

Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*

Social network and quality of life of people suffering from schizophrenia in seven years from first hospitalisation

Andrzej Cechnicki¹, Anna Wojciechowska¹, Miguel Valdez²

¹ Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik: dr n. med. A. Cechnicki

² Departamento de Psiquiatria Universidad Autonoma de Nuevo Leon
Kierownik: dr A. Alcorta

Summary

Aim. The aim of the research was the analysis of a “social network” of people suffering from schizophrenia in seven years after first admission and analysis of relationships between “social networks” of people suffering from schizophrenia and treatment outcomes, the “quality of life” in particular.

Method. Sixty-four patients have been diagnosed according to DSM-III seven years after first admission. In this group were 34 men (55.7%) and 27 women (44.3%) and the average age was 32 years. Lechman’s Life Quality Questionnaire and Bizoń’s Questionnaire of Social Support were used in the study.

Results. In the Cracovian longitudinal study, persons with a larger network and with a high level of social support display better general subjective satisfaction from quality of life. These results are confirmed in the research of Lehman and his co-workers.[1, 2], Corrigan and Buican [3]. The lack of connection between social network parameters and actual health condition as an objective indicator of the quality of life is incompatible with the results of some investigators: [4, 5], who claim, that as time flies, the impoverishment of the support system is especially threatening to health and mental disorders can appear.

Conclusion. Research upon relationships between “social network” and quality of life of persons suffering from schizophrenia haven’t been widely described in professional literature so far, moreover, the obtained results are ambiguous and still raise many doubts.

Słowa kluczowe: sieć społeczna, jakość życia, schizofrenia, badania katamnesticzne

Key words: social network, quality of life, schizophrenia, follow-up study

Wprowadzenie

Badań nad związkami między siecią społeczną a jakością życia osób chorujących na schizofrenię jest niewiele. Uzyskiwane wyniki nie są jednoznaczne i ciągle budzą

* Badanie przeprowadziła krakowska grupa badawcza zajmująca się przebiegiem schizofrenii.

wątpliwości [1, 2]. Bengtsson-Tops i Hanson [za: 3] uważają, że potrzeba uzyskania z sieci społecznej oparcia jest związana z gorszą subiektywną jakością życia. Inne wyniki badań informują, że pacjenci z większą i bardziej satysfakcjonującą siecią oparcia mają lepszą jakość życia [1, 2, 3]. Lepszą jakość życia mają też osoby, które lepiej sobie radzą z wymaganiami społecznymi i potrafią budować związki interpersonalne. Koivumaa-Honkanen i wsp. [za: 3] wykazują, iż brak relacji społecznych jest głównym korelatem niskiej satysfakcji z życia. W badaniach nad jakością życia istotnym wskaźnikiem okazał się zakres sieci społecznej, jakość związków [5] oraz rodzaj oparcia społecznego. Badacze wykazali, że mały zakres sieci społecznej, ograniczone kontakty interpersonalne, brak instrumentalnego wsparcia i powiernika [6, 7] są związane z gorszą jakością życia.

Prezentowane badanie jest częścią krakowskich prospektywnych badań nad przebiegiem schizofrenii. Ich celem były odległe wyniki leczenia w obszarze klinicznym oraz społecznym w przebiegu schizofrenii po trzech (katamneza trzyletnia, K-3) i siedmiu latach od pierwszej hospitalizacji (katamneza siedmioletnia, K-7). Badania sieci społecznej w trzy lata od pierwszej hospitalizacji wskazują na konieczność rozpatrywania jej szerokiej charakterystyki, tj. uwzględnienia zakresu sieci, wielkości sieci pozarodzinnej, wieku sieci, ilości i lokalizacji oparcia, typu systemu oparcia [8]. W kolejnym etapie badań oceniono wyniki leczenia chorych na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej [9] ze szczególnym uwzględnieniem jakości życia [9, 10, 11]. Poddano również analizie związku między jakością życia a wynikami leczenia [3].

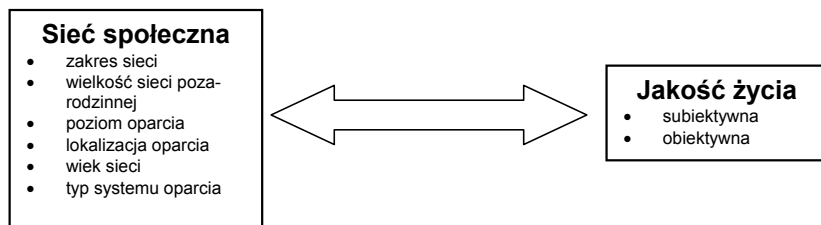
Przedstawionym tu, kolejnym krokiem badawczym była ocena sieci społecznej chorych na schizofrenię w siedem lat od zachorowania i analiza związku tego wskaźnika wyników leczenia z jakością życia.

Analiza zależności pomiędzy siecią społeczną a wynikami leczenia w obszarze klinicznym i społecznym została opisana w innym artykule [14].

Cele badania

Celem badań była analiza sieci społecznej osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji oraz związków pomiędzy siecią społeczną osób chorujących na schizofrenię a jakością życia jako jednym z istotnych wskaźników wyników leczenia.

Poniżej przedstawiono ogólny model badań (rys.1).



Rys.1. Zależności pomiędzy siecią społeczną a jakością życia osób chorujących na schizofrenię

Ustalono następującą kolejność badań:

1. Opis sieci społecznej oraz subiektywnej i obiektywnej jakości życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.
2. Analiza związku pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a subiektywną jakością życia.
3. Analiza związku pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a obiektywną jakością życia.

Opis grupy

W siedem lat od pierwszej hospitalizacji zbadano i opisano 61 osób chorujących na schizofrenię rozpoznaną wg kryteriów DSM-III, w tym 34 mężczyzn (55,7%) i 27 kobiet (44,3%). Średnia wieku w grupie wynosiła 32 lata. Pierwsze objawy psychiatryczne w badanej grupie przypadały na 26 rok życia, pierwsza zaś hospitalizacja na 27. Okres między zachorowaniem a pierwszą hospitalizacją wynosił średnio 50 tygodni. W okresie przedchorobowym 8 osób było co najmniej w jednym satysfakcjonującym związku, związki 21 osób były liczne i powierzchowne, 11 osób było w jednym powierzchownym związku, 13 osób miało niesatysfakcjonujące kontakty, a 8 nie miało żadnych związków pozarodzinnych. W chwili pierwszej hospitalizacji 36 osób było zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, 11 pracowało lub uczyło się, lecz okresowo przebywało na zwolnieniach lekarskich, 2 osoby miały rentę oraz częściowe zatrudnienie, 3 osoby były bezczynne na rencie, 4 zaś badanych nie miało ani renty, ani żadnego zajęcia.

Po siedmiu latach od pierwszej hospitalizacji, w chwili przeprowadzania badania, liczba rehospitalizacji stacjonarnych wynosiła w grupie średnio 1,64. Czas pobytu na oddziale całodobowym wynosił średnio 14 tygodni, a średnia liczba nawrotów w ciągu siedmiu lat od pierwszej hospitalizacji – 2,5.

Narzędzia i metody badawcze

Do badań użyto Kwestionariusza Oparcia Społecznego Bizonia oraz Kwestionariusza Jakości Życia Anthony'ego Lehmana. Krakowskie badania JŻ zostały przeprowadzone z użyciem polskiej wersji kwestionariusza. Pozwala on na ocenę zarówno subiektywnej, jak i obiektywnej jakości życia w ośmiu podstawowych obszarach: warunki mieszkaniowe, organizacja czasu wolnego, relacje rodzinne, relacje społeczne, finanse, praca i szkoła, bezpieczeństwo i problemy prawne oraz zdrowie. W naszym badaniu wprowadziliśmy do kwestionariusza obszar religii. Subiektywne zadowolenie z życia oceniane było w skali likertowskiej [9, 10, 11].

Wskaźniki sieci społecznych zbadano za pomocą kwestionariusza Bizonia, służącego do gromadzenia danych o osobach pełniących funkcje podtrzymujące oraz do opracowania charakterystycznych właściwości systemu oparcia, takich jak: zakres sieci (liczba osób, z którymi badany utrzymuje kontakt), wielkość sieci pozarodzinnej (liczba osób spoza rodziny), wiek sieci (długość trwania związków w sieci), poziom oparcia (rozumiany jako iloczyn osób w sieci oraz funkcji, jakie pełnią), lokalizacja

oparcia (w rodzinie, w rodzinie oraz poza nią, poza rodziną), typ systemu oparcia (zogniskowany, rozproszony, mieszany). Do oceny korelacji użyto współczynnika korelacji rangowej Spearmanna.

Wyniki badań

Poniżej przedstawiono wyniki badań nad siecią społeczną i jakością życia w katamniezie siedmioletniej oraz zależności między siecią społeczną a jakością życia.

Opis sieci społecznej w siedem lat od pierwszej hospitalizacji

W siedem lat od pierwszej hospitalizacji 24% osób chorujących na schizofrenię ma małą sieć społeczną. Najwięcej, bo 45% osób z badanej grupy, ma średnią sieć, dużą zaś – 31% (tab. 1).

Tabela 1. **Opis sieci w katamniezie siedmioletniej K-7 (n = 64)**

Wielkość sieci w K-7	
Mała sieć – do 10 osób	24%
Średnia sieć – od 11 do 20 osób	45%
Duża sieć – powyżej 21 osób	31%
Wielkość sieci pozarodzinnej w K-7	
Mała sieć – do 2 osób	31%
Średnia sieć – od 3 do 10 osób	52%
Duża sieć – powyżej 11 osób	17%
Poziom oparcia w K-7	
Małe oparcie – od 25 pkt.	13%
Średnie oparcie – od 26 do 50 pkt.	45%
Duże oparcie – powyżej 51 pkt.	42%
Lokalizacja oparcia w K-7	
W rodzinie	59%
Poza rodziną	3%
W rodzinie i poza rodziną	38%
Typ systemu oparcia w K-7	
Zogniskowany	48%
Rozproszony	13%
Mieszany	39%
Wiek sieci w K-7	
Stare związki – powyżej 10 lat	72%
Średnie związki – od 1 roku do 10 lat	25%
Nowe związki – do 1 roku	3%

Małą sieć pozarodzinną ma 31% badanej grupy, średnią 52%, dużą 17%. Niski poziom oparcia w sieci społecznej ma 13%, średni 45%, a 42% wysoki. 59% procent badanych osób oparcie znajduje w rodzinie, 3% poza rodziną, a 38% zarówno w rodzinie, jak i poza nią.

Typ oparcia 48% osób jest zogniskowany (oparcie zapewnia jedna osoba), 13% – rozproszony (oparcie w wielu osobach), 39% zaś ma system mieszany, tzn. złożony

z powiernika i pojedynczych osób zaspokajających poszczególne potrzeby emocjonalne i instrumentalne. 72% osób utrzymuje stare, trwające powyżej 10 lat, związki, 25% – związki trwające od 1 roku do 10 lat (średnie), 3% badanych stworzyło w ciągu ostatniego roku nowe związki.

Jakość życia w siedem lat od pierwszej hospitalizacji

Podsumowując wyniki badań nad JŻ sformułowano następujące wnioski:

1. W siedem lat od pierwszej hospitalizacji osoby chore na schizofrenię uzyskują korzystne wyniki leczenia, o ile są leczone w społecznym programie.
2. Ogólne zadowolenie z życia jest słabo pozytywnie skorelowane z ogólną obiektywną oceną jakości życia, gdyż subiektywne i obiektywne szczegółowe wskaźniki jakości życia w modelu Lehmana są częściowo powiązane, a częściowo od siebie niezależne.
3. Obszary będące subiektywnymi wskaźnikami jakości życia są silnie pozytywnie, i w znacznym stopniu, powiązane ze sobą i z ogólnym zadowoleniem z życia, w przeciwieństwie do obszarów będących obiektywnymi wskaźnikami jakości życia, które są słabo i w małym stopniu powiązane zarówno ze sobą, jak i z ogólnym zadowoleniem z życia.
4. Największy wpływ na wyjaśnienie ogólnego zadowolenia z życia w badanej konstelacji czynników rokowniczych ma ocena subiektywna – w tym wypadku subiektywna satysfakcja z życia religijnego w połączeniu z posiadaniem pracy, dobrymi kontaktami społecznymi oraz płcią żeńską.
5. Stan psychopatologiczny (nasilenie syndromu pozytywnego, negatywnego i depresyjnego) może wpływać na ogólne zadowolenie z życia w grupie chorych na schizofrenię żyjących w środowisku pozaszpitalnym.
6. Ogólne zadowolenie z życia jest konstruktem złożonym i tylko częściowo dającym się wyjaśnić na podstawie obrazu psychopatologicznego.

Zależności między siecią społeczną a jakością życia

Kolejno zostaną opisane zależności pomiędzy siecią społeczną a wskaźnikami subiektywnej jakości życia w siedem lat od pierwszej hospitalizacji, a następnie ze wskaźnikami obiektywnej jakości życia (tabela 2, 3).

Korelacje pomiędzy siecią społeczną a wskaźnikami subiektywnej jakości życia

Analiza wykazała, że ogólne zadowolenie z jakości życia (JŻ) koreluje pozytywnie z zakresem sieci i poziomem oparcia (tabela 2).

Im większa sieć i wyższy poziom oparcia, tym większe ogólne zadowolenie z jakości życia. Im szerszy jest zakres sieci społecznej, szczególnie pozarodzinnej, i im wyższy jest poziom oparcia w sieci, tym większe jest subiektywne zadowolenie z relacji społecznych. Im więcej jest starych (do 10 lat) związków w sieci, tym większe jest subiektywne zadowolenie z pracy. Praca pozwala utrzymać wieloletnie związki, ale wiek sieci, przewaga starych związków nad nowymi, nie mają wpływu na inne subiektywne wskaźniki jakości życia.

Tabela 2. Związki pomiędzy siecią społeczną a wskaźnikami subiektywnej jakości życia w siedem lat od pierwszej hospitalizacji

Wskaźniki subiektywnej jakości życia	Zakres sieci ↑	Wielkość sieci pozarodzinnej ↑	Poziom oparcia ↑	Wiek sieci ↑	Typ systemu oparcia ↑
Mieszkanie	0,38	0,08	0,11	0,03	0,01
Czas wolny	0,19	0,07	0,21	0,07	0,02
Rodzina	0,13	0,15	0,21	0,11	0,06
Relacje społeczne	0,39**	0,44**	0,32*	-0,12	0,13
Finanse	0,03	0,09	0,01	0,11	-0,12
Praca	0,16	-0,01	0,16	0,46*	-0,16
Bezpieczeństwo	-0,03	-0,10	-0,10	0,14	0,10
Zdrowie	0,10	-0,01	0,21	0,06	0,01
Religia	0,16	-0,10	0,12	0,13	0,01
Ogólne zadowolenie	0,35**	0,12	0,30*	0,03	-0,11

* poziom istotności $p < 0,05$, ** poziom istotności $p < 0,01$ – oceniane na podstawie współczynnika korelacji Spearmanna

Korelacja pomiędzy siecią społeczną a obiektywnymi wskaźnikami jakości życia

Większy zakres sieci społecznej koreluje pozytywnie z większą liczbą zajęć w czasie wolnym, większą liczbą kontaktów społecznych, większym dochodem miesięcznym i mniejszą wiktymizacją badanych (tabela 3).

Tabela 3. Związki między parametrami sieci społecznej a obiektywną jakością życia w siedem lat od pierwszej hospitalizacji

Obiektywna jakość życia	Zakres sieci ↑	Wielkość sieci pozarodzinnej ↑	Poziom oparcia ↑	Wiek sieci ↑	Typ systemu oparcia ↑
Mieszkanie	0,15	0,25	0,09	0,01	0,05
Czas wolny	0,48**	0,23	0,23	-0,15	0,27*
Rodzina	0,14	0,16	0,17	0,03	0,04
Relacje społeczne	0,33**	0,38**	0,29*	-0,27*	0,19
Finanse	0,42**	0,34**	-0,23	-0,14	0,16
Praca	0,16	0,28	0,13	-0,35	0,06
Bezpieczeństwo	-0,27*	0,01	-0,12	-0,07	-0,07
Zdrowie	0,11	-0,06	0,08	0,13	0,10
Religia	0,21	-0,10	0,07	0,06	0,11

* poziom istotności $p < 0,05$, ** poziom istotności $p < 0,01$ – oceniane na podstawie współczynnika korelacji Spearmanna

Osoby z większą siecią pozarodzinną mają więcej kontaktów społecznych i większy dochód. Wyższy poziom oparcia jest powiązany z większą liczbą kontaktów społecznych. Stwierdzono, że osoby mające więcej nowych związków (powstałych w ciągu ostatniego roku) mają więcej kontaktów społecznych. Natomiast mieszany system oparcia pozostaje w niskiej, ale znaczącej korelacji z większą liczbą zajęć w czasie wolnym.

Omówienie wyników

W siedem lat od pierwszej hospitalizacji osoby chorujące na schizofrenię mają w przewadze (45%) średniej wielkości sieć społeczną złożoną z 11–20 osób. Utrzymująca się również w przewadze średnia wielkość sieci pozarodzinnej (52%) składa się z 3–10 osób, czyli wyraźnie mniejszej liczby związków. Podobnie większość badanej grupy (45%) ma średni poziom oparcia (21–50 pkt). Oparcie w rodzinie znajdowało 59% badanych. Blisko połowa, 48% osób chorujących na schizofrenię, ma zogniskowany system oparcia, tzn. większość potrzeb zaspokaja jedna osoba, przeważnie jedno z rodziców. Stare, trwające powyżej 10 lat, związki utrzymuje 72% badanych. Zakres sieci w naszych badaniach jest większy niż analogiczny wskaźnik opisywany przez Westermeyera i Pattisona [13] jako „rozmiar sieci”.

Analizując związki pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a wskaźnikami jakości życia znajdujemy, iż istotne okazały się zakres sieci społecznej oraz obecność oparcia społecznego. Większy zakres sieci oraz wyższy poziom oparcia społecznego koreluje pozytywnie z lepszym ogólnym, subiektywnym zadowoleniem z jakości życia. Wyniki te znajdują potwierdzenie w badaniach [1, 2, 4] mówiących o tym, że pacjenci z większą i bardziej satysfakcjonującą siecią oparcia mają lepszą jakość życia lub, z innej strony, że mały zakres sieci społecznej, mała liczba kontaktów interpersonalnych są związane z gorszymi subiektywnymi wskaźnikami jakości życia. Jednak wyższy, subiektywnie doświadczany, poziom oparcia nie pozwala ocenić jego potrzeby i odnieść się do wyników Bengtsson-Topsa i Hansona [za: 3], którzy uważają, że potrzeba uzyskania oparcia z sieci społecznej jest związana z gorszą subiektywną jakością życia.

Chociaż w naszych badaniach nie oceniano jakości związków w sieci, jak w badaniu Merciera i Kinga [5], to jednak można o nich wywnioskować w sposób pośredni, np. na podstawie utrzymywania trwałych długich związków. Im więcej jest starych (powyżej 10 lat) związków w sieci, tym większe jest subiektywne zadowolenie z pracy, które jest szczególnie istotnym wskaźnikiem jakości życia. Lepszą jakość życia mają osoby, które lepiej sobie radzą z wymaganiami społecznymi i które potrafią budować związki interpersonalne. Badania Koivumaa-Honkanen i wsp. [za: 3] wykazują, iż brak relacji społecznych jest głównym korelatem niskiej satysfakcji z życia. Silny związek z wybranymi wskaźnikami sieci społecznej, takimi jak: zakres sieci, wielkość sieci pozarodzinnej, poziom oparcia, wiek sieci, ma wpływ na zadowolenie z relacji społecznych oraz ich liczbę. Może to świadczyć o czerpaniu satysfakcji ze związków pozarodzinnych. Wynik taki podtrzymuje hipotezę wysuniętą przez niektórych autorów, że związki pozarodzinne mogą kompensować ubóstwo więzi pokrewieństwa [13, 14,

15], zwłaszcza że większa satysfakcja z relacji rodzinnych okazała się nie powiązana ze wskaźnikami sieci społecznej.

Ciekawe są wyniki wskazujące na fundamentalną różnicę pomiędzy subiektywnie przeżywanym a obiektywnie doświadczanym oparciem. U osób chorujących na schizofrenię większa liczba osób w sieci, czyli jej zakres, ale również najbardziej optymalny mieszany typ systemu oparcia, który charakteryzuje się obecnością w sieci zarówno powiernika, jak i licznych osób zaspokajających pojedyncze potrzeby, jest związany z większą liczbą zajęć w czasie wolnym w ocenie obiektywnej jakości życia. Nie stwierdza się natomiast powiązania pomiędzy siecią społeczną a subiektywnie doświadczaną satysfakcją z organizacji czasu wolnego. Być może istniejące związki nie zaspokajają emocjonalnych potrzeb badanych. Znanecki-Lopata [16] uważa, że do utrzymania oparcia potrzebne są cele życiowe. Wskazywałoby to, że pacjenci chorujący na schizofrenię mają często deficyt w stawianiu sobie – i osiągnięciu – celów, co może być związane z przebiegiem choroby. Warunkiem trwałości systemu oparcia jest odwzajemnianie uczuć, dzielenie się dobrami, wymiana świadczeń między partnerami interakcji. Brak odwzajemnienia ze strony biorcy może narazić na wycofanie oparcia przez dawcę i w konsekwencji na zerwanie związku. Zgodnie z teorią wymiana społeczna jest regulowana przez świadomą lub nieświadomą kalkulację zysków i strat dokonywanych przez partnerów interakcji [17]. Pacjenci chorujący na schizofrenię nie wykazują inicjatywy w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi. Z powodu deficytu zdolności do spostrzegania, w jaki sposób społeczna wymiana jest zorganizowana, nie czerpią satysfakcji z zaspokajania potrzeb przez osoby z ich otoczenia społecznego.

Brak związku w naszym badaniu pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a subiektywnym stanem zdrowia jest niezgodny z doniesieniami niektórych badaczy [6], którzy uważają, że w miarę upływu czasu zubożenie systemu oparcia szczególnie zagraża zdrowiu i prowadzi do wystąpienia zaburzeń psychicznych. Niektórzy autorzy przypuszczają, że osoby czerpiące więcej oparcia z sieci odczuwają mniej napięć mimo trudnych emocjonalnie stresów. Inni przypuszczają, iż system oparcia nie redukuje samych napięć, tylko wzmacnia odporność jednostki na stres [18]. Choć opisane badanie nie ujawniło korelacji pomiędzy subiektywną satysfakcją ze zdrowia a wskaźnikami sieci społecznej, analiza obiektywnych wskaźników wyników leczenia w postaci nasilenia objawów psychopatologicznych, czy oceny typu przebiegu schizofrenii obserwowanego przez lata choroby z zastosowaniem innych narzędzi, potwierdza taką zależność [12].

Czas trwania związków w sieci jest związany w sposób istotny statystycznie z subiektywnym zadowoleniem z pracy. Pacjenci tym bardziej utrzymują długotrwałe (trwające powyżej 10 lat) kontakty społeczne w sieci, im większe mają subiektywne zadowolenie z pracy. Zatem praca jest pomostem do budowania kontaktów społecznych. Wielkość sieci społecznej, w tym pozarodzinnej, koreluje z dochodami. Osoby z większą siecią mają wyższy dochód.

Warto zwrócić uwagę, że badanie wykazało, tym razem zgodny, brak zależności pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a stopniem komfortu mieszkaniowego (ocena obiektywna) i satysfakcją z warunków mieszkaniowych.

Zaskakujące, iż brak jest związku między wskaźnikami sieci społecznej a subiektywnym zadowoleniem z przeżywania wiary oraz uczestnictwem w nabożeństwach. Można by domniemywać, że w religii, odgrywającej ważną rolę w naszej kulturze, ludzie szukają wsparcia duchowego, a nie okazji do nawiązywania kontaktów interpersonalnych, niemniej z doświadczenia klinicznego wiadomo, że wspólnoty religijne dla niektórych pacjentów stanowią silne źródło oparcia społecznego. Badania nad związkami między siecią społeczną a jakością życia osób chorujących na schizofrenię wskazują, że uzyskiwane wyniki nie są jednoznaczne, są trudne do interpretacji i ciągle budzą wiele wątpliwości.

Wnioski

1. Osoby chorujące na schizofrenię, z większą siecią oraz z wyższym poziomem oparcia społecznego w sieci, mają lepsze ogólne subiektywne zadowolenie z jakości życia. Wyniki te znajdują potwierdzenie w badaniach Lehmana [1, 2] oraz Corrigan i Buicana [4].
2. Stwierdzony brak związku pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a stanem zdrowia jako wskaźnikiem obiektywnym i subiektywnym jakości życia jest niezgodny z doniesieniami niektórych badaczy [6], którzy uważają, że w miarę upływu czasu zubożenie systemu oparcia szczególnie zagraża zdrowiu i prowadzi do wystąpienia zaburzeń psychicznych.
3. Badania nad związkami między siecią społeczną a jakością życia osób chorujących na schizofrenię wskazują, że uzyskiwane wyniki nie są jednoznaczne, są trudne do interpretacji i ciągle budzą wiele wątpliwości.

Существенная сеть помощи больным шизофренией и качество их жизни после семи лет со времени первой госпитализации

Содержание

Задание. Исследованы зависимости между показателями общественной сети 64 пациентов, страдающих шизофренией, диагностированной по критериям Международной классификации болезней III пересмотра и лечебными мероприятиями. К таким м.и. относятся: мотивировка к лечению, понимание необходимости терапии, а также принятия лекарств, удовлетворение проводившегося лечения, а также его результаты. Все это оценено как с клинической и общественной точки зрения, а также функционирования семьей в течение семи лет со времени первой госпитализации больного.

Результаты. Смешанный тип общественной помощи и большая сеть, дающая большую помощь больному, коррелируют положительным образом с высшей субъективной сатисфакцией от лечебного процесса. Большая сеть помощи больным вне семейного круга, способствующая высшему уровню услуг, коррелирует с лучшим пониманием болезни. Чем больше общественная сеть после семи лет со времени первой госпитализации больного шизофренией (радиус сети), в том числе и внесемейная и высший уровень помощи, предлагаемой сетью, тем меньше негативных и позитивных симптомов. Кроме того, лучший также и тип течения болезни, характеризующийся симптоматическими ремиссиями. Больший радиус сети коррелирует с меньшим числом рецидивов и общим временем госпитализации как стационарных, так и дневных. Больные, использующие большую сеть, которая предлагает им высший уровень помощи, локализованной в семье и вне ее, и высший уровень услуг, предлагаемых сетью реже подвергаются госпитализациям в дневных

отделениях. Не отмечено связи между показателем сети и числом стационарных госпитализаций. Лица, использующие большую сеть, в том числе вне семьи с высшим уровнем опеки, лучше функционируют в общественной среде, у них не доходит до регресса их общественного положения, а также меньше обременяют семью. Уровень общественной помощи коррелирует с положительными показателями функционирования семьи. В семьях больных шизофренией, которым то оказывается большая помощь сети, не наблюдаются такие ситуации как детериорация или дезинтеграция, а также меньше критики больного или его отторжения.

Soziales Netz und Lebensqualität der Personen, die an Schizophrenie krank sind, sieben Jahre nach der ersten Hospitalisierung

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Analyse des "Sozialnetzes" der Personen, die an Schizophrenie krank sind, sieben Jahre nach der ersten Hospitalisierung und die Analyse der Zusammenhänge zwischen dem "Sozialnetz" der Schizophrenkranken und den Behandlungsergebnissen, insbesondere der "Lebensqualität".

Methode. Es wurden 64 an Schizophrenie kranke Personen sieben Jahre nach der ersten Hospitalisierung untersucht und beschrieben, die nach den DSM III Kriterien vor sieben Jahren diagnostiziert wurde. Darunter waren 34 Männer (55,7%) und 27 Frauen (44,3%). Das Durchschnittsalter lag in dieser Gruppe bei 32 Jahren. Zur Studie wurden der Fragebogen der Lebensqualität von Lehmann und der Fragebogen für soziale Unterstützung von Bizon benutzt.

Ergebnisse. In den Krakauer Studien haben die Personen mit einem größeren Netzwerk und höherem Niveau der sozialen Unterstützung bessere allgemeine subjektive Zufriedenheit mit der Lebensqualität. Diese Ergebnisse wurden in den Studien von Lehman und Co. [1,2], Corrigan und Buican [3] bestätigt. Der Mangel an Zusammenhang zwischen den Parametern des sozialen Netzes und dem aktuellen Gesundheitszustand als einem objektiven und subjektiven Index der Lebensqualität, stimmt mit den Meldungen mancher Forscher [4,5] nicht überein. Sie sind der Meinung, dass die Verringerung des Systems der Unterstützung mit der Zeit das Leben besonders gefährdet und zu psychischen Störungen führt.

Schlussfolgerungen. Die Studien an den Zusammenhängen des sozialen Netzwerkes und der Lebensqualität der Personen, die an Schizophrenie krank sind, zeigen, dass die erzielten Ergebnisse nicht eindeutig, schwer zu interpretieren sind und sie rufen immer noch viele Zweifel wach.

Le réseau social et la qualité de vie des personnes souffrant de la schizophrénie après sept ans de leur première hospitalisation

Résumé

Objectif. Ce travail vise à analyser «le réseau social» des personnes souffrant de la schizophrénie après sept ans de leur première hospitalisation et, en particulier, les corrélations de ce «réseau» avec leur qualité de vie.

Méthode. Sept ans après la première hospitalisation on a diagnostiqué (d'après les critères de DSM III) 64 personnes souffrant de la schizophrénie (34 hommes – 55,7%, 27 femmes – 44,3%), leur moyenne de l'âge – 32 ans. Ces patients sont examinés avec : Lehman's Life Quality Questionnaire et Bizon's Questionnaire of Social Support.

Résultats. Ces analyses de long terme de Cracovie démontrent que les personnes ayant le réseau social plus large et avec le soutien social plus fort sont plus contentes de leur qualité subjective de vie. Ces résultats sont aussi confirmés par Lehman et autres [1; 2], Corrigan et Buican [3]. On ne trouve pas de corrélation de réseau social et d'état actuel de santé comme indice objectif et subjectif de la qualité de vie et cela ne s'accorde pas avec de recherches d'autres auteurs [4; 5], qui croient que l'étiologie du système du soutien social avec le temps cause les troubles psychiques et menace la santé mentale.

Conclusions. Les résultats concernant le réseau social et la qualité de vie des schizophrènes ne sont pas équivalents, ils sont ambigus et toujours douteux.

Piśmiennictwo

1. Lehman AF. *The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill*. *Evaluat. Progr. Plann.* 1983; 6: 143–155.
2. Lehman AF. *A Quality of life interview for the chronically mentally ill*. *Evaluat. Progr. Plann.* 1988; 11: 51–62.
3. Cechnicki A, Valdez M. *Związek między jakością życia osób chorych na schizofrenię a nasileniem zaburzeń chorobowych*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2001; 4 (10): 311–322.
4. Corrigan W, Buican B. *The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995; 183: 281–285.
5. Mercier C, King S. *A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients*. *Acta Psychiatr. Skand.* 1994; 89: 72–77.
6. Lowenthal M, Haven C. *Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable*. *Am. Sociol. Rev.* 1968; 33: 20.
7. Miller F, Ingham JG. *Life events symptoms and social support*. *J. Psychosom. Reas.* 1976; 20: 515–522.
8. Wojciechowska A, Walczewski K, Cechnicki A. *Zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia chorych na schizofrenię trzy lata od pierwszej hospitalizacji*. *Psychiatr. Pol.* 2001, 1: 21–32.
9. Cechnicki A. *Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 5, supl. 2: 7–15.
10. Cechnicki A. *Jakość życia pacjentów chorych na schizofrenię. Część I – wyniki badań w psychospołecznym programie leczenia*. *Psychoter.* 2001; 2 (117): 5–17.
11. Cechnicki A. *Jakość życia osób chorych na schizofrenię. Część II – konstrukt, wewnętrzne zależności i czynniki wyjaśniające*. *Psychoter.* 2001; 2 (117): 19–29.
12. 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.
13. Westermeyer I, Pattison M. *Social networks and mental illness in a peasant society*. *Schizophren. Bull.* 1981; 7, 1: 125–134.
14. Bell W, Bost MD. *Urban neighborhoods and informal social relations*. *Am. J. Sociol.* 1967; 62: 391–398.
15. Bell W, Force MT. *Urban neighborhoods and participation in formal organization*. *Am. Sociol. Rev.* 1956, 21; 24–34.
16. Znaniecki-Lopata H. *Women as widows*. New York: Elsevier; 1979, s. 485.
17. La Gaipa JJ. *A systems approach to personal relationships*. W: Duck S, Gilmour R, red. *Personal relationships*. London: Academic Press 1981, s. 67–89.
18. Dimsdale J, Eckenrode J, Hoggarty RJ, Kaplan BH, Cohen F, Dornbush S. *The role of social support in medical care*. *Soc. Psychiatry* 1979; 14: 175–180.

Adres: Andrzej Cechnicki
Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 5.06.2006
Zrecenzowano: 7.09.2006
Przyjęto do druku: 26.03.2006