

ARTYKUŁY

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB Z CHOROBA PARKINSONA

Ligia Gozdek, Ilona Laskowska, Maciej Michałak, Edward J. Gorzelańczyk

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Bydgoszcz

Andrzej Stachowiak

Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej – Dom Sue Ryder
Bydgoszcz

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Summary. Problem of the quality of life is a goal of scientific research for instance in psychology. Mostly it is considered in connection with evaluation of state of health, the level of cognitive and physical functioning and general well-being. The quality of life is considered in context of illness, disability and limits in everyday life. The goal of this study was comparison of selected factors: depression, cognitive functioning, age, sex and duration of disease, education with quality of life in Parkinson's disease. Material and methods: 40 patients with Parkinson's disease took part in the study. Following methods were used: Mini Mental State Examination_ MMSE, Beck Depression Inventory – BDI and Parkinson's Disease Questionnaire – PDQ-39. Results: Obtained results showed that somatic problems, motor ability, activity of daily living, cognitive functioning and emotional state are among the most affected areas of life. Support from relatives and communication with the social environment were the least deteriorated. Significant correlation between depression and quality of life was observed. Conclusions: The results suggest that early recognition and proper treatment of depression may improve the quality of life and reduce some of the somatic disturbances.

Adres do korespondencji: Ilona Laskowska, Instytut Psychologii UKW, ul. Leopolda Staffa 1, 85-687 Bydgoszcz, e-mail: morfeusz@ukw.edu.pl

Wprowadzenie

Problem jakości życia budzi żywe zainteresowanie różnych dyscyplin nauki, np. filozofii, psychologii czy pedagogiki (Kowalik, 1994; Opara, 2003). Wynika to ze zmiany w podejściu do pacjenta, jego upodmiotowienia, a tym samym dostrzegania jego potrzeb, dążeń i oczekiwań (Żelazny i wsp., 2004). Jakość życia ma charakter wielowymiarowy, ujmowana może być obiektywnie oraz subiektywnie (de Walden-Gałuszko, 1993). Spośród różnych definicji jakości życia jedną z częściej używanych jest zaproponowana przez World Health Organization (WHO), według której jest to ocena stanu fizycznego, emocjonalnego, samodzielności, niezależności i relacji z otoczeniem, dokonana przez pacjenta (WHOQLQ Group, 1993). Jakość życia definiowana jest jako stan dobrego samopoczucia, który jest wynikiem radzenia sobie w życiu codziennym (również w sytuacji choroby) oraz satysfakcji ze swojego życia (Gotay i wsp., 1992). Jakość życia określa się również jako rozbieżność pomiędzy indywidualnymi oczekiwaniami a ich realizacją (Calman, 1984). Im mniejsza jest rozbieżność pomiędzy sytuacją oczekiwaną a sytuacją rzeczywistą, tym wyższa jest jakość życia. Według jednej z powszechnie przyjętych definicji jakość życia to sposób, w jaki człowiek odczuwa i reaguje na swój stan zdrowia (samopoczucie fizyczne, emocjonalne, intelektualne) i na inne pozamedyczne aspekty życia (praca, rodzina, przyjaciele) (Gill, Feinstein, 1994). Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (Heath Related Quality of Life – HRQL) jest obecnie szeroko stosowane (Berzon, 1997). Termin HRQL oznacza, że poczucie zdrowia jest jednym z podstawowych czynników dobrej jakości życia (Schipper, 1990).

Czynniki decydujące o jakości życia podczas choroby to: ból fizyczny, aktywność, relacje z rodziną, stan emocjonalny, stan duchowy, funkcjonowanie w społeczeństwie, sytuacja finansowa, orientacja w przyszłość (nadzieja), wygląd zewnętrzny, praca zawodowa (Cella, Tulsky, 1993). W zależności od rodzaju choroby, stopnia jej dolegliwości poszczególne czynniki, w różnym stopniu decydują o jakości życia chorego (Cella, Tulsky, 1993). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQL) dotyczy kondycji fizycznej, psychicznej, sytuacji społecznej oraz sprawności ruchowej chorego (Schipper, 1990). Nie sformułowano kryteriów ściśle określających, jak te czynniki są ze sobą wzajemnie powiązane (de Walden-Gałuszko, 1994). Jakość życia jest przedmiotem coraz większej ilości badań (Ware, Sherbourne, 1992), obejmujących swoim zasięgiem nie tylko choroby onkologiczne, ale również inne jednostki chorobowe (Bujok, Tombarkiewicz, 2005).

W badaniach jakości życia ocenia się głównie: funkcjonowanie fizyczne (np. nasilenie objawów bólowych), stan psychiczny (depresja, lęki, funkcje poznawcze) oraz aktywność (praca, spędzanie wolnego czasu, funkcjonowanie społeczne) (Żelazny i wsp., 2004). Ocenę jakości życia przeprowadza się zgodnie z ogólnie przyjętym schematem: najpierw określa się poszczególne obszary jakości życia, a więc fizyczny, psychiczny, społeczny i sprawnościowy, a następnie ogólną jakość życia. Brak jednak prostej zależności między jakością życia a takimi wskaźnikami, jak stan fizyczny czy sprawność ruchowa (Czapiński, 1992). Część osób mimo obiektywnie

stwierdzanego u nich złego stanu klinicznego i subiektywnie odczuwanego poczucia ciężkości choroby ocenia swoją jakość życia jako dobrą (Czapiński, 1992).

Do pomiaru jakości życia stosuje się metody uniwersalne, które wykorzystywane są do badania wszystkich osób niezależnie od choroby (np. Short Form Health Status Survey SF-36) oraz narzędzia przeznaczone do badania wybranych schorzeń, na przykład Parkinson's Disease Questionnaire – PDQ-39), Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire PDQL) (Peto i wsp., 1995; Boer i wsp., 1996; Jenkinson i wsp., 1998; Gliwicz i wsp., 2003). Ocenę jakości życia często łączy się z oceną funkcjonalną (Ujednoliconą Skala Oceny Choroby Parkinsona UPDRS, Hoehn-Yahr H-Y) (Hoehn, Yahr, 1967; Fahn, Elton, 1987), oceną depresji – skale: Becka (Beck i wsp., 1961), Montgomery-Asberg MADRS (Montgomery, Asberg, 1979) i oceną zaburzeń poznawczych (Mini Mental State Examination MMSE) (Folstein i wsp., 1975). Głównym celem dokonywania oceny jakości życia jest poznanie samopoczucia chorych i dokonanie ewaluacji efektywności opieki medycznej (Kiebert, 1997; de Walden-Gałuszko, 2000).

W niniejszej pracy podjęto problem jakości życia u osób z chorobą Parkinsona. Celem badań było dokonanie oceny związku wybranych czynników (depresja, poziom funkcjonowania poznawczego, wiek, płeć, czas trwania choroby, wykształcenie) z jakością życia u osób z chorobą Parkinsona oraz uzyskanie odpowiedzi na pytanie, które z obszarów jakości życia są najbardziej zaburzone. Parkinsonizm samoistny jest jedną z najczęstszych neurodegeneracyjnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (Friedman, 2004). Szacuje się, że w Polsce na tę chorobę cierpi około osiemdziesiąt tysięcy osób (Słowiński i wsp., 2003). Etiologia parkinsonizmu samoistnego jest nieznaną (Stern, 1989). Choroba Parkinsona ma przebieg przewlekły i postępujący. Pojawiające się objawy narastają powoli (Friedman, 2004). Zwłaszcza w zaawansowanym stadium choroba ta powoduje wiele ograniczeń i obniża jakość życia chorego (Manza, Mark, 1994). Głównymi objawami choroby Parkinsona są: drżenie spoczynkowe, spowolnienie psychoruchowe oraz sztywność mięśniowa (Friedman, 2004). Chociaż leczenie choroby Parkinsona ze względu na nieznaną etiologię jest jedynie objawowe, to przyczynia się ono do spowalniania procesu chorobowego, co w konsekwencji podwyższa poziom jakości życia (Kuran, 2002). W chorobie Parkinsona na jakość życia znacząco wpływają także objawy pozaruchowe, powodując często większe ograniczenia niż osiowe objawy choroby. Jednym z nich jest często współwystępująca z chorobą Parkinsona depresja (Sławek i wsp., 2003; Wichowicz i wsp., 2004). Występowanie depresji w tej chorobie koreluje dodatnio z szybszą progresją objawów neurologicznych, obniżeniem codziennej aktywności oraz jakości życia chorych (Starkstein i wsp., 1992). Największy wpływ na obniżenie poziomu jakości życia mają: upośledzenie codziennej aktywności, czas trwania choroby, występowanie depresji, dyskinezy, pogorszenie sytuacji ekonomicznej (Zach, Friedman, 2004). Stwierdzono, że poziom jakości życia u osób z chorobą Parkinsona nie zależy od płci, lecz od stopnia zaawansowania choroby (Gliwicz i wsp., 2003).

W przedstawianych badaniach podjęto próbę określenia, które z obszarów QL pogarszają się w chorobie Parkinsona. Skoncentrowano się też na zbadaniu związku

między depresją, poziomem funkcjonowania poznawczego, płcią, wiekiem zachorowania, wykształceniem i czasem trwania choroby i jakością życia osób z chorobą Parkinsona.

Metoda

Próba osób badanych. W badaniu uczestniczyło 40 osób (20 kobiet i 20 mężczyzn), członków Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych „Akson” w Bydgoszczy, z rozpoznaniem idiopatycznej choroby Parkinsona. Wiek osób badanych wynosił od 50 do 81 lat, średnia wieku 69,75 lat. Wiek zachorowania mieścił się w przedziale 39-75 lat – średnia 60,85 lat. Czas trwania choroby wahał się od 2 do 20 lat, średnio 8,9 lat. W grupie badanej wykształcenie podstawowe posiadało 5 osób, zawodowe 4 osoby, średnie 20 osób i wyższe 11 osób. Osoby badane zostały poinformowane o przebiegu badania oraz wyraziły zgodę na przetwarzanie i publikowanie uzyskanych wyników.

Pomiar. Do oceny funkcjonowania poznawczego użyto Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE). MMSE jest testem przesiewowym służącym wczesnemu wykrywaniu otępienia. Skala ta składa się z 10 podskal mierzących: orientację w czasie i przestrzeni, zapamiętywanie, sprawność werbalną, praktykę konstrukcyjną, umiejętność wykonywania złożonych poleceń (Folstein i wsp., 1975). Kryterium wyłączenia osoby z dalszej procedury badawczej było uzyskanie mniej niż 22 punktów. W celu oceny jakości życia badani wypełniali samodzielnie Kwestionariusz Jakości Życia w Chorobie Parkinsona (PDQ-39). Kwestionariusz ten składa się z 39 pytań i ocenia następujące sfery funkcjonowania: mobilność, czynności życia codziennego, stan emocjonalny, piętno choroby, oparcie w najbliższych, funkcjonowanie poznawcze, porozumiewanie się oraz dyskomfort somatyczny. Badany ma za zadanie ustosunkować się do 39 pytań, wybierając jedną z pięciu możliwych odpowiedzi: nigdy, rzadko, czasami, często, zawsze. Wyniki każdej ze skal mieszczą się w przedziale od 0 do 100 punktów, przy czym mała liczba punktów świadczy o dobrym poziomie funkcjonowania, a duża liczba punktów wskazuje na trudności w funkcjonowaniu (Peto i wsp., 1995). Ostatnim etapem badania była ocena stanu emocjonalnego. W tym celu badani wypełnili Skalę Depresji Becka (BDI). BDI jest skalą samoopisową, przydatną w wykrywaniu pierwszych objawów obniżenia nastroju. Jest szeroko stosowana w badaniach chorób przewlekłych. Składa się z 21 punktów ocenianych od 0-3. Przeprowadzenie wszystkich badań zajmowało od 40 do 60 minut. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr KB/ 432/ 2005.

Ze względu na brak rozkładu normalnego większości badanych zmiennych zastosowano analizę nieparametryczną.

Wyniki

Poziom jakości życia osób z chorobą Parkinsona

Wykazano, że do najbardziej zaburzonych obszarów jakości życia w badanej grupie należą: dyskomfort somatyczny, sprawność ruchowa, aktywność życia codziennego, funkcjonowanie poznawcze oraz stan emocjonalny. Najrzadziej zgłaszane trudności dotyczą obszaru wsparcia ze strony otoczenia oraz komunikowania się ze środowiskiem. Wnioski te sformułowano na podstawie wyników (tabela 1).

Tabela 1. Dane uzyskane w kwestionariuszu PDQ-39

Kwestionariusz PDQ-39	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Liczba badanych
Sprawność ruchowa	47,25	52,50	24,61	40
Aktywność życia codziennego	44,45	42,00	25,99	40
Stan emocjonalny	37,07	35,00	19,87	40
Poczucie napiętnowania	32,00	25,00	28,27	40
Wsparcie ze strony otoczenia	21,20	17,00	22,32	40
Funkcjonowanie poznawcze	39,15	37,00	17,96	40
Komunikowanie się	31,67	33,00	21,51	40
Dyskomfort somatyczny	52,07	54,00	17,92	40
Ogólna jakość życia (PDQ-39SI)	34,01	37,19	18,63	40

$\chi^2 = 59,92$; $p < 0,01$

W celu sprawdzenia czy istnieją istotne różnice pomiędzy poszczególnymi obszarami jakości życia zastosowano nieparametryczny test istotności Friedmana. Stwierdzono, że jakość życia nie jest jednorodna we wszystkich obszarach, a różnica ta jest istotna statystycznie ($\chi^2 = 59,92$, $p < 0,01$).

Depresja a jakość życia

W badanej grupie średni poziom nasilenia depresji był niski (13,47 pkt w BDI). Depresję stwierdzono u 27,5% chorych (18 pkt w BDI). W celu sprawdzenia istnienia zależności pomiędzy średnią ogólną jakością życia (PDQ-39SI) oraz poszczególnymi jej obszarami a depresją mierzoną skalą Becka, zastosowano współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Wyniki przedstawiono w tabeli 2. Wykazano istotną statystycznie, wysoką, dodatnią korelację pomiędzy depresją a PDQ-39SI ($r = 0,56$; $p = 0,0002$). Wykazano też istotne statystycznie korelacje depresji z poszczególnymi obszarami jakości życia. W badanej grupie depresja koreluje ze stanem emocjonalnym ($r = 0,59$; $p = 0,00006$), dyskomfortem somatycznym ($r = 0,46$; $p = 0,03$), aktywnością życia codziennego ($r = 0,33$; $p = 0,04$) oraz sprawnością ruchową ($r = 0,46$; $p = 0,04$). Wraz ze wzrostem poziomu depresji obniża się funkcjonowanie badanych chorych w tych obszarach.

Tabela 2. Związek jakości życia z depresją badaną Skalą Depresji Becka

Pary zmiennych	Współczynnik korelacji r_s Spearmana	Poziom istotności statystycznej
Depresja i PDQ-39SI	0,56	$p = 0,0002$
Depresja i Sprawność ruchowa	0,33	$p = 0,04$
Depresja i Aktywność życia codziennego	0,33	$p = 0,04$
Depresja i Stan emocjonalny	0,59	$p = 0,00006$
Depresja i Poczucie napiętnowania	0,26	n.i.
Depresja i Wsparcie otoczenia	0,27	n.i.
Depresja i Funkcjonowanie poznawcze	0,30	n.i.
Depresja i Komunikowanie się	0,23	n.i.
Depresja i Dyskomfort somatyczny	0,46	$p = 0,003$

Aby ocenić czy płeć ma związek z wynikami testu BDI zastosowano nieparametryczny test istotności *U* Manna Whitneya. Wykazano brak istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w wynikach testu BDI.

Wykształcenie również nie jest czynnikiem różnicującym badaną grupę (test Kruskala-Wallis).

Sprawdzono, czy wyniki skali Becka badanej grupy mają związek z wiekiem, wiekiem zachorowania i czasem trwania choroby. Zastosowano w tym celu współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Stwierdzono brak korelacji pomiędzy wynikami skali Becka a wyżej wymienionymi zmiennymi.

Poziom funkcjonowania poznawczego a jakość życia

Średni poziom funkcjonowania poznawczego badanej grupy wynosił 27,22 (mierzone testem MMSE). W celu weryfikacji istnienia zależności pomiędzy jakością życia a funkcjonowaniem poznawczym zastosowano współczynnik korelacji r_s Spearmana. Stwierdzono brak korelacji pomiędzy średnią ogólną jakością życia (PDQ-39SI) oraz poszczególnymi jej obszarami a funkcjonowaniem poznawczym. Zbadano, czy istnieje związek pomiędzy poziomem funkcjonowania poznawczego a wiekiem, wiekiem zachorowania i czasem trwania choroby w badanej grupie (tabela 3). W tym celu zastosowano współczynnik korelacji Spearmana. Wykazano ujemną przeciętną korelację pomiędzy poziomem funkcjonowania a wiekiem ($r = -0,48$; $p = 0,002$). Wykazano również związek funkcjonowania poznawczego z wiekiem zachorowania. Im późniejszy wiek zachorowania tym wyniki MMSE w badanej grupie były niższe ($r = -0,34$; $p = 0,03$). Nie stwierdzono związku pomiędzy czasem trwania choroby a poziomem funkcjonowania poznawczego.

Aby sprawdzić, czy istnieje związek pomiędzy poziomem funkcjonowania poznawczego a płcią zastosowano test U Manna Whitneya. Nie wykazano różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie funkcjonowania poznawczego.

W celu sprawdzenia wpływu wykształcenia na poziom funkcjonowania poznawczego zastosowano test Kruskala-Wallisa. Nie wykazano związku między wykształceniem a poziomem funkcji poznawczych.

Tabela 3. Związek poziomu funkcjonowania poznawczego ze zmiennymi niezależnymi ubocznymi

Pary zmiennych	Współczynnik korelacji r_s Spearmana	Poziom istotności statystycznej
Poziom funkcjonowania poznawczego i Wiek	-0,48	$p = 0,002$
Poziom funkcjonowania poznawczego i Wiek zachorowania	-0,34	$p = 0,03$
Poziom funkcjonowania poznawczego i Czas trwania choroby	-0,21	n.i.

Wiek a jakość życia

Celem określenia, czy średnia ogólna jakość życia i jej poszczególne obszary różnią się w zależności od wieku chorego, zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana. Wykazano brak istotnych korelacji pomiędzy powyższymi zmiennymi.

Wiek zachorowania a jakość życia

W celu oceny związku pomiędzy wiekiem zachorowania a jakością życia zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana. Wyniki przedstawiono w tabeli 4. Istnieje ujemna przeciętna korelacja pomiędzy wiekiem zachorowania a poczuciem napiętnowania ($r = -0,37$; $p = 0,02$). Im późniejszy wiek zachorowania, tym mniejsze poczucie napiętnowania u badanych osób.

Tabela 4. Związek poczucia napiętnowania z wiekiem zachorowania

Pary zmiennych	Współczynnik korelacji r_s Spearmana	Poziom istotności statystycznej
Wiek zachorowania i Poczucie napiętnowania	-0,37	$p = 0,02$

Czas trwania choroby a jakość życia

W celu oceny związku pomiędzy czasem trwania choroby a jakością życia wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Wykazano brak istotnych korelacji pomiędzy tymi zmiennymi.

Płeć a jakość życia

W celu określenia, czy istnieją różnice w poziomie jakości życia u kobiet i mężczyzn zastosowano test *U* Manna Whitneya. Wykazano brak istotnych różnic między kobietami i mężczyznami w średniej ogólnej jakości życia. Wykazano jedynie istotną różnicę dotyczącą komunikowania się ($z = 2,74$; $p = 0,007$). Stwierdzono, że mężczyźni komunikują się gorzej niż kobiety.

Wyszkolenie a jakość życia

W celu określenia, czy jakość życia badanych różni się w zależności od wykształcenia zastosowano test Kruskala-Wallisa. Stwierdzono, że nie ma związku pomiędzy wykształceniem a jakością życia.

Poszczególne obszary jakości życia a średnia ogólna jakość życia

W celu określenia, które z obszarów jakości życia najbardziej wpływają na średnią ogólną jakość życia w badanej grupie, zastosowano test korelacji Spearmana. Na podstawie analizy stwierdza się, że największy związek ze średnią ogólną jakością życia mają następujące obszary: poczucie napiętnowania ($r = 0,80$), aktywność życia codziennego ($r = 0,76$), sprawność ruchowa ($r = 0,74$) i stan emocjonalny ($r = 0,71$). Najstabszy związek wykazano z funkcjonowaniem poznawczym (0,32). Im gorsze funkcjonowanie badanych chorych w poszczególnych obszarach jakości życia, tym poziom średniej ogólnej jakości życia (PDQ-39SI) jest niższy.

Dyskusja

Zasadnicze problemy w funkcjonowaniu obejmują większość obszarów jakości życia. Obniżony ogólny poziom jakości życia mierzony PDQ-39 najbardziej wiąże się z dyskomfortem somatycznym i sprawnością ruchową. W mniejszym stopniu z aktywnością życia codziennego, funkcjonowaniem poznawczym i stanem emocjonalnym. Obszarem jakości życia najwyżżej ocenianym przez badanych jest wsparcie otrzymywane od rodziny i przyjaciół.

Głównym czynnikiem wpływającym na jakość życia badanej grupy jest depresja, którą stwierdzono u 27,5% chorych. Stwierdzona częstość występowania depresji jest niższa w porównaniu z wynikami badań uzyskanymi przez innych autorów, według których wynosi ona od 40 do 60% (Cummings, 1992; Brookes, Doder, 2001). Różnica ta może być wynikiem stosowania odmiennych narzędzi badających depresję. Stwierdzono, że osoby z bardziej nasiloną depresją mają niższy poziom QL. Gorzej funkcjonują również w poszczególnych obszarach jakości życia. Wyniki badań sugerują, że dla polepszenia jakości życia, ważne jest wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie depresji, co w efekcie może też sprzyjać zmniejszeniu niektórych objawów somatycznych. Związek depresji z pogarszaniem się jakości życia wykazały również inne badania (Findley, 1999; Schrag i wsp., 2000; Sławek i wsp., 2003; Sławek i wsp., 2005).

Wyniki badań nie potwierdziły związku poziomu funkcjonowania poznawczego z jakością życia, jaki wykazali inni badacze (Schrag i wsp., 2000; Sławek i wsp., 2005). Może to być konsekwencją doboru do grupy badanej osób jedynie z lekkim otępieniem i bez otępienia (22 pkt w MMSE). W badanej grupie osób stwierdzono zależność pomiędzy wiekiem a wynikami MMSE. Im starsze były osoby badane, tym niższe wyniki uzyskiwały w tym teście.

Nie zachodzi związek pomiędzy wykształceniem i płcią a średnim ogólnym poziomem jakości życia. Wykazano jedynie, że kobiety lepiej komunikują się w porównaniu do mężczyzn. Brak zależności płci i poziomu QL potwierdzają też wyniki innych badań (Schrag i wsp., 2000).

Wnioski

1. Badania wykazały, że do najbardziej zaburzonych obszarów jakości życia należą: dyskomfort somatyczny i aktywność ruchowa.
2. Stopień nasilenia depresji obniża poczucie jakości życia u osób z chorobą Parkinsona. Depresja wpływa na subiektywną ocenę poszczególnych sfer jakości życia: mobilność, czynności życia codziennego, stan emocjonalny, piętno choroby, oparcie w najbliższych, funkcjonowanie poznawcze, porozumiewanie się oraz dyskomfort somatyczny.
3. W badaniach nie wykazano korelacji pomiędzy średnią ogólną jakością życia (PDQ-39SI) oraz poszczególnymi jej obszarami a funkcjonowaniem poznawczym.
4. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy wiekiem osoby badanej a subiektywnym poczuciem jakości życia. Ponadto, im późniejszy jest wiek zachorowania, tym mniejsze poczucie napiętnowania chorobą występuje u badanych osób. Podobnie na jakość życia nie wywierały wpływu następujące zmienne: wykształcenie i czas trwania choroby. Choć globalnie płeć nie jest czynnikiem różnicującym poczucie jakości życia, wykazano, że kobiety lepiej w porównaniu do mężczyzn radzą sobie z komunikacją z otoczeniem.

Literatura cytowana

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. Erdaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berzon, R. (1997). Dostosowanie kwestionariusza oceny zdrowotnej do międzynarodowych badań. W: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 37-42). Warszawa: Gimpo.
- Brooks, D. J., Doder, M. (2001). Depression in Parkinson's disease. *Current Opinion in Neurology*, 14 (4), 465-470.
- Bujok, G., Tombarkiewicz, M. (2005). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. *Wiadomości Lekarskie*, 58, (1-2), 67-70.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.
- Cummings, J. L. (1992). Depression and Parkinson disease: a review. *American Journal of Psychiatry*, 149, 443-454.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Academos.
- De Boer, A. G. E. M., Wijker, W., Speelman, J. D., de Haes J. C. J. M. (1996). Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 61, 70-74.

- De Walden-Gałuszko, K. (1993). Wykorzystywanie badań jakości życia w psychiatrii. *Pamiętnik VII Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego*, Jurata.
- De Walden-Gałuszko, K. (1994). Jakość życia – rozważania ogólne. W: K. De Walden-Gałuszko, M. Majkowicz (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 13-38). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Fahn, S., Elton, R. L. (1987) Members of the updrs development committee Unified Parkinson's disease rating scale. W: S. Fahn, C. D. Marsden, D. B. Calne (red.) *Recent developments in Parkinson's disease* (s. 153-156). Florham Park, NJ: Mac Millan Healthcare Information.
- Findley, L. J. (1999). Quality of life in Parkinson's disease. *International Journal of Clinical Practice*, 53 (5), 404-405.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., Mc Hugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Friedman, A. (2004). Choroba Parkinsona: wczesne rozpoznanie i leczenie w okresie początkowym. *Neurologia Praktyczna*, 5, (20), 390-393.
- Gill, T. M., Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the Quality of life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272, 619-626.
- Głiwicz, D., Kaczorowska, M., Lewińska, M., Kołodziejczyk, A., Ortyński, O., Pakszys, W. (2003). Ocena jakości życia chorych o różnym przebiegu i postaciach choroby Parkinsona. *Aktualności Neurologiczne*, 1, 76.
- Gotay, C., Mc Cabe, M. S., Moor, T. D. (1992). Quality of life assessment in cancer treatment protocols; research issues in protocol development. *Journal of the National Cancer Institute*, 8, 575-579.
- Hoehn, M. M., Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*, 17, 427-442.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V. (1998). *The Parkinson's Disease Questionnaire. User manual for the PDQ-39, PDQ-8, and PDQ Summary Index*. HSRU.
- Kiebert, M. G. (1997). Jakość życia jako rezultat badań klinicznych w onkologii. W: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 43-57). Wyd. Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie.
- Kowalik, S. (1994). Temporalne uwarunkowania jakości życia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia* (s. 41-52). Poznań-Częstochowa: Gemini.
- Kuran, W. (2002). *Żyję z chorobą Parkinsona*. Warszawa: PZWL.
- Manza, M. A., Mark, M. H. (1994). Parkinson's disease and depression: The relationship to disability and personalisty. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 6, 165-169.
- Montgomery, S. A., Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

- Opara, J. (2003). Aktualne możliwości oceny jakości życia u chorych z chorobą Parkinsona. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 5, 241-250.
- Peto, V., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Greenhall, R., (1995). The development and validation of a measure of functioning and well being for individuals with Parkinson's disease. *Quality Of Life Research*, 4, 241-248.
- Schipper, H., Clinch, J., Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. W: B. Spilker (red.) *Quality of life Assessments in Clinical Trials* (s. 11-24). New York: Raven Press.
- Schrag, A., Jahanshahi, M., Quinn, N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Neurosurgery and Psychiatry*, 69, 308-312.
- Sławek, J., Derejko, M., Lass, P. (2003). Depresja w chorobie Parkinsona. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 37 (2), 351-364.
- Sławek, J., Derejko, M., Lass, P. (2005). Factors affecting the quality of life of patients with idiopathic Parkinson's disease-a cross-sectional study In an outpatient clinic attendens. *Parkinsonism and Related Disorders*, XX, 1-4.
- Słowiński, J., Wharen, R., Uitti, R., Wszolek, Z., Krygowska-Wajs, A., Mrówka, R. (2003). Współczesne leczenie choroby Parkinsona. Część II: Leczenie chirurgiczne. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 37 (3), 677-686.
- Starkstein, S. E., Mayberg, H. S., Leiguarda, R., Preziosi, T. J., Robinson, R. G. (1992). A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline, and physical impairments in patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 55, 377-382.
- Stern, G. (1989). Did Parkinsinism occur before 1817? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-783.
- WHOQLQ Group. (1993). Study protocol for the Word Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. *Quality Of Life Research*, 2, 153-159.
- Wichowicz, H., Sławek, J., Derejko, M. (2004). Choroba Parkinsona i depresja – współwystępowanie, objawy, przyczyny, implikacje kliniczne. *Przegląd Lekarski*, 61 (12), 1378-1382.
- Zach, M., Friedman, A., Sławek, J., Derejko, M. (2004). Quality of life in Polish patients with long – lasting Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 19 (6), 667-672.
- Żelazny, I., Nowicki, R., Majkowicz, M., Samet, A. (2004). Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik Lekarza*, 9, 60-65.