

Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego

The characteristic of population participating in a community-based rehabilitation program

Paweł Bronowski, Maryla Sawicka, Sylwia Kluczyńska

Institut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej
w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

Summary

Aim. The difficulties in social functioning of the mentally ill are widely documented in specialist literature. The social affects addressed to the mentally disabled are an attempt to overcome this particular disability. The aim of the presented research is the characterization of the social group participating in a community-based rehabilitation program realized on Warsaw area.

Method. 103 long-term patients with mental disorders provided with a community-based rehabilitation program were the participants in the study. They were not hospitalized at the time when the research was conducted. The following instruments were used: the Questionnaire and Map of Social Support by Bizoń, the individual interview, and the questionnaire especially prepared for the needs of this research.

Results. The studied group consists of people with a long-standing period of illness, with numerous hospitalizations, constantly remaining under psychiatric care. The tested persons are singles and demanding a strong social support. Their individual social networks of support are sparse and in a large part compensated by therapists from the support institution. The tested group highly values the influence of the local rehabilitation program on their functioning.

Conclusions. The chronically mental ill persons show numerous difficulties in their social functioning. Participation in the social support programs protects them against successive hospitalizations. During the last year, preceding the research, the amount of hospitalizations was significantly lower than in the period preceding the taking care by the local systems. It is necessary to treat the local rehabilitation programs as an effective mechanism supporting the functioning of the chronically mental ill people.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, sieć społeczna, rehabilitacja, choroby psychiczne
Key words: social support, social network, rehabilitation, mental illness

Skuteczne oddziaływania terapeutyczne na osoby przewlekle chore psychicznie nie mogą ograniczać się jedynie do farmakoterapii. Patterson i Leeuwenkamp [1], analizując zmiany, jakie zaszły w ostatnim dziesięcioleciu w leczeniu nowymi leka-

mi antypsychotycznymi, podkreślają, że w 10%–60% przypadków leki te są ciągle nieskuteczne i objawy choroby nadal się utrzymują. Prawie 60% pacjentów ma niechętny stosunek do ich zażywania i niewiele się on zmienił w porównaniu z lekami starej generacji. Brak współpracy odpowiada za 30% pogorszeń stanu psychicznego w pierwszym roku po hospitalizacji i 80% po 5 latach. Wzrost przestrzegania zaleceń terapeutyczno-leczniczych do poziomu powyżej 80% nie redukuje całkowicie możliwości załamania się stanu zdrowia, jednak istotnie je ogranicza, nawet o 40% [1, 2, 3]. Z tych powodów nadal pilną koniecznością jest uzupełnianie leczenia farmakologicznego oddziaływaniami psychospołecznymi. Ich celem jest, z jednej strony, dążenie do polepszenia tej współpracy, z drugiej – kompensowanie dysfunkcji psychospołecznych wywołanych chorobą psychiczną [4].

Postępowanie terapeutyczne wobec osób przewlekle chorujących na schizofrenię powinno uwzględniać cały kontekst sytuacyjny, w jakim przebywa, lecz się i żyje pacjent [5]. Takie postępowanie powinno charakteryzować się podejściem holistycznym uwzględniającym wiele różnorodnych aspektów, do których można zaliczyć stosowanie farmakoterapii, rozwiązywanie problemów rodzinnych, zapobieganie bezrobociu i ubóstwu, kompensowanie ubogiej sieci wsparcia społecznego, przywracanie nadziei na satysfakcjonujące życie. Większość z tych problemów zaczyna pojawiać się już po opuszczeniu azylu, jakim jest szpital psychiatryczny, po okresie wstępnej adaptacji do starych schematów życia, gdy okazuje się, że pacjenci nie są już w stanie poradzić sobie za pomocą starych sposobów z nowymi wyzwaniami [6]. Odpowiednim wsparciem stają się w tej sytuacji oddziaływania psychospołeczne, których podstawowym celem jest poprawa funkcjonowania społecznego pacjenta poprzez wspieranie w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, monitorowanie stanu psychicznego tak, aby ograniczać hospitalizacje, wypracowywanie sposobów radzenia sobie ze stale utrzymującymi się objawami, pomoc rodzinie w dźwiganiu brzemienia choroby psychicznej [2].

Przydatność środowiskowych systemów leczenia i rehabilitacji w przeciwdziałaniu szkodom wywoływanym przewlekłą chorobą psychiczną, i ich naprawianiu, została potwierdzona w wielu krajach stosujących tę formę organizacji opieki psychiatrycznej [7]. Skoncentrowane na poziomie lokalnym, zintegrowane działania lecznicze, rehabilitacyjne oraz programy wspierające funkcjonowanie społeczne stanowią obecnie swoisty standard w pracy z osobami chorującymi psychicznie. Model środowiskowy – w porównaniu z opieką typu azylowego opartą na wielkich szpitalach psychiatrycznych – ma niewątpliwe atuty, do których należy zaliczyć znaczną dostępność programów terapeutycznych, zachowanie równości w uzyskaniu pomocy oraz większą skuteczność w zapewnianiu wsparcia. Wzmacnia funkcjonowanie pacjenta w miejscu, w którym żyje, podtrzymuje i rozwija jego naturalne sieci społeczne oraz zapobiega marginalizacji [8].

Model leczenia środowiskowego jest konsekwentnie wprowadzany w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych od lat 50. ubiegłego wieku. Między rokiem 1955 a 1991 liczba łóżek psychiatrycznych w USA zmalała z 560 do 100 tysięcy, w Wielkiej Brytanii ze 155 do 59 tysięcy, w Belgii z 27 do 21 tysięcy [9]. Proces tworzenia i rozwoju środowiskowych systemów leczenia i rehabilitacji nabrał znacznego przyspieszenia szczególnie w latach 80.

W Polsce elementy psychiatrii środowiskowej zaczęły się pojawiać na początku lat 70. W efekcie zmian w organizacji form leczenia w latach 1970–2001 liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych wzrosła z 21 do 98, a z 34 do 54 wzrosła liczba małych placówek szpitalnych. Zmalała liczba łóżek psychiatrycznych – z 37 do 27 tysięcy. Zmianom tym towarzyszył również rozwój pośrednich form leczenia psychiatrycznego – oddziałów dziennych i poradni zdrowia psychicznego [10].

Przełomowe znaczenie dla możliwości tworzenia środowiskowych placówek rehabilitacji i wsparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie miało uchwalenie ustaw o ochronie zdrowia psychicznego [11], pomocy społecznej [12], rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych [13]. Dzięki tym aktom prawnym możliwe stało się tworzenie niemedycznych placówek rehabilitacji i wsparcia społecznego, takich jak warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, mieszkania chronione, kluby pacjenta i wiele innych. Nowymi, istotnymi partnerami dla psychiatrycznej służby zdrowia stały się placówki pomocy społecznej i organizacje pozarządowe.

Ostatnie lata w Polsce to okres intensywnego tworzenia placówek wsparcia i rehabilitacji. Mimo istnienia wielu placówek i programów, trudno jest jednak mówić o działaniach zintegrowanych i systemowych. Środowiskowy model opieki nad zdrowiem psychicznym nadal znajduje się w początkowych stadiach tworzenia. Warto więc podjąć próbę zbadania tych systemów, które powstały i stabilnie działają. Jest to zagadnienie szczególnie ważne wobec podejmowanych obecnie prób tworzenia narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego, kładącego nacisk na rozwój lokalnych systemów opieki.

Głównym celem niniejszego badania jest określenie, kim są beneficjenci dwóch lokalnych systemów wsparcia i rehabilitacji, jaki był przebieg ich choroby, z jakich placówek aktualnie korzystają, jak liczne są ich indywidualne systemy wsparcia społecznego. Zbadano również, jak pacjenci oceniają wpływ uczestnictwa w programie na swoje funkcjonowanie.

Material i metoda

W badaniu wzięły udział 103 osoby objęte wieloelementowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego realizowanego na terenie Targówka i Bielan – dwóch dzielnic Warszawy. Osoby te nie były hospitalizowane w okresie objętym badaniami.

W badaniu wykorzystano ustrukturalizowany, indywidualny wywiad. Na tej podstawie zostały zebrane dane socjodemograficzne, informacje o przebiegu choroby (hospitalizacje i czas chorowania) oraz dane o opiece medycznej. Dane o indywidualnych systemach wsparcia społecznego zebrano za pomocą Kwestionariusza i Mapy Oparcia Społecznego Z. Bizonia [14]. Umożliwia on ustalenie wielkości sieci oparcia społecznego. Osoby wchodzące w skład systemu tworzą 8 ogólnych kategorii zwanych obszarami: współdomowników, najbliższych krewnych, dalszych krewnych, kolegów z pracy (na potrzeby niniejszego badania obszar ten dotyczył „kolegów” z placówek rehabilitacyjnych), sąsiadów, znajomych, terapeutów, innych znaczących osób [14]. Dane o subiektywnej ocenie wpływu programów na funkcjonowanie pacjentów zebrano za pomocą kwestionariusza przygotowanego specjalnie na potrzeby badania.

Obejmował on takie kwestie, jak zdolność do radzenia sobie z problemami, relacje z rodziną, zdolność do poszukiwania pracy, samoobsługa, dostępność wsparcia w sytuacjach nagłych. Pacjenci oceniali wpływ środowiskowych programów na te kwestie w skali 5-punktowej, gdzie oceny 1–2 dotyczyły braku satysfakcji z oferowanych usług,

Tabela 1. Placówki leczenia psychiatrycznego, rehabilitacji i wsparcia społecznego w dzielnicach Targówek i Bielany

Programy	Placówki	
	Dzielnica Targówek	Dzielnica Bielany
Leczenie psychiatryczne	<ul style="list-style-type: none"> – Oddział Całodobowy – Oddział Dzienny (25 miejsc) – Zespół Leczenia Środowiskowego wraz z Ambulatorium (placówki II Kliniki Psychiatrii AM) – Rejonowa Poradnia Zdrowia Psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> – Oddział Całodobowy (47 miejsc) – Oddział Dzienny (25 miejsc) – Poradnia Zdrowia Psychicznego (placówki IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN) – Rejonowa Poradnia Zdrowia Psychicznego – psychiatra konsultant przy Ośrodku Pomocy Społecznej
Wsparcie i rehabilitacja	<ul style="list-style-type: none"> – Warsztat Terapii Zajęciowej (25 miejsc) – Środowiskowy Dom Samopomocy (30 miejsc) – Mieszkanie Chronione (4 miejsca) – Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze (ok. 60 podopiecznych) – 2 Kluby Pacjenta (nieograniczona liczba miejsc) – Punkt Aktywizacji Zawodowej – Kurs obsługi komputerów i Internetu ICAR – Kawiarenka Internetowa – Turnusy rehabilitacyjne – Grupy wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie – Punkt Poradnictwa i Wsparcia dla członków rodzin osób chorujących psychicznie – Placówki Bródnowskiego Stowarzyszenia Pomost i Pomocy Społecznej w dzielnicy Targówek 	<ul style="list-style-type: none"> – Środowiskowy Dom Samopomocy (30 miejsc) – Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze (ok. 60 podopiecznych) – Klub Pacjenta (nieograniczona liczba miejsc) – Turnusy rehabilitacyjne – Grupy wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie – Placówki Bródnowskiego Stowarzyszenia Pomost i Pomocy Społecznej w dzielnicy Bielany

3 – było oceną świadczącą o braku zdania, a 4–5 były ocenami pozytywnymi, jednak dla przejrzystości prezentacji ostatecznie podzielono je na: oceny niesatysfakcjonujące – różne – oceny satysfakcjonujące.

Wyniki

Systemy leczenia, rehabilitacji i wsparcia społecznego, którymi objęci zostali badani

Lokalne systemy leczenia, wsparcia i rehabilitacji w warszawskich dzielnicach Targówek i Bielany działają w niezmienionej formie od kilku już lat. Placówki wchodzące w skład systemu działają od dłuższego czasu – mają spójne programy, ich praca bazuje na środowiskach lokalnych. System tworzą współpracujące ze sobą placówki psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji i wsparcia społecznego.

Podstawowymi elementami środowiskowego systemu rehabilitacji i wsparcia społecznego w dzielnicach Targówek i Bielany są placówki i programy zaprezentowane w tabeli 1.

Zarówno oferta lecznictwa psychiatrycznego, jak i nasycenie programami wsparcia są nieco lepsze w dzielnicy Targówek. Wiąże się to z faktem, iż w tej właśnie dzielnicy prace nad tworzeniem systemu rozpoczęły się wcześniej o kilka lat niż w dzielnicy Bielany.

Założenia i kierunki rozwoju systemów wsparcia są bardzo podobne w obu dzielnicach. Wiąże się to z następującymi elementami:

- środowiskowy i aktywny wymiar lecznictwa psychiatrycznego;
- możliwie szeroka i różnorodna oferta wsparcia;
- współpraca między poszczególnymi podmiotami i placówkami tworzącymi systemy.

Tabela 2 (*na następnej stronie*) prezentuje metody i formy wsparcia oraz rehabilitacji w wybranych placówkach systemu.

Dane socjodemograficzne

W badanej grupie było 56 mężczyzn i 47 kobiet. Zwraca uwagę zbliżony odsetek kobiet i mężczyzn – zwykle obserwujemy pewną przewagę kobiet wśród osób chorujących psychicznie objętych programami wsparcia i rehabilitacji. Wiek chorych wahał się od 20 do 60 roku życia. Badaną grupę można uznać za relatywnie młodą: średnia wieku wynosiła 43 lata. Najliczniejszym przedziałem wiekowym był zakres 31–40 lat.

W badanej grupie zaobserwowano pewną równowagę między odsetkami osób słabiej wykształconych (podstawowe lub zawodowe) – 48,5%, i na wyższym poziomie edukacyjnym (średnie i wyższe) – 51,5%. Zwraca uwagę bardzo wysoki procent osób samotnych, stanowiących ponad 90% wszystkich badanych.

Liczebność indywidualnych systemów wsparcia społecznego badanych

Zebrano dane charakteryzujące indywidualne sieci wsparcia społecznego badanych. Zawarte są one w tabeli 4. (*na stronie 427*).

Tabela 2. Metody i formy wsparcia oraz rehabilitacji w wybranych placówkach systemu

Lp.	Placówka	Metody pracy i realizowany program
1.	Warsztat Terapii Zajęciowej	<ul style="list-style-type: none"> – treningi umiejętności społecznych – terapia zajęciowa – przygotowanie do pracy lub przekwalifikowanie – turnusy rehabilitacyjne
2.	Środowiskowy Dom Samopomocy	<ul style="list-style-type: none"> – treningi umiejętności praktycznych i samoobsługi – biblioterapia – terapia zajęciowa
3.	Mieszkanie Chronione	<ul style="list-style-type: none"> – treningi umiejętności samoobsługi
4.	Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze	<ul style="list-style-type: none"> – indywidualne wsparcie i opieka w domu pacjentów
5.	Klub Pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> – trening spędzania wolnego czasu – promowanie zdrowego stylu życia dostosowanego do potrzeb osób chorych psychicznie
6.	Punkt Aktywizacji Zawodowej	<ul style="list-style-type: none"> – trening umiejętności prowadzenia rozmowy – trening rozwiązywania problemów – edukacja obywatelska i w zakresie obowiązującej ustawy psychiatrycznej, ustawy o rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej – pośrednictwo pracy – poradnictwo zawodowe – szkolenia i przekwalifikowanie
7.	Program ICAR i Kawiarenka Internetowa	<ul style="list-style-type: none"> – kurs obsługi Internetu
8.	Punkt Poradnictwa i Wsparcia dla Rodzin	<ul style="list-style-type: none"> – grupy psychoedukacyjne dla rodzin – grupy wsparcia dla rodzin – interwencje kryzysowe – poradnictwo psychologiczne i socjalne dla rodzin

Średnia liczba osób wchodzących w skład indywidualnych sieci wsparcia w badanej grupie wynosiła 10,75 (minimalnie były to 2 osoby, maksymalnie 21). Najczęstszą liczebnością indywidualnych systemów był przedział „5 do 10 osób” (ponad 42% badanych). Zwraca uwagę prawie 10-procentowa podgrupa dysponująca wyjątkowo nielicznymi systemami wsparcia, do których zaliczono nie więcej niż 4 osoby.

Jak wynika z tabeli 5, najliczniejszą grupą udzielającą wsparcia według deklaracji badanych byli „terapeuci” (średnio ponad 2 osoby). Na drugim miejscu znaleźli się członkowie „najbliższej rodziny” oraz „znajomi z placówek rehabilitacyjnych”. Najrzadziej do systemów wsparcia zaliczono natomiast „sąsiadów”, co wskazuje na swoistą alienację

osób chorujących psychicznie w miejscu zamieszkania i opisywane wielokrotnie zjawisko odrzucania ich i niechęci do nich. Warto podkreślić, że w opisywanych systemach średnio więcej niż 4 osoby wywodziły się bezpośrednio z placówek wsparcia i rehabilitacji (ujęci łącznie „terapeuci” oraz „znajomi z placówek rehabilitacyjnych”).

Udział w systemie wsparcia i rehabilitacji

Tabela 3. Wykształcenie i stan cywilny

Wykształcenie	N/%	Stan cywilny	N/%
Podstawowe	9 (8,7%)	Wolny/wolna	70 (68%)
Zawodowe	41 (39,8%)	Zamężna/zonaty	9 (8,7%)
Średnie	48 (46,6%)	Rozwiedziona/y	14 (13,6%)
Wyższe	5 (4,9%)	Wdowa/wdowiec	10 (9,7%)
Razem	103 (100%)	Razem	103 (100%)

Tabela 4. Liczebność indywidualnych systemów wsparcia społecznego w przedziałach

Przedział	N	%
1 do 4 osób	10	9,7
5 do 10 osób	44	42,7
11 do 15 osób	31	30,1
16 do 20 osób	14	13,6
Powyżej 21 osób	4	3,9
Razem	103	100,0

Tabela 5. Średnie liczebności osób udzielających wsparcia w poszczególnych kategoriach

Kategoria	Średnia	Odchylenie stand.
Terapeuci	2,56	1,311
Najbliższa rodzina	1,94	1,434
Znajomi z placówek rehabilitacyjnych	1,84	1,748
Osoby wspólnie zamieszkałe	1,32	1,173
Inni krewni	1,18	1,781
Inne osoby	0,98	1,075
Inni znajomi	0,79	1,296
Sąsiedzi	0,34	0,680

Szczegółowe dane dotyczące udziału badanych w różnych formach lokalnego systemu wsparcia i rehabilitacji prezentuje tabela 6 (*na następnej stronie*).

Wśród badanych najczęściej osób korzystało ze środowiskowych domów samopomocy (35,9%), z warsztatu terapii zajęciowej (32%) oraz ze specjalistycznych usług opie-

kuńczych (27,2%). Ponad 16% uczestniczyło w programie klubów pacjenta. Pozostałe dostępne programy (kurs komputerowy, aktywizacja zawodowa, kawiarnia internetowa, mieszkanie chronione) cieszyły się mniejszą popularnością w badanej grupie. Średni czas uczestnictwa w środowiskowym systemie wsparcia wyniósł 54 miesiące.

Tabela 6. **Udział badanych w różnych formach lokalnego systemu wsparcia i rehabilitacji**

Placówka	Korzysta		Nie korzysta	
	N	%	N	%
Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze	28	27,2	75	72,8
Warsztat Terapii Zajęciowej	33	32,0	70	68,0
Klub Pacjenta	17	16,5	86	83,5
Środowiskowy Dom Samopomocy	37	35,9	66	64,1
Kawiarnia Internetowa	7	6,8	96	93,2
Mieszkanie Chronione	8	7,8	95	92,2
Program nauki obsługi komputerów i Internetu ICAR	8	7,8	95	92,2
Punkt Aktywizacji Zawodowej	7	6,8	96	93,2

Tabela 7. **Liczba hospitalizacji w przedziałach**

Przedziały	N	%
do 5 razy	64	62,1
6–10 razy	23	22,3
Powyżej 10 razy	16	15,5
Razem	103	100,0

Tabela 8. **Formy opieki psychiatrycznej, z których korzystają badani**

	N	%
Rejonowa Poradnia Zdrowia Psychicznego	91	88,3
Zespół Leczenia Środowiskowego	4	3,9
Prywatne wizyty u psychiatry	3	2,9
Poradnia Zdrowia Psychicznego przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii	1	1,0
Nie korzysta regularnie z opieki psychiatrycznej	4	3,9
Razem	103	100,0

Przebieg choroby i leczenie

Na schizofrenię paranoidalną chorowało 82% badanych. Wśród pozostałych rozpoznań odnotowano: zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia depresyjne, zespół psychoorganiczny. Średni czas trwania choroby wyniósł w badanej grupie nieco ponad 15 lat.

Osoby objęte badaniami chorowały psychicznie od długiego czasu – średnio było to ponad 15 lat. Zaledwie 17,5% badanych chorowało nie więcej niż 5 lat, pacjenci zaś chorujący powyżej 10 lat stanowili 61% całej grupy. Były to zarazem osoby w przeważającym odsetku wielokrotnie hospitalizowane – średnio 6 razy, podgrupa hospitalizowana ponad 10-krotnie wynosiła 16%. Warto zarazem zwrócić uwagę na wyraźnie rzadsze hospitalizacje w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, czyli w okresie, gdy badani brali udział w środowiskowym systemie wsparcia.

Jedynie niecałe 4% badanej grupy podaje, że nie była objęta regularną opieką psychiatryczną. Spośród osób korzystających regularnie (przynajmniej raz na 2 miesiące) z psychiatrycznej służby zdrowia 88,3% pozostaje pod opieką poradni zdrowia psychicznego. Ponad 95% badanych osób potwierdza regularne przyjmowanie leków zapisywanych przez psychiatrę.

Program w ocenie uczestników

Zebrano dane o subiektywnej ocenie wpływu uczestnictwa w programie na różne aspekty funkcjonowania. Dane te znajdują się w tabeli 9.

Tabela 9. Subiektywna ocena uczestnictwa w programie

Wpływ uczestnictwa w programie na:	Niesatysfakcjonujący		Różnie		Satysfakcjonujący	
	N	%	N	%	N	%
radzenie sobie z problemami	5	9,9	22	21,4	76	73,7
dobrze samopoczucie	3	5,9	20	19,4	80	77,6
uzyskiwanie pomocy w nagłych sytuacjach	1	2,0	22	21,4	80	77,7
uzyskiwanie opieki ze strony ośrodka	8	15,8	8	7,8	87	84,5
rozumienie własnych problemów	6	5,8	23	22,3	74	71,8
poprawę relacji z rodziną	13	12,6	22	21,4	68	66
relacje z innymi ludźmi	17	16,5	30	29,1	56	54,3
samoobsługę i higienę	3	2,9	18	17,5	82	79,6
zdolność do pracy	19	18,5	22	21,4	62	60,2
wypoczynek	13	12,6	9	8,7	81	78,6

Jak wynika z tabeli 9, badani generalnie wysoko oceniają wpływ programu na własne funkcjonowanie. Największy odsetek pozytywnych ocen dotyczył takich funkcji, jak „uzyskiwanie opieki ze strony ośrodka” (84,5%) oraz „wypoczynek” (78,6%). Najgorzej oceniono wpływ programu na „zdolność do pracy” (18,5% ocen negatywnych) oraz „relacje z innymi ludźmi” (16,5%).

Omówienie wyników

Pacjenci przewlekle chorujący psychicznie wykazują liczne trudności w funkcjonowaniu społecznym [15]. Konsekwencją tego jest ich materialne i socjalne upośle-

dzenie, niekiedy marginalizacja, aż do społecznego wykluczenia. Zjawiskom tym można zapobiegać poprzez programy rehabilitacji i wsparcia społecznego dla osób, które na skutek choroby psychicznej wykazują poważne trudności w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego i w kontaktach społecznych [16].

Patterson i Leeuwenkamp [1] dokonali przeglądu aktualnie stosowanych psychospołecznych oddziaływań wobec pacjentów chorych na schizofrenię i podzielili je na 5 grup: oddziaływania poznawczo-behawioralne (cognitive-behavioral therapy, CBT), interwencje rodzinne (family intervention therapy, FIT), treningi umiejętności społecznych (social skills therapy, SST), trening wykonawczych funkcji poznawczych (cognitive remediation therapy, CRT), terapie integrujące. W tej klasyfikacji prezentowany program można traktować jako zintegrowany system terapeutyczny dostosowany do specyficznych potrzeb osób przewlekłe chorujących psychicznie [1]. Jest to system próbujący sprostać większości problemów tej grupy chorych. Zajmuje się problematyką związaną z przestrzeganiem zaleceń medycznych, rozwiązywaniem problemów społecznych, podejmowaniem nowych ról, radzeniem sobie z biedą i wykluczeniem społecznym. Ważnym obszarem oddziaływań jest zdobywanie umiejętności zagospodarowywania czasu wolnego. Odbywa się to poprzez wzbudzanie zainteresowań nowymi doświadczeniami, stymulowanie do podejmowania nowych wyzwań, które mają przeciwstawić się wszechogarniającej anhedonii. Umiejętność przeżywania zadowolenia i przyjemności jest konsekwentnie rozszerzana na nowe obszary aktywności, dotąd nieosiągalne dla tego typu chorych [17]. Skutkuje to, w ocenie samych zainteresowanych, subiektywnymi korzyściami, takimi jak dobre samopoczucie i możliwość aktywnego odpoczynku zapewnianego przez poszczególne ośrodki. Innym docenianym efektem jest odczuwanie opieki i zainteresowania własnymi problemami oraz możliwość uzyskania pomocy w nagłych sytuacjach. Można na tej podstawie uznać, że tak funkcjonujący system wsparcia jest spostrzegany jako przyjazny i niezagrażający. Pacjenci doceniają także inny ważny punkt programu, którym są czysto instrumentalne, fundamentalne treningi umiejętności funkcjonowania społecznego: umiejętności samoobsługowych i dbałości o higienę osobistą.

Ważnym skutkiem uczestniczenia w programie jest stosunkowo niski odsetek pacjentów deklarujących brak współpracy z psychiatrą. Jedyne kilkuprocentowy wynik negatywny pokazuje, że być może aktywne uczestniczenie w życiu społecznym, zdobywanie nowych umiejętności i odnajdywanie w sobie nowych możliwości może wzbudzać motywację do dbania o swoje zdrowie i dawać nadzieję na lepsze życie.

Powyższa analiza dostarcza także powodów do refleksji nad sposobem aktywizacji zawodowej i możliwością wykorzystania takich form, jak kawiarenka internetowa czy kursy komputerowe. Zaledwie kilkuprocentowa – w kontekście całej grupy – frekwencja na specjalistycznych kursach komputerowych, w sytuacji gdy większość uczestników systemu to ludzie młodzi (31–40 lat), w większości wykształceni na poziomie średnim, każe zastanawiać się nad skutecznością form zachęcania do uczestnictwa w bardziej wymagających zajęciach. Zwraca uwagę również niska ocena przydatności aktywizacji zawodowej prowadzonej w ramach systemu. Badania nad zatrudnieniem osób chorujących psychicznie wskazują, że trudności w podejmowaniu i utrzymywaniu zatrudnienia stanowią wypadkową kilku czynników: wynikających z samego przebiegu

choroby – brak potrzeb osiągnięć i samorozwoju, przewlekłości schorzenia – stygmatyzacja nieuleczalną chorobą psychiczną, co może odbierać nadzieję na inne życie, oraz braku wsparcia u najbliższych i w dalszym otoczeniu – samotność, opuszczenie, brak jakichkolwiek oczekiwań zewnętrznych [18, 19].

Wnioski

Na podstawie zaprezentowanych powyżej danych należy zwrócić uwagę na następujące charakterystyki badanej grupy:

1. W skład grupy objętej środowiskowymi systemami wsparcia wchodzi osoby o długoletnim okresie chorowania, z licznymi hospitalizacjami, stale pozostające pod opieką psychiatryczną. Grupa ta charakteryzuje się relatywnie niskim wiekiem, znaczny odsetek to osoby samotne.
2. Indywidualne systemy wsparcia społecznego badanych są nieliczne, składają się średnio z 10 osób. Wśród poszczególnych kategorii osób zaliczanych przez badanych do indywidualnych systemów wsparcia najliczniejszą grupę stanowią „terapeuci”, następnie „najbliższa rodzina” i „znajomi z placówek rehabilitacyjnych”.
3. W indywidualnych sieciach, średnio ponad 4 osoby wywodzą się bezpośrednio z placówek terapeutycznych, w których uczestniczą badani („terapeuci” i „znajomi z placówek rehabilitacyjnych”). Jest to znacząca grupa w kontekście niskich liczebności indywidualnych systemów wsparcia.
4. Dobór uczestników środowiskowych programów wsparcia prowadzony jest skutecznie. Uczestnicy są osobami wymagającymi silnego wsparcia społecznego, przewlekle i dotkliwie chorującymi psychicznie. Są w przytłaczającym odsetku samotni, ze słabym zapleczem rodzinnym. Ich indywidualne sieci wsparcia są nieliczne i kompensowane w znacznym stopniu przez terapeutów z placówek wsparcia.
5. Można założyć, że uczestnictwo w programach wsparcia zabezpiecza przed hospitalizacjami. W ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie liczba hospitalizacji była znacząco niższa niż w okresie poprzedzającym objęcie opieką przez lokalne systemy.
6. W anonimowej ocenie jakości pracy ośrodków badani wysoko oceniają ich „wpływ na samopoczucie”, „możliwość pomocy w sytuacjach nagłych”, „pomoc w rozumieniu własnych problemów” oraz „wsparcie w samoobsłudze”. Wśród elementów programu, z których badani są mniej zadowoleni, to „wspieranie zdolności do poszukiwania pracy” oraz zbyt małe „wsparcie w funkcjonowaniu społecznym”.

Характеристика популяции, охваченной социальной системой реабилитации и общественного вспоможения

Содержание

Задание. Трудности в общественной среде, с которыми встречаются психически больные основательно документированы в литературе. Проба перелома этой специфической несправедливости состоит во влиянии среды на ситуацию психически больных. Заданием настоящего исследования является характеристика группы, охваченной системой реабилитации и социальной помощи, реализованных на территории г. Варшавы.

Метод. В исследовании приняли участие 103 психически больных с хроническим течением болезни, охваченных социальной программой реабилитации. Эти больные не были госпитализированы в периоде проводившегося исследования. В исследовании использованы следующие пособия: Глоссарий и Карта общественной помощи Бизоня, индивидуальный распрос и глоссарий, специально разработанный для потребностей исследования.

Результаты. Исследованная группа состояла из больных с длительным периоде заболевания, с многочисленными госпитализациями, постоянно пребывающими под психиатрической опекой. Обследованные – это одинокие люди, требующими сильной общественной помощи. Их индивидуальные сети помощи редкие и компенсируются, в значительной степени, терапевтами из центров вспоможения. Исследованные высоко оценивают влияние локальной программы реабилитации на собственное функционирование в общественной среде.

Выводы. Пациенты с хроническим течением психической болезни страдают многочисленными трудностями в проживании в общественной среде. Участие в программах вспоможения обеспечивает их перед очередными госпитализациями. В течение последнего года, предшествующим исследованию, число госпитализаций было значительно редким, нежели в периоде, предшествующим охвату опекой локальными системами. Локальные программы реабилитации необходимо рассматривать как эффективный механизм, поддерживающий функционирование хронических больных с психическими нарушениями.

Charakteristik der mit dem Milieusystem der Rehabilitation und sozialer Unterstützung umfassten Population

Zusammenfassung

Ziel. Probleme bei dem sozialen Funktionieren der psychisch kranken Personen werden in der gegenständlichen Literatur nachgewiesen. Die Probe der Überwindung dieser eigentümlichen Behinderung bilden Milieuzentren, die an die psychisch kranken Personen gerichtet sind. Das Ziel der beschriebenen Studie ist die Charakteristik der Gruppe, die auf dem Warschauer Gebiet mit dem Rehabilitationssystem und System der sozialer Unterstützung umfasst wurde.

Methode. An die Studie wurden 103 Personen eingeschlossen, die psychisch chronisch krank waren und die mit dem sozialen Programm der Rehabilitation umfasst wurden. Diese Personen wurden in der Zeit der Studie nicht hospitalisiert. Es wurden dabei folgende Mittel angewendet: Fragebogen und die Karte der Sozialen Unterstützung von Bizoń, individuelles Interview und der Fragebogen, der für diese Studie bearbeitet wurde.

Ergebnisse. Die untersuchte Gruppe bildeten die Kranken mit langer Krankheitsdauer, mit zahlreichen Hospitalisierungen, die unter ständiger psychiatrischer Kontrolle bleiben. Die Untersuchten sind alleinstehende Personen, die eine starke soziale Unterstützung brauchen. Ihr individuelles Netzwerk der Unterstützung ist klein und in großem Teil durch die Therapeuten aus den Zentren für Unterstützung kompensiert. Die Untersuchten schätzen hoch den Einfluss vom lokalen Rehabilitationsprogramm auf ihre eigene Funktionsweise.

Schlussfolgerungen: Die chronisch psychisch kranken Patienten zeigen zahlreiche Probleme beim sozialen Funktionieren. Die Beteiligung an Unterstützungsprogrammen sichert sie vor folgenden Hospitalisierungen. Innerhalb des letzten Jahres vor der Studie war die Zahl der Hospitalisierungen signifikant niedriger als in der Zeit vor der Unterstützung durch lokale Systeme. Die lokalen Rehabilitationsprogramme soll man als wirksames Mechanismus betrachten, das die Funktionsweise der chronisch kranken Personen unterstützt.

La caractéristique de la population participant au programme communautaire de réhabilitation

Résumé

Objectif. Les difficultés du fonctionnement social des personnes souffrant des troubles mentaux sont bien documentées dans la littérature spécialisée. On essaie de remédier à cette infirmité par

les actions communautaires adressées aux personnes avec les troubles mentaux. Cet article vise à caractériser le groupe suivant le programme de réhabilitation de la région de Varsovie.

Méthode. On examine 103 patients chroniques suivant ce programme de réhabilitation. Durant le temps des examens ces patients ne sont pas hospitalisés. Pour ces examens on utilise les instruments suivants : the Questionnaire and Map of Social Support de Bizoń, les enquêtes individuelles, les questionnaires préparés spécialement pour cet examen.

Résultats. Le groupe examiné se compose des patients chroniques, hospitalisés plusieurs fois, toujours traités par les psychiatres. Ils sont solitaires et ils exigent le fort soutien social. Leurs réseaux individuels de soutien sont peu nombreux et ils sont compensés par les thérapeutes des centres de réhabilitation. Les patients examinés trouvent que l'influence des programmes locaux de réhabilitation sur leur fonctionnement est très importante.

Conclusions. Les patients chroniques souffrant des troubles mentaux ont beaucoup de difficultés dans leur fonctionnement social. La participation aux programmes de réhabilitation les protège des hospitalisations successives. Durant l'année précédente cet examen leur nombre d'hospitalisation est moins nombreux qu'avant la participation aux programmes de réhabilitation. Donc il faut considérer ces programmes communautaires de réhabilitation comme effectif mécanisme soutenant le fonctionnement social des patients chroniques.

Piśmiennictwo

1. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. *Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia*. Schizophr. Res. 2008; 100: 108–119.
2. Ward A, Proskorovsky I, Caro I. *Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the risks for hospitalization, suicide and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study*. Clin. Ther. 2006; 28 (11): 1912–1921.
3. Liberman JA, Stroup TS, McEvoy JP. *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. New Engl. J. Med. 2005; 353 (12): 1209–1223.
4. Gutierrez-Recacha P, Chisholom D, Haro JM. *Cost-effectiveness of different clinical interventions for reducing the burden of schizophrenia in Spain*. Acta Psychiatr. Scand. 2006 (supl.); 432: 29–38.
5. Roick C, Fritz A, Matchinger H. *Health habits of patients with schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007; 42 (4): 268–276.
6. Hoffmann K, Iserman M, Kaiser W. *Quality of life in the course of deinstitutionalization – part IV of the Berlin Deinstitutionalisation Study*. Psychiatr. Prax. 2000; 27 (4): 183–188.
7. Hantikainen V, Koller K, Grywa D. *Quality of life of people with schizophrenia in the supported group homes: assessing the individual*. Pflege. 2001; 14 (2): 106–115.
8. Kaszyński H. *Przeciwdziałanie wykluczeniu społeczno-zawodowemu chorujących psychicznie w Polsce*. W: Cechnicki A, Kaszyński H, red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna*. Kraków: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej; 2005, s. 91–100.
9. Bronowski P, Załuska M. *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2005; 9 (2): 345–357.
10. Załuska M, Prot K, Bronowski P. *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*. Warszawa: IPiN; 2007.
11. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*. Dziennik Ustaw, 20 października 1994.
12. *Ustawa o pomocy społecznej*. Dziennik Ustaw, 12 marca 2004.
13. *Ustawa o rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*. Dziennik Ustaw, 9 października 1997 (z kolejnymi nowelizacjami).

14. Bizoń Z, Bernstein E, Kraśko N, Ostrowska I. *Charakterystyka otoczenia społecznego pacjentów alkoholików*. W: *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*. Materiały XXXV Zjazdu Psychiatrów Polskich. Warszawa: 1989, s. 11–16.
15. Ritsner M. *Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenic patients*. J. Nerv. Ment. Dis. 2003; 191 (5): 287–294.
16. Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. *Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 2004; 38 (6): 443–452.
17. Gruszczyński W. *Struktura potrzeb osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną*. Psychiatr. Pol. 2000; 2: 249–265.
18. Gruszczyński W. *Hierarchia wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną*. Psychiatr. Pol. 2000; 2: 235–248.
19. Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności. FISE; 2006.

Adres: Paweł Bronowski
Instytut Psychologii Stosowanej
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. M. Grzegorzewskiej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40

Otrzymano: 20.10.2008
Zrecenzowano: 23.02.2009
Otrzymano po poprawie: 23.03.2009
Przyjęto do druku: 24.04.2009