

Katarzyna Frączek *, Beata Hintze **

* Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [katarzfra@gmail.com],

** Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
[beata.hintze@interia.pl]]

Zasoby jako predyktor poczucia piętna wśród uczestników środowiskowych systemów wsparcia

Abstract: Cel: celem przeprowadzonego badania było porównanie poziomu zasobów (samooceny, poczucia własnej skuteczności, nadziei podstawowej) oraz piętna i dyskryminacji wśród uczestników dwóch różnych programów wsparcia środowiskowego: Środowiskowych Domów Samopomocy (ŚDS) oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ). Metody: zbadano 97 chorych psychicznie osób z województwa mazowieckiego: 52 osoby z ŚDS i 45 z WTZ. Do badania wykorzystano kwestionariusze psychologiczne: Skalę Samooceny (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, SES), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale*, GSES), Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (*Basic Hope Inventory-12*, BHI-12) i Kwestionariusz Piętna i Dyskryminacji (*Consumer Experiences of Stigma Questionnaire*, CESQ). Wyniki: osoby korzystające z dwóch typów środowiskowych systemów wsparcia: ŚDS i WTZ charakteryzują się podobnym poziomem zasobów w zakresie samooceny, samoskuteczności i nadziei podstawowej. Głównym predyktorem poczucia piętna okazał się poziom samooceny – im uczestnicy środowiskowych systemów wsparcia mieli niższą samoocenę, tym silniej odczuwali piętno. Wnioski: samoocena osób chorujących psychicznie może być kluczowa dla radzenia sobie z trudnymi społecznymi sytuacjami, takimi jak stygmatyzacja, wpływając na cały proces zdrowienia.

Słowa kluczowe: schizofrenia, zasoby, stygmatyzacja, środowiskowe systemy wsparcia.

Choroby psychiczne są wielowymiarowymi zaburzeniami o różnym przebiegu i stanie końcowym. Ze względu na nawrotowy charakter wymagają holistycznego leczenia – połączenia nowoczesnej farmakoterapii z oddziaływaniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi oraz środowiskowymi. W ostatnich latach w Polsce nastąpił rozwój środowiskowych systemów wsparcia dla osób chorujących psychicznie. Dotyczy to szczególnie osób z rozpoznaniem schizofrenii uzyskujących wsparcie w społecznościach lokalnych (Bronowski i in. 2017, s. 221–235). Nowoczesne systemy wspomaganie umożliwiają kontynuowanie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych po pobytach w placówkach medycznych. Istnieją liczne dowody, że udział w środowiskowych programach wsparcia, takich jak: Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ), Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS), Zespoły Leczenia Środowiskowego (ZLŚ), Kluby, Mieszkania Chronione oraz Aktywizacja Zawodowa, wzmacnia proces zdrowienia oraz poprawia funkcjonowanie psychospołeczne (Bronowski 2018). Współczesne podejście do rozumienia istoty chorób psychicznych implikuje konieczność uzupełnienia diagnozy deficytów w różnych obszarach funkcjonowania o ocenę zasobów (mocnych stron). Ich identyfikacja sprzyja procesowi zdrowienia oraz umacniania w zdrowiu (Lloyd i in. 2017, s. 1061–1072).

Do istotnych zasobów w przypadku osób chorujących psychicznie zalicza się: samoocenę, nadzieję podstawową, samoskuteczność i optymizm (Rozya i in. 2019, s. 93–104). Mają one znaczenie dla satysfakcjonującego funkcjonowania psychicznego i dobrej jakości życia (Pietras-Mrozicka 2016, s. 19–38). Rezultaty badań osób chorujących psychicznie sugerują, że mocne strony pomagają w powrocie do zdrowia, w poprawie funkcjonowania poznawczego, a także wzmacniają skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych (Potempa, Krupka-Matuszczyk 2014, s. 259–276; Langer i in. 2017, s. 233). Wykazano także znaczenie zasobów dla przebiegu chorób psychicznych: niska samoocena związana była z utrzymywaniem się objawów psychopatologicznych, takich jak halucynacje słuchowe i nastroj depresyjny (Fannon i in. 2009, s. 174–180; Gawęda i in. 2012, s. 933–949; Watson i in. 2002, s. 185–197). Wyższe poczucie własnej skuteczności związane było ze stosowaniem efektywnych strategii radzenia sobie z chorobą (Puchalska i in. 2013, s. 65–76), z lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym (przedchorobowym i aktualnym) oraz niższym nasileniem objawów negatywnych w schizofrenii (Pratt i in. 2005, s. 187–197). W innych doniesieniach podkreślono znaczenie nadziei jako jednego z najsilniejszych predyktorów pomyślnego efektu końcowego procesu psychoterapii (Chamodraka 2008; Trzebiński, Zięba 2003). Obecnie wzrosło zainteresowanie stosowaniem psychoterapii pozytywnej ukierunkowanej na wzmacnianie zasobów osób chorujących psychicznie, szczególnie z doświadczeniem schizofrenii (Sawicka, Żochowska 2018, s. 239–247). Jednakże podejście to jest w fazie rozwoju, stąd niewiele badań dotyczących znaczenia poziomu zasobów dla funkcjonowania tej grupy osób.

Problematyka stygmatyzacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest ciągle ważnym zagadnieniem badawczym. Nadal poszukuje się skutecznych metod

zabiegania jej negatywnym konsekwencjom. Osoby z zaburzeniami psychicznymi doświadczają piętna ze strony społeczeństwa i najbliższych osób (Quinn i in. 2015, s. 103–108). Wpływa to negatywnie na proces zdrowienia i funkcjonowania psychospołecznego (Markiewicz, Hintze 2016, s. 147–158; Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014, s. 1201–1211; Świtaj i in. 2010, s. 269–274). Wykazano, że autostygmatyzacja wśród osób chorujących psychicznie przyczynia się do niskiego poczucia własnej skuteczności, obniżonej samooceny, depresji i niskiej jakości życia (Pasmatzki i in. 2016, s. 243–252; Lien i in. 2018, s. 176–185). Prowadzi również do ukrywania swojej choroby, wycofania społecznego, niepodejmowania aktywności, a w konsekwencji do zaniechania realizacji celów życiowych (Corrigan i in. 2009, s. 75–81). Stygmatyzacja ma także związek z wysokim poziomem samotności wśród osób z doświadczeniem kryzysu psychiatrycznego (Chrostek i in. 2016, s. 190–199; Świtaj i in., 2014, s. 733–740). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2001) zaleciła korzystanie ze środowiskowych metod wsparcia jako najbardziej skutecznych w zwalczaniu stygmatyzacji i polepszających jakość życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Badania wykazały, że bycie uczestnikiem takich programów zmniejsza liczbę hospitalizacji, poprawia samopoczucie, zapewnia wsparcie w trudnych sytuacjach (Bronowski i in. 2009, s. 421–434) oraz zwiększa sieci społeczne (Bronowski 2018). Nie wiadomo jednak, jaki jest wpływ owego wsparcia na odczuwanie piętna i rozwój zasobów. Z tego właśnie powodu badanie skuteczności programów środowiskowych i ich wpływu na proces zdrowienia osób chorujących psychicznie jest niezwykle ważne.

Cel

Celami prezentowanego badania¹ było porównanie poziomu zasobów (samooceny, poczucia własnej skuteczności, nadziei podstawowej) oraz poczucia piętna i dyskryminacji osób korzystających z dwóch programów wsparcia środowiskowego – Środowiskowych Domów Samopomocy (ŚDS) i Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ). Dodatkowo, oceniano, który z zasobów jest najlepszym predyktorem poczucia piętna wśród uczestników środowiskowych systemów wsparcia. Postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Uczestnicy WTZ charakteryzują się wyższym poziomem zasobów w porównaniu z uczestnikami ŚDS.

.....

¹ Przedstawione wyniki badania są częścią projektu badawczego zrealizowanego w ramach seminarium magisterskiego i nieopublikowanej pracy magisterskiej K. Frączek (2019): „Zasoby oraz poczucie piętna i dyskryminacji u osób chorujących psychicznie korzystających ze środowiskowych metod wsparcia”, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Pracy przyznano I miejsce w XVI Ogólnopolskim Konkursie „Otwarte Drzwi” na najlepsze prace magisterskie w kategorii rehabilitacji społecznej, organizowanym przez PFRON (2019).

2. Uczestnicy środowiskowych systemów wsparcia, niezależnie od jego rodzaju, doświadczają napiętnowania i dyskryminacji z powodu choroby.
3. Wysoki poziom poczucia piętna wśród uczestników środowiskowych systemów wsparcia wyjaśnia obniżony poziom zasobów (samooceny, własnej skuteczności i nadziei podstawowej).

Metody

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 97 osób chorujących psychicznie. Pierwszą grupę stanowiły 52 osoby korzystające z ŚDS, a drugą 45 osób uczestniczących w WTZ. Charakterystykę socjodemograficzną i kliniczną obu grup przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna badanych grup

| Zmienne | | Kategorie diagnostyczne | | Wartość testów $t/Z/x^2$ i poziom istotności |
|---|------------------------|-------------------------|------------------|--|
| | | ŚDS (N = 52) | WTZ (N = 45) | |
| Wiek w latach (średnia \pm odchylenie standardowe) | | 52,23 \pm 14,03 | 37,09 \pm 9,65 | $t(95) = 6,26$ $p < 0,001$ |
| Stan cywilny (%) | Samotny(a)/singiel(ka) | 30,9 | 41,2 | $x^2 = 11,94$ $p < 0,05$ |
| | W związku | 6,2 | 2,1 | |
| | Po rozwodzie | 9,3 | 2,1 | |
| | Wdowa/wdowiec | 7,2 | 1 | |
| Poziom wykształcenia (%) | Podstawowe | 5,2 | 10,3 | $x^2 = 3,26$ $p = 0,353$ |
| | Zawodowe | 9,3 | 5,2 | |
| | Średnie | 28,9 | 22,7 | |
| | Wyższe | 10,3 | 8,2 | |
| Wiek zachorowania (średnia \pm odchylenie standardowe) | | 26,83 \pm 13,76 | 22,36 \pm 7,46 | $Z = -1,15$ $p = 0,252$ |
| Ilość hospitalizacji (średnia \pm odchylenie standardowe) | | 6,67 \pm 6,92 | 5,41 \pm 4,29 | $Z = -0,47$ $p = 0,641$ |
| test t-Studenta dla prób niezależnych; test x^2 ; test U-Manna-Whitneya | | | | |

Źródło: badania własne.

Osoby korzystające z ŚDS były starsze, częściej pozostawały w związkach, miały wyższy poziom wykształcenia, zachorowały w późniejszym wieku w porów-

naniu do osób korzystających z WTZ. Grupy te nie różniły się natomiast istotnie w liczbie przebytych hospitalizacji (tab. 1).

Spośród uczestników ŚDS, najwięcej osób chorowało na schizofrenię (42 osoby). U pozostałych osób rozpoznano zaburzenia depresyjne i zaburzenie afektywne dwubiegunowe. W grupie z WTZ, podobnie jak w grupie ŚDS, najwięcej uczestników chorowało na schizofrenię (39 osób).

Narzędzia

Do oceny zmiennych psychologicznych wykorzystano następujące metody psychologiczne:

- Polską wersję Skali Samooceny SES Morrisa Rosenberga (Dzwonkowska i in. 2008), która mierzy ogólny poziom samooceny za pomocą samoopisu, traktowanej jako stała cecha, a nie stan chwilowy. Kwestionariusz zawiera 10 stwierdzeń, odpowiedzi zaznacza się na 4-stopniowej skali (od 1 – „zdecydowanie zgadzam się”, do 4 – „zdecydowanie nie zgadzam się”). Im wyższy wynik w teście, tym wyższa samoocena. Charakteryzuje się dobrą rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,81–0,83) i trafnością teoretyczną (Dzwonkowska i in. 2008).
- Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES (Juczyński 2009), która mierzy siłę ogólnych przekonań jednostki, wyrażających jej postrzegane możliwości co do poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeciwnościami. Zawiera 10 twierdzeń, odpowiedzi zaznacza się na 4-stopniowej skali (od 1 – „nie”, do 4 – „tak”). Narzędzie to charakteryzuje się dobrą rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,85) (Juczyński 2000, s. 11–24).
- Polską adaptację Kwestionariusza Nadziei Podstawowej BHI-12 (Trzebiński, Zięba 2003), która mierzy nadzieję podstawową, rozumianą jako przekonanie jednostki o uporządkowaniu, sensowności i przychylnego ludziom świata. Narzędzie zawiera 12 twierdzeń, a odpowiedzi zaznacza się na 5-stopniowej skali (od 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, do 5 – „zdecydowanie zgadzam się”). Im więcej uzyskanych punktów, tym wyższy poziom nadziei podstawowej. Narzędzie to charakteryzuje się dobrą zgodnością wewnętrzną, rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,70) i trafnością teoretyczną (Trzebiński, Zięba 2003).
- Pierwsze dwie części Kwestionariusza Piętna i Dyskryminacji (wykorzystane za zgodą dr. hab. n. med. Piotra Świtaja), które badają doświadczenie piętna choroby psychicznej w codziennym życiu i relacjach z innymi, przejawiających się byciem unikany przez innych, martwieniem się, negatywnymi ocenami społeczeństwa, doznawaniem obraźliwych uwag lub przekazami w mediach na temat osób z zaburzeniami psychicznymi. Pierwsza część składa się z 9 stwierdzeń dotyczących napiętnowania, druga zawiera 12 stwierdzeń dotyczących dyskryminacji. W obu odpowiedzi zaznacza się na 5-stopniowej skali, określającej częstotliwość stygmatyzacji (od 1 – „nigdy”, do 5 – „bardzo często”). Im wyższa punktacja, tym częstsze doświadczenia piętna. Narzędzie

to charakteryzuje się dobrą rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,81), trafnością teoretyczną i czynnikową (Świtaj 2008).

- Autorski inwentarz danych socjodemograficznych i klinicznych, utworzony na potrzeby badania. Składał się z dwóch części: pierwsza umożliwiła zebranie danych ogólnych, takich jak: wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia oraz sytuacja socjalna i/lub zawodowa, druga dotyczyła informacji o chorobie: postawionego rozpoznania, wieku zachorowania, liczby hospitalizacji, przyjmowanych leków oraz informacji o korzystaniu ze środowiskowych metod pomocy.

Procedura i przebieg badania

Badania prowadzone były od maja do października 2018 roku w Środowiskowych Domach Samopomocy i Warsztatach Terapii Zajęciowej w województwie mazowieckim. Uzyskano zgody na prowadzenie badań od kierowników środowiskowych placówek wsparcia (po wcześniejszym zapoznaniu ich z celem badania) oraz od ich uczestników. Otrzymali oni ustne i pisemne informacje dotyczące celu badania oraz dobrowolnego udziału w nim, anonimowości i możliwości wycofania się z niego na każdym etapie bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji. Spośród osób, które wyraziły wstępną zgodę na udział w badaniu, 4 osoby zrezygnowały w trakcie wypełniania kwestionariuszy.

Analizy statystyczne

W opisie statystycznym uwzględniono średnie, odchylenia standardowe i frekwencje procentowe. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analiza kształtu rozkładu zmiennych została sprawdzona przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Do oceny istotności różnic między średnimi użyto jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) (w przypadku rozkładu normalnego) lub testu *U*-Manna–Whitneya (w przypadku rozkładu odbiegającego od normalnego). Współzmiennność między wybranymi zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji *r*-Pearsona lub *rho* Spearmana, w zależności od spełnienia założeń o rozkładzie normalnym. W celu oceny, który z zasobów jest predyktorem poczucia piętna, zastosowano analizę regresji krokowej. Analizy przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 25.

Wyniki

Poziom zasobów

Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały istotnych różnic w poziomie zasobów: samooceny, poczucia własnej skuteczności i nadziei podstawowej między osobami korzystającymi z ŚDS i WTZ (tab. 2).

Tabela 2. Poziom zasobów u osób korzystających z ŚDS i WTZ. Różnice między grupami

| Skala | Grupy badane | Średnia ± SD | Wartość statystyki F(df) | Istotność |
|---|--------------|--------------|--------------------------|-----------|
| SES | ŚDS (N = 52) | 26,19 ± 4,74 | F(1,95) = 2,69 | p = 0,105 |
| | WTZ (N = 45) | 27,78 ± 4,77 | | |
| GSES | ŚDS (N = 52) | 25,98 ± 7,30 | F(1,95) = 1,06 | p = 0,306 |
| | WTZ (N = 45) | 27,38 ± 5,86 | | |
| BHI-12 | ŚDS (N = 52) | 29,75 ± 4,61 | F(1,95) = 1,06 | p = 0,306 |
| | WTZ (N = 45) | 30,71 ± 4,57 | | |
| Jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA) | | | | |

Źródło: badania własne.

Poziom poczucia piętna i dyskryminacji

Uczestnicy ŚDS odczuwali silniejsze piętno w porównaniu z osobami z WTZ, jednak uzyskana wartość η^2 cechuje niewielką siłę efektu, wskazującą na relatywnie niski procent wyjaśnianej wariancji – 6,4%. Pod względem poziomu dyskryminacji uczestnicy obu grup nie różnili się istotnie (tab. 3).

Tabela 3. Poziom poczucia piętna i dyskryminacji u osób korzystających z ŚDS i WTZ. Różnice między grupami

| Skale (Kwestionariusz CESQ) | Grupy badane | Średnia ± SD | Wartość statystyki F(df) | Istotność |
|--|--------------|--------------|------------------------------------|-----------|
| Piętno | ŚDS (N = 52) | 26,73 ± 6,36 | F(1,95) = 6,52 $\eta^2 = 0,064$ | p < 0,05 |
| | WTZ (N = 45) | 23,53 ± 5,90 | | |
| Dyskryminacja | ŚDS (N = 52) | 23,31 ± 6,37 | Z = -1,51 | p = 0,130 |
| | WTZ (N = 45) | 20,98 ± 3,77 | | |
| Jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA); test U-Manna-Whitneya | | | | |

Źródło: badania własne.

Zasoby a poczucie piętna

Przeprowadzone analizy statystyczne w grupie osób z ŚDS i WTZ wykazały, że występują istotne związki między poczuciem piętna a zasobami. Istotną korelację zaobserwowano między piętnem a samooceną (r -Pearsona = -0,391; $p = 0,004$), poczuciem własnej skuteczności (r -Pearsona = -0,273; $p = 0,050$) i nadzieją (r -Pearsona = -0,363; $p = 0,008$). Wyniki sugerują, że im osoby z ŚDS miały wyższą samoocenę, poziom samoskuteczności oraz nadzieję podstawową, tym mniejsze odczuwały piętno.

Z kolei analizy korelacji w grupie uczestników WTZ wykazały jeden istotny związek między poczuciem piętna a samooceną (r -Pearsona = -0,439; p = 0,003). Wyniki sugerują, że im wyższą samoocenę miały osoby z WTZ, tym mniejsze odczuwały piętno. Nie znaleziono natomiast w tej grupie istotnego związku pomiędzy piętnem a poczuciem własnej skuteczności i nadzieją podstawową.

Czynniki kliniczne a zasoby, poczucie piętna i dyskryminacji

W grupie ŚDS wykazano dodatnią korelację między liczbą hospitalizacji a nadzieją podstawową (ρ Spearmana = 0,329; p = 0,033). Im osoby przeżyły więcej hospitalizacji, tym cechował je wyższy poziom nadziei podstawowej. W grupie WTZ nie znaleziono żadnego istotnego związku między zmiennymi a liczbą hospitalizacji.

Predyktory poczucia piętna

Ponieważ uzyskano niską wartość siły efektu przy ocenie różnicy w odczuwanym piętnie między grupami, do sprawdzenia, który z zasobów może być najlepszym predyktorem poczucia piętna, przeprowadzono analizę regresji krokowej dla całej grupy badanej, bez podziału na rodzaj metody wsparcia (WTZ vs. ŚDS). Wśród osób korzystających ze środowiskowych systemów wsparcia istotnym predyktorem okazał się tylko poziom samooceny, wyjaśniający 18% zmienności poziomu poczucia piętna. Im wyższa była samoocena u badanych osób, tym odczuwały niższe poczucie piętna (tab. 5).

Tabela 5. Predyktory odczuwanego piętna w całej grupie badanej

| Piętno | Beta | Wartość t i p -istotności | Skorygowany r^2 | $F(df)$ i p -istotności |
|----------------|-------|-------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| Model 1 SES | -0,44 | -4,71 p = 0,000 | 0,18 | $F(1,95) = 22,19$ p = 0,000 |

Źródło: badania własne.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że osoby korzystające z dwóch typów środowiskowych systemów wsparcia: ŚDS i WTZ charakteryzują się podobnym poziomem zasobów w zakresie samooceny, samoskuteczności i nadziei podstawowej. Należy podkreślić, że wymienione placówki różnią się pod względem specyfiki programów. ŚDS są ukierunkowane na poprawę codziennego funkcjonowania, zapobiegania nawrotom i kolejnym hospitalizacjom. WTZ skupiają

się na zachęcaniu do podjęcia pracy i wzmacnianiu samodzielności (Bronowski i in. 2017, s. 221–235). Zatem zadaniem środowiskowych systemów wsparcia, szczególnie WTZ, jest przygotowanie osoby do podjęcia pracy zawodowej poprzez nabywanie nowych umiejętności społecznych, poprawiających codzienne funkcjonowanie w różnych rolach. Dla tych celów wykorzystywane są techniki terapii zajęciowej, terapii kreatywnej, w tym treningi umiejętności społecznych dotyczących codziennych aktywności, utrzymania samodzielności, rozwoju kompetencji interpersonalnych, a także poczucia wartości. Realizowanie tych celów wymaga współpracy zespołów terapeutyczno-rehabilitacyjnych, w skład których wchodzi: psycholog, pedagog specjalny i pracownicy socjalni (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014, s. 74; Banaszczyk 2018, s. 70–86). Terapia zajęciowa, definiowana jako fachowe leczenie poprzez pracę i różnorodne zajęcia (Malinowska 1982 za: Sikorska 2013, s. 134–145), stanowi istotny element aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w środowiskowych systemach wsparcia. Według Piechowicz-Witoń (2013, s. 187–198) dążenie do zatrudnienia jest istotną częścią rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami. Praca pełni funkcję dochodową, socjalizującą i rehabilitacyjną. Stanowi ważny element obrazu siebie, poczucia sensu życia i zapobiega wykluczeniu społecznemu. Aktywizacja zawodowa osób chorujących psychicznie jest również ważnym aspektem promocji zdrowia psychicznego, a jej brak może zwiększać ryzyko nawrotu kryzysu (Szczupał 2015, s. 179–193). W związku z tym, można przypuszczać, że programy terapeutyczne realizowane w obu typach placówek były dostosowane do potrzeb i możliwości uczestników, przez co wzmacniały i rozwijały ich zasoby.

Dotychczas w Polsce nie przeprowadzono badań porównujących poziom zasobów wśród osób chorujących psychicznie, korzystających z różnych programów środowiskowych. Wykazano jednak, że korzystanie z nich poprawia funkcjonowanie społeczne, także w zakresie liczebności sieci społecznych i ogólnej jakości życia (Bronowski 2018; Bronowski i in. 2017, s. 221–235), zmniejsza liczbę i czas trwania kolejnych hospitalizacji w oddziałach całodobowych (Bronowski i in. 2009, s. 421–434; Załuska, Paszko 2002, s. 953–966). Brak różnic w poziomie mocnych stron wśród beneficjentów można tłumaczyć również okresem uczestnictwa w programach środowiskowych, który dla osób z ŚDS i WTZ wyniósł ok. 7 lat. Kilkuletni okres korzystania z placówek mógł przyczynić się do odbudowania i wzmocnienia zasobów. Ważną korzyścią z bycia członkiem tych programów jest również zapobieganie osamotnieniu. W naszym badaniu zdecydowana większość beneficjentów ŚDS i WTZ była osobami samotnymi. Wniosek ten wydaje się ważny w kontekście opublikowanych wyników (Chrostek i in. 2016, s. 190–199; Świtaj i in. 2014, s. 733–740), wskazujących na związek samotności ze stygmatyzacją wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Zatem, przeciwdziałanie osamotnieniu dzięki udziałowi w programach wsparcia środowiskowego, staje się jednym z ważnych czynników zmniejszających poczucie piętna i stygmatyzacji. W tym zakresie istotne znaczenie ma również tworzenie pozytywnego

wizerunku osoby chorującej psychicznie w lokalnej społeczności, co sprzyjałoby akceptacji. Jest to jedno z nadrzędnych zadań pedagogiki specjalnej, aby spróbować włączyć osoby chorujące psychicznie w życie społeczne (Krause 2010; za: Witusik i in. 2015, s. 73).

W prezentowanym badaniu nie wykazano różnicy w poziomie dyskryminacji między grupami ŚDS i WTZ. Jedyna różnica dotyczyła poczucia piętna, jednak ze względu na niską wartość siły efektu przeprowadzono dla wszystkich beneficjentów analizy mające na celu ustalenie predyktora poczucia piętna. Najważniejszym czynnikiem predykcyjnym okazała się samoocena. Osoby z wyższą samooceną odczuwały mniejsze natężenie piętna. Wynik ten koresponduje z rezultatami badań, w których autostygmatyzacja była związana m.in. z obniżoną samooceną (Corrigan i in. 2006, s. 875–884; Pasmatzki i in. 2016, s. 243–252; Watson i in. 2007, s. 1312–1318; Lien i in. 2018, s. 176–185). Należy jednak zaznaczyć, że badania te nie dotyczyły *stricte* odczuwania piętna, lecz przypisywania sobie stereotypów (autostygmatyzacji). W innych doniesieniach odnotowano, że niska samoocena podtrzymywała objawy choroby psychicznej (Fannon i in. 2009, s. 174–180; Gawęda i in. 2012, s. 933–949; Watson i in. 2002, s. 185–197), a autostygmatyzacja przyczyniała się do niskiego poziomu samoskuteczności (Pasmatzki i in. 2016, s. 243–252). W prezentowanych badaniach wykazano istotne związki pomiędzy zasobami a poczuciem piętna wśród dwóch grup uczestników środowiskowych systemów wsparcia. Osoby z ŚDS o wyższym poziomie własnej skuteczności, nadziei podstawowej i samoocenie odczuwały mniejsze piętno. Wśród uczestników WTZ uzyskano jeden taki związek między samooceną a poczuciem piętna. W grupie ŚDS uzyskano również związek między liczbą hospitalizacji a nadzieją podstawową. Im osoby były częściej hospitalizowane, tym miały wyższy poziom nadziei podstawowej. Rezultat ten można rozumieć w kontekście stosowanych oddziaływań terapeutycznych podczas hospitalizacji, m.in. w oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej. Oddziaływania terapeutyczne prawdopodobnie wpływały pozytywnie na rozumienie swojej choroby i ukazywały możliwość jej pokonywania, co mogło wzbudzać nadzieję na powrót do zdrowia. Nadzieja jako zasób może mieć istotne znaczenie dla osób chorujących na schizofrenię, ponieważ przyczynia się do poprawy funkcjonowania (Libman-Sokołowska, Nasierowski 2013, s. 933–946), zmniejszenia nasilenia objawów psychopatologicznych (Waynor i in. 2012a, s. 299–311; Waynor i in. 2012b, s. 345–348), motywuje do podejmowania działań, ocenianych jako możliwe do wykonania, np. pokonanie choroby (Noh i in. 2008, s. 69–77).

Stygmatyzowanie chorego psychicznie jako „gorszego” od lat występuje w społeczeństwie, co negatywnie wpływa na relacje interpersonalne, aktywność zawodową, proces zdrowienia, efektywność oddziaływań terapeutycznych i funkcjonowanie społeczne osób chorujących psychicznie (Babicki i in. 2018, s. 93–102; Markiewicz, Hintze 2016, s. 147–158; Świtaj, 2008). Podkreśla to wartość prezentowanych wyników zarówno w aspekcie poznawczym, jak i praktycznym. Uży-

skane dane sugerują potrzebę wzmacniania zasobów uczestników środowiskowych systemów wsparcia, w celu zmniejszenia poczucia piętna. Wniosek ten jest zgodny z obserwacjami Matyjas i Grzyb (2013, s. 345–352), które wykazały, że tworzenie pozytywnego wizerunku osób chorujących psychicznie w ŚDS przeciwdziała autostygmatyzacji. Nieliczne doniesienia sugerują, że najbardziej destygmatyzujący efekt może mieć rozpowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych przez osoby stygmatyzowane (Liberadzka i in. 2011). Oprócz samooceny, poczucie własnej skuteczności i nadzieja to ważne zasoby w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie. Potwierdzają to również doniesienia, w których wyższe poczucie samoskuteczności było związane m.in. z niższym poziomem objawów negatywnych u osób z doświadczeniem schizofrenii (Pratt i in. 2005, s. 187–197). Nadzieja była związana z samoskutecznością, co może zmniejszać poczucie stygmatyzacji (Landeem i in. 2007, s. 64–68; Villagonzalo i in. 2018, s. 354–360), a także pozytywnie wpływała na angażowanie się w relacje społeczne i ich podtrzymanie (Lencucha i in. 2008, s. 330–355). Dostępne badania sugerują znaczenie wzmacniania samoskuteczności, samooceny i nadziei osób z zaburzeniami psychicznymi, nie mniej jednak dalsze badania w tym obszarze są konieczne.

Rezultaty przeprowadzonego badania wskazują, że samoocena ma najistotniejsze znaczenie w zakresie przeciwdziałania piętnu osób chorujących psychicznie, korzystających z różnych programów środowiskowych. Wynik ten podkreśla znaczenie pracy psychoterapeutycznej w uzyskaniu adekwatnej samooceny u osób chorujących psychicznie. Doświadczenia z pracy klinicznej sugerują, że osoby chorujące psychicznie mają często znacznie obniżoną samoocenę, ponieważ po zachorowaniu same oceniają się w kategoriach diagnozy, nadając sobie etykietę „jestem schizofrenikiem” (Hintze 2015, s. 350–379). Ważnym działaniem, wzmacniającym samoocenę, jest również zaangażowanie osób z doświadczeniem choroby psychicznej w ruch samopomocowy, co potwierdziły już badania (Omeni i in. 2014). Przykładem grupy samopomocowej, aktywnie działającej na Mazowszu, jest Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Choroby Psychiczej TROP (Witusik i in. 2015, s. 102; Bronowski, Bednarzak 2018, s. 35–44). Tworzą ją głównie osoby chorujące na schizofrenię oraz sojusznicy. Grupa Wsparcia TROP na wielu płaszczynach współpracuje z Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Do najważniejszych oddziaływań antystygmatyzacyjnych Grupy należy prowadzenie prelekcji destygmatyzacyjnych dla uczniów i studentów oraz spotkania dla różnych organizacji i instytucji.

Podsumowanie

Na podstawie uzyskanych rezultatów można wnioskować, że samoocena jest kluczowa dla radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w postaci odrzucenia i stygmatyzacji. Jednak rozwój adekwatnej samooceny jest procesem, który wy-

maga długoterminowych oddziaływań terapeutycznych. Z tego powodu programy środowiskowe powinny być w większym stopniu ukierunkowane na wzmacnianie konkretnych zasobów, a także na rozwijanie różnych zdolności i zainteresowań osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Abstract: Resources as a predictor of stigma in people with mental illness using community-based support system

Purpose: The aim of the study was to compare the level of resources (self-esteem, self-efficacy, basic hope), stigma and discrimination among people using one of two community-based support system (Community Self-Help Center and Occupational Therapy Workshops). **Methods:** In total 97 subjects with mental illness in in the Mazowieckie Province (52 from Community Self-Help Center and 45 from Occupational Therapy Workshops) were examined with the use of the *Rosenberg Self-Esteem Scale (SES)*, *Generalized Self-Efficacy Scale (GSES)*, *Basic Hope Inventory-12 (BHI-12)* and *Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ)*. **Results:** Results shows no differences in the level of resources (self-esteem, self-efficacy, basic hope) between the study groups. Whereas for the entire study group the predictor of the stigma was the level of self-esteem – the lower the self-esteem people using community-based support systems had, the more stigma they felt. **Conclusions:** Self-esteem can be crucial for coping with difficult social situations, such as stigmatization, which affects the entire recovery.

Key words: schizofrenia, resources, stigma, community-based support system.

Bibliografia

- [1] Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P., Stramecki F., Kobyłko A., Rymaszewska J., 2018, *Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce*, „Psychiatria Polska”, 52(1), s. 93–102.
- [2] Banaszczyk M., 2018, *Pedagogika wobec schizofrenii*, „Kultura i Wychowanie”, 2, s. 70–86.
- [3] Bronowski P., 2018, *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- [4] Bronowski P., Bednarzak J., 2018, *Grupa Wsparcia TROP – pięć lat doświadczeń*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 23(1), s. 35–44.
- [5] Bronowski P., Chotkowska K., Rowicka M., 2017, *Patient’s Clubs – underestimated support programmes*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 26(4), s. 221–235.
- [6] Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., 2009, *Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego*, „Psychiatria Polska”, 43(4), s. 421–434.
- [7] Chamodraka M., 2008, *Hope Development in Psychotherapy: A Grounded Theory Analysis of Client Experiences*, McGill University, Montreal.
- [8] Chrostek A., Grygiel P., Anczewska M., Wciórka J., Świtaj P., 2016, *The intensity and correlates of the feelings of loneliness in people with psychosis*, „Comprehensive Psychiatry”, 70, s. 190–199.

- [9] Corrigan P.W., Larson J.E., Rüsch N., 2009, *Self-stigma and the „why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices*, „World Psychiatry”, 8(2), s. 75–81.
- [10] Corrigan P.W., Watson A.C., Barr L., 2006, *The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy*, „Journal of Social and Clinical Psychology”, 25(8), s. 875–884.
- [11] Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M., 2008, *Samoocena i jej pomiar: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- [12] Fannon D., Hayward P., Thompson N., Green N., Surguladze S., Wykes T., 2009, *The self or the voice? Relative contributions of self-esteem and voice appraisal in persistent auditory hallucinations*, „Schizophrenia Research”, 112(1-3), s. 174–180.
- [13] Gawęda Ł., Holas P., Kokoszka A., 2012, *Dysfunkcyjne przekonania metapoznawcze oraz lęk, depresja i samoocena u osób zdrowych psychicznie mających doświadczenia podobne do omamów*, „Psychiatria Polska”, 46(6), s. 933–949.
- [14] Hintze B., 2015, *Poradnictwo psychologiczne dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i dla ich rodzin*, [w:] *Poradnictwo psychologiczne*, (red.) C. Czabała, S. Kluczyńska, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- [15] Juczyński Z., 2000, *Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar*, „Folia Psychologica”, 4, s. 11–24.
- [16] Juczyński Z., 2009, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- [17] Landeen J., Seeman M., Goering P., Streiner D., 2007, *Schizophrenia: Effect of perceived stigma on two dimensions of recovery*, „Clinical Schizophrenia & Related Psychoses”, 1(1), s. 64–68.
- [18] Langer Á.I., Schmidt C., Mayol R. et al., 2017, *The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial*, „Trials”, 18.
- [19] Lencucha R., Kinsella E. A., Sumsion T., 2008, *The formation and maintenance of social relationships among individuals living with schizophrenia*, „American Journal of Psychiatric Rehabilitation”, 11(4), s. 330–355.
- [20] Liberadzka A., Szuba M., Cechnicki A., Kaszyński H., Bielańska A., 2011, *Through education to social inclusion: The anti-stigma program implemented by community psychiatry workers and users in Krakow*, „Psychiatrische Praxis”, 38.
- [21] Libman-Sokołowska M., Nasierowski T., 2013, *Rola nadziei w zmaganiach ze schizofrenią*, „Psychiatria Polska”, 47(5), s. 933–946.
- [22] Lien Y.J., Chang H.A., Kao Y.C., et al., 2018, *Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach*, „Epidemiology and Psychiatric Sciences”, 27, s. 176–185.
- [23] Lloyd H., Lloyd J., Fitzpatrick R., Peters M., 2017, *The role of life context and self-defined well-being in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia*, „Health Expect”, 20, s. 1061–1072.
- [24] Markiewicz A., Hintze B., 2016, *Piętno a wsparcie społeczne – podobieństwa i różnice w grupach kobiet chorujących przewlekłe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 25(3), s. 147–158.
- [25] Matyjas B., Grzyb A., 2013, *Formy aktywizacji osób niepełnosprawnych intelektualnie i z zaburzeniami psychicznymi (na przykładzie środowiskowego domu samopomocy)*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 3(4), s. 345–352.

- [26] Noh C., Choe K., Yang B., 2008, *Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea)*, „Archives of Psychiatric Nursing”, 22(2), s. 69–77.
- [27] Omeni E., Barnes M., MacDonald D., Crawford M., Rose D., 2014, *Service user involvement: Impact and participation: A survey of service user and staff perspectives*, „BMC Health Services Research”, 14.
- [28] Pasmatzis E., Koulierakis G., Giaglis G., 2016, *Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill*, „Psychiatriki”, 27, s. 243–252.
- [29] Piechowicz-Witoń D., 2013, *Trener pracy jako skuteczna metoda aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością*, [w:] *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności*, (red.) R. Czepczarz, W. Duczmal, S. Śliwa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole.
- [30] Pietras-Mrozicka A., 2016, *Posiadane zasoby osobiste (optymizm i poczucie własnej skuteczności) a ocena jakości życia. Analiza współzależności*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, 57, s. 19–38.
- [31] Podgórska-Jachnik D., Pietras T., 2014, *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- [32] Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M., 2014, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska”, 48(6), s. 1201–1211.
- [33] Potempa K., Krupka-Matuszczyk I., 2014, *Prozdrowotna rola optymizmu u osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 14(4), s. 259–276.
- [34] Pratt S.I., Mueser K.T., Smith T.E., Lu W., 2005, *Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis*, „Schizophrenia Research”, 78, s. 187–197.
- [35] Puchalska L., Tartas M., Wichowicz H., Wasilewko I., 2013, *Strategie radzenia sobie opiekunów osób chorych na depresję*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, 43, s. 65–76.
- [36] Quinn D.M., Williams M.K., Weisz B.M., 2015, *From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma*, „Psychiatric Rehabilitation Journal”, 38(2), s. 103–108.
- [37] Rozya P., Sawicka M., Żochowska A., Bronowski P., 2019, *Mocne strony osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych – podobieństwa i różnice*, „Psychiatria Polska”, 53(1), s. 93–104.
- [38] Sawicka M., Żochowska A., 2018, *Positive Interventions in the Therapy of Schizophrenia Patients*, „Current Problems of Psychiatry”, 19(4), s. 239–247.
- [39] Sikorska A., 2013, *Wielowymiarowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych w warsztatach terapii zajęciowej*, [w:] *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności*, (red.) R. Czepczarz, W. Duczmal, S. Śliwa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole.
- [40] Szczupał B., 2015, *Aktywizacja społeczno-zawodowa i zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi – wybrane uwarunkowania i rozwiązania praktyczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia”, 28(1), s. 179–193.
- [41] Świtaj P., 2008, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- [42] Świtaj P., Grygiel P., Anczewska M., Wciórka J., 2014, *Loneliness mediates the relationship between internalised stigma and depression among patients with psychotic disorders*, „International Journal of Social Psychiatry”, 60(8), s. 733–740.

- [43] Świtaj P., Wciórka J., Grygiel P., Smolarska-Świtaj J., Anczewska M., Chrostek A., 2010, *Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 19(4), s. 269–274.
- [44] Trzebiński J., Zięba M., 2003, *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12*. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- [45] Villagonzalo K.A., Leitan N., Farhall J., Foley F., McLeod B., Thomas N., 2018, *Development and validation of a scale for self-efficacy for personal recovery in persisting mental illness*, „Psychiatry Research”, 269, s. 354–360.
- [46] Watson A.C., Corrigan P.W., Larson J.E., Sells M., 2007, *Self-Stigma in People With Mental Illness*, „Schizophrenia Bulletin”, 33(6), s. 1312–1318.
- [47] Watson D., Suls J., Haig J., 2002, *Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 83, s. 185–197.
- [48] Waynor W.R., Gao N., Dolce J.N., 2012a, *The paradoxical relationship between hope and the educational level of people in recovery*, „American Journal of Psychiatric Rehabilitation”, 15(3), s. 299–311.
- [49] Waynor W.R., Gao N., Dolce J.N., Haytas L.A., Reilly A., 2012b, *The relationship between hope and symptoms*, „Psychiatric Rehabilitation Journal”, 35(4), s. 345–348.
- [50] Witusik A., Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T., 2015, *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych: osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- [51] World Health Organization, 2001, *Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*, World Health Organization, Genewa.
- [52] Załuska M., Paszko J., 2002, *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska”, 36(6), s. 953–966.