

Jakość życia w chorobach przewlekłych

Quality of life in chronic diseases

MARCIN WNUK, JERZY T. MARCINKOWSKI

Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W ostatnim czasie obserwuje się sukcesywny wzrost zainteresowania jakością życia pacjentów przewlekle chorych. Wraz z ilością badań pojawiają się nowe definicje tego pojęcia oraz specyficzne narzędzia do jej mierzenia. Przegląd literatury wskazuje na obniżenie jakości życia pacjentów przewlekle chorych, a w szczególności pacjentów psychiatrycznych, onkologicznych oraz uzależnionych od alkoholu. Osoby uzależnione od alkoholu uczęszczające na mityngi grup samopomocy mają szansę na poprawę swojej jakości życia nawet do poziomu ludzi zdrowych.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroby przewlekłe, pacjenci

In the last few years we can observe a growing body of research regarding the quality of life in chronically ill people. The quantity of research is positively related to creating new concepts and specific tools to measure it. The review of literature indicates a lower quality of life in chronically ill people, especially the psychiatric, oncologic and alcohol-dependent patients. Alcoholics participating in a self-help group have a chance to improve their quality of life even to level of the healthy population.

Key words: quality of life, chronic illness, patients

© Hygeia Public Health 2013, 48(3): 274-278

www.h-ph.pl

Nadesłano: 24.05.2013

Zakwalifikowano do druku: 12.07.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Marcin Wnuk

ul. Ananasowa 27, 60-685 Skórzewo

tel. 664934268, e-mail: marwnuk@wp.pl

Wprowadzenie – specyfika badań nad jakością życia w naukach medycznych

Ostatnie lata przyniosły wzrost zainteresowania jakością życia chorych z różnego typu schorzeniami. Chory somatycznie jest człowiekiem cierpiącym, znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji, która zagraża ważnym personalnie wartościom, poczuciu bezpieczeństwa, a czasem nawet życiu pacjenta [1]. Najczęstszą reakcją na sytuację chorobową jest lęk: przed śmiercią, przed przyszłością, przed nowymi myślami, itp., przy czym również chory posiada takie same potrzeby, jakie zdrowy człowiek, o czym nie zawsze pamięta lekarz czy rodzina. Choroba wywołuje też potrzebę ustosunkowania się do niej, stymuluje do refleksji nad jej znaczeniem dla własnego życia [2]. Traktowana jako wydarzenie stresogenne, wymusza na chorym zastosowanie strategii zaradczych. Ocena pierwotna choroby, w postaci krzywdy lub zagrożenia, może prowadzić do pojawienia się negatywnych emocji w postaci smutku, gniewu, żalu, złości, strachu, lęku czy martwienia się [3]. Istnienie tego typu przewlekłych stanów sprzyja bierności i uzależnieniu się od innych oraz „ucieczce” w inwalidztwo i nadużywanie leków lub alkoholu [4]. Początkowo jakość życia uwzględniano w ocenie medycznych i pozamedycznych

efektów opieki zdrowotnej i interwencji lekarskich w takich dziedzinach, jak onkologia, interna, reumatologia, geriatryka, a z czasem po stworzeniu odpowiednich narzędzi badawczych również psychiatryka [5].

Liczne badania potwierdzają istnienie związków pomiędzy wskaźnikami jakości życia a wskaźnikami stanu zdrowia, charakterem choroby, jej fazami, stosowanymi metodami leczenia, rehabilitacji i istniejącymi systemami wsparcia społecznego. Tworzenie narzędzi badawczych i ich rozwój wynikają głównie z przyjętych przez autorów różnych definicji jakości życia [6]. Nie istnieje do tej pory żaden standard czy złoty środek dotyczący definiowania i sposobu pomiaru jakości życia w naukach medycznych. Stosowanie tego samego pojęcia, jakim jest jakość życia, bez uwzględnienia jego wieloznaczności wydaje się być błędem, ponieważ z jednej strony utrudnia, a nawet praktycznie uniemożliwia porównywanie wyników, a z drugiej zmniejsza ich wartość poznawczą i praktyczną [7]. Lekarzy lub innych specjalistów zaangażowanych w proces leczenia interesuje najbardziej narzędzie pomiaru psychologicznych właściwości pacjenta, które ulega modyfikacji pod wpływem zmian w sferze somatycznej, a jakością życia jest nazywane wszystko, co nie ma natury bio-

logicznej [2]. Zatem ogół tego, co ma psychologiczny charakter może zostać zaliczony w poczet jakości życia, jeśli dany parametr psychologiczny będzie ulegał zmianie w zależności od stanu zdrowia pacjenta. Celem takich działań jest stworzenie jak najbardziej syntetycznego i globalnego wskaźnika, określającego pozabiologiczny poziom funkcjonowania pacjenta, który ma wiarygodnie informować o somatycznym stanie organizmu człowieka bez uwzględniania, czy elementy go konstytuujące są jednorodne i jaki rodzaj związku występuje pomiędzy nimi. Tego typu zabiegi prowadzą do paradoksalnej sytuacji, w której to, co miało być celem pomiaru, czyli poprawa jakości życia ludzi chorych, stało się środkiem do realizacji zupełnie innego celu – doskonalenia funkcjonowania służby zdrowia [8].

Coraz częściej ze względu na poszczególne grupy jednostek chorobowych stawiane są partykularne cele i tworzone odrębne narzędzia pomiaru, jak również różne koncepcje jakości życia. W chorobach układu krążenia badania nad „jakością życia” są zorientowane [9] na określenie: konsekwencji, jakie różnego typu choroby układu krążenia wywołują w jakości życia chorych, wpływu fizycznej niepełnosprawności na zmiany w jakości życia, indywidualnych reakcji na zaburzenia spowodowane chorobami serca, oceny działań celowościowych (rehabilitacja) dla przeciwdziałania powstałym problemom psychospołecznym oraz oceny interwencji medycznej, chirurgicznej, wychowawczej. Według sugestii Farrel [10], jakość życia pacjenta cierpiącego z powodu choroby nowotworowej można zrozumieć, kiedy rozpatruje się ją na czterech płaszczyznach:

1. Funkcjonowania fizycznego – związanego z symptomami choroby oraz fizycznymi konsekwencjami leczenia z jednej i ogólnej kondycji fizycznej z drugiej strony.
2. Dobrostanu psychologicznego – związanego z obecnością lub brakiem negatywnego afektu oraz z czynnikami natury poznawczej takimi jak myśli katastroficzne i symptomy psychiatryczne (depresja, niepokój, itd.).
3. Niepokoju na tle zaburzonych relacji społecznych – związanego z problemem istnienia wsparcia społecznego w kontekście choroby nowotworowej oraz jej wpływem na możliwość wywiązywania się przez pacjenta z ról społecznych.
4. Stanu duchowego – związane z sensem, jaki pacjent nadaje doświadczanej przez siebie chorobie, rozmiar i nasilenie cierpienia, próby wyjaśnienia sytuacji w kategoriach religijnych.

Kowalik i wsp. [8] prezentują obowiązujący, jak się wydaje, sposób myślenia o jakości życia wywołanej chorobą: a. choroba jest źródłem pogorszenia się jakości życia, b. przejawia się w gorszej sprawności

w wymiarze behawioralnym, pogorszeniu się stanu psychicznego i doświadczaniu cierpienia w wymiarze emocjonalnym, c. prawidłowy proces przebiegu leczenia, opieka medyczna oraz właściwe warunki bytowe mogą wpłynąć na poprawę jakości życia chorych, d. rezultat taki można otrzymać globalnie poprzez wprowadzenie optymalnych rozwiązań dotyczących leczenia i opieki nad chorymi, e. w dochodzeniu do tych rozwiązań potrzebne jest permanentne monitorowanie zmian w jakości życia pod wpływem zastosowanych innowacji oraz f. konsekwencją tego nowego sposobu myślenia o leczeniu chorych może stać się ograniczenie troski o pacjentów w bezpośrednim procesie leczenia, a przynajmniej powstanie takiego wrażenia u osób poddanych temu procesowi.

Jakość życia w chorobach psychicznych

Najczęściej badanymi grupami chorych są pacjenci oddziałów onkologicznych i psychiatrycznych. W psychiatrii badanie jakości życia ma tę zaletę, że zwraca uwagę leczonego na całokształt sytuacji chorego, zmuszając niejako do odwrócenia się od koncentracji wyłącznie na objawach psychopatologicznych. Badanie jakości życia stanowi odrębny element sytuacji pacjenta i nie koreluje wprost z obecnością i nasileniem symptomów choroby [11]. Podkreśla się, że jakość życia osób chorujących na schizofrenię jest niższa niż zdrowej populacji [12]. W badaniach Zannottiego i wsp., porównujących jakość życia schizofreników z osobami z populacji ogólnej, ci pierwsi wykazywali zdecydowanie mniej zadowolenia ze swojego zdrowia i wszystkich jego aspektów oraz mniej satysfakcjonujące kontakty społeczne [13]. Salokangas w swoich badaniach porównywał jakość życia osób chorych na schizofrenię i z rozpoznaniem nerwicy trzy lata po wypisaniu ze szpitala. Uzyskali oni gorsze wyniki w zakresie stanu klinicznego i możliwości funkcjonowania oceniając natomiast wyżej jakość życia w stosunku do pacjentów ze zdiagnozowaną nerwicą. Prawdopodobnie taka postawa jest wynikiem choroby oraz mniejszych potrzeb schizofreników. Neurotycy charakteryzują się stałym poczuciem niezaspokojenia swoich potrzeb i częstszym niezadowoleniem z życia. W obu grupach kobiety wyrażały większe zadowolenie niż mężczyźni [13]. Próbę analizy subiektywnej jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i depresji podjął Jarema [14]. Przed leczeniem pacjenci ze zdiagnozowaną depresją oceniali niżej swoją jakość życia w porównaniu z chorymi na schizofrenię ($p \leq 0,007$). Po leczeniu najwyżej oceniali swoją jakość życia chorzy hospitalizowani z powodu schizofrenii. Ocena zarówno przed jak i po skończonej terapii nie korelowała istotnie z nasileniem objawów psychopatologicznych. Ogólna ocena zdrowia jak i wydolności fizycznej była nieznacznie statystycznie niższa

wśród pacjentów depresyjnych niż wśród chorych na schizofrenie. Wśród zmiennych składających się na wymiar codziennej aktywności, jedynie „aktywność społeczna” była wyraźnie niższa wśród pacjentów z depresją, w porównaniu z chorymi na schizofrenię z oddziału rehabilitacji. Ocena zdrowia korelowała pozytywnie z oceną sprawności fizycznej i aktywności codziennej we wszystkich grupach z wyjątkiem pacjentów z oddziału dziennego. Ocena sprawności fizycznej korelowała z oceną aktywności codziennej we wszystkich grupach. Najwięcej wzajemnych zależności stwierdzono wśród pacjentów oddziału rehabilitacji, a najmniej wśród chorych z oddziału dziennego. Czynniki „ogólna ocena zdrowia” najczęściej korelowała z innymi składowymi jakości życia, a czynnik „aktywność społeczna” najrzadziej. Dane te dotyczą warunków przed leczeniem. Niestety ze względu na dużą ilość zmiennych autor nie przytacza wyników, jakie wystąpiły po leczeniu twierdząc, że będą one przedmiotem odrębnego doniesienia.

Zgodnie z wynikami niektórych badań większa głębokość zaburzenia wpływa na niższą ocenę jakości życia pacjentów. Horesh i Lepkifker wykazali, że jakość życia ludzi zdrowych i pacjentów z zaburzeniami afektywnymi w okresie remisji jest znacząco wyższa niż u pacjentów z rozpoznaniem osobowości typu borderline [13]. Obniżenie jakości życia w lęku napadowym wykazuje korelację z liczbą napadów lęku, lękiem jako cechą oraz objawami depresji. Pacjenci z lękiem napadowym wykazywali w badaniu Candillisa i wsp., gorsze wyniki podskal zdrowia psychicznego i fizycznego niż wyniki populacji ogólnej, przy czym współwystępowanie lęku i depresji pogarszało rezultaty w niektórych obszarach funkcjonowania. W badaniu Wittchena i wsp. pacjenci z fobia społeczną odczuwali obniżoną jakość życia, szczególnie w zakresie witalności, ogólnego zdrowia, zdrowia psychicznego, ograniczeń emocjonalnych w pełnieniu ról i funkcjonowaniu społecznym [12].

W badaniach Ramirez i Carvera-Enguix u pacjentów z depresją, czynnikami predykcyjnymi jakości życia były: nasilenie depresji w Skali Depresji Hamiltona, liczba epizodów depresji, zaburzenia osobowości oraz płeć chorych. Twierdzą oni, że nasilenie objawów chorobowych stanowi główną zmienną wpływającą na ocenę jakości życia, podczas gdy zmienne socjodemograficzne odgrywają bardziej ograniczoną rolę. Stwierdzono również, że przewlekła depresja wiąże się z większym nasileniem naczyniowych czynników ryzyka, apatią i gorszą jakością życia. Według McCall i wsp., wiek pacjentów i nasilenie objawów depresyjnych stanowią najbardziej istotne czynniki predykcyjne jakości życia [12].

Jakość życia uzależnionych od alkoholu

Kolejną grupą pacjentów, co do których bada się jakość życia, są uzależnieni od alkoholu.

Perspektywa oceny efektów leczenia na podstawie liczby nawrotów picia i spadku ilości spożywanego alkoholu wydaje się niewystarczająca, wymuszając potrzebę oceny dodatkowych wymiarów funkcjonowania oraz jakości życia [5].

Większość dotychczasowych wyników badań potwierdza, że jakość życia pogarsza się wraz z nasileniem uzależnienia od alkoholu [5, 15-17]. Pacjenci i wsp. wykazali, że im większe nasilenie problemów alkoholowych, tym gorsza jakość życia. Podobną zależność stwierdzili Bury i Jarema (ASI i SF-36) oraz Foster i wsp. [17]. Wyniki osób uzależnionych we wszystkich podskalach SF-36 były gorsze w porównaniu z nadużywającymi. Wyniki badań Florkowskiego [18] nie potwierdzają tej zależności, a pogorszenie jakości życia (SF-36), według niego, związane jest raczej z samym faktem uzależnienia, a nie jego nasileniem (mierzonym *Michigan Alcoholism Screening Test* – MAST). W badaniach Polaka [5] przeprowadzonych na żołnierzach zawodowych również nie stwierdzono korelacji pomiędzy głębokością uzależnienia, mierzoną za pomocą testu MAST, a spadkiem jakości życia. Welsh i wsp. używając skali „*Life Situation Survey*” (LSS) dotyczącej jakości życia uzyskali niską liczbę punktów u uzależnionych od alkoholu. Foster i wsp. donoszą, że 80% alkoholików przy użyciu (LSS) i *Nottingham Health Profile* (NPR) uzyskało wyniki poniżej poziomu normatywnego dla obu tych miar przy wysokiej korelacji punktów z wymiaru problem alkoholowy i kilku podskal NPR: energią, społeczną izolacją, reakcjami emocjonalnymi, ruchliwością fizyczną, bólem i snem. Foster i wsp. stwierdzili przy użyciu *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) niższą jakość życia u osób uzależnionych w zakresie zarówno psychicznych, jak i fizycznych zmiennych w porównaniu do chorych na nowotwór zdiagnozowanych przed terapią jako mających obniżoną jakość życia. Trzymiesięczna abstynencja poprawiła ich jakość życia zaledwie do poziomu zbliżonego do stwierdzonego u osób z chorobami nowotworowymi [17]. Powell i Crome stwierdzili, że nadużywający alkoholu mieli gorszą jakość życia (mierzoną *Schedule of Evaluation of Individual Quality of Life* – SEIQoL) w porównaniu z osobami z protezami stawu biodrowego i populacją generalną [15]. W badaniach Fostera i wsp., wykazano różnicę w jakości życia alkoholików w zależności od płci. Kobiety były bardziej zadowolone ze swojej pracy, a ich wyniki na skali LSS były mniejsze. Ponad to miały podwyższoną bazalną ilość punktów w skalach mierzących poziom depresji (skala BDI) i psychopatologii (*General Health Questionnaire*). Wykazano także gorszą jakość życia u alkoholików ze wsi w porównaniu

z alkoholikami z miasta, ale nie uwzględniono, że takie różnice mogą występować także w populacji ogólnej. Starsi pacjenci byli bardziej usatysfakcjonowani, tak samo jak ci, którzy mieli wyższy poziom edukacji. Jakość życia bezdomnych uzależnionych od środków wyglądała tak samo. Jakość życia bezdomnych uzależnionych od substancji psychoaktywnych (większość z nich była alkoholikami) polepsza się w wyniku terapii, chociaż w ciągu ponad 6 miesięcy ten poziom wzrasta powoli [17]. Foster i wsp., zastanawiali się, jaki wpływ na jakość życia alkoholików mają zmienne związane z rozwojem społecznym. Przez 8 lat longitudinalnych badań sprawdzono wsparcie społeczne i zasoby wspólnoty u 628 alkoholików. Tylko uczęszczanie na spotkania Wspólnoty AA przepowiadało remisję w ciągu trzech lat. Mniejszy wskaźnik depresji i lepsza jakość związków z przyjaciółmi, partnerami przepowiadało pozytywny wynik na osiem lat. Foster i wsp., sprawdzali także, czy jakiegokolwiek czynniki spośród wchodzących w skład NPH są predyktorami powrotu do ciężkiego picia w ciągu dwunastu tygodni. Ostatecznie ustalono, że problemy ze snem i w mniejszym stopniu ból występują jako będące kryteriami prognostycznymi nawrotu. Ciekawie prezentują się wyniki badań nad zmianą jakości życia skojarzoną z abstynencją, minimalnym lub kontrolowanym piciem. Rather i Sherman zauważyli, że członkowie AA z długim okresem abstynencji donoszą o wzmózonej jakości życia [17]. Chaturvedi i wsp. w indiańskich badaniach ujawnili wariacje w jakości życia w różnych fazach picia i zasugerowali, że na poprawę jakości życia oddziałuje długi okres remisji. Jakkolwiek wydaje się mało prawdopodobne, że silna poprawa jakości życia jest niezależna od czasu abstynencji, to w badaniach sześćdziesięciu weteranów wojennych grupa ze średnią abstynencją manifestowała najwyższą jakość życia w stosunku do grup z krótką i długą abstynencją, a ta tendencja wzrostowa zamierała w zależności od abstynenckiego stażu. W innych badaniach znacząca poprawa jakości życia mierzona przez LSS, skali depresji BDI, RSCL w fizycznych i psychologicznych symptomach była wynikiem braku powrotu do ciężkiego picia w ciągu 12 tygodni. Jednak najważniejsza, ogólna miara jakości życia, NHP dała będące w kontraście do nich odkrycia, ponieważ żadna z podskal tej miary nie ujawniła znaczącej poprawy jakości życia związanej z abstynencją, minimalnym lub kontrolowanym piciem. Jeszcze inne badania dowiodły, że grupa alkoholików pijących kontrolowanie nie miała znacząco obniżonej jakości życia w stosunku do uzależnionych od alkoholu utrzymujących abstynencję. Chociaż abstynencja lub kontrolowane picie podnosi jakość życia to wpływ ten wydaje się być różny w różnych populacjach uzależnionych od alkoholu, a potrzeba dalszych longitudinalnych badań w tym kierunku wydaje się oczywista [17].

Rozwój badań nad jakością życia nie idzie w parze ze wzrostem badań nad jakością życia u osób uzależnionych od alkoholu. Deficyt badań z zakresu jakości życia alkoholików odnosi się szczególnie do uczestników grup samopomocy (Anonimowi Alkoholicy), pomimo tego, iż rezultaty nielicznych projektów badawczych wśród tej populacji wskazują na skuteczność tych oddziaływań w kontekście poprawy jakości życia.

Zgodnie z rezultatami badań Stanika członkowie grupy AA w porównaniu z 4 grupami alkoholików (pierwszy raz przebywających w poradni i poddanych leczeniu aktywnemu; pierwszy raz przebywających w poradni i poddanych leczeniu podtrzymującemu; kolejny raz poddani próbie leczenia) posiadali wysoką samoocenę — samoakceptację; bardzo wysoki wskaźnik realizmu, zaradności i autonomii interpersonalnej; bardzo niski wynik pesymizmu i bezradności; niski wskaźnik syndromu wrogości; prawidłowy wskaźnik nastawień prospołecznych [19]. W badaniach Stacha członkowie grupy AA mieli tylko nieznacznie obniżone poczucie beznadziejności mierzone Skalą Beznadziejności Becka w stosunku do grupy kontrolnej oraz znacząco lepsze rezultaty w oparciu o tę miarę w porównaniu do pacjentów ze zdiagnozowaną depresją oraz alkoholików nie zachowujących abstynencji [20].

Zgodnie z rezultatami badań Wnuka [21] osoby uzależnione od alkoholu korzystające ze wsparcia ruchu samopomocy, które pozostają w abstynencji nie różnią się od przeciętnych studentów poziomem poczucia beznadziejności. Dowiedziono, że członkowie grupy AA w porównaniu z osobami nieuzależnionymi o podobnym rozkładzie wieku i płci mają podobne pragnienie życia, są w podobnym stopniu usatysfakcjonowani z życia oraz prezentują podobny poziom poczucia beznadziejności. Ci pierwsi deklarowali nawet, iż w perspektywie 5 lat będą bardziej usatysfakcjonowani z życia. Natomiast spośród 16 ocenianych domen życia członkowie grupy AA byli mniej zadowoleni z seksu, z osiągnięć życiowych oraz z małżeństwa [22]. W porównaniu ze studentami nadużywającymi narkotyków członkowie grupy AA mają większe pragnienie życia, pasję życia, aktualną jak i przewidywaną w przyszłości satysfakcję z życia, postrzegają siebie jako bardziej szczęśliwych, mają mniejsze poczucie beznadziejności, prezentują większy poziom zaradności, a życie jest dla nich postrzegane jako bardziej sensowne i warte zaangażowania [23].

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na kilka najistotniejszych elementów dla kształtowania jakości życia tej populacji, z których najważniejszymi wydaje się być zachowywanie abstynencji [24-26] oraz zaangażowanie w ruch samopomocy [27].

Piśmiennictwo / References

1. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia* 2002, 1, 2, 77-99.
2. Kowalik S. Jakość życia pacjentów procesie leczenia. [w:] *Elementy psychologii klinicznej. Tom IV.* Waligóra B (red). Wyd Naukowe UAM, Poznań 1995: 27-45.
3. Heszen-Niejodek J. Teorie stresu psychologicznego i radzenia sobie. [w:] *Psychologia.* Strelau J (red). Gdańskie Wyd Psychologiczne, Gdańsk 2000: 465-492.
4. Leder S. Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej.* Meyza J (red). Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 210-224.
5. Polak K. Ocena jakości życia żołnierzy zawodowych z rozpoznaniem zespołem alkoholowym. *Psychiatr Pol* 2001, 6: 1057-1070.
6. Wołowicka L, Jaracz K. Jakość życia warunkowana stanem zdrowia w badaniach własnych. *Postęp Pielęgn Prom Zdrow* 1998, XIII: 81-85.
7. Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. *Pielęgn Pol* 2001, 2: 219-226.
8. Kowalik S, Ratajska A, Szmaus A. W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. [w:] *Jakość życia w naukach medycznych.* Wołowicka L (red). Wyd Akademii Medycznej, Poznań 2002: 17-29.
9. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd UJ, Kraków 2000.
10. Stelcer B. Psychologiczny wymiar pojęcia jakość życia. *Postępy Pielęgn Prom Zdrow* 1997, XI: 156-160.
11. Jarema M, Koniecznyńska Z. Badanie jakości życia a efekty farmakoterapii schizofrenii lekami klasycznymi i „starymi” atypowymi. *Psychiatr Pol* 2000, 2: 275-288.
12. Górna K, Suwalska A. Badanie jakości życia w psychiatrii. [w:] *Jakość życia w naukach medycznych.* Wołowicka L (red). Wyd Akademii Medycznej, Poznań 2001: 158-176.
13. Główniczak M, Jarema M, Mader J, Morawiec M. Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. *Psychiatr Pol* 1996, 3: 275-288.
14. Jarema M, Koniecznyńska Z, Główniczak M, Szaniawska A, Mader J, Jakubiak A. Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem depresji. *Psychiatr Pol* 1995, 5: 641-654.
15. Habrat B, Baran H, Steinbarth-Chmielewska K, Woronowicz BT. Jakość życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm Narkom* 2000, 2: 323-335.
16. Amodeo M, Kurts N, Cutter HS. Abstinence reasons for not drinking and life satisfaction. *Int J Addictions* 1992, 6: 714.
17. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol-dependent subject – review. *Qual Life Res* 1999, 8: 255-261.
18. Florkowski A, Polak K, Sarna D, Gądek J. Jakość życia żołnierzy zawodowych z problemem alkoholowym. *Probl Alkohol* 2000, 1: 17-18.
19. Stanik JM. Obraz osobowości alkoholików w różnych fazach leczenia w świetle badań własnych testem SUI. [w:] *Psychopatologia i psychoprofilaktyka. Przejawy narkomanii, alkoholizmu, przemocy, zaburzeń psychicznych w rodzinie i szkole oraz możliwości przeciwdziałania im.* Margasiński A, Zajęcka B (red). Impuls, Kraków 2000: 265-276.
20. Stach R. Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia. UJ, Kraków 1991.
21. Wnuk M. Porównanie poziomu nadziei oraz psychologicznego dobrostanu Anonimowych Alkoholików i studentów. *Psychiatria* 2008, 5: 134-143.
22. Wnuk M. Poczucie jakości życia Anonimowych Alkoholików. *Psychol Jakości Życia* 2006, 5: 49-62.
23. Wnuk M. Porównanie poziomu poczucia koherencji oraz jakości życia Anonimowych Alkoholików i studentów nadużywających narkotyków. *Psychiatr Psychol Klin* 2010, 10: 96-102.
24. Kairouz S, Dube L. Abstinence and well-being among members of alcoholics anonymous: personal experience and social perceptions. *J Soc Psychol* 2000, 140: 565-579.
25. Rather BC, Sherman MF. Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among alcoholics anonymous members. *Addictive Behaviors* 1989, 14: 531-536.
26. Mann K, Morlock P, Mezger A. Quality of life and drinking status in alcoholics 6 years after treatment (abstract). *Qual Life Res* 1997, 6: 688.
27. Galanter M. Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *J Substance Abuse Treatment* 2007, 33: 265-272.