

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Jagiellonian University Medical Collage in Cracow
Faculty of Health Care, Institute of Nursing Department of Clinical Nursing
Kierownik p.o.: dr n. hum. Ewa Wilczek – Rużyczka

AGNIESZKA SKORUPSKA, CZESŁAW CZABAŁA,
KATARZYNA CZYŻOWICZ, EWA CZAJA

***Social functioning vs. disease course in patients diagnosed with
schizophrenic psychosis***

**Przebieg choroby a funkcjonowanie społeczne osób
z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej**

Funkcjonowanie społeczne obejmuje wiele dziedzin życia, jak np. pracę zawodową, udział w życiu rodzinnym, samodzielność w zaspokajaniu potrzeb codziennych i inne. Przyjmuje się, że termin ten oznacza „jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki w jakimkolwiek jej społecznym układzie odniesienia” (Załużka, 1995, s. 632).

Specyfika psychoz schizofrenicznych polega na deformacji lub zaniku szeregu umiejętności niezbędnych do niezależnej egzystencji, lecz blisko połowa chorych ma możliwość dobrego funkcjonowania w społeczeństwie (Bilikiewicz, 1992, Górna, Rybakowski, 1995).

Jakość funkcjonowania społecznego w opinii klinicystów (Strauss, Carpenter, 1987, Ciompi, 1976, Bluer, 1972) w istotnym stopniu decyduje o rokowaniu, a warto dodać, że ocena zdolności do samodzielnego życia stanowi podstawę planowania alternatywnych wobec hospitalizacji form leczenia osób z przewlekłymi psychozami.

W niniejszej pracy podjęto próbę identyfikacji czynników, które decydują o funkcjonowaniu społecznym osób z rozpoznaniem choroby psychicznej z kręgu psychoz schizofrenicznych. W tym celu badano związki między wskaźnikami funkcjonowania społecznego a przyjętymi zmiennymi przebiegu choroby.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badaną stanowiło 71 chorych objętych ambulatoryjną opieką psychiatryczną. Średnia wieku wynosiła 37,4 lat. Mężczyźni stanowili 44% badanych. Dominowały osoby z wykształceniem średnim (40,8%) i zawodowym (35,2%). W związku małżeńskim pozostawało jedynie 21,1% ankietowanych. Dla zdecydowanej większości podstawowe źródło utrzymania stanowiła renta inwalidzka (83,1%). Połowa badanych (50,7%) zamieszkiwała z rodziną pochodzeniową, natomiast samotnie 25,3%. Aż 46,5% wskazywało na obecność chorób psychicznych wśród członków najbliższej rodziny.

W badaniach wykorzystano:

1. Skalę Funkcjonowania Społecznego (SFS) autorstwa Maxa Birchwooda, dostosowaną do warunków polskich przez M. Załużką (Załużka, 1997),
2. Skalę oceny stanu klinicznego PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale) autorstwa Kay, Fiszbein i Opler (1987, za: Wciórka 1998) w opracowaniu Rzewuskiej.

Szczegółowej analizie poddano dotychczasowe historie leczenia szpitalnego oraz karty leczenia ambulatoryjnego, co umożliwiło określenie następujących wskaźników przebiegu choroby: rozpozna-

nie kliniczne, czas trwania choroby, wiek pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, średni czas trwania remisji, współwystępowanie przewlekłych chorób somatycznych, zastosowana farmakoterapia. Analizę statystyczną wyników badań przeprowadzono wykorzystując program Statistica wersja 5.5. Zastosowano następujące metody statystyczne: korelację rang Spearmana, test ANOVA Kruskalla – Wallisa, test U Manna Whitney.

WYNIKI

Rozkład danych dotyczących wskaźników przebiegu choroby w badanej grupie osób ilustruje poniższa tabela.

Tabela 1. Rozpoznanie kliniczne, stan kliniczny, stosowane leczenie i przebieg choroby. N = 71

Analizowane zmienne			Grupa badana
Rozpoznanie kliniczne	Schizofrenia	N %	44 62,0
	Zaburzenia paranoidalne	N %	14 19,7
	Zaburzenia schizoafektywne	N %	8 11,2
	Zaburzenia schizotypowe	N %	3 7,0
Stan kliniczny (mierzony w punktach)	Objawy pozytywne	średnia ± SD	13,6 ± 4,9
	Objawy negatywne		16,3 ± 6,2
	Objawy ogólnopsychopatologiczne		31,5 ± 10,5
	Objawy depresyjne		8,3 ± 3,2
	Ogólny stan kliniczny		61,4 ± 19,9
Stosowane leczenie	Neuroleptyki standardowe	N %	37 52,1
	Neuroleptyki atypowe	N %	8 11,3
	Terapia skojarzona	N %	17 23,9
Wiek badanych w czasie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej		średnia ± SD max - min	25,6 ± 7,3 15 - 50
Czas trwania choroby (lata)		średnia ± SD max - min	13,4 ± 8,0 2 - 32
Czas trwania remisji (lata)		średnia ± SD max - min	3,3 ± 2,9 0,4 - 14,7
Choroby współistniejące		N %	17 24,0

W tabeli nr 2 zamieszczono istotne statystycznie związki między zmiennymi przebiegu choroby i wskaźnikami funkcjonowania społecznego.

Tabela 2. Związki między wskaźnikami stanu klinicznego i zmiennymi funkcjonowania społecznego

Wskaźniki funkcjonowania społecznego	Wskaźniki stanu klinicznego						
	WH	CzCh	PANSS	OP	ON	OO	OD
globalny wynik funkcjonowania społ.	0,06	-0,11	*-0,38	*-0,37	*-0,5	*-0,27	-0,02
wychodzenie z izolacji	-0,07	0,12	-0,13	-0,16	*-0,26	-0,08	-0,03
komunikacja i więzi	-0,02	0,10	-0,24	*-0,26	*-0,36	-0,15	0,00
samodzielność realizowana	*0,31	0,03	*-0,29	*-0,27	*-0,32	*-0,27	-0,00
samodzielność możliwa	0,20	-0,09	*-0,32	-0,24	*-0,4	*-0,27	-0,01
rekreacja/rozrywka	-0,09	-0,01	-0,23	-0,17	*-0,37	-0,12	-0,03
kontakty społeczne	-0,07	*-0,24	*-0,25	*-0,27	*-0,28	-0,18	-0,04
praca/zatrudnienie	0,02	-0,13	-0,03	-0,10	-0,14	0,09	0,15
Współczynniki korelacji rang Spearmana							

Objaśnienia do tabel:

WH – wiek pierwszej hospitalizacji,

CzCh – czas trwania choroby,

PANSS – ogólny stan kliniczny,

* - wartość istotna na poziomie $p \leq 0,05$,

OP – objawy pozytywne,

ON – objawy negatywne,

OO – objawy ogólnopsychopatologiczne,

Z przytoczonych danych wynika, że:

1. najwyższe korelacje wystąpiły pomiędzy wskaźnikami stanu klinicznego (tj. ON, OP, OO, PANSS) a zmiennymi funkcjonowania społecznego – objawy negatywne korelowały najczęściej i najsilniej, gorszy stan kliniczny (w tym większe nasilenie wyszczególnionych objawów psychopatologicznych) towarzyszył niższej samoocenie społecznego funkcjonowania,
2. wiek, w którym badani po raz pierwszy byli pacjentami oddziału psychiatrycznego korelował istotnie ($r = 0,31$) z wynikami podskali dotyczącej samodzielności w życiu codziennym – późniejsza hospitalizacja łączyła się z większym stopniem
3. zaspokajania podstawowych potrzeb,
4. czas trwania choroby psychicznej wykazywał słabą korelację ujemną ($r = -0,24$)
5. z samooceną kontaktów społecznych – im badani dłużej chorowali, tym gorzej oceniali swoje kontakty społeczne (towarzyskie, rodzinne),
6. rozpoznanie kliniczne, rodzaj zastosowanej farmakoterapii oraz obecność lub brak chorób dodatkowych nie wiązały się statystycznie z żadnym, uwzględnionym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego (brak zamieszczenia wyników korelacji podyktowany ograniczeniami objętości publikacji).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Analizując dane dotyczące przebiegu choroby okazało się, że funkcjonowanie społeczne badanych pozostawało w największej zależności od stanu klinicznego, a zwłaszcza od nasilenia objawów negatywnych. Zaobserwowane zależności częściowo potwierdzają dotychczasowe doniesienia na temat stanu klinicznego, jako jednego z czynników modyfikujących funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię (Główczak i wsp., 1997, Załuska, 1999, Górna i wsp., 2000, Angell, Test, 2002). Jarema i wsp. (1997) oraz Motak (1997) podkreślają w swoich badaniach priorytetowe znaczenie objawów negatywnych dla funkcjonowania w schizofrenii. W opinii Grzywy (1997) powyższe objawy stanowią mechanizm obronny najsilniej kształtujący jakość funkcjonowania społecznego.

Analiza wyników badań wykazała również istotną zależność między wiekiem badanych, w którym miała miejsce pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, a subiektywną oceną zdolności w codziennym życiu ($r = 0,31$). Osoby hospitalizowane po raz pierwszy już po ukończeniu 25 r. ż. były bardziej samodzielne w zaspokajaniu swoich potrzeb (tj. utrzymanie higieny osobistej i otoczenia, odżywiania itp.). Można więc sądzić, że pierwszy pobyt w oddziale psychiatrycznym stanowi krytyczną determinantę zakresu samodzielności realizowanej na co dzień. Również w katamnetycznych badaniach Załuskiej (2000) osoby wykazujące trudności w samodzielnym radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego były młodsze od chorych nie ujawniających takich trudności. Statystycznie istotny okazał się współczynnik korelacji między czasem trwania choroby psychicznej a podtrzymywaniem kontaktów społecznych ($r = -0,24$). Badani dłużej chorujący gorzej oceniali swoje kontakty rodzinne, towarzyskie, kulturalne. Jak można było przypuszczać, dłuższy czas trwania psychozy powoduje pogłębienie się deficytów specyficznych dla schizofrenii, które generalnie nie sprzyjają szerszym kontaktom społecznym.

Rodzaj zastosowanej farmakoterapii w świetle uzyskanych danych nie wiązał się istotnie z żadnym elementem społecznego funkcjonowania w Skali Birchwooda. Zbieżne wyniki uzyskali w swoich pracach Glynn i wsp. (2001). Górna i wsp. (2000) wykazali natomiast pozytywną korelację między przyjmowanym neuroleptykiem a wynikami uzyskanymi przez osoby badane w podskalach „praca – zatrudnienie”, „rekreacja i rozrywka” oraz globalnym miernikiem społecznego funkcjonowania. Leczonych klozapolem (lek atypowy) wyróżniała wyższa samoocena wymienionych wyżej wskaźników funkcjonowania w stosunku do osób otrzymujących standardowe leczenie farmakologiczne.

WNIOSKI

1. Chorzy mający bardziej nasilone objawy negatywne istotnie częściej charakteryzowali się gorszym funkcjonowaniem społecznym w badanych obszarach życia społecznego (z wyjątkiem „pracy – zatrudnienia”).
2. Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna w późniejszym wieku (tj. po 25 r. ż.) wiązała się z większą samodzielnością w zaspokajaniu potrzeb codziennych.
3. Rozpoznanie kliniczne, rodzaj zastosowanej farmakoterapii oraz obecność lub brak chorób dodatkowych nie wiązały się z żadnym, uwzględnionym w badaniu wskaźnikiem społecznego funkcjonowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Górna K., Hołoga N. Funkcjonowanie społeczne a stan psychiczny i jakość życia chorych na schizofrenię w środowisku pozaszpitalnym. Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka”, Kraków 7 – 8 września 2000 r., s. 25
2. Górna K., Rybakowski J. Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię (badania katamnetyczne). *Psychiatria Polska*, 1995/5, s. 619 – 630
3. Wciórka J. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne, w: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. *Psychiatria*. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002, s. 254 - 256
4. Wciórka J. Współczesna diagnostyka schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1998/7, s. 117 - 134
5. Załuska M. „Skala Funkcjonowania Społecznego” (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1997/6, s. 237 - 251
6. Załuska M. *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*. Rozprawa habilitacyjna. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000

STRESZCZENIE

Wiadomo, że przebieg choroby, jaką jest schizofrenia, prowadzi do deficytów w zakresie funkcjonowania społecznego. W opinii wielu klinicystów to właśnie funkcjonowanie społeczne stanowi kryterium decydujące o rokowaniu w psychozie schizofrenicznej, a jego jakość sugeruje wybór alternatywnej do hospitalizacji formy leczenia. Niniejsza praca miała na celu wyłonienie zmiennych najbardziej istotnych dla funkcjonowania społecznego spośród przyjętych wskaźników przebiegu choroby. Badaniem objęto 71 osób z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej. Aby zrealizować cel badań wykorzystano wystandardyzowane narzędzia badawcze: Skalę Funkcjonowania Społecznego M. Birchwooda oraz skalę PANSS Kay, Fiszbein i Opler. Analizie poddano również historie chorób pacjentów. Spośród przyjętych wskaźników przebiegu choroby - stan kliniczny, a zwłaszcza nasilenie objawów negatywnych, determinowało funkcjonowanie społeczne badanych osób. Praca stanowi wstęp szerszego opracowania na temat wpływu rehabilitacji psychiatrycznej na funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię.

SUMMARY

It is commonly known that the course of a disease like schizophrenia leads to deficiency in the field of social functioning. According to the opinion of many clinicians, social functioning is a prognostic criterion in schizophrenic psychosis. Its quality influences the choice of therapy form alternative to hospitalization. The purpose of this work was to select variables, from disease's course indicators, which would be the most significant to social functioning. 71 patients suffering from schizophrenic psychosis participated in the study. In order to achieve the purpose of this study, following standardized measuring tools were used; Social Functioning Scale by M. Birchwood and PANSS Kay, Fiszbein and Opler. Medical charts of patients were also analyzed. Clinical status, but most of all, negative symptoms intensity were those variables chosen from analyzed disease's course indicators, which determined social functioning of patients. This work is an introduction of a wider review concerning psychiatric rehabilitation influence on social functioning of patients suffering from schizophrenia.