

Barbara Cieślík

Assessment of the quality of life of patients with mental disorders using general questionnaires

Ocena jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi za pomocą kwestionariuszy ogólnych

Department of Physiotherapy, Faculty of Health Science and Physical Education, Witelon Collegium State University, Legnica, Poland
Correspondence: Barbara Cieślík, Department of Physiotherapy, Faculty of Health Science and Physical Education, Witelon Collegium State University, ul. Sejmowa 5A, 59-220 Legnica, Poland, e-mail: basia_cies_86@wp.pl

Zakład Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej, Collegium Witelona Uczelnia Państwowa, Legnica, Polska
Adres do korespondencji: Barbara Cieślík, Zakład Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej, Collegium Witelona Uczelnia Państwowa, ul. Sejmowa 5A, 59-220 Legnica, e-mail: basia_cies_86@wp.pl

ORCID iD

Barbara Cieślík <https://orcid.org/0000-0001-9710-0304>

Abstract

The World Health Organization has estimated that 450 million individuals live with mental disorders worldwide. In the last few years, a growing interest in research on the quality of life in chronically ill people could be observed. Further research generates new concepts and specific tools to measure the quality of life. Quality of life can be assessed using both generic and specific questionnaires. This allows for obtaining a quantitative result, which can be compared with studies in other patient populations. Currently, there are a variety of tools and questionnaires measuring the quality of life in patients, considering its various determinants. The most popular tools include Euro Quality of Life Questionnaire, Short-Form Health Survey and the World Health Organization Quality of Life-BREF. World Health Organization defines Quality of Life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which the patients live and concerning their goals, expectations, standards and concerns. Quality of life is increasingly used for the characterisation of disease and estimation the therapeutic efficiency. Evaluation and planning of activities designed to improve and maintain the patient's quality of life require a holistic approach, taking into account psychological and medical aspects of the patient's life. Several studies have shown that in the case of individuals with mental disorders, such as schizophrenia, bipolar disorder, depression and anxiety disorders, the assessment of quality of life is not only possible, but also desirable and even necessary.

Keywords: quality of life, mental disorders, surveys and questionnaires, patients

Streszczenie

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że 450 milionów ludzi na świecie zmaga się z zaburzeniami psychicznymi. Równocześnie w ostatnich latach obserwuje się sukcesywny wzrost zainteresowania jakością życia pacjentów przewlekle chorych. Wraz z kolejnymi badaniami pojawiają się nowe definicje i specyficzne narzędzia do pomiaru jakości życia, którą można oceniać za pomocą kwestionariuszy ogólnych i specyficznych. Pozwala to na uzyskanie ilościowego wyniku, możliwego do porównywania z wynikami innych grup pacjentów. Obecnie dostępne są różnorodne narzędzia kwestionariuszowe, badające jakość życia chorych z uwzględnieniem różnych determinantów. Do najpopularniejszych należą: Euro Quality of Life Questionnaire, Short-Form Health Survey oraz kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia (BREF). Jakość życia, definiowana przez Światową Organizację Zdrowia jako indywidualny odbiór własnego miejsca w życiu w kontekście kulturowym oraz w relacji do własnych oczekiwań, celów i standardów, jest coraz częściej wykorzystywana do tworzenia charakterystyki choroby i szacowania skuteczności terapii. Ocena i planowanie działań ukierunkowanych na poprawę i zachowanie jakości życia pacjenta wymagają podejścia holistycznego, uwzględniającego zarówno psychologiczne, jak i medyczne aspekty funkcjonowania chorującego człowieka. Wyniki wielu badań naukowych dowodzą, iż w odniesieniu do osób chorych psychicznie ocena jakości życia jest nie tylko możliwa, ale wręcz pożądana lub niezbędna, jak w przypadku pacjentów ze schizofrenią, chorobą afektywną dwubiegunową, depresją i zaburzeniami lękowymi.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroby psychiczne, ankiety i kwestionariusze, pacjenci

INTRODUCTION

Persons with mental disorders face a double challenge as, in addition to disease symptoms, many of them are forced to deal with the social stigma of mental illness, manifested as negative stereotypes, prejudice and discrimination (Mayer *et al.*, 2022). Meanwhile, according to the data of the World Health Organization (WHO), severe mental illness (SMI) occurs in 4% of the adult population worldwide, affecting 4.2% and 4.4% of US and African population, respectively (Shumye *et al.*, 2021). Depression, the third leading cause of disability in 2015, affects 300 million people worldwide. It was estimated that the number of individuals diagnosed with depression increased by up to 18.4% between 2005 and 2015. Mortality among people with depressive disorders is twice as high as in the general population (Rymaszewska *et al.*, 2019). Depression is also increasingly diagnosed in young people, however, literature data indicate that the rates of depression among adolescents are comparable to those among adults (Adamiak *et al.*, 2004). According to WHO data, schizophrenia affects over 21 million people globally, with about 400,000 affected patients in Poland (Okroj, 2021). The risk of committing suicide by a person suffering from schizophrenia is very high, 20–50 times higher compared to the general population. Suicide occurs in 10–13% of patients and is the most common cause of death in the group of schizophrenic patients (Górna *et al.*, 2010). The risk of premature death is also higher due to somatic comorbidities (obesity, diabetes, cardiovascular diseases) and an unhealthy lifestyle, which reduce life expectancy of schizophrenic patients by 13–30 years (Battersby *et al.*, 2018; Martens *et al.*, 2021; Perez-Cruzado *et al.*, 2018).

Recent years have brought an increase in interest in research investigating the quality of life (QoL) in people with different types of disorders (Cieślak, 2022; Wnuk and Marcinkowski, 2013). According to the researchers, QoL measurement is organically inscribed in the medical approach focused on patients' needs and expectations. This approach seems justified, especially in psychiatry, where the doctor is naturally drawn into the world of the patient's experiences, and plays an important role in this world. It is the psychiatrist who convinces the patient that he or she is treated as a real, living person rather than an object of research and therapeutic manipulation dictated by predefined theoretical schemes. The plane of psychiatric observation is horizontal, i.e. both the observer and the observed look at and interact with each other (Ostrzyżek and Marcinkowski, 2014). If symptoms of mental disorders, such as auditory or visual hallucinations or paranoid thoughts, occur or intensify, the effects of treatment may be fully known only to the patient and are not always evident even for experienced psychiatrists. At the same time, there is a common view that psychiatric patients are not a reliable source of information about their own health. However, a growing number of studies have shown that these patients are in fact able

WPROWADZENIE

Osoby z zaburzeniami psychicznymi zmagają się z podwójnym problemem – oprócz objawów chorobowych wielu pacjentów musi radzić sobie ze społecznym piętnem choroby psychicznej, które przejawia się jako negatywne stereotypy, uprzedzenia i dyskryminacja (Mayer *et al.*, 2022). Tymczasem z danych Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) wynika, że ciężka choroba psychiczna (*severe mental illness*, SMI) występuje u 4% populacji dorosłych na całym świecie, 4,2% w USA i 4,4% w Afryce (Shumye *et al.*, 2021). Na depresję, która w 2015 roku była trzecią najczęstszą przyczyną niepełnosprawności, choruje 300 milionów ludzi na świecie. Zaobserwowano, że częstość rozpoznawania depresji wzrosła w latach 2005–2015 aż o 18,4%. Śmiertelność wśród osób z zaburzeniami depresyjnymi jest dwukrotnie wyższa niż w populacji ogólnej (Rymaszewska *et al.*, 2019). Coraz częściej stwierdza się depresję u osób młodych, dane z piśmiennictwa wskazują jednak, że odsetek depresji wśród młodzieży jest porównywalny z rozpowszechnieniem choroby wśród dorosłych (Adamiak *et al.*, 2004). Według danych WHO ponad 21 milionów ludzi na świecie zmagają się ze schizofrenią; w Polsce liczba pacjentów wynosi około 400 tysięcy (Okroj, 2021). Ryzyko popełnienia samobójstwa przez osobę cierpiącą na schizofrenię jest bardzo wysokie, 20–50 razy wyższe niż w populacji ogólnej. Do samobójstwa dochodzi u 10–13% chorych, stanowi ono najczęstszą przyczynę śmierci w grupie pacjentów ze schizofrenią (Górna *et al.*, 2010). Ryzyko przedwczesnej śmierci jest ponadto wyższe z powodu współwystępowania schorzeń somatycznych (otyłości, cukrzycy, chorób układu sercowo-naczyniowego) oraz niezdrowego trybu życia, co skraca życie chorych na schizofrenię o 13–30 lat (Battersby *et al.*, 2018; Martens *et al.*, 2021; Perez-Cruzado *et al.*, 2018).

Ostatnie lata przyniosły wzrost zainteresowania badaniami jakości życia (*quality of life*, QoL) osób z różnego typu schorzeniami (Cieślak, 2022; Wnuk i Marcinkowski, 2013). Zdaniem badaczy pomiar QoL jest organicznie wpisany w nurt medycyny skoncentrowanej na potrzebach i oczekiwaniach pacjenta. Podejście to wydaje się uzasadnione, szczególnie w psychiatrii, w której lekarz siłą rzeczy zostaje wciągnięty w świat przeżyć chorego i odgrywa w nim istotną rolę. Psychiatra przekonuje pacjenta, że jest on traktowany jak żywy, prawdziwy człowiek, a nie przedmiot manipulacji badawczych i terapeutycznych prowadzonych według wcześniej ułożonych schematów teoretycznych. Płaszczyzna obserwacji psychiatrycznej jest płaszczyzną poziomą – w jednakowej mierze patrzą i oddziałują na siebie obserwator i obserwowany (Ostrzyżek i Marcinkowski, 2014). W przypadku obecności albo nasilenia objawów zaburzeń psychicznych, takich jak halucynacje słuchowe lub wzrokowe czy myśli paranoidalne, efekty leczenia mogą być znane w pełni wyłącznie choremu i nie zawsze są widoczne nawet dla doświadczanych psychiatrów. Równocześnie dominuje pogląd, że pacjenci psychiatryczni nie stanowią

to report symptoms that are poorly noticeable for psychiatrists, as well as assess the personal importance of treatment outcomes (Revicki et al., 2014).

Modern mental health services are designed to help patients not only in symptom control, but also in coping with everyday life. In addition to psychiatric treatment, they often offer support in many areas of life, such as housing, employment, social benefits, meeting places and social activities. Such an approach makes improving QoL one of the main goals of treatment (Ådnanes et al., 2019). Effective therapy usually improves QoL, but it can also lead to its temporary deterioration due to adverse drug reactions and complications or the resulting limited activity. A patient who needs to maintain psychomotor performance, which is compromised by the medication used, which is in turn a contraindication to driving or practicing a profession, can be an example. In the described situation, it is more desirable, in the context of QoL, to use a drug that would not be associated with this limitation, but would have a similar effect on symptoms (Majkowicz and Zdun-Ryżewska, 2009).

So far, many definitions of QoL have been proposed, which results from some definitional difficulties (Klamka et al., 2006). The definition also depends on the field of science. In economic sciences, the level of QoL is determined by the income or production and trade activities of citizens. Social sciences link QoL with socio-demographic characteristics, social classes, employment rates, access to technology, functioning of social organisations, cultural institutions and government units, professional opportunities, religion, education and life expectancy (Gigantesco and Giuliani, 2011). Such an extensive concept of QoL is presented by Schalock and it relates to the conditions of functioning and individual and potential human growth in the following dimensions: emotional state, interpersonal relationships, financial status, personal development, physical state, autonomy, social integration and the rights of an individual. The elements distinguished by Schalock have a hierarchical and ordered structure, and the above concept is used in social and medical sciences (Kulik and Sądel, 2013). This paper focuses on the concept of QoL in medical science, where the general definition of QoL published by the WHO in 1994 is most widely used: "individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns". Furthermore, medical science authors often use the term "health-related quality of life" (HRQoL), introduced in 1990 by Shipper and defined as "the impact of the disease and its chronic treatment on the quality of life as perceived by the patient" (Cieślak, 2022; Ndikuno et al., 2016). HRQoL refers to the health of an individual and includes a subjective assessment of general well-being, broadly understood functioning as a result of the disease and treatment (Klamka et al., 2006). The aim of the paper is to characterise selected QoL assessment tools used in patients diagnosed with mental disorders and to cite examples of the use of these tools by healthcare

wiarygodnego źródła informacji na temat własnego stanu zdrowia. Jednak coraz liczniejsze badania dowodzą, że są oni w stanie zgłaszać objawy słabo widoczne dla psychiatrów, jak również oceniać osobiste znaczenie efektów leczenia (Revicki et al., 2014).

Nowoczesne usługi z zakresu zdrowia psychicznego mają pomagać pacjentom nie tylko w kontroli objawów, lecz także w radzeniu sobie z codziennym życiem. Oprócz leczenia psychiatrycznego często obejmują wsparcie w wielu sferach życia, takich jak mieszkanie, zatrudnienie, otrzymywanie świadczeń socjalnych, miejsca spotkań i zajęcia towarzyskie. Podejście to sprawia, że poprawa QoL staje się jednym z głównych celów leczenia (Ådnanes et al., 2019). Skuteczna terapia z reguły poprawia jakość życia, ale może też ją tymczasowo pogarszać z powodu niepożądanych działań leków i powikłań lub ograniczeń aktywności z nimi związanych. Jako przykład może tu posłużyć pacjent, który musi zachować sprawność psychomotoryczną, a przyjmowany lek ją pogarsza, co stanowi przeciwskazanie do prowadzenia pojazdu lub wykonywania zawodu. W opisanej sytuacji bardziej pożądane w kontekście QoL jest zastosowanie leku, z którym nie wiązałoby się to ograniczenie i który zarazem miałby podobny wpływ na objawy (Majkowicz i Zdun-Ryżewska, 2009).

Dotychczas powstało wiele definicji QoL, co wynika z pewnych trudności definicyjnych (Klamka et al., 2006). Kształt definicji zależy także od dziedziny nauki. W naukach ekonomicznych poziom QoL determinują dochody czy działalność produkcyjna i handlowa obywateli. W naukach społecznych QoL wiązana jest z cechami społeczno-demograficznymi, klasami społecznymi, wskaźnikami zatrudnienia, dostępem do technologii, funkcjonowaniem organizacji społecznych, instytucji kulturalnych i jednostek rządowych, możliwościami zawodowymi, religią, poziomem edukacji i oczekiwaną długością życia (Gigantesco i Giuliani, 2011). Tak obszerną koncepcję jakości życia przedstawia Schalock – dotyczy ona uwarunkowań funkcjonowania oraz indywidualnego i potencjalnego wzrostu człowieka w odniesieniu do następujących obszarów: stanu emocjonalnego, stosunków interpersonalnych, stanu materialnego, rozwoju osobistego, stanu fizycznego, autonomii, integracji społecznej i praw jednostki. Elementy wyróżnione przez Schalocka mają strukturę hierarchiczną i uporządkowaną, a powyższa koncepcja znajduje zastosowanie w naukach społecznych i medycznych (Kulik i Sądel, 2013).

Niniejsza praca skupia się na koncepcji QoL w naukach medycznych, w których najpowszechniej stosuje się ogólną definicję QoL podaną przez WHO w 1994 roku: „jakość życia to postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w jakich żyją, oraz w relacji do ich indywidualnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”. Ponadto w naukach medycznych autrzy często posługują się określeniem „QoL zależna od stanu zdrowia” (*health-related quality of life*, HRQoL), wprowadzonym w 1990 roku przez Shippera i wyjaśnianym jako „wpływ choroby i jej przewlekłego leczenia na jakość życia

professionals, including psychiatrists, nurses and physiotherapists. According to literature reviews, SF-36, WHOQoL-BREF and EQ-5D are the most common QoL tools used in medical science, including psychiatry (Cieślík and Podbielska, 2015; Majkowicz and Zdun-Ryżewska, 2009). The paper presents the results of research assessing QoL in patients with mental disorders published in the professional literature between 2016 and 2021.

QoL QUESTIONNAIRES USED IN PSYCHIATRY

Research on QoL represents the holistic approach to the patient. Both, objective and subjective aspects are considered in the assessment of QoL in medical science. Purely technical, objective physical examinations focus mainly on assessing treatment outcomes and the rates of complications. Subjective QoL assessment may be based on questions addressed directly to the patient, which relate to one's perceived health and satisfaction with life. Another way to measure the subjective QoL is to use a standardised questionnaire (Cieślík, 2022; Thomas et al., 2020).

Depending on the number of QoL dimensions assessed, three groups QoL questionnaires can be distinguished:

- 1. Generic questionnaires** are used to assess HRQoL in a wide spectrum, among both healthy individuals and those with various health problems. The possibility to compare QoL between groups is their main advantage, whereas their low sensitivity to changes resulting from treatment in a given group is a disadvantage. SF-36, WHOQoL-100, WHOQoL-BREF and EQ-5D, which will be described in detail later in the paper, are examples of generic questionnaires.
- 2. Specific questionnaires**, also known as detailed questionnaires, have a narrower application and target a specific group of patients, but are more sensitive to health changes. They can be classified as disease or treatment-specific tools (disease/treatment questionnaires), designed to assess HRQoL in individuals with a specific disease or to assess the impact of a specific group of medications on QoL, and disease group-specific (disease cluster), used for all patients within one group of pathologies. Specific tools used in patients with mental disorders include: Community Adjustment Form (CAF), Quality of Life Checklist (QLC), Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS), Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ), Lehman Quality of Life Interview (QOLI), Client Quality of Life Interview (CQLI), Quality of Life Self-Assessment Inventory (QLSAI), Quality of Life Index for Mental Health (QLI-MH), Quality of Life in Depression Scale (QLDS) and Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q).
- 3. Mixed questionnaires** contain some elements of the general questionnaire, but are designed for patients with a specific condition. Ad hoc questionnaires, prepared for the needs of a given clinical trial (trial-specific) and used

postrzeżoną przez pacjenta” (Cieślík, 2022; Ndikuno *et al.*, 2016). HRQoL odnosi się do zdrowia jednostki i obejmuje subiektywną ocenę ogólnego samopoczucia, szeroko rozumianego funkcjonowania będącego wynikiem choroby i leczenia (Klamka *et al.*, 2006).

Celem pracy są charakterystyka wybranych metod oceny jakości życia stosowanych u pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi oraz przytoczenie przykładów wykorzystania tych metod w praktyce pracowników służby zdrowia, wśród nich psychiatrów, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Jak wynika z przeglądów piśmiennictwa, kwestionariuszami do pomiaru QoL najczęściej stosowanymi w naukach medycznych, również w psychiatrii, są: SF-36, WHOQoL-BREF i EQ-5D (Cieślík i Podbielska, 2015; Majkowicz i Zdun-Ryżewska, 2009). W pracy przedstawiono wyniki badań dotyczące oceny QoL u osób z zaburzeniami psychicznymi opublikowane w literaturze fachowej w latach 2016–2021.

KWESTIONARIUSZE DO OCENY JAKOŚCI ŻYCIA W PSYCHIATRII

Badania nad QoL są wyrazem holistycznego podejścia do pacjenta. W naukach medycznych, analizując jakość życia, uwzględnia się dwa aspekty: obiektywny i subiektywny. Czysto techniczne obiektywne badania przedmiotowe skupiają się głównie na ocenie wpływu terapii na kontrolę objawów i częstości występowania powikłań. Subiektywna ocena QoL może zaś bazować na pytaniach skierowanych bezpośrednio do pacjenta, które odnoszą się do poczucia własnego zdrowia i satysfakcji z życia. Kolejnym sposobem pomiaru subiektywnej jakości życia jest użycie wystandaryzowanego kwestionariusza (Cieślík, 2022; Thomas *et al.*, 2020).

Kwestionariusze do oceny QoL dzieli się na trzy grupy, zwykle zależnie od liczby uwzględnionych wymiarów jakości życia:

- 1. Kwestionariusze ogólne** (*generic questionnaires*) służą do badania HRQoL w szerokim zakresie, są stosowane u osób zdrowych i z różnymi problemami zdrowotnymi. Główną zaletą jest tu możliwość porównywania QoL między grupami, a wadą – mała wrażliwość narzędzi na zmiany powodowane leczeniem w danej grupie. Przykładami kwestionariuszy ogólnych są SF-36, WHOQoL-100 i WHOQoL-BREF oraz EQ-5D, które zostaną dokładnie opisane w dalszej części artykułu.
- 2. Kwestionariusze specyficzne** (*specific questionnaires*), nazywane też szczegółowymi, mają węższe zastosowanie – dotyczą określonej grupy chorych, ale są bardziej wrażliwe na zmiany w stanie zdrowia. Dzieli się na narzędzia specyficzne dla choroby lub leczenia (*disease/treatment questionnaires*), przeznaczone do oceny HRQoL u osób z konkretnym schorzeniem albo do oceny wpływu określonej grupy leków na QoL, oraz specyficzne dla grupy chorób (*disease cluster*), używane w odniesieniu do wszystkich pacjentów w obrębie jednej grupy chorób.

only in this trial, are found in this group (Cieślak, 2022; Majkowicz and Zdun-Ryżewska, 2009).

The World Health Organization Quality of Life Questionnaire 100 (WHOQoL-100), developed by WHO experts in 1991, is used to assess individuals' (including healthy persons) perceptions of their position in life in the context disease and treatment. It covers six QoL domains: physical, psychological, level of independence, social relationships, environment, and spirituality/religion/personal beliefs. The questionnaire contains 100 items rated on a 5-point Likert scale. After conversion according to the algorithm provided in the manual, a score from 4 to 20 is obtained. A higher score indicates a higher overall QoL (Cieślak, 2022). WHOQoL-100 has a shorter version – **World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQoL-BREF)**, which consists of 26 questions assessing four dimensions: physical, psychological, social and environmental. WHOQoL-BREF also includes two questions analysed separately: question 1 concerns the individual's overall perception of quality of life, and question 2 – the individual's perception of their own health. The score ranges from 1 to 5, with a higher score indicating better QoL. The tool was adapted for Polish respondents by Wołowicka and Jaracz (Cieślak and Podbielska, 2015; Grassi et al., 2020; Wołowicka and Jaracz, 2001). The QoL assessment covers the last two weeks (Sagayadevan et al., 2019). WHOQoL-100 was used, for example, by Alves et al. (2016). The obtained results indicate that the lowest score in the study group was obtained in the "environment" domain. Patients with mental disorders and at risk of suicide attempts (MDRS group) scored lowest in environment, physical, and psychological domains. The lowest scores were obtained for the environment domain in the groups of individuals with mental disorders without the risk of suicide (MDWS group) and those without mental disorders and without the risk of suicide attempts (CO group). The lowest global QoL was found in the MDRS group. Ukpong and Ibigbami (2021) used WHOQoL-BREF to assess QoL among the caregivers of patients with schizophrenia and bipolar disorder. High caregiver burden was associated with deficits in all QoL domains. Caring for patients who worked protected the caregivers in the dimensions of social relations and environment. Being the patient's spouse showed a negative correlation with physical and psychological QoL domains. Similar results were obtained by Ndikuno et al. (2016), who showed that of 300 caregivers of patients with severe mental disorders, 172 (57.30%) had poor QoL, while 18 (42.70%) had good QoL. Shumye et al. (2021) assessed the QoL in outpatients with SMI. The analyses showed the mean QoL score below 45 in each domain (measured in the range of 0–100 using the WHOQoL-BREF). The level of social support, the age at disease onset, the duration of the disease, comorbidities, the lack of a partner and stigma were found to be factors related to the level of QoL. Górna et al. (2009) prospectively assessed the relationship between psychopathological symptoms and QoL in schizophrenic patients in the period of

Narzędziami specyficznymi wykorzystywanymi wśród osób z zaburzeniami psychicznymi są: Community Adjustment Form (CAF), Quality of Life Checklist (QLC), Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS), Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ), Lehman Quality of Life Interview (QOLI), Client Quality of Life Interview (CQLI), Quality of Life Self-Assessment Inventory (QLSAI), Quality of Life Index for Mental Health (QLI-MH), Quality of Life in Depression Scale (QLDS) czy Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q).

3. **Kwestionariusze mieszane** zawierają pewne elementy kwestionariusza ogólnego, ale są przeznaczone dla pacjentów z określonym schorzeniem. Zaliczyć tu można kwestionariusze *ad hoc*, przygotowywane na potrzeby danego badania klinicznego (*trial-specific*) i tylko w nim stosowane (Cieślak, 2022; Majkowicz i Zdun-Ryżewska, 2009).

Kwestionariusz World Health Organization Quality of Life Questionnaire 100 (WHOQoL-100), opracowany przez ekspertów WHO w 1991 roku, ocenia sytuację życiową osób chorych będącą konsekwencją choroby i leczenia oraz osób zdrowych. Badanych jest sześć obszarów QoL: fizyczne aspekty funkcjonowania, psychologiczne aspekty funkcjonowania, poziom niezależności, funkcjonowanie społeczne, sprzyjające środowisko, duchowe/religijne aspekty funkcjonowania. Ankieta zawiera 100 pozycji zaopatrzonej w 5-punktową skalę Likerta. Wyniki, po przeliczeniu zgodnie z przyjętym w instrukcji algorytmem, zawierają się między 4 a 20. Wyższy wynik wskazuje na wyższą ogólną QoL (Cieślak, 2022). Kwestionariusz WHOQoL-100 ma wersję skróconą – **World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQoL-BREF)**, która składa się z 26 pytań analizujących cztery dziedziny życia: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową. WHOQoL-BREF zawiera też dwa pytania analizowane oddzielnie: pytanie 1 dotyczy indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia, a pytanie 2 – indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja zawiera się w przedziale 1–5 i ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza QoL. Narzędzie zaadaptowały do warunków polskich Wołowicka i Jaracz (Cieślak i Podbielska, 2015; Grassi et al., 2020; Wołowicka i Jaracz, 2001). Ocena QoL obejmuje ostatnie dwa tygodnie (Sagayadevan et al., 2019). Kwestionariusza WHOQoL-100 użyli w swoich badaniach przykładowo Alves i wsp. (2016). Otrzymane wyniki wskazują, że w domenie „sprzyjające środowisko” uzyskano w badanej grupie najniższą ocenę. Wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i ryzykiem prób samobójczych (grupa MDRS) domeny o najniższych wynikach to sprzyjające środowisko, fizyczne aspekty funkcjonowania i psychologiczne aspekty funkcjonowania. W grupach osób z zaburzeniami psychicznymi bez ryzyka samobójstwa (grupa MDWS) oraz bez zaburzeń psychicznych i bez ryzyka prób samobójczych (grupa CO) domeną o najniższej punktacji okazało się sprzyjające środowisko. Najniższą globalną QoL cechowała się grupa MDRS. Ukpong i Ibigbami (2021) wykorzystali

4–6 years after first psychiatric hospitalisation. In the first follow-up one month after hospitalisation, the mean score on the Social Functioning Scale (SFS) was 103.4, and the mean subjective QoL scores were 3.3 for the overall QoL and 3.0 for the overall health assessment. During the observation period, there was a significant improvement in SFS, no significant changes in WHOQoL-BREF and a simultaneous increase in the severity of disease symptoms. Negative symptoms and depression/anxiety were found to have a particularly negative impact on QoL. The SFS correlation coefficients ranged from -0.61 to -0.76 for negative symptoms, and from -0.40 to -0.66 for depression/anxiety. The correlation coefficients between subjective QoL and negative symptoms ranged from -0.31 (environment) to -0.64 (physical domain), depending on the domain. Symptoms accounted for variance in both SFS and WHOQoL-BREF scores to a large extent.

Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) is a generic tool for assessing HRQoL, which can be used in people over 18 years of age, both healthy and with various medical conditions. Currently, the second version of the questionnaire is used, consisting of 36 questions in 11 categories, which allows for distinguishing 8 QoL dimensions: physical functioning (PF) with 10 items; role physical (RP) with 4 items; bodily pain (BP) with 2 items; general health (GH) with 5 items; vitality (VT) with 4 items; social functioning (SF) with 2 items; role emotional (RE) with 3 items; and mental health (MH) with 5 items. Additionally, health status is compared with the state from the previous year. The categories are combined into two summary domains: physical health (Physical Health Summary, PHS – mean of PF, RP, BP and GH) and mental health (Mental Health Summary, MHS – mean of VT, SF, RE and MH). The type of questions varies from a dichotomous (yes/no) to a 3-, 5- and 6-point Likert scale. The summed scores from all categories may range between 0 and 100; higher scores mean better quality of life. The questionnaire has a Polish language version made available by the Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated, and standards for the population of healthy individuals and persons with certain chronic diseases (norm-based scoring – NBS algorithm, based on the 1998 standards for the American population) (Cieślak and Podbielska, 2015). After using the NBS system without the need to refer to standards, it is known that a score of 50 (for all categories) is equal to the adopted standard, a score <50 is below the standard, and a score >50 is above the standard. The higher the score in individual dimensions and scales, the better the HRQoL (Turska and Skowron, 2009). Leng et al. (2019) used the questionnaire to assess QoL in caregivers of patients with mental disorders. The mean total QoL score was 68.3 out of 100. The self-reported QoL was better in the PHS domain (72.4) than in the MHS domain (65.0). For PHS, the mean score of PF was the highest (86.6), while the mean score of RP was the lowest (61.3). In MHS, the RE score (57.6) was found to be the lowest, while the mean

kwestionariusz skrócony WHOQoL-BREF do oceny QoL opiekunów osób ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegową. Wysoki poziom obciążenia opiekunów wiązał się z deficytami we wszystkich domenach QoL. Opieka nad chorymi, którzy pracowali, chroniła opiekunów w obszarach relacji społecznych i środowiska. Bycie jednocześnie współmałżonkiem pacjenta wykazywało ujemną korelację z dwiema domenami QoL: fizyczną i psychologiczną. Podobne rezultaty otrzymali Ndikuno i wsp. (2016), którzy wykazali, że spośród 300 opiekunów osób z ciężką chorobą psychiczną 172 (57,30%) miało niski poziom QoL, podczas gdy 18 (42,70%) – wysoki. Shumye i wsp. (2021) przeanalizowali jakość życia pacjentów z SMI poddanych ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej. Z analiz wynika, że średnia ocena QoL w każdej domenie wynosiła poniżej 45 punktów (pomiar w zakresie 0–100 przy użyciu WHOQoL-BREF). Czynniki związane z poziomem QoL okazały się poziom wsparcia społecznego, wiek, w którym nastąpił początek choroby, czas trwania choroby, obecność chorób współistniejących, brak partnera i piętno. Celem pracy Górnej i wsp. (2009) była analiza zależności między objawami psychopatologicznymi a QoL chorych na schizofrenię w ocenie prospektywnej w okresie 4–6 lat po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. W badaniu I, przeprowadzonym miesiąc po hospitalizacji, średni wynik w Skali Funkcjonowania Społecznego (SFS) wynosił 103,4 pkt, a średnie oceny subiektywnej jakości życia: dla ogólnej oceny QoL – 3,3 pkt, dla ogólnej oceny zdrowia – 3,0 pkt. W okresie obserwacji stwierdzono istotną poprawę w SFS, brak istotnych zmian w WHOQoL-BREF i jednoczesny wzrost nasilenia objawów chorobowych. Odnotowano szczególnie niekorzystny wpływ objawów negatywnych i depresji/lęku na QoL. Współczynniki korelacji SFS z objawami negatywnymi wynosiły od $-0,61$ do $-0,76$, a z depresją/lękiem – od $-0,40$ do $-0,66$. Współczynniki korelacji subiektywnej QoL z objawami negatywnymi to w zależności od dziedziny od $-0,31$ (środowisko) do $-0,64$ (dziedzina fizyczna). Objawy wyjaśniały znaczną część wariacji SFS i WHOQoL-BREF. **Kwestionariusz Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)** jest narzędziem ogólnym do pomiaru HRQoL i może być stosowany u osób powyżej 18. roku życia, zdrowych i z różnymi schorzeniami. Obecnie używa się drugiej wersji ankiety, złożonej z 36 pytań w 11 kategoriach, które pozwalają wyróżnić 8 aspektów jakości życia: funkcjonowanie fizyczne (*physical functioning*, PF) – 10 pozycji; ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (*role physical*, RP) – 4 pozycje; dolegliwości bólowe (*bodily pain*, BP) – 2 pozycje; ogólne poczucie zdrowia (*general health*, GH) – 5 pozycji; vitalność (*vitality*, VT) – 4 pozycje; funkcjonowanie społeczne (*social functioning*, SF) – 2 pozycje; ograniczenia w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (*role emotional*, RE) – 3 pozycje; poczucie zdrowia psychicznego (*mental health*, MH) – 5 pozycji. Dodatkowo stan zdrowia porównywany jest ze stanem sprzed roku. Kategorie są połączone w dwie zbiorcze domeny: zdrowie fizyczne (Physical

for the other three components was 67.5. Colillas-Malet et al. (2020) compared QoL in men and women with SMI. Women scored lower in the PHS domain (women – 44.6, men – 49.0; $p = 0.00$). Among women, better PHS scores were achieved by unmarried women (46.3), as well as those with higher education (51.7), professionally active (52.3) and without somatic diseases (49.9). In men, professional activity (52.2) and lack of somatic diseases (51.6) were also associated with a higher PHS score.

The Euro Quality of Life Questionnaire 5-Dimensional Classification (EQ-5D) is a generic tool for persons over the age of 12 years. It was created in 1987 by a multi-centre, interdisciplinary team of EuroQoL Group experts from Finland, the Netherlands, Great Britain and Sweden. It consists of two parts:

- Part I – descriptive system to assess HRQoL in the following dimensions:
 - mobility;
 - self-care (washing, getting dressed);
 - usual activities (work, household chores, academic activities, leisure activities, family);
 - pain/discomfort;
 - anxiety/depression.
- Part II – the EuroQoL Visual Analogue Scale (EQ-VAS), a 20-cm visual analogue scale for recording patient's self-rated health from 0 ("The worst health you can imagine") to 100 ("The best health you can imagine").

The questions refer to the day the patient completes the questionnaire. In each question, the respondent chooses one of three (EQ-5D-3L) or five (EQ-5D-5L) levels of perceived problems. It is recommended that the results be presented separately for each dimension. An example result might be as follows: 13213, which means that the patient chose answer 1 in the first question ("I have no problems with self-care"), and answer 3 in the second question ("I can't do usual activities"), etc. The obtained data are used to calculate a single value describing respondent's health condition (EQ-Index). The questionnaire has a Polish language version and standards for the Polish population, which were published in 2010, e.g. by the Department of Pharmacoeconomics, Medical University of Warsaw (Cieślak, 2021; Cieślak and Podbielska, 2015). Perez-Cruzado et al. (2018) used EQ-5D-3L to assess the relationship between QoL and physical fitness in patients with SMI. Significant correlations were found between QoL and balance ($r = 0.360$) and endurance ($r = 0.312$), as well as between upper limb strength and EQ-VAS level ($r = 0.306$). Petrovic Kitic and Jankovic (2018) used EQ-5D-5L and WHOQoL-BREF to assess QoL in schizophrenic patients. The multiple regression method showed that the EQ-5D scores were statistically significantly related to patient's sex ($B = -0.059 \pm 0.021$; $p = 0.006$) and the daily dose of medications taken ($B = -0.051 \pm 0.015$; $p = 0.001$). As for WHOQoL-BREF, significant correlations were found between the physical domain and disease duration (year of onset) ($B = -0.142 \pm 0.055$; $p = 0.011$) and the daily dose of

Health Summary, PHS – średnia z PF, RP, BP i GH) oraz zdrowie psychiczne (Mental Health Summary, MHS – średnia z VT, SF, RE i MH). Sposób udzielania odpowiedzi na poszczególne grupy pytań jest zróżnicowany: od dychotomicznego (tak/nie) po 3-, 5- i 6-stopniową skalę Likerta. Po przeliczeniu punktów ze wszystkich kategorii uzyskuje się wynik z przedziału 0–100 punktów; wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia. Kwestionariusz ma polską wersję językową, udostępnianą przez Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated, oraz normy dla populacji osób zdrowych i z określonymi schorzeniami przewlekłymi (algorytm NBS, *norm-based scoring*, opracowany na podstawie norm z 1998 roku dla populacji amerykańskiej) (Cieślak i Podbielska, 2015). Po zastosowaniu systemu NBS bez konieczności odwoływania się do norm wiadomo, że wynik 50 (dla wszystkich kategorii) oznacza wynik równy przyjętej normie, niższy niż 50 – poniżej normy, a wyższy niż 50 – powyżej normy. Im wyższa punktacja w poszczególnych kategoriach i skalach, tym lepsza ocena HRQoL (Turska i Skowron, 2009). W pracy Leng i wsp. (2019) użyto omawianego kwestionariusza do oceny QoL u opiekunów pacjentów z chorobą psychiczną. Średni całkowity wynik QoL wyniósł 68,3 na 100 punktów. Swoją jakość życia w domenie PHS badani postrzegali lepiej (72,4) niż w MHS (65,0). W przypadku PHS średni wynik PF był najwyższy (86,6), a średni wynik RP – najniższy (61,3). W MHS najniższy okazał się wynik RE (57,6), podczas gdy średnia dla pozostałych trzech składowych wyniosła 67,5. W pracy Colillas-Malet i wsp. (2020) porównano poziom QoL u mężczyzn i kobiet z SMI. Kobiety uzyskały niższe wyniki w domenie PHS (kobiety – 44,6, mężczyźni – 49,0; $p = 0,00$). Wśród kobiet lepsze wyniki w PHS uzyskiwały: panny (46,3), osoby z wyższym wykształceniem (51,7), aktywne zawodowo (52,3) i bez chorób somatycznych (49,9). U mężczyzn aktywność zawodowa (52,2) i brak chorób somatycznych (51,6) również wiązały się z wyższym wynikiem PHS. **Kwestionariusz Euro Quality of Life Questionnaire 5-Dimensional Classification (EQ-5D)** jest narzędziem ogólnym, które można stosować u osób powyżej 12. roku życia. Stworzony został w 1987 roku przez wielośrodkowy, interdyscyplinarny zespół ekspertów EuroQoL Group – naukowców z Finlandii, Holandii, Wielkiej Brytanii czy Szwecji. Składa się z dwóch części:

- Część I, opisowa, obejmuje ocenę HRQoL w następujących kategoriach:
 - zdolność poruszania się;
 - samoopieka (mycie się, ubieranie się);
 - zwykłe czynności (praca, obowiązki domowe, nauka, wypoczynek, rodzina);
 - ból i dyskomfort;
 - niepokój i przygnębienie.
- Część II (EuroQoL Visual Analogue Scale, EQ-VAS) to 20-centymetrowa wizualna skala analogowa, za pomocą której pacjent ocenia swój obecny stan zdrowia w skali od 0 (najgorszy wyobrażalny stan) do 100 (najlepszy wyobrażalny stan).

medications taken ($B = -2.335 \pm 0.787$; $p = 0.004$), between the psychological domain and sex ($B = -2.686 \pm 1.216$; $p = 0.029$), between the social domain and the level of education ($B = 3.109 \pm 1.289$; $p = 0.017$) and the number of antipsychotics taken ($B = -3.297 \pm 1.516$; $p = 0.031$), as well as between the environmental domain and the number of antipsychotic drugs taken ($B = -1.420 \pm 0.653$; $p = 0.031$). The authors concluded that the improvement of the QoL in schizophrenic patients staying in permanent-stay facilities will prevent unfavourable outcomes of psychiatric treatment.

Tab. 1 presents the scores obtained in individual QoL domains in the study groups of patients and caregivers.

CONCLUSIONS

The tools for assessing the subjective quality of life in patients with mental disorders are a valuable supplement to psychiatric diagnosis. The questionnaires described in this paper have well-documented psychometric properties for the Polish population. The Polish version of the WHOQoL-100 questionnaire was prepared by Krystyna Jaracz and Laura Wołowicka (Poznan University of Medical Sciences) in cooperation with Mary Kalfoss (Diakonova

Pytania odnoszą się do dnia, gdy pacjent wypełnia kwestionariusz. W każdym pytaniu badany wybiera jeden z trzech (EQ-5D-3L) lub pięciu (EQ-5D-5L) poziomów odpowiedzi. Zaleca się, aby wyniki przedstawiać dla każdej z kategorii oddzielnie. Przykładowy wynik może wyglądać następująco: 13213, co oznacza, że w pierwszym pytaniu pacjent zaznaczył odpowiedź 1 („Nie mam żadnych problemów z samoopieką”), w drugim – odpowiedź 3 („Nie mogę wykonywać moich zwykłych czynności”) itd. Na podstawie uzyskanych danych można wyliczyć pojedynczą wartość opisującą stan zdrowia badanego (EQ-Index). Kwestionariusz ma polską wersję językową i normy dla polskiej populacji, opublikowane w 2010 roku m.in. przez Zakład Farmakoekonomiki Uniwersytetu Warszawskiego (Cieślak, 2021; Cieślak i Podbielska, 2015). Perez-Cruzado i wsp. (2018) analizowali związek jakości życia ze sprawnością fizyczną u pacjentów z SMI za pomocą ankiety EQ-5D-3L. Stwierdzono istotne korelacje między QoL a równowagą ($r = 0,360$) i wytrzymałością ($r = 0,312$) oraz między siłą kończyny górnej a poziomem EQ-VAS ($r = 0,306$). Petrovic Kitic i Jankovic (2018) oceniali QoL chorych na schizofrenię z wykorzystaniem kwestionariuszy EQ-5D-5L i WHOQoL-BREF. Metodą regresji wielorakiej wykazano, iż wyniki EQ-5D były powiązane w sposób istotny statystycznie z pięcią

Author, date Autor i rok	Number of respondents (N) Liczba badanych (N)	Questionnaire used Użyty kwestionariusz	Physical Domena fizyczna ($\bar{x} \pm SD$)	Psychological Domena psychologiczna ($\bar{x} \pm SD$)	Social Domena społeczna ($\bar{x} \pm SD$)	Environment Domena środowiskowa ($\bar{x} \pm SD$)	Overall QoL/ EQ-Index Ogólna jakość życia/EQ-Index ($\bar{x} \pm SD$)	EQ-VAS ($\bar{x} \pm SD$)
Alves et al. (2016)	N = 605	WHOQoL-100	62.3 ± 17.8	63.7 ± 17.4	66.0 ± 17.6	53.5 ± 14.4	64.1 ± 20.7	
Ukpong and Ibigbami (2021)	N = 200 BPAD – n = 100 SZ – n = 100	WHOQoL-BREF	BPAD – 13.69 ± 1.43 SZ – 12.78 ± 1.80	BPAD – 13.52 ± 1.68 SZ – 12.84 ± 1.98	BPAD – 13.81 ± 3.36 SZ – 13.71 ± 2.79	BPAD – 13.10 ± 2.51 SZ – 12.58 ± 2.27	BPAD – 3.73 ± 1.01 SZ – 3.34 ± 0.76	
Ndikuno et al. (2016)	N = 300	WHOQoL-BREF	55.20 ± 15.90	55.97 ± 15.94	51.64 ± 21.08	50.9 ± 17.35		
Shumye et al. (2021)	N = 387	WHOQoL-BREF	41.3 ± 7.5	42.8 ± 8.2	38.9 ± 8.7	41.8 ± 6.5		
Górna et al. (2009)	N = 96	WHOQoL-BREF	14.3 ± 3.1*	12.8 ± 3.4*	12.8 ± 3.3*	13.5 ± 2.38*	3.2 ± 1.1*	
Leng et al. (2019)	N = 181	SF-36	72.4	65.0	na	na	68.3	
Colillas-Malet et al. (2020)	N = 223 F – n = 133 M – n = 90	SF-36	F – 44.6 M – 49.0	F – 36.4 M – 37.5				
Petrovic Kitic and Jankovic (2018)	N = 153	EQ-5D					0.86 ± 0.13	50.00 ± 100.00
		WHOQoL-BREF	37.30 ± 7.58	30.00 ± 6.99	82.37 ± 11.80	23.39 ± 5.04		
Perez-Cruzado et al. (2018)	N = 62 F – n = 25 M – n = 37	EQ-5D					F – 0.67 ± 0.22 M – 0.63 ± 0.20	F – 68.46 ± 18.88 M – 64.76 ± 18.44

BPAD – caregivers of patients with bipolar affective disorder; SZ – caregivers of patients with schizophrenia; F – females; M – males; na – not applicable.
 BPAD – opiekunowie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową; SZ – opiekunowie pacjentów ze schizofrenią; K – kobiety; M – mężczyźni.
 * Górna et al. (2009) reported scores on a 0–20 scale, other authors reported scores on a 0–100 scale.
 * W pracy Górnej i wsp. (2009) wyniki podano w skali 0–20 punktów, w pozostałych pracach – w skali 0–100 punktów.

Tab. 1. A summary of scores obtained in individual QoL domains in the cited research

Tab. 1. Zestawienie wartości uzyskanych w poszczególnych domenach jakości życia w cytowanych pracach

University College in Oslo). The obtained reliability and validity indicators are satisfactory, but the use of the tool is problematic due to the large number of questions and subscales, which affects the interpretation of the results. These inconveniences led to the development of a shorter version, WHOQoL-BREF, containing only 26 questions and assessing four QoL dimensions (physical, mental, social and environmental) on a 5-point Likert scale. Validation analysis of the Polish version of the questionnaire was conducted in the Poznań centre, confirming its good psychometric properties (Jaracz et al., 2001). Another advantage of the WHO questionnaires is that the Polish versions and the instructions for calculating and interpreting the scores are available on the WHO website. The questionnaires assess patient's self-reported QoL, which allows for detecting changes in QoL during treatment. The EQ-5D questionnaire also has good psychometric properties. The psychometric properties of EQ-5D-5L were assessed in a representative sample of the general adult Polish population ($N = 3,978$, age 18–87, 53.2% women). According to the authors, the analyses indicate better or at least comparable properties of the EQ-5D-5L version compared to EQ-5D-3L (Młyńczak and Golicki, 2021). The SF-36 questionnaire seems to be the most problematic. Although it has a Polish language version, which is distributed by the American agency Quality Metric Incorporated, the distributor does not disclose the procedure for translating the tool into Polish or its psychometric characteristics. Despite some reservations, it was verified whether the Polish version of SF-36v2 allows obtaining correct results in the Polish population. A total of 1,076 participants took part in the survey. The factor structure of the Polish version of the SF-36v2 differs from its original American version. However, the author of the validation decided to maintain the original subscales in order to be able to compare Polish SF-36v2 results with foreign data. Satisfactory indicators of the questionnaire's reliability and accuracy additionally support the above decision. Nevertheless, some caution should be exercised when interpreting the results obtained with the Polish version of the SF-36v2 (Żołnierczyk-Zreda, 2010).

In their literature review, Connell et al. (2012) indicated that a high QoL score in psychiatric patients is associated with well-being, control and autonomy, higher self-esteem, a sense of belonging, participation in pleasant and valuable activities, and a positive view of the future. On the other hand, low QoL is associated with stress, lack of control over disease symptoms and life, negative self-perception, stigmatization and rejection. Another meta-analysis was published by Giménez-Meseguer et al. (2020). It concerned the assessment of QoL in patients with drug-induced mental disorders. This study yielded important results on the health benefits of exercise in drug-dependent patients. It can be observed that aerobic exercise and combining aerobic and resistance exercise effectively improve the physical condition of addicts. The significant effect of exercise on QoL is one of the key important findings.

pacjentów ($B = -0,059 \pm 0,021$; $p = 0,006$) i dzienną dawką przyjmowanych leków ($B = -0,051 \pm 0,015$; $p = 0,001$). Z kolei w WHOQoL-BREF domena fizyczna okazała się istotnie związana z czasem trwania (rokiem wystąpienia) choroby ($B = -0,142 \pm 0,055$; $p = 0,011$) i dzienną dawką przyjmowanych leków ($B = -2,335 \pm 0,787$; $p = 0,004$), psychologiczna – z płcią ($B = -2,686 \pm 1,216$; $p = 0,029$), społeczna – z poziomem wykształcenia ($B = 3,109 \pm 1,289$; $p = 0,017$) i liczbą przyjmowanych leków przeciwpsychotycznych ($B = -3,297 \pm 1,516$; $p = 0,031$), środowiskowa zaś – z liczbą przyjmowanych leków przeciwpsychotycznych ($B = -1,420 \pm 0,653$; $p = 0,031$). Autorzy doszli do wniosku, że poprawa QoL osób chorujących na schizofrenię przebywających w placówkach stałego pobytu pozwoli zapobiegać niepomyślnym wynikom leczenia psychiatrycznego. W tab. 1 przedstawiono wartości uzyskane w poszczególnych domenach QoL w badanych grupach pacjentów i opiekunów.

PODSUMOWANIE

Metody kwestionariuszowe oceniające subiektywną jakość życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi stanowią cenne uzupełnienie diagnozy psychiatrycznej. Opisane wyżej narzędzia pomiarowe mają dobrze udokumentowane właściwości psychometryczne dla polskiej populacji. Polska wersja kwestionariusza WHOQoL-100 została przygotowana przez Krystynę Jaracz i Laurę Wołowicką z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu we współpracy z Mary Kalfoss z Diakonova University College w Oslo. Otrzymane wskaźniki rzetelności i trafności są zadowalające, jednak przeprowadzenie badania jest kłopotliwe ze względu na dużą liczbę pytań i podskal, co wpływa na interpretację wyników. Dostrzeżone niedogodności doprowadziły do opracowania wersji skróconej – WHOQoL-BREF, zawierającej tylko 26 pytań i oceniającej w 5-punktowej skali Likerta cztery obszary jakości życia człowieka: fizyczny, psychiczny, społeczny i środowiskowy. W ośrodku poznańskim dokonano analizy walidacyjnej polskiej wersji kwestionariusza i potwierdzono dobre własności psychometryczne (Jaracz et al., 2001). Zaletą kwestionariuszy WHO jest też to, że polskie wersje ankiet oraz instrukcja obliczania i interpretacji wyników są powszechnie dostępne na stronie internetowej WHO. Kwestionariusze oceniają indywidualną percepcję QoL pacjenta, dzięki czemu pozwalają wykrywać zmiany QoL podczas leczenia. Dobrymi właściwościami psychometrycznymi cechuje się także kwestionariusz EQ-5D. Badanie właściwości psychometrycznych EQ-5D-5L zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie dorosłej populacji ogólnej Polski ($N = 3978$, wiek 18–87 lat, 53,2% kobiet). Jak wnioskują autorzy, analizy wskazują na lepsze – a przynajmniej porównywalne – właściwości wersji EQ-5D-5L w stosunku do EQ-5D-3L (Młyńczak i Golicki, 2021). Najbardziej problematyczny wydaje się kwestionariusz SF-36. Ma on wprawdzie polską wersję językową, która jest rozpowszechniana przez amerykańską agencję Quality

Furthermore, physical exercise (aerobic exercises, aerobic exercises combined with resistance training, or other forms of activity: yoga or tai-chi) can be an effective way to improve stress, anxiety, depression, QoL and craving in patients with drug dependence. Therefore, it is recommended to implement exercise programs in rehabilitation centres to optimise the recovery process.

Scientific reports on QoL assessment in patients with mental disorders are still sparse. This issue requires further research, focusing on the concept and tools for measuring the quality of life in the discussed population.

Conflict of interest

The author does not declare any financial or personal links to other persons or organisations that could adversely affect the content of this publication or claim rights thereto.

References

- Adamiak G, Świętnicka E, Wołodźko-Makarska L et al.: Ocena jakości życia studentów medycyny w zależności od liczby i nasilenia stwierdzonych objawów depresyjnych. *Psychiatr Pol* 2004; 38: 631–638.
- Ádnanes M, Kalseth J, Ose SO et al.: Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. *Qual Life Res* 2019; 28: 713–724.
- Alves VDM, Francisco LCFDL, Belo FMP et al.: Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *Clinics* 2016; 71: 135–139.
- Battersby M, Kidd MR, Licinio J et al.: Improving cardiovascular health and quality of life in people with severe mental illness: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2018; 19: 366.
- Cieślík B: Kwestionariusz jako narzędzie pomiaru jakości życia w naukach medycznych i w naukach o zdrowiu. In: Pilarz ŁB (ed.): *Komórki, tkanki i narządy ludzkie – wybrane zagadnienia medyczne i prawne*. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2022: 162–172.
- Cieślík B, Podbielska H: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna* 2015; 21: 102–135.
- Colillas-Malet E, Prat G, Espelt A et al.: Gender differences in health-related quality of life in people with severe mental illness. *PLoS One* 2020; 15: e0229236.
- Connell J, Brazier J, O’Cathain A et al.: Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 138.
- Gigantesco A, Giuliani M: Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanita* 2011; 47: 363–372.
- Giménez-Meseguer J, Tortosa-Martínez J, Cortell-Tormo JM: The benefits of physical exercise on mental disorders and quality of life in substance use disorders patients. Systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 3680.
- Górna K, Jaracz K, Rybakowski J: Doświadczenie myśli samobójczych a jakość życia u chorych z pierwszym epizodem schizofrenii. *Psychiatr Psychol Klin* 2010; 10: 8–14.
- Górna K, Jaracz K, Rybakowski J: Zależność między objawami psychopatologicznymi a jakością życia chorych po pierwszym epizodzie schizofrenii. *Badania prospektywne. Psychiatr Psychol Klin* 2009; 9: 189–199.
- Grassi L, Caruso R, Da Ronch C et al.: Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study. *Health Qual Life Outcomes* 2020; 18: 61.
- Jaracz K, Wołowicka L, Kalfoss M: Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. In: Wołowicka L (ed.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001: 291–302.

Metric Incorporated, jednak dystrybutor nie ujawnia procedury translacji narzędzia na język polski ani charakterystyki psychometrycznej. Mimo zastrzeżeń sprawdzono, czy polska wersja SF-36v2 pozwala na uzyskiwanie poprawnych wyników w polskiej populacji. W badaniach wzięło udział 1076 osób. Struktura czynnikowa polskiej wersji SF-36v2 odbiega od wersji oryginalnej, amerykańskiej. Autorka walidacji zdecydowała się jednak na utrzymanie oryginalnych podskal ze względu na możliwość porównywania polskich wyników SF-36v2 z danymi zagranicznymi. Argumentem przemawiającym za powyższą decyzją są również satysfakcjonujące wskaźniki rzetelności i trafności kwestionariusza. Mimo to należy zachować pewną ostrożność przy interpretowaniu wyników uzyskanych za pomocą polskiej wersji SF-36v2 (Żołnierczyk-Zređa, 2010).

Przegląd piśmiennictwa wykonany przez Connell i wsp. (2012) wskazuje, że u pacjentów psychiatrycznych wysoka ocena QoL łączy się z dobrym samopoczuciem, kontrolą i autonomią, wyższą samooceną, poczuciem przynależności, uczestnictwem w przyjemnej i wartościowej aktywności oraz pozytywnym spojrzeniem na przyszłość. Natomiast niska QoL wiąże się z poczuciem stresu, braku kontroli nad objawami i życiem, negatywnym postrzeganiem siebie, stygmatyzacją i odrzuceniem. Kolejną metaanalizę opublikowali Giménez-Meseguer i wsp. (2020). Dotyczyła ona oceny QoL u osób z zaburzeniami psychicznymi wywołanymi przyjmowaniem narkotyków. Badanie to przyniosło istotne wyniki odnośnie do korzyści zdrowotnych z ćwiczeń fizycznych u pacjentów uzależnionych od narkotyków. Można zaobserwować, że ćwiczenia aerobowe oraz kombinacje ćwiczeń aerobowych i oporowych są skuteczne w poprawie warunków fizycznych u osób uzależnionych. Jednym z ważniejszych wyników badania jest istotny wpływ ćwiczeń na QoL. Dodatkowo ćwiczenia fizyczne (aerobowe, aerobowe połączone z siłowymi lub inne formy aktywności: joga czy tai-chi) mogą być skutecznym sposobem na poprawę w zakresie stresu, lęku, depresji, QoL i głodu u pacjentów uzależnionych od narkotyków. Dlatego zaleca się prowadzenie programów ćwiczeń fizycznych w ośrodkach rehabilitacyjnych w celu optymalizacji procesu zdrowienia. Doniesień naukowych dotyczących oceny QoL u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest nadal niewiele. Zagadnienie to wymaga dalszych prac, skupiających się na koncepcji i narzędziach pomiaru jakości życia w omawianej populacji.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

- Klamka A, Mazurowski K, Gezela M et al.: Czynniki związane z jakością życia pacjentów ze schizofrenią – badanie przy zastosowaniu skali SQLS. *Now Lek* 2006; 75: 564–567.
- Kulik A, Sądel E: Lęk i jakość życia jako determinanty poczucia beznadziejności u młodzieży. *Psychiatr Psychol Klin* 2013; 13: 83–91.
- Leng A, Xu C, Nicholas S et al.: Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: evidence from China. *Arch Psychiatr Nurs* 2019; 33: 23–29.
- Majkovic M, Zdun-Ryżewska A: Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatr Prakt Klin* 2009; 2: 100–114.
- Martens N, Destoop M, Dom G: Organization of community mental health services for persons with a severe mental illness and comorbid somatic conditions: a systematic review on somatic outcomes and health related quality of life. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 462.
- Mayer L, Corrigan PW, Eisheuer D et al.: Attitudes towards disclosing a mental illness: impact on quality of life and recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57: 363–374.
- Młyniczak K, Golicki D: Validity of the EQ-5D-5L questionnaire among the general population of Poland. *Qual Life Res* 2021; 30: 817–829.
- Ndikuno C, Namutebi M, Kuteesa J et al.: Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 400.
- Okroj A: Jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 6: 21–32.
- Ostrzyżek A, Marcinkowski JT: Jakość życia a doświadczenie schizofrenii. *Hygeia Public Health* 2014; 49: 679–684.
- Perez-Cruzado D, Cuesta-Vargas AI, Vera-Garcia E et al.: The relationship between quality of life and physical fitness in people with severe mental illness. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16: 82.
- Petrovic Kitic A, Jankovic S: Quality of life in institutionalized patients with schizophrenia. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18: 5–11.
- Revicki DA, Kleinman L, Cella D: A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci* 2014; 16: 127–135.
- Rymaszewska J, Urbańska K, Szcześniak D et al.: Krioterapia ogólnoustrojowa – obiecująca forma potencjalizacji leczenia zaburzeń depresyjnych. *Psychiatr Pol* 2019; 53: 1053–1067.
- Sagayadevan V, Jeyagurunathan A, Lau YW et al.: Cognitive insight and quality of life among psychiatric outpatients. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 201.
- Shumye S, Amare T, Derajew H et al.: Perceived quality of life and associated factors among patients with severe mental illness in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Psychology* 2021; 9: 152.
- Thomas T, Baker J, Massey D et al.: Stepped-wedge cluster randomised trial of social prescribing of forest therapy for quality of life and biopsychosocial wellbeing in community-living Australian adults with mental illness: protocol. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 9076.
- Turska W, Skowron A: Metodyka oceny jakości życia. *Farm Pol* 2009; 65: 572–580.
- Ukpong D, Ibigbami O: Correlates of quality of life in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder: a study from southwestern Nigeria. *Turk Psikiyatri Derg* 2021; 32: 26–32.
- Wnuk M, Marcinkowski JT: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health* 2013; 48: 274–278.
- Wołowicka L, Jaracz K: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. In: Wołowicka L (ed.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001: 231–238.
- Żołnierczyk-Zreda D: Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia. *Przeł Lek* 2010; 67: 1302–1307.