

**Sieci społeczne i poziom funkcjonowania społecznego  
uczestników warsztatów terapii zajęciowej  
i środowiskowych domów samopomocy  
– dwóch podstawowych placówek wsparcia  
dla osób chorujących psychicznie**

**Social networks and social functioning level among occupational  
therapy workshops and community-based support centers users**

Paweł Bronowski, Maryla Sawicka, Magda Rowicka,  
Marta Jarmakowicz

Instytut Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

**Summary**

**Introduction.** Community-Based Support Centers (CSC) and Occupational Therapy Workshops (OTW) have been functioning for over 20 years in Poland. However, the effectiveness of their rehabilitation programs as well as the users profile has not been examined yet.

**Aim.** The aim of the study was to determine social functioning level and support network effectiveness of CSC and OTW users.

**Methods.** Research tools: GAS (Global Assessment Scale), social network and social support assessment, Social Functioning Scale, Sociodemographic Questionnaire.

**Results.** Results show that investigated groups (except for participants' age) show no significant differences in sociodemographic variables and illness profile. Significant differences were found in the aspect of number and quality of support networks and the functioning level.

**Conclusions.** Analyzed support institutions have different aims and offer different support programs which show differences in support networks and social functioning level. It can result from that the goal of OTW is to activate its users and assist them with their reintegration into the labor market, whereas CSCs are oriented on users' current issues and hospitalization prevention. It is important to have knowledge of these specifics during referring a person to such service.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, wsparcie środowiskowe, rehabilitacja psychiatryczna

**Key words:** schizophrenia, social support, psychiatric rehabilitation

## Wstęp

Rozbudowane środowiskowe systemy wsparcia dla osób chorujących psychicznie w Polsce są obecnie dostępne w wielu społecznościach lokalnych. W skład tych systemów wchodzi zróżnicowane programy dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości osób chorujących. Do najbardziej dostępnych i popularnych należą: środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, ośrodki wsparcia, specjalistyczne usługi opiekuńcze, kluby, mieszkania chronione oraz programy aktywizacji zawodowej. Większość z nich jest prowadzona przez organizacje pozarządowe, samorządy lokalne oraz pomoc społeczną. Celem działania programów środowiskowych jest wspieranie procesu zdrowienia. Używając terminologii typowej dla psychologii pozytywnej, można stwierdzić, że mają one na celu umożliwienie osobom chorującym prowadzenie „dobrego życia” [1].

Wymienione powyżej programy opierają się na typowych, lecz realizowanych z różną intensywnością działaniach. Należy do nich zaliczyć: nadawanie struktury dnia, kompensowanie sieci społecznych, treningi umiejętności społecznych, indywidualne i grupowe wsparcie psychologiczne oraz pomoc w zdobyciu zatrudnienia.

Wśród programów wsparcia bazujących na modelu ośrodka dziennego szczególnie popularne są środowiskowe domy samopomocy i warsztaty terapii zajęciowej. Placówki te można również uznać za podstawowe dla środowiskowych systemów wsparcia. Pracują przez siedem godzin dziennie, zapewniają dość zróżnicowaną ofertę zajęć, a grupy uczestników liczą ok. 30 osób. Zwykle dysponują także relatywnie licznym, interdyscyplinarnym personelem. W jego skład wchodzi terapeuci zajęciowi, psychologowie, pracownicy socjalni, doradcy zawodowi i trenerzy pracy. Personel pracujący w obu omawianych typach placówek dysponuje zwykle długim stażem pracy oraz odpowiednim przygotowaniem merytorycznym w postaci kursów i staży wzmacniających kompetencje w pracy z osobami chorującymi psychicznie [2].

Oba typy placówek działają w systemie dziennym, a ich najważniejsze cele są podobne. Jednak każda z nich ma swoją ściśle określoną specyfikę. W założeniach środowiskowe domy samopomocy są nastawione przede wszystkim na udzielanie bezpośredniego wsparcia w funkcjonowaniu uczestników, zapobieganie nawrotom choroby oraz hospitalizacjom. Warsztaty terapii zajęciowej są z kolei zorientowane na pomoc w uzyskaniu zatrudnienia i powrót na rynek pracy. Można uznać, że warsztaty są placówkami nastawionymi w większym stopniu na aktywizację i wspieranie samodzielności uczestników [3].

## Cel

Środowiskowe domy samopomocy i warsztaty terapii zajęciowej działają od połowy lat 90. ubiegłego wieku. Jak dotąd nie zbadano, jak realizowane są ich programy oraz jakie są charakterystyki uczestników tych placówek. Jest to ważne, ponieważ na podstawie takich danych możliwe będzie ustalenie, na ile są one dostosowane do możliwości i potrzeb uczestników.

W celu realizacji tak określonego celu badawczego przeanalizowano grupy beneficjentów obu placówek. Poza danymi socjodemograficznymi oraz opisującymi przebieg choroby wybrano dwa podstawowe parametry istotne dla specyfiki funkcjonowania uczestników: zakres i wydolność sieci społecznych oraz poziom funkcjonowania społecznego.

## Metody

Badania przeprowadzono w latach 2009–2011. Objęto nimi osoby chorujące na schizofrenię, będące uczestnikami środowiskowych domów samopomocy i warsztatów terapii zajęciowej w Warszawie, Lublinie i Krakowie.

Dane zebrano za pomocą następujących narzędzi:

- Kwestionariusz Socjodemograficzny (przygotowany na potrzeby badania): obejmuje dane o płci, wieku, wykształceniu, stanie cywilnym i źródłach utrzymania.
- Kwestionariusz Przebiegu Choroby (przygotowany na potrzeby badania): dotyczy danych związanych z chorobą, takich jak wiek zachorowania, czas trwania choroby oraz odbyte hospitalizacje.
- Kwestionariusz Korzystania ze Środowiskowego Systemu Wsparcia (przygotowany na potrzeby badania): dotyczy danych związanych z korzystaniem ze środowiskowych programów wsparcia.
- Ocena Otoczenia i Oparcia Społecznego [4]: dotyczy sieci społecznych i umożliwia ustalenie wielkości systemu oparcia. Osoby tworzące sieci podzielone są na dziewięć ogólnych kategorii zwanych obszarami (osoby wspólnie zamieszkałe, najbliższa rodzina, inni krewni, znajomi z ośrodków, koledzy z pracy, sąsiedzi, inni znajomi, terapeuci, inne znaczące osoby). Na potrzeby niniejszego badania, w związku ze specyfiką badanej grupy, do oryginalnego kwestionariusza została dodana jedna kategoria, czyli „znajomi z ośrodków”. Narzędzie pozwala na ocenę uzyskiwanego wsparcia społecznego. Uwzględniono w nim osiem rodzajów wsparcia (funkcji podtrzymujących): służyć radą, wyręczenie w codziennych obowiązkach, popieranie, opiekowanie się, przychodzenie z pomocą w niespodziewanych kłopotach, pocieszanie w zmartwieniu – podnoszenie na duchu, powiernictwo w sprawach osobistych oraz tzw. bezwarunkowe oparcie [4]. Narzędzie zostało przygotowane specjalnie do badania osób chorych psychicznie i jak dotąd w Polsce nie stworzono innego narzędzia służącego temu celowi. Było używane w wielu badaniach dotyczących sieci społecznych osób chorych psychicznie, m.in. w ocenie związków między wynikami leczenia i sieciami społecznymi [5], sieci społecznych osób objętych leczeniem środowiskowym [6], uczestników programów wsparcia [7], relacji między sieciami społecznymi osób chorych na schizofrenię a jakością życia [8]. Narzędzie jest przydatne zarówno do badań, jak i pracy klinicznej [4].
- Skala Funkcjonowania Społecznego Birchwooda [9]: pozwala na ocenę funkcjonowania osób chorych psychicznie w siedmiu następujących podskalach:
  - wychodzenie z izolacji,
  - komunikacja i więzi interpersonalne,

- kontakty społeczne,
- rekreacja i rozrywki,
- samodzielność realizowana,
- samodzielność możliwa,
- aktywność zawodowa.

Każda podskala zawiera od kilku do kilkunastu stwierdzeń, które należy ocenić na kilkustopniowej skali. Użyto skali przystosowanej do warunków polskich przez Załuską [9]. W badaniach wykorzystano wersję dla osoby chorującej.

- Skala Ogólnej Oceny Stanu Psychicznego (Global Assessment Scale – GAS): narzędzie jest skalą pozwalającą na ocenę stanu psychicznego na kontinuum od choroby psychicznej do zdrowia. Oceny dokonuje się na skali od 1 (hipotetycznie najbardziej chora osoba) do 100 (najbardziej zdrowa osoba). Skala podzielona jest na 10 równych interwałów. Pozwala ona na ocenę nasilenia (lub braku) objawów psychopatologicznych u osób chorujących psychicznie w zakresie tendencji auto-agresywnych i samobójczych, agresji, zaburzeń myślenia, poziomu lęku, zaburzeń nastroju, urojeń i halucynacji [10, 11].

Badanie przeprowadzono dzięki grantowi MNiSW nr 1106/B/H03/2009/36 „Środowiskowe systemy rehabilitacji i wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie”.

## Wyniki

### Badana grupa

Zbadano łącznie 198 osób, które od co najmniej trzech miesięcy uczestniczyły w programie środowiskowego domu samopomocy (ŚDS) lub warsztacie terapii zajęciowej (WTZ). Badanie przeprowadzono w Lublinie, Krakowie i Warszawie. W miastach tych od wielu lat funkcjonują środowiskowe systemy wsparcia dla osób chorujących psychicznie. Badani z obu placówek korzystają z nich przez bardzo zbliżony okres, średnio przez około 47 miesięcy. Podobnie przedstawia się częstotliwość uczestnictwa – średnio badani przychodzili do placówek około czterech razy w tygodniu. Szczegóły przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Średni czas (w miesiącach) i częstotliwość uczestnictwa (w tygodniu)

		N	M	SD	Z	p
Czas pobytu	WTZ	79	47,94	47,78	-0,406	0,685
	ŚDS	119	47,71	39,53		
Częstotliwość pobytu	WTZ	79	4,72	0,62	-0,379	0,704
	ŚDS	119	4,66	0,92		

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – wartość statystyki Z testu U Manna-Whitneya, p – poziom prawdopodobieństwa

Testy nieparametryczne zostały zastosowane w celu porównania dwóch badanych grup w związku z ich nierównolicznością ( $\text{Chi}^2(1) = 8,08$ ;  $p = 0,004$ ) i rozkładem zmiennych odbiegającym od normalnego. Wyniki testów Kołomogorova–Smirnowa oraz Shapiro–Wilka były istotne dla wszystkich zmiennych w dwóch lub przynajmniej jednej grupie. Co więcej, stosunek wartości skośności do błędu standardowego skośności i/lub kurtozy do błędu standardowego kurtozy  $> |1|$ . Dla większości zmiennych, wartości skośności i/lub kurtozy także przekraczały wartość  $|1|$ . W pozostałych przypadkach, tj. kiedy wartości skośności i kurtozy  $< |1|$ , w grupach znajdowały się obserwacje odstające. Odwołując się do mniej konserwatywnych kryteriów, testy t-Studenta zostały przeprowadzone dla zmiennych, w których wartości skośności i kurtozy nie przekraczały  $|1|$ . W pozostałych przypadkach zastosowany został test U Manna–Whitneya.

Analiza składu uczestników w placówkach dotyczyła: płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia. Szczegóły przedstawiają tabele 2–6.

Tabela 2. Płeć badanych

	N		%	
	WTZ	ŚDS	WTZ	ŚDS
Męska	38	69	48,1	58,0
Żeńska	41	50	51,9	42,0
Ogółem	79	119	100,0	100,0

N – liczba osób badanych; % – wartość w procentach

Tabela 3. Wiek uczestników

		M	SD	Z	p
Wiek	WTZ	38,09	10,27	-2,312	0,021
	ŚDS	42,22	12,07		

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – wartość statystyki Z testu U Manna–Whitneya; p – poziom prawdopodobieństwa

Tabela 4. Stan cywilny

	N		Procent	
	WTZ	ŚDS	WTZ	ŚDS
Panna/kawaler	66	100	83,5	84,1
Zamężna/zonaty	6	6	7,6	5,0
Rozwiedziona/y	5	6	6,3	5,0
Wdowa/wdowiec	1	7	1,3	5,9
Separacja	1	0	1,3	0
Ogółem	79	119	100,0	100,0

N – liczba osób badanych; % – wartość w procentach

Tabela 5. Wykształcenie badanych

	N		%	
	WTZ	ŚDS	WTZ	ŚDS
Podstawowe	5	12	6,3	10,1
Zasadnicze	15	32	19,0	26,9
Średnie	50	57	63,3	47,9
Wyższe	9	18	11,4	15,1
Ogółem	79	119	100,0	100,0

N – liczba osób badanych; % – wartość w procentach

Tabela 6. Czas choroby w latach

		N	M	SD	t	df	p
Czas choroby w latach	WTZ	78	14,56	8,93	-2,20	194	0,029
	ŚDS	118	17,76	10,60			

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartość statystyki t testu t-Studenta; df – liczba stopni swobody; p – poziom prawdopodobieństwa

Rozkład płci w warsztatach terapii zajęciowej i środowiskowych domach samopomocy nie różni się istotnie:  $\text{Chi}^2(1) = 1,97$ ;  $p = 0,172$  (tab. 2).

Średni wiek osób korzystających z warsztatów terapii zajęciowej ( $M = 38,09$ ,  $SD = 10,27$ ) różnił się istotnie od średniego wieku uczestników środowiskowych domów samopomocy ( $M = 42,22$ ;  $SD = 12,07$ ),  $Z = -2,31$ ;  $p = 0,021$  (tab. 3).

W obu typach placówek wśród uczestników ponad 90% stanowią osoby samotne. Jedynie nieco ponad 7% osób w WTZ i 5% w SDS pozostawało w związkach małżeńskich w chwili badania. Porównywane grupy nie różniły się pod względem stanu cywilnego:  $\text{Chi}^2(4) = 4,66$ ;  $p = 0,324$  (tab. 4).

W porównywanych grupach najwięcej osób miało wykształcenie średnie, a najmniej badanych zdobyło wykształcenie podstawowe (tab. 5). Nie ma istotnych różnic w poziomie wykształcenia pomiędzy porównywanymi grupami ( $Z = -1,016$ ;  $p = 0,310$ ).

#### Przebieg choroby oraz korzystanie ze środowiskowych programów wsparcia

Uczestnicy WTZ chorują krócej ( $M = 14,56$ ;  $SD = 8,93$ ) niż uczestnicy ŚDS ( $M = 17,76$ ;  $SD = 10,60$ ),  $Z = -2,099$ ;  $p = 0,036$ , choć miara siły efektu wskazuje, że jest to różnica na niskim poziomie ( $r_{ES} = 0,21$ ) [12].

Nie było istotnych różnic w liczbie całonocnych hospitalizacji pomiędzy porównywanymi grupami, natomiast stwierdzono różnice w liczbie hospitalizacji dziennych ( $t(194) = -2,20$ ;  $p = 0,029$ ). Osoby korzystające z WTZ ( $M = 14,56$ ;  $SD = 8,93$ ) były hospitalizowane dziennie częściej niż osoby korzystające z ŚDS ( $M = 17,76$ ;  $SD = 10,60$ ). Siła efektu wskazuje jednak, że różnica ta była mała ( $r_{ES} = 0,17$ ) [12]. Szczegóły przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Liczba hospitalizacji psychiatrycznych

		N	M	SD	Z	p
Liczba hospitalizacji całodobowych	WTZ	78	4,81	4,81	-1,47	0,141
	ŚDS	119	6,20	6,05		
Liczba hospitalizacji dziennych	WTZ	79	1,92	2,14	-2,33	0,020
	ŚDS	118	1,52	2,29		

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – wartość statystyki Z testu U Manna–Whitneya; p – poziom prawdopodobieństwa

Obie grupy nie różniły się pod względem radzenia sobie z objawami choroby. Wyniki uzyskane w skali Global Assessment Scale nie różnicują statystycznie badanych grup. Szczegóły przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Wynik GAS w obu grupach (test t-Studenta)

		N	M	SD	t	df	P
GAS przedziały	WTZ	79	7,13	1,20	0,68	195	0,496
	ŚDS	118	6,99	1,46			
GAS surowy	WTZ	79	68,80	11,89	0,99	195	0,325
	ŚDS	118	66,85	14,64			

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartość statystyki t testu t-Studenta; df – liczba stopni swobody; p – poziom prawdopodobieństwa

Nie uzyskano istotnych statystycznie różnic w ocenie ogólnego stanu psychicznego badanych. Obie grupy mieszczą się w okolicy poziomu przedziału 7, odpowiadającego następującemu opisowi klinicznemu: „występują objawy o łagodnym nasileniu (np. depresyjny nastrój i niewielka bezsenność) albo pewne trudności w kilku obszarach aktywności, funkcjonowanie całkiem dobre, badany ma kilka znaczących związków z ludźmi, a większość ludzi z jego otoczenia nie uważa go za chorego”.

### Sieci społeczne

Z danych zebranych za pomocą Kwestionariusza Bizonia wynika, że uczestnicy WTZ dysponowali istotnie statystycznie liczniejszymi sieciami społecznymi (tab. 9).

Tabela 9. Liczebności sieci społecznych w badanych grupach

		N	M	SD	t	df	p
Otoczenie społeczne – suma osób	WTZ	79	13,57	6,896	4,500	196	< 0,001
	ŚDS	119	9,54	4,890			

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartość statystyki t testu t-Studenta; df – liczba stopni swobody; p – poziom prawdopodobieństwa

W skład sieci wsparcia uczestników WTZ wchodziło średnio 13 osób, co w sposób istotny statystycznie różniło tę grupę badanych od uczestników ŚDS, gdzie liczba ta wyniosła średnio 9 osób.

Badane grupy różniły się również pod względem liczebności poszczególnych kategorii osób tworzących ich sieci społeczne (tab. 10).

Tabela 10. Średnie kategorie osób tworzących sieci społeczne

		N	M	SD	Z	p
Osoby zamieszkałe wspólnie	WTZ	79	0,89	0,320	-4,602	< 0,001
	ŚDS	119	0,58	0,496		
Najbliższa rodzina	WTZ	79	0,87	0,335	-0,326	0,744
	ŚDS	119	0,86	0,351		
Inni krewni	WTZ	79	0,59	0,494	-1,021	0,307
	ŚDS	119	0,52	0,502		
Znajomi z ośrodków	WTZ	79	0,78	0,414	-2,529	0,011
	ŚDS	119	0,61	0,489		
Koledzy z pracy	WTZ	79	0,10	0,304	-1,644	0,100
	ŚDS	119	0,04	0,201		
Sąsiedzi	WTZ	79	0,33	0,473	-0,778	0,436
	ŚDS	119	0,28	0,450		
Inni znajomi	WTZ	79	0,51	0,503	-2,384	0,017
	ŚDS	119	0,34	0,474		
Terapeuci	WTZ	79	0,95	0,221	-0,478	0,633
	ŚDS	119	0,93	0,251		
Inne osoby znaczące	WTZ	79	0,30	0,463	-0,717	0,474
	ŚDS	119	0,35	0,480		

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – wartość statystyki Z testu U Manna–Whitneya; p – poziom prawdopodobieństwa

Wyniki wskazują, że uczestnicy WTZ dysponują istotnie statystycznie liczniejszymi sieciami społecznymi w następujących kategoriach: „osoby wspólnie zamieszkałe”, „znajomi z ośrodków”, „inni znajomi”.

Możliwości uzyskiwania wsparcia przez badane osoby przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Liczba uzyskiwanych funkcji wsparcia

		N	M	SD	Z	p
Doradzanie – suma osób	WTZ	79	1,94	2,126	-0,795	0,427
	ŚDS	119	1,85	1,560		
Wyręczanie – suma osób	WTZ	79	1,27	1,059	-0,708	0,479
	ŚDS	119	1,44	1,394		

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*



Protekcja – suma osób	WTZ	79	2,11	1,874	-0,873	0,382
	ŚDS	119	1,92	1,848		
Opieka – suma osób	WTZ	79	2,11	1,948	-0,133	0,894
	ŚDS	119	2,15	2,118		
Pomoc doraźna – suma osób	WTZ	79	2,47	2,401	-0,831	0,406
	ŚDS	119	2,18	2,151		
Pocieszanie – suma osób	WTZ	79	3,10	2,947	-1,616	0,106
	ŚDS	119	2,47	2,626		
Powiernictwo – suma osób	WTZ	79	1,92	2,018	-0,356	0,722
	ŚDS	119	1,84	1,657		
Bezwarunkowe oparcie – suma osób	WTZ	79	3,41	3,695	-2,594	0,009
	ŚDS	119	2,03	2,036		

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – wartość statystyki Z testu U Manna–Whitneya; p – poziom prawdopodobieństwa

Poziom uzyskiwanego wsparcia w zasadzie nie różnicuje badanych grup w sposób istotny statystycznie. Jedyna różnica dotyczy bezwarunkowego oparcia, jakie w opinii uczestników ŚDS uzyskują oni od innych ludzi, co różni tę grupę istotnie od uczestników WTZ.

Jak wskazują wyniki przedstawione w tabeli 12, osoby uczestniczące w WTZ uzyskują więcej funkcji oparcia spoza ośrodka. Dotyczy to „osób wspólnie zamieszkałych” i „innych znajomych”. W przypadku osób z ŚDS istotnie statystycznie więcej funkcji oparcia jest zapewniane przez „terapeutów” z placówki.

Tabela 12. Liczba funkcji zapewnianych przez poszczególne kategorie osób

		N	M	SD	Z	P
Liczba funkcji – osoby wspólnie zamieszkałe	WTZ	79	4,443	2,730	-4,273	< 0,001
	ŚDS	119	2,563	2,927		
Liczba funkcji – najbliższa rodzina	WTZ	79	2,253	2,559	-1,501	0,133
	ŚDS	119	2,866	2,855		
Liczba funkcji – inni krewni	WTZ	79	0,671	1,639	-,409	0,682
	ŚDS	119	0,613	1,397		
Liczba funkcji – znajomi z ośrodków	WTZ	79	0,899	1,614	-1,404	0,160
	ŚDS	119	0,773	1,685		
Liczba funkcji – koledzy z pracy	WTZ	79	0,051	0,221	-1,322	0,186
	ŚDS	119	0,092	0,713		
Liczba funkcji – sąsiedzi	WTZ	79	0,114	0,453	-0,696	0,487
	ŚDS	119	0,345	1,252		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Liczba funkcji – inni znajomi	WTZ	79	0,873	1,644	-1,993	0,046
	ŚDS	119	0,588	1,470		
Liczba funkcji – terapeuci	WTZ	79	1,532	1,818	-2,281	0,023
	ŚDS	119	2,345	2,316		
Liczba funkcji – inne osoby znaczące	WTZ	79	0,709	1,529	-0,464	0,643
	ŚDS	119	0,790	1,625		

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – wartość statystyki Z testu U Manna–Whitneya; p – poziom prawdopodobieństwa

### Funkcjonowanie społeczne

Wyniki analizy poziomu funkcjonowania społecznego wskazują, że występują istotne statystycznie różnice w przypadku skal: więzi międzyludzkie, kontakty społeczne oraz praca i role społeczne (tab. 13). W obu skalach uczestnicy WTZ uzyskiwali wyższe wyniki niż uczestnicy ŚDS. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między średnimi w skalach: wychodzenie z izolacji, rekreacja i rozrywka, samodzielność realizowana oraz samodzielność możliwa.

Tabela 13. **Funkcjonowanie społeczne badanych**

		N	M	SD	t(df) lub Z	p
Wychodzenie z izolacji	WTZ	79	91,671	10,652	Z = - 1,341	0,180
	ŚDS	119	90,038	10,876		
Więzi międzyludzkie	WTZ	79	88,215	28,610	t(196) = 2,734	0,007
	ŚDS	119	78,059	23,387		
Kontakty społeczne	WTZ	74	107,541	12,819	t(178) = 2,29	0,023
	ŚDS	106	103,231	12,147		
Rekreacja i rozrywka	WTZ	71	98,113	13,309	t(176) = 1,097	0,274
	ŚDS	107	95,818	13,891		
Samodzielność realizowana	WTZ	74	100,845	12,455	t(183) = 0,848	0,398
	ŚDS	111	99,207	13,140		
Samodzielność możliwa	WTZ	73	96,116	5,417	Z = - 1,260	0,208
	ŚDS	116	95,349	5,723		
Praca i role społeczne	WTZ	75	101,927	10,787	t(192) = 5,016	< 0,001
	ŚDS	119	93,933	10,824		

N – liczba osób badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – wartość statystyki Z testu U Manna–Whitneya; t – wartość statystyki t testu t-Studenta; p – poziom prawdopodobieństwa

## Omówienie

Obie badane grupy są do siebie dość podobne. Wszystkie osoby objęte badaniami chorują na schizofrenię, nie różnią się pod względem poziomu radzenia sobie z objawami choroby wyrażanego w wyniku GAS. Wszyscy regularnie zgłaszają się do poradni zdrowia psychicznego. Badane grupy nie różnią się również pod względem czasu uczestnictwa oraz częstotliwości korzystania z placówek. Uczestnicy warsztatów są natomiast istotnie statystycznie młodszy niż osoby ze środowiskowych domów samopomocy.

Osoby objęte badaniami pochodziły z placówek będących elementami sprawnie działających i od lat zintegrowanych środowiskowych systemów wsparcia w Krakowie, Warszawie i Lublinie. Grupa ta składała się z osób przewlekle chorujących psychicznie. Ilustrują to dane o średnim czasie trwania choroby wynoszącym kilkanaście lat, gdzie istotnie statystycznie dłużej chorowały osoby przebywające w środowiskowych domach samopomocy (17,76 roku) aniżeli te będące uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej (14,56 roku). Jednocześnie były to osoby wielokrotnie hospitalizowane całodobowo i na oddziałach dziennych. Istotnie częściej hospitalizowani w trybie dziennym byli uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej, co może świadczyć o większej gotowości do podejmowania wsparcia w tej grupie. Hospitalizacje całodobowe nie różnicowały grup istotnie statystycznie. Obie grupy składały się w zdecydowanej większości z osób samotnych, których jedynym źródłem utrzymania była renta. W grupie osób przebywających w środowiskowych domach samopomocy większość stanowili mężczyźni, w warsztatach więcej było kobiet.

Badanie nie pozwala na jednoznaczną ocenę wpływu programów placówek na poziom funkcjonowania i parametry zdrowienia. Na podstawie uzyskanych wyników można jednak założyć, że WTZ w większym stopniu pełnią rolę trampoliny do podjęcia pracy w przyszłości aniżeli punktu docelowego, tak jak ma to miejsce w przypadku SDS [13]. Warsztaty często są określane przez uczestników jako miejsce pracy ze wszystkimi jego atrybutami: listą obecności, zwolnieniami lekarskimi w przypadku nieobecności, oceną wydajności pracy, czasem gratyfikacją finansową jako substytutem pensji. W obu placówkach ich uczestnicy spędzili podobny czas (ok. 47 miesięcy, średnio 4 dni w tygodniu). Szczegółowe analizy innych danych społeczno-demograficznych pokazały, że badane grupy różnią się pod względem wieku, uczestnicy środowiskowych domów samopomocy są starsi średnio o ponad 4 lata.

Porównanie wyników funkcjonowania społecznego uczestników obu placówek pokazuje, że nie różnią się oni w takich zakresach jak: samodzielność możliwa i realizowana, aktywność własna w radzeniu sobie z izolacją społeczną. Obie grupy deklarują więc podobny potencjał do działania i generalnie funkcjonują na podobnym poziomie. Jednak różnią się istotnie statystycznie w poziomie funkcjonowania w zakresie więzi międzyludzkich, kontaktów społecznych oraz pracy i ról społecznych. Są to aspekty funkcjonowania w znacznym stopniu decydujące o aktywności interpersonalnej, kontaktach z ludźmi oraz samodzielności. Pod tym względem uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej prezentują się zdecydowanie lepiej. Przekłada się to na istotne statystycznie liczniejsze pozarodzinne sieci oparcia społecznego, której elementami są: koledzy

z pracy, znajomi z ośrodka oraz inni dalsi znajomi. Skutkuje to silniej odczuwanym w tej grupie „bezwartkowym oparciem” uzyskiwanym z sieci. Inaczej kształtuje się to w środowiskowych domach samopomocy, gdzie szczególne znaczenie dla zapewniania wsparcia mają przede wszystkim terapeutyci. Sieć oparcia społecznego osób chorujących psychicznie pełni niezwykle ważną rolę wpływającą na szereg psychologicznych aspektów ich funkcjonowania [14]. Badania pokazują, że sprawnie działająca sieć oparcia, traktowana jako źródło stymulacji własnej aktywności społecznej, dążenie do posiadania wystarczającej liczby przyjaciół oraz bycie w związku, pozytywnie wpływa na kształtowanie się odporności na stygmatyzację z powodu choroby psychicznej [15]. Ta swoista odporność może być widoczna w wynikach prezentowanego badania, gdzie przy podobnych wynikach w poziomie funkcjonowania społecznego, otoczenie społeczne osób z warsztatów terapii zajęciowej jest znacząco bogatsze i bardziej różnorodne aniżeli porównywanej grupy ze środowiskowych domów samopomocy. Warto dodać, że istnienie sprawnej sieci społecznej wzmacnia odporność na piętno oraz chroni przed poczuciem wstydu, koniecznością zachowania tajemnicy o swoich problemach i chorobie [16]. Przeciwdziała także poczuciu niepełnosprawności subiektywnie odbieranej jako nasilające się poczucie piętrzących się barier w wejściu w relacje interpersonalne, podjęcie pracy zawodowej oraz samodzielne zamieszkanie [17]. Brak systemu oparcia zwiększa poczucie inności i niepełnosprawności odbieranych jako zmniejszenie nadziei na zmianę swojej sytuacji, obniżenie samooceny [17-20]. Badania Sibitz pokazują, że stymulowanie procesu zdrowienia odbywa się poprzez tworzenie/odtworzenie sieci społecznej osób chorujących psychicznie, redukcję stygmatyzacji oraz rozwijanie prężności osobistej. Tak przebiegające oddziaływania skutkują znacznym zredukowaniem objawów depresyjnych, lęku oraz istotnie wpływają na odczuwany poziom jakości życia [14]. Nie można zapominać o jeszcze jednym zjawisku, które jest obserwowane w funkcjonowaniu sieci społecznych osób chorujących psychicznie, a które dotyczy zmniejszania się liczebności sieci oraz swobodnego „wypierania” naturalnych systemów oparcia na rzecz sieci profesjonalnej. Ta ostatnia zwykle jest prężniejsza, sprawniejsza i bardziej dostosowana do potrzeb tych osób aniżeli ta naturalna składająca się z rodziny czy przyjaciół [5, 21].

### Wnioski

1. Osoby korzystające z dwóch podstawowych programów wsparcia środowiskowego, czyli warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy, różnią się znacząco w wielu ważnych dla procesu zdrowienia parametrach.
2. Warsztaty terapii zajęciowej są w większym stopniu nastawione na aktywizację i powrót na rynek pracy. Środowiskowe domy samopomocy są natomiast w większym stopniu zorientowane na podtrzymywanie funkcjonowania i zapobieganie hospitalizacjom.
3. Uzyskane wyniki wskazują, że obie placówki są nastawione na różne cele, odpowiadają na inne potrzeby i możliwości osób chorujących. Powinny więc stanowić elementy lokalnych systemów wsparcia. Ich dostępność decyduje o wszechstronności i efektywności lokalnych systemów wsparcia.

4. Przy kierowaniu osób chorujących do placówek wsparcia warto pamiętać o zróżnicowaniu ich programów. Odpowiedni w stosunku do możliwości i potrzeb uczestników dobór oferty może zdecydować o efektywności podejmowanych w ich ramach działań i przebiegu procesu zdrowienia.

### Piśmiennictwo

1. Wciórka J. red. *Ochrona zdrowia psychicznego: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich: Warszawa; 2014.
2. Bronowski P, Sawicka M. *Zespół interdyscyplinarny – nowa jakość w opiece środowiskowej*. Post. Psychiatr. Neurol. 2011; 20(3): 193–199.
3. Meder J, Sawicka M. *Warsztat terapii zajęciowej w rehabilitacji psychiatrycznej*. W: Heitzman J. red. *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2010. s.193-196
4. Bizoń Z, Kokoszka A, Roszczyńska J, Bryła L, Wojnar M. *Ocena otoczenia i oparcia społecznego według Zdzisława Bizonia. Opis metody i jej zastosowanie*. Psychiatr. Pol. 2001; 35(4): 617–634.
5. Wojciechowska A, Walczewski K, Cechnicki A. *Zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2001; 42: 95–113.
6. Walczewski K, Wojciechowska A. *Sieci społeczne pacjentów chorych na schizofrenię. Porównanie grupy leczonej w programie leczenia środowiskowego z grupą leczoną w indywidualnym programie leczenia*. Psychiatr. Pol. 1998; 32(1): 59–67.
7. Bronowski P, Załuska M. *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorujących psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2005; 35(2): 345–356.
8. 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; 41(4): 513–525.
9. Załuska M. *Skala funkcjonowania społecznego (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 237–251.
10. Endicott J, Spitzer RL, Fless JL, Cohen J. *The Global Assessment Scale*. Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33(6): 766–771.
11. Endicott J, Spitzer RL, Fless JL, Cohen J. *The Global Assessment Scale. Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
12. Coolican, H. *Introduction to Research Methods and Statistics in Psychology. 5th edition*. Hodder & Stoughton: London; 2009
13. Sawicka M, Bronowski P, Charzyńska K. „Gender differences” w programie wsparcia społecznego – dopasowanie czy ujednolicenie. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 375–384.
14. Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer ME, Bachman A, Schrank B. i wsp. *The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizofrenia*. Eur. Psychiatry 2011; 26(1): 28–33.
15. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. *Stigma resistance in patients with schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2011; 37(2): 316–323.
16. Corrigan PW. *The impact of stigma on severe mental illness*. Cogn. Behav. Pract. 1998; 5: 201–222.

17. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure*. Psychiatry Res. 2003; 121(1): 31–49.
18. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. *Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders*. Psychiatr. Serv. 2008; 59(12): 1437–1442.
19. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. *Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders*. Schizophr. Bull. 2007; 33(1): 192–199.
20. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. *Self-stigma in people with mental illness*. Schizophr. Bull. 2007; 33(6): 1312–1318.
21. Cechnicki A, Wojciechowska A, Valdez M. *Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(4): 525–537.

Adres: Paweł Bronowski  
Instytut Psychologii Stosowanej  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40

Otrzymano: 3.02.2016  
Zrecenzowano: 28.02.2016  
Otrzymano po poprawie: 1.03.2016  
Przyjęto do druku: 6.03.2016