Paweł Rasmus

(Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Nauk Humanistycznych)

Ewa Nowaczyńska

(Stowarzyszenie Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi,
ich Rodzin i Przyjaciół POMOST)

Agnieszka Stetkiewicz-Lewandowicz, Tomasz Sobów

(Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Nauk Humanistycznych)

Jakość życia osób przewlekle chorych psychicznie w województwie łódzkim¹

Z analizy dotychczas zrealizowanych badań, przeglądu literatury przedmiotu oraz wypowiedzi specjalistów zajmujących się osobami chorującymi psychicznie wyłania się bardzo pesymistyczny obraz sytuacji tych pacjentów (Świtaj 2005).

Kryzys psychiczny zawsze negatywnie wpływa na aktywność osobistą, zawodową i społeczną chorych, a niepełnosprawności psychicznej często towarzyszą czynniki obniżające jakość życia pacjentów. Zaburzenia wynikające z choroby psychicznej powodują ograniczenie zdolności adekwatnego pełnienia ról społecznych, przede wszystkim w zakresie rozumienia oraz postrzegania wymagań i oczekiwań związanych z tymi rolami (Kaszyński 2004). Stan taki ma miejsce w przypadku zaburzeń psychicznych, przy których mechanizmy umysłowe i objawy wiążą się z poważnym ograniczeniem kompetencji psychofizycznych, intelektualnych, emocjonalnych i społecznych. Przebieg choroby jest intensywny, objawy występują przewlekle lub nawracają, a dodatkowo dotyczą

¹ Kierownik projektu: mgr Ewa Nowaczyńska. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, podziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, Program Operacyjny Kapitał Ludzki.

różnych sfer funkcjonowania, w tym również subiektywnego odczucia jakości własnego życia (Trzebińska, Dziewulska 2007).

Dążenie do szczęścia i komfortu życiowego jest bardzo silną motywacją wszelkich działań człowieka. Jego osiągnięcie zależy m.in. od zaspokajania różnorodnych potrzeb i decyduje o pełnej satysfakcji z życia. Sposób oceny satysfakcji bądź jej braku polega na wprowadzeniu subiektywnej oceny stanu chorych. Badanie jakości życia obejmuje przede wszystkim ocenę subiektywnych odczuć chorych oraz spojrzenia na chorobę z ich perspektywy. Ocena jakości życia jest miernikiem sytuacji życiowej. Wiadomo także, że ocena ta, a tym bardziej jej interpretacja, wymaga ostrożnego i poważnego podejścia, gdyż czynniki takie, jak np. stan psychiczny, są trudno mierzalne (Jarema 1996:15–16).

Choroba psychiczna może w poważnym stopniu obniżyć jakość życia osób na nią cierpiących. Osoby doświadczające zaburzeń psychicznych potrzebują kompleksowego wsparcia – dostosowanego do stanu zdrowia, leczenia farmakologicznego, odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych, rehabilitacji społeczno-zawodowej (Kaszyński 2006).

Kolejnym, istotnym problemem wpływającym negatywnie na jakość życia chorych psychicznie są funkcjonujące w świadomości społecznej mocno zakorzenione stereotypy i uprzedzenia, zgodnie z którymi osoby chore są uważane za niepojętne, a często też niebezpieczne. Problem zaburzeń i chorób psychicznych dotyczy coraz większej części polskiego społeczeństwa. Z danych pochodzących z opublikowanego badania stanu zdrowia ludności Polski (GUS 2009), wynika, że odsetek osób, których niepełnosprawność jest skutkiem chorób i zaburzeń psychicznych wynosił 10%.

Źródłem wiedzy na temat tego jak licznej populacji dotyczą problemy natury psychicznej mogą być między innymi sprawozdania z działalności poradni zdrowia psychicznego (PZP). Z danych Statystyki Publicznej Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2010 r. z poradni zdrowia psychicznego w całej Polsce korzystało prawie 1,5 mln osób, co stanowi 4,36% populacji. W województwie łódzkim natomiast z PZP w 2010 r. korzystało 107 tys. osób, w tym nieco ponad 90 tysięcy leczyło się z powodu zaburzeń niespowodowanych uzależnieniem, co stanowi odpowiednio 4,93% oraz 4,13% populacji województwa w wieku powyżej 15 roku życia.

Na przestrzeni ostatnich 11 lat liczba pacjentów poradni zdrowia psychicznego wzrosła w województwie łódzkim o 162% (z 40918 tysięcy do 107465 tysięcy). Liczba pacjentów leczących się z powodu zaburzeń niewywołanych uzależnieniem wzrosła natomiast o 128% (z 39474 tysięcy do 90124 tysięcy). W kolejnych latach należy spodziewać się dalszego wzrostu w tym zakresie.

Konieczne jest zatem lepsze poznanie sytuacji osobistej, społecznej i zawodowej osób chorujących psychicznie, które determinują ich

globalny współczynnik jakości życia. Ważne jest także wdrażanie adekwatnych procedur psychorehabilitacyjnych, których celem będzie poprawa funkcjonowania we wszystkich sferach aktywności tych osób a docelowo poprawa jakości ich życia (Woycicka 2010). Najbardziej pożądanym efektem mogą być kolejno: obniżenie poziomu objawów chorobowych, ograniczenie liczby i czasu hospitalizacji, znaczna poprawa funkcjonowania społecznego i zawodowego osób chorych (Gosk i in. 2006).

W Polsce dzięki między innymi Europejskiemu Funduszowi Społecznemu możliwe jest finansowanie badań oceniających jakość życia osób cierpiących z powodu choroby psychicznej.

Celem przedstawionych w niniejszej pracy badań było uzyskanie pogłębionych danych w zakresie jakości życia mieszkańców województwa łódzkiego cierpiących z powodu choroby psychicznej. Przedmiotem oceny było osiem wymiarów odnoszących się do społecznego funkcjonowania osób chorujących psychicznie. Dla każdego wymiaru zbudowany został syntetyczny, wystandaryzowany wskaźnik, a następnie na ich podstawie oceniony został całościowy poziom jakości życia.

Badaniami została objęta grupa 101 młodych mieszkańców województwa łódzkiego, obojga płci, w wieku od 18 do 40 lat, cierpiących z powodu choroby psychicznej. Próba dobrana została w sposób losowy spośród pacjentów poradni zdrowia psychicznego, leczących się przez okres co najmniej dwóch lat poprzedzających badanie, z powodu problemów psychicznych. Efektem tak przygotowanej próby było włączenie do badań osób o zróżnicowanym przebiegu, rodzaju i nasileniu problemów zdrowia psychicznego, różnej płci, z różną sytuacją rodzinną, społeczną i zawodową.

Badania kwestionariuszowe (bezpośrednie wywiady z respondentami) zostały przeprowadzone w poszczególnych PZP, miały charakter anonimowy a na ich przeprowadzenie wyrazili zgodę sami respondenci. W badaniach wykorzystano ankietę socjodemograficzną własnego autorstwa, która posłużyła do zebrania danych dotyczących m. in. wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, czasu trwania choroby, rozpoznania, aktywności zawodowej, ewentualnego posiadania prawa do renty.

W badaniach zastosowano standaryzowany wywiad kwestionariuszowy, służący do oceny jakości życia pacjentów. Poszczególne wskaźniki jakości życia oceniano poprzez obliczenie średniej ze wszystkich wyników na ośmiu wskaźnikach cząstkowych tj.:

1. Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych, oceniający relacje w najbliższej rodzinie i jakość wsparcia ze strony najbliższych,
2. Wskaźnik zasobności, oceniający sytuację socjalno-bytową respondentów,
3. Wskaźnik dobrostanu psychicznego, mierzący ogólne poczucie szczęścia w życiu i akceptację własnego stanu zdrowia,

4. Wskaźnik dyskryminacji, związany z subiektywnym odczuciem bycia dyskryminowanym,
5. Wskaźnik aktywności społecznej, dotyczący wszelkiej aktywności w grupach społecznych,
6. Wskaźnik aktywności obywatelskiej, mierzący postawy obywatelskie oraz zaangażowanie w sprawy polityki,
7. Wskaźnik aktywności edukacyjnej, związany z procesem kształcenia się,
8. Wskaźnik aktywności ekonomicznej, wyrażający się w stosunku do pracy.

Tak obliczony wskaźnik jakości życia może przyjąć wartość od minimalnej równej 0 do wartości maksymalnej równej 100. Przy czym dokonując obliczeń dla wskaźnika dyskryminacji, stosuje się skalę odwróconą, tak że wartość 100 oznacza brak dyskryminacji, a wartość 0 – maksymalną dyskryminację.

Na podstawie informacji uzyskanych z opracowanej przez autorów ankiety personalnej dokonano charakterystyki badanej grupy, uwzględniającej wyróżnione zmienne, w tym dane socjodemograficzne. W badaniu wzięło udział 62 kobiety oraz 39 mężczyzn. Wiek grupy badanej mieścił się w przedziale od 18 do 40 lat (średnia wieku $X = 31,7$). 28 osób badanych było mieszkańcami Łodzi. 13 osób zamieszkiwało wieś, a zdecydowana większość 59,4% zamieszkiwała miasta liczące od 100 do 500 tysięcy mieszkańców. Wśród badanych znalazło się 58 osób z wykształceniem średnim lub wyższym. Dane dotyczące rozpoznania choroby wskazują że najczęściej diagnozowane były kolejno: zaburzenia nerwicowe – 43 badanych, zaburzenia afektywne – 16 osób, zaburzenia typu schizofrenicznego – 15 badanych, zaburzenia osobowości – 14 osób oraz uzależnienie od substancji psychoaktywnych – 13 osób.

Zdecydowana większość pacjentów (76 osób) deklarowało czas trwania choroby do 6 lat, pozostała część (25 osób) – powyżej 6 lat. Aktywnych zawodowo pozostawało 42 badanych, 41 osób było biernych zawodowo a 18 pacjentów posiadało status osoby bezrobotnej. Większość osób pozostawała bez prawa do renty z tytułu posiadanej niepełnosprawności (84,2%).

Zrealizowane badanie pokazuje, że populacja osób chorujących psychicznie nie jest jednorodna. Różne są problemy, z którymi się borykają i sposoby radzenia sobie z nimi. Ogółem dla całej badanej próby średnia wartość wskaźników cząstkowych wskazuje na umiarkowanie dobrą bądź też złą sytuację na poszczególnych wymiarach. Globalny poziom jakości życia, będący uśrednioną wartością wskaźników cząstkowych przyjął wartość 54,2 pkt. na możliwe 100.

Dla połowy badanych wskaźnik przyjmuje wartość niższą od 55,1 zaś dla połowy wyższą (mediana). 25% badanych osiągnęła na wskaźniku wartość poniżej 43,1 pkt., a kolejne 25% powyżej 65,5 pkt.

Na poziom jakości życia składały się z jednej strony dość wysoki poziom wsparcia ze strony najbliższych (67,57 pkt.), brak znaczącej dyskryminacji (94,35) oraz względnie wysoki wskaźnik zasobności gospodarstw domowych (58,86 pkt.).

Z drugiej strony globalną ocenę jakości życia obniżały niskie wskaźniki aktywności edukacyjnej (32,9 pkt.), aktywności obywatelskiej (41,4 pkt.), aktywności społecznej (44,68 pkt.) oraz aktywności ekonomicznej (48,73) (wykres. 1).

Wykres 1. Poziom jakości życia i wskaźniki cząstkowe – średnia w grupie osób chorujących psychicznie (N=101)

Źródło: opracowanie własne

Celem czytelniejszego zobrazowania sytuacji osób chorujących psychicznie przyjęto, że wartość wskaźników poniżej 40 pkt. oznaczała skrajnie złą sytuację w danym obszarze, zaś wartość powyżej 81 pkt. skrajnie dobrą sytuację. Pomiedzy tymi wartościami rozróżniono jeszcze dwa segmenty o umiarkowanie dobrej (wynik na wskaźniku w przedziale 61–80 pkt.) i umiarkowanie złej sytuacji w danym obszarze (wynik na wskaźniku w przedziale 41–60). Szczegółowe dane zawiera wykres 2.

Wyniki badań pokazują, że dwoma obszarami o relatywnie największej skali „deprywacji” jest obszar aktywności społecznej i aktywności obywatelskiej (44% badanych klasyfikuje się do segmentu o najniższych wartościach wskaźnika).

Osoby chorujące istotnie rzadziej niż osoby zdrowe wchodziły w relacje społeczne i podejmowały się aktywności z tym związanych. Jak pokazały badania, odsetek chorych odczuwających samotność była

dwukrotnie wyższa niż wśród populacji generalnej, a krąg posiadanych znajomych był dużo mniejszy. Niskie było też angażowanie się osób chorujących w społeczno-polityczne życie kraju, czy też regionu.

Dwoma kolejnymi obszarami o względnie dużym stopniu deprywacji były dobrostan psychiczny oraz aktywność edukacyjna (odpowiednio 33% i 30% osób zaklasyfikowanych do segmentu o najniższych wartościach). W pozostałych objętych badaniem obszarach skala jakości życia nie przekraczała 25%, odpowiednio dla: zasobności gospodarstwa domowego – 25%, aktywności ekonomicznej – 22%, wsparcia najbliższych – 16% oraz dyskryminacji 14%.

Wykres 2. Poziom jakości życia i wskaźniki cząstkowe – wyróżnione segmenty w grupie osób chorujących psychicznie (N=101)

Źródło: opracowanie własne

Warto zwrócić uwagę na liczebność segmentów o skrajnie pozytywnej sytuacji w poszczególnych obszarach. Grupa osób o maksymalnie wysokiej wartości wskaźnika była najliczniejsza w przypadku wsparcia najbliższych (37%), braku odczuwanej dyskryminacji (53%) oraz aktywności ekonomicznej (33%).

Biorąc pod uwagę rozkład globalnego poziomu jakości życia, 18% populacji zaliczyć można do segmentu o największym stopniu deprywacji (praktycznie w wszystkich obszarach) – częściej były to osoby cierpiące na zaburzenia z kręgu schizofrenii i zaburzeń psychotycznych, osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności oraz osoby biernie zawodowo (wykres 3).

W celu pełniejszego zobrazowania badanej populacji, uwzględniającego odmienną sytuację w poszczególnych obszarach, przy wykorzystaniu techniki analizy segmentacji, badaną populację podzielono na cztery różniące się stopniem wykluczenia społecznego, na poszczególnych obszarach, grupy. Dwa spośród wyróżnionych segmentów zaliczyć można do osób o względnie niskim poziomie wykluczenia, dwa zaś o znacznie większym stopniu wykluczenia.

Segmenty o względnie niskim poziomie wykluczenia stanowiły 59% badanej populacji. Składały się na nie dwie grupy nazwane przez autorów niniejszej pracy „pracujący na siebie” (34%) i „aktywni życiowo” (25%). Osoby z obydwu segmentów cechował podobnie wysoki ogólny wskaźnik jakości życia (odpowiednio 62,2 pkt. i 66,6 pkt.) i wysoki wskaźnik braku dyskryminacji (odpowiednio 95,7 pkt. oraz 96,7 pkt.), a także wsparcia ze strony najbliższych (odpowiednio 71,8 pkt. i 70,8 pkt.).

W sposób graficzny prezentowane wyniki przedstawia wykres 3.

Wykres 3. Wyróżnione segmenty składające się na poziom jakości życia w grupie osób chorujących psychicznie oraz ogólny wskaźnik jakości życia (N=101)

Źródło: opracowanie własne

Tym, co w największym stopniu różnicowało obydwie grupy był wskaźnik aktywności edukacyjnej oraz aktywności ekonomicznej. Pierwszy z segmentów częściej tworzyły osoby pracujące zaś drugi osoby uczące się. Ponadto „pracujących na siebie” cechował średnio niższy wskaźnik dobrostanu psychicznego (odpowiednio 56,3 pkt. i 71,1 pkt.) i niższy wskaźnik aktywności społecznej (44,5 pkt. w stosunku do średnio wyższej wartości dobrostanu psychicznego), ale wyższy wskaźnik aktywności obywatelskiej (51,8 pkt. w stosunku do 37,5 pkt.). Segmenty o względnie

wysokim poziomie wykluczenia stanowią 41% populacji. Tworzyły je z jednej strony osoby „wykluczone” (20%), z drugiej natomiast „pogodzeni z losem” (21%). Pierwszy z segmentów to osoby znajdujące się w relatywnie najgorszej sytuacji spośród wszystkich badanych. Ogólny wskaźnik jakości życia dla tej grupy osiągał jedynie 32,1 pkt. na 100 możliwych. Na tle innych grup osoby z tego segmentu charakteryzowały się najniższymi wartościami praktycznie wszystkich wskaźników cząstkowych, w tym szczególnie widoczna była deprywacja w obszarze dobrostanu psychicznego (8,6 pkt.), aktywność społeczna (24,3 pkt.) oraz aktywność ekonomiczna (15 pkt.). Szczególnie niski na tle innych grup był także wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych (53,8 pkt.). Osoby z tego segmentu częściej również na tle innych grup doświadczały dyskryminacji. Grupę określaną przez autorów mianem „pogodzonych z losem” cechowała niska wartość ogólnego wskaźnika jakości życia (48,7 pkt.) – była ona pochodną przede wszystkim niskiej aktywności ekonomicznej wyrażanej zarówno faktyczną aktywnością (podejmowanie pracy) jak niekorzystnymi postawami wobec pracy (niechęć do podejmowania pracy, obawy przed nią). W przypadku tej grupy niski, w porównaniu do „aktywnych życiowo” był także wskaźnik aktywności edukacyjnej (28,4 pkt.). Pozostałe wskaźniki, w szczególności wskaźnik zasobności gospodarstwa domowego, cechowały się względnie wysokimi wartościami.

Segment osób wykluczonych był charakterystyczny dla osób chorujących powyżej 6 lat (36% tej grupy), osób cierpiących na schizofrenię i psychozy (44% tej grupy), osób o przyznanej rencie z tytułu choroby (43%), wśród osób niepracujących i nieuczących się (38%), wśród osób z najniższym poziomem wykształcenia (29%), prowadzących 1-osobowe gospodarstwo domowe, lub zamieszkujących z jednym rodzicem. Osoby „pogodzone z losem” to częściej osoby w wieku do 25 lat (36%), cierpiące na zaburzenia osobowości (33%), posiadające orzeczenie o niepełnosprawności (34%), mieszkańcy dużych miast (32%), osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (38%). „Aktywni życiowo”, to przede wszystkim osoby cierpiące na zaburzenia afektywne (41%), osoby z wyższym wykształceniem (50%), osoby uczące się i pracujące (80%), zamieszkujące obydwojgiem rodziców (36%). Osoby „pracujące na siebie” to częściej osoby w wieku 26–40 lat (45%), nieposiadające orzeczenia o niepełnosprawności (38%), osoby pracujące i prowadzące samodzielne gospodarstwo.

Dążenie do szczęścia i komfortu życiowego jest bardzo silną motywacją wszelkich działań człowieka, a zależy od bieżącego stanu zaspokajania swoich potrzeb. Stan ten decyduje o pełnej satysfakcji człowieka z życia. Sposób oceny satysfakcji bądź jej braku polega na wprowadzeniu subiektywnej oceny stanu chorych. Badania jakości życia dotyczą właśnie tych subiektywnych odczuć chorych oraz spojrzenia na chorobę

z ich perspektywy. Ocena jakości życia jest miernikiem sytuacji życiowej. Wiadomo także, że ocena ta, a tym bardziej jej interpretacja, wymaga ostrożnego i poważnego podejścia, gdyż czynniki takie, jak np. stan psychiczny, są trudno mierzalne.

W niniejszych badaniach globalny poziom jakości życia przyjął wartość 54,2 pkt. na możliwe 100 co można uznać za wynik przeciętny. Podobne rezultaty badań nad jakością życia uzyskał Lehman i współ. (1982) w grupie chorych psychicznie, porównywaną z jakością życia zdrowych ludzi. Wyniki badań potwierdziły hipotezę, że chorzy oceniają swoją jakość życia na poziomie przeciętnym i niżej od osób nie zgłaszających problemów zdrowotnych.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań zaobserwowano również, że 18% badanych pacjentów sklasyfikowanych w segmencie o największym stopniu deprywacji było pacjentami cierpiącymi na zaburzenia z kręgu schizofrenii i zaburzeń psychotycznych. Lepkifker i wsp. (1988) wykazali na podobną zależność i stwierdzili, że głębokość zaburzenia w znacznym stopniu decyduje o poziomie oceny jakości życia. Zdaniem autorów im poważniejsze zaburzenie, tym niżej oceniana jest jakość życia.

Do podobnych wniosków doszli inni badacze przeprowadzając badania porównawcze osób chorych na schizofrenię oraz zdrowych. Badania jednoznacznie potwierdziły, fakt, że grupa osób z diagnozą schizofrenii jest mniej zadowolona z życia, a jej kontakty społeczne oraz udział w życiu społecznym są mniej satysfakcjonujące (Czernikiewicz, Górecka 2003; Hajduk i in. 2008).

Z globalnym wynikiem poziomu jakości życia pacjentów PZP związek m.in. dość wysoki poziom wsparcia ze strony bliskich osób chorujących. W zgodnej opinii większości ekspertów, a także w świetle analizy literatury (Jarosz 2008) najbliższe otoczenie, w tym także rodzina, mają kluczowe znaczenie dla rehabilitacji i powrotu do zdrowia oraz aktywności społecznej i ekonomicznej osoby chorującej (Kaszyński, Cechnicki 2011). W sytuacji ograniczonych kontaktów społecznych osób z zaburzeniami psychicznymi, to właśnie członkowie rodziny są niejednokrotnie jedynymi znaczącymi osobami w życiu chorych. Bliscy bardzo często są jedynym pozainstytucjonalnym źródłem wsparcia, zarówno psychicznego, jak i ekonomicznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że dość specyficznym problemem, z którym spotykają się osoby chorujące psychicznie jest nadopiekuńczość członków ich rodzin, zwłaszcza matek, którą eksperci wskazują jako jedną z barier wchodzenia osób chorujących na rynek pracy (Morysińska i in. 2009). Obserwacja ta pozostaje w zgodzie z wynikami wcześniejszych badań osób niepełnosprawnych (Kaszyński 2006), z których wynika, że

najważniejszą osobą w życiu wielu z nich jest własna matka, która pomaga w załatwianiu wszystkich spraw codziennych.

Niższy wskaźnik dyskryminacji to kolejny wskaźnik, mający związek z poziomem ocenianej w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi jakości życia, który związany był pozytywnie z globalnym jej poziomem. Wyniki zrealizowanych badań nie potwierdziły zatem, aby problem stygmatyzacji i piętnowania ze strony społeczeństwa, był doświadczany przez osoby chorujące. Opisywane często w literaturze przypadki dyskryminowania i etykietowania pacjentów psychiatrycznych nie znalazły odzwierciedlenia w niniejszych badaniach. Poszukując przyczyn takich wyników autorzy zwracają uwagę na problem izolowania się pacjentów od otoczenia, zamknięcia się w sobie, który może być skutecznym sposobem ochrony siebie przed przejawami odrzucenia i dezaprobaty ze strony społeczeństwa.

Niskie wskaźniki aktywności edukacyjnej również związane były z poziomem jakości życia w badanej grupie. W świetle zrealizowanych badań można stwierdzić, że osoby z niepełnosprawnością psychiczną często zaniedbują aktywność edukacyjną. Wśród osób chorujących psychicznie do 25 roku życia naukę w formach szkolnych lub pozaszkolnych kontynuowało tylko 52% badanych. W świetle wyników badania aktywności ekonomicznej ludności Polski (CBOS 2008) przeciętny roczny wskaźnik wykształcenia (uczestnictwa w edukacji) dla osób zdrowych w wieku 20–24 lat był o wiele wyższy i w 2010 r. wynosił 91,1%. Wiedza i wykształcenie są dziś bez wątpienia głównymi filarami, na których opiera się nowoczesne społeczeństwo i gospodarka. Wskaźniki takie jak odsetek osób z wyższym wykształceniem, odsetek użytkowników Internetu, wysokość nakładów budżetowych na naukę, czy wreszcie udział nowoczesnych technologii w gospodarce kraju stanowią główne wyznaczniki poziomu rozwoju społeczeństwa i jakości życia. Niepokojącym jest fakt, że większość chorób i zaburzeń psychicznych często zaczyna się we wczesnym etapie życia, kiedy osoby nie zakończyły jeszcze formalnej edukacji lub też nie zdobyły stabilnej pozycji zawodowej. Sytuacja taka ma miejsce na przykład w przypadku zachorowań na schizofrenię, gdzie ponad połowa diagnoz stawianych jest przed 30 rokiem życia (Trzebińska 2006:24). Wczesne zachorowania prawie zawsze negatywnie odbijają się na funkcjonowaniu w sferze edukacyjnej, uniemożliwiając zdobywanie kolejnych stopni wykształcenia lub konkretnych kwalifikacji zawodowych (Chądzyńska 2003).

Z problemem aktywności edukacyjnej, a co się z tym wiąże także z poziomem wykształcenia, związana jest aktywność obywatelska – najwyższa u respondentów o wyższym wykształceniu, mieszkających w dużych miastach. Czynnikiem różnicującym stopień zaangażowania obywatelskiego okazał się również rodzaj problemów zdrowotnych.

Relatywnie największą aktywność zaobserwowano u osób cierpiących na schizofrenię i psychozy, najmniejszy zaś u osób cierpiących na zaburzenia afektywne.

Również aktywność społeczna okazała się mieć obniżającą zależność na globalną ocenę jakości życia badanych pacjentów. Ograniczenie kontaktów społecznych w sytuacji wystąpienia choroby jest jednym z najbardziej widocznych problemów w sferze aktywności społecznej. Objawy chorobowe sprzyjają odgradzaniu się od innych osób, rezygnacji z kontaktów społecznych. Samo otoczenie równie często odsuwa się od chorych. W świetle innych badań (Wciórka 2004) jednoznacznie wskazuje się na problem znacznego dystansowania się osób chorujących psychicznie z wszelkich form kontaktów społecznych. Wśród barier utrudniających uczestnictwo osób z ograniczeniami sprawności w życiu społecznym wymieniane są przede wszystkim postawy otoczenia, a także indywidualne cechy osób niepełnosprawnych – brak wiary w siebie, kompetencji, niską samoocenę oraz brak samoakceptacji (Wiszejko-Wierzbicka 2010). Z drugiej jednak strony niską aktywność społeczną osób niepełnosprawnych można tłumaczyć kumulowaniem się u nich upośledzeń społecznych: braku pracy, dochodów, złych warunków materialnych rodzin, niskiego wykształcenia, trwale złego stanu zdrowia, które jeszcze bardziej spychają osoby chore na margines życia społecznego.

Niski status ekonomiczny osób chorujących psychicznie związany z ich aktywnością zawodową również wiąże się z jakością życia badanych. Trudności w znalezieniu pracy w ogóle, ale także niski status wykonywanych zawodów, zleczanych osobom niepełnosprawnym psychicznie w znaczny sposób obniża zasobność ich portfela. Chorzy zajmują stanowiska, które często nie wymagają od nich specjalistycznej wiedzy i umiejętności, takie jak praca stróża lub osoby sprzątającej. Sytuacja taka w sposób oczywisty powoduje frustrację i w konsekwencji utrudnia powrót do zdrowia, a także, w dalszej perspektywie, utrwała stereotyp nieadekwatności kwalifikacji do wymagań współczesnego rynku pracy. Sytuacja taka powoduje dysonans wśród chorych, którzy z jednej strony chcą być aktywni, pracują i nie mogą sobie pozwolić na rezygnację z dochodów, z drugiej mają świadomość pracy poniżej swoich kompetencji (Rasmus, Nowaczyńska 2012:163).

W świetle wyników badań wiadomo, że najbardziej pożądanym efektem poprawy jakości życia można uzyskać obniżając kolejno poziom objawów chorobowych, liczbę i czas hospitalizacji, poprawiając funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób chorych (Gosk i in. 2006).

Inni autorzy (Czernikiewicz, Górecka 2003) zwracają uwagę na fakt, że chorzy leczeni w oddziałach psychiatrycznych, którzy po odbyciu terapii wrócili do środowiska rodzinnego i społeczności, poddani rehabilitacji

wykazywali wyższą jakość życia. W badaniach Meltzera (1990) przeprowadzonych w grupie chorych na schizofrenię oporną na leczenie i o przebiegu bardzo niekorzystnym, zauważono, że w wyniku uczestniczenia w terapii i oddziaływaniach edukacyjnych, jakość życia u tych chorych wzrosła. Inne opracowania (Nicolson 1994) pokazują, że codzienne zajęcia, aktywny wypoczynek, regularne spożywanie posiłków, studia oraz praca, były zajęciami, które przyniosły chorym najwyższe zadowolenie. Chory czuje się potrzebny, wykorzystywany jest jego potencjał a zadania te wypełniają mu wolny czas, wzbudzając pozytywne emocje. Bezczynność i prace domowe oceniane były nisko, a czynności higieniczne i zakupy jako neutralne dla oceny jakości życia. Analizując wyniki tych badań widać, że najważniejszym czynnikiem, który decyduje o jakości życia i jej wysokiej lub niskiej ocenie, jest nastrój. Kolejni badacze (Spiridonow 1998; Główniczak 1996) nie znaleźli związku pomiędzy subiektywną oceną jakości życia a oceną codziennego funkcjonowania dokonaną przez samych pacjentów.

Choroba psychiczna ze względu na swoją przewlekłość, tendencję do nawracania lub nawet do utrwalania się zaburzeń, często prowadzi do defensywnego stylu życia, nacechowanego wycofaniem, biernością, ograniczeniem sposobu wyrażania emocji, zainteresowań i potrzeb co w znacznym stopniu negatywnie wpływa na niską ocenę jakości życia.

Konieczne jest zatem wprowadzanie adekwatnych procedur psychorehabilitacyjnych, których celem będzie poprawa funkcjonowania we wszystkich sferach aktywności osób chorych, co docelowo wpłynie na poprawę jakości życia pacjentów przewlekle chorych psychicznie.

Bibliografia

- Chądzyńska M. (2003), *Porównanie jakości życia chorych na schizofrenię i ich opiekunów*, „Psychologia Polska”, tom XXXVII(6), s. 1025–1036.
- Czernikiewicz A., Górecka J. (2003), *Porównanie subiektywnej i obiektywnej jakości życia w grupie chorych na schizofrenię*, „Psychologia Polska”, XXXVII(4), s. 669–681.
- Główniczak M. (1996), *Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia*, „Psychologia Polska”, tom XXX(3), s. 369–380.
- Gosk I., Huszcza M., Klaus M. (red.) (2006), *Jak odnaleźć się na rynku pracy. Przykłady działań na rzecz grupy de faworyzowanych*, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa.
- Hajduk A., Owsianowska J., Robaczkiewicz R., Michałowska Z. (2008), *Ocenia jakości życia pacjentów ze schizofrenią*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej”, 89(3), s. 437–440.
- Jarema M. (1996), *Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta*, „Nowa Medycyna”, vol. 3, s. 15–16.
- Jarosław M. (2008), *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny, etniczny*, ISP PAN, Warszawa.
- Kaszyński H., Cechnicki A. (2011), *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorych psychicznie*, „Psychiatria Polska”, tom XLV(1), s. 4560.

- Kaszyński H. (2006), *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, [w:] M. Boni, I. Gosk, Piotrowski, B.J. Tyrowicz, J.J. Wygnański (red.), *Bezrobocie – co robić? Rola organizacji pozarządowych na rynku usług pracy*, Warszawa.
- Kaszyński H. (2004), *Socjologiczna praca socjalna. W trosce o zdrowie psychiczne*, Kraków.
- Lehman A.F., Ward N.C., Linn L.S. (1982), *Chronic mental patients: the quality of life issue*, „Am J Psychiatry”, 139(10), s. 1271–1276.
- Lepkifker E., Horesh N., Floru S. (1988), *Life satisfaction and adjustment in lithium treated remitted affective patients*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, 78, s. 391–395.
- Meltzer H.Y. (1990), *Effects of six month of Clozapina treatment on quality of life of chronic schizophrenic patients*, „Hosp and Comm Psychiatry”, 41, s. 829–897.
- Morysińska A., Sochańska M., Belta E. (2009), *Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport z badań*. Pentor RI na zlecenie PFRON, Warszawa.
- Nicolson N. (1994), *Subjective experience during daily activities in mental disorders, pain patients, and healthy controls*, [w:] *Quality of life and disabilities in mental disorders. Abstracts of 7th European Symposium*, Vienna, April, s. 7–9.
- Osoby chore psychicznie w społeczeństwie* (2008), Komunikat z badań CBOS, Warszawa.
- Rasmus P., Nowaczyńska E. (2012), *Rola aktywizujących projektów szkoleniowych w nabywaniu kompetencji społecznych i zawodowych przez osoby zagrożone wykluczeniem z powodu choroby psychicznej na podstawie projektu „Znajdź drzwi do dobrej przyszłości”*, [w:] A. Gawor, Ł. Borecki (red.), *Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi*, Top Media Hause, Opole, s. 149–163.
- Spiridonow K. (1998), *Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych*, „Psychologia Polska”, 3, s. 297–306.
- Świtaj P. (2005), *Piętno choroby Psychiczej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 14(2), s. 137–144.
- Trzebińska E., Dziewulska M. (2007), *Uwarunkowania aktywności zawodowej osób chorych psychicznie*, [w:] A.I. Brzezińska, K. Maj, Z. Woźniak (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*, Warszawa.
- Trzebińska E. (2006), *Przeszkody i szanse aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na tle chorób psychicznych. Psychologiczna analiza problemu*, Projekt badawczy nr WUE/0041/IV/05, *Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, Warszawa.
- Wciórka B. (2004), *Grupowa aktywność społeczna Polaków w latach 1998–2004. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa.
- Wiszejko-Wierzbińska D. (2010), *Niewykorzystana strefa. Partycypacja społeczna i obywatelska osób z ograniczeniami sprawności*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Woycicka I. (red.) (2010), *Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych*, IBNGR, Warszawa.

Quality of life of chronically mentally ill people in the Lodz region

Mental crisis exerts a negative effect on personal, vocational and social activity. Mental disease is often accompanied by factors reducing the quality of life of patients. Another problem is deeply rooted stereotypes and prejudices functioning in the public opinion, according to which people who suffer from mental disorder should be

considered insane and often dangerous for society. In Poland, thanks to, amongst others, the EFS funds, it is possible to finance and implement research concerning quality of life of people who have experienced a mental crisis.

The aim of the study was to evaluate the quality of life of people suffering from mental disorders from the Lodz region on the basis of eight points scale assessing their personal, occupational, and social functioning. The study included a group of 101 patients with mental disorders. Participants were selected randomly from mental health institutions functioning in the region of Lodz. To evaluate the quality of life in the group of patients a standardized interview questionnaire was used.

Total quality of life index achieved the value of 54.2 points from the maximum possible 100. The result follows a relatively high level of support from relatives, no significant discrimination, and the relatively high rate of household wealth. On the other hand, the lower level of the quality of life was associated with lower level of education as well as lower social and economic activity.

Key words: quality of life, mentally ill patients, Lodz region.