

ZOFIA FORYŚ<sup>1</sup>, GRAŻYNA CEPUCH<sup>2</sup>, GRAŻYNA DĘBSKA<sup>3</sup>, MAŁGORZATA FRANCAK<sup>1</sup>

## Funkcjonowanie społeczne pacjentów dziennej oddziału rehabilitacyjnego chorych na schizofrenię

### Social Functioning of Schizophrenic Patients Attending Day Rehabilitation Unit

<sup>1</sup> Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. A.F. Modrzewskiego

<sup>2</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>3</sup> Oddział Psychiatrii Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego, Kraków

#### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Postępujące zmiany współczesnego świata charakteryzujące się życiem w stresie, nieumiejętnością radzenia sobie z trudnymi sytuacjami znacznie osłabiają odporność psychiczną człowieka, zwiększając ryzyko zachorowania na chorobę psychiczną. Jedną z najbardziej rozpowszechnionych psychoz jest schizofrenia, która w opinii wielu klinicystów prowadzi do znacznych deficytów w zakresie funkcjonowania społecznego. Odpowiednia jakość funkcjonowania społecznego pozwala pacjentom na udział w życiu rodzinnym, zawodowym, samodzielność w zaspokajaniu potrzeb życia codziennego, co w istotny sposób decyduje o rokowaniu i stanowi podstawę właściwego doboru alternatywnych do hospitalizacji form leczenia.

**Cel pracy.** Ocena funkcjonowania społecznego pacjentów dziennej oddziału rehabilitacyjnego.

**Materiał i metody.** Grupę badawczą stanowiło 30 pacjentów dziennej oddziału rehabilitacyjnego Szpitala Psychiatrycznego, w tym 15 kobiet i 15 mężczyzn. W badaniach wykorzystano: Skalę Funkcjonowania Społecznego (SFS) autorstwa Maxa Birchwooda, zaadaptowaną do warunków polskich przez M. Załuską.

**Wyniki.** Analiza wyników wykazała znaczne zaburzenia funkcjonowania społecznego we wszystkich 7 badanych obszarach (wychodzenia z izolacji, komunikacji i więzi międzyludzkich, kontaktów społecznych, rekreacji i rozrywki, samodzielności realizowanej, samodzielności możliwej, pracy/zatrudnienia). Chorzy czuli się izolowani społecznie, napotykali trudności w nawiązywaniu kontaktów i więzi interpersonalnych oraz w zdobyciu wykształcenia i pracy.

**Wnioski.** Uzyskane wyniki wyraźnie zaznaczają trudności w przełamywaniu bezrobocia, mimo młodego wieku badanych oraz poczucia przydatności do pracy zawodowej. Wskazuje to jednoznacznie na pilną potrzebę większego nacisku na uruchamianie programów aktywizacji zawodowej dostosowanej do specyfiki osób przewlekłe chorujących psychicznie oraz skuteczniejsze motywowanie ich do podejmowania aktywności zawodowej (Piel. Zdr. Publ. 2013, 3, 1, 17–22).

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, funkcjonowanie społeczne.

#### Abstract

**Background.** The progressive changes in contemporary world are directly related to stress and inability to cope with difficult situations. This trend significantly reduces psychological resistance and increases the risk of developing mental disorders. Schizophrenia is one of the most common forms of psychosis. Many clinicians are convinced that schizophrenia leads to numerous deficiencies in the domain of social functioning. Proper quality of social functioning allows people to participate in family life, professional duties, be self-reliant when meeting their needs in everyday life. These elements determine prognosis and comprise the basis for adequate choice of treatment forms, alternative to hospital admission.

**Objectives.** The objective of this study was to evaluate of social functioning of patients with schizophrenia, treated in a day rehabilitation unit.

**Material and Methods.** Thirty patients, 15 women and 15 men, attending day rehabilitation unit in the Psychiatric Hospital participated in this study. The Social Functioning Scale (SFS) created by Max Birchwood and adapted for Polish reality by M. Zaluska was applied as a measuring tool.

**Results.** The analysis of results revealed significant disorders in the field of social functioning in all seven examined domains (social engagement/withdrawal, interpersonal behaviour/communication, prosocial activities, recreation, independence-competence, independence-performance, and employment/occupation). Patients felt isolated socially, met difficulties when establishing interpersonal relationships, and experienced obstacles at school and work.

**Conclusions.** Present results strongly indicate difficulties, with which young patients had to cope when looking for a job though they felt useful and ready for professional work. These outcomes unambiguously point to urgent need for greater pressure on programs promoting occupational activation adequate to the specific situation of patients suffering from chronic mental disorders. Furthermore, these patients should be encouraged to become professionally active (*Piel. Zdr. Publ.* 2013, 3, 1, 17–22).

**Key words:** schizofrenia, social functioning.

Postępujące zmiany współczesnego świata charakteryzujące się życiem w stresie, nieumiejętnością radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, występowaniem u człowieka znacznie osłabionej odporności psychicznej zwiększają ryzyko zachorowania na chorobę psychiczną, między innymi schizofrenię.

Schizofrenia to przewlekła choroba. Występuje u około 1% populacji, dlatego można ją uznać za chorobę społeczną. Nie jest wprawdzie najczęściej występującą chorobą psychiczną, ale można ją uznać za jedną z najpoważniejszych. U większości chorych przebiega w okresami zaostrzeń i remisji o różnym czasie trwania. Jest uznawana za najczęściej i najbardziej zaburzającą funkcjonowanie człowieka psychozę [1].

Na charakterystyczny obraz schizofrenicznej dezintegracji psychicznej składają się różnorodne objawy, takie jak: deficyt i dezorganizacja czynności psychicznych (tzn. różne dysfunkcje, niedostosowanie czynności poznawczych i uczuciowo-motywacyjnych oraz zniekształcenie oceny rzeczywistości, np. w postaci urojeń i omamów). Przebieg choroby przejawia się tendencją do nawracania lub nawet utrwalania się zaburzeń, często prowadzi do defensywnego stylu życia charakteryzującego się wycofaniem, biernością, ograniczeniem sposobu wyrażania emocji, zainteresowań i potrzeb. W następstwie choroby powstaje dezadaptacja życiowa o szerokim zasięgu, obejmująca objawy somatyczne (od braku troski o zdrowie po zagrażające życiu stany somatyczne lub zamachy samobójcze), osobowe oraz społeczne aspekty przystosowania się chorego (znaczących deficytów z zakresu funkcjonowania społecznego) [2, 3].

Schizofrenia może się zaczynać różnie – od gwałtownych i burzliwych objawów niebudzących wątpliwości diagnostycznych przez różne niecharakterystyczne dolegliwości, np. nerwicowe lub depresyjne. Mogą także występować niezauważalne zmiany zachowania, które są widoczne zwłaszcza w kontaktach z innymi ludźmi. Istnieje wiele mitów na temat choroby. Choroba ta jest zaburzeniem czynności psychicznych i somatycznych, powoduje u pacjentów zazwyczaj cierpienie. Jest wydarzeniem losowym, jak każda choroba, niko-

mu nie można przypisywać winy za zachorowanie, zwłaszcza choremu, jak i jego rodzinie. Inny stereotyp dotyczący chorych na schizofrenię to twierdzenie, że są bardziej agresywni niż ludzie zdrowi. Agresja zdarza się u osób w ostrej fazie choroby i jest związana głównie z doznaniem psychotycznymi lub lękiem. Częściej chorzy kierują agresję wobec siebie, nierzadko dokonując zamachu na własne życie. Schizofrenia to choroba, która dotyka nie tylko chorego, ale także osoby, wśród których żyje i funkcjonuje, zwłaszcza rodzinę. Musi ona zmagać się z różnymi problemami. Chorzy na schizofrenię często czują się dyskryminowani, oczekują od społeczeństwa więcej zrozumienia, szacunku, pomocy [4, 5].

Zaburzenia funkcjonowania są podstawowym problemem w schizofrenii i dotyczą większości chorych. Objawy choroby wywierają wpływ na wiele aspektów życia pacjenta, obserwuje się poważne deficyty funkcjonowania w życiu codziennym, w życiu rodzinnym, interakcjach społecznych i aktywności zawodowej. Chory przestaje być aktywny, nawiązywać kontakty z innymi ludźmi, traci poprzednie zainteresowania, zaczyna zaniedbywać obowiązki szkolne, zawodowe, domowe. Przestaje dbać o swój wygląd zewnętrzny i higienę osobistą. Choroby psychiczne o wiele bardziej wpływają na różne sfery życia człowieka, często zaburzając jego funkcjonowanie. Chorzy psychicznie z powodu objawów chorobowych najczęściej izolują się w domu, mają problemy z nawiązywaniem kontaktów z innymi ludźmi, często są osamotnieni, nie mają partnerów życiowych, mają także trudności w codziennych czynnościach, takich jak: wykonywanie zakupów, racjonalne wydawanie pieniędzy, aż po trudności z przygotowaniem sobie posiłków i dbaniem o higienę osobistą i otoczenia.

Funkcjonowanie społeczne jest pojęciem szerokim i niejednoznacznym, obejmującym wiele sfer życia człowieka. Załuska definiuje je jako „jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki w jakimkolwiek jej społecznym układzie odniesienia” [6].

Funkcjonowanie społeczne wiąże się bezpośrednio z umiejętnościami społecznymi, które obejmują werbalne i niewerbalne elementy zachowania. Umiejętności społeczne opisują zdolność osiągnięcia

przez daną jednostkę celów instrumentalnych (materialnych, biologicznych) i społeczno-emocjonalnych, uwzględniając prawa i potrzeby innych ludzi w danym kręgu kulturowym. Posiadanie umiejętności społecznych i zdolność posługiwania się nimi pozwala na właściwe funkcjonowanie w otoczeniu i wypełnianie ról społecznych [6].

Rola społeczna to zespół oczekiwań wobec jednostki związany z posiadaniem określonego statusu społecznego, zespół praw i obowiązków wynikających z zajmowania pozycji społecznej. Każda rola ma swoje nakazy, zakazy i wyznacza margines swobody. Utrudnienia w wypełnianiu ról społecznych przez osobę chorą dotyczą zmiany w obrębie społecznego funkcjonowania (zamiana, ograniczenie, utrata) i są najczęściej spowodowane chorobą. Wyróżnia się utrudnienia: wybiórcze, okresowe i trwałe. W przypadku chorych psychicznie najczęstsze ograniczenia w pełnieniu ról dotyczą: ograniczenia kontaktów społecznych, izolacji, często występujących konfliktów rodzinnych i społecznych, ograniczonej sprawności psychicznej [7].

Występują także ograniczenia w aktywności zawodowej, czasem możliwości zdobycia wykształcenia, ograniczenia możliwości założenia rodziny, ograniczenia w wyborze zawodu. Pogarsza tę sytuację dodatkowo dyskryminacja społeczna, brak skutecznych mechanizmów obronnych, brak wsparcia przyjaciół, rodziny, zła sytuacja materialna i bytowa (bezrobocie, bezdomność) [8, 9].

Z definicją funkcjonowania społecznego wiąże się pojęcie stylu życia. Siciński styl życia określa jako „zespół codziennych zachowań, sposób postępowania, aktywność, specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości, pewien charakterystyczny sposób bycia odróżniający tę jednostkę lub zbiorowości od innych”. Socjologowie wiążą styl życia z przynależnością do określonych grup społecznych. Wyróżnikami współczesnego stylu życia są: praca, rodzina, czas wolny/wypoczynek, uczestnictwo w kulturze. W przeprowadzonych badaniach najważniejsze miejsce zajmuje rodzina. Większość Polaków uważa rodzinę na najważniejszy cel w życiu i warunek poczucia satysfakcji życiowej. Na drugim miejscu znajduje się praca, która decyduje o jego możliwościach nabywczych, wypoczynku i poczuciu zadowolenia z życia.

Odpowiednia jakość funkcjonowania społecznego pozwala pacjentom na udział w życiu rodzinnym, zawodowym, samodzielność w zaspokajaniu potrzeb życia codziennego, co w istotny sposób decyduje o rokowaniu i stanowi podstawę właściwego doboru alternatywnych do hospitalizacji form leczenia.

Celem pracy była ocena funkcjonowania społecznego pacjentów dziennego oddziału rehabilitacyjnego chorych na schizofrenię.

## Materiał i metody

Grupę badawczą stanowiło 30 pacjentów dziennego psychiatrycznego oddziału rehabilitacyjnego, w tym 15 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych z powodu schizofrenii. Wiek chorych mieścił się w przedziale 25–57 lat, najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 25–45 lat. Wszyscy chorzy byli w okresie remisji ostrych objawów chorobowych.

Podstawowym narzędziem wykorzystanym w badaniu była Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) autorstwa Maxa Birchwooda, zaadaptowana do warunków polskich przez M. Załuską. Zastosowana skala umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorujących psychicznie z uwzględnieniem tych obszarów, które w szczególny sposób decydują o utrzymaniu się w środowisku pozaszpitalnym. Skala składa się z 7 podskal:

1. Wychodzenie z izolacji – bada skłonność do angażowania się społecznego.
2. Komunikacja i więzi międzyludzkie – ocenia umiejętności komunikowania się i nawiązywania bliskich relacji interpersonalnych.
3. Kontakty społeczne – ocenia umiejętności nawiązywania kontaktów w ważnych grupach społecznych (w rodzinie, wśród znajomych i przyjaciół).
4. Rekreacja i rozrywka – ocenia umiejętności spędzania wolnego czasu.
5. Samodzielność realizowana – ocenia samodzielność i aktywność z zakresu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.
6. Samodzielność możliwa.
7. Praca/zatrudnienie – ocenia potencjalną możliwość podjęcia pracy [6].

Każda z podskal skali SFS zawiera od kilku do kilkunastu pytań, sumaryczny wynik możliwy do uzyskania wynosi 55–145 punktów. Przyjęto, że średni ogólny zakres wyników dla ludzi zdrowych mieści się w przedziale 114–145 punktów. Wyniki poniżej 114 punktów oznaczają zaburzenia w funkcjonowaniu chorego w poszczególnych obszarach. Im niższy wynik, tym słabsze funkcjonowanie [6].

## Wyniki

Analiza wyników wykazała znaczne zaburzenia funkcjonowania społecznego we wszystkich 7 badanych obszarach (wychodzenia z izolacji, komunikacji i więzi międzyludzkich, kontaktów społecznych, rekreacji i rozrywki, samodzielności realizowanej, samodzielności możliwej, pracy/zatrudnienia).

Chorzy poddani badaniu w większości czuli się izolowani społecznie, napotykali trudności w na-

**Tabela 1.** Wyniki uzyskiwane w poszczególnych podskalach skali SFS

**Table 1.** The results obtained in the various subscales of the scale SFS

Podskale	Liczba punktów	Liczba pacjentów	%
Wychodzenie z izolacji	< 114 > 114	20 10	66,6 33,4
Komunikacja i więzi interpersonalne	< 114 > 114	23 7	76,6 23,4
Kontakty społeczne	< 114 > 114	20 10	66,6 33,4
Rekreacja i rozrywka	< 114 > 114	22 8	73,3 26,7
Samodzielność realizowana	< 114 > 114	13 17	44,4 56,6
Samodzielność możliwa	< 114 > 114	9 21	30 70
Praca i zatrudnienie	< 114 > 114	23 7	76,6 23,4

**Tabela 2.** Średnia liczba punktów uzyskiwanych przez badanych w poszczególnych obszarach funkcjonowania społecznego

**Table 2.** The average number of points by studied in different areas of the social functioning

Oceniany obszar	Średnia liczba punktów
1. Wychodzenie z izolacji	104
2. Komunikacja i więzi interpersonalne	96
3. Kontakty społeczne	101
4. Rekreacja i rozrywka	93
5. Samodzielność realizowana	107
6. Samodzielność możliwa	109
7. Praca i zatrudnienie	94

**Tabela 3.** Średnia liczba punktów uzyskiwanych przez badanych w zależności od wieku

**Table 3.** The average number of points obtained by the respondents according to age

Przedział wiekowy (lata)	Średnia liczba punktów
25–35	106
36–46	102
46–57	92

**Tabela 4.** Średnia liczba punktów uzyskiwanych przez badanych w zależności od płci

**Table 4.** The average number of points obtained by the respondents according to gender

Płeć	Średnia liczba punktów
Kobiety	104
Mężczyźni	96

wiązywaniu kontaktów i więzi interpersonalnych oraz w zdobyciu wykształcenia i pracy.

W tabeli 2 przedstawiono średnią liczbę punktów uzyskiwanych przez badanych w poszczególnych przedziałach wiekowych. Wynika z niej, że młodszy chorzy lepiej funkcjonują społecznie.

W przeprowadzonych badaniach kobiety uzyskały wyższe wyniki, które świadczą o ich lepszym funkcjonowaniu. Kobiety, jak to wynikało z badań, rzadziej są samotne, w większości mają partnerów życiowych i dzieci, co niewątpliwie korzystnie wpływa na ocenę funkcjonowania społecznego.

W toku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ponad 66% chorych gorzej funkcjonuje, jeśli chodzi o wychodzenie z izolacji. Osoby te w większości przebywają samotnie w domu, mają problemy z nawiązywaniem kontaktów interpersonalnych, mają mało przyjaciół, stronią od ludzi, często obawiając się odrzucenia z ich strony, nie potrafią nawiązywać i utrzymywać dłuższych i bliższych relacji z innymi.

U większości można zauważyć upośledzone funkcjonowanie w obszarze kontaktów społecznych. Widoczne jest ono w kontaktach towarzyskich, społecznych i kulturalnych. Chorzy na schizofrenię rzadko biorą udział w życiu społecznym, a najczęstsze aktywności, jakie podejmują, to odwiedzanie rodziny i uczęszczanie do kościoła.

W obszarze rekreacji i rozrywki aż 73% chorych uzyskało wyniki świadczące o złym funkcjonowaniu. Badani deklaruje, że bardzo rzadko wychodzą do kina, na dyskotekę, praktycznie w ogóle nie uprawiają sportu. Najczęstszymi rozrywkami dla chorych było oglądanie telewizji, słuchanie radio i czytanie gazet.

W obszarze samodzielności realizowanej większa część badanych (56,6%) uzyskała prawidłowe wyniki, co przemawia za tym, iż w tym zakresie funkcjonują na dość dobrym poziomie, potrafią samodzielnie dokonywać zakupów, przygotowują sobie posiłki, potrafią racjonalnie gospodarować pieniędzmi.

Najśłabsze wyniki badani uzyskali w obszarze pracy/zatrudnienia. 73,3% chorych deklaroowało, że nie wykonuje żadnej pracy, niewielu uczęszcza na warsztaty terapii zajęciowej bądź pracuje w zakładzie pracy chronionej. Większość pacjentów czuła niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, dlatego też nie podejmuje kroków, aby jej szukać.

## Omówienie

Problematyką osób chorych psychicznie zaczęto zajmować się stosunkowo niedawno. Począwszy od lat 90. XX w. pojawiło się więcej badań na ten temat.



Gruszczyński W., Kocur J., Florkowski A. w swoich badaniach zajmowali się funkcjonowaniem zawodowym chorych na schizofrenię. W badanej populacji z rozpoznaniem schizofrenii leczonych przewlekłe tylko 28,2% było czynnych zawodowo. Skutki przemian społeczno-ekonomicznych lat 90. XX w. w znacznym stopniu decydowały o niepowodzeniach rehabilitacji zawodowej badanych [10].

W przypadku osób młodych zachorowanie często powoduje przerwanie nauki i uniemożliwia uzyskanie odpowiedniego zawodu. Powyższe przyczyny pociągają za sobą utratę osiągniętej pozycji zawodowej i społecznej [10].

Jackowska E. w artykule pt. „Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób na schizofrenię” opisuje różne badania postaw społeczeństwa wobec chorych, a także ich odczuć [3]. Według Haywarda i Bright w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi funkcjonuje stereotyp zbudowany z 4 głównych stwierdzeń: chory psychicznie jest niebezpieczny, ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan, cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia, jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych. Badania przeprowadzone wśród chorych w Polsce z rozpoznaniem schizofrenii pokazują, że 97% badanych doświadczyło przynajmniej jednej sytuacji, w której poczuł się dyskryminowany z powodu swojej choroby. W sondażach z 2008 r. 80% badanych (byli to ludzie zdrowi) stwierdziło, że chorzy psychicznie są gorzej traktowani pod względem respektowania ich prawa do pracy, 68% gorzej pod względem prawa poszanowania godności osobistej, 47% sprawiedliwego sądu i 38% prawa do leczenia [11].

W artykule „Zwiększenie świadomości i znaczenia oceny zaburzeń funkcjonowania w schizofrenii” Jean-Pierre Lindenmayer przedstawia, jak ważna jest ocena i poprawa funkcjonowania społecznego ludzi chorych na schizofrenię [6]. Znaczenie to zaczęto doceniać dopiero w 1980 r., po wprowadzeniu zmian w klasyfikacji cech charakterystycznych choroby w DSM-IV-TR, gdzie

uwzględniono zmiany w funkcjonowaniu w pracy, relacjach interpersonalnych i możliwości dbania o siebie. Jednoznaczna ocena jest trudna ze względu na fazę choroby. Stwierdzono, że zależność między objawami psychotycznymi a funkcjonowaniem społecznym nie ma charakteru liniowego, zmniejszenie nasilenia objawów nie zawsze prowadzi do poprawy funkcjonowania. Rutynowa ocena funkcjonowania chorych za pomocą dostępnych skal powinna zwiększyć wiedzę na temat poziomu funkcjonowania pacjentów i doprowadzić do poprawy leczenia [12].

Na podstawie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników, można stwierdzić, że pacjenci chorzy na schizofrenię źle funkcjonują w środowisku społecznym i wymagają pomocy innych osób. Chorzy czują się izolowani w społeczeństwie, bo nie mogą znaleźć pracy. Brak pracy, a tym samym niewielkie środki finansowe (niskie renty), którymi dysponują, ograniczają im możliwość dostępu do rekreacji i rozrywek.

Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, powinno się pamiętać o tym, że wśród chorych na schizofrenię jest spora grupa osób wymagających szczególnej troski. Są to osoby charakteryzujące się złym funkcjonowaniem społecznym, wycofujące się z interakcji międzyludzkich, widocznie się izolujące. Grupa ta wymaga szczególnie dobrze dobranych metod aktywizacji i wsparcia, które powinny uwzględniać: naukę umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych, naukę efektywnego wykorzystywania wolnego czasu, trening skutecznego poszukiwania pracy, trening racjonalnego gospodarowania pieniędzmi oraz trening dbania o własny wygląd.

Uzyskane wyniki wyraźnie zaznaczają trudności w przełamywaniu bezrobocia, mimo młodego wieku badanych oraz poczucia przydatności do pracy zawodowej. Wskazuje to jednoznacznie na pilną potrzebę większego nacisku na uruchamianie programów aktywizacji zawodowej dostosowanej do specyfiki osób przewlekłe chorujących psychicznie oraz skuteczniejsze motywowanie ich do podejmowania aktywności zawodowej.

## Piśmiennictwo

- [1] Carson C.R., Butcher J.N., Mineka S.: Psychologia zaburzeń, t. II. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [2] Masiak M.: Badania nad schizofrenią. PZWL, Lublin 1998.
- [3] Jackowska E.: Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne chorych na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. Psych. Pol. 2009, tom XLIII, nr 6.
- [4] Jarema M.: Schizofrenia – pierwszy epizod. Via Medica, Gdańsk 2008.
- [5] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Psychiatria. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 2002.
- [6] Lindenmayer J.P.: Zwiększenie świadomości i znaczenia oceny zaburzeń funkcjonowania w schizofrenii. Psychiatria po dyplomie 2008, 5, 4, 51–56.
- [7] Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnozy i interwencje pielęgniarские. PZWL, Warszawa 2008.
- [8] Cierpiałkowska L.: Psychopatologia. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.

- [9] Syrek E.: Jakość życia w chorobie. Oficyna wydawnicza Impuls, Kraków 2001.
- [10] Majchrowska A.: Wybrane elementy socjologii. Wyd. Czelej, Lublin 2003.
- [11] Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J.: Podstawy psychiatrii. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 2010.
- [12] Załuska M.: Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w Schizofrenii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

**Adres do korespondencji:**

Zofia Foryś  
Krakowska Akademia im. A. F. Modrzewskiego  
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych  
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1  
30-705 Kraków  
e-mail: zoftox@poczta.fm

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.09.2012 r.

Po recenzji: 4.12.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 5.03.2013 r.

Received: 14.09.2012

Revised: 4.12.2012

Accepted: 5.03.2013