

Uniwersytet Gdański
Wydział Nauk Społecznych
Instytut Psychologii

Inga Markiewicz

PRACA DOKTORSKA

**Potrzeby i jakość życia pacjentów realizujących
izolacyjno-leczniczy środek zabezpieczający**

**The needs and quality of life of forensic patients undergoing therapy
in isolation as a protective measure**

Promotor: prof. dr hab. Beata Pastwa – Wojciechowska

Gdańsk, 2023

„Psychologia potrzeb (...) to prawda, że jest mniej „naukowa” i podejrzenie zależna...może właśnie od potrzeb swoich twórców, ale za to wnioski z niej płynące mają bezpośrednie znaczenie dla życiowych postaw i międzyludzkich stosunków”

(Garczyński, 1972)

„Jakość życia jest czymś więcej niż tylko wolnością od głodu czy chłodu albo wolnością od cierpień, okaleczeń i przedwczesnych zgonów; jest nią bowiem także dążenie do samostanowienia o sobie i do możliwości współdecydowania o sprawach swoich najbliższych (...)”

(J. Aleksandrowicz, za: Bidzan, 2008)

Dziękuję

Prof. dr hab. Beacie Pastwie-Wojciechowskiej

- za współpracę i poświęcony czas, cenne wskazówki merytoryczne oraz wiarę w to, że nauka i mądrość to wartości, które nie mają ceny

Prof. dr hab. n. med. Januszowi Heitzmanowi

- za to, że ukształtował moją drogę zawodową, każdego dnia szedł ze mną ścieżkami psychiatrii sądowej i umożliwiał mi odkrywanie jej cieni i blasków

Dr n. med. Adamowi Klasikowi

- za to, że dawno temu jako jedyny uwierzył w POTRZEBĘ PSYCHOLOGII w moim życiu i nie pozwolił mi zabić marzeń...

Uczestnikom badań

- za to, że wprowadzili mnie w swój prawdziwy świat potrzeb, pragnień, niespełnionych nadziei i małych codziennych szpitalnych radości...

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	8
STRESZCZENIE.....	9
ABSTRACT.....	11
WSTĘP	13
ROZDZIAŁ I POTRZEBY PACJENTÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII	
SĄDOWEJ.....	17
1.1. POJĘCIE I CHARAKTERYSTYKA POTRZEB	17
1.1.1. Rozumienie pojęcia i jego definicje	17
1.1.2. Kategoryzacja i cechy potrzeb.....	19
1.2. WYBRANE KONCEPCJE POTRZEB PSYCHICZNYCH.....	23
1.2.1. Teoria potrzeb Bronisława Malinowskiego.....	25
1.2.2. Koncepcja potrzeb psychicznych Henry’ego A. Murraya.....	25
1.2.3. Hierarchia potrzeb Abrahama Maslowa	28
1.2.4. Potrzeby w ujęciu Kazimierza Obuchowskiego.....	34
1.3. ZNACZENIE I ROLA POTRZEB W ŻYCIU CZŁOWIEKA.....	38
1.3.1. Potrzeby jako czynniki motywacyjne oraz regulujące zachowanie człowieka.....	38
1.3.2. Zaspokojenie i niezaspokojenie potrzeb.....	39
1.4. DEPRYWACJA POTRZEB W WARUNKACH IZOLACJI SPOŁECZNEJ.....	41
1.4.1. Deprywacja potrzeb jako rodzaj sytuacji trudnej (stresowej) i jej konsekwencje	43
1.4.2. Frustracja potrzeb a zachowania agresywne. Teoria frustracja – agresja Dollarda i Millera	46
1.5. POTRZEBY OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI.....	48
1.5.1. Rozumienie potrzeb w opiece zdrowotnej.....	49
1.5.2. Charakterystyka potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	49
1.5.3. Struktura potrzeb pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrycznych na tle hierarchii potrzeb A. Maslowa	51
1.5.4. Badania dotyczące potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	56
1.6. POTRZEBY PACJENTÓW SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNYCH W ŚWIETLE DOTYCHCZASOWYCH BADAŃ	59

ROZDZIAŁ II JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII SĄDOWEJ.....	65
2.1. JAKOŚĆ ŻYCIA JAKO INTERDYSCYPLINARNY OBSZAR BADAWCZY	65
2.1.1. Geneza koncepcji jakości życia człowieka oraz ujęcia definicyjne	66
2.1.2. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych. Obiektywizm i subiektywizm oceny	70
2.2. JAKOŚĆ ŻYCIA W WYMIARZE PSYCHOLOGICZNYM I JEGO UWARUNKOWANIA	74
2.2.1. Pojęcie dobrostanu psychicznego	77
2.2.2. Spełnienie potrzeb a jakość życia	78
2.3. JAKOŚĆ ŻYCIA W PERSPEKTYWIE MEDYCZNEJ.....	80
2.3.1. Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – HRQOL	81
2.3.2. Jakość życia związana ze zdrowiem a wymiary funkcjonowania człowieka.....	82
2.3.3. Cel i znaczenie badań dotyczących jakości życia pacjentów	84
2.4. JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI	85
2.4.1. Specyfika badań jakości życia w grupie pacjentów z diagnozą choroby psychicznej	86
2.4.2. Ocena jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi na przykładzie pacjentów z diagnozą schizofrenii	88
2.5. JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNYCH W ŚWIECIE DOTYCHCZASOWYCH BADAŃ	91
2.5.1. Badania jakości życia w psychiatrii sądowej jako czynnik/wskaźnik terapeutyczny	92
2.5.2. Jakość życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych w świetle badań zagranicznych.....	95
2.6. KONCEPCJA GOOD LIFE MODEL (GLM) TONYEGO WARDA.....	98
ROZDZIAŁ III KONCEPCJA I ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE BADAŃ WŁASNYCH.....	105
3.1. PROBLEM I CELE BADAŃ	106
3.2. PYTANIA BADAWCZE.....	108
3.3. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH	110
3.3.1. Charakterystyka badanej grupy	111

3.3.2. Charakterystyka pacjentów sądowych w poszczególnych oddziałach według ich poziomu zabezpieczenia	119
3.4. ZASTOSOWANE METODY BADAWCZE	131
3.4.1. CANFOR - Camberwell Assessment of Need – Forensic Version	131
3.4.2. WHODAS 2.0. - WHO Disability Assessment Schedule 2.0	132
3.4.3. FQL- SV – Forensic Inpatient Quality of Life Questionnaire – Short Version	133
3.4.4. PSS-10 – Perceived Stress Scale	134
3.4.5. MOAS – Modified Overt Aggression Scale	135
3.4.6. Kwestionariusz socjodemograficzno-kliniczny	136
3.5. ANALIZOWANE ZMIENNE	137
3.6. ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ	137
3.7. ZASTOSOWANE METODY STATYSTYCZNE	139
ROZDZIAŁ IV WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	141
4.1. WYNIKI BADAŃ DOTYCZĄCYCH CAŁEJ GRUPY 120 PACJENTÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII SĄDOWEJ	141
4.1.1. Statystyki opisowe	141
4.1.2. Charakterystyka potrzeb pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej	142
4.1.3. Rodzaj zaburzeń psychicznych a liczba wykazywanych przez pacjentów potrzeb	148
4.1.4. Poziom funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów a ich potrzeby i satysfakcja z pomocy udzielanej im przez szpital	149
4.1.5. Subiektywne postrzeganie jakości życia przez pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej	150
4.1.6. Czas przebywania pacjentów sądowych na detencji a odczuwane przez nich potrzeby oraz nasilenie stresu	152
4.1.7. Deprywacja potrzeb a stres oraz nasilenie zachowań agresywnych wśród pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej	155
4.2. WYNIKI BADAŃ PORÓWNAWCZYCH DOTYCZĄCYCH 3 GRUP PACJENTÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII SĄDOWEJ O RÓŻNYCH POZIOMACH ZABEZPIECZENIA	156

4.2.1. Różnice w potrzebach pacjentów przebywających w oddziałach sądowych o różnych poziomach zabezpieczenia	156
4.2.2. Różnice w poziomie satysfakcji z pomocy otrzymywanej od szpitala oraz postrzeganej jakości życia pacjentów oddziałów sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia	163
4.2.3. Różnice w nasileniu odczuwanego stresu wśród pacjentów oddziałów sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia	167
4.2.4. Różnice w nasileniu zachowań agresywnych wśród pacjentów oddziałów sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia	168
4.3. WYNIKI BADAŃ PREDYKCYJNYCH DOTYCZĄCYCH POTRZEB PACJENTÓW ORAZ PRZEJAWIANIA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH NA PODSTAWIE ANALIZ REGRESJI	169
4.3.1. Analiza regresji dotycząca przewidywania liczby wykazywanych przez pacjentów sądowych potrzeb	169
4.3.2. Analiza regresji dotycząca przewidywania zachowań agresywnych wśród pacjentów detencyjnych	174
4.4. ANALIZA MEDIACJI	175
ROZDZIAŁ V OMÓWIENIE I INTERPRETACJA WYNIKÓW	177
5.1. ANALIZA WYNIKÓW W ŚWIELE SFORMUŁOWANYCH PYTAŃ BADAWCZYCH, PRAKTYKI KLINICZNEJ, SYSTEMU PRAWNEGO ORAZ LITERATURY PRZEDMIOTU	177
5.1.1. Potrzeby pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej	177
5.1.2. Jakość życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych	185
5.1.3. Zróznicowanie potrzeb oraz postrzeganej jakości życia a poziom zabezpieczenia oddziałów psychiatrii sądowej	187
5.1.4. Czas pobytu, deprivacja potrzeb a stres oraz nasilenie zachowań agresywnych u pacjentów detencyjnych	199
5.2. ANALIZY I SPOSTRZEŻENIA NIEUJĘTE W PYTANIACH BADAWCZYCH.....	204
5.3. ZNACZENIE BADAŃ DLA NAUKI I PRAKTYKI.....	207
5.4. OGRANICZENIA BADAŃ I PROPOZYCJE KIERUNKU DALSZYCH ANALIZ	208
PODSUMOWANIE	212
BIBLIOGRAFIA	213

SPIS TABEL	248
SPIS WYKRESÓW	251
SPIS RYSUNKÓW	253
ANEKS.....	254
OŚWIADCZENIE	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.

WYKAZ SKRÓTÓW

Kk – kodeks karny

kpk – kodeks postępowania karnego

kkw – kodeks karny wykonawczy

rozp. – rozporządzenie

STRESZCZENIE

Problem: W ciągu ostatnich kilku dekad piśmiennictwo z zakresu psychologii sądowej i psychiatrii zdominowane zostało przez badania i publikacje dotyczące przemocy i instrumentów służących do oceny ryzyka zachowań agresywnych. Zazwyczaj instrumenty te opierają się na teoretycznym modelu RNR (ryzyko–potrzeby–reakcja), gdzie identyfikacja potrzeb kryminogennych stanowi podstawę leczenia pacjentów sądowych. Obecnie uważa się, że potrzeby psychiczne, stanowiące ważne dla człowieka wartości wraz z potrzebami codziennego życia kształtującymi jego jakość, a także czynniki środowiskowe i społeczne, są równie istotne dla planowania leczenia i opieki nad chorymi przebywającymi w psychiatrycznych oddziałach detencyjnych. Ocena potrzeb w ośrodkach psychiatrii sądowej w Polsce jest wciąż słabo rozwinięta, w porównaniu z długą tradycją badań nad potrzebami w oddziałach ogólnopsychiatrycznych i ośrodkach ambulatoryjnych. Niemniej jednak, praktyczna istotność takiej oceny wydaje się bezsporna, a wręcz niezbędna w optymalizowaniu procesu terapeutycznego pacjentów sądowych.

Celem niniejszej pracy była wszechstronna analiza potrzeb pacjentów detencyjnych oraz postrzeganej przez nich jakości życia, ich uwarunkowań i wpływu na różne aspekty funkcjonowania psychicznego i społecznego, w tym także na jedno z bardziej problematycznych zjawisk występujących w oddziałach sądowych, jakim są zachowania agresywne. Analizę potrzeb i ich roli w życiu człowieka oparto o psychologiczną teorię potrzeb Masłowa, a z racji tego, że praca dotyczy potrzeb chorych psychicznie, omówiono także istotę potrzeb w paradygmacie medycznym. Całość rozważań uzupełniono o założenia koncepcji Good Life Model, na której budowane są nowoczesne modele resocjalizacji i którą proponuje się zaimplementować na grunt psychiatrii sądowej. Zaprezentowane w pracy badania obejmowały: 1) analizę obrazu i uwarunkowań przejawianych przez pacjentów sądowych potrzeb i stopnia ich zaspokojenia; 2) określenie roli spełnienia bądź niespełnienia potrzeb w kształtowaniu zachowań pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej; 3) określenie znaczenia jakości życia w terapii i resocjalizacji pacjentów detencyjnych; 4) ocenę wpływu realizacji potrzeb i jakości życia oraz innych określonych czynników na występowanie wśród pacjentów zachowań agresywnych.

Metoda: Badaną grupę stanowili pacjenci/teki (N = 120) zrekrutowani w 13 oddziałach psychiatrii sądowej na terenie różnych województw Polski i realizujący w nich izolacyjny środek zabezpieczający. Zostali oni podzieleni na trzy podgrupy wedle kryterium poziomu zabezpieczenia zakładu, w którym przebywali (podstawowy – N=40; wzmocniony N=40; maksymalny – N=40). W badaniach posłużono się następującymi narzędziami badawczymi: 1) CANFOR - Camberwell Assessment of Need – Forensic Version; 2) WHODAS 2.0. - WHO Disability Assessment Schedule 2.0; 3) FQL- SV – Forensic Inpatient Quality of Life Questionnaire – Short Version; 4) SS-10 – Perceived Stress Scale ; 5) MOAS – Modified Overt

Agression Scale; 6) Kwestionariusz socjodemograficzno-kliniczny. Narzędzia te umożliwiły udzielenie odpowiedzi na szereg szczegółowych pytań badawczych. Praca ma w całości charakter eksploracyjny.

Wyniki: Grupy pacjentów przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia różniły się pod względem ilości wykazywanych potrzeb spełnionych i niespełnionych (z różnych zakresów). Najwięcej pacjentów odczuwało niespełnienie w zakresie potrzeb podstawowych – w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia oraz potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej i socjalnej – w oddziałach o poziomie wzmocnionym. Ponadto, analizy wykazały, że w odczuciu pacjentów - nie otrzymywali oni dostatecznej ilości pomocy i wsparcia w realizowaniu swoich potrzeb. Pomimo istniejących różnic międzygrupowych dotyczących realizacji potrzeb i oczekiwanego wsparcia, pacjenci wszystkich trzech grup nie różnili się jednak pod względem ogólnie postrzeganej jakości życia (przeciętna satysfakcja), a różnice zaobserwowano jedynie w obszarze autonomii. Najwyższy poziom autonomii odczuwali pacjenci oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Nie wykazano istotnych różnic w nasileniu stresu u pacjentów przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia, natomiast najwyższy poziom agresji występował wśród chorych z ośrodków o zabezpieczeniu maksymalnym. U nich także stwierdzono istotnie wyższy, w porównaniu do dwóch pozostałych grup, poziom objawów psychopatologicznych.

W toku dokonanych analiz w obrębie całej klinicznej grupy 120 pacjentów sądowych ustalono, że pacjenci przejawiający zachowania agresywne w oddziałach uzyskali istotnie wyższe wyniki dotyczące poziomu odczuwanego stresu, niż osoby, które takich zachowań się nie dopuszczały. Potwierdzono także istnienie dodatniej korelacji pomiędzy liczbą zdeprywanych potrzeb, a nasileniem stresu i częstością występowania zachowań agresywnych.

Wnioski: Realizacja potrzeb pacjentów i zapewnienie im optymalnej jakości życia w oddziałach psychiatrii sądowej są niezwykle istotne, gdyż deprivacja potrzeb może wpływać na nasilenie u chorych zachowań agresywnych.

Określenie roli spełnienia bądź niespełnienia potrzeb w procesie terapeutycznym, ich wpływu na poziom przeżywanego stresu oraz na nasilenie zachowań agresywnych w oddziale – pozwala na uczynienie z nich istotnego instrumentu, sprzyjającego korygowaniu nieprawidłowych zachowań i formułowaniu określonych planów motywacyjnych.

Analiza potrzeb umożliwia także lepsze zrozumienie pacjentów i w konsekwencji - zaproponowanie im oferty terapeutycznej bardziej adekwatnej i zindywidualizowanej. Wszystko to może korzystnie oddziaływać na proces leczenia, rehabilitacji i resocjalizacji pacjentów sądowych.

Słowa kluczowe: potrzeby, jakość życia, środki zabezpieczające, oddziały psychiatrii sądowej

ABSTRACT

Background: Over the past few decades, the literature on forensic psychology and psychiatry has been dominated by research and publications on violence and instruments for assessing the risk of aggressive behaviour. Typically, these instruments use the theoretical RNR (risk-needs-response) model, where identifying criminogenic needs forms the basis for treating forensic patients. It is now believed that psychological needs, which are important values for people along with all day-to-day needs that affect their quality of life, and environmental and social factors are equally important for planning treatment and care for patients in forensic psychiatric wards. The assessment of needs in forensic psychiatry facilities is still underdeveloped compared to the long tradition of research on needs in psychiatric wards and outpatient facilities. Nevertheless, the practical relevance of assessing the needs and quality of life of forensic patients seems indisputable and even essential for optimizing their therapeutic process.

The aim of this study was a comprehensive analysis of forensic patients' needs and perceived quality of life, their determinants and their impact on various aspects of psychological and social functioning, including one of the more problematic phenomena occurring in forensic psychiatric wards: aggressive behaviour. The analysis of needs and their role in human life was based on Maslow's psychological theory of needs. Furthermore, since the paper deals with the needs of *mentally* disordered offenders, the essence of needs in the medical paradigm was also discussed. Finally, all considerations have been enriched with the ideas of the Good Life Model concept, on which modern rehabilitation models are built and proposed to be implemented in Polish forensic psychiatry. The study presented in the dissertation included: 1) analysis of the structure and determinants of the needs presented by forensic patients and the degree to which needs are met; 2) identification of the role of met or unmet needs in determining the behaviour of forensic patients; 3) determination of the importance of quality of life in the therapy and rehabilitation of forensic patients; 4) evaluation of the impact of need satisfaction and quality of life and other specified factors on the occurrence of violent behaviour among patients.

Methods: The study group consisted of patients (N = 120) recruited from 13 forensic psychiatry wards in various provinces of Poland who received therapy in isolation as part of a protective measure. They were divided into three subgroups according to their facility's level of security (low - N=40; medium - N=40; high - N=40). The following research tools were used in the study: 1) CANFOR - Camberwell Assessment of Need - Forensic Version; 2) WHODAS 2.0 - WHO Disability Assessment Schedule 2.0; 3) FQL-SV - Forensic Inpatient Quality of Life Questionnaire - Short Version; 4) SS-10 - Perceived Stress Scale; 5) MOAS - Modified Overt Aggression Scale; 6) Sociodemographic-Clinical Questionnaire. The tools made it possible to answer several specific research questions. The dissertation as a whole is exploratory in nature.

Results: All groups of patients residing in forensic wards with three different levels of security differed in terms of the number of met and unmet needs (from different need domains). Most patients felt unfulfilled in terms of basic needs - in units with a low level of security, and health (treatment) and social care needs - in wards with medium security levels. In addition, the analyzes showed that, according to the patients, they did not receive enough help and support in meeting their needs. Despite the existing intergroup differences in the satisfaction of needs and expected support, the patients of all three groups did not differ in terms of the overall perceived quality of life (average satisfaction), and differences were observed only in the area of autonomy. The highest level of autonomy was demonstrated by the patients of wards with a low level of security. There were no significant differences in the intensity of stress among patients in wards with three different levels of security, while the highest level of aggression was observed among patients from maximum-security facilities. They also had a significantly higher level of psychopathological symptoms compared to the other two groups.

In the course of analyzes carried out within the entire clinical group of 120 forensic patients, it was found that patients displaying aggressive behavior in the wards obtained significantly higher scores on the level of perceived stress than those who did not engage in such behavior. The existence of a positive correlation between the number of deprived needs and the intensity of stress and the frequency of aggressive behavior was also confirmed.

Conclusions: Meeting patients' needs and optimizing their quality of life in forensic psychiatric wards is extremely important, because the deprivation of needs can affect the intensity of aggressive behavior in patients.

Determining the role of met and unmet needs of forensic patients in the therapeutic process, their impact on the level of experienced stress and the severity of aggressive behaviour in the ward, make them an essential instrument that helps to correct behaviours and formulate specific motivation plans. Needs analysis also enables a better understanding of patients and to offering them more adapted and more individualized therapy. All these actions may be crucial in the treatment, rehabilitation and resocialization of mentally disordered offenders.

Key words: needs, quality of life, preventive measures, forensic psychiatric patients

WSTĘP

„Warunkiem prawidłowego postępowania jest poznanie potrzeb i motywów. Nie jest to łatwe, a trudność polega przede wszystkim na właściwym rozpoznaniu potrzeb (...)” (Obuchowski, 2000).

Żadne słowa lepiej nie oddadzą istoty niniejszej pracy badawczej dotyczącej potrzeb i jakości życia pacjentów realizujących środek zabezpieczający w oddziałach sądowych. Zestawienie potrzeb i motywów z postępowaniem człowieka wprost sugeruje ich związek oraz wzajemne uwarunkowania, a to z kolei daje możliwości analizy ludzkich zachowań. Właściwe rozpoznanie potrzeb, samookreślenie się człowieka determinuje kroki zmierzające do ich zaspokojenia, a sposoby realizacji ludzkich dążeń i pragnień są zróżnicowane i wyznaczają zakres zachowań zmierzających do osiągnięcia celu – od tych zgodnych z prawem i normami społecznymi, aż do czynów godzących w samego człowieka albo jego istotne wartości.

Problematyka potrzeb człowieka należy do tych dziedzin, które łączą znaczenie teoretyczne z wyjątkową doniosłością praktyczną. Dotyczy ona niemalże wszystkich nauk o człowieku – od dyscyplin biologicznych i medycyny, a skończywszy na socjologii, teorii kultury, filozofii czy estetyce. Dyscypliną, która najbardziej wszechstronnie zajmowała się potrzebami człowieka jest psychologia. Na przestrzeni wieków powstało wiele teorii, modeli oraz klasyfikacji potrzeb, a także zgromadzono pokaźny dorobek empiryczny, dotyczący roli różnych potrzeb w determinacji ludzkiego zachowania (Kocowski, 1982). W ostatnich latach o „potrzebach”, jako przedmiocie analiz teoretycznych i empirycznych, niejako zapomniano, na co wskazuje mała ilość najnowszych publikacji z tego zakresu. Istotność praktyczna badań nad potrzebami wydaje się jednak wciąż bezsporna, a wręcz niezbędna dla wyznaczania różnych kierunków rozwoju nauki.

Proponowane w niniejszej pracy przeniesienie teorii potrzeb na grunt psychiatrii i psychologii sądowej ma służyć właśnie temu celowi. Wychodząc od sposobów rozumienia i definiowania potrzeb pacjentów, od poglądów na zindywidualizowaną genezę i hierarchię potrzeb, przy uwzględnieniu rodzajów reakcji na ich deprivację – można dotrzeć do realnego obrazu stanu psychicznego chorych, postrzegania przez nich jakości życia, nasilenia przeżywanego stresu, a nawet częściowo - etiologii przejawianych zachowań agresywnych. Ten kierunek analiz pozwala także zastanowić się, czy spełnienie podstawowych potrzeb oraz optymalizacja jakości życia pacjentów

sądowych mogą wykazywać pośrednio efekt terapeutyczny. Badania zagraniczne (Mann i in., 2004; Serran i in., 2003; Simons i in., 2006; Ware i Bright, 2008; Whitehead i in., 2007; Willis i Ward, 2013) dowodzą, że zmienne te warunkują poprawę zarówno stanu psychicznego, jak i somatycznego, a bez tego, jak pokazuje praktyka kliniczna, zagrożenie zachowaniami agresywnymi i „recydywą” ze strony osób niepełnosprawnych nie zmaleje.

Niniejsza praca obejmować będzie wszechstronną analizę potrzeb pacjentów sądowych oraz postrzeganą przez nich jakość życia, ich uwarunkowania i wpływ na różne aspekty funkcjonowania psychicznego i społecznego, w tym na najbardziej problematyczne zjawisko występujące w oddziałach detencyjnych, jakim jest agresja.

W celu wyjaśnienia roli potrzeb w życiu człowieka (pacjenta) posłużono się psychologiczną teorią potrzeb Masłowa (1970, 2013) (za: Gasiul, 2007; Koluch, 2001; Siek, 1984; Obuchowski, 2000; Pasek, 2019), a z racji tego, że potrzeby dotyczą chorych psychicznie – obszernie wyjaśniona zostanie także istota potrzeb w paradygmacie medycznym (Brewin, 1992; Dobrzyńska, Rymaszewska i Kiejna, 2008; Liberadzka i Kurbiel, 2015; Stevens i Gabbay, 1999; WHO, 1980; Priebe, Huxley i Burns, 1999; Wiersma, 2006), dobrze dopasowanym do realiów życia pacjentów w oddziałach sądowno-psychiatrycznych. W tym nurcie opisane zostanie całościowe ich funkcjonowanie psychofizyczne, a nie tylko ich potrzeby psychiczne.

W całość rozważań psychologiczno-prawno-systemowych w obszarze realizacji potrzeb i jakości życia pacjentów sądowych wplecione zostaną założenia koncepcji Good Life Model (GLM czyli Model Dobrego Życia), która na gruncie polskim pojawiła się stosunkowo niedawno (Pospiszyl, 2021a, 2021b) i to jedynie w odniesieniu do terapii sprawców przestępstw seksualnych oraz innych osadzonych w zakładach karnych. Próba przeniesienia tej teorii resocjalizacji w mury oddziałów szpitalnych wymusza jednocześnie zadanie ważnych pytań o stan aktualny i warunki realizacji detencji w Polsce: czy stosując obecny „model penitencjarny” w psychiatrii sądowej (który obok leczenia, opiera się na formułowaniu rygorystycznych regulaminów, tworzeniu katalogów rzeczy i działań zabronionych, zatrudnianiu coraz to większej liczby personelu ochrony celem zwiększenia bezpieczeństwa w oddziale) jest w stanie zaspokoić podstawowe potrzeby pacjentów, zagwarantować im optymalną jakość życia i spełnić cel terapeutyczny? I czy można takimi punitywnymi metodami nauczyć pacjentów modelu współpracy oraz życia opartego na zaufaniu i odpowiedzialności?

Rozdział I niniejszej pracy w całości będzie dotyczył potrzeb. Przedstawione zostaną ich różne ujęcia definicyjne, charakterystyki oraz najpopularniejsze sposoby ich kategoryzacji. Kolejno nastąpi prezentacja wybranych koncepcji potrzeb psychicznych (Malinowskiego, Murraya, Obuchowskiego), ze szczególnym uwzględnieniem teorii potrzeb Abrahama Masłowa. Podkreślając znaczenie i rolę potrzeb w życiu człowieka, przedstawione zostanie zjawisko deprywacji potrzeb i jej konsekwencji dla stanu psychicznego człowieka, w nawiązaniu do teorii kryminologicznej frustracji-agresji Dollarda i Millera. Ostatnia część rozdziału będzie odnosiła się *stricto* do potrzeb w opiece zdrowotnej, w szczególności potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Zaprezentowana zostanie struktura potrzeb pacjentów przebywających w oddziałach ogólnopsychiatrycznych na tle hierarchii potrzeb Masłowa oraz szczegółowa charakterystyka potrzeb pacjentów sądowych w świetle dotychczasowych badań.

Rozdział II obejmie problematykę jakości życia. Rozpoczynając od genezy koncepcji jakości życia człowieka i opisu jej interdyscyplinarnego charakteru oraz różnych perspektyw badawczych (medyczna, psychologiczna i społeczna), wyjaśnione zostaną: pojęcie dobrostanu psychicznego oraz zależności pomiędzy spełnieniem potrzeb a jakością życia i ich wzajemne uwarunkowania. Najistotniejsza część rozdziału poświęcona zostanie jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi, na przykładzie pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią, w tym w szczególności ocenie jakości życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Przedstawione zostaną dotychczasowe badania opisujące jakość życia chorych w oddziałach detencyjnych, jak również jakość życia w wymiarze terapeutycznym. Rozdział zakończy prezentacja teorii Good Life Model Tonyego Warda.

Rozdział III zawierać będzie opis koncepcji i założeń metodologicznych badań własnych. Zostaną zaprezentowane: problem i cele badań, sformułowane pytania badawcze, używane narzędzia, charakterystyka analizowanych zmiennych, organizacja i przebieg badań, a także stosowane metody statystyczne.

W Rozdziale IV umieszczone zostaną najważniejsze wyniki badań z uwzględnieniem przyjętego podziału na dwie części: 1) wyniki dotyczące całej grupy 120 pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej; 2) wyniki badań porównawczych dotyczących trzech grup pacjentów oddziałów sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia.

Rozdział V zawierać będzie omówienie i interpretację uzyskanych wyników, w odniesieniu do dotychczasowych ustaleń nauki. W tej części pracy wskazane zostaną

także ograniczenia badań, sugestie dotyczące dalszych analiz oraz możliwe implikacje. Przeanalizowane będzie także znaczenie badań dla nauki i praktycznego ich wykorzystania. Całość zamknie krótkie podsumowanie.

ROZDZIAŁ I

POTRZEBY PACJENTÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII SĄDOWEJ

1.1. Pojęcie i charakterystyka potrzeb

Rozpoczynając rozważania o ludzkich potrzebach, o ich naturze i funkcji oraz podejmując próby ich definiowania, nie sposób pominąć z pozoru banalnego, ale jakże istotnego stwierdzenia Obuchowskiego (Obuchowski, 2000), że od początków psychologii europejskiej pragnienia człowieka zawsze były związane z tym, co jest mu potrzebne i czego pragnie. Historia rozwoju człowieka, jego osobowości – jest bowiem nierozdzielnie związana z historią rozwoju jego potrzeb (Czerederecka, 1988). To właśnie te pierwotne mechanizmy związane z potrzebami powodują, że jednostka w ogóle chce poznawać, uczyć się i działać, by osiągnąć swoje cele (Obuchowski, 2000). Analizowanie potrzeb wymaga zatem rozpatrywania ich w całościaktywności człowieka, w relacji do świata i innych ludzi.

1.1.1. Rozumienie pojęcia i jego definicje

W literaturze brak jest jednej, uniwersalnej definicji potrzeb. Różnorodność poglądów odnaleźć można także w określeniach tego, czym są potrzeby psychiczne, jak je klasyfikować, dzielić i jakie symptomy poszczególnym potrzebom przypisywać. Na ich określenie używa się zamiennie pojęć takich jak „pobudki postępowania”, „popędy”, „instynkty”, „dążenia”, „motywy działania” czy „dyspozycje” (Colman, 2009; Czerederecka, 1988; Garczyński, 1972; Jankowski, 1976; Siek, 1984, 1993).

W większości ujęć definicyjnych potrzeby nierozdzielnie łączone są ze źródłami aktywności człowieka, co potwierdzają poglądy Rubinsztejna (1964, za: Czerederecka, 1988) i Leontiewa (za: Czerederecka, 1988). Twierdzą oni, że „potrzeby stanowią motyw działania”, „wyjściowe pobudki do działania”, „są wyrazem praktycznego związku człowieka ze światem i jego zależności od świata”, „stanowią bodźce do działania, dzięki którym człowiek jest istotą aktywną i czynną” (Rubinsztejn, 1964). Podobnie twierdzi Szewczuk (1970), według którego potrzeby, jako stany braku lub nadmiaru czegoś w danej osobie, skutecznie uaktywniają człowieka. Twierdzi on, że nie ma aktywności bez potrzeby, ale też i nie ma potrzeb, które by takiej aktywności w człowieku nie wyzwalaly (Szewczuk, 1970).

Rubinsztejn i Leontiew wskazują ponadto na potrzebę, jako na brak czegoś, będący jednocześnie stanem pasywno-aktywnym. Pasywnym – gdyż w owej potrzebie przejawia się zależność człowieka od tego, czego mu brak, a aktywnym – ponieważ potrzeba zawiera w sobie dążenie do zaspokojenia i pragnienie przedmiotu (rzeczy, określonego dobra), który ją zaspokoi (Czerederecka, 1988; Rubinsztejn, 1964).

Podobnie – z pojęciem „braku czegoś” łączy potrzebę Obuchowski (1983), przypisując jednocześnie potrzebie rolę pewnej cechy osobniczej (właściwości organizmu). Określa on potrzebę jako właściwość jednostki, polegającą na tym, że bez pewnych określonych warunków, nie może ona normalnie funkcjonować, tj. utrzymać się w stanie wewnętrznej równowagi, uzyskać optymalnej sprawności w zachowaniu siebie, gatunku i w utrzymaniu swojego własnego rozwoju. Potrzeba, jako cecha osobowości ma służyć przystosowaniu i samoregulacji oraz stanowić minimum niezbędnych warunków, bez których organizm psychosomatyczny jest zagrożony (Czerederecka, 1988; Obuchowski, 1983; Siek, 1984, 1993).

Sytuacja braku oraz pragnienia przywołuje od razu skojarzenia z brakiem stabilizacji i równowagi. Z takimi stanami kojarzy potrzebę Cameron, definiując ją wprost jako „stan niestabilnej lub zaburzonej równowagi w zachowaniu się organizmu, przejawiający się zwykle jako nasilająca się lub przedłużająca czynność i napięcie, wymagające rozładowania” (za: Obuchowski, 1983).

Spośród innych autorów, u których w kręgu zainteresowań leżały potrzeby psychiczne, wymienić należy Murray'a i Tolman'a (za: Czerederecka, 1988). Oprócz prób precyzyjnego zdefiniowania ich zakresów pokusili się również o różnicowanie potrzeb, popędów i motywów, choć do tej pory wzajemny stosunek tych pojęć nie jest jednoznacznie określony. Murray traktuje pojęcie potrzeby jako hipotetycznej fizykochemicznej nieokreślonej siły działającej w mózgu. Tą nieokreśloną siłą nazywa popędem (czyli energetycznym aspektem potrzeby, bodźcem, który zmusza do działania) (Czeredercka, 1988; Siek, 1993). Tolman, z kolei, różnicując popędy od potrzeb wskazuje, że popęd to inicjujący czynnik fizjologiczny, a potrzeba – to gotowość do określonego działania skierowanego na przedmioty. Popędy stanowią podstawowy motyw działania, a motyw działa wtedy, gdy określona potrzeba domaga się jej zaspokojenia (Czeredercka, 1988). Łącząc oba podejścia, warto przytoczyć pogląd Obuchowskiego, który twierdzi, że „ponieważ potrzeba psychiczna jest uważana za cechę osobowości, najwygodniej jest definiować ją jako jakąś hipotetyczną siłę organizującą specyficzne schematy reagowania, których celem jest bądź zmniejszenie nieprzyjemnego

stanu napięcia, bądź osiągnięcie jakichś innych celów, np. przełamanie określonych oporów środowiska w walce o byt, manipulowanie środowiskiem, rozmnażanie się” (za: Siek, 1993, s. 154-155).

Wymienione powyżej definicje zdają się być wystarczające, jako baza do dalszych rozważań teoretycznych oraz analiz empirycznych. Niemniej jednak zaznaczyć należy, że najbliższa koncepcji niniejszej pracy, odzwierciedlająca cel i sens pochylenia się nad problemem – jest definicja potrzeby - jako pewnego rodzaju braku, pragnienia, która dla stanu równowagi - wymaga jak najszybszego jej zaspokojenia.

1.1.2. Kategoryzacja i cechy potrzeb

Kategoryzacja i opis systemu potrzeb są niezwykle trudne. Wynika to ze współzależności celów i wzajemnych powiązań w całym systemie. Nie sposób przytoczyć tutaj wszystkich prezentowanych przez naukę klasyfikacji potrzeb ze względu na ich ogromną liczbę, powtórzenia w rozmaitych konfiguracjach, a tym samym mnożące się trudności w stworzeniu ich kompletnej i wyczerpującej listy. Większość podziałów potrzeb nie ma także charakteru rozłącznego, niemniej jednak warto opisać przynajmniej istotę najważniejszych z nich. Pozwoli to, chociaż w przybliżeniu, określić liczbę potrzeb, ich jakość oraz rodzaje (Kocowski, 1982).

Potrzeby, jak zostało już wspomniane, pełnią ważną rolę w procesie przystosowania się człowieka do otaczającej go rzeczywistości. Postępowanie człowieka i jego równowaga psychiczna zależą jednak nie tylko od samych warunków i wymagań środowiskowych, w jakich żyje, ale także od jego subiektywnego stosunku do danych realiów, a to z kolei, jest uwarunkowane stopniem zaspokojenia potrzeb ważnych dla danej konkretnej osoby (osobowości). Stąd też w literaturze spotyka się podział na potrzeby obiektywne oraz subiektywne. Obiektywne definiuje Tomaszewski (za: Garczyński, 1972, s. 8) jako „stałą zależność od otoczenia pod jakimkolwiek względem”, natomiast subiektywne to takie bieżące zmiany zachodzące w człowieku, gdy jego potrzeby obiektywne nie są zaspokojone. Manifestują się one w świadomości jako „przeżywanie braku dóbr materialnych lub niematerialnych, których posiadanie jest warunkiem życia lub przynajmniej zadowolenia z niego” (Tomaszewski, 1962, s. 222, za: Garczyński, 1972; Maruszewski, Reykowski i Tomaszewski, 1967).

Kolejna klasyfikacja potrzeb, ugruntowana w różnych bardziej bądź mniej rozbudowanych koncepcjach, także oparta jest na relacji człowieka z jego środowiskiem

oraz relacji ja-inni. Najogólniej dzieli się potrzeby na: biologiczne i społeczne. Te pierwsze, określane też jako „potrzeby fizjologiczne” (Obuchowski, 2000) wynikają wprost z organizmu, pochodzą od wewnątrz, dotyczą istnienia fizycznego jednostki ludzkiej oraz istnieją niezależnie od otoczenia, natomiast społeczne – pochodzą z psychiki, uformowanej przez relacje społeczne oraz są one w dużej mierze zdeterminowane przez otoczenie. Niektórzy zamiast określenia „społeczne” używają terminu „psychiczne”. Potrzeby psychiczne odnoszą się w tym kontekście do braków występujących ze względu na psychiczną strukturę osobowości człowieka. Zarówno potrzeby biologiczne, jak i społeczne (psychiczne) wzajemnie się warunkują. Potrzeby biologiczne zależą od otoczenia społecznego, w którym człowiek żyje, ale także potrzeby psychiczne, w tym ich intensywność związana jest nie tylko z wpływami otoczenia, ale także z właściwościami psychofizycznymi jednostki. Te wzajemne zależności potwierdzają od wieków powtarzaną tezę, że nie sposób wykreślić jasną linię podziału pomiędzy procesami biologicznymi (fizjologicznymi) i psychicznymi (Garczyński, 1972).

Obuchowski (2000) dzieli potrzeby na powszechne (dotyczące wszystkich ludzi) i indywidualne, specyficzne dla określonej jednostki i ważne tylko w jej indywidualnym przypadku. Te ostatnie Hilgard nazywał „potrzebami osobistymi”, czyli skupionymi jedynie wokół własnego „ja” (Hilgard, 1967, s. 196, za: Czerederecka, 1988).

Murray (oprócz swojego najbardziej znanego modelu, będącego przedmiotem dalszej odrębnej analizy) proponuje także dalsze dwa podziały: na potrzeby jawne i utajone, zależnie od tego czy ujawniają się one w słowach i postępowaniu, czy też jedynie w wyobraźni oraz potrzeby świadome i nieświadome, uzależnione od tego, czy człowiek zdaje sobie z nich sprawę czy nie (Garczyński, 1972).

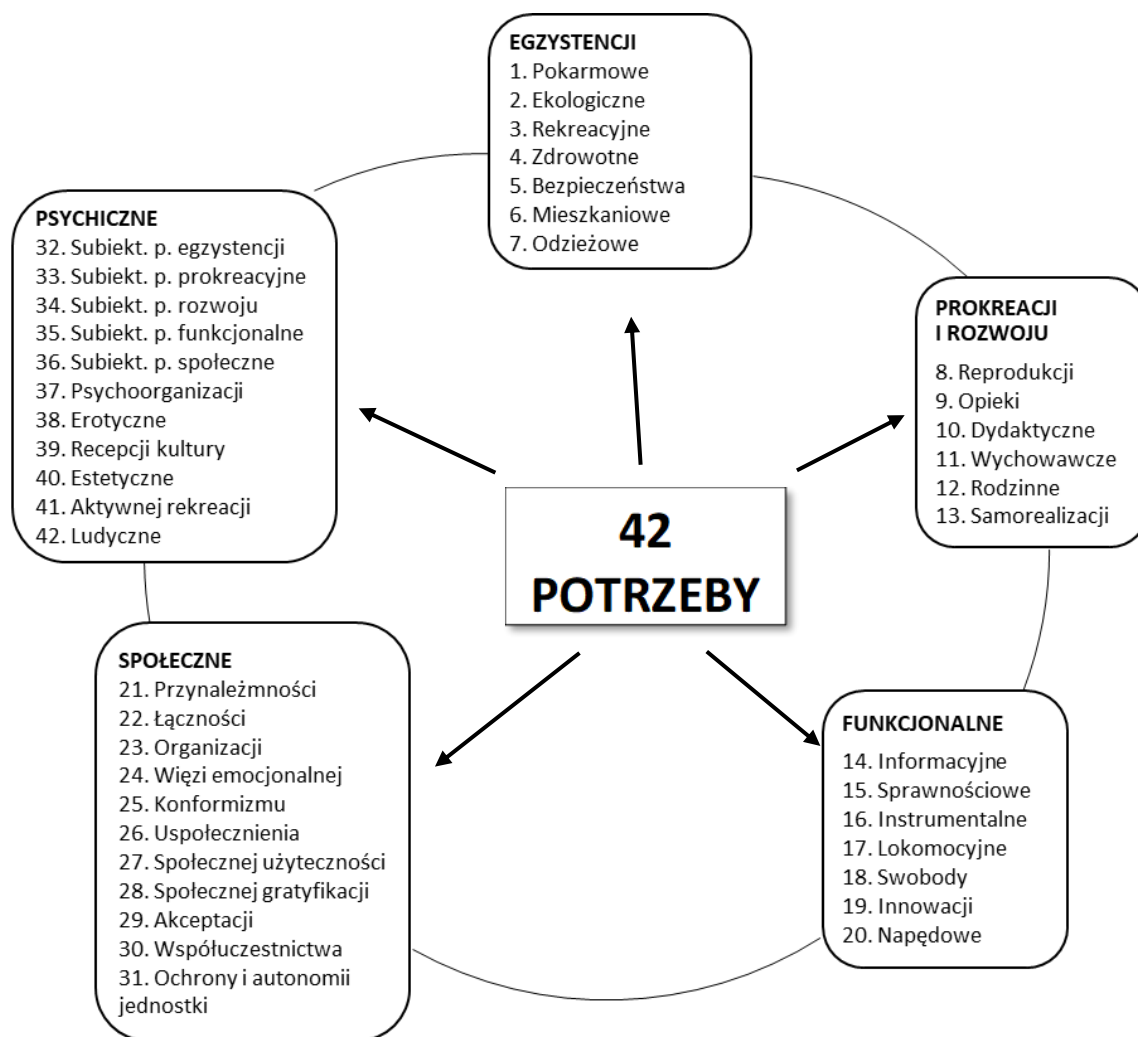
W różnych klasyfikacjach potrzeb odnoszono się także do podziału na potrzeby materialne i duchowe (hierarchicznie wyższe), powstające w wyniku działalności człowieka i wytwarzania przez niego dóbr w sferze intelektualnej i kulturalnej (Rubinsztejn, 1964), dopełniając tym samym trójpoziomowy model egzystencji człowieka (Trojan, 1999).

Podział na potrzeby „niższego rzędu” i „wyższego rzędu” proponował także Maslow, którego teoria potrzeb na stałe wpisała się w kanon najważniejszych koncepcji psychologicznych dotyczących tej problematyki (Maslow, 2013, Czerederecka, 1988; Gasiul, 2007; Koluch, 2001; Madsen, 1980; Obuchowski, 2000; Siek, 1884;), a zatem wymaga szerszego omówienia w dalszej części pracy.

Ciekawy podział oparty na zaczerpniętych zmiennych z teorii Murraya zaproponowali Rulla, Imoda i Ridick (1986), nawiązując do potrzeb transcendentnych, wiary i miłości Boga i bliźniego. Rozróżniał on potrzeby, które można pogodzić z życiem Ewangelią – heterocentryczne (czyli neutralne lub zbieżne z Ewangelią) oraz autocentryczne (rozbieżne), których zaspokojenia nie da się połączyć z zasadami katolickimi (za: Trojan, 1999).

Jak z powyższego wynika, trudno jest zaprezentować ogólną klasyfikację potrzeb, a jeszcze bardziej jej szczegółową systematykę. Różni badacze potrzeb przyjmują bowiem rozmaite kryteria ich podziału, tworząc następnie swoje własne listy potrzeb, przez innych także określane jako motywy, popędy, napędy, ergi, instynkty czy dynamizmy osobowości (Cattell, 1966; Freud, 2010; Gasiul, 2007; Hilgard, 1962; Maslow, 2013; Murray, 1953; Konorski, 1969; Obuchowski, 1983, 2000; Reykowski, 1970; Rubinsztejn, 1962; Siek, 1984, 1993 i in.). Listy te mogą być bardzo krótkie (Freud) lub bardzo długie, liczące nawet kilkadziesiąt pozycji (Murray, Bernard). Ostatecznym podsumowaniem i wytłumaczeniem niemożności wyszczególnienia, a tym bardziej scharakteryzowania czy usystematyzowania wszystkich potrzeb ludzkich, są słowa Reykowskiego (1970), który twierdzi, że potrzeb psychicznych jest „tak wiele, jak wiele psychologicznych warunków musi być spełnionych, aby działalność człowieka mogła przebiegać płynnie i bez zakłóceń, aby człowiek był zdolny do tzw. twórczego myślenia” (za: Garczyński, 1972, s. 9).

Oprócz wyżej wymienionych najbardziej znanych klasyfikacji potrzeb ludzkich, warto jeszcze przytoczyć bardzo stary, ale wciąż aktualny schemat, zaproponowany przez Kocowskiego (1982). Tworząc swój autorski projekt kategoryzacji i opisu całego systemu potrzeb miał on świadomość, iż nie jest i nigdy nie będzie to klasyfikacja rozłączna, ale starał się, aby była ona możliwie najbardziej wyczerpująca. Celowość przytoczenia w tym miejscu tego schematu tłumaczyć można względami porządkującymi wielość pomysłów, określeń, koncepcji i podziałów potrzeb człowieka powstałych na przestrzeni wieków, gdyż jest to jedno z najobszerniejszych ujęć klasyfikacyjnych. Kocowski (1982) dzieli wszystkie potrzeby człowieka na pięć grup, a każda grupa ma jeszcze od kilku do kilkunastu szczegółowo ujętych potrzeb. Dla uzyskania całościowego poglądu poniżej przedstawiono cały schemat, w którym owe pięć najważniejszych i głównych grup stanowią: 1) potrzeby egzystencji; 2) potrzeby prokreacji i rozwoju; 3) potrzeby funkcjonalne; 4) potrzeby społeczne; 5) potrzeby psychiczne.



Rysunek 1. Kategoryzacja potrzeb K. Kocowskiego

Źródło: Opracowanie własne, za: Kocowski, 1982, s. 199.

I choć nie jest to „klasyka” w rozumieniu potrzeb na miarę Masłowa czy Murraya, kategoryzacja ta jest niezmiernie istotna dla zrozumienia autorskich badań, zaprezentowanych w drugiej części pracy. Użyte bowiem do badania potrzeb pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej narzędzie (FQL-SV) skonstruowane jest w oparciu o podobne wyodrębnienie grup czy jednostkowych potrzeb (choć czasem odmiennie nazywane).

Kończąc rozważania na temat rozmaitych klasyfikacji i podziałów potrzeb, warto także dodać, że pomimo ich wielkiej różnorodności – odnaleźć można cechy wspólne wszystkim potrzebom. Po pierwsze – potrzeby zawsze są potrzebami czegoś, czyli mają swój przedmiot (rzecz materialna lub wynik jakiegoś działania) i dla ich zaspokojenia wymagają określonych warunków zewnętrznych. Po drugie, wszystkie potrzeby nabierają konkretnej treści zależnie od tego, w jaki sposób i w jakich warunkach bywają

zaspokajane. Są także nieograniczone, a zatem mają właściwości odnawiania się. Dotyczy to w szczególności potrzeb elementarnych, których cykliczność warunkowana jest zmianami w organizmie lub w zewnętrznym otoczeniu. Do innych wspólnych cech potrzeb zalicza się ich rozwojowość oraz zmienność w czasie. Potrzeby natury psychicznej i społecznej ulegają zmianom zależnie od wieku, środowiska i warunków życia. Zmienia się w czasie także intensywność odczuwania wszystkich potrzeb. Mogą one słabnąć lub nasilać się w zależności od tego, czy inne potrzeby są zaspokojone czy udaremnione. Jedną z ważniejszych cech wspólnych wszystkich potrzeb jest także reakcja na brak ich zaspokojenia. Potrzeby niezrealizowane wywołują zazwyczaj stany frustracyjne, które z kolei muszą spowodować jakieś nieadekwatne przystosowanie się jednostek do otoczenia. Najczęściej nasuwającym się przykładem takiej wadliwej adaptacji są reakcje obronne, ucieczki od rzeczywistości lub różne formy agresji (Czerederecka, 1988).

1.2. Wybrane koncepcje potrzeb psychicznych

Zainteresowania człowieka jego własnymi potrzebami, pragnieniami i dążeniami sięgają ponad dwa tysiące trzysta lat wstecz. W kulturze starożytnych Greków odnaleźć można już pewne zalecenia wobec trybu życia, zakładające umiarkowanie pragnień (potrzeb) i dbałość o ich pełne zaspokojenie. Zauważono, że jedne z pragnień są warunkiem istnienia człowieka, natomiast mogą (ale nie muszą), zostać spełnione, choć mogą być dla danej jednostki korzystne.

Już w III w. p.n.e. Epikur poddał rozwadze rodzaje pożądań ludzkich i opracował kryteria naturalności potrzeb i ich konieczności. Ponadto ocenił rolę ich intensywności, odróżniając namiętności które kontrolują człowieka, od tych pragnień – które kontroluje on sam. Ostateczny podział potrzeb Epikura przedstawiał się następująco: 1) potrzeby naturalne i konieczne; 2) potrzeby naturalne, ale niekonieczne; 3) potrzeby ani nienaturalne, ani niekonieczne. Tylko potrzeby naturalne i konieczne mają być tymi, które trzymają człowieka przy życiu (jedzenie picie). Reszta potrzeb jest zależna od człowieka i od tego w jaki sposób został on wychowany, od wzorców kultury oraz własnych jego wymagań i reguł (Obuchowski, 2000).

Omijając niejako słabiej zapisane w historii koncepcje ludzkich potrzeb, przed przejściem do opisu tych najbardziej znanych, warto jeszcze wspomnieć, że w czasach Oświecenia nauka wróciła ze zdwojoną siłą do analizy potrzeb przy okazji sporu o naturę

ludzką człowieka. Zadawano sobie pytanie, podejmowane przez filozofów po dziś dzień: „czy potrzeby specyficznie ludzkie są instrumentem, za pomocą których instytucje społeczne podporządkowują sobie jednostki ludzkie, czy też instytucje społeczne są instrumentem zaspokajania potrzeb ludzkich” (Obuchowski, 2000). Dziś aktualne są koncepcje potrzeb, jako tych właściwości człowieka, które powinny być zaspakajane przez instytucje społeczne. Stąd pytania o zaspokojenie potrzeb więźniów, pacjentów czy ogólnie różnych innych społeczności. Obuchowski (2000) w swoich rozważaniach idzie jeszcze dalej, przywołując koncepcje potrzeb chętnie używane przez systemy totalitarne. Chodzi w nich o to, że rolą instytucji społecznych jest nie tylko zaspokojenie tych potrzeb człowieka, które są dla ludzi korzystne, ale mają także przeciwstawiać się realizacji tych potrzeb, które przynoszą szkodę jednostce lub instytucjom (Obuchowski, 2000).

Przechodząc do analizy najbardziej popularnych w historii koncepcji potrzeb, warto jeszcze wspomnieć dlaczego w ogóle nauka podejmowała problematykę potrzeb. Część uczonych chciała w ten sposób lepiej zrozumieć zjawiska społeczno-kulturowe; inni dzięki analizie potrzeb dążyli do stworzenia opisu masowo występujących zachowań ludzkich; a jeszcze inni – potrzebowali koncepcji potrzeb dla lepszego zrozumienia specyficznych zachowań danej jednostki i jej problemów oraz odnalezienia najskuteczniejszych sposobów udzielania jej pomocy. Stąd zaczęto odróżniać potrzeby powszechne (właściwe wszystkim ludziom), od potrzeb specyficznych tylko dla danej osoby.

Obecnie obserwuje się stopniowe zanikanie zainteresowania psychologów problematyką potrzeb ludzkich. W konsekwencji brak jest współczesnych teorii, które podejmowałyby trud doskonalenia już stworzonych przez poprzednie pokolenia teorii, nie ma także nowych prac podejmujących trud systemowego i systematycznego studiowania właściwości psychicznych człowieka określających jego dążenia. Oparcia zatem do dalszych rozważań o naturze potrzeb szukać można w odległym w czasie, ale wciąż aktualnym stwierdzeniu Józefa Pietera, który wyraził pogląd, że „w toku swej historii ludzie najczęściej walczyli (...) o chleb, o wolność, o miłość i wiarę. Za to właśnie byli gotowi oddać swoje życie” (za: Obuchowski, 2000, s. 61). Przyjąć zatem można, że stwierdzenie Pietera zawiera wszystko to, co jest istotne dla natury potrzeb człowieka.

1.2.1. Teoria potrzeb Bronisława Malinowskiego

Jak podaje Obuchowski (2000), pierwszą współczesną, wyraźnie psychologiczną oraz zakorzenioną w naukach społecznych była teoria potrzeb Bronisława Malinowskiego. Zakładał on istnienie trzech poziomów potrzeb: 1) pierwszy poziom – to potrzeby podstawowe, wynikające z natury biologicznej człowieka (np. potrzeba metabolizmu, bezpieczeństwa); 2) drugi poziom – obejmują potrzeby instrumentalne, wynikające ze sposobu zaspokajania potrzeb biologicznych (są to rodzaje działalności dotyczące wytwarzania dóbr, obyczajowości, kształcenia i polityki); 3) a poziomie trzecim znajdują się potrzeby dotyczące nauki, religii i sztuki (Obuchowski, 2000).

1.2.2. Koncepcja potrzeb psychicznych Henry'ego A. Murraya

Jedną z kilku najbardziej rozpowszechnionych teorii potrzeb, które stały się inspiracją dla kolejnych pokoleń badaczy, stanowi koncepcja Murraya (1953). Potrzeba, według niego, jest konstruktem (fikcją lub hipotetycznym pojęciem), który oznacza nieznaną fizyko-chemiczną siłę działającą gdzieś w mózgu, organizującą percepcję, apercpcję, myślenie, napęd do działania oraz samo działanie po to, aby zmienić w określonym kierunku istniejącą, niezadawalającą sytuację. Potrzeba może być bezpośrednio sprowokowana przez jakiś wewnętrzny proces (wewnątrz organizmu, np. procesy endokrynologiczne), ale najczęściej wyzwała ją zaistnienie jakiegoś napięcia (Costa, McCrae, 1988; Koluch, 2001; Murray, 1953; Obuchowski, 2000; Siek, 1976, 1984, 1993; Trojan, 1999). Ma ona zatem na celu bądź zmniejszenie nieprzyjemnego stanu napięcia, bądź osiągnięcie jakiś innych celów ważnych dla jednostki. Można też ją rozumieć jako potencjalną możliwość reagowania organizmu w określony sposób i w tym sensie potrzeba staje się niejako utajoną właściwością organizmu (Siek, 1993).

Potrzeby są najczęściej wyzwalane przez działanie nacisków społecznych istniejących w środowisku funkcjonowania człowieka. Spośród przykładów takich nacisków wymienić można: zachowania agresywne innych, dominowanie, stosowanie przymusu, okazywanie aprobaty, współczucia, czy chęci opieki nad sobą.

W koncepcji Murraya warto jeszcze zwrócić uwagę na kwestie terminologiczne. Posługuje się on zarówno terminem „potrzeby”, jak i „popędu”. Potrzeba psychiczna odnosi się do procesów „zapoczątkowujących działanie” (napięcia, pragnienia, zamiary). Popęd, natomiast, określa samo dążenie do wykonania określonych czynności, czyli

napęd do wykonania tych czynności, które z kolei mają za cel usunięcie napięcia, braku czy stanu niedoboru (Siek, 1993).

Murray wyróżnił kilkadziesiąt potrzeb różnego rodzaju, dzieląc je i tworząc swoje klasyfikacje. Podstawowym jego podziałem, na którym opierają się także kolejni badacze, jest odróżnienie potrzeb pierwotnych (wiscerogennych) i wtórnych (psychogennych). Potrzeby wiscerogenne są wyzwalane przez procesy fizjologiczne (cielesne, organiczne) organizmu i celem ich jest fizyczne zaspokojenie, natomiast psychogenne zmierzają do zaspokojenia „psychicznego” (emocjonalnego). Murray był skłonny także twierdzić, że w niektórych sytuacjach potrzeby psychogenne dominują nad wiscerogennymi, co oznacza, że człowiek może i jest w stanie poświęcić swoje biologiczne istnienie w walce o szlachetne cele (Obuchowski, 2000; Siek, 1993; Trojan, 1999).

Jednostka nie wszystkie swoje potrzeby psychiczne musi przejawiać w zewnętrznym „jawnym” zachowaniu, ale może także zaspakajać je w procesach myślowych i wyobraźniowych. Te drugie, określane są przez Murraya jako „potrzeby utajone” (*versus* „potrzeby jawne”). W ich przypadku schematy reagowania, jakie wyzwała potrzeba, zostają stłumione lub/i wyparte, a sama potrzeba przejawia się jedynie „w ukryciu”. W kontakcie jednostki z określonymi bodźcami środowiskowymi może to wywołać stan niepokoju i napięcia, jednakże zaspokojenie musi nastąpić w wyobraźni, tłumiąc jednocześnie aktywność zewnętrzną człowieka. Przykładowo, potrzeba agresji może wyrażać się w fantazjach agresywnych, chęci oglądania filmów z użyciem przemocy, nie musi natomiast oznaczać od razu zaspokojenia w postaci agresywnych działań względem innych osób lub obiektów. Spośród ogółu potrzeb, które najczęściej przejawiają się „w ukryciu”, Murray wymienia: 1) potrzebę agresywności; 2) poniżania się; 3) poznawczą; 4) dominowania; 5) ekshibicjonizmu; 6) seksualną; 7) potrzebę doznawania opieki i oparcia (Siek, 1993).

Funkcjonowanie potrzeb w życiu psychicznym jednostki podlega, w świetle koncepcji Murraya, pewnym prawidłowościom. Po pierwsze – występują one w zmiennym nasileniu (od silnego napięcia jakiejś potrzeby, aż do jej osłabienia). Po drugie – potrzeby występują w życiu jednostki w określonych grupach – wiązkach. Każdy człowiek kieruje się wiązką różnych potrzeb, z których jedne są silniejsze i mogą podporządkowywać inne. I po trzecie – potrzeby psychiczne mogą popadać we wzajemne konflikty, szczególnie wtedy, gdy dwie wzajemne siły organizujące o sprzecznych tendencjach zaczynają działać. Takie konflikty mogą na przykład zachodzić pomiędzy

potrzebą agresywności a potrzebą bezpieczeństwa czy potrzebą autonomii i potrzebą doznawania opieki i wsparcia (Siek, 1993).

Kończąc rozważania na temat teorii potrzeb Murraya wspomnieć należy, że różne źródła podają różną liczbę wyodrębnionych i opisanych przez niego potrzeb ludzkich - od 20 do 40 (Obuchowski, 2000; Siek, 1993; Trojan, 1999; Maddi, 1980). Najczęściej jednak przytacza się w literaturze listę 27 potrzeb psychicznych człowieka (Siek, 1984, 1993).

POTRZEBY HENRY’EGO A. MURRAYA – lista 27 potrzeb					
1	Unikania fizycznego urazu	10	Uległości	19	Seksualna
2	Unikania psychicznego urazu ze strony innych	11	Usprawiedliwiania siebie	20	Doznawania opieki i oparcia
3	Unikania poniżenia we własnych oczach	12	Dominowania	21	Rozumienia
4	Poniżania się	13	Uzewnętrzniania swojej osobowości i ekshibicjonizmu	22	Nabywania
5	Wyczynu	14	Żywienia i opiekowania się	23	Poznawcza
6	Stowarzyszania się i afiliacji	15	Porządku	24	Tworzenia
7	Agresywności	16	Zabawy	25	Informowania innych
8	Autonomii	17	Odrzucania i izolacji	26	Doznawania aprobaty i uznania ze strony innych
9	Kompensacji	18	Przyjemnych doznań zmysłowych	27	Zatrzymywania

Rysunek 2. Lista potrzeb H. Murraya

Źródło: Opracowanie własne, za: Siek, 1984, s. 159.

Jak podaje Obuchowski (2000), koncepcja potrzeb Murraya jest przykładem tworzenia „empirycznych” list potrzeb na zasadzie „co tylko da się wyróżnić”. Stworzono w psychologii tego rodzaju zestawień bardzo wiele, co być może miało na celu głównie sporządzenie skal pomiaru potrzeb i stworzenie ich profilu, tak, aby wyniki dało się

opracować psychometrycznie. Nie pozwoliło to jednak na zbudowanie określonego konstruktów teoretycznego.

Przytoczona powyżej krytyka listy potrzeb Murraya i zarzut sprowadzenia klasyfikacji do „wyliczanki” nie stoi jednak na przeszkodzie, by uznać istotny wkład Murraya w stworzenie koncepcji potrzeb, jako właściwości osobowości, które są zlokalizowane w mózgu. I ta kluczowa myśl – „nie ma mózgu, nie ma osobowości (Murray, 1951 za: Obuchowski, 2000, s. 63) zawsze będzie kojarzona z Murrayem, niezależnie od tego, czy będzie ona miała więcej swoich zwolenników czy przeciwników (Obuchowski, 2000).

1.2.3. Hierarchia potrzeb Abrahama Maslowa

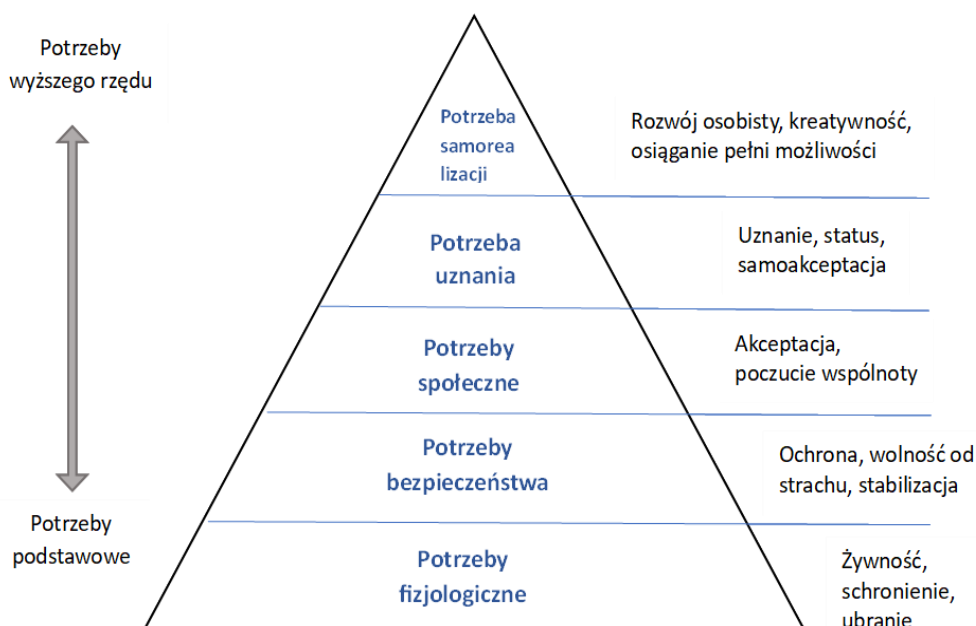
Teoria Maslowa, przedstawiona w jego głównym dziele zatytułowanym „Motivation and Personality” (1970) stanowi jedną z najbardziej rozpowszechnionych koncepcji potrzeb na świecie. Znana przez wszystkich „piramida potrzeb” to jednakże tylko cząstka wielkiej, spójnej teorii, stojącej u podstaw motywacji i dążenia człowieka do realizacji siebie.

Odnosząc się do kwestii terminologicznej i rozumienia potrzeb przez wspomnianych wyżej „poprzedników” warto na początku zaznaczyć, że potrzeb w ujęciu Maslowa nie da się jednoznacznie przypisać ani do tradycyjnego ujęcia potrzeby utożsamianej z pragnieniami lub popędami, ani też do zaprezentowanego powyżej murrayowskiego ujęcia potrzeby jako właściwości osoby. W jednych przypadkach traktuje on je jako to, co wynika z właściwości organizmu człowieka i jego osobowości, a w innych uznaje za właściwości popędowe. Maslow podkreśla jednak, że potrzeby mają naturę biologiczną i to od tego najbardziej podstawowego poziomu zaczyna budować swoją hierarchiczną teorię potrzeb (Obuchowski, 2000).

Tym, co już na pierwszy rzut oka odróżnia Maslowa od Murraya jest jego przeświadczenie, że nie należy wyodrębniać poszczególnych potrzeb, gdyż brak jest odpowiednich kryteriów podziału, a wyliczanie jednostkowych (cząstkowych) potrzeb jest bezcelowe, choćby z racji ich ogromnej liczby (Koluch, 2001; Maslow, 1970, 2013; Siek, 1984). Ponadto Maslow nie podaje konkretnych objawów jednostkowych potrzeb, ale wyodrębnia grupy potrzeb, opisując następnie występujące między nimi zależności (Siek, 1984).

Takie łączenie potrzeb w pewne grupy (wiązki) i analizowanie ich jako całości koresponduje z jego holistycznym rozumieniem człowieka funkcjonującego w środowisku. Koncepcja potrzeb Masłowa to jedna z najbardziej znanych teorii motywacyjnych, w której najważniejszym czynnikiem sprawczym (motorem napędowym) ma być potrzeba realizacji siebie. Chcąc jednak zrozumieć istotę dążeń ludzkich, potrzeb i motywacji – przyjąć należy założenie, że zachowanie człowieka i różne formy jego życia psychicznego muszą być traktowane jako integralna całość. Należy zrozumieć najpierw cały kontekst w jakim człowiek funkcjonuje, a zatem jego środowisko psychiczne i jego indywidualne właściwości. To tworzy dopiero holistyczną jedność. Jak zostało już wcześniej wspomniane, w takim kontekście nie jest możliwe zatem wyróżnienie jednostkowej formy pojedynczego dążenia (pojedynczej potrzeby) bez jej osadzenia na tle całości. Nadrzędnym celem jednostki jest dążenie do samorealizacji, które stanowi jej kierunek i cel indywidualnego rozwoju (Gasiul, 2007). Rozwój ten dokonuje się poprzez poszukiwanie i realizowanie celów, które wzbogacają życie jednostki i nadają jej sens. Cytując Obuchowskiego (2000, s. 64) przyjąć można, że według Masłowa „osobowość jest tym, czym się staje w toku spełniania tych celów, a rodzaje tych celów wyznaczają właśnie potrzeby”.

Z uwagi na to, że człowiek dąży do spełnienia nadrzędnej potrzeby, którą jest realizacja siebie, istnieje konieczność stworzenia jakiejś formy uporządkowania wszystkich potrzeb, które prowadzą do zaspokojenia tej najwyższej. Dlatego właśnie Masłow proponuje hierarchiczne uporządkowanie potrzeb ludzkich (tzw. piramida potrzeb Masłowa – przedstawiona poniżej).



Rysunek 3. Piramida potrzeb A. Maslowa

Źródło: Pasek, 2019, s. 65.

Założenie hierarchiczności potrzeb pozwala na wyróżnienie potrzeb niższych (niższego rzędu, podstawowych) i wyższych (wyższego rzędu). Do pierwszych zaliczane są potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, natomiast w grupie drugiej mieszczą się potrzeby uznania (szacunku) i realizacji siebie. Ponadto Maslow wylicza dodatkowo potrzeby poznawcze (intelektualne) i estetyczne również zaliczając je do potrzeb wyższych, nie tworzy z nich jednak oddzielnych grup, gdyż mają one być narzędziami w zaspokojeniu pozostałych pięciu grup potrzeb (Czerederecka, 1988; Gasiul, 2007; Kowalski, 1989; Madsen, 1980; Maslow, 2013; Obuchowski, 2000; Siek, 1984). Przed szczegółowym scharakteryzowaniem potrzeb z piramidy Maslowa, warto przytoczyć kilka sformułowanych przez niego tez (prawidłowości) dotyczących głównie potrzeb wyższych, które *a contrario* będą zgoła odmienne (lub całkowicie przeciwne) w odniesieniu do potrzeb niższego rzędu.

Potrzeby wyższe są tymi, które pojawiły się później w rozwoju ewolucyjnym, filogenetycznym i ontogenetycznym. Człowiek odczuwa je jako mniej naglące, ale za to ich zaspokojenie zazwyczaj prowadzi do silniejszego zadowolenia (szczęścia). Potrzeby wyższe, w przeciwieństwie do niższych, wymagają lepszych warunków do ich

zaspokojenia. Ponadto Maslow twierdzi, że potrzeby wyższego rzędu mogą wywierać daleko idące konsekwencje społeczne, wpływać na całe grupy ludzi oraz kształtować stosunki interpersonalne. Jak już sama nazwa wskazuje potrzeby wyższe, są usytuowane bliżej ostatecznej potrzeby, którą jest realizacja siebie, a tym samym stają się bliskie osiągnięcia celu na drodze do zindywidualizowanego rozwoju (Gasiul, 2007). Potrzeby niższe w hierarchii są silniejsze, gdyż dominują nad potrzebami wyższymi w sytuacji, kiedy obie nie są zaspokojone. Jeżeli zaspokojone zostaną zarówno wyższe, jak i niższe potrzeby, to zaspokojenie tych wyższych człowiek ceni zwykle bardziej (Miler – Zawodniak, 2012).

Z hierarchii potrzeb Maslowa wynika, że im lepiej są zaspokajane potrzeby podstawowe, tym istnieją większe szanse na ukształtowanie się potrzeb związanych z rozwojem (Czapów i Jedlewski, 1971). Dalsze wnioskowanie, że jedynie człowiek, którego potrzeby niższe zostały zaspokojone, jest zdolny do działania pod wpływem potrzeb wyższych, nie jest jednak do końca takie oczywiste. Przyjmując to wątpliwe założenie, trudno byłoby uzasadnić wyrzekanie się czasami przez jednostkę potrzeb podstawowych dla osiągnięcia wyższych celów. Można to wytłumaczyć przyjmując założenie, że jeśli w ogóle potrzeby wyższe mają się wytworzyć, niezbędne jest odpowiednio długotrwałe zaspokajanie potrzeb niższych, ale gdy już te potrzeby wyższe się wytworzą – mogą one dominować nad potrzebami podstawowymi. Bardziej adekwatnie wydaje się zatem przyjmować, iż „rozbudzenie potrzeb wyższych jest zależne od zaistnienia warunków zaspokajania potrzeb niższych” (Czapów i Jedlewski, 1971).

Analizując zgodnie z porządkiem hierarchicznym model potrzeb Maslowa, na najniższym i najbardziej podstawowym z biologicznego punktu widzenia poziomie znajdują się potrzeby fizjologiczne. Kolejno sytuują się potrzeby bezpieczeństwa, społeczne (inaczej przynależności i miłości), uznania i szacunku, oraz na samym szczycie tej piramidy – potrzeby samorealizacji. Ujęcie potrzeb w grupy stanowi pewną strukturalną całość, a między „poziomami piramidy” zachodzą różne zależności. Nie można patrzeć na potrzeby cząstkowo, tak samo, jak nie można ujmować osobowości człowieka jako mozaiki elementów, a nie spójnej holistycznej jedności.

Na najniższym poziomie w hierarchii znajdują się potrzeby fizjologiczne. Są one ściśle podporządkowane regulacji homeostatycznej i utrzymaniu życia organizmu. Siek opisuje je jako te, które mają swoją lokalizację w ciele, stąd zalicza się do nich: potrzebę głodu, snu, pragnienia, aktywności, doznań zmysłowych i seksualnych (Siek, 1984). Stanowią one wartość fundamentalną dla organizmu i są podstawą całości życia

psychicznego jednostki. Niezaspokojenie potrzeb fizjologicznych prowadzi do zmian w całym układzie dążeń, tzn. wszystkie inne potrzeby zostają zepchnięte na dalszy plan, jako mniej istotne. Gasiul (2007) podkreśla, że brak zaspokojenia tych potrzeb podstawowych powoduje u człowieka zmianę znaczenia innych wymiarów, co prowadzić może do całkowitej zmiany filozofii życia. Dopiero zaspokojenie tych potrzeb otwiera przestrzeń na pojawienie się nowych celów, wyzwań i motywacji (Gasiul, 2007; Madsen, 1980).

Drugi poziom w piramidzie Maslowa zajmują potrzeby bezpieczeństwa, związane z pragnieniem stabilizacji, pewności, porządku i przewidywalności otoczenia. Mogą one przejawiać się w różnych formach. U osób dorosłych występują w postaci potrzeb zabezpieczenia bytowego czy materialnego. Te dążenia człowieka mogą być silnie zaburzone w przypadku nagłych zmian w środowisku życia, w warunkach choroby, wojny czy katastrofy. Obuchowski (2000) zaznacza, że potrzeby te człowiek zaspokaja poprzez własne zachowania obronne i zapobiegawcze, ale także przez religię czy poddanie się władzy czy silnej osobie.

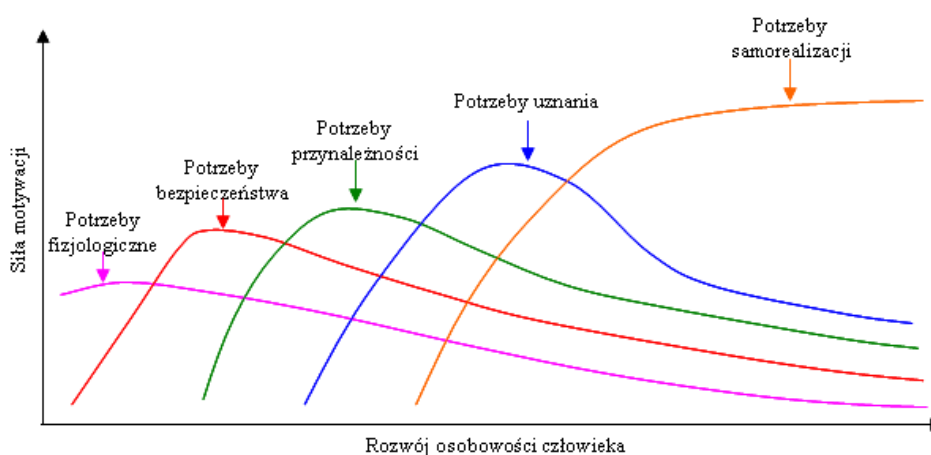
Trzeci rodzaj potrzeb obejmuje potrzeby przynależności i miłości, zwane także potrzebami społecznymi. Dotyczą one bowiem potrzeby przynależenia do czegoś lub kogoś, danej grupy czy określonego środowiska. Wiązą się z dążeniem do utrzymywania więzi uczuciowych lub koleżeńskich w rodzinie, pracy czy odpowiedniej organizacji, a także chęci do bycia częścią danej grupy i akceptacji przez jej członków. Obuchowski (2000) pisze, że „bycie kochanym i akceptowanym jest sposobem zdrowego dowartościowania, zakłada wzajemny szacunek, podziw i zaufanie. Dlatego wzorcem zaspokojenia potrzeby przynależenia jest miłość”. Niezaspokojenie tych potrzeb wyraża się w poczuciu osamotnienia i pustki, a dopiero ich spełnienie może prowadzić na kolejny poziomy potrzeb.

Następne miejsce w hierarchii Maslowa zajmują potrzeby uznania i prestiżu. Może to być szacunek własny (do samego siebie) albo uznanie w oczach otoczenia. Szacunek ze strony innych jest jednak uważany za coś, co ma wyłącznie funkcję wspomagającą. Według Maslowa potrzeba szacunku może także oznaczać pragnienie siły, osiągnięć, reputacji czy prestiżu. Poczucie kompetencji zapewnia szacunek do siebie samego i poczucie wolności, a zrealizowanie potrzeby uznania prowadzi jednocześnie do poczucia pewności siebie. Niezaspokojenie z kolei tych potrzeb wiąże się z poczuciem słabości, bezradności i utratą wiary w własne siły, co w konsekwencji może wyzwać stany frustracji (Gasiul, 2007; Maslow, 2013; Obuchowski, 2000).

Ostatnimi spośród pięciu wyróżnionych grup są potrzeby realizacji siebie (samoaktualizacji). Są to dążenia człowieka do rozwoju swoich możliwości tak, aby żyć w zgodzie ze swoją naturą. Maslow (2013) podkreśla, że człowiek musi być tym, kim może być. Stawanie się sobą to osiąganie najwyższego poziomu swojej drogi rozwojowej, w trakcie której człowiek jednocześnie stale aktualizuje swój własny potencjał. Potencjał ten staje się potrzebą, czyli jednocześnie wartością wewnętrzną człowieka (Gasiul, 2007; Maslow, 2013; Obuchowski, 2000).

Zaspokojenie potrzeb samoaktualizacji nie jest dane każdemu. Niewielu ludzi ma szansę uzyskania takiego poziomu zaspokojenia potrzeb niższego rzędu, by mogły ujawnić się potrzeby wyższe, a tym bardziej najwyższa potrzeba realizacji siebie. Szczególnie chodzi o sytuacje, w których na człowieka wywierają wpływ naciski społeczne, ograniczające jego wolność i wybór, albo czasami warunki środowiskowe w których żyje, jak np. warunki izolacji, w których o wolności i własnej autonomii trudno w ogóle mówić (zakłady karne, czy oddziały psychiatrii sądowej).

Potrzeby człowieka są zmienne w czasie i wynikają z rozwoju osobowości. Jednostka w miarę swojego rozwoju coraz mniejszą wagę przywiązuje do potrzeb niższych, a znaczenia nabierają cechy osobowości odpowiadające potrzebom wyższego rzędu (np. uznania czy samorealizacji). Również intensywność odczuwania poszczególnych potrzeb i siła działań motywacyjnych do ich zaspokojenia jest dynamiczna i tak samo skorelowana z rozwojem osobowości. Tę zależność dobrze obrazuje schemat autorstwa Penca (1996).



Rysunek 4. Dynamika potrzeb w miarę rozwoju osobowości

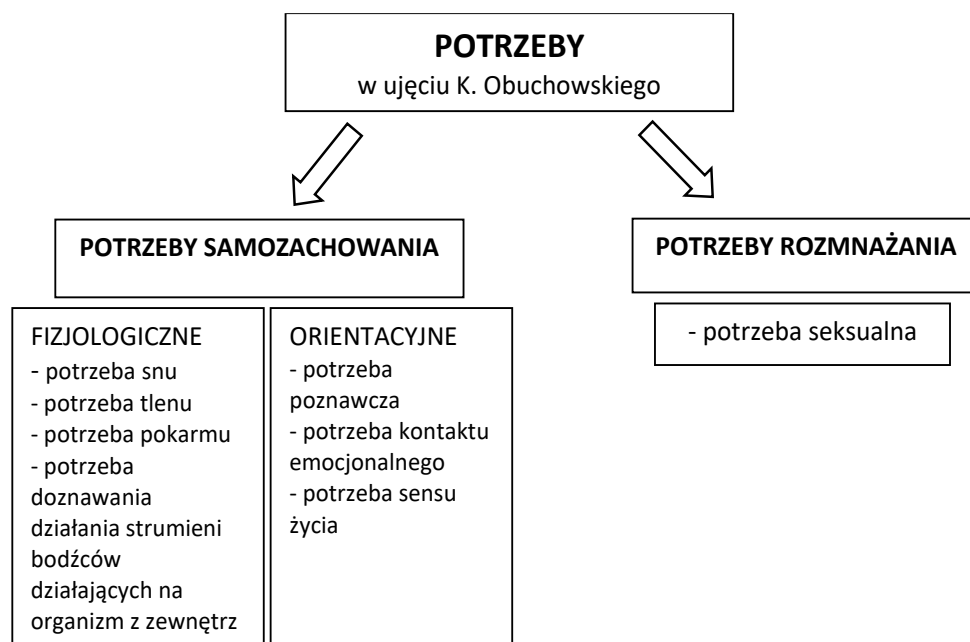
Źródło: Penc, 1996, s. 150.

Dopełniając niejako teorię potrzeb Masłowa, wspomnieć jeszcze należy jeszcze o rozróżnieniu pomiędzy potrzebami braku (deficytu), a potrzebami wzrostu. Uważa on je za dwie jakościowo odrębne kategorie, choć obie wyrastają z natury człowieka. Jak już sama nazwa wskazuje, te pierwsze służą uzupełnianiu braków powstających w wyniku działalności człowieka. Są to potrzeby niższe, a ich niezaspokojenie prowadzi do silnego napięcia w organizmie. Potrzeby wzrostu natomiast, zwane inaczej „metapotrzebami” służą doskonaleniu człowieka. Gasiul (2007) pisze, że w tym przypadku, to raczej zaspokojenie ich może powodować wzrost napięcia. Uruchamia się dążenie do realizacji siebie, wymagające dużo więcej wysiłku i dokonywania czasami trudnych wyborów, podnoszenia siebie na coraz wyższe pułapy rozwojowe. Zaspokojenie potrzeb wzrostu prowadzi do ubogacenia osobowości. Natomiast w braku ich zaspokojenia Masłow upatruje przyczyn stanów depresyjnych i nerwicowych (Masłow, 2013; Obuchowski, 2000). Warto także dodać, że potrzeby braku i wzrostu nie pozostają wobec siebie w stosunku hierarchicznym, a człowiek może realizować je jednocześnie, oczywiście wobec jednego nadrzędnego celu jakim jest samoaktualizacja.

1.2.4. Potrzeby w ujęciu Kazimierza Obuchowskiego

Obuchowski (1983) traktuje potrzeby psychiczne jako cechy osobowości, które służą przystosowaniu, samoregulacji oraz rozwojowi, nie tylko jednostki, ale i całego gatunku ludzkiego (Siek, 1984). Według jego definicji „potrzeba jest właściwością każdego układu funkcjonalnego – człowieka, zwierzęcia lub maszyny (...) polega na tym, że bez uzyskania przedmiotu Y lub utworzenia stanu Z nie może on funkcjonować zgodnie z założonymi parametrami. W przypadku człowieka oznacza to, że nie może on żyć, rozwijać się, funkcjonować seksualnie i odnosić się intencjonalnie do siebie i do świata” (Obuchowski, 1983, 2000).

Obuchowski prezentuje także swoją własną kategoryzację potrzeb twierdząc jednocześnie, że wszelkie klasyfikacje i listy potrzeb są podstawą do usystematyzowania różnych typów zachowań z punktu widzenia ich związków z sytuacjami zewnętrznymi i wewnętrznymi, są więc bardziej motywami tych działań niż potrzebami (za: Jankowski, 1976). Wymienia on jednak swoje kategorie obejmujące: potrzeby fizjologiczne, orientacyjne (poznawcze) i seksualne.



Rysunek 5. Struktura potrzeb w ujęciu K. Obuchowskiego

Źródło: Siek, 1984, s. 25-26.

Potrzeby fizjologiczne, podobnie jak u Masłowa, dotyczą istnienia biologicznego jednostki ludzkiej. Potrzeba tlenu, snu, pokarmu czy bodźców działających z zewnątrz, stymulujących ludzki organizm jest warunkiem życia (Siek, 1984). Nie da się rozpatrywać człowieka w oderwaniu od środowiska w którym żyje. Obuchowski podaje, że dużą rolę dla prawidłowego funkcjonowania człowieka odgrywają także bodźce płynące ze świata zewnętrznego (np. światło, dźwięki, dotyk). O tym jak ważna jest ich funkcja, przekonać się można obserwując życie ludzi w izolacji (zakłady karne, oddziały sądowe w szpitalach psychiatrycznych). W takich warunkach, oprócz deprivacji społecznej, w większości dochodzi także do tzw. deprivacji sensorycznej, czyli wyeliminowania wpływu bodźców na narządy zmysłów człowieka. Często nie zdaje on sobie nawet sprawy z tego, jak istotnym warunkiem pracy mózgu jest jego „obciążenie” bodźcami płynącymi ze środowiska (Obuchowski, 2000). Ponieważ analiza potrzeb w części badawczej niniejszej pracy będzie obejmować potrzeby pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej, przebywających długi czas w izolacji, celem jest zaprezentowanie teorii Obuchowskiego, szczególnie w kwestii istotności dopływu bodźców środowiskowych dla prawidłowego rozwoju i życia człowieka.

Oprócz spełnienia potrzeb fizjologicznych, każda osoba, aby mogła normalnie funkcjonować, powinna orientować się w znaczeniu zdarzeń, jakie zachodzą w otaczającym go świecie, a także przewidywać te, które dopiero mogą nastąpić (potrzeby orientacyjne). Do tego służy człowiekowi tzw. aparat intelektualnej orientacji w rzeczywistości (Obuchowski, 2000). Ta potrzeba poznawcza, według Obuchowskiego, jest taką właściwością człowieka, która powoduje, że bez otrzymania określonej liczby informacji i bez możliwości przeprowadzenia rozeznania poznawczego – człowiek nie może normalnie funkcjonować, bo to dopiero proces poznawczy tworzy czynności nastawione na osiągnięcie określonego celu. Bodźcami wyzwalającymi aktywność potrzeby poznawczej jest niezmiennie (jak w innych koncepcjach) stan napięcia, powstający na skutek zmian w sytuacji zewnętrznej (Obuchowski, 1973; Siek, 1984).

Człowiek potrzebuje także „orientować się uczuciowo”, czyli wyczuwać stany emocjonalne innych osób oraz zdawać sobie sprawę ze swoich relacji z innymi ludźmi (potrzeba kontaktu uczuciowego). Potrzeba ta określana jest także „popędem stadnym” czy „instynktem sympatii”. Potrzeba kontaktu emocjonalnego polega na tym, że jednostka pragnie czuć się przedmiotem zainteresowania i sympatii innych ludzi oraz współodczuwać i współgrać z nimi emocjonalnie. Brak zaspokojenia tej potrzeby prowadzi do zaburzeń rozwojowych człowieka (Siek, 1984).

Na szczycie tzw. potrzeb orientacyjnych znajduje się orientacja dotycząca miejsca we wszechświecie, koncepcji siebie i posiadanie swojego poglądu na sens własnego życia (potrzeba sensu życia). Potrzeba sensu życia jest charakterystyczna tylko dla ludzi dorosłych. Wyraża się ona w konsekwentnym dążeniu do realizacji celów, wykraczających poza bezpośrednie zaspokojenie potrzeb fizjologicznych lub wywołanie zainteresowania innych osób. Może być zaspokajana jako praca nad czymś, co ma dla człowieka szczególną wartość, zazwyczaj o charakterze realizacji długodystansowych celów (Siek, 1984). Obuchowski (2000) podkreśla, że sens życia powinien być nie tylko nadrzędną ideą czy obsesją spełnienia się w roli, ale przede wszystkim koncepcją życia powstałą jako wynik przemyślenia tego, czym jest życie, czym jest świat i człowiek w nim oraz tego co w życiu jest najważniejsze.

Ostatnim wyszczególnionym przez Obuchowskiego rodzajem potrzeb, są potrzeby seksualne, mające na celu podkreślenie specyficznie zmysłowych i uczuciowych aspektów dążeń ludzkich. Wciąż istnieje spór o to, czy potrzeby seksualne mają bardziej biologiczną (potrzeba zachowania warunku) czy psychologiczną naturę. Jedno jest pewne, a mianowicie to, że potrzeby seksualne odgrywają dużą rolę, zaliczane są do

potrzeb „naturalnych”, aczkolwiek nie do „koniecznych” dla utrzymania się człowieka przy życiu. Społeczne uwarunkowanie potrzeb seksualnych sprawia, że ich zaspokajanie służy także innym potrzebom i celom, np. jako źródło silnych wzruszeń, własnej gratyfikacji i podnoszenia swojego znaczenia oraz jako wzmacnianie więzi z drugim człowiekiem, itp. (Siek, 1984). Obuchowski (2000) podaje, że w sytuacji niezaspokojenia potrzeb seksualnych następuje brak redukcji napięcia i pozbawienie określonych przeżyć uczuciowych, gdyż potrzeby seksualne, ich zaspokojenie bądź niezaspokojenie, są ściśle związane z uruchamianiem, bądź niwelowaniem innych pragnień, lęków, aspiracji czy kompleksów.

Analizując spojrzenie Obuchowskiego na potrzeby ludzkie, warto wspomnieć jeszcze o jednej rzeczy – o procesie przekształcania się potrzeb wspólnych dla wszystkich ludzi – w potrzeby zindywidualizowane. Potrzeba człowieka staje się indywidualna, gdy człowiek w procesie poszukiwania zaspokojenia potrzeb odnajdzie swój, dający mu najwięcej satysfakcji sposób, który następnie stanie się jego trwałym schematem ekspresji i zaspokajania tej konkretnej potrzeby (proces konkretyzacji). Obuchowski prezentuje także inne jeszcze czynniki zindywidualizowania potrzeb. Są to: mentalizacja i socjalizacja. Ta pierwsza obejmuje najpierw zdawanie sobie sprawy z istnienia konkretnej potrzeby, a następnie poszukiwanie własnych sposobów jej rozładowania, natomiast socjalizacja ukierunkowuje człowieka na takie sposoby zaspokajania potrzeb, które budzą aprobatę grupy kulturowej, w której żyje, natomiast zniechęca do takich, które spotykają się z dezaprobatą społeczną i naganą (Obuchowski, 1983, za: Siek, 1984).

Potrzeby zindywidualizowane są domeną każdej odrębnej jednostki ludzkiej, która posiada swoją własną osobowość, swoiste cechy fizjologiczne oraz jest kształtowana przez rozmaite bodźce płynące ze środowiska w którym żyje. Tym samym potrzeby różnych ludzi mogą być różne w zależności od szeregu czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Taka różnorodność skłaniała i skłania naukowców do dalszych badań i poszukiwań w tym zakresie. Kategoryzacji i koncepcji potrzeb na przestrzeni wieków było bardzo wiele. Zdecydowano się na przedstawienie tylko kilku powyższych, z uwagi na ich uniwersalny charakter, ciekawość spojrzenia na etiologię, mechanizmy funkcjonowania, wpływy fizjologiczne i środowiskowe wraz z komponentą osobowościową. Każda opisana teoria ukazała obszary, które wzbudzają chęć poznania empirycznego. Także każda jednostkowa kategoria (z całego spektrum propozycji teoretycznych) znajdzie swoją część w zaprojektowanych badaniach potrzeb pacjentów sądowych z zaburzeniami psychicznymi, pozostających w izolacji szpitalnej, mających

swoje indywidualne potrzeby determinowane zarówno specyfiką organizmu (zaburzenia psychiczne), jak i środowiska w którym przebywają (izolacja). Powyższe koncepcje tłumaczą potrzeby ludzkie oraz wyjaśniają specyficzne potrzeby chorych psychicznie. Głębsza analiza potrzeb pacjentów sądowo-psychiatrycznych wymaga najpierw jeszcze spojrzenia ogólnego na rolę i znaczenie potrzeb, jakie w życiu każdego człowieka one pełnią.

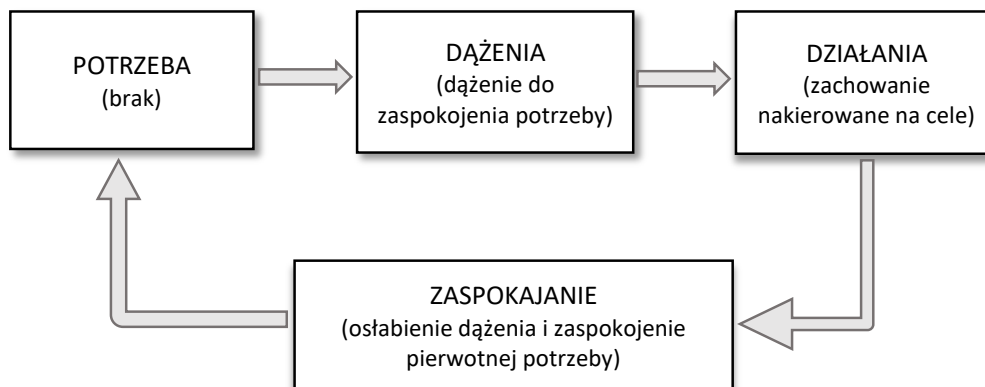
1.3. Znaczenie i rola potrzeb w życiu człowieka

Jak już zostało wspomniane, potrzeba to odczuwany przez jednostkę stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem oraz miejscem jednostki w społeczeństwie jest niezbędne do utrzymania jej przy życiu, umożliwia jej rozwój, utrzymuje w pełnieniu określonej roli społecznej oraz, co najważniejsze, pozwala zachować równowagę psychiczną (Lisowski, 2005). „Brak czegoś” powoduje pojawienie się w organizmie pewnego niepożądanego napięcia, które z kolei staje się motywacją do działania w kierunku odpowiedniej zmiany, by to napięcie zlikwidować. Człowiek następnie uruchamia określone zachowania celem osiągnięcia pożądanego skutku. Wspomniany brak, napięcie, a zatem potrzeba - pełni funkcję zarówno motywacyjną, jak i regulującą zachowanie człowieka, celem zaspokojenia jego dążeń. Realizacja potrzeb adaptuje jednostki do życia w społeczeństwie, umożliwiając im jednocześnie osiągnięcie poczucia względnego dobrostanu i godnej jakości życia na miarę istoty człowieka.

1.3.1. Potrzeby jako czynniki motywacyjne oraz regulujące zachowanie człowieka

Koncepcja motywacyjnej funkcji potrzeb uzmysławia nam, że każde przejawiane przez człowieka zachowanie i działanie jest wynikiem pojawienia się jakiejś potrzeby. W literaturze psychologicznej przyjmuje się, że motywacja jest procesem, który ma na celu zmianę aktualnej sytuacji na bardziej korzystną z punktu widzenia jednostki ludzkiej. Reykowski (1975) pisze, że człowiek uruchamia w sobie pewien proces regulacji, który pełni funkcję sterowania czynnościami, tak aby doprowadziły do osiągnięcia określonego wyniku, którym może być zmiana zewnętrznego stanu rzeczy, ale też zmiana w sobie, czy zmiana własnego położenia, czyli inaczej mówiąc realizacja własnej potrzeby.

W uproszczeniu połączenie teorii potrzeb z motywacją sprowadza się do istnienia zamkniętego cyklu, który przedstawia poniższy schemat autorstwa Stonera, Freemana i Gilberta (2011).



Rysunek 6. Model motywacji według teorii potrzeb

Źródło: Stoner i in., 2011, s. 432.

1.3.2. Zaspokojenie i niezaspokojenie potrzeb

Potrzeby psychiczne mogą być zaspakajane różnego rodzaju postępowaniem i osiągnięciem różnych celów, przy użyciu rozmaitych sposobów. Te tzw. style zaspokajania potrzeb rozpatruje się z trzech punktów widzenia: 1) skuteczności; 2) ubocznych skutków indywidualnych i 3) skutków społecznych. Można zatem zadać pytanie: dlaczego jedni ludzie chcąc zrealizować swoje zamierzenia prezentują zachowania zgodne z prawem, a inni są skłonni do zaspokajania potrzeb „za wszelką cenę”, także łamania norm i zasad społecznych. Czy przyczyna leży po stronie intensywności przeżywania owego braku i konieczności osiągnięcia natychmiastowej gratyfikacji czy wyuczonych przez lata schematów zaspokajania potrzeb? Garczyński (1972) twierdzi, że stylu zaspokajania uczymy się, i to najczęściej nieświadomie, często w procesie naśladowania i wyrabiania skojarzenia. Człowiek kojarzy potrzebę z konkretnym obiektem lub konkretnym zachowaniem, ale bierze pod uwagę także szanse i łatwość jej zaspokojenia. Różnorodność sposobów zaspakajania potrzeb, tak samo jak i zróżnicowanie samych potrzeb, pochodzi z rozmaitych uwarunkowań, potencjału ludzkiego, sytuacji, wzorców, opinii społecznej i norm otoczenia w którym jednostka żyje, a także samej kompozycji owych potrzeb.

Tak jak różne są sposoby zaspokajania potrzeb przez człowieka, tak samo zróżnicowane mogą być przyczyny ich niezaspokojenia, a co za tym idzie także rozmaite reakcje na to niezaspokojenie. Na drodze do realizacji potrzeb ludzkich stanąć mogą przeszkody bezwzględne (uniemożliwiające zaspokojenie ich wszystkim ludziom) oraz względne, zależne od człowieka, od stylu zaspokajania, obiektu czy życiowej sytuacji lub środowiska w którym osoba się znajduje. Ponadto istnienie różnych potrzeb może powodować ich konflikt, a zaspokojenie jednych może udaremnić próby zaspokojenia tych drugich. Kolidy potrzeb są zjawiskiem normalnym, co nie znaczy, że łatwym. Rozdarty konfliktem człowiek często bywa niekonsekwentny, chwiejny, czasem drażliwy. Według Garczyńskiego (1972) długotrwałe niezaspokojenie silnej potrzeby może spowodować zaburzenia natury emocjonalnej, objawiające się chwiejnością uczuć, skłonnością do płaczu, gniewu, frustracji czy złości. Wewnętrzne konflikty, jak pisała Horney (2000, 2022), mogą prowadzić do stanów nerwicowych, a te do poważnych konsekwencji dla zdrowia i życia człowieka.

Warto dodać, że za powstanie wewnętrznych konfliktów w człowieku odpowiadać mogą także warunki zewnętrzne i środowisko życia, w którym jednostka nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb. Mając powyższe na względzie i chcąc zanalizować potrzeby pacjentów sądowo-psychiatrycznych warto już na etapie rozważań teoretycznych zastanowić się, czy sytuacja izolacji szpitalnej, przebywanie przez kilka lat w jednym budynku, w kontakcie z ograniczoną liczbą osób, w atmosferze rygoru prawnych zakazów i nakazów pozwala na realizację wszystkich ludzkich potrzeb? Czy środowisko zewnętrzne i otoczenie sprzyja rozwojowi i dążeniu do zdrowia, czy prowadzi raczej do deprywacji potrzeb i pogłębiania się pewnych problemów psychicznych i jakie mogą być tego stanu długofalowe konsekwencje.

Zaznaczając, że słowa Dawida (1961), polskiego pedagoga, odnoszą się do innych niż izolacyjne warunków, warto jednak przytoczyć ten ich fragment, dotyczący braku możliwości zaspokojenia potrzeb, gdyż w warunkach oddziału psychiatrii sądowej może to okazać się całkiem adekwatne. Jak zatem hipotetycznie może wyglądać życie człowieka w izolacji? „Życie jednostek nie może się w pełni wyrazić (...), nie może jednostka realizować wszystkich swych wewnętrznych potrzeb i nakazów, część sił i uzdolnień musi tłumić, innym dawać wyraz tylko połowiczny i spaczony, w zetknięciu z zewnętrznymi (...), mimo woli musi potrzeby te i dążności gwałcić, zaprzeczać, kłamać przekonaniom i uczuciom” (za: Garczyński, 1972, s. 26).

Tak scharakteryzowana sytuacja odpowiada naukowemu pojęciu deprivacji potrzeb. Zagadnieniu temu poświęcono sporo miejsca w literaturze - głównie penitencjarnej. Na potrzeby niniejszej pracy przywołane zostaną jedynie najważniejsze kwestie teoretyczne, ściśle związane z deprivacją potrzeb w warunkach izolacji społecznej, odpowiadającej warunkom pobytu pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej.

1.4. Deprivacja potrzeb w warunkach izolacji społecznej

Ogólne pojęcie deprivacji odnosi się do sytuacji, w których brak jest człowiekowi pewnych zewnętrznych w stosunku do niego elementów o charakterze fizycznym (np. pokarmu, wody) lub psychicznym (np. kontaktu emocjonalnego z innymi ludźmi, informacji o tym, co się dzieje w otoczeniu), które są dla niego niezbędne do normalnego funkcjonowania. Chodzi tutaj także o niemożność zrealizowania przez człowieka w określonych warunkach swoich dążeń ani też osiągnięcia zamierzonych celów. Ma to miejsce w sytuacjach trudnych i stresowych, przeżywanych przez człowieka subiektywnie lub w których obiektywne czynniki zewnętrzne uniemożliwiają spełnienie jego potrzeb (Ciosek, 2003; Lewicki, 1978). W zależności od rodzaju brakujących, a zarazem pożądaných przez jednostkę elementów mówi się o deprivacji pokarmowej, seksualnej, sensorycznej czy emocjonalnej (Ciosek, 2003).

Analizując potrzeby człowieka znajdującego się w warunkach izolacji społecznej należy najpierw odnieść się do samej istoty izolacji oraz określić wymiary ograniczeń psychospołecznych jakie się z nią wiążą. Izolacja człowieka oznacza wejście w środowisko zamknięte lub wyizolowane, co implikuje zaburzenie związków z jego dotychczasowym otoczeniem fizycznym i społecznym, zniszczenie więzi z rodziną i przyjaciółmi, a jednocześnie uwikłanie w struktury rządzone relacjami tworzonymi formalnie poprzez nakazy i zakazy regulaminowe. Także zakres i dobór ludzi, z którymi człowiek nawiązuje kontakt jest z reguły podyktowany schematami instytucji zamkniętej, w której przebywa. Poprzez istnienie barier fizycznych i społecznych przerwane zostają bezpośrednie, a czasem nawet pośrednie stosunki jednostki z dotychczasowym otwartym środowiskiem.

Każda sytuacja, która pozbawia człowieka wolności, w tym również sytuacja pobytu w oddziale psychiatrii sądowej, w której realizuje się środek zabezpieczający, jest sytuacją trudną. Niektórzy kwalifikują szpitale psychiatryczne (oddziały sądowe) jako

pewnego szczególnego rodzaju instytucje totalne, choćby z tego powodu, że pacjenci mają w nich utrudniony kontakt ze światem zewnętrznym. Goffman (1975) opisywał ową „totalność” miejsca tym, że w ośrodkach zamkniętych realizują się trzy główne sfery życia (sen, zabawa, praca), choć normalnie w życiu są one pooddzielane. Ponadto cała aktywność człowieka w instytucji totalnej jest ściśle zaplanowana i odbywa się na oczach innych osób, podobnie traktowanych.

Ciosek (2003) twierdzi, że wszystkie instytucje zamknięte odznaczają się pewnymi wspólnymi cechami. Jedną z nich jest posiadanie barier fizycznych (mury, zasieki z drutu) oddzielających środowisko zamknięte od świata zewnętrznego, przy czym swobodne wejście i wyjście nie jest możliwe. Powyższe warunki skutecznie hamują lub utrudniają proces komunikacji pomiędzy zamkniętym i otwartym obszarem rzeczywistości, a w konsekwencji udaremniają zaspokojenie wielu potrzeb osób w tych instytucjach umieszczonych. Kolejną wspólną cechą instytucji totalnych jest konieczność przebywania w izolacji przez czas ściśle określony (np. wyrokiem sądu). Nie należy zapominać, że izolacja człowieka jest zazwyczaj wynikiem decyzji podjętej przez innych ludzi, ma więc charakter przymusu, a nie dobrowolnego wyboru (detencja psychiatryczna). Człowiek poddany nie z własnej woli izolacji od swojego pierwotnego środowiska życia oraz od najbliższych poprzez umieszczenie w zakładzie zamkniętym (karnym lub psychiatrycznym) zostaje narażony na sytuacje wywołujące wiele negatywnych emocji i spory stres (Ciosek, Pastwa-Wojciechowska, 2017). W wielu przypadkach ma problemy z adaptacją do nowych warunków, tolerancją dyskomfortu i deprivacji potrzeb, które na wolności mógł jeszcze do niedawna spokojnie zaspakajać.

Deprywacja obejmuje tu trzy główne obszary - psychiczny, materialny i społeczny. Jednostka skazana na przebywanie w warunkach zamkniętych zostaje często pozbawiona cenionych wartości, ogranicza bądź uniemożliwia jej się pełnienie dotychczasowych ról społecznych, nie może naturalnie realizować potrzeby bezpieczeństwa, poczucia własnej wartości, miłości, przyjaźni i samorealizacji. Ponadto pozbawiona jest kontaktu emocjonalnego, intymności, współuczestnictwa i partnerstwa, a jej relacje definiowane są przez reguły instytucji. Dodatkowo w zakładach zamkniętych występuje także silna deprivacja sensoryczna i informacyjna, co z oczywistych względów, wynika z ograniczonych możliwości kontaktu ze światem zewnętrznym (Waligóra, 1971).

Deprywacja potrzeb przedstawiona powyżej jest charakterystyczna nie tylko dla zakładów karnych, bo w takim kontekście głównie jest opisywana, ale także dla

oddziałów psychiatrii sądowej realizujących środki zabezpieczające. W placówkach leczenia psychiatrycznego niemożność realizacji indywidualnych potrzeb dodatkowo potęguje stłoczenie sporej grupy ludzi na stosunkowo małej przestrzeni, a to z kolei wtórnie wywiera wpływ na stan psychiczny chorych. Z obserwacji Meder i Stańczaka (2001) wynika, że im większy i bardziej zatłoczony oddział, tym bardziej nasilone są objawy negatywne u pacjentów (za: Barczyk, 2006).

1.4.1. Deprywacja potrzeb jako rodzaj sytuacji trudnej (stresowej) i jej konsekwencje

Niewątpliwie pobyt człowieka w izolacji, w tym w oddziałach psychiatrii sądowej, stanowi przykład sytuacji trudnej, czyli takiej, która jest postrzegana przez podmiot jako nieprzyjemna, niebezpieczna, zagrażająca, w której obiektywne czynniki środowiska zewnętrznego nabierają charakteru zaburzającego dążenia człowieka do zaspakajania jego potrzeb (Ciosek, Pastwa-Wojciechowska, 2017; Piotrowski, Ciosek, 2017). Tomaszewski (1977, 1984) pisze, że o sytuacji trudnej można mówić w przypadku zakłócenia wewnętrznej równowagi sytuacji normalnej, czyli takiej, w której zadania do wykonania (wartości), warunki realizacji (metody) i ich wykonawca (podmiot) są wzajemnie przystosowane. W sytuacji trudnej normalny przebieg aktywności jest zakłócony, czy to ze względu na warunki obiektywne, czy też cechy podmiotu (człowieka).

Pojęcie „sytuacji trudnej” jest czasami używane zamiennie z pojęciem „stresu psychologicznego” czy „sytuacji stresowej” (Oniszczenko, 1998; Ciosek, 2003; Ciosek, Pastwa-Wojciechowska, 2017), co jednocześnie podkreśla jej wpływ na wymiar nie tylko psychiczny, ale także biologiczny, tj. stan biologicznej równowagi wewnętrznej - homeostazy (Cohen i in., 1983; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012). Każdy organizm w różny sposób reaguje na bodźce przez siebie uznawane za szkodliwe (stresory), jak również u każdego człowieka odmienne mogą być same mechanizmy prowadzące do powstania stresu oraz adoptujące do sytuacji stresowej (Heszen, 2016). Na kanwie poszukiwań przyczyn, mechanizmów powstawania i reagowania oraz strategii radzenia sobie ze stresem, wykształciło się na przestrzeni wieków szereg teorii dotyczących tego zjawiska (koncepcja stresu Bernarda, Cannona, Heszen, Oniszczenko, Lazarusa, Reykowskiego, Seyle’go i in.). Na potrzeby pracy dotyczącej potrzeb pacjentów sądowo-psychiatrycznych przyjęto teorię Waligóry (1974, 1984), który w deprywacji potrzeb

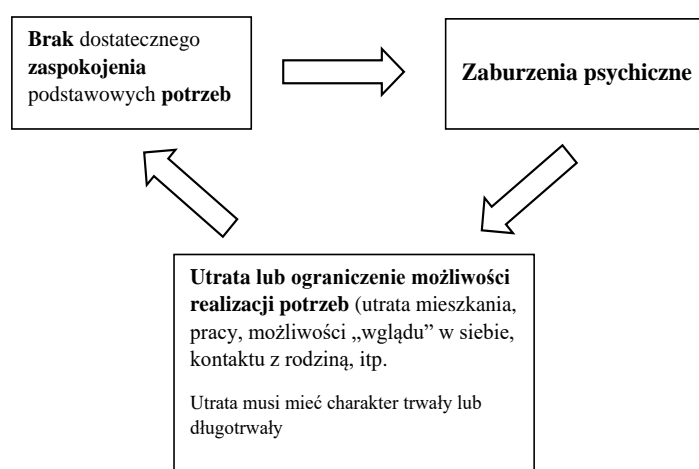
upatruje źródeł stresu i negatywnych konsekwencji dla organizmu człowieka. Stres pojmowany jest tutaj w sensie relacji (interakcji) zachodzącej między jednostką a otoczeniem. Reakcje fizjologiczne i psychologiczne pojawiają się u człowieka wtedy, gdy on sam oceni daną sytuację, otoczenie, w jakim się znajduje w kategoriach braku, straty lub wyzwania, co następuje m. in. w przypadku deprivacji potrzeb. Niespełnienie danej potrzeby skutkuje reakcją stresową, przy czym u różnych ludzi – odmienne może być nasilenie doświadczanego stresu (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

Jest rzeczą oczywistą, że izolacja, szczególnie przymusowa, już z definicji niesie za sobą problemy w zaspokajaniu niektórych ludzkich potrzeb. Na drodze do realizacji indywidualnych dążeń w warunkach instytucji totalnej (np. szpital psychiatryczny) pojawia się szereg utrudnień, a czasem przeszkody wręcz uniemożliwiające ich zaspokojenie. Według Cioska (2003) u większości osób, których potrzeby są deprivowane zaczyna dominować napięcie emocjonalne, poczucie bezradności, dezorganizacja zachowania, a czasami nawet całkowite zahamowanie wszelkiej aktywności. Zdarzają się także doraźne reakcje przeciwne – pobudzenie, agresywne zachowania wobec osób trzecich (np. w stosunku do personelu szpitala psychiatrycznego) oraz akty autoagresywne (Barczyk, 2006; Ciosek, 2003).

Waligóra (1974, 1984) zwraca uwagę na negatywne konsekwencje deprivacji potrzeb osób izolowanych (więźniów) nie tylko dla procesu resocjalizacji, ale także dla ich zdrowia psychicznego – w dalekosiężnej perspektywie. Długotrwały niedosyt silnej potrzeby powoduje cierpienie, które jest tym cięższe, im większa była nadzieja na jej zaspokojenie. Przewlekłość tego stanu, prowadzić może do pojawienia się bądź utrwalenia wielorakich zaburzeń sfery psychicznej takich jak: podniesienie labilności emocjonalnej, stany lękowe i depresyjne, apatia, zanik wartości i związana z nim utrata poczucia sensu życia, niechęć do podejmowania działań, podwyższenie wybuchowości i agresywności (Barczyk, 2006; Kosewski, 1977; Waligóra, 1974, 1984). Ponadto po długim okresie izolacji, jednostka może wykazywać problemy w funkcjonowaniu także po jej zwolnieniu, np. problemy z odbudowaniem więzi rodzinnych, trudności w znalezieniu pracy, utrata mieszkania, wyobcowanie, trudności adaptacyjne (Górski, 1989; Kuć, Gałązka, 2017; Mrozek, 2011; Rzepliński, 1981; Sobota, 1998; Szczepanik, Miszewski, 2016). Oniszczenko (1998) pisze, że długotrwała i bardzo silna deprivacja (także potrzeb psychicznych) może doprowadzić nawet do śmierci.

Analizując skutki deprivacji potrzeb i długotrwałego funkcjonowania człowieka w sytuacji trudnej stwierdzić należy, iż brak zaspokojenia podstawowych potrzeb

prowadzić może do poważnych zaburzeń zachowania, psychicznych i społecznych (Barczyk, 2006; Ciosek, 2003; Jankowski, 1976). Z drugiej strony pacjenci chorzy psychicznie, przebywający w zamkniętych oddziałach sądowych, bardzo często z przyczyn chorobowych stają się mniej sprawni w zaspokajaniu swoich nawet elementarnych potrzeb. Zależność ta, jak widać, przebiega dwutorowo, co czyni funkcjonowanie pacjenta w oddziale zamkniętym i możliwości terapii jeszcze bardziej skomplikowanymi. Zależność pomiędzy brakiem zaspokajania potrzeb a zaburzeniami psychicznymi przedstawia poniższy schemat (Barczyk, 2006).



Rysunek 7. Zależność pomiędzy brakiem zaspokajania potrzeb a zaburzeniami psychicznymi

Źródło: Barczyk, 2006, s. 92.

Przyjmując za podstawę wnioskowania schemat zależności pomiędzy brakiem zaspokajania potrzeb a pojawianiem się zaburzeń psychicznych autorstwa Barczyka (2006), można *a contrario* stwierdzić, że pomoc w zaspokojeniu potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi nie tylko pomoże im je zaspokoić i doprowadzić do sytuacji dobrostanu psychicznego, ale także może wywrzeć pożądany wpływ terapeutyczny, jako jeden ze wspierających czynników w procesie zdrowienia. Jankowski (1976) wprost mówi, że „zaburzenia psychiczne związane są z cierpieniem wywołanym przez niemożność zaspokojenia jakichś ważnych potrzeb psychologicznych. Zarówno badania i poglądy teoretyków wskazują na decydujące związki psychospołecznych potrzeb człowieka z występowaniem zaburzeń psychicznych. Pogląd ten jest niewątpliwie dużym uproszczeniem wieloaspektowej etiologii zaburzeń psychicznych, niemniej jednak podkreśla wagę potrzeb w życiu człowieka i opisuje

możliwe konsekwencje ich deprivacji. Budzi także nadzieję, że pomoc w zaspokajaniu potrzeb pacjentów sądowo-psychiatrycznych przyczyni się choć w części do sukcesów terapeutycznych i obok farmakoterapii i różnych form psychoterapii, stanie się ważnym elementem dbania nie tylko o komfort życia pacjentów, ale przede wszystkim o ich zdrowie psychiczne.

1.4.2. Frustracja potrzeb a zachowania agresywne. Teoria frustracja – agresja Dollarda i Millera

Deprivacja potrzeb, oprócz opisanych wyżej długotrwałych skutków w postaci różnych zaburzeń sfery psychicznej, wywołuje także określone, często impulsywne zachowania. Garczyński (1972) pisze, że krótkotrwałe udaremnienie zaspokojenia potrzeby skutkuje często przelotnym wybuchem agresji, długotrwałe natomiast może powodować agresywność chroniczną.

Analizując schemat powstawania w człowieku agresji i jej ekspresji w postaci konkretnych impulsywnych zachowań, nie sposób pominąć pojęcia „frustracji”. Jest ono używane w dwojakim znaczeniu. Po pierwsze – jako negatywna emocja (nieprzyjemny stan napięcia i dyskomfortu psychicznego), powstająca w człowieku na skutek niemożności realizacji jego celów lub pozbawienie środków do ich zaspokojenia oraz jako automatyczna reakcja na przeszkodę czy inne czynniki blokujące jego zamierzone działania. W drugim znaczeniu - frustrację rozumieć można jako samą sytuację (przeszkodę) blokowania dążeń, która uruchamia w człowieku naturalną i dość typową reakcję złości i gniewu, a co za tym idzie, często (choć nie zawsze) także zachowania agresywne. Dzieje się tak dlatego, że popęd, jako siła pobudzająca – ukierunkowuje aktywność organizmu na przerwanie tego stanu deprivacji celem osiągnięcia zaspokojenia (Farnicka i in., 2016; Heitzman, 2002; Kosewski, 1977; Siuta, 2005).

Koncepcję połączenia frustracji z agresją w kontekście odpowiedzi na pytania o przyczyny zachowań agresywnych jako pierwsi zaprezentowali Dollard, Doob, Miller, Mowrer i Sears (1939). Ich teoria przedstawiona w pracy zatytułowanej „*Frustracja i Agresja*” jest jedną z najczęściej cytowanych w literaturze. Wedle ich koncepcji frustracja stanowi przeszkodę (blokade) występującą na drodze do zrealizowania celu. Nie jest ona tutaj traktowana jako określony stan psychiczny, ale jako pewien obiektywny fakt. Punktem wyjścia sekwencji prowadzącej do powstania zachowania agresywnego jest pojawienie się w człowieku chęci zaspokojenia potrzeby lub osiągnięcia określonego

celu (tzw. pobudzenie pierwotne). W razie napotkania na swojej drodze blokady (frustracji) uniemożliwiającej zaspokojenie dążenia, uruchamia się w człowieku tzw. pobudzenie wtórne, czyli popęd do rozładowania tej frustracji, który z kolei prowadzi do podjęcia zachowania agresywnego (Błachut i in., 1999; Heitzman, 2002; Farnicka i in., 2016; Kosewski, 1977). To, jaki będzie charakter agresji zależy będzie od pobudzenia do agresji, czyli wewnętrznego stanu motywacyjnego, rozumianego jako popęd agresywny. Jest on tym większy, im większa jest frustracja niezaspokojonej potrzeby, a także im większa jest sama przeszkoda stojąca na drodze do celu oraz im większa jest liczba kolejno doznanych frustracji (tzw. sumowanie stanów pobudzenia, powstałych pod wpływem kolejno doznawanych frustracji (Heitzman, 2002).

Teoria Dollarda i Millera, choć dość dobrze opisuje mechanizmy powstawania agresji, szybko znalazła się w ogniu krytyki. Teorii tej zarzucano głównie kierunkowy (niemal nieuchronny) związek pomiędzy frustracją i agresją, podczas gdy ta pierwsza nie jest ani warunkiem koniecznym, ani też wystarczającym powstania zachowania agresywnego. Nie każde bowiem zachowanie agresywne musi wynikać z frustracji, a także doznawanie frustracji może prowadzić do innych niż agresywne reakcji, np. fiksacji czy regresji (Błachut i in., 1999; Heitzman, 2002; Farnicka i in., 2016).

Z biegiem lat teoria frustracja – agresja podlegała licznym modyfikacjom (konceptje Bussa, Berkowitza, Bandury i Waltersa), a jej złagodzone formy (Miller, 1941) uwzględniały także inne niż frustracja czynniki będące regulatorami agresji. Zaczęto uznawać, że frustracja może pobudzać do różnych reakcji, nie tylko agresywnych. Jeśli jednak zachowanie agresywne prowadzi do redukcji napięcia (popędu) wynikającego z niespełnionej potrzeby, wtedy zachowanie agresywne ulega zamowzocnieniu. W efekcie tego, człowiek w sytuacji deprivacji czy utrudnień w osiągnięciu swoich celów, będzie ujawniać agresję, jako skuteczną metodę w redukcji frustracji. Rozładowanie w ten sposób przykrego napięcia prowadzić może nie do „wyciszenia”, ale do nowego aktu agresji, niosącego ulgę jednostce doświadczającej kolejnej frustracji. Ten ciąg następstw (frustracja – agresja – popęd – rozładowanie) może powodować coraz częstsze ujawnianie agresji przez człowieka (Farnicka i in., 2016).

Pomimo krytyki koncepcji Dollarda i Millera i licznych jej późniejszych modyfikacji, pojęcie frustracji wciąż jest głównie z nią kojarzone. Według Heitzmana (2002) mechanizmy frustracji, zaczerpnięte z teorii „frustracji-agresji” można uznać za pierwowzór reakcji stresowej, a sama koncepcja daje podstawy do traktowania zjawiska

stresu jako psychofizjologicznego i społecznie uwarunkowanego mechanizmu, który poprzedza zachowanie agresywne.

Jak z powyższego wynika, połączenie deprivacji potrzeb z sytuacją frustracji (stresu), która w konsekwencji może rodzić zachowania agresywne jest nie tylko intuicyjne, ale także naukowo potwierdzone. Stan izolacji w oddziałach psychiatrii sądowej powoduje deprivację niektórych potrzeb pacjentów, chociażby wynikającą z samego faktu zamknięcia w instytucji wbrew własnej woli. Niemożność zaspokojenia pewnych osobistych dążeń może powodować u pacjentów frustrację, a silna potrzeba rozładowania napięcia - uruchomić może reakcję w postaci zachowań agresywnych.

Problem agresji w oddziałach sądowych pojawia się dość często (Markiewicz, Pilszyk i Kudlak, 2020), a skoro nauka łączy deprivację potrzeb z frustracją i agresją, warto przyjrzeć się bliżej tym zależnościom w nadziei, że analiza potrzeb pacjentów psychiatrycznych, ich spełniania bądź niespełnienia oraz ich reakcji umożliwi w efekcie wypracowanie pewnych schematów redukujących agresję w oddziale. Warto jednak najpierw przeanalizować specyficzne potrzeby wykazywane przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, przebywające na wolności oraz zgłaszane przez pacjentów w oddziałach ogólnopsychiatrycznych, jak również izolowanych długoterminowo w jednostkach sądowych (detencyjnych).

1.5. Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi

Zaburzenia sfery psychicznej wywierają negatywny wpływ na funkcjonowanie społeczne człowieka i jakość jego życia. Z przeprowadzonych badań (Arvidsson, 2003; Wiersma, 2006) wynika, że osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowią tę grupę wśród całej populacji chorych, która wymaga szczególnej opieki lekarskiej, psychologicznej i socjalnej ze względu na istotę zaburzeń i ich konsekwencje - nie tylko dla samego pacjenta, ale także jego rodziny, przyjaciół i ogółu społeczeństwa. Wobec rosnącej liczby osób chorujących psychicznie w Polsce i na świecie oraz konieczności zapewnienia im optymalnej formy leczenia i opieki, niezwykle ważne staje się poznanie ich konkretnych, indywidualnych potrzeb. Jedynie ustalenie dokładnych, jednostkowych potrzeb danego pacjenta, a następnie dostosowanie do nich adekwatnych usług medycznych, stanowić może wyznacznik efektywności pomocy, która ma doprowadzić do optymalnego zdrowia.

1.5.1. Rozumienie potrzeb w opiece zdrowotnej

Chcąc przeanalizować specyficzne potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi warto przytoczyć definicyjny trypoziomowy podział potrzeb przedstawiony w „Klasyfikacji chorób, niesprawności i upośledzeń” WHO (1980) i związany ze zdrowiem psychicznym. Rozróżnia on potrzeby pierwotne – związane z psychopatologią, potrzeby wtórne – spowodowane chorobą i obejmujące powstałe w ich wyniku ograniczenia osobistej aktywności oraz potrzeby trzeciego rzędu – spowodowane konsekwencjami społecznymi zaburzeń i chorób, czyli niepełnosprawnością, która w znaczący sposób wpływa na zaburzenie interakcji człowieka ze środowiskiem.

Bardziej ogólna, ale równie adekwatna w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, jest definicja potrzeb zawarta w angielskiej ustawie o narodowej opiece zdrowotnej i społecznej (NHS, 1990). Opisuje ona potrzeby jednostek jako te, które umożliwiają im osiągnięcie, utrzymanie lub podtrzymanie akceptowalnego poziomu społecznej niezależności czy jakości życia. Spośród innych ważnych definicji umiejscawiających potrzeby w ścisłym kontekście opieki medycznej i zdrowia publicznego przytoczyć należy jeszcze rozumienie potrzeby jako „brak zdrowia/dobrostanu albo brak dostępu do opieki” (Brewin, 1992), „zdolność do odnoszenia korzyści z otrzymywanej opieki zdrowotnej” (Dobrzyńska, Rymaszewska i Kiejna, 2008; Stevens i Gabbay, 1999) albo też jako właściwość jednostki, która pozwala na wybranie specyficznego rodzaju leczenia koniecznego do przywrócenia jej stanu zdrowia (Priebe i in., 1999), czy po prostu „konieczność efektywnej interwencji” (Dobrzyńska i in., 2008; Wiersma, 2006).

1.5.2. Charakterystyka potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

Liberadzka i Kurbiel (2015) analizując potrzeby osób chorujących psychicznie pogrupowały je w sześć kategorii wedle kryterium adresata, do którego były one kierowane. Rozróżniły:

- 1) potrzeby kierowane do samego siebie;
- 2) potrzeby kierowane do bliskich, rodziny, sąsiadów i przyjaciół;
- 3) potrzeby skierowane do grup interwencyjnych (m. in. służby mundurowe);
- 4) potrzeby związane z systemem leczenia, terapią i rehabilitacją;
- 5) potrzeby skierowane do społeczeństwa i dalszego środowiska (w tym mediów);

6) potrzeby kierowane do urzędów, urzędników i polityków.

Z uwagi na fakt, że potrzeby te zostały sformułowane przez samych chorych psychicznie podczas przeprowadzanych z nimi luźnych wywiadów, bez narzucania im jakichkolwiek form kwestionariuszowych czy testowych (badacze dopiero później wydzielili tylko określone kategorie) warto bliżej przyjrzeć się temu, co było dla osób chorych psychicznie najistotniejsze w perspektywie utrzymania ich dobrostanu i akceptowalnej jakości życia. Wywiady ukazują wartości, dobra, dążenia i oczekiwania – czyli najistotniejsze potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jak wynika z badań Liberadzkiej i Kurbiel (2015), spośród potrzeb kierowanych do samych siebie – osoby z zaburzeniami psychicznymi najczęściej wskazywały na potrzeby związane z akceptacją choroby i sytuacji w jakiej się znalazły oraz ogólnie z samoakceptacją. W tej kategorii pojawiały się potrzeby docenienia, pozytywnego myślenia o sobie samym, wypracowania pewności siebie i odwagi, wzajemnego aktywizowania się, wsparcia i zainteresowania sobą, na wypadek konieczności niesienia pomocy osobie potrzebującej. Akcentowano także potrzeby podejmowania aktywności intelektualnej, edukacji, a także szukania nowych tematów i sposobów funkcjonowania pozapsychiatrycznego.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi manifestowały także ściśle wyodrębnione potrzeby w stosunku do bliskich (członków rodziny), sąsiadów i przyjaciół. Oczekiwali od nich wyrozumiałości, zrozumienia, akceptacji, nieodrzućania, empatii, szacunku, pomocy w rozwiązywaniu problemów, częstych rozmów i kontaktów i „pomocy tzw. sąsiedzkiej”. Wskazywali także na potrzebę edukacji swoich rodzin/przyjaciół z zakresu chorób psychicznych, aby mogli oni szybciej i bardziej adekwatnie reagować na sytuację kryzysu i pogorszenia zdrowia psychicznego. Poza tym edukacja z zakresu psychopatologii i objawów zaburzeń psychicznych pozwoliłaby na większe zrozumienie chorych, a co za tym idzie, zapobiegałaby wykluczaniu, napiętnowaniu i stygmatyzacji. Wyeliminowanie tych zjawisk z życia społecznego to jedna z ważniejszych potrzeb osób zmagających się z problemami psychicznymi, a zarazem szansa dla nich na „normalne” życie w społeczeństwie (Liberadzka i Kurbiel, 2015).

W stosunku do służb interwencyjnych ujawniali potrzebę i postulat godnego traktowania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz interwencji pozbawionych agresji i poniżających zachowań.

Kolejna grupa potrzeb związana była z systemem leczenia, terapią i rehabilitacją. Osoby z zaburzeniami psychicznymi wskazywali na konieczność właściwej diagnozy,

adekwatnego leczenia i terapii, a także rehabilitacji społeczno-zawodowej. Postulowali zwiększenie dostępu do specjalistów (psychiatry, psychologa i terapeuty), częstszy i dłuższy kontakt podczas wizyt oraz zwiększenie możliwości uzyskiwania informacji o stanie swojego zdrowia. Osoby chore psychicznie wskazywały też na potrzebę zaufania, bezpieczeństwa i stabilności leczenia, a także szacunku i lepszego traktowania pacjentów przez personel medyczny. Szczególne potrzeby zgłaszali też w stosunku do samego systemu stacjonarnej opieki psychiatrycznej - począwszy od większej dostępności ośrodków terapeutycznych, poprzez potrzebę lepszych warunków bytowych, a skończywszy na samym czynniku ludzkim w podmiotach leczniczych, ulepszeniu zasad opieki socjalnej i różnych programów usamodzielniania się po zakończeniu hospitalizacji. Pośród wszystkich opinii osób z zaburzeniami psychicznymi na czoło wysuwały się potrzeby każdego chorującego do zindywidualizowanej opieki uwzględniającej specyfikę jego chorowania. Ponadto pacjenci zgłaszali potrzeby dotyczące organizacji rehabilitacji psychiatrycznej, w postaci stworzenia większej ilości klubów, świetlic i miejsc spotkań dla osób chorujących, które pozwolą im na aktywizację oraz rozwój intelektualny i społeczny. Potrzeba pracy i różnych innych form działalności zawodowej także okazała się niezwykle istotna.

Spośród potrzeb kierowanych do dalszego środowiska, w tym mediów, urzędników i polityków dominowały te, które są związane przede wszystkim ze zmianą postrzegania osób chorych psychicznie w społeczeństwie. Manifestowano potrzebę działań na rzecz zmiany postaw społecznych względem osób z zaburzeniami psychicznymi, a przede wszystkim ich fałszywego wizerunku, wedle którego chory psychicznie to z zasady człowiek zły i nieobliczalny, a być może i potencjalny zabójca. Ponadto w stosunku do urzędników i polityków zgłaszano potrzebę finansowego wsparcia (zwiększenia świadczeń socjalnych) i konieczność wszelkiej innej pomocy osobom chorym psychicznie w zaspakajaniu ich trudności bytowych i socjalnych codziennego życia (Liberadzka i Kurbiel, 2015).

1.5.3. Struktura potrzeb pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrycznych na tle hierarchii potrzeb A. Masłowa

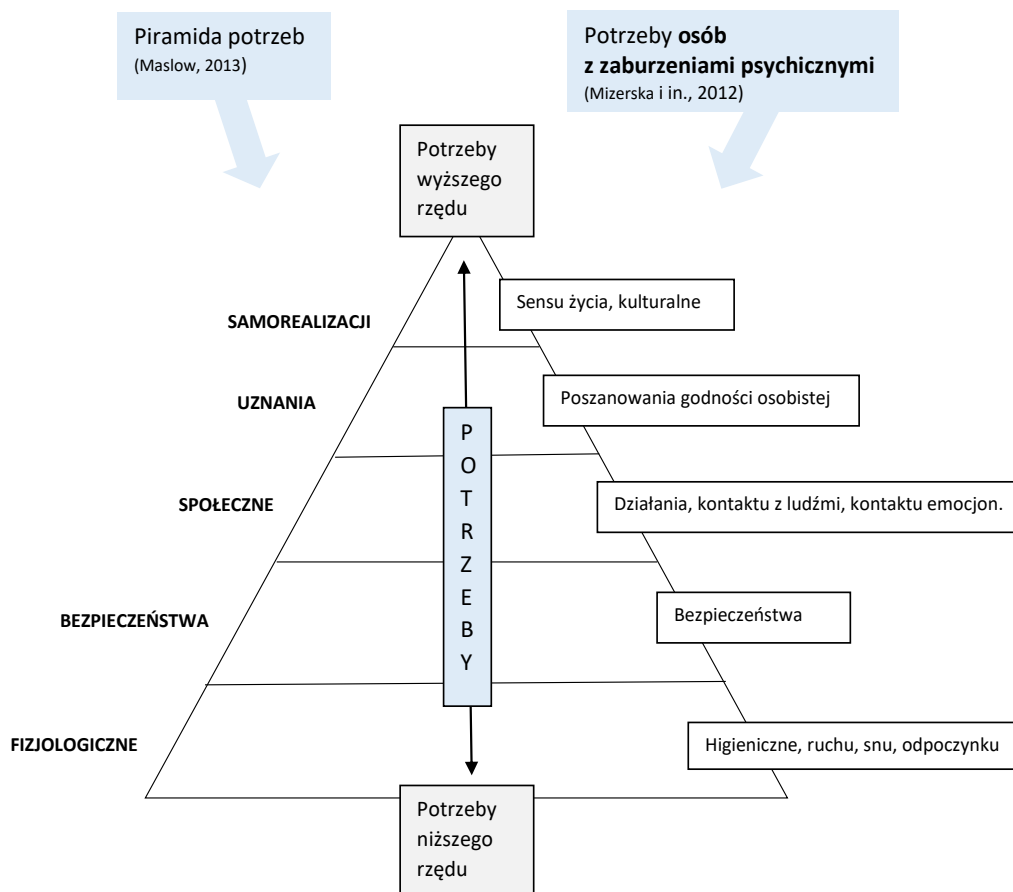
Jak powszechnie wiadomo, na stan psychiczny pacjenta wpływa nie tylko sam fakt choroby, ale także inne czynniki, występujące w trakcie leczenia, także te – związane bezpośrednio z procesem hospitalizacji. Z drugiej strony – stan psychiczny warunkuje

przebieg leczenia i szybkość powrotu do zdrowia (Mizerska, Wróbel i Korzekwa, 2012). Z racji tego, że leczenie i rehabilitacja pacjentów psychiatrycznych pociąga za sobą wysokie koszty ekonomiczne i socjalne, decydenci zajmujący się polityką zdrowotną stawiają sobie za cel stworzenie takiego modelu leczniczego, aby był on najbardziej efektywny i w pełni dostosowany do potrzeb chorych. Z tego powodu aktualnie zastępuje się koncepcje uniwersalnej pomocy i jednorodnych potrzeb klinicznych standardami leczenia nastawionymi na konkretny cel, dostosowanymi do potrzeb pacjenta. U podstaw takiej polityki leży założenie, że celem pomocy ma być zdrowie optymalne, a wyznacznikiem efektywności powinny stać się ustalone indywidualne potrzeby każdego pacjenta i dostosowane do nich odpowiednie postępowanie medyczne (Asadi-Lari, Packham i Gray, 2003; Dobrzyńska i in., 2008). Jak z powyższego wynika, pojęcie potrzeb stało się kluczowe w planowaniu opieki nad chorymi i nakierowanych na nich działań terapeutycznych.

Brak zaspokojenia potrzeb pacjenta w procesie leczenia, nie tylko nie doprowadzi do poprawy jego stanu zdrowia, ale wtórnie może spowodować jego pogorszenie, utrwalić występujące już zaburzenia psychiczne lub wpływać na powstanie nowych (w tym zaburzeń zachowania) (Barczyk, 2006; Ciosek, 2003; Jankowski, 1976). Te zależności pokazują, jak ważna jest identyfikacja poszczególnych potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy są hospitalizowani. Stworzenie chorym możliwie najlepszego klimatu terapeutycznego i zaspokajanie w miarę możliwości ich potrzeb stanowi korzystny dodatkowy czynnik leczący w drodze do uzyskania pełni zdrowia (Vries, Brazil, Tonkin i Bulton, 2016; Wiersma, Nienhuis, Giel i Slooff, 2009).

Już Maslow (1970, 2013) wskazywał, jak ważne w życiu człowieka jest zaspokajanie potrzeb, a kolejni badacze (Barczyk, 2006; Kosewski, 1977; Waligóra, 1974, 1984) określali negatywne skutki ich deprivacji. Przenosząc powyższe prawidłowości na grunt opieki i leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi Mizerska i współpracownicy (2012) wyróżnili kategorie podstawowych potrzeb biopsychospołecznych u pacjentów psychicznie chorych. Obejmują one: 1) potrzeby higieniczne; 2) potrzebę ruchu; 3) potrzebę snu i odpoczynku; 4) potrzebę bezpieczeństwa; 5) potrzebę działania; 6) potrzebę kontaktu z ludźmi; 7) potrzebę poszanowania godności osobistej; 8) potrzebę kontaktu emocjonalnego; 9) potrzebę sensu życia; 10) potrzeby kulturalne. Takie ujęcie potrzeb stanowi bezpośrednio nawiązanie do słynnej piramidy potrzeb Maslowa, choć same kategorie posiadają nieco inne nazewnictwo. Poniżej przedstawiono porównanie koncepcji Maslowa (1970, 2013)

oraz modelu biopsychospołecznego potrzeb pacjentów chorych psychicznie autorstwa Mizerskiej i współpracowników (2012).



Rysunek 8. Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi na tle piramidy Maslowa

Źródło: Opracowanie własne

Wyróżnienie przez Mizerską i współpracowników (2012) potrzeb biopsychospołecznych osób z zaburzeniami psychicznymi stanowi niejako powtórzenie kategorii Maslowa (1970, 2013), jednakże pod ich pojęciami kryć się będą czasami nieco inne desygnaty. Odmiennie mogą być także sposoby zaspakajania potrzeb w warunkach szpitala psychiatrycznego, z uwagi na konieczność uwzględnienia indywidualnych ograniczeń przebywających w nich osób chorych psychicznie.

Osoby leczone w zamkniętych ośrodkach psychiatrycznych mają w sposób kompleksowy zabezpieczone potrzeby fizjologiczne (np. higieniczne, ruchu, snu, odpoczynku). Niemniej jednak sposób ich zaspakajania przez pacjentów jest w całości uzależniony od personelu placówki, wewnętrznych regulaminów oraz organizacji

podmiotu leczniczego, w którym pacjenci przebywają (infrastruktura sanitarna, czas i jakość posiłków, czas aktywności, terapia, odpoczynek). Realizacja potrzeb biologicznych pacjentów jest ogólnie kontrolowana, co jest ściśle związane z koniecznością fizjologicznego podtrzymania ich funkcji życiowych.

Potrzeba bezpieczeństwa w warunkach szpitala psychiatrycznego może być rozumiana dwojako. Po pierwsze jako dążenie pacjenta do uzyskania równowagi wewnętrznej, dobrostanu psychicznego, braku lęku, spokoju i wiary w skuteczność leczenia, a z drugiej – jako zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi przez personel przed niebezpieczeństwem grożącym mu ze strony niego samego. Chodzi tutaj o ochronę pacjenta ze skłonnościami samobójczymi i tendencjami do samouszkodzeń oraz innych działań autodestrukcyjnych, celem udaremnienia potencjalnych prób ich dokonania (Rzewuska, 2003; Wilczek-Ryżyczka, 2007). Konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi spoczywa na barkach personelu, szczególnie w sytuacjach, gdy pacjent nie jest w stanie tej potrzeby zaspokoić sam. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi z tendencjami samobójczymi może łączyć się z jednoczesnym pogwałceniem jego autonomii i swobody, które są zasadami naczelnymi w postępowaniu z chorymi. W tego typu wyjątkowych przypadkach to jednak zasada ochrony życia staje się nadrzędna wobec innych reguł obowiązujących w oddziale psychiatrycznym (Rzewuska, 2003).

Potrzeby działania, kontaktu z ludźmi i kontaktu emocjonalnego stanowią odzwierciedlenie masłowskich potrzeb społecznych. Zaspokojenie potrzeby działania utrzymuje człowieka w równowadze biopsychospołecznej, a zaburzenia psychiczne powodują nierzadko pozbawienie człowieka przywileju pracy. Realizacja tej potrzeby w chorobie podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym jest możliwa dzięki różnym formom terapii zajęciowej i uczestnictwu w drobnych pracach na rzecz oddziału (Mizerska i in., 2012).

Osoby z zaburzeniami psychicznymi wykazują w większości potrzebę kontaktów z ludźmi, w tym potrzebę kontaktu emocjonalnego. Potrzeby te, wskutek pobytu w oddziale psychiatrycznym, określanym przez niektórych jako instytucja totalna, ulegają pewnym ograniczeniom, a czasami są nawet całkowicie zdeprywatyzowane. Pacjenci są zobligowani do przebywania wśród określonej liczby głównie tych samych osób (personel i współpacjenci), bez możliwości swobodnych i nieograniczonych kontaktów z bliskimi. Chcąc w jak najszerszym stopniu umożliwić pacjentom zaspokojenie potrzeby kontaktu z ludźmi, rekomenduje się częste odwiedziny bliskich oraz rozmowy telefoniczne. Pacjenci realizują w oddziale te potrzeby także poprzez nawiązywanie

kontaktów z innymi chorymi oraz personelem. Trudniej jest jednak zaspokoić w warunkach szpitalnych potrzebę kontaktu emocjonalnego. Każda osoba poszukuje zrozumienia, przyjaźni czy miłości, a personel szpitalny tylko połowicznie jest zdolny zaspakajać te potrzeby – jedynie poprzez wykazywanie troski i zainteresowania względem chorych (Mizerska i in., 2012).

Odpowiednikiem potrzeby uznania z piramidy Maslowa jest w warunkach szpitala psychiatrycznego potrzeba poszanowania godności osobistej. Podejście personelu do pacjenta z respektem i szacunkiem pozwala na realizację tej jego potrzeby, jednocześnie wpisując się w kanon podstawowych zasad i dobrych praktyk w opiece psychiatrycznej.

Najwyższe miejsce w hierarchii potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zajmują: potrzeba sensu życia i potrzeby kulturalne (Mizerska i in., 2012). Niewątpliwie najtrudniej o ich realizację w warunkach szpitalnych, choć najpewniej, analogicznie do potrzeby samorealizacji Maslowa – obie wspomniane potrzeby nie muszą być dostępne wszystkim pacjentom psychiatrycznym. Część z nich nie będzie wykazywać potrzeb sensu życia czy kulturalnych, a koncentrować się będzie głównie na zaspokajaniu potrzeb z niższych poziomów, co analogicznie przedstawia się także w populacji osób zdrowych.

Jak wynika z powyższych rozważań, pacjenci z zaburzeniami psychicznymi wykazują analogiczne potrzeby jak osoby zdrowe. Warunki szpitalne determinują jednak sposoby ich zakres ich zaspokojenia. Część potrzeb, dzięki opiece personelu i strukturze instytucji są łatwiejsze w osiągnięciu dla osób chorych (jak choćby potrzeby fizjologiczne, czy bezpieczeństwa), gdyż szpital w pełni i kompleksowo je realizuje. Zaspokojenie pozostałych potrzeb, takich jak - społeczne, uznania czy samorealizacji - może być utrudnione lub wręcz niemożliwe.

Nasuwają się zatem pytania: czy w sytuacji przebywania w instytucji zamkniętej istnieje w ogóle możliwość zaspokojenia wszystkich potrzeb? Jakie czynniki obiektywnej rzeczywistości wpływają na stopień zaspokojenia potrzeb pacjenta? I od czego w ogóle zależy poczucie ich zaspokojenia?

Na przestrzeni ostatnich kilkadziesiąt lat przeprowadzono w Europie i na świecie szereg badań potrzeb osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi (Arvidsson, 2003; Bengtsson i Hansson, 1999; Cialkowska-Kuzminska, Misiak i Kiejna, 2014; Cleary, Freeman, Hunt i Walter, 2005; Dobrzyńska, Rymaszewska i Kiejna, 2007, 2008; Ernest, Nagarajn i Jacob, 2012; Hayward, Slade i Moran, 2006; Korkeila i in., 2005; Kovess-Masfety i in., 2006; Macpherson, Haynes, Summerfield, Foy i Slade, 2013a,

2013b; Manamela, Ehlers, van der Merwe i Hattingh, 2003; Ruggeri i in., 2009; Slade, Phelan, Thornicroft i Parkman, 1996, 1998; van der Krieke, Sytema, Wiersma, Tielens i van Hemert, 2011; Wiersma i in., 2009) podejmujących leczenie ambulatoryjnie, przebywających w szpitalach ogólnopsychiatrycznych oraz tych, którzy na skutek choroby dopuścili się najpoważniejszych czynów zabronionych i decyzją sądu zostali umieszczeni w oddziałach psychiatrii sądowej. Poniżej przedstawione zostaną wybrane wyniki niektórych badań dotyczących potrzeb osób chorujących psychicznie.

1.5.4. Badania dotyczące potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

Analiza potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w krajach europejskich i na świecie jest podejmowana często oraz systematycznie powtarzana co kilka lat. Ma to na celu sprawdzenie aktualnego stanu potrzeb pacjentów i dostosowanie do nich odpowiednich świadczeń, aby tym samym móc stale podnosić jakość opieki zdrowotnej.

Dobrzyńska i współpracownicy (2008) podaje, że prekursorami tego typu badań i w ogóle twórcami pojęcia potrzeb w opiece zdrowotnej oraz pierwszych narzędzi do ich oceny byli naukowcy z Anglii (Slade i in., 1998), gdzie takich badań przeprowadzono, jak dotąd, najwięcej. Oceny potrzeb i publikacji wyników badań dokonywano także w wielu innych krajach europejskich (Irlandia, Szkocja, Finlandia, Szwecja, Holandia, Portugalia, Hiszpania, Niemcy, Francja i Włochy) (Bengtsson i Hansson, 1999; Hansson i in., 2003; Korkeila i in., 2005; Kovess-Masfety i in., 2006; Ruggeri i in., 2004; Wiersma i in., 2009). Istnieją także doniesienia, dotyczące tej samej problematyki, z Ameryki Północnej (Kanady), Australii, Azji czy Afryki (Manamela i in., 2003; Trauer i Tobias, 2004; Trauer, 2010; Tremblay, Bamvita, Grenier i Fleury, 2014).

Badania Slade i współpracowników (1999) wykazały, że porównując liczby potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi oraz potrzeb chorych z rozpoznaniem niepsychotycznymi, ci pierwsi prezentują ich zdecydowanie więcej, przy czym wyższa liczba potrzeb niezaspokojonych była związana z diagnozą psychozy innego typu niż schizofrenia. Wnioski z badań Simons i Petch (2002) dotyczące tych samych zagadnień są całkowicie odwrotne do zaprezentowanych powyżej, tj. większa liczba potrzeb występowała u osób niepsychotycznych – w porównaniu do tych z rozpoznaniem psychozy. W badaniach populacyjnych natomiast, przeprowadzonych przez Meadows i współpracowników (2000) największą liczbę potrzeb wykazywali pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych i lękowych, a jeszcze inne doniesienia

wskazują na osoby z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości (Hayward, Slade i Moran, 2006; Phelan i in., 1995). Mimo braku jednoznacznej odpowiedzi na pytanie jakie diagnozy psychiatryczne determinują większą liczbę potrzeb, Dobrzyńska i współpracownicy (2008), powołując się na dane WHO z 2001 r. podaje, że z większą liczbą potrzeb niezaspokojonych korelują takie zmienne jak: nasilenie objawów psychopatologicznych, przewlekłość i długość trwania choroby i związana z nią niesprawność.

Chcąc wskazać różnice w zakresie odczuwanych potrzeb pacjentów hospitalizowanych oraz ambulatoryjnych warto przytoczyć badania szwedzkie Hansson i współpracowników (1995). Wynika z nich, że osoby hospitalizowane w szpitalu ogólnopsychiatrycznym najwięcej potrzeb zgłaszały w zakresie mieszkaniowym, samodzielnego funkcjonowania (samoopieki) i w poradzeniu sobie z problemem alkoholowym. Ponadto wskazywały na potrzeby z zakresu codziennej aktywności jako na te, które nie są zaspokajane w trakcie ich hospitalizacji (Dobrzyńska i in., 2008). Odmienne prezentowały się wyniki badań szkockich, oceniających potrzeby pacjentów ambulatoryjnych po sześciu tygodniach od dnia wypisu ze stacjonarnego oddziału psychiatrycznego. Potrzeby zaspokojone częściej dotyczyły tutaj obszarów związanych ze zdrowiem, co można łączyć z właściwym i efektywnym leczeniem w placówce. Wśród niezaspokojonych potrzeb znalazły się głównie te, które dotyczyły codziennego funkcjonowania (Simons i Petch, 2002). Wskazuje to na fakt, że pacjenci po wyjściu ze szpitala i powrocie do swojego domowego środowiska nie zawsze są zdolni do samodzielnego życia, często wymagają wsparcia rodzinnego czy instytucjonalnego.

Badania potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi bardzo często są łączone z badaniami jakości życia i satysfakcji z opieki medycznej osób chorych. Pribe i współpracownicy (1998) wskazują, że im poważniejszy stan psychiczny pacjenta, (tj. większe nasilenie objawów psychopatologicznych) i niższa jakość życia, tym więcej osoba ta wskazuje potrzeb niezaspokojonych (brak odpowiedniej diagnostyki, leczenia czy opieki) i bardziej negatywnie ocenia swoje leczenie. Inne badania (Slade i in., 1999; UK700 Group, 1999) z kolei podają, że występowanie potrzeb niezaspokojonych wiąże się z pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia, a co za tym idzie także niższą jakością życia oraz – w konsekwencji – z większymi wydatkami finansowymi. Późniejsze analizy Slade i współpracowników (2004) wykazały, że najsilniejszym (obok poprawy klinicznej) predyktorem poprawy subiektywnej jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi jest redukcja ich niezaspokojonych potrzeb. Tak więc wszystkie przedstawione wyżej

badania potwierdzają ścisły związek subiektywnej oceny zaspokojenia potrzeb z oceną jakości życia.

Analizując badania potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wartym podkreślenia jest także sposób ich przeprowadzania. Są one oceniane zazwyczaj nie tylko z perspektywy samych chorych, ale także ich opiekunów, czy personelu. W piśmiennictwie najczęściej spotykać można odmienne oceny potrzeb dokonywane przez pacjentów i personel medyczny (Cialkowska-Kuzminska i in., 2014; Slade i in., 1996; Wiersma i in., 1998), analogicznie zresztą do rozbieżności pomiędzy subiektywnie odczuwaną, a ocenianą obiektywnie jakością życia (Bengston-Tops i in., 2005). Chociaż personel medyczny wykazuje tendencję do wyższych ocen potrzeb, to jednak zdaniem Slade i współpracowników (1996, 1999) relacje samych pacjentów dotyczące ich potrzeb umożliwiają zebranie bardziej wartościowych z punktu widzenia diagnostycznego informacji oraz pozwalają trafnie określić ich indywidualne potrzeby.

Reasumując, dotychczasowe badania potrzeb przeprowadzane w różnych krajach w Europie i na świecie obejmowały głównie strukturę i liczbę potrzeb zaspokojonych oraz niezaspokojonych, zależności pomiędzy potrzebami spełnionymi/ niespełnionymi a różnymi zmiennymi socjodemograficznymi oraz klinicznymi. Badano także prospektywnie zmienność potrzeb w czasie (Kovess-Masfety i in., 2006).

Z analiz Dobrzyńskiej i współpracowników (2008) wynika, że badaniami potrzeb najczęściej obejmowano pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, w tym z rozpoznaniem schizofrenii, znacznie rzadziej natomiast naukowcy prowadzili badania porównawcze dotyczących potrzeb osób z różnymi innymi rozpoznaniem, np. zaburzeniami lękowymi, nastroju czy osobowości (Ruggeri i in., 2004; Trauer i Tobias, 2004).

Zaskakującym jest, że w literaturze naukowej rzadko spotkać można analogiczne badania potrzeb polskich pacjentów leczących się psychiatrycznie. W zasadzie, spośród rodzimych badań, przytoczyć można dosłownie kilka prac, w większości z ośrodka naukowego we Wrocławiu, powstałych jako wynik realizacji 5. Programu Ramowego UE - EDEN (Europejskiej Oceny Psychiatrycznych Szpitali Dziennych) (Dobrzyńska i in., 2008). Analizowano wówczas między innymi potrzeby pacjentów w szpitalach ogólnopsychiatrycznych (oddziałach stacjonarnych i dziennych), a także leczących się ambulatoryjnie – ale tylko na terenie województwa dolnośląskiego (Kiejna, Szajowski, Rymaszewska, Jarosz-Nowak i Kallart, 2002; Rymaszewska i in., 2007).

W świetle badań pacjentów ambulatoryjnych Dolnego Śląska najczęściej niezaspokojone były ich potrzeby socjalne (tj. kontakty społeczne, bliskie relacje oraz potrzeby seksualne) (Dobrzyńska i in., 2008; Rymaszewska i in., 2007).

Analizując potrzeby pacjentów z różnymi rozpoznaniami klinicznymi (schizofrenicznymi, zaburzeń nastroju, lękowych, odżywiania czy osobowości) okazało się, że pomiędzy pacjentami z diagnozą schizofrenii a pozostałymi osobami z zaburzeniami niepsychotycznymi nie wykazano istotnych różnic w liczbie potrzeb zaspokojonych, niezaspokojonych i ogólnych. To pozwoliło badaczom wysnuć wniosek, że konieczna jest modyfikacja polskiej oferty opieki psychiatrycznej na taką, która „w większym stopniu będzie spełniała oczekiwania pacjentów i będzie stanowić bardziej adekwatną odpowiedź na ich potrzeby” (Dobrzyńska i in., 2007, 2008).

1.6. Potrzeby pacjentów sądowo-psychiatrycznych w świetle dotychczasowych badań

Omówienie, interpretacja i porównanie badań dotyczących potrzeb pacjentów sądowo-psychiatrycznych przeprowadzonych w różnych krajach wymagają ostrożności i przyjęcia *a priori* pewnych założeń związanych z różnicami, jakie występują między poszczególnymi krajami europejskimi w zakresie organizacji leczenia i opieki nad pacjentami sądowymi (Chow i Priebe, 2016; Dressing i Salize, 2004; Salize i Dressing, 2007; Sadeniemi i in., 2018; Tomlin i in., 2021). Po pierwsze systemy psychiatrii sądowej zależą od odmiennych w każdym państwie przepisów prawnych, głównie z zakresu prawa karnego procesowego i wykonawczego. Po drugie, wydatkowanie środków finansowych na system psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest uzależnione od sytuacji ekonomicznej i politycznej danego kraju, co może wywierać skutki w postaci podniesienia bądź obniżenia jakości leczenia i opieki zdrowotnej. Dotyczy to m. in. warunków szpitalnych, w jakich chorzy przebywają, liczby łóżek, ilości personelu, różnorodności i dostępności oferty terapeutycznej, itp. To z kolei wpływa na zakres i poziom obiektywnego zaspokojenia potrzeb pacjentów, choć subiektywne ich odczucia w tym względzie mogą być bardzo różne. Ponadto odmienne uwarunkowania kulturowe, a także postawy społeczne względem chorych psychicznie sprawców najpoważniejszych czynów zabronionych wiążą się także ze zróżnicowanym sposobem ich faktycznego traktowania w instytucjach leczniczych poszczególnych krajów.

Analizując ogólnodostępną literaturę dotyczącą potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi pozostających zarówno w ośrodkach zamkniętych, jak i w systemie opieki ambulatoryjnej, stwierdzić można, że zdecydowanie więcej badań empirycznych poświęcono potrzebom pacjentów ogólnopsychiatrycznych aniżeli potrzebom pacjentów sądowych (Harty i in., 2004; Keulen-de Vos i Schepers, 2016; Segal i in., 2010; Thomas i in., 2003). Wynikać to może z faktu, że badania w psychiatrii sądowej nadal koncentrują się głównie na ocenie i zarządzaniu ryzykiem przemocy, bezpośrednio związanym z prawdopodobieństwem ponownego popełnienia czynu zabronionego w przyszłości (Andrews, i in., 2006; Collins i Davies, 2005; Keulen-de Vos i Schepers, 2016; Shaw, 2002). Badania ryzyka zachowań agresywnych i przemocy niezmiennie opierają się na teoretycznym modelu „ryzyko - potrzeby – reakcja”, zgodnie z którym to analiza czynników (potrzeb) kryminogennych stanowi o sposobie leczenia w oddziałach psychiatrii sądowej. Doceniając rolę oceny czynników kryminogennych w planowaniu leczenia sprawców czynów zabronionych, warto podkreślić również istotność analizy potrzeb ogólnych, takich jak zdrowie psychiczne, jakość życia, czynniki społeczne i środowiskowe - równie ważnych w planowaniu opieki nad tymi chorymi. Niezaspokojenie tych ogólnych (podstawowych) potrzeb pacjentów sądowych może mieć znaczący wpływ na przyszłe ryzyko przemocy i podejmowanych przez nich zachowań agresywnych.

Przeświadczenie o ważności potrzeb pacjentów w wymiarze terapeutycznym doprowadziło w wielu krajach do stworzenia nowych lub zaadoptowania już zatwierdzonych międzynarodowo narzędzi do pomiaru potrzeb w populacjach psychiatrycznych – specjalnie na użytek badań pacjentów sądowych (np. Camberwell Assessment of Need (CAN), Camberwell Assessment of Need – Forensic Version (CANFOR), Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS) i International Resident Assessment Instrument (interRAI), MRC Needs for Care Assessment Schedule (NFCAS) (Brewin i in., 1987; Castelletti i in., 2015; Keulen-de Vos i Schepers, 2016; Phelan i in., 1995; Romeva i in., 2010; Thomas i in., 2003). Niestety, w Polsce, takich specyficznych narzędzi zaadoptowanych do warunków polskich i przeznaczonych do oceny potrzeb pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej, wciąż brakuje.

Do dnia dzisiejszego nie przeprowadzono w naszym kraju i nie opublikowano ani jednego badania porównawczego dotyczącego oceny potrzeb w oddziałach ogólnopsychiatrycznych oraz oddziałach psychiatrii sądowej, jakkolwiek w innych

państwach tego typu analizy wykonuje się systematycznie od lat 90-tych ubiegłego wieku (Harty i in., 2003, Talina i in., 2012).

Przeprowadzone na świecie badania w większości wykazywały, że pacjenci sądowi mieli znacznie więcej potrzeb, a wśród nich także więcej tych niezaspokojonych, w porównaniu z pacjentami ogólnopsychiatrycznymi (Harty i in., 2003, 2004). Na przykład, Harty i współpracownicy (2004) stwierdzili, że pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii przebywający w oddziałach psychiatrycznych zakładów karnych wykazywali znacznie więcej niezaspokojonych potrzeb w zakresie leczenia objawów psychotycznych, stresu psychologicznego, zarządzania finansami, aktywności dziennej i życia społecznego niż pacjenci oddziałów ogólnopsychiatrycznych. Wyniki te świadczą o tym, że oprócz problemów i potrzeb kryminogennych, pacjenci sądowi borykają się też ze znacznymi trudnościami i potrzebami w wielu różnych obszarach życia. Wnioskować zatem można, że podejście do ich leczenia oparte wyłącznie na analizie czynników ryzyka przemocy, może okazać się niewystarczające. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia należałoby analizować nie tylko kryminogenne, ale także ogólne potrzeby (Andrews i in., 2006; Segal i in., 2010; Shaw, 2002). Ich całościowa ocena, dokonywana w sposób wystandaryzowany, ma znaczenie dla zapewnienia skutecznego leczenia dostosowanego do indywidualnych potrzeb i tym samym zwiększenia jego skuteczności. Wszystkie te działania w konsekwencji mogą umożliwić wcześniejsze wypisanie pacjenta ze szpitala oraz zmniejszyć ryzyko ponownego popełnienia przez niego czynu zabronionego w przyszłości (Castelletti i in., 2015; Long i in., 2008; Vorstenbosch i Castelletti, 2020).

Każda ocena potrzeb, według Brewin i współpracowników (1987), powinna opierać się na badaniu objawów psychiatrycznych i funkcjonowania społecznego pacjenta. Oznacza to, że definiowanie i ocenianie potrzeb powinno leżeć w gestii ekspertów z dziedziny psychologii i psychiatrii. Slade (1994) uważa natomiast, że obiektywna ocena potrzeb dokonywana przez specjalistów powinna być uzupełniona poglądami pacjentów, których subiektywne opinie mają takie samo (jeśli nie większe) znaczenie. Slade (1994) stoi na stanowisku, że oceny powinny być dokonywane oddzielnie i niezależnie, gdyż jedynie obie perspektywy pozwalają uchwycić szerszy i pełniejszy obraz rzeczywistości.

Przyjmując powyższe założenia przeprowadzono szereg badań dotyczących potrzeb pacjentów sądowych, angażując w nie także personel kliniczny. Część środowiska mocno krytykowała takie podejście metodologiczne twierdząc, że ocena personelu może spowodować tendencyjność wyników. Argument ten potwierdziły

jedynie nieliczne badania, w których porównywano oceny potrzeb pacjentów sądowych, dokonywane przez nich samych oraz przez personel. Przykładowo, Segal i współpracownicy (2010) stwierdzili, że pacjenci wykazywali znacznie więcej niezaspokojonych potrzeb, aniżeli personel. W dwóch innych z kolei badaniach stwierdzono, że eksperci wskazywali na więcej potrzeb jako tych koniecznych i wymagających zaspokojenia, natomiast nie było różnicy w przypadku całkowitej liczby potrzeb niezaspokojonych (Abu-Sinna i Luebbers, 2012; Thomas i in., 2008). Większość przeprowadzonych analiz wskazuje na to, że pacjenci w oddziałach psychiatrii sądowej i personel szpitalny znacząco różnią się pod względem ogólnej oceny potrzeb pacjentów. Jeśli chodzi o konkretne rodzaje potrzeb, największe rozbieżności między ocenami personelu i pacjentów stwierdzono w przypadku tych, które dotyczyły relacji intymnych i ekspresji seksualnej (Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Segal i in., 2010; Thomas i in., 2008). Pacjenci częściej oceniali te domeny jako niezaspokojone, podczas gdy personel rzadziej uznawał je za obszary problemowe (Jacques i in., 2010).

Biorąc pod uwagę kategorie potrzeb klinicznych i związanych z opieką zdrowotną zaobserwowano, że pacjenci często zgłaszali odczuwany brak informacji na temat swojego leczenia i stanu zdrowia (Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Baksheev i in., 2010; Segal i in., 2010; Thomas i in., 2008; Thomas i in., 2004). Personel natomiast najczęściej wskazywał na utrzymujące się trudności w obszarach klinicznych związanych z ryzykiem, takie jak nadużywanie substancji psychoaktywnych, zagrożenie bezpieczeństwa innych, przestępstwa seksualne i podpalenia (Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Harty i in., 2004; Long i in., 2008; Thomas i in., 2004). Znaczną zgodność pomiędzy ocenami dokonywanymi przez pacjentów i personel zaobserwowano w kwestii wskazywania potrzeb niezaspokojonych, jednak badanie to obejmowało pacjentów sądowych, ale z rozpoznaniem innymi niż schizofrenia (Long i in., 2008). Wykazywane różnice w ocenach pacjentów i personelu podkreślają konieczność uwzględnienia w badaniach potrzeb zarówno ich obiektywnego, jak i subiektywnego postrzegania.

Wyniki badań przeprowadzonych w grupie pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej w kilku krajach europejskich wykazały, że pacjenci sądowi mieli ciągłe trudności w obszarach dotyczących nie tylko samego zdrowia (tj. objawy psychotyczne, cierpienie psychiczne (stres psychologiczny), ale także realizacji potrzeb socjalnych, takich jak m. in.: potrzeby związane z zakwaterowaniem, świadczeniami socjalnymi czy samoopieką (samodzielnym dbaniem o siebie i zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych). Sami pacjenci wskazywali na potrzeby w zakresie organizacji zajęć czy

jakichkolwiek form aktywności w ciągu dnia oraz nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych (Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Harty i in., 2004; Segal i in., 2010; Thomas i in., 2004). Z drugiej strony, zgłaszane były także problemy i czynniki kryminogenne, które mogłyby odgrywać istotną rolę w etiologii zachowań agresywnych i sprzecznych z prawem. Badania przedstawione powyżej nie tylko odzwierciedlają, ale także i potwierdzają złożone potrzeby pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej (Baksheev, Thomas i Ogloff, 2010; Harty i in., 2004; Jacques, Spencer i Gilluley, 2010; Long, Webster, Waine, Motala i Hollin, 2008; Thomas i in., 2004).

Warto także dodać, że niezaspokojone potrzeby mają szczególne znaczenie w realizacji zadań terapeutycznych, ponieważ oznaczają nieskuteczność interwencji lub ich całkowity brak (Drukker i in., 2008; Pompili i Fiorillo, 2018). W związku z tym istotne jest zbadanie tych czynników, które wpływają na samą obecność potrzeb niespełnionych. Ten obszar został jednak całkowicie pominięty w badaniach realizowanych wśród pacjentów oddziałów sądowych.

W grupach osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w oddziałach ogólnopsychiatrycznych badania z tego zakresu pokazały, że kobiety i osoby w bardziej zaawansowanym wieku wykazywały więcej niezaspokojonych potrzeb, niż mężczyźni oraz młodsi pacjenci (Fleury i in., 2013; Hansson i in., 1995; Kulhara i in., 2010; Palinkas i in., 2007; Pompili i in., 2018). Z innych badań z kolei wynikało, że istnieje związek pomiędzy liczbą niespełnionych potrzeb, a czynnikami takimi jak: częstość kontaktu z placówkami ochrony zdrowia psychicznego, nasilenie objawów psychopatologicznych, czas trwania choroby oraz obecność zaburzeń osobowości (Bengtsson-Tops i Hansson, 1999; Fleury i in., 2013; Ganesh i Gupta, 2017; Hansson i in., 1995; Landolt i in., 2012; McCrone i in., 2001; Ochoa i in., 2005; Torres-González i in., 2014; Werner, 2011).

Chcąc przedstawić analogiczne badania wykonane przez polskich badaczy w grupie polskich pacjentów oraz zestawić ich wyniki z tymi zagranicznymi, napotkać można spore trudności. W całej historii polskiej psychiatrii i psychologii sądowej oraz funkcjonowania specjalnie wyodrębnionych już od lat 90-tych ubiegłego wieku oddziałów i ośrodków psychiatrii sądowej, przeprowadzono tylko jedno badanie potrzeb pacjentów detencyjnych (Trizna i Adamowski, 2016). Obejmowało ono 93 mężczyzn z dwóch oddziałów psychiatrii sądowej, ale wyłącznie z jednego szpitala. Trudno zatem mówić tutaj o reprezentatywności próby. W badaniach tych porównano potrzeby pacjentów przebywających w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia –

podstawowym i wzmocnionym. Analizując ogólną liczbę potrzeb wykazywanych przez pacjentów detencyjnych oraz liczbę ich potrzeb niezaspokojonych okazało się, że pacjenci oddziałów sądowych o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia zgłaszali ich zdecydowanie więcej, w porównaniu do chorych z oddziałów o stopniu podstawowym. Wśród pacjentów oddziału o niższym poziomie zabezpieczenia zaobserwowano, natomiast, większe nasilenie objawów psychopatologicznych, głównie deficytów poznawczych i objawów pozytywnych w przebiegu psychozy (Trizna i Adamowski, 2016).

Prezentowane badanie, oprócz analizy potrzeb, dotykało także szerokiego problemu, jakim jest jakość życia pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej. Wnioskując intuicyjnie, nasuwa się od razu skojarzenie, które łączy zaspokojenie potrzeb z optymalną jakością życia. Czy tak rzeczywiście występuje w przypadku pacjentów z zaburzeniami psychicznymi? Czy spełnienie bądź niespełnienie potrzeb będzie dokładnym wyznacznikiem postrzeganej przez chorych jakości życia?

Zagadnienia dotyczące jakości życia stanowiąc będą treść następnego rozdziału, ściśle związanego z problematyką ludzkich potrzeb. Spełnione potrzeby prowadzą do dobrostanu psychicznego i poczucia satysfakcji z życia, sprzyjają rozwojowi i samorealizacji. Można zatem analogicznie rozważać, czy w warunkach oddziału psychiatrycznego spełnienie potrzeb pacjentów i zagwarantowanie im warunków do odczuwania dobrej jakości życia nie jest warunkiem koniecznym do realizacji celów terapeutycznych i osiągnięcia postępów leczniczych. Optymalna jakość życia jest tym, do czego dąży każdy człowiek, a tym bardziej pacjent cierpiący z powodu zaburzeń psychicznych.

ROZDZIAŁ II

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII SĄDOWEJ

2.1. Jakość życia jako interdyscyplinarny obszar badawczy

Problematyka jakości życia stanowi niezwykle bogaty i zróżnicowany materiał do analiz naukowych podejmowany nie tylko w psychologii, ale także socjologii, polityce społecznej, ekonomii oraz medycynie (Dąbrowska, 2017; Duda, 2016; Jankiewicz-Siwiek i Bartosińska, 2011; Jasiński, 2013; Krok, 2009; Steuden i Okła, 2007; Ostasiewicz, 2002; Rutkowski, 1987). Tak wielkie zainteresowanie tym obszarem wielu dyscyplin naukowych wynika najprawdopodobniej z faktu, że ludzkość od zawsze stawiała pytania dotyczące tego, co sprawia, że życie jest pełne, wartościowe i godne wysiłków oraz jakie czynniki powodują, że człowiek jest z niego zadowolony bądź nie. Pozytywna ocena życia jest jedną z najbardziej poszukiwanych wartości, choć dla człowieka ważne jest nie tylko życie samo w sobie, ale i jego doświadczanie i przeżywanie w kategoriach szczęścia, samospełnienia i poczucia sensu (Krok, 2009).

Sposób podejścia do zagadnienia jakości życia w znacznym stopniu determinowane jest perspektywą podmiotu, który się tym problemem zajmuje oraz dziedziną nauki, którą podmiot reprezentuje. Interdyscyplinarność w badaniach nad jakością życia powoduje różnorodność definicyjną i terminologiczną, a także mnogość samych koncepcji teoretycznych budujących to pojęcie. Termin „jakości życia” jest rozumiany wielorako ze względu na posiadanie w swojej definicji wielu wymiarów: filozoficznego, psychologicznego, medycznego, społecznego, ekonomicznego i kulturowego (Bartoszek, 2015; Derbis, 2008; Duda, 2016; Woźniczka, 2008). Wawro (2015) pisze, że w ujęciu filozoficzno-etycznym istotną podstawą jakości życia są wartości i normy moralne, w kontekście ekonomicznym – jakość życia utożsamia się ze statusem materialnym czy wydolnością konsumpcyjną, natomiast ujęcie medyczne koncentruje się na warunkach zdrowotnych. Psychologia ujmuje jakość życia w kategoriach dobrostanu jednostki ocenianego z perspektywy subiektywnej, a pedagogika rozpatruje zarówno obiektywne jak i subiektywne wyznaczniki - w odniesieniu do procesu rozwojowego człowieka (Wawro, 2015; Bartoszek, 2015). Firkowska-Mankiewicz (1999) podsumowując dodaje, że wszystkie definicje jakości życia w naukach społecznych zawierają następującą komponenty: „obiektywne warunki życia oraz subiektywna ich ocena, a także samopoczucie, czy precyzyjniej, dobrostan

jednostki oraz jej pogląd na świat i system wartości” (Firkowska-Mankiewicz, 1999, s. 16).

Wielość stosowanych kryteriów przy definiowaniu jakości życia, interdyscyplinarny charakter zagadnień obejmowanych tym terminem oraz jego filozoficzna natura powodują trudności w jego dookreśleniu (Bartoszek, 2015; Chańska, 2009; Cymerman, 2007; Okła i Steuden, 2007; Wawro, 2015). Straś – Romanowska (2004) zalicza jakość życia do tzw. pojęć pierwotnych, które mają sens oczywisty i dlatego są trudne do precyzyjnego zdefiniowania.

2.1.1. Geneza koncepcji jakości życia człowieka oraz ujęcia definicyjne

Rozpoczynając rozważania na temat istoty jakości życia człowieka, rozwoju koncepcji wyjaśniających jej treść, a także definicji i prób określenia pojęć z nią związanych, warto przytoczyć słowa Bańki (1994), które oddają złożoność tego problemu. Pisze on, że „jakość życia nie jest zjawiskiem jednorodnym, tak jak nie jest jednorodnym fenomen samego życia. Życie jako pojęcie podstawowe, jest w równym stopniu niedefiniowalne jednoznacznie, co intuicyjnie rozumiałe dla każdego (...)” (Bańka, 1994, s. 19).

Genezy jakości życia poszukiwać należy już w starożytności u filozofów dążących do szczęścia – jako największego dobra człowieka (Krapiec, Kamiński, Zdybicka i Jaroszyński, 1992; Nomejko, Dolińska-Zygmunt i Zdrojewicz, 2012). Pierwsze wzmianki o życiu i jego jakości odnaleźć można w idei sokratejskiej myśli o wychowaniu, następnie także u Platona, Arystotelesa, Locke czy Kanta (Bera, 2008; za: Duda, 2016; Jodłowska, 2012; Trzebiatowski, 2011). Niektórzy przyjmują, że to filozofia utworzyła drogę do podejmowania badań nad jakością życia przez reprezentantów innych dziedzin wiedzy (Rostowska, 2006, 2009; Kowalik, 2000).

Samo pojęcie „jakość życia” (ang. Quality of Life) pojawiło się dopiero w latach powojennych ubiegłego wieku (Ahmedzai, 2020; Cummins, 1996, 1997; Barcaccia i in., Krok, 2009), natomiast początki naukowych rozważań, rozwój badań i pomiarów jakości życia przypada na jego lata 60- te i 70-te (Górecka, Szymona i Ujma, 2003; Krok, 2009; Majkovicz, Zdun-Ryżewska, 2009). Początkowo w określeniu jakości życia akcent kładziono na wymiar ekonomiczny i łączono ją ze statusem materialnym i konsumpcją dóbr (Bańka, 1994, 2005; Bańka, Derbis, 1994; Kowalik, 1993; Steuden, Okła, 2007), później dopiero zakres tego pojęcia poszerzono o zmienne związane z warunkami życia

i zdrowia człowieka w jego środowisku. Kolejno w opisywaniu jakości życia zaczęto docierać także do potrzeb psychicznych, wolności osobistej i satysfakcji człowieka w różnych sferach jego egzystencji (De Walden-Gałuszek, 1997; Paterman, Cella, 2000). Okła i Steuden (2007) potwierdzają powyższe koncepcje twierdząc, że w literaturze spotyka się próby definiowania jakości życia także z punktu widzenia poziomu zaspokojenia potrzeb, celów życiowych, rozwoju osobowego czy systemu wartości, a także stanu zdrowia i pracy (Adamiec, Popiołek, 1993; Derbis, 1994; Derbis, Bańka, 1998; Landowski, Majkiewicz i Lamparska, 1996; Okła, Steuden, 2007; Rutkowski, 1987).

Rumiński (2004) zwraca z kolei uwagę na bardzo ważny kontekst człowieka w definiowaniu i ocenie jakości życia. Podejmując próbę usystematyzowania pojęć według dwóch najważniejszych wymiarów, wyszedł on z założenia, że jakość życia można postrzegać w dwóch różnych wymiarach człowieczeństwa:

1) w *wymiarze społeczno-ekonomicznym (egzystencjalnym)*, który jest związany z poczuciem bezpieczeństwa człowieka (np. szanowanie praw, zapewnienie pracy, zaspokojenie biologicznych potrzeb, struktura organizacyjna i rozłożenie odpowiedzialności);

2) w *wymiarze etyczno-aksjologicznym* – gdzie jakość życia ujmuje się w kategoriach subiektywnej oceny zadowolenia i satysfakcji z sensu ludzkiego życia i dobrego funkcjonowania, opierającego się na porządku etycznym (za: Duda, 2016; Rumiński, 2004).

Do dnia dzisiejszego nie wypracowano, natomiast, jednoznacznych ustaleń co do zakresu definicyjnego pojęcia „jakość życia”, a w literaturze można odnaleźć dziesiątki, a nawet setki różnych definicji. Niemalże wszystkie, pomimo, że pochodzą z różnych dyscyplin nauki i koncepcji teoretycznych, są do siebie podobne i zawierają wspólne elementy, takie jak: ogólne poczucie dobrostanu, okoliczności sprzyjające realizacji potencjalności oraz odczuwanie pozytywnego zaangażowania społecznego (Otrębski, 2001).

Pojęcia jakości życia używa się zarówno w wąskim, jak i szerokim znaczeniu. Najszersze jego rozumienie obejmuje całość doświadczeń człowieka, najpełniej odzwierciedlając ważne sfery jego życia (Perry i Felce, 2002; Schalock i in., 2002; za: Steuden i Okła, 2007). Spośród istotnych obszarów wskazuje się tu, m. in. na: relacje społeczne, psychologiczny dobrostan i zadowolenie, aktywność zawodową, stanowienie o sobie, autonomię, zdolność dokonywania wyborów, umiejętność utrzymywania więzi

z innymi ludźmi, ale i zachowywania swojej niezależności, poczucie bycia we wspólnocie, wsparcie ze strony innych, zdolność do samorozwoju, społeczny status oraz dobrostan fizyczny i materialny (Steuden i Okła, 2007). Węższe znaczenie, zyskujące w ostatnich latach na popularności, ogranicza termin jakości życia i zawęża jego zakres do określonego obszaru życia człowieka. W ten sposób jakość życia staje się bardziej precyzyjna zarówno do celów diagnozy, jak i badań empirycznych (Steuden i Okła, 2007).

Podjmując próbę uporządkowania definicji tak wielowymiarowego i różnorodnego zjawiska, jakim jest jakość życia, warto wspomnieć także o podziale wszystkich definicji jakości życia dokonany przez Farquhar'a (1995; za: Jaracz, 2001). Oprócz definicji stworzonych przez laików, wyróżnił on cztery podstawowe grupy definicji skonstruowanych przez ekspertów, tj. 1) definicje globalne; 2) definicje złożone; 3) definicje specyficzne; 4) definicje mieszane.

Definicje globalne nawiązują do ogólnego poczucia szczęścia, dobrostanu, satysfakcji życiowej i sensu życia (Jaracz, 2001), natomiast definicje złożone – ujmują jakość życia jako ogólny dobrostan (dobre samopoczucie), ale na które składają się zarówno obiektywne wyznaczniki, jak i subiektywna ocena tego fizycznego, materialnego, społecznego i emocjonalnego dobrostanu, która jest dokonywana przez jednostkę, zgodnie z posiadanymi przez nią właściwościami (Felce i Perry, 1996; Renwick, Brown i Nagler, 1996). Definicje specyficzne, z kolei, koncentrują się na wybranych komponentach, którym może być np. zdrowie, a definicje mieszane – będą zawierać w sobie definicje różnych typów (Steuden i Okła 2007).

Bowling (2004) rozróżnia z kolei makro- (społeczne, obiektywne) i mikro- (indywidualne, subiektywne) definicje jakości życia. Do tych pierwszych zalicza rolę dochodu, zatrudnienia, mieszkania, edukacji oraz innych właściwości życiowych i środowiskowych; do tych drugich - postrzeganie ogólnej jakości życia i związane z nimi wskaźniki, takie jak dobrostan, szczęście i zadowolenie. Bowling zauważa również, że modele jakości życia są niezwykle zróżnicowane i obejmują potencjalnie wszystko, od hierarchii potrzeb ludzkich Masłowa (2013) po klasyczne modele oparte wyłącznie na dobrostanie fizycznym, psychicznym, szczęściu i satysfakcji z życia (Andrews, 1986; Larson, 1978, za: Walker, 2005), oczekiwaniach społecznych (Calman 1984) lub unikalnych subiektywnych ocenach jednostki (Brown i in., 2004).

Z racji ogromnej różnorodności ujęć jakości życia, ale i bogactwa jej komponentów, zdecydowano się poniżej przedstawić kilka definicji, zamiast je klasyfikować czy kontynuować ich trudne opisywanie i interpretowanie.

Przykłady definicji jakości życia zaczerpnięte z literatury:

1. „Jakość życia to sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Zatem jakość życia to tyle, co kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także osobistych wierzeń i przekonań” (Agencja ds. Jakości Życia przy WHO, za: Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 239; Zawisłak, 2011, s. 43).
2. „Jakość życia jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do ośmiu zakresów: dobrostan emocjonalny, stosunki interpersonalne, dobrostan materialny, rozwój osobisty, dobrostan fizyczny, autonomia, integracja społeczna jednostki” (Schalock, 2000, s. 121).
3. Jakość życia „jawi się jako szczególnej wagi aspekt nierozzerwalnie związany z poczuciem jednostkowego spełnienia, preferowanego systemu wartości i co za tym idzie, wybranego stylu życia” (Flanczewska – Wolny, 2007, s. 9).
4. Jakość życia to „zespół cech istotnych ze względu na pewne stosunki, oddziaływania i związki człowieka z otoczeniem, a więc uczestnictwo w społeczeństwie oraz ze względu na jego wewnętrzną strukturę, czyli stan fizyczny i psychiczny” (Bidzan, 2008, s. 58).
5. „Jakość życia to ogólna egzystencja jednostki, grupy lub społeczności opisująca istotę życia poprzez pomiar czynników obiektywnych i odczuwalnych subiektywnych, dokonywany przez jednostkę, grupę lub społeczność” (Linsdstrom, 1994, s. 43);
6. Jakość życia to „poczucie życiowej satysfakcji wyrażonej możliwością kształtowania wielowymiarowego rozwoju i autokreacji człowieka oraz realizacją jego aspiracji i celów życiowych zgodnie z przyjętymi wartościami i oczekiwaniami, przy uwzględnieniu materialnych elementów statusu społecznego” (Daszykowska, 2010, s. 68).

Powyższe przykładowe definicje, jak i jeszcze wiele innych tutaj nie przywołanych, pomimo tego, że są różnie ujęte, to jednak zawierają w sobie wiele wspólnych elementów. Większość definicji w określeniu jakości życia kładzie nacisk na istnienie poczucia spełnienia, satysfakcji, dobrostanu fizycznego (stan zdrowia) i psychicznego jednostki, jej autonomii i niezależności – zarówno w kontekście rozwoju, podejmowania decyzji, stanowienia o własnym życiu, o swoich wyborach, jak i w odniesieniu do indywidualnego systemu wartości. Poza obszarami opisanymi powyżej, jakość życia uwzględnia również takie sfery jak: seksualność, uczestnictwo w kulturze i duchowość (Barcaccia i in., 2013; Nomejko i in., 2012; O’Connell, Skevington, 2005).

Pomimo ogromnej różnorodności definicyjnej, interdyscyplinarności i szerokości zakresu pojęcia jakości życia, istnieją jednak pewne uzgodnione w literaturze i wspólne wszelkim naukom założenia. Przyjmuje się, że jakość życia:

- zawiera te same czynniki i relacje zarówno dla osób zdrowych, jak i tych z niepełnosprawnością;
- jest doświadczalna, gdy jednostka na równych prawach może dążyć do realizacji i spełnienia swoich podstawowych potrzeb i celów w środowisku rodzinnym, społecznym i zawodowym;
- ma zmienny charakter w przebiegu całego życia jednostki;
- wiąże się także z kulturą i dziedzictwem danej grupy etnicznej;
- bazuje na wartościach szczególnie ważnych dla jednostki i jego najbliższych;
- jest koncepcją uzgadnianą przez szeroki krąg osób reprezentujących różne punkty widzenia (Schalock, 2000, s.118).

2.1.2. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych. Obiektywizm i subiektywizm oceny

Najwcześniej jakością życia zainteresowano się na gruncie nauk ekonomicznych, a dopiero w następnej kolejności - nauk społecznych, w tym psychologii. Stosunkowo niedawno zaczęto oficjalnie wykorzystywać „jakość życia” w naukach medycznych i taktować ją jako problem badawczy, istotny z punktu widzenia profilaktyki, diagnozy i leczenia (Duda, 2016).

W ekonomii do określenia jakości życia używa się nieco innych pojęć, tj. poziom życia, standard życia czy warunki bytowania. Odmienne się ją także definiuje, kładąc nacisk bardziej na zaspokojenie dóbr oraz obiektywne czynniki, prowadzące do ogólnego

zadowolenia. Gillingham i Reece (za: Jankowska, 2011, s. 35) określają jakość życia w sposób „ekonomiczny” jako „stopień satysfakcji uzyskanej przez jednostkę w wyniku spożycia dóbr i usług, spędzania wolnego czasu, korzystania z pozostałych materialnych i społecznych warunków środowiska, w którym jednostka ta się znajduje”. Sęk (1993), natomiast, patrzy na jakość życia przez pryzmat warunków w jakich żyje człowiek, atrybutów świata przyrody, przedmiotów i kultury, związanych z poziomem jego funkcjonowania i pozycją społeczną. Zwraca także uwagę na konieczność określenia aktualnych potrzeb człowieka i możliwości ich zaspokojenia, łącząc tym samym jakość życia z potrzebami jednostki.

Cechą charakterystyczną rozważań naukowych dotyczących jakości życia w naukach społecznych, takich jak ekonomia czy socjologia, jest stosowanie obiektywnych kryteriów przy jej ocenie (Bańka, 1994, 2005; Noll, 2004, za: Krok, 2009). Wiąże się to z przyjęciem zewnętrznego modelu szczęśliwego życia, który nie odpowiada jednostkowej, indywidualnej ocenie, ale wpływa ze spełnienia warunków określonych w danej społeczności. Oznacza to, że im wyższy jest stopień bliskości życia jednostki do takiego modelu, tym posiada ona wyższą jakość życia, bez względu na jej subiektywne odczucia (Zalewska 2003). Sadowska (2006) pisze, że takie podejście w badaniach jakości życia jest zorientowane pragmatycznie, tj. poszukuje się jednolitego, syntetycznego i obiektywnego wskaźnika jakości życia, który może być brany pod uwagę przy kształtowaniu globalnej polityki społecznej i ekonomicznej. W tej koncepcji zakłada się, że jakiś aspekt jest konieczny dla dobrego życia społeczeństwa i jednostek, a wartościowanie odnosi się do z góry ustalonych norm. Chcąc ocenić jakość życia w takim modelu oblicza się globalny wskaźnik poziomu życia (ogólny dobrobyt, rozwój społeczny), który stanowi sumę różnych obiektywnych wskaźników cząstkowych reprezentujących różne sfery życia, np. rodzinną, zawodową, fizyczną czy psychiczną (Krok, 2009). Ten wskaźnik poziomu życia, to nic innego, jak miernik dobrobytu społecznego, określający stopień zaspokojenia potrzeb społecznych. A zatem, wyższa jakość życia i poczucie satysfakcji wystąpi wtedy, gdy człowiek będzie żył w godnych warunkach, będzie samodzielny i samowystarczalny, mając możliwość zaspokajania potrzeb społecznych (Oleś, 2002).

Wyniki niektórych badań (Bartosz, 2006; Dołęga, 2007, za: Duda, 2016) dowodzą jednak, że obiektywne wskaźniki nie oddają rzeczywistego poczucia zadowolenia z życia, a wysoki status materialny nie gwarantuje jego wysokiej jakości. Firebaugh (za: Duda, 2016) wysnuł nawet wniosek, że im większy dochód przypada na mieszkańca danego

kraju, tym bardziej spada poczucie szczęścia. Tożsamą zależność pomiędzy dochodami a ogólną satysfakcją z życia zaobserwowali także i polscy badacze (Klonowicz, Cichomski i Eliaz, 2002, za: Duda, 2016). Powyższe wnioski prowadzą do przekonania, że chcąc uchwycić rzeczywiste czynniki decydujące o jakości życia, niezbędne jest włączenie do analiz nie tylko zmiennych obiektywnych, ale także subiektywnych.

Nauki społeczne uzupełniły prezentowane wyżej obiektywne ekonomiczne podejście o subiektywną, indywidualną i jednostkową ocenę zadowolenia z życia. Odtąd większe znaczenie zaczęto przypisywać przeżyciom ludzkim, a za kluczowe zaczęto uznawać subiektywne doświadczenia jednostki i jej własną ocenę życia (Zawiślak, 2011). Daszykowska (2006, 2010) potwierdza tę ideę dodając, że jakość życia nie jest tylko kategorią społeczną, ale przede wszystkim jednostkową. Podejście to zakłada, że każdy człowiek jest najlepszym ekspertem od swojego życia i powinien oceniać je według własnych kryteriów. Jakość życia w takim ujęciu mierzona jest poziomem własnego zadowolenia, indywidualnej satysfakcji, szczęścia, przyjemności i dobrostanu (za: Zalewska, 2003).

Subiektywna ocena jakości życia nie zawsze jednak jest zbieżna z jego obiektywnymi warunkami. Czynniki zewnętrzne mają duży wpływ na subiektywne poczucie jakości życia, natomiast jej ocena zależy także od indywidualnych właściwości jednostki, sposobu postrzegania siebie i otoczenia oraz własnej interpretacji warunków i treści swojego życia (Straś-Romanowska, 2005). Zdarzają się sytuacje, gdy dochodzi do dużego rozdzwienku pomiędzy realną obiektywną rzeczywistością jednostki w jakiej się znajduje oraz jej subiektywną oceną jakości życia. Ten brak spójności pomiędzy aspektem obiektywnym a subiektywnym oceny przedstawia poniższe zestawienie.

OBIEKTYWNE warunki życia	SUBIEKTYWNA ocena jakości życia	
	Pozytywna	Negatywna
	(++)	(+ -)
Korzystne	Uzasadnione zadowolenie	Dylemat niezadowolenia
	(- +)	(- -)
Niekorzystne	Paradoks zadowolenia	Uzasadnione niezadowolenie

Rysunek 9. Obiektywny i subiektywny aspekt określania jakości życia

Źródło: Sęk, Pasikowski, 2001, za: Majkiewicz, Zdun-Ryżewska, 2009, s. 101.

Istnieją osoby, żyjące w obiektywnie korzystnych warunkach i spostrzegające swoje życie jako szczęśliwe, o wysokiej jakości (rys. 9 - Uzasadnione zadowolenie). Taka postawa reprezentuje model zgodności pomiędzy czynnikiem obiektywnym a subiektywnym. Zdarza się jednak i tak, że osoby wbrew oczywistym wskaźnikom dobrej sytuacji życiowej odczuwają niezadowolenie i swoją jakość życia oceniają jako niską (rys. 9 – Dylemat niezadowolenia). Najczęściej spotkać można sytuacje, w których osoby zmagające się z trudnościami i żyjące w warunkach obiektywnie niekorzystnych – oceniają swoją jakość życia jako wysoką (rys. 9 - Paradoks zadowolenia). Ostatnim z możliwych wariantów jest sytuacja, w której osoby znajdujące się w trudnej sytuacji, adekwatnie nisko oceniają jakość swojego życia (rys. 9 – uzasadnione niezadowolenie). W tym przypadku, choć subiektywna ocena jest wielce negatywna, to jednak pozostaje zgodna z czynnikami obiektywnymi.

Przyczyn niezgodności pomiędzy obiektywnym i subiektywnym aspektem oceny jakości życia może być wiele. Najbardziej adekwatnym na potrzeby niniejszej pracy - w stosunku do jej części empirycznej (badań jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi przebywających w oddziałach detencyjnych) - zdaje się być odniesienie tego zjawiska do specyfiki badanej grupy i problemu zaburzeń psychicznych. Majkiewicz i Zdun-Ryżewska (2009) twierdzą, że rozbieżności między perspektywą subiektywną oraz sytuacją obiektywną można interpretować w kontekście wiedzy psychiatrycznej i praktyki klinicznej. Przykładowo, sytuację określoną powyżej jako „dylemat niezadowolenia” spotkać można w retoryce chorych z objawami depresyjnymi, którzy

nie potrafią dostrzec obiektywnie korzystnych warunków w których żyją. Odwrotnie będą natomiast obrazować swoją jakość życia osoby z chorobą afektywną dwubiegunową w stanie manii lub hipomanii (paradoks zadowolenia). Zwykle manifestują oni wysokie zadowolenie z życia, nawet w sytuacjach obiektywnie trudnych i niesprzyjających (Majkowicz i Zdun-Ryżewska, 2009).

Badania w psychiatrii ogólnej dowiodły, że poprawa w zakresie wskaźników obiektywnych jakości życia niekoniecznie prowadzi do lepszych ocen subiektywnych (Barry i Crosby, 1996). I odwrotnie, na przykład Swinton, Carlisle i Oliver (2001) wykazali, że obiektywne wskaźniki nie mogły wyjaśnić, dlaczego osoby z zaburzeniami osobowości w Holandii oceniały swoją subiektywną jakość życia bardziej pozytywnie niż analogiczni chorzy z Wielkiej Brytanii. Obiektywna i subiektywna jakość życia są zatem różnymi konstruktami. Na obiektywną - wpływają zmienne socjodemograficzne i kliniczne (np. wiek, stan cywilny, poziom funkcjonowania czy psychopatologii), podczas gdy w subiektywnej ocenie jakości życia główną rolę odgrywają spostrzeżenia indywidualne pacjenta dokonywane według jego własnej perspektywy (np. zadowolenie z usług, poczucie własnej wartości, itp.) (Ruggeri i in., 2005).

Warto także dodać, że brak zgodności perspektywy subiektywnej z rzeczywistymi warunkami życia może też być rezultatem działania różnych mechanizmów obronnych, podejmowanych w celach przystosowawczych (Majkowicz i Zdun-Ryżewska, 2009). Ponadto, jeśli chodzi o osoby chore, to ich subiektywna ocena jakości życia nie jest wyłącznie domeną ich samych, ale powstaje przy współdziałaniu osób leczących, takich jak lekarz, psycholog, terapeuta czy inni specjaliści, którzy mniej lub bardziej i w sposób pośredni wpływają na przeżywanie i odbiór objawów chorobowych przez daną osobę (Aaronson, Kaasa i Sprangers, 1997; Stewart i in., 1989). W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, decydujący wpływ na subiektywną ocenę ich sytuacji życiowej mają także: intensywność i rodzaj (treści) objawów chorobowych, przebieg i czas trwania choroby, rokowania oraz sposób wartościowania jednostki (za: Sęk, 1993).

2.2. Jakość życia w wymiarze psychologicznym i jego uwarunkowania

Krok (2009) pisze, że w ostatnich kilkunastu latach pojęcie jakości życia zostało „przeniesione” z terenu nauk socjologicznych, ekonomicznych i medycznych – na grunt psychologii. Wyraża się ono w aspekcie subiektywnym i określa jakość życia jako dobrostan psychiczny i satysfakcję jednostki z jej osobistego życia, przy uwzględnieniu

indywidualnej perspektywy (Bartosz i Klebaniuk, 2006; Czapiński, 2008; Zalewska, 2003).

Według Ratajczak (2005), psychologiczny subiektywny aspekt jakości życia można rozumieć w kategoriach stanów psychicznych, które towarzyszą jednostce w zaspakajaniu jej indywidualnych potrzeb i realizacji zamierzonych celów. Ratajczak pisze, że „stany te są rezultatem poznawczej oceny relacji między jednostką a otoczeniem w zakresie własnych osiągnięć i niepowodzeń, a także oceną możliwości spełnienia dążeń, pragnień i celów życiowych” (za: Krok, 2009, s. 72). Oprócz poznawczego, istotną rolę odgrywa tutaj także element emocjonalny, który w trakcie przeżywania przybiera postać emocji pozytywnych lub negatywnych. Ocena poziomu jakości życia konkretnej osoby, wedle prezentowanego psychologicznego podejścia, wymaga spojrzenia na rzeczywistość z jej subiektywnej perspektywy oraz zestawienia indywidualnych potrzeb oraz dostępnych zasobów środowiskowych. Psychologiczne rozumienie jakości życia implikuje nie tylko obecność kryteriów oceny jakości środowiska i jakości jednostki, ale także, albo przede wszystkim – wzajemnych relacji między nimi (Ratajczak, 2005, za: Krok, 2009). Taki sam pogląd w temacie określenia jakości życia jednostki jako wypadkowej jakości środowiska i jakości człowieka prezentował Tomaszewski (1984).

Definiowanie pojęcia jakości życia na gruncie psychologii nie jest rzeczą prostą, ze względu na mnogość pojęć teoretycznych oraz brak jednego powszechnie uznawanego kryterium. Wśród terminów pokrewnych, które stanowią jednocześnie bazę wyjściową większości definicji jakości życia, wymienia się: zadowolenie z życia, ogólny dobrostan psychiczny, szczęście i satysfakcję czy też optymalne funkcjonowanie (Kahneman i Krueger, 2006; Oishi, Diener i Lukas, 2007; Sheldon, 2004; Zalewska, 2003; za: Krok, 2009). Wspólnym elementem wszystkich definicji jakości życia w wymiarze psychologicznym jest wspomniany już wcześniej „subiektywizm”. Spośród wielu przykładów definicji opartych o indywidualną perspektywę przytoczyć można choćby Woodwilla, Renwicka, Browna i Raphaela (1994), którzy określają jakość życia jako „stopień, w jakim osoba cieszy się ważnymi możliwościami swojego życia” (Woodwill i in., 1994, s. 67), gdzie akcent wyraźnie położony jest na subiektywną ocenę dokonywaną w kategoriach szczęścia. Podobnie wybrzmiewa definicja Goode’a i Hogga (1994), w której jakość życia jest to „subiektywnie doświadczane wrażenie (*timbre*) życia, są to uczucia osoby i jej oceny na temat własnego życia” (dokonywane na bazie osobistych kryteriów) (za: Krok, 2009, s. 73). Inni badacze, np. Veenhoven (2005) czy

Michalos (2004) wskazują, że jakość życia określa się na podstawie odczuwanego i wyrażanego szczęścia i satysfakcji, przy czym ludzie mogą dokonywać oceny na poziomie zarówno emocjonalnym, jak i poznawczym. Pozytywny afekt świadczy zazwyczaj o satysfakcji życiowej oraz dobrym przystosowawczym funkcjonowaniu, natomiast sytuacja odwrotna może zwiastować pojawiające się nieprawidłowości. Ocena poznawcza, z kolei, zdaje się być najtrafniejszym wskaźnikiem rzeczywistości i sytuacji w jakiej się znajduje jednostka.

Krok (2009) próbując dokonać syntezy różnych definicji jakości życia i uchwycenia punktów wspólnych pisze, że „w ujęciu psychologicznym jakość życia stanowi rezultat złożonego, globalnego procesu o charakterze poznawczo-emocjonalnym, który wyraża ustosunkowanie się jednostki do własnego życia. Ustosunkowanie to będzie odnosić się do zadowolenia z życia w całości lub z różnych jego obszarów i wyrażane jest w ocenach poznawczych (co ja myślę o swoim życiu) oraz emocjonalnych (co ja czuję na temat swojego życia). W ten sposób jednostka jest w stanie dokonać globalnej oceny reprezentującej poziom jakości życia” (Gawor i Głębocka, 2008; Straś-Romanowska, 2005; Trzebińska i Łuszczynska, 2002; za: Krok, 2009).

Przy okazji koncepcji psychologicznych dotyczących jakości życia, warto jeszcze wspomnieć o poglądach Janusza Czapińskiego (1994, 2019). Kładzie on nacisk głównie na doznania emocjonalne w kontekście definiowania jego jakości. Ponadto Czapiński sięga głębiej i szerzej, tj. analizując jakość życia, porusza tematykę szczęścia, radości i pasji. To, co jest znamienne w jego teorii, to przekonanie, że czynniki wewnętrzne odgrywają o wiele większą rolę niż czynniki zewnętrzne w odniesieniu do ogólnego dobrostanu psychicznego. Przeżywanie codzienności przez ludzi nie zależy tylko od obiektywnych zmiennych, ale jest zdeterminowane także indywidualnymi czynnikami psychologicznymi. Potwierdza to fakt, że w rzeczywistości często obserwować można osoby niezadowolone, pomimo funkcjonowania w obiektywnie dobrych warunkach życia (za: Derbis, 2000). Najbardziej adekwatnie wyraził to Tatarkiewicz (1949) pisząc: „Czy człowiek jest szczęśliwy, to zależy nie tylko od tego, co go w życiu spotka, ale i od tego, jak reaguje na to, co go spotyka. Aby być zadowolonym, nie dość jest mieć majątek, zdrowie czy urodę, lecz trzeba ponadto w nich znajdować upodobanie, a przy pewnym usposobieniu nawet choroba, ubóstwo i brzydota nie odbierają zadowolenia z życia” (Tatarkiewicz, 1949, s. 251).

2.2.1. Pojęcie dobrostanu psychicznego

Pojęcie dobrostanu (w odróżnieniu od dobrobytu) oznacza wszelkie pozamaterialne aspekty ludzkiej egzystencji, takie jak: zdrowie, relacje z partnerem, rodziną i przyjaciółmi, satysfakcja z wykonywanej pracy, itp., zorientowane na samorealizację człowieka (Diener, 2000). W tym wąskim znaczeniu dobrostan stanowi swego rodzaju dopełnienie kategorii dobrobytu. W szerszym ujęciu dobrostan obejmuje, wszystko to, co uosabia „dobro” ludzkiego życia, czymkolwiek ono jest (Clark, 2002), „wszystko, co czyni życie dobrym” lub „wszystko, co czyni życie lepszym”, (Scanlon, 1998). Dobrostan, zdaniem Scanlona, jest więc swoistym synonimem jakości życia, na które składa się coś więcej niż tylko dobra materialne

Utożsamianie jakości życia z dobrostanem stało się szczególnie popularne w pracach psychologicznych, gdzie zaczęto posługiwać się terminem „dobrostanu psychicznego”. Jest on przez psychologów definiowany jako poznawcza i emocjonalna ocena własnego życia, nadająca mu określoną wartość (Diener, Lucas i Oishi, 2008). Veenhoven (1997) rozumie dobrostan psychiczny jako „zespół afektywnych i poznawczych ocen dotyczących życia jednostki łącznie z tym, jak dobrze się ona czuje, w jakim stopniu zaspakaja swoje oczekiwania oraz jak pożądanym wydaje się ten stan” (Veenhoven, 1997, za: Krok, s. 78). Oceny te wskazują na indywidualne i subiektywne doświadczenie zadowolenia i satysfakcji.

Według Kroka (2009) dobrostan psychiczny stanowi konstrukt bardziej złożony niż szczęście i zawiera w sobie trzy czynniki: 1) wysoki poziom pozytywnych emocji; 2) niski poziom negatywnych emocji; 3) wysoki poziom zadowolenia z życia (Diener i in., 2008). Argyle (1996) natomiast twierdzi, odmiennie od poprzedników, że zadowolenie z życia nie jest tożsame z dobrostanem psychicznym, ale stanowi jego składnik, przy czym rozróżnia on nie tylko stan radości (pozytywnych emocji) i stan emocji negatywnych, ale również stan „braku pozytywnych emocji”. Podkreśla także, że dobrostan psychiczny ściśle wiąże się z czynnikami osobowościowymi i społecznymi, które także mają wpływ na indywidualne poczucie zadowolenia z życia. Różnice w sferze osobowości i inne determinanty związane ze sferą psychiczną oraz przebywanie człowieka w określonym środowisku społecznym (czynniki materialne) warunkują odczuwane potrzeby i dążenie do ich realizacji. Z kolei ich spełnienie bądź niespełnienie wpływa na poczucie dobrostanu psychicznego i odczuwaną jakość życia.

Związek pomiędzy poziomem życia a jego jakością najlepiej oddaje teoria oparta na koncepcji potrzeb (opisana w rozdziale pierwszym), których pionierem był Abraham Maslow.

2.2.2. Spełnienie potrzeb a jakość życia

Wedle jednej z koncepcji, jakość życia jest także ujmowana w kontekście teorii potrzeb i traktowana jako „stopień zaspokojenia materialnych i niematerialnych potrzeb jednostek, rodzin i społeczności” (Rostowska, 2009). Rostowska twierdzi, że takie ujęcie sytuuje ją w kategoriach motywacyjnych, tj. w odniesieniu do możliwości (zdolności) człowieka do zaspokajania własnych potrzeb, a zatem wykazuje związek z potencjałem jaki tkwi w człowieku, który umożliwia mu realizację własnych dążeń. Tym samym wnioskować można, że im wyższy jest poziom zaspokojenia potrzeb człowieka, tym lepsza jest jego jakość życia. Ujmując potrzeby w kategoriach „odczucia braku jakiejś wartości”, jakość życia można postrzegać jako różnicę pomiędzy sytuacją upragnioną przez daną jednostkę (idealną), a sytuację realnie istniejącą (Dziurawicz-Kozłowska, 2002, za: Rostowska, 2009).

Na rozbieżności pomiędzy zapotrzebowaniem jednostki, a tym, czym ona realnie dysponuje w świecie rzeczywistym zwrócił uwagę w swojej koncepcji - Teorii Wielowymiarowych Rozbieżności - Alex Michalos (1986). Według niego, jakość życia jest postrzegana przez jednostkę „rozbieżnością w procesie oceny własnego aktualnego położenia, z pewnym standardem” (Kowalik, 2001, s. 69). Opisuje on ją w kategoriach luk, czyli braku czegoś (np. tego, czym jednostka chciałaby dysponować; czym dysponują inni; co powinna mieć w sytuacji idealnej, co jest niezbędne do realizacji celów, co uczyni jej jakość życia najlepszą w przyszłości oraz pozwoli dopasować indywidualne cechy z wymaganiami, jakie stawia środowisko życiowe). Jakość życia jest wynikiem zsumowania się wielkości luk, jakie powstają w każdym z wymiarów, przy porównaniu rozbieżności między potrzebami jednostki, a tym, co aktualnie ma do dyspozycji. Im mniejsza jest powstała luka, tym wyższa będzie jakość życia (Kowalik, 2001). Koncepcja ta, pomimo solidnych fundamentów (teoria potrzeb Maslowa), spotkała się ze sporą krytyką i ostatecznie została obalona. Zarzuty głównie dotyczyły odmienności kryteriów stosowanych przez różne osoby badane, tj. braku możliwości jednoznacznego określenia która z luk wyznacza jakość życia (która jest najważniejsza). Stwierdzono, że za każdym razem teoria ta mogłaby wskazywać wiele różnych obszarów

istotnych w diagnozie jakości życia. Ponadto, proces oceny podlega nieustannym zmianom, a na charakter i wielkość powstającej luki wpływ mogą mieć takie czynniki jak np. własne położenie, podejmowane działania czy stan zdrowia (Kowalik, 2001). Trudno tu zatem o obiektywną weryfikację i wskazanie jakichkolwiek prawidłowości.

Do teorii potrzeb, w kontekście określenia jakości życia, nawiązywał także E. Allardt (1993). Przyjmował on, że na dobrobyt społeczny składają się trzy sfery potrzeb ludzkich: posiadanie (having), uczucie (loving) oraz istnienie (being). Pierwsza z nich (posiadanie) dotyczy przede wszystkim sytuacji dochodowej, warunków mieszkaniowych, zdrowia i edukacji; Druga (uczucie) odnosi się do stosunków międzyludzkich m. in. ze społecznością lokalną, stosunków rodzinnych czy kontaktów towarzyskich. Ostatnia (istnienie), natomiast, skupia w sobie potrzeby wynikające z rozwoju osobistego, związana jest z możliwościami samookreślenia i bezpieczeństwa osobistego jednostki (Jankowska, 2011). Allardt (1993), rozróżniając pojęcia „poziom życia” i „jakość życia”, przyjął, że „poziom życia” wiąże się z potrzebami materialnymi i określany jest przez pierwszy czynnik potrzeb ludzkich (posiadanie), natomiast „jakość życia” są to potrzeby pozamaterialne, które charakteryzowane są poprzez pozostałe dwie sfery potrzeb ludzkich (uczucie oraz istnienie). Jakość życia jest w tym sensie „stanem uczuciowym wpływającym ze stosunków międzyludzkich (loving) oraz poczuciem istnienia, bycia kimś, wiążące się z potrzebami samorealizacji (being)” (Allardt 1993, za: Jankowska, 2011, s. 36-37).

Spośród polskich badaczy jakości życia wymienić należy Jana Rutkowskiego (1987), który również rozwijał swoją koncepcję w oparciu o teorię potrzeb. Wyodrębnił on i opisał kategorie (13), które należy uwzględniać przy ocenie jakości życia. Zalicza do nich: 1) rodzina i życie osobiste; 2) zdrowie (kondycja fizyczna); 3) mieszkanie; 4) otoczenie miejsca zamieszkania; 5) wykształcenie; 6) czas wolny; 7) kultura i wypoczynek; 8) praca i nauka; 9) sytuacja materialna; 10) bezpieczeństwo; 11) miejsce w społeczności lokalnej i przyjaciele; 12) stopień samorealizacji; 13) samopoczucie psychiczne i duchowe (Rutkowski, 1987).

Na koniec warto jeszcze wspomnieć o koncepcji wypracowanej przez międzynarodową grupę powołaną do badań nad jakością życia – The Quality of Life Special Interest Group, działającą przy The International Association for Study of the Scientific Intellectual Disabilities (IASSID), mając na względzie odniesienie do grupy badanej opisaną w drugiej części niniejszej pracy, którą stanowią osoby chore psychicznie i z niepełnosprawnością intelektualną. Eksperti stwierdzili, że nie ma różnic

w ocenie pomiędzy osobami pełnosprawnymi a niepełnosprawnymi (chorymi), a tym samym jakość życia tych osób może być określana przez te same wskaźniki. To samo dotyczy także osób z zaburzeniami psychicznymi, których jakość życia może być mierzona tymi samymi narzędziami. Ponadto podkreślili niezwykle istotną rolę, jaką w ocenie jakości życia pełnią potrzeby i możliwość ich zaspokojenia przez jednostkę. Uznali oni powszechny pogląd o wielowymiarowości pojęcia jakości życia, zaliczając do niej wskaźniki takie jak: stosunki intymne, życie rodzinne, przyjaźń, praca, sąsiedztwo, miejsce i warunki mieszkaniowe, wykształcenie, zdrowie, standard życia i narodowość (IASSID, 1980).

Reasumując, wymienione powyżej koncepcje odnoszą się do koncepcji Masłowa, który twierdził, że najważniejsze w życiu człowieka jest zaspokajanie indywidualnych potrzeb. Spełnienie potrzeb i realizacja siebie mogą jako jedyne uczynić życie pełniejszym i szczęśliwszym. W ten sposób potrzeby i jakość życia stanowią nierozzerwalny związek.

2.3. Jakość życia w perspektywie medycznej

Problematyce jakości życia poświęca się coraz więcej uwagi także na gruncie medycyny, co można zaobserwować m. in. we wzroście liczby prac naukowych poświęconych tej tematyce (Krok, 2009; Katschnig, 2006; Steuden i Okła 2007; Wołowicka, 2001). Większość badaczy upatruje przyczyn tego zjawiska w upowszechnieniu przekonania o korzystnym wpływie jakości życia pacjentów na ich leczenie. Liczne badania wykazały, że pozytywnie oceniana przez pacjentów jakość życia wiąże się ze zwiększeniem efektywności leczenia i rehabilitacji, a także pomaga w komunikacji z pacjentami (Guyatt, Feeny i Patrick, 1993; Testa i Simonson, 1996, za: Krok, 2009).

Jankowski (2005) uważa, że rozwój problematyki jakości życia w naukach medycznych jest wynikiem wypracowania holistycznego podejścia do pacjenta oraz wyjścia naprzeciw jego oczekiwaniom, które obejmują nie tylko biologiczny aspekt funkcjonowania organizmu, ale również inne płaszczyzny życia w sytuacji choroby, tj. psychologiczne, społeczne czy religijne (Steuden i Ledwoch, 2005). Co więcej, w obliczu gwałtownego rozwoju technologii medycznej, głównym wyzwaniem dla specjalistów nie jest już przedłużanie życia, ale zapewnianie optymalnej jego jakości (Ostrzyżek i Marcinkowski, 2009).

Majkowicz i Zdun-Ryżewska (2009) piszą, że filarem, który stał się inspiracją do rozwoju koncepcji i badań jakości życia w naukach medycznych była definicja zdrowia wypracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) według której zdrowie to nie tylko brak choroby, ale stan pełnego społecznego, psychicznego i fizycznego dobrostanu (*well-being*). Poszerzono w ten sposób zadania medycyny, które nie sprowadzają się wyłącznie do walki z chorobą, ale także do dbałości o harmonijne i satysfakcjonujące życie w wymiarze indywidualnym i społecznym.

2.3.1. Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – HRQOL

W medycynie wypracowano specyficzne rozumienie pojęcia jakości życia, które określa się „jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia” (*health related quality of life* – HRQOL) (Duda, 2016; Krok, 2009; Steuden i Okła, 2007). Termin ten wprowadził po raz pierwszy H. Schipper w latach 90-tych, określając jakość życia HRQOL jako „spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby oraz przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej, odbieranej przez pacjenta (za: Żołnierczuk-Kieliszek 2010, s. 21). Najprościej mówiąc, jest ona rozumiana jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia doświadczany przez osobę chorą. Jakość życia jest nie tyle opisem stanu zdrowia pacjenta, ile odzwierciedleniem sposobu, w jaki postrzega i reaguje na swój stan zdrowia i choroby oraz na inne niemedycezne aspekty swojego życia (Janowski, 2005; Duda, 2016). W koncepcji Schipperera jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia dotyczy czterech podstawowych wymiarów: 1) stanu fizycznego i sprawności ruchowej (w tym także poziomu ogólnej energii życiowej); 2) stanu psychicznego (funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego); 3) sytuacji społecznych (pełnienia ról, uzyskiwania wsparcia) i warunków ekonomicznych oraz 4) doznań somatycznych (objawów choroby, odczuwanego bólu) (Dobrzyńska, Rymaszewska i Kiejna, 2007; Dziurawicz-Kozłowska, 2002).

Denek (2002) uzupełnia określenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia o jeszcze jeden wymiar, jakim jest poczucie własnej tożsamości człowieka, którego charakteryzuje świadomość siebie i wolność. Ten dodatkowy aspekt pełni rolę czynnika decydującego o integracji pozostałych elementów. Takie sformułowanie wskazuje na fakt, że choroba nie jest tylko zachwianiem fizycznego funkcjonowania organizmu człowieka, lecz rozgrywa się także na płaszczyźnie funkcjonowania psychicznego, społecznego i duchowego i oddziałuje nie tylko na jednostkę, ale także na społeczeństwo.

Krok (2009) podkreśla, że jakość życia związaną ze zdrowiem określa się na dwóch poziomach: indywidualnym, w ramach którego „zawiera oceny fizycznego i psychicznego zdrowia i ich korelatów, włączając w to ryzyko zachorowalności i warunki zdrowia, stan osoby, wsparcie społeczne i status socjoekonomiczny”, oraz społecznym, gdzie „obejmuje zasoby, warunki, działania oraz praktyki, które wpływają na oceny zdrowia populacji i status funkcjonalny (Centers for Disease Control and Prevention, 2006, za: Krok, 2009, s. 69), co łączy się także z opisanymi wcześniej podejściami: subiektywnym i obiektywnym. Warto podkreślić, że obydwa poziomy (indywidualny i społeczny) są ze sobą nierozzerwalnie powiązane, dając w sumie całościową, wypadkową wartość jakości życia danej osoby.

Reasumując, w badaniach naukowych przyjmuje się, że na jakość życia składa się: zdrowie fizyczne i psychiczne, funkcjonowanie społeczne i emocjonalne, satysfakcja życiowa i wsparcie społeczne, a w jej ocenie ważne są zarówno wskaźniki subiektywne, jak i obiektywne (Dobrzyńska i in., 2007).

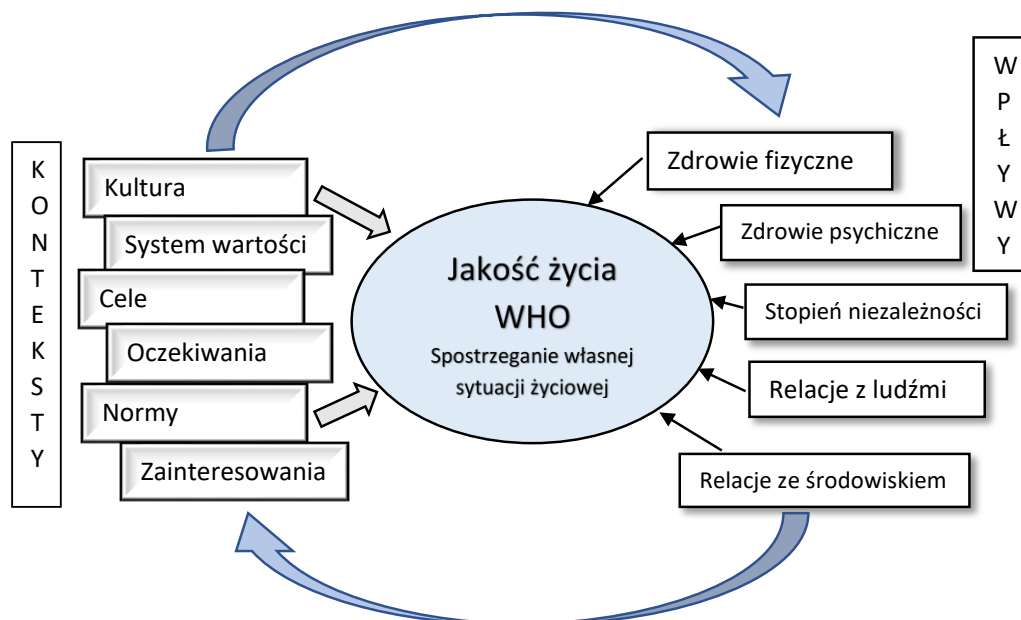
2.3.2. Jakość życia związana ze zdrowiem a wymiary funkcjonowania człowieka

Chcąc analizować jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia, ważnym jest wcześniejsze określenie wymiarów funkcjonowania człowieka, które umożliwią tę całościową ocenę. Steuden i Okła (2007) wskazują na cztery podstawowe obszary, takie jak: 1) stan fizyczny i sprawność ruchową; 2) stan psychiczny; 3) doznania somatyczne; 4) sytuację społeczną i ekonomiczną. Peterman i Cella (2000), natomiast, znacznie rozszerzają tę listę. Według nich do wymiarów funkcjonowania człowieka, istotnych przy ocenie jakości życia należą:

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

Powyższe wymiary umożliwiają dokonanie oceny jakości życia zarówno w sensie globalnym (całościowym), jak i częściowym, dotyczącym wybranej sfery życia osoby chorej (Peterman, Cella, 2000, s. 492, za: Steuden, Okła 2007).

Koncepcja oceny jakości życia człowieka poprzez analizę jego poszczególnych wymiarów funkcjonowania (opisanych powyżej) koresponduje z jednym z najszerzych ujęć definicyjnych jakości życia dostępnych w literaturze. Definicja ta, która jest najbardziej znana i rozpowszechniona, została zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (tj. WHO Quality of Life Group). Według niej „jakość życia to spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście kultury, w jakiej żyje, swojego systemu wartości oraz związku ze swoimi celami, oczekiwaniami, normami i zainteresowaniami. Jest to bardzo szerokie pojęcie, na które w złożony sposób ma wpływ zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi i ważnymi cechami środowiska danej osoby” (Dobrzyńska, Rymaszewska i Kiejna, 2007; Saxena i Orley, 1997). Model jakości życia sformułowany przez WHO przedstawia poniższy schemat.



Rysunek 10. Jakość życia i jej uwarunkowania według WHO

Źródło: Opracowanie własne

Analizując różne spojrzenia i koncepcje dotyczące jakości życia, wypracowane w naukach medycznych, warto jeszcze przytoczyć pogląd Bidzan (2008). Zwraca ona

uwagę, aby pojęć „jakości życia” oraz „jakości życia uwarunkowanej zdrowiem” nie stosować zamiennie. Jej zdaniem „jakość życia” jest pojęciem szerszym, w którym zdrowie jest jednym z czynników, tak samo ważnym jak inne, natomiast w procesie oceny „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia”, zdrowie traktuje się jako najważniejsze, nadające jej kształt. Pogląd ten, jakkolwiek wart aprobaty w sensie teoretycznym, to rozdzielanie obu pojęć ma sens praktyczny jedynie wtedy, gdy badania mają być *stricte* skoncentrowane na wpływie choroby na jakość życia pacjenta. Niemniej jednak, w życiu każdej osoby ważność czynników determinujących jakość życia jest różna, nakłada się na siebie, jest zmienna w czasie i zależy od szeregu okoliczności. To dotyczy zarówno jakości życia, jak i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, w której to zdrowie ma stanowić wymiar najistotniejszy. Z racji tego, że człowiek jest istotą bio-psycho-społeczną oraz zdrowie to nie tylko brak choroby, ale i dobrostan w równym stopniu fizyczny, psychiczny i społeczny (Oleś, 2010), stosowanie w niniejszej pracy obu pojęć - czasami wymiennie – będzie w pewnym sensie usprawiedliwione.

2.3.3. Cel i znaczenie badań dotyczących jakości życia pacjentów

Z racji tego, że ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia jest przedmiotem nieskończonej ilości badań w Polsce i na świecie, warto przeanalizować rolę i znaczenie podejmowanych tego typu przedsięwzięć przez różne ośrodki naukowe, głównie medyczne. Jak podkreśla Kowalik, Ratajska i Szmaus (2001, s. 20), prowadzenie badań nad jakością życia ma służyć różnym celom, m. in. „ocenie stanu zdrowia pacjentów, ocenie skuteczności leczenia, ocenie organizacji służby zdrowia, ocenie wartości nowych środków farmakologicznych, ocenie zapotrzebowania chorych na świadczenia socjalne, itd.” Badania jakości życia chorych umożliwiają uzyskanie możliwie jak największej liczby danych dotyczących różnych aspektów ich życia oraz identyfikacji tych obszarów funkcjonowania społecznego, które wymagają poprawy. Pozyskane informacje ułatwiają wybór odpowiedniego leczenia adekwatnego do potrzeb pacjenta, a wiedza i monitorowanie zmian w obszarze jakości życia poddawanych leczeniu w placówkach terapeutycznych chorych, mogą także pomóc w reformowaniu systemu opieki zdrowotnej oraz opracowaniu optymalnych rozwiązań prawno-organizacyjnych (Kowalik i in., 2001).

Ponadto Dobrzyńska i wsp. (2007, s. 175) dodają, że „porównując dane zebrane za pomocą kwestionariusza jakości życia poszczególnych pacjentów z oceną ich stanu

klinicznego można próbować ustalić, czy istnieje związek między występowaniem i nasileniem poszczególnych objawów, a subiektywną oceną jakości życia chorego. Można także wdrożyć postępowanie terapeutyczne nacelowane na dany objaw lub grupę objawów i porównać, czy zmienia ono subiektywną jakość życia”. Dodatkowo, jak twierdzi Górecka (2001), badania nad jakością życia mogą być wyrazem poszerzenia perspektywy w rozumieniu pojęcia normy w medycynie, polegającego na uwzględnieniu punktu widzenia pacjenta, który staje się najważniejszym sędzią oceniającym jakość własnego samopoczucia i swojego życia.

Warto podkreślić, że ponieważ ocena zadowolenia pacjentów zyskała w ostatnich latach na ważności, to priorytetowym dążeniem praktyki medycznej stała się dbałość o jakość życia chorych (Duda, 2016), co pośrednio także stanowi efekt przeprowadzonych badań w tym zakresie i rozpowszechnienia najistotniejszego wniosku, że „pozytywnie oceniana przez pacjentów jakość życia wiąże się ze zwiększeniem efektywności leczenia i rehabilitacji (Guyatt, Feeny i Patrick, 1993; Testa i Simonson, 1996, za: Krok, 2009).

2.4. Jakość życia osób z zaburzeniami psychicznymi

Badania jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi, w przeciwieństwie do tych, prowadzonych w grupach osób chorych somatycznie (Cella i Tulski, 1990; Stelcer, 1997; Schipper, 1990; Steuden i Nowak, 2007), były przeprowadzane zdecydowanie rzadziej. Steuden i Nowak (2007) uważają, że osoby z zaburzeniami psychicznymi często pomijano, gdyż z góry zakładano, że jakość ich życia jest istotnie niższa, aniżeli innych grup chorych. Ponadto panowało przekonanie, że wywiad kliniczny oraz badanie psychiatryczne i psychologiczne uwzględniają w dużej mierze także ocenę jakości życia pacjentów. Na szczęście, zmiana sposobu myślenia i podejścia do pacjenta na bardziej holistyczne i podmiotowe sprawiły, że zaczęto dostrzegać wagę oceny jakości życia przez osoby chore psychicznie (Landowski i in., 1996). Niektórzy badacze (Ostrzyżek i Marcinkowski, 2014) twierdzą, że pomiar jakości życia powinien być organicznie wpisany jest w nurt medycyny skoncentrowanej na chorym, jego potrzebach i oczekiwaniach, co ma oczywisty związek z ich leczeniem i rehabilitacją.

Badania jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w Polsce nie mają długiej tradycji. Początki ich łączą się z rozpoczęciem procesu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, w konsekwencji której zaczęto masowo wypisywać pacjentów ze

szpitali, co miało umożliwić szybsze i efektywniejsze leczenie w warunkach domowych. Wskutek braku dostatecznego przygotowania organizacyjnego do niniejszej reformy szybko okazało się, że system nie funkcjonuje, a sytuacja życiowa wypisanych ze szpitali chorych jest zła. Podjęto wobec tego próbę określenia czynników warunkujących jakość ich życia z pozycji doświadczanych przez nich zaburzeń psychicznych oraz zaczęto przeprowadzać systematyczne badania z tego zakresu (Ostrzyżek i Marcinkowski, 2014).

Od końca lat 90-tych i początku XXI wieku obserwuje się coraz więcej doniesień naukowych na ten temat, także w Polsce (Dobrzyńska i in., 2007; Górecka, 2001; Górecka, Szymona i Ujma, 2003; Hajduk, Owsianowska, Robaszkiewicz i Michałowska, 2008; Majkovicz i Zdun-Ryżewska, 2009; Ogórek-Tęcza, Sulisz i Kamińska, 2012; Ostrzyżek i Marcinkowski, 2014; Spiridonow, Kasperek i Chądzyńska, 2003; Zdun-Ryżewska i Majkovicz, 2013). Przeprowadzone polskie badania dotyczą jakości życia osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi, leczonych zarówno w szpitalach ogólnopsychiatrycznych, jak i w trybie ambulatoryjnym. Wciąż (poza jednym przykładem – Trizna i Adamowski, 2016) brak jest badań dotyczących sytuacji życiowej pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej lub też realizujących ambulatoryjny środek zabezpieczający w formie terapii czy terapii uzależnień (art. 93a pkt. 2 i 3, Kodeks karny, Dz. U. z 1997, Nr 88, poz. 553 z późn. zm).

2.4.1. Specyfika badań jakości życia w grupie pacjentów z diagnozą choroby psychicznej

Badanie jakości życia w grupie osób chorych psychicznie nie jest zadaniem łatwym, gdyż wymaga uwzględnienia nie tylko indywidualności osoby, jej sytuacji życiowej, ale także specyfiki choroby i wpływających z niej ograniczeń. Chodzi o występujące w wielu jednostkach chorobowych (np. schizofrenia) objawy dysfunkcji poznawczych, które nie tylko w znaczącym stopniu mogą zaburzyć ocenę, ale także sam proces przeprowadzania badań (Drat-Ruszczak, 1995; Kuperberg i Hackers, 2000; Majkovicz i Zdun-Ryżewska, 2009; Mosiołek, 2015).

Osoby z zaburzeniami psychicznymi, oprócz zaburzeń poznawczych, niejednokrotnie wykazują również zmiany w funkcjonowaniu emocjonalno-motywacyjnym i społecznym. Zdarza się, że z uwagi na stan psychiczny pacjenta, realizacja zaplanowanych wcześniej badań nie jest w ogóle możliwa, a czasami już rozpoczęte badanie musi zostać przerwane, ze względu na wystąpienie nagłych,

nieprzewidzianych okoliczności leżących po stronie pacjenta. W tym kontekście interpretacja wyników badań dotyczących jakości życia osób chorych psychicznie powinna być wnikliwa, ale i wyjątkowo ostrożna (Majkowicz, Zdun-Ryżewska, 2009).

Doniesienia z przeprowadzonych w tym zakresie badań wskazują na to, że na subiektywną ocenę jakości życia w tej specyficznej grupie chorych, wpływa wiele różnorodnych zmiennych. Co więcej, te same czynniki mogą być przez osoby chore w odmienny sposób postrzegane i wartościowane (Bullinger, 1997, za: Steuden i Nowak, 2007; Hemsley i Zawada, 1976; Kuhn, 1997, za: Steuden i Okła, 2007). Jakość życia w większości przypadków osób z zaburzeniami psychicznymi odzwierciedla proces ich adaptacji do środowiska, w którym są w stanie zaspokajać swoje potrzeby materialne, psychiczne i społeczne. Środowisko osób chorych z jednej strony stwarza potencjalne możliwości zaspokajania ich potrzeb, z drugiej natomiast stawia wymagania, których wypełnienie łączy się ze zdolnościami poznawczymi, emocjonalnymi i społecznymi, które często przekraczają ich możliwości. Niższa jakość życia osób chorych psychicznie może zatem wynikać także z ograniczeń bądź braków zdolności do wywiązywania się z ról społecznych, bądź stawianych wymagań (Kilian, 1995, za: Steuden i Okła, 2007).

Przy ocenie jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi wskazuje się na konieczność przeanalizowania pewnych określonych kategorii (subiektywnych – ocenianych przez samych chorych) oraz obiektywnych (określanych na podstawie kryteriów zewnętrznych), które zostały wyróżnione i opisane w literaturze na podstawie wieloletnich badań. Do tych kategorii należą:

- integracja społeczna, kontakty i relacje z innymi ludźmi (Cechnicki, 2001a,b);
- zasoby osobiste, tj. np. samodzielność, niezależność, aktywność zawodowa, radzenie sobie z problemami i zadaniami życia codziennego, poczucie własnej wartości (Cechnicki, 2001a; Jarema i Koniecznyńska, 2000; Jarema i in., 1997);
- stan psychiczny, wyrażający się brakiem objawów psychotycznych lub ich małym nasileniem;
- efektywne leczenie farmakologiczne (Cechnicki, 2001a; Jarema i Koniecznyńska, 2000);
- wsparcie społeczne (Steuden, 1997);

- umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (Steuden, 1997, Motak, 1996).

Jak już wcześniej wspomniano, subiektywna ocena jakości życia dokonywana przez osobę chorą psychicznie oraz obiektywna rzeczywistość dostrzegana przez badacza mogą się znacząco różnić, co z pozoru rodzi wątpliwości dotyczące wartości i celowości analizy uzyskanych sprzecznych wyników (por. Lehman, Postrado i Rachoba, 1993). Mając na względzie obniżony krytycyzm pacjenta w ocenie własnej sytuacji chorobowej i rozbieżności między perspektywą subiektywną a sytuacją obiektywną, można jednak interpretować dane, przy uwzględnieniu wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej, a także praktyki klinicznej (Jarema i in., 1995; Majkowicz i Zdun-Ryżewska, 2009). Co więcej, wyniki wielu badań naukowych wskazują na to, że ocena jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi nie tylko jest możliwa, ale wręcz pożądana, a nawet niezbędna (Browne, Loe i Lane, 1996; Kasperek, Spiridonow i Meder, 2000; Meder, 2000; Ostrzyżek i Marcinkowski, 2014).

2.4.2. Ocena jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi na przykładzie pacjentów z diagnozą schizofrenii

Z dokonanego przeglądu literatury dotyczącej badań nad jakością życia osób z zaburzeniami psychicznymi wynika, że rezultaty i wnioski z badań nie są jednolite (Halford i in., 1995; Kasperek i in., 2002; Koniecznyńska, Jarema i Cikowska, 1998; Spiridonow i in., 2003). Przyczyn tego stanu rzeczy może być wiele. Jedną z nich jest na pewno niejednorodność stosowanych narzędzi badawczych, w różnym stopniu uwzględniających przy ocenie takie zmienne jak: poziom funkcjonowania pacjentów, znaczenie fizycznego i psychicznego stanu zdrowia czy poziom zadowolenia chorych z różnych sfer ich życia. Różnice także zależą od tego, kto dokonuje oceny – czy sam pacjent, czy badacz, przy czym w ostatnich latach to właśnie ocena subiektywna zyskuje na znaczeniu (Spiridonow i in., 2003).

Na przestrzeni lat, badania jakości życia osób ze schizofrenią wykazywały się wielką różnorodnością, także ze względu na odmienną przyjmowanych w badaniach koncepcji teoretycznych. Jednak mimo braku jednolitości w podejściach, z przeglądu literatury wynikają dość jednoznaczne i powtarzalne wnioski.

Majkowicz i Zdun-Ryżewska (2009, s. 106) piszą, że „jakość życia u osób ze schizofrenią jest w sposób znaczący niższa niż w populacji ogólnej i w populacji osób

chorych somatycznie. Wyższą jakość życia wśród chorych na schizofrenię deklarują osoby młodsze, kobiety, osoby żyjące w stałym związku małżeńskim i słabiej wykształcone”. Rolę płci i wieku w ocenie jakości życia dostrzegli także Caron, Mercier, Diaz i Martin (2005), uzupełniając zmienne socjologiczne jeszcze o poziom edukacji, zatrudnienie i ogólne uwarunkowania życiowe. Niektóre z badań istotnie jednak temu zaprzeczają (Browne i in., 2000; Koniecznyńska i in., 1997; Skantze, 1998).

Z tych samych badań Majkowicz i Zdun-Ryżewskiej (2009) wynika także, że im dłuższy jest czas trwania choroby, tym bardziej negatywnie wpływa to na odczuwaną jakość życia. Ponadto zaobserwowano, że im więcej chory wykazuje objawów negatywnych i depresyjnych, tym niżej ocenia własną sytuację życiową. Nie bez znaczenia dla jakości życia okazały się w badaniach działania niepożądane przyjmowanych leków, skutecznie ją obniżając.

Podobne wyniki badań zaprezentowali Klamka, Mazurowski, Gezela i Suwalska (2006) stwierdzając, że głównymi determinantami jakości życia w schizofrenii są: nasilenie objawów choroby, poziom funkcjonowania psychospołecznego i obecność objawów ubocznych przyjmowanych leków (Ostrzyżek i Marcinkowski, 2014).

Co ciekawe, jeśli chodzi o nasilenie objawów choroby – to wyniki badań przeprowadzonych przez Koniecznyńską, Jeremę i Cikowską (1997) oraz niezależnie przez Głowczak i współpracowników (1997) są nieco inne. Autorzy stwierdzili, że nasilenie objawów schizofrenii nie koreluje istotnie z oceną jakości życia, lecz koreluje ujemnie tylko z niektórymi jej składowymi. Trudno jest wytłumaczyć ten brak związku, aczkolwiek Górecka (2001) twierdzi, że po pierwsze – pacjenci z objawami psychotycznymi mogą być niekrytyczni wobec swojej sytuacji życiowej i nie są w stanie jej ocenić, a po drugie – może to wynikać ze stosowania przez chorych odpowiednich strategii radzenia sobie ze swoimi doznaniem (coping) i poprzez to, oceniania jakości swojego życia zbyt wysoko.

Odmienne przedstawiają się wyniki badań zagranicznych. Packer, Husted, Cohen i Tomlinson (1997) wskazali na ujemną korelację między psychopatologią a subiektywną oceną jakości życia, która w szczególności odnosi się do objawów negatywnych, na co zwrócili uwagę także wspomniani wcześniej Majkowicz i Zdun-Ryżewska (2009).

Zbieżne z pozostałymi wnioskami Majkowicz i Zdun-Ryżewskiej (2009) są także wyniki badań Bobes i współpracowników (2007). Zaobserwowali oni następujące wskaźniki jakości życia:

- istotnie niższą jakość życia osób ze schizofrenią w porównaniu do populacji ogólnej lub osób chorujących somatycznie;
- młody wiek, płeć żeńska, bycie w związku małżeńskim i niższe wykształcenie wiąże się z odczuwaną wyższą jakością życia;
- przewlekający się czas choroby generuje niższą jakość życia;
- współwystępowanie objawów depresyjnych obniża odczuwaną jakość życia.

Również badania Fervaha i współpracowników (2013) potwierdziły, że objawy depresyjne, gorsze funkcjonowanie psychospołeczne, odczuwany lęk i apatia oraz gorsza tolerancja leczenia farmakologicznego istotnie wpływają na obniżenie jakości życia (za: Ostrzyżek i Marcinkowski, 2014). Woon i współpracownicy (2010) także dowiedli, że istotną rolę w ocenie jakości życia pełnią czynniki kliniczne, poznawcze i funkcjonalne.

Odnosząc się do obiektywnych wskaźników, które mogą mieć wpływ na jakość życia warto wspomnieć jeszcze o badaniach Rengtsson-Tops i Hansson (1999), Hansson i współpracowników (1999) oraz Skantze i współpracowników (1992). Wyniki pokazały, że pacjenci z diagnozą schizofrenii raczej nie wiązali subiektywnej jakości życia ze swoim standardem życia. Pomimo tego, największe znaczenie przypisywali obszarowi finansów i pracy, systemowi wsparcia społecznego, a także obecności bliskiej osoby (za: Górecka, 2001).

Podsumowując przytoczone wyżej wyniki badań można pokusić się o pewne uogólnienie i wnioski. Choć istnieje sporo rozbieżności w literaturze w zakresie ocen jakości życia pacjentów z diagnozą schizofrenii, stwierdzić można, że pożądaną wyższą jakość życia chorych można osiągnąć dzięki: 1) wczesnemu rozpoczęciu leczenia farmakologicznego i takiego doboru leków, by były one jak najmniej uciążliwe dla pacjenta; 2) dążeniu do zmniejszenia negatywnych objawów schizofrenii, a także wszelkich objawów psychotycznych; 3) zmniejszeniu nasilenia objawów lękowych i depresyjnych; 4) dążeniu do jak najkrótszego przebywania pacjentów w zamkniętych ośrodkach; 5) zapewnieniu wsparcia osób bliskich lub opieki instytucjonalnej (pracownicy socjalni); 6) wdrożeniu odpowiednich programów rehabilitacyjnych i edukacyjnych (Górecka, 2001).

2.5. Jakość życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych w świetle dotychczasowych badań

Koncepcja jakości życia (ang. Quality of Life - QoL) jest w psychiatrii sądowej stosunkowo nowa i posiada zaledwie dwudziestokilkuletnią tradycję. Podczas, gdy w medycynie ogólnej pojęcie to pojawiło się w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku, pierwsze publikacje na temat jakości życia w psychiatrii sądowej pochodzą dopiero z końca lat 90-tych (Nieuwenhuizen, 2009; Nieuwenhuizen, Schene i Koeter, 2002; Vorstenbosch i Escuder-Romeva, 2019). W Polsce badanie jakości życia pacjentów oddziałów detencyjnych zostało przeprowadzone do tej pory tylko raz i to jedynie przy okazji projektu dotyczącego potrzeb i ich zależności w stosunku do różnych zmiennych socjodemograficznych oraz klinicznych (Trizna i Adamowski, 2016).

Przyczyną późnego rozpoczęcia procesu monitorowania jakości życia w psychiatrii sądowej może być fakt, że społeczeństwo rzadko, bądź w ogóle nie interesuje się dobrostanem pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy popełnili najpoważniejsze czyny zabronione. Niemniej jednak, zgodnie z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka (1948) każdy ma zagwarantowane prawa i wolności, które powinny być należycie respektowane i jednocześnie wszystkim osobom należy się przynajmniej minimalny standard życia. Chodzi głównie o prawa do takich dóbr, jak m. in. zdrowie, wyżywienie, mieszkanie, opieka lekarska czy niezbędne świadczenia socjalne (Orend, 2002; Ward, 2011). Innymi słowy, chorym psychicznie sprawcom najpoważniejszych czynów zabronionych, tak jak wszystkim, przysługuje prawo do godnego życia i humanitarnego traktowania.

Sytuacja pacjentów sądowo-psychiatrycznych skierowanych na leczenie w placówkach zamkniętych różni się od sytuacji pacjentów chorych psychicznie, którzy w przeszłości nie popełnili żadnych czynów zabronionych. Mimo tego, że błędem jest uznawać sądownie orzeczoną izolację pacjenta, wykonywaną w leczniczym zakładzie zamkniętym, za karę, to wciąż świadomość społeczna w wielu krajach idzie w tym właśnie kierunku, a pacjenci sądowi budzą skojarzenia w większości pejoratywne. W tej sytuacji istnieje szczególna konieczność ochrony tych osób i podjęcia takich działań leczniczych i resocjalizacyjnych, które umożliwiłyby im nie tylko wyjście z choroby, ale i powrót do właściwych ról społecznych.

Takim, jak powyższe, założeniom przyświecało najpewniej wydanie w Wielkiej Brytanii dokumentu (raportu) autorstwa Reed'a (1992), w którym *expressis verbis* zostało

wyrażone, że chorzy psychicznie, którzy w przeszłości dopuścili się popełnienia poważnych czynów zabronionych, nie powinni być pokrzywdzeni przez system z tego powodu, że mają „status przestępcy”. Powinni oni mieć prawo do najwyższej jakości opieki zdrowotnej, dostosowanej do ich indywidualnych potrzeb, a także w czasie leczenia winni pozostawać w jak najbliższych kontaktach z rodziną i społecznością lokalną oraz przebywać w warunkach zabezpieczenia nie większych, niż jest to uzasadnione bezpieczeństwem ich samych oraz otoczenia. Celem opieki i rehabilitacji powinno być przede wszystkim przygotowanie pacjenta do samodzielnego życia po wyjściu z izolacji (Chiswick, 1992).

2.5.1. Badania jakości życia w psychiatrii sądowej jako czynnik/wskaźnik terapeutyczny

Zarówno w Polsce, jak i na świecie pobyt w oddziale psychiatrii sądowej związany jest z realizacją konkretnych celów: leczniczego, izolacyjnego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego. Wszelkie działania nakierowane są na poprawę zdrowia psychicznego oraz realizację celu nadrzędnego, jakim jest socjalna readaptacja sprawcy, czyli przystosowanie go do ponownego powrotu do społeczeństwa i właściwego pełnienia ról społecznych. Sprawcę umieszcza się w oddziale sądowym nie tylko po to, by go izolować, ale także, by go leczyć, usuwając w ten sposób stan zagrożenia z jego strony, a tym samym zapobiegając popełnieniu przez niego kolejnego czynu zabronionego (Gierowski, 2003; Gierowski, Heitzman i Szymusik, 2003; Gierowski i Paprzycki, 2013; Heitzman i Markiewicz, 2017; Heitzman, Markiewicz i Gosek, 2017; Misztal-Konecka i Konecki, 2007; Pyrcak-Górowska, 2017). Oznacza to, że skuteczne postępowanie z pacjentem sądowym i jego leczenie związane jest nie tylko z zabezpieczaniem jego klinicznych potrzeb, ale również z utrzymaniem równowagi pomiędzy jego dążeniami a potrzebami zapewnienia bezpieczeństwa społecznego (Traverso, Ciappi i Ferracuti, 2000). Leczenie w oddziale psychiatrii sądowej (oprócz farmakoterapii i psychoterapii) polega także na pomaganiu choremu psychicznie sprawcy przemocy w rozwijaniu umiejętności niezbędnych w dążeniu do osiągnięcia odpowiednich warunków życia, które nie będą sprzyjać powrotności do działalności przestępczej. Leczenie ukierunkowane na powrót do zdrowia powinno umożliwić jednostkom przezwycięzenie szeregu problemów i niedogodności związanych z chorobą psychiczną oraz realizowanie własnych celów życiowych (Clarke, Lombard, Sambrook i

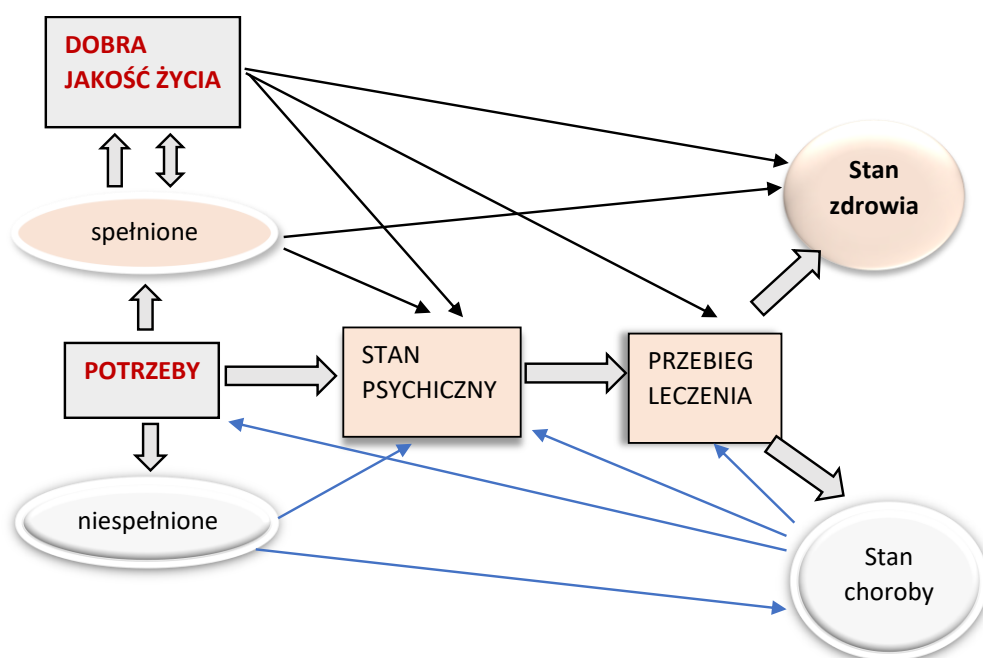
Kerr, 2016). Te życiowe priorytety powinny być interpretowane szeroko i w sposób bardzo indywidualny oraz powinny obejmować takie aspekty, jak praca, codzienna aktywność, satysfakcjonujące relacje społeczne, zdolność do samoopieki, poczucie własnej wartości, itp. (wedle tego, co każdy pacjent osobiście uważa dla siebie za najważniejsze, ale jednocześnie zgodne z prawem i zasadami współżycia społecznego).

Życiowe cele chorych bardzo się od siebie różnią, co zależy w dużej mierze od ich objawów psychopatologicznych i indywidualnych potrzeb. Dlatego też, tak ważnym w procesie leczenia i terapii jest systematyczna ocena jakości życia, dokonywana powszechnie za granicą, a w Polsce prawie wcale. Wyniki prowadzonych tego typu badań umożliwiają identyfikację problematycznych lub niesatysfakcjonujących aspektów życia pacjentów sądowych, są pomocne w ustaleniu tych aspektów życia, które można poprawić. Systematyczne badania jakości życia umożliwiają także monitorowanie postępów w terapii, jak również mogą służyć indywidualnemu planowaniu leczenia (Lehman, 1996). Ponadto regularne omawianie postrzeganej przez pacjentów jakości życia i ich potrzeb może ułatwiać dialog pomiędzy specjalistą a chorym, poprawić jakość relacji terapeutycznej i tym samym nawet zwiększyć doświadczaną przez pacjentów sądowych jakość życia (McCabe, Hoffmann, Priebe i Röder-Wanner, 1999; Omer, Golden i Priebe, 2015). W ten sposób monitorowanie jakości życia staje się również czynnikiem ułatwiającym leczenie.

Vorstenbosch i Escuder-Romeva (2019) piszą, że funkcję terapeutyczną optymalizacji jakości życia zaobserwowano w oddziałach psychiatrii sądowej w Holandii, szczególnie w oddziałach opieki długoterminowej nad pacjentami sądowymi, tzw. Long Stay (LFPC). W tego typu ośrodkach przebywają osoby z zaburzeniami psychicznymi, które w przeszłości dopuściły się popełnienia najpoważniejszych czynów zabronionych, a które wykazują bardzo słabe postępy w leczeniu, natomiast są zbyt niebezpieczne, by mogły przebywać w ośrodkach o niższym poziomie zabezpieczenia czy też kontynuować leczenie w trybie ambulatoryjnym. Postępowanie terapeutyczne w tego typu placówkach nie koncentruje się głównie na przygotowaniu chorych do powrotu do społeczeństwa, ale na zapewnieniu im opieki psychologicznej, psychiatrycznej i ogólnomedycznej, wspieraniu w codziennym życiu, podejmowaniu działań służących akceptacji ich pobytu w izolacji oraz optymalizacji jakości życia w granicach akceptowanych przez społeczeństwo (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2014; za: Vorstenbosch i Escuder-Romeva, 2019). To przesunięcie punktu ciężkości z leczenia na rzecz optymalizowania jakości

życia wydaje się spełniać swoją rolę. Pomimo, że aktualnie brak jest jeszcze opublikowanych danych empirycznych dotyczących tego zagadnienia, to holenderska praktyka kliniczna wykazała, że część osób przebywających w oddziałach sądowych LFPC w wyniku tych stosowanych metod, na nowo odzyskuje motywację do terapii i jest kierowana z powrotem do regularnego leczenia psychiatrycznego lub do innych placówek, także o niższym poziomie zabezpieczenia. Potwierdza to tezę, że spełnienie potrzeb chorych i optymalizacja ich jakości życia w ośrodkach sądowych wspiera postępowanie terapeutyczne oraz w konsekwencji zmniejsza zagrożenie ze strony pierwotnie bardzo niebezpiecznych pacjentów (Vorstenbosch i Escuder-Romeva, 2019; de Vries, Brazil, van der Helm, Verkes i Bulten, 2018).

Analizując literaturę na temat roli potrzeb i optymalizacji jakości życia w procesie leczenia, można zilustrować ten przebieg procesu zdrowienia w sposób przedstawiony poniżej.



Rysunek 11. Model powrotu do zdrowia z uwzględnieniem zaspokojenia potrzeb i optymalizacji jakości życia

Źródło: Opracowanie własne

2.5.2. Jakość życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych w świetle badań zagranicznych

Badania nad jakością życia w psychiatrii sądowej były w większości przekrojowe i obserwacyjne. Koncentrowały się na ocenie jakości życia osób, które popełniły najpoważniejsze czyny zabronione, a u których zdiagnozowano różne zaburzenia psychiczne (Swinton, Oliver i Carlisle, 1999; Pham i Saloppé, 2013), a także osób, które charakteryzowały zróżnicowane zmienne socjodemograficzne (Nieuwenhuizen, Nijman, 2009; Swinton, Carlisle i Oliver, 2001). Spora część badań przyjmowała za cel zidentyfikowanie czynników odpowiadających za postrzeganą przez pacjentów niską oraz wysoką jakość życia (Long, McLean, Boothby i Hollin, 2008; Zwemstra, Masthoff, Trompenaars i De Vries, 2009), niektóre natomiast odnosiły się jedynie do oceny psychometrycznej właściwości narzędzi przeznaczonych do badania jakości życia pacjentów oddziałów psychiatrycznych, w tym także sądowych (Büsselmann, Titze, Lutz, Dudeck i Streb, 2021; Saloppé i Pham, 2006; Schel, Bouman, Vorstenbosch i Bulten, 2017; Vorstenbosch, Bouman, Braun, Bulten, 2014). W badaniach porównywano także opis jakości życia dokonywany przez pacjentów z oceną dokonywaną przez profesjonalistów (lekarza, psychologa, terapeuty, pielęgniarki, asystenta socjalnego, itp. (Schel, Bouman i Bulten, 2015), uzyskując tym samym obraz dwóch odrębnych perspektyw badawczych w stosunku do tej samej zmiennej.

Oprócz ogólnej oceny jakości życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych (Santana, Chianca i Cardoso, 2009), przedmiotem wielu badań dokonywanych w Europie i na świecie była ocena poszczególnych obszarów życia. Chodziło przede wszystkim o zidentyfikowanie tych, które pacjenci oceniali jako satysfakcjonujące oraz takich, w których potrzeby chorych nie były zaspakajane, skutkiem czego były one oceniane bardzo nisko (Flynn, Regan, Reilly i Kennedy, 2018; Nieuwenhuizen, Nijman, 2009; Vorstenbosch, Castelletti, 2020). Starano się także wyodrębnić te obszary życia pacjentów w realiach oddziału psychiatrii sądowej, które znacząco przyczyniały się do poprawy (wzrostu oceny) ogólnej jakości ich życia. W badaniach holenderskich, przy użyciu kwestionariusza FQL (Vorstenbosch i in., 2014; Long i in., 2008; Schel i in., 2016) wykazano, że z lepszą jakością życia powiązane są takie obszary jak: codzienna aktywność (zajęcia w oddziale), pobyt w oddziale (poczucie bezpieczeństwa i przyjazne otoczenie) oraz zdrowie. Chorzy, którzy wysoko oceniali swoją jakość życia w oddziale sądowym przejawiali zadowolenie z utrzymywanych relacji społecznych, a ich

nastawienie do współpacjentów było znacząco bardziej pozytywne w porównaniu do tych, którzy oceniali swoją jakość życia nisko. Dodatkowo zaobserwowano, że istnieje pozytywna korelacja pomiędzy ogólnie postrzeganą przez pacjentów sądowo-psychiatrycznych jakością życia, a charakterem codziennych działań personelu w stosunku do chorych oraz poczuciem autonomii (Long i in., 2008; Vorstenbosch i Escuder-Romeva, 2019).

Autonomia stanowi jeden z ważniejszych obszarów w życiu człowieka, a prawo do wolności, swobody decyzji, wyrażania swojej woli i zachowań przysługuje każdemu i może być ograniczone tylko szczególnymi przepisami rangi ustawowej. Ograniczenia takie są wyjątkowo dotkliwe z punktu widzenia jednostki. Tym samym osoby pozbawione możliwości autonomicznego decydowania o sobie (tak jak pacjenci sądowo-psychiatryczni), zazwyczaj gorzej postrzegają swoją jakość życia niż osoby, mające pełną wolność i swobodę w dokonywaniu swoich wyborów we wszystkich aspektach życia. Potwierdzenie tego założenia odnaleźć można w wynikach wielu badań przeprowadzanych zarówno w grupie pacjentów z oddziałów psychiatrii sądowej, jak i z ogólnopsychiatrycznych, których hospitalizacja przebiega w sposób znacznie mniej restrykcyjny niż w placówkach detencyjnych.

Badania zespołu naukowców z Niemiec, Anglii i Walii wykazały, że mniej restrykcyjne warunki (w psychiatrii ogólnej) wiążą się z wyższą jakością życia (Kaiser i in., 1997). To założenie testowano także w dwóch innych badaniach, w których porównywano jakość życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi - sprawców czynów zabronionych - przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej z jakością życia pacjentów przebywających w psychiatrycznych placówkach ambulatoryjnych (Walker i Gudjonsson, 2000) oraz w szpitalach ogólnopsychiatrycznej opieki długoterminowej (Nieuwenhuizen i Nijman, 2009). W obu badaniach pacjenci sądowi oceniali swoją sytuację życiową (tj. ogólną jakość życia, autonomię, możliwość samostanowienia o sobie, relacje ze współpacjentami, poczucie prywatności i samopoczucie w związku z perspektywą życia w izolacji przez dłuższy czas) znacznie gorzej niż pacjenci ambulatoryjni i lecący się stacjonarnie w oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Co ciekawe, postrzegana ogólna jakość życia w grupie pacjentów sądowo-psychiatrycznych była znacząco niższa w porównaniu z populacją pacjentów leczonych stacjonarnie, ale nie różniła się istotnie od populacji pacjentów ambulatoryjnych (Vorstenbosch i Escuder-Romeva, 2019).

Inne holenderskie badanie jakości życia przeprowadzone z użyciem WHOQoL-Bref (The World Health Organization Quality of Life -WHOQOL-BREF) wykazało, że osoby z zaburzeniami psychicznymi w warunkach pozbawienia wolności (leczone w szpitalach psychiatrycznych w zakładach karnych) również oceniały swoje środowisko (otoczenie) gorzej niż pacjenci psychiatryczni leczeni ambulatoryjnie. Niemniej jednak, ich całościowa (ogólna) ocena jakości życia była znacznie wyższa w porównaniu z pacjentami ambulatoryjnymi (Zwemstra, Masthoff, Trompenaars i De Vries, 2009).

Z powyższych badań wynika, że środowisko, w którym przebywają pacjenci wpływa na postrzeganą przez nich jakość życia, niemniej jednak, ten obszar badawczy nie doczekał się jeszcze wielu doniesień, a dotychczasowe - nie są jednoznaczne. Vorstenbosch i Escuder-Romeva (2019) piszą, że sposobem umożliwiającym określenie, które z aspektów środowiska wpływają na jakość życia pacjentów sądowych, jest ocena „klimatu” panującego na oddziale. Badania takie podejmowano w Niemczech już na początku tego stulecia (Schalast, Redies, Collins, Stacey i Howells, 2008), w Holandii nieco później (de Vries i in., 2016, 2018).

“Klimat oddziału”, zgodnie z operacjonalizacją przyjętą w niemieckim narzędziu stworzonym do jego oceny (EssenCES), obejmuje terapeutyczną atmosferę, poczucie bezpieczeństwa oraz poczucie wspólnoty i wzajemnego wsparcia wśród pacjentów w oddziałach sądowo-psychiatrycznych (Schalast i in., 2008). Wszystkie wyżej wymienione aspekty “klimatu oddziału” wykazywały pozytywny związek z odczuwaną przez pacjentów sądowych ogólną (całościową) jakością życia (Schel, Bouman, Braun i Bulten, 2016; za: Vorstenbosch i Escuder-Romeva, 2019; Schel i in., 2016). Monitorowanie “klimatu” (atmosfery) panującej w oddziale oraz relacji pomiędzy współpacjentami oraz pacjentami a personelem może zatem być cennym źródłem informacji o konkretnych aspektach, które są warte wzmocnienia pozytywnego albo wymagają interwencji lub zmiany. Atmosfera i klimat w oddziale wiążą się niewątpliwie z jakością życia pacjentów detencyjnych, ale również dotyczą pośrednio zagadnienia “restrykcyjności”, rzadko będącej przedmiotem badań w psychiatrii sądowej. Intuicyjnie stwierdzić można, że stopień restrykcyjności także mógłby współdecydować o jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi, ale też, przy właściwym jej wykorzystaniu i monitorowaniu, wpływać na ich postępy w leczeniu, rehabilitacji oraz resocjalizacji, a tym samym na cały proces zdrowienia i powrotu chorych do społeczeństwa.

Rola “klimatu w oddziale” oraz jakości życia (ich monitorowanie i optymalizowanie) w procesie terapeutycznym zyskuje coraz bardziej na znaczeniu

w europejskiej i światowej psychiatrii sądowej. Wciąż jednak, głównie w krajach bloku wschodniego, spotkać można bardziej represyjny, aniżeli terapeutyczny model postępowania z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych. W Australii oraz w ostatnich latach także w krajach zachodniej Europy (m. in. Niemcy i Holandia) zaczęto rozwijać opiekę nad pacjentami sądowymi w oparciu o model dobrego życia, tzw. Good Life Model (GLM) (Barnao, Ward i Robertson, 2016; Markiewicz, 2020, 2021; Smeeckens, Braun, 2019; Ward, Mann i Gannon, 2007; Ward, 2002). Z racji tego, że GLM jest kluczowy przy analizie potrzeb i jakości życia pacjentów, podstawowe jego idee i sam koncept rozwinięty na potrzeby psychiatrii sądowej zostanie przedstawiony poniżej.

2.6. Koncepcja Good Life Model (GLM) Tonyego Warda

Holenderscy naukowcy już w latach 90-tych zaczęli udowadniać, że reforma systemu psychiatrii sądowej oraz warunków bytowych pacjentów (jakości ich życia) przebywających w oddziałach detencyjnych są konieczne dla uzyskania lepszych efektów w leczeniu i reintegracji sprawców czynów zabronionych. Wedle rozwijającej się od końca ubiegłego wieku nie tylko w Holandii, ale i wielu innych krajach Europy teorii, opracowanej przez nowozelandzkiego profesora psychologii klinicznej i sądowej Tonyego Warda z Victoria University of Wellington (2002), skuteczniejszym sposobem redukcji ryzyka powrotu do przestępczości jest zapewnienie pacjentom niezbędnych warunków do lepszego życia oraz samo uczenie ich lepszemu życiu (good life – Good Lives Model – GLM) (Barnao, Robertson i Ward, 2010; Barnao, Ward i Robertson, 2016; Biel, 2014; Markiewicz, 2020, 2021; Pospiszyl, 2021a, 2021b; Smeeckens, Braun, 2019; Ward, 2002; Ward i Steward, 2003; Ward, Mann i Gannon, 2007; Willis, Prescott i Yates, 2016). Te metody mają odnosić lepszy skutek, aniżeli tylko realizowanie zadań dążących do minimalizowania ryzyka powrotu do przestępczości w tradycyjnych szkołach terapii i resocjalizacji.

U podłoża rozwoju nowej koncepcji resocjalizacyjnej i terapeutycznej GLM stały obserwacje praktyki klinicznej oraz przekonania, że tradycyjne sposoby resocjalizacji nie zawsze kończą się powodzeniem, a czasami wręcz zniechęcają zaburzonych psychicznie sprawców do terapii. Przeprowadzone badania potwierdziły, że pomimo skuteczności programów resocjalizacyjnych opartych na modelu redukcji ryzyka przestępczości RNR (podejście Risk, Need, and Responsivity – Ryzyko, Potrzeby, Samoregulacja) (Biel,

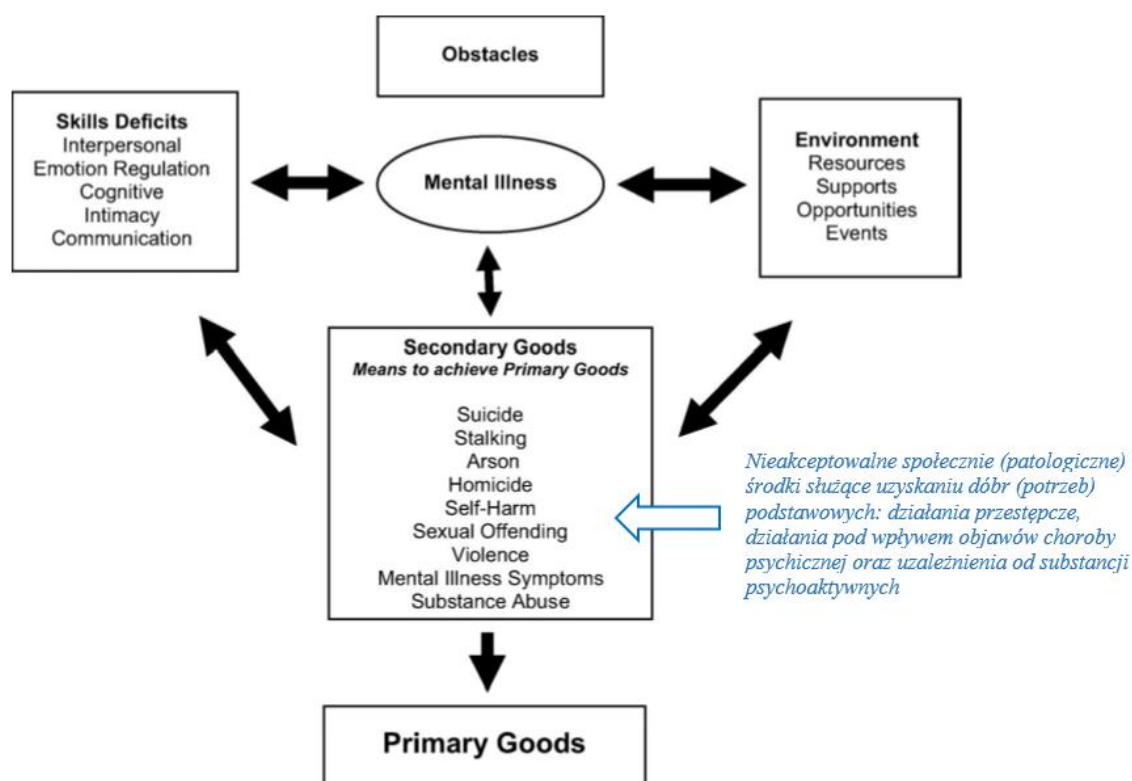
2014), wskaźniki rezygnacji z leczenia w programach terapii sprawców seksualnych są często wysokie (30-50%) (np. Browne, Foreman i Middleton, 1998; Moore, Bergman i Knox, 1999; Ware i Bright, 2008). Jako jedną z ważniejszych przyczyn tego zjawiska można wskazać wąski zakres programów, które opierają się tylko na redukcji ryzyka przestępczości. Skupiają się one niemal wyłącznie na indywidualnych deficytach chorych (np. słaba regulacja emocjonalna, słabe umiejętności rozwiązywania problemów), zamiast na pracy z zasobami wewnętrznymi i potencjałem, jakie posiada w sobie każdy człowiek. Ponadto wykazano, że zaburzeni psychicznie sprawcy często kończą programy resocjalizacyjne oparte na RNR jedynie z powodów zewnętrznych, takich jak np. możliwość uzyskania warunkowego zwolnienia (np. Jones, Pelissier i Klein-Saffran, 2006), a brak jest u nich natomiast wewnętrznej motywacji do zmiany nieprawidłowych wzorców zachowania, sprzyjających ryzyku powrotności do przestępstwa. Między innymi, z tych powodów stwierdzić można, że model RNR stanowi konieczny, ale niewystarczający warunek skutecznej resocjalizacji (Biel, 2014; Wysocka, 2015). Zdecydowanie lepsze efekty terapeutyczne można osiągnąć przy zastosowaniu łącznie obu modeli: RNR oraz nowego GLM, albo też GLM – jako alternatywy do tradycyjnych metod pracy ze sprawcami czynów zabronionych (Fortune, Ward, i Polaschek, 2014).

GLM reprezentuje teorię rehabilitacji opartą na zasobach, która ma na celu wyposażenie sprawców w wewnętrzne i zewnętrzne narzędzia, aby mogli dobrze żyć lub dążyć do lepszego życia - takiego, które jest społecznie akceptowalne i ma dla nich osobisty, indywidualny sens. Podstawowym celem leczenia, wedle koncepcji GLM, jest zapewnienie sprawcom możliwości ochrony swoich ważnych osobistych dóbr w społecznie i ogólnie akceptowany sposób przy jednoczesnej pracy terapeutycznej mającej na celu minimalizowanie zachowań sprzecznych z prawem (Biel, 2014; Kowalczyk, 2020). Koncepcja GLM została opracowana jako alternatywa lub uzupełnienie tradycyjnych podejść, skoncentrowanych jedynie na ryzyku przestępczości. GLM podkreśla aktywne angażowanie uczestników w proces rehabilitacji, stworzenie im godnych warunków życia oraz możliwości zaspokojenia indywidualnych potrzeb oraz wypracowywanie postaw i promowanie sprzeciwu względem zachowań niezgodnym z prawem (Willis i Ward, 2013). Celem działań opartych na modelu GLM jest wykorzystywanie podstawowych zdolności sprawców czynów zabronionych w procesie zmiany zachowania, a przez to zmniejszanie ryzyka recydywy, a także zwiększenie szans na lepsze życie (Barnao i in., 2016; Markiewicz, 2021).

Potrzeby kryminogenne w teorii GLM są konceptualizowane jako wewnętrzne lub zewnętrzne bariery (przeszkody), które uniemożliwiają zgodne z prawem, dobre i godne życie. GLM określa związek pomiędzy potrzebami (czynnikiem) kryminogennymi a potrzebami człowieka, utożsamiając ich związek z dążeniem do podstawowych dóbr ludzkich. GLM sugeruje, że podobnie jak wszyscy ludzie, sprawcy czynów zabronionych są ukierunkowani i predysponowani do poszukiwania wielu podstawowych dóbr ludzkich. GLM wyróżnia dobra pierwotne, czyli pewne stany umysłu, cechy osobiste i doświadczenia, które są korzystne i poszukiwane oraz reprezentują podstawowe wartości i priorytety życiowe jednostki oraz dobra wtórne. Ward i Gannon (2006) zaproponowali jedenaście klas dóbr podstawowych (które podobnie jak u Masłowa można sklasyfikować jako potrzeby), w tym m. in. życie (zdrowe życie i funkcjonowanie); wiedza; doskonałość w aktywności (zabawie, grze, rozrywce); doskonałość w pracy (w tym doświadczenie mistrzowskie); doskonałość w działaniu (w tym autonomia i samostanowienie); spokój wewnętrzny (tj. uwolnienie od emocjonalnego stresu); przyjaźń (w relacjach intymnych, romantycznych i rodzinnych); wspólnota (społeczność); duchowość (sensie odnajdywania sensu i celu życia); przyjemność, szczęście (jako stan) i kreatywność (za: Fortune i in., 2014; Kowalczyk, 2020). Z perspektywy GLM, chociaż obecność wszystkich podstawowych dóbr ludzkich jest konieczna dla "dobrego" życia i zakłada się, że ludzie w pewnym stopniu szukają wszystkich podstawowych dóbr, to priorytety przypisane konkretnym dobrom podstawowym są związane z poczuciem tożsamości danego człowieka, odzwierciedlają jego indywidualne wartości życiowe (Ward i Maruna, 2007). Dobra pierwotne traktuje się także jako te, które określają, co naprawdę warto mieć w życiu. Dlatego też, chcąc pomóc sprawcom czynów zabronionych w ograniczaniu zachowań agresywnych i zaprzestaniu działań przestępczych, należałoby wskazać im prospołeczne a zarazem skuteczne sposoby osiągnięcia tych podstawowych dóbr. Odcięcie, natomiast, dostępu do pożądaných dóbr pierwotnych, bez wskazania alternatywnych sposobów ich osiągnięcia, może spowodować frustrację, a ta ostatecznie zwiększy szanse na dalsze działania kryminogenne (Biel, 2014; Kowalczyk, 2020; Laws i Ward, 2011; Wysocka, 2015). W ramach GLM rolą terapeutów jest pomoc chorym w opracowaniu konkretnego planu, który określa cele, które są osobiście dla nich znaczące, jak również wskazuje praktyczne kroki, które należy podjąć, aby je osiągnąć (uzyskać dostęp do pożądaných przez nich dóbr). Plan terapeutyczny powinien przy tym uwzględniać okoliczności zewnętrzne, stan zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, oraz indywidualne możliwości i

zainteresowania chorego. Laws i Ward (2011) zakładają, że dobrze skonstruowany plan terapeutyczny GLM spowoduje zmniejszenie liczby przestępstw (za: Fortune i in., 2014), a zatem doprowadzi do zrealizowania jednego z najważniejszych celów pracy z zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów kryminalnych.

Poniżej przedstawiono schemat w/w dążeń pacjentów sądowych do uzyskania najważniejszych dóbr (Primary Goods) wraz z uwzględnieniem czynników kryminogennych (barier i przeszkód - Obstacles) utrudniających lub uniemożliwiających osiągnięcie zamierzonych celów w sposób „zdrowy” i społecznie akceptowalny. Wśród przeszkód wyróżniono: 1) czynniki spowodowane deficytami umiejętności pacjenta (np. interpersonalne, regulacji emocji, poznawcze, komunikacyjne, itp. – Skills Deficits); 2) czynniki związane z chorobą psychiczną – Mental Illness; 3) czynniki środowiskowe (zewnętrzne) – Environment, do których zaliczyć można m. in. określone wsparcie, możliwości czy zdarzenia. Secondary Goods traktowane są tutaj jako „patologiczne” środki i sposoby, które mają doprowadzić do osiągnięcia dóbr podstawowych (scharakteryzowanych powyżej) w praktyce odpowiadających sklasyfikowanym potrzebom z piramidy Maslowa.



Rysunek 12. Model GLM w warunkach psychiatrii sądowej

Źródło: Barnao, Robertson, i Ward, 2010, s. 207.

W kilku badaniach zagranicznych sprawdzono przydatność i efektywność włączenia koncepcji oraz metod GLM do programów resocjalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, które dopuściły się popełnienia najpoważniejszych typów przestępstw (głównie z zakresu wolności seksualnej). W jednym z pierwszych takich badań Mann, Webster, Schofield i Marshall (2004) porównali dwa kierunki interwencji terapeutycznej nakierowanej na zapobieganie ponownemu popełnieniu przestępstwa: tradycyjną metodę RNR skoncentrowaną na analizie i monitorowaniu ryzyka (np. obejmującą identyfikację sytuacji wysokiego ryzyka i określenie sposobów unikania takich sytuacji) oraz zaadaptowaną nową metodę GLM, skoncentrowaną na uczeniu pacjentów sądowych alternatywnych właściwych sposobów realizacji ich indywidualnych potrzeb i celów w zgodzie z prawem i normami społecznymi. Wyniki wykazały, że uczestnicy terapii zorientowanej na cele związane z podejściem GLM bardziej angażowali się w leczenie i byli lepiej zmotywowani do prowadzenia życia wolnego od przestępstw po zakończeniu terapii, w porównaniu z uczestnikami interwencji opartej na tradycyjnych metodach minimalizowania ryzyka (Willis i Ward, 2013).

Także Ware i Bright (2008) przedstawili wyniki swoich badań dotyczących efektywności terapii po wprowadzeniu zmian w programie leczenia przestępców seksualnych w warunkach izolacji. Zmiany te polegały na przemodelowaniu leczenia w taki sposób, aby planowanie leczenia odzwierciedlało opisany wcześniej nowy model GLM, oparty o ustalane wspólnie z chorymi cele oraz ich zasoby i ogólny potencjał. Ponadto, w procesie terapii i rehabilitacji zaburzeni psychicznie sprawcy mogli korzystać z większej autonomii poprzez pracę nad osiągnięciem celów leczenia we własnym, a nie narzuconym tempie. W efekcie zaobserwowano, że wraz z nowym modelem postępowania terapeutycznego (GLM), wskaźnik rezygnacji pacjentów z leczenia zmniejszył się, a personel potwierdził, że czuje się w swojej pracy bardziej efektywny i sprawczy. To prawdopodobnie wpłynęło korzystnie także na relacje terapeutyczne z chorymi, co samo w sobie jest związane z pozytywną i optymistyczną zmianą w leczeniu (Serran, Fernandez, Marshall i Mann, 2003).

W jeszcze innym badaniu stwierdzono, że sprawcy, względem których stosowano leczenie oparte o zasady GLM, wykazali znacznie większą poprawę w stosunku do chorych leczonych tradycyjnymi metodami redukcji ryzyka. Co więcej, u osób korzystających z terapii w podejściu GLM zaobserwowano po zakończeniu leczenia znacznie lepsze umiejętności radzenia sobie z problemami, podczas gdy u tych, którzy byli rehabilitowani wyłącznie w oparciu o RNR, nie zaobserwowano tej pozytywnej

zmiany. Ponadto, pacjenci, u których wdrożono zasady GLM, po zakończeniu leczenia zdecydowanie częściej niż ci poprzedni, posiadali system wsparcia społecznego, co stanowi niewątpliwie ważny czynnik ochronny. Nowe metody ułatwiły także realizację długoterminowych celów reintegracji sprawców, w tym podjęcie studiów wyższych i rozwijanie prospołecznych form spędzania wolnego czasu już po opuszczeniu izolacji (Simons, McCullar i Tyler, 2006; za: Willis i Ward, 2013; Whitehead, Ward i Collie, 2007).

Przedstawione wyżej wyniki badań sugerują, że wdrożenie postępowania opartego na GLM może potencjalnie zwiększyć zaangażowanie pacjentów sądowych w leczenie i poprawić jego efekty. Zbyt mało jest jeszcze w literaturze badań, potwierdzających definitywnie tezę, że programy zgodne z GLM zapewniają znaczne zmniejszenie recydywy w porównaniu z programami opartymi wyłącznie na RNR. Kilka programów leczenia w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie przyjęło już model pracy GLM o ośrodkach psychiatrii sądowej (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli i Ellerby, 2010) i rezultaty są dość obiecujące (Willis, Ward i Levenson, 2014). Niewątpliwie, istnieje konieczność prowadzenia dalszych badań w tym kierunku, tym bardziej, że praktyka kliniczna dowodzi, że włączenie do programów resocjalizacyjnych elementów opartych na GLM, osiąga swoje założone cele.

Reasumując, wywodzące się z GLM programy interwencji, są idealnie dostosowane do wzmacniania zasobów pacjentów sądowych i wskazywania im uspołecznionych sposobów funkcjonowania w środowisku. GLM zapewnia systematyczne i wszechstronne ramy dla planowania leczenia i zarządzania ryzykiem zachowań agresywnych grożących ze strony chorych, jest zakorzeniony w solidnej teorii psychologicznej oraz oparty o silne podstawy etyczne (Willis i Ward, 2013). Wiele badań wskazuje na to, że konkretne programy wywodzące się z GLM czynią zadość ograniczeniom podejść skupionych wyłącznie na zarządzaniu ryzykiem lub opartych na deficytach chorych. Samo koncentrowanie się na czynnikach ryzyka raczej nie zachęci osób, które w przeszłości popełniły poważne przestępstwa, do przyjęcia nowych, społecznie adaptacyjnych sposobów życia, działania, myślenia o sobie i swoim życiu. Osoby takie potrzebują możliwości lepszego życia, a nie tylko opanowania umiejętności kontrolowania swoich destrukcyjnych działań i redukcji ryzyka ekspresji „zła”.

Mając na względzie doniosłość koncepcji GLM oraz istotność jakości życia oraz spełnienia potrzeb w modelu resocjalizacyjnej pracy z chorymi psychicznie pacjentami

sądowymi, przeprowadzono także w Polsce szeroko zakrojone badania tych zmiennych, które stanowią część drugą (empiryczną) niniejszej pracy.

ROZDZIAŁ III

KONCEPCJA I ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE BADAŃ WŁASNYCH

Pobyt w zakładzie psychiatrycznym - w oddziale psychiatrii sądowej - stanowi najbardziej restrykcyjny środek zabezpieczający spośród wszystkich obecnie przewidzianych w polskim prawie karnym. Spełnia on nie tylko funkcję izolacyjną, ale jednocześnie leczniczą, psychoterapeutyczną, rehabilitacyjną i resocjalizacyjną. Pacjenci umieszczeni w zakładach psychiatrycznych, w których wykonuje się środki zabezpieczające, poddawani są różnym procedurom medyczno-psychologiczno-resocjalizacyjnym, których celem jest poprawa ich stanu zdrowia w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób nie stwarzający zagrożenia dla porządku prawnego oraz korekta ich zachowań w taki sposób, aby mogli po leczeniu w warunkach zamkniętych wrócić z powrotem do swojego środowiska oraz wypełniać role społeczne w sposób zgodny z ogólnie obowiązującymi normami (Barczak-Oplustil, Pyrcak-Górowska i Zoll, 2021; Heitzman, 2020; Gałęcki i Eichstaedt, 2022; Pyrcak-Górowska, 2017).

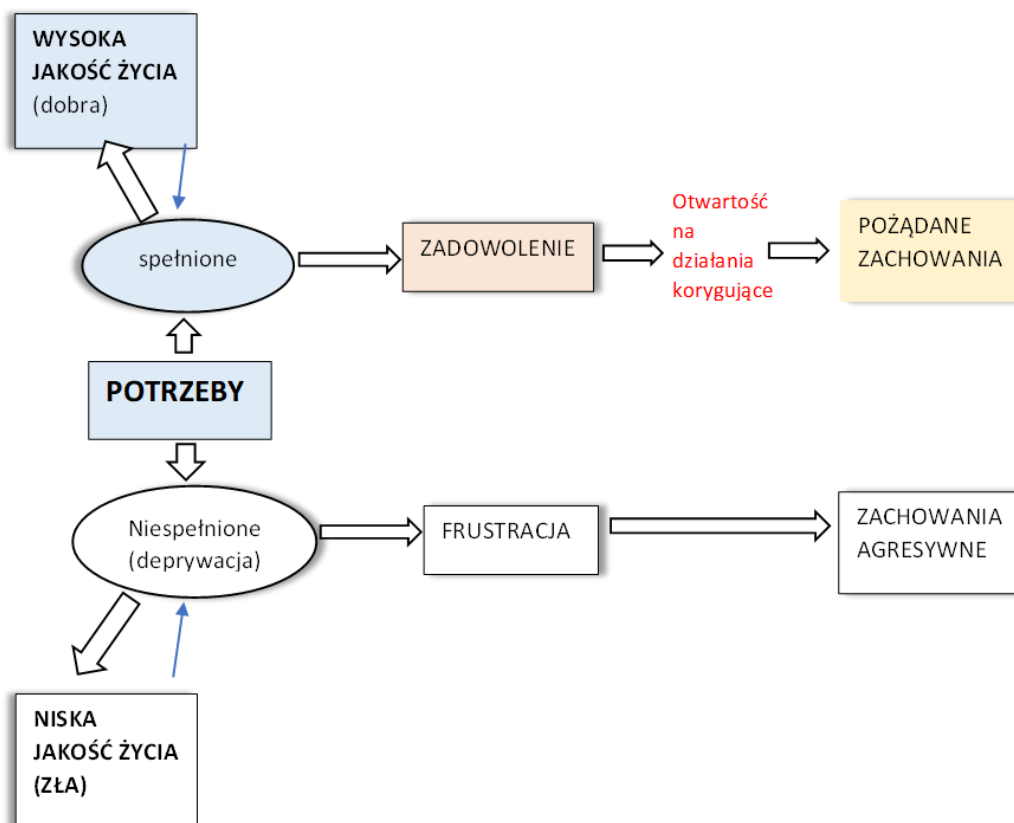
Działania lecznicze, psychoterapeutyczne, rehabilitacyjne i resocjalizacyjne w oddziałach sądowych powinny być dostosowane do stanu psychicznego i somatycznego pacjentów i służyć ich poprawie, a ograniczenia praw wynikać powinny wyłącznie z ustawy. Oddziały psychiatrii sądowej, z racji tego, że przebywają w nich „trudni pacjenci” (sprawcy najpoważniejszych czynów zabronionych), funkcjonują także w oparciu o regulaminy wewnętrzne oraz dodatkowo inne jeszcze, niż w systemie ogólnopsychiatrycznym, przepisy prawa. Zasadą jest, że zakresy praw i obowiązków, przywilejów i swobód pacjentów powinny w dużej mierze zależeć od poziomu zabezpieczenia (podstawowy, wzmocniony i maksymalny), gdyż warunki organizacyjne panujące w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia określają odrębne szczegółowe przepisy. Praktyka jednak pokazuje, że często „poziom poziomowi nierówny”, a odmienności wynikają z regulaminów konkretnego oddziału w danym szpitalu, w którym pacjenci przebywają. W niektórych przypadkach można zauważyć, że nie tylko względy legislacyjne ograniczają prawa pacjentów, ale także pewne stereotypowe przekonania personelu na temat chorych psychicznie sprawców najcięższych przestępstw. Spotkać się można też z niedopuszczalnym sposobem traktowania pacjentów jak więźniów zakładów karnych, choć w przeciwieństwie do tych ostatnich – szpital psychiatryczny spełniać ma funkcję leczniczą, a nie punitwną.

3.1. Problem i cele badań

Ograniczanie w oddziałach psychiatrii sądowej pewnych swobód pacjentów, choć dokonywane głównie ze względów bezpieczeństwa, rodzi od razu pytanie o to, czy są spełniane należycie ich potrzeby. Realizacja podstawowych potrzeb pacjentów sądowych warunkuje bowiem odpowiedni poziom jakości ich życia w izolacji szpitalnej. Jakość życia z kolei przekłada się na relacje z personelem, a to determinuje skuteczność podejmowanych przez nich działań terapeutycznych.

Bardzo często w rutynowych działaniach leczniczych, nakierowanych na farmakoterapię czy psychoterapię różnych nurtów zapomina się, iż poprawa stanu psychicznego pomimo najdoskonalszych zabiegów nie będzie możliwa, jeśli podstawowe potrzeby pacjentów nie zostaną zaspokojone. Osiągnięcie z pacjentem pewnego jego subiektywnego dobrostanu psychicznego i indywidualnego poczucia zaspokojenia potrzeb samo w sobie może się okazać remedium leczniczym. Może też hipotetycznie warunkować lepsze „przyjmowanie” przez pacjenta oferowanych mu narzędzi i metod pracy nad sobą, celem poprawy zarówno jego stanu zdrowia psychicznego, zmniejszenia agresji, zwiększenia umiejętności współżycia z innymi ludźmi i funkcjonowania zgodnego z prawem oraz zasadami współżycia społecznego. Przyjęcie wstępnego założenia badawczego przedstawia poniższy autorski schemat (Rysunek 13).

Mając na względzie powyższe hipotetyczne założenia dotyczące roli potrzeb w procesie zdrowienia i minimalizowania zachowań agresywnych, a także istotności subiektywnego poczucia jakości życia pacjentów sądowych, zaplanowano przeprowadzenie projektu naukowego, celem udzielenia odpowiedzi na szereg pytań, w oparciu o najważniejsze koncepcje teoretyczne dotyczące potrzeb człowieka, jakości jego życia oraz przyczyn podejmowanych przez niego zachowań agresywnych.



Rysunek 13. Potrzeby i jakość życia w procesie terapeutycznym i resocjalizacyjnym

Źródło: opracowanie własne

Ogólny cel badań stanowiła wieloaspektowa analiza potrzeb i jakości życia pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia.

Cele szczegółowe obejmowały:

- 1) Analizę obrazu i uwarunkowań przejawianych przez pacjentów sądowych potrzeb i stopnia ich zaspokojenia;
- 2) Określenie roli spełnienia bądź niespełnienia potrzeb w kształtowaniu zachowań pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej;
- 3) Określenie znaczenia jakości życia w terapii i resocjalizacji pacjentów detencyjnych;
- 4) Ocenę wpływu realizacji potrzeb i jakości życia oraz innych czynników na występowanie zachowań agresywnych wśród pacjentów detencyjnych

3.2. Pytania badawcze

Z uwagi na fakt, że w Polsce dotychczas opublikowano tylko jedno badanie dotyczące potrzeb i jakości życia pacjentów przebywających w oddziałach sądowych (grupa badana pochodziła z jednego szpitala) (Trizna, Adamowski, 2016), a jakość życia pacjentów detencyjnych – nigdy w Polsce nie była badana przy użyciu narzędzia specjalnie stworzonego na potrzeby ośrodków sądowych zdecydowano, że praca będzie mieć charakter wyłącznie eksploracyjny, bez stawiania hipotez.

Jakkolwiek w Europie i na świecie przeprowadzono badania potrzeb i jakości życia pacjentów z oddziałów sądowych (Abou-Sinna, Luebbers, 2012; Baksheev i in., 2010; Harty i in., 2004; Jacques i in., 2010; Long i in., 2008; Thomas i in., 2004; Segal i in., 2010), co zostało zaprezentowane w rozdziale pierwszym, to jednak porównania polskich badań z wynikami uzyskanymi w innych krajach należy czynić z wielką ostrożnością. Ograniczenia te wynikają z faktu, iż systemy psychiatrii sądowej i opieki nad pacjentami detencyjnymi zależą w dużej mierze od uwarunkowań prawnych, a przepisy każdego kraju znacząco się od siebie różnią. Odmienności występują m. in. w ilości poziomów zabezpieczeń i restrykcyjności opartej o różne akty prawa krajowego, regulaminy, zarządzenia i wytyczne, co ściśle wiąże się z zaspakajaniem potrzeb pacjentów i jakością ich życia. Ponadto, systemy opieki zdrowotnej i wysokość nakładów na ochronę zdrowia jest w każdym kraju inna. Trudno zatem stawiać hipotezy bądź uogólniać wnioski z porównań międzynarodowych w zakresie spełnionych, bądź niespełnionych potrzeb pacjentów jednego kraju, na podstawie badań przeprowadzonych w innym.

Stawiając sobie za cel analizę potrzeb i jakości życia pacjentów przebywających w polskich oddziałach psychiatrii sądowej postawiono następujące pytania badawcze:

P1: Czy pobyt w warunkach detencji psychiatrycznej wpływa na liczbę, rodzaj, poczucie spełnienia bądź niespełnienia potrzeb oraz na satysfakcję pacjentów z otrzymywanej pomocy w ich zaspokojeniu?

- 1.1. Jaka jest średnia liczba potrzeb wykazywanych przez pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej, ile potrzeb jest według nich spełnionych, a ile zdeprawowanych?
- 1.2. Jakie potrzeby wykazują pacjenci sądowo-psychiatryczni realizujący izolacyjny środek zabezpieczający?

- 1.3. Które spośród odczuwanych przez pacjentów potrzeb uznają za spełnione, a które za niespełnione?
- 1.4. Czy pacjenci przebywający w oddziałach sądowych mogą w zaspokajaniu swoich potrzeb bardziej liczyć na pomoc szpitala (instytucji społecznych) czy raczej rodziny i przyjaciół?
- 1.5. Jakie są oczekiwania pacjentów detencyjnych w zaspokojeniu ich potrzeb od szpitala w którym przebywają oraz czy poziom otrzymanej pomocy jest dla nich wystarczający?

P2: Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów, a poziomem ich satysfakcji z pomocy otrzymanej od szpitala w realizowaniu swoich potrzeb?

P3: Jak pacjenci sądowo-psychiatryczni postrzegają swoją jakość życia w trakcie realizacji izolacyjnego środka zabezpieczającego?

P4: Czy istnieje zależność pomiędzy długością pobytu w izolacji a poczuciem spełnienia bądź niespełniania potrzeb oraz liczbą wykazywanych przez pacjentów potrzeb?

P5: Czy czas pobytu na detencji psychiatrycznej ma wpływ na nasilenie odczuwanego stresu?

P6: Czy istnieje zależność pomiędzy deprivacją potrzeb pacjentów, a odczuwanym przez nich stresem?

P7: Czy istnieje zależność pomiędzy nasileniem stresu pacjentów detencyjnych, a przejawianymi przez nich zachowaniami agresywnymi w oddziale?

P8: Czy zróżnicowanie poziomu zabezpieczenia oddziału psychiatrii sądowej wpływa na liczbę i rodzaj wykazywanych przez pacjentów potrzeb spełnionych bądź niespełnionych oraz na satysfakcję z otrzymanej pomocy w ich zaspokojeniu?

- a) Czy pacjenci (grupy pacjentów) oddziałów o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia różnią się pod względem ilości i rodzaju wykazywanych przez nich potrzeb spełnionych bądź niespełnionych?
- b) Jakie potrzeby pacjenci detencyjni wskazują jako spełnione, a które jako zdeprywowane w oddziałach sądowych na każdym z trzech różnych stopni zabezpieczenia?
- c) W którym z trzech różnych poziomów zabezpieczenia oddziałów sądowych pacjenci mają poczucie największej liczby spełnionych potrzeb?

- d) Jaki poziom zabezpieczenia oddziału gwarantuje wedle oceny pacjentów największą pomoc szpitalną w realizacji ich potrzeb?
- e) W którym z trzech różnych poziomów zabezpieczenia oddziałów pacjenci zgłaszają największą potrzebę otrzymania pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb?
- f) Na jakim poziomie zabezpieczenia pacjenci czują się najbardziej spełnieni w realizacji swoich potrzeb oraz usatysfakcjonowani z otrzymanej pomocy?

P9: Czy pacjenci realizujący środek zabezpieczający w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia postrzegają swoją jakość życia podobnie czy w sposób całkowicie odmienny?

P10: Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem zabezpieczenia oddziału a nasileniem odczuwanego przez pacjentów stresu?

P11: Czy pacjenci umieszczeni w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia wykazują się różnym poziomem agresji?

3.3. Charakterystyka osób badanych

Przy użyciu programu G*Power 3.1 ustalono minimalną całkowitą liczbę próby ($N = 108$), zakładając *a priori* dla testów z rodziny Chi – kwadrat ($df = 2$), F (Kruskal-Wallis) oraz z (ρ Spearmana) dużą wielkość uzyskanych efektów (Faul i in., 2007). W wyliczeniach przyjęto 95 - 99% poziom alfa, oczekując zadowalającą moc testu ($1 - \beta = 0.8$)

Grupę badaną stanowiło 120 osób przebywających na mocy decyzji sądu w ośrodkach psychiatrii sądowej celem realizacji środka zabezpieczającego. Pacjenci poddani niniejszym badaniom rekrutowali się w sumie z 13 oddziałów detencyjnych na terenie różnych województw Polski.

Z uwagi na istniejące w systemie psychiatrii sądowej trzy różne poziomy zabezpieczenia oddziałów (podstawowy, wzmocniony i maksymalny), na które są kierowani pacjenci mocą postanowienia sądu wedle szczególnych kryteriów ustawowych, dokonano podziału całej grupy 120 osób na trzy niezależne grupy:

- 1) pacjentów przebywających w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia (gr. 1 – PP);

- 2) pacjentów przebywających w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia (gr. 2 – PW);
- 3) pacjentów przebywających w oddziałach o maksymalnym poziomie zabezpieczenia (gr. 3 – PM).

Chcąc zachować przejrzystość prezentacji grupy badanej – najpierw zostanie scharakteryzowana cała grupa pacjentów sądowych (120 osób), a następnie porównawczo – zostaną opisane wszystkie 3 grupy. Taki podział prezentacji danych socjodemograficzno-klinicznych pacjentów jest niezbędny, celem ukazania specyfiki pacjentów oddziałów o różnych poziomach zabezpieczenia.

Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. 1997, Nr 90, poz. 557 z późn. zm.) ściśle określa kryteria umieszczania pacjentów w oddziałach o określonym stopniu restrykcji, zatem warto także sprawdzić, czy rzeczywiście pacjenci tych trzech grup różnią się od siebie. Różnice w grupach pacjentów przebywających w odmiennych poziomach zabezpieczenia, jak również zasady, warunki i regulaminy panujące w oddziałach mogą łączyć się z subiektywnym odczuwaniem spełnienia, bądź niespełnienia potrzeb i subiektywnego postrzegania jakości życia, co stanowi istotę i cel niniejszych badań.

Uzasadniając zatem taki schemat prezentacji osób badanych, poniżej zostanie przedstawiona ich całościowa charakterystyka.

3.3.1. Charakterystyka badanej grupy

a) Zmienne socjodemograficzne:

Badaną grupę stanowiło 120 osób (16 kobiet i 104 mężczyzn) odbywających izolacyjny środek zabezpieczający, przy czym ich średni wiek wynosił 38,49 lat. Większość osób nigdy nie weszła w sformalizowany związek małżeński (N = 89, 74%). Najwięcej, bo aż 39 osób zdobyło wykształcenie średnie (32,5%) a najmniej wyższe (N = 9, 7,5%). Charakteryzując doświadczenie zawodowe w badanej grupie pacjentów sądowo-psychiatrycznych okazało się, że połowę stanowiły osoby, które pracowały jako niewykwalifikowany pracownik fizyczny, 20 osób (16,67%) nigdy nie pracowało, a 15 osób (12,5%) pracowało jako pracownik umysłowy. Dokładne liczebności podano w poniższej tabeli.

Tabela 1.

Rozkład zebranych danych socjodemograficznych w grupie pacjentów sądowo-psychiatrycznych

Zmienna	Wszyscy pacjenci (N = 120)	
Płeć	Kobieta	16 (13%)
	Mężczyzna	104 (87%)
Wiek	<i>M</i> = 38,49	
	<i>SD</i> = 12,13	
Stan cywilny	Panna/kawaler	89 (74%)
	Zamężna/żonaty	8 (7%)
	Rozwiedziony	18 (15%)
	Wdowiec	5 (4,17%)
	Podstawowe	42 (35%)
Wykształcenie	Zawodowe	24 (20%)
	Średnie	39 (32,5%)
	Wyższe	9 (7,5%)
	Nigdy nie pracował	20 (16,67%)
Doświadczenie zawodowe	Niewykwalifikowany pracownik fizyczny	60 (50%)
	Wykwalifikowany pracownik fizyczny	25 (20,83%)
	Pracownik umysłowy	15 (12,5%)

*Nota: N – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe
Rodzaje i typy popełnionych czynów zabronionych*

Wszystkie osoby badane odbywały środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym z uwagi na fakt, iż w przeszłości dopuściły się popełnienia czynu zabronionego w stanie niepoczytalności oraz uznano, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia podobnego czynu w przyszłości.

Najwięcej osób, bo aż 84 (70%) popełniło przynajmniej jedno przestępstwo z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, 23 osoby (19,17%) przynajmniej jedno przestępstwo przeciwko wolności, 14 osób (11,67%) przeciwko rodzinie i opiece a 16 (13,33 %) dopuściło się czynu zabronionego z kategorii przestępstw przeciwko

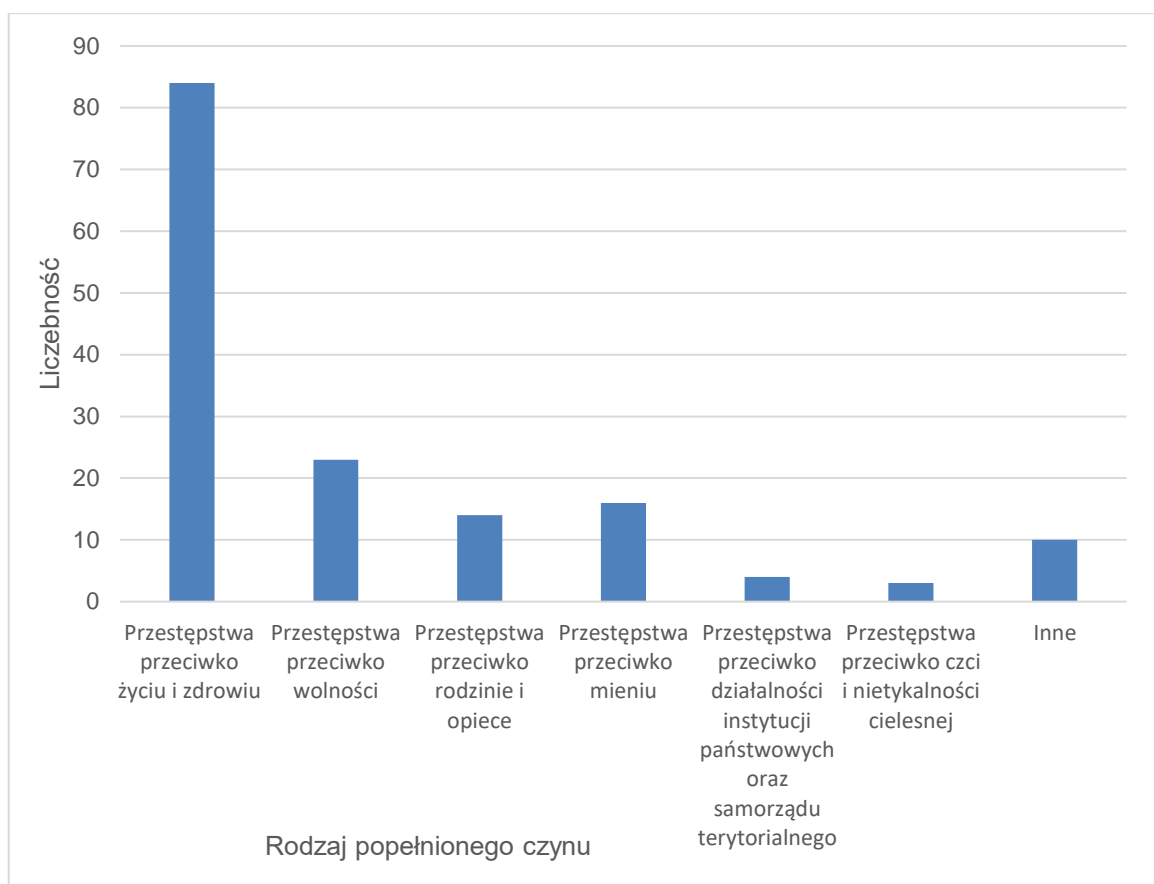
mieniu. Pozostałe typy czynów zabronionych były popełniane sporadycznie (od 1 do 4 osób). Dokładny podział został przedstawiono w Tabeli 2A oraz na Wykresie 1.

Tabela 2.

Rozkład pacjentów popełniających konkretny rodzaj czynu zabronionego

Zmienna	Wszyscy pacjenci (N = 120)
Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu	84(70%)
Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu	1(0,83%)
Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji	1(0,83%)
Przestępstwa przeciwko wolności	23(19,17%)
Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności	4(3,33%)
Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece	14(11,67%)
Przestępstwa przeciwko czci i nietykalności cielesnej	3(2,5%)
Przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego	4(3,33%)
Przestępstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości	2(1,67%)
Przestępstwa przeciwko porządkowi publicznemu	1(0,83%)
Przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów	1(0,83%)
Przestępstwa przeciwko mieniu	16(13,33%)

Nota: N – liczebność



Wykres 1. Rozkład poszczególnych kategorii popełnionych czynów zabronionych

Z uwagi na fakt, że istotną większość stanowiły czyny z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, postanowiono przeanalizować także jakich konkretnie typów czynów zabronionych, wśród popełnionych z tej kategorii, było najwięcej.

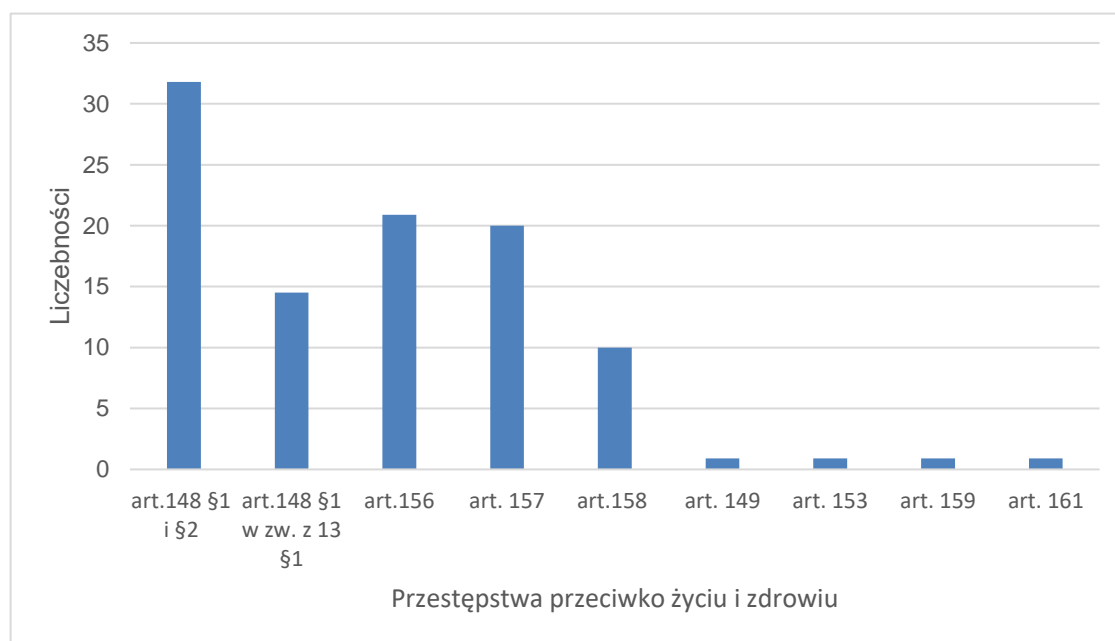
Spośród wszystkich czynów z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu najwięcej stanowiły zbrodnie zabójstwa z art. 148 § 1 i 2 k.k. (N = 35, 31,8%), ale także ich usiłowania (N = 16, 14,5%). Liczba przestępstw w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z art. 156 k.k. wyniosła 23 (20,9%) i była bardzo zbliżona do liczby czynów w postaci spowodowania średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 k.k., N = 22, 20%). Bójki lub pobicia z art. 158 k.k. wystąpiły 11 razy, co stanowiło 10%. Pozostałe typy czynów zabronionych z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu (dzieciobójstwo – art. 149 k.k., wymuszenie aborcji – art. 153 k.k., narażenie na niebezpieczeństwo – art. 160 k.k.) były popełniane pojedynczo i sporadycznie. Charakterystykę liczebności konkretnych typów czynów zabronionych zawiera Tabela 3 oraz Wykres 2.

Tabela 3.

Rozkład popełnionych czynów zabronionych określonego typu w kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu

<i>Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
art. 148 §1 i §2	35	31,8
art. 148 §1 w zw. z 13 §1	16	14,5
art. 156	23	20,9
art. 157	22	20
art. 158	11	10
art. 149	1	0,9
art. 153	1	0,9
art. 159	1	0,9
art. 161	1	0,9

Nota: *N* – liczebność, % - procent wszystkich przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu



Wykres 2. *Rozkład popełnionych czynów zabronionych określonego typu z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu*

b) Zmienne kliniczne:

Rodzaje zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych

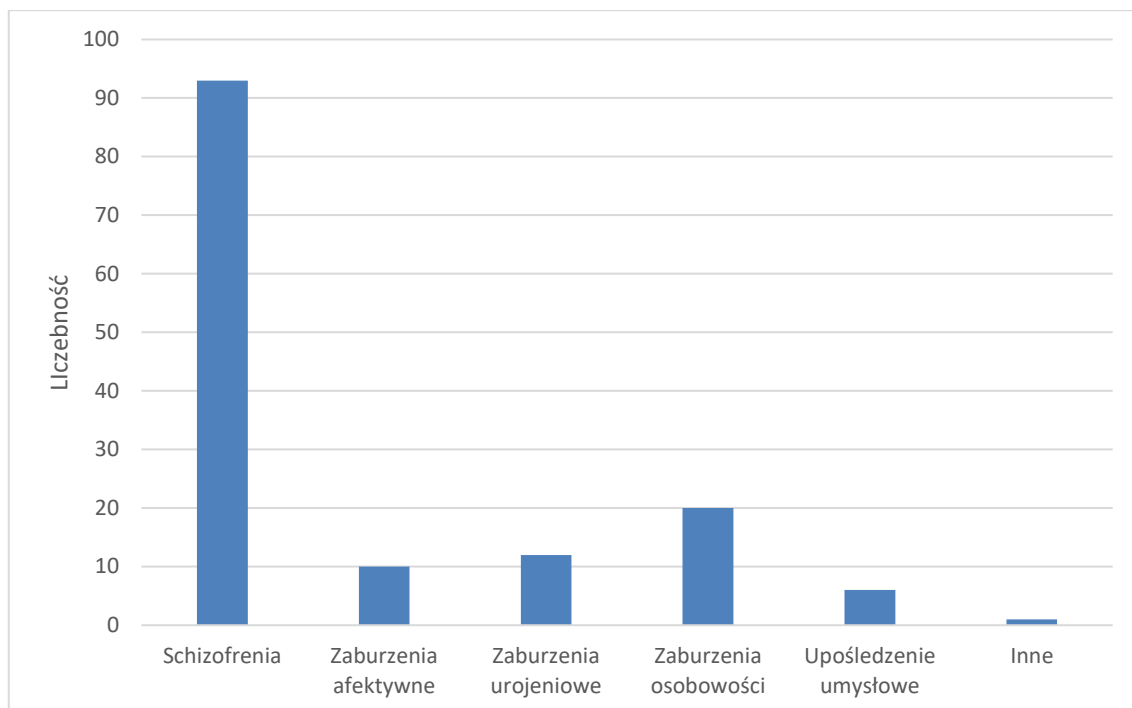
W grupie 120 pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej najczęściej osób miało zdiagnozowaną schizofrenię (N = 93; 77,5%), a najmniej - upośledzenie umysłowe (N = 6; 5%). Prawie jedna czwarta pacjentów choruje somatycznie (N = 28, 23,33%). Dość równomiernie rozkłada się uzależnienie od alkoholu, narkotyków, mieszane oraz jego brak. Dokładne liczebności przedstawiono w tabeli 4 i na wykresie 3.

Tabela 4.

Rozkład występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych

<i>Zmienna</i>	<i>Wszyscy pacjenci</i> <i>(N = 120)</i>	
	Schizofrenia	93 (77,5%)
	Zaburzenia afektywne	10 (8,33%)
Rodzaj zaburzeń psychicznych	Zaburzenia urojeniowe	12 (10%)
/diagnoza	Zaburzenia osobowości	20 (16,67%)
	Upośledzenie umysłowe	6 (5%)
	Inne	1 (0,83%)
Choroby somatyczne		28 (23,33%)
Uzależnienie od substancji	Alkohol	27 (22,5%)
psychoaktywnych	Narkotyki	26 (21,67%)
	Mieszane	29 (24,17%)

Nota: N – liczebność



Wykres 3. *Występowanie poszczególnych chorób psychicznych wśród pacjentów*

Okres leczenia psychiatrycznego, czas pobytu w aktualnym oddziale psychiatrii sądowej, czas przebywania na detencji (izolacji)

Średni okres leczenia psychiatrycznego badanych pacjentów sądowych wynosił 129,78 miesięcy (SD = 96,97) - czyli ponad 10 lat, natomiast średni całkowity czas pozostawania pacjentów w izolacji (od momentu pierwszorazowego umieszczenia ich w zakładzie psychiatrycznym bądź areszcie śledczym) wynosił 48,88 miesięcy (SD = 45,43), co daje w przeliczeniu 4 lata. W aktualnym oddziale psychiatrii sądowej badani pacjenci przebywali średnio 18,73 miesięcy (SD = 21,2), czyli ok. 1,5 roku.

Tabela 5.

Średnia czasu leczenia psychiatrycznego, pobytu w aktualnym oddziale psychiatrii sądowej oraz całkowitego czasu przebywania na detencji (w izolacji)

<i>Zmienna</i>	<i>Wszyscy pacjenci (N = 120)</i>
Całościowy okres leczenia psychiatrycznego	M = 129,78 SD = 96,97
Liczba poprzednich hospitalizacji psychiatrycznych (nie w ramach środka zabezpieczającego)	M = 3,16 SD = 6,30
Czas pobytu w aktualnym oddziale psychiatrii sądowej	M = 18,73 SD = 21,1
Czas całej detencji (izolacji) – od momentu pierwszorazowego umieszczenia w instytucji zamkniętej	M = 48,88 SD = 45,43

Nota: *N* – liczebność, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe

Zachowania agresywne w oddziałach psychiatrii sądowej

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż 11,67% spośród wszystkich badanych pacjentów przejawiało zachowania agresywne w trakcie leczenia szpitalnego ($N = 14$), co niemalże za każdym razem skutkowało koniecznością zastosowania przymusu bezpośredniego ($N = 13$, 10,83%). Próby samobójcze lub inne akty autoagresywne podjęło w przeszłości 47 pacjentów, co stanowiło 39,17% badanej grupy osób.

Tabela 6.

Rozkład występowania zachowań agresywnych, samouszkodzeń i prób samobójczych oraz zastosowania przymusu bezpośredniego

<i>Zmienna</i>	<i>Wszyscy pacjenci (N = 120)</i>
Zachowania agresywne w trakcie leczenia	14 (11,67%)
Zastosowanie przymusu bezpośredniego	13 (10,83%)
Samouszkodzenia i próby samobójcze	47 (39,17%)

Nota: *N* – liczebność

3.3.2. Charakterystyka pacjentów sądowych w poszczególnych oddziałach według ich poziomu zabezpieczenia

Wszyscy pacjenci objęci badaniem przebywali w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia: podstawowym (PP; N = 40, 33,3%), wzmocnionym (PW; N = 40, 33,3%), oraz maksymalnym (PM; N = 40, 33,3%). W tabeli 7 przedstawiono statystyki dla zmiennej ilościowej wieku, natomiast tabela 8 przedstawia podstawowe dane socjodemograficzne w podziale na grupy zależnie od poziomu zabezpieczenia oddziałów w jakich przebywały osoby badane.

Tabela 7.

Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennej wiek wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa

<i>Zmienna</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Wiek	38,4	36,0	12,1	1,04	1,35	21	86	0,1	0,006
	9	0	3					0	

Nota: *M* – średnia, *Me* – mediana, *SD* – odchylenie standardowe, *Sk.* – skośność, *Kurt.* – kurtoza, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna, *K-S* – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa, *p* – istotność

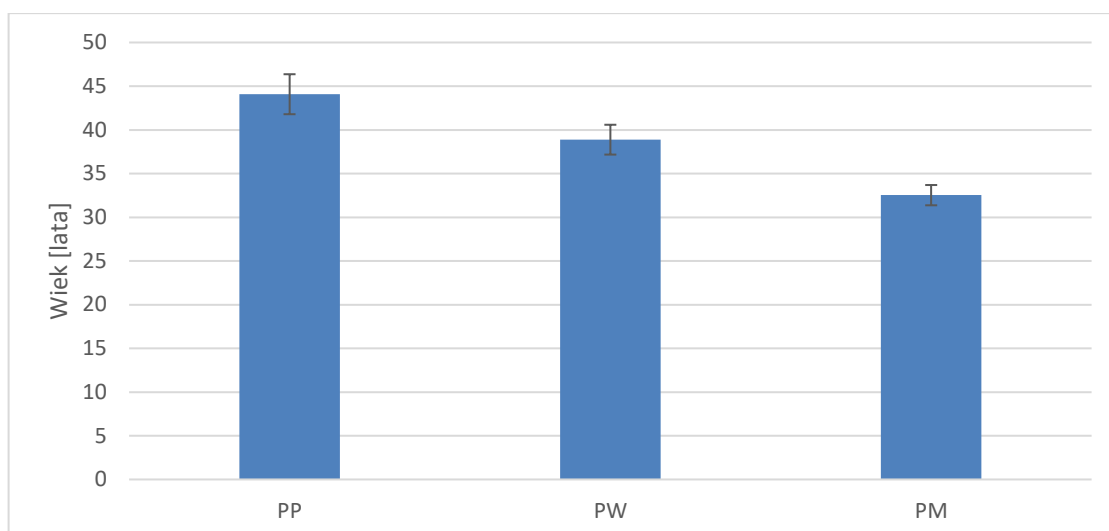
Analiza wykazała, że zmienna wiek nie ma rozkładu normalnego.

Tabela 8.

Rozkład zebranych danych socjodemograficznych dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia wraz z testem chi kwadrat

	<i>Zmienna</i>	<i>PP</i>	<i>PW</i>	<i>PM</i>	<i>Statystyki</i>
Płeć	Kobieta	7	9	0	Chi²(2) = 9,66; p = 0,008
	Mężczyzna	33	31	96	
Wiek		M = 44,08; SD = 14,47	M = 38,88; SD = 10,8	M = 32,53; SD = 7,34	H = 15,94; p < 0,001 (PP > PW, PM)
Stan cywilny	Panna/kawaler	29	28	32	Chi ² (6) = 2,03; p = 0,917
	Zamężna/żonaty	2	4	2	
	Rozwiedziony	7	6	5	
	Wdowiec	2	2	1	
Wykształcenie	Podstawowe	13	20	9	Chi ² (6) = 13,68; p = 0,091
	Zawodowe	11	5	8	
	Średnie	10	12	17	
	Wyższe	5	2	2	
Doświadczenie zawodowe	Nigdy nie pracował	7	5	8	Chi ² (6) = 6,12; p = 0,406
	Niewykwalifikowany	15	24	21	
	pracownik fizyczny	10	8	7	
	Wykwalifikowany	8	3	4	
	pracownik fizyczny				
	Pracownik umysłowy				

Nota: *N* – liczebność, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Chi²* – test chi kwadrat, *H* – wartość testu *H* Kruskala – Wallisa



Wykres 4. Średni wiek w latach dla poszczególnych grup pacjentów wraz z błędem standardowym średniej

Wszystkie 3 grupy różniły się pod względem rozkładu płci. W oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia nie było żadnej kobiety. Zaobserwowano także różnice między grupami pod względem wieku, tj. w oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia średnia wieku była istotnie wyższa niż na poziomie wzmocnionym czy maksymalnym. Analizując pozostałe zmienne socjodemograficzne nie stwierdzono istotnych różnic między grupami.

Rodzaje i typy popełnionych czynów zabronionych przez pacjentów z oddziałów o różnych stopniach zabezpieczenia

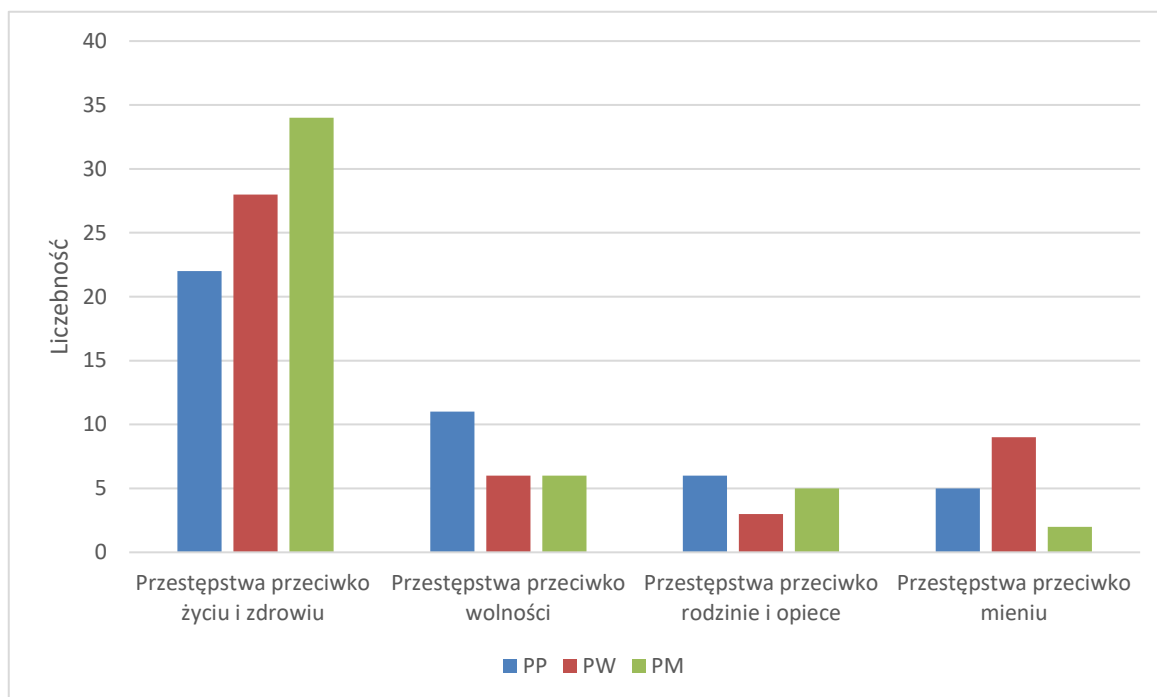
W tabeli 9 przedstawiono podział przestępstw w analizowanych grupach wraz z wynikiem testu chi kwadrat.

Tabela 9.

Rozkład popełnianych przestępstw wśród pacjentów dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia wraz z testem chi kwadrat

Zmienna	PP	PW	PM	Statystyki
Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu	22(55%)	28(70%)	34(85%)	Chi²(2) = 8,57; p = 0,014
Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu	0(0%)	0(0%)	1(2,5%)	-
Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji	1(2,5%)	0(0%)	0(0%)	-
Przestępstwa przeciwko wolności	11(27,5%)	6(15%)	6(15%)	Chi ² (2) = 2,58; p = 0,261
Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności	0(0%)	4(10%)	0(0%)	-
Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece	6(15%)	3(7,5%)	5(12,5%)	Chi ² (2) = 1,19; p = 0,57
Rodzaj czynu Przestępstwa przeciwko czci i netykalności cielesnej	0(0%)	0(0%)	3(7,5%)	-
Przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego	0(0%)	0(0%)	4(10%)	-
Przestępstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości	0(0%)	1(2,5%)	1(2,5%)	-
Przestępstwa przeciwko porządkowi publicznemu	0(0%)	0(0%)	1(2,5%)	-
Przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów	1(2,5%)	0(0%)	0(0%)	-
Przestępstwa przeciwko mieniu	5(12,5%)	9(22,5%)	2(5%)	Chi ² (2) = 5,57; p = 0,069

Nota: *Chi²* – test chi kwadrat



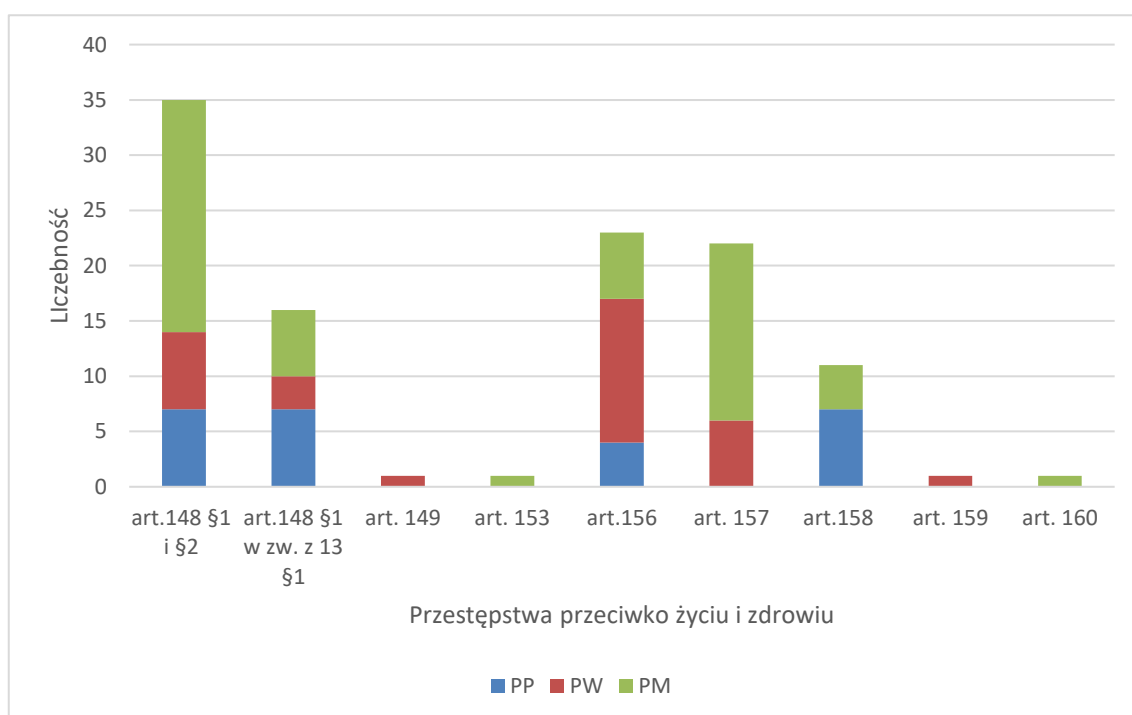
Wykres 5. Rozkład liczebności pacjentów oddziałów o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia, którzy popełnili czyny z określonych kategorii przestępstw, w których wykazano różnice między grupami

Pomiędzy trzema grupami pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia wykazano różnice w liczebności osób, które popełniły czyny zabronione z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Najwięcej osób, które popełniły czyny tego rodzaju, przebywało w oddziałach o maksymalnym poziomie zabezpieczenia, najmniej natomiast - na poziomie podstawowym. Wykres 6 obrazuje liczebności dla poszczególnych grup.



Wykres 6. Rozkład liczebności pacjentów oddziałów o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia, którzy popełnili czyny z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu

Na wykresie 7 przedstawiono rozkład poszczególnych typów czynów zabronionych z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu popełnionych przez pacjentów sądowych, z podziałem na trzy grupy wedle kryterium poziomu zabezpieczenia oddziałów, w których przebywają. Określone typy czynów zabronionych przedstawiono według ich oznaczeń z kodeksu karnego.



Wykres 7. Rozkład poszczególnych typów czynów zabronionych z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu popełnionych przez pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia

Sprawdzono także czy pacjenci przebywający w oddziałach o trzech różnych poziomach zabezpieczenia różnią się pod względem zmiennych klinicznych, takich jak: rodzaje zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych, występowanie chorób somatycznych, rozpoznanie uzależnienia od alkoholu, innych substancji psychoaktywnych (narkotyków) czy uzależnienia mieszanego. Wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10.

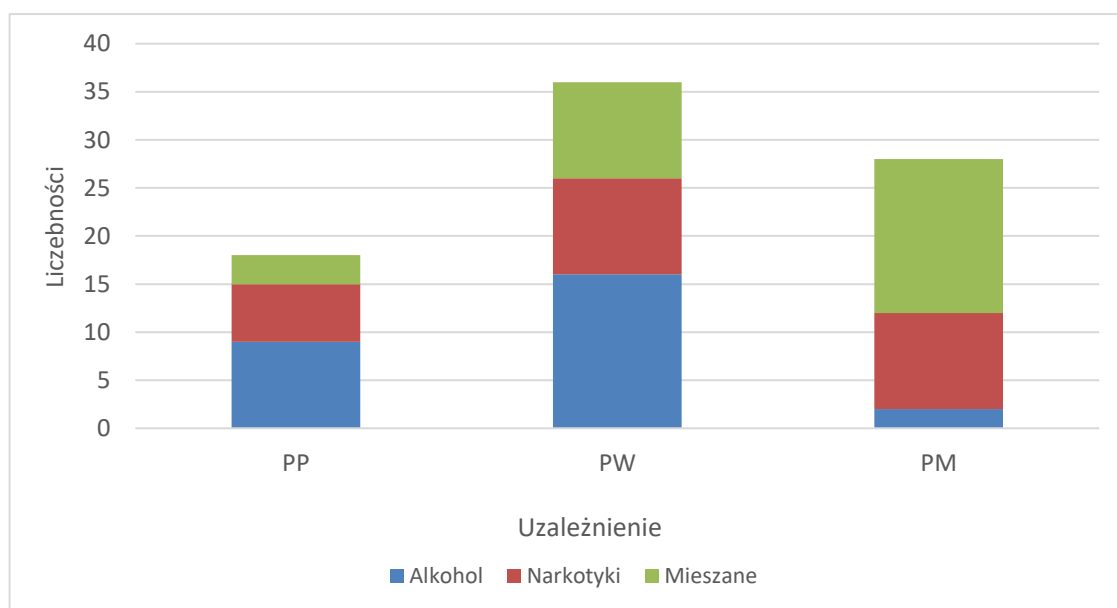
Rozkład występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia

<i>Zmienna</i>		<i>PP</i>	<i>PW</i>	<i>PM</i>	<i>Statystyki</i>
Rodzaj zaburzeń psychicznych	Schizofrenia	27(67,5%)	34(85%)	32(80%)	Chi ² (2) = 3,73; p = 0,155
	Zaburzenia afektywne	6(15%)	3(7,5%)	1(2,5%)	Chi ² (2) = 4,15; p = 0,126
	Zaburzenia urojeniowe	7(17,5%)	2(5%)	3(7,5%)	Chi ² (2) = 3,89; p = 0,143
	Zaburzenia osobowości	5(12,5%)	8(20%)	7(17,5%)	Chi ² (2) = 0,84; p = 0,657
	Upośledzenie umysłowe	0(0%)	1(2,5%)	5(12,5%)	-
	Inne	1(2,5%)	0(0%)	0(0%)	-
Choroby Somatyczne		14(35%)	7(17,5%)	7(17,5%)	Chi ² (2) = 4,57; p = 0,102
Uzależnienie od substancji psychoaktyw nych	Alkohol	9(22,5%)	16(40%)	2(5%)	Chi² (2) = 14,05; p = 0,001
	Narkotyki	6(15%)	10(25%)	10(25%)	Chi ² (2) = 1,57; p = 0,456
	Mieszane	3(7,5%)	10(25%)	16(40%)	Chi²(2) = 11,55; p = 0,003

Nota: *Chi²* – test chi kwadrat

Przeprowadzone analizy wykazały istotne różnice pomiędzy grupami osób badanych jedynie w zmiennych dotyczących uzależnienia. W grupie pacjentów oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia przebywa najwięcej osób uzależnionych od alkoholu, natomiast w oddziałach o zabezpieczeniu maksymalnym - najwięcej z rozpoznaniem uzależnienia mieszanego.

Na wykresie 8 przedstawiono graficznie liczebności poszczególnych rodzajów uzależnień od różnych substancji psychoaktywnych zdiagnozowanych u pacjentów przebywających w oddziałach o trzech różnych poziomach zabezpieczenia.



Wykres 8. Rozkład liczebności pacjentów uzależnionych przebywających w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia

Sprawdzono również czy długość leczenia psychiatrycznego, czas pobytu w aktualnym oddziale psychiatrii sądowej oraz całościowy okres przebywania w warunkach izolacji od momentu pierwszorazowego umieszczenia przez sąd w instytucji zamkniętej (areszt tymczasowy, detencja) różnicuje pacjentów przebywających w oddziałach o trzech różnych poziomach zabezpieczenia. W tabeli 11 przedstawiono charakterystyki rozkładu zmiennych ilościowych, a w tabeli 12 - wyniki analiz.

Tabela 11.

Podstawowe statystyki opisowe i wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa dla ilościowych zmiennych klinicznych w badanej grupie pacjentów sądowych

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Całościowy okres leczenia psychiatrycznego	129,78	120	96,97	0,88	0,17	1	420	0,12	< 0,001
Liczba poprzednich hospitalizacji psychiatrycznych (nie w ramach środka zabezpieczającego)	0,98	1	1,11	1,28	2,58	0	6	0,25	< 0,001
Czas pobytu w aktualnym oddziale psychiatrii sądowej	18,73	12	21,1	2,43	7,52	1	120	0,20	< 0,001
Czas całej detencji (izolacji) od momentu pierwszorazowego umieszczenia w instytucji zamkniętej	48,88	36	45,43	2,15	5,96	3	264	0,18	< 0,001

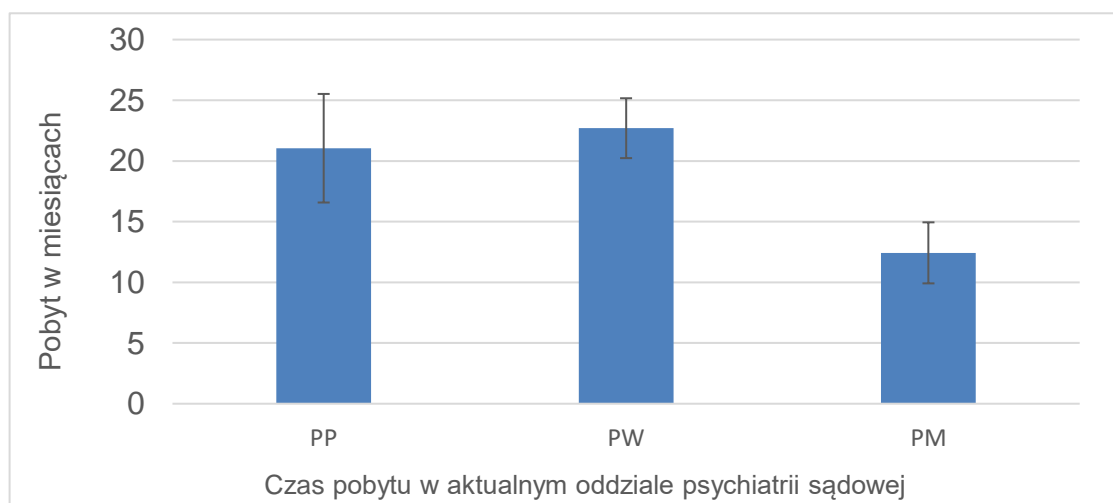
Nota: *M* – średnia, *Me* – mediana, *SD* – odchylenie standardowe, *Sk.* – skośność, *Kurt.* – kurtoza, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna, *K-S* – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa, *p* – istotność

Tabela 12.

Rozkład różnic w zakresie zmiennych ilościowych w trzech grupach pacjentów oddziałów o różnych stopniach zabezpieczenia

Zmienna	PP	PW	PM	Statystyki
Całościowy okres leczenia psychiatrycznego	M = 136,63; SD = 113,33	M = 151,5; SD = 93,65	M = 101,2; SD = 75,56	H = 5,65; p = 0,059
Liczba poprzednich hospitalizacji psychiatrycznych (nie w ramach środka zabezpieczającego)	M = 2,15; SD = 4,14	M = 3,48; SD = 7,35	M = 3,85; SD = 6,96	H = 1,84; p = 0,399
Czas pobytu w aktualnym oddziale psychiatrii sądowej	M = 21,05; SD = 28,29	M = 22,7; SD = 15,6	M = 12,43; SD = 15,9	H = 12,56; p = 0,002 (PW > PM)
Czas całej detencji (izolacji) od momentu pierwszorazowego umieszczenia w instytucji zamkniętej	M = 56,65; SD = 53,13	M = 48,23; SD = 39,85	M = 41,78; SD = 42,12	H = 4,01; p = 0,135

Wykazano istotną różnicę w zakresie średnich czasów pobytu pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych poziomach zabezpieczenia. Pacjenci średnio dłużej przebywają w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia w porównaniu do oddziałów o poziomie maksymalnym. Wartości przedstawiono na wykresie 9.



Wykres 9. *Rozkład średniego czasu pobytu pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych poziomach zabezpieczenia*

Sprawdzono także czy nasilenie zachowań agresywnych i autoagresywnych, a także częstość zastosowania środków przymusu bezpośredniego różnicuje pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia. W tabeli 13 przedstawiono wyniki analiz.

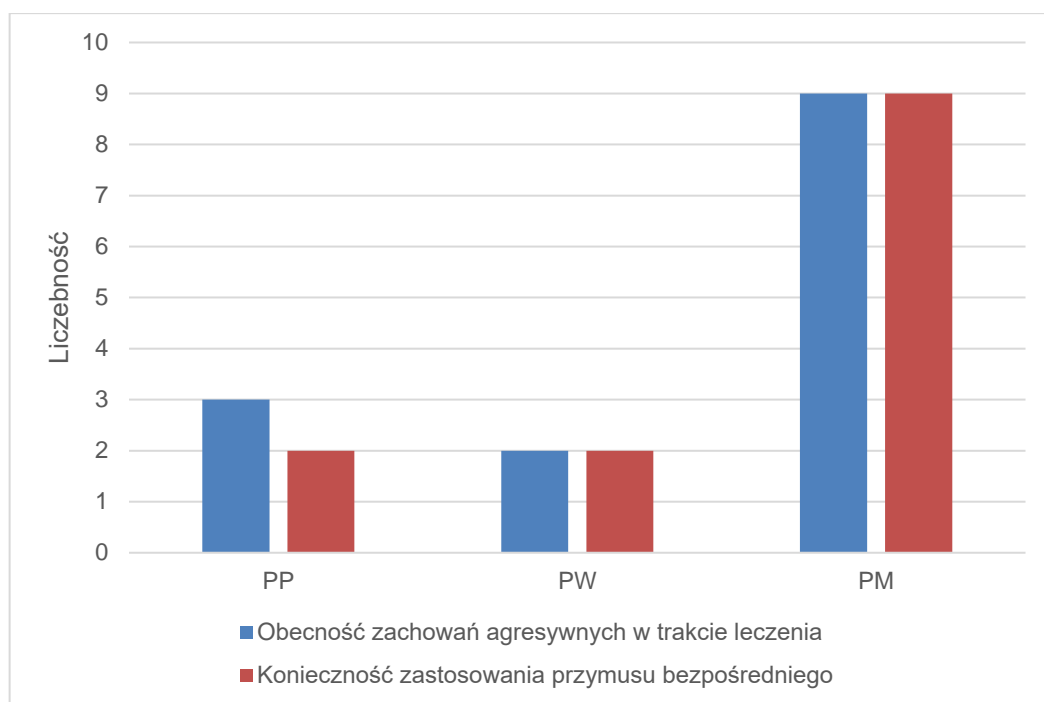
Tabela 13.

Rozkład występowania zachowań agresywnych i autoagresywnych oraz zastosowanie przymusu bezpośredniego w grupie pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia

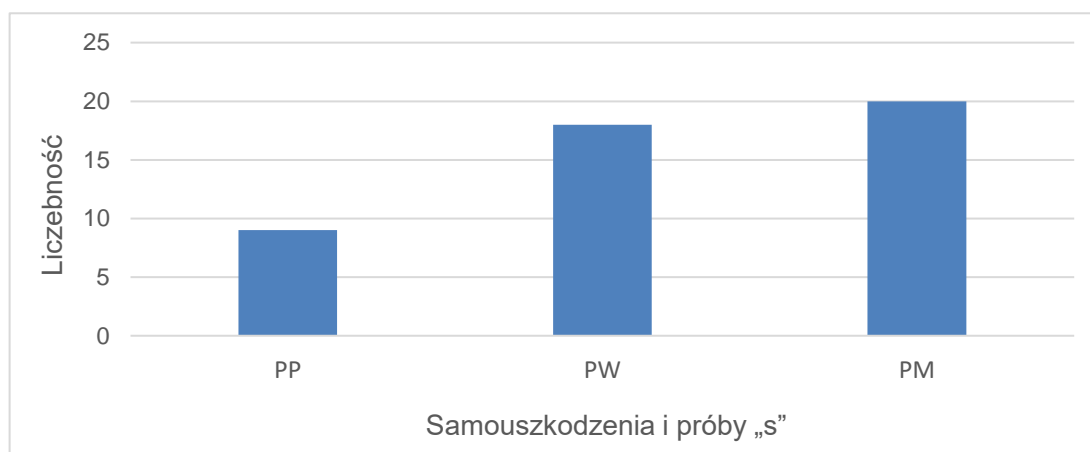
<i>Zmienna</i>	<i>PP</i>	<i>PW</i>	<i>PM</i>	<i>Statystyki</i>
Zachowania agresywne w trakcie leczenia	3(7,5%)	2(5%)	9(22,5%)	Chi²(2) = 6,95; p = 0,031
Zastosowanie przymusu bezpośredniego	2(5%)	2(5%)	9(22,5%)	Chi²(2) = 8,45; p = 0,015
Samouszkodzenia i próby samobójcze	9(22,5%)	18(45%)	20(50%)	Chi²(2) = 7,21; p = 0,027

Analizy statystyczne wykazały, że istnieją istotne różnice pomiędzy grupami pacjentów przebywającymi w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia. Pacjenci różnią się pod względem ilości przejawianych zachowań agresywnych i autoagresywnych oraz ilości przypadków zastosowania względem nich przymusu bezpośredniego.

Najwięcej zachowań agresywnych przejawiali pacjenci przebywający w oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, względem nich także najczęściej stosowano środki przymusu bezpośredniego. Jeśli chodzi o samouszkodzenia i próby samobójcze - najmniej takich zachowań wykazano wśród pacjentów oddziałów o podstawowym poziomie zabezpieczenia. Graficzne przedstawienie wyników znajduje się na wykresie 10 oraz 11.



Wykres 10. Rozkład częstości występowania zachowań agresywnych i konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego wśród pacjentów przebywających w oddziałach sądowych o trzech różnych poziomach zabezpieczenia



Wykres 11. Rozkład częstości występowania samouszkodzeń i prób samobójczych w grupach pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej o trzech różnych poziomach zabezpieczenia

3.4. Zastosowane metody badawcze

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione wyżej pytania przeprowadzono badania pacjentów sądowych z wykorzystaniem następujących narzędzi:

3.4.1. CANFOR - Camberwell Assessment of Need – Forensic Version

CANFOR – Kwestionariusz Oceny Potrzeb Camberwell - wersja dla pacjentów ośrodków psychiatrii sądowej, autorstwa S. Thomas'a, M.A. Harty'a, J. Parrott'a, P. McCrone'a, M. Slade'a, G. Thornicof't'a, jest to narzędzie w formie częściowo ustrukturyzowanego wywiadu służącego do oceny potrzeb społecznych i klinicznych pacjentów psychiatrycznych przebywających w zakładach karnych, aresztach oraz oddziałach psychiatrii sądowej o różnym stopniu zabezpieczenia (maksymalnym, wzmocnionym podstawowym).

CANFOR posiada trzy wersje: kliniczną (CANFOR-C), badawczą (CANFOR-R) oraz skróconą (CANFOR-S). W pracy posłużono się wersją badawczą, obejmującą swoimi pytaniami specyficzne potrzeby, które ujęte są w sześć głównych obszarów/grup: 1) potrzeby podstawowe (zakwaterowanie, wyżywienie, itp.); 2) potrzeby społeczne (kontakty z innymi, relacje, kontakty seksualne, itp.); 3) potrzeby dotyczące obszaru codziennego funkcjonowania (codzienna aktywność, zajmowanie się domem, opieka nad dziećmi, samoobsługa, zajęcia edukacyjne, itp.); 4) potrzeby zdrowotne (zdrowie fizyczne, objawy psychotyczne, poczucie bezpieczeństwa- własnego i innych, stres psychologiczny, uzależnienia, farmakoterapia, itp.); 5) opieka zdrowotna i socjalna (dostęp do informacji o stanie zdrowia i leczeniu, do telefonu, transportu, pieniędzy, zasiłków, itp.), 6) leczenie i zachowania kryminalne (leczenie, przestępstwa seksualne, podpalenia).

Badanie potrzeb przy użyciu Kwestionariusza Oceny Potrzeb Camberwell umożliwia ocenę ilości potrzeb zgłaszanych przez pacjentów oraz identyfikację potrzeb spełnionych i niespełnionych. Ponadto wyniki badań prezentują odczucia pacjentów względem ilości pomocy formalnej (od szpitala) oraz nieformalnej (od rodziny i przyjaciół), którą faktycznie otrzymali albo która jest w ich ocenie konieczna, ale jej nie dostali. CANFOR pozwala także ocenić ogólną satysfakcję pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej z otrzymywanej pomocy w realizacji swoich potrzeb.

CANFOR został stworzony przez Sekcję Psychiatrii Społecznej w Instytucie Psychiatrii w Londynie (Institute of Psychiatry in London) oraz Oxleas NHS Foundation Trust (Thomas i in, 2003). Skala została przetłumaczona na język polski (Jeleń, 2016), ale nigdy nie ukazała się drukiem. W Polsce przeprowadzono przy użyciu tego narzędzia, jak dotąd, tylko jedno badanie grupy 93 pacjentów sądowych (Trizna, Adamowski, 2016). Brak jest publikacji na temat wartości psychometrycznych polskiej wersji CANFOR'a, natomiast cieszy się on dużym powodzeniem i jest powszechnie stosowany w wielu krajach europejskich, takich jak m. in. Anglia, Holandia, Dania, Szwecja, Włochy, Hiszpania, Portugalia (Castelletti i in., 2015; Escuder Romeva i in., 2010; Keulen-de Vos, Schepers, 2016; Knudsen i in., 2000; Mc Crone i in., 2000; Talina i in., 2013).

3.4.2. WHODAS 2.0. - WHO Disability Assessment Schedule 2.0

WHODAS 2.0. – T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J. Rehm – wersja 2.0. jest instrumentem opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia do oceny funkcjonowania i niepełnosprawności w różnych dziedzinach życia. Narzędzie to zostało utworzone przez WHO w ramach rozwoju modelu biopsychospołecznego niepełnosprawności Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W 2020 r. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w Warszawie i Rada ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia sfinalizowały prace nad jego polską wersją. Przeprowadzone badania potwierdziły wysokie własności psychometryczne narzędzia w badaniach epidemiologicznych, przesiewowych i klinicznych (Ćwirlej – Sozańska i in., 2018, 2020).

WHODAS 2.0. jest narzędziem samoopisowym, przeznaczonym dla osób dorosłych – powyżej 18 roku życia. Istnieją jego trzy wersje: 36-cio punktowa, wersja skrócona 12-punktowa oraz wersja hybrydowa 12+24 - punktowa. Wersje 36-cio i 12-punktowa są dostępne w trzech różnych formach – badania przez ankietera, badania przeprowadzanego samodzielnie przez badanego oraz przez osobę do tego celu upoważnioną, natomiast wersja hybrydowa może być stosowana wyłącznie w formie badania ankietowego lub badania opracowanego do zastosowania w formie komputerowej (CAT).

Wszystkie wersje zawierają pytania dotyczące trudności w funkcjonowaniu w różnych dziedzinach życia, napotykanych przez badanego w okresie 30 dni poprzedzających badanie. Umożliwia to sprawdzenie poziomu dysfunkcji badanego w sześciu obszarach: 1) funkcje poznawcze (rozumienie i komunikacja); 2) mobilność – poruszanie się; 3) samoobsługa (dbanie o siebie, przestrzeganie higieny, ubieranie się, jedzenie); 4) dobre stosunki z innymi ludźmi; 5) aktywność życiowa (codzienne czynności, obowiązki domowe, czas wolny, praca i szkoła); 6) udział w życiu społecznym. WHODAS 2.0 generuje zatem wyniki dla wszystkich sześciu różnych obszarów funkcjonowania. Średnie wyniki są porównywalne z 5-punktową skalą WHODAS, która umożliwia klinicyście myślenie o zaburzeniach pacjenta w kategoriach: brak (1), niewielkie (2), umiarkowane (3), poważne (4) i skrajne. Podsumowanie wyników punktów obejmujących wszystkie dziedziny stanowi statystykę pozwalającą opisać stopień ograniczeń w funkcjonowaniu/stopień niepełnosprawności osoby badanej. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom zaburzeń w funkcjonowaniu osoby badanej.

WHODAS 2.0 jest narzędziem uniwersalnym, które można stosować w grupach o różnym stanie zdrowia, kulturze i innych odmiennych cechach. Pozwala porównywać wyniki w grupach i pomiędzy grupami o różnym stanie zdrowia i różnych cechach demograficznych. Ponadto umożliwia ocenę zmian, które wystąpiły w wyniku różnych interwencji, np. medycznych, psychoterapeutycznych (Üstün i in., 2010; Ćwirlej – Sozańska i in., 2018, 2020).

Do badań pacjentów sądowo-psychiatrycznych wybrano wersję 12-punktową z uwagi na spore trudności w sferze poznawczej (głównie koncentracja uwagi) osób badanych, zważywszy na fakt, że WHODAS 2.0. był jedynie jednym z wielu narzędzi używanych w badaniach.

3.4.3. FQL- SV – Forensic Inpatient Quality of Life Questionnaire – Short Version

FQL - SV – Kwestionariusz Oceny Jakości Życia dla Pacjentów Oddziałów Psychiatrii Sądowej – wersja skrócona - służy do oceny subiektywnego poczucia jakości życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Autorami narzędzia są: S. H. Schel, Y. H. Bouman, E. C. Vorstenbosch, B. H. Bulten związani z holenderskimi ośrodkami psychiatrii sądowej Pompefoundation. Kwestionariusz, jak dotąd, nie był używany do badań w Polsce. Decyzja o jego zastosowaniu do celów badawczych na potrzeby niniejszej dysertacji podyktowana jest faktem braku jakiegokolwiek innego narzędzia

zaadoptowanego do warunków polskich i służącego do oceny jakości życia tak specyficznej populacji, jaką stanowią pacjenci sądowi. Ponadto FQL-SV jest powszechnie używany w innych krajach ze względu na jego potwierdzoną użyteczność w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej. Z tego względu w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie rozpoczęto prace nad adaptacją tego narzędzia do warunków polskich.

FQL-SV jest w całości oparty na FQL, który był pierwszym (2007 r.) kwestionariuszem do oceny jakości życia w grupie pacjentów sądowo-psychiatrycznych. W odróżnieniu od innych dostępnych dotąd narzędzi do pomiaru jakości życia, FQL (podobnie jak FQL-SV) uwzględnia specyfikę pacjenta psychiatrycznego, jak również kontekst w jakim on się znajduje, będąc przymusowo umieszczonym w oddziale psychiatrii sądowej (oddział zamknięty, ograniczona autonomia, restrykcje, regulaminy, itp.). FQL przeznaczony jest do badania odczuć samych pacjentów na temat ich jakości życia, a także służy badaniu jakości życia pacjentów widzianych oczyma personelu, co pozwala na skonfrontowanie obu perspektyw i uzyskanie pełniejszego obrazu rzeczywistości (Vorstenbosch i in., 2014).

FQL-SV jest narzędziem samoopisowym, składającym się z 20 pytań. Obejmuje pytania tworzące 15 specyficznych obszarów dotyczących jakości życia w oddziale sądowym, tj. aktywności, swobody wyjść (poruszania się), zakwaterowania, wyżywienia, higieny, zdrowia, seksualności, relacji społecznych, kontaktów z innymi pacjentami, codziennej aktywności, nastroju, autonomii, samorealizacji, finansów i religii. Rzetelność FQL-SV oceniono poprzez szacowanie zgodności wewnętrznej i stabilności wewnętrznej. Zgodność wewnętrzną sprawdzono uzyskując wskaźnik alfa Cronbacha 0,79, który okazał się niższy niż wskaźnik alfa Cronbacha wersji oryginalnej FQL – na poziomie 0,88. Istnieje umiarkowana bądź dodatnia korelacja wyników we wszystkich obszarach FQL-SV (poza swobodą wyjść) z wynikiem ogólnym FQL. Trafność wersji skróconej kwestionariusza także oceniono na poziomie zadawalającym i uznano, iż narzędzie w pełni nadaje się do badania jakości życia w oddziałach psychiatrii sądowej, celem jego optymalizacji (Schel i in., 2017).

3.4.4. PSS-10 – Perceived Stress Scale

PSS-10 – Skala Odczuwanego Stresu służy do badania stanu stresu (czyli stresu jako odczuwanej reakcji), ale bez wskazania jego konkretnych źródeł. Pomiar

odzwierciedla działanie wszelkich stresorów – zarówno w postaci wydarzeń życiowych, jak i przyczyn działających przewlekle.

Autorami narzędzia są S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein, a polskiej adaptacji w 2009 r. dokonali Z. Juczyński i N. Ogińska-Bulik (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012; Heszen, 2016). Skala ta nie jest oparta na autorskim modelu teoretycznym stresu, aczkolwiek jej twórcy nawiązując do koncepcji Lazarusa, podtrzymują założenie o wzajemnych oddziaływaniach osoby i otoczenia oraz o dokonywanej przez podmiot indywidualnej ocenie wydarzeń stresowych (Heszen, 2016). Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi na przestrzeni ostatniego miesiąca. Badany ma wskazać na skali 5-stopniowej (od „nigdy” do „bardzo często”) jak często myślał i odczuwał w podany sposób. Wynik skali PSS-10 jest wskaźnikiem oceny własnej sytuacji życiowej jako stresującej i nadmiernie obciążającej (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012).

Autorzy polskiej adaptacji PSS-10 podkreślają, że narzędzie to w trafny sposób mierzy subiektywne odczucia związane z problemami i zaburzeniami osobistymi oraz sposobami radzenia sobie z nimi. Rzetelność skali oceniana na podstawie zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha wynosi 0,86. Skala ta służyć może zarówno w badaniach naukowych, jak i diagnozie indywidualnej wykonywanej do celów klinicznych (Heszen, 2016; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012).

3.4.5. MOAS – Modified Overt Aggression Scale

Zmodyfikowana Skala Agresji (MOAS) służy do oceny i dokumentowania częstotliwości i nasilenia zachowań agresywnych. W swej konstrukcji jest tożsama z wcześniejszą skalą OAS (Overt Aggression Scale) autorstwa S. C. Yudofsky’ego, J. M. Silver’a, W. Jackson’a, J. Endicott’a, D. Williams’a (Yudofsky i in., 1986). Po wprowadzeniu ważonej punktacji agresji, OAS stała się potencjalnie użyteczną miarą zarówno incydentów agresywnych, jak i agresji w populacji pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie, tym bardziej, że charakteryzowały ją dobre właściwości psychometryczne. Z tego względu ważoną retrospektywną wersję OAS przekształcono na Zmodyfikowaną Skalę Agresji (Modified Overt Aggression Scale - MOAS) (Sorgi i in., 1991).

MOAS, podobnie jak OAS, na którym się opiera, został zaprojektowany do pomiaru czterech rodzajów agresji (słownej, przeciwko przedmiotom, przeciwko sobie,

przeciwko innym) na podstawie obserwowanego zachowania pacjenta. Każdy rodzaj agresji przyjmuje wartości od zera (gdy dany rodzaj agresji nie występuje) do czterech, zależnie od poziomu jej nasilenia, ale z dodaniem miary częstotliwości do każdego agresywnego zachowania, które wystąpiło w badanym okresie (Kho i in., 1998). Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań agresywnych.

MOAS jest jednym z najczęściej stosowanych na świecie narzędzi do oceny przemocy i agresji (Harris i in., 2013). Skala została przetłumaczona i zaadoptowana w krajach takich jak m. in. Włochy, Francja, Chiny (De Benedictis, 2012; Huang i in., 2009; Margari i in., 2005; Chukwujekwu, Stanley, 2018), przy czym wskaźniki rzetelności okazały się odpowiadające standardom badawczym. Narzędzie, jak dotąd nie doczekało się oficjalnej polskiej wersji. Zdecydowano się jednak na użycie MOAS w niniejszych badaniach, ponieważ jest on wykorzystywany w różnych krajach na szeroką skalę, a porównanie wyników polskich z wynikami zagranicznymi przy użyciu tego samego narzędzia do badania nasilenia agresji, z pewnością będzie łatwiejsze.

3.4.6. Kwestionariusz socjodemograficzno-kliniczny

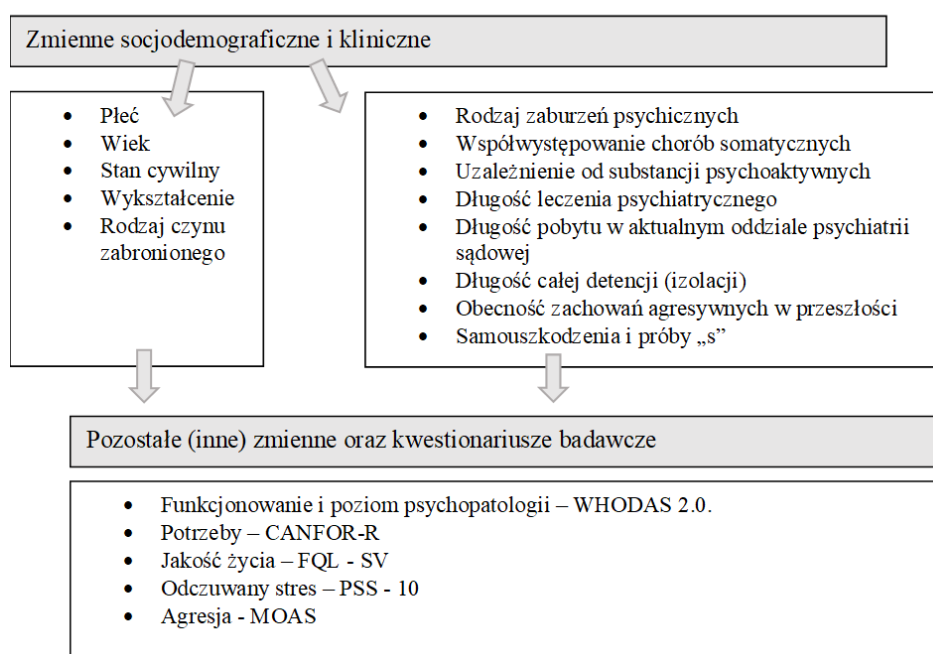
Kwestionariusz socjodemograficzno-kliniczny jest to autorskie narzędzie obejmujące 21 pytań dotyczących charakterystyki socjodemograficznej pacjenta oraz wybranych cech klinicznych - istotnych z punktu widzenia przeprowadzanych badań.

Pytania kwestionariuszowe w części socjodemograficznej dotyczą takich zmiennych jak: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie zawod. Część kliniczna natomiast obejmuje pytania z zakresu diagnozy psychiatrycznej i leczenia, tj. rodzaju rozpoznania, współwystępowania uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ewentualnego współwystępowania chorób somatycznych, długości leczenia psychiatrycznego, liczby hospitalizacji, długości pobytu w oddziale sądowo-psychiatrycznym, w którym pacjent aktualnie przebywa oraz całej detencji od momentu pierwszorazowego umieszczenia pacjenta w warunkach izolacji. Ponadto pojawiają się pytania dotyczące przejawianych zachowań agresywnych w szpitalu i konieczności zastosowania względem badanego środków przymusu bezpośredniego. Kwestionariusz odnosi się także do charakteru popełnionego przez badanego czynu zabronionego, który zaskutkował postanowieniem sądu o umieszczeniu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym celem realizacji środka zabezpieczającego.

Kwestionariusz był wypełniany na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta w trakcie badania, a następnie dane te były weryfikowane i uzupełniane w oparciu o rozmowę z lekarzem prowadzącym, bądź o dane z dokumentacji medycznej.

3.5. Analizowane zmienne

Chcąc odpowiedzieć na postawione pytania badawcze podjęto analizę szeregu zmiennych, które podzielono na zmienne socjodemograficzne, kliniczne oraz inne (pozostałe zmienne). Te ostatnie stanowią główny obszar badawczy, dlatego też osobno je wyodrębnilo oraz wskazano jednocześnie odpowiednie narzędzia, które umożliwiły ich pomiar i weryfikację.



Rysunek 14. Analizowane zmienne wraz z narzędziami służącymi do ich weryfikacji




Źródło: opracowanie własne

3.6. Organizacja i przebieg badań

Procedurę badawczą rozpoczęto od analizy szpitali/oddziałów psychiatrii sądowej realizujących środki zabezpieczające w Polsce pod względem ich poziomu zabezpieczenia, liczby i płci hospitalizowanych osób oraz warunków organizacyjnych szpitali celem doboru miejsc przeprowadzenia badań najbardziej adekwatnych do zaplanowanej grupy badanej oraz zakładanych celów badawczych. Z racji tego, że polski

system opieki zdrowotnej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2020 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1-3 Kodeksu karnego (...) - Załącznik nr 1 (Monitor Pol. 2020, poz. 794), przewiduje 61 oddziałów psychiatrii sądowej w 41 podmiotach leczniczych, wytypowano 8 ośrodków psychiatrii sądowej, reprezentujących wszystkie trzy poziomy zabezpieczenia. Przebadano łącznie 120 pacjentów w 13 oddziałach psychiatrycznych.

Poniżej znajduje się wykaz zakładów/ośrodków psychiatrycznych w których zrealizowano badania, wraz z liczbą przebadanych osób.

Zakłady psychiatryczne o PODSTAWOWYM stopniu zabezpieczenia	Zakłady psychiatryczne o WZMOCNIONYM stopniu zabezpieczenia	Ośrodki psychiatryczne o MAKSYMALNYM stopniu zabezpieczenia
Szpital Kliniczny im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach
SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy	Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie	
Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. S. Kryzana w Starogardzie Gdańskim 		
40 osób	40 osób	40 osób

Rysunek 15. Wykaz zakładów psychiatrycznych w których przeprowadzono badania potrzeb i jakości życia pacjentów

Źródło: opracowanie własne

Przed rozpoczęciem badań w danym ośrodku poproszono personel każdego oddziału psychiatrii sądowej o wytypowanie pacjentów do udziału w badaniu. Wybór określonych osób miał na celu wskazanie tych, których stan psychiczny i zdolności poznawcze umożliwiały około godzinną pracę z pacjentem oraz wypełnienie przez niego określonych zadań badawczych.

Po krótkiej, luźnej rozmowie i nawiązaniu kontaktu z osobą badaną, badacz omawiał cel badania, warunki i zasady jego przeprowadzenia, po czym osoby były proszone o wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu. Pacjent który wyraził zgodę – był następnie proszony o udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące danych socjodemograficznych i klinicznych w oparciu o autorski kwestionariusz, który na bieżąco uzupełniał sam badacz. Kolejno osoba badana samodzielnie pracowała z kilkoma narzędziami diagnostycznymi, a na koniec przeprowadzono częściowo ustrukturyzowany wywiad na temat potrzeb pacjenta sądowego, przy użyciu kwestionariusza CANFOR, któremu poświęcono największą ilość czasu

3.7. Zastosowane metody statystyczne

Eksplorację danych rozpoczęto od przeprowadzenia podstawowych statystyk opisowych, by scharakteryzować wartości przeciętne dla analizowanych zmiennych ilościowych. Wyniki porównano pod względem uzyskanej średniej arytmetycznej wraz z medianą i dominantą, a za miarę rozrzutu przyjęto odchylenie standardowe.

Zweryfikowano symetryczność rozkładu zmiennych na podstawie skośności. Uzyskane w powyższy sposób informacje dotyczące danych wpłynęły na decyzję o zastosowaniu testów nieparametrycznych. W celu weryfikacji powyższego założenia zastosowano test Kołmogorowa-Smirnowa, który potwierdził prawidłowość przyjętego wcześniej założenia o braku zgodności rozkładów zmiennych zależnych z krzywą normalną Gaussa dla całej grupy oraz dla podgrup pacjentów na różnych poziomach zabezpieczenia.

W celu dokonania analizy danych i weryfikacji różnic międzygrupowych w zakresie zmiennych ilościowych zastosowano testy nieparametryczne: test rang Kruskala-Wallisa, którego istotne wyniki przeanalizowano testem post-hoc Manna – Whitneya, by wykazać znaczące różnice pomiędzy parami grup. Analizę zmiennych jakościowych dokonano testem Chi kwadrat. Związki między zmiennymi weryfikowano za pomocą korelacji nieparametrycznej rho-Spearmana. W celu stworzenia modelu

predykcynego zastosowano regresję logistyczną. Ponadto przeprowadzono analizę mediacji w celu weryfikacji procesów pośredniczących w ujawnionych zależnościach między zmiennymi.

W analizie wszystkich zmiennych przyjęto maksymalnie dopuszczalny błąd I rodzaju $\alpha = 0,05$, za statystycznie istotne wyniki uznano, gdy $p \leq 0,05$. Powyższe analizy zostały wykonane przy użyciu programu statystycznego SPSS v. 26 dla systemu Mac.

ROZDZIAŁ IV

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Wyniki badań dotyczących całej grupy 120 pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej

4.1.1. Statystyki opisowe

Analizę wyników badań rozpoczęto od sprawdzenia rozkładów zmiennych ilościowych. W tym celu dokonano obliczeń podstawowych statystyk opisowych oraz badania normalności rozkładu zmiennych testem Kołmogorowa-Smirnowa. W związku z brakiem spełnienia założeń o rozkładzie normalnym w analizach zastosowano testy wolne od założeń. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli 14.

Tabela 14.

Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>!aks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Poziom psychopatologii (WHODAS)	9,29	7,00	7,26	0,94	0,29	0	31	0,10	< 0,001
Odczuwany stres (PSS10)	14,47	14,00	6,50	0,60	0,62	0	34	0,16	0,004
Liczba wykazywanych potrzeb	5,83	5,00	3,37	1,24	1,91	0	18	0,17	< 0,001
Liczba potrzeb spełnionych	3,67	3,00	2,30	1,32	3,24	0	13	0,16	< 0,001
Liczba potrzeb niespełnionych	2,16	2,00	2,21	1,34	1,54	0	10	0,21	< 0,001
Otrzymana pomoc nieformalna od rodziny	7,58	6,50	5,75	0,83	1,11	0	31	0,11	< 0,001
Otrzymana pomoc formalna ze szpitala	9,57	8,00	7,07	1,56	2,48	0	35	0,18	< 0,001
Poziom potrzebnej pomocy od szpitala	11,43	9,00	8,75	1,56	2,87	0	47	0,15	< 0,001

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Satysfakcja z otrzymanej ze szpitala pomocy w spełnieniu określonych potrzeb	4,08	3,00	2,73	1,53	2,75	0	15	0,19	< 0,001
Ogólna ilość pomocy otrzymanej	17,14	16,00	11,16	1,30	2,68	0	66	0,14	< 0,001
Agresja (MOAS)*	1,53	0,00	6,43	6,00	37,88	0	50	0,42	< 0,001

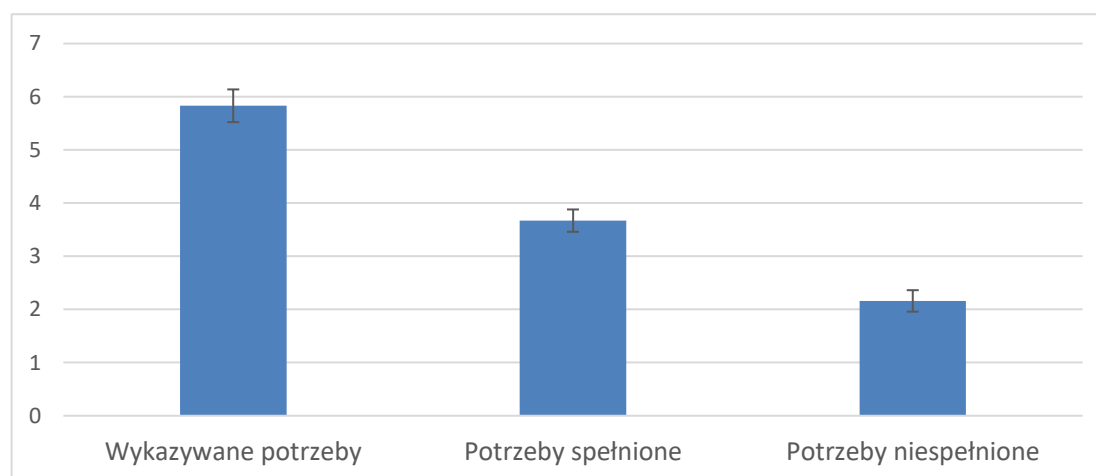
Nota: *M* – średnia, *Me* – mediana, *SD* – odchylenie standardowe, *Sk.* – skośność, *Kurt.* – kurtoza, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna, *K-S* – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa, *p* – istotność

* z uwagi na małą rozpiętość wyników w kwestionariuszu MOAS wyniki analiz należy rozpatrywać z dużą dozą niepewności, jednak z uwagi na ważny charakter zmiennej - statystyki z jej użyciem zostały przeprowadzone

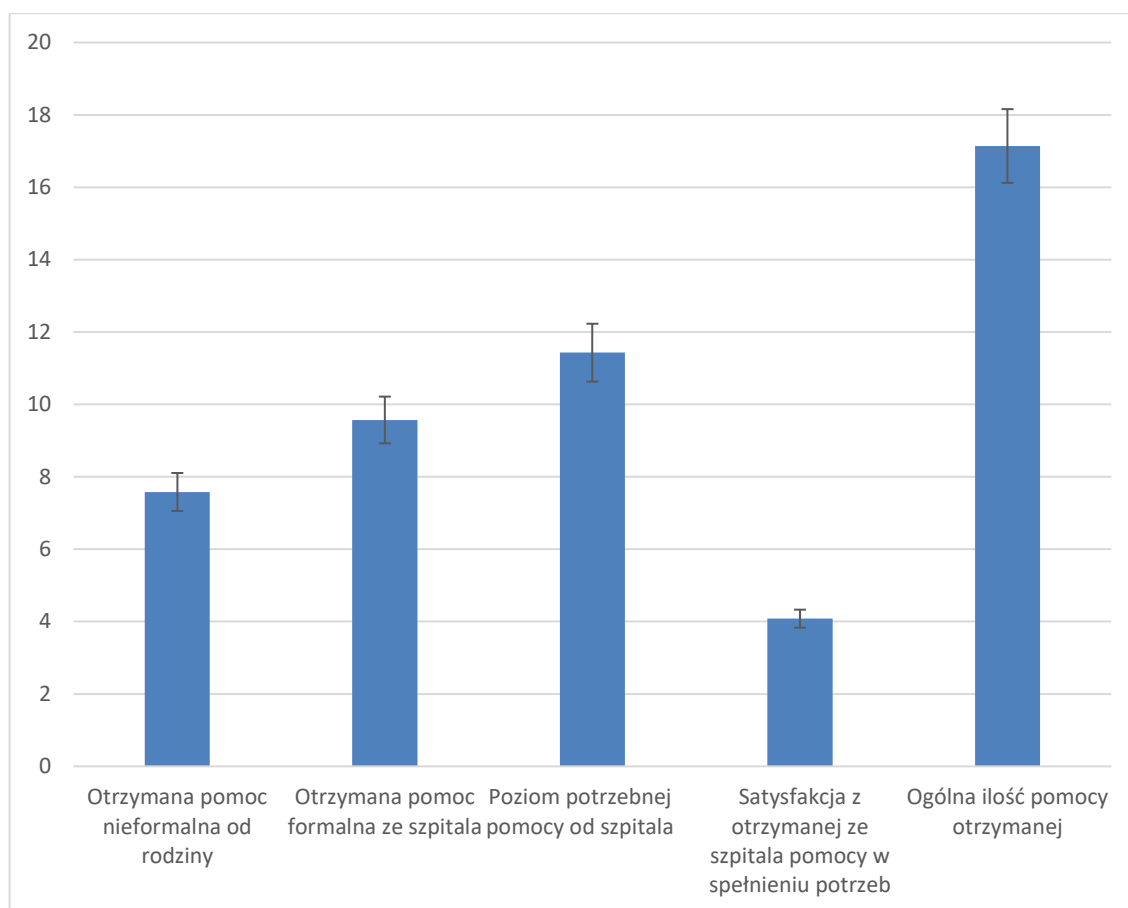
Analiza wykazała, że na podstawie wyników dla testów Kołmogorowa-Smirnowa zmienne nie mają rozkładu normalnego. W związku z powyższym oraz z uwagi na charakter zmiennych (porządkowe) w analizach użyto testów nieparametrycznych.

4.1.2. Charakterystyka potrzeb pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej

Pacjenci wskazywali średnio 5,83 potrzeb (SD = 3,37), w tym 3,67 uznawali jako spełnione (SD = 2,30), natomiast 2,16 jako niespełnione (SD= 2,21).



Wykres 12. Średnia liczba ogólnie wykazywanych potrzeb, potrzeb spełnionych oraz niespełnionych wraz z błędem standardowym średniej



Wykres 13. Średnia dla poziomu pomocy, pomocy formalnej i nieformalnej oraz satysfakcji z otrzymanej pomocy wraz z błędem standardowym średniej

W Tabeli 15 przedstawiono częstości wykazywanych potrzeb danego rodzaju przez badanych pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej.

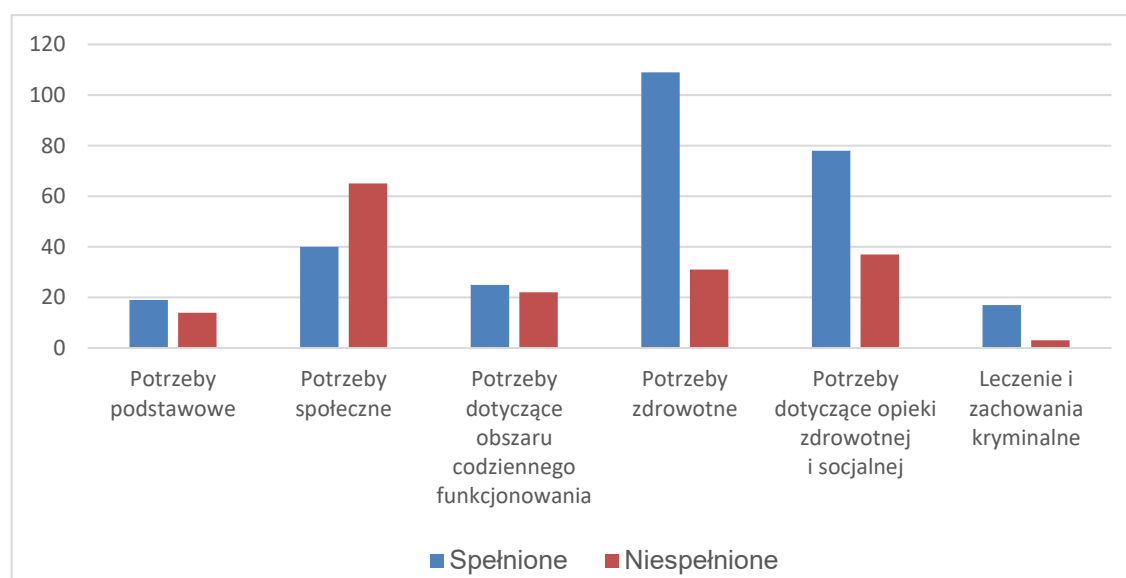
Tabela 15.

Rozkład pacjentów wykazujących spełnione i niespełnione potrzeby z podziałem na kategorie

Potrzeby	<i>Spełnione</i>	<i>Niespełnione</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>
Potrzeby podstawowe	19	14
Potrzeby społeczne	40	65
Potrzeby dotyczące obszaru codziennego funkcjonowania	25	22
Potrzeby zdrowotne	109	31
Potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej i socjalnej	78	37
Leczenie i zachowania kryminalne	17	3

Nota: *N* – liczebność, suma pacjentów nie sumuje się do 120, gdyż pacjenci mogli wskazywać więcej niż jedną potrzebę z kategorii, w związku z powyższym nie wyliczono wartości procentowych

Najczęściej wykazywanymi spełnionymi potrzebami pacjentów sądowych przebywających w oddziałach detencyjnych okazały się potrzeby zdrowotne (109 pacjentów), a najczęściej niespełnionymi - potrzeby społeczne (65 pacjentów). Na wykresie 14 przedstawiono spełnione i niespełnione potrzeby pacjentów z podziałem na kategorie (jak w tabeli 15), natomiast tabela 16 i wykres 15 uwzględniają wszystkie wykazywane potrzeby (gdzie liczebność jest większa niż 1) bez podziału na kategorie, ze wskazaniem na zaspokojone oraz niezaspokojone.

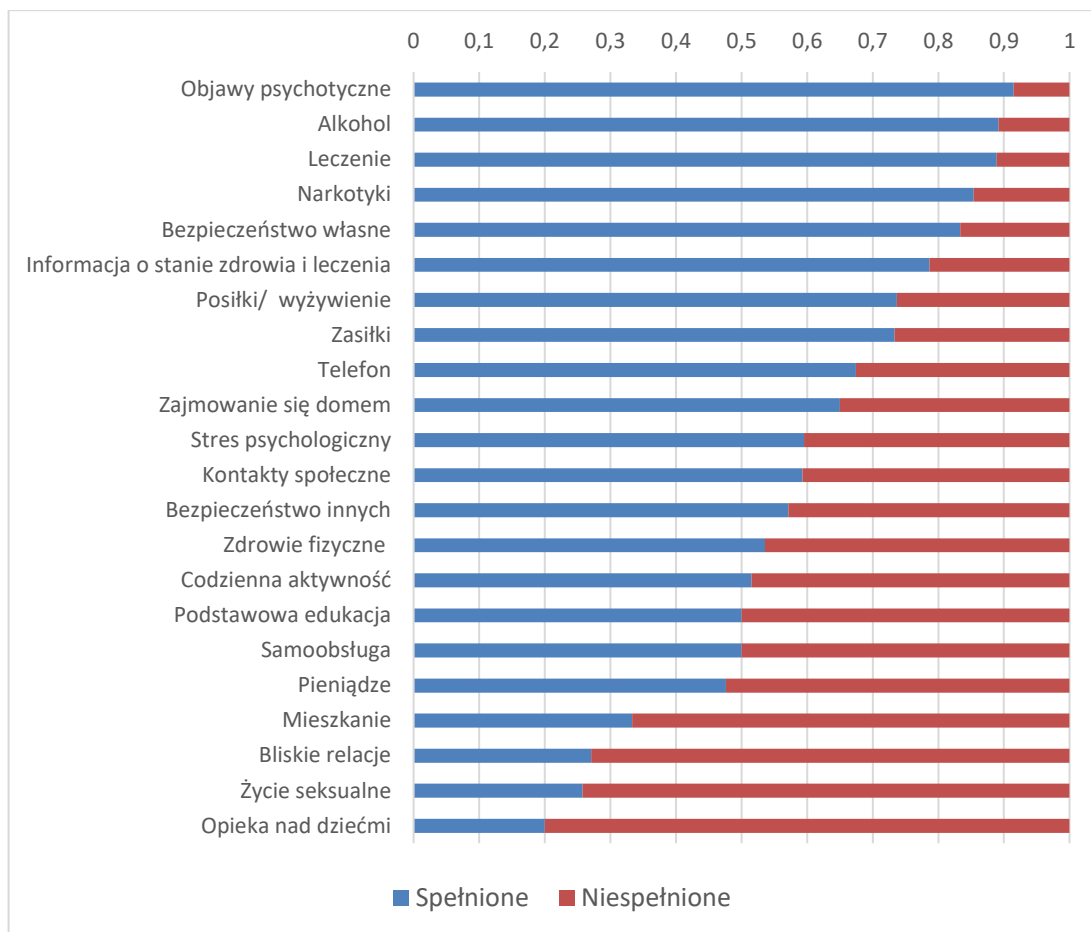


Wykres 14. *Liczba pacjentów wykazujących spełnione i niespełnione potrzeby z podziałem na kategorie*

Tabela 16.

Rozkład wszystkich jednostkowych spełnionych i niespełnionych potrzeb pacjentów sądowych

Potrzeby	<i>Spełnione</i>	<i>Niespełnione</i>
Objawy psychotyczne	97 (92%)	9 (8%)
Alkohol	33 (89%)	4 (11%)
Leczenie	16 (89%)	2 (11%)
Narkotyki	35 (85%)	6 (15%)
Bezpieczeństwo własne	10 (83%)	2 (17%)
Informacja o stanie zdrowia i leczenia	59 (79%)	16 (21%)
Posiłki / wyżywienie	14 (74%)	5 (26%)
Zasiłki	11 (73%)	4 (27%)
Telefon	29 (67%)	14 (33%)
Zajmowanie się domem	13 (65%)	7 (35%)
Stres psychologiczny	25 (60%)	17 (40%)
Kontakty społeczne	16 (59%)	11 (41%)
Bezpieczeństwo innych	4 (57%)	3 (43%)
Zdrowie fizyczne	15 (54%)	13 (46%)
Codzienna aktywność	17 (52%)	16 (48%)
Podstawowa edukacja	3 (50%)	3 (50%)
Samoobsługa (samoopieka)	4 (50%)	4 (50%)
Pieniądze	10 (48%)	11 (52%)
Mieszkanie	5 (33%)	10 (67%)
Bliskie relacje	13 (27%)	35 (73%)
Życie seksualne	17 (26%)	49 (74%)
Opieka nad dziećmi	1 (20%)	4 (80%)



Wykres 15. Rozkład wszystkich jednostkowych spełnionych i niespełnionych potrzeb pacjentów sądowych

Pacjenci w oddziałach psychiatrii sądowej z racji swoich zaburzeń psychicznych i problemów w funkcjonowaniu nie zawsze są w stanie zaspakajać swoje życiowe potrzeby. Stąd też w badaniu poproszono pacjentów o ocenę otrzymywanej pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb - od szpitala/institucji (pomoc formalna) oraz od rodziny i przyjaciół (pomoc nieformalna). W tabeli 17 przedstawiono średni poziom pomocy otrzymanej od szpitala i rodziny w zestawieniu z pomocą oczekiwaną ze strony szpitala a także średni poziom satysfakcji z otrzymanej pomocy.

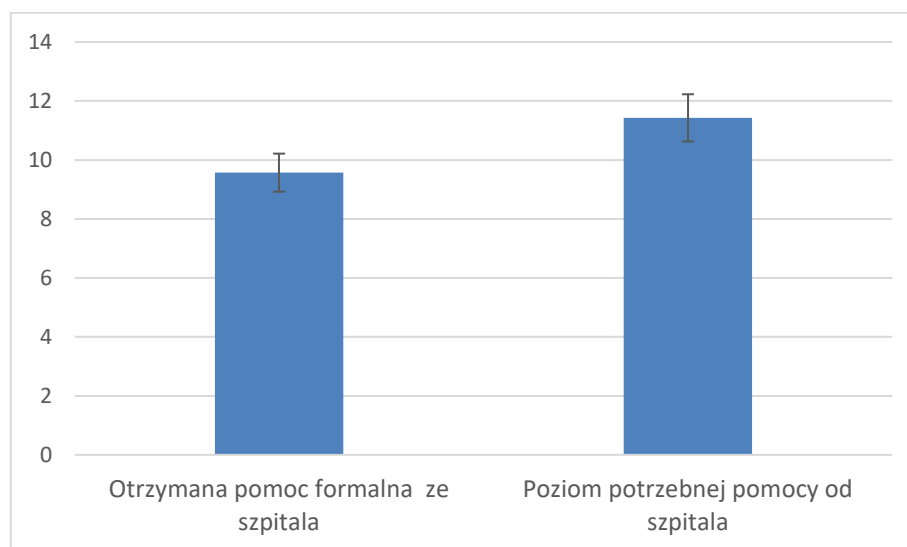
Tabela 17.

Ocena pacjentów dotycząca otrzymywanej pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb

	Średnia	Odchylenie standardowe
Otrzymana pomoc nieformalna od rodziny	7,58	5,75
Otrzymana pomoc formalna ze szpitala	9,57	7,07
Poziom potrzebnej pomocy od szpitala	11,43	8,75
Satysfakcja z otrzymanej ze szpitala pomocy w spełnieniu określonych potrzeb	4,08	2,73
Ogólna ilość pomocy otrzymanej	17,14	11,16

Analiza testem t-Studenta dla prób zależnych wykazała, że pomoc otrzymywana od szpitala jest istotnie większa od pomocy, której udziela pacjentowi przebywającemu w oddziałach psychiatrii sądowej rodzina, bliscy czy przyjaciele ($t(119) = 3,36$; $p = 0,001$).

Sprawdzono także, czy ilość pomocy otrzymywanej od szpitala jest, wedle ocen pacjentów, wystarczająca. Analizy wykazały, że poziom potrzebnej (oczekiwanej) pomocy ze strony szpitala jest wyższy, aniżeli ten rzeczywisty - udzielany przez szpital ($t(119) = 4,81$; $p < 0,001$), a zatem pacjenci dostają ze szpitala mniej pomocy, pomimo tego, że potrzeby mają większe. Wykres 16 przedstawia w/w zależność.



Wykres 16. *Poziom pomocy oczekiwanej od szpitala i rzeczywiście otrzymanej*

4.1.3. Rodzaj zaburzeń psychicznych a liczba wykazywanych przez pacjentów potrzeb

W celu sprawdzenia czy pacjenci w zależności od rodzaju zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych wykazują różną liczbę potrzeb, przeprowadzono analizy przy użyciu testu *U* Manna – Whitneya. Stwierdzono, że osoby badane z rozpoznaniem należącym do grupy zaburzeń afektywnych zgłaszali więcej potrzeb, aniżeli ci, którym postawiono inne rozpoznanie. Taki sam kierunek zależności wykazano dla pacjentów z upośledzeniem umysłowym. Należy zwrócić jednak uwagę, że występuje duża nierównoliczność grup, więc do interpretacji uzyskanych wyników należy podchodzić z dozą ostrożności. Wyniki analiz przedstawiono w Tabeli 18.

Tabela 18.

Wyniki analiz dla testu U Manna-Whitneya dla grup pacjentów w zależności od diagnozy i liczby wykazywanych przez nich potrzeb

Grupa pacjentów		Liczba wykazywanych potrzeb M(SD)	Statystyka
Schizofrenia	Nie (N = 27)	5,33(3,09)	U = 1120,50; p = 0,392
	Tak (N = 93)	5,97(3,45)	
Zaburzenia afektywne	Nie (N = 110)	6,02(3,36)	U = 338,5; p = 0,043
	Tak (N = 10)	3,7(2,83)	
Zaburzenia urojeniowe	Nie (N = 108)	5,97(3,5)	U = 486; p = 0,153
	Tak (N = 12)	4,5(1,24)	
Zaburzenia osobowości	Nie (N = 100)	5,77(3,47)	U = 877,5; p = 0,385
	Tak (N = 20)	6,1(2,85)	
Upośledzenie*	Nie (N = 114)	5,64(3,27)	U = 147,5; p = 0,018
	Tak (N = 6)	9,33(3,62)	

Nota: *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe

4.1.4. Poziom funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów a ich potrzeby i satysfakcja z pomocy udzielanej im przez szpital

Analizując potrzeby pacjentów zbadano także zależność pomiędzy poziomem funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów a liczbą wykazywanych przez nich potrzeb i poziomem ich satysfakcji z pomocy udzielanej im przez szpital. Wyniki analizy przedstawia tabela 19.

Tabela 19.

Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby potrzeb oraz poziomu funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów

		<i>WHODAS</i>
Liczba potrzeb spełnionych	Rho	0,23
	p	0,012
Liczba potrzeb niespełnionych	Rho	0,44
	p	< 0,001
Liczba wykazywanych potrzeb	Rho	0,48
	p	< 0,001
Satysfakcja z otrzymanej ze szpitala pomocy w spełnieniu określonych potrzeb	Rho	0,46
	p	< 0,001

Nota: *Rho* – wartość współczynnika korelacji rho Spearmana; *p* – istotność

Analizy wykazały umiarkowaną (w kierunku do silnej) pozytywną korelację poziomu funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów z liczbą wykazywanych przez nich potrzeb, a także umiarkowaną (w kierunku do silnej) pozytywną korelację poziomu ich psychopatologii z poczuciem satysfakcji z pomocy udzielanej im przez szpital.

4.1.5. Subiektywne postrzeganie jakości życia przez pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej

Po przeanalizowaniu struktury potrzeb, jakie wykazują pacjenci psychiatrii sądowej w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia, a także analizie zmiennych, które warunkują niniejsze potrzeby, jak również po opisanu subiektywnych odczuć pacjentów względem otrzymanej pomocy formalnej i nieformalnej w ich realizacji, zdecydowano się także na ocenę jakości życia w poszczególnych jej obszarach. Wyniki uśrednione grupy 120 pacjentów sądowych przedstawia poniższa tabela. Im wyższy wynik, tym wyższa ocena jakości życia w poszczególnym jej obszarze.

Tabela 20.

Średnie wartości i odchylenia standardowe dla różnych obszarów jakości życia pacjentów

Obszar oceny jakości życia	
Codzienna aktywność	M = 61,22; SD = 29,21
Przepustki	M = 31,73; SD = 42,29
Pobyt w oddziale 1 (poczucie bezpieczeństwa)	M = 83,52; SD = 23,5
Pobyt w oddziale 2 (przyjemne otoczenie, środowisko)	M = 65,54; SD = 28,95
Jedzenie	M = 58,14; SD = 33,25
Higiena	M = 71,28; SD = 27,67
Sposób leczenia	M = 75,4; SD = 29,73
Zdrowie	M = 57,45; SD = 35,07
Seksualność	M = 21,89; SD = 32,41
Relacje społeczne	M = 63,74; SD = 34,69
Współpacjenci	M = 58,92; SD = 28,22
Codziennie działania personelu wobec pacjentów	M = 66,68; SD = 27,21
Dostępność personelu do pomocy w syt. trudnych (kryzysowych)	M = 72,29; SD = 27,59
Autonomia 1 (swoboda poruszania się)	M = 60,2; SD = 35,46
Autonomia 2 (samodzielność podejmowania decyzji)	M = 54,83; SD = 31,66
Samostanowienie	M = 71,85; SD = 24,67
Religia	M = 64,83; SD = 34,49
Akceptacja pobytu	M = 73,58; SD = 30,86

Obszar oceny jakości życia	
Ogólne zadowolenie z życia	M = 46,51; SD = 27,54
Pobyt w oddziale	M = 74,28; SD = 21,1
Zdrowie	M = 66,17; SD = 22,08
Autonomia	M = 57,94; SD = 29,99
Wynik ogólny	M = 62,05; SD = 15,37

Nota: M – Średnia, SD – odchylenie standardowe

Analizy wykazały, że średnia odczuwanej przez pacjentów sądowych (N=120) jakości życia wynosi M=62,05, co na skali oznacza przeciętny poziom satysfakcji z życia w oddziałach detencyjnych. Spośród wyróżnionych poszczególnych aspektów jakości życia pacjenci wskazali na najwyższy stopień zadowolenia w zakresie: Pobytu w oddziale 1 (poczucia bezpieczeństwa w oddziale – M=83,52; SD=23,5), Sposobu leczenia (M=75; SD=29,73), Dostępności personelu i gotowości do pomocy w sytuacjach trudnych (M=72,29; 27,59). Ponadto powyżej średniej oceny znalazły się także: Samostanowienie (M = 71,85; SD = 24,67) oraz Higiena (M = 71,28; SD = 27,67).

Najmniejsze zadowolenie wykazali pacjenci w sferze Seksualności (M = 21,89; SD = 32,41) oraz Przepustek M = 31,73; SD = 42,29). Warto zaznaczyć, że o przepustki w niniejszym badaniu byli pytani jedynie pacjenci oddziałów o podstawowym poziomie zabezpieczenia, gdyż przepisy Kodeksu karnego wykonawczego (art. 204d, tekst jedn. Dz. U. z 2021, poz. 53) nie zezwalają na czasowe przebywanie poza oddziałem sądowym chorym przebywającym w instytucjach o wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia. W tym miejscu średnia dotyczyła próby jedynie 40 osób.

Równie nisko, bo poniżej średniej, zostało przez pacjentów detencyjnych ocenione ich ogólne zadowolenie z życia w oddziałach sądowych (M = 46,51; SD = 27,54).

Ponadto Kwestionariusz FQL-SV umożliwił także ocenę Ogólnej akceptacji pobytu w oddziałach psychiatrii sądowej. Wyniki wykazały, iż średnia akceptacji czasowego pobytu w izolacji przez pacjentów wyniosła M= 73,58; SD = 30,86. Wskaźnik ten, choć nie należy *stricte* do oceny wymiarów jakości życia i jest w kwestionariuszu oceniany niejako odrębnie, stanowi jedną z ważniejszych informacji, ponieważ akceptacja pobytu bezpośrednio wpływa na chęć i motywację pacjentów do leczenia, a tym samym także na efekty terapeutyczne.

4.1.6. Czas przebywania pacjentów sądowych na detencji a odczuwane przez nich potrzeby oraz nasilenie stresu

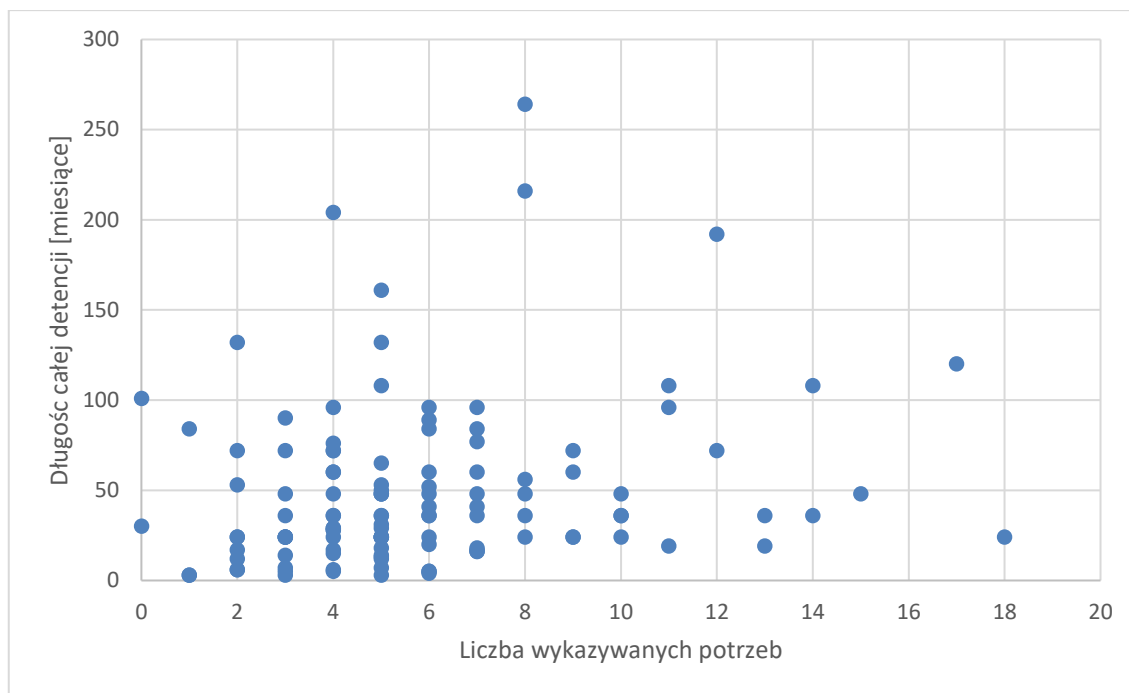
Dokonano badania zależności pomiędzy czasem pobytu w izolacji a liczbą wykazywanych potrzeb (spełnionych i niespełnionych), a także zależności pomiędzy długością czasu spędzonego na detencji, spełnieniem bądź niespełnieniem potrzeb, a nasileniem odczuwanego w związku z tym stresu. Wyniki analiz zostały zaprezentowane w tabeli 21 i 22 i 23.

Tabela 21.

Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby potrzeb oraz długości całej detencji

		<i>Długość całej detencji</i>
Liczba potrzeb spełnionych	Rho	0,21
	p	0,027
Liczba potrzeb niespełnionych	Rho	0,11
	p	0,255
Liczba wykazywanych potrzeb	Rho	0,30
	p	0,012
Procent spełnionych	Rho	0,06
	p	0,532

Nota: *rho* – wartość współczynnika korelacji rho Spearmana, *p* – istotność



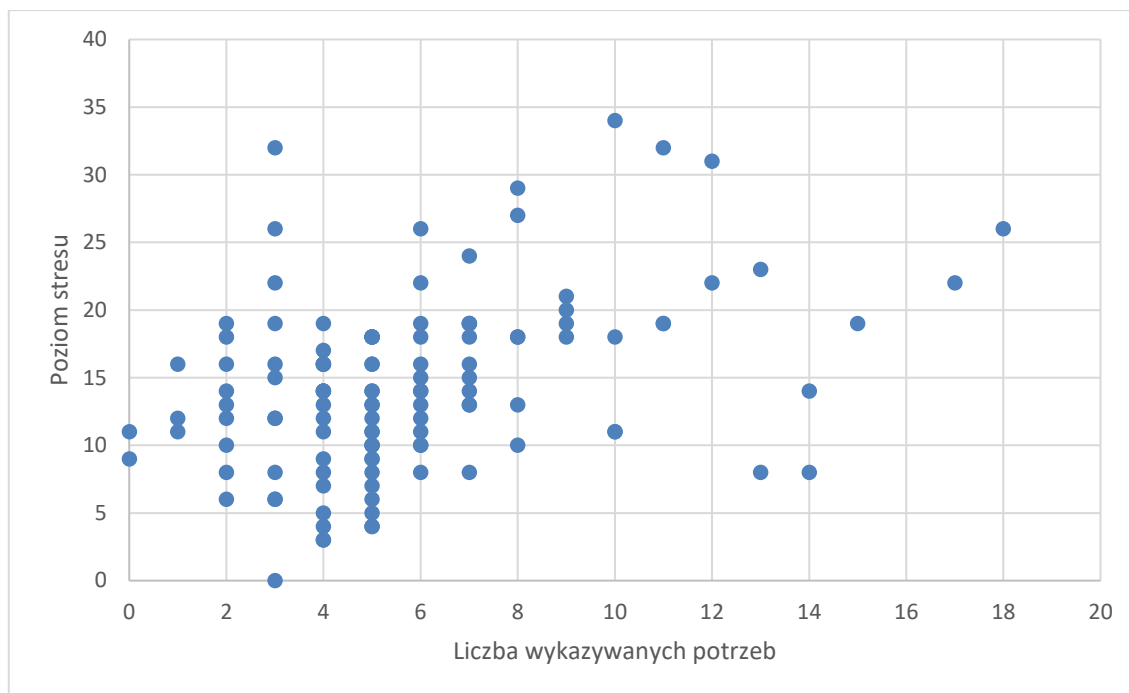
Wykres 17. Zależność pomiędzy liczbą wykazywanych potrzeb i długością detencji

Tabela 22.

Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby wszystkich wykazywanych potrzeb oraz nasilenia stresu

		<i>PSS10</i>
Liczba potrzeb spełnionych	Rho	0,11
	p	0,254
Liczba potrzeb niespełnionych	Rho	0,37
	p	< 0,001
Liczba wykazywanych potrzeb	Rho	0,37
	p	< 0,001
Procent spełnionych	Rho	-0,22
	p	0,018

Nota: rho – wartość współczynnika korelacji rho Spearmana, p - istotność



Wykres 18. Zależność pomiędzy liczbą wykazywanych potrzeb i poziomem stresu

Tabela 23.

Wartości korelacji rho Spearmana dot. czasu przebywania na detencji oraz nasilenia stresu

		PSS10
Czas całej detencji (izolacji)	Rho	0,11
	Istotność	0,229

Nota: rho – wartość współczynnika korelacji rho Spearmana, p - istotność

Analiza korelacji rho Spearmana wykazała, że długość detencji jest istotnie, słabo oraz pozytywnie związana z liczbą potrzeb spełnionych oraz z liczbą wykazywanych potrzeb. Dodatkowo, ustalono, że liczba potrzeb wykazywanych oraz niespełnionych jest istotnie, umiarkowanie i pozytywnie związana z nasileniem odczuwanego stresu. Nie wykazano natomiast, by nasilenie odczuwanego stresu zależało w jakikolwiek sposób od czasu przebywania na detencji.

4.1.7. Deprywacja potrzeb a stres oraz nasilenie zachowań agresywnych wśród pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej

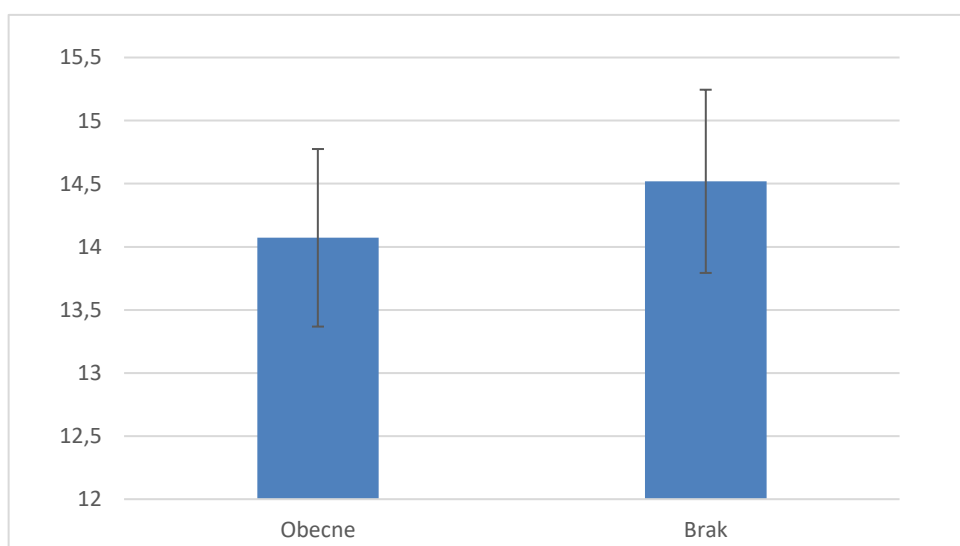
Zbadano również zależności pomiędzy liczbą niespełnionych (zdeprywowanych) potrzeb a nasileniem odczuwanego przez pacjentów stresu oraz pomiędzy nasileniem stresu, a przejawianymi przez tych pacjentów zachowaniami agresywnymi. Wyniki analiz przedstawione zostały w tabeli 24 oraz na wykresie 19.

Tabela 24.

Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby potrzeb niespełnionych oraz nasilenia stresu

		<i>PSS10</i>
Liczba potrzeb spełnionych	Rho	0,11
	p	0,254
Liczba potrzeb niespełnionych	Rho	0,37
	p	< 0,001
Procent spełnionych	Rho	-0,22
	p	0,018

Nota: *rho* – wartość współczynnika korelacji *rho* Spearmana, *p* – istotność



Wykres 19. Średnia dla odczuwanego stresu dla pacjentów wykazujących i nie zachowania agresywne w oddziale wraz z błędem standardowym średniej

Z przedstawionych danych wynika, że liczba potrzeb niespełnionych była istotnie, umiarkowanie i pozytywnie związana z nasileniem odczuwanego przez pacjentów sądowych stresu.

Wykazano ponadto, że pacjenci przejawiający zachowania agresywne w oddziale detencyjnym uzyskali istotnie wyższe wyniki dotyczące poziomu odczuwanego stresu niż osoby, które takich zachowań się nie dopuszczały ($U = 1224,5$; $p < 0,001$).

4.2. Wyniki badań porównawczych dotyczących 3 grup pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej o różnych poziomach zabezpieczenia

Z uwagi na fakt, że oddziały psychiatrii sądowej w Polsce są zróżnicowane nie tylko pod względem poziomu ich zabezpieczenia określonego przepisami kodeksowymi (podstawowy, wzmocniony i maksymalny), ale także wykazują różnice w regulaminach, prawach, obowiązkach oraz przysługujących pacjentom swobodach i przywilejach terapeutycznych, decydujących także o zakresie ich autonomii – zdecydowano się przeanalizować potrzeby i jakość życia pacjentów oddziałów o różnych stopniach zabezpieczenia – mając także na względzie fakt, że w każdym przebywają pacjenci o odmiennych diagnozach i w różnym stanie psychicznym, co także może wpływać na ocenę badanych zmiennych.

4.2.1. Różnice w potrzebach pacjentów przebywających w oddziałach sądowych o różnych poziomach zabezpieczenia

W pierwszej kolejności przy użyciu narzędzia CANFOR (wersja dla pacjentów sądowych) zbadano ilość wszystkich potrzeb, jaką deklarowali pacjenci w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia. Analizie poddano potrzeby: 1) wykazywane; 2) spełnione; 3) niespełnione. Ponadto zmierzono poziom pomocy: 1) otrzymanej (formalnej i nieformalnej); 2) oczekiwanej (potrzebnej) od szpitala oraz poziom ogólnej satysfakcji z uzyskanej pomocy. Wyniki niniejszych badań przedstawia tabela 25.

Tabela 25.
Średnie i odchylenia standardowe dla wykazywanych potrzeb oraz pomocy dla trzech grup pacjentów

	<i>PP</i>	<i>PW</i>	<i>PM</i>
Liczba wykazywanych potrzeb	M = 5,5; SD = 2,5	M = 4,15; SD = 2,13	M = 7,83; SD = 4,09
Liczba potrzeb spełnionych	M = 3,33; SD = 1,59	M = 2,6; SD = 1,71	M = 5,08; SD = 2,71
Liczba potrzeb niespełnionych	M = 2,17; SD = 2,41	M = 1,55; SD = 1,57	M = 2,75; SD = 2,43
Otrzymana pomoc nieformalna od rodziny	M = 8,45; SD = 5,56	M = 4,8; SD = 4,37	M = 9,5; SD = 6,2
Otrzymana pomoc formalna od szpitala	M = 7,9; SD = 5,07	M = 6,63; SD = 4,21	M = 14,2; SD = 8,68
Poziom potrzebnej pomocy od szpitala	M = 9,85; SD = 5,93	M = 7,55; SD = 5,07	M = 16,88; SD = 11,16
Satysfakcja z otrzymanej ze szpitala pomocy w spełnieniu określonych potrzeb	M = 3,6; SD = 2,69	M = 3,5; SD = 1,74	M = 5,13; SD = 3,29
Ogólna ilość pomocy otrzymanej	M = 16,3; SD = 8,47	M = 11,43; SD = 7,02	M = 23,7; SD = 13,45

Nota: *M* – średnie, *SD* – odchylenie standardowe

Tabela 26.

Liczebności dla spełnionych i niespełnionych potrzeb pacjentów w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia

<i>Potrzeby</i>	<i>Grupa</i>			<i>Statystyki</i>
	<i>PP</i>	<i>PW</i>	<i>PM</i>	
Potrzeby podstawowe	7	9	3	
Potrzeby społeczne	10	19	11	
Potrzeby dotyczące obszaru codziennego funkcjonowania	5	13	7	
Potrzeby zdrowotne	35	38	36	
S Potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej i socjalnej	17	30	32	Chi²(2) = 19,58; p < 0,001
Leczenie i zachowania przestępcze	0	8	9	Chi²(2) = 10,01; p = 0,007
Potrzeby podstawowe	10	2	2	Chi²(2) = 10,35; p = 0,006
Potrzeby społeczne	18	25	22	
Potrzeby dotyczące obszaru codziennego funkcjonowania	7	9	6	
Potrzeby zdrowotne	10	12	10	
N Potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej i socjalnej	4	23	10	Chi²(2) = 22,12; p < 0,001
Leczenie i zachowania przestępcze	0	1	2	

*S – potrzeby spełnione

*N – potrzeby niespełnione

Analiza testem chi kwadrat wykazała, że grupy pacjentów przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia (PP, PW, PM) różnią się pod względem ilości wykazywanych potrzeb spełnionych: w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej, leczenia i zachowań przestępczych. Najmniej pacjentów określiło te potrzeby jako spełnione w oddziałach o podstawowym poziomie zabezpieczenia.

W zakresie potrzeb niespełnionych różniły się wszystkie grupy – najczęściej pacjentów odczuwało niespełnienie w zakresie potrzeb podstawowych – w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia oraz potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej i socjalnej – w oddziałach o poziomie wzmocnionym.

Tabela 27.

Szczegółowe zestawienie wszystkich spełnionych i niespełnionych potrzeb wykazywanych w grupach pacjentów oddziałów sądowych o różnych poziomach zabezpieczenia (PP, PW, PM)

<i>Potrzeby</i>	<i>Grupa PP</i>	<i>Grupa PW</i>	<i>Grupa PM</i>	<i>Statystyki</i>
Mieszkanie	S = 5; NS = 10	-	-	-
Posiłki/wyżywienie	S = 2; NS = 1	S = 9; NS = 2	S = 3; NS = 2	Chi ² (2) = 0,93; p = 0,627
Zajmowanie się domem	S = 2; NS = 2	S = 8; NS = 2	S = 3; NS = 3	Chi ² (2) = 1,98; p = 0,372
Samoobsługa	-	S = 4; NS = 3	S = 0; NS = 1	-
Codzienna aktywność	S = 4; NS = 3	S = 10; NS = 8	S = 3; NS = 5	Chi ² (2) = 0,84; p = 0,659
Zdrowie fizyczne	S = 7; NS = 5	S = 2; NS = 7	S = 6; NS = 1	Chi²(2) = 6,57; p = 0,037
Objawy psychotyczne	S = 32; NS = 1	S = 32; NS = 5	S = 33; NS = 3	Chi ² (2) = 2,47; p = 0,291
Informacja o stanie zdrowia i leczenia	S = 15; NS = 3	S = 19; NS = 11	S = 25; NS = 2	Chi²(2) = 7,56; p = 0,023
Stres psychologiczny	S = 7; NS = 6	S = 14; NS = 4	S = 4; NS = 7	Chi ² (2) = 5,12; p = 0,078
Bezpieczeństwo własne	-	S = 10; NS = 1	S = 0; NS = 1	-
Bezpieczeństwo innych	-	S = 4; NS = 1	S = 0; NS = 2	-
Alkohol	S = 11; NS = 1	S = 13; NS = 2	S = 9; NS = 1	Chi ² (2) = 0,18; p = 0,913
Narkotyki	S = 6; NS = 0	S = 15; NS = 2	S = 14; NS = 4	Chi ² (2) = 1,97; p = 0,373
Kontakty społeczne	S = 6; NS = 1	S = 10; NS = 8	S = 0; NS = 2	Chi ² (2) = 5,04; p = 0,80

<i>Potrzeby</i>	<i>Grupa PP</i>	<i>Grupa PW</i>	<i>Grupa PM</i>	<i>Statystyki</i>
Bliskie relacje	S = 4; NS = 11	S = 8; NS = 12	S = 1; NS = 12	Chi ² (2) = 4,167; p = 0,125
Życie seksualne	S = 2; NS = 11	S = 4; NS = 20	S = 11; NS = 18	Chi ² (2) = 4,02; p = 0,134
Opieka nad dziećmi	S = 0; NS = 3	S = 1; NS = 1	-	-
Podstawowa edukacja	-	S = 1; NS = 1	S = 2; NS = 2	-
Telefon	-	S = 17; NS = 10	S = 12; NS = 4	Chi ² (2) = 0,66; p = 0,416
Transport	S = 1; NS = 0	-	-	-
Pieniądze	S = 2; NS = 2	S = 5; NS = 5	S = 3; NS = 4	Chi ² (2) = 0,10; p = 0,953
Zasiłki	-	S = 8; NS = 2	S = 3; NS = 2	Chi ² (2) = 0,68; p = 0,41
Leczenie	-	S = 8; NS = 1	S = 8; NS = 1	-
Przestępstwa seksualne	-	-	S = 0; NS = 1	-
Podpalenie	-	-	S = 1; NS = 0	-

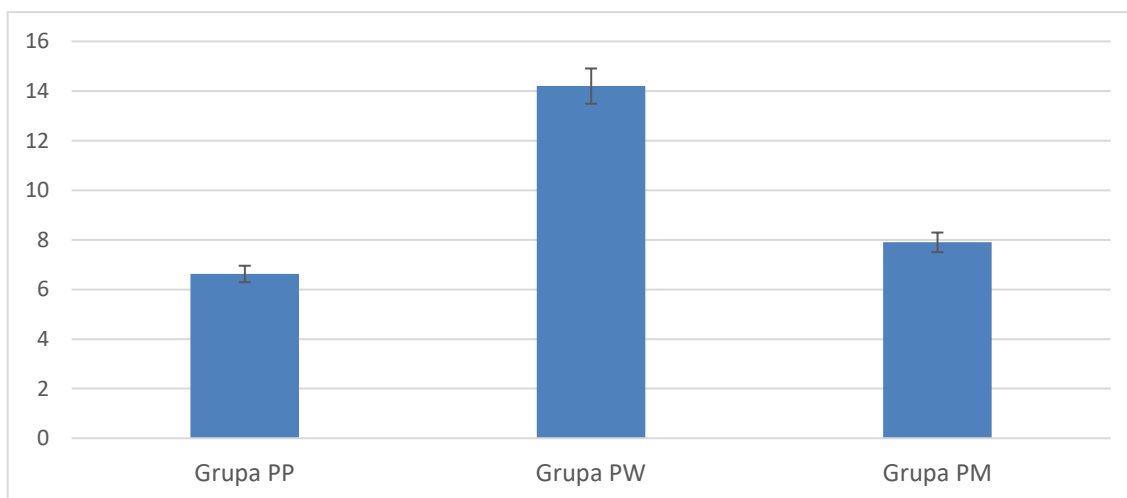
Nota: S – potrzeby spełnione, NS – potrzeby niespełnione, Chi²- test chi kwadrat, p - istotność

Na podstawie analiz można wskazać, że dla większości potrzeb grupy pacjentów z oddziałów o różnych poziomach zabezpieczenia (PP, PW, PM) nie różniły się między sobą lub w niektórych grupach części potrzeb pacjenci nie wykazywali w ogóle lub też wykazywała je jedna osoba (podpalania, przestępstwa seksualne, transport). Jedynie dla trzech rodzajów potrzeb – mieszkanie, zdrowie fizyczne i informacja o stanie zdrowia i leczenia - można stwierdzić istotne różnice między grupami PP, PW i PM.

- 1) Potrzebę w zakresie zapewnienia mieszkania wykazywali wyłącznie pacjenci oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia;
- 2) Potrzebę w zakresie dbałości o zdrowie fizyczne wykazywali w podobnym stopniu pacjenci wszystkich oddziałów o różnych poziomach zabezpieczenia, jednak wśród pacjentów oddziałów wzmocnionych ta potrzeba była najbardziej niespełniona;
- 3) Potrzebę uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i leczenia wykazywali pacjenci oddziałów o wszystkich trzech poziomach zabezpieczenia. Potrzeby z zakresu informacji medycznej były w największej mierze spełnione w oddziałach

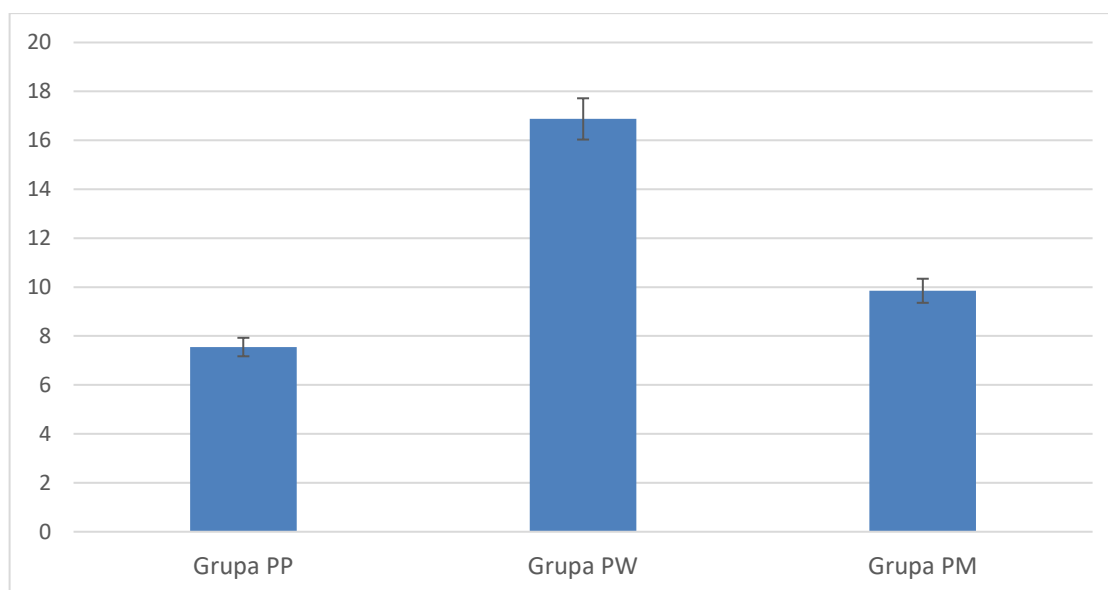
o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, najwięcej zaś potrzeb niespełnionych zgłaszali pacjenci oddziałów wzmocnionych.

Sprawdzono także za pomocą testu H. Kruskalla – Wallisa, czy grupy pacjentów, przebywający w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia różniły się pod względem ilości otrzymywanej pomocy szpitalnej w realizacji ich indywidualnych potrzeb. Analiza wykazała, że pacjenci oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu otrzymywali najwięcej pomocy ze strony szpitala ($H = 24,14$; $p < 0,001$).



Wykres 20. Średni poziom pomocy otrzymanej ze szpitala wraz z błędem pomiaru dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia

Sprawdzono również w których oddziałach psychiatrii sądowej (kryterium poziomu zabezpieczenia) pacjenci potrzebują najwięcej pomocy w realizacji swoich indywidualnych celów terapeutycznych i potrzeb. Przeprowadzono w tym celu analizy przy pomocy testu H. Kruskala-Wallisa. Wyniki wykazały, że pacjenci przebywający w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia deklarowali największą potrzebę uzyskania pomocy ze strony szpitala w realizacji swoich celów terapeutycznych ($H = 19,14$; $p < 0,001$), co dokładnie zostało przedstawione na wykresie 21.



Wykres 21. Średni poziom potrzebnej (oczekiwanej) pomocy od szpitala wraz z błędem pomiaru średniej dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia

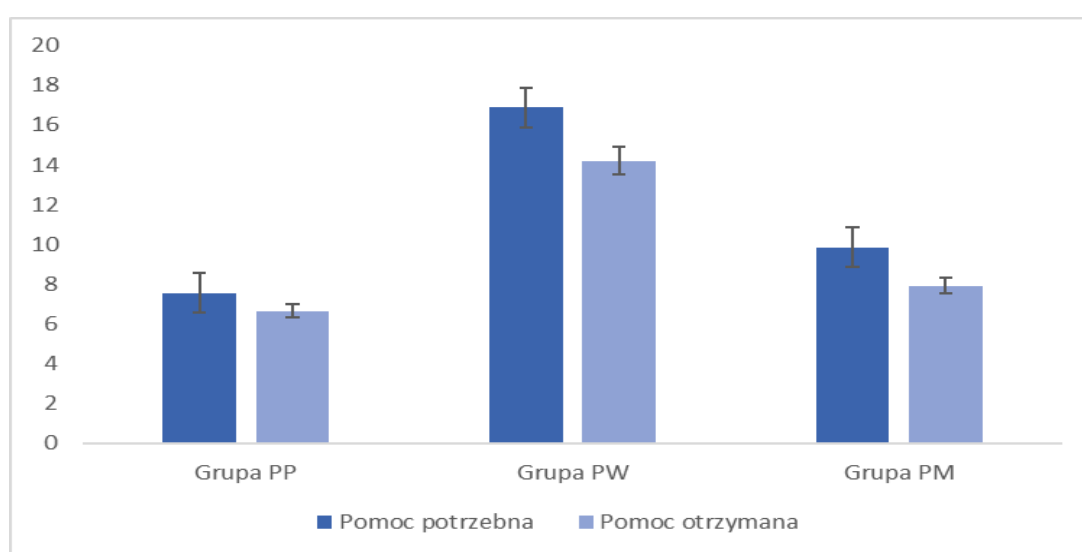
Uzyskane od pacjentów dane na temat oczekiwanej pomocy w realizacji ich potrzeb i celów terapeutycznych skłoniły do zadania kolejnego pytania: czy pacjenci we wszystkich oddziałach na trzech poziomach zabezpieczenia otrzymali wystarczającą ilość tej pomocy od szpitala. W tym celu za pomocą testu Z Wilcoxona (test dla prób zależnych) porównano ilość pomocy otrzymanej oraz oczekiwanej przez pacjentów w oddziałach o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia.

Analiza wykazała, że pacjenci na dwóch wyższych poziomach zabezpieczenia (wzmocniony i maksymalny) otrzymują istotnie mniej pomocy niż potrzebują. Dla pacjentów przebywających na oddziałach o podstawowym poziomie zabezpieczenia nie wykazano takiej różnicy. Wyniki przedstawiono w tabeli 28 oraz na wykresie 22.

Tabela 28.

Średni poziom potrzebnej (oczekiwanej) oraz otrzymanej pomocy od szpitala dla trzech grup pacjentów sądowych

Grupa	Pomoc potrzebna	Pomoc otrzymana	Statystyka
Grupa PP	7,55	6,63	Z = -1,86; p = 0,062
Grupa PW	16,88	14,2	Z = -2,92; p = 0,004*
Grupa PM	9,85	7,9	Z = -2,97; p = 0,003*

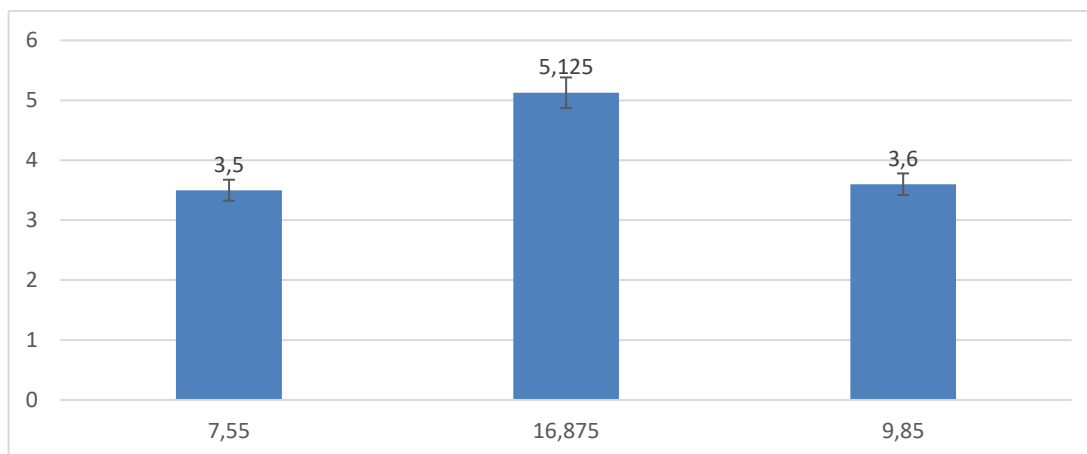


Wykres 22. Średni poziom potrzebnej (oczekiwanej) oraz otrzymanej pomocy od szpitala wraz z błędem pomiaru średniej dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia

4.2.2. Różnice w poziomie satysfakcji z pomocy otrzymywanej od szpitala oraz postrzeganej jakości życia pacjentów oddziałów sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia

Analizując szczegółowo strukturę potrzeb hospitalizowanych pacjentów sądowych, stopień ich zaspokojenia bądź niezaspokojenia oraz poziom oczekiwanej pomocy, na koniec postanowiono zbadać również poziom satysfakcji z pomocy otrzymanej od szpitala/oddziału/zinstytucjonalizowanej opieki - wśród pacjentów oddziałów o różnych poziomach zabezpieczenia.

Analiza testem H. Kruskala – Wallisa nie wykazała istotnych różnic między grupami pacjentów oddziałów o trzech różnych stopniach zabezpieczenia w zakresie odczuwanej satysfakcji z otrzymywanej pomocy od szpitala ($H = 5,40$; $p = 0,067$).



Wykres 23. Średni poziom satysfakcji z otrzymanej od szpitala pomocy w realizacji potrzeb wśród trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia

Przeanalizowano dodatkowo subiektywne postrzeganie jakości życia przez pacjentów przebywających w oddziałach o zróżnicowanych stopniach zabezpieczenia oraz poziom ich satysfakcji z różnych aspektów codziennego szpitalnego życia w instytucji zamkniętej. W tabeli 29 przedstawiono subiektywnie odczuwaną przez pacjentów jakość życia mierzoną na skali FQL-SV.

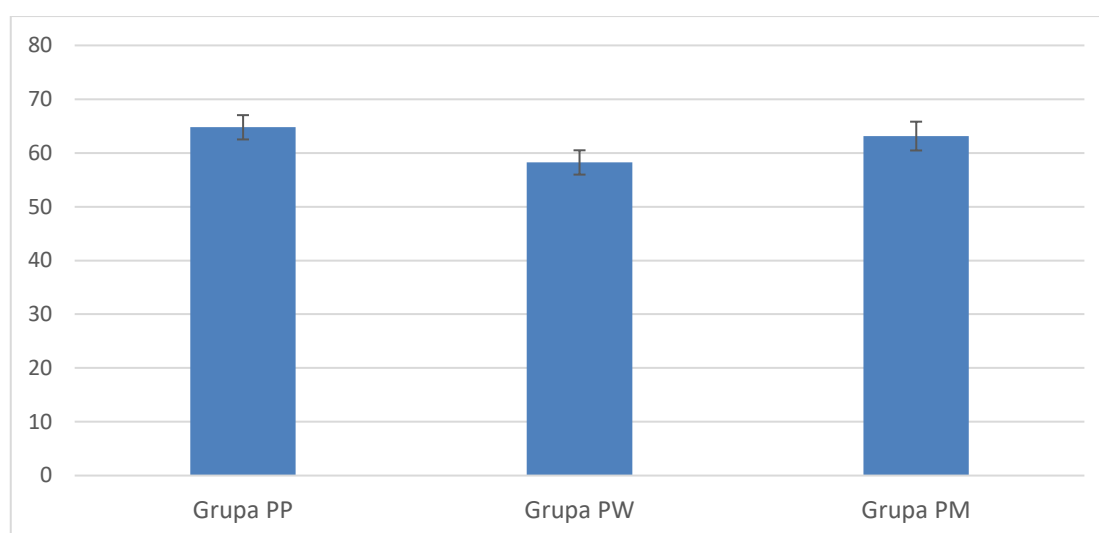
Tabela 29.

Poziom satysfakcji pacjentów z różnych aspektów związanych z jakością życia w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia

	<i>Grupa PP</i>	<i>Grupa PW</i>	<i>Grupa PM</i>	<i>Statystyki</i>
Pobyt w oddziale 1 (bezpieczeństwo)	M = 85,93; SD= 17,41	M = 79,85; SD= 24,85	M = 84,78; SD= 27,27	n.s
Pobyt w oddziale 2 (przyjemne otoczenie)	M = 70,7; SD= 32,26	M = 59,75; SD= 22,26	M = 66,18; SD= 30,97	n.s
Jedzenie	M = 61,6; SD= 31,5	M = 57,18; SD= 28,1	M = 55,65; SD= 39,64	n.s
Higiena	M = 75,85; SD= 26,59	M = 65,2; SD= 26,74	M = 72,78; SD= 29,2	n.s
Sposób leczenia (zdrowie psychiczne)	M = 84,78; SD= 21,52	M = 70,18; SD= 28,77	M = 71,25; SD= 35,65	n.s
Zdrowie fizyczne	M = 59,23; SD= 36,85	M = 53,8; SD= 32,98	M = 59,33; SD= 35,86	n.s
Seksualność	M = 23,8; SD= 34,59	M = 25,55; SD= 32,06	M = 16,33; SD= 30,53	n.s
Relacje społeczne	M = 63,48; SD= 36,65	M = 61,9; SD= 31,32	M = 65,85; SD= 36,6	n.s
Współpacjenci	M = 55,08; SD= 31,57	M = 55,43; SD= 24,08	M = 66,25; SD= 27,75	n.s
Opieka personelu	M = 67,65; SD= 26,78	M = 63,45; SD= 28,07	M = 68,93; SD= 27,16	n.s
Dostępność personelu do pomocy w syt. trudnych (kryzysowych)	M = 77,93; SD= 24,66	M = 68,7; SD= 27,31	M = 70,25; SD= 30,32	n.s
Autonomia 1 (swoboda poruszania się)	M = 76,18; SD= 24,7	M = 42,7; SD= 34,88	M = 61,73; SD= 37,83	H = 16,03; p < 0,001 (W < P, M)
Autonomia 2 (samodzielność podejmowania decyzji)	M = 68,9; SD= 29,98	M = 40,75; SD= 26,11	M = 54,85; SD= 32,75	H = 14,97; p = 0,001 (W < P)
Samostanowienie	M = 76,38; SD= 23,46	M = 67,43; SD= 24,1	M = 71,75; SD= 26,18	n.s
Religia	M = 62,33; SD= 38,85	M = 68,55; SD= 28,88	M = 63,6; SD= 35,56	n.s

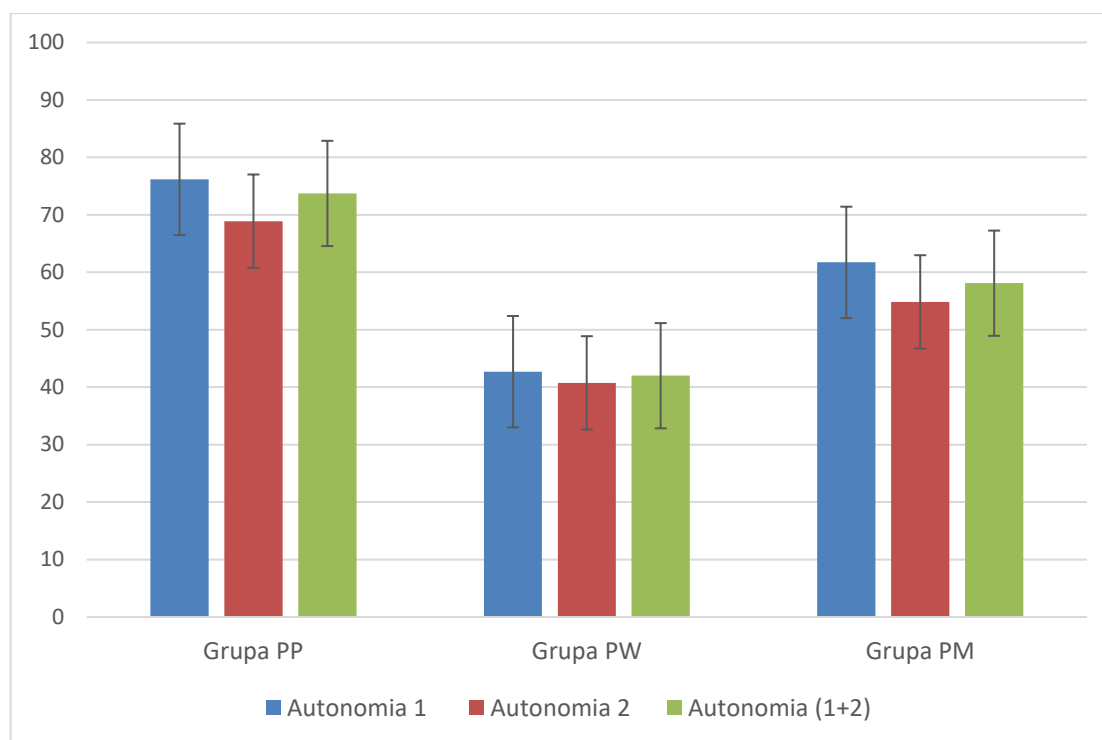
	<i>Grupa PP</i>	<i>Grupa PW</i>	<i>Grupa PM</i>	<i>Statystyki</i>
Akceptacje pobytu	M = 78,98; SD= 29,69	M = 67,38; SD= 28,47	M = 74,4; SD= 33,82	n.s
Ogólne zadowolenie z życia	M = 50,78; SD= 29,99	M = 43,48; SD= 21,19	M = 45,28; SD= 30,6	n.s
Pobyt w oddziale (1+2)	M = 77,83; SD= 18,49	M = 69,65; SD= 18,37	M = 75,35; SD= 25,36	n.s
Zdrowie (1+2)	M = 71,78; SD= 24,2	M = 61,88; SD= 18,6	M = 64,85; SD= 22,42	n.s
Autonomia (1+2)	M = 73,73; SD= 21,42	M = 42; SD= 29,64	M = 58,1; SD= 29,83	H = 21,54; p < 0,001(W < P)
Wynik ogólny	M = 64,77; SD= 14,3	M = 58,23; SD= 14,34	M = 63,14; SD= 16,93	n.s.

Nota: *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe



Wykres 24. *Ogólna satysfakcja z życia dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia*

Analiza wykazała, że grupy pacjentów różnią się między sobą postrzeganiem jakości życia w oddziale sądowym jedynie w podskalach dotyczących Autonomii. Średnie dla zmiennych przedstawiono na wykresie 25.



Wykres 25. Średnie i błędy pomiaru dla Autonomii 1, Autonomii 2 oraz sumy dla podskal autonomii

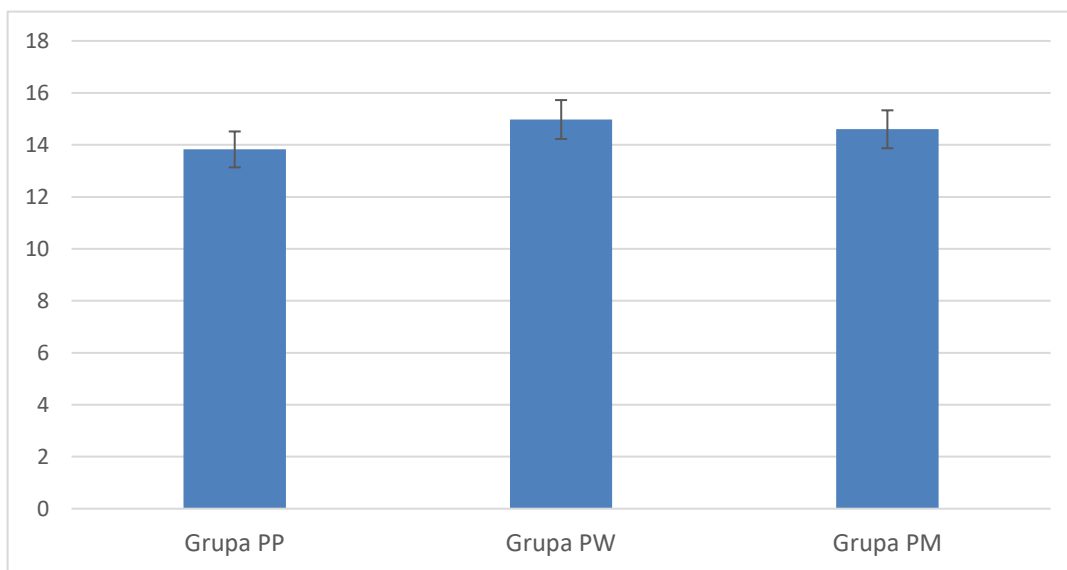
Pacjenci oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia postrzegali swoje życie w oddziale jako takie, które wykazuje najwyższy poziom autonomii w zestawieniu z pozostałymi oddziałami (poziom wzmocniony i maksymalny).

W zakresie Autonomii 1, czyli w zakresie poruszania się po oddziale pacjenci z oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia deklarowali istotnie mniejszą swobodę, w porównaniu z oddziałami o zabezpieczeniu podstawowym i maksymalnym. Również w podskali Autonomia 2 – odnoszącej się do podejmowania decyzji – pacjenci oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia wskazywali na mniejszą swobodę w tym zakresie w porównaniu do oddziałów z podstawowym zabezpieczeniem i najmniejszą z oddziałów wszystkich trzech poziomów zabezpieczenia.

4.2.3. Różnice w nasileniu odczuwanego stresu wśród pacjentów oddziałów sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia

Sprawdzono również, czy istnieją różnice w nasileniu odczuwanego stresu u pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia. Analiza testem H. Kruskala-Wallisa wykazała, że nie można wskazać

takich różnic ($H = 1,39$; $p = 0,500$). Średni poziom odczuwanego stresu w grupach pacjentów przebywających w różnych oddziałach przedstawiono na wykresie 26.

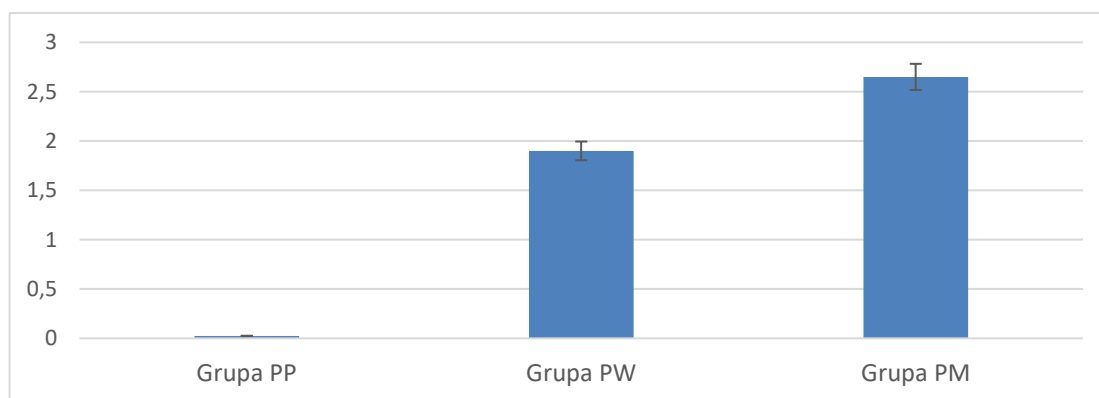


Wykres 26. Średni poziom stresu wraz z błędem pomiaru

4.2.4. Różnice w nasileniu zachowań agresywnych wśród pacjentów oddziałów sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia

Sprawdzono również, czy istnieją różnice w nasileniu agresji u pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia. Analiza testem H. Kruskala-Wallisa wykazała, że można wskazać takie różnice ($H = 9,58$; $p = 0,008$). Najwyższy poziom agresji zaobserwowano wśród pacjentów oddziałów o maksymalnym poziomie zabezpieczenia.

Średni poziom agresji w grupach pacjentów przebywających w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia przedstawiono na wykresie 27.



Wykres 27. Średni poziom agresji z błędem pomiaru

Dodatkowo sprawdzono także czy pacjenci, którzy przejawiali zachowania agresywne w oddziale charakteryzowali się wyższym poziomem psychopatologii (mierzonym skalą WHODAS). Analiza testem H. Kruskala-Wallisa wykazała, że można wskazać takie różnice ($H = 9,58$; $p = 0,008$) – tzn. pacjenci wykazujący zachowania agresywne w oddziałach psychiatrii sądowej charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem psychopatologii.

4.3. Wyniki badań predykcyjnych dotyczących potrzeb pacjentów oraz przejawiania zachowań agresywnych na podstawie analiz regresji

Kolejnym etapem analiz, jakkolwiek nie mających na celu *stricte* udzielenie odpowiedzi na zaprezentowane w części metodologicznej niniejszej pracy pytania badawcze, to jednak bezpośrednio związanych z dotychczasowymi wynikami i tematyką, stała się próba dokonania prognoz dotyczących zmiennych mogących mieć wpływ na ilość potrzeb prezentowanych przez pacjentów detencyjnych. Obejmowały one przeanalizowanie czynników klinicznych i socjodemograficznych, które mogą być predyktorami ilości zgłaszanych przez pacjentów potrzeb, potrzeb uznanych przez nich za spełnione oraz tych niespełnionych.

Dodatkowo, w dalszej kolejności, obliczono statystyki przewidujące występowanie wśród pacjentów sądowych zachowań agresywnych, w tym także autoagresywnych. Testowano model wyjaśniający występowanie tych zachowań na podstawie różnych zmiennych, w tym m. in. liczby potrzeb niespełnionych, mając na względzie osobiste przekonaniem autorki pracy, iż właściwy balans pomiędzy potrzebami pacjentów (spełnionymi i niespełnionymi) może eliminować przynajmniej część zachowań agresywnych w oddziale.

4.3.1. Analiza regresji dotycząca przewidywania liczby wykazywanych przez pacjentów sądowych potrzeb

W celu określenia czynników, które istotnie przewidują liczbę wykazywanych przez pacjentów potrzeb wykonano analizy przy użyciu regresji liniowej z uwzględnieniem następujących zmiennych: poziom psychopatologii, poziom stresu, poziom zabezpieczenia oddziału (grupa) oraz poziom satysfakcji z otrzymywanej od szpitala pomocy. Zastosowano model regresji krokowej i w 4 kroku uzyskano model,

który był dobrze dopasowany do danych $F(5,114) = 51,77$; $p < 0,001$. Wartość współczynnika R^2 wynoszący 0,63 wskazuje na to, że zmienne włączone do modelu przewidują 63% zmienności dla liczby wykazywanych potrzeb. Istotnymi predyktorami okazały się zmienne: poziom satysfakcji z otrzymanej od szpitala pomocy, poziom stresu, poziom zabezpieczenia oddziału (grupa) i poziom psychopatologii. Wartość współczynników standaryzowanych Beta (przedstawione w tabeli 30) wskazują na to, że u pacjentów liczba wykazywanych potrzeb była tym wyższa - im wyższą wartość miał każdy z predyktorów.

Tabela 30.

Model regresji przewidujący liczbę wykazywanych przez pacjentów potrzeb na podstawie zmiennych: poziom satysfakcji z otrzymywanej od szpitala pomocy, poziom stresu, poziom zabezpieczenia (grupa) oraz poziom psychopatologii

Predyktor	B	SE	Beta	t	p	R^2	F	p
(Stała)	-0,90	0,67		-1,35	0,181			
Satysfakcja z otrzymanej ze szpitala pomocy w spełnieniu określonych potrzeb	0,73	0,08	0,591	8,98	< 0,001	0,63	51,77	< 0,001
Poziom stresu (PSS10)	0,11	0,03	0,217	3,32	0,001			
Grupa/poziom zabezpieczenia	0,66	0,23	0,161	2,86	0,005			
Poziom funkcjonowania psychopatologii (WHODAS)	0,09	0,04	0,186	2,46	0,015			

Nota: Zmienna zależna: liczba wykazywanych potrzeb

Bezpośrednio po analizie regresji dotyczącej przewidywania liczby wykazywanych przez pacjentów potrzeb na podstawie zmiennych mierzonych za pomocą wybranych kwestionariuszy (CANFOR – satysfakcja z otrzymanej od szpitala pomocy, PSS-10 – poziom stresu, WHODAS – poziom psychopatologii) przystąpiono do dalszych analiz regresji dotyczących przewidywania potrzeb, z uwzględnieniem potrzeb spełnionych i niespełnionych, tym razem na podstawie wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych.

Wykonano analogiczne analizy do analiz regresji zaprezentowanych w artykule Oberndorfer i współpracowników (2022). Zbudowano trzy modele dot. liczby wykazywanych potrzeb, liczby potrzeb spełnionych i niespełnionych. Wszystkie modele okazały się dobrze dopasowane do danych oraz wyjaśniały od 43% do 45% wariancji. Wyniki regresji przedstawiono w Tabelach od 31 do 33.

Tabela 31.

Model regresji przewidujący liczbę wykazywanych potrzeb na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych

Predyktor	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>
(Stała)	6,52	1,77		3,67	<0,001			
Płeć	-1,79	0,76	-0,18	-2,36	0,020			
Doświadczenie zawodowe	-0,33	0,56	-0,05	-0,59	0,558			
Schizofrenia	-1,70	0,90	-0,21	-1,89	0,062			
Zaburzenia psychotyczne	-2,31	1,04	-0,27	-2,22	0,028			
Uzależnienie_tak_nie	1,62	0,57	0,22	2,82	0,006	0,45	9,69	<0,001
Próby samobójcze	0,44	0,51	0,06	0,86	0,392			
Czas leczenia psychiatrycznego	0,00	0,00	-0,02	-0,22	0,829			
Zabójstwo (typ czynu)	-0,30	0,49	-0,04	-0,61	0,540			
Wiek 1-szej wizyty u psychiatry	-0,03	0,02	-0,10	-1,17	0,243			
Czas pobytu w tut. oddziale	0,03	0,01	0,16	2,20	0,030			
Poziom psychopatologii	0,24	0,04	0,51	6,76	<0,001			

Anotacja. Zmienna zależna: liczba potrzeb

Analiza wykazała, że płeć i diagnoza mogą determinować liczbę potrzeb. Większą liczbę potrzeb może przewidywać płeć żeńska oraz brak zdiagnozowanych zaburzeń psychotycznych. Wzrost liczby potrzeb wiąże się także z występowaniem u pacjentów uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Ponadto zaobserwowano pozytywną zależność liczby potrzeb z czasem pobytu pacjentów w oddziale oraz poziomem ich objawów psychopatologicznych. Oznacza to, że dłuższa hospitalizacja i poważniejszy stan kliniczny pacjenta pozwala przewidywać większą liczbę wykazywanych przez niego potrzeb.

Tabela 32.

Model regresji przewidujący liczbę potrzeb spełnionych na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych

Predyktor	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>
(Stała)	0,93	1,43		0,65	0,517			
Płeć	-0,72	0,61	-0,11	-1,17	0,245			
Doświadczenie zawodowe	0,51	0,45	0,11	1,13	0,259			
Schizofrenia	-0,08	0,73	-0,01	-0,11	0,912			
Zaburzenia psychotyczne	-0,80	0,84	-0,14	-0,96	0,341			
Uzależnienie_tak_nie	1,78	0,46	0,35	3,83	<0,001	0,45	9,69	<0,001
Próby samobójcze	0,56	0,41	0,12	1,36	0,178			
Czas leczenia psychiatrycznego	0,00	0,00	0,06	0,57	0,568			
Zabójstwo (typ czynu)	0,32	0,39	0,07	0,80	0,423			
Wiek 1-szej wizyty u psychiatry	0,00	0,02	0,00	-0,01	0,994			
Czas pobytu w tut. oddziale	0,01	0,01	0,13	1,49	0,138			
Poziom psychopatologii	0,09	0,03	0,29	3,23	0,002			

Adnotacja. Zmienna zależna: liczba potrzeb spełnionych

Analiza regresji wykazała, że wzrost ilości objawów psychopatologicznych oraz występowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (diagnozy) u pacjentów sądowych mogą przewidywać wzrost liczby potrzeb ocenianych przez nich samych jako spełnione.

Tabela 33.

Model regresji przewidujący liczbę potrzeb niespełnionych na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych

Predyktor	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>
(Stała)	5,58	1,23		4,53	<0,001			
Płeć	-1,08	0,53	-0,17	-2,03	0,045			
Doświadczenie zawodowe	-0,84	0,39	-0,18	-2,16	0,033			
Schizofrenia	-1,62	0,62	-0,31	-2,59	0,011			
Zaburzenia psychotyczne	-1,51	0,72	-0,27	-2,09	0,039			
Uzależnienie_tak_nie	-0,16	0,40	-0,03	-0,39	0,697	0,43	7,55	<0,001
Próby samobójcze	-0,12	0,35	-0,03	-0,34	0,734			
Czas leczenia psychiatrycznego	0,00	0,00	-0,09	-0,98	0,330			
Zabójstwo (typ czynu)	-0,61	0,34	-0,14	-1,82	0,072			
Wiek 1-szej wizyty u psychiatry	-0,03	0,02	-0,16	-1,68	0,096			
Czas pobytu w tut. oddziale	0,01	0,01	0,11	1,43	0,155			
Poziom psychopatologii	0,15	0,02	0,48	5,98	<0,001			

Adnotacja. Zmienna zależna: liczba potrzeb niespełnionych

Analiza ostatniego modelu regresji przewidującego liczbę potrzeb niespełnionych zgłaszanych przez pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych wykazała, że płeć ma znaczenie predykcyjne, tj. kobiety będą prezentować większą liczbę potrzeb niespełnionych, niż mężczyźni.

Ponadto większą liczbę potrzeb niespełnionych można przewidywać u pacjentów u których nie zdiagnozowano schizofrenii ani innych zaburzeń psychotycznych oraz u chorych, którzy w swojej karierze i doświadczeniu zawodowym osiągnęli status wykwalifikowanych pracowników, w porównaniu do tych, którzy nie zdobyli żadnych profesjonalnych kwalifikacji.

Analizy wykazały także, że wzrost liczby potrzeb ocenianych przez pacjentów jako niezaspokojone wiąże się także z większym nasileniem u nich objawów psychopatologicznych.

4.3.2. Analiza regresji dotycząca przewidywania zachowań agresywnych wśród pacjentów detencyjnych

W kolejnym kroku wykonano analizę regresji logistycznej przewidującej występowanie wśród pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej zachowań agresywnych, w tym także autoagresywnych. W modelu zastosowano podejście selekcji postępującej Walda. Końcowy model otrzymano w kroku 2 i okazał się on dobrze dopasowany do danych. Wyniki analiz przedstawiono w Tabeli 34 i 35.

Tabela 34.

Wynik analizy regresji logistycznej testującej model wyjaśniający występowanie zachowań agresywnych na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych

Predyktory	B	SE	Wald	p	Exp(B)	$\chi^2(8)$	p	R ² Nagelkerkego
Krok 1								
Wiek	-0,04	0,02	5,58	0,018	0,96	6,28	0,012	0,07
Stała	1,28	0,68	3,53	0,060	3,60			
Krok 2								
Wiek	-0,05	0,02	6,30	0,012	0,96	12,04	0,002	0,13
Zaburzenia osobowości	1,25	0,54	5,38	0,020	3,49			
Stała	1,23	0,70	3,10	0,079	3,42			

Predyktory niewłączone do modelu znajdują się w tabeli 35.

Tabela 35.

Predyktory niewłączone do modelu w kroku 2

Krok 2		Ocena	Istotność
	Niespełnione potrzeby	0,630	0,427
	Uzależnienie_tak_nie	3,322	0,345
	Uzależnienie (1)	0,182	0,670
	Uzależnienie (2)	2,627	0,105
	Uzależnienie (3)	1,133	0,287
	Schizofrenia (1)	0,352	0,553
	Zaburzenia psychiatryczne (1)	2,114	0,146

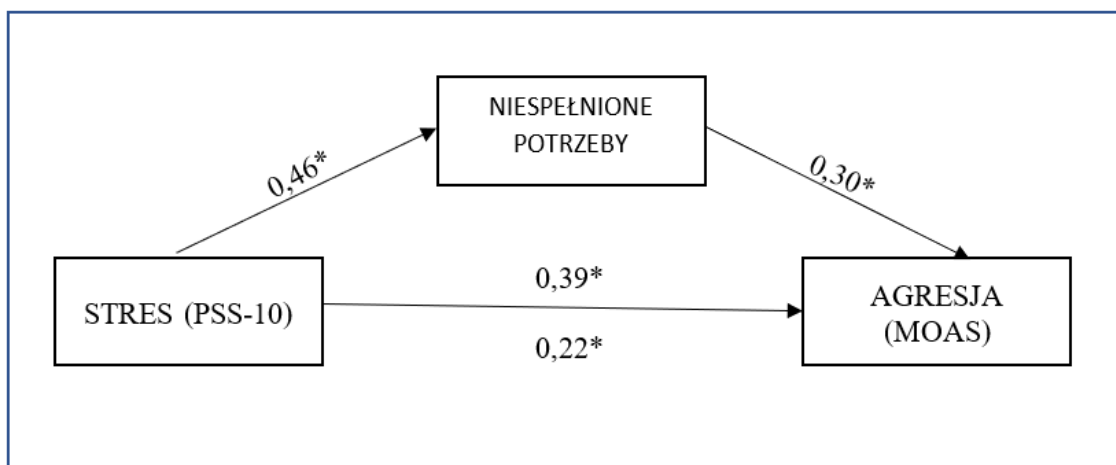
Na podstawie analizy wyników można stwierdzić, że występowanie zachowań agresywnych wśród pacjentów psychiatrii sądowej mogą być przewidywane na podstawie zmiennej wieku oraz zaburzeń osobowości. Diagnoza zaburzeń osobowości jest pozytywnie powiązana z występowaniem zachowań agresywnych, natomiast wiek wykazuje zależność ujemną. Oznacza to, że im młodszy wiek pacjenta, tym bardziej może on być skłonny do przejawiania zachowań agresywnych w oddziale sądowym.

4.4. Analiza mediacji

W celu odpowiedzi na pytanie o pośredniczącą rolę zmiennej określającej liczbę potrzeb niespełnionych na relację między poziomem stresu (PSS-10) a poziomem agresji (MOAS) przeprowadzono analizę mediacji, uzupełnioną wynikiem testu Goodmana. Była ona przeprowadzona w trzech krokach zgodnie z podejściem zaproponowanym przez Barona i Kenny'ego (Baron, Kenny, 1986).

W pierwszym kroku potwierdzono bezpośrednią zależność dla stresu i poziomu agresji. Model okazał się dobrze dopasowany do danych i wskazywał, że im wyższy poziom stresu tym wyższy poziom agresji ($\beta = 0,39$; $p < 0,001$). W drugim - testowano relacje między zmienną niezależną określającą poziom stresu a mediatorem określającym liczbę potrzeb niespełnionych. Relacja okazała się istotna ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), a model dobrze dopasowany do danych. W trzecim kroku uwzględniono w modelu jednocześnie mediatora i zmienną niezależną. Rola zmiennej niezależnej zmalała ($\beta =$

0,22; $p = 0,019$). Mediator był również powiązany ze zmienną zależną ($\beta = 0,30$; $p = 0,002$). Zestawienie uzyskanych współczynników beta prezentuje rysunek 16. Wynik wskazujący na mediację niecałkowitą został potwierdzony przy użyciu testu Sobela, który okazał się istotny statystycznie ($Z = 2,78$; $p = 0,005$).



Rysunek 16. Analiza mediacji: stres jako predyktor, niespełnione potrzeby jako mediator i natężenie agresji jako zmienna objaśniana.

ROZDZIAŁ V

OMÓWIENIE I INTERPRETACJA WYNIKÓW

5.1. Analiza wyników w świetle sformułowanych pytań badawczych, praktyki klinicznej, systemu prawnego oraz literatury przedmiotu

Dla zachowania przejrzystości i spójności pracy, wyniki przeprowadzonych badań eksploracyjnych poddano omówieniu oraz dyskusji kolejno w odniesieniu do każdego z pytań badawczych (P1-P11) sformułowanych w rozdziale III niniejszej pracy. Szczegółowe pytania (oznaczone kolejnymi literami alfabetu) w ramach ogólnych pytań badawczych zostały omówione łącznie, gdyż dopiero ich całościowa i kompleksowa analiza pozwala na przedstawienie pełnego obrazu problemu, objętego pytaniem badawczym. Pytania P1-P7 dotyczą całej grupy 120 pacjentów detencyjnych, natomiast P8-P11 obejmują porównania trzech grup pacjentów przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia.

5.1.1. Potrzeby pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej

P1 – Czy pobyt w warunkach detencji psychiatrycznej wpływa na liczbę, rodzaj, poczucie spełnienia bądź niespełnienia potrzeb oraz na satysfakcję pacjentów z otrzymywanej pomocy w ich zaspokojeniu?

a) Jaka jest średnia liczba potrzeb wykazywanych przez pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej, ile potrzeb jest według nich spełnionych, a ile zdeprywowanych

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że pacjenci przebywający w oddziałach psychiatrii sądowej wykazywali średnio 5,83 potrzeb (SD=3,37), w tym 3,67 (SD=2,30) klasyfikowali jako spełnione, natomiast 2,16 (SD=2,21) uznawali jako niespełnione. Zestawiając te wyniki, z jedynymi wcześniej zrealizowanymi polskimi badaniami potrzeb w populacji sądowej (Trizna i Adamowski, 2016), stwierdzić należy, że liczby potrzeb spełnionych oraz niespełnionych w badaniach własnych nie odbiegają znacząco od wyników badań poprzedników (gdzie te są nieznacznie niższe). Porównanie wyników obu badań należy jednak czynić z wielką ostrożnością, gdyż mimo, że w obu -

badaną grupę stanowili pacjenci oddziałów sądowych, to podczas gdy badania własne obejmowały kilkanaście oddziałów sądowych i we wszystkich trzech poziomach zabezpieczenia, to badania Trizny i Adamowskiego (2016) dotyczyły pacjentów tylko jednego szpitala i jedynie oddziałów o zabezpieczeniu podstawowym i wzmocnionym.

Mimo opisywanych w literaturze (Chow i Priebe, 2016; Dressing i Salize, 2004; Salize i Dressing, 2007; Tomlin i in., 2018) różnic dotyczących struktury, warunków organizacyjnych i prawnych oddziałów sądowych w różnych krajach europejskich, które często determinują stan realizacji potrzeb pacjentów, poczucie uczestników prezentowanego badania dotyczące ogólnie potrzeb i stanu ich zaspokojenia - również nie odbiegało od wyników badań przeprowadzonych za granicą. Oberndorfer i współpracownicy (2022) podają, że w międzynarodowym badaniu realizowanym w ramach grantu EU-VIORMED „European Study on Risk Factors for Violence in Mental Disorder and Forensic Care” obejmującym 221 pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej z Austrii, Niemiec, Włoch, Anglii i Polski, badanych przy pomocy tego samego kwestionariusza do pomiaru potrzeb w oddziałach sądowych (CANFOR) – średnia liczba wykazywanych potrzeb wynosiła 6,24 (SD=3,69), a więc nieznacznie więcej niż w przypadku pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej w Polsce, przy czym także proporcja pomiędzy potrzebami uznanymi przez pacjentów zagranicznych za spełnione (3,74; SD=2,10), a tymi które kwalifikowali jako niezrealizowane (2,51;SD=2,69) była zbliżona do wyników badań rodzimych (PL 3,67 – spełnione; 2,16 - niespełnione) (Oberndorfer i in., 2022). W przytoczonym europejskim badaniu zaskakuje jedynie wynik angielski, w którym pacjenci tamtejszych oddziałów psychiatrii sądowej zgłosili najwięcej potrzeb spośród wszystkich przebadanych chorych, a ich średnia (10,5; SD=3,58) była niemalże dwukrotnie wyższa niż średnia zgłaszanych potrzeb pacjentów detencyjnych w Polsce. To samo dotyczy potrzeb uznanych przez pacjentów brytyjskich za niespełnione. Ich średnia była również najwyższa wśród grup pacjentów ze wszystkich pięciu krajów. Mając na względzie powyższe wyniki i powszechnie funkcjonujący pogląd o wysokim stopniu restrykcyjności angielskich oddziałów detencyjnych, być może we wzmożonym rygorze należałoby upatrywać źródeł większej niż przeciętne średniej europejskiej liczby wykazywanych oraz niespełnionych potrzeb pacjentów w Anglii.

Reasumując, wyniki badań własnych dotyczące tej zmiennej (liczby zgłaszanych potrzeby w oddziałach sądowych) mieszczą się w przedziale opisywanym także w innych badaniach europejskich, które wskazują na 3,4 (Trizna i Adamowski, 2016) do 23,1

potrzeb (Long, Dolley i Hollin, 2015), przeciętnie zaś w większości badań - pomiędzy 6 a 12 (Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Harty i in., 2004; Long i in., 2008; Thomas i in., 2004; Segal i in., 2010; Talina i in., 2013; Vorstenbosch i Castelletti, 2020). Pomimo tego, że badania własne obejmowały grupę polskich pacjentów wyłącznie sądowych, a nie dodatkowo ogólnopsychiatrycznych, co nie pozwala na porównanie dwóch grup – to jednak warto wspomnieć, że przeprowadzone na świecie badania pokazały, że pacjenci sądowi mieli znacznie więcej potrzeb w porównaniu z pacjentami ogólnopsychiatrycznymi (Harty i in., 2003, 2004), w tym także więcej tych niezaspokojonych. Brak realizacji potrzeb pacjentów detencyjnych dotyczył głównie obszarów leczenia objawów psychotycznych i stresu psychologicznego, a także potrzeb z zakresu zarządzania finansami, codziennej aktywności i życia społecznego, w porównaniu z chorymi z oddziałów ogólnopsychiatrycznych (Harty i in., 2004).

Analizując poczucie spełnienia potrzeb pacjentów w oddziałach sądowych, wyniki badań własnych są także podobne do wyników prezentowanych w innych pracach (także pozaeuropejskich), z których wynika, iż więcej potrzeb pacjenci uznają za spełnione aniżeli za niespełnione (Adams, Thomas, Mackinnon i Eggleton, 2018; Thomas i in., 2004; Oberndorfer i in., 2022; O'Dwyer i in., 2011). W niektórych tylko badaniach zaraportowano, że pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej więcej swoich potrzeb opisywali jako te, które nie były realizowane (Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Talina i in., 2013). Warto dodać, że spora liczba prac (m. in. Castelletti i in., 2015; Escuder Romeva, 2010; Talina i in., 2013; Oberndorfer i in., 2022; Segal i in., 2010; Vorstenbosch i Castelletti, 2020) dotycząca potrzeb pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej prezentuje dane zebrane nie tylko od samych chorych, ale także od personelu, a następnie te dwie perspektywy są porównywane. Jakkolwiek ten sposób analizy wydaje się niezwykle interesujący, to w badaniach własnych skupiono się wyłącznie na odczuciach prezentowanych przez samych chorych. Przyjęto bowiem założenie, że subiektywne przeżycia pacjentów stanowią najcenniejsze ze wszystkich źródła informacji o nich samych.

- b) Jakie potrzeby wykazują pacjenci sądowo-psychiatryczni realizujący izolacyjno-leczniczy środek zabezpieczający?*
- c) Które spośród odczuwanych potrzeb pacjenci uznają za spełnione, a które za niespełnione?*

Zdecydowanie bardziej niż ilość potrzeb (spełnionych bądź niespełnionych) zgłaszanych przez pacjentów detencyjnych - interesujące są ich rodzaje. W analizowanych badaniach własnych, na czoło wysuwają się zgłaszane przez pacjentów potrzeby związane z samym leczeniem i radzeniem sobie z objawami psychotycznymi. Ponad 90% potrzeb z zakresu problemów związanych z objawami psychotycznymi oraz niespełna 85-95% potrzeb dotyczących leczenia uzależnień, pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej uznali za spełnione (zarówno dzięki pomocy instytucjonalnej, jak i nieformalnej - rodzinnej). Pacjenci w większości czuli się usatysfakcjonowani poziomem otrzymywanej od personelu informacji o stanie swojego zdrowia i leczenia (79%), także poziomem pomocy w zakresie załatwiania indywidualnych spraw dotyczących zasiłków i rent, jak również względnie zadowoleni byli z warunków materialnych i żywieniowych w oddziale (73-74% ich potrzeb z tego zakresu uznali za zaspokojone). Około 1/3 chorych wykazywała potrzebę większej swobody kontaktów telefonicznych w oddziale, jak również nie była zadowolona ze sposobu i częstości realizacji kontaktów społecznych (¼ potrzeb z tego zakresu pacjenci uznali za niespełnione). Wyniki te nie dziwią, gdyż pacjenci w oddziałach psychiatrii sądowej, w praktyce, mają dość ograniczony kontakt z otoczeniem. W większości oddziałów psychiatrii sądowej odwiedziny rodzin i bliskich odbywają się jedynie w wyznaczonych dniach i godzinach (zgodnie z regulaminami wewnętrznymi placówek) i są rzadkie (m in. dlatego, że pacjent często przebywa w ośrodku sądowym oddalonym od środowiska rodzinnego nawet o kilkaset kilometrów, choć prawo stanowi, iż powinien być umieszczony jak najbliżej swego miejsca zamieszkania). Ponadto, jak wynika ze statystyk (Parnowska, 2014), ofiarami czynów kryminalnych dokonanych przez pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej w przeważającej mierze są członkowie rodziny i z tego powodu więzi z bliskimi są często zaburzone i trudne do odbudowania.

Spośród potrzeb, które w odczuciu pacjentów objętych badaniami własnymi były w najmniejszym stopniu zaspokojone, wymienić należy potrzeby seksualne i potrzeby bliskich relacji (ponad 70% potrzeb z tego zakresu zostało uznane za niezaspokojone). Pacjenci sądowi narzekali również na brak możliwości spełnienia się w opiece nad dziećmi w roli rodzica. Niezaspokojenie tej ostatniej potrzeby również nie dziwi, gdyż pacjenci sądowi pozostają w izolacji szpitalnej z dala od rodziny przez wiele lat. Praktyka pokazuje, że odwiedziny dzieci w oddziałach detencyjnych w Polsce raczej należą do rzadkości, natomiast możliwość czasowego opuszczenia oddziału sądowego pod opieką członka rodziny, tj. wyjścia na tzw. „przepustkę” występuje zgodnie z art. 204d Kodeksu

karnego wykonawczego (tekst jedn. Dz. U. z 2021, poz. 53 z późn. zm.) jedynie w czasie przebywania w oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia. „Przepustki” w oddziałach o wzmocnionym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia nie są przewidziane prawem, co *de facto* oznacza ich zakaz.

Chcąc usystematyzować i uogólnić wnioski, dające odpowiedź na pierwsze, dość szerokie, pytanie badawcze dotyczące ilości, rodzaju, kwestii spełnienia i niespełnienia potrzeb pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej, wszystkie zgłaszane przez pacjentów potrzeby, wyszczególnione w kwestionariuszu CANFOR, zostały pogrupowane w sześć kategorii: 1) potrzeby podstawowe; 2) potrzeby społeczne; 3) potrzeby dotyczące obszaru codziennego funkcjonowania; 4) potrzeby zdrowotne; 5) potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej i socjalnej oraz 6) leczenia i zachowań kryminalnych.

Z tak pogrupowanych danych wynika, że najczęściej wykazywanymi spełnionymi potrzebami pacjentów detencyjnych objętych badaniem własnym okazały się potrzeby zdrowotne. Zaliczono do nich potrzeby z następujących zakresów: zdrowia fizycznego, objawów psychotycznych, poczucia bezpieczeństwa własnego i innych, stresu psychologicznego, uzależnienia, farmakoterapii oraz potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej i socjalnej, obejmujące m. in. potrzeby dostępu do informacji o stanie zdrowia i leczeniu, dostępu do telefonu, transportu, pieniędzy, zasiłków, itp. Najczęściej, natomiast, zgłaszanymi przez pacjentów sądowych potrzebami niespełnionymi - były potrzeby społeczne (65 pacjentów). W ich zakres wchodziły przede wszystkim: potrzeba kontaktów z innymi ludźmi, potrzeba bliskiej relacji i potrzeby seksualne.

Co ciekawe, wyniki badań z 2020 r. przeprowadzonych w grupie pacjentów włoskich REMS-ów (ośrodki sądowe we Włoszech) w zakresie niespełnionych potrzeb były niemalże identyczne z prezentowanymi tutaj wynikami polskimi (Vorstenbosch i Castelletti, 2020). Tamtejsi pacjenci, analogicznie, największe niezadowolenie i niespełnienie potrzeb odczuwali w obszarach realizacji kontaktów społecznych i bliskich relacji, co bardzo podobnie zostało ocenione także w badaniach australijskich (Segal i in., 2010). We wspomnianych badaniach włoskich pacjenci nie wskazali jednak, tak licznie jak pacjenci polscy, na brak spełnienia potrzeb seksualnych, a zamiast nich opisali niezaspokojone potrzeby z zakresu środków pomocy socjalnej (rent, zasiłków itp.), które to w warunkach polskich uznawane były za realizowane należycie (i to aż w 73%). Warto także dodać, że w innych badaniach (Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Segal i in., 2010; Thomas i in., 2008), w których porównywano stanowiska pacjentów

sądowych i personelu, to właśnie oceny potrzeb dotyczące relacji intymnych i ekspresji seksualnych były najbardziej rozbieżne. Pacjenci częściej oceniali te sfery jako niezaspokojone, natomiast personel rzadziej uznawał je za obszary problemowe (Jacques i in., 2010).

- d) Czy pacjenci przebywający w oddziałach sądowych mogą w zaspokajaniu swoich potrzeb bardziej liczyć na pomoc szpitala (instytucji społecznych) czy raczej rodziny i przyjaciół?*
- e) Jakie są oczekiwania pacjentów detencyjnych w zaspokojeniu ich potrzeb względem szpitala w którym przebywają? Czy poziom otrzymanej pomocy od szpitala w realizacji potrzeb pacjentów był wedle ich oceny wystarczający?*

Powszechnie wiadomo, że pacjenci w oddziałach psychiatrii sądowej, z powodu rozmaitych objawów zaburzeń psychicznych, przejawiają poważne problemy w funkcjonowaniu i nie zawsze są w stanie zaspakajać swoje życiowe potrzeby. W większości potrzebują oni pomocy, zarówno od rodziny i bliskich, jak i od szpitala oraz różnych instytucji społecznych. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że pomoc, jaką otrzymali pacjenci detencyjni w trakcie leczenia od szpitala i różnych instytucji (pomoc formalna) była istotnie większa od pomocy, której udzielały pacjentowi rodzina, bliscy czy przyjaciele. Niemniej jednak, dalsze badania wykazały, że pomoc oraz opieka szpitalna i instytucjonalna były niewystarczające i nie mogły zrealizować wszystkich potrzeb pacjentów (poziom potrzebnej, czyli oczekiwanej pomocy ze strony szpitala był wyższy, aniżeli ten rzeczywisty - udzielany przez szpital). Pacjenci dostali zatem mniej pomocy w realizacji swoich potrzeb, niż oczekiwali.

Powstaje zatem pytanie: czy w sytuacji braku zaspokojenia niektórych potrzeb możliwe jest efektywne leczenie psychiatryczne? Czy postępowanie psychoterapeutyczne w takich warunkach ma szansę zakończyć się powodzeniem? Próby refleksji na temat roli niespełnionych potrzeb i nasilenia objawów psychopatologicznych w powodzeniu terapii oraz redukcji zachowań agresywnych, podejmowane będą przy okazji dyskusji dalszych odrębnych pytań badawczych.

P2 - Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów, a poziomem ich satysfakcji z pomocy otrzymanej od szpitala w realizowaniu swoich potrzeb? Czy pacjenci są zadowoleni z otrzymanej pomocy?

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że istnieje umiarkowana pozytywna zależność poziomu funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów oddziałów sądowych z liczbą wykazywanych przez nich potrzeb. Oznacza to, że im stan psychiczny pacjenta jest poważniejszy i wykazuje on więcej symptomów chorobowych (wyższy poziom psychopatologii) – tym liczba opisywanych przez niego potrzeb, zarówno odczuwanych jako spełnione, jak i niespełnione - jest większa.

Analizując poczucie satysfakcji z otrzymanej pomocy w realizacji osobistych potrzeb pacjentów, pozostających na różnym poziomie funkcjonowania chorobowego, okazało się, że zaobserwowano również umiarkowaną (w kierunku do silnej) pozytywną korelację poziomu ich psychopatologii z ich własnym poczuciem satysfakcji z pomocy, jakiej udzielił im szpital. Uwzględniając fakt, że poziom pomocy szpitalnej nie był w ocenie badanych pacjentów wystarczający (co wynika z odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze), a w miarę wzrostu ilości i jakości objawów chorobowych, satysfakcja pacjentów z pomocy udzielanej im przez szpital rosła – wnioskować można, że pacjenci odpowiadający na zadane pytania kwestionariuszowe mogli czasami być mało krytyczni w stosunku do swojej sytuacji życiowej. Stwierdzenie to, jakkolwiek mogące stanowić zarzut, że wyniki niniejszych badań nie są miarodajne, należy uwzględnić we wszystkich dalszych analizach. Podkreślić należy, że interpretacji danych w przypadku badań z udziałem osób chorych psychicznie zawsze należy dokonywać niezwykle ostrożnie, na co zwrócili uwagę już wcześniej inni naukowcy (Drat-Ruszczak, 1995; Kuperberg i Hackers, 2000; Majkovicz i Zdun-Ryżewska, 2009; Mosiołek, 2015). Nie oznacza to jednak, że wyniki takich badań nie nadają się do interpretacji. Wręcz przeciwnie, dają one niezwykle ciekawy obraz emocji i uczuć osób chorych, wartościowania i postrzegania świata w którym żyją, a także ich indywidualnego odbioru przez pryzmat osobliwych wewnętrznych przeżyć.

P3 - Czy istnieje zależność pomiędzy czasem przebywania w izolacji a poczuciem spełnienia bądź niespełnienia potrzeb oraz liczbą wykazywanych przez pacjentów potrzeb?

Odpowiedź na pytanie czy istnieje zależność pomiędzy czasem przebywania w zamkniętym ośrodku detencyjnym a liczbą wykazywanych potrzeb, a także poczuciem ich spełnienia bądź nie - może wydawać się nieco zaskakująca, a przynajmniej jej część. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały bowiem, że długość detencji psychiatrycznej jest, co prawda słabo, ale istotnie, związana z liczbą wykazywanych potrzeb oraz z liczbą potrzeb spełnionych. Związek ten jest przewidywalny, trudnym natomiast do wytłumaczenia jest fakt, iż jest to korelacja pozytywna. Oznacza to, że im dłużej pacjent przebywa w izolacji, tym liczba jego potrzeb rośnie, a co najważniejsze rośnie także liczba potrzeb w jego odczuciu spełnionych.

Pomimo, że brak jest w literaturze publikacji konkretnie na temat zależności pomiędzy czasem przebywania chorych w oddziałach psychiatrii sądowej a liczbą wykazywanych przez nich potrzeb, to jednak obserwacja funkcjonowania pacjentów „długoterminowych” w praktyce klinicznej, pozwala na dokonanie pewnych uogólnień. Zwiększanie się potrzeb pacjentów wraz ze wzrostem czasu przebywania przez nich w izolacji mogą też częściowo uzasadniać wnioski z badań dotyczących charakterystyki pacjentów „długoterminowych”. Analizując jakie cechy posiada pacjent, który wymaga długiego leczenia i izolacji oraz jakie problemy rodzą się wraz z przedłużającą się hospitalizacją, pośrednio można także spróbować wytłumaczyć dlaczego wraz ze wzrostem czasu pobytu pacjenta w oddziale rośnie także liczba jego potrzeb.

Wedle większości badań (Andreasson i in. 2014; Davoren i in., 2015; Eckert, Schel, Kennedy i Bulten, 2017; O'Neill i in., 2003) wydłużenie czasu detencji psychiatrycznej wiąże się z rozpoznaniem psychozy, a przede wszystkim z występowaniem żywych oraz przewlekłych objawów wytwórczych, a także w konsekwencji ze stosowaniem politerapii lekami przeciwpsychotycznymi (Gosek i in., 2021). Ponadto pacjentów „długoterminowych” w oddziałach psychiatrii sądowej charakteryzuje długi czas trwania choroby, również przed umieszczeniem na detencji oraz przewlekłość procesu leczenia (Gosek i in., 2021). Z obserwacji klinicznej wynika także, że pacjenci, którzy przebywają na detencji przez wiele lat (zdarza się, że czasem kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt) są także starsi wiekiem, ale też często obciążeni chorobami somatycznymi. Przypuszczać można zatem, że wraz z wydłużającym się czasem detencji, a co za tym idzie, z postępującym wiekiem pacjentów, procesem

starzenia się, występującymi efektami ubocznymi politerapii i stosowania niektórych leków psychotropowych - logicznie rośnie liczba potrzeb podstawowych - w zakresie codziennego funkcjonowania oraz leczenia. Ponadto długotrwała izolacja powoduje, że narastają także wśród pacjentów potrzeby społeczne oraz te z obszaru opieki zdrowotnej i socjalnej.

Trudno natomiast wytłumaczyć wniosek z badań własnych, iż wraz ze zwiększeniem czasu przebywania na detencji rośnie poczucie spełnienia potrzeb (ilość potrzeb spełnionych). Mając na uwadze fakt, iż ocenie nie podlega tutaj obiektywny fakt zaspokojenia potrzeb i poziom realizacji usług zdrowotnych przez konkretny podmiot leczniczy, a jedynie stosunek psychiczny pacjenta do faktu spełnienia bądź niespełnienia jego potrzeb, obserwacja kliniczna pacjentów pozwala sądzić, że fakt ten jest spowodowany niczym innym, jak tylko adaptacją do warunków szpitala psychiatrycznego, pogodzeniem się z sytuacją izolacji oraz przystosowaniem się do realiów życia szpitalnego. Ta hipotetyczna koncepcja, wysnuta jedynie na podstawie własnej obserwacji, wymaga jednak dalszych badań.

5.1.2. Jakość życia pacjentów sądowo-psychiatrycznych

P4 - Jak pacjenci sądowo-psychiatryczni postrzegają swoją jakość życia w trakcie realizacji izolacyjnego środka zabezpieczającego? Spełnienie których potrzeb warunkuje poczucie lepszej jakości życia?

Analiza badań własnych wykazała, że pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej prezentowali przeciętny ogólny poziom satysfakcji ze swojego życia ($M=62,05$; $SD=15,37$). Wynik ten jest zbliżony z rezultatami badań przeprowadzonymi w grupie włoskich pacjentów sądowych, gdzie średnia odczuwanej przez nich jakości życia wynosiła $63,9$; $SD=16,7$ (Vorstenbosch i Castelletti, 2020). Ten wynik zagraniczny przywołano, ponieważ do badań jakości życia tamtejszych pacjentów użyto tego samego kwestionariusza FQL-SV (Schel i in., 2016), co do badań własnych, jak również przebadana grupa włoska odpowiadała diagnostycznie i socjodemograficznie badanej grupie polskich pacjentów detencyjnych. Zbliżone wyniki subiektywnie odczuwanego poziomu jakości życia oraz fakt, że włoski system organizacyjny psychiatrii sądowej jest odmienny od polskiego (REMS-y nie są „klasycznymi” oddziałami szpitalnymi, ale małymi ośrodkami/domami opieki sądowej) pozwalają wnioskować, że nie tylko

otoczenie, warunki lokalowe i bytowe wpływają na postrzeganie jakości życia przez pacjentów sądowych, jak by się to powszechnie mogło wydawać, ale w dużej mierze decydują o tym także inne zmienne.

W badaniach własnych oceniono także w jakich obszarach i w jakiej mierze pacjenci odczuwają satysfakcję ze swojego życia. Spośród różnych aspektów jakości życia, najwyższy stopień zadowolenia pacjenci łączyli z poczuciem bezpieczeństwa w oddziale, oferowanym sposobem leczenia, a także dostępnością i gotowością personelu do pomocy w sytuacjach trudnych i kryzysowych. Te trzy sfery także stanowiły najwyższej oceniane obszary jakości życia we wspomnianych już wcześniej badaniach włoskich (Vorstenbosch i Castelletti, 2020), choć przyjęły tam inną kolejność (tj. 1- dostępność personelu, 2- poczucie bezpieczeństwa, 3- leczenie zaburzeń psychicznych). Ponadto powyżej średniej oceny w badanej grupie polskich pacjentów detencyjnych znalazły się także: możliwość samostanowienia o sobie oraz warunki sanitarne i higieniczne w oddziale.

Najmniejsze zadowolenie, identycznie jak pacjenci włoscy (Vorstenbosch i Castelletti, 2020), chorzy wykazywali w sferze seksualności (brak możliwości zaspokojenia potrzeb seksualnych). Dodatkowo polscy pacjenci oddziałów detencyjnych skarżyli się na słabą dostępność do „przepustek”. Zaznaczyć należy, że możliwość czasowego przebywania poza oddziałem (z wyłączeniem pobytu w innych placówkach leczniczych, wynikającego z udzielania świadczeń zdrowotnych w sferze chorób somatycznych i warunkowanego zgodą sądu) posiadają, zgodnie z polskimi przepisami kodeksu karnego wykonawczego, jedynie pacjenci oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia (art. 204d kkw, tekst jedn. Dz. U. z 2021, poz. 53). Również obszar obejmujący całościowe, ogólne zadowolenie z życia w konkretnym oddziale detencyjnym został oceniony przez badanych polskich pacjentów poniżej średniej ($M=46,51$; $SD=27,54$).

Omawiając postrzeganą przez pacjentów detencyjnych jakość życia, nie sposób nie odnieść się do wyników jeszcze jednej zmiennej kwestionariusza FQL-SV, która, choć nie stanowi *stricte* wskaźnika jej oceny, to jednak jest niezwykle istotna z punktu widzenia postaw pacjentów w stosunku do aktualnej sytuacji, w której się znajdują. Chodzi o zmienną ‘Akceptacja pobytu’ w oddziale psychiatrii sądowej, czyli w warunkach izolacji. Zaskoczeniem jest dość wysoki wynik ($M=73,58$; $SD=30,86$), znów niemalże identyczny z poziomem tej zmiennej uzyskanym w badaniach pacjentów włoskich ($M=70,40$; $SD=34,8$). Oba wyniki świadczą jednoznacznie o akceptacji pobytu,

warunków i leczenia w ramach środka zabezpieczającego realizowanego w systemie izolacyjnym. Odnosząc to do wyniku mieszczącego się w przedziale poniżej średniej w zakresie ogólnie postrzeganej przez pacjentów jakości i zadowolenia z życia w placówce detencyjnej - wnioskować można, że istnieje tu pewien dysonans – duża akceptacja sytuacji, która nie jest postrzegana do końca jako satysfakcjonująca. Zakres skutków dla psychiki chorych, jakie może wywierać w takiej sytuacji przebywanie na detencji przez wiele lat, wymaga dalszych pogłębionych badań – analogicznych do badań osadzonych w zakładach karnych, którzy często dość pretensjonalnie podchodzą do swojego życia w izolacji więziennej. Interesujące także mogłoby okazać się porównanie pacjentów umieszczonych w oddziałach sądowych oraz więźniów umieszczonych w zakładach karnych pod kątem przeżywania tej sytuacji trudnej (niesatysfakcjonującej) oraz strategii raczenia sobie z nią uwzględniając czas przebywania w izolacji.

5.1.3. Zróżnicowanie potrzeb oraz postrzeganej jakości życia a poziom zabezpieczenia oddziałów psychiatrii sądowej

Kolejne pytania badawcze dotyczą analogicznych (jak powyżej) problemów realizacji potrzeb oraz jakości życia pacjentów sądowych, z tym, że analizie porównawczej podlegać będą aktualnie trzy grupy pacjentów – podzielonych wedle kryterium stopnia zabezpieczenia oddziałów, w jakich przebywają. Zanim jednak zostaną omówione dalsze wyniki badań własnych w odniesieniu do trzech różnych badanych grup, warto w tym miejscu, w kilku zdaniach, scharakteryzować polskie rozwiązania systemowe i prawne, na których podział zakładów psychiatrii sądowej się opiera i wedle których funkcjonują. Pomimo tego, że zgłaszane przez pacjentów detencyjnych potrzeby, poczucie ich spełnienia bądź niespełnienia oraz postrzeganie jakości życia oparte są na subiektywnych odczuciach i przekonaniach, to jednak warunki organizacyjne zakładów, w których przebywają (czynniki obiektywne), mogą mieć pośrednio znaczący wpływ na ich indywidualne oceny.

Zgodnie z art. 200 § 2 kkw zakłady psychiatryczne mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami: podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia (Barczak-Oplustil i in., 2021; Pyrcak-Górowska, 2017, 2021). Jak sama nazwa wskazuje, celem tego trójstopniowego modelu, jak i w ogóle celem realizacji środków zabezpieczających, jest poza leczeniem zaburzonych psychicznie sprawców, m. in. zapewnienie bezpieczeństwa społeczeństwu, personelowi szpitalnemu oraz samym

chorym. Oddziały dysponujące różnymi poziomami zabezpieczenia są wyposażone w środki fizycznej ochrony zarówno przed ucieczką pacjenta z zakładu, jak i mające na celu zapobieganie zachowaniom agresywnym, ich minimalizowanie lub też skuteczne opanowanie w razie ich wystąpienia. Celowi temu służą ściśle prawem określone elementy wyposażenia oddziałów, jak również wprowadzenie obligatoryjnej minimalnej liczby personelu do pracy z chorymi (np. oddziały o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia zapewniają stałą obecność personelu, w tym personelu ochrony, w godzinach dziennych w liczbie nie mniejszej niż 1/3 pojemności odpowiedniego zakładu i w godzinach nocnych nie mniej niż 1/6; w oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia minimalna liczba personelu została określona jako co najmniej dwuipółkrotnie większa niż pojemność zakładu, w tym pracownicy ochrony mają być zatrudnieni w liczbie nie mniejszej niż 1/3 pojemności zakładu (Pyrcał-Górowska, 2017). Realizacja powyższych wymogów przewidzianych prawem może w pewien sposób różnicować poczucie spełnienia bądź niespełnienia potrzeb chorych psychicznie przebywających w placówkach o odmiennych poziomach zabezpieczenia – chociażby w zakresie m. in. potrzeb podstawowych, codziennego funkcjonowania, potrzeb zdrowotnych (leczenia i opieki), uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i leczenia czy potrzeby poczucia bezpieczeństwa w oddziale (w ujęciu Kwestionariusza Oceny Potrzeb Camberwell - CANFOR (Thomas i in, 2003)).

Oddziały psychiatrii sądowej w Polsce o wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia są ponadto obwarowane koniecznością posiadania odpowiedniego wyposażenia, służącego zapewnieniu bezpieczeństwa, np. systemu telewizji wewnętrznej umożliwiającego obserwację m. in. sal ogólnych, izolatek, korytarzy oraz elektronicznego systemu sygnalizującego niekontrolowane otwarcie drzwi i okien (poziom wzmocniony). Dodatkowo oddziały o maksymalnym zabezpieczeniu dysponują systemem sygnalizujących zagrożenie osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych, w które jest wyposażony personel; są otoczone murem o wysokości co najmniej 5,5 m, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej lub dysponują innymi fizycznymi zabezpieczeniami, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się pacjentów (Pyrcał-Górowska, 2017). Te szczególne infrastrukturalne środki zabezpieczeń, jakkolwiek niezbędne i konieczne z punktu widzenia bezpieczeństwa personelu oraz samych pacjentów, mogą jednak wśród chorych budzić skojarzenia bardziej z systemem penitencjarnym, aniżeli medycznym. Praktyka kliniczna dowodzi, że pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej często skarżą się na brak realizacji potrzeb prywatności, intymności

i ograniczanie autonomii. Niewątpliwie prawdą jest, że przepisy wykonawcze, wewnętrzne regulaminy, powszechna praktyka oraz zwyczaje panujące w oddziałach o maksymalnym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, czynią je zdecydowanie bardziej restrykcyjnymi, w porównaniu do oddziałów o zabezpieczeniu podstawowym. W tych ostatnich prawo nie wymaga ani wyspecjalizowanych pracowników ochrony, ani też szczególnych urządzeń technicznych służących zapewnieniu bezpieczeństwa. Tym samym przypominają one w swej formie organizacyjnej „zwykłe” oddziały ogólnopsychiatryczne, w których leczenie odbywa się na podstawie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), a nie przepisów kodeksów karnych.

Różnorodność warunków panujących w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia rodzi zatem pytania o to, czy potrzeby pacjentów są w nich należycie spełniane oraz czy sami pacjenci mają poczucie spełnienia swoich potrzeb. To drugie, ważniejsze z psychologicznego punktu widzenia, nie jest pytaniem o obiektywny poziom realizacji usług zdrowotnych w poszczególnych podmiotach leczniczych, ale o to – w jaki sposób chorzy w oddziałach sądowych postrzegają spełnienie bądź niespełnienie swoich potrzeb oraz jak oceniają jakość swojego życia w warunkach hospitalizacji sądowej. Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania jest niezwykle istotne, choćby z uwagi na fakt, że realizacja ludzkich potrzeb stanowi kluczowy element w procesie terapeutycznym.

Stąd też dalsze omówienie wyników badań obejmować będzie poruszane wyżej kwestie, tj. problem zróżnicowania poziomów zabezpieczenia i ich wpływu na potrzeby pacjentów, poczucie ich spełnienia i niespełnienia oraz postrzeganą jakość życia w trakcie hospitalizacji.

P8 – Czy zróżnicowanie poziomu zabezpieczenia oddziałów psychiatrii sądowej wpływa na liczbę i rodzaje spełnionych bądź niespełnionych potrzeb oraz na satysfakcję pacjentów z otrzymanej pomocy w ich zaspokojeniu?

- a) *Czy pacjenci (grupy pacjentów) oddziałów o podstawowym (PP), wzmocnionym (PW) i maksymalnym (PM) stopniu zabezpieczenia różnią się pod względem ilości i rodzaju wykazywanych przez nich potrzeb spełnionych bądź niespełnionych?*
- b) *Jakie potrzeby pacjenci detencyjni wskazują jako spełnione, a które jako zdeprywowane w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia?*

- c) *W którym z trzech różnych poziomów zabezpieczenia oddziałów sądowych pacjenci mają poczucie największej liczby spełnionych potrzeb?*

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że grupy pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej o odmiennych stopniach zabezpieczenia różnią się pod względem ilości wykazywanych potrzeb – zarówno spełnionych, jak i niespełnionych.

Różnice w ilości potrzeb określanych przez pacjentów jako spełnione dotyczyły jedynie potrzeb z zakresu opieki zdrowotnej i socjalnej, leczenia i zachowań przestępczych. Okazało się, że spośród oddziałów o trzech poziomach zabezpieczenia – to zakłady sądowe o poziomie podstawowym były tymi, w których najmniej pacjentów opisało w/w potrzeby jako spełnione. Jest to wniosek co najmniej zaskakujący. Mając na względzie to, że oddziały o podstawowym poziomie zabezpieczenia są ostatnim ogniwem leczenia w systemie izolacyjnym, po którym chory może kontynuować terapię w warunkach wolnościowych, wydawać by się mogło, że akurat potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej i socjalnej oraz leczenia i zachowań przestępczych (rozumiane jako stwarzające ryzyko) na tym etapie powinny być u większości pacjentów już zaspokojone, a ryzyko przestępczości zminimalizowane. Fakt, że w grupie oddziałów o zabezpieczeniu podstawowym tylko nieliczni pacjenci zadeklarowali spełnienie potrzeb zdrowotnych i socjalnych jest dość smutnym sygnałem, choćby z tego względu, że część pacjentów z tymi deficytami może opuścić szpital i powrócić do życia na wolności, co jednocześnie nie sprzyja pozytywnej prognozie kryminologicznej. Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb socjalnych, przy dodatkowym jeszcze obciążeniu chorobowym i braku odpowiedniej opieki zdrowotnej lub też dostępności do niej, mogą stanowić dodatkowy czynnik kryminogeny, prowadzący w łatwy sposób do powrotu na drogę przestępczą. Rozważając hipotetyczne przyczyny tych dość surowych ocen pacjentów i wskazania małej liczby spełnionych potrzeb z zakresu opieki zdrowotnej i socjalnej, należałoby wziąć pod uwagę także pewien czynnik psychologiczny, który pośrednio mógł determinować uzyskane wyniki. Oceny pacjentów mogły być podszyte obawami, lękiem oraz strachem o dostępność środków socjalnych, zdolności do samodzielnego zaspokojenia potrzeb życiowych i kontynuacji opieki zdrowotnej po opuszczeniu zakładu, które było już w realnej i bliskiej perspektywie, w porównaniu do pobytu w oddziałach o wyższych poziomach zabezpieczenia. W praktyce klinicznej taki lęk pacjentów oddziałów o podstawowym zabezpieczeniu przed wyjściem na wolność, po wieloletniej detencji psychiatrycznej, jest obserwowany dość często.

Dokładnie odwrotnych, do prezentowanych powyżej, ocen dokonali pacjenci oddziałów o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, gdzie perspektywa wyjścia na wolność była znacznie bardziej odległa. Najwięcej potrzeb spełnionych dotyczyło tutaj właśnie zakresu opieki zdrowotnej i socjalnej. Istotnym i wartym podkreślenia jest także fakt, że ogólna liczba wszystkich zgłaszanych przez pacjentów potrzeb w oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia była największa.

Z pozostałych zakresów (grup) potrzeb, wyodrębnionych wedle klasyfikacji używanego w niniejszych badaniach kwestionariusza CANFOR, tj. potrzeb podstawowych, potrzeb społecznych, potrzeb dotyczących codziennego funkcjonowania oraz potrzeb zdrowotnych, nie odnotowano istotnych różnic w ilości spełnionych potrzeb w jednostkach leczniczych na wszystkich poziomach zabezpieczenia.

W zakresie deklarowanych potrzeb niespełnionych - grupy pacjentów z oddziałów o różnych poziomach zabezpieczenia także różniły się między sobą. W oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia najwięcej pacjentów odczuwało niespełnienie w zakresie potrzeb podstawowych, natomiast w oddziałach o poziomie wzmocnionym - najwięcej wykazywało brak zaspokojenia potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej i socjalnej.

Trudno znaleźć odniesienie do badań własnych zarówno w literaturze polskiej, jak i światowej. Jak już wcześniej zostało wspomniane, w Polsce dotychczas wykonano tylko jedno badanie porównawcze potrzeb pacjentów detencyjnych (Trizna i Adamowski, 2016), jednakże obejmowało ono wyłącznie mężczyzn, jedynie z oddziałów sądowych o dwóch poziomach zabezpieczenia (podstawowym i wzmocnionym) i to tylko z jednego szpitala. Chcąc jednak pokusić się o jakiegokolwiek porównanie samych potrzeb pacjentów realizujących izolacyjny środek zabezpieczający, należy mieć na względzie, że badania własne i badania Trizny i Adamowskiego (2016) nie do końca były paralelne, a zatem wnioskowanie powinno być czynione z należytą ostrożnością. W badaniach własnych uczestniczyli bowiem pacjenci obu płci (choć liczba kobiet stanowiła jedynie 13% wszystkich badanych) oraz porównywano trzy grupy pacjentów, a nie dwie. Zauważyć należy, że w badaniach Trizny i współpracowników (2016) zdecydowanie więcej potrzeb zgłaszali pacjenci przebywający w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, w porównaniu do chorych przebywających na poziomie podstawowym. To samo dotyczyło liczby potrzeb określanych jako niespełnione. W badaniach własnych, najwięcej potrzeb wykazywali pacjenci przebywający w oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, w porównaniu do tych z oddziałów o poziomie podstawowym

i wzmocnionym. Można zatem pokusić się o pewne uogólnienie, że w oddziałach o wyższych poziomach zabezpieczenia przebywają pacjenci, którzy charakteryzują się wyższą liczbą potrzeb. Do podobnych wniosków doprowadziły również badania przeprowadzone w szpitalach psychiatrycznych w Anglii (Thomas i in., 2004), gdzie funkcjonuje analogiczny (choć z pewnością o odmiennych kryteriach klasyfikacji, definicji i konstrukcji zabezpieczeń) trójstopniowy model oddziałów psychiatrii sądowej. Porównania także i w tym aspekcie muszą być ostrożne, gdyż systemy prawne, w oparciu o które funkcjonuje model psychiatrii sądowej angielskiej i polskiej, charakteryzuje spora odmienność. Niemniej jednak, Thomas i współpracownicy (2004) porównując potrzeby pacjentów z angielskich szpitali o wysokim, średnim i niskim poziomie zabezpieczenia także stwierdzili, że pacjenci ze szpitali o wysokim zabezpieczeniu wykazywali ich najwięcej oraz ich potrzeby były najbardziej złożone. Obejmowały one także szerszy zakres dziedzin, zwłaszcza związanych z przestępczością/ryzykiem, takich jak nadużywanie substancji, przestępczość seksualna, objawy psychotyczne i przemoc. W oddziałach o zabezpieczeniu średnim i podstawowym, wśród pacjentów dominowały potrzeby z bardziej podstawowych obszarów, np. tych dotyczących codziennego funkcjonowania, relacji społecznych, aktywności w ciągu dnia i informacji dotyczących stanu zdrowia i choroby (Thomas i in., 2004).

Oprócz powyższej charakterystyki wyodrębnionych zbiorczych kategorii potrzeb i analiz porównawczych (głównie ilościowych) dokonywanych wśród pacjentów z oddziałów o trzech różnych poziomach zabezpieczenia, w badaniach własnych podjęto także próbę przeanalizowania różnic pomiędzy tymi grupami w zakresie spełnienia bądź niespełnienia wszystkich poszczególnych dwudziestu dwóch rodzajów potrzeb zdefiniowanych przez CANFOR.

Badania wykazały, że dla większości potrzeb, grupy pacjentów z oddziałów o trzech różnych stopniach zabezpieczenia nie różniły się między sobą lub w niektórych grupach pacjenci nie wykazywali określonych rodzajów potrzeb w ogóle albo też zgłaszała je zaledwie jedna osoba. Wyłącznie dla trzech rodzajów potrzeb – mieszkaniowej, zdrowia fizycznego i informacji o stanie zdrowia i leczenia – można było stwierdzić istotne różnice międzygrupowe.

Oczywistym jest, że potrzebę w zakresie zapewnienia mieszkania wykazywali wyłącznie pacjenci oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia, gdyż w pozostałych oddziałach perspektywa całkowitego zwolnienia z detencji i zamieszkania w warunkach wolnościowych była raczej odległa, a to nakazywało, zgodnie z instrukcją

kwestionariusza CANFOR nie uwzględniać w badaniach tej potrzeby (jeśli z dużym prawdopodobieństwem pacjent będzie przebywał w izolacji przez następne 6-12 miesięcy), oznaczając ją jako „nie dotyczy” (Thomas i in., 2003). Bezpośrednie, bowiem, zwolnienie pacjenta z detencji odbywanej w oddziałach o poziomie maksymalnym czy też wzmocnionym, należą w praktyce do rzadkości, choć nie są polskim prawem zabronione. W przeważającej większości następstwem braku konieczności leczenia pacjenta w oddziale o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, jest kontynuacja terapii w ośrodku sądowym o zabezpieczeniu wzmocnionym, następnie podstawowym i dopiero po wyeliminowaniu ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego w przyszłości, decyzją sądu - pacjent może powrócić do życia na wolności. Długotrwała, czasem nawet kilkunastoletnia izolacja szpitalna powoduje utratę więzi rodzinnych, problemy finansowe i mieszkaniowe. Spośród 40 przebadanych pacjentów oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia, 25 stwierdziło, że ma zapewnione właściwe warunki mieszkaniowe po wyjściu ze szpitala, 15 osób opisywało problemy i zgłaszało potrzebę uzyskania pomocy w znalezieniu zakwaterowania. Co ciekawe, jedynie 5 osób uznało tę potrzebę mieszkaniową za spełnioną (pomoc dps-ów, organów socjalnych, ośrodków pomocy społecznej, szpitalnego pracownika socjalnego), natomiast pozostałe 10 – wciąż nie miało tej potrzeby zaspokojonej.

Wyniki te ukazują problem luk prawnych i organizacyjnych w systemie opieki nad pacjentami opuszczającymi ośrodki psychiatrii sądowej w Polsce. Wieloletnia izolacja, niemożność powrotu do swoich dawnych mieszkań, brak mieszkań chronionych (socjalnych), brak nadzoru kuratorskiego i odpowiedniej opieki socjalnej, trudności ze znalezieniem pracy i zdobywaniem środków utrzymania powodują, że powrót do „normalnego” życia i właściwie pełnionych ról społecznych jest znacznie utrudniony. Brak zaspokojenia tej podstawowej potrzeby, jaką jest potrzeba mieszkaniowa, może rodzić dalsze problemy, a zarazem być pierwszym krokiem na drodze powrotności do popelniania przestępstw.

Dokonując dalszych porównań szczegółowo określonych rodzajów spełnionych i niespełnionych potrzeb pacjentów sądowych w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia, badania wykazały, że potrzebę w zakresie dbałości o zdrowie fizyczne wykazywali w podobnym stopniu pacjenci wszystkich analizowanych grup. To jednak pacjenci w oddziałach wzmocnionych byli tymi, którzy najczęściej wskazywali na tę potrzebę jako niespełnioną, w porównaniu do chorych przebywających w oddziałach o podstawowym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia.

Zważywszy na fakt, że zdrowie fizyczne jest integralną częścią człowieka i wraz ze zdrowiem psychicznym stanowią pełnię istoty ludzkiej, dążenie do dobrostanu fizycznego i potrzeba dbałości o zdrowie fizyczne jest po części także dążeniem ku lepszem życiu. I nie dotyczy to wyłącznie ludzi zdrowych, ale także osób z zaburzeniami psychicznymi. Ośrodki psychiatrii sądowej zapewniają pacjentom kompleksowy wachlarz usług zdrowotnych – od leczenia określonych objawów chorób psychicznych, poprzez kontrolę i należyte zabezpieczanie potrzeb z zakresu zdrowia fizycznego. Warto zatem zadać pytanie: dlaczego jedna grupa pacjentów, tj. z oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia zdecydowanie częściej uskarżała się na niezaspokojenie tej potrzeby? Wiele przyczyn może leżeć u podstaw tego stanu rzeczy, związanych zarówno z czynnikami wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi. Po pierwsze zweryfikować należy, czy pacjenci w oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu różnili się istotnie od dwóch pozostałych grup pod kątem obciążeń somatycznych i problemów ze zdrowiem fizycznym, które mogłyby determinować występowanie szczególnie trudnych do spełnienia potrzeb z zakresu zdrowia fizycznego; i po drugie – czy być może istniały czynniki zewnętrzne, w postaci np. określonych warunków prawnych i organizacyjnych, które uniemożliwiały należyte zaspakajanie potrzeb pacjentów z zakresu dbałości o zdrowie fizyczne w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia.

Wyniki przeprowadzonych badań własnych nie wykazały istotnych różnic między pacjentami z oddziałów o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia pod względem obciążeń somatycznych i problemów ze zdrowiem fizycznym. Zatem braku zaspokojenia potrzeb z tym związanych raczej nie można tłumaczyć szczególnymi względami zdrowotnymi w tej grupie pacjentów. Być może aspekty organizacyjne i prawne częściowo odpowiadają za to subiektywne poczucie niespełnienia w zakresie dbałości o zdrowie fizyczne. Niezadowolenie w tej sferze, jakże istotnej z punktu widzenia kondycji psychofizycznej człowieka, nakazuje także przeanalizować, czy poczucie braku zaspokojenia tej potrzeby nie znajduje odbicia w obiektywnej rzeczywistości.

Podkreślając, że niniejsze badania nie miały na celu rzeczywistego i obiektywnego zbadania stanu realizacji usług zdrowotnych i zabezpieczenia potrzeb pacjentów w oddziałach sądowych o różnych poziomach zabezpieczenia, ale jedynie analizę ich subiektywnych odczuć i przekonań – warto jednak zaznaczyć, że zdecydowanie trudniej, w sensie organizacyjnym, jest zabezpieczyć specjalistyczną opiekę z zakresu zdrowia somatycznego w oddziale wzmocnionym, aniżeli w oddziałach

o zabezpieczeniu podstawowym i maksymalnym. W oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia, z racji tego, że istnieje prawna możliwość czasowego przebywania chorych poza szpitalem, jak również mniejsze zagrożenie agresją ze strony pacjentów, łatwiej jest zorganizować leczenie schorzeń somatycznych poza oddziałem psychiatrii sądowej. Więcej trudności pojawia się w oddziałach wzmocnionych, gdzie wobec braku szczegółowych przepisów regulujących zabezpieczenie pacjenta detencyjnego na czas przebywania w oddziale medycyny somatycznej, personel ochrony z oddziału wzmocnionego często jest delegowany i angażowany do opieki nad pacjentem przebywającym w innym szpitalu (celem zapewnienia bezpieczeństwa zarówno samemu pacjentowi sądowemu, jak i personelowi obcego szpitala). Z uwagi na rosnące deficyty personelu w niemalże wszystkich placówkach ochrony zdrowia, organizacja oddziału wzmocnionego z dodatkowo nieobecniymi pracownikami (którzy przebywają z pacjentem sądowym na oddziale somatycznym) napotyka dodatkowe trudności. Praktyka pokazuje, że w konsekwencji – oddziały sądowe o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia minimalizują interwencje medyczne (somatyczne), ograniczając się do tych bezwzględnie koniecznych. Być może, opisane powyżej realia funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych wzmocnionych stoją u źródeł poczucia pacjentów nienależytej dbałości o sferę ich zdrowia fizycznego.

Oczekiwać by można, że zakłady o maksymalnym stopniu zabezpieczenia mogą prezentować podobne problemy w tej sferze, jednakże zdecydowanie większa liczba zatrudnionego w nich personelu (2,5 osoby na jednego pacjenta), pozwala właściwie poradzić sobie z organizacją wyjazdów do innych placówek diagnostycznych i leczniczych z pacjentami sądowymi, którzy tego wymagają. O zadowoleniu z dbałości o zdrowie fizyczne w oddziałach o maksymalnym zabezpieczeniu świadczą wyniki badań własnych (tylko 1 pacjent oddziału maksymalnego opisał potrzebę dbałości o zdrowie fizyczne jako niespełnioną).

Ostatnimi rodzajami potrzeb, które w badaniach własnych różnicowały oddziały sądowe o wszystkich trzech poziomach zabezpieczenia, były potrzeby z zakresu informacji medycznej. Potrzeby uzyskiwania informacji o stanie swojego zdrowia i leczenia wykazywali pacjenci wszystkich oddziałów, jednakże to pacjenci oddziałów o maksymalnym stopniu zabezpieczenia w największej mierze odczuwali je jako spełnione. Najwięcej potrzeb niespełnionych w tym zakresie, zgłaszali pacjenci oddziałów wzmocnionych. Trudno znaleźć uzasadnienie tego stanu rzeczy, gdyż brak jest w literaturze analogicznego wyodrębnienia konkretnych potrzeb z zakresu informacji

medycznej z odniesieniem do pacjentów przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia. Analizując, natomiast, powyższe wyniki badań własnych w kontekście polskich realiów i praktyki szpitalnej – być może, po raz kolejny wytłumaczyć należałoby zjawisko największego spełnienia potrzeby informacji w oddziałach o maksymalnym zabezpieczeniu – dużą liczbą zatrudnionego w nich personelu (określoną kodeksowo), a tym samym łatwiejszą i większą dostępnością oraz intensywnością kontaktów pomiędzy personelem, a pacjentami. Współdziałanie obu grup oparte na wzajemnym zaufaniu przynoszą ogromną korzyść zarówno dla zatrudnionych w oddziale, jak i przede wszystkim dla pacjentów. I nie chodzi tutaj wyłącznie o potrzebę informacji medycznej, ale o cały proces leczniczy. W atmosferze częstych i przyjaznych kontaktów pomiędzy personelem a pacjentami zdecydowanie łatwiej prowadzić oddziaływania terapeutyczne oraz są one bardziej owocne. Częste i bezpośrednie kontakty z chorymi, atmosfera wzajemnego zaufania, wspólne dyskusje, wymiana informacji, współpraca całego personelu, poczucie odpowiedzialności - tworzą specyficzny klimat w oddziale, który zapobiega jatrogenii, ułatwia skuteczną działalność terapeutyczną oraz łagodzi to, co można by nazwać „ubocznymi objawami hospitalizacji” (Mizerska i in., 2012).

- d) *Jaki poziom zabezpieczenia oddziału gwarantuje wedle oceny pacjentów największą pomoc szpitalną w realizacji ich potrzeb?*
- e) *W którym z trzech różnych poziomów zabezpieczenia oddziałów pacjenci zgłaszają największą potrzebę otrzymania pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb?*
- f) *Na jakim poziomie zabezpieczenia pacjenci czują się najbardziej spełnieni w realizacji swoich potrzeb oraz usatysfakcjonowani z otrzymanej pomocy?*

Wyniki badań własnych wykazały, że grupy pacjentów, przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia różniły się pod względem ilości otrzymywanej pomocy szpitalnej w realizacji ich indywidualnych potrzeb. Pacjenci oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia otrzymali największą pomoc szpitalną w tym zakresie. Także ci sami pacjenci (z oddziałów wzmocnionych) wcześniej zgłaszali największą potrzebę uzyskania takiej pomocy od szpitala, by móc skutecznie realizować swoje cele terapeutyczne.

Porównując jednak dane dotyczące oczekiwanej przez pacjentów (potrzebnej) pomocy w realizacji ich potrzeb/celów terapeutycznych oraz ilości faktycznie otrzymanej pomocy szpitalnej - w oddziałach o wszystkich trzech poziomach zabezpieczenia - okazało się, że pacjenci na dwóch wyższych poziomach zabezpieczenia (wzmocniony i maksymalny) otrzymali istotnie mniej pomocy aniżeli potrzebowali. Warto jednak zwrócić uwagę, że pacjenci sądowi przebywający w oddziałach o wyższych poziomach zabezpieczenia są zdecydowanie „bardziej wymagający” oraz wykazują więcej potrzeb, na co zwrócili uwagę w swoich badaniach, m. in. Trizna i wsp. (2016) oraz Thomas i wsp. (2004).

Wyniki zaprezentowanych badań własnych implikują konieczność dokonania dalszych analiz, w tym także ogólnosystemowych, celem optymalizacji procesu leczenia pacjentów sądowych. Warto zadać pytanie: czy niedostateczna (w odczuciu pacjentów) ilość pomocy udzielanej chorym przez szpital, w zaspakajaniu ich podstawowych potrzeb, może mieć wpływ na efekty terapii? Czy terapia w ogóle może być realizowana z powodzeniem, jeśli potrzeby pacjentów w oddziałach detencyjnych nie są spełnione? Zagadnienia dotyczące relacji potrzeb i efektywności terapii stanowią jednakże odrębny i szeroki obszar badawczy, którego niniejsza praca nie obejmuje, a który mógłby stanowić kontinuum zaprezentowanych badań własnych dotyczących potrzeb pacjentów sądowych.

Analizując szczegółowo strukturę potrzeb hospitalizowanych pacjentów sądowych, stopień ich zaspokojenia bądź niezaspokojenia oraz poziom oczekiwanej i otrzymanej pomocy, na koniec zbadano także poziom odczuwanej przez chorych satysfakcji z pomocy otrzymanej od szpitala/oddziału/zinstytucjonalizowanej formy opieki. Okazało się, że brak jest istotnych różnic między grupami pacjentów oddziałów o trzech różnych stopniach zabezpieczenia.

Trudno wytłumaczyć ten wynik, gdyż pacjenci różnych oddziałów (odmiennych poziomów zabezpieczenia) mieli różne odczucia na temat pomocy, jaką w toku leczenia otrzymali. Być może, kwestionariuszowe pytanie o satysfakcję było zbyt ogólne dla tej grupy chorych. Ponadto, wobec braku możliwości wyboru innej alternatywy, aniżeli obligatoryjny pobyt w oddziale sądowym (z perspektywą wielu lat), chorzy nie zastanawiali się nad własną sytuacją i satysfakcją, ale niekonsekwentnie do wyrażanych wcześniej opinii na temat realizacji konkretnych potrzeb w oddziale – biernie przyjmowali obecne *status quo*. Brak konsekwencji w odpowiedziach osób badanych można tłumaczyć także częściowo obniżonym krytycyzmem, który często towarzyszy

osobom chorym psychicznie. Niemniej jednak, wszystkie oceny dotyczące potrzeb pacjentów są niezwykle cenne i zasługują na pogłębione analizy, nie tylko z punktu widzenia psychologicznego i terapeutycznego, ale także z perspektywy tworzenia optymalnych warunków realizowania izolacyjnego środka zabezpieczającego, skutecznej terapii i resocjalizacji.

P9 - Czy pacjenci realizujący środek zabezpieczający w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia postrzegają swoją jakość życia podobnie, czy w sposób całkowicie odmienny?

Pacjenci przebywający w oddziałach sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia postrzegają swoją jakość życia porównywalnie. Wniosek ten jest zbieżny z wynikami badań Trizny i Adamowskiego (2016) oraz Ruggeri i współpracowników (1993), choć do oceny jakości życia użyto w przytoczonych badaniach innych narzędzi diagnostycznych.

Badania własne wykazały brak różnic między trzema grupami w całościowej (ogólnej) ocenie jakości życia. Różnice, natomiast, pojawiły się jedynie w dwóch obszarach dotyczących autonomii i samostanowienia. Po pierwsze, pacjenci oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia postrzegali swoje życie jako takie, które charakteryzuje najwyższy poziom autonomii w zestawieniu z chorymi z pozostałych oddziałów (poziom wzmocniony i maksymalny). Odczuwali także największą satysfakcję z różnych aspektów swojego szpitalnego życia. Wynik ten był niejako przewidywalny, gdyż oddziały o podstawowym stopniu zabezpieczenia charakteryzują się najmniejszą restrykcyjnością, a warunki odbywania w nich detencji często przypominają pobyt w oddziale ogólnopsychiatrycznym. Chorzy rzadko mają poczucie nadmiernych ograniczeń i zakazów, na które często uskarżają się pacjenci oddziałów sądowych o wyższych stopniach zabezpieczenia. Badania Kaiser i współpracowników (1997) potwierdzają te ustalenia formułując jednoznaczną i raczej oczywistą tezę, że mniej restrykcyjne warunki wiążą się z wyższą jakością życia.

Po drugie, z przeprowadzonych badań własnych wynika, że pacjenci oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu deklarowali istotnie mniejszą swobodę w zakresie poruszania się po oddziale - w porównaniu z oddziałami o zabezpieczeniu zarówno podstawowym, jak i maksymalnym. Dodatkowo, pacjenci oddziałów wzmocnionych wskazywali na mniejszą możliwość samodzielnego podejmowania decyzji,

w porównaniu do chorych przebywających na poziomie podstawowym. Co więcej, ich swoboda w zakresie podejmowania decyzji była najbardziej ograniczona spośród oddziałów wszystkich trzech poziomów zabezpieczenia.

Zaskakiwać może „gorsze” postrzeganie jakości życia w zakresie swobody poruszania się po oddziale oraz możliwości podejmowania decyzji przez pacjentów oddziałów wzmocnionych, w porównaniu do chorych przebywających w ośrodkach o zabezpieczeniu maksymalnym. Ośrodki Psychiatrii Sądowej o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, już z samej definicji, odznaczać się mają najwyższą restrykcyjnością, aby móc zapewnić bezpieczeństwo oraz chronić przed potencjalnymi agresywnymi zachowaniami pacjentów. Wytłumaczenie postrzegania przez chorych większej „swobody” w oddziałach o maksymalnym poziomie zabezpieczenia, niż to miałyby wynikać z założeń systemowych i prawnych, jest wielopłaszczyznowe i wymaga dalszych badań.

Niemniej jednak, warto zwrócić uwagę także na fakt, że pacjenci oddziałów maksymalnych byli konsekwentni w swoich odpowiedziach na pytania dotyczące spełnienia bądź niespełnienia potrzeb. Badania wykazały, że również w oddziałach o zabezpieczeniu maksymalnym pacjenci wykazali największą liczbę spełnionych potrzeb oraz deklarowali otrzymanie największej pomocy ze strony placówki w ich realizacji. Pośrednio można zatem twierdzić, że satysfakcja z pobytu (w niektórych aspektach) w oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia była większa, aniżeli w oddziałach wzmocnionych, *de iure* – mniej restrykcyjnych.

5.1.4. Czas pobytu, deprivacja potrzeb a stres oraz nasilenie zachowań agresywnych u pacjentów detencyjnych

P5 - Czy czas pobytu na detencji psychiatrycznej ma wpływ na nasilenie odczuwanego przez pacjentów stresu?

Wyniki przeprowadzonych badań własnych nie wykazały, aby nasilenie odczuwanego przez pacjentów stresu było w jakikolwiek sposób zależne od czasu ich przebywania na detencji psychiatrycznej. Jest to zbieżne z wnioskami przytoczonymi wcześniej, iż wraz ze zwiększeniem czasu przebywania na detencji rośnie poczucie spełnienia potrzeb, a to raczej nie powinno dostarczać pacjentom stresu. Zależność pomiędzy spełnieniem bądź niespełnieniem potrzeb zostanie przeanalizowana poniżej.

P6 - Czy istnieje zależność pomiędzy deprivacją potrzeb pacjentów, a odczuwanym przez nich stresem?

Na podstawie wyników badań własnych ustalono, że liczba potrzeb wykazywanych oraz niespełnionych jest istotnie, umiarkowanie związana z nasileniem odczuwanego stresu. Jest to zależność pozytywna, co oznacza, że wraz ze wzrostem liczby potrzeb, w szczególności potrzeb niespełnionych, zaobserwowano u pacjentów zwiększenie poziomu odczuwanego przez nich stresu.

Deprivacja potrzeb, opisywana w literaturze jako nieustanne uczucie ich niezaspokożenia, zawsze jest źródłem stresu, potęguje poczucie zagrożenia i zmęczenia psychicznego (Ciosek, 2003; Lewicki, 1978). Stres rozumiany jest tu jako stan charakteryzujący się negatywnymi emocjami o dużym natężeniu (takimi jak lęk, wrogość, złość), któremu także towarzyszą zmiany fizjologiczne i biochemiczne (Heszen, 2016; Strelau, 2006).

Warto zaznaczyć, że już sama choroba, jako sytuacja stresowa, zaburzająca dotychczasowe relacje jednostki z otoczeniem i wybiegająca poza znane jej schematy adaptacyjne, sama w sobie jest źródłem cierpienia i deprivacji potrzeb oraz przysparza człowiekowi wiele ograniczeń w dotychczasowym pełnieniu ról społecznych (Heszen, 2016; Hobfoll, 2006; Skalski, 2018).

Niemal każdy pobyt w szpitalu (także psychiatrycznym) wiąże się z deprivacją bardzo wielu potrzeb, zarówno fizycznych jak i psychicznych, a to z kolei dostarcza człowiekowi stresu. Dodatkowo widok innych osób, których potrzeby są także deprawowane wzmacnia ten stan. Człowiek poddany nie z własnej woli izolacji poprzez umieszczenie w zakładzie zamkniętym (karnym lub psychiatrycznym) zostaje narażony na sytuacje wywołujące wiele negatywnych emocji i stres, a te z kolei niosą za sobą wiele niepożądanych następstw dla osobowości i zachowania człowieka (Ciosek, Pastwa-Wojciechowska, 2017; Pirożkow, 1987).

W Polsce, jak dotąd, nie przeprowadzono badań dotyczących wpływu deprivacji potrzeb w warunkach psychiatrycznego oddziału sądowego (warunki izolacji szpitalnej) na poziom stresu pacjentów oraz w konsekwencji na ich stan psychiczny, osobowość i przejawiane zachowania. Można jednak, pod pewnymi względami (deprivacji potrzeb), porównać izolację szpitalną – do izolacji więziennej. Zastrzec jednak należy, że z uwagi na pierwotnie występujące u pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej objawy zaburzeń i chorób psychicznych, sposób przeżywania deprivacji potrzeb oraz stresu,

a także reakcje na długotrwałe pozostawanie w „sytuacji trudnej” mogą u pacjentów sądowych oraz u więźniów być odmienne. Najczęściej jednak, skoro deprywacja (frustracja) potrzeb wiąże się ze stresem, a ten charakteryzuje występowanie negatywnych emocji, takich m. in jak strach, wrogość czy złość, to zgodnie ze wspomnianym w części teoretycznej modelem Dollarda i Millera – reakcją na taką sytuację może być zachowanie agresywne. Garczyński (1972) pisze, że już krótkotrwałe udaremnienie zaspokojenia potrzeby (*a zatem frustracja i stres*)¹ skutkuje często przelotnym wybuchem agresji, długotrwałe natomiast, może powodować agresywność chroniczną.

Skoro zatem wyniki badań własnych potwierdziły korelację pomiędzy ilością zdeprywowanych potrzeb pacjentów, a nasileniem ich stresu, to w kolejnym pytaniu badawczym postanowiono sprawdzić, czy nasilenie owego stresu wiąże się w jakikolwiek sposób z przejawianymi przez nich w oddziałach sądowych zachowaniami agresywnymi.

P7 - Czy istnieje zależność pomiędzy nasileniem stresu pacjentów detencyjnych, a przejawianymi przez nich zachowaniami agresywnymi w oddziale?

Tak, zależność pomiędzy nasileniem stresu pacjentów detencyjnych, a przejawianymi przez nich zachowaniami agresywnymi w oddziałach psychiatrii sądowej została w badaniach potwierdzona. Pacjenci przejawiający zachowania agresywne w oddziałach detencyjnych uzyskali istotnie wyższe wyniki dotyczące poziomu odczuwanego stresu niż osoby, które takich zachowań się nie dopuszczały ($U=1224,5$; $p < 0,001$).

Pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej, realizujący środek zabezpieczający na podstawie decyzji sądu, są poddawani przymusowej izolacji w określonym ośrodku leczniczym. Już sama świadomość braku dobrowolności leczenia, możliwości wyboru placówki, oddziału, lekarzy wiąże się z negatywnymi przeżyciami tej grupy chorych. Ponadto, szczególne warunki panujące w oddziałach detencyjnych i konieczne restrykcje ustanawiane ze względów bezpieczeństwa (szczególnie w oddziałach o podstawowym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia) powodują, że pacjenci mają poczucie braku realizacji niektórych swoich potrzeb. U wielu osób, skutkiem tej deprywacji może być powstanie silnego napięcia emocjonalnego, frustracji, stresu, pobudzenia, impulsywnych

¹ Przepis autorski

oraz agresywnych i autoagresywnych zachowań (Barczyk, 2006; Ciosek, 2003; Garczyński 1972).

Zbadanie zależności pomiędzy nasileniem stresu pacjentów sądowych a przejawianymi przez nich zachowaniami agresywnymi w oddziale, stanowiło *de facto* weryfikację nieco zmodyfikowanej, jednej z najbardziej znanych teorii frustracji – agresji Dollarda i Millera. Według Heitzmana (2002) można bowiem mechanizmy frustracji, zaczerpnięte z teorii „frustracji-agresji”, uznać za pierwowzór reakcji stresowej, a sama koncepcja daje podstawy do traktowania zjawiska stresu jako psychofizjologicznego i społecznie uwarunkowanego mechanizmu, który poprzedza zachowanie agresywne.

Problem agresji w oddziałach sądowych pojawia się często (Markiewicz, Pilszyk i Kudlak, 2020; Reisseger, 2021; Slamanig i in., 2021), a skoro nauka łączy deprywację potrzeb z frustracją (stresem) i agresją, warto wyciągnąć wnioski z tych zależności, i uczynić z racjonalnego i przemyślanego „zaspokajania potrzeb” (niwelowania frustracji-stresu pacjentów) narzędzie, które podobnie jak farmakoterapia, psychoterapia czy psychoedukacja (Rampling i in., 2016; Reisseger, 2021; Slamanig i in., 2021), może być równie skuteczne w redukowaniu zachowań agresywnych w oddziale.

P10 - Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem zabezpieczenia oddziału a nasileniem odczuwanego przez pacjentów stresu?

Badania wykazały, że nie ma żadnej zależności pomiędzy poziomem zabezpieczenia oddziału a nasileniem odczuwanego stresu. Grupy pacjentów przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia nie różniły się istotnie między sobą w zakresie poziomu mierzonej zmiennej.

P11 - Czy pacjenci umieszczeni w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia wykazują się różnym poziomem agresji?

Tak, wyniki badań wskazują na to, że pacjenci przebywający w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia różnią się nasileniem przejawianej agresji. Najwyższy jej poziom zaobserwowano wśród pacjentów oddziałów o maksymalnym stopniu zabezpieczenia.

Zestawiając wnioski płynące z poprzednio zadanego pytania badawczego, które wskazały na brak zależności pomiędzy poziomem zabezpieczenia oddziału a nasileniem

odczuwanego stresu, trudno byłoby obecny wynik badań, stanowiący o tym, że nasilenie zachowań agresywnych u pacjentów w oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia jest najwyższy, wytłumaczyć prostą teorią frustracji-agresji Dollarda i Millera. Skoro pacjenci oddziałów detencyjnych o różnych stopniach zabezpieczenia nie różnią się poziomem stresu, to i nasilenie zachowań agresywnych powinno być obserwowalne w podobnym stopniu. Fakt, że pacjenci umieszczeni w oddziałach o odmiennych zabezpieczeniach różnią się istotnie poziomem agresji stanowi dowód na to, że problem etiologii zachowań agresywnych jest skomplikowany i wieloczynnikowy, a nie zależny jedynie od zmiennej jaką jest „stres (frustracja)”. Wnioskować zatem można, że największe nasilenie zachowań agresywnych obserwowane wśród pacjentów oddziałów o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, wynika z szeregu różnych czynników, a nie wyłącznie z poziomu stresu w oddziale sądowym. Przyczyn zachowań agresywnych, na co wskazuje szereg prac (Amore i in., 2008; Bobes, Fillat i Arango, 2009; Gierowski, 1979; Gierowski, Jaśkiewicz-Obydzińska, Najda, 2010; Heitzman, 2002; Kocur, 2005; Krakowski i Czobor, 2014; Majchrzyk, 2012; Markiewicz i in., 2020; Pastwa-Wojciechowska, 2008; Swanson i in., 2009), upatrywać należy w konfiguracji wielu zmiennych - klinicznych, neurobiologicznych, psychologicznych i środowiskowych oraz ich wzajemnych oddziaływaniach.

Choć problem czynników determinujących zachowania agresywne nie stanowi przedmiotu niniejszej pracy, a jedynie o niego zahacza, warto zauważyć – że pogłębione analizy badań własnych wykazały także, że pacjenci, którzy przejawiali zachowania agresywne w oddziale charakteryzowali się wyższym poziomem psychopatologii (mierzonym skalą WHODAS). Wynik ten jest zbieżny z badaniami Bobes’a i współpracowników (2009), w których potwierdzono, że u pacjentów agresywnych występuje większe nasilenie ogólnej psychopatologii, niż u pacjentów nie ujawniających tego typu zachowań (Bobes i in., 2009).

Podsumowując dyskusję na temat różnic w nasileniu zachowań agresywnych wśród pacjentów przebywających w oddziałach sądowych o określonych stopniach zabezpieczenia, warto na koniec odnieść się jeszcze do systemu prawnego określającego zasady leczenia, opieki i zabezpieczenia zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych. Trójstopniowy model zakładów psychiatrycznych, różnicujący jednostki lecznicze wedle stopnia zabezpieczenia, w koncepcji ustawodawcy miał zapewnić właściwą realizację orzeczonego przez sąd izolacyjnego środka zabezpieczającego. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021, poz. 53 ze zm.) definiując poziomy

zabezpieczenia (podstawowy, wzmocniony i maksymalny (art. 200 § 2), określa jednocześnie kryteria jakimi winna się kierować Komisja Psychiatryczna ds. Środków zabezpieczających przy wyborze zakładu leczniczego dla konkretnego pacjenta (Gierowski i Paprzycki, 2013; Heitzman, 2016;). Wedle zapisów ustawowych, do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli jego powtarzające zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia (art. 200a kkw). Biorąc pod uwagę tę przesłankę kodeksową, już na etapie planowania badań własnych, można było liczyć się z wysokim odsetkiem agresywnych pacjentów przebywających w oddziałach o maksymalnym poziomie zabezpieczenia. Uzyskany wynik, świadczący o najwyższym nasileniu zachowań agresywnych w ośrodkach psychiatrii sądowej o zabezpieczeniu maksymalnym nie jest zatem odkrywczy, ale w doskonały sposób weryfikuje empirycznie założenia prawno-systemowe trójstopniowego modelu psychiatrii sądowej, przyjmując za kryterium różnicowania oddziałów - czynną agresję chorego.

5.2. Analizy i spostrzeżenia nieuwjęte w pytaniach badawczych

Wyniki zaprezentowanej wieloaspektowej analizy potrzeb pacjentów, ich spełnienia bądź niespełnienia, poczucia stresu oraz nasilenia przejawianych w oddziałach sądowych zachowań agresywnych - skłoniły do przeprowadzenia dalszych analiz, jakkolwiek nieuwzględnionych w pytaniach badawczych, to jednak istotnych przede wszystkim z punktu widzenia praktyki klinicznej.

Mając na względzie fakt, że chorzy, względem których realizowany jest izolacyjny środek zabezpieczający w szpitalach psychiatrycznych, to jednocześnie niepoczytalni sprawcy czynów zabronionych, wymagają oni specyficznego postępowania terapeutycznego. W oddziałach detencyjnych prowadzone są określone działania lecznicze, psychoterapeutyczne, rehabilitacyjne, a także resocjalizacyjne. Wszelkie wysiłki personelu zmierzają nie tylko do poprawy stanu psychicznego chorych, ale także do zredukowania do minimum ryzyka popełnienia przez nich czynu przestępczego w przyszłości i zniwelowania istniejących potrzeb kryminogennych. Ponadto uczy się ich realizacji potrzeb i dążeń, przy zastosowaniu sposobów i metod dozwolonych przez prawo i akceptowanych społecznie.

Praca z pacjentem sądowym, wedle opinii praktyków, jest niezwykle wymagająca, a wśród tej „trudnej” grupy, znajdują się także wyjątkowo „trudni pacjenci”. Są to przede wszystkim pacjenci agresywni, ale także i tacy, którzy ze względu na swój stan psychiczny, diagnozę, uzależnienia, brak wsparcia ze strony bliskich czy też ciężką sytuację materialną i społeczną, wymagają znacznej pomocy osób trzecich w realizacji ich indywidualnych potrzeb oraz wielkiego zaangażowania i poświęcenia ze strony personelu oddziału. Przeprowadzone międzynarodowe badania (Harty i in., 2003, 2004) dowodzą, że pacjenci sądowi wykazują znacznie więcej potrzeb, a wśród nich - także więcej tych niezaspokojonych, w porównaniu z pacjentami ogólnopsychiatrycznymi.

W badaniach własnych postanowiono zatem dodatkowo przeanalizować kwestię, która może okazać się pomocna w „uwrażliwieniu” i przygotowaniu personelu na zetknięcie się z wielością i różnorodnością potrzeb pacjentów szczególnie „trudnych” i wymagających. Zapytano, podobnie jak w badaniach Oberndorfera i współpracowników (2022), czy jest możliwe określenie czynników, które istotnie przewidują liczbę wykazywanych przez pacjentów potrzeb? Jakkolwiek we wspomnianych badaniach europejskich (Oberndorfer i in., 2022) nie do końca dało się takie czynniki wyodrębnić, to badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej dysertacji, doprowadziły do ważnych wniosków.

Analizy statystyczne wykazały bowiem, że istotnymi predyktorami mogą być zmienne takie jak: poziom psychopatologii, poziom stresu, poziom zabezpieczenia oddziału (grupa) oraz poziom satysfakcji z otrzymywanej od szpitala pomocy. Ustalono także, że liczba wykazywanych potrzeb pacjentów była tym wyższa - im wyższą wartość miał każdy z predyktorów.

Kolejne analizy regresji dotyczących przewidywania liczby potrzeb (tym razem z uwzględnieniem potrzeb spełnionych i niespełnionych), na podstawie wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych wykazały, że predyktorami mogą być także płeć i rozpoznanie kliniczne. Większą liczbę potrzeb może przewidywać płeć żeńska oraz brak zdiagnozowanych zaburzeń psychotycznych, a także występowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Zaobserwowano także pozytywną zależność liczby potrzeb z czasem pobytu pacjentów w oddziale oraz poziomem ich objawów psychopatologicznych. Oznacza to, że dłuższa hospitalizacja i poważniejszy stan kliniczny pozwala przewidywać większą liczbę wykazywanych przez pacjenta potrzeb.

Z praktyki klinicznej wiadomo, że im więcej potrzeb wykazywanych przez pacjenta, tym praca nad ich pełnym zaspokojeniem jest trudniejsza. Ponadto, jak już wcześniej wspomniano i udowodniono empirycznie, deprywacja potrzeb pacjentów sądowych często prowadzi do podejmowania przez nich zachowań agresywnych. Jako, że agresja w oddziałach detencyjnych stanowi poważny problem, to przy okazji szeroko zakrojonych badań dotyczących potrzeb pacjentów sądowych, postanowiono dodatkowo przeanalizować, czy istnieją czynniki, które istotnie przewidują występowanie zachowań agresywnych (w tym także autoagresywnych) w tej grupie chorych.

Ustalono, że występowanie zachowań agresywnych może być przewidywane na podstawie zmiennej wieku oraz zaburzeń osobowości. Wyniki badań wykazały, że diagnoza zaburzeń osobowości jest pozytywnie powiązana z występowaniem zachowań agresywnych, natomiast wiek wykazuje zależność ujemną, co oznacza, że im młodszy pacjent, tym bardziej może on być skłonny do przejawiania zachowań agresywnych.

W literaturze przedmiotu, zmienna wieku także bywa wskazywana jako predyktor zachowań agresywnych (Swanson, 1991). W ich etiologii i nasileniu znaczącą rolę odgrywają również cechy osobowości agresora, w szczególności psychopatii (też zaburzenia osobowości, głównie dysocjalnej), poziom tolerancji na frustrację, lęk, impulsywność, samoregulacja i samokontrola (Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2008a, 2008b, 2014, 2017; Krakowski i Czobor, 2014; Majchrzyk, 2012, Ouzir, 2013).

Ponieważ część badaczy wprost łączy zachowania agresywne z deprywacją potrzeb i frustracją (stresem), na co wskazują także opisane wyżej wyniki badań własnych przeprowadzone w grupie pacjentów detencyjnych, postanowiono na koniec zbadać pośredniczącą rolę zmiennej określającą liczbę potrzeb niespełnionych na relację między poziomem stresu pacjentów detencyjnych a poziomem ich agresji w oddziale. Po potwierdzeniu bezpośredniej zależności poziomu stresu i nasilenia agresji (im wyższy poziom stresu, tym wyższy poziom agresji), po testowaniu relacji między poziomem stresu a mediatorem określającym liczbę potrzeb niespełnionych oraz między mediatorem, a zmienną niezależną (poziom stresu) i zależną (nasilenie agresji) okazało się, że liczba potrzeb niespełnionych – jako mediator w istotny sposób może wpływać na poziom zmiennej zależnej – nasilenie agresji. Tym samym – manipulowanie i kontrolowanie realizacji potrzeb może mieć pośredni wpływ na poziom przejawianej przez pacjentów sądowych agresji. Ten ostatni wniosek jest niezwykle ważny z punktu widzenia praktyki klinicznej, gdyż podkreśla doniosłość problemu realizacji potrzeb w oddziale i jego rolę w minimalizowaniu zachowań agresywnych.

5.3. Znaczenie badań dla nauki i praktyki

Zaprezentowane badania o charakterze eksploracyjnym obejmują wieloaspektową analizę potrzeb i jakości życia pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia. Jest to pierwsze tego typu wielośrodkowe badanie, zrealizowane w Polsce na próbie pacjentów przebywających w dwunastu oddziałach psychiatrii sądowej, w szpitalach znajdujących się na terenie różnych województw. Zrekrutowanie i przebadanie 120 osób z tak wielu jednostek sądowo-psychiatrycznych umożliwiło przedstawienie prawdziwego oblicza realizacji potrzeb pacjentów i jakości ich życia w polskich oddziałach detencyjnych, a nie tylko w jednym szpitalu, jak to zostało uczynione w badaniach Trizny i Adamowskiego (2016).

Wyniki niniejszych badań udzielają odpowiedzi na szereg pytań, które jakkolwiek mogą w brzmieniu wydawać się bardziej systemowe, aniżeli psychologiczne – to jednak wypływające z nich wnioski mają kluczowe znaczenie w leczeniu i terapii niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych, mogą istotnie przyczynić się do lepszego rozumienia pacjentów sądowo-psychiatrycznych, a tym samym do zaproponowania im oferty terapeutycznej dostosowanej do ich potrzeb.

Analiza obrazu i uwarunkowań przejawianych przez pacjentów sądowych potrzeb psychofizycznych, wskazuje na ważne dla nich obszary i priorytety w dążeniu do realizacji indywidualnych celów. Deklarowane przez pacjentów - zarówno niespełnione, jak i spełnione potrzeby - w zestawieniu z obserwowanymi ograniczeniami chorobowymi i wynikającymi z przebywania w środowisku zamkniętym barierami, informują o rzeczywistych problemach i trudnościach pacjentów, sposobach radzenia sobie z nimi, wyznaczając tym samym właściwe kierunki terapeutyczne. Ponadto określenie w przedstawionych badaniach roli poczucia spełnienia bądź deprywacji potrzeb, ich wpływu na poziom przeżywanego stresu oraz nasilenie zachowań agresywnych w oddziale – pozwala na uczynienie z nich istotnego elementu terapeutycznego, ale też instrumentu, sprzyjającego korygowaniu zachowań pacjentów i formułowaniu określonych planów motywacyjnych. Oznacza to, że dbając o jakość życia i należyte zaspokojenie potrzeb pacjentów w oddziale, tworzyć można właściwą przestrzeń i „klimat” sprzyjający terapii i resocjalizacji chorych, na co zwróciło uwagę już wcześniej wielu zagranicznych badaczy z obszaru psychiatrii i psychologii sądowej (de Vries i in., 2016, Ward, 2002; Ward, Mann i Gannon, 2007; Ward i Steward, 2003; Whitehead, Ward i Collie, 2007).

Dokonana w badaniach własnych ocena potrzeb i jakości życia pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej, w zestawieniu z opisanym w niniejszej pracy nowatorskim (nieobecny jeszcze w nauce i praktyce psychiatrii sądowej w Polsce) paradygmatem ‘dobrego życia’ (Good Life Model Tony-ego Warda) i jego potwierdzonej skuteczności terapeutycznej również w stosunku do pacjentów detencyjnych umieszczonych w różnych ośrodkach sądowych na świecie (Mann i in., 2004; Serran i in., 2003; Simons i in., 2006; Ware i Bright, 2008; Whitehead i in., 2007; Willis i Ward, 2013), może być także pomocna w określeniu celowości utrzymywania w Polsce restrykcyjnych zamkniętych oddziałów sądowych. Jednocześnie sprowokować może refleksję nad koniecznością zbudowania ambulatoryjnego modelu pracy z pacjentami, który mimo, iż jest przewidziany przepisami prawa już od nowelizacji prawa karnego z 2015 r., to jednak do dziś funkcjonuje w większości tylko w teorii. Przedstawione analizy stanowią by mogły punkt wyjścia i niejako „wstęp” do wypracowania odpowiednich rozwiązań systemowych i leczniczo-terapeutycznych w ramach planowanej w najbliższym czasie reformy psychiatrii sądowej.

5.4. Ograniczenia badań i propozycje kierunku dalszych analiz

Pomimo pozytywnie ocenianej wartości uzyskanych wyników, przede wszystkim ze względu na ich aplikacyjność i możliwości wykorzystania w praktyce, wskazać należy, że niniejsze badania posiadają wiele ograniczeń, które sprawiają, że w pewnych aspektach generalizowanie wyników oraz wyciąganie z nich konkluzji powinny być czynione z wielką ostrożnością.

Po pierwsze, należy mieć na względzie, że badania potrzeb i jakości życia były przeprowadzone wśród pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej, którzy stanowią dość trudną grupę badaną, przede wszystkim z uwagi na zmienność stanu psychicznego w czasie (podobnie – Holloway i Carson, 1999; Segal i in., 2010), a także na powszechny, wynikający z objawów chorobowych, brak krytycyzmu i wglądu w swoją sytuację zdrowotną, prawną i społeczną. Dodatkowo wskazać należy, że oprócz pozyskania obiektywnych danych socjodemograficznych (głównie z dokumentacji medycznej lub od lekarzy i psychologów prowadzących pacjenta), większość zmiennych, tj. potrzeby psychofizyczne, jakość życia, poziom objawów psychopatologicznych, poziomu funkcjonowania pacjenta, przeżywanego stresu i nasilenia zachowań agresywnych, było mierzonych przy użyciu narzędzi samoopisowych, a więc ocena była dokonywana

wyłącznie z perspektywy pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, co nie zawsze stanowi odzwierciedlenie obiektywnej rzeczywistości. Wiele badań (Drat-Ruszczak, 1995; Kuperberg i Hackers, 2000; Majkowicz i Zdun-Ryżewska, 2009; Mosiołek, 2015) wprost wskazuje na to, że w niektórych jednostkach chorobowych, w tym w schizofrenii, występuje szereg objawów dysfunkcji poznawczych, które nie tylko w znaczącym stopniu mogą zaburzyć ocenę, ale także sam proces przeprowadzania badań. Mając powyższe na względzie, w interpretacji wyników chorych z objawami psychozy, uwzględniać zatem należy nie tylko uzyskane dane liczbowe, ale również specyfikę choroby i wpływające z niej ograniczenia. Być może, rozwiązaniem problemu i odparciem ewentualnych zarzutów częściowego braku obiektywności byłoby rozszerzenie przyszłych badań o członków personelu szpitala, zadanie im - analogicznych do pacjentów - pytań dotyczących potrzeb chorych, a następnie porównanie uzyskanych wyników. Pozwoliłoby to pokazać prawdziwy obraz potrzeb i jakości życia pacjentów, obserwowany z dwóch perspektyw, tak jak to uczynili, m.in. badacze włoscy (Vorstenbosh i Castelletti, 2020) czy szwedzcy (Arvidsson, 2003).

Po drugie, badana grupa liczyła 120 osób. Jakkolwiek, ilość ta metodologicznie pozwala na generalizowanie wyników próby na całą populację (ok. 3,7 tys.)² pacjentów niepoczytalnych umieszczonych w oddziałach psychiatrii sądowej w Polsce, to jednak liczba 120 osób – obiektywnie nie należy do największych. Warto jednak podkreślić, że w praktyce - zrekrutowanie i przebadanie grupy 120 osób chorych psychicznie stanowi sporą trudność, przede wszystkim z uwagi na fakt, iż są to pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej, do których wstęp osób postronnych (w tym badaczy) jest mocno ograniczony - szeregiem obostrzeń formalnoprawnych, a przede wszystkim względami bezpieczeństwa. Z powodu występujących zachowań agresywnych (przede wszystkim w oddziałach o wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia) obowiązują szczególne procedury, a każde wejście na oddział „osoby obcej” zakłóca poniekąd codzienną rutynę i funkcjonowanie jednostki, a zatem stwarza dodatkowe ryzyko zachowań niebezpiecznych. Dodać należy, że ograniczona liczba osób badanych wynikała także z trudności, które wiązały się bezpośrednio ze stanem psychicznym i kondycją badanych pacjentów. Spełnienie zadań badawczych wymagało ogromnego wysiłku, było dla nich zadaniem trudnym i bardzo czasochłonnym (głównie z powodu zaburzeń funkcji poznawczych). Warto jednak byłoby w przyszłości zwiększyć liczbę badanych osób,

² Niepublikowane dane Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia na dzień 31.01.2023 r.

a dotychczas uzyskane wyniki, związki pomiędzy zmiennymi, możliwe objaśnienia zaobserwowanych prawidłowości, rozważyć - jako punkt wyjścia do przyszłych badań nad rolą potrzeb, ich zaspokajania i deprivacji, w leczeniu, terapii, rehabilitacji i resocjalizacji pacjentów sądowych.

Kolejnym ograniczeniem zaprezentowanych badań, wpływającym jednocześnie na zawężenie możliwości generalizowania wyników – jest dobór badanej grupy. Jakkolwiek w pełni odzwierciedla ona procentowy rozkład rodzajów rozpoznań klinicznych wśród ogółu pacjentów detencyjnych w Polsce, gdzie schizofrenia i inne zaburzenia urojeniowe stanowią ok. 90% (Barczak-Oplustil, Pyrcak-Górowska i Zoll, 2021), to jednak objęcie badaniami większej liczby pacjentów z bardziej zróżnicowanymi diagnozami psychiatrycznymi pozwoliłoby na określenie specyfiki potrzeb różnych grup klinicznych, wskazanie podobieństw i różnic. To mogłoby przyczynić się do stworzenia odpowiednio wyspecjalizowanych programów terapeutycznych, właśnie w oparciu o teorie potrzeb.

Ciekawy pomysł rozszerzenia niniejszych badań może stanowić także poszerzenie ich o grupę pacjentów niepsychotycznych – ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości, których sąd umieścił w zakładzie psychiatrycznym celem realizacji środka zabezpieczającego, także po uprzednim odbyciu kary pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia (art. 93c pkt. 4 kk, Dz. U. z 1997, Nr 88, poz. 553 ze zm). Porównanie potrzeb pacjentów psychotycznych i niepsychotycznych byłoby niezwykle interesujące nie tylko z psychologicznego punktu widzenia, ale także mogłoby stanowić cenne argumenty dla organów i instytucji państwowych, właściwych w kwestii reformowania struktury i ewentualnego profilowania psychiatrycznych oddziałów sądowych. Doświadczenie życiowe pozwala przypuszczać, że potrzeby obu grup są różne, ale dopiero zbadanie istoty tych różnic, wpływu realizacji i deprivacji potrzeb na funkcjonowanie pacjentów psychotycznych i niepsychotycznych – umożliwiłoby podjęcie decyzji w kierunku bądź łączenia obu grup w jednym oddziale, bądź tworzenia dla każdej z nich odrębnych jednostek terapeutycznych z odpowiednio dobranymi programami.

Wartość niniejszych badań ogranicza także mała liczba uczestniczących w nich kobiet (16), gdyż stanowiły jedynie 13% całej badanej grupy. Jakkolwiek takie proporcje oddają rozkład płci w całej populacji pacjentów sądowych, to jednak brak choćby zbliżonej liczebności osób płci męskiej i żeńskiej nie pozwala w wielu przypadkach na dokonywanie porównań. To wielka szkoda, gdyż w przypadku zestawienia obrazu

potrzeb i poczucia jakości życia u obu płci, wyniki mogłyby być bardzo zróżnicowane i niezwykle interesujące, tak jak to zaprezentowano w niektórych badaniach europejskich (Pham i Saloppe, 2013; Swinton, Oliver i Carlisle, 1999; Archer, Lau i Sethi, 2016).

Interesującym, a zarazem obiecującym pomysłem na przyszłe badania w oparciu o wstępne wyniki dotyczące postrzegania jakości życia pacjentów sądowych – byłoby głębsze przeanalizowanie uwarunkowań tej zmiennej, w połączeniu z bardziej wnikliwym badaniem stanu psychicznego pacjentów, nasilenia objawów psychopatologicznych, poziomu restrykcyjności w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia, ale przede wszystkim także w zestawieniu z pomiarem czynników ryzyka powrotności do przestępstwa i czynników chroniących. To pozwoliłoby pośrednio ustalić znaczenie predykcyjne postrzeganej jakości życia i realizacji potrzeb dla postępów i wyników leczenia.

Reasumując, wskazanie powyżej wymienionych „słabych stron” badań jest niezbędne do krytycznej oceny uzyskanych wyników. Jakkolwiek ograniczają one pewne założenia, które można przyjąć w odniesieniu do wpływu potrzeb i jakości życia na proces leczniczy i terapeutyczny, to jednak opisane w pracy koncepcje i wnioski mogą w dużej mierze przyczynić się do rozwoju nowego podejścia w psychiatrii sądowej. Chodzi głównie o przeniesienie „siły nacisku” z modelu RNR i permanentnej koncentracji na kontroli ryzyka powrotności do przestępstwa (co jest wciąż charakterystyczne dla systemu polskiego), na model nowoczesnej psychiatrii sądowej z podejściem skoncentrowanym na potencjale chorego i jego pozytywach, realizacji indywidualnych potrzeb oraz zapewnieniu mu możliwie optymalnej jakości życia - w drodze do zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

PODSUMOWANIE

Niniejsza praca prezentuje realny obraz stanu psychicznego, profilu socjodemograficznego i sytuacji psychospołecznej pacjentów detencyjnych w Polsce, jak również ich potrzeb psychofizycznych, sposobu ich realizacji oraz postrzeganej przez chorych jakości życia w trakcie leczenia w sądowo-psychiatrycznych placówkach zamkniętych. Pozwala lepiej zrozumieć pacjentów oraz podjąć refleksję nad tym, jakie jeszcze dodatkowe kroki należałoby poczynić, by zoptymalizować ich leczenie psychiatryczne, poprawić postawy prospołeczne i wyeliminować zachowania przestępcze.

Podkreślenie istotności i nadanie rangi zaspokajaniu potrzeb i optymalizowaniu jakości życia pacjentów sądowych, stanowić powinny priorytet w promowaniu nowoczesnego modelu leczenia i opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi, którzy dopuścili się w przeszłości najpoważniejszych czynów zabronionych i z tego powodu często pozostają na marginesie życia społecznego. Jest to tym ważniejsze, im więcej mówi się w świecie i w Polsce o prawach człowieka i prawach pacjenta. Miarą bowiem dojrzałego społeczeństwa – jest sposób, w jaki traktuje on osoby chore, nieporadne i wykluczane społecznie, a do takich niewątpliwie należą pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej względem których realizowany jest izolacyjny środek zabezpieczający.

BIBLIOGRAFIA

- Aaronson, N.K., Kaasa, S., Sprangers, M.A. (1997). Kwestionariusze EORTC do oceny jakości życia chorych na nowotwory. Nowelizacja. W: J. Meyza (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 13-36). Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.
- Abou-Sinna, R., Luebbers, S. (2012). Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (5), 462-70.
- Achmedzai, S. (2020). Quality-of-Life Research in the European Palliative Care Setting. W: D. Osoba (red.). *Effect on Cancer on Quality of Life*. London: CRS. Press Inc.
- Adamiec, M., Popiołek, K. (1993). Jakość życia – między wolnością a mistyfikacją. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2, 93-102.
- Adams, J., Thomas, S., Mackinnon, T., Eggleton, D. (2018). The risks, needs and stages of recovery of a complete forensic patient cohort in an Australian state. *BMC Psychiatry*, 18:35. <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1584-8>.
- Allardt, E. (1993), Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. W: M. Nussbaum, A. Sen (red.), *The Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press.
- Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W., Berardi, D., (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study, *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(3)2, 47-55.
- Andreasson, H., Nyman, M., Krona, H., Meyer, L., Anckarsäter, H., Nilsson, T. (2014). Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 635–642.
- Andrews, D., Bonta, J., Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52 (1), 7-27.
- Andrews, F. (red.) (1986). *Research on the quality of life*. Michigan: University of Michigan.
- Archer, M., Lau, Y., Sethi, F. (2016). Women in acute psychiatric units, their characteristic and needs: a review. *Psychiatrist*, 40, 266 – 72. doi:10.1192/pb.pb.115.051573.
- Arvidsson, H. (2003). Met and unmet needs of severely mentally ill persons. The Psychiatric Care Reform in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 373-379.

- Asadi-Lari, M., Packham C., Gray, D. (2003). Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 34-38.
- Baksheev, G.N., Thomas, S.D., Ogloff, J.R. (2010). Psychiatric disorders and unmet needs in Australian police cells. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (11), 1043-51.
- Bańka, A. (2005) Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: A. Bańka (red.). *Psychologia jakości życia* (s. 11-79). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Bańka, A. (1994). Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. W: A. Bańka, R. Derbis (red.). *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia* (s. 19-40). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Bańka, A., Derbis, R. (red.) (1994). *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań: Wydawnictwo Gemini.
- Barczyk, A. (2006). *Psychologia, psychiatria i prawo wobec podsądnych zaburzonych psychicznie*. Mysłówice: Wydawnictwo Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda.
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., Marinis, M.D. (2013). Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase? *Europe's Journal of Psychology*, 2013, 9 (1), 185–203.
- Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A. (red.) (2021). *Środki zabezpieczające. Ujęcie systemowe*. Kraków: Krakowski Instytut Prawa Karnego KIPK Press.
- Barnao, M., Robertson, P., Ward, T. (2010). Good Lives Model Applied to a Forensic Population. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 202-217, DOI: 10.1080/13218710903421274
- Barnao, M., Ward, T., Robertson, P. (2016). The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(2), 288-301, DOI: 10.1080/13218719.2015.1054923.
- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barry, M.M., Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.

- Bartosz, B. (2006). Czy bycie twórcą oznacza wysoką jakość życia? (o niekoniecznie prostych związkach między twórczością i jakością życia). W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.). *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*, (s. 79-92). Wrocław: Wydawnictwo "Jakopol".
- Bartosz, B., Klebaniuk, J. (2006). *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*. Wrocław: Wydawnictwo "Jakopol".
- Bartoszek, J. (red.) (2015). *Wartość i jakość życia w ujęciu transdyscyplinarnym*. Tarnów: Wydawnictwo Biblos.
- Bengtsson, A., Hansson, L. (1999). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community; the relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 513-518.
- Bengtsston-Tops, A., Hansson, L., Sandlund, M., Bjarnason, O., Korkeila, J., Merinder, R., Nillson, L., Sorgaard, K.W., Vinding, H.R., Middelboe, T. (2005). Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multicentre study. *Quality of Life Research. An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14 (1), 221-229.
- Bera, R. (2008). *Aksjologiczny sens pracy a poczucie jakości życia młodych emigrantów polskich*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Bidzan, M. (2008). *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Biel, K. (2014). Model ryzyka i model dobrego życia w readaptacji skazanych. W: J. Kusztal, K. Kmiecik-Jusięga (red.). *Konteksty resocjalizacji i readaptacji społecznej* (s. 45-57). Kraków: Akademia Ignatianum Wydawnictwo WAM.
- Błachut, J., Gaberle, A., Krajewski, K. (1999). *Kryminologia*. Gdańsk: Wydawnictwo Arche.
- Błoński, K., Burlita, A., Witek, J. (red.). *Pomiar jakości życia na poziomie lokalnym*. Rozprawy i Studia, t. MLV, 981. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M.P., Bascaran, M.T., Saiz, P.A., Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9 (2), 215-226.
- Bobes, J., Fillat, O., Arango, C. (2009). Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (3), 218-25. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01302.x.

- Bowling, A. (2004). A taxonomy and overview of quality of life. W: J. Brown, A. Bowling, T. Flynn (red.). *Models of quality of life: a taxonomy and systematic review of the literature*. FORUM Project, University of Sheffield.
- Brewin C. (1992). Measuring individual needs for care and services. W: G. Thornicroft, C.R. Brewin, J.K. Wing (s. 220-236). *Measuring mental health needs*. London: Gaskell Royal College of Psychiatrists.
- Brewin, C., Wing, J., Mangen, S., Brugha, T., MacCarthy, B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 17, 971-981.
- Brown, J., Bowling, A., Flynn, T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature. (Project Report). *European Forum on Population Ageing Research*, <https://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/17177>, z dnia: 25.05.2022.
- Browne, B., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Browne, K. D., Foreman, L., Middleton, D. (1998). Predicting treatment drop-out in sex offenders. *Child Abuse Review*, 7, 402-419.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 76–91.
- Büsselmann, M., Titze, L., Lutz, M., Dudeck, M., Streb, J. (2021). Measuring the Quality of Life in Forensic Psychiatric Hospitals. *Frontiers in Psychology*, 12, 701231.
- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10 (3), 124–127.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., Martin, A. (2005). Socio demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 137 (3), 203-213.
- Castelletti, L., Lasalvia, A., Molinari, E, Thomas, S., Straticò, E., Bonetto, C. (2015). A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical

- validation of the Italian CANFOR - Staff version, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24 (3), 274 - 81.
- Cattell, R. B. (1966). *Anxiety and Motivation*. Academic Press, New York.
- Cechnicki, A. (2001a). Jakość życia osób chorych na schizofrenię. Część I – wyniki badań w psychospołecznym programie leczenia. *Psychoterapia*, 2 (117), 5-17.
- Cechnicki, A. (2001b). Jakość życia osób chorych na schizofrenię. Część II – konstrukt, wewnętrzne zależności i czynniki wyjaśniające. *Psychoterapia*, 2 (117), 19-29.
- Chańska, W. (2009). *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Chiswick, D. (1992). Reed report on mentally disordered offenders. They need health and social services, not prison. *British Medical Journal*, 305, 1448–9.
- Cella, D.F., Tulski, D.S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4 (5), 29-38.
- Chow, W. S., Priebe, S. (2016). How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *British Medical Journals BMJ Open* 6, 10188.
- Chukwujekwu, D. C., Stanley, P. C. (2008). The Modified Overt Aggression Scale: How valid in this environment? *Nigerian Journal Of Medicine*, 17(2), 153-155.
- Ciałkowska-Kuzinska, M., Misiak, B., Kiejna, A. (2014). Patients' and carers' perception of needs in a polish sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 60 (2), 178 -184.
- Ciosek, M. (2003). *Psychologia sądowa i penitencjarna*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.
- Ciosek, M., Pastwa – Wojciechowska, B. (red.) (2017). *Psychologia penitencjarna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Clark D. (2002). *Visions of Development: A Study of Human Values*. Manchester: Edward Elgar Publishing.
- Clarke, C., Lumbard, D., Sambrook, S., Kerr, K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 27 (1), 38–54.
- Cleary, M., Freeman, A., Hunt, G. E., Walter, G. (2005). Patient and carer perceptions of need and associations with care-giving burden in all integrated adult mental health service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 208 - 214.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385 -396.

- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (2012). Skala odczuwanego stresu – PSS-10 (adapt. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik). W: Z. Juczyński, N. Ogińska - Bulik, *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem* (s. 11-22). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Collins, M., Davies, S. (2005). The Security Needs Assessment Profile: A Multidimensional Approach to Measuring Security Needs. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 4 (1), 39–52.
- Colman, A. M. (2009). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Costa, T., McCrae, J.R. (1988). From Catalog to Classification: Murray's Needs and the Five-Factor Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (2), 258-265.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 35, s. 300-345.
- Cummins, R.A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale – Adult*, 5th ed. Melbourne: School of Psychology. Deakin University.
- Cymerman, I. (2007). *Doświadczenie jakości życia po przeszczepie – perspektywa fenomenologiczno-hermeneutyczna*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
- Czapiński, J.(1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: PTP.
- Czapiński, J. (2019). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (2008). Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 13-17). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapów, C., Jedlewski, S. (1971). *Pedagogika resocjalizacyjna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Czerederecka, B. (1988). *Potrzeby psychiczne sierot społecznych*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Ćwirlej - Sozańska A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B. (2018). Validation of the Polish version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in an elderly population (60-70 years old). *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 24 (3), 386-394.

- Ćwirlej - Sozańska, A., Sozański, B., Kotarski, H., Wilmowska-Pietruszyńska, A., Wiśniowska-Szurlej, A. (2020). Psychometric properties and validation of the polish version of the 12-item WHODAS 2.0. *BMC Public Health*, 20 (1), 1203.
- Dawid, J.W. (1961). *Pisma pedagogiczne*. Wrocław: Ossolineum.
- De Benedictis, L., Dumais, A., Stafford, M., Côté, G., Lesage, A. (2012). Factor analysis of the French version of the shorter 12-item Perception of Aggression Scale (POAS) and of a new modified version of the Overt Aggression Scale (MOAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 875-880.
- Denek K. (2002). *Poza ławką szkolną*. Poznań: Wyd. ERUDITUS.
- Daszykowska, J. (2006). Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2, 122–128.
- Daszykowska, J. (2010). *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Davoren, M., Byrne, O., O'Connell, P., O'Neill, H., O'Reilly, K., Kennedy, H.G. (2015). Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: Need for therapeutic security and course of admission. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–15. doi:10.1186/s12888-015-0686-4.
- Dąbrowska, A. (2017). Jakość życia – Aspekty definicyjno-badawcze. W: K. Błoński, A. Burlita, J. Witek (red.). *Pomiar jakości życia na poziomie lokalnym*. Rozprawy i Studia t. (MLV), 981. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Derbis, R. (1994). Odpowiedzialna wolność w kształtowaniu jakości życia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.). *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, (s. 53-62). Poznań-Częstochowa: Wydawnictwo Gemini.
- Derbis, R. (red.). (2008). *Jakość życia. Od wykluczonych do elity*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.
- Derbis, R. (red.) (2000). *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Derbis, R., Bańka, A. (1998). *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe SPA.
- De Walden-Gałuszko, K. (1994). Ocena jakości życia uwarunkowana stamen zdrowia. W: J. Meyeza (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, (s. 77-82). Warszawa, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

- de Vries, M.G., Brazil, I.A., van der Helm, P., Verkes, R., Bulten, H. (2018). Ward Climate in a High-Secure Forensic Psychiatric Setting: Comparing Two Instruments. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17 (3), 247-255.
- de Vries, M.G., Brazil, I.A., Tonkin, M., Bulten, B.H. (2016). Ward Climate Within a High Secure Forensic Psychiatric Hospital: Perceptions of Patients and nursing Staff and the Role of Patient Characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 342-349.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Dobrzyńska, E., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2007). Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 16 (1), 173-178.
- Dobrzyńska, E., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2007). Needs of persons with different psychiatric disorders, satisfaction with services, social functioning and quality of life. *European Psychiatry*, 22, supl. 1, s. 215.
- Dobrzyńska, E., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2008). Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – definicje, przegląd badań. *Psychiatria Polska*, XLII (4), 515-524.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Dołęga, Z. (2007). Wskaźniki jakości życia. W: M. Flanczewska-Wolny (red.). *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*, (s. 25-39). Gliwice-Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Drat-Ruszczak, K. (1995). *Poznanie i emocje w schizofrenii*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dressing, H., Salize, H.J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 797-803.
- Drukker, M., van Dillen, K., Bak, M., Mengelers, R., van Os, J., Delespaul, P. (2008). The use of the Camberwell Assessment of Need in treatment: what unmet needs can be met? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (5), 410-7.
- Duda, M. (2016). *Poczucie jakości życia młodzieży z problemami zdrowotnymi*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Dziurawicz-Kozłowska A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2, (1), 77-100.
- Eckert, M., Schel, S.H., Kennedy, H.G., Bulten, B.H. (2017). Patient characteristics related to length of stay in Dutch forensic psychiatric care. *International Journal of Forensic Mental Health*, 28(6), 863–880.
- Ernest, S., Nagarajn, G., Jacob, K.S. (2012). Assessment of need of patients with schizophrenia: A study in Vellore, India. *International Journal of Social Psychiatry*, 59 (8), 752-756.
- Escuder Romeva, G., Gomollon Rubio, L.G., Ochoa Guerre, R., Ramos Miravet, M.J., Caceres Gonzalez, A., Thomas, S. (2010). Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need – Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (3), 129-137.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39 (2), 175-191.
- Farnicka M., Liberska, H. Niewiedział, D. (2016). *Psychologia agresji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *JAN Leading Global Nursing Research*, 22 (3), 502-508.
- Felce, D., Perry, J. (1996). Exploring current conceptions of quality of life: A model for people with and without disabilities. W: R. Renwick, I. Brown, M. Nagler, (red.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation*, London: Sage Publication.
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., Remington, G. (2013). Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: Data from the CATIE study. *Schizophrenia Research*, 151 (1-3), 203-220.
- Firkowska - Mankiewicz, A. (1999). Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL – Kwestionariusz Jakości Życia. *Sztuka Leczenia*, 5, 3.
- Flanczewska – Wolny, M. (red.) (2007). *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*. Gliwice-Kraków: Oficyna Wydawnicza “Impuls”.
- Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, J.M. (2013). Help received from relatives and services to satisfy needs of adults with severe mental disorders. *Health*, 5 (2), 200-211.
- Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, J.M., Tremblay, J. (2013). Factors associated with needs of users with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 84 (3), 363–379.

- Fortune, C.A., Ward, T., Polaschek, D.L. (2014). The Good Lives Model and therapeutic environments in forensic settings, *Therapeutic communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 35(3), 95-114.
- Freud, Z. (2010). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gałecki, P., Eichstaedt, K. (2022). *Psychiatria sądowa*, wyd. 1. Warszawa: PZWL.
- Ganesh, K., Gupta, S. (2017). Comparison of unmet needs of patients on treatment of schizophrenia perceived by patients and their family caregivers. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 33 (2), 181-186.
- Garczyński, S. (1972). *Potrzeby psychiczne. Niedosyt. Zaspokojenie*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Gasiul, H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Gawor, A. Głębocka, A. (red.) (2008). *Jakość życia współczesnego człowieka*. Kraków: "Impuls".
- Gierowski, J.K. (1972). Niektóre biopsychiczne determinanty agresywnego zachowania przestępczego. *Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne*, 9, 153-71.
- Gierowski, J.K. (2003). Psychiatria sądowa w Polsce - aktualny stan i perspektywy. *Palestra*, 48/7-8 (547-548), s. 104-120.
- Gierowski, J.K., Heitzman, J., Szymusik, A. (2003). Psychiatria sądowa. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, t. 3, Wrocław: Urban & Partner.
- Gierowski, J.K., Jaśkiewicz-Obydzińska, T., Najda, M. (2010). *Psychologia w postępowaniu karnym*. Wyd. 2. Warszawa: LexisNexis.
- Gierowski, J.K., Paprzycki, L.K. (2013). *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska SA.
- Główczak, M., Kacperek, B., Meder, J., Spiridonow, K. (1997). Wstępna ocena jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 1997, 3, 313-322.
- Goffman, E. (1975). Charakterystyka instytucji totalnych. W: W. Dereczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki. *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Goode, D., Hogg, J. (1994). Towards an understanding of holistic Quality of life in people with profound intellectual and multiple disabilities. W: D.A. Goode (red.). *Quality of*

- life for person with disabilities: International perspectives and issues* (s. 197-207). Cambridge, MA: Brookline Books Inc.
- Gosek, P., Kotowska, J., Rowińska-Garbień, E., Bartczak, D., Plewka, A., Heitzman, J. (2021). Wieloletnie detencje psychiatryczne – przegląd wybranego piśmiennictwa i analiza danych z oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. *Psychiatria Polska*, 246, 1–13.
- Górecka, J. (2001). Jakość życia pacjentów schizofrenicznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 10, 389-394.
- Górecka, J., Szymona, K., Ujma, I. (2003). Porównanie jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń nerwicowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*, 58, supl. 13 (78), s. 427-431.
- Górski, J. (1989). Powrót skazanych do społeczeństwa po odbyciu długoterminowej kary pozbawienia wolności. *Przegląd Penitencjarny i Kryminologiczny*, 16, 21-25.
- Guyatt, G.H., Seeney, D.H., Patrick, D.L. (1993). *Measuring health-related quality of life. Annals of Internal Medicine*, 18 (8), 622-629.
- Hajduk, A., Owsianowska, J., Robaszkiewicz, R., Michałowska, Z. (2008). Ocena jakości życia pacjentów ze schizofrenią. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89 (3), 437-440.
- Halford, W.K., Harrison, C., Kalyansundram, M.C., Simpson, S. (1995). Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatric Services*, 46 (11), 277-85.
- Han-Ilgiewicz, N. (1961). *Potrzeby psychiczne dziecka*. Warszawa.
- Hansson, L., Bjorkman, T., Svensson, B. (1995). The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Need instrument and results from cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92 (4), 285-293.
- Hansson, L., Middelboe, T., Merinder, L., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Nilsson, L., Sandlund, M., Sourander, A., Sørgaard, K., Vinding, H. (1999). Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (4), 247-258.
- Hansson, L., Sandlund, M., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Karlsson, H., Mackeprang, T., Merinder, L., Nilsson, L., Sørgaard, K., Vinding, H., Middelboe, T. (2003). The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57 (1), 5-11.

- Harris, S. T., Oakley, C., Picchioni, M. (2013). Quantifying violence in mental health research. *Aggression and Violent Behavior*, 18 (6), 695-701.
- Harty, M., Shaw, J., Thomas, S., Dolan, M., Davies, L., Thornicroft, G., Jones, P. (2004). The security, clinical and social needs of patients in high security psychiatric hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15 (2), 208 – 221. <http://doi.org/10.1080/14789940410001703967>.
- Harty, M., Tighe, J, Leese, M, Parrott, J, Thornicroft, G. (2003). Inverse care for mentally ill prisoners: unmet needs in forensic mental health services. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14 (3), 600 - 614.
- Hayward, M., Slade, M., Moran, P.A. (2006). Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 57 (4), 538–543.
- Heitzman, J. (2002). *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Heitzman, J. (2007). Ekspertyza psychiatryczna. W: J. Wójcikiewicz (red.). *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, (s. 449-499). Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Heitzman, J. (2016). Psychiatria sądowa. W: M. Jarema, (red). *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*, wyd. 2, (s. 659-700). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Heitzman, J., Markiewicz, I. (2017). Finansowanie psychiatrii sądowej a jakość leczenia i zagrożenie bezpieczeństwa publicznego. *Psychiatria Polska*, 51(4), 599–608.
- Heitzman, J., Markiewicz, I., Gosek, P. (2019). Complementary Model of Long-Term Care in Poland as a Result of the Political Transformation, Law Reform and Service Changes in Forensic Psychiatry. W: B. Völlm, P. Braun, *Long-Term Forensic Psychiatric Care*, (s. 287-300). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Heitzman, J. (2020). Środki zabezpieczające w psychiatrii w kontekście zmian w prawie. W: J. Majewski, *Środki zabezpieczające: pokłosie XVI Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego*, (s. 49-56). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- Hemsley, D.R., Zawada, S.L. (1976). Filtering and cognitive deficits in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 128, 456-461.
- Heszen, I. (2016). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Hilgard, E.R. (1967). *Wprowadzenie do psychologii*. Warszawa.
- Hobfoll S., (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Holloway, F., Carson, J. (1999). Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: An exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (4), 259 – 267.
- Horney, K. (2000). *Nasze wewnętrzne konflikty*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Horney, K. (2022). *Nerwica a rozwój człowieka*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Huang, H. C., Wang, Y. T., Chen, K. C., Yeh, T. L., Lee, I. H., Chen, P. S., Lu, R. B. (2009). The reliability and validity of the Chinese version of the Modified Overt Aggression Scale. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13 (4), 303–306.
- IASSID (1980). *Quality of life. Its conceptualization, measurement, and application*. A consensus document prepared by: The Special Interest Research Group on Quality of Life. International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. WHO-IASSID work plan.
- Jankiewicz-Siwiek, A., Bartosinska, D. (2011). Jakość życia - istota, uwarunkowania, wskaźniki oraz praktyka badań w Polsce. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia*, 45(1), 29-38.
- Jankowska, E. (2011). Pojęcie i narzędzia pomiaru jakości życia. *Toruńskie Studia Międzynarodowe*, 1 (4), 33-39.
- Jankowski, K. (1976). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Janowski, K. (2005). Jakość życia związana ze stanem zdrowia i jej pomiar. W: S. Steuden, M. Ledwoch (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości* (143-154). Lublin: TN KUL.
- Jacques, J., Spencer, S., Gilluley, P.L. (2010). Long-term care needs in male medium security. *The British Journal of Forensic Practice*, 12 (3), 37- 44.
- Jaracz, K. (2001). Jakość życia w naukach medycznych. W: Z. Melosik (red.). *Młodość. Styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, (s. 209-224). Poznań: Wydawnictwo Wolumin.
- Jarema, M., Konieczńska, Z. (2000). Badanie jakości życia a efekty farmakoterapii schizofrenii lekami klasycznymi i “starymi” atypowymi. *Psychiatria Polska*, 2, 275-288.
- Jarema, M., Konieczńska, Z., Głowczak, M., Szaniawska, A., Mader, J., Jakubiak, A. (1995). Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatria Polska*, 5, 641-654.

- Jarema, M., Bury, L., Koniecznyńska, Z., Zaborowski, B., Cikowska, G., Unicka, A., Bartoszewicz, J., Muraszkievicz, L. (1997). Porównanie jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej. *Psychiatria Polska*, 5, 585-594.
- Jasiński, M. (red.) (2013). *W poszukiwaniu jakości życia*. Białystok: Wydawnictwo Niepaństwowej Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Jeleń, A. (2013). *Polska adaptacja i zbadanie psychometrycznych właściwości polskiej wersji skali do badania potrzeb pacjentów psychiatrii sądowej – Camberwell Assessment of Need – Forensic Version (CANFOR) – niepublikowana praca doktorska z 2016 r., napisana pod kierunkiem dra hab. Tomasza Adamowskiego*.
- Jodłowska, B. (2012). *Pedagogika sokratejska*. Kraków: Oficyna Wydawnicza “Impuls”.
- Jones, N., Pelissier, B. Klein-Saffran, J. (2006). Predicting sex offender treatment entry among individuals convicted of sexual offense crimes. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 83-98.
- Juczyński, Z., Ogińska – Bulik, N. (2012). *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kahneman, D., Krueger, A.B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 1, 3-24.
- Kaiser, W., Priebe, S., Barr, W., Hoffmann, K., Isermann, M., Röder-Wanner, U.U., Huxley, P. (1997). Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Research*, 66 (2–3), 153–66.
- Kasperek, B., Spiridonow, K., Meder, J. (2000). Jakość życia osób przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii. W: J. Meder (red.). *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Kasperek, B., Spiridonow, K., Chądzyńska, M., Meder, J. (2002). Jakość życia chorych na schizofrenię a umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym I psychoedukacji. *Psychiatria Polska*, 36 (5), 717-730.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5 (3), 139-145.
- Keulen-de Vos, M., Schepers, K. (2016). Needs Assessment in Forensic Patients: A Review of Instrument Suites. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15 (3), 283-300.

- Kho K., Sensky T., Mortimer A., Corcos C. (1998). Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psy-chiatric acute admission wards. *British Journal of Psychiatry*, 172, 38 – 43.
- Kiejna, A., Szajowski, K., Rymaszewska, J., Jarosz-Nowak, J., Kallart, T.W. (2002). Psychopathology and social disabilities of day-hospital and inpatients during acute treatment. *European Psychiatry*, 17, supl. 1, 59.
- Kilian, R. (1995). Ist Lebensqualität messbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 22, 97-101.
- Klamka, A., Mazurowski, K., Gezela, M., Suwalska, A. (2006). Czynniki związane z jakością życia pacjentów ze schizofrenią. Badanie przy zastosowaniu skali SQLS. *Nowiny Lekarskie*, 75, 6, 564-567.
- Klonowicz, T., Cichomski, B., Elias, A. (2002). Pieniądze dają szczęście, zdrowie i ... *Psychologia jakości życia*, 1 (2), s. 19-34.
- Knudsen, H.C., Vazquez-Barquero, J.L., Welcher, B., Gaite, L., Becker, T., Chisholm, D., Ruggeri, M., Schene, A.H., Thornicroft, G. & Epsilon Study Group (2000). Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurement for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177 (suppl. 39), 8-14.
- Kocowski, T. (1982). *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Kocur, J., Cynkier, P. (2005). Uwarunkowania sytuacyjne czynów agresywnych dokonywanych przez chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(4), 319-324.
- Koluch, W. (2001). *Potrzeby psychiczne członków grup przestępczych*. Warszawa: Wydawnictwo Nuit Magique.
- Konieczńska, Z., Jarema, M., Cikowska, G. (1998). Ocena jakości życia chorych na schizofrenię przy pomocy dwóch kwestionariuszy. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 7, 439-448.
- Konieczńska, Z., Jarema, M., Cikowska, G. (1997). Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym. *Psychiatria Polska*, 3, 323-332.
- Konorski, J. (1969). *Integracyjna działalność mózgu*, Warszawa.

- Korkeila, J., Heikkila, J., Hansson, L., Sorgaard KW, Vahlberg, T., Karlsson, H. (2005). Structure of needs among persons with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 233-239.
- Kosewski, M. (1977). *Agresywni przestępcy*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kowalczyk, M.H. (2020). Współczesne koncepcje oddziaływań resocjalizacyjnych wobec osób z zaawansowanymi przejawami zaburzeń w zachowaniu i niedostosowania społecznego. *Polska Myśl Pedagogiczna*, 6, 113-130.
- Kowalik, S. (1993). Psychologiczne wymiary jakości życia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.). *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, (s. 41-52). Poznań-Częstochowa: Wydawnictwo Gemini.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.). *Jakość rozwoju a jakość życia* (s. 11-31). Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Kowalik, S., Ratajska, A., Szmaus, A. (2001). W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: L. Wołowicka (red.). *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 13-25). Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Kovess-Masfety V., Wiersma, D., Xavier, M., Caldas de Almeida, J.M., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., Roeland, J.T., Torres-Gonzales, F., Kustner, B.M., Walsh, D. (2006). Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one year follow-up study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 22-32.
- Kowalik, S. (2001). Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej.
- Kowalski, P. (1989). *Potrzeby ludzkie a prawa człowieka*, Wrocław.
- Krakowski, M.I., Czobor, P. (2014). Depression and impulsivity as pathways to violence: implications for antiaggressive treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 886-894.
- Krąpiec, M., Kamiński, S., Zdybicka, Z. J., Jaroszyński, P. (1992). *Wprowadzenie do filozofii*. Lublin: Wydawnictwo Katolicki Uniwersytet Lubelski KUL.
- Krok, D. (2009). *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Kuć M., Gałązka, M. (2017). *Prawo karne wykonawcze*. Warszawa: C.H. Beck.

- Kuhn, A. Rosendahl, W., Hennig, H. (1997). Lebensqualität und Alltagsbewältigung chronischschizophrener Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47, 64-71.
- Kulhara, P., Avasthi, A., Grover, S., Sharan, P., Sharma, P., Malhotra, S., Gill, S. (2010). Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (8), 809-18.
- Kuperberg G., Hackers S. (2000). Schizophrenia and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 10, 205–210.
- Landolt, K., Burns, W., Ajdacic-Gross, V., Galderisi, S., Libiger, J., Naber, D., Derks, E., Kahn, R., Fleischhacker, W. (2012). *Psychological Medicine*, 42 (7), 1461 – 1473.
- Landowski, J., Majkiewicz, M., Lamparska, E. (1996). Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię – wprowadzenie w problematykę. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 3, 42-50.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), 109-25, doi: 10.1093/geronj/33.1.109.
- Laws, D. R., Ward, T. (2011). *Desistance and sexual offending: Alternatives to throwing away the keys*. New York: Guildford Press.
- Lehman, A.F., Postrado, L.T., Rachoba, L.T. (1993). Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 327-333.
- Lehman, A.F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31 (2), 78–88.
- Lewicki, A. (1978). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Liberadzka, A., Kurbiel, D. (2015). *Potrzeby osób chorujących psychicznie w Małopolsce – raport z badań*. Kraków: Stowarzyszenie “Otwórzcie Drzwi”.
- Lindstrom, B. (1994). *The essence of existence: on the quality of life of children in the Nordic countries*. Goteborg: Nordic School of Public Health,
- Lisowski, A. (2005). Potrzeby społeczne i ich diagnozowanie. W: A. Kurzynowski (red.). *Polityka Społeczna* (s. 52-74). Warszawa: Wydawnictwo Szkoła Główna Handlowa.
- Long, C., McLean, A., Boothby, A., Hollin, C. (2008). Factors associated with quality of life in a cohort of forensic psychiatric in-patients. *The British Journal of Forensic Practice*, 10 (1), 4-11.

- Long, C., Dolley, O., Hollin, C.R. (2015). Treatment progress in medium security hospital settings for women: changes in symptoms, personality and service need from admission to discharge. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25, 99-111.
- Long, C., Webster, P., Waine, J., Motala, J., Hollin, C.R. (2008). Usefulness of the CANFOR-S for measuring needs among mentally disordered offenders resident in medium or low secure hospital services in the UK: a pilot evaluation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 39-48.
- Mccabe, R., Hoffmann, K., Priebe, S., Röder-Wanner, U. (1999). Therapeutic relationships and quality of life: schizophrenia patients. *International Journal of Social Psychiatry*. 45(4), 276-83.
- Macpherson, R., Haynes, R., Summerfield, L., Foy, C., Slade, M. (2003). From research to practice: A local mental health services needs assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 276-281.
- Macpherson, R., Varah, M., Summerfield, L., Foy, C., Slade, M. (2003). Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis: Staff and patient assessments of need. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 662-667.
- Maddi, S.R. (1980). *Personality Theories: a comparative analysis*. The Dorsey Press, Homewood, Illinois.
- Madsen, K.B. (1980). *Współczesne teorie motywacji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Majchrzyk, Z. (2012). *Psychologia sądowa. Aktualne problemy opiniowania dorosłych*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Majkowicz, M., Zdun-Ryżewska, A. (2009). Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych: koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w praktyce klinicznej*, 2 (2), s. 100-114.
- Manamela, K.E., Ehlers, V.J., van der Merwe, M.M., Hattingh, S.P. (2003). A need assessment of persons suffering from schizoghrenia. *Curation*, 26 (3), 88-97.
- Mann, R. E., Webster, S. D., Schofield, C., Marshall, W. L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 65-75.
- Margari, F., Matarazzo, R., Casacchia, M., Roncone, R., Dieci, M., Safran, S., Fiori, G., Simoni, L. (2005). Italian validation of MOAS and NOSIE: A useful package for

- psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14 (2), 109-118.
- Markiewicz, I. (2020). Leczenie czy izolacja? Model postępowania z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych w Holandii. W: E. Dawidziuk, J. Nowakowska (red.), *Izolacja sprawców przestępstw uznanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, (178-191). Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich.
- Markiewicz, I. (2021). System środków zabezpieczających w Holandii – aspekty teoretyczne i praktyczne. W: A. Barczak-Oplustil, M. Pyrcak-Górowska, A. Zoll (red.). *Środki zabezpieczające. Ujęcie systemowe*, (s. 353-377). Kraków: Krakowski Instytut Prawa Karnego.
- Markiewicz, I., Pilszyk, A., Kudlak, G. (2020). Psychological factors of aggressive behaviour in patients of forensic psychiatry wards with the diagnosis of schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 72, 101612.
- Maruszewski, M., Reykowski, J., Tomaszewski, T. (1967). *Psychologia jako nauka o człowieku*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. Harper and Row, New York.
- Maslow, A. (2013). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H., Vázquez-Barquero, J. L., Tansella, M., Becker, T., EPSILON Study Group (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (5), 370-379.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H., Vázquez-Barquero, J. L., Lasalvia, A., Padfield, S., White, I.R., Griffiths, G. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need – European Version. *British Journal of Psychiatry*, 177, 34-40.
- McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.
- Meadows, G., Harvey, C., Fossey, E., Burgess, P. Assessing perceived need for mental health care in community survey: development of the Perceived Need Care Questionnaire (PNCQ). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (9), 427-435.
- Meder, J. (red.) (2000). *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

- Meder, J., Stańczak, T. (2001). Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej. W: J. Kulczycki (red.), *Instytut Psychiatrii i Neurologii – 50 lat działalności*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN.
- Michalos, A.C. (1986). Job satisfaction, material satisfaction, and quality life: A review and preview. W: F.M. Andrews (red.), *Research on the quality of life*. USA, Michigan, University of Michigan - Ann Arbor.
- Michalos, A.C. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65, 1, 27-72.
- Miler - Zawodniak, A. (2012). Teorie potrzeb jako współczesne teorie motywacji. *Obronność - Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 4, 101-116.
- Miller, N.E. (1941). The frustration-aggression hypothesis. *Psychological review*, 48, 337-342.
- Misztal-Konecka, J., Konecki, J. (2007). Orzekanie w postępowaniu karnym o środku zabezpieczającym umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. *Przegląd Sądowy*, XI–XII, 118–130.
- Mizerska, K., Wróbel, W., Korzekwa, P. (2012). Potrzeby pacjentów psychicznie chorych. *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej*, 1(6), 201-211.
- Mosiółek, A. (2015). Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego. *Psychiatria*, 12 (3), 128–136.
- Motak, E. (1996). Klimat emocjonalny w rodzinie a poziom umiejętności społecznych chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, 6, 929-938.
- Moore, D. L., Bergman, B. A., Knox, P. L. (1999). Predictors of sex offender treatment completion. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, 73-88.
- Mrozek, K. (2011). Istota długoterminowej kary pozbawienia wolności oraz jej struktura i dynamika. *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, 27 (AUWr 3325), 236-244.
- Murray, H. A. (1951). Some basic psychological assumptions and conceptions. *Dialectica*, 5.
- Murray, H. A. (1953). *Exploration in Personality. A Clinical and Experimental Study of Fifty Men of Collage Age*. Oxford University Press, New York.
- Nieuwenhuizen, C., Nijman, H. (2009). Quality of Life of the Forensic Psychiatric Inpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 9-15.
- Nieuwenhuizen, C., Schene, A.H., Koeter, W.J. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: an unreclaimed territory. *International Review of Psychiatry*, 14, 198-202.

- Noll, H. (2004). Social indicators and quality of life research: background, achievements and current trends. W: N. Genov (red.). *Advances in sociological knowledge over half a century* (s. 151-181). Wiesbaden: VS Verlag für Socialwissenschaften.
- Nomejko, A., Dolińska-Zygmunt, G., Zdrojewicz, Z. (2012). Poczucie jakości życia a satysfakcja z życia seksualnego - badania własne. *Seksuologia Polska*, 10, 2, 54-60.
- Oberndorfer, R., Alexandrowicz, R.W., Unger, A., Koch, M., Markiewicz, I., Gosek, P., Heitzman, J., Iozzino, L., Ferrari, C., Salize, H.J., Picchioni, M., Fangerau, H., Stompe, T., Wancata, J., de Girolamo, G. (2023). Needs of forensic psychiatric patients with schizophrenia in five European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58 (1), 53-63. doi: 10.1007/s00127-022-02336-5 (15 July 2022).
- Obuchowski, K. (1983). *Psychologia dążeń ludzkich*. Wydanie 3. Warszawa: PWN.
- Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2020 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1-3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej, Monitor Polski 2020, poz. 794.
- Ochoa, S., Haro, J., Usall, J., Autonell, J., Vicens, E., Asensio, F., the NEDES group (2005). Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75 (1), 129-134.
- O'Connell, K., Skevington, S. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 10, 379-398.
- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K., Kennedy, H.G. (2011). The DUNDRUM Quartet: Validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4, 229. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>.
- O'Flynn, O' Regan, O'Reilly i Kennedy, H. (2018). Predictors of quality of life among inpatients in forensic mental health: implications for occupational therapists. *BMC Psychiatry*, 18, 16.

- Ogórek-Tęcza, B., Sulisz, M., Kamińska, A. (2012). Jakość życia pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową w fazie depresji w okresie remisji. *Pielęgniarstwo XX wieku*, 4 (41), 91-95.
- Oishi, S., Diener, E., Lucas, R.E. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? *Perspectives on Psychological Science*, 2, 4, 346-360.
- Okła, W., Steuden, S. (2007). Wprowadzenie w problematykę jakości życia. W: S. Steuden, W. Okła (red.). *Jakość życia w chorobie*, (s. 5-12). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i w chorobie. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczowski, *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 37-42). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, P. (2010). *Jakość życia u dzieci i młodzieży – przegląd metod pomiaru*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Omer, S., Golden, E., Priebe, S. (2016). Exploring the mechanisms of a patient - centred assessment with a solution focused approach (DIALOG+) in the community treatment of patients with psychosis: a process evaluation within a cluster-randomised controlled trial. *PLoS One*, 11(2), e0148415, doi: 10.1371/journal.pone.0148415. PMID: 26859388; PMCID: PMC4747516.
- O'Neill, C., Heffernan, P., Goggins, R., Corcoran, C., Linehan, S., Duffy, D. (2003). Long-stay forensic psychiatric inpatients in the republic of Ireland: Aggregated needs assessment. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 20(4), 119–925.
- Oniszczenko, W. (1998). *Stres to brzmi groźnie*. Warszawa: Wydawnictwo "Żak".
- Orend, B. (2002). *Human rights: concept and context*. Ontario: Broadview Press.
- Ostasiewicz, W. (red.) (2002). *Metodologia pomiaru jakości życia*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu.
- Ostasiewicz, W. (red.) (2004). *Ocena i analiza jakości życia*. Wrocław: Wydawnictwo AE im. O. Langego.
- Otrębski, W. (2001). *Osoby z upośledzeniem umysłowym w sytuacji pracy. Psychospołeczne korelaty poziomu kompetencji zawodowej osób z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Ostrzyżek, A., Marcinkowski, J.T. (2009). Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90, 4, s. 465–467.
- Ostrzyżek, A., Marcinkowski, J.T. (2014). Jakość życia a doświadczanie schizofrenii. *Hygeia Public Health*, 49 (4), 679-684.

- Ouzir, M. (2013). Impulsivity in schizophrenia. A comprehensive update. *Aggressive and Violent Behaviour*, 18 (4), 247-254.
- Packer, S., Husted, J., Cohen, S., Tomlinson, G. (1997). Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22 (4), 231.
- Palinkas, L.A., Criado, V., Fuentes, D., Shepherd, S., Milian, H., Folsom, D., Jeste, D.V. (2007). Unmet needs for services for older adults with mental illness: comparison of views of different stakeholder groups. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (6), 530-40.
- Parnowska, D. (2014). *Status społeczny i socjalny pacjenta internowanego na przykładzie Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN*. Materiały z VII Seminarium KPS IPiN z cyklu ‘Środki zabezpieczające w psychiatrii’, pt: „Status społeczny i socjalny pacjenta internowanego a zagrożenie popełnieniem czynów zabronionych o znacznej szkodliwości społecznej”, Warszawa, 25 listopada 2014 r.
- Pasek, A. (2019). Potrzeby społeczne związane z rozwojem społeczeństwa. *Zeszyty Naukowe. Zbliżenia cywilizacyjne*, 15 (1), 56-81.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2004). *Naruszanie norm prawnych w psychopatii: analiza kryminologiczno-psychologiczna*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2008a). *Człowiek w obliczu prawa*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2008b). Samoregulacja i samokontrola a psychopatyczne zaburzenia osobowości. *Czasopismo Psychologiczne*, 14 (2), 247-254.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2014). Podejmowanie zachowań ryzykownych przez osoby o psychopatycznej strukturze osobowości. *Rocznik Lubuski*, 2014, 40(1), 13-27.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2017). Psychopatia a przemoc - wybór, konieczność czy pokusa? W: T. Wirkus, P. Kozłowski, (red.). *Przemoc w rodzinie: ujęcie interdyscyplinarne* (s.185-204). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Paterman, A.H., Cella, D. (2000). Quality of life. W: A.E. Kazdin (red.). *Encyclopedia of Psychology*, 6, (s. 401 – 495). Oxford: Oxford University Press-American Psychological Association.
- Penc, J. (1996). *Motywowanie w zarządzaniu*. Kraków: PSB.
- Perry, J., Felce, D. (2002). Subjective and Objective Quality of Life Assessment: Responsiveness, Response, Bias and Resident: Proxy Concordance. *Mental Retardation*, 40 (6), 445-456.

- Pham, T.H., Saloppé, X. (2013). Influence of psychopathy on self-perceived quality of life in forensic patients: a cohort study in Belgium. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24(1), 31–47.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of the seriously mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 167 (5), 589-595.
- Piotrowski, J., Ciosek, M. (2017). Izolacja więzienna jako złożona sytuacja trudna. W: M. Ciosek, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), *Psychologia penitencjarna* (s. 428 – 460). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Pirożkow, W.F. (1987). Oddziaływanie izolacji społecznej na psychikę skazanego. W: B. Hołyst (red.), *Problemy współczesnej penitencjarystyki*. Instytut Problematyki Przestępczości, t. 2 (s. 126 - 134). Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Pompili, M., Fiorillo, A. (2018). *CNS and Neurological Disorders*. Bentham Science Publishers.
- Pospiszyl, K. (2021a). Model Dobrego Życia w terapii przestępców seksualnych. *The Prison Systems Review*, 110, 9-19.
- Pospiszyl, K. (2021b). *Terapia przestępców seksualnych. Przesłanki teoretyczne, diagnoza i organizacja*. Warszawa: Szkoła Wyższa Wymiaru Sprawiedliwości. Wydawnictwo DiG.
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* (1948), Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III), przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 r.
- Priebe, S., Huxley, P., Burns, T. (1999). Who needs needs? *European Psychiatry*, 14, 186-188.
- Priebe, S., Kaiser, W., Huxley, P.J., Order-Wanner, U.U., Rudolf, H. (1998). Do different subjective evaluation criteria reflect distinct constructs? *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186 (7), 385-391.
- Pyrcak-Górowska, M. (2017). *Detencja psychiatryczna orzekana jako środek zabezpieczający w świetle badan aktowych*. Kraków: Krakowski Instytut Prawa Karnego KIPK Press.
- Pyrcak-Górowska, M. (2021). How Does Polish Law Respond to the Threat Posed by a Person with Mental Disorders? The Polish System of Preventive Measures. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych (Journal of Criminal Law and Penal Studies)*, 25 (2), 33-52.

- Ratajczak, Z. (2005). Jakość życia człowieka w warunkach narastających zagrożeń. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 231-241.
- Ramplung, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., Singh, S.P. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, Apr 34, 17-28. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2422. Epub 2016 Feb 27. PMID: 26928342.
- Reed, J. (1992). *Review of health and social Services for Mentally Disordered Offenders and Others Requiring Similar Services: final summary report*. London: HMSO/Great Britain.
- Reisegger, A., Slamanig, R., Winkler, H., de Girolamo, G., Carrà, G., Crocamo, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H.J., Picchioni, M., Wancata, J. (2021). Pharmacological interventions to reduce violence in patients with schizophrenia in forensic psychiatry. *CNS Spectr.*, Feb 5, 1-11. doi: 10.1017/S1092852921000134. Epub ahead of print. PMID: 33544068.
- Rengtsson-Tops, A., Hansson, I. (1999). Subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14 (5), 256-263.
- Renwick, R., Brown, I., Nagler, M. (red.). (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation*, London: SAGE Publications, Inc.
- Reykowski, J. (1970). *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa: PZWS.
- Reykowski, J. (1975). Emocje i motywacja. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 579-581). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Romeva G., Rubio L., Güerre S., Miravet M., C | íceres A., Thomas S. (2010). Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (3), 129-37.
- Rostowska, T. (2006). Rozwojowe aspekty jakości życia rodzinnego. W: T. Rostowska (red.). *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (s.11-27). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.
- Rostowska, T. (2009). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Rubinsztein, S. L. (1964). *Podstawy psychologii ogólnej*. Warszawa: Książka i Wiedza.

- Ruggeri, M., Leese, M., Slade, M., Bonizzato, P., Fontecedro, L., Tansella, M., (2004). Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs of care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 60-68.
- Ruggeri, M., Nosè, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *British Journal of Psychiatry*, 187, 121–130.
- Rulla, L.M., Imoda, F., Ridick, J. (1986). *Antropologia della vocazione Cristiana. Vol.2. Conferme esistenziali*. Edizioni Piemme di Pietro Marietti, Casale Monferrato.
- Rumiński, A. (2004). Aksjologiczny wymiar jakości życia. W: A. Rumiński (red.). *Jakość życia studentów*. Kraków: Oficyna Wydawnicza “Impuls”.
- Rutkowski J. (1987). *Jakość życia. Koncepcja i projekt badania*. Z Prac Zakładu Badań Statystyczno-Ekonomicznych, z. 162. Warszawa.
- Rymaszewska, J., Jarosz-Nowak, J., Kiejna, A., Kallart, T., Schutzwahl, M., Priebe, S., Wright, D., Nawka, P., Raboch, J. (2007). Social disability in different mental disorders. *European Psychiatry*, 22 (3), 160 - 166.
- Rzepliński, A. (1981). *Rodziny więźniów długoterminowych: Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź*: Ossolineum.
- Rzewuska, M. (2003). *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Warszawa: PZWL.
- Salize, H. J., Dressing, H. (2007). Admission of Mentally Disordered Offenders to Specialized Forensic Care in fifteen European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 336 - 342.
- Sadeniemi, M., Almeda, N., Salinas-Pérez, J. A., Gutiérrez-Colosía, M. R., García-Alonso, C., Ala-Nikkola, T. (2018). A comparison of mental health care systems in Northern and Southern Europe: a service mapping study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (6), 1133.
- Sadowska, S. (2006). *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Kraków: Oficyna Wydawnicza “Impuls”.
- Saloppé, X., Pham, T. (2006). Validation du WHOQOL-bref en hôpital psychiatrique sécuritaire. *Psychiatrie et Violence*, 6 (1), 1–25.
- Santana, A.F.F., Chianca, T.C.M., Cardoso, C.S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (3), 187-194.

- Saxena, S., Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the WHO perspective. *European Psychiatry*, 12 (supl. 3), 263-266.
- Scanlon T. M. (1998). *What We Owe to Each Other*. Cambridge UK: Harvard University Press.
- Schalast, N., Redies, M., Collins, M., Stacey, J., Howells, K. (2008). EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 49–58.
- Schalock, R. L. (2000) Three Decades of Quality of Life. *Focus of Autism and Other Developmental Disabilities*, 15, 2, s. 116-127.
- Schalock, R. L., Brown, I., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D., Parmenter, T. (2002). Conceptualisation, Measurement and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40 (6), 457-470.
- Schel, S.H., Bouman, Y.H., Bulten E.H. (2015). Quality of life in long-term forensic psychiatric care: comparison of self-report and proxy assessments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (3), 162–7.
- Schel, S.H., Bouman, Y.H.A., Vorstenbosch, E.C.W., Bulten, E. H. (2017). Development of the forensic inpatient quality of life questionnaire: short version (FQL-SV). *Quality of Life Research. An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 26 (5), 1153-1161, doi. 10.1007/s11136-016-1461-9.
- Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Onkology*, 23 (8), 171-185.
- Segal, A., Daffern, M., Thomas, S., Ferguson, M. (2010). Needs and risk of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 223-230.
- Serran, G., Fernandez, Y., Marshall, W. L., & Mann, R. E. (2003). Process issues in treatment: Application to sexual offender programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 368-374.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2, 110-118.
- Sęk, H., Pasikowski, T. (2001). The quality of life, health and sense of coherence in social context. W: L. Wołowicka (red.). *Jakość życia w naukach medycznych. QOL in Medical Sciences*. Poznań: Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego.

- Shaw, J. (2002). Needs assessment for mentally disordered offenders is different. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13, (1), 14-17.
- Sheldon, K.M. (2004). *The psychology of optimal being: An integrated, multi-level perspective*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Siek, S. (1976). *Rozwój osobowości*. Warszawa, ATK.
- Siek, S. (1984). *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Siek, S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej.
- Simons, D.A., McCullar, B., Tyler, C. (2006). *Evaluation of the Good Lives Model approach to treatment planning*. Paper presented at the 25th Annual Association for the Treatment of Sexual Abusers Research and Treatment Conference.
- Simons, L., Petch, A. (2002). Needs assessments and discharge: a Scottish perspective. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 9 (4), 435-445.
- Siuta, J. (red.) (2005). *Słownik psychologii*. Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.
- Skalski, S. (2018). Choroba jako źródło stresu. Wybrane koncepcje stresu psychologicznego i radzenia sobie ze stresem. W: K. Pujer (red.), *Humanistyka i nauki społeczne. Doświadczenia. Konteksty. Wyzwania*. Tom. 8, (s. 11-22). Wrocław: Exante.
- Skantze, K. (1998). Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow up of out-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (5), 390-399.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S.J. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801.
- Slade, M. (1994). Needs assessment: involvement of staff and users will help to meet needs. *British Journal of Psychiatry*, 165, 293-296.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3), 183-189.
- Slade, M., Leese, M., Taylor, R., Thornicroft, G. (1999). The assessment of needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (2), 149-157.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113.

- Slade M., Phelan, M., Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine*, 28 (3), 543-550.
- Slamanig, R., Reisseger, A., Winkler, H., de Girolamo, G., Carrà, G., Crocamo, C., Fangerau, H., Markiewicz, I., Heitzman, J., Salize, H., Picchioni, M., Wancata J. (2021). A Systematic Review of Non-pharmacological Strategies to Reduce the Risk of Violence in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders in Forensic Settings, *Frontiers of Psychiatry*, 12, 1-12. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.618860 (10 May 2021).
- Smeekens, M.V., Braun, P. (2019). Long-Term Forensic Psychiatric Care: The Dutch Perspective. W: B. Völlm, P. Braun, *Long-Term Forensic Psychiatric Care*, (s. 235-250). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Sobota, P. (1998). Wybrane zagadnienia związane z wykonywaniem długoterminowych kar pozbawienia wolności. W: *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa. Część III*, Biuletyn RPO 34, Warszawa.
- Sorgi P., Ratey J., Knoedler D. W., Markert R. J., Reichman M. (1991). Rating aggression in the clinical setting a retrospective adaptation of the Overt Aggression Scale: preliminary results. *Journal of Neuropsychiatry*, 3, 552–556.
- Spiridonow, K., Kasperek, B., Chądzyńska, M. (2003). Jakość życia a funkcjonowanie pacjentów chorych na schizofrenię w ocenie pacjentów, ich rodzin i terapeutów. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 12 (3), 293-309.
- Stelcer, B. (1997). Psychologiczny wymiar pojęcia jakości życia. W: L. Wołowicka (red.). *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia* (156 – 160). Cz. XI. Poznań AM.
- Studen, S. (1997). *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią*. Lublin: RW KUL.
- Studen, S., Ledwoch, M. (red.) (2005). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości*. Lublin: TN KUL.
- Studen, S., Okła, W. (red.) (2007). *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Stewart, A., Greenfield, S., Hays, R., Wells, K., Rogers, H., Berry, D., McGlynn, E., Ware, J. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262 (7), 907-13.
- Stevens, A., Gabbay, J. (1991). Needs assessment needs assessment. *Health Trends*, 23, 20-23.
- Stoner, J., Freeman, R., Gilbert, D. (2011). *Kierowanie*. Warszawa: PWE.

- Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanych na osobę. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 263-274.
- Strelau, J. (2006). Temperament jako regulator zachowania z perspektywy półwiecza badan. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Lieberman, J.A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5), 490-9. doi: 10.1001/archpsyc.63.5.490. PMID: 16651506.
- Swinton, M., Carlisle, J., Oliver, J. (2001). Quality of life for patients with a personality disorder – comparison of patients in two settings: an English special hospital and a Dutch TBS clinic. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 131– 143.
- Swinton M, Oliver J, Carlisle J. (1999). Measuring quality of life in secure care: comparison of mentally ill and personality disordered patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 284-91.
- Szczepanik, R., Miszewski, K. (2016). Wpływ długoterminowego uwięzienia na rodziny więźniów – stan wiedzy i zaniedbane kierunki badań. *Profilaktyka społeczna i resocjalizacja*, 30, 53-95.
- Szewczuk, W. (1970). *Psychologia*, t. 1. Warszawa.
- Talina, M., Cardoso, A., Aguiar, P., Caldas de Almeida, J., Xavier, M. (2012). How different are the needs for care between forensic and civil psychiatric services users? *European Psychiatry*, 27, 1.
- Talina, M., Thomas, S., Cardoso, A., Aguiar, P., Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M. (2013). CANFOR Portuguese version: validation study, *BMC Psychiatry*, 13, 157.
- The National Health Service and Community Care Act (1990)*. London: HMSO.
- Testa, M.A., Simonson, D.C. (1996). *Assessment of quality of life outcomes*. *New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- Thomas, S., Harty, M., Parrott J., McCrone, P., Slade M., Thornicroft G. (2003). *CANFOR: Camberwell Assessment of Need – Forensic Version*. London: Gaskell.
- Thomas, S, Leese, M., Dolan, M., Harty, M., Shaw, J., Middleton, H., Carlisle, J., Davies, L., Thornicroft, G., Appleby, L. (2004). The individual needs of patients in high-secure hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 222-243.
- Thomas, S., Slade, M., McCrone, P., Harty, M. A., Parrott, J., Thornicroft, G., Leese, M (2008). The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need

- (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17 (2), 111-20.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tomaszewski, T. (1977). Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski, *Psychologia* (s. 32-39). Warszawa. Książka i Wiedza.
- Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: WSiP.
- Tomlin, J., Lega, I., Braun, P., Kennedy, H.G., Herrando, V.T., Barroso, R., Castelletti, L., Mirabella, F., Scarpa, F. Völlm, B. and the experts of COST Action IS1302 (2021). Forensic mental health in Europe: some key figures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 109–117.
- Torres-González, F., Ibanez-Casas, I., Saldivia, S., Ballester, D., Grandón, P., Moreno-Küstner, B., Xavier, M., Gómez-Beneyto, M. (2014). Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatr Disease and Treatment*, 10, 97–110.
- Trauer, T. (2010). Outcome measurement in chronic mental illness. *International Review of Psychiatry*, 22 (2), 93-113.
- Trauer, T., Tobias, G. (2004). The Camberwell Assessment of Need and Behaviour and Symptom Identification Scale as routine outcome measures in a psychiatric disability rehabilitation and support service. *Community Mental Health Journal*, 40 (3), 211-220.
- Traverso, G.B., Ciappi, S., Ferracuti, S. (2000). The treatment of the criminally insane in Italy: an overview. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (5–6), 493–508.
- Tremblay, J., Bamvita, J.M., Grenier, G., Fleury, M.J. (2014). Utility of the Montreal assessment of need questionnaire for community mental health planning. *The Journal of nervous and mental disease*, 202 (9), 677 – 687.
- Trizna, M., Adamowski, T. (2016). Assessment of needs and clinical parameters in forensic patients in low and medium security wards. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 48-57.
- Trojan, K. (1999). *Potrzeby psychiczne i wartości oraz ich implikacje religijne*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Trzebiatowski J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46 (1), 25-31.
- Trzebińska, E., Łuszczynska, A. (2002). Psychologia jakości życia. *Psychologia Jakości życia*, 1, 5-8.

- UK700 Group (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. *British Journal of Psychiatry*, 174, 74-78.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny*, Dz. U. z 1997, Nr 88, poz. 553 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, tekst jedn.* Dz. U. z 2021, poz. 53 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, Dz. U. z 2022 r. poz. 2123.
- Ustun, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0.*, Geneva: WHO.
- Van der Krieke, L., Sytema, S., Wiersma, D., Tielen, H., van Hemert, A. M. (2011). Evaluating the CANSAS self-report (CANSAS-P) as a screening instrument for care needs in people with psychotic and affective disorders. *Psychiatry Research*, 188, 456-458.
- Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A.H., Koeter, M.W. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: an unreclaimed territory? *International Review of Psychiatry*, 14 (3), 198-202.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in the understanding of happiness. *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18, 267-293.
- Veenhoven, R. (2005). Apparent quality-of-life in nations: How long and happy people live. *Social Indicators Research*, 71, 1-3, 61-86.
- Vorstenbosch, E., Bouman, Y., Braun, P., Bulten, E., (2014). Psychometric properties of the forensic inpatient quality of life questionnaire: quality of life assessment for long-term forensic psychiatric care. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 2 (1), 335-348.
- Vorstenbosch E., Castelletti L. (2020). Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety, *Frontiers in Psychiatry*, 11, 258, 1-14.
- Vorstenbosch, E., Escuder-Romeva, G. (2019). Quality of Life in Long-Term Clinical Forensic Psychiatry. W: B. Völlm, P. Braun, *Long-Term Forensic Psychiatric Care*, Springer Nature Switzerland.
- Waligóra, B. (1974). *Funkcjonowanie człowieka w warunkach izolacji więziennej*. Poznań.
- Waligóra, B. (1984). Deprywacja potrzeb u osób pozbawionych wolności. W: B. Hołyst (red.), *Problemy współczesnej penitencjarystyki w Polsce*. Tom 2 (s. 56-64). Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.

- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2 (1), 2–12.
- Walker, J., Gudjonsson, G. (2000). The Lancashire quality of life profile: data and experiences with 58 detained mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2000, 10(2), 123-35.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513-528.
- Ward, T. (2011). Human rights and dignity in offender rehabilitation. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 11 (2–3), 103–23.
- Ward, T., Gannon, T.A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: the comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 77-94.
- Ward, T., Mann, R.E., Gannon, T. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behaviour*, 12, 87-107.
- Ward, T., Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the Risk Assessment Paradigm*. London: Routledge.
- Ward, T., Steward, C. (2003). The relationship between human needs and criminogenic needs. *Psychology, Crime and Law*, 9, 219-224.
- Ware, J., Bright, D. A. (2008). Evolution of a treatment programme for sex offenders: Changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). *Psychiatry, Psychology and Law*, 15, 340-349.
- Wawro, F.W. (2015). Jakość życia a wybrane obszary społecznego upośledzenia młodzieży w nowoczesnym społeczeństwie. W: J. Bartoszek (red.), *Wartość i jakość życia w ujęciu transdyscyplinarnym*. Tarnów: Wydawnictwo Biblos.
- Werner, S. (2011). Needs Assessment of Individuals with Serious Mental Illness: Can It Help in Promoting Recovery? *Community Mental Health Journal*, 48 (5), 568-73.
- Whitehead, P. R., Ward, T., Collie, R. M. (2007). Time for a change: Applying the Good Lives Model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51, 578-598.
- WHO (1980). *International Classification of impairments, disabilities and handicaps*, Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia.
- WHO (2001). *International Classification of functioning, disability and health*. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia.

- WHO (2010). *Pomiar stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności: instrukcja do Planu oceny stopnia niepełnosprawności (WHODAS 2.0)*. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia.
- Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (supl. 429), 115-119.
- Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Giel, R., Slooff, C.J. (1998). Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15-and 17-year follow-up from first onset of psychosis and comparison between 'objective' and 'subjective' assessments of needs for care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (2), 49-56.
- Wiersma, D., van den Brink, R., Wolters, K., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Priebe, S. (2009). Individual unmet needs for care: Are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 317–324.
- Wilczek - Rużyczka, E. (2007). *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Warszawa: Wydawnictwo Czelej.
- Willis, G.M., Prescott, D.S., Yates, P.M. (2016). Good Lives Model (GLM) in theory and practice, *Sexual Abuse in Australia and New Zeland*, 5, 3-9.
- Willis, G. M., Ward, T., Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): An Evaluation of GLM Operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse*, 26 (1), <https://doi.org/10.1177/1079063213478202>.
- Willis, G., Ward, T. (2013). The good lives model: Evidence that it works. W: L. Craig, L. Dixon, T.A. Gannon, *What Works in Offender Rehabilitation: An evidence based approach to assessment and Treatment*, (s. 305-318). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Wołowicka, L. (2001). Jakość życia w naukach medycznych. *Quality of life in medical sciences*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej.
- Woodwill, G., Renwick, R., Brown, I., Raphael, D. (1994). Being, belonging, becoming: an approach to the quality of life of persons with development disabilities. W: D.A. Goode (red.). *Quality of life for person with disabilities: International perspectives and issues* (s. 56-67). Cambridge, MA: Brookline Books Inc.
- Woźniczka, M. (2008). O filozoficznych aspektach psychologicznej koncepcji jakości życia. W: R. Derbis (red.). *Jakość życia. Od wykluczonych do elity*. Częstochowa: Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.

- Wysocka, F. (2015). *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yudofsky, S.C., J.M., Silver, Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143 (1), 35-9.
- Zalewska, A. (2003). *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS "Academica".
- Zawiślak, A. (2011). *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Difin SA.
- Zdun-Ryżewska, A., Majkowicz, M. (2013). Różnice pod względem jakości życia między pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową a dwubiegunową. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 43, 9-18.
- Zwemstra, J., Masthoff, E.D., Trompenaars, F.J., De Vries, J (2009). Quality of life in a population of Dutch prisoners with mental disorders: relations with psychopathological, social, demographical, judicial and penitentiary factors. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8 (3), 186–97.
- Żołnierczuk – Kieliszek, D. (2010). *Medyczne i społeczne predyktory jakości życia kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym jako podstawa działań profilaktycznych i leczniczych*. Lublin: Wydawnictwo "Drukarnia Best Print".

SPIS TABEL

Tabela 1. Rozkład zebranych danych socjodemograficznych w grupie pacjentów sądowo-psychiatrycznych	112
Tabela 2. Rozkład pacjentów popełniających konkretny rodzaj czynu zabronionego..	113
Tabela 3. Rozkład popełnionych czynów zabronionych określonego typu w kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu	115
Tabela 4. Rozkład występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych.....	116
Tabela 5. Średnia czasu leczenia psychiatrycznego, pobytu w aktualnym oddziale psychiatrii sądowej oraz całkowitego czasu przebywania na detencji (w izolacji)	118
Tabela 6. Rozkład występowania zachowań agresywnych, samouszkodzeń i prób samobójczych oraz zastosowania przymusu bezpośredniego	118
Tabela 7. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennej wiek wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa	119
Tabela 8. Rozkład zebranych danych socjodemograficznych dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia wraz z testem chi kwadrat	120
Tabela 9. Rozkład popełnianych przestępstw wśród pacjentów dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia wraz z testem chi kwadrat	122
Tabela 10. Rozkład występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia	125
Tabela 11. Podstawowe statystyki opisowe i wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa dla ilościowych zmiennych klinicznych w badanej grupie pacjentów sądowych	127
Tabela 12. Rozkład różnic w zakresie zmiennych ilościowych w trzech grupach pacjentów oddziałów o różnych stopniach zabezpieczenia	128
Tabela 13. Rozkład występowania zachowań agresywnych i autoagresywnych oraz zastosowanie przymusu bezpośredniego w grupie pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia	129
Tabela 14. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa	141
Tabela 15. Rozkład pacjentów wykazujących spełnione i niespełnione potrzeby z podziałem na kategorie	144

Tabela 16. <i>Rozkład wszystkich jednostkowych spełnionych i niespełnionych potrzeb pacjentów sądowych</i>	145
Tabela 17. <i>Ocena pacjentów dotycząca otrzymywanej pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb</i>	147
Tabela 18. <i>Wyniki analiz dla testu U Manna-Whitneya dla grup pacjentów w zależności od diagnozy i liczby wykazywanych przez nich potrzeb</i>	148
Tabela 19. <i>Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby potrzeb oraz poziomu funkcjonowania psychopatologicznego pacjentów</i>	149
Tabela 20. <i>Średnie wartości i odchylenia standardowe dla różnych obszarów jakości życia pacjentów</i>	150
Tabela 21. <i>Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby potrzeb oraz długości całej detencji</i>	152
Tabela 22. <i>Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby wszystkich wykazywanych potrzeb oraz nasilenia stresu</i>	153
Tabela 23. <i>Wartości korelacji rho Spearmana dot. czasu przebywania na detencji oraz nasilenia stresu</i>	154
Tabela 24. <i>Wartości korelacji rho Spearmana dot. liczby potrzeb niespełnionych oraz nasilenia stresu</i>	155
Tabela 25. <i>Średnie i odchylenia standardowe dla wykazywanych potrzeb oraz pomocy dla trzech grup pacjentów</i>	157
Tabela 26. <i>Liczebności dla spełnionych i niespełnionych potrzeb pacjentów w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia</i>	158
Tabela 27. <i>Szczegółowe zestawienie wszystkich spełnionych i niespełnionych potrzeb wykazywanych w grupach pacjentów oddziałów sądowych o różnych poziomach zabezpieczenia (PP, PW, PM)</i>	159
Tabela 28. <i>Średni poziom potrzebnej (oczekiwanej) oraz otrzymanej pomocy od szpitala dla trzech grup pacjentów sądowych</i>	163
Tabela 29. <i>Poziom satysfakcji pacjentów z różnych aspektów związanych z jakością życia w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych stopniach zabezpieczenia</i>	165
Tabela 30. <i>Model regresji przewidujący liczbę wykazywanych przez pacjentów potrzeb na podstawie zmiennych: poziom satysfakcji z otrzymywanej od szpitala pomocy, poziom stresu, poziom zabezpieczenia (grupa) oraz poziom psychopatologii</i>	170
Tabela 31. <i>Model regresji przewidujący liczbę wykazywanych potrzeb na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych</i>	171

Tabela 32. <i>Model regresji przewidujący liczbę potrzeb spełnionych na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych</i>	172
Tabela 33. <i>Model regresji przewidujący liczbę potrzeb niespełnionych na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych</i>	173
Tabela 34. <i>Wynik analizy regresji logistycznej testującej model wyjaśniający występowanie zachowań agresywnych na podstawie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych</i>	174
Tabela 35. <i>Predyktory niewłączone do modelu w kroku 2</i>	175

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Rozkład poszczególnych kategorii popełnionych czynów zabronionych.....	114
Wykres 2. Rozkład popełnionych czynów zabronionych określonego typu z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu	115
Wykres 3. Występowanie poszczególnych chorób psychicznych wśród pacjentów	117
Wykres 4. Średni wiek w latach dla poszczególnych grup pacjentów wraz z błędem standardowym średniej	121
Wykres 5. Rozkład liczebności pacjentów oddziałów o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia, którzy popełnili czyny z określonych kategorii przestępstw, w których wykazano różnice między grupami	123
Wykres 6. Rozkład liczebności pacjentów oddziałów o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym poziomie zabezpieczenia, którzy popełnili czyny z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu	124
Wykres 7. Rozkład poszczególnych typów czynów zabronionych z kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu popełnionych przez pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia	124
Wykres 8. Rozkład liczebności pacjentów uzależnionych przebywających w oddziałach o różnych poziomach zabezpieczenia	126
Wykres 9. Rozkład średniego czasu pobytu pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej o różnych poziomach zabezpieczenia	128
Wykres 10. Rozkład częstości występowania zachowań agresywnych i konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego wśród pacjentów przebywających w oddziałach sądowych o trzech różnych poziomach zabezpieczenia	130
Wykres 11. Rozkład częstości występowania samouszkodzeń i prób samobójczych w grupach pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej o trzech różnych poziomach zabezpieczenia	130
Wykres 12. Średnia liczba ogólnie wykazywanych potrzeb, potrzeb spełnionych oraz niespełnionych wraz z błędem standardowym średniej	142
Wykres 13. Średnia dla poziomu pomocy, pomocy formalnej i nieformalnej oraz satysfakcji z otrzymanej pomocy wraz z błędem standardowym średniej	143
Wykres 14. Liczba pacjentów wykazujących spełnione i niespełnione potrzeby z podziałem na kategorie	144

Wykres 15. Rozkład wszystkich jednostkowych spełnionych i niespełnionych potrzeb pacjentów sądowych	146
Wykres 16. Poziom pomocy oczekiwanej od szpitala i rzeczywiście otrzymanej.....	147
Wykres 17. Zależność pomiędzy liczbą wykazywanych potrzeb i długością detencji ..	153
Wykres 18. Zależność pomiędzy liczbą wykazywanych potrzeb i poziomem stresu.....	154
Wykres 19. Średnia dla odczuwanego stresu dla pacjentów wykazujących i nie zachowania agresywne w oddziale wraz z błędem standardowym średniej.....	155
Wykres 20. Średni poziom pomocy otrzymanej ze szpitala wraz z błędem pomiaru dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia	161
Wykres 21. Średni poziom potrzebnej (oczekiwanej) pomocy od szpitala wraz z błędem pomiaru średniej dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia	162
Wykres 22. Średni poziom potrzebnej (oczekiwanej) oraz otrzymanej pomocy od szpitala wraz z błędem pomiaru średniej dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia	163
Wykres 23. Średni poziom satysfakcji z otrzymanej od szpitala pomocy w realizacji potrzeb wśród trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o różnych stopniach zabezpieczenia	164
Wykres 24. Ogólna satysfakcja z życia dla trzech grup pacjentów sądowych przebywających w oddziałach o trzech różnych stopniach zabezpieczenia	166
Wykres 25. Średnie i błędy pomiaru dla Autonomii 1, Autonomii 2 oraz sumy dla podskal autonomii.....	167
Wykres 26. Średni poziom stresu wraz z błędem pomiaru	168
Wykres 27. Średni poziom agresji z błędem pomiaru	168

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Kategoryzacja potrzeb K. Kocowskiego	22
Rysunek 2. Lista potrzeb H. Murraya	27
Rysunek 3. Piramida potrzeb A. Maslowa	30
Rysunek 4. Dynamika potrzeb w miarę rozwoju osobowości	33
Rysunek 5. Struktura potrzeb w ujęciu K. Obuchowskiego	35
Rysunek 6. Model motywacji według teorii potrzeb	39
Rysunek 7. Zależność pomiędzy brakiem zaspokajania potrzeb a zaburzeniami psychicznymi	45
Rysunek 8. Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi na tle piramidy Maslowa	53
Rysunek 9. Obiektywny i subiektywny aspekt określania jakości życia	73
Rysunek 10. Jakość życia i jej uwarunkowania według WHO	83
Rysunek 11. Model powrotu do zdrowia z uwzględnieniem zaspokojenia potrzeb i optymalizacji jakości życia	94
Rysunek 12. Model GLM w warunkach psychiatrii sądowej	101
Rysunek 13. Potrzeby i jakość życia w procesie terapeutycznym i resocjalizacyjnym	107
Rysunek 14. Analizowane zmienne wraz z narzędziami służącymi do ich weryfikacji	137
Rysunek 15. Wykaz zakładów psychiatrycznych w których przeprowadzono badania potrzeb i jakości życia pacjentów	138
Rysunek 16. Analiza mediacji: stres jako predyktor, niespełnione potrzeby jako mediator i natężenie agresji jako zmienna objaśniana	176

ANEKS

Wzór zgody na udział w badaniu

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU

Ja niżej podpisany/aoświadczam, że zostałem poinformowany przez p. Inge Markiewicz o celu badania, czasie trwania, sposobie jego przeprowadzenia oraz wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym badaniu oraz o moich prawach i obowiązkach.

Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące badania mogą kierować bezpośrednio do p. Ingi Markiewicz i że uzyskam na nie wyczerpującą odpowiedź.

Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zapewniam, że będę informowała/ł o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia, a mogących wiązać się z przeprowadzaniem badaniem, mojego lekarza prowadzącego.

Jestem świadomy/a przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w badaniu na każdym jego etapie, bez podania przyczyny. Wiem również, że skorzystanie z tego prawa nie wpłynie na dalszy przebieg mojego leczenia.

Niniejszym wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę na udział w tym badaniu oraz na anonimowe przetwarzanie, udostępnianie i na publikację wyników moich badań, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).

.....
imię i nazwisko pacjentki/pacjenta

.....
podpis pacjentki/pacjenta

.....
data

Oświadczenie osoby odbierającej formularz świadomej zgody

Ja niżej podpisana wyjaśniłam Pacjentowi szczegóły proponowanego badania. Zanim podjęte zostały jakiegokolwiek procedury omówiłam z Pacjentem jego udział w badaniu informując o celu i charakterze badania. Przekazałam do rąk własnych Pacjenta Formularz Świadomej Zgody na udział w badaniu.

.....
imię i nazwisko badacza (drukowanymi literami)

.....
podpis

.....
data

Inga Markiewicz

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana oświadczam, iż przedłożona praca doktorska pt: „*Potrzeby i jakość życia pacjentów realizujących izolacyjno-leczniczy środek zabezpieczający*” została wykonana przeze mnie samodzielnie, nie narusza praw autorskich, interesów prawnych i materialnych innych osób, jednocześnie oświadczam, że wersja papierowa pracy doktorskiej jest zgodna z wersją elektroniczną załączoną na nośniku pendrive, zapisaną w formacie Microsoft Word (.DOC) i Adobe Acrobat (.PDF).

17.04.2023r.

.....
Data

Inga Markiewicz

.....
Podpis autora