popularnych psychologicznych koncepcji powstawania depresji pokazuje wiele różnych mechanizmów, które mogą zarówno chronić, jak i przyczyniać się do powstawania zaburzeń depresyjnych. Teorie te wskazują szereg czynników wartych uwzględnienia w dalszych badaniach, w celu jak najdokładniejszego poznania istoty choroby afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej. Ich praktyczną wartością są konkretne programy, oraz techniki terapeutyczne, które znacząco wspomagają, przyspieszają, lub warunkują powrót do zdrowia osoby cierpiącej z powodu depresji.

Ponadto wiele z powyżej opisanych psychologicznych koncepcji depresji w sposób naturalny łączy się z zagadnieniem jakości życia w chorobach psychicznych. Niektóre (bazując na tych samych źródłach, lub czerpiąc od siebie nawzajem) opisują te same czynniki, w znaczny sposób integrując różne obszary medycyny i psychologii.

### **3. Zagadnienie jakości życia w medycynie**

#### **3.1. Wzrost znaczenia koncepcji związanych z jakością życia w medycynie**

Wydaje się, że zagadnieniem jakości życia ludzkość zajmowała się od zarania dziejów. Odpowiedź na pytanie czym jest jakość życia i jakie czynniki ją determinują próbowali odnaleźć filozofowie, poeci, a nawet politycy (np. w 1964 w słynnym przemówieniu prezydent Stanów Zjednoczonych Lyndon B Johnson: „cele nie mogą być mierzone wielkością naszego salda bankowego. Mogą być mierzone tylko jakością życia jakie nasz naród prowadzi...”) [21].



Pierwsze udokumentowane pojawienie się tego terminu na gruncie medycyny miało miejsce w 1966 w czasopiśmie *Annals of Internal Medicine*, gdzie Francis Elkinton w artykule pt. „*Medicine and Quality of Life*” dotyczącym problemów transplantologii nawiązując do filozofii Francisa Bacona zdefiniował Jakość Życia jako harmonię wewnątrz człowieka i pomiędzy człowiekiem i światem. W kategoriach operacyjnych definicja ta nie dała konkretnego przełożenia na praktykę. Natomiast jeśli spojrzymy na nią w kategoriach koncepcyjnych była to pierwsza próba sformułowania odpowiedzi na pytanie czym jest jakość życia człowieka w obszarze nauk medycznych.

Lata 70. XX wieku przyniosły sporadyczne powroty kwestii jakości życia, głównie w nawiązaniu do konieczności zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentom chorym na przewlekłe, ciężkie choroby (np. nowotwory). W 1978 roku Bardelli i Saracci zauważyli, że w tylko 5% artykułów publikowanych w najbardziej liczących się czasopismach o tematyce onkologicznej poruszono problem jakości życia [za:22].

Z czasem zagadnienie to zaczęło interesować coraz większą liczbę autorów badań i liczba publikacji zaczęła znacząco wzrastać już w latach 80tych. W 2004 wpisane w PubMed hasło „*Quality of Life*” dawało wynik 61.000 rezultatów. Wpisane w roku 2011 daje już wynik 159.219 odniesień.

W 1992 roku założono naukowe czasopismo *Quality of Life Research – An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* (ze wskaźnikiem Impact Factor uśrednionym na przestrzeni ostatnich 5 lat w wysokości 2,99) pod patronatem naukowego towarzystwa *International Society of Quality of Life Research*, które w październiku 2010 w Londynie miało swoje 17 doroczne spotkanie [23].

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w 2006 roku powstał Zakład Badań nad Jakością Życia, którego zespół pod kierownictwem prof. nadzw. dr hab. Mikołaja Majkowicza zajmuje się zagadnieniami jakości życia w szeroko rozumianym kontekście medycznym, psychologicznym i społecznym, zarówno ogólnie, jak i w odniesieniu do konkretnych problemów, czy chorób.

Ten wyraźnie obserwowalny wzrost zainteresowania zagadnieniami związanymi z jakością życia jest uwarunkowany wieloma przyczynami, z którymi jednocześnie wiąże się rola jaką pojęcie jakości życia w coraz widoczniejszy sposób odgrywa w medycynie.

Już w 1964 roku Robert Platt [za:22] przeciwstawił medycynę mechanistyczną (coraz bardziej skomplikowane procedury lecznicze, zabiegi, farmakoterapia mająca na celu wyleczyć chory narząd) medycynie humanistycznej (całościowemu spojrzeniu na pacjenta w kontekście wszystkich czynników, które mogą go uszczęśliwiać, lub unieszczęśliwiać). Dziś pojęcie jakości życia wpisuje się w tak konieczne, holistyczne i podmiotowe spojrzenie na pacjenta (pacjent jako istota ludzka, a nie „przypadek”, czyli zbiór chorych organów, czy dysfunkcji). Często powtarzanym hasłem jest „dodanie życia do lat, nie tylko lat do życia”, czyli nieskupianie się tylko i wyłącznie na przedłużeniu życia za wszelką ceną, ale i uwzględnienie ludzkich potrzeb pacjentów.

„W naukach medycznych, badania nad jakością życia można uznać za rodzaj metaanalizy aktualnych teorii i praktyki medycznej, przyjętego postępowania diagnostycznego, leczniczego, opieki medycznej i usprawnienia” – cytując profesor Wołowicką można wskazać obszary, w których zagadnienie jakości życia jest szczególnie przydatne [24].

Pomiar jakości życia jest obok czasu przeżycia główną zmienną zależną w modelach oceny efektywności różnych metod leczenia w chorobach ciężkich i przewlekłych [25]. Skuteczne leczenie zwykle jest utożsamiane z takim, które poprawia stan zdrowia. Może jednak przy długoterminowych korzyściach zdrowotnych powodować tymczasowe, albo stałe pogorszenie jakości życia. Wiąże się to np. z efektami ubocznymi stosowanego leku, lub ograniczeniami aktywności z nimi związanych [26]. Stałe pytanie: „co jest gorsze - lek czy choroba?” i wpływające z niego implikacje jest z natury wpisane w nurt rozważań nad jakością życia [za:27].

Gota i Moore [za:28] w 1992 roku dokonali analizy przykładowych przypadków, w których pomiar jakości życia powinien być głównym punktem docelowym badań: gdy istnieją różne metody leczenia o podobnej efektywności, a tylko jedna z tych metod przypuszczalnie będzie się wiązać ze znaczną poprawą jakości życia, gdy zastosowanie danej metody leczenia daje relatywnie małe szanse na wyzdrowienie, a być może wiąże się z bardzo dużym uszkodzeniem jakości życia, oraz gdy chcemy zbadać długoterminowy wpływ leczenia na pacjenta (różne metody przy tej samej skuteczności mogą dać zaskakujące niekiedy skutki uboczne, które są widoczne w dłuższej perspektywie).

Na gruncie społecznym koncepcje jakości życia pozwalają na zidentyfikowanie populacji o podwyższonym ryzyku zachorowań, dają bazę do działań profilaktyki, edukacji prozdrowotnej. Coraz częściej pomiar jakości życia traktuje się jako wskaźnik ogólnej efektywności służb zdrowia, oszacowania potrzeb poszczególnych grup chorych, oraz bardziej szczegółowo - różnorodnych programów mających nieść pomoc chorym [29]. Przykładem specjalnie skonstruowanych w tym celu narzędzi mierzących jakość życia są Community Adjustment Form [30, 31], Satisfaction with Life Domains Scale (narzędzie opracowane do oceny skuteczności programu Community Support Program w Nowym Jorku dla osób przewlekle i ciężko chorych psychicznie) [32,33], Oregon Quality of Life Questionnaire (celem było oszacowanie jakości życia uczestników programu National Institute of Mental Health Community Support Program), [34,35] czy Client Quality of Life Interview (część całego zestawu do oszacowania postępów w leczeniu ciężko chorych psychicznie pacjentów uczestniczących w programie NIMH Community Support Program) [36,37].

Jakość życia to konstrukt przydatny również w codziennej praktyce lekarskiej i psychologicznej w indywidualnym kontakcie z pacjentem. Jest cennym źródłem dodatkowych informacji, które mogą przyczynić się do uzyskania pełnego wglądu w stan chorego, uwzględniając dane z różnych dziedzin życia (nie tylko bezpośrednio związanych z aktualnym stanem zdrowia, bólem itd.).

Dzięki tym informacjom jest możliwe przygotowanie kompleksowego programu terapeutycznego, lub rehabilitacyjnego wspomagającego powrót do zdrowia. Precyzyjne wytyczenie celów, które są dobrze określone, realne, oraz dopasowane do indywidualnej sytuacji pacjenta często przyspiesza proces zdrowienia. Czasem miara jakości życia uzyskana dzięki leczeniu, jest jednocześnie miarą satysfakcji z tego leczenia, którą odczuwa pacjent [38].

Coraz częściej można spotkać się z doniesieniami, że ocena jakości życia może być czynnikiem na podstawie którego można przewidzieć sukces terapii. Oczywiście czasem trudno określić, czy dany wynik dotyczący jakości życia w jakiś sposób odzwierciedla wczesne postrzeganie przez pacjenta przebiegu choroby, czy też wpływa na przebieg choroby. Bez względu na powyższe rozważania pewne czynniki definiujące jakość życia np. fizyczny dobrostan, nastrój, ból wydają się mieć znaczącą wartość prognostyczną. Przykładem mogą być badania Coates i in. z 1993 i 1997 roku [za: 28], które wykazały, że u pacjentów z zaawansowanym rakiem dokonane przed

rozpoczęciem leczenia oszacowanie jakości życia ostatecznie okazało się być ważnym czynnikiem przewidującym przetrwanie. Podobne rezultaty uzyskano w obszarach różnych chorób np. Jenkins w 1992 roku [za:28] odkrył, że przedoperacyjna jakość życia częściowo pozwala przewidywać powrót do zdrowia u pacjentów z operacją serca.

Kolejnym, można powiedzieć „ubocznym” efektem dokonywania pomiarów jakości życia jest poprawa komunikacji między lekarzem i pacjentem. Przy okazji wypełniania testu, który dotyka ważnych dla pacjenta zagadnień pojawia się możliwość rozmowy na ich temat z lekarzem. Pacjenci często wyrażają życzenie większego zwrócenia uwagi w trakcie badań na kwestie jakości życia poszukując wglądu w istotę choroby i procesu leczenia. Samo wypełnienie takiego kwestionariusza może mieć dla pacjenta znaczenie terapeutyczne konfrontując go z pewnymi własnymi (np. do tej pory nieuświadomianymi) odczuciami, czy potrzebami, albo stając się cenną informacją na temat własnych zasobów, które mogą pomóc w procesie zdrowienia lub przystosowania się do trudnej sytuacji choroby.

Dla lekarza korzyścią będzie lepsze zrozumienie pacjenta i jego problemów, co przekłada się na wspólną relację i dobrą współpracę. Istnieją dane potwierdzające, że rutynowe oszacowania jakości życia poprawiają komunikację między lekarzem a pacjentem, oraz pozytywnie wpływają na ogólną jakość życia związaną ze zdrowiem chorego i na jego stan emocjonalny [39].

Badanie jakości życia jest wpisane w nurt medycyny humanistycznej, skoncentrowanej na pacjencie. Cytując prof. Marka Hebanowskiego [za: 40] można podkreślić, że „ocenę jakości życia można porównać do soczewki, w której skupiają się i integrują wzajemnie różne dziedziny poznania pacjenta i jego potrzeb oraz wyboru postępowania. Można tu wymienić: różne dyscypliny kliniczne, psychologię, psychopatologię, socjologię medyczną. Pomiar jakości życia powinien uwzględniać dwa paradygmaty, które stanowią holistyczne i podmiotowe traktowanie pacjenta. W tym dużym wymiarze ocena (...) jakości życia powinna zmieniać „filozofię medycyny”.

### 3.2. Definiowanie jakości życia i jej pomiar

W ostatnim dziesięcioleciu coraz częściej można spotkać się z pojęciem jakości życia, nie tylko na gruncie medycyny, nauk społecznych, ale i w codziennym życiu, gdzie z różnych poradników, stron internetowych i szkoleń można otrzymać wiedzę jak poprawić swoją jakość życia. Samo pojęcie jakości życia wydaje się być zrozumiałe przez wszystkich: pacjentów, członków ich rodzin, profesjonalistów, przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego, polityków, szerokiej opinii publicznej.

Taki stan rzeczy powoduje pewne trudności w jednoznacznym określeniu czym jest jakość życia. Być może bardziej zasadnym byłoby zamiast przytaczać jedną definicję, powiedzieć, że na ten moment opisuje ona raczej obszar zainteresowań, (podobnie jak to jest w przypadku terminów „choroba”, „zdrowie”, czy „dobrostan”). Nie ma jedyne prostego sposobu na pomiar jakości życia, tak jak nie ma jednego prostego sposobu na pomiar stanu zdrowia i choroby. Cytując prof. Walden – Gałuszko można stwierdzić, że „jakość życia jest pojęciem opisywanym bardzo różnie (...). Pojęcie to mieści się zarówno w kategoriach normatywnych, jak i fenomenologicznych, empirycznych i relacyjnych. Jakość życia możemy zatem odnosić do normy klinicznej (brak objawów choroby), normy społecznej (wypełnianie określonej roli), lub też normy indywidualnej (realizacja celów osobowych)” [40].

Popularność zagadnienia jakości życia, jej interdyscyplinarny charakter wraz z jej intuicyjnym, powszechnym rozumieniem sprawia kłopoty na gruncie metodologicznym [41]. Gill i Feinstein [42] dokonali przeglądu wybranych 75 artykułów poruszających tematykę jakości życia i stwierdzili, że jedynie w 15% z nich autorzy badań definiowali jakość życia lub przedstawiali teoretyczny model badań. Podobny kłopot dotyczy narzędzi do pomiaru jakości życia, których w ciągu ostatnich 40 lat powstały tysiące. Wiele z nich nie ma ugruntowania teoretycznego, ani psychometrycznego, powodując, że jakość życia staje się po prostu tym, co mierzy dany kwestionariusz, przy braku świadomości i wglądu w to, co to właściwie jest – fizyczny, emocjonalny, czy społeczny dobrostan, subiektywny, czy obiektywny stan zdrowia? Poza umocowaniem teoretycznym, aby narzędzie mierzące jakość życia można było zastosować w praktyce potrzebne jest spełnienie szeregu warunków metodologicznych i psychometrycznych, do których należy: wystandaryzowanie, odpowiednia adaptacja do warunków polskich (jeżeli narzędzie powstało w innym kraju), rzetelność, oraz trafność. Kwestie te niejednokrotnie były poruszane w wielu publikacjach przez

różnych autorów przyczyniając się do znacznego metodologicznego uporządkowania problematyki badań jakości życia [43,44, 45, 46]. Należy również pamiętać o kwestiach etycznych, w czasie prowadzenia badań nad jakością życia – narzędzia te powinny być relatywnie krótkie, akceptowane przez pacjentów (nienaruszające granic), oraz możliwe do użycia w trudnych warunkach klinicznych.

Dopiero po spełnieniu tych trzech warunków: umocowania teoretycznego (dokładnego i precyzyjnego zdefiniowania jakości życia), spełnienia szeregu warunków psychometrycznych i etycznych, można podjąć próbę oceny jakości życia pacjenta.

### **3.3. Przegląd teorii dotyczących jakości życia**

Pewnym przełomem w historii badań nad jakością życia były badania Cambella [za:47], który w 1971 roku opracował łatwe i jednocześnie spełniające podstawowe wymogi metodologiczne narzędzie do badania jakości życia mieszkańców USA, umożliwiające prowadzenie badań zbiorowych i dające ogólny, globalny wskaźnik jakości życia. Taka charakterystyka narzędzia wiążąca się z prostotą i zrozumiałością, a także dobrze wpisująca się w ducha tamtych czasów (rozwoju ekonomicznego, upowszechniania się w społeczeństwie amerykańskim idei dobrobytu społecznego, holistycznego postrzegania człowieka przez pryzmat nie tylko biologii, ale psychologii i socjologii) przyczyniła się do znacznego wzrostu popularności zagadnienia jakości życia.

Do dnia dzisiejszego powstało wiele koncepcji jakości życia. Przykład ich klasyfikacji zaproponowali Doward i McKenna [za:16] wyróżniając trzy główne podejścia do jakości życia:

1. Jakość Życia Uwarunkowaną Stanem Zdrowia (Health Related Quality of Life)
2. Indywidualistyczną koncepcję jakości życia
3. Koncepcję jakości życia opartą na teorii potrzeb.

#### Jakość Życia Uwarunkowana Stanem Zdrowia

W odróżnieniu od pojęcia „Quality of Life” termin „Health Related Quality of Life” zawęży poszukiwania definicji jakości życia do obszaru związanego wyłącznie z naukami medycznymi. To podejście do badań jakości życia nazywane funkcjonalnym wywodzi się z rozważań Durkheima i skupia się na funkcjonowaniu człowieka i stopniu jego sprawności.

W pewnym sensie punktem wyjścia do powstania wielu koncepcji jakości życia w tym nurcie była słynna definicja zdrowia z 1948 roku zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization). Zdrowie w tym ujęciu, to nie tylko brak choroby, czy problemów medycznych, ale pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny [48].

Koncepcję HRQL (Health Related Quality of Life) do medycyny wprowadził H. Shipper [49], który zdefiniował ją jako postrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej. Tak rozumiana jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia obejmuje następujące wymiary:

- stan fizyczny i sprawność ruchową (włączając ogólną energię życiową)
- stan psychiczny (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne)
- sytuacje społeczne (pełnienie ról, uzyskiwanie wsparcia) i warunki ekonomiczne
- doznania somatyczne (ból, objawy choroby).

Wprawdzie wśród autorów zainteresowanych tą tematyką występują różnice co do ilości, czy typów wymiarów, które powinny być uwzględnione, to jednak wszystkie definicje z tej grupy sprowadzają się do pytania o stan zdrowia pacjenta, jego zmiany i czynniki które go determinują.

Takie rozumienie jakości życia jest przydatne na gruncie medycyny i w tym nurcie powstaje najwięcej badań.

#### Indywidualistyczna koncepcja jakości życia

U podłoża tej grupy koncepcji jakości życia możemy znaleźć założenia amerykańskiego filozofa z początków XX wieku J. Royca, który uważał, że człowiek realizuje swój wewnętrzny plan. Pewne zmienne mogą mu w tym procesie pomagać (te należy wzmacniać, rozwijać), a inne z kolei w sposób znaczący utrudniać (ich wpływ należy minimalizować, naprawiać) [za:16]. Nie istnieje jedna uniwersalna listę tych czynników, dlatego, że zarówno na „plan życia”, jak i na czynniki sprzyjające i uniemożliwiającego jego realizację należy spojrzeć w perspektywie indywidualnej. W tym ujęciu rozwiniętym przez Chena [50] stan zdrowia i związane z nim leczenie powinny być rozpatrywane nie jako punkt docelowy, ale jako jedne ze zmiennych, które mogą przyczynić się do realizacji planów, lub je utrudniać.

Analizując zagadnienie jakości życia w tym nurcie istotne jest uważne słuchanie osoby badanej – jakość życia powinna być definiowana jako to, co osoba badana mówi, że jest jej jakością życia. Stanowi to jednocześnie mocną stroną tej grupy koncepcji wpływając na upodmiotowienie i znaczne zindywidualizowanie oszacowań jakości życia, oraz słabszą stroną jeśli chodzi o metodologię badań i trudności związane z uogólnianiem wyników na całość populacji [za: 16].

#### Koncepcja jakości życia oparta na teorii potrzeb

Z perspektywy tej pracy jest to najważniejsza grupa koncepcji ze względu na fakt, że definicja jakości życia przyjęta w tej rozprawie doktorskiej i będąca podstawą badań została zaczerpnięta z tego nurtu.

W 1986 roku w Ottawie podczas I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia padło zdanie: „jeśli jednostki lub grupy zdolne są do rozpoznawania, określania i realizowania własnych aspiracji, to także mogą w zadowalający sposób zaspokajać swe potrzeby oraz dokonywać wyboru środowiska życiowego zgodnie z własnymi preferencjami, wówczas dochodzi do uzyskania dobrego fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia” [51]. Istotą dobrej jakości życia jest w tej definicji zdolność zaspokajania potrzeb.

Pierwszym, który postulował tak duże znaczenie potrzeb dla życia człowieka był Tomasz More [za: 16], który w 1516 roku do podstawowej grupy potrzeb warunkujących jakość życia zaliczył: potrzeby zachowania zdrowia, możliwości poruszania się, posiadania mieszkania, czy zaspokojenia głodu.

Pierwsze próby stworzenia mierników dobrobytu społecznego w latach 40., 50., oraz 60. XX wieku nawiązywały do tej koncepcji i opierały się na próbie określenia stopnia zaspokojenia potrzeb społecznych. Jako przykład przedsięwzięć tego typu można podać Metodę Genewską opracowaną w Instytucie Badawczym Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju Społecznego (United Nations Research for Social Development – UNRISD), w której jako miarę dobrobytu analizuje się stopień zaspokojenia potrzeb niższego rzędu (wyżywienia, mieszkania, zdrowia, rekreacji, wykształcenia, zabezpieczenia społecznego) i wyższego rzędu (zagospodarowanie materialne).

Takie rozumienie jakości życia dobrze koresponduje z definicją komisji ekspertów ONZ, którzy uznali, że jakość życia najlepiej definiuje „całokształt rzeczywistych



warunków życia ludzi oraz stopień ich materialnego i kulturalnego zaspokojenia potrzeb [52].

Lata 40. i 50. to także okres znaczącego wzrostu zainteresowania badaniami nad ludzką motywacją, a wiele z powstałych w tamtym czasie koncepcji łączy zagadnienie motywacji i potrzeb. Jedną z bardziej znanych teorii motywacji jest koncepcja Abrahama Masłowa [za: 53], który zauważył, że „najważniejsze jest silne przekonanie, że człowiek ma własną esencjalną naturę, jakiś szkielet struktury psychicznej, którą można rozpatrywać i omawiać analogicznie do jego struktury fizycznej, że ma potrzeby, zdolności i skłonności, które mają podłoże genetyczne, przy czym niektóre z nich są charakterystyczne dla całego gatunku ludzkiego, niezależnie od wszelkich podziałów kulturowych, a niektóre cechują wyłącznie daną jednostkę. Potrzeby te są, jak się zdaje, dobre lub obojętne, a nie złe. Po drugie wiąże się z tym poglądem, że w pełni zdrowy, normalny i pożądaný rozwój polega na urzeczywistnieniu tej natury, na zrealizowaniu tych potencjalnych możliwości, na rozwijaniu się aż do dojrzałości wzdłuż linii wyznaczonych przez tę utajoną, ukrytą i mgliście widoczną naturę esencjalną; rozwój ten raczej wypływa z wewnątrz niż jest kształtowany od zewnątrz.”

Maslow wyodrębnił i ułożył hierarchicznie następujące, kluczowe potrzeby:

- potrzeby fizjologiczne (np. głód, pragnienie),
  - potrzeby bezpieczeństwa (stabilizacji, zależności, opieki, uwolnienia się od strachu, leku i chaosu, potrzeby struktury, porządku, prawa itd.),
  - potrzeby miłości i przynależności („głód stosunków uczuciowych z ludźmi”, swoje miejsce w grupie, czy rodzinie),
  - potrzeby szacunku (potrzeba stałej, ugruntowanej oceny samych siebie, samo poważania, szacunku dla siebie, oraz szacunku ze strony innych osób),
  - potrzeby samorealizacji („pełne stosowanie i wykorzystywanie talentów, zdolności, możliwości itp. Ludzie samorealizujący się zdają się spełniać swoje możliwości i robić to, do czego są zdolni, najlepiej jak potrafią, co nam przypomina wezwanie Nietzschego: Stań się tym, kim jesteś. Są ludźmi, którzy rozwinęli się lub rozwijają się tak, by osiągnąć pełną miarę tego, do czego są zdolni”) [54].
- Hierarchiczne ułożenie oznacza, że aby można było zaspokajać potrzeby wyższe, muszą zostać zaspokojone niższe (upraszczając: dla osobę bardzo głodnej, najważniejsze będzie zaspokojenie głodu, a dopiero potem interesujący wykład).

Najbardziej podstawowe potrzeby zapewniają przetrwanie, nieco wyższe adaptację społeczną i socjalizację, najwyższe zaś szeroko rozumiany rozwój człowieka [55, 56].

Tych kilka przykładów pokazuje, jak ważne jest zagadnienie potrzeb i ich zaspokajania dla całokształtu funkcjonowania nie tylko człowieka, ale i całego społeczeństwa. Bardzo szybko teorie potrzeb znalazły swoje zastosowanie również w medycznym nurcie badań nad jakością życia, najpierw w Europie, a później także w Stanach Zjednoczonych. Wiele badań podkreśla dużą rolę potrzeb, które wpływają nie tylko na sposób, w jaki pacjent definiuje swoją jakość życia, ale i w pewnym sensie warunkują szybszy powrót do zdrowia – np. Slade i wsp. [57] wykazali w swoich longitudinalnych badaniach, że duże znaczenie mają w tym kontekście niezaspokojone potrzeby pacjentów, a efektem badań była sugestia, żeby ich oszacowania dokonywać już na początku procesu leczenia, aby w jak najpełniejszym zakresie (w miarę możliwości jakie ma służba zdrowia) owe potrzeby zaspokajać.

Z kolei Wiersma i wsp. [58] dowiedli, że poczucie subiektywnej jakości życia wyraźnie zależy od ilości zaspokojonych i niezaspokojonych potrzeb. Według ich obserwacji w miarę jak malała ilość deprivowanych potrzeb jakość życia pacjentów wyraźnie wzrastała. Lasalvia i wsp. [59] zwracali szczególną uwagę na fakt właściwego oszacowania potrzeb pacjentów pozostających zwłaszcza pod opieką psychiatryczną, gdzie zaspokajanie indywidualnych potrzeb skutkuje nie tylko wzrostem jakości życia, ale i zmniejszeniem objawów psychopatologicznych.

Przykładem teoretycznej koncepcji jakości życia opartej na teorii potrzeb jest model do oceny jakości życia w depresji opracowany przez Hunt i McKenę i stworzone na jego podstawie narzędzie Quality of Life in Depression Scale [60]. Impulsem do powstania tej koncepcji były przeprowadzone z pacjentami depresyjnymi nieustrukturyzowane wywiady, w trakcie których chorzy samodzielnie i spontanicznie próbowali ocenić wpływ depresji na ich życie odnosząc się do własnych potrzeb (np. potrzeby towarzystwa, miłości, rozmowy, przyjemności, opiekowania się sobą). Co więcej powrót do zdrowia retrospektywnie utożsamiali z coraz większą ilością potrzeb, które samodzielnie mogli zaspokajać. Stąd pojawił się wniosek wysnuty przez autorów, że jakość życia wynika ze zdolności i możliwości do zaspokajania własnych potrzeb – im więcej potrzeb jednostka jest w stanie samodzielnie zaspokoić, tym większą jakością życia się cechuje.

Sam stan zdrowia może mieć tutaj drugorzędne znaczenie, co też wielokrotnie prowadzi do rozbieżności w oszacowaniu jakości życia dokonywanej przez klinicystę i przez samego pacjenta. Jako przykład można podać osobę, która obiektywnie patrząc pod wpływem problemów zdrowotnych, czy schorzenia na które cierpi powinna mieć niską jakość życia, natomiast sama postrzega siebie jako osobę o stosunkowo wysokiej jakości życia. Taka osoba mogła świetnie dostosować się do nowych (związanych z chorobą) warunków, albo przy trybie życia który prowadzi, te zmiany związane ze stanem zdrowia nie powodują utrudnień w realizacji jej potrzeb i nie przeszkadzają w tzw. życiu pełnią życia. Patrząc przez pryzmat tej koncepcji, można stwierdzić, że określone czynniki (najczęściej wymienia się czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe, środowiskowe, zdrowotne, czasem dodatkowo religijne, czy duchowe) mają same w sobie drugorzędne znaczenie, a zaczynają być istotne dla jakości życia, jeśli szczególnie wspomagają, albo utrudniają jednostce zaspokajanie potrzeb.

Zalet tego modelu jest kilka. Przede wszystkim nieograniczenie oceny jakości życia do oceny stanu zdrowia wprowadza pewnego rodzaju optymizm – osoba z obiektywnie poważnymi dysfunkcjami fizycznymi, czy problemami psychicznymi może mieć relatywnie wysoką jakość życia, dzięki zachowanej zdolności do zaspokajania własnych potrzeb. Takie rozumienie jakości życia ma też przełożenie na praktykę. Już w trakcie diagnozy pozwala na uniknięcie nieważnych pytań i powoduje skupienie się na kwestiach istotnych nie „obiektywnie”, ale „subiektywnie” - istotnych z perspektywy samego chorego. Ponadto pozwala na skuteczne planowanie i stawianie celów w procesie rehabilitacji, czy terapii, oraz adekwatną ocenę stopnia adaptacji chorego do bieżącej sytuacji.

Słabszą stroną tego modelu mogą być pewne trudności metodologiczne związane z jego stosowaniem. Zazwyczaj w badaniach w tym nurcie podstawą zbierania informacji o pacjencie jest wywiad ustrukturyzowany w różnym stopniu, wraz ze wszystkimi zaletami i wadami jego stosowania – choć trzeba przyznać, że coraz częściej powstają metodologicznie dopracowane narzędzia w postaci kwestionariuszy, czy skal. Pewnym utrudnieniem może być też kłopot w uogólnianiu wyników na całość populacji – np. grupa cierpiących z powodu depresji może mieć trudność w zaspokajaniu innych potrzeb, niż grupa osób z zaburzoną osobowością.

### 3.4. Jakość życia w psychiatrii

W obszarze psychiatrii zagadnienie jakości życia (poza nielicznymi wyjątkami) pojawiło się dopiero w latach 80tych, głównie w Stanach Zjednoczonych i Szwecji. Można tutaj wymienić klasyczne badania np. Malm, May, Dencker (1981) [61], Baker, Intagliata (1982) [62], czy Lehman, Ward, Linn (1982) [63], którzy odkryli, że hospitalizowane osoby z zaburzeniami psychicznymi miały w porównaniu z ogólną populacją znacznie niższą jakość życia, zwłaszcza w wymiarach związanych z finansami, zatrudnieniem, poczuciem bezpieczeństwa, oraz w obszarze relacji społecznych i rodzinnych.

Pomimo tego, że dopiero w tamtym czasie padło hasło „jakości życia” w psychiatrii, nie można oprzeć się wrażeniu, że istota tego zagadnienia obecna była w tej dziedzinie medycyny już wcześniej, a wiązała się z poszukiwaniem odpowiedzi na pytania o te wszystkie czynniki, które mogłyby wpływać na stan pacjenta. Jednym z przykładów może być znany z literatury opis „dziennikarsko – śledczych” działań Doroty Dix, która w początkach XIX wieku odbyła podróż przez wschodnie Stany Zjednoczone dokonując „inspekcji” m.in. domów opieki i opisując zastane tam warunki. W ten sposób aktywnie wpływała na władze mając na celu poprawę jakości opieki nad osobami cierpiącymi z powodu chorób psychicznych, a co za tym idzie poprawę ich jakości życia [za: 64].

Zainteresowanie tymi kwestiami tłumaczy dużą popularność jaką zdobyło sobie pojęcie jakości życia w psychiatrii i jej dużą użyteczność zarówno na gruncie teoretycznym, diagnostycznym oraz terapeutycznym. Zagadnienie jakości życia wpisuje się w zmieniający się obraz osoby cierpiącej z powodu zaburzeń psychicznych. Jeszcze 50 lat temu dominowały przekonania o całkowitym przytłoczeniu przez chorobę i niemożności prowadzenia satysfakcjonującego życia poza szpitalem psychiatrycznym. Niestety nadal pomimo licznych kampanii inicjowanych przez psychiatrów i psychologów zagadnienie chorób psychicznych wiąże się z etykietowaniem i stygmatyzowaniem [65]. Na szczęście coraz częściej zamiast założenia o przymusowo niskiej jakości życia tej grupy pacjentów pojawia się pytanie o jakość życia, czyli pytanie, o to jak osoby z chorobą psychiczną prowadzą swoje codzienne życie, jak je oceniają, jak postrzegają sami siebie, swój dobrostan, swoje funkcjonowanie, swoje zasoby, czy wreszcie jak integrują objawy i doświadczenia związane z chorobą ze swoim życiem [27].

W kwestii oszacowań jakości życia w psychiatrii otwartą sprawą pozostają różnice w ocenie jakości życia pacjenta z perspektywy obiektywnej i subiektywnej. Obiektywna ocena jakości życia jest dokonywana przez osoby współpracujące z pacjentem w jego procesie powrotu do zdrowia (np. lekarz psychiatra, psycholog, wspierający opiekun). Na tego typu ocenę często składa się ogólna ocena stanu fizycznego, psychicznego (także szersza psychologiczna charakterystyka), oraz ocena warunków życiowych w porównaniu do pewnego ogólnego wzorca. Subiektywna ocena jakości życia jest dokonywana bezpośrednio przez pacjenta [66]. Obiektywne oszacowania jakości życia pacjenta (np. miejsce zamieszkania, bezpieczeństwo, status społeczno ekonomiczny, dostęp do rozrywek), tak dobrze ugruntowane w obszarze medycyny somatycznej, w psychiatrii zdecydowanie nie wystarczają. Zwłaszcza, że istnieją pewne dane, które mogą świadczyć o tym, że obiektywnie mierzone czynniki związane np. z warunkami życia wyjaśniają tylko niewielki procent (około 15%) indywidualnie postrzeganej jakości życia [za:67]. Włączenie do diagnozy subiektywnych oszacowań jakości życia (np. ocena dobrostanu, satysfakcji z różnych dziedzin życia, czy poczucia szczęścia) dokonywanych przez samego pacjenta jest cennym źródłem informacji, zarówno dla procesu diagnozy, jak i postawienia rokowań. Z drugiej strony pozostaje pytanie na ile adekwatnie osoba z zaburzeniami psychicznymi jest w stanie ocenić swoją jakość życia i czy ta ocena nie będzie zależna od rodzaju zaburzenia. Udowodniono na przykład istnienie zjawiska „złudzenia afektywnego” czyli występowania związku między ogólną oceną poziomu szczęścia, czy satysfakcji z życia, a aktualnym nastrojem [za:27]. Z kolei Atkinson i in. [68] badając wiarygodność stosowania subiektywnych miar jakości życia odkryli pewną zależność między oszacowaniami jakości życia dokonywanymi przez pacjentów z chorobami afektywnymi, a stopniem nasilenia choroby, ostatnimi wydarzeniami życiowymi, czy słabym wglądem.

Cytując prof. de Walden Gałuszko [za:24] można znaleźć rozwiązanie delikatnej kwestii obiektywnych i subiektywnych oszacowań jakości życia, które w psychiatrii wydają się być równie użyteczne: „Dzięki badaniu jakości życia, pacjent ma coraz większy udział w ocenie swojej sytuacji zdrowotnej i życiowej, co sprzyja upodmiotowieniu procesu terapeutycznego. Badania poczucia zadowolenia z życia pacjentów zdolnych do samooceny powinny pozwolić na indywidualne dostosowanie pomocy psychoterapeutycznej.

Natomiast badania satysfakcji pacjentów niezdolnych do samooceny stwarzają szansę bardziej wnikliwego postrzegania problemu, co może stać się punktem wyjścia do opracowania programów rehabilitacyjnych, lepiej niż dotąd poprawiających jakość życia tych osób”.

O tym, że w psychiatrii zaczyna dominować tego typu podejście może świadczyć na przykład fakt coraz częstszego wykorzystywania konstruktów jakości życia i związanych z nim narzędzi w badaniach klinicznych między innymi do oszacowania skuteczności leczenia [69].

W niektórych sytuacjach jak sugeruje np. Korr i wsp. [64] łatwiej jest mierzyć jakość życia u osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, niż ją poprawić. Pomiary i badania powinny mieć poza poznawczym, także wymiar użyteczny. Wiedza na temat jakości życia pacjenta pozwala na zgromadzenie dużej liczby danych z różnych sfer jego życia, a także identyfikację tych z nich, które w procesie terapeutycznym można poprawić, zmienić. Znacznie ułatwia to wybór odpowiedniego i dostosowanego do indywidualnych potrzeb sposobu leczenia [70].

#### **4. Jakość życia w zaburzeniach afektywnych – przegląd badań**

Takie terminy jak depresja, zdrowie psychiczne, czy jakość życia wydają się być pomimo tego, że odrębne znaczeniowo, w pewien sposób ze sobą związane [72]. Depresja zazwyczaj jest utożsamiana ze znaczącymi trudnościami, oraz uboższą jakością życia [73]. Związek taki wydaje się być logiczny i faktycznie większość badań wykazuje, że osoby cierpiące z powodu depresji charakteryzują się niższą jakością życia. Na przykład Jho [74] przebadawszy 474 mieszkanki Seulu w wieku od 20 do 60 lat przy pomocy kwestionariusza SmithKline Beecham Quality of Life, odkrył wyraźny i negatywny związek między depresją, a jakością życia (zwłaszcza jednym z jej czynników: psychologicznym dobrostanem).

Na występowanie podobnego związku między jakością życia a depresją zwróciło uwagę wielu autorów m.in. Ay-Woan i wsp. [75], Herman i wsp. [76], Demyttenaere i wsp. [77], czy Diehr i wsp. [78]. Ci ostatni w swoich longitudinalnych badaniach, w których wzięło udział 982 pacjentów ze zdiagnozowaną klinicznie depresją w łącznie pięciu różnych krajach (Izraelu, Brazylii, Australii, Rosji i Stanach Zjednoczonych) podjęli się sprawdzenia nie tylko korelacji między jakością życia (mierzoną między innymi przy pomocy kwestionariusza Quality of Life in Depression

Scale), a depresją, ale również spojrzenia na ten związek w perspektywie czasowej. Poza pierwszym podstawowym pomiarem, kolejne miały miejsce po upływie 6 tygodni, 3 miesiące, oraz 9 miesięcy. Autorzy wykazali nie tylko istnienie związku między jakością życia a depresją, ale także występowanie synchronizacji zmian w wynikach, jakie można otrzymać mierząc depresję i jakość życia. Zmniejszenie objawów depresyjnych powodowało wzrost jakości życia, z kolei zaostrzenie stanu depresji pociągało za sobą odpowiednie pogorszenie również na skalach mierzących jakość życia.

Wiele badań potwierdza fakt znacznej poprawy jakości życia wraz z upływem czasu, oraz pod wpływem właściwego i skutecznego leczenia symptomów depresji, czy psychoterapii (np. Miller i wsp. [79]; Stewart i wsp. [80]; Markowitz i wsp. [81]).

Dużo publikacji wykazuje znacznie niższą jakość życia u pacjentów z depresją nie tylko w porównaniu do ogólnej populacji, ale i w porównaniu z innymi grupami chorych (także chorych somatycznie). Na przykład klasyczne już dziś badania przeprowadzone przez Wellsa i współpracowników [82] przy użyciu wczesnej wersji SF-36 (36-item short-form health survey) na grupie 2476 osób chorych na depresję, wykazały, że w porównaniu z osobami chorymi somatycznie osoby z depresją postrzegały swój dobrostan (w tych badaniach definiowany jako obecny stan zdrowia) jako znacznie niższy. Nowsza weryfikacja badań tych samych autorów z 1995 roku potwierdza te wyniki. Prawie dwuletnie badania przeprowadzone na grupie 1790 dorosłych pacjentów ze zdiagnozowaną depresją, diabetyków, pacjentów cierpiących na różne choroby układu krążenia wykazały, że pacjenci z depresją doświadczają długoterminowych trudności w różnych dziedzinach życia i sferach funkcjonowania, oraz że ich dobrostan jest podobnie niski, albo nawet niższy w porównaniu do grup pacjentów chorych somatycznie [83].

Badania innych autorów (np. Frank i wsp. [84]; Spitzer i wsp. [85]) potwierdzają, że pacjenci z depresją w porównaniu z pacjentami z chronicznymi chorobami (takimi jak nadciśnienie, cukrzyca, problemy przewodzenia pokarmowego, czy artretyzm) niżej oceniają swoją jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia.

Niepublikowane badania Majkowicza i wsp. wykazały, że osoby cierpiące z powodu nerwicowych zaburzeń depresyjnych poza tym, że gorzej oceniają swój stan psychiczny w porównaniu z osobami chorymi na białaczkę, to dodatkowo częściej uskarżają się z powodu dolegliwości somatycznych [39].

Niektórzy stawiają tezy o predykcyjnej roli jaką pełnią symptomy depresyjne dla jakości życia definiowanej wielowymiarowo (odnosząc się do dziedziny fizycznego, psychicznego i środowiskowego funkcjonowania) [86]. Koivumaa-Honkanen i wsp. wykazali, że wynik uzyskany w Skali Depresji Becka BDI tłumaczy 48% wariacji subiektywnie odczuwanej jakości życia przez pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym. Pukrop i wsp. (2003) doszli do podobnych wniosków [za: 27].

Także w chorobie afektywnej dwubiegunowej nawet niewielkie nasilenie symptomów depresyjnych mierzonych przy pomocy HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) jest silnym czynnikiem predykcyjnym jakości życia (we wszystkich jej wymiarach), co udowodnili w swoich badaniach Dias i wsp. [86].

Thunedborg i wsp. [za: 24] zwracają uwagę na występowanie podobnego związku tylko w drugą stronę. Przy użyciu następujących kwestionariuszy SmithKline Beecham Quality of Life scale, Psychological General Well-Being, oraz SF-36 przebadali dwukrotnie 23 pacjentów z chorobami afektywnymi w trakcie długotrwałej farmakoterapii. W momencie pierwszego badania pacjenci pozostawali w okresie wolnym od objawów chorobowych, drugie badanie odbyło się 4 tygodnie później. U niektórych pacjentów przy drugim kontakcie stwierdzono nawrót choroby. W tej grupie pacjentów oceny jakości życia przy pierwszym pomiarze były znacząco niższe, co może sugerować, że jakość życia może być jednym z czynników pozwalających przewidzieć możliwość wystąpienia nawrotu. Bech [za:24] podobnie ocenia wartość predykcyjną konstruktu jakości życia, dodając, że pozwala on nie tylko na oszacowanie ryzyka nawrotu, ale również jest czynnikiem predykcyjnym w kwestii współpracy pacjenta w całym procesie leczenia.

Pomimo tych wydawałoby się prostych i oczywistych zależności między jakością życia a depresją kwestie te nadal nie do końca są wyjaśnione. O sile i występowaniu związku w dużej mierze decyduje sposób zdefiniowania jakości życia. Modele i badania sprowadzające zagadnienie jakości życia do pojęcia dobrostanu upraszczają kwestię czyniąc ją oczywistą (osoba w depresji o obniżonym nastroju raczej nie będzie postrzegała siebie w kategoriach osoby w „dobrym stanie”). Zwróciła na to uwagę Ryff (1995) krytykując upraszczanie całej koncepcji dobrostanu tylko do dwóch wymiarów: afektywnego (poczucie szczęścia) i poznawczego (odczuwana satysfakcja) [za:27].



Wielowymiarowe ujęcie jakości życia stwarza dużo więcej możliwości interpretacyjnych. Pomiar jakości życia i pomiar symptomów depresji są odrębnymi pomiarami, na co zwraca uwagę wielu autorów. Rapaport i wsp. [87] w swoich badaniach porównali jakość życia mierzona przy pomocy Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire u osób z różnymi typami zaburzeń, oraz w populacji zdrowej. W badaniu wzięło udział 366 osób ze zdiagnozowanym ciężkim epizodem depresyjnym. W tej grupie pacjentów można było zaobserwować największe obniżenie jakości życia. Aż 63% osób doświadczyło ciężkiego uszkodzenia jakości życia (porównywalne obniżenie jakości życia wystąpiło tylko u 20% osób cierpiących z powodu zaburzeń lękowych i 21% osób z fobią społeczną). Niemniej jednak nawet i w tej grupie pacjentów z ciężką depresją znalazło się około 10% pacjentów, których jakość życia była porównywalna do jakości życia mierzonej w grupie kontrolnej. Wnioski z tego badania wydają się być jednoznaczne. Osoby cierpiące z powodu zaburzeń depresyjnych doświadczają znacznego obniżenia jakości życia, chociaż stopień tego zjawiska może być różny u różnych osób. Wspecjalizowane narzędzia pozwalające na dokonanie pomiarów występujących symptomów wyjaśniają tylko niewielki procent zmian w jakości życia, co podkreśla konieczność rutynowego weryfikowania indywidualnej jakości życia pacjentów.

W środowisku medycznym rośnie też zgoda co do faktu, że leczenie depresji powinno nie tylko łagodzić symptomy odczuwane przez pacjentów, ale i prowadzić do zwiększenia jakości życia (np. Kennedy i wsp. [88]; Sachs i wsp. [89], Berlim i wsp. [90]).

Jak zaznaczył w swoim artykule „Defining and achieving recovery from bipolar disorder” Harvey „powrót do zdrowia nie może być definiowany tylko poprzez remisję objawów (...) ale powinien być także powrotem do akceptowalnej z perspektywy pacjenta jego jakości życia” [91].

## **5. Korelaty jakości życia w zaburzeniach afektywnych**

Jakość życia w depresji jest przydatnym wynikiem pomiarów, zwłaszcza w kontekście sprawdzania efektywności różnych metod leczenia, jak i przygotowywania programów terapeutycznych. Aby można było w pełni zrealizować te cele, ważne jest całkowite wyjaśnienie związku między jakością życia a potencjalnymi czynnikami, które mogą mediować i wpływać na jej wynik.

W kwestii wzajemnych powiązań między jakością życia a depresją panuje wśród większości badaczy względna zgoda. Natomiast w przypadku ustalania korelatów, albo determinant jakości życia w depresji w relatywnie niewielkiej literaturze w tym temacie panuje pełen sprzecznych doniesień chaos. Większość badań dotyczących jakości życia w depresji dotyczy dwóch głównych typów zmiennych: klinicznych (np. nasilenie symptomów depresyjnych, zastosowane metody leczenia, ilość nawrotów), oraz psychospołecznych, do których najczęściej zalicza się zmienne socjodemograficzne (np. wiek, płeć, poziom wykształcenia, zatrudnienie, stan cywilny), oraz psychologiczne (np. wsparcie społeczne, sposoby radzenia sobie ze stresem, poczucie kontroli).

### **5.1. Zmienne kliniczne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych**

Pewną zgodność możemy obserwować w literaturze w związku ze zmiennymi klinicznymi, które mogą mieć wpływ na jakość życia w depresji.

Kluczową rolę w wielu badaniach wydaje się odgrywać nasilenie objawów depresyjnych. Przytoczyć tu można badania Ramirez i Cervera – Enguix [101], których celem było oszacowanie wpływu różnorodnych zmiennych klinicznych i socjodemograficznych na postrzeganą jakość życia u 141 pacjentów z depresją. W tych badaniach najlepszymi predyktorami poczucia jakości życia w depresji okazały się być wyniki Skali Hamiltona, liczba epizodów, zaburzenia osobowości i płeć. Najważniejszą ze wszystkich zmiennych determinujących jakość życia było właśnie nasilenie zaburzeń depresyjnych (pozostałe zmienne, w tym socjodemograficzne pełniły mniejszą rolę).

Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach Lima i Fleck [102], którzy spośród osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu wyłonili 438 osób, które na podstawie CES-D the Centers for Epidemiologic Studies – Depression instrument, oraz Composite International Diagnostic Interview (CIDI) podzielili w zależności od występowania i nasilenia objawów depresyjnych na trzy grupy (grupę z epizodem depresyjnym, objawami subdepresyjnymi, oraz grupę kontrolną bez żadnych objawów depresyjnych). Jakość życia w tych badaniach była mierzona przy pomocy dwóch kwestionariuszy: World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life (WHOQOL-BREF), oraz Quality of Life in Depression Scale (QLDS). Uzyskane dane wykazały, że największego obniżenia jakości życia doznały osoby z ciężkim epizodem depresyjnym. Ciekawe okazały się wyniki grupy pacjentów z objawami subdepresyjnymi, którzy

również deklarowali obniżenie jakości życia (choć mniejsze niż osoby z ciężką depresją).

O tym że nawet łagodna depresja wyraźnie wpływa na obniżenie jakości życia donoszą również np. Kirchengast i Haslinger [103] w swojej ostatniej publikacji.

Dane wskazujące na występowanie wyraźnego związku między nasileniem depresji a jakością życia można również odnaleźć w literaturze na temat charakterystyki fazy depresyjnej w chorobie afektywnej dwubiegunowej, o czym pisze wielu autorów np. Leidy i wsp. [104], czy Michalak i wsp. [105].

Wpływ typu rozpoznania na jakość życia próbowali określić Ravindran i wsp. [106]. W ich badaniach udział wzięli pacjenci z różnymi typami depresji (dystymią, ciężkim epizodem depresji, zarówno o typowym, jak i atypowym przebiegu), a jakość życia mierzona była przy pomocy kwestionariusza Helath Related Quality of Life Scale. Autorzy badań wykazali, istnienie wyraźnych różnic pod względem wszystkich wymiarów jakości życia między grupą kontrolną (zdrowe osoby), a ogółem pacjentów z depresją. Natomiast różnic tych nie wykazano w odniesieniu do typu zdiagnozowanej depresji. Ponownie kluczową zmienną determinującą jakość życia okazał się tutaj, nie rodzaj depresji, ale stopień nasilenia jej objawów.

Takie same wyniki uzyskali Nuevo i wsp. [107], którzy mierzyli jakość życia przy pomocy kwestionariusza SF-36 (36-item Short Form) i sprawdzali czy istnieją różnice pod jej względem między różnymi typami depresji (w tym przypadku zastosowano klasyfikację ICD-10). Ponownie istotny dla pomiaru jakości życia okazał się stopień nasilenia objawów depresyjnych, natomiast niewielkie różnice pod jej względem wystąpiły w odniesieniu do różnych typów depresji wg klasyfikacji ICD-10. Nie miało żadnego znaczenia dla jakości życia czy u osoby badanej wystąpił pierwszy epizod depresji, czy była to depresja nawracająca.

Istotnym zagadnieniem, nie do końca zbadanym jest pytanie o ewentualne różnice między zaburzeniami afektywnymi jednobiegunowymi, a dwubiegunowymi pod względem jakości życia. I chociaż istnieje bogata literatura na temat jakości życia w chorobie afektywnej jednobiegunowej, trochę mniejsza w związku z zaburzeniami dwubiegunowymi, trudno jednak znaleźć publikacje porównujące oba typy depresji, a te które istnieją również dają często sprzeczny ze sobą obraz.

Wielu badaczy sugeruje pod wpływem wyników swoich badań brak różnic w jakości życia u tych dwóch grup pacjentów. I tak na przykład Dean i wsp. [108] dokonali przeglądu publikacji zamieszczonych między 1985 a 2002 rokiem w Medline, ClinPSYC, oraz HealthSTAR poruszających m.in. tematykę jakości życia, fizycznego, społecznego i zawodowego funkcjonowania osób cierpiących z powodu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Zidentyfikowali 65 artykułów poruszających dość szeroko definiowaną kwestię jakości życia (HRQoL) i na ich podstawie wyciągnęli wnioski o podobieństwie w ocenach jakości życia w chorobie afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej, oraz o obniżeniu jakości życia u tych osób w porównaniu do innych grup pacjentów chorych przewlekłe niepsychiatrycznie.

Podobne wyniki uzyskali w ciekawych badaniach longitudinalnych Goldberg i Harrow [109]. Przebadałi oni trzykrotnie (pierwszy raz w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, drugi raz po upływie około 2 lat, oraz po 7-8 latach) grupę 157 pacjentów z różnymi rozpoznaniem: u 35 osób zdiagnozowano chorobę afektywną dwubiegunową, u 95 jednobiegunową, a u 27 jednobiegunową z elementami psychotycznymi. Oszacowywali jakość życia przy pomocy w połowie ustrukturyzowanego wywiadu (pytania obejmowały między innymi następujące sfery: satysfakcję z pracy, stabilizację ekonomiczną, satysfakcję związaną z relacjami interpersonalnymi, z warunkami życia i ogólnie postrzegany stan zdrowia). Pomiar ogólny jakości życia nie wykazał żadnych różnic między grupą pacjentów z zaburzeniami jednobiegunowymi i dwubiegunowymi. W przypadku pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową istniała jednak wyraźna zgodność między subiektywnie odczuwaną przez pacjenta satysfakcją z życia, a gromadzonymi również w tym badaniu obiektywnymi danymi zarówno dotyczącymi ogólnej oceny pacjenta, jak i jego funkcjonowania w pracy, w otoczeniu społecznym. Takiego związku nie zaobserwowano w przypadku pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową i depresją z elementami psychotycznymi, gdzie istniał wyraźny rozdźwięk między subiektywnymi, a obiektywnymi oszacowaniami. Autorzy wysuwają pewne hipotezy wyjaśniające taki stan. U osób z ciężką chorobą dwubiegunową może dochodzić do obniżenia ogólnych oczekiwań w celu dostosowania ich do sytuacji. Innym wyjaśnieniem może być pojawienie się pod wpływem choroby pewnej niewrażliwości na zmieniające się okoliczności i swoista desensytyzacja na kłopoty i stresy, lub w cięższych przypadkach brak wglądu w realną sytuację.

Z kolei inni autorzy wskazują na dużo wyraźniejsze różnice między tymi grupami pacjentów. Na przykład Michalak i wsp. [105] na podstawie dokonanego przez siebie przeglądu publikacji powstałych do 2004 roku zidentyfikowali 28 artykułów poruszających kwestię jakości życia w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. Kilka z nich dotyczyło porównań grup z różnymi chorobami, oraz ze zdrową grupą kontrolną. Podsumowując odkrycia autorzy wysunęli wniosek o występowaniu niższej jakości życia u osób z chorobą afektywną dwubiegunową w porównaniu z osobami z chorobą afektywną jednobiegunową, na co wskazywała przeanalizowana przez nich większość badań.

Podobne wyniki podkreślające niższą jakość życia u osób zmagających się z chorobą afektywną dwubiegunową uzyskali również inni autorzy np. Have i wsp. [110] czy Yatham i wsp. [111].

O istnieniu innych różnic pod względem jakości życia w kontekście choroby afektywnej dwubiegunowej i jednobiegunowej donieśli Berlim i wsp. [112]. Przebadali oni 114 (89 osób z diagnozą choroby jednobiegunowej, 25 dwubiegunowej) hospitalizowanych po raz pierwszy pacjentów przy użyciu między innymi kwestionariusza WHOQOL-BREF. Różnica dotyczyła jednej dziedziny jakości życia tak zwanej psychologicznej, która wiąże się z funkcjonowaniem emocjonalnym i poznawczym. Była ona znacząco niższa u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. Nie wystąpiły natomiast żadne różnice między obiema grupami pod względem innych obszarów jakości życia (np. fizycznego zdrowia, społecznego funkcjonowania), oraz pod względem różnicy w nasileniu depresji, czy jakiegokolwiek zmiennej socjodemograficznej. Autorzy wnioskujeją jedynie o pewnej różnicy w samym profilu jakości życia niezależnej od stanu klinicznego.

Poza kolejnym potwierdzeniem związku między jakością życia a nasileniem depresji na znaczenie innej zmiennej klinicznej zwrócili uwagę Chan i wsp. [113] W tych porównawczych badaniach udział wzięło 80 podeszłych wiekiem osób z Hong Kongu i 70 z Szangchaju cierpiących z powodu depresji. Na jakość życia mierzoną przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-BREF wpływ wywierał przede wszystkim ogólny stan zdrowia osób badanych, a dokładniej aktualne problemy zdrowotne, które znacząco obniżały jakość życia.

Podobne wyniki podkreślające wyraźny wpływ u pacjentów z depresją na jakość życia ogólnego stanu zdrowia (dodatkowych chorób) uzyskało wielu autorów, m.in. Shmuley i wsp. [114] Unsar i Sut [115]

Związek między jakością życia, a zmiennymi klinicznymi nie jest niestety jednoznaczny i na pewno wart jest dokładnego przeanalizowania. Im pełniej uda się zidentyfikować korelaty, czy determinanty jakości życia, tym precyzyjniej będzie można wpływać na jakość życia pacjentów w celu jej poprawy.

## **5.2. Zmienne psychospołeczne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych**

### **5.2.1. Zmienne socjodemograficzne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych**

Istnieje grupa badań podkreślająca znaczenie zmiennych socjodemograficznych jako korelatów jakości życia. Różni autorzy wskazują jednak na inne zmienne jako ważniejsze dla jakości życia.

Powiązania między jakością życia a zmiennymi demograficznymi są opisywane przez autorów badających osoby zarówno chore jak i zdrowe. Przykładem mogą być badania nad mieszkańcami terenów wiejskich w Ontario przeprowadzone przez Richmond i wsp. [92], którzy odkryli występowanie związku między oszacowaniami jakości życia, a takimi zmiennymi demograficznymi jak: dochód, liczba dzieci, płeć, wiek, stan cywilny, czy poziom wykształcenia.

Podobnie Barry [za: 27] postulowała występowanie znaczącego, choć umiarkowanego związku między satysfakcją z życia, a takimi zmiennymi demograficznymi jak stan finansowy, czy warunki życia.

Wydają się to potwierdzać badania Franka i wsp. [93], którzy w badaniach nad populacją kliniczną wykazali, że w grupie pacjentów z depresją czynnikiem obniżającym jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia są bieda i duża ilość dzieci.

Z kolei w badaniach Carpiniello i wsp. [94], w których próbowano określić jakość życia (przy pomocy Quality of Life Assessment) 48 pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią lub ciężkim epizodem depresyjnym nie wykazano związku między poziomem życia (o ile podstawowe potrzeby były zaspokajane), typem diagnozy, czy nasileniem objawów klinicznych a subiektywnym poczuciem jakości życia. Autorzy odkryli natomiast istotny wpływ jaki na jakość życia wywierają dwie zmienne demograficzne – płeć i poziom wykształcenia.

Lam i Rosenheck [95] przebadali ponad 4000 bezdomnych osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (depresja, schizofrenia, zaburzenia osobowości, zaburzenia nerwicowe), którzy brali udział w programie Center for Mental Health Services' Access to Community Care and Effective Services and Supports (ACCESS). Dwóch pomiarów wszystkich zmiennych dokonano w odstępie jednego roku (jakość życia mierzono przy pomocy kwestionariusza Lehman Quality of Life Interview). Badania wykazały, najsilniejszy negatywny związek między jakością życia a depresją, ale także pojawiły się w tym kontekście zmienne socjodemograficzne np. poziom wykształcenia, dochód, czy zatrudnienie, które również odgrywały znaczącą rolę.

Mercier i wsp. [96] skupili się na dwóch zmiennych: wieku i płci i próbowali odkryć ich wpływ na subiektywnie odczuwaną jakość życia u osób z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Ich grupa badawcza obejmowała 165 osób ze zdiagnozowaną od co najmniej dwóch lat schizofrenią, chorobą afektywną jednobiegunową lub dwubiegunową. Badania te nie wykazały żadnej różnicy w poczuciu jakości życia między kobietami a mężczyznami. Kluczową zmienną natomiast okazał się wiek, który był systematycznie związany z jakością życia (mierzoną przy pomocy Satisfaction with Life Domains Scale). Starsze osoby miały lepszą jakość życia, wyrażały mniej zmartwień, mniej pragnień zmiany i mniej osobistych planów/ projektów. Jednym z możliwych wyjaśnień podawanych przez autorów jest fakt, że dłużej trwająca choroba pozwoliła na przystosowanie się do niej, oraz spowodowała obniżenie oczekiwań i aspiracji, podczas gdy dla młodych ludzi, pełnych celów, planów i oczekiwań choroba psychiczna może być trudniejsza do zaakceptowania.

Do odmiennych wniosków doszli McCall i wsp. [97], którzy badając 88 pacjentów ze zdiagnozowaną depresją z North Carolina Baptist Hospital przy użyciu między innymi HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), BDI (Beck Depression Inventory), oraz narzędzi mierzących jakość życia (Basis-32, Instrumental Activities of Daily Living Scale, Physical Self-Maintenance Scale) odkryli iż wpływ wieku na jakość życia pacjentów z depresją jest niejednoznaczny i na pewno złożony. Pewne wymiary jakości życia np. kompetencje w zakresie samo opieki znacząco się zmniejszają, a pewne rosną (np. w sferze relacji interpersonalnych).

Inne doniesienia wbrew przytoczonym powyżej sugerują stosunkowo mały i nieznaczny wpływ zmiennych socjodemograficznych na jakość życia. Ponownie dotyczy to zarówno pomiarów dokonywanych na populacji osób zdrowych np. Akranavciute i Ruzevicius [98], jak i osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych.

Trompenaars i wsp. [99] przebadali w Holandii 495 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi przy pomocy kwestionariusza do pomiaru jakości życia WHOQOL-Bref, rejestrując przy okazji wszystkie istotne zmienne demograficzne. Wyniki badań choć tłumaczyły pewien procent wariacji w wynikach jakości życia, jednak był on relatywnie niewielki i wynosił 22,2% (dla wymiaru zdrowia psychicznego 7,3%; relacji społecznych 11%, dla wymiaru zdrowia fizycznego 22,2% i środowiskowego 18,1%). Przy czym na przykład zmienna płci nie wykazała żadnego związku z poczuciem jakości życia. Wiek miał również małe znaczenie poza faktem, że osoby starsze były ogólnie i szczegółowo (w zakresie zdrowia fizycznego i kontaktów społecznych) mniej zadowolone. Posiadanie dziecka również nie miało większego wpływu na ogólną jakość życia (poza wymiarem psychologicznego zdrowia). Osoby zatrudnione odznaczały się lepszą jakością życia na wymiarze zdrowia fizycznego niż osoby bezrobotne. Podobnie osoby z wyższym wykształceniem cechowały się relatywnie większą ogólną jakością życia i lepszym poczuciem zdrowia fizycznego niż osoby z niższym wykształceniem. Jednak jak podkreślają autorzy ogólny udział zmiennych demograficznych w procesie kształtowania poczucia jakości życia jest niewielki.

Podobnie zinterpretowali uzyskane przez siebie wyniki Kuehner i Buerger [100], którzy ocenili przy pomocy WHOQOL BREF 89 pacjentów z depresją. W ich badaniach zmienne demograficzne (np. wiek, płeć, poziom wykształcenia, bycie w stałym związku) wyjaśniały od 7,7% do 19,1% wariacji wyników jakości życia.

Takie same wyniki dały badania Berlim i wsp. [90] prowadzone między marcem 2001 roku, a październikiem 2005, w trakcie których przebadano w Brazylii 140 osób chorujących na depresję. Dokonane analizy wykazały, że na jakość życia (mierzoną przy pomocy WHOQOL BREF) niewielki wpływ mają zmienne demograficzne (nawet w połączeniu ze zmiennymi klinicznymi tłumaczyły mniej niż 32,8% wariacji wyników jakości życia).



### **5.2.2. Wsparcie społeczne a jakość życia w zaburzeniach afektywnych**

„Człowiek – istota społeczna” tak brzmi polski tytuł jednego z podręczników psychologii społecznej Elliota Aronsona, który nawiązał do słynnego stwierdzenia Arystotelesa, mówiącego że człowiek jest zwierzęciem społecznym [117]. Tytuł ten w pewnym sensie oddaje ważny aspekt natury ludzkiej. Każdy człowiek funkcjonuje w środowisku społecznym i potrzebuje do życia i rozwoju już od najwcześniejszego dzieciństwa obecności innych osób. Otoczenie społeczne jest nie tylko źródłem stymulacji, ale także źródłem wsparcia, które jeśli jest adekwatne i oczekiwane jest bez wątpienia jednym z ważniejszych zasobów.

Takie praktyczne podchodzenie do wsparcia społecznego implikuje jednak pewne trudności na gruncie teoretycznym, naukowym. I chociaż dostępna jest obszerna literatura na temat wsparcia społecznego, wraz z ciekawymi badaniami empirycznymi, sam termin wsparcia nie doczekał się jednolitej definicji i pozostaje raczej konstruktem wielowymiarowym, bez jednej powszechnie uznanej definicji. W najprostszy sposób określa się wsparcie jako pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, lub jako konsekwencję przynależności człowieka do różnych sieci społecznych [118]. Obecnie zwraca się uwagę na różne typy wsparcia, ich odmienne znaczenie, oraz związek z różnymi zjawiskami. Do najczęściej wymienianych typów należą wsparcie: emocjonalne (przekaz emocji służący wyrażeniu zrozumienia, troski, współczucia, akceptacji), informacyjne/poznawcze (dostarczenie pomocnych informacji), instrumentalne (pomoc rzeczowa), wartościujące (okazywanie szacunku, akceptacji, tworzenie u osoby wspieranej poczucia własnej wartości), duchowe (niezbędne w sytuacji przewlekłej sytuacji trudnej), w rozwoju (wyrównywanie szans w dziedzinie edukacji, aktywności itd.), ukierunkowane na przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu [119].

Tak rozumiane wsparcie w znaczący sposób zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby psychiczne, czy fizyczne, wpływa na sposób radzenia sobie ze stresem, zmniejsza prawdopodobieństwo przedwczesnej śmierci. Wiele longitudinalnych badań polegających na monitorowaniu stanu zdrowia tysięcy ludzi udowodniły fakt iż bliskie związki mają znaczenie dla stanu zdrowia [120].

Wsparcie społeczne wydaje się mieć również duży wpływ na jakość życia, czego potwierdzenie odnajdujemy w literaturze. Na przykład Jarema i wsp. [121] wykazali, że pacjenci proszeni o uszeregowanie czynników, które w ich przypadku

kształtują jakość życia często umieszczają wsparcie na pierwszym miejscu (przed zdrowiem psychicznym, sytuacją finansową, czy niezależnością).

To intuicyjne u pacjentów rozumienie wagi wsparcia potwierdza wiele badań naukowych. Na przykład Strine i wsp. [122] dzięki przeprowadzonej telefonicznie w 50 stanach Ameryki ankiecie zgromadzili między innymi informacje na temat wsparcia społecznego, emocjonalnego, satysfakcji życiowej, jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, chorób, co pozwoliło przeanalizować wzajemne związki między tymi zmiennymi. Ich badania wykazały, że nieadekwatne wsparcie wiąże się z obniżeniem jakości życia we wszystkich jej sferach. Osoby, które rzadko albo wcale nie otrzymywały wsparcia społecznego miały czterokrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów stresu, sześciokrotnie większe objawów depresyjnych i czterokrotnie przewlekłych objawów lękowych, oraz dwunastokrotnie większe prawdopodobieństwo braku satysfakcji z własnego życia.

Newsom i Schulz [123] na podstawie badań, w których udział wzięło 4700 starszych wiekiem osób wskazali nie tylko na dużą rolę wsparcia społecznego dla kształtowania jakości życia, ale również stwierdzili, że to właśnie wsparcie jest czynnikiem predykcyjnym dla jakości życia.

Podobne wyniki podkreślające wzajemny związek między jakością życia, depresyjnym nastrojem, a wsparciem społecznym uzyskali Friedman i wsp. [124]. Wykazali oni, że ilość otrzymywanego wsparcia wpływa na nasilenie objawów depresyjnych. Brak satysfakcji z powodu otrzymywania małej ilości wsparcia wpływa na depresyjny nastrój, oraz znacząco uszkadza jakość życia.

Podobne wyniki uzyskało wielu badaczy m.in. Chan i wsp. [113]; Trompenaars i wsp. [99] Kuehner i wsp. [100].

Ten wyraźny związek między wsparciem społecznym, a jakością życia w sytuacji zdrowia i choroby już od dawna interesował badaczy poszukujących możliwych wyjaśnień jego istoty. Na przykład Cohen i Wills w 1985 roku [za:125] zaproponowali jedno z możliwych wyjaśnień w postaci dwóch hipotez „głównego efektu” i „bufora przed stresem”. Ta pierwsza hipoteza zakłada, że im więcej wsparcia społecznego w życiu jednostki, tym lepsza jest jej jakość życia (związek między tymi dwoma zmiennymi jest liniowy) niezależnie od poziomu stresu. Druga hipoteza wyjaśnia ten związek w odniesieniu do zjawiska stresu. W sytuacji jego braku, ilość wsparcia społecznego nie wpływa na jakość życia. Natomiast w przypadku dużego

nagromadzenia stresu wsparcie społeczne pełni rolę bufora ochronnego wyraźnie przekładając się na jakość życia. Helgeson [125] w nawiązaniu do tych hipotez próbowała wyjaśnić związek między wsparciem, a jakością życia. Obecność innych osób w życiu danego człowieka może znacznie przyczyniać się do poprawy nastroju, oraz pozwala budować własną tożsamość. W sytuacjach stresujących inni ludzie mogą przyczyniać się do zmiany sposobu patrzenia dostarczając wsparcia informacyjnego lub emocjonalnego. Wsparcie materialne/ rzeczowe może pomóc w zmianie warunków sytuacji. Wszystkie oddziaływania nie tylko zmniejszają poziom stresu, ale i zwiększają jakość życia. Do poprawy jakości życia nie musi wystąpić realne otrzymanie tego wsparcia, wystarczy że dana osoba dostrzega możliwość jego wystąpienia.

Aktualnie jest dostępna duża ilość publikacji na temat roli i znaczenia wsparcia społecznego w różnych chorobach, także w zaburzeniach afektywnych.

W wielu źródłach możemy znaleźć informacje o tym, że pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową wyraźnie postrzegają otrzymywane wsparcie jako nieadekwatne do ich potrzeb (np. Romans [126]; Beyer [127]). Inni autorzy (np. Doi [128]; Speer [129]) podkreślają, że kwestia ta dotyczy nie tylko postrzeganego, ale i realnie otrzymywanego wsparcia, które jest faktycznie niewystarczające i znacznie wpływa na jakość życia.

Podobne dane można znaleźć w kontekście choroby afektywnej jednobiegunowej – także i tutaj można dostępne są źródła podkreślające występowanie negatywnego związku między depresją a ilością otrzymywanego wsparcia społecznego i emocjonalnego, co w znaczący sposób przekłada się na jakość życia (np. Strine i wsp. [130]).

Stosunkowo niewiele jednak jest badań, które poruszają kwestię związku wsparcia społecznego i jakości życia w kontekście różnic między pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową.

I tak na przykład Coryell i wsp. [131] dokonali porównania funkcjonowania psychospołecznego u pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową (240 osób) i dwubiegunową (148 osób) na początku pierwszej hospitalizacji, a następnie po 5 latach. W punkcie wyjścia nie wystąpiły różnice między obiema grupami, które w równym stopniu charakteryzowały się deficytami w sferze społecznej, co bez wątplenia przekłada się na ilość i jakość otrzymywanego wsparcia. Po okresie pięciu lat u obu grup występowały podobne i istotne trudności w niemalże wszystkich obszarach psychospołecznego funkcjonowania. Jedyną odmienność dotyczyła relacji

z małżonkami – osoby z chorobą dwubiegunową znacząco rzadziej zawierały związki małżeńskie, a jeśli już to uczyniły miały dwa razy większe prawdopodobieństwo rozwodu, lub separacji.

Podobne wyniki uzyskali Seretti i wsp. [132], którzy potwierdzili występowanie gorszego przystosowania społecznego u pacjentów z chorobą afektywną w porównaniu do grupy kontrolnej, oraz gorsze funkcjonowanie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową w relacjach małżeńskich.

Z kolei Bauwens i wsp. [133] przebadali grupę 51 pacjentów z depresją (27 osób z chorobą afektywną dwubiegunową i 24 osoby z jednobiegunową) i porównali pod względem funkcjonowania społecznego z grupą kontrolną dobraną pod kątem adekwatności wieku i płci. Ponownie grupa pacjentów charakteryzowała się istotnie niższym poziomem przystosowania niż grupa kontrolna i miała ogólne trudności w nawiązywaniu nowych relacji. Tym razem jednak wystąpiły trochę inne różnice między obiema podgrupami pacjentów. Osoby z chorobą afektywną dwubiegunową miały mniej kontaktów z przyjaciółmi, ale to właśnie pacjenci z chorobą afektywną jednobiegunową mieli ogólnie mniej społecznych interakcji i występowały u nich dodatkowe trudności w relacjach małżeńskich, które dotyczyły relacji seksualnych.

Na gruncie polskim Poradowska-Trzos i wsp. [134] dokonali porównania sieci społecznych pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową i odkryli również znaczące różnice. Pacjenci z chorobą jednobiegunową charakteryzowali się statystycznie istotną mniejszą siecią społeczną (zwłaszcza pozarodzinną), oraz mniejszym systemem wsparcia, głównie emocjonalnego. Ciekawa różnica wystąpiła również w zakresie trwania relacji pozarodzinnych. U pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową większość znajomości trwała krócej niż 10 lat, a dłużej niż rok. Natomiast u pacjentów z chorobą jednobiegunową przeważały związki ponad 10-letnie. Autorzy jako możliwe wyjaśnienie tego zjawiska podają większą gotowość do zawierania nowych związków u pacjentów z cyklofrenią, co wynika z ich osobowości syntonicznej, lub ekstrawertywnej, podczas gdy u pacjentów z depresją jednobiegunową przeważa introwersja, smutek.

Kwestia wsparcia społecznego jest bez wątpienia istotna dla całego procesu powrotu do zdrowia. Nieobojętna jest także dla zagadnienia jakości życia. Otwarte pozostaje pytanie o siłę tych związków i ewentualne różnice pod względem wsparcia i jakości życia pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową.

## **6. Cele badawcze pracy**

Celem pracy jest odpowiedź na pytania:

1. Jak zmienia się jakość życia pacjentów w trakcie hospitalizacji i podczas remisji?
2. Czy istnieją różnice w poziomie jakości życia pomiędzy chorymi z zaburzeniami afektywnymi nawracającymi a zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi?
3. Jakie czynniki kliniczne i psychospołeczne determinują jakość życia pacjentów z zaburzeniami afektywnymi podczas leczenia, a jakie podczas remisji i czy pod tym względem istnieją różnice pomiędzy chorymi z zaburzeniami afektywnymi nawracającymi a chorymi z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi?

Ze względu na stosunkowo małą liczbę doniesień na temat jakości życia w chorobach afektywnych, oraz na istniejące między nimi sprzeczności najprawdopodobniej wynikające z różnic w sposobach definiowania jakości życia w pracy tej zastosowano model badań w wariacie eksploracyjnym, a nie weryfikacyjnym. Stąd też ograniczono się jedynie do przedstawienia celów badawczych, a nie hipotez.

## **7. Narzędzia badawcze**

### **Ankieta**

Procedura badania rozpoczynała się od przeprowadzenia wywiadu z osobą badaną i wspólnego wypełnienia ankiety własnej konstrukcji, pozwalającej na zebranie danych społeczno-demograficznych takich jak:

- wiek
- płeć
- wykształcenie (podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe)
- stan rodzinny (stan cywilny, liczba dzieci)
- zatrudnienie (brak zatrudnienia, umowa o pracę, umowa innego typu, własna działalność, emerytura)
- charakter wykonywanej pracy (fizyczna, umysłowa)
- źródło utrzymania (praca własna, renta/ zasiłek, emerytura, pomoc rodziny).

Nieco później we współpracy z lekarzem psychiatrą następowało uzupełnianie danych klinicznych z ankiety takich jak:

- rozpoznanie (choroba afektywna jednobiegunowa, czy dwubiegunowa)
- czas trwania choroby do momentu rozpoczęcia leczenia (w miesiącach)
- liczba pobyków w szpitalu
- liczba dni pobytu w szpitalu
- liczba zachorowań (pierwsze zachorowanie, od 2 do 4 zachorowań, powyżej 5 zachorowań)
- stosowane kuracje farmakologiczne
- choroby towarzyszące.

Niektóre pozycje wypełniane były dopiero w momencie wypisu z Kliniki na podstawie uzupełnionej przez lekarza prowadzącego dokumentacji z pobytu (np. ostateczne rozpoznanie, które czasem zmieniał się w trakcie hospitalizacji, oraz liczba dni w szpitalu).

### **Quality of Life in Depression Scale**

W badaniach posłużono się skalą do mierzenia jakości życia w depresji QLDS autorstwa Sonji M. Hunt i Stephena McKenny [60].

Podłożem teoretycznym tej skali jest wspomniana i opisana wyżej koncepcja jakości życia związana z potrzebami. Nie trzeba nikogo przekonywać do faktu, że każdy człowiek ma pewne, określone potrzeby. Autorzy QLDS oparli swoją skalę na założeniu, że życie zyskuje na jakości, gdy człowiek może sam zaspokajać swoje potrzeby. W tym ujęciu nie ma znaczenia na przykład sam fakt zatrudnienia (albo jego brak), posiadania rozległych zainteresowań, czy szerokiej sieci kontaktów społecznych. Istotne natomiast jest to, jak te fakty wpływają na ludzką zdolność do zaspokajania różnych potrzeb. Trudno w tej sytuacji w sposób jednoznaczny określić, że dana choroba czy zaburzenie wpłynie uszkadzająco na jakość życia, ponieważ może, ale nie musi uszkadzać zdolności do zaspokajania potrzeb. Oszacowania zatem muszą być ze swej natury indywidualne i specyficzne dla każdego człowieka i jego aktualnych potrzeb.

Wszystkie te przemyślenia stały się podłożem nowego narzędzia do mierzenia jakości życia. Konstrukcja skali rozpoczęła się od analizy literatury poruszającej zagadnienie ludzkiej motywacji, która pozwoliła na ustalenie listy potrzeb istotnych dla jakości życia. Lista obejmowała następujące potrzeby:

- pożywienie, sen, aktywność, seks, unikanie bólu,
- zapewnienie ciepła, schronienia, bezpieczeństwa, wolność od strachu, stabilność,
- uczucie, miłość, kontakt fizyczny, intymność, przywiązanie, komunikacja, wymiana doświadczeń, wspólne realizowanie celów, afiliacje,
- ciekawość, eksploracja, zabawa, stymulacja, radość, kreatywność, poczucie sensu,
- tożsamość, status, uznanie, aprobata, docenienie, bycie użytecznym dla innych osób, szacunek, kompetencja, poczucie własnej wartości, mistrzostwo, osiągnięcia, władza, niezależność, wolność,
- ustrukturyzowany czas,
- samorealizacja.

Ponieważ autorom skali zależało na stworzeniu narzędzia ściśle odpowiadającego potrzebom pacjentów z depresją kolejnym krokiem było przeprowadzenie serii jakościowych wywiadów z osobami cierpiącymi w danym momencie z powodu depresji, albo mającymi epizod depresyjny za sobą. Zasadniczym celem tych wywiadów było odkrycie w jaki sposób objawy depresji wpływają na zdolność pacjenta do zaspokajania potrzeb z wyżej wymienionej listy, oraz ustalenie w jakim stopniu pod wpływem leczenia zmieniają się te zdolności. Pacjenci byli wskazywani przez siedmiu współpracujących z badaczami psychiatrów w Wielkiej Brytanii i po zapoznaniu się z celem badania i wyrażeniu zgody byli włączani do programu. Większość wywiadów, których czas zawierał się od 30 minut, do dwóch godzin, odbyła się w domu u osób badanych, poza dwoma, które miały miejsce w warunkach szpitalnych. Każdy wywiad miał ściśle określoną strukturę i rozpoczynał się od ponownego wyjaśnienia celu badania - osoba badana otrzymywała informację, że przeprowadzający wywiad jest zainteresowany tym, w jaki sposób depresja i związane z nią leczenie wpływa na codzienne życie i funkcjonowanie, zdolność do zaspokajania potrzeb, oraz relacje z innymi osobami. Następnie proszono o omówienie tych aspektów życia, które mają kluczowe znaczenie dla osób badanych.

Jeśli jakieś aspekty interesujące badaczy były pominięte, sam badacz prosił o ich omówienie, tak aby od każdej osoby uzyskać pełen komplet informacji obejmujący:

- Aktywności związane z domem: wykonywanie niezbędnych codziennych czynności, zakupy, gotowanie, sprzątanie, zadania domowe.
- Relacje społeczne (prywatne i zawodowe): stan cywilny, relacje rodzinne, z przyjaciółmi, znajomymi z pracy, zainteresowanie innymi osobami, zwracanie uwagi na innych, zdolność i chęć do rozmawiania. Reakcje innych osób, ich postawy i zachowanie. Seksualna aktywność, zainteresowanie seksem. Zdolność do obdarzania uczuciem i przyjmowania tego uczucia od innych osób.
- Życie społeczne: spotykanie się ze znajomymi, chodzenie do kina, teatru, odwiedzanie przyjaciół, otaczanie się ludźmi, zainteresowanie innymi osobami.
- Procesy poznawcze: zdolność do koncentrowania uwagi, logiczne rozumowanie, wykonywanie rutynowych i intelektualnych zadań.
- Higienę osobistą: utrzymywanie siebie w czystości, dbanie o czysty ubiór, pranie, prasowanie, dbanie o swój wygląd, właściwe odżywianie.
- Czas wolny i zainteresowania: podtrzymywanie dotychczasowych zainteresowań, hobby, uprawianie sportu, oglądanie telewizji, słuchanie radia, muzyki, robótki ręczne, krzyżówki, granie na instrumentach muzycznych.
- Sen i wypoczynek: zdolność do relaksowania, wypoczynku, zakłócenia w codziennym schemacie aktywności i wypoczynku, zakłócanie innym snu przez swoje trudności z zasypianiem.

Ostatecznie uzyskano wywiady od 30 pacjentów (22 kobiety, 8 mężczyzn, w wieku od 19 do 64 lat). Wszystkie wywiady za zgodą osób ich udzielających zostały nagrane, a następnie w celu zachowania całkowitej anonimowości osób badanych przepisane. Po ich analizie wyodrębniono aż 426 stwierdzeń, które odnosiły się do badanego zagadnienia. Wszystkie poddano dodatkowej ocenie i ostatecznie wybrano te, które spełniały następujące kryteria:

- nie zawierały specyficznych wyrażeń
- odnosiły się do wszystkich osób badanych
- były kojarzone przez osoby badane z depresją
- wyrażały tylko jedną myśl



Z powstałego w ten sposób zbioru 75 stwierdzeń, wykluczono te, które się powtarzały i dotyczyły tego samego zagadnienia wyrażonego tylko innymi słowami. W efekcie otrzymano 41 stwierdzeń, którym nadano postać osobistych wypowiedzi, używając tak dalece jak to możliwe oryginalnych wyrażeń osób badanych, ze względu na wcześniejsze badania autorów, które wykazały, że taka forma jest najbardziej skuteczna i najłatwiej przyswajalna przez wypełniającego test [135].

Kolejnym etapem konstruowania narzędzia było wykorzystanie skali w praktyce. We współpracy z pięcioma psychiatrami w Wielkiej Brytanii wytypowano kolejnych pacjentów, którzy nie brali udziału w pierwszej fazie badania. Po wyrażeniu zgody zostali oni zaproszeni do wypełnienia wstępnej wersji kwestionariusza i poproszeni o komentarz związany z wrażeniami w trakcie wypełniania. 35 pacjentów (22 kobiety, 13 mężczyzn, w wieku od 24 do 72 lat), którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu nie miało żadnych kłopotów ze skalą, padały takie opinie jak: „*to właśnie tak, jak się czuję*”, „*to właśnie mi się przydarzyło*”, albo nawet „*chciałbym, żeby mój lekarz zapytał mnie o to*”. Kilka osób skomentowało negatywnie system udzielania odpowiedzi w postaci wyboru między dwiema alternatywami: prawda i fałsz, nie przeszkodziło im to jednak w wypełnieniu całej skali.

Po dokonaniu analiz zebranych wyników usunięto dalszych sześć stwierdzeń, z powodu ich niskiej mocy dyskryminacyjnej, albo z powodu trudności jakie miała większość pacjentów z udzieleniem na nie odpowiedzi. W efekcie otrzymano 35 pozycji nowej skali, którą ponownie wykorzystano, dzięki współpracy z 20 pacjentami. Jeszcze jedno stwierdzenie usunięto ze względu na fakt, że mogły w jego przypadku wystąpić trudności w tłumaczeniu na inne języki i adaptowaniu narzędzia do stosowania w innych krajach [136].

Tak powstałe narzędzie autorzy przetestowali pod względem psychometrycznym. Odbyło się to w dwóch odrębnych badaniach. Pierwszym zadaniem była ocena rzetelności QLDS. Pacjenci którzy wzięli udział w badaniach musieli spełnić następujące kryteria: pozostawanie pod opieką ambulatoryjną, lub szpitalną, brak zmian w ostatnim czasie w dotychczasowym leczeniu, brak objawów psychotycznych, wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniach, poza tym nie mogło być to ich pierwsze zachorowanie na depresję. Włączenie do badania zarówno pacjentów hospitalizowanych, jak i ambulatoryjnych gwarantowało występowanie w grupie osób badanych objawów depresyjnych o różnym nasileniu.

Aby zachować takie same warunki pomiaru zdecydowano się na dokonywanie go w warunkach domowych. Pacjent, który wyraził chęć pomocy w tworzeniu nowego narzędzia do pomiaru jakości życia musiał podać swój adres domowy i otrzymywał dwa kwestionariusze QLDS, oraz Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), wraz z kopertą, w której po wypełnieniu testów miał je odesłać badaczom. Po upływie dwóch tygodni na adres domowy otrzymywał pocztą kolejny zestaw testów, ponownie złożony z QLDS i HAD. Do ostatecznych analiz włączono dane zebrane od 74 pacjentów (31 kobiet, 43 mężczyzn, w wieku od 20 do 70 lat). Rzetelność testu oceniana była przy pomocy trzech metod: testu – retestu, wewnętrznej spójności i wskaźnika Guttmana. Wszystkie trzy metody wskazały na dużą rzetelność narzędzia (metoda testu- retestu zwłaszcza u pacjentów z utrzymującą się depresją dała wskaźnik w wysokości 0,94, alfa Cronbacha wyniosła 0,97, a wskaźnik Guttmana utrzymywał się na poziomie 0,93). Kolejnym etapem badania było sprawdzenie trafności testu. Ze względu na cały proces powstawania narzędzia i fakt, że zawarte w nim stwierdzenia pochodzą bezpośrednio od pacjentów doświadczających depresji i że pierwsze wersje zostały określone jako niezwykle trafnie oddające sytuację depresji, QLDS miał wszelkie szanse okazać się narzędziem trafnym. Postanowiono sprawdzić to korelując wyniki testu ze zbliżoną miarą jakości życia. Ze względu jednak na brak takiego narzędzia do pomiaru jakości życia w depresji ostatecznie zdecydowano się na dokonanie porównań z kwestionariuszem General Well- Being Index (GWBI), który został stworzony przez H. Dupuy na potrzeby amerykańskiego programu Nutrition Examination Survey i który mierzy subiektywny, psychologiczny dobrostan [137]. Narzędzie oczywiście zostało wcześniej zaadaptowane i przystosowane do warunków brytyjskich i do specyficznej grupy pacjentów depresyjnych [138]. Dokonano rekrutacji nowej grupy pacjentów, a do kryterium wykluczenia dołączył udział w poprzednich badaniach. Grupa badanych liczyła tym razem 21 mężczyzn i 49 kobiet, w wieku od 18 do 80 lat. Korelacja między dwoma narzędziami QLDS i GWBI wyniosła 0,79, co wskazuje na pewien związek między dobrostanem, a jakością życia [139].

Dodatkową analizę przeprowadził Gregoire wraz ze współpracownikami – dzięki niej wykazano, że test można również z powodzeniem stosować u osób cierpiących z powodu depresji, powyżej 60 roku życia [140].

Kwestionariusz można stosować do badania depresji zarówno u osób cierpiących na chorobę afektywną jednobiegunową, jak i dwubiegunową [104, 141].

QLDS był wielokrotnie wykorzystywany w różnych badaniach np. służących do oszacowania efektywności różnych metod leczenia [142, 143, 144, 145].

Jako ciekawostkę można podać fakt, iż w przypadku Quality of Life in Depression Scale prace nad jego powstaniem odbywały się równocześnie w dwóch krajach i w dwóch wersjach językowych: angielskiej i holenderskiej [146].

Od czasu skonstruowania podstawowej wersji, test zgodnie ze swym założeniem został zaadoptowany i zaczął być stosowany w wielu różnych, nie tylko europejskich krajach: np. w Danii, Francji, Włoszech, Hiszpanii, Niemczech, Austrii, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, Węgrzech, Norwegii, Szwecji, Finlandii, Izraelu, Brazylii, Maroku (tutaj wystąpiły pewne trudności w adaptacji ze względu na pewne różnice kulturowe i trudności w tłumaczeniu – różne dialekty, w różnych częściach kraju) [147, 148, 149, 150].

### **Adaptacja Quality of Life in Depression Scale do warunków polskich:**

Adaptacja językowa kwestionariusza QLDS.

W Polsce adaptacji skali podjął się zespół w I Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych w Gdańsku, w składzie Landowski J., Majkovicz M., Lamparska E. Uzyskano odpowiednią zgodę na stosowanie tego narzędzia do badań naukowych od firmy dysponującej prawami autorskimi.

Procedura adaptacji rozpoczęła się od przetłumaczenia kwestionariusza z języka angielskiego na język polski. Tłumaczenia dokonały niezależnie od siebie dwie osoby: absolwentka psychologii, która ukończyła British Council, obecnie zajmuje się psychologią kliniczną, oraz profesor psychiatrii, również po ukończonym kursie British Council, oraz po licznych stażach zagranicznych w obszarze angielskojęzycznym (w tym w Wielkiej Brytanii). Kiedy oba tłumaczenia były gotowe, nastąpiło spotkanie, w trakcie którego po porównaniu obu wersji, oraz dyskusji, dokonano korekty tekstu i uzgodniono wspólną pierwszą wersję polską.

Wersję tą otrzymały kolejne dwie osoby – dwaj obywatele brytyjscy, wykładowcy języka angielskiego w Wydziale Anglistyki Uniwersytetu Gdańskiego. Jeden z nich pochodzi z rodziny polskiej, a języka polskiego uczył się równoległe z angielskim. Drugi na stałe zamieszkujący Polskę, opanował polski język w wieku dorosłym. Tłumacze niezależnie od siebie dokonali tak zwanej retranslacji (back translation), co oznacza tłumaczenie pierwszej wersji polskiej ponownie na język angielski.

Na wspólnym spotkaniu przedyskutowali rozbieżności i ustalili wspólną, najbardziej adekwatną wersję tłumaczenia.

Ostatnim etapem procedury było spotkanie wszystkich czterech tłumaczy i na wspólnym posiedzeniu, w oparciu o wszystkie wersje, uzgodnienie wersji ostatecznej.

### **Badania pilotażowe**

Badania były prowadzone na terenie I Kliniki Chorób Psychiczych w Gdańsku przez 7 miesięcy. Grupę badawczą (pilotażową) stanowiły 33 osoby.

Byli to pacjenci Kliniki leczeni z powodu zespołów depresyjnych o różnym podłożu (15 osób – choroby afektywne, 10 osób – depresje nerwicowe, 5 osób – podłoże organiczne bez wyraźnych objawów otępiennych, 3 osoby – w przebiegu schizofrenii).

Mężczyzn było 21 (63,6%), a kobiet 12 (36,4%).

Wiek badanych wahał się od 24 do 70 lat, średnio 47,24, odchylenie standardowe 12,39.

Rozkład wykształcenia był następujący: 2 – niepełne podstawowe, 7- podstawowe, 5- zawodowe, 9- średnie, 10- wyższe.

Stan cywilny badanych osób przedstawiał się następująco: zamężne/ żonaci – 22, stan wolny – 3, rozwiedzeni – 2, w separacji – 2, wdowy/ wdowcy – 4.

Bezdziatnych było 6 osób, pozostała część badanych posiada dzieci w liczbie od 1 do 5, najczęściej po dwoje.

Prawie połowę grupy (15 osób) stanowiły osoby czynne zawodowo, 8 osób przebywało na rencie, 5 na emeryturze, a 5 nie pracowało z innych powodów niż emerytura i renta.

## Wyniki badań pilotażowych

Tab.1. Podstawowa charakterystyka statystyczna odpowiedzi na pytania QLDS.

Numer pytania	Średnia arytmetyczna	Błąd standardowy, średnia	Odchylenie standardowe	N
1	0,61	0,09	0,50	33
2	0,39	0,09	0,50	33
3	0,73	0,08	0,45	33
4	0,30	0,08	0,47	33
5	0,48	0,09	0,51	33
6	0,55	0,09	0,51	33
7	0,84	0,07	0,37	32
8	0,67	0,08	0,48	33
9	0,67	0,08	0,48	33
10	0,64	0,09	0,49	33
11	0,55	0,09	0,51	33
12	0,39	0,09	0,50	33
13	0,36	0,09	0,49	33
14	0,61	0,09	0,50	33
15	0,47	0,09	0,51	32
16	0,85	0,06	0,36	33
17	0,55	0,09	0,51	33
18	0,76	0,08	0,44	33
19	0,64	0,09	0,49	33
20	0,58	0,09	0,50	33
21	0,64	0,09	0,49	33
22	0,33	0,08	0,48	33
23	0,30	0,08	0,47	33
24	0,58	0,09	0,50	33
25	0,42	0,09	0,50	33
26	0,48	0,09	0,51	33
27	0,48	0,09	0,51	33
28	0,58	0,09	0,50	33
29	0,70	0,08	0,47	33
30	0,47	0,09	0,51	32
31	0,55	0,09	0,51	33
32	0,66	0,09	0,48	32
33	0,38	0,09	0,49	32
34	0,52	0,09	0,51	33

### Analiza rozkładu wyniku ogólnego QLDS i porównanie z wersją oryginalną

Normalność rozkładu sprawdzono za pomocą nieparametrycznego testu Kołmogorowa – Smirnowa. Statystyka Z tego testu wynosiła 0,7392 a  $p=0,6453$ . Oznacza to przyjęcie hipotezy, że rozkład ogólnego wyniku QLDS nie odbiega od rozkładu normalnego.

Tab.2. Wyniki QLDS w wersji polskiej i angielskiej  
– podstawowa charakterystyka statystyczna.

<b>Wersja</b>	<b>Zakres</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odchylenie standardowe</b>
polska	0-34	19,9	10,6
angielska	0-34	14,4	11,5

Średni wynik kwestionariusza wersji polskiej jest wyższy od średniego wyniku wersji angielskiej najprawdopodobniej ze względu na różnice w sytuacji pacjentów. W Wielkiej Brytanii w badaniach wzięli udział pacjenci zarówno hospitalizowani, jak i ambulatoryjni, podczas gdy w polskich badaniach tylko hospitalizowani. A zrozumiałym jest fakt, że pacjenci, którzy muszą zostać poddani hospitalizacji mogą mieć znacznie gorszą jakość życia, niż ci, którzy jeszcze mogą leczyć się ambulatoryjnie.

Tab.3. Wstępna ocena rzetelności wersji kwestionariusza QLDS  
w wersji polskiej i w wersji oryginalnej.

<b>Wersja</b>	<b>Współczynniki rzetelności</b>		
	Cronbach	Guttman	Spearman - Brown
polska	0,93	0,91	0,92
angielska	0,97	0,93	brak danych

Adaptacji językowej dokonano zgodnie z wymogami metodologicznymi. Samą poprawność procedury tłumaczenia można m.in. zweryfikować poprzez oszacowanie rzetelności testu. W sytuacji gdy, wersja oryginalna charakteryzuje się bardzo dużym, jak na ten typ metod pomiaru, współczynnikiem rzetelności, można z pewnym uproszczeniem, przyjąć, że taki wynik wskazuje na adekwatną spójność narzędzia między innymi z powodu właściwego tłumaczenia. W grupie narzędzi dokonujących pomiaru jakości życia dla rzetelności najczęściej za wystarczający przyjmuje się wskaźnik 0,70. Im jest on wyższy tym rzetelniejsze narzędzie.

Uzyskane różnymi metodami wskaźniki polskiej wersji QLDS znacznie przekraczają 0,70, co pozwala sądzić, że adoptowany kwestionariusz jest narzędziem rzetelnym.

Tytułem podsumowania należy podkreślić, że kwestionariusz ma wiele pozytywnych cech, które uzasadniają wartość jego zastosowania w kolejnych badaniach. Wymienić tu należy między innymi:

- fakt iż ma jasne podłoże teoretyczne,
- stwierdzenia użyte w kwestionariuszu powstały dzięki współpracy z pacjentami cierpiącymi z powodu depresji, którzy swoimi własnymi słowami wyrażali odczucia związane z chorobą,
- przesunięcie akcentu z tak popularnego przy konstruowaniu narzędzi do pomiaru jakości życia podejścia uwzględniającego „braki” i trudności (np. brak pracy, trudności w relacjach) na podejście akcentujące zdolność do zaspokajania potrzeb. Skupianie się nie na aktywnościach, czy czynnościach, ale na tym jak łączą się one z ludzkimi potrzebami,
- QLDS to narzędzie łatwe w zastosowaniu dla osoby badanej (krótki test, z prostymi zrozumiałymi stwierdzeniami), oraz dla badacza (klarowny klucz, przejrzyste zasady interpretowania),
- narzędzie z założenia zostało stworzone do porównań międzykulturowych w sposób ułatwiający tłumaczenie i adaptację do stosowania w innych krajach,
- odpowiednie wskaźniki psychometryczne wskazują na fakt, iż jest to narzędzie rzetelne, trafne i odpowiednio czułe na zmiany.

Użyty w badaniach kwestionariusz QLDS jest narzędziem wypełnianym samodzielnie przez pacjenta. Średni czas wypełniania to około 7 minut. Składa się z 34 stwierdzeń, na które jest możliwa jedna z dwóch odpowiedzi: Tak/ Nie lub Prawda/ Fałsz. Dziesięć ze stwierdzeń jest sformułowanych w sposób pozytywny (np. „z nadzieją patrzę w przyszłość”, czy „troszczę się o siebie”), podczas gdy pozostałe 24 stwierdzenia w sposób negatywny (np. „straciłem radość życia”, czy „czuję się tak, jakbym był ciężarem dla ludzi”). Przy każdej pozycji można uzyskać zgodnie z kluczem 0 lub 1 punkt. Wynik testu jest sumą wszystkich punktów i mieści się w przedziale od 0 do 34, przy czym im jest wyższy, tym bardziej wskazuje na niższą jakość życia u osoby badanej.

## **Inwentarz (Skala) Depresji Becka**

Inwentarz Depresji Becka (BDI- Beck Depression Inventory) powstał w 1961 roku i pierwotnie miał służyć do pomiaru poziomu depresji (jej poznawczych, afektywnych, behawioralnych i somatycznych aspektów) u osób poddawanych terapii poznawczo – behawioralnej [151].

W chwili obecnej narzędzie to jest znacznie szerzej stosowane między innymi w badaniach klinicznych stanów depresyjnych, przy ocenie skuteczności działania leków przeciwdepresyjnych, oraz coraz częściej do badań przesiewowych pomagając w oszacowaniu rozpowszechnienia depresji w populacji ogólnej, czy populacji osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu [152].

Od czasu powstania Skala ta została wykorzystana w ponad 2000 programów badawczych i eksperymentach naukowych, między innymi ze względu na fakt, że narzędzie wstępnie różnicuje osoby zdrowe i chore, oraz pozwala na przybliżoną ocenę głębokości depresji [153].

Skala Depresji Becka jest narzędziem spójnym wewnątrznie, rzetelnym, trafnym i czułym, co zostało wielokrotnie potwierdzone w różnych badaniach [154, 155, 156, 157].

Parnowski i Jernajczyk w roku 1977 zaadaptowali Skalę Depresji Becka do warunków polskich, co umożliwiła jej swobodne stosowanie w naszym kraju [158].

Jest to obecnie (obok skali Hamiltona) niezwykle popularne narzędzie do oceny nasilenia objawów depresji. Skala należy do grupy instrumentów, które pozwalają na dokonanie samooceny, czyli są wypełniane samodzielnie przez pacjenta.

Składa się z 21 pozycji, z których każda zbudowana jest z czterech stwierdzeń, uporządkowanych pod względem nasilenia objawów (od stanu neutralnego, po objaw najbardziej nasilony). Pacjent dokonuje wyboru wskazując to stwierdzenie, które najbardziej jego dotyczy w ciągu ostatniej doby, minionego tygodnia, lub miesiąca. Wyniki oblicza się według prostego klucza otrzymując jeden ogólny wynik o znaczeniu orientacyjnym. Im wyższy wynik pacjent uzyskuje, tym wyższe nasilenie objawów depresyjnych [159, 160, 161].



## **Skala Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS)**

Skala od czasu jej opublikowania przez Maxa Hamiltona w 1960 roku jest jednym z najczęściej stosowanych w psychiatrii narzędzi do oceny nasilenia objawów depresyjnych [162]. Bywa wykorzystywana na całym świecie jako narzędzie badawcze (np. do oceny klinicznej leków przeciwdepresyjnych), do diagnostyki depresji, zwłaszcza typu endogennego, oraz do monitorowania skuteczności leczenia [163, 164].

Wielokrotnie weryfikowane właściwości psychometryczne Skali nie budzą żadnych zastrzeżeń. Odpowiednią rzetelność narzędzia może ewentualnie osłabiać kilka czynników – należy do nich stopień przeszkolenia osoby korzystającej z narzędzia, lub brak ustrukturyzowanego wywiadu. Skala jest również narzędziem trafnym. Wysoko koreluje z innymi miarami depresji np. ze Skalą Depresji Becka [165, 166, 167].

Niektóre badania wskazują na większą wrażliwość Skali Hamiltona na zmiany stanu pacjenta, niż jakiegokolwiek innej miary subiektywnej [168, 169]. Dzieje się tak być może dlatego, że Skala Depresji Hamiltona należy do grupy narzędzi tak zwanych „obiektywnych”, ze względu na fakt, że oceny dokonuje odpowiednio przeszkolony badacz posługując się w połowie ustrukturyzowanym wywiadem i obserwacją. Osoba taka powinna:

- dysponować odpowiednią wiedzą w zakresie psychopatologii,
- mieć doświadczenie kliniczne w pracy z pacjentami z depresją,
- wykazywać się umiejętnością przeprowadzania wywiadu klinicznego (np. odpowiednim wyczuciem w stosowaniu pytań zamkniętych, otwartych, uzyskiwaniem informacji, nie sugerując ich pacjentowi)
- przejść odpowiednie przeszkolenie z zakresu stosowania Skali (np. uwrażliwienie na efekt halo – kiedy jedna odpowiedź zaczyna wpływać na oszacowanie wszystkich pozostałych).

W skład narzędzia wchodzi pozycja obejmująca wszystkie podstawowe cechy endogennego zespołu depresyjnego i wybrane cechy depresji psychogennej. Oceny dokonuje się posługując się trzy lub pięciostopniową skalą na podstawie aktualnego stanu klinicznego osoby badanej. Najbardziej popularne są trzy wersje testu: pełna składająca się z 24 stwierdzeń, złożona z 21 stwierdzeń, oraz najkrótsza obejmująca 17 pozycji. W obecnych badaniach wykorzystano oryginalną wersję składającą się z 21 stwierdzeń. Na podstawie Skali Depresji Hamiltona uzyskuje się jeden wynik ogólny, obliczany dzięki zastosowaniu odpowiedniego klucza [170].

## **Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (Berliner Social Support Skalen/ Berlin Social Support Scales BSSS)**

Berlińskie Skale to zestaw narzędzi do pomiaru wsparcia społecznego, a dokładnie jego poznawczych i behawioralnych przejawów, autorstwa Ute Schulz i Ralfa Schwarzer [171].

Oryginalna niemiecka wersja BSSS składa się z pięciu skal do badania wsparcia społecznego (spozstrzegane dostępne wsparcie, otrzymywane wsparcie, zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia, wsparcie ochronne), oraz z jednej dodatkowej do badania osób bliskich właściwej osoby badanej.

Pierwotnym założeniem autorów było stworzenie narzędzia do badania osób chorych, ostatecznie skale można stosować także i w grupie osób zdrowych. Narzędzie po wstępnych badaniach osiągnęło zadowalające wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha). Korelacje pomiędzy poszczególnymi typami skal są słabe, lub umiarkowane, poza dwoma wyjątkami: istnieje zależność między poszukiwaniem wsparcia, a wsparciem dostępnym (0,56), oraz między poszukiwaniem wsparcia, a zapotrzebowaniem na wsparcie (0,66). Trafność zestawu oceniano poprzez dokonanie porównania poziomu wsparcia u osób żyjących w związku małżeńskim i żyjących samotnie, zakładając iż życie w związku jest obiektywnym wskaźnikiem otrzymywanego wsparcia społecznego. Badania potwierdziły wstępne założenie – przy pomocy BSSS wykazano, że u osób posiadających partnera występuje wyższy poziom wsparcia otrzymywanego, spozstrzeganego i dostępnego, niż u osób żyjących samotnie.

Polskiej adaptacji narzędzia w 2006 roku dokonały Łuszczynska A., Mazurkiewicz M., oraz Kowalska M. [172]. Badania przeprowadzone na trzech różnych grupach chorych (łącznie 211 osób) i jednej grupie osób zdrowych (421 osób) wykazały, że polska wersja ma podobną strukturę i właściwości jak wersja oryginalna. Skale są spójne wewnętrznie, wartości współczynnika alfa Cronbacha satysfakcjonujące.

Istnieje wyraźna i dosyć logiczna zależność między poszukiwaniem wsparcia, jego otrzymywaniem, oraz spozstrzeganą dostępnością wsparcia w otoczeniu. Osoby, które szukają wsparcia, sygnalizują w różny sposób, że go potrzebują, pewnie częściej je otrzymują i są uwrażliwione na potencjalne źródła wsparcia w swoim otoczeniu. Badania podłużne (prowadzone w grupie osób zdrowych) pozwoliły na określenie narzędzia jako stabilnego w czasie. Szereg analiz wykazał odpowiednią trafność wersji

polskiej: ponownie jak w wersji niemieckiej okazało się, że narzędzie dobrze różnicuje ilość otrzymywanego wsparcia u osób samotnych i w związku małżeńskim. Przeprowadzono również analizy korelacji między skalami BSSS, a miarami jakości życia (Nottingham Health Profile) i depresji (Skala Depresji Becka), dolegliwościami bólowymi, czasem trwania choroby, zachowaniami zdrowotnymi, a także planowaniem zachowań prozdrowotnych. Dostępność wsparcia okazała się być związana z wyższą jakością życia, niższym poziomem depresji, niższym bólem. Spostrzegane dostępne wsparcie łączyło się z planowaniem zdrowego trybu życia. Zapotrzebowanie na wsparcie korelowało z niższym poziomem depresji i z poziomem zgłaszania dolegliwości bólowych. Z kolei wsparcie otrzymywane tylko z poziomem zgłaszanych dolegliwości bólowych.

Od czasu powstania skala była wielokrotnie wykorzystywana m. in. do badań pacjentów kardiologicznych [173], onkologicznych [174], osób po udarach mózgu [175], oraz w psychiatrii [176].

W badaniach przy tej rozprawie doktorskiej wykorzystano z całego zestawu trzy skale:

- BSSSI, która dokonuje pomiaru spostrzeganego przez osobę badaną dostępnego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego (przykłady stwierdzeń: *„ilekroć źle się czuję, inni okazują mi, że czują do mnie sympatię”*, *„znam osoby, na których zawsze mogę polegać”*),
- BSSSII, dzięki której można określić u osoby badanej zapotrzebowanie na wsparcie społeczne, czyli potrzebę wykorzystywania wsparcia w sytuacji stresowej (przykłady: *„kiedy jestem przygnębiony, potrzebuję kogoś, kto podniesie mnie na duchu”*, czy *„zanim podejmę ważne decyzje, koniecznie muszę zasięgnąć czyjejs opinii”*),
- BSSSIII, która mierzy w jakim stopniu osoba badana poszukuje wsparcia, czyli częstotliwość lub zakres poszukiwania pomocy innych osób (*„w krytycznych sytuacjach wolę poprosić innych o radę”*; *„ilekroć potrzebuję pomocy, proszę o nią”*).

Odpowiedzi osoba badana udziela na skali czteropunktowej wybierając między odpowiedziami: całkowicie nieprawdziwe, w małym stopniu prawdziwe, w umiarkowanym stopniu prawdziwe i całkowicie prawdziwe. Wyniki oblicza się przy pomocy prostego w zastosowaniu klucza.

## **Skala Wsparcia Społecznego Krystyny Kmiecik – Baran**

Skala Wsparcia Społecznego powstała dzięki teorii Tardy’ego. Zauważył on, że ludzie mogą udzielać sobie wsparcia na różne sposoby. Jedna osoba w trudnej sytuacji np. utraty pracy udostępni potrzebne i brakujące środki finansowe, inna pomoże znaleźć nową pracę, a jeszcze inna podtrzyma na duchu, rozweseli, zrozumie. Tardy analizując zagadnienie wsparcia społecznego wyodrębnił aż cztery jego rodzaje:

- Wsparcie emocjonalne – dawanie werbalnych i niewerbalnych komunikatów w stylu „jesteś przez nas kochany”, „lubimy cię”, czyli wspieranie poprzez budowanie w jednostce pewności, że zawsze może na daną osobę (czy grupę) liczyć i że w każdej chwili i sytuacji zostanie mu udzielona pomoc.
- Wsparcie wartościujące – udzielanie informacji zwrotnych typu „jesteś dla nas kimś znaczącym”, „dzięki tobie mogliśmy to osiągnąć”, przez co daje się jednostce do zrozumienia, że jest kimś wartościowym i że dysponuje takimi możliwościami (umiejętnościami, zdolnościami), które mogą okazać się ważne dla funkcjonowania grupy lub osoby.
- Wsparcie instrumentalne – udzielenie konkretnej pomocy np. pożyczanie pieniędzy, udzielenie schronienia, zrobienie zakupów.
- Wsparcie informacyjne – dostarczanie rad, informacji, czy porad, które mogą okazać się pomocne w rozwiązaniu danego problemu.

Krystyna Kmiecik – Baran [177] bazując na koncepcji teoretycznej Tardy’ego stworzyła narzędzie do badania rodzaju i siły wsparcia, jakie jednostka otrzymuje od różnych grup społecznych. W oryginalnej teorii Tardy’ego jako kluczowe zostały wymienione następujące grupy społeczne:

1. Rodzina:
  - a) rodzice,
  - b) rodzeństwo,
  - c) żona, mąż, dzieci,
  - d) inni krewni,
2. Przyjaciele
3. Sąsiedzi
4. Koledzy z pracy, szkoły
5. Organizacje nieformalne (grupy towarzyskie, kluby, oazy itp.)
6. Organizacje formalne (różnego rodzaju organizacje społeczno – polityczne itp.)

7. Profesjonaliści:
  - a) nauczyciele,
  - b) lekarze,
  - c) księży,
  - d) służby kościelne itd.
8. Punkty usługowe.

Wstępną pulę pozycji SWS stworzono uwzględniając różne rodzaje wsparcia dla wymienionych wyżej grup. Powstałe w ten sposób 56 stwierdzeń poddano analizie ze względu na dwa kryteria: trafność treściową, oraz moc dyskryminacyjną. Trafność treściową ustalano dzięki sędziom kompetentnym (10 studentów psychologii), którzy oceniali wybrane stwierdzenia pod względem tego, w jakim stopniu dotyczą one odpowiedniego rodzaju wsparcia. Do ostatecznej i dalej testowanej wersji skali weszły tylko te pozycje o dużym wysyceniu daną cechą. W kolejnych badaniach na próbie 100 studentów różnych kierunków Uniwersytetu Gdańskiego i ówczesnej Akademii Medycznej sprawdzono moc dyskryminacyjną poszczególnych stwierdzeń. Końcowa wersja skali zawiera 24 pozycje, których wartość dyskryminacyjna (obliczona przy wykorzystaniu współczynnika korelacji punktowo – czteropolowego Jurgensona) wynosi od 0,20 do 1,00.

W kolejnych badaniach zweryfikowano trafność (między innymi korelując różne wymiary poczucia alienacji społecznej i wsparcia społecznego) i rzetelność skali (metodą zgodności wewnętrznej i współczynnika korelacji rang Spearmana – Browna), co ostatecznie dało zadowalające rezultaty pozwalające na użycie Skali w badaniach klinicznych. Od czasu powstania Skala Wsparcia Społecznego była wielokrotnie wykorzystywana w badaniach z różnych dziedzin medycyny i psychologii, począwszy od onkologii, neurologii, aż po psychiatrię [178, 179, 180, 181, 182].

Skala Wsparcia Społecznego składa się z 24 stwierdzeń, które kolejno odnoszą się do różnych rodzajów wsparcia społecznego (po 6 stwierdzeń na każdy typ wsparcia, 3 twierdzenia pozytywne i 3 sformułowane w sposób negatywny).

Pozycje od 1 do 6 dotyczą wsparcia informacyjnego (przykłady: *Cierpliwie tłumaczę, gdy czegoś nie rozumiem; Przy podejmowaniu ważnych decyzji ich rady okazały się cenne*), od 7 do 12 wsparcia instrumentalnego (*Pożyczają mi pieniądze, gdy jestem w potrzebie; Organizują kontakty z ludźmi, których potrzebuję*), od 13 do 18 wsparcia

wartościującego (*Dzięki nim wiem, że wiele znaczę; Często proszą mnie o poradę*) i wreszcie od 19 do 24 wsparcia emocjonalnego (*Rozumieją mnie; Akceptują mnie takiego jakim jestem*).

Osoba badana udziela odpowiedzi korzystając z pięciopunktowej skali ocen: 1 – tak, 2 – raczej tak, 3 – czasami tak, 4 – raczej nie, 5 – nie. Skala daje wynik ogólny, który pozwala ocenić całościowy poziom wsparcia społecznego, obliczany przy pomocy prostego klucza, oraz cztery wyniki szczegółowe dla czterech typów wsparcia.

Dzięki Skali można także uzyskać ocenę wsparcia dla każdej z wymienionych wyżej ośmiu grup społecznych, czyli osobno np. dla sąsiadów, czy rodziny. Przy konstruowaniu obecnego badania wzięto jednak pod uwagę specyficzną sytuację osoby hospitalizowanej z powodu choroby afektywnej (m.in. trudności w koncentracji, znacznie obniżony napęd psychoruchowy) i zrezygnowano z 8 pomiarów, na rzecz dwóch - osobę badaną proszono o ocenę wsparcia uzyskiwanego od osoby, która pomaga jej najwięcej i od osoby z grupy społecznej, która pomaga najmniej.

Aby nie tracić ciekawych informacji na temat spostrzeganego wsparcia uzyskiwanego od różnych grup społecznych wymienionych przez Tardy'ego wypełnianie Skali Wsparcia Społecznego poprzedzało uzupełnienie ankiety własnej konstrukcji. Zadaniem osoby badanej była ocena która z osób wymienionych w ankiecie (matka, ojciec, rodzeństwo, współmałżonek, partner/ partnerka, dzieci, dalsza rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, lekarze, duchowni) i w jakim stopniu udziela jej pomocy w trudnej sytuacji życiowej. Wyboru należało dokonać posługując się dziesięciopunktową skalą, gdzie 0 oznaczało całkowity brak wsparcia, aż po 10 „dostarcza bardzo dużego wsparcia”. Ankieta miała dodatkową zaletę, w postaci łatwiejszego uświadomienia sobie która z osób udziela największego, a która najmniejszego wsparcia, co było konieczne przy wypełnianiu Skali Wsparcia Społecznego.

## **8.Procedura badawcza**

Po wyjaśnieniu celu badania i uzyskaniu zgody ze strony pacjenta następował krótki wywiad i uzupełnienie wstępnej ankiety własnej konstrukcji.

Sama procedura badawcza polegała na dokonaniu trzech pomiarów przy użyciu tego samego zestawu wyżej opisanych testów i kwestionariuszy.

Pierwsze badanie było wykonywane w pierwszym, lub w wyjątkowych sytuacjach drugim tygodniu od momentu przyjęcia do szpitala. Postępowanie takie służyło zebraniu wiarygodnych danych z początków hospitalizacji, przy jednoczesnym zadbaniu o spokojną aklimatyzację pacjenta.

Drugie badanie przy użyciu tych samych narzędzi odbywało się bezpośrednio przed wypisem w stanie poprawy.

Trzecie badanie miało miejsce po 3 miesiącach od wypisu z oddziału. Istniały trzy warianty tego ostatniego spotkania. Badanie najczęściej odbywało się na terenie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, albo we własnym domu osób biorących udział w programie badawczym.

W trakcie ostatniego spotkania, po wypełnieniu testów osobom badanym udzielano informacji zwrotnych na temat zmian, które zaszły w całym procesie powrotu do zdrowia na podstawie porównywanych testów z wszystkich trzech pomiarów, oraz udzielono odpowiedzi na wszystkie pytania. Miało to znaczny efekt terapeutyczny i psychoedukacyjny.

## **9.Materiał**

W badaniach wzięli udział pacjenci z rozpoznaniem choroby afektywnej nawracającej i dwubiegunowej (znajdujący się w fazie depresji). Rozpoznanie dokonywał lekarz prowadzący (specjalista z zakresu psychiatrii) zajmujący się leczeniem danego pacjenta w czasie jego pobytu w danym ośrodku.

Kryteria włączenia do grupy badawczej były następujące:

- rozpoznanie choroby afektywnej (jednobiegunowej lub dwubiegunowej),
- wiek 18 – 60 lat,
- wykształcenie co najmniej podstawowe,
- wyrażenie zgody na badanie.

Kryteriami wykluczającymi były:

- zaburzenia funkcji poznawczych w stopniu utrudniającym rozumienie treści kwestionariuszy,
- współistniejące choroby neurologiczne, kalectwo, czy ciężkie choroby somatyczne mogące wpływać na jakość życia badanych pacjentów poza zasadniczą chorobą.

Wszyscy uczestnicy wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniach. Procedura wyrażenia zgody była powtarzana przed każdym kolejnym pomiarem.

Projekt badania uzyskał w dniu 30 maja 2007 roku akceptację Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy Akademii Medycznej w Gdańsku, jako nie budzący zastrzeżeń natury etycznej.

Samo gromadzenie materiału badawczego rozpoczęło się w czerwcu 2008 roku i trwało do lipca 2009 roku.

Badania prowadzone były w następujących ośrodkach:

- Klinika Chorób Psych i Zaburzeń Nerwicowych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne - Oddział Dzienny
- Klinika Chorób Psych i Zaburzeń Nerwicowych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne - Oddział Zamknięty (kobiety i mężczyźni)
- 7 Szpital Marynarki Wojennej - Oddział Psychiatryczny
- Wojewódzki Szpital Psychiatryczny Srebrzysko
- Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku

Ostatecznie udział w badaniach wzięło 104 pacjentów.

Potrójny i pełny pomiar uzyskano od 40 pacjentów. Podwójny pomiar od 66 pacjentów. Z 10 osobami nie można było nawiązać kontaktu przy próbie dokonania trzeciego pomiaru, pomimo wstępnej zgody na dalszy udział w badaniach. 16 osób z różnych względów nie wyraziło zgody na trzecie spotkanie (do najczęściej podawanych powodów należały trudności związane z brakiem czasu i nadmiarem obowiązków, oraz chęć odcięcia się od wszystkiego co kojarzy się z chorobą). Jedna osoba odmówiła spotkania podważając diagnozę depresji (uznała, że tak naprawdę „choruje na serce” i jest źle leczona).

Pojedynczy pomiar uzyskano od 38 pacjentów, które opuściły szpital bez wypełnienia kwestionariuszy.



Tab.4. Charakterystyka społeczno – demograficzna badanej grupy pacjentów.

Płeć	K	66,29%
	M	33,71%
Wiek w latach	Średnia	51,3
	Odchylenie Standardowe	13,2
Wykształcenie	Podstawowe	5,75%
	Zawodowe	24,14%
	Średnie	43,68%
	Wyższe	26,44%
Stan cywilny	Wolny	19,10%
	Zamężna/zonaty	52,81%
	Rozwiedziona/y	14,61%
	Wdowa/wdowiec	13,48%
Ilość dzieci	Średnia	1,4
	Odchylenie Standardowe	1
Ilość osób w gosp.	Średnia	2,5
	Odchylenie Standardowe	1,1
Zatrudnienie	Bezrobotny	45,88%
	Umowa o pracę	27,06%
	Inny rodzaj umowy	2,35%
	Praca bez umowy	0%
	Własna działalność	8,24%
	Emerytura	16,47%
Charakter pracy	Praca fizyczna	42,86%
	Praca umysłowa	57,14%
Źródło utrzymania	Praca własna	34,12%
	Zasiłek, renta	32,94%
	Pomoc rodziny	16,47%
	Emerytura	16,47%

Tab.5. Charakterystyka kliniczna badanej grupy pacjentów.

Rozpoznanie – typ choroby afektywnej	Jednobiegunowa	83,15%
	Dwubiegunowa	16,85%
Wcześniejsze epizody depresyjne	Nie	7,69%
	Tak	92,31%
Liczba pobytów w szpitalu	Średnia	2,9
	Odchylenie Standardowe	2,7
Liczba dni pobytu w szpitalu	Średnia	54,2
	Odchylenie Standardowe	23,4
Liczba zachorowań	1	14,12%
	2-4	56,47%
	5 i powyżej	29,41%

## 10. Procedury statystyczne

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA PL (wersja 8, StatSoft Polska [www.statsoft.pl](http://www.statsoft.pl)). Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono głównie za pomocą testów nieparametrycznych. Aby porównać ze sobą wyniki danego kwestionariusza, czy skali uzyskane w kolejnych trzech pomiarach wykorzystano test nieparametryczny Friedmana i współczynnik zgodności Kendalla. W celu uściślenia danych potwierdzano występowanie zależności porównując poszczególne dwie próby zależne (dwa wyniki testu) i w tym celu skorzystano z nieparametrycznego Testu Znaków. Do porównania dwóch analizowanych grup pod względem różnic w jakości życia zastosowano Test U Manna-Whitneya. Z kolei dla porównania wielu grup pod tym samym względem wykorzystano nieparametryczny Test Kruskala – Wallisa.

Aby poznać wzajemne relacje pomiędzy różnymi analizowanymi zmiennymi wykorzystano korelację rang Spearmana.

Zastosowano również wielowymiarową technikę eksploracyjną w postaci procedury „drzewa klasyfikacyjnego”, którą wykorzystuje się do wyznaczania przynależności przypadków do klas jakościowej zmiennej zależnej na podstawie wartości jednej lub więcej zmiennych predykcyjnych.

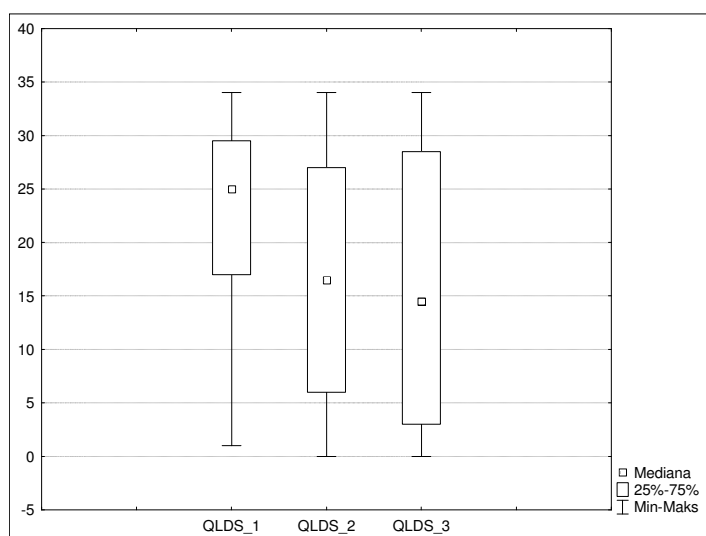
Dla wyników zgromadzonych w każdym z trzech kolejnych pomiarów przeprowadzono również analizę skupień, która pozwala na utworzenie grup pacjentów podobnych pod względem badanych zmiennych.

## 11. Wyniki i omówienie

### 11.1. Pomiar jakości życia

#### 11.1.1. Poziom jakości życia badanej grupy – zmiany w czasie

Na rycinie 1 przedstawiono wyniki kolejnych trzech pomiarów jakości życia dla całej grupy pacjentów ( $\chi^2$  ANOVA=12,25, p=0,002).



Ryc.1. Pomiar jakości życia dla całej grupy osób badanych.

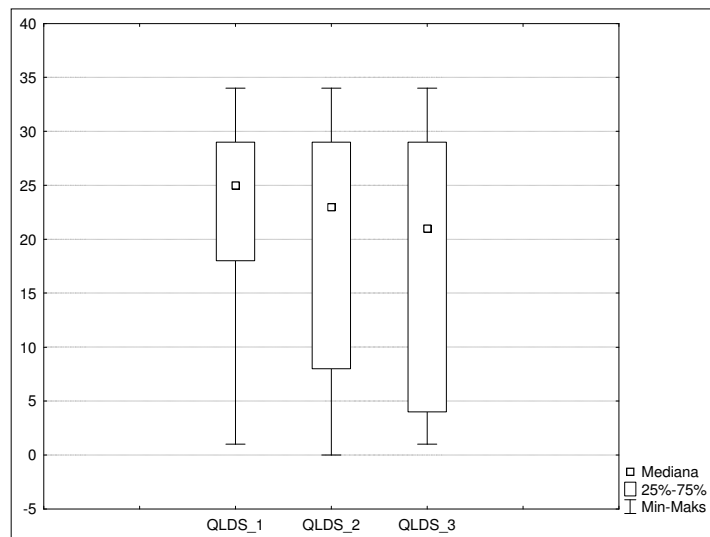
Najniższą jakość życia obserwuje się u osób przyjmowanych na Oddział. Występuje istotna statystycznie różnica między pierwszym pomiarem jakości życia, a drugim dokonany w momencie wyjścia ze szpitala, kiedy jakość życia ulega znaczącej poprawie. Nie ma istotnych różnic pod względem jakości życia mierzonej w momencie wypisu i pomiaru końcowego trzy miesiące później - od momentu opuszczenia szpitala nie następuje dalsza poprawa jakości życia, ani jej istotne pogorszenie.

Tab.6. Różnice między kolejnymi pomiarami jakości życia dla całej grupy.

Para zmiennych	Test znaków poziom p
QLDS1 & QLDS2	<u>0,001</u>
QLDS2 & QLDS3	0,1
QLDS1&QLDS3	<u>0,003</u>

### 11.1.2. Różnice pod względem jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną nawracającą i dwubiegunową

W grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową jakość życia ulega poprawie wraz z postępiami w leczeniu, co przedstawia rycina 2 ( $\chi^2$  ANOVA=6,632,  $p=0,04$ ).



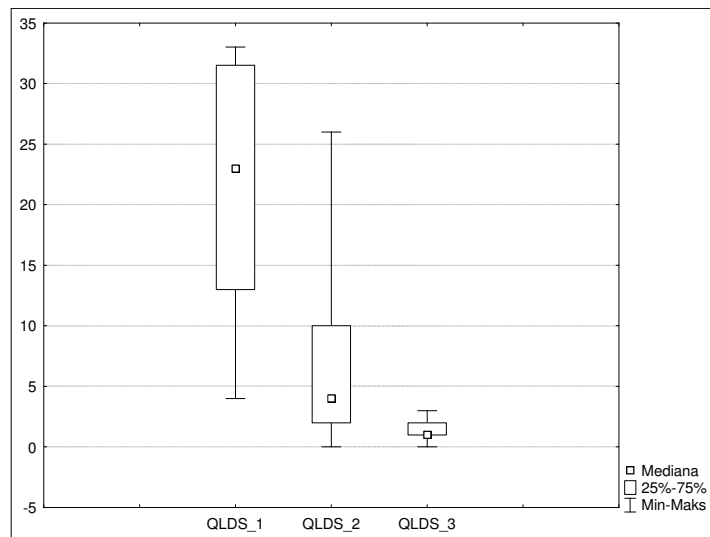
Ryc.2. Pomiar jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową.

Różnice między pomiarem pierwszym, a drugim dokonany w momencie opuszczenia szpitala są istotne statystycznie. Oceniana przez pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową jakość życia wyraźnie poprawia się w trakcie hospitalizacji. Między pomiarem drugim a trzecim nie ma obserwowalnej statystycznie zmiany w poziomie jakości życia. Od momentu opuszczenia szpitala do ostatniego pomiaru 3 miesiące później nie następują dalsze zmiany pod względem jakości życia w tej grupie pacjentów.

Tab.7. Różnice między kolejnymi pomiarami jakości życia dla grupy pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową.

Para zmiennych	Test znaków poziom p
QLDS1 & QLDS2	<u>0,028</u>
QLDS2 & QLDS3	0,296
QLDS1 & QLDS3	<u>0,021</u>

Podobny układ wyników przedstawiony na rycinie 3 można obserwować w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową ( $\chi^2$  ANOVA=9,579, p=0,008).



Ryc.3. Pomiar jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

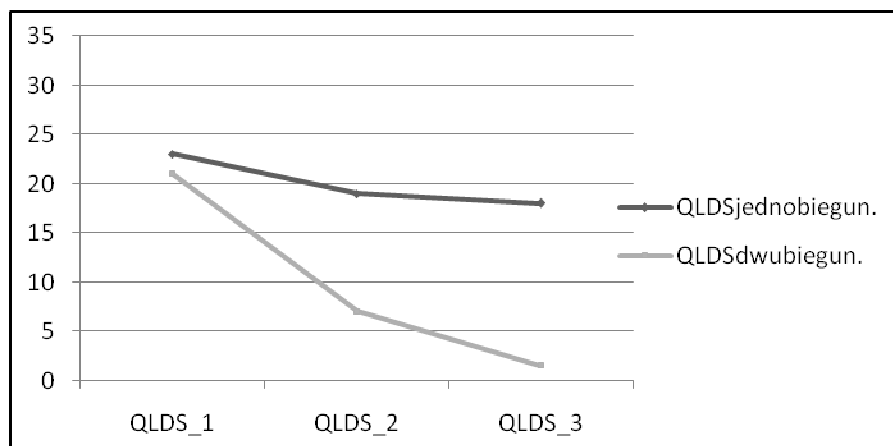
Obserwowalna jest stopniowa poprawa jakości życia w czasie, z istotną statystycznie różnicą między pomiarem pierwszym, a drugim, oraz nieistotną między pomiarem drugim, a trzecim.

Tab.8. Różnice między kolejnymi pomiarami jakości życia dla grupy pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

Para zmiennych	Test znaków poziom p
QLDS1&QLDS2	<u>0,003</u>
QLDS2&QLDS3	0,134
QLDS1&QLDS3	0,074

Przy ogólnym podobieństwie w tendencji zmian pod względem jakości życia u pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową widoczne są jednak pewne różnice w ich dynamice zobrazowane na rycinie 4.

Przy pierwszym pomiarze jakości życia na początku hospitalizacji brak istotnych statystycznie różnic między obiema grupami pacjentów, których charakteryzuje równie niska jakość życia. Istotne statystycznie różnice w teście mierzącym jakość życia ujawniają się w momencie wypisu ze szpitala w stanie poprawy zdrowia. Rozbieżności między obiema grupami wystąpiły również przy trzecim pomiarze po trzech miesiącach w stanie remisji. Niższe wartości miar położenia (Me, Q1, Q3, średnia) dla grupy z zaburzeniami dwubiegunowymi wskazują na lepszą jakość życia w porównaniu z grupą z zaburzeniami jednobiegunowymi. Różnica jeszcze bardziej powiększa się na korzyść pacjentów z rozpoznaniem dwubiegunowym w sytuacji trzeciego pomiaru.



Ryc. 4. Pomiary jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową.

Tab.9. Porównaniu obu grup pacjentów pod względem jakości życia mierzonej kwestionariuszem QLDS.

	Średnia		Odchylenie standardowe		Poziom p Testu U
	Zaburzenia dwubiegunowe	Zaburzenia jednobiegunowe	Zaburzenia dwubiegunowe	Zaburzenia jednobiegunowe	
QLDS_1	21,19	23,15	9,99	8,45	0,504
QLDS_2	<u>6,55</u>	<u>19,05</u>	<u>7,39</u>	<u>10,69</u>	<u>0,001</u>
QLDS_3	<u>1,40</u>	<u>17,80</u>	<u>1,14</u>	<u>11,87</u>	<u>0,001</u>

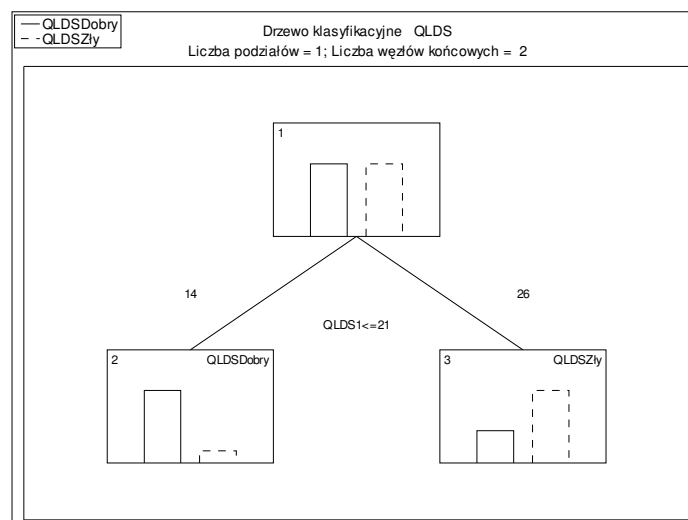
### 12.1.3 Związek między poszczególnymi pomiarami jakości życia

Wszystkie trzy pomiary jakości życia pozostają we współzależności. Analiza korelacyjna Spearmana ( $p < 0,05$ ) wykazała związek pomiędzy pomiarem pierwszym jakości życia, a pomiarem drugim ( $r = 0,56$ ), oraz pomiarem trzecim ( $r = 0,51$ ). Korelacje są dodatnie o sile umiarkowanej. Korelacja między pomiarem drugim, a trzecim należy do wysokich ( $r = 0,65$ ).

Tab. 10. Macierz korelacyjna dla pomiarów jakości życia ( $p < 0,05$ ).

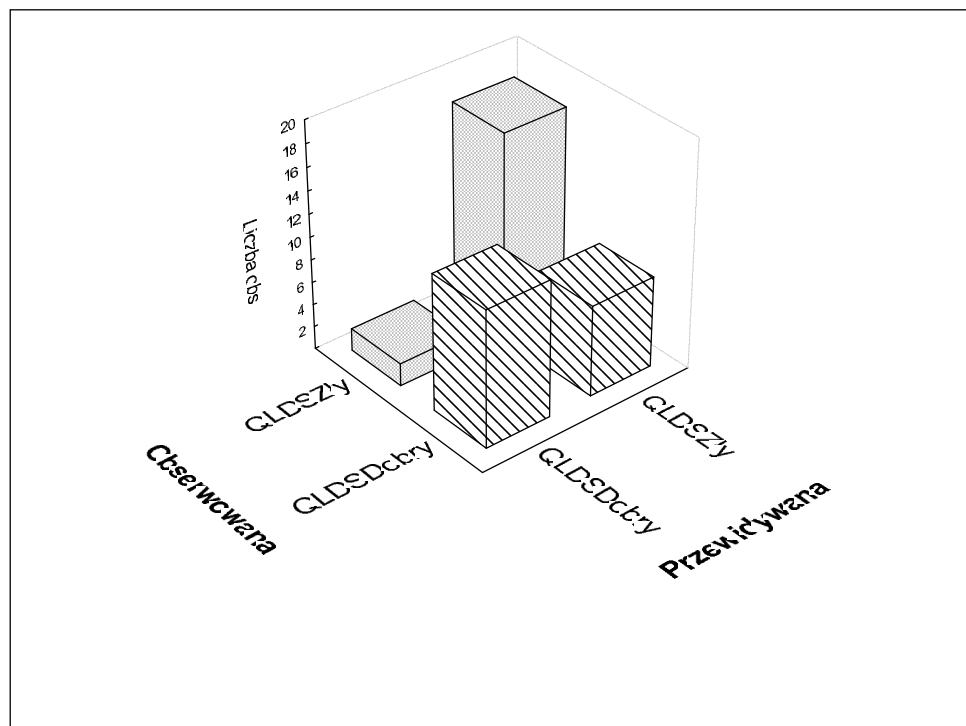
		QLDS		
		Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 3
QLDS	Pomiar 1	1	<u>0,56</u>	<u>0,51</u>
	Pomiar 2	<u>0,56</u>	1	<u>0,65</u>
	Pomiar 3	<u>0,51</u>	<u>0,65</u>	1

Przy zastosowaniu wielowymiarowej techniki eksploracyjnej – drzew klasyfikacyjnych ukazano kolejne związki między trzema pomiarami jakości życia. Przeprowadzona procedura pozwoliła na wyodrębnienie jednego podziału i dwóch węzłów końcowych przedstawionych na rycinie 5.



Ryc.5. Graficzna postać drzewa klasyfikacyjnego – przewidywanie oceny jakości życia w ostatnim pomiarze.

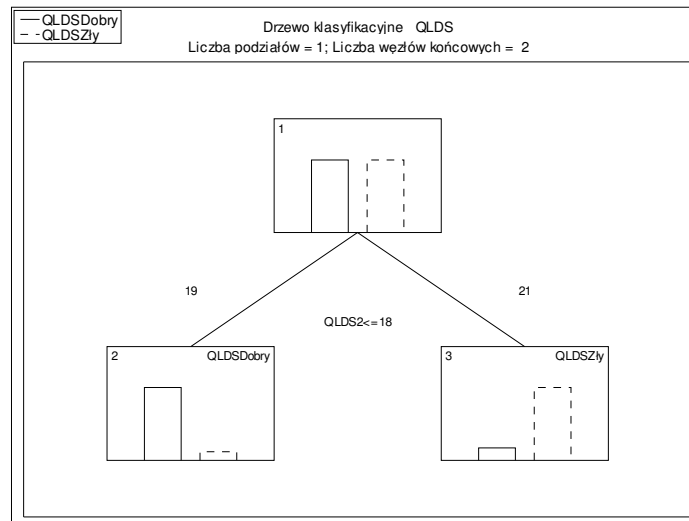
Podział został dokonany według wyników kwestionariusza QLDS z pierwszego pomiaru w momencie rozpoczynania hospitalizacji. 14 osób które na 34 stopniowej skali uzyskały wynik mniejszy bądź równy 21 zostały zakwalifikowane do oznaczonego numerem 2 węzła końcowego, w którym przewagę stanowiły osoby z wysoką jakością życia – z czego wynika duża trafność przewidywania oceny ogólnej jakości życia. Osoby [n=26] które uzyskały wynik wyższy niż 21 zakwalifikowały się do węzła nr 1, w którym znaczącą przewagę stanowią osoby z niską jakością życia, chociaż znalazły się w nim również osoby z wysoką jakością życia. W oparciu o wysoką jakość życia z pierwszego pomiaru można trafniej przewidzieć ocenę wysokiej jakości życia w okresie remisji, niż w oparciu o niską. Trafne i błędne klasyfikacje przedstawiono w postaci histogramu na rycinie 6.



Ryc.6. Trafne i błędne klasyfikacje do grup o niskiej i wysokiej ocenie ogólnej jakości życia na podstawie wyników jakości życia z pierwszego pomiaru.

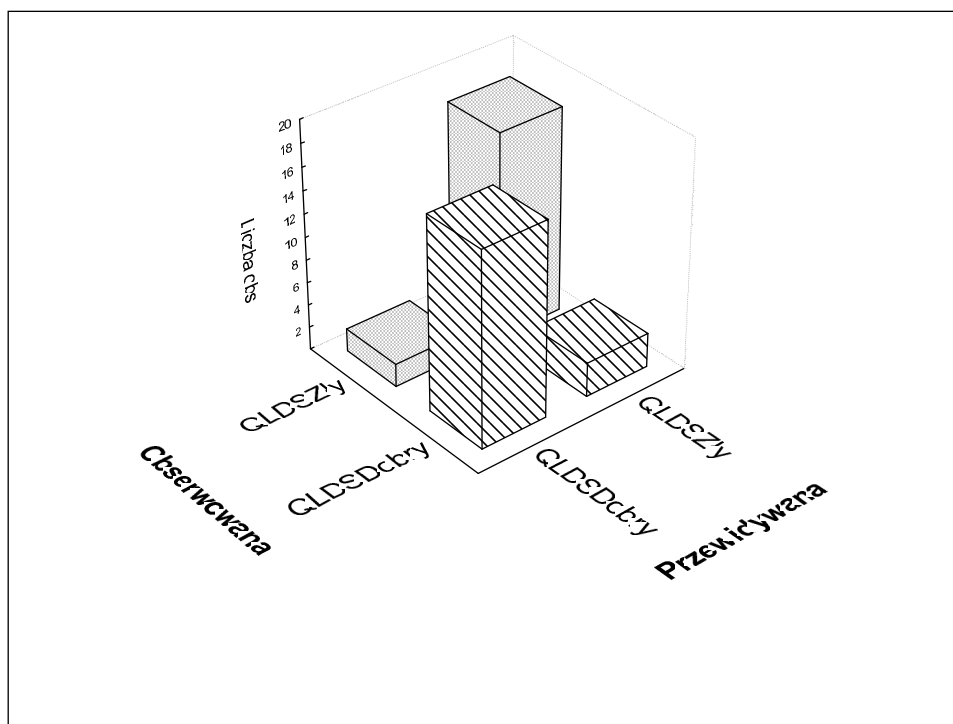


Kolejnym kryterium dla dalszych klasyfikacji był wynik jakości życia uzyskany w momencie kończenia hospitalizacji. Dzięki tej samej procedurze wyodrębniono jeden podział i dwa węzły końcowe, co przedstawiono na rycinie 7.



Ryc. 7. Graficzna postać drzewa klasyfikacyjnego – przewidywanie oceny ogólnej jakości życia w ostatnim pomiarze.

Efektywny podział pacjentów na grupę z przewagą niskiej i wysokiej jakości życia w oparciu o przewidywanie na podstawie poziomu jakości życia w momencie opuszczania szpitala jest wówczas, gdy dokonamy podziału grupy w punkcie 18. Osoby [n=19], które uzyskały wynik mniejszy bądź równy 18 zostały zaklasyfikowane do węzła końcowego oznaczonego na grafie 2, w którym większość osób prezentowała wysoką jakość życia. Wyniki powyżej 18 punktów w kwestionariuszu mierzącym jakość życia powodowały zaklasyfikowanie do węzła 1 [n=21], w którym przewagę mają osoby z niską jakością życia. Powyższe wyniki oznaczają wysoką trafność przewidywań ogólnej jakości życia w okresie remisji zarówno w oparciu o wysoki, jak i niski wynik jakości życia w momencie opuszczania szpitala. Z pewnym uproszczeniem można stwierdzić, że osoby które cechowały się wysoką jakością życia w momencie kończenia hospitalizacji z dużym prawdopodobieństwem będą cieszyły się wysoką jakością życia w okresie remisji. Podobnie osoby które uzyskały niski wynik w kwestionariuszu jakości życia, w okresie remisji także będą charakteryzowały się niską jakością życia. Histogramy wskazujące trafne i błędne przewidywania przedstawiono na rycinie 8.

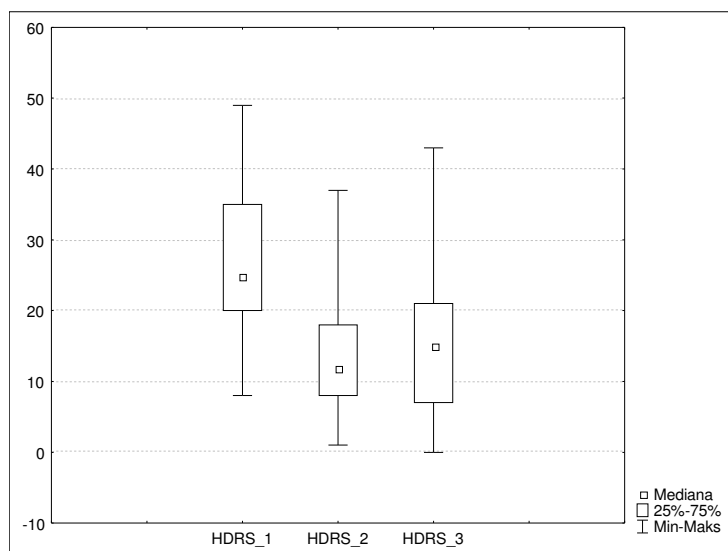


Ryc. 8. Trafne i błędne klasyfikacje do grup o niskiej i wysokiej ocenie ogólnej jakości życia na podstawie wyników jakości życia z drugiego pomiaru.

## 11.2. Kliniczne korelaty jakości życia w zaburzeniach afektywnych

### 11.2.1. Porównanie pacjentów z chorobą afektywną nawracającą i dwubiegunową pod względem zmian w obrazie klinicznym

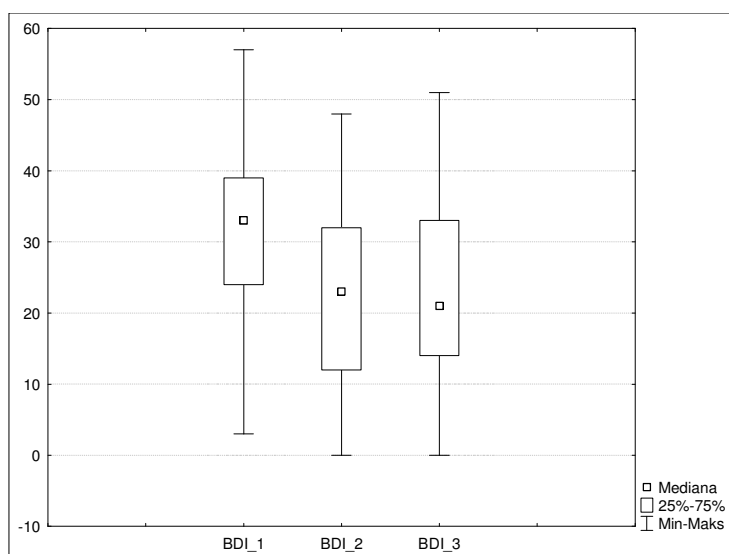
U pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową nasilenie depresji (mierzonej miarą subiektywną, jak i obiektywną) wyraźnie maleje, co ukazują ryciny 9 ( $\chi^2$  ANOVA=41,453 p=0,000) i 10 ( $\chi^2$  ANOVA=18,262 p=0,0001). Stan kliniczny badanych osób wyraźnie poprawia się w trakcie hospitalizacji, co jest obserwowalne w sposób obiektywny, ale i odczuwane subiektywnie przez samych pacjentów. Różnice między pomiarem przeprowadzonym przy pomocy obu narzędzi (zarówno Skali Depresji Becka, jak i Skali Depresji Hamiltona) w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, jak i w momencie wyjścia są istotne statystycznie. Brak takiej różnicy w wynikach między pomiarem drugim, a trzecim trzy miesiące od momentu zakończenia hospitalizacji.



Ryc.9. Nasilenie depresji mierzone Skalą Depresji Hamiltona dla pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową.

Tab.11. Różnice między kolejnymi pomiarami przy użyciu Skali Depresji Hamiltona dla grupy pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową.

Para zmiennych	Test znaków poziom p
HDRS1&HDRS2	<u>0,000</u>
HDRS2&HDRS3	0,1763
HDRS1&HDRS3	<u>0,000</u>

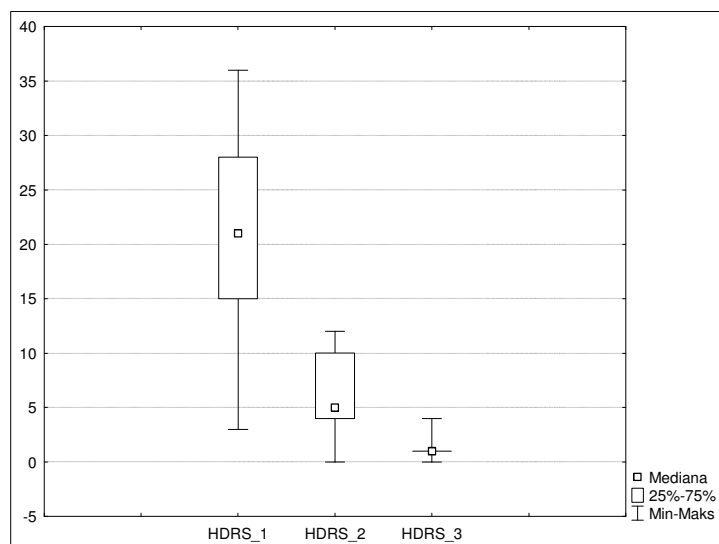


Ryc.10. Nasilenie depresji mierzone Skalą Depresji Becka dla pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową.

Tab.12. Różnice między kolejnymi pomiarami przy użyciu Skali Depresji Becka dla grupy pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową.

Para zmiennych	Test znaków poziom p
BDI1&BDI2	<u>0,000</u>
BDI2&BDI3	0,499
BDI1&BDI3	<u>0,026</u>

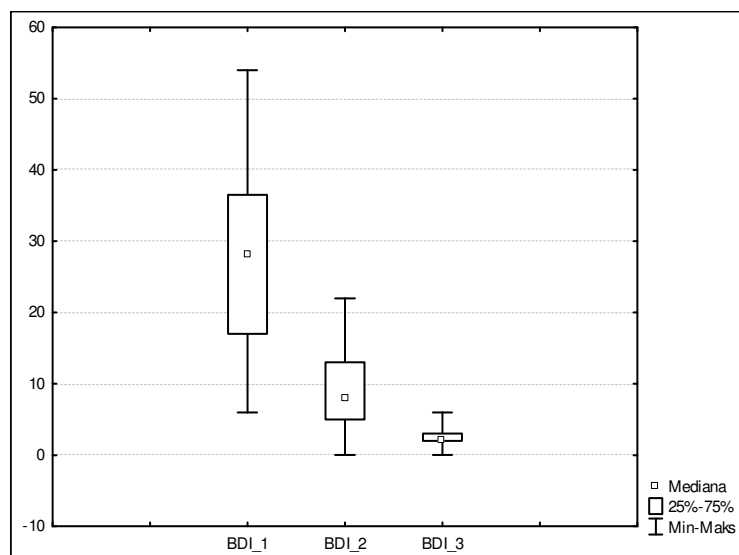
Rycina 11 ( $\chi^2$  ANOVA=9,333, p=0,009) i 12 ( $\chi^2$  ANOVA=9,579, p=0,008) ukazują zmiany w stanie klinicznym występujące u pacjentów z grupy dwubiegunowej. Widoczna jest stopniowa poprawa i zmniejszenie symptomów depresyjnych, którą wykazują oba typy narzędzi – zarówno miara subiektywna jak i obiektywna.



Ryc.11. Nasilenie depresji mierzone Skalą Depresji Hamiltona dla pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

Tab.13. Różnice między kolejnymi pomiarami przy użyciu Skali Depresji Hamiltona dla grupy pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

Para zmiennych	Test znaków poziom p
HDRS1& HDRS2	<u>0,016</u>
HDRS2& HDRS3	0,248
HDRS 1& HDRS3	0,074

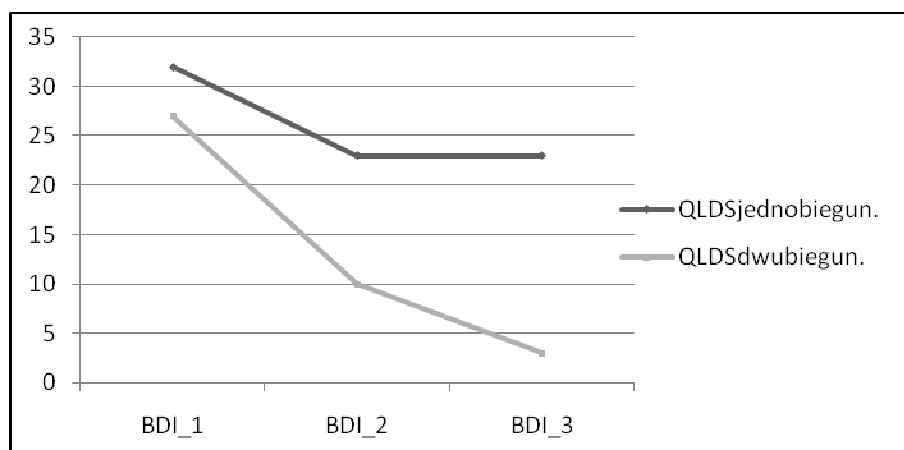


Ryc.12. Nasilenie depresji mierzone Skala Depresji Becka dla pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

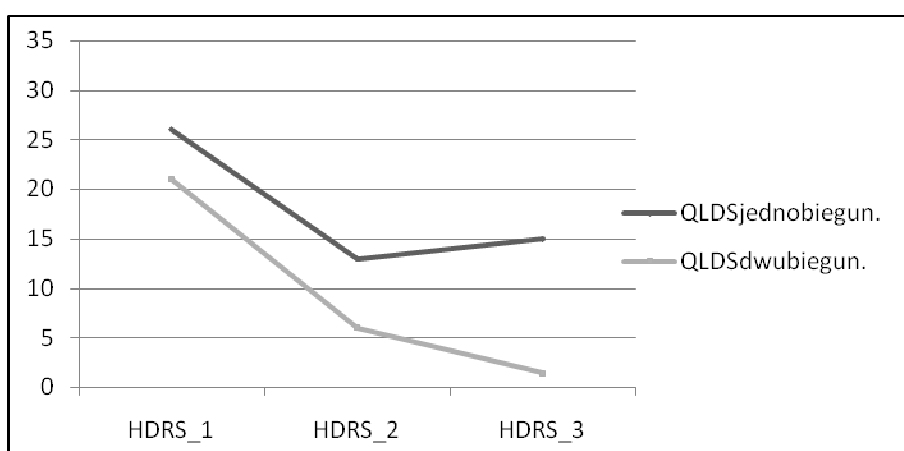
Tab.14. Różnice między kolejnymi pomiarami przy użyciu Skali Depresji Becka dla grupy pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

Para zmiennych	Test znaków poziom p
BDI1&BDI2	0,114
BDI2&BDI3	0,134
BDI1&BDI3	0,074

Porównując obie grupy pacjentów (rycina 13 i 14) można stwierdzić, że w momencie rozpoczęcia hospitalizacji nie występują istotne statystycznie różnice w stanie klinicznym mierzonym miarą subiektywną i obiektywną. Różnice pojawiają się w momencie wypisu w stanie względnej poprawy, która jest wyraźniejsza u pacjentów z chorobą dwubiegunową. Różnice te stają się jeszcze bardziej widoczne w trakcie pomiaru dokonywanego trzy miesiące od momentu wyjścia ze szpitala. Różnice dotyczą zarówno miary obiektywnej nasilenia depresji, jak i subiektywnej. Ponadto grupa pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową wydaje się być bardziej zróżnicowana (występuje tutaj większa rozpiętość między wynikami minimalnymi i maksymalnymi).



Ryc.13. Porównanie pod względem nasilenia depresji mierzonej Skalą Depresji Becka.



Ryc.14. Porównanie pod względem nasilenia depresji mierzonej Skalą Hamiltona.

Tab.15. Porównanie obu grup pacjentów pod względem nasilenia objawów depresyjnych mierzonych Skalą Depresji Becka i Skalą Depresji Hamiltona.

	Średnia		Odchylenie standardowe		Poziom p Testu U
	Zaburzenia dwubiegunowe	Zaburzenia jednobiegunowe	Zaburzenia dwubiegunowe	Zaburzenia jednobiegunowe	
HDRS_1	21,25	26,23	8,75	8,88	0,065
HDRS_2	<u>6,18</u>	<u>13,16</u>	<u>4,05</u>	<u>7,62</u>	<u>0,004</u>
HDRS_3	<u>1,40</u>	<u>14,57</u>	<u>1,52</u>	<u>9,41</u>	<u>0,002</u>
BDI_1	27,38	31,86	14,17	12,43	0,176
BDI_2	<u>9,64</u>	<u>22,96</u>	<u>6,82</u>	<u>12,20</u>	<u>0,001</u>
BDI_3	<u>2,60</u>	<u>23,06</u>	<u>2,19</u>	<u>13,48</u>	<u>0,003</u>

### 11.2.2. Nasilenie objawów depresyjnych a jakość życia

Analiza korelacyjna Spearmana ( $p < 0,05$ ) wykazała współzmiennność pomiędzy wynikami kwestionariusza mierzącego jakość życia, a miarami depresji na każdym etapie dokonywania pomiarów. W momencie rozpoczęcia hospitalizacji jakość życia QLDS koreluje z pomiarem pierwszym Skali Depresji Hamiltona ( $r=0,36$ ), oraz Skali Depresji Becka ( $r=0,59$ ). Wynik kwestionariusza jakości życia w momencie opuszczania szpitala koreluje również z odpowiadającymi im wynikami HRDS ( $r=0,65$ ) oraz BDI ( $r=0,85$ ). Wyniki uzyskane w trzecim pomiarze QLDS także korelują z obiema miarami depresji HRDS ( $r=0,73$ ) i BDI ( $r=0,84$ ) pobranymi w tym samym czasie. Korelacje są pozytywne i przy odwróconej skali w kwestionariuszu QLDS, (gdzie im wyższy wynik, tym gorsza jakość życia) oznaczają, że wraz z nasilaniem się objawów depresji następuje spadek odczuwanej jakości życia i odwrotnie. Widoczny jest silniejszy związek między miarą jakości życia QLDS a subiektywnym pomiarem nasilenia objawów depresyjnych ze Skali Depresji Becka. Obserwację tą potwierdza analiza współczynników determinacji, które w przypadku Skali Depresji Becka wyjaśniają większy procent wariacji wyniku QLDS (odpowiednio dla kolejnych pomiarów 36%, 72% i 71%), niż ma to miejsce w przypadku Skali Hamiltona (13%, 42%, 53%).

Tab.16. Macierz korelacyjna dla analizowanych zmiennych, wraz ze współczynnikami determinacji – wyniki całej grupy badanej.

		QLDS		
		Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 3
<b>Skala Depresji Becka BDI</b>	Pomiar 1	<u>0,59</u> (36%)	<u>0,40</u>	0,27
	Pomiar 2	<u>0,49</u>	<u>0,85</u> (72%)	<u>0,49</u>
	Pomiar 3	0,29	<u>0,60</u>	<u>0,84</u> (71%)
<b>Skala Depresji Hamiltona HDRS</b>	Pomiar 1	<u>0,36</u> (13%)	<u>0,30</u>	0,29
	Pomiar 2	<u>0,39</u>	<u>0,65</u> (42%)	<u>0,36</u>
	Pomiar 3	0,13	<u>0,48</u>	<u>0,73</u> (53%)

Dla pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową współzależność badanych zmiennych wygląda podobnie jak w ogólnej grupie. Analiza korelacyjna Spearmana ( $p < 0,05$ ) wykazuje współzależność pomiędzy jakością życia, a dokonywanymi w tym samym czasie pomiarami nasilenia depresji. Dla pomiaru pierwszego wynik kwestionariusza QLDS koreluje z wynikiem Skali Depresji Becka ( $r=0,63$ ), oraz Skali Depresji Hamiltona ( $r=0,41$ ). W przypadku drugiego pomiaru występuje również korelacja między jakością życia a nasileniem depresji mierzonej przy pomocy BDI ( $r=0,81$ ), oraz HDRS ( $r=0,59$ ). W okresie remisji (pomiar 3) występuje także związek między jakością życia, a obecnością objawów depresyjnych wyrażonych w skali BDI ( $r=0,82$ ), oraz HDRS ( $r=0,66$ ). Wszystkie korelacje są pozytywne i przy odwróconej skali kwestionariusza QLDS oznaczają że wraz z nasilaniem objawów depresyjnych następuje spadek odczuwanej jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową. Ponownie silniejsze korelacje występują pomiędzy pomiarem jakości życia a subiektywną miarą nasilenia objawów depresyjnych w porównaniu z obiektywną.

Tab.17. Macierz korelacyjna dla analizowanych zmiennych – wyniki grupy pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową.

		QLDS		
		Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 3
<b>Skala Depresji Becka</b>	Pomiar 1	<u>0,63</u>	<u>0,42</u>	0,25
	Pomiar 2	<u>0,61</u>	<u>0,81</u>	<u>0,37</u>
	Pomiar 3	<u>0,34</u>	<u>0,49</u>	<u>0,82</u>
<b>Skala Depresji Hamiltona</b>	Pomiar 1	<u>0,41</u>	0,19	0,23
	Pomiar 2	<u>0,43</u>	<u>0,59</u>	0,27
	Pomiar 3	0,14	0,31	<u>0,66</u>

Inaczej wygląda analiza korelacyjna przeprowadzona na wynikach uzyskanych od pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. Jakość życia koreluje z wynikiem skali BDI w pomiarze pierwszym ( $r=0,78$ ), oraz w pomiarze drugim ( $r=0,83$ ).



Brak współzależności obu zmiennych dla pomiaru trzeciego dokonanego w okresie remisji. W przypadku wyników uzyskanych przy użyciu Skali Depresji Hamiltona występuje korelacja z wynikiem jakości życia tylko dla pomiaru pierwszego ( $r=0,66$ ). Jedynie w momencie rozpoczynania hospitalizacji występuje zależność między oszacowaniami jakości życia, a nasileniem objawów depresyjnych. Korelacje są pozytywne i wysokie i oznaczają, że wraz z nasilaniem się objawów depresyjnych jakość życia maleje. Zależność ta utrzymuje się w momencie opuszczania szpitala, ale tylko dla pomiaru subiektywnego nasilenia objawów depresyjnych.

Tab.18. Macierz korelacyjna dla analizowanych zmiennych – wyniki grupy pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

		QLDS		
		Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 3
<b>Skala Depresji Becka BDI</b>	Pomiar 1	<u>0,78</u>	-0,03	0,82
	Pomiar 2	-0,19	<u>0,83</u>	-0,67
	Pomiar 3	-0,56	0,61	-0,53
<b>Skala Depresji Hamiltona HDRS</b>	Pomiar 1	<u>0,66</u>	0,26	0,62
	Pomiar 2	0,02	0,54	-0,21
	Pomiar 3	-0,44	0,69	-0,57

### 11.2.3. Pozostałe zmienne kliniczne a jakość życia

#### Liczba zachorowań

Nie wystąpiły natomiast w obu grupach pacjentów różnice istotne statystycznie pod względem jakości życia między osobami, które zachorowały na depresję po raz pierwszy, oraz takimi, które mają pewną ilość (od 2 do 4 i powyżej 5) epizodów depresji już za sobą. Dla pierwszego pomiaru jakości życia test Kruskala-Wallisa  $H=0,545$ ,  $p=0,761$ , dla drugiego test Kruskala-Wallisa  $H=3,107$ ,  $p=0,211$ , oraz dla trzeciego test Kruskala-Wallisa  $H=1,719$ ,  $p=0,423$ .

### Liczba hospitalizacji

Również u osób z różną liczbą hospitalizacji (pierwszą, drugą, trzecią, czwartą, piątą i powyżej szóstej) nie można było zaobserwować żadnych istotnych statystycznie różnic w zakresie pomiaru jakości życia (dla pomiaru pierwszego test Kruskala-Wallisa  $H=6,403$ ,  $p=0,269$ , dla pomiaru drugiego test Kruskala-Wallisa  $H=3,735$ ,  $p=0,588$ , dla pomiaru trzeciego test Kruskala-Wallisa  $H=6,533$ ,  $p=0,258$ ). Brak różnic wystąpił w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową.

### Długość hospitalizacji

Podobnie u osób, które spędziły różną ilość czasu w szpitalu w trakcie leczenia (do 30 dni, 31-60 dni, 61-90 dni, powyżej 90 dni) nie było różnic pod względem jakości życia dla pomiaru pierwszego test Kruskala-Wallisa  $H=0,538$ ,  $p=0,9104$ , dla pomiaru drugiego test Kruskala-Wallisa  $H=6,569$ ,  $p=0,087$ , dla pomiaru trzeciego test Kruskala-Wallisa  $H=2,736$ ,  $p=0,434$ . Brak różnic dotyczył pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową.

## **11.3. Psychospołeczne korelaty jakości życia w zaburzeniach afektywnych**

### **11.3.1. Zmienne socjodemograficzne a jakość życia**

#### Płeć

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic zarówno u pacjentów z chorobą jednobiegunową jak i dwubiegunową pod względem jakości życia pomiędzy kobietami, a mężczyznami dla wszystkich trzech pomiarów (w momencie rozpoczynania hospitalizacji, w momencie jej zakończenia i w ostatnim badaniu trzy miesiące później).

Tab.19. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem jakości życia dla całej grupy.

Pomiar dla całej grupy	N ważnych		Średnia		Odch.std		poziom p test U Manna-Whitneya
	M	K	M	K	M	K	
QLDS_1	32	72	23,38	22,61	7,93	9,04	0,866
QLDS_2	22	44	15,23	17,84	11,05	11,29	0,429
QLDS_3	11	29	15,45	15,86	12,71	12,47	0,832

### Stan rodzinny

Nie występują istotne statystycznie różnice pod względem jakości życia między osobami zamężnymi/ żonatymi, owdowiałymi, rozwiedzionymi i stanu panieńskiego dla każdego z trzech pomiarów jakości życia (dla pomiaru pierwszego test Kruskala-Wallisa  $H=1,471$ ,  $p=0,689$ , dla pomiaru drugiego test Kruskala-Wallisa  $H=2,932$ ,  $p=0,402$ , oraz dla pomiaru trzeciego test Kruskala-Wallisa  $H=2,677$ ,  $p=0,444$ ). Obie grupy pacjentów z chorobą jednobiegunową i dwubiegunową są podobne do siebie pod tym względem.

### Liczba dzieci

Nie ma różnicy pod względem jakości życia w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową między osobami nieposiadającymi dzieci, a posiadającymi jedno, dwoje, troje lub czworo (dla pomiaru pierwszego jakości życia test Kruskala-Wallisa  $H=4,684$ ,  $p=0,321$ , dla drugiego pomiaru test Kruskala-Wallisa  $H=4,589$ ,  $p=0,332$ , dla pomiaru trzeciego test Kruskala-Wallisa  $H=2,883$   $p=0,578$ ).

### Liczba osób w gospodarstwie domowym

Nie występują istotne statystycznie różnice w zakresie jakości życia, które byłyby zależne od liczby osób w gospodarstwie domowym. Dla pierwszego pomiaru test Kruskala-Wallisa  $H=2,36$   $p=0,797$ , dla drugiego pomiaru test Kruskala-Wallisa  $H=2,267$ ,  $p=0,811$ , dla trzeciego pomiaru. Wspomniany wyżej brak różnic wystąpił u obu grup pacjentów.

### Wykształcenie

Pomiędzy osobami o różnym wykształceniu (podstawowym, zawodowym, średnim i wyższym) w obu grupach pacjentów nie ma istotnych statystycznie różnic jeśli chodzi o oszacowania jakości życia dokonywane w każdym z trzech pomiarów (dla pomiaru pierwszego test Kruskala-Wallisa  $H=1,387$ ,  $p=0,709$ , dla pomiaru drugiego test Kruskala-Wallisa  $H=7,191$ ,  $p=0,066$ , dla pomiaru trzeciego test Kruskala-Wallisa  $H=4,061$ ,  $p=0,255$ ).

### Wiek

Nie ma istotnie statystycznych różnic u obu grup pacjentów w ocenie jakości życia na wszystkich trzech etapach dokonywania pomiarów między osobami znajdującymi się w różnych przedziałach wiekowych (na etapie pierwszym pomiaru jakości życia test Kruskala-Wallisa  $H=6,778$ ,  $p=0,079$ , dla etapu drugiego test Kruskala-Wallisa  $H=3,745$ ,  $p=0,2903$ , dla etapu trzeciego test Kruskala-Wallisa  $H=2,938$ ,  $p=0,401$ ).

### Źródło utrzymania

Nie zaobserwowano również istotnych statystycznie różnic pod względem jakości życia u pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową, które utrzymują się z różnych źródeł. Osoby, którym byt zapewnia praca własna, zasiłek, renta, pomoc rodziny czy emerytura nie różnią się jakością życia w żadnym z trzech pomiarów (pomiar pierwszy: test Kruskala-Wallisa  $H=6,696$ ,  $p=0,082$ , pomiar drugi: test Kruskala-Wallisa  $H=4,114$ ,  $p=0,249$ , pomiar trzeci: test Kruskala-Wallisa  $H=3,089$ ,  $p=0,378$ ).

### Zatrudnienie

W obu grupach pacjentów nie występują istotnie statystyczne różnice w poziomie jakości życia między osobami bezrobotnymi, pracującymi na umowę o pracę, inne rodzaje umów, będącymi na emeryturze, bądź prowadzącymi własną działalność gospodarczą. Dla pierwszego pomiaru jakości życia test Kruskala-Wallisa  $H=11,525$ ,  $p=0,042$ , dla drugiego pomiaru test Kruskala-Wallisa  $H=10,719$ ,  $p=0,06$ , oraz dla trzeciego pomiaru test Kruskala-Wallisa  $H=7,584$ ,  $p=0,181$ ).

### Charakter pracy

Charakter pracy nie wpływa na jakość życia – nie ma różnic między osobami pracującymi umysłowo i fizycznie w aspekcie samooszacowywanej jakości życia dla każdego z trzech pomiarów u pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową.

Tab.20. Porównanie osób z pracujących umysłowo i fizycznie pod względem jakości życia we wszystkich pomiarach dla całej badanej grupy.

	N ważnych		Średnia		Odch.std		poziom p test U Manna- Whitneya
	Praca umysłowa	Praca fizyczna	Praca umysłowa	Praca fizyczna	Praca umysłowa	Praca fizyczna	
QLDS_1	38	29	23,61	21,24	9,34	8,42	0,127
QLDS_2	28	20	13,04	18,45	10,64	11,24	0,0802
QLDS_3	15	12	11,60	17,00	13,14	10,56	0,304

### 11.3.2. Jakość życia a wsparcie

#### 11.3.2.1. Zakres wsparcia na każdym etapie leczenia

Ogólna ilość otrzymywanego wsparcia społecznego mierzona przy pomocy Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) pozostaje na zbliżonym poziomie w każdym z trzech dokonywanych pomiarów: w momencie rozpoczynania hospitalizacji, opuszczania szpitala i w okresie remisji 3 miesiące od chwili wypisu ( $\chi^2$  ANOVA=0,863, p=0,649). Wyniki poszczególnych podskal tego narzędzia również pozostają bez zmian wraz z upływem czasu. Nie zmienia się u osób badanych ilość postrzeganego wsparcia ( $\chi^2$  ANOVA=0,838, p=0,658). U osób badanych występuje również takie samo zapotrzebowanie na wsparcie w momencie rozpoczynania, kończenia hospitalizacji, jak i w okresie remisji ( $\chi^2$  ANOVA=1,708, p=0,426). Także wyniki podskali mierzącej działania zorientowane na poszukiwanie wsparcia nie zmieniają się wraz z upływem czasu ( $\chi^2$  ANOVA=1,696, p=0,428).

Wyniki uzyskane przy pomocy drugiej miary wsparcia społecznego (Skala Wsparcia Społecznego) pozwalają na przeanalizowanie dynamiki i stopnia wsparcia uzyskanego od osoby, która wspiera osobę badaną najbardziej i najmniej. Ogólny wynik wsparcia otrzymywanego od osoby, która jest postrzegana jako pomagająca najbardziej nie zmienia się w kolejnych trzech pomiarach ( $\chi^2$  ANOVA=2,042, p=0,360). Nie ma również różnic pod względem ilości wsparcia dostarczanego przez osobę, która jest postrzegana jako pomagająca najmniej ( $\chi^2$  ANOVA=2,046, p=0,359).

Wyniki obu testów są dość spójne i podkreślają w miarę stałą i niezmienną się ilość wsparcia bez względu na jego rodzaj, oraz etap leczenia na którym znajduje się pacjent.

### 11.3.2.2. Współzależność między wsparciem, a jakością życia

Analiza korelacyjna Spearmana ( $p < 0,05$ ) wykazała istotną współzależność między ogólnymi wynikami kwestionariusza BSSS, a wynikami kwestionariusza QLDS na każdym etapie pomiarów. W momencie rozpoczynania hospitalizacji poziom jakości życia koreluje negatywnie z ilością wsparcia społecznego ( $r = -0,29$ ), co przy odwróconej punktacji dla skali QLDS oznacza, że wraz ze wzrostem wsparcia społecznego wzrasta subiektywnie odczuwana jakość życia. W sytuacji wyjścia ze szpitala zależność między obiema miarami staje się jeszcze wyraźniejsza ( $r = -0,43$ ), podobnie w okresie remisji ( $r = -0,41$ ). Analiza poszczególnych wyników podskal BSSS potwierdza występowanie współzależności dla pierwszego pomiaru między jakością życia a ogólnie spostrzeganym wsparciem ( $r = -0,26$ ), spostrzeganym wsparciem emocjonalnym ( $r = -,21$ ), instrumentalnym ( $r = -0,23$ ), oraz działaniami ukierunkowanymi na poszukiwanie wsparcia ( $r = -0,28$ ). Wraz z końcem hospitalizacji i pomiarem drugim zależności nadal się utrzymują, a korelacje zyskują większą istotność. Występuje korelacja między jakością życia, a ogólnie spostrzeganym wsparciem ( $r = -0,49$ ), spostrzeganym wsparciem emocjonalnym ( $r = -0,49$ ) i instrumentalnym ( $r = -0,41$ ), oraz poszukiwaniem wsparcia ( $r = -0,29$ ). W okresie remisji występuje istotny związek między jakością życia a postrzeganym wsparciem ( $r = -0,51$ ), spostrzeganym wsparciem emocjonalnym ( $r = -0,52$ ), oraz instrumentalnym ( $r = -0,45$ ).

Dla wszystkich trzech pomiarów brak jest jedynie związku między jakością życia, a zapotrzebowaniem na wsparcie, a dla pomiaru trzeciego dodatkowo między jakością życia a poszukiwaniem wsparcia.

Analiza korelacyjna Spearmana ( $p < 0,05$ ) przeprowadzona z wykorzystaniem drugiej użytej miary wsparcia społecznego (Skala Wsparcia Społecznego Krystyny Kmieciak-Baran) ujawniła nowe zależności dla jakości życia. Ciekawy jest brak związku między jakością życia a wsparciem uzyskiwanym od osoby, która „pomaga najbardziej w trudnych sytuacjach życiowych” w chwili rozpoczynania leczenia szpitalnego. Występuje natomiast w tym momencie współzależność między jakością życia a wsparciem otrzymywanym od osoby, która „pomaga najmniej w trudnych sytuacjach życiowych” ( $r = 0,44$ ). Korelacja pozytywna umiarkowana przy obu odwróconych skalach oznacza, że wraz ze wzrostem wsparcia od osoby, która jest postrzegana jako najmniej pomagająca następuje wzrost jakości życia.

W wynikach uzyskanych w momencie opuszczania szpitala w stanie poprawy zdrowia wystąpiła także zależność między jakością życia, a wsparciem uzyskiwanym od osoby która pomaga najmniej ( $r=0,29$ ), oraz w tym wypadku także i od tej która pomaga najbardziej ( $r=0,39$ ). Zebrane w okresie remisji (3 miesiące od momentu wyjścia ze szpitala) wyniki pokazują ponowną współzależność między jakością życia a wsparciem uzyskiwanym od osoby wspierającej najmniej ( $r=0,36$ ) i najwięcej ( $r=0,39$ ).

Przeprowadzona dodatkowo ankieta pozwala na ustalenie związku między jakością życia a pomocą jaką uzyskują osoby badane od różnych osób ze swojego otoczenia. W momencie rozpoczynania hospitalizacji z jakością życia koreluje wsparcie uzyskiwane od znajomych ( $r=-0,23$ ), oraz sąsiadów ( $r=-0,31$ ). W chwili kończenia leczenia korelatem jakości życia jest wsparcie od współmałżonka ( $r=-0,44$ ), dzieci ( $r=-0,29$ ), przyjaciół ( $r=-0,44$ ), oraz znajomych ( $r=-0,36$ ). W okresie remisji występuje współzależność między jakością życia a wsparciem od ojca ( $r=-0,56$ ), dzieci ( $r=-0,47$ ), przyjaciół ( $r=-0,4$ ), znajomych ( $r=-0,55$ ), lekarzy ( $r=-0,33$ ).

### **11.3.2.3. Różnice w strukturze otrzymywanego wsparcia między osobami z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową**

Dla pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową inne typy wsparcia okazały się być związane z jakością życia. W grupie z chorobą afektywną jednobiegunową korelatem jakości życia jest podobnie jak w grupie ogólnej w momencie rozpoczynania hospitalizacji wsparcie uzyskiwane od osoby wspierającej najmniej ( $r=0,49$ ) – wszystkie typy wsparcia są istotne: informacyjne ( $r=0,27$ ), instrumentalne ( $r=0,38$ ), wartościujące ( $r=0,49$ ), oraz emocjonalne ( $r=0,48$ ). W momencie opuszczania szpitala istotnym korelatem jakości życia okazuje się być wsparcie od osoby bardzo wspierającej - instrumentalne ( $r=0,27$ ), oraz wartościujące ( $r=0,23$ ). Natomiast od osoby wspierającej najmniej tylko wsparcie wartościujące ( $r=0,29$ ). W okresie remisji ponownie kluczowe znaczenie wydaje się mieć jako zmienna współzależna z jakością życia wsparcie od osoby wspierającej najmniej ( $r=0,45$ ) w postaci wsparcia informacyjnego ( $r=0,42$ ), wartościującego ( $r=0,58$ ), oraz emocjonalnego ( $r=0,43$ ). W tym samym czasie od osoby pomagającej najbardziej wsparcie informacyjne ( $r=0,47$ ), oraz wartościujące ( $r=0,49$ ).

W grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową jedynym korelatem jakości życia w momencie kończenia hospitalizacji był pomiar wsparcia uzyskiwanego od osoby pomagającej najbardziej ( $r=0,69$ ) w postaci wsparcia instrumentalnego ( $r=0,61$ ), oraz emocjonalnego ( $r=0,63$ ).

Tab.21. Korelaty jakości życia QLDS – typ wsparcia Skala Wsparcia Społecznego.

Pomiar	Depresja jednobiegunowa		Depresja dwubiegunowa	
	Od osoby wspierającej najmniej	Od osoby wspierającej najwięcej	Od osoby wspierającej najmniej	Od osoby wspierającej najwięcej
I	informacyjne $r=0,27$ instrumentalne $r=0,38$ wartościujące $r=0,49$ emocjonalne $r=0,48$			
II	wartościujące $r=0,29$	instrumentalne $r=0,27$ wartościujące $r=0,23$	instrumentalne $r=0,61$ emocjonalne $r=0,63$	
III	informacyjne $r=0,42$ wartościujące $r=0,58$ emocjonalne $r=0,43$	Informacyjne $r=0,47$ wartościujące $r=0,49$		

#### 11.3.2.4. Wsparcie jako zasób chroniący jakość życia

Po przeprowadzeniu analizy skupień wyodrębniono dla całej grupy badanej w pomiarze pierwszym trzy skupienia. Poszczególne grupy można opisać analizując charakterystyczne dla nich średnie wartości wyników zastosowanych skal. Do skupienia pierwszego należą osoby o średniej jakości życia, umiarkowanym nasileniu objawów depresyjnych (mierzonych zarówno miarą subiektywną BDI, jak i obiektywną HDRS), oraz wysokim poziomie wsparcia społecznego. Skupienie drugie tworzą osoby, odznaczające się niską jakością życia, ciężką depresją (mierzoną dwoma typami testów), oraz najniższym w porównaniu z innymi grupami wsparciem społecznym. W skład skupienia trzeciego wchodzi osoby, które cechuje niska jakość życia, bardzo ciężka depresja, oraz relatywnie wysokie wsparcie społeczne (zwłaszcza w porównaniu z osobami ze skupienia drugiego).



Przy tak bardzo nasilonych objawach depresji w skupieniu trzecim interesujący jest porównywalny poziom jakości życia z tym, który można obserwować w skupieniu II, przy znacznie mniejszym natężeniu objawów depresyjnych. Tym co różni obie grupy jest większa średnia ilość wsparcia społecznego dla osób zgrupowanych w skupieniu III, która wydaje się być buforem chroniącym jakość życia przed adekwatnym do wzmożonego nasilenia objawów depresji spadkiem.

Tab.22. Wyniki analizy skupień dla pomiaru pierwszego.

	Skupienie (klaster)		
	I [n=28]	II [n=36]	III [n=40]
QLDS1	14	25	27
HDRS1	17	23	34
BDI1	15	32	42
BSSS1	56	41	52

Analiza skupień dokonana na wynikach zgromadzonych w momencie opuszczania szpitala ujawniła istnienie trzech skupień, o charakterystykach podobnych do tych z pomiaru pierwszego. Skupienie I tworzą osoby, które można opisać na podstawie średnich wyników jako cechujące się relatywnie wysoką jakością życia, brakiem objawów depresyjnych i dużym wsparciem społecznym. W skład skupienia II wchodzi osoby o stosunkowo niskiej jakości życia z nasilonymi objawami depresyjnymi (odczuwanymi subiektywnie jako ciężka depresja, a obiektywnie jako umiarkowana) i z niskim poziomem wsparcia społecznego. Skupienie III różni się od drugiego obecnością silnego wsparcia społecznego.

Tab. 23. Wyniki analizy skupień dla pomiaru drugiego.

	Skupienie (klaster)		
	I [n=30]	II [n=14]	III [n=22]
QLDS2	6	26	26
HDRS2	8	16	15
BDI2	10	28	30
BSSS2	54	34	53

Analiza skupień wykonana na wynikach z pomiaru trzeciego potwierdziła nadal obecne występowanie trzech grup. W skupieniu I zgromadzono osoby charakteryzujące się bardzo wysoką jakością życia, brakiem objawów depresyjnych i dużym wsparciem społecznym. Skupienie II, do którego trafiły osoby z bardzo niską jakością życia, ciężką depresją, oraz relatywnie niskim wsparciem społecznym. W skupieniu III znalazły się osoby, które na tle pozostałych grup odznaczają się średnią jakością życia, subiektywnie umiarkowanie nasilonymi objawami depresji, a obiektywnie ocenianymi podobnie jak u osób ze skupienia drugiego, oraz z bardzo dużym wsparciem społecznym.

Tab.24. Wyniki analizy skupień dla pomiaru trzeciego.

	Skupienie (klaster)		
	I [n=17]	II [n=15]	III [n=8]
QLDS3	3	28	19
HDRS3	4	19	19
BDI3	6	34	25
BSSS3	55	41	59

## 12. Dyskusja

Zagadnienie jakości życia jest nieodłącznie wpisane w nurt medycyny humanistycznej i holistycznego postrzegania człowieka, jego zdrowia i choroby. Pomiar jakości życia jest przydatny ze względów naukowych oraz praktycznych.

Czasem pod wpływem danej konkretnej metody terapeutycznej można obserwować nie tylko zmiany w stanie klinicznym, ale i utrzymujące się, trwałe zmiany w ogólnej jakości życia. Pacjent dzięki hospitalizacji, czy pomocy ambulatoryjnej zyskuje więcej niż tylko redukcję bólu i objawów choroby. Z tego powodu warto w badaniach naukowych uwzględniać również pomiary jakości życia, aby móc zidentyfikować czynniki na nią wpływające.

Wymiar praktyczny pomiarów jakości życia dotyczy płaszczyzny kontaktów między lekarzem a pacjentem. Poruszenie tematu jakości życia pozwala na dokonanie oceny stanu pacjenta na podstawie danych z różnych dziedzin jego życia. Taka szersza analiza jest w niektórych przypadkach warunkiem koniecznym, choć niewystarczającym do odniesienia sukcesu terapeutycznego. Postrzeganie pacjenta jako partnera w procesie powrotu do zdrowia, pomaga w przygotowaniu skutecznego i kompleksowego programu terapeutycznego dopasowanego do jego potrzeb.

Wszystkie te powody przemawiają za podjęciem tematu jakości życia, a w obszarze psychiatrii i psychologii klinicznej argumenty te stają się jeszcze istotniejsze. Zwłaszcza, że oszacowania stanu pacjenta dokonywane przez lekarza i leczonego pacjenta mogą się znacznie różnić. Można przedstawić je w formie czteropolowej tablicy [16].

Tab.25. Obiektywne i subiektywne oszacowania jakości życia.

Obiektywne warunki życia	Subiektywna ocena jakości życia	
	Pozytywne	Negatywne
Korzystne	Zadowolenie uzasadnione	Dylemat niezadowolenia
Niekorzystne	Paradoks zadowolenia	Niezadowolenie uzasadnione

Obiektywnie patrząc na sytuację pacjenta można ją ocenić jako korzystną lub niekorzystną ze względu na warunki w których żyje, a także jego stan zdrowia. Sam pacjent dokonuje podobnych subiektywnych oszacowań. Jeśli pacjent jest zadowolony ze swojej sytuacji i stanu zdrowia, a są one faktycznie w obiektywnym oszacowaniu korzystne mówimy o zadowoleniu uzasadnionym. Gdy sytuacja jest niekorzystna, pacjent ocenia ją podobnie, można mówić o niezadowoleniu uzasadnionym. Gdyby wszystkie oszacowania wyglądały w powyższy sposób nie byłoby sensu podejmować tematu oceny jakości życia. Jednak tak nie jest. Są dwie sytuacje szczególnie interesujące i warte przeanalizowania. Pierwsza z nich to paradoks zadowolenia, kiedy przy obiektywnie niekorzystnych warunkach pacjent wysoko ocenia swoją jakość życia. Tutaj pojawia się ważne pytanie o czynniki chroniące jakość życia, o zasoby pacjenta, oraz o jego możliwości przystosowania do obiektywnie trudnej sytuacji, czyli o wszystko co sprawia, że pomimo przeżywanych trudności pacjent określa wysoko swoją jakość życia. Z kolei dylemat niezadowolenia powstaje wtedy kiedy pacjent przy obiektywnie korzystnych warunkach życia swoją jakość życia ocenia nisko. Taka sytuacja może sprawiać wiele trudności w kontaktach między osobą pomagającą a pacjentem, oraz zdecydowanie utrudniać wspólną ocenę postępów w leczeniu. Obiektywnie znacząca i obserwowalna poprawa stanu pacjenta, subiektywnie w związku z na przykład jego zawyżonymi oczekiwaniami, czy nasilonymi objawami depresyjnymi jest postrzegana nadal źle.

Być może w tym momencie nasuwa się pytanie o sens podejmowania badań nad jakością życia w obszarze zaburzeń depresyjnych. Odpowiedź na nie kryje się w sposobie definiowania jakości życia. Sprowadzanie koncepcji jakości życia tylko do dobrostanu uczyniłoby takie badania w obszarze chorób afektywnych mało znaczącymi. Definiowana w sposób jednowymiarowy jakość życia pacjentów byłaby na pewno niska, dodatkowo wiążąc się w sposób oczywisty z nasileniem objawów depresyjnych. Tymczasem przyjęta jako podłoże teoretyczne w tych badaniach koncepcja jakości życia uwarunkowanej stanem potrzeb stwarza szerokie możliwości interpretacyjne. Nawet w badaniach do tej rozprawy w momencie rozpoczynania hospitalizacji w grupie pacjentów z silnie zaznaczonymi objawami depresyjnymi szacowanymi obiektywnie znalazło się 15% osób, które pomimo tego oceniały swoją jakość życia relatywnie wysoko. Zdolność właściwej oceny swoich potrzeb i umiejętnego ich zaspokajania wydaje się być cennym zasobem tej grupy pacjentów.

W tej sytuacji niestawianie pytań o jakość życia, ale zakładanie, że musi być obniżona nie jest właściwe i może ograniczać bardziej adekwatną ocenę stanu funkcjonowania pacjenta i jego samopoczucia.

### **Zmiany jakości życia pacjentów w trakcie hospitalizacji i podczas remisji**

Zgodnie z założoną hipotezą wstępną najniższą jakość życia obserwuje się u osób rozpoczynających leczenie, niezależnie od rozpoznania choroby afektywnej jednobiegunowej, czy dwubiegunowej (w fazie depresyjnej). W trakcie hospitalizacji poprawia się nie tylko stan kliniczny pacjentów (w postaci zmniejszenia objawów depresyjnych), w sposób istotny rośnie również subiektywnie odczuwana jakość życia. Dzieje się tak zapewne pod wpływem warunków jakie zostały stworzone na oddziałach w odpowiedzi na potrzeby pacjentów, oraz dzięki pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. W trakcie hospitalizacji (w zależności od miejsca pobytu) możliwe jest uczestnictwo w różnorodnych formach pomocy – pacjent poza farmakoterapią może uczestniczyć w psychoterapii indywidualnej, psychoterapii grupowej, arteterapii, psychoedukacji, treningach relaksacyjnych, poradnictwie, warsztatach ogólnorozwojowych np. umiejętności społecznych, szukania pracy, radzenia sobie ze stresem. Po opuszczeniu szpitala subiektywnie odczuwana jakość życia nie ulega dalszym znaczącym zmianom, stabilizując się w okresie remisji. Kluczowym okresem dla pacjentów wydaje się być rozpoczynanie leczenia, kiedy ze względu na największe nasilenie objawów depresyjnych i najniższą jakość życia wymagają najwięcej opieki i oddziaływań terapeutycznych. Poprawiającą się jakość życia podczas hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych i podejmowanych tam działań terapeutycznych obserwowało wielu zajmujących się tym zagadnieniem badaczy (np. Miller [79]; Stewart i wsp. [80]; Markowitz i wsp. [81]). W zasadzie w literaturze nie spotykamy się z doniesieniami innego typu, a pomiary jakości życia są wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia.

### **Różnice w poziomie jakości życia między chorymi z zaburzeniami afektywnymi nawracającymi a zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi**

Pomiędzy obiema grupami pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową wystąpiły przy ogólnym podobieństwie w obrazie zmian stanu klinicznego i jakości życia pewne różnice w jego dynamice.

U obu grup pacjentów następowało wyraźne zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych. Natomiast w grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową poprawa następowała szybciej. W momencie opuszczania szpitala obie grupy różniły się między sobą z wyraźną przewagą po stronie osób z chorobą afektywną dwubiegunową. W okresie remisji różnica między obiema grupami pacjentów jeszcze się nasila, ponownie na niekorzyść pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową. U pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową w fazie depresji poprawa następuje szybciej i jest wyraźniejsza niż u pacjentów z depresją nawracającą.

Podobnie wygląda sytuacja przy pomiarach jakości życia. Subiektywnie odczuwana jakość życia w momencie rozpoczynania hospitalizacji jest równie niska w obu grupach pacjentów. Różnica pojawia się pod koniec hospitalizacji, gdzie wyraźnie wyższą jakością życia cechują się pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową. Różnica ta powiększa się jeszcze bardziej w okresie remisji. U pacjentów z chorobą dwubiegunową szybciej i w sposób bardziej znaczący poprawia się jakość życia w porównaniu z pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową.

Występująca różnica między pacjentami nie odnajduje pełnego potwierdzenia w literaturze, gdzie większość autorów donosi albo o braku różnic między obiema grupami np. Dean i wsp. [108], Goldberg i Harrow [109], lub o gorszej jakości życia u pacjentów z chorobą dwubiegunową np. Michalak i wsp. [105], Have i wsp. [110]. Występowanie zaobserwowanej w tej rozprawie różnicy pozostaje jednak w logicznej zgodzie ze współczesnymi systemami klasyfikacyjnymi wyraźnie różnicującymi oba typy chorób, ze względu między innymi na osobowość przedchorobową.

Uwagę na to zagadnienie zwrócono już w starożytności, kiedy jeszcze nie istniał obecny podział chorób afektywnych. Jako pierwszy Arestajos z Kapadocji [6] zauważył, że melancholia występuje u ludzi, którzy są smutni z usposobienia. Natomiast mania jest typowa dla osób łączących w swoim charakterze wesołość, skłonność do żartów, razem z drażliwością i wybuchowością. Znana jest dziś koncepcja niemieckiego psychiatry Tellenbacha, który przedstawił swoją teorię osobowości, którą nazwał „typus melancholicus”. Cechuje się ona introwersją, depresyjnością, melancholią, neurotyzmem. Taka osobowość może predystynować do występowania jednobiegunowych stanów depresyjnych.

Z kolei Von Zerssen [186] zdefiniował osobowość o typie maniakalnym „typus manicus”, która ma predystynować do występowania objawów o charakterze maniakalnym. Osobowość osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi jest opisywana jako: ekstrawertywna, syntoniczna, hipertymiczna, cyklotymiczna [3].

Takie różnice osobowościowe mogą tłumaczyć wolniejszy powrót do zdrowia i niższą jakość życia u „z natury” melancholijnych osób z chorobą afektywną jednobiegunową. Jeśli dodatkowo weźmiemy pod uwagę fakt iż u 25% chorych z tej grupy utrzymuje się po ustąpieniu objawów depresji stan subdepresji, a u około 12-30% objawy depresji utrzymują się przez cały czas bez remisji pojawia się kolejne wytłumaczenie niższej jakości życia w tej grupie chorych. W literaturze można znaleźć doniesienia potwierdzające uzyskane w tej rozprawie wyniki. Na przykład Doeschate i wsp. [187] wykazali iż u osób z chorobą afektywną nawracającą nawet w okresie remisji występuje niższa jakość życia w porównaniu z osobami w populacji ogólnej. Do podobnych wniosków na przykładzie swoich badań doszli również Moses i wsp. [188].

Oba typy chorób różnicuje też najprawdopodobniej udział czynnika genetycznego w procesie ich powstawania. Na przykład w badaniach rodzin można przeanalizować związek bliskości pokrewieństwa z ryzykiem zachorowania. Tak zwany wskaźnik RR (relative risk) w przypadku choroby jednobiegunowej dla krewnych I stopnia wynosi 1,5-3. W tej samej grupie krewnych, ale dla choroby afektywnej dwubiegunowej ryzyko względne jest znacząco wyższe i wynosi 5-10, co sugeruje większy udział czynnika genetycznego w powstawaniu tej choroby.

Innym dowodem na zróżnicowane podłoże obu chorób są badania nad współwystępowaniem zaburzeń afektywnych u bliźniąt [189].

Tab.26. Współwystępowanie chorób afektywnych u bliźniąt.

Bliźnięta	Depresja	
	jednobiegunowa	dwubiegunowa
jednojąjowe	22-67%	65 – 75% 40 – 60%
dwująjowe	0-25%	Okolo 14%

Gdy porównywany jest procent współwystępowanie depresji u bliźniąt jednojajowych i dwujajowych wyraźnie widać większy jego procent u tych pierwszych. Z kolei w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej widoczny jest większy obszar współwystępowania (wg niektórych danych sięgający nawet 75%) u bliźniąt jednojajowych w porównaniu z depresją jednobiegunową u bliźniąt tego samego typu. Taki układ wyników potwierdzałby tezę o większym udziale czynnika genetycznego w powstawaniu choroby afektywnej dwubiegunowej w porównaniu z jednobiegunową.

## **Kliniczne i psychospołeczne korelaty jakości życia**

### Zmienne socjodemograficzne a jakość życia

Zmienne socjodemograficzne na wszystkich etapach dokonywania pomiarów nie mają wpływu na jakość życia u osób z chorobą afektywną nawracającą i dwubiegunową. Pomiedzy pacjentami znajdującymi się na różnych poziomach zmiennych socjodemograficznych nie było różnic w zakresie poziomów jakości życia. Na subiektywnie odczuwaną jakość życia nie ma zatem wpływu fakt, iż ktoś jest mężczyzną albo kobietą, starszy, czy młodszy, mniej lub bardziej wykształcony. Znaczenia nie ma również stan cywilny, liczba dzieci lub brak potomstwa, liczba osób w gospodarstwie domowym, różne formy zatrudnienia lub jego brak, charakter pracy (fizyczna, czy umysłowa), oraz źródło utrzymania. Analizując literaturę odnaleźć można prace w których podobny wynik uzyskało wielu autorów (Trompenaars [99], Kuehner i Buerger [100]). Pojawiają się jednak również doniesienia podkreślające wpływ tej grupy zmiennych dla jakości życia (np. Frank i wsp. [93], Carpinello i wsp. [94], Lam i Rosenheck [95]). Aczkolwiek różni autorzy wskazują na inne zmienne jako kluczowe dla jakości życia. Przy tak dużej sprzeczności w wynikach, która może wiązać się z różnymi sposobami definiowania jakości życia trzeba przyznać, że brak związku między zmiennymi socjodemograficznymi a jakością życia pozostaje w zgodzie z zastosowaną w tej pracy koncepcją teoretyczną i definicją jakości życia opartej na teorii potrzeb. Obiektywne warunki życia nie determinują jakości życia, kluczowa jest ich subiektywna ocena, zdolność do odnajdywania się w nich i wykorzystywania do pełnego zaspokajania własnych, dobrze odczytanych i rozumianych potrzeb.



## **Zmienne kliniczne a jakość życia**

Na jakość życia na każdym z kolejnych etapów dokonywania pomiarów wpływu nie miała liczba zachorowań, oraz liczba hospitalizacji. Zdecydowano się dokonać rozróżnienia między tymi zmiennym ze względu na fakt, że liczba zachorowań była częściej wyższa niż liczba hospitalizacji. Niejednokrotnie zdarzało się, że osoby po wieloletnim leczeniu depresji w warunkach ambulatoryjnych po raz pierwszy decydowały się na leczenie szpitalne. Znaczenia dla jakości życia nie miała również długość hospitalizacji. Istotne natomiast okazało się być nasilenie objawów depresyjnych. W każdym momencie dokonywania pomiarów wraz z zaostrzeniem się objawów depresji następował spadek odczuwanej jakości życia. Przy czym silniejszy związek z jakością życia mają wyniki pomiarów depresji wykonane tak zwaną skalą subiektywną – co jest zrozumiałe w świetle tego, że obie miary polegają na dokonaniu samooszacowania z natury rzeczy subiektywnego. Silniejsze korelacje między wynikami jakości życia, a skalami mierzącymi depresję występują w momencie opuszczania szpitala i w okresie remisji w porównaniu z rozpoczynaniem hospitalizacji, kiedy przecież objawy depresji są najbardziej zaznaczone. Być może kluczowe jest tutaj nie natężenie objawów depresyjnych dla kształtowania się jakości życia, ale ich obecność i ciągłość nawet przy małym nasileniu, albo ich brak znacznie poprawiający jakość życia. Istnieją doniesienia potwierdzające występowanie związku między nawet łagodnymi objawami depresji, a obniżeniem jakości życia (np. Kirchengast i Haslinger [103], Nuevo i wsp. [107], Nierenberg i wsp. [190]).

U osób z chorobą afektywną jednobiegunową widoczny jest silniejszy związek między nasileniem depresji (mierzoną zarówno Skalą Depresji Becka jak i Skalą Depresji Hamiltona) a jakością życia, w porównaniu z osobami z chorobą afektywną dwubiegunową, gdzie związek ten obserwowalny był jedynie w momencie rozpoczynania hospitalizacji.

W literaturze wśród większości autorów panuje zgoda na temat tego, że choroba afektywna i aktualne zaostrzenie objawów wiąże się z obniżeniem subiektywnie odczuwanej jakości życia mierzonej przy pomocy różnych miar (np. Diehr i wsp. [78], Ramirez, Cerver-Enguix [101], Leidy [104], Gul [191]).

## **Wsparcie społeczne a jakość życia**

Osoby badane oceniają, że otrzymują taką samą ilość wsparcia bez względu na jego rodzaj, zarówno w momencie rozpoczynania hospitalizacji, opuszczania szpitala, jak i w okresie remisji. Nie zmienia się zapotrzebowanie na wsparcie i działania związane z poszukiwaniem go.

Wsparcie społeczne okazało się być znaczącym korelatem jakości życia. Wraz ze wzrostem wsparcia społecznego zwiększa się subiektywne odczucie jakości życia. Warto zwrócić uwagę na fakt, że silniejsze korelacje między wsparciem a jakością życia występują w sytuacji opuszczania szpitala niż rozpoczynania leczenia. Koniec hospitalizacji jest to moment trudny dla pacjentów i na pewno w tym właśnie okresie potrzebna jest większa pomoc w postaci różnych rodzajów wsparcia społecznego.

Wyjście ze szpitala jest dla pacjentów dużym stresem, ze względu na powrót do codziennych kłopotów, czyli rzeczywistości, w której trzeba umieć ponownie się odnaleźć. Poza tym dużo obaw pacjentów związanych jest z możliwą reakcją otoczenia po usłyszeniu wiadomości o typie choroby. Co powiedzieć, czy w ogóle i w jaki sposób to uczynić – często padają takie pytania w ostatnich rozmowach z personelem, ze względu na to, że stygmat choroby psychicznej jest bardzo silny i w zasadzie niezmienny. Wychodząc z jakiegokolwiek oddziału szpitalnego po zakończeniu leczenia pacjent czuje się zdrowy i jest tak społecznie postrzegany – ma prawo do wysokiej jakości życia. Jednorazowy pobyt na oddziale psychiatrycznym powoduje przyklejenie etykiety na całe życie.

W tym czasie, a także podczas remisji istotniejsze dla jakości życia wydaje się być spostrzeganie wsparcia (zarówno emocjonalne jak i instrumentalne) od poszukiwania go. Obecność wsparcia i dostrzeganie go w otoczeniu wydaje się być tutaj najważniejsze. Może istnieć kilka wyjaśnień tego zjawiska. Być może świadczy to o trudności w proszeniu o wsparcie, lub w braku umiejętności społecznych związanych ze znajdowaniem sobie różnych źródeł wsparcia. A być może istotna dla jakości życia i kojąca dla pacjentów jest sama świadomość faktu, że w razie problemów i kłopotów są osoby w ich otoczeniu na które mogą liczyć.

Znaczący jest wynik wyraźnie pokazujący, że wsparcie może pełnić rolę bufora ochronnego dla poczucia jakości życia pomimo dużego nasilenia objawów depresyjnych, co pozostaje w zgodzie z klasyczną już dziś koncepcją Cohena i Willsa [za: 125] wyjaśniającą wzajemne relacje między wsparciem, a jakością życia.

Dzieje się tak jak gdyby obecność wsparcia społecznego zapobiegała adekwatnemu do nasilenia objawów depresyjnych spadkowi poczucia jakości życia.

Interesujący jest również wynik ukazujący w momencie rozpoczynania leczenia szpitalnego związek między jakością życia a wsparciem uzyskiwanym od osoby która jest postrzegana jako wspierająca najmniej. Im więcej wsparcia od tej osoby, tym lepsza jakość życia. Potwierdzają to wyniki dodatkowej ankiety ukazujące występujący w tym momencie związek między jakością życia a wsparciem uzyskiwanym od znajomych, oraz sąsiadów. Brakuje w tym momencie podobnej zależności dla osoby która „pomaga najbardziej w trudnych sytuacjach życiowych”. Wynik ten można próbować wytłumaczyć nawiązując do koncepcji interpersonalnych depresji, które pokazują, że osoby które rozpaczliwie potrzebują wsparcia w związku z przedłużającym się epizodem depresyjnym mają coraz mniejsze szanse na otrzymanie pomocy ze strony bliskich osób (Silver, Wortman, Crofton [192]). Otwarte wyrażanie trudnych przeżyć może wiązać się z ryzykiem alienacji. Osoba cierpiąca z powodu depresji powoduje duże obciążenie dla otoczenia, gdzie często zamiast empatii, pojawia się zmęczenie, zniechęcenie, oskarżenia o lenistwo i polecenia typu „weź się w garść”.

Do podobnego wniosku doszli Strack i Coyne [193], którzy zauważyli, że osoby z depresją zachowują się w sposób, który powoduje negatywne reakcje w najbliższym otoczeniu, co z kolei może powodować narastające poczucie odrzucenia i izolacji. Aby sprawdzić swoje przypuszczenia zaaranżowali eksperyment, w trakcie którego osoby badane miały swobodnie towarzysko rozmawiać przez okres 15 minut. Przed spotkaniami biorący udział w eksperymencie wypełnili standardowy kwestionariusz mierzący nasilenie objawów depresyjnych. Po spotkaniu wszystkie osoby zostały poproszone o ocenę swoich rozmówców, oraz o decyzję czy byliby zainteresowani kolejnym spotkaniem. Okazało się, że osoby, które rozmawiały z depresyjnymi rozmówcami same stały się bardziej przygnębione, nerwowe i agresywne w porównaniu z tymi, którzy rozmawiali z niedepresyjnym rozmówcą. Poza tym mniej chętnie chciały spotkać się ponownie. Rezultat był oczywisty – osoby z depresją zachowują się w sposób mogący powodować społeczne odrzucenie. Taka społeczna reakcja może wpływać negatywnie na poczucie własnej wartości nakręcając spiralę objawów depresyjnych. Czasami łatwiej jest rozmawiać na tematy neutralne z obcymi niż poruszać trudne sprawy z najbliższymi osobami.

Przykładem potwierdzającym występowanie takiej zależności mogą być badania Spiegela [za: 194] dotyczące pacjentów z chorobą nowotworową. Żyją oni w ciągłym strachu, jednak nie dzielą się nim z rodziną, przyjaciółmi i personelem medycznym ze względu na to, że osoby te nie reagują dobrze na te zwierzenia. Kończy się to zmniejszeniem interakcji i dodatkowym poczuciem osamotnienia. Innym powodem trudności przeżywanych w kontaktach z bliską rodziną w sytuacji zaostrzenia objawów depresyjnych mogą być niechciane rady, oraz komentarze. W jednej z ankiet przeprowadzonej przez Davidowitza i Myricka [za: 194] w której udział wzięły osoby, które doświadczyły straty bliskiej osoby, zostały one poproszone o podzielenie się reakcjami osób, które usłyszały o ich żałobie. 80% z nich uznano za całkowicie niepomocne (przykładem było „Nie powinienes kwestionować Bożej woli”, albo „Powinienes być wdzięczny, że masz jeszcze jednego syna”). W stanie poprawy i w okresie remisji korelatem jakości życia staje się nie tylko wsparcie od osoby pomagającej najmniej, ale także i od tej, która pomaga najbardziej. Potwierdzają to wyniki ankiety pokazując w momencie kończenia hospitalizacji związek między jakością życia, a wsparciem otrzymywanym od współmałżonka, dzieci, przyjaciół, oraz znajomych. W okresie remisji od ojca, dzieci, przyjaciół, oraz znajomych. Optymistyczna przy ocenie oddziaływań personelu medycznego jest korelacja między poczuciem jakości życia a wsparciem uzyskiwanym od lekarzy. Związek między wsparciem społecznym, zdrowiem, a jakością życia jest bardzo dobrze udokumentowany w literaturze zarówno w kontekście ogólnym jak i dotyczącym chorób psychicznych (np. Jarema i wsp. [121], Newsom i Schulz [123], Hansson i Bjorkman [195]). A więc był do przewidzenia także i w tych badaniach.

Natomiast ciekawy okazał się inny wynik - między pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową wystąpiły różnice w strukturze wsparcia, które jest najbardziej znaczące dla jakości życia. U pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową na każdym etapie choroby najważniejsze wydaje się być wsparcie typu wartościującego związane z udzielaniem informacji zwrotnych dających do zrozumienia że wspierana osoba jest kimś ważnym, wartościowym, godnym szacunku. Dodatkowo w sytuacji opuszczania szpitala wsparcie instrumentalne (czyli konkretna, praktyczna pomoc) od osoby wspierającej najbardziej. W okresie remisji istotne dla jakości życia jest wsparcie informacyjne (dostarczanie pomocnych w rozwiązaniu problemów rad) od osoby wspierającej najmniej i najbardziej, oraz dodatkowo od osoby wspierającej mniej

wsparcie emocjonalne (dawanie ciepłych, empatycznych komunikatów). Dla osób z chorobą afektywną dwubiegunową kluczowe jest wsparcie instrumentalne i emocjonalne od osoby wspierającej najbardziej w sytuacji opuszczania szpitala. Różnice między obiema grupami pacjentów sugerowałyby występowanie innych potrzeb w kontaktach z różnymi osobami z otoczenia. U pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową istotne wydaje się być przede wszystkim umacnianie w poczuciu własnej wartości, wartościowości – pomoc w kształtowaniu adekwatnej samooceny, akceptacji choroby i nauce skutecznego radzenia sobie z nią. Dodatkowo warto byłoby objąć opieką członków rodziny osoby cierpiącej z powodu depresji już od momentu rozpoczęcia jej hospitalizacji i zaproponować wsparcie oraz zajęcia psychoedukacyjne, które pozwoliłyby lepiej rozumieć co dzieje się z ich bliskim, oraz jak skuteczniej go wspierać. Zwłaszcza dotyczyłoby to bliskich osób z chorobą afektywną jednobiegunową ze względu na fakt, który ujawniła analiza skupień - osoby z chorobą afektywną dwubiegunową wydają się być w większości w grupie, która otrzymuje dużo wsparcia. Grupa z najmniejszą ilością wsparcia była złożona tylko z osób z rozpoznaniem choroby afektywnej jednobiegunowej.

### **Przewidywanie jakości życia w okresie remisji**

Wszystkie trzy pomiary jakości życia dokonane w momencie rozpoczęcia, zakończenia leczenia i w okresie remisji pozostają ze sobą we współzależności. Istnieje między nimi wyraźny związek. Jedynymi predyktorami jakości życia w okresie remisji są wyniki jakości życia uzyskane w momencie rozpoczynania hospitalizacji i w chwili opuszczania szpitala. Wysoka jakość życia u osoby, która rozpoczyna leczenie pozwala trafnie przewidywać wysoką jakość życia w okresie remisji. Jeszcze skuteczniej wynik jakości życia w okresie remisji pozwala przewidzieć pomiar jakości życia w sytuacji kończenia hospitalizacji. Osoby które cechowały się w tym momencie wysoką jakością życia z dużym prawdopodobieństwem będą się nią cieszyły w okresie remisji. Podobnie osoby z niskim wynikiem jakości życia w momencie powrotu do domu w okresie remisji także będą się charakteryzowały niską jakością życia. Jest to istotny wynik ze względu na nieobecność wśród predyktorów jakości życia zmiennych klinicznych, a nawet wsparcia społecznego, które przecież w wyraźny sposób łączą się z pomiarami jakości życia dokonywanymi w tym samym momencie.

Nasilenie objawów depresyjnych przy rozpoczynaniu hospitalizacji, jak i w momencie jej końca nie pozwala na przewidywanie jakości życia pacjentów w okresie remisji. Pomiar jakości życia wydaje się być istotnie odrębny, a sam konstrukt jakości życia potrzebny przy analizowaniu sytuacji pacjenta w momencie rozpoczynania hospitalizacji, oraz przy układaniu dopasowanego do indywidualnych potrzeb programu terapeutycznego. Do podobnych wniosków doszedł na przykład Korr i wsp. [64] zauważając, że u osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi łatwiej jest mierzyć jakość życia niż ją trwale poprawić.

### **Ograniczenia i mocne strony badań**

Ograniczeniem pracy może być malejąca liczba osób, która brała udział na każdym etapie pomiarów. W momencie rozpoczynania hospitalizacji badana grupa liczyła 104 osoby, w chwili opuszczania szpitala 60 osób, natomiast w okresie remisji 3 miesiące od momentu zakończenia leczenia na spotkanie zgodziło się 40 osób. Większość byłych pacjentów wróciła do aktywnego życia zawodowego, rodzinnego i jako powód odmowy ostatniego pomiaru podawała brak czasu. Niektóre osoby z niechęcią odniosły się do spotkania w związku ze skojarzeniem badań z okresem choroby, którą jak określił jeden z badanych „najchętniej wymazałyby z pamięci”. Innym ograniczeniem pracy może być jej przesiewowy charakter. W związku z panującym w literaturze chaosem w temacie korelatów, determinant i predyktorów jakości życia badanie nie zostało zaprojektowane jako weryfikacja ściśle określonych hipotez, ale miało postać eksploracyjną. Analizowana była duża ilość zmiennych o różnych typach w celu ustalenia ich istotności dla konstruktów subiektywnie odczuwanej jakości życia.

Zaletą badań jest bez wątpienia poważne podejście i duża skrupulatność osób badanych okazana w trakcie wypełniania testów. Sami pacjenci uznając gromadzone dane za ważne wyrażali życzenie przeanalizowania i dokonania porównań wyników wszystkich kwestionariuszy po wykonaniu ostatniego pomiaru. Działania te miały bezsprzeczny walor psychoedukacyjny, a w niektórych przypadkach nawet terapeutyczny.

Mocną stroną badań jest dobór testów, zwłaszcza skali do badania jakości życia. Quality of Life in Depression Scale jest narzędziem, które powstało na gruncie jednej z popularniejszych teoretycznych koncepcji jakości życia opartej na teorii potrzeb. Poza tym zostało przystosowane do warunków polskich zgodnie z wymogami metodologicznymi. A także, co jest równie ważne jest testem skonstruowanym specjalnie do badania jakości życia w depresji, etycznym i nieobciążającym nadmiernie pacjentów. Fakt że porusza istotne kwestie podkreślali pacjenci niejednokrotnie sami przedłużający procedurę pomiaru w związku z pojawiającymi się pytaniami, czy kwestiami, które chcieli omówić po wypełnieniu wszystkich kwestionariuszy.

### **13. Wnioski końcowe**

1. W trakcie hospitalizacji jakość życia pacjentów stopniowo zmienia się ulegając istotnej poprawie.
2. W okresie remisji nie obserwowano dalszych zmian w subiektywnie odczuwanej jakości życia - następowała stabilizacja w tym obszarze.
3. W chorobach afektywnych nawracających i dwubiegunowych występują różnice w dynamice jakości życia - u osób z chorobą afektywną dwubiegunową jakość życia poprawia się szybciej i w sposób bardziej znaczący, a różnice są widoczne w momencie kończenia hospitalizacji i w okresie remisji.
4. Zmienne socjodemograficzne nie mają wpływu na ocenę jakości życia u pacjentów z chorobą afektywną.
5. Występuje związek pomiędzy objawami klinicznymi depresji, zwłaszcza ich nasileniem, a oceną jakości życia.
6. Wsparcie społeczne jest istotnym korelatem jakości życia w chorobach afektywnych nawracających i dwubiegunowych.
7. Pomiary jakości życia w okresie hospitalizacji pozwalają w pewnej mierze na przewidywanie jakości życia w przyszłości, w okresie remisji.
8. Wyniki mogą być wykorzystane do budowania programów terapeutycznych przystosowanych zarówno dla pacjentów będących w trakcie epizodu depresyjnego, a także w okresie remisji.

## 14. Streszczenie

W pracy podjęto temat jakości życia w zaburzeniach afektywnych nawracających i dwubiegunowych ze względu na stale rosnącą ilość zachorowań na depresję, jej przewlekłość, oraz duży wpływ jaki wywiera na życie zarówno pojedynczego człowieka, jak i całego społeczeństwa. Badania jakości życia pozwalają uchwycić subiektywny aspekt sytuacji w jakiej znajduje się chory. W obszarze zaburzeń afektywnych badań dotyczących jakości życia i czynników ją determinujących jest relatywnie niewiele, a dostępne doniesienia są często sprzeczne.

Celem tej rozprawy było ustalenie w jaki sposób zmienia się u pacjentów jakość życia w trakcie hospitalizacji i podczas remisji, oraz sprawdzenie czy wystąpiły różnice między osobami z chorobą afektywną nawracającą i dwubiegunową. Kluczowe dla pracy było odnalezienie i wskazanie korelatów jakości życia. W celu ułatwienia przeprowadzania analiz dokonano ich podziału na korelaty kliniczne, oraz psychospołeczne spośród których dodatkowo wyodrębniono zmienne socjodemograficzne i psychologiczne w postaci wsparcia.

Jakość życia mierzono przy pomocy przystosowanego do warunków polskich kwestionariusza Quality of Life in Depression Scale autorstwa Sonji M. Hunt i Stephena McKenny. Zastosowano dwie miary depresji, tak zwaną subiektywną Skalę Depresji Becka, oraz obiektywną Skalę Depresji Hamiltona. Wsparcie społeczne mierzono przy pomocy Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego, Skali Wsparcia Społecznego Krystyny Kmieciak – Baran, oraz ankiety własnej konstrukcji.

Procedura badawcza zakładała wykonanie przy pomocy wszystkich narzędzi badawczych trzech pomiarów: w momencie rozpoczęcia hospitalizacji, opuszczania szpitala, oraz w okresie remisji (3 miesiące od zakończenia leczenia).

W badaniach udział wzięło 104 pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej nawracającej i dwubiegunowej w fazie depresji. Potrójny pełny pomiar uzyskano od 40 pacjentów.

Otrzymane wyniki jednoznacznie ukazują poprawę jakości życia w trakcie hospitalizacji, oraz brak dalszych zmian jakości życia w okresie remisji. Wystąpiły różnice między obiema grupami pacjentów. U osób z chorobą afektywną dwubiegunową poprawa jakości życia była wyraźniejsza i następowała szybciej w porównaniu z osobami z chorobą afektywną nawracającą.



Nie związane z jakością życia okazały się być zmienne socjodemograficzne. Istotnym korelatem jakości życia ze zmiennych klinicznych jest występowanie objawów depresyjnych mierzonych zwłaszcza skalą subiektywną. Przy czym ważniejsze może być od samego natężenia objawów depresyjnych, ich obecność i ciągłość, nawet przy małym nasileniu – na co wskazują silniejsze korelacje między wynikami jakości życia, a skalami mierzącymi depresję w momencie opuszczania szpitala i w okresie remisji w porównaniu z rozpoczęciem hospitalizacji. Do znaczących korelatów jakości życia należy zaliczyć także wsparcie społeczne, które może pełnić rolę bufora ochronnego dla poczucia jakości życia nawet w obecności bardzo nasilonych objawów depresyjnych. Natomiast jedynie pomiary jakości życia w okresie hospitalizacji pozwalają na przewidywanie jakości życia w okresie remisji. Pomiar jakości życia wydaje się być istotnie odrębny i potrzebny, aby uzyskać pełny wgląd w sytuację pacjenta, co pozwoli na ułożenie dopasowanego do indywidualnych potrzeb programu terapeutycznego.

## 15. Piśmiennictwo:

1. Kępiński A. Melancholia. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1979.
2. Pużyński S. Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
3. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: Wydawnictwa Lekarskie PZWL, 2008.
4. Ebmeier K., Donaghey C., Steele J.D. Recent developments and current controversies in Depression Lancet 2006; 367: 153–67.
5. Murray C., Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1436–42.
6. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. Psychiatria tom 2. Wrocław: Urban & Partner, 2002.
7. Judd L.L. Mood disorders in the general population represent an important and worldwide public health problem. Internat. Clin. Psychopharmacol. 1995; 10 suppl. 4: 5-10.
8. <http://www.uniaeuropejska.net.pl/>
9. Landowski J. Patogeneza dysfunkcji seksualnych w depresji. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej. 2003; 3(1): 23-25.
10. Coyne J.C., Kahn J., Gotlib I.H. Depression. W: Jacob T. Family interaction and psychopathology: theories, methods, and findings. Applied clinical psychology. Nowy Jork: Plenum, 1987, 509-533.
11. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - Klasyfikacja Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków - Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
12. Koziński J. Koncepcje psychologiczne człowieka. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 1998.
13. Grzesiuk L. Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2002.
14. Abramson L. Y., Seligman M.E.P., Teasdale J. Learned helplessness in human: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology. 1978; 87: 32-48.

15. Carson R.C., Butcher J., Mineka S. Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie. Gdańsk: GWP, 2003.
16. Borys B., Majkowicz M. Psychologia w medycynie (wybrane zagadnienia). Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku, 2006.
17. Hammen C. Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańsk: GWP, 2006.
18. Sek H. Psychologia kliniczna, tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
19. Bilikiewicz A. Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2001.
20. Krzyżowski J. Depresja. Warszawa: Medyk, 2002.
21. Bech P. Quality of life measurement in the medical setting. Eur Psychiatry 1995; 10 Suppl 3: 83-85
22. Basu D. Quality of Life – Issues In Mental Health Care: Past, Present, and Future. German Journal of Psychiatry 2004; 7 (3): 35-43
23. <http://www.isoqol.org/>
24. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, 2001.
25. Majkowicz M. Wybrane zagadnienia metodologii i technik badawczych w psychoonkologii. W: de Walden-Gałuszko K. (red.). Psychoonkologia. Bibl. Psych. Pol. Kraków 2000; 129–140.
26. Landowski J., Majkowicz M., Lamparska E. Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię — wprowadzenie w problematykę. Farmakoter. Psych. Neurol. 1996; 3: 42–50.
27. Katschnig H., Freeman H., Sartorius N. Quality of Life In Mental Disorders, Secon Edition. West Sussex: John Wiley& Sons, 2006
28. Feyers P.M., Machin D. Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation. Nowy Jork: John Wiley & Sons, 2001.)
29. Albrecht G.L., Fitzpatrick R: A sociological perspective on health related quality of life research. In Advances in medical sociology, roz 5. W: Quality of life in health care. (red). Albrecht G.L., Fitzpatrick R. Greenwich, connecticut: Jai Press Inc.; 1994:1-21.

30. Hoult J., Reynolds J. Schizophrenia: a comparative trial of community oriented and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scand.* 1984; 69: 359–372.
31. Stein L.I., Test M.A. Alternative to the mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980; 37: 392–397.
32. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation Prog. Planning* 1982; 5: 69–79.
33. Johnson P.J. Emphasis on quality of life of people with severe mental illness in community-based care in Sweden. *Psychosocial Rehabil. J.* 1991; 14: 23–37.
34. Bigelow D.A., Brodsky G., Stewart L., Olson M.M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. W: Stahler G.J., Tash W.R. (red.). *Innovative approaches to mental health evaluation.* Academic Press Inc., New York 1982; 345–366.
35. Bigelow D.A., McFarland B.H., Gareau M.J., Young D.J. Implementation and effectiveness of a bed reduction project. *Community Ment. Health J.* 1991; 27: 125–133.
36. Goldstrom I.D., Manderscheid R.W. The chronically mentally ill: a descriptive analysis from the Uniform Client Data Instrument. *Com. Supply Serv. J.* 1986; 2: 4–9.
37. Mulkern V., Agosta J.M., Ashbaugh J.W. i wsp. Community Support Program Client Follow-up Study. Report to National Institute of Mental Health, National Institute of Mental Health 1986.
38. Berlim M., Fleck M., “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(4):249-52.
39. Majkovicz M., Zdun – Ryżewska A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej.* 2009, tom 2, nr 2: 1-15.
40. De Walden-Gałuszko K. Majkovicz M. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej.* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 13–39.
41. S.M. Hunt. The problem of quality of life. *Quality of Life Research* 1997; 6: 205-212.

42. Gill T.M., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality of life measurements. *Jama* 1994, 272(8), 619 – 625.
43. Adamczak M., Sęk H. Znaczenie pojęcia „jakość życia” w opiece psychologicznej pacjentów onkologicznych. W: Jerzy Meyza (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej – wybrane zagadnienia*. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut, 1997.
44. A. Bańka, R. Derbis (red.). *Psychologiczne i pedagogiczne pomiary jakości życia*. Poznań: UAM i WSP, 1994.) (Staquet M.J., Hays R.D., Fayers P.M. *Quality of Life Assessment In Clinical Trials – Methods and Practice*. Nowy Jork: Oxford University Press, 1999.
45. Majkowicz M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową – Rozprawa habilitacyjna. Gdańsk: *Annales Academiae Medicae Gedanensis*. Tom XXXV, 2005.
46. Bech P. Quality of life measurement in the medical setting. *Eur Psychiatry* 1995; 10 Suppl 3: 83-85.
47. Daszkowska J. *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2007.
48. Strelau J. *Psychologia – podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańsk: GWP, 2000.
49. Shipper H. Quality of Life: Principles of the Clinical Paradigm. *Journal of Psychological Oncology* 1990, 8,23,171.
50. Chen C., David A., Thomson K., Smith C., Lea S., Fahy T. Coping strategies and psychiatric morbidity in woman attending breast assessment clinics. *Journal of Psychosomatic Research* 1996, 40, 265-270.
51. World Health Organization, *Ottava Charter for Health Promotion*. Canadian Public Health Association, Ottawa 1986.
52. Wachowiak A. (red.) *Jak żyć?* Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora, 2001.
53. Hall. C.S., Lindzey G. *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwa Naukowe PWN, 2001.
54. Maslow A. *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax, 1990.
55. Strelau J. *Psychologia – podręcznik akademicki. Psychologia ogólna*. Gdańsk: GWP, 2000.

56. Cofer N., Appley M. *Motywacja. Teoria i badania*. Warszawa: PWN, 1972.
57. Slade M., Leese M., Cahill S., Thornicroft G., Kuipers E. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 256–261.
58. Wiersma D., van Busschbach J. Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 239–246.
59. Lasalvia A., Bonetto C., Malchiodi F., Salvi G., Parabiaghi A., Tansella M., Ruggeri M. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med* 2005; 35(11): 1655–1665.
60. Hunt S. M., McKenna S. P. The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 1992; 22: 307-319.
61. Malm U., May P.R.A., Dencker S.J. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient. A checklist. *Schizophrenia Bull.* 1981; 7: 477-486.
62. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation Prog. Plann.*, 1982; 5:69-79.
63. Lehman A.F., Ward N.C., Linn L.S. Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am. J.Psychiatry* 1982; 139: 1271-1276.
64. Korr W.S., Ford B. Measuring quality of life in the mentally ill. *Quality of Life Research* 2003; 12 (Suppl.1): 17-23.
65. Jordi Alonso J., Buron A., Rojas-Farreras S., Graaf R., Haro J., Girolamo G., Bruffaerts R., Kovess V., Matschinger H., Vilagut G. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 2009; 118:180-186.
66. Walden - Gałuszko K., Majkowicz M., *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku, Zakład Medycyny Paliatywnej, 2000.
67. Moons P., Budts W., Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 891–901.)
68. Atkinson M., Zibin S., Chuang H. Characterizing Quality of Life Among Patients With Chronic Mental Illness: A Critical Examination of the Self-Report Methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154:99-105.

69. Pedersen RD., Pally AG., Rudolph RL. Can improvement in well-being and functioning be distinguished from depression improvement in antidepressant clinical trials? *Quality of Life Research* 11: 9–17, 2002.
70. Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A. Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. *Adv Clin Exp Med* 2007; 16,1: 173-178.
71. Hunt S.M. The problem of quality of life. *Quality of Life Research* 1997; 6: 205-212.
72. Diehr P., Derleth A.M., McKenna S., Martin ML., Bushnell DM., Simon G., Patrick DL. Synchrony of change in depressive symptoms, health status, and quality of life in persons with clinical depression *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:27-37.
73. Papakostas G., Petersen T., Mahal Y., Mischoulon D., Nierenberg A., Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26: 13–17.)
74. Jho M. Study on the correlation between depression and quality of life for Korean women. *Nurs Health Sci* 2001; 3:131–137.
75. Ay-Woan P., Chan PeiYing S., LyInn C., Tsyng-Jang C., Ping-Chuan H. Quality of life in depression: Predictive models. *Quality of Life Research* 2006; 15: 39-48.
76. Herman H., Patrick DL., Diehr P., Martin ML., Fleck M., Simon GE., Buesching DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med* 2002; 32: 889-902.
77. Demyttenaere K., Fruyt JD., Huygens R. Measuring quality of life in depression. *Current Opinion in Psychiatry* 2002; 15:89–92.
78. Diehr P., Derleth A.M., McKenna S., Martin ML., Bushnell DM., Simon G., Patrick DL. Synchrony of change in depressive symptoms, health status, and quality of life in persons with clinical depression *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:27-37.
79. Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF. Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(11):608–19.
80. Stewart JW, Quitkin FM, McGrath PJ. Social functioning in chronic depression: effect of 6 weeks of antidepressant treatment. *Psychiatry Res* 1988;25:213–22.

81. Markowitz JC, Friedman RA, Miler N, Spielman LA, Moran ME, Kocsis JH. Interpersonal improvement in chronically depressed patients treated with desipramine. *J Affect Disord* 1996;41:59–62.
82. Wells KB., Stewart A., Hays RD., Burnam A., Rogers W., Daniels M., Berry S., Greenfield S., Ware J. The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical outcomes study. *J Am. Med. Ass.* 1989; 262:914-919.
83. Hays RD., Wells KB., Sherbourne CD., Rogers W., Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(1):11-9.
84. Frank L.B., Matza L.S., Revicki D.A., Chung J.Y. Depression and health-related quality of life for low-income African American women in the U.S. *Quality of Life Research* 2005; 14: 2293-2301.
85. Spitzer RL., Kroenke K., Linzer M., Hahn SR., Williams JB., deGruy FV., Brody D., Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995; 15;274(19): 1511–1517.
86. Dias V., Brissos S., Frey BN., Kapczinski F. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2008; 110: 75–83.
87. Rapaport M., Clary C., Fayyad R., Endicott J., Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1171–1178.
88. Kennedy, S.H., Eisfeld, B.S., Cooke, R.G. Quality of life: an important dimension in assessing the treatment of depression? *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 2001; 26: 23–28.
89. Sachs GS., Rush AJ. Response, remission, and recovery in bipolar disorders: What are the realistic treatment goals. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl 6): 18–22.
90. Berlim M., McGirr A., Fleck M.P. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Research* 2008; 160: 364–371.
91. Harvey PD. Defining and achieving recovery from bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 Suppl. 9: 14-8.



92. Richmond L., Filson GC., Paine C., Pfeiffer WC., Taylor JR. Non-farm rural Ontario residents' perceived quality of life. *Soc Indic Res* 2000; 50:159–186.
93. Frank L.B., Matza L.S., Revicki D.A., Chung J.Y. Depression and health-related quality of life for low-income African American women in the U.S. *Quality of Life Research* 2005; 14: 2293-2301.
94. Carpinello B., Lai G., Pariante CM. Carta MG., Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 235-241.
95. Lam J., Rosenheck R. Correlates of Improvement in Quality of Life Among Homeless Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 2000; 51(1): 116-118.
96. Mercier C., Aeladeau N., Tempier R. Age, Gender and Quality of Life. *Community Mental Health Journal* 1998; 34 (5): 487-500.
97. McCall W., Cohen W., Reboussin B., Lawton P. Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders* 1999; 55: 107–114.
98. Akranavciute D., Ruzevicius. Quality of life and its Components' Measurement. *Engineering Economics* 2007; 2(52): 44-49.
99. Trompenaars F., Masthoff ED., Van Heck GL., Hodiament PP., De Vries J. Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 588–594.)
100. Kuehner C., Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. *Journal of Affective Disorders* 2005; 86: 205–213.)
101. Ramirez N., Cervera-Enguix S. Perceived quality of life in depression: Effect of clinical and demographic variables. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1999; 3(1): 35-41.
102. Barros da Silva Lima AF., Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: An impact on quality of life? *Journal of Affective Disorders* 2007; 100: 163–169.

103. Sylvia Kirchengast S., Haslinger B. Even mild depression reduces health related quality of life (HRQL) among healthy elderly. *Journal of Medical Psychology* 2009; 1(1):3-9.
104. Leidy NK., Palmer C., Murray M., Robb J., Revicki D. Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder. Psychometric performance of four selfreport measures. *Journal of Affective Disorders* 1998; 48: 207–214
105. Michalak EE., Murray G., Young AH., Lam RW. Burden of Bipolar Depression. Impact of Disorder and Medications on Quality of Life. *CNS Drugs* 2008; 22(5):389-406.
106. Ravindran A., Matheson K., Griffiths J., Merali Z., Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders* 2002; 71:121–130.
107. Nuevo R., Leighton C., Dunn G., Dowrick C., Lehtinen V., Dalgard OS., Casey P., Vazquez- Barquero JL. Ayuso- Mateos JL. Impact of severity and type of depression on quality of life in cases identifies in the community. *Psychological Medicine* 2010; 11:1-9.
108. Dean BB., Gemer D., Gemer RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and Healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin* 2004; 20 (2): 139-54.
109. Goldberg JF., Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: A longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders* 2005; 89: 79–89.
110. Have M., Vollebergh W., Bijl R., Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 2002; 68:203–213..
111. Yatham LN., Lecrubier Y., Fieve RR., Davis KH., Harris SD., Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord* 2004; 6: 379–385.

112. Berlim MT., Pargendler J., Caldieraro MA., Almeida E., Fleck M., Joiner TE. Quality of Life in Unipolar and Bipolar Depression: Are There Significant Differences? *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2004; 192(11):792-795.
113. Sally Chan S., Jia S., Chiu H., Chien W., Thompson D., Hu Y., Lam L. Subjective health-related quality of life of Chinese older persons with depression in Shanghai and Hong Kong: relationship to clinical factors, level of functioning and social support. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 355–362.
114. Shmuely Y., Baumgarten M., Rovner B., Berlin J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2001; 13: 63–73.
115. Unsar S., Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50: 6–10.
116. Revicki DA., Matza LS., Flood E., Lloyd A. Bipolar Disorder and Health-Related Quality of Life Review of Burden of Disease and Clinical Trials. *Pharmacoeconomics* 2005; 23 (6):583-594.
117. Aronson E. Człowiek istota społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
118. Sęk H. Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
119. Kirenko J., Byra S. Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2008.
120. Czapiński J. Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
121. Jarema M., Konieczńska Z., Głowczyk M., Szaniawska A., Meder J., Jakubiak A. Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr. Pol.* 1995; 29(5): 641–654.
122. Strine TW., Chapman DP., Balluz L., Mokdad AH. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. Their relevance to psychiatry and medicine. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43:151–159.

123. Newsom JT., Schulz R. Social Support as a Mediator in the Relation Between Functional Status and Quality of Life in Older Adults. *Psychology and Aging* 1996; 11(1):34-44.
124. Friedman LC., Brown AE., Romero C., Dulay MF., Peterson LE., Wehrman P., Whisnand DJ., Laufman L., Lomax J. Depressed mood and social support as predictors of quality of life in women receiving home health care. *Quality of Life Research* 2005; 14: 1925–1929.
125. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Quality of Life Research* 2003; 12 (Suppl. 1): 25–31.
126. Romans SE., McPherson HM. The social networks of bipolar affective disorder patients. *J Affect Disord.* 1992; 25(4):221-228.
127. Beyer JL., Kuchibhatla M., Looney C., Engstrom E., Cassidy F., Krishnan KRR. Social support in elderly patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5: 22–27.
128. Doi T. Study support system primary mental health care: Correlation between prognosis family support (according to type of disease). *Jpn Ment Health* 1986; 33: 205–232.
129. Speer DC. Differences in Social Resources and Treatment History Among Diagnostic Groups of Older Adults. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43:270-274.
130. Tara W. Strine TW., Kroenke K., Dhingra S., Balluz LS., Gonzalez O., Berry JT., Mokdad AH. The Associations Between Depression, Health-Related Quality of Life, Social Support, Life Satisfaction, and Disability in Community-Dwelling US Adults. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 61–64.
131. Coryell W., Scheftner W., Keller M., Endicott J., Maser J., Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (5): 720-7.
132. Serretti A., Cavallini MC., Macciardi F., Namia C., Franchini L., Souery D., Lipp O., Bauwens F., Smeraldi E., Mendlewicz J. Social adjustment and self-esteem in remitted patients with mood disorders. *Eur. Psychiatry* 1999; 14:137–142.

133. Bauwens F., Tracy A., Pardoën D., Vander Elst M., Mendlewicz J. Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients: a comparison with age and sex-matched controls. *Brit. J. Psychiatry* 1991; 159: 239–244.
134. Poradowska-Trzos M., Dudek D., Rogoż M., Zięba A. Porównanie sieci społecznych pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową. *Psychiatria Polska* 2007; XLI (5): 665–677.
135. Hunt, S. M. McEwen, J. McKenna, S.P., *Measuring Health Status*, Croom Helm, London, 1986.
136. Hunt S. M., McKenna S. P. The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 1992; 22: 307-319.
137. Dupuy H. The Psychological General Well – Being Index. W: Wenger N. *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. Le Jacq, Nowy Jork, 1984, 170-183.
138. Hunt S.M., McKenna S.P. A British adaptation of the General Well-Being Index: a new tool for clinical research. *British Journal of Medical Economics* 1992; 2: 49-60.
139. McKenna S.P., Hunt S.M. A new measure of quality of life in depression: Testing the reliability and construct validity of the QLDS. *Health Policy* 1992; 22: 321-330.
140. Gregoire J., Leval N., Mesters P., Czarka M. Validation of the quality of life in depression scale in a population of adult depressive patients aged 60 and above. *Quality of Life Research* 1994; 3: 13-19.
141. Lizheng R., Namjoshi M., Swindle R., PhD, Yu X., Risser R., Baker R., Tohen M. Effects of Olanzapine Alone and Olanzapine/Fluoxetine Combination on Health-Related Quality of Life in Patients with Bipolar Depression: Secondary Analyses of a Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial. *Clinical Therapeutics* 2004; 26: 125-134.
142. Maat S., Dekker J., Schoevers R., Aalst G., Gijsbers-van Wijk C., Hendriksen M., Kool S., Peen J., Van R. Jonghe F. Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega analysis based on three randomized clinical trials. *Depression and Anxiety* 2008; 25: 565-574.

143. Hudson J., Perahia D.G., Gilaberte I., Wang F., Watkin G., Detke M. Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: an open-label study. *BMC Psychiatry* 2007, 7:43-55.
144. Molenaar P.J., Dekker J., Van R., Hendriksen M., Vink A., Schoevers R.A. Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? *Depression and Anxiety* 2007; 8: 553-562.
145. McKenna S.P., Whalley D. Can quality of life scales tell us when patients begin to feel the benefits of antidepressants? *Eur Psychiatry* 1998; 13: 146-153.)
146. Tuynman-Qua H., Jonghe F., McKenna S.P. Quality of Life in Depression Scale (QLDS). Development, reliability, validity, responsiveness and application. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 199-202.
147. McKenna S.P., Doward L.C., Kohlman T., Mercier C., Niero M., Paes M., Patrick D., Ramirez N., Thorsen H., Whalley D. International development of the Quality of Life in Depression Scale (QLDS). *Journal of Affective Disorders* 2001; 63: 189-199.
148. Cervera-Enguix S., Ramirez N., Giralda N., McKenna S.P. The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS). *Eur Psychiatry* 1999; 14: 392-398.
149. Viola R., Lovas K., Szabo Z., Czenner Z., Meads D., Gyongyver S., McKenna S. Evaluation of the psychometric properties of the Hungarian quality of life in depression scale. 2008; 23: 49-52.
150. Berle J., McKenna S.P. Quality of Life in Depression Scale (QLDS): Adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Norwegian version. *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 439- 446.
151. Moran P.J., Mohr D.C. The validity of Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale for depression items in the assessment of depression among patients with multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine* 2005; 28: 35-41.
152. Wojnar M., Drózd W., Araszkiewicz A., Latkowski B., Nawacka – Pawlaczyk D., Urbański R. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002; 2,3:187-198.

153. Lips H.M., Marion N.G. Use of the Beck Depression Inventory with three non – clinical populations. *Canad. J. Behav.* 1985; 18(1): 62-74.
154. Riggs R.M., McCarthy J., Kaufman L. The utility of the Beck Depression Inventory in the evaluation of chronic pelvic pain patients. *Journal of Gynecologic Surgery* 2007; 23: 127 – 136.
155. Gallagher D., Nies G., Thompson L.W. Reliability of the Beck Depression Inventory With Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982; 50 (1): 152-153.
156. Oliver J. M., Simmons M. E. Depression as Measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an Unselected Adult Population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984, 52 (5): 892-898.
157. Canals J., Bladé J., Carbajo G., Domènech-LLabería E. The Beck Depression Inventory: Psychometric Characteristics and Usefulness in Nonclinical Adolescents 2001; 17(1): 63-68.
158. Parnowski T., Jernajczyk W. Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977; XI: 417-421.
159. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
160. Pużyński S., Wciórka J. Narzędzia oceny stanu psychicznego. W: Bilikiewicz A. *Psychiatria Tom 1. Podstawy psychiatrii.* Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, 2004.
161. Bowling A. *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales.* Buckingham: Open University Press, 1999.
162. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56 – 62.
163. Faries D., Herrera J., Rayamajhi J., DeBrota D., Demitrack M., Potter W. The responsiveness of the Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Psychiatric Research* 2000; 34: 3-10.
164. Ruhe H.G., Dekker J.J., Peen J., Holman R., Jonghe F. Clinical use of the Hamilton Rating Scale: is increased efficiency possible? A post hoc comparison of Hamilton Depression Rating Scale, Maier and Bech subscales, *Clinical*

- Global Impression, and Symptom Checklist – 90 scores. *Comprehensive Psychiatry* 2005; 46: 417-427.
165. Hersen M. *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, 4 Volume Set. Hoboken, New Jersey: John Wiley&Sons, 2004.
166. Moran P., Mohr D. The Validity of Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale for Depression Items in the Assessment of Depression Among Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine* 2005; 1: 35-41.
167. Whisman M.A., Strosahl K., Fruzzetti A.E., Schmalting K.B., Jacobson N.S., Miller D.M. A Structured Interview Version of the Hamilton Rating Scale for Depression: Reliability and Validity *Psychological Assessment. A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 1(3): 238-241.
168. Brown C., Schulberg H.C., Madonia M.J. Assessing Depression in Primary Care Practice With the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression. *Psychological Assessment* 1995; 7(1): 59-65.
169. Lambert M.J., Hatch D.R., Kingston M.D., Edwards B.C. Zung, Beck, and Hamilton Rating Scales as Measures of Treatment Outcome: A Meta-Analytic Comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54(1):54-59.
170. Janet B. W. Williams J. B. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(2): 6–12.
171. Schulz U., i Schwarzer R. Soziale Untersutzung bei der Krankheitsbewaltigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica* 2003; 49: 73-82.
172. Łuszczynska A., Mazurkiewicz M., Kowalska M. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne* 2006; 44 (3): 17-27.
173. Guzińska K., Kupc A., Borys B. *Psychiatria* 2007; 4 (4): 144–152.
174. Łuszczynska A., Boehmer S., Knoll N., Schulz U., Schwarzer R. Emotional Support for Men andWomenWith Cancer: Do Patients Receive What



- Their Partners Provide? *International Journal of Behavioral Medicine* 2007; 14 (3): 156–163.
175. Grabowska-Fudala B., Jaracz K. Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu — wyniki wstępne. *Udar Mózgu* 2007, 9 (1): 24–31.
176. Wojtyła E., Dosiak M., Życińska J. Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. *Psychogeriatrya Polska* 2007 4(1): 17-26.
177. Kmiecik- Baran K., Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 1995; 38, 1/2: 201- 214.
178. Frankiewicz A. Ocena poziomu wsparcia społecznego u pacjentów hospitalizowanych w oddziale neurochirurgii. *Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia*. 2005; vol LX, Suppl. XVI 102, sectio D: 471- 474
179. Skrzypek M., Widomska – Czekańska T. Znaczenie wsparcia społecznego dla stanu zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową kwalifikowanych do koronografii. *Zdr Publ* 2004; 114(1): 46- 51.
180. Krupa A., Bargiel – Matusiewicz K., Hofman G. Związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania* 2005; 18(1-2): 57-69.
181. Kurowska K., Plechowska Z. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne otrzymywane przez rodziny pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Współczesna Onkologia* 2008; 12(8): 388 – 394.
182. Chuchra M., Stodulska – Błaszke A. Wsparcie społeczne w chorobach psychicznych – badania pilotażowe. *Badania nad schizofrenią* 2006 Lublin:1-6.
183. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
184. Balicki A., Makać W. *Metody wnioskowania statystycznego*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1998.
185. Barańska Z. *Podstawy metod statystycznych dla psychologów*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1998.

186. Rybakowski J. Koncepcja spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatria* 2008; 5(3): 75-82.
187. Doesschate M., Koeter M., Bockting C., Schene A., The DELTA Study Group. Health related quality of life in recurrent depression: A comparison with a general population sample. *Journal of Affective Disorders* 2010; 120:126–132.
188. Moses T., Leuchter A., Cook I., Abrams M. Does the Clinical Course of Depression Determine Improvement in Symptoms and Quality of Life? *J Nerv Ment Dis* 2006;194:241–248.
189. Godlewska B. Genetyka i psychiatria w praktyce lekarskiej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2007; 7(2): 97-109.
190. Nierenberg A., Rapaport M., Schettler P., Howland R., Smith J., Edwards D., Schneider, T., Mischoulon, D. Deficits in psychological well-being and quality-of-life in minor depression: Implications for DSM-V . *CNS Neuroscience and Therapeutics Volume* 2010; 16 (4): 208-216.
191. Gul A., Unal A., Unsal A., Didem A. Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health- related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2009, 114(3): 170-177.
192. Silver R., Wortman C., Crofton, C. The role of coping in support provision: The self-presentational dilemma of victims of life crises. W: B. R. Sarason, I. G. Sarason, G. R. Pierce. *Social support: An interactional view*. Nowy Jork: Wiley, 1990, 397-426.
193. Lovaglia M. *Knowing People: The Personal Use of Social Psychology*. Maryland: Littlefield Publishers, 2006.
194. Snyder C.R., Kelly A. *The psychology of secrets*. The Plenum Series in Social/ Clinical Psychology Series. Nowy Jork: Kluwer Academic, 2002.
195. Hansson L., Bjorkman T. Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? – A 6-year follow-up study. *Quality of Life Research* 2007; 16: 9–16.