PRACE POGLĄDOWE

Adv Clin Exp Med 2007, **16**, 1, 173–178
ISSN 1230-025X

© Copyright by Silesian Piasts
University of Medicine in Wrocław

EWELINA DOBRZYŃSKA, JOANNA RYMASZEWSKA, ANDRZEJ KIEJNA

Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi

Quality af Life Among Persons With Mental Disorders

Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej

Streszczenie

Mimo że w ciągu ostatniego półwiecza w psychiatrii miało miejsce wiele znaczących zmian, zaburzenia psychiczne wciąż znajdują się w grupie chorób mających największy negatywny wpływ na jakość życia pacjentów, a także poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. W artykule przedstawiono definicje jakości życia, narzędzia pomiaru i przegląd dotychczasowych badań dotyczących jakości życia osób chorujących psychicznie. Najnowsze doniesienia wykazują, iż istotne znaczenie dla subiektywnej oceny jakości życia mają potrzeby osób chorujących psychicznie i stopień ich zaspokojenia. Sugeruje się konieczność uwzględniania potrzeb pacjentów i oceny satysfakcji z leczenia w terapii i rehabilitacji, a także w planowaniu usług opieki psychiatrycznej. Nadal jednak zależności między potrzebami pacjentów, satysfakcją z opieki medycznej, funkcjonowaniem społecznym a jakością życia wymagają dalszych badań. Brakuje także doniesień mający ch na celu określenie czynników wiążących się ze swoistymi rodzajami potrzeb pacjentów oraz porównujących potrzeby osób z różnymi rozpoznaniami psychiatrycznymi. W Polsce jak do tej pory jest niewiele badań tego szerokiego zakresu problemów (**Adv Clin Exp Med 2007, 16, 1, 173–178**).

Słowa kluczowe: jakość życia, zaburzenia psychiczne, narzędzia pomiaru, potrzeby.

Abstract

Over the last 50 years considerable changes in psychiatry have taken place but still mental disorders are one of the diseases with the most negative influence on patients quality of life and serious social consequences. This article gives a review of quality of life definitions, tools and updated studies on quality of life in persons with mental disoredrs. It has been stressed that the latest studies have shown that the main role in subjective quality of life play patients needs and if these needs from patients point of view are met or unmet. Many authors suggest the necessity of taking needs and satisfaction with services under consideration in treatment and rehabilitation. But still correlation among patients needs, satisfaction with services, social functioning and quality of life require further studies. There is also lack of studies on factors connected with specific kinds of neds and comparing needs of persons with different psychiatric disorders. So far there have been only few such studies in Poland (**Adv Clin Exp Med 2007, 16, 1, 173–178**).

Key words: quality of life, mental disorders, tools, needs.

W ciągu ostatnich 50 lat wizerunek osób chorujących psychicznie znacząco zmienił się w psychiatrii– z osoby będącej całkowicie „owładniętą" chorobą i skazanej na pobyt w szpitalu psychiatrycznym do końca życia, na osobę, która jest w stanie żyć poza szpitalem, w społeczeństwie przez większą część czasu. Ważną, ale nie jedyną rolę w tym procesie odegrało wprowadzenie do terapii leków psychotropowych. Nadal jednak stereotypy społeczne na temat chorób psychicznych odzwierciedlają dawny obraz psychiatrii, z zawierający uprzedzenia na temat niebezpieczeństwa, przewlekłości, nieuleczalności oraz nieprzewidywalności zachowań osób chorujących psychicznie [1]. Powtarzane wysiłki środowiska medycznego w postaci kampanii przeciw stygmatyzacji dostarczają dowodów na temat rozbieżności między współczesnym poziomem wiedzy medycznej a przekonaniami i stereotypami społecznymi. Istotna jest też opiniotwórcza rola mediów. Ostatnio zrealizowano dwa filmy nagrodzone Oskarami o osobach chorych psychicznie, które odniosły życiowy sukces. Głównym bohaterem filmu „Piękny umysł (Beautiful mind)" jest John Nash, zdobyw-

ca nagrody Nobla z dziedziny matematyki, który cierpiał na schizofrenię; a filmu „Awiator" (The Aviator), potentat z Hollywood i konstruktor samolotów – Howard Hughes, który miał ciężkie kompulsje, fobie i chorobę afektywną dwubiegunową. W obu obrazach bohaterów przedstawiono nie jako osoby całkowicie owładnięte chorobą psychiczną, ale mające także „zdrowe obszary" swojej osobowości, z których korzystali odnosząc nieprzeciętne sukcesy. Temat zaburzeń psychicznych podejmuje się w kinie, teatrze i literaturze coraz częściej w sposób nie stygmatyzujący, lecz wzbudzający sympatię i zrozumienie dla osób chorych psychicznie (na przykład polski film „Dzień świra" lub cykl książek o Ellingu norweskiego pisarza I. Ambjornsena, na podstawie którego powstała sztuka teatralna i film).

Pomimo podejmowania powyższych działań, a także rozwoju psychofarmakoterapii oraz deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, zaburzenia psychiczne wciąż należą do grupy chorób mających największy negatywny wpływ zarówno na subiektywną, jak i obiektywną jakość życia pacjentów. Ich konsekwencje mają charakter wielowymiarowy, począwszy od objawów psychopatologicznych, zaburzeń funkcjonowania społecznego i zawodowego do obciążenia rodzin, bezpieczeństwa społecznego oraz skutków ekonomicznych. W artykule przedstawiono definicje jakości życia, narzędzia pomiaru i przegląd dotychczasowych badań dotyczących jakości życia osób chorujących psychicznie.

Deffinicja jakość życia

Termin „jakość życia" prawdopodobnie po raz pierwszy ukazał się w piśmiennictwie w 1966 r. [2]. W pewnym sensie podstawą współczesnej koncepcji jakości życia stało się odejście od pojmowania zdrowia jako braku choroby na rzecz bardziej holistycznego podejścia, obejmującego stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia (definicja zdrowia według WHO z 1948 [3]), co zainicjowało potrzebę badań dotyczących tego obszaru.

Pojęcie jakości życia jest szeroko stosowane w świecie medycznym, polityce oraz w środkach masowego przekazu, nie ma ono jednak jak dotąd jednoznacznej, klarownej definicji. Zdaniem niektórych autorów [4] jakość życia oznacza indywidualnie postrzegane poczucie satysfakcji z życia i codziennej aktywności. M. Jarema określił jakość życia jako „subiektywnie odbierane poczucie życiowej satysfakcji w kontekście własnych potrzeb i możliwości" [5]. Bardziej szczegółową definicję podała Światowa Organizacja Zdrowia (tj. WHO Quality of Life Group), według której „jakość życia to spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście kultury, w jakiej żyje, swojego systemu wartości oraz związku ze swoimi celami, oczekiwaniami, normami i zainteresowaniami. Jest to bardzo szerokie pojęcie, na które w złożony sposób ma wpływ zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi i ważnymi cechami środowiska danej osoby" [6].

W badaniach naukowych przyjmuje się, że na jakość życia składa się: zdrowie fizyczne i psychiczne, funkcjonowanie społeczne i emocjonalne, satysfakcja życiowa, wsparcie społeczne, a w jej ocenie są ważne zarówno wskaźniki subiektywne, jak i obiektywne.

Ocena jakości życia

Istnieją różne sposoby pomiaru jakości życia. Wydaje się jednak, że najbardziej przydatne do tego celu są badania kwestionariuszowe, zawierające pytania, na które badany udziela odpowiedzi. Taki sposób oceny jakości życia nazywa się subiektywnym, ponieważ opiera się na danych zebranych od samego pacjenta. Inną formą jest ocena obiektywna, czyli zbieranie informacji o pacjencie od jego bliskich lub od personelu medycznego. Trzeba jednak pamiętać, że chory może inaczej oceniać jakość swojego życia niż osoby z jego otoczenia, dlatego w ostatnich latach większą wagę przykłada się do subiektywnej oceny jakości życia pacjenta.

Do najczęściej badanych cech składających się na globalną ocenę jakości życia należą: stan zdrowia, stosunki rodzinne, stosunki społeczne, spędzanie wolnego czasu, sytuacja zawodowa, sytuacja bytowa i finansowa, poczucie bezpieczeństwa. Niektórzy autorzy dodają do tej listy ocenę standardu życia, poczucie wolności, duchowe spełnienie oraz możliwość kontrolowania swego środowiska i kierowania swoim losem [7].

Ogólnie rzecz biorąc badania kliniczne dotyczące jakości życia najczęściej obejmują cztery obszary życia [7]: objawy fizyczne – rodzaj i ciężkość objawów; objawy psychologiczne – głównie lęk, depresja, funkcje poznawcze; ocenę aktywności – praca, nauka, codzienne zajęcia; status społeczny – rodzina, przyjaciele, wolny czas.

Do oceny jakości życia służą trzy grupy narzędzi w zależności od ich przeznaczenia. Są to kwestionariusze oceniające: ogólną jakość życia – na przykład WHO Quality of Life (WHOQOL-100 [8], i jego skrócona wersja – WHOQOL-BREF [9]) lub The Quality of Life Scale (QOLS) [10]; jakość życia związaną ze zdrowiem (*Health-rela-*

Tabela 1. Narzędzia do oceny jakości życia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi

Table 1. Tools for quality of life assessment among persons with mental disorders

Ciężkie i przewlekłe choroby psychiczne (Severe and chronic mental diseases)			
nazwa	autorzy, rok powstania	budowa	czas badania (w przybliżeniu)
Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS)	Baker i Intagliata, 1982 [13]	wypełnia badacz, 15 pozycji	10 min.
Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ)	Bigelow, Gareau i Young, 1982 [14]	wersja strukturalizowana samo-oceny pacjenta (263 pozycji) i półstrukturalizowanego wywiadu (146 pozycji)	45 min.
Lehman Quality of Life Interview (QOLI)	Lehman, Ward i Linn, 1982 [15]	półstrukturalizowany wywiad, 143 pozycji	45 min.
Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP)	Oliver, 1992 [16]	wypełnia pacjent, 100 pozycji	60 min.
Quality of Life Interview Scale (QOLIS)	Holcomb et al., 1993 [17]	półstrukturalizowany wywiad, 87 pozycji	brak danych
Quality of Life Questionnaire (QLQ)	Greenley, Greenberg i Brown, 1997 [18]	wypełnia pacjent, 27 pozycji	10–15 min.
Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)	Priebe et al. [19]	wypełnia pacjent, 17 pozycji	10 min.
Schizofrenia (Schizophrenia)			
Quality of Life Scale (QLS)	Heinrichs, Hanlon i Carpenter, 1984 [20]	półstrukturalizowany wywiad, 21 pozycji	45 min.
Zaburzenia afektywne i lękowe (Affective and anxiety disorders)			
Quality of Life in Depression Scale (QLDS)	Hunt i McKenna, 1992 [21]	wypełnia pacjent, 34 pozycji	brak danych
SmithKline Beecham Quality of Life (SBQOL) Scale	Stoker, Dunbar i Beaumont, 1992 [22]	wypełnia pacjent, 28 pozycji	brak danych

ted Quality of Life – HRQL) – ogółem ponad 300 narzędzi [11], służących do badania między innymi chorych leczonych onkologicznie, kardiologicznie czy osób starszych [12]; jakość życia swoistą dla danej choroby – gdzie do oceny jakości życia pacjentów psychiatrycznych służą narzędzia dotyczące (tabela 1): a) ciężkich i przewlekłych chorób psychicznych – do których należą przede wszystkim kwestionariusze, które powstały w okresie deinstytucjonalizacji, gdy wzrosła potrzeba rozwoju strategii opieki pacjentów w środowisku (SLD, QOLQ, QOLI, QOLIS, QLQ, LQOLP, MANSA – skrócona i nieznacznie zmodyfikowana wersja LQOLP); b) schizofrenii (QLS); c) depresji oraz zaburzeń lękowych (SBQOL, QLD).

Obecnie powstaje coraz więcej narzędzi pomiaru jakości życia. Rozwój badań tego obszaru polega na wprowadzaniu krótszych wersji narzędzi (np. WHOQOL-BREF, MANSA), tłumaczeniu narzędzi na inne języki oraz ich walidacji, a także na pogłębianiu definicji i operacjonalizowaniu jakości życia przez poszukiwania związku z innymi zmiennymi.

Cel oceny jakości życia pacjentów

Ocena jakości życia pacjenta ma na celu między innymi uzyskanie możliwie jak największej liczby danych dotyczących różnych dziedzin jego życia oraz identyfikację tych obszarów życia i aktywności chorego, które należy poprawić. Wiedza ta ułatwia wybór odpowiedniego sposobu leczenia i pomaga dostosować leczenie do indywidualnych potrzeb pacjenta. Wskazuje także, jakie są możliwości poprawy jakości opieki medycznej.

Porównując dane zebrane za pomocą kwestionariusza jakości życia poszczególnych pacjentów z oceną ich stanu klinicznego można próbować ustalić, czy istnieje związek między występowaniem i nasileniem poszczególnych objawów a subiektywną oceną jakości życia chorego. Można

także wdrożyć postępowanie terapeutyczne nacelowane na dany objaw lub grupę objawów i porównać, czy zmienia ono subiektywną jakość życia.

Przegląd badań dotyczących jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi

Początkowo pomiary jakości życia pacjentów były związane przede wszystkim z badaniami dotyczącymi osób chorujących somatycznie, głównie onkologicznie. Uważano, że chorzy psychicznie, a zwłaszcza chorujący przewlekle, nie są w stanie miarodajnie ocenić jakości swojego życia. Poszukiwano więc obiektywnych wskaźników do oceny tej zmiennej, do których włączono m.in.: czas trwania i liczbę hospitalizacji, długość remisji, warunki mieszkaniowe i finansowe. Szybko jednak okazało się, że uwzględnianie wyłącznie obiektywnych wskaźników nie jest wystarczające. Obiektywnie dobry standard życia nie jest równoznaczny z wysoką jakością życia [23], w związku z tym w kolejnych badaniach zwracano szczególną uwagę na subiektywną ocenę jakości życia.

Badając poziom jakości życia osób przewlekle chorujących psychicznie wykazano,

że jest on niższy niż osób zdrowych [24]. Potwierdzono także intuicyjnie przyjmowane hipotezy o negatywnym wpływie objawów depresyjnych i lękowych na ocenę jakości życia oraz przeciwnym wpływie objawów maniakalnych [25]. Zauważono, że znaczące jest nastawienie pacjenta wobec choroby. Osoby o podobnym nasileniu objawów ulegają w różnym stopniu zaburzeniu w zależności od tego, jak postrzegają swoją chorobę oraz na ile ograniczenia spowodowane chorobą wchodzą w interakcje z innymi okolicznościami życiowymi [26]. Wykazano także, że pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi oceniają często wyżej swoje funkcjonowanie i warunki środowiskowe niż wskazują na to obiektywne czynniki [27]. Nie potwierdzono jednak statystycznie istotnej zależności między rodzajem zaburzenia (psychotycznego i niepsychotycznego) a oceną obiektywnej i subiektywnej jakości życia [25]. Brak wglądu może jednak wpływać na ocenę jakości życia przez pacjenta, dlatego uważa się, że w przypadku osób chorujących psychicznie subiektywna ocena jakości życia powinna być poparta oceną jego bliskich i personelu medycznego [28].

W literaturze przedmiotu podejmuje się najczęściej problem niesprawności osób chorujących na schizofrenię [29]. Rzadziej spotyka się badania pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi, choć dowiedziono, że zaburzenia te także mogą wiązać się ze znacznym pogorszeniem funkcjonowania, a najnowsze dane wskazują na to, iż nawet objawy subdepresyjne mogą skutkować psychosocjalną niesprawnością [30]. Nieliczne najnowsze doniesienia zwracają uwagę na znaczny stopień niesprawności społecznej wśród osób z zaburzeniami osobowości i odżywiania, które charakteryzują się znaczenie gorszym funkcjonowaniem niż osoby z zaburzeniami lękowymi czy zaburzeniami nastroju, a w okresie zaostrzenia objawów psychopatologicznych podobnym do osób z zaburzeniami schizofrenicznymi [31].

Wyniki dalszych badań nad czynnikami wpływającymi na ocenę jakości życia wskazują na to, że istotne znaczenie mają w tej kwestii potrzeby osoby chorującej psychicznie oraz stopień ich zaspokojenia (*met and unmet needs*), przy czym potrzeby te są odmiennie oceniane przez pacjenta i personel medyczny [32]. Związek między jakością życia i potrzebami osób z zaburzeniami psychicznymi był wielokrotnie podejmowany w badaniach naukowych, których wyniki wskazują jednoznacznie, że pacjenci z większą liczbą niezaspokajanych potrzeb odznaczają się gorszą jakością życia [33], a zaspokajanie indywidualnych potrzeb pacjenta (obok zmniejszenia objawów psychopatologicznych) skutkuje poprawą subiektywnej jakości życia [34]. Sugeruje się więc, że nowoczesna opieka psychiatryczna powinna koncentrować się na zdrowotnych i socjalnych problemach pacjenta widzianych z jego perspektywy, a szczególnie tych potrzebach, które nie są w jego odczuciu zaspokajane oraz uwzględniać satysfakcję klienta z opieki medycznej [33].

Ważna jest także kwestia, na ile oferowane obecnie usługi psychiatryczne są adekwatne do potrzeb pacjentów. Ciekawe wyniki uzyskali w swoich badaniach C. Mercier i S. King [35]. Jednym z nich jest brak związku między korzystaniem z różnych usług medycznych i rehabilitacyjnych a jakością życia pacjentów psychiatrycznych z rozpoznaniem choroby afektywnej i schizofrenii. Dowiedli także, iż istnieje silny negatywny związek między korzystaniem z takich usług a poziomem uczestnictwa w życiu społecznym. Być może jest to skutkiem złego dopasowania oferowanych usług lub odzwierciedla wzrost oczekiwań pacjentów wobec życia pojawiający się po rozpoczęciu korzystania z różnych usług. Z przeglądu literatury wynika, że wyniki badań dotyczących zmiany poziomu jakości życia chorych uczestniczących w różnych programach terapeutycznych nie są jednolite [36]. Prawdopodobnie jest to spowodowane między innymi korzystaniem przez autorów z różnego typu skal uwzględniających w różnym stopniu poziom funkcjonowania pacjen-

tów, znaczenie stanu zdrowia oraz zadowolenie samych pacjentów z różnych sfer ich życia.

Podsumowanie

Pomimo znacznego postępu psychiatrii w minionym półwieczu, choroby psychiczne należą nadal do grupy chorób najbardziej stygmatyzujących i wywierających największy niekorzystny wpływ na jakość życia pacjentów. Znaczna niesprawność społeczna dotyczy nie tylko osób chorujących na schizofrenię, ale – co się ostatnio podkreśla w literaturze – także pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, osobowości czy odżywiania. Dlatego ważna jest ocena jakości życia osób chorujących psychicznie z różnymi rozpoznaniami, do czego służą liczne narzędzia, z których część przedstawiono w artykule.

Nowsze doniesienia wskazują na to, że ocena subiektywnej jakości życia silnie koreluje z potrzebami uznanymi przez chorego za niezaspokajane i dlatego sugeruje się, że to one powinny być podstawą planowania opieki zdrowotnej. Wciąż jednak zależności między potrzebami pacjentów, satysfakcją z leczenia, funkcjonowaniem społecznym a jakością życia wymagają dalszych badań. Brakuje także doniesień mających na celu określenie czynników wiążących się ze swoistymi rodzajami potrzeb pacjentów oraz porównujących potrzeby osób z różnymi rozpoznaniami psychiatrycznymi. W ośrodku wrocławskim przeprowadzono, w ramach 5. Programu Ramowego UE, badanie potrzeb, jakości życia i satysfakcji z leczenia osób hospitalizowanych psychiatrycznie [37, 38]. Porównywano także funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi, leczonych w kilku ośrodkach w Europie [39, 40]. Obecnie badania są kontynuowane wśród osób korzystających z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej.

Piśmiennictwo

[1] Kiejna A, Rymaszewska J, Zając J: Stygmat choroby psychicznej w środowisku medycznym. Adv Clin Exp Med 2001, 3 supl 1, 11–14.1.

[2] Elkinton J: Medicine and quality of life. Ann Internal Med 1966, 64, 711–714.

[3] World Health Organization: Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, WHO, Geneva 1948.

[4] Wells K, Stewart AL, Hays RD, Burnam MA, Rogers W: The functioning and well-being of depressed patients. JAMA 1989, 262, 914–919.

[5] Jarema M, Konieczyńska Z, Główczak M: Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. Psychiatria Pol 1995, 5, 641–655.

[6] Saxena S, Orley J: Quality of life assessment: the WHO perspective. Eur Psychiatry 1997, 12, 263–266.

[7] Jarema M: Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. Nowa Medycyna, Psychiatria II 1996, 4, 15–16.

[8] WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Sci Med 1988, 46, 1569–1585.

[9] WHOQOL Group: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment Psychol Med 1998, 28, 551–558.

[10] Burckhardt CS, Anderson KL: The Quality of Life Scale (QOLS), Reliability, Validity, and Utilization. Health Qual Life Outcomes 2003, 1, 60.

[11] Spiker B: Quality of Life Assessments in Clinical Trials. Raven Press, New York 1996, 2nd ed.

[12] De Leo D, Diekstra RFW, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB: LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. Behav Med 1998, 24 (1), 17–27.

[13] Baker F, Intagliata J: Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval Program Plann 1982, 5, 69–79.

[14] Bigelow DA, Gareau MJ, Young DJ: A quality of life interview. Psychosocial Rehabil. J. 1982, 14, 94–98.

[15] Lehman AS, Ward N, Linn L: Chronic mental patients: The equality of life issue. Am J Psychiatry 1982, 10, 1271–1276.

[16] Oliver JPJ: The social care directive: development of a quality of life profile for use in community services for mentally ill. Social Work Social Sci Rev 1992, 3, 5–45.

[17] Holcomb WR, Morgan P, Adams NA, Ponder H, Farrel M: Development of a structered interview scale for measuring quality of life of severely mentally ill. J Clin Psychol 1993, 49, 830–840.

[18] Greenley JR, Greenberg JS, Brown R: Measuring quality of life: A new practical survey instrument. Social Work 1997, 42, 244–254.

[19] Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S: Application and result of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Int J Soc Psychiatry 1999, 45, 7–12.

[20] Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT: The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit sydrome. Schizophrenia Bull 1984, 388–398.

[21] Hunt SM, McKenna SP: The QLDS: A scale for measurment of quality of life in depression. Health Policy 1992, 22, 307–319.

[22] Stoker MJ, Dunbar GC, Beaumont G: The SmithKline Beecham 'quality of life scale' scale: a validation and reliability study in patients with affective disorder. Qual Life Res 992, 1, 385–395.
[23] Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P: Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. Br J Psychiatry 1992, 161, 797–801.
[24] Lehman AF: The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. Eval Program Plann 1983, 6, 143–151.
[25] Lasalvia A, Ruggeri M: Quality of Life in Mental Health service Research. In: Quality of life in mental disorders. Eds.: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, John Wiley & Sons, Ltd 2006, 2nd ed., 257–268.
[26] Mechanic D, McAlpine D, Posenfield S: Effect of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. Soc Sci Med 1994, 39(2), 155–164.
[27] Katschnig H: How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Curr Opin Psychiatry 1997, 10, 337–345.
[28] Becke M, Diamond R, Sainfort F: A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. Qual Life Res 1993, 2, 239–251.
[29] Ussal J, Haro JM, Ochoa S, Marquez M, Araya S: Needs of patients with schizophrenia group. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2002, 106 (5), 337–342.
[30] Judd LL, Akiskal HS,. Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB: Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders. A prospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 2005, 62, 1322–1330.
[31] Rymaszewska J: Funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce w porównaniu do innych wybranych krajów europejskich. Praca habilitacyjna. Wrocław, Akademia Medyczna 2004.
[32] 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.
[33] 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.
[34] 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.
[35] Mercier C, King S: A latent variable casual model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. Acta Psychiatr Scand 1994, 89 (1), 72–77.
[36] Spiridonow K, Kasperek B, Chądzyńska M: Jakość życia a funkcjonowanie pacjentów chorych na schizofrenię w ocenie pacjentów, ich rodzin i terapeutów. Post Psychiatr Neurol 2003, 12 (3), 293–309.
[37] Kiejna A, Szajowski K, Rymaszewska J, Jarosz-Nowak J, Kallert TW: Psychopathology and social disabilities of day-hospital and inpatients during acute treatment. Eur Psychiatry 2002, 17, suppl 1, 59.
[38] Rymaszewska J, Kiejna A, Jarosz-Nowak J: Quality of life and social functioning of day hospital and inpatients. Acta Psychiatr Scand 2002, 411, 19.
[39] Rymaszewska J, Kiejna A, Kallert T, Nawka P, Priebe S, Raboch J: Work and severe mental disorders in five European countries. Eur Psychiatry 2004, 19 suppl 1, 84.
[40] Rymaszewska J, Kiejna A, Jarosz-Nowak J, Kallert T, Nawka P, Priebe S, Raboch J: Social disability among mentally ill from different European countries. Acta Psychiatr Scand 2004, 421, 25.

Adres do korespondencji:

Ewelina Dobrzyńska
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
ul. Pasteura 10
50-367 Wrocław
tel. 071 784 16 00
fax 071 784 16 02
e-mail: edobrzynska@poczta.fm

Conflict of interest: None declared

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.03.2006 r.
Po recenzji: 5.01.2007 r.
Zaakceptowano do druku: 11.01.2007 r.

Received: 13.03.2006
Revised: 5.01.2007
Accepted: 11.01.2007