

Urszula Żmudzińska<sup>a\*</sup>, Aneta Bac<sup>a</sup>, Justyna Szulc<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Katedra Terapii Zajęciowej, Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków, Polska  
Department of Occupational Therapy, Bronislaw Czech University of Physical Education, Krakow, Poland

<sup>b</sup> Powiatowy Dom Pomocy Społecznej im. Adama Starzeńskiego, Płaza, Polska  
Adam Starzeński Social Welfare House, Płaza, Poland

## Ocena potrzeb zajęciowych u pacjentów psychiatrycznych – badania pilotażowe

### The Evaluation of Occupational Needs in Psychiatric Patients – Pilot Study

Otrzymano/Received: 10.07.2017

Przyjęto do druku/Accepted: 13.09.2017

Opublikowano/Publication date:

Grudzień 2017/December 2017

#### Streszczenie

**Wstęp:** Współczesne europejskie rozumienie terapii zajęciowej opiera się na indywidualnym podejściu do osoby, dzięki czemu trafniejsze jest określanie celu interwencji terapeutycznej. Ze względu na to, że każdy człowiek ma inne problemy zajęciowe, należy dobrze je określić poprzez przeprowadzenie rozmowy, nawiązanie relacji, pozwienie osobie na przedstawienie jej punktu widzenia oraz wykorzystanie odpowiednio dostosowanych narzędzi i technik terapeutycznych tak, aby osiągnąć wyznaczony cel. Celem niniejszej pracy było przedstawienie obszarów interwencji dla terapii

zajęciowej u osób ze schizofrenią oraz pokazanie zróżnicowania potrzeb terapeutycznych osób tej samej płci, wieku i schorzeniu.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 5 kobiet w wieku 50-55 lat, chorujących na schizofrenię, mieszkających w Domu Pomocy Społecznej. Badanie przeprowadzono za pomocą dwóch kwestionariuszy EQ-5 i NHP, które obrazowały jakość życia uczestników badania. Dodatkowo, u każdej badanej osoby przeprowadzono wywiad terapeutyczny, dzięki któremu zidentyfikowano problemy zajęciowe.

**Wyniki:** Każda z badanych kobiet przedstawiała zróżnicowane potrzeby zajęciowe, odnoszące się bezpośrednio do ich potrzeb i problemów, które w momencie badania były dla nich najistotniejsze. Przedstawione potrzeby zajęciowe odnosiły się do kilku sfer życiowych, często zbieżnych z ich aktualnym stanem zdrowia czy samopoczuciem.

**Wnioski:** Pomimo podobnego wieku, płci, schorzenia oraz miejsca zamieszkania każda badana

\*Adres do korespondencji/Address for correspondence: ula.zmudzinska@gmail.com

osoba wykazywała inne potrzeby zajęciowe. Podstawą do identyfikacji potrzeb zajęciowych okazał się wywiad terapeutyczny.

**Słowa kluczowe:** terapia zajęciowa, potrzeby zajęciowe, pacjenci psychiatryczni

## Summary

**Introduction:** Contemporary European understanding of occupational therapy is based on an individual approach to the person, so it is more apt in defining the purpose of therapeutic intervention. Due to the fact that each person has different occupational problems, it is important to identify them well by conducting interviews, establishing relationships, allowing the person to present their point of view, and to use appropriately tailored therapeutic tools and techniques to achieve the designated goal. The purpose of this paper was to present intervention areas for occupational therapy in people with schizophrenia and to show differences in therapeutic needs of people of the same sex, age and medical condition.

**Materials and methods:** The study group consisted of 5 women aged 50-55 years, suffering from schizophrenia and living in the Social Welfare Home. The study was conducted using two questionnaires: EQ-5 and NHP, which illustrated the quality of life of participants in the study. In addition, each person has participated in therapeutic interview, thanks to which occupational problems were identified.

**Results:** Each of the women examined represented a variety of occupational needs, directly related to their needs and problems, which were most relevant to them at the time of the study. The presented occupational needs referred to several life spheres that has often coincided with their current state of health or well-being.

**Conclusions:** Despite similar age, gender, medical conditions and place of residence, each examined person showed different occupational needs. The therapeutic interview turned out to be the basis for identifying occupational needs.

**Keywords:** occupational therapy, occupational needs, psychiatric patients

## Wprowadzenie

W Małopolsce znajduje się dwadzieścia siedem Domów Pomocy Społecznej (DPS) zajmujących się pełnoletnimi osobami z zaburzeniami psychicznymi [1]. Zadaniem każdego Domu Pomocy Społecznej jest zapewnienie usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających, w tym również terapii, zgodnych ze odpowiednimi standardami, które określa typ każdego domu. Istotnym zasobem każdej placówki jest powołany zespół terapeutyczny – opiekuńczy składający się z kompetentnych pracowników różnych specjalności co pozwala na profesjonalną i zindywidualizowaną realizację usług. W skład każdego zespołu terapeutyczno – opiekuńczego wchodzi: pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, opiekun i pracownik socjalny. Zespół pracuje w oparciu o potrzeby mieszkańca tworząc indywidualny plan wsparcia. Zadaniem zespołu jest współdziałanie na zasadach partnerstwa prowadzące do realizacji potrzeb mieszkańca i poprawy jakości jego życia. (Rozp. z dn. 23 sierpnia 2012 roku w sprawie Domów Pomocy Społecznej). Mieszkańcami DPS-ów dla przewlekle psychicznie chorych są osoby, które nie potrafią samodzielnie funkcjonować i często wymagają wsparcia w każdym obszarze życia. Najczęstszą diagnozą, z którą trafiają pacjenci do DPS jest schizofrenia, która objawia się m.in. zaburzeniami komunikacji, spłyceniem ekspresji emocji, utratą zainteresowań relacjami społecznymi, utratą własnych zainteresowań, spadkiem motywacji czy brakiem przeżywania radości [2].

Większości pacjentom ciężko jest odnaleźć się w nowej sytuacji i w nowym miejscu. Dla jednych chorych będzie to brak poczucia komfortu i stabilizacji, dla innych obniżenie standardu życia i ograniczenie swobody, dlatego aby uporządkować sytuacje, w której się znaleźli, pomagają im wspomniane, odpowiednio dobrany zespół interdyscyplinarny. Wszyscy jego członkowie powinni brać aktywny

udział w ustalaniu planu wsparcia na każdym etapie działania, wskazując elementy istotne z punktu widzenia każdego profesjonalisty, dbając o prawidłowy przepływ informacji. Każdy mieszkaniem ma prawo brać aktywny udział w konstruowaniu planu akceptując jego etapy, w zależności od stanu zdrowia [3].

W warunkach polskich rola terapeuty zajęciowego pracującego z pacjentami psychiatrycznymi często zasada się na organizowaniu chorym czasu wolnego poprzez zajęcia z arteterapii czy ergoterapii. Zajęcia te mają znaczenie i są ważne dla tych chorych, którzy realizują swoje potrzeby artystyczne czy hobbistyczne w ich trakcie, jednak nawet u tych osób taka forma terapii nie likwiduje realnych problemów zajęciowych. Dlatego rolą terapeuty zajęciowego powinno być wspieranie i motywowanie mieszkańca do zgłaszania trudności oraz swoich potrzeb, które powinny być w sposób pierwszorzędny brane pod uwagę przy wyznaczaniu celów terapeutycznych. Podczas kilkumiesięcznej, a nawet kilkuletniej adaptacji do nowych warunków zamieszkania i funkcjonowania, zespół interdyscyplinarny, a w nim terapeuta zajęciowy powinien podejmować próby nawiązania relacji z mieszkańcem. Proces adaptacji jest bardzo zindywidualizowany i zależy od osobowości pacjenta, jak również od faktu, na ile aktualne warunki bytu różnią się od tych, do których pacjent był przyzwyczajony [5]. Po tym okresie zaczyna się ujawniać indywidualne potrzeby mieszkańca, które powinny być definiowane również przez terapeuta zajęciowego. Za pomocą odpowiednich narzędzi diagnostycznych terapeuta zajęciowy powinien wspólnie z pacjentem wyznaczyć cel terapeutyczny, a następnie przeprowadzić interwencję terapeutyczną opierającą się na zasadach indywidualizacji, celowego wyrażania uczuć, akceptacji, nieosądzania, szacunku dla determinacji klienta oraz zaufania [6].

Celem badania było określenie potrzeb zajęciowych pacjentów psychiatrycznych, a zarazem pokazanie jak bardzo te potrzeby się różnią po-

mimo znacznych podobieństw pomiędzy pacjentami (identyczne rozpoznanie, ta sama płeć, to samo miejsce zamieszkania etc.). Celem dodatkowym było podkreślenie ważności wywiadu terapeutycznego.

## Material i metody

Uczestnikami badania było 5 kobiet w wieku od 50 do 55 lat (średnia wieku = 53 lata), mieszkających na stałe w Domu Pomocy Społecznej. U wszystkich pacjentek zdiagnozowano chorobę psychiczną – schizofrenię paranoidalną. Pacjentki chorują w przedziale między 30 a 33 lata (średni czas trwania choroby = 31,4 lat)

Badania przeprowadzono w listopadzie 2016. Rekrutacja pacjentek do badania odbywała się w oparciu o karty Indywidualnych Planów Wsparcia, w których umieszczone były informacje dotyczące wieku i choroby mieszkanki. Każda z wybranych mieszkanki wyraziła zgodę na uczestniczenie w badaniu. W czasie przeprowadzania całego procesu terapeutycznego pacjentki były pod stałą kontrolą psychiatry, a w trakcie trwania projektu nie stwierdzono u nich aktywnych objawów choroby psychicznej.

U każdej z pacjentek dokonano oceny jakości życia za pomocą kwestionariusza EuroQoL (EQ-5D) i NHP, następnie przeprowadzono wywiad terapeutyczny, który umożliwił wyznaczenie wspólnie z mieszkanką celu terapeutycznego oraz pokazał jakie są aktualne potrzeby pacjentki. Rozmowa odbywała się w pokoju mieszkanki, w godzinach przedpołudniowych, kwestionariusze Panie otrzymywały w formie papierowej i wypełniały je samodzielnie, po wcześniejszym poinstruowaniu przez terapeuta zajęciowego. Po zakończeniu części diagnostycznej przeprowadzono podsumowanie i analizę wyników.

## Kwestionariusz Nottingham Health Profile (NHP)

Kwestionariusz Nottingham Health Profile (NHP) składa się z dwóch części, których pierwsza za-

wiera 38 stwierdzeń, które dotyczą m.in. poziomu energii życiowej, odczuwania bólu, reakcji emocjonalnych, zaburzeń snu, sprawności ruchowej i stopnia izolacji społecznej. Druga część kwestionariusza zawiera 7 pytań dotyczących problemów spowodowanych obecnym stanem zdrowia w następujących dziedzinach życia: praca zarobkowa, prace domowe, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania i hobby oraz czas wolny. Każda składowa jest oceniana w skali 0–100, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, zaś 100 oznacza największe nasilenie dolegliwości. Im wyższa punktacja, tym chory ma bardziej poważny problem zdrowotny [7].

### Kwestionariusz EuroQoL (EQ-5D)

Kwestionariusz EuroQoL (EQ-5D) jest wystandaryzowanym narzędziem służącym do pomiaru jakości życia i opisu stanu zdrowia. Ocena zdrowia przeprowadzana jest w zakresie 5 obszarów (zdolność poruszania się, samoopieka, czynności codzienne, ból/dyskomfort oraz niepokój/depresja). Drugą komponentą kwestionariusza EQ-5D jest wizualna skala analogowa (EQ-VAS), w której końce odpowiadają: 0-najgorszy wyobraźalny stan zdrowia, 100 – najlepszy wyobraźalny stan zdrowia. Im wyższy wynik na skali, tym wyższy wskaźnik poczucia jakości życia [8].

### Wywiad terapeutyczny

Kwestionariusz EuroQoL (EQ-5D) jest wystandaryzowanym narzędziem służącym do pomiaru jakości życia i opisu stanu zdrowia. Ocena zdrowia przeprowadzana jest w zakresie 5 obszarów (zdolność poruszania się, samoopieka, czynności codzienne, ból/dyskomfort oraz niepokój/depresja). Drugą komponentą kwestionariusza EQ-5D jest wizualna skala analogowa (EQ-VAS), w której końce odpowiadają: 0-najgorszy wyobraźalny stan zdrowia, 100 – najlepszy wyobraźalny stan zdrowia. Im wyższy wynik na skali, tym wyższy wskaźnik poczucia jakości życia [8].

## Wyniki

### Kwestionariusz EuroQoL

Po przeprowadzonej wstępnej analizie Indywidualnych Planów Wsparcia (IPW) oraz przeprowadzeniu kwestionariusza EuroQoL zaobserwowano, że 3 mieszkanki nie zgłaszały problemu z poruszaniem się, natomiast 2 określiły, że ta czynność sprawia im „niewielką” trudność. Jedna z pensjonariuszek oceniła brak problemów podczas wykonywania czynności związanych z samoobsługą, natomiast 4 wykazały, że mają niewielki problem z tymi czynnościami. Brak problemów związanych z wykonywaniem czynności życia codziennego takich jak hobby, spotkania ze znajomymi czy sport wskazały tylko 2 mieszkanki, które również nie miały problemów z poruszaniem się, a 3 mieszkanki odpowiedziały, że mają niewielkie problemy z wykonywaniem zwykłych czynności. Aspektem, na który należy zwrócić uwagę jest fakt, iż wszystkie mieszkanki zgłosiły że odczuwają niepokój, smutek czy depresję w różnym stopniu. Każda z mieszanek DPS – u zgłosiła przynajmniej jeden problem w przedstawionych aspektach, 1 z nich miała problem w wszystkich czterech aspektach, 2 mieszkanki zgłaszały problem w trzech sferach, 1 mieszkanka w dwóch i 1 w jednym z badanych aspektów (Tab.1).

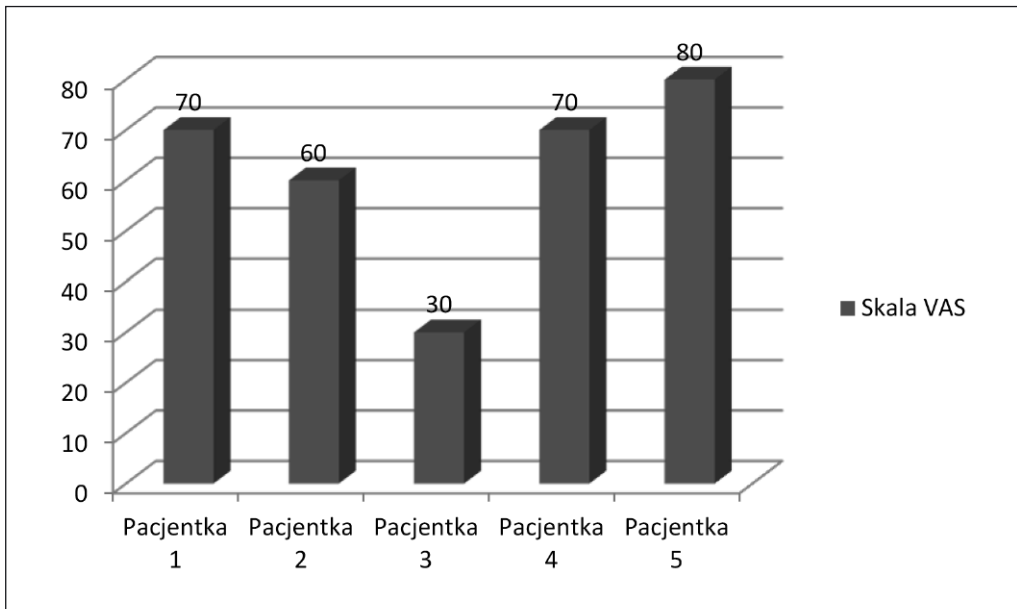
W wizualnej skali analogowej EQ VAS oceniającej w stan zdrowia dniu badania najwyższą oceną było 80 punktów na 100 możliwych, najniższą zaś 30/100. (Ryc.1).

### Kwestionariusz NHP

Przedstawione wyniki oceny jakości życia za pomocą kwestionariusza NHP pokazały, iż najwięcej problemów w diagnozowanych 6 obszarach wykazywała mieszkanka nr 3, która wykazała najwyższą punktację w aż 3 obszarach (energia życiowa, ból i ruch). W pozostałych obszarach związanych ze snem, emocjami i izolacją społeczną pacjentka wykazywała niewielkie problemy lub ich brak. Najwyższą punktację w obszarze związanym ze snem

**Tabela 1.**  
Zestawienie wyników kwestionariusza EuroQol (EQ-5D)

EuroQoL (EQ-5D)	problemy z poruszaniem się	problemy z samoobsługą	problemy w zwykłych czynnościach	uczucie bólu/ dyskomfortu	uczucie niepokoju/ depresja
Mieszkanca 1	brak	brak	brak	niewielki	trochę
Mieszkanca 2	niewielki	niewielki	niewielkie	brak	trochę
Mieszkanca 3	niewielki	niewielki	niewielkie	niewielki	bardzo
Mieszkanca 4	brak	niewielki	brak	niewielki	trochę
Mieszkanca 5	brak	niewielki	niewielkie	brak	trochę



**Rycina 1.** Zestawienie wyników skali analogowej EQ VAS

i izolacją społeczną wykazała pacjentka nr 5, jednak w pozostałych obszarach nie miała ona żadnych problemów lub były one stosunkowo niewielkie (ruch). Pacjentka nr 1 była jedyną badaną, która wykazała znaczne problemy we wszystkich badanych obszarach, za wyjątkiem obszaru związanego z ruchem. Pacjentki nr 2 i 4 wszystkie swoje trudności związane z badanymi obszarami określały jako przeciętne, niewielki lub praktycznie żadne (Tab. 2).

### Wywiad terapeutyczny

Pomimo znacznych różnic pomiędzy badanymi pacjentkami dotyczących oceny jakości życia wynikających z przeprowadzonych kwestionariuszy, każda badana kobieta zgłosiła jeden lub więcej problemów zajęciowych. Dwie mieszkanki (nr 1 i nr 2) zgłosiły problem związany z otoczeniem, w którym się znajdują. Problem zajęciowy dotyczył ukształtowania przestrzeni, w której funkcjo-

**Tabela 2.**  
Zestawienie wyników kwestionariusza NHP

	Mieszkanca 1	Mieszkanca 2	Mieszkanca 3	Mieszkanca 4	Mieszkanca 5
Energia życiowa	60,8	46,56	76	39,2	24
Ból	21,71	0	60,81	15,82	0
Zaburzenia snu	0	62,2	0	55,93	65,73
Reakcje emocjonalne	55,85	59,73	40,95	28,99	10,47
Sprawność ruchowa	9,3	21,36	32,56	10,57	11,2
Izolacja społeczna	58,11	15,97	44,54	0	66,24

nowały. Dla mieszkanki nr 1 był to problem związany z wyposażeniem jej pokoju, gdyż mieszkanka bardzo lubi czytać książki przed snem, a położenie stolika uniemożliwiała zostawianie na nim książki. Problemem dodatkowym był brak możliwości czytania po zapadnięciu zmroku, gdyż światło przeszkadzało jej współmieszkanke. Dla mieszkanki nr 2 problemem był brak komfortu podczas korzystania z prysznicza oraz lęk przed upadkiem, gdyż kabina prysznicowa nie miała zasłony, co powodowało wylewanie się wody na podłogę łazienki. Mieszkanca nr 3 zgłosiła problem dotyczący braku motywacji do podjęcia aktywności. Pacjentka ta nie wykazywała problemów związanych z czynnościami życia codziennego, czy funkcjonowaniem w środowisku, ale sama określiła, że każdą z tych czynności wykonuje niechętnie. Mieszkanca nr 4 swój główny problem zajęciowy widziała w niewystarczających środkach finansowych. Mieszkanca nr 5 przedstawiła swój problem jako trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego tj. czesanie się, mycie włosów, ubieranie podkoszulka, spowodowanych ograniczeniem ruchomości kończyny górnej.

## Podsumowanie

Problemy zajęciowe pacjentów psychiatrycznych są trudne do zdefiniowania przez samą specyfikę choroby psychicznej. Wiadomo jednak, że aby skutecznie oddziaływać terapeutycznie nie wystarczy

samo leczenie farmakologiczne [10], a postępowanie terapeutyczne wobec przewlekłe psychicznie chorych powinno uwzględniać cały kontekst sytuacyjny, w jakim przebywa, lecz się i żyje pacjent [11]. Jeszcze trudniej podjąć ten temat w obszarze terapii zajęciowej, w której we współczesnym rozumieniu istotą jest podejście client centred practice (CCP). W polskim i zagranicznym piśmiennictwie brak jest doniesień naukowych na temat potrzeb zajęciowych pacjentów psychiatrycznych.

Najczęściej podejmowanym w literaturze naukowej tematem związanym z terapią pacjentów psychiatrycznych jest problem izolacji społecznej dotyczący te osoby [12-14], jednak jak wykazały badania własne, dla większości badanych pacjentek nie izolacja stanowiła najważniejszy i największy problem, z którym się borykały. Pomimo, iż izolacja społeczna jest niejako wpisana w chorobę psychiczną i bezwzględnie należy z nią walczyć, to jednak terapeuta zajęciowy w pierwszej kolejności powinien położyć nacisk na zwalczanie tych problemów zajęciowych, które wskaże pacjent. Ponieważ nawiązana relacja terapeutyczna rozwija się i trwa, a w trakcie jej trwania rozwiązywane są różne problemy, prawdopodobnie każdy pacjent psychiatryczny w którymś momencie wskaże izolację jako swój problem, gdyż większość z nich jest jej świadoma. Warto również podkreślić, iż z racji występowania znacznych różnic pomiędzy badanymi pacjentkami w zakresie rodzajów problemów

zajęciowych, nie można mówić o terapii grupowej czy szablonowej podczas ich rozwiązywania.

Bardzo ważnym aspektem pracy terapeuty zajęciowego z pacjentem jest stosowanie zasady Client Centered Practice. U jej podstaw leży możliwość nawiązania relacji terapeutycznej z pacjentem, co w przypadku chorych psychicznie niejednokrotnie może być utrudnione. Dlatego terapeuci zajęciowi pracujący z chorymi psychicznie powinni pamiętać, aby wywiad terapeutyczny przeprowadzać w fazie remisji choroby, dzięki czemu osoba chora będzie w stanie określić swoje realne problemy zajęciowe, a nie urojone. Osoby chorujące na schizofrenię, pod warunkiem stosowania terapii farmakologicznej, są w stanie wypełnić kwestionariusze i realnie określić swoje potrzeby zajęciowe w trakcie trwania wywiadu, co miało miejsce w trakcie przeprowadzania niniejszych badań. Terapeuta zajęciowy przeprowadzający wywiad i instruujący pacjentki nie miał żadnych problemów z nawiązaniem relacji, jednak wszystkie panie w trakcie trwania projektu nie miały żadnych objawów swojej choroby.

Podstawa do określenia problemów zajęciowych każdego pacjenta jest dobra diagnoza. Chociaż istnieje wiele kwestionariuszy do oceny np. jakości życia, nie powinny być one jedynym narzędziem oceny (a tylko pomocniczym), gdyż to w trakcie rozmowy z pacjentem terapeuta jest w stanie wraz z pacjentem określić cel terapii. Badania własne podkreśliły ten fakt, gdyż pomimo dużych różnic pomiędzy wynikami kwestionariuszy oceny jakości życia u badanych osób, każda pacjentka, niezależnie od stopnia zadowolenia ze swojej jakości życia, zgłaszała jakiś problem zajęciowy.

Warto również podkreślić, iż leczenie pacjentów psychiatrycznych nie powinno opierać się tylko na farmakoterapii, gdyż badane pacjentki pomimo aktualnego braku objawów swojej choroby, uzyskanych za pomocą leków, nadal miały problemy zajęciowe. Dlatego też terapeuta zajęciowy powinien zająć miejsce w zespole interdyscyplinarnym, gdyż również jego działania prowadzi do znacznej

poprawy bezpieczeństwa, komfortu i jakości życia pacjentów psychiatrycznych.

## Wnioski

1. Podstawą do określenia potrzeb zajęciowych badanych pacjentek był wywiad terapeutyczny.
2. Pomimo znacznych podobieństw pomiędzy badanymi pacjentkami (wiek, płeć, rodzaj choroby, czas trwania choroby, miejsce zamieszkania), każda osoba zgłaszała zupełnie różne problemy zajęciowe
3. Wysoki wynik kwestionariuszy oceniających jakość życia badanych osób nie przekładał się na brak problemów zajęciowych u tych pacjentek.

## Piśmiennictwo/References:

- [1] Wykaz Domów Pomocy Społecznej (Internet: z dn. 15.03.2017r) [http://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=sprawdz\\_placowke\\_w\\_rejestrze\\_wojewody](http://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=sprawdz_placowke_w_rejestrze_wojewody)
- [2] Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996, 153, 321–330.
- [3] Szarota Z. (Red.): Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2011, 101-105.
- [4] Ritsner M., Farkas H., Gibel A. Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2003, 191, 668–674.
- [5] Altman I., Low S.M. (eds.) *Place Attachment*. Plenum Press, New York-London 1992, 262.
- [6] Bac A.(Red.) *Terapia zajęciowa*, PZWL Warszawa, 2016, 107-111.
- [7] Kłak A., Mińsko M., Siwczyńska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(4), 632-638.

- [8] Kind P., Dolan P., Williams A. Variations in population health status: results from a united Kingdom national questionnaire survey. *BMJ*, 1998, 316, 736-741.
- [9] Janus E, Bac A, Kulis A. et al. *Terapia zajęciowa w geriatrici. PZWL, Warszawa, 2017.*
- [10] Patterson T.L., Leeuwenkamp O.R. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2008, 100, 108–119.
- [11] Roick C., Fritz A., Matchinger H. Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, 42(4), 268–27.
- [12] Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A. Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. *Adv Clin Exp Med.*, 2007, 16(1), 173–178.
- [13] Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A. Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi - definicje, przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 2008, 42(4), 515-524.
- [14] Slade M., Thornicroft G., Loftus L. et al. *CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness. London: Gaskell Royal College of Psychiatrists; 1999.*