



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



laboratorium
badań społecznych

„Diagnoza i analiza problemu wykluczenia społecznego osób chorujących psychicznie w województwie łódzkim”

RAPORT KOŃCOWY



laboratorium
badań społecznych



NOTA REDAKCYJNA

Zamawiający

- ▶ Badania zrealizowane zostały na zlecenie Stowarzyszenia Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół POMOST
- ▶ Badania są częścią projektu "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykonawca

- ▶ Badania zrealizowane zostały przez firmę Laboratorium Badań Społecznych Sp. z o. o.

Termin realizacji projektu

- Badanie zrealizowano w okresie kwiecień 2012

Autorzy raportu

- ▶ Agnieszka Morysińska: Kierownik Projektu
- ▶ Aleksandra Zając: Ekspert ds. badań

Publikacja bezpłatna



SPIS TREŚCI

Spis treści	3
1 Podsumowanie i synteza	4
1.1 Podsumowanie	4
1.2 Synteza	10
2 Metodologia	16
2.1 Metodologia	17
2.2 Niepełnosprawność i zaburzenia psychiczne: podstawowe definicje	18
3 Osoby chorujące psychicznie – podstawowe dane	21
3.1 Skala i charakter zjawiska	21
3.2 Liczba osób chorujących psychicznie.....	24
3.2.1 Osoby chorujące psychicznie w województwie łódzkim	26
3.2.2 Charakterystyka Poradni Zdrowia Psychicznego i ich pacjentów	30
4 Wymiary wykluczenia społecznego	31
5 Sytuacja rodzinna i wsparcie ze strony najbliższych	36
5.1.1 Charakterystyka gospodarstw domowych i sytuacji życiowej osób chorujących psychicznie	38
5.1.2 Charakterystyka wsparcia ze strony najbliższych	40
5.2 Sytuacja materialno – bytowa	43
5.3 Dobrostan psychiczny	49
6 Aktywność społeczna osób chorujących psychicznie	55
6.1 Stygmatyzacja – odbiór społeczny	57
6.2 Interakcje społeczne.....	67
6.3 Aktywność życiowa	74
6.4 Aktywność obywatelska	79
7 Aktywność ekonomiczna osób chorujących psychicznie	81
7.1 Edukacja i kapitał ludzki	82
7.2 Praca.....	90
7.2.1 Rola aktywności zawodowej	90
7.2.2 Skala aktywności zawodowej	91
7.2.3 Charakter aktywności zawodowej.....	93
7.2.4 Postawy wobec pracy	99
7.2.5 Bariery aktywności zawodowej	104
8 Działalność instytucji na rzecz osób z niepełnosprawnością psychiczną	109
8.1 Rola instytucji publicznych aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.....	109
8.2 Działalność organizacji pozarządowych na rzecz osób niepełnosprawnych	113
8.3 Aktywne formy rehabilitacji osób niepełnosprawnych psychicznie.....	120
8.4 Uczestnictwo osób chorujących psychicznie w formach instytucjonalnego wsparcia	124
9 Literatura	127
10 Spis tabel i wykresów	129



1 PODSUMOWANIE I SYNTEZA

Niniejsze opracowanie powstało w ramach projektu prowadzonego przez **Stowarzyszenia Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół POMOST** „Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie” realizowanego w ramach Działania 7.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Celem projektu jest zwiększenie skuteczności działań na rzecz integracji społecznej i zawodowej młodych osób chorujących psychicznie w województwie łódzkim poprzez opracowanie i wdrożenie nowego, opartego na wolontariacie narzędzia aktywnej integracji społecznej i zawodowej młodych osób chorujących psychicznie.

Kluczowa dla całego projektu badawczego jest rzetelna i trafna diagnoza jakości życia i stopnia integracji społecznej młodych mieszkańców województwa łódzkiego cierpiących na problemy psychiczne. W niniejszym raporcie w kolejnych rozdziałach w sposób syntetyczny przedstawiamy wnioski płynące z zebranego materiału empirycznego. Osią prowadzonych rozważań były główne wymiary wykluczenia społecznego:

- 🔄 Sytuacja materialno – bytowa
- 🔄 Aktywność społeczna
- 🔄 Aktywność ekonomiczna

Prezentowane wnioski oparte zostały z jednej strony na analizie danych zastanych (raportów z badań, opracowań naukowych oraz na opiniach ekspertów: psychiatrów, pracowników naukowych, pracowników organizacji pozarządowych) z drugiej natomiast są efektem analizy wyników badań zrealizowanych wśród młodych pacjentów poradni zdrowia psychicznego oraz ich rodzin.

1.1 Podsumowanie

Poniżej przedstawiamy najważniejsze wyniki zrealizowanych badań:

Liczba osób chorujących psychicznie

- 🔄 O ile ustalenie liczby osób z orzeczeniem o niepełnosprawności wynikającej z chorób psychicznych nie nastęrcza większych problemów, o tyle stwierdzenie jakiego odsetka populacji dotyczą zaburzenia psychiczne jest zdecydowanie większym wyzwaniem. Największym problemem jest tutaj niemożność wyznaczenia w psychiatrii twardych granic diagnozy. Jednocześnie, ze względu na lęk przed stygmatyzacją, wiele osób cierpiących na problemy zdrowia psychicznego nie przyznaje się do nich.
- 🔄 Dane, pochodzące z opublikowanego w 2009 roku badania GUS Stan Zdrowia Ludności Polski wynika, że odsetek osób, których niepełnosprawność wynika z chorób i zaburzeń psychicznych wynosił 10% (w stosunku do ogółu niepełnosprawnych prawnie), przy czym nie było pod tym względem różnic między kobietami a mężczyznami. Ogółem liczbę osób niepełnosprawnych cierpiących na schorzenia psychiczne szacowano na 511,8 tys. Jednocześnie, według badania tego liczbę osób cierpiących na przewlekłe stany lękowe szacować możemy na około 650 tys. , depresję około 800 tys., zaś inne problemy ze zdrowiem psychicznym na prawie 500 tys. Zakładając, iż choroby te są rozłączne (to znaczy, iż nie występują jednocześnie od tej samej osoby) liczba osób borykających się z różnymi problemami zdrowia psychicznego to około 2 mln osób, co stanowi około 6% populacji.
- 🔄 Kolejnym źródłem wiedzy na temat liczby osób borykających się z problemami natury psychicznej są sprawozdania z działalności poradni zdrowia psychicznego. Z danych GUS wynika, iż w 2010 roku z poradniach zdrowia psychicznego w całej



Sytuacja rodzinna i wsparcie ze strony najbliższych

Polsce korzystało prawie 1,5 mln osób, co stanowi 4,36% populacji

- W województwie łódzkim z poradni zdrowia psychicznego (PZP) w 2010 roku korzystało 107 tys. osób, w tym nieco ponad 90 tys. leczyło się z powodu zaburzeń niespowodowanych uzależnieniem – co stanowi odpowiednio 4,93% oraz 4,13% populacji województwa w wieku powyżej 15 roku życia.
- Warto zwrócić uwagę, iż odsetek leczących się w poradniach zdrowia psychicznego jest w województwie łódzkim istotnie wyższy na tle całego kraju. Podobnie jak w skali całego kraju największą grupę pacjentów w 2010 roku stanowiły osoby leczące się z zaburzeń nerwicowych (24,9%). Nieco mniejszy udział w strukturze pacjentów w porównaniu do całego kraju mieli pacjenci cierpiący na zaburzenia afektywne (16%), większy natomiast pacjenci cierpiący na organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (17,5%) oraz schizofrenię (10,7%).
- Jedynie 6% młodych osób chorujących psychicznie mieszka samodzielnie. Ich gospodarstwa domowe najczęściej liczą 3-4 osoby (69%). Połowa badanych (51%) wciąż zamieszkuje z przynajmniej jednym z rodziców. 38% prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe wraz z współmałżonkiem/partnerem, nieco ponad co czwarty badany (26%) posiada dzieci. 4 na 100 respondentów samotnie wychowywało dzieci. Osoby będące w związku (zamężne, żyjące z parterem bądź też spotykające się z kimś) stanowią ogółem nieco ponad połowę (54%) badanej populacji.
- Wyniki zrealizowanych badań pokazały, iż młode osoby chorujące psychicznie w większości liczyć mogą na właściwe wsparcie ze strony najbliższych, choć grupa pozbawiona takiego oparcia jest znacząca w świetle wiedzy o jego znaczeniu dla właściwej rehabilitacji i powrotu dla zdrowia. Prawie trzech na czterech respondentów (72%) zadeklarowało, iż wśród swoich najbliższych mają taką osobę, która zawsze pomoże, udzieli wsparcia. Jednak ponad połowa (62%) czuje się kochana i darzona zaufaniem. Spośród możliwych negatywnych wzorów kształtowania relacji z osobą chorującą relatywnie najczęściej skarżono się na fakt, iż rodzina nie pogodziła się z chorobą i próbuje jej zaprzeczać (36%), w drugiej zaś kolejności na nadopiekuńczość (27%). Co piąty badany (19%) odnosi wrażenie, iż jego rodzina wstydzi się choroby, 17% uważa, iż jego najbliżsi nie są jego przyjaciółmi, a 5% skarży się wprost na złe traktowanie.

Sytuacja materialno-bytowa

- Zdecydowana większość młodych osób chorujących psychicznie utrzymuje się z poza rentowych źródeł dochodu. Wedle deklaracji badanych, szacować możemy iż co trzeci chorujących psychicznie w wieku do 40 roku życia posiada orzeczenie o niepełnosprawności, a jedynie 14% ma przyznaną z tego tytułu rentę. Wynik ten pozostaje w zgodzie z opiniami ekspertów, iż wiele spośród osób chorujących psychicznie woli formalnie zataić fakt choroby, nawet kosztem pozbawienia się pewnych uprawnień.
- Ponad połowa badanych (55%) określa sytuację finansową gospodarstwa domowego jako przeciętną (ani dobrą ani złą). Jednoznacznie dobrze oceniło ją 17% badanych, zaś negatywnie 24%. Jednak tylko w przypadku 32% gospodarstw domowych mówić możemy braku problemów finansowych. Zdecydowana większość (68%) gospodarstw domowych osób chorujących na przestrzeni ostatnich trzech miesięcy odczuwała brak pieniędzy na potrzeby własne bądź gospodarstwa domowego. Badani relatywnie najczęściej odczuwali brak finansów na osobiste potrzeby, przyjemność (55%), a w drugiej kolejności na zakup potrzebnej odzieży (44%). Podkreślić należy, iż w prawie co trzecim gospodarstwie (31%) nie starczyło pieniędzy na leczenie osoby chorującej, zaś w ponad co



Dobrostan psychiczny

czwartym na zakup potrzebnej żywności.

- ☞ Pomiar poziomu szczęścia, samooceny u osób chorujących psychicznie przysparza ogromnych trudności. Dla ogółu populacji dobrostan psychiczny jest zmienną względnie stabilną w czasie (ulegającą wahaniom ze względu na identyfikowalne wydarzenia jednoznacznie pozytywne, czy też negatywne). W przypadku osób chorujących psychicznie (w szczególności cierpiących na zaburzenia afektywne) samopoczucie jest z jednej strony pochodną aktualnego stanu choroby, z drugiej natomiast konsekwencją często trudno przewidywalnych reakcji na różne bodźce w otoczeniu). Cechuje się dużą zmiennością w przedziale od skrajnie pozytywnych do skrajnie negatywnych emocji. Stąd też jakkolwiek pomiar poczucia szczęścia odzwierciedlać może jedynie stan w chwili badania, z ograniczoną możliwością uogólniania.
- ☞ Wyniki badania z całą mocą pokazują, iż osoby chorujące psychicznie w codziennym życiu dużo częściej doświadczają smutku niż ogółem Polacy. Ponad połowa badanych (56%) w ostatnich dniach czuła się nieszczęśliwie. Wskaźnik ten dla ogółu populacji w wieku do 34 lat wynosi jedynie 15%.
- ☞ Ważną składową dobrostanu psychicznego jest w przypadku osób chorujących akceptacja własnej choroby, pogodzenie się z nią i w konsekwencji walka o względnie normalne funkcjonowanie. Wśród młodych pacjentów poradni zdrowia psychicznego nieznacznie przeważają osoby, które dobrze radzą sobie ze swoją chorobą. Jednak grono osób nie potrafiących normalnie z nią żyć jest bardzo znaczące. Ogółem 34% badanych wstydzi się swojej choroby, podobny odsetek obawia się kontaktów z innymi (że ktoś będzie się śmiał drwił). Prawie co trzeci badany (31%) nie akceptuje siebie, 29% badanych przyznaje, iż ze względu na chorobę nie może normalnie żyć.
- ☞ Tym co jednak łączy większość badanych obok chęci posiadania większej ilości pieniędzy, to marzenie o tym by być zdrowym (65% wskazań), mieć mniej stresu, nerwów/spokojniejsze życie (59% wskazań) oraz aby czuć się szczęśliwszym (54%). Wśród najczęściej wymienianych życzeń/marzeń pojawiła się również potrzeba osiągnięć i sukcesów (41%), życzenie bycia mniej samotnym (36%), chęć bycia aktywnym, wyjścia z domu zrobienia czegoś (31%), a także marzenie lepszych relacji z rodziną (37%)

Stygmatyzacja i odbiór społeczny

- ☞ Zrealizowane badania potwierdziły, iż osoby chorujące psychicznie są narażone na stygmatyzację. Zdecydowana większość opisanych w literaturze sytuacji dyskryminujących znalazła również odzwierciedlenie w zrealizowanych wywiadach grupowych.
- ☞ Prawie połowa osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego nie doświadczyła przejawów dyskryminacji. Jednak prawie co piąty (17%) czuł się bardzo często i często dyskryminowany. Kolejne 31% doświadczało stygmatyzacji, jednak rzadko. Najczęściej źle traktującymi/źle odnoszącymi się do chorujących były obce osoby (40%). Jednak 60%, tych którzy zadeklarowali, iż byli w ciągu minionego roku dyskryminowani doświadczyło negatywnego traktowania ze strony osób mniej lub bardziej znajomych, w tym 21% ze strony dalszej rodziny, 19% ze strony sąsiadów, 17% ze strony znajomych, a 13% ze strony domowników. Najczęstszymi przejawami dyskryminacji były żarty i ośmieszenie (46%), unikanie kontaktu (21%) oraz naznaczenie (21%).
- ☞ Ogromny wpływ na kształtowanie postaw wobec osób cierpiących na problemy psychiczne mają również media. Przedstawiają one chorych psychicznie jako bardzo odmiennych od innych ludzi, niesympatycznych, nieprzewidywalnych i



Interakcje społeczne

niebezpiecznych.

↻ Ograniczenie kontaktów społecznych jest jednym z najbardziej widocznych aspektów aktywności społecznej, na który wpływ ma choroba psychiczna. Niekiedy objawy choroby powodują odgradzanie się od innych osób, rezygnację z kontaktów społecznych. Z drugiej strony ich otoczenie społeczne również odsuwa się od nich. Problem ten był szczególnie silnie akcentowany podczas zrealizowanych grup dyskusyjnych. Zarówno same osoby chorujące jak ich rodziny wskazywały, iż jedną z bardziej dotkliwych konsekwencji pojawienia się choroby było znaczące wycofanie się przez osobę chorującą z kontaktów społecznych. Opinie zebrane w badaniach ilościowych znajdują swoje potwierdzenie w danych ilościowych. Więcej niż co trzeci spośród chorujących psychicznie ciągle lub często odczuwa samotność (35%). Dla porównania wskaźnik ten dla całej populacji w wieku do 34 lat wynosi 18%. Krąg znajomych młodych osób chorujących jest znacznie mniejszy niż ogółu młodych Polaków w wieku do 34 roku życia. Osoby chorujące zaliczają do niego średnio 6 osób, zaś średnia liczba najbliższych przyjaciół to 3,3 osoby. Dla porównania w całej populacji średnia liczba najbliższych przyjaciół to 7 osób. Ponad połowa młodych osób chorujących psychicznie (53%) ma wśród swoich znajomych osoby chorujące psychicznie, lub też inne osoby niepełnosprawne. Osoby niepełnosprawne stanowią ponad połowę wszystkich znajomych u 17% badanych. Zrealizowane badania pokazały, iż zwyczajowe dla osób młodych sposoby spędzania wolnego czasu dotyczą dość ograniczonej liczby badanych. W ciągu ostatniego miesiąca tylko 44% badanych odwiedzało znajomych w domu, 42% gościło ich zaś w swoim domu. Na przyjęciu imprezie był jedynie co piąty badany (20%), taki sam odsetek był kinie/teatrze lub w pubie/restauracji.

Aktywność życiowa

↻ Na podstawie czasu poświęcanego na poszczególne czynności stworzona została segmentacja respondentów pod względem sposobu spędzania dnia. Wyróżniono cztery segmenty:

- **Pasywni:** to najbardziej liczny segment – 45% populacji. Osoby z tego segmentu średnio na tle całej próby poświęcają najwięcej czasu na oglądanie telewizji (169 minut), nie robienie nic konkretnego (139), zajęcia związane z własnym hobby (279 minut) oraz spacer i zajęcia sportowe (189 minut). Osoby z tej grupy na tle innych poświęcają również więcej czasu na leczenie oraz rehabilitację społeczną (425 minut). Segment ten tworzą przede wszystkim osoby nie pracujące, cierpiące na schizofrenię i zaburzenia psychoaktywne, częściej mężczyźni niż kobiety, osoby mieszkające z obydwojgiem rodziców.
- **Domatorzy:** segment ten tworzy 14% populacji. Osoby przynależące do tego segmentu relatywnie częściej niż inne grupy poświęcają czas na obowiązki domowe oraz rozmowy z domownikami, z drugiej natomiast strony czytanie i oglądanie telewizji. Grupa ta na tle innych spędza relatywnie najmniej czasu na poza domem. Segment ten najbardziej typowy jest dla osób prowadzących własne gospodarstwo domowe i posiadających dzieci.
- **Aktywni:** Segment ten stanowi 28% populacji. Na tle innych wyróżnia go duża ilość czasu spędzonego poza domem oraz czas poświęcony na pracę oraz na własne hobby. Jednocześnie jednak osoby te poświęcają relatywnie dużo czasu na leczenie. Segment ten typowy jest dla osób pracujących.
- **Prorozwojowi:** Segment ten stanowi 14% populacji. Osoby te na tle innych grup poświęcają dziennie dużo czasu na naukę oraz spotkania osobiste z przyjaciółmi/znajomymi. Segment ten typowy jest dla osób uczących się.



Aktywność obywatelska

- Wyniki zrealizowanych badań pokazały, iż młode osoby chorujące psychicznie tylko w umiarkowanym stopniu interesują się tym co dzieje się kraju i w ich miejscowości. Ponad jednak trzecia badanych utrzymuje, iż w ogóle nie interesuje ich to, kto rządzi Polską czy też ich miejscowością. Duże zaangażowanie w sprawy obywatelskie wyraża co szósty badany (15%).

Edukacja i kapitał ludzki

- W świetle zrealizowanych badań można śmiało stwierdzić, że osoby z niepełnosprawnością psychiczną często padają ofiarą wykluczenia edukacyjnego, a wkładany przez nie trud w uzyskanie edukacji jest niewspółmierny do sytuacji osób zdrowych. Osoby z wyższym wykształceniem w wieku od 18 do 40 lat stanowiły w próbie 13% podczas gdy dla całej populacji Polaków (w tym również relatywnie gorzej wykształconych osób starszych) wskaźnik ten wynosi 19%. Wśród osób młodych chorujących psychicznie istotnie wyższy niż w populacji jest także odsetek osób kończących swoją edukację na średniej szkole ogólnokształcącej (19%). Warto w szczególności zwrócić uwagę na wskaźnik aktywności edukacyjnej. Wśród osób najmłodszych chorujących psychicznie jest znacząco niższy niż populacji, w grupie nieco starszej natomiast za sprawą znaczącego uczestnictwa w szkoleniach obserwujemy odwrotną zależność. Wśród osób chorujących psychicznie do 25 roku życia naukę w formach szkolnych lub pozaszkolnych kontynuowało 52%. Według badania aktywności ekonomicznej ludności Polski¹ przeciętny roczny wskaźnik wykształcenia (uczestnictwa w edukacji) dla osób w wieku 20-24 lata w 2010 roku wynosił 91,1%. Wedle wyników Diagnozy Społecznej w 2011 roku w chwili badania edukację kontynuowało 93% osób wieku 15-19 lat i 59% w wieku 20-24 lat.
- Zrealizowane badania wskazują na ogrom trudności, z jakimi osoby chorujące psychicznie borykają się w trakcie edukacji. Jedyni co trzeci badany (31%) nie doświadczył w tym zakresie żadnych problemów. 39% skarżyło się na problemy w nauce. 30% doświadczyło trudności w relacjach z innymi uczniami, a 26% w relacjach z nauczycielami/wykładowcami. 22% badanych z powodu swojej choroby musiało przerwać naukę a 14% doświadczyło w szkole/na uczelni zachowań dyskryminujących.

Aktywność zawodowa

- Zrealizowane badania pokazują, iż w grupie wiekowej 18-40 lat zatrudnionych pozostaje 42%. Wśród objętej badaniem grupy kiedykolwiek dorywczo pracowało 59% a stałe zatrudnienie posiadało 51%. W chwili badania w urzędzie pracy zarejestrowanych pozostawało 23% a aktywnie zatrudnienia poszukiwało 17%. Ogółem w badanej populacji wyróżniono następujące segmenty pod względem aktywności ekonomicznej: obecnie pracujący (42%), bezrobotni (18%) oraz bierni zawodowo (41%). Spośród objętych badaniem osób chorujących psychicznie w wieku do 40 roku życia nigdy nie pracowało 27% osób
- Podkreślić należy, iż wskaźnik zatrudnienia dla osób chorujących psychicznie jest dużo niższy niż dla całej populacji w wieku do 40 roku życia (odpowiednio 42 w stosunku do 65). Różnica w poziomie aktywności zawodowej jest dużo większa w przedziale wiekowym 26-40 lat (odpowiednio 53 do 78) niż w przedziale wiekowym 18-25 (odpowiednio 26 do 33).
- Niespełna połowa (48%) spośród wszystkich zatrudnionych to osoby pracujące w pełnym wymiarze godzin. Co trzeci badany (34%) pracuje na niepełny etat bądź dorywczo. Warto też zwrócić uwagę, iż osoby chorujące najczęściej zatrudnione pozostają na warunkach „tymczasowych”. Niespełna co trzeci pracujący (29%) miał podpisaną umowę o pracę na czas nieokreślony. Większość pracuje na podstawie

¹ BEAL, IV Kwartał 2011, GUS



umowy na czas określony lub też w ramach umów cywilnoprawnych.

- ⌚ Ogromną skalę problemów, jakie w pracy doświadczają osoby chorujące psychicznie obrazują wyniki badań ilościowych. Prawie co trzeci badany (30%) przyznaje, iż ze względu na chorobę musiał przerwać pracę. Prawie taki sam odsetek odczuwał w trudności w relacjach z pracownikami (28%) a 16% w relacjach z kierownictwem. Co dziesiąty (11%) deklaruje, iż był w pracy ofiarą braku zrozumienia/złego traktowania, dyskryminacji.
- ⌚ Zdecydowana większość spośród obecnie nie pracujących nie poszukiwała w chwili badania pracy (76%). Jedynie co czwarty badany (24%) deklarował, iż w ciągu ostatnich trzech tygodni aktywnie działał na rzecz znalezienia zatrudnienia. Wyniki badania wskazują na ogólnie niską motywację osób niepracujących do zmiany tej sytuacji.
- ⌚ Celem zobrazowania postaw wobec aktywności zawodowej przeprowadzona została analiza czynnikowa oraz analiza segmentacji metodą analizy skupień (patrz nota metodologiczna). Włączono do niej 20 stwierdzeń odnoszących się do pracy. W efekcie badana populacja została podzielona na cztery segmenty różniące się ustosunkowaniem do aktywności zawodowej – wśród nich dwa segmenty pozytywnie i dwa segmenty negatywnie ustosunkowane do aktywności zawodowej:

Segmenty negatywnie ustosunkowane do aktywności zawodowej to 45% badanej populacji

- **Segment 1: Bierni wobec pracy (13%):** to osoby kategorycznie odrzucające możliwość pracy – z jednej strony kontujące ją tylko negatywnie (z obciążającym stresem, wysiłkiem, lękiem i strachem) z drugiej mające zbudowany obraz siebie jako osoby zupełnie nienadającej się do jakiegokolwiek pracy. W większości wprost przyznają iż wolą być w domu niż pracować oraz że nie widzą sensu w pracy, jako iż ona nic nie zmieni. W większości wyrażają też obawę utraty zasiłku oraz uważają, iż orzeczenie lekarskie nie daje im możliwości pracy.
- **Segment 2: Obawiający się (32%):** to osoby, które dostrzegają sens w pracy i postrzegają ją jako ważną aktywność. W przeciwieństwie do pierwszego segmentu nie negują potrzeby pracy w odniesieniu do swojej sytuacji. Jednocześnie jednak podobnie jak bierni, choć nie z taką siłą wyrażają liczne obawy wobec niej. Przyznają, iż na myśl o pracy ogarnia ich lęk i strach, że nie nadają się do pracy, oraz że praca jest dla nich męcząca i sprawia duży wysiłek.

Segmenty pozytywnie ustosunkowane do aktywności zawodowej to 55% badanej populacji

- **Segment 3: Pewni siebie i aktywni (30%):** to segment jednoznacznie pozytywnie nastawiony wobec aktywności zawodowej i mający konkretne plany wobec niej. Osoby z tego segmentu uważają pracę za ważną, będącą źródłem przyjemności i satysfakcji. Wiedzą że poradzą sobie w pracy i nie mają w związku z tym żadnych obaw.
- **Segment 4: Zmotywowani (25%).** To osoby pozytywnie nastawione do pracy, jednak ze względu na brak doświadczeń w tym zakresie, mające żywiące jeszcze pewne obawy w tym zakresie. Na tym etapie nie wiedzą jeszcze czy będą w stanie poradzić sobie w każdej pracy oraz nie mają też tak jak segment osób pewnych skonkretyzowanych planów wobec własnej kariery zawodowej

Uczestnictwo

Wśród badanej populacji młodych osób chorujących psychicznie większość (57%) korzystał w ciągu ostatnich 12 miesięcy z pomocy i wsparcia różnych



w formach instytucjonalnego wsparcia

instytucji/organizacji. Co czwarty badany (25%) uczestniczył w Warsztatach Terapii Zajęciowej, podobny odsetek korzystał ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej (24%). 12% było klientami Powiatowego Urzędu Pracy. Odpowiednio 8% i 7% korzystał z pomocy organizacji pozarządowej lub kościoła/organizacji religijnej.

Zdecydowana większość chorujących (72%) korzystała w ciągu ostatnich 12 miesięcy z różnych form w zakresie rehabilitacji społecznej oraz aktywizacji zawodowej, w tym prawie połowa z pomocy psychologicznej. Dwoma kolejnymi najbardziej powszechnymi formami wsparcia był udział w warsztatach terapii zajęciowej (27%) oraz udział w warsztatach z psychologiem, czy też doradcą zawodowym (12%). W grupach wsparcia uczestniczył co dziesiąty badany (11%) w programie aktywizacji zawodowej oraz szkoleniach różnego typu od 5% do 8% badanych. Zapotrzebowanie osób chorujących pokrywa się z dotychczasowym zainteresowaniem poszczególnymi formami wsparcia, przy czym nieco większe jest dla szkoleń różnego typu oraz doradztwa zawodowego.

1.2 Synteza

Z przeglądu dotychczas zrealizowanych badań, z literatury przedmiotu, czy też wypowiedzi praktyków zajmujących się osobami chorującymi psychicznie jak ekspertów wyłania się bardzo pesymistyczny obraz sytuacji osób chorujących psychicznie. Doświadczają one odrzucenia zarówno w wymiarze personalnym, przez środowisko społeczne, które obawiając się ich zachowania, odsuwa się od nich, jak i na gruncie zawodowym, z powodu lęku pracodawców przed zatrudnieniem ich, a niejednokrotnie również z powodu braku wiary samych osób niepełnosprawnych w możliwość efektywnego podjęcia jakiegokolwiek aktywności społecznej, w tym zawodowej. W grupie osób chorujących psychicznie zjawisko wykluczenia społecznego manifestuje się ze szczególną siłą. Jak pisze Kaszyński, problem ten porównać można do „walki na ostatniej linii frontu”². W przypadku osób psychicznych mamy bowiem do czynienia nie tylko zewnętrznymi, ale przede wszystkim wewnętrznymi determinantami wykluczenia. W przypadku tej grupy mówić możemy o swego rodzaju podwójnym wykluczeniu. Z jednej strony, tak jak inne grupy osób niepełnosprawnych, chorujący psychicznie doświadczają ekonomicznych i społecznych konsekwencji swojej inności oraz złego stanu zdrowia. Z drugiej natomiast strony równie silne jest samowykluczenie. Trudno jednak nie oprzeć się wrażeniu, iż tak negatywny obraz dotyczy tylko pewnej grupy osób chorujących psychicznie. Z drugiej strony są przecież osoby borykające się od wielu lat z problemami zdrowia psychicznego, jednak bardzo dobrze radzące sobie w życiu – pracujące, znajdujące szczęście w życiu osobistym. W powszechnym dyskursie niewiele poświęca im się jednak uwagi, co najwyżej przedstawiając ich historie jako „wyjątki od reguły”, czy też historie sukcesu. W świetle wyników zrealizowanych badań, wydaje się iż tak jednostronnie pesymistyczny sposób przedstawiania sytuacji osób chorujących nie jest uprawniony. Co więcej, w sposób zupełnie niezamierzony może utrwalać izolację i bierność osób chorujących. Na aspekt ten zwracały również badane przez nas osoby, podkreślając, iż o chorobach psychicznych głównie mówi się przez pryzmat trudności. Konsekwencją tego zaś jest częste przekonanie, iż choroba psychiczna jest wyrokiem, „paragrafem” który uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Wyniki badań pokazują, iż nie musi tak jednak być. Mówiąc o problemach osób chorujących psychicznie warto więc taką samą uwagę poświęcić pozytywnym możliwościom ich przełamywania. Tylko w ten sposób przełamywać można dominujące w społeczeństwie negatywne stereotypy choroby psychicznej i osób chorujących.

Ogromnym walorem poznawczym niniejszego projektu jest objęcie badaniem szerokiej populacji młodych osób chorujących psychicznie. Próba dobierana była w sposób losowy spośród pacjentów poradni zdrowia psychicznego leczących się przynajmniej od dwóch lat. W konsekwencji znalazły się w niej osoby o zróżnicowanym przebiegu, rodzaju i nasileniu problemów zdrowia psychicznego, różnej płci, o różnym sytuacji rodzinnej i zawodowej. Zdecydowana większość dotychczas zrealizowanych dotychczas badań koncentrowała się na ograniczonych populacjach – pacjentach szpitali, uczestników ŚDS, WTZ – zazwyczaj ciężiej chorujących.

² Kaszyński H, Osoby chore psychicznie jako grup beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy. Warszawa 2006. Fundacja Inicjatywy Społeczno – Ekonomicznych (FISE)



W niniejszym badaniu udało się zbudować obraz pełnej populacji osób leczących się w poradniach borykających się z problemami zdrowia psychicznego.

Jako punkt wyjścia prowadzonych analiz przyjęto teorie wykluczenia społecznego i tezę, iż osoby chorujące psychicznie są jedna z grup w największym stopniu zagrożonych wykluczeniem. Przedmiotem oceny było osiem wymiarów odnoszących się do społecznego funkcjonowania osób chorujących psychicznie. Dla każdego wymiaru zbudowany został syntetyczny, wystandaryzowany wskaźnik, a następnie na ich podstawie całościowy **wskaźnik jakości życia**.

NOTA METODOLOGICZNA

Wskaźniki cząstkowe są miarą sytuacji osoby chorującej w danym obszarze. Obliczone zostały na podstawie zmiennych odnoszących się do danego obszaru (przy konstrukcji poszczególnych wskaźników brana była pod uwagę różna liczba zmiennych), poprzez przydzielanie punktów za poszczególne odpowiedzi. Wartość wskaźnika jest wystandaryzowaną do skali od 0 do 100 sumą punktów, jakie respondent uzyskał na poszczególnych zmiennych tworzących wskaźnik. Dzięki zabiegowi standaryzacji wszystkie wskaźniki opisane zostały na takiej samej skali i mogą być porównywane między sobą. Wartość maksymalna wskaźnika to 100 punktów i odnosi się do najbardziej pozytywnej sytuacji w danym obszarze, wartość wskaźnika 0 odnosi się do najbardziej negatywnej sytuacji w danym obszarze³.

Wskaźnik jakości życia jest średnią wyciągniętą z wyników na ośmiu wskaźnikach cząstkowych. Przyjmuje on wartość od 0 do 100. Przy czym przy konstrukcji tego wskaźnika odwrócony został wskaźnik dyskryminacji, tak że wartość 100 oznacza brak dyskryminacji, a wartość 0 bardzo dużą dyskryminację.

Relacje w najbliższej rodzinie i jakość wsparcia ze strony najbliższych **WSKAŹNIK WSPARCIA ZE STRONY NAJBLIŻSZYCH**

Sytuacja materialno – bytowa **WSKAŹNIK ZASOBNOŚCI**

Ogólne poczucie szczęścia w życiu i akceptacja własnego stanu zdrowia **WSKAŹNIK DOBROSTANU PSYCHICZNEGO**

Aktywność społeczna **WSKAŹNIK AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ**

Postawy obywatelskie i zaangażowanie polityczne **WSKAŹNIK AKTYWNOŚCI OBYWATELSKIEJ**

Edukacja, nauka, kształcenie się przez całe życie **WSKAŹNIK AKTYWNOŚCI EDUKACYJNEJ**

Praca i stosunek do niej **WSKAŹNIK AKTYWNOŚCI EKONOMICZNEJ**

Poczucie bycia dyskryminowanym **WSKAŹNIK DYSKRYMINACJI**



WSKAŹNIK JAKOŚCI ŻYCIA

Zrealizowane badanie pokazuje, iż populacja młodych osób chorujących psychicznie nie jest jednorodna. Różne są problemy z którymi borykają się chorujący, ale i zarazem sposoby radzenia sobie z nimi. Ogółem dla całej badanej próby średnia wartości wskaźników cząstkowych wskazuje na umiarkowanie dobrą bądź też raczej złą sytuację na poszczególnych wymiarach. Globalny wskaźnik jakości życia będący uśrednioną wartością wskaźników cząstkowych przyjął wartość 54,2 pkt. na możliwe 100. Dla połowy badanych wskaźnik przyjmuje wartość niższą od 55,1 zaś dla połowy wyższą (mediana). 25% badanych osiągnęła na wskaźniku wartość poniżej 43,1 pkt., a kolejne 25% powyżej 65,5 pkt.

³ Szczegółową metodologię konstrukcji wskaźników prezentujemy w poszczególnych rozdziałach raportu.



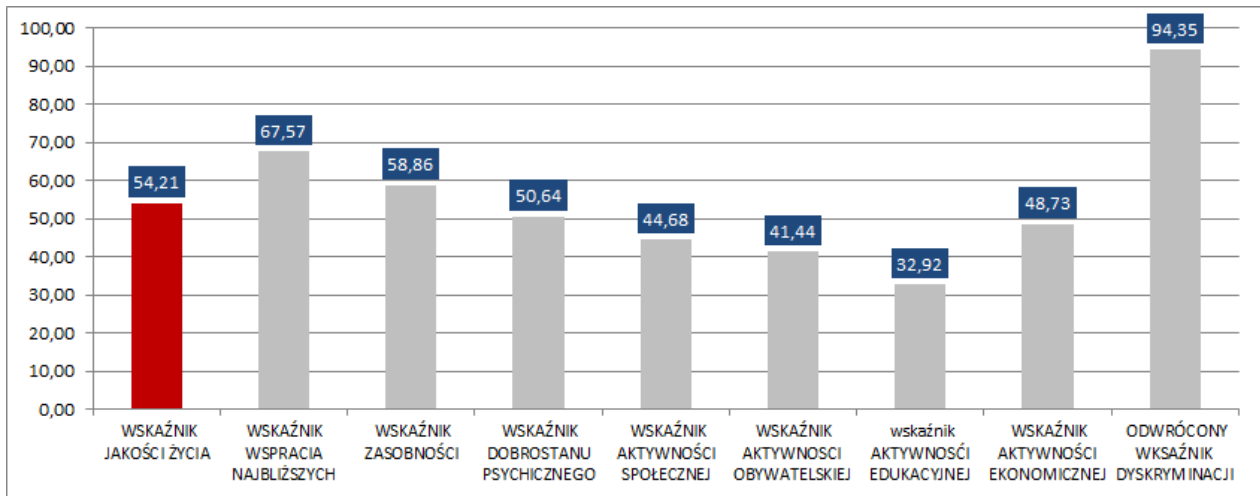
Na wskaźnik jakości życia składa się z jednej strony dość wysoki poziom wsparcia ze strony najbliższych (67,57 pkt.), brak znaczącej dyskryminacji (94,35) oraz względnie wysoki wskaźnik zasobności gospodarstw domowych (58,86 pkt.). Z drugiej strony globalną ocenę jakości życia obniżają niskie wskaźniki aktywności edukacyjnej (32,9 pkt), aktywności obywatelskiej (41,4 pkt.), aktywności społecznej (44,68 pkt.) oraz aktywności ekonomicznej (48,73) (**Rysunek 1**).

Żeby lepiej zobrazować sytuację osób chorujących psychicznie, przyjęliśmy, iż wartość wskaźników poniżej 40 pkt oznacza skrajnie złą sytuację w danym obszarze, zaś wartość powyżej 81 pkt skrajnie dobrą sytuację. Pomiędzy tymi wartościami widzieliśmy jeszcze dwa segmenty o umiarkowanie dobrej (wynik na wskaźniku w przedziale 61-80 pkt) i umiarkowanie złej sytuacji w danym obszarze (wynik na wskaźniku w przedziale 41-60). Wyniki pokazują, iż dwoma obszarami o relatywnie największej skali „deprywacji” jest obszar aktywności społecznej i aktywności obywatelskiej (odpowiednio 44% i 45% badanych klasyfikuje się do segmentu o najniższych wartościach wskaźnika. Młode osoby chorujące istotnie rzadziej niż osoby zdrowie wchodzi w relacje społeczne i podejmują aktywności z tym związane. Jak pokazały badania, odsetek odczuwających samotność wśród osób chorujących jest dwukrotnie większy niż wśród Polaków, a krąg posiadanych znajomych jest dużo mniejszy. Z drugiej strony niskie jest też zaangażowanie osób chorujących w społeczno – polityczne życie kraju, czy też regionu. Dwoma kolejnymi obszarami o względnie dużym stopniu wykluczenia jest dobrostan psychiczny oraz aktywność edukacyjna (odpowiedni 33% i 30% osób zaklasyfikowanych do segmentu o najniższych wartościach). W pozostałych objętych badaniem obszarach skala wykluczenia nie przekracza 25%, odpowiednio dla: zasobność gospodarstwa domowego - 25%, aktywność ekonomiczna – 22%, wsparcie najbliższych – 16% oraz dyskryminacja 14%. Zwrócić należy również uwagę na liczebność segmentów o skrajnie pozytywnej sytuacji w poszczególnych obszarach. Grupa osób o maksymalnie wysokiej wartości wskaźnika jest najliczniejsza w przypadku wsparcia najbliższych (38%), braku odczuwanej dyskryminacji (53%) oraz aktywności ekonomicznej (33%).

Biorąc pod uwagę rozkład globalnego wskaźnika jakości życia, 18% populacji zaliczyć możemy do segmentu o największym stopniu deprywacji (praktycznie w wszystkich obszarach) – częściej są to osoby cierpiące na schizofrenie i psychozy, osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności, osoby biernie zawodowo (**Rysunek 3**). 43% do segmentu średniego niskiego a 37% średniego wysokiego. Grono osób o skrajnie pozytywnych wartościach wskaźnika jest bardzo małe – 2%. Oznacza to, iż w górnej części rozkładu wyniki osiągnę na poszczególnych wymiarach wzajemnie się znoszą a osób, których sytuacja jest jednoznacznie pozytywna w każdym obszarze jest bardzo mało (**Rysunek 2**).

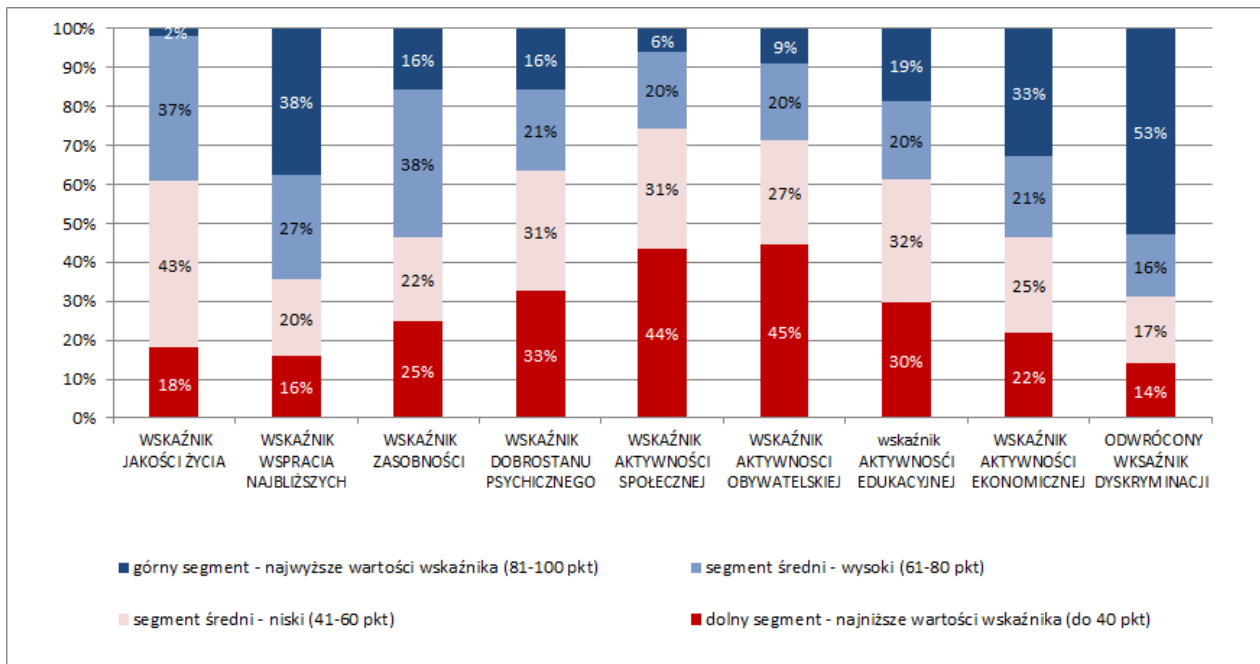
Rysunek 1. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe - średnia. N=101

Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



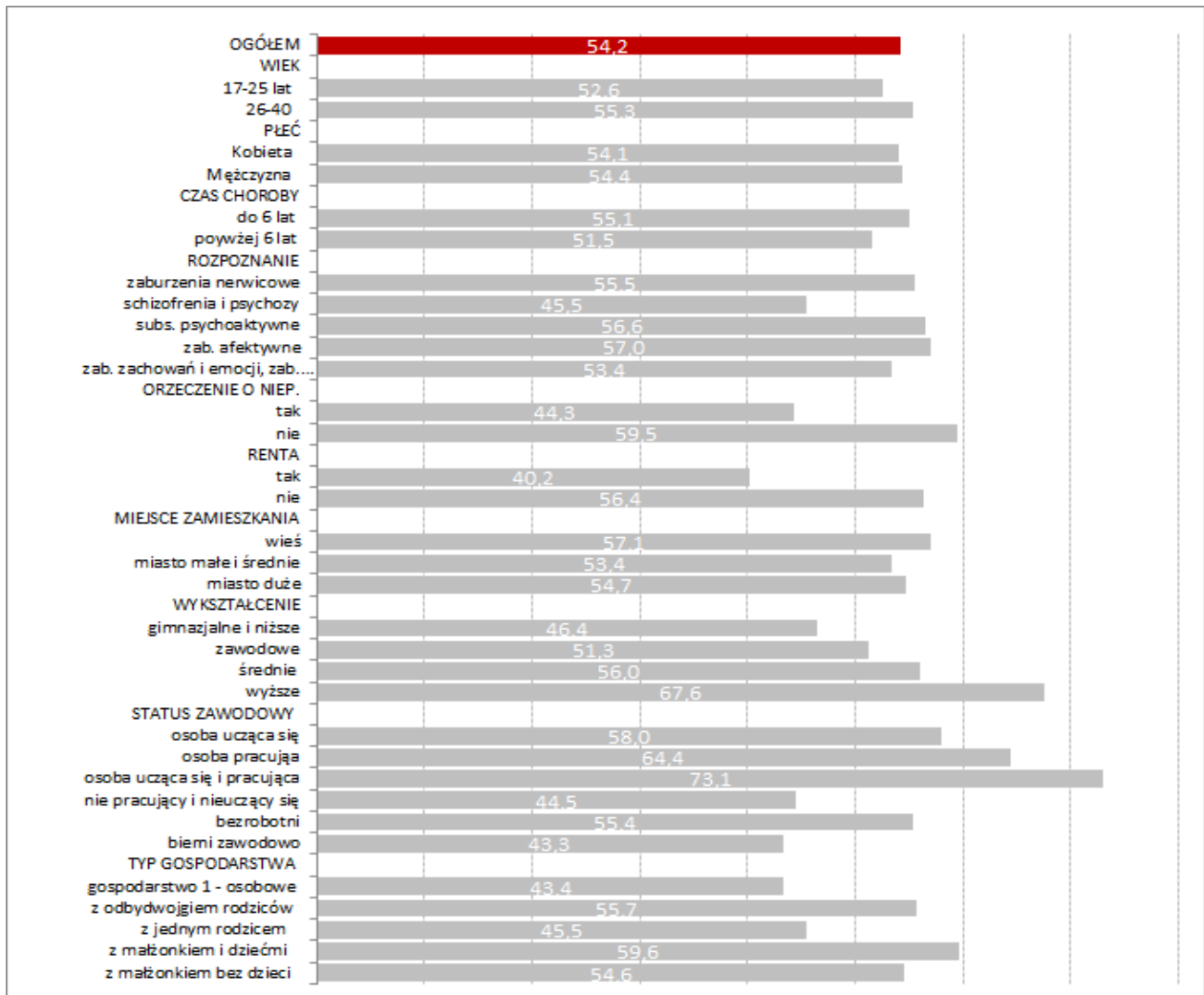
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 2. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe – wyróżnione segmenty. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 3. Wskaźnik jakości życia – średnia. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

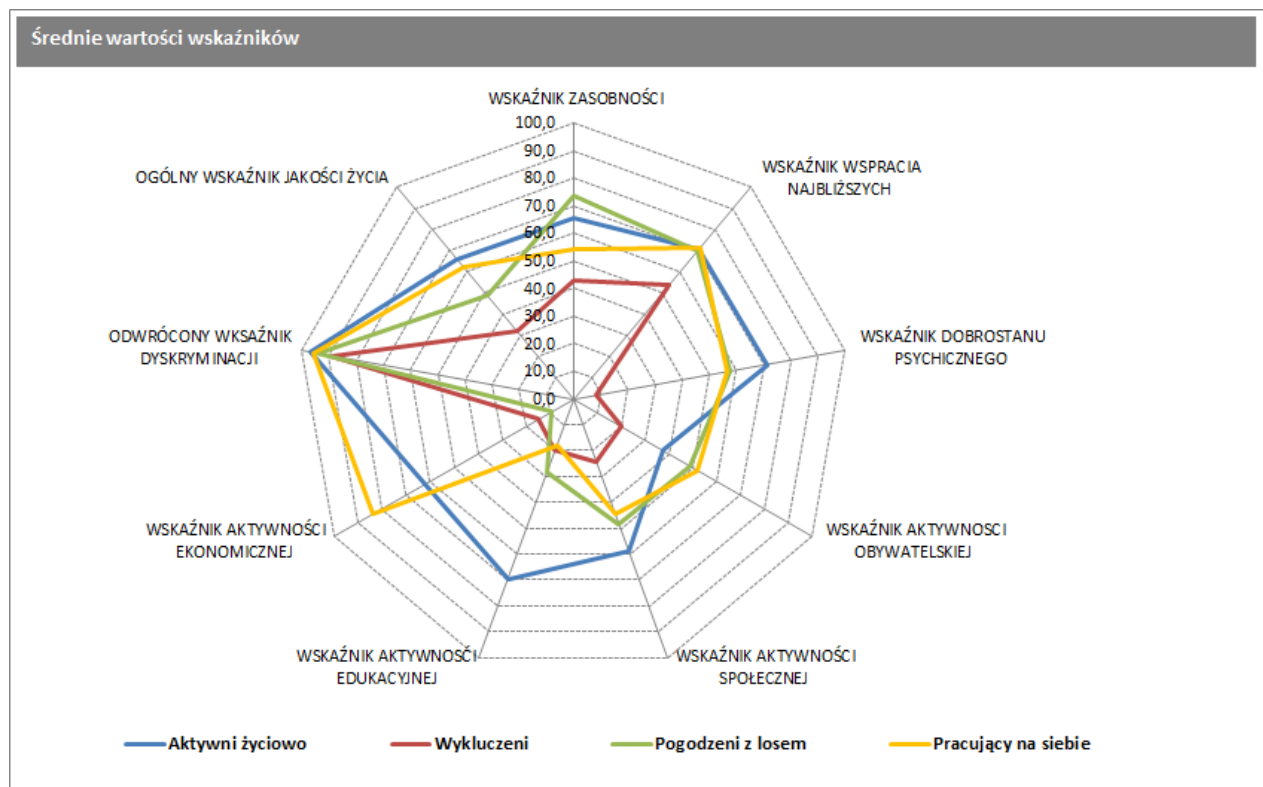
W celu pełniejszego zobrazowania badanej populacji, uwzględniającego odmienną sytuację w poszczególnych obszarach, przy wykorzystaniu techniki analizy segmentacji, badaną populację podzielono na cztery różniące się stopniem wykluczenia na poszczególnych obszarach grupy. Dwa spośród wyróżnionych segmentów zaliczyć możemy do osób względnie niskim poziomie wykluczenia, dwa zaś o znacznie większym stopniu wykluczenia.

Segmenty względnie o względnie niskim poziomie wykluczenia stanowią 59% populacji. Stanowią je dwie grupy nazwane przez nas „pracujący na siebie” (34%) i „aktywni życiowo” (25%). Osoby z obydwu segmentów cechuje podobnie wysoki ogólny wskaźnik jakości życia (odpowiednio 62,2 i 66,6) i wysoki wskaźnik braku dyskryminacji (odpowiednio 95,7 oraz 96,7) a także wsparcia ze strony najbliższych (odpowiedni 71,8 i 70,8). Tym co w największym stopniu różnicuje obydwie populacje to wskaźnik aktywności edukacyjnej oraz aktywności ekonomicznej. Pierwszy z segmentów częściej tworzą osoby pracujące zaś drugi osoby uczące się. Ponadto „pracujących na siebie” cechuje średnio niższy wskaźnik dobrostanu psychicznego (odpowiednio 56,3 i 71,1) i niższy wskaźnik aktywności społecznej (44,5 w stosunku do średnio wyższe wartości dobrostanu psychicznego) lecz wyższy wskaźnik aktywności obywatelskiej (51,8 w stosunku do 37,5).

Segmenty o względnie wysokim poziomie wykluczenia stanowią 42% populacji. Stanowią je z jednej strony osoby „wykluczone” (20%) z drugiej natomiast „pogodzeni z losem” (22%). Pierwszy z segmentów to osoby znajdujące się w relatywnie najgorszej sytuacji spośród wszystkich badanych. Ogólny wskaźnik jakości życia dla tej grupy osiąga jedynie 32, 1 pkt na możliwych 100. Na tle innych grup osoby z tego segmentu cechują najniższe wartości praktycznie wszystkich wskaźników cząstkowych, w tym szczególnie widoczna deprivacja w obszarze dobrostanu psychicznego (8,6 punktów), aktywności społecznej (24,3 pkt) oraz aktywności

ekonomicznej (15 pkt). Szczególnie niski na tle innych grup jest także wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych (53,8). Osoby z tego segmentu częściej również na tle innych grup doświadczają dyskryminacji. Grupę określaną mianem „pogodzonych z losem” cechuje niska wartość ogólnego wskaźnika jakości życia (48,7) – jest ona pochodną przede wszystkim niskiej aktywności ekonomicznej wyrażanej zarówno faktyczną aktywnością (podejmowanie pracy) jak niekorzystnymi postawami wobec pracy (niechęć do podejmowania pracy, obawy przed nią). W przypadku tej grupy niski, szczególności w porównaniu do „aktywnych życiowo” jest także wskaźnik aktywności edukacyjnej (28,4). Pozostałe wskaźniki, w szczególności wskaźnik zasobności gospodarstwa domowego, cechują względnie wysokie wartości. Innymi słowy, grupie tej względnie dobrze się żyje, jednocześnie osobom tym brak chęci i motywacji do podejmowania aktywności ekonomicznej czy też edukacyjnej. Segment osób **wykluczonych** relatywnie najczęściej obserwujemy w przypadku osób chorujących powyżej 6 lat (36% tej grupy), osób cierpiących na schizofrenię i psychozy (44%) tej grupy, osób o przyznanej rencie z tytułu choroby (43%), wśród osób niepracujących i nieuczących się (38%), wśród osób z najniższym poziomem wykształcenia (29%), prowadzących 1-osobowe gospodarstwo domowe, lub zamieszkujących z jednym rodzicem. Osoby **pogodzone z losem** to częściej osoby w wieku do 25 lat (36%), cierpiące na zaburzenia zachowań i emocji (33%), posiadające orzeczenie o niepełnosprawności (34%), mieszkańcy dużych miast (32%), osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (38%), osoby jeszcze uczące się (41%), mieszkające z obydwójkiem rodziców (33%) lub małżonkiem i dziećmi (27%). **Aktywni życiowo**, to przede wszystkim osoby cierpiące na zaburzenia afektywne (41%), osoby z wyższym wykształceniem (50%), osoby uczące się i pracujące (80%), zamieszkujące obydwójkiem rodziców (36%). **Osoby pracujące na siebie** to częściej osoby w wieku 26-40 lat (45%), nieposiadające orzeczenia o niepełnosprawności (38%), osoby pracujące i prowadzące samodzielne gospodarstwo.

Rysunek 4. Wykluczenie – wyróżnione segmenty. N=101

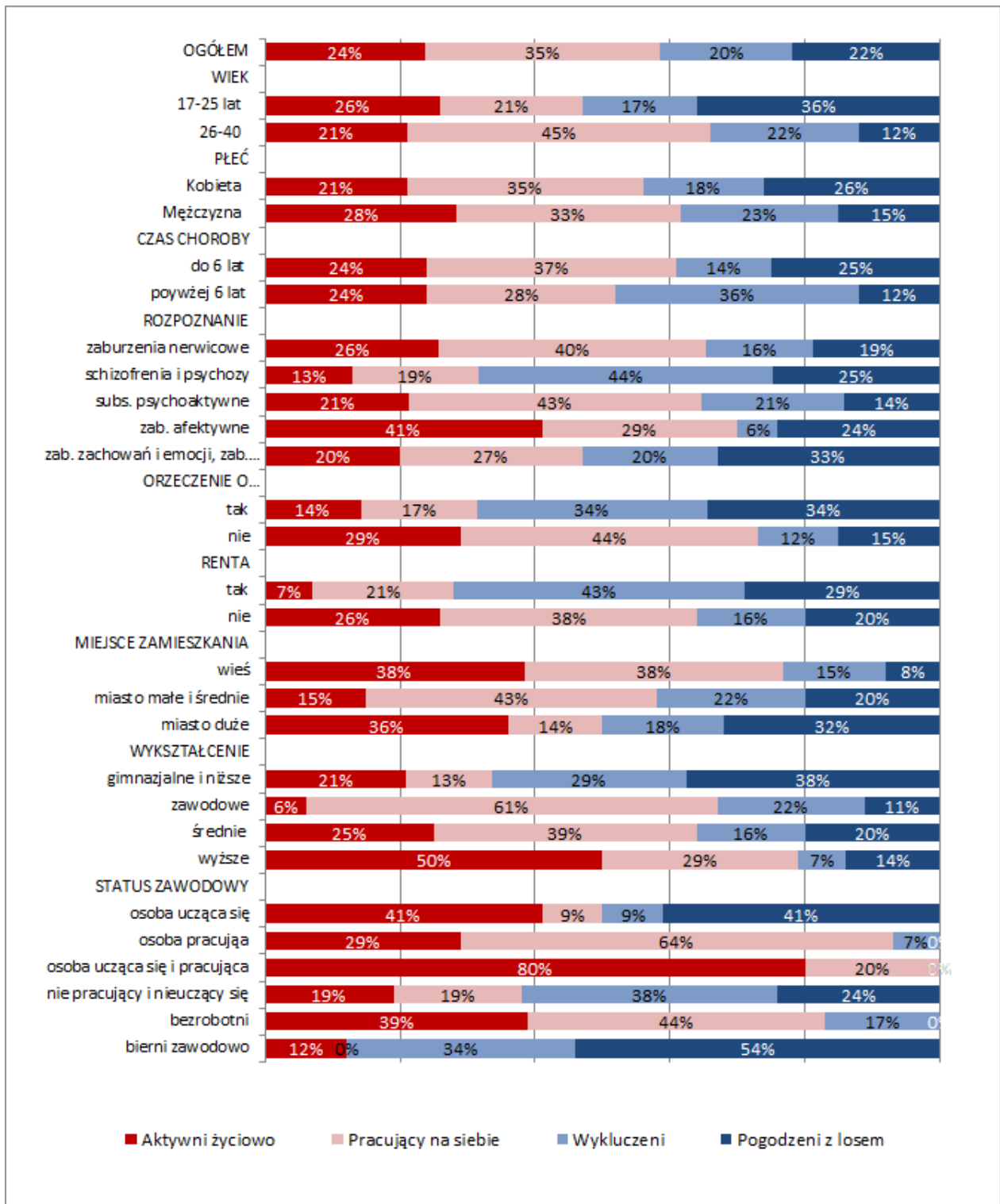


Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 5. Wykluczenie – wyróżnione segmenty. N=101



Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

2 METODOLOGIA



2.1 Metodologia

Celem projektu było uzyskanie pogłębionych danych w zakresie wykluczenia społecznego młodych mieszkańców województwa łódzkiego cierpiącego na choroby psychiczne. W badaniu zastosowano jakościowe i ilościowe techniki badawcze.

- ↻ Eksperckie wywiady pogłębione (IDI) z przedstawicielami środowisk zaangażowanych w działalność na rzecz osób z chorobami psychicznymi – przedstawicielami organizacji pozarządowych, pracownikami ośrodków pomocy społecznej, lekarzami. Zrealizowanych zostało 15 IDI.
- ↻ Wywiady grupowe z przedstawicielami osób cierpiących na problemy zdrowia psychicznego i ich rodzin. Zrealizowane zostały cztery grupy dyskusyjne (FGI). Grup odbyły się w Łodzi, uczestnikami grup były osoby korzystające z pomocy organizacji pozarządowych.
- ↻ Wywiady kwestionariuszowe (PAPI) z osobami cierpiącymi na choroby psychiczne. Zrealizowanych zostało 101 wywiadów młodymi mieszkańcami województwa łódzkiego cierpiącymi na problemy zdrowia psychicznego.

Próba dobierana była w **sposób losowy spośród pacjentów poradni zdrowia psychicznego z terenu województwa łódzkiego**. Ankieterzy prosili o wywiad co drugą osobę spełniającą kryteria rekrutacyjne. Poniżej w tabeli przedstawiamy charakterystykę próby.

Tabela 1. Charakterystyka próby

		N=	%
WIEK	17-25 lat	42	41,6%
	26-40	58	57,4%
PŁEĆ	Kobieta	62	61,4%
	Mężczyzna	39	38,6%
CZAS CHOROBY	do 6 lat	76	75,2%
	powyżej 6 lat	25	24,8%
ROZPOZNANIE	zaburzenia nerwicowe	43	42,6%
	schizofrenia i psychozy	16	15,8%
	subs. psychoaktywne	14	13,9%
	zab. afektywne	17	16,8%
	zab. zachowań i emocji, zab. behawioralne	15	14,9%
	inne	3	3,0%
ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	tak	35	34,7%
	nie	66	65,3%
RENTA	tak	14	13,9%
	nie	85	84,2%
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	wieś	13	12,9%
	miasto małe i średnie	60	59,4%
	miasto duże	28	27,7%
WYKSZTAŁCENIE	gimnazjalne i niższe	24	23,8%
	zawodowe	18	17,8%
	średnie	44	43,6%
	wyższe	14	13,9%
STATUS ZAWODOWY	osoba ucząca się	32	31,7%
	osoba pracującą	42	41,6%
	osoba ucząca się i pracującą	10	9,9%
	nie pracujący i nieuczący się	37	36,6%
PRACA	pracujący	42	41,6%
	bezrobotni	18	17,8%
	bierni zawodowo	41	40,6%
TYP GOSPODARSTWA DOMOWEGO	gospodarstwo 1 - osobowe	7	6,9%
	z obydwojgiem rodziców	39	38,6%



z jednym rodzicem	12	11,9%
z małżonkiem i dziećmi	22	21,8%
z małżonkiem bez dzieci	16	15,8%
samotny rodzic	4	4,0%
z dziadkami	1	1,0%
RAZEM	101	100%

2.2 Niepełnosprawność i zaburzenia psychiczne: podstawowe definicje

Osoby chorujące psychicznie są obok dziewięciu innych grup uznawane są za osoby niepełnosprawne. Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osoba niepełnosprawna to taka, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej. WHO wprowadziła klasyfikację niepełnosprawności ze względu na stan zdrowia osoby na trzy typy:

- ☞ niesprawność (*impairment*) – każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- ☞ niepełnosprawność (*disability*) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;
- ☞ ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (*handicap*) – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Jak można zauważyć, w powyższej klasyfikacji podkreśla się społeczny aspekt niepełnosprawności – relacje osoby z niepełnosprawnością ze środowiskiem społecznym. Podobnie Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych (*The World Programme of Action for Disabled Persons*) oraz Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (*The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*) podkreślają, iż jest to problem, który nie ogranicza się do konkretnej osoby - mówiąc o niepełnosprawności musimy uwzględniać wspomniane relacje między zdrowiem człowieka (uwzględniając jego wiek, płeć i wykształcenie), a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza.

W polskim prawodawstwie najczęściej używane definicje niepełnosprawności wywodzą się z dwóch dokumentów z 1997 roku: Karty Praw Osób Niepełnosprawnych oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Pierwsza z nich brzmi: *Niepełnosprawne są osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi.* Obowiązującą obecnie w polskim systemie prawa definicja jest zawarta w Ustawie, która mówi, że *osoby niepełnosprawne to osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskały odpowiednie orzeczenie.* Ponadto Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ustanowiła również trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki.

Jeszcze inna, znacznie szersza definicja niepełnosprawności funkcjonuje w opracowaniach statystycznych (m. in. GUS). Definicja statystyczna ujmuje bowiem nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie (czyli posiadające orzeczenie o niepełnosprawności), ale również osoby, które co prawda nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna).

Rozporządzenie Ministra Pracy, Gospodarki i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku wyróżnia następujące rodzaje niepełnosprawności:



- ☞ upośledzenie umysłowe począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym
- ☞ choroby psychiczne
- ☞ zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- ☞ choroby narządu wzroku
- ☞ upośledzenia narządu ruchu
- ☞ epilepsja
- ☞ choroby układu oddechowego i krążenia
- ☞ choroby układu pokarmowego
- ☞ choroby układu moczowo-płciowego
- ☞ choroby neurologiczne
- ☞ inne

Według powyższego dokumentu kategoria chorób psychicznych dzieli się na:

- zaburzenia psychotyczne,
- zaburzenia nastroju począwszy od zaburzeń o umiarkowanym stopniu nasilenia,
- utrwalone zaburzenia lękowe o znacznym stopniu nasilenia,
- zespoły otępienne

Elżbieta Trzebińska definiuje pojęcie **choroby psychicznej** jako *istotne, występujące na tle zaburzeń psychicznych ograniczenie zdolności adekwatnego pełnienia ról społecznych, przede wszystkim w zakresie rozumienia oraz postrzegania wymagań i oczekiwań związanych z tymi rolami*⁴. Stan taki ma miejsce w przypadku zaburzeń psychicznych, przy których mechanizmy umysłowe i objawy wiążą się z poważnym ograniczeniem kompetencji psychofizycznych, intelektualnych, emocjonalnych i społecznych, przebieg jest intensywny – objawy występują przewlekłe lub nawracają, a dodatkowo mają szeroki zakres w różnych sferach funkcjonowania. Schorzenia te to przede wszystkim schizofrenia, depresja, psychoza maniakalno-depresyjna, uzależnienia od substancji, zaburzenia nerwicowe o silnym przebiegu czy upośledzenie umysłowe.⁵

W najnowszym wydaniu encyklopedii PWN znajdziemy natomiast następującą definicję:

*„Psychiczne choroby – określenie obejmujące wszelkie zaburzenia psychiczne, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii ze względu na potrzebę ich leczenia; wyodrębnienie choroby psychicznej jest zwykle podyktowane względami praktycznymi, związanymi z wprowadzaniem zasad postępowania medycznego, społecznego lub prawnego (uprawnień lub ograniczeń, wyjątków, przywilejów), różnicowanymi w odniesieniu do osób spełniających ustalone kryteria choroby psychicznej (np. w Polsce osoby cierpiące na chorobę psychiczną mają większy dostęp do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych niż ogół osób z zaburzeniami psychicznymi, ale też tylko wobec osób z chorobą psychiczną jest możliwe postępowanie lecznicze bez ich zgody). Przyczyną stanów zaliczanych do choroby psychicznej mogą być: choroby, uszkodzenia lub dysfunkcje mózgu, wpływ substancji psychoaktywnych, czasem szczególnie okoliczności wyzwalające stres, który przekracza zdolności przystosowawcze osoby, w wielu przypadkach ostateczne przyczyny choroby psychicznej pozostają niejasne. Kwalifikowanie pewnych zaburzeń jako choroby psychicznej wiąże się często ze stereotypami i uprzedzeniami, dlatego coraz częściej postuluje się rezygnację z użycia tego określenia i poprzestanie na mniej obciążającym, pozbawionym negatywnych konotacji określeniu: zaburzenia psychiczne”*⁶.

⁴ Elżbieta Trzebińska, *Przeszkody i szanse aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na tle chorób psychicznych. Psychologiczna analiza problemu*, Warszawa 2006,

⁵ Elżbieta Trzebińska, Martyna Dziewulska, *Uwarunkowania aktywności zawodowej osób chorych psychicznie*, W: A. I. Brzezińska, K. Maj, Z. Woźniak, *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*, Warszawa, 2007

⁶ Wielka encyklopedia powszechna. Warszawa: PWN; 2000–2004



Należy jednocześnie zaznaczyć, że określenie choroba psychiczna nie jest obecnie używane przez psychiatrów. Jest ono kwestionowane jako nieuzasadnione, ponieważ nie ma podstaw, aby przyjmować, że zaburzenia psychiczne polegały na jakiejś konkretnej, dającej się wskazać dysfunkcji organizmu, tak jak ma to miejsce w przypadku chorób somatycznych. Przypisuje mu się również rolę deprecjonującą i dzielącą społeczeństwo pod kątem zdrowia psychicznego. Z tego powodu termin choroba psychiczna nie jest już powszechnie używany w psychiatrii i psychologii, lecz zwyczajowo nadal określa się tak głębokie zaburzenia psychiczne, wiążące się z niepełnosprawnością. Odzwierciedleniem nowego sposobu myślenia jest definicja w Leksykonie Psychiatrii⁷. Termin: „zaburzenia psychiczne” (*mental disorders*) oznacza „ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania (diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenezy) psychiatrii klinicznej. Zaburzenia psychiczne można podzielić tradycyjnie na zaburzenia psychotyczne, czyli psychozy (psychosis), tzn. stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zaburzenia świadomości, duże zaburzenia emocji i nastroju łączące się z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej, oraz zaburzenia niepsychotyczne obejmujące: nerwice i in. zaburzenia typu nerwicowego (np. reakcje adaptacyjne), część zaburzeń psychosomatycznych, upośledzenie umysłowe, większość zespołów organicznych, zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i in. substancji, niektóre dewiacje seksualne. Podział ten nie jest ścisły, w przebiegu bowiem niektórych zaburzeń niepsychotycznych, np. zespołów organicznych lub uzależnień, mogą pojawić się objawy psychotyczne (np. zaburzenia świadomości). Włączanie niektórych zaburzeń osobowości i dewiacji seksualnych do grupy zaburzeń psychicznych jest sporne, część z nich jest w istocie wariantem normy.

Zgodnie z MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA CHOROÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH (ICD – 10) wyróżnia się następujące zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania :

F00-F09	Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi
F10-F19	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków [substancji] psychoaktywnych
F20-F29	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe
F30-F39	Zaburzenia nastroju [afektywne]
F40-F48	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
F50-F59	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60-F69	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
F70-F79	Upośledzenie umysłowe
F80-F89	Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego) ¹
F90-F98	Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

Sieradzan w rozdziale „Szaleństwo i anormalność na tle zdrowia psychicznego i normalności”⁸ wymienia (na podstawie danych z piśmiennictwa) ponad 100 definicji zdrowia psychicznego, 50 przejawów „normalności” oraz 24 definicje choroby psychicznej. Chociaż część przytoczonych „definicji” to w istocie przejawy (objawy)

⁷ Pużyński S, red. Leksykon psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1993

⁸ Sieradzan J. Szaleństwo w religiach świata. Kraków: Interesse – Wydawnictwo Wanda; 2005



zaburzeń psychicznych, nie zaś definicje w sensie ścisłym – zestawienia opracowane przez autora dobitnie wskazują na chaos w terminologii dotyczącej podstawowych pojęć, którymi posługuje się psychiatria⁹.

Mimo iż w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia, używa się określenia zaburzenia psychiczne (*mental disorder*) i podobna terminologia występuje również w DSM IV, oficjalnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, to w polskich aktach prawnych dotyczących niepełnosprawności nadal używa się terminu choroby psychiczne. Znajduje to swoje odzwierciedlenie również w głównym polskim akcie prawnym odnoszącym się do zdrowia psychicznego - *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z dn. 19 sierpnia 1994 r. z późniejszymi zmianami (Dz. U. Nr 111, poz. 535)*. Paradoksalnie twórcy Ustawy nie definiują bezpośrednio podmiotu regulacji – chociaż terminy „choroba psychiczna” czy też „chory psychicznie” występują w dokumencie tym wielokrotnie.

3 OSOBY CHORUJĄCE PSYCHICZNIE – PODSTAWOWE DANE

3.1 Skala i charakter zjawiska

⁹ Pużyński S, Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. Warszawa. Psychiatria Polska, 2007, TOM XLI nr 3



O ile ustalenie liczby osób z orzeczeniem o niepełnosprawności wynikającej z chorób psychicznych nie nastęcza większych problemów, o tyle stwierdzenie jakiego odsetka populacji dotyczą zaburzenia psychiczne jest zdecydowanie większym wyzwaniem. Największym problemem jest tutaj niemożność wyznaczenia w psychiatrii twardych granic diagnozy. Jeden z rozmówców wprost stwierdził, że w psychiatrii panuje aktualnie moda na „płynne diagnozy”, czyli takie, które zawierają w sobie kilka różnych zaburzeń. Ponadto zwracano uwagę na to, że nie wszystkie osoby, które przeżywają problemy psychiczne, muszą lub chcą się leczyć. Z jednej strony bardzo wiele jest przypadków zaburzeń lękowo-depresyjnych, z którymi jednak niektóre osoby są sobie w stanie same poradzić, z drugiej bardzo duża część osób na przykład bezdomnych, czy też mieszkańców wsi nie została nigdy zdiagnozowana. Te rozbieżności w pojmowaniu zaburzeń psychicznych odbijają się w wypowiedziach respondentów:

No to praktycznie się mówi się o 1%, plus minus, to jest w miarę stabilny wskaźnik. Ten 1% odnosi się do schizofrenii. Inna rzecz dotyczy w ogóle zaburzeń psychicznych, które można rozumieć jako reakcję na stres albo silne zaburzenia lękowe, gdzie czynnik społeczny wpływa na ustawianie tych zaburzeń. Tego jest oczywiście więcej, bo na przykład zaburzenia odżywiania są bardzo kulturowo uwarunkowane. (...) Bazując na takim rozróżnieniu to według mojej wiedzy te choroby psychiczne, czy zaburzenia rozwojowe, no to trochę wyjdzie więcej. To sumie pewnie by się uzbierało 5%, tak w porywach, tak sędzę. [PSYCHOLOG]

W granicach 30% obywateli Unii albo było, albo jest, albo będzie skazanych na okoliczność korzystania z szeroko rozumianego systemu wsparcia psychiatrycznego. Ale mówimy tutaj o dużym problemie nie tylko chorób psychicznych, ale też rozmaitych problemów związanych z tym, co jest najbardziej narastające, czyli problemy nerwicowe i problemy zaburzeń szeroko rozumianej osobowości - zaczynamy nie radzić sobie we wspólnotach lokalnych z tymi tematami i dlatego szukamy profesjonalnej pomocy. [SOCJOLOG]

No myślę, że generalnie może dwie, trzy osoby na dziesięć nie dotyczą [problemy natury psychicznej]. Mówię o szeroko pojętej psychiatrii. Myślę, że większość z nas w jakimś okresie życia boryka się z różnymi problemami i właściwie to zahacza o psychiatrię generalnie, taką ogólną. Także może jedna, dwie osoby na dziesięć (...) mają na tyle silne mechanizmy obronne, że różne stresy przeżywają bez jakiegoś widocznego uszczerbku. [PSYCHIATRA]

Osobną kwestią jest przyczyna ewentualnych zmian w statystykach dotyczących chorób psychicznych. Eksperci byli raczej zgodni co do tego, że wynikają one również z artefaktów takich jak wzrost wykrywalności pewnych zaburzeń, a także zmniejszenie odium choroby psychicznej i lęku przed podjęciem leczenia i związaną z nim stygmatyzacją jako „czubka” czy „wariata”. Stąd też trudno jest jednoznacznie wyjaśnić, czy wzrost liczby chorób psychicznych wśród mieszkańców miast wiąże się z trudniejszymi warunkami życia, sprzyjającymi takim problemom, czy też z większą dostępnością leczenia i mniejszego lęku.

Mnie znane jest głównie środowisko łódzkie, więc tutaj ta zgłaszalność i ta dostępność do leczenia jest rzeczywiście w miarę przyzwoita, natomiast myślę, wiem, z tego co słyszę od kolegów, że znacznie gorzej jest w różnych wioskach, gminach, gdzie ta dostępność i świadomość potrzeby leczenia jest znacznie mniejsza. [PSYCHIATRA]

Podzielone były również opinie ekspertów odnośnie zmian w odsetkach osób dotkniętych tymi zaburzeniami. Większość z nich zgadzała się, że liczba osób dotkniętych zaburzeniami psychotycznymi, m. in. schizofrenią, jest w gruncie rzeczy stała, podobnie jak proporcje płci. Zgodni byli natomiast co do tego, że można zaobserwować wzrost liczby zaburzeń o charakterze lękowym oraz zaburzeń nastroju, a także uzależnień. Wskazywano na głęboki związek między liczbą osób cierpiących na tego typu zaburzenia, a sytuacją społeczną czy gospodarczą oraz w efekcie ich sytuacją życiową. Obniża się również wiek pacjentów – coraz częściej zaburzenia dotyczą dzieci.



Uważam, że pomimo wszystko większy jest procent osób, które dotyka to zaburzenie [depresja]. Natomiast ta świadomość społeczeństwa, że można iść do specjalisty, spróbować zdiagnozować swój problem, jest owszem, coraz większa. Także myślę, że relacje w społeczeństwie, oraz stres, który nam towarzyszy w życiu codziennym sprawia, że te zaburzenia wychodzą na powierzchnię, że tak powiem. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

To, co zmieniło się w ostatnim czasie, to w moim odczuciu charakter zaburzeń, z jakimi zgłaszają się pacjenci. My robiliśmy takie statystyki z okazji dziesiątej rocznicy istnienia naszej placówki, wynikało z nich, że osiemdziesiąt procent osób w tamtym czasie to były osoby z psychozami. Czyli zaburzenia psychiczne, skrajne psychozy. W tej chwili mam wrażenie, że większa jest zgłaszalność zaburzeń nerwicowych, dysfunkcji takich społecznych, zaburzeń lękowych i też zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. [PSYCHIATRA]

Kiedy było tak dużo zakładów pracy likwidowanych, mówię o tych różnych zakładach tekstylnych, to rzeczywiście ta skala problemu była większa i więcej było osób, kobiet głównie, z takimi zaburzeniami adaptacyjnymi, depresyjnymi. Natomiast w chwili obecnej no to wszystko zależy: im więcej jest osób, że tak powiem, bezrobotnych, tym skala problemu jest większa. [PSYCHIATRA]

To znaczy wiem, że z roku na rok jest coraz więcej osób z zaburzeniami psychicznymi i są to osoby coraz młodsze. Coraz więcej dzieci jest, w wieku gimnazjalnym. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Niektórzy respondenci pokusili się również o wskazanie możliwych przyczyn zmian w częstotliwości występowania i charakterze zaburzeń psychicznych, z jakimi zgłaszają się do nich pacjenci. Wspomniany wyżej związek koniunktury gospodarczej i zmiany podejścia do pracy zawodowej z częstością występowania pewnych zaburzeń wynika przede wszystkim ze wzrostu wagi przykładanej do wydajności i współzawodnictwa, z którymi, zdaniem ekspertów, osoby chorujące psychicznie często miewają kłopoty. Problemy egzystencjalne, jak brak stabilizacji życiowej, bieda, bezrobocie czy z drugiej strony nadmierne poświęcanie się pracy odbijają się również w systemach rodzinnych. Problemy w funkcjonowaniu rodziny wskazywane były jako częste przyczyny występowania zaburzeń, a także nieradzenia sobie z niektórymi z nich (zaburzeniami lękowymi, społecznymi). Ponadto osoby młode narażone są na negatywny wpływ wielu bodźców, takich jak nadmierne użycie komputera i Internetu, czy używanie substancji psychoaktywnych, które mogą pełnić funkcję katalizatorów ewentualnych zaburzeń.

Myślę, że sytuacja rodzinna zdecydowanie ma znaczenie, bo osoby, które były z zaburzeniami odżywiania, bądź właśnie z zespołem borderline, to były osoby, od których bardzo dużo oczekiwano w domu, był silny nacisk na nie. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

W rodzinach, które mają trudniej w sensie socjoekonomicznym łatwiej o problemy niewątpliwie. Dlatego, że trudności życia codziennego one generują te problemy. Jeśli do tego się doloży brak zhierarchizowania wartości w tej rodzinie, jeśli wartości nie mają znaczenia, to rodzina jest popularnie mówiąc słaba. To zazwyczaj obciąża mocno psychikę. (...) Jeśli status rodziny, jej zasoby intelektualne są duże, to oni sobie lepiej radzą, jeśli jest podatność na takie zaburzenia. Ale jeżeli jest podatność na przykład na zaburzenie psychiczne potem diagnozowane jako ciężka depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, czyli schizofrenia, to niekoniecznie. Bo z tym, to sobie nie radzą, również rodziny o wysokim statusie ekonomicznym. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]



Bardzo dużo osób zachorowuje po zażyciu środków psychoaktywnych. To jest bardzo częste. Także to, że jest większa dostępność, mimo wszystko, tych środków sprawia, że coraz więcej osób choruje, bo pod wpływem zażywania po prostu ta choroba jest wywoływana. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

3.2 Liczba osób chorujących psychicznie

Ostatnie pełne dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego 2002¹⁰. Według jego wyników w 2002 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła blisko 5,5 mln, w tym około 4,5 mln posiadało prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności (niepełnosprawność prawna), a 4,3 mln spośród nich stanowiły osoby w wieku 15 lat i więcej. Według Badania Stanu Zdrowia pod koniec 2009 r. prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało prawie 4,2 mln Polaków, w tym blisko 184 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności, tj. o około 600 tys. osób więcej w porównaniu z szacunkami z badania BAEL w tym samym okresie. Trzeba jednak mieć na uwadze różnicę celów tych badań, a ponieważ w obu przypadkach odpowiedzi na pytanie o niepełnosprawność prawną były subiektywne, oparte na deklaracjach respondentów, wyniki nie są w pełni porównywalne.

Tabela 2. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie w latach 2004 i 2009 (w tysiącach)

Stopień niepełnosprawności	2004	2009	różnica
ogółem	4 818,3	4 155,3	-662,9
znaczny	1 275,3	1 265,9	-9,4
umiarkowany	1 605,2	1 497,8	-107,4
lekki	1 752,5	1 207,3	-545,1
bez orzeczenia o stopniu (dzieci do lat 16)	185,3	184,4	-1,0

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., GUS

Z opublikowanego w 2009 roku badania Stan Zdrowia Ludności Polski, wynika, że poziom **niepełnosprawności biologicznej** w Polsce w populacji osób dorosłych (w wieku 15 lat i więcej) wyniósł prawie 25% (8,1 mln osób). Porównując to z przytoczoną wcześniej liczbą osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności (ok. 4 mln), można zauważyć bardzo znaczącą różnicę, która może być efektem podjętych działań zaostrzających przepisy związane z przyznawaniem rent i równoważnych świadczeń. Odsetek osób niepełnosprawnych biologicznie kształtuje się na nieco niższym poziomie niż średnia unijna (prawie 26%).

Jeszcze większe trudności sprawia dokładne **oszacowanie liczby osób borykających się z problemami zdrowia psychicznego** (o czym dokładnie piszemy w rozdziale 3.1. *Skala i charakter zjawiska*). Cztery podstawowe źródła wiedzy w tym zakresie to:

- 🔄 Narodowy Spis Powszechny Ludności z 2002 roku (dane z ze spisu 2010 będą publikowane pod koniec roku 2012)
- 🔄 Badanie, Stan Zdrowia Ludności Polski 2009, GUS
- 🔄 Badanie aktywności ekonomicznej, BAEL, GUS
- 🔄 Dane dotyczące funkcjonowania systemu ubezpieczeń społecznych, ZUS
- 🔄 Dane dotyczące liczby pacjentów korzystających z poradni zdrowia psychicznego, GUS

¹⁰ Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I Osoby niepełnosprawne, GUS 2003 oraz Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Część II Gospodarstwa domowe, GUS 2004.



Z badań panelowych dotyczących osób niepełnosprawnych realizowanych w ramach BAEL wynika, że 4% w 1995 roku i 5,3% w roku 2000 w populacji osób niepełnosprawnych stanowiły osoby chorujące psychicznie – co oznaczałoby, że w 2000 roku w Polsce było ok. 220 tys takich osób. Podkreślić jednak należy, iż badanie to obejmowało jedynie osoby posiadające prawne potwierdzenie niepełnosprawności, a wielu spośród chorych nie występuje o orzeczenie stopnia niepełnosprawności, obawiając się napiętnowania związanego z ich problemami, lub też nie korzystają z pomocy lekarskiej (np. osoby bezdomne)¹¹, stąd też dane te wydają się być zdecydowanie zaniżone.

Nowsze dane, pochodzące z opublikowanego w 2009 roku badania GUS Stan Zdrowia Ludności Polski wynika, że odsetek osób, których niepełnosprawność wynika z chorób i zaburzeń psychicznych wynosił 10% (w stosunku do ogółu niepełnosprawnych prawnie), przy czym nie było pod tym względem różnic między kobietami a mężczyznami. Ogółem liczba osób niepełnosprawnych cierpiących na schorzenia psychiczne szacowano na 511,8 tys. Jednocześnie, według badania tego liczbę osób cierpiących na przewlekłe stany lękowe szacować możemy na około 650 tys., na depresję około 800 tys., zaś inne problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą prawie 500 tys. Zakładając, iż choroby te są rozłączne (to znaczy, iż nie występują jednocześnie od tej samej osoby) liczba osób borykających się z różnymi problemami zdrowia psychicznego **to około 2 mln osób, co stanowi około 6% populacji.**

Tabela 3. Liczba osób borykających się z problemami zdrowia psychicznego i liczba osób niepełnosprawnych prawnie z tytułu schorzeń psychicznych

	OGÓŁEM	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 lat i więcej	populacji w wieku 15+
N, w tys. osób										
Przewlekłe stany lękowe	694,4	13,6	50,1	56,3	96,3	155	126,7	95,9	55,7	2,1%
Przewlekła depresja	796,2	9,5	49,7	80,4	152	222,3	141,2	101,4	39,9	2,5%
Inne problemy ze zdrowiem psychicznym	496,9	23,9	69,9	63,9	89,6	118,9	45,7	49	36,1	1,5%
Niepełnosprawni prawnie z tytułu schorzeń psychicznych	511,8	19,1	47,7	45,7	92,3	138,7	69	57,3	42,1	1,6%
%										
Przewlekłe stany lękowe	694,4	2,0%	7,2%	8,1%	13,9%	22,3%	18,2%	13,8%	8,0%	
Przewlekła depresja	796,2	1,2%	6,2%	10,1%	19,1%	27,9%	17,7%	12,7%	5,0%	
Inne problemy ze zdrowiem psychicznym	496,9	4,8%	14,1%	12,9%	18,0%	23,9%	9,2%	9,9%	7,3%	
Niepełnosprawni prawnie z tytułu schorzeń psychicznych	511,8	3,7%	9,3%	8,9%	18,0%	27,1%	13,5%	11,2%	8,2%	

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., GUS

Kolejnym źródłem wiedzy na temat liczby osób borykających się z problemami natury psychicznej są sprawozdania z działalności poradni zdrowia psychicznego. Z danych GUS wynika, iż w 2010 roku z poradni zdrowia psychicznego w całej Polsce korzystało prawie 1,5 mln osób, co stanowi 4,36% populacji, w tym 1,17 mln osób leczyło się z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania niespowodowanych uzależnieniem. Najczęstszą przyczyną terapii były zaburzenia nerwicowe (25%), zaburzenia nastroju (afektywne) (18,2%), organiczne zaburzenia psychiczne (14,2%), zespołu uzależnienia spowodowane alkoholem (11%) oraz schizofrenia (9,9%). W stosunku do 1999 roku liczba pacjentów poradni zdrowia psychicznego zwiększyła się o 80%, w tym pacjentów leczących się z tytułu zaburzeń niespowodowanych uzależnieniem o 55%.

Tabela 4 Pacjenci poradni zdrowia psychicznego - Polska ogółem.

¹¹ H. Kaszyński, *Socjologiczna praca socjalna. W trosce o zdrowie psychiczne*, Kraków 2004



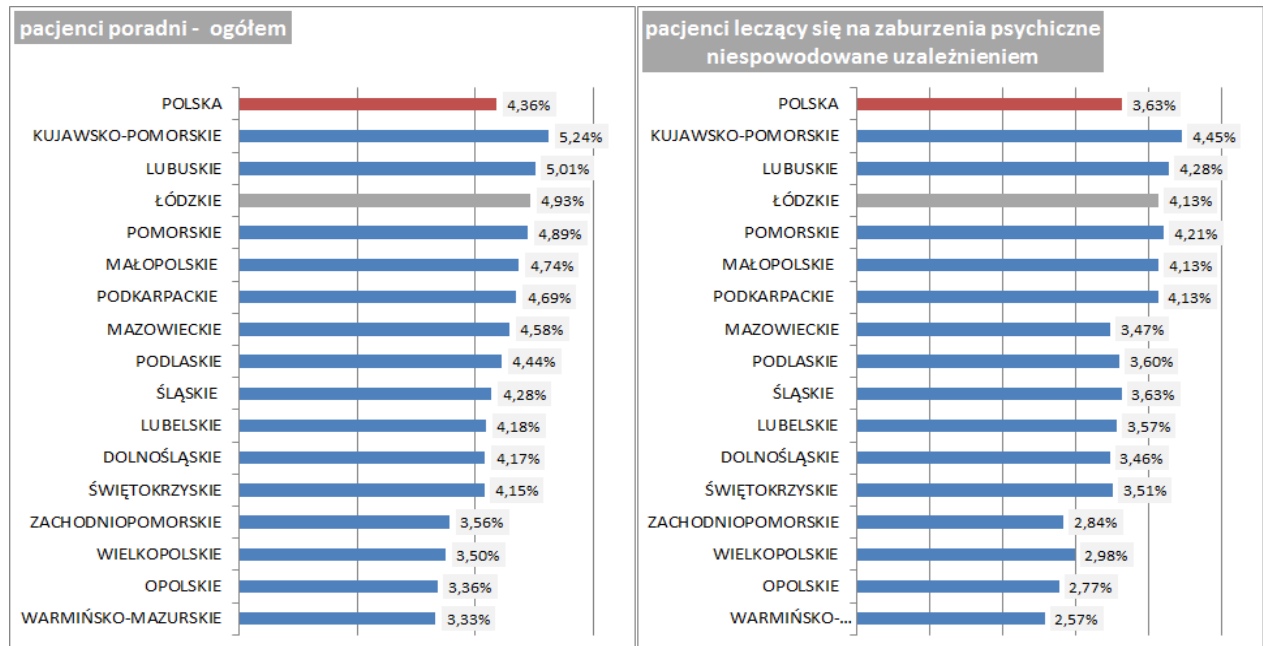
	N=	%	odsetek populacji w wieku 15+
ogółem	1413357	100,0%	4,36%
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) ogółem	1177966	83,3%	3,63%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	200313	14,2%	0,62%
schizofrenia	139552	9,9%	0,43%
inne zaburzenia psychotyczne (nieschizofreniczne)	49078	3,5%	0,15%
zaburzenia nastroju (afektywne)	257248	18,2%	0,79%
zaburzenia nerwicowe	353027	25,0%	1,09%
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	33321	2,4%	0,10%
upośledzenie umysłowe	61493	4,4%	0,19%
zaburzenia rozwojowe	71809	5,1%	0,22%
inne zaburzenia	12125	0,9%	0,04%
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem	183602	13,0%	0,57%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe	17218	1,2%	0,05%
zespół uzależnienia	155852	11,0%	0,48%
zespół abstynencyjny bez majaczenia	4917	0,3%	0,02%
zespół abstynencyjny z majaczeniem	680	0,0%	0,00%
zaburzenia psychotyczne (bez majaczenia)	2034	0,1%	0,01%
inne zaburzenia	2901	0,2%	0,01%
używanie tytoniu	2225	0,2%	0,01%
zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem	31884	2,3%	0,10%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe	9679	0,7%	0,03%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny	20411	1,4%	0,06%
zaburzenia psychotyczne	643	0,0%	0,00%
inne zaburzenia	1151	0,1%	0,00%
obserwacje	17680	1,3%	0,05%

GUS, Bank Danych Lokalnych, 2010. Obliczenia własne

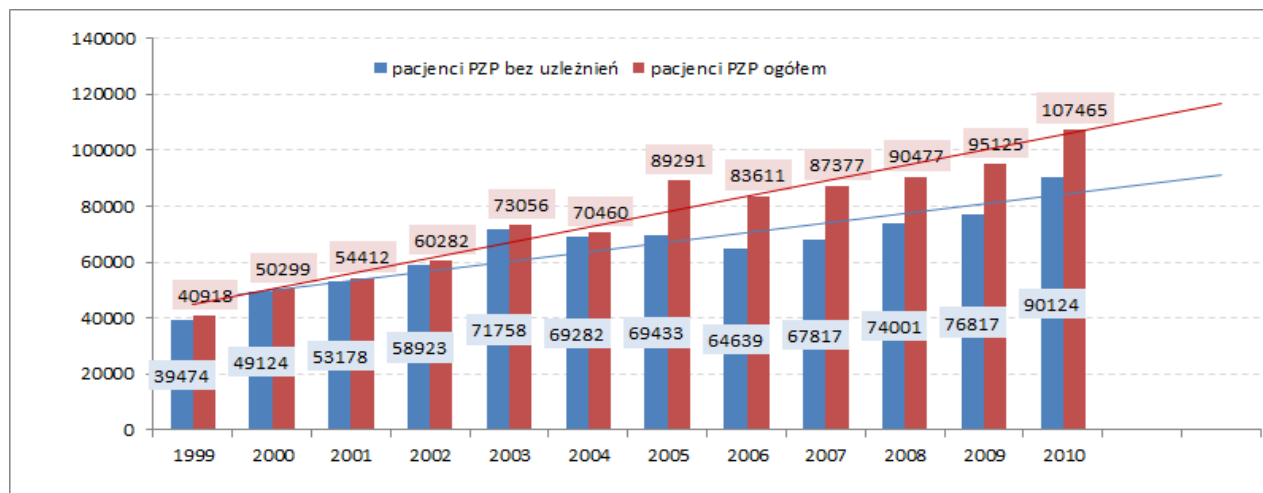
3.2.1 Osoby chorujące psychicznie w województwie łódzkim

W województwie łódzkim z poradni zdrowia psychicznego (PZP) w 2010 roku korzystało 107 tys. osób, w tym nieco ponad 90 tys. leczyło się z powodu zaburzeń niespowodowanych uzależnieniem – co stanowi odpowiednio 4,93% oraz 4,13% populacji województwa w wieku powyżej 15 roku życia. Warto zwrócić uwagę, iż odsetek leczących się w poradniach zdrowia psychicznego jest w województwie łódzkim istotnie wyższy na tle całego kraju. Jedynie w województwie kujawsko – pomorskim oraz lubuskim relatywnie więcej osób leczy się z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego (Rysunek 6). Na przestrzeni ostatnich 11 lat liczba pacjentów poradni zdrowia psychicznego wzrosła w województwie łódzkim o 162% (z 40 918 do 107 465). Liczba pacjentów leczących się z zaburzeń niewywołanych uzależnieniem wzrosła o 128% (z 39474 do 90124). Jak pokazują wyznaczone linie trendu w kolejnych latach należy spodziewać się dalszego wzrostu w tym zakresie (Rysunek 7)

Rysunek 6. Odsetek osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego wśród ludności w wieku 15+



Rysunek 7. Liczba pacjentów PZP- zmiana na przestrzeni lat 1999 - 2010



GUS, Bank Danych Lokalnych, 2010. Obliczenia własne

Jak pokazuje poniższa tabela prawie połowę wszystkich pacjentów stanowią osoby leczące się w poradniach zlokalizowanych w Łodzi (49%). W tym miejscu warto zauważyć, iż stolicę zamieszkuje niespełna jedna trzecia (29,5% w 2010, GUS Bank Danych Lokalnych) mieszkańców województwa, co oznacza, iż powszechność a zarazem i dostępność specjalistycznych usług medycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w pozostałych rejonach województwa jest dużo mniejsza.

Tabela 5 Pacjenci Poradni Zdrowia Psychicznego ze względu na powiat

	N=	%
Bełchatowski	3483	3,5%
Brzeziński	2458	2,5%
Kutnowski	2772	2,8%
Łaski	686	0,7%
Łęczycki	1498	1,5%



Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Łowicki	2002	2,0%
Łódzki Wschodni	1139	1,2%
Opoczyński	735	0,7%
Pabianicki	5595	5,7%
Pajęczański	603	0,6%
Piotrkowski	149	0,2%
Poddębicki	849	0,9%
Radomszczański	4560	4,6%
Rawski	1676	1,7%
Sieradzki	7401	7,5%
Tomaszowski	1637	1,7%
Wieluński	818	0,8%
Wieruszowski	412	0,4%
Zduńskowolski	1398	1,4%
Zgierski	3613	3,7%
Łódź	48641	49,5%
Piotrków Trybunalski	4107	4,2%
Skierniewice	2044	2,1%

Źródło: Łódzki Urząd Wojewódzki, Sprawozdanie MZ 15, dane za 2011

Podobnie jak w skali całego kraju największą grupę pacjentów w 2010 roku stanowiły osoby leczące się z zaburzeń nerwicowych (24,9%). Nieco mniejszy udział w strukturze pacjentów w porównaniu do całego kraju mieli pacjenci cierpiący na zaburzenia afektywne (16%), większy natomiast pacjenci cierpiący na organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (17,5%) oraz schizofrenię (10,7%). Warto też zwrócić uwagę na mniejszy w porównaniu do całego kraju udział wśród pacjentów osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych (Tabela 4, Tabela 6). Szczegółową klasyfikację pacjentów PZP ze względu na typ zaburzeń w 2011 przedstawia Tabela 6

Tabela 6 Pacjenci Poradni Zdrowia Psychicznego ze względu na typ zaburzeń – Województwo łódzkie

	N=	%	odsetek populacji w wieku 15+
ogółem	107465	100,0%	4,93%
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) ogółem	90124	83,9%	4,13%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	18825	17,5%	0,86%
schizofrenia	11485	10,7%	0,53%
inne zaburzenia psychotyczne (nieschizofreniczne)	3310	3,1%	0,15%
zaburzenia nastroju (afektywne)	17176	16,0%	0,79%



Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

	N=	%	odsetek populacji w wieku 15+
zaburzenia nerwicowe	26720	24,9%	1,23%
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2170	2,0%	0,10%
upośledzenie umysłowe	4384	4,1%	0,20%
zaburzenia rozwojowe	5497	5,1%	0,25%
inne zaburzenia	557	0,5%	0,03%
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem	13425	12,5%	0,62%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe	749	0,7%	0,03%
zespół uzależnienia	12016	11,2%	0,55%
zespół abstynencyjny bez majaczenia	218	0,2%	0,01%
zespół abstynencyjny z majaczeniem	65	0,1%	0,00%
zaburzenia psychotyczne (bez majaczenia)	192	0,2%	0,01%
inne zaburzenia	185	0,2%	0,01%
używanie tytoniu	246	0,2%	0,01%
zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem	1680	1,6%	0,08%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe	276	0,3%	0,01%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny	1217	1,1%	0,06%
zaburzenia psychotyczne	66	0,1%	0,00%
inne zaburzenia	121	0,1%	0,01%
obserwacje	1990	1,9%	0,09%

GUS, Bank Danych Lokalnych, 2010. Obliczenia własne

Tabela 7. Rodzaje zaburzeń psychicznych wśród pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego w województwie łódzkim w 2011 roku

Rodzaj zaburzenia	Liczba osób korzystających z PZP	
ogółem	98276	100%
organiczne zaburzenia niepsychotyczne	9308	9,5%
organiczne zaburzenia psychotyczne	12551	12,8%
schizofrenia	14281	14,5%
inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe	3064	3,1%



Rodzaj zaburzenia	Liczba osób korzystających z PZP	
epizody efektywne	8194	8,3%
depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe	10395	10,6%
inne zaburzenia nastroju (afektywne)	2826	2,9%
zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	28050	28,5%
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania	335	0,3%
inne zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjolog. i czynnikami fizycz.	607	0,6%
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2747	2,8%
upośledzenie umysłowe	4522	4,6%
całościowe zaburzenia rozwojowe	128	0,1%
pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego	245	0,2%
zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	447	0,5%
nieokreślone zaburzenia psychiczne	576	0,6%

Źródło: Łódzki Urząd Wojewódzki, Sprawozdanie MZ 15, dane za 2011

3.2.2 Charakterystyka Poradni Zdrowia Psychicznego i ich pacjentów

W województwie łódzkim w 2011 roku funkcjonowało 80 Poradni Zdrowia Psychicznego, z czego 71 posiadało kontrakt z NFZ. Najwięcej placówek miało status niepublicznych podmiotów wykonujących działalność leczniczą (54 poradnie) i publicznych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ponadto działały tam dwie indywidualne praktyki lekarskie oraz jedna placówka innego typu.

Wśród pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego w województwie łódzkim przeważały kobiety (było ich 64065, czyli 65%) nad mężczyznami, a także mieszkańcy miast (78466, 80%), nad mieszkańcami wsi.

Trzech na czterech pacjentów PZP to osoby leczone się poradniach w poprzednich latach. W 2011 roku 23839 osób leczyło się poradniach po raz pierwszy w życiu.

Tabela 8. Osoby leczone się w PZP w województwie łódzkim w 2011 roku w zależności od wieku, płci i miejsca zamieszkania

	0-18	19-29	30-64	65 i więcej
ogółem	696	12657	63396	21527
mężczyźni	402	4991	23063	5755
kobiety	294	7666	40333	15772
mieszkańcy wsi	175	2403	13444	3788
mieszkańcy miast	521	10254	49952	17739

Źródło: Łódzki Urząd Wojewódzki, Sprawozdanie MZ 15, dane za 2011

Osoby młode do 30 roku życia stanowiły w łódzkich poradniach 13,6% (13353 osób) wszystkich pacjentów. 60% tej grupy to kobiety, 40% mężczyźni. 20% sposób najmłodszych pacjentów to mieszkańcy terenów wiejskich. Młodzi pacjenci poradni zdrowia psychicznego to przede wszystkim osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe, schizofrenię, zaburzenia osobowości, epizody afektywne oraz nawracające depresje i zaburzenia dwubiegunowe (Tabela 9).

Tabela 9. Rodzaje zaburzeń psychicznych wśród pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego w wieku do 30 roku życia w województwie łódzkim w 2011 roku.

	N=	%
--	----	---



zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48)	4473	32,6%
schizofrenia (F20)	1767	12,9%
upośledzenie umysłowe (F70-F79)	1490	10,9%
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1142	8,3%
epizody afektywne (F30 i F32)	983	7,2%
depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (F31 i F33)	975	7,1%
organiczne zaburzenia psychotyczne (F03, F05, F06)	423	3,1%
organiczne zaburzenia niepsychotyczne (F00, F01, F02, F04, F07, F08, F09)	407	3,0%
inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe /bez afektywnych i schizofrenii/ (F21-F29)	356	2,6%
inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F34-F39)	276	2,0%
zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98)	273	2,0%
zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	255	1,9%
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (F50)	251	1,8%
nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99)	226	1,6%
pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego	149	1,1%
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi związane z nadużywaniem alkoholu	102	0,7%
inne zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F51-F59)	88	0,6%
całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)	74	0,5%

Źródło: Łódzki Urząd Wojewódzki, Sprawozdanie MZ 15, dane za 2011

4 WYMIARY WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO

Wykluczenie społeczne jest kategorią coraz częściej obecną w dyskursie publicznym. Pojawiają się nowe inicjatywy zmierzające do włączania rozmaitych kategorii i grup osób do życia społecznego. Należy zaznaczyć, iż wykluczenie społeczne nie jest zjawiskiem nowym – towarzyszy społeczeństwom od zarania dziejów. Nową cechą jest natomiast z jednej strony pojawiający się wraz z atomizacją społeczną wzrost jego nasilenia i kształtowanie się zupełnie nowych wymiarów, dotyczących wielu ludzi i czyniących z wykluczenia istotny



czynnik różnicowania społecznego, a z drugiej rozpowszechnienie egalitarystycznych polityk, które podkreślają wartość spójności społecznej i inkluzji.

Wykluczenie społeczne najszerszej może być zdefiniowane jako niepodejmowanie zwyczajowej i społecznie akceptowanej drogi życiowej lub wypadanie z niej. Oznacza ono dobrowolną bądź wymuszoną uwarunkowaniami zewnętrznymi (biedą, bezrobociem, kalectwem, nieakceptowanym przez środowisko zachowaniem czy preferencjami seksualnymi i innymi) izolację jednostek lub grup społecznych od zbiorowości i instytucji współczesnego państwa. W praktyce wykluczenie społeczne wiąże się z funkcjonowaniem poza nawiasem praw i przywilejów społeczeństwa i usytuowaniem wykluczonej społeczności czy grupy na najniższym szczeblu hierarchii społecznej.¹² Wykluczenie przejawia się na różne sposoby i obejmuje wiele różnorodnych zjawisk społecznych. Koncentruje uwagę na kwestiach uczestnictwa i społecznej izolacji, poprzez co definiuje wykluczonych jako tych, którzy formalnie przynależąc do wspólnoty lub społeczeństwa, nie są w stanie w pełni korzystać z owoców tej przynależności i dobrodziejstw uczestnictwa. O ile bowiem przynależność do grupy czy społeczeństwa wiąże się z posiadaniem określonych praw, o tyle koncepcja wykluczenia społecznego wskazuje właśnie na nierealizowanie uprawnień przysługujących jednostce ze względu na sam fakt uczestnictwa czy przynależności do jakiegoś układu społecznego.

Wykluczenie społeczne dotyczy przede wszystkim takich osób, rodzin lub grup ludności, które żyją w niekorzystnych warunkach ekonomicznych (ubóstwo materialne), zostają dotknięte niekorzystnymi procesami społecznymi, wynikającymi z masowych i dynamicznych zmian rozwojowych, np. dezindustrializacji, kryzysów, gwałtownego upadku branż czy regionów. Często osoby te nie zostały wyposażone w kapitał kulturowy umożliwiający zdobycie odpowiedniego poziomu kwalifikacji, wejście na rynek pracy lub założenie rodziny, co dodatkowo utrudnia dostosowywanie się do zmieniających się warunków społecznych i ekonomicznych. Następstwem wykluczenia społecznego jest również brak dostępu do odpowiednich instytucji pozwalających na zwiększanie szans, takich jak instytucje edukacyjne, zdrowia, kulturalne, czy wręcz do nieformalnych grup, które sprzyjają pomnażaniu kapitału społecznego. Jako grupy najbardziej zagrożone wykluczeniem społecznym wskazuje się:

- długotrwale bezrobotnych,
- odbiorców pomocy społecznej,
- samotnych rodziców, będących w trudnej sytuacji społecznej, życiowej,
- bezdomnych,
- osoby uzależnione w sposób problemowy od alkoholu, narkotyków, leków,
- osoby z różnego typu niepełnosprawnościami
- więźniów i osoby opuszczające zakłady karne,
- uchodźców i osoby napływowe mające problemy z integracją społeczną,
- młodzież z rodzin patologicznych
- mieszkańców rejonów peryferyjnych, zwłaszcza popegeerowskich.

Należy zaznaczyć, że wykluczenie społeczne występuje w wielu wymiarach. Najpowszechniej opisywanym w literaturze jest wymiar ekonomiczny, czyli wykluczenie spowodowane ubóstwem, które wiąże się zazwyczaj z niemożnością uczestnictwa w życiu społecznym, kulturalnym, czy politycznym. Ponadto można mówić o wykluczeniu przestrzennym, związanym z miejscem zamieszkania i wynikającym z niego brakiem dostępu do pewnych typów instytucji czy możliwości. Wykluczenie zawodowe dotyczy tych grup osób, które najczęściej z powodu niskiego wykształcenia lub braku doświadczenia, wbrew własnej woli pozostają poza rynkiem pracy. Coraz powszechniej ostatnio komentowanym wymiarem jest wykluczenie cyfrowe, odnoszące się nie tylko do różnic w dostępie do komputerów i Internetu (wykluczenie cyfrowe pierwszego stopnia), ale również do różnic w zakresie umiejętności posługiwania się nimi, jakości połączenia (zwłaszcza w małych miastach i na wsiach) czy też znajomości języków obcych, pozostającej w bezpośrednim związku z ilością informacji, które pozostają w

¹² Jarosz M., *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny, etniczny*, ISP PAN, Warszawa 2008.



zasięgu danej osoby. Wymienione wyżej i inne wymiary wykluczenia społecznego są ze sobą ściśle związane i nierzadko współwystępują.

Osoby niepełnosprawne są jedną z grup w sposób szczególny narażonych na wykluczenie społeczne. Wśród nich w opinii ekspertów w stosunkowo najgorszej sytuacji znajdują się osoby cierpiące na choroby i zaburzenia psychiczne. Doświadczają one odrzucenia zarówno w wymiarze personalnym, przez środowisko społeczne, które obawiając się ich zachowania, odsuwa się od nich, jak i na gruncie zawodowym, z powodu lęku pracodawców przed zatrudnieniem ich, a niejednokrotnie również z powodu braku wiary samych osób niepełnosprawnych w możliwość efektywnego podjęcia jakiegokolwiek aktywności społecznej, w tym zawodowej. W grupie osób chorujących psychicznie zjawisko wykluczenia społecznego manifestuje się ze szczególną siłą. Jak pisze Kaszyński, problem ten porównać można do „walki na ostatniej linii frontu”¹³. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi mamy bowiem do czynienia nie tylko zewnętrznymi, ale przede wszystkim wewnętrznymi determinantami wykluczenia. **W przypadku tej grupy mówić możemy o swego rodzaju podwójnym wykluczeniu.** Z jednej strony, tak jak inne grupy osób niepełnosprawnych, chorujący psychicznie doświadczają ekonomicznych i społecznych konsekwencji swojej inności oraz złego stanu zdrowia. Z drugiej natomiast strony równie silne jest samowykluczenie – „choroba psychiczna (np. ostre przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia urojeniowe, schizofrenia, zespoły schizofrenopodobne, ciężkie epizody depresji, psychotyczne zaburzenia afektywne) to stan, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym, a światem urojeń i halucynacji. To stan rozbicia granic własnego „ja”, któremu towarzyszą poważne zaburzenia emocjonalne. Choroba wiąże się z potrzebą wycofywania się z dotychczasowych kontaktów społecznych, które stają się zbyt obciążające. W izolacji pacjent stara się odzyskać utracony wpływ na własne życie, bezskutecznie poszukuje przyczyny głębokiej depresji lub nagłych zmian nastroju.¹⁴”. Stan wewnętrznego wykluczenia doskonale oddaje wypowiedź jednego z naszych rozmówców (matki osoby chorującej).

No on się wycofuje. On, tak jak mówiłam, próbował kiedyś tam startować w urzędzie pracy do jakiejś pracy, poszukiwać pracy, ale bez powodzenia. Zniechęcił się i w związku z tym nigdzie już więcej nie chodzi. Tym bardziej, że ta fobia społeczna narasta. On nie znosi obok siebie drugiej osoby. Jak idzie do hipermarketu, dobrze, że są te hipermarkety, to nie korzysta z kasy z personelem, tylko idzie do automatycznej tej kasy, dlatego żeby nie mieć kontaktu z człowiekiem. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

Diagnoza choroby psychicznej jest dla większości osób zdarzeniem totalnie zmieniającym bieg ich życia. Same objawy zdrowotne które towarzyszą większości zaburzeń mogą powodować lęk u chorych. Jednocześnie zmieniają się ich relacje ze środowiskiem społecznym, sytuacja zawodowa, często również materialna. Wiele osób zostaje wytraconych ze swojej dotychczasowej drogi życia. Choroba psychiczna jest dla większości z nich doświadczeniem totalnym, wywierającym znaczący wpływ na wszystkie dziedziny życia ich i ich otoczenia.

Najczęściej wymienianymi przez ekspertów wymiarami wykluczenia społecznego dotyczącym osoby chorujące psychicznie są wykluczenie zawodowe i towarzyskie, jako te mające największy wpływ na życie osobiste osób z zaburzeniami psychicznymi. Obrazuje to poniższa wypowiedź:

Ja myślę, że wszyscy pacjenci będą podkreślali, że dwa obszary są dla nich szczególnie ważne: relacje i praca, to tam jest najwięcej wykluczenia, dystansu i piętna. Jeżeli człowiek ma więzi, relacje, kontakty, prawda, czyli bliskiego człowieka i ma pracę no to tak jak u nas, no to wie pani to ma wszystko. Chciałabym się zakochać i mieć pracę, no koniec, to jest koniec wykluczenia społecznego. [DZIAŁACZ ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

¹³ Kaszyński H, Osoby chore psychicznie jako grup beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy. Warszawa 2006. Fundacja Inicjatywy Społeczno – Ekonomicznych (FISE)

¹⁴ Tamże



Wykluczenie zawodowe przejawia się przede wszystkim w niechęci pracodawców do zatrudniania osób z tym rodzajem niepełnosprawności. Utrata pracy i problemy z ponownym jej podjęciem (lub podjęciem pierwszej pracy) powodują u chorych negatywne konsekwencje w wielu warstwach życia. Brak codziennych bodźców i obowiązków, z którymi wiąże się praca, znacznie utrudnia ich powrót do zdrowia, rodzi poczucie niskiej wartości oraz małej skuteczności własnych działań. Osoby te tracą kontakty z społecznymi z osobami zdrowymi. Długotrwałe problemy z podjęciem aktywności zawodowej powodują przyjęcie biernej, bezczynnej postawy, która utrudnia radzenie sobie z codziennymi problemami. Jednocześnie nie można zapominać o wiążącym się z bezrobociem ubóstwie i zależnością finansową od innych – czy to systemu opieki społecznej, czy członków najbliższej rodziny.

Jak popatrzymy na przeżywanie sytuacji [braku pracy], to raczej ci ludzie nie przeżywają jej jako bezrobotni, tylko przeżywają jako pacjenci. Bo przeżycie, jako bezrobotny, to by znaczyło, że coś można zmienić.. Najczęściej ludzie nie myślą sobie: „Jestem bez pracy”, tylko „Jestem chory” przede wszystkim. [SOCJOLOG]

Kolejną dziedziną życia, którą najbardziej dotyka sytuacja choroby psychicznej jest życie towarzyskie i rodzinne. Niektóre zaburzenia psychiczne wiążą się z zachowaniami, które mogą być odbierane jako dziwactwa, wzbudzać lęk i niechęć do kontaktów. Ponadto osoby chore psychicznie bywają odtrącane przez dotychczasowych znajomych. Należy zauważyć, że eksperci tłumaczyli to nie tylko lękiem przed chorobą psychiczną, ale również brakiem wiedzy o tym, jak się zachowywać i czego się spodziewać po osobie chorej. Z drugiej strony sama choroba może objawiać się rozluźnianiem więzi społecznych i chęcią odseparowania się od dotychczasowego środowiska. Kontakty osób z niepełnosprawnością psychiczną często ograniczają się do innych osób chorych – znajomych ze szpitala, ośrodka rehabilitacyjnego czy organizacji pozarządowej. Niewielu pacjentów utrzymuje zażyłe kontakty z niespokrewnionymi osobami zdrowymi. Z tego również powodu ogromną rolę w życiu tej grupy osób odgrywają ich rodziny.

No przede wszystkim takie wykluczenie społeczne, towarzyskie. I to widać, tak? Bo upośledza na to na pewno kontakty. I kontakty z rówieśnikami w dużej mierze. Jedno z pierwszych pytań, które ja zadaję na wywiadzie wstępnym, właśnie o kontakty towarzyskie, ze znajomymi. Bardzo mały procent ma jednego, dwóch znajomych. Przeważnie są to znajomi ze szpitala. Czyli takie więzi, które udaje im się już nawiązać wcześniej, to wszystko się rozpada. Osoby te są bardzo samotne... [PRACOWNICZKA ŚDS]

Należy jednocześnie zaznaczyć, że niepełnosprawność psychiczna jest najbardziej stygmatyzującym rodzajem niepełnosprawności. O ile inne niepełnosprawności budzą w ludziach współczucie i chęć pomocy, choroby psychiczne wywołują przede wszystkim lęk. Świadomość społeczna dotycząca tego typu zaburzeń jest bardzo niska i często potoczna, naznaczona stereotypami. Przykładem takiego traktowania może być brak rozróżnienia w potocznej wiedzy między niepełnosprawnością psychiczną a intelektualną, co powoduje nadanie etykiety „głupka”, mimo iż choroby psychiczne nie zaburzają funkcjonowania intelektualnego. Ważną różnicą między niepełnosprawnością psychiczną a innymi niepełnosprawnościami jest również ich obecność w dyskursie medialnym. O ile coraz więcej osób z niepełnosprawnością ruchową, wzroku czy słuchu otwarcie mówi o swoim życiu, o tyle chorzy psychicznie ciągle pozostają pewnego rodzaju tabu. Chorzy boją się stygmatyzacji i odium choroby psychicznej, ale jednocześnie ich brak w sferze publicznej nie sprzyja zmianom postaw społeczeństwa.

Po pierwsze osoba chora psychicznie wzbudza mniej współczucia [niż inne osoby niepełnosprawne], ponieważ jest mniej widoczna od niepełnosprawności ruchowych na przykład. Wzbudza więcej lęku, bo jest to związane z pewną nieprzewidywalnością i z jakimś poczuciem zagrożenia. I myślę, że wzbudza też jakiś rodzaj często takiego... rozbawienia, że to są osoby, które się wydają śmieszne i łatwo stają się obiektem jakichś prześladowań [PSYCHIATRA]

W kolejnych rozdziałach szczegółowo zanalizowane zostaną determinanty, jak i przejawy wykluczenia społecznego osób chorujących psychicznie. Rozważać będziemy je na następujących wymiarach:



- 🔄 Sytuacja rodzinna i wsparcie ze strony najbliższych
- 🔄 Dobrostan psychiczny
- 🔄 Sytuacja materialno – bytowa
- 🔄 Aktywność społeczna
- 🔄 Aktywność ekonomiczna
- 🔄 Kapitał kulturowy i przygotowanie do rynku pracy
- 🔄 Stygmatyzacja i dyskryminacja



5 SYTUACJA RODZINNA I WSPARCIE ZE STRONY NAJBLIŻSZYCH

Schorzenia psychiczne tak jak żadna inna choroba, czy też niepełnosprawność zmieniają życie osoby chorującej, ale również jej najbliższej rodziny i otoczenia. Uczestniczące w zrealizowanym badaniu rodziny zgodnie potwierdzają, iż pojawienie się choroby całkowicie zmieniło ich dotychczasowe życie. Przy czym nie można tutaj mówić o jakiś konkretnych, wspólnych dla wszystkich zmianach. Doświadczenia rodzin są diametralnie różne, tak jak różne są indywidualne przypadki chorób i ich przebiegu w czasie. To co łączy rodziny chorujących to wyrażane powszechnie poczucie destabilizacji i nieprzewidywalności. Nasi rozmówcy opisywali nową rzeczywistość, w której przyszło im się znaleźć mianem „kabaretu”, „rozpędzonej kolejki górskiej”, „chaosu”. Wspólna jest też obawa, przed tym co w każdej chwili może się zdarzyć, czego nie można przewidzieć i zaplanować. Dobrze oddają to poniższe wypowiedzi członków rodzin osób chorujących:

Ale jak to wpływa na życie codzienne rodziny? Oj to trudno tak odpowiedzieć. Taka mieszanka jest, bo to każdy miesiąc, każdy dzień jest inny. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

Teraz są leki, przede wszystkim jeśli się doberze leki, które pomagają i pozwalają nie mieć tych objawów ubocznych, które kiedyś były bardzo ciężkie to wtedy ta osoba nie sprawia kłopotu, jest normalnym, kochanym i kochającym członkiem rodziny. Natomiast jeśli zaczyna, z jakiś powodów na przykład kiedy chory przestaje brać leki bo bardzo często się to zdarza. Mogą być też właśnie jakieś egzystencjalne rzeczy, pogorszenie sytuacji materialnej w rodzinie i wtedy zaczynają się objawy zwiastunowe. Proszę mi wierzyć, że wtedy wszyscy którzy stykają się z tą osobą zaczynają odczuwać potworny, przerażający strach. Nie dlatego, że się obawiają, że ten ktoś coś zrobi tylko właśnie przed tym co się stanie kiedy on zacznie chorować, bo wtedy to jest coś okropnego czego nie da się opisać, to trzeba przeżyć [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

Co prawda zawsze tak z lekkim niepokojem dzwonię, bo mój syn mieszka ze swoją dziewczyną, nie z nami nie z mężem tylko oddzielnie, jakoś sobie radzą. Jego dziewczyna nie choruje ale ma siostrę chorą i dlatego może więcej zrozumieć niż ktoś z takiego zupełnie normalnego środowiska. Także zawsze mam jakiś taki niepokój. Wie Pan to jest coś takiego, że jak się nie odzywa, nie ma telefonu albo wiem, że ma jakiś problem to zaraz dzwoni i tak myślę czy będzie mówił normalnie czy będzie coś znowu ukrywał. Taki trzepocik, drżenie jest cały czas. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

Na podstawie opisywanych przeżyć towarzyszących pojawieniu się chorego i wieloletniemu trwaniu wyróżnić można cztery główne fazy, przez które przechodzą rodziny osób chorujących.

- 🔄 **Wątpliwości i troska:** przed pojawianiem się pierwszego ostrego epizodu rodziny zwracają uwagę na nietypowe, dziwne zachowania, nie przypisując ich jeszcze chorobie lecz często tłumacząc charakterem, przemęczeniem
- 🔄 **Przerażenie i bezradność:** pojawieniu się pierwszego epizodu towarzyszy zawsze szok i przerażenie, strach przed tym co będzie i czym jest choroba
- 🔄 **Nauka:** po diagnozie i rozpoczęciu terapii najbliżsi zaczynają się uczyć swojej nowej rzeczywistości, relacji z chorym, odczytywania symptomów zwiastujących pogorszenie stanu zdrowia
- 🔄 **Krucza stabilizacja:** ostatnią, a zarazem nigdy niekończącą się fazą jest swego rodzaju stabilizacja, w której rodziny poprzez wprowadzenie zasad, rytuałów, zwyczajów, starają się okiełznać nieprzewidywalność i nadać rzeczywistości względnie zwykły i normalny bieg.

Opisany proces „godzenia się” z nową rzeczywistością dobrze oddają poniższe wypowiedzi:

No wszyscy się śmieją, ona uważała, że coś wesołego, a on jeden, jedyny jest poważny. Ja mówię, no poważny, to on jest zawsze, no i on zawsze taki był. I ją uspokoiłam i siebie też i w zasadzie, no myślę, że w tamtym czasie należałoby podjąć jakieś kroki, ale on po prostu zawsze taki był. Taki stonowany, taki cichutki. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]



Był to straszny szok dla żony i dla mnie. Trudno było się pogodzić. Gdy ten epizod zaczął ustępować to zaczęliśmy analizować dlaczego do tego doszło. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

Trafiałam na bardzo mądrego lekarza, właśnie na ulicy Aleksandrowskiej, ponieważ jestem mieszkanką Teofilowa. W pawilonie dziesiątym wtedy był świętej pamięci doktor Wierzbicki i on, kiedy ja się do niego zwróciłam odesłał mnie do literatury. To ja naprawdę po Łodzi biegałam, szukałam książek, które on mi polecił i czytałam je z encyklopedią w ręku. To była moja nauka, jeśli chodzi o chorobę dziecka. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

Dużo jest stabilności według naszego odczucia bo my jesteśmy już przyzwyczajeni, że ta choroba jest, że ona będzie i trzeba sobie radzić z nią a więc my nie przeżywamy w tej chwili jakiegoś takiego załamania i nieszczęścia. Początek był okrutny, że straciliśmy człowieka wartościowego. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

W zgodnej opinii wszystkich ekspertów, a także w świetle analizy literatury najbliższe otoczenie, rodzina ma kluczowe znaczenie dla rehabilitacji i powrotu do zdrowia oraz aktywności społecznej i ekonomicznej osoby chorującej. Pisze o tym Kaszyński¹⁵: „Szczególne znaczenie w odzyskiwaniu zdrowia psychicznego mają wszelkie oddziaływania, których celem jest ukształtowanie w miejscu zamieszkania chorego zróżnicowanych ośrodków oparcia społecznego. Dzięki nim oraz swoim staraniom człowiek, który doświadczył kryzysu psychicznego potrafi stopniowo powracać do aktywnego życia. Może pracować, mieszkać, przyjaźnić się, czyli używając ogólnego sformułowania, uczestniczyć w życiu społecznym ze względnie wysokim poczuciem bezpieczeństwa. Osoba chorująca psychicznie może, powinna i chce żyć wśród nas”. Wobec ograniczonych kontaktów społecznych osób z zaburzeniami psychicznymi, niejednokrotnie jedyne znaczące osoby w ich życiu to członkowie rodziny. Bardzo często są oni jedynym pozainstytucjonalnym źródłem wsparcia, zarówno psychicznego, jak i ekonomicznego.

Najbliższe otoczenie, rodzina w dwojaki sposób wpływać może na sytuację osoby chorującej – w sposób pośredni, związany z czynnikami szeroko rozumianego pochodzenia społecznego (wykształcenie i zamożność rodziny, występujące wzorce i postawy życiowe w zakresie edukacji i pracy) oraz bezpośredni, poprzez wyrażane nastawienie i sposób traktowania. Obydwie grupy czynników w odpowiednim układzie wzmacniają, bądź też osłabiają motywację osoby chorującej do podejmowania aktywności życiowej i przełamywania ograniczeń wynikających z choroby. W badaniu realizowanych na zlecenie PFRON¹⁶ wyróżniono trzy typy postaw opiekunów, wśród których równie szkodliwa może być nadopiekuńczość, co sam brak wsparcia:

- **Dobre wsparcie**, postawa pełna akceptacji i zrozumienia dla niepełnosprawnego i jego problemów. Opiekunowie traktują osobę niepełnosprawną jak partnera, równoprawnego członka rodziny, dając mu swobodę w działaniu i podejmowaniu decyzji.
- **Nadopiekuńczość**, wiąże się z traktowaniem osoby niepełnosprawnej przez pryzmat jej choroby. Opiekunowie uważają, iż osoba niepełnosprawna nie poradzi sobie bez ich pomocy i wsparcia oraz, iż ze względu na swoją chorobę może liczyć na „ulgowe” traktowanie. W konsekwencji niewiele od niej wymagają i za wszelką cenę starają się ją chronić przed zewnętrznym „złym” światem.
- **Brak wsparcia**, postawa ta wiąże się z brakiem akceptacji, wiedzy i zrozumienia dla niepełnosprawności i wynikających z niej ograniczeń. W konsekwencji opiekunowie nie dają niepełnosprawnemu potrzebnemu mu wsparcia psychicznego, pozostawiają go samemu sobie, często w ogóle nie interesując się jego losem.

Specyficznym problemem, z którym spotykają się osoby chorujące psychicznie jest nadopiekuńczość członków rodzin, zwłaszcza matek, którą eksperci wskazują jako jedną z barier wchodzenia osób chorujących na rynek

¹⁵ Kaszyński H, Osoby chore psychicznie jako grup beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy. Warszawa 2006. Fundacja Inicjatywy Społeczno – Ekonomicznych (FISE)

¹⁶ A. Morysińska. M. Sochańska. E. Belta. Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych, Raport z badań, Pentor RI na zlecenie PFRON, Warszawa 2009



pracy¹⁷. Obserwacja ta pozostaje w zgodzie z wcześniejszymi badaniami osób niepełnosprawnych¹⁸, z których wynika, iż najważniejszą osobą w życiu wielu z nich jest w matka, która pomaga w załatwianiu wszystkich spraw codziennych. Respondenci tego badania w większości nie mogli liczyć na pomoc nikogo spoza najbliższej rodziny (brak asystentów, opiekunek społecznych, wolontariuszy), a w związku z tym wykazywali dużą zależność od swojej rodziny. Z drugiej strony istnieją sytuacje, kiedy rodzina odcina się od osoby chorej psychicznie, kierowana wstydem bądź strachem przed stygmatyzacją, jednak sytuacja ta ma miejsce coraz rzadziej, prawdopodobnie za sprawą zmieniającej się powoli świadomości społecznej i akceptacji również tego typu niepełnosprawności.

Bardzo ważne jest to, żeby to nie była ani odrzucająca rodzina, ale też nie nadmiernie opiekująca się. Bo za każdym razem, kiedy widzę, że mama prawie za rękę przyprowadza dorosłego człowieka, no to ona mu nie pozwoli rozwinąć skrzydła. Takie chore dziecko jest jej do czegoś potrzebne, więc szansa na to, że on zostanie wypuszczony w świat i gdzieś będzie chciał samodzielnie jest żadna. No ona na to nie pozwoli. Jak on sam da radę, a jak zachoruje, to kto przyjdzie, kto poda leki, kto się nim zaopiekuje.

B: Dokładnie, a kiedy kiedyś rodziców zabraknie?

O: Ale o tym rodzice nigdy nie myślą. Jeżeli mamy do czynienia z tymi nadopiekuńczymi rodzicami. Oni kompletnie nie myślą o tym, że kiedyś to dziecko jednak... że warunki sprawiają, że zostanie samo. [PSYCHIATRA]

Postawy nadopiekuńcze ujawniły zrealizowane wywiady grupowe z rodzinami osób chorujących, choć Ci ostatni w rozmowie ich nie identyfikowali mówiąc raczej o trosce ze strony rodziny. Konieczność przełamania tego typu nastawienia dobrze obrazuje poniższa wypowiedź jednej z matek biorących udział w badaniu.

Znaczy ja powiem tak jeszcze, bo mój syn jest z takich głęboko wycofanych takich ludzi i też było tak, że nie potrafił absolutnie nic, do niczego się nie brał, no, bo on nie umie, on się na tym nie zna i tak dalej. No i w końcu ja mówię, jak daleko, jak długo, to tak może trwać, przecież w końcu, no ja wieczna nie jestem. I podjęłam takie drastyczne kroki, ale, no, to z pewna obawą o konsekwencje, że może doprowadzi, to do jakiegoś jego załamania. Ponieważ często go zachęcałam, no zrób, to czy tamto czy siamto. Nie, on nie, na tym się nie zna. Nie, do sklepu nie pójdzie, bo on nie wie, nie... I w końcu powiedziałam tak, słuchaj, masz te trzydzieści lat, masz rentę, proszę bardzo, twoja renta, bierzesz ją i bierzesz swoje sprawy w swoje ręce. Czyli zakupy, gotowanie (...) Nie chcesz słuchać lekarza, nie chcesz brać leków. Bierzesz rentę i organizuj sobie życie sam. Oczywiście patrzyłam bacznie, co on tam robi. Proszę państwa, on zaczął robić zakupy, zaczął sobie gotować. Oczywiście za pomocą książki kucharskiej. I zaczął sobie robić wszystko sam. Czyli nie jest, to tak, że on, tak, jak w pani przypadku, że boi się pani o jego przyszłość. Ja też się boję, bo też nie wiem, ale na razie sobie jakoś radzi. . [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ]

5.1.1 Charakterystyka gospodarstw domowych i sytuacji życiowej osób chorujących psychicznie

¹⁷ ¹⁷ Kaszyński H, Osoby chore psychicznie jako grup beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy. Warszawa 2006. Fundacja Inicjatywy Społeczno – Ekonomicznych (FISE)

¹⁸ Woycicka I. (red.) Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, Warszawa, IBNGR 2010

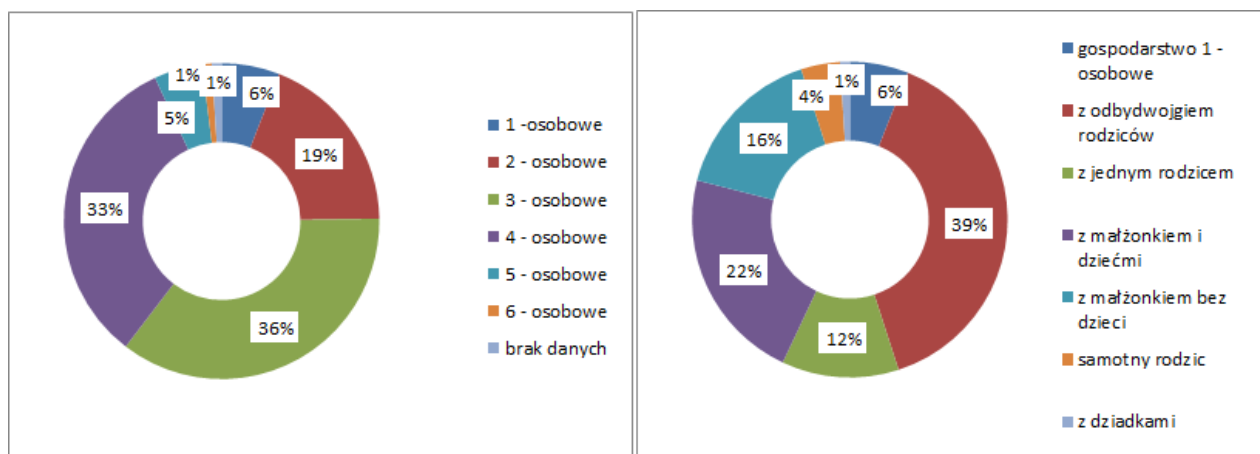
Jak pokazały zrealizowane badania, jedynie 6% młodych osób chorujących psychicznie mieszka samotnie. Ich gospodarstwa domowe najczęściej liczą 3-4 osoby (69%). Połowa badanych (51%) wciąż zamieszkuje z przynajmniej jednym z rodziców, 38% prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe wraz z współmałżonkiem/partnerem, nieco ponad co czwarty badany (26%) posiada dzieci. 4 na 100 respondentów samotnie wychowywało dzieci (Rysunek 6, Rysunek 8).

Zrealizowane badania potwierdziły, iż w przypadku osób zamieszkujących z rodzicami głównym opiekunem najczęściej pozostaje matka (ogółem 29% wskazań jako na głównego opiekuna), ojca w tej roli wskazywano trzykrotnie rzadziej (10%). W przypadku osób pozostających w stałym związku głównym opiekunem jest oczywiście najczęściej współmałżonek/partner (28%). Po 3% badanych jako głównego opiekuna wskazało babcię oraz rodzeństwo. Warto zauważyć, iż aż 21% nie potrafiło wskazać osoby, z którą spędza relatywnie najwięcej czasu.

Osoby będące w związku (zamężne, żyjące z partnerem bądź też spotykające się z kimś) stanowią ogółem nieco ponad połowę (54%) badanej populacji. Warto jednak zauważyć, iż powszechność tego typu relacji nie jest taka sama w całej objętej badaniem grupie. W bliskich związkach częściej pozostają chorujący psychicznie mieszkańcy wsi (69%) i małych miast (63%) niż dużej aglomeracji (28%), częściej kobiety (56%) niż mężczyźni (51%). Czynnikiem silnie różnicującym fakt bycia w związku jest przede wszystkim stan zdrowia. Bliskie relacje częściej nawiązują osoby krócej chorujące (59% poniżej 6 lat i jedynie 40% powyżej 60 lat) oraz nieposiadające orzeczenia o niepełnosprawności (59% w stosunku do 46% wśród osób prawnie niepełnosprawnych). Spośród wszystkich grup objętych badaniem w stałe związki najrzadziej wchodzi osoby chorujące na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne (25%) oraz cierpiące z powodu zaburzeń afektywnych (41%) (Rysunek 10).

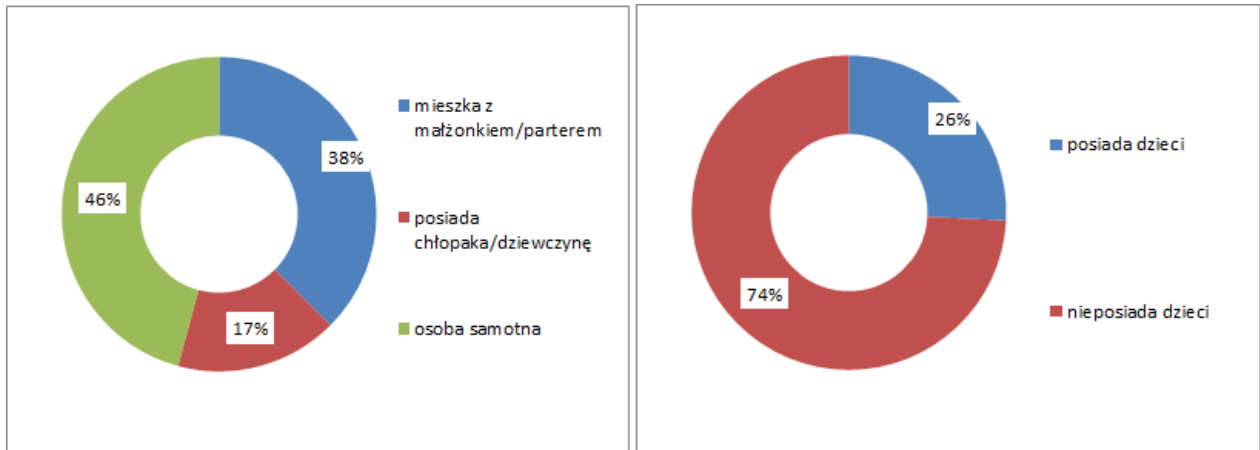
Z zebranych deklaracji wyłaniają się dwie główne przyczyny niewchodzenia w stałe związki - przyzwyczajenie do samotności i „kawalerskich” nawyków (42%), oraz obawa przed nawiązaniem bliskiej relacji z drugą osobą – lęk przed odrzuceniem (26%), obawa czy sprosta się nowym obowiązkom (23%), lęk przed nieporadzeniem sobie w związku (21%), czy wreszcie rozczarowaniem drugiej osoby (19%). Znaczny odsetek respondentów wskazywał także na negatywne doświadczenia z poprzednich związków, jako czynnik powstrzymujący przed nawiązywaniem nowych relacji (28%).

Rysunek 8 Charakterystyka gospodarstw osób chorujących psychicznie. N= 101



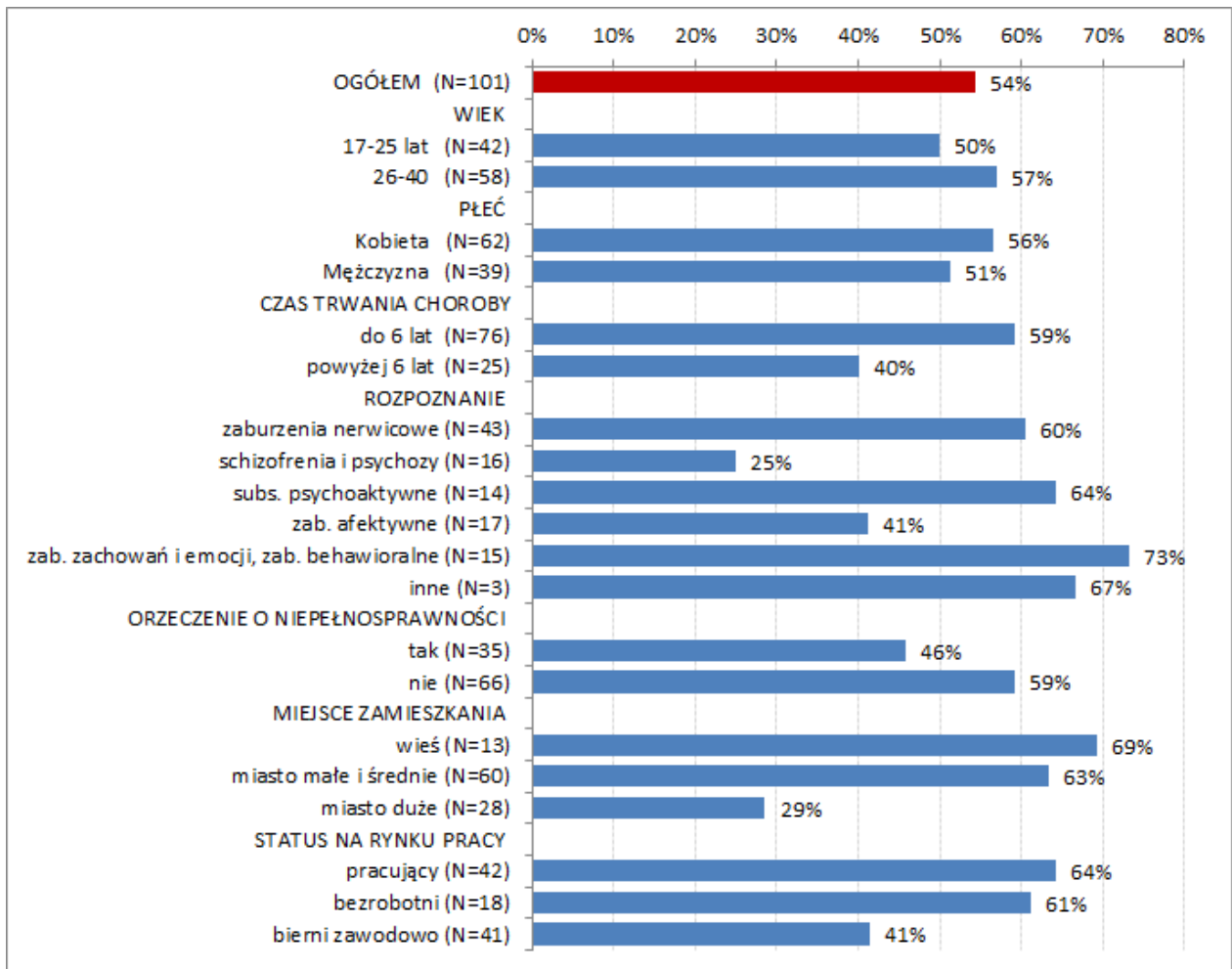
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 9 Charakterystyka gospodarstw domowych i sytuacji życiowej osób chorujących psychicznie. N= 101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 10 Osoby zamężne/w stałym związku/posiadające dziewczynę lub chłopaka. N= 101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

5.1.2 Charakterystyka wsparcia ze strony najbliższych



Wyniki zrealizowanych badań pokazały, iż młode osoby chorujące psychicznie w większości liczyć mogą właściwe wsparcie ze strony najbliższych, choć grupa pozbawiona takiego oparcia jest znacząca w świetle wiedzy o jego znaczeniu dla właściwej rehabilitacji i powrotu dla zdrowia. Na podstawie 8 zmiennych dotyczących relacji rodzinnych obliczony został syntetyczny wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych. Wynik na poziomie maksymalnym (100 punktów) wskazuje na sytuację, w której chorujący czuje się kochany, ma potrzebne wsparcie, dobrze ocenia swoje relacje rodzinne jako relacje przyjacielskie, ocenia, iż rodzina dobrze traktuje, nie wstydy się jego choroby ani jej nie zaprzecza, nie jest też zbyt opiekuńcza w stosunku do niego. Wskaźnik ten dla całej badanej populacji przyjmuje on średnią wartość 67,6 punktów na możliwe 100. Wartość mediany zbliżona jest do średniej i pokazuje, iż połowa respondentów osiągnęła lepszy, a połowa gorszy wynik na wskaźniku. W przypadku co czwartego badanego, wartość wskaźnika nie przekracza 50 punktów na możliwych 100 (I kwartyli) (Rysunek 11). Na podstawie uzyskanej liczby punktów respondenci przyporządkowani zostali do czterech segmentów. Jak wynika, z przeprowadzonej analizy najwłaściwszym rodzajem wsparcia objętych jest 38% badanych, kolejne 27% utrzymuje zaś relatywnie właściwe relacje z rodziną. W przypadku co trzeciego badanego (36%) podejrzewać możemy niewłaściwe z punktu widzenia skutecznej rehabilitacji relacje z najbliższym otoczeniem, w tym przypadku 16% (wyniki poniżej 40 punktów), mogą być one wręcz bardzo złe (Rysunek 12).

Tabela 10 Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych - Metodologia

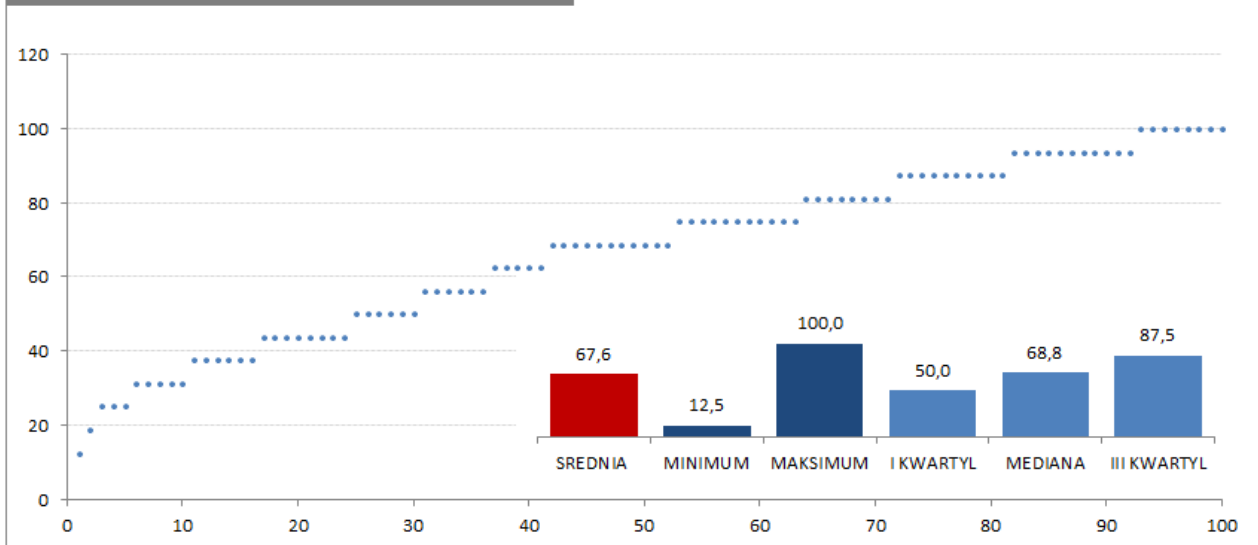
Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych

Jest miarą właściwości relacji osoby chorującej z najbliższym otoczeniem. Obliczony został na podstawie 8 zmiennych dotyczących relacji rodzinnych. Jest sumaryczną i wystandaryzowaną (do skali od 0 do 100, gdzie 100 oznacza maksymalną liczbę punktów, jaką mógł uzyskać respondent) wartością obejmującą następujące wymiary:

Wymiary tworzące wskaźnik	Liczba przyznawanych punktów			
<ul style="list-style-type: none"> Wskazanie wśród marzeń, życzeń w swoim życiu stwierdzenia „mieć lepsze relacje z rodziną” 	0 pkt			
<ul style="list-style-type: none"> Niewskazanie wśród marzeń, życzeń w swoim życiu stwierdzenia „mieć lepsze relacje z rodziną” 	10 pkt			
<ul style="list-style-type: none"> Poczucie bycia kochanym, darzonym zaufaniem 	10 pkt			
<ul style="list-style-type: none"> Brak poczucia bycia kochanym, darzonym zaufaniem 	0 pkt			
<ul style="list-style-type: none"> Posiadanie osoby, która zawsze pomoże, udzieli wsparcia, wysłucha w potrzebie 	10 pkt			
<ul style="list-style-type: none"> Nieposiadanie osoby, która zawsze pomoże, udzieli wsparcia, wysłucha w potrzebie 	0 pkt			
W jakim stopniu zgadza się Pan(i) z następującymi stwierdzeniami?	Nie zgadzam się (odpowiedzi 1,2,3)	Odpowiedź pośrednia (odpowiedzi 4,5,6)	Zgadzam się (odpowiedzi 1,2,3)	
<ul style="list-style-type: none"> źle Pana(i)ą traktują 	10	5	0	
<ul style="list-style-type: none"> wstydzają się Pana(i) choroby 	10	5	0	
<ul style="list-style-type: none"> zaprzeczają Pana(i) chorobę, czasami wbrew rzeczywistości zachowują się tak, jakby nie miał(a) Pan(i) żadnych problemów 	10	5	0	
<ul style="list-style-type: none"> są zbyt opiekuńczy 	10	5	0	
<ul style="list-style-type: none"> są dla Pana(i) przyjaciółmi 	0	5	10	
RAZEM	80 PUNKTÓW = WARTOŚĆ WSKAŹNIKA 100			

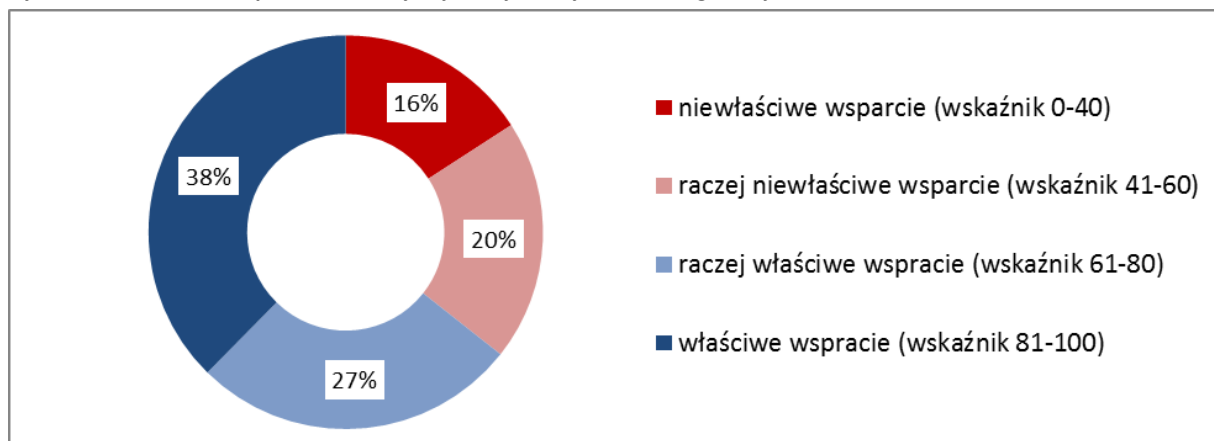
Rysunek 11 Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych. Rozkład wartości N=101

WSKAŹNIK WSPARCIA ZE STRONY NAJBLIŻSZYCH



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 12 Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych. Wyróżnione segmenty N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Prawie trzech na czterech respondentów (72%) zadeklarowało, iż wśród swoich najbliższych mają taką osobę, która zawsze im pomoże, udzieli wsparcia. Jednak jedynie 62% czuje się kochana i darzona zaufaniem. Warto zwrócić uwagę, iż wartość tego ostatniego wskaźnika jest dużo niższa niż w całej populacji osób w wieku do 35 roku życia, dla której wynosi 92%¹⁹ (Rysunek 13).

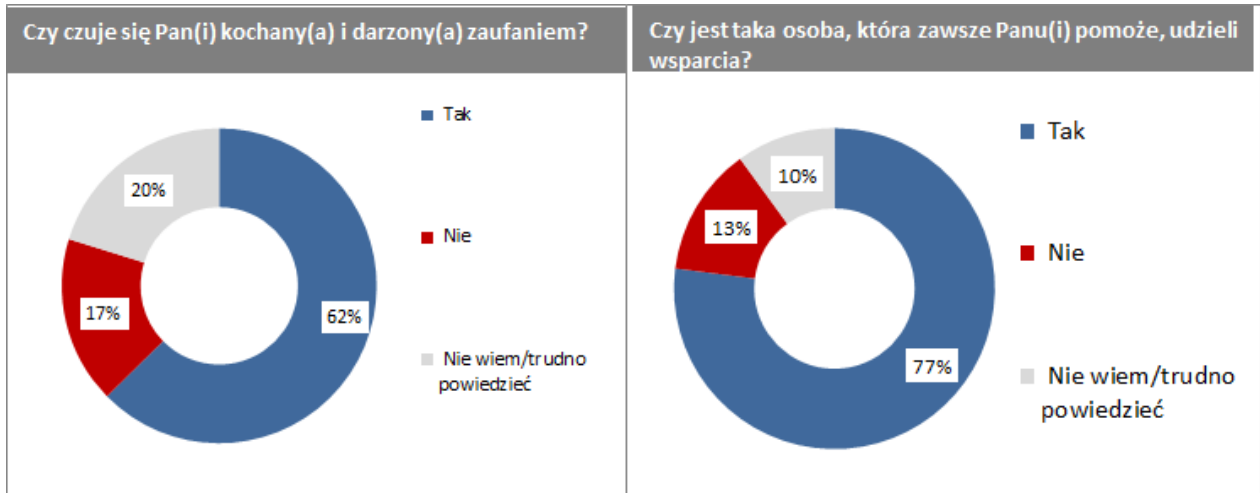
Objęte badaniem osoby chorujące średnio na rozmowy z rodziną poświęcają około godziny dziennie. Przy czym zaznaczyć należy, iż w przypadku aż 44% czynność ta zajmuje mniej niż 30 minut dziennie (Rysunek 15).

Spośród możliwych negatywnych wzorów kształtowania relacji z osobą chorującą relatywnie najczęściej skarżono się na fakt, iż rodzina nie pogodziła się z chorobą i próbuje jej zaprzeczać (36%), w drugiej zaś kolejności na nadopiekuńczość (27%). Co piąty badany (19%) odnosi wrażenie, iż jego rodzina wstydzi się choroby, 17% uważa, iż jego najbliżsi nie są jego przyjaciółmi, a 5% skarży się wprost na złe traktowanie (Rysunek 14).

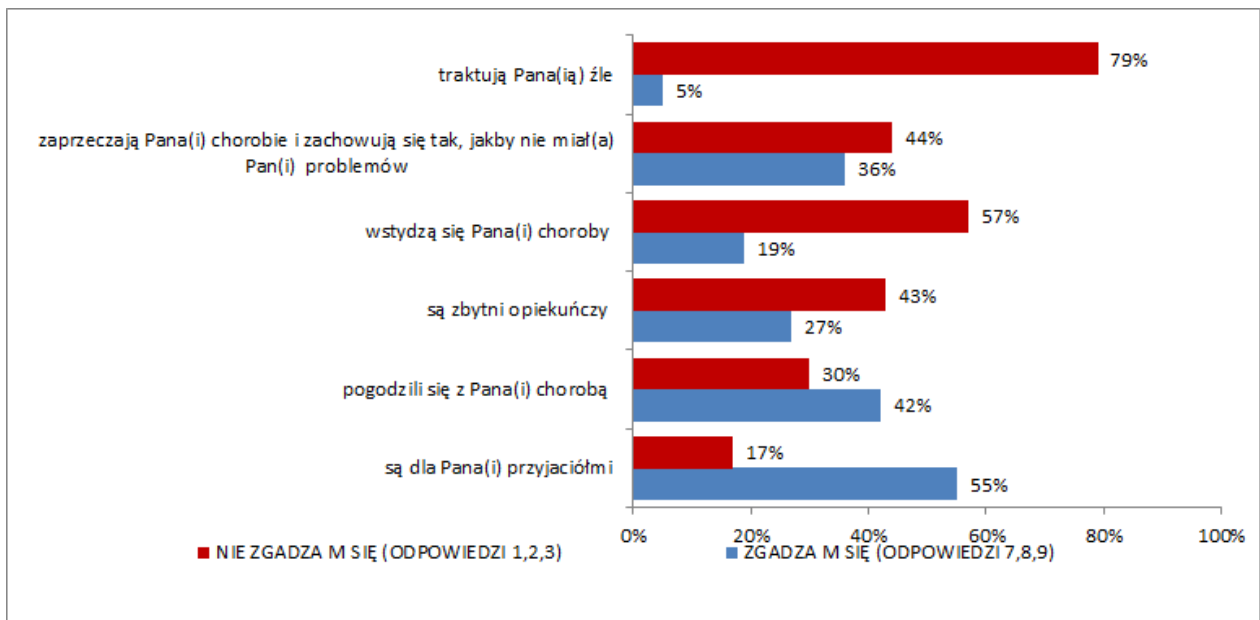
Rysunek 13 Doświadczane wsparcie ze strony najbliższych N= 101

¹⁹ Czapiński J, Panek T. Diagnoza społeczna 2009, Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa 2009

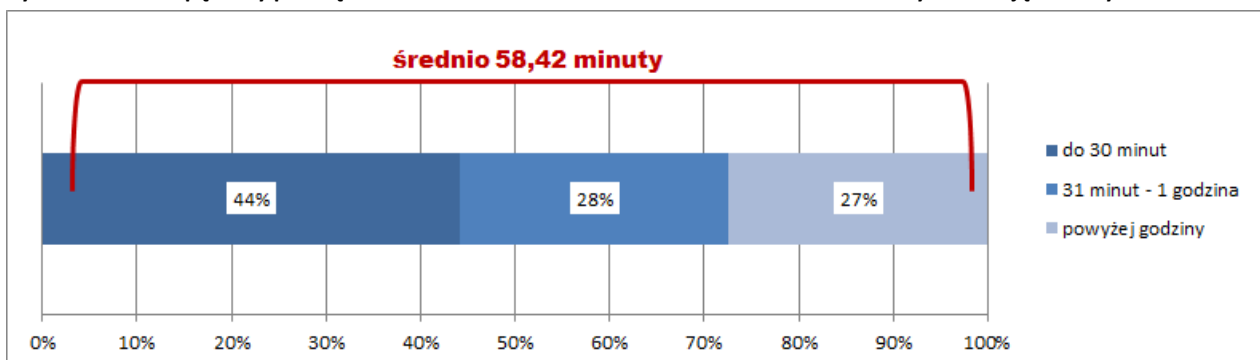
Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Rysunek 14 Sposób traktowania przez najbliższych. N= 101



Rysunek 15 Czas spędzany przeciętnie dziennie na rozmowach z domownikami. N= 95 Osoby mieszkające z innymi



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

5.2 Sytuacja materialno – bytowa

Sytuacja finansowa osób z niepełnosprawnością psychiczną generalnie postrzegana jest jako niezbyt dobra. Jest to związane bezpośrednio z problemami, jakich doświadczają osoby chorujące psychicznie na rynku pracy. Ponieważ wiele chorób psychicznych objawia się w dość młodym wieku, powszechną sytuacją wśród chorych jest przerywanie kształcenia lub też podjętej pracy zawodowej ze względu na dolegliwości zdrowotne. Efektem takiego obrotu rzeczy są bardzo niskie świadczenia rentowe z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, które są uzależnione od ilości przepracowanych lat (od 1 roku – jeżeli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat, aż do 5 lat – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat).

Większość tych osób też ma renty socjalne. Jest jakieś tam zabezpieczenie, takie minimalne. Są nieraz do tego zasiłki pielęgnacyjne, które też nie są wysokie. No, i pomoc rodziców, przede wszystkim, to jest bardzo często. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

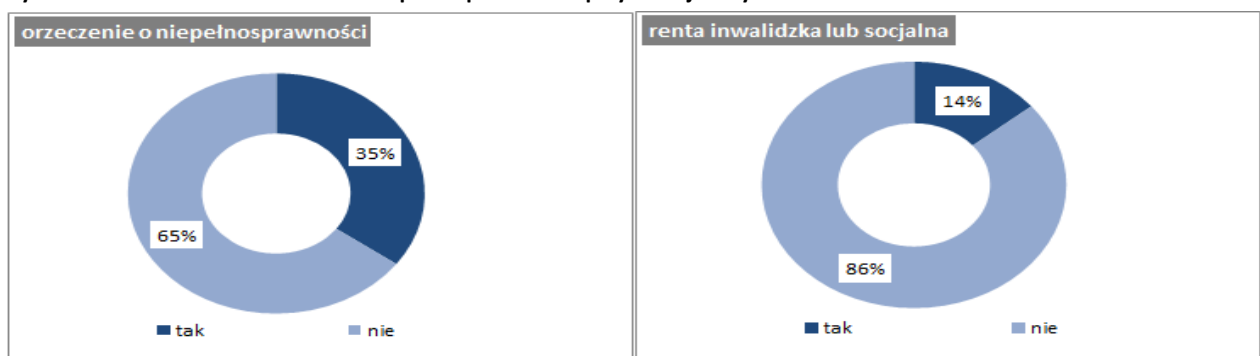
Brak wystarczających środków finansowych ma bezpośredni związek z jakością życia osób tej grupy osób niepełnosprawnych. Jak podkreślali eksperci, osoby dysponujące ograniczonymi funduszami, które często ledwo wystarczają na zaspokojenie podstawowych potrzeb, są bardziej narażone na alienację i rezygnują z uczestnictwa w życiu publicznym i towarzyskim. Pociąga to za sobą dalsze konsekwencje, również zdrowotne, gdyż osoby te wycofują się z kontaktów społecznych oraz różnych aktywności.

[Sytuacja materialna] zdecydowanie jest słaba, jeżeli to się kończy tylko na tej nieszczęsnej rencie. Ale to jest z różnych powodów właśnie. Gdy zachorowanie jest za późno odkryte, nie było połączone z nauką, albo nie było tego czasu pracy, to jest jakiś tam zasiłek z opieki społecznej, ale bez renty, no to jest dramatyczna sytuacja i to dodatkowo zniewala tych pacjentów. Nawet jakby chcieli wyjść z domu to nie bardzo mają za co się usamodzielnąć. Dlatego tak ważne jest żeby wrócili do pracy, czy zaczęli ją, bo nieraz jest tak, że oni są jeszcze przed pracą zachorowali, nawet nie posmakują tego. [PSYCHIATRA]

Jak pokazały zrealizowane badania, zdecydowana większość młodych osób chorujących psychicznie utrzymuje się z pozarentowych źródeł dochodu. Wedle deklaracji badanych, szacować możemy iż co trzeci chorujący psychicznie w wieku do 40 lat posiada orzeczenie o niepełnosprawności, a jedynie 14% ma przyznaną z tego tytułu rentę. Wynik ten pozostaje w zgodzie z opiniami ekspertów, iż wiele spośród osób chorujących psychicznie woli formalnie zataić fakt choroby, nawet kosztem pozbawienia się pewnych uprawnień. Wielu spośród chorujących i ich rodzin uznaje także stan choroby za przejściowy, nie ubiegając się tym samym o orzeczenie o niepełnosprawności, w jednoznaczny sposób wskazujące na stan trwały.

Zwłaszcza, że jak przybiją komuś paragraf, to już koniec [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Rysunek 16 Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności i przyznanej renty N= 101



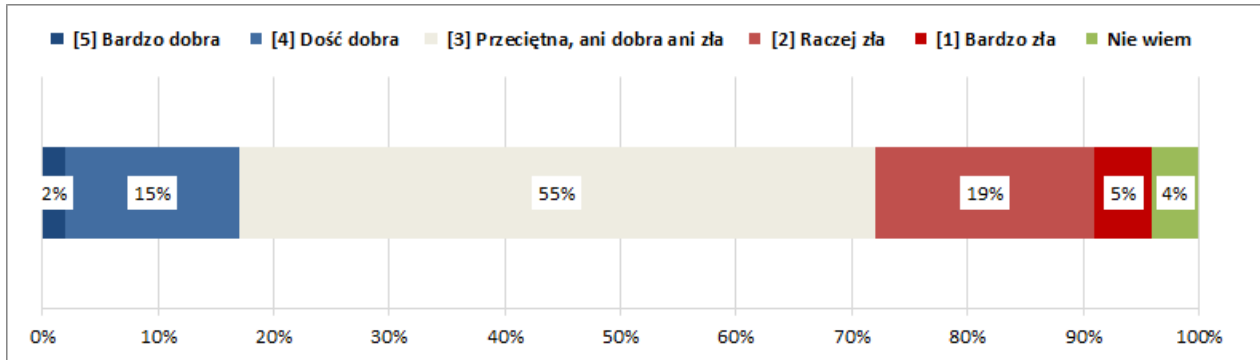
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Ponad połowa badanych (55%) określa sytuację finansową gospodarstwa domowego jako przeciętną (ani dobrą ani złą). Jednoznacznie dobrze oceniło ją 17% badanych, zaś negatywnie 24%. Jednak tylko w przypadku 32% gospodarstw domowych mówić możemy braku problemów finansowych. Zdecydowana większość (68%) gospodarstw domowych osób chorujących na przestrzeni ostatnich trzech miesięcy doświadczyła braku pieniędzy na potrzeby własne bądź gospodarstwa domowego. Badani relatywnie najczęściej odczuwali brak finansów na osobiste potrzeby, przyjemności (55%), a w drugiej kolejności na zakup potrzebnej odzieży (44%).

Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

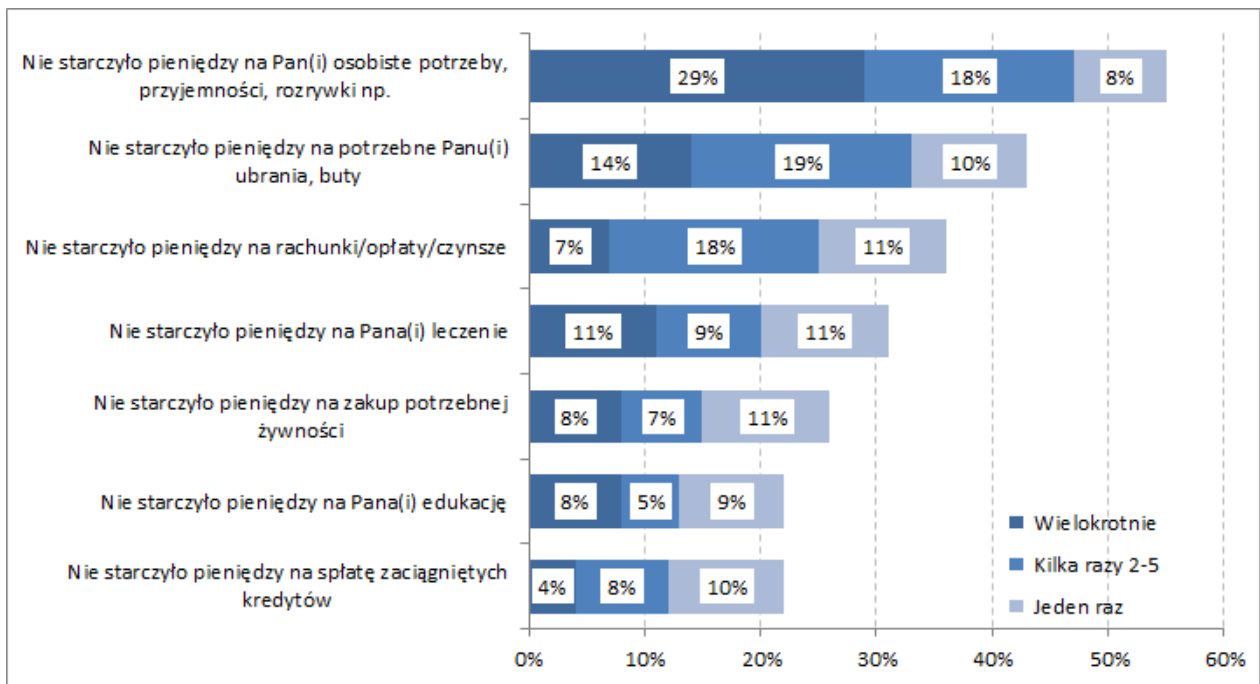
Podkreślić należy, iż w prawie co trzecim gospodarstwie (31%) nie starczyło pieniędzy na leczenie osoby chorującej, zaś w ponad co czwarty na zakup potrzebnej żywności.

Rysunek 17 Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego. N= 101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 18 Zasobność gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Czy w tym czasie zdarzyły się w gospodarstwie następujące sytuacje. N= 101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

W celu pełniejszego zobrazowania sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób chorujących stworzony został **wskaźnik zasobności**. Nie jest on obiektywną miarą dochodów, czy też ubóstwa gospodarstw



domowych²⁰, lecz wskaźnikiem odnoszącym się do subiektywnego poczucia zaspokojenia podstawowych potrzeb. Wskaźnik przyjmuje wartość od 0 do 100. Maksymalny wynik odnosi się do sytuacji, w której respondent ocenia sytuację finansową swojego gospodarstwa domowego jako bardzo dobrą i jednocześnie deklaruje, iż w ciągu ostatnich trzech miesięcy w jego gospodarstwie starczało pieniędzy na wszystkie wydatki o które pytano (Tabela 11). W badanej populacji wskaźnik zasobności przyjął średnią wartość na poziomie 58,9 punktów. Wartość mediany dzieląca rozkład na pół wynosi 61,1, co oznacza, iż połowa respondentów osiągnęła wynik powyżej a połowa poniżej tego poziomu. Dla 25% badanych wartość wskaźnika nie przekracza 40,3pkt (I kwartyli), dla kolejnych zaś 25% jest wyższa od 77,8 pkt (**Rysunek 19**).

Na podstawie uzyskanej liczby punktów respondenci przyporządkowani zostali do czterech segmentów. Jak wynika z przeprowadzonej analizy gospodarstwa o bardzo małej zasobności stanowią 25% populacji, kolejne 22% to gospodarstwa, których sytuację określić możemy jako umiarkowanie złą. 54% badanych to osoby o wysokich wartościach wskaźnika zasobności, w tym wyniki powyżej 80 punktów otrzymało 16% badanych (Rysunek 20).

Zwrócić należy uwagę na zróżnicowanie wskaźnika zasobności wśród różnych grup osób chorujących psychicznie. Ogółem spośród wszystkich badanych są w najgorszej sytuacji pod tym względem są osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności i pobierające rentę z tego tytułu (71% przynależy do dwóch segmentów o niskiej zasobności), osoby chorujące, które zakończyły swoją edukację na szkole zawodowej (71%), osoby prowadzące 1 osobowe gospodarstwo domowe (72%) oraz osoby chorujące na schizofrenię i psychozy (63%). W gorszej sytuacji finansowej są osoby dłużej chorujące, mieszkańcy małych i średnich miast w porównaniu do mieszkańców dużych miast i wsi, osoby niepracujące (bezrobotne i bierne zawodowo) w porównaniu do osób pracujących. Szczegółowe zróżnicowania przedstawia Rysunek 21.

Tabela 11 Wskaźnik zasobności- Metodologia

Wskaźnik zasobności gospodarstwa domowego

Jest miarą sytuacji finansowej gospodarstwa domowego w odniesieniu do zaspokojenia podstawowych potrzeb. Obliczony został na podstawie 7 zmiennych dotyczących subiektywnej i obiektywnej oceny stanu budżetu domowego. Jest sumaryczną i wystandaryzowaną (do skali od 0 do 100, gdzie 100 oznacza maksymalną liczbę punktów, jaką mógł uzyskać respondent) wartością obejmującą następujące wymiary:

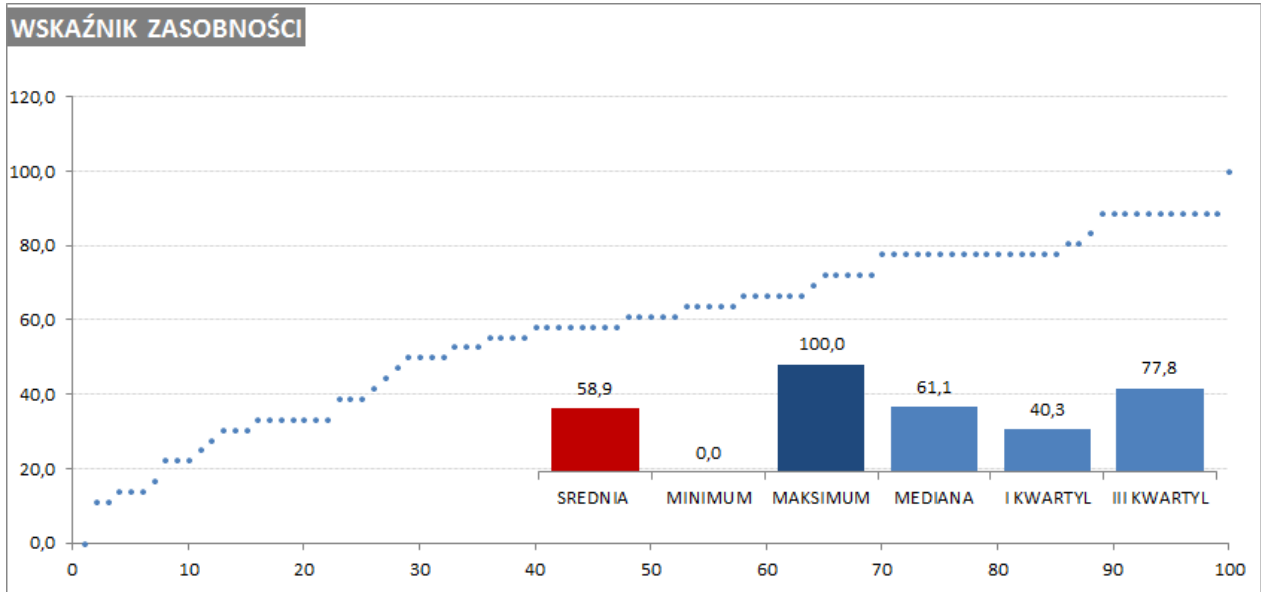
Wymiary tworzące wskaźnik	Liczba przyznawanych punktów			
Jak ogólnie rzecz biorąc ocenia Pan(i) sytuację finansową Pana(i) gospodarstwa domowego?				
<ul style="list-style-type: none"> • Bardzo dobra • Dość dobra • Przeciętna, ani dobra ani zła • Raczej zła • Bardzo zła 				
Proszę pomyśleć o sytuacji finansowej Pana(i) gospodarstwa w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Czy w czasie tym zdarzyły się w Pana(i) gospodarstwie następujące sytuacje?	Nie	Jeden raz	Kilka razy	Wielokrotnie
<ul style="list-style-type: none"> • Nie starczyło pieniędzy na spłatę zaciągniętych kredytów • Nie starczyło pieniędzy na rachunki/opłaty/czynsze • Nie starczyło pieniędzy na zakup potrzebnej żywności • Nie starczyło pieniędzy na potrzebne Panu(i) ubrania, buty • Nie starczyło pieniędzy na Pan(i) osobiste potrzeby, przyjemności, rozrywki np. • Nie starczyło pieniędzy na Pana(i) leczenie 	10	5	2,5	0
	10	5	2,5	0
	10	5	2,5	0
	10	5	2,5	0
	10	5	2,5	0
	10	5	2,5	0
RAZEM	90 PUNKTÓW = WARTOŚĆ WSKAŹNIKA 100			

Rysunek 19 Wskaźnik zasobności. Rozkład wartości N=101

²⁰ Niestety w pytaniach dotyczących dochodów gospodarstw domowych odnotowaliśmy znaczącą liczbę „odmów”. Cześć respondentów nie potrafiła też określić dochodu swojego gospodarstwa domowego. Uniemożliwiło to włączenie tej zmiennej do wskaźnika.

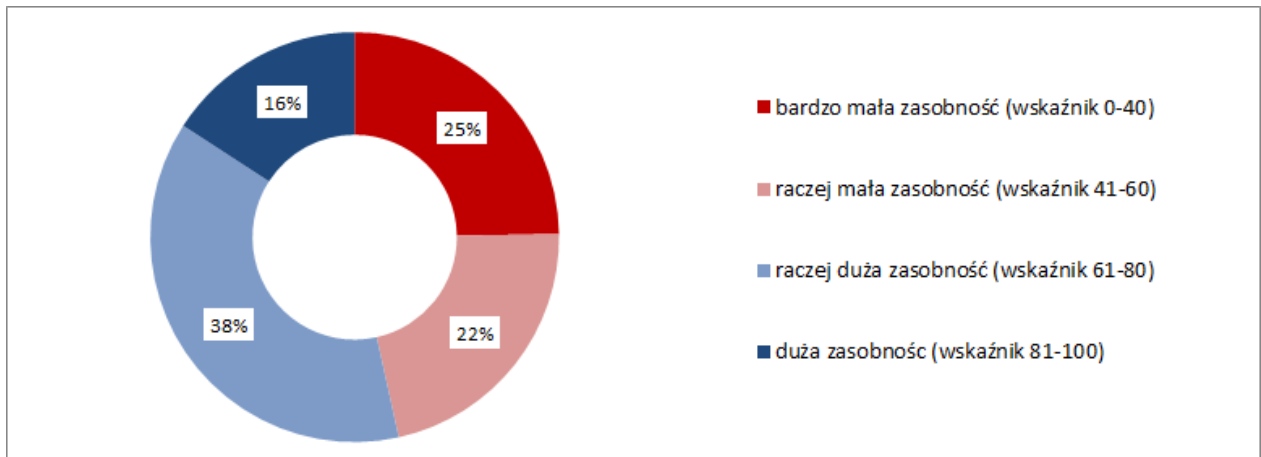


Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 20 Wskaźnik zasobności gospodarstwa. Wyróżnione segmenty N=101

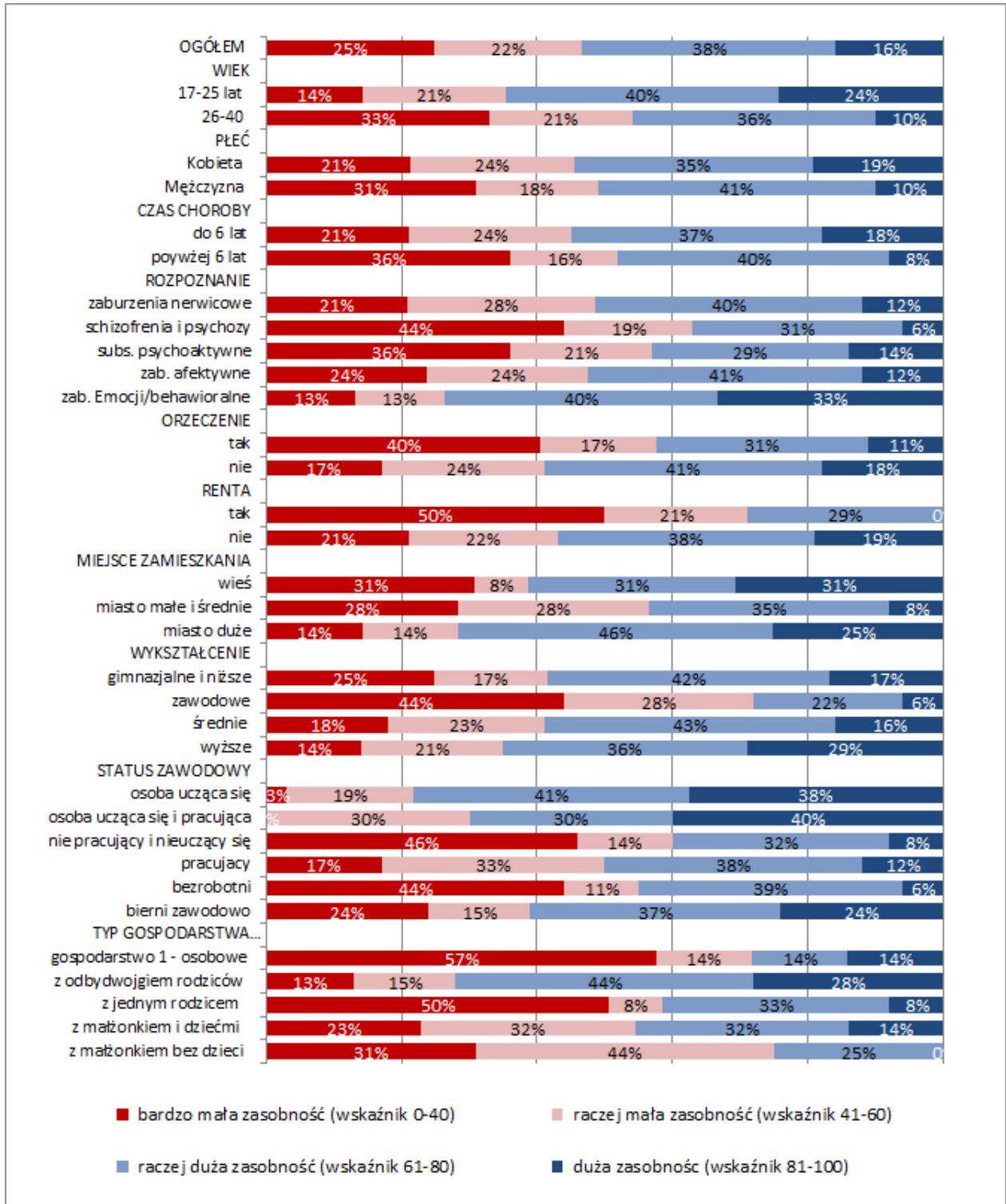


Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu



Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Rysunek 21 Wskaźnik zasobności gospodarstwa. Wyróżnione segmenty ze względu na cechy społeczno - demograficzne N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu



5.3 Dobrostan psychiczny

Jedynym z ważniejszych pojęć współczesnej psychologii jest **dobrostan psychiczny**. Można go zdefiniować jako poznawczą i emocjonalną ocenę swojego życia. Jest to szerokie pojęcie, obejmujące doświadczanie pozytywnych emocji, niski poziom negatywnych nastrojów oraz wysoki poziom zadowolenia z życia. Jednym z najważniejszych, o ile nie najważniejszym korelatem szczęścia wydają się być dobre relacje społeczne. Zależność ta jest dwustronna: dobre relacje z innymi mogą sprzyjać szczęściu, zwłaszcza gdy człowiekowi gorzej się powodzi, a osoby szczęśliwe potrafią lepiej układać sobie stosunki z innymi osobami²¹. Większość badań potwierdza również silną zależność między dobrostanem psychicznym a oceną stanu zdrowia. Wydaje się, że dobrostan może wpływać nawet na długość życia. Zagadnieniami tymi zajmuje się psychoimmunologia, tłumacząc, iż poprzez bezpośrednie oddziaływanie umysłu na system immunologiczny człowieka, dobrostan może warunkować odporność organizmu, a tym samym zmniejszać ryzyko zachorowania²². W konsekwencji należy spodziewać się, iż osoby chorujące psychicznie odczuwać będą niższy dobrostan psychiczny niż osoby zdrowe. Przy czym zauważyć należy, iż odczuwany brak szczęścia może być zarówno objawem choroby jak i jej konsekwencją. Najbardziej dramatyczny jest pod tym względem jest przebieg depresji, co oddają poniższe wypowiedzi:

Ktoś, kto nigdy nie przeżył ciężkiej, porażającej depresji nigdy nie zrozumie w pełni przejmujących doznań towarzyszących tej chorobie. Stan głębokiej depresji zbliża się do granic tego, co nazywamy cierpieniem nie do opisanie. I nie chodzi tu (jak sądzą niektórzy) o przygnębienie, tyle że głębsze niż zazwyczaj. Jest to odmienny stan świadomości, tylko z pozoru podobny do normalnej emocji²³.

To jedno powiem wam o depresji - nie ma ona nic wspólnego z życiem. W zwyczajnym życiu jest miejsce na smutek, tęsknotę i cierpienie; wszystkie te uczucia, w swoim miejscu i czasie, są normalne, nieprzyjemne, ale normalne. Depresja to inna sfera, naznaczona absolutnym niebytem i brakiem: brakiem motywacji, brakiem uczucia, brakiem reakcji i brakiem zainteresowania. Cierpienie podejmowane ciężkiej klinicznej depresji jest podejmowaną przez samą naturę - wszak nie znosi ona pustki - próbą wypełnienia tej pustej przestrzeni niebytu. Ale tak naprawdę człowiek w głębokiej depresji jest jak podniesiony i wprawiony w ruch umarty²⁴.

Na temat depresji wypowiedzieli się także uczestnicy zrealizowanych grup dyskusyjnych:

To znaczy ja w 2004 roku pierwszą depresję przeszedłam, no to była straszna, prawie tak jak on mówił, prawie że się skończyła samobójstwem, no bo człowiek nie może się pogodzić, wydaje mu się że nic nie umie, do niczego się już nie nadaje, mimo że pracował, chce żeby to się skończyło i już. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Nigdy nie chorowałam jakoś mocno na depresję, ja mam taką lekką, że jak wstaje to jakoś nie widzę perspektyw na dany dzień, pierwsze co to siadam do komputera i jak włączę jakiś serial to siedzę i siedzę i pójdę tylko coś zjeść a czasem to mi się nawet nie chce. To wpływa na to że ja się nie rozwijam za bardzo, że jestem taka poblokowana, że siedzę w domu, że zamiast zająć się, wiele rzeczy mnie interesuje, ale zamiast zająć się nie potrafię się tak zagłębić, wszystko jest tak powierzchownie, chciałabym pójść na jakiś taniec, na basen, ale musiałabym się ogarnąć [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE].

Pomiar poziomu szczęścia, samooceny u osób chorujących psychicznie przysparza ogromnych trudności. Dla ogółu populacji dobrostan psychiczny jest zmienną względnie stabilną w czasie (ulegającą wahaniom ze w obliczu identyfikowalnych wydarzeń jednoznacznie pozytywnych, czy też negatywnych). W przypadku osób chorujących psychicznie (w szczególności cierpiących na zaburzenia afektywne) samopoczucie jest z jednej strony pochodną aktualnego stanu choroby, z drugiej natomiast konsekwencją często trudno przewidywalnych

²¹ Czapiński J. (2004) Czy szczęści popłaca? Dobrostan psychiczny jako przyczyna pomyślności życiowej. W: J. Czapiński (red.), Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka (str. 235-254). Warszawa: PWN

²² tamże

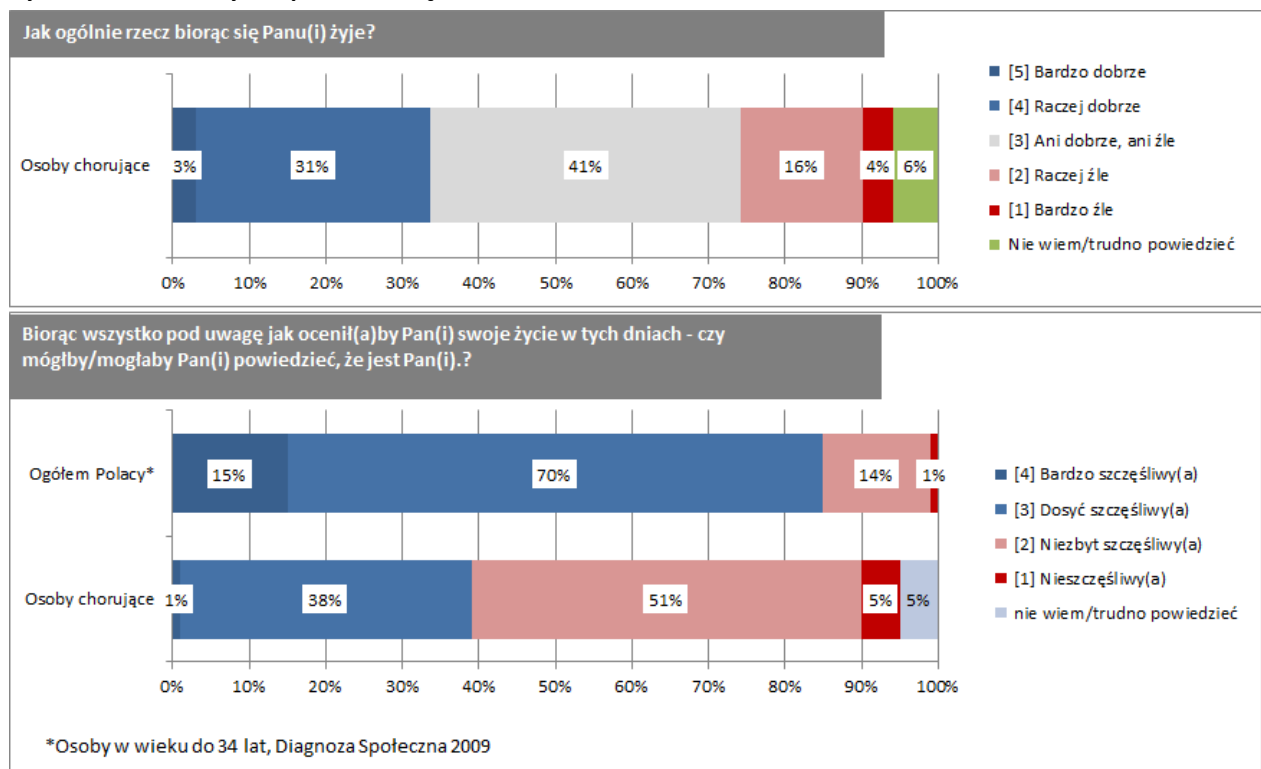
²³ Treść strony internetowej <http://www.depresja.net.pl/>

²⁴ Źródło: Depresja - złośliwy smutek, MUZA SA, Warszawa 2001, s. 195, 196.

reakcji na różne bodźce w otoczeniu). Cechuje się dużo większą zmiennością w przedziale od skrajnie pozytywnych do skrajnie negatywnych emocji. Stąd też jakikolwiek pomiar poczucia szczęścia odzwierciedlać może jedynie stan w chwili badania, z ograniczoną możliwością uogólniania. Mając powyższe na uwadze w kwestionariuszu dodano pytanie kontrolne o samopoczucie na tle całego miesiąca. 38% badanych odpowiedziało, iż czuje się normalnie, 33% iż ma lepszy dzień niż zazwyczaj (przede wszystkim osoby cierpiące na zaburzenia afektywne – 47%), zaś 25% iż ma gorszy dzień niż zazwyczaj (przede wszystkim osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności).

Wyniki badania z całą mocą pokazują, iż osoby chorujące psychicznie w codziennym życiu dużo częściej doświadczają smutku niż ogółem Polacy. Ponad połowa badanych (56%) w ostatnich dniach czuła się nieszczęśliwie. Wskaźnik ten dla ogółu populacji w wieku do 34 lat wynosi jedynie 15%. Jednocześnie jednak osoby chorujące nieco bardziej pozytywnie odnoszą się do oceny swojego życia. Co trzeci badany uważa, iż żyje mu się dobrze i bardzo dobrze, zaś jedynie co piąty uważa, że źle (Rysunek 22). Podobne odsetki obserwujemy w przypadku oceny własnego zdrowia – 31% ocenia je pozytywnie, 43% ani dobrze ani źle, 28% zaś negatywie. Ogółem 40% badanych postrzega swój stan zdrowia jako w bardzo lub dość dużym stopniu utrudniający codzienne funkcjonowanie.

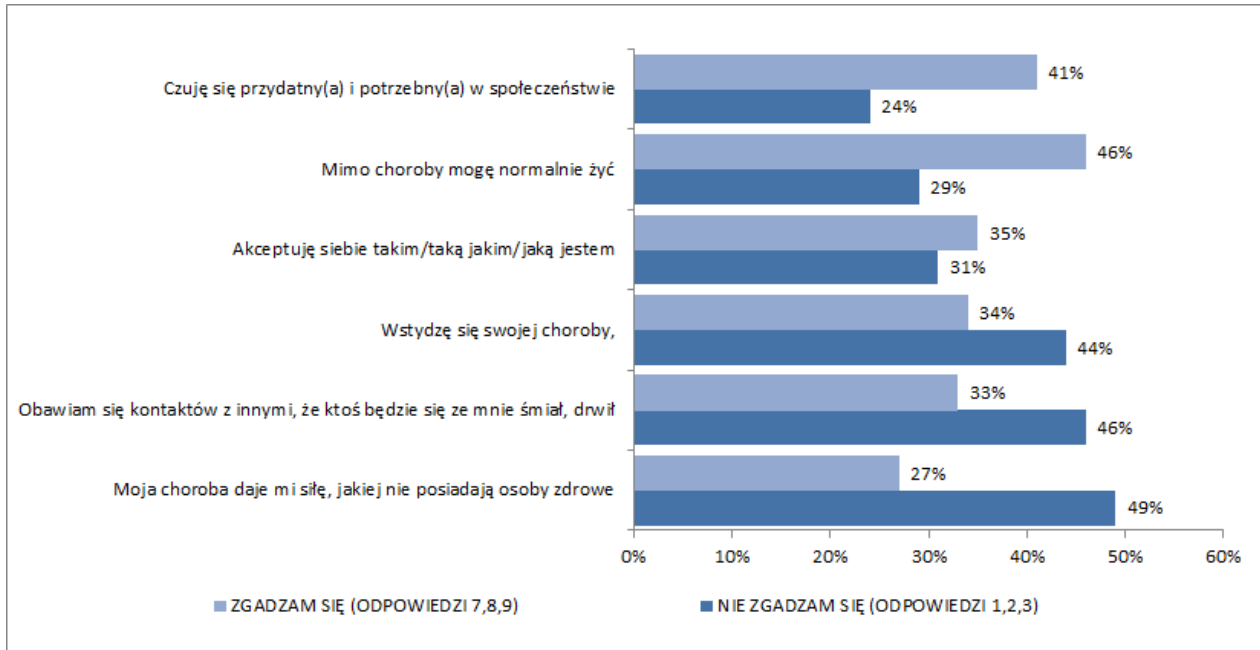
Rysunek 22 Ocena życia i poziom szczęścia. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Ważną składową dobrostanu psychicznego jest w przypadku osób chorujących akceptacja własnej choroby, pogodzenie się z nią i w konsekwencji walka o względnie normalne funkcjonowanie. Wśród młodych pacjentów poradni zdrowia psychicznego nieznacznie przeważają osoby, które dobrze radzą sobie ze swoją chorobą. Jednak grono osób niepotrafiących normalnie z nią żyć jest bardzo znaczące. Ogółem 34% badanych wstydzi się swojej choroby, podobny odsetek obawia się kontaktów z innymi (że ktoś będzie się śmiał, drwił). Prawie co trzeci badany (31%) nie akceptuje siebie, 29% badanych przyznaje, iż ze względu na chorobę nie może normalnie żyć (Rysunek 23).

Rysunek 23 Postawy wobec choroby i życia. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Jak pokazały zrealizowane wywiady grupowe, osoby chorujące ani ich rodziny nie planują najbliższej przyszłości – nie chcą i nie potrafią. Rzeczywistość już tyle razy ich zaskakiwała, a choroba potrafiła być tak nieprzewidywalna, że wolą żyć tym co jest, od dnia do dnia, niż budować plany, z których rezygnacja powodować może tylko frustrację.

A ja za 5 lat bym siebie widziała, jeśli córka będzie pracować tak jak w tej chwili to będę z siebie zadowolona, że ona sobie radzi i mieszka i utrzymuje swoje mieszkanie. Pod warunkiem, że będzie pracowała i będzie jej się wszystko układało. Bo wystarczy, że coś po drodze się nie tak zdarzy no to może być nawrót właśnie tej choroby. Tak jak to teraz nastąpiło. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Nie wiem. Ja tak nie wróżę z fusów, i tak jak wspominałem, nie mam jakiegoś pomysłu na przyszłość, nie wiem co będzie, ale staram się tak, żeby zrealizować jakieś swoje zamierzenia, czyli tak dokończyć psychoterapię, zejść z leków, ustabilizować życie osobiste, pojechać w rodzinne strony do Rosji, odwiedzić tam, bo rodzina stamtąd pochodzi. I to wszystko, takie przyziemne sprawy generalnie. Żeby nie było gorzej, żeby nie było regresu i tak jak idzie, żeby do przodu, żeby tak zostało w tym kierunku. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Tym co jednak łączy większość badanych obok chęci posiadania więcej pieniędzy, to marzenie o tym by być zdrowym (65% wskazań), mieć mniej stresu, nerwów/spokojniejsze życie (59% wskazań) oraz aby czuć się szczęśliwszym (54%). Wśród najczęściej wymienianych życzeń/marzeń pojawiła się również potrzeba osiągnięć i sukcesów (41%), życzenie bycia mniej samotnym (36%), chęć bycia aktywnym, wyjścia z domu zrobienia czegoś (31%), a także marzenie lepszych relacji z rodziną (37%) (Tabela 12)

Tabela 12 Marzenia osób chorujących psychicznie.

	WSZYSTKIE WSKAZANE	NAJWAŻNIEJSZE
Mieć mniej stresu i nerwów, mieć spokojniejsze życie	65%	30%
Być zdrowym, w lepszym stanie zdrowia	59%	32%
Mieć więcej pieniędzy	59%	18%



Czuć się szczęśliwszym	54%	17%
Mieć więcej osiągnięć, sukcesów	41%	5%
Mieć lepsze relacje z rodziną	37%	15%
Mieć więcej przyjaciół/znajomych, być mniej samotnym	36%	13%
Mieć więcej przyjemności w życiu	36%	2%
Móc częściej wyjść z domu, zrobić coś innego	31%	5%
Mieć pracę	30%	7%
Móc lepiej zadbać o siebie i innych	29%	5%
Mieć lepsze warunki mieszkaniowe	27%	4%
Czuć się bardziej potrzebnym innym	26%	3%
Móc zapewnić lepszą przyszłość dzieciom	25%	8%
Być bardziej samodzielnym	24%	8%
Mieć lepszą pracę	24%	9%
Być lepszym człowiekiem	22%	4%
Mieć więcej wolnego czasu	18%	
Mieć lepsze/inne wykształcenie	17%	4%
Mieć lepiej wyposażone mieszkanie: w meble, sprzęty, rtv, agd	14%	1%
Mieszkać za granicą	9%	2%
Mieć mniej pracy	8%	
Mieszkać w innej miejscowości	6%	1%
Mieć pewność, że dziecko będzie zdrowe	1%	4%

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

W celu pełniejszego zobrazowania sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób chorujących stworzony został **wskaźnik dobrostanu psychicznego**. Wskaźnik przyjmuje wartość od 0 do 100. Maksymalny wynik odnosi się do sytuacji, w której respondent czuje się szczęśliwy i dobrze ocenia swoje życie, akceptuje siebie i swoją chorobę, nie wstydząc się jej, żyje z nią, czując się potrzebny i przydany w społeczeństwie (Tabela 13). W badanej populacji wskaźnik dobrostanu psychicznego przyjął średnią wartość na poziomie 50,6 punktów. Jednak rozkład wyników jest bardzo zróżnicowany od dość licznie pojawiających się bardzo niskich wartości wskaźnika to wartości bardzo wysokich. Wartość mediany dzieląca rozkład na pół wynosi 57,1, co oznacza, iż połowa respondentów osiągnęła wynik powyżej a połowa poniżej tego poziomu. Dla 25% badanych wartość wskaźnika jest bardzo niska i nie przekracza 28,6 pkt (I kwartył), dla kolejnych zaś 25% jest wyższa od 71,4 pkt (**Rysunek 24**). Na podstawie uzyskanej liczby punktów respondenci przyporządkowani zostali do czterech segmentów. Jak wynika, z przeprowadzonej analizy osoby odczuwające niski dobrostan psychiczny stanowią prawie dwie trzecie wszystkich respondentów (64%), w tym najniższe wyniki (poniżej 40 punktów) osiąga aż 1/3 populacji. Osoby o wysokim dobrostanie to jedynie 16% badanej populacji, kolejne 21% charakteryzuje zaś raczej wysoki dobrostan (**Rysunek 25**). Badanie pokazało, iż zmienne demograficzne, takie jak wiek czy płeć w niewielkim tylko stopniu wiążą się dobrostanem psychicznym. Znaczącą rolę różnicującą odgrywa za to status na rynku pracy, wykształcenie, stan zdrowia i typ gospodarstwa domowego. Generalnie wyższy dobrostan psychiczny obserwujemy u osób o lepszym stanie zdrowia, krócej chorujących, nieposiadających orzeczenia o niepełności. Spośród wszystkich zaburzeń najniższy dobrostan jest udziałem osób chorujących na schizofrenię i psychozy, a w drugiej kolejności zaburzenia nerwicowe. Poziom dobrostanu psychicznego rośnie wraz posiadanym wykształceniem (po zakończeniu edukacji) i jest wyższy wśród osób pracujących i uczących się, niż u osób niepracujących, nieuczących się i nieposzukujących pracy. Najwyższy dobrostan psychiczny obserwujemy u osób prowadzących własne gospodarstwo domowe z małżonkiem i dziećmi, wyższy jest on także wśród młodych osób z pełnych rodzin niż rodzin niepełnych (gospodarstwo 1-osobowe).

Tabela 13 Wskaźnik dobrostanu psychicznego- Metodologia

Wskaźnik dobrostanu psychicznego

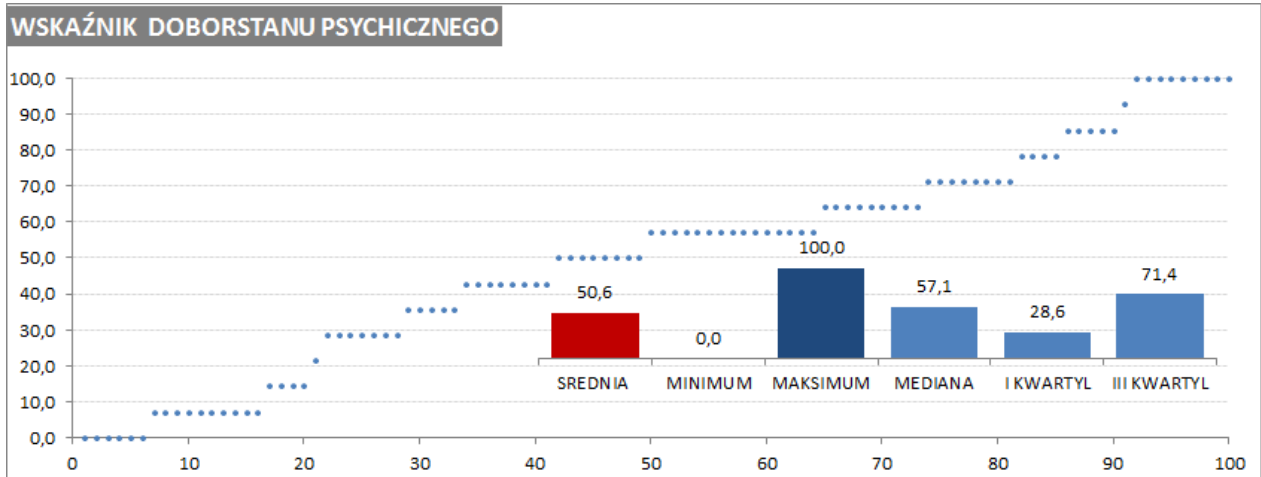
Jest miarą szczęśliwości w życiu i akceptacji siebie. Obliczony został na podstawie 7 zmiennych dotyczących oceny własnego życia i stanu zdrowia. Jest sumaryczną i wystandaryzowaną (do skali od 0 do 100, gdzie 100 oznacza



maksymalną liczbę punktów, jaką mógł uzyskać respondent) wartością obejmującą następujące wymiary:			
Wymiary tworzące wskaźnik	Liczba przyznawanych punktów		
Jak ogólnie rzecz biorąc się Panu(i) żyje?			
• Bardzo dobrze			10
• Raczej dobrze			10
• Ani dobrze, ani źle			0
• Raczej źle			0
• Bardzo źle			0
Biorąc wszystko pod uwagę jak ocenił(a)by Pan(i) swoje życie w tych dniach – czy mógłby/mogłaby Pan(i) powiedzieć, że jest Pan(i)....?			
• Bardzo szczęśliwy(a)			10
• Dosyć szczęśliwy(a)			10
• Niezbyt szczęśliwy(a)			0
• Nieszczęśliwy(a)			0
W jakim stopniu zgadza się Pan(i) z następującymi stwierdzeniami?	Nie zgadzam się (odpowiedzi 1,2,3)	Odpowiedź pośrednia (odpowiedzi 4,5,6)	Zgadzam się (odpowiedzi 7,8,9)
• Wstydzę się swojej choroby,	10	5	0
• Obawiam się kontaktów z innymi, że ktoś będzie się ze mnie śmiał, drwił	10	5	0
• Mimo choroby mogę normalnie żyć	0	5	10
• Czuję się przydany(a) i potrzebny w społeczeństwie	0	5	10
• Akceptuję siebie takim/taką jakim/jaką jestem	0	5	10
RAZEM	70 PUNKTÓW = WARTOŚĆ WSKAŹNIKA 100		

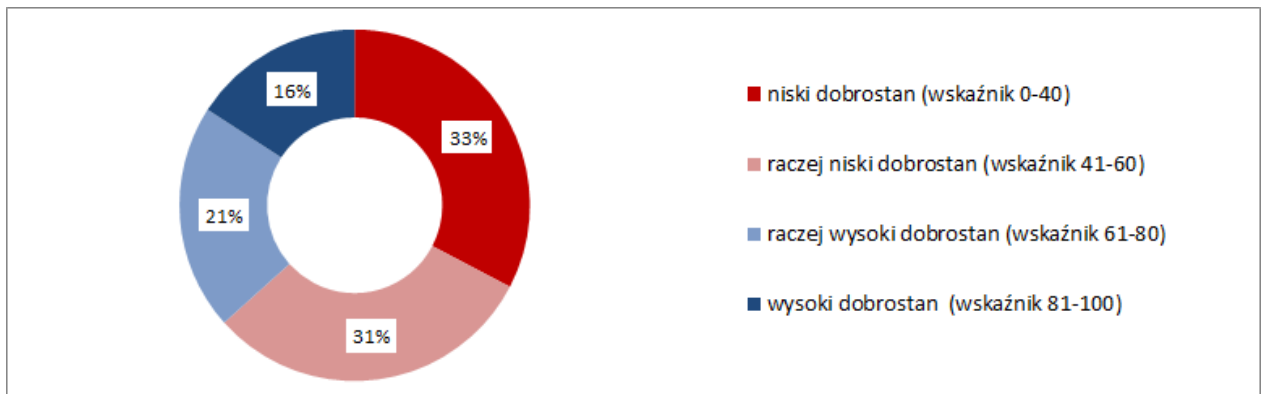
Rysunek 24 Wskaźnik dobrostanu psychicznego. Rozkład wartości N=101

Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

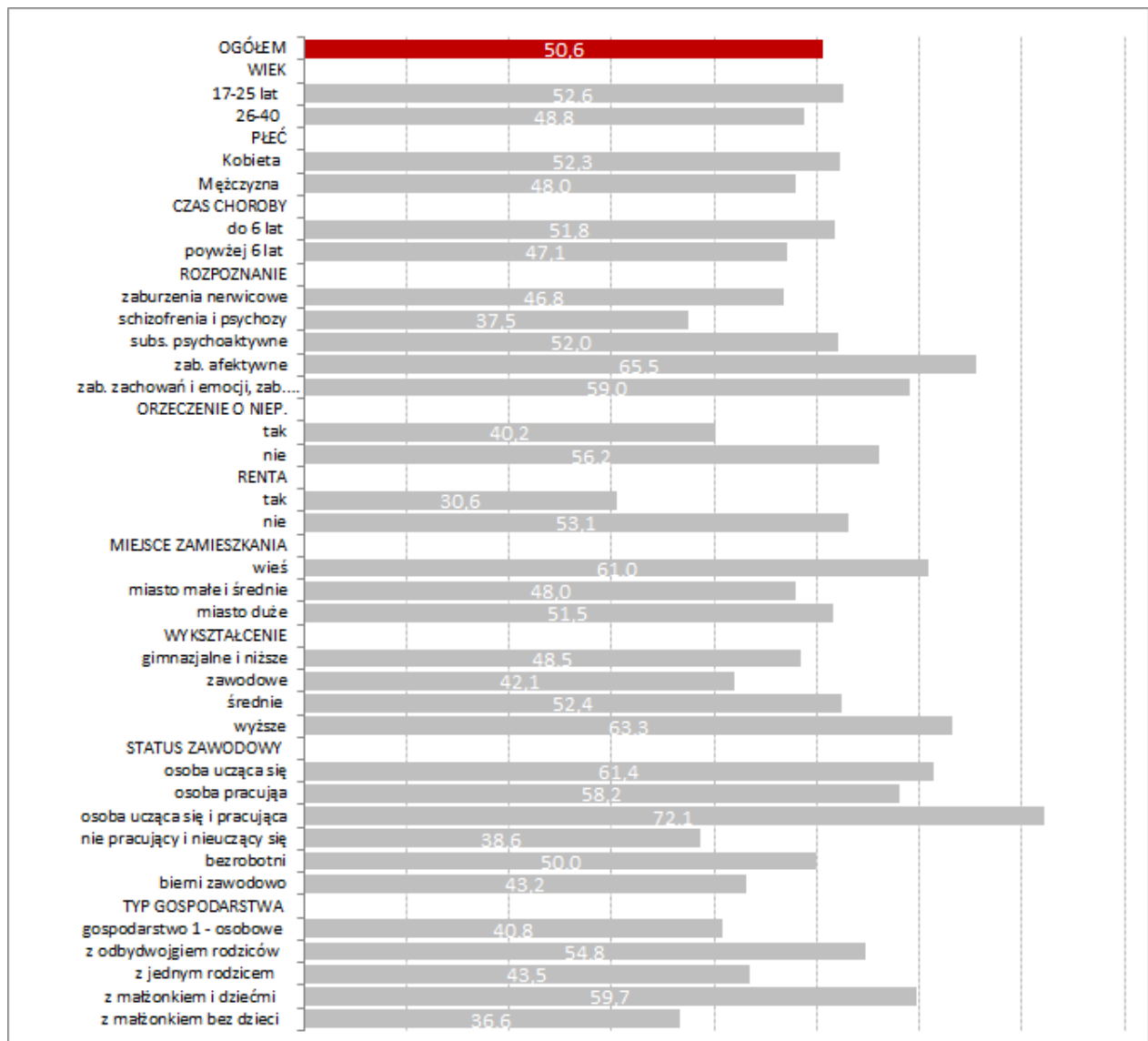


Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 25 Wskaźnik dobrostanu psychicznego. Wyróżnione segmenty N=101



Rysunek 26. Zróżnicowanie wskaźnika dobrostanu psychicznego. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

6 AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

Aktywność społeczną, rozumieć można jako zaangażowanie i uczestnictwo w różnych obszarach życia (rodziny i bliskich związków, wypoczynku i rekreacji, zainteresowań, życia zawodowego czy aktywności społecznej i obywatelskiej) opierające się na relacjach z innymi, w tym: społeczności lokalnej, sąsiedzkiej, kręgów koleżeńskich i znajomych, rodziny, na polu zawodowym, ale także w obszarze rekreacji, rozrywki, sportu, kultury czy kół zainteresowań. Wszędzie, gdzie zachodzą jakieś relacje z innymi ludźmi, można mówić o swego rodzaju uczestnictwie w życiu społecznym i podejmowanych w ramach tych kontaktów działań. Tak definiowana aktywność społeczna mówi nam, że jednostka żyje i podejmuje różne rodzaje aktywności w przestrzeni społecznej, w której nieodzowna jest komunikacja i wymiana z innymi ludźmi. Formy kontaktów z innymi mogą przyjmować zróżnicowaną postać i prowadzić do realizacji odmiennych celów. W tak rozumianej aktywności społecznej niezmiennie jest jednak to, że jednostka, podejmując działanie, może spodziewać się reakcji innych, którzy także uczestniczą w danej przestrzeni społecznej. Sposób, w jaki dana osoba wchodzi w tę przestrzeń, forma przebiegu relacji z innymi oraz wynik podejmowanych w niej działań będą natomiast



uzależnione od indywidualnych, wewnętrznych cech jednostki oraz zewnętrznych względem jednostki cech sytuacji.

Wśród barier utrudniających uczestnictwo osób z ograniczeniami sprawności w życiu społecznym wymieniane są przede wszystkim postawy otoczenia, a także indywidualne cechy osób niepełnosprawnych - brak wiary w siebie, kompetencji, niską samoocenę oraz brak samoakceptacji²⁵. Z drugiej jednak strony niską aktywność społeczną osób niepełnosprawnych można tłumaczyć kumulowaniem się u nich upośledzeń społecznych (braku pracy, dochodów, złych warunków materialnych rodzin, niskiego wykształcenia, trwale złego stanu zdrowia), które jeszcze bardziej spychają je na margines życia społecznego. Mimo iż trudna sytuacja życiowa powinna mobilizować do aktywności, do włączania się w pracę stowarzyszeń samopomocowych lub innych organizacji pozarządowych, które stawiają sobie za cel ochronę i aktywizację najstarszych członków społeczeństwa, są one w małym stopniu zmotywowane do podejmowania działań na rzecz poprawy swojej sytuacji życiowej. Wydaje się, że ta obywatelska bezradność może wynikać z niedostatku ofert pracy społecznej w ich środowisku, a także z braku kontaktów z osobami działającymi społecznie. Może też być skutkiem związanego z niskim wykształceniem analfabetyzmu funkcjonalnego, który utrudnia ludziom wykorzystanie informacji o istniejących możliwościach społecznego działania. Jednak czynnikiem najważniejszym jest prawdopodobnie brak wiary w sens i skuteczność grupowego działania na rzecz dobra wspólnego i niedostrzeżenie w nim szansy na zmianę swojej położenia²⁶.

Jak pisze Wiszejko-Wierzbicka²⁷, prowadzona obecnie polityka społeczna zachęca osoby z ograniczeniami sprawności do pełnej partycypacji w społeczeństwie obywatelskim, jednak wciąż niewystarczająco rozwinięte są oddolne struktury samorządowe w celu wspierania tej inicjatywy. Osoby z ograniczeniami sprawności stają się już „widoczne”, ale często jeszcze nie mają głosu. Nie tylko dlatego, że się im na to nie pozwala, ale że nie ma ustalonych praktyk w tym zakresie, a często i one same nie są przygotowane, aby się wypowiedzieć w sprawach ważnych dla innych. Problem ten dotyczy szczególnie sposób osób z niepełnosprawnością psychiczną, których „widoczność” jest zdecydowanie mniejsza niż osób z innymi ograniczeniami.

Przytaczane tam badania psychologów traktują aktywność społeczną jako wynik działania zarówno czynników indywidualnych (samoakceptacji, samooceny), jak i społecznych (jakości życia) oraz strukturalnych (regulacji prawnych, prowadzonej polityki społecznej). Innymi słowy fakt, czy osoba będzie uczestniczyć w życiu społecznym zależy zarówno od tego, w jaki sposób postrzega samą siebie – czy posiada cechy psychiczne ułatwiające jej kontakty interpersonalne, jak i od zewnętrznych warunków generowanych przez otoczenie społeczne i strukturalne. Czynniki te zazębiają się i płynnie przechodzą jedne w drugie. Trudno bowiem mówić o samoakceptacji w oderwaniu od postaw otoczenia, które ma duży udział w jej kształtowaniu, czy o aktywności społecznej, nie biorąc pod uwagę obiektywnych i subiektywnych czynników związanych z jakością życia.

Osoby niepełnosprawne badane przez Wiszejko-Wierzbicką jako główne bariery aktywności społecznej wskazywały na brak nawyków i kompetencji do takich działań. Zwracali oni uwagę, że ani oni sami, ani ich najbliższe otoczenie nie byli przygotowani do ich podejmowania. Pojawiało się wśród nich oczekiwanie zewnętrznej stymulacji do podjęcia takich aktywności. Niedostateczny „trening” społeczny, a także niewiedza ze strony otoczenia, jeśli chodzi o symptomy chorobowe, powodują, że kontakty między osobami sprawnymi a osobami dotkniętymi chorobą, niepełnosprawnością często są nacechowane wzajemnymi obawami, stąd rodzi się dystans między tymi dwoma grupami. Osoba niepewna siebie i reakcji otoczenia, nisko oceniająca swoje kompetencje (niska samoocena), od początku ma utrudnione działanie w sferze społecznej. Z drugiej strony wymieniano bariery o charakterze bardziej globalnym, dotyczącym przemian społecznych, jak ogólny rozpad więzi międzyludzkich, rosnące tempo życia czy mobilność.

²⁵ Wiszejko-Wierzbicka D., *Niewykorzystana strefa. Partycypacja społeczna i obywatelska osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa, 2010

²⁶ Wciórka B., *Grupowa aktywność społeczna Polaków w latach 1998–2004. Komunikat z badań*. CBOS, Warszawa: 2004

²⁷ Wiszejko-Wierzbicka D., *Niewykorzystana strefa. Partycypacja społeczna i obywatelska osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa, 2010



W niniejszym rozdziale szczegółowo omawiamy aktywność społeczną osób chorujących psychicznie na trzech płaszczyznach:

- podstawowych czynności życiowych
- relacji interpersonalnych i sieci kontaktów społecznych
- aktywności obywatelskiej

Wreszcie osobny rozdział poświęcony został społecznemu odbiorowi chorujących psychicznie.

6.1 Stygmatyzacja – odbiór społeczny

Osoby niepełnosprawne są generalnie bardziej narażone na stygmatyzację i stereotypizację. Stygmatyzacją określa się w naukach społecznych współwystępowanie takich elementów zachowania jak etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie, utrata statusu społecznego oraz dyskryminacja²⁸. Stereotyp osób chorych psychicznie opiera się na przekonaniu, iż osoby te są niebezpieczne, nieprzewidywalne, niezdolne do pełnienia ról społecznych, ich choroba jest trudna do leczenia, a one same są za nią w pewnym sensie odpowiedzialne. Najbardziej powszechną konsekwencją stygmatyzacji człowieka z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest pozbawianie go możliwości podejmowania ról rodzinnych i zawodowych, pozbawienie kontaktów towarzyskich, czyli faktyczne wykluczenie społeczne. Przypisywanie mu roli osoby mało wartościowej, bezużytecznej, a czasem wręcz niebezpiecznej powoduje ograniczenie jego aktywności, a na zasadzie samospelniającej się przepowiedni umniejsza kompetencje intelektualno-społeczne, wtórnie pogłębiając społeczną alienację.

Często się zdarza zerwanie stosunków ze znajomymi. Właśnie osoby mi tutaj opowiadają, że zostaje jedna, dwie osoby przy nich, a pozostałe, no, jednak nie rozumieją tego i nie chcą poznać. Bądź też kończy się na tym, że ludzie się śmieją z nich, tak? Są nieakceptowani w szkole przede wszystkim, wyśmiewani, często gnębi się takie osoby. I potem uraz zostaje i on jest jakoś przenoszony w dorosłe życie i po prostu ludzie się boją potem innych. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

W przypadku osób chorujących psychicznie nie mamy do czynienia z twardymi faktami, tak jak osoba, która siedzi na wózku inwalidzkim, zderza się z barierami w przestrzeni, w której funkcjonuje, z barierami architektonicznymi. Osoby chorujące psychicznie zderzają się z innego rodzaju barierami, barierami, które tkwią w nas samych - w naszych głowach, w naszej mentalności, w tym jak żeśmy zostali wychowani, ale też w tym, że my jako ludzie trochę zdystansowani jesteśmy wobec sytuacji nieprzewidywalnych. I być może nieprzewidywalność reakcji, obawa przed tego typu zachowaniami może być taką przyczyną dużej izolacji i wycofywania się tego zdrowego otoczenia, z kontaktów z takimi osobami, bo mówiąc kolokwialnie to nigdy nic nie wiadomo, co taka osoba zrobi. [PRZEDSTAWICIELKA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ]

Z przeprowadzonych przez CBOS w latach 1996, 1999, 2005 i 2008²⁹ badań na reprezentatywnych próbach Polaków wywnioskować można o dynamice zmian w postrzeganiu osób chorych psychicznie w Polsce. Wynika z nich jednak, że w świadomości osób badanych utrzymywał się negatywny stereotyp osób borykających się z problemami psychicznymi. Ponad 60% respondentów przyznawało, że spotkało się określanie takich osób jako: *świr, czubek, walnięty, porąbany, psychol* itp. Jednocześnie jedynie około 30% (od 25% w latach 1996 i 2008 do 34% w 2005) wskazywało na określenia neutralne podkreślające chorobę lub niepełnosprawność (*chory, chory psychicznie, pacjent, schizofrenik, depresyjny, niezrównoważony, niesprawny umysłowo* itp.) lub rzadziej podkreślające zrozumienie i współczucie (*nieszczęśliwa osoba, cierpiący, człowiek z problemem* itp.). We wszystkich omawianych badaniach wyraźna była przewaga określeń pejoratywnych nad neutralnymi lub pozytywnymi, przy czym sytuacja taka miała miejsce we wszystkich analizowanych grupach społeczno-zawodowych. Im niższe było wykształcenie i dochody respondentów oraz im mniejsze zaangażowanie w praktyki religijne, tym częściej w przytaczali oni pejoratywne określenia. Jak piszą autorzy komunikatu: „*trzeba*

²⁸ Link B. G., Phelan J. C. *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology 2001; 27: 363-385

²⁹ *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*. CBOS: Warszawa, sierpień 2008

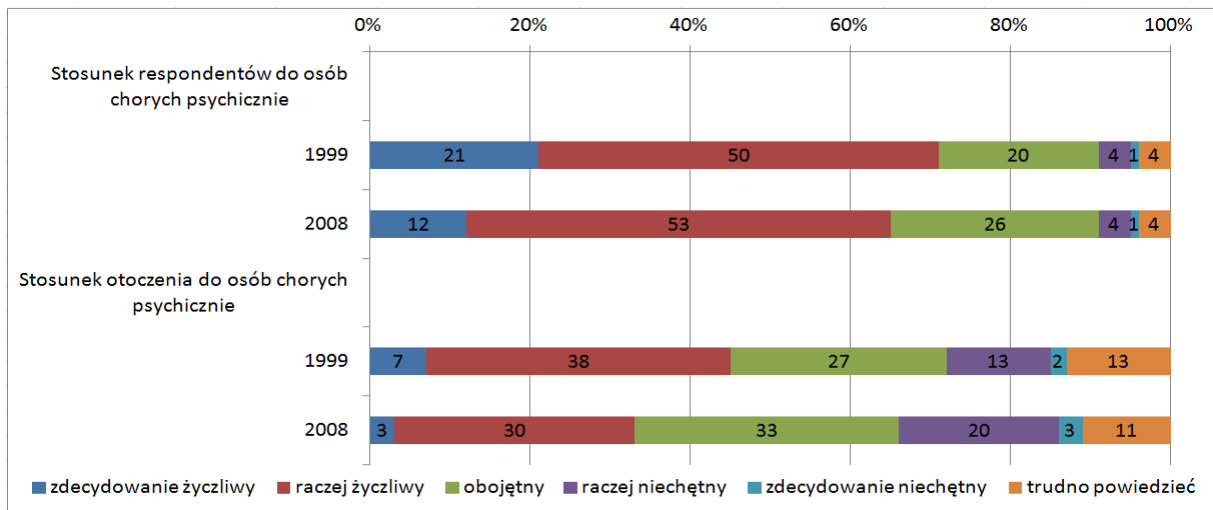


wyraźnie powiedzieć, że taka praktyka językowa nie służy charakterystyce osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, lecz odzwierciedla przede wszystkim tendencję do wykluczenia ich poza krąg obywateli uznawanych za pełnoprawnych i respektowanych uczestników życia społecznego. Przytoczone epitety – wykluczające, deprecjonujące i zamykające dialog – ciągle jeszcze w naszym kraju zastępują nieznanne lub słabo zakorzenione określenia rzeczowe i neutralne”.

Z omawianych badań wyłania się stereotyp osoby chorej psychicznie jako zachowującej się niezrozumiale (38% odpowiedzi „prawie zawsze”), mówiącej od rzeczy (38%), przejawiającej niepokój (36%). Stosunkowo często stwierdzano też, że prawie zawsze zaniedbują one swój wygląd lub higienę (34%), są zubożnięte na własny los (33%), uważają się za kogoś, kim nie są (32%), bez powodu się boją (31%) oraz nie wiedzą, co robią (27%), słyszą nierzeczywiste głosy (26%). Warto zauważyć, że w 2008 większość symptomów wskazywana była jako typowe dla chorych psychicznie rzadziej niż w roku 2005 (wcześniej nie zadawano tego pytania). Można wnioskować, że społeczny wizerunek osób chorych psychicznie stał się mniej stereotypowy – respondenci dostrzegali, że osoby takie różnią się między sobą. Należy również zaznaczyć, że przeżycia i zachowania osób chorych psychicznie postrzegane są przede wszystkim w kategorii ich odmienności od osób zdrowych (zachowują się niezrozumiale, są zubożnięte wobec swego losu, przejawiają niepokój w zachowaniu itd.). Akcentowanie różnic w zachowaniu osób chorych z stosunku do reszty społeczeństwa może się wiązać z dążeniem do oddzielenia przedstawicieli tej grupy od „nas” i w rezultacie prowadzić do jeszcze większego napiętnowania i dystansu.

Zapytani wprost o ich stosunek do osób chorych psychicznie respondenci badania CBOS z 2008 roku deklarowali, iż jest on życzliwy (65% odpowiedzi „decydowanie życzliwy” i „raczej życzliwy” w porównaniu z 71% w 1999). Jednocześnie wzrósł odsetek ankietowanych deklarujących obojętny stosunek (z 20% w 1999 do 26% w 2008). Pogorszył się stosunek otoczenia ankietowanych do osób borykających się z problemami psychicznymi – jedynie 33% z nich zauważa życzliwe postawy (w porównaniu z 45% w 1999 roku), a 33% postawy obojętne (27% w 1999). Wzrósł również odsetek osób spotykających się z niechętnym stosunkiem otoczenia do osób chorych psychicznie z 15% do 23% w 2008 roku. Należy zauważyć, że stosunek respondentów do osób chorych zależał od ich doświadczeń w kontaktach z nimi i od własnej kondycji psychicznej. Dlatego też życzliwy stosunek do tej grupy najpowszechniejszy był wśród osób starszych, uczniowie i studenci deklarowali go najrzadziej, najczęściej z kolei przyznając się do niechęci. Osoby, które spotykały się w swoim otoczeniu z pejoratywnymi określeniami osób chorych psychicznie, znacznie częściej niż pozostali określali stosunek swojego otoczenia jako negatywny lub obojętny. Można wnioskować, że respondenci oceniali stosunek osób ze swojego otoczenia wobec chorych psychicznie na podstawie używanych wobec nich określeń.

Rysunek 27. Stosunek respondentów i ich otoczenia do osób chorych psychicznie



Źródło: Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań, CBOS

Stygmatyzacja osób chorych psychicznie skutkuje często zwiększaniem społecznego dystansu między nimi a resztą społeczeństwa, przy czym może to wynikać zarówno z dystansowania się otoczenia, jak i wycofywania się samych chorych. W badaniu CBOS pytano respondentów o ich reakcję w sytuacji gdyby osoba, która chorowała i leczyła się psychiatrycznie miała pełnić określone funkcje społeczne. Zdecydowana większość ankietowanych zgodziłaby się na to, by były pacjent szpitala psychiatrycznego był ich najbliższym sąsiadem (81%), kolegą w klasie lub grupie studenckiej (73%), niespodziewanym gościem (66%) oraz bliskim współpracownikiem (67%). Sprzeciw wywołuje pełnienie przez osoby, które leczyły się w szpitalu psychiatrycznym ról szefa, nauczyciela, proboszcza czy synowej/zięcia. Najsilniejszy sprzeciw wywoływałaby sytuacja, w której chory psychicznie miałby być nauczycielem lub opiekunem dzieci, lekarzem oraz posłem lub burmistrzem/wójtem, czyli pełnić ważne i odpowiedzialne role społeczne.

Tabela 14. Reakcje na pełnienie przez osoby psychicznie chore następujących ról społecznych i zawodowych

	Zdecydowanie nie miałbym zastrzeżeń	Raczej nie miałbym zastrzeżeń	Byłbym raczej przeciwko temu	Byłbym zdecydowanie przeciwko temu	Trudno powiedzieć
– opiekunem(ką) Pana(i) dziecka	3	8	38	43	8
– nauczycielem(ką) Pana(i) dziecka	3	13	35	41	8
– Pana(i) lekarzem(ką)	5	18	36	33	8
– burmistrzem/wójtem w Pana(i) gminie	5	18	32	36	9
– posłem w Pana(i) okręgu	5	21	31	34	9
– Pana(i) synową lub zięciem	6	25	34	20	15
– proboszczem w Pana(i) parafii	1	27	30	24	11
– Pana(i) nauczycielem(ką)	8	27	36	18	11
– Pana(i) szefem/szefową w pracy	10	27	36	15	12
– Pana(i) współlokatorem(ką) na wczasach	14	39	25	11	11
– Pana(i) bliskim współpracownikiem(czką)	17	50	21	3	9
– niespodziewanym gościem na Pana(i) przyjęciu	18	48	16	6	12
– Pana(i) kolegą/koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	20	53	12	2	13
– Pana(i) najbliższym sąsiadem(ką)	27	54	12	1	6

Źródło: Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań. CBOS

Respondenci w omawianym badaniu CBOS uważali, że osoby chore psychicznie były dyskryminowane przede wszystkim pod względem prawa do pracy/zatrudnienia, poszanowania godności osobistej oraz wykształcenia i



edukacji. W mniejszym stopniu doświadczają gorszego traktowania w zakresie ochrony majątku i sprawiedliwego sądu. Jedynie pod względem prawa do leczenia przeważała opinia, że osoby chore psychicznie traktowane są tak, jak inni. Generalnie można powiedzieć, że w odczuciu społecznym osoby chore psychicznie są dyskryminowane w wielu wymiarach i sytuacja ta w niewielkim stopniu się zmieniła od 2005 roku. Na przejawy strukturalnej dyskryminacji osób borykających się z problemami psychicznymi częściej wskazywali respondenci, którzy mieli doświadczenie osobistego kontaktu z przedstawicielem tej grupy.

Tabela 15. W jaki sposób traktowane są w Polsce osoby chore psychicznie, gdy chodzi o prawo do: (odpowiedzi w procentach w 2005 i 2008 roku)

	2005			2008		
	Są traktowane gorzej niż inni	Są traktowane tak samo jak inni	Trudno powiedzieć	Są traktowane gorzej niż inni	Są traktowane tak samo jak inni	Trudno powiedzieć
- pracy, zatrudnienia	83	7	10	80	8	12
- poszanowania godności osobistej	67	19	14	68	17	15
- wykształcenia, edukacji	-	-	-	65	18	17
- ochrony majątku	61	15	24	58	17	25
- sprawiedliwego sądu	48	26	26	47	29	24
- opieki społecznej	40	42	18	41	42	17
- leczenia	34	50	16	38	49	13

Źródło: *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, CBOS

Ogromny wpływ na kształtowanie postaw wobec osób cierpiących na problemy psychiczne mają również media. Przedstawiają one chorych psychicznie jako bardzo odmiennych od innych ludzi, niesympatycznych, nieprzewidywalnych i niebezpiecznych. Jak pisze Piotr Świtaj skalę zafałszowania obrazu chorych psychicznie w mediach pokazują badania względnej częstości występowania negatywnych, stereotypowych treści. Wynikało z nich na przykład, że chorzy psychicznie przedstawiani w programach telewizyjnych w porze szczytowej oglądalności byli agresywni aż w ponad 70% przypadków, nawet dziesięciokrotnie częściej niż osoby bez zaburzeń psychicznych, co oczywiście znacznie przekracza rzeczywiste wskaźniki³⁰. Podobne wyniki przyniosła analiza artykułów prasowych z czołowych polskich dzienników, gdzie osoby z chorobami psychicznymi przedstawiono wyjątkowo często jako sprawców przestępstw. Obraz taki jest zdaniem ekspertów bardzo silnie obecny w potocznym wyobrażeniu osoby chorującej psychicznie:

Obraz przeciętnej osoby chorej psychicznie, to jest właśnie obraz kogoś, kto będzie z siekierą przystawioną biegł za mną, albo rzuci się na mnie i nie wiem, co mi zrobi, albo rzuci się na moje dziecko.(...) sama świadomość „inności” już u ludzi budzi trwogę i obawę. [PRACOWNIK DPS]

Przeglądu badań dotyczących stygmatyzacji osób chorujących psychicznie dokonała Jackowska³¹. Przytacza ona wyniki badań jakościowych, przeprowadzonych, w ośrodku leczenia psychiatrycznego w Hiszpanii z osobami chorymi i członkami ich rodzin przez Gonzalesa-Torresa i współpracowników. Wypowiedzi osób na temat poczucia stygmatyzacji zarejestrowano w trakcie sesji terapeutycznych prowadzonych oddzielnie dla dwóch grup: grupy pacjentów ambulatoryjnych w fazie remisji schizofrenii (26 osób) i grupy ich najbliższych krewnych – matek, ojców, rodzeństwa (22 osoby). Wypowiedzi pacjentów poddano dokładnej analizie i uporządkowano w sześć kategorii wskazujących na doświadczenie napiętnowania. Były to:

³⁰ Świtaj Piotr, *Piętno choroby Psychiczej*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (2): 137-144

³¹E. Jackowska. Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*. Warszawa 2009 Tom XLIII, numer 6 strony 655-670



- Oskarżenia ze strony osób bliskich i innych o lenistwo, brak silnej woli, przesadne rozczulanie się nad sobą, brak mobilizacji.
- Traktowanie jako osób niebezpiecznych, nieprzewidywalnych. Na przykład jeden z uczestników sesji opowiadał, że, gdy zatrzymał windę, sąsiad z niej wysiadł, dając do zrozumienia, że boi się z nim jechać.
- Nadopiekuńczość, infantyilizacja – ograniczanie sprawczości i inicjatywy przez członków rodziny i inne osoby, motywowane troską o pacjenta.
- Codzienna, społeczna dyskryminacja w miejscach publicznych – restauracjach, bankach, marketach.
- Dyskryminacja w placówkach służby zdrowia. Zdaniem pacjentów z racji choroby psychicznej nie dowierza się im, gdy zgłaszają symptomy somatyczne, nie uzyskują też pełnej informacji od lekarzy i są wyłączeni z decydowania o przebiegu kuracji.
- Wykluczanie możliwości rodzicielstwa. Nawet przy wzmiance o chęci posiadania potomstwa pacjenci napotykali opór ze strony pracowników służby zdrowia i członków rodziny, którzy nie widzieli potrzeby konsultacji z genetykami i nie brali pod uwagę opinii samych zainteresowanych.

Członkowie rodzin – w przeważającej liczbie matki – stygmatyzację i wykluczenie społeczne odczuwali, będąc świadkami nieprzyjaznych postaw wobec chorego, a także – obiektami dyskryminacji ich samych. Podawane były następujące zdarzenia:

- Spotykanie się z opiniami, w otoczeniu społecznym i w mediach, o niepczytalności i bezwartościowości osób psychicznie chorych.
- Dyskryminowanie chorego jako pracownika po ujawnieniu się kolejnego rzutu choroby, nawet wtedy, gdy swoje obowiązki zawodowe do momentu kryzysu psychicznego wykonywał bez zarzutu.
- Wycofanie się z kontaktu z chorym przez osobę zaprzyjaźnioną, gdy dowiedziała się o jego chorobie.
- Zaniechanie udzielania pomocy choremu przez terapeutów i pracowników socjalnych, oświadczenie rodzinie, że stan pacjenta się nie zmienia przez dłuższy czas, więc nie ma co liczyć na poprawę.
- Rodzice mówili o tym, że czuli się zawstydzeni negatywnymi reakcjami otoczenia na wiadomość o chorobie ich dziecka, co powodowało, że później starali się ją ukrywać.
- Spotykali się również z uwagami ze strony członków rodziny i pracowników służby zdrowia, że ponoszą winę za chorobę syna czy córki. Uwaga taka, szczególnie wypowiedziana przez lekarza, była odczuwana bardzo boleśnie

Zdecydowana większość opisanych przez Jackowską sytuacji dyskryminujących znalazła również odzwierciedlenie w zrealizowanych wywiadach grupowych. Poniżej przetaczamy tylko wybrane z wielu innych wypowiedzi

Po prostu rodzina nie rozumie, bo jeżeli człowiek funkcjonował normalnie i przez cały czas wszystko sobie dawał radę to w tym momencie, nie bardzo bo nie można się podnieść, wstać, robić i to nie oznacza że jest się leniem. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Źle odbierają to ci zdrowi, wytykają palcami. Jak zachorowałam tam obok mnie mieszkało dwóch chłopaków jak dowiedzieli się to przyszli tam kiedyś do mnie tam pogadać na dworze, rozmawialiśmy a oni mówią Aśka ty to jesteś chora psychicznie masz żółte papiery i od tej pory tak właśnie zraziłam się żeby komuś coś powiedzieć że jestem chora bo już nie raz niemiłe słowa usłyszałam [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Np. o mojej koleżance na osiedlu mówią o to jest ta głupia, bo chorobę psychiczną się z upośledzeniem myśli często [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Zawsze tkwi coś takiego, że człowiek chorujący psychicznie jest niebezpieczny i od tego, to chyba najbardziej szkodzi. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

I miałam też taką sytuację, że taka pani, mojej cioci sąsiadka, kiedyś jedziemy i zaczęłyśmy o chorobach psychicznych mówić i ona mówi do mnie tak bo jej nie powiedziałam, że mam depresję, nie powiedziałam, że



mam taką chorobę, to powiedziała, że z takimi ludźmi to od nich z daleka bo są niebezpieczni ja się nic nie odezwałam [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Po części jest to napiętnowane przez społeczeństwo, bardzo wiele rodzin, osób wstydzi się tego, że ma osobę chorującą. Wiem też po sobie i po naszych nawet sąsiadach jak się przeprowadziłyśmy niedawno. Dopóki nie wiedzieli, że moja mama jest osobą chorującą było wszystko w porządku, były wspólne kawki, jakieś inne różne spotkania. Później przez przypadek się dowiedzieli kontakt się nagle urwał i tak już zostało. Także myślę duże napiętnowanie, takie stereotypy różne, dziwne panują, poczucie bezpieczeństwa, gumowe ściany, drzwi bez klamek itd. to nadal niestety jeszcze funkcjonuje. Nawet jak mówi się gdzieś o osobach chorujących psychicznie jest zaraz wrażenie takiego obślinionego, kiwającego się człowieka, który atakuje nożem czy siekierą albo nie wiem czym. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]

Z drugiej jednak strony, o czym piszemy dalej w niniejszym rozdziale bardzo wiele osób chorujących, czy ich rodzin nie zetknęło się z przejawami dyskryminacji.

Generalnie na pewno tak jest. Ja na moim przypadku czegoś takiego jak te Panie nie odczułam. Długo dosyć ukrywałam ale od momentu jak ujawniłam, że moja córka choruje nie odczułam jakiejś takiej izolacji, żeby ktoś specjalnie się od nas odsunął i nawet córka mimo wszystko nie zauważyłam aby to odczuła. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]

Również u mnie tego nie ma. Spotyka się z kolegami, wychodzi po zakupy. Nie ma takiego jakiegoś stanu, on ma tylko lęki czasami, że może się będą śmiać. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]

Konsekwencją doświadczanej dyskryminacji, czy też świadomości możliwości jej zaistnienia jest bardzo często dylemat czy się ujawniać, czy też nie. Zarówno rodziny jak i osoby chorujące przychyły się do tego, iż zawsze lepszym rozwiązaniem jest powiedzieć prawdę, nie zmieniać zaś rzeczywistości na siłę.

Nie utrzymały się ale ja w ogóle mam problem z tym żeby informować ludzi o swojej chorobie tzn. nowo poznanych, zwłaszcza chłopaków właśnie tak jak tu koleżanka mówiłam mam takiego znajomego bo nigdy mi się nie wydaje, że to dobry moment zastanawiam się nad tym kiedy to powiedzieć. Nie ma dobrego momentu zastanawiam się kiedy to powiedzieć na jakim etapie znajomości i jakoś tak żeby to wyszło samo z siebie żeby to nie było takie sztucznie stworzenie jakiegoś tam lepiej się czuję z ludźmi, którym się przyznam że jestem chora bo swobodniej się wtedy czuję. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Tak, tak, że nie muszę udawać, że jestem inna niż jestem po prostu jestem jaka jestem i tyle. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Tak, żeby nikt nie wiedział. Początkowo córka też, nie mówcie tego, tu, to... Ale, to nic nie daje. Ważne jest żeby było właściwe podejście, żeby tą chorobę traktować, jak normalnie każdą inną chorobę. Nie kryć, nie utajniać i wtedy powiedzmy te osoby, które wiedzą, to jak się odzywać. Bo takie osoby chore psychicznie są bardzo wrażliwe, na każde słowo nie tak powiedziane, to już biorą dosłownie, że, to jest do niej. Nawet, jak ktoś w sensie ogólnym coś powie. No i, to ma bardzo duży wpływ na chorowanie. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]

Ważne z punktu widzenia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych są również postawy pracodawców. Żywią oni przekonania o niskiej wydajności pracy oraz niskich kwalifikacjach tej grupy osób. Wśród powodów przemawiających przeciwko zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wskazywano przede wszystkim na częste zwolnienia lekarskie, nieodpowiedni dla niepełnosprawnych charakter pracy, brak kwalifikacji i wykształcenia, stan zdrowia, wysokie koszty zatrudnienia, brak doświadczenia, małą wydajność niepełnosprawnych pracowników. Znacząca część przedsiębiorców z otwartego rynku pracy wyrażała również przekonanie, że niepełnosprawni w ogóle nie powinni pracować, czy też kształcić się, gdyż nie ma to sensu, nie nadają się do pracy i normalnej szkoły, nie potrafią w nich funkcjonować, narażone są tam tylko na ogromny stres. Przyznają też, iż osoby niepełnosprawne powinny wykonywać jedynie prace proste, łatwe i lekkie.



Jak wynika z badań Kaszyńskiego i Cechnickiego³² największą barierą dla pracodawców przy zatrudnianiu osoby z niepełnosprawnością psychiczną jest brak wiedzy o jej chorobie. Mimo iż pracodawcy twierdzili, że osoby takie są zdolne do pracy, aż 71% z nich nie powierzyłoby im zadań wymagających dużej samodzielności. Równie często mieli oni obawy dotyczące ewentualnych niezrozumiałych zachowań, które mogłyby przejawiać tacy pracownicy. Na pytanie o korzyści wynikające z zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi, więcej niż co trzeci respondent wskazał możliwość niesienia pomocy innym, a 18% zwiększenie wrażliwości społecznej pracowników. Warto zwrócić jednak uwagę, że tylko 12% respondentów dostrzega w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie korzyść, jaką jest poprawa wizerunku przedsiębiorstwa, a prawie 42% nie dostrzega żadnych argumentów, przemawiających za zatrudnianiem osób z niepełnosprawnością psychiczną. Argumenty przeciwko zatrudnianiu osób chorujących psychicznie przywoływane przez pracodawców podzielić można na trzy grupy. Pierwsza grupa jest zbiorem stereotypowych cech pracownika mającego problemy psychiczne, który jest: nieodpowiedzialny, bez kwalifikacji, konfliktowy, nieprzewidywalny, nie wywiązujący się z prac terminowych, niszczący materiały, niesamodzielny. Druga grupa argumentów zawiera informacje o wyobrażeniach pracodawców o ograniczeniach, a nawet przeciwwskazaniach w wykonywaniu wielu prac, szczególnie, gdy dotyczą samodzielności, kontaktu z innymi, awansu, opieki nad drugą osobą. Trzecia grupa argumentów związana jest z lękiem i niewiedzą respondentów, którzy obawiają się nawrotu choroby i podkreślają brak doświadczenia w pracy z osobami chorującymi psychicznie. Przedsiębiorcy chętniej zatrudniają osoby z widoczną niepełnosprawnością, na przykład ruchową. Jak podkreślali eksperci, może to mieć związek również z kształtowaniem wizerunku firmy. Z drugiej jednak strony brak wiedzy o chorobach psychicznych powstrzymuje ich przed zatrudnianiem osób z zaburzeniami nie tylko ze względu na strach przed tą osobą, ale również przed ewentualnymi konsekwencjami pracy dla ich zdrowia.

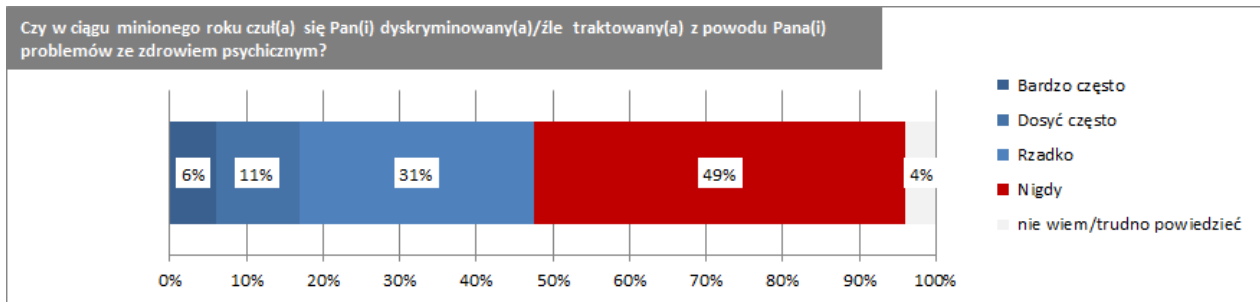
Dużo łatwiej przedsiębiorcy posadzić kogoś przy biurku z wózkiem, bo to tak fajnie wygląda. A choroby psychiczne nie widać. [PSYCHIATRA]

[Przed zatrudnieniem powstrzymuje] strach też osób, które miałyby zatrudnić tych chorych. Do pewnego momentu myślałam, że to chodzi ciągle o ten stereotyp, że osoba chorująca psychicznie jest niebezpieczna, że nie wiadomo, co się stanie. Z czasem jednak, jak też miałam możliwość rozmawiać z pracodawcami, to rozumiałam, że wynikało to po prostu, z tego, że oni się bali, że skrzywdzą te osoby. Że poprzez na przykład wymagania, które są w pracy, to choroba się nasili, że trafią do szpitala. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Wyniki zrealizowanych badań pokazują i prawie połowa osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego nie doświadczyła przejawów dyskryminacji. Jednak prawie co piąty (17%) czuł się bardzo często i często dyskryminowany. Najczęściej źle traktującymi/źle odnoszącymi się do chorujących były obce osoby (40%). Jednak 60%, tych którzy zadeklarowali, iż byli w ciągu minionego roku dyskryminowani doświadczyło negatywnego traktowania ze strony osób mniej lub bardziej znajomych, w tym 21% ze strony dalszej rodziny, 19% ze strony sąsiadów, 17% ze strony znajomych, a 13% ze strony domowników. Najczęstszymi przejawami dyskryminacji były żarty i ośmieszenie (46%), unikanie kontaktu (21%) oraz naznaczenie (21%).

Rysunek 28. Powszechność dyskryminacji. N=101

³² Kaszyński H., Cechnicki A. *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*, Psychiatria Polska, 2011, XLV:1, s. 45-60



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Tabela 16. Osoby i przejawy dyskryminacji. N=101

OSOBY DYSKRYMINUJĄCE		PRZEJAWY DYSKRYMINACJI	
Obce Panu(i) osoby	40%	Żarty, ośmieszanie, dokuczanie	46%
Dalsza rodzina	21%	Unikanie kontaktu z Panem(ią)	38%
Sąsiedzi	19%	Naznaczenie, pokazywanie palcem, wyróżnianie	21%
Pana(i) znajomi/przyjaciele	17%	Agresja słowna, grożenie	13%
Znajomi z pracy/szkoły	13%	Ograniczenia Pana(i) możliwości wyboru/samodzielności	10%
Domownicy	13%	Inne	6%
Znajomi Pana(i) domowników, osoby przychodzące do Pana(i) domu	8%	nie wiem/trudno powiedzieć	6%
Pracodawca, nauczyciele	2%	Przemoc fizyczna	4%
Lekarz	2%	brak zrozumienia	4%
		okazywanie lekceważenia	2%

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Powszechność dyskryminacji oraz jej dotkliwość została ujęta w postaci wskaźnika dyskryminacji. Wskaźnik przyjmuje wartość od 0 do 100. Maksymalny wynik odnosi się do sytuacji, w której respondent czuje się bardzo często dyskryminowany przez bliskie mu osoby. Im mniejszy wynik wskaźnika tym respondent rzadziej odczuwał dyskryminację oraz jej sprawcami było mniejsza liczba osób, bądź dalsze mu osoby (Tabela 17). Rozkład wskaźnika w badanej populacji pokazuje, iż dotkliwej dyskryminacji doświadcza 14% badanych, kolejne 17% zaś umiarkowanej dyskryminacji. 16% doświadcza dyskryminacji sporadycznie i w przeważającej większości ze strony osób obcych (Rysunek 29 Rysunek 30). Grupami relatywnie najczęściej doświadczającymi dyskryminacji są osoby cierpiące na schizofrenię, zaburzenia wywołane substancjami psychoaktywnymi, osoby gimnazjalnym i zawodowym wykształceniem, osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności oraz prowadzące 1-osobowe gospodarstwo.

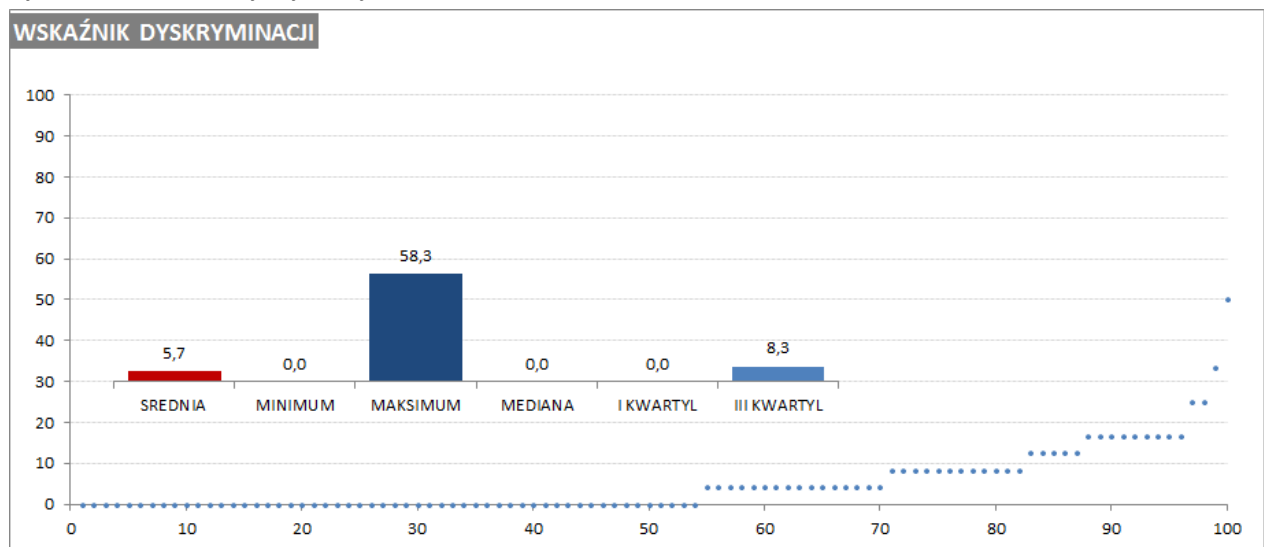
Tabela 17. Wskaźnik dyskryminacji – metodologia

Wskaźnik dyskryminacji	
Jest miarą doznawanej dyskryminacji. Obliczony został na podstawie dwóch pytań dotyczących skali doświadczanej dyskryminacji oraz osób dyskryminujących. relacji rodzinnych. Jest sumaryczną i wystandaryzowaną (do skali od 0 do 100, gdzie 100 oznacza maksymalną liczbę punktów, jaką mógł uzyskać respondent) wartością obejmującą następujące wymiary:	
Wymiary tworzące wskaźnik	Liczba przyznawanych punktów
• BRAK DYSKRYMINACJI	0
• Obce Panu(i) osoby	5
• Pana(i) znajomi/przyjaciele	10
• Pracodawca, nauczyciele	5
• Sąsiedzi	5
• Znajomi Pana(i) domowników, osoby przychodzące	10

Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

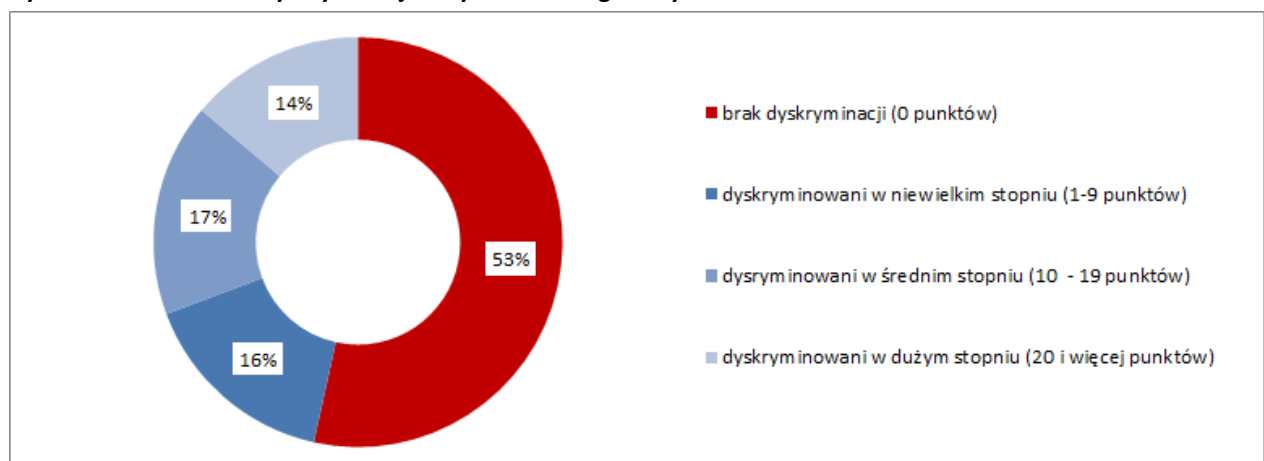
do Pana(i) domu	
• Znajomi z pracy/szkoły	5
• Dalsza rodzina	10
• Domownicy	10
RAZEM	MAKSYMALNIE 60 PUNKTÓW
WAGA (MNOŻNIK) ZE WZGLĘDU NA CZĘSTOŚĆ DYSKRYMINACJI	
Bardzo często i dosyć często	WYNIK X 2
Rzadko	WYNIK X 1
RAZEM	120 PUNKTÓW = WARTOŚĆ WSKAŹNIKA 100

Rysunek 29. Wskaźnik dyskryminacji – rozkład. N=101



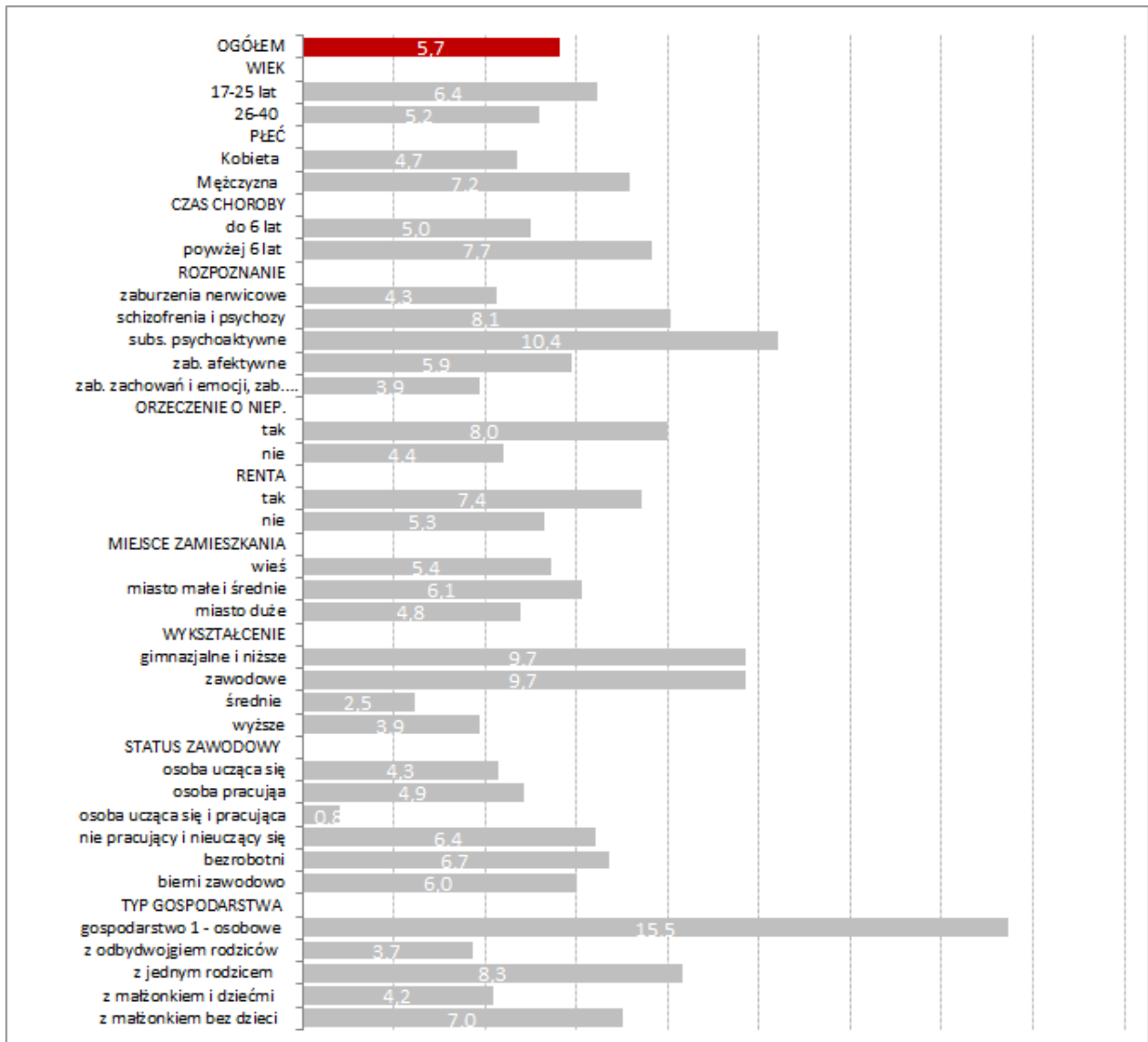
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 30. Wskaźnik dyskryminacji – wyróżnione segmenty N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 31. Wskaźnik dyskryminacji – średnia dla poszczególnych grup. N=101



Podsumowując jeszcze raz warto podkreślić, iż izolowanie się pacjentów od otoczenia, zamknięcie się w sobie, może być podyktowane potrzebą ochrony przed przejawami odrzucenia, a nie narastaniem objawów psychopatologicznych. Piętno choroby psychicznej przyczynia się do społecznego wykluczenia i izolacji naznaczonych nim osób, a tym samym do zmniejszenia szans życiowych i możliwości samorealizacji oraz do utraty statusu społecznego. Wykluczenie to może dotyczyć wielu dziedzin, jak na przykład relacje ze znajomymi, rodziną, możliwości znalezienia partnera życiowego, uczestnictwo z życiu społecznym czy możliwość zdobycia odpowiedniego wykształcenia i adekwatnej do niego pracy. Z drugiej strony stygmatyzacja osób chorych psychicznie może wpływać na ich poczucie wartości i samoocenę, jednak tutaj należy pamiętać, że trudno jest oddzielić wpływ choroby na te aspekty życia psychicznego od efektów napiętnowania.



6.2 Interakcje społeczne

Ograniczenie kontaktów społecznych jest jednym z najbardziej widocznych aspektów aktywności społecznej, na który wpływ ma choroba psychiczna. Niekiedy objawy choroby powodują odgradzanie się od innych osób, rezygnację z kontaktów społecznych. Z drugiej strony otoczenie społeczne osób chorych również odsuwa się od nich. Zdaniem respondentów wynika to po części z lęku przed niespodziewanymi, niezrozumiałymi zachowaniami, jakie przejawiać mogą osoby chore i brakiem możliwości przewidzenia jej stanu, czyli labilności powiązanej z zaburzeniami psychicznymi. Jednak jak przyznają eksperci dla wielu osób jest to niezmiernie ważny wymiar codziennego funkcjonowania. Podkreślano również rehabilitacyjny wymiar kontaktów ze zdrowymi ludźmi. W związku z tym, że relacje społeczne sprzed zachorowania często obumierają (z powodu odejścia z pracy czy szkoły i ogólnie wycofania się z życia społecznego), nowe zadzierzgiwane są przede wszystkim w grupie innych chorych – w szpitalach, organizacjach pozarządowych czy ośrodkach rehabilitacyjnych. Takie ograniczenie wiąże się z dalszą alienacją, a brak kontaktu z osobami, które mogłyby być swego rodzaju modelami, od których chorzy mogliby przejmować pewne zachowania czy sposoby radzenia sobie z problemami, zubaża ich doświadczenia społeczne.

Przed wszystkim zmienia się ich nastawienie do społeczeństwa. Oni stają się bardziej wycofani, mają więcej obaw i lęków związanych z relacjami z rówieśnikami. Często jest tak, że zupełnie się wycofują, siedzą w domu. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

To jest myślę najpoważniejszy problem człowieka z zaburzeniem psychicznym. Bycie w bezpiecznej relacji. Bezpiecznej, satysfakcjonującej relacji z bliskimi jest najpoważniejszym problemem. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

To co jest zdecydowanie odróżniające od innych rodzajów niepełnosprawności, to labilność tej niepełnosprawności, bo tutaj niepełnosprawność może się cofać lub pogłębiać, tak? I bardzo trudno przewidzieć jak będzie wyglądała krzywa przebiegu akurat tej choroby. Bo to mogą być lata remisji, to mogą być krótkie okresy między jednym a drugim pogorszeniem. To może być też trochę stan taki zniżającego się continuum, albo wznoszącego, to bardzo różnie wygląda. Więc ta labilność jest też takim wyznacznikiem jakby tego rodzaju niepełnosprawności i wprowadza niepewność zarówno w życie samej osoby, w to jak ona może sobie prognozować czy też projektować własne życie, własną aktywność, ale też w życie otoczenia. [PRZEDSTAWICIELKA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ]

Problem ten był szczególnie silnie akcentowany podczas zrealizowanych grup dyskusyjnych. Zarówno same osoby chorujące jak ich rodziny wskazywały, iż jedną z bardziej dotkliwych konsekwencji pojawienia się choroby było znaczące wycofanie się przez osobę chorującą z kontaktów społecznych. Często izolacja jest także zapoczątkowana, o czym pisaliśmy w poprzednim rozdziale, odrzucaniem/stygmatyzacją czy też brakiem zrozumienia ze strony osób zdrowych. Dopiero z upływem czasu niektórym udawało się odbudować dawne znajomości lub zawiązać nowe. Jak podkreślano, procesowi ponownego włączania się w aktywność społeczną towarzyszą ogromne obawy i strach przed napiętnowaniem i odrzuceniem. Same osoby chorujące wykazują też brak motywacji do podejmowania kontaktów społecznych. Rolą najbliższych powinno być budowanie tej motywacji i wspieranie ich w procesie ponownej integracji.

Uciekają znajomi, odsuwa się rodzina, jest mało wesoło, przynajmniej u mnie. [OSOBA CHORUJĄCA]

Natomiast nie zawsze rozumieją mnie moi znajomi „O Boże miałas z nami wyjść, a Tobie się znowu nie chce”, już mnie czasem olewają, bo nie ma sensu i tak nie wyjdzie [OSOBA CHORUJĄCA]

Chodzi, powinna chodzić systematycznie. Ja pracuję nie ma mnie w domu, może jeśli bym był to był dopilnował, bo jak jestem to stymuluję ją do wyjścia i czasem się uda. No ale później zakład upadł i od tamtego momentu jakoś z tą pracą nie szło. Nie ma ochoty, nie tylko na wyjścia do pracy ale wyjścia gdzieś tam nawet do jakiś koleżanek. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]



Czasami mówi, że pójdzie do koleżanki później jak wracam do domu pytam i mówi, że jej się nie chciało. Czyli już z tego założenia z dzisiaj na jutro nie ma nic. A mówię żeby była taka jakaś wewnętrzna motywacja. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]

Nie ma jakiś wybujałych innych historii, że rozrabia czy coś, jest wyciszony. Ma swoje obowiązki. Próbuje go nakłaniać żeby wychodził bo po wyjściu ze szpitala przeszkadzało mu i zaczął się odcinać od wszystkiego i zamykać. Tylko był tak komputer, koleżdy nie, koniec, nic, nawet nie można było go gdziekolwiek ruszyć. No i poszliśmy do Pomostu. Pomost nam pomógł. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]

On się teraz wszystkiego już boi bo ma tak wpojone, że jest chory. Pod tym względem to nas rozbija, pod tym mamy wszystko uporządkowane naprawdę. Każdy ma swoje obowiązki, pracujemy, wychodzimy, on z psem wyjdzie, kocha zwierzęta. Wyjedziemy, zostawimy go, obiad zrobi. Ale za dużo nie może brać. [PRZEDSTAWICIEL RODZINY OSOBY CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE]

Opinie zebrane w badaniach ilościowych znajdują swoje potwierdzenie w danych ilościowych. Ponad co trzeci chorujących psychicznie ciągle lub często odczuwa samotność (35%). Dla porównania wskaźnik ten dla całej populacji w wieku do 34 lat wynosi 18%³³. Jedynie 29% badanych rzadko lub nigdy nie odczuwa samotności. Ogółem osoby badane poświęcają dziennie średnio 58 minut na rozmowy z domownikami, 19 minut na rozmowy telefoniczne ze znajomymi, 35 minut na korzystanie z komunikatorów i portali społecznościach oraz 4 godziny tygodniowo na kontakty osobiste (średnia dla ogółu populacji z uwzględnieniem osób nie wykonujących danej czynności). Jednak krąg znajomych młodych osób chorujących jest znacznie mniejszy niż ogółu młodych Polaków w wieku do 34 roku życia. Osoby chorujące zaliczają do niego średnio 6 osób, zaś średnia liczba najbliższych przyjaciół to 3,3 osoby. Dla porównania w całej populacji średnia liczba najbliższych przyjaciół to 7 osób³⁴. Warto zwrócić uwagę, iż prawie połowa chorujących psychicznie (47%) utrzymuje regularny osobisty kontakt (liczba znajomych) co najwyżej z 3 osobami, a jedynie 29% z 7 osobami i więcej, zaś 69% wśród swoich przyjaciół nie wymienia więcej niż 2 osoby. Ponad połowa młodych osób chorujących psychicznie (53%) ma wśród swoich znajomych osoby chorujące psychicznie, lub też inne osoby niepełnosprawne (średnio 2,5 osoby, średnia liczba niepełnosprawnych znajomych dla całej próby to 1,2 osoby). Osoby niepełnosprawne stanowią ponad połowę wszystkich znajomych u 17% badanych.

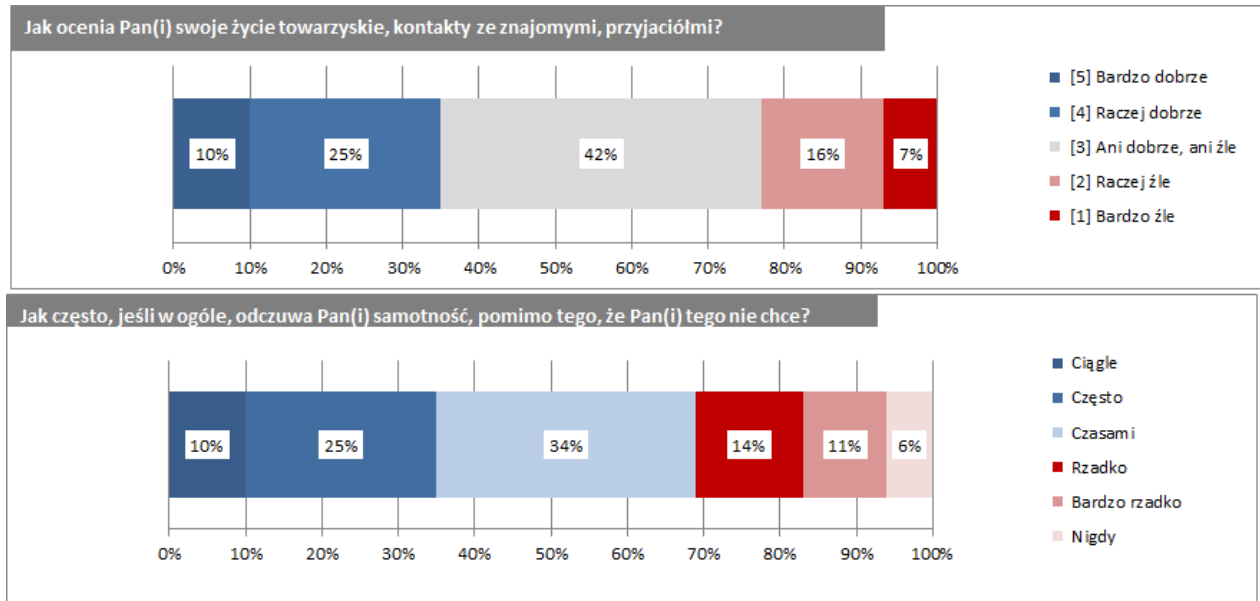
52% badanych regularnie codziennie rozmawia przez telefon ze znajomymi – średnio 37,8 minut dziennie. 57% badanych przyznaje, iż korzysta z portali społecznościowych (np. Facebook, Nasza Klasa, Google+, Twitter) w sposób regularny (2-3 razy tygodniu – 20%) lub intensywny (codziennie lub prawie codziennie - 37%), przy czym 41% włączyło tę czynność w „harmonogram” swojego typowego dnia. Osoby te spędzają dziennie 85 minut komunikując się z innymi, co oznacza prawie 10 godzin tygodniowo. W tym samym czasie grupa ta poświęca 6 godzin na spotkania osobiste. Osoby które nie użytkują portali społecznościowych rzadziej spotykają się też osobiście – średnio przeznaczają na to 3,8 godzin w tygodniu. Osoby korzystające z portali społecznościowych komunikują się przez Internet średnio z 6,7 osobami. W przypadku 23% badanych liczba to dorównuje lub przewyższa liczbę znajomych osobistych. 4 na 101 badanych osób miały wyłącznie znajomych „internetowych”.

Zrealizowane badania pokazały, iż zwyczajowe dla osób młodych sposoby spędzania wolnego czasu dotyczą dość ograniczonej liczby badanych. W ciągu ostatniego miesiąca tylko 44% badanych odwiedzało znajomych w domu, 42% gościło ich zaś w swoim domu. Na przyjęciu, imprezie był jedynie co piąty badany (20%), taki sam odsetek był kinie/teatrze lub w pubie/restauracji.

³³ Diagnoza Społeczna 2009.

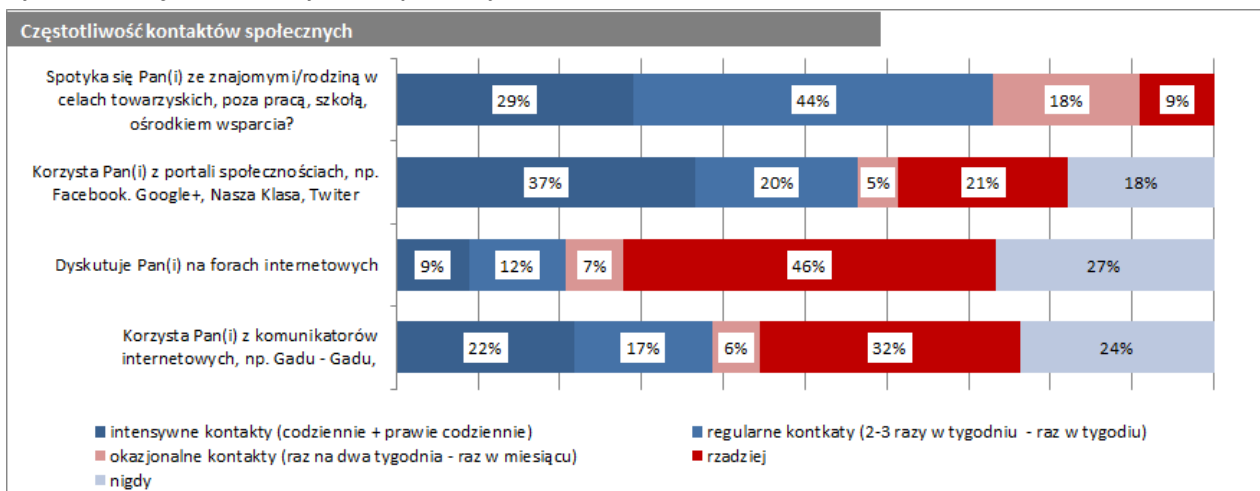
³⁴ Diagnoza Społeczna 2009

Rysunek 32. Ocena kontaktów społecznych i poczucie osamotnienia. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

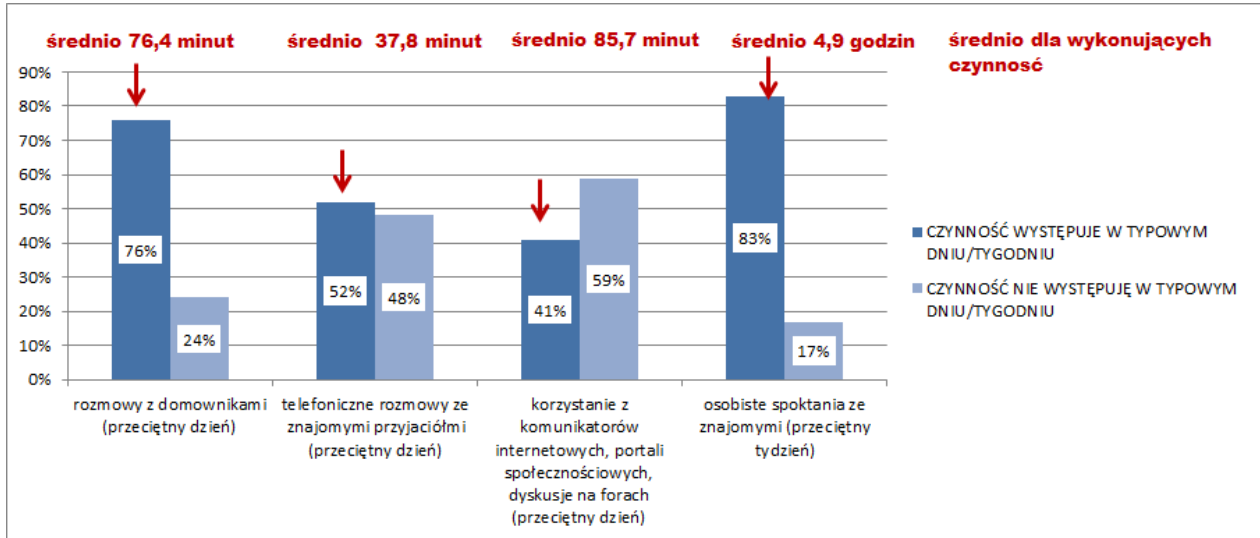
Rysunek 33. Częstotliwość aktywności społecznej. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

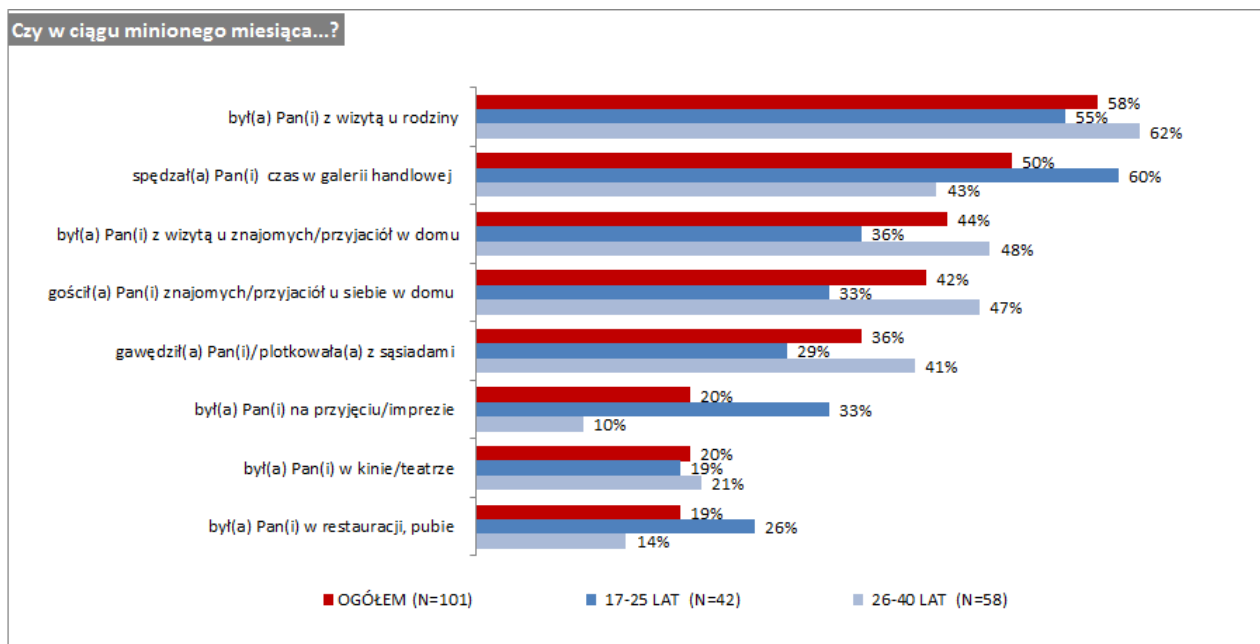
Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Rysunek 34. Czas poświęcony na interakcje społeczne. N=101



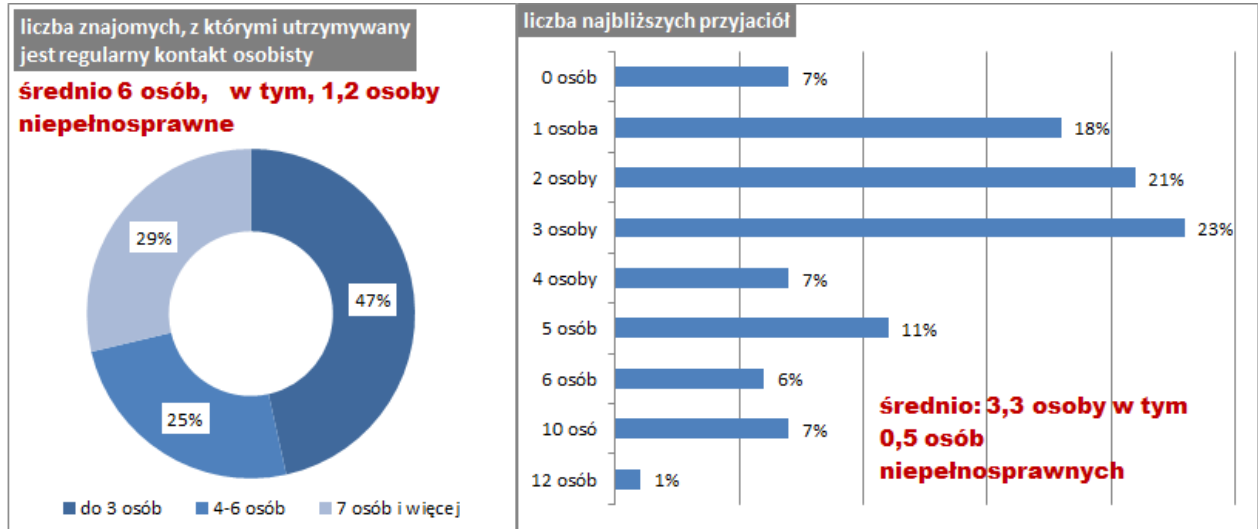
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 35. Podejmowane aktywności społeczne.



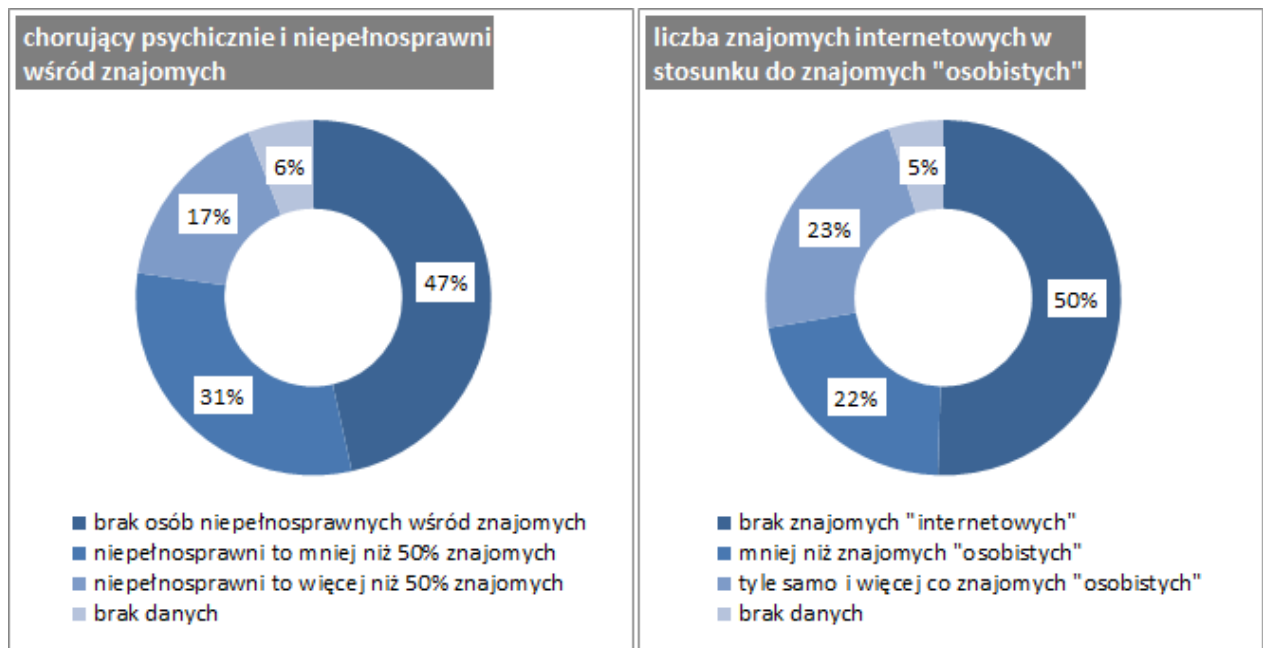
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 36. Liczba znajomych i przyjaciół N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 37. Osoby niepełnosprawne wśród znajomych i znajomi internetowi N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu



W celu pełniejszego zobrazowania aktywności społecznej osób chorujących stworzony został **wskaźnik aktywności społecznej**. Wskaźnik przyjmuje wartość od 0 do 100. Maksymalny wynik odnosi się do sytuacji, w której respondent nie czuje się osamotniony i pozytywnie ocenia swoje życie towarzyskie, ma dużo znajomych i dużo z nimi rozmawia (wynik powyżej III kwartyla) a także w minionym miesiącu był aktywny społecznie (spotykał się ze znajomymi, chodził na imprezy, do kina itp.) (Tabela 13). W badanej populacji wskaźnik aktywności społecznej przyjął średnią wartość na poziomie 44,7 punktów. Jednak rozkład wyników jest bardzo zróżnicowany od dość licznie pojawiających się bardzo niskich wartości wskaźnika to wartości bardzo wysokich. Wartość mediany dzieląca rozkład na pół wynosi 43,8, co oznacza, iż połowa respondentów osiągnęła wynik powyżej a połowa poniżej tego poziomu. Dla 25% badanych wartość wskaźnika jest bardzo niska i nie przekracza 31,3 pkt (I kwartyl), dla kolejnych zaś 25% jest wyższa od 62,5 pkt (Rysunek 38). Na podstawie uzyskanej liczby punktów respondenci przyporządkowani zostali do czterech segmentów. Jak wynika, z przeprowadzonej analizy, osoby o najmniejszym stopniu aktywności społecznej stanowią prawie połowę wszystkich respondentów (44%), kolejne zaś 31% podejmuje aktywność na poziomie raczej niskim. Raczej wysoka i wysoka aktywność społeczna charakteryzuje 26% badanych (Rysunek 39). Badanie pokazało, iż aktywność społeczna w mniejszym stopniu wiąże się z czynnikami społeczno – demograficznymi niż inne wymiary wykluczenia społecznego. Generalnie większą aktywność społeczną obserwujemy wśród osób młodszych i uczących się, z drugiej natomiast strony u osób z wyższym wykształceniem i pracujących. Najniższą aktywność społeczną wykazują osoby nieuczące się i nie pracujące. Bardziej aktywne są także osoby nieposiadające orzeczenia o niepełnosprawności niż osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności.

Tabela 18. Wskaźnik aktywności społecznej – metodologia

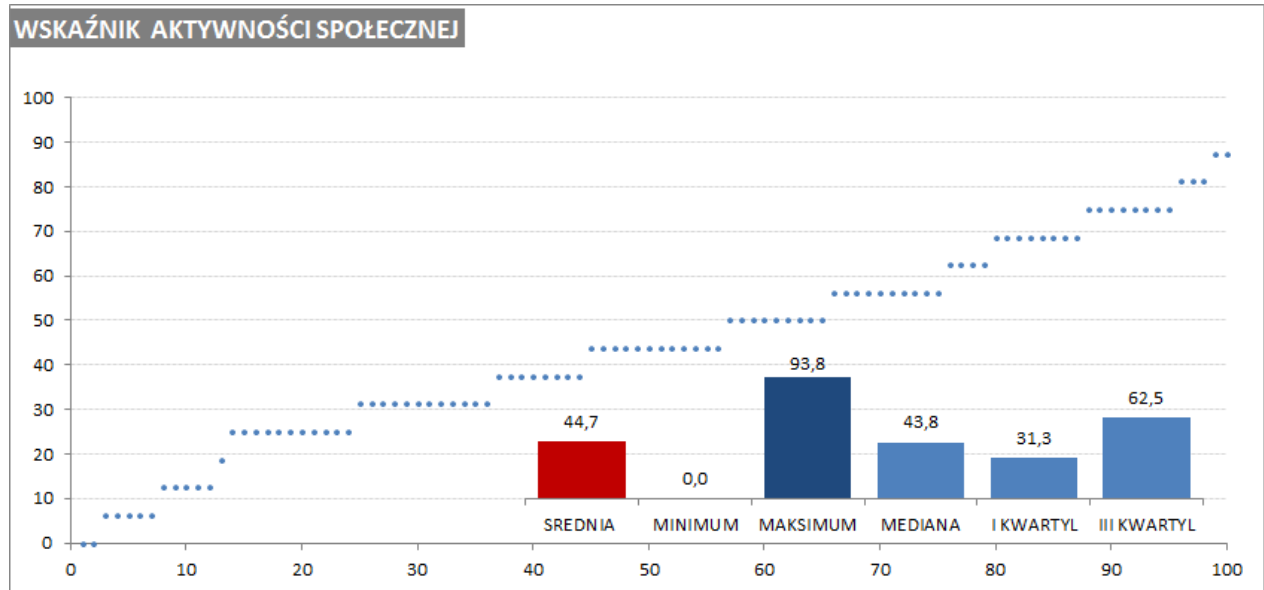
Wskaźnik aktywności społecznej

Jest miarą aktywności społecznej. Obliczony został na podstawie pytań dotyczących skali aktywności społecznej. Jest sumaryczną i wystandaryzowaną (do skali od 0 do 100, gdzie 100 oznacza maksymalną liczbę punktów, jaką mógł uzyskać respondent) wartością obejmującą następujące wymiary:

Wymiary tworzące wskaźnik	Liczba przyznawanych punktów
Łączny czas kontaktów ze znajomymi	
• Wynik poniżej I kwartyla	0
• Wynik w przedziale I–II kwartyl	5
• Wynik w przedziale II-III kwartyl	10
• Wynik powyżej III kwartyla	15
Liczba znajomych	
• Wynik poniżej I kwartyla	0
• Wynik w przedziale I–II kwartyl	5
• Wynik w przedziale II-III kwartyl	10
• Wynik powyżej III kwartyla	15
Odczuwanie samotności	
• Ciągle i często	0
• Czasami	5
• Rzadko, bardzo rzadko, nigdy	10
Ocena kontaktów społecznych	
• Bardzo dobrze, raczej dobrze	10
• Ani dobrze ani źle	5
• Raczej źle, bardzo źle	0
Czy w ciągu minionego miesiąca:	
• był(a) Pan(i) w restauracji, pubie	5
• był(a) Pan(i) z wizytą u rodziny	5
• był(a) Pan(i) z wizytą u znajomych/przyjaciół w domu	5
• gościł(a) Pan(i) znajomych/przyjaciół u siebie w domu	5
• był(a) Pan(i) na przyjęciu/imprezie	5
• gawędził(a) Pan(i)/plotkowała(a) z sąsiadami	5
RAZEM	80 PUNKTÓW = WARTOŚĆ WSKAŹNIKA 100

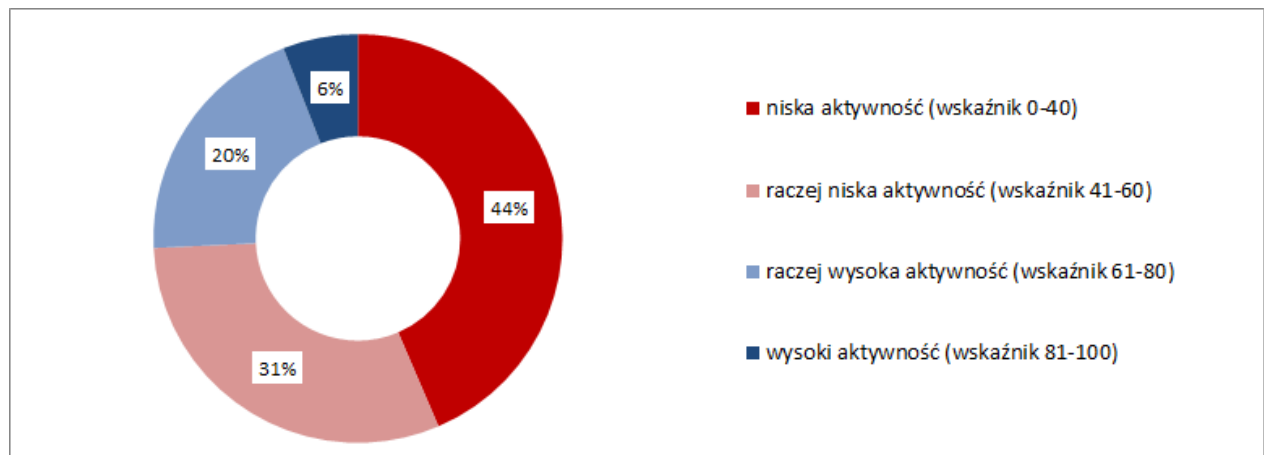
Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Rysunek 38. Wskaźnik aktywności społecznej- rozkład. N=101



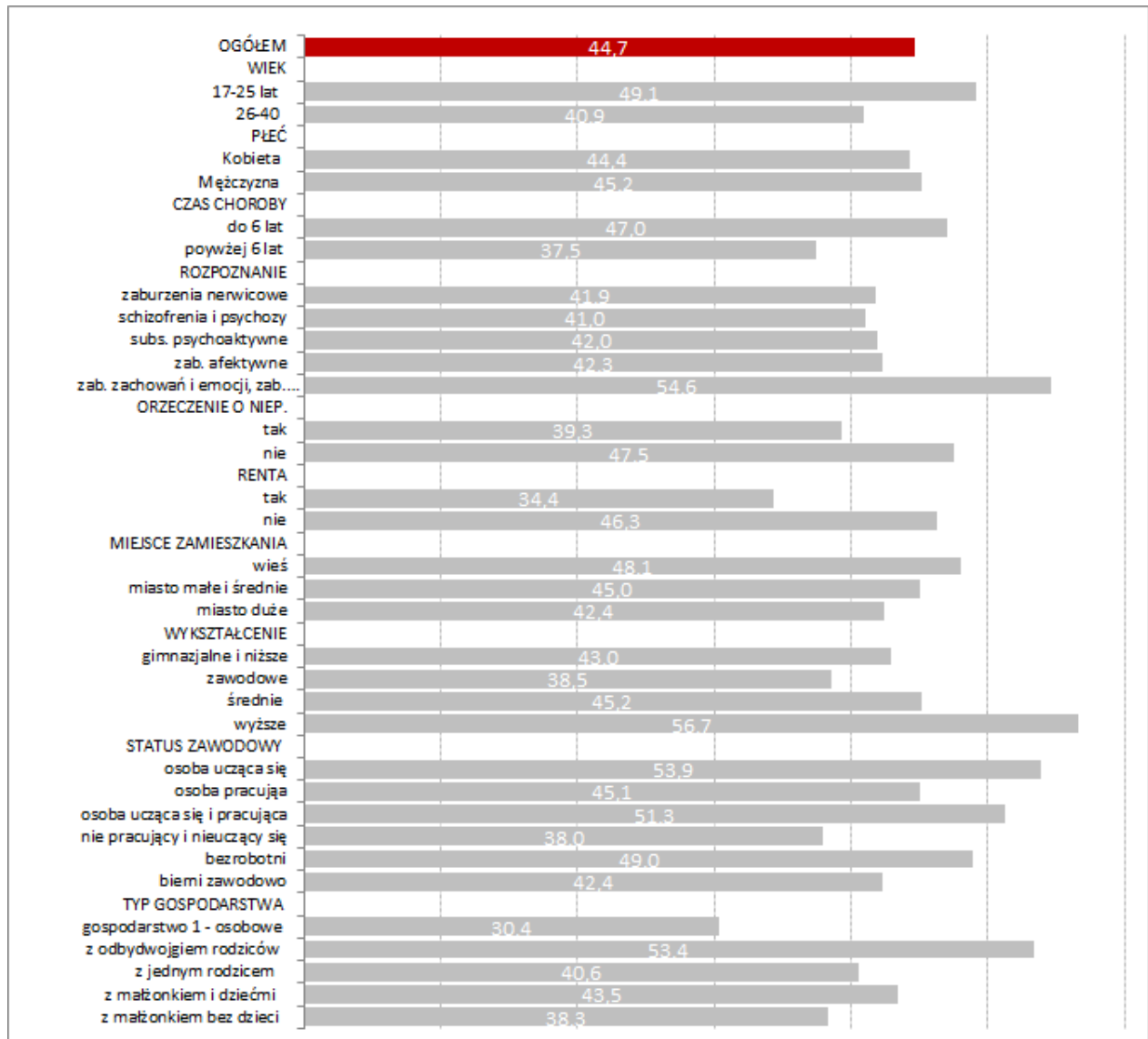
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 39. Wskaźnik aktywności społecznej- segmenty. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

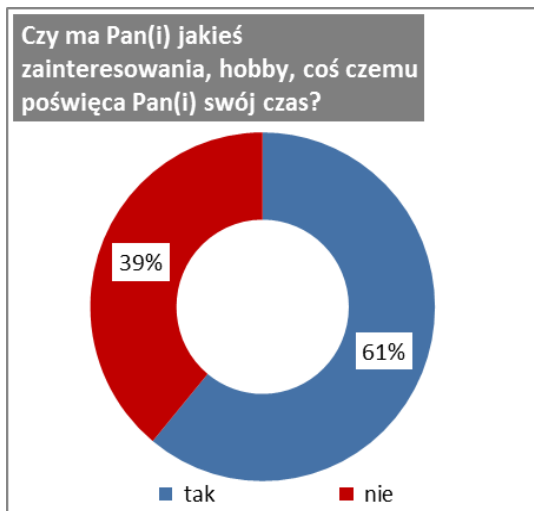
Rysunek 40. Wskaźnik aktywności społecznej- średnie N=101



6.3 Aktywność życiowa

Większość badanych wstaje rano między 6:00 a 8:00 (56%), 12% wstaje wcześniej a 33% później (w tym 17% po godzinie 9:00). 74% badanych zasypia między godziną 22:00 a 24:00. Wcześniej kładzie się spać 6% badanych, a później 21%. Ponad co trzeci badany (37%) sypia w ciągu dnia (najczęściej 1-2 godziny). Postępowanie takie częściej obserwujemy u osób chorujących ponad 6 lat, osób młodszych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności oraz pobierających rentę z tego tytułu.

Rysunek 41. Posiadanie hobby. N=101



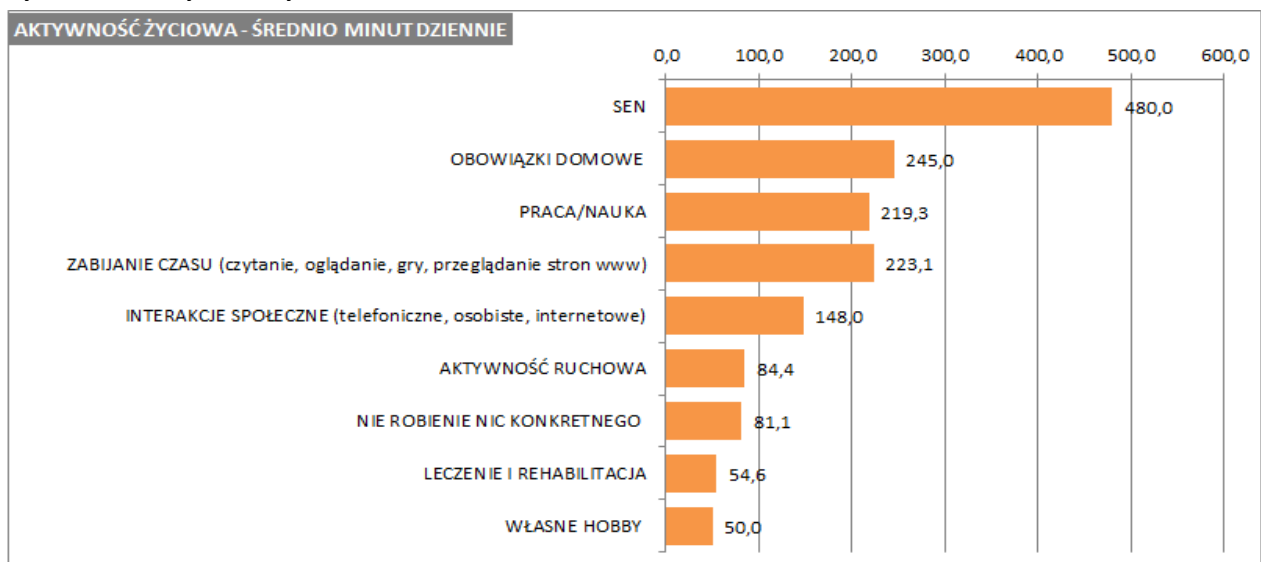
Większość spośród objętych badaniem osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego (61%) posiada hobby, zainteresowania. Relatywnie częściej żadnych zainteresowań nie posiadają osoby w wieku 26-40 lat (46%), kobiety (44%), osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności (43%), osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe (53%), osoby niepracujące (52%).

Najczęściej wskazywane hobby to sport (16%), słuchanie muzyki (13%), czytanie (11%), jazda na rowerze (10%), oglądanie telewizji/filmów (8%), łowienie ryb (8%), rysowanie/malowanie (6%), nauka języka angielskiego (6%) oraz motoryzycja, krzyżówki, podróże (po 5%) wskazań.

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Jednym z celów badania było określenie przeciętnej dziennej aktywności – czasu spędzanego na poszczególne czynności. Jak pokazują wyniki, oprócz snu, trzy typy czynności dominują dzień przeciętnego badanego – obowiązki odmowe, praca/nauka oraz „zabijanie czasu (czytanie, oglądanie telewizji, przeglądanie stron www) – po około 200 minut dziennie.

Rysunek 42. Aktywność życiowa – średnio minut dziennie. N=101

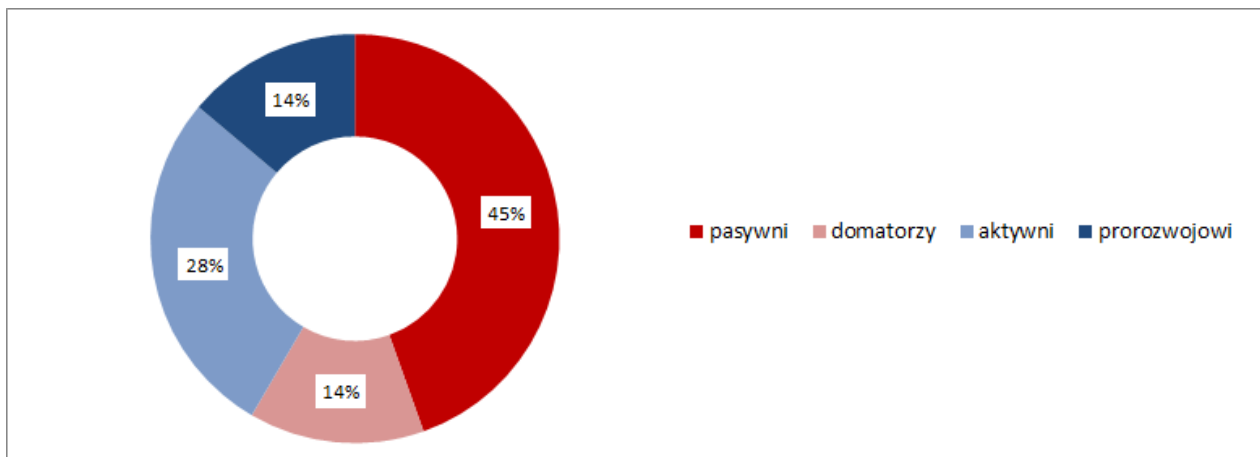


Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

W celu usystematyzowania wyników dotyczących aktywności życiowej na podstawie deklarowane przeciętnego czasu poświęcanego na poszczególne czynności stworzona została segmentacja respondentów pod względem sposobu spędzania dnia. Wyróżniono cztery segmenty:

- 🔄 **Pasywni:** to najbardziej liczny segment – 45% populacji. Osoby z tego segmentu średnio na tle całej próby poświęcają najwięcej czasu na oglądanie telewizji (169 minut), nie robienie nic konkretnego (139), zajęcia związane z własnym hobby (279 minut) oraz spacer i zajęcia sportowe (189 minut). Osoby z tej grup na tle innych poświęcają również więcej czasu na leczenie oraz rehabilitację społeczną (425 minut). Segment ten tworzą przede wszystkim osoby nie pracujące, cierpiące na schizofrenie i zaburzenia psychoaktywne, częściej mężczyźni niż kobiety, osoby mieszkające z obydwojgiem rodziców.
- 🔄 **Domatorzy:** segment ten tworzy 14% populacji. Osoby przynależące do tego segmentu relatywnie częściej niż inne grupy poświęcają czas na obowiązki domowe oraz rozmowy z domownikami, z drugiej natomiast strony czytanie i oglądanie telewizji. Grupa ta na tle innych spędza relatywnie najmniej czasu na poza domem. Segment ten najbardziej typowy jest dla osób prowadzących własne gospodarstwo domowe i posiadających dzieci.
- 🔄 **Aktywni:** Segment ten stanowi 28% populacji. Na tle innych wyróżnia go duża ilość czasu spędzonego poza domem oraz czas poświęcony na pracę oraz na własne hobby. Jednocześnie jednak osoby te poświęcają relatywnie dużo czasu na leczenie. Segment ten typowy jest dla osób pracujących.
- 🔄 **Prorozwojowi:** Segment ten stanowi 14% populacji. Osoby te na tle innych grup poświęcają dziennie dużo czasu na naukę oraz spotkania osobiste z przyjaciółmi/znajomymi. Segment ten typowy jest dla osób uczących się.

Rysunek 43. Segmenty ze względu na czas poświęcany dziennie na poszczególne czynności. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu



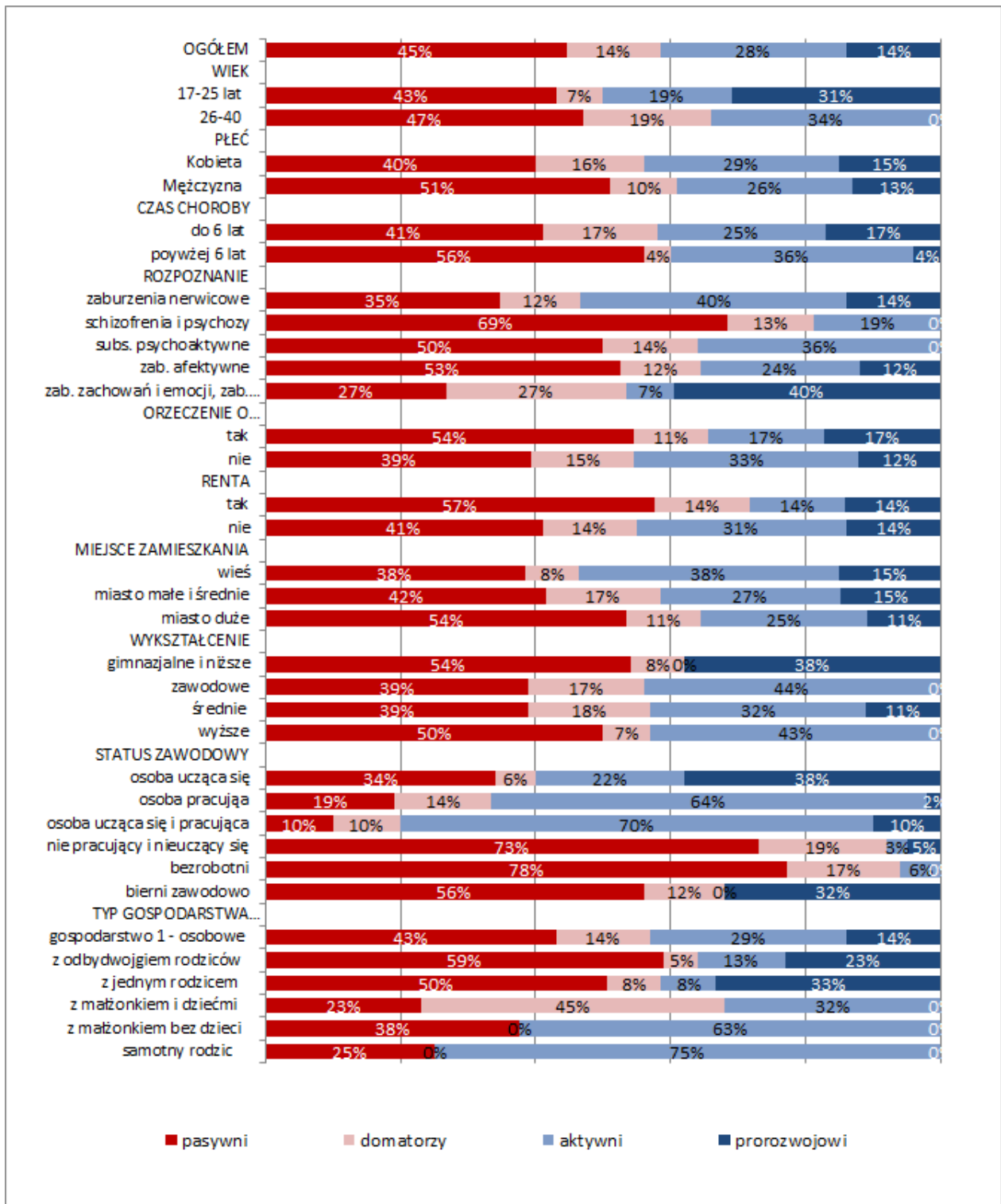
Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Tabela 19. Charakterystyka poszczególnych segmentów ze względu na czas poświęcony dziennie na poszczególne czynności

	Pasywni	domatorzy	aktywni	prorozwojowi
Sen w ciągu dnia	52	51	9	47
Sen	512	326	481	534
Obowiązki domowe (gotowanie, sprząatanie, pranie itp.)	111	186	108	49
Opieka na dziećmi, innymi członkami rodziny	19	285	68	0
Załatwianie różnych spraw poza domem, zakupy itp.	66	94	64	43
Czytanie	32	69	43	51
Oglądanie telewizji	169	124	90	62
Przeglądanie stron www	20	24	14	9
Granie w gry na telefonie, komputerze, stacji gier	22	21	8	17
Nie robienie nic konkretnego	139	24	37	41
zajęcia związane z własnym hobby	279	77	199	180
Spacery, przebywanie na świeżym powietrzu	103	71	37	63
zajęcia sportowe	89	13	47	90
Rozmowy z innymi domownikami	61	91	53	30
Rozmowy ze znajomymi/przyjaciółmi telefoniczne	19	18	23	20
Korzystanie z komunikatorów, portali społecznościach, dyskusje na formach internetowych	48	13	19	46
spotkania osobiste ze znajomymi/przyjaciółmi	268	146	174	411
uczestnictwo w różnych zajęciach/spotkaniach organizowanych przez organizacje pomocowe/ośrodki wsparcia	224	120	28	56
leczenie/rehabilitacja	191	64	150	120
czas spędzony poza domem (W TYGODNIU)	1255	994	2299	1560
Praca zarobkowa	12	73	447	0
Nauka, edukacja	41	56	16	358

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 44. Segmenty ze względu na czas poświęcany dziennie na poszczególne czynności. N=101



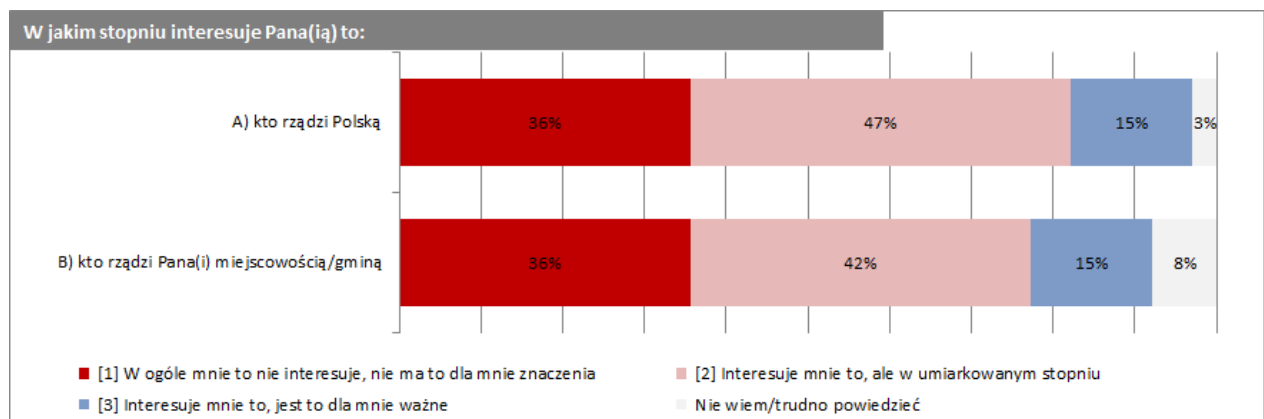
Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu



6.4 Aktywność obywatelska

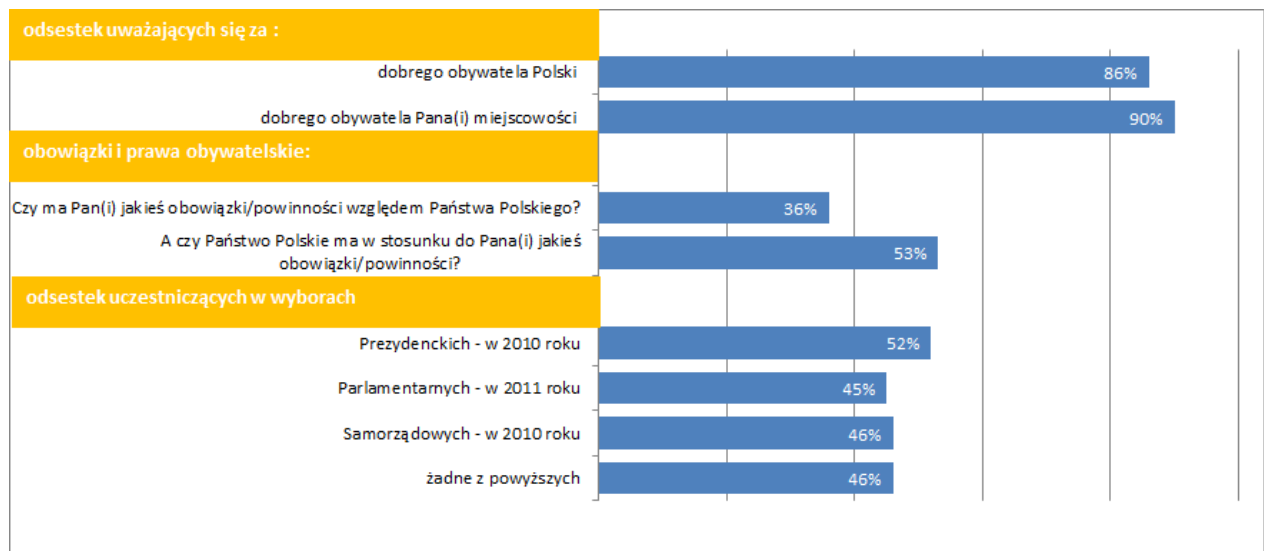
Wyniki zrealizowanych badań pokazały, iż młode osoby chorujące psychicznie tylko w umiarkowanym stopniu interesują się tym co dzieje się kraju i w ich miejscowości. Ponad jednak trzecia badanych utrzymuje, iż w ogóle nie interesuje ich to, kto rządzi Polską czy też ich miejscowością. Duże zaangażowanie w sprawy obywatelskie wyraża co szósty badany (15%). Większość badanych uważa się jednak za dobrego obywatela, jednocześnie jednak tylko 36% uważa, iż ma jakieś obowiązki względem państwa polskiego. Umiarkowane jest też zaangażowanie polityczne osób chorujących psychicznie. Uczestnictwo w wyborach deklaruje około 50%, przy czym aż 46% nie uczestniczyło w trzech ostatnich wyborach.

Rysunek 45. Zainteresowanie sprawami obywatelskimi. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 46. Aktywność obywatelska N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Obliczony wskaźnik aktywności obywatelskiej (przyjmujący wartość od 0 do 100) pokazuje, iż zdecydowana większość badanych odbiega od ideału którym jest zainteresowanie tym kto rządzi Polską i miejscowością

zamieszkania oraz partycypacja w wyborach. Średnia wartość wskaźnika dla całej populacji to 41 punktów a dzieląca populację na pół mediana to 42,9 pkt. Dla 72% badanych wskaźnik aktywności nie przekracza 60 punktów. Jedynie w przypadku 29% badanych aktywność obywatelką określić możemy jako wysoką (powyżej 60 pkt). Aktywność obywatelska w największym stopniu wiąże się wykształceniem - jest najwyższa u respondentów o wyższym wykształceniu, miejscem zamieszkania (jest wyższa u mieszkańców dużych miast). Czynnikiem różnicującym stopień zaangażowania obywatelskiego jest również rodzaj problemów zdrowotnych. Relatywnie największą aktywność obserwujemy u osób cierpiących na schizofrenię i psychozy, najmniejszy zaś u osób cierpiących na zaburzenia afektywne.

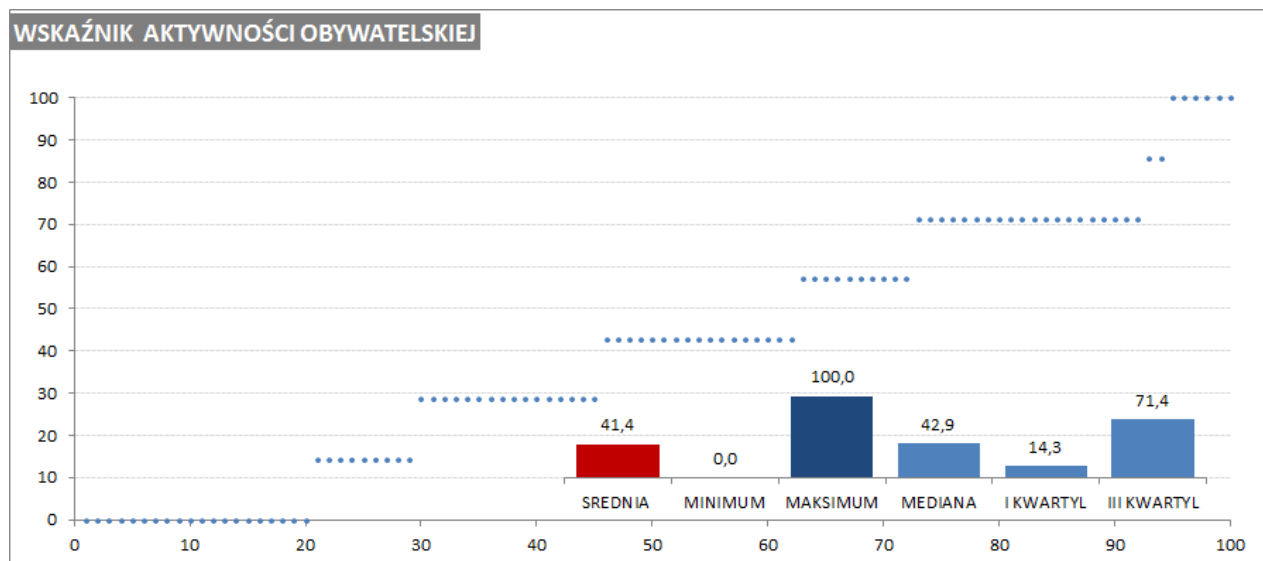
Tabela 20. Wskaźnik aktywności obywatelskiej- metodologia

Wskaźnik aktywności obywatelskiej

Jest miarą aktywności obywatelskiej. Jest sumaryczną i wystandaryzowaną (do skali od 0 do 100, gdzie 100 oznacza maksymalną liczbę punktów, jaką mógł uzyskać respondent) wartością obejmującą następujące wymiary:

Wymiary tworzące wskaźnik	Liczba przyznawanych punktów
W jakim stopniu interesuje Pana(ią) to kto rządzi Polską?	
• W ogóle mnie to nie interesuje, nie ma to dla mnie znaczenia	0
• Interesuje mnie to, ale w umiarkowanym stopniu	5
• Interesuje mnie to, jest to dla mnie ważne	10
W jakim stopniu interesuje Pana(ią) to kto rządzi Pana(i) miejscowością?	
• W ogóle mnie to nie interesuje, nie ma to dla mnie znaczenia	0
• Interesuje mnie to, ale w umiarkowanym stopniu	5
• Interesuje mnie to, jest to dla mnie ważne	10
Uczestnictwo w wyborach (odpowiedzi TAK)	
• Prezydenckich - w 2010 roku	5
• Parlamentarnych - w 2011 roku	5
• Samorządowych - w 2010 roku	5
RAZEM	35 PUNKTÓW = WARTOŚĆ WSKAŹNIKA 100

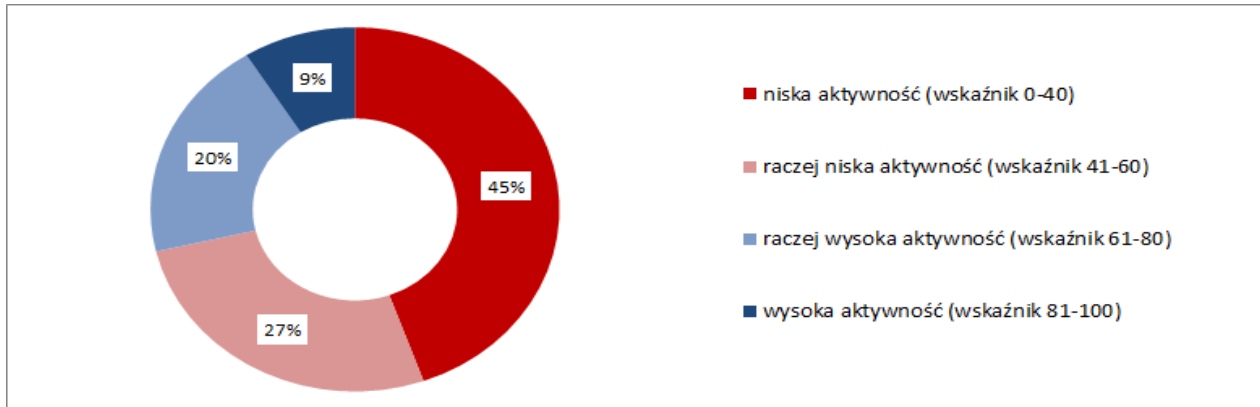
Rysunek 47. Wskaźnik aktywności obywatelskiej- rozkład



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

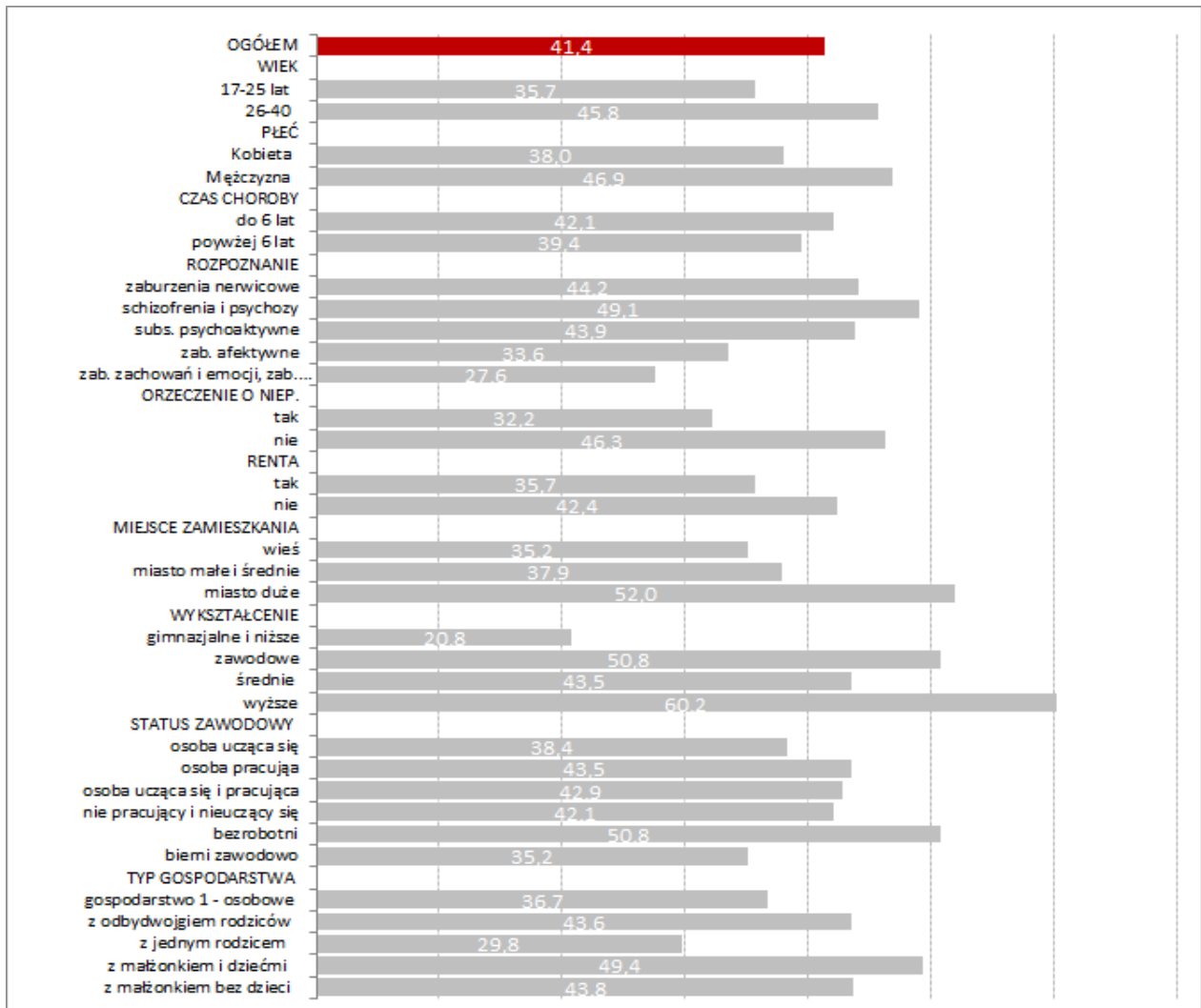
Rysunek 48. Wskaźnik aktywności obywatelskiej- segmenty. N=101

Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

Rysunek 49. Wskaźnik aktywności obywatelskiej – średnie. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu

7 AKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE



7.1 Edukacja i kapitał ludzki

Wiedza i wykształcenie są dziś bez wątpienia głównymi filarami, na których opiera się nowoczesne społeczeństwo i gospodarka. Wskaźniki takie jak odsetek osób z wyższym wykształceniem, odsetek użytkowników Internetu, wysokość nakładów budżetowych na naukę, czy wreszcie udział nowoczesnych technologii w gospodarce kraju stanowią główne wyznaczniki poziomu rozwoju społeczeństwa i jakości życia. W wymiarze europejskim ogromne znaczenie nauki i wykształcenia zostało formalnie, a zarazem symbolicznie ukonstytuowane w ramach Strategii Lizbońskiej³⁵, w której przyjęto, iż wiedza ma stać się jednym z głównych motorów napędowych gospodarki europejskiej. W konsekwencji, zgodzono się, iż państwa członkowskie muszą starać się zwiększyć mierzone per capita inwestycje w zasoby ludzkie i nadać ważniejszą rangę kształceniu ustawicznemu, ponieważ podwyższenie kwalifikacji zwiększa szanse zatrudnienia.

Raport *Edukacja w zarysie* będący kompendium danych o systemach edukacyjnych w krajach OECD i partnerskich, pokazał, że im więcej lat spędzonych na edukacji, tym większa szansa na zatrudnienie i lepsze zarobki³⁶. Jak pokazują badania przeprowadzone na zlecenie Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy przez Gallup Organization Poland Sp. z o. o.³⁷ kluczowym kryterium branym dziś przy rekrutacji obok doświadczenia zawodowego jest specjalistyczne wykształcenie średnie lub zawodowe (66%), w następnej kolejności zaś wykształcenie wyższe (37%). Z drugiej strony głównym powodem niezatrudnienia pracownika najczęściej jest brak wymaganych kwalifikacji formalnych lub też umiejętności (razem 40%).

Rosnąca w dzisiejszym świecie waga „kapitału ludzkiego” niesie ze sobą nowe zagrożenia i nowe obszary wykluczenia społecznego wynikające przede wszystkim z ograniczeń w dostępie do wiedzy w różnych jej formach³⁸. Osoby niepełnoprawne, za przyczyną splotu czynników indywidualnych, społecznych i systemowych (związanych chociażby z dostępnością szkolnictwa dla osób niepełnosprawnych³⁹) zdecydowanie częściej niż osoby sprawne pozbawione są możliwości kształtowania pożądanych kompetencji i umiejętności, które dawałaby im szansę podjęcia konkurencji na rynku pracy. Tymczasem, wobec niechęci pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych⁴⁰ wykształcenie i kwalifikacje prezentowane przez nie wydają się być ważniejsze, niż w przypadku osób zdrowych. Osoba niepełnosprawna często musi być lepsza od osoby zdrowej, aby wygrać wyścig o pracę. Niski poziom wykształcenia ogranicza szanse na rynku pracy, i zwiększa zagrożenie wykluczeniem społecznym – wtrącającym jednostkę w pułapkę ubóstwa i bezradności. Z drugiej strony wykształcenie, podobnie jak i sama aktywność zawodowa odgrywa ogromną rolę w kształtowaniu się pozytywnej samooceny oraz wpływa na ogólne poczucie zadowolenia z życia.

W świetle zrealizowanych badań można śmiało stwierdzić, że osoby z niepełnosprawnością psychiczną często padają ofiarą wykluczenia edukacyjnego, a wkładany przez nie trud w uzyskanie edukacji jest niewspółmierny do sytuacji osób zdrowych. Osoby z wyższym wykształceniem w wieku od 18 do 40 lat stanowiły w próbie 13% podczas gdy dla całej populacji Polaków (w tym również relatywnie gorzej wykształconych osób starszych) wskaźnik ten wynosi 19%. Wśród osób młodych chorujących psychicznie istotnie wyższy niż w populacji jest

³⁵ Strategia Lizbońska- plan rozwoju przyjęty dla Unii Europejskiej przez Radę Europejską na posiedzeniu w Lizbonie w roku marcu 2000.

³⁶ Education at a glance (2005). Edition: OECD Indicators.

³⁷ Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, „Sytuacja na dolnośląskim rynku pracy – badanie zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności. Raport cząstkowy 2”, badanie zrealizowane przez Gallup Organization Poland Sp. z o.o., 2010 r.

³⁸ Cyrek M., Cyrek P., Wykształcenie jako czynnik różnicujący aktywność zawodową ludności w gospodarce opartej na wiedzy, [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy w kontekście spójności społeczno-ekonomicznej, s. 63

³⁹ Konrad Maj, Anna Resler-Maj, Agnieszka Morysińska „Edukacja akademicka szansą na aktywizację zawodową osób z ograniczeniem sprawności”, Warszawa, 2008 EFS / Academica Wydawnictwo SWPS

⁴⁰ Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim. Raport z badań. Laboratorium Badań Społecznych na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi, Łódź 2011

Identyfikacja barier w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na poznańskim rynku pracy. Raport z badań. Laboratorium Badań Społecznych na zlecenie Miasta Poznań, Poznań 2010



także odsetek osób kończących swoją edukację na średniej szkole ogólnokształcącej (19%). Warto w szczególności zwrócić uwagę na wskaźnik aktywności edukacyjnej. Wśród najmłodszych osób chorujących psychicznie jest znacząco niższy niż populacji, w grupie nieco starszej natomiast za sprawą znaczącego uczestnictwa w szkoleniach obserwujemy odwrotną zależność. Wśród osób chorujących psychicznie do 25 roku życia naukę w formach szkolnych lub pozaszkolnych kontynuowało 52% z nich. Według badania aktywności ekonomicznej ludności Polski⁴¹ przeciętny roczny wskaźnik wykształcenia (uczestnictwa w edukacji) dla osób w wieku 20-24 lata w 2010 roku wynosił 91,1%. Wedle wyników Diagnozy Społecznej w 2011 roku w chwili badania naukę kontynuowało 93% osób wieku 15-19 lat i 59% w wieku 20-24 lat.

Tabela 21. Poziom wykształcenia osób chorujących psychicznie w porównaniu do populacji ogółem

Ogółem	OGÓŁEM	17-25 LAT	26-40 LAT	OGÓŁEM POLACY W WIEKU 15+
gimnazjalne i niższe	24%	43%	8%	23%
Zasadnicze zawodowe (zasadnicza szkoła zawodowa)	18%	14%	21%	25%
Średnie zawodowe i policealne (technikum/szkoła policealna)	21%	12%	28%	23%
Średnie ogólnokształcące (liceum ogólnokształcące)	19%	24%	16%	10%
Nieukończone studia wyższe	4%	5%	3%	
Ukończone wyższe studia licencjackie	6%	2%	9%	19%
Ukończone wyższe studia magisterskie	7%	0%	14%	

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, BAEL, GUS dane za IV Kwartał 2011

Tabela 22. Aktywność edukacyjna osób chorujących psychicznie i ogółem w populacji

Chorujący psychicznie	
ODSETEK KONTYNUUJĄCYCH NAUKĘ W WIEKU 17-25 LAT	52%
ODSETEK KONTYNUUJĄCYCH NAUKĘ W WIEKU 26-40 LAT	15%
Ogółem Polacy	
ODSETEK KONTYNUUJĄCYCH NAUKĘ W WIEKU 16-19	93%
ODSETEK KONTYNUUJĄCYCH NAUKĘ W WIEKU 20-24	59%
ODSETEK KONTYNUUJĄCYCH NAUKĘ W WIEKU 25-29	15%
ODSETEK KONTYNUUJĄCYCH NAUKĘ W WIEKU 30-39	4%

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu. Diagnoza Społeczna 2011

Choroby psychiczne często ujawniają się we wczesnym etapie życia, kiedy osoby nie zakończyły jeszcze formalnej edukacji lub też nie zdobyły stabilnej pozycji zawodowej. Dzieje się tak na przykład w przypadku schizofrenii, gdzie ponad połowa zachorowań ma miejsce przed 30 rokiem życia⁴². Co więcej kierunki, w jakich się kształcą osoby niepełnosprawne (w tym również z problemami psychicznymi), zazwyczaj nie są dopasowane do wymagań rynku pracy, więc nawet jeśli uda im się osiągnąć kolejne etapy wykształcenia, najczęściej nie jest

⁴¹ BAEL, IV Kwartał 2011, GUS

⁴² Elżbieta Trzebińska, Martyna Dziewulska, *Uwarunkowania aktywności zawodowe osób chorych psychicznie*, W: A. I. Brzezińska, K. Maj, Z. Woźniak, *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*, Warszawa, 2007



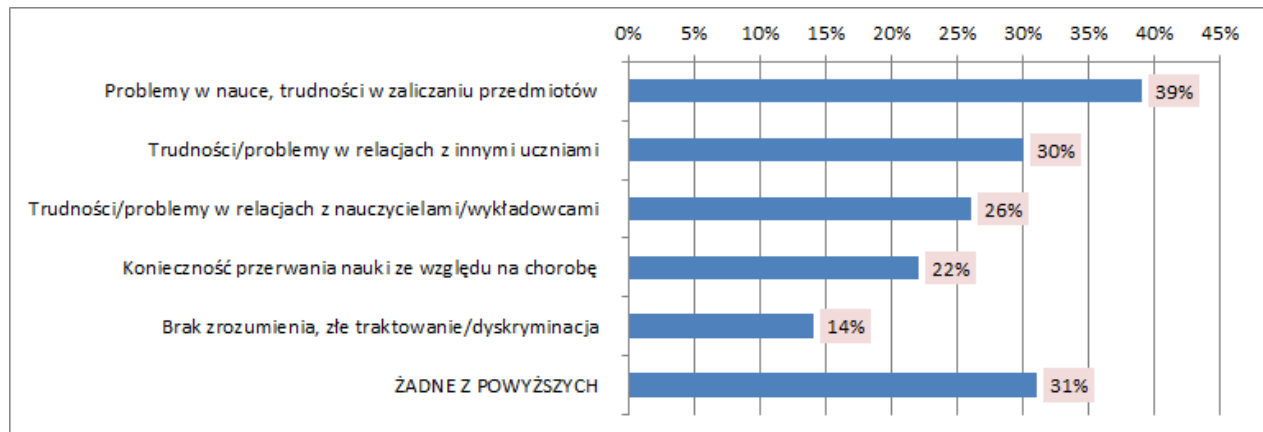
ono atrakcyjne dla pracodawców. Z drugiej strony często mimo chęci kontynuowania nauki, z powodu deficytów koncentracji czy innych objawów związanych z chorobą, osoby te nie są w stanie zdobyć kolejnych stopni wykształcenia czy konkretnych kwalifikacji, co niejednokrotnie może rodzić dodatkową frustrację.

Widzą, że nie mogą iść do szkoły, bo nie są w stanie się skoncentrować na nauce. Dlatego też bardzo często kończy się wykształcenie na szkole podstawowej, czy gimnazjum, bo zaczynają na przykład wyższą szkołę i nie są w stanie skończyć, bo egzamin jest dla nich zbyt dużym wyzwaniem. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Często zdarza się, że następuje utrata pewnych ambicji czy pragnień dotyczących samorealizacji, czy oczekiwań życiowych związana z trudnościami w myśleniu, w postrzeganiu, w sprawności. Moje doświadczenia współpracy w młodymi ludźmi są takie, że po pierwsze rozpoznanie poważnego zaburzenia psychicznego często burzy wyobrażenie o dalszym życiu. To trwa jakiś czas, rok, dwa lata, takie godzenie się z faktem, że nie będę lotnikiem, kierowcą zawodowym, z powodu leków, które biorę. Nakłada się to na okres buntu młodzieńczego, więc jest to bardzo trudny okres i akceptacja tego, że muszę dostosować swoje plany życiowe, do mojego stanu zdrowia, jest to nietatwe. Jeśli chodzi o wykształcenie, to zwykle się ono opóźnia, uzyskanie wykształcenia. Jeśli w ogóle może przebiegać normalnym torem. [PSYCHIATRA]

Spśród obecnie uczących się osób jedynie co trzeci badany z pełnym przekonaniem wierzy, iż uda mu się z powodzeniem zakończyć edukację i uzyskać dyplom, kolejne 41% uważa że raczej tak będzie. Więcej niż co czwarty badany (21%) nie ma jednak takiej pewności, bądź zupełnie nie potrafi powiedzieć jak to będzie. Zrealizowane badania wskazują na ogrom trudności, z jakimi osoby chorujące psychicznie borykają się w trakcie edukacji. Jedynie co trzeci badany (31%) nie doświadczył w tym zakresie żadnych problemów, 39% skarżyło się na problemy w nauce, 30% doświadczyło trudności w relacjach z innymi uczniami, a 26% w relacjach z nauczycielami/wykładowcami. 22% badanych z powodu swojej choroby musiało przerwać naukę a 14% doświadczyło w szkole/na uczelni zachowań dyskryminujących.

Rysunek 50. Doświadczane trudności w procesie edukacji związane z chorobą. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu.

Na ogromne trudności w nauce związane z jednej strony deficytami poznawczymi, z drugiej natomiast motywacyjnymi będącymi konsekwencją przeżywanych stanów chorobowych wskazywali rozmówcy grup dyskusyjnych. Dla wszystkich naszych rozmówców nauka była źródłem ogromnego stresu, a w przypadku niepowodzeń destrukcyjnej frustracji, co oddają poniższe wypowiedzi.

To znaczy z moich zdolności intelektualnych, ograniczonych chorobą, po prostu, ale byłam osobą na tyle zdyscyplinowaną i taką jakby... nie dawałam za wygraną, bardzo chciałam te studia skończyć. Nawet i mówili w rodzinie, że nie muszę nic nikomu udowadniać, ale ja byłam innego zdania i mówiłam, że chce sobie udowodnić. I właśnie to, że chciałam sobie udowodnić, to jakoś te trudności z zapamiętywaniem, z koncentracją, z robieniem notatek, bo z tym głównie miałam problemy, też momenty takie w chorobie były,



że nie wiedziałam co jest tak naprawdę ważne w tym co czytałam. Czasami czytałam w ogóle bez zrozumienia tego co czytam. Nie wiedziałam, co jest ważne, co najważniejsze z tych informacji, czułam się taka zalana natłokiem różnych faktów, a tu jakby nie mogłam sobie wyselekcjonować przez to, że tak jakoś moja choroba przebiegała [OSOBA CHORUJACA PSYCHICZNIE]

Mnie to było bardzo ciężko z nauką. Nawet nie potrafię sobie wyobrazić, że siadam do tych książek i stos rośnie. Nie potrafię sobie wyobrazić, że się do tego zabieram. Wiem że mam dwie możliwości, wiem że jestem w jakiś tam sposób inteligentna, ale ja się mobilizuje tylko w takich sytuacjach, tuż przed kolokwium, na dwadzieścia minut przed wejściem do sali i szybko wszystko jakoś tam złapię, ale że wszystko robię na ostatnią chwilę, mnie to wszystko przeraża, dla mnie to jest taki ogrom tego, za nic tego nie ogarnę, I nic nie mogę dobrze zrobić, nie mogę być w niczym dobra, nauczyć się tak w całości, zgłębić jakiegoś tematu do końca. [OSOBA CHORUJACA PSYCHICZNIE]

Po prostu ta edukacja zostaje przerwana, ja zachorowałam na początku czwartej klasy liceum, pół roku trwał ten pierwszy pobyt w szpitalu, też że później miałam indywidualne nauczanie i kończyłam później i to też jest dużą traumą bo już się kończy z innym rocznikiem już się kończą znajomości. I też wiadomo że takie nauczanie w domu, już się nie wychodzi do ludzi, nauczyciele przyjeżdżają do domu i udało mi się to czwartą klasę skończyć, ale było bardzo ciężko i zadziało chyba to że wcześniej byłam bardzo dobra uczennicą i jakoś tam nauczyciele po prostu podciągnęli i też jakoś mi bardzo mocno pomogli, natomiast matury już nie zdawałam . [OSOBA CHORUJACA PSYCHICZNIE]

Mnie szkoły też nie udało się skończyć. Skończyłam szkołę specjalną. Chodziłam do ogrodniczego technikum. Ale raz, że choroba nie pozwoliła z powodów wytwórczych lęków przed ludźmi, to zniszczyli mnie koledzy. Byłam osobą dziwną, która chodziła w kółko, gadała ze sobą, takie sprawy i po prostu mnie zniszczyli. Musiałam odejść bo nie miałam życia, śmiali się, wyzywali, robili mi różne dziwne rzeczy jak na przykład kanapki stare do torby, papier toaletowy, teksty na ścianach różnego typu, że ta to jest wariatka, tak że tak jak mówię nie było wesoło. [OSOBA CHORUJACA PSYCHICZNIE]

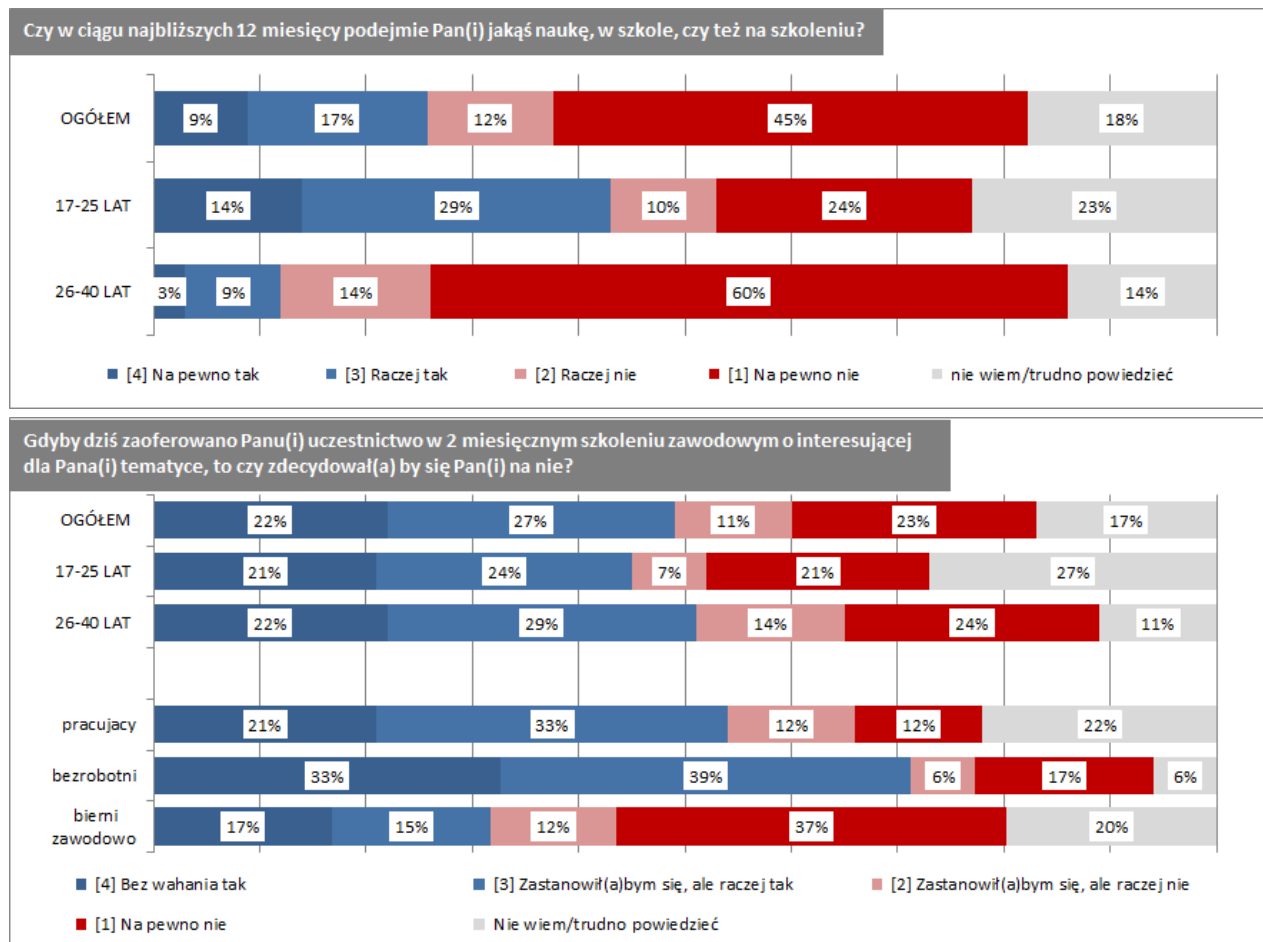
Uczelnie wyższe starają się w coraz większym stopniu umożliwiać studiowanie osobom niepełnosprawnym, w tym chorym psychicznie. Na stronie Biura do spraw Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Warszawskiego znaleźć można dość szczegółowe zasady postępowania ze studentami borykającymi się z zaburzeniami psychicznymi. Można tam przeczytać, że „najczęściej obawy wykładowców związane z tą grupą studentów dotyczą nieprzewidywalności ich reakcji. Tymczasem nieprzewidywalność reakcji u osób z zaburzeniami psychicznymi przejawia się zwykle w ostrych stanach chorobowych, których leczenie najczęściej odbywa się w warunkach szpitalnych, natomiast większość zaburzeń psychicznych ma charakter przewlekły: po ostrej fazie choroby następuje okres remisji, bądź też znaczna poprawa stanu zdrowia. Właśnie w takiej fazie możliwe jest podejmowanie nauki. W niektórych wypadkach osoby z zaburzeniami psychicznymi potrzebują dodatkowego wsparcia, aby móc realizować program studiów. Choroby psychiczne mają ciągle jeszcze negatywne konotacje w odbiorze społecznym. U większości studentów z tymi chorobami występuje z tego powodu silny lęk przed dyskryminacją i napiętnowaniem, co prowadzi często do zatajania informacji o stanie zdrowia.”⁴³ Studenci z niepełnosprawnością psychiczną mogą ubiegać się o zwiększenie dopuszczalnej absencji bez konieczności przedkładania zwolnień lekarskich (w skrajnych przypadkach nawet do 50% zajęć), zmianę trybu studiowania na eksternistyczny czy zmianę sposoby zaliczania egzaminów, między innymi poprzez przedłużenie czasu trwania sesji egzaminacyjnej.

Ogromne znaczenie dla przebiegu procesu edukacji i wytrwałości w nim ma dla osób chorujących psychicznie wsparcie ze strony rodziny, najbliższych. Na grupach dyskusyjnych zwracały na to uwagę zarówno osoby chorujące mówiąc o bezcennej pomocy ze strony najbliższych jak i sami członkowie rodzin podkreślając konieczność ciągłego mobilizowania i bodźcowania do kontynuacji nauki. Jak pokazują badania ilościowe na pozytywne, wspierające wzorce rodziny wskazywało jedynie 53% badanych w wieku do 25 roku życia. 43% określało zaś stosunek rodziny do nauki jako obojętny, lub też nie potrafiło go odczytać.

⁴³ http://www.bon.uw.edu.pl/budw/niep_psych.html

Zwraca również uwagę relatywnie mała powszechność planów edukacyjnych wśród najmłodszych badanych. Niespełna połowa osób w wieku do 25 roku życia uważa (43%), iż w ciągu najbliższych 12 miesięcy podejmie naukę w szkole lub na szkoleniu. Co trzeci (34%) stanowczo wyklucza taką możliwość. Podobnie zaskakujące jest relatywnie niewielkie zainteresowanie uczestnictwem w szkoleniach zawodowych. Niespełna połowa badanych (49%) bez wahania lub po zastanowieniu zdecydowałaby się na uczestnictwo w dwumiesięcznym szkoleniu zawodowym o interesującej dla respondenta tematyce. Przy czym zauważyć należy, iż istotnie większą motywację w tym zakresie wykazywały osoby pracujące (54%), uczące się (56%) niż niepracujący i nieuczący się (46%). Najmniej zainteresowane proponowanym szkoleniem były zaś osoby biernie zawodowo – niepracujące i nieposzukujące pracy – (32%).

Rysunek 51. Przyszłość w zakresie edukacji. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 zrealizowane w ramach projektu.

Obliczony został **wskaźnik aktywności edukacyjnej**. Nie odnosi się do dotychczas osiągniętego poziomu wykształcenia, lecz obecnej aktywności w tym zakresie. Wynik na poziomie maksymalnym (100 punktów) wskazuje na sytuację, w której chorujący kontynuuje obecnie naukę, uważa że za rok będzie również się uczył, wyraża gotowość do uczestnictwa w szkoleniach, a także uczestniczył w nich w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik ten dla całej badanej populacji przyjmuje on niską średnią wartość 32,9 punktów na możliwe 100. Wartość mediany wypada znacząco poniżej średnie na poziomie 25 punktów i oznacza, iż połowa respondentów osiągnęła lepszy, a połowa gorszy wynik na wskaźniku. Jak pokazuje stworzona segmentacja, jedynie 39% badanych wykazuje aktywność edukacyjną na wysokim i raczej wysokim poziomie (50 punktów i



więcej). Wyższą aktywność obserwujemy w przypadku osób z wyższym wykształceniem, mieszkańców dużych miast oraz osób obecnie pracujących.

Tabela 23. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – metodologia

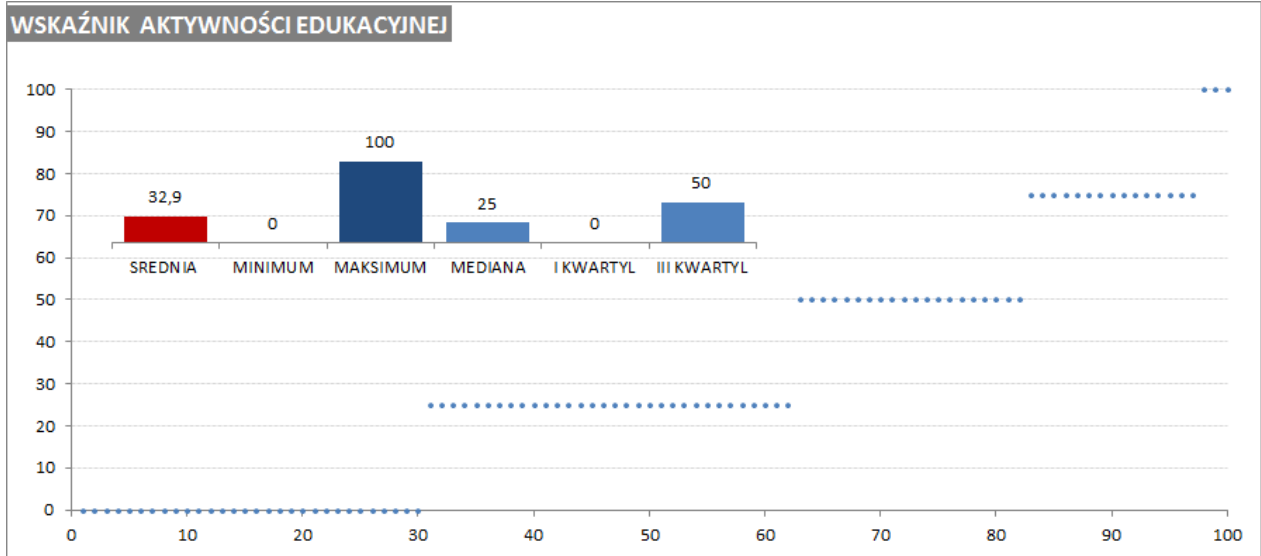
Wskaźnik aktywności edukacyjnej

Jest miarą aktywności edukacyjnej. Jest sumaryczną i wystandaryzowaną (do skali od 0 do 100, gdzie 100 oznacza maksymalną liczbę punktów, jaką mógł uzyskać respondent) wartością obejmującą następujące wymiary:

Wymiary tworzące wskaźnik	Liczba przyznawanych punktów
Czy obecnie kontynuuje Pan(i) naukę w formach szkolnych lub pozaszkolnych?	
• Nie	0
• tak	30
Czy w ciągu najbliższych 12 miesięcy podejmie Pan(i) jakąś naukę, w szkole, czy też na szkoleniu?	
• [4] Na pewno tak	30
• [3] Raczej tak	30
• [2] Raczej nie	0
• [1] Na pewno nie	0
Gdyby dziś zaoferowano Panu(i) uczestnictwo w 2 miesięcznym szkoleniu zawodowym o interesującej dla Pana(i) tematyce, to czy zdecydował(a) by się Pan(i) na nie?	
[4] Bez wahania tak	30
[3] Zastanowił(a)bym się, ale raczej tak	30
[2] Zastanowił(a)bym się, ale raczej nie	0
[1] Na pewno nie	0
Czy w ciągu 12 miesięcy uczęszczał(a) Pan(i) w szkoleniach?	
Tak	30
Nie	0
RAZEM	120 PUNKTÓW = WARTOŚĆ WSKAŹNIKA 100

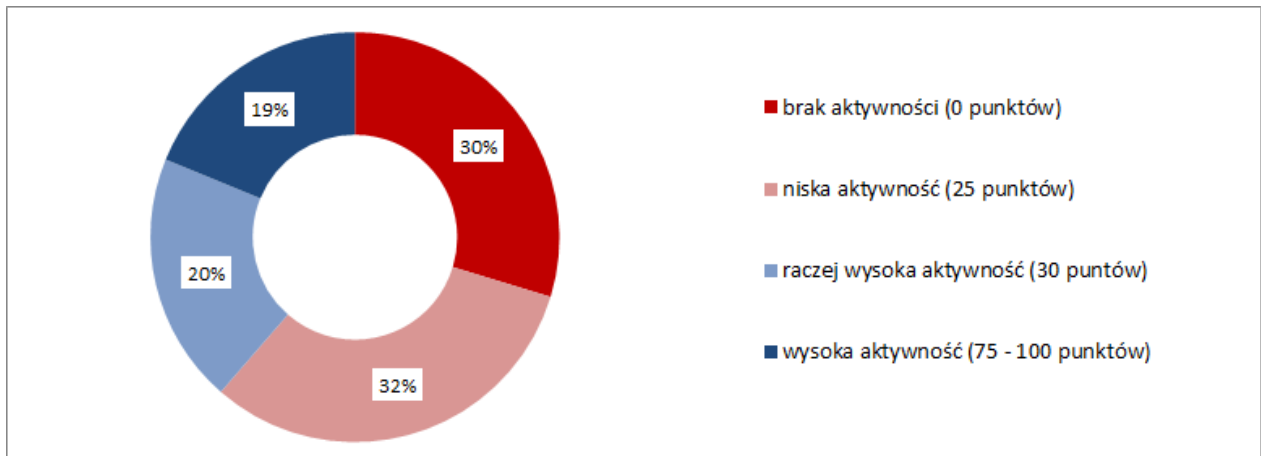
Rysunek 52. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – rozkład. N=101

Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 zrealizowane w ramach projektu.

Rysunek 53. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – segmenty. N=101

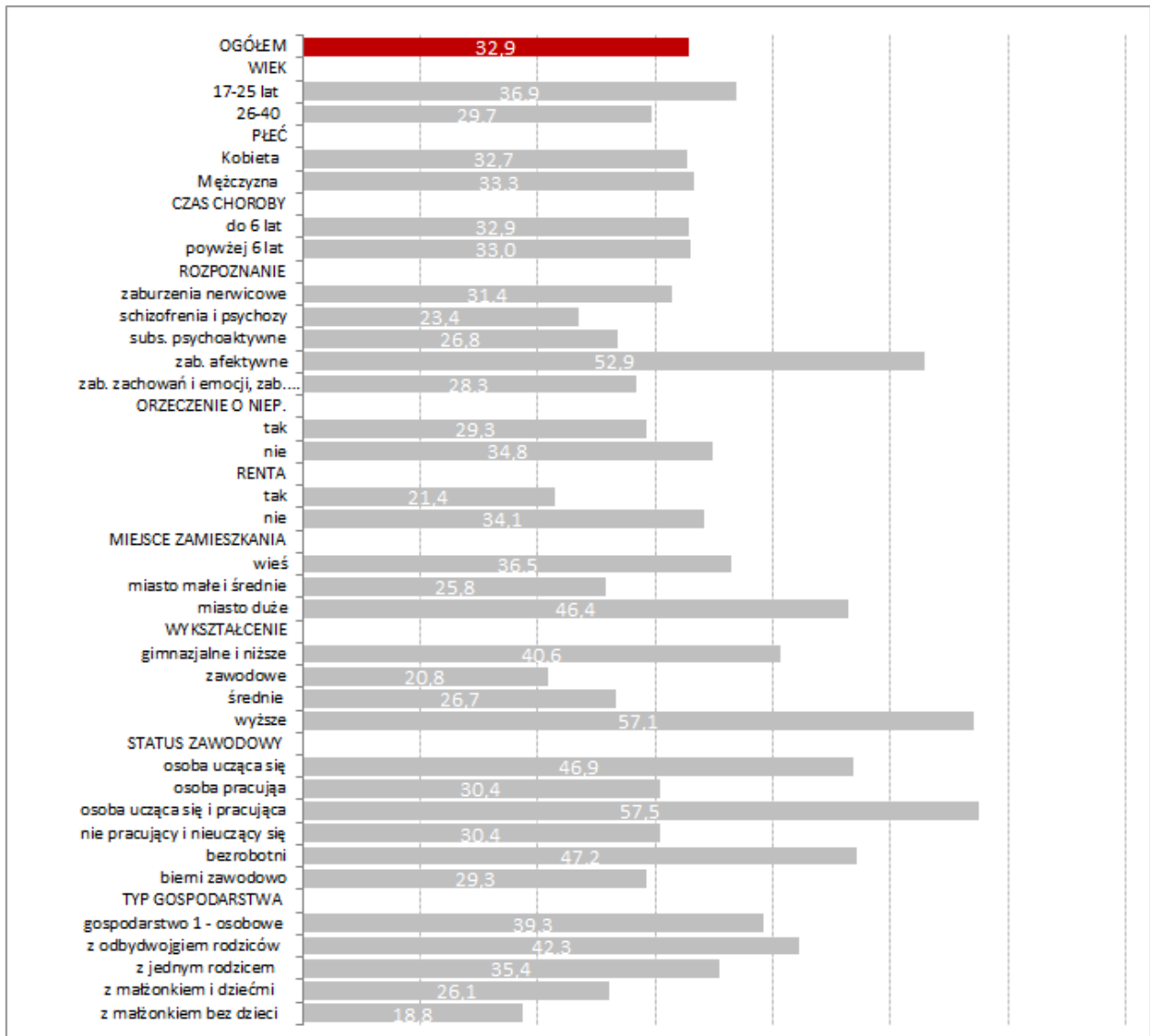


Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 zrealizowane w ramach projektu.

Rysunek 54. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – średnie. N=101



Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 zrealizowane w ramach projektu.



7.2 Praca

7.2.1 Rola aktywności zawodowej

Aktywność zawodowa jest jedną z podstawowych ludzkich form działania. Odgrywa zasadniczą rolę w życiu indywidualnym oraz społecznym prowadząc w prostej linii do rozwoju społeczno – gospodarczego. Osoby niepełnosprawne, z racji swojego stanu zdrowia, ale też za sprawą wielu innych czynników, dużo częściej niż osoby sprawne doświadczają problemów na rynku pracy i będących ich konsekwencją kosztów natury psychologicznej (takich jak apatia, znudzenie, niechęć do podejmowania jakiegokolwiek aktywności; marginalizacja, izolacja, brak kontaktów z ludźmi; pesymizm, poczucie beznadziejności sytuacji i braku możliwości jej zmiany; koncentracja na terażniejszości, brak celów planów, pomysłów na przyszłość).

W szczególnym przypadku osób z niepełnosprawnością psychiczną, aktywność zawodowa jest w mniemaniu wielu psychiatrów, psychologów i pracowników socjalnych najbardziej pożądanym wynikiem kompleksowych, psychospołecznych oddziaływań w leczeniu i rehabilitacji osób po przeżytej psychozie. W swoich wypowiedziach wszyscy eksperci poruszali kwestię wagi, jaką praca zawodowa ma dla osób z niepełnosprawnością psychiczną. Przede wszystkim zwracano uwagę na wymiar rehabilitacyjny pracy. Podjęcie zatrudnienia pozwala na podniesienie poczucia własnej wartości, myślenia o sobie jako o pełnoprawnym członku społeczeństwa.

On nie będzie pracownikiem wysokowydajnym, ale będzie miał pracę, świadomość pracy jest bardzo istotna i pomaga w terapii, to jest potężne wsparcie. Samoświadomość, że jestem komuś potrzebny, że przychodzę do pracy, że mam pieniądze...(...) Że jestem w stanie wspomóc rodzinę, że nie jestem tylko beneficjentem ZUS-u. Tego nie ma. [PRACOWNIK DPS]

Na ogromną wagę aktywności zawodowej wielokrotnie zwracali uwagę opiekunowie osób chorujących psychicznie, jak i oni sami. Ci pierwsi, podobnie jak eksperci podkreślali znaczenie aktywności zawodowej dla szeroko rozumianego dobrostanu psychicznego:

Ważne jest dla takiego człowieka, że on jest potrzebny, czuje się ważny, dowartościowany. On idzie i on wie a tak to jest zdolowany, że go nie chce nikt, że on jest chory. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

A te osoby na przykład nasze dzieci chore na schizofrenię czy jakieś inne zaburzenia taka praca jest dla nich dowartościowująca, one wtedy dobrze funkcjonują. A jak córka nie pracowała, była na zasiłku rehabilitacyjnym to ona kryzys przechodziła [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Moja mama czasem chodzi i sprząta te domy, jest szczęśliwa, jest doceniona, pochwalona, dostaje swoje pieniądze i to jest najlepsze co tylko może być. Jak jest zastój w tej pracy to już widzę, że jest smutna, że nikt nie dzwoni. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Same osoby chorujące wskazały przede wszystkim na mobilizująco-organizujące znaczenie pracy. Podkreślano, iż praca nadaje życiu konieczny sens i regularność – organizuje codzienność w powtarzające się rytuały, czynność, które pozwalają osobom chorującym nie myśleć o chorobie i „twardo stąpać” po ziemi.

Mobilizacja wewnętrzna, pobudza do działania, pobudza wyobraźnię, pobudza myślenie (...) Bo nie myśli się o chorobie (...) Człowiek jest aktywny (...) Kontakt z ludźmi się ma [OSOBA CHORUJĄCA]

Praca mnie trochę ściąga na ziemię, każe mi myśleć o tym jakie mam zadania przed sobą do zrobienia, jak sobie tą pracę rozplanować żeby zdążyć to wszystko zrobić żeby nie było też takich przestojów, że najpierw bardzo intensywnie pracują a później wcale, odpoczywam tylko żeby tak sobie rozplanować tą pracę żeby mieć



stopniowy wysiłek no i właśnie tak mnie ściąga na ziemię bo nawet taki prozaiczny fakt, że muszę wiedzieć jaki, którego dnia jest dzień tygodnia i data bo czytelnikom przedłużam książki muszę ich poinformować do kiedy będą mieli te książki no, że muszę po prostu o różnych rzeczach pomyśleć o których jakbym siedziała w domu pewnie bym nie myślała i bym się bardzo zagłębiała wtedy w swoją chorobę. [OSOBA CHORUJĄCA]

A ja też dodam, że ta praca pomogła mi w tej chorobie, bo codziennie rano mam uregulowany tryb życia, do pracy wstaje, pracuje, mam ten sens życia, to musi pracować i nie zastanawia się. [OSOBA CHORUJĄCA]

7.2.2 Skala aktywności zawodowej

Mając na uwadze przede wszystkim indywidualne i społeczne znaczenie działań na rzecz aktywizacji zawodowej niepełnosprawnych, nie wolno jednak również zapominać o ekonomicznych kosztach bierności zawodowej tej grupy. Niepełnosprawni, obok emerytów stanowią w Polsce najliczniejszą grupę świadczeniobiorców. Wedle danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przeciętna miesięczna liczba osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy wyniosła w 2009 roku 1,288 mln (to 17,1% wszystkich świadczeń z FUS)⁴⁴. Ogółem w 2009 roku wydatki z funduszu rentowego FUS wyniosły ponad 37,8 mld PLN. Wedle danych KRUS przeciętna liczba rent z tytułu niezdolności do pracy wyniosła w 2010 roku (do III kwartału 2010 r.) ponad 235 tys., zaś wydatki na te świadczenia wyniosły ponad 527 mln PLN na kwartał⁴⁵. Choroby psychiczne są od lat 90. XX wieku trzecią pod względem częstości przyczyną orzekania o niezdolności do pracy w Polsce, oraz drugą pod względem wysokości wydatków. W 2010 wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy osób chorujących psychicznie wyniosły 4 426 208,2 złoty, co stanowiło 15,6% wszystkich wydatków⁴⁶.

Tymczasem zdecydowana większość spośród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym pozostaje poza rynkiem pracy. Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL GUS) w IV kwartale 2011 roku biernych zawodowo było około 74% niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym, pracowało zaś jedynie 22,2% tej grupy. Warto zaznaczyć, iż wskaźnik zatrudnienia dla osób w sile wieku zawodowego w 2011 roku wynosił 31,3% dla osób w wieku 25-34 lat, 3,8% dla osób w wieku 35-44 lat oraz 24,3% dla osób wieku 45-54 lat. W Unii Europejskiej wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych kształtuje się średnio na poziomie 45-50%: od 22% w Hiszpanii, 30% w Austrii, 46% w Holandii i Niemczech do 53% we Francji⁴⁷.

Ogółem w skali całego kraju odsetek niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym, wykonujących pracę zawodową obecnie kształtuje się na poziomie z 2000 - 2001 roku. W skali kraju do 2004 roku obserwowaliśmy systematyczny spadek zatrudnienia niepełnosprawnych. Tendencja ta odwróciła się dopiero w 2006 roku. W województwie łódzkim trendy są nieco inne. Od 1995 do 2003 roku wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych utrzymywał się na dość stabilnym średnim poziomie 21-24 pkt. Lata 2004 – 2006 przyniosły spadek wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych, do średniej wartości 17,5 (o 4,7 punktów mniej niż w okresie ubiegłym). Od roku 2007 wskaźnik zaczął rosnąć, przewyższając średnią krajową i w 2010 r. osiągając najwyższą wartość 24,3 (Rysunek 55).

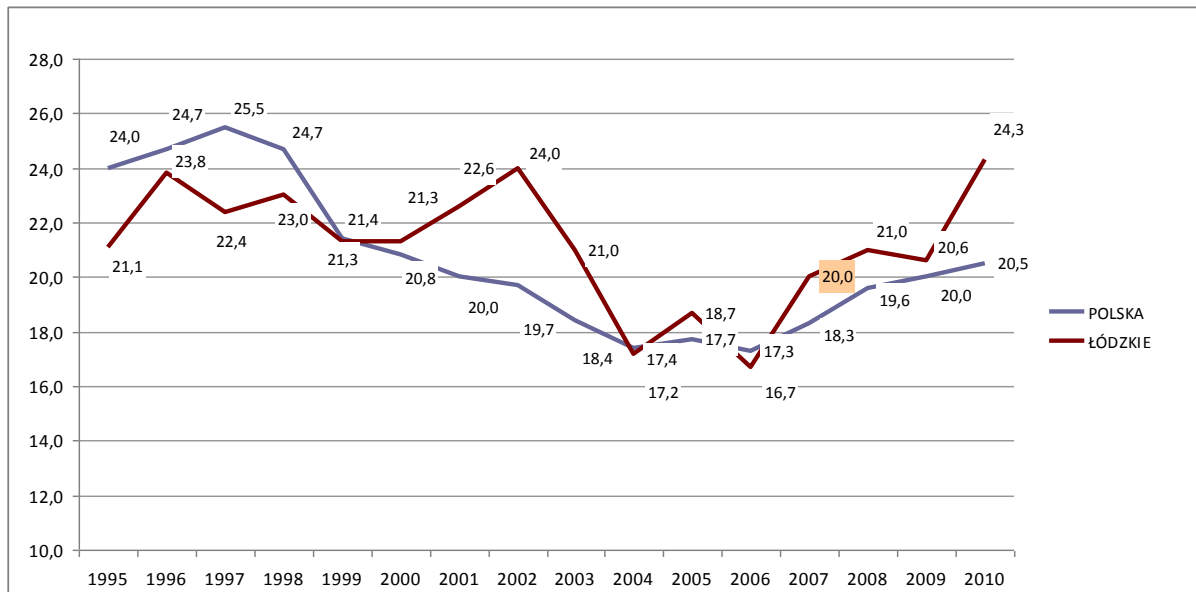
Rysunek 55. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w województwie łódzkim oraz w Polsce

⁴⁴ Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych w 2009 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki, Warszawa, maj 2010 r.

⁴⁵ Kwartalna informacja statystyczna, III kwartał 2010 r., Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Warszawa 2010 r.

⁴⁶ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy, Warszawa 2011, ZUS. www.zus.pl

⁴⁷ S. Piechota, Zatrudnienie osób niepełnosprawnych.



Źródło: Badanie aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), opracowane na podstawie Banku Danych Lokalnych, GUS.

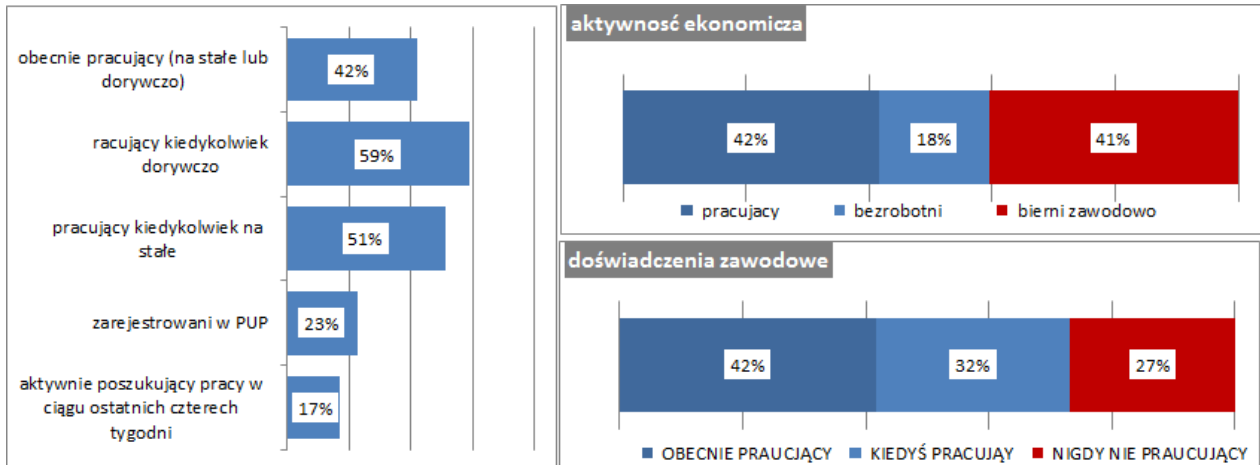
Kwartalne dane BAEL nie obejmują jednak poszczególnych kategorii osób niepełnosprawnych, stąd też niemożliwy jest systematyczny monitoring sytuacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy. Najnowsze dane GUS na temat sytuacji zawodowej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne pochodzą z 2000 roku, są więc zdecydowanie przedawnione. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Pentor na zlecenie PFRON 37% spośród badanych osób z niepełnosprawnością wynikającą z chorób psychicznych nigdy nie pracowało zawodowo, kolejne 45% pracowało w przeszłości. W momencie badania zatrudnienie znajdowało jedynie 17% badanych. Pracy zawodowej relatywnie częściej nigdy nie podejmowały się osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (48%), niż ze stopniem umiarkowanym (32%). Trwała bierność zawodowa charakteryzuje przede wszystkim osoby cierpiące na zaburzenia zachowań (53%) oraz na schizofrenię oraz zaburzenia psychotyczne (48%). Najczęściej pracowali respondenci z nerwicą i chorobą afektywną dwubiegunową.

Z kolei jak wskazują wyliczenia Huberta Kaszyńskiego z 2006 roku, liczba chorujących na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne, zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego wynosiła wtedy 165,5 tys. osób. W tej grupie około 80%, tj. 132 400 osób, to byli chorujący psychicznie, wykluczeni z rynku pracy i codziennej aktywności zarobkowej⁴⁸. W Polsce około 120 000 osób chorych psychicznie (tj. 75% grupy chorych leczonych w poradniach zdrowia psychicznego), powinno – zgodnie z indywidualnymi potrzebami – zostać włączonych w programy pracy i rehabilitacji społeczno-zawodowej.

Zrealizowane badania pokazują, iż w grupie wiekowej 18-40 lat zatrudnionych pozostaje 42% osób z niepełnosprawnością psychiczną. Wśród objętej badaniem grupy kiedykolwiek dorywczo pracowało 59% a stałe zatrudnienie posiadało 51%. W chwili badania w urzędzie pracy zarejestrowanych pozostawało 23% a aktywnie zatrudnienia poszukiwało 17%. Ogółem w badanej populacji wyróżniono następujące segmenty pod względem aktywności ekonomicznej: obecnie pracujący (42%), bezrobotni (18%) oraz bierni zawodowo (41%). Spośród objętych badaniem osób chorujących psychicznie w wieku do 40 roku życia nigdy nie pracowało 27% osób.

Rysunek 56. Aktywność ekonomiczna osób chorujących psychicznie. N=101

⁴⁸ H. Kaszyński, Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy, w: M. Boni, I. Gosk, B. Piotrowski, J. Tyrowicz, J.J. Wygnański (red.) *Bezrobocie – co robić? Rola organizacji pozarządowych na rynku usług pracy*, FISE, Warszawa 2006



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 zrealizowane w ramach projektu.

Podkreślić należy, iż wskaźnik zatrudnienia dla osób chorujących psychicznie jest dużo niższy niż dla całej populacji w wieku do 40 roku życia (odpowiednio 42 w stosunku do 65). Różnica w poziomie aktywności zawodowej jest dużo większa w przedziale wiekowym 26-40 lat (odpowiednio 53 do 78) niż w przedziale wiekowym 18-25 (odpowiednio 26 do 33). Jednocześnie jednak wyższy niż ogółem dla osób niepełnosprawnych (27). Przy czym zauważyć należy, iż BEAL jako osoby niepełnosprawne definiuje osoby posiadające orzeczenie. W niniejszym projekcie badaniem objęci byli pacjenci poradni zdrowia psychicznego niezależnie od posiadanego orzeczenia.

Tabela 24 Wskaźnik zatrudnienia wśród osób chorujących psychicznie , niepełnosprawnych ogółem i Polaków

	Polacy	Niepełnosprawni	Chorujący psychicznie
18-25	33		26
26-40	78		53
18-40	65	27	42

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, BAEL, GUS dane za IV Kwartał 2011

Wyniki zrealizowanych badań pokazują, iż osoby chorujące psychicznie bardzo negatywnie oceniają swoją sytuację na rynku pracy i nie spodziewają się jej poprawy w najbliższej przyszłości.

Jak pokazują zrealizowane badania, jedynie 16% badanych pozytywnie ocenia swoją sytuację na rynku pracy, zaś 40% wyraża niezadowolenie z tego powodu. Jednocześnie raczej pesymistyczne są oczekiwania względem najbliższej przyszłości. Ponad co czwarty badany (27%), praktycznie w równym stopniu osoby pracujące i niepracujące, spodziewa się pogorszenia własnej sytuacji na rynku pracy, zaś jedynie 8% spodziewa się poprawy w tym względzie. Spośród obecnie pracujących jedna trzecia (33%) szacuje ryzyko utraty pracy jako duże, a kolejne 31% jako przeciętne/średnie. Z drugiej strony spośród obecnie niepracujących niespełna co czwarty (21%) spodziewa się, iż w ciągu najbliższych 12 miesięcy podejmie pracę.

7.2.3 Charakter aktywności zawodowej



Niespełna połowa (48%) spośród wszystkich zatrudnionych to osoby pracujące w pełnym wymiarze godzin. Co trzeci badany (34%) pracuje na niepełny etat bądź dorywczo. Warto też zwrócić uwagę, iż osoby chorujące najczęściej zatrudnione pozostają na warunkach „tymczasowych”. Niespełna co trzeci pracujący (29%) miał podpisaną umowę o pracę na czas nieokreślony. Większość pracuje na podstawie umowy na czas określony lub też w ramach umów cywilnoprawnych. Prawie co piąty respondent (17%) przyznał się do pracy bez umowy – na czarno. Przeciętne zarobki osób chorujących psychicznie to nieco ponad tysiąc złotych na rękę. Jedynie 23% badanych zarabia ponad 1600 PLN netto.

Wśród pracujących osób z wyższym wykształceniem wszyscy wykonywali pracę zgodną z poziomem posiadanych kwalifikacji. Nie możemy tego powiedzieć o osobach ze średnim wykształceniem – wśród nich częste były przypadki wykonywania najprostszyc prac (kasjer, pracownik ochrony, proste prace fizyczne, kelner.

Tabela 25 Charakterystyka miejsc pracy. N=42 osoby chorujące

FORMA PRACY		CZAS PRACY		WYSOKOŚĆ ZAROBKÓW	
Praca najemna na pełen etat	48%	Umowa na czas nieokreślony	29%	DO 1000 PLN	34%
Praca najemna na niepełny etat	17%	Umowa na czas określony	29%	1000-1500 PLN	30%
Praca dorywcza	17%	Umowa o dzieło/zlecenie	14%	1600-2500 PLN	23%
Działalność gospodarcza	7%	Praca bez umowy/niefORMALNA/na czarno	17%	BRAK DANYCH	12%
BRAK DANYCH	12%	BRAK DANYCH	12%	ŚREDNIO PLN	1043

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu.

Tabela 26 Zajmowane stanowisko ze względu na wykształcenie. N=42 osoby chorujące

	OGÓŁEM (N=42)	gimnazjalne i niższe (n=4)	Zawodowe (N=8)	średnie (N=21)	Wyższe (N=9)	
Ogółem	42	4		8	21	9
sprzedawca	4			1	3	
praca biurowa	4				2	2
praca fizyczna-dorywcza	3	1			2	
szwaczka	3			1	2	
opiekun świetlicy	2				1	1
pracownik recepcji	2				2	
specjalista ds. sprzedaży	2				1	1
pracownik administracji	1				1	
rejestrator medyczny	1				1	
tkanie bielizny	1			1		
ochrona mienia	1				1	
pomoc kuchenna	1			1		
informatyk	1					1
kelner	1				1	
kierowca -mechanik	1			1		
urzędnik państwowy	1					1
przedsiębiorca	1				1	
kasjer	1				1	
konwojent	1				1	
praca w zakładzie wulkanizacyjnym	1	1				
zrywanie owoców	1	1				
nauczyciel	1					1
lakiernik sam	1			1		
pomoc medyczna	1					1
pracownik CALL CENTER	1				1	
robotnik magazynu	1			1		



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu.

Zatrudnienie osób chorujących psychicznie bardzo często ma charakter okresowy – nieodłącznie związany z przebiegiem choroby. Lepszemu samopoczuciu towarzyszy chęć podjęcia aktywności zawodowej. Praca często jest jednak źródłem ogromnego stresu, w najgorszej sytuacji prowadząco do kolejnego epizodu i hospitalizacji. Częściej doświadczane emocje inicjują chęć wycofania się i rezygnacji z zatrudnienia.

To było tak, że jak już lepiej się poczułam, to podejmowałam takie różne dodatkowe zajęcia, żeby nie wyjść z wprawy, żeby nie zapomnieć tego co się na studiach nauczyłam. Natomiast jak się gorzej czułam, to nie czułam się na siłach i jakby tu nie szukałam takich możliwości. Nawet miałam propozycję jakąś, ale zrezygnowałam, bo nie byłam uczciwie w stanie powiedzieć, że dam radę, przygotować tego maturzystę, czy tam gimnazjalistę do jakiegoś egzaminu. Ale jak się dobrze czułam to lubiłam to robić i bardzo mi to dużą satysfakcję sprawiało [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Jestem byłym malarzem, tapeciarem, już nie wykonuje tego fachu, że tak powiem. Tak u rodziny, sporadycznie jak coś potrzeba, to jeszcze coś tam wyduszę z siebie, ale staram się nie pracować, bo zawsze praca się wiąże ze szpitalem, tak że... przepracuję troszkę i się odbija szpitalem, tak że staram się raczej nie pracować zawodowo. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Ponieważ zdałem sobie sprawę z tego, że skoro pracodawca wie, że jestem chory, a praca jest bardzo wymagająca, to nie mam szans na powrót do pracy [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Eksperci podkreślali, iż problemy, jakie te osoby mają z utrzymaniem się w pracy i wynikającą z tego konieczność otrzymywania wsparcia psychicznego i reagowania na ewentualne problemy.

I jeżeli się udaje zacząć prace, to mają problem z utrzymaniem pracy. Bo no to jest choroba, która jakby upośledza też normalne funkcjonowanie, coś, co dla nas jest normalne, że na przykład nie chce nam się wstać do pracy, ale wstajemy, no u nich wygląda, że jak mi się nie chce, no to nie wstaję już [PRACOWNIK ŚDS]

Kaszyński⁴⁹ opierając się na własnych doświadczeniach, jak i badaniach europejskich szacuje, że jedynie 20% chorujących psychicznie to osoby zdolne do pracy w warunkach konkurencyjnych. 60% wymaga zaś różnorodnych form wspieranego zatrudnienia (30% jest zdolnych do pracy w urynkowanych przedsiębiorstwach społecznych, 30% wymaga zróżnicowanych rozwiązań pracy obejmujących również formy rehabilitacji społeczno – zawodowej). Ostatnie 20% to osoby wymagające zindywidualizowanej rehabilitacji społecznej w formie ośrodków pobytu dziennego zorientowanych na organizację czasu wolnego itp. W warunkach pracy rynkowej ogromne znaczenie dla trwałości zatrudnienia osoby chorującej ma postawa pracodawcy (o ile jest on poinformowany o chorobie pracownika). W trakcie zrealizowanych dyskusji, nasi rozmówcy wskazywali zarówno na negatywne jak i pozytywne przykłady postaw pracodawców:

Moja córka pracowała w sklepie spożywczym. Jej pracodawca wiedział, że ona jest chora, nie ukrywała tego. Pracowała przez dłuższy okres czasu ale przez niepowodzenia w życiu była najpierw na zwolnieniu lekarskim, akurat w między czasie był również jej rozwód, potem była na zasiłku rehabilitacyjnym i pracodawca ją zwolnił i nie chciał jej zatrudnić. Mimo wszystko, że wiedział, że może na Kasi polegać, że jest sumiennym pracownikiem. [CZŁONEK RODZINY OSOBY CHORUJĄCEJ PSYCHICZNIE]

A jeśli chodzi o pracę to też bardzo dużo zależy od pracodawcy. Ja przez półtora roku pracowałam tu w Łodzi w hurtowni farmaceutycznej i zaczynałam od pracy takiej zupełnie fizycznej, od pakowania paczek. I to że pracodawca dał mi tak jakby szansę i pozwalał na różne trudne momenty spowodowało, że ja już pod koniec roku właściwie prowadziłam tą firmę. Trzy lata temu ja sobie nie wyobrażałam, że mam takie możliwości, że

⁴⁹ H. Kaszyński, Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy, w: M. Boni, I. Gosk, B. Piotrowski, J. Tyrowicz, J.J. Wygnański (red.) *Bezrobocie – co robić? Rola organizacji pozarządowych na rynku usług pracy*, FISE, Warszawa 2006



ja jestem w stanie wykonywać tyle czynności naraz i że sobie ze wszystkim tak świetnie poradzę. I myślę, że to też zależy od nas, jak bardzo wierzymy w siebie. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Moja szefowa, też miała problemy emocjonalne i takie rodzinne i sama częściej się źle czuła niż ja, także pomagała mi w ten sposób, że kiedy się źle czułam, mogłam tą godzinę wcześniej wyjść z pracy, albo zrobić sobie dłuższą przerwę. Ja też się jakby sama pilnowałam i wiedziałam że następnego dnia muszę zostać dłużej, albo przyjść w sobotę czy w niedzielę, ale to też tak fajnie jakoś współgrało i nie było z tym problemów. Że dzisiaj masz gorszy dzień i wyjdź sobie wcześniej godzinę, a ja sobie potem to samokontrola była u mnie jakoś duża, może dlatego też zaufanie u pracodawcy, bo widziała, że się staram, że mi zależy. Ale to było dla mnie dużo, że mogę sobie zrobić dłuższą przerwę w trakcie pracy, że mogę odpocząć, że mogę wcześniej wyjść, taki komfort psychiczny i poczucie bezpieczeństwa. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Wykluczenie społeczne w wymiarze aktywności zawodowej, a w efekcie również w wymiarze ekonomicznym, ujawnia się w przypadku osób chorujących psychicznie nie tylko poprzez trudności w znalezieniu pracy w ogóle, ale też poprzez niski status zawodów, których wykonywanie zleca się osobom niepełnosprawnym – często są to stanowiska niewymagające specjalistycznej wiedzy i umiejętności, takie jak stróż czy sprzątac. Problem degradacji zawodowej szczególnie mocno dotyka osoby z chorobami psychicznymi, które wcześniej zajmowały wysokie stanowiska. Pojawienie się choroby, zwłaszcza o gwałtownym przebiegu, wyraca ich świat do góry nogami i zaburza poczucie własnej wartości. Osoby te, nie mając innej alternatywy, bardzo często podejmują się pracy znacznie poniżej swoich kwalifikacji. Sytuacja taka w sposób oczywisty powoduje frustrację i w konsekwencji utrudnia powrót do zdrowia, a także, w dalszej perspektywie, utrwała syndrom bierności zawodowej. Innym problemem jest także podejmowanie pracy niezgodnej z kwalifikacjami i indywidualnymi predyspozycjami. Wiąże się to zatem z dysonansem wśród chorych, którzy z jednej strony chcą być aktywni i pracują, a także nie mogą sobie pozwolić na rezygnację z dochodów, a z drugiej mają świadomość pracy poniżej swoich kompetencji.

Więc ci, którzy przewlekle chorują, to na pewno ich sytuacja materialna jest zła i dlatego oni, no tak chętnie przystępują do różnych programów unijnych, które przygotowują do pracy. No, ale co z tego, że są przygotowani do pracy, jeżeli po pierwsze - ich kwalifikacje, a właściwie dla ich aspiracji tych prac to nie ma wcale, a nawet, jeżeli już się zdecydują na jakieś proste prace osoby, które mają często, no bardzo dobre wykształcenie. To niestety w tej pracy się nie utrzymują. Z różnych powodów. [PSYCHIATRA]

Moi podopieczni, to są takie osoby, które teraz mają dwadzieścia siedem, dwadzieścia osiem lat, a więc dorośli ludzie, pracują najczęściej w zawodach niewymagających wysokich kompetencji. To są obsługa jakichś maszyn, albo sprząkanie, albo prace biurowe, to też zależy od stanu zdrowia. Często zmieniają prace. Jeżeli przebieg choroby ma charakter epizodyczny, to rzadko udaje im się utrzymać pracę w jednym miejscu, ponieważ okresy pracy są przerywane okresami zwolnień, pobyków w szpitalu, okresami rentowymi. Najlepiej radzą sobie ci, którzy pracują w zakładach pracy chronionej, bądź też mają wsparcie, na przykład z różnych instytucji, które pomagają znaleźć pracę w takich warunkach nieco ochronnych. [PSYCHIATRA]

Bo jeżeli mamy osoby, które skończyły studia i mają licencjat, czy tego magistra, czy tego inżyniera, no to, kiedy mówi im się - jest praca, ale jest to praca przy miotle, no to z różnych powodów, one mogą iść spróbować, ale w pewnym momencie gdzieś czują, że mogłyby coś więcej. [PSYCHIATRA]

Często jest tak, że osoby chorujące psychicznie, biorące leki mają trudność w wykonywaniu bardzo złożonych zadań i że sami obawiają się przyjmowania takiej odpowiedzialności, albo nie dają po próbach zatrudnienia się w miejscu, które wymaga podejmowania szybkich decyzji, takiej dużej sprawności na przykład przy rzutności uwagi, okazuje się, że sobie nie radzą. Na kasie w supermarkecie, gdzie to wymaga pewnie jednak szybkości działania czy też w miejscach gdzie trzeba obsługiwać, współpracować z innymi ludźmi, być narażonym na jakieś zachowania wyprowadzające z równowagi, także sami boją się, że sobie nie poradzą, a też myślę, że mówią, boją się, że nikt im nie pomoże sobie z tym poradzić. Ukrywają przed pracodawcą najczęściej chorobę i tym z jednej strony jeszcze bardziej budzą jakąś nieufność, pozbawiają się możliwości oparcia. [PSYCHIATRA]



Jednocześnie zdarzają się historie sukcesu, kiedy osobom chorym psychicznie udało się znaleźć i utrzymać pracę adekwatną do ich wykształcenia, nawet jeżeli zaczynają od prac prostych.

Ten pacjent wyjątkowo nie pracował przez wiele lat, jest informatykiem. No i najpierw pracę dostał w ramach tego projektu, jako taki magazynier, jakieś pudła nosił. Potem trochę tam pomagał im w księgowości, trochę rzeczywiście go wykorzystywali też jako informatyka, więc on sobie trochę rzeczy przypomniał, a teraz pracuje w banku w swoim zawodzie. [PSYCHIATRA]

Miałam teraz takiego chłopaka, który w psychozie zdradził tajemnicę bankową. Ale okazuje się, że teraz w innym banku po tym epizodzie psychotycznym ma pracę. Czyli nie jest skreślony i nie trzeba go od razu odpuszczać. Dlatego że tragicznie dosyć pożegnano się z nim w jednym miejscu pracy, nie znaczy że nie trafi do innego. [PSYCHIATRA]

Wobec wspomnianego wcześniej problemu, jakim jest stygmatyzacja osób chorych psychicznie i lęk przed ich zatrudnieniem, niektórzy z tej grupy osób niepełnosprawnych, zwłaszcza ci najbardziej zdeterminowani do powrotu do pracy i życia sprzed choroby zatajają informację o przyczynach swojej niepełnosprawności. Eksperti wspominali o osobach, które zupełnie zaniechały wystąpienia o orzeczenie o niepełnosprawności, przekonane, że uniemożliwi im to znalezienie dobrej pracy. Podkreślali jednocześnie, że takie podejście nie jest dobre, gdyż posiadanie takiego orzeczenia nie oznacza automatycznie, że musi ono być ujawniane pracodawcom – chorzy zdają się tego nie wiedzieć.

Natomiast część osób chorujących psychicznie zwyczajnie nie chce takiego kwitu, bo uważa, że nie, że to już jest jakieś tam piętno jakieś naznaczenie, jakaś stygmatyzacja, chociaż nigdzie nie jest powiedziane, że jak się posiada taki dokument, to trzeba wszędzie się z nim obnosić. To jest absolutnie prywatna sprawa każdego posiadacza takiego dokumentu, kiedy, komu i w jakiej sytuacji go ujawni. [PRZEDSTAWICIEL ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ]

On niby funkcjonuje dobrze pod względem społecznym w miejscu pracy, może się wydawać, że jest dobrym pracownikiem. Natomiast, co on przeżywa, jakie są jego lęki, jakie są jego trudności - tego on w tej pracy nie powie. [PSYCHIATRA]

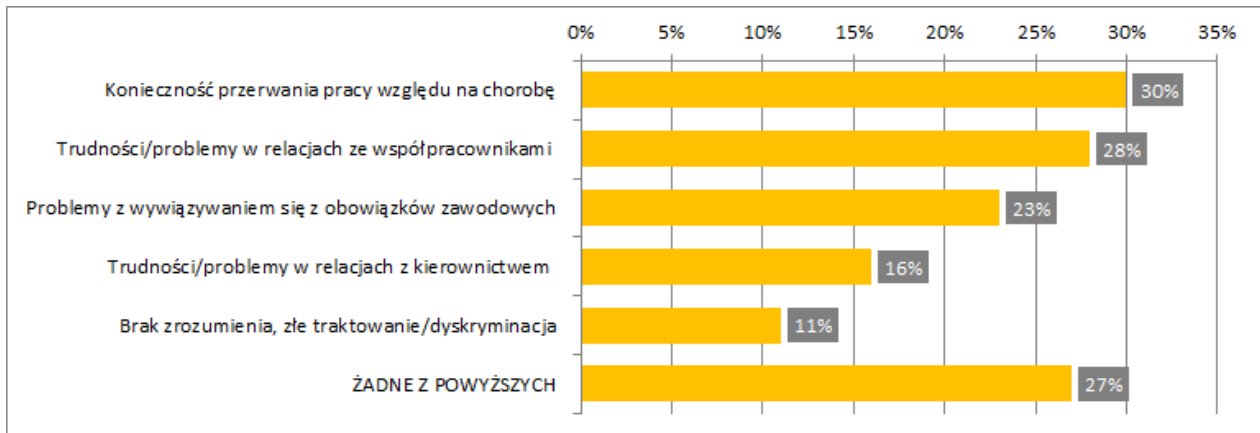
Bo choroba psychiczna jak gdyby nie musi być informacją do publicznej wiadomości. Jeśli nie przeszkadza mi w codziennym funkcjonowaniu, wiem, że jestem w stanie zapanować przy pomocy swojej, innych ludzi nad tym, że jeśli jest emisja po prostu idę na zwolnienie, leczę się i wracam z powrotem do pracy. [DZIAŁACZ ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Ogromną skalę problemów, jakie w pracy doświadczają osoby chorujące psychicznie obrazują wyniki badań ilościowych. Prawie co trzeci badany (30%) przyznaje, iż ze względu na chorobę musiał przerwać pracę. Prawie taki sam odsetek odczuwał w trudności w relacjach z pracownikami (28%) a 16% w relacjach z kierownictwem. Co dziesiąty (11%) deklaruje, iż był w pracy ofiarą braku zrozumienia/złego traktowania, dyskryminacji.



Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Rysunek 57. Problemy napotymane w pracy w związku z chorobą. N=74 osoby kiedykolwiek pracujące

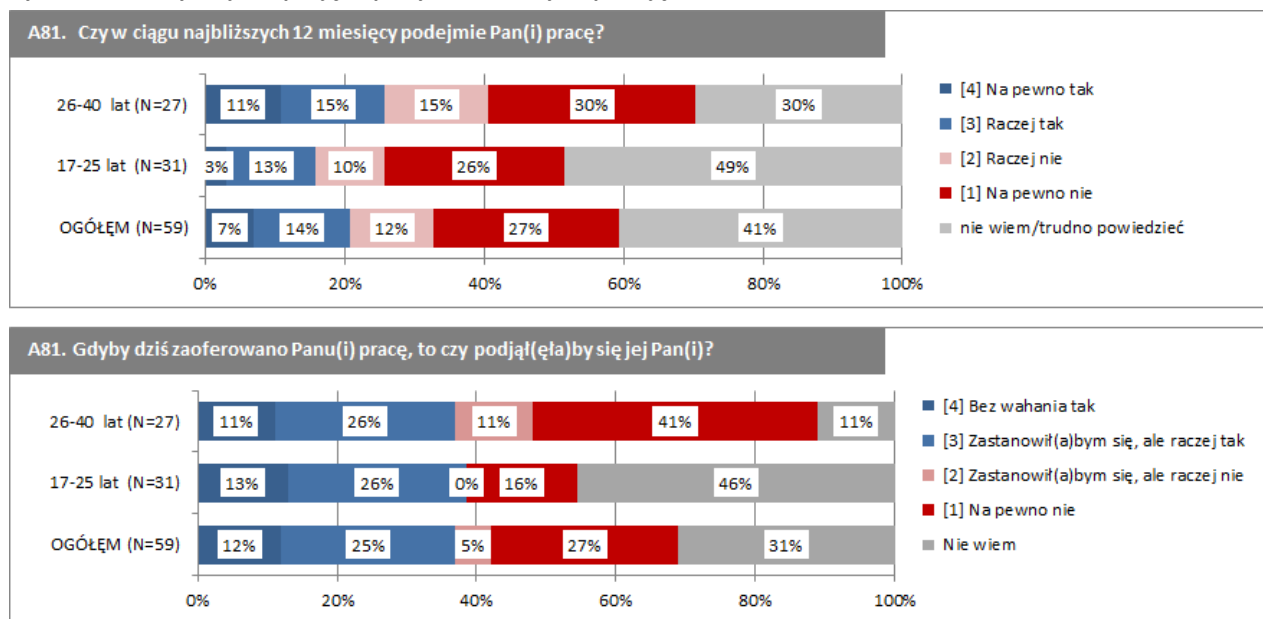


Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 lat w ramach projektu.

7.2.4 Postawy wobec pracy

Zdecydowana większość spośród obecnie niepracujących nie poszukiwała w chwili badania pracy (76%). Jedynie co czwarty badany (24%) deklarował, iż w ciągu ostatnich trzech tygodni aktywnie działał na rzecz znalezienia zatrudnienia. Wyniki badania wskazują na ogólnie niską motywację osób niepracujących do zmiany tej sytuacji. Jednie co piąty badany (21%) wyrażał przekonanie, iż w ciągu najbliższych 12 miesięcy jego status na rynku pracy się zmieni, a 37% wyraziło gotowość do podjęcia zaoferowanego zatrudnienia, przy czym jedynie 12% podjęłoby taką decyzję bez wahania (Rysunek 58).

Rysunek 58. Motywacja do podjęcia pracy. N=59 osoby niepracujące



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 lat w ramach projektu

Do podjęcia zatrudnienia przekonuje przede wszystkim motywacja finansowa, chęć uniezależnienia się od wsparcia rodziców, czy w przypadku osób starszych poprawy poziomu życia, który przy utrzymywaniu się jedynie z renty i świadczeń socjalnych jest zazwyczaj niski. Ważna jest również tzw. motywacja do społeczeństwa – osoby chorujące psychicznie często borykają się z odrzuceniem i samotnością. Podjęcie pracy wymaga od nich większej otwartości, ale z drugiej strony pozwala na nawiązanie nowych kontaktów społecznych i wyjście z domu. Z drugiej strony osoby odrzucające możliwość pracy wskazywały przede wszystkim na zły stan zdrowia, który ich zdaniem wyklucza z rynku pracy (67%).

Zrealizowane wywiady grupowe z osobami chorującymi oraz ich rodzinami z całą mocą wskazują, iż najtrudniejsze w drodze do uzyskania zatrudnienia jest zrobienie pierwszego kroku w tym kierunku. Część badanych wprost wskazywała na brak motywacji do podjęcia aktywności w tym zakresie - zdają sobie sprawę, iż mogliby pracować ale tego nie chcą.

To znaczy tak, umiesz liczyć - licz na siebie, więc jeśli będę chciała znaleźć pracę to ją znajdę. Użyję motywację. Powiedzieć sobie dzisiaj i po prostu zacząć ją szukać, nie mam tej motywacji i tego nie robię.
[OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Co gorsze, nawet gdy w pewnym momencie pojawi się motywacja do podjęcia pracy, zazwyczaj jest ona bardzo krucha. Gdy osobie chorującej uda się pokonać własne lęki i opory, jakiegokolwiek niepowodzenie (rzeczywiste



czy postrzegane) w kontaktach z pracodawcami, wypycha osobę chorującą w zakłęty krąg bierności zawodowej. Dobrze ilustrują to poniższe wypowiedzi:

No u niego taką cechą charakterystyczną jest bardzo głębokie wycofanie się. I tak, jak on kiedyś poszukiwał pracy i spotykał się z niepowodzeniem, że odmawiano mu. Że niby tu miał nadzieje, że dostanie coś, nie dostał. Więc już w ogóle się wycofał, zrezygnował. Powiedział, po, co, jak i tak nic nie dostanę. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Jeżeli ktoś jest długotrwale bezrobotny nie musi być schizofrenikiem żeby czuć się na rynku pracy niepotrzebnym, przyjsć na rozmowę i prawie zemdleć z wrażenia. Chorzy jeszcze bardziej to odczuwają. Czują dodatkową presję. Wtedy widzą wszystko w czarnych kolorach, że nie są potrzebni [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Znaczy byłem raz na rozmowie, w cukierni, to powiedzieli mi, że za ciężka jest praca i już więcej nie próbowałem. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Ponieważ zdałem sobie sprawę z tego, że skoro pracodawca wie, że jestem chory, a praca jest bardzo wymagająca, to nie mam szans na powrót do pracy. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Ja wątpię aby moja mama poszła do pracy. U mnie jest sytuacja taka troszeczkę odwrotna, moja mama nigdy nie pracowała. Ona mówi mi o tym, że chciała iść do pracy, że mogłaby robić to czy tamto ale to jest taki zapal ale krótki. Bo jak jej mówię to chodź coś ci załatwię to tak ale to się schylać nie mogę, tego nie mogę. Mówię to co możesz ano ja mogę palić papierosy. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Celem zobrazowania postaw wobec aktywności zawodowej przeprowadzona została analiza czynnikowa oraz analiza segmentacji metodą analizy skupień (patrz nota metodologiczna). Włączono do niej 20 stwierdzeń odnoszących się do pracy. W efekcie badana populacja została podzielona na cztery segmenty różniące się ustosunkowaniem do aktywności zawodowej – wśród nich dwa segmenty pozytywnie i dwa segmenty negatywnie ustosunkowane do aktywności zawodowej:

Segmenty negatywnie ustosunkowane do aktywności zawodowej to 45% badanej populacji

- **Segment 1: Bierni wobec pracy (13%):** to osoby kategorycznie odrzucające możliwość pracy – z jednej strony konotujące ją tylko negatywnie (z obciążającym stresem, wysiłkiem, lękiem i strachem) z drugiej mające zbudowany obraz siebie jako osoby zupełnie nienadającej się do jakiegokolwiek pracy. W większość wprost przyznają iż wolą być w domu niż pracować oraz że nie widzą sensu w pracy, jako iż ona nic nie zmieni. W większości wyrażają też obawę utraty zasiłku oraz uważają, iż orzeczenie lekarskie nie daje im możliwości pracy.
- **Segment 2: Obawiający się (32%):** to osoby, które dostrzegają sens w pracy i postrzegają ją jako ważną aktywność. W przeciwieństwie do pierwszego segmentu nie negują potrzeby pracy w odniesieniu do swojej sytuacji. Jednocześnie jednak, podobnie jak bierni, choć nie z taką siłą wyrażają liczne obawy wobec niej. Przyznają, iż na myśl o pracy ogarnia ich lęk i strach, że nie nadają się do pracy, oraz że praca jest dla nich męcząca i sprawia duży wysiłek.

Segmenty pozytywnie ustosunkowane do aktywności zawodowej to 55% badanej populacji

- **Segment 3: Pewni siebie i aktywni (30%):** to segment jednoznacznie pozytywnie nastawiony wobec aktywności zawodowej i mający konkretne plany wobec niej. Osoby z tego segmentu uważają pracę za ważną, będącą źródłem przyjemności i satysfakcji. Wiedzą że poradzą sobie w pracy i nie mają w związku z tym żadnych obaw.
- **Segment 4: Zmotywowani (25%).** To osoby pozytywnie nastawione do pracy, jednak ze względu na brak doświadczeń w tym zakresie, żywiące jeszcze pewne obawy w tym zakresie. Na tym etapie nie wiedzą jeszcze czy będą w stanie poradzić sobie w każdej pracy oraz nie mają też tak jak segment osób pewnych siebie skonkretyzowanych planów wobec własnej kariery zawodowej



NOTA METODOLOGICZNA:

W analizie czynnikowej wykorzystuje się zestaw kilkunastu (czasem nawet kilkudziesięciu) stwierdzeń, które przez respondentów oceniane były na kilkupunktowej skali. Celem przeprowadzenia analizy jest sprawdzenie, czy w odpowiedziach na analizowane pytania nie kryje się struktura ukryta – pewne wymiary (czynniki), których manifestacją jest właśnie odpowiedź na dane stwierdzenie. Założenie analizy czynnikowej jest bowiem takie, iż liczbę stwierdzeń można ograniczyć do kilku najważniejszych wymiarów – czynników, które wpływają na udzielane przez respondentów odpowiedzi. Odnalezione „ukryte” czynniki są jednak związane nie tylko z pytaniami, na podstawie których zostały wyodrębnione, ale wykazują związki także z innymi zmiennymi charakteryzującymi respondentów.

Analiza czynnikowa pozwala:

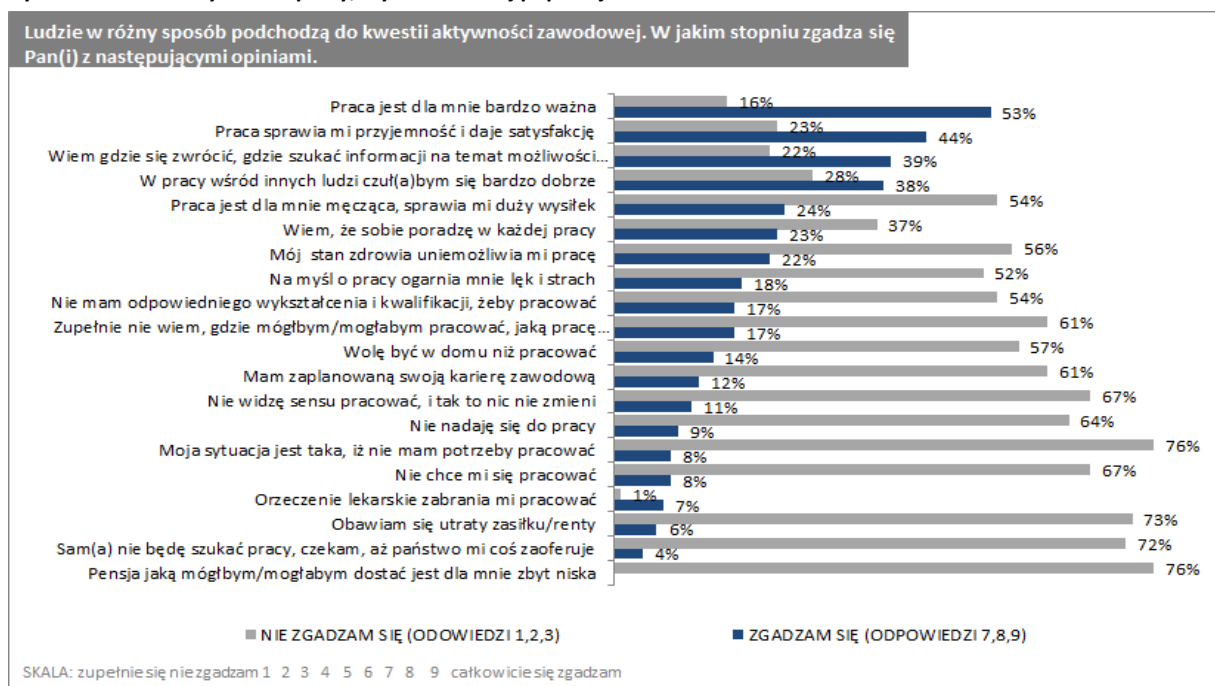
- Ograniczyć liczbę stwierdzeń do kilku najważniejszych wymiarów (zamiast analizować kilkanaście i więcej zmiennych jednocześnie, analizujemy ich zaledwie kilka);
- Znacznie uprościć analizę i zrozumieć istniejące zależności przy bardzo niewielkiej utracie informacji;
- Skupić się na tym, co naprawdę istotne, bez wchodzenia w nadmierne szczegóły;
- Uniknąć analizowania zmiennych silnie ze sobą skorelowanych, a więc mających praktycznie tę samą wartość informacyjną. Wyodrębnione czynniki są bowiem od siebie całkowicie niezależne.

Z kolei analizę skupień przeprowadza się po to, aby na podstawie pewnych zmiennych, kryteriów, podzielić badanych na grupy (skupienia, segmenty, typy, klasy). Taką segmentację można przeprowadzić w oparciu o czynniki wyodrębnione w analizie czynnikowej (tak jak w opisanych w dalszej części raportu analizach), ale też na podstawie innych zmiennych. Celem analizy skupień jest podzielenie respondentów na segmenty w taki sposób, aby wyodrębnione grupy były maksymalnie podobne wewnątrz, i jednocześnie maksymalnie różnicowane między sobą (pod względem zmiennych wykorzystywanych do grupowania).

Wykorzystanie analizy skupień pozwala:

- Zredukować dużą ilość analizowanych informacji do prostych i zrozumiałych klasyfikacji;
- Bez nadmiernych szczegółów obserwować zachodzące zależności.

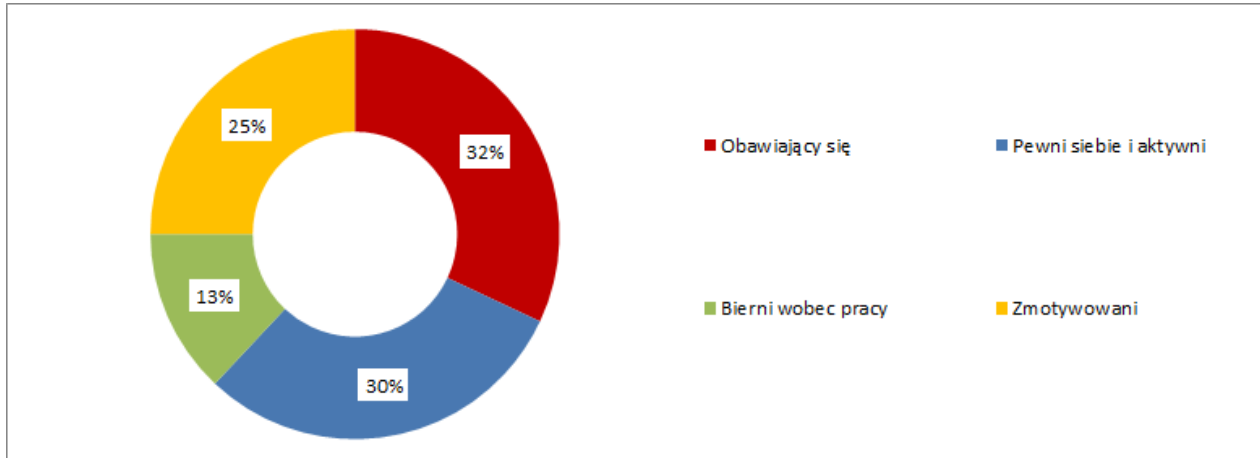
Rysunek 59. Postawy wobec pracy, wyniki dla całej populacji N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 lat w ramach projektu

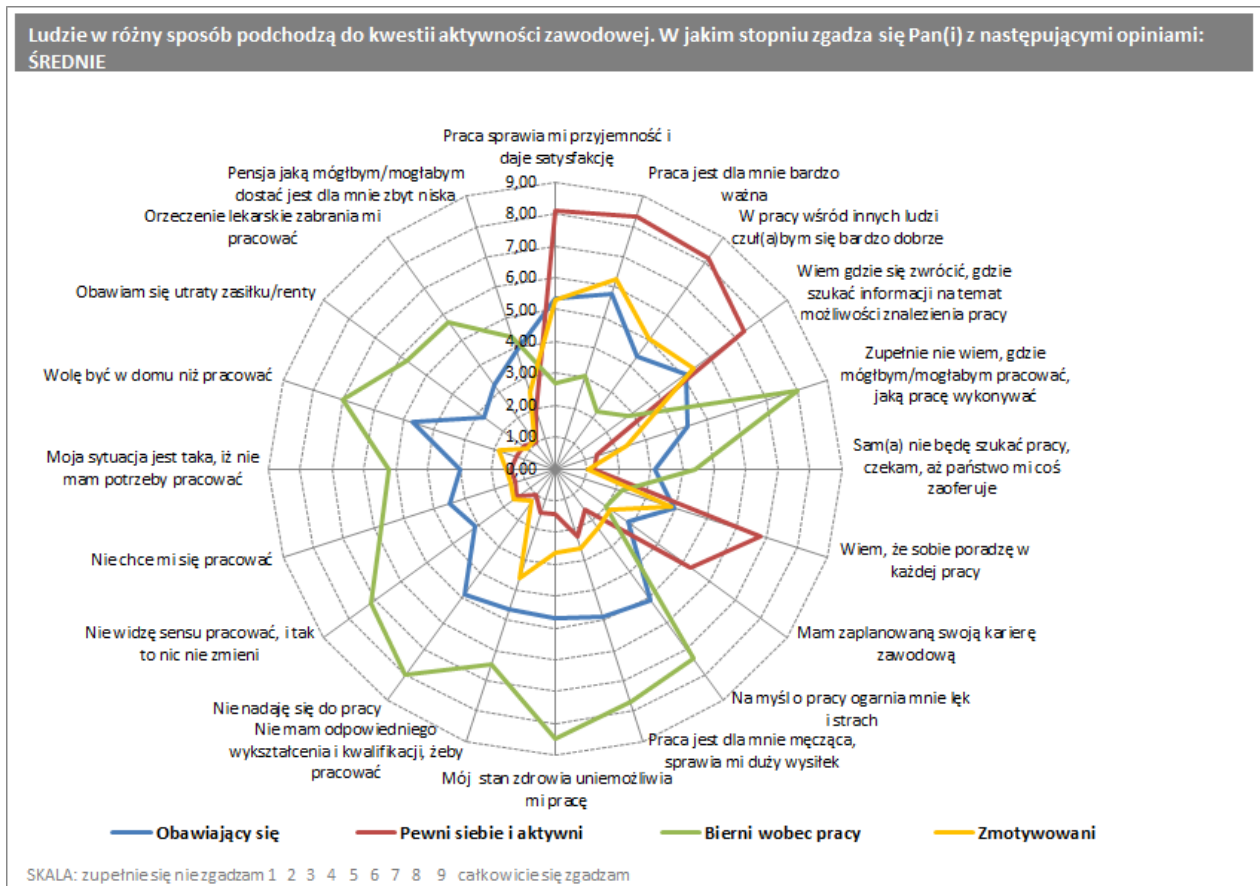
Projekt "Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Rysunek 60. Analiza skupień. Wyróżnione segmenty ze względu na stosunek do aktywności zawodowej N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 lat w ramach projektu

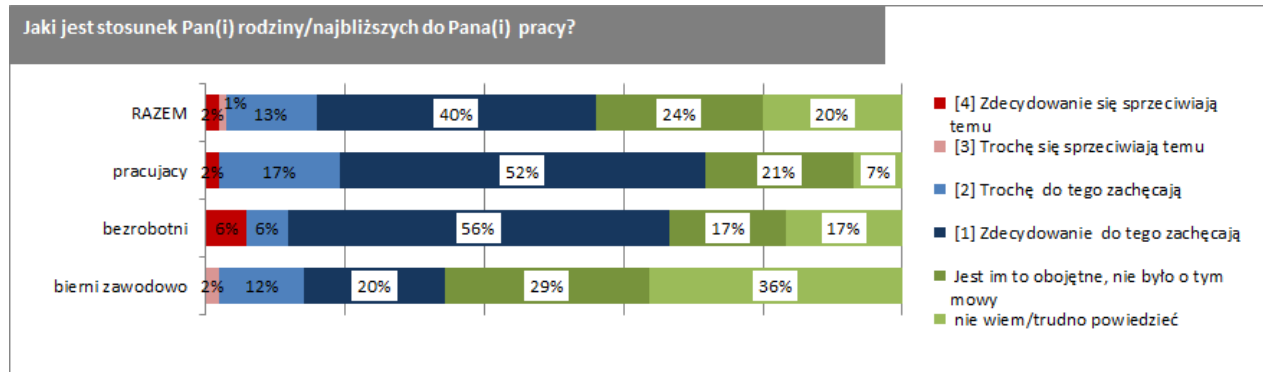
Rysunek 61. Analiza skupień. Charakterystyka segmentów. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie w wieku 18-40 lat w ramach projektu

Jak wspomniano już wcześniej kluczowe dla aktywności zawodowej osób chorujących psychicznie jest silne wsparcie ze strony rodziny. Jak pokazują wyniki badań liczyć może na nie 40% badanych (odpowiedź rodzina zdecydowanie zachęca do aktywności zawodowej). Skuteczność tego czynnika w zakresie budowania motywacji jest ogromna – pozytywne wsparcie ze strony rodziny odczuwają przede wszystkim osoby pracujące (52%) oraz aktywnie poszukujące pracy (56%). Osoby bierne zawodowo (ani nie pracujące ani też nie poszukujące pracy) najczęściej deklarowały, iż ich rodziny zostają obojętne wobec tego problemu, lub też nie potrafiły określić ich stosunku pracy.

Rysunek 62. Stosunek rodziny do aktywności zawodowej N=101



Postawy osób chorujących wobec aktywności zawodowej uwidaczniają się też w postrzeganej własnej wartości na rynku pracy. Jak pokazuje tabela poniżej osoby badane równie często co swoje zalety artykułowały swoje wady na rynku pracy. Wśród tych ostatnich wskazywano przede wszystkim na zły stan zdrowia i wiążące się z nim złe samopoczucie, niską samoocenę, odczuwany lęk i obawy, a także szybkie zniechęcanie się i brak cierpliwości. Dla porównania warto w tym miejscu zaznaczyć, iż odpowiadając na tak samo postawione pytanie osoby zdrowe, absolwenci szkół zawodowych z województwa dolnośląskiego w 43% nie potrafili wskazać żadnych swoich wad, a jedynie zalety na rynku pracy. Jednocześnie inna była też struktura postrzeganych minusów na rynku pracy. Absolwenci upatrywali je głównie w braku doświadczenia i kwalifikacji⁵⁰.

Tabela 27. Postrzegane wady i zalety na rynku pracy. Wskazania spontaniczne. N=101

Zalety na rynku pracy		Wady na rynku pracy	
pracowitość,	48%	zły stan zdrowia, niepełnosprawność	17%
odpowiedzialność	18%	przemęczenie, złe samopoczucie	16%
dokładność, cierpliwość	16%	brak wiary w siebie/pewności	13%
uczciwość, lojalność	15%	lęk, strach, obawa	11%
szerokie /dobre wykształcenie	8%	szybkie zniechęcenie, brak cierpliwości	9%
praktyka, doświadczenie zawodowe	6%	niski poziom wykształcenia	8%
młodość	6%	brak doświadczenia zawodowego, praktyki	6%
łatwość nawiązywania kontaktów	5%	naiwność, nadmierna ufność	6%
kreatywność, pomysłowość, zdolność radzenia sobie z nowymi problemami	5%	nadpobudliwość	5%
energia/chęć działania	4%	spóźniałstwo	5%
atrakcyjny wygląd, urok osobisty	3%	brak dyspozycyjności	4%
szybkość uczenia się	3%	nieśmiałość	4%

⁵⁰ Rynek edukacji ponadgimnazjalnej w województwie dolnośląskim. Raport z badań. Laboratorium Badań Społecznych na zlecenie Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy. Wrocław 2011.



Zalety na rynku pracy	Wady na rynku pracy
dodatkowe kwalifikacje, uprawnienia	3% nieznajomość języków obcych
dobra organizacja	3% lenistwo, niechęć do pracy
pogodne usposobienie/poczucie humoru	3% działanie pod wpływem impulsu
nie wiem	11% nie wiem
	4% 4% 3% 19%

7.2.5 Bariery aktywności zawodowej

W zgodnej opinii ekspertów bariery aktywności zawodowej osób chorujących psychicznie są wielorakie i bardzo złożone. Szukać można ich zarówno po stronie samych osób chorujących i ich rodzin, jak i po stronie czynników systemowych. Kaszyński⁵¹ wyróżnia cztery podstawowe przyczyny wykluczenia osób chorujących psychicznie z rynku pracy:

- ⌚ Niedostateczna ilość miejsc pracy zdolnych do zapewnienia zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb beneficjentów
- ⌚ Zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji
- ⌚ Długotrwała zależność od pasywnych form pomocy społecznej
- ⌚ Zależność od własnych rodziców

Zdaniem niektórych z pośród ekspertów, którzy wzięli udział w badaniu, zła sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy wynika również z ogólnej sytuacji gospodarczej. Podkreślano, że w niepewnych czasach przedsiębiorcy jeszcze bardziej niż w przypadku dobrej koniunktury boją się zatrudniać osoby niepełnosprawne, tym bardziej osoby z niepełnosprawnością psychiczną, które pod wieloma względami są bardziej niepewne (labilność wynikająca z choroby). Ponadto specyfika coraz większej liczby zawodów wymaga umiejętności radzenia sobie ze stresem, pracy w wymagającym środowisku i przyjęcia dużej odpowiedzialności za to, co się robi. Są to zazwyczaj te elementy, które sprawiają najwięcej problemów chorującym psychicznie i w wymiernym stopniu powstrzymują ich od podjęcia aktywności zawodowej, wywołując lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia.

Myślę, że rynek pracy jest w tej chwili taki, że łatwiej jest zatrudnić osobę taką, która potencjalnie nie będzie stanowiła problemu, niż kogoś, kto z racji choroby może być nie zawsze gotowy do pracy bądź też sprawiać jakieś trudności. Nie są konkurencyjni nasi pacjenci w porównaniu z osobami zdrowymi lub takimi, które nie ujawniają swoich problemów psychicznych. Przegrywają osoby chorujące, dlatego często zatrudniani są tylko tam, gdzie pracodawca czerpie jakieś korzyści z zatrudniania osób niepełnosprawnych, czy nie ponosi, jak ma opłacony ZUS czy ma jakieś inne udogodnienia. [PSYCHIATRA]

A każdy skok bezrobocia, to jest przede wszystkim wypadanie z rynku tych, którzy są społecznie wykluczeni, chorzy psychicznie są jak papierek lakmusowy. Jest zmiana, coś jest niespokojnego to albo wypada, albo on traci mieszkanie, albo pierwszy jest wyrzucany ze społecznego, bo jest niewygodny, bo nieefektywny, bo komuś przeszkadza. [SOCJOLOG]

Poza tym często jest tak, że osoby chorujące psychicznie, biorące leki mają trudność w wykonywaniu bardzo złożonych zadań i że sami obawiają się przyjmowania takiej odpowiedzialności, albo po próbach zatrudnienia się w miejscu, które wymaga podejmowania szybkich decyzji, dużej sprawności czy rzetelności, uwagi, okazuje się, że sobie nie radzą. Na kasie w supermarkecie, gdzie wymaga się jednak szybkości działania, czy też w miejscach gdzie trzeba obsługiwać, współpracować z innymi ludźmi, być narażonym na jakieś zachowania wyprowadzające z równowagi, także sami boją się, że sobie nie poradzą, a też mówią, że boją się, że nikt im nie pomoże sobie z tym poradzić. [PSYCHIATRA]

⁵¹ Kaszyński H, Osoby chore psychicznie jako grup beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy. Warszawa 2006. Fundacja Inicjatywy Społeczno – Ekonomicznych (FISE)



Ważnym powodem bierności zawodowej osób chorujących psychicznie jest również lęk przed utratą orzeczenia o niezdolności do pracy i w konsekwencji renty. Mimo iż świadczenia rentowe są niewielkie, jest to dla chorych i ich rodzin pewne źródło dochodu, bywa, że jedyne. Jeden z ekspertów przytoczył przykład dobrze funkcjonującego zakładu aktywności zawodowej:

Osoby, których stan się poprawia dzięki pracy w zakładzie tracą orzeczenie o niezdolności do pracy i nie mogą dalej pracować w ZAzie. Idą na komisję i tam ich pytają: dobrze, a co pan robił przez te dwa lata? - Pracowałem w ZAzie, no on jest nieźle ubrany, pewny siebie, więc traci orzeczenie o niezdolności, niepełnosprawności znacznie. Dostaje umiarkowaną i wypada z zakładu aktywizacji zawodowej, musi iść do szpitala, zwariować od nowa, przynieść dobre papiery i dopiero wtedy może dostać prawo do powrotu do nas. [DZIAŁACZ ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Jako niefortunne określano również samo sformułowanie orzeczenia: „o całkowitej niezdolności do pracy”. Wielu chorych uważa, że jest to równoznaczne z zaleceniem lekarza niepodejmowania żadnych aktywności, nie biorą oni pod uwagę nawet możliwości pracy w mniejszym wymiarze godzin, czy w zakładach pracy chronionej.

Myślę, że brak takiej informacji, że osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności czy niezdolność do pracy całkowitej może być mimo wszystko zatrudniana w niepełnym wymiarze godzin. [PSYCHIATRA]

Byłoby sensowne gdyby to orzeczenie o niezdolności do pracy było rozumiane, jako niezdolny do pracy w stresie, na otwartym rynku pracy, to to byłaby prawda. A nie niezdolny w ogóle. [DZIAŁACZ ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Problematyka identyfikacji barier aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych była przedmiotem badania *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych* zrealizowanego przez Pentor na zlecenie PFRON⁵².

Mimo iż poziom wykształcenia formalnego pozostaje najczęściej wskazywaną przyczyną niskiej aktywności zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, wyjaśnienie tej sytuacji wymaga wzięcia pod uwagę szeregu innych czynników. W badaniu Pentora dla PFRON wyróżniono szereg korelatów aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych psychicznie, które podzielono na zewnętrzne (systemowe) i wewnętrzne. Znajdują one potwierdzenie w danych zebranych w niniejszy projekcie.

Wśród korelatów zewnętrznych wymieniono:

- 🔄 **Izolację, będącą konsekwencją strachu przed etykietą „wariata”** – osoby z niepełnosprawnością psychiczną często boją się ujawniać swoją chorobę, co skutkuje swego rodzaju błędnym kołem - izolując się od społeczeństwa, osoby te odcięte są od potencjalnych źródeł pomocy.
- 🔄 **Barierę związaną z systemem orzecznictwa oraz z systemem ubezpieczeń społecznych** – obowiązujące zasady przyznawania rent i łączenia ich z aktywnością zawodową mają zdecydowanie demotywujący wpływ na osoby niepełnosprawne. Niemal co trzeci badany z chorobą psychiczną nie podjąłby pracy właśnie z powodu lęku przed utratą renty. Odsetek ten był znacznie wyższy wśród osób starszych i ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Jedynie 10% ogółu badanych deklarowało, że podjąłoby pracę zawodową niezależnie od wysokości wynagrodzenia, nawet gdyby wiązało się to z utratą renty – najliczniej tą możliwość wskazywali ludzie młodzi, od 15 do 29 roku życia – 18%.
- 🔄 **Barierę związaną z systemem kształcenia** - osoby niepełnosprawne psychicznie nie uczą się potrzebnych na rynku zawodów oraz co ważniejsze nie wyrabiają w sobie umiejętności potrzebnych do poruszania się na rynku pracy (mobilność, elastyczność, przedsiębiorczość). Co ważne, system edukacji, ze względu na

⁵² A. Morysińska. M. Sochańska. E. Belta. Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych, Raport z badań, Pentor RI na zlecenie PFRON, Warszawa 2009



brak świadomości decydentów, brak dobrej woli, czy nawet celowe działania wciąż pozostaje nieprzychylny dla osób z problemami psychicznymi⁵³, czego konsekwencją jest konieczność przerwania nauki, czy też jej kontynuacji w trybie indywidualnym. Ponadto istotne znaczenie w braku aktywności zawodowej odgrywa deficyt kluczowych z punktu widzenia pracy kompetencji miękkich oraz predyspozycji psychicznych, związanych bezpośrednio z możliwością wykonywania zadań, wywiązywania się z obowiązków i współdziałania z innymi ludźmi, który jest wynikiem typowych dla schorzeń psychicznych zmian w procesach poznawczych i emocjonalnych oraz w funkcjonowaniu społecznym⁵⁴. Tutaj również zwraca się uwagę na niewłaściwy system kształcenia, który kładzie większy nacisk na umiejętności twarde, które niejednokrotnie są już nieaktualne (zwłaszcza w kształceniu zawodowym), niż na takie kompetencje jak przedsiębiorczość, elastyczność, umiejętność uczenia się, które ogólnie można określić jako umiejętność radzenia sobie w życiu, czy przysposobienie do pracy. Jeżeli chodzi o konkretne kwalifikacje, to aktywności zawodowej na pewno sprzyjają umiejętność posługiwania się komputerem, znajomość języków obcych, a także mobilność, w tym posiadanie prawa jazdy.

- ⤿ **Bariery związane z systemem wsparcia instytucjonalnego** – instytucje nastawione są przede wszystkim na wsparcie o charakterze dystrybucyjnym (pomoc finansowa i materialna, opieka), a nie aktywizującym i doradczym. Działania te mają ponadto charakter jednowymiarowy, brakuje kompleksowych programów integrujących różne formy i kierunki wsparcia, zmierzających do aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest brak wiedzy o możliwościach wsparcia wśród osób niepełnosprawnością psychiczną.
- ⤿ **Bariery związane ze sposobem myślenia o niepełnosprawności** – wśród osób zaangażowanych w działalność na rzecz chorych psychicznie dominuje rehabilitacyjno-medyczny sposób myślenia o osobach niepełnosprawnych, który z jednej strony stoi na przeszkodzie wyrównywania ich szans w zakresie dostępu do edukacji i rynku pracy, z drugiej natomiast wśród samych osób niepełnosprawnych osłabia indywidualną motywację do jej podejmowania. W publicznym dyskursie niestety ciągle mówi się o „problemie niepełnosprawności”, traktując go bardziej w kategoriach socjalnych i medycznych niż interakcyjnych. Model rehabilitacyjno-medyczny jest wprawdzie bardziej zakorzeniony w świadomości samych niepełnosprawnych niż osób reprezentujących ich otoczenie instytucjonalne (placówki edukacyjne, Powiatowe Urzędy Pracy, instytucje pozarządowe, firmy), choć i wśród nich jest także obecny. Świadczyć o tym może chociażby fakt, iż połowa przedstawicieli placówek edukacyjnych wyrażała przekonanie, iż osoby niepełnosprawne powinny uczyć się w placówkach specjalnych, a co czwarty (24%) utrzymywał, iż osoby niepełnosprawne w ogóle nie nadają się do normalnych szkół, bo nie są w stanie w nich funkcjonować. Średnio co czwarty przedstawiciel instytucji otoczenia ON wyrażał przekonanie, iż osoby niepełnosprawne w szkole narażone są tylko na stres i nic więcej. Konsekwentnie podobny odsetek uznał, iż w procesie edukacji powinny być one traktowane ulgowo.
- ⤿ **Bariery związane z sytuacją na rynku pracy i prawodawstwem** – pracodawcy boją się zatrudniać osoby z niepełnosprawnością psychiczną, bojąc się komplikacji prawnych. W oczach pracodawców obowiązujące prawo w zakresie zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest niestabilne, niejasne i skomplikowane oraz ma charakter restrykcyjno – represyjny. Uregulowania te oceniane są jako nierealne i niedostosowane do potrzeb pracodawcy i pracownika. W konsekwencji, zdecydowana większość pracodawców, w tym również instytucje państwowe za bardziej racjonalne uznają zapłacenie składki do PFRON, niż zatrudnianie osób niepełnosprawnych. Ponadto pracodawcy boją się zatrudniać osoby, które leczyły się psychiatrycznie – według cytowanych badań Kaszyńskiego i Cechnickiego⁵⁵, jedna czwarta z nich traktuje fakt leczenia psychiatrycznego jako wystarczający powód, aby przerwać proces rekrutacji. Badania wśród pracodawców niezmiennie pokazują, iż osoby chorujące psychicznie obok osób z niepełnosprawnością intelektualną są najmniej chętnie zatrudnianą grupą niepełnosprawnych⁵⁶

⁵³ Konrad Maj, Anna Resler-Maj, Agnieszka Morysińska „Edukacja akademicka szansą na aktywizację zawodową osób z ograniczeniem sprawności”, Warszawa, 2008 EFS / Academica Wydawnictwo SWPS

⁵⁴ Ibidem

⁵⁵ Kaszyński H., Cechnicki A. *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*, Psychiatria Polska, 2011, XLV:1, s. 45-60

⁵⁶ ⁵⁶ Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim. Raport z badań. Laboratorium Badań Społecznych na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi, Łódź 2011



- ❶ **Bariery związane z charakterystyką miejsca pracy** - małą gotowość osób niepełnosprawnych psychicznie do podejmowania pracy dodatkowo w istotny sposób ogranicza szereg czynników związanych ze specyfiką pracy (przede wszystkim jej odległość od miejsca zamieszkania, rutynowość i konieczność powtarzania tych samych czynności, odpowiedzialność, stres, zmienność, brak umowy). Brak gotowości do podejmowania pracy przez osoby niepełnosprawne psychicznie z całą mocą uwidaczniały odpowiedzi na pytanie dotyczące chęci do podjęcia pracy w kontekście możliwej utraty renty. Ogółem 30% niepełnosprawnych psychicznie kategorycznie odrzuciło pracę wobec możliwości utraty renty. Jednak posiadanie wykształcenia wyższego znacznie ten wskaźnik obniża – w grupie osób z wyższym wykształceniem odsetek tego typu wskazań wynosił 15%.

Korelaty wewnętrzne (indywidualne):

- ❶ **Zmienne demograficzne** – przypadku osób z niepełnosprawnością psychiczną gotowość do podejmowania aktywności na rynku pracy spada wraz z wiekiem. Jest większa wśród mieszkańców dużych miast niż mieszkańców wsi oraz wśród mężczyzn.
- ❶ **Sytuacja społeczno-bytowa osoby niepełnosprawnej** – jest jednym z podstawowych i bardziej oczywistych korelatów obydwu wymiarów aktywności. Im jest wyższa, tym większe szanse na podjęcie przez niepełnosprawnego edukacji, czy też pracy. W tym kontekście podejmowaniu aktywności zawodowej wśród osób niepełnosprawnych psychicznie w największym stopniu sprzyja: wykształcenie ojca, obecność samochodu w gospodarstwie domowym oraz możliwość korzystania z niego bez ograniczeń, wysokość przyznanych rent i zasiłków oraz ogólnie sytuacja finansowa.
- ❶ **Stosunek rodziny do niepełnosprawnego** - postawą bezpośrednio sprzyjającą pozytywnemu ustosunkowaniu do pracy zawodowej jest wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, zaś negatywny wpływ ma traktowanie osoby niepełnosprawnej jako niezdolnego do niczego kaleki oraz brak akceptacji dla niepełnosprawności dziecka. Dość ważnym czynnikiem warunkującym obecny status na rynku pracy jest w przypadku tej grupy niepełnosprawności partnerski model wychowawczy oparty na zasadzie równości.
- ❶ **Stan zdrowia i samodzielność** – obiektywny stan zdrowia i związane z nim możliwości stanowią bardzo ważną grupę korelatów aktywności zawodowej. W przypadku osób z niepełnosprawnością psychiczną największe znaczenie z punktu widzenia gotowości do podejmowania aktywności zawodowej ma wiek nabycia niepełnosprawności (im później tym gotowość jest większa), stopień niepełnosprawności (osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności). Pozytywnym korelatem w przypadku osób z niepełnosprawnością psychiczną jest także samodzielność w zakresie wykonywaniu codziennych czynności w domu i poza nim.
- ❶ **Stosunek do własnej niepełnosprawności.** Czynnikiem pozytywnie związanym zarówno z praktycznymi postawami na rynku pracy jest akceptacja niepełnosprawności, wyrażana następującymi stwierdzeniami:
 - Czuję się przydatny(a) i potrzebny(a) w społeczeństwie
 - Mimo niepełnosprawności mogę normalnie żyć
 - Moja choroba, niepełnosprawność daje mi siłę, jakiej nie posiadają osoby zdrowe
 - Akceptuję siebie takim/taką jakim/jaką jestem.
- ❶ **Opinie na temat miejsca osób niepełnosprawnych w społeczeństwie** – z gotowością do podejmowania pracy pozytywnie wiąże się przekonanie, iż niepełnosprawni powinni być traktowani jak równoprawni obywatele, natomiast negatywnie - myślenie typowe dla modelu medyczo – rehabilitacyjnego (w kategoriach ulg i przywilejów).
- ❶ **Opinie na temat pracy** – czynnikiem kluczowym z punktu widzenia gotowości do podejmowania aktywności zawodowej, jak i rzeczywistego statusu na rynku pracy, są opinie i przekonania wyrażane na temat pracy oraz własnych możliwości w tym zakresie. Zmienna ta po części sama w sobie jest pochodną szeregu innych bardziej podstawowych czynników zarówno natury zewnętrznej, jak i wewnętrznej.



Zdecydowaliśmy się jednak na umieszczenie jej w modelu ze względu na jej dużą moc predykcyjną jak i jej obrazowość. I tak w przypadku osób z niepełnosprawnością psychiczną możemy mówić o dwojakich uwarunkowaniach aktywności zawodowej:

- Pozytywnych - związanych z postrzeganiem pracy jako ważnej i przynoszącej indywidualną satysfakcję oraz postrzeganiem siebie jako osoby nadającej się do jej wykonywania (wysoka samoocena zawodowa)
- Negatywnych - związanych z postrzeganiem pracy jako bezcelowej oraz nie niosącej ze sobą żadnych korzyści, co skutkuje prozaicznym brakiem chęci i postawą całkowitej negacji wobec aktywności zawodowej, czego najlepszym wyrazem jest stwierdzenie – „wolę przyjmować zasiłek niż pracować”.

🔄 **Predyspozycje charakterologiczno-psychologiczne** – stanowią niezmiernie ważną grupę korelatów aktywności zawodowej. W części zaliczyć je można również do cech nabytych (kwalifikacji i umiejętności) ukształtowanych w procesie kształcenia i edukacji. W przypadku osób z niepełnosprawnością psychiczną podobnie jak w przypadku osób z niepełnosprawnością narządu wzroku czynnikiem w największym stopniu sprzyjającym podejmowaniu aktywności zawodowej jest z jednej strony wysoka samoocena zawodowa wyrażana wiarą we własne umiejętności i przydatność, z drugiej zaś, w sensie negatywnym, mała odporność na sytuacje stresujące oraz mała wytrzymałość (zarówno psychiczna jak i fizyczna). Mało istotnym korelatem gotowości do podejmowania aktywności zawodowej jest natomiast w przypadku osób niepełnosprawnych psychicznie, ogólny dobrostan psychologiczny. Dużo większe znaczenie z tego punktu widzenia ma ogólny optymizm życiowy, jak i poziom satysfakcji życiowej. Większej gotowości w tym zakresie sprzyja poczucie satysfakcji życiowej, wiara w możliwość realizacji własnych planów oraz poczucie dumy z własnych osiągnięć. Z drugiej natomiast strony, czynnikiem hamującym aktywność na rynku pracy jest poczucie samotności, bezradności oraz znudzenia.



8 DZIAŁALNOŚĆ INSTYTUCJI NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ PSYCHICZNĄ

8.1 Rola instytucji publicznych aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych

Osoby niepełnosprawne są znacznie bardziej uzależnione od instytucji niż osoby w pełni sprawne. Poprzez strukturę instytucjonalną przekazywane są im wsparcie i pomoc społeczna. Dzięki strukturom tworzonej przez instytucje publiczne i organizacje pozarządowe mogą oni również zdobywać potrzebne informacje i umiejętności. Zdaniem wielu naukowców i praktyków zajmujących się pomocą osobom chorującym psychicznie szczególne znaczenie w umożliwianiu powrotu do zdrowia psychicznego mają różnego typu oddziaływania, których celem jest stworzenie w miejscu zamieszkania chorego zróżnicowanych ośrodków oparcia społecznego. Dzięki nim oraz swoim własnym staraniom człowiek, który doświadczył kryzysu psychicznego potrafi stopniowo powracać do aktywnego życia. Instytucje działające na rzecz osób z niepełnosprawnością psychiczną wydają się być naturalną osnową takiego systemu wsparcia, przede wszystkim ze względu na stosunkowo szeroką obecność w życiu tej grupy osób, a także łatwą dostępność.

Zgodnie z Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 roku większość zadań związanych z rehabilitacją społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych powierzona została jednostkom organizacyjnym samorządu terytorialnego na poziomie powiatu – Powiatowym Urzędem Pracy oraz Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (w przypadku miast na prawie powiatu są to Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie lub Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej).

Do zadań powiatowych jednostek pomocy społecznej (PCPR lub MOPR) należy między innymi likwidacja barier architektonicznych, technicznych oraz barier w komunikowaniu się. Ma to na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym wykonywania podstawowych czynności i nawiązywania kontaktów z otoczeniem. Ponadto jednostki te rozpatrują wnioski o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, w przedmioty ortopedyczne i inne środki pomocnicze ze środków PFRON. Ze środków PFRON dofinansowywane są również turnusy rehabilitacyjne. Dofinansowanie może być przyznane raz w roku, kwota jego wynosi od 18% do 35% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia i zależy od stopnia niepełnosprawności, wieku oraz sytuacji życiowej wnioskodawcy. Na turnusy rehabilitacyjne należy mieć skierowanie od lekarza. Powiaty wykonują również zadania związane z pomocą w integracji ze środowiskiem, a także przyznawaniem pomocy pieniężnej na usamodzielnienie się oraz na kontynuowanie nauki osobom opuszczającym domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży i specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze.

Wśród zadań jednostek pomocy społecznej na poziomie gminy (Miejskie lub Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej), jednym z ważniejszych jest dystrybucja świadczeń materialnych. Świadczenia te przyznawane są po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego, mającego na celu ustalenie sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Ośrodki pomocy społecznej mogą wypłacać następujące zasiłki:

- zasiłek stały – jest to świadczenie obowiązkowe przysługujące osobom całkowicie niezdolnym do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, które spełniają kryterium dochodowe. Zasiłek ten stanowi uzupełnienie dochodu tych osób do poziomu kryterium ustawowego
- zasiłek okresowy – adresowany jest do osób/rodzin bez dochodów lub o dochodach niższych niż ustawowe kryterium oraz o zasobach niepozwalających na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, zwłaszcza ze względu na niepełnosprawność
- zasiłek celowy – świadczenie fakultatywne przeznaczone na zaspokojenie niezbędnej potrzeby bytowej, w szczególności na pokrycie całości lub części kosztów zakupu żywności, leków, opału, niezbędnych przedmiotów użytku domowego czy też drobnych napraw i remontów w miejscu zamieszkania, a także



kosztów pogrzebu. Zasiłek celowy może być również przyznany na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne

Osoby niepełnosprawne mogą korzystać z instrumentów i usług rynku pracy na takich samych zasadach jak osoby sprawne. W przypadku osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako poszukujące pracy i niepozostające w zatrudnieniu, koszty szkoleń, staży, prac interwencyjnych, przygotowania zawodowego oraz badań lekarskich pokrywane są ze środków PFRON, w przypadku osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w urzędach jako osoby bezrobotne, usługi i instrumenty rynku pracy finansowane są ze środków Funduszu Pracy (z nielicznymi wyjątkami). Osoby niepełnosprawne zarejestrowane jako poszukujące pracy lub bezrobotne mogą korzystać ze specjalnych, skierowanych do nich szkoleń, mających na celu zwiększenie ich szans na zatrudnienie oraz zdobywanie, poszerzanie lub zmianę kwalifikacji zawodowych. Ponadto osoby te mogą skorzystać z pożyczki przeznaczonej na rozpoczęcie działalności gospodarczej, rozpoczęcie działalności rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej. Ponadto osoby, które nie skorzystały z takiej pożyczki (lub też została ona spłacona lub umorzona), a prowadzą własną działalność gospodarczą lub też gospodarstwo rolne, mogą starać się o dofinansowanie do wysokości 50% kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie tej działalności. Ponadto osoby niepełnosprawne mogą korzystać na takich samych zasadach jak osoby zdrowe z usług rynku pracy, czyli: pośrednictwa pracy, poradnictwa zawodowego i pomocy w aktywnym poszukiwaniu pracy. Usługi te prowadzone są przez powiatowe urzędy pracy oraz przez agencje zatrudnienia. Co więcej osoby niepełnosprawne zaliczone zostały do grup osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy, co wiąże się z możliwością stosowania dodatkowych działań i wsparcia (m. in. wyższe limity finansowe). Dodatkowe działania obejmują między innymi: staże, przygotowanie zawodowe dorosłych, dofinansowanie wyposażenia miejsca pracy, dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej, dodatek aktywizacyjny, prace interwencyjne, roboty publiczne oraz prace społecznie użyteczne.⁵⁷ Co więcej osobom niepełnosprawnym przysługują na zasadach ogólnych zasiłki dla bezrobotnych i stypendia (na czas odbywania stażu, szkolenia, przygotowania zawodowego dorosłych oraz nauki i studiów podyplomowych).

Warsztaty terapii zajęciowej działają w oparciu o przepisy ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej i o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Są to wyodrębnione organizacyjnie i finansowo placówki, organizowane przez organizacje pozarządowe lub samorządy lokalne. Koszty utworzenia i działalności warsztatów współfinansowane są ze środków PFRON, samorządu terytorialnego oraz z innych źródeł. Co ważne uczestnicy nie ponoszą żadnych opłat związanych z udziałem w warsztatach. Zgodnie z przepisami placówki te stwarzają osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Osoby niepełnosprawne przyjmowane do warsztatu muszą posiadać w swoim orzeczeniu o niepełnosprawności wskazanie do uczestnictwa w terapii zajęciowej. Wykorzystanie takich technik w działalności warsztatów ma pomóc osobom niepełnosprawnym w usamodzielnieniu, zdobywaniu lub doskonaleniu umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej. W zamyśle warsztat jest zatem miejscem praktycznego zdobywania i doskonalenia kompetencji społecznych przez osoby niepełnosprawne, których dalekosiężnym planem jest podjęcie pracy. Według bazy danych serwisu ngo.pl w maju 2012 roku w województwie łódzkim działało 38 warsztatów terapii zajęciowej, a w całej Polsce 696.

Zakłady aktywności zawodowej działają w oparciu o przepisy tej samej ustawy, co warsztaty terapii zajęciowej – ustawy o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Utworzenie i działanie takiego zakładu finansowane jest ze środków PFRON. Początkowo ZAZ tworzone były w celu zatrudnienia osób niepełnosprawnych jedynie o znacznym stopniu niepełnosprawności, jednakże od 2008 mogą w nich uczestniczyć również osoby umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, chorobę psychiczną, lub upośledzenie umysłowe, w tym osoby co do których rada programowa warsztatu terapii zajęciowej zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji w warunkach pracy chronionej. W momencie tworzenia zakładu, co najmniej 70% zatrudnionych w

⁵⁷ Wszystkie wymienione instrumenty omówione są w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2004 r., Nr 99, poz. 1001 z późn. zm.)



nim osób muszą stanowić osoby niepełnosprawne, zwłaszcza skierowane do pracy przez powiatowe urzędy pracy. Odsetek osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności nie może być wyższy niż 35% ogółu zatrudnionych. Inne wymogi niezbędne do tego, aby dana jednostka mogła uzyskać status zakładu aktywności zawodowej dotyczą dostosowania obiektów i pomieszczeń do przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przystosowania stanowisk pracy i pomieszczeń do potrzeb osób z różnymi typami niepełnosprawności. Ponadto organizator zakładu musi się zobowiązać do przeznaczania uzyskanych zwolnień i dochodów z prowadzonej działalności na zakładowy fundusz aktywności zawodowej, który przeznaczony jest na zaspokajanie potrzeb osób zatrudnionych w zakładzie, m. in. poprawę warunków pracy, zakup sprzętu i wyposażenia pomagającego w samodzielnym życiu oraz na doksztalcanie, przekwalifikowanie, szkolenia i rekreację. Zakłady aktywności zawodowej mogą być tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (powiaty lub gminy) lub przez organizacje pozarządowe, których celem statutowym jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Według bazy danych serwisu ngo.pl w maju 2012 roku w województwie łódzkim działał 1 zakład aktywności zawodowej, podczas gdy w całej Polsce było ich 68.

Zarówno warsztaty terapii zajęciowej, jak i zakłady aktywności zawodowej w myśl ustawy powinny być traktowane jako przejściowa forma zatrudnienia, która prowadzi do podjęcia zatrudnienia przez osobę niepełnosprawną na otwartym rynku pracy. Należy jednak zaznaczyć, że wyniki badań przeprowadzonych przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową⁵⁸ wskazują na brak mobilności uczestników warsztatów terapii zawodowej i zakładów aktywności zawodowej. Uczestnicy tych form rehabilitacji zawodowej przebywają przede wszystkim w gronie osób niepełnosprawnych, co nie sprzyja znalezieniu pracy. Zdecydowanie większe szanse na to mają w świetle badań osoby o szerszej sieci kontaktów społecznych, tzw. *weak ties* – słabych więzi z osobami wywodzącymi się często z innych środowisk. Takie znajomości dają im dostęp do wielu przydatnych informacji, w tym informacji o możliwościach pracy. Z cytowanych badań wynika, iż w takiej formie, jak funkcjonują aktualnie WTZ i ZAZ nie spełniają adekwatnie swojej funkcji przygotowywania podopiecznych do wyjścia na otwarty rynek pracy. Osoby, które tam trafiają pozostają zazwyczaj w tym samym kręgu uczestników i nie są w stanie wyrwać się poza rynek pracy chronionej.

Zakłady pracy chronionej również działają w oparciu o ustawę o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. O status ten mogą się starać pracodawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą przez okres co najmniej 12 miesięcy, zatrudniając co najmniej 25 osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. Warunkiem przyznania go jest spełnienie wielu warunków, m. in. dotyczących wskaźników zatrudnienia osób niepełnosprawnych o odpowiednim stopniu lub rodzaju niepełnosprawności (co najmniej 40% pracowników z niepełnosprawnością, w tym co najmniej 10% o stopniu znacznym lub umiarkowanym – wskaźnik ten może być niższy, gdy pracodawca zatrudnia osoby niewidome, chorujące psychicznie lub upośledzone umysłowo o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności). Dodatkowe wymogi dotyczą odpowiedniego przystosowania pomieszczeń i stanowisk pracy do wymogów osób niepełnosprawnych. Zakład pracy chronionej powinien również zapewniać doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną, poradnictwo oraz usługi rehabilitacyjne dla niepełnosprawnych pracowników. Posiadanie statusu zakładu pracy chronionej umożliwia korzystanie z określonych przywilejów, które mają na celu rekompensować przedsiębiorcy wyższe koszty prowadzenia działalności, głównie są to zwolnienia z niektórych podatków i opłat czy możliwość refundacji kosztów zatrudnienia osoby niepełnosprawnej. Środki zaoszczędzone na tych zwolnieniach przeznaczane są na zasilanie obowiązkowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Mogą one być wydawane na zaspokajanie indywidualnych potrzeb niepełnosprawnych pracowników (np. zakup leków, sprzętu rehabilitacyjnego czy odpłatność za kształcenie i doksztalcanie). Według danych ze strony Wydziału Pomocy Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi⁵⁹ w województwie funkcjonuje 160 zakładów pracy chronionej, z czego 18 działa jako spółdzielnie.

⁵⁸ Woycicka i. (red.) Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, Warszawa, IBNGR 2010

⁵⁹ <http://www.pomoc.lodzkie.eu/page/file.php?id=98>



Środowiskowe domy samopomocy są jednostkami organizacyjnymi resortu pomocy społecznej, działającymi na zasadach zadania zlecanego samorządom lub organizacjom pozarządowym. Do zadań ŚDS-ów należy budowanie sieci oparcia społecznego, przygotowanie do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie. Domy takie mogą funkcjonować jako ośrodki dziennego pobytu (wtedy muszą funkcjonować przez co najmniej 5 dni w tygodniu, zapewniając każdego dnia co najmniej 6 godzin zajęć) lub ośrodki całodobowe. Wniosek o skierowanie na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do gminnego lub miejskiego ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania. Konieczne jest dołączenie opinii lekarza psychiatry lub neurologa. Osoby niepełnosprawne kierowane są do środowiskowych domów pomocy na czas określony, który w zależności od potrzeb może ulec przedłużeniu. Według danych ze strony Wydziału Pomocy Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi⁶⁰ w województwie znajduje się 37 środowiskowych domów samopomocy, z czego 19 prowadzonych jest przez gminy, 8 przez powiaty, 10 (w tym 7 w obrębie miasta Łodzi) przez podmioty niepubliczne – fundacje i stowarzyszenia. Kolejne 3 są w fazie tworzenia.

Kaszyński⁶¹ przytacza trzy podstawowe wymiary niepełnosprawności psychicznej, uwzględniane przez programy mające na celu integrację społeczno-zawodową tej grupy osób:

- Deficyty pierwotne, czyli wewnętrzne, które bezpośrednio wynikają z choroby, np. w schizofrenii są to objawy pozytywne, takie jak urojenia, omamy oraz negatywne, jak bladeść emocjonalna, zmniejszenie aktywności, wycofywanie się z życia społecznego, spowolnienie ruchowe i spowolnienie myślenia.
- Deficyty wtórne, nie będące właściwością samej choroby, lecz rezultatem negatywnych reakcji szeroko rozumianego otoczenia społecznego (rodzina, profesjonaliści i osoby publiczne) na jej wystąpienie. Znajdują one odbicie w postawie jednostki wobec siebie, prowadząc stopniowo do braku pewności siebie, niskiej samooceny, obniżenia motywacji, nieskutecznych strategiach radzenia sobie z rzeczywistością, do zaprzeczenia choroby lub przyjęcia roli osoby chorej, niepełnosprawnej, skazanej na stałą pomoc i wsparcie innych.
- Ograniczenia zewnętrzne są do pewnego stopnia niezależne od choroby, jednakże mogą odgrywać pewną rolę w jej rozwoju. Do ograniczeń należą: złe warunki mieszkaniowe, bieda, bezrobocie, słabo rozbudowana sieć wsparcia społecznego lub trudności w relacjach rodzinnych.

W programach rehabilitacji zawodowej i integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi szalenie ważne są kompleksowe oddziaływania, obejmujące wymienione wyżej wymiary. Szczególne znaczenie przypisuje się w nich oddziaływaniom psychoedukacyjnym oraz interwencjom, których celem jest kształtowanie profilaktycznych i terapeutycznych systemów wsparcia społecznego i podtrzymywanie funkcjonowania stabilnych miejsc w środowisku lokalnym, w jakich osoba chora psychicznie może pracować, mieszkać lub, używając ogólnego sformułowania, uczestniczyć w życiu społecznym ze względnie wysokim poczuciem bezpieczeństwa.

Warunkiem udzielania skutecznego wsparcia dla osób niepełnosprawnych ze strony instytucji publicznych jest zatem stworzenie holistycznego i zintegrowanego systemu wsparcia na poziomie lokalnym. Konieczna jest współpraca między poszczególnymi instytucjami, wymiana informacji, a także wiedza o możliwościach uzyskania pomocy z innych instytucji. Wyniki badania przeprowadzonego przez zespół IBNGR wskazują na niski faktyczny poziom współdziałania między najważniejszymi instytucjami. Przedstawiciele instytucji państwowych deklarowali szeroko zakrojoną współpracę ze sobą, z drugiej jednak strony pytani o konkretne przejawy tej współpracy, mieli trudności ze wskazaniem przykładów wspólnych przedsięwzięć realizowanych przez kilka instytucji. Jeśli chodzi o odsyłanie do innych instytucji, to pracownicy znali podstawowe zadania innych urzędów (dotacje na sprzęt rehabilitacyjny, turnusy rehabilitacyjne – PCPR, podjęcie pracy – PUP, zapomogi, pomoc rzeczowa, pracownicy socjalni - OPS), w wielu przypadkach nie wiedzieli jednak o podejmowanych tam inicjatywach wykraczających poza ustawowe obowiązki, takich jak na przykład programy integracyjne

⁶⁰ http://www.pomoc.lodzkie.eu/data/other/siec_srodowiskowych_domow_samopomocy_w_w.pdf

⁶¹ Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, Warszawa, 2006



finansowane ze środków EFS. Pracownicy tych instytucji nie orientowali się również w ofercie lokalnych organizacji pozarządowych. Jak wynika z badań, spośród trzech najważniejszych badanych instytucji na poziomie lokalnym (OPS, PCPR i PUP) stosunkowo najbardziej wyalienowany był PUP. Przedstawiciele instytucji zajmujących się pomocą społeczną mieli lepszą wzajemną orientację w prowadzonych działaniach i organizowali spotkania uwspólniające wiedzę.

8.2 Działalność organizacji pozarządowych na rzecz osób niepełnosprawnych

Według bazy danych organizacji pozarządowych w całej Polsce w maju 2012 roku działało 8164 organizacji pozarządowych, dla których jednym z zadań było udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym. W tym samym czasie w województwie łódzkim działało 516 takich organizacji, przy czym według wiedzy lokalnych ekspertów województwa łódzkiego na rzecz środowiska osób chorujących psychicznie aktywnie działa bardzo niewiele organizacji. Jak pisze Kaszyński⁶², rola organizacji pozarządowych w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie polega na podejmowaniu dwóch równoległych typów działań. Pierwszy typ działań obejmuje zaangażowanie polityczne, którego celem jest uzyskiwanie poparcia dla całościowych wojewódzkich planów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Drugi typ działań dotyczy aktywności praktycznej ukierunkowanej na tworzenie w środowisku lokalnym konkretnych instytucji rehabilitacji społeczno-zawodowej, których funkcje sprowadzają się do stymulowania wzrostu poziomu przygotowania do aktywności zarobkowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tych, u których wystąpiły psychospołeczne konsekwencje dyskryminacji na rynku pracy oraz zatrudniania tej kategorii osób w tzw. warunkach „społecznie chronionych”, tworzonych w ramach zróżnicowanych modeli przedsiębiorstw społecznych, których zarządzanie pozostaje domeną organizacji obywatelskich. Organizacje pozarządowe mogą być jak już wspomniano organem założycielskim takich form rehabilitacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych jak warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, zakłady aktywności zawodowej czy też podmioty ekonomii społecznej, jak na przykład spółdzielnie socjalne.

Spółdzielnie socjalne są specyficzną formą wspierania zatrudnienia osób znajdujących się w szczególnej sytuacji na rynku pracy, w tym w szczególności osób niepełnosprawnych. Jest to specjalny rodzaj spółdzielni, tworzonych przez określone grupy osób, które mogą liczyć na wsparcie i specjalne uprawnienia w prowadzeniu działalności. Spółdzielnie mają więc zwiększać szanse osób podlegających marginalizacji na zatrudnienie, uzyskiwanie dochodu, poprawę swojej sytuacji materialnej i życiowej. Działalność spółdzielni socjalnych regulowana jest z jednej strony przez ustawę o spółdzielniach socjalnych, a z drugiej przez prawo spółdzielcze. Działają one na rzecz społecznej reintegracji ich członków, rozumianej jako działania mające na celu odbudowanie i podtrzymanie umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy i zamieszkania, a także reintegracji zawodowej, czyli odbudowania i podtrzymania zdolności do samodzielnego świadczenia pracy. Spółdzielnie socjalne, oprócz działalności odpłatnej (gospodarczej), mogą również prowadzić działalność społeczną i oświatowo-kulturalną na rzecz swoich członków i ich środowiska lokalnego. Mogą być założone przez osoby posiadające pełną zdolność prawną, dodatkowo będące bezrobotnymi, objęte zatrudnieniem socjalnym lub niepełnosprawne. Spółdzielnie te mogą uzyskać status zakładu pracy chronionej oraz organizacji pożytku publicznego, czerpiąc wynikające z tego korzyści. Spółdzielnie socjalne dają możliwość wspólnej pracy osobom, które w pojedynkę miałyby trudności z prowadzeniem działalności gospodarczej. Ta forma pozwala im na tworzenie sobie miejsc pracy, a także realizuje ważne cele społeczne, takie jak tworzenie więzi międzyludzkich oraz reintegrację społeczną. Według danych zamieszczonych na stronie Ogólnopolskiego Związku Rewizyjnego Spółdzielni Socjalnych⁶³, w maju 2012 roku w województwie łódzkim funkcjonowało 37 spółdzielni, podczas gdy w całej Polsce działało ich 471, nie wiadomo jednak w ilu członkami były osoby niepełnosprawne.

⁶² H. Kaszyński, Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy, w: M. Boni, I. Gosk, B. Piotrowski, J. Tyrowicz, J.J. Wygnański (red.) Bezrobocie – co robić? Rola organizacji pozarządowych na rynku usług pracy, FISE, Warszawa 2006

⁶³ <http://www.ozrss.pl/katalog.htm>



Ważnym polem działania organizacji pozarządowych jest również psychiczne zapewnianie ich członkom czy też podopiecznym. Jak wynika z cytowanych badań przeprowadzonych przez IBNGR⁶⁴, przynależność do stowarzyszeń zrzeszających osoby niepełnosprawne i ich rodziny zapewniała im dostęp do cennych zasobów, takich jak informacje, wiedza, doświadczenie i pomoc innych członków, wsparcie psychologiczne i emocjonalne, czy też kontakty i znajomości w różnych instytucjach. Przynależność do takich organizacji pozwalała również ich członkom znacznie sprawniej poruszać się w gąszczu instytucji odpowiedzialnych za pomoc i wsparcie dla osób niepełnosprawnych. Ponadto uczestnictwo w działaniach prowadzonych przez organizacje pozarządowe pozwalało osobom niepełnosprawnym przełamać izolację społeczną, zaspokajając ich potrzeby społeczne i towarzyskie. Należy tu jednak zaznaczyć, że często grupy te są bardzo homogeniczne, stowarzyszenia zrzeszają na przykład osoby z jakimś jednym konkretnym rodzajem niepełnosprawności i w związku z tym kontakty członków ograniczają się do osób z podobnymi schorzeniami. Nie sposób jednak pominąć fakt, że dla wielu wycofanych społecznie ludzi, którzy borykają się z poczuciem odrzucenia, nawiązanie kontaktów z grupą osób podobnych do nich może być pierwszym krokiem na drodze integracji z szerszą społecznością.

Analizując tzw. „mapę instytucji”, które uczestniczą w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie Hubert Kaszyński⁶⁵ wskazał trzy wymiary, które powinna ona uwzględniać. Pierwszy jest związany z konkretnymi instytucjami funkcjonującymi w obszarze aktywizacji społeczno-zawodowej, drugi odnosi się do umocowania tych instytucji w ramach politycznego dyskursu, natomiast trzeci dotyczy refleksji nad dominującym programem pracy rehabilitacyjnej z osobami chorymi psychicznie.

Jak píše Kaszyński, funkcjonowanie instytucji oparcia społecznego powinno opierać się na podejściu integrującym zróżnicowane instrumenty rehabilitacyjne, pomocy społecznej oraz rynku pracy. Zarządzanie tymi instytucjami ma jego zdaniem stanowić zadanie dla organizacji trzeciego sektora, które rozwijają kolejne inicjatywy w porozumieniu i we współpracy ze specjalistycznymi placówkami ochrony zdrowia psychicznego. Mapa instytucjonalna powinna uwzględniać takie klasyczne formy szeroko rozumianego oparcia społecznego, jak: ośrodki wsparcia społecznego, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, oraz ostatecznie różne typy przedsiębiorstw społecznych połączonych z formą asystentury dla osób niepełnosprawnych, która ułatwiałaby ich przejście na otwarty rynek pracy. Kaszyński postuluje również powiązanie tych form wsparcia społecznego i zawodowego osób z niepełnosprawnością psychiczną z analogiczną mapą instytucji ochrony zdrowia psychicznego (np. leczenie szpitalne, dzienne, ambulatoryjne, zespoły interwencji kryzysowej, zespoły leczenia domowego). Równoległy rozwój tych instytucji oraz ich integracja jest warunkiem koniecznym skuteczności systemu jako całości. Brak współpracy pomiędzy sektorami jest największym zagrożeniem dla społecznej obecności osób chorujących psychicznie.

⁶⁴ Woycicka I. (red.) Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, Warszawa, IBNGR 2010

⁶⁵ H. Kaszyński, Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy, w: M. Boni, I. Gosk, B. Piotrowski, J. Tyrowicz, J.J. Wygnański (red.) Bezrobocie – co robić? Rola organizacji pozarządowych na rynku usług pracy, FISE, Warszawa 2006



Tabela 28 Podstawowe programy wsparcia społecznego dla osób chorych psychicznie rozwijane w Polsce oraz wybrane przykłady modelowych praktyk.

Obszar	Formy wsparcia
Opieka	Specjalistyczne usługi opiekuńcze (np. Fundacja na rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy, realizująca usługi w jednej z dzielnic Krakowa)
Wsparcie i samopomoc	Ośrodki wsparcia i samopomocy, grupy samopomocy (np. wieloletnia tradycja Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi oraz Związku Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychicznie POL -FAMILIA włączania do współpracy na rzecz reformy psychiatrycznej beneficjentów oraz ich rodzin)
Mieszkanie	Mieszkania chronione, hostele (np. Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w Krakowie, którego członkowie posiadają wieloletnie doświadczenie prowadzenia pierwszego w Polsce mieszkania chronionego „Hostel”)
Instrumenty wspierające rehabilitację społeczno-zawodową	Mieszkania chronione, hostele (np. Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w Krakowie, którego członkowie posiadają wieloletnie doświadczenie prowadzenia pierwszego w Polsce mieszkania chronionego „Hostel”)
Praca i zatrudnienie	Przedsiębiorstwa społeczne (np. Krakowska Fundacja „Hamlet” prowadząca pierwszą w Polsce firmę socjalną), zatrudnienie wspierane (np. doświadczenia Warszawskiego Domu pod Fontanną), zakłady aktywności zawodowej (np. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”, prowadzące pierwszy i jedyny w Polsce ZAZ dla osób niepełnosprawnych chorych psychicznie), zakłady pracy chronionej (projekt EKON z Warszawy – przykład utworzenia miejsc pracy we współpracy z ZPCh)

Źródło: Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, Warszawa, 2006

Drugi wymiar to polityczne umocowienia wspomnianych instytucji w regionalnych programach ochrony zdrowia psychicznego. Przyjęcie dokumentów zawierających zapisy o zintegrowanym systemie leczenia, rehabilitacji i pracy dla osób chorujących psychicznie przez władze samorządowe innych województw jest zdaniem Kaszyńskiego warunkiem koniecznym dla powodzenia pojedynczych lokalnych rozwiązań. Twierdzi on, iż poziom samorządu wojewódzkiego jest najważniejszy, aby całościowo rozwiązywać problemy osób chorujących psychicznie. Skupia on zróżnicowane fundusze przeznaczone na zaspokajanie potrzeb leczniczych chorych, jak i potrzeb związanych z usługami świadczonymi przez różne formy pomocy społecznej oraz rehabilitacji.

W 2011 roku uchwalony został Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Łódzkiego. Poprzedzony on został „Diagnozą zasobów opieki psychiatrycznej”⁶⁶. Składa się ona z sześciu części, przedstawiających sytuację w następujących obszarach:

- ambulatoryjna opieka psychiatryczna (m.in. informacje na temat częstości zaburzeń psychicznych, działalności poradni zdrowia psychicznego, terapii uzależnień i psychologicznych, świadczeń ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zatrudnienia w wybranych grupach zawodowych)
- stacjonarna opieka psychiatryczna (m.in. informacje na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, zasobów łóżkowych oraz działalności w opiece stacjonarnej i dziennej, świadczeń stacjonarnej opieki psychiatrycznej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zatrudnienia w wybranych grupach zawodowych)
- jednostki organizacyjne pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (m.in. informacje na temat środowiskowych domów samopomocy, ośrodków interwencji kryzysowej, domów pomocy społecznej, jednostek specjalistycznego poradnictwa)
- aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi (uwzględnia m.in. Program Operacyjny Kapitał Ludzki i realizowane projekty oraz Centra Integracji Społecznej)
- działania realizowane przez organizacje pozarządowe i inne podmioty (obejmuje opis działalności wybranych organizacji pozarządowych)

⁶⁶ Dokument dostępny na stronie <http://www.zdrowie.lodzkie.pl/polityka-zdrowotna/zdrowie-psychiczne/diagnoza>



- programy wojewódzkie (zawiera informacje o programach realizowanych przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi oraz programach profilaktycznych Departamentu Polityki Zdrowotnej)

Sam Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego⁶⁷ składa się z dwóch części – podsumowania i streszczenia wyników diagnozy opieki psychiatrycznej w województwie oraz z celów, priorytetów i zadań programu. Dwa główne cele programu są zbieżne z celami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i obejmują następujące obszary: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym. Poniżej przedstawiono cele szczegółowe, priorytety oraz zadanie przypisane do każdego z tych celów.

Cel główny 1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy 1.1 Realizacja Regionalnego Programu promocji zdrowia psychicznego

Priorytet 1. Zapobieganie najczęstszym problemom i zaburzeniom psychicznym wśród dzieci i młodzieży poprzez realizację programów profilaktycznych oraz akcji informacyjno - edukacyjnych

Zadanie 1.1. Organizacja programów zdrowotnych dotyczących problemów psychicznych, które stanowią w populacji rozwojowej regionu znaczący problem

Zadanie 1.2. Opracowanie materiałów zawierających elementy promocji zdrowia psychicznego oraz interwencji profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży

Zadanie 1.3. Realizacja programów profilaktycznych o charakterze informacyjno-edukacyjnym w placówkach oświatowych

Priorytet 2. Promocja zdrowia psychicznego wśród osób starszych

Zadanie 2.1. Realizacja programów zdrowotnych dotyczących wczesnego wykrywania otępień i innych zaburzeń funkcji poznawczych

Zadanie 2.2. Realizacja innych działań promujących zdrowie psychiczne w populacji osób starszych

Priorytet 3. Promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy

Zadanie 3.1. Rozwiązywanie problemów związanych ze stresem w miejscu pracy

Zadanie 3.2. Inicjowanie i realizacja szkoleń rozwijających pozostałe umiejętności osobiste pracowników

Priorytet 4. Wczesna pomoc psychospołeczna jako element promocji zdrowia psychicznego

Zadanie 4.1. Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży

Zadanie 4.2. Prowadzenie działań (np. kampanie informacyjne, publikacja przewodników) informujących o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych

Cel szczegółowy 1.2 Realizacja Programu informacyjno-edukacyjnego sprzyjającego postawom zrozumienia i akceptacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Priorytet 1. Wszechstronna edukacja mieszkańców województwa

Zadanie 1.1. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadanie 1.2. Edukacja mieszkańców województwa na temat identyfikowania wczesnych objawów powszechnych zaburzeń i problemów psychicznych u siebie i swoich bliskich

Zadanie 1.3. Edukacja mieszkańców województwa na temat możliwości uzyskiwania pomocy specjalistów i dostępnych form tej pomocy w województwie

⁶⁷ Dokument dostępny na stronie <http://www.zdrowie.lodzkie.pl/polityka-zdrowotna/zdrowie-psychiczne/regionalny-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>



Cel główny 2.	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym
Cel szczegółowy 2.1	Realizacja Wojewódzkiego Programu zwiększania dostępności i zmniejszania nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej
Priorytet 1.	Utworzenie w województwie łódzkim sieci Centrów Zdrowia Psychicznego zapewniającej równy dostęp do środowiskowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom regionu oraz standaryzacja ich działania
Priorytet 2.	Poprawa dostępności oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do poszczególnych form opieki psychiatrycznej w województwie łódzkim, poprzez dostosowanie posiadanych zasobów leczenia psychiatrycznego do zalecanych wskaźników
Zadanie 2.1.	Dostosowanie bazy leczenia dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi
Zadanie 2.2.	Dostosowanie bazy leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi
Zadanie 2.3.	Dostosowanie bazy leczenia dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych
Zadanie 2.4.	Dostosowanie bazy leczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych
Cel szczegółowy 2.2	Realizacja Wojewódzkiego Programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
Priorytet 1.	Rozwój środowiskowych form wsparcia dziennego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
Zadanie 1.1.	Zwiększenie liczby miejsc i rozwinięcie oferty programowej w ośrodkach wsparcia typu dziennego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, czyli w środowiskowych domach samopomocy i klubach samopomocy
Zadanie 1.2.	Podejmowanie działań zmierzających do zaspokojenia rzeczywistych potrzeb w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania
Zadanie 1.3.	Wspieranie organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz udzielania wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi
Priorytet 2.	Rozwój opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w domach pomocy społecznej
Zadanie 2.1.	Zwiększenie liczby miejsc w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie, zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci i młodzieży
Priorytet 3.	Inwestycja w kadry pomocy społecznej
Zadanie 3.1.	Podnoszenie kwalifikacji oraz szkolenie kadry realizującej zadania z zakresu pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi
Cel szczegółowy 2.3	Realizacja Wojewódzkiego Programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
Priorytet 1.	Przeciwdziałanie marginalizacji osób chorych psychicznie w obszarze życia zawodowego
Zadanie 1.1.	Promowanie idei zatrudniania osób chorych psychicznie jako wartościowych pracowników
Zadanie 1.2.	Rozwój doradztwa zawodowego w instytucjach zajmujących się osobami chorymi psychicznie



Priorytet 2.	Tworzenie realnych środowisk pracy dla osób chorych psychicznie
Zadanie 2.1.	Promocja i wspieranie powstawania firm społecznych zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi
Zadanie 2.2.	Promocja i wspieranie powstawania instytucji integracji społecznej – Centrów Integracji Społecznej (CIS) i Klubów Integracji Społecznej (KIS)
Cel szczegółowy 2.4	Plan stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych

Realizatorami określonych w programie zadań są w zależności od obszaru samorządy terytorialne, szpitale lub przychodnie, zakłady pracy i pracodawcy, organizacje pozarządowe, a także inne instytucje organizujące i zapewniające różne formy wsparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Co więcej autorzy programu podkreślają, że aby w pełni zrealizować założone w programie cele, niezbędna jest szeroko zakrojona współpraca zarówno na poziomie regionalnym, jak i lokalnym.

Trzeci spośród wymienianych przez Kaszyńskiego wymiarów analizy „mapy instytucjonalnej” dotyczy refleksji nad specyfiką i uzasadnieniami przyjmowanych w tych instytucjach programów pracy rehabilitacyjnej. Odpowiedzi na ten problem poszukuje on w obszarze badań społecznych prowadzonych w obszarze psychiatrii środowiskowej, przytaczając przykład badań opisanych przez grupę autorów ze Stanów Zjednoczonych, którzy stwierdzili, że zwiększenie szans na zatrudnienie w grupie chorych psychicznie, jest związane z wprowadzaniem interwencji zmierzających do podniesienia poziomu wykształcenia pacjentów oraz zwiększenia ich społecznych kompetencji, jak również przypisali szczególne znaczenie motywacji własnej pacjenta. Wśród pacjentów, którzy w chwili rozpoczęcia dwuletniego badania aktywnie poszukiwali zatrudnienia, odsetek osób pracujących był statystycznie wyższy niż w grupie, która nie wykazywała żadnych starań, aby znaleźć pracę. Znaczenie czynnika, jakim jest motywacja pacjenta koresponduje z obowiązującym w rehabilitacji społeczno-zawodowej założeniem, że wszelkie podejmowane działania mogą być skuteczne tylko w sytuacji, kiedy osoba niepełnosprawna posiada motywację do podjęcia pracy zawodowej oraz zmiany swojego życiowego położenia. Jak się okazuje kluczowe znaczenie dla aktywności zawodowej ma, nie rodzaj diagnozy psychiatrycznej, ale dotychczasowa historia zatrudnienia, posiadane umiejętności interpersonalne, oraz poziom motywacji do podjęcia pracy. Istotnym czynnikiem determinującym integrację zawodową jest czas pozostawania pacjentów bez pracy, po kolejnych hospitalizacjach psychiatrycznych. Im jest on dłuższy, tym trudniejszy jest powrót do aktywności zawodowej. Wyniki cytowanego przez Kaszyńskiego badania⁶⁸ wskazują na zagrożenie związane ze zjawiskiem chronicznego bezrobocia oraz konieczność powiązania systemu leczenia psychiatrycznego z usługami z zakresu poradnictwa zawodowego, pośrednictwa pracy i rehabilitacji zawodowej.

Eksperci w swoich wypowiedziach wyrażali umiarkowane zadowolenie z poziomu wsparcia instytucjonalnego osób z zaburzeniami psychicznymi. Najwięcej opinii krytycznych dotyczyło działalności instytucji publicznych w kierunku aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie. Oferowane tam wsparcie, jeśli w ogóle, dopasowane jest do potrzeb osób z innymi niepełnosprawnościami – montowane są podjazdy i toalety dla wózków, zatrudniani tłumacze języka migowego itp., a nie jednocześnie wielu urzędników nie wie jak obsługiwać, a często nawet jak odnosić się do osób leczących się psychiatrycznie. Wskazywano na potrzebę stworzenia specjalnej oferty urzędów pracy dla tej grupy osób, obejmującej pomoc w poruszaniu się na rynku pracy, doradztwo zawodowe połączone z oceną faktycznych możliwości danych kandydatów czy wreszcie zatrudnienie asystentów pracy, którzy pomagaliby chorym w szukaniu zatrudnienia, a także w początkowym okresie pracy.

⁶⁸ Durie S., Pathways to Work (Report), Scottish Development Centre for Mental Health Services, Edinburgh 2000, za: Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, Warszawa, 2006



Nie mam dobrych doświadczeń z kierowaniem moich podopiecznych do urzędu pracy, do działu zajmującego się pracą z osobami z niepełnosprawnością. Właściwie nie ma takich zwrotów, żeby ktoś dostał interesującą ofertę pracy, odpowiadającą możliwościom. Nie trafia się tak. [PSYCHIATRA]

Myślę, że coraz powszechniejsza powinna być ta osoba asystenta dla osób chorujących, ale też właśnie poszerzenie oferty takiej, która przygotowuje tę osobę, żeby mogła zdobyć umiejętności, żeby pójść gdzieś w ogóle, złożyć CV: nauka pisania, prezentacji, również takie kursy doszkalające. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Respondenci byli zgodni co do tego, że osoby z niepełnosprawnością psychiczną rzadko znajdują pracę dzięki wsparciu powiatowych urzędów pracy, najczęściej są oferty robót interwencyjnych czy ewentualnie staży dla młodszych osób. W większości przypadków stałe zatrudnienie znajdowane jest poprzez nieformalne kontakty lub organizacje pozarządowe, działające na rzecz chorych psychicznie. Ważną rolę odgrywają w tym względzie zakłady pracy chronionej czy zakłady aktywności zawodowej, które według relacji kilkorga ekspertów są czołowymi pracodawcami dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Jednocześnie wskazywano na niewystarczającą ofertę z ich strony.

Najczęściej jak moi pacjenci znajdują pracę, to albo poprzez organizacje pozarządowe czy instytucje pracy chronionej, albo poprzez kontakty personalne, rodzinne, znajomości, właśnie używa się takiej drogi, żeby stworzyć jakieś przyjazne miejsce pracy dla osoby, która nie jest w pełni sprawna. [PSYCHIATRA]

Pani mówi o ZAZ, ZAZów to jest z 30, ale dla chorych psychicznie to jest chyba jeden w Krakowie. WTZ-ów jest 650, ale dla chorych psychicznie to może jest 20 sprofilowanych. [SOCJOLOG]

Wysoko oceniane jest wsparcie świadczone osobom niepełnosprawnym przez organizacje pozarządowe. Podkreślano, że jest to w zasadzie jedyne miejsce, gdzie chorzy psychicznie mogą uzyskać wsparcie pozamedyczne. Na oddziałach dziennych, rehabilitacyjnych, proponuje się młodym ludziom zajęcia plastyczne, takie jak „wyklejanki, rysowanki i dzierganki”, co potęguje ich wykluczenie społeczne, zwłaszcza w wymiarze zawodowym – takie aktywności raczej rzadko wprowadzają ich do zdobycia ważnych z tego punktu widzenia kwalifikacji, a oprócz tego są dla nich zwyczajnie mało atrakcyjne. Organizacje pozarządowe wypełniają tę lukę, oferując im ciekawsze zajęcia i formy spędzania wolnego czasu, co jest możliwe dzięki nowym źródłom finansowania, przede wszystkim z funduszy unijnych.

Okazuje się, że to są tylko organizacje [pozarządowe, które zapewniają wsparcie pozamedyczne], co jest trochę smutne, że w tym środowisku medycznym nadal tego jest mało. Że nadal to nie płynie z Ministerstwa Zdrowia, z NFZ-u, że trzeba inaczej szukać środków. [PSYCHIATRA]

To, co się dzieje w TPN-ie, to co się dzieje w POMOST-cie, to że pacjenci są aktywizowani do czegoś więcej, do takich zajęć, które poszerzają ich wiedzę, a też przekwalifikowują się, czy uczą się nowych rzeczy, wchodzą w nowe środowiska, czy obserwują, albo wchodzą w środowiska innych osób potrzebujących..., Bo wchodzą w świetlicę środowiskową i dzieciakom w trudnej sytuacji społecznej, ekonomicznej, pomagają... To to już daje coś innego, to już daje inną możliwość, lepszą szansę. [PSYCHIATRA]

Jednocześnie wielu ekspertów wskazywało problem metody pracy projektowej, która wiąże się z różnymi ograniczeniami. Z jednej strony często projekty finansowane ze środków unijnych są jedyną szansą na poprawę warunków lokalowych czy rozszerzenie oferty dla osób niepełnosprawnych. Z drugiej strony znacznym ograniczeniem jest określony czas ich trwania, po którym w prawie wszystkich przypadkach kończy się



finansowanie i działania są zawieszane. Wiele z opisywanych przez respondentów projektów dotyczyło rehabilitacji zawodowej, w ich ramach tworzono nowe miejsca pracy czy płatnych stażów dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które po pewnym czasie, gdy kończył się projekt były likwidowane, pozostawiając podopiecznych bez żadnych możliwości kontynuacji.

Myślę, liczba tych osób [uzyskujących wsparcie pozamedyczne] z roku na rok wzrasta. Natomiast jest nadal za mało ośrodków, gdzie te osoby mogą chodzić. Jest jednak jeszcze problem, no... wiadomo, tu chodzi o finanse. Jest kłopot z dofinansowaniem takich organizacji. Są one ograniczone lokalowo bardzo często, mogą przyjmować mało osób. Natomiast myślę, że to się rozwija i coraz częściej właśnie ludzie mogą liczyć na taką rehabilitację społeczną, czyli wyjście jakieś kulturalne, zajęcia integracyjne wspólne, wyjazdy. I taką zawodową. Czyli że mają udzielaną pomoc, doradca zawodowy, psycholog. Bardzo dużo tutaj właśnie projekty unijne wsparty rozwój tej pomocy dla osób chorujących. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Ja mam obiekcje, jeżeli chodzi jednak o takie projekty, gdzie jest organizowany staż i na tym się kończy. Ten staż trwa ileś czasu. No, i później co ta osoba ma zrobić? Kończy i nie ma perspektywy, co dalej. I znowu wraca do punktu wyjścia. Więc myślę, że jednak są jakieś ograniczenia w tych projektach, że nie można dalej postarać się, żeby te osoby miały gdzieś zatrudnienie, to jest jakąś blokadą. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Ponieważ to jest taki powtarzający się scenariusz, że te osoby dostają pracę, wykonują ją dobrze. Nie ma do nich żadnych zarzutów. W pewnym momencie ta praca się kończy i mówią, że już nie mają dla nich pracy. Bo projekt się kończy. Te osoby powinny być wtedy uprzedzane, że to będzie praca na te trzy miesiące. [PSYCHIATRA]

8.3 Aktywne formy rehabilitacji osób niepełnosprawnych psychicznie

Wiele podejmowanych prób rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością psychiczną kończy się fiaskiem. Począwszy od szkolnictwa specjalnego, gdzie często uczą się zawodów, na które nie ma zapotrzebowania na rynku pracy, skończywszy na ofercie rehabilitacyjnej wielu oddziałów dziennych czy ośrodków rehabilitacyjnych, zajęcia oferowane osobom chorującym psychicznie nie dość, że były mało przydatne z punktu widzenia poszukiwania pracy, określane były przez respondentów jako niestymulujące i niebudzące zainteresowania, zwłaszcza młodych ludzi. Większość respondentów zgodnie wskazywała na aktywne formy rehabilitacji zawodowej, jako te które niosą najwięcej korzyści zarówno pod względem funkcjonowania psychicznego osób z niepełnosprawnością psychiczną, jak również pod względem możliwości podjęcia pracy. Eksperti wskazali na dwa najciekawsze przykłady zastosowania aktywnych form aktywizacji zawodowej wśród osób chorujących psychicznie, są to Zakłady Aktywności Zawodowej: Pensjonat Pan Cogito w Krakowie oraz ZAZ Zdrowa Kuchnia w Jedliczach koło Zgierza

Pensjonat Pan Cogito działa od 2005 roku w krakowskiej dzielnicy Dębni. Pomysł na stworzenie firmy, która zatrudniać będzie osoby po kryzysach psychicznych zrodził się dzięki współpracy krakowskich organizacji pozarządowych z podobnymi instytucjami z Edynburga. W wyniku wymiany doświadczeń podjęto starania o stworzenie w Krakowie miejsca, gdzie osoby chorujące psychicznie mogłyby zdobywać doświadczenia zawodowe. Dzięki wsparciu Urzędu Miasta Krakowa, PFRON oraz wielu innych sponsorów instytucjonalnych i prywatnych w 2003 roku utworzono Zakład Aktywności Zawodowej. W przekazanym przez miasto dwóch zabytkowych budynkach otwarty został elegancki pensjonat i restauracja Pan Cogito. Organizatorzy zadbali w sposób szczególny o to, aby pensjonat zapewniał profesjonalną obsługę na wysokim poziomie, aby hasło choroby psychicznie nie kojarzyło się gościom z niedociągnięciami i zaniedbaniem. Przyszli pracownicy przeszli serię treningów i szkoleń, zaczynając od podstaw pracy w kuchni i obsługi klienta, kończąc na praktykach w innych krakowskich hotelach i kawiarniach. Oprócz osób niepełnosprawnych w pensjonacie pracują również osoby zdrowe, w tym zastępca kierownika ds. recepcji, profesjonalista ds. turystyki i hotelarstwa, który czuwa nad biznesową częścią działalności, zawodowy kucharz, profesjonalny kelner, księgowy oraz pielęgniarka i



terapeuta zajęciowy. W 2005 roku uruchomiona została również firma społeczna Centrum Edukacyjne Cogito, która prowadzi oraz udziela lokalu wielu szkoleniom i seminariom, ponadto otwarto dwie wypożyczalnie rowerów Pana Cogito oraz Catering Cogito. Wszystkie te przedsiębiorstwa współpracują ze sobą w celu zwiększenia obrotów pensjonatu. Aktualnie w firmach związanych z pensjonatem Pan Cogito pracuje ponad 50 osób chorujących psychicznie. Jak twierdził jeden z respondentów, będący zarazem twórcą ZAZ oraz pozostałych powiązanych z nim firm, stworzenie specjalnej instytucji, której oferta skierowana jest jedynie do osób cierpiących na zaburzenia psychiczne pozwoliło na otoczenie ich lepszą opieką oraz dopasowanie profilu działalności do ich możliwości. Podkreślał również, że jednym z ważnych elementów działalności pensjonatu jest utrzymywanie jak najwyższego poziomu usług, tak aby goście nie wiązali chorób psychicznych i osób, które na nie zapadają z bylejąkością. Jest to również źródłem motywacji dla pracowników.

Goście jedzą tę zupę schizofreniczną, prawda, smakuje im wszystkim i to jest to invisible education, niewidoczna edukacja, znaczy my pokazujemy, że to jest możliwe, że najciężej chorzy psychicznie mogą pracować, zakładać rodziny, być wśród nas, prowadzić szkoły, dobre czasopismo, grać niezwykły teatr w grotesce, robić wernisaże w Pałacu Sztuki z wszystkimi artystami Krakowa. [DZIAŁACZ ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Nasza znajomość problemów osób po kryzysach psychicznych powoduje, że łatwiej dostrzegamy choćby dyskretne symptomy nawracającej choroby. Jesteśmy w stałym kontakcie z lekarzami, terapeutami prowadzącymi poszczególne osoby. W porę możemy zaproponować zwolnienie lekarskie, rozpoznać, czy źródłem niedyspozycji w pracy jest zwykłe zmęczenie, różnorakie kłopoty w domu, czy właśnie choroba. Znamy słabe punkty naszych pracowników. A po powrocie ze zwolnienia lekarskiego czy choroby urządzamy szkolenie przypominające nie tylko o mniej typowych obowiązkach, ale i o tych najpowszedniejszych; pomagamy, by pracownik mógł na nowo się zintegrować z grupą, nie stracił wiary we własne siły. [DZIAŁACZ ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

„Zdrowa Kuchnia – powstanie i testowanie ZAZ dla osób chorujących psychicznie”, to projekt uruchomiony w maju 2011 roku, realizowany w ramach podziałania 7.2.1 PO KL: aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Organem prowadzącym ZAZ jest Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi. Beneficjentami tego programu mogą zostać osoby z orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności ze względu na chorobę psychiczną, w wieku 18-64 lat, którzy nie pozostają aktywni zawodowo, mieszkańców województwa łódzkiego, ze szczególnym uwzględnieniem gminy Zgierz. Znalazło tam miejsce 20 osób z niepełnosprawnością psychiczną, mających możliwość odbycia staży na stanowiskach: pomoc kuchni, pomoc magazyniera i kelner. Pracownicy ZAZu zapewniają catering Środowiskowemu Domowi Samopomocy w Jedliczach, jak również realizują zamówienia od firm i osób prywatnych. Ponadto otrzymują wsparcie związane z codziennym funkcjonowaniem. W opinii osób związanych z Towarzystwem Przyjaciół Niepełnosprawnych, wsparcie środowiskowe jest jednym z najważniejszych elementów rehabilitacji osób z chorobami psychicznymi. Fakt, że uczestnicy ZAZu mają codzienne obowiązki, uczestniczą w wieku sytuacjach społecznych i kontaktują się zarówno z innymi chorymi, jak i ze zdrowymi bardzo dobrze wpływa na ich umiejętności radzenia sobie w życiu i poprawia znacząco jego jakość.

Dwadzieścia osób jest w Jedliczach i to jest ZAZ gastronomiczny i oni po prostu sobie pracują. Do tego mają spotkanie z psychologiem, gdzie pracują nad komunikacją, mają różne formy relaksacji, spotkania z pracownikiem socjalnym, też dający im takie umiejętności jak się w tym świecie potrzeb, tak nie jednemu z nas by się przydało, gdzie, w jakim urzędzie, co sobie załatwić. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Uczestnicy wywiadów bardzo pochlebnie wyrażali się o pomysłe zastosowania pracy wolontarystycznej jako jednego z narzędzi rehabilitacji społecznej i zawodowej osób cierpiących na choroby psychiczne. Może to być bardzo skuteczną formą aktywizacji tych osób, która pomogłaby im przełamać alienację społeczną. Podjęcie względnie trwałej, cyklicznej aktywności pozytywnie wpływa na funkcjonowanie tej grupy osób. Ponadto wskazywali na wpływ, jaki wolontariat może mieć na samoocenę własnych kompetencji i skuteczności wśród osób z niepełnosprawnością psychiczną. Dla wielu z nich może to być okazją do sprawdzenia się w warunkach pracy. Z drugiej strony wolontariat wiąże się z mniejszą odpowiedzialnością i co za tym idzie mniejszym



obciążeniem psychicznym. Co jest ważne wolontariat umożliwiłby podjęcie aktywności również osobom, które z obawy o utratę świadczeń rentowych nie chcą podjąć płatnej pracy.

Jestem bardzo za. Uważam, że jest to bardzo dobra metoda na zbudowanie poczucia własnych kompetencji dla osób chorujących, bez zagrożenia, o którym tutaj wspomnieliśmy, jakim jest utrata świadczeń socjalnych w przypadku podjęcia pracy, nawet jeżeli jest to w fazie prób, czy to jest dotyczy osoby, która może popaść w gorszy stan zdrowia. Wolontariat pozwala przekonać się o własnych kompetencjach, nauczyć się współpracować z innymi, poznać swoje ograniczenia i w bezpieczny sposób wprowadza osoby chorujące psychicznie na rynek pracy, czy w ogóle wprowadza je do aktywności zawodowej. [PSYCHIATRA]

Wolontariat to jest pierwszy krok dla nich, w naszym odczuciu, do szkoły, do pracy, do zdobycia stażu, do zdobycia pewnych umiejętności. Do nauczenia się właśnie znowu życia w pewnych ramach, w pewnych normach. No i mamy przynajmniej taką nadzieję, że może to kiedyś zaprocentuje, no jakimś etatem, tak? A też wykazania się, no nie wiem, może zaprezentowania pewnej pasji. Czymś się ludzie interesują, mogą to sprzedać gdzieś dalej. [PRACOWNICA ŚDS]

To jest bardzo dobry pomysł, dlatego że po pierwsze, patrząc z punktu widzenia samych zainteresowanych osób niepełnosprawnych, to jest szansa na to, żeby się dowiedzieć, dla siebie samego, czy ta praca, którą wykonujemy to jest to, co nas interesuje, czy jesteśmy w stanie podołać takim zadaniom, czy jesteśmy w stanie funkcjonować w nowej zupełnie grupie, bo co innego, kiedy my jesteśmy przygotowani i czujemy, że jesteśmy przygotowani a co innego, kiedy mierzymy się z absolutnie realnym życiem, tak? I realną rzeczywistością. Więc jesteśmy w stanie przetestować praktycznie to, co już wiemy, przechodząc cały proces terapeutyczny. [PRZEDSTAWICIELKA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ]

Wśród potencjalnych zagrożeń, jakie może nieść za sobą taka forma aktywności wskazywano przede wszystkim niewystarczający poziom opieki nad wolontariuszami. Jeśli zostaną oni pozostawieni sami sobie, asystent nie będzie ich wspierał w sposób wystarczający, wolontariat nie przysporzy im oczekiwanych korzyści w postaci zdobycia nowych kompetencji. Zwracano również uwagę na odpowiednią długość czasu trwania pracy wolontariackiej, proponowane w projekcie 30 godzin oceniane było jako niewiele. Ze względu na większe trudności adaptacyjne, osoby chorujące psychicznie mogą mieć problem z dostosowaniem się do nowej sytuacji w tak krótkim czasie (*de facto* jest to mniej niż jeden tydzień pracy w pełnym wymiarze godzin). Również transfer wiedzy w tak ograniczonym czasie jest zdaniem ekspertów dyskusyjny. Jednak z drugiej strony, nawet w tak okrojonym zakresie, wolontariat może pełnić bardzo ważną rolę w procesie rehabilitacji społecznej osób po kryzysach psychicznych, pomagając im nawiązywać kontakty z innymi, otwierać się i podejmować współpracę. Bardzo ważny jest również charakter pracy, którą podejmą wolontariusze – należy uważać na sytuacje, kiedy proponowane zajęcia nie będą przystosowane do możliwości konkretnej osoby, co może skutkować negatywnymi konsekwencjami.

Przed wszystkim taki opiekun wolontariusza musi mieć bardzo dobre rozpoznany teren. On nie może przyjść tak sobie do pracodawcy, razem z wolontariuszem i wejść w ten układ. On musi przyjść wcześniej, on musi zobaczyć, co się u pracodawcy dzieje, co wolontariusz będzie musiał robić. On musi sam umieć zrobić to wszystko, co będzie robił wolontariusz, bo jeśli ma zarządzać tym procesem, to musi wiedzieć, na czym to polega, tak? Poza tym bardzo ważne jest, aby ta praca była, miała swoje odzwierciedlenie w jakimś ustrukturyzowanym dokumencie, żeby było wiadomo, co taka osoba ma robić. Że nie tam przychodzę i tam wszyscy się zastanawiają, co by tej osobie dać. Ona musi mieć bardzo konkretne zadania, więc to jest też rola tych, którzy wprowadzają wolontariusza, czy do pracodawcy, czy wszystko jedno, kim będzie ten pracodawca, czy to będzie przedsiębiorca, czy to będzie jakaś organizacja, to nie ma znaczenia, ale osoba musi być wprowadzona, na przygotowany grunt. [PSYCHIATRA]

Ja myślę, że jeśli takie doświadczenie przejdą, jeśli ta praca wolontarystyczna byłaby sama, samo to było przygotowaniem do pracy na rynku, to myślę, że to, to byłoby mało, ale sądzę, że do wolontariatu przystąpią osoby już po okresie rehabilitacji psychospołecznej, w różnych miejscach, albo takie, które zachorowały już jako osoby dorosłe, młode dorosłe, które no już miały wykształcone podstawowe cechy osobowości. I one się oparły chorobie, tak, tutaj nie trzeba ich odbudowywać, budować na nowo ich cech osobowości, pomagać im się budować na nowo. Tylko jakby dodatkowo dobudować, tak, także to wtedy tak, to myślę, że, że jeśli jest



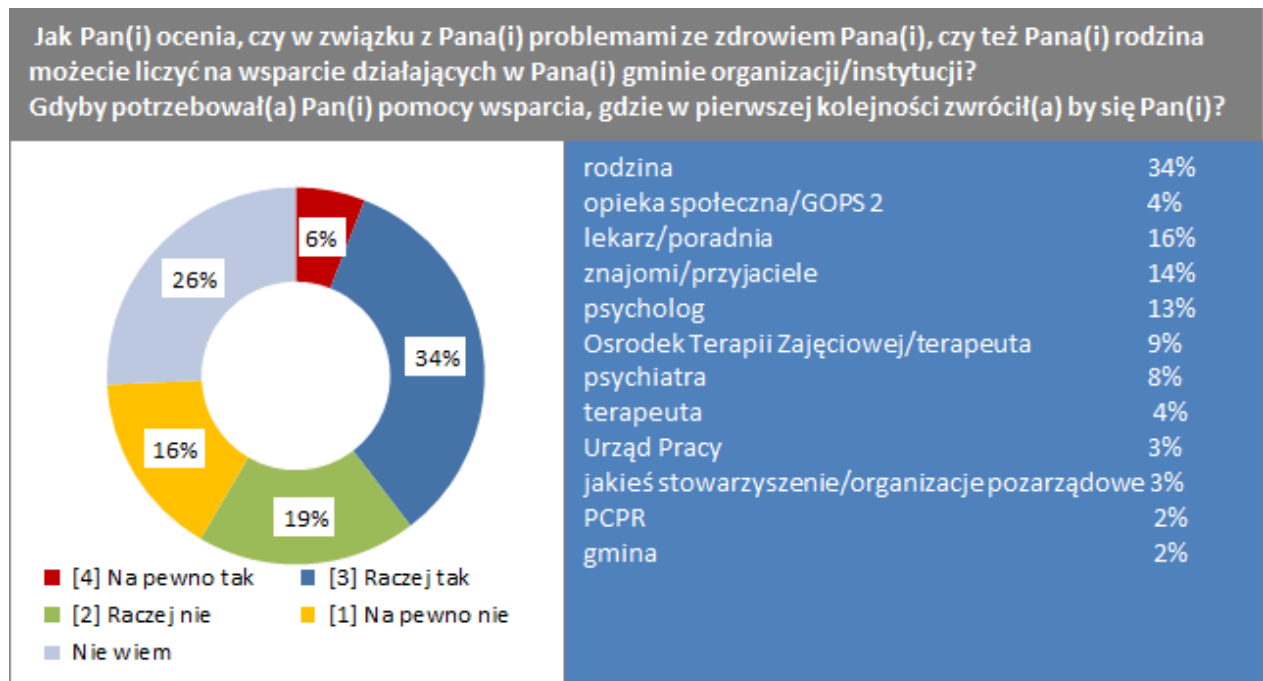
już ta rehabilitacja psychospołeczna na odpowiednim poziomie to wtedy ten, to ogniwo wolontariat będzie świetnym przygotowaniem do pracy, do pracy na rynku. [DZIAŁACZKA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ]

Patrząc na moich pacjentów, jak ich zachęcam żeby gdzieś poszli, spróbowali. To w dużym stopniu pacjenci są jak każdy inny człowiek. A co ja z tego będę miał, myśląc tak naprawdę, że jak w portfelu się coś nie znajdzie. I tu myślę, że jakby to już jest na starcie praca znowu zespołów lekarzy, psychologów i osób, które mają kontakt z osobami. Żeby pokazać jednak te plusy, że może nie będą mieli w portfelu, ale coś zobaczą, coś poznają, może czegoś się nauczą. I może to będzie wstęp do tego, że za chwilę coś w tym portfelu się znajdzie. [PSYCHIATRA]

8.4 Uczestnictwo osób chorujących psychicznie w formach instytucjonalnego wsparcia

Badane osoby chorujące psychicznie podzielone były pod względem opinii na temat dostępności oferowanego im wsparcia i pomocy. 40% badanych wierzy, iż może w razie potrzeby liczyć na wsparcie działających w gminie instytucji i organizacji. Przeciwnego zdania jest 35% badanych. W konsekwencji, połowa z nich w sytuacji kryzysowej najpierw szukałaby pomocy wśród rodziny (34%) lub inni wśród znajomych i przyjaciół (16%). Spośród instytucji publicznych najczęściej wskazywano na ośrodki opieki społecznej (OPS) (24%) – w drugiej kolejności zaś na instytucje systemu opieki medycznej (lekarz, poradnia, psycholog, psychiatra, terapeuta, ośrodki terapii). Stowarzyszenia i organizacje pozarządowe wymieniło w tym kontekście jedynie 3% badanych. Ponad co dziesiąty badany nie wiedział, gdzie w razie potrzeby zwrócić się o pomoc (Rysunek 63).

Rysunek 63. Świadomość możliwości w zakresie pomocy. N=101

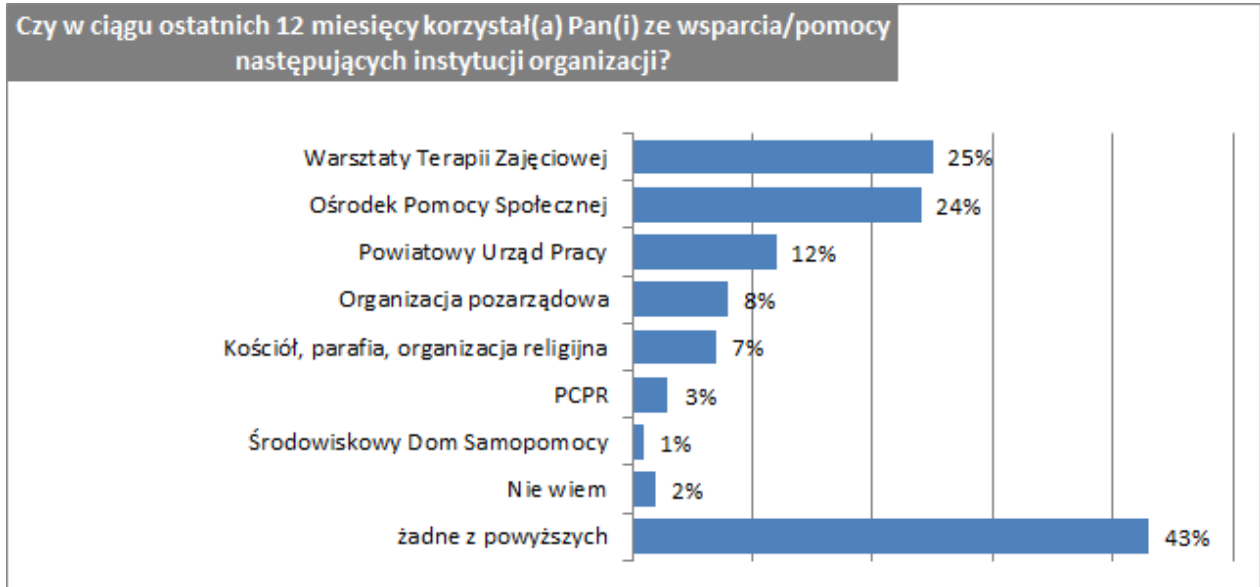


Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu.

Wśród badanej populacji młodych osób chorujących psychicznie większość (57%) korzystała w ciągu ostatnich 12 miesięcy z pomocy i wsparcia różnych instytucji/organizacji. Co czwarty badany (25%) uczestniczył w warsztatach terapii zajęciowej, podobny odsetek korzystał ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej (24%). 12% było klientami powiatowego urzędu pracy. Odpowiednio 8% i 7% korzystał z pomocy organizacji pozarządowej lub kościoła/organizacji religijnej. Z instytucjonalnych form pomocy relatywnie częściej korzystały osoby powyżej 25 roku życia, osoby chorujące powyżej 6 lat (76%), posiadające orzeczenie o niepełnosprawności (66%), przede wszystkim osoby cierpiące na schizofrenię (75%) (Rysunek 64).

Zdecydowana większość chorujących (72%) korzystała w ciągu ostatnich 12 miesięcy z różnych pomocy form w zakresie rehabilitacji społecznej oraz aktywizacji zawodowej, w tym prawie połowa z pomocy psychologicznej. Dwoma kolejnymi najbardziej powszechnymi formami wsparcia był udział w warsztatach terapii zajęciowej (27%) oraz udział w warsztatach z psychologiem, czy też doradcą zawodowym (12%). W grupach wsparcia uczestniczył co dziesiąty badany (11%) w programie aktywizacji zawodowej oraz szkoleniach różnego typu od 5% do 8% badanych. Zapotrzebowanie osób chorujących pokrywa się z dotychczasowym zainteresowaniem poszczególnymi formami wsparcia, przy czym nieco większe jest dla szkoleń różnego typu oraz doradztwa zawodowego (Tabela 29)

Rysunek 64. Korzystanie z instytucji pomocy. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu.

Tabela 29. Korzystanie i zapotrzebowanie na formy wsparcia

	korzystający z tej formy wsparcia w ciągu ostatnich 12 miesięcy	wyrażający zapotrzebowanie na tę formę wsparcia
Pomoc psychologiczna	48%	28%
Pomoc w formie finansowej/materialnej	27%	19%
udział w warsztatach terapii zajęciowej	27%	8%
Warsztaty z psychologiem, czy doradcą zawodowym	12%	12%
Grupy wsparcia/grupy samopomocowe	11%	2%
Pomoc pedagogiczna	11%	3%
Pomoc prawna	8%	4%
Udział w programie aktywizacji zawodowej	8%	3%
Szkolenia z zakresu umiejętności poruszania się na rynku pracy	6%	4%
Szkolenia zawodowe	6%	7%
Szkolenia/warsztaty z komunikacji, radzenia sobie z różnymi problemami itp.	6%	5%
Doradztwo/poradnictwo zawodowe związane z poszukiwaniem pracy	5%	8%
Szkolenia językowe	5%	8%
Doradztwo zawodowe	4%	6%
Staż/praktyki zawodowe	3%	8%
Szkolenia z zakresu obsługi komputera	2%	8%
Szkolenia, zajęcia z budowania wizerunku, autoprezentacji, np. zajęcia z wizażu, ubierania się itp.	1%	5%
Udział w Klubie/Centrum Integracji Społecznej	1%	2%
Udział w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy	1%	
Szkolenia z zakresu prowadzenia działalności gospodarczej, w tym spółdzielni socjalnej		2%
żadne z powyższych	32%	

Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu.



Mówiąc o dostępnej pomocy, osoby chorujące zwracały uwagę, iż często można odnieść wrażenie, iż instytucje nastawione na pomoc osobom chorującym psychicznie, często zapewne w sposób niecelowy i być może nieuświadomiony, utwierdzają chorujących w przekonaniu o skali piętujących się przed nimi trudności. Tym samym wzmacniają obraz osoby chorującej jako nieradzącej sobie w codziennym życiu. Tymczasem chorujący oczekiwali by bardziej pozytywnego nastawienia, które pomogłoby im przełamać ich wewnętrzne opory. Dobrze obrazują to poniższe wypowiedzi:

Samo to, że to jest tłumaczenie: Jesteś psychiczny, będziesz miał trudności. Tam tak to... nawet osoby, które prowadzą, z takim nastawieniem to jest, ja takie wrażenie odniosłam, że ktoś jest psychiczny to i tak będzie miał trudności nie ma tej formy, że jesteś psychiczny i nadajesz się do pracy. Jesteś psychiczny, to i tak będziesz miał trudności. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Jakby się z góry zakładało, że osoba chora, koniecznie będzie miała trudności. Nie ma tego aplauzu, nie ma tej zachęty. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Ja przepraszam, ja w tych projektach nie uczestniczyłam, więc nie chce się wrogiej propagandy. Z góry się zakłada, że jak człowiek psychiczny to tak: sprzątaczką, kucharką, jakiś tam portier, znaczy u nas portier to co innego, bo to są inwalidzi, pracownik gospodarczy. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Mówiąc o dostępnych formach pomocy osoby chorujące, jak ich rodziny zwracały uwagę na konieczność prowadzenia rehabilitacji społecznej i zawodowej metodą „małych kroczków”, tak aby stopniowo przełamywać kolejne bariery. Wszelkie formy oddziaływania, które od razu wpychają osobę chorującą na głęboką wodę, wywoływać mogą tylko frustrację i pogłębiać jej wycofanie. W tym kontekście zwracano uwagę na dużą skuteczność wolontariatu, który stopniowo pozwala oswoić się z realiami pracy. Ogółem prawie połowa badanych (45%) uważa, iż projekty polegające na aktywizacji zawodowej poprzez wolontariat są zdecydowanie potrzebne, kolejne 37% zaś, iż raczej potrzebne. Podobne odsetki uważają tę formę aktywizacji za skuteczną. Chęć partycypacji w projekcie polegającym na wolontariacie wyraziło zaś 40% badanych, w tym 18% było zdecydowanie zainteresowanych taką formą wsparcia. Zaznaczyć należy, iż wolontariat jako forma pomocy jest częściej atrakcyjny dla osób do 25 roku życia. W grupie tej zainteresowanie tego typu pracą wyraziło 50% badanych, w tym 26% miało do niego jednoznacznie pozytywny stosunek (odpowiedzi zdecydowanie tak).

Myślę, że jak ktoś chorujący zaczyna od wolnego rynku pracy, to są małe szanse, że dostanie pracę, bo i wymagania są dużo większe, trzeba mieć już jakieś zaświadczenie, lepiej zacząć rzeczywiście od wolontariatu, od tego typu organizacji. Niż na głęboką wodę się rzucić, małymi kroczkami się uczyć, szkolić. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

W ogóle ja chorując, wcześniej nie miałam takiej świadomości, ale osoby chorujące, ja mam takie odczucie, że stawia się na małe kroki, nie ma takiego rzucania się na głęboką wodę, bo to się kończy niepowodzeniem, a małymi kroczkami można daleko zajść. [PRZEDSTAWICIEL RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH]

Wolontariat jako forma aktywizacji zawodowej ceniony jest przez osoby chorujące zarazem za elastyczność w wymiarze pracy (możliwość dostosowania do indywidualnych ograniczeń) jak i to że mobilizuje i zachęca on do podejmowania aktywności we własnym zakresie. W wolontariacie ważne jest również to, iż zgodnie z zasadą „małych kroczków” osoba chorująca ma zapewnione wsparcie ze strony opiekuna/koordynatora.

Ja myślę, że takim fajnym doświadczeniem tak na początek może być wolontariat, praca wolontariatu, pracowałam raz przez półtora roku do przedszkola, też mnie to mobilizowało, wiedziałam że mam raz w tygodniu zajęcie, że ktoś na mnie liczy, że ktoś na mnie czeka. I myślę, że to jest takie fajne na początek, bo nie ma takiego stresu, jest to zdecydowanie rzadziej i tak się człowiek powoli adaptuje po prostu. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Myślę też, że fajne w wolontariacie jest też, przynajmniej nie wiem jak w innych placówkach, ale tam gdzie ja przechodziłam szkolenie, że się ma koordynatora. I on też nadzoruje tą pracę, przychodzi tam raz na kilka miesięcy na zajęcia i też tam ma skonsultować co się robi źle, co warto poprawić, co też pozwala później pracującym w zawodzie już jakoś tak łatwiej, jest się wdrożonym. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

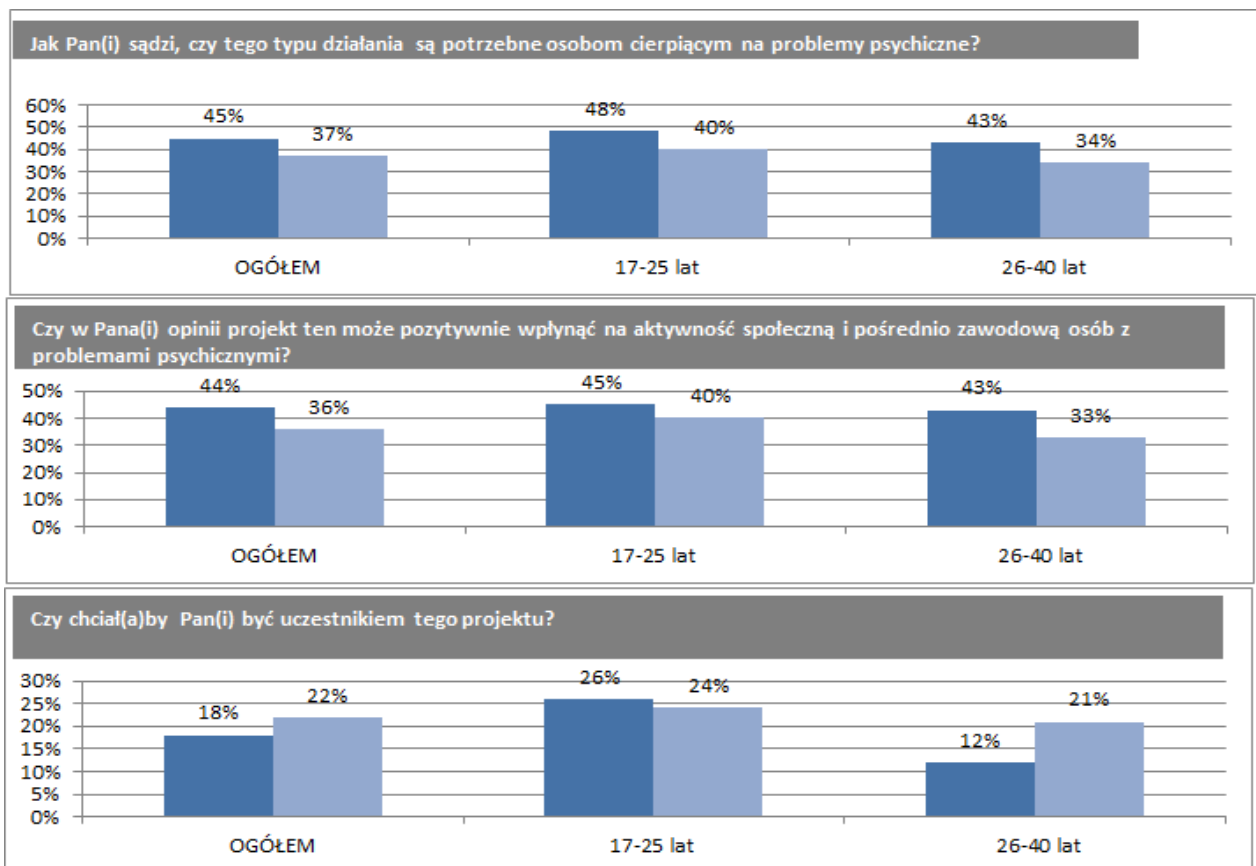


Myślę, że taka elastyczność w doborze godzin, w doborze ilości tego wolontariatu, a nie z góry jakieś narzucone z góry reguły, bo to też myślę, że zniechęca wiele osób jak się słyszy, że trzeba na przykład cztery razy w tygodniu przychodzić, a człowiek się nie czuje na siłach. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Mam bardzo starą ciocię, która mieszka w Łodzi, ona ma dziewięćdziesiąt lat i ma przyjaciółkę, która ma czterdzieści kilka lat, jest to też osoba chora na schizofrenie. To jest osoba taka, która przychodzi do niej i idą na przykład razem do kościoła. Moja ciocia się bezpieczniej czuje, jak jest prowadzona pod rękę przez tą osobę, razem chodzą. Czasami robi jej zakupy. To jest też osoba chora psychicznie i właściwie można powiedzieć, że się razem sobą opiekują, bo ciocia ją tam wspiera trochę psychicznie, rozmawiają na różne tematy, odwiedzają się. Także u tej osoby właściwie sam się zrodził ten wolontariat, one się gdzieś tam w kościele poznały, prawda? No i wiem, że te osoby chcą pomagać. [OSOBA CHORUJĄCA PSYCHICZNIE]

Badania ankietowe pokazały, iż wolontariat jako metoda aktywizacji nie jest bardzo rozpowszechniona wśród osób chorujących psychicznie. Kontakt z tą formą pracy miało 11% badanych, głównie przy zbiórkach charytatywnych (WOŚP, PCK) - 5 osób. 2 osoby pracowały w domu dziecka, jedna w domu pomocy społecznej, a jedna przy pakowaniu zakupów w sklepie. Było to jednak krótkotrwałe zaangażowanie (głównie do 7 dni). Jedynie 2 osoby pracowały jako wolontariusz powyżej 10 dni. Osoby te nie miały również podpisanej umowy o wolontariacie.

Rysunek 65. Opinie na temat projektu aktywizującego zakładającego wolontariat. N=101



Źródło: Laboratorium Badań Społecznych. Badanie PAPI z osobami chorującymi psychicznie zrealizowane w ramach projektu.

9 LITERATURA



A. Morysińska. M. Sochańska. E. Belta. Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych, Raport z badań, Pentor RI na zlecenie PFRON, Warszawa 2009

Durie S., *Pathways to Work (Report)*, Scottish Development Centre for Mental Health Services, Edinburgh 2000

http://www.bon.uw.edu.pl/budw/niep_psych.html

Jarosz M., *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny, etniczny*, ISP PAN, Warszawa 2008.

Kaszyński H., Cechnicki A., *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*, Psychiatria Polska, 2011, XLV:1, s. 45-60

Kaszyński H., *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, w: M. Boni, I. Gosk, B. Piotrowski, J. Tyrowicz, J.J. Wygnański (red.) *Bezrobocie – co robić? Rola organizacji pozarządowych na rynku usług pracy*, FISE, Warszawa 2006

Kaszyński H., *Socjologiczna praca socjalna. W trosce o zdrowie psychiczne*, Kraków 2004

Link B. G., Phelan J. C. *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology 2001; 27: 363-385

Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań. CBOS: Warszawa, sierpień 2008

Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I Osoby niepełnosprawne, GUS 2003

Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Część II Gospodarstwa domowe, GUS 2004

Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., raport z badań, GUS 2009

Świtaj P., *Piętno choroby Psychiczej*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (2): 137-144

Trzebińska E., Dziewulska M., *Uwarunkowania aktywności zawodowej osób chorych psychicznie*, W: A. I. Brzezińska, K. Maj, Z. Woźniak, *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*, Warszawa, 2007

Trzebińska E., *Przeszkody i szanse aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na tle chorób psychicznych. Psychologiczna analiza problemu*, Warszawa 2006,

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.97.123.776 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2004 r., Nr 99, poz. 1001 z późn. zm.)

Wciórka B., *Grupowa aktywność społeczna Polaków w latach 1998–2004*. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa: 2004

Wiszejko-Wierzbicka D., *Niewykorzystana strefa. Partycypacja społeczna i obywatelska osób z ograniczeniami sprawności*, Warszawa, 2010

Woycicka I. (red.) *Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych*, Warszawa, IBNGR 2010



10 SPIS TABEL I WYKRESÓW

Tabela 1. Charakterystyka próby.....	17
Tabela 2. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie w latach 2004 i 2009 (w tysiącach).....	24
Tabela 3. Liczba osób borykających się z problemami zdrowia psychicznego i liczba osób niepełnosprawnych prawnie z tytułu schorzeń psychicznych.....	25
Tabela 4 Pacjenci poradni zdrowia psychicznego - Polska ogółem.	25
Tabela 5 Pacjenci Poradni Zdrowia Psychicznego ze względu na powiat	27
Tabela 6 Pacjenci Poradni Zdrowia Psychicznego ze względu na typ zaburzeń – Województwo łódzkie	28
Tabela 7. Rodzaje zaburzeń psychicznych wśród pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego w województwie łódzkim w 2011 roku	29
Tabela 8. Osoby leczące się w PZP w województwie łódzkim w 2011 roku w zależności od wieku, płci i miejsca zamieszkania	30
Tabela 9. Rodzaje zaburzeń psychicznych wśród pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego w wieku do 30 roku życia w województwie łódzkim w 2011 roku.....	30
Tabela 10 Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych - Metodologia	41
Tabela 11 Wskaźnik zasobności- Metodologia	46
Tabela 12 Marzenia osób chorujących psychicznie.....	51
Tabela 13 Wskaźnik dobrostanu psychicznego- Metodologia.....	52
Tabela 14. Reakcje na pełnienie przez osoby psychicznie chore następujących ról społecznych i zawodowych.....	59
Tabela 15. W jaki sposób traktowane są w Polsce osoby chore psychicznie, gdy chodzi o prawo do: (odpowiedzi w procentach w 2005 i 2008 roku).....	60
Tabela 16. Osoby i przejawy dyskryminacji. N=101.....	64
Tabela 17. Wskaźnik dyskryminacji – metodologia	64
Tabela 18. Wskaźnik aktywności społecznej – metodologia	72
Tabela 19. Charakterystyka poszczególnych segmentów ze względu na czas poświęcony dziennie na poszczególne czynności	77
Tabela 20. Wskaźnik aktywności obywatelskiej– metodologia	80
Tabela 21. Poziom wykształcenia osób chorujących psychicznie w porównaniu do populacji ogółem	83
Tabela 22. Aktywność edukacyjna osób chorujących psychicznie i ogółem w populacji.....	83
Tabela 23. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – metodologia	87
Tabela 24 Wskaźnik zatrudnienia wśród osób chorujących psychicznie , niepełnosprawnych ogółem i Polaków.....	93
Tabela 25 Charakterystyka miejsc pracy. N=42 osoby chorujące.....	94
Tabela 26 Zajmowane stanowisko ze względu na wykształcenie. N=42 osoby chorujące	94
Tabela 27. Postrzegane wady i zalety na rynku pracy. Wskazania spontaniczne. N=101.....	103
Tabela 28 Podstawowe programy wsparcia społecznego dla osób chorych psychicznie rozwijane w Polsce oraz wybrane przykłady modelowych praktyk.....	115
Tabela 29. Korzystanie i zapotrzebowanie na formy wsparcia.....	125



Rysunek 1. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe - średnia. N=101	12
Rysunek 2. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe – wyróżnione segmenty. N=101	13
Rysunek 3. Wskaźnik jakości życia – średnia. N=101	13
Rysunek 4. Wykluczenie – wyróżnione segmenty. N=101	15
Rysunek 5. Wykluczenie – wyróżnione segmenty. N=101	15
Rysunek 6. Odsetek osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego wśród ludności w wieku 15+	27
Rysunek 7. Liczba pacjentów PZP- zmiana na przestrzeni lat 1999 - 1010	27
Rysunek 8 Charakterystyka gospodarstw osób chorujących psychicznie. N= 101	39
Rysunek 9 Charakterystyka gospodarstw domowych i sytuacji życiowej osób chorujących psychicznie. N= 101	39
Rysunek 10 Osoby zamężne/w stałym związku/posiadające dziewczynę lub chłopaka. N= 101	40
Rysunek 11 Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych. Rozkład wartości N=101	41
Rysunek 12 Wskaźnik wsparcia ze strony najbliższych. Wyróżnione segmenty N=101	42
Rysunek 13 Doświadczane wsparcie ze strony najbliższych N= 101	42
Rysunek 14 Sposób traktowania przez najbliższych. N= 101	43
Rysunek 15 Czas spędzany przeciętnie dziennie na rozmowach z domownikami. N= 95 Osoby mieszkające z innymi	43
Rysunek 16 Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności i przyznanej renty N= 101	44
Rysunek 17 Ocena sytuacji finansowej gospodarstwa domowego. N= 101	45
Rysunek 18 Zasobność gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Czy w tym czasie zdarzyły się w gospodarstwie następujące sytuacje. N= 101	45
Rysunek 19 Wskaźnik zasobności. Rozkład wartości N=101	46
Rysunek 20 Wskaźnik zasobności gospodarstwa. Wyróżnione segmenty N=101	47
Rysunek 21 Wskaźnik zasobności gospodarstwa. Wyróżnione segmenty ze względu na cechy społeczno - demograficzne N=101	48
Rysunek 22 Ocena życia i poziom szczęścia. N=101	50
Rysunek 23 Postawy wobec choroby i życia. N=101	51
Rysunek 24 Wskaźnik dobrostanu psychicznego. Rozkład wartości N=101	53
Rysunek 25 Wskaźnik dobrostanu psychicznego. Wyróżnione segmenty N=101	54
Rysunek 26. Zróznicowanie wskaźnika dobrostanu psychicznego. N=101	54
Rysunek 27. Stosunek respondentów i ich otoczenia do osób chorych psychicznie	58
Rysunek 28. Powszechność dyskryminacji. N=101	63
Rysunek 29. Wskaźnik dyskryminacji – rozkład. N=101	65
Rysunek 30. Wskaźnik dyskryminacji – wyróżnione segmenty N=101	65
Rysunek 31. Wskaźnik dyskryminacji – średnia dla poszczególnych grup. N=101	65
Rysunek 32. Ocena kontaktów społecznych i poczucie osamotnienia. N=101	69
Rysunek 33. Częstotliwość aktywności społecznej. N=101	69
Rysunek 34. Czas poświęcony na interakcje społeczne. N=101	70
Rysunek 35. Podejmowane aktywności społeczne	70
Rysunek 36. Liczba znajomych i przyjaciół N=101	71
Rysunek 37. Osoby niepełnosprawne wśród znajomych i znajomi internetowi N=101	71
Rysunek 38. Wskaźnik aktywności społecznej- rozkład. N=101	73
Rysunek 39. Wskaźnik aktywności społecznej- segmenty. N=101	73
Rysunek 40. Wskaźnik aktywności społecznej- średnie N=101	74
Rysunek 41. Posiadanie hobby. N=101	75
Rysunek 42. Aktywność życiowa – średnio minut dziennie. N=101	75



Rysunek 43. Segmenty ze względu na czas poświęcany dziennie na poszczególne czynności. N=101	76
Rysunek 44. Segmenty ze względu na czas poświęcany dziennie na poszczególne czynności. N=101	78
Rysunek 45. Zainteresowanie sprawami obywatelskimi. N=101.....	79
Rysunek 46. Aktywność obywatelska N=101	79
Rysunek 47. Wskaźnik aktywności obywatelskiej – rozkład	80
Rysunek 48. Wskaźnik aktywności obywatelskiej – segmenty. N=101.....	80
Rysunek 49. Wskaźnik aktywności obywatelskiej – średnie. N=101	81
Rysunek 50. Doświadczane trudności w procesie edukacji związane z chorobą. N=101	84
Rysunek 51. Przyszłość w zakresie edukacji. N=101	86
Rysunek 52. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – rozkład. N=101.....	87
Rysunek 53. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – segmenty. N=101.....	88
Rysunek 54. Wskaźnik aktywności edukacyjnej – średnie. N=101	88
Rysunek 55. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w województwie łódzkim oraz w Polsce	91
Rysunek 56. Aktywność ekonomiczna osób chorujących psychicznie. N=101	92
Rysunek 57. Problemy napotymane w pracy w związku z chorobą. N=74 osoby kiedykolwiek pracujące	98
Rysunek 58. Motywacja do podjęcia pracy. N=59 osoby niepracujące	99
Rysunek 59. Postawy wobec pracy, wyniki dla całej populacji N=101	101
Rysunek 60. Analiza skupień. Wyróżnione segmenty ze względu na stosunek do aktywności zawodowej N=101	102
Rysunek 61. Analiza skupień. Charakterystyka segmentów. N=101.....	102
Rysunek 62. Stosunek rodziny do aktywności zawodowej N=101.....	103
Rysunek 63. Świadomość możliwości w zakresie pomocy. N=101	124
Rysunek 64. Korzystanie z instytucji pomocy. N=101.....	125
Rysunek 65. Opinie na temat projektu aktywizującego zakładającego wolontariat. N=101	127