

„Gender differences” w programie wsparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie

Gender-related differences in social support program for mentally ill persons

Maryla Sawicka¹, Paweł Bronowski¹, Katarzyna Charzyńska²

¹Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii Stosowanej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

²Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. hum. M. Sawicka

Summary

Aim. The current study is a part of a research program on schizophrenia course in the system of community based assistance and support for mentally ill persons who do not use regular mental health system. The aim of this study was to investigate both the accessibility of the system for gender populations and its applicability in terms of addressing the needs of both males and females.

Method. 105 subjects (46 males and 59 females) using home care services in three Warsaw districts were included in the study. The following domains of the functioning were assessed: the scope, content and efficiency of the social networks as well as social functioning of home care services users.

Results. Males and females differed significantly with regard to several attributes of social networks as well as social functioning.

Conclusions. Comparing to males, females had greater opportunity to receive support from more distant categories of persons constituting their social networks. The differences in social functioning of males and females were limited only to stereotypical gender roles and were not noted in other areas of social functioning.

Słowa kluczowe: schizofrenia, usługi specjalistyczne, sieć społeczna

Key words: gender-related differences, home care services, social support network

Wstęp

Pojęcie „gender differences” opisuje podobieństwa i różnice, jakie istnieją pomiędzy płciami na poziomie biologicznym, kulturowym czy społecznym. Jest to także trend badawczy, który pojawił się na początku lat 90. ubiegłego stulecia. W przypadku

Badanie nie było sponsorowane.

schizofrenii badania epidemiologiczne wskazują, że brak jest wyraźnych różnic między płciami w częstości zachorowania na tę chorobę, jednak już sam jej przebieg jest wyraźnie różny [1]. Odnotowywane różnice dotyczą przede wszystkim momentu wystąpienia pierwszego epizodu, który pojawia się później u kobiet i charakteryzuje się stosunkowo łagodniejszym przebiegiem, związanym prawdopodobnie z szybszą odpowiedzią na leczenie [2]. Wydaje się także, że w przypadku kobiet przebieg schizofrenii charakteryzuje się lepszym rokowaniem [3]. Ważnym elementem leczenia jest także umiejętność współpracy z lekarzem oraz przestrzeganie zaleceń medycznych, co w przypadku kobiet występuje istotnie częściej niż u mężczyzn chorujących na schizofrenię [4]. Obserwowane różnice w leczeniu i przebiegu schizofrenii u obydwu płci dotyczą z jednej strony różnic biologicznych pomiędzy nimi, z drugiej zaś są wynikiem różnic w funkcjonowaniu społecznym i ról, jakie pełnią w życiu [5].

Różnice, jakie od lat są opisywane w sposobie chorowania i dochodzenia do zdrowia kobiet i mężczyzn chorych na schizofrenię, powodują, że naturalne jest pojawienie się pytania o skuteczność oddziaływań terapeutycznych wobec tych dwóch grup pacjentów. Ważne jest w tym kontekście również określenie możliwości korzystania z oferty rehabilitacji, jaką tworzą systemy wsparcia środowiskowego.

Prezentowana praca jest częścią badań nad przebiegiem schizofrenii w niemedycznym systemie pomocy i wsparcia środowiskowego dla osób chorych psychicznie. Ich celem była ocena funkcjonowania społecznego uczestników, umiejętności korzystania z sieci oparcia społecznego [6], radzenia sobie w życiu w społeczności [7] oraz zadowolenia z życia [8].

Stworzony system oparcia społecznego – działający lokalnie w trzech dzielnicach Warszawy – służy wzmacnianiu procesu zdrowienia i realizacji osobistych celów życiowych osób przewlekle chorych psychicznie. Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze (SUO), stanowiące element środowiskowego systemu wsparcia, są szczególnym programem przeznaczonym dla osób potrzebujących wsparcia, doświadczających częstych kryzysów w różnych obszarach swojego życia, zwykle biernie nastawionych do wyzwań i wymogów środowiska. Osoby objęte Specjalistycznymi Usługami Opiekuńczymi są zagrożone częstymi i długotrwałymi hospitalizacjami psychiatrycznymi utrudniającymi przerwanie działania zasady „drzwi obrotowych”. Tak więc otrzymane wyniki badania odnoszą się tylko do tej właśnie grupy osób i stanowią odpowiedź na szczegółowe pytania badawcze:

- Czy istnieją różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami – uczestniczącymi w programie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych – pod względem właściwości ich sieci wsparcia społecznego?
- Czy istnieją także różnice pomiędzy tymi grupami w ich funkcjonowaniu społecznym?

Material i metoda

W prezentowanym badaniu wzięło udział 105 osób uczestniczących w programie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych. Program był realizowany w trzech gminach Warszawy: Bielanach, Targówku i Białołęce, skąd pochodziły osoby badane.

Do badania zostały zakwalifikowane osoby spełniające następujące kryteria: przynajmniej 3-miesięczny udział w Usługach Specjalistycznych, rozpoznanie schi-

zofrenii zgodnie z zasadami ICD-10, pełnoletniość, stan psychiczny w chwili badania umożliwiające jego przeprowadzenie oraz zgoda na udział w badaniu.

Badanie było jednorazowym pomiarem analizującym funkcjonowanie badanych osób za pomocą następujących narzędzi badawczych:

- Mapa i Kwestionariusz Otoczenia Społecznego Z. Bizonia – służą ustaleniu wielkości sieci wsparcia społecznego w następujących obszarach: współdomowników, najbliższych krewnych, dalszych krewnych, kolegów z pracy i placówek rehabilitacyjnych oraz szpitala, sąsiadów, znajomych, terapeutów oraz innych znaczących osób [9];
- Inwentarz Wsparcia Społecznego Z. Bizonia – umożliwia ocenę rodzaju podtrzymania oraz wielkości i zakresu wsparcia społecznego w 8 rodzajach oparcia: służenia radą, wyręczania, popierania, opiekowania się, podnoszenia na duchu, powiernictwa, pocieszania, bezwarunkowego oparcia [9];
- Skala Funkcjonowania Społecznego M. Birchwooda – umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorujących psychicznie z uwzględnieniem tych obszarów, które w szczególności decydują o utrzymaniu się w środowisku pozaszpitalnym. W prezentowanym badaniu analizowano następujące obszary funkcjonowania: wychodzenie z izolacji, komunikację i więzi interpersonalne, kontakty społeczne, rekreację i rozrywkę, samodzielność realizowaną oraz aktywność zawodową [10].

W badaniu wyniki przedstawiono w postaci wartości średnich, a różnice pomiędzy nimi przeanalizowano za pomocą testu t-Studenta. Test Chi² Pearsona został wykorzystany do porównania rozkładów zmiennych. Przyjęto istotność statystyczną na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 59 kobiet oraz 46 mężczyzn. Szczegółową analizę różnic społeczno-demograficznych pomiędzy analizowanymi grupami przedstawia tabela 1.

Tabela 1. **Charakterystyki społeczno-demograficzne i kliniczne uczestników Specjalistycznych Usług Opiekuńczych – wartości średnie i różnice między nimi (N = 105); n.s – nieistotne statystycznie**

Charakterystyki społeczno-demograficzne i kliniczne	mężczyźni (n = 46)	kobiety (n = 59)	t	p
Wiek	48	55,9	-2,66	p=0,009
Długość czasu trwania choroby (lata)	20,7	23,31	-1,1	n.s
Współmieszkańcy	1,72	1,57	0,5	n.s
Wiek zachorowania	26,8	31,5	-2,1	p = 0,04
Hospitalizacje całodobowe	9,35	6,1	2	p = 0,04

Badane osoby różniły się między sobą pod względem cech społeczno-demograficznych. Badane kobiety były istotnie starsze od mężczyzn, także zachorowały istotnie później i rzadziej były hospitalizowane w ciągu swojego życia.

Ważnym czynnikiem funkcjonowania społecznego jest podjęcie i realizowanie ról społecznych, w tym przede wszystkim ról małżeńskich. Otrzymane wyniki wskazują, że kobiety istotnie częściej od mężczyzn są lub były w związkach małżeńskich – odpowiednio 57,6% i 19,6% ($\text{Chi}^2 = 18,449$, $p < 0,001$).

Otoczenie społeczne uczestników Specjalistycznych Usług Opiekuńczych

Otrzymane wyniki wskazują, że uczestniczki Usług Specjalistycznych różnią się istotnie od ich uczestników w liczebności i kontaktach sąsiedzkich służących udzielaniu pomocy (tabela 2). Kobiety w skład swoich sieci społecznych zaliczyły istotnie statystycznie liczniejszą grupę sąsiadów niż mężczyźni. Nie odnotowano różnic na poziomie istotnym statystycznie w liczbie osób budujących otoczenie społeczne u kobiet i mężczyzn.

Tabela 2. Różnice w składzie otoczenia społecznego – wartości średnie i różnice między nimi (N =105)

Kategoria	mężczyźni	kobiety	statystyka	p
Osoby wspólnie zamieszkujące	0,8	0,75	0,25	n.s
Najbliższa rodzina	1,37	1,35	0,21	n.s
Inni krewni	0,43	0,73	-1,27	n.s
Koledzy z pracy	0,22	0,15	0,56	n.s
Sąsiedzi	0,24	0,47	-1,9	p = 0,05
Inni znajomi	0,65	0,41	1,2	n.s
Terapeuci	1,76	2	-1,02	n.s
Inne osoby	0,37	0,43	-0,34	n.s
Ilość osób w otoczeniu	5,83	6,15	-0,416	n.s

Analiza ilości osób udzielających oparcia w poszczególnych funkcjach nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy dwiema badanymi grupami. Nie odnotowano także różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn w zakresie uzyskiwanych przez nich funkcji wsparcia, realizowanych przez poszczególne kategorie osób z otoczenia społecznego.

Szczegółowa analiza wyników dotyczących zapewniania poszczególnych funkcji wsparcia przez wybrane kategorie osób tworzących sieci społeczne ujawniła natomiast istnienie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. Podsumowanie wyników przedstawia tabela 3 – *na następnej stronie*.

Otrzymane wyniki wskazują, że kobiety otrzymują wsparcie od większej liczby osób z niektórych kategorii. Dotyczy to kategorii „znajomi” w przypadku funkcji „doradzania”, „osób znaczących” w przypadku „bezwarunkowego oparcia” oraz kategorii „krewni” w funkcji „pocieszenia”. Warto zwrócić uwagę, że różnice te dotyczą kategorii osób z dalszych kręgów sieci społecznych, nie dotyczą natomiast „najbliższej rodziny” lub „przyjaciół”.

Tabela 3. Wartości średnie i różnice między nimi w liczbie funkcji wsparcia realizowanych przez wybrane kategorie osób z otoczenia społecznego (tylko wartości istotne statystycznie)
N = 105

Funkcje wsparcia realizowane przez określone kategorie osób	mężczyźni	kobiety	t	p
„Doradzanie” przez dalszych znajomych	1	1,06	-2,05	p = 0,04
„Bezwarunkowe oparcie” dawane przez inne osoby znaczące	1	1,06	-2,05	p = 0,04
„Pocieszanie” przez dalszych krewnych	1	1,1	-2,5	p = 0,01

Funkcjonowanie społeczne kobiet i mężczyzn

Uzyskane wyniki wskazują, że osoby badane różnią się między sobą w dwóch obszarach funkcjonowania: w podejmowaniu różnorodnych aktywności społecznych oraz samodzielności w realizacji różnych czynności samoobsługowych.

Szczegółowe dane dotyczące podejmowania aktywności zawiera tabela 4.

Tabela 4. Wartości średnie i różnice w podejmowaniu wybranych aktywności (tylko różnice istotne statystycznie); N = 105

Rodzaj aktywności	mężczyźni	kobiety	t	p
Uprawianie sportu na powietrzu	1,26	1,05	2,26	p = 0,027
Jedzenie na mieście	1,89	1,54	2,25	p = 0,026
Robótki ręczne	1,26	2,76	-3,9	p = 0,000
Słuchanie radia, płyt	3,21	2,69	3,09	p = 0,003
Gotowanie, pieczenie	2,08	2,76	-3,54	p = 0,001
Majsterkowanie	1,63	1,08	4,42	p = 0,000
Drobne naprawy	1,58	1,16	3,32	p = 0,001
Przejażdżki samochodem, rowerem	1,27	1,07	2,27	p = 0,008
Pływanie	1,58	1,20	2,95	p = 0,004

Otrzymane wyniki wskazują, że mężczyźni istotnie częściej niż kobiety podejmują się różnych zajęć poza domem. Chętniej z niego wychodzą i uprawiają sport. Jednocześnie kobiety przejawiają dużo większą aktywność domową, zajmując się głównie sprawami bytowymi, takimi jak przygotowanie jedzenia czy robótki ręczne. Mężczyźni wydają się dużo bardziej aktywni od kobiet – tak w samym domu, jak i poza nim.

Kolejnym analizowanym obszarem aktywności badanych kobiet i mężczyzn były ich możliwości samoobsługowe. Szczegóły prezentuje tabela 5 – *na następnej stronie*. Otrzymane wyniki wskazują, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni dbają o swój wygląd zewnętrzny i higienę osobistą. Są także bardziej samodzielne pod względem dbania o porządek i czystość otoczenia.

Tabela 5. Wartości średnie i różnice w czynnościach samoobsługowych (tylko różnice istotne statystycznie) N = 105

Zakresy samoobsługi	mężczyźni	kobiety	t	p
Regularne mycie się i kąpanie	3,1	3,3	-2,002	p = 0,04
Sprzątanie i gotowanie	2,47	2,84	-2,03	p = 0,04
Wybieranie i kupowanie ubrań	2,34	2,7	-2,09	p = 0,03
Przygotowywanie posiłków dla siebie	1,7	1,3	2,39	p = 0,019

Funkcjonowanie społeczne porównywanych grup analizowano także w oparciu o następujące ogólne kategorie zbiorcze: wychodzenie z izolacji, więzi międzyludzkie, kontakty społeczne, rekreację i rozrywkę, samodzielność realizowaną. Otrzymane wyniki wskazują, że brak jest różnic pomiędzy porównywanymi grupami pod względem funkcjonowania w określonych ogólnych zakresach funkcjonowania społecznego. Warto dodać, że żadna z badanych osób nie była aktywna zawodowo podczas realizacji badania.

Omówienie wyników

Celem przeprowadzonego badania była ocena sieci społecznych oraz wskaźników funkcjonowania społecznego kobiet i mężczyzn uczestniczących w programie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych.

Kobiety były starsze od mężczyzn w momencie zachorowania średnio o 5 lat, miały mniej hospitalizacji całodobowych, a także istotnie częściej były lub są w związkach małżeńskich. Fakt późniejszego zachorowania prawdopodobnie przyczynił się do zmierzenia się przez kobiety z wieloma ważnymi rolami społecznymi. Jednak pomimo tych doświadczeń aktualnie kobiety i mężczyźni nie różnili się między sobą pod względem ilości osób wspólnie zamieszkujących, a ilość aktualnie trwających związków była tylko w niewielkim stopniu większa u kobiet. Dynamika zmian społeczno-demograficznych w badanej grupie podlega innym zasadom niż w analizach dotyczących prospektywnych zmian zachodzących w życiu pacjentów, którzy nie wymagają zinstytucjonalizowanego wsparcia środowiskowego [11]. Badania wskazują, że pacjenci pomyślnie rokujący z czasem powoli i korzystnie zmieniają swoją sytuację społeczną – pomimo toczącego się procesu chorobowego. Znaczącym czynnikiem może tu być moment rozpoczęcia chorowania [11]. Paradoksalnie młodszy wiek początku choroby, przypadający na okres przebywania jeszcze pod opieką rodziny pochodzenia, może stanowić cenne źródło różnorodnych form oparcia. Inaczej niż u pacjentów korzystających z SUO, gdzie późniejszy początek zachorowania przypadał na okres samodzielnej egzystencji, co powodowało zmniejszenie wpływu ważnego źródła wsparcia. Tak więc sam moment pojawienia się choroby psychicznej może mieć znaczącą rolę w dalszym przebiegu choroby. Późniejszy początek zachorowania daje z kolei szansę na zrealizowanie ważnych celów: zdobycia wykształcenia, zawodu, założenia rodziny. Badania wskazują, że kobiety po latach choroby nadal pozostają lepiej wyedukowane, mają więcej doświadczeń zawodowych i częściej pozostają w związkach małżeńskich [12]. Tak opisany skład społeczno-demograficzny badanej

grupy koresponduje z innymi wynikami badań, w których to kobiety stanowią grupę o lepszym przebiegu choroby na jej początku i nieco zbliżonym do grupy mężczyzn po latach jej trwania [13].

Analiza składu sieci społecznych i możliwości czerpania z nich różnorodnych funkcji wsparcia wskazuje na istnienie różnic pomiędzy płciami. Uczestniczki Usług Specjalistycznych w skład swoich sieci społecznych zaliczały istotnie większą liczbę osób z kategorii „sąsiedzi”. Tak zarysowana różnica nie przekłada się bezpośrednio na istotne statystycznie różnice w uzyskiwaniu różnorodnych funkcji wsparcia. Jednak szczegółowe analizy wykazały, że w przypadku trzech funkcji wsparcia („doradzania”, „pocieszania” i „bezwartkowego oparcia”) kobiety mogły liczyć na odleglejsze społecznie kategorie osób tworzące ich sieci społeczne. Można więc uznać, że kobiety dysponują lepszym dostępem do zasobów wsparcia, które znajdują się poza kręgiem najbliższej rodziny oraz profesjonalistów. Otrzymane wyniki pokazują jednak, że obserwowane pomiędzy grupami różnice można uznać za stosunkowo niewielkie. W literaturze istnieje wiele doniesień podkreślających większe umiejętności społeczne kobiet, które ułatwiają im budowanie bardziej wydolnych w porównaniu z mężczyznami sieci oparcia społecznego. Wiąże się to także ze specyfiką przebiegu choroby u kobiet [4, 13]. Mężczyźni chorujący na schizofrenię wyjściowo mają niższe umiejętności społeczne, a istnienie choroby zwykle jeszcze bardziej pogłębia te deficyty [1, 14]. Jednak badania starszych pacjentów, dłużej chorujących na schizofrenię, pokazują, że z biegiem lat dochodzi do zbliżenia się obydwu grup pod względem poziomu funkcjonowania społecznego. Kobiety na skutek zmian fizjologicznych tracą swoją biologiczną barierę ochronną przed niekorzystnym działaniem psychozy. Inne badania wskazują, że różnice w funkcjonowaniu pacjentów i pacjentek nie ulegają całkowitemu zatarciu [15]. Mężczyźni chorujący psychicznie mają w starszym wieku większą tendencję niż kobiety do zachowań ryzykownych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, ze wszystkimi negatywnymi tego konsekwencjami biologicznymi i społecznymi.

Warto podkreślić, że kobiety realizują niektóre funkcje przy udziale osób z dalszych kręgów społecznych. Osoby te mogą być bardziej anonimowe lub tylko doraźnie uczestniczyć w życiu kobiet korzystających z Usług Specjalistycznych. Z drugiej strony zapewniają one funkcje szczególnie trudne do uzyskania przez osoby chore psychicznie, związane z emocjonalnymi aspektami wsparcia („pocieszanie” i „doradzanie”).

Otrzymane wyniki mogą także wskazywać, że realizowanie poszczególnych funkcji oparcia społecznego w przypadku kobiet rozkłada się na wiele ogniw sieci społecznej. W przypadku mężczyzn dostęp do poszczególnych funkcji jest bardziej zawężony [16]. Wyniki pokazują, że tak opisywane sieci oparcia społecznego mają zbliżony obraz, jednak nie są tożsame. Nie jest jasne, jaką rolę może tu odgrywać fakt uczestniczenia w SUO, czy może znaczące różnice pomiędzy grupami w początkowym okresie chorowania mogły spowodować nagromadzenie kapitału społecznego, czerpanie z którego mogło w różny sposób zabezpieczać, szczególnie kobiety, przed negatywnymi konsekwencjami choroby. Nie jest również jasne, który z czynników miał znaczenie buforujące, a który kompensujące.

Drugim analizowanym aspektem udziału w Usługach Specjalistycznych kobiet i mężczyzn było ich funkcjonowanie społeczne. Wyniki wskazują, że mężczyźni różnią

się od kobiet w realizowaniu różnorodnych aktywności głównie poza domem. Kobiety częściej w nim pozostają i przejawiają więcej aktywności w tym obszarze. Wynik ten koresponduje ze stwierdzonymi różnicami w podejmowaniu czynności samoobsługowych (kobiety częściej niż mężczyźni je wykonują). Tak zarysowane różnice pomiędzy porównywanymi grupami odpowiadają stereotypowemu podziałowi na typowo kobiece i męskie aktywności. Można więc uznać, że satysfakcjonujące radzenie sobie w codziennych czynnościach kobiet i mężczyzn utwierdza ich w rolach i jest zgodne z realizowaniem ważnej dla tego typu pacjentów potrzeby jasnego określania zasad społecznych, w tym przede wszystkim osadzenia w roli [17].

Wnioski

W niewielkim, aczkolwiek istotnym statystycznie stopniu mężczyźni i kobiety uczestniczący w programie różnią się pod względem właściwości sieci społecznych.

W przypadku kobiet stwierdzono większe możliwości uzyskiwania wsparcia z dalszych, wykraczających poza rodzinę i inne osoby bliskie, kręgów sieci społecznych. Należy jednak zaznaczyć, że spodziewane różnice okazały się mniejsze, niż można było oczekiwać.

Stwierdzone różnice w funkcjonowaniu społecznym wiązały się jedynie ze stereotypowymi rolami społecznymi kobiet i mężczyzn. Nie rozszerzały się one na inne sfery funkcjonowania społecznego.

Ograniczenia w interpretacji otrzymanych wyników

W przeprowadzonym badaniu brak było istotnych danych dotyczących wyjściowych i przedchorobowych kompetencji badanych. Jednocześnie brak grup kontrolnych przebywających poza systemem usług uniemożliwiło uzyskanie jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej zależności między udziałem w Specjalistycznych Usługach Opiekuńczych a aktualnym stanem badanych.

„Gender differences” в программе социальной помощи для лиц с психическими нарушениями

Содержание

Задание. Предлагаемое исследование является частью работ над течением шизофрении в системе помощи и общественной поддержки для психически больных вне системы службы здравоохранения. Представленным здесь, последующим шагом исследования была оценка пригодности системы общественной помощи в реализации потребностей мужчин и женщин принимающих участие в этой программе. Кроме того, поставлена задача определения использования этой системы участниками этой группы больных.

Метод. В исследовании приняло участие 105 человек – 46 мужчин и 59 женщин, участвующими в программе Специалистических услуг в трех районах Варшавы. Исследование носило характер одноразовой оценки функционирования больных в следующих областях: радиуса, состава и способности, общественной сети, а также общественного приспособления участников программы Специалистических услуг.

Результаты. Полученные результаты указывают на факт, что женщины существенным образом отличаются от мужчин только в нескольких областях с точки зрения специфичности общественной сети и общественного приспособления.

Выводы. У женщин обнаружены большие возможности использования помощи с иных, нежели родных и близких людей, общественной сети услуг. Найденные различия в общественной приспособленности, связывались, только со стереотипными общественными ролями женщин и мужчин и не расширялись на иные сферы общественного функционирования.

Ключевые слова: шизофрения, специализированные услуги, общественная сеть

„Gender differences“ im Programm der sozialen Unterstützung für psychisch Kranke

Zusammenfassung

Ziel. Die vorgenannte Studie ist ein Bestandteil der Studien am Verlauf der Schizophrenie im System der milieuorientierten Fürsorge und Unterstützung für psychisch kranke Personen außer dem System des Gesundheitswesens. Die hier besprochene Forschungsetappe war die Validität des Systems der sozialen Unterstützung bei der Abwicklung der Bedürfnisse der Frauen und Männer, die an dem System teilnehmen, und die Bestimmung der Möglichkeit der Anwendung dieses Systems von zwei Gruppen.

Methode. An die Studie wurden 105 Personen eingeschlossen – 46 Männer und 59 Frauen, die die Anspruchnehmer von Fachdienstleistungen auf dem Gebiet der drei Gemeinden von Warszawa waren. Die Studie war eine einmalige Messung der Funktionsweise in folgendem Umfang: Gebiet, Zusammensetzung und Leistungsfähigkeit des sozialen Netzwerkes und der sozialen Funktionsweise der Teilnehmer des Programms Fachdienstleistungen.

Ergebnisse. Die erzielten Ergebnisse weisen auf, dass die Frauen sich signifikant von den Männern nur in einigen Bereichen unterscheiden: im Hinblick auf die Eigenschaften der sozialen Netzwerke und auf die soziale Funktionsweise.

Schlussfolgerungen. Die Frauen haben größere Möglichkeiten, eine Unterstützung von weiteren Kreisen der Netzwerke zu bekommen als von der Familie und von den nächsten Personen. Die festgelegten Unterschiede bei der sozialen Funktionsweise hingen mit der stereotypen Rollenverteilung der Frauen und der Männer zusammen und sie breiteten sich nicht auf andere Sphären der sozialen Funktionsweise aus.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Fachdienstleistungen, soziales Netzwerk

« Gender différences »/différence des sexes/ dans le programme du soutien social des personnes souffrant des maladies mentales

Résumé

Objectif. Ce travail fait partie des recherches concernant la schizophrénie et le programme du soutien social des personnes souffrant des maladies mentales qui ne profitent pas de système de santé. On essaie d'évaluer son applicabilité et l'accessibilité au soutien social des femmes et des hommes.

Méthode. On examine 105 personnes (46 hommes et 59 femmes), bénéficiaires des soins à domicile dans la région de Varsovie. L'examen concerne : portée, contenu, efficacité du réseau social et le fonctionnement social de ces bénéficiaires.

Résultats. Les femmes et les hommes diffèrent fortement quant au fonctionnement social et dans les caractéristiques du réseau social.

Conclusions. Les femmes ont plus grandes possibilités de soutien qui peuvent venir non seulement de la part de leur famille et de leurs proches mais du réseau social plus élargi. Les différences du fonctionnement social des femmes et des hommes résultent des stéréotypes liés avec les rôles des hommes et des femmes dans la société et elles ne touchent pas d'autres champs du fonctionnement social.

Mots clés : schizophrénie, soins à domicile, réseau social

Piśmiennictwo

1. Goldstein JM. *Gender differences in the course of schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 1988; 145: 684–689.
2. Roy MA, Maziade M, Labbe A, Merete C. *Male gender is associated with deficit schizophrenia: a meta-analysis*. Schizophr. Res. 2001; 47: 141–147.
3. Burns T, Catty J. *Deconstructing home-based care fore mental illness: can one identify the effective ingredients?* Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113: 33–35.
4. Childers SE, Harding CM. *Gender, premorbid functioning, and long term outcome in DSM – III schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1990; 16: 309–318.
5. Browne G. *Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study*. Iss. Ment. Health Nurs. 2005; 26: 311–326.
6. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Sieci społeczne osób chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia i rehabilitacji*. Post. Psychiatr. Neurol. 2008; 4: 291–298.
7. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2009; 1: 43–50.
8. Bronowski P, Sawicka M. *Jakość życia u osób przewlekle chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia społecznego*. Człowiek Niepełnospr. Społecz. 2008; 1 (17): 53–69.
9. Bizoń Z, Kokoszka A, Roszczyńska J, Bryła L, Wojnar M. *Ocena otoczenia i oparcia społecznego według Zdzisława Bizonia. Opis metody i jej zastosowanie*. W: Kokoszka A, Wojnar M. red. *Profesor Zdzisław Bizoń i jego idee*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej; 2001.
10. Załuska M. „*Skala funkcjonowania społecznego*” (SFS) Birchwooda jako narzędzie funkcjonowania chorych na schizofrenię. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 237–251.
11. Jaracz K, Górna K, Kiejna J, Rybakowski J. *Prospektywna ocena wczesnego przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 2008; 1: 33–46.
12. Kalisz A, Cechnicki A. *Gender-related prognostic factors in first admission DSM-III schizophrenic patients*. Arch Psychiatr. Psychother. 2002; 4 (3): 25–36.
13. Moriarty P, Lieber D, Bennett A, White L, Davis KL. *Gender differences poor outcome patients with lifelong schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2001; 27 (1): 103–113.
14. Angermeyer MC, Goldstein JM, Kuehn L. *Gender differences in schizophrenia: rehospitalization and community survival*. Psychol. Med. 1989; 19: 365–382.
15. Mueser KT, Pratt SI, Bartels S, Forester B, Wolfe R, Cather C. *Neurocognition and social skills in older persons with schizophrenia and major mood disorders: an analysis of gender and diagnosis effects*. J. Neurolinguistics 2010; 23 (3): 297–317.
16. Cechnicki A, Wojciechowska A. *Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2007; 4: 513–525.
17. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Wybrane zagadnienia z życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię*. Seksuol. Pol. 2007; 5 (2): 51–56.

Adres: Katarzyna Charzyńska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 1.02.2012
Zrecenzowano: 23.06.2012
Otrzymano po poprawie: 24.09.2012
Przyjęto do druku: 22.02.2013
Adiustacja: A. K.