



Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego

Social functioning of persons with long-term mental illness participating in community-based social support programs

PAWEŁ BRONOWSKI, MARYLA SAWICKA, SYLWIA KLUCZYŃSKA

Z Instytutu Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Próbą przełamania trudności w funkcjonowaniu społecznym osób chorujących psychicznie są oddziaływania środowiskowe. Celem prezentowanego badania jest próba oszacowania poziomu funkcjonowania społecznego osób psychicznie chorych – uczestników wieloelementowego systemu rehabilitacji i wsparcia społecznego.

Metoda. W badaniu wzięły udział 103 osoby przewlekle chore psychicznie, które korzystały ze środowiskowego programu rehabilitacji i wsparcia. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: „Skalę Funkcjonowania Społecznego” (SFS) M. Birchwooda w opracowaniu Załuskiej oraz indywidualny wywiad, opracowany specjalnie na potrzeby badania.

Wyniki. Badani w większości dobrze radzą sobie w sytuacjach społecznych, potrafią nawiązywać relacje interpersonalne i realizują je poza domem. W grupie tej jednak znajdują się także osoby, które charakteryzują się szczególnie złym funkcjonowaniem społecznym, wycofywaniem się z interakcji międzyludzkich. Większość form spędzania wolnego czasu realizowanych jest w ramach działań organizowanych przez ośrodki opieki środowiskowej, przy niewielkiej aktywności własnej badanych. Z przeprowadzonych badań wynika, iż osoby badane pomimo młodego wieku oraz poczucia przydatności do pracy zawodowej borykają się z bezrobociem.

Wnioski. Można uznać, że dobre funkcjonowanie badanych w sytuacjach społecznych wiąże się z uczestnictwem w programach wsparcia. Zwraca uwagę podgrupa badanych przejawiająca szczególnie nasilone problemy w relacjach interpersonalnych. Grupa ta wymaga szczególnie dobrze dobranych metod aktywizacji i wsparcia. Środowiskowe programy wsparcia powinny w większym stopniu kłaść nacisk na wspieranie aktywności własnej uczestników i unikać nadmiernego wyręczania ich w organizowaniu wolnego czasu. W badanej grupie wyraźnie zaznaczają się trudności w wychodzeniu z bezrobocia. Mimo młodego wieku badanych, osiągniętego wykształcenia oraz poczucia przydatności do pracy zawodowej, jedynie 7% badanej grupy zdecydowało się na skorzystanie z Punktu Aktywizacji Zawodowej. Wskazuje to na potrzebę większego nacisku na uruchamianie programów aktywizacji zawodowej dostosowanych do możliwości osób przewlekle chorujących psychicznie oraz na skuteczniejsze motywowanie ich do podejmowania aktywności zawodowej.

SUMMARY

Objectives. Attempts to overcome difficulties encountered in social functioning by persons with mental illness include community-based interventions. The aim of the presented study was to estimate the level of social functioning of persons with mental disorders who participated in a comprehensive rehabilitation and social support system.

Methods. Participants in the study were 103 persons with long-term mental disorders, who attended a community-based rehabilitation and social support program. The following tools were used in the research: the Social Functioning Scale (SFS, by M. Birchwood, in the Polish adaptation by M. Załuska), and a structured interview developed for the purposes of this study.

Results. A majority of the respondents are doing well in social situations, they can form interpersonal relationships and have relationships outside the home. However, in this group there are also individuals with very poor social functioning, who withdraw from interpersonal relationships. Most of the respondents' leisure time activities are organized by community care centers, and their own activity is limited. The research findings show that despite their young age and a sense of work capability our respondents struggle with joblessness.

Conclusions. Good functioning of our respondents in social situations can be accounted for by their participation in social support programs. Special attention should be paid to the subgroup manifesting severe problems in interpersonal relations. This group requires activation and support methods particularly well matched to their needs. Community-based support programs should lay more emphasis on supporting their participants' own activity and avoid doing everything for them as regards leisure time organization. In the sample studied difficulties in overcoming joblessness are evident (despite the participants' young age, accomplished education, and their sense of work capability only 7% of the group decided to attend an Occupational Activation Unit). This suggests a need for more emphasis on launching occupational activation programs tailored to the specificity of persons with long-term mental illness, and on more effective motivating them to get a job.

Słowa kluczowe: funkcjonowanie społeczne / wsparcie społeczne / psychozy

Key words: social functioning /social support /psychoses

Poziom funkcjonowania społecznego jest konsekwencją posiadanych i używanych w codziennym życiu umiejętności społecznych. Najszerzy opis pojęcia umiejętności społecznych proponuje Bellack [1]. Według niego są one behawioralną właściwością człowieka, polegającą na wyrażaniu w sposób społecznie akceptowany swoich pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych. Jest to złożona umiejętność łącząca w sobie repertuar zachowań werbalnych i niewerbalnych, których głównym celem jest osiągnięcie akceptacji i wzmocnień społecznych. Umiejętności te są używane w sposób świadomy i zależą od potrzeb i sytuacji, w jakich mają się pojawić.

Inne podejście do rozumienia umiejętności społecznych zaproponował Wiemann [2]. W ujęciu tego autora umiejętności społeczne człowieka oznaczają zdolność do takiego zachowania się w interakcjach z otoczeniem, aby stosownie do sytuacji można było realizować swoje indywidualne cele. Realizacja tych celów będzie możliwa gdy posiadane umiejętności społeczne będą wykorzystywane w sposób umożliwiający efektywne radzenie sobie w otaczającym świecie. Im więcej osiągnieć doświadcza człowiek w swym aktywnym spotkaniu z otoczeniem tym większe ma poczucie kompetencji.

Szereg badań pokazuje, że osoby przewlekle chorujące psychicznie mają trudności w funkcjonowaniu społecznym, które cechuje się nieumiejętnością nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi i wycofywaniem się z kontaktów społecznych. Upośledzenie w pełnieniu ról wiąże się ze specyficznym, często nieakceptowanym społecznie zachowaniem i zaniedbaniami higieny osobistej. Spadkowi inicjatywy, napędu, ambicji i zainteresowań towarzyszy zmniejszona umiejętność właściwego identyfikowania sytuacji społecznych i dopasowywania do tych zmiennych warunków własnego zachowania [3]. Szczególną właściwością psychobiologiczną osób chorujących psychicznie, przede wszystkim na schizofrenię, jest podatność na stresujące czynniki psychospołeczne. Ta podatność na zranienie w powiązaniu z obniżoną zdolnością do rozwiązywania problemów społecznych prowadzi do niechęci w angażowanie się w kontakty interpersonalne. Rezultatem takiej postawy jest narastanie izolacji społecznej, poczucie osamotnienia i obniżenie satysfakcji życiowej. Umiejętność radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach społecznych jest nabywana w trakcie aktywnego w nich uczestniczenia, a postawa wycofania przeszkadza temu i sprzyja jej zanikaniu. Utrata umiejętności społecznych, zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz obniżona zdolność empatii są wynikiem nie tylko samego procesu chorobowego, ale również efektem długotrwałego przebywania w różnorodnych instytucjach psychiatrycznych [4]. Sytuacja ta często doprowadza do marginalizacji społecznej tej grupy chorych [5].

Próbą przeciwdziałania procesowi powolnej degradacji społecznej są środowiskowe programy wsparcia społecznego skierowane do osób chorych psychicznie. Służą one z jednej strony budowaniu nowych, a z drugiej odtwarzaniu zanikających umiejętności społecznych, pozwalających na skuteczne funkcjonowanie w środowisku. Powolna deinstytucjonalizacja lecznictwa psychiatrycznego i rozbudowa różnych form opieki środowiskowej pociąga za sobą ko-

nieczność oceny dopasowania tych propozycji do potrzeb i deficytów w funkcjonowaniu społecznym odbiorców – osób chorych psychicznie [6].

CEL

Celem prezentowanego badania jest próba oszacowania poziomu funkcjonowania społecznego osób psychicznie chorych – uczestników wieloelementowego systemu rehabilitacji i wsparcia społecznego realizowanego na terenie dwóch dzielnic Warszawy: Targówka i Bielan. Podstawowymi elementami środowiskowego systemu rehabilitacji i wsparcia społecznego w tych dzielnicach są następujące placówki: Warsztat Terapii Zajęciowej, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Środowiskowe Domy Samopomocy, mieszkanie chronione, Kluby Pacjenta, Punkt Aktywizacji Zawodowej oraz inne programy (kawiarnia internetowa, kursy obsługi komputerów, turnusy rehabilitacyjne). Systemy te powstały i funkcjonują w ramach współpracy lecznictwa psychiatrycznego II Kliniki Psychiatrii AM na Targówku oraz IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN na Bielanach, pomocy społecznej, organizacji pozarządowej (Bródnowskie Stowarzyszenie POMOST) i lokalnych samorządów.

BADANI

W badaniu wzięły udział 103 osoby będące pod opieką systemu wyżej wymienionych placówek wsparcia społecznego. Osoby te nie były w hospitalizowane w okresie objętym badaniami. Dane były zbierane przez przeszkolonych ankierów. Badani przed rozpoczęciem badań byli informowani o ich celu i wyrażali indywidualną zgodę na udział w nich.

Dane socjodemograficzne. W badanej grupie było 56 mężczyzn i 47 kobiet. Badaną grupę można uznać za relatywnie młodą. Wiek chorych wahał się od 20 do 60 roku życia, a średnia wieku wynosiła 43 lata. Najliczniejszym w badanej grupie przedziałem wiekowym był zakres 31–40 lat. Zaobserwowano równowagę między grupą osób słabiej wykształconych (podstawowe lub zawodowe) – 48,5% i grupą o wyższym poziomie edukacyjnym (średnie i wyższe) – 51,5%. Zwraca uwagę bardzo wysoki procent osób samotnych stanowiący ponad 90% wszystkich badanych.

Przebieg choroby i leczenie. Na schizofrenię paranoidalną chorowało 82% badanych. Wśród pozostałych rozpoznanych odnotowano: zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia depresyjne, zespół psychoorganiczny. Osoby objęte badaniami chorowały psychicznie od dłuższego czasu – średnio było to ponad 15 lat. Zaledwie 17,5% badanych chorowało nie więcej niż 5 lat, zaś pacjenci chorujący powyżej 10 lat stanowili 61% całej grupy. Były to zarazem osoby w przeważającym odsetku wielokrotnie hospitalizowane – średnio 6 razy, podgrupa hospitalizowanych ponad 10-krotnie wynosiła 16%. Warto zarazem zwrócić uwagę na wyraźnie rzadsze hospitalizacje w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, czyli w okresie, gdy badani brali udział w środowiskowym systemie wsparcia.

Tablica 1. Aktualne uczestnictwo 103 badanych w różnych formach lokalnego systemu wsparcia i rehabilitacji.

Table 1. Current utilization of various forms of the community support and rehabilitation system by our respondents (N = 103).

Placówka Unit	Liczba uczestniczących Number of users (%)
Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze Specialist nursing services	28 (27,2)
Warsztat Terapii Zajęciowej Occupational Therapy Workshop	33 (32,0)
Klub Pacjenta Patient Club	17 (16,5)
Środowiskowy Dom Samopomocy Community Self-Help Home	37 (35,9)
Kawiarnia internetowa Internet café	7 (6,8)
Mieszkanie chronione Sheltered housing	8 (7,8)
Program nauki obsługi komputerów i Internetu ICAR Internet Communication and Active Rehabilitation (ICAR) program	8 (7,8)
Punkt aktywizacji zawodowej Occupational Activation Unit	7 (6,8)

Jedynie niecałe 4% badanej grupy objętych było regularną opieką psychiatryczną. Spośród nich, 88,3% pozostawało pod opieką rejonowej poradni zdrowia psychicznego. Ponad 95% badanych osób potwierdzało regularnie przyjmowanie leków w zapisywanych przez psychiatrę.

W skład badanej grupy uczestników lokalnego systemu wsparcia najczęściej wchodził uczestnicy środowiskowego domu samopomocy (35,9%), warsztatu terapii zajęciowej (32%) oraz specjalistycznych usług opiekuńczych (27,2%). Ponad 16% uczestniczyło w programie klubu pacjenta. Pozostałe dostępne programy (kurs komputerowy, aktywizacja zawodowa, kawiarnia internetowa) cieszyły się mniejszą popularnością w badanej grupie. Średni czas uczestnictwa w środowiskowym systemie wsparcia w badanej grupie wynosił 54 miesiące. Szczegółowe dane dotyczące udziału badanych w różnych formach lokalnego systemu wsparcia i rehabilitacji przedstawiono w tabl. 1.

METODA

W badaniu wykorzystano ustrukturyowany wywiad indywidualny przygotowany specjalnie na potrzeby badania. W oparciu o to narzędzie zostały zebrane dane socjodemo-

graficzne, informacje o przebiegu choroby (hospitalizacje i czas chorowania) oraz dane o opiece medycznej.

Podstawowym narzędziem wykorzystanym w badaniu była „Skala Funkcjonowania Społecznego” (SFS) Birchwooda w opracowaniu Załuskiej [7], która umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorujących psychicznie z uwzględnieniem tych obszarów, które w szczególnie sposób decydują o utrzymaniu się w środowisku pozaszpitalnym. Badanie można przeprowadzać posługując się wersją będącą samooceną lub wypełnianą przez osobę bliską badanemu. Przedstawione wyniki zawierają informacje wynikające z samooceny osób uczestniczących w środowiskowym systemie wsparcia. Skala składa się z 7 podskal:

1. Wychodzenie z izolacji – przejawiana skłonność do angażowania się społecznego.
2. Komunikacja i więzi międzyludzkie – umiejętności komunikowania się i nawiązywania bliskich relacji interpersonalnych.
3. Kontakty społeczne – umiejętności społeczne przejawiane poprzez nawiązywanie kontaktów społecznych (w rodzinie, wśród znajomych i przyjaciół).
4. Rekreacja i rozrywka – umiejętności spędzania wolnego czasu.
5. Samodzielność realizowana – samodzielność i aktywność w zakresie zaspokajania podstawowych życiowych potrzeb (higiena, ubranie, odżywianie się, czystość i porządek, gospodarowanie własnymi pieniędzmi, poruszanie się po okolicy).
6. Samodzielność możliwa – potencjalna, niezależna od aktualnie wykazywanej i dotycząca zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.
7. Praca – potencjalna możliwość podjęcia pracy, ocena doświadczenia zawodowego z jednoczesnym określeniem aktualnej aktywności badanego przejawianej na rynku pracy.

Każda z podskal zawiera od kilku do kilkunastu pytań. W badaniu uwzględniono wartości procentowe oraz frekwencje.

WYNIKI

Wychodzenie z izolacji

Osoby badane samotnie spędzały średnio 2,08 godziny, większość badanych plasowała się w przedziale od 1 do 5 godzin. Czas spędzany w domu dla ponad połowy badanych, stanowił okazję do rozpoczynania rozmowy z innymi ludźmi i wyrażania akceptacji oraz sympatii dla osób spoza bliskiej rodziny. Jednocześnie ponad 50% badanych deklaruowało częste wychodzenie z domu. Szczegółowe dane zawiera tabl. 2.

Tablica 2. Funkcjonowanie 103 badanych w domu (odsetki).
Table 2. Functioning at home (103 respondents, percentages).

Pytanie Item	Prawie nigdy Almost never %	Rzadko Seldom %	Czasami Sometimes %	Często Often %
Jak często rozpoczynasz z kimś w domu rozmowę? How often do you start a conversation with someone at home?	7,9	16,5	38,8	36,9
Jak często wychodzisz z domu? How often do you go out?	3,9	17,5	25,2	53,4

Tablica 3. Kontakty społeczne 103 badanych pacjentów (odsetki).
Table 3. Social contacts of the 103 respondents (percentages).

Aktywności Activity	Nigdy Never %	Rzadko Seldom %	Dość często Quite often %	Bardzo często Very often %
Wyjście do kina <i>Going to the pictures</i>	35,0	56,3	6,8	1,9
Wyjście do teatru lub na koncert <i>Going to the theatre/ concert</i>	54,4	35,9	8,7	1,0
Oglądanie imprez sportowych w pomieszczeniu <i>Watching sport events indoors</i>	63,1	24,3	8,7	3,9
Oglądanie imprez sportowych na dworze <i>Watching sport events outdoors</i>	68,9	24,3	6,8	0,0
Zwiedzanie muzeum, galerii sztuki <i>Visiting museum or art gallery</i>	30,1	47,6	20,4	1,9
Oglądanie wystawy <i>Visiting an exhibition</i>	33,0	42,7	22,3	1,9
Zwiedzanie ciekawych miejsc lub miejscowości <i>Visiting interesting places or towns</i>	21,4	50,5	25,2	2,9
Udział w spotkaniu dyskusyjnym <i>Participating in a discussion meeting</i>	45,6	27,2	22,3	4,9
Chodzenie na kursy wieczorowe <i>Attending evening courses</i>	87,4	10,7	1,0	–
Odwiedzanie krewnych u nich w domu <i>Visiting relatives in their home</i>	25,2	47,6	24,3	2,9
Przyjmowanie odwiedzin krewnych w swoim domu <i>Relatives visiting you at home</i>	16,5	53,4	24,3	5,8
Odwiedzanie przyjaciół lub dziewczyny/chłopaka <i>Going to visit friends or a boy/girlfriend</i>	46,6	32,0	17,5	3,9
Pójście na przyjęcie towarzyskie <i>Going to a party</i>	56,3	35,0	7,8	1,0
Pójście na oficjalną imprezę <i>Going to an official event</i>	63,1	29,1	5,8	1,9
Pójście na dyskotekę <i>Going to a disco</i>	81,6	16,5	1,9	0,0
Pójście do klubu nocnego, innego towarzyskiego <i>Going to a night club or other social club</i>	89,3	5,8	3,9	1,0
Uprawianie sportu w pomieszczeniu <i>Pursuing sports indoors</i>	45,6	34,0	16,5	3,9
Uprawianie sportu poza pomieszczeniami <i>Pursuing sports outdoors</i>	72,8	18,4	5,8	2,9
Uczestnictwo w klubie, stowarzyszeniu <i>Club or association membership</i>	62,1	11,7	13,6	12,6
Pójście do pubu, piwiarni <i>Going to a pub, beer house</i>	86,4	10,7	2,9	0,0
Jeżdżenie po mieście <i>City riding</i>	27,2	49,5	17,5	1,9
Udział w uroczystościach religijnych, życiu kościelnym <i>Participation in religious events, church life</i>	27,2	36,9	17,5	18,4

Komunikacja i więzi międzyludzkie

W tej części kwestionariusza analizowano możliwości nawiązywania bliskich więzi międzyludzkich oraz możliwości komunikowania się. Badana grupa składa się w 75% z osób samotnych. Ich samoocena możliwości racjonalnego i skutecznego komunikowania się interpersonalnego została przeprowadzona niezwykle krytycznie, tylko 41% badanych deklaruje satysfakcjonującą wymianę zdań z umiarkowaną częstotliwością (czasami). Jedynie 30% badanych ocenia swoją aktualną zdolność do komunikowania się na poziomie „raczej łatwo”.

Kontakty społeczne

Oceniano tu częstotliwość kontaktowania się osób badanych z innymi ludźmi na różnych płaszczyznach: rodzinnej, towarzyskiej, społecznej i kulturalnej. Uczestnicy środowiskowego systemu wsparcia odpowiadając na pytanie: *Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy zdarzyło ci się podejmować wymienione rodzaje aktywności?* stwierdzali, że stosunkowo rzadko korzystają z możliwości brania udziału w życiu społeczno-kulturalnym. Najczęściej wybierali kontakty rodzinne we własnym domu lub w domu krewnych. Najchętniej korzystali z możliwości zwiedzania lub oglądania wystaw lub ciekawych miejsc, co deklarowała niecała 1/4 badanych. Najrzadziej dochodziło do spędzania czasu w miejscach typowo rozrywkowych jak dyskoteki, kluby nocne i puby. Szczegółowe dane zawiera tabl. 3.

Rekreacja i rozrywka

Oceny częstotliwości podejmowanych aktywności i rozrywek w ciągu ostatnich 3 miesięcy dokonano na podstawie wyników otrzymanych w IV zakresie Skali. Najczęściej podejmowanymi przez badanych były rozrywki nie wymagające własnej inicjatywy. Należało do nich oglądanie telewizji i słuchanie radia. Dostatecznie często wychodzili na spacer i równie często decydowali się na chodzenie po mieście i oglądanie wystaw. Stosunkowo małym zainteresowaniem cieszyła się możliwość podejmowania aktywności artystycznej i sportowej. Uderza małe zainteresowanie aktywnościami hobbyistycznymi czy też jakimikolwiek zajęciami domowymi mogącymi sprawić przyjemność. Szczegóły zawiera tabl. 4.

Samodzielność realizowana

Badani określali częstotliwość wykonywania czynności w czterech obszarach: dbałości o higienę osobistą, zakupy, porządek w mieszkaniu oraz samodzielność w poruszaniu się po mieście. Dodatkową aktywnością było poszukiwanie pracy, która w opinii samych badanych została oceniona najmniej. Najczęściej deklarowano samodzielność w poruszaniu się po mieście, wychodzeniu z domu oraz gospodarowaniu własnym budżetem. Także dbałość o własny wygląd, włączając w to zabiegi higieniczne, w ocenie badanych zajmuje im dużo czasu. W ogólnej ocenie badani określali siebie jako osoby często i bardzo często zajmujące się samodzielnie swoimi potrzebami bytowymi. Szczegółowe dane zawiera tablica 5.

Tablica 4. Aktywność i rozrywki 103 badanych pacjentów (odsetki).
Table 4. Leisure time activities (103 respondents, percentages).

Aktywności Activity	Nigdy Never %	Rzadko Seldom %	Dość często Quite often %	Bardzo często Very often %
Gra na instrumencie muzycznym <i>Playing a musical instrument</i>	82,5	7,8	5,8	3,9
Szycie, szydełkowanie, robótki itp. <i>Sewing, knitting, needlework</i>	56,1	29,1	12,6	1,9
Praca w ogródku, na działce <i>Gardening</i>	67,0	20,4	11,7	1,0
Czytanie książek, gazet, czasopism <i>Watching TV/video</i>	10,7	35,0	32,0	22,3
Telewizja, video <i>Reading books, newspapers, magazines</i>	7,8	16,5	38,8	36,9
Sluchanie radia, płyt, kaset <i>Listening to the radio, CD, records</i>	4,9	18,4	40,8	35,9
Gotowanie, pieczenie itp. <i>Cooking, baking, etc.</i>	20,4	42,7	20,4	16,5
Majsterkowanie <i>DIY, tinkering</i>	56,3	31,1	7,8	4,9
Drobne naprawy <i>Doing odd repairs</i>	59,2	32,0	6,8	1,9
Spacer, wycieczki <i>Walking, taking trips</i>	11,7	25,2	41,7	21,4
Przejażdżka samochodem, rowerem dla rekreacji <i>Recreational driving or cycling</i>	50,5	31,1	10,7	7,8
Pływanie <i>Swimming</i>	54,4	28,2	10,7	6,8
Hobby np. kwiaty, rybki, kolekcjonowanie czegoś <i>Hobbies, e.g. flowers, keeping fish, collecting something</i>	43,7	26,2	16,5	13,6

Tablica 5. Samodzielność realizowana przez 103 badanych pacjentów (odsetki).
Table 5. Self-dependent functioning (103 respondents, percentages).

Czynności Activity	Nigdy Never %	Rzadko Seldom %	Dość często Quite often %	Bardzo często Very often %
Kupowanie czegoś w sklepie (samodzielnie) <i>Buying something in a shop (on my own)</i>	7,8	23,3	35,9	33,0
Zmywanie naczyń, sprzątanie <i>Washing up, cleaning up</i>	2,9	22,3	35,9	38,8
Regularne mycie się lub kąpanie <i>Regularly washing myself, taking a bath/shower</i>	0,0	11,7	35,0	53,4
Pranie własnych rzeczy <i>Doing the washing</i>	14,6	21,4	28,2	35,9
Poszukiwanie pracy <i>Job seeking</i>	59,2	23,2	9,7	7,8
Zakupy jedzenia <i>Food shopping</i>	9,7	21,4	27,4	41,7
Sprzątanie i gotowanie posiłków <i>Tidying up and cooking meals</i>	9,7	33,0	26,2	31,1
Samodzielne wyjścia z domu <i>Going out on my own</i>	4,9	18,4	23,3	53,4
Jeżdżenie autobusem, pociągiem <i>Going by bus or train</i>	4,9	16,5	22,3	56,3
Posługiwanie się pieniędzmi na bieżąco <i>Operating currency</i>	4,9	17,5	18,4	59,2
Gospodarowanie pieniędzmi, planowanie budżetu <i>Money management, budget planning</i>	11,7	22,3	17,5	48,5
Wybieranie i kupowanie ubrań dla siebie <i>Choosing and buying clothes for myself</i>	9,7	39,8	24,3	26,3
Dbanie i zabiegi wokół swojego wyglądu <i>Grooming, taking care of my appearance</i>	3,9	11,7	32,0	52,4

Samodzielność możliwa

Badani oceniali również swoje potencjalne możliwości w wykonywaniu różnego typu zajęć samoobsługowych opisanych poprzednio w tabl. 5. W ich ocenie wszystkie wymienione czynności są im dostępne i możliwe do realizowania samodzielnie. Najmniej kompetencji odczuwali w stosunku do możliwości poszukiwania pracy. Szczegóły zawiera tabl. 6.

Praca i zatrudnienie

Badani oceniali potencjalną możliwość podjęcia pracy oraz swoje doświadczenia zawodowe, z jednoczesnym określeniem aktualnej aktywności na rynku pracy. Odpowiadali na dwa pytania. Pierwsze dotyczyło oceny własnych możliwości podjęcia pracy zarobkowej. W drugim pytaniu

próbowano uzyskać odpowiedź o praktyczną realizację tych deklaracji. W obydwu przypadkach zdecydowana większość odpowiedziała twierdząco. Niezdolność do wykonywania pracy zawodowej odczuwa 25% badanych, natomiast ponad połowa deklaruje, że potrafi samodzielnie poszukiwać pracy (tabl. 7 i 8).

OMÓWIENIE

Trudności w funkcjonowaniu społecznym osób chorujących psychicznie są szeroko udokumentowane w literaturze przedmiotu. Są związane z samym przebiegiem choroby [8, 9] ale mogą być również wynikiem stygmatyzacji chorobą psychiczną oraz brakiem wsparcia ze strony środowiska

Tablica 6. Ocena własnych możliwości przez 103 badanych chorych (odsetki).
Table 6. Self-evaluation of own capabilities (103 patients, percentages).

Rodzaj czynności Activity	Wcale nie potrafię I cannot at all %	Potrafię z czyjąś pomocą With somebody's help I can %	Potrafię samodzielnie By myself I can %	Nie wiem I do not know %
Jeżdżenie środkami komunikacji <i>Ride public transportation</i>	87,4	9,7	2,9	0,0
Posługiwanie się pieniędzmi <i>Operate currency</i>	77,7	19,4	1,9	1,0
Gospodarowanie pieniędzmi odpowiednio do budżetu <i>Manage my money according to the budget</i>	66,0	27,2	4,9	1,9
Gotować dla siebie <i>Cook for myself</i>	62,1	25,2	10,7	1,9
Robić bieżące zakupy <i>Do my daily shopping</i>	82,5	13,6	3,9	0,0
Poszukiwanie pracy <i>Seek a job</i>	35,9	30,1	15,5	18,4
Prać swoje rzeczy <i>Do washing of my things hygiene</i>	76,7	16,5	3,9	2,9
Dbać o higienę osobistą <i>Take care of personal</i>	93,2	4,9	1,0	1,0
Sprzątać, zmywać, dbać o porządek <i>Clean up, wash up, keep the flat tidy</i>	84,5	12,6	12,6	2,9
Zamawiać coś ze sklepu <i>Order something from the shop</i>	51,5	17,5	11,7	19,4
Samodzielnie wychodzić z domu <i>Go out on my own</i>	93,2	2,9	1,9	0,0
Dobierać dla siebie i kupować ubranie <i>Choose and buy clothes for myself</i>	63,1	34,0	1,0	1,9
Dbać o swój wygląd zewnętrzny <i>Take care of my appearance</i>	86,4	11,7	1,9	0,0

Tablica 7. Praca i zatrudnienie – zdolność do wykonywania pracy w ocenie 103 badanych pacjentów.
Table 7. Work and employment – self-assessed work capability (103 patients, percentages).

Pytanie Item	Zdecydowanie tak Yes, definitely so %	Chyba tak, ale z trudnością I think so, but with difficulty %	Zdecydowanie nie No, definitely not %
Czy czujesz się zdolny do wykonywania pracy? <i>Do you feel capable of working?</i>	38,8	35,9	25,2

Tablica 8. Podejmowanie prób poszukiwania pracy przez 103 badanych pacjentów.
Table 8. Attempts at job seeking (103 patients, percentages).

Czynność Activity	Potrafię samodzielnie By myself I can %	Potrafię z czyjąś pomocą With somebody's help I can %	Wcale nie potrafię I cannot at all %	Nie wiem I do not know %
Poszukiwanie pracy <i>Seek a job</i>	51,5	30,1	12,6	5,8

społecznego [10, 11]. Liczne doniesienia podkreślają znaczenie poznawczych deficytów uniemożliwiających chorym prawidłową percepcję innych ludzi oraz utrudniają dostosowywanie własnych zachowań w zależności od kontekstu sytuacyjnego [12, 13]. Próba przełamania tej specyficznej niepełnosprawności są oddziaływania środowiskowe adresowane do osób chorych psychicznie, które są w okresie remisji i już opuściły szpital psychiatryczny [14].

W przedstawionym badaniu w skład analizowanej grupy wchodziły osoby długo chorujące, po licznych hospitalizacjach psychiatrycznych i jednocześnie określające siebie jako samotne. Wyniki analizowano według 7 podskal uwzględniających te obszary życia osób chorych psychicznie, które są szczególnie istotne dla funkcjonowania poza szpitalem psychiatrycznym.

Pierwsza skala dotyczyła obszaru wychodzenia z izolacji osób badanych i związana była z tendencją do wycofywania się z kontaktów społecznych. Podskala ta związana

jest z klinicznie obserwowaną tendencją do unikania kontaktów i izolowania się. Badani deklaruwali że w skali doby, w samotności spędzali średnio niewiele ponad 2 godziny. Jednocześnie deklarują częstą chęć rozpoczynania rozmowy z innymi domownikami, akceptację dla ludzi spoza rodziny, z którymi się kontaktują i dużą częstotliwość w opuszczaniu swojego domu z różnych powodów. W świetle tych danych twierdzenie, że badana populacja chorych ma tendencję do unikania kontaktów społecznych i izolowania się nie jest całkowicie uprawnione. Otrzymany wynik jest zbieżny z innymi analizami dotyczącymi osób chorych na schizofrenię w okresie remisji. Badania Huncy-Bednarskiej [15] pokazują, że w okresie remisji i przy dysponowaniu określonymi zasobami osobistymi, zmiana, jaką jest izolacja nie różnicuje istotnie statystycznie osób chorych na schizofrenię od osób zdrowych. W przypadku tych badań zasobem może być długotrwały pobyt w systemie wsparcia środowiskowego, który nie dopusz-

cza do objawów izolacji poprzez stosowanie różnego typu stymulacji społecznej.

W kolejnej podskali oceniano umiejętności komunikowania się z innymi ludźmi oraz nawiązywanie bliskich więzi. Otrzymane wyniki wskazują na to, że badani w znacznej większości (75%) są osobami samotnymi, nie posiadającymi stałych partnerów. Jednocześnie są to osoby, które nie odczuwają szczególnych trudności w komunikowaniu się z innymi ludźmi i deklarują, że robią to stosunkowo często. Taka postawa wydaje się charakterystyczna dla osób będących w remisji, u których odżywają potrzeby społeczne. Potrzeby te jednak pozostają pod kontrolą wspomnień o psychozie, która utrudnia tworzenie stabilnych bliskich więzi interpersonalnych. Istnieje jedynie możliwość poszukiwania kontaktu i tym samym wymiana emocji, ale bez zagrażającego, dla osób chorych psychicznie, wchodzenia w bliższe związki [16].

Intensywność życia społeczno-kulturalnego, rozrywek i spędzania czasu wolnego oceniono na podstawie wyników podskali trzeciej (kontakty społeczne) i czwartej (aktywności i rozrywki). Na podstawie podskali „kontakty społeczne” uzyskano informacje dotyczące częstotliwości w kontaktowaniu się rodziną, prowadzonego życia towarzyskiego, społecznego i kulturalnego. Wyniki pokazują, że dominuje intensywność na poziomie „rzadko” i „nigdy”. Z tej tendencji wyłamują się kontakty rodzinne realizowane z dosyć dużą intensywnością oraz zajęcia, które stanowią typowe punkty życia kulturalnego różnego typu instytucji opieki środowiskowej: muzea, wystawy, wycieczki, spotkania dyskusyjne. Brak jest zajęć sportowych. Przytłaczająca większość badanych deklaruje brak zainteresowania tą formą spędzania czasu wolnego. Wynik ten wpisuje się w ogólną tendencję panującą wśród osób chorujących psychicznie. Nie są oni zwolennikami aktywnego spędzania czasu wolnego i możliwości sportowego rywalizowania między sobą. Dużo częściej decydują się na bierność przed telewizorem czy radiem, aniżeli kultywowanie jakiegoś hobby [17, 18, 19]. Pomimo widocznych prób przełamania schematu osoby chorej psychicznie – biernej i wycofanej – widać że trudno jest pokonać niechęć do aktywnego angażowania się. Może to być konsekwencja trudności w odczuwaniu zadowolenia i poszukiwania go w życiu. Anhedonia z jednej strony jest w literaturze traktowana jako integralny element obrazu schizofrenii, a z drugiej jest skutkiem braku doświadczeń w przeżywaniu przyjemności [16].

Skale V i VI dotyczą samoobsługi. Ich wyniki pokazują na ile możliwości badanych są realizowane w ich życiu. Zdecydowana większość osób chorujących psychicznie określa, że potrafi sprostać bez pomocy z zewnątrz takim czynnościom samoobsługi, jak: dbałość o higienę, zakupy, sprzątanie i poruszanie się poza miejscem zamieszkania. Jednak ich realizacja pokazuje, że wykonywanie większości nie osiąga maksymalnych poziomów częstotliwości, choć wydaje się, że osiąga zadowalający poziom. Najczęściej badani deklarowali samodzielność w poruszaniu się po mieście, wychodzeniu z domu oraz gospodarowaniu własnym budżetem. W ogólnej ocenie badani określali siebie jako osoby często i bardzo często zajmujące się samodzielnie swoimi potrzebami bytowymi. Wydaje się, że taką postawę wymusza uczestnictwo w różnego typu formach życia społecznego obejmujących badanych. To stwarza koniecz-

ność dbania o własny wygląd, higienę osobistą, wychodzenie z domu, by uczestniczyć w organizowanych imprezach. Motywacja do tych zabiegów wymaga przełamywania lęków społecznych tak powszechnych u osób chorujących psychicznie [20] i zarazem jest zgodne z potrzebą realizowania kontaktów społecznych. Badania pokazują, że to właśnie one stanowią najistotniejszy element decydujący o jakości życia osób chorych psychicznie. Obok niego wymieniane są: możliwość spędzania czasu wolnego, poszanowanie własnej autonomii, dostępność dóbr i usług na obszarze, na którym się przebywa oraz możliwość podjęcia pracy. Ten ostatni, szczególnie ważny czynnik (podskala VII), jest jednocześnie najtrudniejszy do zrealizowania. Praca sama w sobie ma walor leczniczy i jest synonimem zdrowia [21, 22]. Pomimo coraz większych możliwości zatrudnienia osób chorych psychicznie i pozytywnych przekształceń samego rynku pracy, mają one w tym zakresie znaczne trudności. Przełamywanie niepełnosprawności poprzez zatrudnienie wymaga włączenia do tego procesu także systemu wsparcia społecznego. W analizowanej grupie badanych niespełna 7% korzystało z usług Punktu Aktywizacji Zawodowej, co jak widać przekłada się także na częstotliwość poszukiwania pracy i samo zatrudnienie. Jest także informacją o skuteczności programu rehabilitacji zawodowej realizowanego w ramach opieki środowiskowej, który może powinien ulec modyfikacji, w celu dostosowania do potrzeb osób chorujących psychicznie.

WNIOSKI

1. Badani w większości dobrze radzą sobie w sytuacjach społecznych, potrafią nawiązywać relacje interpersonalne i realizują je poza domem. Można uznać, że wiąże się to z uczestnictwem w programach wsparcia.
2. W grupie tej funkcjonują także osoby wymagające szczególnej troski ze strony opieki placówek środowiskowych. Charakteryzują się one szczególnie złym funkcjonowaniem społecznym, wycofywaniem się z interakcji międzyludzkich i widocznym izolowaniem. Grupa ta wymaga szczególnie dobrze dobranych metod aktywizacji i wsparcia.
3. Zwraca uwagę preferowanie pasywnych form spędzania wolnego czasu oraz niechęć do aktywności ruchowej i sportowej. Większość form spędzania wolnego czasu odbywa się w ramach działań organizowanych przez ośrodki opieki środowiskowej, przy niewielkiej aktywności własnej badanych. Programy powinny w większym stopniu kłaść nacisk na wspieranie aktywności własnej uczestników i unikać nadmiernego wyręczania ich w organizowaniu wolnego czasu.
4. W uzyskanych wynikach wyraźnie zaznaczają się trudności w przełamaniu bezrobocia, pomimo młodego wieku badanych, osiągniętego wykształcenia oraz poczucia przydatności do pracy zawodowej. Jedynie 7% badanej grupy zdecydowało się na skorzystanie z Punktu Aktywizacji Zawodowej. Wskazuje to na potrzebę większego nacisku na uruchamianie programów aktywizacji zawodowej dostosowanej do specyfiki osób przewlekle chorujących psychicznie oraz skuteczniejsze motywowanie ich do podejmowania aktywności zawodowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bellack AS, Hersen M. Assessment of social skills. W: Cimmino AR, Calohun KS red. Handbook of Behavioral Assessment. New York: John Wiley and Sons; 1977. s. 509–554.
2. Sęk H. Wybrane zagadnienia z psychoprofilaktyki. W: Sęk H. red. Społeczna psychologia kliniczna. Warszawa: PWN; 1993. s. 472–501.
3. Salinger K, Serper M. Schizophrenia: The immediacy mechanism. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2004; 4: 397–409.
4. Ritsner M. Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. J Nerv Ment Dis. 2003; 191 (5): 287–94.
5. Birchwood M, Jackson C. Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
6. Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W: Quality of life in the course of deinstitutionalization – part IV of the Berlin deinstitutionalization Study Psychiatr Prax. 2000; 27 (4): 183–188.
7. Załuska M. „Skala funkcjonowania społecznego” (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię. Post Psychiatr Neurol. 1997; 6: 237–251.
8. Szafranski T. Żarys klasyfikacji i diagnostyki różnicowej. W: Jarema M. red. Pierwszy epizod schizofrenii. Warszawa: IPiN; 2001. s. 74–81.
9. Wciórka J. Psychopatologia. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Robakowski J, Wciórka J. red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Urban&Partner; 2002.
10. Górna K, Jaracz K, Robakowski J. Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych na schizofrenię. Psychiatria Polska. 2004; 38 (6): 443–452.
11. Bronowski P, Załuska M. Wsparcie społeczne pacjentów przewlekłe chorych psychicznie. Psychiatria Polska. 2005; 9 (2): 345–356.
12. Green MF, Kern RS, Robertson MJ. Relevance of neurocognitive deficits for functional outcome in schizophrenia. W: Sharma T, Harvey P. red. Cognition in schizophrenia. New York: Oxford University Press; 2000. s. 178–192.
13. Mueser KT. Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia. W: Sharma T, Harvey P. red. Cognition in schizophrenia. New York: Oxford University Press; 2000. s. 157–177.
14. Hantikainen V, Koller K, Grywa D, Niemi J. Quality of life of people with schizophrenia in the supported group homes: assessing the individual. Pflege. 2001; 14 (2): 106–115.
15. Hunca-Bednarska A. Zastosowanie J.E.Exnera „Indeksu Izolacji” do diagnozy schizofrenii. Roczniki Psychologiczne. 2007; 10 (1): 113–132.
16. Tsirigotis K, Gruszczyński W. Schizofrenia. Psychologia i Psychopatologia. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2005.
17. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D. Health habits of patients with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007; 42 (4): 268–276.
18. Beebe LH, Tian L, Morris N. Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing. 2005; 26 (6): 661–676.
19. Lange G, Siemssen G, Hamberger S. Role of sports in treatment and rehabilitation of schizophrenic patients. Rehabilitation, 2000; 39 (5): 276–82.
20. Liberman RP. Psychosocial treatment for schizophrenia. Psychosocial treatments of choice for major mental disorders. Psychiatry. 1994; 57 (5): 100–114.
21. Meder J. red. Rehabilitacja przewlekłe chorych psychicznie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000.
22. Kaszyński H. Przeciwdziałanie wykluczeniu społeczno-zawodowemu chorujących psychicznie w Polsce. W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Kraków: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej; 2005. s. 91–100.

Wpłynęło: 07.07.2008. Zrecenzowano: 17.09.2008. Przyjęto: 14.10.2008.

Adres: Dr Maryla Sawicka, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 0-22-4582521, e-mail: sawicka@ipin.edu.pl