

Beata Kudłacik¹, Teresa Kucharczyk², Bogusława Rys³

¹Dział Pomocy Doraznej Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

²Oddział Płucny Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu

³Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej

Jakość życia osób chorych na schizofrenię w ocenie mieszkańców domu pomocy społecznej

Quality of life of people suffering from schizophrenia as assessed by residents of a residential home

STRESZCZENIE

Wstęp. Jakość życia to pojęcie, które pojawiło się w ostatnich latach nie tylko w języku potocznym, ale również w wielu innych dziedzinach nauki, także w medycynie. Badania jakości życia są cennym źródłem uzupełnienia danych laboratoryjnych i diagnostycznych, zwłaszcza w chorobach przewlekłych. Do takich chorób niewątpliwie zaliczyć można psychozę typu schizofrenicznego, czyli schizofrenię.

Cel pracy. Głównym celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu jakości życia osób chorych na schizofrenię w opinii mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (DPS) w Wadowicach.

Materiał i metody. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, której techniką był wywiad. Narzędziem badania był kwestionariusz wywiadu, ułożony na podstawie definicji jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia oraz kwestionariusz własny dotyczący opinii pacjentów na temat odczuwanej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Badania przeprowadzono w Domu Pomocy Społecznej dla osób ze schorzeniami psychicznymi w Wadowicach. Placówka ta dysponuje 116 miejscami dla pacjentów. Wśród nich są 62 osoby chore na schizofrenię, z których badaniami objęto 53-osobową grupę (46,6% ogółu mieszkańców). Analizę wyników badań przeprowadzono za pomocą testu statystycznego t-Studenta.

Wyniki i wnioski. W badaniach wykazano, że kobiety mieszkające w DPS wyżej oceniają swoją jakość życia niż mężczyźni. Również poprzez analizę 3 obszarów uwzględnionych w badaniach, między innymi: subiektywnej oceny stanu zdrowia, satysfakcji z opieki pielęgniarskiej i ogólnej satysfakcji z opieki, wykazano, że we wszystkich przypadkach średnia ocena była wyższa u kobiet niż u mężczyzn. Wynika z tego, że kobiety lepiej oceniają ogólny stan zdrowia, jakość życia w DPS, a także są bardziej zadowolone z opieki pielęgniarskiej. Ich ogólna satysfakcja z opieki jest również wyższa niż u mężczyzn.

W przeprowadzonej analizie statystycznej nie wykazano istotnego związku pomiędzy oceną jakości życia, a czasem zamieszkania w DPS. Nieistotny statystycznie okazał się również związek pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia badanej populacji, a oceną jakości życia. Wykazano natomiast, że istnieje istotny związek pomiędzy jakością życia, a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej. Przy podziale grupy ze względu na płeć okazało się, że związek ten dotyczy tylko grupy badanych kobiet, natomiast u mężczyzn nie występuje. Podobne zjawisko można zaobserwować, badając ogólną satysfakcję z opieki. Im ogólna satysfakcja z opieki jest większa, tym wyżej oceniana jest jakość życia. Związek ten dotyczy całej badanej populacji, w tym także grupy kobiet.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (1): 44–49

Słowa kluczowe: jakość życia, pacjent, schizofrenia, dom pomocy społecznej

ABSTRACT

Introduction. Quality of life is a term that has been appearing in recent years not only in every day language, but also in various scientific fields, including medicine. Study into the quality of life constitutes a valuable source of information supplementing laboratory and diagnostic data, particularly in relation to chronic diseases, dementia praecox, or schizophrenia, being undoubtedly one of them.

Aim of the study. The main target of the conducted study was examination of the quality of life level of persons suffering from schizophrenia in the eyes of residents of a residential home.

Adres do korespondencji: mgr Beata Kudłacik, ul. Konstytucji 3 Maja 66, 34–120 Andrychów, tel.: 0 501 652 052, e-mail: eata@poczta.onet.pl

Material and methods. The study was based on a diagnostic survey, with an interview as the research technique and an interview questionnaire as the study tool. The questionnaire was based on the World Health Organization definition of the quality of life, as well as a questionnaire prepared by the authors concerning patients' opinion on perceptible satisfaction from the received nursing care. The study was carried out in the Residential Home (RH) for persons with psychiatric disorders in Wadowice. The Home has 116 places for mentally ill patients, 62 of which suffer from schizophrenia. The studied group consisted of 53 persons selected from all the residents. The study results were analysed by use of the Student's t-test.

Results and conclusions. The study has demonstrated that women living in the RH higher evaluate their quality of life than men. Additionally, the analysis of the three areas chosen for the purpose of the study, i.e. a subjective evaluation of one's health condition, satisfaction from the received nursing care and overall satisfaction from the care, has proved that in all cases the average rating was higher in the case of women than of men. This shows that women better assess their general health condition, quality of life in the RH and are more satisfied with the nursing care. Women's general satisfaction from the received care is also higher than that of men.

The performed statistical analysis did not reveal any significant connection between the evaluation of the quality of life and the time spent in the RH. Similarly insignificant appeared to be a connection between a subjective evaluation of one's health condition of the studied population and the assessment of the quality of life. The study demonstrated that there is a significant connection between the quality of life and satisfaction from the nursing care. Dividing the study group according to sex, it emerged that this connection concerns only the group of studied women, but not men. A similar occurrence can be observed when studying a general satisfaction from the received care: the higher general satisfaction from care, the higher assessment of the quality of life. This relation concerns the entire studied population as well as the group of women. In the case of men, this correlation is statistically negligible.

Nursing Topics 2008; 17 (1): 44–49

Key words: quality of life, patient, schizophrenia, residential home

Wstęp

W ostatnich latach termin „jakość życia” stał się niezwykle popularny w wielu dziedzinach medycyny. Używany zwłaszcza przy określaniu stanu zdrowia przewlekłe chorych somatycznie, zwracał uwagę nie tylko na usunięcie objawów choroby, ale przede wszystkim na poprawę ogólnej sytuacji chorego. Zwykle jednak w badaniach pomijano przewlekłe chorych psychicznie. Uważano bowiem, że nie są oni w stanie miarodajnie określić jakości swojego życia. Panował też powszechny pogląd, że w tej grupie chorych jest ona znacząco niższa [1, 2], a cierpiący na schizofrenię deklarują często mniejsze potrzeby życiowe [1, 3, 4]. Tematykę tę podejmowano z dużą ostrożnością, gdyż, jak twierdzi Sawicka [2], wynikało to z tradycyjnego podejścia do chorych psychicznie, według którego oni sami nie są w stanie określić obiektywnie własnej sytuacji życiowej. Okazało się jednak, że profesjonalna ocena nie zawsze jest zgodna z oceną sytuacji dokonaną przez samego pacjenta [3, 5]. Badania jakości życia dają możliwość integralnego podejścia do problemów pacjenta, a więc odmiennego niż dotychczas spojrzenia na egzystencję, na „bycie w świecie” człowieka chorego i mimo wielu kontrowersji czy trudności metodologicznych, badania te warte są kontynuowania, mogą bowiem otworzyć nowe, bardziej skuteczne możliwości terapeutyczne [6–9].

Na jakość życia składają się 2 komponenty: warunki obiektywne (warunki ekonomiczne, czas wolny, bezpieczeństwo społeczne, odpowiednie warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne i społeczne godne człowieka, zdrowie i inne) oraz subiektywne samopoczucie (m. in. samoocena ogólnych i specyficznych warunków życia ujmowana w kategoriach zadowolenia, szczęścia, na-

dziei, lęku, samotności) [8–10]. Trudno jednoznacznie zdefiniować jakość życia. Pojęcie to definiowano na wiele sposobów, nie wyczerpując jednak jego treści. Intuicyjnie pojęcie to jest zrozumiałe dla każdego i jest kojarzone z podstawowymi wartościami egzystencjalnymi jednostki, rodziny i społeczeństwa jako całości. Jednak przedstawiciele poszczególnych dyscyplin naukowych nadają mu swoisty sens [11]. W niniejszej pracy przyjęto szeroką definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), która określa jakość życia jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym żyją oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów, wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”. Zatem jakość życia według WHO to kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej wydolności fizycznej, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań [7–9].

Według wielu autorów na jakość życia psychicznie chorych mają wpływ takie czynniki, jak: wyjściowe możliwości pacjentów, w tym możliwości intelektualne, posiadane wcześniej umiejętności społeczne oraz warunki materialne a także nastawienie wobec choroby jaką jest schizofrenia [2]. Należy dodać, że dla chorych na schizofrenię cechą charakterystyczną są deficyty w umiejętnościach społecznych, a co za tym idzie poczucie odrzucenia, co prowokuje ich do wycofywania się. Tworzy się więc „błędne koło”, gdyż słabo rozwinięte umiejętności społeczne utrudniają kontakty, a ich brak z kolei uniemożliwia rozwój tych umiejętności, utrwalając bądź pogłębiając negatywne uczucia związane z własnym życiem [2, 12].

Niewątpliwie duży wpływ na jakość życia chorych na schizofrenię ma również farmakoterapia, a ściślej mówiąc, uboczne skutki stosowania neuroleptyków. Podsumowując, za Sawicką [2], czynniki o decydującym znaczeniu przy ocenie jakości życia cierpiących na schizofrenię można pogrupować następująco: czynniki materialne, społeczno-ekonomiczne oraz natury psychologicznej. Tym zaś łączącym je w całość są umiejętności społeczne, których brak bądź istnienie decyduje o osiągnięciu określonego poziomu satysfakcji w wymienionych powyżej dziedzinach życia.

Na schizofrenię choruje około 1% populacji, czyli 50 milionów ludzi na całym świecie, a około 400 tysięcy w Polsce. Jest to choroba, która niewątpliwie zaburza prawidłowe funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie. Podstawową trudnością w korekcji zaburzonego funkcjonowania chorych w środowisku jest włączenie ich w aktywne życie społeczne. Zmiana modelu rodziny z tradycyjnej na nuklearną spowodowała, że nierzadko osoby chore nie mogą mieć zapewnionej właściwej opieki — obowiązek ten przejęły domy pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej stanowi miejsce życia pacjentów w świecie innych, nieznanym im wcześniej ludzi, gdyż z różnych powodów są pozbawieni możliwości zamieszkania w domu rodzinnym, wśród bliskich. Pobyt w takiej placówce jest oderwaniem od naturalnego środowiska. To nie tylko zmiana miejsca zamieszkania, ale także reguł i warunków życia [13].

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu jakości życia osób chorych na schizofrenię w opinii mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wadowicach. Z analizy otrzymanych wyników starano się uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

- jakie różnice istnieją w ocenie jakości życia u kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS?
- jaki związek ma czas zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej z subiektywną oceną jakości życia mieszkańców?
- czy subiektywna ocena jakości życia osoby badanej będzie lepsza, jeżeli lepiej będzie ona oceniała swój ogólny stan zdrowia?
- w jakich przypadkach subiektywna ocena jakości życia pacjentów koreluje z satysfakcją z opieki pielęgniarskiej?
- czy subiektywna ocena jakości życia badanych osób będzie lepsza, gdy ich ogólna satysfakcja z opieki będzie większa?

Material i metody

W pracy jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny, którego techniką był wywiad. Narzędziem był kwestionariusz wywiadu. Kwestionariusz zbudowano na podstawie definicji jakości życia WHO i dostosowa-

wano do potrzeb niniejszej pracy. Składał się z następujących części: danych społeczno-demograficznych oraz pytań szczegółowych dotyczących obszarów, takich jak: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne, niezależność, duchowość, aktywność i środowisko. Ponadto przy użyciu kwestionariusza własnego zbadano poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w odczuciu pacjentów. Badania przeprowadzono w Domu Pomocy Społecznej w Wadowicach. Placówka ta dysponuje 116 miejscami dla psychicznie chorych. Wśród nich są 62 osoby chore na schizofrenię, z których badaniami objęto 53-osobową grupę pacjentów (46,6% ogółu mieszkańców), po uzyskaniu ich zgody.

Charakterystyka badanej grupy pacjentów

Badana grupa była zróżnicowana pod względem wieku i długości trwania choroby — w większości były to osoby przewlekle chore psychicznie, a ich stan nie ulegał większym wahaniom. W badanej populacji przeważały kobiety, które stanowiły 56,4% (31 osób). Najliczniejszą grupę reprezentowali pacjenci w wieku 41–50 lat (32,1%), stanu wolnego (69,8%), z wykształceniem zawodowym (41,5%). Średnia wieku w grupie wynosiła 56,6 roku (rozpiętość wieku 31–79 lat). Głównym źródłem utrzymania dla 84,9% osób była renta. Wśród respondentów 39,6% to wieloletni mieszkańcy DPS, przebywający w placówce od ponad 15 lat, czyli od początku jej powstania w 1991 roku. Tylko 5,7% badanych mieszka w DPS krócej niż 1 rok. W większości są to osoby przewlekle chore psychicznie, bo aż 84,9% pacjentów cierpi na schizofrenię od ponad 25 lat.

Wyniki

Obszary, w których badani wyrażali największą subiektywną satysfakcję, to: zadowolenie z warunków mieszkaniowych (86,8%), poczucie bezpieczeństwa (83%), łatwy dostęp do ważnych informacji (75,4%) i religia (67,9%). Korzystnie oceniane były również: nawiązywanie kontaktów z zespołem terapeutycznym (92,5%), zadowolenie z kontaktów ze współmieszkańcami (77,4%), ogólna ocena jakości życia (71,7%), ogólna ocena stanu zdrowia (60,4%) oraz zadowolenie z pobytu w domu pomocy społecznej (58,5%).

Dość wysoko respondenci ocenili także opiekę pielęgniarską, bo 34% badanych uznało ją za bardzo dobrą, a 60,3% jako dobrą. Średnia ocena z opieki pielęgniarskiej wynosiła 4,28. Ogólna satysfakcja z opieki pielęgniarskiej była w opinii 54% mieszkańców również duża. Najmniejszą satysfakcję osiągnięto w dziedzinie: otrzymywania wsparcia (20,8%) i poczucia własnej wartości (26,4%).

W celu stwierdzenia różnic w ocenie jakości życia, subiektywnej ocenie stanu zdrowia, satysfakcji z opieki pielęgniarskiej i ogólnej satysfakcji z opieki przez kobiety i mężczyzn obliczono dla badanych zmiennych

Tabela 1. Średnia arytmetyczna i odchylenie standardowe badanych zmiennych**Table 1.** Arithmetic mean and standard deviation of the studied variables

Zmienne	Średnia arytmetyczna		Odchylenie standardowe	
	K	M	K	M
Czas zamieszkania w DPS	3,35	2,81	0,82	0,91
Ocena stanu zdrowia	3,78	3,68	0,56	1,01
Ocena jakości życia	3,92	3,75	0,53	0,68
Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	4,46	4,12	0,63	0,34
Ogólna satysfakcja z opieki	3,78	3,50	0,91	0,81

DPS — Dom Pomocy Społecznej; K — kobiety; M — mężczyźni

Tabela 2. Związek pomiędzy jakością życia a badanymi zmiennymi**Table 2.** Relation between the quality of life and the studied variables

Badane obszary	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	r	u	r	u	r	u
Czas zamieszkania w DPS	0,14	0,73	0,02	0,10	0,13	0,85
Ocena stanu zdrowia	-0,05	-0,26	0,16	0,63	0,07	0,50
Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0,42	2,38*	0,14	0,54	0,37	2,40*
Ogólna satysfakcja z opieki	0,41	2,33*	0,35	1,41	0,40	2,85*
Wartość krytyczna	2,06		2,14		2,00	

DPS — Dom Pomocy Społecznej; r — współczynnik korelacji Pearsona; u — wartość statystyki dla $\alpha = 0,05$; *dane istotne statystycznie

średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe, a wyniki zestawiono w tabeli 1.

Porównanie uzyskanych wyników z tabeli 1 pozwala stwierdzić, iż kobiety mieszkające w DPS lepiej niż mężczyźni oceniają stan swojego zdrowia oraz jakość życia. Ich satysfakcja z opieki pielęgniarskiej, a także ogólna satysfakcja z opieki w porównaniu z mężczyznami jest również większa. Najwyższa średnia ocena dotyczyła opieki pielęgniarskiej. W ocenie kobiet wynosi 4,46, a u mężczyzn 4,12.

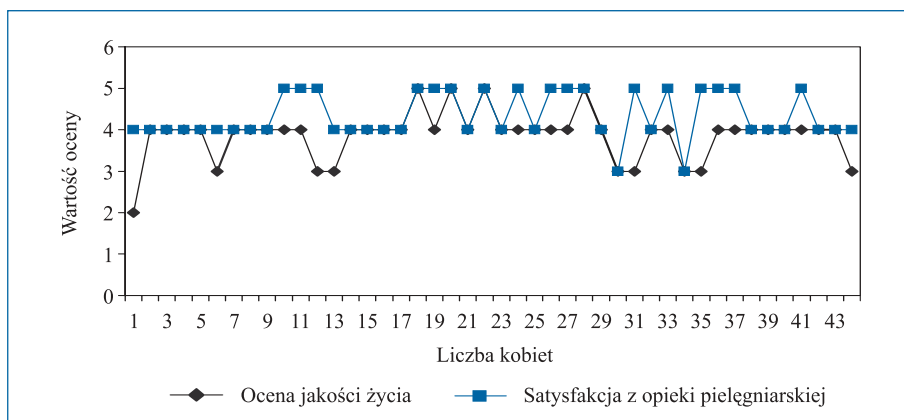
W celu wykazania związku pomiędzy: jakością życia a subiektywną oceną stanu zdrowia, jakością życia a czasem zamieszkania w DPS, jakością życia a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej i jakością życia a ogólną satysfakcją pacjenta z opieki, dokonano analizy statystycznej wyników, zaś jej rezultaty przedstawiono w tabeli 2.

Z danych zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że nie ma istotnego związku pomiędzy jakością życia a czasem zamieszkania w DPS. Nie ma również związku pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia a jakością życia. Udało się natomiast potwierdzić związek pomiędzy jakością życia a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej (ryc. 1). W analizie statystycznej przeprowadzonej za pomocą testu *t*-Studenta dla ogółu mieszkańców (2,40)

i dla grupy kobiet (2,38) wykazano istotność statystyczną na poziomie $\alpha = 0,05$. Dla grupy mężczyzn związek ten okazał się nieistotny statystycznie (tab. 2). Podobne wyniki otrzymano, badając związek pomiędzy jakością życia a ogólną satysfakcją z opieki (ryc. 2). Poprzez analizę statystyczną wykazano istotność tego związku na poziomie $\alpha = 0,05$ dla ogółu badanych (2,85), a także dla grupy kobiet (2,33). W przypadku mężczyzn nie stwierdzono związku pomiędzy badanymi obszarami (tab. 2).

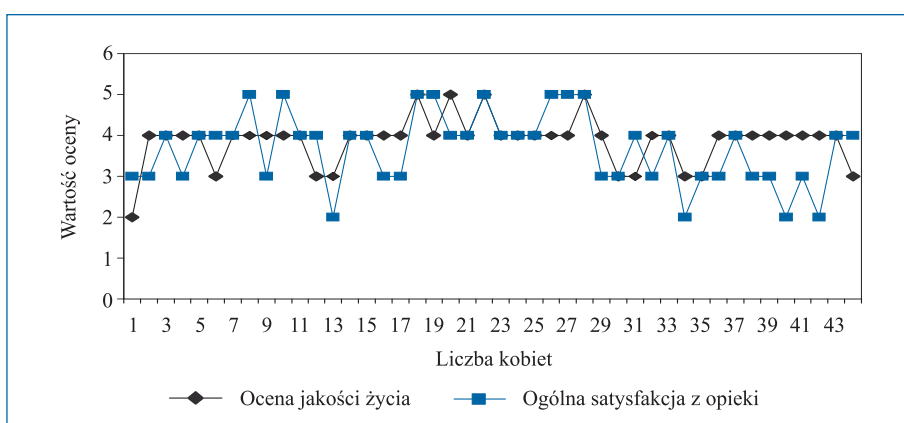
Wnioski

1. Kobiety mieszkające w DPS wyżej oceniają swoją jakość życia niż przebywający tam mężczyźni.
2. W przeprowadzonych badaniach nie wykazano istotnego związku pomiędzy jakością życia a czasem zamieszkania w DPS. Dotyczy to zarówno ogółu badanych, jak i w przypadku podziału na płeć.
3. Subiektywna ocena stanu zdrowia nie ma wpływu na ocenę jakości życia badanych mieszkańców DPS.
4. W badanej grupie kobiet zachodzi istotny związek pomiędzy oceną jakości życia a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej (ryc. 3, 4). Dotyczy to również całej badanej populacji. W grupie mężczyzn związek ten nie występuje.



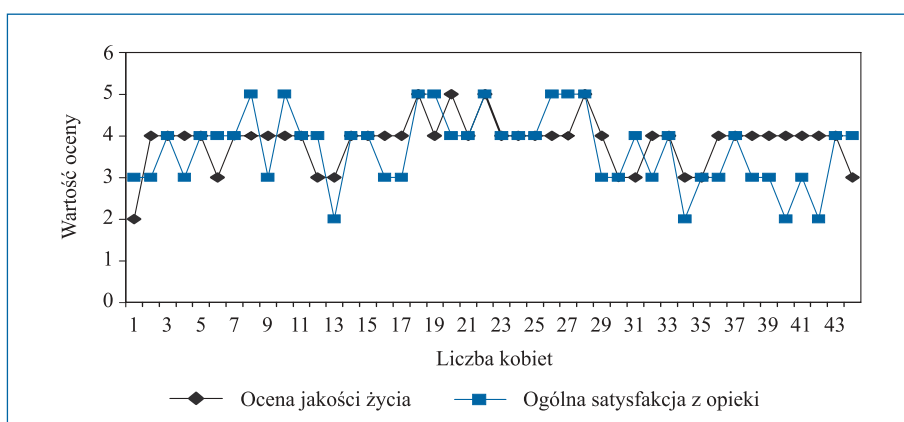
Rycina 1. Związek jakości życia z satysfakcją z opieki pielęgniarskiej ogółu respondentów

Figure 1. Relation between the quality of life and satisfaction from the received nursing care of the whole group of respondents



Rycina 2. Związek jakości życia z ogólną satysfakcją z opieki wszystkich respondentów

Figure 2. Relation between the quality of life and the general satisfaction from the received care of the whole group of respondents

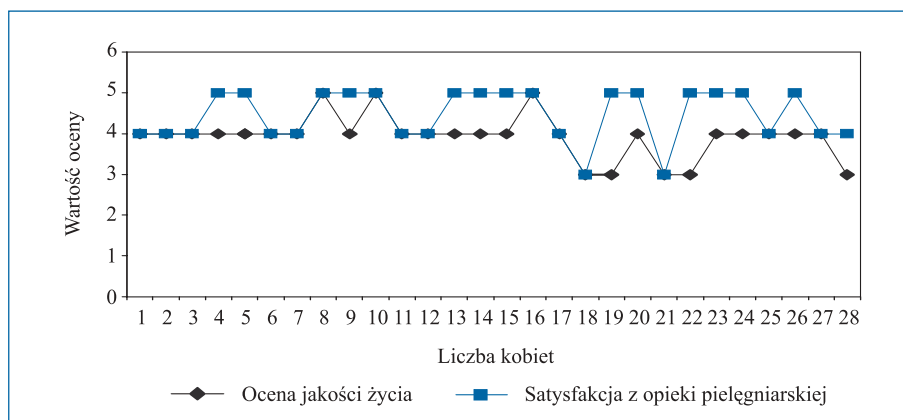


Rycina 3. Związek jakości życia z ogólną satysfakcją z opieki badanych kobiet

Figure 3. Relation between the quality of life and the general satisfaction from received care as assessed by the studied women

5. Stwierdzono istotny związek pomiędzy oceną jakości życia a ogólną satysfakcją z opieki w całej badanej

populacji, a także w grupie badanych kobiet. W przypadku mężczyzn związku takiego nie potwierdzono.



Rycina 4. Związek jakości życia z satysfakcją z opieki pielęgniarstwa badanych kobiet

Figure 4. Relation between the quality of life and the satisfaction from the nursing care as assessed by the studied women

Piśmiennictwo

- Główniak M., Jarema M., Meder J., Marawiec M. Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. *Psychiatria Polska* 1996; 30 (3): 369–380.
- Sawicka M. Znaczenia umiejętności społecznych w ocenie satysfakcji z własnego życia pacjentów chorych na schizofrenię — przegląd literatury. *Psychoterapia* 1998; 3 (106): 47–54.
- Górna K., Hołoga N., Rybakowski J. Funkcjonowanie społeczne a stan psychiczny i jakość życia chorych na schizofrenię w środowisku pozaszpitalnym. W: *Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka*. Materiały konferencyjne, Kraków 2000.
- Załużka M. Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska* 1995; 29 (5): 631–640.
- Cechnicki A. Jakość życia osób chorych na schizofrenię cz. 1 i 2. *Psychoterapia* 2001; 2 (117): 5–17, 19–29.
- Konieczńska Z., Jarema M., Sokołowska G. Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym. *Psychiatria Polska* 1996; 323–332.
- Jarema M., Konieczńska Z., Główniak M., Szaniawska A., Meder J., Jakubiak A. Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatria Polska* 1995; 29 (5): 641–654.
- Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie W: *Sztuka leczenia* 1996; 2: 2.
- Tobiasz-Adamczyk B. Badania nad jakością życia chorych. W: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.
- Tobiasz-Adamczyk B. Pojęcie jakości życia w medycynie. W: *Wybrane elementy zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Gawlina Z. Jakość życia jako kategoria ludzkiej egzystencji stosowana w naukach społecznych. W: *Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka*. Materiały konferencyjne, Kraków 2000.
- Spiridonow K., Kasperek B., Meder J. Jakość życia pacjentów przewlekłe chorych z rozpoznaniem schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1997; 6 supl. 2 (5): 31–38.
- Kozaczuk L. *Terapia zajęciowa w domach opieki społecznej*. Śląsk BPS, Katowice 1999.