
UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
WYDZIAŁ STUDIÓW EDUKACYJNYCH
ZAKŁAD PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

ALEKSANDRA LIDIA ZAŁUSTOWICZ

*Jakość życia dorosłych kobiet z wybranymi
zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych w
Domu Pomocy Społecznej.*

Promotor:

Prof. zw. dr hab. Władysław Dykcik

Poznań 2013

*Składam serdeczne podziękowania
Panu Profesorowi zw. dr hab. Władysławowi Dykikowi
za pomoc, cenne wskazówki, poświęcony czas
i życzliwość okazaną na wszystkich etapach
powstawania rozprawy doktorskiej*

*Dziękuję przede wszystkim pracownikom
i mieszkankom Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie,
za okazaną pomoc i udział w badaniach.
Dziękuję również za wsparcie jakie okazała moja rodzina,
najbliżsi i przyjaciele.*

Niniejszą pracę dedykuję mojej śp. mamie.

Spis treści:

Wprowadzenie.....	8
1. Charakterystyka i funkcjonowanie osób przewlekle psychicznie chorych	12
1.1 Rozpoznanie i klasyfikacja zaburzeń i chorób psychicznych	12
1.2 Choroba psychiczna a zaburzenia psychiczne	18
1.3 Schizofrenie i inne zaburzenia psychotyczne czynnościowe.....	23
1.3.1 Definicja, opis i zróżnicowanie zaburzeń psychicznych	23
1.3.2 Obraz psychopatologiczny	26
1.3.3 Podgrupy diagnostyczne	28
1.3.4 Zespoły paranoiczne i obłąd (<i>paranoia</i>)	35
1.3.5 Zaburzenia afektywne	37
1.3.6 Strategie, procedury i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi	42
1.4 Uwarunkowania prawne opieki i leczenia psychiatrycznego	45
1.4.1 Charakter społeczny i prawny decyzji o ubezwłasnowolnieniu osób z zaburzeniami psychicznymi	52
1.4.2 Skutki cywilno – prawne decyzji dotyczącej ubezwłasnowolnienia całkowitego 58	
1.4.3 Skutki cywilno – prawne decyzji ubezwłasnowolnienia częściowego	61
1.4.4 Odpowiedzialność opiekuna z tytułu sprawowania opieki nad osobą całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolnioną	66
2. Jakość życia i funkcjonowanie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi	74
2.1 Geneza koncepcji i określenie definicji jakości życia człowieka	75
2.1.1 Geneza koncepcji jakości życia	76
2.1.2 Definicje jakości życia	78
2.2 Obiektywna i subiektywna ocena jakości życia.....	82
2.2.1 Ocena obiektywnego aspektu jakości życia.....	82
2.2.2 Ocena subiektywnego aspektu jakości życia	84
2.3 Koncepcje jakości życia.....	89
2.3.1 Pionierskie badania nad jakością życia.....	89
2.3.2 Koncepcje jakości życia w kontekście wymiaru psychologicznego.....	94
2.3.3 Koncepcje jakości życia w kontekście wymiaru społecznego.....	102
2.3.4 Jakość życia w koncepcjach zorientowanych na jednostkę.....	104

2.3.5	Jakość życia a paradygmat społeczny normalizacji życia osób niepełnosprawnych według Władysława Dykcika	109
2.3.6	Jakość życia psychicznego według Stanisława Kowalika	116
2.3.7	Systemowo-ekologiczne koncepcje jakości życia	117
3.	Charakterystyka funkcjonowania Domu Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych	130
3.1	Zarys historyczny opieki społecznej i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i na świecie	130
3.2	Instytucja pomocy społecznej w Polsce.....	140
3.2.1	Pojęcie instytucji pomocy społecznej	140
3.2.2	Model pomocy społecznej we współczesnej Polsce	143
3.3	Dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych jako forma zbiorowej pomocy instytucjonalnej	150
3.3.1	Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie przewlekle chorych – rys historyczny.....	151
3.3.2	Specyfika domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych – w nowoczesnym systemie pomocy instytucjonalnej	153
3.4	Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie jako społeczne środowisko życia kobiet z zaburzeniami psychicznymi	164
3.4.1	Historia Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie	164
3.4.2	Struktura organizacyjna Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie	174
3.4.3	Rehabilitacja w Domu Pomocy Społecznej dla kobiet z zaburzeniami psychicznymi w Fabianowie	180
4.	Metodologia badań empirycznych	194
4.1	Wstępne założenia metodologiczne	194
4.2	Cele i przedmiot badań	203
4.3	Problemy badawcze – pytania badawcze i ramy pojęciowe	204
4.4	Zmienne i wskaźniki zmiennych	207
4.5	Strategia badawcza.....	214
4.6	Teren badań i dobór próby	216
4.7	Metody, techniki i narzędzia badawcze	217
4.8	Organizacja, przebieg badań, analiza wyników i metody statystyczne	223
5.	Prezentacja i analiza wyników badań własnych.....	229
5.1	Charakterystyka grupy badawczej	229
5.2	Obiektywna jakość życia	235

5.2.1	Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - byt materialny	256
5.2.2	Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - zdrowie	273
5.2.3	Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - produktywność	287
5.2.4	Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - zażyłość z bliskimi	311
5.2.5	Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - poczucie bezpieczeństwa	325
5.2.6.	Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - przynależność społeczna	342
5.2.7	Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów – dobrostan emocjonalny.....	356
5.3	Subiektywna jakość życia – wyniki i analiza badań empirycznych	373
5.3.1	Wyniki i analiza subiektywnej jakości życia w odniesieniu do zmiennych niezależnych.	373
5.3.2	Wyniki i analiza poszczególnych segmentów subiektywnej jakości życia	377
5.3.3	Analiza jakości życia badanych w ocenie subiektywnej	397
6.	Wnioski z badań – postulaty pedagogiczne i społeczne.....	414
	BIBLIOGRAFIA.....	427
	SPIS TABEL.....	450
	SPIS RYCIN	453
	SPIS SCHEMATÓW.....	454
	SPIS ZDJĘĆ	455
	ANEKS.....	456

*To czym się jest,
daleko więcej przyczynia
się do naszego szczęścia,
niż od tego co się ma.*

E. Tardieu

Wprowadzenie

Problematyka jakości życia jest dziedziną podejmowaną w niezliczonych pracach naukowych. Badano ją w kontekście ekonomicznym, psychologicznym, socjologicznym, teologicznym, stosowano ujęcia matematyczne, medyczne a nawet techniczne.

Na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat powstało wiele koncepcji wyjaśniających czym jest jakość życia i jak osiągnąć jak najwyższy jej pułap w okresie rozwoju. Dyrektywa szczęścia nie jest *novum* współczesnej kultury. Od wieków ludzie starali się i dążyli do osiągnięcia szczęścia. Na przestrzeni lat zmieniała się tylko siła, z jaką regulowała ona postępowanie ludzi. Niejednokrotnie zajmowała centralną pozycję w świadomości ludzi, potrafiąc skłonić ich do całkowitego podporządkowania życia w celu poszukiwania szczęścia, innym razem spychana na margines naszej świadomości poprzez inne dyrektywy życiowe (Tatarkiewicz, 1985, za: Kowalik, 2008, s. 35). Poszukiwanie przepisu, który będzie uniwersalny i pozwoli osiągnąć maksymalną jakość życia nurtował ludzi od zawsze, natomiast w drugiej połowie XX wieku nasiliła się potrzeba rozpoznania, czym tak naprawdę powinno być szczęśliwe życie. Do badań prowadzonych głównie przez filozofów włączyli się naukowcy z dziedzin nauk empirycznych, takich jak socjologia czy ekonomia i poprzez badania, próbowano dociec, kto czuje się szczęśliwy, a kto jest traktowany jako osoba szczęśliwa i co jest tego przyczyną. W celu odgraniczenia własnych badań od spekulatywnej tradycji psychologów społeczni i socjologowie zastąpili pojęcie szczęścia pojęciem jakości życia lub dobrostanu (Kowalik, 2008, s. 36).

Od tego momentu przebadano wiele grup społecznych i określano ich jakość życia. Pomimo tak wielu badań czynionych na tym polu, nadal niewiele jeszcze można powiedzieć o życiu osób z zaburzeniami psychicznymi. Okazało się, że można opisać życie tych osób w innych niż dotychczas kategoriach, takich jak satysfakcja z życia bądź jej brak. Osoby z zaburzeniami psychicznymi są zazwyczaj poddawane badaniom kładącym nacisk na obserwowalność, komunikowalność i intersubiektywność poznania naukowego, na dążenie i poszukiwanie prawideł i ilościowych miar, z uwagi na dominujące dziś tendencje metodologiczne, wywodzące się z pragmatyzmu i logicznego pozytywizmu (Wciórka, 1988, s. 5). Tymczasem przesłoniło to niejednokrotnie człowieka, który stoi za tymi badaniami i ma swoje subiektywne odczucia, w stosunku do środowiska, w którym żyje, ludzi, z którymi współdziała, a o które nikt nie pyta.

Większe znaczenie niniejszej grupy społecznej można dostrzec na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, w ramach udoskonalania instytucji systemu opieki społecznej. Źródła tych przemian wywodziły się głównie z rozpowszechnienia w tym okresie orientacji humanistycznych oraz związanych z tym nurtem osób. Rozpoczęto rozpowszechniać hasła dotyczące równości osób z niepełnosprawnością ruchową, z niepełnosprawnością intelektualną czy osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwrócono również uwagę na stan i kondycję ośrodków i placówek, w których osoby te mieszkają lub czasowo przebywają. Minęło blisko trzydzieści lat i należy sobie postawić pytanie na ile wszelkie postulaty, mówiące o poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością zamieszkałych w tych placówkach zostały zrealizowane.

Niewątpliwie przez te lata uczyniono bardzo wiele. Domy pomocy społecznej przeszły gruntowną modernizację, mieszkańcy otrzymali profesjonalne sprzęty do rehabilitacji, otwarto nowe placówki, utworzono specjalne grupy terapeutyczne, a nade wszystko zainteresowano się losem osób tam mieszkających. Czy te działania są wystarczające aby osoby tam zamieszkujące oceniły na wysokim poziomie swoją jakość życia? Konsekwencją tych działań jest wykorzystanie tak zebranej wiedzy do oceny funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w Domu Pomocy Społecznej i wsparcia jakie jest im tam oferowane. „Przyjęcie takiego toku myślenia może przyczynić się do całkowitej zmiany celów rehabilitacyjnych, w których będziemy dążyli do zaangażowanego uczestnictwa w życiu społecznym i zadowolenia z tej partycypacji. W ten sposób kwestia podnoszenia jakości życia może się stać najważniejszym zagadnieniem współczesnych studiów nad niepełnosprawnością”(Zawiślak, 2011, s. 10).

Badania zaprezentowane w tej pracy dotyczą osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej. Zakład, w którym przeprowadzono badania leży w miejscowości Fabianów, gdzie zamieszkuje 101 kobiet z zaburzeniami psychicznymi.

Dysertacja składa się z dwóch części. Pierwsza część, teoretyczna jest zbudowana z trzech rozdziałów, które ukazują problematykę związaną z tematem badawczym na tle dotychczasowych osiągnięć naukowych. Drugą częścią stanowi przedstawienie i omówienie wyników badań empirycznych dotyczących jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi w Domu Pomocy Społecznej.

W pierwszym rozdziale zaprezentowano zagadnienia związane z zaburzeniami psychicznymi. Scharakteryzowano pojęcie zaburzenie psychiczne i choroba psychiczna, przedstawiono etiologię i charakterystykę zaburzeń psychicznych w oparciu o różne klasyfikacje. Nakreślono w jaki sposób objawiają się poszczególne zespoły zaburzeń psychicznych. W ostatnim podrozdziale przedstawiono problematykę ubezwłasnowolnienia, która często dotyczy osób psychicznie chorych, szczególnie zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej.

Rozdział drugi został poświęcony genezie i analizie pojęcia jakość życia. Dokonano przeglądu wybranych koncepcji i wskazano model jakości życia jaki został przyjęty w niniejszej dysertacji, oparty na koncepcji Roberta Cumminsa.

Kolejny rozdział został poświęcony instytucji domów pomocy społecznej w Polsce i na świecie, w szczególności zwrócono uwagę na placówki, które niosą pomoc osobom chorym psychicznie. Ukazano historię i rozwój tego typu placówek oraz współczesne formy pomocy instytucjonalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ostatni podrozdział poświęcono Domowi Pomocy Społecznej w Fabianowie, gdzie przeprowadzono badania, jego historii, strukturze organizacyjnej i formach prowadzonej tam rehabilitacji.

Rozdział czwarty dotyczy metodologicznych założeń badań. Opisano w nim cele badań, problemy badawcze, a następnie zmienne, ich kategoryzacje, definicje i wskaźniki. Przedstawiono techniki i narzędzia badawcze oraz dokonano charakterystyki próby badawczej. Na końcu rozdziału metodologicznego opisano organizację i przebieg badań.

Prezentowana analiza oparta jest na badaniach empirycznych prowadzonych w roku 2012. Badania oparte są na danych zebranych za pomocą narzędzia Roberta Cumminsa *Comprehensive Quality of Life Scale* (ComQol-15), oraz wywiadu dodatkowego przeprowadzonego z mieszkankami, wywiadu semi-structured przeprowadzonego z pracownikami pierwszego kontaktu i opiekunami prawnymi badanych. Podczas badania zastosowano również analizę dokumentów i obserwację uczestniczącą.

W drugiej części pracy, która obejmuje rozdział piąty i szósty przedstawiono wyniki badań oraz wnioski z nich płynące. Skonfrontowano wyniki badań własnych z dotychczasową wiedzą na temat jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i przedstawiono refleksje badacza na ten temat.

Praca ta jest skierowana do osób zainteresowanych zagadnieniami jakości życia w kontekście osób z zaburzeniami psychicznymi oraz systemem wsparcia typu

instytucjonalnego, którym najczęściej bywa dom pomocy społecznej. W zakończeniu dysertacji, na podstawie badań empirycznych zredagowano postulaty dotyczące polepszenia jakości życia osób zamieszkujących w domach pomocy społecznej: dla osób mających wpływ na ustawodawstwo związane z badaną grupą, dla dyrekcji tego typu ośrodków, pracowników, studentów i innych zainteresowanych tą tematyką.

1. Charakterystyka i funkcjonowanie osób przewlekle psychicznie chorych

Zaburzenia psychiczne to bardzo szeroki termin, obejmujący szereg zmian wpływających na zachowanie i funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze. Polega ono na nieodpowiednich reakcjach emocjonalnych o różnej postaci i stopnia nasilenia, które prowadzą do zniekształceń rzeczywistości, co bezpośrednio jest przyczyną niewydolności procesów rozumienia i komunikacji oraz nieodpowiednich zachowań adaptacyjnych.

Temat dysertacji obliguje do przeanalizowania podstawowych zagadnień z zakresu chorób psychicznych i charakterystyki funkcjonowania osób dotkniętych tym zaburzeniem. W niniejszym podrozdziale starano się ukazać tylko te pojęcia, które dotyczą społeczności osób badanych – kobiet zamieszkałych w domu pomocy społecznej przeznaczonym dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Klasyfikacja chorób psychicznych, etiologia i różnicowanie schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych czynnościowych ujęta przez przedstawicieli różnych dziedzin nauki, oraz uwarunkowania prawne leczenia psychiatrycznego, w tym decyzje o ubezwłasnowolnieniu stanowią punkt odniesienia w refleksji nad jakością życia kobiet przewlekle psychicznie chorych zamieszkałych w domu pomocy społecznej. Dlatego też pominięto niektóre jednostki diagnostyczne, aby można było pełniej ocenić sposób funkcjonowania osób badanych i ukazać w ten sposób specyfikę domu pomocy społecznej, ponieważ dom to nie tylko mury i ściany lecz przede wszystkim ludzie.

1.1 Rozpoznanie i klasyfikacja zaburzeń i chorób psychicznych

Czynności ludzkiego umysłu są dziedziną wciąż mało zbadaną, im bardziej je poznajemy, lepiej potrafimy zrozumieć mechanizmy nimi rządzące, ich związek z czynnościami całego organizmu oraz z otaczającą człowieka społeczną, przyrodniczą i materialną rzeczywistością – tym więcej nasuwa się pytań i budzi wątpliwości (Obuchowska, 1991, s. 212).

Do dziś nie zostały rozpoznane różnorodne przyczyny chorób psychicznych, ujmując ściślej intensywnie prowadzone badania naukowe nad tym zagadnieniem nie mogły odnieść wyników prac do całej populacji chorych. W związku z tym zmieniające się klasyfikacje zaburzeń psychicznych na przestrzeni lat zmierzały w kierunku grupowania zjawisk (fenomenów) psychicznych w poszczególne zespoły zaburzeń niż wydzielenia konkretnych chorób psychicznych (Gorczyca, 2009, s.58).

Znaczenie klasyfikacji zaburzeń psychicznych, krytykowane do lat 80-tych XX wieku. Zainteresowanie tą dziedziną wzrosło w ciągu ostatnich dwudziestu lat zarówno w dziedzinie praktyki klinicznej, jak i badań naukowych. Najważniejsze zastrzeżenia dotyczą z jednej strony możliwych konsekwencji społecznych dla pacjenta w związku z postawieniem diagnozy psychiatrycznej (etykietowanie, stygmatyzacja, kontrola społeczna). Z drugiej strony krytykuje się niewystarczające znaczenie klasyfikacji dla wskazań i prowadzenia terapii. Ferner dowodzi – przede wszystkim w odniesieniu do nerwic i zaburzeń osobowości w badaniach empirycznych – że zgodność między diagnostami przy stawianiu rozpoznania (rzetelność konsensusyjna) jest niezadowalająca (Stieglitz, 2000).

Rozpatrując problematykę diagnozy klasyfikacji zaburzeń psychicznych niezbędne są przede wszystkim objaśnienia pojęciowe. Jaroszyński (1987) twierdzi, iż klasyfikacja jest to systematyczny podział przedmiotów na grupy (klasy) i ewentualne dalsze dzielenie tych grup. Podstawą zaliczenia do danej grupy jest możliwie daleko idące podobieństwo wszystkich przedmiotów, które mają znaleźć się w jednej grupie, a jednocześnie na tyle zaznaczone różnice między nimi, aby mogły stanowić odrębne przedmioty, a nie duplikaty pozostałych. Podobnie istotne muszą być różnice między klasami. Zwykle istnieje konieczność wyboru cech które mogą stanowić kryterium klasyfikacji. Jeżeli opieramy się na szeregu cech typologia jest rzetelna. Jest to klasyfikacja naturalna. Jeśli opieramy się na niewielu cechach, nawet jednej, aczkolwiek istotnej z danego punktu widzenia możemy mówić o klasyfikacji sztucznej. Inna definicja podaje, iż przez klasyfikację rozumie się podzielenie lub uporządkowanie fenomenów (np. symptomów), które oznaczone są za pomocą wspólnych cech tworzą jeden system (klasyfikacyjny) podzielony na klasy (Stieglitz, Freyberger, Mombour, 2002).

Bilikiewicz (1969) przyznaje, że nie ma jednego klucza klasyfikacyjnego w świecie psychiatrii. Klucz psychopatologiczny na przykład, który opiera podział na podmiotowych przeżyciach chorego, może być stosowany do pewnej części czynnościowych zespołów psychotycznych, ale zawodzi w stosunku do zaburzeń psychoorganicznych. Z kolei popularny klucz klasyfikacyjny etiologiczny (stosowany do klasyfikacji chorób zakaźnych) jest bezużyteczny w psychiatrii, ponieważ nie znamy etiologii najważniejszych i najczęstszych psychoz. Jak twierdzi Spitzer i wsp. (1980) dla traktowania zaburzeń psychicznych jako odrębnej jednostki, zespołu czy inaczej ujmowanej odrębnej pozycji w klasyfikacji muszą być spełnione pewne warunki:

- 1) zgodność specjalistów co do opisu objawów zespołu,
- 2) cechy zespołu muszą być unikatowe, niepowtarzalne,
- 3) odrębność zespołu jest bardziej pewna, jeżeli da się opisać także jeden typ przebiegu lub podobną reakcję na określony sposób leczenia,
- 4) do charakterystyki zespołu należy także typ występowania rodzinnego, stosunek do innych zaburzeń psychicznych (geneza), określone biologiczne odchylenia od normy, stosunek zmiennych środowiskowych i demograficznych,
- 5) natomiast zbędne jest, aby wymagane były:
 - a) „braki biologiczne”, które wyczerpywałyby przyczyny zaburzeń,
 - b) nie było żadnej ciągłości z innymi zespołami (normami),
 - c) zespół był całkowicie homogenny.

Powyższe punkty dotyczą odrębności zespołu. Natomiast pozostałe określają podstawę uznania określonego zjawiska (zespołu, zaburzenia, wzorca zachowań) jako znajdujących się na granicy patologii, a więc nadającego się do objęcia klasyfikacją:

- 6) dotyczące przeżyć psychicznych lub zachowania,
- 7) łączące się z bolesnym przeżywaniem lub zaburzeniem jednego lub więcej pól funkcjonowania,
- 8) u podłoża takiego zespołu musi leżeć zaburzenie funkcji biologicznych, psychologicznych lub zachowania osobnika, a nie tylko zaburzenie między osobnikiem a środowiskiem.

Klasyfikację w psychiatrii oparto początkowo na symptomatologii, później psychiatrzy zaczęli sobie stawiać kolejne pytania dotyczące klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Nauka ostatnich dwudziestu lat pozostaje pod znacznym wpływem systemów diagnostycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association, APA; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM; wersje DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR).

W praktyce klinicznej w większości krajów członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) do diagnozy używają dziś Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems), aktualnie obowiązującej w Polsce od 1996 roku (za: Stieglitz, Freyberger, Mombour, 2002).

Odwołując się do historii rozwoju koncepcji klasyfikacji pozostaną przywołane tylko te teorie, które pozostają istotne dla sytuacji obecnej. Jedną z pierwszych konsekwentnych prób klasyfikacji podjął Pinel pod koniec XVIII wieku, który podzielił choroby psychiczne na pięć podstawowych postaci:

- 1) Melancholia (smutek, milczenie, samotnictwo, niekiedy z urojeniami).
- 2) Mania (podniecenie, gwałtowność, agresywność).
- 3) Mania z delirium.
- 4) Otępienie.
- 5) Idiocyzm – w znaczeniu zupełnie odmiennym od późniejszego, przejawiająca się „stłumieniem rozumu i woli” (Jaroszyński, 1987).

Inny podział psychoz endogennych podjął Emil Kraepelin. W 1887 roku opisał nowy „syndrom chorobowy”. Wbrew opinii współczesnych mu profesjonalistów połączył on co najmniej trzy całości chorobowe w jedną i nazwał *dementia praecox*. Na tę nową jednostkę składały się: hebefrenia (bezcelowe, zdezorganizowane i dziwaczne zachowania), katatonia (choroba dwubiegunowa, charakteryzująca się negatywizmem i biernością przechodząca czasami w stupor lub nadmierne pobudzenie) oraz *dementia paranoides*, w której dominowały urojenia wielkościowe lub prześladowcze (Zalewski, 1997, s. 28). Kraepelin wyróżnił 15 symptomów *dementi praecox*: halucynacje, urojenia, zaburzenia myślenia, afekt (ekspresja emocjonalna) mowa, autyzm, stupor, negatywizm, brak napędu, automatyczne posłuszeństwo, manieryzm, stereotypy, zubożenie intelektualne, upośledzenie zdolności oceniania i zubożenie osobowości. Przelomowe szóste wydanie podręcznika z 1899 roku, poprzedzone wykładem w Heidelbergu 27 listopada tego roku, w którym Kraepelin dokonał przelomowego uproszczenia klasyfikacji chorób psychicznych, dzieląc je na psychozy otępiające (*Verblödungen*) o przebiegu procesualnym, i psychozy afektywne (*manisch-depressives Irresein*), o przebiegu okresowym lub cyklicznym. Jest to tzw. Kraepelinowska dychotomia - znalazła ona odzwierciedlenie w kryteriach DSM-III i późniejszych (Kohl, 1999, ss. 105 - 111). Ówczesna nowoczesność Kraepelina w porównaniu z poprzednikami polegała na tym, że sprecyzował jasno kryterium podziału, wysuwając na pierwszy plan czynnik przebiegu, natomiast kwestię etiologii pozostawił otwartą (tabela 1)(Jaroszyński, 1987). Nikt już po Kraepelinie nie opisał tej choroby w sposób tak pejoratywny, jako destruktywnego procesu nieuchronnie prowadzącego do otępienia.

Tabela 1. Cechy *dementi praecox* wyróżnione przez Kraeplina na przykładzie dwóch symptomów halucynacji i urojeń.

Cecha	Opis
<p><i>Halucynacje:</i> Słuchowe</p>	<p>Na początku pojawiają się pojedyncze dźwięki, szeleszczenie, brzęczenie, dzwonienie w uszach (s.7). Następnie rozwija się słyszenie głosów. Czasami są to tylko szepty. Regułą jest, że treść głosów jest nieprzyjemna i zaburzająca (s.9). Wiele głosów robi uwagi dotyczące myśli i czynów pacjenta (s.10). Szczególne jest w przypadku <i>dementi praecox</i>, że pacjent odbiera myśli jako głośne wypowiedzi (s.12).</p>
<p>Wzrokowe</p>	<p>Wszystko pojawia się opacznie i wrogo (s.14) Pojawiają się ludzie, którzy są nieobecni (s.14).</p>
<p><i>Urojenia:</i> Pranoja</p>	<p>Pacjent zauważa, że jest spostrzegany w szczególny sposób, wyśmiewany, ośmieszany(...)Ludzie go prześladują, szpiegują, trują atmosferę (s.27).</p>
<p>Poczucie winy</p>	<p>Pacjent jest przekonany, że przez grzeszne życie zniszczył swoje zdrowie (s.27).</p>
<p>Poczucie wielkości</p>	<p>Pacjent jest „kimś lepszym”, urodzonym do wyższych celów, wynalazcą, wielkim śpiewakiem; może uczynić wszystko czego zapragnie (s.29).</p>
<p>Poczucie wpływu</p>	<p>Poczucie, że myśli znajdują się pod czyims wpływem (s.12).</p>
<p>Przechodzenie myśli</p>	<p>Pacjent czasami uważa, że zna myśli innych ludzi (s.13).</p>
<p>Wynajdywanie aluzji</p>	<p>Pojawiają się niezrozumiałe znaki; szepty innych ludzi wydają pacjentowi podejrzane (s.13).</p>

Źródło: Kraepelin, 1919, w: Zalewski, 1997, s. 28.

Kolejne koncepcje, które zrodziły się jako przeciwstawne to teorii Kraepelina to między innymi klasyfikacja francuska oraz koncepcje „bleurelowskie”. Bleuler wysunął dla grupy schizofrenii nie kryterium zajścia, lecz jedności symptomatologiczno-patogenetycznej. (Zalewski, 1997, s. 28.). Natomiast we Francji zaliczano do schizofrenii bardzo wąską grupę psychoz, charakteryzującą się wyraźnym rozpadem osobowości. Nie zaliczano też we Francji do schizofrenii psychoz katatonicznych (Ey, 1963).

Najwyraźniej przeciwstawili się koncepcji Kraepelina następcy Wernickiego – Kleist oraz Leonhardt. Ten ostatni dzieli psychozy endogenne na cztery duże grupy: psychozy fazowe, psychozy cykloidalne, schizofrenie systematyczne i schizofrenie niesystematyczne. (Leonhardt, 1959).

Kolejnym kamieniem milowym w rozwoju zoperacjonalizowanych systemów diagnostycznych było wprowadzenie układu wieloosiowego (klasyfikacji wieloosiowej, diagnostyki wieloosiowej). Jedną z pierwszych diagnostyk wieloosiowych na świecie była diagnostyka etioepigenetyczna Tadeusza Bilikiewicza z 1948 roku. (Stieglitz i wsp.2000). Według Mezzicha (1988) Bilikiewicz był autorem drugiego wieloosiowego systemu klasyfikacyjnego w psychiatrii. Pierwsze, zaszczytne miejsce przypadło Essen-Muellerowi i Wohlfartowi, którzy zaproponowali „pionierski dwuosiowy schemat” i opublikowali go w krótkim artykule w roku 1947 (Bilikiewicz, 1948; ss. 91-99). Koncepcja Bilikiewicza opierała się na teorii hierarchicznie nawarstwionych, domniemanych czynników etiologicznych, wśród których podstawową rolę odgrywały predyspozycje genetyczne ujawniające się w cechach osobowości i obserwacji zespołów objawów klinicznych (za: Bilikiewicz, 1969). W systematyce etioepigenetycznej jak podkreśla Bilikiewicz staramy się nie wrywać zespołów psychotycznych z kontekstu klinicznego. Dla każdej psychozy należy znaleźć podłoże organiczne. Należy tylko dokonać podziału według przynależności czy do warstwy organicznej czy też do czynnościowej.

Zasadniczą zaletą układów wieloosiowych jest szczegółowe rozważenie okoliczności danego przypadku ramach układu biopsychospołecznego, systematyczne ujęcie i dokumentacja znaczących klinicznie objawów, ujęcie informacji służących planowaniu leczenia i prognozowania, zarówno jako dydaktyczny środek pomocniczy, jak i jako ważne narzędzie badań zorientowanych klinicznie i epidemiologicznie (za: Stieglitz, Freyberger, Mombour, 2002).

Obecnie zarówno w badaniach naukowych jak i w praktyce klinicznej przyjęto ICD-10 i DSM-IV. Postulują one posługiwanie się pojęciami maksymalnie prostymi, dostępnymi intersubiektywnie i sprawdzalnymi empirycznie. W zakresie sposobu tworzeni klas, obie klasyfikacje preferują podejście kategoriajne. W praktyce niewiele klas diagnostycznych spełnia kryteria kategorii w sensie logicznym. Większość stanowią lepiej zdefiniowane pojęcia typologiczne. Użycie wymiarów jest proponowane rzadko, gdyż współczesna wiedza nie pozwala na wskazanie i wybór adekwatnych klinicznie i poznawczo wymiarów klas diagnostycznych. W zakresie uporządkowania klas obie współczesne klasyfikacje podkreślają zwłaszcza potrzebę empiryczności jego przesłanek. Stąd rozległe ekspertyzy, studia kliniczne i badania terenowe poprzedzające publikacje (Tomaszewska, 2008, s. 35).

Niniejsze klasyfikacje nie mają ponadto ambicji rozstrzygnięcia takich problemów jak: granice jednostek chorobowych, próby grupowania zaburzeń psychicznych według ich (przeważnie hipotetycznej) etiologii i tym podobnych zagadnień. Między tymi systemami istnieje duża zgodność pod względem istotnych objawów, na które należy zwrócić szczególną uwagę (za: Stieglitz, Freyberger, Mombour, 2002; Jaroszyński 1987). Różnice między owymi systemami dotyczą odmiennego przyporządkowania zaburzeń do podgrup (np. zaburzenie schizotypowe jako zaburzenie osobowości w DSM-IV, a jako podgrupa w części F2 w ICD-10), braku określonych grup zaburzeń w jednym z systemów (np. narcystyczne zaburzenie osobowości w ICD-10), oraz wielu różnic na poziomie odrębnych grup zaburzeń (np. kryterium czasowe w schizofrenii)(Drimmelen i in., 1999).

Powyżej zostały przytoczone jedne z najważniejszych projektów klasyfikacyjnych. Współczesne obowiązujące klasyfikacje spełniają w jakimś stopniu swoje zadanie, to znaczy pozwalają na porozumienie między różnymi szkołami psychiatrycznymi oraz wyraźnie podnoszą poziom diagnostyki. Klasyfikacje te wywierają również wpływ normatywny oraz stymulują do dalszych dyskusji i badań. Dzięki temu powstają coraz lepsze – poprawione wersje, które umożliwiają właściwe rozpoznanie a tym samym leczenie pacjentów.

1.2 Choroba psychiczna a zaburzenia psychiczne

W określeniu definicji pojęć choroby psychicznej i zaburzeń psychicznych pojawia się wiele niejasności. Wśród psychiatrów od dawna istnieje rozbieżność, co do prawidłowego i jasnego definiowania poszczególnych pojęć.

Podjmując problematykę chorób i zaburzeń psychicznych, należy rozważyć kwestię natury ogólnej. Nie sposób podjąć analizę pojęć takich jak choroby i zaburzenia psychiczne bez próby stworzenia definicji zdrowia psychicznego.

Jedną z pierwszych szeroko znanych definicji zdrowia jest ta skonstruowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która tym terminem określa pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie jedynie brak kalectwa czy choroby (Dąbrowski, Pietrzykowski, 1997, s. 46). Definicja ta nie spotkała się z powszechną aprobatą przez wzgląd na zbyt duże uproszczenie pojęcia jakim jest zdrowie. Niejednokrotnie problem, który stawiają psychiatrzy to wytyczenie granicy pomiędzy stanem normalności a patologią, tj. między zdrowiem psychicznym a chorobą psychiczną. Pużyński (2007, s.300) twierdzi, iż granica między tzw. normą psychiczną a patologią jest nieostra, płynna, uwarunkowana

czynnikami społeczno-kulturowymi. Nie można zakresu pojęciowego choroby psychicznej zdefiniować przy użyciu jednolitych środków wyrazu. Tylko nieliczne z objawów są typowe dla danej jednostki chorobowej, większość natomiast jest wspólna. Autor wskazuje, że te same objawy chorobowe lub zespół objawów mogą wskazywać zarówno na chorobę psychiczną jak i na inne zakłócenia czynności psychicznych. Wytyczenie precyzyjnej granicy pomiędzy zdrowiem psychicznym a chorobą psychiczną wydaje się być utopią, dlatego też wykorzystuje się porównywania pewnego zestawu cech decydujących o tym czy człowiek należy do populacji ludzi zdrowych, czy chorych. Zatem można ująć, iż na chorobę psychiczną „składają” się objawy (najczęściej heteronomiczne, tj. stanowiące odchylenia jakościowo różne od prawidłowych czynności psychicznych) typowe dla danej jednostki chorobowej (Dąbrowski, Pietrzykowski, 1997, s.57; Wciórka, 2002, s.8).

Dookreślając pojęcie zdrowia psychicznego należałoby stworzyć jego hipotetyczny model, a następnie porównać z nim poszczególne rodzaje jednostek chorobowych określonych wspólnym mianem „choroba psychiczna”. Można również podjąć próbę uporządkowania chorób psychicznych według sprecyzowanych kryteriów. Najczęściej jest to kryterium objawowe, które nie jest ono w pełni precyzyjne (Tomaszewska, 2008, s. 189).

Termin choroby psychiczne nie jest szczegółowo dookreślony. Psychiatria nie podaje i nie odnosi się do jednej choroby psychicznej, czy do zespołu chorób psychicznych w znaczeniu kilku przechodzących w siebie nawzajem stanów chorobowych (Tomaszewska, 2008, s.187). Dotychczas nie opracowano, jednego katalogu chorób psychicznych. Nie ma też ścisłych i jednoznacznych kryteriów służących do stworzenia terminologii chorób psychicznych (Haslam, 1997, s. 22-29). Klasyfikacje, które opierają się na podstawie sztywnych pojęć klasyfikacyjnych okazały się niewystarczające. Terminologia odnosząca się do chorób psychicznych nie zawsze pozwala na dokładne rozróżnienie odpowiedniej grupy zjawisk pod kątem intensywności i stopniowości, tworząc zakres pojęć chorób psychicznych.

Bilikiewicz (2002, s. 771) podaje, iż choroba psychiczna to przewlekły proces psychotyczny typu endogenego i organicznego bądź somatogenego. Inni pod tym pojęciem rozumieją zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia psychofizjologiczne a więc choroby, w których przebiegu i zająci odgrywają istotną rolę czynniki psychiczne, przez które zwykle rozumie się stres psychiczny oraz zmiany osobowości (Puzyński, 1993, s.70).

W szerokim rozumieniu, choroba psychiczna to: „stan patologiczny, który charakteryzuje się jakościowym, ilościowym lub łącznie obydwoma zaburzeniami funkcji poznawczych i emocjonalnych przy uwzględnieniu tego, że norma, w stosunku do której odnosimy te zaburzenia jest zmienna, uwarunkowana biologicznie, społecznie i kulturowo” (Sęk, 1991, s. 38).

W wąskim rozumieniu, termin choroby psychiczne obejmuje jedynie psychozy (maniakalno-depresyjna, schizofreniczna, alkoholowa, starcza), pozostawiając poza tym zakresem pojęciowym pozostałe zaburzenia psychiczne (Jaroszyński, 1964, s. 40-41). Istnieje również stanowisko, że pod pojęciem choroby psychicznej należy rozumieć takie zaburzenie czynności psychicznych jak (stałe i okresowe), które utrudniają lub uniemożliwiają adaptację społeczną jednostki, wskutek występowania u niej objawów psychotycznych (Jaroszyński, 1964, s.40-41). Znane jest też stanowisko, w którym choroba psychiczna określana jest jako wszelkie zaburzenia psychiczne tj. nerwice, psychozy, zespoły psychoorganiczne i zaburzenia osobowości (Bilikiewicz, 2002, s. 486; Imielski, 2011, s. 11).

Skutkiem niejednolitej postawy dotyczącej definicji chorób psychicznych jest klasyfikacja i uporządkowanie poszczególnych chorób psychicznych. Psychiatrzy są zgodni co do występowania chorób psychicznych, natomiast nie są spójni w zakresie wyznaczenia granicy poszczególnych jednostek chorobowych. Dzieje się tak, gdyż w klasyfikacji chorób psychicznych nie ma jednoznacznie zdefiniowanych objawów typowych dla danej jednostki chorobowej. W obrębie poszczególnych typów chorób psychicznych możemy wyróżnić określone grupy tworzące rodziny znaczeń. Wśród nich znajdują się takie, które wychodzą ze wspólnego „mianownika” np. rodzaje schizofrenii, które dzielą je na poszczególne kategorie. W literaturze psychiatrycznej choroby psychiczne zostały sklasyfikowane w pewne typy (klasy, kategorie) w obrębie, których wyróżniono klasy przedmiotów (systemu, klas, klasyfikacji)(Wciórka, 2002, s. 230). Jednak brak jednolitości w tej kwestii sprawia, że istnieje szereg różnorodnych podziałów, które nie zawsze są ze sobą logicznie powiązanych. Przy przyjęciu sztywnych podziałów klasyfikacyjnych bierze się pod uwagę pewne cechy wspólne dla poszczególnych rodzajów chorób psychicznych. Choroby psychiczne zostały uszeregowane w grupy jedynie na podstawie porównania ze sobą poszczególnych jednostek

chorobowych ze względu na stopień posiadanych przez nie cech wspólnych (Gierowski, 2000, s. 68)¹.

Grupy chorób psychicznych można wstępnie podzielić według klasyfikacji opierającej się na obrazie klinicznym na: psychozy, nerwice, zaburzenia osobowości oraz na zaburzenia o podłożu somatycznym i organicznym (czyli uwarunkowane pierwotną chorobą mózgu), do których należą zespoły otępienne (Haslam, 1997, s.30). Wśród psychoz można wyróżnić dwie grupy:

- różne postaci schizofrenii,
- choroby afektywne (głównie zaburzenia nastroju)(Bilikiewicz, 2002, s. 489).

W psychiatrii istnieją inne podziały wyjaśniające klasyfikacje chorób psychicznych na podstawie objawów pierwotnych jak:

- zaburzenia myślenia,
- zaburzenia emocjonalne,
- zaburzenia sprawności intelektualnej (Ibidem).

Według niektórych poglądów nerwice oraz psychonerwice traktowane są jako niezbędne warunki do wyraźnego, wszechstronnego rozwoju, stanowiące warunek zdrowia psychicznego (Dąbrowski, 1985, s. 8).

Zaburzenia psychiczne nie stanowią jednorodnej kategorii. Zakres tego pojęcia jest bardzo szeroki i odpowiada zaburzeniom psychicznym zawartym w drugiej części Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów (Warszawa, 1983). Należą do nich zaburzenia nerwicowe, osobowości i inne niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, w których dominują objawy homonimiczne (jednorodne)(Dąbrowski, Pietrzykowski, 1987, s. 230). Pod pojęciem zaburzenia psychiczne można również rozumieć ogół zaburzeń i zachowań, które są przedmiotem zainteresowania (profilaktyka, diagnostyka, leczenie) psychiatrii klinicznej (Noyes, Kolb, 1969, s. 106).

¹ J.K. Gierowski twierdzi, iż „Klasyfikacje psychiatryczne nie charakteryzowały się nigdy nadmierną dbałością o jasność, jednoznaczność czy precyzję w opisie uwzględnianych przez nie pojęć i rozpoznań nozologicznych. Jest to spowodowane trudnościami związanymi z próbami uporządkowania i uogólnienia badań empirycznych i wyjaśniających je teoretycznych koncepcji dotyczących zjawisk psychopatologicznych” - *Zaburzenia osobowości sprawcy w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym*, „Palestra” 2000, nr 5 -6, s. 68.

Obecnie przeważa podział na jednostki chorobowe, w niektórych przypadkach podstawą klasyfikacji jest wyodrębnienie zespołów. Według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV pod pojęciem zaburzeń psychicznych rozumie zespoły objawów przejawiające się zachowaniami lub przeżyciami, którym towarzyszą:

- a. operacjonalizacja kryteriów diagnostycznych,
- b. cierpienie,
- c. niesprawność wpływająca na funkcjonowanie,
- d. doświadczenie większego ryzyka (śmierci, bólu, niesprawności),
- e. znaczna utrata swobody.

Zaburzenia psychiczne, to uruchamiane przez stres wzorce reakcji człowieka, polegające na źle przystosowanym i zakłóconym jego funkcjonowaniu psychobiologicznym. Czynniki wywołujące zaburzenia psychiczne są bardzo różnorodne: stać się nimi może wydarzenie traumatyczne (np. śmierć najbliższej osoby, powódź, wojna) wywołujące zespół stresu pourazowego, ale istotny wpływ na zaburzenie psychiczne mają również czynniki osobnicze, stres, reakcje samoobronne, problemy wynikające z życia emocjonalnego (Tomaszewska, 2008, s. 37).

W powszechnie przyjętych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania DSM IV oraz ICD 10 termin „choroba psychiczna” nie występuje, został on zastąpiony określeniem „zaburzenie”(disorder)(Pużyński, 2007, s. 302).

Autorzy ICD-10 wyjaśniają, że terminy „zaburzenie” (*disorder*) jest używany w całej klasyfikacji celem uniknięcia poważniejszych wątpliwości dotyczących terminu „choroba” (*disease or illness*). Nie jest to termin ścisły, używany w celu wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzonych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego.

Zbliżone kategorie diagnostyczne stosują autorzy DSM – IV, którzy dla nadawania poszczególnych kategorii diagnostycznych wyodrębnionych w klasyfikacji stosują termin „zaburzenie”. Przy czym podkreślają, że termin ten nie ma zadowalającej definicji operacyjnej – dotyczy to zarówno jego znaczenia jak i granicy, które mogą być rozpatrywane w różnych kontekstach, np. dyskontroli, niesprawności, przyczyn, obrazu klinicznego (Pużyński, 2007, s. 302). Podkreślają, że mimo wątpliwości i trudności wzorem DSM - III i DSM – IV kontynuują używanie określenia „zaburzenie psychiczne” ze względów

pragmatycznych, gdyż sprecyzowanie definicji i kryteriów rozpoznawczych wyodrębnionych kategorii diagnostycznych może ułatwić odgraniczenie tego, co jest normą od tego, co jest patologią (Pużyński, 2007, s. 303).

Na gruncie prawnym również podjęto próbę zdefiniowania pojęcia „choroba psychiczna” i „zaburzenia psychiczne”, z uwagi na decyzje o ubezwłasnowolnieniu jednostki. Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach² starał się odnieść zarówno do przesłanek medycznych (choroby psychicznej), jak i uwzględnić określone w ustawie skutki prawne. Korzystając z definicji stworzonej przez psychiatrię, Sąd Najwyższy w orzeczeniu stwierdził np., iż za chorobę psychiczną w rozumieniu art. 13 i 16 k.c. nie może być uważany proces miażdżycowy rozwinięty w stopniu odpowiednim do wieku. Z kolei zakreślając granice pojęcia choroby psychicznej, Sąd Najwyższy podważył tezę, że nietypowe formy zachowań, nie odpowiadające przyjętym w społeczeństwie kanonom obyczajowym i moralnym (np. wstąpienie do sekty religijnej, zmiana światopoglądu), o ile ich przyczyną nie jest choroba psychiczna, niepełnosprawność intelektualna lub zaburzenie psychiczne nie mogą stanowić podstawy między innymi do ubezwłasnowolnienia (za: Tomaszewska, 2008, s. 24).

1.3 Schizofrenie i inne zaburzenia psychotyczne czynnościowe

Bogactwo i niezwykłość przeżyć, doznań i myśli schizofreników z jednej strony, a z drugiej - tajemniczość tego świata i oporność schizofrenii wobec wysiłków badawczych, zmierzających do wnikięcia w istotę choroby. Można powiedzieć, że chorzy na schizofrenię odwrócili słynną zasadę *primum vivere, deinde philosophari* (Kępiński, 1978, s. 190).

1.3.1 Definicja, opis i różnicowanie zaburzeń psychicznych

Schizofrenię nazywa się czasem chorobą królewską. Nie chodzi tu tylko o to, że trafia ona nieraz umysły wybitne i subtelne, lecz też o jej niesłychane bogactwo objawów, pozwalające ujrzeć w katastroficznych rozmiarach wszelkie cechy ludzkiej natury. Dlatego opis objawów schizofrenicznych jest niezmiernie trudny i jest zawsze najwyższym i najbardziej ryzykownym sprawdzianem wnikliwości psychiatrycznej (Kępiński, 2005, s.5).

Jeśli wziąć pod uwagę choroby psychiczne, to schizofrenia zdecydowanie przeważa spośród zaburzeń psychotycznych. Prawdopodobieństwo zachorowania w wieku ryzyka, bez potwierdzonej preferencji płci kształtuje się na poziomie ok. 1% (Jones, 2006, s. 46).

² Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 25.11. 1977 r. I RC nr 471, poz. 76, nieopublikowane.

Przyczyny i patogenezy tej choroby nie zostały do końca poznane. Pomimo tego, iż uczeni wiedzą coraz więcej na temat tego schorzenia. Opisy schizofrenii można już napotkać w starożytności, natomiast pojęcie schizofrenii wprowadził Eugen Bleuler w 1911 roku (za: Gorczyca, 2009; Gorczyca, 2009; Bilikiewicz, 1969).

Termin schizofrenia pochodzi z greckiego: *schizo* – rozszczepiam i *fren* – przepona, serce, umysł (Gorczyca, 2009). Za najważniejsze cechy z punktu widzenia psychopatologicznego uważał on „rozszczenie najróżniejszych funkcji psychicznych”. Nie jest to jednoznaczne z „osobowością rozszczepioną” (Gaebel, 2002).

Podając termin schizofrenie już sam Bleuler wskazywał na etiologiczną i prognostyczną heterogeniczność obrazów chorobowych. Czyni on wyraźną różnicę pomiędzy rokowaniem w procesie schizofrenicznym przewlekłym, a w ostrych postaciach schizofrenii (Bilikiewicz, 1970).

Pierwszego całościowego opisu i ujęcia schizofrenii jako jednostki chorobowej dokonał Emil Kraepelin w 1886 roku, jak już zostało wspomniane wcześniej (Jaroszyński, 1987). Użył terminu *dementia praecox* (otępienie wczesne) do określenia grupy chorób rozpoczynających się w okresie młodzieńczym i doprowadzających do otępienia. Przedstawił ją jako odrębną jednostkę nozologiczną z przeważnie niekorzystnym rokowaniem i przeciwstawił ją chorobom maniakalno-depresyjnym.

Natomiast Eugen Bleuler w przeciwieństwie do Emila Kraepelina spojrział na schizofrenię jakby od jej początku. Uważał, że proces chorobowy może się zatrzymać na różnych stadiach rozwoju i że niekoniecznie prowadzi do otępienia. Charakter choroby nie zawsze jest przewlekły, czasem może ona trwać tylko kilka dni, a nawet godzin i nie pozostawiać po sobie uchwytnych zmian psychicznych (tzw. ubytków schizofrenicznych).

Objawy osiowe schizofrenii, które wyodrębnił Bleuler to: autyzm, czyli odcięcie się od świata otaczającego i życie światem własnym, dalekim od obiektywnej rzeczywistości (dereizm), oraz rozszczepienie (schizis), używając innego określenia - dezintegracja wszystkich funkcji psychicznych. W przeciwieństwie też do Kraepelina nie traktował on schizofrenii jako jednostki chorobowej, lecz mówił o schizofreniach lub o grupie schizofrenii, podkreślając tym samym możliwość odmiennej etiologii i patogenezy procesu chorobowego (Kępiński, 2005, s. 5). Powstawały jeszcze inne próby klasyfikacji, jednakże te są jednymi z najbardziej trafnych.

Obecnie jak wspomniano powyżej w klasyfikacjach częściej używa się terminu „zaburzenie” niż „choroba”, gdyż uważa się, że skoro nie znane są jeszcze przyczyn i patogenezy choroby to lepiej posługiwać się pojęciem zaburzenia psychicznego. Widać te tendencje wyraźnie w klasyfikacji DSM-IV-TR z 2000 roku, iż odchodzi się od pojęć niejasnych, jak: „psychoza” czy „nerwica” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Ed., Text Revision, America Psychiatric Association, Waschington 2000). Wyjątkiem jest pozostawienie w klasyfikacji kategorii rozpoznanej pod postacią schizofrenii. Jednakże klinicyści zachowując ostrożność, za jedno z kryteriów rozpoznania schizofrenii uznają czas trwania zaburzeń. Według klasyfikacji WHO ICD-10 (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, 1997) powinien on wynosić miesiąc, natomiast według klasyfikacji amerykańskiej DSM-IV-TR sześć miesięcy.

Zaburzenia schizofreniczne należy uznać jako etiologicznie heterogeniczne. Poniżej tabela przedstawia grupę tych zaburzeń według klasyfikacji WHO ICD-10 (tabela 2).

Tabela 2. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (ICD-10).

F20	Schizofrenia
F20.0	Schizofrenia paranoidalna
F20.1	Schizofrenia hebefreniczna
F20.2	Schizofrenia katatoniczna
F20.3	Schizofrenia niezróżnicowana
F20.4	Depresja poschizofreniczna
F20.5	Schizofrenia rezydualna
F20.6	Schizofrenia prosta
F20.8	Inne
F20.9	Blżej nieokreślone
F21	Zaburzenia schizotypowe
F22	Utrwalone zaburzenia urojeniowe
F23	Przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenia urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoaktywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
	Blżej nieokreślona psychoza nieorganiczna
F29	

Źródło: Freyberger, Schneider, Stieglitz, 2002, s. 286.

1.3.2 Obraz psychopatologiczny

Bleuler (1969) wyróżnił objawy osiowe choroby: autyzm (odcięcie się od otoczenia i życie w nierealnym swoim świecie), rozszczepienie przejawiające się różnym dezintegracją różnych funkcji osobowości. Jarosz (1982, s. 45) proponuje pojęcie „proporcja autystyczno-syntoniczna” zamiast określenia „autyzm.” Chory w niektórych sytuacjach wykazuje potrzebę uczestniczenia w wydarzeniach realnego świata. Występuje rozpad systemu pojęciowego, co charakteryzuje się zatarciem granic pomiędzy pojęciami, nierozróżnianiem pojęć zbliżonych co objawia się paralogią i rozkojarzeniem. Paralogia, jest to brak logicznych powiązań, brak respektowania zasady niesprzeczności czy zauważania sprzeczności, np. indukcja oparta na pojedynczych obserwacjach. Następuje rozpad życia uczuciowego, który przejawia się brakiem dostosowania emocji zarówno do treści wyobrażeń, jak i do wyrazu mimicznego. Życie uczuciowe nie podlega swobodnej modulacji zależnie od treści rozmowy. Sztywności emocjonalnej odpowiada sztywność mimiki. Mogą istnieć sprzeczne uczucia uniemożliwiające wykształcenie adekwatnego stosunku uczuciowego do drugich osób (za: Gorczyca, 2007, s. 32). Do objawów dodatkowych Bleuler zalicza przede wszystkim objawy produktywne, takie jak: zaburzenia postrzegania, urojenia, zaburzenia zmiany mowy i pisanie, objawy wegetatywne i katatoniczne (katalepsja, stupor, hiperkinezy, stereotypie, manieryzmy, negatywizm, automatyczne wykonywanie poleceń, echopraksja, automatyzmy)(Gaebel, 2009).

Imielski (2010, s. 90) podaje „metodę 4A” (metoda czterech A):

- **Autyzm** – odnosi się do faktu, że osoba chora tworzy swój własny intymny, psychotyczny świat, w który ucieka co prowadzi to tego, że traci kontakt z rzeczywistością.
- **Ambiwalencja** – objaw ten, polega na przeżywaniu emocji o dwojakim zabarwieniu. Pacjent jednocześnie kocha i nienawidzi, odczuwa wstręt i pożądanie, boi się i lgnie, przy czym emocje te występują nie naprzemiennie, lecz jednocześnie.
- zaburzenia **Asocjacji** – zaburzenia kojarzenia. Dezorganizacja życia psychicznego, mająca objawy w wypowiedzi (niedorzeczne, sprzeczne, tzw. „sałata” słowna), oraz objawy rozszczepienie.
- zaburzenia **Afektu** – spłylenie emocji, oraz ich nieadekwatność do sytuacji.

Strauss (1974) wyodrębnił triadę objawów, na którą składa się symptomatyka pozytywna, negatywna i społeczna.

Gaebel (2007) podaje, iż prawie wszystkie funkcje psychiczne mogą zostać naruszone przy odpowiedniej eksperymentalno-psychologicznej metodyce badań; z reguły jednak świadomość, inteligencja, orientacja i pamięć kliniczna nie są wyraźnie upośledzone.

Schneider (1971) podaje pierwszorzędowe i drugorzędowe (według niego mające mniejsze znaczenie) objawy schizofrenii. Mimo braku specyficzności prognostycznej znalazły one, ze względu na swą przejrzystość pojęciową i zrozumiałość zastosowanie w większości międzynarodowych systemach diagnostycznych. Występowanie tych objawów uznaje się za typowe w schizofrenii, dopóki wykluczmy inną organiczną przyczynę zaburzenia (tabela 3).

Tabela 3. Pierwszo- i drugorzędowe objawy w schizofrenii.

Objawy pierwszorzędowe	Objawy drugorzędowe
Głosy prowadzące dialog	Inne omamy słuchowe Omamy ze strony innych zmysłów Pomysły urojeniowe Bezradność Rozstrojenie depresyjne Przeżywanie zubożenia uczuć
Głosy komentujące	
Ugłosnienie myśli	
Poczucie oddziaływania fizycznego	
Narzucanie myśli	
Pozbawianie myśli	
Rozgłaszanie myśli	
Poczucie bycia kierowanym	
Postrzeganie urojeniowe	

Źródło: Schneider, 1971, s. 344.

Bilikiewicz (1969, 1970), twierdzi, iż na pierwszym miejscu zaznacza się mniej lub bardziej oznaka dotycząca rozpadu struktury osobowości. Równie ważną i zmienną cechą są szczególne zmiany życia afektywnego, które wykazują cechy również wewnętrznego rozszczepienia. Na dalszym planie wyróżnia autyzm, który wyraża się bardzo silnie objawem rozkojarzenia. Rozszczepienie zaznaczone jest nie tylko wewnątrz poszczególnych czynności psychicznych, a więc wewnątrz życia uczuciowego i wewnątrz procesów myślowych, ale także pomiędzy tymi czynnościami. Bilikiewicz podkreśla, że w żadnym z tych zespołów nie ma zaburzeń jakościowych świadomości, także inteligencja nie cierpi pierwotnie. Nauka zna przypadki, w których chorzy powracali do zdrowia psychicznego po dziesięciu latach nie wykazując poważniejszych ubytków na poziomie inteligencji. Natomiast dużo ważniejszy

problem dotyczy struktury osobowości, ponieważ w czasie choroby to właśnie ona wystawiona jest na najcięższe próby.

1.3.3 Podgrupy diagnostyczne

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione wszystkie podgrupy diagnostyczne schizofrenii. Najczęściej wśród osób badanych zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych można wyróżnić schizofrenię paranoidalną i rezydualną.

Schizofrenia hebefreniczna

Nazwa tej schizofrenii pochodzi od greckiej bogini młodości Hebe. Występuje w młodym wieku, często w okresie pokwitania i niedługo później. Zasada ta nie jest dogmatem, gdyż zespoły hebefreniczne można spotkać w późniejszym wieku – chociaż jest to rzadkością (Bilikiewicz, 2002). Inne źródła również podają, iż najczęściej hebefrenia występuje pomiędzy 15 a 24 rokiem życia (Gaebel, 2009; Wojtczak, 1995; Jaroszyński, 1987).

W schizofrenii hebefrenicznej na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia afektu, napędu i formalne zaburzenia myślenia (Gaebel, 2009). Główną cechą zespołu hebefrenicznego jest tzw. „głupkowata wesołkowatość” chorego. Pacjent chory na tę postać schizofrenii godzinami błaznuje, żartuje, dowcipkuje, wybucha niepohamowanym śmiechem, jego zachowanie jest zdezorganizowane i infantylne (Imielski, 2010, s.87). Jak opisuje Bilikiewicz (2003), osobnik, który zachowywał się bez zarzutu, zaczyna nagle okazywać krnąbrne, kpiarskie, krotochwilne, błazeńskie zachowanie. Chory staje się nietaktowny, bezczelny, nachalny i drażliwy. Mimika i ruchy sprawiają wrażenie sztucznej pozy, nieszczerego patosu, przesady. Od początku stwierdza się zanik uczuciowości wyższej. Osoba pozwala sobie na niepoważne kpiny czy uśmiechy, które nie mają odzwierciedlenia w sytuacji. Przestaje mu na czymkolwiek zależeć. W rozmowie z chorym nie wyczuwa się śladów syntonii – nie ma współbrzmienia afektywnego otoczeniem. Nawet jeśli jest wesoły i śpiewa wyczuwa się w jego zachowaniu fałszywą grę, autystyczną motywację, sprzeczność z wypowiedziami i przypuszczalnymi przeżyciami chorego. Możemy zaobserwować również objawy paratymii oraz paramimii co świadczy o rozłamie osobowości chorego. Czasem występują różnego rodzaju omamy czy też urojenia (sprzeczne, drugoplanowe).

Chory wyraża również w mowie swój stan psychiczny. W stanie maniakalnym przeskakuje z tematu na temat, bo wciąż coś nowego w otoczeniu go interesuje. Nie mówi

"od rzeczy", bo jest z nią, tj. z rzeczywistością, związany. Trudno za jego myślą nadążyć, ale wiadomo, o co mu w danym momencie chodzi, do czego zmierza, tylko tempo jest tak szybkie, że pozornie powstaje wrażenie chaosu. Hebefrenik opowiada o nierealnej rzeczywistości, bo jest oderwany prawdziwej rzeczywistości. Przeskakiwanie z tematu na temat jest u niego wyrazem rozbicia wewnętrznej struktury, mowa jego stanowi luźne, nie tworzące zwartej całości fragmenty, nie wiążące się z otaczającą rzeczywistością (Kępiński, 2009, s. 11).

Typowym objawem często występującym u kobiet jest puerylizm, polegający na naśladowaniu mowy dziecka, co zdradza również zainteresowania dziecięce. Świadczy to o głębokim rozpadzie osobowości z jednoczesną regresją do lat dziecięcych.

Imielski (2010, s.100) podkreśla, iż zachowanie cechuje skrajna niekonsekwencja i dezorganizacja (rozprzężenie osobowości), rozkojarzenie – stąd czasem używane alternatywne określenie tego zespołu schizofrenicznego: ***schizofrenia zdezorganizowana***.

Warto podkreślić, iż wesołkowatość jest tylko pozorna. Pod kpiarskim i błazeńskim zachowaniem tkwi wyraźna pustka i oczywisty dramat chorobowy.

Schizofrenia hebefreniczna występuje dość rzadko. W Domu Pomocy Społecznej, dla kobiet przewlekle psychicznie chorych, gdzie przeprowadzono badania przebywa jedna mieszkanka, której postawiono diagnozę schizofrenii hebefrenicznej w wieku 16 lat. Po długim okresie przebywania w szpitalach i na oddziałach psychiatrycznych zamieszkała w niniejszym Domu Pomocy Społecznej w wieku 32 lat, gdzie mieszka do dziś.

Schizofrenia katatoniczna

Podczas gdy pustka jest główną cechą prostej i hebefrenicznej postaci schizofrenii, to dynamika ruchu wyróżnia formę katatoniczną. W świecie zwierzęcym - a także u człowieka - obserwuje się dwie skrajne formy ekspresji ruchowej: zastygnięcie w bezruchu - *totstellreflex* - oraz gwałtowne wyładowanie ruchowe w postaci chaotycznych, bezcelowych ruchów. Obie te formy reakcji ruchowych występują w sytuacjach zagrożenia życia i są najbardziej charakterystycznym, zewnętrznym wyrazem schizofrenii katatonicznej. W wypadku zahamowania ruchowego mówi się o postaci hipokinetycznej, która może przejść w całkowite osłupienie (łac. *stupor katatonicus*), a w wypadku pobudzenia ruchowego - o postaci hiperkinetycznej, której szczyt stanowi szał katatoniczny (łac. *furor katatonicus*) (Kępiński, 2009, s. 12).

Zespół ten charakteryzuje zmniejszeniem lub zwiększeniem aktywności. Przejawem aktywności jest motoryka, stwierdza się więc w zespole katatonicznym dwie postacie - hipokinetyczną (*osłupienie katatoniczne*) i hiperkinetyczną – czyli podniecenie katatoniczne. Należy do tego również stan oniryczny (Jaroszyński, 1987). Obie postacie mają tę wspólną cechę, że osiłą objawów tych czy tamtych zaburzeń są zaburzenia ze strony napędu psychoruchowego: z jednej strony *in minus*, a z drugiej *in plus* (Bilikiewicz, 2002, s. 261).

Postać hipokinetyczna (akinetyczna), w której dochodzi do różnie nasilonego spowolnienia i zahamowania motoryki chorego. Skrajną formą tego zaburzenia jest osłupienie katatoniczne (łac. *stupor catatonicus*). Okres nasilenia osłupienia trwa zwykle kilka tygodni, całość trwania stanu to zazwyczaj kilka miesięcy. Zaburzenia motoryki następują stopniowo, najpierw proste, później złożone.

Wielu chorych umie wiele powiedzieć o swoich przeżyciach z okresu osłupienia, a u innych stwierdza się lukę w pamięci, obejmująca pierwsze tygodnie osłupienia (Jaroszyński, 1987). Podczas trwania osłupienia pacjent zastyga w całkowitym bezruchu, nie reaguje na bodźce zewnętrzne, wykazuje negatywizm ruchowy (czynny lub bierny) jako opór przeciwko przemieszczeniu go, na przykład z łóżka do innej sali. W tej formie katatonii występuje objaw *gibkości (giętkości) woskowej* – ciało pacjenta, używając siły, można ułożyć w dowolny sposób, w której pozostanie długie godziny, tak jak figura woskową. Kolejnym zjawiskiem, które można zaobserwować jest *poduszka psychiczna* – chory może leżeć w łóżku z głową nieznacznie uniesioną nad poduszką (Imielski, 2010, s. 97).

Najczęściej następuje nagły początek choroby – tzw. *otamowanie*. Jeśli zespół katatoniczny ma powolny początek, u podstaw bez wątpienia leży przewlekły proces schizofreniczny (Bilikiewicz, 1969). Stwierdza się wtedy obniżenie nastroju, spadek aktywności w pracy, kontaktach z ludźmi. Mogą się również pojawić pojedyncze omamy słuchowe, stereotypie i persewacje ruchowe oraz echopraksje. Zmniejsza się liczba wypowiedzianych słów, często w konsekwencji pojawia się mutyzm. Zdarza się, że chorzy przestają się myć, ubierać, jeść. Stawiają opór przy czynnej interwencji. Coraz bardziej zmniejszają kontakt z otoczeniem (Jaroszyński, 1987).

Stany osłupienia mogą występować również w innych zaburzeniach psychicznych, na przykład w depresji osłupienie depresyjne (łac. *stupor melancholicus*) czy w histerii osłupienie histeryczne (łac. *stupor histericus*)(Imielski, 2010, s.97).

Postać hiperkinetyczna (podniecenie katatoniczne) ma przebieg ostry, rzadziej podostry. W pierwszym okresie częste są omamy wszystkich zmysłów z wyjątkiem omamów wzrokowych. Jeżeli te ostatnie mają miejsce, to z zasady chodzi o domieszkę majaczeniową ze zamąceniem świadomości. Podniecenie psychoruchowe wydaje się otoczeniu nieuzasadnione, gdyż nie jest poprzedzone niczym, co by chorego mogło rozdrażnić (Bilikiewicz, 1969). Zachowanie chorych jest niezrozumiałe (skaczą, śpiewają, drą ubranie, niszczą wszystko dookoła, rzucają przedmiotami, często są agresywni w stosunku do siebie i innych). Zdarza się, że chory zrywa się atakuje kogoś z otoczenia lub podejmuje próbę samobójczą (łac. *raptus catatonicus*)(Jaroszyński, 1989). W skrajnej formie dochodzi do szału katatonicznego (łac. *furor catatonicus*), kiedy chory eksploduje najrozmaitszymi ruchami, miota się, biega i skacze, czasami również krzyczy (Imielski, 2010, s.97). W mniej nasilonym podnieceniu można stwierdzić zaburzenia ruchu i mowy jak w osłupieniu: echolalię, echopraksję, persewacje ruchowe i słowne, negatywizm. Zachowanie chorego, a zwłaszcza mimika, wskazują zwykle na przeżywanie lęku lub dysforii gniewliwych, rzadziej – podwyższenie nastroju (Jaroszyński, 1989).

Postać oniryczna, o której wspomina Jaroszyński (1989) kontakt z otoczeniem jest minimalny, aktywność celowo ograniczona. Motoryka jest uboga albo zaznacza się podniecenie lokomocyjne. Jeśli nawiązujemy kontakt z chorym, dowiadujemy się, że przeżywa on „dzianie się”: podróżuje, ucieka, walczy. Zjawisko to nazywa się urojeniami onirycznymi lub urojeniami „dziania się”.

Wśród mieszkanek zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej dla kobiet przewlekłe psychicznie chorych można zaobserwować zarówno objawy stuporu jak i postać hiperkinetyczną. W postaci hiperkinetycznej najczęściej można zaobserwować echolalię i persewacje ruchowe.

Natomiast objawy stuporu nie będąc groźne dla innych mieszkańców i personelu stanowią zagrożenie dla samej mieszkanki. Dochodzi wtedy bowiem do zaburzenia motoryki (zbyt długie napięcie mięśniowe), co doprowadza do częściowego upośledzenia poruszania.

Schizofrenia paranoidalna (dawniej zwana urojeniową)

Zespół paranoidalny jest najczęściej spotykaną postacią schizofrenii. Objawem podstawowym i najbardziej wyrazistym jest obecny u pacjenta mniej lub bardziej system

urojeniowy. Chory tworzy indywidualny, psychotyczny świat zbudowany z własnych sądów i przekonań nie do końca zgodnych z rzeczywistością (Imielski, 2010, s.101).

W schizofrenii paranoidalnej zwykle spotyka się urojenia jak i omamy, choć jedne z nich mogą wyraźniej przeważać. W tworzeniu się struktury urojeniowej Kępiński (2005) wyodrębnia trzy fazy - oczekiwania, olśnienia i uporządkowania.

1. Faza oczekiwania, opisana przez Jaspersa jako *Wahnstimmung* - nastrój urojeniowy, charakteryzuje się stanem dziwnego napięcia, niepokoju, poczucia, że coś musi nastąpić, przerwać poczucie niepewności, rozjaśnić ciemność, która chorego otacza.
2. Faza olśnienia – jest ona podobna do tego co zachodzi w procesie twórczym, gdy nagle dokonuje się odkrycia. Odpowiednikiem angielskim tego przeżycia jest ang. *aha feeling*. Chory wszystko widzi inaczej, całe jego życie ulega przeistoczeniu.
3. Faza uporządkowania – w tej fazie chory zaczyna porządkować logiczną całość (*rationalisme morbide* Minkowskiego). Wszystkie fakty z życia chorego potwierdzają prawdziwość urojenia. Nim chory poruszy tematykę urojeniową, widać to na przykładzie sposobu opowiadania. Otóż opis jest bardzo szczegółowy, wskazujący na hiperfunkcję spostrzegania i pamięci (za: Kępiński, 2009, s. 36).

Podstawowe w tym zespole to treści urojeniowe – nasyłanie i wykradanie myśli, objaw odslonięcia (otoczenie zna myśli chorego), kierowanie ruchami chorego, rzadziej urojenia wpływu chorego na otoczenie, rozszerzanie lub zwężanie realnego obszaru związków z otoczeniem (np. działania obcych). Rozpad formalnego systemu myślenia, nierozróżnianie pojęć zbliżonych, zasad wnioskowania (paralogia, rozkojarzenie). Występują również urojenia odnoszące (ksobne), negowanie identyczności osób znaczących (objaw Capgras, albo Sozji), prześladowca przybiera postać sąsiada, sprzedawcy, lekarza (objaw Fregoliego). Urojenia prześladowcze lub wielkościowe również mogą pojawiać się jako treści w tym zaburzeniu. Rozwinięte urojenia dotyczą zmiany osoby chorego (zmiana płci, inna osoba, zwierzę, itp.). Natomiast pospolitym objawem tej grupy jest dysmorfobia: przekonanie o rozwoju zmian w określonym odcinku ciała (powiększenie nosa, zmiana części ciała, itp.).

Do formalnych zaburzeń myślenia w schizofrenii paranoidalnej zalicza się:

- a) Oderwanie myślenia od rzeczywistości, nazwane dreizmem.
- b) Zaburzenie myślenia logicznego (myślenie paralogiczne).

- c) Zaburzenia samego toku myślenia – zarówno jakościowe jak również ilościowe (otamowanie, natłok, persewercje, werbigercje, gonitwa myśli)(Dąbrowski, Jaroszyński, Pużyński, 1989, s.28).

W praktyce urojenia są najczęściej związane z różnymi obawami chorego, na przykład, że całe otoczenie spiskuje przeciwko niemu, najbliższe i dalsze osoby działają na jego krzywdę, usiłują go doprowadzić do zguby, etc. (Imielski, 2010, s. 102). Jak podaje Bilikiewicz (1969) autyzm chorego sprawia, że całe otoczenie zmienia się urojeniowo. Osoby z najbliższego otoczenia stają się niebezpieczni dla chorego, jednakże będąc równocześnie lekarzami, przyjaciółmi, czy współmałżonkami.

W zespole paranooidalnym występuje dysharmonia między treściami przeżywanymi, sytuacją a emocjami (paratymia), wyrazem emocji a ich rodzajem (paramimia), a także jednoczesne pojawianie się sprzecznych uczuć lub dążeń (ambiwalcja, ambitendencja). W tym zespole częste są również składniki zespołów zaburzeń afektywnych, także urojenia o typowych treściach depresyjnych. Również składniki zespołu katatonicznego i paranoicznego nie są rzadkością. Określane są one wtedy jako zespoły mieszane paranooidalno-depresyjne oraz paranooidalno-katatoniczne (za: Dąbrowski, Jaroszyński, Pużyński, 1989).

Niniejsza postać schizofrenii jest również najczęściej występującą wśród mieszkanki Domu Pomocy Społecznej. Mieszkanki, których dotyczy ten rodzaj zaburzenia stają się niespokojne, szybciej mówią, stają się bardziej podniecone. Osoby, które nie wykazują normalnie pewnych zachowań nagle zaczynają przejawiać nerwowość i szybkość działania, które jest chaotyczne. Wiele spośród nich zdaje sobie sprawę z zaostrzenia stanów psychotycznych. Podobnie jak przytoczony powyżej opis zazwyczaj objawia się treścią urojeniową, do której należą:

- obce cywilizacje, które wtargnęły na teren Domu i chcą daną osobę porwać,
- otoczenie (rodzina, pielęgniarki, opiekunki, inne mieszkanki) zna myśli i przewiduje działanie osoby,
- otoczenie chce wykraść myśli osoby,
- urojenia treści wielkościowej (osoba jest ważną osobistością),
- i inne.

Schizofrenia prosta (schizophrenia simplex)

Podążając za Antonim Kępińskim należy wymienić typ schizofrenii prostej (łac. *schizophrenia simplex*). Otóż wyraża się ona najmniejszą liczbą symptomów. Dominują objawy negatywne, proces chorobowy, jest, przynajmniej z początku, dyskretny i niezauważalny, często brak wyraźnych zmian w zachowaniu chorego i najbliższe otoczenie nie zauważa zachodzących w obrębie życia psychicznego poważnych zaburzeń (Imielski, 2010, s. 97).

Ta postać schizofrenii charakteryzuje się wg Kępińskiego (2005, s.10) tym, iż u chorego stopniowo wzrasta zubożenie, apatia, niechęć do wychodzenia z domu, kontaktów z ludźmi. Brakuje mu inicjatywy, ruchliwości. Sam nie podejmuje żadnej decyzji i stroni od jakichkolwiek sytuacji zmuszających go do tego. Cechą charakterystyczną jest również obojętność emocjonalna. Na wieść o poważnej chorobie czy też śmierci bliskiej osoby nie ma żadnej reakcji, bądź jest ona nieznaczna. Dość często własne ciało staje się centralnym tematem zainteresowań chorego. Wypełnia ono pustkę jego życia. Chory koncentruje się na zewnętrznym wyglądzie ciała lub na jego wewnętrznej strukturze. Przegląda się godzinami w lustrze, robiąc przy tym dziwne miny, martwi się jakimś szczegółem swego wyglądu lub rzekomym złym funkcjonowaniem jakiegoś narządu. Snuje fantastyczne koncepcje budowy i pracy swego organizmu i stosuje fantastyczne pomysły lecznicze. Jak zaznacza to w swojej pozycji Imielski (2010, s.97), dopiero wówczas, gdy chory popełni jakiś czyn przestępczy lub jego zachowanie przyjmie bardzo dziwaczną postać wtedy otoczenia dostrzega od dawna już istniejący problem.

W tej postaci schizofrenii trudno stwierdzić kiedy dokładnie powstało zaburzenie i jak długo trwa. Psychiatrzy podkreślają, że wykonując po wielu latach ponowne badania psychiatryczne można by u wielu osób postawić inną diagnozę, na co ma wpływ styl życia, leczenie i środowisko w którym żyje.

Rokowanie tej postaci schizofrenii jest bardzo niepomyślne z uwagi na to, że przez lata narastały pewne zaburzenia, pomimo iż osoba zostaje poddana leczeniu, zawsze udaje jej się pomóc na tyle, aby dostatecznie poprawić jej funkcjonowanie.

Schizofrenia rezydualna (resztkowa)

Należy wspomnieć o tym zespole, ponieważ dotyczy on szczególnie mieszkańców Domów Pomocy Społecznej. Otóż jest to zespół rozpoznawalny u pacjentów mających za sobą lata procesu schizofrenicznego. Ten zespół psychopatologiczny obrazuje dobitnie i

jednoznacznie, do czego może dojść, kiedy proces psychotyczny nie jest leczony lub mimo prób nie poddaje się leczeniu i uporczywie trwa przez długie lata (Imielski, 2010, s. 100).

W tej postaci schizofrenii pojawiają się przede wszystkim objawy negatywne, takie jak spowolnienie psychomotoryczne, ograniczenie aktywności, spłylenie afektu, bierność i brak inicjatywy, zubożenie ilości i treści wypowiedzi, upośledzenia komunikacji pozawerbalnej, kontaktu wzrokowego, modulacji głosu i postawy ciała, niedostateczna dbałość o siebie i ubóstwo zachowań społecznych (ICD 10). Bywa, że chory całymi godzinami, dniami spędza czas zupełnie beczynnie, przesypia większość dnia, błądzi bez celu, wygląd chorego odzwierciedla pustkę wewnętrzną (Ibidem).

Jak zostało wspomniane powyżej jest to zespół często występujący w grupie badawczej. Wiele mieszkanki leczy się ponad 20 lat. Długi okres przyjmowania leków psychotycznych, które nie zawsze były odpowiednie, okresy, w których badane nie podejmowały leczenia, oraz współwystępowanie innych okoliczności obniża znacznie ich funkcjonowanie. Trudności w doborze leków, częste zmiany oraz nawracające objawy powodują powstanie typowych objawów schizofrenii resztkowej.

Oprócz wyżej wymienionych postaci schizofrenii w ICD -10 wyróżnia się inne odmiany. **Nieźróznicowaną (atypową)** postać, którą diagnozuje się wtedy, gdy obraz nie pasuje do żadnej z wyżej wymienionych form, lub obecne są objawy typowe dla różnych postaci. Inną formą jest depresja poschizofreniczna. Ta postać oznacza, że do ostrej schizofrenii dołączył się epizod depresyjny, podczas którego cofnęła się symptomatyka schizofreniczna, która jednakże nadal jest obecna (Gaebel, 2005).

1.3.4 Zespoły paranoiczne i obłąd (*paranoia*)

Paranoja pochodzi od greckiego słowa *para* – mimo i *noos* – rozum. O zespole paranoicznym świadczy rozbudowany system urojeniowy, zazwyczaj o charakterze prześladowczym (Imielski, 2010). Została ona po raz pierwszy wymieniona przez Hipokratesa w jego klasyfikacji zaburzeń psychicznych, obok padaczki, manii i melancholii (Namysłowska, 1987, w: Jaroszyński i wsp. 1987). Przez paranoję rozumiana jest psychoza czynnościowa składająca się z usystematyzowanych urojeń, przebiegającą bez rozpadu struktury osobowości i innych cech schizofrenicznych w szczególności bez zaburzeń afektu (Bilikiewicz, 1969).

Paranoja i reakcje paranoiczne rzadko występują przed 30 rokiem życia. Częściej również dotyczą kobiety niż mężczyzn (Namysłowska, 1987).

Obłąd (paranoja) jest zaburzeniem o nieznanym przyczynie. Niektórzy autorzy wspominają o tym, iż występuje pewna predyspozycja genetyczna, ma o tym świadczyć większa niż w całej populacji częstość występowania tego typu zaburzeń wśród najbliższych krewnych. Inni twierdzą, że przyczyna tkwi w szkodliwym wpływie środowiska. Jeszcze inna hipoteza podąża za etiologią biologiczną, czyli przyczyn szukają w korze mózgowej, konkretnie patologicznego procesu pobudzenia w strukturach kory mózgowej (Bilikiewicz, 1979; Jarosz, Cwynar, 1978; Namysłowska, 1987).

W obrazie klinicznym, tak jak już zostało wspomniane pozostaje nienaruszona struktura osobowości, brak jakościowych zaburzeń afektywnych, omamów, chory jest w pełni świadomy. Zachowania paranoiczne cechuje: przewaga projekcji nad innymi mechanizmami obronnymi, podejrzliwość i wrogość wobec otoczenia, lęk przed utratą autonomii, nieświadomiane poczucie niższości (przy tym nadmierne poczucie własnej wyższości), poczucie zagrożenia, przekonanie, że jest się obiektem niechęci, wrogości innych. Ponadto cechą zachowania paranoicznego jest podejrzliwość wobec otoczenia (Namysłowska, 1987). Trzon tworzą urojenia, polegające na błędnej interpretacji rzeczywistych wydarzeń. Urojenia wiążą się w zwarty system. Treść jest zazwyczaj prześladowcza (Bilikiewicz, 2002).

Główne postaci paranoi, które się przyjmuje to: paranoja prawdziwa (łac. *paranoia vera*) oraz reakcje paranoiczne (Cwynar, 1978). Paranoja prawdziwa zazwyczaj objawia się jako urojeniami prześladowczymi i ksbnymi. Chory nagle zaczyna ujawniać swoje myśli, które już od dawna skrywał. Następnie wkracza w fazę w pełni rozwiniętej paranoi, zazwyczaj pod wpływem pewnego zdarzenia, które przypadkowo „doprowadziło” chorego do prawdy, którą on do dawna podejrzewał. Od tego momentu zachowanie chorego jest silnie podporządkowane urojeniom. Jeśli stosunki chorego z otoczeniem są poprawne chory może efektywnie wykonywać swoje obowiązki, co prowadzi do tego, że czasami nawet najbliższe otoczenie nic nie wie o zaburzeniach. Od tego momentu rozpoczyna się przewlekła faza psychozy, która może trwać nawet kilka lat (Namysłowska, 1987). Bilikiewicz (1969) wyróżnia oprócz tych dwóch postaci obłąd prześladowczy osób głuchych i głuchoniemych, obłąd piniaczy (łac. *paranoia querulatoria*), obłąd udzielony (fr. *folie a deux*) zwanej jeszcze inaczej psychoza indukowana (łac. *paranoia inducta*), obłąd zazdrości (łac. *paranoia invidiva seu aemulatoria*), obłąd zazdrości osób z chorobą alkoholową (zespół Otella, łac. *paranoia alcoholica*), obłąd posłannictwa religijnego, reformatorski, wynalazczy, odkrywczy, obłąd erotyczny (łac. *paranoia orginaria*), obłąd genealogiczny, obłąd urojonej choroby (łac.

paranoia hypochondrica), obłęd pasożytniczy (łac. *paranoia parasitaria*), obłęd sytuacyjny (łac. *paranoia situativa*).

1.3.5 Zaburzenia afektywne

Już w starożytności, w pismach Hipokratesa można odnaleźć opisy manii i melancholii jako chorób związanych z podłożem humoralnym. Aretajos z Kapadocji, lekarz grecki, zwrócił uwagę na nomograficzną łączność manii i melancholii. Autor ten zauważył również specyficzne cechy temperamentu u osób, u których występują poszczególne zaburzenia. Rufus z Efezu spostrzegł, że melancholia występuje zazwyczaj jesienią i wiosną.

Bliższego opracowania doczekano się w XIX wieku przez Julesa Baillargera, który nazwał zaburzenie dwubiegunowe „*folie a double forme*” oraz Jeana Pierra Falreta, który użył określenia „*la folie circulaire*”, aż Kraepelin nazwał ją psychozą maniakalno – depresyjną. Z kolei Richard Burton był prekursorem w opisie zaburzenia jednobiegunowego tj. melancholii. Duże znaczenie wniosło jego dzieło „Anatomia melancholii” z 1621 roku, gdzie prawie odpowiada on współczesnym opisom osobowości osób z chorobą afektywną dwubiegunową (za: Jarosz, 1978; Pużyński 1987).

Zaburzenia afektywne są drugą wielką grupą najczęściej spotykanych zaburzeń psychicznych. Zaburzenia te charakteryzują się nawrotowością faz chorobowych, pomiędzy którymi chory może dość dobrze funkcjonować (Gorczyca, 2009, s. 35). Choroby afektywne nazywane są też zaburzeniami nastroju. W zakresie zaburzeń nastroju wyróżniamy następujący podział kliniczny:

- a) Zaburzenia afektywne jednobiegunowe.
- b) Zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

Z definicji zaburzeń afektywnych jednobiegunowych wynika, że zaliczamy do nich odchylenia nastroju zmierzające zawsze w jednym kierunku – w stronę manii lub w stronę depresji (za: Imielski, 2010). Carlo Perris (1966, Pużyński, 1987) zaproponował, aby podstawą do rozpoznania tej grupy schorzeń było stwierdzenie co najmniej trzech faz depresyjnych oraz niestwierdzenie manii. Natomiast zaburzenia afektywne dwubiegunowe obraz choroby oscyluje pomiędzy stanami patologicznego pobudzenia i patologicznego przygnębienia, czyli stanami manii i depresji (Imielski, 2010, s.119). W tabeli poniżej przedstawiono wybrane cechy różnicujące chorobę afektywną dwubiegunową od choroby afektywnej jednobiegunowe.

Tabela 4. Wybrane cechy różnicujące chorobę afektywną dwubiegunową z jednobiegunową.

Cecha	Choroba afektywna dwubiegunowa	Choroba afektywna jednobiegunowa
Rodzaj faz w przebiegu choroby.	Zespoły depresyjne, maniakalne, hipomaniakalne.	Wyłącznie zespoły depresyjne.
Rodzaj chorób afektywnych.	Choroba afektywna dwubiegunowa i jednobiegunowa.	Choroba afektywna jednobiegunowa.
Cechy osobowości.	Często cyklotymiczna, syntoniczna, ekstrawertywna.	Często melancholiczna (wg Tellenbacha), anakastyczna, neurotyczna, introwertywna.
Początek choroby (wiek).	20 – 35 rok życia	Po 40 roku życia.
Średnia liczba faz.	6-7	3-4
Długość fazy depresyjnej.	Ok. 3 miesiące	Ok. 6 miesięcy
Niektóre cechy kliniczne depresji.	Często typowa depresja endogenna z zahamowaniem, niewielkie nasilenie lęku, hipersomnia.	Często depresja z lękiem, niepokojem, podniecaniem ruchowym, urojeniami depresyjnymi, bezsenność.

Opracowanie własne na podstawie Pużyński, 1987, s. 28.

Zespół maniakalny

Słowo *mania* pochodzi z greki i oznacza szaleństwo. Lekko wyrażony zespół określa się mianem hipomanii, ciężki jako manię. Jednakże oddzieleni tych dwóch jednostek jest bardzo płynne z tego powodu opisane zostaną wspólnie (za: Imielski, 2010).

Zespół maniakalny charakteryzuje się podwyższonym nastrojem, drażliwością, nastrojem dysfotyczno- agresywnym, podwyższonym poczuciem własnej wartości, które może prowadzić do urojeń wielkościowych (za: Haug, Ahrens 2002).

Napęd jest podwyższony, zwiększony poziom aktywności. W hipomanii związana jest z tym często większa wydolność i czasami kreatywność (Goodwin i Jamison, 1990).

Nastrój chorych, nazywany nastrojem maniakalnym, cechuje stałe wzmocnienie samopoczucia, przejawiające się w takich stanach jak: zadowolenie, uczucie radości, szczęścia. Przejawem tego jest beztroska, śmiech, żarty, często nieadekwatne do sytuacji,

nadmierna poufałość, gadatliwość i jednocześnie wzmożona drażliwość. W bardziej nasilonych stanach maniakalnych dobre samopoczucie i pogodny nastrój często zanikają, a w ich miejsce pojawia się nastrój dysforyczny. Zmianie ulega tempo myślenia (gonitwa myśli, słowotok), uwagi (wzmożona przeczutność uwagi), pamięć zazwyczaj jest sprawna, czasami może nawet dojść do poprawy, jednakże zaburzenia myślenia uniemożliwiają wykorzystanie w pełni zdolności amnestycznych (Pużyński, 1978). W tabeli 5 podano najczęstsze objawy zespołu maniakalnego.

Tabela 5. Częste objawy zespołu maniakalnego.

Podwyższony nastrój.

Wzmożony napęd i aktywność.

Zwiększona aktywność towarzyska.

Wyraźnie dobre samopoczucie.

Zmniejszenie zahamowań społecznych.

Drażliwość, rozdrażnienie, agresja.

Mniejsza potrzeba snu.

Idee wielkościowe.

Gonitwa myśli i gadatliwość.

Źródło: Haug, Ahrens, 2005, s. 45.

Chorzy mniej śpią, źle się odżywiają, wykazują się dużą nadpobudliwością psychoruchową stają się często kłótlivi, napastliwi wobec innych. Cechą charakterystyczną jest lekkomyślność w zachowaniu. Pospolitym zjawiskiem jest wzmożony popęd płciowy, nadużywanie alkoholu, przypadkowe podróże, niekontrolowane wydatki, podejmowanie nietypowych działań, zawieranie licznych znajomości czy nawet zawierania związków małżeńskich z przypadkowym partnerem.

Na pograniczu stanu maniakalnego i hipomaniakalnego, chorzy odczuwają popędy twórcze, które u ludzi zdolnych mogą okazać się cenne na polu sztuki. W lżejszych stanach maniakalnych osoby chore mogą podnieść na chwilę swoją wydajność w pracy, natomiast w ciężkich stanach maniakalnych (łac. *furia*) chorzy mogą rzucać się na otoczenia, dokonywać zniszczeń wokół siebie czy nawet zagrażać życiu innych lub swoim. Obecne są również objawy psychotyczne w postaci urojeń (zwłaszcza wielkościowych lub/i prześladowczych), a nawet halucynacji co często komplikuje sprawę rozpoznania, wymaga różnicowania z innymi zespołami psychopatologicznymi (za: Pużyński, 1978; Kępiński, 1978; Wojdysławska, 1978; Bilikiewicz, 1979; Falicki, 1985; Haug, Ahrens, 2002; Imielski, 2010).

Zespół depresyjny

Obraz kliniczny zespołu depresyjnego jest w dużym stopniu przeciwieństwem zespołu maniakalnego. Depresja dawniej *melancholia* jest rozpowszechniona w społeczeństwach cywilizowanych (Pużyński, 1987; Imielski, 2010).

Dane na temat częstości jednobiegunowych zaburzeń depresyjnych zaburzeń depresyjnych są bardzo różne. Zapadalność na zaburzenia depresyjne wynosi od 0,1% do 0,3% dla ciężkich depresji i sięga 1,3% przy uwzględnieniu lżejszych postaci. Podobnie jak w przypadku manii częściej występuje wśród kobiet niż mężczyzn. Szczyt częstości pierwszego zachorowania przypada na mniej więcej 30 rok życia (Hauh, Ahrens, 2002). Według Górczyca (2009) rozpowszechnienie depresji w populacji ogólnej wynosi 3% a ciągu całego życia ludzi aż 18%. Z tej liczby 8 – 10% chorych ma objawy o niewielkim nasileniu, wystarczającym jednak do klinicznego rozpoznania depresji.

Depresja ma podłoże genetyczne, ale również związana jest z cechami nabytymi w środowisku, czy utrwalonymi cechami osobowości (np. introwersja, lękliwość), czy też na skutek wychowania (za: Bilikiewicz, 1978, Górczyca, 2009, Imielski, 2010).

Zespół depresyjny oscyluje wokół trzech objawów osiowych: przygnębienia, zahamowania i zwolnienia czynności psychicznych oraz zmniejszenia napędu psychoruchowego. Zaburzenie czynności regulacyjnych podwzgórza i układu siatkowego, w tym zaburzenie rytmów biologicznych jak snu i czuwania. Do powyższych objawów dołączony jest objaw lęku (Pużyński, 1987; Wojdysławska, 1978; Bilikiewicz, 1990).

W zespole depresyjnym można wyodrębnić między innymi zaburzenia myślenia (treść myślenia – ocena siebie oraz otaczającego świata jest negatywna), natrętne myśli (również myśli samobójcze), impulsy, urojenia (często katastroficzne, grzeszności, winy, kary, itp.), zwolniony tok myślenia, zaburzenia spostrzegani pod postacią omamów rzekomych (pseudohalucynacji), pesymizm, smutek. Charakterystyczne jest gorsze samopoczucie w godzinach porannych (Wojdysławska, 1978; Pużyński, 1987; Bilikiewicz, 1990).

W tradycyjnej psychopatologii wyróżnia się dwie postaci depresji:

- a) Depresja reaktywna.
- b) Depresja endogenna.

Depresja reaktywna występuje najbardziej powszechnie po stracie bliskiej osoby, czyli w kontekście żałoby. Powstaje on na skutek reakcji na przykre zdarzenie. Natomiast depresja endogenna powstaje na podłożu zaburzeń pracy mózgu. Jednakże jak podkreśla Imielski (2010, s.115) sytuacje trudne przyczyniają się do powstania tego typu zaburzeń.

Podstawowa różnica polega na tym, że w przypadku depresji reaktywnej nie obserwuje się lęku, ani zaburzeń somatycznych (najczęstsze z nich to bóle głowy, zaburzenia perystaltyki jelit, zaburzenia rytmu dobowego). Samoocena osoby chorej również nie ulega obniżeniu.

Pużyński (1987) wymienia kilka obrazów depresji endogennej:

- depresja prosta (objawia się somatyzacją, niskim poziomem lęku, zaburzeniami rytmów biologicznych);
- depresja zahamowana (cechą charakterystyczną jest osłupienie depresyjne, czyli zahamowanie psychoruchowe);
- depresja urojeniowa (rozbudowane oceny depresyjne osiągające rozmiary urojeń);
- depresja lękowa (główne objawy to wegetatywno-somatyczne objawy lęku);
- depresja hipochondryczna (dominuje zainteresowanie zdrowiem i przeżywaniem pewnych istniejących dolegliwości);
- depresja z natręctwami (najczęściej są to uporczywe ruminacje samobójcze, oraz natrętne myśli i impulsy dotyczące dokonania czynów gwałtownych);
- depresja depersonalizacyjna (Schafer wyodrębnił ją w 1880 roku; dominują zaburzenia sfery emocjonalnej).

Depresja jest poważną chorobą, często lekceważoną przez otoczenia, które nie ma świadomości co naprawdę się dzieje. Różne choroby somatyczne oraz podatność psychiczna intensyfikują chorobę. Niestety niezauważona – tym samym nie leczona prowadzi do śmierci. Pużyński (2002, ss. 343-415) podaje, dane statystyczne, z których wynika, że samobójstwo popełnia 20 – 25% chorych.

Zespół depresyjny, podobnie jak zespół maniakalny został wspomniany z uwagi na specyficzne środowisko badawcze jaki jest dom pomocy społecznej. Mieszkanki są częściej narażone na tego typu zaburzenie niż przeciętna osoba w populacji.

Można zaobserwować objawy zespołu depresyjnego u mieszkanek, w okresie aklimatyzacji w ośrodku. Często nie godzą się z faktem separacji z rodziną, dziećmi i oderwaniem od dotychczasowego środowiska życia. Kolejnym bardzo istotnym faktem jest to, że mieszkanki, jak już zostało wspomniane zazwyczaj pozostają w zakładzie do końca swoich dni. Pogarszający się stan zdrowia, brak kontaktu z rodziną i poczucie osamotnienia mogą być przyczynkiem do pojawienia się objawów znacznego obniżenia nastroju. Również długotrwałe leczenie prowadzi do pojawienia się szeregu objawów negatywnych czasami diagnozowanych jako postać schizofrenii rezydualnej.

Choroba afektywna dwubiegunowa

Dawniej była nazywana *cyklofrenią* lub psychozą *maniakalno-depresyjną*. Kiedyś używano tego pojęcia zamiennie. Natomiast ICD-10 odgranicza pojęcie cyklotymii od zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (Hauh, Ahrens, 2002). Na obraz chorobowy składają się: zespół maniakalny i zespół depresyjny i tworzą one jedną całość, pozostając przy tym w stosunku do siebie jak negatyw i pozytywny (Wojdysławska, 1978).

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe zaczynają się często w młodym wieku dojrzłym; najczęściej podawany jest dwuwierzchołkowy rozkład częstości, z drugim szczytem w piątej dekadzie życia. Na dwubiegunowe zaburzenia afektywne choruje według różnych badań 1% do 8% populacji (Gorczyca, 2009, s. 22).

Jest to przewlekła forma przebiegu zaburzenia afektywnego z licznymi okresami łagodnie wyrażonych objawów depresyjnych lub maniakalnych. Ponadto nastrój może być czasami normalny. Jednak przeważnie utrzymuje się jego niestabilność. Żaden z okresów depresyjnych czy maniakalnych nie jest tak silnie wyrażony jak w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym (Hauh, Ahrens, 2002, s. 122). Teoretycznie można przyjąć, że zmiana fazy może nastąpić w ciągu kilku dni a nawet godzin. Najczęściej fazy przebiegają na przestrzeni tygodni lub miesięcy (Imielski, 2010). Jak podaje Wojdysławska (1978) faza chorobowa może trwać od tygodnia do szeregu miesięcy i lat. Jednakże u nieleczonych chorych okres depresji trwa średnio do 9 miesięcy, a okres manii 6 miesięcy. Depresje przebiegają bardziej przewlekłe niż manie. W młodszy wieku czas bywa krótszy i częściej występują zespoły maniakalne. Również okresy wolne od choroby mogą być różne. Po pierwszym zachorowaniu okres reemisji bywa najdłuższy (5 – 7 lat).

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe oraz jej poszczególne fazy wprowadzają bardzo dużą dezorganizację w życiu chorego. Często chory nie podejmuje leczenia (szczególnie w okresie manii), ponieważ początkowo nie dostrzega problemu. W skutek tego chory może utracić pracę, rodzinę, co na pewno nie poprawia jego sytuacji życiowej.

1.3.6 Strategie, procedury i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi

Leczenie psychiatryczne rozgrywają się na trzech płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i socjologicznej. Najczęściej stosowaną terapią w leczeniu zwłaszcza typu schizofrenicznego jest farmakoterapia. Panuje pogląd, że im dalej pacjent oddalił się od rzeczywistości tym bardziej najpierw powinno zastosować się środki farmakologiczne (Kępiński, 2005).

Podstawę farmakoterapii stanowią neuroleptyki. Stosowanie leków tego typu leków jest zalecane we wszystkich podtypach psychopatologicznych (Kane, 1987). Nazwę *neuroleptica* wprowadził w roku 1955 Delay i Deniker. Rozróżnia się leki neuroleptyczne od trunkwilizatorów (łac. *tranquillus* 'spokojny, cichy'), żądając od nich spełnienia poszczególnych warunków:

1. Mają mieć silne działanie uspokajające w stanach podniecenia psychoruchowego.
2. Mają wywierać wpływ zobojętniający, bez efektu narkotycznego.
3. Mają mieć zdolność do wywołania objawów wegetatywnych i objawów ze strony układu pozapiramidowego (Bilikiewicz, 1969, s. 705)

W 60 – 70% przypadków prowadzi to do wyraźnej poprawy po sześciu do siedmiu tygodni stosowania. W przypadku odstawienia neuroleptyków należy się liczyć z nawrotem choroby u 80% chorych w ciągu dwóch lat (DGPPN, 1998). Zgodnie ze wskazówkami klinicznymi po pierwszej manifestacji choroby zaleca się leczenie niewielkimi dawkami przez okres około dwóch lat, po większej liczbie manifestacji od trzech do pięciu lat. Profilaktyczne działanie neuroleptyków po ostrym nasileniu objawów zapewnione jest w warunkach kontrolowanych do pięciu lat, a kazuistycznie do dziesięciu lat (Gaebel, 2005).

Zasadniczo można stosować neuroleptyki z wszystkich dostępnych klas substancji (fenotiazyna, tioksanten, butyrofenon, difenyllobutylopiperydyna, benzamid, benzisoksanol, dibenzepina); w praktyce podstawowe znaczenie wyboru substancji ma wyważenie działań podstawowych i ubocznych pod kątem leczenia (za: Gaebel, 2005).

Prócz leków psychotropowych (głównie neuroleptyków, niekiedy też tymoleptyków) dwie metody leczenia biologicznego utrzymały się w leczeniu schizofrenii – wstrząsy elektryczne (ECT)(Kępiński, 2010, s.101). Jak podaje Gaebel (2005) wstrząsy elektryczne podaje się w złośliwej, zagrażającej życiu postaci stuporu katatonicznego, oraz w innych postaciach opornych na leczenie – przede wszystkim towarzyszącej symptomatyce afektywnej. Zabieg elektrowstrząsów (EW) został wykonany po raz pierwszy przez Ugo Cerletiego i Lucio Biniego w rzymskiej klinice psychiatrycznej w 1938 roku (Gorczyca, 2009). Mimo że zabiegi elektrowstrząsowe są zupełnie bezbolesne (są przykre tylko wówczas, gdy poda się zbyt małą dawkę prądu i chory nie traci przytomności , natomiast odczuwa uderzenie prądem i ma niekiedy proste omamy wzrokowe), to jednak chorzy często odczuwają przed nimi silny lęk. Z wyjątkiem wypadków, gdy istnieją wskazania życiowe do stosowania wstrząsów elektrycznych, np. głębokie stany depresyjne czy ostre zespoły katatoniczne, nie należy nigdy stosować ich na siłę, wbrew woli chorego. Przy pewnej dozie cierpliwości na ogół udaje się chorego nakłonić do tej metody leczenia. Seria wstrząsów

elektrycznych nie powinna przekraczać 8-10 zabiegów. Zwykle daje się je dwa do trzech razy w tygodniu. W wypadku bardzo ostrej psychozy, nasuwającej podejrzenie schizofrenii, która może zakończyć ze skutkiem śmiertelnym, można je stosować nawet po kilka razy dziennie. Często po 8 wstrząsach elektrycznych występuje ostry zespół psychoorganiczny w postaci zamęcenia i silnych zaburzeń pamięci. Leczenie wstrząsowe należy wówczas przerwać (Kępiński, 2005, s. 101).

Natomiast metody operacyjne w psychiatrii zostały wprowadzone na szeroką skalę przez Egasa Moniza. Koncepcję leczenia chorych psychicznie poprzez operacyjne przerwanie połączeń wzgórzowo-czołowych uzasadnił on koniecznością przerwania utrwalonych błędnych połączeń między komórkami, które to wywołują nieprawidłowe procesy myślowe. Mimo tego, iż metoda od początku budziła wiele zastrzeżeń, to osiągnęła duże poparcie. W wyniku takich zabiegów często dochodziło do zmian neurologicznych (padaczka), czy też zmian osobowości (Gorczyca, 2009).

Kiedyś stosowano również metodę zapaści insulinowych. Za pomocą dużych dawek insuliny wprowadzano pacjentów psychiatrycznych w śpiączkę, a następnie „wybudzano” ich cukrem. Proces ten był skomplikowany, kosztowny i wymagał zaangażowania sporej ilości personelu, ale był przede wszystkim niebezpieczny i bardzo bolesny dla samych poszkodowanych (duża ilość wypadków śmiertelnych).

Do metod niefarmakologicznych należy terapia psychospołeczna i rehabilitacja. Jak podaje Imielski (2010) nawet wśród specjalistów z dziedziny psychoterapii panują dość umiarkowane przekonania co do skuteczności działań psychoterapeutycznych wobec osób z psychozami. Do dyspozycji jest wiele metod psychoterapeutycznych łączonych z farmakoterapią. W zależności od wyniku analizy specyficznych sfer problemów można następnie zalecić odpowiednio ukierunkowany trening umiejętności społecznych, czy też trening radzenia sobie (trening strategii kontrolowania objawów i kompensacji upośledzenia, specyficznych strategii walki z chorobą, uwrażliwiania na indywidualne reakcje i stres). Częstym problem terapeutycznym jest symptomatyka paranoidalno-halucynacyjna, gdzie skuteczna okazuje się interwencja poznawczo-behavioralna (Birchwood, Spencer, w: Stieglitz, i inni, 2005).

Wskazana jest również indywidualna psychoedukacja, mająca na celu poszerzenie wiedzy na temat choroby i jej leczenia jako podstawy do zwiększenia motywacji i współpracy z terapeutą (Gaebel, 2005). Imielski (2010, s. 107) podkreśla, iż w prawidłowo prowadzonej terapii niezwykle ważne jest uświadomienie rodzinie i najbliższemu otoczeniu chorego, na czym naprawę polegają zaburzenia psychotyczne chorego. W jaki sposób

reagować na zmiany w zachowaniu i w stanie psychicznym pacjenta, jak je modyfikować w systemie rodzinnym, by system ten uczynić bardziej przyjaznym.

Metody terapii stosowane w Domu Pomocy Społecznej przeznaczonym dla kobiet przewlekle chorych psychicznie szerzej zostaną przedstawione w rozdziale trzecim.

1.4 Uwarunkowania prawne opieki i leczenia psychiatrycznego

Dnia 19 sierpnia 1994 roku weszła w życie ustawa o ochronie zdrowia psychicznego będąca podstawowym aktem prawnym normującym system opieki i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. 1994, nr 111, poz. 353, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 3 osoba z zaburzeniami psychicznymi to:

- osoba chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne);
- upośledzona umysłowo;
- wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (Nowak, 2005a, s. 83).

Niniejsza Ustawa stanowi pierwszy w Polsce akt prawny rangi ustawowej, regulujący m.in. prawa pacjentów szpitali psychiatrycznych i domów pomocy społecznej, postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej za jej zgodą albo bez jej zgody, instytucję przymusu bezpośredniego, postępowanie przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w omawianej ustawie, ochronę tajemnicy dotyczącej w szczególności procesu leczenia i ochronę karnoprawną.

Nowy model opieki nad osobami chorymi psychicznie stwarza ustawową podstawę do powołania instytucji niezbędnych do zapewnienia opieki zdrowotnej, rehabilitacji i pomocy społecznej (Nowak, 2005a, s. 83).

W artykule 2 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego znalazły się nader humanitarne stwierdzenia, iż ochrona zdrowia psychicznego polega także na kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, właściwych postaw społecznych, tolerancji, życzliwości a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji. Koresponduje to z zasadami wynikającymi z filozofii, nauk społecznych i medycznych (Duda, 2006, s. 1-18).

Kontrola sądowa wśród przepisów ustawy dotyczących ochrony praw pacjenta jest sprawą fundamentalną. Taką kontrolę sprawuje Sąd Rodzinny w miejscu szpitala (oddziału) psychiatrycznego. Dotyczy to osób przyjmowanych do szpitala w sytuacjach koniecznych, gdy zagraża swojemu życiu lub otoczeniu. Ustawa mówi także o prawach pacjenta i

obowiązkach państwa wynikających z zapewnienia (dostępności) opieki psychiatrycznej na określonym poziomie (Gorczyca, 2005, s. 38).

Ustawodawca wzmacnia postanowienia dotyczące ochrony praw pacjenta zawarte w ustawach (Ustawa o zawodzie lekarza i Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej) poprzez powtórzenie postanowień w nich zawartych, wprowadzenie nowych przepisów dotyczących stosunku pacjent-lekarz, właściwych dla leczenia psychiatrycznego. Obowiązująca Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego reguluje ponadto inne kwestie związane z ochroną praw pacjentów, między innymi takie jak:

- zobowiązanie wojewodów do tworzenia i prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, organizowanie usług i domów pomocy społecznej, dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;

- zobowiązanie do organizowania wsparcia społecznego;

- zobowiązanie do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dla psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo;

- korygowanie niewłaściwych postaw społecznych i przeciwdziałanie dyskryminacji i naznaczeniu społecznemu osób z zaburzeniami psychicznymi (Nowak, 2005, s. 86).

Problemy osób chorych psychicznie podejmowane są też m.in. w Ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 III 2004 (Dz. U. nr 64) i Ustawie o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13 VI 2003 (Dz. U. nr 122).

Funkcjonująca w polskim systemie prawnym ustawa o ochronie zdrowia psychicznego do końca 2010 roku była nowelizowana trzykrotnie. Pierwsza nowela w sposób istotny uszczegółowiła zasady przymusowej hospitalizacji pacjenta w ramach obserwacji oraz leczenia chorego w oparciu o tzw. tryb wnioskowy. Druga zmiana rzeczony ustawy z 2005 roku wprowadziła do polskiego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej zwany RPPSzP). Z kolei nowelizacja z 2008 roku ukazała ogólne zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nad kolejną zmianą polskiej „ustawy psychiatrycznej” dyskusję podejmowały zarówno środowiska medyczne, jak i instytucje oraz organizacje reprezentujące pacjentów. W czwartej już nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego występują liczne zmiany, które najogólniej można określić mianem poprawek technicznych. Nowelizacja z 3

grudnia 2010 roku wprowadza jednak także kilka niezwykle ważnych zmian, które w sposób istotny wpłynęły na codzienną pracę personelu medycznego (Kmieciak, 2011, s. 31-36).

Celem nowelizacji było przede wszystkim dostosowanie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego do zmieniającego się stanu prawnego, w szczególności do nowych regulacji normujących funkcjonowanie ratownictwa medycznego oraz pomocy społecznej. Ponadto zmiany innych przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego mają na celu wprowadzenie w życie licznych postulatów podmiotów stosujących te przepisy, w szczególności w zakresie ochrony praw pacjentów szpitali psychiatrycznych, okresu ważności skierowania do szpitala psychiatrycznego oraz zapewniania wykonania sądowych postanowień o umieszczeniu w domu pomocy społecznej lub w szpitalu psychiatrycznym, jak również dostosowania zawartych w ustawie upoważnień do wydania aktów wykonawczych do wymagań wynikających z art. 92 Konstytucji (www.mops.ostoda.pl.)

Uchwalona pod koniec 2010 roku nowelizacja wprowadza istotne modyfikacje związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Zmiany te dotyczą zwłaszcza:

- dokładnego zdefiniowania rodzajów przymusu bezpośredniego;
- upoważnienia zespołu ratownictwa medycznego wykonującego czynności bez obecności lekarza lub pielęgniarki do stosowania przymusu bezpośredniego; decyzję o zastosowaniu przymusu oraz nadzór nad nim sprawuje kierujący ratowniczymi działaniami medycznymi, który obowiązany jest powiadomić o powyższym dyspozytora medycznego (art. 3 pkt 5 oraz art. 18 ust. 5); wprowadzenia zasady, iż stosowanie przymusu bezpośredniego przewidzianego w innych ustawach jest możliwe jedynie w sytuacji bezskutecznego podjęcia działań przymusowych określonych w art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Kmieciak, 2011, s. 32).

Nowelizacja zawiera zmiany brzmienia art. 9 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – patrz art. 1 pkt 7) dostosowując ten przepis do postanowień ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.). Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, jak również środowiskowe domy samopomocy, zapewniają swoim podopiecznym usługi socjalne i bytowe, nie są natomiast zakładami opieki zdrowotnej i nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych. W takiej sytuacji przewidziane w dotychczasowym brzmieniu zmienianego przepisu upoważnienie do określenia zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez

przedmiotowe jednostki pozostawało w sprzeczności z innymi aktami prawnymi regulującymi funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, a wydany na jego podstawie akt wykonawczy nie mógł być realizowany (Kmieciak, 2011, s. 32). Co więcej obowiązywanie przedmiotowego aktu wykonawczego stwarzało istotne problemy w określeniu zakresu uprawnień osób przebywających w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej kontraktowanych i udzielanych na zasadach ogólnych. Nowe brzmienie ust. 3 wprowadza obowiązek zapewnienia osobom przebywającym w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi dostępu do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej, co nakłada na jednostki organizacyjne pomocy społecznej obowiązek pomocy tym osobom w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu dostępnych tym jednostkom środków, bez nakładania na nie niemożliwego do realizacji obowiązku udzielania tych świadczeń. Należy podkreślić, iż zaproponowane brzmienie art. 9 ust. 3 ustawy jest zgodne z zakresem obowiązków nałożonych na domy pomocy społecznej w ustawie o pomocy społecznej, a w szczególności z treścią art. 58 tej ustawy (www.mops.ostoda.pl.)

Przywoływana nowelizacja z całą pewnością wprowadza zmiany o prawnoczułowym charakterze. W czterech bowiem miejscach omawianej nowelizacji ustawodawca wprowadził zapis wprost odnoszący się do poszanowania praw i wolności osób korzystających ze świadczeń oferowanych przez szpitale psychiatryczne. W sposób szczególny zapisy te odnoszą się do zagadnienia przymusu bezpośredniego oraz transportu ww. grup osób do zakładu opieki zdrowotnej (Kmieciak, 2011, s. 33). Zmiana brzmienia art. 30 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (patrz art. 1 pkt 14 nowelizacji) ma na celu usprawnienie postępowania w przedmiocie przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i dostosowanie go do konstytucyjnych wymogów w zakresie ochrony praw i wolności obywateli. W dotychczas obowiązującym stanie prawnym uprawnieniem do zarządzania przymusowego doprowadzenia osoby chorej psychicznie na badanie psychiatryczne dysponował lekarz publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przy czym rodzaj decyzji o zastosowaniu tego środka przymusu nie został określony. Nie został również przewidziany tryb odwoławczy od takiej decyzji. Powierzenie lekarzowi psychiatrze dyskrecjonalnej i pozbawionej kontroli władzy w zakresie stwierdzania potrzeby wydania orzeczenia o stanie zdrowia osoby, która ma być umieszczona w szpitalu psychiatrycznym (odmowa wydania takiego orzeczenia skutkowałą zwrotem wniosku przez

sąd), oraz decydowania o przymusowym doprowadzeniu na badanie psychiatryczne w sposób istotny odbiegało od zasad obowiązujących w podobnych postępowaniach (w przypadku ubezwłasnowolnienia lub zobowiązania do leczenia osoby uzależnionej od alkoholu) (www.mops.ostoda.pl.)

W odniesieniu do zagadnienia przymusu bezpośredniego nowela z 3 grudnia 2010 roku wprowadza istotną zmianę poprzez rozszerzenie kręgu osób mogących stosować ww. przymus na zasadach przewidzianych w rzeczonym akcie prawnym. Urzędnicy MZ uzasadniający konieczność uchwalenia zmian w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego zwrócili uwagę, iż związana jest ona z funkcjonowaniem już przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Z zagadnieniem transportu do szpitala psychiatrycznego wiążą się kolejne istotne zmiany, jakie w ustawie o o.z.p. wprowadza analizowana nowelizacja. Mowa tu nade wszystko o istotnej modyfikacji odnoszącej się do tzw. wnioskowego trybu hospitalizacji psychiatrycznej. Przywołane zmiany dotyczą zwłaszcza:

- odebrania lekarzowi publicznego zakładu opieki zdrowotnej prawa do nakazania pacjentowi poddania się badaniu psychiatrycznemu;
- umożliwienia złożenia między innymi przez rodzinę pacjenta wniosku o przymusowe leczenie szpitalne bez dostarczenia orzeczenia lekarskiego. Powyższe uprawnienie stanowiące

wyjątek od ogólnej reguły zostało dopuszczone w sytuacji, w której to osoba uprawniona do złożenia wniosku nie będzie posiadała możliwości uzyskania od lekarza odpowiedniego orzeczenia. Osoba ta jednak, składając wniosek w sądzie, będzie miała obowiązek uprawdopodobnić konieczność poddania danej osoby przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej. Na powyższe badanie będzie można siłą doprowadzić pacjenta jedynie za zgodą sądu. (Kmieciak, 2011, s.33).

Mając na względzie przytoczone powyżej okoliczności, zasadnym jest powierzenie sądowi prawa do skierowania osoby, która ma być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, na badanie w trybie art. 46 ust. 2 ustawy. Możliwość ta będzie zastrzeżona jedynie do sytuacji, w których do wniosku o orzeczenie przymusowej hospitalizacji nie zostanie załączone orzeczenie lekarza psychiatry lub będzie ono wydane więcej niż 14 dni przed złożeniem wniosku, a zasadność badania uprawdopodobniają okoliczności podniesione we wniosku lub załączonych do niego dokumentach (w szczególności kartach informacyjnych

dotychczas stosowanego leczenia) oraz uzyskanie orzeczenia lekarskiego nie będzie możliwe. W pozostałych przypadkach została utrzymana dotychczasowa regulacja nakazująca sądowi zwrot wniosku (www.mops.ostoda.pl).

Konsekwencją zmiany zaproponowanej w art. 1 pkt. 14 ustawy, a zatem rezygnacji z możliwości przymusowego doprowadzenia na badanie psychiatryczne przeprowadzane w celu wydania orzeczenia, które następnie jest dołączane do wniosku o przymusową hospitalizację, jest wykreślenie z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego art. 30a, który regulował sposób wykonania doprowadzenia na badanie przez policję (art. 1 pkt 15 projektu ustawy).

Należy podkreślić, iż omawiana nowelizacja wprowadza zmiany związane z egzekwowaniem przyjęcia pacjenta do domu pomocy społecznej (dalej zwanego DPS). Przywołane zmiany akcentują, że w chwili, w której to pacjent uchyla się od stawienia w DPS-e, sąd z urzędu lub na wniosek organu do spraw pomocy społecznej może zarządzić przymusowe przewiezienie ww. osoby do wspomnianego ośrodka. Z kolei w wypadku sytuacji, w której to pacjent uchyla się od stawienia w szpitalu w związku z postanowieniem sądu dotyczącym leczenia w oparciu o tryb wnioskowy, przymusowe przewiezienie do szpitala przez policję może zarządzić sąd z urzędu lub na wniosek upoważnionego przez marszałka województwa lekarza psychiatry (Kmieciak, 2011, s.33).

Zmiany w sposobie wykonywania orzeczeń o przymusowym umieszczeniu w domu pomocy społecznej i szpitalu psychiatrycznym, w zakresie w jakim odnoszą się do obowiązku współdziałania organów pomocy społecznej i jednostek ochrony zdrowia z Policją, są zgodne z art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2007 r. Nr 43, poz. 277, z późn. zm.), zgodnie z którym Policja wykonuje również czynności na polecenie organów administracji państwowej i samorządu terytorialnego w zakresie, w jakim obowiązek ten został określony w odrębnych ustawach (www.mops.ostoda.pl).

W duchu formułowania postulatów wobec prawa należy zwrócić uwagę, iż nowela w art. 30 nie przewiduje możliwości złożenia zażalenia na postanowienie sądu o przymusowym doprowadzeniu na badanie. Jest to o tyle zaskakujące, że w przywołanej powyżej opinii MZ odnośnie do konieczności zmiany dotychczasowych przepisów zwrócono uwagę, iż ich celem jest wprowadzenie standardów przewidzianych między innymi w postępowaniu dotyczącym ubezwłasnowolnienia. Istotnym jest, iż art. 547 § 2 kodeksu postępowania

cywilnego (KPC) zwraca uwagę, iż w przywołanym rodzaju postępowania osoba, która ma być wysłuchana przez sąd w obecności psychologa i psychiatry/neurologa, może zostać doprowadzona siłą na mocy postanowienia sądu. W tym jednak przypadku osobie tej przysługuje możliwość

złożenia zażalenia na przywołaną decyzję sądu (Ustawa z dnia 9 maja 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw Dz.U. nr 121, poz. 83) Wydaje się uzasadnione przeniesienie w kolejnych nowelach powyższej zasady do przywoływanego już wielokrotnie art. 30 ustawy.

Kolejne ważne zmiany dotyczą osoby Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Rzecznik zgodnie z zapisami noweli może wejść do wszelkich pomieszczeń w szpitalu świadczących usługi medyczne, ma prawo kierować wystąpienia do wszystkich pracowników ZOZ-u oraz może wymagać, by wszelkie rozmowy z pacjentem odbywały się na osobności. Wspomniane zmiany w sposób istotny doprecyzowują przepisy, które w poprzedniej wersji ustawy wyrażone były w ogólniejszej formie, przez co mogły powodować wystąpienie kompetencyjnych konfliktów. Niemniej jednak budzić może zastanowienie fakt, iż w dalszym ciągu Rzecznik nie posiada możliwości dokonania wglądu do dokumentacji medycznej bez zgody pacjenta. Jak pokazała praktyka, brak ww. uprawnienia skutkuje tym, iż Rzecznik w wielu sprawach nie ma pełnej możliwości wykonywania swoich ustawowych obowiązków. Najlepszym tego przykładem są sytuacje kontaktu z pacjentem, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia/ izolacji, oraz analizowanie spraw pacjentów ubezwłasnowolnionych, z których opiekunami prawnymi Rzecznik często nie ma możliwości nawiązania kontaktu. Co więcej, pięcioletnia historia istnienia ww. funkcji z całą pewnością pokazała, iż w większości wypadków Rzecznicy są nie tyle kontrolerami, ile współpracownikami personelu medycznego w zakresie „walki o dobro pacjenta”. Brak możliwości dokonania wglądu do dokumentacji, np. pacjenta znajdującego się w stanie wykluczającym możliwość złożenia świadomej zgody, skutkuje tym, iż Rzecznik nie może w pełni współpracować np. z lekarzem chcącym poradzić się w kwestii procedury dotyczącej ubezwłasnowolnienia. Stąd też w dalszych potencjalnych nowelizacjach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego warto rozważyć zmianę opisaną sytuacji. Jej modyfikacja z pewnością przyczyni się do dalszych zmian, które będą zgodne z kierunkiem proponowanym przez omówioną nowelę, a więc kierunkiem poszanowania praw i wolności człowieka korzystającego z usług oferowanych przez szpital psychiatryczny (Kmieciak, 2011, s.36).

1.4.1 Charakter społeczny i prawny decyzji o ubezwłasnowolnieniu osób z zaburzeniami psychicznymi

Zagadnienie ubezwłasnowolnienia niejednokrotnie wiąże się z zaburzeniami psychicznymi osoby w stosunku do której orzeczono jej ubezwłasnowolnienie całkowite bądź częściowe. Osoba dotknięta zaburzeniami psychicznymi nie zawsze jest zdolna sprawować kontrolę nad wszystkimi aspektami swojego życia, w związku z czym nie będzie świadomie podejmować celowych czynności prawnych. W tej sytuacji zachodzi potrzeba zapewnienia takiej osobie odpowiedniej ochrony jej praw podmiotowych. Jedną z form prawnych ochrony praw tej osoby stanowi instytucja ubezwłasnowolnienia (niem. *entmündigung*, ang. *interdiction*, ros. *priznanije niedjespodobnym – ograniczenie diejesposobnosti*) (Lubiński, 1979, s. 11).

Problematyka ubezwłasnowolnienia stanowi ważny element ochrony zdrowia psychicznego i ma doniosłe znaczenie społeczne. Ubezwłasnowolnienie stanowi bowiem silną ingerencję w sferę praw osobistych jednostki i dotyka podstawowych praw obywatelskich w zakresie swobodnego kierowania swym postępowaniem. Jest więc szczególnie ważnym, aby ingerencja ta występowała tylko w przypadkach uzasadnionych i w interesie osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi. Orzekanie w takich sprawach ustawodawca powierzył sądom cywilnym, których zadaniem jest przeprowadzenie postępowania i wydanie orzeczenia odpowiadającego stanowi psychicznemu i interesom osoby, której to dotyczy.

Zgodnie z art. 13 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.), podstawę do ubezwłasnowolnienia stanowią czynniki, które uniemożliwiają kierowanie przez osobę ubezwłasnowolnioną swoim postępowaniem. Samo stwierdzenie choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innych zaburzeń psychicznych (w szczególności alkoholizmu i narkomanii), nie stanowi dostatecznej podstawy do orzeczenia przez sąd całkowitego lub częściowego ubezwłasnowolnienia. Jak podkreślił Sąd Najwyższy w jednym ze swoich orzeczeń (sygn. akt I CR 297/71), nie każda choroba psychiczna pociąga za sobą taki skutek. Trwałą konsekwencją choroby powinna być niemożność lub potrzeba udzielenia pomocy w kierowaniu swoim postępowaniem (Tomaszewska, 2008, s. 47). Ponadto przy ubezwłasnowolnieniu całkowitym zaburzenia psychiczne powinny być tego rodzaju, żeby w ich następstwie osoba chora nie była w stanie kierować swym postępowaniem. W ubezwłasnowolnieniu częściowym chodzi o sytuację, w której mimo istnienia zaburzeń psychicznych stan określonej osoby nie uzasadnia

ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest jej pomoc do prowadzenia spraw³ (Lubiński, 1979, s. 20).

„Zaburzenia psychiczne występujące u osoby, której dotyczy postępowanie o ubezwłasnowolnienie, powodujące częściową niemożność kierowania przez nią swoim postępowaniem, uzasadniają ubezwłasnowolnienie częściowe, całkowita niemożność kierowania swym postępowaniem stanowi przesłankę psychologiczną ubezwłasnowolnienia całkowitego. Z normatywnego ujęcia pierwszej przesłanki wynika, że przyczyną całkowitego ubezwłasnowolnienia może być każdy rodzaj zaburzeń psychicznych skutkujący stanem psychicznym, jakim jest niemożność kierowania swym postępowaniem i konieczność uzyskania pomocy w tym zakresie” (Tomaszewska, 2008, s. 48).

Dotychczas nie wypracowano definicji wyjaśniającej, czym jest zdolność kierowania swoim postępowaniem, podobnie jak nie ma teorii poczytalności. Lubiński (1969, s. 29) przez niemożność kierowania własnym postępowaniem rozumie stan, w którym osoba nie jest w stanie świadomie i celowo dokonywać czynności prawnych oraz innych działań prawnych. „Osoba z zaburzeniami psychicznymi nie tylko nie jest w stanie świadomie dokonywać czynności prawnych w celu osiągnięcia zamierzonych przez nią skutków prawnych, ale też nieświadoma jest tychże skutków prawnych oraz ich znaczenia” (Lubiński, 1969, s. 29). Według Malinowskiego decyduje tutaj stopień krytycznej oceny przez badanego jego własnego postępowania oraz świadomości swych działań i zamierzeń. Podczas oceny zdolności kierowania swoim postępowaniem, istotną rolę odgrywają dwa elementy: element świadomości i element woli. Osoba świadoma swojego postępowania zdaje sobie sprawę ze skutków, które pociąga za sobą realizacja postawionego celu i motywów pobudzających go do działania (Rubinstejn, 1964, s. 667).

W orzecznictwie utrwalił się pogląd, że samo stwierdzenie zaburzeń psychicznych (bez zbadania skutków tych zaburzeń i stopnia nasilenia) nie wystarcza do orzeczenia ubezwłasnowolnienia. Konieczną przesłanką jest, aby osoba, której one dotyczą, nie była w stanie pokierować swoim postępowaniem lub wymagała pomocy w prowadzeniu spraw⁴. Sformułowanie o „pomocy prowadzeniu spraw” obejmuje sprawy natury osobistej (np. potrzebę leczenia), jak i sprawy o charakterze majątkowym (ochronę zarobków), oraz sprawy o charakterze prawnym (za: Tomaszewska, 2008, s. 51).

³ Grupa przesłanek decyzji o ubezwłasnowolnieniu oparta jest na treści art. 13 i 16 Kodeksu cywilnego.

⁴ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 19.08.1971 r., I CR 138/72.OSN 1972 r. z. 3, poz. 53, w: Tomaszewska, 2008, s. 51.

Postępowanie w sprawach o ubezwłasnowolnienie jest uregulowane w ustawie z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.). Jest to postępowanie nieprocesowe, które toczy się przed sądem okręgowym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, a w razie braku miejsca zamieszkania – przed sądem miejsca pobytu takiej osoby. Wniosek w tej sprawie może zostać zgłoszony przez małżonka danej osoby, jej krewnych w linii prostej (np. rodzica), rodzeństwo lub przedstawiciela ustawowego.

Ponadto postępowanie o ubezwłasnowolnienie toczyć się może również z wniosku osoby, której to postępowanie ma dotyczyć (tak. post. SN z dnia 20 października 1965 r., II CR 273/65, OSNC 1966, nr 7-8, poz. 124.).

Zgodnie z ustawą z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.) nie ma obowiązku uiszczenia kosztów sądowych (art. 96 pkt. 9a) osoba ubezwłasnowolniona w sprawach o uchylenie lub zmianę ubezwłasnowolnienia. Pozostałe osoby inicjujące to postępowanie uiszczają natomiast opłatę podstawową w wysokości 40 zł (art. 23 ustęp 1).

Problematyka wpływu zaburzeń psychicznych na kierowanie swoim postępowaniem w aspekcie prawnym jest poruszana od wielu lat. Witecki (1950, s. 396) postulował szczegółową analizę przesłanek psychologicznych, nie tylko opinii psychiatrycznej.

Ubezwłasnowolnienie osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi musi być poprzedzone odpowiednimi badaniami psychiatrycznymi. Sąd powołuje biegłego lekarza psychiatrę, który ustala dwa rodzaje kryteriów:

- psychiatryczno – lekarski,
- psychologiczno-prawny (Tomaszewska, 2008, s. 52).

Biegły lekarz psychiatra stwierdza aktualny stan zdrowia pacjenta (określa jednostkę chorobową osoby badanej) oraz wskazuje tendencje rozwojowe związane z postawionym rozpoznaniem klinicznym (prognoza prospektywna). Określa również dynamikę dotychczasowego przebiegu choroby – podstawę do wiarygodnej prognozy jej prospektywnego przebiegu. Ten człon diagnozy psychiatrycznej jest kluczowy przy określeniu przesłanek o ubezwłasnowolnieniu, z uwagi na to, iż ubezwłasnowolnienie jest orzekane bezterminowo (Pużyński, 2002, s. 81).

Dodatkowe przesłanki stanowiące o ubezwłasnowolnieniu to kryterium wieku i celowości ubezwłasnowolnienia, łącznie z poprzednimi przesłankami opierającymi się na art. 13 i 16 k.c. można określić łącznie, jako przesłanki „reguły decyzji”⁵ o ubezwłasnowolnieniu. Reguła decyzji zawiera w sobie nie tylko „podstawę normatywną” (materialno-prawną podstawę opartą wprost na ustawie), ale także elementy spoza powoływanego przepisu prawnego (Tomaszewska, 2008, s.57).

Jednym z wymogów czysto formalnych, lecz uwzględnionych przez ustawodawcę w treści art. 13 i 16 k.c., jest ukończenie przez osobę podlegającą ubezwłasnowolnieniu odpowiedniego wieku. Ubezwłasnowolnić całkowicie można osobę, która ukończyła 13 lat, gdyż osoba poniżej tego wieku nie posiada w ogóle zdolności do czynności prawnych. W przypadku ubezwłasnowolnienia częściowego może dotyczyć ono tylko osób pełnoletnich, ponieważ jego skutkiem jest utrata przez osobę fizyczną pełnej zdolności do czynności prawnych z pozostawieniem jej częściowej zdolności do czynności prawnych, a więc zrównanie jej sytuacji prawnej z osobą w wieku po ukończeniu 13 lat, a przed osiągnięciem pełnoletniości.

Odmienna sytuacja dotyczy osób, które uzyskały pełną zdolność do czynności prawnych poprzez zawarcie związku małżeńskiego. Uzyskanie pełnej zdolności do czynności prawnych, jest możliwe w przypadku kobiety, która w chwili zawierania małżeństwa posiada ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Niniejsza okoliczność wskazuje na możliwość całkowitego ubezwłasnowolnienia takiej osoby pomimo nieosiągnięcia przez nią 18 roku życia, ponieważ osoba taka nie traci pełnej zdolności do czynności prawnych z chwilą ustania małżeństwa przez rozwód lub unieważnienia małżeństwa (Ibidem, s. 59).

W orzecznictwie utrwalił się pogląd, że przy ubezwłasnowolnieniu osoby oprócz przesłanek wskazanych w art. 13 k.c. i 16 k.c. należy uwzględnić cel, któremu służy instytucja ubezwłasnowolnienia (Lubiński, 1979, s. 32). Przesłanka celowości ubezwłasnowolnienia jest przesłanką nie znajdującą odzwierciedlenia bezpośrednio w przepisach ustawowych. Jednak jako dodatkowe uwarunkowanie faktyczne wyprowadzona została w doktrynie z szeregu orzeczeń Sądu Najwyższego (Tomaszewska, 2008, s. 59).

W art. 13 k.c. i 16 k.c. ustawodawca użył sformułowania: „może być ubezwłasnowolniona” osoba dotknięta zaburzeniami psychicznymi, która nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem lub potrzebna jest jej pomoc w prowadzeniu spraw. Termin

⁵ Znaczenie terminu za: Wróblewski, 1988, s. 309.

„może” odnosi się bezpośrednio do uprawnień sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie (Lubiński, 2008, s.33). Ustawodawca używając słowa „może” oznacza, że sąd nie ma obowiązku ubezwłasnowolnienia osoby w każdym wypadku spełnienia się przesłanek wymienionych w art. 13 k.c. i 16 k.c. Oznacza to w systemie polskiego prawa, że istnieje tu jedynie fakultatywność wydania tego rodzaju orzeczenia, w zależności od okoliczności sprawy i względów natury celowościowej (Wróblewski, 1959, s. 223-224; Wójcik, 1970, s. 125). Sądowi Okręgowemu dany został natomiast pewien luz decyzyjny oczywiście w granicach zakreślonych przez normy prawne, każdorazowej oceny konkretnego przypadku w oparciu o jego wszechstronną ocenę.

Celowość ubezwłasnowolnienia jest przesłanką odnoszącą się do obu rodzajów ubezwłasnowolnienia: całkowitego i częściowego. Orzekanie o ubezwłasnowolnieniu w interesie chorego nie oznacza jedynie analizy samych przesłanek, lecz ma charakter wysoce indywidualny w każdej toczącej się sprawie (Tomaszewska, 2008, s. 63).

Zwolennicy uwzględnienia celowości, jako pozaustawowej przesłanki ubezwłasnowolnienia wskazują na następujące argumenty:

1. Uwzględnienie celu ubezwłasnowolnienia jest wyrazem humanitaryzmu i przejawem troski o losy ubezwłasnowolnionych.
2. Ubezwłasnowolnienie służy ochronie praw podmiotowych ubezwłasnowolnionego.
3. Uwzględnienie kryterium celowości pozwoli na wyeliminowanie z uczestnictwa w obrocie gospodarczym osób dotkniętych chorobą czy zaburzeniami psychicznymi, co uporządkuje sytuację w stosunkach gospodarczych.
4. Sytuacja materialna osoby ubezwłasnowolnionej, niemożność wykonywania pracy przez osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną stawia pod znakiem zapytania uzyskiwanie przez nią środków materialnych (Zoll, 1972, s. 81; Radawański, 2002, s. 56).

Do zwolenników niniejszej tezy należą: Zoll, Dąbrowski, Szpunar, Lubiński oraz Wanatowska. Niektórzy uważają, że kryterium celowości wynika nadto z potrzeby przeciwstawienia się dezorganizacji w stosunkach gospodarczych, która mogłaby zaistnieć w przypadku uczestniczenia w obrocie osób dotkniętych przez chorobę czy zaburzenia psychiczne (Kalus, 1989, s. 52).

W literaturze można się również spotkać z odmiennym stanowiskiem – zupełnie przeciwnym, gdzie sama choroba psychiczna, albo innego rodzaju zaburzenie psychiczne o odpowiednim nasileniu uzasadniają ubezwłasnowolnienie. Tezy tej bronią tacy autorzy jak: Grzybowski, Wolter, Wójcik oraz Witecki. Najpełniejsze uzasadnienie tego poglądu przedstawił Wójcik twierdząc, iż „skutki jakie rodzi ubezwłasnowolnienie są bardzo rozległe i dotyczą nie tylko sfery prawa cywilnego i rodzinnego, lecz także prawa państwowego, administracyjnego, pracy, a nawet prawa karnego. Uwzględnianie ich zatem za każdym razem przez sąd jako celu ubezwłasnowolnienia byłoby praktycznie niewykonalne” (Wójcik, 1970, s. 126). Według autora konieczność uwzględnienia przesłanki celowości prowadzi do wniosku, że postępowanie o ubezwłasnowolnieniu można wszcząć dopiero wówczas, gdy zaistnieje jakaś szczególna sytuacja, której rozwiązanie bez uprzedniego ubezwłasnowolnienia nie byłoby możliwe. Kolejnym argumentem jaki podają zwolennicy tego stanowiska to zbyt duża swoboda sądów, które stosując zwrot „sąd może ubezwłasnowolnić”, co należy rozumieć, że sąd może to uczynić przy uwzględnieniu dodatkowych przesłanek, jakie wynikają wprost z odpowiednich przepisów kodeksu cywilnego. W opinii przeciwników tezy celowości ubezwłasnowolnienia nie służy jej sam charakter postępowania o ubezwłasnowolnienie jako postępowania wszczynanego na wniosek a nie z urzędu. Ukształtowanie postępowania o ubezwłasnowolnienie jako wszczynanego z urzędu służyć miałyby pomocy osobie, która nie potrafi pokierować swym postępowaniem poprzez objęcie jej opieką i kuratelą. Wiele wątpliwości według przeciwników celowości ubezwłasnowolnienia budzi również przypadek, gdy osoba chora psychicznie lub z zaburzeniami pracuje. Ubezwłasnowolnienie całkowite pociąga za sobą brak zdolności pracowniczej (Lubiński, 1979, s. 77; Kalus, 1989, s. 50-56; Tomaszewska, 2008, s. 66). Krzektowska, która jest przeciwnikiem tezy o potrzebie uwzględnienia kryterium celowości przy ocenie skutków ubezwłasnowolnienia w odniesieniu do ubezwłasnowolnienia całkowitego, przedstawia następujące argumenty przemawiające za:

- a) ubezwłasnowolnienie całkowite prowadzi do ograniczenia praw ludzi chorych dlatego, że nie potrafią sprostać określonym zadaniom;
- b) decyzję w zakresie leczenia powinna podjąć osoba zainteresowana, czyli sam ubezwłasnowolniony, a w sytuacjach wyjątkowych sąd opiekuńczy (1989, s.55).

W ocenie Krzektowskiej uwzględnienie celowości ubezwłasnowolnienia jako dodatkowej przesłanki do ubezwłasnowolnienia jest konieczne. Z uregulowań prawnych wynika, że przesłankami koniecznymi do orzeczenia przez sąd ubezwłasnowolnienia są przesłanki o

charakterze psychologiczno-psychiatrycznym. Jednak dla prawidłowości orzeczenia sądu odwołanie się do tego rodzaju przesłanek jest niewystarczające. W uzupełnieniu do nich sąd zatem powinien, uwzględnić dodatkową przesłankę, jaką pozostaje celowość ubezwłasnowolnienia (Tomaszewska, 2008, s. 67).

Należy wskazać, że w postanowieniu z dnia 29 grudnia 1983 r. (I CR 377/83) Sąd Najwyższy wyraźnie podkreślił, że: *„Ubezwłasnowolnienie jest instytucją powołaną w wyłącznym interesie osoby chorej, która z przyczyn określonych w art. 13 § 1 k.c. nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem albo z przyczyn określonych w art. 16 § 1 k.c. potrzebuje pomocy do prowadzenia spraw życia codziennego. Instytucja ubezwłasnowolnienia nie służy dobru wnoszącego o ubezwłasnowolnienie i rodziny tegoż wnoszącego.”*

1.4.2 Skutki cywilno – prawne decyzji dotyczącej ubezwłasnowolnienia całkowitego

Bezpośrednim skutkiem prawnym ubezwłasnowolnienia całkowitego jest pozbawienie osoby zdolności do czynności prawnych (art. 12 k.c.) Dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie ustanawia się opiekę, z wyjątkiem wypadku, gdy pozostaje ona jeszcze pod władzą rodzicielską (art. 13 § 2 k.c.) (Lubiński, 1979, s. 37, Tomaszewska, 2008, s. 68).

Skutki ubezwłasnowolnienia można podzielić według różnych kryteriów. Poniżej przedstawiono podział skutków ze względu na:

- a) skutki uwzględniające dobro (interes) osoby ubezwłasnowolnionej,
- b) skutki związane z ubezwłasnowolnieniem obejmujące konieczność ochrony innych osób (Kalus, 1985, s. 123).

Kalus wyodrębnia dwie kategorie skutków:

- 1) oddziaływujące pośrednio – wyłączające lub ograniczające zdolność do czynności prawnych a przez to wpływ na możliwość powstania stosunku zobowiązanego na podstawie jednostronnej czynności prawnej,
- 2) oddziaływujące bezpośrednio – poprzez wpływ ubezwłasnowolnionego na modyfikację istniejącego stosunku zobowiązanego lub powstanie zobowiązania z czynu niedozwolonego (Kalus, 1985, s. 122).

Czynności prawne dokonane przez osobę ubezwłasnowolnioną są nieważne, z wyjątkiem umów zawieranych w drobnych sprawach bieżących życia codziennego, dotyczących np.

przejazdów środkami komunikacji, drobnych zakupów, etc. (art. 14 § 2 k.c.)(Lubiński, 1959, s. 37; Piasecki, 2001, s. 201). Umowa, o której mowa staje się ważna z chwilą jej wykonania, o ile nie prowadzi do rażącego pokrzywdzenia osoby niezdolnej do czynności prawnych (Wolter i inni, 1977, s. 299-300).

Przepis art. 14 § 2 k.c. jest odstępstwem od zasady braku zdolności do czynności prawnych i osobom jej pozbawionym przyznaje ją w zakresie czynności określonych w tym przepisie. „W gruncie rzeczy chodzi o to, że osoba pozbawiona w zasadzie zdolności do czynności prawnych korzysta z niej jednak, jeśli chodzi o umowy wymienione w art. 14 § 2 k.c., z tym zastrzeżeniem, że do ważności takiej umowy wymaga się jej wykonania i braku rażącego pokrzywdzenia danej osoby niezdolnej do czynności prawnych”(Grzybowski, 1974, s. 37-48).

Ustawowym skutkiem ubezwłasnowolnienia całkowitego jest przewidziany w art. 11 § 1 k.r.o. zakaz zawierania związku małżeńskiego. Ubezwłasnowolnienie całkowite musi istnieć w momencie zawierania związku małżeńskiego. Jeśli podczas trwania związku małżeńskiego zaistniała przesłanka wskazująca na konieczność ubezwłasnowolnienia, lecz nie wpłynęła na trwałość małżeństwa ani na zdrowie przyszłego potomstwa sąd kieruje się wówczas zasadą celowości, oddali wniosek o ubezwłasnowolnienie. Natomiast pod pojęciem „zdrowie przyszłego potomstwa” doktryna definiuje jako przekazanie choroby psychicznej potomstwu oraz wpływ stanu psychicznego rodzica na opiekę i wychowanie przyszłego potomstwa.

Ustawodawca przyjął konstrukcję dopuszczalności zawarcia małżeństwa przez osobę chorą psychicznie lub niedorozwiniętą umysłowo⁶ po uzyskaniu zezwolenia sądu. Dopuszczalność zawarcia małżeństwa jest warunkowa, czyli sąd może dopuścić do zawarcia małżeństwa przez wymienione osoby, lecz jedynie w razie spełnienia przewidzianych ustawowo przesłanek, takich jak to czy ważny jest cel małżeństwa i czy spełnia ono swoje społeczne role. Kompetencja sądu ma charakter względny i warunkowy.

Jeśli doszło do zawarcia małżeństwa, a podstawą do jego unieważnienia jest choroba psychiczna jednego z małżonków, to sąd rozstrzyga czy w chwili zawarcia małżeństwa zachodziła potrzeba i istniały przesłanki do udzielenia takiego zezwolenia (za: Tomaszewska, 2008, s. 79).

W szczególnych przypadkach jest możliwe uzyskanie zezwolenia na zawarcie małżeństwa. Normy zawarte w tych przepisach (art. 561 § 2 i 3 k.p.c.) regulują problematykę

⁶ Terminologia stosowana jest za ustawodawcą.

zezwolenia na zawarcie małżeństwa. Sąd udziela takiego zezwolenia wówczas, gdy w konkretnym przypadku brak jest społecznych przeciwwskazań do zawarcia małżeństwa. Stwierdza się czy w chwili zawarcia małżeństwa uzasadniona jest ocena, że „stan zdrowia małżonka dotkniętego chorobą psychiczną lub wadą umysłu nie zagraża małżeństwu lub zdrowiu potomstwa i czy istnieją przesłanki do uzyskania zezwolenia” (Tomaszewska, 2008, s. 79). Natomiast jeśli strony zawarły już małżeństwo bez uprzedniego zezwolenia, a związek taki jest trwały, małżonkowie spełniają swe społeczne obowiązki, brak jest podstaw do unieważnienia takiego związku. Jak podkreśla ustawodawca nie każda choroba psychiczna stanowi bezwzględny przeszkodę do zawarcia związku małżeńskiego. Ujawnienie się choroby psychicznej po zawarciu małżeństwa nie wpływa na unieważnienie takiego związku (Lubiński, 1979, s. 36-39). Orzeczenie przez sąd ubezwłasnowolnienia po zawarciu małżeństwa nie może być podstawą do jego unieważnienia z tego powodu. Skutki ubezwłasnowolnienia następują z chwilą uprawomocnienia się orzeczenia.

Zakaz zawierania związków małżeńskich przez osoby całkowicie ubezwłasnowolnione jest bardzo radykalnym rozwiązaniem. Ogranicza bowiem podstawowe uprawnienia w zakresie prawa rodzinnego, pozbawia możliwości do wykonywania władzy rodzicielskiej czy uznania dziecka przez ojca, który jest całkowicie ubezwłasnowolniony. Ponadto ustawodawca nie pozostawia żadnej alternatywy dla funkcjonowania tych osób w sferze stosunków rodzinnych. Jak podkreśla Tomaszewska (2008, s. 81), możliwe, iż dobrym rozwiązaniem byłoby ustanowienie ograniczeń w możliwości zawierania małżeństwa w postaci konieczności uzyskania zezwolenia sądu, jak to ma miejsce w przypadku osób chorych psychicznie.

Skutki prawne ubezwłasnowolnienia następują z chwilą uprawomocnienia się postanowienia Sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie, przy czym postanowienie to ma charakter konstytutywny. Skutki te dotyczą jedynie przyszłej sytuacji prawnej ubezwłasnowolnionego, a więc nie dotyczą czynności, które już zostały dokonane (wyrok z dnia 30 kwietnia 1964 r., I PR 143/64, OSNC 1965, nr 6, poz. 97). Czynności dokonane przez osobę ubezwłasnowolnioną przed uprawomocnieniem się orzeczenia mogą zostać ewentualnie podważone w oparciu o przepisy regulujące wady oświadczenia woli.

Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie może ponadto sporządzić ani odwołać testamentu, sprawować opieki lub dokonać przysposobienia. Ubezwłasnowolnienie całkowite nie ma natomiast wpływu na działalność artystyczną, literacką, twórczą czy też na prawa

autorskie ubezwłasnowolnionego, przysługuje mu także pełna ochrona dóbr osobistych w oparciu o art. 23 i 24 kc w związku z art. 448 kc.

Stosownie do przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.), lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. W stosunku do osób całkowicie ubezwłasnowolnionych uprawnienie to przysługuje przedstawicielowi ustawowemu chorego. Jeżeli jednak osoba całkowicie ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie przeprowadzenia badania, to przepis ten wymaga również uzyskanie od niej zgody na przeprowadzenie badania.

Ubezwłasnowolnienie całkowite rodzi zatem cały szereg skutków prawnych zrównując sytuację prawną osoby ubezwłasnowolnionej do sytuacji prawnej małoletniego- dziecka które nie ukończyło 13 roku życia. Obie te osoby traktowane są przez prawo jako niemające dostatecznego rozeznania i wymagające wszechstronnej ochrony w zakresie ich stosunków prawnych z innymi osobami.

1.4.3 Skutki cywilno – prawne decyzji ubezwłasnowolnienia częściowego

Osoba ubezwłasnowolniona częściowo może samodzielnie dokonywać czynności prawnych, które nie stanowią ani zaciągnięcia, ani rozporządzenia jej prawem, z pewnymi wyjątkami (łac. *argumentatum a contrario* a art. 17 k.c.), zawierać powszechnie umowy w drobnych i bieżących sprawach życia codziennego (art. 20 k.c.), dysponować swoim zarobkiem (art. 21 k.c.), przedmiotami oddanymi do swobodnego użytku przez przedstawiciela ustawowego (art. 22 k.c.), oraz nawiązywać bez zgody przedstawiciela ustawowego stosunek pracy i dokonywać czynności prawnych, które dotyczą tego stosunku (art. 22 § 3 k.p.) (w razie, gdy stosunek pracy sprzeciwia się jej dobru, przedstawiciel ustawowy za zezwoleniem sądu opiekuńczego może stosunek pracy rozwiązać)(Lubiński, 1979, s. 37). Sytuacja prawna osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest więc co do zasady taka sama jak małoletniego, który ukończył 13 rok życia (art. 16 k.c.).

Charakterystyczną sytuacją dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest konsekwencja w postaci uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego wówczas, gdy osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem (art. 17 k.c.). Na zawarcie pozostałych umów, które nie są rozporządzeniem, ani zobowiązaniem, zgoda przedstawiciela ustawowego nie jest wymagana (Tomaszewska, 2008, s. 84). Poprzez czynności rozporządzające rozumie się takie czynności, których

skutkiem jest niekorzystna zmiana w prawie majątkowym dokonującego czynności poprzez przeniesienie, obciążenie, ograniczenie lub zniesienie tego prawa (Wolter, 1970, s. 180). Natomiast czynności zobowiązujące to czynności powiększające pasywa osoby, która ich dokonuje poprzez zobowiązanie się do spełnienia określonego świadczenia. Czynności, które nie są zobowiązujące czy rozporządzające to np. uznanie dziecka i wyrażenie zgody jednego z rodziców na jego przysposobienie (Kalus, 1985, s. 126). Istnieje jednak możliwość zawarcia umowy przez osobę z ograniczoną w zdolności prawne do czynności prawnych bez zgody przedstawiciel ustawowego. Art. 17 k.c. brzmi: „Z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, do ważności do czynności prawnej, przez którą osoba z ograniczona w zdolności do czynności prawnych zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem potrzeba jest zgoda przedstawiciela ustawowego”. Kolejny art. 18 k.c. zezwala na zawarcie takiej umowy bez wymaganej zgody, po późniejszym uzyskaniu takiej zgody przez przedstawiciel ustawowego (Dmowski, 2001, s. 59). Oznacza to, że taka umowa nie jest z mocy prawa nieważna (co byłoby skutkiem gdyby stroną umowy była osoba całkowicie ubezwłasnowolniona), ale zawieszona do czasu uzyskania zgody na jej zawarcie udzielonej przez przedstawiciela ustawowego, jest to zatem w chwili jej zawarcia tzw. umowa niezupełna (łac. *negotium claudicans*). Zgodnie z art. 18 k.c. można wyróżnić trzy warianty udzielenia przez przedstawiciela ustawowego zgody wymaganej dla ważności umowy zawartej przez ograniczoną w zdolności do czynności prawnych osobę fizyczną (Grzybowski, Radwański, 2002, s. 32):

- 1) Jeszcze przed zawarciem takiej umowy – można w tym wypadku mówić o zezwoleniu na zawarcie umowy (kontrowersyjnym pozostaje czy przedstawiciel ustawowy może je cofnąć).
- 2) Jednocześnie z zawarciem umowy.
- 3) Dopiero poza zawarciem umowy, kiedy zgoda przybiera postać potwierdzenia (Strzebińczyk, 2004, s. 75).

Kontrahent, który zawarł taką umowę jest w niekorzystnej sytuacji, może on zatem wyznaczyć „odpowiedni” termin dla potwierdzenia umowy. Oznacza to, że jest to czas, w którym przedstawiciel ustawy powinien się zapoznać z daną umową. Brak potwierdzenia danej umowy lub nie udzielenie go we właściwym terminie oznacza, że kontrahent przestaje być związany skutkami umowy i zostaje zwolniony z praw i obowiązku z niej wynikających (Ibidem, s. 76). Zarówno potwierdzenie jak i odmowa potwierdzenia może być dokonana w

dowolnej formie. Od tej zasady istnieją odstępstwa. Zawarcie umowy, dla której ważności wymagana jest forma szczególna (np. aktu notarialnego), obliguje przedstawiciela ustawowego do wyrażenia zgody lub potwierdzenia umowy w tej samej formie (Tomaszewska, 2008, s. 87).

Zgodnie z art. 19 k.c. dokonanie przez ubezwłasnowolnionego jednostronnej czynności prawnej o charakterze zobowiązującym lub rozporządzającym wymaga zgody jego kuratora. Zgoda taka dokonana musi zostać najpóźniej z chwilą dokonywania czynności. W przypadku braku zgody czynność taka jest bezwzględnie nieważna i nie może być już potwierdzona, ponieważ potwierdzenie nie wywoła już żadnych skutków prawnych, a dokonanej czynności prawnej nie można już konwalidować.

Typową jednostronną czynnością prawną wywołującą skutek zobowiązaniowy jest przyznanie publiczne. Samodzielne dokonanie przez osobę ubezwłasnowolnioną częściowo jednostronnej, zobowiązującej czynności prawnej, wymagającej zgody przedstawiciela ustawowego sprawia, iż wykonane świadczenie staje się świadczeniem nienależnym (art. 410 § 2 k.c.) (Czachórski, s. 226-229).

W polskim ustawodawstwie istnieje grupa czynności prawnych, które osoba o ograniczonej zdolności prawnej może wykonać samodzielnie. Należą do niej czynności nie zobowiązujące do świadczenia ani nie powodujące niekorzystnej zmiany w czymś prawie majątkowym. Do takich czynności należą: zawłaszczenie rzeczy niczyjej (art. 181 k.c.), dokonanie przebaczenia: przy niewdzięczności obdarowanego (art. 899 k.c.), przy niegodności spadkobiercy (art. 930 § 1 k.c.) oraz przy wydziedziczeniu do zachowku (art. 1010 k.c.) (Tomaszewska, 2008, s.89). Oznacza to, iż spadkodawca nie mający pełnych zdolności prawnych może dokonać przebaczenia pod warunkiem, że tenże spadkodawca dokonał tej czynności prawnej z dostatecznym rozeznanieniem.

Istnieje również szereg innych czynności cywilno-prawnych, dla których ważności potrzebne jest zezwolenie sądu. Sąd opiekuńczy może uzależnić wyrażenie zgody na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu lub zatwierdzenie już dokonanych czynności przez kuratora po uzyskaniu zezwolenia sądu. Uzyskanie zezwolenia sądu nie oznacza braku zgody na sprawowanie zarządu nad majątkiem i pieczy nad osobą poddaną kurateli (Tomaszewska, 2008, s. 90).

Osoby ubezwłasnowolnione częściowo mogą zawierać umowy w sprawach drobnych, bieżących sprawach życia codziennego (art. 20 k.c.). W tej sferze aktywności osoby o

ograniczonej zdolności do czynności prawnych należy zaliczyć zakupy drobnych przedmiotów, skorzystanie ze środka komunikacji publicznej, kupno biletu do teatru. Zakres umów, które może zawierać osoba z ograniczona w zdolności do czynności prawnych jest tożsama z umowami dotyczącymi osób pozbawionych czynności do zdolności prawnych określonych w art. 14 § 2 k.c., z tym zastrzeżeniem, że umowy te są ważne z chwilą wykonania, natomiast ważność umowy jest niezależna od rażącego pokrzywdzenia osoby ograniczonej do czynności prawnych (Tomaszewska, 2008, s. 92).

Ponadto w przypadku pogorszenia stanu psychicznego ubezwłasnowolnionego częściowo sąd może zmienić ubezwłasnowolnienie z częściowego na całkowite (art. 559 § 2k.p.c.). W podobny sposób ubezwłasnowolnienie częściowe podlega obligatoryjnemu uchyleniu, gdy ustały przyczyny jego ustanowienia (art. 559 § 1 k.p.c.), a w szczególności, gdy choroba psychiczna będąca podstawą jego ustanowienia trwale ustąpiła. Nieprocesowy charakter postępowania w sprawie o ubezwłasnowolnienie powoduje, że postanowienie wydane przez Sąd może nastąpić zarówno z urzędu lub na wniosek ubezwłasnowolnionego (art. 559 § 3k.p.c.).

Zakres samodzielności osób ubezwłasnowolnionych częściowo jest jednak szerszy niż osób pozbawionych zdolności do czynności prawnych.

1. Umowa zawarta przez osobę o ograniczonej zdolności do czynności prawnych jest ważna od początku, a nie w momencie jej wykonania, jak to się dzieje w przypadku osób pozbawionych zdolności do czynności prawnych (art. 20 k.c.).
2. Nie jest wymagana zgoda przedstawiciela ustawowego do dysponowania zarobkiem osoby o ograniczonej zdolności do czynności prawnych – w tym zakresie są one traktowane na równi z osobami z pełną zdolnością do czynności prawnych.
3. Osoby ubezwłasnowolnione częściowo mogą samodzielnie rozporządzać swoimi przedmiotami majątkowymi oddanymi przez przedstawiciela ustawowego do użytku (art. 22 k.c.) (Winiarz, 1989, s. 39; Krzemiński, 1999, s. 129; Grzybowski, 1980 s. 244).
4. Ponadto ustawodawca w art. 11 § 1 k.r.o. dopuścił możliwość zawarcia małżeństwa przez osoby ubezwłasnowolnione częściowo.

Skutki zarówno ubezwłasnowolnienia całkowitego jak i częściowego są radykalne. Osoby ubezwłasnowolnione całkowicie nie mogą dokonywać czynności prawnych o charakterze zobowiązującym i rozporządzającym, co jest uregulowaniem pozbawiającym je kompetencji do dokonywania szeregu czynności w sferze prawa zobowiązań i prawa rzeczowego. Większość spraw jest powierzona opiekunowi bądź kuratorowi, co prowadzi do powstania mechanizmu „wyuczonej bezradności” u osoby ubezwłasnowolnionej. „Jest to o tyle niebezpieczne, że polskie ustawodawstwo nie przewiduje ubezwłasnowolnienia do danej kategorii spraw, wyróżniając jedynie dwa rodzaje ubezwłasnowolnienia – całkowite i częściowe.” (Tomaszewska, 2008, s. 93).

W momencie uchylecia ubezwłasnowolnienia lub zmiany jego rodzaju osoba nim objęta nie jest zdolna do podejmowania jakichkolwiek faktycznych działań. Osoby ubezwłasnowolnione całkowicie nie mają możliwości zawarcia związku małżeńskiego, poza tym są pozbawione władzy rodzicielskiej czy możliwości adopcji, co mocno ingeruje w sferę życia rodzinnego.

Tomaszewska, Szpunar, Lubiński twierdzą, iż powinna nastąpić zmiana w ustawodawstwie dotyczącym ubezwłasnowolnienia, ponieważ obecne przepisy zakazują całkowicie aktywności tym osobom w wielu ważnych sferach życia. Ponadto sądy najczęściej orzekają ubezwłasnowolnienie całkowite. Natomiast adekwatnym rozwiązaniem, które funkcjonuje wśród wielu państw europejskich byłoby ubezwłasnowolnienie do danej kategorii spraw. Pozwoliłoby to na wykorzystanie możliwości tej osoby w tych sferach działań, które nie wymagają skomplikowanych regulacji prawnych. Ubezwłasnowolnienie powoduje szereg dalszych, następczych skutków prawnych na gruncie prawa cywilnego, prawa pracy czy prawa administracyjnego.

Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie ma prawa do rozporządzania przedmiotami osobistego użytku. Jeśli ustawodawca przyznałby osobom ubezwłasnowolnionym całkowicie takie same prawa jak osobom ubezwłasnowolnionym częściowo w tym zakresie, pod nadzorem opiekuna umożliwiono by tym osobom szybszy powrót do społeczeństwa.

Głównym celem ubezwłasnowolnienia jest ochrona osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi przy jednoczesnym uwzględnieniu ochrony innych osób. Jest to jedna z form ochrony zdrowia psychicznego. Skutki ubezwłasnowolnienia mają różnorodny charakter i są kategoriałnie niejednorodne. Należą do nich zarówno skutki będące bezpośrednio konsekwencją pozbawienia lub ograniczenia zdolności do czynności prawnych, inne

stanowią kategorii skutków pośrednich (Kalus, 1985, s. 11). O charakterze prawnym ubezwłasnowolnienia nie decyduje jej nazwa, ani nawet przesłanki materialno-prawne, lecz istota i cel, któremu ta instytucja służy. Odrębne zagadnienie stanowi postrzeganie społeczne osoby ubezwłasnowolnionej. W odczuciu społecznym, czy też samej osoby ubezwłasnowolnionej instytucję tę traktuje się jako formę napiętnowania osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi (Lubiński, 1979, s. 42).

1.4.4 Odpowiedzialność opiekuna z tytułu sprawowania opieki nad osobą całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolnioną

W poprzednim podrozdziale zostało nadmienione, iż osobie ubezwłasnowolnionej całkowicie jest przyznawany opiekun, który między innymi stanowi pieczę nad osobą ubezwłasnowolnioną i rozrządza jej majątkiem.

Opieka nad osobą całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolnioną jest regulowana przez przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w tytule poświęconym opiece i kurateli, czyli przypisy, które regulują opiekę nad małoletnimi.

Wyróżniono tylko trzy artykuły dotyczące stricte osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, z których pierwszy przewiduje odpowiednie stosowanie przepisów o opiece nad małoletnimi do opieki nad osobami ubezwłasnowolnionymi całkowicie. Drugi dotyczy pierwszeństwa pewnych osób co do ustanowienia ich opiekunami (małżonek, ojciec lub matka), zaś trzeci odnosi się do kwestii ustania opieki.

Postępowanie o ustalenie opieki i powołanie opiekuna należy w systemie polskiego postępowania cywilnego do drogi postępowania nieprocesowego i regulowane jest w art. 561-605 k.p.c. Regułą jest, iż sąd ustanawiający opiekę powołuje równocześnie określoną osobę do jej wykonywania. Wyjątki zachodzą wówczas, gdy dotychczasowy opiekun został zwolniony, a nie powołano jeszcze nowego, lub, gdy powołano opiekuna, lecz nie objął on jeszcze opieki, a sąd zwolnił go z tego obowiązku (Kalus, 1989, s. 98).

Postępowanie prowadzone jest przez sąd opiekuńczy – sąd rejonowy i wszczynane jest z urzędu, co wynika z art. 570 k.p.c. Działanie takie wynika z celu postępowania sądu opiekuńczego, jakim jest wszechstronna ochrona osób wymagających pieczy prawnej nad ich osobą i majątkiem (Marciniak, 1975, s. 23; Zieliński, 1978, s. 18). Nie oznacza to jednak, że postępowanie opiekuńcze nie może być wszczęte na wniosek. Może tak się stać w szczególnych przypadkach np. zwolnienia od obowiązku objęcia opieki, czy w sprawie

zezwoleń opiekunowi na dokonanie czynności w ważniejszych sprawach przekraczających zakres zwykłego zarządu majątkiem pozostającego pod opieką.

Z uwagi na fakt, że postępowanie o ustanowienie opieki i powołanie opiekuna jest postępowaniem nieprocesowym, odnośnie do składu sądu obowiązuje tu reguła art. 509 k.p.c., czyli w sprawach tych orzeka jeden sędzia, bez udziału ławników.

Opiekun osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie musi spełnić pewne kryteria, które zostały podzielone na kryteria:

- formalne,
- szczególne (Grzybowski, 1980, s. 243 - 244).

Kryteria formalne zostały wymienione w art. 148 § 1 k.r.o. , a przepis ten określa, że nie mogą być ustanowione opiekunami osoby, które:

- a) nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych;
- b) zostały pozbawione praw publicznych, praw rodzicielskich lub praw opiekuńczych.

Kryteria szczególne, bo polegające na analizie każdego konkretnego przypadku, wynikają z art. 148 § 2 k.r.o., który stanowi, że nie może być ustanowiony opiekunem ten, w stosunku do kogo zachodzi prawdopodobieństwo, że nie wywiąże się należycie z obowiązków opiekuna. Osoba chcąc sprawować funkcję opiekuna musi wykazać się odpowiednią:

- a) postawą moralną, stanem zdrowia i innymi przymiotami osobistymi właściwymi dla kandydata na opiekuna;
- b) relacją łączącą go z osobą ubezwłasnowolnioną, polegającą na wzajemnym zaufaniu, a na pewno brakiem konfliktu z osobą pozostającą pod opieką;
- c) pozytywnym nastawieniem kandydata na opiekuna do ewentualnego objęcia opieki i chęcią sprawowania tej funkcji (Kalus, 1989, s.115).

Z badań wynika, że sądy mają zazwyczaj ogromne trudności w znalezieniu osoby opiekuna, stąd też nie dokonują wnikliwej analizy jego kwalifikacji osobistych (Kosik, 1974, s. 87)⁷. Potwierdzają to także badania Dragona i Marcola (1970, s. 317), którzy stwierdzają

⁷ Kosik pisze co prawda o opiece nad małoletnim, lecz jego wnioski co do trudności w doborze opiekuna dla dziecka są jak najbardziej aktualne w sytuacji osoby dorosłej, która jest ubezwłasnowolniona.

wręcz, że niejednokrotnie osobę bardziej wymagającą ubezwłasnowolnienia jest opiekun aniżeli jego podopieczny.

Z chwilą wydania przez sąd orzeczenia o ustanowieniu opieki i powołaniu opiekuna osoba będąca opiekunem nie wypełnia jeszcze danej roli. Skutek taki następuje dopiero a chwilą wypełnienia przez opiekuna pewnej formalnej przesłanki, jaka stanowi objęcie opieki (Marcinak, 1975, s.18). Skutki prawne, jakie powstają z chwilą ogłoszenia postanowienia o powołaniu opiekuna, są takie, iż powstaje odpowiedzialność opiekuna za ewentualne szkody, jakie ubezwłasnowolniony poniósł by wskutek nieobejmowania opieki przez opiekuna (Marciniak, 1975, s. 92). Drugim skutkiem prawnym, jest powstanie po stronie opiekuna obowiązku niezwłocznego objęcia opieki. Obowiązek ten powstaje z chwilą ogłoszenia postanowienia o powołaniu konkretnej osoby lub też z chwilą wydania postanowienia, gdy ogłoszenia nie było (art. 578 k.p.c.). Opiekun ma prawo do wniesienia wniosku o zwolnienie go z pełnienia funkcji opiekuna, zgodnie z art. 592 k.p.c. W przypadku, gdy osoba bezzasadnie uchyla się od sprawowania opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną podlega każe grzywny.

Osoba, która stała się opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie stanowi pieczę nad tą osobą, majątkiem oraz jej reprezentacją. Zasadniczym i podstawowym problemem troski nad osobą ubezwłasnowolnioną powinno być zapewnienie jej odpowiedniego leczenia. Z tego wynika, iż w przypadku wyleczenia osoby opiekun powinien zgłosić o zniesienie ubezwłasnowolnienia lub w przypadku polepszenia stanu zdrowia o zmianę formy ubezwłasnowolnienia z całkowitego na częściowe (Kalus, 1989, s. 136). W przypadku, gdy osoba przebywa w domu pomocy społecznej lub w innym zakładzie leczniczym obowiązkiem opiekuna jest współdziałanie z danym zakładem lub domem w celu zapewnienia podopiecznemu wszechstronnej troski o zaspokojenie jego potrzeb leczniczych, bytowych itp. Troska o zapewnienie osobie całkowicie ubezwłasnowolnionej leczenia i właściwej opieki medycznej jest podstawowym obowiązkiem opiekuna. Niestety nie zawsze opiekunowie współpracują oraz interesują się losem swoich podopiecznych. Dobrą ilustracją tej tezy jest wydarzenie z dnia 18 kwietnia 2012 roku w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, obrazujące niezrozumienie podstawowych kwestii, co do wykonywania opieki nad osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną. Mieszkanca Domu będąca osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie doznała skomplikowanego pęknięcia kości śródstopia i aby nie doszło do jej zniekształcenia należało przeprowadzić zabieg operacyjny, na który

powinien wyrazić zgodę opiekun, który jednak długo zwlekał z podjęciem takiej decyzji, wymawiając się niedyspozycją czasową.

Do spraw należących do sfery pieczy należy zaliczyć troskę o prawidłowe ukształtowanie sytuacji prawnej, osobistej i rodzinnej. Tego rodzaju sprawy to między innymi: ustalenie ojcostwa, wystąpienie z powództwem u unieważnienie małżeństwa, o zaprzeczeniu ojcostwa, itp. (Szer, 1969, s. 59). Istotną sprawę w przypadku kobiet stanowi ustalenie ojcostwa. Kwestia ta jest wyraźna w toku badań empirycznych, gdzie podopieczne urodziły dzieci pozamałżeńskie i brak jest jakichkolwiek danych czy opiekun podjął działania dotyczące ustalenia ojcostwa (Kalus, 1989, s. 151).

Problemem dyskusyjnym wydaje się także zagadnienie, czy do sfery pieczy opiekuna nad osobą ubezwłasnowolnioną należy obowiązek posłuszeństwa podopiecznego w stosunku do opiekuna i w jaki sposób opiekun może to posłuszeństwo egzekwować.

Z pieczy nad osobą ubezwłasnowolnioną wynika obowiązek opiekuna do zapewnienia pozostającemu pod opieką środków utrzymania zaspakajających jego bieżące potrzeby konsumpcyjne. Źródłem tych dochodów może być:

- dochody płynące z majątku podopiecznego,
- otrzymywane świadczenia alimentacyjne od osób zobowiązanych do alimentacji podopiecznego,
- alimenty ze strony dalszych krewnych,
- świadczenia uzyskane z organów państwowych (Grzybowski, 1954, s. 19).

Elementem pieczy opiekuna, poza pieczą nad osobą i reprezentacją, jest piecza nad majątkiem podopiecznego.

Treść pieczy nad majątkiem podopiecznego obejmuje trzy rodzaje czynności opiekuna:

- 1) utrzymanie składników majątku podopiecznego w stanie nie pogorszonym oraz gospodarowanie nimi,
- 2) dokonywanie czynności prawnych odnoszących się do majątku podopiecznego,
- 3) wypełnianie czynności o charakterze procesowym, takich jak: dochodzenie roszczeń majątkowych w imieniu podopiecznego, ze szczególnym uwzględnieniem, aby zmieścić się w terminie ich przedawnienia, obrona przed nieuzasadnionymi

roszczeniami przeciwko podopiecznemu, występowanie o stwierdzenie nabyciu spadku przez podopiecznego, ujawnieniu praw przysługujących podopiecznemu w księgach wieczystych, etc. (Marciniak, 1975, s. 71).

Jeśli chodzi zatem o zakres wykonywania pieczy nad majątkiem podopiecznego przez opiekuna, to jest on ograniczony, ponieważ art. 156 k.r.o. przewiduje obowiązek opiekuna uzyskiwania zgody na tzw. ważniejsze sprawy w zakresie pieczy nad majątkiem podopiecznego. Problem stanowi rozróżnienie, które sprawy są ważne, a które mniej ważne, ponieważ brak jest w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym takich wskazówek, (Kalus, 1989, s. 162). Powszechnie przyjmuje się, że do czynności przekraczających zwykły zarząd zalicza się te czynności, jakie powodują poważne zmniejszenie substancji majątku lub związane są z ryzykiem wywołania takich konsekwencji, a także te, które powodują powstanie po stronie pozostającego pod opieką znaczniejszego zobowiązania.

Do czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu należą, m.in.:

- 1) nabycie, zbycie, obciążenie nieruchomości oraz praw na nieruchomości, zawarcie umowy dzierżawy nieruchomości;
- 2) nabycie, zbycie, dzierżawa przedsiębiorstwa zarobkowego;
- 3) zbycie, nabycie wartościowych rzeczy ruchomych;
- 4) zaciągnięcie, udzielenie np. pożyczki, zobowiązań wekslowych;
- 5) poręczenie i przyjęcie cudzych długów;
- 6) dokonanie darowizn, zrzeczenie się dziedziczenia, odrzucenie spadku;
- 7) przekazanie przez opiekuna zarządu majątkiem pozostającego pod opieką osobie trzeciej⁸

Reprezentowanie podopiecznego jest ostatnim elementem pieczy opiekuna i stanowi jego obowiązek jak i uprawnienie. Wiąże się z zagadnieniami z zakresu pieczy nad osobą i majątkiem ubezwłasnowolnionego. Opiekun może zatem dokonywać każdej czynności prawnej w imieniu podopiecznego i bezpośrednim skutkiem dla niego. Jeśli chodzi o granice umocowania opiekuna do dokonywania czynności prawnych w imieniu osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, to zasada ogólna wyraża się w tym, że opiekun może reprezentować

⁸ Wymienienie przykładowych czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu za Dolecki H. (red.), w Sokołowski T. (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, Warszawa 2010

swego podopiecznego w zasadzie we wszystkich sprawach wynikających z pieczy nad jego osobą, majątkiem, za wyjątkiem ograniczeń wynikających z mocy ustawy (art. 159 k.r.o.), z orzeczenia sądowego lub z woli osoby trzeciej.

Ograniczenie reprezentacji opiekuna przewiduje przede wszystkim art. 159 k.r.o. stanowiący w 1§, że opiekun nie może reprezentować osób pozostających pod jego opieką:

1. przy czynnościach prawnych między tymi osobami;
2. przy czynnościach prawnych między jedną z tych osób a opiekunem albo jego małżonkiem, zstępnymi, wstępnymi lub rodzeństwem, chyba że czynność prawna polega na bezpłatnym przysporzeniu na rzecz osoby pozostającej pod opieką.

Inne ograniczenia reprezentacji podopiecznego wynikają bezpośrednio z art. 156 k.r.o. przewidującego konieczność uzyskania przez opiekuna zezwolenia sądu opiekuńczego w ważniejszych sprawach z zakresu pieczy nad majątkiem podopiecznego.

W wyroku z dnia 16 listopada 1982 r., sygn. akt I CR 234/82 Sąd Najwyższy wyjaśnił, że: *"Miernikiem czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu jest ciężar gatunkowy dokonywanej czynności, jej skutki w sferze majątku małoletniego, wartości przedmiotu danej czynności oraz szeroko pojęte dobro dziecka i ochrona jego interesów życiowych. Konsekwencją braku zezwolenia Sądu opiekuńczego z art. 101 § 3 k.r.o. jest nieważność dokonanej czynności (uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 30 kwietnia 1977 r., III CZP 73/76 - OSNCP z 1978 r., nr 2, poz. 19)."*

Wskazania te, chociaż odnoszące się do kwestii sprawowania władzy rodzicielskiej nad małoletnimi dziećmi znajdują pełne zastosowanie również w stosunku do relacji opiekuna z ubezwłasnowolnionym.

Ograniczenia reprezentacji opiekuna mogą również wynikać z zarządzenia sądowego. Zgodnie z art. 168 k.r.o. jeśli opiekun nie sprawuje odpowiednio opieki sąd wyda odpowiednie zarządzenie, gdzie może ograniczyć lub całkowicie wyłączyć opiekuna od zarządu majątkiem podopiecznego.

Ostatnie ograniczenie reprezentacji wynikające z woli osób trzecich dotyczy sytuacji, gdy podopieczny nabył jakieś przedmioty na drodze darowizny lub dziedziczenia, lecz darczyńca zastrzegł sobie, że nie będą one podlegały zarządowi opiekuna (Klaus, 1989, s. 173).

Z uwagi na dominującą w prawie opiekuńczym zasadę dobra podopiecznego przyjęto, że instytucjami mogącymi zapewnić ochronę tego dobra poprzez nadzór są sądy rejonowe (art. 568 k.p.c.). Mają one prawo do kontrolowania działalności opiekuna, czyli sprawują kontrolę sensu stricto, jak i uprawnienie do wydania opiekunowi wiążących go poleceń czy wskazówek w konkretnej sprawie (Marciniak, 1975, s.134).

Podobnie jak w przypadku powstania opieki, można wyodrębnić dwa zdarzenia prawne dotyczące wygaśnięcia funkcji opiekuna i ustania opieki. W przypadku wygaśnięcia funkcji opiekuna dochodzi do sytuacji, gdzie następuje zmiana opiekuna z przyczyny śmierci lub zwolnienia go z tej funkcji. Drugi przypadek – ustania opieki występuje w dwóch przypadkach: śmierci podopiecznego, zmiany ubezwłasnowolnienia z całkowitego na częściowe lub uchylecia ubezwłasnowolnienia (Kalus, 1989, s. 190-196).

Kurator osoby ubezwłasnowolnionej częściowo pełni podobną rolę jak omawiany wcześniej szczegółowo opiekun osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie. Do ustanowienia sprawowania i ustania kurateli osoby ubezwłasnowolnionej częściowo stosuje się odpowiednio przepisy o ustanowieniu, sprawowaniu i ustaniu opieki. Istnieje jednak kilka różnic, które występują pomiędzy opieką i kuratelą.

Osoba ubezwłasnowolniona częściowo ma ograniczoną zdolność do wykonywania czynności prawnych. Może zatem decydować o swych prawach z tym, że na te czynności musi mieć zgodę kuratora.

Zgodnie z art. 181 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego kurator osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest powołany do jej reprezentowania i zarządzania jej majątkiem, tylko wtedy, gdy sąd opiekuńczy tak postanowi. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 30 września 1977 r., sygn. akt. III CRN 132/77 wskazał, że kurator osoby częściowo ubezwłasnowolnionej jest powołany do wyrażania zgody na zaciągnięcie przez nią zobowiązań lub rozporządzanie swoim prawem również w tym wypadku, gdy postanowienie sądu opiekuńczego nie zawiera uprawnienia kuratora do reprezentowania osoby częściowo ubezwłasnowolnionej i do zarządzania jej majątkiem (Obrął, <http://www.ubezwlasnowolnienie.pl/538.htm>).

Oznacza to że, osoba ubezwłasnowolniona częściowo decyduje o swoim majątku i interesach, chyba, że sąd opiekuńczy wyda inne postanowienie w tej sprawie. Wskazuje na to

na przykład art. 21 kodeksu cywilnego, mówiący, iż osoba o ograniczonej w zdolności do czynności prawnych może bez zgody przedstawiciela ustawowego rozporządzać swoim zarobkiem, chyba, że sąd opiekuńczy z ważnych powodów inaczej postanowi (Kalus, 1989, s. 190-196).

W przypadku kurateli nad osobą ubezwłasnowolnioną częściowo, na życzenie kuratora sąd opiekuńczy może przyznać kuratorowi stosowne wynagrodzenie. Wynagrodzenie to jest pokrywane z majątku osoby ubezwłasnowolnionej lub jeśli ta osoba nie posiada odpowiednich finansów ze Skarbu Państwa. Wynagrodzenia nie przyznaje się, jeśli nakład pracy kuratora jest nieznaczny, a sprawowanie kurateli czyni zadość zasadom współżycia społecznego zgodnie z art. 179 k. r.o.

Osoba ubezwłasnowolniona częściowo, ma jak wynika z poprzedniego podrozdziału o wiele większą swobodę działania niż osoba ubezwłasnowolniona całkowicie. Istnieje szereg dziedzin, w których osoba ta występuje jako osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnych. Kurator w tych wypadkach nie ma prawa, ani obowiązku ingerować w jej poczynania. Szereg umów osoba ubezwłasnowolniona częściowo może zawierać sama i są one ważne, choćby przynosiły jej szkodę. Główne problemy, które się pojawiają to interpretacja pewnych zdarzeń i ich prawidłowa kwalifikacja prawna. Za każdy razem odpowiedzieć należy na pytanie czy kurator ma prawo reprezentować osobę w pewnej sprawie, czy osoba ta działa bez świadomości i znaczenia swej decyzji, czy też dana czynność była drobną czynnością dnia codziennego, czy też czynność wymagająca potwierdzenia osoby kuratora (za: Jankowska, <http://www.synapsis.waw.pl>).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania należy przyjąć, że odpowiedzialność za pomyślne prowadzenie spraw osoby ubezwłasnowolnionej częściowo lub całkowicie w dużej mierze zależy od kwalifikacji i kompetencji osoby, która sprawuje opiekę nad ubezwłasnowolnionym lub kuratelę nad częściowo ubezwłasnowolnionym.

2. Jakość życia i funkcjonowanie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi

W literaturze przedmiotu pojęcie „jakość życia” stanowi niezwykle bogaty i zróżnicowany materiał do analizy. Jakość (ang. *qualitas*) posiada wiele różnych znaczeń. Termin jakość odnosi się w stosunku do kupowanych na rynku produktów, środowiska naturalnego czy pracy. Odnosi się również do ludzkiego życia. Czy jest ono wysokiej czy niskiej jakości, a jeśli tak, to co na to wpływa – stan zdrowia, warunki materialne czy może immanentne poczucie szczęścia? (za: Kijas, 1994, s.61).

Istnieje wiele ujęć jakości życia, dotyczącej funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Każde z nich zwraca uwagę na odmienne elementy życia tych osób, jednak wspólne jest założenie: jakie jest życia jednostki? (Zawiślak, 2011, s. 41). Koncepcja jakości życia okazała się w praktyce bardzo użyteczna ze względu na możliwość wykorzystania jej nie tylko do oceny komfortu egzystencji danej jednostki z niepełnosprawnością, ale również pośrednio do wyrobienia sobie opinii co do jakości działania wszelkich instytucji na rzecz jednostki, co sprawia, że otwierają one nowe perspektywy rzeczywistego modelu rehabilitacji organizowanego dla tych osób, będąc jednocześnie wyrazem podmiotowego spojrzenia na funkcjonowanie człowieka i dążenia do poprawy jego życia.

Niniejszy rozdział został poświęcony analizie wybranych koncepcji jakości życia, które są najbliższe autorce tej dysertacji. Główny nacisk położono na przedstawienie aspektu obiektywnego i subiektywnego jakości życia oraz koncepcji systemowo – ekologicznej, w oparciu o którą zostały zorientowane badania empiryczne.

2.1 Geneza koncepcji i określenie definicji jakości życia człowieka

„Jakość życia nie jest zjawiskiem jednorodnym, tak jak nie jest jednorodnym fenomen samego życia. Życie, jako pojęcie podstawowe, jest w równym stopniu naukowo niedefiniowalne jednoznacznie, co intuicyjnie zrozumiałe dla każdego (...).”

(Bańka, 1994a, s.19)

W naukach psychologicznych i pedagogicznych najczęściej można się spotkać z zagadnieniami związanymi z badaniami poczucia *sensu* życia. Pojęcia *sens* i *jakość życia* są ze sobą silnie powiązane, wyrażane w formie doświadczalnej, powiązanej z realizacją celów życiowych, zastanawiania się: po co i jak żyć? (Rybczyńska, 1998; Wrzesień, 1992, 1995; za: Dębska, 2006, s. 110). Zarówno sens egzystencji jak i jej jakość są ze sobą silnie powiązane i trudno tutaj rozstrzygnąć, które z nich bardziej wpływa na drugi i które jest istotniejsze w życiu człowieka. Wielość uwarunkowań może leżeć u podstawy odczuwania sensu oraz zadowolenia z życia, odczuwania wysokiej jakości (Tomaszewski, 1976; Straś – Romanowska, 1992, 1995). Sens oraz jakość życia można łączyć z ogólnym przeświadczeniem jednostki, podtrzymujące jej motywację i siłę życiową i wiąże się z takimi treściami życia jak: refleksja, nadzieja, zaufanie, perspektywa życiowa, miłość, dobro, życzliwość, wolność, absolut, zaangażowanie, itp. (Popielski, 1996, s.50). Wieloaspektowość terminu oraz wykorzystanie go w tak wielu dziedzinach sprawiają, że należy starannie określić w jaki sposób będzie on rozumiany. Tym samym można traktować jakość życia bardzo szeroko i pojemnie oraz wąsko, ograniczając je do określonych elementów życia (Kane, 2002, s. 1003).

Wiele terminów jest zbliżonych do pojęcia *jakość* między innymi pojęcie *szczęście*, *dobrostan*, *satysfakcja z życia*, *samopoczucie*. Badania nad satysfakcją czy poczuciem szczęścia dotyczyły obszaru, który dziś nazywamy jakością życia. Jednakże badania prowadzone nad poczuciem szczęścia były wycinkowe, opierały się na doświadczeniu emocji, a nie całościowym, ogólnym zadowoleniu z życia. Przełomu dokonał psycholog społeczny Cmbpell, który w 1971 po raz pierwszy przeprowadził badania nad ogólną jakością życia. Od tego momentu zaczęto prowadzić badania nad tym zjawiskiem. Natomiast terminologiczna różnorodność powoduje, iż badania prowadzone nad jakością życia nie zawsze diagnozują samo zjawisko. Sadowska pisze: „Metaforycznie można powiedzieć, że jakość życia to wielogłowy stwór, tajemniczy i zagadkowy. Historia jakości życia to historia ścierania się ujęć dawnych z nowymi, poglądów przedstawicieli jednej dyscypliny z

poglądami przedstawicieli innych dyscyplin nauki. Mimo tych sporów jakość życia jest figurą retoryczną, która łączy różne środowiska naukowe. Większość ośrodków naukowych, stowarzyszeń i organizacji na całym świecie zajmujących się badaniami nad jakością życia ma charakter interdyscyplinarny. Wiele projektów badawczych opracowano przy współpracy różnych nauk” (2006, s.16). W praktyce koncepcja jakości życia jest bardzo użyteczna ze względu na możliwości wykorzystania jej nie tylko do oceny komfortu egzystencji danej jednostki, ale również do oceny funkcjonowania wszelkich instytucji. Dlatego też badania tego typu przyczyniają się do poprawiania modelu rehabilitacji organizowanego dla tych osób, będąc jednocześnie wyrazem podmiotowego spojrzenia na funkcjonowanie człowieka i dążenia do poprawy jego życia (Zawiślak, 2011, s.42).

2.1.1 Geneza koncepcji jakości życia

Genezy jakości życia należy rozpocząć poszukiwać już w starożytności. Arystoteles określił szczęście jako największe dobro człowieka, co oznaczało cnotliwe życie. (Krapiec, Kamiński, Zdybicka, Jaroszyński, 1992, s. 74). Odniósł on jakość do formy bytu. Oznacza to, iż jakość wiąże się z pewną formą egzystencji konkretnego bytu. Podobnie pojmowali jakość Kartezjusz i Spinoza, zachowując istotę rzeczy, filozofowie ci zmieniali właściwie jedynie terminologię. W tej interpretacji jakość jest takim a nie innym egzystowaniem formy, tego najbardziej podstawowego elementu każdego istniejącego przedmiotu i podmiotu. Oznacza to, że na przykład kolor skóry nie wpływa na sposób reagowania, które jest zawsze odpowiedzią na konkretnego człowieka a niski wzrost czy upośledzenie nie narusza godności człowieczeństwa. „Taka czy inna jakość życia nie degraduje człowieka, nie podważa jego godności, wyjątkowej pozycji wśród stworzeń, pozwala mu jedynie funkcjonować na innych poziomach, w innych obszarach gromadzenia nowych doświadczeń, ubogacania się , choć w odmienny sposób” (Kijas, 1994, s. 64). Reasumując termin „jakość” jest w filozofii ujmowany jako „ kategoria bytu doskonaląca substancję w aspekcie formy”, z przejawami jakości wskazującymi na celowość bytu. Szerzej, jakość jest wszelką determinacją rzeczy możliwą do przypisania podmiotowi i także każdą przypadłością substancji (Powszechna Encyklopedia Filozofii, 2004 s. 172).

Pojęcie jakość życia QOL (ang. *Quality of Life*) pojawiło się w słowniku amerykańskim dopiero po II wojnie światowej, kiedy to szybki rozwój medycyny pozwolił na to, iż wydłużyła się średnia życia, natomiast niekoniecznie polepszyła się jego jakość (Ahmedzai, 1991, Boyle, Vecchia, Walker, 2001).

Badania nad jakością życia są ściśle związane z rozwojem koncepcji zdrowia. Rozwój koncepcji zdrowia i związanych z nim pomiarów jakości życia podążał dwutorowo. Pierwszy nurt opierał się na definicji zdrowia rozumianej jako brak uszkodzeń organów w organizmie (Borse, 1977; za: Jaracz, 2001). Drugi nurt wywodził się z wprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicji, gdzie „zdrowie stanowi pełnię dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego”. Najbardziej znane skale wywodzące się z tego nurtu to Sickness Impact Profile (SIP), Short Form General Health Survey (MOS) oraz Quality of Well – Being Scale (QWB). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICDH-1)(1980; za: Jaracz, 2001). Opierając się na tej klasyfikacji stworzono model następstw choroby.

Rycina 1 Model następstw choroby.



Źródło: opracowanie własne za: Jaracz, 2001.

Pierwszą skalę skonstruowali w 1948 roku David A. Kornofsky i Joseph H. Burchenal, która służyła do określenia stanu fizycznego pacjenta oraz wywiązywania się z określonych ról społecznych (Czekieredowski, Smoleń, Bednarek, i in. 2002, s. 1061). Jednymi z pierwszych, którzy użyli określenia jakości życia (QOL) byli amerykańscy ekonomiści Samuel Ordway (1953) oraz Fairfield Osborn (1954), którzy wyrazili swój niepokój o bezpieczeństwo ekologiczne w sytuacji nieograniczonego wzrostu gospodarczego kraju.(Gilson, Mindel, 2001, s.322). Od połowy lat 60-tych wzrasta zainteresowanie pojęciem jakości życia wśród specjalistów z zakresu nauk społecznych.

Dopiero w 1971 roku został zainicjowany program naukowy dotyczący precyzyjnego opisu psychologicznych aspektów życia ludzi, którego twórcą był Campbell. Jego intencją było skonstruowanie ilościowej miary oceniającej zmiany, jakie dokonują się w życiu ludzi, głównie w zakresie jednego aspektu, wspomnianego już wymiaru psychologicznego. Campbell pisał, że warunki życia człowieka oddziałują w takim stopniu na jego zadowolenie, w jakim mogą determinować jego doświadczenie życia (Kübler-Ross, 1979, s. 25-89). W wyniku kilkuletnich prac Campbell wraz Conversem i Rodgersem opracowali opracowali „Skalę Jakości Życia”, zawierającą siedmio stopniową skalę oceny i kilkanaście dziedzin życia (Kowalik, 2000, s. 23-30).

Stanisław Kowalik, dokonując analizy, wyróżnił cztery nurty, które w historii badań nad jakością życia występowały po sobie:

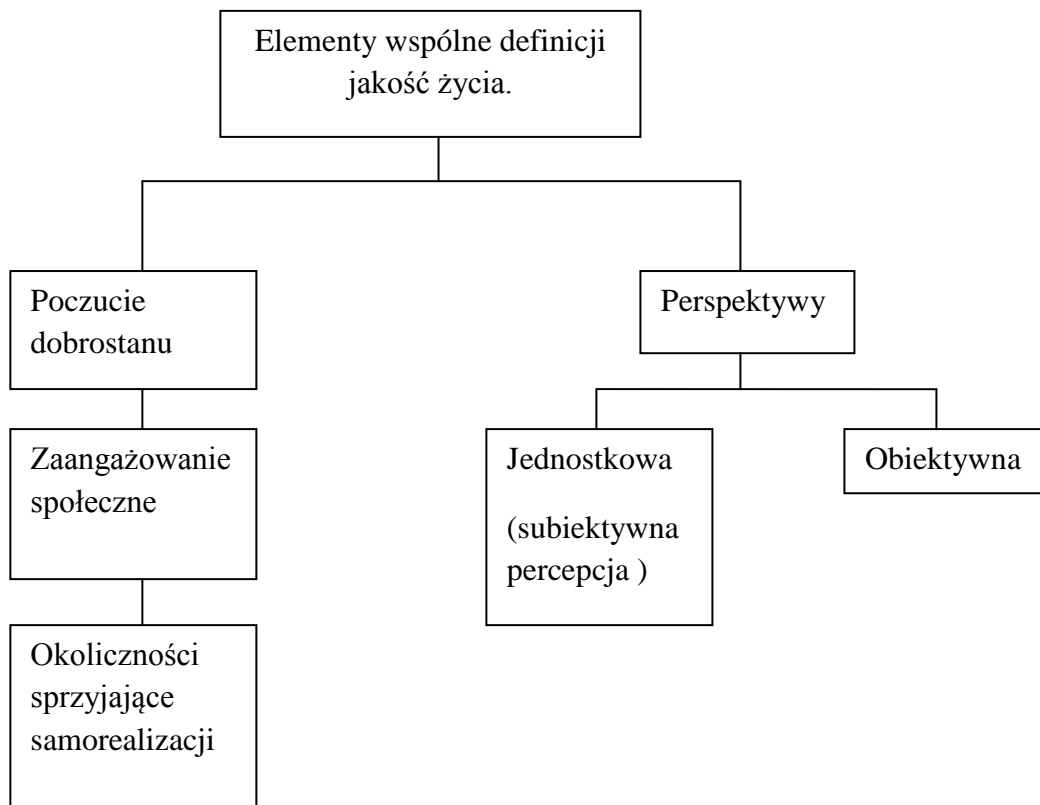
- prototeoretyczny: jedynie wycinkowa analiza aspektów życia połączona z zadowoleniem z życia ujmowanym dość ogólnie;
- pragmatyczny: uogólniona oraz refleksyjna opinia o dotychczasowych powodzeniach i niepowodzeniach życiowych;
- normatywno – ideologiczny: uwypuklenie szczególnych właściwości otoczenia społecznego oraz realizacja możliwości rozwojowych człowieka w tym otoczeniu;
- teoretyczno – psychologiczny: jako złożony konstrukt psychiczny uwzględniający różne modalności psychiczne, dyspozycja do określonego przeżywania świata i formułowania zadań życiowych (Kowalik, 2000, s.23-25, za: Zawiślak, 2011, s.43).

2.1.2 Definicje jakości życia

W literaturze możemy odnaleźć dziesiątki, a nawet setki definicji dotyczących jakości życia, natomiast powoduje to raczej więcej niejasności w tym przypadku. Badacze podkreślają, iż wiele definicji jest podobnych do siebie mimo tego, że są pochodną różnych teorii społecznych, między innymi Goode (1994).

Punktem wspólnym są takie elementy jak: *ogólne poczucie dobrostanu, okoliczności sprzyjające realizacji potencjalności, oraz odczuwanie pozytywnego zaangażowania społecznego*. Podkreślają też *perspektywę jednostkową i koncentrują się na subiektywnej percepcji czynników ją dookreślających* (rycina 2)(Otrębski, 2001, s. 93).

Rycina 2. Punkty wspólne przy definiowaniu jakości życia



Źródło: opracowanie własne na podstawie Otrębski, 2001, s.93.

Z uwagi na wielowymiarowość zjawiska jakości życia i jego niejednorodność definicyjną poniżej zostanie zaprezentowana taksonomia tego terminu za Faraquar (1995; za: Jaracz 2001, s. 216 -220). Podzieliła ona wszystkie definicje na dwie grupy:

1 grupa – definicje skonstruowane przez ekspertów:

- a) definicje globalne;
- b) definicje złożone;
- c) definicje specyficzne;
- d) definicje mieszane.

2 grupa – definicje sformułowane przez laików.

Definicje globalne odwołują się do ogólnego poczucia szczęścia, satysfakcji życiowej, sensu życia. Jedną z takich definicji stworzyli Dalkey i Rourke, gdzie jakość życia to poczucie dobrostanu, satysfakcji, szczęścia (za: Jaracz, 2001).

Drugi typ to definicje złożone, przykładem może być definicja ujmująca jakość życia jako ogólny dobrostan (dobre samopoczucie), na które składają się obiektywne wyznaczniki i

subiektywna ocena fizycznego, materialnego, społecznego, produktywnego, emocjonalnego i cywilnego dobrostanu, dokonywana zgodnie z posiadanymi wartościami (Felece, 1997, za: Otrębski, 2001, s.94). Złożoną definicję jakości życia przytacza Skrzypek, która podaje, że jakość życia człowieka to „suma jego starań, zmagania, walki toczony często z samym sobą, to umiejętność podejmowania decyzji i przyjmowania ich konsekwencji z całą odpowiedzialnością. To także jakość postrzegana przez otoczenie, przejawiająca się w tym jak mieszkamy, jak się ubieramy, czym jeździmy, jak się odżywiamy, jak spędzamy czas wolny, jak odnosimy się do innych ludzi, czy otwarci jesteśmy na ludzkie problemy itp. Innymi słowy jakość życia przekłada się na jakość jednostki ludzkiej” (2001, s. 238).

Definicje specyficzne w swoisty sposób są skoncentrowane na wybranych komponentach, takich jak na przykład zdrowie. Jedną z nich jest definicja wypracowana na gruncie nauk medycznych– *health related quality of life* (HRQL), którą wprowadził Schipper. Jakość życia to funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia. Innymi słowy jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia. (Schipper, 1990, za: Steuden, Okla, 2006, s. 6). Peterman i Cella (2000, s.492) podają poszerzoną listę wymiarów zaliczając do nich:

- ° dobrostan fizyczny, w tym odczuwalne dolegliwości;
- °dobrostan funkcjonalny, wyrażający się zdolnością do uczestniczenia w codziennej aktywności związanej z pracą i odpoczynkiem;
- ° dobrostan emocjonalny obejmujący pozytywne i negatywne stany uczuciowe;
- °zdolność do podtrzymania relacji i kontaktów rodzinnych;
- ° funkcjonowanie w rolach społecznych oraz satysfakcja z ich pełnienia;
- ° satysfakcja leczenia;
- °sfera intymności, obraz własnego ciała.

Kolejny typ definicji to definicje mieszane zawierające elementy definicji typu pierwszego i drugiego. Prezentacją tego typu definicji może być jakość życia określona przez Lawtona – „Jakość życia to wielowymiarowa ocena poprzez pryzmat interpersonalnych i socjonormatywnych kryteriów systemu człowiek – środowisko w kontekście teraźniejszości, przeszłości i antycypowanej przyszłości” (Lawton, 1991, s.4, za: Jaracz, 2001).

Najczęstsze elementy zawarte w definicjach jakości życia to obiektywne warunki życia oraz subiektywna ich ocena, a także samopoczucie czy też dobrostan jednostki oraz jej pogląd na świat i system wartości (Firkowska-Mankiewicz, 1999, s.16)

Poniżej przedstawiono kilka przykładowych definicji:

- „Jakość życia to sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Zatem jakość życia to tyle, co kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także osobistych wierzeń i przekonań” (Agencja ds. Jakości Życia przy WHO, za: Zawislak, 2011, s.43). Niniejsza definicja podkreśla, że istotnym czynnikiem oprócz stanu zdrowia czy stanu emocjonalnego jest niezależność, odpowiedzialność za własne życie, samostanowienie. Niejednokrotnie pomijane elementy w ocenie jakości życia osób niepełnosprawnych.

- „Jakość życia można określać jako całościową koncepcję skal dającą się z psychicznego i społecznego działania oraz czynników fizycznych i korzystnych aspektów dobrego samopoczucia, jak również z **elementów negatywnych**, spowodowanych chorobą i niepełnosprawnością (Kulik, 2006, s.100-103).

Poza obszarami ujętymi powyżej jakość życia uwzględnia również takie obszary jak: seksualność, uczestnictwo w kulturze i duchowość. Obecnie jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia kształtują trzy nurty: nurt medyczny, nurt społeczny i nurt etyczny. Odnosi się bezpośrednio do stanu zdrowia jednostki, ogólnego samopoczucia, poziomu funkcjonowania. Można ją określić jako zdolność do radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, oraz satysfakcji z jego funkcjonowania we wszystkich obszarach życia, a także kontroli nad chorobą i objawami związanymi z zastosowaniem sposobu leczenia (za: Gierszewska, Kotzbach, 2007).

- „Jakość życia to ogólna egzystencja jednostki, grupy lub społeczności opisująca istotę życia poprzez pomiar czynników obiektywnych i odczuwalnych subiektywnych, dokonywany przez jednostkę, grupę lub społeczność” (Lindstrom, 1994, s. 43);

- „Jakość życia jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do ośmiu zakresów: dobrostan emocjonalny, stosunki interpersonalne, dobrostan materialny,

rozwój osobisty, dobrostan fizyczny, autonomia, integracja społeczna jednostki” (Schalock, 2000, s.121).

- „Jakość życia to stopień wykorzystywania przez jednostkę własnych możliwości życiowych” (Raphael, Brown, Renwick, 1999, s.158).

Robert Schalock podaje podstawowe założenia, które w literaturze uznaje się za uzgodnione. Przyjmuje się, że jakość życia:

- zawiera te same czynniki i relacje zarówno dla osób niepełnosprawnością, jak i pełnosprawnych;

- jest doświadczalna, gdy jednostka na równych prawach może dążyć do realizacji i osiągać podstawowe swe potrzeby i cele w środowisku rodzinnym, społecznym i zawodowym;

- ma zmienny charakter w biegu życia jednostki;

- związana jest z kulturą i dziedzictwem danej grupy etnicznej;

- bazuje na wartościach szczególnie ważnych dla odbiorcy i jego rodziny;

- jest koncepcją uzgadnianą przez szeroki krąg osób reprezentujących różne punkty widzenia, takich jak odbiorcy, ich rodziny, zwolennicy, profesjonaliści, organizatorzy usług rehabilitacyjnych (2000, s.118).

2.2 Obiektywna i subiektywna ocena jakości życia

Podejmując zagadnienie jakości życia, które narodziło się współcześnie na gruncie nauk medycznych można stwierdzić, że jest konsekwencją zwrotu w kierunkach holistycznej koncepcji natury człowieka i próbą włączenia jego subiektywnej oceny w proces terapeutyczny. Interdyscyplinarny charakter koncepcji jakości życia wymagał więc przyjęcia szerszej perspektywy niż tylko koncepcje zdrowia i choroby co w konsekwencji dało wprowadzenie subiektywnego i obiektywnego wymiaru jakości życia (Tobiasz-Adamczyk, 1996, za: Wysokiński, Fidecki, Wrońska, Brzozowska, Saracen, 2010, s. 221).

2.2.1 Ocena obiektywnego aspektu jakości życia

Problematyka jakości życia często jest przedstawiana w aspekcie subiektywnym, odnoszącym się do stanów wewnętrznych człowieka, indywidualnego sposobu

wartościowania rzeczywistości, uwzględniająca osobisty układ hierarchii ważności potrzeb. Natomiast obiektywny aspekt poczucia jakości życia człowieka odnosi się do kryteriów zewnętrznych, mających wpływ na podejmowane przez człowieka zadania oraz na sposób odbioru rzeczywistości. Do aspektu obiektywnego zalicza się najczęściej uwarunkowania makrostrukturalne, takie jak system polityczny, prawny, ekonomiczny państwa czy politykę społeczną, oraz mezostrukturalne, czyli funkcjonowanie instytucji społecznych, służb administracyjnych i komunalnych, również czynniki dotyczące warunków poziomu życia człowieka, jego pozycji społecznej, wykształcenia, struktury i stanu organizmu (por. Sęk, 1993 Halton, 1998, Firkowska – Mankiewicz, 1999).

Początkowo zajmowano się badaniem obiektywnych elementów życia, z uwagi na obszar badań jakim były warunki ekonomiczne. Od czasu II wojny światowej przeważającą metodą mierzenia postępu ludności jest metoda ekonometryczna, a wskaźnikiem, który mierzy dobrobyt jest dochód narodowy brutto. Ponadto Program Rozwoju UNDP Indeks Rozwoju Społeczeństwa (Human Development Index) uwzględnia dodatkowe wskaźniki takie jak: śmiertelność niemowląt, długość życia ludności, umiejętność czytania i pisania, ogólny poziom wykształcenia czy dostęp do środków masowego przekazu. Niniejsze wskaźniki mają na celu zmierzyć jakość życia danego społeczeństwa (Wejnert, 2001, s.46).

Wprowadzano również wiele innych systemów, które miały na celu oszacowanie jakości życia. Zazwyczaj polegały one na stosowaniu mierników taksonomicznych, a koncepcje nawiązywały do mierników dobrobytu społecznego, które rozwinięte zostały w latach pięćdziesiątych a swój szczyt przeżywały w latach sześćdziesiątych XX stulecia. Mierniki dobrobytu społecznego koncentrują się na próbach określenia stopnia zaspokojenia potrzeb społecznych. Generuje ono jednak pewne problemy. Po pierwsze – sposób w jaki sposób sklasyfikować i wyodrębnić potrzeby, po drugie – ważny jest też sposób realizacji zaspokojenia danej potrzeby i sposób mierzenia tego zaspokojenia. Po trzecie trzeba również podjąć problem interpretacji otrzymanych wyników (za: Borys, 2001, s.28).

W momencie wkroczenia nauk medycznych doszło do uzupełnienia obrazu o elementy subiektywne. W miarę rozszerzania się zainteresowań tym obszarem o nauki psychopedagogiczne i socjologiczne, większe znaczenie zaczęto przypisywać przeżyciom ludzkim, a za kluczowe, rozstrzygające uznawać subiektywne doświadczenia jednostki i jej ocenę własnego życia (Zawiślak, 2011).

Jakość życia w kategoriach obiektywnych to zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury, obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną. Pośród tych wyznaczników mieści się również struktura organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych (Sęk, 1993, s.79) ujmując jakość życia w wymiarze obiektywnym zwraca uwagę na zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata człowieka, związane z poziomem życia i pozycją społeczną. Zaznacza, że szczególne miejsce wśród czynników jakości życia przypisuje zdrowiu w tym stan opieki zdrowotnej czy dostępność do świadczeń medycznych. W wypadku określenia obiektywnej jakości życia człowieka obejmującej warunki życia i potrzebne człowiekowi do rozwoju i egzystencji, należy określić jakie są aktualne potrzeby jednostki oraz czy istnieją możliwości ich zaspokojenia.

Wskaźniki obiektywne obejmują całe zbiorowości lub warunki życia poszczególnych osób odniesione do społecznych kryteriów wartościowania. W odniesieniu do takich kryteriów jak: złe-dobre, pożądane – niepożądane, pozytywne – negatywne.

Mówiąc o jakości życia można rozróżnić kilka kategorii:

- Poznawczo – przeżyciowa – podmiot jest najważniejszym źródłem informacji i danych na temat jakości swojego życia (Studen, Okła, 2006, s. 33-49). Struktura przeżyciowa, indywidualne podejście do życia, potrzeby, system wartości i wiele innych mają wpływ na to w jaki sposób jednostka pojmuje sens życia.

- Relacja podmiot – otoczenie – czyli w jaki sposób otoczenie wpływa na pojmowanie jakości życia. Człowiek jako jednostka zawsze dostosowuje się w jakiś sposób do wymagań jakie stawia mu otoczenie, są to normy społeczne, wartości kulturowe, ideowe i inne, którym należy się w pewien sposób podporządkować, ale też należy do nich dążyć. Człowiek musi wybierać pomiędzy swoimi pragnieniami a pragnieniami, które „powinien” mieć według otoczenia pośród którego przebywa. Według Obuchowskiego (Peterman, Cella, 2000, s. 401-495) człowiek sam powinien sobie wartościować cele i dążenia w odrębności od kultury i społeczeństwa. Nasuwa się pytanie czy poczucie sensu życia jest budowane na indywidualnych pragnieniach czy na wymogach stawianych przez współczesną kulturę.

2.2.2 Ocena subiektywnego aspektu jakości życia

Subiektywne czynniki opisu jakości życia pojawiają się w większości teorii psychologicznych i filozoficznych. Zakładają one, że każdy z nas jest najlepszym ekspertem

od swojego życia i powinien prawidłowo ocenić według własnych kryteriów czy jego jakość życia jest wysoka czy niska. Jakość życia w tym ujęciu jest mierzona poziomem zadowolenia, satysfakcji, szczęścia, przyjemności, dobrostanu, etc. (za: Zalewska, 2003, s.19).

W pionierskich badaniach próbowano dokonać syntetycznego opisu psychologicznych aspektów jakości życia ludzi analogicznego do opisu ekonomicznego, czyli tym samym opierały się na pytaniach, których intencją była subiektywna ocena obiektywnych zmian społecznych (subjective social indicators) (Kowalik, 1993; Bańka, 1995, Schwartz, Strack, 1999).

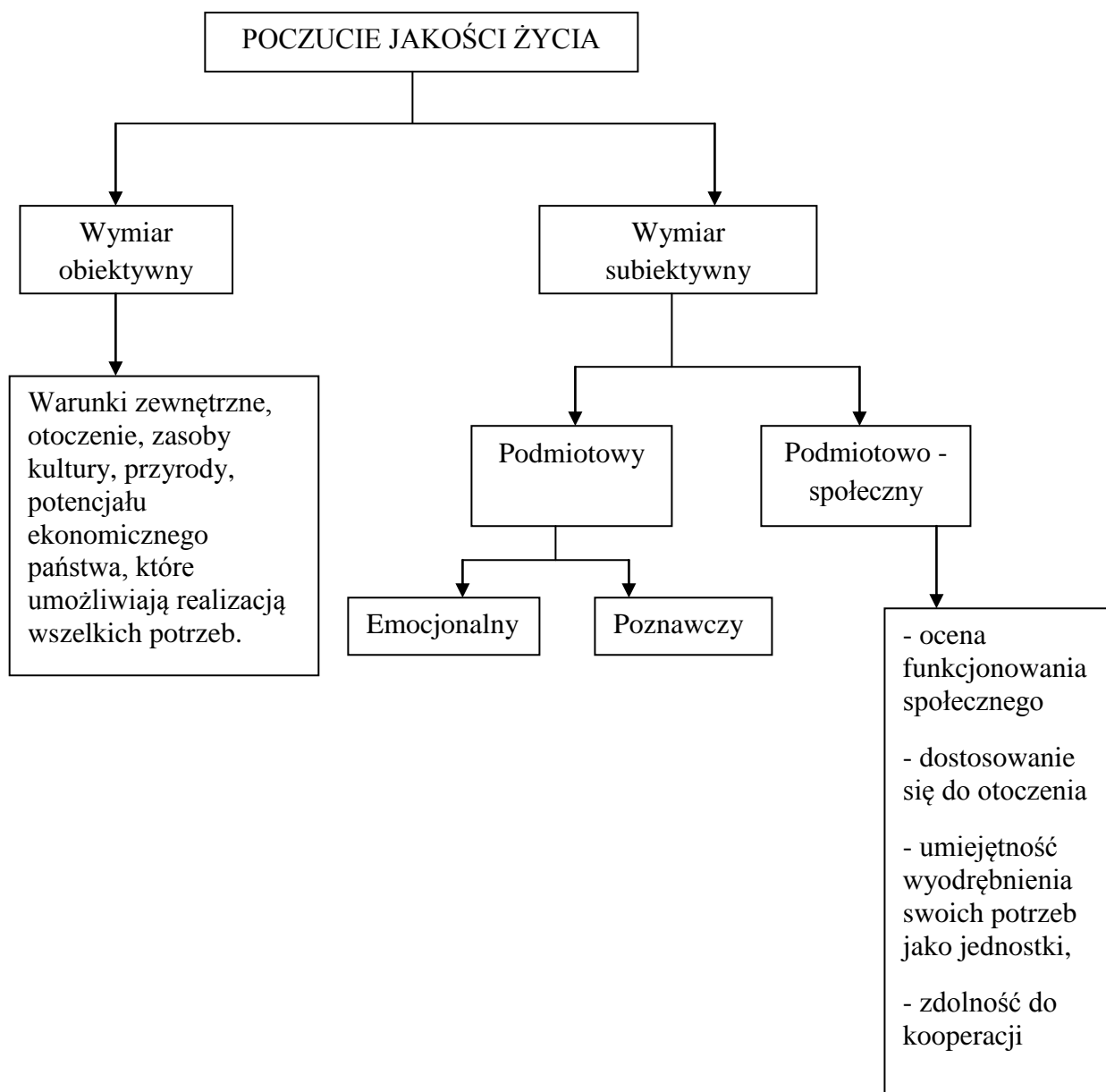
Subiektywne oceny jakości życia, zarówno w odniesieniu do całości, jak i do specyficznych obszarów, dzieli się na dwa rodzaje. Pierwszy z nich dotyczy oceny emocjonalnej kojarzonej ze szczęściem, informującej czy obiekt jest przyjemny czy przykry, oraz oceny poznawczej, kojarzonej z satysfakcją życiową, informującą czy obiekt jest wartościowy, pożądany (Zalewska, 2005; Zalewska, 2005a). Aby ocenić czynniki, które wyjaśniają globalnie subiektywną percepcję jakości życia, uczeni amerykańscy, w oparciu o przeprowadzone badania na dużych próbach rozwinęli i ulepszyli w ostatnich dwudziestu latach typ kwestionariusza wywiadu z respondentem. Według tych badań, subiektywna ocena jakości życia zawiera analizę aż 823 czynników, które odzwierciedlają różne problemy życiowe. Ten zestaw zredukowano do 123 problemów życiowych, a w ostatecznej wersji do 30 grup, za pomocą których można zbadać subiektywną jakość życia. (Andrews & Withey, 1976, za: Wejnert, 2001, s. 48).

Według Nieścior „subiektywna jakość życia to ocena relacji pomiędzy oczekiwaniami a percepcją cech, lub spełnionych celów dokonywanej przez podmiot oceniający, a dotyczy przedmiotu oceny” (2001, s.4). Autor twierdzi, że „jakość życia nosimy w sobie”, czyli odczuwanie przez człowieka większej lub mniejszej przyjemności jest uzależnione od jego wrażliwości na czynniki świata zewnętrznego. Według niego wyróżniamy trzy zasadnicze warstwy w strukturze jakości życia: *hurbis*, satysfakcję i przyjemność (2001, s.4). Pojęcie to również jest rozumiane przez Skrzypek w taki sposób, iż dana jednostka jest:

- usatysfakcjonowana z warunków (okoliczności) życia w danej chwili;
- odnosi satysfakcję z ważnych dla niej warunków życia;
- obiera stanowisko wobec wad i zalet, którymi charakteryzuje się jej życie;

- zgodna lub nie pomiędzy bieżącym stanem życia a nadziejami i oczekiwaniami danej osoby (rycina 3) (2001, s. 238).

Rycina 3. Poczucie jakości życia w aspekcie obiektywnym i subiektywnym.



Źródło: opracowanie własne, na podstawie Nieścior 2001, s.4.

Przy ocenie jakości życia osób chorych zwraca się szczególną uwagę na konieczność rozróżnienia obiektywnego stanu zdrowia i jego subiektywnego poczucia. W obiektywnej ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia uwzględnia się rodzaj choroby, nasilenie objawów, wynikające z nich ograniczenia życiowe oraz społeczne i ekonomiczne konsekwencje choroby. Wymiar ten jest szczególnie przydatny przy definiowaniu stopnia posiadania lub utraty zdrowia różnego rodzaju niepełnosprawności (Steuden, Okła, 2006, s.7). Jak już zostało wspomniane wcześniej subiektywne poczucie jakości życia nie zawsze

jest kompatybilne z obiektywnymi warunkami życia. Należy zwrócić uwagę na fakt, że warunki zewnętrzne, mają wpływ na subiektywne poczucie jakości życia, z drugiej strony jakość życia zależy od indywidualnych właściwości jednostki, jej sposobu postrzegania siebie i rzeczywistości w której żyje oraz interpretacji własnego życia (Straś – Romanowska, 2005, s. 263-274).

Subiektywna ocena jakości życia jest w pewien sposób niezbędna, natomiast budzi szereg kontrowersji. Często dochodzi do zderzenia między realną obiektywną sytuacją jednostki w jakiej się znajduje oraz jej subiektywną oceną. Nie zawsze w sytuacji obiektywnie niekorzystnej osoba ocenia ją w sposób negatywny. Ten pogląd przedstawiają Filipp i Ferring w swoich badaniach (tabela 6).

Tabela 6. Subiektywna i obiektywna jakość życia.

Obiektywne warunki życia	Subiektywna ocena jakości własnego życia	
	pozytywna	negatywna
korzystne	(+ +) zadowolenie uzasadnione	(+ -) dylemat niezadowolenia
niekorzystne	(- +) paradoks zadowolenia	(- -) niezadowolenie uzasadnione

Źródło: Filipp, Ferring, za: Dyszkowa 2007, s.74.

Wyniki badań Firebaugh wskazują na to, że wysoki dochód nie jest wyznacznikiem wysokiej jakości życia. Okazuje się, że w państwach w których dochód na jednego mieszkańca przekracza piętnaście tysięcy dolarów rocznie, gdzie zaspokojenie potrzeb ekonomicznych i społecznych ludzi jest wysokie, ponadto są to ludzie zdrowi, poczucie szczęścia i zadowolenia z życia jest stosunkowo niskie. Specjaliści twierdzą, że jeśli obiektywny standard życia jest coraz wyższy, wówczas przyzwyczajenie do komfortu nie wpływa na subiektywne wskaźniki jakości życia (za: Bartosz, 2006, s. 84).

Robert Rustin, który prowadził badania dotyczące związku pomiędzy rozwojem gospodarczym a poczuciem szczęścia doszedł do wniosku, że „poprawa poziomu życia w takich krajach jak Stany Zjednoczone czy Wielka Brytania, nie wiąże się ze wzrostem – lecz raczej z nieznacznym spadkiem – deklarowanego przez badanych poczucia zadowolenia” (Rustin, 2007, s.67-84; za: Bauman, 2009, s.9).

Z kolei, Richard Layard, porównując dane pochodzące z różnych krajów, doszedł do wniosku, że chociaż subiektywne poczucie zadowolenia z życia rośnie na ogół wraz ze

wzrostem produktu narodowego brutto, to jednak znaczący wzrost odnotowuje się tylko do momentu wyeliminowania ubóstwa i nędzy oraz zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Dalsze bogacenie się jednostek i społeczeństw powoduje, że niekiedy poczucie zadowolenia zaczyna spadać (Layard, 2005, za: Bauman, 2009, s.9) Podobne korelacje zaszły w badaniach Cambell prowadzonych w USA, gdzie odnotowano tendencję wzrostową obiektywnej jakości życia podczas badań, natomiast nie dowiedziono czy zamiany te przynoszą w rezultacie czysty zysk czy stratę jeśli wziąć pod uwagę subiektywną jakość życia. Ponadto całe społeczności inaczej oceniają własne zadowolenie z warunków życia. Już w połowie lat sześćdziesiątych Handley Cantril prowadząc badania w 14 różnych krajach, zauważył rozbieżności, pomiędzy krajami jeśli chodzi o subiektywną ocenę jakości życia. Późniejsze międzynarodowe badania potwierdziły obserwacje, że jeśli dochodzi do poprawy sytuacji materialnej to nie oznacza, że zaburzenia w życiu społecznym, małżeńskim, rodzinnym, społeczności lokalnej związanej z tymi przemianami będą prowadziły do konkretnych rezultatów jeśli chodzi o subiektywną ocenę jakości życia (Wejnert, 2001, s. 48).

Jeśli przyjąć, że osoba chora lub niepełnosprawna w sytuacji obiektywnie będącej niekorzystną odnajduje zadowolenie zastanawiające jest dlaczego odczucia tej osoby są właśnie takie. Otóż taka sytuacja może nastąpić jeśli podczas leczenia, które nie przynosi rezultatów i powinno wpływać niekorzystnie dochodzi do pozytywnych doświadczeń związanych z uczuciem ulgi i tymczasowego polepszenia stanu zdrowia. Subiektywna ocena stanu zdrowia osoby chorej nie jest wyłącznie domeną chorego, ale również jest udziałem osób leczących, takich jak lekarz, psycholog, pedagog, terapeuta czy inni specjaliści. Posługują się oni klinicznymi narzędziami diagnostycznymi, ale to od ich sposobu wartościowania zgromadzonych danych zależy ocena zaburzenia i sposób postępowania terapeutycznego. Dotyczy to również osób z niepełnosprawnością. Ważnym aspektem jest fakt, iż to właśnie specjaliści zajmujący się osobami niepełnosprawnymi mają duży wpływ na ocenę poznawczą niepełnosprawności, wpływają na przeżywanie i odbiór tej niepełnosprawności przez daną osobę (Aaronson i inni 1997, s. 13-36; Stewart i inni 1989, s. 907-913). Ponadto jakość życia osób niepełnosprawnych zależy od wielu innych czynników, które nie dotyczą osób zdrowych. Szczególną grupę stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi, gdzie na ocenę jakości życia wpływają między innymi: treści objawów chorobowych, ich intensywność, czas trwania choroby, jej całkowity przebieg, rokowania, oraz sposób wartościowania jednostki (za: Sęk, 1993, s. 112). Juczyński i Chrystowska –

Jabłońska podkreślają, że obok efektywności kontrolowania objawów fizycznych, czynników osobowościowych, aktywności społecznej czy rodzaju opieki sprawowanej nad pacjentem do wyróżniających się czynników wpływających na samopoczucie są style radzenia sobie z chorobą i jej bezpośrednimi konsekwencjami (1999, s. 3-9).

Systematyczne badania nad jakością życia doprowadziły do kilku wniosków. Otóż aspekt subiektywny wraz z obiektywnym jest spójny. Zależność pomiędzy subiektywnymi doświadczeniami jednostki a obiektywnymi warunkami życia nie są jednoznaczne, nie są zgodne z intuicyjnymi przewidywaniami oraz nie są stabilne. Czynniki obiektywne nie wpływają bezpośrednio na subiektywną ocenę jakości życia i odwrotnie. Zarówno zasoby ekonomiczne jak również osobowościowe nie są same w sobie wartością determinującą jakość życia, ale są jedynie drogą lub narzędziem do jego wyższego standardu czy też ujmując inaczej osiągnięcia poczucia szczęścia (Schwartz, Strack, 1999, s. 61, za: Bańka, 2005, s. 12-13).

2.3 Koncepcje jakości życia

Obecnie istnieje bogactwo literatury na ten temat. Robert Schalock i Miguel Verdugo, dokonując przeglądu literatury tylko z lat 1985-2000 oszacowali, że w tym okresie opublikowano 21 tysięcy artykułów i rozdziałów książkowych związanych z jakością życia (Schalock, Verdugo 2000). Pomimo tak wielu prac i różnych pomiarów w zakresie jakości życia nie uzyskano zgody odnośnie powszechnej definicji i jej komponentów. W literaturze wymienia się dziesiątki definicji, które czasami są podobne do siebie mimo, pochodzenia różnych teorii społecznych. Poniżej zaprezentowano wybrane koncepcje jakości życia, w układzie chronologicznym, które stanowią przegląd teorii psychologicznych i pedagogicznych, które pozwolą zorientować się w różnorodności podejść do tego zagadnienia. W ostatnim podrozdziale ukazano, te które powstały w duchu myślenia systemowo-ekologicznego.

2.3.1 Pionierskie badania nad jakością życia

Pierwsze badania tego typu przeprowadził **A. Campbell**, które rozpoczął nad ludnością Stanów Zjednoczonych w 1971 roku. A. Campbell postanowił znaleźć sposób na dokonanie możliwie precyzyjnego opisu psychologicznych aspektów życia ludzi, analogicznie do opracowanych wcześniej i bardzo popularnych opisów ekonomicznych, takich jak dochód narodowy, produkt narodowy, stopa zysku, itp. (Campbell, 1976, s. 117-

124). Badacz ten skupiał się głównie w swojej pracy na badaniu społeczności nie interesowała go jednostka ludzka sama w sobie. Jego intencją było również stworzenie miary ilościowej, umożliwiającej ocenę zmian dokonujących się w życiu ludzi a dokładnie w zakresie jednego z jego aspektów (za: Kowalik, 1994, s.76).

Campbell przyjął w swoich badaniach pewne koncepcje. Otóż założył, że społeczeństwo ze względu na posiadane zasoby i sposób zorganizowania, może dysponować różnymi możliwościami zaspokajania potrzeb swoich członków. Wynikiem czego jeśli potrzeby zostaną zaspokojone w wysokim stopniu to społeczeństwo również będzie zadowolone. Ludzie, którzy nie będą w stanie zaspokoić swoich potrzeb będą mieć najniższą satysfakcję z życia (Oskamp, 1984). Campbell przyjął również, że tak jak zostało to naświetlone w poprzednim podrozdziale obiektywne warunki życia nie zawsze są jednoznaczne z subiektywnymi odczuciami osób badanych. Zwrócił również uwagę na fakt, że wykorzystywane wówczas sposoby pomiaru zadowolenia z życia są bardzo wrażliwe na pewien typ zdarzeń jak: urodzenie dziecka, choroba, śmierć, ślub, i inne, które zakłócają całościowy odbiór informacji o własnym życiu i jego ocenę (Campbell, 1981, za: Kowalik, 1994, s. 78). Z uwagi na powyższe założenia dokonał on pewnego uściślenia twierdząc, że obiektywne warunki życia oddziałują na jego zadowolenia z takim stopniu, w jakim mogą determinować jego doświadczenie życia.

Z tego względu autor podjął się opracowania swojego własnego narzędzi pomiarowego. Założył sobie, że powinno ono spełniać kilka warunków takich jak: być proste w użyciu, wskaźnik powinien odnosić się do konkretnych elementów (sfer) życia, powinien być zrozumiały dla osób mających wpływ na kształtowanie warunków życia (np. polityków) oraz powinien umożliwić wprowadzenie zmian w tych sferach, które podlegają pomiarowi. Wraz ze współpracownikami P. Conversem i W. Rodgersem opracowali Skalę Jakości Życia, w której skład wchodziło kilkanaście dziedzin życia oraz siedmio stopniowa skala ocen (tabela 7)(za: Zawislak, 2011, s. 47; Błaszczyk, Jnuskiewicz, Śmigielski, 2006, s. 18; Kowalik, 1994, s.78).

Tabela 7. Zadowolenie z różnych dziedzin życia w USA. Wyniki przedstawiono w procentach (%).

Dziedziny życia	Niezadowolonych	Neutralnych	Zadowolonych	Średnia (w skali 1-7)
Małżeństwo	3	7	90	6,27
Życie rodzinne	6	7	87	5,92
Zdrowie	10	9	81	5,78
Sąsiedzi	9	11	80	5,76
Przyjaciele i znajomi	6	12	82	5,74
Prace domowe	9	15	76	5,71
Praca zawodowa	8	13	79	5,67
Życie w USA	8	13	79	5,61
Miejsce zamieszkania	9	16	75	5,60
Czas wolny	9	13	78	5,59
Mieszkanie	10	13	77	5,57
Przydatność wykształcenia	12	15	73	5,53
Standard życia	14	14	72	5,31
Poziom wykształcenia	28	16	56	4,69
Posiadanie oszczędności	36	15	49	4,27

Źródło: Campbell, Converse, Rodgersse, 1976, s.63; w: Kowalik, 1994, s.78).

Badania zostały przeprowadzone na grupie 2270 Amerykanów. Miarą globalnego poczucia zadowolenia z życia był średni wynik dla wszystkich szczegółowych dziedzin życia, co ilustruje powyższa tabel nr 2.4.

Stanisław Kowalik podkreśla (1994, 1994a, 1993), iż pomimo tego, że powstało wiele innych modyfikacji Skali Jakości Życia, zaczęły się również pojawiać nowe prace, które odznaczały się być może wyższą dbałością o szczegóły metodologiczne badania, to popularność tej metody była bardzo wysoka. Kowalik uważa, że najprawdopodobniej „bliskość” tej metody w stosunku do wiedzy potocznej na temat jakości życia jaką dysponują nieprofesjonaliści decyduje o stałym zainteresowaniu.

Na gruncie polskim jedną z najwcześniejszych koncepcji jest koncepcja mająca charakter normatywny według **Tadeusza Tomaszewskiego**. Według jego koncepcji jakości życia człowieka wzrasta wraz z procesami rozwojowymi jednostki (za: Derbis, 2000, s. 25).

Jak twierdzi twórca koncepcji człowiek ma wrodzoną zdolność i dążność do samorozwoju. W związku z czym dąży on do uzyskania maksymalnego poziomu w swoim życiu (Tomaszewski, 1984, za: Gofron, 2001, s. 71).

Stąd według Tomaszewskiego życie bogate we wrażenia jest jakościowo lepsze niż monotonne, tak jak, wyższą wartość ma życie, w którym wiele rozumiemy, jesteśmy aktywni, twórczy, zaangażowani, pozostajemy w relacjach z innymi ludźmi, od takiego, w którym niewiele pojmujemy, jesteśmy jałowi i samotni. Autor koncepcji wiąże rozwój jakościowy z tezą, iż nie tylko odbywa się on poprzez wzrost sam w sobie pod kątem ilościowym doświadczeń, ale również poprzez zmianę organizacji systemów rozwijających się, przez podnoszenie ich poziomu organizacyjnego i w konsekwencji pojawienia się szereg cech jakościowo nowych w porównaniu z punktem wyjścia (za: Tomaszewski, 1984, s. 208-209, Derbis, 2000, s. 25, Gofron, 2001, s.71).

Jak już wcześniej zostało wspomniane autor ten łączy jakość z pojęciem wszechstronnego, ogólnego rozwoju jednostki. „Rozwój wszechstronny człowieka jest to taki rozwój, który prowadzi do podnoszenia się jakości życia we wszystkich jego aspektach i we właściwej proporcji. To samo możemy również powiedzieć o społeczeństwie. Społeczeństwem wszechstronne rozwiniętym możemy nazwać społeczeństwo, które umożliwia rozwój wszystkich aspektów jakości życia jak największej liczby ludzi” (Tomaszewski, 1984, s. 208 – 209). Tomaszewski dla określenia treści pojęcia „jakość życia” wyróżnia pewne kryteria, w miarę stabilne, jednakże ułatwiające uwzględnienie zmienności. Należą do nich: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość i współuczestniczenie w życiu społecznym (Tomaszewski, 1984, s. 208-209).

Szereg powyższych wyznaczników jakości życia znalazło empiryczne potwierdzenie. Między innymi Riipinen (1997, s.81-89) wykazuje pozytywny związek zaangażowania w pracę, rozumiany jako stopień identyfikacji z nią i dobrostanu. Szczególnie jeśli zaangażowanie w pracę opiera się na spełnianiu potrzeb a nie na przykład wiekiem, protestancką etyką pracy czy specyficznymi czynnikami pracy. Feather (1989) w swoich badaniach potwierdził pozytywny związek pomiędzy jakością życia a aktywnością. Według niego bezcelowość jest czynnikiem szczególnie obniżającym dobrostan starszych bezrobotnych. Warr i Payn (1983, s. 206-222) wykazali pozytywną korelację aktywności i dobrostanu u robotników oraz klasy średniej. Według badań Bailey i Miller, w których próbowali dowieść czy kobiety i mężczyźni są bardziej czy mniej usatysfakcjonowani z

życia, w zależności od ekspansywności życia. Przebadali osoby studiujące w Stanowym Uniwersytecie Tennessee. Wyniki wykazały, że zarówno kobiety jak i mężczyźni prowadzący bardziej intensywny styl życia byli bardziej usatysfakcjonowani życiowo i dodatkowo nie wykazywali zwiększonego stresu osobistego. Autorzy tych badań ponadto wykazali także istotną, pozytywną rolę związków interpersonalnych w ogólnej satysfakcji życiowej.

Tomaszewski wykazał w swojej koncepcji, że każdy człowiek włączony jest w pewien zorganizowany układ i stanowi pewien podsystem w szerszym systemie o czym już zostało wspomniane powyżej. System ten składa się z różnych elementów, które się uzupełniają i na siebie wzajemnie oddziałują. Nie jest możliwe wyodrębnienie któregośkolwiek z nich i traktowanie go jako jedynego kryterium jakości życia. Każdy z nich z osobna w oderwaniu od innych musi prowadzić w konsekwencji do obniżenia ogólnej jakości życia i zuboża je zamiast wzbogacać. Dzięki temu stanowią zwarty całościowy kształt. Poniżej zostaną zaprezentowane oraz objaśnione kryteria jakości życia ludzkiego, według Tadeusza Tomaszewskiego (Tomaszewski, 1989, s. 203-209, za: Zawisłak, 2011, s. 48).

1. **Bogactwo przeżyć.** Autor wiąże to pojęcie z różnorodnością, intensywnością oraz ilością przeżyć. Uwzględnia również dopływ wrażeń jako niezbędny element normalnego przebiegu aktywności organizmu. Tym samym życie pełne wrażeń, przeżyć, emocji, bogate uczuciowo, jest uważane za jakościowo lepsze niż życie monotonne, nudne, w którym nic się nie dzieje, a następuje tylko powtarzalność pewnych sytuacji.

2. **Poziom świadomości.** Jest związany ze zdolnością wytwarzania obrazu poznawczego rzeczywistości. W każdym człowieku tkwi chęć poznawcza, potrzeba wiadomości o świecie, rozumienia świata, poszerzania swoich horyzontów. Jest to związane z od zawsze realizowaną potrzebą odkrywania czegoś nowego. Tym samym życie człowieka, który dużo wie, rozumie, i ma chęć odkrywania ceni się wyżej niż człowieka, który tego rozeznania nie posiada.

3. **Poziom aktywności.** Działalność psychiczna, umysłowa wiąże się również z działalnością fizyczną. Człowiek czynny, aktywny, jest bardziej świadom otaczającego go świata, poza tym jest to oznaka zdrowia i rozwoju. Należy do największych wartości w życiu człowieka, dzięki której jego życie staje się bardziej cenne.

4. **Twórczość.** Jest to szczególny rodzaj działalności skierowany na przekształcanie rzeczywistości, wprowadzanie określonych zmian, stwarzanie nowych sytuacji, wprowadzanie nowych idei, nowych wartości. Człowiek, który w prowadzi działalność twórczą, pozostawiającą po sobie wartościowe skutki przeżywa swoje życie w pełni.

5. **Współuczestnictwo w życiu społecznym.** Współistnienie z innymi ludźmi, współdziałanie z nimi, podejmowanie wspólnych działań i wyzwań jest oceniane wysoko. Realizacja wspólnych zadań, włączanie wyników wspólnej działalności do dorobku ogólnego nadaje życiu sens i ściśle wiąże się z jego kierunkowością. Natomiast życie w izolacji, w odosobnieniu jest uważane za powszechnie gorsze.

Odnosząc się do powyższych koncepcji autorzy jednoznacznie stwierdzili zależność pomiędzy wysokością jakości życia a aktywnością. Ten aspekt w szczególności dotyczy osób zamieszkujących w domu pomocy społecznej, gdzie zaprezentowane przez Tomaszewskiego pięć kryteriów jest spełnione w znacznie mniejszym stopniu. Najczęściej osoby te nie wykonują pracy zarobkowej, wykazują niższy poziom aktywności i nie uczestniczą aktywnie w życiu społecznym. Wtórnie prowadzi to do wykluczenia tych osób i niższej oceny ich jakości życia przez społeczeństwo.

2.3.2 Koncepcje jakości życia w kontekście wymiaru psychologicznego

„Uszczęśliwić człowieka jest o wiele trudniej niż pozbawić go radości.”

(Brickmann, Coates, Jnoff-Bulmann, 1978, s. 917)

Wielu badaczy odnosi się w swoich koncepcjach jakości życia do czynników takich jak: przychód, środowisko życia, wykształcenie, przynależność i pozycja społeczna czy zdrowie. W takim ujęciu jakość życia zależy bezpośrednio od jakości środowiska w jakim żyje. Dlaczego zatem osoby badane przebywając w bardzo podobnym środowisku i w podobnych okolicznościach różnią się oceną własnego życia? „I nie wszyscy bogaci, piękni i zdrowi są szczęśliwsi od biednych, brzydkich i chorych?” (Czapiński, 1988, 2001; w: Rosmus, 2005, s. 180).

Człowiek w zasadzie nie pozostaje na ogół przez bardzo długi okres czasu nieszczęśliwy. Z założenia dostosowuje się do pogarszających się warunków życia i potrafi odnaleźć pozytywne aspekty nawet jeśli jego położenie jest złe z punktu widzenia innych

osób. Ponadto jednostka ludzka potrafi odnaleźć zadowolenie i odczuwać szczęście pomimo niesprzyjającej sytuacji życiowej (Brickmann, Coates, Jnoff-Bulmann, 1978, s. 917-927).

Koncepcja **Janusza Czapińskiego** sformułowana wspólnie z **Guido Petersem**, opiera się na teorii szczęścia, którą autorzy nawali „cebulową”, przez wzgląd na jej warstwowy charakter. Czapiński w swoich pierwszych pracach kładł nacisk na doznania emocjonalne i ustosunkowanie się człowieka do życia (Czapiński, 1994, 1998), dopiero później podjął tematykę poczucia szczęścia, sensu, radości, pasji i zadowolenia z życia.

Janusz Czapiński w swojej koncepcji udowadnia, że czynniki wewnętrzne odgrywają o wiele większą rolę niż czynniki zewnętrzne w odniesieniu do ogólnego dobrostanu psychicznego.

Wyniki badań Janusza Czapińskiego dotyczą udziału czynników demograficznych w stosunku do psychologicznych. Badacz wraz z Guido Peters używają metafory cebuli, ponieważ jest to warzywo o warstwowej budowie i trudnym do uszkodzenia rdzeniu, podobnie jak ich koncepcja, w której wyróżniają trzy zasadnicze warstwy. Elementy przedstawiają się następująco:

- a) wola życia – stanowi rdzeń i jest trudna do naruszenia; stanowi najgłębszą warstwę, wewnątrznie uwarunkowaną, najbardziej stabilną, najslabiej reagującą na koleje losu;
- b) ogólne poczucie dobrostanu – stanowi warstwę środkową, która jest bardziej podatna na uszkodzenia na rdzeń, niemniej posiada również zewnętrzną warstwę izolacyjną – stanowią ją przeżycia emocjonalne i ogólne poczucie dobrostanu, wyrażone w sądach poznawczych ogólne zadowolenie z życia;
- c) częściowe zadowolenie z różnych dziedzin życia – stanowi warstwę zewnętrzną, najbardziej narażoną na czynniki zewnętrzne; na tę warstwę składa się między innymi: zadowolenie z małżeństwa, dzieci, zarobków, wrażliwość na zewnętrzną rzeczywistość, wypoczynek, praca, warunki mieszkaniowe, miasto, kraj, itp. (za: Derbis, 2000, s. 28; Rosmus, 2005, s. 180-181; Nowak, 2006, s. 86; Zawiślak, 2011, s.49).

Warunkiem zachowania wysokiej jakości życia psychicznego jest zachowanie w stanie nienaruszonym najgłębszej warstwy. Natomiast przechodzenie w kierunku warstw zewnętrznych powoduje, że coraz ważniejszym wyznacznikiem stają warunki zewnętrzne,

takie jak doświadczenie, losowość, warunki życia, doświadczenie, jakie zbiera człowiek podczas całego życia. Tym samym autor nie odnosi się tylko do subiektywnych odczuć osób badanych, ale uwzględnia czynniki obiektywne, jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status społeczno-ekonomiczny, praca, zarobki, rodzina, dzieci czy małżeństwo (za: Derbis, 2000, s.180; Zawiślak, 2011, s.50). Czapiński uważa, że poziom zadowolenia z życia nie zależy od tego gdzie lokujemy źródło swojego szczęścia. Natomiast nie ukazał tego w sensie deterministycznym zależności pomiędzy czynnikami obiektywnymi a subiektywnymi. Wartość podejścia Czapińskiego polega właśnie na odnoszeniu przynajmniej części wyników badań do psychologicznych koncepcji związanych z doświadczaniem codzienności przez ludzi. Z uwagi na to, że możemy zaobserwować osoby niezadowolone, mimo dobrych warunków życia (za: Derbis, 2000, s.28-30; Nowak, 2006, s.86).

„Spadek woli życia zależy od zdarzeń zewnętrznych, w podobnym stopniu jak zależy od nich zmiana środkowej i zewnętrznej warstwy dobrostanu, ale regeneracja woli życia następuje jakby samoistnie, a pozostałe warstwy potrzebują do tego pozytywnych wzmocnień z sytuacji. Udział czynników wewnętrznych w poprawie pozytywnej równowagi ogólnego dobrostanu jest zdecydowanie mniejszy” (Derbis, 2000, s. 28).

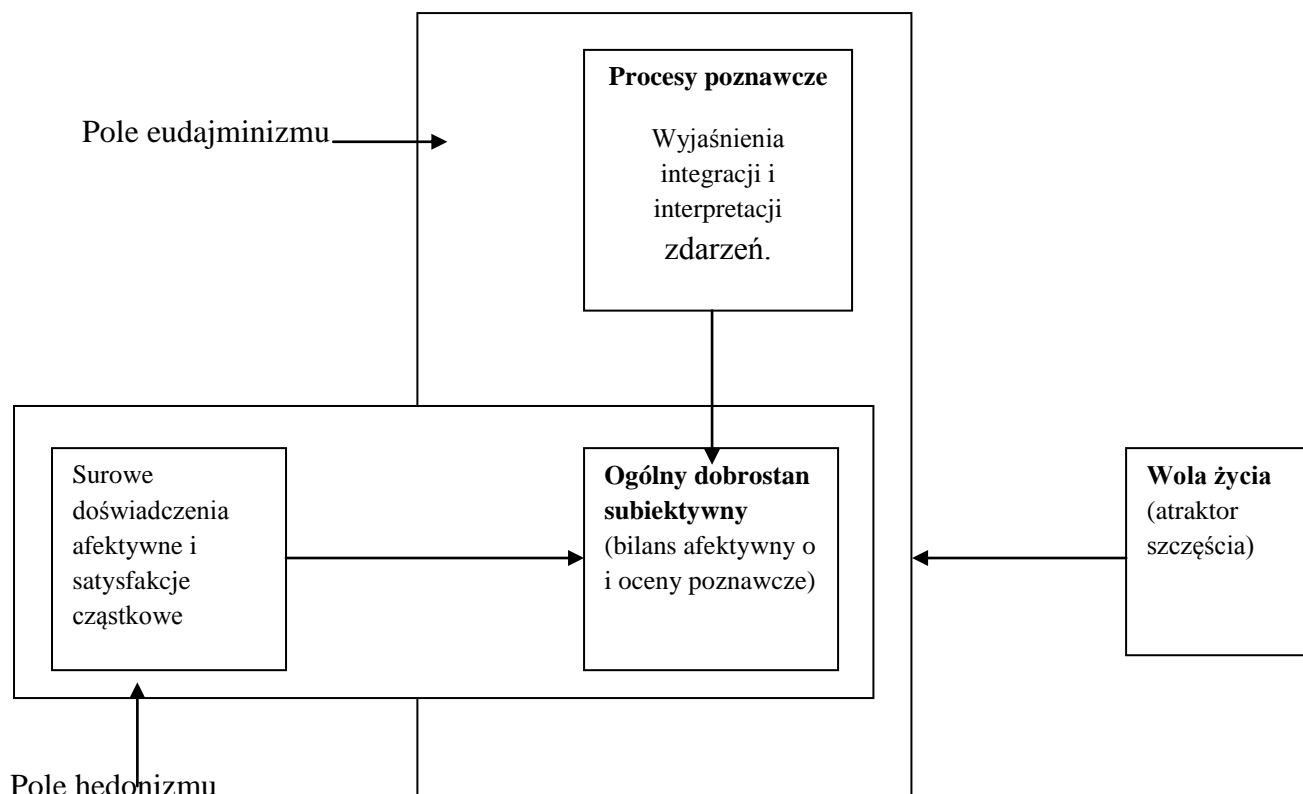
Wnioski do jakich doszli autorzy niniejszej koncepcji są następujące:

1. Człowiek nie mając szczególnego powodu może czuć się szczęśliwy, natomiast musi mieć poważny powód aby czuć się nieszczęśliwym.
2. Poczucie nieszczęścia nie jest stanem permanentnym, zazwyczaj następuje na skutek ciężkiego doświadczenia, starty czy jednorazowego problemu. Po pewnym czasie ludzie odzyskują pozytywną postawę wobec życia.
3. Czynniki, które powinny być bezpośrednim źródłem szczęścia lub nieszczęścia jednostki nie mają szczególnego wpływu na życie człowieka (za: Czapiński, 1004, s. 101-195, w: Zawiślak, 2011, s. 50).

Możliwe, iż sugestia Czapińskiego dotycząca poczucia szczęścia jest właściwa. Otóż według niej ludzie są zaprogramowani na bycie szczęśliwymi, a poczucie szczęścia pełniąc funkcję przystosowawczą, powinno sprzyjać temu jak powinno być, a nie odzwierciedlać na poziomie poznawczym i emocjonalnym rzeczywistości (Czapiński, 1991, w: Rosmus, 2005, s.181). Ponadto dotyczy to zarówno osób pełnosprawnych jak i niepełnosprawnych. Poczucie zadowolenia i wysoka jakość życia zależy od poszczególnych czynników obiektywnych ale przede wszystkim zależy od zachowania woli życia.

Można też zaobserwować zmianę w podejściu badacza - we wczesnych pracach kładł on nacisk na badanie doznań i emocjonalnego ustosunkowania się człowieka do życia. Obecnie wyraźnie uwzględnia diagnozowanie treści świadomości refleksyjnej. Znajduje to odbicie w najnowszym modelu cebulowej teorii szczęścia. Autor poszerzył schemat o pole eudajmonizmu – subiektywnego doświadczenia wartości własnego życia (rycina 4).

Rycina 4. Cebulowa teoria szczęścia.



Źródło: Czapiński, 2004, s.90.

Myśl zawartą w treści powyższych rozważań można zapisać posługując się następującym cytatem:

„Czy człowiek jest szczęśliwy, to zależy nie tylko od tego, co go w życiu spotyka, ale i od tego, jak reaguje na to, co go spotyka. Aby być zadowolonym, nie dość jest mieć majątek, zdrowie czy urodę, lecz trzeba ponadto w nich znajdować upodobanie, a przy pewnym usposobieniu nawet choroba, ubóstwo i brzydota nie odbierają zadowolenia z życia”(Tatarkiewicz, 1949, s. 251).

Teoria Czapińskiego łączy w sobie wszystkie elementy życia psychicznego człowieka. Autor proponuje kategorię *dobrostan psychiczny*. Jednakże sam dobrostan psychiczny włącza w pojęcie jakości życia, obok warunków materialnych i społecznych, w jakich człowiek żyje oraz zasobów i metod radzenia sobie ze zmianami. Tym samym pozostaje połączona kategoria wyznaczników obiektywnych oraz takich jak odczucia, przeżycia i oceny (Derbis, 2000, s.29).

Rozważania na temat materialnych oraz psychicznych uwarunkowań jakości życia wpisują się w pierwsze z wyżej zasygnalizowanych podejść teoretycznych. Natomiast związek między poziomem życia a jego jakością najlepiej oddają teorie oparte na koncepcji potrzeb. Pionierską jest koncepcją, którą przedstawia **Abraham Maslow**.

Piramida potrzeb jaką stworzył Maslow przedstawia hierarchię potrzeb, które powinniśmy zaspokoić aby czuć się szczęśliwym i usatysfakcjonowanym. Według autora nie jest możliwe aby realizować swoje wyższe cele związane z samorealizacją jeśli potrzeby bazarne, takie jak poczucie bezpieczeństwa, czy głodu nie zostaną zaspokojone.

Maslow zaznaczył jednak w swojej koncepcji, iż nie występuje potrzeba zaspokajania tych potrzeb z 100%, wystarczy ok. 80%, aby mogły ujawniać się pozostałe potrzeby. Z kolei zaspokojenie ich w mniejszym stopniu stanowi warunek uaktywnienia się potrzeb wciąż podstawowych, ale wyższych także. Ostatecznie meta potrzeby mogą stać się udziałem jednostki przy niepełnym (choć znacznym) zaspokojeniu innych potrzeb (za: Maslow, 1996, s. 256-279). Według tej koncepcji czynnik materialny ma znaczenie w zakresie potrzeb najbardziej elementarnych, najpilniejszych, związanych z odczuwaniem fizycznego i afektywnego dyskomfortu w przypadku ich niezaspokojenia (Klebaniuk, 2006, s. 97).

Propozycja **Alexa Michalosa** (1986) opiera się również na koncepcji potrzeb. Autor wskazuje na to, że w życiu jednostki występują rozbieżności, między zapotrzebowaniem jednostki a tym czym obecnie dysponuje. Na jakość życia wpływa również to co spostrzega człowiek. Otóż istniejąca różnica pomiędzy tym co jednostka posiada a co chciałaby posiadać. Luki i rozbieżności należy zsumować i tym sposobem uzyskujemy informację o tym jaki jest poziom jakości życia jednostki (Kowalik, 2000, s.16-17).

W Teorii Wielowymiarowych Rozbieżności Alexa Michalosa jakość życia jest postrzegana jako dostrzegana przez jednostkę „rozbieżność w procesie oceny własnego,

aktualnego położenia, z pewnym standardem” (Kowalik, 2001, s.69). Analizy dokonuje na sześciu wymiarach, gdzie pojawiające się rozbieżności dotyczą:

- a) tego czym dysponujemy w danym momencie, a tym czym chcielibyśmy dysponować (luka „a”);
- b) tym czym dysponujemy w danym momencie, a tym co powinniśmy mieć w sytuacji idealnej (luka „b”);
- c) tym co jest dostępne do realizacji celów życiowych, a tym co jest niezbędne do ich osiągnięcia (luka „c”)
- d) tym jaka jest obecna jakość życia w porównaniu z najlepszą jej jakością w przeszłości (luka „d”);
- e) tym czym dysponujemy aktualnie a tym czym dysponują inni, zwłaszcza najbliższa grupa odniesienia (luka „e”);
- f) stopnia dopasowania indywidualnych cech z wymaganiami jakie stawia środowisko życiowe (luka „f”) (Kowalik, 2001, s.69).

Jakość życia wg Michalos’a jest wynikiem zsumowania się wielkości luk jakie powstają na każdym z wymiarów. Oznacza to, że im mniejsza powstała luka tym wyższa jakość życia (ibidem).

Koncepcja Michalos’a przez wielu badaczy uznawana jest za niedokładną, z uwagi na odmienne kryteria stosowane przez osoby badane. Trudno określić, która z luk wyznacza jakość życia. Poza tym osoby badane mogą uznawać, że jedne z nich są ważniejsze od innych. Tym samym teoria ta wyznacza wiele obszarów jakie należy uwzględnić w procesie diagnozy jakości życia. Osoba dokonująca subiektywnej oceny jakości życia podlega nieustannym zmianom. W przypadku osób niepełnosprawnych odznaczać się może wpływ niepełnosprawności lub określonego stanu zdrowia jednostki. Oznacza to, że powstająca luka może być wynikiem między innymi oceny własnego położenia, wpływu dotychczasowo podjętych działań lub stanu zdrowia (ibidem).

Koncepcja ta została przytoczona ze względu na to, iż była jedną z pierwszych stworzonych w nurcie teorii potrzeb. Pomimo, że została obalona przez Janusza Czapińskiego zwraca uwagę na bardzo istotny element – minimalizm. Zaspokojenie bazarnych potrzeb daje poczucie szczęścia.

Na gruncie polskim pojawiła się koncepcja a **Jana Rutkowskiego**, która również wywodzi się z teorii potrzeb Masłowa. Autor ten wyodrębnia następujące kategorie badawcze:

- rodzina i życie osobiste;
- zdrowie (kondycja fizyczna);
- mieszkanie;
- otoczenie miejsca zamieszkania;
- wykształcenie;
- czas wolny;
- kultura i wypoczynek;
- praca i nauka;
- sytuacja materialna;
- bezpieczeństwo;
- miejsce w społeczności lokalnej i przyjaciele;
- stopień samorealizacji;
- samopoczucie psychiczne i duchowe (Rutkowski, 1987, s. 14).

Rutkowski twierdzi, że jakość życia zmienia się w zależności od wielkości spożycia, stanu samorealizacji czy bezpieczeństwa, statusu materialnego, stanu środowiska przyrodniczego i innych (Błaszczyk, Januskiewicz, Śmigielski, 2006, s. 19).

Często przytaczana w tym obszarze teoretycznym jest tzw. **metoda genewska**, która również opiera się na teorii potrzeb i jakości ich zaspokojenia. Choć różni się ona zdecydowanie od koncepcji Masłowa z uwagi na to, że nie uwzględnia ona takich potrzeb jak np. samorealizacja to wpisuje się w szeroką gamę powyższych koncepcji. W metodzie genewskiej do grupy potrzeb zaliczono:

- wyżywienie (kaloryczność, spożycie białka i procent kalorii ze skrobi);

- mieszkanie (zaludnienie mieszkań, samodzielność mieszkań i jakość usług mieszkaniowych);
- zdrowie (dostępność do usług leczniczych, zgony z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, zgony poniżej 50 roku życia);
- wykształcenie (powszechność systemu szkolnego, wydajność szkół, liczba uczniów na jednego nauczyciela);
- rekreacja (czas wolny od pracy zarobkowej, nakład czasopism, abonenci radia i telewizji);
- zabezpieczenie społeczne (nagła śmiertelność, powszechność zabezpieczeń na wypadek choroby, powszechność świadczeń emerytalnych i rentowych oraz zagospodarowanie materialne, nadwyżka z bieżącej konsumpcji) (Borys, 2001, s. 27).

W zakresie opracowań międzynarodowych dotyczących pojęcia jakości życia można odnieść się do stanowiska wypracowanego przez zespół badaczy, którzy uzgodnili główne założenia. Tym samym przyczynili się do pewnego uporządkowania pojęcia jakim jest jakość życia. Koncepcję jakości życia zaproponowano w *The Quality of Life Special Interest Group*, działającej przy *The International Association for Study of the Scientific Intellectual Disabilities* (IASSID).

Główne założenia tej koncepcji badawczej są następujące:

- pojęcie jakości życia jest pewną koncepcją, mającą związek z polityką społeczną i oceną usług przez nią oferowanych;
- jakość życia nie posiada konkretnej definicji, natomiast może być postrzegana przez pryzmat konkretnej koncepcji badawczej dotyczącej określonych osób;
- najistotniejszym elementem jakości życia jest subiektywne odczucie i indywidualna percepcja jednostki w tym zakresie, co nie wyklucza istnienia obiektywnych komponentów.

Koncepcja opiera się na założeniu, że ocena subiektywna jest jednym z najistotniejszych wyznaczników. Zaznaczono również jak istotną rolę jaką pełnią potrzeby i możliwość ich zaspokajania przez jednostkę. Ponadto autorzy podkreślają, iż zasadniczo nie istnieją różnice w ocenie pomiędzy osobami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi, a jakość życia tych osób może być określana przez te same wskaźniki.

W zakresie struktury uznano powszechny pogląd o wielowymiarowości pojęcia kształtującego się zarówno pod wpływem czynników indywidualnych, jak i środowiskowych. Zaliczono do nich następujące wskaźniki:

- stosunki intymne;
- życie rodzinne;
- przyjaźń;
- pracę;
- sąsiedztwo;
- miejsce i warunki mieszkaniowe;
- wykształcenie;
- zdrowie;
- standard życia;
- narodowość (IASSID, 2000).

Wszystkie powyższe koncepcje odnoszą się do twierdzenia wypracowanego przez Maslowa, że najważniejsze jest zapewnienie podstawowych potrzeb, niemniej istotnym są czynniki indywidualne a następnie potrzeby wyższego rzędu. Jednakże bazarną kwestią jest zrównanie kryteriów oceny dla osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Oznacza to pomiar takich samych potrzeb przez takie same wskaźniki.

2.3.3 Koncepcje jakości życia w kontekście wymiaru społecznego

Wielu badaczy w swoich koncepcjach odniosło się do roli jaką pełni społeczeństwo w kształtowaniu poczucia jakości życia. Żyjemy w określonej społeczności, która w pewien sposób na nas oddziałuje i wywiera wpływ.

Jakość życia w odniesieniu do sposobu organizacji życia społecznego przedstawiona jest w koncepcji jaką prezentują **Bach i Rioux** (1996, w: Derbis, 2000, s.17). Jak zauważa Kowalik (2000, s. 18-19) osadzają oni swoją koncepcję odnosząc się do takich elementów jak: stopień demokratyzacji czy możliwość samostanowienia. Badacze podkreślają fakt, że istnieje związek pomiędzy warunkami życia a zadowoleniem z niego. Autorzy są zdania, że

jakość życia powinna być analizowana w szerszym zakresie – społecznym, a nie tylko z punktu widzenia jednostkowo – psychologicznego. Oznacza to, że większość społeczeństwa powinna dzielić poszczególne przekonania.

Bach i Rioux wymienili następujące czynniki określające społeczną jakość życia:

- a) Możliwość samostanowienia – zależy od posiadanych zasobów środowiska, systemu prawnego umożliwiającego rozwój jednostek oraz presji instytucji.
- b) Stopień demokratyzacji życia społecznego – istotą tego twierdzenia jest umiejętność rozpoznawania możliwości ludzkich i na tej podstawie dopasowania działań w taki sposób, aby móc maksymalnie włączyć ich w życie zbiorowe.
- c) Poziom równości społecznej – rozumiany w postaci stwarzania możliwości rozwoju na równym poziomie dla wszystkich jednostek, niezależnie od systemu wartości, wyznania, poglądów i potrzeb oraz wzajemny szacunek wobec siebie, niezależnie od zróżnicowania grup i jednostek (8).

Odnosząc się do przekonań społecznych dotyczących samostanowienia bardzo ważnym jest przestrzeganie praw jednostki do samostanowienia zamieszkującej w domu pomocy społecznej. Równie istotnym jest podmiotowa i indywidualna samodzielność tych osób, co często jest zaniebywane w instytucjach typu dom pomocy społecznej poprzez nadmierne wyręczenie, obsługiwane i dostarczanie gotowego.

Przekonania społeczne dotyczące stopnia demokratyzacji są ważne dla osób niepełnosprawnych, szczególnie przebywających pod opieką instytucjonalną. Kontakty społeczne z szerszą społecznością, współdziałanie zwiększają poczucie wartości. Ponadto jednostka aktywnie uczestnicząca w życiu społecznym nie jest przez to społeczeństwo wykluczana.

Jednym z istotniejszych przekonań dla osób niepełnosprawnych jest poziom równości społecznej. Poprzez usuwanie różnego rodzaju barier społecznych, umożliwia dotarcie wszystkich członków społeczności do dóbr, które uruchamiają rozwój i samorealizację. Osoby niepełnosprawne podlegają takim samym prawom jak osoby zdrowe, dlatego powinniśmy im zapewnić takie same szanse rozwoju i realizacji własnych potrzeb.

W odmienny sposób przedstawia się koncepcja **Reaburna i Rootmana**, którzy jakość życia definiują jako dobrostan wynikający z własnych możliwości. Opierają na założeniu, że: „Jeśli jednostki lub grupy są zdolne do rozpoznawania, określania i realizowania własnych

aspiracji, a także mogą w zadowalający sposób zaspokajać swe potrzeby oraz dokonywać wyboru środowiska życiowego zgodnie z uznawanymi preferencjami, wówczas dochodzi do uzyskania w pełni dobrego fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia” (WHO, 1986; za: Kowalik, 2001). Z tej definicji wynika, że pełnię jakości życia można uzyskać poprzez:

- doświadczenie niezależności;
- posiadanie możliwości dokonywania wyborów;
- posiadanie otwartego dostępu do ważnych dóbr znajdujących się w otoczeniu (Kowalik, 2001, s.64).

Na realizację tych możliwości mają wpływ: przynależność (społeczna, lokalna, ekologiczna), stawanie się (rozwój, czas wolny, produktywność) oraz bycie (fizyczne, duchowe, psychiczne). W odniesieniu do tej koncepcji człowiek urzeczywistnia się w tych trzech wymiarach. Oznacza to, że jakość życia to nie tylko warunki materialne, które pozwalają na zaspokojenie potrzeb, ale również właściwości organizacji życia społecznego oraz stopień dopasowania do otoczenia zarówno fizycznego jak i psychicznego (86, Derbis, 2000, s.18).

Koncepcja ta ukazuje obszary, które są szczególnie znaczące w przypadku osób z niepełnosprawnością. Choroba psychiczna prowadząca niejednokrotnie do niepełnosprawności zaburza poczucie wartości, czyli narusza wymiar bycia. Ogranicza również możliwość rozwoju osobistego, czy pracę zawodową – naruszając wymiar stawania się, oraz ogranicza kontakty społeczne (wymiar przynależności).

2.3.4 Jakość życia w koncepcjach zorientowanych na jednostkę

Jedną z koncepcji, która odnosi się do zasobów jednostki i tego w jaki sposób je wykorzystujemy jest model o nazwie **CHP** (*The Center of Health Promotion*). Autorzy tej koncepcji stawiają na pierwszym miejscu ludzkie zasoby i stopień ich wykorzystania (Renwick, Brown, 1996; Raphael, Brown, Renwick, 1999). W definicji koncepcji założono, iż funkcjonowanie człowieka jest uzależnione od stopnia wykorzystania jego możliwości. Twórcy koncepcji podzielili je na kilka zakresów. Do pierwszego z nich należą atrybuty jednostki (*being*), następnie przynależność do środowiska (*belonging*) aż w końcu stawanie się – czyli samorealizacja (*becoming*)(tabela 8).

Tabela 8. Zakresy jakości życia według Raphaela, Browna i Renwicka.

Zakresy główne	Podzakresy	Uszczegółowienie
Bycie (<i>being</i>)	fizyczne	zdrowie, higiena osobista, odżywianie, ruch, pielęgnacja, ubiór i wygląd zewnętrzny
	psychiczne	zdrowie psychiczne i przystosowanie, percepcja, emocje, ocena siebie i samokontrola
	duchowe	osobiste wartości, styl bycia, wierzenia
Przynależność (<i>belonging</i>)	Fizyczna	powiązania z fizycznym środowiskiem, np. domem, miejscem pracy, sąsiedztwem, szkołą, wspólnotą
	Społeczna	powiązania ze środowiskiem dotyczące akceptacji i życzliwości innych, np. rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami, sąsiadami
	Lokalna	równy i adekwatny dostęp do zasobów społecznych, takich jak dochody, służba zdrowia, pomoc społeczna, zatrudnienie, edukacja, rekreacja, uroczystości
Stawanie się (<i>becoming</i>)	Produktywność	planowanie i regularne zajęcia uwzględniające potrzeby jednostki, np. prace domowe, zarobkowe, edukacyjne, do wyboru
	Czas wolny	odpoczynek, relaks, redukcja stresu
	Rozwój osobisty	zajęcia rozwijające wiedzę i umiejętności

Źródło: Raphael, Brown, Renwick, 1999, s. 158.

Powyższy model zakłada, że jednostka steruje swoją jakością życia poprzez dobór pewnych komponentów, stanowienie kontroli nad poszczególnymi segmentami życia. Niektórzy badacze utożsamiają wysokie poczucie jakości życia z doświadczeniem emocji pozytywnych i nieprzeżywaniem negatywnych. Taki rozumienie well-being nazywane jest SWB (*Subjective Well-Being*) i wywodzi się z hedonistycznego rozumienia dobrostanu człowieka (Kasprzak, 2008, s.250).

„Stawanie się, twórczy rozwój w ciągu całego życia jest specyficznym wyróżnikiem egzystencji człowieka. Konsekwencją tak rozumianych zadań rozwojowych jest harmonia myśli, uczuć i działań, zaangażowania dające poczucie spełnienia, radości i sensu życia, a także mądrość” (Straś-Romanowska, 2005, s.269, za: Bartosz, 2006, s.85).

Maria Straś-Romanowska sformułowała teoretyczny model jakości życia na gruncie psychologii „zorientowanej na osobę” (Zawiślak, 2011s.54). Przedstawiła propozycję wymiaru duchowego w teoretycznym modelu jakości życia (Straś-Romanowska, 2005, 13). Zdaniem Marii Straś-Romanowskiej: „(...)życie ludzkie w charakterystycznych formach – świadomego, refleksyjnego przeżywania dialogicznego bycia z innymi, intencjonalnego działania oraz twórczego rozwoju – przebiega na różnych płaszczyznach. Doświadczenie epistemologiczne, wsparte wiedzą z obszaru antropologii filozoficznej, pozwala na wyodrębnienie czterech głównych wymiarów życia ludzkiego – ze względu na przedmiot odniesienia (w przeżyciach, relacjach, działaniach i rozwoju) oraz ze względu na prawa rządzące przebiegiem procesów typowych dla każdego z tych wymiarów” (2005, s. 269). Cztery specyficzne formy życia psychicznego wymienione przez autorkę to:

- biologiczne,
- społeczne,
- podmiotowe,
- duchowe (Bartosz, 2006, s.85; Woźniczka, 2008, s.100; Zawiślak, 2011, s.54).

Wymiar biologiczny jest związany z respektowaniem potrzeb biologicznych organizmu, takich jak prawidłowe odżywianie, sen czy wypoczynek. Przejawia się on w poczuciu dobrostanu fizycznego i czerpanej z niego przyjemności (za: Bartosz, 2006, s. 86). Zasadą, która rządzi organizmem ludzkim, jest reguła homeostazy, czyli optymalizacji funkcji biologicznych, która ma za zadanie utrzymać życie ustroju. Mówiąc o dążeniu człowieka do osiągnięcia dobrostanu biologicznego to mamy na myśli dążenie do uzyskania homeostatycznego stanu. Autorka twierdzi, że w znacznej mierze dążenia te mają charakter przypadkowy, tzn. są niezależne od świadomych działań jednostki, choć wraz z wiekiem i rozwojem, zyskuje ona możliwość wpływu na własną kondycję fizyczną, zdrowie i samopoczucie (Allport, 1988, za: Straś-Romanowska, 1992, w: Straś-Romanowska, Frąckowiak, 2006, s.427).

Wymiar społeczny odnosi się do odczuwanego przez jednostkę poczucia bezpieczeństwa psychologicznego, akceptacji i aprobaty ze strony innych, przynależności do grupy, życia w zgodzie z wymogami otoczenia społecznego, w rezultacie prowadzącymi do doświadczenia przez jednostkę satysfakcji (za: Bartosz, 2006, s. 86). Jakość życia w tym wymiarze zależy od efektywności radzenia sobie z problemami o charakterze adaptacyjnym.

„Wszystkie zachowania podnoszące poczucie jakości życia w ramach funkcjonowania społecznego. Nawet jeżeli mają charakter twórczy, innowacyjny czy transgresyjny, ostatecznie mają u swego podłoża mechanizm adaptacji i w konsekwencji służą maksymalizowaniu poczucia bezpieczeństwa jednostki” (Straś-Romanowska, 2004, w: Straś-Romanowska, Frąckowiak, 2006, s.428).

W wymiarze podmiotowym związany jest z przeżywaniem życia w sposób unikalny i specyficzny dla jednostki. Poczucie niezależności i wolności, akceptacja siebie i swoich ograniczeń, dążenie do samorealizacji, stanowiącej realizację indywidualnych potencjałów rozwojowych, zainteresowań, pasji. Jest to charakterystyczne dla jednostki przejawiającej wysoką jakość życia (za: Bartosz, 2006, s. 86). Istotą podmiotowości jest przeżywanie zdarzeń świata i siebie w świecie, świadomość własnej egzystencji, własnego losu. To co najbardziej odmienne w tym wymiarze to autonomia i świadomość swojego bytu (Straś-Romanowska, Frąckowiak, 2006, s.428).

Wymiar duchowy (metafizyczny) oznacza życie w zgodzie z akceptowanymi absolutnymi wartościami odpowiedzialność za podejmowane decyzje i działania, prowadzące do doświadczania sensu (za: Bartosz, 2006, s. 86). Autorka podkreśla, iż płaszczyzna metafizyczna pozwala na odkrycie głębi i prawdziwego sensu naszego życia. W szczególności jeśli doświadczani jesteśmy poprzez niepowodzenia, dramaty życiowe, chorobę. Wtedy świat materialny, zmienny, przemijający, logiczny kieruje się ku innym wartościom, natomiast światem transcendentnym, uniwersalnym, rządzą zupełnie inne wartości i reguły. Rozwój duchowy człowieka pozwala dostrzec szerszy kontekst własnej egzystencji (za: Straś-Romanowska, Frąckowiak, 2006, s.429).

Odnosząc sytuację osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych do powyższych wymiarów istotnym jest zwrócenie uwagi na wymiar społeczny i podmiotowy. Wymiar społeczny odnosić się będzie do akceptacji osoby niepełnosprawnej przez społeczeństwo, tym samym lepszą adaptację tej osoby. Natomiast wymiar podmiotowy ukazuje bardzo ważny element, który niejednokrotnie pojawiał się już wcześniej – autonomia. Przejawami życia podmiotowego są: „potrzeba poczucia własnej tożsamości, indywidualności, wolności i samostanowienia (realizacji własnych celów), potrzeba twórczej aktywności i samorealizacji” (Straś-Romanowska, Frąckowiak, 2006, s.429)

Za afektywne komponenty życia psychicznego w głównych jego wymiarach, stanowiące o jakości, autorka uznaje odpowiednio:

- przyjemność (rozkosz) – ból (cierpienie fizyczne);
- satysfakcję (sumę, sens pragmatyczny) – dyssatysfakcję (przykrość, porażkę, rozczarowanie);
- radość istnienia (doświadczenia szczytowe, „przeptyw”) – ciężar istnienia (udrękę);
- poczucie sensu życia – cierpienia duchowe (rozpacz, trwogę, pustkę egzystencjalną) (Straś-Romanowska, 2005, w: Klebaniuk, 2006, s. 94-95).

Należy jednak zaznaczyć, że wysoka jakość życia w jednym z powyżej wymienionych wymiarów nie oznacza wysokiej jakości życia we wszystkich wymiarach (Bartosz, 2006, s. 86).

Głównym założeniem tej koncepcji jest to, iż jakość życia to nie tylko czynniki obiektywne, ale przede wszystkim w jaki sposób żyje jednostka, z towarzyszącymi mu odczuciami. Liczy się rodzaj przeżyć, zaangażowanie jednostki, relacje jakie człowiek nawiązuje z innymi ludźmi, samorozwój, kierunek tego rozwoju, działania jakie podejmuje. Bardzo duży nacisk kładzie na subiektywne odczucia określające wysokość jakości życia (tabela 9)(Bartosz, 2006, s. 86; Zawislak, 2011, s.54).

Tabela 9. Afektywne komponenty życia psychicznego w świetle koncepcji Straś-Romanowskiej.

Wymiar duchowy	Poczucie sensu	Cierpienie duchowe
Wymiar podmiotowy	Radość istnienia	Ciężar istnienia
Wymiar społeczny	Satysfakcja	Dyssatysfakcja
Wymiar biologiczny	Przyjemność	Ból

Źródło: Straś-Romanowska, 2005, s. 272.

Augustyn Bańka rozpatruje jakość życia w procesie rozwoju jednostki, w jej cyklu życia. Jak podaje autor koncepcji „(...)jednostka w ocenie jakości życia wykorzystuje wiele źródeł informacji, takich jak prezentowane stany afektywne, przeszłe doświadczenia i wydarzenia, oczekiwania dotyczące przyszłości oraz porównania społeczne.” (Bańka, 2005, s. 13).

Jakość życia jest kategorią zmienną, z uwagi na proces konstruowania standardów według których dokonuje się porównań informacji osiągalnych w danym czasie, jak i przebiegającego w czasie procesu konstruowania przez człowieka sądów o życiu (za: Bańka, 1995, s.9-26). Jakość życia jest zatem kategorią zmieniającą się w czasie doświadczenia

codzienności i funkcją jakości rozwoju w cyklu życia. Zależność ta jest obustronna, co oznacza, że „jakość rozwoju” jest też funkcją wpływającą na jakości życia (Bańka, 2005, s. 13). Oznacza to, iż wcześniejsze doświadczenia mają wpływ na to w jaki sposób postrzegamy nasze życie. Ocena poszczególnych zdarzeń może się zmieniać w zależności od jakości rozwoju. Bańka dostrzega również sytuację odwrotną, czyli to, że od jakości naszego życia zależy jakość naszego rozwoju. Prowadzi to do rozumienia jakości życia w ścisłej zależności z poszczególnymi etapami rozwoju. Jakość życia zmienia się wraz z wiekiem, stadium rozwojowym w jakim jesteśmy, fazą życia, celami, które realizujemy, lub tymi, które zamierzamy zrealizować. Ponadto autor podkreśla, że zdarzenia ekstremalne nie mają znaczenia i nie są brane pod uwagę przez jednostkę w ocenie całego życia.

Ważnym dla tych badań empirycznych jest założenie przyjęte przez Augustyna Bańkę: „(...)poczucie jakości życia ulega stałym przekształceniom wraz z rozwojem człowieka w cyklu jego życia. Oznacza to, że na poszczególnych etapach życia o jakości życia decydują zmienne oraz mechanizmy ewaluacyjne charakterystyczne dla danego stadium rozwojowego” (Bańka, 2005, s.15).

2.3.5 Jakość życia a paradygmat społeczny normalizacji życia osób niepełnosprawnych według Władysława Dykcika

Wiele prac pedagogów specjalnych wiąże jakość życia ze sferą rozwoju duchowego, psychospołecznej autonomii, samodzielności, samostanowieniu, w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością. Wiele punktów wspólnych dotyczących poglądów na jakość życia osób z niepełnosprawnością można odnaleźć w pracach Błęszyńskiej, Kosakowskiego, Wojciechowskiego, Żuraw, Kowalika czy Dykcika.

Paradygmat normalizacji życia osób niepełnosprawnych jest dość powszechny w życiu politycznym i społecznym. Podejmuje się działania mające na celu przybliżyć jakość życia osób niepełnosprawnych do osób pełnosprawnych. Należy pamiętać, że nie jest to proces „przywracanie do normy osób niepełnosprawnych” (Dykcik, 2005, s.154). To społeczeństwo powinno dostosować przestrzeń życiową na potrzeby osób niepełnosprawnych.

Z uwagi na to, iż „każdy człowiek pragnie odkrywać potrzebę afirmacji swojego bytu” (Dykcik, 2005, s.255). „Nie jesteś samotnym bytem, ale jedyną w swoim rodzaju, niepowtarzalną częścią wszechświata” (Epiktet, w: Bauman, 2009, s.5). Z tej perspektywy normalizacja wiąże się z nadawaniem sensu życiu osób niepełnosprawnych, czyli stwarzanie

optymalnych warunków rozwoju czy rehabilitacji. Umożliwienie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. „Myśl o użyteczności i konieczności zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych człowieka słabego, chorego, jako pierwszorzędowych, aktualnie nie bywa już podawana w wątpliwość. Istotną sprawą pozostaje jednak sposób ich adekwatnego diagnozowania oraz rzeczywistego, pełnego realizowania w praktyce”(ibidem).

Potrzeba sensu tkwi w każdym z nas, jest to jedna z tych potrzeb, która wyznacza specyfikę życia człowieka (Rorat, 2006, s.35). Seligman (2011, s.27) twierdzi, że poczucie sensu jest trzecim (jednym z ważniejszych) elementem „prawdziwego szczęścia”. Można to porównać do najgłębszej warstwy teorii cebulowej Czapińskiego – woli życia. Jest to jedna z potrzeb, która wyznacza specyfikę życia człowieka.

Realizacja powyższych założeń jest możliwa w procesie normalizacji życia osób niepełnosprawnych. Oto poszczególne cele, które należy zrealizować:

- rozwijanie umiejętności samostanowienia,
- rozwijanie umiejętności społecznych i zawodowych,
- rozwijanie umiejętności spędzania wolnego czasu (Pilecki, Pilecka, 1998, s.26; za: Dykcik, 2005, s.155).

Samostanowienie oznacza ważny obszar w przypadku osób niepełnosprawnych szczególnie w zakładach opiekuńczych, domach pomocy społecznej czy innych zinstytucjonalizowanych układach opiekuńczych. „Samostanowienie jako zdolność do kierowania biegiem własnego życia jest umiejętnością, która najbardziej zaznaczyć się może i rozwinąć w koncepcjach normalizacji życia osób niepełnosprawnych.”(Ibidem). Samostanowienie oznacza podejmowanie samodzielnych decyzji, wyborów życiowych, autonomicznie rozwijającą się jednostkę. Poniżej zostały zaprezentowane cechy, którymi charakteryzuje się osoba zdolna do samostanowienia:

- umiejętność przejawiania inicjatyw w różnych sytuacjach,
- świadomość i rozwijanie własnych możliwości,
- umiejętność podejmowania decyzji i dokonywania wyboru,
- umiejętność stawiania sobie celów,

- umiejętność rozwiązywania problemów,
- umiejętność niezależnego myślenia,
- asertywność,
- umiejętność obrony samego siebie,
- samowiedza,
- samoregulacja,
- nieuległość (Pilecki, Pliecka, 1998, s.26; za: Dykcik, 2005, s.155).

Należy wziąć pod uwagę, że wiele z tych umiejętności będzie występować w niepełnej formie, przez wzgląd na rozwój poznawczy osób z niepełnosprawnością. Należy jednak dążyć do tego, aby te umiejętności rozwijać w miarę możliwości osób niepełnosprawnych. Kształtowanie umiejętności społecznych nie tylko zwiększa samodzielność osób niepełnosprawnych, ale również zmniejsza stopień uzależnienia społecznego. Dlatego jest to istotne dla osób zamieszkujących w domu pomocy społecznej, gdzie często zapomina się o powyższych trzech podstawowych celach. Czego efektem jest wyręczanie mieszkańców, brak kontaktów społecznych i nieumiejętność zagospodarowania czasu wolnego.

Działania normalizacyjne powinny być podstawowym działaniem na rzecz osób niepełnosprawnych. Poniżej w tabeli zostały zaprezentowane podstawowe założenia dotyczące normalizacji osób niepełnosprawnych (tabela 10).

Tabela 10. Założenia i postulaty normalizacji życia osób niepełnosprawnych.

Pedagogiczna koncepcja normalizacji życia osób niepełnosprawnych
<ul style="list-style-type: none">- znormalizowanie standardu życiowego maksymalnie zbliżonego do warunków egzystencji ludzi z normą;- rozwijanie samodzielności i aktywności życiowej wg. zasady tyle samodzielności ile to możliwe, tyle motywacji ile trzeba, tyle pomocy, ile to konieczne i tyle ochrony ile to niezbędne;- określenie w odmienny sposób wychowawczej roli personelu jako kooperanta organizującego pomoc i terapeutyczne wsparcie, a nie tylko opiekuna bez aktywnego udziału w normalizacji i samorealizacji życiowej mieszkańców;- kształtowanie i nauczanie się umiejętności tworzenia i wykorzystania społecznych warunków życia oraz możliwości kulturowej, międzypokoleniowej transmisji własnych standardów życia, odmiennych od regulaminowych wzorów postaw i zachowań otoczenia „grupy osób podobnych.”

Źródło: Dykcik, 2005, s.156.

Jakość życia jest bezpośrednio zależna od procesów normalizacji. Powszechnie uznaje się, że jakość życia osób niepełnosprawnych mierzona jest w taki sam sposób jak osób pełnosprawnych. Pomiarowi podlegają identyczne sfery życia. Natomiast nie zawsze możliwe jest aby je zbadać, z uwagi na różny sposób ich realizacji. Na jakość życia mają wpływ czynniki makro i mikrospołeczne, sposób postrzegania osób niepełnosprawnych przez grupy społeczne. To właśnie od nich zależy czy proces normalizacji nastąpi a jeśli tak, to w jakim stopniu, co przedstawia rycina poniżej (rycina 5).

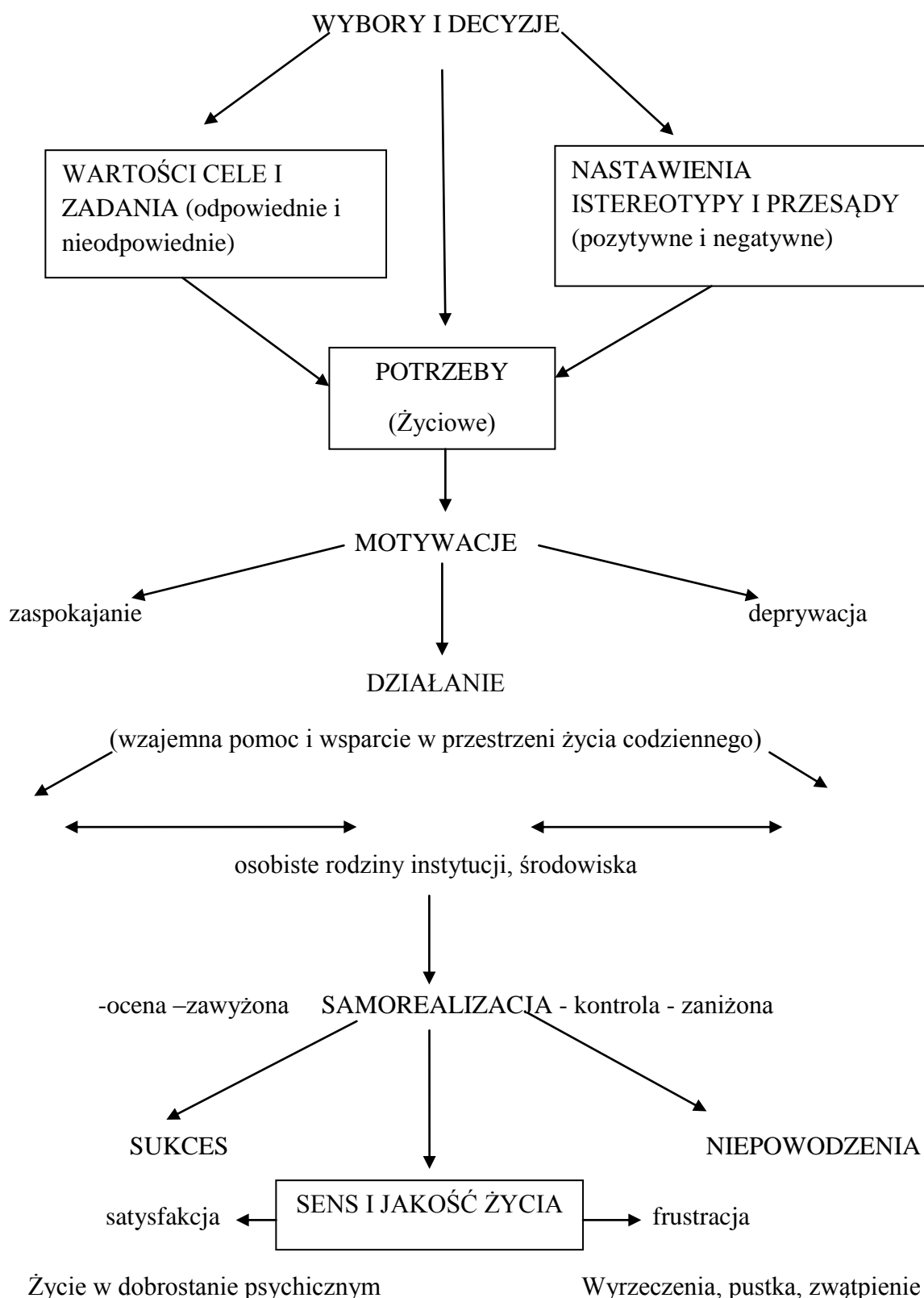
Rycina 5. Sens i jakość życia – uwarunkowania mikro i makrospołeczne.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dykcik, 2005, s. 248-263.

Zdaniem **Władysława Dykcika** jakość życia wiąże się głównie z samodzielnymi wyborami, samostanowieniem, decyzjami, własne upelnomocnienie człowieka w dokonywanych wyborach. Władysław Dykcik opracował model mechanizmu życia (rycina 6). W tym ujęciu jakość życia to, praca jednostki wspólnie z innymi ludźmi, przy czym najistotniejsze jest to aby realizowała swoje potrzeby i własne cele. „Dobre życie” oznacza wpływ na to życie i **samorealizację**.

Rycina 6. Mechanizm życia.



Źródło: Dykcik, 2005, s.256, 2002, s.38.

Jak twierdzi Władysław Dykcik jakość życia u osób niepełnosprawnych i chorych jest poczuciem zadowolenia ze swobodnego i skutecznego działania we wszystkich obszarach

życia. Do których można również zaliczyć kryteria warunkujące jakość życia (Dykcik, 2005, s.174). Autor koncepcji prezentuje w jaki sposób należy spostrzegać jakość życia osób niepełnosprawnych:

1. Zdolność „wglądu” w siebie (samoświadomość), które jest podstawą do wniknięcia w sposób funkcjonowania osób niepełnosprawnych a ty samym do oceny tegoż funkcjonowania.
2. Umiejętność wyobrażenia sobie sytuacji w jakiej znajdują się osoby niepełnosprawne.
3. Kształtowanie pozytywnego obrazu rodziny osoby niepełnosprawnej, jako podstawowego fundamentu rozwoju. Zrozumienie nadrzędnej wartości jaką ta rodzina stanowi w przypadku osoby chorej.
4. Tworzenie u osób niepełnosprawnych pozytywnego obrazu samego siebie, czyli własnego wizerunku, stanowiącego względnie stały element samooceny.
5. Kreowanie elastycznej osobowości, przygotowanej do pokonywania codziennych zadań życiowych oraz zindywidualizowanego projektu życiowych zamierzeń.
6. Kształtowanie społecznego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością. Do nich należą kontakty z innymi ludźmi i instytucjami, których rola ujawnia się poprzez:
 - kształtowanie kompetencji życiowych, jak i podejmowanie interwencji w obciążających sytuacjach kryzysowych;
 - tworzenie emocjonalnie pobudzającego klimatu społecznego dla rozumienia, akceptacji i sympatii w relacjach międzyludzkich;
 - organizowanie instrumentalnego wsparcia; informacje, porady, pomoc, finanse;
 - doświadczenie poczucia przynależności do bliższych i dalszych układów odniesienia, pobudzających rozwój społecznej akceptacji, adaptacji i autonomii.
7. W zakresie polityki społecznej państwa powinno się zapewniać osobom niepełnosprawnym dostęp do tych samych dóbr czy instytucji co osobom zdrowym (Dykcik, 2005, s. 174-176).

Podsumowując można stwierdzić, że jakość życia osób z niepełnosprawnością zależy bezpośrednio od stopnia normalizacji ich życia, z uwzględnieniem prawa do godnego życia, samorozwoju a także samorealizacji. Jest to złożony system, w którym system wartości, kultura, środowisko życia danej społeczności wyznaczają stopień normalizacji osób niepełnosprawnych. System ten wraz z innymi wzajemnie na siebie wpływającymi czynnikami warunkuje sens życia jednostki.

Odnosząc powyższą koncepcję do badań prowadzonych na terenie domu pomocy społecznej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, można zauważyć jak istotnym jest możliwość decydowania o własnym życiu. W systemie opieki instytucjonalnej przez wiele lat starano się w jak największym stopniu ograniczyć zdolność do samostanowienia jednostki i możliwość samodzielnego podejmowania decyzji. Dużą rolę odgrywa również system prawa, niezmienny od kilkudziesięciu lat, który poprzez instytucję ubezwłasnowolnienia ten system podtrzymuje.

2.3.6 Jakość życia psychicznego według Stanisława Kowalika

Problematy jakości życia poruszał również Stanisław Kowalik, który skonstruował definicję jakości życia psychicznego. Koncepcja Kowalika dystansuje się wobec silnego akcentowania w badaniu jakości życia zdarzeń krytycznych, oraz wobec rozumienia jakości w sposób *przeżyciowy* czyli poprzez wewnętrzne odtwarzanie bodźców lub też emocjonalne ustosunkowanie się do nich (za: Derbis, 2000, s.26).

Kowalik wraz z Janečka wskazują na trzy poziomy, które powinny być uwzględniane w ocenie jakości życia, a mianowicie:

- doświadczenie niezależności (poziom podmiotowy);
- swoboda dokonywania wyboru (poziom interpersonalny);
- nieskrępowany dostęp do różnych dóbr znajdujących się w otoczeniu (poziom społeczny)(1998, s.83).

Autor koncepcji proponuje wyodrębnienie jednego wymiaru ludzkiego życia. Takie wyodrębnienie z całej problematyki jakości życia umożliwi nie tylko rozpatrywanie go w aspekcie oddziaływań środowiskowych, ale również uchwycenie prawidłowości rozwojowych i ich przebiegu (Derbis, 2000, s.26; Kowalik, 1994; Kowalik, 2000, s.27) .

Autor definiuje jakość życia psychicznego za pomocą *przeżycia* czyli procesu wewnętrznego polegającego na wzbogaceniu rezultatów naszego poznawania rzeczywistości zewnętrznej przez: rozpoznawanie w niej niejawnych (niedostrzegalnych zmysłowo elementów) własnego doświadczenia z percepcją aktualnie oddziałującej rzeczywistości. Odbywa się to za pomocą wydobywania ich z pamięci, kreowanie wyobrażeń i fantazji, personalizowanie tych informacji o poznawanej rzeczywistości, czyli aktywne ustosunkowanie się do nich z perspektywy ich znaczenia dla własnego życia (Kowalik, 2000,

s. 27). Przeżycie to według autora „proces wewnętrzny, który polega na wzbogacaniu rezultatów naszego poznania rzeczywistości zewnętrznej poprzez:

- rozpoznawanie w niej niejawnych (niedostrzegalnych zmysłowo) elementów;
- uczynnianie i korzenie wybranych elementów własnego doświadczenia z percepcją aktualnie oddziałującej rzeczywistości (wydobywanie ich z pamięci, kreowanie wyobrażeń i fantazji);
- personalizowanie informacji o poznawanej rzeczywistości, czyli aktywne (świadome) ustosunkowanie się do nich z perspektywy ich znaczenia dla własnego życia” (Kowalik, 2000, s.27).

Wymiar życia jaki przedstawia Kowalik odnosi się do subiektywnej oceny jakości życia. Wartość tego podejścia polega na tym, że z perspektywy rozwoju człowieka powstaje możliwość koncentrowania się na jakości życia, jako na osobnym obiekcie życia wewnętrznego. Poza tym ukazuje inną formę powiązań pomiędzy warunkami zewnętrznymi, zdarzeniami i zmianami w życiu psychicznym (Derbis, 2000, s.26).

2.3.7 Systemowo-ekologiczne koncepcje jakości życia

Koncepcje, które zostały zaprezentowane powyżej ukazują różnorodność problematyki jakości życia. Najbliższą tematyki niniejszej dysertacji jest koncepcja Władysława Dykcika, który upatruje wysoką jakość życia w procesach normalizacji osób z niepełnosprawnością. Natomiast w poniższym podrozdziale zostaną zaprezentowane koncepcję jakości życia skonstruowane w nurcie ekologicznym, które zostały wybrane za podstawę badań własnych. Z wielu koncepcji wybrano podejście jakości życia za Robertem Cumminsem, który podkreśla wielowymiarowość zjawiska, ponieważ istotnym dla autorki jest, aby podjąć to zagadnienie nie tylko odwołując się do subiektywnej oceny osób badanych, ale również uwzględnić społeczny kontekst badań.

Psychologiczna koncepcja jakości życia Roberta Schalocka

Według Schalocka (2002, s.460) „poczucie jakości życia w przypadku osób z niepełnosprawnością jest złożone z tych samych czynników i relacji, które są ważne dla wszystkich ludzi; jest doświadczalne gdy osoba ma te same możliwości w realizacji celów życiowych w najważniejszych sferach życia. Ma ona wymiary subiektywne i obiektywne, ale jest zasadniczo percepcją indywidualną, która odzwierciedla, to jak osoba doświadcza jakość

własnego życia; opiera się na indywidualnych potrzebach, wyborach, kontroli. Jest konstruktem wielowymiarowy, pozostającym pod wpływem czynników podmiotowych i środowiskowych takich, jak relacje intymne, życie rodzinne, przyjaźń, praca, sąsiedzi, miejsce zamieszkania, dom, wykształcenie, zdrowie, standard życia, narodowość”.

Robert Schalock uwzględnia w swoim modelu cały kontekst indywidualny i społeczny jednostki, z uwzględnieniem percepcji osób niepełnosprawnych przez otoczenie. Jest to bardzo istotne, ponieważ wpływa na to, w jaki sposób osoby z niepełnosprawnością kształtują swoje wewnętrzne standardy do oceny doświadczeń życiowych i jakości życia (za: Zawiślak, 2011, s.55; por. Firkowska-Mankiewicz, 1999, s.16-17).

Definicja jakości życia według Schalocka brzmi następująco:

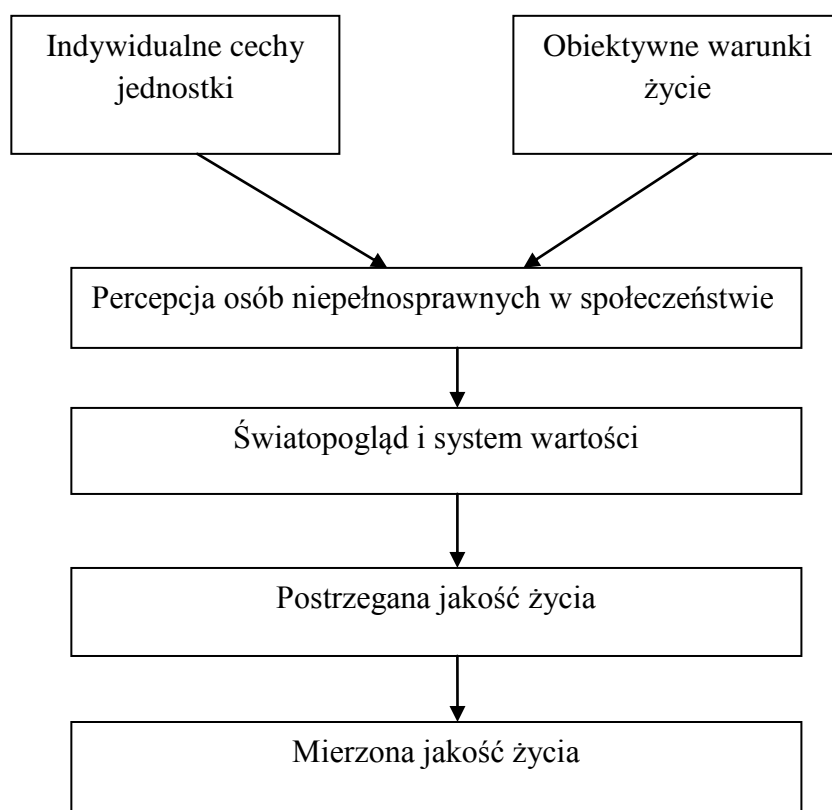
„Jakość życia jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do siedmiu zakresów:

- dobry stan emocjonalny;
- stosunki interpersonalne;
- dobry stan materialny;
- dobry stan fizyczny;
- autonomia;
- integracja społeczna;
- prawa jednostki” (Schalock, 2000, s.122).

Autor podkreśla, iż osoby z niepełnosprawnością wiążą jakość życia z tym co oferuje im społeczeństwo. Ponadto ważnym aspektem, mającym wpływ na poziom tej jakości życia jest pewność i stałość tej oferty (Kowalik, 1998, s. 23-25).

Poniżej zostanie zaprezentowany schemat, który przedstawia w jaki sposób autor rozumie powyższe rozważania (rycina 7).

Rycina 7. Model jakości życia Schalocka, Keitha i Hoffmana (1990).



Źródło: Firkowska – Mankiewicz, 1999, s.17.

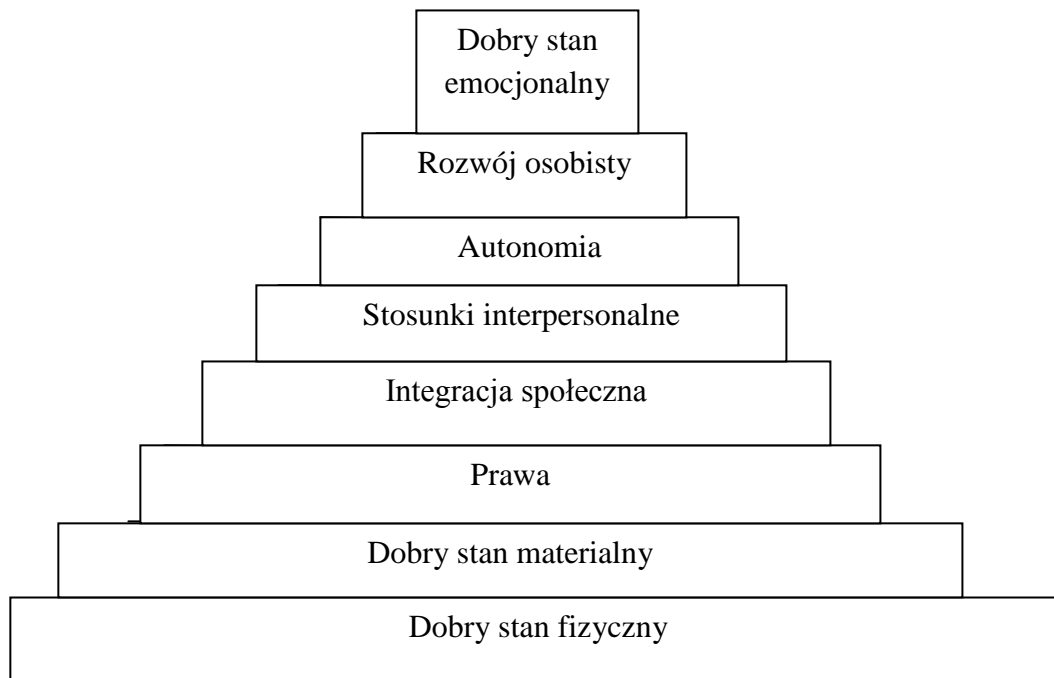
Odwołując się do definicji jaką przedstawił Schalock, poniżej zostaną zaprezentowane poszczególne wskaźniki (tabela 11). Autor zwrócił również uwagę na to, że poszczególne elementy mają naturę hierarchiczną i uporządkowaną (rycina 8).

Tabela 11. Wskaźniki jakości życia według Schalocka.

Poszczególne zakresy	Przykładowe wskaźniki
Dobry stan emocjonalny	Poczucie bezpieczeństwa, duchowość, szczęście, wolność od stresów, wyrażenia siebie, zadowolenie
Stosunki interpersonalne	Zażyłość, przywiązanie, rodzina, interakcje, przyjaźń, wsparcie
Dobry stan emocjonalny	Własność, finanse, bezpieczeństwo, żywność, zatrudnienie, dorobek, status socjoekonomiczny, mieszkanie
Rozwój osobisty	Edukacja, umiejętności, samorealizacja, kompetencje osobiste, ukierunkowana aktywność, rozwój
Dobry stan fizyczny	Zdrowie, odżywianie, odpoczynek, mobilność, opieka zdrowotna, ubezpieczenie zdrowotne, czas wolny, aktywność dzienna
Autonomia	Samostanowienie, wybory, decyzje, samokontrola, samostereowalność, osobiste cele i wartości
Integracja społeczna	Akceptacja, status, wsparcie, środowisko pracy, aktywność społeczna, role społeczne, działalność społeczna, środowisko zamieszkania
Prawa	Prywatność, prawo głosu, dostęp, posiadanie, odpowiedzialność obywatelska

Źródło: Schalock, 2000, s.122 w: Zawiślak, 2011, s.60 por. Sadowska, 2006, s.74

Rycina 8. Hierarchiczna natura jakości życia według Schalocka.



Źródło: Schalock, 2000, s.19, w: Zawisłak, 2011, s.60.

Jakość życia, którą przedstawia Schalock akcentuje również nurt ekologiczny. Według tej teorii życie ma nie tylko wymiar indywidualny, ale przede wszystkim jest oparty na relacji z innymi podmiotami i przedmiotami nas otaczającymi. Przyjmuje się, że jakość życia w sensie biologicznym wyraża się poprzez cechy jakościowe wewnętrznie przysługujące organizmowi oraz od strony ekologicznej poprzez cechy wynikające z relacji ze środowiskiem (Kozak, Kyć, 1994, 36-46). Jakość życia przez Schalocka jest rozpatrywana w trzech wymiarach: mikrosystemu, mezosystemu i makrosystemu. Poszczególne poziomy nakładają się na wskaźniki, które wcześniej sformułował: czyli makrosystem najbardziej wpływa na zdrowie i dobrostan materialny, mikrosystem i mezosystem wpływają na sferę emocjonalną, relacje z innymi, samostanowienie i samorozwój (tabela 12)(Schalock, Verdugo, 2002, s.360).

Tabela 12. Poziomy jakości życia w ujęciu ekologicznym.

Poziom mikrosystemu (ocena indywidualna)	Rodzina Dom Grupa rówieśnicza Miejsce pracy
Poziom mezosystemu (ocena funkcjonalna)	Sąsiedztwo Usługi Społeczeństwo Organizacje
Poziom makrosystemu (wskaźniki społeczne)	Wzory kulturowe Trendy polityczne i społeczne System ekonomiczny

Źródło: Schalock, Verdugo, 2002, s.15.

Powyższy schemat ukazuje, że koncepcja Schalocka jest wielowymiarowa i wielopłaszczyznowa, zawiera zarówno aspekt subiektywny jak i obiektywny. Bardzo ważne są własne doświadczenia i osobiste odczucia, ale równie istotny jest kontekst środowiskowy. Zaznacza, że środowisko pracy, życia, miejsca zamieszkania jest równie ważne co indywidualne odczucia. Schalock dołącza do aspektów środowiskowych zabiegi typu rehabilitacyjnego, medycznego, wspierającego czy edukacyjnego, które są tak ważne dla osób z niepełnosprawnością. Jednak jedną z najistotniejszych kwestii jest to, iż autor podkreśla jedność komponentów elementów i relacji takich samych dla wszystkich grup jednostek określających jakość życia (Schalock, Verdugo, 2002, s.347-354; Schalock, 2000, s.124). „Koncepcja ta rozszerza swe znaczenie poza same jednostki z upośledzeniem umysłowym i obecnie oddziałuje na już na cały system usług dostarczany dla tych osób. Dzieje się tak ze względu na spajającą i integrującą siłę tego konstruktu społecznego” (Schalock, 2000, s.124).

Na podsumowanie należy przeanalizować propozycję Schlocka, aby podporządkować badania jakości życia nie tylko planowaniu, ale również ocenie organizacji pomocy. Cztery wymiary zaproponowane w Kwestionariuszu Jakości Życia Schlocka i Keitha (QOLQ)to:

- zadowolenie,
- niezależność,
- integracja społeczna,
- kompetencje.

Badacz łączy powyższe wyznaczniki z pytaniami ważnymi dla planowania świadczonej pomocy (świadczenia usług) oraz z wyznacznikami jej efektów (Schalock, Keith, 1993, za: Juros, 1997, s.298). Analiza została przedstawiona w tabeli 13.

Tabela 13. Związek organizacji usług z oceną jakości życia w ujęciu Schalock'a.

Wymiar jakości życia	Pytania ważne dla planowani działań (świadczenia usług klientowi)	Wyznaczniki poprawy jakości życia (wynik dobrze świadczonych usług)
Zadowolenie	Co z proponowanej oferty i w jakim stopniu zwiększy poczucie satysfakcji osoby z tej pomocy korzystającej (ucznia, rodzica, mieszkańca)?	Zwiększenie poczucia satysfakcji osoby z jej obecnej sytuacji
Kreatywność	Co i w jakim stopniu zwiększy jej poczucie kompetencji, umiejętność radzenia sobie z obecną sytuacją?	Zwiększenie poczucia własnej kompetencji, umiejętności radzenia z obecną sytuacją, a co za tym idzie, własnej produktywności
Niezależność	Co i w jakim stopniu zwiększy jej poczucie własnej siły i niezależności?	Zwiększenie poczucia własnej siły i niezależności
Integracja społeczna	Co i w jakim stopniu zwiększy jej poczucie przynależności do społeczności, integracji z tą społecznością?	Zwiększenie poczucia przynależności społecznej i integracji ze społecznością lokalną

Źródło: Sadowska, 2006, s.75

Tabela prezentuje kategorię jakości życia, która jest w ścisłym związku z jakością zabezpieczenia jakie oferuje się osobom niepełnosprawnym. Wynika z tego, że Schalock postrzega jakość życia przez pryzmat jakości zabezpieczenia tych osób (Kowalik, Jenečka, 1998, s.24-25).

W niniejszym podrozdziale zostanie zaprezentowany jeszcze inny model, który powstał na gruncie polskim. Autorem koncepcji jest Anna Zalewska, która skonstruowała Transakcyjny Model Jakości Życia (TMJZ), uwzględniający głównie oceny subiektywne. Za podstawę swojej koncepcji przyjęła istnienie ocen emocjonalnych i poznawczych, które przetwarzane są w sposób niezależny. Oznacza to, że mogą na siebie wpływać natomiast nie muszą być spójne, mogą mieć odmienne konsekwencje i uwarunkowania. Zalewska założyła również, że całość tworzy spójny system, dlatego też oceny poszczególnych sfer jakości życia nie są od siebie niezależne, a wręcz przeciwnie wpływają na siebie nawzajem. Upraszczając wpływ różnych (często odmiennych ocen na siebie) i szczególne relacje pomiędzy tymi ocenami. Wynikiem tego jest fakt, że poziom poszczególnych ocen i

specyficzne relacje między nimi zależą od trzecich zmiennych, od szerszych systemów. Transakcyjny Model Jakości Życia bierze pod uwagę głównie dwa systemy:

- osoba – środowisko (interakcje i stopień dopasowania cech osoby i środowiska);
- osoba – (spójność lub niespójność cech osoby oraz ich interakcje, które moderują znaczenie sytuacji i interpretację dopasowania).

Głównym założeniem tego modelu będzie wpływ procesu wymiany między systemami oraz wzajemne interakcje (Zalewska, 2005, s.249-252; w: Zawiślak, 2011, s.60).

Koncepcja, teoria i metoda jakości życia Roberta Cummins

Robert Cummins stworzył model, który odpowiada dzisiejszym standardom i ocenom jakości życia. Jest to model wielowymiarowy, który uznaje zarówno aspekt obiektywny jak i subiektywny. Definicją jaką przedstawił jest następująca:

„Jakość życia jest zarówno obiektywna jak i subiektywna, a każde z tych aspektów zawiera siedem takich samych zakresów:

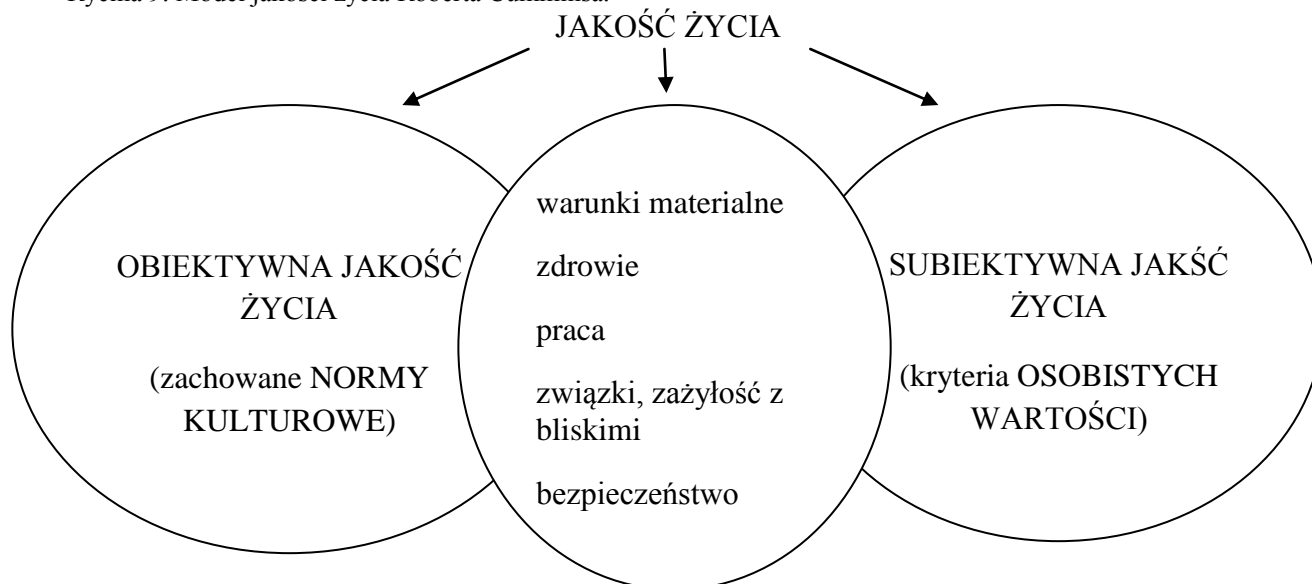
- byt materialny,
- zdrowie,
- produktywność,
- zażyłość z bliskimi,
- bezpieczeństwo,
- przynależność społeczną,
- dobrostan emocjonalny.

Elementy o charakterze obiektywnym mają adekwatne do sytuacji kulturowej, natomiast elementy subiektywne to satysfakcja z każdego ww. zakresów określana przez jednostkę z uwzględnieniem kryterium ważności danego elementu dla niej” (Cummins, 1997, s.7).

Cummins uznał, że jakość życia jest zarówno obiektywna jak i subiektywna, natomiast zaznaczył, że w wymiarze obiektywnym są ważne miary kulturowe, natomiast w wymiarze subiektywnym, wartości osobiste. Autor zaznaczył również, że nie należy łączyć w

jednym indeksie mierników subiektywnych (kryteria osobistych wartości, np. zadowolenie) i obiektywnych (odwołujące się do normy ogólnej populacji) (Cummins, 1997, s.120, w: Sadowska, 2002, s.36). Poniższa rycina (rycina 9) zilustruje tę tezę.

Rycina 9. Model jakości życia Roberta Cumminsa.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Cummins, 1997, s.7

Zaproponowany model przez R. Cumminsa został nieco zmieniony w ostatnich pracach. Obecnie obszary jakości życia obejmują:

- standard życia,
- zdrowie,
- osiągnięcia życiowe, stosunki z innymi,
- osobiste bezpieczeństwo,
- związki ze społeczeństwem,
- zabezpieczenie na przyszłość (Cummins, Lau, 2005, w: Sadowska, 2006, s.37).

Robert Cummins stworzył **teorię homeostazy subiektywnej** (Theory of SQOL), która jest próbą odpowiedzi na pytanie jakie są uwarunkowania zadowolenia z życia. Cummins szczególnie interesował się tą miarą jakości życia, ponieważ nie zawsze wyniki badań w zakresie subiektywnym nie zawsze korelowały z wynikami badań w zakresie obiektywnym. Dlatego też postanowił uzupełnić swoją koncepcję homeostatycznym modelem subiektywnej jakości życia.

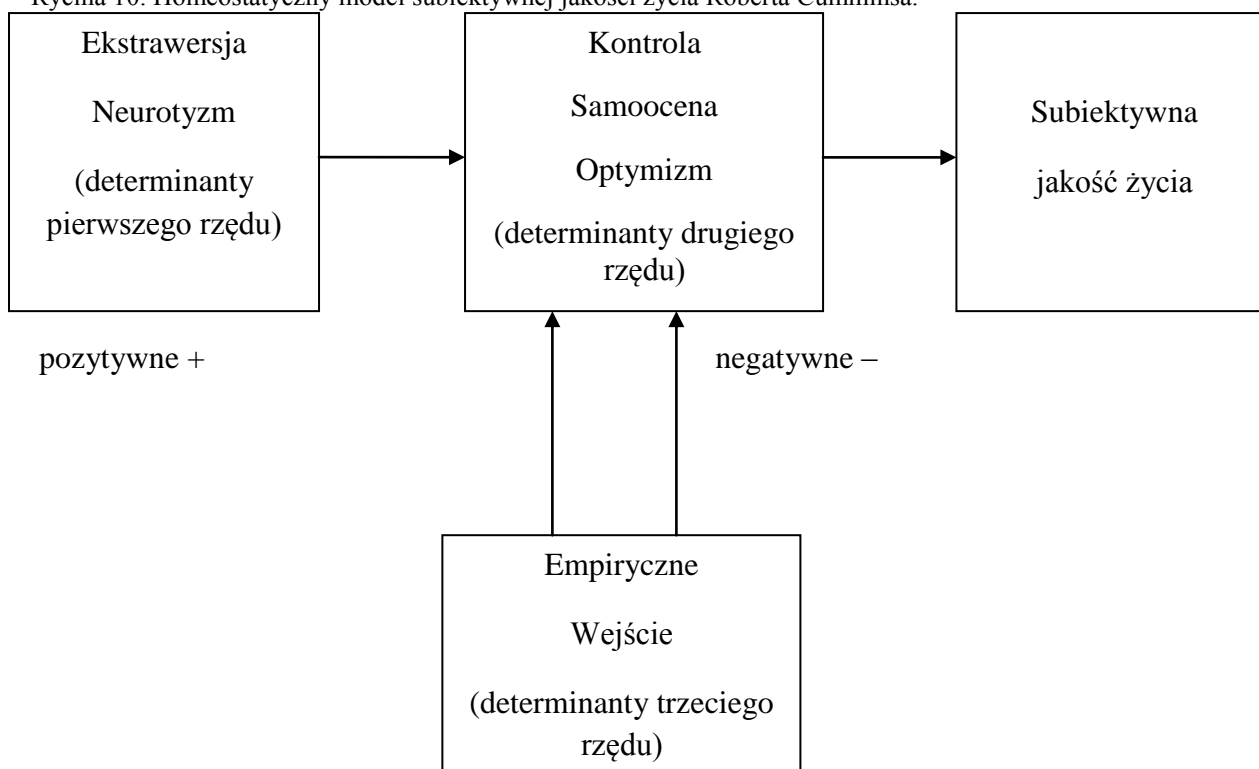
Cummins zakłada, że zadowolenie z życia warunkują zarówno czynniki zewnętrzne jak i podmiotowe. Autor wyróżnił trzy rodzaje determinantów:

1. Ekstrawersja i neurotyzm.
2. Kontrola, samoocena, optymizm.
3. Środowisko i doświadczenie jednostki (za: Sadowska, 2006, s. 40).

Model homeostazy, który przedstawił autor koncepcji opiera się na równowadze wszystkich powyższych determinantów. Pierwsza i druga grupa determinantów związane jest z czynnikami genetycznymi, wyposażeniem jednostki. Natomiast trzecią grupę stanowią czynniki środowiskowe, związki jednostki ze światem zewnętrznym. Homeostaza jest zaburzona wtedy, gdy obiektywne warunki osiągają bardzo niski poziom. Teza ta została zweryfikowana przez autora podczas licznych badań, które przeprowadził na gruncie australijskim. Okazało się, że satysfakcja z życia stała się parametrem bardzo stałym, o niskiej rozpiętości wyników, natomiast zróżnicowane były wyniki mierzone obiektywnie. Wynika z tego, że istnieje słaby związek pomiarów obiektywnych i subiektywnych między sobą.

Dopiero poprzez zachwianie środowiska w którym żyje jednostka może dojść do znacznego obniżenia jakości jej życia (Cummins, 2000; Cummins, 2001; Cummins, 2003; por. Czpiński, 2004, s.86; Sadowska 2006, s.40; Zawisłak, 2011, s.63). Poniższy model przedstawia rozumiane obiektywnej i subiektywnej jakości życia według modelu homeostatycznego Cumminsa (rycina 10).

Rycina 10. Homeostatyczny model subiektywnej jakości życia Roberta Cummins.

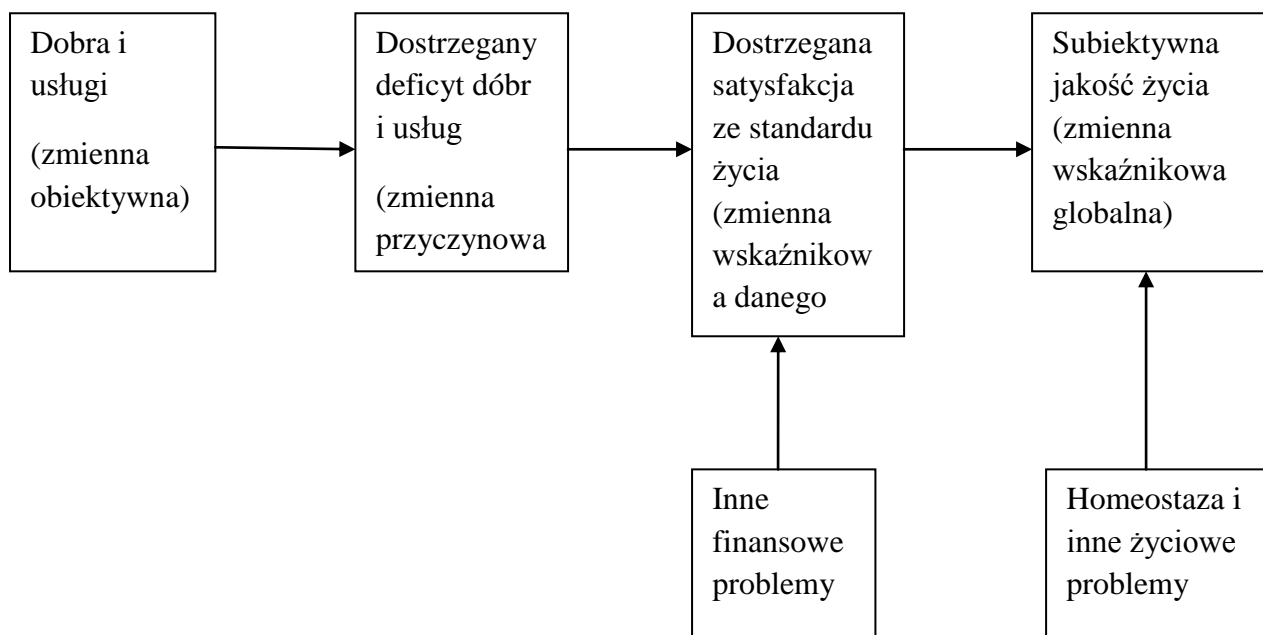


Źródło: Cummins, 2001, s. 100; za: Zawisłak, 2011, s.63.

Cummins podobnie jak inni badacze podkreślał, jakie znaczenie dla jakości życia mają osobiste wartości (1997, s.122). Wyróżniał między innymi wartości indywidualne, zależne od płci, poziomu wykształcenia, rasy, wysokiej lub niskiej ogólnej satysfakcji z życia. Wszystkie te czynniki są dynamiczne, korelują ze sobą, zachodzą pomiędzy nimi interakcje i podlegają czynnikom zewnętrznym takim jak: społeczne, kulturowe, ekonomiczne, polityczne oraz podmiotowym. Stwierdził, że osiąganie określonej jakości życia przebiega w sposób łańcuchowy. Istnieją pewne dobra i usługi, natomiast nie mają one żadnego znaczenia dopóki jednostka nie przyjmie do wiadomości istnienia tychże dóbr. Kiedy to nastąpi zmienna przyczynowa może skutkować obniżeniem standardu życia oraz subiektywnej jakości życia. Istnieje jednak wiele różnych sytuacji, które mogą wpłynąć na to w jaki sposób jednostka ocenia swój standard życia: na przykład jednostka przewiduje podwyższenie własnych dochodów i dzięki temu zmienna przyczynowa zostanie zneutralizowana. Według Cummins'a wszystkie interakcje (czynniki homeostatyczne wpływają na satysfakcję ze zmiennej przyczynowej, to z kolei wpływa na subiektywną jakość życia) mają wpływ na siebie na wzajem. Tym samym powodują, że nie można

stwierdzić, iż istnieje linearna zależność pomiędzy usługami a dobrami oraz zmienną wskaźnikową z zakresu standardu życia. Poniższa rycina 11 przedstawia owe zależności.

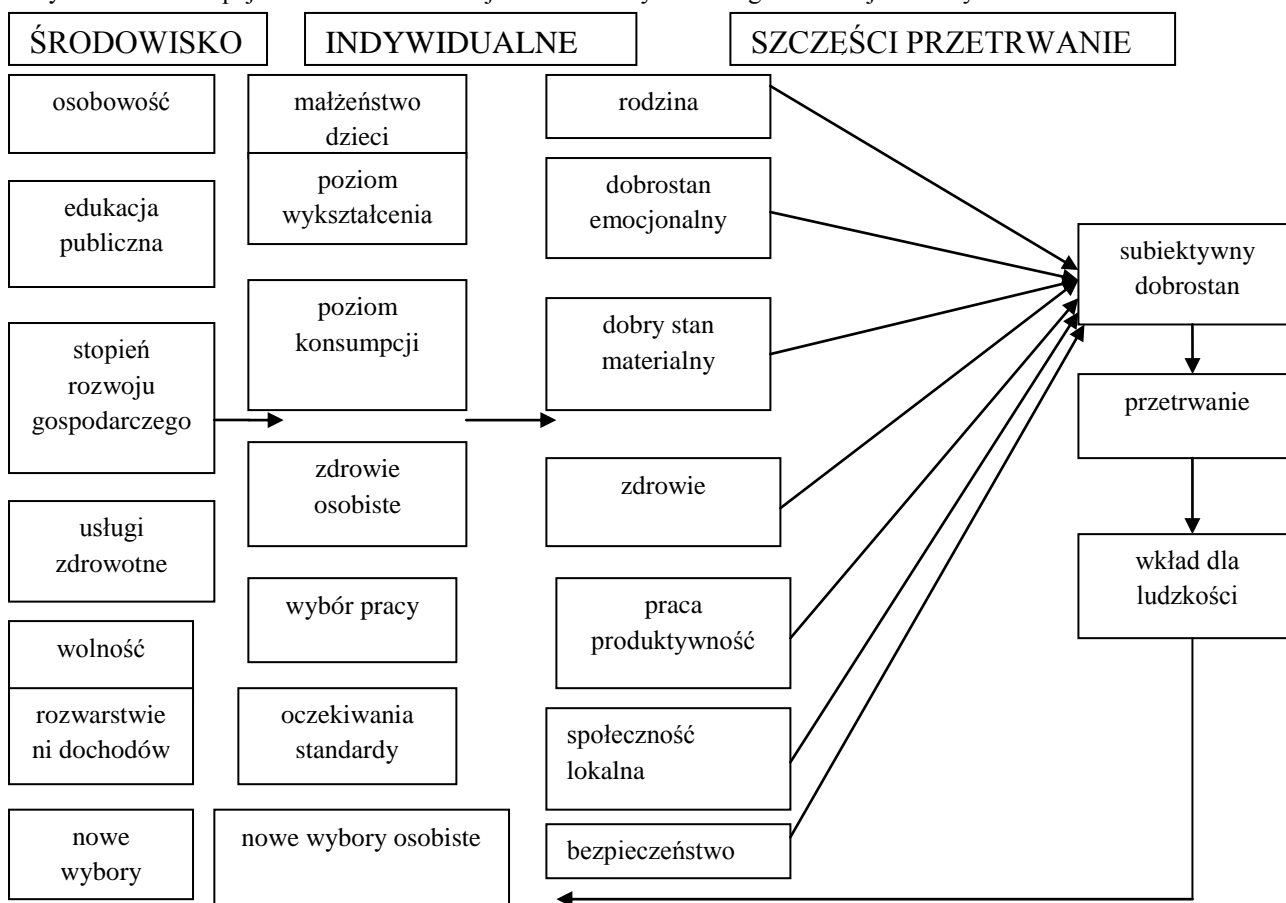
Rycina 11. Łańcuch przyczynowy subiektywnej jakości życia na przykładzie postrzegania adekwatności dochodów.



Źródło Cummins, 2005, s. 704, za: Zawiślak, 2011, s.64.

Cummins opracował wraz z innymi badaczami model oparty na **teorii systemów**. Autorzy podkreślają, że w wielu pracach badawczych wprowadzenie różnych zmiennych nie jest dostatecznie uzasadnione teoretycznie. Model, który przedstawili jest oparty na teorii ekologiczno – systemowej i uwzględnia czynniki kontekstowe (mikrodeterminenty i makrodeterminanty). Obszary jakości życia wpisano w szerszy układ. W ten sposób ukazano relacje pomiędzy elementami systemu. Elementem wyjściowym w modelu są obszernie ujmowane środowisko i polityka społeczna państwowa, to one wpływają na wybory osobiste. Wynikiem tego jest subiektywny dobrostan (szczęście), co jest ważne dla przetrwania oraz zapisania swojego wkładu dla ludzkości. Zwrotnie wpływa to na nowe wybory osobiste i nowe wybory (zmiany) społeczne (Hagerty i in. 2001, za Sadowska, 2006, s.41). Rycina 12 przedstawia powyżej rozważania.

Rycina 12. Koncepcja Roberta Cumminsa jako element systemowego modelu jakości życia.



Źródło Hugerty i in. 2001, s.80; za: Sadowska, 2006, s.42.

Reasumując autor niniejszej koncepcji jakości życia stwierdził na podstawie różnych badań, że wpływ czynników środowiskowych istnieje, natomiast zależy to od siły wielkości dostrzeżonego deficytu tychże czynników. Poza tym istnieją również inne powody obniżenia satysfakcji z życia, jak obniżenie nastroju czy czynniki chorobowe. To obniżenie może być silnie złagodzone poprzez wpływ innych zakresów jakości życia oraz czynników homeostatycznych. Dlatego właśnie subiektywna jakość życia jest bardzo odporna na zmiany (Cummins, 2005, s. 700 – 704).

3. Charakterystyka funkcjonowania Domu Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych

Pomoc społeczna na świecie ma bardzo długą tradycję sięgającą starożytności. Potrzeba niesienia pomocy drugiemu człowiekowi istniała zawsze i wszędzie tam, gdzie występowały bogactwo i bieda (Kozioł 2001, s. 154 -171). Pewne tendencje do rozszerzenia zbiorowego udziału ludzi w sprawowaniu opieki zaznaczyła się już w czasach pierwotnych. Z czasem wychowanie dzieci, opieka nad starszymi stała się zadaniem całej społeczności plemiennej, nie tylko pojedynczych osobników (Materne, 1999, s. 49).

Zinstytucjonalizowanie się pomocy społecznej nastąpiło w zasadzie na początku XX wieku. Jednak dopiero w drugiej połowie zeszłego stulecia zaczęły formować się instytucje pomocy społecznej, które istnieją w obecnym kształcie. Domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi powstały w Polsce stosunkowo niedawno, dopiero pod koniec ubiegłego wieku i w wyniku wielu reform stały się bardziej przyjazne dla mieszkańca.

Należy podkreślić, że sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi od zawsze była skomplikowana. Przez wieki osoby te były izolowane od świata zewnętrznego, uważano, że zagrażają one społeczeństwu. Stanowiły również obiekt zainteresowania nie tylko środowisk medycznych, ale również wielu innych badaczy. Normalizacja życia tej grupy osób dopiero się rozpoczęła. Rozwój pomocy społecznej w Polsce i na świecie wskazuje, iż ta problematyka jest nader aktualna. W tym rozdziale starano się przedstawić w jaki sposób rozwijała się opieka i pomoc społeczna dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zmiany jakie nastąpiły w instytucji pomocy społecznej w Polsce na przestrzeni lat. Zaprezentowano również funkcjonowanie przeciętnego domu pomocy społecznej, który był zarazem środowiskiem badań empirycznych autorki dysertacji.

3.1 Zarys historyczny opieki społecznej i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i na świecie

Usamodzielnienie się pomocy społecznej jako osobnej, zinstytucjonalizowanej funkcji społeczeństwa, nastąpiło stosunkowo niedawno, na przełomie XIX i XX wieku.

Okres Największej ekspansji przypadł na drugą połowę XX wieku i związany jest ściśle z ideą *welfare state* (państwa dobrobytu) i jej wdrażaniem. W tym okresie pomoc społeczna na stałe została wpisana w porządek społeczny, polityczny i kulturowy (Kaźmierczak, 1998, s. 41).

Za początki pomocy charytatywnej uważa się czasy starożytne. We wczesnym stadium rozwoju pomoc ta była nazwana dobroczynnością. Ze środków publicznych wypłacano pewne sumy obywatelom rannym w czasie, wojen oraz biednym, niezdolnym zapracować na swoje utrzymanie. Ponadto mogli również liczyć na datki ze strony patrycjuszów, którzy zabiegali w ten sposób o głosy obywateli. Inicjatorem takich działań w przedrepublikańskim Rzymie był Cesarz Marcus Cocceius Nerva (30 – 90 r.), który jako pierwszy wprowadził zapomogi dla ubogich dzieci. Najbardziej znaną formą wsparcia było rozdawnictwo wina, zboża, oliwek i soli (Radwan – Pragłowski, Frysztacki 1996, s. 53). Oczywistym jest fakt, iż pomoc przysługiwała tylko wolnym obywatelom. W świecie starożytnym ubóstwo oraz niepełnosprawność była oceniana bardzo negatywnie. W tym miejscu należy przytoczyć przykład Spartan, którzy likwidowali jednostki niepełnosprawne i chore oraz osoby starsze (Łopato, 1982, s. 19-21).

Do momentu kiedy dziedzina ta doczekała się regulacji prawnych oraz interwencji państwa, różnych form wsparcia udzielały podmioty prywatne i Kościół Katolicki, klasztory, bractwa oraz towarzystwa dobroczynne (Sierpowska, 2006, s. 13). W chrześcijaństwie zmieniły się zasadniczo motywy udzielanej pomocy. Pomoc ta wypływała głównie z pobudek religijnych oraz – w mniejszym stopniu – moralno – etycznych (Mielczrek, 2006, s. 18). Potrzebujących wspierały również władze miejskie, organizacje kupców i rzemieślników, stąd czasami określano ją mianem prywatnej. Należy jednak mieć na uwadze, że wszystkie te podmioty spełniały w swoisty sposób zdania państwa tamtej epoki (Muszalski, 1996, s. 165).

W XIII w. założono w Londynie jeden z pierwszych szpitali psychiatrycznych Bethlem Royal Hospital należy do jednych z pierwszych szpitali psychiatrycznych jakie pojawiły się w Europie – był prowadzony aż do 1948 r (Shorter, 1997, s. 5).

Obiekty przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi zaczęto tworzyć w Europie od XIII w. Pełniły one głównie funkcje opiekuńcze, które odznaczały się bardzo niskim poziomem usług i traktowania pacjenta (Shorter, 1997, s. 4). Na pomoc ze strony państwa w czasach rządów chrześcijaństwa nie mogły liczyć osoby chore psychicznie.

Inaczej sytuacja przedstawiała się w krajach arabskich, gdzie panował islam. Pierwszy obiekt na wzór szpitali psychiatrycznych powstał w Bagdadzie 705 r., a następnie w Fezie i Kairze. Arabowie koncentrowali się na obserwacjach klinicznych. Pacjentom oferowano nie tylko opiekę, ale również psychoterapię i inne metody leczenia (Syed, 2002, s. 2-9).

Działalność opiekuńcza, uległa radykalnej zmianie na początku XVI w. (Mielczarek, 2006, s. 19). Przecięcie źródła tradycyjnego miłosierdzia chrześcijańskiego w Anglii nastąpiło poprzez utworzenie kościoła anglikańskiego, postępy reformacji w państwach niemieckich, tj. likwidacje zakonów, zeświecczenie dóbr kościelnych. W tej sytuacji w organizowanie opieki zstępowało na państwo (Mielczarek, 1999, s. 40). Działania te dotyczyły głównie osób ubogich, ale wpływały pośrednio również na inne osoby potrzebujące. Duży wpływ miała zmiana sposobów udzielania pomocy związana z zmianą koncepcji ustrojowej i formy państwa. Działania prawotwórcze i rozbudowa aparatu administracyjnego powodowały kształtowanie się nowych zadań publicznych obciążających państwo. Przyjmuje się, że pierwszym źródłem prawa w dziedzinie pomocy społecznej był akt wydany przez angielską królową w 1601 r., zwany *prawem ubogich* (Akt Elżbietański) (Sierpowska, 2006, s. 14; Kozioł, 2001, s. 156).

Kolejnym angielskim dokumentem prawnym, który wskazywał na istnienie problemu „obłądu”, był wydany w 1744 roku Akt Dotyczący Włóczęgostwa (*Vagrancy Act*). Określa on pewną kategorię włóczęgów jako ludzi, „którzy z powodu obłąkania lub innego są tak głęboko zaburzeni w zmysłach, że niebezpieczne byłoby pozwolenie im na przebywanie na wolności” (za: Bynum, 1964, s. 321). Akt ten zobowiązywał każdą osobę do zatrzymania takiego włóczęgi i doprowadzenia go do dwóch sędziów pokoju, którzy decydowali, czy umieścić go w miejscu odosobnienia czy pozostawić na wolności. Akt, określał obłąd jako cechę człowieka – nie natomiast jako problem medyczny. Były to „zachowania niebezpieczne dla innych”. W 1774 roku wydano drugi Akt Dotyczący Włóczęgostwa, gdzie współtwórcami byli również lekarze. Zauważyli oni, że zbudowano zbyt mało domów dla ludzi obłąkanych. Takie domy – zwane *madhouses* było zazwyczaj tworzone jako ośrodki charytatywne, ale istniały również domy prywatne, które przynosiły ich właścicielom spore zyski. Przyjmowano tam bowiem „szalonych” członków bogatych rodzin. W drugiej połowie XVIII wieku rozpoczęła się w Anglii (podobnie jak w całej Europie) rywalizacji niektórych lekarzy z przedsiębiorczymi osobami nie będącymi lekarzami, o nowe, niezagospodarowane jeszcze źródło zysku – płatną opiekę nad chorymi psychicznie. Akt wydany w 1774 nie stwierdzał kwalifikacji osób, które otwierały dom dla osób chorych psychicznie, nie

precyzował również kompetencji ani kwalifikacji takiej osoby. W XVIII wieku choroba psychiczna nie była typowo medycznym zagadnieniem. Do inspekcji takich domów było upoważnione Królewskie Towarzystwo Lekarskie. Oceniali oni warunki sanitarne, natomiast nie zajmowali się oceną postępowania leczniczego osób chorych. Dopiero na początku XIX wieku lekarze postanowili przejąć całkowitą kontrolę nad opieką i leczeniem ludzi z zaburzeniami psychicznymi (Zalewski, 1997, s. 26).

Jako pierwszy Ludwik XIV stworzył publiczny system opieki nad osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi. Głównym celem było odseparowanie chorych od społeczeństwa i utrzymywanie ich przy życiu, nie oferując im żadnego leczenia oraz pomocy (Shorter, 1997, s. 5). W 1758 r. angielski lekarz napisał „Traktat o szaleństwie”, gdzie wzywał do leczenia pacjentów w takich ośrodkach, jednakże nie spotkało się to z aprobatą (Shorter, 1997, s. 9). Trzydzieści lat później, król Anglii Jerzy III zapadł na chorobę psychiczną (Elkes, Thorpe, 1967, s.13). Po poprawie jego stanu (jednak nie wyleczeniu) w 1789, zaczęto uważać, że zaburzenia psychiczne nie są nieuniknione i mogą podlegać skutecznej terapii (Ibidem).

W Anglii w latach 1805 i 1815 powoływano dwie Parlamentarne Komisje do Spraw Obłądu (Luancy). Członkowie tych komisji byli zaskoczeni złymi warunkami panującymi w azylach dla obłąkanych i brutalnych sposobach traktowania rezydentów. Do połowy XVIII wieku lekarze nie zajmowali się profesjonalnie leczeniem chorych psychicznie, ponieważ obniżało to ich prestiż i powodowało straty finansowe (Zalewski, 1997, s. 26).

W 1884 roku powstało Stowarzyszenie Medycznych Superintendentów Amerykańskich Instytucji dla Obłąkanych, które rozpoczęło publikowanie Amerykańskiego Przeglądu Obłądu (*American Journal of Insanity*). Podobna organizacja powstała w Anglii, gdzie w 1841 powstało Stowarzyszenie Medycznych Zarządców Azylu i Szpitali dla Obłąkanych. W 1853 roku rozpoczęli wydawać czasopismo o tytule *The Asylum Journal*, który zmienił nazwę na *Journal of Mental Science*. Wydawca czasopisma deklarował, że „Obłąd jest wyłącznie chorobą mózgu. Lekarz jest obecnie odpowiedzialnym opiekunem obłąkanego (*lunatic*) i taki musi pozostać na zawsze”(Zalewski, 1997, s. 36). Zwrócenie się ówczesnej psychiatrii w stronę medycyny i biologii odbiło się tragicznie na pacjentach. Głównie personel leczniczy traktował pacjentów instrumentalnie, a sami pacjenci czuli się głęboko dotknięci, tym, że nikt nie okazuje im zrozumienia. Psychiatria, która opiera się na

takim stosunku do chorego, pogłębia brak zaufania pacjenta i w konsekwencji czyni zeń chronika (Belin, 1998, s. 18).

W 1772 r. Philippe Pinel, francuski uczoney wprowadził humanitarne metody leczenia osób chorych psychicznie. Zakazał skuwania pacjentów w kajdany i zastosował metody terapeutyczne (Ibidem). Rozpoczęła się nowa era w leczeniu i postępowaniu z osobami chorymi psychicznie.

William Tuke zaprowadził podobne metody leczenia na grunt angielski. Otworzył on szpital The Retreat, który była pierwszą placówką dla osób chorych psychicznie w Anglii stosującą nowoczesne metody terapii, stając się wzorem humanitarnej psychiatrii (Borthwick, Holman, Kennard, McFetridge, Messruther, Wilkes, 2001, s.427-439). Niestety dziewiętnastowieczne społeczności terapeutyczne stosowały terapię moralną przez krótki okres. Warner uważa, że moralna terapia chorych na psychozę w Anglii miała miejsce tylko między 1850 a 1860 rokiem; w tym czasie nastąpiło ożywienie gospodarcze i było duże zapotrzebowanie na pracowników, nawet prezentujących psychotyczne objawy. W USA natomiast terapia moralna była stosowana przez pierwszą połowę XIX wieku. Pacjenci po odbyciu terapii mogli znaleźć pracę, z uwagi na wzrost ekonomiczny kraju (Zalewski, 1997, s. 78). Wynika z tego, iż ekonomia polityczna wpływa na to, czy pacjenci psychiatryczni byli potrzebni i mogli funkcjonować w społeczeństwie, czy trzymano ich w szpitalach i placówkach psychiatrycznych.

W Polsce tradycja opieki społecznej również sięga czasów starożytnych. Przed okresem przyjęcia chrześcijaństwa pomoc osobom starszym i niepełnosprawnym wynikała z sąsiedzkiej i ludzkiej solidarności. Niestety nie zawsze sprawnie funkcjonowała, w szczególności jeśli osoba odbiegała w swoim zachowaniu od reszty populacji mogła zostać odtrącona (Radwan – Pragłowski, Frysztacki 1996, s. 215 - 230). W momencie, gdy Polska przyjęła chrześcijaństwo znalazła się pod wpływem kultury Europy zachodniej przyjmując istniejący tam model instytucji dobroczynnych (Góra, 1989, s. 22 – 35).

Pierwsze instytucje charytatywne sięgają w Polsce XII wieku i były to szpitale – przytułki, usytuowane przy klasztorach lub kościołach. Pomocy udzielano dużej grupie potrzebujących, począwszy od dzieci, poprzez ubogich starców. Natomiast niewiele spośród tych osób było z zaburzeniami psychicznymi. W chrześcijaństwie doszukiwano się w zaburzeniach psychicznych opętania przez demony, bądź przypisywano im nadprzyrodzone zdolności (Mielczarek 2010, s. 81 – 85).

Na ziemiach polskich działalność o charakterze dobroczynnym przeżywała rozkwit w XVI wieku. Wówczas rozpoczął się okres demokracji szlacheckiej. Fundatorami szpitali byli członkowie hierarchii kościelnej, mieszczenie, magnaci i szlachta. Szpitale były sytuowane przy klasztorach lub kościołach. Zaczęto wówczas wyodrębniać sierocińce i domy poprawy oraz domy przymusowej pracy dla osób z „marginesu społecznego”. Osoby chore psychicznie mogły liczyć na pobyt w szpitalu, który pełnił tylko funkcje opiekuńcze (Szweda – Lewandowska, 2008, s. 126; Koziół 2001, s. 164) Podczas zaborów obowiązki tego typu spoczywały na gminach. Ponadto funkcjonowanie społeczeństwa polskiego było uzależnione od zasad jakie narzucił zaborca (Mielczarek, 2010, s. 89). Wpływ na rozwój sfery pomocy społecznej wywarła koncepcja państwa prawnego, a więc takiego, którego funkcjonowanie opiera się na prawie stanowionym przez kompetentne organy, i w którym działa sprawna i nowoczesna administracja publiczna. W takim państwie prawa, uległ zmianie status jednostki, ponieważ człowiek przestał pełnić służebną funkcję wobec władzy, zyskał prawa, nie tylko obowiązki. Jednym z nich było domaganie się pomocy od państwa w trudnych sytuacjach życiowych (Mielczarek, 2006, s. 28 - 35).

Istotne zmiany opieki i pomocy przyniósł wiek XIX, co było związane z powstaniem przemysłu fabrycznego, umacnianie kapitalizmu i masowymi migracjami ludności (Muszalski, 1996, s. 166). Dorywcza i nieregularna dobroczynność przekształca się w Europie w zorganizowaną opiekę społeczną, regulowaną prawem publicznym. Szurgacz (1990, s. 317) wymienia dwie grupy przesłanek, które wpłynęły na przekształcenie dobroczynności w opiekę społeczną. Pierwszą z nich jest zmiana motywów niesienia pomocy, uczucie miłosierdzia zastąpiło poczucie obowiązku obywatelskiego. Drugą przesłanką jest zmiana organizacji i sposobu działania. W miejsce działań wywołanych dobrą i nieprzymuszoną wolą niesienia pomocy bliźnim wprowadzono działania obowiązkowe obciążające głównie państwo i samorząd.

Powyższe zmiany wpłynęły również na postrzeganie osób z zaburzeniami psychicznymi. W XIX wieku sytuacja tych osób uległa dużej poprawie w stosunku do poprzednich lat. Dużym postępem w dziedzinie psychiatrii i opieki nad chorymi wykazały się Niemcy. W niemieckim systemie opieki nad chorymi często ważną rolę odgrywały uniwersytety. Ośrodki uniwersyteckie kształciły osoby kompetentne do prowadzenia terapii, ponadto rywalizowały ze sobą, podnosząc przy tym jakość leczenia. W krajach niemieckojęzycznych funkcjonowało ponad 400 placówek, w których leczono osoby chore psychicznie (Shorter, 1997, s. 34). Podobnie sytuacja osób chorych przedstawiała się w

Wielkiej Brytanii. Natomiast w Stanach Zjednoczonych Anna Marsh zapoczątkowała prywatne leczenie psychiatryczne otwierając w 1834 ośrodek dla osób chorych psychicznie (Shorter, 1997, s. 40).

Z uwagi na rozwój leczenia psychiatrycznego wiele osób chciało rozpocząć terapię. Placówki, które istniały nie były w stanie przyjąć tak dużej liczby pacjentów, z tego powodu we Francji w 1838 r. wprowadzono prawo regulujące przyjmowanie do tego typu placówek i jego funkcjonowanie (Shorter, 1997, s. 48).

W Polsce w 1838 r. pomysłodawcą zbudowania dużego szpitala psychiatrycznego było lekarskie środowisko warszawskie. Przez wiele lat głównym rzecznikiem i organizatorem tej sprawy jest znakomity polski psychiatra Adolf Mikołaj Rothe. Tworzą się komitety organizacyjne, są zbierane fundusze. Akcję przerywa powstanie styczniowe w 1863r. 21 listopada 1891r. następuje oficjalne otwarcie szpitala pod nazwą: „Warszawska Lecznica dla Obląkanych”. Szpital dysponuje 420 łózkami. Na przełomie XIX i XX wieku był pierwszym szpitalem w Polsce oświetlonym elektrycznością, wyposażonym w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny (www.tworki.eu.).

Kolejne zmiany dokonały się właśnie na przełomie XIX i XX wieku. Istotny wpływ wywarł kryzys ekonomiczny oraz I wojna światowa. W odrodzonym państwie polskim, w 1918 roku problematyka opieki społecznej była bardzo istotna. Wprowadzono wówczas wiele nowatorskich rozwiązań, które były wzorem dla innych państw stojących wówczas na znacznie wyższym poziomie rozwoju gospodarczego niż Polska (Malinowski, 1998, s. 15). Wydatki na pomoc społeczną były finansowane przez Ministerstwo Opieki Społecznej, a część spraw przekazano Ministerstwu Zdrowia Publicznego. 16 sierpnia 1923 uchwalono ustawę o opiece społecznej⁹. Akt ten definiował co należy rozumieć pod pojęciem opieki społecznej: „Opieką społeczną w rozumieniu niniejszej ustawy jest zaspokojenie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą, jak również zapobieganie wytwarzaniu się stanu powyżej określonego”(Czubiński, 1994, s.241). Szczegółowy zapis opieki społecznej obejmował w treści ustawy nie tylko dzieci i osoby ubogie, ale również nieuleczalnie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie (Szumilcz, 1987, s. 9).

⁹ *Podstawowe przepisy prawne o opiece społecznej. Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej*, Dz. U. R.P. nr 92, poz. 726.

Nowe władze Polski wyznaczyły gminy oraz powiatowe i wojewódzkie związki komunalne do obowiązku nad ludźmi potrzebującymi. Zaczęto również tworzyć pierwsze domy pomocy społecznej. W ten sposób objęto opieką również osoby niepełnosprawne intelektualne i chore psychicznie. Domy pomocy społecznej powstawały już w kształcie podobnym do dzisiejszych. Podstawową zasadą prawa socjalnego w II Rzeczypospolitej była powszechność i obowiązkowość świadczeń. Ponadto uspołecznienie, czyli współpraca sektora publicznego z organizacjami pozarządowymi (Mielczarek 2006, s. 92).

Ten krótki okres budowy publicznego systemu pomocy społecznej został przerwany przez kolejną wojnę. W pierwszych latach po drugiej wojnie światowej nastąpił okres reorganizacji i porządkowania pomocy społecznej. Dnia 22 października 1947 roku został wydany dekret w sprawie mocy obowiązującej niektórych przepisów ustawodawstwa z zakresu opieki społecznej (Dz. U. Nr 63, poz. 398). Dekret potwierdził utrzymanie w mocy ustawy z 1923 roku, poszerzał zakres świadczeń opieki społecznej o opiekę lekarską (Sierpowska, 2006, s. 20; Mielczarek, 2006, s. 54).

Istotny wpływ na rozwój pomocy społecznej wywarło państwo socjalistyczne. Rola socjalistycznej ideologii była osobliwa. Otóż wkład państwa socjalistycznego w ukształtowanie praw socjalnych jednostki nie miał przełożenia na rozwój pomocy społecznej (Sierpowska, 2006, s. 16). To co charakteryzowało ówczesny system organizacyjny pomocy społecznej, można ująć w następujących punktach:

1. Państwowy mecenat pomocy społecznej i jednocześnie wspomaganie jej przez działalność instytucji pozapaństwowych.
2. Merytorycznie umiejscowienie tej dziedziny polityki społecznej przy ochronie zdrowia.
3. Ogniowy system organizacyjno-wychowawczy.
4. Gmina jako podstawowa jednostka organizacyjna pomocy społecznej.
5. Nadal trwający proces konstruowania systemu zawodowo-kadrowego i prawnego (Szumlicz, 1987, s. 46).

W Polsce Ludowej nie poświęcano większej uwagi pomocy społecznej. Z uwagi na ideologię równości wszystkich obywateli. Opieka społeczna była traktowana jako instytucja państwa burżuazyjnego i wyrażała podział społeczeństwa (Staręga- Piasek, 1993, s. 1). Uznanie roli pomocy społecznej wyrażało się w procesie legislacyjnym, przez cały okres PRL obowiązywała nieaktualna Ustawa o opiece społecznej z 1923 r. (Sierpowska, 2006, s.

21). Zdaniem Szumilcza (1987, s. 36) opieka społeczna w latach 1945 – 1990 charakteryzowała się wysokim stopniem decentralizacji organów pomocowych. Szurgacz (1989, s.) ocenił obowiązujący wówczas system organizacyjny pomocy społecznej, jako nieprzejrzysty, niespójny, szczególnie na szczeblu podstawowym. Występowało tu dużo podmiotów, których kompetencje się krzyżowały i nakładały na siebie. W rezultacie występowało rozproszenie się informacji i ich długi obieg, miało też miejsce nadmiar czynności biurokratycznych. W związku z tym osoby, które oczekiwały pomocy były zmuszone długo na nią oczekiwać. Standard tej pomocy również nie odznaczał się wysokim poziomem.

W poprzednim systemie pomoc społeczna była udzielana z niewielkim udziałem organizacji społecznych. Do najważniejszych należały:

- Polski Czerwony Krzyż,
- Polski Komitet Pomocy Społecznej Caritas (Auleytner, 2004, s. 151).

Niezbędnym elementem rozważań na temat byłej praktyki pomocy społecznej jest statystyczna analiza wydatków poniesionych na ten cel, ich struktury przedmiotowej i podmiotowej (Mielczarek, 2006, s. 63). Poziom wydatków na rzecz pomocy społecznej przez szereg lat nie ulegał specjalnym zmianom. Dane dotyczące funkcjonowania domów pomocy społecznej podają, iż zamieszkiwało wówczas w tych ośrodkach około 62 tys mieszkańców. Ponad jedną trzecią pensjonariuszy stanowiły osoby przewlekle chore, około 17% to osoby niepełnosprawne intelektualnie. Z niniejszych informacji wynika, że domy pomocy społecznej były w stanie przyjąć tylko co drugą osobę wymagającą tej formy pomocy. Oznacza to, że osoby potrzebujące mogły nie otrzymać wcale (Mielczarek, 2006, s. 65; Mielczarek, 2010, s. 93).

Pomimo krytyki ówczesnego modelu pomocy społecznej i postulatów jego reformy na zasadnicze zmiany czekano aż do 1990 roku. Najbardziej istotną zmianą było uznanie w Polsce zasady państwa prawnego i zapisanie jej w Konstytucji w 1989 r. Zasada ta wyrażała się przede wszystkim w rozszerzeniu uprawnień jednostki wobec organów władzy i wymagała ścisłego oparcia działań administracyjnych na przepisach prawa, zaś ingerencja w prawa i obowiązki obywatela powinna mieć bezpośrednie umocowanie w przepisach powszechnie obowiązujących (Sierpowska, 2006, s. 24, Mielczarek, 2006, s. 70). W 1990 roku dokonano zmian w przynależności resortowej, przenosząc pomoc społeczną z

ministerstwa zdrowia do ministerstwa pracy, utworzony został resort pracy i polityki socjalnej (Sierpowska, 2006, s.24).

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 roku to narzędzie polityki społecznej państwa, które umożliwia osobom w trudnych sytuacjach życiowych, nie będących w stanie ich pokonać wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia¹⁰. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie z organizacjami społecznymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, stowarzyszeniami, pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi¹¹.

Ustawa z 1990 roku zdecydowanie bardziej eksponowała aspekt pomocowy niż opiekuńczy. Kładąc nacisk na zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych, godnych warunków bytowych i na integrację ze środowiskiem a nie izolację od niego. Ponadto kładziono nacisk na działania, mające na celu zapobieganie powstawaniu sytuacji trudnych.

W oparciu o powyższą ustawę, osoby, których stan zdrowia wymagał wzmożonej opieki medycznej z powodu niepełnosprawności czy choroby przewlekłej i nie były zdolne do samodzielnego funkcjonowania w środowisku mogły zamieszkiwać w domach pomocy społecznej (Szumlicz 1989, s. 23). Całodobową opiekę dla grupy osób z zaburzeniami psychicznymi świadczą również szpitale psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze i leczniczo-opiekuńcze, podlegające pod resort ochrony zdrowia i opłacane z Narodowego Funduszu Zdrowia (Jurek 2007, s. 21).

Pomimo wielu pozytywnych zmian, które wniosła ze sobą ustawa z 1990 roku, nie zawierała ona kompleksowej regulacji pomocy społecznej. Zabrakło w niej szczegółowych przepisów o nadzorze i jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej. Niedoskonałości tej ustawy potwierdziły liczne jej nowelizacje.

Nowa ustawa o pomocy społecznej została uchwalona 12 marca 2004 r. (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.), która weszła w życie 1 maja 2004 roku. Z uwagi na integrację ze strukturami europejskimi, akt ustalił nowy katalog podmiotów uprawnionych do świadczeń, którymi są obecnie także cudzoziemcy, w tym obywatele Unii Europejskiej. Ustawa zawiera wiele nowych regulacji precyzujących powierzanie zadań. Zdecydowanie więcej miejsca

¹⁰ Ustawa o pomocy społecznej a dnia 29 listopada 1990 r. (jednolity tekst). Dz. U. z 1998r. Nr 64, poz 414, zm. 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756, Nr 162, poz. 1118, Nr 162, poz. 1126, 1999r., Nr 20, poz. 170.

¹¹ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym, Dz. U. nr 16, poz. 95.

poświęcono zasadom funkcjonowania domów pomocy społecznej. Ustawodawca przeniósł do ustawy z 2004 roku niektóre przepisy zawarte dotychczas w aktach wykonawczych.

Pomimo wielu zastrzeżeń obecnie funkcjonująca Ustawa zapewnia godziwe warunki życia i niezbędną pomoc osobom jej potrzebującej. Współcześnie pomoc społeczna jest systemem zabezpieczenia społecznego, a zapotrzebowanie na jej świadczenia nadal rośnie, szczególnie na domy pomocy społecznej wszystkich profili.

3.2 Instytucja pomocy społecznej w Polsce

Instytucja pomocy społecznej powstała w odpowiedzi na potrzeby społeczeństwa i jego członków w zakresie opieki zdrowotnej, edukacji oraz poprawy warunków życia. Pomoc społeczna zajmuje się zatem dobrobytem ogólnym oraz potrzebami jednostek. Jest zorientowana na zaspokajanie potrzeb, obejmując świadczenia różnorodnych usług, zarówno w sensie publicznym, jak i na rzecz jednostek oraz modyfikowanie instytucji społecznych (DuBois, Miley 1999, s. 45).

Pomoc społeczna należy wraz z innymi instytucjami, takimi jak instytucje orzekające o niepełnosprawności, instytucje służby zdrowia, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowe Domu Pomocy Społecznej, Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny czy Domy Pomocy Społecznej do instytucji wspierających osoby niepełnosprawne i ich rodziny (Twardowski, 1999; Żyta, 2005).

3.2.1 Pojęcie instytucji pomocy społecznej

Pojęcie instytucji jest definiowane na wiele sposobów. Malinowski (Flis, Paluch, 1985, s.122) definiuje instytucję: „jako grupę ludzi podejmujących i realizujących wspólne działania lub jako zorganizowany system działań ludzkich”. Według niniejszej koncepcji składnikami instytucji są: zasada naczelna, czyli zamiary i cele, które chce osiągnąć, bądź do których została powołana, normy, personel, urządzenia materialne, działalność oraz funkcje, tzn. całościowy, ostateczny wynik i konsekwencje organizowanej działalności.

Według Łuczyńskiej (Kaźmierczak, Łuczyńska, 1998, s. 45) instytucję tworzy zespół ludzi, zorganizowanych według reguł w celu zaspokojenia pewnej potrzeby. Do podstawowych elementów każdej instytucji należą: cele, funkcje, zasoby, personel, normy i wartości. Instytucje stanowią zatem element kontroli społecznej, która podtrzymuje spójność i funkcjonalność całego systemu.

Szczepański wymienia cztery główne znaczenia pojęcia instytucji:

1. „Nazwa <<instytucja>> może odnosić się do pewnej grupy osób powołanych do załatwiania spraw doniosłych dla życia zbiorowego. W tym znaczeniu instytucją nazywamy pewną grupę ludzi, wykonujących funkcje publiczne.
2. Nazwa ta może oznaczać pewne formy organizacyjne, zespół czynności wykonywany przez niektórych członków, w imieniu całej grupy.
3. (...) może oznaczać zespół urządzeń materialnych i środków działania pozwalającym niektórym upoważnionym jednostkom na wykonywanie publicznych i impersonalnych funkcji mających na celu zaspokajanie potrzeb lub regulowanie zachowań członków grup.
4. Instytucjami nazywa się niektóre role społeczne, specjalnie doniosłe dla grupy”(Szczepański, 1966, w: Łuczyńska, 1996, s.66).

Wszystkie te teorie sprowadzają się do kilku elementów wspólnych:

- instytucja tworzona jest przez grupę ludzi, która podejmuje się pewnych działań mających na celu potrzeby innej zbiorowości;
- podstawowymi składnikami instytucji są: cele i funkcje jakie realizuje personel
- kolejny element stanowią normy i wartości jakimi się kierują.

Pomoc społeczna w koncepcji instytucjonalnej rozumiana jest jako „zorganizowany system usług społecznych i instytucji powstałych w celu niesienia pomocy jednostkom lub grupom społecznym, w osiągnięciu satysfakcjonującego standardu życia” (Wilensky, Lebaux 1958, s. 123). Łuczyńska (1998, s. 75) podaje, iż jest to „(...)jedna z wielu instytucji współtworzących rzeczywistość społeczną. Jej fenomen polega na tym, że ma wiele cech specyficznych, jak również takie, które stanowią immanentne elementy każdej sprawnie funkcjonującej placówki”. Jak podaje autorka instytucje pomocy społecznej zawierają zbiór cech swoistych, które odróżniają je od innych instytucji. H.L. Wilensky i Ch. Lebeaux wymienili pięć takich cech wyróżniających instytucje pomocy społecznej:

1. „Formalny charakter instytucji pomocy społecznej (struktura, personel, itp.), co odróżnia ją od tzw. naturalnych systemów pomocy (rodzina, przyjaciele, sąsiedztwo, itp.);
2. Społeczne finansowane, przez co wspólnotowa odpowiedzialność instytucji pomocy społecznej wobec społeczeństwa, obejmująca rozdział posiadanych środków;
3. Nonprofitowy, nie nastawiony na zysk, cel funkcjonowania pomocy społecznej jako instytucji, co odróżnia je od mogących również działać w tym obszarze instytucji rynkowych (np. prywatne domy pomocy społecznej);
4. Funkcjonalna generalizacja, tj. zintegrowane spojrzenie na potrzeby człowieka, które w sytuacji deprivacji wynikającej m.in. z dysfunkcyjności innych instytucji (np. służby zdrowia, oświaty) zaspokaja pomoc społeczna;
5. Orientacja na bezpośrednie zaspokojenie potrzeb konsumpcyjnych jednostek i rodzin w oparciu o diagnozę sytuacji życiowej klientów i przygotowany na tej podstawie plan pomocy” (Wilensky, Lebaeux 1958, s. 124).

Z przytoczonych powyżej twierdzeń wynika, iż instytucja pomocy społecznej jest organizacją formalną i jej głównym zadaniem jest zaspokajanie potrzeb ludzkich pozbawione motywu profitowego. Ponadto klient stanowi podmiot wszystkich obszarów i wymiarów działalności. Wszystkie działania pomocy społecznej są formalnie zorganizowane:

- pomoc społeczna zatrudnia wyspecjalizowany personel;
- realizuje określone cele i zadania w jasno określonych strukturach organizacyjnych;
- pomoc udzielana jest regularnie przez specjalistów.

Inną klasyfikację ukazują Hsenfeld i English, gdzie wyróżniają specyficzne cechy instytucji pomocy społecznej. Należą do nich:

1. „Organizacje służb pomocy społecznej pracujące z jednostkami ludzkimi, tzn. ich klienci stanowią przedmiot bezpośrednich oddziaływań, które prowadzą do przekształcenia, <<przetwarzania>> ludzi (np. przyuczania do zawodu, uczenia zaradności);
2. Działalność tego typu zawiera silny aspekt moralny, ponieważ działania pracowników pomocy społecznej niosą ze sobą konieczność wyborów moralnych;

3. Służby społeczne są organizacjami silnie sfeminizowanymi na poziomie pracowników socjalnych, podczas gdy mężczyźni zajmują stanowiska kierownicze. Zwiększa to dysproporcje między pracownikami a kierownictwem i wzmacnia dyskryminację płacową, co przekłada się na inne podejście do pracy socjalnej kobiet i mężczyzn;
4. Organizacje służb społecznych są całkowicie zależne od reguł instytucjonalnych, co może powodować konflikty;
5. Technologia służb społecznych, metody i techniki pracy socjalnej są zawsze efektem ideologicznych wyborów, zarówno gdy dotyczy to programów socjalnych, jak i oceny skuteczności ich działania;
6. Tryb postępowania służb społecznych podporządkowuje sobie klienta w funkcjonowaniu instytucji, co rozpoczyna się w momencie wejścia klienta w system organizacji;
7. Podstawowe znaczenie dla funkcjonowania organizacji służb społecznych stanowią relacje między pracownikiem socjalnym a jego klientem” (Hsenfeld, English 1970, w: Mielczarek 2010, s. 104).

Autorzy wskazują również cechy negatywne, które można zaobserwować w instytucji pomocy społecznej. Zwrócili oni uwagę na bardzo istotną kwestię: podporządkowanie sobie klienta pomocy społecznej. Osoba nie radząca sobie w społeczeństwie stając się podopiecznym opieki społecznej musi niejednokrotnie zrezygnować z przywilejów, z których mogła korzystać jako przeciętny obywatel (np. osoba będąca mieszkańcem domu pomocy społecznej dla osób psychicznie przewlekle chorych przeznaczonych dla kobiet lub mężczyzn nie może wejść w związek małżeński). W sytuacji idealnej instytucja pomocy społecznej powinna zapewniać wszystkim ludziom możliwość pełnego uczestnictwa w społeczeństwie.

3.2.2 Model pomocy społecznej we współczesnej Polsce

Pojęcie pomocy społecznej można odwoływać do wielu różnych kontekstów. Jednym z nich jest teoria pomocy społecznej, rozumianej jako teoria normatywna, gdyż bazę stanowią systemy aksjologiczne. Inny kontekst stanowi pomoc społeczna jako jedna z instytucji życia społecznego (Łuczyńska, 1998, s. 67).

Biorąc pod uwagę stopień organizacji pomocy społecznej Polsce można wyróżnić pomoc zorganizowaną i niezorganizowaną. Pomoc zorganizowana jest świadczona przez

instytucje państwowe, samorządowe lub organizacje pozarządowe. Pomoc społeczna niezorganizowana jest świadczona przez niezrzeszonych obywateli. Historia wskazuje, iż przez wiele wieków świadczone głównie pomoc niezorganizowaną (Tarkowski, 2000, s. 32).

Można wyróżnić również pomoc społeczną profesjonalną i nieprofesjonalną. Pomoc profesjonalna jest świadczona przez odpowiednio przygotowany personel, analogicznie pomoc nieprofesjonalna jest świadczona przez osoby bez takiego przygotowania (Ibidem). Przykładem profesjonalnej pomocy społecznej może być dom pomocy społecznej.

Tarkowski (2000, s. 33) w swoich rozważaniach podzielił również pomoc społeczną ze względu na zakres pomocy, którą państwo świadczy swojemu obywatelowi (wąska vs szeroka), czas trwania (doraźna vs stała), miejsce (środowiskowa vs instytucjonalna), odległość (bezpośrednia vs pośrednia), rodzaje pomocy (rozwijająca vs uzależniająca), klientów korzystających z pomocy (zindywidualizowana vs grupowa), formę pomocy (pieniężną vs naturalną), motywy kierujące pomagającym (egoistyczna vs altruistyczna).

Zdaniem Sierpowskiej (2006, s. 44) pomoc społeczna *sensu largo* to różne formy wsparcia świadczone osobom potrzebującym, głównie przez instytucje publiczne. Dotyczy ona głównie problematyki zasiłków rodzinnych, ochrony zdrowia psychicznego czy wsparcia osób niepełnosprawnych. Natomiast pomoc społeczna w ścisłym ujęciu unormowana została w ustawie o pomocy społecznej (u.p.s.) z dnia 12 marca 2004.

„Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości” (art. 2 u.p.s. z dnia 12 marca 2004).

Z przepisu tego wynika, iż ustawodawca zastrzega pomoc społeczną jako instytucję polityki społecznej państwa. Pod tym pojęciem rozumiane są najczęściej celowe działania państwa, zmierzające do bezpośredniego zabezpieczenia ważnych potrzeb społecznych. Rajkiewicz określa politykę społeczną jako sferę działania państwa oraz innych ciał publicznych sił społecznych, która zajmuje się kształtowaniem warunków życia ludności oraz stosunków międzyludzkich (za: Nowak, 2005, s. 99). Można stwierdzić, że jest to określony system, który będzie służył rozwiązywaniu problemów społecznych.

Zgodnie z art. 3 Ustawy o pomocy społecznej – pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokajania niezbędnych potrzeb i umożliwia im

życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zadanie pomocy społecznej jest zapobieganie trudnym sytuacjom życiowym, których osoby i rodziny nie są w stanie pokonać przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem (Nowak, 2005a, s. 101).

Art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 2004 r. ustala, że pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom przede wszystkim z powodu:

- 1) ubóstwa;
- 2) sieroctwa;
- 3) bezdomności;
- 4) bezrobocia;
- 5) niepełnosprawności;
- 6) długotrwałej i ciężkiej choroby;
- 7) przemocy w rodzinie;
- 8) potrzeby ochrony macierzyństwa;
- 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze;
- 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy;
- 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 13) alkoholizmu i narkomanii;
- 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
- 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.

Należy podkreślić, iż osoby, które mogą korzystać z tych świadczeń są podane w niniejszych wyliczeniach w charakterze przykładowym. Trudne sytuacje życiowe wywołane wskazanymi okolicznościami określa się czasami ryzykiem socjalnym lub sytuacjami socjalnymi (Zarzeczny, 2001, s. 118).

Grupa potencjalnych świadczeniobiorców pomocy społecznej jest bardzo szeroka. Osoba niepełnosprawna może korzystać ze świadczeń pieniężnych, pracy socjalnej, środowiskową formą pomocy są ośrodki wsparcia, mieszkania chronione oraz domy pomocy społecznej (Nowak, A. 2003).

Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi. Organami administracji rządowej to w szczególności minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego i wojewoda oraz organy administracji samorządowej tj. gmina, powiat i samorząd województwa. Nakłada jednocześnie na organy administracji obowiązek współpracy z organami społecznymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, fundacjami, stowarzyszeniami, pracodawcami oraz osobami fizycznymi i osobami prawnymi (Nowak, 2005a, s. 101).

System może być zatem wspierany przez podmioty prawne. Wyróżniane są dwa filary, które stanowią formalną strukturę organizacyjną systemu pomocy społecznej. Pierwszy filar stanowią jednostki organizacyjne pomocy społecznej, tzn. instytucje publiczne, powołane przez administrację samorządową szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego. Na poziomie gminy funkcjonują ośrodki pomocy społecznej, które są powołane do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej w wymiarze lokalnym. W ramach struktury gminnej funkcjonują lokalne domy pomocy społecznej. Powiat realizuje zadania własne oraz zadania z zakresu administracji rządowej. Grupa zadań dotyczy przede wszystkim organizacji i zapewnienia funkcjonowania ponadlokalnym jednostkom organizacyjnym pomocy społecznej oraz określenia pomocy społecznej w skali powiatu. Na szczeblu samorządu wojewódzkiego istnieje możliwość powołania regionalnego ośrodka polityki społecznej. Jego zadania mają charakter badawczo-sprawozdawczy i dotyczą również organizacji kształcenia kadr zawodowych pomocy społecznej.

Drugi filar organizacji systemu pomocy społecznej stanowią wszelkiego rodzaju podmioty prywatne, których działalność finansuje się w znacznej mierze ze środków takich jak: fundacje, stowarzyszenia, organizacje społeczne, i inne.

Trzeci filar pomocy społecznej budują działania samopomocowe, odbywające się w ramach bezpośrednich kontaktów interpersonalnych w obrębie rodzin, przyjaciół, grupom towarzyskich lub w małych kręgach społeczności lokalnych.

Pomoc społeczna obiera pewne cele funkcjonowania, które mogą być formułowane na wiele sposobów, zależy to od przyjętego w danym społeczeństwie etosu, systemu społeczno – gospodarczego czy też funkcjonującego modelu pomocy społecznej (Mielczarek, 2010, s. 104). Cele pomocy społecznej odnoszą się zawsze do osiągnięcia wyższego poziomu społecznego funkcjonowania jednostek, rodzin lub grup społecznych.

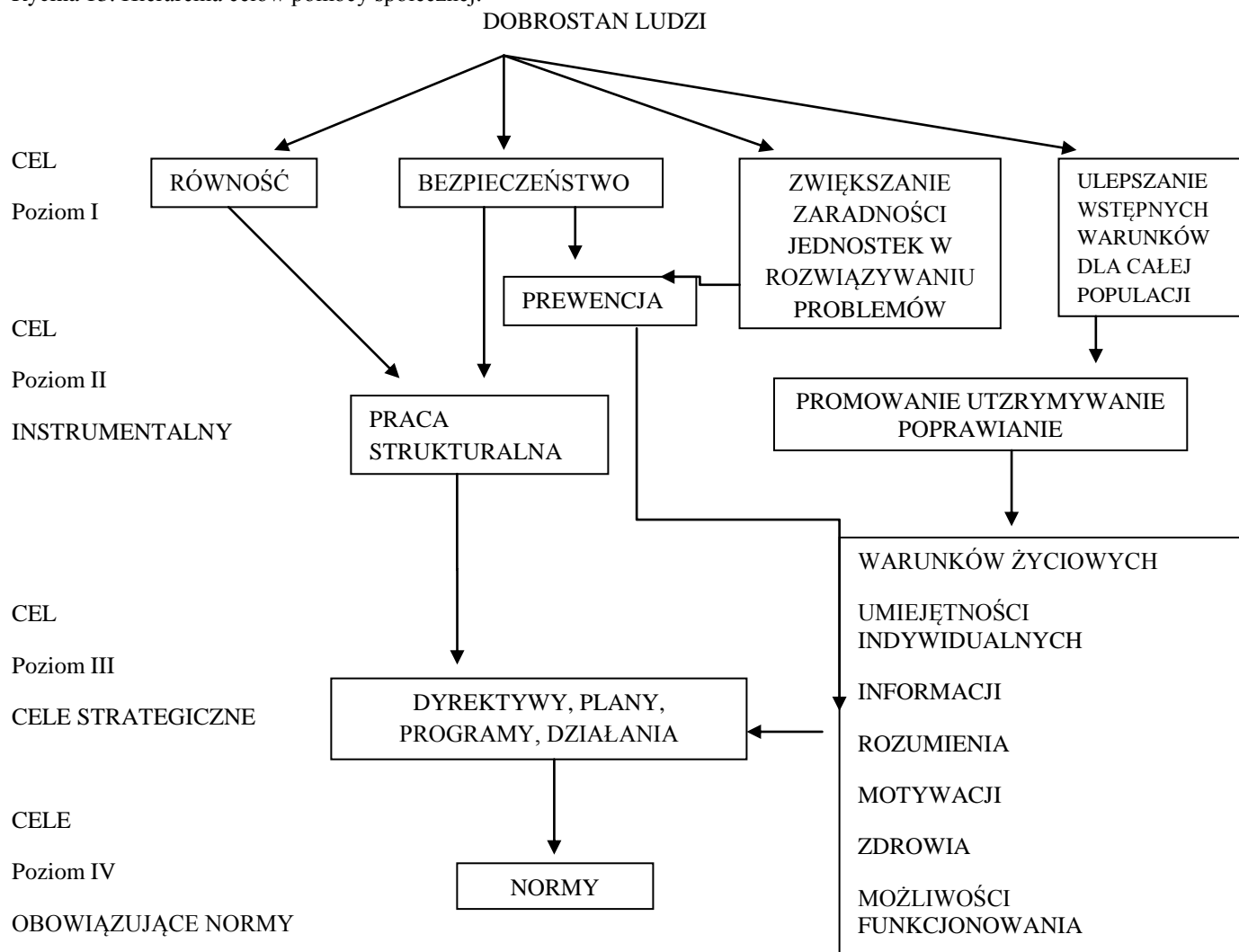
Cele instytucji pomocy społecznej zależą od kategorii, według których dokonywana jest typologia. Według Wimana (1990, s. 80) celem instytucji pomocy społecznej jest promowanie i podtrzymywanie bezpieczeństwa socjalnego jednostek. Cele te koncentruje wokół dwóch wymiarów:

- 1) Możliwości, umiejętności i predyspozycji jednostek, rodzin, grup do podejmowania różnych typów aktywności zaspokajających ich potrzeby;
- 2) Relacji jednostka – środowisko społeczne, polegającej na stworzeniu podstawowych warunków wyjściowych dla danej populacji, dzięki którym pojawiają się równe szanse dla wszystkich jej członków. Szanse te dotyczą indywidualnych możliwości zaspokajania potrzeb i realizacji aspiracji życiowych.

Wiman (1990, s. 80) w swojej koncepcji określa, iż najważniejszym celem pomocy społecznej jest stwarzanie warunków dla satysfakcjonującego funkcjonowania jednostki. Podstawowym pojęciem jest równość wszystkich obywateli. Cele instytucji są zatem związane z pojęciami takimi jak dobrobyt, standard – jakość życia. Jednostki powinny mieć możliwość zaspokajania swoich potrzeb (ang. *having*), podwyższać jakość społecznych interakcji (ang. *loving*) oraz możliwość samorealizacji (ang. *being*). Dla Wimana każdy powinien mieć możliwość wykorzystania swoich zasobów i potencjałów. „Dać wszystkim równe możliwości wyboru” - oznacza równość społeczną wszystkich obywateli.

Odnosząc powyższe cele do instytucji pomocy społecznej jaką jest dom pomocy społecznej można stwierdzić, że najlepiej zostały zrealizowane cele dotyczące zaspokajania potrzeb, standardu życia. Natomiast nadal widać trudności w realizacji celów dotyczących interakcji a w szczególności samorealizacji jednostki. Wiman postuluje również, aby jednym z celów operacyjnych było doprowadzenie do sytuacji, w której świadczeniobiorca wychodzi z systemu pomocy społecznej dzięki nabyciu zdolności do samodzielnego funkcjonowania lub chociaż częściowo jest się w stanie uniezależnić. Dotychczas nie są realizowane (lub w niewielkim wymiarze) takie cele na gruncie domów pomocy społecznej. Wiman (1990) w następujący sposób porządkuje hierarchę celów pomocy społecznej (rycina 13):

Rycina 13. Hierarchia celów pomocy społecznej.



Źródło: Wiman, 1990, s.76.

Jak podaje Szurgacz (1992, s. 75) nadrzędnym celem pomocy społecznej jest wsparcie osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwienia im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Państwo powinno zapewnić podstawowe warunki umożliwiające godną egzystencję. Pomoc ta powinna być udzielona w przypadku zagrożenia egzystencji oraz zdecydowanego obniżenia jakości życia od społecznie akceptowanego minimum.

Sierpowska (2006, s. 48) dodaje, iż pomoc społeczna powinna stawiać sobie za cel zapobieganie powstawaniu sytuacji trudnych, czyli prowadzić szeroko zakrojoną działalność prewencyjną. Kolejnym celem jest aktywizacja świadczeniobiorców. W tym znaczeniu rola pomocy społecznej sprowadza się do edukacji beneficjentów.

Według Łuczyńskiej (Kaźmierczak, Łuczyńska, 1998, s. 45) instytucje pełnią w życiu różnorakie funkcje. Podobnie jak w przypadku celów istnieją wielorakie możliwości wyodrębnienia funkcji instytucji społecznych. Kahn wprowadza pojęcie funkcji *jawnych* i *ukrytych* przy analizie funkcji instytucji pomocy społecznej. Pierwsze z nich doprowadzają do skutków obserwowalnych, zamierzonych i przewidywalnych. Należą do nich między innymi instytucjonalne sposoby realizacji. Natomiast funkcje ukryte nie są zamierzone ani przewidywalne. Związane są zatem z kontrolą społeczną. Celem pomocy społecznej jest zatem taka modyfikacja zachowań i podejmowanych aktywności, aby były one zgodne z obowiązującymi normami społecznymi i aby były funkcjonalne wobec szerszego systemu społecznego.

Inną klasyfikację podaje Titmuss, według którego funkcjami jawnymi pomocy społecznej są:

„- częściowa kompensacja zidentyfikowanych szkód spowodowanych przez społeczeństwo;

- częściowa kompensacja nie dających się zidentyfikować szkód wyrządzonych przez społeczeństwo (np. infekcje wewnątrzszpitalne);

- ochrona społeczeństwa;

- bezpośredni lub odsunięty w czasie wzrost indywidualnego dobrobytu;

- inwestowanie w przyszłą jednostkową lub grupową korzyść;

- pomoc społeczna jako element polityki społecznej”(Titmuss, 1987, w: Łuczyńska, 1996, s.83).

Istotą funkcji pomocy społecznej jest z jednej strony zmiana społeczna, a z drugiej z kontrola społeczna. Pomoc społeczna obejmuje wciąż nowe kategorie osób, zatacza coraz szersze kręgi swoich świadczeniobiorców, tym samym przejmując nad nimi kontrolę. Działania jawne i ukryte prowadzone przez pomoc społeczną są nieodłączne. Czy instytucje społeczne stanowiące funkcję kontroli społecznej mogą kontrolować niektórych jego obywateli, określać pożądane wzory aktywności, wpływać na ich wybory i formy bytu, dlatego ponieważ nie radzą sobie samodzielnie w środowisku i potrzebują pomocy ze strony niniejszych instytucji? Wszystko zawsze jest wykonywane w imię sprawnie funkcjonującego

społeczeństwa. Takich, jak i wiele innych dylematów etycznych pojawia się wiele na linii jednostka – instytucja-społeczeństwo.

Sprawne funkcjonowanie instytucji pomocy społecznej jest związane z jej zasobami. Do takich zasobów zalicza się: personel, oraz instrumenty i narzędzia działania (Łuczyńska 1998, s. 85). Instrumenty jakimi posługuje się pomoc społeczna to głównie pomoc finansowa, doradcza, administracyjna (interwencja kryzysowa), czy umieszczenie osoby chorej psychicznie w ośrodku wsparcia lub w domu pomocy społecznej (Ibidem, s. 86).

Zadania pomocy społecznej wymienione zostały w art. 15 Ustawy, przykładowo: o czym świadczy zwrot, „w szczególności”. Ustawodawca wymienia następujące zadania:

- 1) Przyznawanie i wypłacanie przewidzianych ustawą świadczeń;
- 2) Pracę socjalną;
- 3) Prowadzeni i rozwój niezbędnej infrastruktury socjalnej;
- 4) Analiza i ocena zjawisk rodzących zapotrzebowanie;
- 5) Realizacja zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych;
- 6) Rozwijanie nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb (Nowak, 2005, 102).

Pomoc społeczna świadczy również usługi, które są formą pomocy pozamaterialnej, mającą na celu pomoc i udzielania wsparcia dla osób pozostających w trudnych sytuacjach życiowych. Głównym celem takich działań są zmiany w zakresie relacji interpersonalnych jednostki ze środowiskiem, społecznej kontroli, wsparcia i ochrony praw obywatelskich jednostek słabych. Oferta jest bardzo różnorodna z uwagi na szeroką skalę pomocy jaką świadczą instytucje pomocowe (Ibidem, s. 94-95). Z uwagi na powyższe wyznaczniki personel pomocy społecznej, który stanowią pracownicy socjalni są zmuszeni do pełnienia wielu ról zawodowych, przez które w praktyce realizują cele i funkcje pomocy społecznej.

3.3 Dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych jako forma zbiorowej pomocy instytucjonalnej

Domy pomocy społecznej wywodzą się z dawnych szpitali, które głównie pełniły rolę przytułków, izolowały osoby przebywające tam od otoczenia stanowiąc zamknięte domy opieki (Szweda – Lewandowska 2008, s. 136). Instytucje te ulegały stopniowym zmianom. Jednakże dopiero w XX wieku zaszły w niej pożądane przekształcenia.

3.3.1 Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie przewlekle chorych – rys historyczny

Początkowo dom pomocy społecznej funkcjonowały jako jeden typ domu – „dom opieki”. Później przyjęto nazwę domy pomocy społecznej, która to nazwa została zastrzeżona (Jurek 2007, s. 22). Natomiast osoby korzystające z tego typu opieki pomocy instytucjonalnej, dawni pacjenci czy pensjonariusze, zostali nazwani mieszkańcami (Leszczyńska – Rajchert 2005, s. 2).

Następnie rozpoczęto wyodrębniać poszczególne rodzaje tych placówek. Początkowo po II wojnie światowej wyróżniano dwa typy instytucji:

- domy rencistów,
- domy specjalne.

Pierwszy typ przeznaczony był dla osób starszych o obniżonej sprawności fizycznej, natomiast drugi przeznaczony był dla osób przewlekle chorych (somatycznie, psychicznie), których stan zdrowia nie wymagał opieki szpitalnej, ale stałego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego. W latach 60 tych rozpoczęto tworzenie oddziałów specjalistycznych w domach specjalnych. Wyodrębniły się również specjalne typy domów dla osób przewlekle chorych, takie jak domy dla osób niepełnosprawnych intelektualnie czy z zaburzeniami psychicznymi (Mielczarek 2010, s. 98; Leszczyńska – Rajchert 2005, s. 2).

Domy pomocy społecznej wszystkich typów przez ten okres prowadziły działalność głównie pielęgnacyjną nie zapewniając profesjonalnej terapii. Dopiero w latach 70 tych zaczęto wprowadzać terapię zajęciową oraz zajęcia rehabilitacyjne na szerszą skalę (Oleszczyńska, Karczewski 1986, s. 233; Szweda – Lewandowska 2008, s. 132-140).

W stosunku do lat poprzednich nastąpił duży progres w standardzie życia mieszkańca domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo. Niestety nadal górowało podejście medyczne. Pomimo zmiany statusu osoby zamieszkującej te ośrodki (pacjent vs mieszkaniec) nadal traktowani byli w sposób instrumentalny, ubierani w jednakowe uniformy i izolowano ich od społeczeństwa. Największą zmianą jaka nastąpiła w Polsce Ludowej było wprowadzenie opłaty za pobyt. Odpłatność za koszt pobytu wynosiła do 75% otrzymywanej emerytury lub renty, z tym, że nie mogła przekroczyć rzeczywistych kosztów utrzymania ustalonych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W przypadku osób nie posiadających takich świadczeń koszt

pokrywały osoby zobowiązane do alimentacji (Oleszczyńska, Karczewski 1986, s. 233; Mielczarek 2010, s. 99).

Pod koniec ubiegłego wieku zreformowano dział instytucjonalnej opieki społecznej. Reformy te miały charakter kompleksowy, ponieważ dotyczyły jednocześnie ustawodawczego, organizacyjnego i ekonomicznego funkcjonowania domów. Stworzono nowe rozwiązania legislacyjne, organizacyjne i nowe sposoby finansowania (za: Tarkowska, 1997, s. 15 - 105).

Wraz z wejściem nowej Ustawy o pomocy społecznej w 1990r. domy pomocy społecznej przestały podlegać resortowi zdrowia i zostały przesunięte do resortu pracy, a organizacja i zakres zadań tych placówek zostały uregulowane Rozporządzeniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lutego 1993 r. (Dz. U. 1993 Nr 13, poz. 63). W rozporządzeniu tym stwierdzono, że: „zakres i poziom świadczeń domu powinien uwzględniać stopień psychicznej i fizycznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego, godnego życia, ochronę dóbr osobistych oraz możliwość zachowania samodzielności i wyboru stylu życia”. Zwrócono uwagę na podmiotowe traktowanie mieszkańców, w kontekście zaspokajania potrzeb socjalno – opiekuńczych, jak i społeczno – kulturalnych (Szarota 1998, s. 80-88).

Obecnie domy pomocy społecznej podlegają Ministerstwu Polityki Społecznej. Mimo, że Minister Pracy i Polityki Społecznej ma w swej gestii regulacje pomocy społecznej to problematyka ta jest nadal przypisana do ochrony zdrowia. Z pomocą społeczną Główny Urząd Statystyczny wiąże i definiuje dom pomocy społecznej w następujący sposób:

„Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Pomoc w postaci pobytu w domu pomocy społecznej skierowana jest do osób, które wymagają całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a dla której pomoc nie może być zrealizowana w postaci usług opiekuńczych. Pobyt w takim domu jest odpłatny w wysokości miesięcznego średniego kosztu utrzymania, którego wysokość w zależności od tego czy dom ma zasięg gminny, powiatowy czy regionalny, ustalana jest przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa. W przypadku, gdy mieszkaniec domu ponosi pełną odpłatność,

rodzina oraz gmina nie mają obowiązku wnoszenia opłat.” (w: u.p.s. 2004; za: Auleytner, 2011, s. 269).

Placówki przeznaczone są dla:

- osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

W 2006 roku w Polsce funkcjonowały 824 domy pomocy społecznej, w których było 80 925 miejsc statutowych. Ze względu na podmiot prowadzący, najczęściej było domów prowadzonych przez samorząd terytorialny (75%) oraz organizacje użytku publicznego (22%). Zaledwie 3% domów było prowadzonych przez osoby prywatne lub prawne (3%) (Jurek 2008, s.22).

Z danych uzyskanych w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wynika, iż w styczniu 2009 roku w Polsce funkcjonowało 1040 domów pomocy społecznej, w których mieszkało 96 tysięcy osób chorych i niepełnosprawnych. 812 to domy prowadzone przez samorząd, jako organ założycielski (Mielczarek 2010, s.100)

Z najnowszych danych z 2012 dotyczących regionu Wielkopolski wynika, iż działa tu 11 placówek państwowych dla osób przewlekle psychicznie chorych zapewniając 1096 miejsc. Placówki zapewniają od 51 (Dom Pomocy Społecznej w Skubarczewie) do 166 miejsc (Dom Pomocy Społecznej w Psarach) (Rakowska – Żytkiewicz, Rejestr Domów Pomocy Społecznej, www.poznan.gov.pl). Przeciętnie dom pomocy społecznej przeznaczony dla osób z zaburzeniami psychicznymi przyjmuje 100 osób.

3.3.2 Specyfika domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych – w nowoczesnym systemie pomocy instytucjonalnej

Domy pomocy społecznej – jak zostało już wspomniane, to jednostki organizacyjne o dużej różnorodności w zakresie profilu i świadczonych usług (Sierpowska, 2006, s. 116).

Wielu specjalistów słusznie stwierdza, że najbardziej pożądanym rozwiązaniem w zakresie opieki nad osobami chorymi jest jak najdłuższe pozostawienie ich w środowisku zamieszkania. Niestety w przypadku osób przewlekle psychicznie chorych nie zawsze jest to

możliwe. Szczególnie jeśli osoba wymaga całodobowej opieki medycznej i nadzoru innych osób. W takim wypadku opieka staje się niemożliwa, ponieważ przekracza możliwości rodziny i opiekunów. Pobyt w takich placówkach zawsze jest „smutną koniecznością”, lecz może też stać się miejscem, w którym kształtują się przyjaźnie i paradoksalnie osoby te mogą mieć większy i pełniejszy kontakt z otoczeniem niż w środowisku rodzinnym.

Osoba, która kwalifikuje się do pobytu w domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych otrzymuje skierowanie, które określa jej stan zdrowia oraz możliwości zorganizowania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub ośrodka wsparcia. Niemożność zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania prowadzi do tego, iż należy je przyznać w zakresie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb życiowych (Sierpowska 2006, s. 117). W ocenie NSA na ocenę organu nie może wpłynąć fakt, że osobie potrzebującej ofiarowano usługi, ale ich nie przyjęła, ponieważ prowadzony przez nią zakres świadczeń nie był wystarczający do zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych¹². Jeśli jednak oferowane usługi opiekuńcze mogą pomóc w zaspokajaniu codziennych potrzeb, zaś osoba zainteresowana nie chce z nich skorzystać, a jej stan zdrowia nie wskazuje, że wymaga ona stałej całodobowej opieki i pielęgnacji, to należy dojść do wniosku, że nie zachodzą przesłanki które by uzasadniały skierowanie do domu pomocy społecznej¹³.

Kierujący do domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych mają na uwadze lokalizację (najbliżej miejsca zamieszkania osoby zainteresowanej). Skierowanie nie jest jednoznaczne z umieszczeniem osoby w placówce, ponieważ niejednokrotnie brakuje miejsc. Jeśli przewidywany okres oczekiwania na miejsce jest dłuższy niż trzy miesiące, osobę kieruje się, na jej wniosek, do innego, najbliższego ośrodka tego samego typu. Umieszczenie osoby w domu pomocy społecznej może nastąpić jedynie po uzyskaniu jej zgody (Art. 54 ust. 1 i ust. 2 u.p.s.) lub zgody przedstawiciela ustawowego. W przypadku jeśli osoba bezwzględnie wymagająca pomocy lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na umieszczenie jej w domu pomocy społecznej, lub po umieszczeniu wycofają zgodę, to dom lub ośrodek pomocy społecznej są zobowiązane do zawiadomienia o tym właściwego sądu (jeśli osoba taka nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna – prokuratora)(art. 54 ust. 4 u.p.s.). Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, że w przypadku braku zgody osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo albo jej przedstawiciela ustawowego na pobyt w domu pomocy społecznej, w przypadku występowania ustawowo określonych

¹² Wyrok NSA z dnia 8 października 1998 r., I SA 393/98, LEX nr 45772.

¹³ Wyrok NSA z dnia 11 maja 1999 r., I SA 1901/98, LEX nr 4702.

przesłanek, o takim pobycie orzeka sąd opiekuńczy, a nie organ administracji publicznej. W takiej sytuacji organ wydając stosowne decyzje z zakresu pomocy społecznej, wykonuje jedynie orzeczenie sądu¹⁴. Pobyt mieszkańca w domu pomocy społecznej poprzedza kilka decyzji:

- decyzja o skierowaniu do domu pomocy społecznej wydana przez organ gminy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej;
- organ gminy prowadzącej dom lub starosta powiatu prowadzący daną placówkę rozstrzyga o umieszczeniu danej osoby w określonym ośrodku;
- dyrektor domu zawiadamia na piśmie osobę ubiegającą się o terminie przyjęcia do domu.

Przyjęcie do placówki następuje na czas nieokreślony, chyba że sam zainteresowany lub jego przedstawiciel ustawowy wnioskuje o wycofanie decyzji o pobycie w domu pomocy społecznej (za: Sierpowska, 2006, s. 118).

Głównym celem domu pomocy społecznej jest „zapewnianie całodobowej opieki osobom (...), które nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu” (Skórka 2008, s. 66). Oprócz podstawowych usług bytowych dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych musi zapewniać również poczucie bezpieczeństwa a „w szczególności wolność, intymność, godność i oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności” (Art. 55 ust. 2 u.p.s.). Kolejny zapis potwierdza, iż zakres działań domów pomocy społecznej jest bardzo szeroki. Otóż „dom pomocy społecznej może również świadczyć opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących” (Art. 55 ust. 3 u.p.s.) (ibidem).

Szczegółowo zakres świadczonych usług został opisany w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej na podstawie art. 57 ust. 8 ustawy a dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362. Z późn. zm). Nowe rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837), które utraciło moc z dniem 2 lipca 2012 r.

¹⁴ Wyrok NSA z dnia 2 grudnia 1998 r., I SA 1435/98, LEX nr 4562.

Konieczność wydania nowego aktu wynika ze zmian w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.), które wprowadziła ustawa z dnia 25 marca 2011 r. o ograniczaniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców (Dz. U. Nr 106, poz. 622).

W stosunku do dotychczasowego stanu prawnego zmianie uległa jedynie treść § 7, w którym znajdował się wykaz dokumentów, które należy załączyć do wniosku o zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej. Po wejściu w życie ustawy deregulacyjnej przepis ten został przeniesiony do ustawy.

Zgodnie z niniejszym rozporządzeniem domy pomocy społecznej świadczą przede wszystkim usługi opiekuńcze i bytowe.

§ 5.1. „Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi:

- 1) w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając:
 - a) miejsce zamieszkania,
 - b) wyżywienie,
 - c) odzież i obuwie,
 - d) utrzymanie czystości;
- 2) opiekuńcze, polegające na:
 - a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
 - b) pielęgnacji,
 - c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych,
- 3) wspomagające, polegające na:
 - a) umożliwieniu terapii zajęciowej,
 - b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu,
 - c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych,
 - d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców,
 - e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
 - f) działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości,
 - g) pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, w miarę jego możliwości,

- h) zapewnienia bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- i) finansowaniu mieszkańcowi domu nie posiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nie przekraczającej 30% zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”,
- j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz dostępności do informacji o tych prawach dla mieszkańców domu,
- k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu.

Usługi opiekuńcze świadczone przez dom polegają zatem na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, załatwianiu spraw osobistych i pielęgnacji. Usługi opiekuńcze i wspomagające zostały ujęte w § 6.1. Należą do nich między innymi:

- a) świadczenie pracy socjalnej,
- b) organizację terapii zajęciowej w pracowniach terapii, a w przypadku osób przebywających w domach, o których mowa w art. 56 pkt 3 i 4 ustawy, również w warsztatach terapii zajęciowej,
- c) możliwość korzystania przez mieszkańców domu z biblioteki lub punktu bibliotecznego oraz codziennej prasy, a także możliwość zapoznania się z przepisami prawnymi dotyczącymi domów,
- d) organizacji Świąt, uroczystości okazjonalnych oraz umożliwia się udział w imprezach kulturalnych i turystycznych,
- e) możliwość kontaktu z kapłanem i udział w praktykach religijnych, zgodnie z wyznaniem mieszkańca domu,
- f) regularny kontakt z dyrektorem domu w określonych dniach tygodnia i godzinach, podanych do wiadomości w dostępnym miejscu,
- g) sprawienie pogrzebu, zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca domu.

Warunkiem spełnienia standardów dotyczących usług opiekuńczych i wspomagających jest zatrudnienie odpowiedniej kadry. Ustawodawca przewidział, że na 10 mieszkańców domu powinno przypadać co najmniej dwóch pracowników socjalnych. Wskaźnik zatrudnienia zespołu terapeutyczno – opiekuńczego w przypadku osób przewlekle psychicznie chorych powinien wynosić 0,5 na jednego mieszkańca domu.

Placówki te funkcjonują zgodnie ze standardami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca domu (§2.1. rozporządzenia). W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca domu oraz zakresu usług, placówki te powołują zespoły terapeutyczno – opiekuńcze, składające się z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wsparciem mieszkańca (§2.2. rozporządzenia) Do podstawowych zadań zespołów terapeutycznych opiekuńczych należy opracowanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańca oraz ich wspólna realizacja (§2.3. rozporządzenia). Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany na okres 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu (§2.4. rozporządzenia).

Indywidualne programy wsparcia domu są opracowywane z jego udziałem, jeśli jest to możliwe. W przeciwnym razie, jeśli stan zdrowia mieszkańca uniemożliwia tego typu działania zajmują się tym wyłącznie zespół terapeutyczno – opiekuńczy (§3.1. rozporządzenia). Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu koordynuje pracownik domu, zwany dalej „pracownikiem pierwszego kontaktu”, wskazany przez mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia mieszkańca dokonuje tego pracownik domu (§3.2. rozporządzenia). Natomiast pracownicy pierwszego kontaktu działają w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych (§3.3. rozporządzenia).

Ponadto mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych powinni mieć dostęp do psychologa i psychiatry, o którym mowa w art. 56 pkt. 3 ustawy oraz §6.1 rozporządzenia.

Powyższe rozporządzenie określa również standardy mieszkaniowe. Budynek, w którym mieści się jednostka, powinien być pozbawiony barier architektonicznych i posiadać systemy alarmowe. W nowo projektowanych domach liczba miejsc nie powinna być większa niż 100. Ponadto w placówce muszą się znajdować pokoje dziennego pobytu, jadalnia, gabinet zabiegowy, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, kuchenka pomocnicza, pralnia, pokój gościnny, pomieszczenia pomocnicze do suszenia prania oraz pomieszczenie kultu religijnego. Pokój mieszkalny jednoosobowy powinien mieć co najmniej 9m² na osobę, wieloosobowy – 6m² na osobę. Standardy w zakresie żywienia wymagają zapewnienia minimum trzech posiłków dziennie osobom dorosłym. Podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje powinny być dostępne przez całą dobę. Mieszkaniec może również spożywać posiłki w pokoju mieszkalnym lub w razie potrzeby być karmiony. Osoba, która przebywa w

domu i nie posiada odpowiedniej odzieży musi mieć ją zapewnioną, odpowiednią do pory roku i rozmiaru. Podobnie środki czystości i przedmioty niezbędne do higieny osobistej (za: Sierpowska, 2006, s.120).

Zgodnie z Art. 57 ust. 1 Ustawy o Pomocy Społecznej, „dom pomocy społecznej jest samorządową jednostką budżetową, co wynika z konkretnych regulacji na podstawie i w ramach ustaw. Zakres upomnień dla organów zakładu do jednostronnego kształtowania stosunków prawnych z użytkownikami, jak również z osobami, które znalazły się na terenie zakładu w innym charakterze, nazywamy istotą władztwa” (Skórka 2008, s.63)

Na podstawie niniejszej ustawy domy pomocy społecznej (po uzyskaniu zgody wojewody) mogą prowadzić: samorząd terytorialny, Kościół Katolicki i inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia, oraz inne osoby prawne i fizyczne. Krąg podmiotów mogących prowadzić domy pomocy społecznej jest zatem bardzo szeroki.

Zgodnie z §7, który został wspomniany wcześniej podmiot występujący o prowadzenie domu składa wniosek o wydanie zezwolenia na prowadzeniu domu pomocy społecznej, którego wzór określa załącznik do rozporządzenia.

Zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej wydaje wojewoda właściwy ze względu na położenie domu. Jest ono wydawane, jeżeli podmiot o nie występujący:

- spełnia wszystkie warunki określone w ustawie o pomocy społecznej,
- spełnia standardy,
- przedstawi odpowiednie dokumenty.

Zezwolenie wydawane jest na czas określony, po przeprowadzeniu wizytacji obiektu, w którym usytuowany jest dom pomocy społecznej. Wojewoda prowadzi rejestr domów pomocy społecznej, który ogłasza corocznie do dnia 30 czerwca w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

Dom pomocy społecznej w całości pokrywa wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki swoim mieszkańcom. Dom umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów. Ponadto pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu

ceny, przewidziane w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ponadto dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie niewykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Art. 58. 9.1.2.3 u.p.s.)

Pobyt w Domu Pomocy Społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania (Art. 60. ustawy).

Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca domu o zasięgu gminnym ustala wójt, o zasięgu powiatowym starosta, analogicznie o zasięgu regionalnym – marszałek województwa i ogłasza w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku (Art. 60. ust. 2 u.p.s.).

W pierwszej kolejności koszt pobytu w placówce pokrywa mieszkaniec, jeśli nie jest on w stanie uiścić odpowiednich opłat to za pobyt w domu pomocy społecznej opłaty wnoszą w kolejności:

- małżonek, zstępni przed wstępnymi,
- gmina, z której osoba została skierowana do domu opieki społecznej (Art. 61 ust. 1 u.p.s.).

Opłata, którą wnosi mieszkaniec nie może być wyższa niż 70% jego dochodów. Jeśli koszty pobytu są pokrywane przez inną osobę np. współmałżonka, wysokość opłat jest ustalana w umowie, którą zawiera się z dyrektorem ośrodka pomocy społecznej. Granice swobody określa art. 61 ust. 2 u.p.s. Jeśli mieszkaniec domu lub jego rodzina nie wywiązują się z tej czynności, wówczas opłaty wnosi gmina, z której skierowano osobę do placówki. W przypadku, gdy mieszkaniec podejmie pracę ze wskazań terapeutyczno – rehabilitacyjnych lub uczestniczą w warsztatach terapii zajęciowej, to za wykonaną pracę otrzymują wynagrodzenie. Wówczas dochód mieszkańca, od którego obliczana jest kwota za pobyt, zmniejsza się do 50% wynagrodzenia lub o kwotę wynagrodzenia mieszkańca (art. 61 ust 2 u.p.s.).

Mieszkaniec domu wnosi opłatę do kasy domu lub na jego rachunek bankowy. Za zgoda mieszkańca opłata może być potrącana z emerytury bądź renty przez odpowiedni organ emerytalno – rentowy. Osoby pobierające zasiłek potrąceń dokonują ośrodki

wypłacające zasiłek (art. 62 ust. 1 u.p.s.). Mieszkaniec domu, a także inna osoba obowiązana jest do wnoszenia opłat za pobyt – jeżeli mieszkaniec domu przebywa u tej osoby – nie ponosząc opłat za okres nieobecności mieszkańca w domu nieprzekraczającej 21 dni w roku kalendarzowym. W szczególnych przypadkach ustawa dopuszcza możliwość zwolnienia z obowiązku ponoszenia opłat pobytowych, na przykład w sytuacji, gdy: osoby pokrywają już koszty pobytu innego członka rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodku wsparcia lub innej placówce (za: Sierpowska, 2006, s. 121).

Decyzje o skierowaniu i odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej zostały przesunięte ze szczebla powiatu na szczebel gminy. Tylko w domach pomocy społecznej wprowadzono trójstopniową partycypację w kosztach utrzymania mieszkańców. Gdy odpłatność wnoszona przez mieszkańca domu nie pokrywa w pełni kosztu utrzymania, dopłaty dokonuje jego rodzina, jeżeli pozwala na to sytuacja materialna. Trzecim podmiotem, który dokonuje finansowania pobytu mieszkańca jest gmina. Biorąc pod uwagę fakt, iż niewielu jest mieszkańców mogących pokryć całkowicie pobyt w domu pomocy społecznej, oraz rodzinę, która również jest w słabej kondycji finansowej – cała odpowiedzialność spada na gminę. Chcąc zatem uniknąć konsekwencji finansowych, kierują osoby do placówek długoterminowych podlegających służbie zdrowia, gdzie z tego powodu nie ponosi się żadnych tego typu konsekwencji (za: Barczyk, 2006, s. 2). Z informacji uzyskanych z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie wynika, że średni miesięczny koszt pobytu mieszkańca w DPS za 2008 rok wahała się w granicach 1 550 – 3 000 zł). Oznacza to o wiele wyższy koszt w porównaniu ze średnią miesięczną emeryturą bądź rentą. Dlatego gminy w większości przypadków muszą pokrywać powstałą różnicę. Przed wprowadzeniem ustawy w 2004 roku, dofinansowanie pochodziło z budżetu państwa, który przekazywał je gminie w postaci funduszu celowego.

Stąd po zmianach w zasadzie finansowania Domów Pomocy Społecznej nastąpiło znaczne zmniejszenie liczby osób kierowanych do tych placówek przez gminy (Jachowicz 2006, s. 16 – 20). Konsekwencje ponosi świadczeniobiorca (osoba chora psychicznie), ponieważ zupełnie inne standardy, proponują domy pomocy społecznej aniżeli placówki służby zdrowia, gdzie osoba do końca będzie tylko pacjentem a nie mieszkańcem i członkiem wspólnoty. Jest to jeden z kilku przykładów ukazujących pewną dyskryminację domów pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej mogą prowadzić działalność gospodarczą jedynie pod warunkiem uzyskania na to zgody od wojewody. Ten wydaje zezwolenie, jeżeli podmiot o nie występujący spełnia warunki określone w Ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej i posiada stosowne standardy oraz przedstawi wniosek o zezwolenie na prowadzenie działalności, dokumenty potwierdzające tytuł prawny do nieruchomości, na której jest usytuowany dom i potwierdzające spełnienie wymagań określonych odrębnymi przepisami oraz koncepcję prowadzenia placówki.

Wszystkie domy pomocy społecznej, a szczególnie te przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych powinny ustawicznie poszerzać zakres świadczonych usług. Na taką konieczność wskazuje fakt, iż usługi dla mieszkańców są świadczone w sposób całodobowy i bezterminowy. Jest to po prostu „dom”, gdzie personel często zastępuje rodzinę. Dla większości osób nie jest to świadomy wybór miejsca zamieszkania. Wielu mieszkańców ma poczucie krzywdy, osamotnienia i odrębnienia przez rodzinę. Dlatego bardzo istotnym jest, aby budować prawidłowe relacje międzyludzkie i wprowadzać atmosferę przyjaźni, sympatii i otwartości (Skórka 2008, s.66).

W związku z powyższym w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej trwają prace nad nowelizacją (druk sejmowy nr 1026) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z póź. zm.). Nowe rozwiązania i zmiany w ustawie o pomocy społecznej będą miały na celu doprecyzowanie i uaktualnienie dotychczasowych rozwiązań funkcjonujących w ustawie o pomocy społecznej oraz wprowadzenie do treści ustawy nowych przepisów usprawniających świadczenie pomocy społecznej.

Najważniejsze planowane zmiany to:

- zmiana definicji średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej;
- nie będzie wliczany do dochodu – dochód uzyskiwany z powierzchni użytków rolnych mniejszy niż 1 ha przeliczeniowy;
- do dochodu osoby ubiegającej się o zasiłek stały nie będzie wliczana kwota zasiłku okresowego;
- powstanie nowy typ domu pomocy społecznej, dla osób uzależnionych od alkoholu.

Poniżej zostaną zaprezentowane zmiany w ustawie, które dotyczą tematyki domów pomocy społecznej i osób z zaburzeniami psychicznymi.

Dnia 31 grudnia 2012 roku upływa okres realizacji programów naprawczych w domach pomocy społecznej. W związku z tym niezbędna stała się zmiana definicji średniego miesięcznego kosztu utrzymania domu pomocy społecznej (art. 6 pkt. 15 ustawy o pomocy społecznej, dalej ustawy). Zmiana będzie polegać na wyłączeniu wszystkich wydatków remontowych, z wyjątkiem wydatków na bieżącą konserwację, co będzie korzystnym rozwiązaniem, albowiem da szansę na obniżenie obciążeń finansowych wielu gminom, ponoszącym odpłatność za skierowanie do domu pomocy społecznej. Obok tych zmian doprecyzowany zostanie zapis art. 60 ust. 5 ustawy o pomocy społecznej, który określi sposób wyliczania średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej, niedziałającym przez cały rok (Lisowski, 2013a, s. 1).

Kolejna zmiana będzie dotyczyła uregulowania zasad, które będą stosowane w razie zbiegu uprawnień do zasiłku stałego i zasiłku okresowego. Zmiana ma na celu uproszczenie procedury wyliczania wysokości świadczeń i zgodnie z nowym art. 37 ust. 6 do dochodu osoby ubiegającej się i pobierającej zasiłek stały nie będzie wliczana kwota zasiłku okresowego.

W art. 54 ustawy ust. 3 otrzyma brzmienie, zgodnie z którym osoba wymagająca wzmoczonej opieki medycznej kierowana będzie na podstawie art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego.

W art. 56 ustawy dodano nowy punkt siódmy, wprowadzając tym samym nowy typ domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.

Nastąpią zmiany w art. 62 ust. 3 ustawy, gdzie zostaną doprecyzowane kwestie związane z przeznaczaniem kwot otrzymywanych przez domy pomocy społecznej za pobyt mieszkańca. W art. 62 ust. 1 i 2 wskazane jest, że opłaty, o których mowa będą przeznaczone na utrzymanie w domu pomocy społecznej.

W związku z wprowadzeniem odrębnej szczegółowej regulacji w ustawie o pomocy społecznej w zakresie trybu kierowania i przyjmowania do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej prowadzonych w ramach wykonywanych zadań z zakresu administracji

rządowej, warunki, tryb ustalania i pobierania odpłatności, jak również warunki całkowitego lub częściowego zwalniania z odpłatności za pobyt w tych jednostkach i korzystanie z usług do ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 51a do art. 51c ustawy) upoważnienie w tym zakresie nie może zostać skutecznie wykonane; w związku z tym zakłada się uchylenie upoważnienia z art. 23 ust. 2 ustawy, które pokrywa się z materią już uregulowaną w ustawie (Lisowski, 2013a, s. 2).

3.4 Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie jako społeczne środowisko życia kobiet z zaburzeniami psychicznymi

3.4.1 Historia Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

W powiecie pleszewskim w odległości 7 km od miasta Pleszew, we wsi Fabianów znajduje się Dom Pomocy Społecznej dla kobiet przewlekle psychicznie chorych. Stanowi on formę pomocy mieszkaniowej i wsparcia społecznego dla 101 kobiet z zaburzeniami psychicznymi. Dom mieści się w zabytkowym pałacu, z dala od głównych szlaków komunikacyjnych, otoczony zabytkowym parkiem.

Pierwsza wzmianka o miejscowości Fabianów leżącej w powiecie pleszewskim na terenie Wielkopolski pojawiła się w 1412 roku pod nazwą Pabianowicze . W II połowie XVI wieku miejscowość należała do Jakuba i Stanisława Pabiańskich oraz Jana Parzęczkowskiego. W XVIII wieku w Fabianowie istniał tylko folwark, którego właścicielem był Jan Radzik. Przez kolejne lata zmieniali się właściciele majątku. Od 1847 roku był w posiadaniu rządów pruskich. Ostatnimi właścicielami byli Otto a później Paweł Küttner od 1877 do 1946 roku (Małyszko, Gajda 1997, s. 55).

W okresie okupacji pałac został zasiedlony przez Hitlerjungen. Ostatni właściciel Küttner został zamordowany wraz z rodziną. Tuż po wojnie znajdowały tu schronienie rodzin polskich wracających do kraju. Kolejnym właścicielem był Wojewódzki Związek Spółdzielni Mleczarskich w Poznaniu aż do 27 kwietnia 1972 roku¹⁵.

W 1972 roku zespół pałcowo-parkowy został przekształcony w Państwowy Zakład Specjalny dla Dorosłych, który rozpoczął działalność z dniem 1 stycznia 1973 r.^{16 17}.

¹⁵ Uzasadnienie do Uchwały Nr 127/1328/72 Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu z dnia 27 grudnia 1972 roku.

¹⁶ Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Nr. 127/1328/72. – Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu uchwalił dnia 27 grudnia 1972 r. utworzenie Państwowego Domu Pomocy Społecznej dla Dorosłych w Fabianowie

Uzasadnieniem do tej decyzji była niedostateczna ilość miejsc w istniejących zakładach tego typu w województwie poznańskim. Początkowo przebywało w placówce 80 dorosłych kobiet z niepełnosprawnością intelektualną. Zgodnie z zarządzeniem nr 57 Wojewody Kaliskiego z dnia 26 czerwca 1991 r została wprowadzona zmiana nazwy jednostki z Państwowego Domu Pomocy Społecznej dla Dorosłych w Fabianowie na Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Głównym budynkiem Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie jest eklektyczny pałac, wzniesiony ok. 1900 r. przy zastosowaniu wzorów historyzujących. Położony jest na wzniesieniu terenu, zwrócony fasadą na północ. Jest to budynek murowany z cegły, z wysoką suteroną, dwukondygnacyjny z poddaszem i narożną cylindryczną wieżą (Małyszko, Gajda 1997, s. 55). Pałac położony jest w parku krajobrazowym o powierzchni 2,5 ha, założony zapewne w IV ćw. XIX w. Położony jest na stoku opadający ku rzece Lutyni i rozplanowany na rzucie czworoboku, ze stawem otoczonym groblą i malowniczą wysepką. Od strony północnej park otoczony jest kamiennym murem, częściowo zrekonstruowanym w 1973 roku. Z dawnego drzewostanu zachowane zostały lipy, robinie akacjowe, świerki akacjowe sosny oraz rzadki gatunek dębów błotnych. Wszystkie są objęte ochroną i w większości stanowią pomniki przyrody (Ibidem).

¹⁷ Na podstawie art. 53 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 25 stycznia 1958 r. o radach narodowych /Dz. U. Nr 49 poz. 314 z 1971/ i §5 instrukcji Nr 21/71 Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 sierpnia 1971 w sprawie rodzajów i typów domów pomocy społecznej oraz ramowego regulaminu dla domów pomocy społecznej /Dz. U. Min, Zdr. Nr 17 poz. 87-91 z 1971 r. / Prezydium Rady Narodowej uchwała, co następujące:

§1. Tworzy się z dniem 1 stycznia 1973 r. dom pomocy społecznej dla umysłowo upośledzonych kobiet pod nazwą „Państwowy Dom Pomocy Społecznej dla Dorosłych w Fabianowie pow. Pleszewski” zwany w dalszej treści uchwały „Dom Pomocy Społecznej”.

Zdjęcie 1 Pałac oraz park w Fabianowie, Państwowy Zakład Specjalny dla Dorosłych. Zdjęcie archiwalne, 1974 rok.



Zdjęcie 2 Pałac w Fabianowie, Państwowy Zakład Specjalny dla Dorosłych. Front. Zdjęcie archiwalne, 1974 rok.



W 1978 roku rozpoczęto budowę pawilonu mieszkalnego typu Namysłów dla 48 osób. Pawilon został ukończony i oddany do użytku w 1976 roku. W latach 2000 – 2002 pawilon mieszkalny został zmodernizowany i ocieplony, w trakcie tych prac zdemontowano również płytę eternitową.

W latach 1996 – 1997 wybudowano budynek wielofunkcyjny, w którym znajduje się część biurowa oraz nowoczesna pralnia. W tych samych latach powstała mechaniczno-biologiczna oczyszczalnia ścieków typu „Bioclere”¹⁸. W roku 1998 rozpoczęto modernizację kuchni w kierunku zwiększenia jej funkcjonalności. W latach 2005 – 2006 nastąpiła realizacja programu naprawczego¹⁹. Kolejno wykonano prace, które miały na celu podnieść standard życia mieszkanek. Zaadaptowano budynek wielofunkcyjny celem urządzenia w nim pokoi mieszkalnych i zaplecza socjalnego. Przekształcono pomieszczenia pałacu i pawilonu w mniejsze, lecz bardziej funkcjonalne pokoje, łazienki oraz toalety. Przyziemna część pałacu (wysoka suterena) została zaadoptowana na gabinety fizjoterapii i terapii zajęciowej. Powstało tam również zaplecze sanitarne. Zarówno w pawilonie jak i w pałacu zlikwidowano pokoje wieloosobowe, zwapniając większy komfort mieszkańcom. Zainstalowano windy dla niepełnosprawnych w pałacu oraz budynku wielofunkcyjnym²⁰.

W kolejnych latach poczyniono wiele prac, które w mniejszym stopniu miały bezpośredni wpływ na jakość życia mieszkańców, natomiast są równie ważne ze względów estetycznych. W latach 2007 – 2008 nastąpiła wymiana stolarki okiennej i drzwiowej w budynku pałacu, zgodnie z decyzją Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków. W 2008 roku położono kostkę brukową przy głównym wejściu oraz dokonano rewitalizacji fontanny. W kolejny roku zakupiono altankę wypoczynkową. W poprzednim roku 2011 nastąpiła rewitalizacja zabytkowego parku i renowacja zbiornika wodnego. Zabytkowy park został zewidencjonowany przez Stowarzyszenie Naukowo – Techniczne Inżynierów i Techników Ogrodnictwa²¹.

W wyniku tych prac uzyskano pełen standard świadczonych usług według norm zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku. Decyzją Wojewody Wielkopolskiego z dnia 21 sierpnia 2008 r. powiat pleszewski otrzymał pozwolenie na

¹⁸ Archiwum Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Budynek wielofunkcyjny został wybudowany według projektu inżyniera J. Tomaszczaka, M. Jędryszczaka, mgr inż. K. Biernackiego i mgr inż. W. Świcy. Budowa mechaniczno-biologicznej oczyszczalni ścieków typu „Bioclere” powstało wg projektu pracowni projektowej sieci i instalacji sanitarnych „Cowogaz” w Kaliszu.

¹⁹ Uchwała Nr CXI/144/01 Zarządu Powiatu Pleszewskiego z dnia 20.03.2001r. w sprawie zatwierdzenia Programu Naprawczego Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Wydana na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. Nr 91, poz. 578; zm. Nr 155, poz. 1014) w zw. art. 10 a ust. 1 ustawy z dnia 20.11.1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64 poz. 414 z 1998r. tj. z póź. zm.)

²⁰ Archiwum Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Adaptacji pomieszczeń dokonano według projektu pracowni budowlanej mgr inż. P. Banaszaka. Natomiast instalacje wind wykonano według projektu pracowni projektowej architekta W. Gubały, inż. B. Piórkowskiego oraz mgr inż. A. Cempela.

²¹ Archiwum Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Wykonawcami tego opracowania według Stowarzyszenia Naukowo-Technicznego Inżynierów i Techników Ogrodnictwa byli: doc. dr hab. H. Olenderek, dr inż. E. Piekarski, dr inż. J. Rokosza, dr inż. J. Mozgawa, mgr inż. K. Będkowski, mgr inż., J. Koc, mgr inż. Z. Kowalski.

prorowadzenie Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Fabianowie z liczbą miejsc 101, w rejestrze domów nr 9. Umniejszono liczbę miejsc ze 107 do 101, zmieniając zapis z 2006 r. Zezwolenie zostało wydane na czas nieokreślony²².

Wszystkie prace pozwoliły na likwidację barier architektonicznych, uzyskano pokoje dwuosobowe i trzyosobowe, odpowiednią ilość łazienek i sanitariatów. Zamontowano system alarmowo – przyzywowy i system sygnalizacji pożaru, założono nowoczesną kotłownię – zwiększając bezpieczeństwo w domu. Unowocześniono i zmodernizowano rehabilitację i fizykoterapię. Na bazie tych zmian działa również biblioteka oraz kawiarenka internetowa.

Obecnie Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie rozmieszczony jest w trzech budynkach. W „pałacu” po modernizacji przebywa 31 osób, znajduje się tam 7 pokoi 2-osobowych i 8 pokoi 3-osobowych. W „pawilonie”, który przybrał nazwę „Artemida” zamieszkuje 46 osób w 22 pokojach 2-osobowych i 1 pokoju dla jednej osoby. W budynku wielofunkcyjnym – „Arkadia” znajdują się 11 pokoi mieszkalnych, gdzie przebywają 24 kobiety w 9 pokojach 2-osobowych i 2 pokojach 3-osobowych. Wszystkie pokoje spełniają standard metrażowy (protokół z kontroli problemowej przeprowadzonej w dniach 29 listopada 2006r. i 1 grudnia 2006 roku w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie)²³.

²² Decyzja Wojewody Wielkopolskiego nr PS. II – 11.9013 – 11/07 z 21 grudnia 2008 w sprawie wydania zezwolenia na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie na czas nieokreślony.

²³ Protokół z kontroli problemowej przeprowadzonej w dniach 29 listopada 2006 r. i 1 grudnia 2006 r. w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Kontrolę przeprowadził zespół inspektorów Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wielkopolskiego w Poznaniu, Delegatury w Kaliszu. Kontrolę przeprowadziło dwóch inspektorów działający na podstawie upoważnienia nr NK.II.0939 – 979/06 Wojewody Wielkopolskiego z dnia 3 listopada 2006 r.

Zdjęcie 3 Pałac w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 4 Pawilon „Artemida” w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 5 Budynek wielofunkcyjny „Arkadia” w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



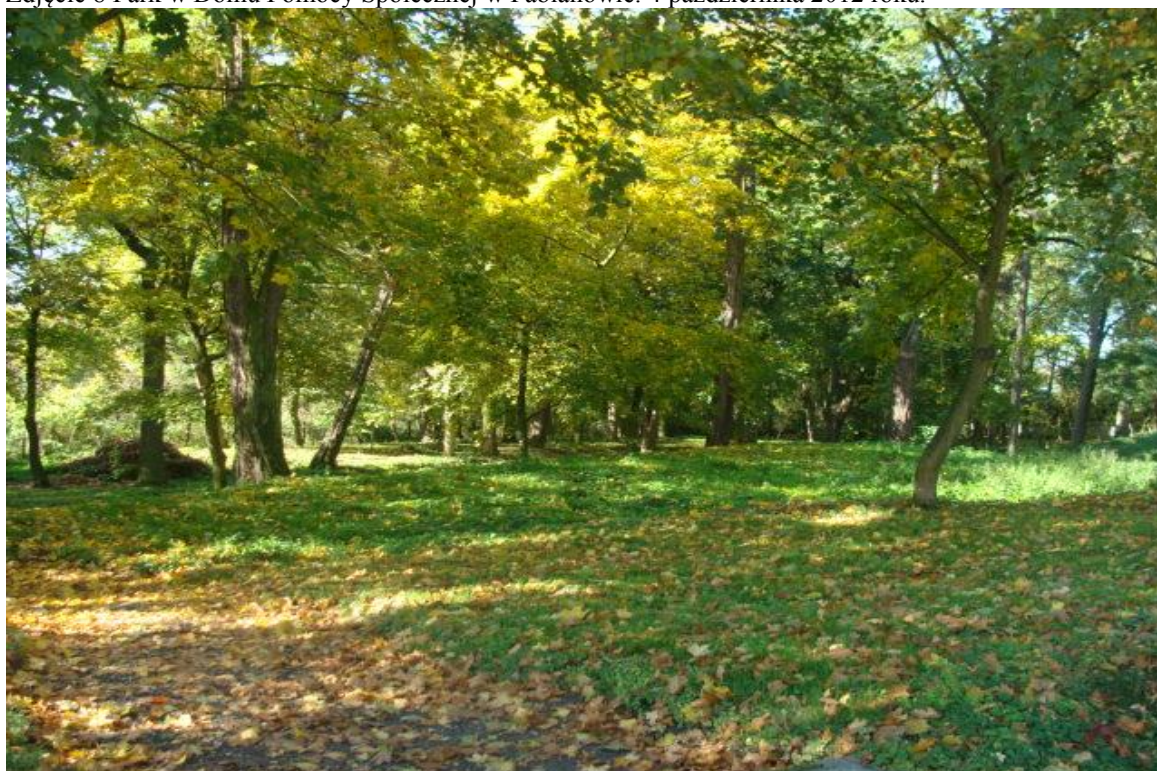
Zdjęcie 6 Park – widok na fontannę przed palcem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 7 Park – widok na staw w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 8 Park w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 9 Pokój jednej z mieszkanek w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 10 Sala gdzie odbywają się zajęcia z muzyko lub biblioterapii w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 11 Terapia zajęciowa w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



Zdjęcie 12 Stołówka mieszcząca się w pałacu w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. 4 października 2012 roku.



3.4.2 Struktura organizacyjna Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie jest jednostką organizacyjną powiatu pleszewskiego. Nadzór stanowi Starosta Pleszewski. Prowadzi gospodarkę finansową w formie jednostki budżetowej. Placówka korzysta z oddanych jej w trwały zarząd nieruchomości stanowiących własność powiatu pleszewskiego.

Każdy dom pomocy społecznej w oparciu o ustawę i najnowsze rozporządzenia ma swoją własną strukturę organizacyjną. Struktura ta i szczegółowy zakres działalności zakładu określa opracowany przez dyrektora domu pomocy społecznej regulamin organizacyjny, przyjęty przez jednostki samorządu terytorialnego. Poniżej został przedstawiony taki program, który funkcjonuje w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

„W działalności Domu najważniejsze jest dobro mieszkańców, dlatego organizacja Domu ma być podporządkowana i ma służyć godności człowieka – mieszkańca Domu.²⁴”

Osoby korzystające z usług Domu mają prawo do :

- a) *„godnego i podmiotowego traktowania,*
- b) *uzyskania pełnej informacji o usługach świadczonych przez Dom i korzystanie z nich,*
- c) *uzyskiwanie wyjaśnień w sprawach regulujących zasady współżycia mieszkańców ,*
- d) *pomocy w zaspokajaniu potrzeb,*
- e) *zapewnieniu sobie ochrony prawnej,*
- f) *uczestnictwa w podejmowaniu decyzji w sprawach dotyczących jego osoby,*
- g) *przebywanie poza Domem, po uzgodnieniu z Dyrektorem Domu , w szczególnych przypadkach po uzyskaniu zgody lekarza,*
- h) *korzystania z terapii zajęciowej ,*
- i) *korzystania z biblioteki, prasy codziennej, organizacji świąt ,oraz udziału w imprezach kulturalnych i turystycznych,*
- j) *możliwości kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych zgodnie z wyznaniem mieszkańca,*
- k) *regularnego kontaktu z Dyrektorem Domu w określonych dniach i godzinach.²⁵”*

Zadania domów pomocy społecznej nie ograniczają się tylko do ochrony praw, ale uwzględniają również zaspokajanie potrzeb. Również te potrzeby są zawarte w regulaminie domów pomocy społecznej w następującym zakresie:

²⁴ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabinaowie, § 17 pkt. 1 z dnia 01-01-2012r.

²⁵ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabinaowie, § 17 pkt. 1 z dnia 01-01-2012r.

„(...)podmiotowego traktowania, posiadania własnych drobnych przedmiotów i miejsca na ich przechowywanie, korzystania z własnego ubrania, posiadania własnej przestrzeni życiowej do indywidualnego zagospodarowania, spożywania posiłków we wspólnocie grup w warunkach domowych, udziału w czynnościach związanych z życiem codziennym, aktywnego trybu życia, podtrzymywani więzi z rodziną oraz kontaktów ze środowiskiem lokalnym.”²⁶

Oprócz poszanowania praw i zaspokajania potrzeb mieszkanek, Dom mobilizuje do aktywnego uczestnictwa w strukturach instytucji. Obowiązki mieszkańca są zatem następujące:

- a) „współdziałanie z personelem w zaspokojeniu swoich podstawowych potrzeb,*
- b) dbanie w miarę możliwości o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny , porządek w swoich rzeczach i wokół siebie,*
- c) przestrzeganie zasad i norm współżycia, regulaminów i zarządzeń wewnętrznych,*
- d) dbanie o mienie Domu ,*
- e) wnoszenie opłat za pobyt w Domu zgodnie z przepisami i decyzjami administracyjnymi,*
- f) ponoszenie kosztów umyślnych uszkodzeń przedmiotów i urządzeń będących własnością Domu lub innych osób.”²⁷*

Z regulaminu wynika, że nawet osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są zwolnione z pewnych obowiązków. Od mieszkanek oczekuje się aktywnego uczestnictwa w życiu Domu. Podejmowanie obowiązków przez podopieczne przynosi podwójne korzyści, zarówno dla instytucji i jej harmonijnego funkcjonowania, jak i dla samych mieszkańców.

Domem Pomocy Społecznej zarządza dyrektor, który powołuje pracowników, działających w oparciu o zakresy przydzielonych im czynności. Dyrektor jest powołany przez Zarząd Powiatu Pleszewskiego. W razie jego nieobecności funkcje te sprawuje kierownik Domu²⁸.

W ramach struktury organizacyjnej funkcjonują:

- Koordynator zespołu opiekuńczo-terapeutycznego,*
- Kierownik zespołu pielęgniarstwa I (pałac),*
- Kierownik zespołu pielęgniarstwa II („Artemida”),*
- Koordynator mieszkania „Arkadia”²⁹.*

²⁶ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabinaowie § 17 pkt. 1, z dnia 01-01-2012r.

²⁷ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabinaowie § 17 pkt. 1, z dnia 01-01-2012r.

²⁸ Uchwała Nr VII/46/11 Rady Powiatu Pleszewskiego z dnia 11 lipca 2011 roku § 2.

²⁹ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie § 16 pkt. 1 z dnia 01-01-2012r.

Ponadto funkcjonują następujące działy:

1. *Sekcja ekonomiczno-finansowa.*
2. *Dział administracyjno-gospodarczy.*
3. *Specjalista ds. kadr i sekretariatu.*
4. *Dyrektor organizuje i koordynuje całokształtem działalności Domu oraz jest odpowiedzialny za jego działalność zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa.*
5. *Główny Księgowy , Koordynator zespołu opiekuńczo-terapeutycznego, Kierownicy zespołów pielęgniarских, kierownik działu administracyjno-gospodarczego w zakresie powierzonych im obowiązków wykonują zadania : planowania , organizowania , motywacji , koordynacji i kontroli w przedmiocie swojego działania³⁰.*

Ponoszą oni odpowiedzialność za:

- a) merytoryczną oraz formalną poprawność zadań wykonywanych w ramach przydzielonego im zakresu czynności,
 - b) prawidłową organizację i operatywność działania podporządkowanych zespołów, działów i sekcji,
 - c) zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy podległych pracowników,
 - d) przestrzeganie dyscypliny pracy,
 - e) właściwe kształtowanie stosunków międzyludzkich.
6. Koordynator zespołu opiekuńczo-terapeutycznego oraz kierownicy zespołów pielęgniarских otrzymują polecenia służbowe od Dyrektora Domu i mają prawo do wydawania poleceń służbowych podległym pracownikom.

Najważniejszymi elementami struktury organizacyjnej z punktu widzenia mieszkańca są zespoły opiekuńczo-terapeutyczne. Kierownicy poszczególnych zespołów nadzorują pracę podległego personelu, przy czym ich praca również podlega kontroli. Zadania opiekunów, specjalistów, pracowników socjalnych, pielęgniarek i instruktorów terapii zajęciowej ma jedną cechę wspólną – otóż wszyscy są pracownikami pierwszego kontaktu. W skład zespołu opiekuńczo – terapeutycznego wchodzi:

- 1) *koordynator zespołu opiekuńczo-terapeutycznego,*
- 2) *kierownik zespołu pielęgniarek,*

³⁰ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie § 20, § 21 z dnia 01-01-2012r.

- 3) *pracownik socjalny,*
- 4) *psycholog,*
- 5) *pielęgniarka,*
- 6) *fizjoterapeuta,*
- 7) *opiekun,*
- 8) *instruktor terapii zajęciowej,*
- 9) *instruktor ds. kulturalno – oświatowych,*
- 10) *pokojowa,*
- 11) *kapelan,*
- 12) *stażyści, oraz wolontariusze.*³¹

Celem działania zespołu opiekuńczo terapeutycznego jest systematyczne wspieranie mieszkanek we wszystkich aspektach ich życia.

Podstawowe kierunki działania zespołu są następujące:

- *opieka zdrowotna,*
- *wsparcie psychiczne,*
- *usługi opiekuńcze,*
- *usługi wspomagające,*
- *rehabilitacja,*
- *praca socjalna*³².

Zespół opiekuńczo - terapeutyczny funkcjonuje na zasadzie ścisłej współpracy w zakresie rozpoznawania sytuacji problemowych mieszkanek oraz poszukiwaniu optymalnych rozwiązań. Zadaniem zespołu jest: załatwianie spraw związanych z przyjmowaniem oraz pobytem mieszkańca w Domu, udzielanie pomocy w utrzymywaniu kontaktów z rodziną, załatwianie formalności administracyjnych, korespondencji, zakupów i prowadzenie dokumentacji każdego mieszkańca (Mielczarek, 2010, s. 254).

³¹ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie § 17 pkt., z dnia 01-01-2012r..

³² Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie § 17 pkt., z dnia 01-01-2012r..

W tym celu zespół tworzy indywidualny plan wsparcia dla każdej mieszkanki, zawierający wyznaczony do realizacji cel terapeutyczny. Dom pomocy społecznej jest zobowiązany do opracowania i realizacji indywidualnego planu wsparcia mieszkańca, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej [Dz. U. 2012 Nr 248, poz. 1485].

Układanie planów odbywa się na zasadzie analizowania sytuacji zdrowotnej i emocjonalnej mieszkanki, jej kontaktów z rodziną, relacji z otoczeniem, możliwości i predyspozycji do podejmowania różnych działań. W związku z tym, dobór odpowiedniej formy pomocy mieszkance, poparty jest opinią psychiatry, psychologa, fizjoterapeuty, pielęgniarki, pracownika socjalnego oraz innych osób uczestniczących w realizacji planów. Osiąganie możliwie najlepszych efektów terapeutycznych umożliwia zasada wzajemnego uzupełniania się oraz systematycznego kontynuowania wyznaczonych celów.

Pracownicy domu pomocy społecznej powinni w pracy socjalnej dokładnie poznać wszelkie potrzeby podopiecznego, aby stworzyć warunki do ich realizacji. Starając się traktować swoich podopiecznych w sposób indywidualny i pod te potrzeby należy ustalić konkretne działania – program usług. Temu głównie ma służyć opracowanie i realizacja planu wsparcia mieszkańca (Mielczarek, 2010, s. 256).

Koordynatorzy zespołu opiekuńczo-terapeutycznego oraz kierownicy zespołów pielęgniarskich mają za zadanie opracowanie planów pracy danego zespołu określających zadania, terminy rozpoczęcia i ukończenia prac, wykonawców oraz przewidywane wyniki. W ich gestii leży również ustalanie wytycznych i metod realizacji zadań podległych zespołom, wynikających z planu działania oraz doraźnych poleceń zwierzchnika.

Istotne dla dobrego funkcjonowania mieszkańca są zespoły funkcjonalne, które tworzone są w ramach zespołu opiekuńczo-terapeutycznego. Podstawowym celem jest rozwiązywanie bieżących problemów mieszkank.

Do zadań zespołów funkcjonalnych należy:

a) ustalanie przyczyn powstałego problemu oraz poszukiwanie

odpowiednich rozwiązań,

b) powoływanie do zespołu osób z odpowiednimi kwalifikacjami, zgodnie

z zaistniałą potrzebą i charakterem sytuacji problemowej,

c) dokumentowanie podejmowanych działań w indywidualnych planach wspierania mieszkanki³³.

W celu ułatwienia adaptacji nowo przyjętym mieszkankom do Domu Pomocy Społecznej w zespole opiekuńczo – terapeutycznym, w ramach wewnętrznych poleceń koordynatora zespołu ustanawia się w razie potrzeby pracownika pierwszego kontaktu. Również mieszkanki, które są ubezwłasnowolnione mają przydzielonego pracownika pierwszego kontaktu, który bezpośrednio zajmuje się opieką i służy pomocą, pomaga rozwiązywać problemy. Jest to osoba, która jest bezpośrednio związana z mieszkanką. Podobnie jak w przypadku indywidualnego placu wsparcia do powołania pracownika pierwszego kontaktu obowiązuje Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej poprzez następujący zapis: *„działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu, koordynuje pracownik domu, zwany pracownikiem pierwszego kontaktu, wybrany przez mieszkańca domu. Jeżeli wybór ten jest niemożliwy ze względu na stan zdrowia mieszkańca i organizację domu, obowiązuje się domy pomocy społecznej do powołania tego typu pracowników”* [Dz. U. 2012 Nr 248, poz. 1485, § 3.2.].

Pracownik pierwszego kontaktu winien odznaczać się umiejętnością:

- porozumiewania się z mieszkańcem,
- rozumienia jego problemów,
- rozwiązywania nieporozumień i konfliktów,
- świadczenia określonych usług,
- aktywizowania mieszkańca,
- wczuwania się w jego stany i reagowania na znieczulicę.

(por. Tarkowski, Z., 1998, s.33).

Pracownik pierwszego kontaktu to przewodnik mieszkańca przez okres życia przypadający na pobyt w DPS. On jest doradcą oraz rzecznikiem spraw i praw swego podopiecznego. Podtrzymuje go na duchu, wspiera w trudnych sytuacjach, inspiruje do postaw aktywnych i pozytywnych, jak również pomaga w rozpoznaniu przeróżnych potrzeb. Opiekun indywidualny kontaktuje się z mieszkańcem podczas godzin pracy. Do Pracownika Pierwszego Kontaktowania mieszkaniowiec zwraca się ze swymi wątpliwościami i problemami. Opiekun pomaga załatwiać jego sprawy, ułatwia mu kontakt ze środowiskiem, służy poradą,

³³ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie § 17 pkt. 4, z dnia 01-01-2012r. .

jest powiernikiem jego trosk i zmartwień. W osobie swego opiekuna mieszkaniac szuka zainteresowania, zrozumienia, wsparcia i współczucia. Rozmowy, rozwiązywanie trudności oraz wspólne borykanie się ze skomplikowanymi sytuacjami przyczynia się do wytworzenia emocjonalnie bliskiej więzi.

3.4.3 Rehabilitacja w Domu Pomocy Społecznej dla kobiet z zaburzeniami psychicznymi w Fabianowie

Rehabilitację w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie można rozpatrywać w czterech aspektach, jako rehabilitację:

- psychologiczną,
- społeczną,
- zawodową,
- medyczną.

Rehabilitacja psychologiczna jest realizowana w postaci pomocy psychologicznej, którą świadczy psycholog.

W celu realizacji pomocy psychologicznej Dom Pomocy Społecznej zatrudnia terapeutę psychologa. Do jego głównych zadań należy:

- *prowadzenie terapii, mającej na celu zapobieganie konfliktom i uczestnictwo w rozwiązywaniu konfliktów i problemów ich powstania,*
- *łagodzenie napięć i tworzenie przyjaznej atmosfery między mieszkankami oraz między mieszkankami a personelem,*
- *wspieranie i motywowanie mieszkanek do aktywnego życia,*
- *prowadzenie indywidualnej i grupowej terapii psychologicznej,*
- *wydawanie opinii psychologicznej o mieszkankach dla różnych instytucji,*
- *aktywne uczestniczenie w pracach zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz w realizacji indywidualnych planów wsparcia,*
- *wspieranie pracowników pierwszego kontaktu w realizacji ich zadań na rzecz mieszkanek,*

- *uczestnictwo w spotkaniach integracyjnych Domu ze środowiskiem lokalnym*³⁴.

Rehabilitacja społeczna ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym. Zgodnie z art. 9 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osoby osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 r. nr 123, poz. 776, późn. zm) tego typu działania powinny być realizowane przede wszystkim poprzez:

- wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej,
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych,
- likwidację barier, w szczególności architektonicznych,
- kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Do podstawowych form rehabilitacji społecznej zalicza się zwłaszcza uczestnictwo w: warsztatach terapii zajęciowej, turnusach rehabilitacyjnych, zespołach ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych oraz w zespołach aktywności społecznej, zgodnie z potrzebami niepełnosprawnych (Nowak, 1999, s. 79).

Domu Pomocy Społecznej opiera się na włączaniu w działania osób ze środowiska lokalnego, poprzez imprezy kulturalne i coroczne zjazdy rodzin. Przeprowadzane są również treningi umiejętności społecznych.

Na terenie DPS-u są prowadzone warsztaty terapii zajęciowej. W Domu znajdują się odpowiednio wyposażone pracownie terapeutyczne.

Prowadzenie zajęć terapeutycznych odbywa się ze szczególnym uwzględnieniem predyspozycji mieszkank, ich sytuacji zdrowotnej i emocjonalnej:

- terapia malarska,
- prace z różnych tworzyw
- robótki ręczne
- orgiami,
- collage
- kusudama / kwiaty metodą orgiami/

³⁴ Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie § 19, z dnia 01-01-2012r. .

- tworzenie ozdób i biżuterii z różnych materiałów,
- prace z gipsu i masy solnej,
- modelowanie w papierze,
- tworzenie obrazów,
- układanie bukietów,
- dekoracje świąteczne ³⁵.

Zajęcia plastyczne przeprowadzane są codziennie w pracowni plastycznej. Panie najchętniej uczestniczą w zajęciach, podczas których mogą wykonać coś użytecznego dla siebie lub kogoś bliskiego np. stroiki na święta, pisanki, kartki okolicznościowe. Przeważnie zajęcia odbywają się przy muzyce. Na szczególną uwagę zasługują zajęcia w trakcie których kilka mieszkank wykona wspólną pracę np. tworzą obraz. Celem takich zajęć jest przede wszystkim integracja grupy. Zajęcia plastyczne wspomagają również sprawność manualną, wpływają na poprawę zdrowia psychicznego i pomagają wyrazić swoje emocje.

Zajęcia hafciarskie, tkackie i dziewiarskie odbywają się w tej samej pracowni. W trakcie zajęć mieszkanki zapoznają się z techniką wykonywania robótek ręcznych, bądź też doskonałą nabyte wcześniej umiejętności w tym zakresie. Część osób wykonuje takie prace w czasie wolnym w swoim pokoju. Panie haftują i robią na drutach na własny użytek lub przygotowują prace na różnego rodzaju wystawy. Zajęcia te stanowią ważny element relaksacyjny i odprężający a efekty pracy dają podopiecznym ogromną satysfakcję.

Zajęcia muzyczne odbywają się głównie w sali muzycznej, z wyjątkiem zajęć dla osób mających trudności w samodzielnym poruszaniu się, dla których przeprowadzane są one w ich pokoju. Pracownia wyposażona jest w instrumenty muzyczne: ograny, gitarę, radiomagnetofony, odtwarzacze CD, inne. Podczas zajęć mieszkanki wybierają repertuar, tańczą, śpiewają, słuchają muzyki. Ponadto często wykorzystywane są podczas tych zajęć ćwiczenia oddechowe – wykonywanie ćwiczeń w rytm muzyki, czy ćwiczenia rytmiczne.

W Domu można wyróżnić następujące formy muzykoterapii:

- terapia indywidualna, dopasowana do aktualnych potrzeb mieszkanki,
- muzyka jako relaks,
- dyskusyjny klub muzyczny / poznawanie nowych gatunków muzycznych, oraz ich twórców, przybliżanie ważnych postaci, rozmowy, dzielenie się wrażeniami.

Kolejną formą jest muzykoterapia w formie treningów relaksacyjnych.

³⁵ Plan Pracy Zespołu Opikuńczo-Rehabilitacyjnego na 2013 rok, s.2.

Celem programu muzykoterapeutycznego jest:

- stworzenie swobodnych relacji z mieszkanką;
- nawiązanie kontaktu terapeutycznego zgodnie z wolą mieszkanki;
- podbudowanie poczucia własnej wartości;
- ukazanie możliwości i perspektyw;
- uzyskanie nowej orientacji³⁶.

Zajęcia terapeutyczne są prowadzone przez instruktorów terapii zajęciowej, pracowników socjalnych i opiekunów. Zajęcia odbywają się w godzinach przedpołudniowych, jak i również popołudniowych, dzięki czemu mieszkanki mogą brać w nich udział w dowolnym, najbardziej odpowiednim dla siebie czasie. Zajęcia mają formę zajęć indywidualnych i grupowych. O uczestnictwie w zajęciach zawsze decyduje podopieczna.

W ramach terapii zajęciowej w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie znajduje się biblioteka i czytelnia. Zajęcia z biblioterapii prowadzone są przez opiekunów. Zajęcia tego typu są łączone z innymi metodami rehabilitacji takimi jak: muzykoterapia – czytanie tekstów przy akompaniamencie, z zajęciami plastycznymi – wyrażanie emocji towarzyszących zajęciom biblioterapeutycznym przez rysunek. Stosowana jest również technika dramy, polegająca na odgrywaniu ról, uczeniu się tekstów na pamięć, doskonalenie techniki recytacji. Zajęcia mają na celu aktywizację umysłową i poszerzanie zainteresowań mieszkank. Swoje osiągnięcia mogą zaprezentować na wieczorkach poetyckich, różnych występach czy konkursach teatralnych. Przez wiele lat mieszkanki biorą udział w Przeglądzie Amatorskich Teatrów Osób Niepełnosprawnych w Krobi. Niektóre z pań piszą wiersze, jedna z mieszkank oczekuje na publikację tomiku poezji.

W ramach zajęć z biblioterapii nawiązano bliższą współpracę z Biblioteką Gminną w Dobrzycy w celu odbywania wspólnych spotkań w bibliotece i podejmowania dyskusji o ciekawostkach i nowościach w literaturze. Wprowadzano nowe formy biblioterapii, do których należą:

³⁶ Plan Pracy Zespołu Opikuńczo-Rehabilitacyjnego na 2013 rok, s.3-4.

- a) systematyczna wymiana księgozbioru, dostarczanie nowości czytelniczych oraz książek zgodnie z życzeniem mieszkanek,
- b) zachęcanie mieszkanek do wspólnego konstruowania planów imprez, wyjazdów, spotkań, uwzględnianie w programach ich opinii oraz pomysłów,
- c) prowadzenie kronik i albumów dotyczących wspólnych wyjazdów, spotkań czy wycieczek³⁷.

Zajęcia kulinarne również stanowią bardzo istotny element terapii. Odbywają się dwa razy w tygodniu, jednakże jeśli któraś z mieszkanek wyrazi gotowość i chęć do udziału w takich zajęciach odbywają się zgodnie z jej wolą. Podczas zajęć Panie uzyskują wiedzę z zakresu: higieny pracy, obsługi sprzętu gospodarstwa domowego, przygotowania potraw, sposobu nakrywania do stołu i właściwego zachowania się przy stole. Zajęcia te są bardzo popularne, ponieważ zawsze kończą się degustacją, niekiedy są połączone z organizacją imprezy, spotkania czy wieczorku poetyckiego.

Podopieczne samodzielnie wykonują potrawy, pod nadzorem i kontrolą opiekunów. Największą satysfakcję sprawia im przyrządzanie posiłków, w szczególności wypieków na przyjęcia okolicznościowe typu urodziny lub imieniny. Produkty zazwyczaj są wydawane z magazynu zakładowego, jeśli jednak potrawa wymaga szczególnych składników mieszkanka sama czyni potrzebne zakupy. Nie są to jednak zajęcia stanowiące codzienny obowiązek mieszkanek.

Ważną formą terapeutyczną są zajęcia z ergoterapii, polegające na wykonywaniu różnych czynności życia codziennego. Wśród tych zajęć można wyróżnić pracę na zewnątrz i wewnątrz Domu Pomocy Społecznej. Celem tych zajęć jest jak największa aktywizacji mieszkanek i nadanie miejscu w którym mieszkają desygnatu dom. Stanowią również doskonałą formę wyrabiania samodzielności i aktywności, jednocześnie powodując u podopiecznych poczucie bycia użytecznym i wartościowym.

Poprzez opiekę i chęć zadbania o miejsce, w którym mieszkamy. Do zadań mieszkanek należy sprzątnię własnego pokoju, układanie rzeczy w szafach, ścielenie łóżek oraz utrzymanie porządku w pomieszczeniach ogólnodostępnych. Panie wykonują również prace na zewnątrz Domu, czyli sprzątnię wokół budynków zamieszkania (grabienie liści,

³⁷ Plan Pracy Zespołu Opikuńczo-Rehabilitacyjnego na 2013 rok, s. 3.

zmiatanie) i pracę w przydomowym ogródku. Mieszkanki dbają również o groby swoich zmarłych koleżanek. Pracownicy czynią wszelkie starania, aby zajęcia były wykonywane samodzielnie przez mieszkanki.

Dom stara się również wspomagać relacje z rodziną podopiecznych. Mieszkanki zawsze tęsknią do swojego domu rodzinnego, w którym często pozostawiły swoich mężów, dzieci, rodziców czy rodzeństwo. Niestety nie zawsze rodzina chce utrzymywać kontakty z mieszkanką, nawet pomimo bliskości zamieszkania. Najczęściej rodzina odwiedza podopiecznych raz w roku podczas zjazdu rodzin i utrzymuje kontakt telefoniczny. Pracownicy czynią starania dla nawiązania i utrzymania relacji mieszkanek z rodzinami. Wiele z nich prowadzi aktywną korespondencję ze swoimi rodzinami, zawsze wysyłają kartki na święta i zapraszają na zjazdy rodzin. Pewne rodziny aktywnie uczestniczą w życiu Domu i odwiedzają swoją krewną systematycznie w weekendy lub w ciągu tygodnia.

Kolejnym aspektem rehabilitacji społecznej są kontakty podopiecznych ze środowiskiem lokalnym. Rozpatrywać je należy w pierwszej kolejności jako kontakty z najbliższym otoczeniem, a więc mieszkańcami miejscowości i okolicy, w której znajduje się instytucja. Jak już wspomniano kilkoro mieszkanek utrzymuje przyjazne i serdeczne stosunki z mieszkańcami Fabianowa.

Personel oraz dyrekcja Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie dokłada starań aby poszerzać kontakty społeczne i zacieśniać już istniejące. W tym celu organizowane są imprezy integracyjne, na które zapraszani są mieszkańcy innych domów pomocy społecznej, podopieczni różnych stowarzyszeń, środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, młodzież szkolną, przedstawiciele władz samorządowych i innych gości. Należy jednak nadmienić, iż osoby ze środowiska lokalnego niezrzeszone i niezwiązane z Domem nie pojawiają się na takich spotkaniach. Jest to stosunkowo hermetyczne środowisko i pomimo starań uprzedzenia oraz status osoby chorej psychicznie znacznie ograniczają różnorodność gości. Do spotkań tego rodzaju należą:

1. Wycieczki krajoznawcze.
2. Dzień Kobiet.
3. Zjazd Rodzin.
4. Andrzejki.

5. Cykliczne spotkania z młodzieżą licealną , Chórem Harmonia oraz innymi zespołami muzycznymi.
6. Udział w ważniejszych wydarzeniach organizowanych przez społeczność lokalną.
7. Jesienne bukiety.
8. Spotkanie karnawałowe z uczestnikami Środowiskowego Domu Samopomocy w Fabianowie i Czerminie.
9. Spotkania przy ognisku³⁸.

Ponadto mieszkanki biorą udział w imprezach poza Domem, które są organizowane przez inne placówki oraz Instytucje Pomocy Społecznej. Są to imprezy rekreacyjne, sportowe, integracyjne oraz kulturalne. Do spotkań organizowanych cyklicznie należą:

- Biegi Przełajowe w Kobylej Górze,
- Festyn Integracyjny w Dobrzycy,
- Turniej Rowerowy w Pleszewie,
- Wianki w Baszkowie,
- Integracja w Zakrzewie,
- Pożegnanie Lata w Zimnowodzie,
- Dzień Dziecka w Broniszewicach,
- Konkurs Poezji i Prozy w Ostrowinie,
- Przegląd Chórów i Kabaretów w Pleszewie,
- Turniej Kręglarski w Pleszewie³⁹.

Na rok 2013 oprócz imprez i spotkań organizowanych corocznie zaplanowano również zwiedzanie najbliższych okolic, zainteresowanie mieszkanek architekturą i przyrodą, dokumentowanie spostrzeżeń w albumie LATO 2012.

1. Wycieczki do Gołuchowa połączone z plażowaniem nad zalewem i wypoczynkiem w parku.
2. Poznawanie najbliższych okolic, zwiedzanie parków i zabytków:

³⁸ Plan Pracy Zespołu Opikuńczo-Rehabilitacyjnego na 2013 rok, s. 5.

³⁹ Spis cyklicznych spotkań i konkursów w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Pałac renesansowy w Tarcach, Zespół Pałacowo Parkowy w Dobrzycy, Pałac Neoklasycystyczny w Antoninie, Ratusz w Jarocinie, Kościół św. Bartłomieja w Kucharach, konkatedra w Ostrowie Wlkp.

3. Organizowanie spotkań integracyjnych z mieszkańcami Środowiskowego Domu Samopomocy w Fabianowie, połączonych ze wspólną zabawą i grillowaniem.
4. **Silwoterapia** - wypoczywanie nad stawem, stworzenie w parku ścieżki zdrowia, organizowanie zajęć sprawnościowych.
5. **Nordic Walking** – wykorzystanie nowej metody w celu uatrakcyjnienia mieszkankom pracy nad własną sprawnością i poprawą kondycji fizycznej.
6. Organizowanie biesiad i wspólnych spotkań, połączonych ze śpiewem.
7. **Plener Plastyczny Nasz Pałac - cztery pory roku** ⁴⁰.

W trakcie opracowywania jest oferta realizacji zadania publicznego ogłoszona w formie konkursu przez Wojewodę Wielkopolskiego pt. *”Działania na rzecz poprawy jakości życia osób długotrwale i przewlekle chorych oraz osób niepełnosprawnych”*. Celem niniejszego projektu jest pozyskanie funduszy na zorganizowanie imprezy integracyjnej dla mieszanek DPS-u i ich rodzin, pracowników placówki oraz społeczności lokalnej. Zaplanowane spotkanie będzie kontynuacją oraz pogłębieniem współpracy z rodzinami mieszanek, a także okazją do nawiązania nowych kontaktów ze społecznością lokalną i stworzenia nowych możliwości do pełniejszego udziału osób niepełnosprawnych i psychicznie chorych w życiu społecznym. W projekcie zaplanowany został również wyjazd mieszanek domu na wakacje terapeutyczne, na których odbywać się będą treningi umiejętności społecznych, aktywizacja ruchowa, nauka nawiązywania prawidłowych kontaktów interpersonalnych oraz samodzielnych decyzji. Jednym z punktów programu jest wyjazd podopiecznych do teatru lub operetki. Ujęte w programie formy terapeutyczne mają na celu poprawę funkcjonowania społecznego mieszanek DPS-u.

Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie organizuje również letnie turnusy rehabilitacyjne. Turnus rehabilitacyjny oznacza formę aktywnej rehabilitacji połączoną z elementami wypoczynku, mającą na celu przede wszystkim ogólną poprawę sprawności, wyrobienie zaradności, pobudzenie i rozwijanie zainteresowań (Nowak, 1999, s. 82).

Na turnusy letnie mieszkanki wyjeżdżają w góry lub nad morze, w zależności od oferty oraz życzenia mieszanek. Najczęściej mieszkanki wyjeżdżały do Ośrodka Rehabilitacyjnego w Brennej, ponieważ był on najlepiej dostosowany do osób z

⁴⁰ Plan Pracy Zespołu Opikuńczo-Rehabilitacyjnego na 2013 rok, s. 5.

niepełnosprawnych. Uczestniczki turnusu mogą korzystać hipoterapii z instruktorem oraz licznych wycieczek organizowanych na terenie Brennej oraz okolic, zabawy sportowe, ogniska, wycieczki autokarowe i potańcówki. Wszystkie zajęcia oraz ich rodzaj są omawiane przed rozpoczęciem turnusu z opiekunami grup i dostosowywane do możliwości psychofizycznych gości. Kadre turnusu oprócz opiekunów przybyłych z mieszkankami stanowią: rehabilitant, pielęgniarka, pracownik kulturalnooświatowy, terapeuta zajęciowy oraz pedagog.

W ramach rehabilitacji na terenie Domu Pomocy Społecznej w Fabinowie przeprowadzane są treningi umiejętności społecznych. Okazują się one niezwykle przydatne w odniesieniu do osób chorych psychicznie, wykazujących obniżony poziom funkcjonowania społecznego. Treningi prowadzone są przez pracowników pierwszego kontaktu, ponieważ są to osoby najbliższe dla mieszkanki, doskonale znające jej potrzeby i możliwości w różnych dziedzinach życia. Mieszkanki nabywają umiejętności w zakresie prostych czynności, które sprawiają im problem. W zależności od potrzeb prowadzone są treningi higieniczne, umiejętności praktycznych, budżetowe, prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów. Zajęcia te koncentrują się wokół jak największej samodzielności mieszkanki. Każdy trening trwa około godziny i jest przeprowadzany, w zależności od tematu, w różnych miejscach, jak np. w kuchni czy w sklepie.

Treningi higieniczne uczą umiejętności związanych z higieną osobistą. Celem jest uświadamianie podopiecznej, iż estetyczny wygląd nie tylko jest podstawą zdrowia, ale również ułatwia nawiązywanie kontaktów z otoczeniem i jest związane z dobrym samopoczuciem. Na początku zawsze omawia się i wykonuje wszystkie czynności, jak np. mycie i układanie włosów. Po skończonych zajęciach omawiany jest efekt końcowy i mieszkanka otrzymuje karty oceny własnego wyglądu, które zobowiązują do codziennego wypełniania. Na tych zajęciach mieszkanki uczą się również w jaki sposób się ubrać, aby wyglądać ładnie i odpowiednio do panującej pogody.

Podczas treningów budżetowych mieszkanki uczą się w jaki sposób racjonalnie wydatkować pieniądze, gdyż stanowi to problem dla większości podopiecznych. Panie chodzą do pobliskiego sklepu lub do barku, który funkcjonuje na terenie zakładu, gdzie uczą się gospodarować swoimi pieniędzmi. Pomimo tego w Domu Pomocy Społecznej funkcjonuje system wydzielania pieniędzy na artykuły, którymi zarządza opiekunka.

Treningi umiejętności praktycznych mają na celu uwrażliwienie mieszkank na wygląd zewnętrzny, czyli dbania o czystość i schludność ubioru. Panie uczą się

wykonywania różnych czynności życia codziennego takich jak: szycie, pranie ręczne, pranie w pralce automatycznej, prasowanie, cerowanie i inne.

Ważnym dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jest trening umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów, ponieważ trudność stanowi nawiązywanie i podtrzymywanie konwersacji. Zajęcia odbywają się według pewnego schematu:

- zapoznanie podopiecznych z celem zajęć,
- przedstawienie przez prowadzącego scenki obrazującej określony problem,
- zadawanie przez prowadzącego pytań dotyczących scenki,
- szukanie i wybór najlepszych rozwiązań przez podopiecznych,
- uzasadnienie i wybór najlepszego zdaniem mieszkanek rozwiązania.

Wszystkie wymienione wyżej treningi stanowią ważny element terapeutyczny. Powodują, iż mieszkanki są pewniejsze siebie, czują się bardziej dowartościowane i lepiej sobie radzą w czynnościach dnia codziennego. Mają duży wpływ na poprawę samopoczucia, ponieważ są bardziej samodzielniejsze. Wraz ze zdobywaniem nowych umiejętności wzrasta również umiejętność społecznych zachowań.

Rehabilitacja zawodowa dotyczy głównie rehabilitacji przez pracę. Niestety w okolicy nie działa żaden zakład pracy chronionej, lub inna firma, który pozwalałby na zatrudnienie mieszkanek. Praca oprócz aspektu finansowego daje inne korzyści, w postaci sensownie spędzonego czasu, nawiązywanie kontaktów społecznych, a przede wszystkim pozwala na podniesienie własnej wartości. Niestety takie działanie nie są podejmowane.

W Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej opracowano projekt rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Projekt ma stanowić realizację delegacji ustawowej zawartej w art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.). Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi z ustawą z dnia 3 grudnia 2010 r. (Dz. U. z dnia 2011r. Nr 6, poz. 19), zmieniającą Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, jako organ wydający rozporządzenie wskazany został minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego. Mając na uwadze zmianę z zakresu upoważnienia do wydania rozporządzenia, który ograniczony został do rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W projekcie zostały uwzględnione niektóre rodzaje rehabilitacji społecznej, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

Rozporządzenie będzie zawierać cele, rodzaje, zakres programowy oraz wymiar czasu, sposób prowadzenia, dokumentowania oraz nagradzania uczestników zajęć rehabilitacji społecznej organizowanej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Główne cele tych zajęć będą następujące:

1. Poprawa funkcjonowania społecznych osób przebywających w domach pomocy społecznej, w tym w szczególności:
 - wyrabianie zaradności osobistej,
 - pobudzanie aktywności społecznej,
 - wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych.
2. Promowanie zdrowia psychicznego przez aktywizację fizyczną mieszkańców (Lisowski, 2013b, s. 3).

W projekcie rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi przewiduje się następujące zajęcia:

- a) Zajęcia terapeutyczne, zwłaszcza w formie terapii zajęciowej, zwłaszcza terapii zajęciowej, w tym w ramach warsztatów terapii zajęciowej;
- b) Terapię psychologiczną,
- c) Terapię ruchową, w tym zajęcia sportowe, turystykę i rekreację;
- d) Inne formy postępowania, w tym przygotowujące do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej lub podjęcia zatrudnienia, także w warunkach pracy chronionej lub na przystosowanym stanowisku pracy⁴¹.

Najbardziej innowacyjny jest w zasadzie ostatni punkt, mówiący o innych formach uczestnictwa i mający na celu przygotowanie osób do pracy w warsztatach, ale również do pracy chronionej lub przystosowanym stanowisku pracy.

Zajęcia mają być prowadzone indywidualnie lub grupowo, w wymiarze nie mniejszym niż 6 godzin tygodniowo. Rodzaj, zakres i wymiar zajęć ma być dostosowany do wieku, stanu zdrowia oraz możliwości mieszkańca.

⁴¹ Podstawa prawna: Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.) Projekt rozporządzenia Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zajęć o rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi – z dnia 17 grudnia 2012 r.).

Zakres programowy zajęć będzie ustalany w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca przez kierownika zespołu terapeutyczno-opiekuńczego lub przez pracownika wskazanego przez dyrektora domu, we współdziałaniu z innymi pracownikami zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz wymagającego wsparcia mieszkańca. Osoba ta będzie również współpracować z lekarzem psychiatrą, psychologiem, neurologiem lub innym specjalistą sprawującym opiekę lekarską nad mieszkańcem.

Zajęcia indywidualne lub grupowe będą dokumentowane w dziennikach zajęć prowadzonych przez pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.

Mieszkańcy domu pomocy społecznej aktywnie uczestniczący w zajęciach będą mogli nie wcześniej niż po roku uczestnictwa w zajęciach i nie częściej niż raz w roku otrzymywać nagrody **niepieniężne**. Wartość nagrody wynosić będzie od 20% do 50% maksymalnej wysokości zasiłku stałego. Wniosek o przyznanie nagrody sporządzać będzie kierownik zespołu terapeutyczno-opiekuńczego lub pracownik wskazany przez dyrektora domu pomocy społecznej, a następnie określi jej wartość. Wybór i zakup nagrody dokonany będzie w konsultacji z osobą nagradzaną (Lisowski, 2013b, s. 3). Wynika z tego, że ustawodawca przewidział motywację finansową, ale nie jest ona zbyt wysoka, ponadto można ją otrzymać maksymalnie raz w roku.

W projekcie rozporządzenia założono, że rozporządzenie to wejdzie w życie w ciągu 14 dni od daty ogłoszenia w Dzienniku Ustaw.

Rehabilitacja medyczna w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie realizowana jest głównie poprzez opiekę lekarską, pielęgniarską oraz prowadzona na terenie zakładu fizjoterapię.

Opieka lekarska jest sprawowana przez lekarza rodzinnego i lekarza psychiatrę. Lekarz rodzinny jest dostępny dla mieszkanki dwa razy w tygodniu, a ponadto w każdym przypadku wymagającym konsultacji. Lekarz psychiatra jest do dyspozycji podopiecznych raz w tygodniu, oraz częściej w przypadku zaistniałej potrzeby konsultacji. O potrzebie takich konsultacji decyduje mieszkanka lub pielęgniarki, jeśli uznają, że stan zdrowia podopiecznej tego wymaga⁴².

Zarówno lekarz rodzinny jak i lekarz psychiatra głównie stosują w leczeniu farmakoterapię. Większość mieszkanki to osoby, u których postawiono diagnozę

⁴² Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie § 19, z dnia 01-01-2012r.

schizofrenii. W leczeniu psychoz znaczną rolę odgrywają leki psychotropowe. Oprócz tego lekarz psychiatra zaleca stosowanie innych metod rehabilitacji i usprawniania psychicznego.

Na terenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie prowadzona jest fizjoterapia jako jedna z form postępowania leczniczego. W związku z tym, iż w rehabilitacji medycznej duży nacisk kładzie się na postępowanie usprawniające oraz kompensacyjne.

Wszystkie zabiegi, z wyjątkiem kinezyterapii, wymagają zalecenia od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Placówka dysponuje w pełni wyposażonymi gabinetami do prowadzenia zajęć z zakresu fizjoterapii.

Gabinet do kinezyterapii wyposażony jest w następujące przyrządy:

- UGUL – uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego;
- rowery treningowe;
- drabinki;
- tablice do terapii manualnej dłoni;
- materace.

W zajęciach tych chętnie uczestniczy większość mieszkanek. Podopieczne same przychodzą do gabinetu i pod nadzorem fizjoterapeutki korzystają z wyżej wymienionych przyrządów. Gabinet do hydroterapii jest wyposażony w następujące przyrządy:

- wanna do kąpieli perełkowej;
- wirówka kończyn dolnych;
- wirówka kończyn górnych;
- Aqvoribron – urządzenie do masażu mechanicznego i wibracyjnego;
- urządzenia do inhalacji.

Gabinet do fizykoterapii zaopatrzony jest w następujące urządzenia, dzięki którym można wykonać następujące zabiegi:

- magnetotronic - magnetoterpia;
- laserotronic - laseroterapi;
- pulsatronic – galwanizacja i jonoforeza;
- kriosan – krioterapia;
- sonicator – leczenie ultradźwiękami.

W gabinecie do hydroterapii odbywają się masaże suche, ponieważ tam znajduje się dodatkowe łóżko do masażu.

Poza uczestnictwem w powyższych formach fizykoterapii wykorzystywane są następujące formy usprawniania:

Ćwiczenia grupowe, a w nich gimnastyka oddechowa.

Ćwiczenia indywidualne i ćwiczenia przyłózkowe:

- bierne,
- w odciążeniu,
- czynno – bierne,
- czynne,
- pioniozacja,
- nauka chodzenia z przyrządami ortopedycznymi,
- gimnastyka korekcyjna,
- spacer , aktywizacja,
- gry i zabawy na świeżym powietrzu przy użyciu pomocy tj: chusty Klanzy, kosza, kręgli, bramki.
- spacer i wycieczki (niniejsza forma została wzbogacona o trening Nordic Walking, który działa na ustrój ogólnorozwojowo, poprawiając wydolność układu sercowo – naczyniowego, płucnego i funkcjonowanie narządu ruchu),
- ćwiczenia relaksacyjne, w tym trening Jacobsona oraz Schultza⁴³.

Mieszkańki Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie stale są otoczone opieką i rehabilitacją. Dom zapewnia wszelkie ustawowo przewidziane formy terapii. Jednakże mieszkańki stanowią bardzo zróżnicowaną grupę zarówno pod kątem wieku jak i diagnozy klinicznej. Ponadto jest to grupa ponad stu osób, która zamieszkuje jeden Dom Pomocy Społecznej i dzieli nie tylko przestrzeń życiową, ale niekiedy całe swoje życie.

⁴³ Plan Pracy Fizjoterapeutycznej na 2013 rok.

4. Metodologia badań empirycznych

4.1 Wstępne założenia metodologiczne

W dziedzinie nauki jaką jest pedagogika wykorzystywane są zarówno strategie badawcze ilościowe oraz jakościowe. Począwszy od lat sześćdziesiątych XX wieku coraz większe znaczenie przywiązywano do badań ilościowych i nieuchronnie związanego z nimi pomiaru. (za: Łobocki, 2010, s. 59).

Badania jakościowe łączą w sobie złożoną, wzajemnie powiązaną rodzinę terminów, pojęć i założeń (Denzin, Lincoln, 2009, s. 21). Pojęcie „badania jakościowe” było przez długi czas używane w pewien specyficzny sposób, jako alternatywa dla badań „ilościowych” (Flick, 2010, s.22). Według badaczy Denzina i Lincoln (2009, s. 23) badanie jakościowe „jest usytuowaną aktywnością, która umieszcza obserwatora w świecie. Składa się z zespołów interpretacyjnych, materialnych praktyk, które czynią świat widzialnym. Praktyki te przekształcają świat. (...) Oznacza to, że badacze jakościowi badają rzeczy w ich naturalnym środowisku, próbując nadać sens lub interpretować zjawiska przy użyciu terminów, którymi posługują się badani ludzie.”

Badania jakościowe nie ograniczają się tylko do wytwarzania wiedzy, czy interpretacji dla celów czysto naukowych. Często zamiarem badaczy jest przekształcenie badanego obszaru lub wiedzy użytecznej w praktyce, pozwalającej formułować lub wspierać określone rozwiązania dla konkretnych problemów praktycznych (za: Flick, 2010, s. 28).

Można wyróżnić kilka charakterystycznych cech badania jakościowego:

- badacze jakościowi dążą do uchwycenia doświadczeń, interakcji i dokumentów w ich naturalnym kontekście, chcąc uwzględnić ich specyfikę również na poziomie materialnym;
- badacze stanowią istotną część procesu badawczego – poprzez osobisty udział w badaniu czy też znajomość danego obszaru i refleksyjność w poruszaniu się po nim – co łączy ich z badanymi, którzy również należą do tego obszaru;

- w badaniach jakościowych dużą wagę przykładają się do kontekstu i konkretnych przypadków jako czynników tłumaczących badane zagadnienie, dlatego wiele takich badań to studia przypadku lub ich kompilacje, często konkretne przypadki;
- wiele badań jakościowych opiera się na pisaniu tekstów od notatek i transkrypcji z terenu poprzez opisy i interpretacje (Flick, 2010, s. 14).

Określenie jakościowe implikuje koncentrację na cechach obiektów oraz na procesach i znaczeniach, które nie są weryfikowane eksperymentalnie lub kwantyfikowanie, w kategoriach ilości, wielkości, intensywności lub częstości. Badania jakościowe kładą nacisk na społecznie konstruowaną naturę rzeczywistości, na bliskie stosunki między badaczem a przedmiotem badań, na sytuacje ograniczenia wynikające z badania. Poszukują odpowiedzi na pytania o to, *jak* jest tworzone społeczne doświadczenie i nadawanie mu znaczenia. Badania ilościowe natomiast kładą nacisk na pomiar, analizę związków przyczynowo-skutkowych między zmiennymi, a nie na procesy (Denzin, Lincoln, 2009, s. 33). Najczęściej w przeprowadzaniu badań ilościowych wykorzystywany jest pomiar, polegający na przekładaniu badanych zjawisk lub ich cech na język liczb umożliwiając liczenie i mierzenie, tzn. określanie liczebności i wielkości tego, co jest przedmiotem badań (Guliford, 1960, s. 22). Najbardziej interesującym dla badacza jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie *ile* osób badanych, respondentów potwierdza fakty, opinie występujące w danej zbiorowości. Becker twierdzi, iż badanie jakościowe różni się od badania ilościowego w pięciu ważnych kwestiach (1996, s. 53-71)(tabela 14)

Tabela 14 Różnice między podejściem badaczy jakościowych i ilościowych.

Punkty różnicujące badaczy jakościowych i ilościowych	Styl badawczy	
	Badacze jakościowi	Badacze ilościowi
Korzystanie z założeń pozytywizmu i postpozytywizmu	Postpozytywiści twierdzą, iż ta rzeczywistość nie może być w pełni pojęta.	Pozytywistyczna wersja zakłada istnienie zewnętrznej rzeczywistości, którą można badać, opanować i zrozumieć.
Akceptacja postmodernistycznej wrażliwości	Nowe pokolenie badaczy jakościowych związane z poststrukturalistyczną i/lub postmodernistyczną wrażliwością odrzuciło ilościowe, pozytywistyczne metody i założenia.	W odpowiedzi pozytywiści i postpozytywiści twierdzą, że to co robią jest dobrą nauką, wolną od uprzedzeń i subiektywizmu. Uznają oni postmodernizm i poststrukturalizm za atak na prawdę i rozum.
Uwzględnienie indywidualnego punktu widzenia	Badacze jakościowi twierdzą, że przez szczegółowy wywiad i obserwację mogą być bliżsi perspektywie działającego.	Z kolei wielu badaczy ilościowych ocenia materiały zgromadzone za pomocą metod interpretacyjnych jako niewiarygodne, impresjonistyczne i nieobiektywne.
Badanie ograniczeń życia codziennego	Badacze jakościowi częściej stają wobec codziennego świata społecznego i ich ograniczeń. Postrzegają oni ten świat w działaniu i tam osadzają swoje wyniki.	Badacze ilościowi abstrahują od tego świata i rzadko badają go bezpośrednio. Poszukują wiedzy nomotetycznej, wiedzy typu etic, opartej na prawdopodobieństwie pochodzącym z badania wielkiej liczby losowo dobranych przypadków.
Zapewnianie bogatych opisów	Badacze jakościowi wierzą w wartość bogatych opisów świata społecznego.	Badacze ilościowi są mniej zainteresowani takimi szczegółami.

Opracowanie własne na podstawie Denzin, Lincoln, 2009, s. 34-37.

Podsumowując różnice między tymi dwoma podejściami badawczymi, można posłużyć się słowami Flicka (2002, s.3), który twierdzi, iż podejście ilościowe często bywa wykorzystywane w celu oddzielenia „przyczyn i skutków (...) operacjonalizacji teoretycznych relacji (..) i kwantyfikowalnych zjawisk (...) pozwalających na generalizację wyników. Gwałtowne zmiany społeczne i będąca ich skutkiem dywersyfikacja światów życia stawiają ciągle badaczy społecznych wobec nowych kontekstów i perspektyw (...) tradycyjne dedukcyjne metodologie (...) zawodzą, tak więc badanie wymaga nieustannego wykorzystywania indukcyjnych zmian wychodzenia od teorii do ich testowania. Wiedza i praktyka są obiektem badania jako *lokalna* wiedza i praktyka”.

Badania jakościowe, umożliwiają niekiedy w szerszym zakresie (niż badania ilościowe) dotarcie do złożoności i osobliwości wielu interesujących badacza zjawisk w warunkach naturalnych. Wielu badaczy uważa, iż „wszelki pomiar w badaniach pedagogicznych (...) zniekształca i zubaża badane zjawisko” (Łobocki, 2005, s.19). Z drugiej strony badacze jakościowi nie działają na terenie badań jako byty niewidzialne i neutralne, lecz biorą udział w tym, co obserwują (np. przy metodzie obserwacji uczestniczącej), lub skłaniają innych do refleksji nad własną biografią (w przypadku wywiadów biograficznych), co może doprowadzić ich do całkiem nowego oglądu własnej sytuacji oraz otaczającego ich świata (Flick, 2010, s. 30).

Badania jakościowe są niekiedy niedoceniane, w wielu dziedzinach, takich jak np. badania ewaluacyjne, praktyka badawcza cechuje mniej lub bardziej pragmatyczny eklektyzm w wykorzystywaniu metod jakościowych i ilościowych, w zależności od tego, które z nich mogą udzielić odpowiedzi na pytania badawcze. Łączenie to jest możliwe na kilku poziomach:

- epistemologii i metodologii (w tym również epistemologicznych i metodologicznych rozbieżności pomiędzy obydwoma podejściami);
- projektowania badań, które łączą lub integrują dane lub/i metody ilościowe i jakościowe;
- metod badawczych, które są jednocześnie ilościowe i jakościowe;
- wyników badań jakościowych i ilościowych;
- formułowania uogólnień;
- szacowania jakości badań przez przykładanie kryteriów badań jakościowych do badań ilościowych lub na odwrót (za: Flick, 2010, s. 31).

W literaturze można odnaleźć kilka sugestii dotyczących sposobów łączenia badań jakościowych i ilościowych. Martin Hammersley (1996, s. 167-168) wyróżnia trzy takie sposoby:

1. *Triangulacja*⁴⁴ obydwu podejść, kładąca nacisk na wzajemną kontrolę wyników, a w mniejszym stopniu – na wzajemne poszerzenie potencjałów poznawczych.

⁴⁴ Pojęcie triangulacja zostało użyte w tekście zgodnie ze znaczeniem jakie nadają mu socjologowie.

2. *Facylitacja* podkreśla wspierającą rolę drugiego podejścia – każde z nich dostarcza hipotez i inspiracji, które mogą być wykorzystane po drugiej stronie.
3. Obydwa podejścia mogą być łączone jako uzupełniające się nawzajem strategie badawcze.

Alan Bryman (1992, s. 59-61) wyróżnił jedenaście sposobów integrowania badań ilościowych i jakościowych:

1. Logika triangulacji polega według niego na sprawdzaniu jakości wyników np. wyników jakościowych poprzez zestawienie ich z wynikami ilościowymi.
2. Badania jakościowe mogą wspierać badania ilościowe.
3. Badania ilościowe mogą wspierać badania jakościowe.
4. Obydwa odejścia łączy się po to, by uzyskać szerszy obraz badanego zagadnienia.
5. Cechy strukturalne danego zjawiska są analizowane przy użyciu metod ilościowych, natomiast jego aspekty procesualne – przy użyciu metod jakościowych.
6. Perspektywa badaczy stanowi podstawę dla podejścia ilościowego, podczas gdy badania jakościowe podkreślają punkt widzenia badanych.
7. Problem reprezentatywności badań jakościowych można rozwiązać, uzupełniając je o wyniki ilościowe.
8. Wyniki ilościowe mogą ułatwić interpretację związków pomiędzy zmiennymi w zbiorach danych ilościowych.
9. Za pomocą łączenia badań jakościowych i ilościowych można naświetlić związki pomiędzy poziomem mikro i makro badanego zagadnienia.
10. Badania jakościowe i ilościowe mogą być odpowiednie na różnych etapach procesu badawczego.
11. Możliwe są formy hybrydowe, np. wykorzystanie badań jakościowych w warunkach *quasi* – eksperymentalnych.

Mieszane metodologie dążą do wypracowania praktycznych połączeń między badaniami jakościowymi i ilościowymi. To podejście określane jest jako „metodologiczna trzecia droga”(Tashakkori, Teddlie, 2003, s.12-34). Jednym z badaczy, który postuluje w kwestii łączenia badań jakościowych i ilościowych w badaniach pedagogicznych jest Łobocki. Jako przykład podaje analizę ilościową i opis, gdzie wyniki bez odpowiedniego podejścia jakościowego są mało trafne i mało rzetelne. Według autora konieczność taka

zachodzi szczególnie w eksperymencie pedagogicznym, ponieważ zastosowane zmienne niezależne, tj. wprowadzone formy oddziaływań wychowawczych, „domagają się wręcz dokładnego opisu i analizy jakościowej” (Łobocki 2010, s. 96). Koncepcja integracji podejść jakościowych i ilościowych dąży do uzyskania zintegrowanego projektu badań oraz w szczególności zintegrowanych wyników jakościowych i ilościowych (Kelle, Erzberger, 2004, s.172-177).

Analizując wszystkie strategie prowadzenia badań w pracy zostały przyjęte następujące założenia metodologiczne:

I „Czym innym jest rozumieć świat, a czym innym rozumieć jak widzą go inni, dlatego w naukach humanistycznych inny jest przedmiot poznania niż w naukach przyrodniczych” (Bauman, 2001, s.275, Borkowska-Beszta, 2002). W dziedzinie edukacji, również w pedagogice specjalnej, badacze coraz częściej stosują strategie jakościowe prowadzące do odkrywania sensu oraz znaczenia (Żuraw, 1999; Urbaniak-Zajac, Piekarski, 2001; Dykcik, 2002). Bardziej współczesne wersje triangulacji mają na celu połączenie mocnych stron projektów jakościowych i ilościowych, metod obu typów oraz uzyskanych za ich pomocą wyników, co zdaniem wielu badaczy można osiągnąć, jeśli będzie brać pod uwagę różnorodne podejścia teoretyczne (Flick, 2006, rozdz. 2).

II Naczelną cechą badacza powinna być – **bezstronność i odpowiedzialność**. Badacz powinien w sposób obiektywny oceniać sytuację badawczą, tak aby uniknąć manipulacji danymi. Tym samym ponosi odpowiedzialność za konsekwencje wynikające z prowadzenia badań i ogłaszania wyników (Konarzewski, 2000, s. 8). Zasada odpowiedzialności przyczyniła się do opracowania rozlicznych metod jakościowych oraz rozbudowanego dyskursu metodologicznego, kierowanego potrzebą dostosowania badań jakościowych do cech badanego przypadku (za: Flick, 2009, s.27).

III Ważna jest poznawcza **wrażliwość, otwartość i gotowość przyjęcia** tego co nowe i odmienne. Z uwagi na charakterystykę badań jakościowych badacz skupia się zarówno na szczegółach jak i na ogóle rozumianych zdarzeń. Jest tym samym zmuszony do poznania środowiska osób badanych, poprzez uczestnictwo w tym, co obserwują. Należy przy tym zachować ostrożność, aby nie zatracić obiektywnego oglądu własnej sytuacji i otaczającego środowiska (Denzin, Lincoln, 2009, s. 540, Flick, 2010, s. 30). Badacz ma możliwość dokonania rzetelnej analizy sytuacji w jakiej znajdują się osoby badane, z uwagi na to, iż są one w swoim naturalnym środowisku. Osoba badacza tymczasowo rezygnuje z języka

naukowego na rzecz głębokiej i pozytywnej relacji interpersonalnej (Cieszkowski, 2000). Badacz powinien być empatyczny, świadomy własnych nastawień i ograniczeń oraz moralnej odpowiedzialności za podejmowane działania (Konarzewski, 2000, s.10; Sowa, Rorat, 2001). Osoby badane wypowiadają się wtedy w sposób spontaniczny, sobie właściwy, co jest istotne dla zrozumienia autentyczne nadawanych przez nich znaczeń (Cieszkowski, 2000, s.23-46). Dzięki temu badacz poznaje kontekst życiowy osób badanych (Łobocki, 2005; Wojnarska i Kwaśniewska, 2005).

IV Zgodnie z przyjętą perspektywą fenomenologiczną **poznanie** jest przedmiotem zainteresowania badacza. Jest ono traktowane jako „jednostkowe uczestnictwo w świecie równocześnie jako perspektywa umożliwiająca jego poznanie oraz interpretację” (Bauman, 2001, s. 277).

Metoda fenomenologiczna jest bardzo szerokim pojęciem, która narodziła się na gruncie filozofii. Poniżej dokonano przybliżenia perspektywy fenomenologicznej i jej roli w badaniach jakościowych.

„Metodę fenomenologiczną zalicza się do mikrometod, czyli do wielorako złożonych, które zapowiadają zarówno sposób budowania teorii w ramach fenomenologii, jak sposób wyodrębniania jakiejś fazy analizy. Mówiąc o metodzie fenomenologii rozumie się ją jako dobór i układ czynności poznawczych, a także sposób językowego przekazania wyników badań fenomenologicznych”(Urbaniak, Piekarski 2003, s.39).

Pojęcie fenomenologia było szeroko stosowane w latach 60 i 70 ubiegłego wieku, a „podejście fenomenologiczne” zestawiano z czymś co nazywano pozytywistyczną metodą naukową. Ruch fenomenologiczny nie jest, ściśle biorąc, szkołą filozoficzną, która wyznawałaby jakąś zwartą doktrynę, lecz obejmuje filozofów, którzy chcieli przede wszystkim położyć nacisk na opis pełnego doświadczenia człowieka - tego, co się nam prezentuje w naszym świadomym życiu, ale ze szczególnym uwzględnieniem sposobu doświadczania, a więc samego przeżywania (Benton, Craib, 2002, s. 98; Póltawski, 2006, s. 96-102). Na początku dwudziestego wieku to właśnie fenomenologowie wystąpili w obronie źródłowego charakteru doświadczenia, pojętego jako bezpośredni kontakt z różnymi typami przedmiotów. Dla fenomenologa przedmiotem doświadczenia jest wszystko to, co jest bezpośrednio, cieleśnie (niem. *leibhaft*) dane. Istnieje zatem nie tylko doświadczenie zmysłowe, lecz również doświadczenie estetyczne, moralne czy religijne (Marecki 2006, s. 81-95). Wyrażano to hasłem "z powrotem do rzeczy". Tak

rozumianą metodę filozoficzną przyjęło następnie wielu myślicieli nie zaliczanych do ścisłego ruchu - np. egzystencjaliści czy filozofowie dialogu; można nawet powiedzieć, że każdy filozof godny tego miana był fenomenologiem w tym sensie, że starał się opisywać rzeczywistość, w której żyjemy i wychodził jakoś od jej doświadczenia; choć wielu, zwłaszcza wcześniejszych myślicieli, nie zwracało takiej uwagi na samo przeżywanie, na to, co fenomenologowie nazywają doświadczeniem bezpośrednim (Półtawski 2006, s.96-102). W samym ruchu fenomenologicznym tak ramowo określona metoda przybiera jeszcze rozmaite formy.

Inicjatorem ruchu fenomenologicznego był Edmund Husserl. Wychodzi on od analizy spostrzegania według schematu "treść naoczna (zasadniczo wrażeniowa, np. pewien układ plam barwnych) - jej ujęcie jako pewien przedmiot". Określenie przedmiotu spostrzeganego - jego sens - pochodzić ma z dokonującego się w spostrzeżeniu ujęcia materiałów zmysłowych, wrażeń, które same w sobie pozbawione być mają wszelkiego sensu, a zarazem jakoś "motywować", uprawomocnić ujęcie (Półtawski 2006, s. 96-102).

Benton i Craib (2002, s. 99) w następujący sposób definiują podejście fenomenologiczne: „(...) jest to sposób świadomości ze światem zewnętrznym, próba opisanego sposobu w jaki świadomość opracowuje nasze spostrzeżenia zmysłowe i przekształca je w poznawalne przedmioty. Spostrzeżenia zmysłowe wybiegają dla fenomenologa poza to, co można zobaczyć i zmierzyć, co często jest jedynym liczącym się dla pozytywisty i empirysty elementem.” Badanie fenomenologiczne jest zabiegiem, który w pewien sposób odrzuca to, co już jest wiadome o danym problemie, zjawisku, bądź procesie i zmusza do opisanego jak ta wiedza została pozyskana poprzez prześledzenie procesu dzięki któremu nadać można wszelkie sensy. „Oznacza to zawieszenie naszych codziennych, zdroworozsądkowych przekonań oraz próbę opisanego w jaki sposób ją nabywamy”(Benton, Craib 2002, s.100).

Zadaniem fenomenologii jest językowy opis tego, co jest istotą zjawiska. Celem opisu fenomenologicznego jest nie tylko opisanego wyników badań, ale także ich przekazanie innym, aby osoby zapoznające się z opisem mogły zrozumieć istotę opisywanego przedmiotu. Opis ma nie tylko komunikować te wyniki, ile przede wszystkim naprowadzić czytelnika na takie same widzenie, jakie ma opisyjący fenomenolog (Urbaniak, Piekarski 2003, s.40). Stworzenie takiego opisu jest niejednokrotnie bardzo utrudnione. Dlatego bardzo istotnym pojęciem w badaniach fenomenologicznych jest intersubiektywność, którą można wyjaśnić jako „nie tylko wspólne rozpoznanie wytworu, ile współdoświadczenie czynności (Ibidem, s.

47). Żeby jednak intersubiektywność była możliwa osoby zapoznające się z opisem powinny odczytać i spróbować podjąć intencje znaczeniowe słów, oraz bezpośredniej obserwacji opisywanego przedmiotu. Z tym wiąże się problematyka języka w badaniach fenomenologicznych. Otóż przystępując do badań fenomenologicznych badacz posługuje się językiem codziennym, potocznym. Tym też językiem określa przedmiot badania jak i uzasadnia taki wybór. Ważne, aby podczas badania umiejętnie dokonać zmiany funkcji języka potocznego poprzez rozróżnienie słowa, które do tej pory przyjmowało formułę jednoznaczną, co nazywane jest opisem kontrastującym. Urbaniak i Piekarski określają to w sposób następujący: „Treść pojęcia można niezmiennie zachować jak gdyby gromadzić i aktualizować wtedy, gdy przestajemy naocznie oglądać przedmiot. Pojęcie jest wtedy łącznikiem między dwoma czasowo różnymi doświadczeniami w trakcie badania”(2011, s.48).

Sposób prowadzenia badań w doktrynie fenomenologicznej preferuje czysty opis, gdyż opiera się na doznaniach naocznych oraz intuicji badacza. Perspektywa fenomenologiczna jest sposobem odkrywania i poznawania, pozwala na docieranie do różnych doświadczeń pomijając dotychczasowe teorie i wprowadzając zupełnie nowe możliwości spostrzegania. Brak założeń pozwala na dosyć wszechstronne zastosowanie. Możliwość stosowania metody fenomenologicznej wymaga od badacza przyjęcia odpowiedniej postawy, bo tylko wtedy przyniesie ona pożądany efekt. Fenomenologię można zastosować wszędzie tam, gdzie człowiek próbuje dojść do prawdy o otaczającym go środowisku, szukając najlepszej możliwości opisu i rozumienia świata.

Zgodnie z doktryną fenomenologiczną wiedza i poznanie mają charakter subiektywny (Denzin, Lincoln,1994; Konarzewski, 2000). Jednostka nadaje znaczenie przeżyciom i zjawiskom, to-zaś podlega wielu modyfikacjom i działaniom. Doświadczenia i znaczenia powinny być badane takimi jakimi są, czyli w ich naturalnym kontekście, a eksplorator powinien powstrzymać się na czas badań od hipotez i sądów (Dykcik, 2002, Silverman, 2007).

V Następnym etapem poznania powinno być **rozumienie**. Każde doświadczenie może uzyskać znaczenie w odpowiednim kontekście, interpretacji, która jest nie tylko jednostkowym elementem, ale również jako fragment życia, na tle którego uzyskuje ono znaczenie. Wiedzę o człowieku jako jednostce można uzyskać analizując *tekst* szeroko rozumiany tzn. ujęty w formie językowej doświadczenia jednostki (Wojnarska i

Kwaśniewska, 2005;). W niniejszej dysertacji proces rozumienia (oceny poznawczej i nadawania znaczenia) przebiega na trzech płaszczyznach

Wybór procedury jakościowej w badaniach dla celów niniejszej dysertacji podyktowany jest następującymi argumentami:

- Aby poznać złożoność sytuacji osoby psychicznie chorej należy posługiwać się innymi metodami, ponieważ same narzędzia standaryzowane są niewystarczające. Procedura ta stwarza się możliwość do opracowania ewentualnych strategii wsparcia (por. Łobocki, 1999).

- Przez wzgląd na specyfikę zaburzeń psychicznych i zdeterminowane przezeń możliwości komunikacyjnych oraz rozumienia, a także sam przedmiot zainteresowania badacza, konieczne wydaje się zastosowanie przyjaznych metod oraz miękkich narzędzi badawczych, sprzyjających nawiązywaniu bezpośredniego kontaktu, badacza z rozmówcami, która jest poznawczo konstruktywna dla obu stron (por. Borowska-Beszta, 2002; Wojnarska, 2003; Żuraw, 2003).

4.2 Cele i przedmiot badań

Przedmiotem analizy podejmowanej dysertacji jest jakość życia osób przewlekle psychicznie chorych zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej. Badaniom wytyczono następujące cele:

a) teoretyczno-poznawcze:

- poznanie i opis jakości życia kobiet przewlekle psychicznie chorych zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej,
- poznanie, charakterystyka i ocena jakości życia kobiet przewlekle chorych psychicznie zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej przez osoby z najbliższego otoczenia, czyli pracowników pierwszego kontaktu oraz opiekunów prawnych.

b) praktyczno – społeczny: sformułowanie postulatów dla praktyki pedagogicznej. Poznanie tego typu obszarów będzie stanowiło podstawę do sformułowania programów, mających na celu działania poprawiające jakość życia osób przewlekle psychicznie chorych, w szczególności przebywających w placówkach opieki instytucjonalnej typu dom pomocy społecznej.

4.3 Problemy badawcze – pytania badawcze i ramy pojęciowe

Procedury jakościowe mają zazwyczaj charakter indukcyjny, gdzie na podstawie zebranych informacji wnioskuje się wiedzę o zjawiskach, co może przyczynić się do stworzenia nowej teorii opisującej wybrany fragment rzeczywistości (Konarzewski, 2000). Proces badań jakościowych polega na analizie doświadczeń jednostek, czy też grup, co jest związane z zapoznaniem się z biografiami, prywatną czy zawodową praktyką życiową, zgłębieniem dokumentacji, obserwacji aktów komunikacji czy też interakcji pomiędzy osobami badanymi (Flick, 2010). Istotnym elementem badań jakościowych jest to, iż badacz nawiązuje relację z osobami badanymi. Pomimo postulatu przyjęcia przez badacza *naiwnego*⁴⁵ obserwatora, metodolodzy podkreślają wartość jego merytorycznego przygotowania w zakresie wiedzy o zasadach badań jakościowych, znajomości osób badanych, uświadomienia sobie własnej roli, zadań oraz uprzedzeń związanych z przedmiotem badań (Denzin, Lincoln, 1994). Brak tego rodzaju kompetencji może prowadzić do *ślepoty badawczej* – „(...) nie jesteśmy w stanie dostrzec tego, o czym nie wiemy, że może istnieć” (Bauman, 2001, s. 292) i tym samym poczynić szkodę osobom, które są poddawane badaniu (Borowska – Beszta, 2002).

Problemy naukowo – badawcze „zmierzają do odkryć powszechnie nieznanych zjawisk, do odkryć zjawisk dotąd nieznanych także uczonym”. Problemy subiektywnie badawcze to zadania, które są nowe tylko dla osób pytających (Cackowski, 1964, s. 105). Pierwsze dotyczą pytań, na które nie było dotąd odpowiedzi w nauce lub dana przez nią odpowiedź jest niedostatecznie zadowalająca i wymaga weryfikacji. Drugie zaś stanowią pewną nowość tylko dla samego badacza (Łobocki, 2005). Problemy badawcze stanowią relacje skomplikowane, złożone oraz - osadzone w określonym kontekście. Badacze jakościowi poszukują innego punktu widzenia niż badacze posługujący się standardowymi technikami, są bardziej zorientowani na łączenie codziennych praktyk w naturalnym otoczeniu z abstrakcyjnym sposobem myślenia i podejściem charakterystycznym dla dyscyplin akademickich (Denzin, Lincoln, 2009, s. 631; por. Becker, 1992). Malinowski

⁴⁵ Popper przeprowadził krytykę indukcjonizmu. Punktem odniesienia tej krytyki nie jest w tym przypadku niezawodność rozumowania indukcyjnego, czy samo rozumowanie indukcyjne, lecz problemu obserwacji. Indukcjonizm (naiwny) przyjmuje dwa podstawowe założenia dotyczące obserwacji: nauka wychodzi od obserwacji i obserwacja dostarcza bezpiecznej podstawy, z której można wyprowadzić wiedzę. Indukcjonisci sądzą, że obserwacja dokonana poprzez organ wzroku jest obiektywna, tzn. dwóch obserwatorów spoglądających na ten sam przedmiot w tym samym miejscu widzą tę samą rzecz. Co więcej poprzez organy wzroku każdy otrzymuje bardziej lub mniej bezpośredni dostęp do świata zewnętrznego. Popper uważa, że dwaj obserwatorzy patrzący na ten sam przedmiot niekoniecznie muszą widzieć to samo, a obraz jaki widzą nie jest spowodowany tylko fizycznym obrazem powstającym na ich siatkówkach. Popper twierdzi, że to co widzi obserwator w znacznej mierze zależy od jego subiektywnej wiedzy i jego subiektywnego doświadczenia i oczekiwań. Obserwator nierzadko musi posiadać pewną wiedzę lub też posiadać już pewne doświadczenie, żeby zobaczyć pewne rzeczy, żeby dokonać obserwacji (Popper, 1999, s. 95-129).

zauważył, że do badania należy podchodzić z wiedzą, o tym czego trzeba szukać: „gdy ktoś wyrusza na ekspedycję z zamiarem udowodnienia pewnych hipotez, a nie zdoła swych poglądów stale modyfikować i odrzucać bez większych oporów pod presją faktów (...) jego praca będzie bezwartościowa. (...) Z góry powzięte idee są zgubne w każdej pracy naukowej, ale umiejętność widzenia problemów, wyobraźnia naukowa, stanowi podstawowe wyposażenie badacza (...), a rola studiów teoretycznych polega właśnie na tym, że naprowadzają obserwatora na te problemy”(2005, s. 19).

Problematyka badawcza określająca jakość życia osób przewlekle psychicznie chorych uwzględnia dotychczasowe badania, które wskazują, że najbardziej poznana jest ona w perspektywie różnic bądź podobieństw w tym zakresie z osobami właściwie funkcjonującymi (Hensel, Rose, Kroese i wsp., 2002, Palak, Pomarańska, 2006; Sadowska, 2006, Zawiślak, 2011, i inni). Wyniki badań nie są jednoznaczne. Sugerują między innymi, iż jakość życia zależy od miejsca zamieszkania. Zdecydowanie korzystniejszym jest środowisko otwarte niż placówka segregacyjna (Gregory, Robertson, Kessissoglou i wsp., 2001; Nelly-Barnes, Maracenko, Weber, 2008). W badaniach ukazano również różnice dotyczące jakości życia w zależności do wieku. Otóż wraz z osiągnięciem wieku dojrzałego jakość życia zdecydowanie wzrasta, a w okresie starszym następuje jej ponowny spadek (Piotrowicz, 2004). Udowodniono również, że płeć nie modyfikuje odczuwalnej jakości życia (Otrębski, 2001; Piotrowicz, 2004; Modrzewski, 1995, 2004; Smoleń, Sękowski, 2008). W świetle analizy literatury przedmiotu uznano, iż zasadnym jest zaprojektowanie badania, które będą oceniać i wyjaśniać jakość życia osób dorosłych przewlekle psychicznie chorych, które zamieszkują w domu pomocy społecznej.

Dla potrzeb niniejszej dysertacji sformułowano następujące problemy badawcze. Każdy z wymienionych problemów został odpowiednio uszczegółowiony.

W oparciu o przedstawione w poprzednich rozdziałach założenia teoretyczne oraz o określony wcześniej cel pracy sformułowano następujący problem główny:

Jaka jest jakość życia dorosłych kobiet przewlekle psychicznie chorych w ich subiektywnej ocenie oraz jakie czynniki wewnętrzne (intrapsychiczne) i zewnętrzne pozostają w istotnym związku z oceną poziomu jakości ich życia i jakości funkcjonowania w Domu Pomocy Społecznej?

1. Jaki jest poziom obiektywnej jakości życia badanych w aspekcie globalnym oraz na wymiarach szczegółowych?
2. W jakim zakresie obiektywna ocena jakości życia badanych różni się od oceny pracownika pierwszego kontaktu i opiekuna prawnego osoby przewlekle psychicznie chorej zamieszkałej w Domu Pomocy Społecznej?
3. Jaka jest poziom subiektywnej jakości życia badanych w aspekcie globalnym oraz na wymiarach szczegółowych?
4. Jak kategorie wiekowe osób badanych różnicują wyniki na poszczególnych wymiarach obiektywnej i subiektywnej jakości życia?
5. Na jakich wymiarach obiektywnej i subiektywnej jakości życia badani uzyskują wyniki najwyższe i najniższe?
6. Jaka jest struktura subiektywnej oceny jakości życia badanych, to znaczy czy istnieją różnice w ocenie ważności poszczególnych aspektów jakości życia i satysfakcji z poszczególnych aspektów jakości życia?

Sformułowane powyżej problemy badawcze są wskazówkami co do stwierdzeń teoretycznych uzyskanych w wyniku planowanego badania. Pytania badawcze nie mają charakteru weryfikacyjnego, odnoszą się do właściwości i charakteru badanych zmiennych.

Badania mają charakter diagnostyczny. Posługując się również procedurami jakościowymi autorka powstrzymuje się od stawiania wstępnych hipotez. Napotkano trudności w ich formułowaniu ze względu na brak teorii w tym zakresie, czyli niemożność odniesienia się do jakiegokolwiek wcześniejszej wiedzy. Jak już wspomniano nie zgromadzono jeszcze wystarczającej wiedzy na temat oceny jakości życia osób przewlekle chorych psychicznie zamieszkałych w domu pomocy społecznej. Nieliczne doniesienia badawcze nie mogą stanowić jeszcze wystarczającej podstawy do formułowania hipotez badawczych (por.: Modrzewski, 1995; Juros, 1997; Dębska, 2006; Zawislak, 2011). Proces ten nastąpi w efekcie pracy badawczej. W niniejszej dysertacji najważniejsze są perspektywy wewnętrzne (osób

przewlekle psychicznie chorych), jako wskaźnik subiektywnie przeżywanej wartości konkretnych doświadczeń, które są bardzo istotne ze względu na marginalizację i powszechną separację osób psychicznie przewlekle chorych (por. Gorczyca, 2009). Kolejnym elementem podlegającym analizie jest perspektywa zewnętrzna (opiekunowie prawni oraz opiekunowie pierwszego kontaktu) eksplorowanego środowiska (Konarzewski, 2000 s. 30). Podział, który został przedstawiony powyżej jest tylko umowny. Osoby przewlekle psychicznie chorymi zostały przebadane narzędziem Comprehensive Quality of Life Scale-15. Jest to narzędzie uniwersalistyczne, które ma charakter wielosiowy, bada całokształt życia, ale również jego pojedyncze elementy. Może być używane do badania dowolnej grupy w populacji, ale również osób z obniżoną sprawnością intelektualną. Przeprowadzono również wywiady z opiekunami prawnymi oraz opiekunami pierwszego kontaktu osób przebywających w domu pomocy społecznej. Głównym celem jest poszerzenie wiedzy, ukazanie interpretacji oraz stanowisk wobec ważnych problemów będących przedmiotem analizy (Jakob, 2001).

4.4 Zmienne i wskaźniki zmiennych

W przedstawionym badaniu wyodrębniono następujące zmienne niezależne:

1. Zaburzenia psychotyczne, psychozy schizofreniczne – w oparciu o dokumentację psychiatryczną.
2. Ubezłasnowolnienie całkowite lub częściowe – w oparciu o stosowne orzeczenie.
3. Płeć – kobiety.
4. Wiek – osoby dorosłe.
5. Zamieszkiwanie w Domu Pomocy Społecznej.

Zmienną zależną w prowadzonym badaniu była jakość życia kobiet przewlekle psychicznie chorych zamieszkałych w domu pomocy społecznej. Jakość życia analizowano w dwóch aspektach: obiektywnym i subiektywnym. Dodatkowo w celu określenia obiektywnego aspektu jakości życia badanych osób uwzględniono oceny dokonane przez opiekunów prawnych oraz opiekunów pierwszego kontaktu.

Z wielu koncepcji jakości życia wybrano podejście Roberta Cumminsa, który podkreśla wielowymiarowość zjawiska oraz nawiązano do paradygmatu Uri

Bronfenbrennera. Uznano, że jakość życia obejmuje zarówno elementy obiektywne i subiektywne. Pierwsze z nich są efektem związków z kręgami – mikro, - mezo, - egzo i makrosystemem. Oddziałują na obiektywną (zewnętrzną) jakość życia osoby. Natomiast element subiektywny jest uwarunkowany przez satysfakcję jednostki oraz kryterium ważności, które to elementy pośrednio tworzą obraz indywidualnego odbioru własnego życia przez jednostkę (Cummins, 1996, 1997).

Zgodnie z modelem Cumminsa uznano siedem elementów tworzących jakość życia:

- byt materialny,
- zdrowie,
- produktywność,
- zażyłość z bliskimi,
- bezpieczeństwo,
- przynależność społeczną,
- dobrostan emocjonalny.

Zgodnie z modelem Roberta Cumminsa i Aleksandra Hulka, przyjęto, że modelowa jakość życia powinna być taka sama dla wszystkich ludzi, bez względu na to czy dana osoba jest przewlekle chora, niepełnosprawna czy też zdrowa.

Wyróżniono siedem wskaźników określających cztery najważniejsze aspekty życia człowieka:

- warunki życia i aktywność (wskaźniki pierwszy i drugi: byt materialny i produktywność);
- dobrostan fizyczny (wskaźnik trzeci: zdrowie);
- stosunki z ludźmi (wskaźniki czwarty i piąty: zażyłość z bliskimi i przynależność społeczna);
- emocje (wskaźniki szósty i siódmy: bezpieczeństwo i dobrostan emocjonalny).

Wskaźnik 1 Byt materialny

a) aspekt obiektywny

Wskaźnik ten określa status mieszkaniowy oraz materialny badanego. Pomiarom podlegały następujące obszary:

- określenie wielkości posiadanych dóbr materialnych w porównaniu do innych ludzi;
- oszacowanie własnej zamożności.

Wskaźnik 1 Byt materialny

b) aspekt subiektywny

Wskaźnik ten jest określony przez badanie osobistych odczuć badanej osoby odnośnie własnej zasobności. Pomiarom podlegają następujące obszary:

- ważności dla badanego pieniędzy i rzeczy, które są jego własnością;
- satysfakcji, jaką czerpie osoba badana z pieniędzy i rzeczy, które osobiście posiada.

Wskaźnik 2 Zdrowie

a) aspekt obiektywny

Wskaźnik ten określa dobrostan fizyczny jednostki, głównie jego stanu zdrowotnego i konieczności podejmowania działań związanych z leczeniem różnych stanów chorobowych i dodatkowych niepełnosprawności. Pomiarom podlegały poszczególne obszary:

- liczby wizyt u lekarza odbytych w ciągu ostatnich trzech miesięcy;
- posiadania dodatkowych niepełnosprawności, chorób, czy utrudnień zdrowotnych i oszacowania ich ciężkości;
- liczby zażywanych leków niepsychotropowych i psychotropowych dziennie.

Wskaźnik 2 Zdrowie

b) aspekt subiektywny

Wskaźnik ten jest określony przez badanie indywidualnych odczuć osoby badanej odnośnie własnego stanu zdrowia i dobrego lub nie samopoczucia. Pomiarom podlegają następujące obszary:

- ważność zdrowia i dobrego samopoczucia dla badanego
- satysfakcja jaką czerpie osoba badana z własnego zdrowia i dobrego samopoczucia.

Wskaźnik 3 Produktywność

a) aspekt obiektywny

Wskaźnik ten mierzy poziom aktywności codziennej o charakterze regularnym przejawianej w formie uczestnictwa w zajęciach dodatkowych. Wskaźnik ten nie dotyczy czasu wolnego. Pomiarom podlegają następujące obszary:

- średnia ilość godzin spędzanych dziennie na terapii zajęciowej lub innych formach stałej aktywności w ostatnich trzech miesiącach;
- częstotliwość braku jakiegokolwiek aktywności w czasie wolnym;
- średnia liczba godzin spędzana dziennie na oglądaniu telewizji w typowym tygodniu.

Wskaźnik 3 Produktywność

b) aspekt subiektywny

Wskaźnik ten jest określany przez badanie dwóch odczuć własnych badanej osoby odnośnie do systematycznej aktywności codziennej odbywanej w formie pracy, zajęć w placówkach typu dziennego, rehabilitacji lub innych formach. Poniżej przedstawiono badane obszary:

- ważność dla osoby badanej regularnych zajęć codziennych;
- satysfakcja, jaką badany czerpie z codziennych zajęć.

Wskaźnik 4 Zażyłość z bliskimi

a) aspekt obiektywny

Wskaźnik ten określa charakter stosunków badanego z najbliższą rodziną i przyjaciółmi. Analizie podlegają następujące aspekty:

- posiadanie lub nie bliskiego przyjaciela i częstotliwość rozmów z nim;
- częstotliwość interesowania się osobą badaną przez osoby bliskie w przypadku przygnębienia i smutku osoby badanej;

- częstotliwość chęci bliskich osób do wspólnych spotkań i zajęć z osobą badaną.

Wskaźnik 4 Zażyłość z bliskimi

b) aspekt subiektywny

Wskaźnik ten określa indywidualne odczucia badanej osoby odnośnie znaczenia, jakie ma dla niej najbliższa rodzina oraz przyjaciele. Analizie podlegają następujące aspekty:

- ważności dla badanego faktu posiadania rodziny i bliskich przyjaciół;
- satysfakcji, jaką czerpie badany z faktu posiadania rodziny i bliskich przyjaciół.

Wskaźnik 5 Bezpieczeństwo

a) aspekt obiektywny

Wskaźnik ten określa poczucie spokoju osoby badanej wyrażającego się w posiadaniu lub nie zaburzeń snu, bezpośrednich odczuć bezpieczeństwa oraz zagrożenia. Analizie podlegają następujące aspekty:

- częstotliwość dobrego snu w czasie wypoczynku nocnego;
- częstotliwość czucia się bezpiecznie w domu pomocy społecznej;
- częstotliwość odczuwania lęków i niepokojów w ciągu dnia.

Wskaźnik 5 Bezpieczeństwo

a) aspekt subiektywny

Wskaźnik ten określa osobiste odczucia osoby badanej odnośnie znaczenia, jakie dla badanego ma fakt czucia się bezpiecznym i brak obaw w życiu codziennym. Analizie podlegają następujące aspekty:

- ważności dla badanego poczucia bezpieczeństwa, czyli braku obaw przed miejscem zamieszkania oraz osobami, które wraz z nią mieszkają oraz stanowią opiekę
- satysfakcji, którą czerpie osoba badana z faktu czucia się bezpiecznie.

Wskaźnik 6 Przynależność społeczna

a) aspekt obiektywny

Wskaźnik ten określa związki i kontakty z osobami spoza rodziny, głównie ze społecznością lokalną. Analizie podlegają następujące aspekty:

- różnorodność i częstotliwość spędzania czasu poza domem pomocy społecznej w ciągu miesiąca;
- częstotliwość zwracania się osób spoza rodziny o pomoc lub radę do badanego.

Wskaźnik 6 Przynależność społeczna

a) aspekt subiektywny

Wskaźnik ten określa przez badanie odczuć własnych osoby badanej odnośnie kontaktów spoza rodziny, czyli udziału w życiu społecznym. Analizie podlegają następujące aspekty:

- ważność dla badanego z uczestnictwa w życiu społecznym;
- satysfakcję jaką czerpie osoba badana z uczestnictwa w życiu społecznym.

Wskaźnik 7 Dobrostan emocjonalny

a) aspekt obiektywny

Wskaźnik ten określa poziom odczuwania pozytywnych, przyjemnych odczuć przez osobę badaną w wyniku realizacji własnych pragnień, oraz nasilenia emocji negatywnych przy braku takich możliwości. Analizie podlegają następujące aspekty:

- częstotliwość możliwości wykonywania ulubionych czynności, takich jak oglądanie telewizji, wyjścia do miasta, itp.
- częstotliwość braku chęci do wstawania z łóżka i leżenia przez cały dzień;
- częstotliwość posiadania marzeń i życzeń, które nie mogą być zrealizowane.

Wskaźnik 7 Dobrostan emocjonalny

b) aspekt subiektywny

Wskaźnik ten określa indywidualne odczucia osoby badanej odnośnie doznawanych odczuć zadowolenia lub niezadowolenia z własnego życia. Analizie podlegają następujące aspekty:

- ważność dla badanego odczuć doznawania własnego szczęścia i zadowolenia;
- satysfakcję czerpaną przez badanego z doznawanego przez siebie zadowoleni w szczęści

W tabeli 15 zaprezentowano operacjonalizację zmiennej zależnej.

Tabela 15 Operacjonalizacja zmiennej zależnej.

Zmienna niezależna	Zmienna zależna	Wskaźniki zmiennej zależnej	Wskaźniki obiektywne		Wskaźniki subiektywne	
			Nr pytania w części I kwestionariusza		Nr pytania w części II i III kwestionariusza	
<p>Zaburzenia psychotyczne, psychozy schizofreniczne – w oparciu o dokumentację psychiatryczną.</p> <p>Ubezważnowolnienie całkowite lub częściowe – w oparciu o stosowne orzeczenie.</p> <p>Płeć – kobiety.</p> <p>Wiek – osoby dorosłe.</p> <p>Zamieszkiwanie w środowisku zamkniętym – domu pomocy społecznej.</p>	Osiągana jakość życia w aspekcie obiektywnym i subiektywnym	Byt materialny	Posiadanie Sytuacja materialna	1a 1b	Ważność dla badanego Satysfakcja dla badanego	Cz. II pyt. 1 Cz. III pyt. 1
		Zdrowie	Wizyty u lekarza Inne niepełnosprawności/ choroby Zażywanie leków	2a 2b 2c	Ważność dla badanego Satysfakcja dla badanego	Cz. II pyt. 2 Cz. III pyt. 2
		Produktywność	Zajęcia stałe Nudzenie się Oglądanie TV	3a 3b 3c	Ważność dla badanego Satysfakcja dla badanego	Cz. II pyt. 3 Cz. III pyt. 3
		Zażyłość z bliskimi	Przyjaciel – wspólne rozmowy Zainteresowanie innych Współdziałanie z innymi	4a 4b 4c	Ważność dla badanego Satysfakcja dla badanego	Cz. II pyt. 4 Cz. III pyt. 4
		Bezpieczeństwo	Sen Bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania Lęki i niepokoje	5a 5b 5c	Ważność dla badanego Satysfakcja dla badanego	Cz. II pyt. 5 Cz. III pyt. 5
		Przynależność społeczna	Aktywność w czasie wolnym Pomoc innym spoza domu pomocy społecznej	6a 6b	Ważność dla badanego Satysfakcja dla badanego	Cz. II pyt. 6 Cz. III pyt. 6
		Dobrostan emocjonalny	Ulubione zajęcia Odczucie niechęci do życia Marzenia i pragnienia	7a 7b	Ważność dla badanego Satysfakcja dla badanego	Cz. II pyt. 7 Cz. III pyt. 7
				7c		

Źródło: Zawiślak 2011, s. 129.

4.5 Strategia badawcza

Badania jakościowe obejmują szereg różnych strategii badawczych (Flick, 2010, s.31). Strategia badania obejmuje wiązki umiejętności, założeń i praktyk, z których badacz korzysta, przechodząc od paradygmatu do empirycznego świata. Strategie badawcze wiążą się z konkretnymi paradygmatami interpretatywnymi (Denzin, Lincoln, 2009, s. 54).

Na najbardziej ogólnym poziomie można wyróżnić cztery główne interpretatywne paradygmaty strukturyzujące badanie jakościowe:

- pozytywistyczny, postpozytywistyczne,
- konstruktywistyczno-interpretacyjny,
- krytyczny (marksistowski, emancypacyjny, feministyczny, teoria queer),
- feministyczno-poststrukturalny (Denzin, Lincoln, 2009, s. 53).

Tabela 16 Paradygmaty interpretatywne.

Paradygmat/Teoria	Kryteria	Formy teorii	Typy narracji
Pozytywistyczny/ postpozytywistyczne	wewnętrzna i zewnętrzna trafność	logioczno-dedukcyjna, ugruntowana	raport naukowy
Konstruktywistyczny	wiarygodność, możliwość przenoszenia, możliwość potwierdzenia	faktyczno-formalna	interpretatywne studia przypadków, literatura etnograficzna
Feministyczny	afrocentryzm, przeżyte doświadczenia, troska, odpowiedzialność, rasa, klasa, gender, refleksyjność, praktyka, emocje, ugruntowane w konkretności	krytyczna, związana z punktem widzenia	eseje, powieści, pisarstwo eksperymentalne
Etniczny	afrocentryzm, przeżyte doświadczenia, troska, odpowiedzialność, rasa, klasa, gender	związana z punktem widzenia, krytyczna, historyczna	eseje, dramaty, fabuły
Marksistowski	teoria emancypacyjna, dialogiczna, falsyfikowalność, rasa, klasa, gender	krytyczna, historyczna, ekonomiczna	analizy historyczne, ekonomiczne, społeczno-kulturowe
Badania kulturowe	praktyki kulturowe, teksty społeczne, podmiotowość	krytycyzm społeczny	teoria kulturowa jako krytycyzm
Teorie queer	refleksyjność, dekonstrukcja	krytycyzm społeczny, analiza historyczna	teoria jako krytycyzm, autobiografia

Źródło: Denzin, Lincoln, 2009, s. 53.

Strategie badawcze wiążą badacza ze specyficznymi metodami zbierania i analizowania materiałów empirycznych (Ibidem, s. 54).

Podobnie Flick (2010, s.34) przedstawia strategie badawcze, gdzie punktem odniesienia są perspektywy badawcze. Każdej z poszczególnych perspektyw można

przyporządkować określone metody zbierania i analizowania danych. Poniżej zostaną przedstawione perspektywy badawcze w badaniach jakościowych (tabela 17).

Tabela 17. Perspektywy badawcze w badaniach jakościowych.

	Podjęcie oparte na punkcie widzenia badanych	Opisy konstruowania sytuacji społecznych	Hermenetyczne analizy głębokich struktur
Stanowiska teoretyczne	Interakcjonizm symboliczny Fenomenologia	Etnometodologia Konstrukcjonizm	Psychoanaliza Strukturalizm genetyczny
Metody zbierania danych	Wywiady częściowo standaryzowane Wywiady narracyjne	Badania fokusowe Badania etnograficzne Obserwacja uczestnicząca Nagrywanie interakcji Zbieranie dokumentów	Nagrywanie interakcji Zdjęcia Filmy
Metody interpretacji danych	Kodowanie teoretyczne Analiza treści Analiza narracyjna Metody hermeneutyczne	Analiza konwersacyjna Analiza dyskursu Analiza dokumentów	Hermeneutyka obiektywna Hermeneutyka głęboka

Źródło: Flick, 2009, s. 35.

Trzy główne perspektywy różnią się pod względem zakładanych celów badania oraz wykorzystywanych metod. W pierwszej perspektywie dominują wywiady częściowo strukturalizowane lub narracyjne oraz procedury kodowania i analizowania treści, w drugiej dane zbiera się za pomocą badań fokusowych, etnograficznych i obserwacji, a w obrębie trzeciej perspektywy dane pochodzą głównie z nagranych interakcji oraz zebranego materiału wizualnego (Hiltzer, Eberle, 2004, s.67-174).

W niniejszych badaniach przyjęto paradygmat konstruktywistyczny, oraz perspektywę fenomenologiczną. Konstruktywizm przyjmuje relatywistyczną ontologię (zakłada wielość rzeczywistości) i subiektywistyczną epistemologię (poznający i badany współtworzą rozumienie) oraz naturalistyczny (badanie w naturalnym środowisku badanego) zespół metodologicznych procedur. Wyniki są reprezentowane w kategoriach przyjętych przez teorię ugruntowaną lub teorię wzorów (Ryan, Bernard, 2000, s. 769-802; Denzin, Lincoln, 2009). Natomiast fenomenologia polegająca na opisie i oglądzie tego, co bezpośrednio jest dane odbiega od codziennych sposobów orientowania się w rzeczywistości, dąży do poznania ludzkiej rzeczywistości, wprowadzając zupełnie nowe możliwości spostrzegania.

Badania empiryczne zostały również oparte o koncepcję systemowo-ekologiczną Bronfenbrennera. Założono bowiem, że istnieje nierozzerwalny związek między różnymi poziomami środowiska a człowiekiem jako autonomicznym podmiotem działania. Środowisko wraz ze swoimi rozszerzającymi się kręgami bezpośrednio wpływa na to jak

człowiek żyje. Ma to szczególne znaczenie w przypadku choroby przewlekłej. Podobnie jak Bronfenbrenner, który założył, że aby określić człowieka należy odnieść się do środowiska, przyjęto supozycję, że aby poznać jakość życia człowieka należy odwołać się do tegoż środowiska (za: Zawiaślak, 2011, s. 118).

Za podstawę własnych rozważań przyjęto również teorię wspólnych i swoistych zagadnień w rewalidacji różnych grup osób z odchyleniami od normy Aleksandra Hulka, która zanegowała istnienie biologicznego determinizmu, a podkreśliła fakt, że wszyscy ludzie bez względu na istnienie, czy nie, jakiejkolwiek niepełnosprawności, posiadają podobne właściwości i sposoby reagowania na sytuacje życiowe, w tym te niekorzystne (Hulek, 1980).

4.6 Teren badań i dobór próby

Badania zostały przeprowadzone na terenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie⁴⁶. Kryterium doboru osób do badania zasadniczego było występowanie choroby psychicznej (potwierdzone diagnozą psychiatryczną), ubezwłasnowolnienie (potwierdzone odpowiednią dokumentacją) oraz stały pobyt w Domu Pomocy Społecznej.

Dodatkowo uwzględniono oceny dokonane przez pracowników pierwszego kontaktu oraz opiekunów prawnych kobiet przewlekle psychicznie chorych zamieszkałych w domu pomocy społecznej. Pogłębiona znajomość otoczenia społecznego i wgląd w kontekst życiowy osób chorych psychicznie, na który składają się opinie i zachowania osób znaczących konieczna jest, aby uzyskać odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz podnieść wiarygodność uzyskanych danych (Konarzewski, 2000).

⁴⁶ Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie leży na terenie powiatu pleszewskiego, którego siedzibą jest miasto Pleszew. Pleszew jest położony na Wysoczyźnie Kaliskiej nad Nerem w województwie Wielkopolskim. Miejszem badań był Dom Pomocy Społecznej, który jest położony w Fabianowie, miejscowości odległej od Pleszewa około siedmiu kilometrów. Przeznaczony jest dla kobiet przewlekle psychicznie chorych. Dom Pomocy Społecznej prowadzi działalność od 1973 roku w zabytkowym pałacu, pawilonie, oraz nowych budynkach wielofunkcyjnych. Otacza go park z bogatym drzewostanem, ścieżkami spacerowymi oraz altankami. Rozległy zielony teren jest miejscem wypoczynku i rekreacji mieszkanek. Obecnie zamieszkuje w nim 101 kobiet.

4.7 Metody, techniki i narzędzia badawcze

W niniejszej dysertacji zostały zastosowane następujące metody badawcze:

- obserwacja jakościowa uczestnicząca,
- wywiad częściowo ustrukturyzowany,
- analiza dokumentów,
- szacowanie (skala ocen) (Konarzewski, 2000).

Poniżej w tabeli 18 zestawiono zmienne, metody i techniki badawcze, które zostały zastosowane w niniejszych badaniach.

Tabela 18. Zestawienie zmiennych oraz metod i technik zastosowanych w badaniach.

Zmienne	Definicja zmiennych	Metody
Zmienna niezależna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia psychotyczne, psychozy schizofreniczne – w oparciu o diagnozę psychiatryczną 2. Ubezważnowolnienie – w oparciu o stosowne orzeczenie sądowe 3. Płeć – kobiety 4. Wiek – osoby dorosłe (w jakim wieku są badane) 5. Zamieszkiwanie w domu pomocy społecznej 	<ul style="list-style-type: none"> -obserwacja jakościowa uczestnicząca, -wywiad częściowo ustrukturyzowany, -analiza dokumentów,
Zmienna zależna	<p style="text-align: center;">OBIEKTYWNA I SUBIEKTYWNA OCENA JAKOŚCI ŻYCIA</p> <p>Siedem wskaźników jakości życia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - warunki życia i aktywność (wskaźniki pierwszy i drugi: byt materialny i produktywność); - dobrostan fizyczny (wskaźnik trzeci: zdrowie); - stosunki z ludźmi (wskaźniki czwarty i piąty: zażyłość z bliskimi i przynależność społeczna); - emocje (wskaźniki szósty i siódmy: bezpieczeństwo i dobrostan emocjonalny) 	<ul style="list-style-type: none"> -szacowanie (skala ocen) – traktowana jako metoda w znaczeniu węższym

Opracowanie własne na podstawie Łobocki, 2005, s. 27.

Jedną z metod zbierania materiałów było szacowanie (na skali ocen), pozwalające na zmierzenie poziomu jakości życia, badające całokształt życia oraz również jego poszczególne wymiary. Drugą istotną metodą badawczą był wywiad częściowo ustrukturyzowany z opiekunami pierwszego kontaktu oraz z opiekunami prawnymi. Stopień wiarygodności,

rzetelności oraz trafności postawionych hipotez podniosło również zastosowanie kolejnej metody – analizy dokumentów (Kamiński, 1966; Nowak, 1970; Zaczyński, 1995; Konarzewski, 2000; Łobocki, 2000; Denzin, Lincoln, 2009). Zastosowanie tych wszystkich metod i technik ma na celu jak najbardziej obiektywny sposób zbadać dane zjawisko. Poniżej zostały scharakteryzowane wszystkie metody i techniki, które zostały wykorzystane w dysertacji.

I Wywiad częściowo ustrukturyzowany

Wywiad został przeprowadzony z przedstawicielami najbliższego otoczenia społecznego (pracownikami pierwszego kontaktu oraz z opiekunami prawnymi) kobiet przewlekle psychicznie chorych zamieszkujących w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. W strategii jakościowej odniesiono się do klasyfikacji metod i technik według Rubachy (2008). Wykorzystano metodę wywiadu częściowo skoncentrowanego na problemie (Krüger, 2005, s. 163, za: Rubacha, 2008, s. 140). Ten typ wywiadu wykorzystywany jest w rozmowach ze specjalistami, znawcami danego problemu. Głównym celem jest poddanie weryfikacji i pogłębieniu wiedzy na temat analizowanych przypadków oraz konfrontacji perspektyw subiektywnych i obiektywnych. Wywiad częściowo ustrukturyzowany, inaczej zwany wywiadem półstandardowym (ang. *semi – structured*) pozwala wypowiedzieć się badanemu, a badaczowi zebrać dane, potrzebne, by osiągnąć cel badania. Tym, co standaryzuje taki wywiad jest *przewodnik wywiadu* – czyli pytania inicjujące i drażące określą tematykę (Konarzewski, 2000, s.116).

Dyspozycja wywiadu (załącznik nr 1) zawiera osiem zagadnień, które dotyczą: bytu materialnego, jakości usług w domu pomocy społecznej, zdrowia, produktywności, relacji/zażyłości z bliskimi osobami, przynależności społecznej, bezpieczeństwa i dobrostanu emocjonalnego.

Wszystkie wywiady zostały nagrane za zgodą rozmówców a następnie transkrybowane. Wszystkie osoby badane zostały zapewnione o poufności badania.

II Analiza dokumentów

Przez „dokument” w szerokim jego znaczeniu rozumie się „każdy przedmiot będący świadectwem jakiegoś faktu, zjawiska lub myśli ludzkiej” (Nowa Encyklopedia, 1995). Przede wszystkim jest to ślad pozostawiony przez człowieka na materialnym przedmiocie. Może on zostać wykonany w różny sposób, atramentem na karcie, dłutem rzeźbiarza na kamieniu, pędzlem artysty na płótnie, itp. Tak szerokie rozumienie dokumentu przywołuje

Gottschalk (1945). Oznacza to, że analiza dokumentów może obejmować – oprócz wytworów w formie pisemnej – również wytwory niepisane, jak rysunki, prace ręczne, konstrukcyjne, nagrania magnetofonowe, filmu, przeźrocza, przedmioty codziennego użytku (por. Sztumski, 1999, s. 153; Zaręba, 1984, s. 43).

Metodę analizy dokumentów (Pilch, Bauman, 2001) lub inaczej nazywana przez Rubachę (2008) metoda przeszukiwania źródeł wtórnych wykorzystano dla uzupełnienia informacji zdobytych podczas wywiadu.

W tym celu skonstruowano narzędzie: schedulę analizy dokumentacji (załącznik nr 2).

Za jej pomocą uzyskano wiedze na temat:

- daty i miejsca urodzenia respondenta,
- stanu cywilnego osoby badanej,
- rodzaj ubezwłasnowolnienia,
- opiekuna prawnego respondenta,
- posiadania potomstwa przez osoby badane,
- oceny funkcjonowania osoby badanej,
- poprzedniego miejsca zamieszkania,
- długości pobytu w domu pomocy społecznej
- ocena sytuacji osoby badanej przed okresem zamieszkiwania w domu pomocy społecznej,
- wykształcenie respondenta.

W związku z powyższym analiza dokumentów opierała się na analizie opinii psychologicznych, psychiatrycznych, lekarskich, orzeczeń, świadectw, kart informacyjnych o mieszkankach, wywiadów środowiskowych, indywidualnych planów terapeutycznych oraz fotografii i wytworów udostępnionych przez - Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie oraz osoby badane. Analiza ma na celu pomoc w weryfikacji wybranych informacji uzyskanych w wywiadzie, ocenić potencjał i poziom orientacji osób badanych w obrębie istotnych fragmentów dotyczących jakości życia osób badanych.

III Obserwacja uczestnicząca

Poprzez wspólne doświadczanie danych sytuacji i zdarzeń można właściwie poznać i zrozumieć przeżycia drugiego człowieka. Obserwacja uczestnicząca jest techniką określaną w metodologii jawną, bezpośrednią, i niestrukturalizowaną ale celową (Łobocki, 2000). Autor badań znajduje się wraz z badanymi w tym środowisku i w tym sensie „uczestniczy” w nim; stąd nazwa „obserwacja uczestnicząca”. Najwyższy stopień „uczestnictwa” to taki, gdy

badacz jest mieszkańcem w danym środowisku, ewentualnie długoletnim pracownikiem. Najistotniejszym wskazaniem metodologicznym jest, aby badacz zachował dystans oraz umiejętnie dopasował swą obecność do środowiska osób badanych. Obecność obserwatora jest niekiedy czynnikiem, który wpływa na zmianę zachowania osób badanych, co jest zjawiskiem niepożądanym w toku badania (Konarzewski, 2000). Tym samym staje się częścią codziennej rzeczywistości osób badanych, a dzięki temu kontekst życiowy respondentów staje się dla badacza bardziej czytelny.

Obserwacja uczestnicząca zakłada różny stopień aktywności prowadzącego:

1. Obserwator jako pełnoprawny uczestnik. Badacz jest w pełni zaangażowanym uczestnikiem obserwowanej sytuacji, nie odróżnia się od pozostałych uczestników grupy.
2. Uczestnik jako obserwator. Zarówno badacz jak i osoby obserwowane są świadome swojej roli. Taka sytuacja zachodzi jeśli badacz wchodzi do środowiska jako osoba z zewnątrz.
3. Obserwator jako uczestnik. Badacz jest uczestnikiem sytuacji, ale jako obcy, zaznacza swą rolę, jest bardziej obserwatorem niż uczestnikiem, rzadziej wchodzi w interakcję z pozostałymi uczestnikami grupy (Pilch, Bauman, 2001, s. 319).

Wykorzystanie tej techniki w niniejszych badaniach polegało na bezpośrednim uczestnictwie w życiu osób badanych tj. w posiłkach, zajęciach warsztatowych i hobbystycznych, nabożeństwach, imprezach okolicznościowych, spacerach, uroczystościach, podróżach po najbliższym otoczeniu, i innych formach aktywności. Ponadto kontakt oraz rozmowy z przedstawicielami otoczenia społecznego. Określenie obserwacji jako uczestniczącej oznacza, że obserwujący nie dzieli danej rzeczywistości na siebie i świat zewnętrzny, nie ustawia się obok zjawiska, ale świadomie sytuuje się wewnątrz niego, przyjmując za oczywisty fakt, że swą obecnością w jakiś sposób wpływa na sytuację w jakiej się znalazł (Pilch, Bauman, 2001, s. 320).

Podczas obserwacji uczestniczącej przyjmuje się ogólne założenia badanego zjawiska – określa się ogólne ramy obserwacji. Wypełnienie tych ram odbywa się w trakcie badania, gdy badacz wychwytuje z obserwowanego zjawiska pewne elementy, zarówno takie jak i wcześniej uznano za ważne, jak i takie, których wcześniej sobie nie uświadamiał, więc nie mógł ich przewidzieć (Pilch, Bauman, 2001, s. 323).

W związku z powyższymi założeniami skonstruowano schedule obserwacji uczestniczącej (załącznik nr 3).

Celem obserwacji uczestniczącej było przede wszystkim zaobserwowanie sytuacji i relacji społecznych, w których uczestniczą kobiety przewlekle psychicznie chore przebywające w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, kompetencje indywidualne i aktywności, które mogą mieć znaczenie dla ich aktywnego funkcjonowania oraz oceny poziomu jakości życia. Uwzględniony zostanie również efekt obecności badacza oraz miejsce na spostrzeżenia z dokonanej przez niego autoobserwacji (Denzin, Lincoln, 1997; Konarzewski, 2000; Wojnarska, 2005). W obserwacji uczestniczącej występuje bowiem trudność oddzielenia badanej rzeczywistości i obserwatora tego zjawiska, ponieważ rejestracja owej rzeczywistości jest zawsze opatrzona interpretacją badacza i kontekstem doświadczeń życiowych jakie ma w sobie badacz.

IV Szacowanie (skala ocen)

W związku ze specyfiką niniejszych badań wyróżniono technikę badawczą, która jest traktowana jak metoda w węższym znaczeniu (Schallock, 2002, s. 202-223).

Wybrano narzędzie: piątą edycję *Comprehensive Quality of Life Scale 15* (ComQol – 15) Roberta Cumminsa (1997)(Załącznik nr 4). Jest to narzędzie typu *generic*, szeroko rozpowszechnione i używane na świecie. Bada całokształt życia, ale również pojedyncze jego elementy, jak byt materialny, zdrowie czy produktywność. Ma charakter wieloosiowy – mierzy dwie postaci jakości życia: obiektywną i subiektywną. Do pomiaru subiektywnego wykorzystuje iloczyn ważności i satysfakcji. Może być wykorzystywana do badania dowolnej grupy populacji, w dowolnym wieku.

Uzyskano zgodę (załącznik nr 7) na wykorzystanie niniejszego narzędzia, następnie przetłumaczono je na język polski, w taki sposób, aby dopasować je do prowadzonych badań. Tłumaczenia dokonano dosyć wiernie z oryginałem, natomiast przekształcono kilka pytań, m.in. pytanie dotyczące dochodów. W wersji oryginalnej pytanie dotyczyło konkretnych dochodów rocznych danej osoby wyrażone w dolarach australijskich przed opodatkowaniem. Zastosowano pytanie równoważne, gdzie badany ocenia swoją zasobność materialną. Starano się tym samym uwzględnić elementy adaptacji kulturowej podane przez Brzezińskiego (2007, s. 586 – 595). Tłumaczenie można uznać za transkrypcję, wprowadzono w miejsce

trudno przetłumaczalnych sformułowań polskie równoważniki językowe (Drwal, 1995, s. 15-20). Przez wzgląd na miejsce badań pominięto pytanie dotyczące miejsca zamieszkania.

Skala posiada odpowiednią rzetelność wyliczoną w wersji oryginalnej wskaźnikiem α -Cronbach'a oraz testem spójności w czasie (test-retest). Jednocześnie cechą tego narzędzia jest niski związek występujący między obiektywną a subiektywną skalą jakości życia oraz niska korelacja pozytywna zachodząca pomiędzy pomiarami subiektywności życia.

Część pierwsza to skala zwana obiektywną (załącznik nr 4, część 1). Odnosi się ona do siedmiu zakresów życia. Zawiera po trzy pytania do każdego segmentu, od zagadnień związanych z posiadanymi zasobami materialnymi aż po zagadnienia samopoczucia emocjonalnego. Pytania w większości są zamknięte. Z wyjątkiem dwóch zagadnień, gdzie zastosowano pytania półotwarte. W sumie respondent odpowiada na 21 pytań. Każde pytanie jest oceniane w skali od 1 do 5 punktów. Im wyższy wynik tym wyższa jakość życia.

Część druga (załącznik nr 4, część 2) dotyczy subiektywnej skali ważności odnoście siedmiu zakresów jakości życia i jest jednym z dwóch elementów badania subiektywnej jakości życia, czyli z perspektywy osoby badanej. Badany odpowiada na siedem pytań w skali. Część trzecia (załącznik nr 4, część 3) dotyczy również badania subiektywnego, jednak w zakresie satysfakcji. Procedura badań jest identyczna.

Część drugą i trzecią poprzedzono badaniami wstępnymi – testem wstępnym do skali subiektywnej ważności oraz skali ważności według zaleceń autora (załącznik nr 6). W przypadku osób z normą intelektualną niniejszy test jest pomijany. Test wstępny zajmuje około 15-20 minut umożliwia dostosowanie skali do możliwości badanego oraz ewentualne wyeliminowanie osób, które nie są w stanie ocenić ważności danych segmentów życia. Przewidziane są trzy możliwości:

- skala 5 – punktowa,
- skala 3 – punktowa,
- skala 2 – punktowa.

Zadaniem testu wstępnego jest orientacja w kilku kompetencjach badanego. Badane są skłonności do zgadzania się z rozmówcą oraz kompetencje do odróżniania elementów w zakresie rozróżniania informacji według ważności, dopasowywania informacji konkretnych oraz informacji abstrakcyjnych. W badaniu wykorzystywane są proste materiały graficzne,

które umożliwiają badanemu przejście od konkretnego do abstraktu. W każdej z części badania wykorzystywane są skale 2,3 i 5 – stopniowe.

Autor narzędzia w swoich badaniach określił tzw. *gold standard*⁴⁷, który przyjął na poziomie 75 +/- 2,5% maksymalnego wyniku skali dla globalnej oceny jakości życia (Cummins, 1997). Powyższy standard przyjęto jako normę i wyróżniono trzy poziomy jakości życia:

- poziom niski: wynik < 65% maksymalnego wyniku skali;
- poziom przeciętny: wynik < 65-79% maksymalnego wyniku skali;
- poziom wysoki: wynik < 79% maksymalnego wyniku skali.

Niniejszy podział ułatwia analizę wyników badań pod kątem struktury poziomów jakości życia.

Narzędzie *Comprehensive Quality of Life Scale 15* (ComQol – 15) zawiera pytania dotyczące siedmiu sfer, na którą składa się jakość życia. Chcąc poszerzyć swoją wiedzę i zgłębić niektóre dziedziny życia osób badanych zadano pytania dodatkowe (załącznik nr 6). Celem tych pytań była weryfikacja niektórych odpowiedzi oraz udzielanie szczegółowej informacji dotyczące pewnych aspektów życia.

4.8 Organizacja, przebieg badań, analiza wyników i metody statystyczne

Badania pilotażowe zostały przeprowadzone w marcu 2012 roku. Celem tych badań było sprawdzenie narzędzia *Comprehensive Quality of Life Scale – 15* (ComQol-15) jest odpowiednie do badań osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkującymi w Domu Pomocy Społecznej. W okresie sześciu miesięcy (od kwietnia do września 2012 roku) przeprowadzono badania właściwe przy współpracy opiekunów prawnych, pracowników pierwszego kontaktu, opiekunów i dyrekcji placówki.

Pierwszą część badań stanowiły osoby z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałe w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Właściwą grupę badawczą stanowiło 51 kobiet. Początkowo wyłoniono 65 osób. Wszystkie osoby badane były ubezwłasnowolnione w

⁴⁷ Van Soom i wsp (2003, s. 667-670) wprowadzili pojęcie tzw. złotego standardu (ang. gold standard) w stosunku do osób zdrowych, prawidłowo funkcjonujących. W praktyce oznacza to odniesienie wyników oceny danej grupy do parametrów charakteryzujących gold standard i określenie ewentualnych odchyśleń.

stopniu częściowym lub całkowitym z diagnozą lekarską potwierdzającą przewlekłą chorobę psychiczną.

Z uwagi na występujące zaburzenia w grupie badawczej przeprowadzono badania wstępne jak sugerował to autor narzędzia R. Cummins. Badania wstępne trwały średnio około dwóch godzin. Procedurę badawczą poprzedzono zatem badaniami wstępnymi, zgodnie z etapami II i III, oraz przy użyciu materiałów z części IV (załącznik nr 5). Na podstawie badań wstępnych, stwierdzono, czy badana osoba jest w stanie odpowiedzieć na pytania zawarte w kwestionariuszu przy użyciu przewidzianej 2-, 3- czy 5-stopniowej skali. Po weryfikacji danych pozostało 51 osób, które poddano badaniu właściwemu, w tym 32 osoby odpowiadały na pytania kwestionariusza przy użyciu 5-stopniowej skali, 13 osób udzielało odpowiedzi za pomocą 3-stopniowej skali, a podczas badania pozostałych 6 osób użyto 2-stopniowej skali.

Przed przystąpieniem do badań starano się stworzyć odpowiednią atmosferę, tak aby osoby badane czuły się komfortowo. Czas badania właściwego był zależny od nastawienia i możliwości badanej. Czasami badanie jednej osoby trwało dwa dni, gdyż badana nie miała ochoty podjąć rozmowy. Średnio czas badania jednej mieszkanki to pięć do siedmiu godzin. Badacz uzupełniał badania zadając mieszkankom pytania dodatkowe, dzięki którym mógł uzyskać szczegółowe odpowiedzi.

Badania najczęściej odbywały się w soboty lub w niedziele. W okresie letnim (lipiec, sierpień i wrzesień 2012) badacz przebywał przez okres pięciu dni roboczych na terenie Domu Pomocy Społecznej, prowadził wówczas zajęcia terapeutyczne i logopedyczne na terenie zakładu, ponadto uczestniczył w wyjazdach, wycieczkach i wakacjach mieszkank (dziesięciodniowy wyjazd w góry do miejscowości Brenna).

Drugim etapem badań były wywiady przeprowadzone z opiekunami prawnymi oraz z pracownikami pierwszego kontaktu. Spośród wszystkich opiekunów prawnych badanych mieszkank 45 osób wyraziło zgodę na przeprowadzenie wywiadu - trzynastoro spośród nich stanowią pracownicy Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Wywiady przeprowadzano w miejscu dogodnym dla respondenta. Wywiady z opiekunami prawnymi będącymi pracownikami Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przeprowadzono w ich miejscu zamieszkania. Spośród innych opiekunów prawnych wielu z nich przyjeżdża w sobotę lub w niedzielę odwiedzić swoich podopiecznych, wtedy też osoby,

po odwiedzinach umawiały się na rozmowę. Umożliwiało to również obserwację relacji pomiędzy opiekunami prawnymi a ich podopiecznymi. W innych przypadkach badacz odwiedzał respondentów w ich domu rodzinnym. W pięciu przypadkach były to miejsca w przestrzeni publicznej. Badacz miał możliwość obserwacji emocji badanych, mógł również zadać pytania uzupełniające, poprosić o wyjaśnienie pojawiających się niejasności.

Przeprowadzono również wywiady z pracownikami pierwszego kontaktu. Z uwagi na to, iż są to osoby, które najlepiej znają mieszkankę, jej zwyczaje, zachowania i relacje rodzinne. W Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie funkcję pracownika pierwszego kontaktu pełni 40 osób. Wśród nich znajdują się opiekunowie, pielęgniarki, salowe, pokojowe, pracownik kulturalno-oświatowy, instruktor terapii zajęciowej oraz fizjoterapeuta. Pracownicy pierwszego kontaktu współpracują z zespołem opiekuńczo-terapeutycznym, koordynują realizację indywidualnych planów wsparcia (zgodnie z Ustawą z dnia 23 sierpnia 2012 roku §3.2. „Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca koordynuje pracownik domu, zwany dalej <<pracownikiem pierwszego kontaktu>>(..)”). Mieszkanka sama dokonuje wyboru pracownika pierwszego kontaktu, chyba, że nie pozwala na to s jej tan zdrowia.

Pracownicy pierwszego kontaktu działają tylko w ramach zespołów opiekuńczo-terapeutycznych, które liczą średnio pięć osób. Spośród pracowników pierwszego kontaktu, którzy nie są zarazem opiekunem prawnym w badanej grupie jest dziewięć osób z którymi przeprowadzono wywiady dotyczące ich podopiecznych oraz funkcjonowania domu pomocy społecznej. Fragmenty wywiadów zostaną zaprezentowane poniżej łącznie z analizą wyników danych ilościowych.

W sumie przeprowadzono 54 wywiady z opiekunami prawnymi oraz z pracownikami pierwszego kontaktu. Przeprowadzono 45 wywiadów z opiekunami prawnymi mieszkanek (w tym 13 osób stanowią pracownicy Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie) i 9 wywiadów z pracownikami pierwszego kontaktu (pozostali pracownicy pierwszego kontaktu – 13 osób pełni również funkcję opiekuna prawnego mieszkanki).

Przeprowadzono również dodatkowo trzy wywiady z psychologiem, psychiatrą oraz lekarzem internistą w celu uzyskania szczegółowych danych dotyczących stanu zdrowia badanych mieszkanek.

Każdy wywiad trwał od półtora do dwóch godzin zegarowych. Zapis odpowiedzi był dokonywany w trakcie prowadzenia rozmowy. Badacz uzupełniał informacje, które zdobył podczas obserwacji badanych osób po przeprowadzeniu każdego wywiadu. Rozmowa z opiekunami prawnymi oraz pracownikami pierwszego kontaktu pozwoliła na uzyskanie bogatego materiału badawczego.

Dokumentację dotyczącą osób badanych przeanalizowano przed przystąpieniem do badań. Należały do nich głównie opinie psychologiczne, psychiatryczne, wypisy ze szpitali i oddziałów psychiatrycznych, wywiady środowiskowe i programy terapeutyczne. Wcześniejszej analizie podlegała również dokumentacja dotycząca Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, czyli statuty, regulaminy i dokumenty historyczne.

Analizie statystycznej poddano dane uzyskane z narzędzia Comprehensive Quality of Life Scale – 15 (ComQol-15). Ze względu na stosowanie w pracy różnych skal w części dotyczącej subiektywnej jakości życia, poniżej podano przelicznik punktów dla różnych wersji skal (tabela nr 19 i 20).

Tabela 19. Przelicznik punktów stosowany w skali subiektywnej ważności.

Użyta skala	Przypisana ocena				
5-stopniowa skala	najważniejsze 5 punktów	bardzo ważne 4 punkty	ważne 3 punkty	mało ważne 2 punkty	zupełnie nieważne 1 punkt
3 – stopniowa skala	bardzo ważne 5 punktów		ważne 2 punkty		nieważne 1 punkt
2 – stopniowa skala	bardzo ważne 5 punktów				nieważne 1 punkt

Źródło: Cummins, 1997a, s.40

Tabela 20. Przelicznik punktów stosowany w skali subiektywnej satysfakcji.

Użyta skala	Przypisana ocena				
5-stopniowa skala	najważniejsze 5 punktów	bardzo ważne 4 punkty	ważne 3 punkty	mało ważne 2 punkty	zupełnie nieważne 1 punkt
3 – stopniowa skala	bardzo ważne 5 punktów		ważne 2 punkty		nieważne 1 punkt
2 – stopniowa skala	bardzo ważne 5 punktów				nieważne 1 punkt

Źródło: Cummins, 1997a, s.40

W pracy zastosowano następujące obliczenia:

- sum i średnich dla pojedynczych i ogólnych wyników skali obiektywnej dla każdej osoby w punktach i odsetkach;
- sum i średnich dla pojedynczych i ogólnych wyników skali ważności dla każdej osoby w punktach i odsetkach;

- sum i średnich dla pojedynczych i ogólnych wyników skal satysfakcji dla każdej osoby w punktach i odsetkach;

- sum i średnich dla pojedynczych i ogólnych wyników skal subiektywnej (iloczyn wyników skali ważności i wyników skali satysfakcji) dla każdej osoby w punktach i odsetkach;

Dla obliczeń odsetek zastosowano wzór:

$$\%SM = (x-1) \times 100 / (5-1)$$

gdzie:

%SM – odsetek minimum w skali,

x- suma lub średnia punktowa danej skali.

Dla zilustrowania zastosowanych sposobów obliczeń przedstawiono poniżej drogę matematycznej obróbki wyników dla jednej przykładowej osoby. Obliczanie następowało według następujących kroków.

1. Pojedyncze wyniki dla skali obiektywnej.

Dotyczyło następujących pytań 1a do 7c. Dodawano trzy wyniki dla każdego wskaźnika. Uzyskano wynik ogólny w punktach. Obliczano średnią, którą wyznaczano jako x. Obliczano procent według wzoru:

$$(x-1) \times 100 / (5-1)$$

Powtarzano tę procedurę dla wszystkich siedmiu wskaźników skali obiektywnej.

2. Ogólny wynik w skali dla każdej osoby

Sumowano wyniki uzyskane w skali obiektywnej z 21 pytań, oraz obliczano średnią, którą oznaczano jako x. Obliczano procent według wzoru:

$$(x-1) \times 100 / (5-1)$$

3. Pojedyncze wyniki w skali ważności.

Wynik punktowy pierwszego pytania w skali ważności oznaczano jako x. Obliczano procent według wzoru:

$$(x-1) \times 100 / (5-1)$$

Powtarzano dla wszystkich siedmiu pytań.

4. Ogólny wynik w skali ważności dla każdej osoby.

Sumowano wyniki punktowe siedmiu pytań skali ważności. Obliczano średnią, którą oznaczano jako x. Obliczano procent według wzoru:

$$(x-1) \times 100 / (5-1)$$

Powtarzano dla wszystkich siedmiu pytań.

5. Pojedyncze wyniki w skali satysfakcji.

Wynik punktowy pierwszego pytania w skali ważności oznaczano jako x . Obliczano procent według wzoru:

$$(x-1) \times 100 / (5-1)$$

Powtarzano dla wszystkich siedmiu pytań.

6. Ogólny wynik w skali satysfakcji dla każdej osoby.

Sumowano wyniki punktowe siedmiu pytań skali ważności. Obliczano średnią, którą oznaczano jako x . Obliczano procent według wzoru:

$$(x-1) \times 100 / (5-1)$$

Uzyskane w ten sposób wyniki posłużyły do obliczeń średnich ocen jakości życia w grupie badawczej. Do dalszych obliczeń zastosowano następujące metody analizy statystycznej:

- testy chi-kwadrat,
- test t-studenta dla grup niezależnych,
- porównywanie średnich,
- częstości,
- statystyki opisowe,
- tabele krzyżowe,
- jednoczynnikowa ANOVA.

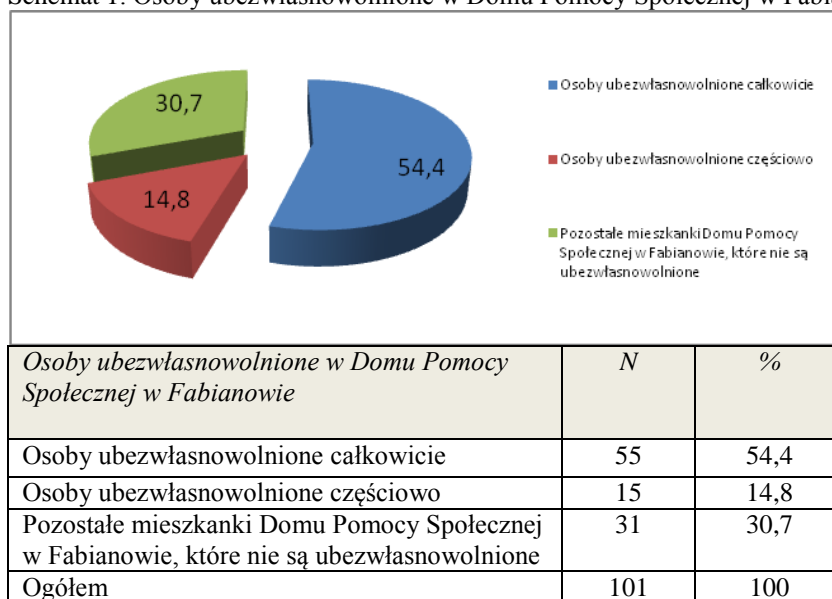
Za poziom istotności uznano $p=0,05$, co oznacza, że jeżeli p uzyskane w badaniach jest mniejsze od 0,05, jest to podstawa do odrzucenia hipotezy zerowej, głoszącej, że badane zmienne są od siebie niezależne. Wynik taki wskazuje, że pomiędzy zmiennymi zachodzi istotny statystycznie związek. Przy wartościach $p > 0,05$ należało uznać brak istotnej różnicy pomiędzy wartościami średnimi oraz częstościami występowania wyróżnionych przypadków: *ns – not significant* (Greń, 1976; Stanisz, 2006; Pavkov, Pierce, 2005, s. 101). Obliczeń dokonano z zastosowaniem programu statystycznego SPSS 18.0 for Windows.

5. Prezentacja i analiza wyników badań własnych

5.1 Charakterystyka grupy badawczej

Materiał empiryczny służący opracowaniu i przedstawieniu oceny jakości życia kobiet z zaburzeniami psychicznymi zebrano w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Badanie zostało przeprowadzone na grupie 51 kobiet spośród 101 mieszkanek zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie na terenie powiatu pleszewskiego. Przebadano **50,5%** (51 osób) spośród całej populacji zamieszkałej w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. W przeprowadzonym badaniu uczestniczyły osoby ubezwłasnowolnione całkowicie oraz częściowo. Osoby ubezwłasnowolnione całkowicie stanowią 54,4% (55 osób) ogólnej społeczności zamieszkałej w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, natomiast osoby ubezwłasnowolnione częściowo stanowią 14,8% (15 osób) całej populacji (101 osób). Poniższy schemat przedstawia strukturę badanej grupy.

Schemat 1. Osoby ubezwłasnowolnione w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Częstości.



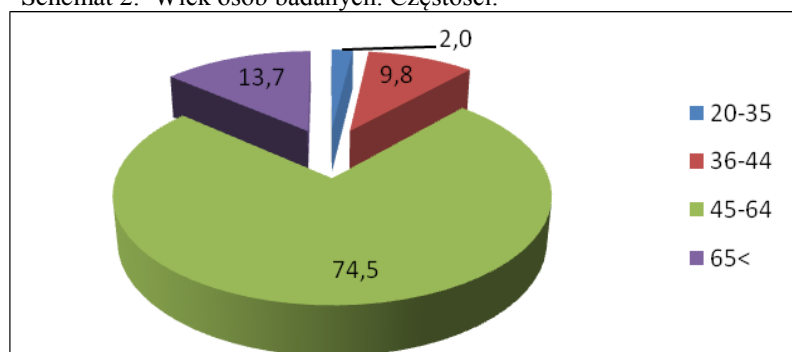
Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Z powyższego zestawienia wynika, iż osoby ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz częściowo, stanowią 69,3% (70 osób) ogólnej populacji zamieszkałej w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie (101 osób). Spośród 70 osób, u których stwierdzono ubezwłasnowolnienie całkowite bądź częściowe w badaniu wzięło udział 51 osób.

Kolejnym z kryteriów, które stanowiło o badaniu poszczególnych osób, było stwierdzenie u osób badanych zaburzeń psychicznych na podstawie dokumentacji, która została udostępniona na terenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, oraz wyłonienie na podstawie testu wstępnego docelowej grupy badawczej.

Jedną ze zmiennych był wiek badanych kobiet. Najmłodsza osoba badana ma 29 lat, natomiast najstarsza 88 lat. Średnio badane mieszkanki były w przedziale wiekowym 45-65 lat, przy czym najwięcej osób badanych było w przedziale wiekowym 50-55 roku życia, co obrazuje schemat poniżej.

Schemat 2. Wiek osób badanych. Częstości.

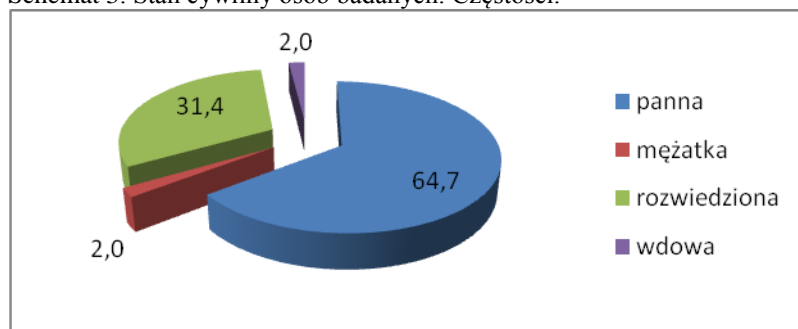


Wiek	N	%
20-35	1	2,0
36-44	5	9,8
45-64	38	74,5
65<	7	13,7
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Następną analizowaną zmienną był stan cywilny badanych. Najwięcej, spośród osób badanych stanowią osoby niezamężne 64.7% (33 osoby), natomiast druga kategoria spośród badanych to osoby rozwiedzione 31,4% (16 osób), mężatki oraz wdowy stanowią po 2,0% (1 osoba) badanych.

Schemat 3. Stan cywilny osób badanych. Częstości.

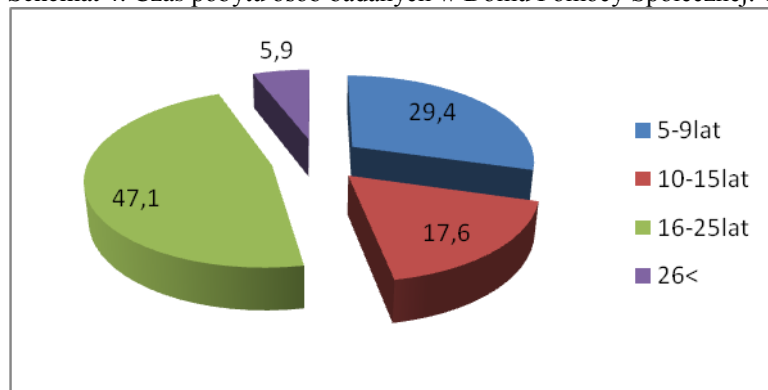


Stan cywilny	N	%
Panna	33	64,7
Mężatka	1	2,0
Rozwiedziona	16	31,4
Wdowa	1	2,0
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Kolejną zmienną niezależną był czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Większość osób badanych zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej powyżej 16 lat - 47,1% (24 osoby) badanych, natomiast drugą równie liczną grupą są kobiety zamieszkujące 5-9 lat w Domu Pomocy Społecznej - 29,4% (15 osób).

Schemat 4. Czas pobytu osób badanych w Domu Pomocy Społecznej. Częstości.

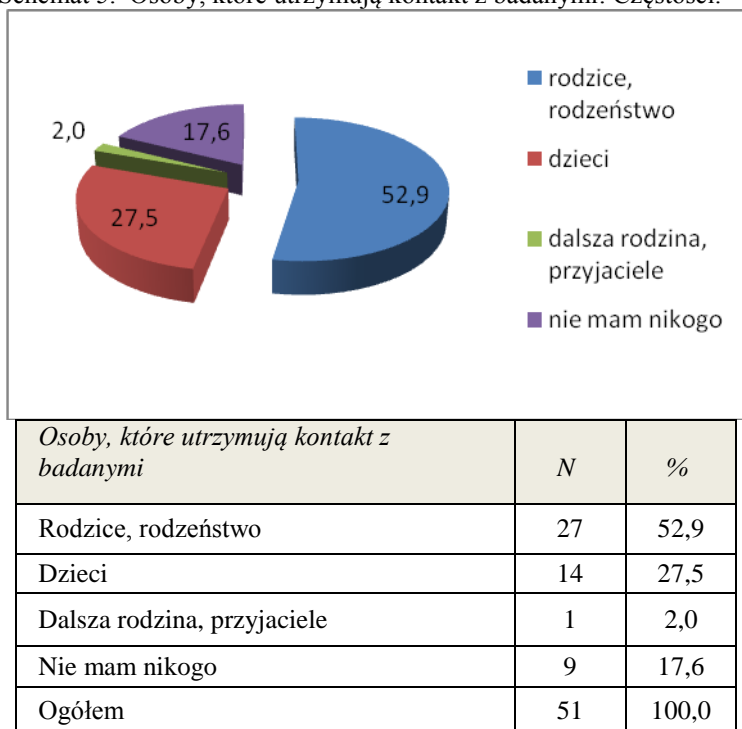


Czas pobytu badanych w Domu Pomocy Społecznej	N	%
5-9lat	15	29,4
10-15lat	9	17,6
16-25lat	24	47,1
26<	3	5,9
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Na podstawie obserwacji i wywiadów sprawdzono czy osoby badane utrzymują relacje z rodziną, bądź inną bliską osobą, która je odwiedza, zabiera na święta, wakacje, utrzymuje stały kontakt telefoniczny, lub listowny. Z większością mieszanek 82,4% (39 osób) rodzina lub przyjaciele utrzymują kontakty. Mieszkanke, które nie posiadają dzieci, nie są lub nie były zameżne utrzymują kontakt z rodzicami. W przypadku śmierci rodziców lub braku możliwości kontaktu z nimi (np. zły stan fizyczny/psychiczny rodziców) najczęściej relacje utrzymuje rodzeństwo. Panie, które posiadają dzieci są przez nie odwiedzane i czasami zabierane do domu na urlop. W jednym przypadku dzieci nie utrzymują kontaktu z matką, z uwagi na to, iż wszystkie wychowały się w instytucjach typu domy dziecka lub rodzinach zastępczych. W przypadku jednej mieszkanki osoby, które utrzymują kontakt nie są spokrewnione.

Schemat 5. Osoby, które utrzymują kontakt z badanymi. Częstości.



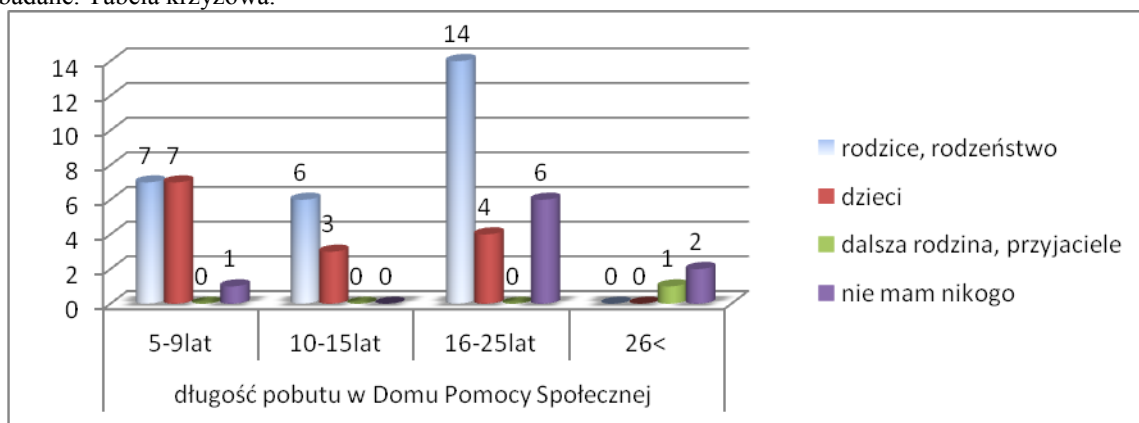
Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Wykazano, że z osobami dłużej przebywającymi w Domu Pomocy Społecznej rodzina i przyjaciele nie utrzymują już kontaktu, są to osoby starsze i najbliższa rodzina już nie żyje lub ich stan zdrowia nie pozwala na podtrzymywanie tego typu relacji, natomiast kontakty z przyjaciółmi zaprzestały być podtrzymywane.

Na przedstawionym poniżej schemacie można zaobserwować, że wśród osób zamieszkałych do 15 lat w zakładzie tylko z 2,0% (1osobą) nikt z rodziny nie podtrzymuje

kontaktu. Z pozostałymi osobami utrzymują relacje dzieci, rodzice lub rodzeństwo. W grupie osób zamieszkałych do 25 lat w Domu Pomocy Społecznej znajduje się 11,7% (6 osób) badanych, z które są samotne.

Schemat 6. Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej a utrzymywanie kontaktu z rodziną przez osoby badane. Tabela krzyżowa.

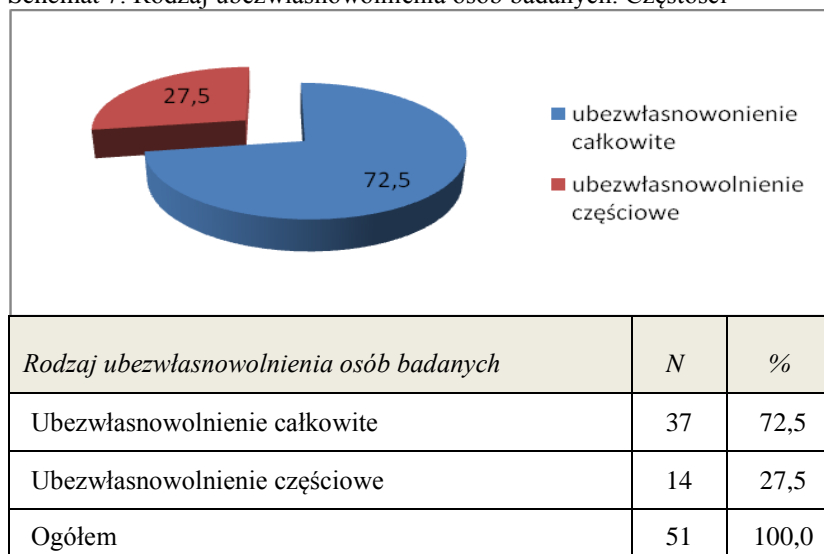


<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>rodzeństwo, rodzice</i>	<i>dzieci</i>	<i>dalsza rodzina, przyjaciele</i>	<i>nie mam nikogo</i>	<i>ogółem</i>
Długość pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	7	7	0	1	15
	10-15lat	6	3	0	0	9
	16-25 lat	14	4	0	6	24
	26<	0	0	1	2	3
	Ogółem	27	14	1	9	51

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Spośród osób badanych 72,5% (37 osób) stanowiły kobiety ubezwłasnowolnione całkowicie, a 27,5% (14 osób) ubezwłasnowolnione częściowo. Poniższy schemat przedstawia niniejsze wartości liczbowe.

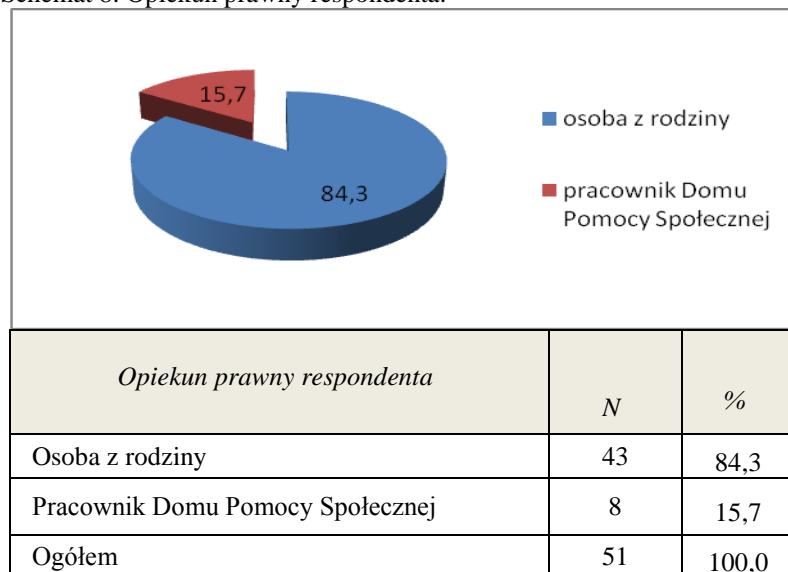
Schemat 7. Rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Częstości



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Większość opiekunów prawnych osób badanych to osoby z rodziny - 84,3% (43 osoby), natomiast 15,7% (8 osób) to pracownicy Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Schemat 8. Opiekun prawny respondenta.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

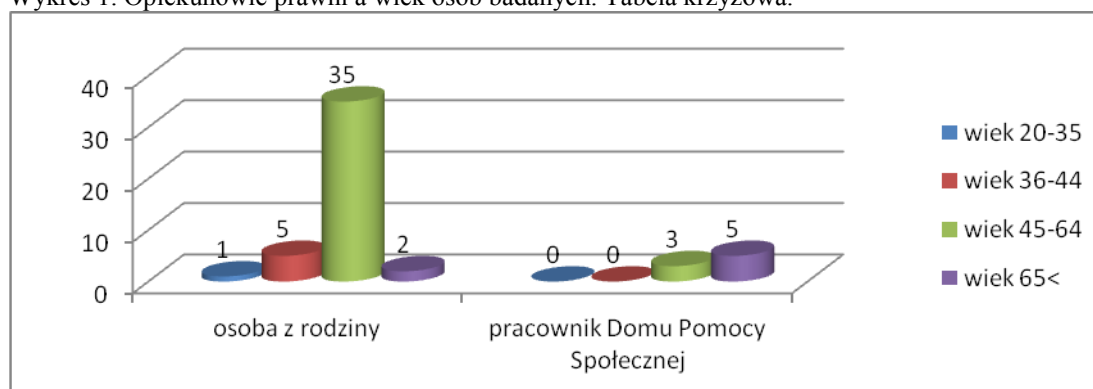
Wiek osoby ubezwłasnowolnionej jest istotny statystycznie w odniesieniu do wyboru opiekuna prawnego ($t=-3,844$; $p=0,000$, dla $p<0,05$)(tabela 21). Mieszkanki, których opiekunami prawnymi są pracownicy Domu Pomocy Społecznej to osoby powyżej 65 roku życia (9,8%)(5 osób) i po 45 roku życia (5,8%)(3 osoby), nad wszystkimi osobami badanymi do 44 roku życia kuratelę sprawują osoby z rodziny (wykres 1).

Tabela 21. Opiekun prawny respondenta a wiek badanych. Test t-studenta dla grup niezależnych.

Opiekun prawny respondenta a wiek badanych								
<i>zmienna</i>	<i>grupy</i>	<i>N</i>	<i>Średnie</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>	<i>F</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny respondenta	osoba z rodziny	43	2,88	0,49806	1,490	-3,844	49	<u>0,000</u>
	pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	3,62	0,51755		- 3,742		

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: $p < 0,05$.

Wykres 1. Opiekunowie prawni a wiek osób badanych. Tabela krzyżowa.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

5.2 Obiektywna jakość życia

W celu uzyskania wyników globalnych oraz w poszczególnych segmentach w zakresie obiektywnej jakości życia zliczano wyniki uzyskane przez wszystkich badanych. Obliczono średnie oraz odchylenia standardowe. Do obliczeń wykorzystano statystyki opisowe. W celu obliczenia istotności statystycznej pomiędzy poszczególnymi segmentami a zmiennymi niezależnymi jakie przyjęto w badaniach wykorzystano statystyki chi – kwadrat Pearsona i jednoczynnikową ANOVA⁴⁸. W tabeli poniżej zaprezentowano wynik globalny, jakie uzyskały osoby badane w części poświęconej obiektywnej jakości życia.

Tabela 22. Obiektywna jakość życia w badanej grupie. Statystyki opisowe.

<i>Obiektywna jakość życia</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Średnia (%)</i>	<i>Średnia</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>
	51	44,0	86,0	38,5%	<u>60,19</u>	10,01

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

⁴⁸ W obliczeniach nie brano pod uwagę wyników średnich pojedynczych osób.

Skala obiektywna zawiera 21 pytań, odnosząc się do siedmiu zakresów jakości życia. Pytania są oceniane w skali od 0 – 5 punktów. Badany może uzyskać od 19 do 105 punktów.

Jak wspomniano w poprzednim rozdziale autor narzędzia Robert Cummins wyróżnił trzy poziomy osiągnięcia jakości życia:

- poziom niski: wynik <65% maksymalnego wyniku w skali,
- poziom przeciętny: wynik 65-79% maksymalnego wyniku skali,
- poziom wysoki: wynik >79% maksymalnego wyniku skali.

Uzyskana średnia **38,54%** jest wynikiem niskim. W zakresie obiektywnej jakości życia badanych jest na granicy, która wskazywałaby poniżej przeciętnej.

Poniżej przedstawiono wyniki analizy ogólnej jakości życia w stosunku do zmiennych, które przyjęto w badaniach.

Z analizy danych wynika, że istotny statystycznie jest wiek badanych i stan cywilny w odniesieniu do obiektywnej jakości życia. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie obiektywnej jakości życia a pozostałych zmiennych niezależnych.

Tabela 23. Obiektywna jakość życia a wiek badanych. Testy Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	61,81	13,00	127	80	<u>0,001</u>
	45-64	38	61,02	9,23			
	65<	7	52,03	8,03			
	Ogółem	50	50,10	10,00			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: $p < 0,05$.

Badane, które są młodsze, osiągnęły wyższy wskaźnik ogólnej jakości życia niż starsze mieszkanki ($X^2=127,059$; $df=81$; $p= 0,001$, dla $p < 0,05$)(tabela 23). Mieszkanki w starszym wieku osiągają zdecydowanie niższe średnie ogólnej jakości życia niż osoby młode i w średnim wieku. Młodsze mieszkanki są zdrowsze, chętniej uczestniczą w zajęciach, w większości rodzina utrzymuje z nimi stały kontakt, mają więcej przyjaciół i chcą nawiązywać nowe kontakty z innymi osobami. Panie są chętniejsze do współpracy i podejmowania nowych działań. Jedyny aspekt, który został niżej oceniony przez młodsze mieszkanki Domu Pomocy Społecznej to poczucie bezpieczeństwa.

Tabela 24. Obiektywna jakość życia a stan cywilny badanych. Testy Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	61,33	9,41	110,399	79	0,017
	Rozwiedziona	16	57,12	11,00			
	Ogółem	49	60,14	10,01			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: $p < 0,05$.

Kobiety, które nigdy nie weszły w związek małżeński osiągnęły wyższy wskaźnik obiektywnej jakości życia niż panie, które są rozwiedzione, co potwierdza wynik istotny statystycznie ($X^2=110,399$; $df=81$; $p= 0,017$ dla $p < 0,05$) (tabela 24). Badane zamieszkałe w Domu Pomocy Społecznej są w większość stanu wolnego lub rozwiedzione. Tylko jedna mieszkanka jest nadal mężatką, z którą małżonek utrzymuje stały kontakt.

Rozpad związku małżeńskiego następuje w okresie kilku lat od momentu zamieszkania badanej w zakładzie. Zazwyczaj małżonkowie wnoszą pozew rozwodowy i raczej nie odwiedzają swoich byłych żonek w Domu Pomocy Społecznej. Świadomość rozpadu związku i zmniejszające się tym samym szanse powrotu do poprzedniej sytuacji życiowej jest często przyczyną znacznego obniżenia nastroju lub nawet depresji. Czasem wraz z rozpadem małżeństwa zmniejszają się szanse mieszkanki na kontakt z dziećmi.

Badane, które wcześniej były w związku małżeńskim nie uczestniczą systematycznie w terapii zajęciowej, szybciej zniechęcają się do dalszej pracy i częściej wykazują niechęć do działania. Mają również niższe dochody i wykazują większe problemy w nawiązaniu prawidłowych relacji społecznych.

Tabela 25. Obiektywna jakość życia a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Testy Ch-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	61,06	8,94	74,758	81	0,674
	10-15lat	9	63,11	13,20			
	16-25 lat	24	57,87	9,41			
	26<	3	65,66	8,73			
	Ogółem	51	60,19	10,01			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: $p < 0,05$.

Mieszkanki, które zamieszkują do 15 lat w zakładzie i powyżej 26 lat osiągnęły najwyższą obiektywną jakość życia (tabela 25). Mieszkanki zamieszkałe średnio 10 lat w zakładzie to w większość osoby młode, ponadto wiele mieszanek ma jeszcze nadzieję na powrót do domu lub zmianę otoczenia. Natomiast mieszkanki mieszkające najdłużej są

osobami starszymi, które właściwie całe dorosłe życie spędziły w zakładzie i nie oczekują już żadnych zmian.

Natomiast badane, które brały udział w badaniu i zamieszkują w zakładzie powyżej 26 lat to osoby, które przez długie lata pobytu w placówkach pomocy społecznej doceniają zmianę warunków bytowych, opiekę medyczną i pomoc jaką otrzymują od opiekunek. Oczekiwania tych osób są zdecydowanie niższe niż pań, które mieszkają w zakładzie kilka lat i są zdecydowanie młodsze.

Analiza statystyczna wykazała, że mieszkanki najkrócej mieszkające w zakładzie lub do 15 lat wyżej oceniły wszystkie segmenty jakości życia za wyjątkiem segmentu dotyczącego poczucia bezpieczeństwa.

Tabela 26. Obiektywna jakość życia a osoby, które utrzymuje kontakt z badanymi. Testy Ch-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	62,6667	10,12	91,202	81	0,206
	Dzieci	14	57,6429	9,10			
	Nie mam nikogo	9	55,3333	8,93			
	Ogółem	50	60,19	10,01			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: p<0,05.

Osoby, z którymi rodzina utrzymuje kontakt uzyskały wyższą średnią w zakresie obiektywnej jakości życia niż osoby, które są samotne (tabela 26). Badane, które są odwiedzane przez rodziców lub rodzeństwo osiągają najwyższe średnie w zakresie obiektywnej jakości życia. Z obserwacji oraz wywiadów wynika, że rodzice w szczególności dbają o swoje córki, często je odwiedzają, wspomagają finansowo i zabierają na urlop. Umożliwiają tym samym kontakt z osobami spoza zakładu i podtrzymywanie kontaktu z przyjaciółmi mieszkank.

Wszystkie segmenty jakości życia zostały ocenione wyżej przez osoby, które utrzymują relacje z rodziną, nade wszystko rodziców i rodzeństwo. Jedyne segment jakości życia jakim jest bezpieczeństwo został oceniony najniżej przez mieszkanki będące matkami. Rodzina i przyjaciele odgrywają bardzo ważną rolę w życiu badanych. Obserwacja i wywiady z mieszkankami wykazały, że panie, które są systematycznie odwiedzane przez rodzinę lub utrzymują z nimi kontakt innego rodzaju mają większą motywację do działania ale również zdrowie badanych jest wyższe.

Tabela 27. Obiektywna jakość życia a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Testy Ch-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	60,90	9,81	33,677	27	0,176
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	58,22	10,64			
	Ogółem	51	60,19	10,01			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: $p < 0,05$.

Mieszkańki ubezwłasnowolnione całkowicie uzyskały nieznacznie wyższą średnią ogólnej jakości życia niż osoby ubezwłasnowolniane częściowo (tabela 27). Analiza obiektywnej jakości życia wykazała, że mieszkańki ubezwłasnowolnione całkowicie osiągnęły wyższe średnie w zakresie zdrowia, produktywności, zażyłości z bliskimi i przynależności społecznej, co świadczy o tym, iż osoby te nie wykazują gorszego stanu zdrowotnego, chętniej uczestniczą w zajęciach i są osobami, które relatywnie częściej nawiązują i podtrzymują przyjaźnie.

Natomiast zdecydowanie niższe średnie uzyskały w ocenie dochodów i ogólnego dobrostanu emocjonalnego. Oznacza to, iż ubezwłasnowolnienie całkowite w znaczący sposób obniża dochody, ale również świadomość ubezwłasnowolnienia zmniejsza ogólne samopoczucie badanych.

Tabela 28. Obiektywna jakość życia a opiekun prawny osoby badanej. Testy Ch-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	60,00	9,10	34,618	27	0,149
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	60,82	14,76			
	Ogółem	51	60,19	10,01			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: $p < 0,05$.

Mieszkańki, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny uzyskały niższe średnie w zakresie obiektywnej jakości życia. Analizując poszczególne segmenty można stwierdzić, że pracownik Domu Pomocy Społecznej jako opiekun prawny pozytywnie wpływa na aktywność osób badanych oraz ich poczucie bezpieczeństwa, relacje z bliskimi i ogólne samopoczucie badanych.

Reasumując panie, które są pannami i są w młodszym wieku, osiągnęły najwyższe wyniki w skali obiektywnej jakości życia. Wyższe wyniki uzyskały również mieszkańki

ubezwłasnowolnione całkowicie, krótko zamieszkujące w Domu Pomocy Społecznej, które są odwiedzane przez rodzinę, choć nie są to wyniki istotne statystycznie.

Ponadto badane, które są aktywne, uczestniczą w terapii, utrzymują kontakt z rodziną, uzyskują wyższe wyniki w zakresie poszczególnych segmentów składających się na obiektywną jakość życia.

Poszczególne segmenty zostały przedstawione w tabeli poniżej z uwzględnieniem szczegółowych danych, jakie mieszkanki uzyskały podczas badania. Sprawdzono, które segmenty ocenione zostały najwyżej i co może leżeć na podłożu takiej oceny. Spośród wszystkich segmentów najwyższe wyniki badani uzyskali w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia, natomiast najniższe w zakresie przynależności społecznej i produktywności.

Tabela 29. Obiektywna jakość życia w poszczególnych segmentach w grupie badanych. Statystyki opisowe.

Obiektywna jakość życia w poszczególnych segmentach w grupie badanych	N	Minimum	Maksimum	Suma	Średnia (w %)	Średnia	Odchylenie standardowe
byt materialny	51	2,0	9,0	275,0	48,4%	5,3922	1,62
zdrowie	51	2,0	9,0	331,0	64,5%	6,4902	1,94
produktywność	51	6,0	18,0	530,0	36,0%	10,3922	2,89
zażyłość z bliskimi	51	4,0	20,0	669,0	50,6%	13,1176	4,60
bezpieczeństwo	51	6,0	15,0	601,0	78,5%	11,7843	3,18
przynależność społeczna	51	1,0	12,0	181,0	23,0%	3,5490	2,21
dobrostan emocjonalny	51	5,0	14,0	483,0	49,4%	9,4706	1,82

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Najwyższe wartości uzyskali badani w zakresie bezpieczeństwa (78,5%). Świadczy to między innymi o istnieniu obiektywnych warunków, które sprzyjają poczuciu bezpieczeństwa badanych, mimo posiadanych niepełnosprawności i zamieszkiwaniu w placówce całodobowej opieki jakim jest Dom Pomocy Społecznej. Oznacza, to iż aktualne miejsce zamieszkania spełnia swoje zadanie w zakresie bazarnych potrzeb i komfortu życia.

W tabeli powyżej można zauważyć, że wysokie wartości dotyczące segmentu zażyłości z bliskimi (50,63%) potwierdzają, iż obiektywnie relacje rodzinne są podtrzymywane.

Poziom oceny bytu materialnego nie jest wartością wysoką (48,4%). Była to wartość przewidywalna, poprzez szereg obserwacji poczynionych przez badacza. W zakres tego segmentu mieszkanki poddawały ocenie ilość rzeczy, które posiadają oraz sytuację materialną.

Najniższy wynik badane uzyskały w segmencie przynależność społeczna (23,0%), co ma swoje uzasadnienie w życiu mieszkanek, które sporadycznie utrzymują kontakty z osobami spoza Domu Pomocy Społecznej, za wyjątkiem osób, które są zabierane przez rodzinę na urlop lub wyjeżdżają na wczasy, wyjazdy, spotkania organizowane przez zakład.

W kolejnych podrozdziałach zostały poddane analizie poszczególne segmenty życia z zakresu obiektywnej jakości życia.

Poniżej przedstawiono osoby badane, które osiągnęły wynik najwyższy, przeciętny i najniższy w obiektywnej skali jakości życia spośród osób badanych.

Mieszkanca nr I

Mieszkanca, która uzyskała jeden z najwyższych wyników w skali obiektywnej jakości życia (77/105pkt – 73,3% - poziom średni). Jest najmłodszą osobą zamieszkującą w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, ma 29 lat⁴⁹. W zakładzie mieszka od 8 lat, wcześniej mieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Miłowicach. Mieszkanca została przebadana z użyciem 5-stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. Badana ma 29 lat, zdiagnozowane organiczne zaburzenia osobowości oraz niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim, jest panną, z wykształceniem podstawowym, ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest ojciec.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest swobodny, konkretny, spontanicznie poszerzany, mowa jest zniekształcona i niewyraźna, ponieważ mieszkanka ma dużą wadę wymowy. Badana chętnie nawiązuje rozmowę i opowiada o swojej rodzinie, o tym co robiła na

⁴⁹Daty urodzenia oraz długości pobytu mieszkanek w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie są zgodne z rokiem kalendarzowym 2013.

wakacjach czy o poznanych osobach. Często konfabuluje na różne tematy i robi to w sposób przekonujący.

U osoby badanej stwierdzone zostały nieprawidłowości w zakresie mechanizmów regulacji i kontroli zachowania. Wysoki stan wewnętrznego niepokoju. Stany emocjonalne są często niewspółmierne do sytuacji. Zaburzona koordynacja i integracji wzrokowo-ruchowa na podłożu patologii organicznej centralnego układu nerwowego. Wynikiem powyższych stwierdzeń są działania impulsywne, bez możliwości oceny konsekwencji postępowania i obniżony próg zachowań agresywnych.

Badana podczas występowania wzmożonych symptomów psychotycznych jest pobudzona psychoruchowo, agresję czynną nakierowuje nie tylko na przedmioty, ale również na osoby. Często badana wymaga przymusu bezpośredniego (pasy bezpieczeństwa). Poniżej zaprezentowano cytaty z karty informacyjnej leczenia szpitalnego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu Oddziału Psychiatrycznego opisujący zachowanie mieszkanki:

„(...)niszczyła sprzęty w dyżurce, szarpała i kopała pracowników DPS-u, uruchomiła gaśnicę przeciwpożarową, niszczyła dokumentację i sprzęty, które znajdowały się dookoła.”

Mieszkanka podczas napadów agresji niszczy sprzęty, które znajdują się w pobliżu. Celem tych działań są również ludzie, dlatego zagraża najbliższemu otoczeniu. Najczęściej atakuje pracowników Domu Pomocy Społecznej. W wyniku tych działań, badana kilkanaście razy w roku jest hospitalizowana w różnych ośrodkach i szpitalach zajmujących się specjalistycznym leczeniem psychiatrycznym. Mieszkanka wykorzystuje te wyjazdy, aby zapoznać się z osobami płci przeciwnej, z uwagi, na to iż niektóre oddziały w szpitalach są koedukacyjne. W Wojewódzkim Zakładzie Opieki Psychiatrycznej w Sokołowiec badana kilkakrotnie poznała mężczyzn, z którymi chciała się później spotykać. Relacje te zostały zerwane.

Czynności samoobsługowe wykonuje w pełni samodzielnie. Jest oto osoba sprawna fizycznie, która potrafi zadbać o swój wygląd zewnętrzny, choć nie zawsze chce wykonywać tego typu czynności. Badana czasami pomaga innym mieszkankom w czynnościach samoobsługowych.

Zainteresowania badanej są nietrwale. Opanowała ona technikę czytania i pisanie. Czyta lokalne gazety, czasami proste artykuły z innych gazet. Lubi chwalić się swoją wiedzą,

którą w ten sposób zdobywa. Przebywa na terapii zajęciowej, rzadko angażuje się w pracę, czasami jest tam tylko, aby dotrzymać towarzystwa innym mieszkankom. Jak twierdzi jej ojciec pieniądze byłyby na pewno dla niej odpowiednim ekwiwalentem, który byłby motywujący do czynnego udziału w zajęciach.

Badana dobrze zaadaptowała się w ośrodku ma dwie koleżanki na terenie zakładu, chętnie korzysta z wyjazdów i uczestniczy we wszystkich imprezach, które są organizowane.

Rodzina badanej bardzo często ją odwiedza. Jest ona otoczona troskliwą opieką ze strony rodziców. Ojciec mieszkanki, który jest jej opiekunem prawnym przysyła systematycznie paczki, kupuje wszystkie potrzebne przedmioty (między innymi sprzęt elektroniczny, meble) i ubrania. Rodzice zabierają ją również na wakacje do domu lub wyjazdy rodzinne, zawsze święta spędza w domu rodzinnym, chyba, że stan zdrowia jej na to nie pozwala. Siostra odwiedza mieszkankę kiedy tylko przebywa w Polsce, wywła jej paczki i kartki na święta. Mieszkanka spędza urlop z rodzicami również na wyjazdach zagranicznych. W domu rodzinnym badana chętnie spotyka się ze swoimi kuzynkami, z którymi ma bardzo dobry kontakt.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się i mieszkała w Świebodzinie, gdzie do tej pory mieszkają jej rodzice. Matka badanej ma wykształcenie średnie, nie pracuje, zajmuje się prowadzeniem domu, ojciec mieszkanki ma wykształcenie zawodowe i pracuje jako kierowca. Siostra mieszkanki ukończyła szkołę średnią i obecnie mieszka i pracuje w Wielkiej Brytanii.

Mieszkanka ukończyła Specjalną Szkołę Podstawową w Zespole Szkół Specjalnych im. Marii Grzegorzewskiej w Żarach. Opanowała technikę czytania i pisania, ponadto wykonuje proste operacje arytmetyczne na materiale konkretnym. Badana nie kontynuowała nauki w szkole zawodowej i nigdy nie podjęła pracy zarobkowej.

Po ukończeniu szkoły przebywała przez okres 6 lat w Domu Pomocy Społecznej w Miłowicach, który jest przeznaczony dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Z uwagi na to, iż nie zapewniał on odpowiedniej opieki psychiatrycznej, a badana była bardzo pobudzona psychoruchowo i zachowywała się agresywnie została przeniesiona do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, gdzie mieszka od 8 lat.

Analiza obiektywnej skali jakości życia

Byt materialny

Sytuacja materialna badanej jest dobra (8/10pkt), ponieważ mieszkanka ma do dyspozycji 80zł/mc (pozostałe pieniądze są odkładane na określony cel np. ostatnio był to telewizor). Ponadto rodzice wysyłają paczki dla mieszkanki z rzeczami, których potrzebuje lub które chce otrzymać.

Wyjazdy na urlopy lub wakacje, częste odwiedziny rodziców są również kosztowne. Badana słusznie wysoko ocenia swoją sytuację materialną.

Zdrowie

Obiektywnie badana jest zdrowa, nie choruje, nie posiada innych niepełnosprawności, które ograniczałyby jej funkcjonowanie (6/10pkt.).

Natomiast nie uzyskała wysokiej punktacji w zakresie wizyt u lekarza, ponieważ często jest hospitalizowana z powodu zachowań agresywnych na oddziałach psychiatrycznych lub w szpitalu dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Średnio raz w miesiącu jest hospitalizowana i około trzy razy w tygodniu odwiedza lekarza.

Produktywność

W tym segmencie życia badana uzyskała 15/20pkt. Badana aktywnie spędza czas w ciągu dnia, głównie na rehabilitacji, rzadziej na terapii zajęciowej, ale znajduje sobie wiele zajęć dodatkowych, takich jak czytanie (głównie gazet lokalnych), portale „randkowe” w sieci internetowej, spotkania z koleżankami lub pisanie, spotkania modlitewne, wyjście na zakupy, uprawianie sportu (jazda na rowerze), wycieczki. W zasadzie nie można stwierdzić, aby nudziła się w czasie wolnym, sama badana też uważa, że rzadko się nudzi.

Dodatkowym zajęciem jest oglądanie telewizji. Z uwagi na to, iż ostatnio ojciec zakupił jej telewizor, często sama lub ze współlokatorką oglądają filmy lub różne programy. Badana rozumie treści oglądane w telewizji, najczęściej ogląda seriale, programy przyrodnicze i wiadomości. Jest dobrze zorientowana pod kątem ogólnych informacji z kraju, w szczególności, z regionu w którym obecnie mieszka, czyli miasta i gminy Pleszew.

Z informacji uzyskanych od pracownika pierwszego kontaktu wynika, że badana jest osobą aktywną i sama znajduje sobie zajęcia w ośrodku. Nie tylko terapia zajęciowa jest czy rehabilitacja, ale wiele dodatkowych zajęć powodują, że nie ma ona problemu z zajęciem

sobie czasu wolnego. Uważa również, że zorganizowanie odpłatnej pracy zmobilizowałyby mieszkankę do większej wewnętrznej dyscypliny.

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytania 4.3. i 4.12.):

„To jest osoba, które wszędzie pełno, ona ma mnóstwo pomysłów, tylko trzeba jej pilnować, żeby nie chciała wszystkich na raz zrealizować, ale naprawdę pod tym kątem nie ma z nią najmniejszego problemu.(...) Myślę sobie, że ona potrzebowałaby stałego zajęcia, to wtedy byłaby bardziej zdyscyplinowana, ale to musiałyby być odpłatne, bo inaczej to na pewno nie oplacałoby się jej przychodzić na czas.”

Podobnie twierdzi opiekun prawny badanej – ojciec.

Wypowiedź opiekuna prawnego- ojca badanej (pytanie 4.12.):

„ (...) o praca i pieniądze na pewno by ją zmobilizowały do działania, do tego to ona jest pierwsza i liczyć umie. To na pewno. Generalnie dobrze potrafi przekalkulować, co jej się oplaca, a co nie. Jak jedziemy na wakacje, czy wspólne zakupy, to doskonale wie ile co kosztuje. Poza tym staramy się ją uczyć oszczędzania ,odkładania pieniędzy i na przykład ostatnio chciała telewizor to sama odkładała i nie kupiła sobie pewnych rzeczy, bo chciała go szybciej mieć. Dlatego myślę, że spokojnie jak by coś mogła zarobić, to szybko by to przekalkulowała. ”

Zażyłość z bliskimi

Z zakresu tego segmentu życia badana uzyskała 13/15pkt. Mieszkanka ma dwie przyjaciółki (bliźniaczki) i wiele różnych koleżanek, z którymi chętnie spędza czas. Jest osobą, która łatwo nawiązuje kontakty z innymi osobami, szczególnie jeśli przychodzi ktoś „nowy”. Nie ma problemu, aby znaleźć osobę, która chciałby z nią wykonywać jakies zadania, lub mógł ją pocieszyć. Z uwagi na swój młody wiek i energię inne osoby często proszą ją o pomoc lub radę, co sprawia, że czuje się doceniana.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 20 – pytania dodatkowe dla mieszanek):

„Mnie odwiedzają rodzice. Bardzo często przyjeżdżają. Na święta jeżdżę i na wakacje też. W tym roku byłam w Londynie. Do domu też jeżdżę, ale ostatnio nie chciałam, bo już byłam dwa tygodnie, to później pojedę.”

„Do mnie siostra przyjeżdża, paczki przysyła i mi kupuje ładne rzeczy. (...) Mam tu dwie koleżanki, To wychodzimy razem na zakupy, i ogólnie razem dużo rzeczy robimy, na terapię też chodzimy. ”

Bezpieczeństwo

Badana otrzymała w tym segmencie życia 13/15pkt. Badana już wiele lat spędziła w domach pomocy społecznej, łącznie 14 lat. W zasadzie tylko w okresie dzieciństwa mieszkała z rodzicami. Jest osobą, która łatwo adoptuje się do nowej przestrzeni, lubi poznawać nowych ludzi. Ponadto ma rodzinę, która dba o nią i czuje się doceniana przez innych.

Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie traktuje jak miejsce, w którym czasowo przebywa. Nie uważa, że jest to jej dom rodzinny, w którym zostanie na całe życie. Traktuje to miejsce przejściowo, które za jakiś czas zmieni na inne.

Przynależność społeczna

W zakresie segmentu życia przynależność społeczna badana uzyskała równie wysoki wynik –13/15pkt. Uczestniczy w wielu różnych aktywnościach, spotyka się z różnymi osobami poza zakładem.

Z uwagi na wyjazdy do domu i na urlop ma okazję poznać nowych ludzi. Chętnie wychodzi na spacer, lub na zakupy do miasta, w celu zapoznania innych ludzi. Mieszkanka również wyjazdy do szpitala traktuje jako rodzaj wyjazdu w inne miejsce. Zapoznaje tam inne osoby – przede wszystkim mężczyzn, co stanowi dla niej oderwanie od codzienności w zakładzie.

Dobrostan emocjonalny

W tym zakresie mieszkanka uzyskała najniższy wynik - 9/15pkt. Badana najniżej oceniła możliwość wykonywania czynności, które naprawdę chciałaby robić. Z uwagi na duże zasoby energii, często pragnie wykonywać wiele różnych czynności, nade wszystko lubi wyjeżdżać z ośrodka, szczególnie na różne imprezy i spotkania, dlatego też ograniczenie wszelkich możliwości tego typu zajęć uważa za ograniczenie jej swobód. Kolejnym punktem, który nie był oceniony wysoko to marzenia, które nie mogą być spełnione – powrót do domu rodzinnego, poznanie mężczyzny i utrzymywanie z nim dłuższej relacji.

Wypowiedź opiekuna prawnego ojca mieszkanki (pytanie 8.2.):

„(...)no największe marzenie to wrócić do domu wiadomo, ona na pewno chciałaby mieszkać z nami, ale to jest niemożliwe.”

Wypowiedź opiekuna pierwszego kontaktu (pytanie 8.2.):

„(...)oczywiste jest, że największe marzenie to powrót do domu no i mężczyzna też. Ostatnio jak w Sokołówce poznała jednego, to powiedziała, że wszystko zrobi, żeby tam wrócić. No i zrobiła, tylko nie zabrali jej do Sokołówki tylko do Gniezna (...). Wiadomo, że chce się spotykać i to na pewno, ale to jest niewykonalne, przynajmniej tutaj.”

Mieszkanka nr II

Mieszkanka, która uzyskała średni wynik obiektywnej jakości życia (69/105pkt - 65,7% - poziom średni), ma 56 lat, z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, poziom umysłowy w granicach normy wiekowej z wykształceniem średnim niepełnym. Zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie od 5 lat. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5- stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. Badana jest rozwiedziona, ma 32-letnią córkę, matkę, dwie siostry oraz szwagra. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest matka.

Charakterystyka

Mieszkanka nie podejmuje kontaktu werbalnego samodzielnie, konstruuje ona logiczne wypowiedzi, zgodne z regułami gramatycznymi, natomiast cechuje je lakoniczność. Najczęściej są to wypowiedzi w płaszczyźnie zadawanych pytań. Chętniej opowiada o swojej córce, czasami o rodzinie, byłym mężu lub matce. Jest osobą spokojną, która nie lubi nawiązywać nowych znajomości i jest zamknięta w sobie.

Zdolna do logicznego i abstrakcyjnego rozumowania, choć czasami można zaobserwować otamowanie myślenia. Aktualnie stan emocjonalny badanej jest wyrównany i nie zdradza zaburzeń spostrzegania oraz nie wypowiada treści urojeniowych.

Czynności samoobsługowe wykonuje samodzielnie, bez pomocy innych osób, jest osobą sprawną motorycznie. Często pomaga swojej przyjaciółce w wykonywaniu pewnych czynności np. pomaga jej w sprzątanii pokoju.

Badana jest zazwyczaj osobą spokojną i zrównoważoną, wykonuje polecenia i jest uporządkowana. Dbą zarówno o swój wygląd zewnętrzny, jak i o otoczenie, w którym mieszka. Interesuje się głównie pracą w ogrodzie lub na dworze. Często uczestniczy w tego typu pracach, jak grabienie liści, porządkowanie, sadzenie roślin w ogrodzie czy grabienie

trawy. Terapię zajęciową odwiedza sporadycznie. Czasami czyta gazety lokalne lub odwiedza strony internetowe – najczęściej portale o plotkach.

Mieszkanka ma jedną przyjaciółkę na terenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Z uwagi na swój charakter i sposób bycia, więcej przyjaciół i nie angażuje się w różne formy aktywności, natomiast jest bardzo oddana swojej jedynej przyjaciółce, z którą spędza dużo czasu.

Rodzina utrzymuje kontakt z mieszkanką, najczęściej jest to matka, która jest opiekunem prawnym oraz córka, która mieszka w Jarocinie i odwiedza matkę. Matka badanej przysyła czasem paczki dla córki, ale z powodu niedużych finansów nie czyni tego zbyt często, natomiast córka stara się odwiedzać matkę.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przyjechała z domu rodzinnego z Jarocina, miejscowości, w której się urodziła. Ukończyła szkołę podstawową oraz uczęszczała do szkoły średniej (technikum odzieżowe), ale jej nie ukończyła. Próbowала podjąć pracę, ale z uwagi na rozwijającą się chorobę otrzymywała przez pewien czas zasiłek, później była utrzymywana przez współmałżonka, następnie otrzymała rentę na podstawie diagnozy medycznej i orzeczenia o niezdolności do pracy.

W wieku 23 lat wyszła za mąż i rok później urodziła córkę. Rozwód nastąpił cztery lata później. Córka pozostała z badaną i zamieszkiwały przez pewien okres razem. Niestety nieumiejętność gospodarowania pieniędzmi doprowadziła do podjęcia decyzji o przeprowadzeniu się do mieszkania matki badanej. W mieszkaniu dwupokojowym zamieszkiwała również siostra badanej z rodziną. Po pewnym czasie córka mieszkanki zamieszkała z ojcem, w wyniku pogarszającego się stanu zdrowia matki. W związku z takimi okolicznościami matka badanej złożyła wniosek o ubezwłasnowolnienie córki. Główną przyczyną był brak umiejętności racjonalnego dysponowania pieniędzmi. Dochodziło również do konfliktów w rodzinie i zachowań agresywnych ze strony badanej.

Mieszkanka korzystała z okresowej pomocy w Miejsko Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Jarocinie, kilkakrotnie przebywała na leczeniu w Szpitalu Psychiatrycznym w Kościanie.

Matka badanej złożyła wniosek o umieszczenie badanej w Domu Pomocy Społecznej ze względu niemożność sprawowania nad nią opieki i częste zachowania agresywne wobec innych domowników.

Analiza obiektywnej skali jakości życia

Byt materialny

Sytuacja materialna mieszkanki została oceniona na średnim poziomie (7/10pkt.). Pomimo tego, iż posiada stosunkowo wysoką rentę inwalidzką, to nie jest to kwota, która zadowala badaną. Matka będąc opiekunem prawnym sprawuje pieczę nad finansami córki, która ma problem z dysponowaniem pieniędzmi. Najczęściej całą kwotę wydaje na słodycze lub inne mniej wartościowe rzeczy. Opiekun prawny stara się wydzielać określone kwoty, tak, aby móc nimi racjonalnie dysponować. W odczuciu badanej kwoty te są zbyt niskie. Matka badanej stara się kupić najpotrzebniejsze rzeczy dla córki, jednak ona twierdzi, że posiada mało rzeczy w stosunku do innych osób.

Zdrowie

Badana jest osobą zdrową (8/10pkt.). Mieszkanka nie posiada innych niepełnosprawności. Wizyty u lekarza są raczej sporadyczne. Badana nie uczęszcza zbyt często do lekarza około 2 razy w miesiącu, nie posiada żadnych innych niepełnosprawności, jest osobą zdrową fizycznie, która nie zażywa, żadnych innych leków za wyjątkiem leków psychotropowych.

Produktywność

W tym segmencie mieszkanka uzyskała średni wynik (13/20pkt.). Badana nigdy nie podjęła pracy zawodowej. W Domu Pomocy Społecznej ma swoje „stałe zajęcia”, w których uczestniczy, takie jak sprzątanie, czy wspomniana już praca w ogrodzie.

Mieszkanka czasami uczestniczy w terapii zajęciowej, ale nie jest to zadanie, które wykonuje regularnie. Udaje się tam zazwyczaj i obserwuje zajęcia. Jeśli angażuje się w zajęcia to jest to malowanie. Potrafi czytać i pisać oraz rozumie proste teksty, ale nie jest zainteresowana tego typu działaniem. Doraźnie czyta gazety (najczęściej program telewizyjny). Czasami czytuje gazety regionalne. Sporadycznie przychodzi na salę komputerową i korzysta z Internetu w celu pooglądania zdjęć, przeglądanie portali o

plotkach, lub jako towarzyszka swojej przyjaciółki. Lubi przebywać na świeżym powietrzu, więc uczęszcza na spacer.

Wiele godzin spędza na sali telewizyjnej, pomimo tego, że zazwyczaj nie rozumie treści programów, nie zawsze umie określić, o czym jest dany program. Najczęściej ogląda seriale, wiadomości oraz telenowele brazylijskie. Można przypuszczać, że przebywa tam dotrzymując towarzystwa innym mieszkankom.

Zażyłość z bliskimi

Niniejszy segment życia został oceniony na poziomie 13/15pkt. Mieszkanka ma rodzinę, która o nią dba. Matka często ją odwiedza i stara się zapewnić wszystkie najpotrzebniejsze rzeczy dla córki. Badana ma również córkę, która utrzymuje z nią stały kontakt. W tym roku została również babcią, ponieważ córka urodziła syna. Mieszkankę odwiedzają również siostra ze szwagrem, przywożą jej paczki z ubraniami i kupują jedzenie.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 20 – pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)mnie mama odwiedza najczęściej, ale córka też przyjeżdża, a teraz synek jej się urodził, to może z nim też przyjedzie. Siostra czasami jest ze szwagrem, do nich nie jeżdżę, bo za daleko mieszkają, ale tak czasami to do mamy jadę, jak po mnie przyjadą z córką.”

Bezpieczeństwo

Poczucie bezpieczeństwa zostało ocenione wysoko 13/15pkt. Z reguły dobrze sypia, czuje się bezpiecznie w miejscu zamieszkania, natomiast czasami odczuwa lęki i niepokój wewnętrzny, przeważnie w wyniku nowych bodźców, przed spotkaniem z mamą, lub gdy nasilają się wytwórcze objawy choroby.

Wypowiedź opiekuna pierwszego kontaktu (pytanie 7.1. i 7.2.):

„(...)sypia bardzo dobrze, ma uregulowany styl życia, to jest osoba jak na chorą bardzo zdyscyplinowana wewnętrznie. Myślę, że postrzega zakład jako swój dom, może nie jakoś tak jak swój dom rodzinny, ale zdaje sobie sprawę, że tutaj już zostanie i będzie mieszkać i nie wypowiada się, ani nie okazuje, żeby była z tego powodu jakoś strasznie nieszczęśliwa.”

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytanie 7.2.):

„Wiadomo, że to nie jest jej dom, ale przyzwyczaiła się do niego i nawet jak ją ostatnio wzięłam do domu, to mówiła po tygodniu, że ona w zasadzie to chce wracać, że tu ma koleżankę i swój pokój i swoje rzeczy, więc chyba czuje się bezpiecznie.”

Przynależność społeczna

W tym segmencie życia badana uzyskała zaledwie 3/10pkt. Mieszkanka uczestniczy głównie w niedzielnych mszach i wychodzi regularnie po zakupy. Czasami uczestniczy w imprezach lub wyjazdach integracyjnych, natomiast nie nawiązuje relacji z osobami spoza zakładu, nawet będąc na urlopie w domu.

Badana ma jedną przyjaciółkę, oraz osoby, z rodziny, z którymi spędza czas. Nie jest to osoba poszukująca nowych przyjaźni i kontaktu z innymi osobami. Z uwagi na powyższe czynniki rzadko znajdują się osoby, które proszą ją o radę lub zabiegają o jej towarzystwo.

Dobrostan emocjonalny

W tym segmencie badana uzyskała 12/15pkt. Najniżej oceniona została możliwość zrealizowania marzeń, głównie większe warunki finansowe. Z tego powodu mieszkanka nie zawsze może wykonywać to na co ma ochotę. Chciałaby również, aby rodzina częściej ją odwiedzała w zakładzie lub zabierała na urlopy lub święta.

Mieszkanka nr III

Mieszkanka, która uzyskała niski wynik obiektywnej skali jakości życia (52/105pkt – 49,5% - poziom niski), zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie od 16 lat. Badana ma 72 lata, zdiagnozowane organiczne zaburzenia nastroju i osobowości oraz niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym, uczęszczała do szkoły podstawowej, jest rozwiedziona, bezdzietna, ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym. Mieszkanka została przebadana z użyciem 2 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. Obecnie opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z mieszkanką jest swobodny, choć często komunikacja jest nielogiczna, traci wątek, wtrąca informacje, które nie mają związku z rzeczywistością. U badanej można zaobserwować zespół Capgrasa (objaw Sozji) – neguje autentyczność osób, twierdzi, że dane osoby, które ją otaczają zostały zamienione na obce osoby o identycznym wyglądzie. Często opowiada o swoim domu rodzinnym, ale wersje zdarzeń tego samego opowiadania nie zawsze są podobne.

Badana jest zdolna do przeprowadzenia operacji myślowych na poziomie konkretno – obrazowym. Zaburzony jest jednak tok myślenia, u badanej występują liczne persewercje, werbigercje.

Mieszkancka ma obniżony próg zachowań agresywnych, najczęściej przejawia się ona w postaci agresji werbalnej. Mieszkancka nie jest też skłonna do wykonywania poleceń, nie reaguje na nakazy i rozkazy. Jest to osoba, która charakteryzuje się niską tolerancją na frustrację i sytuacje stresowe. Jest labilna emocjonalnie, co powoduje konflikty z otoczeniem. Drażliwość pogłębia się w sytuacjach stresowych. Wynikiem tego typu zachowania są częste kłótnie ze współlokatorką oraz innymi mieszkankami na terenie Domu Pomocy Społecznej.

Pod kątem samoobsługi badana dobrze sobie radzi, natomiast wszystkie czynności wykonuje pod nadzorem innych osób. Przeszkodą w wykonaniu pewnych czynności precyzyjnie jest samoistne drżenie kończyn górnych. Niejednokrotnie mieszkanka wykazuje upór przy wykonywaniu czynności z zakresu samoobsługi takich jak na przykład mycie, lub przebranie bielizny.

Osobami z rodziny, które sporadycznie utrzymują kontakt z mieszkanką, są brat z bratową i siostra. Jeśli dochodzi do odwiedzin to jest to tylko w przypadku zjazdu rodzin, choć nie zawsze się pojawiają. Jedną z przyczyn jest zbyt duża odległość zamieszkania rodziny od Domu Pomocy Społecznej, w której przebywa badana. Kolejną przyczyną jest brak interesowania życiem siostry.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Sośnicy, gdzie uczęszczała do szkoły podstawowej, natomiast nie ma informacji czy tę szkołę ukończyła. Praca zawodowa nigdy nie została podjęta przez mieszkankę. Przez okres małżeństwa pracowała w gospodarstwie rolnym, którego właścicielem był małżonek, podobna sytuacja zaistniała w przypadku konkubinatu z drugim partnerem. Mieszkancka nie posiada żadnej dokumentacji medycznej oprócz jednorazowego pobytu w szpitalu w Lubiążu.

Była zamężna przez okres 8 lat, w krótkim czasie po rozwodzie poznała mężczyznę, z którym zamieszkała w Małkowicach i prowadziła z nim wspólne gospodarstwo domowe. Konkubent zmarł, w wyniku czego pozostała osobą bezdomną, zdarzało się, że badana spała na dworze.

Powróciła do Sośnicy, gdzie zamieszkała przez okres zimy u nieznannej osoby udzielającej jej schronienia. Pomocy udzieliły jej również inne osoby zamieszkujące tą miejscowość – najczęściej były to ubrania i żywność. Osoba, która udzieliła mieszkance lokum zaznaczyła, że po okresie zimowym badana będzie musiała się wyprowadzić z mieszkania.

Badaną zaopiekował się pracownik socjalny na terenie gminy. Następnie badana została ubezwłasnowolniona i przydzielono jej opiekuna prawnego – pracownika Sądu Rejonowego w Środzie Śląskiej. Przez okres oczekiwania na miejsce w Domu Pomocy Społecznej otrzymała mieszkanie z zasobów Gminy w miejscowości Kąty Wroci, było to jednak tylko czasowe rozwiązanie, ponieważ z chwilą zwolnienia się miejsca w Domu Pomocy Społecznej musiała opuścić lokal.

Analiza obiektywnej skali jakości życia

Byt materialny

Badana stosunkowo nisko oceniła swoją pozycję materialną (3/10pkt.) Opiekun prawny stara się pomagać mieszkance w odpowiedni sposób gospodarować finansami, tak aby mogła ona odłożyć sobie odpowiednią kwotę na najpotrzebniejsze rzeczy, niestety nie zawsze kończy się to sukcesem. Mieszkanka najczęściej wydaje pieniądze na słodycze i różne zabawki, oraz papierosy. Poniżej przedstawiono wypowiedź opiekuna prawnego, który potwierdza, iż sytuacja finansowa nie jest dobra.

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytanie 1.7.):

„(...)ona nie umie dysponować swoimi finansami. Jak ma to natychmiast leci coś kupić, ale żeby to było logiczne. Wiadomo papierosy pali, no to kupuje, ale ostatnio trochę ograniczyła, bo bardzo drogie. (...)Głównie wydaje pieniądze na słodycze i takie zabaweczki różne z kiosku, wszystko co się świeci. Trochę próbuję rozmawiać, że może to czy tamto kupimy, np. radio, albo kurtkę ładną, czy coś co by się jej przydała, żeby zaoszczędziła, no ale z czego tu zaoszczędzić jak renta niska, pół na papierosy, albo więcej i zostanie na cukierki. Dobrze, że jeszcze w miarę zdrowa jest, wiadomo coś tam trzeba kupić, (...) bo jak by miała zapłacić za leki tyle co niektóre to już tragedia.”

Zdrowie

W zakresie segmentu zdrowie badana uzyskała niski wynik (4/10pkt.), często odwiedza lekarza, około cztery razy w tygodniu. W kontekście zdrowia u mieszkanki występuje samoistne drżenie rąk na podłożu neurologicznym. Badana jest na zwyrodnienie stawów, osteoporozę, choroby układu pokarmowego (wrzody żołądka) i nadciśnienie. Z uwagi na powyższe zaburzenia oraz lęk przed chorobami badana dwa razy w tygodniu uczęszcza do lekarza.

Produktywność

W tym segmencie życia badana uzyskała 10/20pkt. Mieszkanka uczestniczy w terapii zajęciowej korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych. Pod tym kątem, można stwierdzić, że jest to osoba stosunkowo aktywna. Na terapii najczęściej zajmuje się naklejaniem lub wykonuje proste czynności nie wymagające dużej precyzji. Odwiedza budynek mieszkalny „Arkadia”, gdzie angażuje się w prace domowe typu gotowanie, czy sprzątanie, przebywa również na portierni, gdzie pomaga swojej koleżance w „pracy”. Wykonuje to zajęcie bardzo sumiennie. Poza portiernią wiele godzin spędza na sali telewizyjnej jednakże nie rozumie treści, które są tam przekazywane.

Zażyłość z bliskimi

W tym segmencie życia badana uzyskała - 5/15pkt. Rodzina mieszkanki odwiedza ją sporadycznie i nie interesuje się jej losem. Czasami odwiedzają ją podczas zjazdu rodzin.

Badania nie ma żadnej przyjaciółki. Koleżankę z portierni traktuje czasami w ten sposób, ale raczej nie można tego nazwać przyjaźnią. Nie ma tym samym osoby, która mogłaby ją pocieszyć lub wysłuchać. Z uwagi na charakterystyczne cechy charakteru i częste zachowania agresywne oraz nieumiejętność nawiązywania prawidłowych relacji interpersonalnych nie jest osobą powszechnie lubianą, która budzi pozytywne emocje u współmieszkańców. Ponadto kontakt z rodziną, pomimo jej istnienia jest na tyle sporadyczny, że ma odczucie osoby samotnej, której nikt nie odwiedza i nie utrzymuje z nią kontaktu.

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytania 5.2. i 5.7.):

„(...)to jest osoba bardzo konfliktowa, dlatego nie ma prawdziwej przyjaciółki na terenie zakładu. Czasami to jest super osoba, i potrafi nawiązać kontakt, ale coś ją zdenerwuje to wyzywa na wszystkich,

przeklina, wiadomo tu są różne osoby, co sobie pokrzyczą, ale ona jest nie do zniesienia i nie za bardzo chcą się z nią przyjaźnić. Tak się tu przyczepiła do tej na portierni i siedzi, ale jak się pokłócą to pióra lecą.”

Bezpieczeństwo

W zakresie bezpieczeństwa badana uzyskała średni wynik - 8/15pkt. Mieszkanka dobrze sypia, choć czasami miewa okresy, kiedy ma podwyższony niepokój ruchowy, który przejawia się również w nocy. Badana czuje się bezpiecznie w zakładzie, natomiast jest osobą bardzo lękliwą, która miewa zaburzenia nastroju, co powoduje, że miejsce, w którym przebywa nie zawsze wydaje jej się bezpieczne. Opiekun prawny zwraca również uwagę na przeszłość badanej i fakt, iż nie zawsze miała dom, przez długi czas mieszkała w różnych miejscach, co powoduje podwyższony lęk o swój aktualny byt.

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytanie 7.2.):

„(...)nie ma specjalnych lęków, normalnie sypia, ale czasami jak ma podwyższoną ruchliwość za dnia i widać, że ma takie wzmożone napięcie, klóci się cały dzień, to wiadomo, że w nocy nie będzie spać i czasami to zwiastuje, że nadejdzie jakieś urojenie. Poza tym to ona dużo przeszła, w różnych miejscach mieszkała i domu nie miała przez długi czas, więc trudno jej czasami z tym wszystkim.”

Przynależność społeczna

Przynależność społeczna została oceniona na poziomie – 3/10pkt. Mieszkanka nie ma żadnych znajomych poza zakładem. Rodzina nie zabiera jej do siebie, więc nie ma możliwości spotkania osób mieszkających poza Domem Pomocy Społecznej. Uczestniczy głównie w niedzielnym nabożeństwie. Czasami wychodzi na zakupy lub wyjeżdża do miasta.

Dobrostan emocjonalny

Segment życia jakim jest dobrostan emocjonalny również została nisko oceniona, na poziomie – 6/15pkt. Mieszkanka bardzo często nie ma ochoty wstać z łóżka i wykonywać jakichkolwiek czynności. Wówczas nie chce przebrać bielizny, udać się na śniadanie czy też wyjść z pokoju. Staje się wtedy agresywna wobec otoczenia i zazwyczaj pozostaje w swoim pokoju. Równie często nie może wykonywać czynności, na które miałaby ochotę, z uwagi na brak finansów lub niski stopień realności realizacji tych pragnień. Badana chciałaby pojechać odwiedzić brata lub kupić przedmioty, na które jej nie stać, powrócić do miejsca zamieszkania – zamieszkać samodzielnie i utrzymywać pełniejsze relacje z rodziną.

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytanie 8.2.):

„Pragnień i marzeń to ona ma wiele, ale żadne nie są realne, począwszy od kupna tysiąca rzeczy za 10zł a skończywszy na wprowadzeniu się z zakładu jak w danym momencie ma humor. (...)Czasami twierdzi, że to jest jej dom i się nie ruszy, ogólnie tu umrze i nigdzie nie było jej lepiej, innym razem twierdzi, że ma nas dość i chce wyjechać. Ogólnie jej marzenia nie są do spełnienia.(...)Chciałaby też, żeby ją brat częściej odwiedzał, ale to też nie jest realne, bo jak ona sama mieszkała i ledwo żyła i jej nie odwiedzał, to teraz będzie jeździł. Na zjazd rodzin przyjedzie i tyle, bo wtedy jest impreza, jedzenie, pogada chwilę i pojedzie.”

5.2.1 Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - byt materialny

W segmencie bytu materialnego badane uzyskały 48,4%. Ocenie podlegało posiadanie dóbr materialnych, takich jak sprzęt RTV, rzeczy do ubrania, meble, itp., oraz ogólna sytuacja materialna. Mieszkanki oceniały czy posiadają dużo, czy też mało rzeczy, do których zaliczały wszystkie swoje dobra materialne oraz sytuację materialną, gdzie ocenie podlegała kwota pieniędzy jaką mogą dysponować w miesiącu. Średnio badane oceniły wyżej posiadane przez nie rzeczy niż sytuację materialną (tabela 30).

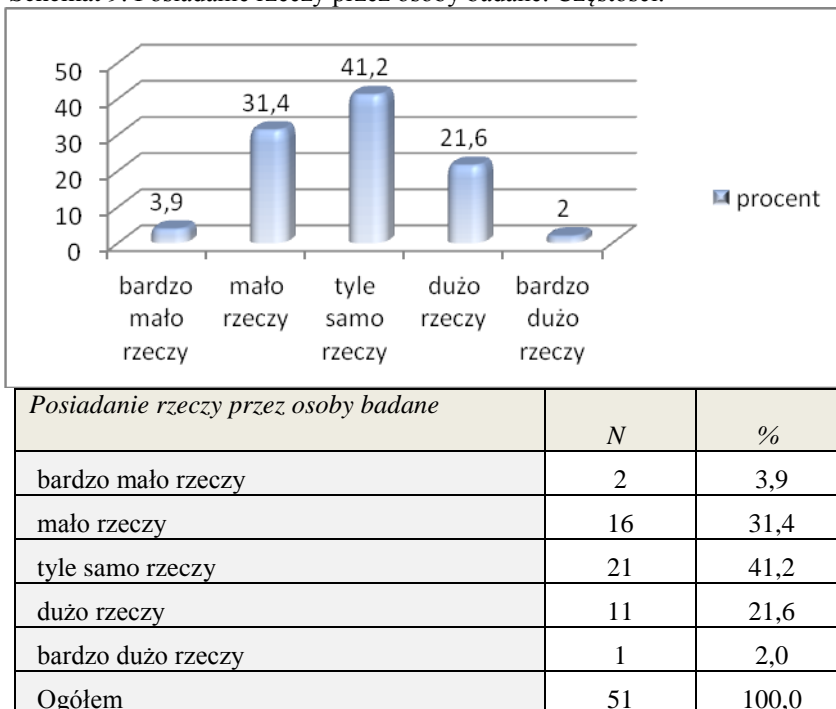
Tabela 30. Wyznaczniki bytu materialnego. Statystyki opisowe.

Wyznaczniki bytu materialnego (N=51)	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Posiadanie rzeczy przez osoby badane	2,86	3,00	0,872
Sytuacja materialna badanych	2,53	2,00	0,833

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

41,2% (21 osób) mieszanek określiła, że ma tyle samo rzeczy, ale 31,4% (16 osób) odpowiedziało, że ma mało rzeczy, tylko 3,9% (2 osoby) uważają, że mają bardzo dużo rzeczy (schemat 9). Badane zazwyczaj porównywały swoje dochody, dobra materialne do innych mieszanek Domu Pomocy Społecznej, nigdy nie zestawiały swojej sytuacji do sytuacji materialnej pracowników lub osób z rodziny czy przyjaciół spoza zakładu. Czasami konfrontowały swoją obecną sytuację materialną z tą sprzed zamieszkania w zakładzie.

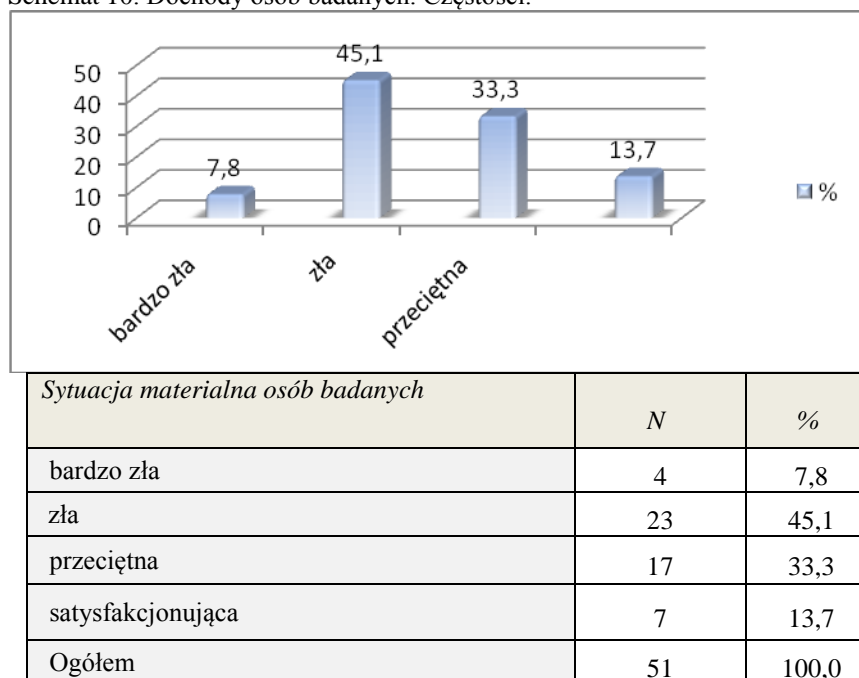
Schemat 9. Posiadanie rzeczy przez osoby badane. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Natomiast aż 45,1% (23 osoby) mieszkank określa swoją sytuację materialną jako złą (schemat 10). Panie uważają, że ich dochody są niskie i tylko niektórym z nich wystarcza na zaspokojenie swoich potrzeb. Mieszkanki najczęściej wydają pieniądze na papierosy, ale również na ubrania, kosmetyki i jedzenie, szczególnie owoce i słodycze.

Schemat 10. Dochody osób badanych. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Mieszkancki otrzymują 30% swojego miesięcznego wynagrodzenia, które zazwyczaj stanowi renta. Kwoty, którymi mogą rozporządzać są niewysokie. Całość kwoty, którą otrzymuje mieszkancki (umniejszona o kwotę, która przeznaczona jest na konto domu pomocy społecznej tj. 70%) będąc osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie przelewana jest na konto opiekuna prawnego, następnie opiekun rozlicza pieniądze według własnego uznania.

Średnia kwota jaką dysponują badane to około 150zł/mc. Natomiast nie zawsze taką kwotą rozporządza mieszkancki. Na taką sytuację składają się następujące czynniki:

1. Jedną z przyczyn zaistniałej sytuacji jest wprowadzenie odpłatności za leki. Domy pomocy społecznej (dalej: DPS) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej pokrywają koszty leków, za które ustalona jest ryczałtowa cena oraz część odpłatność za inne leki – do wysokości limitu ceny przewidzianej w przepisach o Narodowym Funduszu Zdrowia. Na okoliczność tych kosztów apteka wystawia fakturę na podstawie recept wystawionych dla mieszkańców DPS, z której wynika jaką odpłatność ponosi mieszkaniec, a jaką DPS (Szałucki, 2012). Oznacza to, iż DPS uiszcza całość kosztów z danej faktury, a mieszkaniec wpłaca do kasy przypadającą na niego część odpłatności⁵⁰. Pomimo, iż wiele z mieszkanek mogłoby dysponować swoimi środkami finansowymi, które im pozostały po odprowadzeniu 70% na rzecz domu pomocy społecznej to niejednokrotnie nie pozostają im żadne środki, gdyż muszą opłacić leki.
2. Sytuacja powstała na skutek kontrolowaniu finansów osób będących opiekunami prawnymi osoby ubezwłasnowolnionej. Opiekunowie prawni dysponujący finansami mieszkancki mogą odłożyć pieniądze należące do podopiecznej w depozyt i uzgodnić z opiekunem z domu pomocy społecznej w jaki sposób ma dysponować finansami. Istnieją dwie możliwości :
 - mieszkancki bezpośrednio otrzymuje całą kwotę,
 - opiekun dokonuje stosownych zakupów, które potwierdza rachunkami.

⁵⁰ Podstawa prawna:

- Art. 54 – 66 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz.U. z 2009 r. nr 175, poz. 1362 ze zm.),
- Art. 8 ust. 1, ust. 3; art. 43 ust. 1 ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. nr 54, poz. 535 ze zm.),
- Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.).
-

Opiekunowie prawni mogą również wypłacić określoną kwotę, którą przeznaczają mieszkankę raz w miesiącu, a pozostałe pieniądze przeznaczając na inne wydatki.

Opiekunowie prawni, którzy są pracownikami Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie wypłacają całą kwotę swoim podopiecznym, chyba, że mieszkanka życzy sobie inaczej, np. co miesiąc chcąc połowę kwoty przez okres pół roku tak, aby odłożyć finanse na jakiś większy zakup. Wypłaty dokonuje się według ustalonych wcześniej zasad. Każda mieszkanka, która pobiera określoną kwotę podpisuje się w zeszycie, potwierdzając kwotę, którą pobrała.

Natomiast wielu opiekunów prawnych będących osobami z rodziny wydzielają swojej podopiecznej kwoty wielkości na przykład ok. 20zł/mc. Opiekunowie twierdzą wówczas, iż dokonują zakupów na rzecz mieszkanki za pozostałą kwotę.

Poniżej przedstawiono wybrane wyniki dotyczące bytu materialnego w stosunku do zmiennych niezależnych, które przyjęto w badaniach.

Obliczenia wykazały, że osoby, które mieszkają 16 do 25 lat w Domu Pomocy Społecznej (w większości osoby starsze) mają najgorszą sytuację finansową (tabela 33). Mieszkanki, które są niezamężne są w lepszej sytuacji finansowej, niż badane będące rozwiedzione (tabela 32). Mieszkanki posiadające rodzinę wykazują wyższą jakość życia w zakresie bytu materialnego, niż osoby samotne (tabela 34).

Sprawdzono, iż nie istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy bytem materialnym a zmiennymi niezależnymi, które przyjęto w badaniach. Tabele zamieszczone poniżej obrazują niniejsze treści.

Tabela 31. Byt materialny a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	6,00	2,00	27,085	21	0,168
	45-64	38	5,31	1,54			
	65<	7	5,00	1,73			
	Ogółem	51	5,39	1,62			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Starsze mieszkanki osiągają niższe wyniki w segmencie bytu materialnego, niż panie w młodszym wieku. Jedną z przyczyn tej sytuacji może być stan zdrowotny mieszkank (tabela 31). Panie muszą z własnych funduszy opłacić leki do wysokości limitu ceny przewidzianej w przepisach o Narodowym Funduszu Zdrowia, co nakreślono powyżej.

Starsze mieszkanki, które zażywają zazwyczaj więcej leków mają tym samym zdecydowanie niższe dochody.

Tabela 32. Byt materialny a stan cywilny badanych. Test Chi -kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	5,60	1,74	14,682	21	0,839
	Rozwiedziona	16	4,93	1,38			
	Ogółem	51	5,39	1,62			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Mieszkanki, które są pannami osiągają wyższe średnie w segmencie bytu materialnego niż mieszkanki, które są rozwiedzione (tabela 32). Jednym z czynników jest fakt, że większość mieszkanek, które są rozwiedzione posiadają dzieci, które są zazwyczaj opiekunami prawnymi badanych. Opiekun prawny rozporządza finansami mieszkanek i wydziela odpowiednie według nich kwoty. Analizując kolejne wyniki, które przedstawia tabela 34 można stwierdzić, że osoby posiadające dzieci osiągają najniższe wyniki w ocenie segmentu byt materialny.

Tabela 33. Byt materialny a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	6,20	1,37	18,660	21	0,607
	10-15lat	9	5,11	1,83			
	16-25 lat	24	4,83	1,52			
	26<	3	6,66	1,15			
	Ogółem	51	5,39	1,62			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05

Najwyższe średnie w tym segmencie uzyskały badane, które najkrócej i najdłużej zamieszkują w zakładzie (tabela 33). Panie, które zamieszkują najkrócej to osoby młode (do 35 roku życia) lub osoby w średnim wieku, którymi przez cały czas, pomimo postępującej choroby zajmowała się rodzina. Wówczas te osoby są wspomagane finansowo przez swoich opiekunów. Młodszy mieszkankami zajmują się zazwyczaj rodzice, którzy starają się spełnić potrzeby swojej córki. Natomiast większość pań, które są w średnim wieku np. zamieszkały w zakładzie w wieku 45 lub 50 lat, są wspomagane przez rodzinę, która w wielu przypadkach przez długie lata się nimi opiekowała i również pomaga finansowo.

Najstarsze mieszkanki, które najdłużej zamieszkują w zakładzie osiągają wysokie średnie, ponieważ finanse, które posiadają są dla nich wystarczające. Oczekiwania tych osób

obniżyły się wraz ze znacznym obniżeniem sprawności, fizycznej i intelektualnej. Badane są jedynymi z najstarszych mieszkank, które najdłużej zamieszkują w zakładzie. Dwie panie spośród badanych osób są mieszkankami o bardzo zaniżonej sprawności ruchowej i obecnie od kilku lat nie wstają z łóżka. Głównie kupują przez opiekunkę produkty spożywcze lub ubrania typu koszula nocna czy bielizna, więc finanse, które otrzymują są w ich ocenie wystarczające.

Tabela 34. Byt materialny a osoby, które utrzymują kontakt z badanymi. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	5,48	1,80	14,084	21	0,866
	Dzieci	14	5,14	1,46			
	Nie mam nikogo	9	5,44	1,50			
	Ogółem	51	5,39	1,62			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Badane, które mają kontakt z rodzicami lub rodzeństwem uzyskały wyższe wyniki w segmencie bytu materialnego(tabela 34). Do tej grupy należą mieszkanki, które są młode lub w średnim wieku, rodzice nadal opiekują się córką i starają się „wynagrodzić” jej pobyt w zakładzie zabezpieczając ją materialnie.

Tabela 35. Byt materialny a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona .

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	5,27	1,643	6,197	7	0,517
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	5,71	1,589			
	Ogółem	51	5,39	1,62			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Osoby ubezwłasnowolnione częściowo mają lepszą sytuację materialną niż osoby ubezwłasnowolnione całkowicie, co wskazuje, że ubezwłasnowolnienie całkowite ogranicza jakość życia badanych w tym zakresie. Mieszkanki, które są ubezwłasnowolnione częściowo mają prawo rozporządzania swoimi finansami i zakupywania drobnych rzeczy, natomiast osoby ubezwłasnowolnione całkowicie są zupełnie zależne od swojego opiekuna i jego postanowień w tym względzie. Badane niejednokrotnie wnioskuje o zniesienie ubezwłasnowolnienia całkowitego lub chociażby zmiany na ubezwłasnowolnione częściowe.

Tabela 36. Byt materialny a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	5,39	1,59	6,354	7	0,499
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	5,37	1,92			
	Ogółem	51	5,39	1,62			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Ocena sytuacji materialnej mieszkanek, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny jest lepsza, gdy funkcję tę sprawuje pracownik placówki, jednakże należy wziąć pod uwagę, że opiekunem prawnym jest pracownik DPS, zazwyczaj wtedy, gdy osoba jest starsza i nie ma bliższej rodziny, która chce się podjąć opieki tego typu. Oznacza to, że wyniki te potwierdzają pierwszą analizę, gdzie osoby starsze oświadczyły, że są mniej usatysfakcjonowane ze swojego bytu materialnego niż młodsze.

Spośród osób badanych wyróżniono te mieszkanki, które osiągnęły wysoką, średnią i niską średnią w tym segmencie w odniesieniu do powyższych informacji.

Mieszkanka nr I

Badana osiągnęła jedną z najwyższych średnich z zakresu obiektywnej jakości życia w segmencie bytu materialnego (9/10pkt – 90%). Mieszkanka ma 61 lat, zdiagnozowaną schizofrenię paranoidalną, jest panną, z wykształceniem wyższym. W Domu Pomocy Społecznej przebywa 5 lat, gdzie przybyła z innego zakładu, ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, nie posiada żadnej rodziny za wyjątkiem byłej opiekunki prawnej zamieszkałej w Kaliszu. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5- stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. W chwili obecnej opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Charakterystyka

Badana podejmuje kontakt werbalny. Wysoki zakres kompetencji językowej powoduje, że kontakt jest ułatwiony. Mieszkanka poprawnie używa konstrukcji gramatycznych, reprezentuje szeroki zasób słownictwa. Rozmowa do pewnego momentu jest racjonalna, aż mieszkanka zaczyna wtrącać treści urojeniowe do rozmowy. Wówczas występuje słowotok, który jest objawem gonitwy myśli.

Wypowiedź mieszkanki na temat jej życiorysu:

(...)rodzice nie żyją, ojciec zmarł w 2006 roku, a matka w 2007. Rodzice byli nauczycielami, (...) ojciec później został dyrektorem EMPIKU. Nie mam rodzeństwa, ale powinnam mieć, bo jestem adoptowana 1 957 roku, miałam w przeszłości kontakt z matką biologiczną. Matka biologiczna żyje i obecnie przebywa w RFN, nie kontaktuje się ze mną, bo miałam do niej napisać, ale nie miałam długopisu jak spotkałyśmy się u kuzynki matki przypadkowo w Gdańsku i nie mogłam zapisać adresu, a list chyba został wykradzony(...).”

Badana opowiada o rodzinie, pracy, możliwościach jakie miałby, gdyby nie mieszkała w Domu Pomocy Społecznej. Konfabuluje na temat swojego wymyślanego małżonka. Twierdzi, iż jest on Chińczykiem lub Bułgarem pracuje w NRD i/ lub w Izraelu, nie może się z nią kontaktować. Uważa, że rodzice zazdrościli jej związku z konkubentem.

Mieszkanca ma zachowaną wszechstronną orientację w rzeczywistości, oczywiście zależy to od nasilenia się w danym okresie symptomów wytwórczych. Dominuje nastój dysforyczny. Nie ma poczucia choroby i twierdzi, że została umieszczona w ośrodku niesłusznie. Przyznaje, że wcześniej była hospitalizowana w szpitalu w Kościanie, Sokołówce oraz w Ostrowie Wielkopolskim, ale twierdzi, że: *„(...)po trzy tygodniowej obserwacji cały personel podpisał się, że jestem zdrowa psychicznie, poczyniono badania krwi, które to potwierdziły. Jestem zainfekowana lub zatruta i dlatego bywam w szpitalach, to jest też powodem zamieszkania w zakładzie.(...) Choruję też na grzybicę narządów rodnych na co nie jestem leczona w Domu Pomocy Społecznej. Systematycznie otrzymuję leki na terenie Domu Pomocy Społecznej, co jest nadzorowane przez personel. One są przyczyną tego, że nie mogę stąd wyjść, a trzymają mnie siłą i wiem, że mnie nie wypuszczą, chyba, że mój mąż wróci z Chin i mnie uwolni(...).”*(cytat z wywiadu psychiatrycznego przeprowadzonego przez lekarza psychiatrę w Wojewódzkim Szpitalu Opieki Psychicznej w Sokołówce z dnia 4 sierpnia 2004 roku).

Chętnie czyta książki, gazety lokalne oraz polityczne. Dużo czasu spędza na pisaniu listów, opowiadań, czy wierszy. Jest to osoba, która nie uczęszcza na terapię zajęciową, ponieważ uważa, że reprezentują tam zbyt niski poziom do jej umiejętności. Natomiast sama znajduje sobie wiele różnych zajęć. Jest osobą bardzo aktywną. Czasami uczestniczy w rehabilitacji, chodzi na spacer, sama dokonuje zakupów.

Ponadto jest w pełni jest sprawna motorycznie i wykonuje wszystkie czynności z zakresu samoobsługi. Dbą o swój wygląd zewnętrzny, jest zawsze starannie ubrana, używa kosmetyków do makijażu oraz włosów. Ubiera się najczęściej w kolorowe suknie lub bluzki.

Mieszkanka, nie ma przyjaciół na terenie Domu Pomocy Społecznej, i nie nawiązuje z nikim tego typu relacji. Przejawia postawę roszczeniową wobec pracowników i czuje się skrzywdzona faktem, iż zamieszkuje w zakładzie. Badana przejawia również takie zachowanie wobec rodziców twierdząc, że była przez nich maltretowana zarówno psychicznie jak i fizycznie.

Badana przyjaźni się z jedną osobą - przyjaciółką, która mieszka w Kaliszu i była kiedyś jej opiekunem prawnym. Czasami przyjeżdża i zabiera ją do siebie, razem robią zakupy, wychodzą do kawiarni lub spędzają czas w innej formie na przykład odpoczywają na ogródkach działkowych. Badana bardzo lubi z nią wyjeżdżać, oczekuje jej również na wizytach w zakładzie.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Mieszkanka urodziła się i wychowała w Kaliszu. Rodzice badanej byli nauczycielami w szkole średniej, uczyli języka rosyjskiego.

Ukończyła szkołę podstawową i średnią, następnie studiowała zaocznie na Studium Pomaturalnym w Poznaniu na wydziale bibliotekoznawstwa. Uzyskała dyplom z Pedagogiki na Uniwersytecie Łódzkim, w czasie studiów podjęła pracę w klubie MPiK w Kaliszu, gdzie pracowała w bibliotece i w czytelni. Następnie pracowała w Instytucie Kształcenia Nauczycieli CDN w Kaliszu przez dwa lata w charakterze dokumentalisty. Kolejne 8 lat pracowała jako nauczyciel w Zespole Szkół Włókienniczych w Kaliszu oraz w Średniej Szkole Muzycznej w Kaliszu. Od 1986 roku jest otrzymuje rentę z powodu niezdolności do pracy.

Wraz z pojawieniem się pierwszych objawów choroby i rozpoczęciem leczenia, badana zaprzestała pracy zawodowej. W 1993 roku rodzice badanej wnieśli wniosek o ubezwłasnowolnienie. 21 marca 1994 roku sąd wydał decyzję o ubezwłasnowolnieniu, po czterech latach intensywnego leczenia na wniosek rodziców i prowadzącego lekarza psychiatry wniosek uchylono (23 luty 1998rok). W 2001 roku rodzice ponownie wnieśli wniosek o ubezwłasnowolnienie z uwagi na pogorszenie jej stanu zdrowia. W grudniu 2001 roku sąd wydał postanowienie o ubezwłasnowolnieniu całkowite mieszkanki.

W 2002 roku badana została umieszczona w Domu Pomocy Społecznej w Kochłowach. W tym samym czasie matka badanej przebywała w Domu Pomocy Społecznej

dla osób somatycznie i przewlekle psychicznie chorych w Baszkowie z powodu zaburzeń psychicznych.

Z uwagi na pogarszający się stan zdrowia matki badanej opiekunem prawnym została znajoma mieszkanki (przyjaciółka o której wspomniano powyżej). Następnie badana poprosiła o przeniesienie do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przez wzgląd na bliskość rodzinnego miasta Kalisza i zamieszkującej tam koleżanki.

Analiza warunków bytowych mieszkanki

Badana twierdzi, że ma więcej lub tyle samo rzeczy co pozostałe osoby oraz, że jest osobą zamożną. Miesięczny dochód mieszkanki, który może wykorzystać wynosi 236,73zł. Opiekun prawny co miesiąc wypłaca jej całą kwotę, lub część, którą w danym czasie chce wykorzystać. Ponadto mieszkanka jest właścicielem mieszkania w Kaliszu, które wynajmuje. Kwotę otrzymaną za wynajem przeznacza na kupno mebli do pokoju, kosmetyki, lub wakacje. Część pieniędzy odkłada na koncie przeznaczając je na inne wydatki w przyszłości.

Wypowiedź opiekuna prawnego mieszkanki (pracownik Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie)(pytanie 1.7.):

„Jeśli chodzi o zasoby finansowe, to na tle innych mieszkanek pani (...) ma naprawdę spore dochody. Ogólnie ma świadomość wartości pieniądza i umie oszczędzać. Nie wypłaca sobie co miesiąc całej kwoty, ale odkłada na to co sobie zaplanuje. Czasami jedzie do Kalisza do swojej koleżanki to z nią wtedy idzie na zakupy lub prosi ją, aby jej kupiła to czego potrzebuje. Ja wypłacam jej wszystko tak jak uważa i nie ma z tym problemu”

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 15 – pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Mam więcej rzeczy od innych, mam swoje pieniądze, kupuję sobie co uważam. Generalnie odkładam sobie teraz na remont mieszkania (...) jak stąd wyjdę to wtedy zrobię remont w mieszkaniu, (...) Wiadomo, że kiedyś to miałam więcej, bo pracowałam, miałam wysoką pensję, a teraz jest gorzej, ale na to co mi potrzeba to spokojnie wystarcza, (...) głównie ubrania kupuję, ostatnio kupiłam sobie radio no i kosmetyki jakies, jak do miasta pojedę, albo do koleżanki do Kalisza.”

Z powyższych wypowiedzi oraz treści wynika, że mieszkanka jest dobrze usytuowana materialnie i tak też ocenia swoją sytuację.

Mieszkanka nr II

Badana osiągnęła średni wynik z zakresu obiektywnej jakości życia w segmencie bytu materialnego (7/10 – 70%), ma 86 lat, zdiagnozowaną schizofrenię paranoidalną, wykształcenie zawodowe rolnicze, mieszka 36 lat w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, jest panną, ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym. Mieszkanka została przebadana z użyciem 3 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. Rodzina nie odwiedza mieszkanki. Opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Charakterystyka

Badana podejmuje samodzielnie kontakt werbalny, natomiast wypowiedzi badanej są ubogie w treści i bardzo zdawkowe. Zazwyczaj jest to kontakt w płaszczyźnie odpowiedzi na pytania. Przyczyną jest między innymi postępujący regres otępienny. Czasami jednak badana opowiada o czasie, kiedy mieszkała na wsi i prowadziła gospodarstwo rolne. Wówczas wypowiedzi są bogatsze w treści. Chętnie nawiązuje kontakty z innymi, lubi gdy ktoś ją odwiedza.

Mieszkanka od dłuższego czasu (10 lat) pozostaje w pozycji leżącej z uwagi na obniżenie sprawności ruchowej (zwyrodnienie stawów). W związku z tym nie jest osobą wykonującą wszystkie czynności z zakresu samoobsługi. Badana samodzielnie spożywa posiłki, pomaga przy przebieraniu bielizny, siedzi samodzielnie na wózku, ale sama nie jest w stanie się na nim poruszać.

Główne zainteresowania mieszkanki oscylują wokół tego, co było kiedyś treścią jej życia, czyli hodowli zwierząt i gospodarstwa wiejskiego. Chętnie ogląda programy o takiej tematyce, oraz lubi, aby jej czytać książki zawierające tego rodzaju treści. Jest to osoba spokojna i chętnie zawierająca znajomości. Z powodu wieku i długoletniej choroby mieszkanka nie ma już dużych potrzeb poznawczych, ale jest otwarta na relacje z innymi ludźmi.

Osoby z najbliższej rodziny nie utrzymują z mieszkanką kontaktu, nie odwiedza jej również żadna osoba z zewnątrz. Osobą, która utrzymuje z nią najbliższy kontakt jest opiekun prawny (tym samym pracownik pierwszego kontaktu). Czasami odwiedzają ją inne opiekunki, ponieważ jest to bardzo miła i pozytywnie nastawiona do świata osoba.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Urodziła się i wychowała w Słupi, gdzie ukończyła szkołę i mieszkała razem ze swoimi rodzicami. Prowadziła z nimi gospodarstwo rolne, które przejęła po ich śmierci.

Leczenie psychiatryczne rozpoczęła w 1957 roku. W 1960 roku orzeczono, że nie jest zdolna do pracy i nie ma ona żadnych innych bliskich osób, które mogłyby ustawowo udzielić pomocy alimentacyjnej.

Chorą zajęła się wówczas dalsza krewna. Badana nie potrafiła sama zadbać o gospodarstwo, istniały również problemy w wydzierżawieniu ziemi, tak, aby badana mogła otrzymać wsparcie finansowe. W związku z powyższym badana została ubezwłasnowolniona i przyznano jej opiekuna prawnego.

Opiekun prawny, wówczas daleka krewna badanej opiekowała się mieszkanką przez 16 lat. Przez ten okres toczyła się sprawa majątkowa dotycząca gospodarstwa rolnego badanej. Następnie opiekun prawny złożył wniosek o umieszczenie badanej w domu pomocy społecznej z powodu problemów zdrowotnych i braku możliwości do dalszego zajmowania się badaną wywiązywania się z obowiązków opiekuna prawnego.

Analiza warunków bytowych mieszkanki

Badana twierdzi, że ma więcej lub tyle samo rzeczy co pozostałe osoby oraz, że jest osobą zamożną. Miesięczny dochód mieszkanki, który może wykorzystać wynosi 198 zł. Opiekun prawny co miesiąc wypłaca jej całą kwotę, lub część, którą w danym czasie chce wykorzystać.

Badana nie wykazuje dużych potrzeb, ale poprzez opiekuna prawnego dokonuje zakupów, zazwyczaj są to zakupy spożywcze -w okresie letnim chętnie kupuje lody, lub inne napoje chłodzące. Latem 2012 roku zakupiła nowy telewizor. Z uwagi, iż jest osobą leżącą co pewien czas kupuje sobie koszule, pościel i poduszki.

Wypowiedź opiekuna prawnego mieszkanki (pracownik Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie)(pytanie 1.7):

„Finanse mieszkanki nie są niskie. Zawsze może z nich skorzystać. Jak czegoś potrzebuje to jej kupię. Oczywiście wszystko z nią konsultuję. Wiadomo, że nie wszystko rozumie, ale staram się wytłumaczyć w miarę jasno pewne rzeczy. Czasami nam się bardziej wydaje, że one nie rozumieją. Jak chcą to bardzo dużo informacji do nich dociera.

Kiedy ma jakieś konkretne potrzeby to wtedy rozmawiam co i ile będzie kosztować, ile jej zostanie, a może zaproponować coś innego. Zazwyczaj się zgadza. Ogólnie to wiadomo, że trudno by jej było teraz dysponować pieniędzmi, ale odczuwa na tle innych osób i tego co miała wcześniej czy to co ma teraz to dużo czy mało(...) już nie ma dużych potrzeb, ale zawsze coś tam jest co można by kupić, więc dobrze, że na leki tyle nie wydaje, to można z tego jeszcze sporo rzeczy zakupić, o chociażby telewizor ostatnio kupiła. Dobrze, że można to na coś wykorzystać”

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 15 – pytania dodatkowe dla mieszkanki):

„Ja już jestem stara to mi już tyle nie potrzeba. (...) mam dużo różnych rzeczy i mam pieniądze(...) jak mam ochotę to sobie kupię to i tamto(...) O to sobie tera kupiłam (koc przyp.aut.) i koszulę niedawno (...) no mam trochę. No telewizor sobie kupiłam. Jak mieszkałam na wsi to czasem nic nie miałam, a teraz to dużo mam. Na wsi to zwierzęta miałam i ziemi dużo, gospodarstwo całe. To było dużo. Czasami jeść nie miałam co (...)Teraz zwierząt nie ma i tu jestem, ale rzeczy to mam sporo i co chcę to mam.”

Mieszkanka pomimo choroby oraz podeszłego wieku odbiera swoją sytuację jako dobrą. Porównuje warunki życia z poprzednimi (domem rodzinnym) i twierdzi, że jej warunki materialne są dobre. Z informacji wynika, że mieszkanka pomimo tego, iż posiadała gospodarstwo rolne to sytuacja finansowa była niekorzystna. W związku z tym opieka jaką nad nią sprawują osoby w ośrodku oraz możliwość zakupu wielu rzeczy jest odbierana przez nią pozytywnie i zgodnie z rzeczywistością.

Mieszkanka nr III

Badana osiągnęła najniższą średnią z zakresu obiektywnej jakości życia w segmencie bytu materialnego (3/10pkt – 30%), ma 77 lat, zdiagnozowaną schizofrenię rezydualną, wykształcenie średnie, mieszka 27 lat w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, jest panną, ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym, utrzymuje kontakt z bratem i siostrami. Mieszkanka została przebadana z użyciem 3 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. Opiekunem prawnym badanej jest brat.

Charakterystyka

W zakresie komunikacji werbalnej kontakt z badaną jest swobodny, najczęściej w płaszczyźnie zadawanych pytań. Natomiast zachowanie i postawa wobec innych osób jest wyizolowana. Trudno nawiązuje kontakty z innymi osobami. Jest bezkrytyczna wobec choroby i swojego zachowania. U mieszkanki można zaobserwować typowe objawy negatywne dla długotrwałych zaburzeń psychicznych. Mieszkanka jest wycofana emocjonalnie, konwersacja jest mało spontaniczna i brak jej płynności. Często popada w

apatię. Widoczne są zaburzenia toku i treści myślenia. Mieszkanka potrzebuje kilkunastu sekund lub nawet minutę nim udzieli odpowiedzi (otamowanie myślenia), które są skąpe treściowo i często dotyczą zaburzonego wizerunku ciała (dysmorfobie).

Czynności samoobsługowe wykonuje pod nadzorem innych osób, główną przyczyną jest postępujący regres poznawczy, osłabienie pamięci i coraz mniejsza sprawność manualna. Mieszkanka zapomina co i w jakiej kolejności ma wykonać na przykład zakłada warstwy odzieży nie przebierając się z koszuli lub nie zakłada bielizny. Ponadto czynności takiej jak np. zapinanie guzików, czy złożenie łóżka są dla niej trudne, ponieważ z uwagi na problemy neurologiczne nie jest w stanie tych czynności prawidłowo wykonać. Personel stara się pomagać, ale nie wykonywać wszystkich czynności za mieszkankę.

Badana nie ma specjalnych zainteresowań, w związku z powyższymi problemami jest osobą zamkniętą w sobie, która nie chce wchodzić w relacje z innymi ludźmi, ani aktywnie uczestniczyć w życiu ośrodka. Najczęściej biernie spędza czas na sali telewizyjnej, czasami uczestnicząc w terapii zajęciowej. Na terapii zazwyczaj wykonuje proste prace plastyczne. Lubi malować zwierzęta i motywy przyrodnicze.

Stały kontakt utrzymuje z nią brat i siostry, którzy naprzemiennie starają się ją odwiedzać. Nie jest to jednak kontakt regularny. Czasami przywożą siostrze pewne znoszone rzeczy lub przedmioty, ale raczej nie kupują nowych i nie starają się jej zaopatrzyć w rzeczy, które są potrzebne. Przysyłają paczki, z których mieszkanka bardzo się cieszy. Uważa, że rodzeństwo o nią dba. Z uwagi na wiek badanej oraz rodzeństwa nie zabierają jej do domu na urlop lub inne wyjazdy.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Mieszkanka urodziła się i wychowała w miejscowości Ligota. Ukończyła tam szkołę podstawową, szkołę średnią ukończyła w miejscowości Ostrów Wielkopolski, następnie uzyskała uprawnienia do wykonywania zawodu laborantki po ukończeniu studium zawodowego.

Pracowała w zawodzie przez okres 10 lat w miejscowym laboratorium. Przez cały ten okres zamieszkiwała z rodzicami, z którymi przez cały czas utrzymywała dobry kontakt.

Od 1977 roku badana leczyła się psychiatrycznie w Poradni Zdrowia Psychicznego w Ostrowie Wielkopolskim, kilkakrotnie przebywała w szpitalach dla nerwowo chorych. Przez cały ten okres rodzice oraz brat wspierali ją w leczeniu oraz wspierali materialnie.

Z uwagi na stan zdrowia, oraz postawioną diagnozę (schizofrenia paranoidalna) w roku 1979 przyznano mieszkance rentę inwalidzką, brat oraz rodzice podjęli decyzję o ubezwłasnowolnieniu oraz umieszczeniu badanej w domu pomocy społecznej. W 1981 zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Chróście dla kobiet i mężczyzn przewlekle psychicznie chorych (ówczesny PDPS Chróście). W 1985 roku została przeniesiona do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Analiza warunków bytowych mieszkanki

Badana twierdzi, że ma mniej rzeczy od innych i zdecydowanie gorsze warunki materialne od pozostałych. Miesięczny dochód mieszkanki, który mogłaby wykorzystać opiewa na 152 zł/mc. Natomiast opiekun prawny, którym jest brat nie zawsze pozwala jej na dysponowanie całą kwotą. Uważa, że mieszkanka ma wszystko zapewnione i nie potrzebuje tylu pieniędzy.

Wypowiedź brata opiekuna prawnego (pytanie 1.7):

„Ona tam ma wszystko zapewnione, ja jej paczki czasami wysyłam, jak coś potrzebuje, ale siostra zazwyczaj nic nie mówi co by tam chciała. Pyta się opiekunów jak jest coś potrzebne to wysyłam lub sam zawiozę jak ją akurat odwiedzam, albo niedaleko przejeżdżam. Wiadomo teraz za leki muszą płacić, to muszą kupić, czasami to już za dużo tam nie zostanie jak się wszystkie leki kupi.”

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 15 – pytania dodatkowe dla mieszkanki):

„(...) ja tam nie mam za dużo (...) inne to mają więcej, kupują sobie takie różne rzeczy (...) ja mam rentę małą i nie mam za dużo (...) ta na przykład (imię) to wciąż ma coś nowego, a to telewizor a to radio, ja nie mam tyle.”

Z wypowiedzi wynika, iż mieszkanka ma pewne potrzeby, możliwe, że nie potrafi ich w pewien sposób wyartykułować lub brat uważa, że nie są one dla niego istotne. Ponadto brat twierdzi, że wszystkie potrzeby siostra ma zapewnione w ośrodku, dlatego nie widzi problemu.

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytanie 1.7):

„To jest pani, która jest głęboko zaburzona. Ogólnie lata brania leków, problemy neurologiczne spowodowały, że nie jest w stanie wszystkiego w odpowiedni sposób wyartykułować. Brat nie wydaje jej całej kwoty. Ona nie pali, a jak już to sporadycznie, więc tych pieniędzy trochę by sobie mogła odłożyć. Już takich dużych potrzeb nie ma, ale zawsze. Bardzo owoce lubi, a wiadomo, przy takich kwotach nic nie jest tanie, więc jak dla mnie to mógłby jej tą całą kwotę, tak jak innym, że my tu tym dysponujemy jak mieszkanka chce. No wiadomo, żeby sobie coś tam odłożyła, ale nie takie wydziałania po 35zł.”

Reasumując badane mieszkanki oceniają swój byt materialny na podstawie porównań z innymi mieszkankami. Nie zestawiają swoich dochodów i tego co posiadają z dochodami opiekunami lub innymi pracownikami zakładu. Nie zawsze badane potrafią obiektywnie ocenić swoje dochody, ale zazwyczaj potrafią ocenić, czy posiadają więcej czy mniej niż koleżanki z Domu Pomocy Społecznej. Zależność ta zostanie ukazana przy subiektywnej ocenie satysfakcji z sytuacji materialnej.

Jednym z większych problemów jest dysponowanie środkami finansowymi przez opiekunów prawnych, którzy nie zawsze uważają, że podopieczna potrzebuje jakiejś sumy pieniędzy dla siebie.

Pracownicy i dyrekcja zakładu starają się interweniować w sprawie sytuacji materialnej swoich podopiecznych poprzez prośby kierowane do opiekunów prawnych. Niestety zazwyczaj nie stosują się oni do nich, twierdząc, że w odpowiedni sposób dysponują pieniędzmi zapewniając mieszkance wszystko co według nich jest potrzebne.

Oceniając warunki bytowe mieszkańek uwzględniono również odpowiedzi pracowników pierwszego kontaktu oraz opiekunów prawnych osób badanych. Informacje poszerzono o pytania dotyczące standardu mieszkaniowego oraz jakości usług, które świadczy Dom Pomocy Społecznej.

Standard mieszkaniowy został oceniony bardzo wysoko. Mieszkanki mogą urządzić pokój według własnego uznania, wprowadzać w nim innowacje. Niektóre panie mają swoje pojedyncze meble, telewizory, szafki, przedmioty codziennego użytku, ozdoby. Muszą jednak uzgodnić pewne zmiany z opiekunami. Badane mieszkające na terenie budynku mieszkalnego „Arkadia” mają swobodny dostęp do kuchni, ale nie przyrządzają tam codziennie wszystkich posiłków, w pokojach korzystają z czajników bezprzewodowych. Natomiast na terenie pałacu i pawilonu korzystają z kuchni zakładowej, w której

przygotowywane są posiłki, gdzie zawsze mogą przyjść po napoje lub jedzenie. Mieszkanki mogą przechowywać jedzenie w pokojach i wszystkie rzeczy, które są im potrzebne.

Większość osób znaczących oceniła wysoko standard mieszkaniowy oraz usługi w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie (pytania 1.1. i 2.1). Wyniki przedstawia tabela poniżej.

Tabela 37. Ocena standardu warunków bytowych przez osoby znaczące.

Ocena standardu warunków bytowych przez respondentów (N=54)	Opiekunowie prawni badanych (rodzina badanych) (N=32)	Osoby będące opiekunem prawnym i pracownikiem pierwszego kontaktu badanych (pracownicy Domu Pomocy Społecznej) (N=13)	Pracownicy pierwszego kontaktu (N=9)	Razem
<i>Bardzo dobry</i>	23	6	7	36
<i>Średni</i>	7	3	1	11
<i>Niski</i>	1	2	0	3
<i>Nie mam zdania</i>	1	2	1	4

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

O wysokim standardzie usług świadczą również wypowiedzi zarówno opiekunów prawnych jak i pracowników pierwszego kontaktu.

Wypowiedź opiekuna prawnego mieszkanki nr I (ojciec mieszkanki)(pytanie 1.1.):

„Warunki bytowe mają świetne, niejedna starsza osoba mieszkająca samotnie lub z rodziną mieszka o wiele gorzej i nie jada tyle i takiej jakości posiłków jak w Domu Pomocy Społecznej. Mają stałą opiekę lekarską i dostęp do psychiatry, więc nie ma obaw, że czegoś im zabraknie (...) wszystko jest na wysoki standard i nie ma co tu wymieniać. (...)Jeśli chodzi o wyżywienie to nie wiem, bo nie jadłem, natomiast córka nie narzeka i mówi, że jej wystarcza i jest dobre.”

Wypowiedź opiekuna prawnego mieszkanki nr II (siostra mieszkanki)(pytanie 1.1.):

„Ja pamiętam, jak siostra mieszkała w pokoju 6-osobowym, później 4-osobowym a teraz mają tylko jedną współlokatorkę. Sama ja sobie wybrała, dogadują się i nie widzę, żeby w jakikolwiek sposób coś jej przeszkadzało. A jest to osoba wymagająca, często kapryśna i ma swoje zdanie. Jak coś jej się nie spodoba to na pewno o tym wspomni, szczególnie jeśli to będzie odbierało jej komfort psychiczny.

Tutaj remonty następują jak w normalnym domu. A nawet nie do końca, bo niekiedy ludzie nie mają takich funduszy, aby wciąż coś remontować. Uważam, że jak w normalnym domu zmieniane są firanki, wystrój wnętrz, nowe meble. Nawet częściej, bo przecież obowiązują ich oddzielne przepisy na przykład o zmianie bielizny pościelowej. Jak w domu coś się człowiekowi popsuje to nie zawsze ma fundusze, żeby to naprawić, a tutaj muszą się znaleźć i nie ma połamanych stolików czy starych pościeli, telewizorów.

Poza tym widziałam jak odrestaurowali pięknie park, można przebywać wśród zieleni, jest fontanna, zawsze są kwiaty. Otoczenie też jest ważne, jak miałabym mieszkać w jakiejś starej dziurze w otoczeniu murów, tutaj naprawdę jest pięknie, park jest zabytkowy, starodrzew. Zdaję sobie sprawę, że dla tych chorych osób nie zawsze to jest najważniejsze, ale chociaż tyle można dla nich zrobić.

Przez tyle lat – siostra jest już ponad 20 (27 lat przyp. autorki), to widzę jak tu wszystko się zmienia. Wymienione zostały okna, zamontowana winda, wszystko jest na bieżąco wymalowane i co jakiś czas są nowe meble, telewizory, komputery, itd. Teraz nawet park jest zrobiony i mają staw, tak, że naprawdę jest to bardzo wysoki poziom. (...)Bardzo dobry dostęp do opieki medycznej i sądzę, że posiłki są odpowiednie, moja siostra nie narzeka, a wręcz przeciwnie, jest niezadowolona z mojej kuchni. Ja osobiście nie jadłam, więc nie mogę ocenić, ale siostra jest zadowolona.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu, mieszkanki nr II (pytanie 1.1.)

„Warunki mają świetne, wszystko zapewnione, tylko powinny mieć uwzględnione więcej warzyw i owoców w diecie. Wiem, że są trudne warunki finansowe, bo stawka na jedną osobę jest niska, ale można by dietę trochę urozmaicić. Zdecydowanie owoce i warzywa powinny znajdować się w codziennej diecie. Wiele mieszkanek nie stać na to żeby sobie codziennie coś kupić w celu uzupełnienia diety, a ta jest tutaj zbyt uboga w te produkty, zdecydowanie.”

Wypowiedź osoby będącej opiekunem prawnym i pracownikiem pierwszego kontaktu, mieszkanki nr III (pytanie 1.1.):

„Uważam, że mają tu wszystko zorganizowane i poziom utrzymania Domu jest wysoki. Zawsze jest czysto, atmosfera jest domowa, nie ma dużych ograniczeń, generalnie panie mają do wszystkiego dostęp, piękne pokoje, duży park, tak że na pewno lepiej niż w niejednym domu. Mam tylko zastrzeżenie co do diety, bo mogłaby być bardziej urozmaicona.”

Z powyższych wypowiedzi wynika, iż standard mieszkaniowy oceniony został wysoko i zarówno opiekunowie prawni jak i pracownicy Domu nie mają żadnych zastrzeżeń co do czystości pomieszczeń, jakości usług, standardu wyposażenia pokoi oraz zagospodarowania terenu. Jedyne uwagi, które się pojawiły, to te dotyczące jakości posiłków. Zdaniem pracowników w ich diecie powinno się znajdować więcej warzyw i owoców – w szczególności w okresie letnim, ponieważ nie każdą mieszkankę stać na uzupełnienie diety.

5.2.2 Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - zdrowie

Następnym segmentem życia, który podlegał ocenie, było **zdrowie** badanych. Średnia tego segmentu życia to 64% w skali – drugi najwyższy wynik. Badając niniejszy segment

życia badacz uwzględnił obiektywne przesłanki określający stan zdrowia. Zgodnie z narzędziem Roberta Cummins'a, które zostało użyte do badań, czyli:

- niepełnosprawności, choroby przewlekłe, poziom sprawności fizycznej, osoby badanej;
- ilość wizyt u lekarza u lekarza w miesiącu;
- leki jakie codziennie zażywa badana (za wyjątkiem leków psychotropowych).

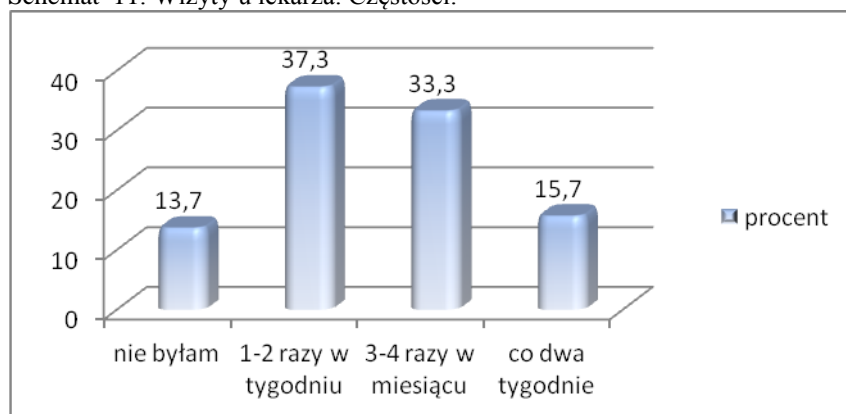
Tabela 38. Wyznaczniki zdrowia. Statystyki opisowe.

Wyznaczniki zdrowia (N=51)	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Wizyty u lekarza	2,51	2,00	0,92
Choroby przewlekłe i niepełnosprawności	3,98	5,00	1,54
Zażywane lekarstwa (poza lekami psychotropowymi)	4,12	5,00	1,46

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Grupa badanych mieszkanek odwiedzała lekarza, bo aż 1-2 razy w tygodniu (37,3%)(19 osób), tylko 13,7% (7 osób) badanych nie było w przeciągu miesiąca u lekarza (schemat 11).

Schemat 11. Wizyty u lekarza. Częstości.



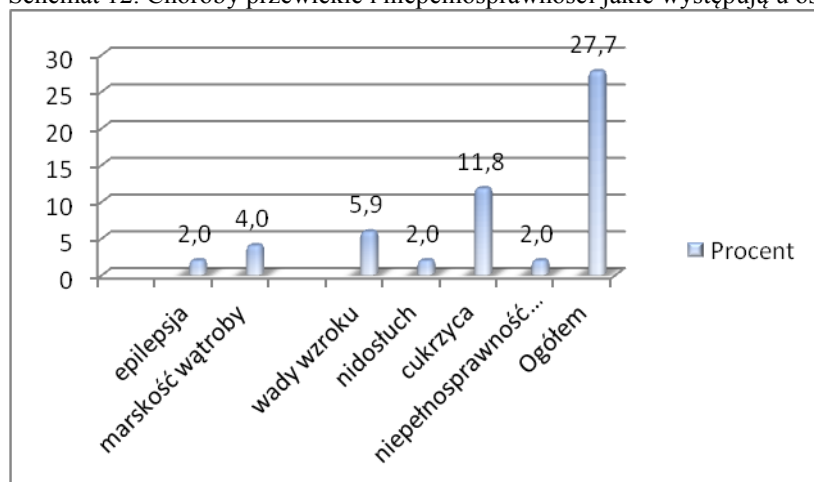
Częstość wizyt u lekarza	N	%
nie byłam	7	13,7
1-2 razy w tygodniu	19	37,3
3-4 razy w miesiącu	17	33,3
co dwa tygodnie	8	15,7
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Badane w większości są pełnosprawne 68,6% (34 osoby), najczęstsze dolegliwości związane są z wiekiem mieszkanek – cukrzyca, zwyrodnienia stawów, pogorszenie słuchu lub wzroku (schemat 12). U dwóch mieszkanek wystąpiła cukrzyca typu drugiego, oraz marskość wątroby, jedna mieszkanka porusza się przy pomocy wózka

inwalidzkiego. W związku z pogorszeniem wzroku panie używają okularów – głównie do czytania oraz aparatów słuchowych.

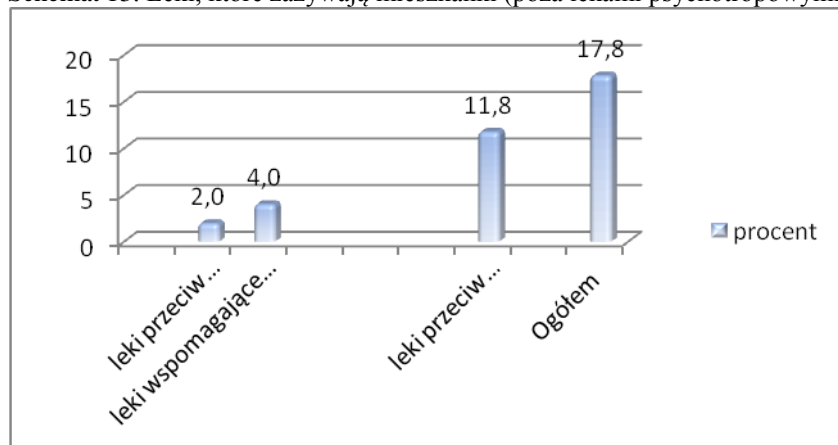
Schemat 12. Choroby przewlekłe i niepełnosprawności jakie występują u osób badanych. Częstości.



Choroby przewlekłe i niepełnosprawności		
	N	%
epilepsja	1	2,0
marskość wątroby	2	4,0
wady wzroku	3	5,9
niedosłuch	1	2,0
cukrzyca	6	11,8
niepełnosprawność ruchowa	1	2,0
Ogółem	14	27,7

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Schemat 13. Leki, które zażywają mieszkanki (poza lekami psychotropowymi). Częstości.



Zażywanie lekarstwa (poza lekami psychotropowymi)		
	N	%
leki przeciwpadaczkowe	1	2,0
leki wspomagające pracę wątroby	2	4,0
leki przeciwcukrzycowe (insulina)	6	11,8
Ogółem	9	17,8

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Uwzględniono zgodność danych z rzeczywistym stanem, ponieważ niektóre z mieszkanek często odwiedzają lekarza, ale nie ma to związku z faktycznym stanem chorobowym. Podobnie w przypadku zażywania leków, które w efekcie okazują się być placebo. W tej części badawczej ocenie podlega obiektywny stan zdrowia, natomiast subiektywne odczucia osób badanych zostały zanalizowane w osobnym podrozdziale.

Głównym celem wizyt u lekarza jest pogorszenie stanu psychicznego lub problemy zdrowotne związane z okresowymi chorobami typu przeziębienie i grypa, problemy związane z układem pokarmowym⁵¹. Powodem dla którego panie odwiedzają lekarza jest również chęć rozmowy lub/i zwrócenia uwagi na swoją osobę.

Wynik, w segmencie życia jakim jest zdrowie ma związek z poczuciem bycia zdrowym vs chorym. Większość badanych uważa, że jest chora i podaje, iż jest to bezpośrednia przyczyna dla której zostały umieszczone w zakładzie. Ponad połowa osób badanych 54,9% (28 osób) nie ma poczucia choroby psychicznej. Czują się zupełnie zdrowe, pojęcia choroby nie wiążą ze stanem psychicznym. Należy również podkreślić, iż nawet spośród tych mieszkanek, które zdają sobie sprawę z choroby psychicznej w okresie reemisji objawów chorobowych również nie mają poczucia choroby.

Kobiety zamieszkałe w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie w większości są w średnim i starszym wieku, spośród osób badanych tylko 10,8% (5 osób) badanych stanowią osoby młode. Opiekunowie pierwszego kontaktu podkreślają, że panie coraz rzadziej uczestniczą w terapii zajęciowej, mniej się ruszają i więcej chorują. Trudniej namówić je do działania lub do rehabilitacji.

Według opinii lekarza internisty, która sprawuje opiekę lekarską w niniejszej placówce, w najbliższych latach Dom Pomocy Społecznej będzie się coraz częściej borykał z chorobami wieku starczego. Wiele z mieszkanek, które jeszcze kilka lat temu były sprawne - brały udział w wyjazdach, lub wakacjach obecnie przebywają wyłącznie na terenie ośrodka. Nasilają się również lęki przez światem zewnętrznym. Niektóre z pań nie wychodzą już wcale poza teren zakładu, pomimo tego, że chętnie to czyniły jeszcze jakiś czas temu. Lekarz psychiatra podkreśla, że w związku z długoletnim leczeniem psychiatrycznym panie częściej i szybciej będą zapadały na różnego rodzaju dolegliwości związane z chorobami układu

⁵¹ Niniejsze informacje te uzyskane zostały w rozmowie z lekarzem psychiatrą oraz lekarzem chorób wewnętrznych, pracujących na terenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

krążenia, układu pokarmowego i układu ruchu. Oprócz tego narażone są w taki sam sposób jak większość społeczeństwa w wieku starszym na pogorszenie wzroku, słuchu i inne dolegliwości typowe dla osób starszych.

Poniżej przedstawiono wyniki analizy statystycznej z poszczególnymi zmiennymi niezależnymi przyjętymi w badaniach. Badania wykazały, że mieszkanki, które są młodsze, krótko zamieszkują w zakładzie a rodzina podtrzymuje z nimi relację wykazującą wyższą jakość życia w obrębie zdrowia.

Tabela 39. Zdrowie a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	8,20	0,44	17,628	21	0,672
	45-64	38	6,47	1,92			
	65<	7	5,28	2,05			
	Ogółem	51	6,49	1,94			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : * $p < 0,05$.

Wyniki badań wykazały, że osoby młodsze (36-44 lata) są zdrowie niż starsze (tabela 39). Stan zdrowia młodszych pań jest obiektywnie lepszy. Starsze mieszkanki cierpią na dolegliwości, które są związane ze starzeniem się organizmu, ponadto, jak określił lekarz internista, istnieje wiele zagrożeń, w związku z długotrwałym zażywaniem leków głównie z grupy psychotropowych.

Tabela 40. Zdrowie a stan cywilny badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	6,54	1,98	20,586	21	0,484
	Rozwiedziona	16	6,37	1,82			
	Ogółem	51	6,49	1,94			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : * $p < 0,05$.

Mieszkanki, które są pannami mają obiektywnie lepszy stan zdrowia niż panie, które są rozwiedzione (tabela 40). Możliwe, iż jest to związane z ogólnie gorszym postrzeganiem swojej sytuacji życiowej, dlatego również stan zdrowia te osoby oceniają niżej.

Tabela 41. Zdrowie a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	7,20	1,82	22,988	21	0,345
	10-15lat	9	6,22	1,98			
	16-25 lat	24	6,25	1,93			
	26<	3	5,66	2,51			
	Ogółem	51	6,49	1,94			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

Podobnie mieszkanki przebywające w zakładzie do 25 lat wykazują wyższą jakość życia w zakresie zdrowia niż mieszkanki mieszkające powyżej 25 lat w zakładzie (tabela 41). Kobiety zamieszkujące najkrócej w większości są osobami młodymi lub w średnim wieku, co wiąże się bezpośrednio z wynikiem jaki uzyskano w tabeli 39, gdzie analiza wykazała, że panie, które są młodsze wyżej oceniają swój stan zdrowia niż osoby starsze.

Tabela 42. Zdrowie a osoby, które utrzymują kontakt z badanymi. Test Chi-kwadrat Pearsona .

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	7,22	1,31	46,124	21	<u>0,001</u>
	Dzieci	14	6,14	2,24			
	Nie mam nikogo	9	5,22	2,10			
	Ogółem	51	6,49	1,94			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

W obrębie segmentu jakości życia jakim jest zdrowie badanych wystąpił istotny statystycznie związek w zakresie kontaktów, które utrzymuje rodzina z osobą badaną ($X^2=46,124$; $df=21$; $p=0,001$, dla $p<0,05$)(tabela 42). Mieszkanki, z którymi utrzymują relacje dzieci, rodzice lub rodzeństwo wykazują wyższą średnią w segmencie zdrowia niż osoby, z którymi nikt nie podtrzymuje kontaktu. Oznacza, to iż posiadanie bliskiej osoby wpływa na stan zdrowia.

Tabela 43. Zdrowie a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona .

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	6,70	1,74	10,893	7	0,143
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	5,92	2,36			
	Ogółem	51	6,49	1,94			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Analiza statystyczna wykazała, że mieszkanki ubezwłasnowolnione całkowicie osiągają wyższe średnie niż badane ubezwłasnowolnione częściowo (tabela 43). Oznacza, to, iż badane ubezwłasnowolnione całkowicie rzadziej uczęszczają do lekarza i są sprawniejsze fizycznie od ubezwłasnowolnionych częściowo.

Tabela 44. Zdrowie a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	6,53	6,53	4,111	7	0,767
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	6,25	6,25			
	Ogółem	51	6,49	6,49			

*Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.*

Badane, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny wykazują nieznacznie wyższą średnią w zakresie zdrowia niż osoby, których opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej (tabela 44). Mieszkanki, których opiekunem prawnym jest osoba pracująca w zakładzie to w większości osoby samotne, a mieszkanki, które utrzymują kontakt z rodziną wyżej oceniają swoje zdrowie – wyniki przedstawia tabela 42.

Poniżej przedstawiono osoby badane, które uzyskały najwyższy, przeciętny i najniższy wynik w tym segmencie życia z uwzględnieniem powyższych danych.

Mieszkanca nr I

W zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie zdrowie uzyskała najwyższą średnią (8/10 pkt. – 80%). Badana ma 47 lat, zdiagnozowaną schizofrenię paranoidalną, posiada wykształcenie podstawowe, od 5 lat zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Mieszkanca została przebadana z użyciem 5- stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. Mieszkanca jest panną, ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym, opiekunem prawnym jest pracownik zakładu. Utrzymuje kontakt z bratem, bratową oraz matką.

Charakterystyka

Komunikacja z mieszkanką jest swobodna. Badana chętnie nawiązuje kontakt, jest osobą otwartą na nowe znajomości. Lubi opowiadać o sobie, i o przeszłości, choć wielokrotnie mija się z prawdą. W mowie występują liczne perseweracje świadczące o zaburzeniu toku myślenia. Fragment tego typu wypowiedzi, który znajdował się

informacjach ze Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim zaprezentowano poniżej:

„Mieszkałam z rodzicami i pracowałam na roli z rodzicami. Bardzo dużo pracowałam, czasami to do nocy nawet pracowałam. Jak mama wyjeżdżała do Holandii, bo tam poznała kiedyś takiego pana, on był bardzo bogaty i miał pałac w Bydgoszczy to wtedy musiałam najdłużej pracować. Dużo pracowałam, musiałam dużo pracować.”

Badana wykonuje wszystkie czynności w zakresie samoobsługi, bez nadzoru innych osób. Służy pomocą dla innych osób, które są mniej sprawne. Pomaga również na stołówce przy wydawaniu posiłków.

Uczęszcza na terapię zajęciową, ale w dużej mierze nie uczestniczy czynnie w zajęciach. Mieszkanka umie pisać i czytać, natomiast nie lubi tego robić i podejmuje tego typu działań. Głównie interesują ją zajęcia muzyczne, śpiew taniec i słuchanie muzyki. Sama kupuje sobie płyty i nagrania, których słucha w pokoju. Najchętniej spaceruje po terenie ośrodka i poza nim. Zachwyca się parkiem i widać, że w tym przypadku naprawdę jest to szczere. Bardzo lubi tereny zielone, ze względu na to, iż zamieszkiwała na wsi, chętnie wykonuje prace na dworze, typu zamykanie, sadzenie roślin, grabienie liści, itp.

Kontakt z rodziną badanej został odnowiony dopiero po okresie zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Mieszkanka jest obecnie odwiedzana raz do roku przez brata i bratową, matka utrzymuje z nią kontakt telefoniczny lub listowny. Z uwagi na stan zdrowia i odległość jaka ją dzieli od córki nie odwiedza jej, ponadto była to główna przyczyna rezygnacji ze sprawowania funkcji opiekuna prawnego. Stosunki z rodziną są poprawne.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Wałczu, gdzie ukończyła szkołę podstawową i mieszkała z rodzicami, którzy zajmowali się gospodarstwem rolnym. Mieszkanka pomagała rodzicom w gospodarstwie.

Nie ma informacji na temat podjęcia leczenia psychiatrycznego za wyjątkiem informacji ze Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim, gdzie badana przebywała na leczeniu w 1986 roku. Po tym wydarzeniu mieszkanka powróciła na jakiś czas do domu rodzinnego. Następnie została ubezwłasnowolniona a opiekunem prawnym została jej matka.

W wieku 38 lat została skierowana do Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych w Wałczu.

Mieszkanka dobrze się zaaklimatyzowała w ośrodku i nawiązała wiele przyjaźni. Obecnie ma jedną koleżankę, która jest jej współlokatorką, razem chodzą na zakupy i terapię zajęciową.

Badana przez ten cały czas była leczona psychiatrycznie, ale na skutek rozwoju choroby, w momentach zaostrzenia się objawów psychotycznych, urojeń wytwórczych o treści ksobnej (w przypadku badanej omamów wzrokowych i słuchowych), badana stawała się agresywna wobec współmieszkańców. Mieszkanka uważała wówczas, że osoby przebywające wokół niej chcą ją zaatakować, lub poczynić jej krzywdę. Wówczas badana broniła się lub przechodziła bezpośrednio do ataku na osoby, które rzekomo jej groziły. Ponadto mieszkanka miewała mamy słuchowe pod postacią głosów, które nakazywały jej uciszyć osoby, które stawały przeciwko niej.

Ośrodek, w którym przebywała wówczas mieszkanka nie jest odpowiednio dostosowany i przygotowany na sprawowanie opieki nad osobami z tego typu zaburzeniami. Mając na uwadze niniejsze fakty, badana została przeniesiona do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Analiza zdrowia mieszkanki

Badana jest osobą sprawną fizycznie. W obecnym stanie psychicznym rzadziej występują ostre symptomy psychotyczne. Lekarza internistę odwiedza najczęściej 2 razy w miesiącu. Z analizy obiektywnej wynika, iż jest osobą w dobrym stanie zdrowia.

Mieszkanka nie ma poczucia choroby psychicznej. Czasami rozmówca może odnieść wrażenie, że badana zdaje sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia, ale są to tylko pozory. Używa określenia choroba psychiczna nie oznacza to jednak, że jest świadoma co się z tym wiąże. Poniżej przedstawiono zacytowaną wypowiedzi mieszkanki dotyczące oceny swojego stanu zdrowia.

Wypowiedź osoby badanej (pytanie 16 – pytania dodatkowe dla mieszkank):

„(...) jestem chora, bo do szpitala jeździłam, a później trafiłam, bo jestem chora i mam problem, no z tym, że nie zawsze się dobrze czuję, ja mam chorobę psychiczną i nerwicę, denerwuję się szybko. Nic nie poradzę, leki biorę to pomaga trochę, pani doktor mi przepisuje takie o (...). Ja tak to w porządku tylko nie zawsze wszystko jest tak jak trzeba i potrzebuję wtedy odpocząć. A teraz jestem zdrowa już, czasami tylko gorzej się czuję, najczęściej brzuch mnie boli, albo głowa. To przez to jak kiedyś chorowałam, to teraz nie mogę mieszkać sama i jeszcze mama jest chora(...) no mama to jest bardzo chora na brzuch wie Pani, no i dlatego jestem tu. A tu niektóre to są dopiero chore to im trzeba pomóc.”

Opiekun prawny mieszkanki twierdzi, że badana nie ma poczucia choroby psychicznej. Chorobę wiąże głównie z pobytem w szpitalu i leżeniem w łóżku (pytanie 3.1.).

„ Ogólny stan zdrowia ma dobry, poza tym nie czuje się chora dużo robi, pomaga, jest chętna do współpracy. Lubi sobie pochodzić po parku. (...) A co do choroby psychicznej to chyba nie ma poczucia tego, że jest chora. Wie, że tu jest, bo sobie sama nie poradzi i z tym wiąże chorobę. Ogólnie to jest sprawna kobieta i na tle innych to oprócz schizofrenii to ona jest zdrowa.”

Mieszkanka nr II

Badana uzyskała średni wynik z zakresu obiektywnej jakości życia w segmencie zdrowie (7/10 pkt. – 70%), ma 56 lat, zdiagnozowane organiczne zaburzenia urojeniowe oraz niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim, jest panną. Do Domu Pomocy Społecznej przybyła 10 lat temu, jest ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym, opiekunem prawnym jest siostra, która utrzymuje z nią stały kontakt. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5-stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Mieszkanka jest osobą bardzo komunikatywną, kontakt werbalny jest spójny i zgodny z regułami gramatycznymi. Wypowiedzi są spontanicznie poszerzane o różne wątki poboczne, które często nie mają nic wspólnego z główną treścią. Badana lubi rozmawiać, jej wypowiedzi są bardzo szczegółowe, natomiast wykazuje się niską tolerancją na frustrację, co powoduje zachowania agresywne, np. w wyniku przerwania jej ciągu wypowiedzi, zaczyna przeklinać w kierunku osoby, która to uczyniła.

Jest to osoba otwarta, która chętnie nawiązująca nowe znajomości, ale z uwagi na szczegółowość swoich opowieści, przerażający się w słowotok i reakcje agresywne niewiele mieszkank chce z nią zawierać przyjaźnie na dłużej. Najczęściej badana zmienia koleżanki, w zależności od tego, czy w danym dniu nie popadnie, z którąś w konflikt.

Duże wahania nastroju, wypowiedzianie urojeń prześladowczych wobec których pozostaje bezkrytyczna są niejednokrotnie przyczyną kłótnie i nieporozumień z innymi współmieszkankami.

W zakresie samoobsługi badana dobrze sobie radzi, choć potrzebne są osoby, które będą ją w tym działaniu wspierać. Jest osobą zadbaną, zawsze jest ubrana w czysty fartuch. Czasami uczęszcza do fryzjera i w miarę zasobów finansowych do sklepu. Chętnie

uczestniczy w rehabilitacji oraz terapii zajęciowej. Badana najczęściej podejmuje działania manualne, oraz gotowania. Prowadzi również swój zeszyt, w którym gromadzi przepisy kulinarne, samodzielnie je przepisując z różnych gazet. Lubi czytać, najczęstszą lekturą są codzienne gazety lokalne i program telewizyjny.

Badana utrzymuje kontakt głównie z siostrą, która jest również jej opiekunem prawnym. Siostra chętnie odwiedza mieszkankę, ponieważ mieszka w Poznaniu nie przyjeżdża często, ale regularnie w odstępach dwumiesięcznych. Przysyła paczki oraz telefonicznie kontaktując się z badaną. Siostra dba o sytuację finansową mieszkanki i udostępnia jej całą kwotę, którą dysponują opiekunki w porozumieniu z podopieczną.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Mieszkanka urodziła się w Puszczykowie, gdzie mieszkała do 15 roku życia. Później przeprowadziła się z rodzicami i siostrą do Poznania. Uczęszczała do szkoły specjalnej, nie ukończyła szkoły zawodowej, którą rozpoczęła. Nigdy nie podjęła pracy zawodowej. Pomagała w domu swojej mamie, która prowadziła gospodarstwo domowe. Wcześniej przez kilka lat pracowała w zawodzie – pielęgniarstwo.

Badana leczyła się psychiatrycznie w Poradni Zdrowia Psychicznego w Poznaniu od 18 roku życia. Przyznano jej rentę inwalidzką oraz stwierdzono, że jest niezdolna do pracy.

Po śmierci matki badana zamieszkała ze swoją siostrą, gdzie przebywała do momentu, w którym zmieniła miejsce pobytu na Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie. Przyczyną był brak dalszej możliwości sprawowania całodobowej opieki nad siostrą, która nie przestrzegała zasad bezpieczeństwa na przykład: nie zakręcała gazu po zagotowaniu herbaty, wychodziła z mieszkania nie zamykając drzwi, opuszczała mieszkanie udając się w nieznanym kierunku i nie informując o tym siostry.

Analiza zdrowia mieszkanki

Badana choruje na padaczkę. Na skutek leczenia ataki padaczkowe miewa sporadycznie. Jest to osoba zdrowa fizycznie, która nie ma wiele dolegliwości.

Z punktu widzenia internisty jest osobą o dobrym stanie zdrowia fizycznego. Innego zdania jest sama badana, która uczęszcza lekarza tak często jak jest to tylko możliwe. Jest to związane z zaburzeniami o podłożu hipochondrycznym, dlatego też nie brano tego wyniku pod uwagę w odniesieniu do oceny segmentu zdrowia w obiektywnej jakości życia.

Badana nie ma poczucia choroby psychicznej. Uważa, że mieszka w Domu Pomocy Społecznej, ponieważ matka zmarła a ona ma różne dolegliwości fizyczne, głównie padaczkę. Poniżej przedstawiono wypowiedzi mieszkanki oraz pracownika pierwszego kontaktu:

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 16 – pytania dodatkowe dla mieszkank):

„(...)Już dawno chorowałam i nie radziłam sobie, to przez chorobę sobie nie radziłam, kiedyś było dobrze. Mieszkałam z mamusią, z siostrą, nawet pracę miałam, później coś się stało, coś nie wiem ze mną i tak później w szpitalu byłam, bo później nie pamiętałam, a teraz tu mieszkam.(...) ja ogólnie jestem chora na padaczkę, mam nogi słabe i pracować przez to nie mogę, na oczy już nie widzę dobrze. Muszę się leczyć(...) No chora jestem i tyle. Do tego z wątroba coś mam gnije mi od środka. Ostatnio na nerki byłam chora, tak jak mamusia, ona na nerki to w ogóle umarła. ”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytanie 3.1.):

„(...) jest ogólnie zdrowa i bardzo dużo potrafi zrobić, chętnie pomaga innym mieszkankom, ale uważa, że jest bardzo chora i nieszczęśliwa. Przez cały czas coś wymyśla i chodzi do lekarza, (...) czasami jak jej coś nie pasuje to też chora jestem i tyle i nie będzie robić, (...) chociaż na tle innych to ona sporo robi i dużo na terapię chodzi i ogólnie to bardzo wesola kobieta, tylko nie wolno jej wchodzić w słowo (śmiech), ma tam swoje jak wszyscy tu (...) Ona nie ma poczucia choroby to na pewno, myśli, że to przez te swoje wymyślone choroby tutaj jest i najczęściej mówi o padaczce.”

Z wypowiedzi pracownika pierwszego kontaktu wynika, że z obiektywnego punktu widzenia badana jest zdrowa, chętnie uczestniczy we wszelkich działaniach na rzecz zakładu, jednak, gdy nie ma ochoty czegoś wykonać to twierdzi, że powodem jest choroba.

Mieszkanka nr III

Badana osiągnęła najniższą średnią z zakresu obiektywnej jakości życia w segmencie zdrowie (4/10 pkt. – 40%). Mieszkanka ma 72 lata, wykształcenie średnie, z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia paranoidalna. Zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie 35 lat, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest pracownik zakładu. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. Posiada rodzinę, którą stanowią kuzynki, ale kontakt jest bardzo ograniczony.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z otoczeniem jest poprawny, porozumiewanie się badanej jest zgodne z regułami gramatycznymi, najczęściej w płaszczyźnie zadawanych pytań. Trudno nawiązuje kontakty z innymi osobami, jest osobą wyizolowaną. Niechętnie odpowiada na pytania, nie chce mówić na temat przeszłości, czy rodziny. Na terenie zakładu ma jedną przyjaciółkę, z którą się spotyka i utrzymuje kontakt.

Czynności samoobsługowe wykonuje samodzielnie, bez pomocy osób trzecich. W obecnym stanie psychicznym nie wypowiada treści urojonych i nie zdradza zaburzeń spostrzegania. Natomiast u mieszkanki występuje szereg objawów negatywnych typu apatia, wycofanie emocjonalne i stereotypie w myśleniu. Badaną charakteryzują zmienne stany emocjonalne, które nie są współmierne do sytuacji.

Terapia zajęciowa jest miejscem, które badana chętnie odwiedza, ale nie zawsze w celu terapeutycznym. Z uwagi na trudność w kontaktach z ludźmi nie zawsze chce wspólnie wykonywać pewne czynności, natomiast chętniej pracuje indywidualnie, np. robi na drutach i pięknie maluje. Nie lubi, aby, ktoś jej przeszkadzał i ograniczał przestrzeń. Wiele godzin spędza przed telewizorem razem z innymi mieszkankami. Nie zawsze rozumie treści, które ogląda. Na początku gdy udostępniono dla mieszanek Internet, to była bardzo zainteresowana. Aktualnie nie uczęszcza już na salę komputerową. Czasami próbuje coś czytać, choć najczęściej tylko koloruje gazety.

Osoby z rodziny, które odwiedzają badaną to dwie kuzynki, które pojawiają się na corocznym zjeździe rodzin. Nie odwiedzają poza tym mieszkanki, nie przysyłają jej kartek, listów, ani żadnych rzeczy materialnych.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Ostrowie Wielkopolskim, gdzie uczęszczała do szkoły podstawowej. Później przeprowadził się z rodzicami i siostrą do Raszkowa, gdzie skończyła szkołę średnią.

Po ukończeniu szkoły podjęła pracę na poczcie w Ostrowie Wielkopolskim. Z uwagi na pojawiające się pierwsze symptomy choroby zamieszkała z siostrą. Później do Ostrowa Wielkopolskiego przeprowadziła się matka badanej i zamieszkały razem.

Mieszkancka intensywnie leczyła się psychiatrycznie przez okres 10 lat w różnych poradniach zdrowia psychicznego, była również trzykrotnie hospitalizowana w Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. A. Piotrowskiego "Dziekanka" w Gnieźnie. W tym okresie utraciła pracę i przyznana została jej renta inwalidzka.

W wyniku pogorszenie się stanu zdrowia matki, która sprawowała opiekę nad mieszkanką, badana została skierowana do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie w wieku 37 lat.

Analiza zdrowia mieszkanki

Badana cierpi na zaburzenia widzenia oraz dolegliwości przewodu pokarmowego i cukrzycę. W ocenie lekarza internisty, jest osobą w przeciętnej kondycji fizycznej w stosunku do swojego wieku. Z uwagi na duże zahamowania zdolności poznawczych oraz niechęć bardziej aktywnego spędzania czasu ze współmieszkankami badana ma coraz większe problemy motoryczne.

Mieszkancka nie ma poczucia choroby psychicznej, ani fizycznej. Nie uważa, że jest osobą potrzebującą jakiegokolwiek leczenia. Jest zaprowadzana do lekarza raz na dwa tygodnie.

Poniżej przedstawiono wypowiedź mieszkanki na temat swojego zdrowia (pytanie 16 – pytania dodatkowe dla mieszkank):

„Jestem absolutnie zdrowa, chce wrócić do domu, zostałam tutaj umieszczona, bo jestem niewygodna, rozumie pani, oni mnie specjalnie tu zamknęli, żeby mnie usunąć (...)ja nie mam żadnych chorób innych”.

Wiele zaburzeń natury fizycznej jest wynikiem wysokiego poczucia wewnętrznego niepokoju oraz napięcia psychomotorycznego. Zdaniem psychologa klinicznego samopoczucie oraz obiektywny poziom zdrowia tej mieszkanki byłby wyższy, gdyby mogła nawiązać prawidłowe relacje z innymi ludźmi oraz gdyby miała lepsze relacje z rodziną i bliskimi stanowiącymi dla niej wsparcie, którego nie otrzymuje już od wielu lat.

Wypowiedź psychologa (pytanie 3.1.):

„Mieszkancka nie miałaby wielu dolegliwości, gdyby nie rys autystyczny osobowości. Zamyka się w sobie i nie nawiązuje kontaktów z innymi ludźmi lub nawiązuje je w sposób niewłaściwy, to z kolei rzutuje na jej samopoczucie i właściwości fizyczne organizmu.(...) Jest tu wiele różnych mieszkank, które obiektywnie

mają gorszą sytuację zdrowotną (np. są unieruchomione po złamaniu kości szyjki udowej), ale rzadziej chorują i mniej uczęszczają do lekarza.(...) Obiektywnie są zdrowsze w stosunku do swojego wieku. (...) Nie ma kompletnie poczucia choroby i nie wie, dlaczego tutaj jest.”

Segment jakości życia - zdrowie nie został przez mieszkanki oceniony bardzo wysoko. Badane w większości 68,6% (35 osób) nie zdają sobie sprawy z choroby psychicznej, uważają, że są chore fizycznie i muszą się leczyć, choć nie zawsze jest to potrzebne.

W tym segmencie życia uwzględniono również wypowiedzi opiekunów prawnych i pracowników pierwszego kontaktu dotyczących jakości usług medycznych w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie (pytanie 2.2.). Respondenci uznali, że jest ona na wysokim poziomie i mieszkanki otrzymują odpowiednią opiekę w tym zakresie. Stwierdzili, że panie mają dostęp do wszystkich specjalistów i są regularnie badane. Ponadto uważają, że w zakresie wielu specjalistów mają lepszy i szybszy dostęp niż osoby zamieszkujące poza zakładem. Poniższa tabela przedstawia wypowiedzi osób znaczących dla mieszanek.

Tabela 45. Ocena standardu usług medycznych w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przez osoby znaczące.

Ocena standardu usług medycznych (N=54)	Opiekunowie prawni badanych (rodzina badanych) (N=32)	Osoby będące opiekunem prawnym i pracownikiem pierwszego kontaktu badanych (pracownicy Domu Pomocy Społecznej) (N=13)	Pracownicy pierwszego kontaktu (N=9)	Razem
Bardzo dobry	24	7	7	38
Średni	8	3	2	13
Niski	0	0	0	0
Nie mam zdania	0	3	0	3

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

5.2.3 Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - produktywność

Kolejny segment życia dotyczył **produktywności**. Średnia w tym segmencie była bardzo niska – **34%** w skali. Oryginalna ankieta Roberta Cumminsa zawierała również pytanie dotyczące pracy zawodowej. Niestety żadna z mieszanek Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie nie podejmuje obecnie pracy, która byłaby odpłatana, nawet na terenie zakładu. W segmencie życia dotyczącym produktywności zawarły się pytania dotyczące ilości godzin zajęć stałych w tygodniu, rehabilitacji i pracy społecznej/pracy na rzecz Domu

Pomocy Społecznej oraz poczucia nudy. Najwyższą średnią jaką uzyskały osoby badane spośród powyższych wyznaczników jest odczuwanie nudy (tabela 46).

Tabela 46. Wyznaczniki produktywności. Statystyki opisowe.

<i>Wyznaczniki produktywności (N=51)</i>	<i>Średnia</i>	<i>Mediana</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>
Ilość godzin zajęć stałych	2,1	2,0	1,10
Rehabilitacja/praca społeczna/praca na rzecz DPS	2,0	2,0	1,10
Nudzenie się	3,4	3,0	1,00
Oglądanie telewizji	2,8	3,0	1,10

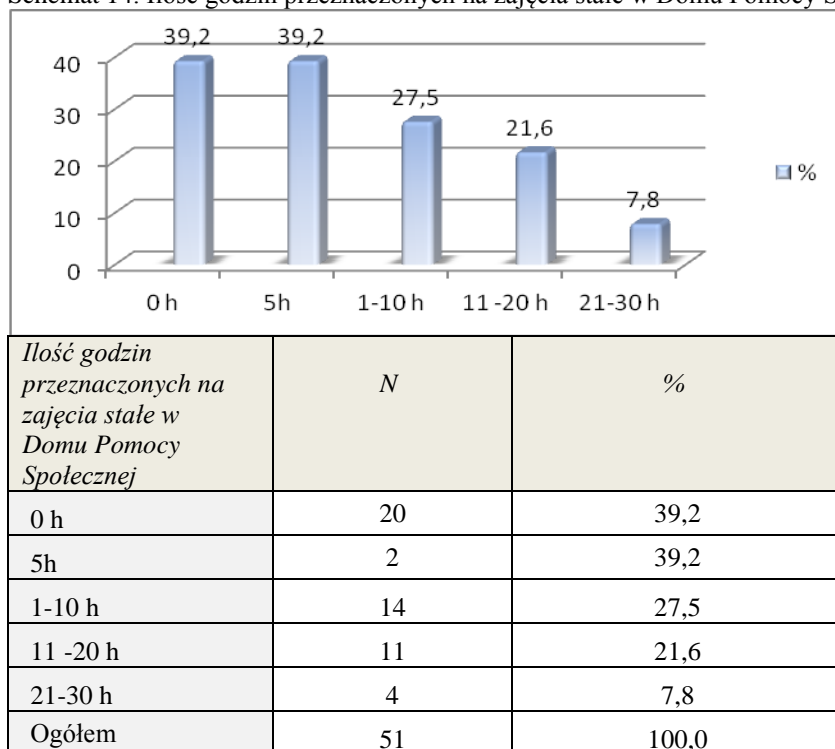
Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Pierwsze pytanie dotyczyło ilości godzin stałych zajęć⁵², czy pracy społecznej którą mieszkanki wykonują w tygodniu. Większość z nich 39,2% (20 osób) nie poświęca nie jednej godziny na tego typu zajęcia. Pozytywny jest kolejny wynik, iż 27,5% (14 osób) mieszkanki poświęca 1-10h w tygodniu na zajęcia stałe – średnio jest to około 3h w tygodniu. Ponad połowa badanych 67,3% (34 osoby) poświęca jedną godzinę lub mniej na zajęcia, które byłyby zajęciami stałymi w ciągu dnia. Poszczególne wyniki przedstawia schemat 14. Zarówno opiekunowie prawni jak i pracownicy pierwszego kontaktu podkreślają, iż większość osób badanych coraz mniej aktywnie uczestniczy w życiu Domu, nie chce brać udziału w zajęciach, które jeszcze kilka lat temu sprawiały im satysfakcję.

Poniżej przedstawiono zestawienia statystyczne w tabelach i na schematach, gdzie zaprezentowano niniejsze dane.

⁵² Zajęcia stałe – czyli zajęcia, które mieszkanki wykonują zawsze i codziennie lub co drugi dzień jak sprzątanie, gotowanie, pranie, prace w ogrodzie, itp.

Schemat 14. Ilość godzin przeznaczonych na zajęcia stałe w Domu Pomocy Społecznej. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Z obserwacji oraz wywiadów wysunięto wnioski, iż ma wpływ na tą sytuację kilka czynników.

Pierwszy z nich to wiek mieszkanki. Panie coraz częściej chorują i mają mniejszą ochotę na wykonywanie pewnych czynności. Ponadto przez szereg lat terapia zajęciowa oferuje podobne zajęcia, które po prostu są już dla mieszkanki nieatrakcyjne. Pomimo prób wprowadzania innowacji, trudno jest zachęcić do działań, które są już od dawna mieszkankom dobrze znane.

Kolejny aspekt, to korzyści jakie badane mogłyby mieć z faktu uczestnictwa w takich zajęciach. Otóż jedyne korzyści, które mogą odnieść to dzieło, które same stworzyły mogą ze sobą zabrać lub konkurs, na który je wykonują. Oczywiście satysfakcję, jaką Panie odnoszą z dobrze wykonanej pracy, czy też wspólnego śpiewania, czytania tekstów czy spacerów są istotne, niemniej jednak nie zawsze są one w odpowiedni sposób motywujące.

Zarówno opiekunowie prawni jak i pracownicy pierwszego kontaktu zauważają brak motywacji do jakichkolwiek działań u swojej podopiecznej. Wypowiedzi te pojawiły się u 35% badanych (19 respondentów)(pytania 4.3.,4.4.,4.5.). Zauważają oni, że podopieczna szybko się nudzi wykonywaną czynnością, nawet jak próbują ją zmobilizować do pomocy w domu rodzinnym, nie ma ochoty uczestniczyć w zajęciach, które wykonywała kiedyś.

Tabela 47. Ocena motywacji mieszkanek do działania Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przez osoby znaczące.

<i>Ocena motywacji do działania osób badanych (N=54)</i>	<i>Opiekunowie prawni badanych (rodzina badanych) (N=32)</i>	<i>Osoby będące opiekunem prawnym i pracownikiem pierwszego kontaktu badanych (pracownicy Domu Pomocy Społecznej) (N=13)</i>	<i>Pracownicy pierwszego kontaktu (N=9)</i>	<i>Razem</i>
Wysoka motywacja	5	3	2	10
Średnia motywacja	14	2	0	16
Brak motywacji	8	5	6	19
Nie mam zdania	5	3	1	9

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Z wypowiedzi osób znaczących oraz obserwacji wynika, że mieszkanki, które dłużej przebywają w Domu Pomocy Społecznej wykazują mniej chęci do współpracy, niektóre z nich stały się osobami obojętnymi. Nie dotyczy to wszystkich osób badanych, natomiast opiekunowie prawni oraz pracownicy pierwszego kontaktu dostrzegli u swoich podopiecznych reakcje zubożenia, niechęć do wyjazdów, opuszczania Domu Pomocy Społecznej, spotkania innych ludzi, jakiegokolwiek pomocy czy innego typu działań. Szukają przyczyny w gorszym stanie zdrowia, wieku, długotrwałej choroby, niektórzy sami twierdzą, że jest za mało zajęć, albo są niedostosowane.

W celu szukania nowych rozwiązań i urozmaicenia terapii zajęciowej w grudniu 2009 roku zainstalowano komputery z dostępem do Internetu w salach terapii, które cieszą się dużym zainteresowaniem.

Panie chętnie, korzystają z Internetu, uczą się pisać na klawiaturze, niektóre już piszą i chętnie z tego korzystają, oglądają zdjęcia i czytają serwisy informacyjne. Mieszkanki najczęściej korzystają z portali „społecznościowych”, wysyłają maile, bądź piszą listy i nawiązują kontakty z innymi osobami⁵³. Czasami piszą maile do rodziny, wysyłają im zdjęcia, oraz utrzymują kontakty a panami z innych domów pomocy społecznej. Popularne są również portale zajmujące się sensacją i życiem innych ludzi. Badane oglądają również programy przyrodnicze, oraz sprawdzają wybrane informacje.

Spytano opiekunów prawnych oraz pracowników pierwszego kontaktu czy praca zawodowa byłaby w jakikolwiek sposób motywująca i czy ich podopieczne brałyby udział w

⁵³ Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie ma zainstalowane blokadę uniemożliwiającą korzystanie ze stron zawierających treści erotyczne lub pornograficzne.

Ponadto panie korzystają z komputera pod opieką opiekuna, co nie oznacza, że nie mają prawa lub swobody wypowiedzi. Opiekun pomaga w obsłudze technicznej komputera, natomiast nie cenzuruje tekstów, które mieszkanki wysyłają i na jakich stronach internetowych je zamieszczają, co najwyżej stara się pomagać lub nakłaniać do pewnych zmian. Panie mają prawo do swobodnego korzystania z sieci i utrzymywania kontaktów ze światem w takim zakresie w jakim tego potrzebują.

tego typu działaniach. Większość domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnych intelektualnie nie aktywizuje zawodowo swoich mieszkańców, co więcej nie prowadzi działań zmierzających do poprawy tej sytuacji. Mieszkańcy są wyręczani z wielu obowiązków i nie znaleziono innych działań zastępczych, które mogłyby samodzielnie wykonywać.

Zarówno opiekunowie prawni jak i pracownicy pierwszego kontaktu wyrazili pogląd, iż praca, za którą mieszkanki otrzymywałyby wynagrodzenie byłaby motywująca i na pewno wiele z nich chętnie by ją podjęło (pytanie 4.12).

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, iż 42,5% (23 osoby) pracowników pierwszego kontaktu oraz opiekunów prawnych podziela ten pogląd. 29,6% (16 osób) osób uważa, że byłaby to raczej średnia motywacja. 12,9% (7 osób) twierdzi, że praca stanowiłaby niską motywację.

Tabela 48. Praca zarobkowa jako dodatkowa motywacja do działania mieszanek Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie w ocenie osób znaczących.

<i>Praca zarobkowa jako motywacja (N=54)</i>	<i>Opiekunowie prawni badanych (rodzina badanych) (N=32)</i>	<i>Osoby będące opiekunem prawnym i pracownikiem pierwszego kontaktu badanych (pracownicy Domu Pomocy Społecznej) (N=13)</i>	<i>Pracownicy pierwszego kontaktu (N=9)</i>	<i>Razem</i>
Wysoka motywacja	10	7	6	23
Średnia motywacja	14	2	0	16
Brak motywacji	2	3	2	7
Nie mam zdania	6	1	1	8

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

W Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie była możliwość podjęcia pracy zarobkowej⁵⁴.

⁵⁴ Od samego początku działalności Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie próbował różnych form terapii zajęciowej celem uaktywnienia społecznego i zawodowego mieszanek, znalezienie jakiegoś zajęcia i tym samym przełamanie codziennego marazmu i nudy. Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie podpisał porozumienie z bardzo znaną na ówczesne czasy firmą w Kaliszu tj. Kaliskimi Zakładami Koncentratów Spożywczych Winiary. W zakresie tej współpracy, która rozpoczęła się w 1975 roku ubiegłego wieku mieszkanki pracowały na rzecz tych zakładów za odpłatnością.

Od 1974 roku do 1987 roku mieszkanki oczywiście w liczbie zmieniającej się nie mniej niż 12-15 osób wykonują pracę polegającą na rozsypaniu i pakowaniu produktów takich jak: pieprz, koncentraty, kogutki rosółowe i inne. Prace wykonywane były na terenie domu w specjalnie przygotowanym pomieszczeniu, odpłatność dla mieszanek i domu następowała na środek specjalny. Mieszkanek zaopatrzone były przez Winiary w odzież roboczą oraz środki bhp. Musiały również przejść badania lekarskie w ramach dopuszczenia do pracy przy produktach spożywczych.

Następny okres współpracy, który zainicjował w tutejszym domu tj. porozumienie z Zakładami Przetwórstwa Owocowo - Warzywnego w Kotlinie. Praca również wykonywana była przez mieszkanki na terenie domu w podobnych warunkach jak z współpracą z Winiarami. Praca polegała na prostych czynnościach

Obecnie na terenie zakładu niektóre z mieszkanek wykonują stałą pracę, jak np. sprzątanie, pomoc w kuchni, dwie z pań, które pełnią dyżury przy bramie wjazdowej – pełnią role odźwiernych, jedna mieszkanka pomaga w pralni.⁵⁵ Dokładnie sześć (6) pań spośród osób badanych (51 osób) wykonuje pracę, którą traktują jak swój codzienny obowiązek i pracę zawodową. Niestety takiej pracy na terenie zakładu jest niewiele, ponadto mieszkanki nie otrzymują w związku ze swoim zajęciem żadnej rekompensaty finansowej.

Ustawodawca w najnowszym projekcie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi z dnia 17 grudnia 2012 przewidział zmiany w tej dziedzinie, co zostało szczegółowo omówione w rozdziale III dysertacji. Ustawa przewiduje wprowadzenie dodatkowych zajęć, które miałyby pomóc w podjęciu zatrudniania oraz wynagradzanie mieszkańców za aktywne uczestnictwo w zajęciach terapii zajęciowej. Ustawodawca przewiduje jednak, iż wynagrodzenie będzie w formie niepieniężnej i osoba otrzyma takowe raz w roku, co może nie stanowić prawidłowej motywacji do podjęcia tego typu działań regularnie.

Bardzo ważne dla osób zamieszkałych w domu pomocy społecznej są zajęcia rehabilitacji ruchowej. Badane mają swobodny dostęp do przyrządów znajdujących się na sali rehabilitacyjnej. Jedna trzecia osób badanych uczestniczy regularnie w zajęciach fizjoterapeutycznych. Mieszkanki chętnie przychodzą do sali gdzie znajduje się fizjoterapia, aby poćwiczyć - najczęściej na rowerze stacjonarnym. Spośród tej grupy znajdują się osoby, które muszą codziennie uczestniczyć w rehabilitacji ze względu na swój stan zdrowia.

przy nakrętkach na słoiki twiss. Współpraca skończyła się w 1992 roku z uwagi na redukcję i brak pracy po transformacji ustrojowej w wielu zakładach pracy. Pracowało około 15 osób.

Rok 1998 do 2003 podjęcie współpracy przez dom z Pleszewskimi Zakładami Zbożowymi ZPCH - zakład pracy chronionej. W tym celu w wyodrębnionych lokalach utworzono pomieszczenia tzw. kaszarni w których mieszkanki przesypywały kaszę do torebek jednokilogramowych otrzymując za to wynagrodzenie. Podjęcie tego działania było również związane z wymogami sanepidu, także książeczek zdrowia oraz zaopatrzenia mieszkanki w odzież roboczą oraz środki bhp. Współpraca zakończyła się w 2003 roku z uwagi na przekształcenie własnościowe tego zakładu. W sumie pracowało 18 mieszanek.

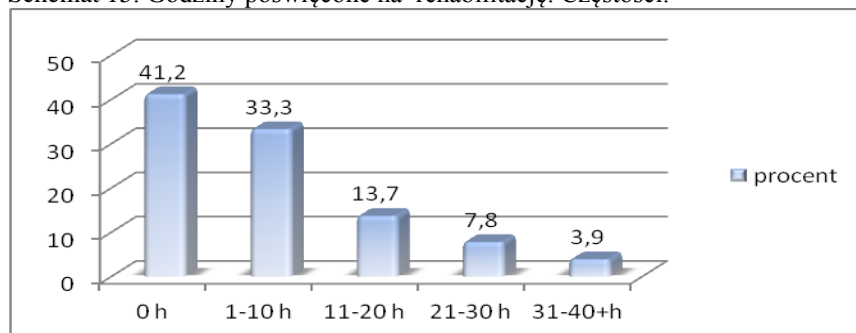
Pieniądze, które zarabiała mieszkanki były przekazywane na ośrodek specjalny w Domu Pomocy Społecznej, z czego 70% to był dochód mieszkanki a 30% na dom, który dawał energię elektryczną, wodę, lokal i zabezpieczał nadzór opiekuńczy.

⁵⁵ Teren zakładu jest otwarty i można swobodnie z niego wyjść lub wejść.

Z przyrządów rehabilitacyjnych znajdujących się do dyspozycji mieszkanek nie korzysta 41,2% (21 osób, natomiast 33,3% (17 osób) poświęca na ćwiczenia od 1-10 h/tydzień (schemat 15).

Poniżej przedstawiono zestawienie ilości godzin poświęconych przez mieszkanki na rehabilitację.

Schemat 15. Godziny poświęcone na rehabilitację. Częstości.



Godziny poświęcone na rehabilitację	N	%
0 h	21	41,2
1-10 h	17	33,3
11-20 h	7	13,7
21-30 h	4	7,8
31-40+h	2	3,9
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Mieszkanek są zadowolone z dostępu do sali rehabilitacyjnej i jest grupa, która stale z niej korzysta. Z wypowiedzi fizjoterapeuty wynika, iż najczęściej wykonywane są zabiegi hydroterapeutyczne lub magnetoterapeutyczne. W związku z bólem stawów oraz zmianami zwyrodnieniowymi. Również po operacjach lub innych zabiegach w wyniku czego mieszkanki miały mniej ruchu korzystają z uniwersalnego gabinetu usprawniania leczniczego. Samodzielnie panie korzystają z bieżni i rowerów stacjonarnych, które są wystawione poza gabinet fizjoterapeutyczny, tak, aby miały do nich swobodny dostęp.

Osoby znaczące dla mieszkanek pozytywnie oceniają wyposażenie, dostęp, oraz pracę z mieszkankami pod kątem ich rehabilitacji. Aż 68% (37 osób) (pytania 1.3.,1.4.) badanych stwierdza, że jakość rehabilitacji jest na wysokim poziomie w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie (tabela 49).

Tabela 49. Ocena wyposażenia i sal rehabilitacyjnych w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przez osoby znaczące.

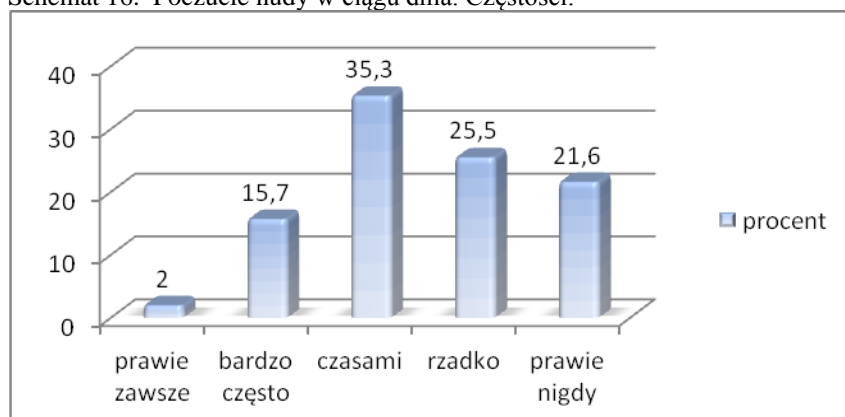
Ocena wyposażenia i sal rehabilitacyjnych w Domu Pomocy Społecznej (N=54)	Opiekunowie prawni badanych (rodzina badanych) (N=32)	Osoby będące opiekunem prawnym i pracownikiem pierwszego kontaktu badanych (pracownicy Domu Pomocy Społecznej) (N=13)	Pracownicy pierwszego kontaktu (N=9)	Razem
Bardzo dobry	21	9	7	37
Średni	9	1	0	10
Niewystarczający	1	3	0	4
Nie mam zdania	1	0	2	3

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

W niniejszym segmencie zbadano również, w jakim stopniu mieszkanki odczuwają nudę oraz jak często i ile godzin oglądają telewizję, która to czynność jest najmniej produktywna. 35,3% (18 Osób) mieszanek stwierdziło, że nudzi się czasami, ale 21, 6% (11 osób) odpowiedziało, że prawie nigdy się nie nudzi (schemat 16). Do tej kategorii należą panie, które chętnie uczestniczą w terapii zajęciowej (8 osób badanych systematycznie bierze udział w terapii), te panie, które wykonują swoje stałe zajęcia typu pomoc w kuchni czy sprząatanie 11, 8% (6 osób) (schemat 17).

Poniżej zobrazowano rozkład procentowy zarówno oglądania telewizji jak i nudy w ciągu dnia.

Schemat 16. Poczucie nudy w ciągu dnia. Częstości.



Nudzenie się w ciągu dnia	N	%
prawie zawsze	1	2,0
bardzo często	8	15,7
czasami	18	35,3
rzadko	13	25,5
prawie nigdy	11	21,6
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Mieszkanki, które nudzą się czasami to panie, które można zaliczyć do dwóch grup:

- Pierwszą z nich dziewięcioosobową grupę stanowią mieszkanki, które są dobrze zorientowane w otaczającej rzeczywistości, oglądają serwisy informacyjne, czytają tygodniki o treściach polityczno-społecznych oraz prasę codzienną, zamawiają książki z biblioteki. Niektóre mieszkanki spośród tej grupy mają poczucie, iż znajdują się w Domu Pomocy Społecznej niesłusznie (dwie panie).

Siedem pozostałych pań należących do tej grupy nie ma postaw roszczeniowych, przeważnie same znajdują sobie zajęcia, pewnego rodzaju hobby, jak krzyżówki, czytanie, malowanie (ale we własnym pokoju – nie w pomieszczeniu, gdzie odbywa się terapia zajęciowa), hodowla roślin doniczkowych i uprawa ogródka. Mieszkanki należące do tej grupy zasadniczo się nie nudzą, ponieważ pomimo tego, że nie uczestniczą w terapii zajęciowej i rzadko biorą udział w rehabilitacji to jednak same znajdują sobie zajęcia. Ponadto ich lepszy stan zdrowia powoduje, że częściej wyjeżdżają, odwiedzają rodzinę, uczestniczą w imprezach.

- Drugą grupę – ośmioosobową stanowią mieszkanki, które najczęściej spędzają czas przed telewizorem, nie rozumiejąc treści programu i najczęściej cały dzień przesypiają w pokojach, ewentualnie jeśli jest odpowiednia pogoda w parku na ławce. Mieszkanki należące do tej grupy nie są chętne aby wziąć udział w rehabilitacji czy innych działaniach terapeutycznych. Często są to osoby odizolowane od świata, oswiałe, zamknięte w sobie. Trudno stwierdzić czy naprawdę się nudzą, czy „styl życia” jaki przyjęły im odpowiada i nie jest to dla nich nuda.

W ocenie osób znaczących mieszkanki odczuwają nudę (pytanie 4.6.), choć czasem same zainteresowane tak nie twierdzą. 37% (20 osób) uważa, że mieszkanki zdecydowanie nudzą się w ośrodku (tabela 50).

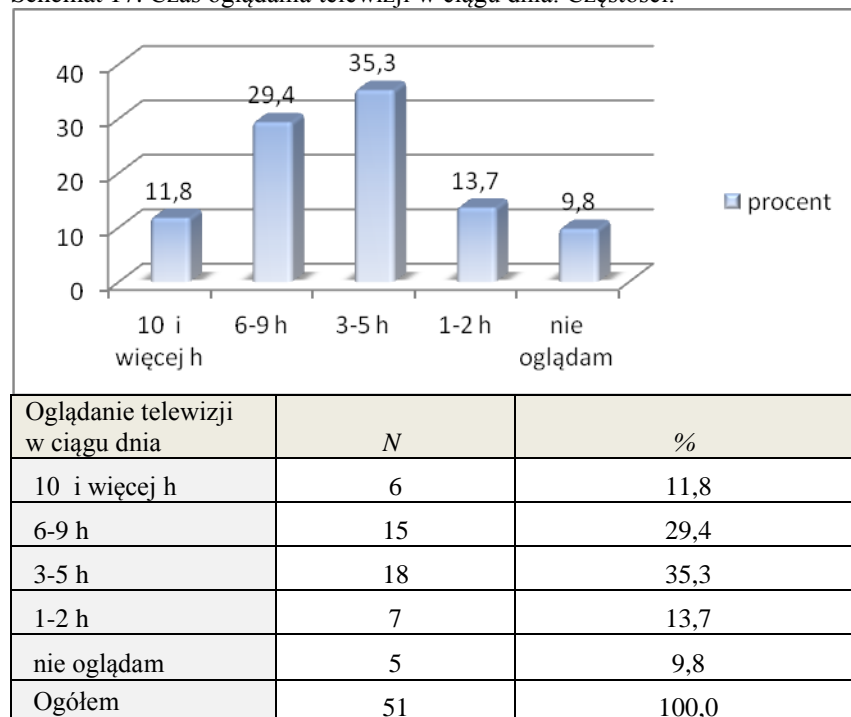
Tabela 50. Poziom nudy odczuwanej przez mieszkanki Domu Pomocy Społecznej w ocenie osób znaczących.

<i>Poziom nudy odczuwanej przez mieszkanki Domu Pomocy Społecznej (N=54)</i>	<i>Opiekunowie prawni badanych (rodzina badanych) (N=32)</i>	<i>Osoby będące opiekunem prawnym i pracownikiem pierwszego kontaktu badanych (pracownicy Domu Pomocy Społecznej) (N=13)</i>	<i>Pracownicy pierwszego kontaktu (N=9)</i>	<i>Razem</i>
<i>Bardzo wysoki</i>	10	5	5	20
<i>Średni</i>	15	4	0	19
<i>Niski</i>	7	4	4	15
<i>Nie mam zdania</i>	0	0	0	0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Spoglądając na wyniki zamieszczone na kolejnych schemacie (17) dotyczące czasu spędzonego przed telewizorem widać, że ponad połowa badanych (67,4%)(34 osoby) ogląda telewizję do 9h na dobę. Wiele z badanych nie potrafiła konkretnie określić ile godzin dziennie spędza przed odbiornikiem.

Schemat 17. Czas oglądania telewizji w ciągu dnia. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Zadając pytanie mieszkankom jaki oglądały ostatnio program w telewizji lub jaki program lubią najbardziej panie w zróżnicowany sposób udzielały odpowiedzi. Mieszkanki należące do grupy pierwszej, która została scharakteryzowana powyżej odpowiadała w sposób wiążący, udzielając odpowiedzi na temat oglądanego programu. Panie, mają swoje ulubione programy publicystyczne, oglądają też teleturnieje oraz seriale.

Mieszkanki należące do drugiej grupy najczęściej nie wiedziały jaki oglądają program i co w ogóle jest emitowane w danym momencie.

Z obserwacji wynika, iż 20% (10 osób) spośród osób badanych w pełni rozumie programy telewizyjne, ok. 10% (5 osób) rozumie ale nie wszystko i pewne trudniejsze programy, jak np. informacyjne nie są dla nich niezrozumiałe, 8% (4 osoby) spośród osób badanych ogląda i rozumie najprostsze seriale, natomiast pozostałe osoby badane (62%)(31 osób) oglądają telewizję bez zrozumienia i spędzają przed odbiornikami bardzo dużo czasu.

Potwierdzają ten stan rzeczy słowa Tarkowskiej (1994, s. 50), która w taki o to sposób określa sytuację oglądania telewizji w domach pomocy społecznej:

„Sądząc z naszych obserwacji poważną część dnia spędzają oni przed migającym telewizorem, często nastawionym na cały regulator. Widok ludzi po prostu siedzących w pomieszczeniach z telewizorem o dowolnej porze, to charakterystyczny element wszystkich <<pokoju dziennego pobytu>> lub <<bawialni>>. Charakterystyczne jest to, że Ci ludzie spędzają czas niezależnie od siebie – siedząc obok siebie, ale nie komunikując się, nie integrując, nie współdziałając w żaden sposób. Czas spędza się w milczeniu, osobno, siedząc i oglądając telewizję po prostu”.

Badania, które prowadziła Kumaniecka-Wiśniewska na terenach domów pomocy społecznej potwierdziły tę regułę. „W domach, które odwiedziłam, taki sposób (oglądanie telewizji przyp. autora) był wpisany w codzienność mniej sprawnych mieszkańców”.

Sytuacja w badanym Domu Pomocy Społecznej wygląda podobnie – mniej sprawne, lub niechętnie do działań mieszkanki w taki sposób spędzają dzień. Umiejętność zagospodarowania czasu nie jest tu głównym problemem, ponieważ funkcjonuje terapia zajęciowa i świetnie wyposażona rehabilitacja, natomiast brak jest motywacji do tych działań.

W odniesieniu segmentu życie jakim jest produktywność nie stwierdzono wyników istotnych statystycznie dla wszystkich zmiennych niezależnych, które analizowano podczas badań. Wyniki korelacji przedstawiają tabele poniżej.

Tabela 51. Produktywność a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	10,8000	3,76	26,406	36	0,879
	45-64	38	10,6053	2,96			
	65<	7	8,7143	1,38			
	Ogółem	51	10,3922	2,89			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Analizując średnie jakie osiągnęły osoby w poszczególnych kategoriach w zakresie produktywności można zauważyć, że osoby młodsze są bardziej aktywne niż osoby starsze (tabela 51). Powodem może być nie tylko stan zdrowia, ale również motywacja do działania o czym wspomniano powyżej. Starsze mieszkanki nie biorą udziału w terapii i nie mają ochoty uczestniczyć w zajęciach proponowanych przez zakład, ponieważ nie są one dla nich dość atrakcyjne.

Tabela nr 52. Produktywność a stan cywilny badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	10,7273	3,04	33,839	36	0,572
	Rozwiedziona	16	9,5000	2,47			
	Ogółem	51	10,3922	2,89			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Mieszkanki, które są pannami osiągnęły wyższe średnie w zakresie segmentu jakości życia jakim jest produktywność (tabela 52). Panie chętniej uczestniczą w różnych działaniach Domu Pomocy Społecznej i więcej czasu spędzają aktywnie. Na tę sytuację, może mieć wpływ pochodzenie i miejsce gdzie wychowały się osoby badane. Spośród pań, które są rozwiedzione wiele z nich pochodzi ze średnich i dużych miast (9 osób badanych), a spośród niezamężnych mieszanek więcej pochodzi z małych miast i wsi (21 osób badanych) co ma bezpośredni wpływ na poziom produktywności badanych. Mieszkanki pochodzące z małych miast i wsi chętniej uczestniczą w terapii i same znajdują sobie stałe zajęcia.

Tabela 53. Produktywność a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	10,2000	2,36	47,351	36	0,098
	10-15lat	9	11,8889	4,19			
	16-25 lat	24	9,8333	2,16			
	26<	3	11,3333	5,50			
	Ogółem	51	10,3922	2,89			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05

Wynik, który przedstawia powyższa tabela (53) potwierdza wynik obiektywnej jakości życia, gdzie mieszkanki, które mieszkają do 15 lat w zakładzie i powyżej 26 lat osiągają najwyższe średnie. Badane, które mieszkają krótko i do 15 lat w ośrodku to w większości osoby młode, które jeszcze chętnie podejmują działanie, natomiast osoby najstarsze, które osiągnęły wysoki wynik w segmencie produktywność to osoby ze środowiska wiejskiego i małego miasta, które w stosunku do swojego wieku i stopnia niepełnosprawności ruchowej chętnie uczestniczą w życiu zakładu w tym również w terapii zajęciowej.

Tabela 54. Produktywność a osoby, które utrzymują kontakt z badanymi Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	11,1852	3,00	44,676	36	0,152
	Dzieci	14	9,4286	2,17			
	Nie mam nikogo	9	8,7778	1,78			
	Ogółem	51	10,3922	2,89			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Badane utrzymujące kontakt z rodzicami (rodzeństwem) aktywniej spędzają czas niż osoby nie mające nikogo i posiadające dzieci (tabela 53). Osoby samotne niżej oceniają swoje zdrowie i byt materialny jak wykazały poprzednie analizy statystyczne, co przedkłada się również na ich zainteresowania i chęć uczestnictwa w różnego typu aktywnościach, w konsekwencji odczuwają obiektywnie niższą jakość życia.

Tabela 55. Produktywność a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	10,5135	2,91	4,908	12	0,961
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	10,0714	2,92			
	Ogółem	51	10,3922	2,89			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Rodzaj ubezwłasnowolnienia nie wpływa znacząco na aktywność mieszkańca i jego produktywność. Nieznacznie wyższą średnią uzyskały osoby ubezwłasnowolnione całkowicie niż osoby ubezwłasnowolnione częściowo.

Tabela 56. Produktywność a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	10,3023	2,79	12,349	12	0,418
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	10,8750	3,52			
	Ogółem	51	10,3922	2,89			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Badane, których opiekunem prawnym jest pracownik DPS wykazują się większą aktywnością niż osoby, których opiekunem prawnym jest ktoś z rodziny badanych (tabela 56). Pozytywny wpływ na ten stan rzeczy ma osoba opiekuna, który prawie codziennie widuje się ze swoim podopiecznym, jeśli jest to zarazem terapeuta zajęciowy to potrafi zmobilizować mieszkankę do działania czy pomóc w rozwiązaniu jakiegoś problemu.

Poniżej przedstawiono te mieszkanki, które osiągnęły najwyższy, średni i jeden z najniższych wyników z zakresu segmentu życia – produktywności, w obiektywnej skali jakości życia.

Mieszkanka nr I

Badana uzyskała najwyższy wynik w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie produktywność (12/20 pkt. – 60%). Mieszkanka ma 58 lat, jest panną, z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia paranoidalna, posiada wykształcenie średnie, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem badanej jest brat. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15. W Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przebywa 8 lat, gdzie przybyła z domu rodzinnego.

Charakterystyka

Mieszkanka chętnie podejmuje kontakt werbalny, ale dominuje wielowątkowość wypowiedzi. Odpowiada na pytania i podtrzymuje kontakt z rozmówcą. Najczęściej opowiada o sytuacjach z przeszłości tj. okresu młodości, choć wiele z nich jest konfabulacją. Można również zaobserwować chwilowe momenty rozkojarzenia – gonitwa, natłok myśli przy jednoczesnym zwiększeniu napędu psychoruchowego. Chętnie zawiera nowe przyjaźnie i ma koleżanki oraz dwie przyjaciółki a terenie ośrodka.

W zakresie samoobsługi jest to osoba, która nie potrzebuje pomocy osób trzecich. Natomiast nie pomaga innym mieszkankom w tego typu czynnościach.

Badana często podejmuje działania impulsywne, które są niewspółmierne do sytuacji, jak na przykład wybuchy złości z powodu zmiany harmonogramu zajęć, czy czynników zewnętrznych jakim jest pogoda. Mieszkanka nie ma poczucia choroby psychicznej.

Brat stara się podtrzymywać relację z badaną, ale jest to sporadyczny kontakt ze względu na jego stan zdrowia – jest osobą pobierającą rentę inwalidzką, która nie porusza się samodzielnie.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w miejscowości Czarnylas, w rodzinie rolniczej, gdzie mieszkała wraz z rodzicami i bratem do ukończenia 18 roku życia. Ukończyła tam szkołę podstawową, szkołę średnią (technikum odzieżowe ukończyła w Ostrowie Wielkopolskim).

Następnie przeprowadziła się do Ostrowa Wielkopolskiego, gdzie podjęła pracę w przedszkolu na stanowisku sekretarki. Mieszkała samotnie, udzielała się w pobliskim kościele, gdzie przynależała do chóru.

Po 5 latach do Ostrowa Wielkopolskiego przeprowadza się brat, który został zatrudniony w szkole na stanowisku nauczyciela matematyki. Wówczas zaczęły pojawiać się pierwsze symptomy chorobowe i badana rozpoczęła leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego w Ostrowie Wielkopolskim za namową brata. Na skutek pogarszającego się zdrowia badana porzuciła pracę i przeniósła się do domu rodziców, do Czarnogolasu.

W tym czasie u brata badanej zdiagnozowano stwardnienie rozsiane i rozpoczęto proces leczenia. Mieszkanka przez cały okres mieszkała z rodzicami i razem z matką pomagała przy prowadzeniu gospodarstwa domowego. Mieszkanka podjęła jeszcze jedną próbę powrotu do pracy zawodowej, ale stan zdrowia jej na to nie pozwolił.

W 2003 roku zmarła matka badanej, a ona sama przeniósła się do brata, który wówczas od 10 lat był jej opiekunem prawnym. Ze względu na pogarszający się jego stan fizyczny, zaproponował badanej, aby zamieszkała w domu pomocy społecznej. W ciągu okresu, w którym mieszkała z bratem pomagała mu w prowadzeniu domu.

Trzykrotnie przebywała w szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim na oddziale psychonerwic (raz w 1979 roku przez okres czterech miesięcy, następnie w 1984 przez okres sześciu miesięcy i w 2002 roku przez okres pięciu miesięcy).

Analiza segmentu życia – produktywność

Badana spędza do 20 godzin tygodniowo na terapii zajęciowej oraz na rehabilitacji, jest osobą, która prawie nigdy się nie nudzi i około 2 godziny dziennie ogląda telewizję.

Na terapii zajęciowej uczestniczy w zajęciach manualnych oraz muzycznych, szczególnie muzykoterapia jest jej bliska, ponieważ śpiewała w chórze kościelnym.

Jest to osoba, która ma szereg zainteresowań, lubi czytać książki (najczęściej romanse, lub sensacyjne), chętnie uczestniczy we wszelkiego rodzaju spotkaniach i imprezach. Jest aktywna i dobrowolnie podejmuje działanie.

Wychowała się na wsi i długo mieszkała z matką, co jest powodem, iż umie wykonywać wszelkie czynności potrzebne do utrzymania gospodarstwa domowego. Chętnie wykonuje te zadania i sama je organizuje, np. sprząta swój pokój, odkurza, czasami myje schody lub pracuje w ogrodzie.

Sytuację potwierdzają wypowiedzi opiekuna prawnego – brata badanej, oraz pracownika pierwszego kontaktu badanej.

Wypowiedź opiekuna prawnego (brata badanej)(pytanie 4.6.):

„Z moich obserwacji wynika, że nie nudzi się, bo jest chętna do zadań, łatwo nawiązuje kontakty, ma przyjaciółki, więc absolutnie się nie nudzi.(...) Ogólnie w domu to ona też sobie znajdowała zawsze jakieś zajęcia, nawet bym powiedział, że aż za dużo, ale wie Pani to choroba jest, trudno ocenić, czy to z nerwów robiła czy tak od siebie, ale prawdą jest, że ma co robić. Głównie to coś do sprzątnia, ale jak nie to wycinanki, albo pomoże przy gotowaniu, chętnie też jakieś prace ogrodowe wynajduje. Jej zawsze wszędzie jest pełno. Czytać też umie, no wiadomo nie czytuje może Prousta, ale ma swoją literaturę, ogólnie nie ma z nią problemu tego typu, żeby siedziała, albo leżała tak jak niektóre kobiety na schodach czy gapiała się bez sensu w telewizor. Naprawdę siostra należy do aktywnych osób. ”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu badanej(pytanie 4.6.):

„Nie nudzi się, bo wciąż coś robi, i sobie znajduje zajęcia, sprząta, chodzi do koleżanek, pisze coś, dużo czyta, więc się nie nudzi i na taką wygląda. ”

Na pytanie dotyczące pracy zawodowej zarówno pracownik pierwszego kontaktu jak i opiekun prawny udzielili odpowiedzi twierdzącej. Ponadto pracownik pierwszego kontaktu zwrócił uwagę, iż podniesienie standardu mieszkaniowego jest pozytywne, ale izoluje mieszkanki, ponieważ nie chcą opuszczać pokoju, więc motywacja do terapii musi być inna niż dotychczas.

Wypowiedź opiekuna prawnego (brata badanej)(pytanie 4.12.):

„Ja uważam, że jak najbardziej mogłaby pracować, ona jest chętna. Wiadomo nie tak jak kiedyś, ale pieniądze zawsze się przydadzą i na pewno to by była jeszcze większa motywacja. ”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu badanej(pytanie 4.12.):

„Sądzę, że w jej przypadku praca odniosłaby pozytywny skutek, szczególnie jeśli chodzi o finanse. (...) co do innych to trzeba by to przeanalizować, pewnie ze 35% by dało radę pracować, tak w sensie 5-6h/dziennie, coś prostego nawet co drugi dzień. (...) no pieniądze to by była motywacja, tak bez tego to na pewno nie. Od momentu jak są małe pokoje dwu i trzy osobowe to nie chcą ich opuszczać. Wiadomo, że żyje im się wygodniej, ale czasami to tam się izolują, a wiadomo choroba psychiczna im w kontaktach nie pomaga. Nie chodzi mi o to, żeby znów pokoje zwiększyć, ale motywacja do wyjścia z niego musi być innego rodzaju. ”

Badana nie ogląda również zbyt dużo telewizji, natomiast programy, które ogląda są dostosowane do jej poziomu intelektualnego. Chętnie ogląda filmy, romanse oraz inne tego typu produkcje, oraz dziennik telewizyjny. Potrafi logicznie odpowiedzieć co ogląda w

telewizji. Nie spędza również zbyt dużo czasu na sali telewizyjnej, razem z innymi mieszkankami.

Odpowiedź badanej (pytanie 2 – pytania dodatkowe dla mieszanek):

„Serial oglądam o takiej rodzinie („M jak miłość” przyp. autora). Oni się rozstali teraz i Gosia została sama z tym małym. Jak wcześniej byli to mieszkali w takim mieszkaniu w Warszawie wie Pani, a teraz ona do rodziców się przeniosła (...)”

Odpowiedź badanej (pytanie 4 – pytania dodatkowe dla mieszanek):

„Najbardziej lubię oglądać o zwierzętach programy, o słoniach, Afryce, piękne są, ładna muzyczka leci. No i codziennie „Telekspress” oglądam, czasami wiadomości.”

Badana również chętnie bierze udział w rehabilitacji ruchowej, choć na początku nie była pozytywnie nastawiona do tego typu terapii.

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu badanej (pytanie 4.5.):

„Ona nie za bardzo chciała tu współpracować, a miała problemy z chodzeniem poprzez zwyrodnienie stawów, ale stopniowo się przyzwyczaiła i teraz chętnie chodzi, a nawet sama się dopomina o swoje zabiegi.”

Mieszkanca nr II

Badana uzyskała przeciętny wynik w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie produktywność (8/20pkt. – 40%). Mieszkanca ma 65 lat, jest panną z diagnozą schizofrenii rezydualnej. Od 22 lat przebywa w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Mieszkanca posiada wykształcenie średnie, jest ubezwłasnowolniona całkowicie, opiekunem prawnym jest siostra badanej, która utrzymuje z nią stały kontakt oraz brat zamieszkały w Niemczech, który sporadycznie ją odwiedza. Mieszkanca została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Badana chętnie nawiązuje komunikację z otoczeniem. Kontakt werbalny odbywa się zazwyczaj w płaszczyźnie zadawanych pytań. Badana jest bierna w zachowaniu, wyizolowana, sama nie podejmuje dialogu. Nie ma wiele koleżanek za wyjątkiem jednej przyjaciółki, z którą codziennie rozmawia. Najchętniej kontaktuje się z siostrą.

Czynności samoobsługowe wykonuje przy pomocy innych osób. Potrzebuje wsparcia, z zakresu motywacji, pomocy fizycznej i wskazania w jaki sposób prawidłowo

wykonać daną czynność. Z powodu labilności uwagi i łatwości rozpraszania się przez bodźce zewnętrzne należy szczegółowo wskazywać jak wykonać daną czynność i często prowadzić i nadzorować podczas jej wykonywania.

Badana jest podatna na zmiany nastroju i zachowania. Nie ma poczucia choroby, uważa, że jest w domu pomocy społecznej niesłusznie i jej największym marzeniem jest powrót do domu rodzinnego.

Mieszkanca ma stały kontakt z siostrą, która zabiera ją do domu w Poznaniu na wakacje, lub święta. Często przyjeżdża w odwiedziny i ma stały kontakt telefoniczny. Przysyła paczki i stara się utrzymać pozytywne relacje z siostrą. W przeciągu ostatniego roku przyjeżdżała rzadziej z powodu choroby męża. Brat natomiast odwiedza siostrę, kiedy tylko przyjeżdża do kraju, ponieważ mieszka w Niemczech.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Pleszewie, gdzie ukończyła szkołę podstawową i średnią. Po skończeniu szkoły rozpoczęła pracę w urzędzie miasta na stanowisku recepcjonistki.

W przeciągu kilku lat siostra i brat wyprowadzili się z domu rodzinnego, a rodzice przeprowadzili się na wieś – Zielona Łąka. Mieszkanca wyprowadziła się wraz z nimi.

Od 1971 roku badana rozpoczęła leczenie psychiatryczne. W tym okresie brat badanej powrócił do rodziców, aby pomóc przy opiece nad matką, której stan zdrowia się pogarszał. W związku z powyższym na jakiś czas wspomagała rodzinę również siostra badanej, która z zawodu jest pielęgniarką.

W 1987 zmarła matka badanej. Wówczas brat badanej podjął się zadania opiekuna prawnego po uprzednim ubezwłasnowolnieniu siostry. Następnie złożył wniosek o umieszczenie jej w Domu Pomocy Społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W 1988 badana podjęła próbę samobójczą, czego skutkiem było niedotlenie mózgu i częściowy niedowład.

W 1990 roku mieszkanka zamieszkała w DPS Fabianów, a jej opiekunem prawnym stała się siostra, która obecnie mieszka w Poznaniu. Brat natomiast wyemigrował do Niemiec.

Analiza segmentu życia – produktywność

Mieszkanca nie ma specjalnych zainteresowań. Kiedyś aktywniej uczestniczyła w terapii zajęciowej, obecnie spędza czas w swoim pokoju gdzie przede wszystkim śpi.

Twierdzi, że jest zmęczona i nie może teraz nic robić. Lubi również odwiedzać przyjaciółkę, w sali telewizyjnej oraz w pokoju, gdzie wspólnie oglądają telewizję.

Potwierdzają to słowa opiekuna prawnego – siostry (pytanie 4.6. i 4.7):

„Ja nie wiem, to zależy jak na to spojrzeć, bo jak dla mnie się nudzi, ale ona twierdzi, że nie (...) moim zdaniem ona się nudzi, ale jak się ją zapyta to mówi, że jest zajęta, że ma dużo zadań do zrobienia i wciąż jest zapracowana, ale jak dla mnie to ona się nudzi.”

„(...) Ona szybko się męczy, nie robi do końca tego, co jej uszykowałam, np. każe jej obrać kartofle do obiadu, to ona obierze dwa i już jest zmęczona i chce nagrodę (papierosa przyp. autorki). Jak kiedyś nawet coś sama z siebie zrobiła, to teraz tylko posiedzieć i spać. Nawet teraz do domu nie chce jechać jak po nią przyjadę. Ja nie wiem, może się starzeje czy co, że już nic nie chce zrobić, (...) nie ma żadnych zainteresowań, nic nie robi, nic nie umie. Nawet koło siebie nie chce zrobić. Jak ma coś zrobić to muszę nagrody wymyślać. Kiedyś nie było dużo lepiej, ale trochę czytała, coś jeszcze do obiadu pomogła, a teraz tylko w telewizor się patrzy i nic więcej ją nie obchodzi. Czasem mówię, chodź, pójdziemy na spacer, a ona tylko, że po co ma wychodzić i koniec.”

Siostra badanej (opiekun prawny) twierdzi, że według niej mieszkanki się nudzą przez większość dnia (pytanie 4.8):

„(...) jak dla mnie to one wyglądają na znudzone (...) jak tam przyjeżdżam to leżą, śpią albo telewizję oglądają (...) może się mylę, bo zazwyczaj w weekendy jeżdżę, ale jak dla mnie tam jest za mało zajęć, one powinny mieć tam więcej zajęć (...) tak mi się wydaje.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytanie 4.6):

„Moja podopieczna raczej się nudzi, choć czasem może ją coś zainteresować. Trudno ogólnie do niej dotrzeć, dlatego też nie wiadomo właściwie czy się nudzi czy też nie.”

Badana ogląda telewizję około 4godz/dziennie, ale bez rozumienia treści. Potwierdza to obserwacja i wypowiedź badanej.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 2,3 i 4 – pytania dodatkowe dla mieszkank):

„Lecą reklamy wciąż”

„Taki Pan wciąż gada”

„Film leci”

„Nie wiem”

„Leci w telewizji, różne takie, najczęściej kolorowe i reklamy są i pani ostatnio śpiewały bardzo dużo, w kolorowych sukienkach, ale później to już nie, bo pan przyszedł, ale też śpiewali (...)”

Badana bierze udział w rehabilitacji, co bardzo cieszy siostrę badanej (opiekuna prawnego)(pytanie 4.5.):

„Jak tutaj trafiła to w ogóle nie chodziła. Po próbie samobójczej lekarze stwierdzili, że już nigdy nie stanie na nogi i będzie już tylko <<warzywem>>. Teraz się porusza, co prawda nie zupełnie samodzielnie, bo trzeba ją podtrzymywać, ale sama potrafi dużo zrobić. Normalnie może funkcjonować, ale pracy było naprawdę sporo. Generalnie zmuszali ją do pracy i prowadzili tu uczciwie tą rehabilitację, bo inaczej efektów by nie było.” (...) Przedtem nie chciała chodzić, miała już duże odleżyny, w ogóle się nie poruszała, a teraz jest znacznie lepiej. Już nie wierzyłam, że stanie na nogi, a jednak chodzi. Dobrze, że z tymi odleżynami też walczyli, bo już nie wiedziałam co robić.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu badanej (pytanie 4.5.):

„Moja podopieczna nie była zbyt chętna to rehabilitacji. Nie pomagała fizjoterapeutce, tak że sporo musiała się z nią namęczyć, aby wykonać z nią jakiegokolwiek ćwiczenia, ale jest zdecydowanie lepiej, ponieważ zaczęła więcej chodzić i poddaje się terapii.”

Na pytanie dotyczące pracy zawodowej siostra badanej wypowiedziała się negatywnie w stosunku do badanej, natomiast potwierdziła sens tego typu działań w odniesieniu do innych mieszkanek.. Ponadto pracownik pierwszego kontaktu stwierdził, że byłaby to świetna forma terapii, bardziej zorganizowana, ponieważ obecnie jest coraz mniej opiekunów na dyżurach dziennych, co powoduje, że nie można wykonać wielu działań, takich jak na przykład wspólny spacer czy wyjście do miasta większą grupą(pytanie 4.12.):

„(...) moja siostra to nie, bo ją trudno zmobilizować do czegokolwiek (...) jakby wcześniej zacząć to pewnie tak, może by jakoś się wprawiła, ale teraz to już na pewno za późno (...) tak jak mówiłam, ona kiedyś była taka żywsza jakaś, wiem, że leki itd., ale ona ma świadomość, że wszystko za nią zrobią i tak też robi.

Sądzę, że dla innych to miałyby sens i wiele z nich co są młodsze to mogłyby taką pracę podjąć.”

Podobnej odpowiedzi udzielił pracownik pierwszego kontaktu (pytanie 4.12.):

„Uważam, że to jak najbardziej ma sens. Wiadomo nie wszystkie by chciały i mogły uczestniczyć, wiele pań to już osoby wiekowe, ale niektóre jak najbardziej i pewnie te korzyści finansowe to byłaby super sprawa no i miałyby jakiś obowiązek, a tak to terapia jest, ale obowiązku nie ma, a jak za to nic nie ma to po co chodzić (...) one też liczyć umieją. (...)Poza tym, jest coraz mniej personelu, trudno nam podjąć jakieś działania, kiedy są dwie opiekunki i jak my mamy wyjść na spacer z pięcioma mieszkankami w tym z dwoma na wózkach? To też jest przyczyną, że one coraz mniej robią i nie ma mobilizacji.”

Mieszkanka nr III

Badana uzyskała najniższy wynik w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie produktywność (6/20 pkt.– 30%). Mieszkanka jest w wieku 61 lat, z diagnozą schizofrenii paranoidalnej. Posiada wykształcenie wyższe. Jest rozwiedziona, miała syna, który zginął

śmiercią tragiczną. Badana jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym a jej opiekunem prawnym jest siostra. W Domu Pomocy Społecznej mieszka 27 lat, gdzie przybyła z domu rodzinnego. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Komunikacja werbalna z badaną jest swobodna. Zazwyczaj przebiega w płaszczyźnie zadawanych pytań. Brak właściwej syntonii z otoczeniem. Mieszkanka nie jest osobą, która łatwo nawiązuje kontakty, natomiast w momencie przełamania bariery z obcą osobą (najczęściej podczas obecności jej siostry), potrafi dużo opowiadać o sobie i swoim życiu. Najczęściej poruszany temat dotyczy jej syna. Nie zawsze jednak są to informacje, które mają oparcie w rzeczywistości, z uwagi na wypowiedanie treści urojeniowych, najczęściej dziwnych. U badanej występują również zaburzenia spostrzegania w postaci omamów słuchowych.

U mieszkanki można dostrzec postępujący regres poznawczy, który dotyczy wszystkich umiejętności. Często urojeniowa interpretacja otaczającej rzeczywistości powodują, że kontakty interpersonalne są nietrwałe, badana nie chce nawiązywać relacji z innymi osobami. Jediną osobą, z którą utrzymuje stały kontakt to siostra badanej.

Czynności samoobsługowe wykonuje przy pomocy innych osób. Jej stan fizyczny i poziom intelektualny nie wymaga takiego wsparcie, ale mieszkanka odmawia współpracy w tym zakresie. Wymaga raczej motywacji i wskazania w jaki sposób prawidłowo wykonać daną czynność.

Badana nie ma poczucia choroby, choć czasami w momentach reemisji lub w sytuacjach, które w jakiś sposób łączą się z przeszłością wykazuje świadomość swojego stanu zdrowia.

Mieszkanka ma bardzo dobry kontakt z siostrą, która odwiedza ją wyjątkowo często. Siostra badanej zabiera ją na wszystkie święta, wakacje oraz bywa w Domu Pomocy Społecznej około dwa razy w miesiącu. Ponadto organizuje urodziny dla mieszkanki zapraszając jej dawne koleżanki z liceum ogólnokształcącego lub wycieczki do pobliskich miejscowości. Badana jest bardzo zżyta z siostrą i tylko z nią chętnie rozmawia i jest w stanie dla niej cokolwiek zrobić.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Pleszewie, gdzie wychowała się wraz z jedyną siostrą zamożnej w rodzinie. Ukończyła szkołę podstawową i średnią również w Pleszewie. Studia ukończyła w Poznaniu na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza na wydziale filologii polskiej. W tym okresie poznała swojego przyszłego męża – inżyniera. Po studiach wyszła za mąż i zamieszkała z mężem w Poznaniu.

Mieszkanka podjęła pracę w szkole podstawowej. W 1976 roku urodziła syna. W tym samym czasie pojawiły się pierwsze dostrzegalne symptomy choroby. Badana nie radziła sobie z wychowaniem i opieką nad dzieckiem. Kiedy syn miał 5 lat przeprowadziła się do Pleszewa do rodziców i siostry. Tam też podjęła pracę w miejscowym liceum ogólnokształcącym. W ciągu dwóch następnych lat doszło do rozpadu małżeństwa badanej.

Pomimo podjętego leczenia mieszkanka zrezygnowała z pracy zawodowej. Później została ubezwłasnowolniona i umieszczona w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie w wieku 34 lat. Obowiązki wychowania syna przejęła siostra badanej. W momencie, kiedy syn badanej ukończył 18 lat, ojciec złożył mu propozycję aby zamieszkał z nim w Republice Południowej Afryki. Tego typu prośbę kierował już wcześniej, ale rodzina stawiała opór i opiekun prawny (siostra badanej) nie wyraził na to zgody. Chłopiec wyjechał po egzaminie maturalnym. Dwa lata później zginął w niewyjaśnionych okolicznościach.

Mieszkanka nie została poinformowana o śmierci syna. Psycholog i lekarz psychiatra stwierdzili, że pogorszyłoby to jej stan psychiczny. W związku z powyższym opiekunowie piszą listy, które rzekomo pisze jej syn a dostarcza je siostra badanej.

Analiza segmentu życia – produktywność

Badana nie uczęszcza na terapię zajęciową ani na rehabilitację. Nigdy nie uczęszczała i nie wyrażała ochoty, aby wziąć udział w tego typu zajęciach.

Siostra badanej twierdzi, że badana nie lubi takich czynności i trudno znaleźć cokolwiek co byłoby dla niej odpowiednie. Jedną czynnością, którą wykonuje poza spaniem to czytanie. Lubi książki i chętnie je wypożycza.

Głównym problemem, który dostrzega pracownik pierwszego kontaktu oraz opiekun prawny to brak motywacji do jakichkolwiek działań. Jedyne sposoby motywacji jakie stosują to nagradzanie finansowe, np. za wstanie z łóżka, lub udanie się na spacer.

Wypowiedź siostry badanej (pytania 4.3, 4.4., 4.5.,4.6.):

„W zasadzie, to można powiedzieć, że ona nie spędza w ogóle czasu na rehabilitacji czy terapii zajęciowej, bo po prostu nie chodzi.

(...)To jest trudna sytuacja, bo ona jest stworzona do rzeczy wyższych niż sprzątanie, gotowanie czy prace manualne. Dużo czyta i faktycznie pod tym kątem się rozwija, natomiast uważa, że <<obsługa>> ma zrobić pozostałe rzeczy za nią. Jeśli otrzymałaby do zrobienia co wiązało by się z pełnieniem funkcji to chętnie by to wykonała.(...) Pomoc w pracach codziennych nie leży w jej naturze. Ostatnio postanowiła, że muszą sobie zakupić zmywarkę, ponieważ mam za mało czasu, aby ugotować jej obiad dwudaniowy, jaki otrzymuje w Domu Pomocy Społecznej.(...) Ponadto jak ją odwiedzam (bardzo często przyp. autorki) to nie chce wstać z łóżka i gdziekolwiek się ruszyć. Stosuję więc różnego rodzaju fortele jak np. chodź do sklepu a kupię Ci za swoje pieniądze co będziesz chciała, albo jak pójdziesz do parku to wtedy dam Ci 10 zł i jutro sobie coś kupisz, itp.

Jest ciężko, nic już nie chce robić i wciąż powtarza, że jest zmęczona i ona ma dużo pracy. Ja myślę, że przyczyna tkwi w tym, że ma bogaty świat wewnętrzny i tak w nim żyje, że nie potrzebuje wykonywać innych czynności, poza tym innymi traktuje niczym swoich służących.

Jak do niej jadę, czy dzwonię, to ona ma zawsze dużo pracy i nie ma czasu, jak przyjeżdża do mnie to tylko siedzi i trudną ją zmobilizować do jakichkolwiek działań.

Kiedyś nawet coś robiła, pomagała. Na przykład jak przyjeżdżała do mnie to wtedy pomagała mi gotować, albo sprzątałyśmy coś razem. Teraz już w ogóle jest ciężko. (...) nie ma żadnej motywacji do działań (...) jedynie pieniądze są w stanie ją do czegoś zmusić”

Mieszkanka ogląda telewizję i rozumie programy, które ogląda, ale w większości spędza czas przed telewizorem biernie i nie zawsze potrafi odpowiedzieć jaki program ogląda.

Badana nie podejmuje rehabilitacji. Nie jest osobą niesprawną, ale z uwagi na niewielką ilość ruchu oraz starzenie się powinna wziąć udział w niektórych zabiegach.

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytanie 4.5.):

„(...)nie ma takiej opcji, żeby ją zmusić do takich działań i tyle.”

Na pytanie dotyczące pracy zawodowej siostra badanej wypowiedziała się negatywnie w stosunku do badanej, natomiast potwierdziła sens tego typu działań w odniesieniu do innych mieszkank (pytanie 4.12.):

„(...)w jej przypadku teraz to już na pewno nie ma sensu, ale kiedyś może tak (...) tak jak mówiłam ona jest stworzona do wyższych działań. Praca fizyczna nigdy nie była dla nie motywująca, ale jakby dostała coś innego np. nie wiem jakąś funkcję czy cos to może, ale na pewno nie teraz, bo już za późno.”

Z niniejszych informacji oraz wypowiedzi wynika, że motywację do działania mają te panie, które posiadają swoje zainteresowania, są sprawne manualnie i lubią wykonywać prace ręczne.

Ponadto mieszkanki, które urodziły się w środowisku wiejskim lub w mniej zamożnych rodzinach i były przyzwyczajone oraz posiadają umiejętności wykonywania różnego rodzaju prac, chętniej podejmują tego typu działalność na terenie zakładu.

Mieszkanki, które krócej zamieszkują w ośrodku częściej uczestniczą w terapii zajęciowej i korzystają z tego co oferuje zakład. Zdecydowany spadek zainteresowania włączaniem się w tego typu zajęcia widać u pań, które zamieszkują powyżej 15 lat w ośrodku.

Z analizy dokumentów oraz wywiadów wynika, że większość osób badanych bardzo krótko podejmowała role zawodowe. Nie zawsze mieszkanki zdołały ukończyć szkołę i podjąć jakąkolwiek pracę. Wówczas, zazwyczaj przebywały w domu rodzinnym pomagając w gospodarstwie domowym lub nie podejmowały żadnych działań. Natomiast w zakładzie nie miały już szansy zdobyć jakichkolwiek umiejętności zawodowych i podjąć pracy. Większość z nich nie ma poczucia obowiązku, a terapię zajęciową traktują jako formę rozrywki. Dom Pomocy Społecznej zapewnia mieszkankom wszystkie podstawowe dobra. Nie muszą zatem zabiegać o przyrządzenie posiłku, lub posprzątanie pokoju, co oznacza, że nie uczą się nowych umiejętności, które pozwoliłyby na lepsze przystosowanie do niezależnego życia i zwiększały ich samodzielność.

Szczególnie niekorzystnym, kryzysowym wydarzeniem jest brak pracy, która w życiu osoby niepełnosprawnej odgrywa specjalną rolę. Praca pełni funkcję dochodową, socjalizacyjną i rehabilitacyjną (Nowak, 2005b, s. 53). Osoby niepełnosprawne cechuje niskie wykształcenie, brak wiary we własne możliwości zawodowe, nie mają ukształtowanego swojego „ja zawodowego”, a więc obrazu własnych możliwości zawodowych, mają deficyty w sferze ogólnych umiejętności i brak doświadczenia w pełnieniu różnych ról zawodowych (Nowak, 2000; Nowak, Król, Przybyłka 2002).

Z poczynionych badań wynika, iż główne przyczyny braku aktywności mieszkank to:

- brak umiejętności,
- brak odpowiedniej motywacji,
- znudzenie zajęciami oferowanymi przez zakład,
- pogarszające się zdrowie badanych,
- długotrwała choroba,
- medykalizacja,
- postępujące stany otępienne,

- coraz mniej personelu, co powoduje, że zadania terapeutyczne i rehabilitacyjne są niemożliwe do wykonania (brak możliwości logistycznych, aby np. wyjść na spacer, pojechać do miasta),

- zbyt duża liczba mieszkańców zamieszkałych w jednym Domu Pomocy Społecznej, która uniemożliwia dostosowanie i realizację zadań terapeutycznych oraz indywidualną pracę z mieszkańcem,

- ograniczone samodzielne wyjścia poza teren ośrodka,

- uwarunkowania osobnicze.

5.2.4 Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - zażyłość z bliskimi

W segmencie obiektywnej jakości życia - **zażyłość z bliskimi** mieszkanki uzyskały **50,6%** skali. Jest to stosunkowo wysoki wynik jaki uzyskały osoby badane podczas badania.

Główne wyznaczniki zażyłości z bliskimi to:

- posiadania przyjaciela,

- rozmowy z przyjacielem,

- zainteresowanie innych,

- podejmowanie działania z innymi (tabela 57).

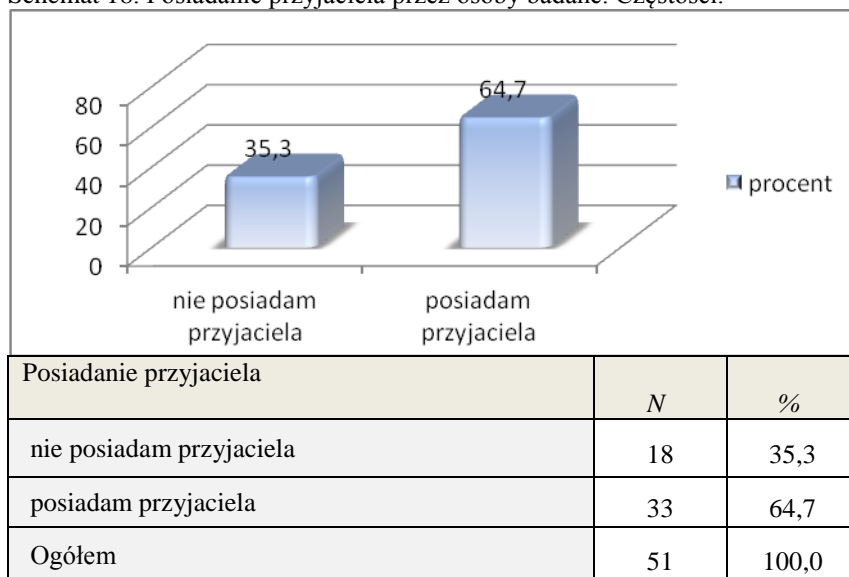
Tabela 57. Wyznaczniki zażyłości z bliskimi. Statystyki opisowe.

<i>Wyznaczniki zażyłości z bliskimi (N=51)</i>	<i>Średnia</i>	<i>Mediana</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>
Posiadanie przyjaciela	3,5	5,0	1,90
Rozmowy z przyjacielem	2,8	4,0	2,20
Zainteresowanie innych	3,1	3,0	1,10
Współdziałanie z innymi	3,5	4,0	0,82

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

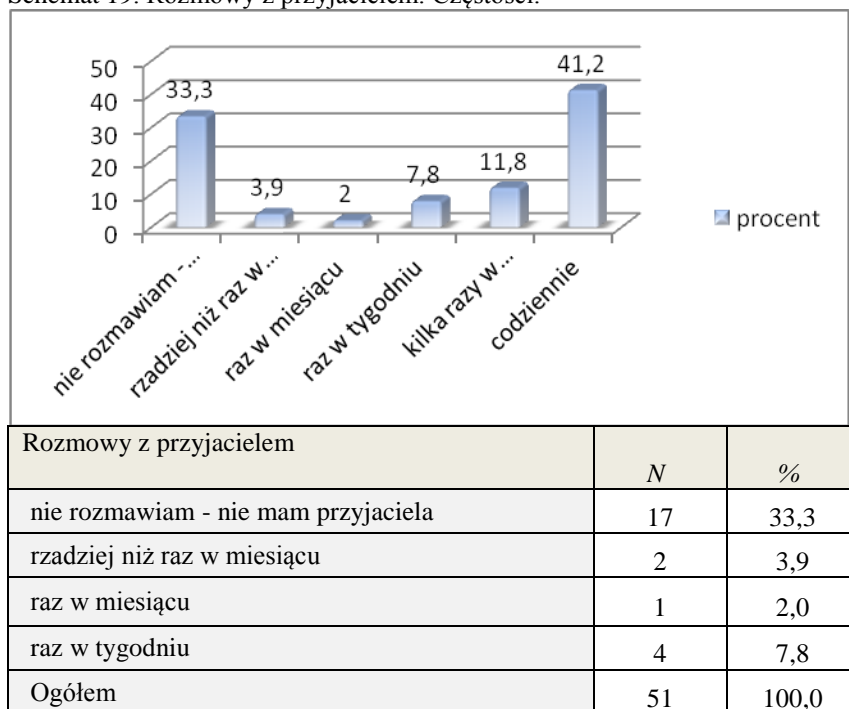
Mieszkanki zawierają przyjaźnie na terenie placówki i poza nią. Najczęściej jednak jest to osoba, która też mieszka w Domu Pomocy Społecznej. Ponad połowa badanych ma przyjaciela (64,7% - 33 osób)(schemat 18), z którym codziennie rozmawia 41,2% (21 osób), lub kilka razy w tygodniu 11,8% (6 osób) badanych(schemat 19).

Schemat 18. Posiadanie przyjaciela przez osoby badane. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Schemat 19. Rozmowy z przyjacielem. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Jak już zostało wspomniane panie najczęściej zawierają przyjaźnie między sobą na terenie zakładu. Tylko nieliczne z nich mają przyjaciół spoza zakładu, zwykle są to osoby z innych domów pomocy społecznej. Mieszkancki nie zawierają żadnych bliższych znajomości z osobami spoza Domu Pomocy Społecznej. O swoich przyjaciółkach mówią bardzo ciepło, zwierają im się, najczęściej jest to osoba mieszkająca razem z nimi w pokoju, lub w tym samym budynku. Badane same wybierają sobie współlokatorki, dlatego też mieszkają z

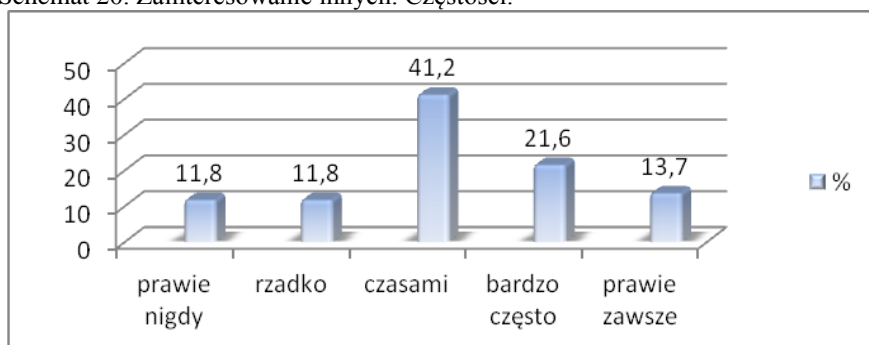
osobami, które lubią. Nie zawsze uda się w ten sposób dobrać panie w jednym pokoju, ale wszyscy starają się, aby osoby mieszkające razem przynajmniej się tolerowały.

Z obserwacji wynika, że niekiedy dochodzi również do wykorzystywania osoby, która staje się czyimś przyjacielem. Jeden z większych problemów stanowi sytuacja finansowa, wobec tego osoby, które są lepiej usytuowane są narażone na wyłudzenie pieniędzy lub namawianie na kupno określonych rzeczy. Opiekunowie starają się temu przeciwstawiać, jednak nie mogą interweniować gdy dana osoba kupi coś co nie ma być przeznaczone dla niej tylko dla koleżanki.

Opiekunowie prawni będący osobami z rodziny nie są zorientowani co do przyjaźni jakie zawiera ich podopieczna. Z uwagi na to, iż większość pań nie opowiada o sobie i swoim życiu. Drugim powodem jest termin odwiedzin. Bliscy przyjeżdżają do swoich podopiecznych najczęściej w sobotę lub w niedzielę, dlatego też nie zawsze mają możliwość rozmowy z opiekunem lub pracownikiem pierwszego kontaktu. Wiele opiekunów twierdzi, że mieszkanki w ogóle się między sobą nie przyjaźnią i nie mają kontaktu ze sobą.

Statystycznie najniżej zostało ocenione pytanie dotyczące zainteresowania przez innych ludzi - 41,2% (21 osób) badanych odpowiedziało, że **czasami** ktoś się nimi interesuje, gdy źle się czują, mają problemy, albo chcą się zwierzyć (schemat 20). Zainteresowanie opiekunów wynika z ich pracy, a współmieszkanki rzadko interesują się problemami innych. Najczęściej osoba, która się jest zaniepokojona stanem swojej koleżanki to najbliższa przyjaciółka.

Schemat 20. Zainteresowanie innych. Częstości.



Zainteresowanie innych	N	%
prawie nigdy	6	11,8
rzadko	6	11,8
czasami	21	41,2
bardzo często	11	21,6
prawie zawsze	7	13,7
Ogółem	51	100

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Pozytywnie przedstawia się zjawisko współdziałania. Większość badanych odpowiedziała, że czasami (39,2%)(20 osób) lub bardzo często (39,2%)(20 osób) inne osoby podejmują z nimi współdziałanie (schemat 21). Mieszkanki chętniej uczestniczą w jakimś działaniu jeśli inne koleżanki też w nim biorą udział i wspólnie mogą coś zrobić. Zazwyczaj można zaobserwować, iż wykonują pewne czynności w parach lub małych grupach.

Schemat 21. Podejmowanie współdziałania z innymi. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Z uwagi na specyfikę miejsca, gdzie przeprowadzono badania należy podkreślić, że spośród osób badanych 11,7% (6 osób) nie jest odwiedzane przez nikogo z rodziny ani przyjaciół, spoza zakładu. Natomiast pozostałe panie są odwiedzane przez rodzinę, utrzymują kontakt telefoniczny, lub listowny. Niektóre badane utrzymują kontakt z osobami, które nie są ich rodziną, ale przyjeżdżają w odwiedziny i zabierają mieszkankę na krótki okres do siebie, lub na wycieczki (np. do mieszkanki przyjeżdża sąsiadka, która była zaprzyjaźniona z rodziną, przysyła paczki i pisze listy).

Jeśli nikt z rodziny nie utrzymuje kontaktu z badaną to Dom Pomocy Społecznej zawsze stara się odszukać kogoś z rodziny, tak aby umożliwić – jeśli osoba wyrazi chęć – odnowienie kontaktu z podopieczną. Czasami odnosi to pozytywny rezultat, ponieważ odnajdzie się osoba, która chętnie podejmuje się tego typu relacje. Natomiast jeśli osoba jest starsza i nie ma już rodziców, często rodzeństwo nie jest już w stanie odwiedzać siostry, ponieważ ich stan zdrowia na to nie pozwala wtedy osoba pozostaje sama a opiekunem prawnym jest pracownik ośrodka.

Bliska rodzina, w szczególności jeśli w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie przebywa córka, chętnie utrzymuje kontakty. Mieszkancki są odwiedzane średnio raz na kilka miesięcy 27,5% (14 osób). Wiele z nich ma rodzinę, która mieszka w dużej odległości, dlatego też nie ma możliwości częstych odwiedzin 21,6% (11 osób). Grupa siedmiu mieszkanek (13,7%) jest odwiedzana bardzo często, z uwagi na bliskość zamieszkania oraz zażyłe stosunki rodzinne. Jest również pewna grupa osób 37,3% (19 osób), gdzie rodzina nie przyjeżdża za wyjątkiem zjazdu rodzin, lub innej tego typu uroczystości.

Mieszkancki które, które osiągnęły najwyższe średnie w niniejszym segmencie życia są niezamężne (tabela 58), przebywają w ośrodku średnio 10 lat (tabela 59) a rodzina podtrzymuje z nimi relacje (tabela 60). Druga grupa ocenia badanych osiągnęła niższe średnie, są to osoby starsze (tabela 57), które są rozwiedzione (tabela 58) i przebywają w ośrodku powyżej 16 lat (tabela 59).

Analiza statystyczna wykazała, że zmienne niezależne nie wpływają w sposób istotny na zażyłość z bliskimi osób badanych.

Tabela 57. Zażyłość z bliskimi a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	13,40	5,41	50,375	45	0,269
	45-64	38	13,50	4,67			
	65<	7	10,57	3,69			
	Ogółem	51	13,11	4,60			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Badane, które osiągają najwyższe wskaźniki w segmencie zażyłość z bliskimi to osoby młode (tabela 57). Im starsze mieszkanki tym zażyłość z bliskimi jest mniejsza. Młodsze mieszkanki zawierają przyjaźnie między sobą, również korzystają z Internetu, gdzie nawiązują znajomości z innymi osobami, wyjeżdżają na urlopy do rodziny, podtrzymując tym samym znajomości w środowisku lokalnym. Mieszkancki, które są starsze, nie utrzymują kontaktu z rodziną są zazwyczaj osobami samotnymi, które najczęściej podtrzymują relacje jedynie z opiekunem prawnym, choć nie jest to regułą.

Trzy spośród pań, które ukończyły 65 lat utrzymują stałe relacje bliską osobą. Dwie mieszkanki pisują listy (z pomocą opiekuna) do swoich przyjaciół przebywających w innych domach pomocy społecznej i raz w roku spotykają się na imprezach oraz utrzymują sporadyczny kontakt telefoniczny. Ponadto jedna z mieszkanek pomimo podeszłego wieku i brak możliwości poruszania się zawarła ostatnio przyjaźń z inną mieszkanką. Panie pomagają

sobie w codziennych sprawach, takich jak zakupy czy pomoc w codziennych czynnościach, ponadto spędzają razem czas.

Tabela 58. Zażyłość z bliskimi a stan cywilny badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	13,78	4,39	44,232	45	0,504
	Rozwiedziona	16	11,87	4,68			
	Ogółem	51	13,11	4,60			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Podobnie jak w poprzednich korelacjach można stwierdzić, iż panie, które nigdy nie weszły w związek małżeński uzyskują wyższe średnie również w zakresie segmentu życia – zażyłość z bliskimi niż panie, które są rozwiedzione (tabela 58). Osoby niezamężne chętniej nawiązują relacje z innymi osobami i są bardziej komunikatywne, niezależnie od wieku. Mieszkanki, które są rozwiedzione wykazują wyższy poziom lęku i są bardziej wycofane w kontaktach społecznych.

Tabela 59. Zażyłość z bliskimi a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	11,93	4,51	40,656	45	0,656
	10-15lat	9	14,44	4,95			
	16-25 lat	24	13,33	4,57			
	26<	3	13,33	5,50			
	Ogółem	51	13,11	4,60			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Zażyłość z bliskimi mieszanek, które dłużej zamieszkują w Domu Pomocy Społecznej jest słabsza niż osób, które mieszkają do 15 lat w zakładzie (tabela 59). Jest to związane ze starzeniem się mieszanek, co zostało nakreślone powyżej. Przyczyny tego stanu rzeczy są zróżnicowane.

Niektóre z pań, które przyjaźniły się między sobą, po śmierci koleżanki nie potrafiły już nawiązać tego typu relacji z inną osobą. Ponadto specyfika chorób psychicznych w znaczący sposób ogranicza nawiązanie głębszych relacji. Osoby te często izolują się od świata zewnętrznego. Długotrwała choroba i brak kontaktu z innymi osobami z wiekiem stają się coraz większą przeszkodą w nawiązywaniu przyjaźni i chęci współdziałania.

Czasami potrzeba znaleźć osobę, która zmobilizuje mieszkankę do działania, jak w przypadku jednej z nich, gdzie siostra bardzo często odwiedza podopieczną i próbuje

zaktywizować ją do podjęcia działania, zaprasza jej koleżanki ze szkoły średniej, czy zabiera ją na zakupy.

Tabela 60. Zażyłość z bliskimi a osoby, które utrzymują kontakt z badanymi. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	13,81	4,91	44,566	45	0,490
	Dzieci	14	12,64	4,19			
	Nie mam nikogo	9	11,33	4,24			
	Ogółem	51	13,11	4,60			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

Tabela powyżej (60) wskazuje, iż rodzina jest znacząca w segmencie jakości życia – zażyłość z bliskimi. Badane utrzymujące kontakt z rodzicami, rodzeństwem lub dziećmi mają szansę wyjechać poza ośrodek, nawiązywać kontakt z innymi osobami, lub podtrzymywać relacje z tymi, których już znają. Ponadto sam kontakt z rodziną jest istotny, ponieważ często to właśnie osoby z rodziny stanowią najbliższych przyjaciół dla badanych.

Tabela 61. Zażyłość z bliskimi a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	13,75	4,49	19,079	15	0,210
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	11,42	4,63			
	Ogółem	51	13,11	4,60			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Mieszkanki, które są ubezwłasnowolnione w stopniu całkowitym wykazują wyższą zażyłość z bliskimi niż panie, które są ubezwłasnowolnione w stopniu częściowym (tabela 61). Możliwe, iż wpływ na ten stan rzeczy ma fakt, iż osoby ubezwłasnowolnione całkowicie są w dużym stopniu uzależnione od swych opiekunów prawnych, co powoduje, iż częściej poszukują przyjaciół i oparcia w ich osobie. Fakt przebywania w zakładzie jest dla większości mieszkank przymusem, dodatkowo ubezwłasnowolnienie całkowite ogranicza ich możliwość samostanowienia w znacznym stopniu, co powoduje większe zainteresowanie innymi osobami i zawieraniem przyjaźni.

Tabela 62. Zażyłość z bliskimi a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	13,06	4,68	14,455	15	0,491
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	13,37	4,47			
	Ogółem	51	13,11	4,60			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Badane, których opiekunem prawnym jest pracownik DPS wykazują nieznacznie wyższy wskaźnik jakości życia w segmencie zażyłość z bliskimi. Możliwe, iż na ten stan rzeczy ma wpływ stała obecność opiekuna prawnego, który stanowi pomoc i opiekę dla mieszkanek niemal codziennie, w przeciwieństwie do osoby z rodziny, która niejednokrotnie odwiedza podopieczną raz do roku.

Opiekun prawny, który często widuje się z podopieczną potrafi zadbać o wiele spraw, również o jej kontakty z rodziną, co może mieć pozytywny wpływ na zażyłość z bliskimi danej osoby. Jak w przypadku jednej z mieszkanek, gdzie opiekun prawny odnalazł rodzinę podopiecznej, która wcześniej nie utrzymywała z nią kontaktu, wysłała listy które pisze wraz z mieszkanką i stara się zadbać o bieżące sprawy mieszkanki. Rodzina utrzymuje sporadyczny kontakt, ale chociaż odnowiła się relacja, która pomaga w rehabilitacji badanej. Mieszkanka chętniej uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej i poddaje się leczeniu.

Mieszkanki, które osiągnęły najwyższe, przeciętne oraz najniższe wyniki w segmencie życia przynależność społeczna zostały przedstawione poniżej.

Mieszkanka nr I

Badana osiągnęła jednej z najwyższych wyników w zakresie obiektywnej jakości życia segmentu – zażyłość z bliskimi (13/15 pkt. – 86%), ma 70 lat, zdiagnozowaną schizofrenię rezydualną oraz niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym, z wykształceniem podstawowym i jest panną. Mieszkanka przybyła do Domu Pomocy Społecznej z domu rodzinnego 18 lat temu, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest sąsiadka z jej rodzinnej miejscowości Chocza. Mieszkanka została przebadana z użyciem 2 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Komunikacja werbalna z mieszkanką jest utrudniona. Wypowiedzi często nie są spójne. Porozumiewanie odbywa się na podstawie prostego materiału obrazkowego. Badana wykonuje czynności dnia codziennego przy wsparciu innych osób z powodu ograniczenia

sprawności fizycznej. Nie ma świadomości choroby psychicznej – uważa, że mieszka w zakładzie, ponieważ coraz gorzej się porusza.

Mieszkanka jest bardzo labilna emocjonalnie, ma tendencję do ulegania wpływom otoczenia. Często poddaje się namowom koleżanek do zakupu jakiejś rzeczy (np. papierosów, choć sama nie pali), lub wykonania czegoś. Z tego względu musi być chroniona przez opiekunów, bo często może być wykorzystana przez osoby z otoczenia.

Mieszkanka nie ma dobrego kontaktu z rodziną. Dwie siostry zamieszkują nadal w jej rodzinnej miejscowości Chocz (miejscowość położona 15km od Fabianowa) i nieczęsto odwiedzają badaną.

Na terenie zakładu badana ma kilka koleżanek i dwie przyjaciółki. Jest osobą pogodną i lubianą przez inne mieszkanki. Nie jest to osoba konfliktowa. Chętnie nawiązuje kontakty z innymi. W rodzinnej wsi była również osobą lubianą, sąsiedzi udzielali jej pomocy. Świadczy o tym również, iż sąsiadka została opiekunem prawnym badanej i zajmuje się jej sprawami osobistymi.

Z uwagi na wiek badanej, poziom umysłowy, sprawność fizyczną i długotrwałe leczenie nie jest to osoba, która aktywnie uczestniczy w terapii zajęciowej lub innych formach zajęć w ośrodku. Dlatego chętnie spędza czas z koleżankami, wychodzi z nimi na spacer lub ogląda telewizję.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Chocz, uczęszczała do masowej szkoły podstawowej w Pleszewie. Z powodu trudności jej ukończenia nie kontynuowała dalszej nauki.

Przez cały okres zamieszkiwała w Chocz razem z rodzicami i dwoma siostrami. Kiedy siostry ukończyły szkołę (jedna zawodową a druga średnią) i wyszły za mąż – badana zamieszkała tylko z rodzicami.

Najprawdopodobniej pierwsze symptomy choroby pojawiły się około 30 r.ż. (istnieje jeden zapis lekarza rodzinnego, który wypisał skierowanie do poradni zdrowia psychicznego, gdy badana miała 26 lat). Wiadomo również, że w późniejszym okresie po śmierci ojca, badana podjęła leczenie psychiatryczne.

Po śmierci matki mieszkanka została sama w domu rodzinnym. Korzystała z usług opiekuńczych – 8 godzin dziennie. Wszystkie czynności związane z prowadzeniem domu wykonywała opiekunka (pranie, sprzątnie, gotowanie). Mieszkanka miała niewysoką rentę i nie otrzymywała pomocy ze strony siostr, które zamieszkiwały w tej samej miejscowości, w związku z tym budynek mieszkalny wymagał coraz więcej napraw i remontów. Sporadycznie

osoby z zewnątrz pomagały badanej w prowadzeniu domu. Była osobą pozytywnie odbieraną w swojej społeczności. Sąsiadka robiła jej zakupy, a jej mąż czasami naprawiał coś w domu.

W związku ze stanem technicznym budynku, badana otrzymała nakaz opuszczenia go w 1995 roku. Siostry nie wyraziły zgody na przyjęcie badanej do siebie i złożono wniosek o przyjęcie jej do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. W tym samym roku badana zamieszkała w zakładzie.

W 2000 roku mieszkanka została ubezwłasnowolniona całkowicie, powodem była odmowa leczenia i pogarszający się stan zdrowia psychicznego.

Analiza segmentu życia - zażyłość z bliskimi

Badana ma dwie przyjaciółki, z którymi spotyka się codziennie, zawsze obok niej znajdują się osoby, które są chętne do wspólnego spędzania czasu. Najniższą punktację uzyskała w pytaniu dotyczącym współdziałania. Z obserwacji oraz wypowiedzi samej badanej wynika, że inne osoby niechętnie proszą ją o radę.

Jest to osoba, która pomimo niepełnosprawności i choroby psychicznej jest bardzo otwarta (czasami aż nazbyt ufna) i inne osoby chętnie przybywają w jej towarzystwie. Potwierdzają to słowa opiekuna prawnego i pracownika pierwszego kontaktu.

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytanie 5.1. i 5.2.):

„To jest bardzo pogodna osoba, trochę też przeżyła w życiu,(...) długo mieszkała sama, to osobie z takim upośledzeniem nie jest łatwo. Jeszcze łatwo ją w ogóle oszukać, naciągnąć na coś (...) Ona lubi przebywać z innymi ludźmi, to jest też tak, że w końcu długo tam na wsi mieszkała, zawsze sobie do kogoś poszła, pogadala, albo, ktoś do niej przyszedł, więc ona jest przyzwyczajona do tego, do towarzystwa(...) Tutaj sporo osób ją lubi, nie jest konfliktowa, tylko ją trzeba chronić przed innymi, żeby pieniędzy nie dawała, bo ją natychmiast po wypłacie oskubią.”

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytania 5.1., 5.2. i 5.3):

„Na wsi ją lubili, chociaż, wiadomo śmiali się tam niektórzy, ale pani w sklepie jej uczciwie wydawała, żeby jej nie oszukać. (...) tam opiekunka jej wszystko zrobiła, ale jakby coś potrzeba to zawsze ktoś tam jeszcze pomógł (...) no jak tak zostawić można, sama była rodzice pomarli i bez opieki (...) później to już coraz z nią gorzej było, wydaje mi się, że choroba chyba dała ze znaki, no ale przez tyle lat sobie radziła.

(...)tu w zakładzie to ma koleżanki i jej pomagają, to chyba już teraz jedyna forma terapii dla niej, bo robić już nic się nie nauczy, i wiek już nie ten, wic chociaż to.”

Mieszkanka nr II

Badana osiągnęła przeciętny wynik w zakresie obiektywnej jakości życia segmentu - przynależność społeczna (8/15pkt. – 53%). Jest w wieku 54 lat, z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia rezydualna oraz padaczka, z wykształceniem zawodowym, nigdy nie weszła w związek małżeński. Mieszkanka przybyła do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie z domu rodzinnego 8 lat temu, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest osoba nie będąca rodziną badanej. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny i językowy z mieszkanką jest swobodny. Z zakresie struktury gramatycznej i kompetencji językowej na dobrym poziomie. Wypowiedzi często są rozwlekłe, pełne pretensji i roszczeń pod adresem osób z najbliższego otoczenia. Dominuje agresja werbalna. Jest to osoba dość konfliktowa, ale chętna do różnego rodzaju działań. W okresie zamieszkania w swoim mieszkaniu często kłóciła się z sąsiadami i wszczyniała awantury, podobnie czasami czyni w stosunku do innych współmieszkańców.

Zainteresowania badanej koncentrują się wokół zajęć plastycznych, pani pięknie maluje i wykonuje innego rodzaju rękodzieła jak wyszywanie, szycie, rzeźba. Jednak należy zapewnić jej spokój podczas zajęć, ponieważ z powodu dużej labilności uwagi łatwo ulega dekoncentracji.

Badana jest osobą, która wykonuje wszystkie czynności samoobsługowe, ale potrzebuje motywacji werbalnej w tym zakresie. Mieszkanka negatywnie ocenia obecną sytuację życiową – nie ma poczucia choroby psychicznej. Często podejmuje impulsywne działania niewspółmierne do sytuacji.

Mieszkanki nie odwiedza nikt z rodziny. Jedyłą osobą spoza Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie jest opiekun prawny, który jest pracownikiem socjalnym, w związku z ubezwłasnowolnieniem badanej. Badana chętnie widuje się z opiekunem prawnym, lubi go i uważa za przyjaciela, chętnie do niego dzwoni i prowadzi korespondencję.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Mieszkanka urodziła się w Poznaniu, gdzie ukończyła szkołę podstawową i zawodową (zawód – kucharka).

W zawodzie kucharki pracowała tylko dwa lata na stołówce szkolnej. Z powodu częstych napadów epileptycznych postanowiła zrezygnować z pracy i zamieszkać z powrotem z rodzicami.

Mieszkanekę poddano wówczas leczeniu i w 1990 roku ustanowiono II grupę inwalidzką. Badana na stałe zamieszkała z rodzicami i już nie podjęła żadnej pracy zawodowej.

Dwa lata później doszło do rozpadu małżeństwa rodziców badanej i ojciec wyprowadził się z Poznania. Matka mieszkanki zmarła w wyniku wylewu osiem lat później.

Przez kolejne trzy lata badana mieszkała sama. W 2004 roku została ubezwłasnowolniona a jej opiekunem prawnym został pracownik socjalny, pomagał w odpowiednim funkcjonowaniu m.in. uiszczaniu opłat, zawieraniu umów, itp. Niestety po pewnym czasie badana wchodziła w sytuacje konfliktowe z najbliższym otoczeniem. Skargi ze strony sąsiadów spowodowały, że opiekun prawny zaproponował, aby umieścić badaną w domu pomocy społecznej.

Zażyłość z bliskimi

Mieszkanca ma przyjaciółkę na terenie zakładu, z którą prawie codziennie się spotyka. Jest to osoba, która zawsze chętnie podejmuje się z nią współdziałanie, natomiast rzadko, podobnie jak u większości badanych znajdują się osoby, które chcą się poradzić jej w jakiejś sprawie.

W opinii pracownika pierwszego kontaktu badana miałaby więcej przyjaciół i lepsze z nimi stosunki, gdyby była mniej agresywna i nie nastawiona roszczeniowo w stosunku do innych.

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytania 5.2. i 5.7.):

„To jest inteligentna kobieta i ogólnie dobrze sobie radzi, tylko jest taki typem pieniaczki. Wydaje mi się, że w domu musiały tam być takie kłótnie, bo musiała się tego nauczyć.(...)Ma jedną przyjaciółkę, chodzą sobie, razem się trzymają. (...) Ludzie jej się nie radzą specjalnie, bo potrafi się wydrzeć ni stąd ni z owąd jak jej się coś nie spodoba. (...)Ogólnie to ona dobrze funkcjonuje tylko, gdyby jej tak nie nosiło.”

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytania 5.1., 5.2.,5.3. i 5.7.)

„Pani sobie nawet nieźle radziła jak mieszkała sama. Jak jeszcze żyła matka z tego co wiem to miała jakieś koleżanki, nawet się często spotykały, ale teraz w dps-e też tam kogoś ma (...) to jest kobieta, która wszystko sobie rości, nic jej nie pasuje, ogólnie sąsiadów terroryzowała, krzyczała na nich, zasadzała się, robiła awantury.(...) a, że jest dość inteligentna i ogólnie tak nie stwarzała pozorów na początku osoby

niepełnosprawnej, czy z jakimiś zaburzeniami to dzwoniła do urzędów, spółdzielni, donosiła. (...)Generalnie wszyscy ją tam później znali.

Ogólnie to ona się umie zaprzyjaźnić, i ma osoby, które ją lubią, tylko nie ma szerszego grona koleżanek, bo przez te swoje wybryki zraza do siebie innych ludzi.”

Mieszkanka nr III

Badana osiągnęła jedną z najniższych średnich w zakresie obiektywnej jakości życia segmentu przynależność społeczna (5/15pkt. – 33%). Jest w wieku 52 lat, z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia nie różnicowana (atypowa), przebywa w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie od 8 lat. Wcześniej zamieszkiwała w domu rodzinnym, z wykształceniem średnim, jest wdową, ma syna. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym od 5 lat jest syn badanej, z którym utrzymuje regularny kontakt. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest poprawny, wypowiedzi zarówno pod względem formy jak i treści są ubogie, tylko w płaszczyźnie zadawanych pytań. Badana sama nie nawiązuje kontaktu. Niewłaściwa jest komunikacja pozawerbalna – ubóstwo zachowań społecznych. Interpretuje codzienne zdarzenia w sposób nieadekwatny do sytuacji – przeważają urojenia dziwaczne, nie związane z sytuacją, nie powiązane absolutnie z rzeczywistością. Mieszkanka mówi o rzeczach, które nie istnieją, albo nigdy nie miały miejsca.

Badana wykonuje czynności samoobsługowe, lecz przy pomocy innych osób. Ponadto występuje zaburzony krytycyzm wobec swoich możliwości psychofizycznych. Mieszkanka nie ma poczucia choroby psychicznej, uważa, że została tu umieszczona niesłusznie.

Zainteresowania mieszkanki są ograniczone. Głównie spaceruje lub spędza czas na sali telewizyjnej. Nie bierze udziału w terapii zajęciowej lub innych działaniach jakie można podjąć na terenie zakładu. Brak zewnętrznej motywacji do działania.

Kontakt utrzymuje z synem, poza tym nie ma przyjaciół ani na terenie ośrodka, ani poza nim. Nie posiada również nikogo innego z rodziny. Można takie zachowania przypisać braku syntonii i empatii z otoczeniem.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Poznaniu w rodzinie wielodzietnej, lecz dobrze usytuowanej finansowo. Ukończyła w rodzinnym mieście szkołę średnią i podjęła tam pracę w Urzędzie Pracy.

W 1985 roku wyszła za mąż i przeprowadziła się wraz z mężem do Swarzędza. W 1988 urodziła syna i po urlopie macierzyńskim przebywała również na urlopie wychowawczym kolejne 3 lata. Po tym okresie wróciła do pracy, lecz z powodu problemów zdrowotnych zrezygnowała z niej w 1996 roku.

W 2000 roku zmarł jej mąż i od tego okresu stan psychiczny badanej ulegał stopniowemu pogorszeniu. Badana zgłosiła się do Ośrodka Pomocy Społecznej w Swarzędzu, z uwagi na problemy finansowe.

Do roku 2003 mieszkanka nie leczyła się. W okresie od 13 maja do 30 września 2003 roku badana przebywała w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie, gdzie została umieszczona postanowieniem sądu z dnia 14.04.2003 roku na wniosek Ośrodka Pomocy Społecznej w Swarzędzu.

W wyniku tych zdarzeń badanej ograniczono władzę rodzicielską. Syn badanej od października 2003 roku został wysłany do Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Kórniku lub przebywał w domu opiekuna prawnego. Mieszkanka nie podtrzymywała częstych relacji z dzieckiem.

Z uwagi na stan zdrowia badanej pracownik socjalny wprowadził pomoc w formie usług sąsiedzkich 2,5h dziennie oraz pielęgniarstwa środowiskowej. Poniżej zaprezentowano cytaty z oceny sytuacji pracownika socjalnego z tamtego okresu.

„(...) pomoc w higienie osobistej, mycie włosów, pranie odzieży, pościeli, przygotowywanie posiłków razem z podopieczną lub przyrządzenie przyniesionych wcześniej przez pomoc sąsiedzką, ponadto w czasie pobytu wspólne rozmowy, spacer. Stan zdrowia podopiecznej waha się. Bywają dni, że kontakt jest normalny, a innego dnia zaś zupełnie przeciwnie. Ponadto często w/w boi się sama wyjść z domu i kontaktu z ludźmi. (...) Obecny stan zdrowia umożliwia w miarę prawidłowe funkcjonowanie, tylko przy pomocy osoby drugiej.”

Wypowiedź pracownika socjalnego wskazuje, iż badana może funkcjonować samodzielnie, ale przy wsparciu osób drugich i jest osobą zamkniętą, z lękiem przed kontaktem z innymi ludźmi, prawdopodobnie z występującymi również treściami urojeniowymi.

W tym samym czasie badana Ośrodek Pomocy Społecznej podjął kroki w celu ubezwłasnowolnienia badanej a następnie umieszczenia jej w domu pomocy społecznej.

Zażyłość z bliskimi

Badana nie ma przyjaciół ani rodziny, jest osobą samotną, która boi się nawiązywać kontakt z innymi, urojenia prześladowcze pogłębiają te lęki. Uważa, że niesłusznie przebywa w ośrodku i mogłaby funkcjonować samodzielnie, czuje się pokrzywdzona sytuacją, która zaistniała.

Aktualnie nawiązała lepszy kontakt z synem, który po osiągnięciu dojrzałości przejął funkcję opiekuna prawnego. Syn uważa, że matka zawsze była wyizolowana i ogólnie nie była zbyt kontaktowa, ponadto wciąż ma nadzieję powrotu do domu.

Wypowiedź opiekuna prawnego – syna badanej (pytania 5.1., 5.2., 5.7. i 5.8.)

„Mama już dawno chorowała, ale nie leczyła się. Dopóki tata żył, to jeszcze jakoś było, bo on się mamą zajmował, i w ogóle całym domem. Tata ją trochę krył, ale to też nie było dobre, bo ona przez to się nie leczyła, tylko jeszcze bardziej izolowała. (...) Dopiero po jego śmierci to już sobie zupełnie przestała radzić.

Nie pamiętam, żeby kiedykolwiek miała przyjaciół, utrzymywała kontakty z sąsiadami czy coś podobnego.

Teraz jest lepiej, ale jak do niej czasami przyjeżdżam to widzę, że kontakt jest słaby i ciągle jest w swoim świecie. Raczej się tu nie zaadoptowała i myśli, że wróci z powrotem do domu. Nie widzę, żeby miała tu jakiś przyjaciół i z kimś się spotykała.

Staram się mamę odwiedzać jak najczęściej, ale wiadomo jak to jest, nie zawsze jest czas i możliwość.”

Pracownik pierwszego kontaktu ma podobne zdanie na ten temat (pytania 5.1., 5.2., i 5.7.):

„To jest osoba, która boi się innych ludzi. Generalnie jest wycofana, wciąż ma treści urojeniowe i lata izolacji w domu spowodowały, że ona nie chce tego kontaktu.”

Analiza ukazuje, że osoby, które krócej przebywają z domu pomocy społecznej i które są młodsze, chętniej utrzymują i podejmują kontakty społeczne. Również mieszkanki, z którymi rodzina podtrzymuje kontakt mają możliwość zawierania nowych przyjaźni, czasami właśnie osoby z rodziny stanowią ich bliskich przyjaciół.

5.2.5 Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - poczucie bezpieczeństwa

Ważnym segmentem życia jest **poczucie bezpieczeństwa**, które zostało najwyżej ocenione na poziomie **78%** w skali obiektywnej jakości życia. Statystycznie mieszkanki czują się bezpiecznie w Domu Pomocy Społecznej i jego otoczeniu, mają spokojny sen i nie doświadczają leków związanych ze swoją sytuacją życiową.

Wyznaczniki poczucia bezpieczeństwa przyjęte w badaniach są następujące:

- spokojny sen,
- poczucie bezpieczeństwa,
- odczuwanie lęków i niepokojów (tabela 63).

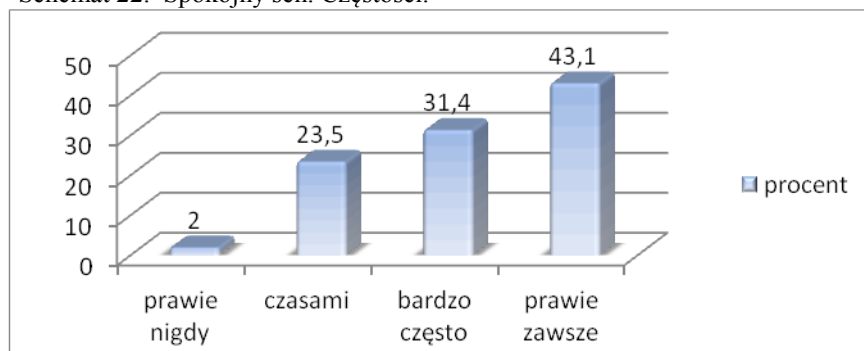
Tabela 63. Wyznaczniki poczucia bezpieczeństwa osób badanych. Statystyki opisowe.

Wyznaczniki poczucia bezpieczeństwa osób badanych (N=51)	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Spokojny sen	4,141	4,33	3,76
Bezpieczeństwo w DPS	4,003	5,00	4,00
Odczuwanie lęków i niepokojów	0,917	0,81	1,24

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Prawie połowa mieszanek dobrze sypia (43,1%)(22 osoby)(schemat 22), co w pewnej mierze może być spowodowane działaniem leków, czego nie można wykluczyć. Większość mieszanek sypia w ciągu dnia w swoich pokojach, w związku z tym niektóre mają trudności z zaśnięciem w nocy. Na sen badanych ma również wpływ pogoda i możliwość przebywania na dworze. Panie, które pracują w ogrodzie lub chętniej spacerują po parku, są aktywne w ciągu dnia lepiej i regularniej sypiają.

Schemat 22. Spokojny sen. Częstości.

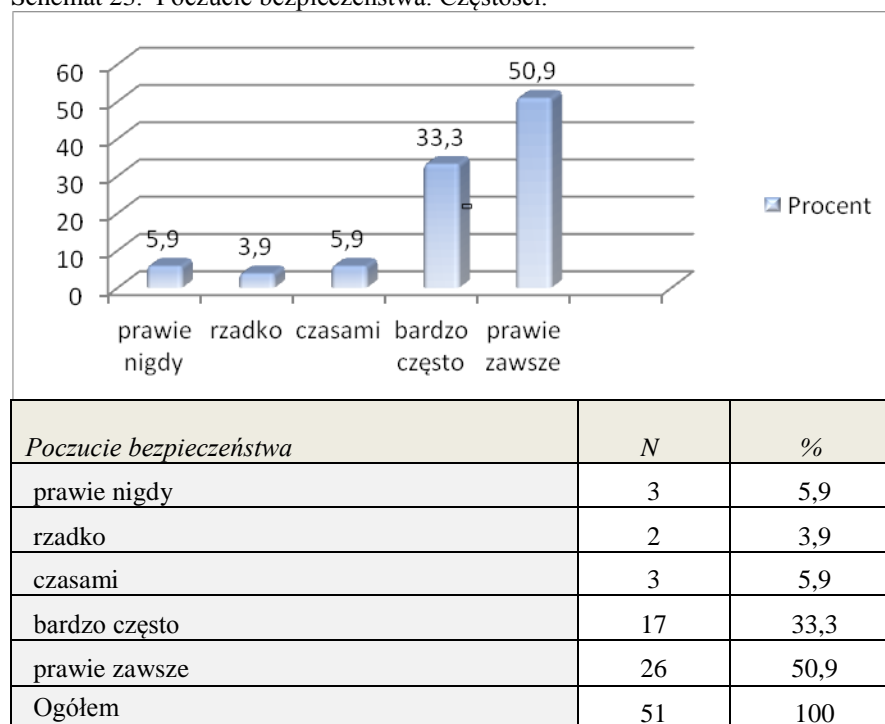


Spokojny sen badanych	N	%
prawie nigdy	1	2,0
czasami	12	23,5
bardzo często	16	31,4
prawie zawsze	22	43,1
Ogółem	51	100

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Ponad połowa - 51% (26 osób) mieszanek prawie zawsze a 31,4% (16 osób) lub bardzo często ma poczucie bezpieczeństwa w Domu Pomocy Społecznej (schemat 23). 41,2% (21 osób) w ogóle nie odczuwa lęków związanych z pobytem w ośrodku (schemat 24).

Schemat 23. Poczucie bezpieczeństwa. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Wysokie poczucie bezpieczeństwa mieszkanki w Domu Pomocy Społecznej jest pozytywnym aspektem. Natomiast obserwacja życia mieszkanki w ośrodku doprowadza do wniosku, że nie zawsze stwierdzenie, iż czują się w zakładzie bezpiecznie ma swój pozytywny wydźwięk. W rzeczywistości wiele spośród osób badanych, które przebywają w Domu Pomocy Społecznej po pewnym czasie nie chce wychodzić poza teren placówki. Mieszkanki nie są zainteresowane wyjazdami, zakupami w mieście, wizytami u koleżanki czy nawet wypoczynkiem wakacyjnym. Wielu opiekunów twierdzi, że panie po prostu się starzeją i dlatego nie mają ochoty uczestniczyć w jakiegokolwiek formie życia społecznego. Kolejny argument, który przytaczają to specyfika chorób psychicznych – w szczególności schizofrenii. Jednym z objawów osiowych schizofrenii jest autyzm, czyli izolowanie się od świata zewnętrznego. Lęki związane z kontaktami z innymi ludźmi i przebywanie w odmiennym, nieznanym dotychczas środowisku. Przyczyn tego typu zachowań może być kilka.

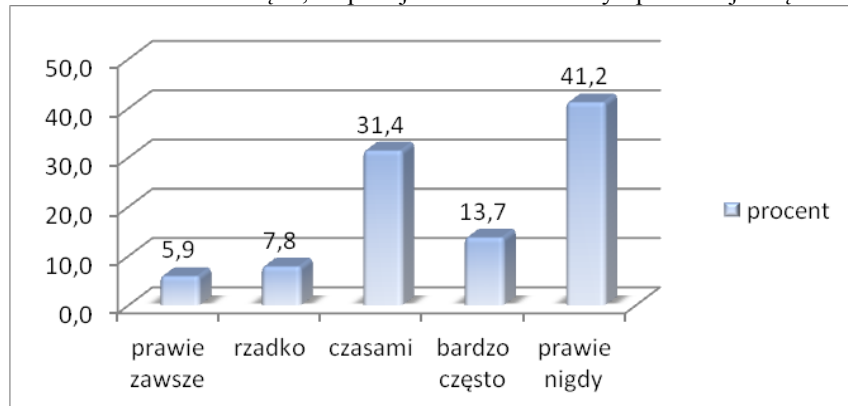
Niektóre z mieszkanki nie opuszczają pokoju, a inne wychodzą tylko za namową lub specjalną nagrodą.

Wiele spośród osób badanych zamieszkało w zakładzie już jako młode osoby. Całe życie spędziły pod opieką instytucjonalną, która ich wyręczała z wielu czynności dnia

codziennego i nie dawała żadnej konkretnej aktywności w zamian. Taki stan rzeczy powoduje często apatię i poczucie bezradności, beczynność, co zostało wykazane w poprzednim segmencie życia (pytanie dotyczące poczucia nudy). W rezultacie trudno jest określić, które z mieszkank naprawdę czują się w placówce bezpiecznie, a które po prostu nie wyobrażają sobie innego życia, zasklepienie coraz bardziej w swoim świecie, który wygenerowała choroba.

Należy również podkreślić, że mieszkanki w większości, pomimo zamieszkiwania w ośrodku od wielu lat, nie odczuwają więzi z miejscem zamieszkania. Pragną wrócić do domu, co jest ich największym marzeniem, co wykaże segment jakości życia – dobrostan emocjonalny. Wiele z nich traktuje to miejsce jako okresowy pobyt, czasowe miejsce zamieszkania. Panie, które traktują Dom Pomocy Społecznej jako stałe miejsce zamieszkania rzadko wyrażają się o nim jak o domu, raczej nie mając na myśli domu rodzinnego.

Schemat 24. Poczucie lęku, niepokoju w Domu Pomocy Społecznej. Częstości.



Poczucie lęku, niepokoju w Domu Pomocy Społecznej	N	%
prawie nigdy	21	41,2
rzadko	4	7,8
czasami	16	31,4
bardzo często	7	13,7
prawie zawsze	3	5,9
Ogółem	51	100

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Wyniki analizy statystycznej wskazują, że średnia poczucia bezpieczeństwa jest niższa u mieszkank zamieszkujących krócej w Domu Pomocy Społecznej (tabela 66). Jest to sytuacja, o której wspomniano powyżej. Panie, które przebywają krótko w zakładzie czują się bezpiecznie, bo zapewnia im to świadomość, że coś jeszcze może się zmienić, ponadto są to osoby mające rodzinę, z którą utrzymują kontakty. Wraz z upływem czasu przychodzi zwątpienie w możliwość tej zmiany, po czym następuje etap przystosowania, który często polega na wycofaniu się z wielu aktywności. Mieszkanki określają wtedy Dom Pomocy

Spółecznej jako swój dom, mówią, że czują się tu bezpiecznie, ale wiele z nich boi się wychodzić na zewnątrz i kontaktować z ludźmi, w rezultacie następuje pogłębienie stanów chorobowych.

Obserwacja życia mieszkanek ukazuje, że przyczyną takiej sytuacji może być również odpowiednia adaptacja do zaistniałych realiów. Odwołując się do autorki Kumanieckiej-Wiśniewskiej (2006) poniżej zostaną przedstawiane typy adaptacji do środowiska społecznego, jakim jest dom pomocy społecznej wśród kobiet⁵⁶:

1. „Kobiety dobrze przystosowane czują się jak w domu; nie wyobrażają sobie innej przyszłości.
2. Kobiety dobrze przystosowane, pogodne, mające dużo koleżanek; o przyszłości myślą optymistycznie i nierealistycznie.
3. Kobiety przystosowane, zaradne (według standardów domu pomocy społecznej), nieprzysparzające kłopotów personelowi; potrafią być przydatne.
4. Kobiety źle przystosowane, kompletnie zdzieciniałe nieznające innego życia niż w instytucji, pozbawione jakichkolwiek własnych refleksji.
5. Kobiety źle przystosowane, samotne, zgorzkniałe, nie mają marzeń i niczego nie oczekują.”(Kumaniecka-Wiśniewska, 2006, s. 161).

Większość badanych kobiet należy do grupy pierwszej i drugiej. Ponadto badane należą do „gorszej” grupy w hierarchii, ponieważ w większości nie posiadają własnych finansów (zależy to od osoby opiekuna prawnego), nie widzą innej przyszłości dla siebie i nie wyobrażają sobie innej egzystencji lub ich wyobrażenia na ten temat są nierealne.

Stalość środowiska i poczucie bezpieczeństwa są ze sobą bezpośrednio związane. Jednakże stabilność zdarzeń w Domu Pomocy Społecznej to pewnego rodzaju stagnacja. W codzienności badanych nic się nie zmienia, ale również nic nie trzeba robić aby ten *status qui* utrzymać. Większość mieszkanek nie odczuwa potrzeby zwiększenia samodzielności, możliwości rozporządzania swoim czasem czy poszerzonymi możliwościami wyborów. Bauman pisząc w kontekście możliwości wyborów postawił następującą tezę:

„Wybór stał się wartością samą w sobie; czynność wybierania jest ważniejsza od tego, co zostało wybrane, a o tym, czy dana sytuacja jest godna pozazdroszczenia czy pożałowania i czy jest witana radością, czy z niechęcią, decyduje, decyduje zakres możliwości wyboru, jakie stwarza, lub brak wyboru” (Bauman, 2001, s. 18).

⁵⁶ Kumaniecka-Wiśniewska wyróżniła pięć typów adaptacji do środowiska społecznego jakim jest dom pomocy społecznej dla kobiet niepełnosprawnych intelektualnie, natomiast podczas badań, które przeprowadziła autorka stwierdzono, iż typy te są identycznej pośród kobiet z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi w domu pomocy społecznej i postanowiono niniejszy podział wykorzystać.

Bauman zwraca uwagę na możliwość dokonywania w życiu wyborów. Właśnie dzięki owej możliwości jednostka ma wpływ na swoje losy, panuje nad zdarzeniami, dzięki czemu staje się aktywnym przedmiotem własnej kreacji. Badane kobiety w większości nie zaznały w swoim życiu możliwości kierowania nim i dokonywania wyborów. Jednak nowa sytuacja, środowisko społeczne jakim jest dom pomocy społecznej zmusiły je do odmiennych zachowań, po to, aby je „oswoić” i uczynić domem. Wolność, rozumiana jako możliwość wyboru jest tu w dużej mierze ograniczona, ponadto ubezwłasnowolnienie jeszcze bardziej ogranicza poczucie decyzyjności. Począwszy od rozkładu dnia i dostosowania się do harmonogramu placówki aż do rozporządzania swoimi finansami, nad którymi pieczę trzyma opiekun prawny i decyduje jaką kwotą jego podopieczna może zarządzać w danym miesiącu.

Analiza statystyczna wykazała, iż zmienne niezależne nie wpływają w sposób istotny na poczucie bezpieczeństwa osób badanych.

Przedstawiając wyniki analizy w oparciu o poszczególne korelacje ze zmiennymi niezależnymi można dostrzec, iż najwyższe poczucie bezpieczeństwa uzyskały osoby zamieszkujące powyżej 26 lat w zakładzie (tabela 66). Można również stwierdzić, że poziom poczucia bezpieczeństwa wzrasta wraz z wiekiem badanych (tabela 64). Analizując poniższe korelacje, widać, iż proporcje są inne niż w poprzednich segmentach, gdzie osoby młodsze, krócej mieszkające w zakładzie, będące pannami osiągały wyższe wyniki.

Poniżej przedstawiono poszczególne wyniki w tabelach.

Tabela 64. Poczucie bezpieczeństwa a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	9,6000	5,59	24,686	27	0,592
	45-64	38	11,9737	2,98			
	65<	7	12,1429	2,03			
	Ogółem	51	11,7843	3,18			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Mieszkanki, które są starsze osiągnęły wyższe średnie w segmencie poczucia bezpieczeństwa niż młodsze panie (tabela 64), co jest związane z sytuacją opisaną powyżej. Starsze mieszkanki nie opuszczają w zasadzie obszaru Domu Pomocy Społecznej, nie wyjeżdżają do miasta na zakupy i nie uczestniczą w imprezach, które odbywają się poza zakładem. Stan zdrowia mieszanek nie zawsze odgrywa decydującą rolę w tym względzie, czasami jest również spowodowana niechęcią do opuszczenia zakładu, który osoby starsze akceptują, czasem nawet uważają za swój dom. Badane zdają sobie sprawę, że nie opuszczają już placówki, ponadto długi okres przebywania w DPS-e spowodował, że panie wycofują się

z wielu aktywności i uważają, że tylko w zakładzie w swoim pokoju czują się dobrze i bezpiecznie.

Tabela 65. Poczucie bezpieczeństwa a stan cywilny. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	11,6364	3,26	16,256	27	0,948
	Rozwiedziona	16	11,7500	3,15			
	Ogółem	51	11,7843	3,18			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Mieszkanki, które są rozwiedzione osiągnęły nieznacznie wyższe średnie w segmencie poczucia bezpieczeństwa niż mieszkanki, które są pannami (tabela 65). Możliwe, iż ma na to wpływ standard życia jaki badane prowadziły przed zamieszkaniem w ośrodku. Otóż panie, które są rozwiedzione zazwyczaj mieszkały z małżonkiem, czasami z rodzicami (jeśli rozpad małżeństwa nastąpił wcześniej) i prowadziły samodzielnie gospodarstwo domowe. Niekiedy sytuacja życiowa tych osób była bardzo niestała przez długo okres czasu, w przeciwieństwie do pań, które w większości do zakładu trafiły z domu rodzinnego, gdzie dotychczasową opiekę sprawowała matka badanej.

Tabela 66. Poczucie bezpieczeństwa a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	11,2667	4,28	18,853	27	0,875
	10-15lat	9	12,0000	2,00			
	16-25 lat	24	11,7083	2,88			
	26<	3	14,3333	1,15			
	Ogółem	51	11,7843	3,18			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

Nawiązując do poprzedniego wyniku dotyczącego wieku mieszanek i poczucia bezpieczeństwa w Domu Pomocy Społecznej można zauważyć, że mieszkanki mieszkające najdłużej czują się najbezpieczniej w zakładzie (tabela 66). Należą do tej grupy starsze panie, które jak już wcześniej zostało wspomniane są zazwyczaj niesprawne fizycznie i nie opuszczają już terenu zakładu.

Tabela 67. Poczucie bezpieczeństwa a osoby, które utrzymują kontakt z badanymi. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	11,9259	2,63	21,979	27	0,738
	Dzieci	14	10,9286	4,61			
	Nie mam nikogo	9	12,3333	1,80			
	Ogółem	51	11,7843	3,18			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

Badane, które nie utrzymują relacji z nikim z rodziny, ani poza nią czują się obiektywnie najbezpieczniej w Domu Pomocy Społecznej (tabela 67), co potwierdza poprzednie przypuszczenia, iż poczucie bezpieczeństwa w zakładzie nie wiąże się tylko ze stałością środowiska i zapewnieniem wszystkich podstawowych potrzeb, ale również z izolacją i świadomością niemożności dokonania zmian.

Tabela 68. Poczucie bezpieczeństwa a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	11,7838	3,25	3,581 ^a	9	0,937
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	11,7857	3,09			
	Ogółem	51	11,7843	3,18			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Rodzaj ubezwłasnowolnienia nie ma znaczenia w przypadku poczucia bezpieczeństwa badanych w Domu Pomocy Społecznej, zarówno osoby ubezwłasnowolnione całkowicie jak i częściowo takie samo poczucie bezpieczeństwa (tabela 69).

Tabela 69. Poczucie bezpieczeństwa a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	11,6047	3,33	3,827	9	0,922
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	12,7500	2,05			
	Ogółem	51	11,7843	3,18			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

Poczucie bezpieczeństwa jest wyższe u osób, których opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej (tabela 69). Analiza ta potwierdza, że osoba opiekuna prawnego jest ważna dla osoby ubezwłasnowolnionej. Opiekun prawny, który może pomóc w codziennych problemach swojemu podopiecznemu, służyć radą i być jego przyjacielem nie

tylko podnosi poczucie jego bezpieczeństwa, ale również wpływa pozytywnie na produktywność czy zażyłość z bliskimi mieszkańca.

Poniżej przedstawiono badane, które uzyskały jeden z najwyższych, przeciętny i jeden z najniższych średnich w segmencie życia – poczucie bezpieczeństwa obiektywnej skali jakości życia.

Mieszkanca nr I

Badana osiągnęła jeden z najwyższych wyników w zakresie segmentu obiektywnej jakości życia - poczucie bezpieczeństwa (15/15 pkt. – 100%). Mieszkanca ma 62 lata, jest z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia paranoidalna. Badana nie weszła w związek małżeński i zdobyła wykształcenie średnie. Zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie od 28 lat, przybyła z Domu Pomocy Społecznej Chróscin Zamek, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym badanej jest siostra. Mieszkanca została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest poprawny, najczęściej w płaszczyźnie zadawanych pytań. Wypowiedzi są swobodne, lecz uwaga łatwo ulega rozproszeniu, co powoduje rozproszenie myśli, wówczas pojawiają się persewercje, zwiększenie napędu psychoruchowego i często zagubienie sensu zdania. Zdarzają się ześlizgi myślowe, łatwo gubi watek. Nawiązanie kontaktu z badaną jest trudne. Z uwagi na niską tolerancję na frustrację badana łatwo się denerwuje, co objawia się agresją słowną w stosunku do rozmówcy.

Mieszkanca wykonuje czynności samoobsługowe przy pomocy innych osób. Nie ma specjalnych zainteresowań, czas spędza głównie na przed telewizorem lub na spacerach. Czasami uczęszcza na terapię zajęciową i wykonuje prace plastyczne, ale rzadko chce uczestniczyć w tego typu działaniach.

Badana nie orientuje się w sytuacji swojego zdrowia psychicznego i nie chce współpracować w zakresie swojego leczenia. Twierdzi, że ogólnie czuje się dobrze. Swoją obecność w zakładzie tłumaczy wyrzuceniem jej z mieszkania. Badana stanowczo zaprzecza danym z wywiadu odnośnie pobytów w szpitalu i skierowania do Domu Pomocy Społecznej.

Kontakt utrzymuje głównie z siostrą, ma również przyjaciółkę na terenie ośrodka, z którą codziennie uczęszcza na zakupy i razem spędzają czas chodząc na spacer po parku.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Ostrowie Wielkopolskim, w rodzinie robotniczej. Matka bardzo wczesnie zmarła, gdy badana miała 10 lat, a jej siostra 13 lat. W tym samym mieście ukończyła szkołę średnią o profilu humanistycznym.

Po ukończeniu szkoły podjęła pracę w lokomotywni w Ostrowie Wielkopolskim. Pracowała na niniejszym stanowisku do 1975 roku. W tym okresie po odbyciu hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym w Szpitalu Rejonowym w Ostrowie Wielkopolskim w okresie 03.06. do 12.07. 1975 roku ojciec badanej złożył wniosek, aby córce przyznano rentę, ze względu na zdiagnozowanie choroby.

W roku następnym orzeczono, iż badanej przyznano II grupę inwalidzką oraz rentę z tytułu niezdolności do pracy.

Mieszkanka przez następne cztery lata mieszkała z ojcem który wówczas był już na emeryturze, w drewnianym niewykończonym domu, bez kanalizacji. Nie ma danych, aby badana w tym okresie była leczona i znajdowała się pod opieką lekarza psychiatry. Ojciec mieszkanki w 1980 roku złożył wniosek, aby umieszczono córkę w domu pomocy społecznej, ponieważ ta nie reaguje na jego polecenia i ucieka z domu. Podczas okresu, w którym badana zamieszkiwała z ojcem mogło dochodzić do przemocy z jego strony. Często jej poszukiwał na terenie miasta lub poza nim. Z uwagi na swój stan zdrowia nie był w stanie zająć się córką w odpowiedni sposób.

W 1981 roku badana zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej Chróscin Zamek, gdzie w 1982 roku wyrokiem sądu, na wniosek dyrekcji zakładu została ubezwłasnowolniona całkowicie. W roku 1984, gdy zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie. Badana została przeniesiona z uwagi na niedostosowanie poprzedniego ośrodka dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Analiza poczucia bezpieczeństwa mieszkanki

Badana ma wysokie poczucie bezpieczeństwa, bardzo dobrze sypia i nie odczuwa lęków lub niepokojów związanych z miejscem zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Mieszkanka uważa ośrodek za swój dom, ma tutaj jedną przyjaciółkę, utrzymuje stały kontakt z siostrą. Uważa, że innego domu już nie ma.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 10 – pytania dodatkowe dla mieszkanki):

„Tutaj teraz mieszkam. Mieszkalam z ojcem, a teraz już od tylu lat tutaj. Mam tu swój pokój, mieszkam w nim z (imię mieszkanki), tam jest stolówka (pokazuje w stronę palacu), a tam na terapia (tak samo). O ja mam tu telewizor, siostra mi przywiozła, tutaj sklep niedaleko, wszystko mam.”

Siostra twierdzi, że dobrze się zaadoptowała w zakładzie. Początkowo uciekała z terenu zakładu, było to najprawdopodobniej związane z zapoznaniem jakiegoś mężczyzny.

Wypowiedź opiekuna prawnego (siostry)(pytania 7.1. i 7.2.):

„No uciekała kiedyś dużo. Ogólnie to z ojcem mieszkała długo, i tam się dopiero działo. On też ma ciężką rękę, chciał, żeby mu pomagała, cos robiła, a ona jak jej nawracało wszystko to nic tylko w długą i tyle.”

Teraz jest dobrze, nie ucieka, już się uspokoiła (...) wtedy to jeszcze ponoć jakiś chłopak był, ja nie wiem bo z nią wtedy nie mieszkałam, tylko w Kaliszu (...) poza tym z nią też nie wiadomo czy to jej urojenia, czy prawda (...). Teraz to ani myśli, żeby stąd gdzieś wyjechać. Nawet jak ją czasem namawiam, to nie do końca chce jechać gdziekolwiek. Najlepiej to posiedzieć i tyle. Trochę bym powiedziała, że się osowiała zrobiła, ale to już leki tyle lat bierze z drugiej strony.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytanie 7.2.):

„(...)mieszkanka na pewno czuje się tu bezpiecznie, kiedyś to jeszcze chciała nawiać i szukać szczęścia po wsi, ale teraz już nie.(...) W ogóle czasami to nawet ciężko zmobilizować to tego żeby gdzieś się udała.”

Ona też była rozchwiana emocjonalnie, w tamtym dps-e nie miała odpowiedniej terapii, a w domu też nie było ciekawie. Teraz tu na pewno czuje się jakby to był jej dom.”

Z wypowiedzi wynika, że z upływem czasu badana pogodziła się z myślą przebywania w danym ośrodku na stałe i uznała go za swój dom. Ponadto sytuacja, która zaistniała w domu (przemoc ze strony ojca) spowodowała, że tym bardziej zakład uznaje za bezpieczne miejsce pobytu.

Mieszkanka nr II

Badana uzyskała przeciętną średnią w zakresie obiektywnej jakości życia poczucia w segmencie bezpieczeństwo (11/15 pkt. – 73,3%). Mieszkanka miała 52 lata, z diagnozą schizofrenii paranoidalnej, była panną z wykształceniem zawodowym (zawód – szwaczka). Zamieszkiwała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie 10 lat, gdzie przybyła z domu rodzinnego, ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym, opiekunem prawnym był syn mieszkanki. Zmarła 28 grudnia 2012 roku na skutek zaccadzenia w izolatce na terenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.⁵⁷

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną był poprawny. Wypowiedzi ubogie pod względem treści. Mieszkanka łatwo się dekoncentrowała i skupiała na innych wątkach wypowiedzi. Miewała natrętne myśli dotyczące zabranie jej dóbr osobistych. Badana chętnie nawiązywała kontakt, rozmawia ale oczekuje za to nagrody (w postaci pieniędzy, lub papierosa). Mieszkanka miała wąski zakres orientacji ogólnej. Często okazywała emocje, które były niewspółmierne do sytuacji.

Badana wykonywała czynności samoobsługowe bez pomocy innych osób. Natomiast miała problem z utrzymaniem higieny osobistej. Nie chciała zmieniać odzieży i regularnie się myć. Często nosiła odzież, która nie była odpowiednia do sytuacji pogodowej np. swetry latem i zawsze kilka warstw. Stawiała opór przy próbie ubrania jej w coś bardziej odpowiedniego.

Mieszkanka nie miała poczucia choroby, uważała, że w ośrodku mieszka ponieważ nie ma odpowiednich finansów aby funkcjonować samodzielnie.

Badana nie miała szczególnych zainteresowań, choć uczestniczyła w terapii zajęciowej, lubiła wyszywać i szyć. Z uwagi na wyuczony zawód nie sprawiało jej to szczególnych trudności. Od momentu zainstalowania komputerów oraz Internetu mieszkanka była stałym bywalcem sali terapeutycznej. Najczęściej spędzała czas na portalach „randkowych”, razem ze swoją przyjaciółką pisały listy i rozmawiały przez komunikatory

⁵⁷ Badana zmarła na skutek nieszczęśliwego wypadku w wyniku zdarzenia pożaru w budynku pałacu. Potwierdza ten fakt protokół straży pożarnej oraz zespołu ratownictwa medycznego PCM w Pleszewie.

„społecznościowe”. Badana twierdziła, że matka nie pozwalała jej wyjść za mąż i zabraniała jej spotykania się z mężczyznami.

Nie miała zbyt wielu koleżanek, ponieważ gdy tylko zaprzyjaźniła się z kimś to próbowała zawłaszczyć sobie przedmioty tej osoby. Badana zabierała pieniądze, lub inne wartościowe rzeczy swoim współlokatorom, personelowi, lub osobom przyjezdnym. Lekarz psychiatra określił, iż badana cierpi na kleptomanię. Próby powstrzymania badanej nie dały rezultatu, w efekcie żadna z mieszkanek nie chciała utrzymywać z nią dłuższych kontaktów.

Relacje utrzymywała głównie z matką i synem. Rodzeństwo przysyłało kartki na święta i nie odwiedzało badanej. Natomiast zarówno matka jak i syn odwiedzali badaną regularnie i przywozili jej paczki, zabierali również na święta.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w rodzinie rolniczej w Górznie, tam ukończyła szkołę podstawową, szkołę zawodową ukończyła w Kaliszu. Mieszkanka miała jeszcze dwóch braci i siostrę.

Po ukończeniu szkoły wyprowadziła się z domu i zamieszkiwała w różnych miejscach (między innymi w Pleszewie) dane są niepełne ponieważ ani badana ani jej matka nie umiały określić, gdzie i w jakim okresie mieszkała.

Przez okres dwóch lat pracowała u ogrodnika wykonując proste prace typu sprzątnie w Pleszewie. Pracę porzuciła gdy zaszła w ciążę i nie podjęła więcej żadnej aktywności zawodowej.

W wieku 23 lat urodziła syna, ojciec dziecka pozostaje nieznanym. Badana zamieszkała z synem w mieszkaniu matki. Mieszkanka nie interesowała się dzieckiem i miała problemy z wykonywaniem czynności opiekuńczych.

Z uwagi na pogarszający się stan zdrowia oraz brak zainteresowania swoim potomkiem dwa lata później matka badanej przejęła prawa rodzicielskie nad dzieckiem badanej, od których ta odstąpiła dobrowolnie.

Badana rozpoczęła leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego przy Szpitalu Rejonowym w Ostrowie Wielkopolskim. Leczenie jednak nie było systematyczne.

Z uwagi na stan psychiczny badanej, ucieczki z domu i zachowania zagrażające jej życiu oraz rodziny (tendencje do podpalania przedmiotów) matka badanej postanowiła złożyć wniosek w celu umieszczenia córki w domu pomocy społecznej.

W wieku 32 lat badana zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie po 4 latach poprosiła o przeniesienie do Domu Pomocy Społecznej w Zakrzewie, gdzie mieszkała 4 lata, następnie przeniosła się do Domu Pomocy Społecznej w Psarach i po 6 latach powróciła do Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

W roku 1995 roku wyrokiem sądu na wniosek dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie badana została ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym a opiekunem prawnym została matka. W momencie, gdy syn skończył 22 lata przejął obowiązki opiekuna prawnego.

Analiza poczucia bezpieczeństwa mieszkanki

Mieszkanka dobrze sypiała, nie odczuwała lęków i niepokojów, ogólnie czuła się bezpiecznie w miejscu, w którym mieszkała. Uważała, że jest to jej dom. Częste przeprowadzki wynikały raczej z poszukiwania nowości i chęci zmiany.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 10 – pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Ja się dobrze czuję. W Zakrzewie też było dobrze, ale tu jest bardzo dobrze.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytania 7.1. i 7.2.):

„(...)lubi sobie powiedzieć, taki Jaś wędrowniczek, ogólnie to ona na pewno czuje się bezpiecznie, dobrze sypia i ogólnie nie widać, żeby się czuła jakoś zagrożona czy lękliwa, wręcz przeciwnie wszędzie wchodzi jak po swoje(...) zresztą całe życie spędziła w domach pomocy społecznej, za wyjątkiem dzieciństwa i młodości, jak mieszkała z matką, to wciąż mieszkała w instytucjach. To jest osoba, która już nie potrafi żyć poza nią.”

Wypowiedź opiekuna prawnego badanej (syn)(pytania 7.1. i 7.2.):

„(...)mama to się za bardzo mną nie interesowała, ona już wcześniej była chora, od razu poszła do zakładu i tak ja z babcią odwiedzaliśmy razem przez tyle lat (...)sądzę, że mama czuje się bezpiecznie w dps-e, nigdy na ten temat nic nie mówiła i na to nie wyglądało, żeby było inaczej(...) zazwyczaj dzwoni co mamy jej przywieźć w paczce i nic innego ją nie interesuje, moje życie też ją średnio interesuje, no ale trudno, tak już jest.”

Z wypowiedzi wynika, że badana dobrze się czuła w placówce i nie wykazywała żadnego dyskomfortu z powodu jej sytuacji życiowej, ale innej sytuacji przez całe swoje dorosłe życie nie zaznała.

Mieszkanka nr III

Badana uzyskała najniższą średnią w zakresie obiektywnej jakości życia segmentu bezpieczeństwo (9/15 pkt. – 60%). Mieszkanka jest panną, w wieku 49 lat, z diagnozą lekarską schizofrenia paranoidalna, posiada wykształcenie średnie ekonomiczne. Mieszkanka przebywa w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie od 12 lat, wcześniej zamieszkiwała w domu rodzinnym, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowity, opiekunem prawnym jest brat. Mieszkanka została przebadana z użyciem 3 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest zgodny z regułami gramatycznymi. Najczęściej tylko w płaszczyźnie zadawanych pytań. Podczas wypowiedzi widoczne są ześlizgi słowne. Niechętnie nawiązuje kontakty z innymi ludźmi. Badana ma skłonność do izolacji. Relacje, które podejmuje zazwyczaj są nietrwale, dlatego nie ma żadnej przyjaciółki lub przyjaciela ani terenie zakładu ani poza nim.

Mieszkanka potrafi w pełni wykonać wszystkie czynności samoobsługowe. Niestety nie zawsze chce je wykonywać. Aktywność codzienną ogranicza do minimum, co jakiś czas powtarzają się okresy bezczynności. Dominuje myślenie paralogiczne i urojenia prześladowcze. Miewa myśli suicydalne.

Badana nie ma poczucia choroby psychicznej, uważa, że mogłaby mieszkać poza Domem Pomocy Społecznej, nie chce tu mieszkać i ma nadzieję, że brat lub siostra zabierze ją z powrotem do domu.

Zainteresowania mieszkanki są zawężone, rzadko korzysta z form terapii zajęciowej. Czasami podejmuje działania typu czytanie lub spacer. Lubi również przebywać w parku. Ogląda telewizję około 6h/dziennie, nie zawsze mając świadomość programu jaki ogląda, ponieważ czasami przebywa na sali telewizyjnej dla zabicia czasu.

Kontakt utrzymuje z siostrą, która nie odwiedza jej zbyt często z uwagi na odległość zamieszkania – Poznań. Brat (opiekun prawny) przysyła czasem paczki dla siostry i

przyjeżdża na zjazd rodzin raz w roku. Mieszkanka nikogo nie toleruje poza siostrą, jest to jedyna osoba, z którą chce podjąć dialog.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Poznaniu w dobrze sytuowanej rodzinie. W rodzinnym mieście ukończyła liceum ekonomiczne. Później podjęła pracę w sklepie odzieżowym na stanowisku sprzedawcy w Poznaniu, a po okresie dwóch lat objęła stanowisko kierownicze.

W tym czasie badana zamieszkiwała samodzielnie. Dwa lata później siostra badanej wyprowadziła się z domu i postanowiły zamieszkać razem. Po roku siostra wyprowadziła się ponieważ wyszła za mąż i założyła rodzinę.

W wieku 24 lat badana ponownie mieszkała sama. Coraz częściej nie przychodziła do pracy i izolowała się w mieszkaniu. Siostra zaproponowała jej podjęcie leczenia, podejrzewała u badanej depresję. Wiedziała, że siostra ma problemy w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich, nie ma żadnej przyjaciółki, a związki z mężczyznami kończyły się nadzwyczaj szybko.

Badana przez długi okres czasu nie chciała się poddać leczeniu. W momencie, gdy utraciła pracę i próbowała popełnić samobójstwo (otrucie lekami uspakajającymi) odesłano ją na leczenie do Szpitala Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie, gdzie przebywała od 2.01 do 3.02. 1989 roku.

Badana powróciła do domu, zamieszkała z rodzicami i próbowała ponownie podjąć pracę. Niestety nawroty choroby uniemożliwiły to zamierzenie. Przez okres roku badana chciała mieszkać samodzielnie po czym w lutym 1991 zamieszkała ponownie z rodzicami. Mieszkanka prowadziła osobne gospodarstwo domowe zamieszkując w jednym budynku z rodzicami. Była pod stałą opieką lekarza psychiatry i leczyła się w poradni zdrowia psychicznego.

W 1995 roku zmarł ojciec badanej, a matka zachorowała. Badana zaczęła się zachowywać podejrzliwie w stosunku do swojej matki. Najprawdopodobniej pojawiały się u badanej urojenia prześladowcze. Badana oskarżała matkę o próby otrucia, inwigilację i pozbawienie życia. Mieszkanka z własnej renty utrzymywała się, robiła zakupy, i dbała o mieszkanie.

W wyniku zachowania córki matka wnioskowała o jej ubezwłasnowolnieniu i przeniesienie do domu pomocy społecznej.

W 2000 roku badana zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, a 8.04.2001 roku postanowieniem sądu została ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym a opiekunem prawnym został jej brat.

Analiza poczucia bezpieczeństwa mieszkanki

Mieszkanka źle sypia, odczuwa często lęki i niepokoje w ciągu dnia, ponadto nie czuje się bezpiecznie w miejscu zamieszkania.

Opiekun prawny badanej twierdzi, że siostra zawsze była osobą lękliwą i wszędzie podejrzewała innych o to, że zagrażają jej życiu. Podobne zdanie ma siostra badanej, która utrzymuje z nią najlepszy kontakt.

Wypowiedź opiekuna prawnego (pytania 7.1. i 7.2.):

„Siostra jest chora i sądzę, że to jest przyczyną tego, że ona nie czuje się tu (Dom Pomocy Społecznej w Fabianowie przyp. autora) bezpiecznie.(...) Druga sprawa, że koniecznie chce wrócić do domu, do Poznania, a matka już nie ma siły, sama jest chora, a siostra wciąż na nią naskakiwała, poza tym zaczęła być wobec niej agresywna, np. rzucała talerzami w jej stronę. Mama już nie miała tego dość, ja też szczerze mówiąc, bo co chwila interwencja, a ona tylko się siostry słuchała, no ale przecież nie rzuci rodziny i z nią nie zamieszka.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytania 7.1. i 7.2.):

„(...) czuje się poszkodowana tym, że tu teraz mieszka, bo mówi, że ona wszystko wokół siebie robi i zakupy, a tu nic tylko siedzi i duma, czasem na spacer pójdzie. To jest osoba ze średnim wykształceniem, pracowała na stanowisku kierowniczym, ogólnie to ona ma intelekt w normie i dobrze sobie radzi, gdyby nie nawroty choroby (...).

Nie chce tu mieszkać i dlatego nie czuje się tu bezpiecznie, chce wracać do siebie.”

Z wypowiedzi wynika, że główną przyczyną niższego poczucia bezpieczeństwa jest niechęć do mieszkania w ośrodku i nadzieja na powrót do domu rodzinnego. Można również wnioskować, iż przebieg choroby u badanej (występowanie urojeń prześladowczych) ma również wpływ na poczucie bezpieczeństwa w ośrodku.

Podsumowując, obiektywnie mieszkanki czują się bezpiecznie w Domu Pomocy Społecznej, jednak do tej grupy należą głównie osoby starsze i długi czas przebywające w zakładzie, które nie mają nadziei na zmianę otoczenia i sposobu życia.

5.2.6. Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów - przynależność społeczna

Przynależność społeczna została oceniona najniżej ze wszystkich segmentów życia (**23%**). Badane nie czerpią zadowolenia z tych aspektów życia, które wiążą się z kontaktami z szerszą społecznością, z prostej przyczyny – ponieważ ich nie mają. Do wyznaczników przynależności społecznej należą:

- aktywność w czasie wolnym,
- pomoc innym (tabela 70).

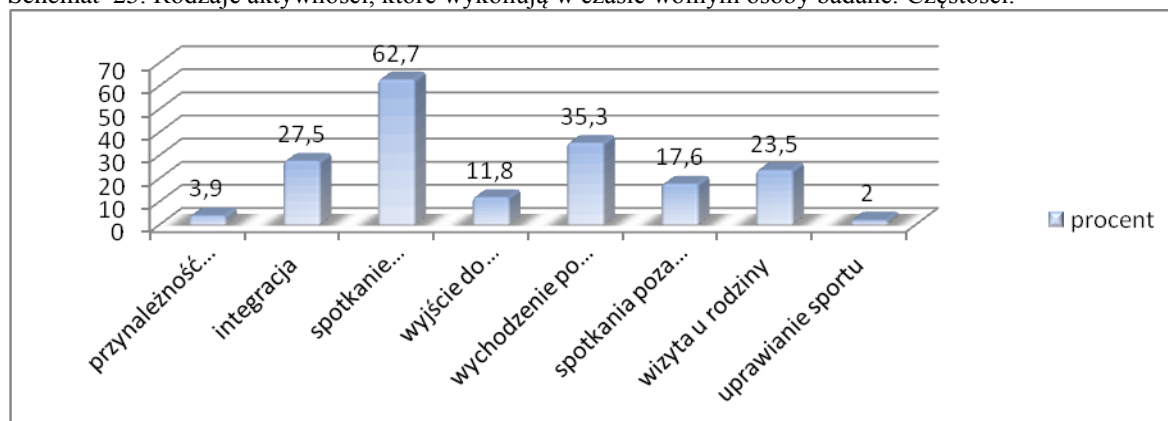
Tabela 70. Wyznaczniki przynależności społecznej. Statystyki opisowe.

Wyznaczniki przynależności społecznej (N=51)	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Aktywność w czasie wolnym	2,1	2,00	0,19
Pomoc innym	1,69	1,00	1,01

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Najczęściej panie uczestniczą w spotkaniach modlitewnych aż 62,7% (31 osób). Na drugim miejscu znalazły się zakupy 35,3% (18 osób) z racji tego, iż po przeciwnej stronie ulicy przy, której znajduje się zakład jest sklep ogólnobranżowy, w którym panie dokonują zakupów. Czasami wyjeżdżają kilkusobową grupą na zakupy do miasta Pleszewa. Badane wyjeżdżają również na spotkania integracyjne (pomiędzy domami pomocy społecznej)(27,5%)(14 osób) oraz na spotkania z rodziną 23,5% (16 osób)(schemat 25).

Schemat 25. Rodzaje aktywności, które wykonują w czasie wolnym osoby badane. Częstości.



Aktywność w czasie wolnym	N	%
przynależność klubowa	2	3,9
integracja	14	27,5
spotkania modlitewne	32	62,7
wyjście do fryzjera, kosmetyczki	6	11,8
wychodzenie po zakupy	17	33,3
spotkania poza Domem Pomocy Społecznej (również wyjścia do kina, teatru)	9	17,6
wizyta u rodziny	12	23,5
uprawianie sportu	1	2

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Mieszkancki utrzymują kontakty głównie między sobą, na wyjazdach integracyjnych organizowanych przez inne Domy Pomocy Społecznej. Nawet jeśli organizowana jest wystawa ich prac artystycznych w mieście, to tylko kilkoro z nich uczestniczy podczas np. wręczania nagród.

Mieszkańcy okolicznych wsi wiedzą o istnieniu Domu Pomocy Społecznej (wielu z nich tam pracuje), ale nie czują potrzeby integracji z ich mieszkańcami. Mieszkancki nigdzie nie pracują, nie wyjeżdżają poza teren Domu jeśli to nie jest konieczne (dla wielu z nich byłaby to duże obciążenie fizyczne), ale również nikt z zewnątrz (poza rodziną i nielicznymi przyjaciółmi) ich nie odwiedza. Tylko te badane, które mają szczęście posiadać rodzinę, która je odwiedza i/lub zabiera do siebie do domu mają możliwość nawiązania kontaktu z innymi ludźmi. Choć nie zawsze spotkania te są pozytywne.

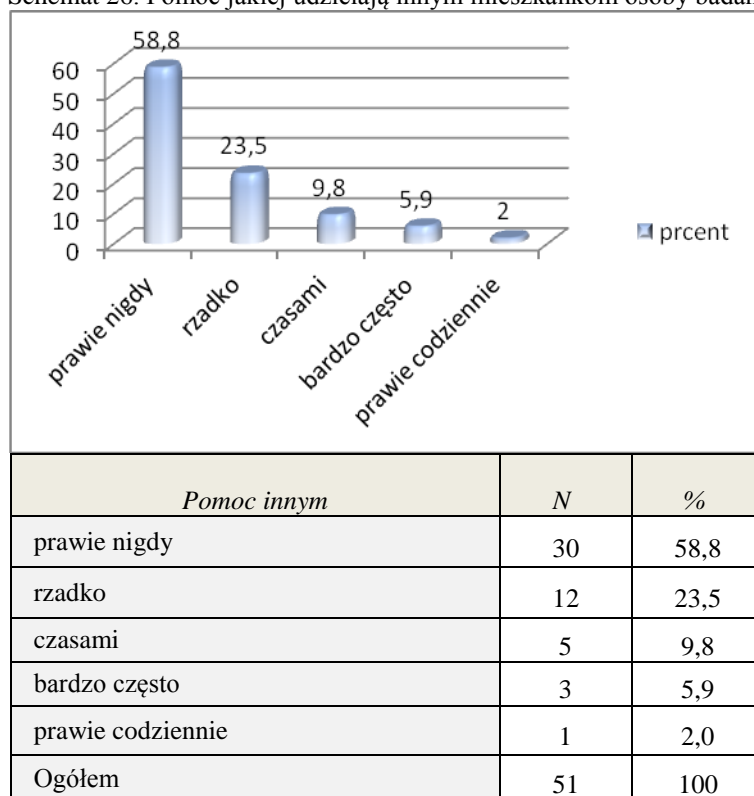
Mieszkancki nie należą do żadnej grupy, nie uczestniczą w życiu społecznym, nie przynależą do klubów. Wielu opiekunów tłumaczy ten fakt, że nie można ich zmusić do pewnych działań, że leki często działają otumaniająco i spowalniająco na procesy myślowe i motywacyjne, że wiele z nich przechodzi okresy depresji lub w danym okresie reemisji

objawów chorobowych. Wszystkie te argumenty są słuszne, natomiast nawiązując do wyników poprzedniego segmentu przyczyną jest głównie stagnacja.

Wyniki, które zostały zaprezentowane korelują z wynikami poniżej, które ukazują, że nawyki, które są wyrabiane poprzez codzienne obcowanie z innymi ludźmi, zanikają. Ponad połowa badanych (58,8%) nigdy nie pomaga innym a 23,5% rzadko udziela takiej pomocy. Tylko 2% (1 osoba) stara się pomagać codziennie (schemat 26).

Pomiędzy mieszkankami zachodzą wciąż podobne interakcje, przyjaźnie lub antypatie na przestrzeni grupy, w której żyją. Co pewien czas dochodzi jakaś nowa mieszkanka, na miejsce poprzedniczki. Jak już zostało wspomniane badane nie muszą się starać, aby utrzymać swój byt, albo w jakiś sposób go poprawić, ponieważ swoim zachowaniem, postępowaniem nie wywierają wpływu na swoje otoczenie. Dlatego też to samo dotyczy relacji z innymi ludźmi – obojętność. Wszystkim zajmuje się personel, więc nie trzeba, a wręcz nie powinno się im pomagać, bo jest to ich obowiązek.

Schemat 26. Pomoc jakiej udzielają innym mieszkankom osoby badane. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Analiza korelacji ze zmiennymi niezależnymi wykazała istotny statystycznie związek z wiekiem badanych mieszkanki. Im osoby są starsze tym przynależność społeczna jest niższa. Nie stwierdza się istotności pomiędzy segmentem przynależność społeczna a pozostałymi zmiennymi niezależnymi.

Można zauważyć, że niższą średnią w tym segmencie życia uzyskały osoby mieszkające powyżej 16 lat w ośrodku i grupa osób najdłużej mieszkających w zakładzie (tabela 73). Osoby, których opiekunem prawnym jest ktoś z rodziny również osiągnęły wyższe średnie w zakresie przynależności społecznej, niż osoby mające opiekuna z zakładu (tabela 76).

Tabela 71. Przynależność społeczna a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	4,00	1,22	73,987	24	<u>0,000</u>
	45-64	38	3,65	1,89			
	65<	7	1,42	0,534			
	Ogółem	51	3,54	2,21			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : * $p < 0,05$.

W obrębie segmentu jakości życia jakim jest przynależność społeczna wystąpił istotny statystycznie związek z wiekiem osoby badanej ($X^2=73,987$; $df=24$; $p= 0,000$, dla $p < 0,05$)(tabela 71). Poczucie przynależności społecznej wyraźnie obniża się u osób starszych (tabela 71). Młodsze mieszkanki mają więcej energii i chęci, aby uczestniczyć w wielu aktywnościach. Chętniej robią zakupy (są lepiej sytuowane finansowo), wyjeżdżają na imprezy organizowane poza zakładem, często same miewają pomysły dotyczące wyjazdów. Mieszkanki z wiekiem tracą zainteresowanie tego typu zajęciami, czasami ma na to wpływ postępujący stan chorobowy (występowanie symptomów negatywnych narastające wraz z trwaniem zaburzeń), czego konsekwencją jest apatia i izolacja od otoczenia, czasami inne czynniki związane ze starzeniem się organizmu i tym samym niższa sprawność fizyczna.

Tabela 72. Przynależność społeczna a stan cywilny badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	3,63	2,50	15,232	24	0,914
	Rozwiedziona	16	3,31	1,89			
	Ogółem	51	3,54	2,21			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : * $p < 0,05$.

Analiza statystyczna wykazała, że nie stwierdzono szczególnych różnic pomiędzy mieszkankami, które są pannami i tymi, które są rozwiedzione. Nieznacznie wyższą średnią uzyskały mieszkanki, które są niezamężne w segmencie obiektywnej jakości życia - przynależność społeczna (tabela 72).

Tabela 73. Przynależność społeczna a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	4,00	2,50	30,682	24	0,163
	10-15lat	9	4,44	2,40			
	16-25 lat	24	2,95	1,89			
	26<	3	3,33	2,08			
	Ogółem	51	3,54	2,21			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

W nawiązaniu do poprzedniego wyniku analizy korelacji wieku ze zmienną przynależność społeczna można zauważyć, że badane osoby najdłużej przebywające w zakładzie uzyskały najniższe średnie w segmencie jakości życia przynależność społeczna (tabela 73). W nawiązaniu do poprzedniego segmentu obiektywnej jakości życia poczucia bezpieczeństwa można stwierdzić, że wpływ na ten stan rzeczywistości ma brak zainteresowania ze strony rodziny, dawnych przyjaciół, w rezultacie poczucie osamotnienia, izolacja (lęk przed opuszczeniem terenu zakładu). Wpływ ma również stan psychiczny badanych i słaba mobilizacja ze strony personelu, opiekunów, która umożliwiłaby kontakty z innymi osobami, lub uczestnictwo w jakiejś aktywności.

Tabela 74. Przynależność społeczna a osoby, które utrzymują kontakt z badanymi. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	3,88	2,51	19,545	24	0,722
	Dzieci	14	3,42	1,78			
	Nie mam nikogo	9	2,66	1,87			
	Ogółem	51	3,54	2,21			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05

Rodzina również pozytywnie wpływa na przynależność społeczną osób badanych(tabela 74). Rodzina przyjaciele starają się niekiedy mobilizować swoich bliskich. Badane, które utrzymują bliski kontakt z rodzinami mogą wyjechać na urlop do swoich bliskich i tam nawiązywać nowe znajomości, ponadto rodzina stara się niekiedy zmobilizować mieszkanki do aktywności również w sferze społecznej.

Tabela 75. Przynależność społeczna a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	3,64	2,38	5,855	8	0,663
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	3,28	1,72			
	Ogółem	51	3,54	2,21			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Mieszkańki ubezwłasnowolnione całkowicie uzyskały nieznacznie wyższe średnie w segmencie przynależność społeczna niż badane ubezwłasnowolnione częściowo (tabela 75). Osoby, które nie mogą same decydować o swoich czynach i są w dużej mierze zależne od swoich opiekunów prawnych chcą bardziej wykorzystać możliwości, które daje im zakład. Osoby ubezwłasnowolnione całkowicie mają większe problemy komunikacyjne, społeczne i emocjonalne niż pozostałe mieszkańki, ale mają zachowaną świadomość ich sytuacji prawnej, dlatego mają większą motywacją do działania.

Tabela 76. Przynależność społeczna a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	3,69	2,11	14,054	8	0,080
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	2,75	2,712			
	Ogółem	51	3,54	2,21			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Analiza statystyczna wykazała, że mieszkańki, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny osiągnęły wyższe średnie w segmencie przynależność społeczna obiektywnej jakości życia niż osoby których opiekunem jest pracownik Domu Pomocy Społecznej (tabela 76). Badane, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny w większości utrzymują z nią stały kontakt i często mają również możliwość wyjazdów i odwiedzin, (o czym zostało wspomniane przy relacji z rodziną badanych), co wiąże się z możliwością polepszenia przynależności społecznej.

Osoby badane, które uzyskały jeden z wyższych, przeciętny i jeden z niższych średnich w segmencie życia - przynależność społeczna ukazano poniżej.

Mieszkanca nr I

Mieszkanca uzyskała jeden z najwyższych wyników w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie przynależność społeczna (8/16 pkt. – 53%). Badana jest w wieku 41 lat, z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia rezydualna, jest panną, z wykształceniem

podstawowym. Zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie od 10 lat, wcześniej zamieszkiwała w domu rodzinnym. Mieszkanka jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest matka badanej. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest bardzo dobry. Komunikacja jest zgodna z regułami gramatycznymi, artykulacja również jest poprawna. Szczególnie w okresie reemisji, gdy nie pojawiają się symptomy wytwórcze mieszkanka jest dobrze zorientowana w otaczającej rzeczywistości, chętnie wówczas podejmuje dialog, choć wymaga to czasu i umiejętności w nawiązaniu właściwej relacji.

Badana nie jest osobą, która łatwo nawiązuje nowe kontakty z innymi ludźmi, dominuje nastawienie ksobne, dlatego relacja taka wymaga czasu. Najczęściej opowiada o swojej rodzinie i bliskich. W tym okresie badana ma poczucie choroby, natomiast w okresie nasilenia się objawów chorobowych badana nie ma poczucia choroby psychicznej.

Czynności samoobsługowe mieszkanka wykonuje przy pomocy innych osób. Jest osobą sprawną fizycznie, ale potrzebuje motywacji do wykonania wszelkich działań jak umycie się, ubranie, utrzymanie porządku w pokoju czy zmiana bielizny na świeżą. Mimo zachęcania do tego typu działań nie zawsze je wykonuje.

Zainteresowania mieszkanki są nieokreślone. Zależy to od aktualnego nastawienia do innych osób i rzeczywistości. Uczęszcza na terapię zajęciową choć nie zawsze bierze w niej czynny udział. Na zajęcia rehabilitacyjne chodzi regularnie raz w tygodniu we wtorki lub w czwartki. Często jeździ na rowerze stacjonarnym. Wychodzi na zakupy, do miasta, spotkania modlitewne i spotyka się codziennie z przyjaciółką, którą poznała na terenie zakładu.

Mieszkanka ma kontakt z rodzicami oraz z bratem. Rodzice często ją odwiedzają, zabierają na święta do domu i na okres wakacyjny około dwóch tygodni. Przysyłają najpotrzebniejsze rzeczy i kontaktują się telefonicznie przynajmniej raz na tydzień.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Poznaniu. Ojciec badanej był nauczycielem w Zespole Szkół Samochodowych w Poznaniu, matka ma wykształcenie zawodowe, nie pracuje od 15 lat, kiedy przyznano jej rentę inwalidzką z powodu długoletniej choroby wieńcowej. Barat mieszkanki ukończył Technikum Samochodowe w Poznaniu i rozpoczął pracę w zawodzie mechanika samochodowego.

Mieszkanka ukończyła szkołę podstawową w szkole masowej. Miała trudności w szkole i dwukrotnie nie otrzymała promocji do następnej klasy. W wieku siedemnastu lat zakończyła edukację. Próbowła podjąć pracę zawodową, ale z powodu występowania symptomów wytwórczych typu urojeniowego podjęła leczenie. Najpierw w Poradni w 111 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Poznaniu.

Badana postanowieniem Sądu Rodzinnego i Nieletnich a dnia 15.03. 1991 roku została całkowicie ubezwłasnowolniona, a postanowieniem z 21.04.1991 matka została ustanowiona opiekunem prawnym.

Mieszkanka przez cały ten okres zamieszkiwała z rodzicami i bratem w trzypokojowym mieszkaniu na Wildzie. Spotykała się z jedną koleżanką, którą poznała podczas terapii, stara się pomagać mamie w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

W 2003 roku matka badanej złożyła wniosek o umieszczenie córki w domu pomocy społecznej, ponieważ stan jej zdrowia pogarsza się, a badana nie ma możliwości aby sprawować nad nią opiekę. Badana w tym okresie zaprzestała spożywać posiłki, wykonywać czynności samoobsługowe, utrzymywać higienę osobistą, również się zanieczyszcza.

W lipcu tego samego roku badana zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Przynależność społeczna

Badana uczestniczy w nabożeństwach, wychodzi na zakupy, wyjeżdża do miasta w celu dokonania zakupu odzieży lub innych rzeczy, nawiązała relacje przyjaźnij z jedną z mieszkanek i razem spędzają czas. Od sześciu miesięcy zaczęła regularnie uczestniczyć w rehabilitacji i jeździ na rowerze stacjonarnym. Pod wpływem namowy ze strony opiekunów zaczęła wychodzić na spacer i uczestniczyć w wyjazdach i imprezach organizowanych przez ośrodek. Wyjeżdża z rodzicami do domu rodzinnego, choć początkowo nie była chętna i wolała pozostać w zakładzie. Kilka razy mieszkanka wybrała się do fryzjera i postanowiła kupić sobie biżuterię.

Pracownik pierwszego kontaktu uważa, że badana pod wpływem terapii psychologicznej, oraz stałej opieki psychiatrycznej ma lepszy kontakt z otoczeniem niż na początku. Ponadto zauważa, że warunki atmosferyczne i czynniki zewnętrzne też mają wpływ na zachowanie i aktywność mieszkanek.

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytania 6.1.,6.2. i 6.3):

„Jak przyjechała to nic, kompletnie, tylko leżeć i spać, nawet nie chciała wyjść do toalety. Od razu poszła na terapię, i próbowaliśmy ją tu różnymi rzeczami zainteresować, ale nic nie dało rady.

Dopiero później jakoś zaskoczyła i zaczęła dbać o siebie, więcej wychodzić, na terapii gdzieś się tam pojawiła, o ten rower to ją zainteresował.(...)Uważam, że ona w domu takiej depresji dostała, cały czas z matką i siedziała w czterech ścianach, a teraz lepiej jest, chociaż do pracy to ona nie jest chętna, tylko pospać więcej.

(...) Wiadomo jak jakiś taki czas jest jak jesień, listopad, grudzień, to nikomu się nie chce i każdy ma problem się zmobilizować, ale u niej to był koniec. A teraz w stosunku do tego co było to jest poprawa nie do poznania."

Opiekun prawny badanej dostrzega poprawę w ogólnym funkcjonowaniu córki.

Wypowiedź opiekuna prawnego (matki badanej) (pytania 6.1.,6.2. i 6.3):

„Z nią nigdy nie było różowo(...), w szkole jej nie szło, zawsze jakaś od innych ludzi odstawiała, miała tylko jedną koleżankę i nic tylko w domu. Później jak się okazało, że chora no to leczenie i wciąż w domu. Nawet mi pomagała sporo, coś tam robiła, ja jej czasem tak wydzielalam, żeby do obiadu coś zrobiła.

(...)No i robiła, ale później, że głowa boli, że nie, i w swoim pokoju wciąż siedziała. Na spacer mówię pójdziemy, na zakupy, chodź kupie Ci coś, a gdzie tam, nic nie dało rady, a potem to już tylko w pokoju siedziała i nie chciała się umyć, ani ubrać, nawet mi w łóżko robiła, a ja nie mam tak siły już z nią walczyć, też się starzeję, a zdrowie nie to.

(...)Tutaj jak w zakładzie jest to powoli zaczęło jakby lepiej być. Nie wiem, może między ludzi więcej poszła, to jej się polepszyło, bo na mszę tam chodzi i na zakupy i do miasta wyjedzie, nawet na jakąś wycieczkę. (...)Ja nie chciałam, żeby ona gdzieś tam mieszkała, mieszkaniem mamy duże, ale co było zrobić?

Tam na terapię musi chodzić to i dobrze, bo coś w końcu musi robić a nie tylko zamknąć się i leżeć, może ja jej nie umiałam wychować dobrze? Za dużo za nią robiłam, no ale choroba nie wybiera i już."

Z powyższych informacji wynika, iż środowisko rodzinne ograniczało mieszkankę i zamieszkanie w Domu Pomocy Społecznej pomogło jej w nawiązaniu lepszych relacji z ludźmi, badana stała się bardziej otwarta na inne osoby i działania.

Mieszkanka nr II

Mieszkanka uzyskała przeciętny wynik w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie przynależność społeczna (5/16pkt – 33%). Badana jest w wieku 39 lat, z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia rezydualna, z przebytych epizodem niedotlenienia mózgu po działaniach suicydalnych. Jest rozwiedziona, z wykształceniem średnim. Od 5 lat mieszka w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, a opiekunem prawnym jest ojciec badanej. Mieszkanka została przebadana z użyciem 2 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Komunikacja werbalna z badaną jest utrudniona, wypowiada pojedyncze słowa i komunikaty. Można się porozumieć z badaną za pomocą gestów i materiałów obrazkowych, który to sposób komunikacji zaczęto stosować w zakładzie. Rozumie podstawowe polecenia,

związane z codzienną egzystencją przekazuje pewne komunikaty i szersze myśli oraz uwagi za pomocą materiałów pomocniczych.

Badana nie wykonuje żadnych czynności samoobsługowych z uwagi na niedowład prawej części ciała. Po 5 latach intensywnej rehabilitacji w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie zaczęła pomagać przy ubieraniu, myciu i jedzeniu. Wykazuje się coraz większą aktywnością.

Kiedy przybyła do ośrodka była osobą, która wymagała intensywnej rehabilitacji, mieszkanka nie sygnalizowała potrzeb fizjologicznych. Aktualnie wypracowano z nią alternatywną formę komunikacji, wykazuje zainteresowanie przyrodniczymi programami telewizyjnymi, wyjściem na spacer oraz spotkaniem z rodzicami.

Rodzice są w stałym kontakcie z mieszkanką. Często ją odwiedzają, średnio raz na dwa tygodnie, starają się zabierać do siebie do domu na święta, choć przez długi czas nie było to możliwe, z uwagi na stan zdrowia badanej. Mieszkanie rodziców jest zbyt małe, aby pomieścić łóżko rehabilitacyjne, ale również stan badanej nie pozwalał na przewożenie jej z miejsca na miejsce bez narażania na dodatkowe obrażenia.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Kaliszu. Ojciec badanej ma wykształcenie średnie techniczne, pracował w kilku zakładach pracy przez okres 15 lat, zajmujących się produkcją maszyn rolniczych, gdzie zajmował się analizą rysunku technicznego, obecnie jest na emeryturze, wcześniej otrzymywał rentę inwalidzką. Matka badanej ma wykształcenie wyższe ekonomiczne, pracowała w banku spółdzielczym, obecnie jest na emeryturze.

Badana po ukończeniu IV Liceum Ogólnokształcącego im. Paderewskiego w Kaliszu rozpoczęła pracę w Urzędzie Pracy.

Po dwóch latach w wieku 21 lat wyszła za mąż za kolegę ze szkoły średniej, lecz małżeństwo uległo rozpadowi po kolejnych dwóch latach. W tym okresie badana była po raz pierwszy hospitalizowana z powodu zaburzeń psychicznych.

W Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Konsylium” Poradni Zdrowia Psychicznego w 1997 roku postawiono diagnozę – schizofrenia paranoidalna. Badana została hospitalizowana po raz drugi w kwietniu 1999 roku i trzeci raz w 2001 roku. Łączny czas hospitalizacji wynosił 10 miesięcy.

Na skutek rozwijającej się choroby i pogarszającego stanu zdrowia badana została ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, dnia 9.11.2005 roku Sąd Rejonowy we Wschowie ustanowił opiekuna prawnego w osobie ojca badanej.

15 grudnia 2007 roku badana po raz wtóry dokonała próby samobójczej. Pierwszy raz próbowała tego dokonać podczas przebywania na Oddziale Psychiatrycznym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu. Na skutek tych działań doszło do znacznego niedotlenienia struktur mózgowych i częściowego niedowładu głównie prawej strony ciała, zatracenia umiejętności poruszania się oraz znacznego obniżenia funkcji poznawczych.

Następnie Sąd Rejonowy w Kaliszu w dniu 24.09.2008 roku wydał postanowienie, w którym zezwala na umieszczenie badanej w Domu Pomocy Społecznej, gdzie badana trafiła w grudniu tegoż roku.

Przynależność społeczna

Mieszkanca uczestniczy aktualnie w nabożeństwach niedzielnych, podejmuje współpracę z fizjoterapeutą, wychodzi na spacer, przy pomocy innych osób, wyjeżdża do rodziców, zaczęła interesować się pewnymi programami głównie przyrodniczymi, wykazuje ochotę do podjęcia rozmowy.

Ojciec badanej jest bardzo zadowolony z postępów jakie córka uczyniła przez ten cały okres zamieszkiwania w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Wypowiedź opiekuna prawnego (ojca badanej) (pytania 6.1.,6.2. i 6.3):

„(...)po tym co się stało, to my nie wierzyliśmy, że ona w ogóle stanie na nogi, a co dopiero cos więcej. Lekarze nam powiedzieli wtedy, że ona całe życie to już będzie <<warzywo>>, mnie jest strasznie o tym mówić, o własnym jedynym dziecku, ale tam mówili, i my już byliśmy załamani.

(...)Ona już choruje tyle lat, dopóki mogliśmy to się nią zajmowaliśmy, ja więcej, bo żona pracowała, a ja później przez te moje nerki byłem na rencie. Po tym co się stało już w nic nie wierzyłem. Jeszcze nam mówili, że pewne już długo nie pożyje.

W dps-e zmuszali ją do rehabilitacji, na początku to nawet jakby opór stawiała, ale z czasem to jakoś poszło, i nawet teraz o chodziku chodzi, na spacer no to tam nie jest wielko spacer ale chociaż z pokoju wyjdzie. Z odleżynami też walczyli, to się chwali, bo nie ma tak jak się spodziewaliśmy, że może być i rozmawia z ludźmi na swój sposób, na mszę nawet pójdzie, no nie na całą, ale tego nigdy nie robiła.

(...)No wiadomo, że z nikim się specjalnie nie spotyka specjalnie poza domem, my jak tylko możemy to przyjeżdżamy do niej, i wszystko co potrzebne to kupujemy, żeby miała jak najlepiej.”

Opiekun pierwszego kontaktu potwierdza, iż mieszkanka poczyniła zasadnicze postępy od momentu, w którym zamieszkała w zakładzie.

Wypowiedź opiekuna pierwszego kontaktu (pytania 6.1.,6.2. i 6.3):

„(...)mieszkanca była naprawdę w ciężkim stanie, nie było z nią żadnego kontaktu, nie chciała jeść, musiała być karmiona sondą, nie poruszała się i w żaden sposób nie chciała współpracować.

Teraz wiadomo, że nie jest specjalnie aktywna, ale cóż (...) fizjoterapeutka moim zdaniem dała z siebie wszystko i teraz są efekty. Pani chodzi, porusza się o balkoniku, to jej chyba dało chęć do życia i do tego, żeby się odzywać, w ogóle trzeba było jakoś kombinować, żeby się z nią komunikować, bo ona nic tylko belkot był, a teraz naprawdę jakby miała trochę chęci do życia.”

Sytuacja życiowa badanej spowodowała, iż na skutek dużego urazu rodzice nie byli w stanie podjąć dalszej opieki nad córką. Specjalistyczna pomoc jaką uzyskała w zakładzie odniosła pozytywne skutki. Mieszkanka lepiej funkcjonuje fizycznie oraz ma lepszy kontakt z rodziną o otoczeniem.

Mieszkanka nr III

Mieszkanka jest jedną spośród ośmiu, które uzyskały najniższy wynik w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie przynależność społeczna (2/15 pkt. – 13%). Badana jest w wieku 80 lat, z rozpoznaniem lekarskim: cukrzyca II stopnia, organiczne zaburzenia urojeniowe (parafrenia), jest niezamężna, z wykształceniem podstawowym, przebywa w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie 6 lat, gdzie przybyła z domu rodzinnego, jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prany jest syn badanej. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest swobodny, ale mieszkanka nie chce nawiązywać relacji z innymi osobami. Jest rozdrażniona, niespokojna i niezadowolona z obecnej sytuacji życiowej. Często płacze i nalega aby powrócić do domu. Zachowanie badanej jest bierne w stosunku do innych osób. Nie potrafi ocenić swojego stanu zdrowia, ani poziomu sprawności psychofizycznej. W obecnym stanie zdrowia nie wypowiada treści urojeniowych.

Czynności samoobsługowe wykonuje przy pomocy innych osób, choć do niedawna sama rodziła sobie ze wszystkimi zadaniami, ale wszystkie czynności wykonywała wolniej. Jest to osoba sprawna fizycznie pomimo podeszłego wieku i choroby przewlekłej.

Mieszkanka nie ma specjalnych zainteresowań, w czasie gdy zamieszkiwała w domu lubiła gotować, obecnie nie jest w stanie wykonywać tego typu działań. Najczęściej przebywa w pokoju i śpi lub ogląda telewizję. Jeśli jest ciepło wychodzi na spacer. Czasami ogląda swoje zdjęcia z okresu młodości lub swojego syna i wnuka. Opowiada wówczas o tym co wtedy robiła i jak bardzo tęskni za domem rodzinnym.

Badana ma kontakt z synem, synową i wnukiem, ale raczej sporadyczny. Przyjeżdżają na zjazd rodzin lub przysyłają paczki. Niestety czasami takie wizyty jeszcze bardziej pogarszają stan zdrowia badanej, pobudzają wspomnienia domu rodzinnego co powoduje rozchwianie emocjonalne i myśli suicydalne.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Poznaniu w rodzinie robotniczej. Ukończyła szkołę podstawową w miejscowości Środa Wielkopolska, gdzie w czasie II wojny światowej mieszkała wraz z rodziną. Po wojnie z powrotem rodzina zamieszkała w Poznaniu i badana podjęła pracę w charakterze kucharki na stołówce szkolnej.

W 1957 roku urodziła syna i zamieszkała razem z matką. Ojciec w tym czasie uciekł z Polski i już nigdy nie powrócił, zmarł dwadzieścia lat później w Niemczech.

Syn z zawodu dekarz ożenił się w 1983 roku, jego małżonka była wówczas wychowawczynią w przedszkolu. W 1984 roku przyszedł na świat ich syn – wnuk badanej. Od samego początku zamieszkiwali wszyscy razem w trzypokojowym mieszkaniu.

W rodzinie nie było konfliktów, mieszkanka miała własny pokój, w tym samym bloku mieszkały jej dwie koleżanki z pracy. Od 1995 roku na skutek postępującej choroby, która prawdopodobnie nie była odpowiednio leczona badana postanowieniem Sądu Rodzinnego i Nieletnich a dnia 27.05. 2002 roku została całkowicie ubezwłasnowolniona, a postanowieniem z 26.08.2002 syn został ustanowiony opiekunem prawnym.

Badana przez kolejne siedem miesięcy korzystała z usług opiekuńczych „Gwarant”, *„(...)których wymiar jest w pełni wystarczający, ponieważ między wizytami opiekunki, syn i jego rodzina wypełniają swoje obowiązki opiekuńcze pod względem pani (...)”* (cytat opiekuna socjalnego, który przeprowadzał wywiad i oceniał sytuację rodziny.

Mieszkanka coraz częściej podejmowała zachowania ryzykowne typu odkręcanie gazu, wkładanie do piekarnika pościeli, stała się agresywna, nie rozumiała z jakiego powodu synowa zwracała jej uwagę i zapomina wielu rzeczy. Rodzina postanowiła złożyć wniosek o umieszczenie badanej w domu pomocy społecznej, z uwagi na to, iż nie są w stanie poświęcać tyle uwagi ile powinni, aby nie doszło tragedii, którą może spowodować osoba badana.

Przynależność społeczna

Mieszkanka uczestniczy tylko w nabożeństwach niedzielnych poza tym nie przejawia żadnej innej aktywności.

Główną przyczyną tego stanu rzeczy jest niechęć do wykonywania jakichkolwiek innych czynności. Mieszkanka czuje się pokrzywdzona zaistniałą sytuacją, czyli umieszczeniem jej w zakładzie. Jest bardzo związana z rodziną. Osoby odwiedzające to głównie rodzina a to powoduje jeszcze większą tęsknotę za domem.

Z wypowiedzi pracownika pierwszego kontaktu wynika, że mieszkanka od początku była nastawiona negatywnie i z czasem wcale sytuacja się nie poprawia. Ponadto stwierdza, że mieszkanki przebywające najdłużej w wyniku, wieku, długotrwałej choroby oraz sytuacji w jakiej się znalazły coraz mniej uczestniczą w jakichkolwiek działaniach. Wypowiedź ta dotyczy również pozostałych pań, które uzyskały niskie wyniki w tym zakresie (pytania 6.1.,6.2. i 6.3):

„(...)co do pani (...) to uważam, że ona bardzo tęskni za domem i ma nadzieję do niego wrócić. (...) Poza tym panie, które są tu bardzo długo to one już się przyzwyczyły, uznały to miejsce za dom i jakoś im lepiej, te które trafiły później to ogólnie są gorzej przystosowane.

(...) A co do aktywności, to wiadomo starość i siły już nie te, a i kiedyś to one sobie mogły biegać po wsi i z ludźmi pogadać, kogoś zapoznać, teraz są bardziej pilnowane, to tylko ten sklep został.

Wiadomo co sprawniejsze to jadą do miasta, na imprezy, a te mniej sprawne już nie bo nie ma takiej możliwości, więc robią to co im zaproponują w ośrodku, a jak nie chcą iść na terapię ani nigdzie no to nie idą i siedzą w pokoju.(...) Poza tym kiedyś to nawet w tych pokojach wieloosobowych, wiem, że gorszych, ale nie dało się siedzieć, to one gdzieś wyszły, coś robiły, chociaż park sprzątały, a teraz to nic, bo w pokoju się zamknie i koniec.”

Z wypowiedzi opiekuna pierwszego kontaktu (syna) wynika, że matka pod wpływem choroby stała się osobą mało aktywną i wycofaną (pytania 6.1.,6.2. i 6.3):

„Mama nie była jakaś wycofana czy zamknięta w sobie. (...) Ja wiem, że ona płacze wciąż jak przyjeżdżamy, nawet staram się nie przyjeżdżać, bo później jest rozstrojona. Wiem, ale co my możemy, nie mamy możliwość się nią opiekować.

(...) mama już jest starą kobietą i ogólnie już za dużo to ją nie interesuje w życiu. Przecież nie będzie teraz pracować, albo robić innych rzeczy, jak na przykład szydełkowanie jak tego nigdy nie lubiła.”

Podsumowując mieszkanki, które są zaangażowane w szereg aktywności, są młodsze, lepiej dostosowują się do nowych warunków.

Głównie badane uczestniczą w coniedzielnym mszach, które odbywają się na terenie zakładu i odwiedzają sklep spożywczy. Ponadto osoby sprawne wyjeżdżają na imprezy i urlopy do rodziny, wówczas mają możliwość podjęcia innych zajęć. Niestety mieszkanki nie mają zbyt wiele okazji do poszerzania swoich aktywności.

Dla niektórych mieszkanek, tak jak zostało to przedstawione powyżej zamieszkanie w zakładzie spowodowało, że ich aktywność się zwiększyła (np. mieszkanka nr II), ale osoby, sprawne młode lub w średnim wieku są jednak w możliwościach podejmowania różnych działań ograniczone, na co wskażą subiektywne odczucia badanych w tym segmencie życia.

5.2.7 Obiektywna jakość życia, analiza poszczególnych segmentów – dobrostan emocjonalny

Ostatni z segmentów obiektywnej jakości życia to **dobrostan emocjonalny**, który został oceniony na **49%**. Pytania w tym zakresie dotyczyły ulubionych czynności, niechęci do działania oraz marzeń, które nie mogły być zrealizowane.

Tabela 77. Dobrostan emocjonalny. Częstości.

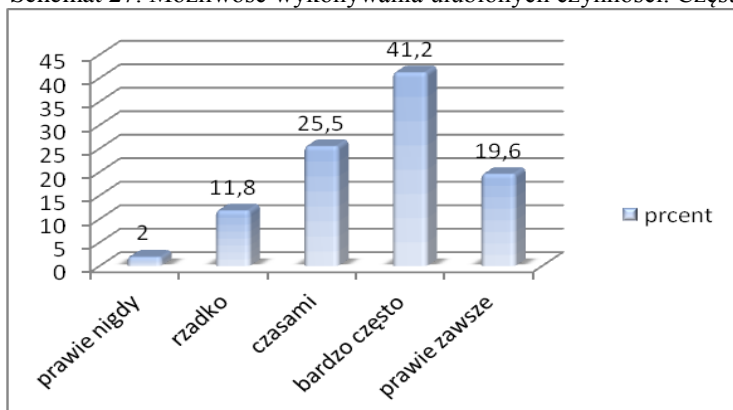
Wyznaczniki dobrostanu emocjonalnego (N=51)	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Ulubione czynności	3,65	4,00	0,99
Niechęć do działania	3,12	3,00	1,16
Niezrealizowane marzenia	2,71	3,00	0,94

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Najwyżej została oceniona przez osoby badane możliwość wykonywania ulubionych czynności a najniżej niezrealizowane marzenia.

Blisko połowa badanych (41,2%)(21 osób) określiła, iż bardzo często może wykonywać zajmować się tym czym chce w danym momencie i nie jest w tym zakresie ograniczana (schemat 27). Z obserwacji wynika, że mieszkanki nie biorą udziału jeśli nie chcą w terapii, lub innych zajęciach. Opiekunowie proponując zajęcia, starają się zachęcić podopieczne do działania, natomiast nie nakazują udziału w danej aktywności. Znają oni bardzo dobrze nastroje i możliwości mieszkanek, dlatego też nie ma obowiązku wzięcia udziału w danym projekcie.

Schemat 27. Możliwość wykonywania ulubionych czynności. Częstości.

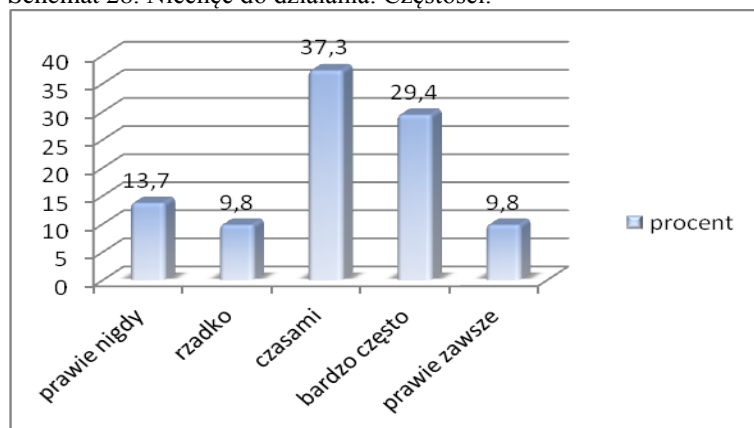


Możliwość wykonywania ulubionych czynności	N	%
prawie nigdy	1	2,0
rzadko	6	11,8
czasami	13	25,5
bardzo często	21	41,2
prawie codziennie	10	19,6
Ogółem	51	100

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Kolejne pytanie bezpośrednio łączy się z pytaniem poprzednim, ponieważ dotyczy niechęci do działania. 29,4% (15 osób) badanych określa, iż bardzo często a 37,3% (19 osób) czasami przejawia niechęć do działania (schemat 28). Zależy to od kilku czynników, jednym z nich jest leczenie farmakologiczne, z którym to związane jest obniżenie nastroju i czasowa niechęć do działania, drugim z czynników jest brak obowiązków.

Schemat 28. Niechęć do działania. Częstości.



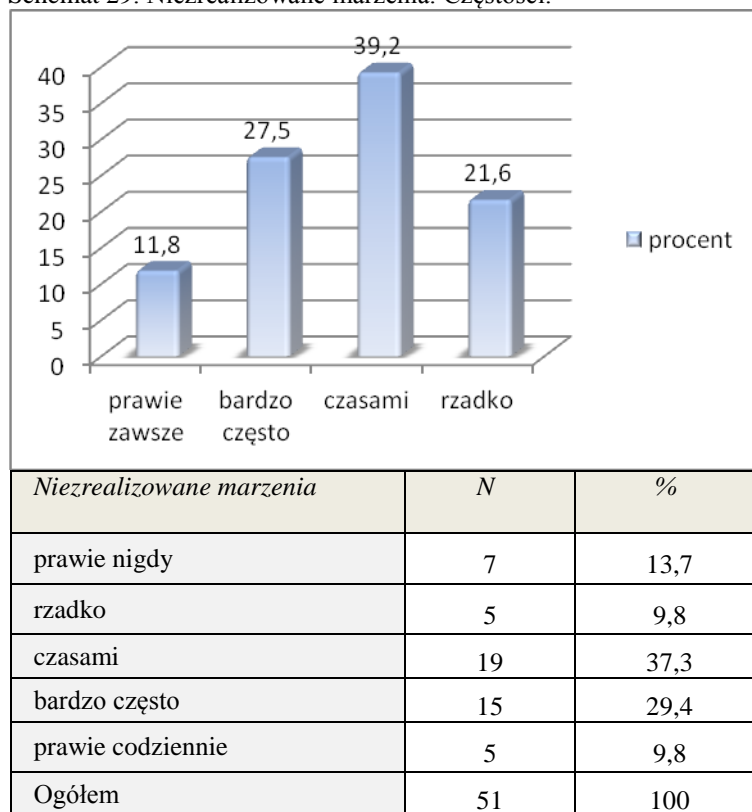
<i>Niechęć do działania</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
prawie nigdy	7	13,7
rzadko	5	9,8
czasami	19	37,3
bardzo często	15	29,4
prawie codziennie	5	9,8
Ogółem	51	100

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Pytanie dotyczące marzeń i ich urzeczywistnienia uzyskało najniższy wynik (schemat 29). Większość pragnień nie zostaje i nie zostanie zrealizowane. Najczęściej mieszkanki marzą o powrocie do domu, odwiedzinach bliskich i spędzeniu z nimi czasu.

Osoby badane wspominają również o dzieciach i rodzinie tak jak wyglądało ich życie przed przyjsiem do domu pomocy społecznej. Blisko połowa badanych 45,1% (23 osoby) prowadziła wcześniej przed zamieszkaniem w domu pomocy społecznej życie seksualne i miała mężów lub ma nadal (jedna osoba), posiadają również potomstwo. Spośród kobiet, które deklarują stan paniński również znajdują się kobiety posiadające dzieci a pozostałe miały partnerów seksualnych. W większości związki te nie były udane i szybko ulegały rozpadowi, w kilku przypadkach kobiety były wykorzystywane seksualnie przez swoich partnerów. Natomiast jest oczywiste, iż kobiety zamieszkałe w tym Domu Pomocy Społecznej nie mogą wchodzić w związki heteroseksualne, takie jak w okresie przed zamieszkaniem w zakładzie.

Schemat 29. Niezrealizowane marzenia. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Mieszkancki pytane o najważniejsze marzenia (pytanie 14 – pytania dodatkowe) odpowiedziały w większości (35%)(18 osób), że jest to powrót do domu, lub zamieszkanie poza Domem Pomocy Społecznej, na drugim miejscu znalazła się rodzina i spędzania z nią więcej czasu oraz znalezienie mężczyzny (odpowiednio 21% - 11 osób oraz 17,5% - 9 osób), następnie posiadanie większych środków finansowych i kupno różnych rzeczy (15% - 8 osób). Badane marzą również i poprawie zdrowia i takich rzeczach jak wyjazd na wakacje lub wycieczkę (9,8% - 5 osób).

Na podstawie analizy statystycznej nie stwierdza się istotnego wpływu zmiennych niezależnych na dobrostan emocjonalny badanych.

Analiza statystyczna wykazała, że u młodszych mieszkanki, dobrostan emocjonalny jest wyższy niż u osób starszych (tabela 78). Panie, które dłużej mieszkają w Domu Pomocy Społecznej osiągnęły nieznacznie wyższe średnie w tym segmencie życia niż badane zamieszkujące krócej do 15 lat w zakładzie (tabela 80). Również osoby ubezwłasnowolnione częściowo wykazują nieznacznie wyższe samopoczucie niż osoby ubezwłasnowolnione całkowicie (tabela 82).

Należną do nich w większości osoby młode, lub w średnim wieku, które mają rodziny, wyjeżdżają na urlopy i są chętne do współpracy a oferta Domu Pomocy Społecznej jest jeszcze dla nich atrakcyjna.

Tabela 78. Dobrostan emocjonalny a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	9,80	1,30	11,258	27	0,997
	45-64	38	9,52	1,89			
	65<	7	8,85	1,95			
	Ogółem	51	9,47	1,82			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Analiza statystyczna wykazała, że młodsze mieszkanki uzyskały wyższe średnie w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie – dobrostan emocjonalny (tabela 78). Możliwe, iż przyczyną pojawienia się tego typu wyników jest fakt, że osoby młodsze mają większą chęć do działania, wykonywania codziennych obowiązków i mają nadzieję na spełnienie marzeń o powrocie do domu lub zamieszkania samodzielnie. Jak w przypadku jednej z mieszanek, która jest właścicielem mieszkania w Kaliszu i ma nadzieję na opuszczenie Domu Pomocy Społecznej i zamieszkanie w nim na stałe. Badana wykazuje się dużą aktywnością, chętnie sama organizuje sobie czas wolny, dużo czyta, spaceruje, samodzielnie robi zakupy, ma przyjaciółkę, która ją regularnie odwiedza.

Tabela 79. Dobrostan emocjonalny a stan cywilny badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	9,42	1,73	13,863	27	0,983
	Rozwiedziona	16	9,37	2,09			
	Ogółem	51	9,47	1,82			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań : *p<0,05.

Dobrostan emocjonalny badanych, które są pannami jest nieznacznie wyższy niż pań, które są rozwiedzione (tabela 79), lecz różnice te są bardzo niewielkie. Porównując ten wynik z wynikami pozostałych segmentów jakości życia za wyjątkiem segmentu dotyczącego bezpieczeństwa, można dostrzec podobieństwa - rozwiedzione mieszkanki wykazywały niższe średnie niż panie będące pannami. W niniejszym segmencie życia jedną z istotniejszych czynników okazała się aktywność mieszanek, ich chęć do działania. Panie, które chętniej podejmują współpracę osiągają wyższe średnie. Oznacza to, że mieszkanki, które są aktywne mają wyższy dobrostan emocjonalny a w jednej i drugiej grupie były to panie niezamężne.

Tabela 80. Dobrostan emocjonalny a czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	10,26	1,48	26,691 ^{a0}	27	0,481
	10-15lat	9	9,00	1,87			
	16-25 lat	24	8,95	1,89			
	26<	3	11,00	0,00			
	Ogółem	51	9,47	1,82			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Natomiast mieszkanki zamieszkujące powyżej 26 lat w zakładzie uzyskały nieznacznie wyższą jakość życia w zakresie dobrostanu emocjonalnego (tabela 80), ponieważ zinternalizowały fakt zamieszkiwania w ośrodku i nie odczuwają potrzeby zmiany.

Tabela 81. Dobrostan emocjonalny a posiadanie rodziny przez osobę badaną. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	9,14	1,83	17,010	27	0,931
	Dzieci	14	9,92	2,20			
	Nie mam nikogo	9	9,55	1,01			
	Ogółem	51	9,47	1,82			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Na podstawie analizy danych w powyższej tabeli można stwierdzić, że osoby posiadające dzieci osiągnęły najwyższy dobrostan emocjonalny (tabela 82). Fakt posiadania potomstwa, które zapewnia opiekę nad swoją matką daje poczucie lepszego samopoczucia. Wśród osób badanych można było zauważyć, że osoby posiadające dzieci miały bardziej realistyczne marzenia i wyżej oceniały zadowolenie ze swojego życia.

Tabela 82. Dobrostan emocjonalny a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie nie całkowite	37	9,24	1,87	8,339	9	0,500
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	10,07	1,59			
	Ogółem	51	9,47	1,82			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Badane ubezwłasnowolnione całkowicie uzyskały niższe średnie w segmencie dobrostanu emocjonalnego niż badane ubezwłasnowolnione częściowo (tabela 82). Z obserwacji i wywiadów wynika, że mieszkanki ubezwłasnowolnione całkowicie częściej odpowiadały, że ich marzenia są niezrealizowane, m.in. marzenie zniesienia ubezwłasnowolnienia i chęć

samostanowienia o sobie. Badane z tej grupy również częściej przejawiały niechęć do działania, lub podjęcia jakiejś aktywności.

Tabela 83. Dobrostan emocjonalny a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	9,46	1,73	10,057 ^a	9	0,346
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	9,50	2,39			
	Ogółem	51	9,47	1,82			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: *p<0,05.

Osoby, których opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej osiągnęły wyższe średnie w obiektywnej jakości życia w segmencie dobrostan emocjonalny niż badane, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny (tabela 83). Podobnie jak w poprzednich segmentach jakości życia można wysunąć wniosek, że osoba opiekuna prawnego jest istotna dla podopiecznego, fakt rozmowy z nim i częstego kontaktu podnosi nie tylko ich samopoczucie, ale także produktywność, zażyłość z bliskimi, poczucie bezpieczeństwa i tym samym wpływa na obiektywną jakość życia. Dlatego opiekun prawny powinien być przede wszystkim osobą, która ma częsty kontakt z podopiecznym, aby mieć możliwość go wspomagać w codziennych sprawach.

Poniżej przedstawiono badane z jednym z wyższych, przeciętnym oraz jednym z niższych wyników w skali obiektywnej jakości życia segmentu dobrostan emocjonalny.

Mieszkanca nr I

Badana uzyskała jedną z najwyższych wyników w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie dobrostan emocjonalny (11/15pkt. – 73%). Mieszkanca z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia paranoidalna, jest panną, w wieku 72 lat, z wykształceniem podstawowym, przybyła do Domu Pomocy Społecznej 30 lat temu z domu rodzinnego. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym, opiekunem prawnym jest pracownik ośrodka. Mieszkanca została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQoI- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest swobodny, zgodny z regułami gramatycznymi. Wypowiedzi są obszerne, mieszkanka chętnie opowiada o życiu codziennym, i wspomina czas kiedy mieszkała w domu rodzinnym, swoich braci i matkę. Łatwo nawiązuje kontakty, ale kontroluje przebieg rozmowy, sama chce decydować o czym i jak długo będzie mówić.

Jest to osoba bardzo drażliwa, skoncentrowana na dolegliwościach somatycznych (ból głowy, gardła). Nie ma poczucia choroby, uważa, że jest to wynik jej dolegliwości fizycznych. Obecnie nie występują u badanej ostre symptomy psychiatryczne.

Mieszkanka łatwo rozprasza się przez bodźce zewnętrzne i traci koncentrację uwagi. W wyniku tych cech ma skłonność do wycofywania się społecznego. Często działa pod wpływem impulsu, np. przejawia agresję słowną w stosunku do innych, jeśli uważa, że te osoby w odpowiedni sposób jej nie słuchają, lub ignorują jej wypowiedzi.

Zainteresowania badanej są nietrwałe, uczęszcza czasami na terapię zajęciową, ale nie zawsze czynnie w nich uczestniczy. Kilka lat temu chętnie uczestniczyła w wyjazdach lub imprezach, ale obecnie nie wyraża na nie ochoty. Ponadto badana podupadła na zdrowiu (zwyrodnienie stawów oraz dolegliwości wątrobowe), co również jest przyczyną zmniejszonej aktywności. Ogólnie jest osobą sprawną fizycznie, która nie posiada żadnych innych niepełnosprawności. W zakresie samoobsługi radzi sobie dobrze, jest zadbana, sama pierze swoje rzeczy, dba o wygląd zewnętrzny. Na początku, gdy zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie pomagała sprzątać, aktualnie nie wykonuje tego typu czynności. Ogląda telewizję około 8h dziennie na sali telewizyjnej. Lubi programy muzyczne, natomiast pozostałe ogląda bez zainteresowania.

Mieszkanka ma dwóch braci, którzy od początku utrzymywali z nią kontakt w formie listownej. Bracia nie zabierali badanej do domu na święta lub inne uroczystości, czasami ją odwiedzali. Aktualnie nie utrzymują już praktycznie żadnego kontaktu. Bliższy kontakt badana utrzymywała ze znajomą z Ostrowa Wielkopolskiego, gdzie się urodziła. Koleżanka często przyjeżdżała, przywoziła paczki, przysyłała ubrania lub jedzenie. W ostatnich latach kontakt jest sporadyczny, z uwagi na stan jej zdrowia, ale nadal stara się dzwonić lub wysyłać listy raz na kilka miesięcy.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej

Badana urodziła się w Ostrowie Wielkopolskim w rodzinie robotniczej, ma dwóch starszych braci. Obaj bracia ukończyli szkołę zawodową w zawodzie murarza. Jeden z nich podjął pracę w zawodzie (najstarszy), natomiast długo podejmował prace dorywcze. Matka badanej nie pracowała – zajmowała się gospodarstwem domowym, ojciec pracował w Zakładach Budowlanych.

Badana nigdy nie podjęła pracy zawodowej, do 24 roku życia mieszkała z ojcem (matka zmarła 5 lat wcześniej). W momencie, gdy ojciec ożenił się po raz drugi i wyprowadził do przyszłej małżonki mieszkanka została sama. Obaj bracia mieszkali już w innej części miasta, badana nie umiała określić gdzie, ponieważ nigdy u nich nie była. Jeden z nich ją odwiedzał.

Mieszkanka nie radziła sobie z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Z uwagi na i występowanie wytwórczych symptomów chorobowych badana była agresywna w stosunku do otoczenia. W mieszkaniu już po roku nie było ciepłej wody, prądu i gazu. Badana nie płaciła również czynszu. Wszczyła awantury z mieszkańcami kamienicy, próbowała dowieść, że próbują ją okraść lub zrobić krzywdę fizyczną. Sama próbowała „walczyć” z mieszkańcami, w celu ochrony swojej własności. Ponadto badana żywiła się głównie na śmietnikach lub zjadała resztki z barów mlecznych. Często zabierała różne odpadki, które zanosila do domu. W rezultacie w mieszkaniu było bardzo dużo śmieci, które wydobywały z siebie nieprzyjemny zapach i rozprzestrzeniły się szczury.

W mieszkaniu początkowo przebywało również wiele różnych osób, które badana poznała podczas poszukiwań jedzenia. Były to przede wszystkim osoby bezdomne. Jedna z sąsiadek próbowała pomóc badanej, lecz ta nie chciała tej pomocy przyjąć z uwagi na rozwijający się proces chorobowy, twierdziła, iż ta chce ją otruć. Sąsiadka próbowała jednak czasami przynosić badanej jedzenie i namówić ją na rozpoczęcie procesu leczenia.

Lokatorzy kamienicy poprzez wielokrotne interwencje doprowadzili, do umieszczenia badanej w szpitalu na oddziale psychiatrycznym w 1980 roku, lecz została zwolniona po dwóch tygodniach ze względu na brak łóżek. Ponownie została umieszczona w szpitalu na oddziale psychiatrycznym w 1983 roku, skąd powróciła do domu i została w trybie natychmiastowym skierowana do domu pomocy społecznej. Dwa lata później została ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym.

Dobrostan emocjonalny

Mieszkanca często może wykonywać to na co ma ochotę. Większość jej marzeń jest spełnionych. Jest to osoba, która wiele lat chorowała, nie była leczona i funkcjonowała w skrajnym ubóstwie. Często była wykorzystywana przez innych. Proces leczenia nastąpił późno, w związku z tym pewne zmiany, które wystąpiły są nieodwracalne.

Badana nie ma szczególnych zainteresowań, ale w przeciwieństwie do wielu innych mieszkanek zawsze wstaje z łóżka, uczestniczy w zajęciach, nawet jeśli jest to bierna forma, sama uczęszcza na rehabilitację. Czasami chodzi do sklepu, lub na spacer. Badana samodzielnie dba o swoją higienę osobistą, kupuje nowe ubrania, maluje paznokcie. W porównaniu do zachowania i wyglądu, który reprezentowała, w okresie przed zamieszkaniem w ośrodku zmiana jest diametralna.

Opiekun prawny i zarazem pracownik pierwszego kontaktu twierdzi, że jest to osoba, która jest pozytywnie nastawiona do życia i nie pragnie powrotu do domu. Oczywiście czasami ma marzenia, które nie mogą być zrealizowane, takie jak większe środki finansowe czy uczestnictwo w wyjeździe (pytanie 8.2.).

„(...)to jest pogodna osoba, która sporo przeżyła w życiu, tam w tym mieszkaniu, z którego zrobiła melinę, to nie raz ją pobili, zgwałcili, przecież tego nikt nie kontrolował.

Jakaś opieka społeczna przychodziła, ale jej nie było, bo wciąż na gigantach, albo, gdzieś, więc nawet jej złapać nie mogli. (...)To nie jest najbardziej aktywna z mieszkanek, ale coś tam robi, jak czasem sama chce to nawet coś robi i nie ma chęci powrotu do domu, ona uważa, że to jest jej dom i tu się dobrze czuje.”

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 10 – pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)dla mnie to dobrze, mam swój pokój, i wszystko, to co (...) kiedyś to ciężko było, nawet nie zawsze co zjeść, a tu jedzenie dobre, park ładny, i mam kosmetyki teraz i na telewizor sobie pójde, (...)

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 14 – pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)ja bym tylko tak chciała sobie taką poduszkę kupić i takie grzebienie, co ta ma, ale teraz nie bo mi powiedziała (imię opiekunki), że później kupimy. Może jeszcze na wakacje pojedę w tym roku, w zeszłym nie byłam, bo zachorowałam na nogi, to nie pojechałam, a to w góry to co ja chodzić będę.”

Mieszkanca jest zadowolona z życia jakie prowadzi w zakładzie, ma przyjaciół, nauczyła się wielu czynności, z zakresu czynności samoobsługowych i codziennego funkcjonowania. Niestety wiele działań w przypadku tej badanej zostało podjętych zbyt późno co doprowadziło do powstania wielu nieodwracalnych zmian w jej zachowaniu.

Mieszkanca nr II

Badana uzyskała przeciętny wynik w zakresie obiektywnej jakości życia w segmencie dobrostan emocjonalny (6/16 pkt. – 40%). Jest w wieku 53 lat, z rozpoznaniem lekarskim schizofrenia prosta, panna, z wykształceniem średnim. Zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej 25 lat temu, wcześniej przebywała w domu rodzinnym. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu częściowym, opiekunem prawnym jest ojciec badanej. Mieszkanca została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest poprawny, również pod kątem gramatyki. Chętnie udziela odpowiedzi i odpowiada na pytania, choć nie potrafi odpowiednio skupić uwagi – ześlizgi myślowe. Najczęściej badana opowiada o życiu rodzinnym lub o swoich pragnieniach i przeżyciach. Jest osobą uważającą się za lepszą od innych i mająca duże doświadczenie życiowe. Uważa, że jest psychologiem i „leczy” inne mieszkancki. Twierdzi, że personel, ma niższe kwalifikacji niż ona.

Mieszkanca jest zdrowa fizycznie, nie ma żadnych innych dodatkowych niepełnosprawności. Występuje u niej specyficzna alergia na kofeinę. Pod jej wpływem (np. po wypiciu dwóch mocnych kaw) badana ma bardzo mocno podwyższone ciśnienie, nie potrafi utrzymać pozycji pionowej, mowa staje się bełkotliwa i jest czerwona na twarzy. Stan ten można przyrównać do upojenia alkoholowego lub narkotycznego. Personel stara się izolować badaną od kofeiny, ale czasami nie jest to możliwe.

W zakresie samoobsługi badana jest samodzielna, choć wymaga dodatkowej motywacji. Wykonuje wszystkie czynności dotyczące utrzymania higieny, natomiast trzeba ją do tego mobilizować. Sprząta swój pokój, czasami pomaga w przygotowaniu do posiłków.

Badana interesuje się wyszywaniem i robi na drutach. Chętnie uczęszcza na terapię zajęciową, choć to zależy od jej nastawieni w danym dniu. U mieszkancki często występuje obniżenie nastroju. Nie ma poczucia choroby psychicznej, aktualnie, okresowo występują ostre stany psychiatryczne.

Mieszkanca ma jedną przyjaciółkę, z którą chętnie spędza czas, na rozmowie lub wspólnych spacerach. Lubi czytać książki i zawsze czyta codzienne gazety. Często słucha radia, są to zazwyczaj stacje religijne, lub muzyczne.

Mieszkanca ma rodziców z którymi utrzymuje stały kontakt oraz z kuzynkami, które czasami ją odwiedzają. Rodzice zabierali zawsze córkę do domu na święta, lub w czasie wakacji. Ostatnio jest to tylko okres świąteczny. Raz w tygodniu w sobotę telefonują lub przyjeżdżają w odwiedziny. Podobny kontakt utrzymuje z kuzynkami i dwoma koleżankami z Pleszewa, które czasami przyjeżdżają ją odwiedzić.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej

Badana urodziła się w Pleszewie. Rodzice badanej mają wykształcenie średnie, matka pracowała jako przedszkolanka, natomiast ojciec badanej pracował jako nauczyciel w szkole średniej. Obecnie są na emeryturze.

Badana ukończyła Liceum Ogólnokształcące im. Stanisława Staszica w Pleszewie, nigdy jednak nie podjęła pracy zawodowej. Przez cały okres do momentu zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie mieszkała z rodzicami w Pleszewie. Rodzice pokładali w jedynaczce duże nadzieje, związane z jej rozwojem intelektualnym.

Pierwsze objawy choroby pojawiły się gdy badana uczęszczała do szkoły średniej. Rodzice długo nie podejmowali leczenia psychiatrycznego. Mieszkanca rozpoczęła leczenie w wieku 21 lat. Rok później badana była hospitalizowana w Wojewódzkim Zakładzie Opieki Psychiatrycznej w Sokołowie z powodu urojeniowych objawów psychotycznych.

Rodzice opiekowali się badaną do 28 roku życia, do momentu gdy zaczęła być agresywna w stosunku do swojej matki podjęli decyzję o ubezwłasnowolnieniu i umieszczeniu jej w zakładzie.

Dobrostan emocjonalny

Mieszkanca zazwyczaj może wykonywać to na co ma ochotę, nie zawsze jest chętna do działania, a jej głównym pragnieniem jest własny dom. Miewa okresy obniżonego nastroju, z tego powodu nie wyraża chęci do współdziałania i uczestnictwa w jakimkolwiek działaniu.

Pragnie również zwiedzić różne miejsca, czasami wspomina również o narzeczonym (mężczyźnie z którym się kiedyś spotykała przez krótki okres) i powrocie do niego.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 14 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Najbardziej bym chciała jeździć w różne miejsca, ale nie zawsze mam na to czas. W domu u siebie zamieszkać, ale moim własnym, nie z rodzicami.

Miałam swój pokój u rodziców i kuzynki też mam, one z nami nie mieszkały, bo już dawno się wyprowadziły, mają dzieci i męża, jak ja bym nie mogła mieć, nie?(...) ja też miałam narzeczonego, ale on za daleko mieszka więc nie przyjeżdża. Jakby przyjechał, to może bym z nim pojechała,(...) tu też mam pokój i w ogóle, ale tam mam tylko swój, i koleżanki też, mam.”

Opiekun prawny mieszkanki twierdzi, że badana dobrze sobie radzi w ośrodku i jest zmobilizowana do pracy, wiele się nauczyła. Jednak uważa, że marzeniem mieszkanki jest powrót do domu rodzinnego.

Wypowiedź opiekuna pierwszego kontaktu (ojciec)(pytania 8.1.):

„(...)to co my z nią przeżyliśmy to był koniec (...) ona się tu naprawdę dużo nauczyła i ładnie sobie radzi. (...), pomaga czasem, coś, wiem, że nie za dużo, ale zawsze i te leki bierze regularnie i już nie słyszy tych głosów co wtedy. Na terapię chodzi. Czasem tam ma, że nic nie robi, ale jak w domu była to już taka głęboka depresja, no nic nie szło. Teraz jest lepiej, wiadomo jest chora i już będzie.

Wypowiedź opiekuna pierwszego kontaktu (ojciec)(pytania 8.2.):

„(...) a marzenia to wiadomo, do domu wrócić, ale swojego no i mówi o swoim tam chłopaku kiedyś, o rodzinie, ale to wiadomo, że ona raz tak, raz inaczej, bo przecież nie zawsze kontroluje to co mówi i bardziej to z zazdrości o siostrę jest, że ona ma rodzinę, czasami nawet tak wspomina, że siostra jej chłopaka zabrała, ale to wiadomo, że fikcja.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu (pytania 8.1. i 8.2.):

„(...)to jest skryta osoba, ale kilka razy powiedziała, że w domu zmuszano ją do nauki i ogólnie była presja bycia najlepszym. Poza tym to ona tu już tyle lat mieszka, że raczej do tatusia i mamusi się spieszy. Bardziej bym powiedziała, że ona swój dom by chciała, a że jest tu to też w jakiś sposób się od rodziców odizolowała. (...) Ona jest jedną z nielicznych co nie chcą wracać do rodziców. Wydaje mi się, że ta matka to ją katowała, tak psychicznie i wciąż coś od niej chciała, jak ona tu przyszła to była taka zahukana, a teraz lepiej sobie radzi i do mamusi to ona raczej nie tęskni.

Tu jej dobrze i tyle, tylko bardziej o swoim domu, rodzinie marzy. Ja myślę, że ona coś w tym domu przeżyła, ale czasami coś mówi, tylko nie wiadomo, co jest fikcją, co prawdą, co urojeniem, ale w każdej fikcji tkwi ziarno prawdy, a wiadomo, że rodzice to już na pewno prawdy nie powiedzą. ”

Pracownik pierwszego kontaktu twierdzi, że mieszkanka raczej nie marzy o powrocie do domu i ogólnie dobrze się czuje w zakładzie. Twierdzi, że w domu nie została nauczona wielu praktycznych rzeczy i wywierano na niej presję osiągnąć w nauce, dlatego wcale nie tęskni specjalnie za domem rodzinnym, raczej za swoim własnym mieszkaniem, domem, rodziną. Ponadto jest to osoba, która spędziła już wiele lat w zakładzie, dlatego też jest zasymilowana z tym środowiskiem.

Mieszkanka nr III

Badana uzyskała jeden z niższych wyników obiektywnej jakości życia w segmencie dobrostan emocjonalny (5/15pkt. – 33%). Badanej postawiono diagnozę schizofrenii paranoidalnej, jest w wieku 53 lat, rozwiedziona, z wykształceniem zawodowym (zawód krawcowa). Badana zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie 21 lat wcześniej, wcześniej mieszkała w domu rodzinnym. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest córka badanej. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest bardzo dobry. Wypowiedzi są bogate pod względem formy i treści, zgodne z regułami gramatycznymi. Badana bardzo chętnie nawiązuje kontakt, odpowiada na pytania i opowiada o sobie i swoim życiu. Lubi opowiadać historie, które często są konfabulacją.

Badana nie ma poczucia choroby psychicznej, w obecnym stanie nie występują u niej ostre symptomy psychotyczne. Uważa, że mieszka w Domu Pomocy Społecznej, ponieważ nie ma odpowiednich finansów na samodzielne życie, ponadto twierdzi, że jest ważną osobistością i należy jej usługiwać. Personel jest zatem służbą, które jej w odpowiedni sposób służy.

Mieszkanka jest sprawna fizycznie i w pełni wykonuje wszystkie czynności samoobsługowe. Jest osobą, która dba o siebie, kupuje często nowe rzeczy, chodzi do fryzjera, używa kosmetyków.

Zainteresowania badanej są nietrwale, nie angażuje się w żadne czynności typu terapia zajęciowa, praca na rzecz zakładu lub inne. Najczęściej spędza czas w łóżku lub na kanapie. Ogląda również telewizję około 8h/dziennie. Rozumie treści programów

telewizyjnych, natomiast często jest to forma spędzania czasu. Czasami czyta książki lub gazety, lecz sporadycznie.

Z badaną utrzymuje kontakt jedna córka i rodzice. Obecnie ma lepsze relacje z matką niż z ojcem. Rodzina odwiedza badaną, czasami zabiera ją na święta. Często przysyła paczki, zaopatruje ją w ubrania i kosmetyki. W początkowym okresie, kiedy mieszkała w zakładzie rodzina zabierała ją na urlop do domu, w chwili obecnej, ze względu na stan zdrowotny matki badana pozostaje w Domu Pomocy Społecznej.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Pleszewie, gdzie ukończyła szkołę podstawową i zawodową w zawodzie krawcowej. Rodzice badanej pracowali w zakładach Famot Pleszew S.A. Producent Obrabiarek do Metalu. Badana po ukończeniu szkoły podjęła pracę w sklepie obuwniczym, gdzie pracowała dwa lata. W tym samym okresie wyszła za mąż i urodziła pierwszą córkę.

W 1983 urodziła drugą córkę. Mąż badanej utrzymywał rodzinę, natomiast ona zajmowała się gospodarstwem domowym. Niestety nie radziła sobie z obowiązkami, mieszkanie było zaniedbane, badana spotykała się z innymi mężczyznami, często zapraszając ich do domu. W wyniku tego postępowania mąż wniósł wniosek o rozwód, który nastąpił w 1984 roku.

Mieszkanka zamieszkała z rodzicami z jedną z młodszych córek. Były małżonek badanej wyprowadził się do swojego rodzinnego miasta – Zabrze wraz ze starszą z córek. W związku z zaistniałą sytuacją córka nie utrzymuje do dziś kontaktu z matką. Początkowo były to sporadyczne wizyty, natomiast w chwili obecnej córka w ogóle nie odwiedza i nie interesuje się matką.

Rodzice badanej zajmowali się córką i wnuczką, ale z uwagi na pojawiające się coraz częściej symptomy chorobowe nie radzili sobie z właściwą opieką nad nimi obiema. Mieszkanka podjęła leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego w Pleszewie, ale nie wykonywała żadnych czynności przy dziecku oraz nie pomagała przy prowadzeniu gospodarstwa domowego.

W tym okresie mieszkanka często uciekała z domu i powracała po pewnym okresie. Rodzice z powodu pracy nie byli w stanie się o nią w odpowiedni sposób zatroszczyć i kontrolować jej postępowania.

W wyniku wielokrotnych ucieczek i konsekwentnie odmawiania opieki nad dzieckiem oraz pomocy w domu rodzice postanowili złożyć wniosek o umieszczenie córki w zakładzie. W 1992 roku badana zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, w tym samym roku została też ubezwłasnowolniona, a opiekunem prawnym dziecka pozostał ojciec badanej. Gdy córka mieszkanki ukończyła 25 lat przejęła ona funkcję opiekuna prawnego.

Dobrostan emocjonalny

Badana nie jest chętna do działania, zazwyczaj nie może wykonywać tego, na co w danej chwili ma ochotę, w większość jej marzenia nie są spełnione.

Mieszkanka nigdy nie była osobą chętną do pracy, czy innych zajęć. Głównie leży, lub śpi. Czasami nie ma ochoty wstać z łóżka i iść na posiłek. Cechuje ją negatywizm w stosunku do tego jakiegokolwiek typu działań. Nie jest przy tym osobą zamkniętą wycofaną, która nie chce się kontaktować z innymi osobami. W zakładzie próbowano ją zainteresować terapią zajęciową, rehabilitacją czy aktywnością fizyczną. Mieszkanka lubi jedynie wyjeżdżać do miasta na zakupy lub na wycieczki. Jest to związane po części z jej tokiem myślenia. Uważa się za osobę lepszą, która jest obsługiwana przez innych.

Wypowiedź mieszkanki (pytania 13 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)ja tu wszystko mam, pełną obsługę, jedzenie, swój pokój, to co ja będę chodzić i robić, niech se inne robią jak chcą i mają ochotę.”

Wypowiedź mieszkanki (pytania 14 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)ja to bym chciała córkę odwiedzić, bo mi ją ten (...) zabrał i jak nie przyjechała tak nie, (...) a druga to przyjeżdża, i przywozi mi takie ładne rzeczy, niech pani spojrzy (wyjmuje szal i kosmetyki), ja tam mam pieniądze swoje, ale za mało mam, żeby gdzieś tam wynająć, a tu proszę bardzo wszystko jest. Poza tym to ja mam swój honor i się w życiu narobiłam, żeby teraz jeszcze musiała gdzieś latać.”

Matka badanej uważa, że córka nigdy nie chciała pracować, ciężko ją było zmusić do działań i tak jest do chwili obecnej. Twierdzi również, że głównym marzeniem córki jest

czasami jakiś wyjazd lub ucieczka, tak, żeby z spotkać się z mężczyzną, tak jak bywało to wcześniej gdy mieszkali razem.

Wypowiedź opiekuna prawnego (matka badanej)(pytania 8.1. i 8.2.):

„Ona nigdy nie pracowała i nie będzie pracować, żeby ją do czegoś zmusić to było ponad siły. Swoją córką też się nie zajmowała, tylko leżeć i tyle. Jak przychodziła do nas z dzieckiem to podaj mi herbaty, dziecko do nas a jej za chwilę nie było.”

Wypowiedź pracownika pierwszego kontaktu(pytania 8.1. i 8.2.):

„Wiem od matki i od ludzi, że zapraszała do domu facetów, wino na stole a dziecko w kołysce. Żadnego poczucia odpowiedzialności czy refleksji nad tym co robi. Cały czas rodzice panowali nad wszystkim, a jej w głowie było tylko latanie za chłopami

(...)Tutaj to nic nie robi, nie wstanie z łóżka i koniec, ale nie to, żeby depresja, że ona wyizolowana, tak po prostu ma przekonanie, że jest kimś lepszym, to jest służba, która jej służy i nic się nie robi. (...)Jeszcze kiedyś to szukała szczęścia po wsi, albo teraz imprezy to tak, pójdzie, no i na tym koniec.”

Pracownik pierwszego kontaktu potwierdza słowa opiekuna prawnego i dodaje, iż badana przez cały okres zamieszkiwania w ośrodku zachowywała się podobnie. Uważa, że treść zaburzeń psychicznych i tego co jest zakodowane w myśleniu badanej rzutuje na jej zachowanie. Ponadto badana nie została nauczona pewnych zachowań z domu. Matka mieszkanki zajmowała się nią i jej dzieckiem, podobnie postępował ojciec mieszkanki, który zarabiał na rodzinę. Badana nie ma specjalnych zainteresowań i nie wyraża chęci współpracy, co powoduje bardzo ograniczone możliwości w prowadzeniu rehabilitacji.

Reasumując mieszkanki, które są młodsze, krócej zamieszkują w zakładzie i są aktywne (mają swoje „obowiązki”) wykazują wyższy dobrostan emocjonalny, ponieważ chętniej uczestniczą w działaniach terapeutycznych i mają potrzebę tego uczestnictwa.

Mieszkanki najniżej oceniły spełnienie swoich pragnień i marzeń. Najczęściej marzą o usamodzielnieniu i zamieszkaniu poza zakładem, założeniu rodziny lub powrotu do niej. Niestety większość tych marzeń nie zostanie nigdy spełniona.

5.3 Subiektywna jakość życia – wyniki i analiza badań empirycznych

5.3.1 Wyniki i analiza subiektywnej jakości życia w odniesieniu do zmiennych niezależnych.

Jakość życia została oceniona w dwóch niezależnych sferach. Z punktu widzenia obiektywnych warunków życia oraz z punktu widzenia subiektywnego zadowolenia z życia. Badane oceniały te same aspekty życia pod względem obiektywnym i subiektywnym. Druga część badań obejmowała pytania dotyczące subiektywnej jakości życia na którą składały się segmenty dotyczące znaczenia poszczególnych segmentów życia oraz satysfakcji z nich.

Obliczono średnie oraz odchylenia standardowe. Średnią subiektywnej jakości życia zgodnie z przyjętymi kryteriami można zaliczyć do wyników niskich 51,6% (poniżej 65% skali). Natomiast średnia uzyskanych obiektywnej jakości życia jest jeszcze niższa – 38,6%. Okazało się, że istnieje różnica w ocenach obiektywnych i subiektywnych. Badane wyżej oceniły swoją jakość życia niż wskazują na to obiektywne warunki. Wynik ten jest ważny ze względu na specyfikę poznawania jakości życia badanej grupy osób. Istniejący rozdzwięk pomiędzy ocenami obiektywnymi i subiektywnymi, zwraca uwagę na fakt, że obiektywne badanie warunków życia może niewiele mówić o subiektywnych odczuciach tych osób.

Tabela 84. Subiektywna jakość życia. Statystyki opisowe.

<i>Subiektywna jakość życia</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Średnia (%)</i>	<i>Średnia</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>
	51	37,00	61,00	51,6%	<u>48,47</u>	5,71

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Analizując dwa główne segmenty, na które podzielona jest subiektywna jakość życia można zauważyć, iż średnia dotycząca oceny ważności poszczególnych segmentów jakości życia (62%) jest wyższa niż ocena satysfakcji poszczególnych segmentów jakości życia (47%). Poniżej przedstawiono zestawienie wyników w tabelach 85 i 86.

Tabela 85. Subiektywna jakość życia – ocena ważności poszczególnych segmentów życia. Statystyki opisowe.

<i>Subiektywna – ocena ważności poszczególnych segmentów życia</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Średnia (%)</i>	<i>Średnia</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>
	51	13,00	29,00	62,0%	<u>20,92</u>	4,45

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Tabela 86. Subiektywna jakość życia – ocena satysfakcji z poszczególnych segmentów życia. Statystyki opisowe.

<i>Subiektywna – ocena satysfakcji z poszczególnych segmentów życia</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Średnia (%)</i>	<i>Średnia</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>
	51	11,00	25,00	47,3%	<u>20,92</u>	3,47

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Z analizy statystycznej wynika, że czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej jest istotny w ocenie subiektywnej jakości życia - osoby zamieszkujące najkrócej i najdłużej oceniły wyżej jakość życia, niż mieszkanki, które mieszkają powyżej 16 a poniżej 25 lat (tabela 89). Istotny jest również kontakt z rodziną w subiektywnej ocenie jakości życia, którą poczyniły mieszkanki (tabela 90).

Wyniki analizy statystycznej subiektywnej jakości życia potwierdzają dane, które zostały uzyskane w skali obiektywnej. Mieszkanki młodsze, krótko zamieszkujące w Domu Pomocy Społecznej, które mają wsparcie rodziny uzyskały wyższy wynik obiektywnej jakości życia i subiektywnie wyżej oceniły jakość życia.

Natomiast różnica w ocenie obiektywnej i subiektywnej dotyczy rodzaju ubezwłasnowolnienia i opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Osoby ubezwłasnowolnione częściowo, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny wyżej oceniły jakość życia. Analiza obiektywnych warunków jakości życia wskazywała na odwrotną zależność.

Poniżej w tabeli przedstawiono wyniki obrazujące powyższe dane.

Tabela 87. Subiektywna jakość życia a wiek badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wiek	36-44	5	50,20	5,97	62,033	63	0,511
	45-64	38	48,81	5,52			
	65<	7	43,85	3,71			
	Ogółem	51	48,47	5,71			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Osoby badane, które są młodsze istotnie wyżej oceniły jakość życia niż osoby starsze ($X^2=79,543$; $df=48$; $p= 0,003$, dla $p < 0,05$) (tabela 87). Subiektywna ocena jakości życia i wszystkie składające się na nią segmenty zostały ocenione wyżej u osób młodszych. Obiektywna ocena jakości życia mieszanek również wykazała, że osoby młodsze uzyskały istotnie wyższe średnie niż osoby starsze.

Tabela 88. Subiektywna jakość życia a stan cywilny badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Stan cywilny	Panna	33	48,57	5,57	32,628	48	0,956
	Rozwiedziona	16	47,93	6,43			
	Ogółem	51	48,47	5,71			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Mieszkanki, które są niezamężne, nieznacznie wyżej oceniają jakość życia niż panie, które są rozwiedzione (tabela 88). Analiza obiektywnej jakości życia wykazała istotny związek ze stanem cywilnym badanych i podobnie jak w ocenie subiektywnej jakości życia mieszkanki, które są pannami osiągnęły wyższe średnie niż panie, które są rozwiedzione. Oznacza to, iż obiektywna ocena jakości życia badanych w tym segmencie ma odzwierciedlenie w ich ocenie subiektywnej.

Tabela 89. Subiektywna jakość życia a czas pobytu w Domu Pomocy. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	5-9 lat	15	50,60	4,91	79,543	48	<u>0,003</u>
	10-15lat	9	49,88	7,28			
	16-25 lat	24	46,50	5,34			
	26<	3	49,33	4,16			
	Ogółem	51	48,47	5,71			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Czas zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej jest istotny dla subiektywnej oceny jakości życia badanych ($X^2=79,543$; $df=48$; $p= 0,003$, dla $p < 0,05$)(tabela 89). Mieszkanki, które mieszkają do 15 lat w zakładzie lub powyżej 26 lat wyżej oceniają swoją jakość życia, podobnie wykazała ocena obiektywnej jakości życia.

Najwyżej jakość życia oceniły panie które mieszkają w Domu Pomocy Społecznej do 9 lat. Jest to grupa młodych mieszkanek, lub w średnim wieku, uczestniczących aktywnie w działaniach zakładu, które są dla nich nadal interesujące. Kolejny czynnik to lepsze zdrowie mieszkanek i wyższa satysfakcja z niego w tej grupie badanych oraz nadzieja na opuszczenie placówki. Badane najkrócej przebywające w Domu Pomocy Społecznej twierdzą, że przebywają w zakładzie tymczasowo, co daje im więcej motywacji do działania i większą satysfakcję ze swoich osiągnięć.

Tabela 90. Subiektywna jakość życia a osoby, które utrzymują kontakt z badanymi. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzina osoby badanej	Rodzice, rodzeństwo	27	49,37	6,32	89,934	63	<u>0,015</u>
	Dzieci	14	48,07	5,35			
	Nie mam nikogo	9	45,77	3,56			
	Ogółem	51	48,47	5,71			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Mieszkanki, z którymi utrzymują kontakt rodzice lub dzieci istotnie wyżej oceniają jakość życia niż panie, z którymi nikt nie utrzymuje bliższego kontaktu (tabela 90) ($X^2=89,934$; $df=63$; $p=0,015$ dla $p < 0,05$).

Analiza obiektywnej jakości życia wykazała tożsame korelacje. Panie, które są odwiedzane przez rodzinę lub przyjaciół są w lepszej kondycji fizycznej, mają wyższe zasoby materialne, z uwagi na pomoc finansową jaką udziela rodzina, nawiązują kontakty z osobami spoza zakładu, z uwagi na wyjazdy urlopowe, które spędzają z najbliższymi. Dzięki temu mają większą motywację do działania i satysfakcję z poszczególnych segmentów życia.

Tabela 91. Subiektywna jakość życia a rodzaj ubezwłasnowolnienia osób badanych. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	48,35	5,98	11,033	16	0,807
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	48,78	5,13			
	Ogółem	51	48,47	5,71			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

W subiektywnej ocenie jakości życia można stwierdzić, iż osoby ubezwłasnowolnione częściowo uzyskują nieznacznie wyższe średnie niż osoby ubezwłasnowolnione całkowicie (tabela 91).

Wynik obiektywnej jakości życia wykazał odwrotną sytuację. Natomiast analiza poszczególnych segmentów subiektywnej jakości życia wykazała, że badane ubezwłasnowolnione częściowo czują się zdrowsze i odczuwają wyższą satysfakcję ze swojego stanu zdrowia, udział w zajęciach terapeutycznych oraz rehabilitacyjnych jest dla nich istotniejszy, uważają, że mają lepszą sytuację finansową co przekłada się na zadowolenie z posiadanych dóbr materialnych.

Analiza jakości życia pod kątem obiektywnym wykazała, że mieszkanki ubezwłasnowolnione całkowicie mają lepsze zdrowie, są aktywniejsze, mają więcej

przyjaciół i częściej nawiązują kontakty z osobami spoza zakładu. Pomimo tego badane ubezwłasnowolnione całkowicie niżej oceniają jakość swojego życia, co potwierdza wniosek, że ocena obiektywna może się różnić od subiektywnych odczuć osób badanych.

Tabela 92. Subiektywna jakość życia a opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Test Chi-kwadrat Pearsona.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>	<i>X²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej	Osoba z rodziny	43	48,60	5,42	14,185	16	0,585
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	47,75	7,47			
	Ogółem	51	48,47	5,71			

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań: * $p < 0,05$.

Mieszkanki, których opiekunem jest pracownik Domu Pomocy Społecznej oceniły niżej swoją jakość życia niż osoby, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny (tabela 92). W przypadku oceny obiektywnej jakości życia sytuacja była odwrotna. Czynniki obiektywne wskazywały, iż to pracownik DPS jako opiekun prawny był czynnikiem, który podnosił jakość życia w wielu jego segmentach życia takich jak produktywność, zażyłość z bliskimi i poczucie bezpieczeństwa.

Jednak subiektywne odczucia mieszkanek w tym względzie są inne. Pomimo, że pracownicy mają stały kontakt z mieszkankami, niekiedy lepiej niż osoby z rodziny dbają o ich interesy finansowe i starają się rozwiązywać bieżące problemy badanych, to jednak nie przekłada się to na wyższą ocenę jakości życia przez mieszkanki.

5.3.2 Wyniki i analiza poszczególnych segmentów subiektywnej jakości życia

Byt materialny

Wyniki badań poszczególnych segmentów wskazują, iż osoby badane nie były usatysfakcjonowane z zasobów materialnych. Ponad połowa badanych (51,0% - 26 osób) deklaruowała, że posiadane rzeczy są bardzo ważne w ich życiu. Tylko 17,6% (9 osób) stwierdziło, że posiadane dobra materialne są dla nich mało ważne. Natomiast żadna z mieszkanek nie udzieliła odpowiedzi, że posiadane przedmioty w ogóle są dla niej nieistotne (schemat 30).

Schemat 30. Posiadane przedmiotów i ich znaczenie w życiu badanych. Częstości.

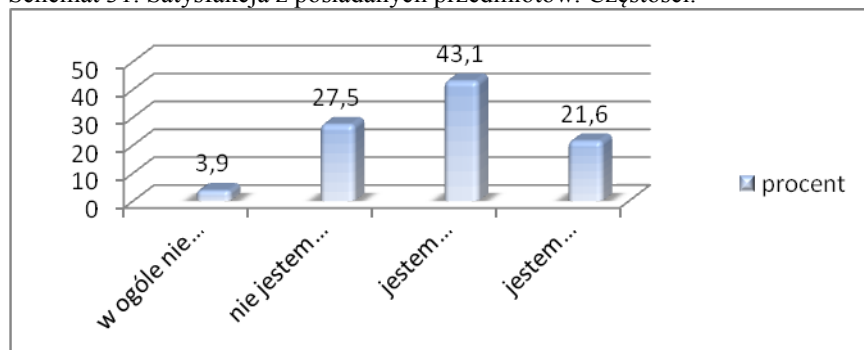


Posiadane przedmiotów i ich znaczenie w życiu badanych	N	%
mało ważne	9	17,6
ważne	9	17,6
bardzo ważne	26	51,0
najważniejsze w moim życiu	7	13,7
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

70,6% (36 osób) badanych nie wyrażało zadowolenia z ilości oraz jakości posiadanych rzeczy i przedmiotów, tylko dwie osoby udzieliły odpowiedzi, że są bardzo zadowolone z tego co posiadają (schemat 31).

Schemat 31. Satysfakcja z posiadanych przedmiotów. Częstości.



Satysfakcja z posiadanych przedmiotów	N	%
w ogóle nie jestem zadowolona	2	3,9
nie jestem zadowolona	14	27,5
jestem średnio zadowolona	22	43,1
jestem zadowolona	11	21,6
jestem bardzo zadowolona	2	3,9
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Podczas analizy obiektywnej jakości życia badanych w segmencie bytu materialnego wykazano, że mieszkanki osiągnęły średnią równą 48,41%. Wynika z tego, że obiektywne warunki materialne są zadowalające w około 50%. Natomiast analizując subiektywną jakość

życia można wnioskować, że większość badanych jest z nich nieusatysfakcjonowana 70,6% (36 osób), ponadto, badane uważają, że jest to bardzo istotny segment ich życia.

Z analizy statystycznej wynika, że na ważność oraz satysfakcję z bytu materialnego nie ma mają wpływu poszczególne zmienne niezależne, co przedstawia tabela poniżej.

Tabela 93. Analiza wariancji (ANOVA) z uwzględnieniem następujących czynników: ważność, satysfakcja, byt materialny badanych.

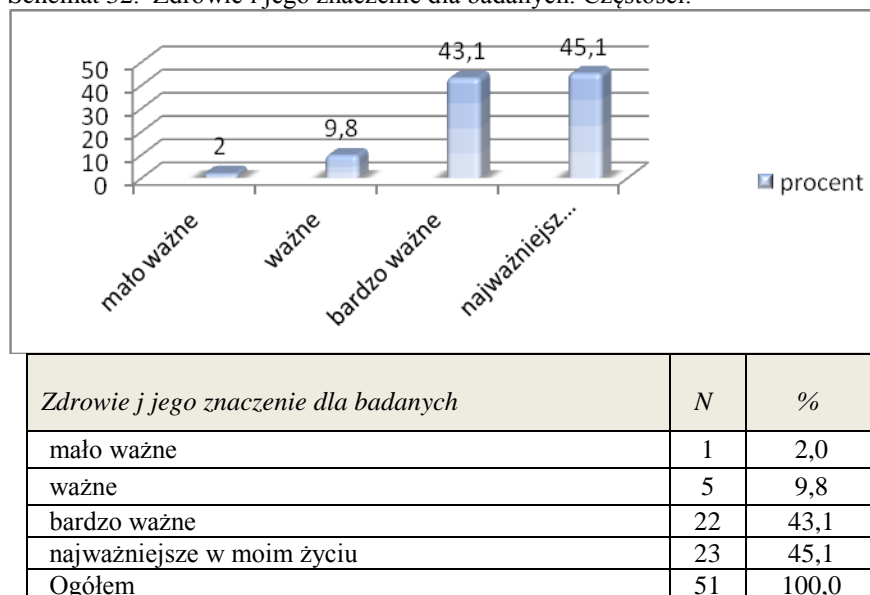
Czynniki uwzględnione w analizie	Kategorie uwzględnione w analizie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Wiek	Ważność	1,947	3	0,649	0,723	0,544
	Satysfakcja	2,571	3	0,857	1,053	0,378
Stan cywilny	Ważność	0,520	3	0,173	0,187	0,905
	Satysfakcja	1,074	3	0,358	0,423	0,737
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	Ważność	0,376	3	0,125	0,135	0,939
	Satysfakcja	2,201	3	0,734	0,893	0,452
Posiadanie rodziny przez osoby badane	Ważność	4,170	3	1,390	1,634	0,194
	Satysfakcja	5,173	3	1,724	2,273	0,092
Rodzaj ubezpieczenia	Ważność	0,026	1	0,026	0,028	0,867
	Satysfakcja	0,067	1	0,067	0,080	0,778
Opiekun prawny osoby badanej	Ważność	0,110	1	0,110	0,123	0,728
	Satysfakcja	0,033	1	0,033	0,039	0,843

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.; * $p < 0,05$.

Zdrowie

Zdrowie dla osób badanych było bardzo ważnym segmentem życia. Aż 98,0% (50 osób) badanych stwierdziło, że jest ono bardzo ważne lub najważniejsze w ich życiu (schemat 32).

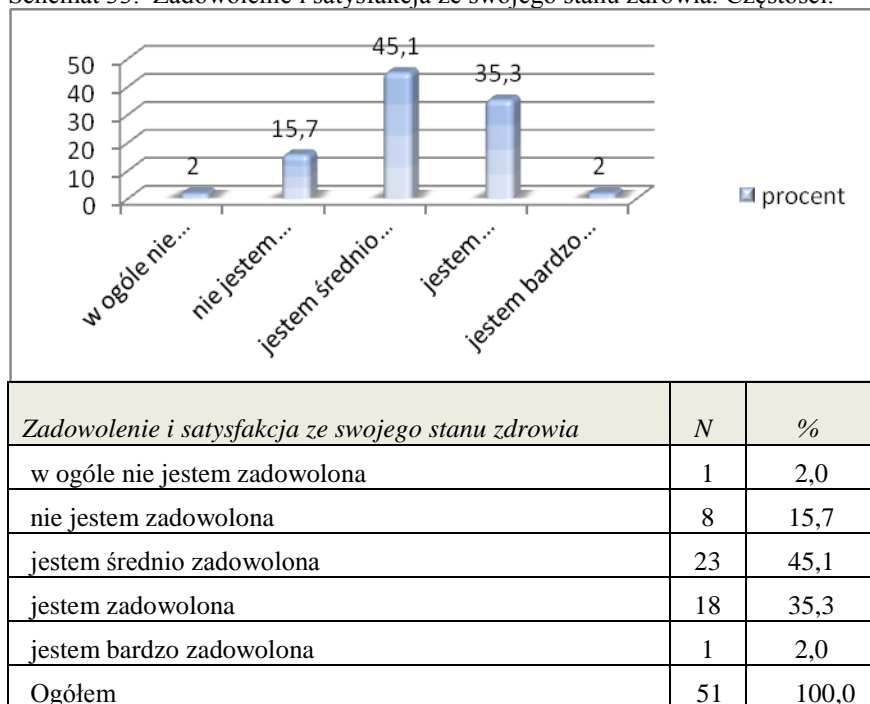
Schemat 32. Zdrowie i jego znaczenie dla badanych. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Mieszkancki w większości były usatysfakcjonowane ze swojego zdrowia. 37,3% (19 osób) deklarowało zadowolenie ze swojego stanu zdrowia a blisko połowa badanych 45,1% (23 osoby) była z niego średnio zadowolona (schemat 33).

Schemat 33. Zadowolenie i satysfakcja ze swojego stanu zdrowia. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Wynika z tego, że obiektywny stan zdrowia jest podobny do subiektywnych odczuć mieszkanki w tym segmencie jakości życia.

W części obiektywnej badania, segment zdrowia uzyskał wysoką średnią 54,5% w stosunku do innych segmentów. Obiektywny stan zdrowia został oceniony na średnim poziomie, podobnie jak w części subiektywnej.

Z analizy statystycznej wynika, że na ważność oraz satysfakcję ze zdrowia mieszkanki nie mają wpływu poszczególne zmienne niezależne, co przedstawia tabela poniżej.

Tabela 94. Analiza wariancji (ANOVA) z uwzględnieniem następujących czynników: ważność, satysfakcja, zdrowie badanych.

Czynniki uwzględnione w analizie	Kategorie uwzględnione w analizie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Wiek	Ważność	3,489	3	1,163	2,327	0,087
	Satysfakcja	0,314	3	0,105	0,155	0,926
Stan cywilny	Ważność	1,352	3	0,451	0,826	0,486
	Satysfakcja	0,556	3	0,185	0,277	0,842
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	Ważność	2,089	3	0,696	1,315	0,281
	Satysfakcja	3,125	3	1,042	1,693	0,181
Posiadanie rodziny przez osoby badane	Ważność	2,211	3	0,737	1,398	0,255
	Satysfakcja	3,436	3	1,145	1,882	0,146
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ważność	0,563	1	0,563	1,045	0,312
	Satysfakcja	1,043	1	1,043	1,649	0,205
Opiekun prawny osoby badanej	Ważność	0,039	1	0,039	0,070	0,792
	Satysfakcja	0,304	1	0,304	0,469	0,497

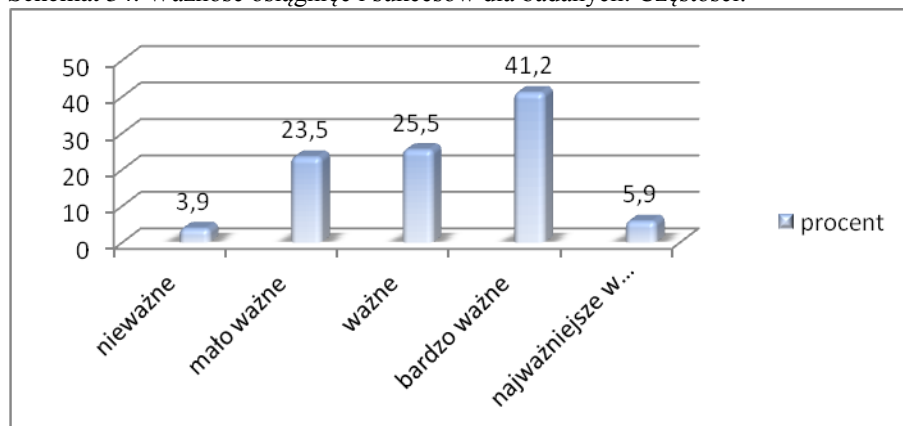
Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.; * $p < 0,05$.

Produktywność

W segmencie **produktywność** subiektywnej oceny jakości życia wyróżniono poczucie sukcesu i satysfakcję z osiągnięć jaką odczuwają osoby badane. Zadowolenie z osiągnięć i sukcesów było ważne dla osób badanych - 72,7% badanych (37 osób) potwierdza

tę tezę (schemat 34). Panie chętnie pokazywały swoje trofea i dyplomy, które zdobyły na różnego rodzaju zawodach sportowych lub konkursach plastycznych. Opowiadały również o swoich sukcesach, które zdobyły wspólnie.

Schemat 34. Ważność osiągnięć i sukcesów dla badanych. Częstości.

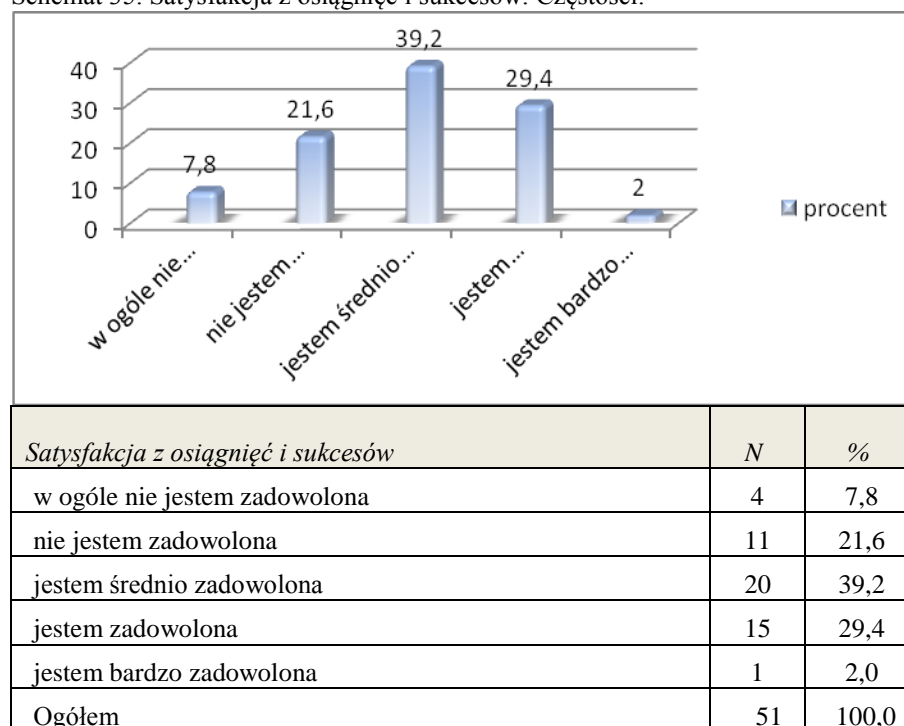


Ważność osiągnięć i sukcesów dla badanych	N	%
nieważne	2	3,9
mało ważne	12	23,5
ważne	13	25,5
bardzo ważne	21	41,2
najważniejsze w moim życiu	3	5,9
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

W większość mieszkanki były zadowolone ze swoich osiągnięć, choć wiele z nich czuło niedosyt i ma w związku z tym potrzebę udowodnienia swoich zdolności. Jedenaście osób 21,6%(11) wykazało niezadowolenie z tej sfery życia. Niektóre z badanych nie miały specjalnych osiągnięć i zainteresowań a inne panie po prostu nie miały dotychczas możliwości, aby się wykazać w jakiejś dziedzinie (schemat 35).

Schemat 35. Satysfakcja z osiągnięć i sukcesów. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Wynik segmentu produktywność w obiektywnej jakości życia wskazuje, iż jest on niski, badane osiągnęły średnią 36,0%, co jest drugim najniższym wynikiem ze wszystkich badanych segmentów. Analizując subiektywne odczucia dotyczące tego segmentu życia można stwierdzić, że produktywność jest dla badanych ważna. Pojawia się zatem rozdźwięk pomiędzy obiektywną rzeczywistością a oceną ważności tego segmentu dla badanych.

Z obserwacji wynika ponadto, że mieszkanki, które aktywnie uczestniczą w terapii zajęciowej lub innych zajęciach są bardziej usatysfakcjonowane ze swoich osiągnięć i są one dla nich zdecydowanie ważniejsze niż dla osób, które spędzają czas biernie.

Z analizy statystycznej wynika, że na ważność w segmencie produktywność w analizie subiektywnej jakości życia istotny wpływ ma rodzaj ubezwłasnowolnienia. Pozostałe zmienne nie wpływają w sposób istotny statystycznie na ważność lub satysfakcję z zakresu produktywności badanych osób (tabela 95).

Tabela 95. Analiza wariancji (ANOVA) z uwzględnieniem następujących czynników: ważność, satysfakcja, produktywność badanych.

Czynniki uwzględnione w analizie	Kategorie uwzględnione w analizie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Wiek	Ważność	2,255	3	0,752	0,730	0,539
	Satysfakcja	1,693	3	0,564	0,600	0,618
Stan cywilny	Ważność	0,948	3	0,316	0,299	0,826
	Satysfakcja	1,605	3	0,535	0,567	0,639
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	Ważność	0,805	3	0,268	0,253	0,859
	Satysfakcja	1,922	3	0,641	0,684	0,566
Posiadanie rodziny przez osoby badane	Ważność	1,752	3	0,584	0,562	0,643
	Satysfakcja	1,689	3	0,563	0,598	0,619
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ważność	0,875	1	0,875	0,861	<u>0,0358</u>
	Satysfakcja	0,020	1	0,020	0,021	0,884
Opiekun prawny osoby badanej	Ważność	0,078	1	0,078	0,076	0,784
	Satysfakcja	0,015	1	0,015	0,016	0,901

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.; * $p < 0,05$.

Ważność segmentu produktywność w subiektywnej ocenie jakości życia jest istotnie zależna od rodzaju ubezwłasnowolnienia osób badanych ($F=0,861$; $df=1$; $p= 0,0358$, dla $p < 0,05$)(tabela 96). Dla mieszanek ubezwłasnowolnionych całkowicie stałe zajęcia i terapia są ważniejsze niż dla mieszanek ubezwłasnowolnionych częściowo.

Tabela 96. Rodzaju ubezwłasnowolnienia a ważność produktywności dla badanych. Porównywanie średnich.

zmienna	kategorie	N	średnia	odchylenie standardowe
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ubezwłasnowolnienie całkowite	37	4,19	0,77
	Ubezwłasnowolnienie częściowe	14	3,86	0,77
	Ogółem	51	4,10	0,78

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

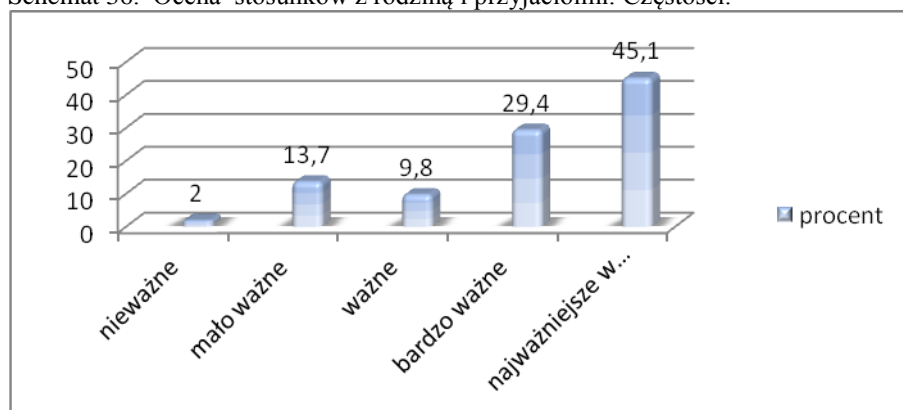
Ocena segmentu produktywność obiektywnej jakości życia wykazała, że mieszkanki ubezwłasnowolnione całkowicie uzyskały wyższe średnie niż mieszkanki ubezwłasnowolnione częściowo. Oznacza, to, iż ocena tego segmentu przełożyła się na

rzeczywiste działania badanych. Mieszkanki ubezwłasnowolnione całkowicie podejmują więcej działań, są osobami, które aktywnie biorą udział w terapii i jest to dla nich ważna dziedzina życia.

Zażyłość z bliskimi

W skali oceny subiektywnej jakości życia na drugim miejscu badane postawiły stosunki z rodziną i przyjaciółmi. 84,3% (43 osoby) badanych deklaruje, że bliskie stosunki z rodziną są dla nich bardzo ważne, w tym aż 45,1% (23 osoby) stwierdziło, że są najważniejsze w ich życiu (schemat 36).

Schemat 36. Ocena stosunków z rodziną i przyjaciółmi. Częstości.

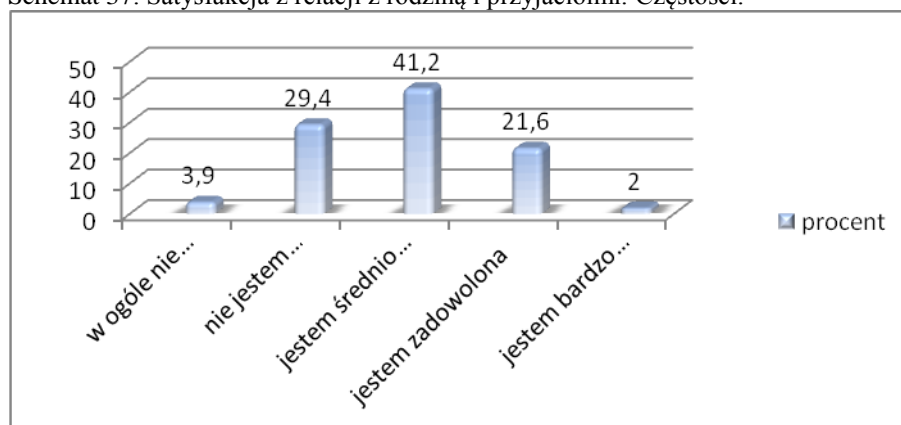


Ocena stosunków z rodziną i przyjaciółmi	N	%
nieważne	1	2,0
mało ważne	7	13,7
ważne	5	9,8
bardzo ważne	15	29,4
najważniejsze w moim życiu	23	45,1
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Jedna trzecia badanych 33,3% (17osób), w ogóle nie jest zadowolonych ze stosunków rodzinnych i zaledwie 23,6% (12 osób) może powiedzieć, że te relacje są dobre lub bardzo dobre. Tylko 2% (1 osoba) twierdzi, że jest bardzo zadowolona i usatysfakcjonowana ze stosunków z rodziną.

Schemat 37. Satysfakcja z relacji z rodziną i przyjaciółmi. Częstości.



Satysfakcja z relacji z rodziną i przyjaciółmi	N	%
w ogóle nie jestem zadowolona	2	3,9
nie jestem zadowolona	15	29,4
jestem średnio zadowolona	21	41,2
jestem zadowolona	11	21,6
jestem bardzo zadowolona	1	2,0
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Obiektywna jakość życia w segmencie dotyczącym zażyłości z bliskimi została oceniona na poziomie 50,6%, jest to stosunkowo wysoki wynik w porównaniu do innych segmentów życia. Jednak satysfakcja ze stosunków z rodziną jest niższa niż oczekiwana przez osoby badane.

Jak już zostało wspomniane z mieszkankami najczęściej kontakt utrzymują rodzice lub rodzeństwo. Również dzieci mieszanek starają się podtrzymywać stałą relację, choć badane nie zawsze są zadowolone z tych kontaktów. Najczęściej jest to osoba, która jest zarazem opiekunem prawnym. Badane są najczęściej odwiedzane przez rodziców. Niektóre mieszkanki wyjeżdżają na urlopy lub święta do rodziny.

Niekorzystnie przedstawia się sytuacja kobiet, które nie mają kontaktu z rodziną ani przyjaciółmi spoza zakładu. Jedyne przyjaźnie, które zawierają to te na terenie placówki. Jeśli nie mają nikogo, kto by je odwiedzał to pozostają samotne, lub skazane na wciąż te same osoby z otoczenia.

Skuteczność prowadzenia terapii dla tych osób systematycznie spada, ponieważ lepsze efekty rehabilitacji osiągają osoby, które są regularnie odwiedzane i wspierane. Posiadanie bliskich poza instytucją to również poczucie bezpieczeństwa i świadomość minimalnej chociażby niezależności od niej (Dykcik, 1998).

Badania potwierdzają, że dla przeważającej grupy mieszkanek relacje z bliskimi są bardzo istotne i tylko niewielka grupa jest z nich usatysfakcjonowana, pomimo iż badanie obiektywnej jakości życia wykazało, że segment zażyłości z bliskimi uzyskał stosunkowo wysoką średnią.

Z analizy statystycznej wynika, że na ważność oraz satysfakcję z produktywności nie ma mają wpływu poszczególne zmienne niezależne, co przedstawia tabela poniżej (tabela 97).

Tabela 97. Analiza wariancji (ANOVA) z uwzględnieniem następujących czynników: ważność, satysfakcja, zażyłość z bliskimi osób badanych.

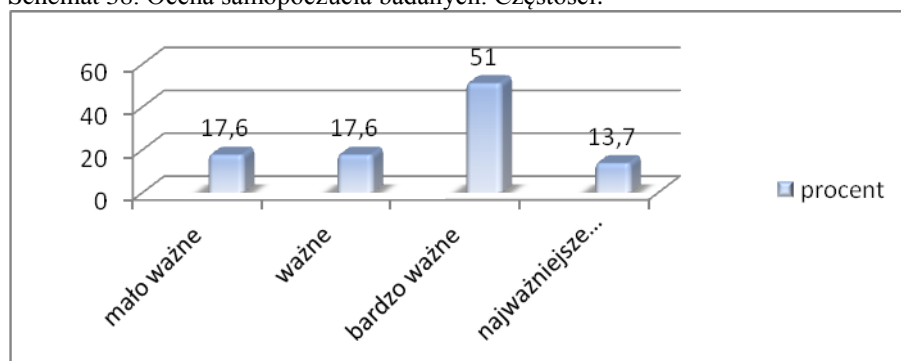
Czynniki uwzględnione w analizie	Kategorie uwzględnione w analizie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Wiek	Ważność	4,171	3	1,390	1,075	0,369
	Satysfakcja	1,693	3	0,564	,600	0,618
Stan cywilny	Ważność	1,816	3	0,605	0,450	0,718
	Satysfakcja	1,605	3	0,535	0,567	0,639
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	Ważność	4,047	3	1,349	1,041	0,383
	Satysfakcja	1,922	3	0,641	0,684	0,566
Posiadanie rodziny przez osoby badane	Ważność	9,160	3	3,053	2,571	0,065
	Satysfakcja	1,689	3	0,563	,598	0,619
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ważność	0,052	1	0,052	0,039	0,844
	Satysfakcja	0,020	1	0,020	0,021	0,884
Opiekun prawny osoby badanej	Ważność	0,198	1	0,198	0,150	0,700
	Satysfakcja	0,015	1	0,015	0,016	0,901

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.; * $p < 0,05$.

Bezpieczeństwo

Większość mieszkanek deklarowało, że samopoczucie jest dla nich bardzo istotne lub najważniejsze w ich życiu, twierdzi tak aż 80,4% (41 osób) badanych. Tylko dwie osoby stwierdziły, że jest to mało ważny aspekt w ich życiu 3,9% (2 osoby)(schemat 38).

Schemat 38. Ocena samopoczucia badanych. Częstości.

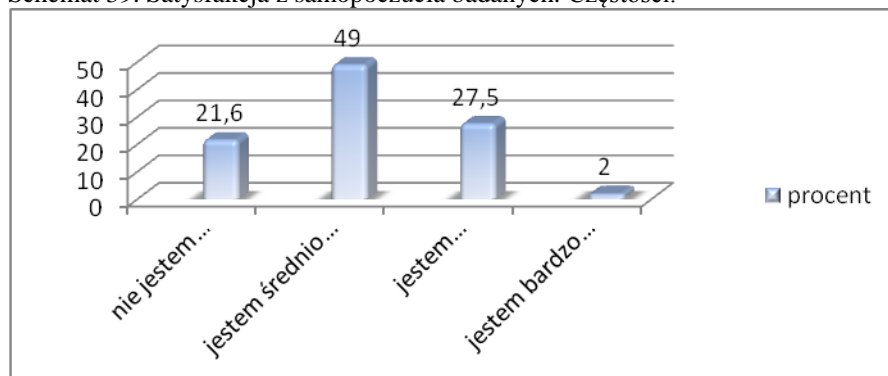


Ocena samopoczucia osób badanych	N	%
mało ważne	2	3,9
ważne	8	15,7
bardzo ważne	17	33,3
najważniejsze w moim życiu	24	47,1
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

49,0% (25 osób) badanych jest średnio zadowolona ze swoje samopoczucia, a 21,6% (11 osób) w ogóle nie jest z niego usatysfakcjonowana (schemat 39).

Schemat 39. Satysfakcja z samopoczucia badanych. Częstości.



Satysfakcja z samopoczucia badanych	N	%
nie jestem zadowolona	11	21,6
jestem średnio zadowolona	25	49,0
jestem zadowolona	14	27,5
jestem bardzo zadowolona	1	2,0
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Analiza obiektywnej jakości życia wykazała, że mieszkanki uzyskały najwyższą średnią w zakresie segmentu jakości życia jakim jest bezpieczeństwo - 78,5%, jednak analiza subiektywnych odczuć w tym segmencie życia wykazała, że mieszkanki nie są usatysfakcjonowane w takim samym stopniu z tej sfery życia.

Z analizy statystycznej wynika, że na satysfakcję z samopoczucia istotny wpływ ma wiek osób badanych oraz opiekun prawny osoby badanej, natomiast istotnie ważniejsze jest samopoczucie dla mieszanek ubezwłasnowolnionych całkowicie (tabela 98). Pozostałe zmienne nie wpływają w sposób istotny na ważność lub satysfakcję z zakresu bezpieczeństwa osób badanych (tabela 98).

Tabela 98. Analiza wariancji (ANOVA) z uwzględnieniem następujących czynników: ważność, satysfakcja, bezpieczeństwo badanych.

Czynniki uwzględnione w analizie	Kategorie uwzględnione w analizie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Wiek	Ważność	3,926	3	1,309	1,805	0,160
	Satysfakcja	5,583	3	1,861	2,769	<u>0,052</u>
Stan cywilny	Ważność	4,968	3	1,656	2,357	0,084
	Satysfakcja	0,661	3	,220	,284	0,837
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	Ważność	4,463	3	1,488	2,085	0,115
	Satysfakcja	1,218	3	0,406	,531	0,663
Posiadanie rodziny przez osoby badane	Ważność	1,424	3	0,475	0,609	0,613
	Satysfakcja	4,491	3	1,497	2,153	0,106
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ważność	3,201	1	3,201	4,508	<u>0,039</u>
	Satysfakcja	1,815	1	1,815	2,516	0,119
Opiekun prawny osoby badanej	Ważność	2,334	1	2,334	3,205	0,080
	Satysfakcja	5,130	1	5,130	7,844	<u>0,007</u>

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.; * $p < 0,05$.

Starsze mieszkanki odczuwają istotnie wyższą satysfakcję ze swojego samopoczucia niż młodsze panie ($F=2,769$; $df=3$; $p=0,052$, dla $p < 0,05$) (tabela 99). Sytuacja jest podobna, do wyników badań w skali obiektywnej, gdzie można zaobserwować, że osoby starsze

osiągnęły wyższe średnie w segmencie bezpieczeństwo obiektywnej jakości życia niż osoby młode.

Tabela 99. Wiek a satysfakcja z samopoczucia badanych. Porównywanie średnich.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>
Wiek	40 -55	5	2,80	0,83
	55-65	38	3,13	0,77
	>65	7	3,00	0,57
	Ogółem	51	3,10	0,75

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań

Badane, których opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej istotnie wyżej oceniają satysfakcję z samopoczucia niż osoby będące pod opieką osoby z rodziny ($F=7,844$; $df=1$; $p= 0,007$, dla $p<0,05$)(tabela 100). Analiza obiektywnej jakości życia również wykazała, że poczucie bezpieczeństwa jest wyższe u osób, których opiekunem prawnym jest pracownik DPS.

Prawdopodobnie ma na to wpływ bezpośredni kontakt jaki mieszkanki mogą utrzymywać ze swoim opiekunem prawnym. Pracownik Domu Pomocy Społecznej widuje się z mieszkanką codziennie i może jej pomóc w rozwiązaniu wielu spraw, ponadto jest to osoba, która zazwyczaj jest również pracownikiem pierwszego kontaktu, co nie pozostaje bez znaczenia w odniesieniu do poczucia bezpieczeństwa badanej, co zostało nakreślone szerzej podczas interpretacji obiektywnej jakości życia mieszanek.

Tabela 100. Opiekun prawny a satysfakcja z samopoczucia badanych. Porównywanie średnich.

<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>
Opiekun prawny osoby badanej	Osoba z rodziny	43	3,09	0,75
	Pracownik Domu Pomocy Społecznej	8	3,13	0,83
	Ogółem	51	3,10	0,75

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Badane, które są ubezwłasnowolnione całkowicie wyżej cenią swoje samopoczucie, niż badane ubezwłasnowolnione częściowo ($F=4,508$; $df=1$; $p= 0,039$, dla $p<0,05$)(tabela 101). Podczas analizy obiektywnej jakości życia wykazano, że rodzaj ubezwłasnowolnienia nie ma znaczenia w ocenie tego segmentu życia.

Natomiast analiza subiektywnych odczuć mieszanek wykazała, że dla osób ubezwłasnowolnionych całkowicie poczucie bezpieczeństwa i ogólne samopoczucie jest

ważniejsze niż dla osób ubezpieczonych częściowo, co oznacza, że rodzaj ubezpieczenia ma istotne znaczenie w ocenie jakości życia badanych.

Tabela 101. Rodzaju ubezpieczenia a ważność samopoczucia badanych. Porównywanie średnich.

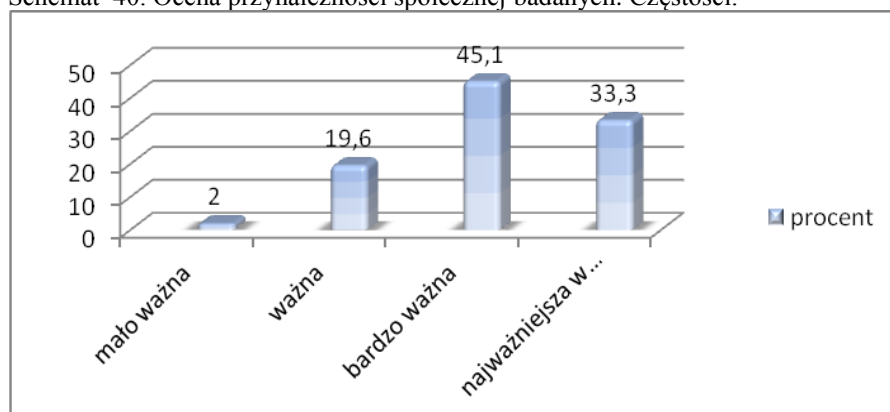
<i>zmienna</i>	<i>kategorie</i>	<i>N</i>	<i>średnia</i>	<i>odchylenie standardowe</i>
Rodzaj ubezpieczenia	Ubezpieczenie nie całkowite	37	4,35	0,75
	Ubezpieczenie częściowe	14	3,93	1,07
	Ogółem	51	4,24	0,86

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Przynależność społeczna

Równie ważne jak zdrowie są dla osób badanych spotkania z innymi ludźmi spoza Domu Pomocy Społecznej. Badane kobiety stawiają kontakty z osobami spoza zakładu na równi ze swoim zdrowiem. 98,0% badanych (50 osób) deklaruje, że jest to dla nich ważne, bardzo ważne lub wręcz najważniejsze w życiu, aby móc nawiązać z kontakt z kimś spoza DPS (schemat 40).

Schemat 40. Ocena przynależności społecznej badanych. Częstości.



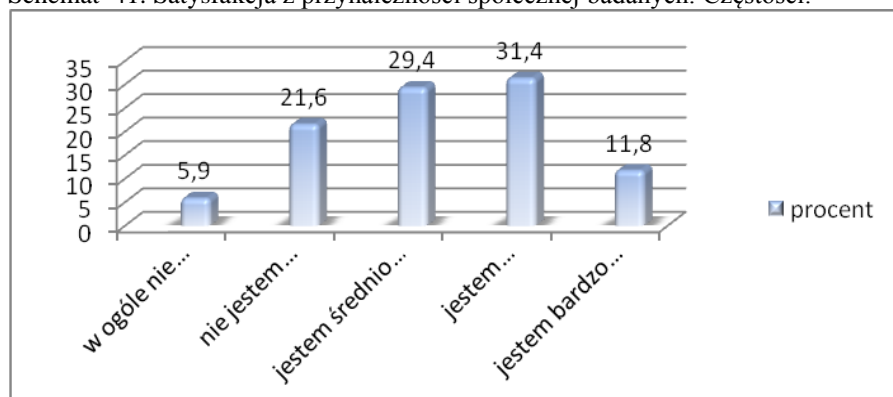
<i>Przynależność społeczna badanych osób</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
mało ważna	1	2,0
ważna	10	19,6
bardzo ważna	23	45,1
najważniejsza w moim życiu	17	33,3
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Ponad połowa badanych 56,9% (29 osób) nie była zadowolona z tego typu relacji, ale 43,2% (22 osoby) stwierdziło, że jest zadowolonych z tego typu kontaktów. Nieliczne osoby 11,8% (6 osób) są nawet bardzo zadowolone z tego segmentu życia (schemat 41).

Główne zarzuty, które formułują osoby badane to brak tego typu kontaktów, lub to, że są one bardzo sporadyczne. Ponadto większą szansę na nawiązanie i utrzymanie relacji mają osoby, które systematycznie odwiedzają rodzinę i wyjeżdżają na wakacje.

Schemat 41. Satysfakcja z przynależności społecznej badanych. Częstości.



Przynależność społeczna badanych osób	N	%
w ogóle nie jestem zadowolona	3	5,9
nie jestem zadowolona	11	21,6
jestem średnio zadowolona	15	29,4
jestem zadowolona	16	31,4
jestem bardzo zadowolona	6	11,8
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

W skali obiektywnej przynależność społeczna została oceniona najniżej na poziomie 23,0%. Mieszkanki jednak są bardziej zadowolone z tego segmentu życia niż wskazuje na to obiektywna jakość życia.

Młodsze mieszkanki wyżej cenią kontakty z innymi osobami niż badane, które są starsze (tabela 103). Z analizy statystycznej wynika, że na ważność oraz satysfakcję przynależności społecznej nie mają wpływu pozostałe zmienne niezależne (tabela 102).

Tabela 102. Analiza wariancji (ANOVA) z uwzględnieniem następujących czynników: ważność, satysfakcja, przynależność społeczna badanych.

Czynniki uwzględnione w analizie	Kategorie uwzględnione w analizie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Wiek	Ważność	4,480	3	1,493	2,696	<u>0,057</u>
	Satysfakcja	2,630	3	,877	0,711	0,551
Stan cywilny	Ważność	2,517	3	0,839	1,409	0,252
	Satysfakcja	0,718	3	0,239	0,188	0,904
Długość pobytu w Domu Pomocy Społecznej	Ważność	0,688	3	0,229	0,361	0,781
	Satysfakcja	5,239	3	1,746	1,482	0,232
Posiadanie rodziny przez osoby badane	Ważność	3,356	3	1,119	1,937	0,137
	Satysfakcja	2,810	3	0,937	0,761	0,521
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ważność	1,120	1	1,120	1,867	0,178
	Satysfakcja	0,386	1	0,386	0,314	0,578
Opiekun prawny osoby badanej	Ważność	2,123	1	2,123	3,665	0,061
	Satysfakcja	0,011	1	0,011	0,009	0,925

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.; * $p < 0,05$.

Z analizy statystycznej wynika, że w ocenie ważności relacji z innymi osobami istotny jest wiek osób badanych ($F=2,697$; $df=3$; $p= 0,057$, dla $p < 0,05$)(tabela103), Dla mieszkank, które są młode kontakty z innymi są bardzo ważne, co przekłada się na wyższe oczekiwania badanych w tym względzie i niższą z nich satysfakcją, choć w skali obiektywnej jakości życia najmłodsze mieszkanki uzyskały najwyższe średnie.

Tabela 103 Wiek a ważność przynależności społecznej dla badanych. Porównywanie średnich.

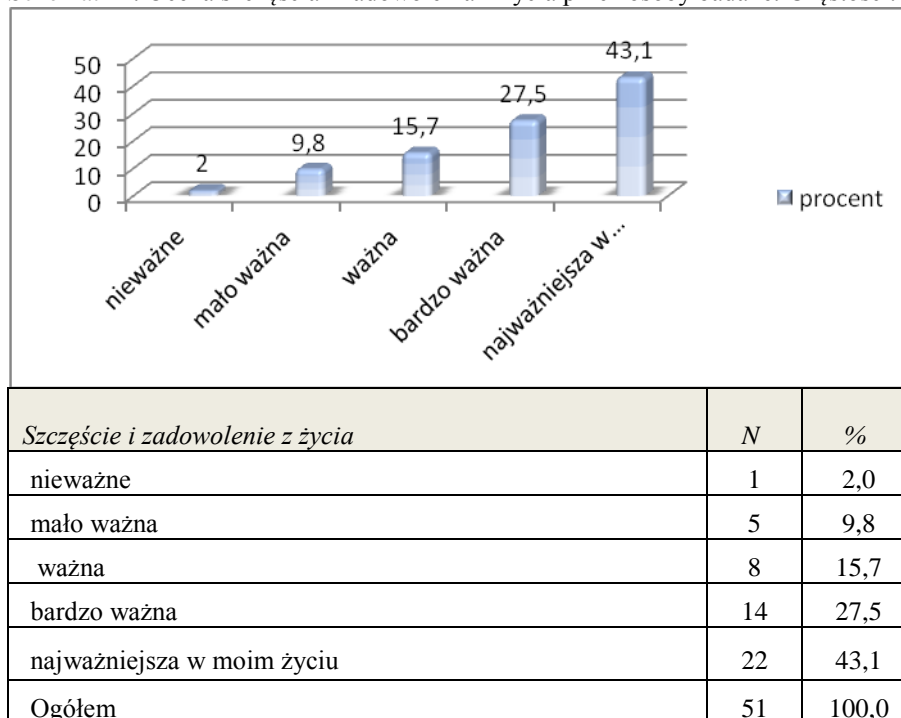
zmienna	kategorie	N	średnia	odchylenie standardowe
wiek	40 -55	5	4,00	0,707
	55-65	38	4,21	0,777
	>65	7	3,43	0,535
	Ogółem	51	4,10	0,781

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

Dobrostan emocjonalny

Mieszkancki Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie cenią sobie ponadto szczęście i zadowolenie z życia (**dobrostan emocjonalny**) co deklaruje 70,6% (36 osób). Mieszkancki, dla których ten segment jakości życia nie jest ważny stanowią 11,8% (6 osób)(schemat 42).

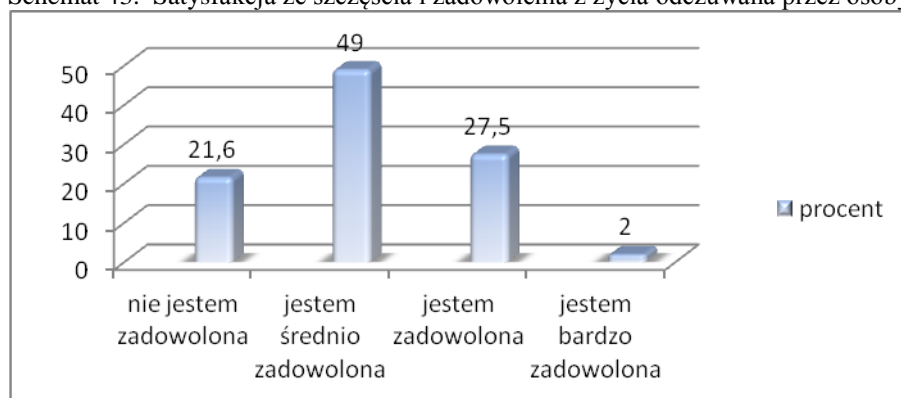
Schemat 42. Ocena szczęścia i zadowolenia z życia przez osoby badane. Częstości.



Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań

Większość badanych twierdzi, że jest średni zadowolona lub w ogóle nie jest zadowolona ze swojej sytuacji życiowej – 70,6% (36 osób). Zaledwie 29,5% (15 osób) zadeklarowało, że jest zadowolona z obecnej sytuacji życiowej.

Schemat 43. Satysfakcja ze szczęścia i zadowolenia z życia odczuwana przez osoby badane. Częstości.



Satysfakcja ze szczęścia i zadowolenia z życia badanych	N	%
nie jestem zadowolona	11	21,6
jestem średnio zadowolona	25	49,0
jestem zadowolona	14	27,5
jestem bardzo zadowolona	1	2,0
Ogółem	51	100,0

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.

W skali obiektywnej w segmencie dobrostanu emocjonalnego panie uzyskały średnio 49,5% punktów w skali co oznacza, iż mieszkanki postrzegają gorzej swoją sytuację niż na to wskazuje skala obiektywna.

Z obserwacji wynika, że dobrostan emocjonalny jest wyższy u tych mieszkanek, które mają stałe zajęcie na terenie zakładu (np. „praca” odźwiernej), uczestniczą w terapii uczęszczając systematycznie na rehabilitację i mają oparcie w rodzinie.

Z analizy statystycznej wynika, że na ważność oraz satysfakcję z dobrostanu emocjonalnego nie ma mają wpływu poszczególne zmienne niezależne, co przedstawia tabela poniżej (tabela 104).

Tabela 104. Analiza wariancji (ANOVA) z uwzględnieniem następujących czynników: ważność, satysfakcja, szczęście i zadowolenie z życia badanych.

Czynniki uwzględnione w analizie	Kategorie uwzględnione w analizie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Wiek	Ważność	1,913	3	0,638	0,965	0,417
	Satysfakcja	5,146	3	1,715	1,398	0,255
Stan cywilny	Ważność	0,920	3	0,307	0,449	0,719
	Satysfakcja	2,144	3	0,715	0,553	0,648
Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej	Ważność	0,733	3	0,244	0,356	0,785
	Satysfakcja	6,310	3	2,103	1,749	0,170
Posiadanie rodziny przez osoby badane	Ważność	1,478	3	0,493	0,735	0,536
	Satysfakcja	2,443	3	0,814	0,634	0,597
Rodzaj ubezwłasnowolnienia	Ważność	0,036	1	0,036	0,054	0,817
	Satysfakcja	0,327	1	0,327	0,257	0,615
Opiekun prawny osoby badanej	Ważność	0,039	1	0,039	0,057	0,812
	Satysfakcja	0,033	1	0,033	0,026	0,873

Źródło: zestawienie własne na podstawie analizy wyników badań.; * $p < 0,05$

Wyniki w skali obiektywnej i subiektywnej potwierdzają tezę, iż nie zawsze są one ze sobą kompatybilne i subiektywna ocena wielu segmentów życia zasadniczo różni się od oceny obiektywnej.

Mieszkancki wyżej oceniły jakość życia niż na to wskazuje obiektywna analiza jakości życia. Ponadto są z niego bardziej usatysfakcjonowane w niektórych segmentach niż można by przypuszczać.

Analiza obiektywnego i subiektywnego aspektu jakości życia potwierdziła, że stopień ubezwłasnowolnienia i opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej ma znaczący wpływ w ocenie jakości życia przez osoby badane. W ocenie subiektywnej to osoby ubezwłasnowolnione częściowo, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny oceniły wyżej jakość życia, pomimo obiektywnie niższych średnich uzyskanych w wielu segmentach jakości życia.

W zakresie bytu materialnego można stwierdzić, że pomimo stosunkowo wysokiej oceny obiektywnej mieszkanki nie są z niego usatysfakcjonowane, choć deklarują, iż dochody i posiadane rzeczy są dla nich bardzo istotne. Podobnie przedstawia się analiza segmentu życia zażyłość z bliskimi. Badane stwierdziły, że kontakty z bliskimi są dla nich wyjątkowo ważne i w większości nie są z nich usatysfakcjonowane, pomimo że w skali obiektywnej średni wynik był jednym z wyższych. Analiza segmentów dobrostan emocjonalny i bezpieczeństwo wykazała, że badane również nie są usatysfakcjonowane ze swojego samopoczucia, choć jest ono dla nich ważne. Średnia obiektywnej jakości życia w tych segmentach wykazała zdecydowanie wyższe średnie niż by na to wskazywała ocena badanych.

Niektóre wyniki analizy obiektywnej potwierdziły się w ocenie subiektywnej badanych. W segmencie życia produktywność mieszkanki stwierdziły, że jest ona bardzo ważna i badane nie są z niej usatysfakcjonowane. Analiza obiektywna segmentu produktywność wykazała, że mieszkanki mogą być niezadowolone w tym zakresie życia. Podobnie wygląda analiza segmentu jakości życia przynależność społeczna. Mieszkanki nie są zadowolone z relacji z osobami spoza zakładu i deklarują, iż są one dla nich równie ważne jak zdrowie, czyli najważniejsze spośród wszystkich segmentów życia. Średnia obiektywnej jakości życia tego segmentu jest najniższa, co ma odzwierciedlenie w subiektywnym odczuciu mieszanek.

5.3.3 Analiza jakości życia badanych w ocenie subiektywnej

Mieszkanka nr I

Badana dokonała wysokiej subiektywnej oceny jakości życia (40/70pkt. – 57,2%). Badana jest w wieku 35 lat, z diagnozą lekarską schizofrenia paranoidalna, niezamężna, z wykształceniem zawodowym (zawód kucharka). Od 8 lat mieszka w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, gdzie przybyła z domu rodzinnego. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest ojciec badanej. Mieszkanka została przebadana z użyciem 3 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Kontakt werbalny z badaną jest swobodny, nie występują zaburzenia w zakresie kompetencji językowej i komunikacyjnej. Chętnie odpowiada na zadawane pytania, sama również je zadaje. Aktualnie nie występują ześlizgi myślowe. Badana jest osobą bezpośrednią, która lubi nawiązywać nowe kontakty, zawierać znajomości. Z powodu

zmienności nastroju badanej i nadmiernej drażliwości, mieszkanka jest czasami agresywna werbalnie.

Mieszkanka jest nieobiektywna w ocenie zachowania psychicznego, ograniczona z powodu włączania doznań wytwórczych. Nie ma poczucia choroby psychicznej, uważa, że została umieszczona w zakładzie, dlatego, że jest lepsza od innych, i tutaj ją nikt nie denerwuje.

Mieszkanka jest sprawna motorycznie, w pełni wykonuje wszystkie czynności samoobsługowe. Dbą o swój wygląd zewnętrzny, ma własną toaletkę w pokoju, maluje się i codziennie zakłada inne ubranie, dostosowane do pory dnia i roku.

Badana jest zdrowa fizycznie, nie ma żadnych innych dolegliwości lub niepełnosprawności, które utrudniałyby jej funkcjonowanie.

Często zachowuje się impulsywnie i nieadekwatnie do sytuacji, szczególnie w sytuacjach stresowych. Jest osobą, która jest wszechstronnie zorientowana w otoczeniu, natomiast funkcje te obniżają się w stanach nasilenia dolegliwości wytwórczych.

Badana nie ma wielu zainteresowań, ale czyta codzienne gazety, czasami książkę. Codziennie uczęszcza do pralni, tam wykonuje przydzielone jej prace. Uważa to za swój obowiązek, który „musi” spełnić. W pralni sortuje rzeczy, układa, czasem prasuje, niekiedy nie wykonuje nic, tylko rozmawia z personelem. Badana ma poczucie, że jest pracownikiem i razem z innymi wykonuje swoją pracę. Nie uczestniczy natomiast w terapii zajęciowej, czasami tylko przychodzi i spędza tam czas jako obserwator. Badana nie jeździ również na imprezy poza ośrodek lub do miasta, ponieważ często nie wykazuje ochoty na wyjazdy. Ponadto personel nie chce jej zabierać ponieważ zdarza się, jej oddalić od grupy. Celem są spotkania osoby płci przeciwnej lub chęć udania się na zabawę.

Z mieszkanką utrzymują kontakt rodzice i dwoje braci. Rodzice odwiedzają badaną stosunkowo często - raz na miesiąc, przysyłają najpotrzebniejsze rzeczy, zabierają na święta i dwutygodniowy urlop do domu. Bracia wysyłają kartki na święta i kontaktują się telefonicznie, natomiast nie przyjeżdżają w odwiedziny.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się we Wrocławiu. Ukończyła szkołę podstawową i zawodową w miejscowości Kąty Wrocławskie. Zamieszkiwała wraz z rodziną w Gniechowicach. Mieszkanka ma dwóch starszych braci, którzy ukończyli szkołę zawodową w zawodzie murarza.

Ojciec badanej pracował jako pracownik fizyczny a matka zajmowała się prowadzeniem gospodarstwa domowego. Badana po ukończeniu szkoły nie podjęła pracy zawodowej i nadal zamieszkiwała w domu rodzinnym.

Bracia badanej po ukończeniu szkoły wyprowadzili się z domu rodzinnego i zamieszkali we Wrocławiu. Rodzice zajmowali się mieszkanką, matka próbowała znaleźć jej pracę w pobliskim zakładzie meblowym, ale pracowała tam tylko dwa miesiące, po czym została zwolniona z powodu niepunktualnego stawiania się do pracy oraz „dziwnego” zachowania wobec innych współpracowników (straszenia, niekontrolowanych okrzyków i innych). W domu wykonywała wszystkie czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, gotowała obiady, robiła zakupy wraz z matką, lubiła prać i prasować. Zajmowała się również zwierzętami.

Mieszkanka nie miała wielu przyjaciół w domu rodzinnym. Przyjaźniła się z jedną koleżanką ze szkoły podstawowej przez kilka lat. Przyjaciółka nie utrzymywała później kontaktów z badaną.

Matka badanej chciała, aby córka podjęła leczenie, lecz dojazdy do miasta i stały kontakt z lekarzem były zbyt kosztowne. W rezultacie badana została zdiagnozowana, na podstawie obserwacji i wywiadu, podczas jednorazowego pobytu na oddziale psychiatrycznym we Wrocławiu. Postawiono wówczas diagnozę schizofrenii paranoidalnej oraz wystawiono orzeczenie o niezdolności do pracy. Na podstawie tego dokumentu badana otrzymała rentę.

W wyniku braku właściwego leczenia i nasilających się symptomów psychotycznych (między innymi publiczne obnażanie się, agresja słowna, próby podpalenia domu, ucieczki z domu) rodzice badanej postanowili wystosować wniosek o umieszczenie córki w Domu Pomocy Społecznej.

Największym problemem dla rodziców były ucieczki córki z domu. Obawiali się, że ktoś może ją wtedy skrzywdzić. Mieszkanka uciekała najczęściej do Wrocławia, do braci, choć nie znała adresu ich zamieszkania lub nie docierała do właściwego miejsca. Podczas ucieczek nawiązywała kontakty z przypadkowo spotkanymi mężczyznami.

W maju 2005 roku badana zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Analiza subiektywnej jakości życia

Byt materialny

Badana oceniła wysoko ważność bytu materialnego, natomiast nisko satysfakcję z niego (5/5pkt ważność i 2/5 satysfakcja z bytu materialnego). Twierdziła, że ma niskie

finanse, i powinna otrzymywać wypłatę za podejmowanie pracy w pralni. Traktuje ona swoje zajęcia poważnie i widać, iż jest to osoba, która potrzebuje tego typu zajęcia.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 15 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Zdecydowanie za mało zarabiam, i powinni mi płacić za to co ja tu robię. Codziennie siedzę i jestem tyle co reszta, a nie mam z tego pieniędzy.

Trochę pieniędzy mam i w ogóle, to ja mam więcej niż niektóre tu, ale i tak jak chciałam ostatnio sobie jeszcze komóreczkę kupić to mi powiedzieli, że już nie mam forsy. (...), no a za pracę i za to jak im pomagam to nie ma.(...) Mama mi czasami coś przysyła, albo ze mną na zakupy pójdzie, ale też nie zawsze. Ja bym teraz telewizor sobie chciała kupić, tak żeby sobie w pokoju oglądać, ale nie mam tyle pieniędzy.”

Ocena obiektywnej jakości życia w segmencie byt materialny wykazała, że badana otrzymuje stosunkowo wysoką kwotę, którą może rozporządzać miesięcznie – 234zł. Ojciec badanej, który jest opiekunem prawnym wypłaca jej całą kwotę, stara się również aby córka otrzymała niezbędne rzeczy.

W ocenie mieszkanki finanse, które otrzymuje są niesatysfakcjonujące, natomiast badana uważa, że finanse, którymi co miesiąc dysponuje to pensja, wypłacana przez zakład za pracę, którą wykonuje w pralni.

Zdrowie

Mieszkanca najwyżej ceni sobie swoje zdrowie, uważa, że jest osobą zdrową. Ponadto jest usatysfakcjonowana z tego powodu (5/5 pkt. ważność i 4/5 satysfakcja ze zdrowia). *Badana uważa, że jest osobą zdrową, w krótkotrwałych okresach reemisji zdaje sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia psychicznego.*

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 16 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Ja jestem zdrowa, te co na oddziale leżą to są chore. Jestem zadowolona z mojego zdrowia. Nic mi nie dolega i dobrze się czuję ogólni, czasami mnie głowa boli, jak jest niskie ciśnienie, ale tak to jest dobrze.”

Badanie obiektywnej jakości życia w tym segmencie wykazało, że mieszkanka nie ma innych dolegliwości, ani niepełnosprawności. Nie bierze żadnych leków, za wyjątkiem psychotropowych ani nie uczęszcza zbyt często do lekarza, chyba, że jest to konieczne.

Produktywność

Osiągnięcia w pracy również badana oceniła wysoko, uważa, że jest dobrym pracownikiem i sprawdza się w tym co robi(4/5 ważność i 3/5 satysfakcja z wykonywanej pracy). Nie ma wątpliwości, że najlepiej i najciężej pracuje spośród wszystkich osób. Jest to ważna część dnia w jej codziennym życiu, które zdecydowanie daje jej satysfakcję.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 17 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Ja robię tam najwięcej i beze mnie to w ogóle by tam nic nie robiły. Ja im muszę codziennie pokazywać co mają zrobić, no jak mnie już nie ma, bo na przykład chora byłam dwa tygodnie temu to już nic wiem pani nie zrobione.”

Badana osiągnęła wysoką średnią w segmencie produktywność obiektywnej jakości życia. Mieszkanka jest mocno zaangażowana w swoją codzienną „pracę” i chętnie ją podejmuje. Dzięki temu nigdy się nie nudzi i czuje się potrzebna.

Zażyłość z bliskimi

Mieszkanka nie ma na terenie zakładu żadnej przyjaciółki. Głównie przebywa z personelem. Rodzice odwiedzają badaną regularnie. Mieszkanka średnio oceniła relacje z rodziną na poziomie (3/5 ważność i 2/5 satysfakcja z relacji z bliskimi). Czuje się usatysfakcjonowana, ale uważa, że powinni bardziej zadbać o stronę finansową jej egzystencji.

Wypowiedź mieszkanki (pytania 18, 19 i 20 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„No jestem zadowolona, przyjeżdżają do mnie, odwiedzają, jak chcę to do nich też jadę, i tyle, ale nie są najważniejsi, to nie ja mam wiele zajęć, zajęta jestem ogólnie to co tam będą ciągle jeździć, tylko czasem to jak proszę, żeby mi coś kupić to teraz nie, a przecież mam swoje pieniądze.”

Przyjeżdżają do mnie często i mnie odwiedzają, tylko chciałabym, żeby częściej przyjeżdżali i coś przywieźli.”

W segmencie zażyłość z bliskimi obiektywnej jakości życia badana uzyskała wysoką średnią (13/15 pkt.). Mieszkanka jest regularnie odwiedzana przez rodziców. Bracia utrzymują z nią kontakt jednak nie są to zażyłe relacje. Główne zarzuty jakie stawia badana swoim bliskim to niezapewnienie jej odpowiednich warunków finansowych.

Bezpieczeństwo

Badana wysoko oceniła swoje samopoczucie (4/5pkt. ważność i 3/5 satysfakcja z poczucia bezpieczeństwa). Uważa, że dobrze się czuje w ośrodku i ma co robić. Mieszkanka ma poczucie, że jest ważną i zajętą osobą, która ma swoje zadanie do spełnienia. Nie ma poczucia choroby psychicznej.

Wypowiedź mieszkanki (pytania 10 i 11 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)dobrze się czuje, co mam się nie czuć, ostatnio byłam chora, to dwa tygodnie prawie w łóżku leżałam, a jak sobie kiedyś kostkę złamałam, to dopiero było, nic nie mogłam robić, i chodzić, tylko w łóżku. Ja tu codziennie w pracy muszę być, więc nie mam czasu na choroby.”

(...) Dobrze śpię codziennie i w ogóle tu jest mi dobrze. Mam stołówkę i swój pokój mam tutaj nic się nie stanie, jak w domu była, to się różne rzeczy mogły stać, taka sąsiadka to ona ciągle coś tam było i ona wszystko o mnie wiedziała. Tutaj spokój mam no do pracy muszę codziennie chodzić.”

Analiza obiektywnej jakości życia w segmencie produktywność wykazała, że badana jest dobrze zaadoptowana w zakładzie. Ogólnie dobrze się czuje i uważa, że jest tutaj bezpieczna. Badana dobrze sypia nie czuje niepokoju związanego z pobytem w zakładzie. Uważa, że jest bardzo potrzeba w „pracy”, co jest głównym powodem, dla którego działa i dobrze się czuje.

Przynależność społeczna

Spotkania z osobami poza domem nie są specjalnie istotne dla mieszkanki i z tego też powodu jej nie satysfakcjonują (2/5 ważność i 2/5 satysfakcja z kontaktów społecznych). Badana nie chce wychodzić poza teren ośrodka, nie jeździ na imprezy, spotkania czy zabawy. Najczęściej wyjeżdża, gdy rodzice zabierają ją do domu.

Wypowiedź mieszkanki (pytania 22 i 23 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)ja dużo nie wychodzę, bo mam dużo pracy, a co tam będę ze wszystkimi gadać. Miałam taką koleżankę ze szkoły, ale jak sobie chłopaka znalazłam, to mnie chciała go odbić, to co mnie będzie (...), jak czasami nie chcę to gadam z nikim, bo mnie wszyscy (...), nie lubię jak mi się ktoś narzuca, a tu często coś niby miły, a później głupi i tyle.”

Mieszkanka uzyskała niską średnią w segmencie przynależności społecznej obiektywnej jakości życia. Niezbyt często jest zainteresowana wyjazdami, ponadto jeśli jedzie na zakupy lub wycieczkę z innymi mieszkankami to często stara się uciec, choć nie ma zazwyczaj sprecyzowanych planów. Na skutek tego zachowania opiekunowie nie chcą jej zabierać na wyjazdy. Podobnie jest z rodzicami, którzy starają się nie zabierać córki na dłuższe urlopy i raczej starają się, aby przebywała w domu, ponieważ obawiają się, że córka oddali się bez ich wiedzy.

Dobrostan emocjonalny

Szczęście i zadowolenie z życia jest bardzo ważne dla badanej. Uważa, że jej aktualne życie również ją satysfakcjonuje. Badana uzyskała 4/5pkt. ważność i 4/5pkt. satysfakcji w zakresie dobrostanu emocjonalnego w tej części badania.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 24 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Dla mnie szczęście jest bardzo ważne, najważniejsze chyba nie? A kto by nie chciał być szczęśliwy? Każdy chyba chce.(...)”

Jestem zadowolona, no jakbym jeszcze pieniędzy więcej miała i czasami mogła sobie, gdzieś tam pojechać, faceta spotkać, no to byłabym jeszcze szczęśliwsza, ale pracę to mam, wszystkie się mnie słuchają, to chyba dobrze.”

Mieszkanka uzyskała podobną średnią w ocenie obiektywnej jakości życia tożsamego segmentu. Badana może zazwyczaj wykonywać to na co ma ochotę, nie wykazuje niechęci do działania i w większości jej marzenia są spełnione, poza jednym – zamieszkaniem samodzielnie.

Główne zainteresowania mieszkanki oscylują wokół zadań, które wykonuje w pralni oraz codziennymi obowiązkami, które sprawiają, że czuje się potrzebna i które w odpowiedni sposób organizują jej dzień. Pomimo ostrych symptomów psychotycznych badana dobrze funkcjonuje i uzyskała wysokie średnie zarówno w ocenie obiektywnej i subiektywnej jakości życia.

Mieszkanka nr II

Badana oceniła na przeciętnym poziomie subiektywną jakość życia (34/70pkt. – 48,6%). Mieszkanka jest w wieku 57 lat, z diagnozą lekarską schizofrenia paranoidalna. Badana jest niezamężna, z wykształceniem zawodowym, od 16 lat mieszka w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, gdzie przybyła z domu rodzinnego. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, a opiekunem prawnym jest siostra badanej. Mieszkanka została przebadana z użyciem 5 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Badana komunikuje się werbalnie, wypowiedzi nie zawsze są logiczne pod kątem treści, częste ześlizgi myślowe, jest rozkojarzona. Zasób słownictwa jest bogaty, wypowiedź jest zazwyczaj zgodna z regułami gramatycznymi. W okresie nasilenia symptomów chorobowych wypowiada treści, które świadczą o zaburzeniu myślenia w formie urojeń typu ksobnego lub prześladowczego, którym towarzyszą omamy słuchowe. Okresy wyciszenia symptomów psychotycznych są bardzo krótkie i płynnie przechodzą w stan ostrych stanów psychotycznych.

Mieszkanka jest rozchwiana emocjonalnie, jej zachowanie jest niedostosowane do sytuacji w jakiej się znajduje. Często krzyczy, ucieka, wypowiada wulgaryzmy pod kątem określonych osób. Nie stosuje agresji fizycznej.

W obiektywnej ocenie swojego stanu psychicznego jest ograniczona z powodu włączania doznań wytwórczych. Nie ma poczucia choroby psychicznej i swojego zachowania.

Czynności samoobsługowe badana wykonuje w pełni samodzielnie, dba o swój wygląd zewnętrzny, codziennie wychodzi na zakupy, nawet jeśli nie ma finansów, aby coś zakupić. Często namawia przyjaciółkę, z którą przyjaźni się od momentu zamieszkania w zakładzie, aby jej zakupiła coś na czym jej zależy.

Zainteresowania badanej koncentrują się wokół zajęć plastycznych. Lubi malować, rysować, wycinać, często pisze listy i różne opowiadania. Nie wykonuje żadnych poleceń, które dotyczyłyby sprzątanania czy też pomocy innym mieszkankom.

Badana utrzymuje kontakt z siostrą, która jest jej opiekunem prawnym. Wcześniej utrzymywała również kontakt z matką, która zmarła w 2000 roku. Siostra odwiedza badaną systematycznie raz na dwa miesiące, przysyła jej paczki i kontaktuje się telefonicznie. Mieszkanka również często dzwoni do siostry, najczęściej w celu przekazania informacji czego aktualnie potrzebuje.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Jarocinie, ma jedną siostrę. Rodzice badanej pracowali w fabryce mebli, później matka badanej pracowała w sklepie mięsnym. Matka badanej po śmierci współmałżonka przeszła na wcześniejszą emeryturę i zajmowała się córką.

Siostra badanej w wieku 20 lat wyszła za mąż i wyprowadziła się z domu rodzinnego, ale zamieszkuje na terenie tego samego miasta.

Badana ukończyła szkołę zawodową, podjęła pracę w szklarni jako osoba pomagająca przy hodowli pomidorów. Pracowała dwa lata, z uwagi na rozwijającą się chorobę przerwała pracę i za namową siostry podjęła leczenie w miejscowej poradni zdrowia psychicznego. Mieszkanka przerwała leczenie, ponieważ źle czuła się przyjmując leki.

W wyniku gwałtownego zaprzestania leczenia i nasilenia się objawów chorobowych w maju 1977 roku trafiła na leczenie psychiatryczne do Wojewódzkiego Zakładu Opieki Psychiczej w Sokołowie. Hospitalizacja trwała cztery miesiące. Powróciła do domu, gdzie opiekowała się nią jej matka.

W 1980 roku ponownie była hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie. Badana po sześciu miesiącach powróciła do domu.

Matka przez cały czas otaczała córkę troską i starała się jej zapewnić maksymalny spokój psychiczny. Córka była z nią bardzo związana, w zasadzie cały czas spędzały razem. Badana nie miała przyjaciół lub koleżanek, jedyną osobą, która ją odwiedzała była siostra.

W 1996 roku matka badanej zachorowała na nowotwór. Siostra mieszkanki złożyła wniosek o umieszczenie badanej w ośrodku, ponieważ matka nie jest w stanie się nią

opiekować. W 14 października 1997 roku zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

Analiza subiektywnej jakości życia

Byt materialny

Ważność zasobów materialnych została wysoko oceniona przez mieszkankę, natomiast nie jest z nich usatysfakcjonowana (3/5pkt ważność i 1/5 satysfakcja z bytu materialnego). Badana uważa, że ma zbyt niskie finanse i powinna otrzymywać więcej pieniędzy. W tym celu dzwoni do siostry, aby ta mogła ją wspomóc finansowo.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 15 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Mam mało pieniędzy. Siostra mi trochę przysłała i daje, ale muszę ją prosić wciąż, żeby mi coś wysłała. Mam mało pieniędzy i na wszystko mi nie starcza. Dzwonię i mówię co by mi przywiozła, albo niech chociaż przysła, to się doprosić nie można (...), wciąż to samo i prosić muszę.”

Obiektywne warunki dotyczące zasobów materialnych badanej są dobre, natomiast mieszkanka uważa inaczej i absolutnie nie jest z nich usatysfakcjonowana. Uważa, że siostra zabiera jej pieniądze, nie finansuje w odpowiedni sposób jej potrzeb i jest osobą, która o nią nie dba. Badana ma pretensje do siostry, że nie spełnia jej potrzeb w taki sposób jak robiła to jej matka.

Zdrowie

Zdrowie jest najwyżej cenionym segmentem życia (4/5pkt. ważność i 2/5 satysfakcja ze zdrowia).

Badana twierdzi, że nie jest z niego usatysfakcjonowana. Uważa, że czasami jej coś dolega, najczęściej z żołądkiem, ale ogólnie czuje się zdrowa. Z uwagi na wypowiedzianą treść urojeniowych mieszkanka nie ma poczucia choroby psychicznej. Zdaje sobie sprawę, że przyczyną zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej jest stan zdrowia, ale nie wiąże tego z oceną swojego zdrowia psychicznego. Natomiast jest pewna, że zdrowie jest dla niej najważniejsze.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 16 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Zdrowie jest bardzo ważne, ja tam trochę chorowałam, to wiem, jak to jest. Zdrowie jest ważne. A teraz jak tu zaczęłam mieszkać to jestem zdrowsza, już do szpitala nie jeżdżę (...) ale to tak zależy, bo nie mogę z siostrą mieszkać, bo mówią, że nie jestem na to za zdrowa.”

Mieszkanka jest osobą zdrową. Nie ma żadnych dolegliwości, schorzeń ani innych niepełnosprawności za wyjątkiem nieżytków żołądka. Mieszkanka odwiedza lekarza kilka

razy w miesiącu. Zazwyczaj wizyty dotyczą dolegliwości, które nie mają podłoża organicznego. Mieszkanka otrzymuje wówczas tabletkę placebo, która pomaga na jej wszystkie schorzenia. Badana racjonalizuje sobie również w ten sposób pobyt w Domu Pomocy Społecznej chorobami, które rzekomo jej dotyczą.

Produktywność

Osiągnięcia nie są specjalnie ważne dla mieszkanki, ale jest dumna z tego co zdobyła (1/5 pkt. ważność i 4/5 satysfakcja ze swoich osiągnięć). Badana jest osobą, która niezwykle aktywnie uczestniczy w działaniach terapii zajęciowej, udziela się plastycznie, chętnie wykonuje wszelkie zadania. Lubi również uczestniczyć w zawodach sportowych.

Nie wykonuje natomiast żadnych zadań związanych z pracą na rzecz zakładu, lub w ogrodzie, nie sprząta nawet w swoim pokoju. Badana długo nie pracowała zawodowo i nie uczono jej pracy w domu, w związku z tym nie wykonuje tego typu czynności na terenie ośrodka.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 17 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Jak jeździmy na zawody sportowe, to się zawsze przygotowuję, i mam tu dyplomy i puchary, co je wszystkie zdobyłam.”

(...)Wszystkie są dla mnie ważne, ale najważniejsze to malowanie. Ja co roku startuję w konkursach i wysyłam moje obrazy i kartki na święta robię sama, to wtedy wysyłam do brata i siostry, jak mama żyła to do mamy też i do pokoju to sobie takie ładne kwiaty zrobiłam i mojej koleżance też. My to zawsze ładne rzeczy robimy (...) i do dzieci, też im takie ładne misie, zabawki szyjemy.”

Badana lubi uczęszczać na terapię, jest stałym uczestnikiem zajęć, choć czasami nie zgadza się na formę zajęć lub ma pretensje, że nie są tam realizowane jej pomysły.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 1 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„No chodzę, zawsze jestem, bo przecie beze mnie by tam nic nie zrobiły. Tylko, że mówię nie to tylko tamto nie, bo one mają inne do roboty. Chodzić chodzę i jak co ładnego robią to ja też robię.”

Zażyłość z bliskimi

Badana nie ceni sobie zbyt wysoko tych relacji, ani nie jest z nich bardzo usatysfakcjonowana. Nie potrafi również odpowiedzieć jaka jest tego przyczyna (2/5pkt. ważność i 2/5 satysfakcja z relacji z bliskimi). Mieszkanka ma przyjaciółkę na terenie zakładu, często odwiedza ją siostra, kiedyś, również matka. Siostra jest dla niej najważniejsza pod kątem finansowym a przyjaciółka jest doceniana, ale nie jest to ważna osoba w życiu mieszkanki

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 20 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Mam koleżankę, codziennie się widzimy, chodzimy razem do sklepu i razem jedziemy jak trzeba i do miasta też jedziemy. Siostra mnie odwiedza, jak mama żyła to też mnie odwiedzała i dzwonią do mnie. Jestem zadowolona, tylko jakby siostra pieniędzy więcej przysyłała.”

Badana uzyskała wysoką średnią (12/15 pkt.) w segmencie zażyłość z bliskimi w obiektywnej jakości życia. Mieszkanka przyjaźni się z jedną panią na terenie zakładu, odwiedza ją systematycznie siostra i utrzymywała dobre relacje z matką. W ocenie mieszkanki relacje te nie są istotne i nie jest z nich usatysfakcjonowana.

Bezpieczeństwo

Poczucie bezpieczeństwa i satysfakcji zostały przez mieszkankę ocenione na średnim poziomie (2/5pkt. ważność i 3/5pkt. satysfakcja z poczucia bezpieczeństwa). Analiza niniejszego segmentu w obiektywnej jakości życia wykazała, że badana uzyskała bardzo wysoką średnią w tym zakresie (14/15 pkt.). Badana dobrze sypia, nie odczuwa niepokoju związanego z pobytem w Domu Pomocy Społecznej i ogólnie czuje się bezpieczna w zakładzie. Natomiast nie jest ona tak usatysfakcjonowana ze swojego ogólnego samopoczucia jak ma to wskazuje obiektywny wskaźnik jakości życia.

Wypowiedź mieszkanki (pytania 10 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)dobrze się czuje i dobrze mi się tu mieszka, mam swój pokój i codziennie mamy dobre jedzenie, na zakupy wychodzimy, dla mnie jest dobrze, nikt nam tu nie chodzi, nie szpera(...) teraz nawet zdrowsza jestem, więc się lepiej czuję.”

Przynależność społeczna

Mieszkanka twierdzi, że jest usatysfakcjonowana z kontaktów z innymi ludźmi i są one dla niej bardzo ważne (2/5pkt. ważność i 3/5pkt. satysfakcja z kontaktów z innymi osobami).

Badana spotyka się poza domem z sąsiadami i osobami z miejsca zamieszkania, gdy odwiedza rodzinne miasto. Obecnie nie dzieje się to zbyt często, ponieważ stan psychiczny mieszkanki na to nie pozwala. Badana wyjeżdża również na wycieczki, wyjazdy, imprezy, które organizuje ośrodek, chętnie uczęszcza do miasta na zakupy. Pomimo zaburzeń psychicznych jest osobą, która aktywnie spędza czas poza domem i nawiązuje kontakty z innymi osobami.

Mieszkanka stwierdziła, że kontakty z innymi osobami spoza zakładu są dla niej bardzo ważne i jest z nich średnio usatysfakcjonowana. Może mieć na to wpływ ogólny spadek aktywności fizycznej, spowodowany długotrwałą gripą w ostatnich miesiącach co ograniczyło w pewien sposób jej aktywność.

Wypowiedź mieszkanki (pytania 22 i 23 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)mam koleżanki i jak jadę do siostry, to też się spotykam z moimi koleżankami. Wyjeżdżam na zakupy, do miasta, na imprezy jeździmy do DPS- u do Zakrzewa na przykład to tam też mam koleżanki albo do Baszkowa. (...) Tu na wsi to też czasami jak gdzieś pójdziemy to się kogoś spotka. Ja mam dużo koleżanek i kolegów też mam. Teraz na Internecie takiego spotkałam to nawet do siebie piszemy.”

Dobrostan emocjonalny

Zadowolenie z życia i szczęście są ważne dla badanej (2/5 ważność i 3/5 satysfakcja). Uważa, że jest osobą szczęśliwą, analiza obiektywnej jakości życia w segmencie dobrostanu emocjonalnego wykazała, że mieszkanka jest chętna do działania i może realizować swoje zamierzenia. Obiektywnie badana również uzyskała stosunkowo wysoką średnią w tym segmencie życia (11/15pkt.).

Natomiast głównie brakuje jej pieniędzy do zakupu pewnych rzeczy, na które obecnie jej nie stać. Kolejny aspekt, który ogranicza jej szczęście to związek z mężczyzną. Mieszkanka przeniosła tego typu uczucia na dyrektora placówki, przynosząc mu różne drobiazgi i opowiadając innym o swoim uczuciu. Od momentu przyłączenia Internetu w zakładzie wraz z inną mieszkanką często wysyłają listy do mężczyzn z portali randkowych lub społecznościowych.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 24 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Szczęście jest ważne, żeby być szczęśliwym w życiu. Ja bym bardzo chciała do domu wrócić do rodziny, wiem, że mamy już nie ma, ale by, chciała, tak jak kiedyś z nimi mieszkać, tak jak sobie z mamą wychodziłyśmy i na spacer i do kościoła(...)

Ja jestem zadowolona, wszystko mam, no tylko jak ten się do mnie odezwie to już w ogóle będę szczęśliwa.”

Mieszkanka nr III

Badana oceniła niską subiektywną jakość życia (27/70pkt. – 38,6%). Mieszkanka jest w wieku 77 lat, z diagnozą schizofrenia prosta, jest panną, z wykształceniem podstawowym. Od 30 lat mieszka w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie, gdzie przybyła z domu rodzinnego. Jest ubezwłasnowolniona w stopniu całkowitym, opiekunem prawnym jest ojciec pracownik zakładu. Mieszkanka została przebadana z użyciem 2 - stopniowej skali narzędziem ComQol- 15.

Charakterystyka

Badana komunikuje się werbalnie, ale wypowiedzi są ubogie pod względem formy oraz treści, tylko w płaszczyźnie zadawanych pytań. Unika kontaktu wzrokowego. Niechętnie nawiązuje kontakt, nie reaguje na komunikaty niewerbalne. Jest to osoba wyizolowana, wyraźny brak syntonii z otoczeniem. Można dostrzec zachowania typu autystycznego we wszystkich sferach funkcjonowania.

Mieszkanka jest niesprawna fizycznie, wykonuje czynności samoobsługowe przy pomocy innych osób. Nie dba o swój wygląd zewnętrzny, nie wykazuje specjalnych potrzeb poznawczych. Zachowanie badanej jest czasami niewspółmierne do sytuacji, takie jak na przykład płacz czy śmiech, w momencie, gdy nie jest to pożądane. Często występują u niej zachowania dziwaczne, typu nieartykułowane dźwięki lub ukrywanie się przed określonymi osobami.

Zainteresowania badanej oscylują wokół czynności manualnych typu wyszywanie lub szydełkowanie. Mieszkanka uczęszcza na terapię zajęciową, gdy wykonywane są tego typu czynności, lub pozostaje w pokoju i tam zajmuje się pracami ręcznymi. Jest to osoba, która nie lubi towarzystwa, więc często pozostaje sama w pokoju, lub spędza czas na sali telewizyjnej, gdzie nie kontaktuje się z nikim. Badana nie rozumie większości programów telewizyjnych. Wiele godzin dziennie spędza w łóżku. Zdarzają się dni, kiedy w ogóle nie wychodzi z pokoju, tylko leży w łóżku.

Badana nie ma żadnych bliższych przyjaciół na terenie zakładu, ani poza nim. Rodzice badanej nie żyją, w związku z tym nikt już jej nie odwiedza.

Okres przed zamieszkaniem w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie

Badana urodziła się w Poznaniu, mieszkała w Rokietnicy. Ojciec badanej był prokuratorem, pracował w Sądzie Rejonowym w Poznaniu, matka pracowała w szkole podstawowej na stanowisku sekretarki. Z uwagi na rozwijającą się chorobę córki zrezygnowała z pracy, nie podjęła żadnej innej pracy zarobkowej, ani nie pobierała renty.

Mieszkanka ukończyła publiczną szkołę podstawową. Miała trudności w opanowaniu materiału szkolnego, z tego powodu później nie podjęła dalszej edukacji. Rodzice uważali, że córka ma problemy w nauce na tle zaburzeń organicznych. Przez wiele lat była leczona w różnych klinikach, nawet podjęto działania leczenia metoda eksperymentalną w szpitalu w Hamburgu (nie ma wzmianki w dokumentacji na czym polegała owa metoda leczenia).

Rodzice badanej starali się jej zapewnić dobre warunki bytowe, niestety w 1969 roku matka badanej poważnie zachorowała i po pewnym czasie postanowiono skierować badaną do zakładu.

Mieszkanek była przez długi okres czasu odwiedzana przez rodziców, zabierana na urlop, lub święta. Po śmierci matki ojciec już nie odwiedzał córki, ze względu na pogarszający stan zdrowia. Wspomaga córkę finansowo i przysyła potrzebne rzeczy, jednak kontakt jest obecnie sporadyczny.

Analiza subiektywnej jakości życia

Byt materialny

Badana nisko oceniła byt materialny, ale jeszcze niżej oceniła satysfakcję z zasobów materialnych (2/5pkt. ważność i 1/5pkt. satysfakcja). Uważa, że ma mało pieniędzy i nie jest usatysfakcjonowana z tego co posiada.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 15 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Mam mało pieniędzy, nie mam tyle na co bym chciała i nie jestem zadowolona z tego co mam, kiedyś miałam więcej.”

Obiektywnie byt materialny mieszkanka jest na dobrym poziomie. Badana nie wydaje pieniędzy na papierosy, ani leki, ojciec nadal wspomaga ją finansowo więc ogólna sytuacja finansowa mieszkanki jest na pewno lepsza niż wielu innych mieszkanek. Badana ma jednak wyższe oczekiwania.

Zdrowie

Mieszkanek najwyżej ceni sobie swoje zdrowie, ale uważa się za osobę chorą. Twierdzi, że ma wiele różnych schorzeń, które uniemożliwiają jej satysfakcję w tym segmencie życia (4/5pkt. ważność i 2/5pkt. satysfakcja ze swojego stanu zdrowia).

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 16 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Zdrowie jest dla mnie najważniejsze, tylko jestem chora, wciąż na coś choruję, a to na nogi, a to na oczy, nie jestem zdrowa. Ostatnio znów byłam na grypę chora, co jest lekarz to do niego przychodzę, bo jestem chora. Też nie mogę mieszkać sama, bo chorób mam dużo, cukier też mam, wiem, bo ma raz badali to wyszło, że mam cukier.”

Obiektywna analiza tego segmentu wykazała, że mieszkanka jest niesprawna fizycznie, ma dużą nadwagę i zwyrodnienie stawów. Ponadto ma porażenie prawostronne w wyniku wylewu śródczaszkowego, który miała miejsce w 2011 roku. Mieszkanek była

poddana rehabilitacji, choć nie zawsze chciała podjąć współpracę. Obecnie jej stan fizyczny jest zdecydowanie lepszy, ale badana nadal wymaga intensywnej rehabilitacji, ale nie ma motywacji aby systematycznie brać w niej udział.

Produktywność

Badana ceni sobie pracę na terapii zajęciowej i rzeczy, które wykonuje samodzielnie, jest usatysfakcjonowana ze swoich prac (2/5pkt. ważność i 3/5pkt. satysfakcja).

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 17 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Ja co roku zdobywam nagrodę lub wyróżnienie na Jesiennych Bukietach (konkurs i wystawa organizowana cyklicznie w okresie listopada przyp. autora).”

Badana lubi uczęszczać na terapię zajęciową, daje jej ona dużo satysfakcji. Czasami uczestniczy w niej w sposób bierny, ale zazwyczaj wykonuje określone prace, niekiedy sama proponuje co mogłaby w danym dniu zrobić. Jednakże uważa, że powinna być za swoją pracę wynagradzana finansowo, co dało by jej większą satysfakcję z tego co robi.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 1 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Lubię chodzić na zajęcia, tam dużo rzeczy robimy, ja zawsze tam chodzę, codziennie jestem. Teraz ostatnio to kartki robiłam, takie na urodziny, będziemy wysyłać (...) Ja tam lubię chodzić, ale powinni mi płacić za to że chodzę. Codzienna pensja dla mnie za to, że tam jestem. (...) Na zawody też jeżdżę, ale nie lubię, bo ludzi tam dużo, ale jak coś namaluję to wysyłam i raz nawet wygrałam taki dyplom dostałam nawet. ”

Zażyłość z bliskimi

Dla mieszkanki relacje z innymi są mało ważne i jest zadowolona z takich jakie są w chwili obecnej, uważa, że nie potrzebuje innych (1/5pkt. ważność i 1/5pkt. satysfakcja).

Badana nie ma przyjaciół, ani rodziny. Jedynymi osobami, które utrzymywały z nią stały kontakt to byli rodzice, głównie matka. Od momentu jej śmierci, badana nie utrzymuje z nikim bliższego kontaktu, za wyjątkiem swojego opiekuna prawnego, który jest zarazem pracownikiem pierwszego kontaktu. Mieszkanka czasami wychodzi na spacer, nie chce zawierać innych znajomości, jest osobą, która wycofuje się z życia towarzyskiego.

Wypowiedź mieszkanki (pytania 18, 19 i 21 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„Jestem zadowolona z tego jak jest. Kiedyś mama i tata do mnie przyjeżdżali, a teraz to oni już nie żyją, więc już mi nikt nie został, ale z panią (opiekunką) się widzę zawsze, to jak, coś chcę to ona mi załatwi, albo przyniesie. Pani (opiekunka) to nie mogę narzekać, jak jej się coś powie to zrobi, nie jest taka, ale no wiadomo z mamusią to było inaczej.

(...)No wiadomo jakby mamusia żyła to by było inaczej. Teraz już nikogo nie mam. Mama to była najważniejsza. Zawsze coś przywiozła, no i dzwoniła często była. ”

Bezpieczeństwo

Mieszkanek nie jest zadowolona ze swojego samopoczucia, uważa, że jest biedna, ma wiele dolegliwości i inne osoby jej zagrażają. Uważa, że chcą jej coś zabrać, okraść lub pozbawić jakiejś rzeczy. Nie zależy jej również na tym aby czuła się lepiej (1/5pkt. ważność i 2/5pkt. satysfakcja).

Obiektywnie badana nie jest osobą, która wyraża się lub daje znaki, aby odczuwała lęki ze względu na fakt zamieszkiwania w zakładzie, dobrze sypia, wykonuje wszystkie czynności dnia codziennego. Natomiast stany emocjonalne badanej są niewspółmierne do sytuacji z tendencją do zalegania, dlatego jej subiektywne odczucia są relatywnie odmienne od obiektywnej rzeczywistości.

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 10 - pytania dodatkowe dla mieszkank):

„Mnie tam zawsze chcą coś zabrać, bo jak mam pieniądze i odbieram w miesiącu to później przyjdzie taka (...) jedna i druga i później mnie wiadomo co wezmą. Tam też myślę, żeby coś zabrać, się ciągle trzeba pilnować.”

Przynależność społeczna

W sferze przystosowanie społeczne badana przejawia wyraźną postawę wyizolowania i brak syntonii z otoczeniem. Badana nie odczuwa potrzeby nawiązywania kontaktów i nie jest to dla niej istotne, ale jest zadowolona z rzeczywistej sytuacji (2/5pkt. ważność i 3/5pkt. satysfakcja).

Wypowiedź mieszkanki (pytanie 22 i 23 - pytania dodatkowe dla mieszkank):

„(...)po co mam z kimś się zadawać, żeby mnie jedna z drugą okradła, to po co.”

Obiektywna analiza segmentu życia przynależność społeczna wykazała, że badana nie ma przyjaciół, nie nawiązuje nowych znajomości, nie uczestniczy w imprezach czy wyjazdach, chyba, że można zdobyć nagrodę, wówczas jest chętna do współpracy. Systematycznie chodzi do sklepu jeśli ma finanse, aby coś zakupić, i ten sam cel realizuje jadąc do miasta na zakupy, ponadto unika kontaktów z innymi mieszkankami oraz opiekunami.

Dobrostan emocjonalny

Szczęście i zadowolenie z życia nie są istotne dla badanej i nie czuje się osobą szczęśliwą, uważa, że kiedyś było inaczej, w okresie kiedy żyli rodzice badanej, natomiast obecnie nie odczuwa zadowolenia z obecnego życia (2/5pkt. ważność i 2/5 satysfakcja).

Wypowiedź mieszkanki (pytania 24 i 26 - pytania dodatkowe dla mieszkanek):

„(...)kiedyś jak mamusia z tatusiem przyjeżdżali to mi tam kupowali różne rzeczy i na spacer chodziliśmy, a teraz to jak już umarli to nikt mnie nie odwiedza.”

Analiza segmentu życia dobrostan emocjonalny obiektywnej jakości życia wykazała, że badana nie odczuwa lęków i niepokojów związanych z pobytem w Domu Pomocy Społecznej, bardzo dobrze sypia i nie ma marzeń, które nie mogłyby być spełnione, za wyjątkiem powrotu do rodzinnego domu. Natomiast subiektywne odczucia mieszkanki w tym zakresie są zdecydowanie niższe.

6. Wnioski z badań – postulaty pedagogiczne i społeczne

Z przedstawionej literatury przedmiotu wynika, że jakość życia jest obiektem zainteresowań wielu polskich i zagranicznych autorów, między innymi zajmują się nimi Władysław Dykcik, Stanisław Kowalik, Janusz Czapiński, Maris Straś – Romanowska, Augustyn Bańka, Dorota Rybczyńska, August Campbell, Robert Schalock, Alex Michalos, Michael Bach i Marcia Rioux, David Felece i Jonathan Perry, i inni.

W pracy przyjęto koncepcję jakości życia Roberta Cumminsa oraz nawiązano do założeń paradygmatu systemowo-ekologicznego Urie Bronfenbrennera i teorii wspólnych, swoistych zagadnień w rewalidacji Aleksandra Hulka. Problemem głównym badania uczyniono pytanie o jakość życia osób przewlekle chorych psychicznie zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej. Problemy szczegółowe dotyczyły globalnych i szczegółowych wyników jakości życia w ocenie obiektywnej i subiektywnej.

Zastosowano następujące metody - szacowania - narzędzie Comprehensive Quality of Life Scale-15 (ComQol -15), oraz obserwację jakościową uczestniczącą, wywiad częściowo ustrukturyzowany i analizę dokumentów. Przebadano 51 mieszkank Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie ubezwłasnowolnionych w stopniu całkowitym i częściowym. Przeprowadzono 32 wywiady z opiekunami prawnymi badanych oraz pracownikami pierwszego kontaktu.

Wszystkie osoby, które wzięły udział w badaniu były osobami z zaburzeniami psychicznymi, w większości z diagnozą schizofrenii paranoidalnej. Średnio, badane mieszkanki były w wieku 45-65 lat, stanu wolnego, ubezwłasnowolnione w stopniu całkowitym, zamieszkiwały powyżej 16 lat w zakładzie.

Z badań wynika, że większość mieszkank zostało umieszczonych w Domu Pomocy Społecznej między 30 a 35 rokiem życia. Najczęściej przyczyną zamieszkania w instytucji nastąpiło z powodu zgonu rodziców, lub pogorszenia się ich stanu zdrowia, który już nie pozwalał na opiekowanie się psychicznie chorą córką, a jednocześnie osoby te nie miały rodzeństwa lub nie wyrażali oni zgody na podjęcie opieki nad siostrą.

Małżeństwa mieszkanek szybko ulegają rozpadowi, tylko nieliczni mężowie utrzymują kontakt z żonami przebywającymi w zakładzie. Najczęściej badane są odwiedzane przez rodziców i dzieci. Rodzeństwo nie zawsze utrzymuje regularny kontakt z mieszkanką, najczęściej jest on telefoniczny lub listowny, odwiedziny odbywają się raz w roku podczas Zjazdu Rodzin.

W wyniku przeprowadzonych badań empirycznych uzyskano następujące konkluzje.

Badane osoby z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałe w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie posiadały globalną niską jakość życia na poziomie 38,5%. Najwyższe wyniki w zakresie obiektywnej jakości życia badane uzyskały w segmencie bezpieczeństwa (78,5%), zdrowia (64,5%) i zażyłości z bliskimi (50,6%), a najniższe w segmencie produktywność (36,0%) i przynależność społeczna (23,0%).

Młodsze mieszkanki, które są stanu wolnego uzyskały istotnie wyższe średnie w zakresie obiektywnej jakości życia. Podobnie, mieszkanki, z którymi rodzina utrzymuje systematyczny kontakt są obiektywnie zdrowsze niż badane, które są samotne. Analiza statystyczna wykazała, że u starszych mieszkanek istotnie obniża się poczucie przynależności społecznej.

Mieszkanki subiektywnie oceniły jakość życia na poziomie 51,6%, co oznacza, że badane są bardziej usatysfakcjonowane ze swojego życia niż wskazują na to obiektywne warunki, w których żyją. Zestawienie wyników obiektywnych i subiektywnych doprowadza do wniosku, iż osoby badane bardziej optymistycznie oceniają warunki, w których żyją. Potwierdzają to liczne badania, gdzie tendencja jest podobna - ludzie są bardziej zadowoleni ze swojego życia niż na to wskazują warunki obiektywne.

Można stwierdzić, że badane wyżej cenią sobie ważność wszystkich segmentów (62,0%) niż są z nich usatysfakcjonowane (47,3%). Osoby mieszkające najkrócej i posiadające rodzinę istotnie wyżej oceniają jakość życia, w przeciwieństwie do osób mieszkających powyżej 16 lat w zakładzie i nieposiadających nikogo.

Najważniejsze dla badanych jest zdrowie, co deklaruje 98,0% (50 osób), a blisko połowa badanych jest zadowolona ze swojego stanu zdrowia 45,1% (23 osoby). Wynik ten jest dość zaskakujący, interpretacja tego zjawiska wymaga rozpatrzenia jednego z faktów, który może je tłumaczyć. Jednym z nich jest niższa świadomość swojego stanu zdrowia. Jak zostało wskazane w poprzednim rozdziale osoby badane, w większości nie mają

świadomości choroby psychicznej, pobyt w zakładzie jest według nich wypadkową innych chorób lub/i przypadkiem losowym, takim jak na przykład utrata pracy, rozwód, niskie dochody i inne.

Równie ważnym segmentem życia dla badanych jest przynależność społeczna. 98,0% (50 osób) deklaruje, że jest ona bardzo ważna lub najważniejsza w ich życiu. 43,2% (22 osoby) twierdzi, że są one z nich zadowolone lub bardzo usatysfakcjonowane z tych kontaktów. Analiza statystyczna wykazała, że dla osób młodszych przynależność społeczna jest istotniejsza niż dla starszych mieszanek Domu Pomocy Społecznej, czego powodem może być długotrwała izolacja. Badane mają ograniczone kontakty z innymi osobami spoza zakładu, co przekłada się na wyniki badań - połowa badanych deklaruje, że nie jest zadowolona z tych relacji.

Samopoczucie badanych jest dla nich również bardzo istotne, co deklaruje 80,4% (41 osób) badanych. Mieszkanek są na średnim poziomie usatysfakcjonowane ze swojego samopoczucia, co stwierdza 49,0% (25 osób badanych). Osoby starsze, których opiekunem prawnym jest pracownik Domu Pomocy Społecznej mają wyższe poczucie bezpieczeństwa i lepsze samopoczucie niż pozostałe mieszkanki. Rodzaj ubezwłasnowolnienia mieszanek wywiera istotny wpływ na ocenę tego segmentu życia badanych. Dla mieszanek ubezwłasnowolnionych całkowicie, poczucie bezpieczeństwa jest istotniejsze niż dla pań ubezwłasnowolnionych częściowo. Wynik ten wskazuje, że świadomość niemożności kierowania swoim życiem obniża samopoczucie osób badanych.

Zażyłość z bliskimi jest również istotnym segmentem w życiu osób badanych. Mieszkanek stwierdziły, że jest on ważny lub bardzo ważny w ich życiu – 74,5% (38 osób). 33,3% (17osób) nie jest zadowolonych ze stosunków rodzinnych i tylko 23,6% (12 osób) może powiedzieć, że te relacje są zadowalające lub bardzo dobre.

Badania potwierdzają, iż stosunki z rodziną są bardzo istotne. Osoby, które mają rodzinę czują się pewniej w zakładzie i są zdrowsze. Mieszkanek tęsknią za rodziną i pomimo, często wielu krzywd lub nieprzyjemności jakiej zaznały chcą utrzymywać z nimi kontakt. Badane czerpią zadowolenie z kontaktów z rodziną i w dużej mierze podnosi to ich jakość życia. Widać te tendencje porównując obiektywne wyniki jakości życia, gdzie badane, których opiekunem prawnym jest osoba z rodziny osiągają wyższe średnie, ale subiektywna ocena jakości życia jest niższa. Nawet sporadyczny kontakt, telefoniczny jest dla nich ważny. Osoby te nie posiadają zazwyczaj innej alternatywy w nawiązywaniu kontaktów,

możliwości wyjazdu, odwiedzin poza swoją rodziną, dlatego Dom Pomocy Społecznej stara się dołożyć starań, aby te kontakty podtrzymać, niestety nie zawsze z pozytywnym skutkiem.

Badane kobiety cenią sobie szczęście i zadowolenie w życiu. Dobrostan emocjonalny jest dla nich ważny lub bardzo ważny, co stwierdza 70,6% (36 osób). 21,6% (11 osób) nie jest z niego w ogóle zadowolona a 49,0% (25 osób) twierdzi, że jest średnio usatysfakcjonowana z tego segmentu życia.

Dla osób badanych segment jakości życia dotyczący produktywności jest ważny, co stwierdziło 70,2% (37 osób), ale tylko 29,4% (15 osób) jest z niego zadowolona. Analiza danych wykazała, że dla badanych, które są ubezwłasnowolnione całkowicie ten segment życia jest istotniejszy niż dla mieszkanki ubezwłasnowolnionej częściowo.

Zasoby materialne są dla badanych najmniej ważne, co deklaruje 51,0% (26 osób), ale aż 70,6% (36 osób) nie jest z nich usatysfakcjonowana.

Badana grupa jest niejednorodna. Mieszkanki pochodzą z różnych środowisk, jakość ich życia przed zamieszkaniem w zakładzie również przedstawia się niejednolicie, panie posiadają różne doświadczenia życiowe w zakresie pracy, wykształcenia i życia rodzinnego.

Z analizy jakościowej wynika, że adaptacja i akceptacja miejsca zamieszkania jakim jest w Dom Pomocy Społecznej jest bardzo trudna. Zależy ona od kilku czynników, takich jak wiek mieszkanki, środowisko z jakiego się wywodzi, stan zdrowia i cechy osobowościowe. Osoby młodsze, które wcześniej zamieszkiwały w niesprzyjającym środowisku, szybciej akceptują fakt zamieszkiwania w zakładzie. Panie, które wcześniej zamieszkiwały w domu rodzinnym otoczone wsparciem ze strony rodziny, wciąż mają nadzieję na powrót do domu rodzinnego lub samodzielne funkcjonowanie. Wiele z nich marzy o usamodzielnieniu się, zamieszkaniu z rodzicami lub rodzeństwem.

Jednym z najniżej ocenionych segmentów życia była produktywność. Badane uzyskały niskie wyniki w ocenie obiektywnej tego segmentu życia, oraz w ich subiektywnym odczuciu nie są one z tego segmentu życia usatysfakcjonowane. Z analizy dokumentów oraz obserwacji wynika, że mieszkanki, z niższym wykształceniem, które wcześniej zamieszkiwały w środowisku wiejskim i/lub wcześniej podejmowały pracę zawodową częściej same poszukują zajęć na terenie Domu Pomocy Społecznej i angażują się w różnego rodzaju zajęcia, uczęszczają na terapię. Tym samym osoby te osiągają satysfakcję ze swoich działań co przekłada się na wyższą jakość życia. W szczególności mieszkanki, które posiadają wykształcenie średnie lub wyższe mają poczucie, że działania terapeutyczne

prowadzone na terenie zakładu (m.in. terapia zajęciowa) nie są dla nich odpowiednie. Szukają działań zastępczych lub po pewnym czasie zaprzestają jakichkolwiek działań co pogłębia proces chorobowy.

Problem dotyczący zaangażowania w jakiejkolwiek aktywności przez mieszkanki został również zauważony przez opiekunów prawnych i pracowników pierwszego kontaktu. Większość z nich opowiedziała się za pracą zarobkową, którą mieszkanki mogłyby podjąć na terenie zakładu lub w zakładzie pracy chronionej. Bodziec w postaci gratyfikacji finansowej został zaaprobowany przez większość osób znaczących. Szczególnie, że sytuacja bytu materialnego jest obiektywnie niezadowolająca, z czego zdaje sobie sprawę większość mieszkanek. Na terenie Domu Pomocy Społecznej znajduje się grupa osób, która mogłaby takie działania podjąć.

Rehabilitacja zawodowa umożliwia również kontakty z osobami spoza zakładu, które są wyjątkowo potrzebne osobą zamieszkującym w ośrodku, na co wskazują wyniki badań. Mieszkanki uzyskały najniższą średnią w segmencie przynależność społeczna i ponad połowa jest nieusatysfakcjonowana z tych kontaktów, ale prawie wszystkie mieszkanki stwierdziły, że są one bardzo ważne w ich życiu. Z obserwacji wynika, że badane odczuwają niedosyt w kontaktach z osobami spoza Domu Pomocy Społecznej czego dowodem są ucieczki i próby nawiązania kontaktu z innymi za cenę pobytu w szpitalu lub na oddziale psychiatrycznym.

Warunki zewnętrzne wskazują na ustabilizowaną sytuację osób badanych. Obiektywnie znajdują się w optymalnych warunkach zewnętrznych. Komfort życia jaki zapewnia zakład jest stosunkowo wysoki, badane mają uregulowany tryb życia, co sprzyja ich dobremu samopoczuciu. Jednak uczestnictwo w życiu społecznym, praca zawodowa i sytuacja materialna przedstawiają ograniczenia jakie niesie stały pobyt w Domu Pomocy Społecznej, co wyraźniej zaznaczyły mieszkanki w subiektywnej ocenie jakości życia.

Przedstawione powyższej szczegółowe wyniki stały się podstawą do sformułowania następujących syntetycznych konkluzji:

1. Badana grupa osiągnęła globalnie niską jakość życia, ale większe zadowolenie ze swojego życia, niż na to wskazywałyby obiektywne warunki i przykładają większą wagę do jakości życia niż czerpaną z niego satysfakcję.

2. Badana grupa uzyskała najwyższe wyniki obiektywne w zakresie bezpieczeństwa, zdrowia i zażyłości z bliskimi.
3. Badana grupa uzyskała najniższe wyniki obiektywne w zakresie produktywności i przynależności społecznej.
4. Badana grupa najwyżej ceni sobie zdrowie i przynależność społeczną a najmniej są usatysfakcjonowane z zasobów materialnych i produktywności.
5. Osoby badane w większości traktują Domu Pomocy Społecznej jako miejsce tymczasowego pobytu, mając nadzieję na zmianę sytuacji. Inne podejście reprezentują najstarsze mieszkanki, z którymi rodzina nie utrzymuje już kontaktu, zdając sobie sprawę z nieodwracalności swojego położenia.
6. Pomimo obiektywnych warunków życia mieszkańców Domu Pomocy Społecznej, które uległy zdecydowanej poprawie, nadal sposób ich funkcjonowania jest podobny, brak jest przede wszystkim działań prowadzących do wyrabiania umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych i rehabilitacji zawodowej, co prowadzi do izolacji społecznej i potwierdza niski status ekonomiczny.

Porównując wyniki badań własnych z wynikami innych autorów natrafiono na bardzo wiele prac dotyczących tematyki jakości życia.

W Polsce badania narzędziem Comprehensive Quality Scale-15 (ComQol-15) po raz pierwszy przeprowadziła Aleksandra Zawiaślak w 2011 roku, na grupie 287 osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, które zamieszkują w środowisku otwartym oraz mieszkalnictwie wspomagany. Wyniki badań Zawiaślak (2011, s.167) wskazują, że wynik globalny osób z niepełnosprawnością intelektualną (59, 0%) jest wyższy niż osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej (38,5%). Uzyskano zbliżone wyniki zarówno w najwyższych zakresach jak i najniższych. Najwyżej badani ocenili bezpieczeństwo (78,5%), zdrowie (64,5%) i zażyłość z bliskimi (50,6%) podobne wyniki uzyskała w swojej grupie Zawiaślak. Najniżej oceniono przynależność społeczną – na poziomie 23,0% i produktywność 36,0%. Subiektywna ocena jakości życia badanych była wyższa niż obiektywna na poziomie 51,6%, podobnie w badaniach Zawiaślak 72,6% (2011, s. 170). W zakresie ważności badania uzyskali wyższą średnią (62,0%) niż w zakresie satysfakcji (47,3%)(Zawiaślak, 2011, s. 170). Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w badaniach Zawiaślak uzyskali podobną średnią w

zakresie ważności 67,7% ale zdecydowanie wyższą w zakresie satysfakcji 72,7% z poszczególnych segmentów jakości życia (Zawiślak, 2011, s.170).

Jakość życia mieszkańców DPS zbadał Zbigniewa Zabor w 1997 roku. Jego analiza wpisuje się w prace podjęte przez Stowarzyszenie Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej w Jarogniewicach. Dom ten jest przeznaczony dla osób niepełnosprawnością ruchową. Zabor omawia w swojej publikacji wyniki badań przeprowadzonych w województwie poznańskim. Poczucie jakości życia mieszkańców było badane za pomocą skali jakości życia Campbella. Autor w swoich badaniach podkreśla, że ogólne poczucie jakości życia mieszkańców jest niskie, pomimo obiektywnej poprawy warunków bytowych w Domu Pomocy Społecznej (Zabor, 1997).

Środowisko domów pomocy społecznej badał również Wojciech Otrębski, ale analizie podlegały osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Badania z 1998 roku przeprowadzone przez Otrębskiego wskazywały, że osoby mieszkające w DPS niżej oceniają swoje życie, niż ci, którzy mieszkają samodzielnie lub z rodziną. Zróżnicowanie to jest widoczne w całej grupie jak i w podgrupach płci (Otrębski, 2001, s. 90).

W 2005 roku przeprowadzono badanie dotyczące funkcjonowania i rehabilitacji osób w Domu Pomocy Społecznej dla kobiet z zaburzeniami psychicznymi w Jarogniewicach. Autor badań Grzegorz Czułno podkreśla, że głównym kłopotem rehabilitacji jest brak rodziny, albo jej niechęć do utrzymywania stałych kontaktów z podopieczną (Czułno, 2005, s. 145).

Badania porównawcze dotyczące jakości życia osób chorych na schizofrenię zamieszkujących dom pomocy społecznej przeprowadziły między innymi Beata Kudłacik, Teresa Kucharczyk i Bogusława Ryś w Domu Pomocy Społecznej przeznaczonym dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Wadowicach (2009, s. 44-49). W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, którego techniką był kwestionariusz wywiadu. Autorki poddały analizie trzy obszary: subiektywną ocenę stanu zdrowia, satysfakcję z opieki pielęgniarstwa i ogólną satysfakcję z opieki. Badany ośrodek był koedukacyjny. Większość badanych kobiet, podobnie jak w badaniu, które przeprowadziła autorka dysertacji była, w wieku 41 – 50 lat, stanu wolnego, przebywający w Domu Pomocy Społecznej powyżej 15 lat. Badaczki nie ujęły w swych badaniach problematyki ubezwłasnowolnienia.

Obszary, w których badani wyrażali największą subiektywną satysfakcję, to: zadowolenie z warunków mieszkaniowych (86,8%), poczucie bezpieczeństwa (83,0%), łatwy dostęp do ważnych informacji (75,4%) i religia (67,9%). Korzystnie oceniane były również: nawiązywanie kontaktów z zespołem terapeutycznym (92,5%), zadowolenie z kontaktów ze współmieszkańcami (77,4%), ogólna ocena jakości życia (71,7%), ogólna ocena stanu zdrowia (60,4%) oraz zadowolenie z pobytu w domu pomocy społecznej (58,5%). Najniższe wyniki z zakresu satysfakcji mieszkańcy tego ośrodka ocenili w dziedzinie: otrzymywania wsparcia społecznego (20,8%) i poczucia własnej wartości (26,4%) (Kudłacik, Kucharczyk, Ryś, 2009, s. 46).

Przedstawione konkluzje odnoszą się do rzeczywistości badawczej podjętego przedsięwzięcia naukowego. Uzyskane wyniki mogą stać się wskazaniem do formułowania przesłanek teoretycznych, będących uzupełnieniem wiedzy na temat osób z zaburzeniami psychicznymi, które zamieszkują domy pomocy społecznej.

Z badań wynika, że istnieją obiektywnie dobre warunki życia osób z zaburzeniami psychicznymi w Domu Pomocy Społecznej, ale istnieje wiele czynników utrudniających podnoszenie jakości ich życia, takich jak: zdrowie badanych, oferta terapii zajęciowej czy brak rehabilitacji zawodowej. Oznacza to, że środowisko, w którym żyją może być zarówno źródłem ułatwień, jak i ograniczeń indywidualnej kondycji osób badanych (Kowalik, 1999).

Człowiek i środowisko oddziałują na siebie, tworząc sieć wzajemnych powiązań na różnych poziomach, dlatego wpływy wywierane na osobę nie mogą być mechaniczne, gdyż pozostaje ona autonomicznym systemem i obowiązuje tutaj zasada „zachęcania, zamiast kierowania” (Speck, 2005, s. 334-336). Natomiast „wyobrażenie sterowanej z zewnątrz opieki nad pacjentem sprzeciwia się psychofizycznemu faktowi samoorganizacji, czyli niezbywalnej zasadzie autonomii, zgodnie z którą człowiek jest sprawcą swojego rozwoju, a więc sam konstruuje swoją rzeczywistość” (Speck, 2005, s. 376). Już w latach 90-tych wieku pojawiła się nowa tendencja w podejściu do rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Określa się ją jako „*rozwijanie możliwości stanowienia o własnym losie*”, czyli aktywność osoby i gotowość do współuczestnictwa w procesie własnej rehabilitacji, brania odpowiedzialności za działania, odgrywania w nich własnej roli a aspiracje i umiejętności mają zapewnić jej ciągły rozwój (Twardowski, 2005, s. 15-17; Twardowski, 2009, s. 77). Goffman eksponuje specyficzne dla tych grup ograniczenia możliwości kształtowania własnego losu i sytuacji wynikające z poddania ich członków kontroli ze strony grup i

instytucji sprawujących funkcje opiekuńcze. To determinuje sposób spostrzegania ich problemów i potrzeb oraz model oddziaływań społecznych. Niesamodzielność tych grup sprawia, że rozwiązania cechuje uprzedmiotowienie klientów. Efektem takiego podejścia jest instytucjonalizacja niepełnosprawności, ograniczenie autonomii tych osób oraz rozwój biernych zachowań (Błęszyńska, 2001, s.96; za: Nowak, 2005, s. 48).

Istniejący system rehabilitacyjny, który składa się z szeregu elementów, jest punktem wyjścia i podstawą do budowania możliwości uzyskiwania maksymalnej w danej rzeczywistości społecznej jakości życia. Elementy tego systemu dążą zazwyczaj do jak najlepszej rehabilitacji tych osób, jednak często w tych działaniach omijany jest czynnik subiektywny. Badania wskazują, że czynnik ten jest istotny dla stworzenia modelu, który znacząco podniósłby jakość ich życia. Jakość życia powinna stać się prądródlm wszelkich działań rehabilitacyjnych oraz sposobem na weryfikację ich skuteczności. Celem nie powinna stać się szeroko pojęta rehabilitacja jednostki, ale poprawa jakości jej życia (Głodkowska, 2004; Kowalik, 2007; Zawislak, 2011).

Przyjmując taki tok rozumowania należałoby zweryfikować wszelkie działania nieprzynoszące poprawy jakości życia, tak więc w praktyce powinny one być udoskonalane w kierunku zbliżania się do oczekiwanych zmian. Głównie założenie to maksymalna jakość życia jaką mogą osiągnąć osoby badane. W tym celu należy określić dla każdej osoby indywidualnie, hipotetyczne warunki, których potrzebuje. Zakładana maksymalna jakość życia powinna wyznaczać cel, do którego powinny zmierzać procesy normalizowania wspierania, rehabilitowania i włączania jednostki. Cel ten być może nie zostanie osiągnięty, ale powinien on nadać kierunek i kształt wszelkim dalszym działaniom.

Proces działania, powinien zmierzać ku przekształceniu środowiska, na takie, które pomogą osiągnąć zamierzone cele. Przyjęto za Cumminsem, Bronfenbrennerem oraz Zawislak, że będzie on dotyczyć siedmiu segmentów życia, osadzony będzie w kręgu mikrosystemu, mezosystemu, egzosystemu i makrosystemu. Proponowane działania zostały oparte o model osiągnięcia maksymalnej jakości życia przez osobę dorosłą z niepełnosprawnością intelektualną stworzony przez Aleksandrę Zawislak (2011).

Głównym celem jest uwzględnienie subiektywnych odczuć jednostki i wzbogacenie środowiska w ten sposób, aby wziąć pod uwagę jej potrzeby fizyczne, psychiczne, społecznej i duchowe. W efekcie tego procesu jednostka będzie miała szanse na uzyskanie pozytywnych subiektywnych odczuć, co do swojego życia, czyli osiągnięcia maksymalnej jakości swojego

życia (Zawiślak, 2011, s. 192). Przykładowy model, który zawiera tego typu działania znajduje się w tabeli.

Tabela 105 Strategie osiągnięcia maksymalnej jakości życia przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, które zamieszkują w domu pomocy społecznej.

Osoba dorosła z zaburzeniami psychicznymi zamieszkała w domu pomocy społecznej z własnymi możliwościami i kompetencjami						
Zakładana maksymalna jakość życia jednostki						
Kreowanie środowiska domu pomocy społecznej umożliwiającego obiektywne możliwości funkcjonowania jednostki						
<i>byt materialny</i>	<i>zdrowie</i>	<i>produktywność</i>	<i>zażyłość z bliskimi</i>	<i>bezpieczeństwo</i>	<i>przynależność społeczna</i>	<i>dobrostan emocjonalny</i>
MIKROSYSTEM I MEZOSYSTEM						
-godne warunki mieszkaniowe, dostosowane do potrzeb mieszkańca domu pomocy społecznej, - możliwość dysponowania własnymi finansami, w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie wydziałanie comiesięcznych kwot, o których osoba wraz z opiekunem może decydować,	-odpowiednio zbilansowana dieta, - aktywizacja fizyczna - odpoczynek i rekreacja, - gotowość do akceptacji zmian związanych ze starzeniem się organizmu	-możliwość podjęcia pracy, -sposobność do pełniejszej partycypacji w zajęciach domowych, -zorganizowanie i wyposażenie pracowni gospodarstwa domowego i prowadzenie zajęć gospodarstwa domowego przez opiekuna/instruktor, -	- prawidłowe więzi emocjonalne z rodziną, - odnawianie i podtrzymywanie więzi rodzinnych, - posiadanie przyjaciół i znajomych, - prowadzenie życia towarzyskiego	- wsparcie rodziny lub innych osób znaczących,	- prowadzenie życia towarzyskiego, - przyzwolenie na autonomiczne funkcjonowanie, w miarę swoich możliwości, - okazja do nawiązywania nowych kontaktów z osobami spoza domu pomocy społecznej, - podejmowanie działań w grupie	- działania, które mają na celu poprawę funkcjonowania społecznego, zwiększenie samokontroli jednostki, tworzenie warunków, gdzie zaistnieje poczucie sprawstwa, realnego działania autonomicznego, - możliwość zaspokajania własnych pragnień i życzeń w miarę możliwości ich realizacji, - możliwość dokonywania wyborów, podejmowania wspólnych decyzji, - uzyskiwanie zadowolenia z wykonanej pracy, również w postaci gratyfikacji finansowej, - odnoszenie sukcesu, nie tylko na zawodach lub imprezach, ale również w codziennej egzystencji
EGZOSYSTEM						
- perspektywa uzyskania niezależności finansowej, - możliwość uzyskania dodatkowych funduszy – odpłatna praca, - możliwość większej adaptacji pokoju – własne meble, sprzęty, wystrój wnętrz	- prowadzenie profilaktyki medycznej, - utrzymanie warunków opieki zdrowotnej, jaka jest w obecnym stanie, czyli systematycznie monitorowani a zdrowia mieszkańek	- doradztwo zawodowe, - podjęcie pracy w warunkach pracy chronionej lub możliwość pracy na otwartym rynku, - zatrudnienie wspomagane, -możliwość doksztalcenia się i przekwalifikowania	- działania podjęte na rzecz odnowienia relacji rodzinnych, - poszerzenie możliwości prowadzenia życia towarzyskiego i zawierania nowych przyjaźni	- przyjazne otoczenie zarówno sąsiedzkie jak i środowiska rodzinnego, - dodatkowe wsparcie psychologiczne w tym zakresie	- brak uprzedzeń społecznych i zmniejszający się dystans społeczny pomiędzy osobami chorymi psychicznie zamieszkałymi w domu pomocy społecznej a osobami spoza zakładu, - istnienie chętnych osób do pracy w charakterze wolontariuszy,	- wymagane są działania mające na celu propagowanie pozytywnego wizerunku osoby z zaburzeniami psychicznymi, przede wszystkim w mediach, tak aby niwelować stereotypy na temat przyczyn i objawów psychicznych

					- uświadamianie społeczne, - organizowanie imprez integracyjnych, gdzie zostaną włączone osoby spoza domu pomocy społecznej, w szczególności ze środowiska lokalnego	
MAKROSYSTEM						
-chroniony rynek pracy i/lub przywrócenie możliwości odpłatnej pracy na terenie domu pomocy społecznej, - Wymagane są zmiany w ustawodawstwie dotyczące ubezwłasnowolnienia całkowitego osób z zaburzeniami psychicznymi i ich opiekunów prawnych, z uwagi na brak kontroli nad osobami sprawującymi władzę nad swoimi podopiecznymi, gdzie niejednokrotnie dochodzi do nadużyć, głównie finansowych, - korzystne rozwiązanie legislacyjne w zakresie rehabilitacji i zatrudnienia,	- prawidłowo funkcjonująca służba zdrowia i prwe podstawy ochrony zdrowia	-wprowadzenie formy aktywizacji zawodowej, nie tylko rehabilitacji, która jest substytutem prawdziwego życia, co wymaga zmian w ustawodawstwie w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, (pewne zmiany wprowadza Projekt rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi z dnia 17 grudnia 2012).	- kompleksowe działania, mające na celu odbudowanie i podtrzymanie umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy (za: Nowak, 2005b, s. 111).	- przeciwdziałanie dyskryminacji i marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, poprzez edukację (za:Nowak, 2005b, s.114).	- walka ze stereotypami, państwo powinno podejmować kompleksowe działania w celu przeciwdziałania przyczynom wykluczenia społecznego. Działania na rzecz pobudzenia jednostek, grup społecznych w celu zwiększenia szans życiowych (za:Nowak, 2005b, s. 113).	- Konieczne jest zmniejszenie liczby osób przebywających w domach pomocy społecznej. Pomimo wprowadzenia zmian dotyczącej ograniczenia liczby osób zamieszkujących w domu pomocy społecznej (ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004), liczba 100 osób zamieszkałych na terenie jednego ośrodka jest zdecydowanie za duża i uniemożliwia harmonijny rozwój jednostki i prawidłowe działania terapeutyczne. Terapeuci skupiają się wówczas na zadaniach mających na celu obsługę badanych, ale nie ma już możliwości indywidualnego podejścia i konstruktywnego zagospodarowania czasu mieszkańca
reakcje i interakcje jednostki ze środowiskiem						
OSIĄGANA JAKOŚĆ ŻYCIA						
Ewaluacja i weryfikacja skuteczności						

Źródło: zestawienie własne za:Zawiślak,2011r.

Przedstawiony model działań wobec osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi w domu pomocy społecznej jest modelem teoretycznym, który może być wykorzystywany do działań projektujących i zarazem do oceny efektywności tych działań. Działania zaproponowane w tabeli powyżej, które można podjąć na rzecz mieszkańców Domu Pomocy Społecznej są jednymi z wielu i mają charakter przykładowy oraz otwarty. Nie wszystkie przedstawione rozwiązania są możliwe do realizacji w trybie natychmiastowym, jest to proces, który już w pewnym stopniu został zapoczątkowany. Jednak oddziaływanie to nie może być nieprzemyślane i stereotypowe. Szczególnie ważna jest zasada: *„Mówimy o człowieku, a nie o jego niepełnosprawności, stawiamy osobę przed niepełnosprawnością”* (Twardowski, 2005, s. 16). Zakładając, że tworząc godne warunki bytowe zapewniana jest wysoka jakość życia jednostek uogólnianie jest błędne przekonanie, że osoba ta nie jest równa z pozostałymi jednostkami.

BIBLIOGRAFIA

1. Aaronson, N.K., Kaasa, S., Sprangers, M.A.(1997) *Kwestinariusze EORTC do oceny jakości życia chorych na nowotwory* Nowelizacja [w:] Meyza J. (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, s. 13-36.
2. Achmedzai, S.(1991) *Quality of life research In the European palliative care setting* [w:] Osoba D. (red.) *Effect on cancer on quality of life*. CRS. Press Inc. London
3. Andrews, F., and Robinson, J., (1991) *Measures of Well – Being*. In Robinson John, Philipp Shaver and Lewerence Wrihstman, *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. Academic Press: San Diego, California, ss. 61 – 115.
4. Anders, F., Withey, S., (1976) *Social Indicators of Well – Being*. American Perceptions of Life Quality. New York: Plenum Press.
5. Auleytner, J. (1996) *Instytucje opieki społecznej. Podmioty i fundusze*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, s. 191.
6. Auleytner, J. (2004) *Polska polityka społeczna, ciągłość i zmiany*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
7. Auleytner, J. (2011) *Polityka społeczna w Polsce i na świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, s. 218 – 279.
8. Bach, M., Rioux, M.H. (1996) *Social well-being: a Framework for quality of life in health promotion and rehabilitation*. [w:] Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. (red.) *Quality of life in promotion and rehabilitation*. London: Sage Publication.
9. Bacon, M.K., Barry, H., Child, I.L. (1965). *A cross cultural study of drinking*. “Quart. J.Stud. Alcohol”, za: Morawski, J. *Uwarunkowania psychospołeczne i środowiskowe*, [w:] Gorczyca, P.W.(2009). *Wpływ aglomeracji miejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu – studium z zakresu medycyny i socjologii*. Kraków. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 13-38.
10. Bales, R.F. (1959) *Cultural difference in rate alcoholism* [in:] *Drinking and intoxication*, ed. Mc Carthy, Free Press, New York za: Morawski, J. *Uwarunkowania psychospołeczne i środowiskowe*, [w:] Gorczyca, P.W. (2009). *Wpływ aglomeracji miejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu – studium z zakresu medycyny i socjologii*. Kraków. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 13-38.
11. Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*, tłum., Kowalczevska, J., Radzicki, J., Warszawa”PWN.
12. Bańka, A., Derbis, R.(red.)(1994) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań – Częstochowa, ss. 40-85.
13. Bańka, A., Derbis, R.(red.)(1995) *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań – Częstochowa, s. 9-41.
14. Bańka, A., Derbis, R.(red.)(1998) *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność* Poznań: SPA.

15. Bańka, A. (2005) *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*, [w:] Bańka, A. (red.) *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
16. Barczyk, M. (2006) *Dom pomocy społecznej*. Służba pracownicza, nr 2, s. 27-28.
17. Barnow, S., Ermer, A., Dittmann, V., Stieglitz, R.D., (2005). *Upośledzenie umysłowe*, [w:] Freybeger, H. J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) (2005) *Kompendium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL.
18. Bauman, Z. (2006). *Moralność w niestabilnym świecie*, Poznań: Księgarnia św. Wojciecha, s. 34-78.
19. Bauman, Z. (2009). *Sztuka życia*. Wydawnictwo Literackie: Kraków, s. 5-25.
20. Baumann, K. (2006) *Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny*. Gerontologia Polska, 4, s. 14.
21. Barczyk, M. (2006). *Dom pomocy społecznej*, Służba Pracownicza, nr 2, s. 27-28.
22. Bartosz, B., Klebaniuk, J.(red.)(2006). *Wokół Jakości życia. Studia psychologiczne*. Wrocław: Wydawnictwo „Jakpol”, s. 79-138.
23. Bartosz, B. (2006). *Czy bycie twórcą oznacza wysoką jakość życia? O niekoniecznie prostych związkach między twórczością i jakością życia* [w:] Brtosz, B., Klebaniuk, J.(red.) (2006) *Wokół Jakości życia. Studia psychologiczne*. Wrocław: Wydawnictwo „Jakpol”, s. 79-93.
24. Becker, H. S. (1996). *The epistemology of qualitative research*. W: Jessor, R., Colby, A., Richard AS. Shweder (red.), *Ethnography and human development: Context and meaning in social inquiry*. Chicago: University of Chicago Press, s. 53-71.
25. Benton, T., Craib, N. (2002). *Filozofia nauk społecznych*, Wrocław.
26. Berrios, G.E. (1987). The nosology of dementias: an overview, [w:] Pitt, B., (red.) *Dementia*. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, [za:] Krzymiński, S. (1993). *Zburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa:PZWL.
27. Bereza, B., Steuden, St., Soból, A., (2006) *Poczucie jakości życia u osób z nowotworami krtani*[w:] Steuden, St., Okła, P., (red.) *Jakość życia w chorobie*. Lublin, Wydawnictwo KUL, s. 5-33.
28. Bień, B., Pędich, W. (1986) *Stan zdrowia ludzi starych i ich potrzeby zdrowotne*, [w:] Wójcik, P. (red.) *Warunki życia i problemy ludzi starych*. Warszawa. Akademia Nauk Społecznych.
29. Bilikiewicz, T. (1948). *Etioepigenetism or hierarchical epigenesis of etiological layers in psychiatry*. Monthly Review of Psychiatry and Neurology; 115 (1/2): 91-9.
30. Bilikiewicz, T. (1969). *Psychiatria kliniczna*. Wydanie IV poprawione. Warszawa: PZWL.
31. Bilikiewicz T. (1970). *Die Ätioepigenese in der psychiatrischen Forschung*. Nova Acta Leopoldina; 193: 61-93.
32. Bilikiewicz, T. (1989). *Zaburzenia psychiczne na tle organicznym*, [w:] Bilikiewicz, T. *Psychiatria kliniczna*, t.2, Bilikiewicz, A. (red.). Warszawa: PZWL.
33. Bilikiewicz, A., Smoczyński, S. (1989). *Psychopatologia guzów śródczaszkowych*, wyd. II. Warszawa: PZWL.
34. Bilikiewicz, T., Pużyński St., Rybakowski J., Wiórka J. (red)(2002). *Psychiatria. Tom 1: Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner.

35. Bilikiewicz, A. (2002)(red.). *Psychiatria t.2. Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL, s. 277 - 560.
36. Bizoń, Z., Godorowski, K., Henisz, J., Raźniewski, A. (1956). *Postawy ludności m. Warszawy wobec psychicznie chorych i psychiatrii*. Pamiętnik XXVIII Naukowego Zjazdu Psychiatrów Polskich w Lublinie. Warszawa, s. 71.
37. Boyle, P., Vecchia, La C., Walker, A., (2001). *Annual Report on the results of treatment In Gynecological Cancer*. J. Epidemiol Biostat Ed. 6.
38. Bleuer, E. (1969). *Lehrbuch der Psychiatrie*, wyd. XI, Springer, Berlin – Heidelberg – New York, za: Gorczyca, P.W.(2009). *Wpływ aglomeracji miejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu – studium z zakresu medycyny i socjologii*. Kraków. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 13-38.
39. Błaszyk, W., Januszkiewicz, K., Śmigielski, J. (2006). *Oblicza jakości życia. Człowiek w sytuacji pracy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 3-89.
40. Błężyńska, K. (2001). *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie: „Żak”
41. Borthwick, A.; Holman, C.; Kennard, D.; McFetridge, M.; Messruther, K.; Wilkes, J. (2001). *The relevance of moral treatment to contemporary mental health care*. Journal of Mental Health, 10, s. 427-439.
42. Borowska - Beszta B.(2002).*O strategiach badań jakościowych J. Spradleya w pedagogice specjalnej* [w:] Dykcik W., Kosakowski C., (red) Pedagogika Specjalna szansą na realizację potrzeb osób niepełnosprawnych APS,UWM, Warszawa, Olsztyn.
43. Borys, T. (2001). *Jakość życia jako kategoria badawcza i cel nadrzędny* [w:] Wachowiak, A., (red.) *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, s. 17 – 39.
44. Butler, R.N., Lewis, M.I. (1982). *Again and Mental Health*. The C.V. Mosby Comp., wyd. II, St. Louis Toronto, London.
45. Bricman, P., Coastes, D., Janoff-Bulman, R. (1978). *Lottery winners and accident victims. Is Happiness relative?* Journal of Personality and Social Psychology, 36, s. 917-927.
46. Brynman, A. (2004). *Social Research Methods* (wyd.2), Oxford: Oxford University Press.
47. Brzeziński, J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
48. Cackowski, Z. (1964). *Problemy i pseudoproblemy*. Warszawa:Wydawnictwo Naukowe PWN.
49. Campbell, A.(1976). *Subjective measures of well-being*. American Psychologist,No 2, s.117-124.
50. Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life*, Russell Sage Foundation, New York.
51. Cummins, R.A. (1996). *The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos*. Social Indicators Research, 35, s. 300-345.
52. Cummins, R.A. (1997). *Copmhensive Quality of Life Scale – Adult, 5th ed.*, School of Psychology. Deakin University. Melbourne.

53. Cummins, R.A. (2000). *Objective and subjective quality of life : an interactive model*, "Social Indicators Research", 52, s. 55-72.
54. Cummins, R.A. (2001). *Living with support in the community: predictors of satisfaction with life*, "Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews", 7, s.99-104.
55. Cummins, R.A. (2003). *Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model*, "Social Indicators Research", 64, s. 225-256.
56. Cummins, R.A. (2005). *Moving from the quality of life concept to a theory*, "Journal of Intellectual Disability Research", 49, 10, s.699-706.
57. Cummins, R.A., Gullone, E., Lau, A.L.D. (2002). *A model of subjective well being homeostasis: the role of personality*, [w:] Gullone, E., Cummins, R.A., (red.)*The University of Subjective Wellbeing Indicators*, Social Indicators Research Series.
58. Cwynar, S.(1978). *Psychozy schizofreniczne*, [w:] Jarosz, M., Cwynar, S. (red.)(1978) *Postawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów*. Wydanie II, Warszawa: PZWL, s. 86 – 102.
59. Cwynar, St. (1978). *Paranoja*. [w:] Jarosz, M., Cwynar, S. (red.)(1978) *Postawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów*. Wydanie II, Warszawa: PZWL.
60. Czabała, J. (2006) *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
61. Czachórski, W. (1952). *Czynności prawne przyczynowe i oderwane w polskim prawie cywilnym*. Warszawa: PWN.
62. Czachórski, W. (1970). *Prawo zobowiązań w zarysie*. Warszawa: PWN.
63. Czapiński, J. (1985). *Wartościowanie – zjawisko inklinacji pozytywnej*. Wrocław: Ossolineum.
64. Czapiński, J.(1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: PTP
65. Czapiński, J. (1991). *Psychologia szczęścia*. Poznań: Academos.
66. Czapiński, J.(1998). *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej. Raport końcowy projektu badawczego*. Warszawa: Międzywydziałowy Instytut Studiów Społecznych UW.
67. Czapiński, J.(2004). *Psychologiczne teorie szczęścia* [w:] Czapiński, J. (red.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
68. Czapiński, J.(2002). *Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia, złudzenie postępu*. Psychologia jakości życia, 1, 9 – 34.
69. Czekerredowski, A., Smoleń, A. Bednarek, W., Kotraski, J.(2002) *Współczesna ultrasonografia w diagnostyce guzów jajnika, porównanie wartości predykcyjnych oceny przepływu badania przepływu doplerowskiego i obrazowania trójwymiarowego 3D*. Ginekologia Polska 76, s. 1061.
70. Czubiński, L. (1994). *Najnowsze dzieje Polski do 1945 r*. Poznań, s. 240-250.
71. Czullo, G. (2005). *Kobiety chore psychicznie i ich funkcjonowanie w Domu Pomocy Społecznej* [w:] St. Kowalik, Z. Gordziej (red.) *Rehabilitacja w domach pomocy społecznej*. Jarogniewice: Dom Pomocy Społecznej w Jarogniewicach.

72. Daszykowska, J. (2007). *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”
73. Dąbrowski, S., Jroszewski, J., Pużyński, S.(red.)(1987) *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
74. Dąbrowski, S. (1985) *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PZWL.
75. Dąbrowski, S., Pietrzykowski, J. (1972). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Instytut Psychiatrii Neurologii, Warszawa: PZWL.
76. Dębska, U. (2006a). *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe SPA.
77. Dębska, U. (2006b). *Podjąć wyzwanie. W kontekście dynamiki wartościowania, sensu i jakości życia osób niepełnosprawnych* [w:] Brtosz, B., Klebaniuk, J.(red.) (2006) *Wokół Jakości życia. Studia psychologiczne*. Wrocław: Wydawnictwo „Jakpol”, s. 109-125.
78. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV ed. (2000), text Revision, American Psychiatric Association, Washington.
79. Drewnowski, J., Scott, W., (1966). *The level of Living Index*. UNRISD, Geneva. Raport nr 4.
80. Denzin, H.K., Lincoln, Y.S. (eds.)(1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage.
81. Denzin, H.K., Lincoln, Y.S. (eds.)(2009). *Metody badań jakościowych*, t. 1-2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
82. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)(1998). *Behandlungs – leitlinie Schizophrenie*. Stainkopff, Darmstadt.
83. Derbis, R. (1994). *Pojmowanie jakości przypisywanych życiu przez młodzież bezrobotną i uczącą się*. Prace naukowe WSP w Częstochowie, Seria Psychologia III, s. 5-16.
84. Derbis, R.(2000). *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania.Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie, s.9-55.
85. Derbis, R.(red.)(2008) *Jakość życia od wykluczonych do elity*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, s. 259-551.
86. Dmowski, S., Rudnicki, S. (2001). *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*. Warszawa. Wydawnictwo: LexisNexis.
87. Dosen, A. (1990). *Psychische en gedragstornissen bij zwank – sinnigien*. Boom, Meppen, Amsterdam, [za:] Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) (2005)*Kompedium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*. , tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL.
88. Dragon, P., Marcol, R. (1970). *Ubezłasnowolnienie całkowite i częściowe, jego przesłanki i skutki (na podstawie orzeczeń lekarskich wydanych w latach 1967-1969)*. Psychiatria Polska, nr 3.
89. Drimmelen-Krabbe, J.van, Bertelsen, A., Pull, C. (1999) – *Ahnlichkeiten und Unterschiede zwischen ICD – 10 und DSM – IV* –[w:] Helmechen, H., Henn, F., Lauter, H., Sartorius, N., (red.) – *Allgemeine Psychiatrie* – Springer, Berlin , s. 89 – 117.

90. DuBois, B. Miley, K.K., (2005). *Duchowy wymiar pielęgnacji chorego. Wstęp. „Na Temat. Zeszyty dla profesjonalnie pomagających”* nr 4.
91. Duda, J. (2006). *Komentarze do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, s. 1 – 18.
92. Dykcik, W. (2002). *Pedagogika Specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*. Poznań WNPTP.
93. Dykcik, W. (2005). *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*. Poznań. Wydawnictwo Naukowe PTP Oddz. w Poznaniu.
94. Dykcik, W. (red.)(2006). *Pedagogika specjalna*. Poznań. Wydawnictwo Naukowe UAM.
95. Dykcik, W. (2010a). *Tendencje rozwoju pedagogiki specjalnej. Osiągnięcia naukowe i praktyka (z perspektywy 50-lecia pracy pedagogicznej z osobami z niepełnosprawnością)*. Poznań: Polskie Towarzystwo Pedagogiczne.
96. Dykcik, W. (2010b). *Odpowiedzialność człowieka w kontekście indywidualnym i społecznym*. Wydawnictwo Naukowe PTP.
97. Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). *Wokół pojęcia jakości życia*. Psychologia Jakości życia, 2, s.77-99.
98. Elkes, A., Thorpe, J.G. (1967). *A Summary of Psychiatry*. London: Faber & Faber, s. 13.
99. Ey, H.(1963). *Manuel de psychiatrie*. Masson. Paris, za: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych* [w:] Dąbrowski, S., Jroszewski, J., Pużyński, S.(red.)(1987). *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s.11-20.
100. Falicki, Z. (1985). *Psychiatria społeczna*. Wydanie III. Warszawa: PZWL.
101. Felce, D., Perry, J. (1996). *Exploring current conceptions of quality of life: A model for people with and without disabilities*, [w:] Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. (red.) *Quality of life in health promotion and rehabilitation*, London: Sage Publication.
102. Firkowska – Mankiewicz, A. (1999). *Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL – Kwestionariusz Jakości Życia, „Sztuka leczenia”*, 5, 3, s.15-21.
103. Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research* (wyd. 2). London: Sage.
104. Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research* (wyd.3). London: Sage.
105. Flick, U. (2010). *Projektowanie badania jakościowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
106. Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hung, P.R.(1975). *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J. psychiat. Res. 12, p. 198.
107. Freyberger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.)(2005) *Kompendium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL.
108. Fraquar, M. (1995). *Definition of quality of life: a taxonomy*, J.Adv.Nurs, No. 22
109. Garrett, G., (1990). *Potrzeby zdrowotnych ludzi starszych*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
110. Gawor, A., Głębocka, A.(red.)(2008). *Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 101-119.

111. Garncarek, E. (2008). *Dobrowolna bezdzietność jako nowa jakość życia w świetle wypowiedzi postów internetowych* [w:] Gawor, A., Głębocka, A.(red.)(2008) *Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 103-107.
112. Giese, H. (red.) (1976). *Seksuologia*. Warszawa: PZWL.
113. Gierowski, J.K. (2000) *Zaburzenia osobowości sprawcy w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym*. Palestra, nr 5 -6, s. 68.
114. Gilson, R., Mindel, A. (2001). *Recent advances, Sexually transmitted infection*. BMJ, s.322.
115. Głodkowska, J. (2004). *Założenia I kontekst procesu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] Głodkowska, J., Giryński, A. (red.) *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej dorosłości*, Warszawa: Wydawnictwo Pedagogiki Specjalnej.
116. Goebel, W., (2005). *Schizofrenie i zaburzenia urojeniowe*, [w:] Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) *Kompendium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL, s. 89 – 108.
117. Godlewski, J. (1985). *Etologiczne aspekty seksuologii*. W: K. Imieliński (red.) *Seksuologia biologiczna*. Warszawa: PWN.
118. Godlewski, J. (1987). *Wybrane zagadnienia z seksuologii*. [w:] Dąbrowski, S., Jroszewski, J., Pużyński, S.(red.) *Psychiatria. Tom I*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
119. Goode, D. (red.)(1994). *Quality of life for person with disabilities. International perspectives and issues*, Brooklin Books, Cambridge, MA.
120. Goodwin, F.K., Jamison, K.R. (1990). *Manic – depressive illness, creativity , and leadership*, [w:] Goodwin, F.K., Jamison, K.R.(red.) *Manic – depressive Illness*. Oxford University Press, New York, s. 332 – 367.
121. Gottschalk, L. i inni. (1945). *The use of personal documents in history, anthropology and sociology*. New York.
122. Gorczyca, P.W.(2009). *Wpływ aglomeracji miejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu – studium z zakresu medycyny i socjologii*. Kraków. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 13-38.
123. Gofron, A., (1994). *Zagadnienie <<jakości życia>> w koncepcji pedagogicznej B. Nawroczyńskiego*. [w:] Bańka, A., Derbis, R.(red.) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań – Częstochowa, ss. 72-77.
124. Góra, W.A. (1989). *Tradycje opieki i pomocy społecznej w Polsce*. „Praca Socjalna”, nr 2, s. 22-35.
125. Gutzmann, H., Schaub, T.R. (2005). *Organiczne i objawowe zaburzenia psychiczne*, [w:] Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) *Kompendium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL, s. 45 – 71.
126. Gregory, N., Robertson, J., Kessissoglou, S., Emerson, E., Hatton, C. (2001), *Factors associated with expressed satisfaction among people with intellectual disability receiving residential supports*. Journal of Intellectual Disability Research , s. 279 – 291.

127. Greń, J. (1976). *Statystyka matematyczna. Modele i zadania*, Wydawnictwo PWN: Warszawa.
128. Grzybowski, S. (1974). *O rzekomej konwalidacji nieważnej czynności prawnej*. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, z. 3.
129. Grzybowski, S. (1980). *Prawo rodzinne. Zarys wykładu*. Warszawa, s. 243-244.
130. Hammersley, M.(1996). *The relationship between qualitative and quantitative research: paradigm loyalty versus methodological eclecticism*, w: Richardson, J.T.E. (red.) *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the social Sciences*, Leicester: BPS Books, s. 159-174.
131. Haslam, M. (1997). *Psychiatria*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Spółka.
132. Hatton, Ch. (1998) *Whose quality of life is it anyway? Some problems with the emerging quality of life consensus*, *Mental Retardation*, 36, 2.
133. Haug, H-J., Ahrens, B., (2005). *Zaburzenia afektywne*, [w:]Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) *Kompedium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL, s. 108-127.
134. Headey, B. (1993) *An economic model of subjective well-being: integrating economic and psychological theories*. *Social Indicators Research*, 28, s. 97-116.
135. Helling, I. K. (1990) *Metoda badań biograficznych*. [w:] Włodarek, J. i Ziółkowski, M. (red.) *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa – Poznań.
136. Hensel, E., Rose, J., Kroese, B.S., Banks- Smith, J., (2002). *Subjective judgments of quality of life: a comprasion study between people with intellectual diasability and those without disability*. *Journal of Intellectual Disabillity Research*.
137. Hitzler, R. Eberle, Th. S. (2004). *Phenomological analysis of lifeworlds*, w: Flick, U. Kardoff, E. Steinke, I. (red.) *A Companion to Qualitative Research*, London: Sage: 67-174.
138. Holding, T.A., Kay, D.W.K. (1984). *General aspects. Department of Psychiatry*. [w:] Holding, T.A., Kay, D.W.K. ,*Psychiatry*.Vol.1.Univerity of Tasmania.
139. Horton, D. (1943). *The function of alcohol in primitive societies. A cross – cultural study*. “*Quart. J.Strud. Alcohol*.”[w:] Dąbrowski, S., Jroszyński, J., Pużyński, S.(red.)(1988) *Psychiatria. Tom 2*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
140. Hsenfeld, Y., English, R.(red.)(1970). *Human Services Organization*. New York [w:] Mielczarek, A.(2010). *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, s. 81 – 121.
141. Hughes, C., Hwang, B., Kim, J., Eisenman, L.T., Killian, D.J. (1995). *Quality of life in applied research: A rview and analysis of empirical measures*. *American Jurnal on MentalRetardation*, 99, 6, s. 623-641.
142. IASSID (1980). *Quality of life. Its conceptualization, measurment, and application. A consensus document prepared by: The Special Interest Research Group on Quality of Life*. International Assotiation for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. WHO-IASSID work plan.
143. Imielski, W.J. (2010). *Zburzenia psychiczne i emocjonalne. Przewodnik popularnonaukowy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
144. Imieliński, K. (1985). *Seksuologia biologiczna*. Warszawa. PWN

145. Imieliński, K. (red.) (1990). *Seksiatria* - tom I, II. Warszawa: PWN.
146. Jaczewski, A. (1993). *Biologiczne i medyczne postawy rozwoju i wychowania*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
147. Jachowicz, A. (2006). *Domy pomocy społecznej – konieczność, czy może luksus? Sytuacja DPS w świetle zmiany ustawy o pomocy społecznej*. „Polityka Społeczna”, nr 5-6.
148. Jakubik, A., Brodniak, W.A., Palyska, M., Raduj, J., Świt, T., Werbel, S. (1995) *Ocena funkcjonowania osobowości u osób uzależnionych od alkoholu. Badania empiryczne*. „Alkoholizm i Narkomania”, 11/12, s. 129-148.
149. Janiszewska – Nieścioruk, Z. (2000). *Znaczenie samooceny w społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*. Zielona Góra: Lubuski Towarzystwo Naukowe.
150. Jankowska, M., *Reprezentacja prawna osób z autyzmem lub upośledzeniem umysłowym, ubezwłasnowolnienie całkowite i częściowe w świetle polskiego prawa cywilnego*. Dokument elektroniczny. <http://www.synapsis.waw.pl> [data dostępu: 09.02.2013, s.7]
151. Jaracz, K. (2001). *Jakość życia w naukach medycznych* [w:] Melosik, Z. (red.) *Młodość styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe AM, s. 209-224.
152. Jarosz, M., Cwynar, S. (red.)(1978). *Postawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów*. Wydanie II, Warszawa: PZWL.
153. Jaczewski, A., Woynarowska, B. (red.)(1982). *Dojrzewanie*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
154. Jarosz, M. (1992). *Lekarz i jego pacjent*. Warszawa:PZWL.
155. Jaroszyński, J. (1964). *Współczesne poglądy na choroby psychiczne*. Warszawa: PWN.
156. Jaroszyński, J. (1987). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych* [w:] Dąbrowski, S., Jroszyński, J., Pużyński, S.(red.)(1987) *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s.11-20.
157. Jaroszyński, J. (1987). *Zespoły zaburzeń psychicznych*. [w:] Dąbrowski, S., Jroszyński, J., Pużyński, S.(red.)(1987) *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s.20-41.
158. Jaroszyński, J. (1987). *Psychozy schizofreniczne*. [w:] Dąbrowski, S., Jroszyński, J., Pużyński, S.(red.)(1987) *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s.54-95.
159. Pużyński, J. (2007). *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*. *Psychiatria Polska*, nr 3, s. 302.
160. Jelinek, E.M. (1962). *Phases of alcohol addition* [in:] *Social cultural of drinking patrrns*, eds. , Pittman, P.J., Synder, C.R., London – New York: Willy & Sons, s. 360 – 366.
161. Jones, P.B., Buckley, P.F.(2006). *Schizofrenia*, tłum. Bidziński, A. Wrocław: Urban & Partner.
162. Jurek, Ł. (2008) *Czynniki determinujące zapotrzebowanie na instytucjonalne usługi opiekuńcze z pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku*. Część III; „Medi Forum Opieki Długoterminowej”, nr 2, s. 22.
163. Juros, A. (1997), *Poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością a obraz gminy*, [w:] Juros A.; Otrębski, A. (red.) *Integracja osób niepełnosprawnych w*

- społeczności lokalnej*. Lublin: Fundacja Środkowoeuropejskie Centrum Ekonomii Działania Społecznego.
164. Kaczmarek, J. (7/2002) *Rola inżynierów w poprawie jakości życia*. Problemy Jakości, s. 14.
 165. Kahn, A., (1973) *Social Policy and Social Services*, Nowy York: Random House.
 166. Kalus, S. (1989) *Opieka nad osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną*. Katowice: Wydawca Uniwersytet Śląski.
 167. Kalus, S. (1985) *Wpływ ubezwłasnowolnienia na sytuację prawną osoby fizycznej w zakresie stosunków zobowiązanych*. Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, nr 10.
 168. Kałuża, D., Szukalski, P. (2010) *Jakość życia seniorów XXI wieku. Ku aktywności*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka, s.100-122.
 169. Kamiński, A. (1966). *Aktywizacja i uspołecznienie uczniów w szkole podstawowej*. Warszawa.
 170. Kane, J.M. (1987). Neuroleptic treatment In schizophrenia, [w:] Henn, F.A., DeLisi, L.E. (red.) *Handbook of Schizophrenia, vol. 2: Neurochemistry and Neuropharmacology of Schizophrenia*. Elsevier. Amsterdam, s.179-201
 171. Kane, R.A. (2002) *Quality of life*, [w:] Breslow, L. (red.) *Encyclopedia of Public Health*, Vol. 3, Macmillan Reference USA, New York.
 172. Kasprzak, E. (2008) *Kształtowanie poczucia jakości życia u osób wykluczonych społecznie. Doniesienie z badań* [w:] Derbis, R.(red.) *Jakość życia od wykluczonych do elity*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, s. 259 -271.
 173. Kaźmierczak, T. (1998) *Wielkie rewolucje a pomoc społeczna* [w:]Kaźmierczak ,T., Łuczyńska, M., *Wprowadzenie do pomocy społecznej*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego, s. 41-55.
 174. Keith, K.D., Schalock, R.L. (2000) *Cross – cultural perspectives on quality of life*, [w:] Keith, K.D., Schalock, R.L. , *Cross – cultural perspectives on quality of life*, American Association on Mental retardation, Washington, DC.
 175. Kelle, U. Erzberger, Ch. (2004). *Quantitative and qualitative methods: no confrontation*, w: Flick, U. Kardoff, E. Steinke, I. (red.) *A Comapnin to Qualitative Research*, London: Sage, S. 172-177.
 176. Kepiński, A.(1978). *Rytm życia*. Kraków: Sagittarius.
 177. Kepiński, A. (2005) *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
 178. Klebaniuk, J. (2006) *Materialne uwarunkowania jakości życia* [w:] Brtosz, B., Klebaniuk, J.(red.) (2006) *Wokół Jakości życia. Studia psychologiczne*. Wrocław: Wydawnictwo „Jakpol”, s. 93-109.
 179. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. (1997). Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
 180. Kmiecik, B. (2011). *Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku – analiza socjologiczno-prawna*. Psychiatria. Psychologia kliniczna, nr 11 (1), s. 32-36. Dokument elektroniczny, www.psychitria.com.pl [data dostępu, 18 marzec 2013].
 181. Kolman, R. (2/2000). *Zespoły badawcze jakości życia*, Problemy Jakości, s.3.

182. Konarzewski, K. (2000). *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*. Warszawa: WSiP.
183. Kosik, J. (1974). *Pozbawienie władzy rodzicielskiej i ustanowienie opieki w praktyce sądowej (na przykładzie jednego powiatu w latach 1965 – 1972)*. Wydawnictwo REPIS, zeszyt 3.
184. Kościelak, R. (1989). *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*. Warszawa: PWN.
185. Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
186. Kowalik, St. (1993) *Psychologiczne wymiary jakości życia* [w:] Bańka, A., Derbis, R., (red.) *Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej*. Poznań. Gemini.
187. Kowalik, St., (1994a). *Temporalne uwarunkowania jakości życia* [w:] Bańka, A., Derbis, R.(red.)(1994b) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań – Częstochowa, ss. 40- 51.
188. Kowalik, St.(1994b). *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne* [w:] Bańka, A., Derbis, R.(red.) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań – Częstochowa, ss. 75- 85.
189. Kowalik, St. (1995). *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne* [w:] Bańka, A., Derbis, R (red.) *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań. ŚCEDs, s.75-85.
190. Kowalik, St., Janečka, Z. (1998) *Problemy psychologiczne mieszkańców Domów Pomocy Społecznej i możliwości udzielania pomocy przy ich rozwiązywaniu* [w:] Kowalik, St., Zabor, Z., Dłużniewska – Martyniec, W. (red.) *Rozwiązywanie problemów życiowych mieszkańców domów opieki społecznej*. „Zeszyt III. Stowarzyszenie Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej w Jarogniewicach”, s. 9-29.
191. Kowalik, St. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Wydawnictwo: „Śląsk”.
192. Kowalik, St. (2000). *Jakość życia psychicznego* [w:] Derbis, R. (red.) *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP Częstochowa.
193. Kowalik, St. (2001). *Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych* [w:] Wołowicka, L. (red.) *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej, s. 54-116.
194. Kowalik, St. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
195. Kowalik, St. (2008). *Estetyzacja życia codziennego a jakość życia człowieka* [w:] Derbis, R. (red.) *Jakość życia od wykluczonych do elity*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Jana Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza, s. 35-57.
196. Kozak, M., Kycia, St. (1994) *Humanizm ekologiczny. Jakość życia, wymiar ekologiczny*. Lublin: Politechnika Poznańska, s. 35-49.
197. Kozioł, W. (2001) *Stacjonarne formy opieki nad ludźmi wymagającymi pomocy socjalnej w pespektywie historycznej*, Lublin – Polonia, Vol. XXXVI 12, Wydział Filozofii i Socjologii UMCS, s. 154 – 171.
198. Kłoszewska, I., Bogucki, A. (1995). *Choroba Alzheimera: obraz kliniczny i zasady postępowania diagnostycznego*. Folia Med. Lodziensia 1995, s. 7-21.

199. Kuczerowski, R. (1995). *Choroba alkoholowa* [w:] Wojtczak, A. (red.)(1995) *Choroby wewnętrzne*. Wydanie II zmienione. Warszawa: PZWL, s. 654 – 663.
200. Kumaniecka – Wiśniewska, A. (2006). *Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
201. Kudłacik, B., Kycharczyk, T., Ryś, B. (2009). *Jakość życia chorych na schizofrenię w ocenie mieszkańców domu pomocy społecznej*. *Viamedica* 17 (1), s. 44-49.
202. Kübler-Ross (2001). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Wydawnictwo Media Rodzina, s. 25-89
203. Krapelin, E. (1913). *Psychiatrie*. Wyd. 8, t.III. Barth. Leipzig, za: Jaroszyński, J. (1987). *Psychozy schizofreniczne*. [w:] Dąbrowski, S., Jroszewski, J., Pużyński, S.(red.)(1987) *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s.54-95.
204. Krausz, M., Dittmann, V. (2005). *Zaburzenia spowodowane zarzycaniem substancji psychoaktywnych*, [w:] Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) *Kompedium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL, 71 -89.
205. Krzywiński, S. (1993). *Zburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa:PZWL.
206. Kulisiewicz, T. (1986). *Zespół uzależnienia od alkoholu* [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. Wald, I., Warszawa: PWN.
207. Lausch-Żuk, J. (2003). *Pedagogika osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym*, [w:] Dykcik, W. (2003). *Pedagogika specjalna*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
208. Lammek, S. (1988) *Qualitative Sozialforschung. T1, Methodologie*, Munchen.
209. Leonhardt, K. (1959). *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Akdaemie. Berlinz, za: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych* [w:] Dąbrowski, S., Jroszewski, J., Pużyński, S.(red.)(1987) *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s.11-20.
210. Lew – Starowicz, Z. (2000). *Psychologiczne aspekty zaburzeń seksualnych*. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Tom III. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.
211. Lew – Starowicz, Z. (2006). *Seksualność a jakość życia człowieka*. Przegląd seksuologiczny. Styczeń/kwiecień 2006. Tom III, zeszyt 1, Nr 5.
212. Leszczyńska-Rajchert, A. (2003). *Działania społeczne na rzecz ludzi starszych w kontekście funkcjonowania domów pomocy społecznej*, [w:] Kantowicz, E., Olubiński, A. (red.) *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*. Toruń, s. 2.
213. Liddle, P.F. (1987). *Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction*. *Psychol Med.* 17, s. 49-57.
214. Lingg, A. (1995). *Autoaggressivität bei geistig behinderten Menschen und Möglichkeiten einer Therapie*, [w:] Nissen, G. *Aggressivität und Gewalt*. Huber. Göttingen, [za:] Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) (2005)*Kompedium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*. , tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL.

215. Lindstrom, B.(1992). *Quality of life: a model for evaluation health for all – conceptual considerations and policy implications*, “Sos Praventivmed”, 37, s. 301-306.
216. Lindstrom, B. (1994). *The essence of existence: on the quality of life of children in the Nordic countries*, Nordic School of Public Health, Goteborg.
217. Lubiński, K. (1973). *Podmioty legitymowania do złożenia wniosku o wszczęcie postępowania o ubezwłasnowolnienie*. Palestra, nr 9.
218. Lubiński, K. (1979). *Postępowanie o ubezwłasnowolnienie*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
219. Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E. Coulter, D. L., Craig, E. M. Reeve, A., Schalock, R I., Snell, M.E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tassé, M. J. (2002). *Mental Retardation – Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation
220. Łapińska, R., Żebrowska, M. (1982). *Wiek dorastania*, [w:] Żebrowska, M. (red.). *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.
221. Łobocki, M. (1999). *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Kraków.
222. Łobocki, M. (2005). *Metody badań pedagogicznych*. Warszawa: PWN.
223. Łopato, J. (1982). *Miłosierdzie i dobroczynność w Polsce*, Pol. Społ., nr 5, s. 25.
224. Łuczyńska, M. (1998) *Instytucja pomocy społecznej*, [w:] Kaźmierczak ,T., Łuczyńska, M., *Wprowadzenie do pomocy społecznej*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego, s. 63 - 96.
225. Łukasiewicz, P. (1985). *Metoda dialogowa w praktyce badawczej (na przykładzie badań stylu życia)*. W: Lutyńska, K. (red.) *Z metodologii i metodyki socjologicznych badań terenowych*. Warszawa: PWN.
226. Malinowski, A. (1959). *Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Kompendium dla lekarzy i prawników*. Warszawa: PZWL.
227. Malinowski, L., Orłowska, M. (red.)(1998) *Praca socjalna służbą człowiekowi*. Warszawa, s. 5-30.
228. Małyżko, St., Gajda, Ł. (1997) *Majątki wielkopolskie. Powiat pleszewski*. Tom II. Muzeum Narodowe Rolnictwa i Przemysłu Rolno-Spożywczego w Szreniawie, s. 55-59.
229. Maslow, A.H., (1986). *W stronę psychologii istnienia*. Warszawa: IW PAX.
230. Maslow, A.H. (1996). *Teoria hierarchii potrzeb* [w:] Zamiara, K. (red.) *Materiały a historii psychologii*, Poznań: Instytut Kulturoznawstwa UAM, s. 256-279.
231. Marciniak, J. (1975). *Treść i sprawowanie opieki nad małoletnim*. Warszawa.
232. Materne, J. (1999). *Pedagogika socjalna*. Szczecin.
233. Marecki, J. (2006). *Źródła filozofii Karola Wojtyły*. „Ethos”, Nr 4 (76), s. 81-95.
234. Mezzich JE. (1988). *On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10*. Brit J Psychiatry, 152 (suppl.1): 38-43.
235. Meyza, J., (red.)(1997). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie, s.76-98.
236. Michalos, A.C. (1986). *Job satisfaction, material satisfaction, and quality life: A review and preview* [w:] Andrews, F.M. (red.) *Research on the quality of life*, Univerity of Michigan, Ann Arbour, MI.
237. Mielczarek, A.(2006). *Polska Pomoc Społeczna doświadczenia historyczne*. Toruń: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, s. 55-95.

238. Mielczarek, A.(2010) *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, s. 81 – 121.
239. Mrugalska, K. (1995) *Służby i placówki*. „Praca socjalna”, nr 1, s. 38-61.
240. Muszalski, W. (1996) *Prawo socjalne*. Warszawa, s. 165.
241. Namysłowska, I. (1987) *Paranoje i reakcje paranoiczne*. [w:] Dąbrowski, S., Jroszewski, J., Pużyński, S.(red.)(1987). *Psychiatria. Tom I*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s.97-108.
242. Nawroczyński, B. (1980) *Model wykształconego Polaka (program studiów nad powszechnym kształceniem ogólnym – w perspektywie*, [w:] Suchodolski, B. (red.) *Model wykształconego Polaka: Ossolineum*.
243. *Nowa Encyklopedia powszechna* (1995). Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
244. Noyes, A. P., Kolb, L.C. (1969). *Nowoczesna psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.
245. Nelly-Barnes, S., Maracenko, M., Weber, L., (2008). *Does Choice Influence Quality of Life People with Mild Intellectual Disabilities?* Journal of Intellectual Disability Research. 46, 1, s. 12 – 26.
246. Nieścior, A. (12/2000) *Jakość życia jednostki*, Problemy Jakości, s.8.
247. Nieścior, A. (4/2001) *Struktura jakości życia jednostki*, Problemy Jakości, s. 4.
248. Nowak, S. (1970). *Metodologia badań socjologicznych. Zagadnienia ogólne*. Warszawa: PWN.
249. Nowak, A. (1999). *Wybrane edukacyjne i prawne aspekty niepełnosprawności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
250. Nowak, A. (2000). *Niepełnosprawni na rynku pracy (wybrane problemy); Auxilium Sociale*. Wsparcie społeczne, nr 3/4.
251. Nowak, A. (2002). *Bezrobocie wśród niepełnosprawnych (Studium pedagogiczno-społeczne)*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
252. Nowak, A. (2003). *Pomoc społeczna a niepełnosprawni* [w:] Marzec – Holka K. (red.). *Pomoc społeczna. Teoria i praktyka*. Tom II. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. K. Wielkiego.
253. Nowak, A. (2005a). *Zarys prawa dla pedagogów społecznych*. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania.
254. Nowak, A. (2005b)(red.) *Wybrane społeczno-socjalne aspekty marginalizacji*. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania.
255. Nowicka, A. (2006). *Starość jako faza życia*, [w:] Nowicka, A. (red.). *Wybrane problemy osób starszych*. Karaków: Oficyna Wydawnicza IMPULS, s. 17-18.
256. Obrzał, Ł. (dokument elektroniczny), *Jakie są obowiązki osoby ubezwłasnowolnionej*. <http://www.ubezwlasnowolnienie.pl/538.htm>, [data dostępu: 14.02.2013r.]
257. Obuchowska, I. (red.)(1991). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
258. Oleszczyńska, A., Karaczewski, M. (1986) *Organizacja pomocy społecznej na rzecz ludzi starszych w PRL*, [w:] *Encyklopedia seniora*. Warszawa: PWN.
259. Oskamp, S. (1984) *Applied Social Psychology*. New York: Prentice Hall.
260. Otrębski, W. (2001). *Osoby z upośledzeniem umysłowym w sytuacji pracy. Psychospołeczne korelaty poziomu kompetencji zawodowej osób z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
261. Parsons, T.(1969). *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. Tabin, M.. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.

262. Pavkov, T.V., Pierce, A.K. (2005). *Do biegu, gotowi, start! Wprowadzenie do SPSS dla Windows*. Gdańsk.
263. Perris, C., (1966). *A study of bipolar (manic depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses*. Acta Psychiat. Scand, suppl.194-79.
264. Pears, J., Miller, E. (1973). *Clinical Aspects of Dementia*. Baillare – Tindall, London.
265. Peterman, A.H., Cella, D., (2000) *Quality of life* [w:] Kazdin, W.A.(red.) *Encyclopedia of Psychology*. Vol. 6. s. 401-495. Oxford. Oxford University Press-America Psychological Association.
266. Pędich, W.(1995a). *Starość*, [w:] Gomułka, W.S., Rewerski, W. (red.). Encyklopedia zdrowia. Tom I. Warszawa: PWN, s. 917.
267. Pędich, W. (1995b). *Zasady postępowania z ludźmi w podeszłym wieku*, [w:] Wojtczak, A. (red.)(1995) *Choroby wewnętrzne*. Wydanie II zmienione. Warszawa: PZWL, s. 853-856.
268. Pędich, W. (1996). *Ludzie starzy*. Warszawa: Centrum Rozwoju Służb Społecznych, s. 8.
269. Pilch, T., Bauman, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
270. Pilecka, W. (1996). *Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, [w:] Pileccy, J. (red.). *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków. WSP.
271. Piotrowicz, R.J. (2004). *Jakość życia w widzeniu osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym*, [w:] Głodakowska, J., Giryński, A., (red.) *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
272. Pionkowski, J.(1978) *Zarys psychiatrii sądowej*. Łódź.
273. *Plan Pracy Zespołu Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego na 2012 rok*.
274. *Plan Pracy Fizjoterapeutycznej na 2012 rok*.
275. Pomianowski, R.(1998). *Przeciwdziałanie bezradności - o perspektywach terapii*. Świat Probl., nr 12, s. 37 - 40.
276. Powszechna Encyklopedia Filozofii (2004), Polskie Towarzystwo Tomasz z Akwinu, Lublin, t.5.
277. Póltawski, A. (2006). *Filozofia Karola Wojtyły a fenomenologia*. „Ethos”, Nr 4 (76), s. 96-102.
278. Pużyński, S. (1987). *Choroby afektywne*. [w:] Dąbrowski, S., Jroszewski, J., Pużyński, S.(red.) *Psychiatria. Tom 1*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 110-156.
279. Pużyński, s. (1993)(red.). *Leksykon Psychiatrii*, Warszawa: PZWL.
280. Pużyński, S. (2002). *Choroby afektywne nawracające* [w:] Bilikiweicz, A., Pużyński, S., Rybakowski, J., Wciórka, *Psychiatria, t. 2: Psychiatria kliniczna*, J.Wrocław: Urban & Partner.
281. Podgórecki, A. (1969). *Patologia życia społecznego*. Warszawa: PWN.

282. Radwan-Pragłowski, J., Frysztacki, K. (1996). *Spoleczne dzieje pomocy czlowiekowi od filantropii greckiej do pracy socjalnej*. Katowice, s.53.
283. Radwański, Z., Szpunar, A. (1986). *O konwalidacji nieważnej czynności prawnej*. Państwo i Prawo, nr 5, s. 20.
284. Raphael, D., Brown, I., Renwick, R. (1999). *Psychometric properties of the full and short versions of the Quality of Life Instrument Package: results from the Ontario province – wide study*, “International Journal of Disability, Development and Education”, 46, 2, s. 157-168.
285. Raeburn, J., Rootman, I. (1996). *Quality of life in promotion* [w:] Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. (red.) *Quality of life in promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues, and application*, London: Sage Publication.
286. *Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie*.
287. Reice, H., Scheldon, K., Gable, S., Roscoe, J., Ryan, R. (2000). *Daily well – being: The role of autonomy, competence and relatedness*. Personality and Social Psychology Bulletin, 4, s. 419-435.
288. Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. (red.)(1996). *Quality of life in promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues, and application*, London: Sage Publication.
289. Renwick, R., Brown, I. (1996). *Being, belonging, becoming: The Center for Helath promotion model of quality of life* [w:] Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. (red.)*Quality of life in promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues, and application*, London: Sage Publication.
290. Rembowski, J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa – Poznań: PWN.
291. Rembowski, J. (1991).*Przyczynek do zjawiska samotności*. „Problemy Rodziny”. 4, s. 1-6.
292. Rorat, M. (2006). *Wartości i poczucie sensu życia młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
293. Rubinsztejn, S. (1962) *Podstawy psychologii ogólnej*. Warszawa. KiW.
294. Rutkowski, J. (1987). *Jakość życia – koncepcja i projekt badań*, Z praz SBSE, z. 162 Warszawa, s. 14.
295. Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: WSiP.
296. Rzepa, T. (1992). *Intuicja w badaniach psychologicznych*. Poznań: UAM.
297. Rzepa, T. (1993) *Metoda psychobiograficzna: nadzieja czy klęska?* [w:] rzepa, T., Leoński, J. (red) *O biografii i metodzie biograficznej* , Poznań, Wydawnictwo Nakom, s. 33-43.
298. Ryan, G. W., Bernard, H. R. (2000). *Data management and analysis method*, [w:] Norman, K., Denzin, Y., Lincoln, S. (red.) *Handbook of qualitative research* (wyd.2) Thousand Oaks, CA: Sage, s. 769-802.
299. Sadowska, Sł., (2006). *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Kraków: Wydawnictwo „Impuls”, s. 10-60.
300. Rybczyńska, D. (1995). *Jakość życia młodzieży z rodzin ubogich*. Zielona Góra: WSP.
301. Sanocki, W. (1978). *Koncepcja normy w psychologii klinicznej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
302. Schalock, R.L. (2000) *Three Decades of Quality of Life*, Focus of Autism and Other Developmental Disabilities, 15, 2, s.116-127.

303. Schalock, R.L., Brown, R., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D., Parmenter, T. (2002). *Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life Person With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts.* "Mental Retardation". Vol. 40, nr 6, s. 457-470.
304. Schipper, H., Clinch, J.J., Olweny, C.L.M. (1996) *Quality of life studies: Definitions and conceptual issues* [w:] Spilker, B. (ed.) *Quality of life pharmacoeconomics in clinical trials*, 2 nd ed. New York; Lippincott-Raven.
305. Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, Inc, s. 2-68.
306. Schneider, K. (1971). *Klinische Psychopathologie* – wyd. 9 Thieme, Stuttgart.
307. Sęk, H. (1991). *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa. PWN.
308. Sęk, H. (1993). *Jakość życia a zdrowie*. Ruch prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny. 2, s.110-118.
309. Sęk, H. (1996) *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań: Zakład wydawniczy K. Domke.
310. Sęk, H., Czabała, J. (2000). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, [w:] Strelau, J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 555-567.
311. Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, s.210.
312. Sierpowska, I. (2006). *Prawo Pomocy Społecznej*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze, s. 13-107.
313. Sierpowska, I. (2007). *Pomoc społeczna*. Kraków: Redakcja Wydawnictw Książkowych i Czasopism Prawniczych.
314. Silvermann, D. (2007). *Interpretacja danych jakościowych. Metody analizy tekstu, rozmowy i interakcji*, tłum. Głowacka – Grajper, M. i Ostrowska, J. , Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
315. Skowroński, D. (2003). *Preferencje seksualne Polaków*. Poznań. Interfund.
316. Skórka, G. (2008). *Prawne aspekty funkcjonowania domów pomocy społecznej*. „Praca Socjalna”, nr 5. Warszawa:
317. Skrzypek, E. (1/2001). *Ekonomiczne aspekty jakości życia*, Problemy Jakości, s.10.
318. Sloane, R.B., Birren, J.E. (red.)(1980). *Handbook of Mental Health and Aging*. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New York.
319. *Słownik etnologiczny, Terminy ogólne*. (1987), Warszawa – Poznań: PWN, s.73.
320. Smoleń, R., Sękowski, A. (2008). *Ocena poczucia jakości życia u osób z upośledzeniem w kontekście zmiennych psychospołecznych*, [w:] *Studia z psychologii w KUL*, red. Francuz, P., Otrębski, W., t.15, Lublin: Wydawnictwo KUL.
321. Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. (1974). *A re – analysis of the reliability of psychiatric diagnosis*. “Br J Psychiat” 125, s. 341 – 347.
322. Spitzer, R.L., Williams, J.B., (1980). *Classification of mental disorders* [w:] Kaplan, J. I in. (red.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Wyd. 3, t.I, Baltimore.
323. *Spis cyklicznych spotkań i konkursów w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie*.
324. Speck, O. (2005). *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
325. Stanisław, A. (2006). *Przystępny kurs statystyki*, t I, Wydawnictwo StatSoft: Kraków.
326. Stelter, Ż. (2009). *Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

327. Steuden, St., Okła, W., Puzon, P., (2006). *Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii* [w:] Steuden, St., Okła, P., (red.) *Jakość życia w chorobie*. Lublin, Wydawnictwo KUL, s. 33-49.
328. Steuden, St., Nowak, K., (2006). *Jakość życia u osób z rozpoznaną schizofrenią* [w:] Steuden, St., Okła, P., (red.) *Jakość życia w chorobie*. Lublin, Wydawnictwo KUL, s. 103 – 119.
329. Stieglitz, R.D. (2000). *Diagnostik und Klassifikation psychischer Strörungen – Hogrefe*. Göttingen.
330. Stieglitz, R.D., Baumann, U., Freyberger, H.J.(2001)(red.)*Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie – Thieme*. Stuttgart.
331. Stieglitz, R.D., Schulte-Markwort, E., Zaudig, M. (1992). *Die Komorbidität psychiatrischer Strörungen in der ICD – 10 Merkmalslistenstudie* [w:] Diettmann, V., Dilling, H., Freyberg, H.J. *Psychiatrische Diagnostik nach ICD – 10 – Klinische Efrahrungen bei der Anwendung. Ergebnisse der ICD – 10- Merkemalistenstudie*. Huber. Bern, s. 111-120.
332. Stielitz, R.D., Freyberger, H.J., Mombour, W. (2005). *Klasyfikacja i proces diagnostyczny*, [w:]. Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) *Kompedium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL.
333. Strauss, B., (2005). *Zaburzenia seksualne*, [w:] Freybeger, H J., Schneider, W., Stieglitz, R.D. (red.) *Kompedium psychiatrii i psychoterapii medycyny psychosomatycznej*, tłum. Olszyńska, B., Lew – Starowicz, M., red. naukowa tłum. Bilikiewicz, A., Wydanie I. Warszawa: PZWL, s. 185 – 195.
334. Strauss, J.S., Carpanter, W.T., Jr, Bartko, J.J.(1974). *The diagnosis und understanding of schizophrenia: Part III:Speculations on the progress that underline schizophrenic symptoms and signs*. Schizophrenia Bull, 17, s.99-111.
335. Straś – Romanowska, M. (1992). *Los człowieka jako problemologiczny. Podstawy teoretyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
336. Straś-Romanowska, M. (1992a) *O potrzebie zróżnicowanego podejścia badawczego w psychologii osobowości*, Przegląd Psychologiczny, 4, s. 497-506.
337. Straś – Romanowska, M. (1995). *Główne idee teoretyczne i metodologiczne psychologii personalistyczno-egzystencjalnej jako dyscypliny humanistycznej*, [w:] Straś- Romanowska, M. (red.) *Na torpach psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa- Wrocław:PWN, s. 15-45.
338. Straś – Romanowska, M. (2004). *Jakość życia w perspektywie psychologicznej*, [w:]Ptkiewicz, J. (red.) *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*, Wrocław: Studio Wydawniczo-Typograficzne „Typoscript”, s.15-22.
339. Straś-Romanowska, M. (2005). *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanych na osobę* [w:] *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*. Kolokwia Psychologiczne. Warszawa: Instytut Psychologii PAN, s. 263-274.

340. Straś-Romanowska, M., Frąckowiak, T. (2006) *Problem poczucia jakości życia osób niepełnosprawnych w świetle założeń psychologii personalistyczno-egzystencjalnej* [w:] Derbis, R.(red.) *Jakość życia od wykluczonych do elity*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, s. 425-233.
341. Stręga-Piasek, J. (1993) *Pomoc społeczna wczoraj, dziś, jutro*, Pol. Społ., nr 9, s. 1.
342. Susłowska, M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
343. Szarota, Z. (1998) *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*. Kraków.
344. Szekspir, W. (1973). *Otello*, przeł. Paszkowski, J.[w:] *Dzieła dramatyczne*, t.6, Warszawa.Wydawnictwo: PIW.
345. Szczepański, J. (1966). *Elementarne pojęcia socjologii* [w:] Kaźmierczak ,T., Łuczyńska, M., *Wprowadzenie do pomocy społecznej*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego, s. 63 - 96.
346. Szer, S. (1969). *Prawo rodzinne w zarysie*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
347. Szweda-Lewandowska, Z. (2008) *Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej* [w:] Kowalewski, J., Szukalski, P. (red.) *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*. Łódź, s. 126.
348. Szumlicz, J. (1987). *Pomoc społeczna w polskim systemie zabezpieczania społecznego*, *Studia i Materiały / Instytut Pracy i Spraw Socjalnych*, Tom 1987 z. 3 (280), 99 s..
349. Szurgacz, H. (1989). *W sprawie organizacji pomocy społecznej*. *Polityka Społeczna* nr 11/12, s. 3-7.
350. Szurgacz, H. (1990). *Opieka społeczna czy pomoc społeczna*. *AUW, Prawo*, nr 186, s. 317.
351. Szurgacz, H. (1992). *Wstęp do prawa pomocy społecznej*. Wrocław, s. 27-30.
352. Sztumski, J. (1999). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wyd. 5 zmienione i uzupełnione. Katowice.
353. Syed Ibrahim, B. (2002). *Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times*. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*, (2) s.2–9.
354. Schwartz, N., Strack, F., (1999). *Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implication* [w:] Kahneman, D., Schwartz, N. (red.) *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*, New York: Russell Sage Foundation, s.61.
355. Tatarkiewicz, W. (1949). *O szczęściu*. Wydawnictwo: Wiedza Zawód Kultura, Kraków, s. 12.
356. Tarkowska, E. (1994). *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*. Warszawa: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, s. 15-105.
357. Tarkowski, Z. (1998). *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej. Teoria, badania, praktyka, ćwiczenia*. Lublin: Wydawnictwo Fundacji "Orator".
358. Tarkowski, Z. (2000). *Zarządzanie i organizacja pomocy społecznej*. Lublin: Wydawnictwo Fundacji „ORATOR”, s. 15-92.
359. Tashakkori A., Teddlie, Ch. (red.)(2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behaviour Research*, Thousand Oaks: Sage.

360. Titmuss, R. (1987) *The Philosophy of Welfare*, Londyn – Sydney: Allen and Unwin Publishers Ltd.
361. Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
362. Tomaszewski, T.(1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: WSiP, ss. 36-209.
363. Tomaszewska, M. (2008). *Charakter prawny decyzji o ubezwłasnowolnienie w sądowym stosowaniu prawa*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, ss. 57-181.
364. Trzebińska, E., Łuszczynska, B. (2002) *Psychologia Jakości Życia*. Psychologia Jakości życia, 1, s.5-8.
365. Turner, J.H. (1994). *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*. Poznań: Zysk i S-ka, s.146.
366. Twardowski, A. (1999). *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych* [w:] Obuchowska I. (red.) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
367. Twardowski, A. (2005). *Zmiany w sytuacji osób niepełnosprawnych 1989 – 2005* [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk *Strefy życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Wydawnictwo „Impuls”.
368. Twardowski, A. (2009). *Uwarunkowania skuteczności nauczania integracyjnego dzieci z niepełnosprawnościami* [w:] Baczała, B.; Błeszyński, J.J.; Zaorska M. (red.) *Osoba z niepełnosprawnością – opieka, terapia, wsparcie*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.
369. Urbaniak-Zajęc, D., Piekarski, J. (2001). *Badania jakościowe-uwagi wprowadzające*, w: *Jakościowe orientacje w badaniach pedagogicznych. Studia i materiały*, Urbaniak-Zajęc, D., Piekarski, J. (red.) Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 13-31.
370. Urbaniak-Zajęc, D., Piekarski, J. (2003). *Jakościowe orientacje w badaniach pedagogicznych. Studia i materiały* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
371. Waszyńska, K. (2003). *Życie seksualne Polaków*. Poznań. Interfund
372. Wachowiak, A., (red.)(2001). *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, ss. 17 – 80.
373. Wcioróka, B. (1988). *Zadowolenie z życia i kondycja fizyczna Polaków*. Warszawa: Scholar.
374. Wejnert, B., (2001). *Problematyka subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w badaniach amerykańskich* [w:] Wachowiak, A., (red.) *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, ss. 41 – 80.
375. Włodarek, J., Ziołkowski, M. (red.) (1990). *Teoretyczny i empiryczny status metody biograficznej we współczesnej socjologii*. W: Włodarek, J., Ziołkowski, M. *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa: Poznań Interfund.
376. Wiman, R. (1990). *Toward an Integrated Theory of Help*. Helisinki: Government Centere
377. Winiarz, J. (1989). *Kodeks cywilny z komentarzem*. T 1. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
378. Wilensky, H., Lebeaux, Ch.,(1958,1965). *Industrial Society and Social Welfare*, rozdz. VI – Concepts of Social Welfare, Nowy Jork: Free Press.

379. Witecki, J. (1950). *Osoby i ich zdolność do czynności prawnych*. Przegląd Notarialny, nr 11-12.
380. Wolter, A., Ignatowicz, J., Stefaniuk, K. (1977) *Prawo cywilne. Zarys części ogólnej*. Wyd. 5. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
381. Wojdysławska, I. (1978). Psychoza maniakalno – depresyjna, [w:] Jarosz, M., Cwynar, S. (red.)(1978) *Postawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów*. Wydanie II, Warszawa: PZWL, s. 112 – 117.
382. Wojnarska, A., Kwaśniewska, G.(2005). *Aktualne problemy wsparcia osób niepełnosprawnych*. Warszawa: UMCS.
383. Wojtczak, A. (red.)(1995). *Choroby wewnętrzne*. Wydanie II zmienione. Warszawa: PZWL.
384. Woronowicz, B. T.(2002). Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. *Borgis – Medycyna rodzinna*. Nr. 1, s. 20-28.
385. Woźniczka, M. (2006). *O filozoficznych aspektach psychologicznej koncepcji jakości życia* [w:] Derbis, R.(red.) *Jakość życia od wykluczonych do elity*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, s. 95-101.
386. Wódz, J. (1989). *Problemy patologii społecznej w mieście*. Warszawa, s.73.
387. Wójcik, S. (1970). *Głos do orzeczenia SN z 15 maja 1968 r.* (I CR 132/68). Wydawnictwo REPIS, nr 2.
388. Wróblewski, J. (1988) *Sądowe stosowanie prawa*. Warszawa: PWN.
389. Wrzesień, W. (2001). *Jakość życia a pokolenie* [w:] Wachowiak, A. (red.) *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*. Poznań: Wydawnictwo Humaniora.
390. Wundrasz, M., (2005). *Starość i jej postrzeganie przez ludzi młodych*, [w:] Fabiś, A. (red.). *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*. Sosnowiec: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu.
391. Wyczesany, J. (2006). *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, [w:] Dykcik, W. (red.). *Pedagogika specjalna (2006)*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
392. Van Soom A., Mateusen B., Leroy J., de Kruif A., (2003), *Reprod. Biomed. Online*, 7(6), 664-670.
393. Veenhoven, R. (1984) *Conditions of happiness*. Dordrecht: Kluwer Academic.
394. Volow, M.R. (1983). *Delirium, dementi and other organic mental syndroms*, [za:] Krzymiński, S. (1993). *Zburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa:PZWL.
395. Zabor, Z. (1997) *Ocena poczucia jakości życia mieszkańców domu pomocy społecznej województwa poznańskiego* [w:] Kowalik, St. (red.) *Od smutnej rzeczywistości do zaakceptowanej konieczności*. Jarogniewice: Wydawnictwo: SPiSDPS.
396. Zaczyński, W.P. (1995). *Praca badawcza nauczyciela*. Warszawa: PWN.
397. Zaczyński, W.P. (1995). *Poradnik autora prac seminaryjnych, dyplomowych i magisterskich*. Warszawa: PWN.
398. Zakrzewski, P. (1969). *Zjawisko wykołajenia społecznego młodzieży na terenach uprzemysłowionych (wyniki badań w Nowej Hucie)*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.

399. Zalewska, A. (2003) *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Wydawnictwo Academica SWPS, Warszawa, s.19.
400. Zalewska, A. (2005). *Transakcyjny model jakości życia – założenia, wyniki badań, dalsze hipotezy* [w:] Straś – Romanowska, M., Lachowicz – Tabaczek, A., Szmajke, A.(red.), *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
401. Zalewski, G. (1997). *Kontrowersje wokół schizofrenii. Świadomość zdrowych i chorych*. Wydawnictwo Trans Humana. Białystok, s. 22-34.
402. Zaręba, E. (1984) *Analiza badań pedagogicznych*. W: Ruch pedagogiczny, nr 4-6.
403. Zarzeczny, J. (2001). *Teoretyczne podstawy a praktyka funkcjonowania sektora socjalnego w Polsce. Zarys problematyki*. Wrocław, s. 118.
404. Zastrow, Ch.(1986) *Social Welfare Institution*. Chicago: The Dorsey Press.
405. Zawisłak, A. (2011). *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Difin SA.
406. Zbyrd, T. (2004) *Domy Pomocy Społecznej dla młodzieży niepełnosprawnej umysłowo*. Sandomierz: Wydawnictwo Diecezjalne, s. 25-55.
407. Zieliński, A. (1978). *Zakres działania sądu opiekuńczego w sprawach dotyczących opieki*. Wydawnictwo: „Palestra”, nr 11-12.
408. Zoll, F. (1946) *Prawo cywilne w zarysie. Część ogólna*. Kraków: PWN.
409. Zych, A. A.(2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
410. Zynarska, E. (2002) *Pomiar jakości życia* [w:] *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*. Materiały konferencji. Rzeszów, s. 102.
411. Żuraw, H. (2008). *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*. Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
412. Żyta, A. (2005). *Edukacja osób z głębszą niepełnosprawnością w Polsce – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość* [w:] C. Kossakowski, ks. C. Rogowski (red.) *Wielowymiarowość edukacji osób z niepełnosprawnością*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
413. www.tworki.eu; [data dostępu: 7 luty 2012].
414. www.poznan.gov.pl; Rejestr Domów Pomocy Społecznej w Wielkopolsce, sporządziła Wioletta Rakowska-Żytkiewicz [data dostępu: 21 luty 2012].
415. www.mops.ostroda.pl, [data dostępu: 18 marzec 2013].

ŹRÓDŁA PRAWA

1. *Decyzja Wojewody Wielkopolskiego nr PS. II – 11.9013 – 11/07 z 21 grudnia 2008 w sprawie wydania zezwolenia na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie na czas nieokreślony.*
2. *Protokół z kontroli problemowej przeprowadzonej w dniach 29 listopada 2006 r. i 1 grudnia 2006 r. w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.*
3. *Uchwała Nr 127/1328/72 Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu z dnia 27 grudnia 1972 roku.*
4. *Uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 30 kwietnia 1977 r., III CZP 73/76 - OSNCP z 1978 r., nr 2, poz. 19*

5. *Uchwała Nr CXI/144/01 Zarządu Powiatu Pleszewskiego z dnia 20.03.2001r. w sprawie zatwierdzenia Programu Naprawczego Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.*
6. *Uchwała Nr VII/46/11 Rady Powiatu Pleszewskiego z dnia 11 lipca 2011 roku § 2.*
7. *Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, [Dz. U. R.P. nr 92, poz. 726].*
8. *Ustawa z dnia 25 stycznia 1958 r. o radach narodowych /Dz. U. Nr 49 poz. 314 z 1971/ i §5 instrukcji Nr 21/71 Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 sierpnia 1971 w sprawie rodzajów i typów domów pomocy społecznej oraz ramowego regulaminu dla domów pomocy społecznej /Dz. U. Min, Zdr. Nr 17 poz. 87-91 z 1971 r. / Prezydium Rady Narodowej.*
9. *Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny [Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.; Dz. U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.]*
10. *Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej [Dz. U. 1998, nr 64, poz. 414; Dz. U. z 2007 r. Nr 43, poz. 277, z późn. zm.),*
11. *Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji [Dz.U. z 1990 r., nr 30, poz. 179, z późn. zm.]*
12. *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry [Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.]*
13. *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. Nr 91, poz. 578; zm. Nr 155, poz. 1014) w zw. art. 10 a ust. 1 ustawy z dnia 20.11.1990 r. o pomocy społecznej [Dz. U. Nr 64 poz. 414 z 1998r. tj. z późn. zm.]*
14. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych [Dz. U. 1997r. nr 123, poz. 776, Dz. U. 1998r. nr 156, poz. 1019].*
15. *Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne [tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.]*
16. *Ustawie z dnia 13 VI 2003 o zatrudnieniu socjalnym [Dz. U. nr 12].*
17. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.]*
18. *Ustawa z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług [Dz.U. nr 54, poz. 535 ze zm.]*
19. *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej [Dz. U. nr 64 z 2009r. Nr 175 poz. 1362, z późn. zm.]*
20. *Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych [tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.]*
21. *Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., nr 6 poz. 19).*
22. *Ustawa z dnia 9 maja 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 121, poz. 83).*
23. *Uchwała Rady Ministrów z dnia 5 marca 1959 r. w sprawie opiekunów społecznych (M.P. Nr 32, poz. 145).*
24. *Uzasadnienie Ministerstwa Zdrowia do projektu zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: 5-6; www.mz.gov.pl. [data dostępu, 10 marzec 2013].*
25. *Uzasadnienie Ministerstwa Zdrowia do projektu zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: 4-5; www.mz.gov.pl. [data dostępu, 10 marzec 2013].*
26. *Dekret wydany dnia 22 października 1947 r. w sprawie mocy obowiązującej niektórych przepisów ustawodawstwa z zakresu opieki społecznej [Dz. U. Nr 63, poz. 398].*

27. *Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 19.08.1971 r., I CR 138/72.OSN 1972 r. z. 3, poz. 53.*
28. *Orzeczenie Sądu Najwyższego sygn. akt I CR 297/71.*
29. *Orzeczenie Sąd Najwyższy sygn. akt I CR 297/71*
30. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 września 2000 r. w sprawie pomocy społecznej.*
31. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie pomocy społecznej.*
32. *Wyrok z dnia 30 kwietnia 1964 r., I PR 143/64, OSNC 1965, nr 6, poz. 97.*
33. *Wyrok z dnia 16 listopada 1982 r., sygn. akt I CR 234/82 Sąd Najwyższy*
34. *Wyrok NSA z dnia 8 października 1998 r., I SA 393/98, LEX nr 45772.*
35. *Wyrok NSA z dnia 11 maja 1999 r., I SA 1901/98, LEX nr 4702.*
36. *Wyrok NSA z dnia 2 grudnia 1998 r., I SA 1435/98, LEX nr 4562.*

SPIS TABEL

TABELA 1. CECHY <i>DEMENTI PRACEOX</i> WYRÓŻNIONE PRZEZ KRAEPLINA NA PRZYKŁADZIE DWÓCH SYMPTOMÓW HALUCYNACJI I UROJEŃ.	15
TABELA 2. SCHIZOFRENIA, ZABURZENIA SCHIZOTYPOWE I UROJENIOWE (ICD-10).	25
TABELA 3. PIERWSZO- I DRUGORZĘDOWE OBJAWY W SCHIZOFRENII.	27
TABELA 4. WYBRANE CECHY RÓŻNICUJĄCE CHOROBEJ AFEKTYWNAJ DWUBIEGUNOWAJ Z JEDNOBIEGUNOWAJ.	38
TABELA 5. CZĘSTE OBJAWY ZESPOŁU MANIAKALNEGO.	39
TABELA 6. SUBIEKTYWNA I OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA.	87
TABELA 7. ZADOWOLENIE Z RÓŻNYCH DZIEDZIN ŻYCIA W USA. WYNIKI PRZEDSTAWIONO W PROCENTACH (%).	91
TABELA 9. AFEKTYWNE KOMPONENTY ŻYCIA PSYCHICZNEGO W ŚWIETLE KONCEPCJI STRAŚ-ROMANOWSKIEJ.	108
TABELA 10. ZAŁOŻENIA I POSTULATY NORMALIZACJI ŻYCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.	112
TABELA 11. WSKAŹNIKI JAKOŚCI ŻYCIA WEDŁUG SCHALOCKA.	120
TABELA 12. POZIOMY JAKOŚCI ŻYCIA W UJĘCIU EKOLOGICZNYM.	122
TABELA 13. ZWIĄZEK ORGANIZACJI USŁUG Z OCENAJ JAKOŚCI ŻYCIA W UJĘCIU SCHALOCK'A.	123
TABELA 14 RÓŻNICE MIĘDZY PODEJŚCIEM BADACZY JAKOŚCIOWYCH I ILOŚCIOWYCH.	196
TABELA 15 OPERACJONALIZACJA ZMIENNEJ ZALEŻNEJ.	213
TABELA 16 PARADYGMATY INTERPRETATYWNE.	214
TABELA 17. PERSPEKTYWY BADAWCZE W BADANIACH JAKOŚCIOWYCH.	215
TABELA 18. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ORAZ METOD I TECHNIK ZASTOSOWANYCH W BADANIACH.	217
TABELA 19. PRZELICZNIK PUNKTÓW STOSOWANY W SKALI SUBIEKTYWNEJ WAŻNOŚCI.	226
TABELA 20. PRZELICZNIK PUNKTÓW STOSOWANY W SKALI SUBIEKTYWNEJ SATYSFAKCJI.	226
TABELA 21. OPIEKUN PRAWNY RESPONDENTA A WIEK BADANYCH. TEST T-STUDENTA DLA GRUP NIEZALEŻNYCH.	235
TABELA 22. OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA W BADANEJ GRUPIE. STATYSTYKI OPISOWE.	235
TABELA 23. OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A WIEK BADANYCH. TESTY CHI-KWADRAT PERSONA.	236
TABELA 24. OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A STAN CYWILNY BADANYCH. TESTY CHI-KWADRAT PERSONA.	237

TABELA 25. OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A CZAS POBYTU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. TESTY CH-KWADRAT PERSONA.	237
TABELA 26. OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A OSOBY, KTÓRE UTRZYMUJE KONTAKT Z BADANYMI. TESTY CH-KWADRAT PERSONA.	238
TABELA 27. OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TESTY CH-KWADRAT PERSONA.	239
TABELA 29. OBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA W POSZCZEGÓLNYCH SEGMENTACH W GRUPIE BADANYCH. STATYSTYKI OPISOWE.	240
TABELA 30. WYZNACZNIKI BYTU MATERIALNEGO. STATYSTYKI OPISOWE.	256
TABELA 31. BYT MATERIALNY A WIEK BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	259
TABELA 32. BYT MATERIALNY A STAN CYWILNY BADANYCH. TEST CHI -KWADRAT PEARSONA.	260
TABELA 33. BYT MATERIALNY A CZAS POBYTU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	260
TABELA 34. BYT MATERIALNY A OSOBY, KTÓRE UTRZYMUJĄ KONTAKT Z BADANYMI. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	261
TABELA 35. BYT MATERIALNY A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA .	261
TABELA 36. BYT MATERIALNY A OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	262
TABELA 37. OCENA STANDARDU WARUNKÓW BYTOWYCH PRZEZ OSOBY ZNACZĄCE.	272
TABELA 38. WYZNACZNIKI ZDROWIA. STATYSTYKI OPISOWE.	274
TABELA 39. ZDROWIE A WIEK BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	277
TABELA 40. ZDROWIE A STAN CYWILNY BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	277
TABELA 42. ZDROWIE A OSOBY, KTÓRE UTRZYMUJĄ KONTAKT Z BADANYMI. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA .	278
TABELA 43. ZDROWIE A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA .	278
TABELA 44. ZDROWIE A OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	279
TABELA 45. OCENA STANDARDU USŁUG MEDYCZNYCH W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE PRZEZ OSOBY ZNACZĄCE.	287
TABELA 46. WYZNACZNIKI PRODUKTYWNOŚCI. STATYSTYKI OPISOWE.	288
TABELA 47. OCENA MOTYWACJI MIESZKANEK DO DZIAŁANIA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE PRZEZ OSOBY ZNACZĄCE.	290
TABELA 48. PRACA ZAROBKOWA JAKO DODATKOWA MOTYWACJA DO DZIAŁANIA MIESZKANEK DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE W OCENIE OSÓB ZNACZĄCYCH.	291
TABELA 49. OCENA WYPOSAŻENIA I SAL REHABILITACYJNYCH W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE PRZEZ OSOBY ZNACZĄCE.	294
TABELA 50. POZIOM NUDY ODCZUWANEJ PRZEZ MIESZKANKI DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W OCENIE OSÓB ZNACZĄCYCH.	295
TABELA 51. PRODUKTYWNOŚĆ A WIEK BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	297
TABELA 53. PRODUKTYWNOŚĆ A CZAS POBYTU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	298
TABELA 54. PRODUKTYWNOŚĆ A OSOBY, KTÓRE UTRZYMUJĄ KONTAKT Z BADANYMI TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	299
TABELA 55. PRODUKTYWNOŚĆ A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	299
TABELA56. PRODUKTYWNOŚĆ A OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	299
TABELA 57. WYZNACZNIKI ZAŻYŁOŚCI Z BLISKIMI. STATYSTYKI OPISOWE.	311
TABELA 57. ZAŻYŁOŚĆ Z BLISKIMI A WIEK BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA	315

TABELA 59. ZAŻYŁOŚĆ Z BLISKIMI A CZAS POBYTU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	316
TABELA 60. ZAŻYŁOŚĆ Z BLISKIMI A OSOBY, KTÓRE UTRZYMUJĄ KONTAKT Z BADANYMI. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	317
TABELA 61. ZAŻYŁOŚĆ Z BLISKIMI A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	317
TABELA 63. WYZNACZNIKI POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA OSÓB BADANYCH. STATYSTYKI OPISOWE.	326
TABELA 64. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA A WIEK BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	330
TABELA 65. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA A STAN CYWILNY. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	331
TABELA 66. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA A CZAS POBYTU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	331
TABELA 68. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH . TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	332
TABELA 69. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA A OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	332
TABELA 70. WYZNACZNIKI PRZYNALEŻNOŚCI SPOŁECZNEJ. STATYSTYKI OPISOWE.	342
TABELA 72. PRZYNALEŻNOŚĆ SPOŁECZNA A STAN CYWILNY BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	345
TABELA 74. PRZYNALEŻNOŚĆ SPOŁECZNA A OSOBY, KTÓRE UTRZYMUJĄ KONTAKT Z BADANYMI. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	346
TABELA 75. PRZYNALEŻNOŚĆ SPOŁECZNA A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	347
TABELA 76. PRZYNALEŻNOŚĆ SPOŁECZNA A OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	347
TABELA 77. DOBROSTAN EMOCJONALNY. CZĘSTOŚCI.	356
TABELA 78. DOBROSTAN EMOCJONALNY A WIEK BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	360
TABELA 79. DOBROSTAN EMOCJONALNY A STAN CYWILNY BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	360
TABELA 81. DOBROSTAN EMOCJONALNY A POSIADANIE RODZINY PRZEZ OSOBĘ BADANĄ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	361
TABELA 82. DOBROSTAN EMOCJONALNY A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	361
TABELA 83. DOBROSTAN EMOCJONALNY A OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	362
TABELA 84. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA. STATYSTYKI OPISOWE.	373
TABELA 85. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA – OCENA WAŻNOŚCI POSZCZEGÓLNYCH SEGMENTÓW ŻYCIA. STATYSTYKI OPISOWE.	373
TABELA 86. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA – OCENA SATYSFAKCJI Z POSZCZEGÓLNYCH SEGMENTÓW ŻYCIA. STATYSTYKI OPISOWE.	374
TABELA 87. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A WIEK BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	374
TABELA 88. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A STAN CYWILNY BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	375
TABELA 89. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A CZAS POBYTU W DOMU POMOCY. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	375
TABELA 90. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A OSOBY, KTÓRE UTRZYMUJĄ KONTAKT Z BADANYMI. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	376
TABELA 91. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	376
	452

TABELA 92. SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA A OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ. TEST CHI-KWADRAT PEARSONA.	377
TABELA 93. ANALIZA WARIANCJI (ANOVA) Z UWZGLĘDNIENIEM NASTĘPUJĄCYCH CZYNNIKÓW: WAŻNOŚĆ, SATYSFAKCJA, BYT MATERIALNY BADANYCH.	379
TABELA 94. ANALIZA WARIANCJI (ANOVA) Z UWZGLĘDNIENIEM NASTĘPUJĄCYCH CZYNNIKÓW: WAŻNOŚĆ, SATYSFAKCJA, ZDROWIE BADANYCH.	381
TABELA 95. ANALIZA WARIANCJI (ANOVA) Z UWZGLĘDNIENIEM NASTĘPUJĄCYCH CZYNNIKÓW: WAŻNOŚĆ, SATYSFAKCJA, PRODUKTYWNOŚĆ BADANYCH.	384
TABELA 96. RODZAJU UBEZWŁASNOWOLNIENIA A WAŻNOŚĆ PRODUKTYWNOŚCI DLA BADANYCH. PORÓWNYWANIE ŚREDNICH.	384
TABELA 97. ANALIZA WARIANCJI (ANOVA) Z UWZGLĘDNIENIEM NASTĘPUJĄCYCH CZYNNIKÓW: WAŻNOŚĆ, SATYSFAKCJA, ZAŻYŁOŚĆ Z BLISKIMI OSÓB BADANYCH.	387
TABELA 98. ANALIZA WARIANCJI (ANOVA) Z UWZGLĘDNIENIEM NASTĘPUJĄCYCH CZYNNIKÓW: WAŻNOŚĆ, SATYSFAKCJA, BEZPIECZEŃSTWO BADANYCH.	389
TABELA 99. WIEK A SATYSFAKCJA Z SAMOPOCZUCIA BADANYCH. PORÓWNYWANIE ŚREDNICH.	390
TABELA 100. OPIEKUN PRAWNY A SATYSFAKCJA Z SAMOPOCZUCIA BADANYCH. PORÓWNYWANIE ŚREDNICH.	390
TABELA 101. RODZAJU UBEZWŁASNOWOLNIENIA A WAŻNOŚĆ SAMOPOCZUCIA BADANYCH. PORÓWNYWANIE ŚREDNICH.	391
TABELA 102. ANALIZA WARIANCJI (ANOVA) Z UWZGLĘDNIENIEM NASTĘPUJĄCYCH CZYNNIKÓW: WAŻNOŚĆ, SATYSFAKCJA, PRZYNALEŻNOŚĆ SPOŁECZNA BADANYCH.	393
TABELA 103. WPŁYW WIEKU NA WAŻNOŚĆ PRZYNALEŻNOŚCI SPOŁECZNEJ DLA BADANYCH. PORÓWNYWANIE ŚREDNICH.	393
TABELA 104. ANALIZA WARIANCJI (ANOVA) Z UWZGLĘDNIENIEM NASTĘPUJĄCYCH CZYNNIKÓW: WAŻNOŚĆ, SATYSFAKCJA, SZCZĘŚCIE I ZADOWOLENIE Z ŻYCIA BADANYCH.	396
TABELA 105 STRATEGIE OSIĄGANIA MAKSYMALNEJ JAKOŚCI ŻYCIA PRZEZ OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI, KTÓRE ZAMIESZKUJĄ W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ.	423

SPIS RYCIN

RYCINA 1 MODEL NASTĘPSTW CHOROBY.....	77
RYCINA 2. PUNKTY WSPÓLNE PRZY DEFINIOWANIU JAKOŚCI ŻYCIA.....	79
RYCINA 3. POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA W ASPEKCIE OBIEKTYWNYM I SUBIEKTYWNYM.....	86
RYC. 4. CEBULOWA TEORIA SZCZĘŚCIA.	97
RYCINA 5. SENS I JAKOŚĆ ŻYCIA – UWARUNKOWANIA MIKRO I MAKROSPÓŁECZNE.....	113
RYCINA 6. MECHANIZM ŻYCIA.	114
RYCINA 7. MODEL JAKOŚCI ŻYCIA SCHALOCKA, KEITHA I HOFFMANA (1990).	119
RYCINA 8. HIERARCHICZNA NATURA JAKOŚCI ŻYCIA WEDŁUG SCHALOCKA.	121
RYCINA 9. MODEL JAKOŚCI ŻYCIA ROBERTA CUMMINSA.	125
RYCINA 10. HOMEOSTATYCZNY MODEL SUBIEKTYWNEJ JAKOŚCI ŻYCIA ROBERTA CUMMINSA.....	127
RYCINA 11. ŁAŃCUCH PRZYCZYNOWY SUBIEKTYWNEJ JAKOŚCI ŻYCIA NA PRZYKŁADZIE POSTRZEGANIA ADEKWATNOŚCI DOCHODÓW.....	128
RYCINA 12. KONCEPCJA ROBERTA CUMMINSA JAKO ELEMENT SYSTEMOWEGO MODELU JAKOŚCI ŻYCIA.....	129
RYCINA 13. HIERARCHIA CELÓW POMOCY SPOŁECZNEJ.	148

453

SPIS SCHEMATÓW

SCHEMAT 1. OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE. CZĘSTOŚCI.	229
SCHEMAT 2. WIEK OSÓB BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	230
SCHEMAT 3. STAN CYWILNY OSÓB BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	231
SCHEMAT 4. DŁUGOŚĆ POBYTU OSÓB BADANYCH W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. CZĘSTOŚCI.	231
SCHEMAT 5. POSIADANIE RODZINY PRZEZ RESPONDENTA. CZĘSTOŚCI.	232
SCHEMAT 6. WPŁYW DŁUGOŚCI POBYTU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ NA POSIADANIE RODZINY PRZEZ OSOBY BADANE. TABELA KRZYŻOWA.	233
SCHEMAT 7. RODZAJ UBEZWŁASNOWOLNIENIA OSÓB BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	234
SCHEMAT 8. OPIEKUN PRAWNY RESPONDENTA.	234
SCHEMAT 9. POSIADANIE RZECZY PRZEZ OSOBY BADANE. CZĘSTOŚCI.	257
SCHEMAT 10. DOCHODY OSÓB BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	257
SCHEMAT 11. WIZYTY U LEKARZA. CZĘSTOŚCI.	274
SCHEMAT 12. CHOROBY PRZEWLEKŁE I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI JAKIE WYSTĘPUJĄ U OSÓB BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	274
SCHEMAT 13. LEKI, KTÓRE ZAŻYWAJĄ MIESZKANKI (POZA LEKAMI PSYCHOTROPOWYMI). CZĘSTOŚCI.	275
SCHEMAT 14. ILOŚĆ GODZIN PRZEZNACZONYCH NA ZAJĘCIA STAŁE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. CZĘSTOŚCI.	289
SCHEMAT 15. GODZINY POŚWIĘCONE NA REHABILITACJĘ. CZĘSTOŚCI.	293
SCHEMAT 16. NUDZENIE SIĘ W CIĄGU DNIA. CZĘSTOŚCI.	294
SCHEMAT 17. OGLĄDANIE TELEWIZJI W CIĄGU DNIA. CZĘSTOŚCI.	296
SCHEMAT 18. POSIADANIE PRZYJACIELA PRZEZ OSOBY BADANE. CZĘSTOŚCI.	312
SCHEMAT 19. ROZMOWY Z PRZYJACIELEM. CZĘSTOŚCI.	312
SCHEMAT 20. ZAINTERESOWANIE INNYCH. CZĘSTOŚCI.	313
SCHEMAT 21. PODEJMOWANIE WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI. CZĘSTOŚCI.	314
SCHEMAT 22. SPOKOJNY SEN. CZĘSTOŚCI.	326
SCHEMAT 23. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA. CZĘSTOŚCI.	327
SCHEMAT 24. POCZUCIE LĘKU, NIEPOKOJU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ. CZĘSTOŚCI.	328
SCHEMAT 25. RODZAJE AKTYWNOŚCI, KTÓRE WYKONUJĄ W CZASIE WOLNYM OSOBY BADANE. CZĘSTOŚCI.	343
SCHEMAT 26. POMOC JAKIEJ UDZIELAJĄ INNYM MIESZKANKOM OSOBY BADANE. CZĘSTOŚCI.	344
SCHEMAT 27. MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA ULUBIONYCH CZYNNOŚCI. CZĘSTOŚCI.	357
SCHEMAT 28. NIECHĘĆ DO DZIAŁANIA. CZĘSTOŚCI.	358
SCHEMAT 29. NIEZREALIZOWANE MARZENIA. CZĘSTOŚCI.	359
SCHEMAT 30. POSIADANE PRZEDMIOTÓW I ICH ZNACZENIE W ŻYCIU BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	378
SCHEMAT 31. SATYSFAKCJA Z POSIADANYCH PRZEDMIOTÓW. CZĘSTOŚCI.	378
SCHEMAT 32. ZDROWIE I JEGO ZNACZENIE DLA BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	ERROR!
BOOKMARK NOT DEFINED.	
SCHEMAT 33. ZADOWOLENIE I SATYSFAKCJA ZE SWOJEGO STANU ZDROWIA. CZĘSTOŚCI.	380
SCHEMAT 34. OSIĄGNIĘCIA, SUKCESY I SPOSÓB W JAKI SĄ WAŻNY DLA BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	382

SCHEMAT 35. SATYSFAKCJA Z OSIĄGNIĘĆ I SUKCESÓW. CZĘSTOŚCI.	383
SCHEMAT 36. OCENA STOSUNKÓW Z RODZINĄ I PRZYJACIÓŁMI. CZĘSTOŚCI.	385
SCHEMAT 37. SATYSFAKCJA Z RELACJI Z RODZINĄ I PRZYJACIÓŁMI. CZĘSTOŚCI.	386
SCHEMAT 38. OCENA SAMOPOCZUCIA BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	388
SCHEMAT 39. SATYSFAKCJA Z SAMOPOCZUCIA BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	388
SCHEMAT 40. OCENA PRZYNALEŻNOŚCI SPOŁECZNEJ BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	391
SCHEMAT 41. SATYSFAKCJA Z PRZYNALEŻNOŚCI SPOŁECZNEJ BADANYCH. CZĘSTOŚCI.	392
SCHEMAT 42. OCENA SZCZĘŚCIA I ZADOWOLENIA Z ŻYCIA PRZEZ OSOBY BADANE. CZĘSTOŚCI.	394
SCHEMAT 43. SATYSFAKCJA ZE SZCZĘŚCIA I ZADOWOLENIA Z ŻYCIA ODCZUWANA PRZEZ OSOBY BADANE. CZĘSTOŚCI.	395

SPIS ZDJĘĆ

ZDJĘCIE 1 PAŁAC ORAZ PARK W FABIANOWIE, PAŃSTWOWY ZAKŁAD SPECJALNY DLA DOROSŁYCH. ZDJĘCIE ARCHIWALNE, 1974 ROK.	166
ZDJĘCIE 3 PAŁAC W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE. 4 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU.	169
ZDJĘCIE 4 PAWILON „ARTEMIDA” W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE. 4 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU.	169
ZDJĘCIE 6 PARK – WIDOK NA FONTANNĘ PRZED PALCEM W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE. 4 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU.	170
ZDJĘCIE 8 PARK W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE. 4 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU.	171
ZDJĘCIE 10 SALA GDZIE ODBYWAJĄ SIĘ ZAJĘCIA Z MUZYKO LUB BIBLIOTERAPII W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE. 4 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU.	172
ZDJĘCIE 12 STOŁÓWKA MIESZCZĄCA SIĘ W PAŁACU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W FABIANOWIE. 4 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU.	173

ANEKS

ZAŁĄCZNIK nr 1

Dyspozycja wywiadu z opiekunami prawnymi i pracownikami pierwszego kontaktu kobiet przewlekle psychicznie chorych zamieszkujących w domu pomocy społecznej

1. Byt materialny – standard mieszkaniowy

- a) Sytuacja mieszkaniowa
- b) Dochody

1.1. W jaki sposób postrzega Pan/Pani warunki bytowe, w których mieszka podopieczna?

1.1.1. W jaki sposób postrzega Pan/Pani zagospodarowanie przestrzeni w domu pomocy społecznej?

1.1.2. W jakim sposób ocenia Pan/Pani wyposażenie, oraz dostęp sal terapeutycznych na terenie domu pomocy społecznej?

1.1.3. W jakim sposób ocenia Pan/Pani jakość i dostęp do fizjoterapii?

1.1.4. W jaki sposób ocenia Pan/Pani standard mieszkaniowy, czyli wyposażenie pokoju, w którym zamieszkuje mieszkanka w domu pomocy społecznej?

1.1.5. Jak ocenia Pan/Pani warunki higieniczne w pokojach i sanitariatach?

1.1.6. Czy mieszkanka mają możliwość spożywania posiłków w pokoju, w razie potrzeby karmienia?

1.1.7. Czy i jak mieszkanka ma wpływ na wyposażenie pokoju?

1.1.8. Czy mieszkanka może przechowywać w pokojach środki higieny osobistej, środki czystości, przybory toaletowe i inne przedmioty potrzebne do higieny osobistej?

1.2. Czy mieszkanka może podejmować pracę zarobkową?

1.3. Jak ocenia Pan/Pani sytuację materialną podopiecznej?

2. Jakość usług w domu pomocy społecznej

- a) Posiłki
- b) Opieka medyczna
- c) Personel

2.1. W jaki sposób ocenia Pan/Pani jakość posiłków w domu pomocy społecznej?

2.1.1. Czy posiłki są wydawane o właściwej porze i czasie?

2.1.2. Czy Pan/Pani podopieczna ma dostęp do napojów oraz drobnych posiłków między posiłkami?

2.1.3. Czy przestrzegane jest prawo do zachowania odpowiedniej diety Pana/Pani podopiecznej?

2.1.4. Czy przestrzegane jest prawo do zachowywania postów przez Pana/Pani podopieczną?

2.2. W jaki sposób ocenia Pan/Pani opiekę medyczną na terenie domu pomocy społecznej?

2.2.1. Czy Pani/Pana podopieczna otrzymują właściwą opiekę medyczną, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby?

2.2.2. W jakim zakresie Pana/Pani podopieczna otrzymuje opiekę w zakresie pomocy psychologicznej i psychiatrycznej?

2.3. W jaki sposób ocenia Pan/Pani personel pomocniczy w domu pomocy społecznej?

2.3.1. Jakie są relacje pomiędzy Pana/Pani podopieczną a personelem?

2.3.2. Czy personel udziela Pana/Pani podopiecznej niezbędnej pomocy przy załatwianiu spraw osobistych?

2.3.3. Czy personel udziela Pana/Pani podopiecznej pomocy w zakresie czynności życia codziennego?

2.3.4. Czy personel udziela Pana/Pani podopiecznej pomocy w zakresie organizacji czasu wolnego?

3. Zdrowie

- a) Postrzeganie stanu zdrowia
- b) Wizyty u lekarza
- c) Inne niepełnosprawności
- d) Zażywanie leków
- e) Ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia

- 3.1. Jak postrzega Pan/Pani stan zdrowia podopiecznej ?
- 3.2. Czy Pana/Pani podopieczna posiada jeszcze jakieś inne niepełnosprawności?
Jeśli tak, proszę podać jakie.
- 3.3. Jak często Pana/Pani podopieczna konsultuje się z lekarzem?
- 3.4. Jakie leki zażywa Pana/Pani podopieczna?
- 3.5. Czy uważa Pan/Pani iż stan zdrowia podopiecznej ogranicza uczestnictwo w życiu społecznym?
- 3.6. Czy, a jeżeli tak to w jaki sposób stan zdrowia Pana/Pani podopiecznej ogranicza jej wykonywanie czynności dnia codziennego?

4. Produktywność

- a) Zajęcia stałe
- b) Nudzenie się
- c) Oglądanie TV

- 4.1. Jak wyglądają zajęcia stałe w domu pomocy społecznej?
- 4.2. Czy Pana/Pani podopieczna pracuje zarobkowo (jeśli nie to czy pracuje na korzyść Domu)?
- 4.3. Ile godzin (średnio w tygodniu) Pana/Pani podopieczna spędza na zajęciach stałych (terapia zajęciowa, rehabilitacja)?
- 4.4. Czy podopieczna chętnie uczestniczy w terapii zajęciowej? Jeśli tak to dlaczego?
- 4.5. Czy podopieczna uczestniczy w rehabilitacji? Jeśli tak to jak często?
- 4.6. Jak często Pana/Pani podopieczna nudzi się w czasie wolnym?
- 4.7. Czy Pana/Pani podopieczna sama decyduje o formie spędzania czasu wolnego?
- 4.8. Jakie formy czasu wolnego proponuje dom pomocy społecznej dla Pana/Pani podopiecznej?
- 4.9. Czy personel realizuje pomoc w zakresie realizacji projektów zaproponowanych przez Pana/Pani podopieczną w czasie wolnym?
- 4.10. Czy Pana/Pani podopieczna w domu pomocy społecznej może samodzielnie przeznaczać środki finansowe na zagospodarowanie czasu wolnego?
- 4.11. Ile godzin dziennie Pana/Pani podopieczna ogląda telewizję (średnio w typowym tygodniu)?

4.12. Czy praca zarobkowa stanowiłaby dla podopiecznej motywację do pracy?

5. Zżyłość z bliskimi

- a) Przyjaciel
- b) Kontakty z rodziną
- c) Rozmowy
- d) Zainteresowanie innych
- e) Działania z innymi

5.1. Czy, a jeżeli tak to jak często Pana/Pani podopieczna utrzymuje kontakty z sąsiadami?

5.2. Czy, a jeżeli tak to jak często Pana/Pani podopieczna utrzymuje kontakty ze znajomymi czy przyjaciółmi?

5.3. Czy Pana/Pani podopieczna utrzymuje kontakty z rodzeństwem?

5.4. Czy Pana/Pani podopieczna utrzymuje kontakty z współmałżonkami?

5.5. Czy Pana/Pani podopieczna utrzymuje kontakty z dziećmi?

5.6. Czy Pana/Pani podopieczna utrzymuje kontakty z wnukami?

5.7. Czy Pana/Pani podopieczna ma przyjaciela/przyjaciółkę? Jeśli tak, proszę opowiedzieć jak często ze sobą rozmawiają, wychodzą na zakupy, spędzają wspólnie czas? Czy jest to osoba, której podopieczna może się zwierzyć?

5.8. Jak często odwiedza Pan/Pani swoją podopieczną ? (pytanie dotyczy tylko opiekunów prawnych).

6. Przynależność społeczna

- a) Kontakt ze środowiskiem lokalnym
- b) Aktywność w czasie wolnym
- c) Pomoc innym

6.1. Czy, a jeżeli tak to jak często Pana/Pani podopieczna samodzielnie bądź z opiekunem poruszają się po lokalnym środowisku?

6.2. Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób Pana/Pani podopieczna uczestniczy w wydarzeniach artystycznych organizowanych przez środowisko lokalne?

6.3. Czy Pana/Pani podopieczna uczestniczy w następujących aktywnościach podczas swojego czasu wolnego? Jeśli tak proszę wskazać jak często.

- 1) spotkania w klubie, stowarzyszeniu, grupie
- 2) wyjście do kawiarni, spotkanie z przyjaciółmi poza terenem domu
- 3) oglądanie zawodów sportowych, czy innych rywalizacji poza domem (nie w telewizji)
- 4) spotkanie modlitewne (msza w kościele)
- 5) wyjście do fryzjera, kosmetyczki
- 6) wychodzenie po zakupy
- 7) wyjście do kina, teatru, na wystawę
- 8) wizyta u rodziny
- 9) uprawianie sportu np. jazda na rowerze
- 10) inne (jakie)

6.4 Czy osoby spoza domu pomocy społecznej proszą Pana/Pani podopieczną o radę?

7. Bezpieczeństwo

a) Spokojny sen

b) Lęki i niepokoje

7.1. Czy Pana/Pani podopieczna dobrze sypia?

7.2. Czy Pana/Pani podopieczna czuje się bezpiecznie w domu pomocy społecznej?

8. Dobrostan emocjonalny

a) Ulubione czynności

b) Marzenia

8.1. Czy Pana/Pani podopieczna ma jakieś ulubione czynności które lubi wykonywać? Jeśli tak proszę wskazać jakie są to czynności.

8.2. Czy Pana/Pani podopieczna ma jakieś marzenia, które nie mogą być zrealizowane? Jeśli tak to jakie?

SCHEDUŁA ANALIZY DOKUMENTÓW

1. Data i miejsce urodzenia mieszkanki:

.....

2. Stan cywilny badanej:

- a) panna,
- b) mężatka,
- c) rozwiedziona,
- d) wdowa.

3. Wykształcenie badanej:

.....

4. Rodzaj ubezwłasnowolnienia:

- a) całkowite,
- b) częściowe.

5. Opiekun prawny respondenta:

- a) osoba z rodziny,
- b) osoba spoza rodziny,
- c) pracownik Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie.

6. Posiadanie potomstwa, jeśli tak to czy badana utrzymuje z nim kontakt i w jakiej częstotliwości:

.....

7. Ocena funkcjonowania osoby badanej:

a) rozpoznanie lekarskie (ocena lekarza psychiatry) osoby badanej,

.....

b) ogólny stan zdrowia osoby badanej (informacje na temat innych niepełnosprawności i chorób przewlekłych):

.....

c) ocena procesów poznawczych:

.....
.....
.....
.....
.....

d) ocena zachowań społecznych:

.....
.....
.....

e) ocena zdolności komunikacyjnych:

.....
.....
.....

f) ocena zdolności manualnych:

.....
.....

8. Poprzednie miejsce zamieszkania osoby badanej:

- dom rodzinny,

- inny dom pomocy społecznej,
- inny ośrodek całodobowej opieki nie będący domem pomocy społecznej,
- zamieszkiwanie u osoby z rodziny,
- zamieszkiwanie u osoby nie będącej rodziną.

9. Okres pobytu w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie:

.....

10. Ocena sytuacji osoby badanej przed okresem zamieszkiwania w domu pomocy społecznej:

a) opis działań podjętych przez osobę/rodzinę wobec badanej:

.....
.....
.....

b) oczekiwania i potrzeby osoby/rodziny badanej:

.....
.....
.....

c) osoby z rodziny utrzymujące kontakt z mieszkanką:

.....
.....

d) stan zdrowia osoby badanej:

.....
.....

e) stopień samodzielności osoby badanej:

.....
.....

f) pomoc jakiej udzielały osoby z rodziny (lub spoza) osobie badanej:

.....
.....

11. Wykształcenie osoby badanej:

.....

SCHEDUŁA OBSERWACJI UCZESTNICZĄCEJ

12. Poziom funkcjonowania osoby badanej:

- a) zakres czynności samoobsługowych wykonywanych przez osobę badaną (ubieranie, mycie, jedzenie, sprząatanie, pomoc przy posiłkach, poruszanie się, robienie zakupów);
- b) poziom komunikacji i porozumiewania się z otoczeniem,
- c) uczestnictwo w terapii zajęciowej:
 - częstość uczestnictwa,
 - rodzaj zazwyczaj wykonywanych zadań na terapii,
 - forma uczestnictwa w terapii (bierna, czynna),

13. Relacje z osobami z otoczenia oraz z rodziną:

- a) przyjaźnie zawierane na terenie ośrodka lub poza domem pomocy społecznej:
 - częstość spotkań z przyjacielem,
 - forma spotkań z przyjacielem (na terenie ośrodka, telefonicznie, listownie, mailowo lub w innej formie),
 - stopień zażyłości przyjaciół,
 - forma i poziom komunikacji z przyjaciółmi.
- b) relacje z rodziną:
 - częstość spotkań z rodziną,
 - forma spotkań (na terenie ośrodka, telefonicznie, listownie, mailowo lub w innej formie),
 - forma i poziom komunikacji z rodziną.

14. Zainteresowania osoby badanej:

- a) rodzaj zainteresowań,
- b) zaangażowanie w wykonywanie danej czynności,
- c) poziom wykonywanych czynności.

15. Praca na rzecz domu pomocy społecznej:

- a) rodzaj pracy, która jest wykonywana,

- b) częstość z jaką osoby badane wykonują swoją pracę,
- c) zaangażowanie w wykonywaną czynność.

16. Zajęcia wykonywane w czasie wolnym:

- a) rodzaj wykonywanych zajęć,
- b) regularność z jaką są wykonywane,
- c) zaangażowanie w określone czynności,

17. Stopień aktywności jaki wykazuje osoba badana:

- a) chęć uczestnictwa w zajęciach organizowanych na terenie domu pomocy społecznej lub poza nim,
- b) zajęcia wykonywane we własnym zakresie,
- c) relacje społeczne w jakich uczestniczy osoba badana (nabożeństwa, osoby spoza ośrodka, grupy lub stowarzyszenia spoza domu pomocy społecznej, rodzina, przyjaciele).

ZAŁACZNIK nr 4

**COMPREHENSIVE
QUALITY OF LIFE SCALE
– ADULT**

**FIFTH EDITION
(ComQol-A5)**

Robert A. Cummins

School of Psychology
Deakin University



MANUAL

1997

COMPREHENSIVE QUALITY OF LIFE SCALE

– ADULT (ComQol – 15)

[pytania zadaje ankieter]

“Mam zamiar zadać kilka pytań dotyczących Pani życia. Na początku może nam pomagać Pani opiekun. Później chciałabym aby odpowiadała Pani samodzielnie. Jeśli jest to niemożliwe może pozostać opiekun.

Gdyby jakieś pytanie Pani nie odpowiadało, lub było niezrozumiałe proszę o tym powiedzieć, można powtórzyć pytanie.”

Data urodzenia ____/____/____ (dzień, miesiąc, rok)

Stan cywilny:

- a) Panna
- b) Mężatka
- c) Rozwiedziona
- d) Wdowa

Czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej:

- a) 5 - 9 lat
- b) 10-19 lat
- c) 20-30 lat
- d) Powyżej 30 lat

Rodzaj ubezwłasnowolnienia:

- a) Częściowe
- b) Całkowite

Rodzina z którą utrzymuję kontakty:

- a) Rodzeństwo, rodzice
- b) Małżonek
- c) Dzieci
- d) Inni krewni
- e) Z nikim nie utrzymuję kontaktu

Osoba będąca opiekunem prawnym:

- a) Członek rodziny
- b) Pracownik Domu Pomocy Społecznej

Część I SKALA OBIEKTYWNA

1. a. Czy sądzi Pani, że posiada dużo rzeczy w stosunku do innych ludzi? (Podpowiedź: książki, sprzęty, ubrania, buty, itp.)

mam najwięcej rzeczy ze wszystkich ludzi <input type="checkbox"/>	mam więcej rzeczy niż większość ludzi <input type="checkbox"/>	mam tyle samo rzeczy co inni ludzie <input type="checkbox"/>	mam mniej rzeczy niż większość ludzi <input type="checkbox"/>	mam najmniej rzeczy ze wszystkich ludzi <input type="checkbox"/>
--	---	---	--	---

- b. Jaka jest Pani sytuacja materialna? (Podpowiedź: Proszę pomyśleć teraz o swoich rzeczach: np. ubraniach, książkach, sprzętach, itp.)

jestem bardzo zamożną osobą <input type="checkbox"/>	jestem bogata, mam więcej niż inni ludzie <input type="checkbox"/>	mam tyle samo pieniędzy (przeciętnie zamożna)co inni ludzie <input type="checkbox"/>	jestem niezamożna <input type="checkbox"/>	jestem bardzo biedna, nie mam nic <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---

2. a. Ile razy była Pani u lekarza w ciągu ostatnich trzech miesięcy?

nie byłam <input type="checkbox"/>	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 – 4 (razy w miesiącu) <input type="checkbox"/>	5 – 7 (co dwa tygodnie) <input type="checkbox"/>	8 razy (raz na tydzień) <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---	---	---

- b. Czy posiada Pani jakieś niepełnosprawności (np. dotyczące poruszania się) lub choroby np. dotyczące wzroku, słuchu, itp.?

TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------

Jeżeli tak, proszę podać:

- nazwę niepełnosprawności lub choroby (np. epilepsja, cukrzyca, zaburzenia widzenia, itp.)

.....
.....
.....
.....
.....

- stopień niepełnosprawności lub stan zdrowia (np. potrzebuję okularów do czytania, muszę brać leki codziennie, raz w tygodniu mam zastrzyki, itp.)

- czy uważa się Pani za osobę chorą? Jeśli tak to proszę powiedzieć dlaczego

.....
.....
.....
.....
.....

c. Jakie lekarstwa zażywa Pani codziennie? (za wyjątkiem leków psychotropowych).

Jeśli żadnego proszę zakreślić pole obok.

Jeśli tak proszę wymienić jaki są to leki:

Uwaga do leków psychotropowych zaliczamy: psychotoniczne, psychoplegiczne, trankwilizatory, barbiturany, psychopobudzające, przeciwpadaczkowe i inne. W przypadku wątpliwości proszę wpisać poniżej nazwy konkretnych leków (zapis może być błędny)(powyższa informacja przeznaczona jest dla badacza)

.....
.....
.....

3.

a. Ile godzin dziennie spędza Pani w tygodniu na poszczególnych czynnościach (średnio w ostatnich trzech miesiącach):

	0	1 -10	11 - 20	21 - 30	31 – 40+
Liczba godzin stałych zajęć (terapia, praca społeczna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liczba godzin innych zajęć (rehabilitacja, praca społeczna, praca na rzecz domu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Jak często się Pani nudzi (nie ma Pani co robić) w czasie wolnym?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Jak często ogląda Pani telewizję? Ile godzin dziennie? (średnio w ciągu dnia)

nie oglądam	1 – 2 godz.	3 – 5 godz.	6 – 9 godz.	10 i więcej godz.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.

a. Czy ma Pani bliskiego przyjaciela / przyjaciółkę?

Jeśli nie proszę zakreślić pole obok

Jeśli tak, jak często rozmawia Pani z nim/z nią?

codziennie	kilka razy w tygodniu	raz w tygodniu	raz w miesiącu	rzadziej niż raz w miesiącu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Jak często ktoś się Panią interesuje (pociesza Panią), gdy jest Pani przygnębiona, albo ma zły dzień?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Jeżeli ma Pani ochotę zrobić coś szczególnego (zagrać w grę, jechać na zakupy, upiec ciasto, itp.), jak często inne osoby chcą to zrobić razem z Panią?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.

a. Czy dobrze Pani sypia? Jak często sypia Pani dobrze?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Czy czuje się Pani bezpiecznie w miejscu, w którym Pani mieszka? Jak często?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Czy w ciągu dnia denerwuje się Pani, odczuwa lęki, niepokoje? Jak często?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Poniżej znajduje się wykaz różnych możliwości spędzania wolnego czasu. Proszę wskazać, w których aktywnościach Pani uczestniczy w swoim czasie wolnym. Proszę zaznaczyć jak często Pani w nich uczestniczy?

1) spotkania w klubie, stowarzyszeniu, grupie

2) wyjście do kawiarni, spotkanie z przyjaciółmi poza terenem domu

3) oglądanie zawodów sportowych, czy innych rywalizacji poza domem (nie w telewizji)

4) spotkanie modlitewne (msza w kościele)

5) wyjście do fryzjera, kosmetyczki

6) wychodzenie po zakupy

7) wyjście do kina, teatru, na wystawę

8) wizyta u rodziny

9) uprawianie sportu np. jazda na rowerze

10) inne (jakie)

b. Jak często ludzie spoza Pani domu proszą Panią o pomoc lub radę?

prawie codziennie	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.

a. Jak często może Pani wykonywać czynności, które naprawdę chciałaby Pani robić?
Na przykład ulubione czynności (oglądanie telewizji, jedzenie słodczy, wyjście do miasta)

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Jak często budząc się rano ma Pani ochotę nie wstawać z łóżka, leżeć cały dzień i nic nie robić?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Jak często ma Pani marzenia, które nie mogą być zrealizowane?

prawie zawsze	bardzo często	czasami	rzadko	prawie nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część II SKALA SUBIEKTYWNA

Jak ważne są dla Pani poszczególne obszary życia?

Nie ma złej odpowiedzi, każda jest dobra, proszę nie zastanawiać się zbyt długo nad odpowiedzią.

1. Jak ważne są dla Pani przedmioty, które Pani posiada?

najważniejsze w moim życiu <input type="checkbox"/>	bardzo ważne <input type="checkbox"/>	ważne <input type="checkbox"/>	mało ważne <input type="checkbox"/>	nieważne <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------------

2. Jak ważne jest dla Pani zdrowie?

najważniejsze w moim życiu <input type="checkbox"/>	bardzo ważne <input type="checkbox"/>	ważne <input type="checkbox"/>	mało ważne <input type="checkbox"/>	nieważne <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------------

3. Jak ważne są dla Pani osiągnięcia, których Pani dokonała? (np. wygrana na zawodach sportowych)

najważniejsze w moim życiu <input type="checkbox"/>	bardzo ważne <input type="checkbox"/>	ważne <input type="checkbox"/>	mało ważne <input type="checkbox"/>	nieważne <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------------

4. Jak ważne są dla Pani bliskie stosunki z rodziną i przyjaciółmi?

najważniejsze w moim życiu <input type="checkbox"/>	bardzo ważne <input type="checkbox"/>	ważne <input type="checkbox"/>	mało ważne <input type="checkbox"/>	nieważne <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------------

5. Jak ważne jest dla Pani ogólne samopoczucie?

najważniejsze w moim życiu <input type="checkbox"/>	bardzo ważne <input type="checkbox"/>	ważne <input type="checkbox"/>	mało ważne <input type="checkbox"/>	nieważne <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------------

6. Jak ważne są dla Pani spotkania z innymi ludźmi poza Domem Pomocy Społecznej ?

najważniejsze w moim życiu <input type="checkbox"/>	bardzo ważne <input type="checkbox"/>	ważne <input type="checkbox"/>	mało ważne <input type="checkbox"/>	nieważne <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------------

7. Jak ważne jest dla Pani osobiste szczęście i zadowolenie z życia?

najważniejsze w moim życiu <input type="checkbox"/>	bardzo ważne <input type="checkbox"/>	ważne <input type="checkbox"/>	mało ważne <input type="checkbox"/>	nieważne <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------------

Część III SKALA SUBIEKTYWNA

Czy jest Pani usatysfakcjonowana z poszczególnych obszarów życia?

1. Czy jest Pani usatysfakcjonowana/zadowolona z rzeczy, które Pani posiada?

jestem bardzo zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem średnio zadowolona <input type="checkbox"/>	nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	w ogóle nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

2. Czy jest Pani usatysfakcjonowana/zadowolona ze swojego zdrowia?

jestem bardzo zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem średnio zadowolona <input type="checkbox"/>	nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	w ogóle nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

3. Czy jest Pani usatysfakcjonowana/zadowolona ze swoich osiągnięć życiowych (np. sportowych, teatralnych) w Domu Pomocy Społecznej?

jestem bardzo zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem średnio zadowolona <input type="checkbox"/>	nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	w ogóle nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

4. Czy jest Pani usatysfakcjonowana/zadowolona z relacji z rodziną, z przyjaciółmi?

jestem bardzo zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem średnio zadowolona <input type="checkbox"/>	nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	w ogóle nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

5. Czy jest Pani usatysfakcjonowana/zadowolona ze swojego samopoczucia?

jestem bardzo zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem średnio zadowolona <input type="checkbox"/>	nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	w ogóle nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

6. Czy jest Pani usatysfakcjonowana/zadowolona ze spotkań z innymi ludźmi poza domem?

jestem bardzo zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem średnio zadowolona <input type="checkbox"/>	nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	w ogóle nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

7. Czy dotychczasowe zadowolenie z życia Panią satysfakcjonuje?

jestem bardzo zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	jestem średnio zadowolona <input type="checkbox"/>	nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>	w ogóle nie jestem zadowolona <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

ZAŁĄCZNIK nr 5

Test wstępny do skali subiektywnej ważności oraz skala ważności

1. Testowanie skłonności do zgadzania się z rozmówcą

Osoby z zaburzeniami psychicznymi lub innymi niepełnosprawnościami poznawczymi mają skłonności do udzielania odpowiedzi, które nie są zgodne z ich osobistymi odczuciami, lecz potwierdzają to co powiedział rozmówca.

Przyczyną tego typu zachowań jest respekt jaki badani zachowują wobec osoby badacza, która jak podkreśla Zawiślak (2011, s. 234) jest „wyuczoną konsekwencją życia instytucjonalnego lub zależności od opiekunów”. Kolejną przyczyną jest „obrona przed ujawnieniem niekompetencji, gdy respondent nie rozumie zadawanych pytań” (Zawiślak, 2011, s. 234).

Podczas badania pilotażowego, które przeprowadzono w marcu i kwietniu 2012 roku w Domu Pomocy Społecznej w Fabianowie skalą ComQol, stwierdzono, że 18% badanych wskazuje jedynie maksymalne lub minimalne odpowiedzi. Pomimo wyselekcjonowania osób badanych na podstawie opinii psychologicznych oraz psychiatrycznych nie udało się jednoznacznie stwierdzić, które osoby odpowiadają zgodnie ze swoimi poglądami. Podobne wnioski wysunęła Zawiślak podczas badań nad jakością życia osób z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną, stwierdziła, iż 25% respondentów wskazuje tylko najwyższe noty w pytaniach subiektywnych (Zawiślak, 2011, s.234).

W związku z powyższymi stwierdzeniami nasuwa się przypuszczenie, że słusznym jest również używanie skal o mniejszych możliwościach wyboru (dwu lub trzy – punktowych), oraz konieczne jest stosowanie wstępnego testu zgadzania się z rozmówcą poprzedzającego badanie główne.

Autor narzędzia ComQol, R. Cummins zaleca, aby przed przystąpieniem do badań przeprowadzić test wstępny, który został przez niego opracowany. Poniżej znajduje się test wstępny oraz materiały graficzne do testów, które zostały przetłumaczone na język polski zgodnie z oryginalnym tekstem. Uwzględniając elementy adaptacji kulturowej (Brzeziński 2007, s.586 – 596) użyto form grzecznościowych takich jak Pan/Pani podczas zwracania się do respondenta.

Procedura postępowania

Podczas badania może być obecny opiekun osoby badanej. Nie mogą odpowiadać na pytania, udzielać podpowiedzi oraz przebywać w zasięgu wzroku badanego.

Jeśli niniejsze warunki są spełnione i badany jest gotowy odpowiadać to należy mówiąc wyraźnie i powoli zadać następujące pytania.

Wskazując na część ubioru badanego:

1. Czy to Pani bransoletka?
2. Czy Pani uszyła całe swoje ubranie i buty?
3. Czy Pani wybierała swoich sąsiadów?
4. Czy dobrze Pani zna inne osoby mieszkające w domu pomocy społecznej?

Nie należy kontynuować badania skalą ComQol w przypadku uzyskania pozytywnych odpowiedzi na pytania 2 i 3.

2. Testowanie kompetencji do odróżniania elementów

Celem procedury jest ustalenie, czy badany jest w stanie w sposób samodzielny wypowiedzieć się w II i III części skali, czyli pytaniach dotyczących subiektywnych odczuć badanego.

Zasady postępowania są analogiczne jak w poprzedniej części.

Badanie jest prowadzone w trzech etapach, które określają czy badany jest w stanie:

I rozróżnić informacje według ważności,

II dopasowywać informacje konkretne,

III dopasowywać informacje abstrakcyjne.

Procedura prowadzi badanego od konkretów do abstrakcji. W każdej fazie złożoność zadań waha się od wyboru dwójkowego do wyboru pięcioelementowego.

Jeśli badany popełni błąd należy powrócić do poprzedniego, prostszego zadania i powtórzyć pytanie. Jeśli się nie powiedzie, należy przejść do następnej fazy. Respondent

musi dokładnie odpowiadać, używając przynajmniej wyboru dwójkowego, aby przejść do następnej fazy. Jeśli badany nie jest w stanie sam odpowiedzieć dokładnie w trzech fazach przynajmniej na poziomie wyboru dwójkowego, nie powinien być badany II i III częścią skali ComQol, czyli w zakresie odpowiedzi subiektywnych.

Badanego, który poprawnie odpowie w każdej fazie badania wstępnego można przebadać powyższą skalą. Należy wziąć pod uwagę:

- a) wybór skali ComQol (2-, 3- lub 5-elementową), zależy od wyniku jaki uzyska badany w trzeciej fazie – dopasowywanie informacji abstrakcyjnych odnośnie ważności,
- b) subiektywne pytania nie powinny być zadawane w obecności opiekunów, chyba, że jest to nie do uniknięcia.

Wyposażenie

Diagramy wydrukowane na pojedynczych arkuszach.

Procedura postępowania

Badany odpowiada na pytania poprzez wskazywanie. Podczas badania respondent powinien siedzieć przy stole z odpowiednim diagramem przed sobą. Powinny być wzięte pod uwagę następujące zagadnienia:

1. Prowadzącemu badania pozostawia się wybór, na jakim poziomie rozpocząć tę część testu wstępnego – od początku testu (wybór pomiędzy dwoma klockami) lub od końcowej sekwencji (użycie abstraktu w 5 – krokowej skali ważności). Należy zwrócić uwagę aby zadanie nie było zbyt łatwe, ani nie narażało badanego na nadmierną porażkę. Pomoc w tym zakresie może stanowić opiekun respondenta.
2. Ważne jest aby chronić badanego przed niepowodzeniem. Należy również motywować osoby badane poprzez stosowną pochwałę.

Faza wstępna

Należy poprosić opiekuna lub respondenta, aby wymienił jakąś rzecz, którą uważa za wyjątkowo ważną, np. cenny przedmiot (zegarek, pierścionek, telewizor, klucze, itp.). Przedmiot będzie potrzebny w kolejnej fazie testu.

Przedmiot wskazany przez badanego

.....

Faza 1. Rozróżnienie informacji według ważności

Należy posłużyć się skalą zawierającą klocki (materiał 1). Przeprowadzającemu test pozostawia się dowolność, od którego elementu zacząć (a,b, czy c).

Zapis odpowiedzi

poprawna (✓)

błędna (x)

a) Zaprezentuj, proszę dwa klocki o wymiarach ekstremalnych.

Proszę wskazać największy klocek

Proszę wskazać najmniejszy klocek

Uwaga: Gdy badany popełni błąd, należy powtórzyć jeszcze raz instrukcję. Dopóki nie jest pewne, że jest w stanie wykonać badanie, nie powinno być przeprowadzane.

b) Zaprezentuj, proszę 3 klocki o zróżnicowanych wielkościach.

Proszę wskazać największy klocek

Proszę wskazać średni klocek

Proszę wskazać najmniejszy klocek

Uwaga: gdy badany popełni błąd w zadaniu b, powtórz zadanie a.

c) Zaprezentuj, proszę pięć klocków o zróżnicowanych wielkościach

Proszę wskazać największy klocek

Proszę wskazać najmniejszy klocek

Proszę wskazać średni klocek

Proszę wskazać duży (prawie największy) klocek

Proszę wskazać mały (prawie najmniejszy) klocek

Faza 2. Dopasowywanie informacji konkretnych

Należy posłużyć się skalą zawierającą klocki i stopnie (materiał 1 i 2).

Procedura postępowania

Prezentacja diagramów 2-klockowy i 2-stopniowy.

Instrukcja

„Pokażę Pani jeszcze raz klocki” [należy pokazać 2-klockowy diagram] i stopnie [należy pokazać 2-stopniowy diagram].”

„Chciałabym, aby Pani pokazała mi, w jaki sposób klocki pasują do stopni. Zasady są następujące. Duży klocek pasuje na wyższy stopień. Mały klocek pasuje na niższy stopień.

Kiedy wskażę Pani duży klocek (pokaz), proszę wskazać na najwyższy stopień (pokaz). Czy wszystko jest zrozumiałe? Należy powtórzyć jeśli badany wygląda na niepewnego.

Kiedy wskażę na mały klocek (pokaz), proszę wskazać na najniższy stopień (pokaz). Czy zasady są zrozumiałe?”

Zapis odpowiedzi

poprawna (✓)

błędna (x)

[Wskaż na duży klocek]

„Na którym stopniu powinien znaleźć się duży klocek?”

(badany wskazuje miejsce na stopniach)

[Wskaż na mały klocek]

„Na którym stopniu powinien znaleźć się mały klocek?”

(badany wskazuje miejsce na stopniach)

Jeżeli badany pokona z powodzeniem tę próbę, należy przejść do zadania z trzema klockami.

Jeżeli badany nie odpowie prawidłowo, należy zapytać, czy chciałby, aby powtórzyć zasady jeszcze raz. Należy powtórzyć, jeśli badany o to poprosi. Jeśli nie, można powtórzyć zadanie.

W przypadku dalszego niepowodzenia wstrzymać się z dalszym badaniem dotyczącym satysfakcji.

Procedura postępowania

Prezentacja diagramów 3-klockowych i 3-stopniowych

Instrukcja postępowania

„Tutaj jest inny zestaw klocków i stopni. Proszę zauważyć, iż mamy tutaj średniej wielkości klocek [wskaz] oraz średni stopień [należy wskazać] Czy wszystko jest zrozumiałe? Czy wie Pani co zrobić w zadaniu?”

„Podobnie jak poprzednio, proszę wskazać jak stopnie dopasować do klocków. Czy wie Pani co należy zrobić w zadaniu?”

[Wskazując na duży klocek]

„Na którym stopniu powinien znaleźć się duży klocek?”

(badany wskazuje miejsce na stopniach)



[Wskazując na średni klocek]

„Na którym stopniu powinien znaleźć się mały klocek?”

(badany wskazuje miejsce na stopniach)



Jeżeli badany pokona z powodzeniem tę próbę, należy przejść do zadania z pięcioma klockami. W przypadku niepowodzenia należy użyć tej samej strategii co przy zadaniu z dwoma klockami.

Jeżeli badany nie odpowie, należy kontynuować testowanie używając systemów dwójkowych.

Instrukcja postępowania

„Mamy tutaj następny zestaw klocków i stopni. Podobnie jak poprzednio poproszę Panią o pokazanie, jak stopnie dopasować do klocków. Czy wszystko jest zrozumiałe? Czy wie Pani co zrobić w zadaniu?””

Proszę powtórzyć tę sekwencję dla następujących klocków:

Średni klocek



Duży (prawie największy) klocek



Mały (prawie najmniejszy) klocek



Jeżeli badany odpowie prawidłowo można przejść do następnej fazy testu. W przeciwnym wypadku należy postępować jak w poprzednich zadaniach.

Faza 3. Dopasowywanie informacji abstrakcyjnych

Należy posłużyć się skalą zawierającą schody (materiał 3).

Badający w tej fazie powinien odwołać się do rzeczy wymienionej przez respondenta na początku badania.

Prezentacja rysunku ważności z dwoma schodami.

Instrukcja postępowania

„Teraz pokażę Pani schody, które oznaczają co jest ważne, a co najważniejsze. Wyższy z nich (należy wskazać) oznacza coś bardzo ważnego, a niższy oznacza coś nieważnego”.

„Gdy pomyśli Pani o czymś ważnym, należy wskazać na wyższy schodek (należy wskazać). Czy wie Pani, co należy zrobić w zadaniu? Należy powtórzyć, gdy badany jest pewien.”

Zapis odpowiedzi

poprawna (✓)

błędna (x)

Odwołując się do rzeczy badanego, którą na początku określił jako rzecz ważną dla niego, należy zapytać:

„Czy tojest bardzo, bardzo ważne dla Pani?”

„ Na który schodek powinna Pani położyć tę rzecz?”

„Jeżeli coś jest zupełnie nieważne dla Pani, to na który

schodek powinno się położyć tę rzecz?”

Jeżeli badany odpowie poprawnie należy przejść do zadania z trzema schodami.

W przypadku niepowodzenia należy zapytać, czy chciałby, aby jeszcze raz wytłumaczyć zadanie. Jeśli o to poprosi to należy powtórzyć instrukcję. Jeśli nie, należy powtórzyć zadanie.

Przy ponownym niepowodzeniu wstrzymać testowanie i nie kontynuować zadawani pytać w II i III części skali (odnośnie ważności i satysfakcji).

Instrukcja postępowania

„ Teraz mamy inny zestaw schodów. Znajduje się tu również średni schodek (należy wskazać), który oznacza coś średniej ważności.”

„Podobnie jak w poprzednim zadaniu poproszę o wskazaniu na rysunku, jak ważne jest coś dla Pani. Czy wszystko jest zrozumiałe? Czy wie Pani co zrobić w zadaniu?””

Na który schodek należy położyć coś najważniejszego?

Na który schodek należałoby położyć coś zupełnie nieważnego?

Na który schodek należałoby położyć coś ważnego?

Jeżeli badany poda poprawne odpowiedzi, można przejść do zadania z pięcioma schodami. W przeciwnym razie należy postąpić tak jak opisano w poprzednim zadaniu.

Przy ponownym niepowodzeniu zastosować w II i III części testu ComQol skale 2-punktową.

Prezentacja rysunku ważności z pięcioma schodami

Instrukcja postępowania

„Przedstawiam Pani kolejny, ostatni już zestaw schodów. Tym razem jest pięć schodów. Trzy z nich już Pani zna, kolejne są nowe. Jeden jest najważniejszy (wskazanie właściwego), a ten zupełnie nieważny (wskazani właściwego).

Nowe stopnie oznaczają (wskazuj za każdym razem) mniej ważne i bardzo ważne.

Schody, które występują po kolei to:

- „zupełnie nieważny”;

- „mniej ważny”;

- „ważny”;

- „bardzo ważny”;

- „najważniejszy”.

Czy wszystko jest zrozumiałe? Czy wie Pani co zrobić w zadaniu?”

Jeżeli coś jest najważniejsze dla Pani to który schodek należy wskazać?

A jeśli coś jest zupełnie nieważne?

Jeżeli coś jest ważne?

A jeśli coś jest mniej ważne?

A jeśli coś jest bardzo ważne?

Jeżeli badany poprawnie wykona to zadanie, można zastosować w II części testu ComQol 5-punktową skalę. W przeciwny razie należy powtórzyć procedurę z pięcioma

schodami. Jeżeli osoba badana nie radzi sobie z tym zadaniem, należy zastosować w II części testu ComQol skalę 3-punktową.

Subiektywna skala ważności

Należy przeprowadzić test bez obecności osób trzecich, najwyżej z jedną bliską osobą badanego. Podczas badania należy użyć 2,3 lub 5 – punktowej skali, zgodnie z wynikiem testu wstępnego.

Użyto skali:

2 - punktowej

3 – punktowej

5 – punktowej

Instrukcja

„Chciałabym się teraz od Pani dowiedzieć jak ważne są dla Pani niektóre rzeczy. Tak jak poprzednio proszę wskazywać na odpowiednich obrazkach. Czy jest Pani gotowa?”

Każde pytanie należy rozpocząć od frazy:

Jak ważne są dla Pani....?

Odpowiedź

1. rzeczy, które Pani posiada (telewizor, ubrania, pieniądze)?
2. Pani zdrowie?
3. zajęcia, które Pani wykonuje (rehabilitacja,
terapia zajęciowa)?
4. poczucie bezpieczeństwa (to, że nikogo się Pani
nie boi i nic Pani nie zagraża w miejscu
gdzie Pani mieszka)?
5. spotkania z innymi ludźmi poza domem?
6. Pani zadowolenie, osobiste szczęście?

Test wstępny do skali subiektywnej satysfakcji oraz skala satysfakcji

Procedura postępowania

Należy posłużyć się skalą zawierającą twarze (materiał 4).

„Kolejne zadanie polega na wskazywaniu odpowiedzi, lecz tym razem znajdują się tutaj dwie twarze. Jedna z nich jest bardzo szczęśliwa [należy ją wskazać] a druga jest bardzo smutna [należy ją wskazać]. Czy wszystko jest zrozumiałe? Czy wie Pani co zrobić w zadaniu?”

Zapis odpowiedzi

poprawna (✓)

błędna (x)

Proszę mi teraz powiedzieć, kiedy jest Pani bardzo zadowolona?

Odpowiedź – X (np. gdy spotykam się z rodziną)

Jeżeli Panią zapytam, „Jak jest Pani zadowolona z X?”,

to na którą twarz powinna Pani wskazać?

Proszę mi powiedzieć, kiedy jest Pani niezadowolona, smutna?

Odpowiedź Y (np. gdy nikt mnie nie odwiedza).

Jeżeli spytam Panią, „ Jak jest Pani niezadowolona z Y?”,

na którą twarz powinna Pani wskazać?

Jeżeli badany poda poprawne odpowiedzi, można przejść do zadania z trzema twarzami. W przypadku niepowodzenia należy zapytać badanego, czy chciałby, aby jeszcze raz wytłumaczyć zadanie. Gdy poprosi, należy powtórzyć instrukcję. Jeśli nie, należy powtórzyć zadanie.

Przy ponownym niepowodzeniu należy wstrzymać testowanie i nie kontynuować zadawania pytań odnośnie satysfakcji.

Prezentacja rysunku z trzema twarzami.

Instrukcja

„Teraz pokaże inny zestaw twarzy. Jest tutaj twarz neutralna [należy wskazać]. Nie jest to ani twarz smutna, ani szczęśliwa. Czy wszystko jest zrozumiałe? Czy wie Pani co zrobić w zadaniu?”

Gdyby czuła się Pani bardzo szczęśliwa, którą twarz by Pani wskazała?

Gdyby czuła się Pani bardzo smutna, którą twarz by Pani wskazała?

Gdyby nie czuła się Pani ani bardzo szczęśliwa, ani bardzo smutna,

którą twarz by Pani wskazała?

Jeżeli badany poda poprawne odpowiedzi, można przejść do zadania z pięcioma twarzami. W przypadku niepowodzenia należy zapytać badanego, czy chciałby, aby jeszcze raz wytłumaczyć zadanie. Gdy poprosi, należy powtórzyć instrukcję. Jeśli nie, należy powtórzyć zadanie.

W przypadku powtórnego niepowodzenia kontynuować badanie satysfakcji skalą ComQol, używając skali z dwoma twarzami.

Instrukcja

„Teraz przedstawię ostatni zestaw twarzy. Tym razem jest to pięć twarzy. Trzy z nich były już przy poprzednim zadaniu, dwie są nowe. Oto te, które już znasz [należy wskazać na każdą z nich ‘bardzo szczęśliwa’, ‘ani szczęśliwa, ani smutna’ i ‘bardzo smutna’].

Nowe twarze są następujące [należy wskazać każdą z nich], ‘niezadowolona’ i ‘zadowolona’.

Twarze, które występują w tym zadaniu to: [należy wskazać każdą z nich], ‘bardzo smutna’, ‘niezadowolona’, ‘ani szczęśliwa, ani smutna’, ‘zadowolona’ i ‘bardzo szczęśliwa’. Czy wszystko jest zrozumiałe? Czy wie Pani co zrobić w zadaniu?”

Jeżeli czułaby się Pani bardzo szczęśliwa z powodu X,

to na którą twarz by Pani wskazała?

Jeżeli czułaby się Pani zadowolona z powodu X,

to na którą twarz by Pani wskazała?

Jeżeli czułaby się Pani bardzo smutna z powodu X,

to na którą twarz by Pani wskazała?

Jeżeli czułaby się Pani niezadowolona z powodu X,

to na którą twarz by Pani wskazała?

Jeżeli czułaby się Pani ani szczęśliwa, ani smutna z powodu X,

to na którą twarz by Pani wskazała?

Jeżeli badany poda poprawne odpowiedzi, można przejść do badania satysfakcji skalą ComQol, używając skali z pięcioma twarzami. W przypadku niepowodzenia należy zapytać badanego, czy chciałby, aby jeszcze raz wytłumaczyć zadanie. Gdy poprosi, należy powtórzyć instrukcję. Jeśli nie, należy powtórzyć zadanie.

W przypadku powtórnego niepowodzenia kontynuować badanie satysfakcji skalą ComQol, używając skali z trzema twarzami.

Subiektywna skala satysfakcji

Procedura postępowania

Badanie należy przeprowadzić bez obecności osób trzecich najwyżej z jedną bliską osobą badanego. Należy użyć 2,3 lub 5-punktowej skali, zgodnie z wynikami testu wstępnego.

Użyto skali:

2 - punktowej

3 – punktowej

5 – punktowej

Instrukcja

„Chciałabym się teraz od Pani dowiedzieć jakie szczęście/zadowolenie przynoszą Pani niektóre rzeczy. Tak jak poprzednio proszę wskazywać na odpowiednich obrazkach. Czy jest Pani gotowa?”

Każde pytanie należy rozpocząć od frazy:

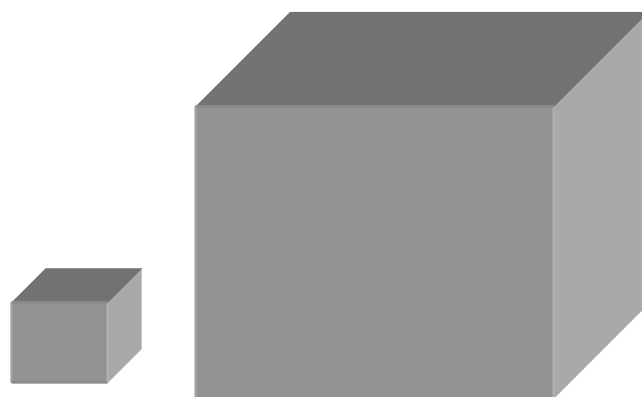
Jak szczęśliwa/zadowolona lub nieszczęśliwa/niezadowolona jest Pani z....?

Odpowiedź

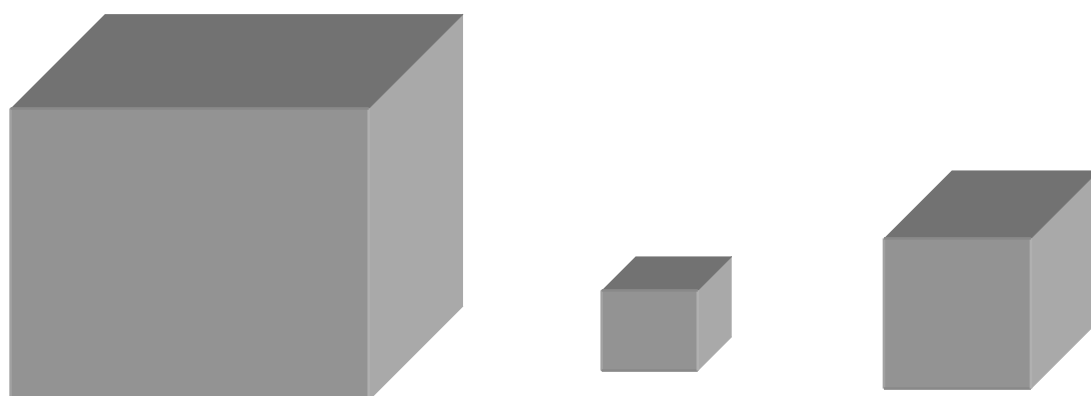
7. rzeczy, które Pani posiada (telewizor, ubrania, pieniądze)?
8. Pani zdrowie?
9. zajęć, które Pani wykonuje (rehabilitacja,
terapia zajęciowa)?
10. poczucia bezpieczeństwa (to, że nikogo się Pani
nie boi i nic Pani nie zagraża w miejscu
gdzie Pani mieszka)?
11. spotkania z innymi ludźmi poza domem?
12. swojego własnego szczęścia/zadowolenia?

Materiały graficzne do testów

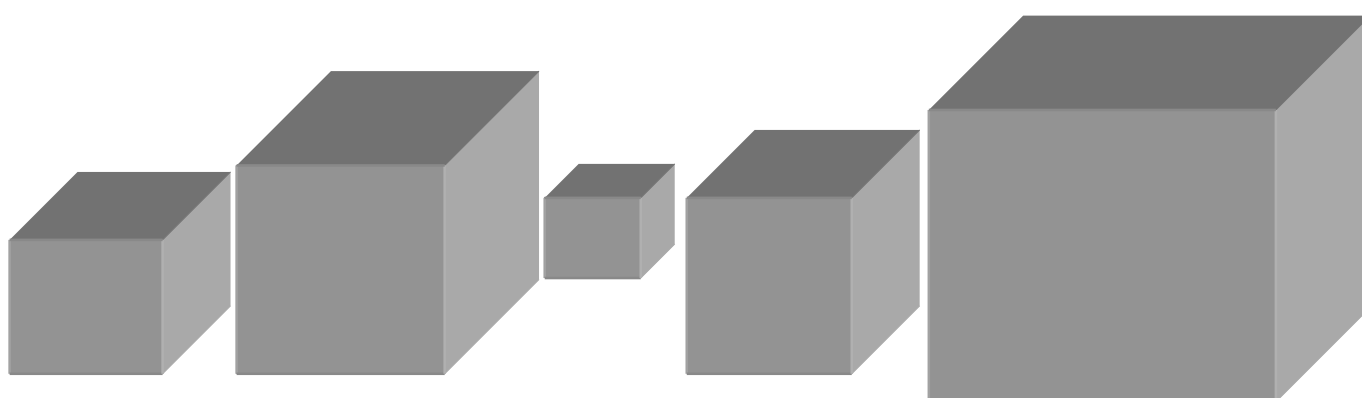
Materiał 1



Dwa klocki

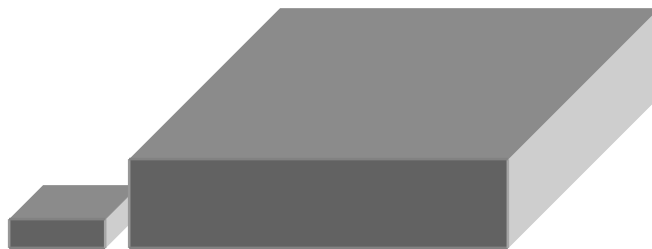


Trzy klocki

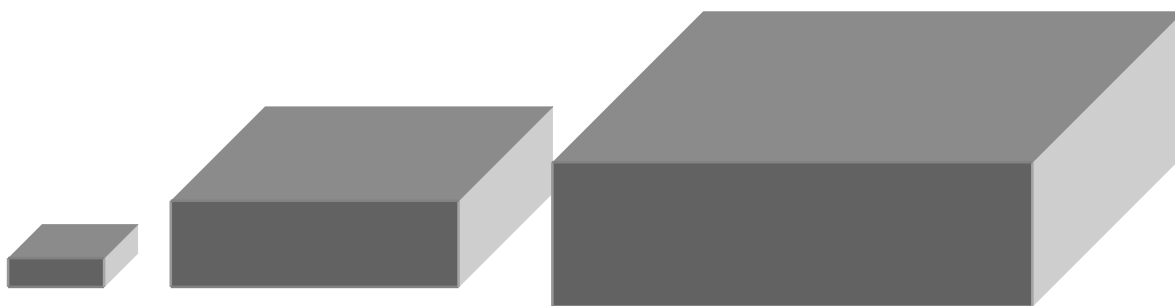


Pięć klocków

Material 2



Dwa stopnie



Trzy stopnie



Pięć stopni



**zupełnie
nieważne**



najważniejsze



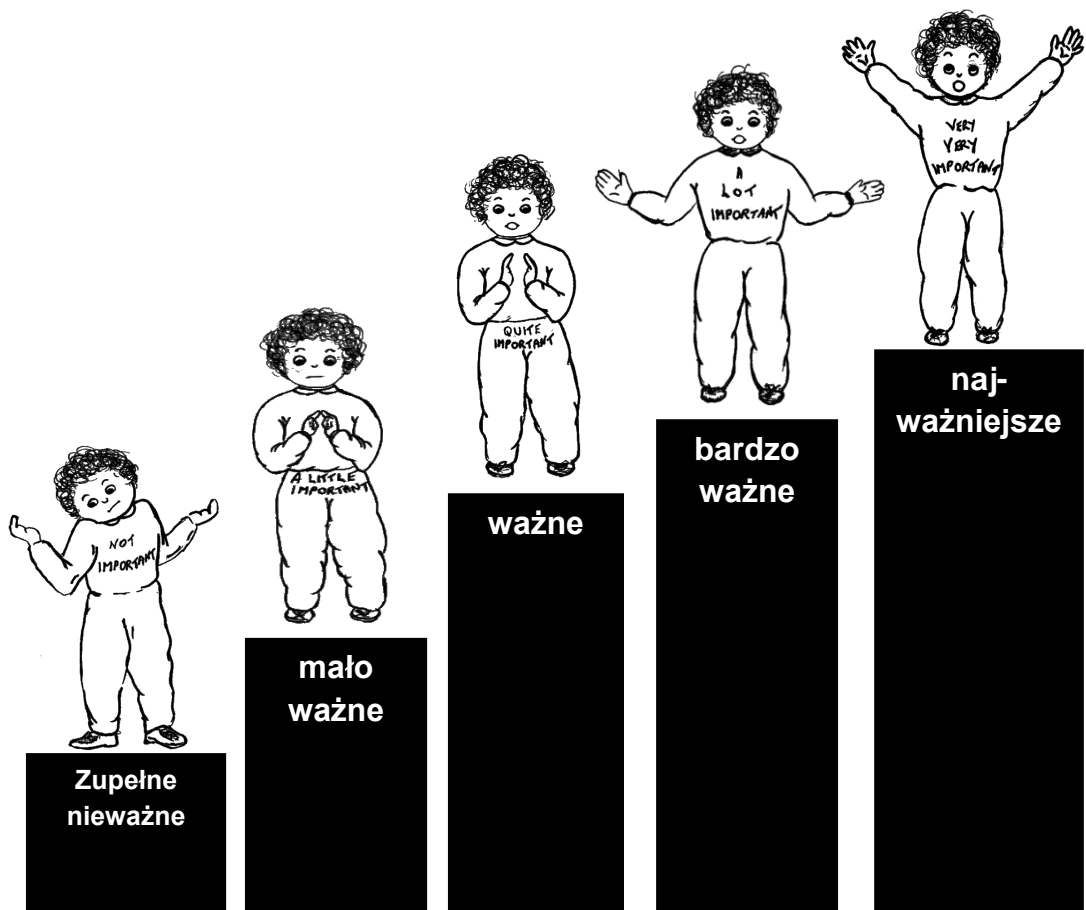
zupełnie
nieważne



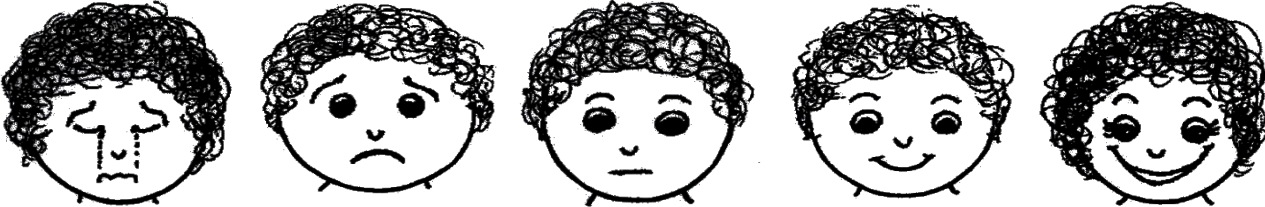
ważne



najważniejsze



Material 4



**DODATKOWE PYTANIA DLA MIESZKANEK DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W
FABIANOWIE**

1. Czy lubi Pani uczęszczać na terapię? Jeśli tak to dlaczego?

.....
.....
.....

2. Jaki oglądała Pani ostatnio program w telewizji?

.....
.....
.....

3. Co aktualnie ogląda Pani w telewizji? (pytanie zadane, gdy mieszkanka spędza czas na sali telewizyjnej)

.....
.....
.....

4. Jaki program lubi Pani najbardziej?

.....
.....
.....

5. Czy ma Pani swoje stałe filmy, seriale lub audycje, które zawsze Pani ogląda?

.....
.....
.....

6. Kto jest Pani przyjacielem/przyjaciółką?

.....
.....
.....

7. Kiedy ją/jego Pani poznała?

.....
.....

.....
8. Czy prowadzi Pani z nią/nim korespondencję?

.....
.....
.....

9. Kto Panią najczęściej pociesza?

.....
.....
.....

10. Czy czuje się Pani tutaj dobrze, komfortowo, bezpiecznie? Dlaczego czuje się Pani tutaj (w domu pomocy społecznej) bezpiecznie/niebezpiecznie?

.....
.....
.....

11. Co powoduje te lęki? Czy czegoś się Pani boi?

.....
.....
.....

12. Czy lubi Pani jak ktoś prosi ją o radę?

.....
.....
.....

13. Co najbardziej lubi Pani robić? (Podpowiedź, np. chodzić na zakupy).

.....
.....
.....

14. Co jest Pani największym marzeniem?

.....
.....
.....

15. Czy uważa Pani, że ma dużo czy mało rzeczy? Jak Pani ocenia swoją sytuację finansową? Czy uważa, że ma Pani dużo, czy mało pieniędzy?

.....
.....
.....

16. Czy na coś Pani choruje? Czy teraz jest Pani zdrowa?

.....
.....
.....

17. Które osiągnięcia są dla Pani najważniejsze?

.....
.....
.....

18. Jak często widuje się Pani z rodziną?

.....
.....
.....

19. Czy chciałaby Pani ich częściej widywać?

.....
.....
.....

20. Kto najczęściej Panią odwiedza?

.....
.....
.....

21. Kto jest dla Pani ważniejszy, rodzina czy przyjaciele?

.....
.....
.....

22. Z kim spotyka się Pani poza domem pomocy społecznej?

.....
.....
.....

23. Jak często spotyka się Pani z tymi osobami?

.....
.....
.....

24. Czego chciałaby mieć Pani więcej?

.....
.....
.....

25. Czy chciałaby Pani, aby rodzina odwiedzała Panią częściej?

.....
.....
.....

26. Czy chciałaby Pani częściej się z kimś widywać? Jeśli tak proszę powiedzieć z kim chciałaby się Pani widywać częściej?

.....
.....
.....

24. 12.2011r.

Dear Aleksandra

Thank you for your inquiry regarding the Comprehensive Quality of Life Scale. While this instrument remains available, it has now evolved into the **Personal Wellbeing Index**. The new manual, which also contains the Index, is available at:

<http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/>

Another document on this site entitled 'Caveats to using the Comprehensive Quality of Life Scale' explains why the Personal Wellbeing Index has been developed from the old ComQol. You will see that the Personal Wellbeing Index has been closely modeled on the ComQol domains.

There are no restrictions on the use of this either instrument.

The web-document on this same page, entitled 'Personal and National Wellbeing Index: Cumulative Psychometric Record' presents psychometric data on the Index. The most recent Australian Unity Wellbeing Index Report provides the latest iteration of the PWI normative data at the back of each relevant chapter. This Report can be found at <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/auwbi/survey-reports/index.php>

A number of manuscripts have been published on the Index and the references to these are attached. These manuscripts are available on request from each author.

I would also like to invite you to become a member of the Australian Center on Quality of Life. The membership form can be accessed through the home page. You are also most welcome to post a brief description of your research on this website. Other project listings can be viewed under the button marked 'Current Projects'. As a member you will receive monthly listings of all additions to the site during the past month, including new reference derived from Current Contents. Should you agree to accept this invitation, please create a word-document using the format below, and forward it to our Web-Master, Amanda Penrose (amanda@dd.com.au)

Kind regards, Bob.