

Dominika Nowakowska<sup>1</sup>, Szymon Nowakowski<sup>2</sup>, Katarzyna Bieńkowska<sup>1</sup>,  
Andrzej Kokoszka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Psychopatologii i Wczesnej Interwencji, II Klinika Psychiatryczna,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Machinarium

# Stosunek osób ze schizofrenią do renty. Kwestionariusz Opinii na Temat Renty i jego zastosowanie. Doniesienie wstępne

## Attitude to pension of people with schizophrenia. The Attitude to Pension Questionnaire and its application. Preliminary report

### Abstract

**Introduction:** People with schizophrenia usually quickly receive pensions due to their disability. The costs related to rehabilitation do not translate into the number of patients' with schizophrenia returns to full professional activity, and the disease is one of the 4 of generating the highest costs for ZUS (National Social Insurance Institution). The costs are mainly related to receiving disability benefits due to incapacity to work. The lack of transparent criteria and procedures in the area of adjudicating the inability to work and certificating disability may affect the beliefs and behaviors of both — mental health professionals and beneficiaries. The main aim of the study was find out the opinions of people with schizophrenia about their indications for receiving a pension and to assess the correlation between the opinions and the sense of self- influence on the course of the disease as well as insight into the disease.

**Material and methods:** 65 people diagnosed with schizophrenia participated in the study: 31 women (49.21%) and 32 men (50.79%), aged 26 to 77 ( $M = 47.27$ ;  $SD = 14.07$ ). The vast majority (79.31%) of the respondents was dependent mainly from disability pensions. The following tools were used in the study: Brief measure to assess perception of self-influence on the disease course — version for schizophrenia, Schizophrenia Insight Questionnaire — “My Thoughts and Feelings”, Sociodemographic Questionnaire and Pension Opinion Scale.

**Results:** A statistically significant negative correlation of moderate strength was established between the right opinion on the disability pension and the sense of influence on the disease course ( $r = -0.312$ ,  $p = 0.012$ ). The higher the sense of influence on the course of schizophrenia, the lower the accuracy of the assessment of the correct indications for receiving a pension.

**Conclusions:** The vast majority of people with schizophrenia are not able to correctly assess the indications for a pension. The Pension Opinion Scale is a useful research tool.

*Psychiatry 2021; 18, 2: 103–110*

**Key words:** schizophrenia, pension, attitude to pension, incapacity to work, opinion of patients

### Adres do korespondencji:

Andrzej Kokoszka  
Pracownia Psychopatologii i Wczesnej Interwencji  
II Klinika Psychiatryczna WUM  
ul. Kondratowicza 8, 03–242 Warszawa  
e-mail: andrzej.kokoszka@wum.edu.pl

### Wstęp

Analizy wydatków z tytułu schizofrenii w Polsce przeprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) wskazują, że zdecydowana większość objęta publiczną opieką

zdrowotną to osoby w wieku pomiędzy 20. a 49. rokiem życia [1]. Z kolei wynik badania w grupie 1010 pacjentów wykazał, że wśród osób pracujących w chwili postawienia diagnozy schizofrenii, 72% utraciło pracę [2]. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w grupie wiekowej 15–44, schizofrenia plasuje się na 8. miejscu względem wskaźnika DALY (*disability adjusted life-years*), który określa stan zdrowia danego społeczeństwa, poprzez obliczanie łącznej liczby lat utraconych wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby [3].

Koszty ponoszone w związku z rehabilitacją nie mają przełożenia na liczbę powrotów do pełnej aktywności zawodowej w schizofrenii, która jest jednym z czterech schorzeń generujących najwyższe koszty ZUS [4]. Dotyczą one głównie otrzymywania świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy, a na drugim miejscu rent socjalnych dla osób, które nie wypracowały możliwości uzyskania renty. W 2018 roku przeciętna wysokość wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosła niemal 1500 zł na osobę. Najwyższe wydatki generowały schorzenia z grupy chorobowej dotyczące zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania — szacuje się, że stanowiło to prawie 16% [5].

Osoby ze schizofrenią zwykle bardzo szybko otrzymują renty z tytułu niezdolności do pracy. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że w kryteriach orzekania znajduje się nieprecyzyjne stwierdzenie, że podstawowym warunkiem uzyskania renty jest wystąpienie całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i brak rokowań odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu [6]. Skomplikowaną sytuację w orzecznictwie przy ocenie niezdolności do pracy oraz niepełnosprawności potwierdzają eksperci, których zdaniem orzeczenie ZUS o całkowitej niezdolności do pracy jest w praktyce tożsame z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zaś orzeczenie ZUS o częściowej niezdolności do pracy — z lekkim stopniem, choć prawnie są to dwie odrębne kategorie świadczeń [7]. Pierwotna wersja prezentowanej pracy miała dotyczyć stosunku do niepełnosprawności. W trakcie opracowywania skali, konsultacje z sędziami kompetentnymi: psychiatrami, psychologami i psychoterapeutami pokazały, że większość z nich popiera przyznanie stopnia niepełnosprawności, jeśli pacjent może z tego względu osiągnąć pewne korzyści (np. udział w warsztatach terapii zajęciowej). Brak przejrzystych kryteriów i procedur w obszarze orzekania o niezdolności do pracy i do spraw niepełnosprawności może wpływać na przekonania i zachowania specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Ważną

przesłanką do podjęcia omawianej tematyki badawczej, stanowił brak badań pokazujących stosunek osób ze schizofrenią do renty.

Zasadniczym celem pracy było poznanie opinii osób ze schizofrenią na temat wskazań do otrzymania renty z powodu tej choroby. Ponadto, cel stanowiła ocena związków opinii z poczuciem wpływu na przebieg choroby i wglądem w chorobę.

### **Materiał i metody**

Badanie zostało przeprowadzone w kilkunastu placówkach na terenie Warszawy. Wzięło w nim udział 65 osób z rozpoznaniem schizofrenii: 31 kobiet (49,21%) i 32 mężczyzn (50,79%) (brak danych nt. płci u 2 osób badanych), w wieku od 26 do 77 lat [ $M$  (*mean*) = 47,27;  $SD$  (*standard deviation*) = 14,07]. W tak zwanym wieku produkcyjnym było 57 osób (89,06%), spośród 64 badanych (brak danych nt. wieku 1 osoby). Wśród 64 badanych (brak danych nt. wykształcenia 1 osoby) wykształcenie wyższe magisterskie posiadało 26,56%, licencjat lub wyższe niepełne 12,50%, średnie 45,31%, zawodowe 9,38%, a podstawowe 6,25% badanych. Z 58 badanych (brak danych nt. 7 osób), którzy odpowiedzieli na pytanie o źródło utrzymania: dla 46 (79,31%) renta była głównym źródłem dochodu, 6 (10,34%) utrzymywało się z pracy dorywczej i pomocy rodziny, 2 (3,45%) utrzymywało się ze wsparcia rodziny, 2 (3,45%) posiadało stałą pensję i 2 (4,35%) posiadało pracę dorywczą bez pobierania renty. W grupie 46 osób pobierających świadczenia rentowe, 22 (47,83%) utrzymywało się jedynie z renty, 18 (39,13%) otrzymywało wsparcie finansowe od rodziny, 6 (13,04%) dodatkowo do renty podejmowało się pracy dorywczej. Z 48 badanych, którzy odpowiedzieli na pytanie o formę dominującego zatrudnienia w okresie ostatnich pięciu lat (brak danych nt. 17 osób), 31 (64,58%) odpowiedziało, że utrzymuje się z renty; 6 (12,50%), że było zatrudnionych w wyuczonym zawodzie na wolnym rynku; 4 (8,33%), że pracowało w warunkach chronicznych; 3 (6,25%), że pracowało poniżej kwalifikacji na otwartym rynku; 3 (6,25%), że są na utrzymaniu rodziny; 1 osoba (2,08%) była na emeryturze. Spośród 63 badanych (brak danych nt. 2 osób), którzy odpowiedzieli na pytanie o subiektywną ocenę statusu materialnego; 20 (31,75%) deklarowało zadowolenie ze swojego obecnego statusu materialnego, 19 (30,16%) miało wystarczające środki finansowe na pokrycie bieżących kosztów, ale nie było usatysfakcjonowanych z poziomu życia, 15 (23,81%) znajdowało się na granicy problemów finansowych, 8 (12,70%) miało poważne problemy finansowe, 1 (1,59%) ocenił obecną sytuację finansową jako bardzo dobrą.

Podsumowując, zdecydowana większość badanych utrzymywała się głównie z renty i dodatkowego wsparcia rodziny. Nie podjęła aktywności zawodowej w okresie ostatnich pięciu lat. Mimo to większość badanych deklaruje relatywny brak problemów finansowych (przy możliwym braku satysfakcji z poziomu życia).

W badaniu zastosowano następujące narzędzia:

1. Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby — wersja dla schizofrenii autorstwa Kokoszki i wsp. [8], składa się z 5 itemów, odpowiedzi udzielane są w 5-stopniowej skali Likerta; od „zgadzam się w pełni”, „raczej się zgadzam”, „trudno powiedzieć”, „raczej się nie zgadzam”, do „nie zgadzam się”. Narzędzie cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, w tym wysoką rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,78). Trafność mierzona korelacją z ocenami sędziów kompetentnych była umiarkowana ( $r = 0,56$ ) [9].
2. Kwestionariusz wglądu w schizofrenię „Moje myśli i odczucia” [10] składa się z 6 pozycji. Każda pozycja zawiera 3 warianty odpowiedzi: 2 oznacza pełny wgląd, 1 — częściowy wgląd, 0 — brak wglądu. Kwestionariusz posiada wysoką rzetelność, mierzoną współczynnikiem alfa Cronbacha równym 0,8. Analiza rzetelności wykazała wysokie korelacje wszystkich pozycji testowych z wynikiem ogólnym kwestionariusza (0,43–0,73). Potwierdzono także wysoką rzetelność oraz umiarkowaną ujemną trafność ( $r = -0,55$ ) z podskala „brak krytycyzmu i wglądu” Skali PANSS.
3. Kwestionariusz socjodemograficzny zawierał pytania dotyczące: wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego, historii zatrudnienia, pobieranych świadczeń, obecnego zajęcia, sposobu utrzymania oraz subiektywnego statusu materialnego.
4. Skala opinii na temat renty (Aneks 1) została skonstruowana na potrzeby niniejszego badania. Konstruując skalę bazowano na wytycznych, zamieszczonych w przewodniku dla lekarzy orzeczników ZUS [11] oraz uwzględniono czynniki istotne w badaniach aktywności zawodowej osób ze schizofrenią, takie jak: negatywne objawy choroby, wykształcenie i wiek [12]. Kolejne wersje opisów przypadków znajdujących się w Skali były konsultowane z grupą sędziów kompetentnych: psychiatrami, psychologami, psychoterapeutami z Dziennego Oddziału Psychiatrycznego Bródnowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego. Aktualna wersja skali zawiera cztery opisy przypadków ilustrujące sytuacje osób z rozpoznaniem schizofrenii, które po raz pierwszy starają się o rentę i różnią się pod względem nasilenia objawów psychopatologicznych oraz poziomu funkcjonowa-

nia społecznego [13]. Pod każdym z opisów znajduje się twierdzenie „opisany stan psychiczny pacjenta uzasadnia otrzymanie renty”, do którego badany wyraża swój stosunek. Odpowiedzi udzielane są w pięciostopniowej skali Likerta; od zgadzam się w pełni, raczej się zgadzam, trudno powiedzieć, raczej się nie zgadzam, do nie zgadzam się, którym przypisano wartości liczbowe od 1 do 5.

5. Opisy nr 1 i 2 prezentują osoby bez aktualnych objawów psychopatologicznych i deficytów w funkcjonowaniu społecznym. Sędziowie kompetentni zdecydowali, że tak scharakteryzowane przypadki nie kwalifikują się do otrzymania renty.
6. Opisy nr 3 i 4 prezentują osoby z aktualnymi objawami psychopatologicznymi i deficytami w funkcjonowaniu społecznym. Sędziowie kompetentni zdecydowali, że tak scharakteryzowane przypadki kwalifikują się do otrzymania renty.

W analizach statystycznych ogólny wynik stanowi suma wartości liczbowych przypisanych opisom (łącznie od 4 do 20 pkt, środek skali  $M = 12$ ), przy czym wartości liczbowe przypisane do odpowiedzi dla opisów nr 3 i 4 zostały odwrócone (aby wysoka liczba (tj. 4 lub 5) była przypisana do odpowiedzi zgodnych z kwalifikacją przez sędziów kompetentnych, a niska liczba (tj. 1 lub 2) do niezgodnych).

Badanie zostało pozytywnie zaopiniowane przez komisję bioetyczną, przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (AkBE/77/17) i wszyscy uczestnicy zapoznali się z informacją o badaniu i podpisali kwestionariusz świadomej zgody.

## Wyniki

Zgodnie z normami Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby, Wersji dla Schizofrenii, 32 osoby miały wysokie ( $n = 32$ ,  $M = 17,00$ ,  $SD = 1,76$ ) poczucie wpływu na przebieg choroby; 24 osoby przeciętne ( $n = 24$ ,  $M = 12,42$ ,  $SD = 1,14$ ) i jedynie 8 osób niskie ( $n = 8$ ,  $M = 7,75$ ;  $SD = 1,58$ ).

Na podstawie uzyskanych miar skośności i kurtozy rozkład poczucia wpływu można uznać za zbliżony do mezokurtycznego (kurtoza =  $-0,22$ ) oraz słabo lewoskośny (skośność =  $-0,39$ ). Analiza wykazała, że deklarowana wartość poczucia wpływu ( $M = 14,13$ ;  $SD = 3,57$ ) jest istotnie statystycznie wyższa niż wartość środka zastosowanej skali ( $M = 10$ ),  $t$  ( $df = 63$ ) =  $9,24$ ;  $p < 0,001$ . Wskazuje to na wyższe niż przeciętne nasilenie poczucia wpływu na przebieg choroby u osób badanych.

Zgodnie z normami Kwestionariusza Wglądu w Chorobę 36 osób (56,25%) posiadało przeciętny wgląd w chorobę ( $n = 36$ ,  $M = 7,94$ ;  $SD = 1,01$ ), 23 (35,94%) posiadało wysoki wgląd ( $n = 23$ ,  $M = 10,87$ ;  $SD = 1,22$ ), zaś

**Tabela 1.** Liczba badanych udzielających odpowiedzi na pytania w *Skali opinii na temat renty* (n = 65)**Table 1.** Answers to items of *The Attitude to Pension Questionnaire* (n = 65)

Opis	Zgadzam się w pełni	Raczej się zgadzam	Trudno powiedzieć	Raczej się nie zgadzam	Nie zgadzam się
1	19 (29,23%)	24 (36,92%)	17 (26,15%)	3 (4,62%)	2 (3,08%)
2	18 (27,69%)	26 (40,00%)	15 (23,08%)	5 (7,69%)	1 (1,54%)
3	0 (0,00%)	2 (3,08%)	4 (6,15%)	20 (30,77%)	39 (60,00%)
4	0 (0,00%)	4 (6,15%)	7 (10,77%)	16 (24,62%)	38 (58,46%)

5 (7,81%) posiadało niski wgląd (n = 5, M = 3,40; SD = 1,14). Na podstawie uzyskanych miar skośności i kurtozy rozkład wglądu w chorobę można uznać za umiarkowanie leptokurtyczny (kurtoza = 0,99) oraz słabo lewoskośny (skośność = -0,46). Analiza wykazała, że deklarowana wartość wglądu (M = 8,64; SD = 2,33) jest istotnie statystycznie wyższa niż wartość środka zastosowanej skali (M = 6), t (df = 63) = 9,06; p < 0,001. Wskazuje to na wyższe niż przeciętne poczucie wglądu w chorobę u osób badanych.

Opinie na temat renty przedstawione są szczegółowo w tabeli 1.

Trzydzieści siedem osób (56,92%) wyraziło swoją opinię, odpowiadając „zdecydowanie tak/nie” lub „raczej tak/nie” we wszystkich przypadkach w kwestionariuszu. Jedna osoba (1,54%) we wszystkich przypadkach udzieliła odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Brak częstych odpowiedzi trudno powiedzieć może świadczyć o tym, że badani posiadają określone opinie na temat renty. Żaden badany nie udzielił czterech poprawnych odpowiedzi, 2 osoby badane (3,17%) udzieliły trzech poprawnych odpowiedzi, 19 (29,23%) popełniło trzy błędy, 29 (44,62%) popełniło cztery błędy kategoryzacji, co oznacza, że udzieliłi odpowiedzi na wszystkie pytania „zdecydowanie tak/nie” lub „raczej tak/nie” w sposób odwrotny niż sędziowie kompetentni, zaś 11 osób (16,92%) udzieliło odpowiedzi będących innymi kombinacjami odpowiedzi błędnych, poprawnych i braku odpowiedzi.

W szczególności uwagę zwracają dwie odpowiedzi skrajne dla opisów 3 i 4: całkowity brak odpowiedzi zgadzam się w pełni oraz duża liczba odpowiedzi nie zgadzam się (dwie największe liczby w tabeli 1). Opis 3 i 4, które w opinii sędziów kompetentnych kwalifikują się do otrzymania renty, w opinii badanych w sposób jednoznaczny się nie kwalifikują.

Na podstawie uzyskanych miar skośności i kurtozy rozkład deklarowanej opinii na temat renty można uznać za umiarkowanie leptokurtyczny (kurtoza = 0,42) oraz słabo prawoskośny (skośność = 0,54). Analiza wykazała, że deklarowana wartość opinii na temat renty (M =

7,48; SD = 2,38) jest istotnie statystycznie niższa niż wartość środka zastosowanej skali (M = 12), t (df = 64) = -15,33; p < 0,001. Histogram wyników jest zatem zgodny z obserwowaną przewagą odpowiedzi całkowicie lub częściowo błędnych.

Wykazano istotny statystycznie umiarkowany negatywny związek pomiędzy właściwą opinią na temat renty, a poczuciem wpływu na przebieg choroby (r = -0,312, p = 0,012). Oznacza on, że w badanej grupie stwierdzono, że im wyższe poczucie wpływu na przebieg schizofrenii, tym niższa trafność oceny prawidłowych wskazań do posiadania renty. Dodatkowo, analizy wykazały, że wśród 29 osób, które udzieliły odpowiedzi na wszystkie pytania „zdecydowanie tak/nie” lub „raczej tak/nie” w sposób odmienny niż sędziowie kompetentni, średni otrzymany wynik w kwestionariuszu poczucia wpływu (M = 14,66; SD = 3,48) jest nawet wyższy niż średnia wyników poczucia wpływu w badanej próbie (M = 14,13) i istotnie statystycznie wyższy niż wartość środka zastosowanej skali (M = 10), t (df = 28) = 7,21; p < 0,001.

Uzyskano także słabą, ujemną korelację (r = -0,216) pomiędzy trafnością oceny wskazań do renty a wglądem w chorobę. Ponadto, stwierdzono istotny statystycznie umiarkowany pozytywny związek pomiędzy poczuciem wpływu na przebieg choroby a wglądem w chorobę (r = 0,291; p = 0,021) podobnie jak w innych badaniach [14], co przemawia za tym, że pacjenci prawidłowo rozumieli instrukcje i udzielali odpowiedzi zgodnie ze swoimi przekonaniem.

### Dyskusja

W kwestionariuszu „Skala opinii nt. renty” ponad 70% badanych udzieliło co najmniej trzech błędnych odpowiedzi. Żaden nie ocenił poprawnie wszystkich przypadków. W 29 przypadkach udzielono odpowiedzi odwrotnej niż sędziowie kompetentni. Wyniki można więc zinterpretować, że większość badanych jest skłonna przyznać rentę osobie, która odznacza się lepszym funkcjonowaniem społecznym i posiadającej mniej objawów psychopatologicznych niżeli osobie, która

funkcjonuje gorzej, zarówno w wymiarze społecznym jak i psychopatologicznym. Podsumowując, większość badanych chętniej przyznałaby rentę komuś, kto sobie w życiu radzi, niż komuś, kto sobie nie radzi.

Przy interpretacji ujemnego, umiarkowanego związku poczucia wpływu i opinii nt. renty należy wziąć pod uwagę wysokie wyniki na skali wpływu, gdzie równo połowa badanych ( $n = 32$ ) posiada wysokie, a prawie 40% ( $n = 24$ ) przeciętne poczucie wpływu. Obecna jest przy tym korelacja wysokiego poczucia wpływu z odwrotnymi opiniami nt. renty do tych udzielanych przez sędziów kompetentnych. Im zatem większe poczucie wpływu na własną chorobę, czyli im wyższe poczucie posiadania strategii radzenia sobie ze stresem i wpływania na niego, tym mocniejsze przeświadczenie, że niezależnie od warunków zewnętrznych i kryteriów, renta jest tym co się należy; ponieważ posiadając rentę, jest się w stanie lepiej radzić sobie z chorobą.

Czynnikiem potencjalnie zaburzającym wyniki w „Skali opinii nt. renty” mogło być uniwersalne sformułowanie dla wszystkich przypadków „opisany stan psychiczny pacjenta uzasadnia otrzymanie renty”, pod którym każdorazowo trzeba było zaznaczyć odpowiedź. Być może bardziej czytelnym i klarownym rozwiązaniem byłyby pytania do konkretnego przypadku, na przykład „Czy Pani/Pana zdaniem osobie X przysługuje renta?” oraz lista odpowiedzi zgodnych ze stopniami skali, na przykład „Uważam, że osobie X zdecydowanie przysługuje renta”. Praca ma charakter doniesienia wstępnego, ponieważ narzędzie powstało we współpracy z jednym ośrodkiem, a badana próba nie jest reprezentatywna. Grupa nie była poddana randomizacji i nie rejestrowano liczby odmów udziału w badaniu.

Badana grupa jest stosunkowo niewielka, a osoby badane pochodzą z Warszawy. Większość z badanych ma rentę i jest finansowo wspierana przez najbliższych, posiadają znikome doświadczenie zawodowe, będąc w dużej mierze nieaktywnymi zawodowo na przestrzeni ostatnich pięciu lat. Mimo to ponad połowa badanych subiektywnie ocenia swój status finansowy jako nienajgorszy i nie deklaruje problemów finansowych.

Praktycznie 90% badanych to osoby w tak zwanym wieku produkcyjnym, w którym pewna aktywność zawodowa wiąże się z podejmowaniem ról społecznych, które z kolei są istotne z punktu widzenia budowania własnej tożsamości oraz identyfikacji z otoczeniem. Natomiast podczas prowadzonych badań zarejestrowano opinie pacjentów, że powrót do pracy nawet w niepełnym wymiarze wiąże się z lękiem przed utratą świadczeń. Raport z 2009 roku potwierdza tę trudną sytuację, ponieważ co trzecia badana osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności nie podejmowałaby się pracy z obawy przed

utrata renty [4]. Zasadnym jest więc zadanie pytania, czy słaba motywacja badanych do podjęcia aktywności i większego uczestnictwa w życiu społecznym wynika wyłącznie z doświadczania choroby i niedogodności z nią związanych, czy może pokazuje szerszą perspektywę, między innymi braku skutecznych systemowych rozwiązań z zakresu profilaktyki i prewencji w obszarze aktywizacji społecznej i zawodowej. To z kolei przekłada się zarówno na przekonania o rencie wśród specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego, jak i na niewielki udział w życiu społecznym samych badanych. Wiąże się to także z szybkim przechodzeniem na rentę a w konsekwencji stopniowym wycofywaniem się z wielu obszarów życia społecznego wskutek rozpoznania choroby.

Uzyskane wyniki wymagają potwierdzenia w wielośrodkowych badaniach z udziałem dużej liczby osób ze schizofrenią. Warto również podjąć badania innych czynników wpływających na stanowisko osób ze schizofrenią na temat wskazań do przyznania renty ze względu na przebieg tej choroby. Doświadczenie z kontaktów z pacjentami wskazuje, że warto zbadać również stosunek lekarzy psychiatrów do renty dla osób chorych na schizofrenię, a w szczególności zweryfikować hipotezę, że znaczna część psychiatrów uważa, że renta należy się każdej osobie ze schizofrenią, ponieważ jest to choroba przewlekła, która u większości osób znacznie obniża poziom funkcjonowania społecznego w porównaniu z okresem wcześniejszym.

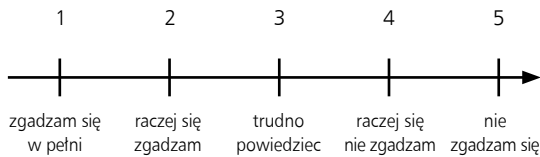
### Wnioski

1. Kwestionariusz opinii na temat renty jest użytecznym narzędziem badawczym.
2. Zdecydowana większość osób ze schizofrenią nie potrafi prawidłowo ocenić wskazań do otrzymania renty z powodu objawów schizofrenii.
3. Większy wgląd i większe poczucie wpływu na przebieg schizofrenii są związane z mniejszą trafnością oceny wskazań do otrzymania renty z powodu objawów schizofrenii. Wyniki zachęcają do szerszej dyskusji psychiatrów, lekarzy zajmujących się orzekaniem na temat renty oraz decydentów w zakresie pomocy społecznej na temat wskazań do renty w schizofrenii i jej roli w kontekście innych świadczeń pomocy społecznej dla tej grupy osób.

### Załącznik. Kwestionariusz Opinii na Temat Renty

Przed Panią/Panem opisy czterech sytuacji osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Proszę Panią/Pana o uważne ich przeczytanie. Pod każdym opisem znajduje się twierdzenie. Proszę się do niego ustosunkować zaznaczając odpowiedź na skali od 1 do 5, gdzie:

- 1 — zgadzam się w pełni  
 2 — raczej się zgadzam  
 3 — trudno powiedzieć  
 4 — raczej się nie zgadzam  
 5 — nie zgadzam się

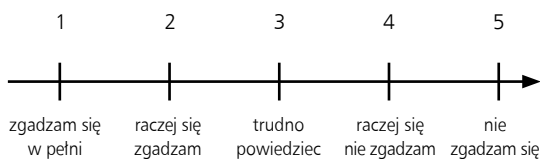


### Opisy sytuacji

1. Maciej ma 27 lat. Posiada wyższe wykształcenie i po studiach zaczął pracować w dużej międzynarodowej firmie. Niedawno po raz pierwszy doświadczył kryzysu zdrowia psychicznego. Z początku Maciej stawał się coraz bardziej wycofany w kontaktach z rodziną i przyjaciółmi. Zmniejszyło się też jego zaangażowanie w pracę czy zajęcia, które kiedyś sprawiały mu przyjemność. W końcu wskutek zaburzeń treści myślenia i dokuczliwych głosów trafił do szpitala. Podczas 10-tygodniowego pobytu objawy wytwórcze całkowicie ustąpiły. Pacjent współpracował z lekarzem, co pozwoliło dobrać optymalne leczenie farmakologiczne. Pacjent wyszedł ze szpitala z rozpoznaniem schizofrenii. Obecnie minęło pół roku od kryzysu, nastrój Macieja znacznie się poprawił, ustabilizował i obecnie nie doświadcza objawów choroby. Po wyjściu ze szpitala nie wrócił do pracy. Pozostał na zwolnieniu zdrowotnym. Niedługo upływa koniec okresu, w którym Maciej może pobierać świadczenia rehabilitacyjne. Maciej niechętnie myśli o powrocie do pracy. Postanowił ubiegać się o rentę. Niedługo zbliża się termin komisji w sprawie renty. Ostatnio starał się o przyjęcie na oddział dzienny, choć przebywał na nim bezpośrednio po wypisie z oddziału całodobowego.

Proszę zaznaczyć krzyżykiem swoją opinię na temat twierdzenia:

Opisany stan psychiczny pacjenta uzasadnia otrzymanie renty.

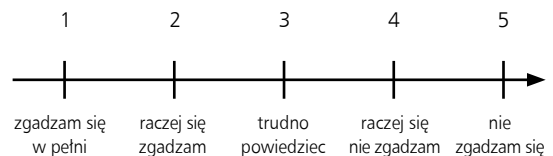


2. Anna ma 35 lat. Posiada średnie wykształcenie i po ukończeniu szkoły zaczęła pracować w dużym sklepie AGD jako sprzedawca. Przepracowała tam 5 lat. W wieku 30 lat po raz pierwszy doświadczyła kry-

zysu zdrowia psychicznego, którego objawem były urojenia i omamy. W skutek zaburzeń treści myślenia i dokuczliwych głosów trafiła do szpitala. Rozpoznano u niej schizofrenię. Ostatnio po czterech latach remisji kryzys się powtórzył. Podczas dwumiesięcznego pobytu w szpitalu objawy wytwórcze całkowicie ustąpiły. Pacjentka współpracowała z lekarzem, co pozwoliło dobrać optymalne leczenie farmakologiczne. Po wyjściu ze szpitala nie wróciła jednak do pracy i przedłużyła pobieranie świadczeń rehabilitacyjnych, ponieważ miała skierowanie do oddziału dziennego na dalszą rehabilitację. Dzięki zajęciom i terapii w oddziale dziennym nastrój Anny znacznie się poprawił. Objawy choroby całkowicie ustały. Anna deklaruje, że czuje się dobrze. Po wyjściu ze szpitala nie wróciła do pracy. Niedługo upływa okres pobierania przez Annę świadczeń rehabilitacyjnych. Anna uważa, że nie nadaje się już do pracy. Postanowiła ubiegać się o rentę.

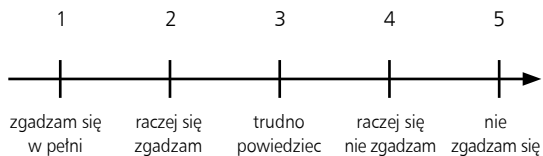
Proszę zaznaczyć krzyżykiem swoją opinię na temat twierdzenia:

Opisany stan psychiczny pacjenta uzasadnia otrzymanie renty.



3. Maciej ma 40 lat. Posiada średnie wykształcenie. Zaraz po maturze podjął studia inżynierskie jednak z powodu pierwszego kryzysu psychicznego w wieku 23 lat przerwał naukę. Pomimo dziesięciu hospitalizacji i regularnego przyjmowania leków, nadal doświadcza objawów choroby. Lekarze zdiagnozowali u niego schizofrenię. Zaraz po pierwszym epizodzie podjął pracę w urzędzie miejskim, w którym przepracował bez nawrotu choroby 4 lata. Obecnie zdarza się, że w okresach gdy pojawiają się stresujące sytuacje Maciej zaczyna słyszeć głosy oraz występują w jego myśleniu fałszywe przekonania i błędne osądy. Próbuje podejmować dorywcze prace. W żadnych z tych prac nie utrzymuje się jednak dłużej niż kilka tygodni. Był kurierem, sprzedawcą w kiosku ruchu, pomocą kuchenną, woźnym. Rok temu podjął pracę chronioną ale obecnie nie pracuje. Nastrój Macieja jest bardzo zmienny. Gdy Maciej naprawdę źle się czuje to udaje się wtedy na oddział dzienny, który pomaga mu powrócić do równowagi. Niedługo zbliża się okres komisji w sprawie przyznania Maciejowi renty. Proszę zaznaczyć krzyżykiem swoją opinię na temat twierdzenia:

Opisany stan psychiczny pacjenta uzasadnia otrzymanie renty.

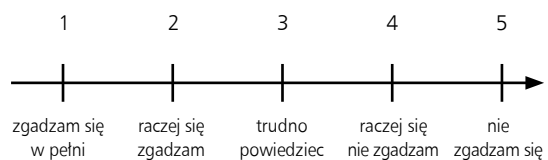


4. Anna ma 49 lat. Od 17. tego roku życia była wielokrotnie hospitalizowana. Pierwszy raz trafiła do szpitala w skutek doświadczania objawów psychiatrycznych. Została u niej rozpoznana schizofrenia. Mimo nawracających epizodów choroby ukończyła liceum i dostała się na studia humanistyczne. Po kolejnym epizodzie przerwała naukę, ponieważ miała duże problemy ze skupieniem się i realizacją na bieżąco materiału. Po przerwaniu nauki podejmowała różne prace; w sklepie z kosmetykami, na poczcie, była pomocą domową, kelnerką, sprzedawczynią.

Obecnie dorabia sobie popołudniami jako opiekunka do dzieci. Zdarza się, że w sytuacjach stresujących pojawiają się objawy choroby; słyszy głosy i nasilają się myśli, które nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości. Nastroj Anna jest niestabilny. Anna stara się jakoś żyć z objawami choroby, które pomimo częstych pobytów w szpitalu i regularnego przyjmowania leków towarzyszą jej od wielu lat. Anna do tej pory nie ubiegała się o rentę, posiada natomiast orzeczenie o niepełnosprawności.

Proszę zaznaczyć krzyżykiem swoją opinię na temat twierdzenia:

Opisany stan psychiczny pacjenta uzasadnia otrzymanie renty.



### Streszczenie

**Wstęp:** Osoby ze schizofrenią zwykle bardzo szybko otrzymują renty z tytułu niezdolności do pracy. Koszty ponoszone w związku z rehabilitacją nie mają przełożenia na liczbę powrotów do pełnej aktywności zawodowej w schizofrenii, jednej z 4 schorzeń generujących najwyższe koszty ZUS. Dotyczą one głównie otrzymywania świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy. Brak przejrzystych kryteriów i procedur w obszarze orzekania o niezdolności do pracy i do spraw niepełnosprawności może wpływać na przekonania i zachowania zarówno specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego, jak i beneficjentów. Zasadniczym celem pracy było poznanie opinii osób ze schizofrenią na temat wskazań do otrzymania renty oraz ocena związków opinii z poczuciem wpływu na przebieg choroby i wglądem w chorobę.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 65 osób z rozpoznaniem schizofrenii: 31 kobiet (49,21%) i 32 mężczyzn (50,79%), w wieku od 26 do 77 lat ( $M = 47,27$ ;  $SD = 14,07$ ). Zdecydowana większość (79,31%) badanych utrzymywała się głównie z renty. W badaniu zastosowano narzędzia: Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby — wersja dla schizofrenii, Kwestionariusz wglądu w schizofrenię — „Moje myśli i odczucia”, Kwestionariusz socjodemograficzny oraz Skalę opinii na temat renty.

**Wyniki:** Stwierdzono istotny statystycznie umiarkowanej siły negatywny związek pomiędzy właściwą opinią na temat renty, a poczuciem wpływu na przebieg choroby ( $r = -0,312$ ,  $p = 0,012$ ). Im wyższe poczucie wpływu na przebieg schizofrenii, tym niższa trafność oceny prawidłowych wskazań do posiadania renty.

**Wnioski:** Zdecydowana większość osób ze schizofrenią nie potrafi prawidłowo ocenić wskazań do renty. Kwestionariusz opinii na temat renty jest użytecznym narzędziem badawczym.

*Psychiatria 2021; 18, 2: 103–110*

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, renta, stosunek do renty, niezdolność do pracy, opinia pacjentów

### Piśmiennictwo:

1. Gałązka-Sobotka M, Gryglewicz J, Gierczyński J, et al. Raport: Schizofrenia — Analiza kosztów społecznych i ekonomicznych. *Psychiatria*. 2015; 12(1): 17–46.
2. Kiejny A, Piotrowski P, Adamowski T. Raport: Schizofrenia. Perspektywa społeczna w Polsce. PTP i FOZP 2014: 36–37.
3. Harnois G., Gabriel P. *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*. Geneva: World Health Organization and International Labor Organisation, 2000.
4. Pentor Research International, Raport: Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. *Perspektywa osób chorych psychicznie cz.5*. PFRON: 2009.

5. Więcej chorych, mniej rencistów – wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy. <https://www.zus.pl/o-zus/aktualnosci/-/publisher/aktualnosc/1/wiecej-chorych-mniej-rencistow-wydatki-zus-na-swadczenia-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy/3047533>.
6. Renta z tytułu niezdolności do pracy. <https://www.gov.pl/web/rodzina/renta-z-tytulu-niezdolnoscia-do-pracy>.
7. Jędrasik-Jankowska I. Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego. Warszawa 2014: 65–68.
8. Kokoszka A, Telichowska-Leśna A., Radzio R. Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby — wersja dla schizofrenii. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(4): 503–513.
9. Kokoszka A, Łukasiewicz A. New assessment of the validity of the Brief Measure to Assess Perception of Self-Influence on the Disease Course: A Version for Schizophrenia. *Psychiatria Polska.* 2015; 49: 649–652, doi: [10.12740/pp/43441](https://doi.org/10.12740/pp/43441).
10. Kokoszka A, Telichowska-Leśna A, Radzio R. Kwestionariusz wglądu w schizofrenię. Moje myśli i odczucia. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(4): 491–502.
11. Zyss T. Orzecznictwo rentowe. Ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2006: 14–16.
12. Au DWH, Tsang HWH, So WWY, et al. Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophr Res.* 2015; 166(1-3): 297–303, doi: [10.1016/j.schres.2015.05.013](https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.013), indexed in Pubmed: [26044114](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26044114/).
13. Wciórka J, Muskat K, Matałowski P. Ocena przydatności skali funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, sOFAs, GARF). *GARF Assessment Sourcebook.* 2013: 19–44, doi: [10.4324/9780203727577-7](https://doi.org/10.4324/9780203727577-7).
14. Wilczek-Rużyczka E, Halicka D. Wgląd w chorobę i poczucie wpływu na jej przebieg a funkcjonowanie społeczne pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatr Psychol Klin.* 2013; 13(1): 50–57.