

Różnice w subiektywnej ocenie jakości życia osób z diagnozą schizofrenii pomiędzy uczestnikami Warsztatów Terapii Zajęciowej a osobami pracującymi w Zakładzie Pracy Chronionej

Differences in subjective quality of life of people with a schizophrenia diagnosis between participants in Occupational Therapy Workshops and those working in a Sheltered Employment Establishment

Łukasz Cichocki¹, Aleksandra Arciszewska^{1,2}, Piotr Błądziński¹,
Marta Hat³, Aneta Kalisz¹, Andrzej Cechnicki¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Psychiatrii Środowiskowej

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Zaburzeń Afektywnych

³ Pracownia Badań nad Schizofrenią Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii
i Opieki Środowiskowej

Summary

Aim. The research objective was to compare the course of illness among patients with schizophrenia undergoing rehabilitation in Occupational Therapy Workshops (OTW) or employed in the Vocational Development Center “Pensjonat u Pana Cogito” (VDC), with particular focus on quality of life (QoL), and to analyse the relations between QoL and general, social, and cognitive functioning, psychopathological condition and insight in the two groups.

Method. The sample comprised 52 subjects (VDC = 25 and OT = 27). The following tools were used: the LQoLP (for quality of life assessment) by Oliver, the PANSS, GAF, and SOFAS scales, the MoCA, RAVLT and RHLB cognitive tests, and the insight questionnaire “My thoughts and feelings”.

Results. Differences were found between the groups, to the VDC group’s advantage, in such areas of subjective QoL as: family relationships ($p \leq 0.05$), somatic health ($p \leq 0.05$) and self-esteem ($p \leq 0.05$). In the VDC group, QoL correlated negatively with symptoms of distress and

positively with overall insight into symptoms, while in the OTW group it correlated negatively with cognitive function and positively with insight as a reaction to information from others.

Conclusions. For people with schizophrenia obtaining and retaining employment in a VDC translates into better outcomes in important areas of quality of life such as family relationships, overall health, and self-esteem. Poorer QoL was associated with the severity of symptoms, in particular depressive symptoms. People employed in the VDC benefited to a greater extent from autonomous control of symptoms, while among the OTW group an important role was played by others.

Słowa kluczowe: jakość życia, schizofrenia, zatrudnienie

Key words: quality of life, schizophrenia, employment

Wstęp

W ostatnich latach w wielu krajach, także w Polsce, dużo wysiłku i środków skierowano na tworzenie miejsc pracy chronionej dla osób z diagnozą schizofrenii. Deklarowanym celem takich działań była, oprócz lepszej integracji społecznej, poprawa ich jakości życia (JŻ). Od wielu lat uwagę badaczy i terapeutów zwraca nie tylko diagnoza, ale również poziom funkcjonowania społecznego, czego wyrazem jest m.in. stworzenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. ICF) [1]. Jednym z aspektów w ocenie funkcjonowania społecznego, na którym koncentruje się klasyfikacja ICF, jest JŻ. ICF wskazuje na związek JŻ nie tyle ze stanem zdrowia, ile ze sprawnościami, jakie posiada dana osoba w kontekście jej indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska [2]. Dotychczasowe wyniki badań (zarówno w metaanalizach [3, 4], jak i w badaniach oryginalnych [5–8]) wskazują na istnienie zależności między jakością życia pacjentów ze schizofrenią a posiadaniem pracy. Pomimo stabilnej sytuacji zdrowotnej wielu pacjentów ma problem ze znalezieniem pracy. Może mieć to związek m.in. z objawami ubocznymi zażywanych leków czy stygmatyzacją [9]. Stąd znaczenie programów rehabilitacji zawodowej i pracy chronionej, które mogą zwiększać szansę na znalezienie pracy przez osoby z diagnozą schizofrenii, a tym samym również wpływać na poprawę ich jakości życia. W literaturze światowej dostępne są bardzo nieliczne pozycje, które analizowałyby związek rehabilitacji zawodowej i rehabilitacji przez pracę z jakością życia. Wśród tego rodzaju publikacji wymienić trzeba badania Holznera i wsp. [10], którzy wskazywali na pozytywną korelację programu rehabilitacyjnego z JŻ osób chorujących na schizofrenię, oraz Brysona i wsp. [11], opisujących korzystny związek między wynagrodzeniem a JŻ pacjentów ze schizofrenią uczestniczących w programie rehabilitacyjnym. Niniejsza praca stanowi próbę odpowiedzi na pytanie o ewentualne różnice w JŻ osób rehabilitowanych zawodowo w ramach Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ) i osób pracujących w ramach pracy chronionej w Zakładzie Aktywizacji Zawodowej (ZAZ).

Cel badania

Badanie było jednoczasowe i obejmowało grupę ($n = 52$) uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej oraz osoby zatrudnione na chronionym rynku pracy w Zakła-

dzie Aktywizacji Zawodowej w „Hotelu u Pana Cogito”. Wszyscy badani to osoby o wieloletnim przebiegu schizofrenii diagnozowanej według kryteriów DSM-5. Cele badania to:

1. Porównanie wskaźników demograficznych oraz klinicznych i społecznych przebiegu choroby między grupą rehabilitowaną w Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ) i grupą pracującą w Zakładzie Aktywizacji Zawodowej (ZAZ).
2. Porównanie subiektywnej jakości życia (JŻ) osób z diagnozą schizofrenii między grupą rehabilitowaną w WTZ i grupą pracującą w ZAZ.
3. Analiza związków między JŻ a stanem psychopatologicznym, funkcjonowaniem ogólnym, społecznym, funkcjami poznawczymi oraz wglądem w obu badanych grupach.

Narzędzia i metoda

Badana grupa

Analiza danych demograficznych i klinicznych wskaźników przebiegu choroby oraz ogólnego i społecznego poziomu funkcjonowania wskazuje na znaczny stopień ciężkości przebiegu choroby (tab. 1).

Tabela 1. Zmienne demograficzno-kliniczno-społeczne

Zmienne demograficzno-kliniczno-społeczne	Badana grupa (n = 52)
Płeć	K: 22 (42%), M: 30 (58%)
Stan cywilny	Samotny: 45 (87%), w związku: 7 (13%)
Wiek	41,4 (\pm 9,0)
Okres edukacji (w latach)	14,4 (\pm 3,0)
Czas choroby (w latach)	19,5 (\pm 9,0)
Liczba epizodów	8,4 (\pm 7,8)
Liczba hospitalizacji	6,5 (\pm 5,7)
Dawka leków – ekwiwalent chlorpromazyny (w mg)	550,7 (\pm 294,4)
PANSS suma punktów	63,1 (\pm 18,8)
PANSS – pozytywne	14,7 (\pm 5,1)
PANSS – negatywne	17,0 (\pm 7,3)
PANSS – ogólne	31,4 (\pm 8,4)
GAF	54,9 (\pm 14,0)
SOFAS	55,3 (\pm 12,6)

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale; GAF – General Assessment of Functioning; SOFAS – Social and Occupational Functioning Assessment Scale

W badanej grupie przeważali mężczyźni (58%). Większość badanych stanowiły osoby samotne – tylko 13% pozostawało w związkach, a długi średni czas chorowania, duża liczba nawrotów i rehospitalizacji, wysoka średnia dawka neuroleptyków, średni GAF i SOFAS poniżej 60 pkt wskazują na populację osób ciężko chorujących psychicznie (SMI).

Narzędzia

Jakość życia oceniano za pomocą kwestionariusza Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) Olivera i wsp. [12]. Badani na skali od 1 do 7 oceniali subiektywne zadowolenie w ośmiu obszarach życia, takich jak: praca i edukacja, czas wolny, religia, finanse, sytuacja mieszkaniowa, poczucie bezpieczeństwa, relacje rodzinne i zdrowie. Kwestionariusz zawiera pytania dotyczące m.in. samooceny i poczucia własnej wartości, a także globalną miarę zadowolenia. Do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych użyto skali PANSS [13], do oceny ogólnego funkcjonowania – skali GAF, a funkcjonowania społecznego i zawodowego – skali SOFAS. Obie grupy zbadano baterią testów poznawczych, którą tworzyły: *Montrealska skala oceny funkcji poznawczych* (MoCA) [14], test 15 słów Reya (RAVLT) [15], *Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu* (RHLB) [16]. Dokładny opis tych narzędzi oraz wyniki przedstawione zostały w pracy Adamczyka i wsp. [17]. Do obiektywnej oceny poziomu wglądu wykorzystano item G12 skali PANSS, a do subiektywnej samooceny – 6-punktową skalę wglądu „Moje myśli i odczucia” [18]. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej UJ CM.

Analiza statystyczna

Porównanie zmiennych ilościowych, w zależności od rozkładu zmiennych, przeprowadzono z zastosowaniem testu *t*-Studenta dla prób niezależnych bądź jego nieparametrycznego odpowiednika, tj. testu *U* Manna–Whitneya. Do zbadania związków pomiędzy skalami ciągłymi i/lub porządkowymi użyto współczynnika korelacji *R* Spearmana. Porównania pomiędzy zmiennymi o charakterze jakościowym wykonywane były za pomocą testu χ^2 . Przyjęty poziom istotności wynosił $\alpha = 0,05$. Wszystkich obliczeń dokonano w programie STATISTICA 13.1.

Wyniki

Porównano dane demograficzne i wskaźniki przebiegu choroby w obu badanych grupach: ZAZ ($n = 25$) i WTZ ($n = 27$) (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyka badanych grup z podziałem na podgrupę pracujących w ZAZ i uczestników WTZ

Zmienne demograficzno-kliniczno-społeczne	ZAZ (n = 25)	WTZ (n = 27)	p
Płeć	K: 12 (48%) M: 13 (52%)	K: 10 (37%) M: 17 (63%)	p = 0,42 ^a
Stan cywilny	Samotny: 20 (80%) W związku: 5 (20%)	Samotny: 25 (93%) W związku: 2 (7%)	p = 0,35 ^a
Wiek	42,2 (±8,3)	40,7 (±9,6)	p = 0,55 ^b
Okres edukacji (w latach)	13,9 (±2,9)	14,9 (±3,0)	p = 0,27 ^b
Czas choroby (w latach)	20,6 (±9,7)	18,5 (±3,0)	p = 0,39 ^b
Liczba epizodów	9,2 (±8,0)	7,6 (±7,6)	p = 0,34 ^c
Liczba hospitalizacji	6,4 (±6,0)	6,5 (±5,5)	p = 0,58 ^c
Dawka leków – ekwiwalent chlorpromazyny (w mg)	548,0 (±303,6)	553,2 (±291,3)	p = 0,95 ^b
PANSS suma punktów	55,8 (±15,0)	70,0 (±19,6)	p ≤ 0,01 ^b
PANSS – pozytywne	13,2 (±4,6)	16,1 (±5,2)	p ≤ 0,05 ^b
PANSS – negatywne	14,0 (±5,6)	19,7 (±7,7)	p ≤ 0,01 ^b
PANSS – ogólne	28,6 (±7,4)	34,0 (±8,6)	p ≤ 0,05 ^b
GAF	63,9 (±11,7)	47,8 (±11,3)	p ≤ 0,001 ^b
SOFAS	64,2 (±10,0)	48,3 (±9,7)	p ≤ 0,001 ^b

^a test Chi², ^b test t-Studenta, ^c test U Manna–Whitneya

Badane grupy nie różniły się w sposób istotny w żadnym z ocenianych wymiarów demograficznych ani pod względem takich wskaźników przebiegu choroby, jak: czas choroby, liczba epizodów psychotycznych, liczba hospitalizacji czy też średnia dawka przyjmowanych leków. Istotne różnice – na korzyść grupy pracujących w ZAZ – stwierdzono w nasileniu objawów psychopatologicznych ($t = -2,86$; $p \leq 0,01$) oraz w funkcjonowaniu ogólnym ($t = 4,68$; $p \leq 0,001$) i społecznym ($t = 5,38$; $p \leq 0,001$).

Porównanie JŻ w grupie ZAZ i WTZ

Porównano subiektywną, ogólną JŻ i jej szczegółowe obszary w obu badanych grupach (tab. 3).

Tabela 3. Porównanie subiektywnej, globalnej oceny jakości życia oraz jej wymiarów w grupie ZAZ i WTZ

Jakość życia – poziom zadowolenia	ZAZ (n = 25)	WTZ (n = 27)	p ^c
Jakość życia – ogólna	3,6 (±1,0)	3,4 (±1,0)	p = 0,53
Praca i edukacja	4,3 (±0,8)	4,1 (±0,8)	p = 0,49
Czas wolny	W domu: 3,6 (±1,1) Poza domem: 3,9 (±1,0)	W domu: 3,7 (±1,0) Poza domem: 3,6 (±0,9)	p = 0,57 p = 0,27
Religia	Wiara: 3,8 (±1,2) Uczestnictwo: 3,8 (±1,2)	Wiara: 3,9 (±1,2) Uczestnictwo: 3,5 (±1,4)	p = 0,80 p = 0,58
Finanse	Stopień zamożności: 2,9 (±1,1) Ilość pieniędzy na rozrywkę: 2,8 (±1,1)	Stopień zamożności: 3,1 (±1,2) Ilość pieniędzy na rozrywkę: 3,3 (±0,4)	p = 0,45 p = 0,27
Sytuacja mieszkaniowa	Warunki: 3,7 (±0,8) Niezależność: 4,0 (±1,1)	Warunki: 3,7 (±1,0) Niezależność: 3,6 (±1,3)	p = 0,96 p = 0,41
Poczucie bezpieczeństwa	Osobiste: 3,8 (±1,2) Otoczenie: 3,9 (±1,1)	Osobiste: 3,7 (±0,7) Otoczenie: 3,7 (±0,8)	p = 0,38 p = 0,23
Relacje rodzinne	Jakość kontaktów: 4,4 (±0,7) Ilość kontaktów: 4,1 (±0,9)	Jakość kontaktów: 3,6 (±1,1) Ilość kontaktów: 3,3 (±1,3)	p ≤ 0,01 p ≤ 0,05
Zdrowie	3,8 (±0,9)	3,2 (±1,0)	p ≤ 0,05

^c test U Manna–Whitneya

Pomiędzy badanymi grupami stwierdzono istotne różnice – na korzyść grupy pracującej w ZAZ – w obszarze relacji rodzinnych, zarówno pod względem ilości, jak i jakości kontaktów (odpowiednio: $Z = 2,13$, $p \leq 0,05$; $Z = 2,86$, $p \leq 0,01$), oraz w obszarze zdrowia ($Z = 2,19$, $p \leq 0,05$). Przeanalizowano jakościowo pytanie dotyczące poczucia własnej wartości. W grupie chorych pracujących 88% badanych stwierdziło, że czuje się osobą wartościową, a przynajmniej równą innym, w porównaniu z 58% badanych o podobnych odczuciach z grupy WTZ ($\text{Chi}^2 = 5,88$, $p \leq 0,05$).

Dokonano analizy zależności pomiędzy JŻ a poszczególnymi zmiennymi osobno dla dwóch badanych grup (tab. 4 i 5).

Korelacje jakości życia w grupie osób pracujących (ZAZ)

Jeśli chodzi o ocenę związku JŻ z poziomem psychopatologii oraz ogólnego funkcjonowania w grupie osób pracujących z ZAZ, zaobserwowano ujemną, przeciętną korelację ($r = -0,42$; $p \leq 0,05$) pomiędzy JŻ a nasileniem dystresu emocjonalnego (wymiar van der Gaaga [19]). W populacji tej nie stwierdzono związków między jakością życia a funkcjami poznawczymi. Badanie wglądu wykazało natomiast dodatni związek pomiędzy sumarycznym wynikiem kwestionariusza „Moje myśli i odczucia”,

świadczącym o ogólnym poziomie rozumienia własnej sytuacji, a globalną oceną jakości życia ($r = 0,47$; $p \leq 0,05$) (tab. 4).

Tabela 4. Zależności pomiędzy JŻ a nasileniem objawów, ogólnym, społecznym i poznawczym funkcjonowaniem oraz wglądem w grupie ZAZ (n = 25)

Wskaźniki przebiegu choroby	R (Spearman)	t (N - 2)	p
Psychopatologia i ogólne funkcjonowanie			
PANSS – suma punktów	-0,04	-0,21	0,84
PANSS – pozytywne (van der Gaag)	-0,10	-0,49	0,63
PANSS – negatywne (van der Gaag)	-0,30	-1,51	0,15
PANSS – dezorganizacja (van der Gaag)	0,004	0,02	0,99
PANSS – pobudzenie (van der Gaag)	0,07	0,32	0,75
PANSS – emocjonalny dystres (van der Gaag)	-0,42	-2,22	$\leq 0,05$
SOFAS (n = 20)	0,06	0,23	0,82
GAF (n = 20)	-0,03	-0,14	0,89
Funkcjonowanie poznawcze			
MoCA – suma	-0,10	-0,48	0,64
RVLT – suma	-0,38	-1,98	0,06
RHLB – suma	0,27	1,32	0,20
Wgląd (n = 20)			
WGLĄD – suma	0,47	2,24	$\leq 0,05$
WGLĄD – Reakcja na korektę zewnętrzną	0,37	1,67	0,11
WGLĄD – Testowanie rzeczywistości	0,20	0,85	0,40
WGLĄD – Akceptacja diagnozy	0,31	1,40	0,18
WGLĄD – Wygląd	0,31	1,40	0,18
WGLĄD – Świadomość nawrotu	0,25	1,07	0,30
WGLĄD – Przyczyna choroby	-0,13	-0,55	0,59

Korelacje jakości życia w grupie uczestniczącej w Warsztatach Terapii Zajęciowej

W grupie osób z WTZ nie stwierdzono obecności związków między subiektywnie doświadczaną JŻ a nasileniem objawów oraz ogólnym i społecznym funkcjonowaniem. Zaobserwowano przeciętne ujemne korelacje pomiędzy poziomem wykonywania zadań pamięciowych, w tym zdolności uczenia się słuchowo-werbalnego ($r = -0,39$; $p \leq 0,05$), oraz poziomem zdolności komunikacyjnych i językowych a zadowoleniem z życia ($r = -0,46$; $p \leq 0,05$). W grupie osób z WTZ odnotowane związki JŻ z wglądem odnosiły się do pytania dotyczącego udziału innych osób w zwiększaniu świadomości choroby (korekta zewnętrzna) oraz pomocy w odróżnianiu doznań chorobowych od rzeczywistości ($r = 0,45$; $p \leq 0,05$) (tab. 5).

Tabela 5. Zależności pomiędzy JŻ a nasileniem objawów, funkcjonowaniem ogólnym, społecznym i poznawczym oraz wglądem w grupie WTZ (n = 27)

Współczynnik korelacji R Spearmana dla jakości życia	R (Spearman)	t (N - 2)	p
Psychopatologia i ogólne funkcjonowanie			
PANSS – suma punktów	0,14	0,71	0,48
PANSS – pozytywne (van der Gaag)	0,22	1,11	0,28
PANSS – negatywne (van der Gaag)	-0,01	-0,06	0,90
PANSS – dezorganizacja (van der Gaag)	0,03	0,14	0,89
PANSS – pobudzenie (van der Gaag)	0,11	0,57	0,57
PANSS – emocjonalny dystres (van der Gaag)	0,33	1,74	0,09
SOFAS (n = 20)	-0,12	-0,57	0,58
GAF (n = 20)	-0,05	-0,24	0,10
Funkcjonowanie poznawcze			
MoCA – suma	-0,31	-1,63	0,12
RVLT – suma	-0,39	-2,14	≤0,05
RHLB – suma	-0,46	-2,60	≤0,05
Wgląd (n = 25)			
WGLĄD – suma	0,14	0,69	0,50
WGLĄD – Reakcja na korektę zewnętrzną	0,45	2,42	≤0,05
WGLĄD – Testowanie rzeczywistości	0,19	0,92	0,37
WGLĄD – Akceptacja diagnozy	-0,14	-0,69	0,50
WGLĄD – Wygląd	-0,07	-0,35	0,73
WGLĄD – Świadomość nawrotu	0,34	1,73	0,10
WGLĄD – Przyczyna choroby	-0,14	-0,69	0,50

Dyskusja

Na początku warto zaznaczyć, że obie grupy nie różniły się od siebie w obszarze danych demograficznych ani podstawowych wskaźników przebiegu choroby, takich jak: czas trwania choroby, liczba epizodów i hospitalizacji, dawka zażywanych leków, gdyż w obu wypadkach mieliśmy pacjentów z wieloletnim, ciężkim przebiegiem choroby. Tym bardziej należałoby docenić trud podjęcia pracy przez osoby, które wcześniej były rehabilitowane w WTZ. Istotnie statystycznie różnice wystąpiły natomiast w obszarze nasilenia objawów psychopatologicznych, a także funkcjonowania ogólnego i społecznego. Kwestią otwartą pozostaje charakter tych zależności. Przypuszczalnie lepszy aktualny stan zdrowia umożliwi podjęcie i utrzymanie pracy, w konsekwencji

zaś praca pozwala skuteczniej dbać o swoje zdrowie psychiczne, czy też, co wydaje się najbardziej prawdopodobne, oba te związki zachodzą równolegle.

Spośród wyników dotyczących JŻ uczestników WTZ i pracowników ZAZ interesująca jest obserwacja, że posiadanie pracy nie miało znaczenia dla ogólnego subiektywnego poczucia satysfakcji z życia. Podobny wynik uzyskali Priebe i wsp. [5] oraz Badura-Brzoza i wsp. [20]. Także nasze wcześniejsze badania wskazywały na proces wyrównywania oceny JŻ na przestrzeni lat chorowania pomiędzy grupą cięższej i lżejszej chorujących pacjentów z diagnozą schizofrenii [21]. Wynik ten można prawdopodobnie wytłumaczyć uruchamianymi mechanizmami adaptacyjnymi, które pozwalają utrzymywać dobre samopoczucie w obiektywnie trudniejszej sytuacji życiowej.

Z kolei posiadanie pracy przez osoby chorujące na schizofrenię miało związek z takimi subiektywnymi wymiarami jakości życia jak: sytuacja rodzinna, zdrowie somatyczne i poczucie własnej wartości. Wzrost poczucia własnej wartości i poprawa sytuacji rodzinnej wydają się zrozumiałe, spójne z doświadczeniem klinicznym i dotychczasowymi rezultatami badań [22–24]. O istotnej różnicy decyduje m.in., podobnie jak w badaniach Brysona i wsp. [11], aspekt finansowy. Z jednej strony, w naszym badaniu nie stwierdzono różnic w ocenie sytuacji finansowej, co zapewne wynika ze wsparcia, jakie osoby rehabilitowane w WTZ otrzymują od rodzin i państwa (renty). Z drugiej strony, sam fakt otrzymywania wynagrodzenia za swoją aktywność stał się najprawdopodobniej czynnikiem poprawiającym ocenę jakości życia, nawet jeśli nie wiązało się to z obiektywnie lepszą sytuacją finansową.

Lepsza ocena swojego zdrowia somatycznego z kolei może być skutkiem nie tylko większej dbałości o nie samych pracowników (co ma służyć utrzymaniu pracy), ale także działań pracodawców w tym zakresie (badania okresowe, dodatkowe środki przeznaczone na opiekę zdrowotną itd.). Wśród nielicznych związków pomiędzy obrazem psychopatologicznym a JŻ ważna wydaje się stwierdzona zależność między większym dystresem emocjonalnym a gorszą jakością życia w grupie pracujących. Prawdopodobnie poziom objawów, który dla uczestników WTZ jest akceptowalny i nie zaburza w istotny sposób ich subiektywnej oceny jakości życia, dla osób pracujących staje się wyraźnym utrudnieniem ze względu na jego upośledzający wpływ na funkcjonowanie w roli pracownika.

Potwierdza to odnotowane w innych badaniach związki pomiędzy JŻ a objawami depresyjnymi [25, 26]. Uzyskany w podgrupie WTZ wynik świadczący o gorszej jakości życia osób lepiej funkcjonujących poznawczo (zarówno w zakresie pamięci oraz uczenia się, jak i zdolności komunikacyjno-językowych) można tłumaczyć ich większym krytycyzmem i większą świadomością swoich trudności i ograniczeń [27].

W obu grupach obserwowano związki między wglądem a jakością życia. Miały one jednakże inny charakter. W grupie pracujących odkryto związek między ogólnym wglądem a JŻ. Może to wskazywać na większą korzyść, jaką odnoszą pacjenci pracujący z lepszej kontroli objawów [28]. Praca niejako wymusza lepsze monitorowanie własnego stanu zdrowia, ponieważ jego pogorszenie oznacza zaburzenie rytmu pracy bądź nawet jej utratę. O ile w grupie ZAZ ogólny wgląd korelował z lepszą jakością życia, o tyle w grupie WTZ lepsza jakość życia była powiązana z obecnością osób, które pomagały w urealnianiu, odróżnianiu rzeczywistości od przeżyć chorobowych.

Wskazywałyoby to na bardziej „zewnętrzny”, zależny od otoczenia charakter korzyści związanych z wglądem u osób z grupy WTZ, sugerując tym samym złożony charakter zjawiska wglądu jako całości i jego niejednoznacznego związku z jakością życia. W literaturze przedmiotu można znaleźć zarówno doniesienia łączące brak wglądu lub jego niższy poziom z lepszą jakością życia (np. u Siu i wsp. [27] czy Margariti i wsp. [29]), jak i mówiące o odwrotnej zależności [30]. W tym wypadku istotne jest, czy jakość życia jest oceniana subiektywnie, czy obiektywnie, tzn. przez zewnętrznego obserwatora. W naszej pracy uzyskaliśmy nie tak znowu częsty wynik wskazujący na pozytywny związek wglądu z subiektywną jakością życia. Może być to efekt kontekstu terapeutycznego, w jakim prowadzone było badanie. Ktoś, kto uczestniczy w intensywnym programie rehabilitacyjnym, jaki oferują WTZ, lub pracuje w miejscu pracy chronionej, ma mniejszą potrzebę zaprzeczania swoim objawom ze względu na wspierający zdrowienie i otwartość w relacjach kontekst społeczny, w jakim się znajduje.

Oczywiście nadal aktualne jest pytanie, na ile opisane różnice wynikają z podjęcia i przez wiele lat utrzymania pracy, a na ile z podjęcia pracy przez osoby będące *a priori* w lepszym stanie i gotowe opuścić Warsztaty Terapii Zajęciowej. Bez wątplenia jednak sama możliwość podjęcia pracy nadaje sens rehabilitacji w ramach WTZ i wspiera cel, dla którego zostały powołane. Osobną kwestią pozostaje wyzwanie, jakim jest tworzenie takich miejsc pracy chronionej, jak pensjonat i restauracja „U Pana Cogito”, aby atmosfera w nich panująca sprzyjała procesowi zdrowienia.

Wnioski

1. Podjęcie i utrzymanie pracy w firmie społecznej przez osoby chorujące na schizofrenię przekłada się na lepsze wyniki w istotnych obszarach jakości życia, jakimi są relacje rodzinne, ogólna sytuacja zdrowotna i poczucie własnej wartości.
2. Subiektywna ocena jakości życia osób pracujących, które doświadczają większego stresu oraz większej intensywności kontaktów społecznych, spada na skutek występowania objawów psychopatologicznych, szczególnie w obszarze depresyjności.
3. Lepsze funkcjonowanie poznawcze osób niepracujących związane jest z niższą jakością życia, co wskazuje na zależność między poziomem krytycyzmu i świadomości własnej sytuacji a zadowoleniem z życia.
4. Subiektywna jakość życia pozytywnie koreluje z aspektem wglądu, przy czym związek ten różni się w zależności od tego, czy dana osoba pracuje, czy nie. Osoby zatrudnione w ZAZ czerpały większą korzyść z samodzielnej kontroli objawów, podczas gdy w wypadku uczestników WTZ ważną rolę odgrywały osoby trzecie.

Piśmiennictwo

1. *International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Wilmowska-Pietruszyńska A, Bilski D. *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania 2013; 7(2): 5–20.
3. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. *Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials*. J. Nerv. Ment. Dis. 2003; 191(8): 515–523.
4. Carmona VR, Gómez-Benito J, Huedo-Medina TB, Rojo JE. *Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Int. J. Occup. Med. Environ. Health 2017; 30(3): 345–366.
5. Priebe S, Warner R, Hubschmidt T, Eckle I. *Employment, attitudes towards work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries*. Schizophr. Bull. 1998; 24(3): 469–477.
6. Eklund M, Hansson L, Bejerholm U. *Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36(2): 79–83.
7. Chan S, Yu IW. *Quality of life of clients with schizophrenia*. J. Adv. Nurs. 2004; 45(1): 72–83.
8. Turner N, O’Mahony P, Hill M, Fanning F, Larkin C, Waddington J i wsp. *Work life after psychosis: A detailed examination*. Work. 2015; 51(1): 143–152.
9. Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. *Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample*. Int. J. Soc. Psychiatry 2008; 54(1): 47–55.
10. Holzner B, Kemmler G, Meise U. *The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998; 33(12): 624–631.
11. Bryson G, Lysaker P, Bell M. *Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2002; 28(2): 249–257.
12. Oliver JP, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. *Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997; 32(2): 76–83.
13. Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13(2): 261–276.
14. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I i wsp. *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment*. J. Am. Geriatr. Soc. 2005; 53(4): 695–699.
15. Van der Elst W, Boxtel van MP, Breukelen van GJ, Jolles J. *Rey’s verbal learning test: Normative data for 1855 healthy participants aged 24–81 years and the influence of age, sex, education, and mode of presentation*. J. Int. Neuropsychol. Soc. 2005; 11(3): 290–302.
16. Bryan K. *The right hemisphere language battery*, 2nd ed. London: Whurr; 1995.
17. Adamczyk P, Daren A, Sulecka A, Błądziński P, Cichoński Ł, Kalisz A i wsp. *Do better communication skills promote sheltered employment in schizophrenia?* Schizophr. Res. 2016; 176(2–3): 331–339.
18. Kokoszka A, Telichowska-Leśna A, Radzio R. *Kwestionariusz wglądu w schizofrenię – „Moje myśli i odczucia”*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(4): 491–502.

19. Gaag van der M, Hoffman T, Remijnsen M, Hijman R, Haan de L, Meijel van B i wsp. *The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: A ten-fold cross-validation of a revised model*. Schizophr. Res. 2006; 85(1–3): 280–287.
20. Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, Scisło P, Leksowska A, Gorczyca P. *The association of quality of life with mental status and sociodemographic data in schizophrenic patients*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 975–984.
21. Cichocki L, Cechnicki A, Franczyk-Glita J, Bładziński P, Kalisz A, Wroński K. *Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia*. Compr. Psychiatry 2015; 56: 133–140.
22. Bejerholm U, Björkman T. *Empowerment in supported employment research and practice: Is it relevant?* Int. J. Soc. Psychiatry 2011; 57(6): 588–595.
23. Fulginiti A, Brekke JS. *Escape from discrepancy: Self-esteem and quality of life as predictors of current suicidal ideation among individuals with schizophrenia*. Community Ment. Health J. 2015; 51(6): 654–662.
24. Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C i wsp. *Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem*. Acta Psychiatr. Scand. 2016; 134(4): 360–367.
25. Cechnicki A, Valdes M. *Relation between schizophrenic patients quality of life and symptom severity*. Arch. Psychiatry Psychother. 2003; 5(3): 55–68.
26. Górna K, Jaracz K, Rybakowski F, Rybakowski J. *Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: A longitudinal study*. Qual. Life Res. 2008; 17(2): 237–247.
27. Siu CO, Harvey PD, Agid O, Wayne M, Brambilla C, Choig W-K i wsp. *Insight and subjective measures of quality of life in chronic schizophrenia*. Schizophr. Res. Cogn. 2015; 2(3): 127–132.
28. Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, Rettenbacher MA i wsp. *Patient outcomes in schizophrenia I: Correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects*. Eur. Psychiatry 2005; 20(5–6): 386–394.
29. Margariti M, Ploumpidis D, Economou M, Christodoulou GN, Papadimitriou GN. *Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Associations with insight and psychopathology*. Psychiatry Res. 2015; 225(3): 695–701.
30. Montemagni C, Castagna F, Crivelli B, De Marzi G, Frieri T, Macri A i wsp. *Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia*. Psychiatry Res. 2014; 220(1–2): 102–111.

Adres: Andrzej Cechnicki
Zakład Psychiatrii Środowiskowej
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8
e-mail: andrzej.cechnicki@uj.edu.pl

Otrzymano: 8.02.2018
Zrecenzowano: 10.04.2018
Otrzymano po poprawie: 8.05.2018
Przyjęto do druku: 1.06.2018