

Agnieszka Skorupska-Król¹, Iwona Oskędra²

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

²Zakład Pedagogiki Medycznej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Predyktory społecznego funkcjonowania w schizofrenii

The predictors of social functioning in schizophrenia

Abstract

Introduction. Schizophrenia manifests itself, inter alia, in the development and consolidation of a deficit in social functioning. The level of social functioning of schizophrenic patients determines whether there is an alternative to hospitalization. The aim of the study was to show the most important predictors of social functioning. The following variables were taken into account: socio-demographic factors, clinical condition and the course of illness, the quality of life and attitude towards schizophrenia.

Material and methods. A group of 71 people with schizophrenia participated in the study. All of them were patients of the J. Babinski Specialist Hospital in Cracow. The study was quite extensive and included the assessment of social functioning and the level of illness acceptance as well as subjective perception of life quality. In order to achieve the objective of the study, multiple regression model was formulated and statistically significant predictors of social functioning were defined.

Results. Full regression model included variables that had been associated with social functioning at earlier stages of the analysis, i.e. the severity of positive and negative symptoms of schizophrenia, the emotional component of the attitude towards illness, mental health self assessment, stay in a rehabilitation ward or an outpatient ward, the patient's age. The final version of the model included only the variables that were statistically significant, i.e. negative symptoms of psychosis, a stay in a rehabilitation ward and the age of the patient.

Conclusion. Good social functioning in schizophrenia is determined by the less severe negative symptoms, participation in a psychiatric rehabilitation programme and younger age of patients.

Psychiatry 2014; 11, 4: 228–232

key words: social functioning, schizophrenia, negative symptoms

Wstęp

Funkcjonowanie społeczne można zdefiniować jako „jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki w jakimkolwiek jej społecznym układzie odniesienia” [za: 1]. Wśród czynników, które mogą mieć istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne Tyrer [za: 2] wymienia: osobowość, intelekt, objawy choroby oraz okoliczności. Poszczególne składowe takiego

funkcjonowania społecznego można zaobserwować w kategoriach pełnionych przez jednostkę ról społecznych. Zadania wynikające z ról społecznych wymagają posiadania zasobów określonych umiejętności społecznych, które obejmują werbalne i niewerbalne elementy zachowania [1–3]. O zróżnicowanym deficycie funkcjonowania społecznego i niewystarczających umiejętnościach społecznych można mówić w kontekście schizofrenii uznawanej za najczęściej i najbardziej zaburzającą taki aspekt funkcjonowania człowieka. Deficyty funkcjonowania społecznego mogą ujawnić się u chorych w pierwszym epizodzie psychozy, przetrwać pomimo przyjmowania leków przeciwpsychotycznych, a ich dynamika w kolejnych fazach choroby może

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agnieszka Skorupska-Król
os. Albertyńskie 21/84, 31–853 Kraków
tel. 698 612 206
e-mail: agnieszka.skorupska@uj.edu.pl

Tabela 1. Średnie wartości wskaźników badanych zmiennych, tj. funkcjonowania społecznego, jakości życia, stanu klinicznego

Table 1. Average values of measured variables, i.e. social functioning, life quality and clinical condition

Analizowane wskaźniki	Średnia wartość punktowa
Ogólny poziom społecznego funkcjonowania	15,7
Ogólna jakość życia	100,2
Objawy negatywne	16,3
Objawy pozytywne	13,6
Objawy ogólnopsychopatologiczne	31,5
Ogólny stan kliniczny	8,3

przyjmować charakter stabilny bądź postępujący [3, 4]. Nie bez znaczenia dla poziomu funkcjonowania społecznego w schizofrenii wydają się ani objawy kliniczne, ani też czynniki, które są niejako jej następstwem, czyli stereotyp chorego psychicznie, utrudniony dostęp do pracy zawodowej, bezdomność. Ich obecność powoduje, że pacjenci, którzy w toku leczenia, rehabilitacji wykształcili potrzebne umiejętności społeczne, nie mają możliwości ich generalizacji, a obecne realia utrwalają procesy ich społecznego wykluczenia.

Funkcjonowanie społeczne wśród osób, które otrzymały diagnozę schizofrenii staje się obiektem zainteresowań wielu badaczy (tj. Załuska, Jaracz, Górna, Wciórka i inni). Jest ono traktowane jako jeden z wskaźników przebiegu choroby, obok subiektywnej jakości życia czy remisji objawowej i stanowi podstawę do planowania alternatywnych wobec hospitalizacji form leczenia [za: 5].

Material i metody

Badania mające na celu wskazanie predyktorów funkcjonowania społecznego przeprowadzono w grupie 71 osób, które otrzymały diagnozę schizofrenii i były pacjentami Specjalistycznego Szpitala im. dr J. Babińskiego w Krakowie.

Kryteria włączenia do badań:

- rozpoznanie kliniczne: choroba psychiczna z grupy psychoz schizofrenicznych (F20–F.29 wg ICD 10),
- świadoma zgoda na udział w badaniu,
- stan remisji w zakresie ostrych objawów psychotycznych.

W badaniach wykorzystano metodę sonadażu diagnostycznego i analizy dokumentacji. Ich uczestnicy zostali poproszeni o kompletowanie następujących narzędzi badawczych: Skali Funkcjonowania Społecznego (SFS) Birchwooda dostosowanej do warunków polskich przez Załuską, Skali Jakości Życia SF-36 Ware, Skali Moje Doświadczenie Choroby (MDC) Wciórki, kwestionariusza ankiety zawierającego podstawowe dane socjodemograficzne oraz dane dotyczące przebiegu choroby.

Weryfikacji poddano też dokumentację pacjentów (historie choroby, indywidualne karty zleceń lekarskich). Oceny stanu klinicznego respondentów dokonał lekarz prowadzący posługując się Skalą Pozytywnych i Negatywnych Objawów Schizofrenii (PANSS, *Positive and Negative Syndrome Scale*) autorstwa Kay, Fiszbin i Opler. Po zebraniu danych przeprowadzono ich statystyczną analizę. Dla wszystkich parametrów obliczono średnią i odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*). Dla wszystkich zmiennych sprawdzono zgodność ich rozkładu z rozkładem normalnym za pomocą testu Shapiro-Wilka. Jako krytyczny poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$. W celu oszacowania łącznego wpływu wybranych wskaźników na zmianę funkcjonowania społecznego (tj. zmiennej zależnej) przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej. Metoda ta umożliwiła wykazanie najsilniejszych spośród rozważanych w badaniu predyktorów zmian funkcjonowania społecznego. W analizie regresji ważne jest, aby model nie był zdeterminowany przez nadmierną liczbę zmiennych niezależnych, dlatego na wstępie zaznaczono, że obejmuje on te wskaźniki, które w świetle dotychczasowych analiz statystycznych istotnie łączyły się ze zmiennymi społecznego funkcjonowania.

Wyniki

Badania były dość obszerne i z uwagi na ograniczenia wynikające z wymaganej objętości manuskryptu oraz na podjęty w tym doniesieniu temat przytoczone zostaną ich wybrane fragmenty.

Osoby uczestniczące w badaniu były w wieku 20–54 lat (średnia 37,4 roku \pm SD 9,4). W grupie przeważali mężczyźni (61,9%) oraz osoby stanu wolnego (67,6%). Ankietowani najczęściej zamieszkiwali z rodziną pochodzeniową (50,7%), a renta inwalidzka była ich zasadniczym źródłem utrzymania (83,1%). Tylko nieliczni spośród respondentów legitymowali się wyższym wykształceniem (9,8%). Największy odsetek stanowili chorzy z wykształceniem średnim (40,8%). Przeciętny czas

Tabela 2. Pełny model regresji wielokrotnej (n = 71)

Table 2. The full multiple regression model (n = 71)

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Poziom społecznego funkcjonowania	OP	-0,12	0,07	0,11
	ON	-0,11	0,06	0,08
	PWOD	0,46	0,61	0,45
	WE	0,35	0,21	0,09
	MH	0,26	0,08	*0,01
	PWOR	0,85	0,56	0,12
	Wiek	0,01	0,03	0,91
	Wyraz wolny	13,49	2,32	0,00

*wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$, współczynnik determinacji $R^2 = 0,45$, $p < 0,00$; objaśnienia skrótów w tekście

Tabela 3. Predyktory funkcjonowania społecznego w badanej grupie (n = 71)

Table 3. The predictors of social functioning among participant's of study (n = 71)

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Poziom społecznego funkcjonowania	ON	-0,17	0,04	0,01
	MH	0,29	0,08	0,01
	PWOR	1,24	0,53	0,02
	Wyraz wolny	13,09	1,63	0,00

Współczynnik determinacji $R^2 = 43\%$, $p < 0,00$; objaśnienia skrótów w tekście

trwania psychozy wynosił 13,4 roku \pm SD 8,0, a średnia długość remisji to 3,3 roku \pm SD 2,9. Ponad połowa ankietowanych, bo 52,1% przyjmowała standardowe leki przeciwpsychotyczne. W tabeli 1 zamieszczono najistotniejsze z punktu widzenia celu niniejszego opracowania uśrednione wartości wskaźników przyjętych zmiennych. W trakcie kolejnych kroków analizy statystycznej okazało się, że z funkcjonowaniem społecznym badanych osób wiąże się istotnie wiele spośród przyjętych zmiennych. W celu wyłonienia najważniejszych predyktorów funkcjonowania społecznego wśród ogółu badanych (tj. 71 osób) stworzono model regresji wielokrotnej — podsumowujący dotychczasowe rozważania. W modelu uwzględniono następujące zmienne objaśniające:

- objawy pozytywne (OP),
- objawy negatywne (ON),
- pobyt w oddziale dziennym (PWOD),
- pobyt w oddziale rehabilitacyjnym (PWOR),
- emocjonalny wymiar postawy wobec choroby (WE),
- samoocena zdrowia psychicznego (MH),
- wiek badanych (W).

W tabeli 2 zaprezentowano wyniki analizy pełnego modelu, czyli obejmującego wszystkie wyszczególnione powyżej zmienne. Dane te informują, że już we wstępnej wersji modelu regresji wielokrotnej wyłania się zmienna zależna (określająca) istotna dla niego na poziomie $p = 0,01$, a jest nią samoocena zdrowia psychicznego (MH, *mental health*). Eliminując krokowo zmienne najmniej istotne dla modelu, w jego wersji końcowej uzyskujemy model zawierający jedynie te, charakteryzujące się istotnością statystyczną (tab. 3).

Zmienność zmiennych zawartych w tabeli 3 (tj. nasilenie objawów negatywnych schizofrenii, samoocena zdrowia psychicznego i pobyt w oddziale rehabilitacyjnym) wyjaśnia aż 43% zmienności ogólnego wskaźnika funkcjonowania społecznego wśród osób biorących udział w badaniu.

Dyskusja

Jednym z najistotniejszych aspektów funkcjonowania życiowego człowieka jest jego funkcjonowanie społeczne, które obejmuje między innymi: pracę zawodową,

udział w życiu rodzinnym, czas wolny, samodzielność w zakresie zaspokajania potrzeb dnia codziennego, zainteresowania. Cechy takiej choroby psychicznej, jaką jest schizofrenia (tj. przebieg z okresami zaostrzeń i remisji, niewielka skrupulatność w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, poznawcze i emocjonalne zaburzenia), czy brak zróżnicowanych form wsparcia są przyczyną narastających w czasie deficytów takiego funkcjonowania. Realizując badania wśród 71 chorych z diagnozą schizofrenii, będących pacjentami Specjalistycznego Szpitala im. Dr. J. Babińskiego, starano się wyłonić te czynniki, które są najistotniejsze dla funkcjonowania społecznego ankietowanych. Osoby zakwalifikowane do badań zostały poproszone o kompletowanie między innymi Skali SFS, SF-36, MDC, a lekarz prowadzący, posługując się skalą PANSS, ocenił ich aktualny stan kliniczny. Uzpełnieniem otrzymanych informacji były dane uzyskane na podstawie analizy dokumentacji medycznej. Chcąc zreliwizować cel badań, stworzono model regresji wielokrotnej, którego wersja początkowa obejmowała najważniejsze z punktu widzenia wcześniejszych obliczeń zmienne, a były to: nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii — oceniane skalą PANSS, pobyt na oddziale dziennym i rehabilitacyjnym, emocjonalny wymiar choroby — będący jednym ze wskaźników postawy wobec choroby — oceniany na podstawie skali MDC, samoocena stanu zdrowia psychicznego — jeden ze wskaźników subiektywnie odczuwanej jakości życia badany skalą SF-36, wiek respondentów. Pełna wersja tak stworzonego modelu wyłoniła zmienną istotną dla niego na poziomie $p = 0,05$. Była nią samoocena stanu MH. Eliminując krokowo zmienne najmniej istotne dla modelu, w jego ostatecznej wersji znajdowane są jedynie te, które charakteryzują się istotnością statystyczną. Zmienność nasilenia objawów negatywnych schizofrenii ($p = 0,01$), samoocena zdrowia psychicznego ($p = 0,01$) pobyt w oddziale rehabilitacyjnym ($p = 0,02$) wyjaśnia aż 43% zmienności ogólnego wskaźnika funkcjonowania społecznego w grupie badawczej. Podobne stanowisko w kwestii znaczenia symptomatologii dla funkcjonowania społecznego w schizofrenii prezentuje Brekke [za: 4]. W jego ocenie objawy pozytywne nie łączą się w istotny sposób z żadnym z aspektów takiego funkcjonowania, w przeciwieństwie do wymiaru negatywnego schizofrenii i dezorganizacji [4]. Badania Górnej i wsp. [5] koncentrujące się na analizie zależności funkcjonowania społecznego i remisji objawowej dowodzą, że taka zależność ujawnia się po dłuższym (tj. kilkuletnim) czasie trwania choroby, a co najistotniejszy uwidacznia się również wtedy znaczenie objawów negatywnych. Negatywna

symptomatologia psychozy schizofrenicznej, zwłaszcza społeczne wycofanie, niedostosowanie afektu utrudnia chorym nawiązywanie relacji międzyludzkich, a każdy z obszarów życia codziennego wymaga wchodzenia w interakcje z innymi. Konsekwencją tego jest zbyt małe wsparcie społeczne, co pogarsza przebieg choroby, a tym samym i poziom społecznego funkcjonowania [6]. Ciekawe wydają się rezultaty pracy Roncone i wsp. [za: 1], które wskazują, że na poziom społecznego funkcjonowania w schizofrenii ma wpływ czas trwania psychozy (w 27%) oraz drugorzędowe funkcje umysłowe (jak np.: rozumienie fałszywych przekonań, iluzji, intencji, metafor, ironii) (w 15%), a dopiero potem objawy negatywne (6%) i pozytywne (5%). O Teorii Poznania Umysłu w kontekście jednego z predyktorów społecznego funkcjonowania mówią też Bae i wsp. [7]. Autorzy badania dodają, że dla poziomu społecznego funkcjonowania w schizofrenii ważne są też takie czynniki jak: funkcjonowanie poznawcze oraz społeczne kompetencje. Również metaanaliza Ryndy i Białeckiej-Pikul [6] dowodzi, że teza o istotnej roli teorii umysłu w funkcjonowaniu społecznym chorych na schizofrenię jest w pełni uzasadniona. Autorki przytaczają liczne badania potwierdzające to stanowisko, a na szczególną uwagę zasługują prace Brune i wsp. (2007), gdzie zdolność mentalizowania jest najsilniejszym predyktorem społecznego funkcjonowania, wyjaśniającym aż 46% wariacji w grupie badanych osób. Z kolei Forys i wsp. [8] wskazują na wiek i płeć osób, jako na zmienne ważne dla funkcjonowania społecznego w chorobie schizofrenicznej.

Zaprezentowane wyniki własne oraz innych badaczy tematu są podstawą do stwierdzenia, że na funkcjonowanie społeczne osób, które przewlekłe chorują psychicznie, mogą mieć wpływ różnorodne czynniki, wśród których najczęściej wymieniane są te związane bezpośrednio z obrazem psychopatologicznym. Wydaje się, że przejściowe formy opieki psychiatrycznej realizujące podstawowe zasady rehabilitacji psychiatrycznej dzięki sukcesywnie stosowanej farmakoterapii podtrzymującej oraz treningowi umiejętności społecznych ułatwiają chorym samodzielne funkcjonowanie.

Wnioski

Otrzymane wyniki stanowią podstawę do stworzenia tak zwanego „syndromu dobrego społecznego funkcjonowania” w schizofrenii, o którym decyduje mniejsze nasilenie objawów negatywnych, lepsze subiektywne poczucie zdrowia psychicznego, a także udział w rehabilitacji psychiatrycznej.

Streszczenie

Wstęp. Specyfika schizofrenii przejawia się między innymi w narastaniu i utrwalaniu się deficytów w zakresie społecznego funkcjonowania. Poziom społecznego funkcjonowania osób chorych determinuje planowanie wobec nich alternatywnych do hospitalizacji metod leczenia.

Celem prezentowanych badań było wskazanie na najbardziej istotne predyktory społecznego funkcjonowania spośród uwzględnionych w badaniu wskaźników, a dotyczących zmiennych: socjodemograficznych, stanu klinicznego i przebiegu choroby, jakości życia, postawy wobec choroby.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowiło 71 osób, które z powodu rozpoznania schizofrenii pozostawali pacjentami Specjalistycznego Szpitala im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. Badania były dość obszerne i obejmowały ocenę poziomu funkcjonowania społecznego, stopień akceptacji choroby czy wreszcie subiektywne odczucia związane z jakością życia. Aby zrealizować cel badań stworzono model regresji wielokrotnej, który wyłonił predyktory społecznego funkcjonowania cechujące się istotnością statystyczną.

Wyniki. Pełna wersja modelu regresji wielokrotnej obejmowała zmienne, które na wcześniejszych etapach analizy wiązały się ze społecznym funkcjonowaniem, a były one następujące: nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii, emocjonalny wymiar postawy wobec choroby, samoocena zdrowia psychicznego, pobyt w oddziale rehabilitacyjnym i dziennym, wiek chorego.

Końcowa wersja modelu zawierała jedynie te zmienne, które były dla niego istotne statystycznie, tj: negatywne objawy psychozy, pobyt w oddziale rehabilitacyjnym oraz wiek chorego.

Wnioski. O dobrym społecznym funkcjonowaniu w schizofrenii decyduje mniejsze nasilenie jej objawów negatywnych, uczestnictwo w programie rehabilitacji psychiatrycznej oraz młodszy wiek chorego.

Psychiatria 2014; 11, 4: 228–232

słowa kluczowe: funkcjonowanie społeczne, schizofrenia, objawy negatywne

Piśmiennictwo

1. Stelmach E., Karakuła H., Moryłowska-Topolska J., Urbańska A., Wcisło B. Funkcjonowanie społeczne a poznanie społeczne u osób chorych na schizofrenię. *Problemy Psychiatrii* 2001; 12: 520–525.
2. Rymaszewska J., Dobrzyńska E., Kiejna A. Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna- definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2006; 15: 99–104.
3. Hooley J.M. Social factors in schizophrenia. *Current Directions in Psychosocial Science*, 2010; 4: 238–242.
4. Spychalska K., Pietura-Kucharska K., Kielan K. Neurobiologia społecznego poznania w schizofrenii. *Psychiatria* 2004; 1: 9–16.
5. Górna K., Jaracz K., Jaracz J., Kiejda J., Grabowska-Fudala B., Rybakowski J. Funkcjonowanie społeczne i jakość życia u chorych na schizofrenię — zależność z remisją objawową i czasem trwania choroby. *Psychiatria Polska* 2014; 2: 277–288.
6. Rynda M., Białecka- Piukul M. Dysfunkcja społeczna w schizofrenii z perspektywy poznania społecznego. *Psychologia Społeczna* 2010; 5: 345–354.
7. Bae S. M., Lee S. H., Park Y. M., Hyun M., Yoon H. Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: exploration for the best combination of variables using data mining. *Psychiatri Inwestigation* 2010; 7: 93–101.
8. Foryś Z., Cepuch G., Dębska G., Franczak M. Funkcjonowanie społeczne pacjentów dziennego oddziału rehabilitacyjnego chorych na schizofrenię. *Zdrowie Publiczne* 2013, 3: 17–22.