

Jakość życia a percepcja czasu u osób chorych na schizofrenię

Mariola Stecka

Katedra Psychologii Klinicznej Dorosłego
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie

Streszczenie

Cel: Przedmiotem badań było zbadanie związków pomiędzy jakością życia (rodzinnego, społecznego, zawodowego), a percepcją czasu u osób chorych na schizofrenię (N=30). Badania mają również na celu podniesienie jakości życia osób chorych.

Metoda: W badaniach posłużono się Skalą Orientacji Temporalnej AION-2000 autorstwa C.S. Nosal i B. Bajcar (2004), oraz ankietą socjodemograficzną, która zawierała trzy pytania o jakość życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Osoby badane udzielały odpowiedzi na 5-cio stopniowej skali Likerta (1- bardzo zła, 5- bardzo dobra).

Wyniki: Badania wykazały istotne związki pomiędzy wymiarami orientacji temporalnych i osobistych koncepcji czasu, a jakością życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Najważniejsze wnioski dotyczą spadku jakości życia rodzinnego wraz ze wzrostem poczucia, że czas jest destruktywny, oraz wzrostu jakości życia społecznego i rodzinnego wraz ze skoncentrowaniem na teraźniejszości i przyszłości.

Wnioski: Istnieje zależność pomiędzy sposobem percepcji czasu, a poziomem jakości życia u osób chorych na schizofrenię, koncentracja na destruktywnym działaniu czasu i skupienie na przeszłości, obniża ogólną jakość życia osoby.

Słowa klucze: jakość życia, percepcja czasu, schizofrenia, AION-2000

Abstract

Aim: The subject of the investigation is to explore relations between quality of life (family, social, occupational), and time perception in patients with schizophrenia (N=30). The aim is to improve the quality of life with people suffering from illness.

Method: Methods used in investigations are Temporal Orientation Questionnaire AION-2000, devised by C.S. Nosal and B. Bajcar (2004), and socio-demographic survey, which contained three questions about family, social and occupational quality of life. Examined persons gave answers on Likert's scale (1-very bad, 5-very good).

Results: Investigations showed that there are important relations between dimensions of time orientation and family, social, occupational quality of life. Most value results are involved with decrease in family quality of life, and in the same time increase in the perception that the time is destructive, what is more, the increase of the social and family quality of life is connected with concentration on present and future orientation.

Conclusions: There are scientifically proved connections between perception of time and level of quality of life in patients with schizophrenia. Focusing on destructive effects of time and concentrating on past, affects on decrease in general quality of life.

Key words: quality of life, time perception, schizophrenia, AION-2000

Wstęp

Zależność pomiędzy sposobem percepcji czasu, a jakością życia u osób chorych można rozpatrywać dwukierunkowo. Subiektywna ocena jakości życia, przez osoby chore, zależy od rodzaju i nasilenia zaburzeń w strukturze czasu, bowiem sposób percepcji czasu może wpływać na poziom jakości życia, jak również percepcja czasu może zależeć od poziomu jakości życia osoby.

Definicja jakości życia według Jaremy i in. (1995) dotyczy subiektywnego odbierania poczucia satysfakcji życiowej, pod względem ustosunkowania się do własnych potrzeb i możliwości. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia (Quality of life, QOL), jako „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 na zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi i ważnymi cechami środowiska danej osoby” (Makara-Studzińska, Wołyniak, Gerhant za: WHO, 1995). Powyższe definicje oznaczają, że jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i dotyczy subiektywnego odbioru swojego stanu.

W ramach pojęcia jakości życia wyróżnia się ocenę jakości życia i poczucie jakości życia, konstrukty te posiadają elementy zbieżne, ale nie są jednoznaczne. Pojęcie oceny jakości życia odnosi się do postrzegania danego zjawiska w ramach konkretnych wzorców zewnętrznych, natomiast poczucie jakości życia dotyczy oceny przeżyć, doświadczeń i wartościowania własnego życia (Steuden, Okła 2006). Zaburzenia w percepcji czasu, struktura temporalna u osób chorych wpływa znacząco na ocenę swojego życia.

Badania

W badaniach własnych grupa osób chorych na schizofrenię została przebadana w trakcie hospitalizacji, stąd można przypuszczać, że warunki szpitalne będą w znacznym stopniu determinować jakość życia u osób badanych. Badania potwierdzają, że subiektywna ocena jakości życia chorego w znacznym stopniu zależy od warunków szpitalnych, jak również towarzystwa innych pacjentów oraz stosunku pracowników szpitala do osób chorych (Majkowicz, Zdun-Ryżewska 2009). Jak podają Steuden i Okła (2006) czynnikami wpływającymi na jakość życia chorego jest również stopień akceptacji swojej choroby, minimalizacja uciążliwych objawów, oraz usprawnienie funkcjonowania, stąd poznanie przyczyn objawów chorobowych dotyczących struktury temporalnej umożliwi zrozumienie, oraz podniesienie jakości życia osób chorych na schizofrenię. Ponadto istotne są również czynniki osobowościowe i społeczne w determinowaniu jakości życia (Galuppi, Turola, Nanni, Mazzoni, Grassi 2001).

Jak pokazują badania Jaremy i współpracowników wpływ na poczucie jakości życia mają nie tylko warunki szpitalne ale również warunki rodzinne i domowe. Wsparcie i zrozumienie ze strony bliskich, podnosi jakość życia. Świadczyć to może o potrzebie prowadzenia psychoedukacji wśród rodzin osób chorujących na schizofrenię. Badacze wykazali również, że leczenie psychiatryczne przynoszące pozytywne efekty, poprawia subiektywne poczucie jakości życia osoby chorej (Jarema, Koniecznyńska, Głowczak 1995).

Podsumowując, wpływ na poczucie jakości życia ma wiele czynników. Składowymi jakości życia są: relacje społeczne, psychologiczny dobrostan i zadowolenie, aktywność zawodowa, stanowienie o sobie, autonomia, zdolność dokonywania wyborów, kompetencje osobowe, umiejętność utrzymywania więzi z innymi ludźmi przy równoczesnej zdolności do bycia niezależnym, poczucie bycia we wspólnocie, otrzymywanie wsparcia, zdolność do rozwoju, społeczny status, oraz fizyczny i materialny dobrostan (Steuden, Okła 2006). Wynika z tego, że ogólna jakość życia to suma wielu czynników, a w celu poprawy jakości życia osoby należy działać holistycznie, stymulując różne obszary funkcjonowania osoby chorej, w tym poczucie percepcji czasu.

Badania dotyczące sposobu percepcji czasu przez osoby chore na schizofrenię (Obrębska, Nowak za: Melges 1982, Stevens 1978) wykazują, że osoby te postrzegają czas jako niszczący, dezorganizujący ich życie. Można przypuszczać, że taki odbiór czasu będzie związany z niską jakością życia osób chorych. Kępiński (1972) twierdził, że dezorganizacja i chaos w strukturze czasu sprzyjają poczuciu odosobnienia, izolacji i zagubienia w społeczeństwie, oznacza to, że sposób percepcji czasu ma istotny wpływ na jakość życia w społeczeństwie. Minimalizowanie objawów chorobowych na tym gruncie sprzyja podnoszeniu subiektywnego poczucia jakości życia

Metody

W badaniach posłużono się Skalą Orientacji Temporalnej AION-2000 autorstwa C.S. Nosala i B. Bajcar (2004), która służy do zbadania sposobu percepcji czasu, pod względem wymiarów orientacji temporalnych i osobistych koncepcji czasu. Skala zawiera 133 itemy, na które osoba odpowiada na 5-cio stopniowej skali Likerta gdzie 1 oznacza – zdecydowanie nieprawdziwe, 2 – nieprawdziwe, 3 – trudno ocenić, 4 – prawdziwe, 5 – zdecydowanie prawdziwe.

Ponadto uzupełnieniem badań była ankieta socjodemograficzna, w której zawarto 3 pytania dotyczące subiektywnej oceny jakości życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Odpowiedzi udzielano na 5-cio stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznaczało – bardzo zła, 2 – zła, 3 – średnia, 4 – dobra, 5- bardzo dobra.

Grupa badawcza

Badania prowadzono na grupie 30 osób chorych na schizofrenię paranoidalną, którzy byli w trakcie hospitalizacji. Osoby badane zostały poinformowane o anonimowym użyciu uzyskanych wyników do celów naukowo-badawczych, oraz wyraziły zgodę na przeprowadzenie badania.

Poniższa tabela przedstawia układ grupy klinicznej ze względu na płeć i wiek osób badanych.

Tabela 1. Liczbowa (N) i procentowa (%) struktura grupy klinicznej i kontrolnej ze względu na przedziały wiekowe i płeć

Wiek \ Płeć	Grupa kliniczna			
	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%
19-30	5	35,7	6	37,5
31-40	4	28,6	5	31,2
41-50	2	14,3	3	18,7
51-76	3	21,4	2	12,5
Razem	14	100	16	100

Z tabeli 1 wynika, że w skład grupy badanej wchodziło 14 kobiet i 16 mężczyzn, największa liczba osób, wśród chorujących na schizofrenię, to osoby w wieku 19-30 i 31-40, natomiast najmniej osób jest w wieku 42-50, 51-76. Średnia wieku (M) w grupie badanej wynosi $M=36$, z czego średnia wieku kobiet wynosi $M=36,7$, a średnia wieku mężczyzn to $M=35,4$. Można więc powiedzieć, że średnie kobiet i mężczyzn są zbliżone.

Wyniki

Tematem badań był związek pomiędzy sposobem percepcji czasu, a jakością życia rodzinnego, społecznego i zawodowego osób chorych na schizofrenię. Analiza danych uzyskanych w badaniu jest możliwa dzięki zastosowaniu Skali AION-2000 (Nosal, Bajcar 2004) i pytań dotyczących subiektywnej oceny jakości życia osoby.

Poniżej przedstawiono wyniki korelacji badanych zmiennych.

Tabela 2. Macierz korelacji pomiędzy skalami AION-2000, a jakością życia w grupie klinicznej

Jakość życia AION-2000	Rodzinnego	Zawodowego	Społecznego
Przeszłość	-	-	-
Teraźniejszość	-	-	.67***
Przyszłość	.50*	-	-
Teliczność	-	-	.41*
Planowanie	-	-	-
Szczegółowość	-	.36*	.43*
Wykorzystywanie czasu	-	-	.38*
Presja czasu	-	-	-
Czas linearny	.41*	-	-
Czas cykliczny	-	-	-
Czas niekontrolowany	-	-	-
Czas tajemniczy	-	-	-
Czas iluzoryczny	-	.35*	-
Czas destruktywny	-.49**	-	-

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

- n.i.

Powyższa tabela przedstawia korelacje pomiędzy jakością życia rodzinnego, zawodowego i społecznego, a skalami wymiarów orientacji temporalnych i osobistych koncepcji czasu w grupie osób chorych na schizofrenię. Wynika z niej, że osoby, które są bardziej ukierunkowane na przyszłość, mają wyższą jakość życia rodzinnego. Omawiana jakość życia jest również tym wyższa, im bardziej osoba spostrzega czas jako ciąg zdarzeń, natomiast obniża się wraz z poczuciem, że czas jest destruktywny. Może to oznaczać, że dla poprawy funkcjonowania życia rodzinnego ważne jest aby chory potrafił planować wydarzenia i myśleć o pozytywnych stronach przyszłości.

Jakość życia zawodowego u osób chorych jest wysoka, gdy osoba spostrzega czas jako szczegółowy i iluzoryczny. Osoba chora lepiej funkcjonuje w pracy i jest bardziej zadowolona ze swoich osiągnięć zawodowych, jeśli wykonuje swoje obowiązki dokładnie, z większą szczegółowością.

Jakość życia społecznego jest najmocniej skorelowana ze wszystkich czynników, co oznacza, że wyniki te

są bardzo istotne dla poprawy warunków funkcjonowania osoby chorej. Wysoka jakość życia społecznego związana jest z zorientowaniem na teraźniejszość, spostrzeganiem czasu, jako telicznego, szczegółowości, oraz umiejętnościami wykorzystywania czasu. Wynika z tego, że chory powinien skupić się na swojej obecnej sytuacji, oraz dostrzec swoje aktualne możliwości w kwestii wykorzystania czasu teraźniejszego.

Dyskusja

Analiza uzyskanych wyników wskazuje na istnienie związku jakości życia z percepcją czasu u osób chorych na schizofrenię. Zbadano związki z jakością życia rodzinnego, społecznego oraz zawodowego i wykazano, że na poprawę jakości życia rodzinnego ma wpływ skoncentrowanie się na przyszłości, poczucie linearności czasu i niskie poczucie destruktywności czasu. Oznacza to, że osoba lepiej ocenia jakość życia w rodzinie, jeśli potrafi tworzyć plany na przyszłość, postrzega czas, jako płynący pewnym ciągiem, nieod-

wracalny i niepowtarzalny, oraz nie odbiera czasu jako niszczącego. Z kolei wyższa jakość życia zawodowego zależy od większej szczegółowości w działaniu i poczuciu iluzoryczności, nierealności czasu. Oznacza to, że być może metaforyczne spojrzenie na swoją chorobę sprzyja lepszemu skupieniu się na obecnej pracy i większej wydajności zawodowej. Wyższa jakość życia społecznego uwarunkowana jest skoncentrowaniem się na aktualnych wydarzeniach, odbiorem czasu jako telicznego, podzielonego wydarzeniami, szczegółowością w działaniu, oraz lepszym wykorzystywaniu czasu. Dane te oznaczają, że wysokiej jakości życia społecznego sprzyja skupienie się na teraźniejszości, na obecnych zdarzeniach, postrzegania płynącego czasu, jako kontinuum oddzielonego ważnymi zdarzeniami, ponadto dla lepszego funkcjonowania w społeczeństwie wpływ ma umiejętność dobrego wykorzystywania czasu i dokładność w działaniu.

Podsumowując dla poprawy ogólnej jakości życia osób chorych, należy stymulować skoncentrowanie się osoby na obecnym stanie, oraz na przyszłych wydarzeniach, ponadto należy minimalizować destruktywne skutki objawów chorobowych,

Wnioski

1. Jakość życia rodzinnego zależy od skoncentrowania na przyszłości, poczuciu, że czas jest linearny, oraz odporności na poczucie, że czas jest destruktywny.
2. Jakość życia zawodowego zależy od szczegółowości i poczuciu iluzoryczności czasu.
3. Jakość życia społecznego zależy od skoncentrowania na teraźniejszości, poczuciu teliczności szczegółowości działania i wykorzystywania czasu.

Bibliografia

1. Galuppi A., Turola M. C., Nanni M., G., Mazzoni P., Grassi L. (2001). Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *International Journal of Mental Health System*. 8 (4), 31.
2. Jarema M., Koniecznyńska Z., Głowczak M. (1995). Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatria Polska*. 29 (17), 641-655.
3. Kępiński A. (1972). *Schizofrenia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
4. Majkowicz M., Zdun-Ryżewska A. (2009). Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Via Medica*, 2 (2), 100-114.
5. Makara – Studzińska M., Wołyniak M., Gerhant A. (2009). Wpływ zmiennych klinicznych na jakość życia pacjentów chorych na schizofrenię. *Badania nad schizofrenią*, 10 (10), 185-193.
6. Nosal C., Bajcar B. (2004). *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
7. Obrębska M., Nowak A. (2010). Perspektywa czasowa w schizofrenii. Doniesienie z badań. *Current Problems of Psychiatry*, 11 (4), 323-327.
8. Steuden S., Okła W. (2006). *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL
9. Stevens M., Crow T.J., Bowman M. J., Coles E.C. (1978). Age disorientation in schizophrenia: A constant prevalence of 25 per cent in chronic mental hospital population. *British Journal of Psychiatry*, (133), 130-136.

Correspondence address