

Jakość życia pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową w fazie depresji w okresie remisji

Quality of life in patients diagnosed with unipolar affective disorder in depression phase in remission

Beata Ogórek-Tęcza¹, Małgorzata Sulisz², Alicja Kamińska¹

¹Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, UJCM

²Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Beata Ogórek-Tęcza

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa

Wydział Nauk o Zdrowiu, UJCM

ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków

E-mail: mhtecz@cyf-kr.edu.pl

STRESZCZENIE

Jakość życia pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową w fazie depresji w okresie remisji

Wstęp. Depresja należy do tak zwanych chorób afektywnych, czyli związanych z nastrojem przejawiających się uczuciem smutku, apatii, niemożnością przeżywania radości i czerpania przyjemności z czegośkolwiek. Do innych ważnych objawów zalicza się brak aktywności, utratę zainteresowań, niechęć do nawiązywania relacji z innymi ludźmi. Ze względu na często długotrwałe utrzymywanie się objawów depresji dochodzi do zmian we wszystkich obszarach jakości życia chorych, co w konsekwencji utrudnia proces rehabilitacji psychiatrycznej i utrzymywania się stanu remisji.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową w fazie depresji w okresie remisji oraz stopnia nasilenia zaburzeń depresyjnych u badanych osób.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Objęto nimi 105 pacjentów. Jako narzędzie badawcze wykorzystano Inwentarz Depresji Becka, który służy do oceny stopnia nasilenia objawów depresyjnych. Dodatkowo posłużono się skróconą wersją kwestionariusza oceniającego jakość życia – WHOQOL – BREFF.

Wyniki i wnioski. Badania potwierdziły, że wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową w okresie remisji stwierdza się wszystkie stopnie nasilenia depresji. Przygnębienie, rozpacz, lęk to negatywne emocje, które w znaczny sposób wpływają na jakość życia, relacje społeczne oraz zadowolenie z siebie.

Słowa kluczowe: jakość życia, depresja, stopień nasilenia depresji, dziedziny jakości życia

ABSTRACT

Quality of life in patients diagnosed with unipolar affective disorder in depression phase in remission

Introduction. Depression is one of the so-called affective disorders, i.e. diseases associated with the mood – manifested by: feelings of sadness, apathy, inability to experience pleasure and take pleasure in anything. Other important manifestations are inactivity, the loss of interests, reluctance to establish relationships with other people. Due to frequent persistence of depression symptoms there are changes in all areas of quality of life, which in turn hinders the process of psychiatric rehabilitation and maintenance of the status of remission.

Aim. The aim of this study was to assess the quality of life of patients diagnosed with unipolar affective disorder in depression phase in remission as well as the severity of depressive disorders in subjects.

Material and methods. Examinations were conducted at the Psychiatry Clinic for Adults in Cracow and included 105 patients. As the research tool a Beck Depression Inventory (BDI) was used which serves for the assessment of the severity of depression symptoms. In addition, the abridged version of the questionnaire assessing the quality of life – WHOQOL – BREFF was used.

Results and conclusions. Examinations confirmed that amongst patients with diagnosed unipolar affective disorders in the period of the remission, all degrees of severity of depression are stated. Depression, despair and fear are negative emotions which in the considerable way influence the quality of life, social relations and satisfaction.

Key words: quality of life, depression, degree of depression severity, fields of the quality of life

WPROWADZENIE

Objawy zespołów depresyjnych spotykane są w psychozie maniakalno-depresyjnej, w przebiegu schizofrenii i psychozach organicznych oraz symptomatycznych, a także w nerwicach i psychopatiach stanowią najważniejszą grupę zaburzeń psychicznych [1].

Od kilkunastu lat niemal we wszystkich rozwiniętych krajach Europy obserwuje się wyraźny i progresywny wzrost liczby osób z rozpoznaniem schorzeń omawianej grupy. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że zaburzenia afektywne stanowią jedną z głównych przyczyn hospitalizacji kobiet i mężczyzn po 50 roku życia. Według szacunkowych danych Lehmana, który porównywał wskaźniki hospitalizacji i wskaźniki epidemiologiczne rozpowszechnienia depresji, tylko jeden spośród 5 chorych na depresję korzysta z pomocy specjalistycznej i jedynie 1 chory spośród 20 dotkniętych depresją leczy się w szpitalu psychiatrycznym. Wzrost zachorowań na zaburzenia depresyjne związany jest przede wszystkim z trzema zjawiskami:

- wydłużeniem średniej długości życia (w krajach rozwiniętych o 10-20 lat, w krajach rozwijających się o 15-30 lat);
- istnieniem różnorodnych środowiskowych czynników patogennych, do których zalicza się m.in. duże migracje ludności, izolację, osamotnienie, brak poczucia bezpieczeństwa dużych grup społecznych, przemiany społeczno – polityczne, bezrobocie;
- rozpowszechnieniem związków chemicznych oddziałujących wpływem depresjogennym (w tym niektórych leków) [2].

O rozpoznaniu depresji zgodnie z klasyfikacją DSM-IV decyduje występowanie pięciu objawów z wymienionych w klasyfikacji, utrzymujących się w ciągu dwóch tygodni [3].

od ich nasilenia epizody depresji określa się jako łagodne, umiarkowane lub ciężkie. Czasem rozpoznanie depresji może nastręczać pewne trudności. Jest to spowodowane tym, że objawy zespołu depresyjnego nie zawsze mogą być tak jednoznaczne. Istniejące objawy psychopatologiczne często rozpatrywane są w odniesieniu do okoliczności życiowych, trudnych sytuacji i traktowane jako prawidłowe reakcje na obciążenia życiowe [4].

Proces chorobowy, bez względu na jego fazę czy nasilenie, wpływa na życie pacjenta, prowadząc najczęściej do jego dezorganizacji oraz ograniczeń w pełnieniu określonych ról i funkcji społecznych. Choroba może wywołać negatywne konsekwencje nie tylko w sferze somatycznej, ale także społecznej i emocjonalnej. Dowodzi to, że nie jest ona tylko sprawą zachwiania fizycznej integralności ludzkiego organizmu, lecz rozgrywa się na płaszczyznach psychicznego, społecznego i duchowego funkcjonowania [5]. Zburzenia depresyjne w znaczący sposób upośledzają to funkcjonowanie obniżając w dużym stopniu jakość życia. Choroba psychiczna często wiąże się z bólem i cierpieniem, powoduje zachwianie poczucia bezpieczeństwa, a dodatkowo, przedłużając się niekiedy hospitalizacja powoduje odosobnienie [6]. Zachowanie człowieka w chorobie wiąże się nierozzerwanie z jakością życia. W sytuacji, gdy pacjent przyjmuje postawę rezygnacji, jakość życia zmierza w kierunku negatywnym, dlatego w celu jej utrzymania

wskazane jest podejmowanie prób mobilizacji do walki z chorobą [7].

Badanie jakości życia w naukach medycznych wiąże się ściśle z modelem QOL, który charakteryzującego się trzema podstawowymi cechami:

1. Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i wymienia się co najmniej cztery wymiary do których należą: stan fizyczny, somatyczny, psychiczny, funkcjonowanie społeczne, niekiedy zalicza się tu także wymiar duchowy.
2. Jakość życia podlega subiektywnej ocenie jednostki i jest faktem ogólnie akceptowanym, że to sami pacjenci są najlepszymi sędziami własnej jakości życia.
3. Jakość życia nie jest bytem statecznym, zmienia się ona z upływem czasu, jest podatna na oddziaływania wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych [8].

Badania nad jakością życia w nauce i praktyce medycznej wiążą się ściśle z koncepcją medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta, to znaczy nie tylko za przedłużenie jego życia w sensie biologicznym, ale także zmaksymalizowanie wysiłków w celu uczynienia jego życia aktywnym i podobnym do tego, jakie jest charakterystyczne dla ludzi zdrowych [9].

CEL PRACY

Celem niniejszych badań była ocena poziomu jakości życia pacjentów, z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową w fazie depresji w okresie remisji oraz stopień nasilenia depresji u badanych osób.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania zostały przeprowadzone w okresie od lipca do października 2009 w grupie wśród 105 pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową w fazie depresji, leczących się w ambulatorium Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Przed rozpoczęciem badań pacjenci zostali poinformowani o celu przeprowadzonych badań, ich dobrowolności i anonimowości. Wszystkim osobom wyjaśniono sposób wypełniania obu kwestionariuszy.

W pracy posłużono się Inwentarzem Depresji Becka (Beck Depression Inventory - BDI), który ocenia stopień nasilenia zaburzeń depresyjnych, poniżej 9 punktów nie stwierdza się objawów depresji: 10–16 punktów – rozpoznaje się lekką depresję 17–29 punktów – depresję o średnim nasileniu, a w obszarze 30–63 punktów – depresję głęboką. Drugim narzędziem badawczym był Kwestionariusz HRQOL (Health Related Quality of Life), przeznaczonym do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno dla celów poznawczych, jak i klinicznych.

WYNIKI BADAŃ

W badaniu wzięły udział 63 kobiety (60%) oraz 42 mężczyzn (40%). Spośród badanych tylko 1 osoba (1%) miała poniżej 20 lat, 18 osób (17,1%) znajdowało się w przedziale pomiędzy 21 a 30 rokiem życia, 29 pacjentów (27,6%) było pomiędzy 31 a 40 roku życia, 28 pacjentów (26,7%) mieściło się w przedziale wiekowym między 41 a 50 rokiem życia, 29 badanych (27,6%) było w wieku powyżej 50 roku życia.

W zakresie wykształcenia grupa była zróżnicowana, 6 osób (5,7%) posiadało wykształcenie podstawowe, 23 osoby (21,9%) zasadnicze, 49 osób (46,7%) średnie, a 4 osoby (3,8%) wyższe licencjackie. Natomiast wyższe studia magisterskie ukończyło 23 pacjentów (21,9%). Cześć ankietowanych, 29 osób (27,6%) było stanu wolnego, 51 osób (48,6%) to osoby żonate lub zamężne, 8 pacjentów (7,6%) żyło w separacji, 9 osób (8,6%) było po rozwodzie, natomiast wdową lub wdowcem było 8 pacjentów (7,6%). Wśród wszystkich pacjentów poddanych badaniu 20 osób (19%) mieszkało na wsi, 22 osoby (21%) w mieście do 30 tys. mieszkańców, 31 osób (29,5%) w mieście do 100 tys. mieszkańców, natomiast 32 osoby (30,5%) w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców.

Badanie za pomocą Inwentarza Depresji Becka wykazało, że u 41,9% pacjentów (44 osoby) nie występują żadne objawy depresji, 18,1% pacjentów (19 osób) cierpi na lekką depresję, 22,9% pacjentów (24 osoby) cierpi na depresję o średnim nasileniu, natomiast 17,1% pacjentów (18 osób) choruje na depresję ciężką. W grupie kobiet spośród 63 badanych 43% (27 kobiet) nie przejawia żadnych objawów depresji, u 14% (9 kobiet) występuje lekka depresja, u 27% (17 kobiet) występuje depresja o średnim nasileniu, natomiast 16% (10 kobiet) cierpi na ciężką depresję. Badania przeprowadzone wśród mężczyzn wykazały, że 36% (15 mężczyzn) nie przejawia żadnych objawów depresji, 26% (11 mężczyzn) cierpi na depresję o lekkim nasileniu, natomiast jednakowa liczba mężczyzn 19% (8 mężczyzn) cierpi na depresję o średnim nasileniu lub na depresję głęboką. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy płcią badanych a poziomem depresji ($\chi^2 = 2,985$, $p=0,394$).

Z badań wynika, że wśród badanych mieszkańców mieszkających w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, najczęściej, bo 19 osób (59%) nie przejawia żadnych objawów depresji, wśród pacjentów mieszkających w mieście do 100 tys. mieszkańców 10 osób (32%) choruje na depresję o średnim nasileniu, a w grupie osób mieszkających w mieście do 30 tys. mieszkańców prawie połowa, bo 41% badanych cierpi na depresję o ciężkim nasileniu. Natomiast wśród badanych osób mieszkających na wsi przeważa depresja o nasileniu średnim (45%). Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy miejscem zamieszkania badanych z poziomem depresji ($\chi^2 = 21,778$, $p=0,010$).

Badania wykazały, że połowa pacjentów (50%) z wykształceniem podstawowym choruje na depresję o nasileniu średnim, natomiast pacjenci z wykształceniem zasadniczym, średnim, wyższym licencjackim oraz wyższym magisterskim nie wykazują żadnych objawów depresji. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy rodzajem wykształcenia badanych, a natężeniem zaburzeń depresyjnych. W ocenie związku między stanem cywilnym, a nasileniem zaburzeń depresyjnych stwierdzono, że najczęściej pacjentów pozostających w stanie wolnym (14 osób, 28%), żonaty lub zamężnych (20 osób, 40%) oraz żyjących w separacji (5 osób, 67%) nie przejawiało objawów depresji. U pacjentów rozwiedzionych i owdowiałych przeważała depresja o nasileniu średnim. Istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy stanem cywilnym badanych a poziomem depresji ($\chi^2 = 24,447$; $p=0,018$). Pacjenci owdowiali lub po rozwodzie

częściej przejawiali objawy depresyjne, niż pozostali pacjenci.

Badania wykazały, że najczęściej pacjentów (13 osób, 46%) w wieku powyżej 50 roku życia cierpi na depresję o nasileniu średnim. Wśród pacjentów do 50 lat przeważał brak zaburzeń depresyjnych. Stwierdzono istotny statystycznie związek między wiekiem badanych a poziomem depresji ($\chi^2 = 24,309$; $p=0,018$).

Badania w zakresie jakości życia wykazały, że najwyższy wskaźnik uzyskali pacjenci w dziedzinie środowiskowej. Średnia punktów w tej dziedzinie wynosiła 24,78, co stanowi 33,8%. Natomiast średnia punktów w dziedzinie fizycznej stanowiła 20,78 (28,3%). W dziedzinie psychologicznej pacjenci uzyskali 17,49 punktów (23,8%). Najniższy wskaźnik jakości życia pacjenci otrzymali w dziedzinie społecznej. Średnia punktów wynosiła 10,36 co stanowi 14,1% (tab. 1).

■ Tab. 1. Wskaźnik jakości życia badanych w poszczególnych dziedzinach

Dziedzina jakości życia	Wskaźnik jakości życia	Liczba w %
Dziedzina fizyczna	20,78	28,3
Dziedzina psychologiczna	17,49	23,8
Dziedzina społeczna	10,36	14,1
Dziedzina środowiskowa	24,78	33,8
Razem	73,41	100,0

Przeprowadzone badania wykazały, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni uzyskali najwyższy wskaźnik jakości życia w dziedzinie fizycznej. U kobiet średni wynik wynosił 25,28 natomiast u mężczyzn 24,02. Kobiety najniższy wskaźnik jakości życia uzyskały w dziedzinie społecznej, gdzie średnia wynosiła 10,57. Mężczyźni we wszystkich pozostałych dziedzinach posiadali wynik jednakowy, który wynosił 17,02.

Z badań wynika, że we wszystkich dziedzinach najwyższy wskaźnik jakości życia osiągnęły osoby żyjące w separacji. W dziedzinie fizycznej średni wynik wynosił 27,44; w dziedzinie psychologicznej 19,77; w dziedzinie społecznej 12,0; natomiast w dziedzinie środowiskowej 27,77. Najniższy wskaźnik w dziedzinie fizycznej mieli pacjenci żonaci lub osoby zamężne (średni wynik wynosił 17,70); natomiast osoby owdowiałe uzyskały najniższy wskaźnik zarówno w dziedzinie społecznej (8,62) jak i w dziedzinie środowiskowej (20,50).

Badania wykazały, że badani pacjenci w wieku poniżej 20 roku życia we wszystkich dziedzinach uzyskali najwyższy wskaźnik jakości życia. W dziedzinie fizycznej średni wynik wynosił 34,0; w psychologicznej 26,0; w społecznej 12,0; natomiast w dziedzinie środowiskowej 32,0. Najniższy wskaźnik, także we wszystkich dziedzinach uzyskali pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia. Odpowiednio w fizycznej średni wynik wynosił 20,62; w psychologicznej 13,75; w dziedzinie społecznej 9,25; natomiast w środowiskowej 21,71.

Przeprowadzono analizę wariancji, aby określić różnice międzygrupowe w zakresie poziomu jakości życia w poszczególnych dziedzinach, a nasileniem objawów depresyjnych (tab. 2). Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem depresji a jakością życia w każdej z badanych dziedzin (Fizyczna: $F_{3,85} = 7,939$; $p<0,001$; Psy-

■ Tab. 2. Analiza wariancji określająca różnice w zakresie poziomu jakości życia w poszczególnych dziedzinach w zestawieniu z nasileniem depresji badanych

	Stopnie	Fizyczna	Fizyczna	Psych	Psych	Spółeczna	Spółeczna	Środowiskowa	Środowiskowa
	Swobody	F	P	F	P	F	P	F	P
Depresja	3	7,939	0,000	8,420	0,000	6,072	0,001	4,210	0,008
Błąd	85								

chologiczna: $F_{3,85}=8,420$; $p<0,001$; Społeczna: $F_{3,85}=6,072$; $p=0,001$; Środowiskowa: $F_{3,85}=4,210$; $p=0,008$).

Najwyższy średni wynik w dziedzinie fizycznej uzyskali pacjenci bez objawów depresji, wynosił on 28,0. Najniższy natomiast osoby z głęboką depresją, którzy uzyskali średni wynik 23,5. Średni wynik pacjentów z depresją o nasileniu lekkim wyniósł 24,5, zaś pacjentów z depresją o nasileniu średnim 23,7. Najwyższy średni wynik w dziedzinie psychologicznej uzyskali pacjenci bez objawów depresji, wynosił on 21,0. Najniższy natomiast osoby z głęboką depresją, którzy uzyskali średni wynik 15,0. Średni wynik pacjentów z depresją o nasileniu lekkim to 18,7, zaś pacjentów z depresją o nasileniu średnim 17,7.

Najwyższy średni wynik w dziedzinie społecznej uzyskali pacjenci bez objawów depresji, wynosił on 11,2. Najniższy natomiast osoby z głęboką depresją, którzy uzyskali średni wynik 8,5. Średni wynik pacjentów z depresją o nasileniu lekkim to 9,5, zaś pacjentów z depresją o nasileniu średnim 10,5. Najwyższy średni wynik w dziedzinie środowiskowej uzyskali pacjenci bez objawów depresji, wynosił on 26,8. Najniższy natomiast osoby z głęboką depresją, którzy uzyskali średni wynik 22,9. Średni wynik pacjentów z depresją o nasileniu lekkim to 23,8, zaś pacjentów z depresją o nasileniu średnim 23,5 (tab. 2).

■ DYSKUSJA

Badania jakości życia w ostatnich latach zyskały na znaczeniu. Wraz z całościowym i interdyscyplinarnym spojrzeniem na sytuację osoby chorej, stały się nie tylko przejawem troski o dobro pacjenta, ale również wyrazem zaangażowania ludzi wielu zawodów zarówno medycznych jak i paramedycznych. Pojęcie jakości życia przeniknęło również do obowiązujących definicji zdrowia, gdzie z czasem stało się jej ważnym i zarazem niezbędnym elementem. Aktualnie jest ono uzupełnieniem oceny stanu zdrowia człowieka poprzez wprowadzenie do niej dodatkowego kryterium, jakim jest ocena jakości życia [5].

Na podstawie badań stwierdzono, że wśród wszystkich osób poddanych badaniu występują wszystkie stopnie nasilenia depresji. Aż 41,9% osób badanych nie przejawiało objawów zaburzeń depresyjnych, 18,1% cierpiało na depresję o nasileniu lekkim, 22,9% o nasileniu średnim, natomiast 17,1% badanych chorowało na depresję głęboką. Wykazano związek istotny statystycznie pomiędzy wiekiem, miejscem zamieszkania i stanem cywilnym badanych, a stopniem nasilenia depresji.

W zakresie oceny jakości życia udowodniono, że najwyższy poziom osiągnęli pacjenci bez objawów depresji, natomiast najniższy poziom osiągnęli chorzy na depresję głęboką. Ponadto stwierdzono istotny statystycznie związek poziomu depresji z ogólną jakością życia. Szczegółowe porównania wykazały, iż osoby bez depresji mają istotny sta-

tystycznie wyższy ogólny poziom jakości życia, niż osoby z każdym rodzajem nasilenia objawów depresji. Stwierdzono także, iż osoby z lekkim nasileniem objawów depresji mają wyższy ogólny poziom jakości życia niż osoby z głęboką depresją.

Stwierdzono także, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem badanych, a poziomem jakości życia. Wykazano, iż osoby powyżej 50 roku życia mają niższy ogólny poziom jakości życia niż osoby młodsze. Badania pokazują także, że osoby w tym przedziale wiekowym najczęściej chorują na zaburzenia depresyjne o nasileniu średnim.

Chorzy na zaburzenia afektywne jednobiegunowe najwyższy wskaźnik jakości życia osiągnęli w dziedzinie środowiskowej, do której zaliczały się takie podkategorie jak między innymi zasoby finansowe, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, dostępność do opieki zdrowotnej lub możliwość zdobywania nowych informacji, czy umiejętności. Poza tym stwierdzono istotny statystycznie związek poziomowi wykształcenia osób badanych z wyżej opisaną dziedziną środowiskową. Udowodniono, iż osoby z wykształceniem podstawowym mają istotnie niższy poziom wyników w środowiskowej dziedzinie jakości życia, niż osoby z wykształceniem średnim, wyższym magisterskim, oraz wyższym licencjackim, natomiast osoby o wykształceniu zawodowym osiągają niższe wyniki w tej dziedzinie niż osoby z wykształceniem wyższym magisterskim.

W niniejszej pracy próbowano także odpowiedzieć na pytanie, czy osoby cierpiące na depresję odczuwają satysfakcję z relacji społecznych. Z badań wynika, że jedynie 14,1% osób badanych odczuwa zadowolenie z relacji społecznych. Stwierdzono również związek istotny statystycznie pomiędzy stanem cywilnym pacjentów, a dziedziną społeczną jakości życia. Wykazano, iż osoby pozostające w separacji mają wyższy poziom jakości życia w dziedzinie społecznej, niż osoby owdowiałe. Przystosowanie społeczne pacjentów, którzy przeszli epizod depresji i w chwili badania byli w okresie remisji oceniał także Dobson [2006, za: Majkowicz i wsp., 2009], który udowodnił, iż pomimo wyjścia z choroby nadal u tych osób można było obserwować problemy w przystosowaniu społecznym, w zakresie kontaktów społecznych i sposobów spędzania wolnego czasu. Stwierdzono również, iż poziom społecznego przystosowania u chorych na depresję można przewidzieć na podstawie pewnych zmiennych klinicznych, nasilenia objawów depresyjnych, wieku i określonych cech osobowości [10].

Na podstawie przeprowadzonych badań można uznać, że najniższy wskaźnik jakości życia w dziedzinie społecznej posiadają badani pacjenci z wykształceniem średnim. Badania wykazały ponadto, iż pacjenci uzyskali należący do tej grupy najwyższy wskaźnik w dziedzinie fizycznej, w której zawierają się między innymi czynności dnia codziennego, ból, sen i wypoczynek oraz zdolność do

pracy, a także umiejętność zaspokajania własnych potrzeb. Oceną dziedziny fizycznej zajmowali się w swoich badaniach Hunt i McKenn [za: Majkowicz i wsp., 2009], którzy udowodnili, że pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi opisywali wpływ depresji na ich życie w terminach potrzeb (potrzeba towarzystwa, miłości, rozmowy, przyjemności, opiekania się sobą. Co więcej, pacjenci, którzy byli w okresie remisji, retro- spektywnie oceniali swoją sytuację w ten sposób, że w okresie choroby, jeśli mogli zaspokoić jakąś swoją potrzebę, to mieli przekonanie, że ich zdrowie się poprawia. Stąd pojawił się wniosek, że jakość życia jednostki wynika ze zdolności i możliwości człowieka do zaspokajania własnych potrzeb [10]. Ocena jakości życia zależy nie tylko od zdrowia, ale także od wielu innych elementów. Należy do nich zaliczyć wspomnianą wcześniej samodzielność w życiu, niezależność, relacje ze środowiskiem, osobiste wierzenia oraz poglądy. Proces chorobowy, bez względu na jego fazę czy nasilenie, wpływa na życie pacjenta, prowadząc najczęściej do jego dezorganizacji oraz ograniczeń w pełnieniu ról i funkcji społecznych, w konsekwencji do obniżenia poziomu i standardu życia [6]. Wyniki badań wskazują na konieczność poświęcenia czasu zagadnieniom wsparcia osób chorych na depresję.

WNIOSKI

1. Najwyższy poziom jakości życia osiągnęli pacjenci bez objawów depresji, gdzie średni wynik wyniósł 87, nato-

miast najniższy poziom osiągnęli chorzy na depresję głęboką z wynikiem 70.

2. Prawie połowa pacjentów (46%) w wieku powyżej 50 roku życia cierpi na depresję o nasileniu średnim.
3. Niewiele ponad 1/3 osób badanych najwyższy wskaźnik jakości życia osiągnęła w dziedzinie środowiskowej.
4. Pacjenci z wykształceniem średnim uzyskali najwyższy wskaźnik jakości życia w dziedzinie fizycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Kępiński A. Melancholia. Warszawa: PZWL; 1985.
2. Pużyński S. Leksykon psychiatrii. Warszawa: PZWL; 2001.
3. Dudek D, Zięba A. Biologiczne podłoże depresji. Depresja. Wiedzieć aby pomóc. Kraków: Wydawnictwo Medyczne; 2002.
4. Tomb DA. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 1998.
5. Rogóż M. Jakość życia w zaburzeniach afektywnych jedno i dwubiegunowych. Niepublikowana praca doktorska. Kraków: Katedra Psychiatrii CMUJ; 2006.
6. Bujok G, Tambarkiewicz M. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. Wiadomości Lekarskie. 2005; LVIII: 1-2.
7. Chrobak M. Ocena i pomiar jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych „Ad vocem”. 2009; 86: 20 – 23.
8. Wrońska J, Stępień R, Wiraszka G. Jakość życia w naukach medycznych. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2004; 1 (6): 5-8.
9. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdrowie Publiczne. 2011; 121 (1): 91-103.
10. Majkowicz M, Zdun-Ryżewska A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. Psychiatria w Praktyce Klinicznej. Wydawnictwo Via Medica. 2009; tom 2, nr 2: 100-114.

Praca przyjęta do druku: 07.09.2012

Praca zaakceptowana do druku: 22.09.2012