

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Instytut Pielęgniarstwa  
Wydział Ochrony Zdrowia, Kraków  
Jagiellonian University Medical College, Institute of Nursing  
Faculty of Health Care, Krakow

AGNIESZKA SKORUPSKA, KATARZYNA CZYŻOWICZ

***Attitudes toward illness in treated schizophrenic psychoses persons***

---

**Postawy wobec choroby wśród osób leczonych  
z powodu psychoz schizofrenicznych**

**WSTĘP**

Dotychczasowe doświadczenia kliniczne i empiryczne dowodzą, że postawa przyjmowana przez osoby dotknięte psychozami schizofrenicznymi wobec doświadczanej przez siebie choroby, może w znacznym stopniu determinować ważne decyzje życiowe i przebieg procesu leczenia.

Postawa w ogólnym znaczeniu to stała gotowość do określonego oceniania i wartościowania jakiegoś przedmiotu (osoby, zjawiska, rzeczy), z czym wiąże się określona wiedza (opinia) na temat tego przedmiotu i określona tendencja do zachowania się (reagowania) wobec niego. Psychologowie podkreślają znaczenie aspektu emocjonalnego postawy (oceniająco – wartościującego), który zwykle rzutuje na wiedzę i zachowanie<sup>1</sup>.

Celem prezentowanych badań była charakterystyka postaw osób leczonych z powodu psychoz schizofrenicznych wobec przeżywanego stanu, jakim jest choroba psychiczna oraz wstępne ustalenie czynników determinujących ogólną postawę wobec psychozy i jej wymiarów.

**MATERIAŁ BADAWCZY**

Badania podjęto u 74 osób pozostających w leczeniu ambulatoryjnym przychodni przy szpitalnych Szpitala Specjalistycznego im. dr J. Babińskiego w Krakowie, wcześniej hospitalizowanych. Część respondentów po zakończonej hospitalizacji uczestniczyła w zajęciach

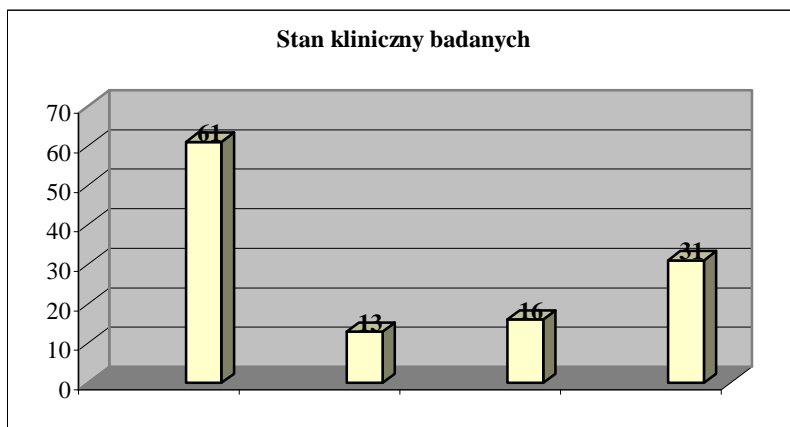
---

<sup>1</sup> Wciórka J., Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy. Biblioteka Psychiatrii Polskiej 1998.

ośrodka rehabilitacyjnego „Szkoła Życia”. Średnia wieku wynosiła 38 lat. Ponad połowę badanych (60,8%) stanowili mężczyźni. Aż 64,8% była stanu wolnego.

W związkach małżeńskich pozostawało 17 osób (23%). U chorych przeważało wykształcenie średnie (43,2%) i zawodowe (33,8%). Dla 82% podstawowym źródłem utrzymania była renta inwalidzka. Tylko 2 osoby (2,7%) pracowały zawodowo. Zdecydowana większość (85%) mieszkała w mieście. Wśród jednostek klinicznych dominowało rozpoznanie schizofrenii (58,1%), istotny odsetek stanowili chorzy z zaburzeniami urojeniowymi (20,2%) i schizoafektywnymi (13,5%).

Psychoza trwała średnio 14 lat. W tym okresie respondenci byli przeciętnie sześć razy pacjentami rejonowych oddziałów ogólnopsychiatrycznych. Łączny, średni czas hospitalizacji wynosił blisko 10 miesięcy, a pojedynczy pobyt w szpitalu – 2 miesiące. Remisja objawów chorobowych trwała średnio 3,5 roku. Poniższy wykres ilustruje uśrednione wyniki stanu klinicznego badanych, ocenianego według skali PANSS.



61 punktów – wynik całkowity  
13 punktów – nasilenie objawów pozytywnych  
16 punktów – nasilenie objawów negatywnych  
31 punktów – nasilenie objawów ogólnopsychopatologicznych

#### METODA BADAWCZA

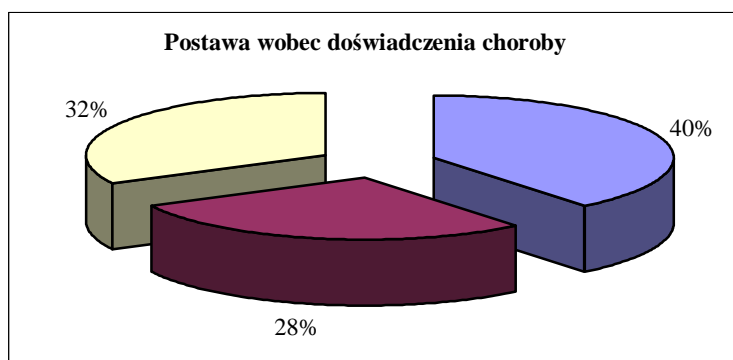
W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz analizą dokumentacji. Badania miały charakter przekrojowy – opierały się na jednorazowym badaniu danej osoby. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Skalę „Moje doświadczenie choroby” (MDC) - jest to zestaw sześciu podskal porządkowych, oceniających wymiary postawy wobec doświadczenia choroby: utożsamianie z sobą (wiedza), wartościowanie (wymiar emocjonalny), refleksyjność (zachowanie). MDC jest przeznaczona do wypełniania przez samych pacjentów.
2. Skalę objawów pozytywnych i negatywnych (Positive and Negative Syndrome Scale) PANSS Kaya i wsp.
3. Narzędzia własne:
  - inwentarz socjo-demograficzny,
  - inwentarz wskaźników intensywności hospitalizacji.

Ponadto dokonano analizy historii chorób osób objętych badaniami.

## WYNIKI

Na wstępie przedstawiono wyniki ogólne dotyczące postawy wobec choroby, uzyskane na podstawie skali samooceny „Moje doświadczenie choroby”.



Badane osoby najczęściej prezentowały postawę całkowicie lub częściowo izolującą doświadczenie choroby (40%). Blisko 28% całkowicie lub częściowo integrowało się ze swoją chorobą. Pozostali (32%) wykazywali niezdecydowanie.

Tab. 1 Wymiary postawy (N = 35)

Prezentowane postawy	Wymiary postawy					
	behawioralny		emocjonalny		poznawczy	
	N	%	N	%	N	%
izolacja	36	48,7	49	66,2	5	6,7
integracja	24	32,5	16	21,6	54	73
niezdecydowanie	14	19	9	12,2	15	20,3

Badani najchętniej integrowali się z psychozą w wymiarze poznawczym (73%). Całkowitą lub częściową izolację wykazywało 48,7% respondentów w wymiarze behawioralnym i aż 66% w wymiarze emocjonalnym.

Badane korelacje między postawą ogólną i jej elementami składowymi a wskaźnikami intensywności hospitalizacji i nasileniem objawów psychopatologicznych okazały się w większości nie istotne.

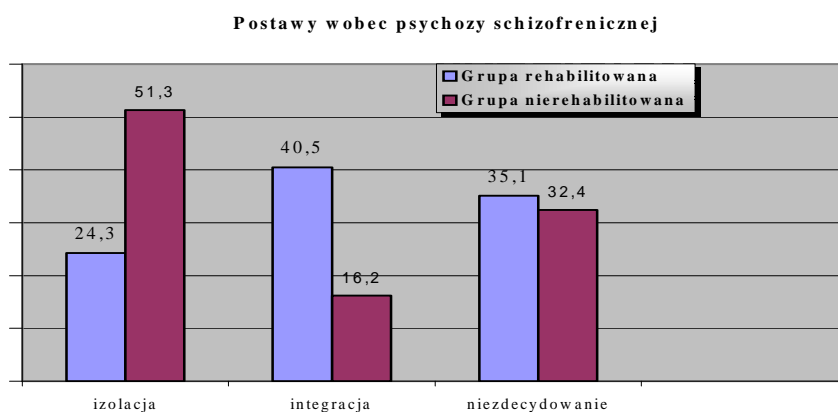
Wymiar behawioralny był czynnikiem tworzącym najwięcej korelacji bliskich istotności. Zaobserwowano niewielkie, dodatnie zależności między sposobem reagowania na chorobę a:

- ogólnym stanem klinicznym,
- nasileniem objawów ogólnopsychopatologicznych,
- średnim czasem trwania remisji,
- średnią długością pojedynczej hospitalizacji,

Poznawczy element postawy pozostawał natomiast w bliskiej istotności korelacji ujemnej ze:

- średnim czasem trwania remisji,
- średnią długością hospitalizacji.

Przeanalizowano również wpływ odbytej przez połowę respondentów rehabilitacji na postawy ogólne wobec psychozy schizofrenicznej i porównano je z postawami osób, które nie były rehabilitowane.



Osoby rehabilitowane zdecydowanie częściej integrowały się ze swoją psychozą niż badani grupy nier rehabilitowanej.

### OMÓWIENIE WYNIKÓW

W skali „Moje doświadczenie choroby” przeważały postawy izolujące. Uzyskane wyniki nie różnią się od dotychczasowych spostrzeżeń innych badaczy (Wciórka, Muskat, 1996). Zaistniałe zjawisko nie jest niczym zaskakującym, gdyż odcięcie się od choroby jest najprostszym mechanizmem radzenia sobie z intensywnym wpływem psychozy na wartości czy rzeczywistość chorego.

Osoby badane najczęściej akceptowały swoją chorobę w wymiarze poznawczym. W oparciu o wcześniejsze doniesienia można by przypuszczać, że na ten fakt miał wpływ czas trwania choroby – im dłuższy, tym łatwiejsze intelektualne utożsamianie jej ze sobą. Przeprowadzone badania nie potwierdziły tej zależności. Krótszy, średni czas remisji wpływał pozytywnie na utożsamianie choroby z sobą. Najtrudniej było chorym zaakceptować psychozę w aspekcie oceniająco – wartościującym. W świetle innych badań empirycznych dłuższy łączny czas spędzony w szpitalu sprzyjał większej uczuciowej akceptacji psychozy. Nasze badania nie wykazały żadnych zależności między emocjonalnym wymiarem postawy a badanymi zmiennymi.

Większe nasilenie objawów ogólnopsychopatologicznych i cięższy stan kliniczny ułatwiały bardziej refleksyjne zachowania wobec choroby. Podobne znaczenie miały wskaźniki hospitalizacji (średnia długość remisji i średni czas pojedynczego pobytu w szpitalu).

Analiza różnic wyników uzyskanych w skali „Moje doświadczenie choroby” między grupą osób rehabilitowanych i nier rehabilitowanych będzie tematem kolejnego doniesienia.

## WNIOSKI

1. Osoby leczone z powodu psychoz schizofrenicznych prezentowały najczęściej postawy izolujące doświadczenie choroby od innych doświadczeń życiowych.
1. Badani zdecydowanie częściej integrowali się z psychozą w wymiarze poznawczym, a tylko sporadycznie w wymiarze emocjonalnym.
2. Gorszy, ogólny stan kliniczny i dłuższy, średni czas trwania hospitalizacji warunkował gotowość do refleksyjnego zachowania się wobec choroby.
3. Krótszy, średni czas trwania remisji wiązał się z łatwiejszym, intelektualnym utożsamianiem choroby z sobą.

## PIŚMIENNICTWO

1. Wciórka J. (red), Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1998
2. Wciórka J. i wsp., Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 1 skala „Doświadczenie choroby”. Psychiatria Polska 1996, str. 381 – 396
3. Wciórka J. Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 2 skala „Moje doświadczenie choroby”(MDC). Psychiatria Polska 1996, str. 397 – 414
4. Wciórka J., Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 3 Przykłady eksperymentów klinicznych. Psychiatria Polska 1996, str. 415 – 428
5. Bilikiewicz A. i wsp., Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002

## STRESZCZENIE

Badania przeprowadzono wśród 74 osób leczonych z powodu psychoz schizofrenicznych. Wszyscy badani byli wcześniej pacjentami ogólnopsychiatrycznych oddziałów stacjonarnych. Część z nich po zakończonej hospitalizacji była rehabilitowana w ośrodku „Szkoła Życia”. W czasie realizacji badań - osoby biorące w nich udział pozostawały w opiece ambulatoryjnej. Celem pracy była charakterystyka postaw pacjentów wobec doświadczenia choroby psychicznej. Wykorzystano między innymi: skalę „Moje doświadczenie choroby”, skalę objawów pozytywnych i negatywnych PANSS Kaya i wsp., własny inwentarz socjo – demograficzny, historie chorób badanych.

## SUMMARY

The study was carried out among 74 persons treated for the schizophrenic psychoses. Before study they were hospitalized. Some of them took part in psychiatric rehabilitation after extract from hospital. During research they stay in ambulatory health care. The aim of this study was to characterize patients' attitudes toward their experience of mental illness. Patients' were examined by: My experience of Illness Scale, Positive and Negative Syndrom Scale, own socio – demographic inventory, historys' of illness.