

## „Skala funkcjonowania społecznego” (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię

*The Birchwood Social Functioning Scale (SFS) as a tool for the assessment of schizophrenic patients' functioning*

MARIA ZAŁUSKA

Z IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Omówiono skalę funkcjonowania społecznego (SFS) Birchwooda oraz wyniki badania polską wersją skali 53 chorych z 15-letnim przebiegiem schizofrenii. Wykazano przydatność skali przy diagnozowaniu deficytów funkcjonowania i planowania postępowania rehabilitacyjnego oraz ograniczone możliwości zastosowania w badaniach epidemiologicznych.

**SUMMARY.** The Social Functioning Scale (SFS) developed by Birchwood is presented in the paper, as well as results of a study using a Polish version of the SFS in a group of 53 schizophrenic patients with a 15-year history. The scale was found to be useful for diagnosing deficits of the patients' functioning and for planning of the rehabilitation procedure. However, its usefulness in epidemiological studies seems to be limited.

---

**Słowa kluczowe:** skala funkcjonowania społecznego Birchwooda / schizofrenia (przydatność)  
**Key words:** Birchwood's social functioning scale / usefulness in schizophrenia

---

Deinstytucjonalizacja lecznictwa i rozbudowa różnych form psychiatrycznej opieki środowiskowej pociągają za sobą konieczność rozpoznawania deficytów funkcjonowania chorego w jego naturalnym środowisku społecznym oraz oceny zmian zachodzących w toku interwencji terapeutycznych i środowiskowych [10]. Powstało wiele inwentarzy i skal oceniających funkcjonowanie osób chorych psychicznie w poszczególnych dziedzinach życia [2, 6, 7, 11]. Niektóre z tych narzędzi tworzono dla potrzeb terapii i rehabilitacji przewlekle chorych na schizofrenię, uwzględniając specyfikę problemów spotykanych w tej populacji [1, 5, 8]. Przy tworzeniu skali funkcjonowania społecznego Maxa Birchwooda [1] uwzględniono szczególnie te sfery funkcjonowania, które decydują o utrzymaniu się chorego w środowisku pozaszpitalnym. Skala składa się z dwu identycznych części. Jedną wypeł-

nia sam badany (samoocena), drugą – osoba sprawująca opiekę (członek rodziny lub inna). Obie części skali zawierają po 7 podskal. Oceniają one:

1. *Wychodzenie z izolacji* – tj. skłonność do wycofywania się (izolowania) bądź zaangażowania społecznego (zainteresowanie, nawiązywanie rozmowy i kontaktu z innymi osobami)
2. *Komunikacja i więzi międzyludzkie* – tj. umiejętność komunikowania się z otoczeniem, nawiązywania i podtrzymywania bliskich więzi
3. *Kontakty społeczne* – tj. kontakty międzyludzkie (prospołeczność) rodzinne, towarzyskie, społeczne i kulturalne
4. *Rekreacja-rozrywka* – tj. rekreacja, rozrywka, zainteresowania, hobby, zagospodarowywanie czasu wolnego

5. *Samodzielność realizowana* – tj. samodzielność i aktywność w zakresie zaspokajania podstawowych życiowych potrzeb (higiena osobista, ubranie i wygląd zewnętrzny, odżywianie, czystość i porządek w otoczeniu, gospodarowanie pieniędzmi, poruszanie się po okolicy),
6. *Samodzielność możliwa* – tj. potencjalna (niezależna od aktualnie wykazywanej) samodzielność w zaspokajaniu podstawowych (wymienionych wyżej) potrzeb życiowych
7. *Praca-zatrudnienie* – tj. zatrudnienie, praca lub inne alternatywne zajęcia

Każda z podskal zawiera od kilku do kilkunastu pytań. Wyniki surowe przelicza się wg klucza. Sumaryczny wynik skali sięga od 55 do 145 punktów. Można posługiwać się tym wynikiem jako ogólną oceną funkcjonowania, a także brać pod uwagę wyniki podskal ocenających wyodrębnione dziedziny. Im niższy wynik, tym słabsze funkcjonowanie.

Porównując wyniki 334 chorych na schizofrenię i 100 zdrowych, 59 par chorych i zdrowych o zbliżonym wieku, oraz 80 chorych pracujących i 254 nie pracujących, autorzy wysoko ocenili własności różnicujące skali. Normalizację skali przeprowadzono na podstawie wyników najslabszej grupy chorych na schizofrenię i bezrobotnych.

Rzetelność skali oceniono na podstawie zgodności zewnętrznej i wewnętrznej. Trafność skali badano za pomocą analizy czynnikowej i oceniono wysoko, gdyż ładunki czynnikowe w grupie chorych na schizofrenię były wysokie i zbliżone dla wszystkich podskal. Czułość skali oceniono na podstawie badania zmian w funkcjonowaniu chorych w toku interwencji terapeutycznych w rodzinach z wysoką i niską ekspresją emocji. Stwierdzono zgodność ocen członków rodzin z samooceną chorych oraz gorsze wyniki skali u osób z większym nasileniem objawów schizofrenii (zarówno pozytywnych, jak i negatywnych).

Autorzy uznali skalę za rzetelną, trafną i czułe narzędzie do badania funkcjonowania społecznego przewlekle chorych na schizofrenię oraz zmian funkcjonowania zachodzących w toku interwencji terapeutycznych.

## CEL BADAŃ

Celem badań była ocena przydatności skali SFS do oceny funkcjonowania społecznego osób chorych na schizofrenię w warunkach polskich.

## BADANI PACJENCI I METODA

Skala została przetłumaczona na język polski, rzetelność i trafność starano się zachować wykorzystując zasadę tłumaczenia zwrotnego. Spośród 85 osób, mieszkańców Warszawy-Pragi, hospitalizowanych po raz pierwszy przed 15 laty w szpitalu psychiatrycznym w Ząbkach i objętych w latach 1993/94 badaniami katamnesticznymi dotyczącymi funkcjonowania społecznego w przebiegu schizofrenii – skalę SFS wypełniły 53 (pozostałe 32 osoby odmówiły współpracy lub nie były do niej zdolne). Zbadano reprezentatywność grupy osób zbadanych skalą w stosunku do pozostałych osób objętych katamnesticznymi. Własności różnicujące skali badano porównując wyniki osób chorych i zdrowych (polskich i angielskich) oraz chorych zatrudnionych i nie zatrudnionych. Rzetelność skali oceniano na podstawie badania zgodności między wynikami skali a wynikami oceny funkcjonowania opartymi na wywiadzie [12].

Zbadano wzajemną zgodność ocen w podskalach i ich zgodność z wynikiem ogólnym skali oraz przeprowadzono analizę czynnikową podskal. Badano też związek pomiędzy wynikami skali SFS a aktualnym nasileniem symptomatologii schizofrenii (wg BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale*) oraz liczbą dni spędzonych w szpitalu w okresie 15 lat. W 41 przypadkach analizowano zgodność między samooceną chorego a oceną osoby opiekującej się nim. W analizie statystycz-

nej posłużono się testami t Studenta oraz  $\chi^2$ , wykorzystano też analizę korelacyjną i czynnikową.

## WYNIKI

Reprezentatywność grupy 53 osób zbadanych skalą SFS w stosunku do pozostałych 33 z populacji objętej katamnezą oceniano porównując występowanie wybranych cech w obu grupach.

W porównaniu z tymi, które skalę wypełniły, wśród osób, które nie wypełniły skali, stwierdzono: większy udział mężczyzn (56% vs 28%), osób nie radzących sobie w zakresie samoobsługi (53% vs 21%), ogólnie słabo funkcjonujących (59% vs 24%) oraz wyższy procentowo udział osób rzadko kontaktujących się z PZP (41% vs 17%). Obie grupy nie różniły się istotnie wiekiem oraz udziałem osób: nie pracujących, samotnych, hospitalizowanych długotrwale, obejmowanych opieką dzienną i środowiskową.

Średni wynik samooceny skalą SFS w grupie 53 osób wynosił 101,2 punkta (zakres 65–121).

Porównano rozkład wyników chorych w Polsce z wynikami osób chorych i zdrowych badanych w Anglii przez Birchwooda (tabl. 2). Stwierdzono zgodność rozkładów wyników skali SFS u pacjentów polskich i angielskich. W obszarze powyżej 95 punktów, w którym znajduje się 99% wyników osób zdrowych, znalazło się 71,7% wyników chorych polskich i 73,4% wyników chorych angielskich. W obszarze poniżej 95 punktów, w którym znalazł się tylko 1% wyników osób zdrowych, znajduje się 28,3% chorych z grupy zbadanej w Polsce i 26,6% chorych z grupy badanej w Anglii.

Porównano wyniki SFS w grupie chorych zatrudnionych i nie zatrudnionych (tabl. 3), stwierdzając istotnie gorsze wyniki wśród nie zatrudnionych w porównaniu z zatrudnionymi zarówno w Polsce, jak i w Anglii.

Zbadano zgodność wyników skali SFS z wynikami oceny funkcjonowania badanych chorych wynikającymi z wywiadu na temat: pracy, zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych oraz pełnienia ról małżeńskiej i rodzicielskiej, a także łącznej liczby dni hospitalizacji w okresie 15 lat (tabl. 4). Stwierdzono

Tablica 1. Występowanie niektórych cech w grupie osób, które wypełniły skalę SFS w porównaniu z grupą pozostałych osób

Porównywane cechy	Porównywane grupy osób, które				test $\chi^2$ [p]
	wypełniły skalę [n = 53]		nie wypełniły skali [n = 32]		
	liczba	%	liczba	%	
<b>Płeć:</b>					
kobiety	38	72	14	44	0,010
mężczyźni	15	28	18	56	
<b>Samodzielność życiowa:</b>					
radzi sobie sam	42	79	15	47	0,022
nie radzi sobie	11	21	17	53	
<b>Ocena ogólna funkcjonowania:</b>					
b. dobrze, względnie	40	75	13	41	0,003
wcale lub niezadowolająco	13	25	19	59	
<b>Wizyty w PZP w okresie 15 lat:</b>					
częściej niż co 6 mies.	44	83	19	59	0,032
rzadziej niż 2 razy w roku	9	17	13	41	

Tablica 2. Wyniki SFS osób zdrowych i chorych na schizofrenię w Anglii i w Polsce

Wyniki SFS zakresy wyników (liczba punktów)	Procentowy udział osób z danym zakresem wyników SFS		
	chorzy w Anglii [n = 334]	chorzy w Polsce [n = 53]	zdrowi w Anglii [n = 100]
	% osób w grupie	% osób w grupie	% osób w grupie
55–65	0,3	–	–
65–75	0,3	3,8	0
75–85	5,0	9,4	0
85–95	21,0	15,1	1,0
95–105	30,0	32,1	6,0
105–115	29,0	22,6	19,0
115–125	13,0	17,0	42,0
125–135	1,4	–	32,0

Tablica 3. Porównanie średnich wyników SFS w grupach chorych zatrudnionych i nie zatrudnionych w Polsce i w Anglii

Badani	Pracujący		Nie pracujący		Różnica [test t]
	liczba chorych [n]	wynik SFS	liczba chorych [n]	wynik SFS	
w Polsce	n = 14	111,0	n = 39	97,5	p < 0,001
w Anglii	n = 80	111,3	n = 254	100,0	p < 0,05

Tablica 4. Analiza zgodności pomiędzy oceną funkcjonowania wg skali SFS i wg wywiadu (współczynniki korelacji „r” Pearsona)

Wyniki skali SFS	Ocena funkcjonowania w punktach (na podstawie katamnezy)			
	ocena ogólna	praca, zatrudnienie	rola małżeńska i rodzicielska	zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych
Liczba punktów SFS ogółem	0,64*	0,40*	n.z.	0,60*

\* p &lt; 0,05

istotną współzależność wyniku skali SFS z ocenami funkcjonowania uzyskanymi za pomocą wywiadu: całościową oraz w zakresach pracy i podstawowej samoobsługi (korelacja dodatnia;  $r = 0,40-0,64$ ). Nie stwierdzono natomiast współzależności pomiędzy obu źródłami informacji (wg wywiadu i ogólnej ocena SFS) a funkcjonowaniem w zakresie ról małżeńskiej i rodzicielskiej.

Badając wzajemną współzależność ocen w podskalach i ich związek z ogólnym wyni-

kiem skali (tabl. 5), stwierdzono, że wyniki ocen w podskalach są silnie związane zarówno ze sobą, jak i z ogólnym wynikiem skali (korelacje istotne statystycznie –  $p < 0,05$ ).

Badając ładunki czynnikowe podskal SFS zakładano, iż wszystkie one stanowią składowe jednego czynnika „funkcjonowanie społeczne”.

Ładunki czynnikowe wszystkich podskal są wysokie i stosunkowo mało różniące się od siebie (od 0,63 do 0,91), upowaznia to do

Tablica 5. Współzależność wyników podskal SFS pomiędzy sobą i z ogólnym wynikiem skali (współczynniki korelacji „r” Pearsona)

Oceny w SFS	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Skala ogółem								
2. Wychodzenie z izolacji	0,65							
3. Komunikacja, więzi	0,84	0,66						
4. Kontakty społeczne	0,83	0,35	0,57					
5. Rekreacja, rozrywka	0,82	0,39	0,67	0,74				
6. Samodzielność realizowana	0,74	0,37	0,65	0,52	0,57			
7. Samodzielność możliwa	0,90	0,45	0,56	0,78	0,73	0,70		
8. Praca, zatrudnienie	0,61	0,38	0,35	0,42	0,42	0,54	0,54	

wszystkie korelacje istotne na poziomie  $p < 0,05$

Tablica 6. Analiza czynnikowa podskal skali SFS

Podskale SFS	Ładunki czynnikowe			
	jeden czynnik	trzy czynniki		
	adaptacja społeczna	I komunikacja i więzi	II aktywność życiowa	III praca, zatrudnienie
Wychodzenie z izolacji	0,64	0,93*	0,13	0,21
Komunikacja, więzi	0,82*	0,72*	0,58	0,07
Kontakty społeczne	0,84*	0,20	0,87*	0,15
Rekreacja, rozrywka	0,82*	0,19	0,83*	0,19
Samodzielność realizowana	0,77*	0,24	0,64	0,38
Samodzielność możliwa	0,91*	0,29	0,80*	0,36
Praca, zatrudnienie	0,63	0,17	0,22	0,94*
Wariancja	4,27	1,63	2,91	1,26
% wariancji całkowitej	61,00	23,00	42,00	18,00

\*  $p < 0,05$

traktowania łącznego uśrednionego wyniku skali jako jednego czynnika „funkcjonowanie społeczne”. Analiza siły związku korelacyjnego poszczególnych podskal ze sobą pozwoliła ponadto na wyodrębnienie trzech czynników:

**Czynnik I – „komunikacja–więzi”** – zawierający 2 podskale: „wychodzenie z izolacji” i „komunikacja (tworzenie więzi)” – obejmuje takie cechy i zachowania jak: izolowanie się lub zainteresowanie innymi, unikanie kontaktu lub nawiązywanie go, zrozumiałe komunikowanie się z oto-

czem, podtrzymywanie więzi z wybranymi osobami.

**Czynnik II – „aktywność życiowa”** – zawierający 4 podskale: „kontakty społeczne”, „rekreacja–rozrywka”, „samodzielność realizowana” i „samodzielność możliwa” – zawartość tego czynnika obejmuje: aktywność wykazywaną w zakresie kontaktów społecznych (towarzyskich, kulturalnych, rodzinnych) i różnych form rekreacji (rozrywki), oraz samodzielność i aktywność w zakresie codziennych czynności życiowych (higiena osobista, odżywianie,

gospodarowanie pieniędzmi, utrzymanie higieny i porządku w otoczeniu).

**Czynnik III – „praca–zatrudnienie”** – zawiera podskaleę dotyczącą pracy zarobkowej lub innego codziennego zajęcia (oddział rehabilitacyjny dzienny, szkolenie zawodowe, opieka nad dzieckiem itp.).

Zbadano związek wymienionych trzech czynników z wynikami oceny funkcjonowania (na podstawie wywiadu) w dziedzinach: (a) pracy, (b) zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, (c) pełnienia roli małżeńskiej/rodzicielskiej (tabl. 7).

Czynnik „praca–zatrudnienie” skali SFS okazał się istotnie skorelowany z wynikiem oceny tej sfery na podstawie danych z katarnezy ( $r=0,61$ ), a czynnik „aktywność życiowa” z wynikiem (opartej o wywiad) oceny funkcjonowania w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych

( $r=0,46$ ). Ocena funkcjonowania w roli małżeńskiej i rodzicielskiej, dokonana na podstawie wywiadu, nie wykazuje związku z żadnym z czynników wyodrębnionych w SFS.

Zbadano także współzależność pomiędzy wynikiem oceny funkcjonowania wg SFS (ogółem i wg czynników) a nasileniem symptomatologii schizofrenii wg BPRS i liczbą dni hospitalizacji w 15-letnim okresie katamnetycznym (tabl. 8).

Ogólny wynik oceny funkcjonowania za pomocą SFS był tym gorszy, im większe było nasilenie objawów psychopatologicznych w BPRS. Dotyczyło to zwłaszcza objawów negatywnych ( $r=0,61$ ), ale także podskali „schizofrenia” i objawów pozytywnych (korelacje ujemne na poziomie istotnym). Czynnik I „komunikacja–więzi” (SFS) wykazuje istotną korelację ujemną z aktualnym nasileniem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych (BPRS), objawów schizofrenii (odpowiednio  $r=-0,43$  i  $r=-0,49$ ). Oznacza to, że im większe nasilenie objawów, tym

Tablica 7. Związek czynników „komunikacja”, „aktywność” i „praca” wg skali SFS z poziomem funkcjonowania ocenianym na podstawie wywiadu,  $n=53$  (współczynniki korelacji [r] Pearsona)

Funkcjonowanie (wg wywiadu) w obszarach:	Oceny funkcjonowania wg czynników skali SFS		
	komunikacja, więzi	aktywność życiowa	praca, zatrudnienie
pracy	n.z.	n.z.	0,61*
małżeństwa i rodzicielstwa	n.z.	n.z.	n.z.
podstawowej samoobsługi	0,28*	0,46*	0,30*

\*  $p < 0,05$  n.z. – brak znamienności statystycznej

Tablica 8. Funkcjonowanie społeczne (SFS) a nasilenie symptomatologii schizofrenii (BPRS) i liczba dni hospitalizacji w okresie 15 lat (współczynniki korelacji [r] Pearsona)

Wyniki SFS	Objawy psychopatologiczne wg BPRS					Dni hospitalizacji w okresie 15 lat
	ogółem	negatywne	pozytywne	schizofrenia	depresja	
Ogółem	-0,53*	-0,61*	-0,45*	-0,57*	n.z.	-0,41*
Komunikacja, więzi	-0,48*	-0,49*	-0,43*	-0,47*	n.z.	n.z.
Aktywność życiowa	-0,29*	-0,41*	n.z.	-0,34*	n.z.	-0,40*
Praca, zatrudnienie	n.z.	n.z.	n.z.	n.z.	n.z.	-0,31*

\*  $p < 0,05$  n.z. – brak znamienności statystycznej

Tablica 9. Współzależność (wg współczynników korelacji Pearsona [r] samooceny chorego i oceny opiekuna za pomocą SFS

Oceniany obszar		Liczba punktów SFS (średnio w grupach)	[r]
Cała skala:	pacjenci [n = 41]	99,7	0,83*
	opiekunowie [n = 41]	100,8	
wychodzenie z izolacji:	pacjenci opiekunowie	103,5 104,4	0,63*
komunikacja i więzi:	pacjenci opiekunowie	109,0 111,6	0,73*
kontakty społeczne:	pacjenci opiekunowie	101,9 99,7	0,76*
rekreacja, rozrywka:	pacjenci opiekunowie	99,7 101,0	0,83*
samodzielność realizowana:	pacjenci opiekunowie	92,9 93,8	0,44*
samodzielność możliwa:	pacjenci opiekunowie	93,6 93,8	0,66*
praca, zatrudnienie:	pacjenci opiekunowie	98,9 98,0	0,84*

\*  $p < 0,03$ 

bardziej ograniczona komunikacja z otoczeniem i zdolność podtrzymywania więzi z innymi osobami w danym momencie. Natomiast liczba dni spędzonych w szpitalu w 15-letnim okresie katamnesticznym nie miała istotnego wpływu na aktualną sprawność w komunikowaniu się z otoczeniem, mierzoną podskalami SFS. Na poziom ogólnej aktywności życiowej (czynnik II) ujemnie wpływało nasilenie objawów negatywnych oraz długi okres pobytu w szpitalu (odpowiednio,  $r = -0,41$ ,  $r = -0,40$ ). Funkcjonowanie w zakresie pracy (czynnik III), rozpatrywane na przestrzeni lat, nie wykazało związku z aktualnym nasileniem objawów psychopatologicznych, natomiast pozostawało pod ujemnym wpływem długotrwałych pobytów w szpitalu.

W 41 przypadkach można było zbadać współzależność samooceny funkcjonowania przez pacjenta i oceny jego funkcjonowania przez opiekuna (tabl. 9). Istotna korelacja wyników ocen pacjentów i ich opiekunów ma miejsce zarówno w odniesieniu do glo-

balnej oceny wg SFS ( $r = 0,83$ ), jak i podskal ( $r = 0,44$  do  $r = 0,83$ ). Nie stwierdzono natomiast zależności pomiędzy ogólnym wynikiem badania skalą SFS a wiekiem i płcią badanych osób.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Weissman [9] uważa, że spośród znanych narzędzi pomiaru funkcjonowania społeczne- go wiele nie w pełni nadaje się do badania przewlekle chorych na schizofrenię, gdyż duża liczba tych chorych nie pełni ról takich jak: pracownik, małżonek, rodzic. Wymieniona autorka uważa, iż funkcjonowanie społeczne tych chorych powinno być oceniane na podstawie bardziej podstawowych sprawności, decydujących o możliwościach samodzielnego funkcjonowania w środowisku pozaszpitalnym. Wg Platt [4] stosowanie wobec przewlekle chorych na schizofrenię ogólnych normatywnych ocen funkcjonowania społecznego jest błędem, gdyż jest to populacja osób

specyficznie niepełnosprawnych, w większości samotnych i nie pracujących.

SFS jest jedną ze skal, przy których konstruowaniu starano się uwzględnić tę specyfikę.

W prezentowanych badaniach spośród wszystkich 85 osób objętych katamnżą [12] część okazała się niezdolna do wypełnienia skali z powodu znacznych zaburzeń kontaktu i funkcjonowania (tablica 1). Część osób dość dobrze funkcjonujących i rzadko kontaktujących się z PZP odmówiła wypełnienia skali z powodu braku zainteresowania tego typu współpracą z leczeniem psychiatrycznym. Wynika stąd, iż na podstawie badania skalą można oceniać funkcjonowanie wybranych osób i grup chorych współpracujących, natomiast nie można wnioskować o rozpowszechnieniu i nasileniu niepełności związanej ze schizofrenią w całej populacji zamieszkującej na danym terenie. Dla potrzeb badań epidemiologicznych lepiej będzie korzystać z innych źródeł informacji (wywiady, dokumentacja lekarska).

Stwierdzono wysoką zgodność rozkładów wyników ocen skalą SFS w grupach chorych na schizofrenię w Polsce i Anglii (tabl. 2) oraz średnich wyników oceny SFS chorych pracujących w porównaniu z nie pracującymi w obu krajach (tabl. 3). Zbieżności te umożliwiają przyjęcie angielskiej normalizacji skali dla wersji polskiej. Populacja chorych polskich różniła się od angielskich (w Polsce badania katamnesticzne, w Anglii przekrojowe, w Polsce część chorych z założonej populacji nie wypełniła skali), jednakże w grupie objętej katamnżą w Polsce [12] wykazano, iż gorsze funkcjonowanie po 15 latach choroby ma istotny związek ze złym przystosowaniem już w okresie pierwszej hospitalizacji. Wydaje się też mało prawdopodobne, by wśród chorych angielskich nie było wcale osób niezdolnych do współpracy lub odmawiających jej przy wypełnianiu skali (w publikacji Birchwooda [1] brak wzmianki na ten temat).

Wyniki badania skalą SFS okazały się zgodne z oceną funkcjonowania tych chorych na podstawie wywiadu (zgodność zewnętrz-

na). Dotyczy to ogólnej oceny funkcjonowania i oceny w zakresie pracy oraz samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Wynik badania skalą SFS nie wykazywał natomiast związku z wynikiem oceny funkcjonowania w roli małżeńskiej i rodzicielskiej (tabl. 4). Odzwierciedla to specyfikę skali zamierzoną przez jej autorów [1]. Skala mierzy podstawowe sprawności ważne dla samodzielnego funkcjonowania chorego na schizofrenię w środowisku pozaszpitalnym, niezależnie od rodzaju pełnionych przez niego ról.

Wyniki wszystkich podskal (tabl. 5) korelowały ze sobą na poziomie istotnym statystycznie (zgodność wewnętrzna), a ich wysokie i stosunkowo mało różniące się od siebie ładunki czynnikowe (tabl. 6) pozwalają, tak jak u Birchwooda [1], na traktowanie łącznego wyniku skali jako jednego ogólnego miernika funkcjonowania społecznego.

Wyniki podskal można było pogrupować na podstawie analizy czynnikowej w trzy czynniki związane z oceną funkcjonowania w zakresach: (1) wychodzenia z izolacji, komunikowania się z otoczeniem i podtrzymywania więzi, (2) aktywności i samodzielności w zakresie zaspokajania elementarnych życiowych potrzeb biologicznych i społecznych, jak: utrzymania higieny, odżywiania, gospodarowania pieniędzmi, rekreacji i kontaktów społecznych, (3) pracy lub alternatywnego zajęcia (tabl. 6). Wykazano (tabl. 7) zbieżność ocen w podskalach SFS z ocenami z tych obszarów funkcjonowania dokonywanymi na podstawie wywiadu.

Podobnie jak w badaniach angielskich [1], ogólny wynik oceny funkcjonowania społecznego skalą SFS był tym słabszy, im większe było nasilenie objawów psychopatologicznych (tabl. 8). Współzależność ta dotyczyła zarówno objawów pozytywnych, jak i negatywnych (negatywnych w większym stopniu). Spośród wyodrębnionych w podskalach trzech czynników, czynnik I, grupujący podskale związane z umiejętnością komunikowania się i podtrzymywania więzi, wykazywał istotną współzależność zarówno z nasileniem objawów pozytywnych, jak i negatywnych.



Czynnik drugi, związany z ogólną życiową aktywnością, wykazywał związek istotny tylko z nasileniem objawów negatywnych, a czynnik trzeci, odnoszący się do funkcjonowania w pracy na przestrzeni lat, nie wykazywał zależności od aktualnego nasilenia objawów psychopatologicznych.

Ogólny poziom funkcjonowania wg SFS był tym słabszy, im większa była liczba dni spędzonych w szpitalu w 15-letnim okresie katamnesticznym. Zależność ta uwidaczniała się również w wynikach podskal zgrupowanych w czynniki III i II, natomiast czynnik I nie wykazywał istotnego związku z długo-trwałością hospitalizacji w okresie 15-letnim, lecz był bardziej zależny od aktualnego nasilenia symptomatologii schizofrenii (tabl. 8).

Wg autorów skali [1], jej zaletą jest prostota użycia, nie wymagającego wykwalifikowanych ankieterów i możliwość używania jako skali samooceny. Jak wykazuje tabl. 9, wyniki oceny przez opiekunów i samooceny pacjentów są także w badaniach polskich istotnie skorelowane ze sobą i potwierdzają wspomnianą tezę autorów skali.

Podsumowując, można powiedzieć, że ocena za pomocą skali SFS odnosi się do najbardziej podstawowych sprawności życiowych i jest użyteczna w diagnozowaniu deficytów funkcjonowania pacjenta, przydatnym do planowania i kontrolowania efektu oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych. Gdy jednak w grę wchodzi potrzeba oszacowania liczby osób, zamieszkujących na danym terenie, a obarczonych trudnościami w funkcjonowaniu i problemami socjalnymi w związku z chorobą psychiczną (np. do planowania opieki środowiskowej), większe znaczenie mają wywiady i dane z dokumentacji lekarskiej. Należy pamiętać, iż najbardziej globalnym miernikiem efektów postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego jest jakość życia chorego uwzględniająca nie tylko stopień wydolności poszczególnych funkcji organizmu i zdolności do funkcjonowania jednostki w jej rolach życiowych, ale także satysfakcję osiąganą przez chorego w jego konkretnej sytuacji społecznej i zdrowotnej [3].

## WNIOSKI

1. Analiza polskiego tłumaczenia „Skali funkcjonowania społecznego” SFS Birchwooda wykazała, że jest ona rzetelnym i trafnym narzędziem przydatnym przy ogólnej ocenie funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. Może być używana jako skala samooceny.
2. Wyniki podskal adekwatnie odzwierciedlają funkcjonowanie w zakresie samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (biologicznych i społecznych), pracy lub alternatywnego zatrudnienia oraz zdolności do wychodzenia z izolacji, komunikowania się z otoczeniem i podtrzymywania więzi z innymi osobami.
3. Skala jest narzędziem przydatnym w diagnozowaniu deficytów funkcjonowania oraz ocenie efektów interwencji psychosocjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych w odniesieniu do osób i grup chorych na schizofrenię. Ocena epidemiologiczna rozpowszechnienia niesprawności związanej z przewlekłą schizofrenią dla potrzeb planowania opieki środowiskowej na danym terenie wymaga innych metod uzyskiwania danych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Birchwood M., Smith J.O., Cochrane R., Wetton S., Copestake S.: The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br. J. Psychiatry* 1990, 157, 835–839.
2. Gerne M., Wengle H.P.: Soziale Diagnostik: Erfassung, Instrumente und Einschätzung der „Sozialen Anpassung” von Psychiatrie-Patienten. *Z. Klin. Psychol. Psychopatol. Psychother.* 1992, 40, 213–245.
3. Lehman A.F.: Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. W: Thornicroft G., Tansella M. (red.): *Mental health outcome measures*. Springer 1996, 75–92.
4. Platt S., Weyman A., Hirsch S. i wsp.: The social behaviour assessment schedule (SBAS). *Soc. Psychiatry* 1980, 15, 43–55.

5. Rosen A., Hadzi Pavlovic D., Parker G.: The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1989, 15, 2, 325–357.
6. Słupczyńska E.: Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. I. Pojęcia i definicje. *Psychiatr. Pol.* 1985, 3, 226–232.
7. Słupczyńska E.: Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. II. Metody zbierania informacji i metody oceny zachowań. *Psychiatr. Pol.* 1985, 4, 316–320.
8. Wallace C.J.: Functional assessment in rehabilitation. *Schizophr. Bull.* 1986, 12, 604–630.
9. Weissman M.M.: The assessment of social adjustment an update. *Arch. Gen. Psychiatry* 1981, 38, 1250–1258.
10. Wiersma D.: Measuring social disabilities in mental health. W: Thornicroft G., Tansella M. (red.): *Mental health outcome measures.* Springer 1996, 112–130.
11. Załuska M.: Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 1995, 5, 631–640.
12. Załuska M.: Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji. I. Ocena funkcjonowania. *Psychiatr. Pol.* (w druku).

*Adres: Dr Maria Załuska, IV Klinika Psychiatryczna IPiN,  
ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa*

## Aneks

### SFS Skala funkcjonowania społecznego

*Max Birchwood*

#### *Social Functioning Scale*

#### Część B (wypełnia pacjent)

Nazwisko i imię .....

Ten kwestionariusz ma nam pomóc zorientować się jak Pan/i radzi sobie na co dzień w życiu. Wypełnienie go zajmie około 20 minut. Przed rozpoczęciem wypełniania kwestionariusza proszę o odpowiedź na poniższe pytania:

1. Gdzie Pan/i mieszka .....
2. Z kim Pan/i mieszka .....

wyniki podskal	I	II	III	IV	V	VI	VII
punkty surowe							
wynik policzony							

#### I.

1. O której godzinie wstajesz rano z łóżka?

zazwyczaj w dni powszednie	
zazwyczaj w wolne soboty i niedziele (jeśli inaczej)	

2. Ile godzin dziennie w sumie spędzasz samotnie, np. samotnie w pokoju, samotnie na spacerze, samotnie słuchając radia, oglądając telewizję itp.? Proszę zakreślić odpowiednią rubrykę poniżej.

0–3 godz./dzień	praktycznie rzadko przebywam samotnie	
3–6 godz./dzień	niekiedy przebywam samotnie	
6–9 godz./dzień	dużo czasu spędzam samotnie	
9–12 godz./dzień	większość czasu spędzam samotnie	
> 12 godz./dzień	praktycznie cały czas spędzam samotnie	

3. Jak często rozpoczynasz z kimś w domu rozmowę?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4. Jak często wychodzisz z domu z jakiegokolwiek powodu?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

5. Jak reagujesz na obecność obcych osób?

unikam ich	czuję zdenerwowanie	akceptuję ich	lubię ich

## II.

1. Ilu przyjaciół – osób, z którymi spotykasz się regularnie i wspólnie coś robisz – masz aktualnie?

wpisz liczbę tych osób	
------------------------	--

2. Czy żyjesz aktualnie w małżeństwie?      lub      masz aktualnie chłopaka/dziewczynę

tak	
nie	

tak	
nie	

3. Jak często jesteś w stanie rozmawiać z innymi ze wzajemnym zrozumieniem lub prowadzić z nimi racjonalną wymianę zdań? Proszę zakreślić odpowiednią rubrykę.

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4. Na ile łatwo lub trudno jest Ci w tej chwili rozmawiać z ludźmi?

bardzo łatwo	raczej łatwo	przeciętnie	raczej trudno	bardzo trudno

### III.

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się podejmować wymienione rodzaje aktywności.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
pójście do kina				
pójście do teatru lub na koncert				
oglądanie imprez sportowych w pomieszczeniu (np. tenis, ping-pong, boks)				
oglądanie imprez sportowych na dworze (np. piłka nożna, siatkówka, wyścigi konne)				
zwiedzanie muzeum, galerii sztuki				
oglądanie wystawy				
zwiedzanie ciekawych miejsc lub miejscowości				
udział w spotkaniu dyskusyjnym				
chodzenie na kursy wieczorowe				
odwiedzanie krewnych u nich w domu				
przyjmowanie odwiedzin krewnych w swoim domu				
odwiedzanie przyjaciół lub dziewczyny/chłopaka				
pójście na przyjęcie towarzyskie				
pójście na oficjalną imprezę				
pójście na dyskotekę				
pójście do klubu nocnego, innego towarzyskiego				
uprawianie sportu w pomieszczeniu (basen, ping-pong itp.)				
uprawianie sportu na dworze (np. piłka nożna, siatkówka itp.)				
uczestnictwo w klubie, stowarzyszeniu				
pójście do pubu, piwiarni				
jedzenie na mieście				
udział w uroczystościach religijnych, życiu kościelnym				

## IV.

Proszę zakreślić za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się podejmować następujące rodzaje aktywności i rozrywek.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
gra na instrumencie muzycznym				
szycie, szydełkowanie, robótki itp.				
praca w ogródku, na działce				
czytanie książek, gazet, czasopism				
oglądanie programów telewizji, video				
sluchanie radia, płyt, kaset				
gotowanie, pieczenie itp.				
majsterkowanie				
drobne naprawy (radia, roweru, sprzętów i innych urządzeń)				
spacery, wycieczki				
przejażdżka samochodem, rowerem dla rekreacji				
plywanie				
hobby, np. kwiaty, rybki, kolekcjonowanie czegoś				
chodzenie po mieście, oglądanie sklepów				
czynności artystyczne, malowanie, rękodzielnictwo				

## V.

Proszę za każdym razem zakreślić odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się wykonywać wymienione kolejno czynności.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
kupowanie czegoś w sklepie (samodzielnie)				
zmywanie naczyń, sprzątanie itp.				
regularne mycie się lub kąpanie				
pranie własnych rzeczy				
poszukiwanie pracy (jeśli nie pracuje lub chce zmienić)				
zakupy jedzeniowe				
sprzątanie i gotowanie posiłków				

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
samodzielne wyjścia z domu				
jeżdżenie autobusem, pociągiem itp.				
posługiwanie się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarowanie pieniędzmi, planowanie budżetu				
wybieranie i kupowanie ubrań dla siebie				
dbanie i zabiegi wokół własnego wyglądu zewnętrznego				

## VI.

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby określić na ile oceniasz swoje możliwości i zdolność do wykonywania wymienionych niżej czynności.

	potrafię samodzielnie	potrafię z czyjąś pomocą	wcale nie potrafię	nie wiem
jeździć środkami komunikacji (autobus, tramwaj, pociąg)				
posługiwać się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarować pieniędzmi odpowiednio do budżetu				
gotować dla siebie				
robić bieżące zakupy				
poszukiwać pracy				
prac swoje rzeczy				
dbać o osobistą higienę				
sprzątać, zmywać, dbać o porządek				
zamawiać coś ze sklepu				
samodzielnie wychodzić z domu				
dobierać dla siebie i kupować ubranie				
dbać o swój wygląd zewnętrzny				

## VII.

Czy aktualnie masz jakąś pracę (zatrudnienie) – dotyczy to także pracy chronionej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, kursów szkolenia zawodowego itp. oraz opieki nad dzieckiem w ramach urlopu wychowawczego.

mam zatrudnienie	nie mam zatrudnienia

1. Jeśli masz zatrudnienie, to:

jaka to jest praca? .....

ile godzin w tygodniu? .....

od jak dawna masz tę pracę? .....

2. Jeśli aktualnie nie masz żadnego zatrudnienia, to:

kiedy ostatnio byłeś/byłaś zatrudniony/a? .....

jaka to była praca? .....

ile godzin tygodniowo? .....

3. Czy masz orzeczoną grupę inwalidzką?

tak	nie	która grupa	od kiedy

4. Czy może jesteś aktualnie pacjentem oddziału dziennego?

tak	nie

5. Czy czujesz się zdolny/a do wykonywania jakiejś pracy?

zdecydowanie tak	chyba tak, ale z trudnością	zdecydowanie nie mogę pracować

6. Jak często zajmujesz się poszukiwaniem pracy, np. chodzeniem do pośrednictwa pracy, czytaniem ogłoszeń o pracy?

prawie nigdy	rzadko	dość często	bardzo często