

Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako instrument kompensowania sieci społecznych osób chorych psychicznie

Home care services as a social network compensation of the mentally ill

Paweł Bronowski, Maryla Sawicka

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J. Cz. Czabała

Summary

Aim. Research undertaken in order to assess possibilities of social network compensation amongst population supported with home care services adjusted to mentally ill needs. Analysis included scope of support functions, number of networks and its quality.

Method. The study group consisted of 105 mentally ill persons participating in home care services program. Research tools used were as follows: sociodemographic questionnaire (prepared for the research purposes), Bizon's Map and Social Network Questionnaire, Bizon's Social Support Inventory.

Results. Results show therapists participating in the home care services program as the basic category that composes networks indicated by respondents. Therapists significantly compensate sparse social support networks of the respondents. It can be assumed as a positive influence due to social functioning, feeling of secure and coping abilities of persons supported by home services.

Discussion. Benefits noted in compensation home care participants lead to another research question. Further research should considerate an issue of major participation of professionals as a specific block to involve those who constitute natural support resources, e.g. family members or neighbours into the networks.

Słowa kluczowe: specjalistyczne usługi opiekuńcze, osoby chore psychicznie, sieć oparcia społecznego

Key words: home care services, mentally ill, social network

Wprowadzenie

Program specjalistycznych usług opiekuńczych (home care services) stanowi swoistą odpowiedź na potrzeby osób wymagających wsparcia i opieki w miejscu zamieszkania. Dotyczy osób, które nie wymagają leczenia w szpitalu czy też pobytu w ośrodkach zinstytucjonalizowanej opieki. Opieka taka może być świadczona przez wyspecjalizowany i certyfikowany personel, także medyczny, finansowany przez instytucję pomocy społecznej. Może też być sprawowana przez wolontariuszy, którzy

jedynie przeszli wstępne szkolenie w wymaganym zakresie [1]. Beneficjentami specjalistycznych usług opiekuńczych są przede wszystkim osoby w podeszłym wieku, tylko w niewielkim odsetku dotyczą one innych grup wiekowych czy problemów zdrowotnych. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi objęty jest nimi jedynie 1% wszystkich potrzebujących [2].

Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone dla osób chorych psychicznie są szczególnego rodzaju ofertą. W Polsce są realizowane od roku 1995; zostały wprowadzone przez Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego. Ich beneficjentami jest ściśle wyróżniona grupa osób, a sposób finansowania określa nie lokalnie działający samorząd, ale minister polityki społecznej. Ich celem jest budowanie lub odtwarzanie, często od podstaw, umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia poprzez wspieranie i motywowanie do aktywności w codziennych czynnościach życiowych. Opieka nakierowana jest na interweniowanie w sytuacjach kryzysowych, jakie niesie ze sobą choroba psychiczna, polega także na doradzaniu, wspieraniu i pomaganiu w codziennym funkcjonowaniu. W zakresie usług specjalistycznych znajduje się także pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, współpraca z lekarzem oraz wspieranie aktywności w poszukiwaniu i podejmowaniu pracy [3, 4].

Program specjalistycznych usług opiekuńczych, obok środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej i ośrodków wsparcia, jest jednym z ważnych instrumentów zapobiegania wykluczeniu społecznemu. Wykluczenie społeczne to jedna z podstawowych trudności, jakich doświadczają osoby chore psychicznie [5]. Jest związane z ubożeniem indywidualnych sieci oparcia społecznego, z których, w miarę trwania choroby, odchodzą kolejne osoby. Doprowadza to do sytuacji pogłębiającej się pustki i osamotnienia dotyczącego zarówno osoby chore psychicznie, jak i ich rodziny [6, 7]. Ma to duże znaczenie dla funkcjonowania osób chorujących i radzenia sobie przez nie z kryzysami. Cytując Helenę Sęk „osamotnienie oraz brak wsparcia ze strony innych obniża odporność psychiczną i fizyczną jednostki, tym samym poważnie utrudnia jej radzenie sobie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych” [8]. W przypadku osób chorych psychicznie zjawisko to potęguje mechanizm błędnego koła, w ramach którego funkcjonują pacjenci. Ubożenie i nieadaptacyjne mechanizmy funkcjonowania społecznego utrudniają radzenie sobie, co sprzyja wycofywaniu się z życia społecznego, a to w konsekwencji wtórnie uniemożliwia pozyskiwanie wsparcia z indywidualnych sieci społecznych [9]. W efekcie osoby chore psychicznie tracą poszczególne ogniwa tej sieci i są pychane na margines życia społecznego [10].

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są jednym z podstawowych środowiskowych programów wsparcia. Mimo tego, że są realizowane w Polsce od 15 lat, nie były, jak dotąd, przedmiotem dokładniejszych badań. Celem prezentowanego badania była ocena możliwości kompensowania niefunkcjonalnych i niewydolnych naturalnych sieci wsparcia społecznego osób chorujących psychicznie poprzez ich uczestnictwo w programie specjalistycznych usług opiekuńczych. Badanie objęło beneficjentów usług realizowanych na terenie 3 dzielnic Warszawy: Targówka, Bielani i Białołęki.

Material i metoda

Osoby badane

Badaniami objęto grupę osób chorych psychicznie uczestniczących w programie specjalistycznych usług opiekuńczych. Kryteria włączenia do grupy badanej przedstawiały się następująco:

- co najmniej 3-miesięczny udział w programie usług specjalistycznych;
- rozpoznanie od F20 do F29 (ICD-10);
- stan psychiczny w chwili badania pozwalający na zebranie danych.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- Kwestionariusz Socjodemograficzny (przygotowany na potrzeby badania). Otrzymane na jego podstawie dane pozwoliły scharakteryzować badaną grupę pod względem następujących cech: sytuacji życiowej, liczby hospitalizacji, czasu trwania choroby oraz – deklarowanej przez badanych – współpracy w leczeniu i przestrzeganiu zaleceń lekarskich.
- Mapa i Kwestionariusz Otoczenia Społecznego autorstwa Bizonia [za: 11]. Narzędzie to umożliwia ustalenie wielkości sieci oparcia społecznego, ich składu i liczebności.
- Inwentarz Wsparcia Społecznego autorstwa Bizonia [za: 11]. Umożliwia ocenę rodzaju oferowanego wsparcia oraz określa jego wielkość i zakres, na które chorzy mogą liczyć. Uwzględniono tu następujące rodzaje usług: doradzanie, wyrażanie, popieranie, opiekowanie się, pomaganie w niespodziewanych kłopotach, pocieszenie, powiernictwo oraz dawanie bezwarunkowego oparcia.

Wyniki

W prezentowanym badaniu wzięło udział 105 osób. Większość badanych stanowiły kobiety, odpowiednio: 59 kobiet (56,2%) i 46 mężczyzn (43,8%). Średni wiek wynosił 52 lata. Blisko 7,6% osób z badanej grupy miało wykształcenie wyższe. Dość znaczny odsetek (44,8%) to osoby z wykształceniem średnim. Jedynie 12 osób (11,4% całej grupy) było w związkach małżeńskich, pozostali badani (88%) to osoby samotne. Ponad 87% miało rentę lub stały zasiłek. Prawie cała badana grupa (97,1%) miała rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej, pozostałe osoby chorowały na zespół urojeniowy lub zespół depresyjny. Osoby objęte badaniami chorowały średnio od 22 lat. Średni wiek zachorowania wynosi 29 lat.

Prawie wszyscy uczestnicy badania (97,1%) regularnie korzystali z opieki psychiatrycznej. Warto również dodać, że 99 osób z badanej grupy (94,3%) deklaroowało regularne przyjmowanie leków zaleconych przez lekarza psychiatrę.

Udział badanych w programie specjalistycznych usług opiekuńczych

W badanej grupie średnia liczba godzin usług świadczonych w miesiącu wynosi 15,5 (od 2 do 30 godzin). Dokładniejsze dane zawarte są w tabeli 1.

Tabela 1. Godziny usług specjalistycznych świadczone w miesiącu

Przedział	N	Procent
Do 10 godzin	12	11,4
> 10–15 godzin	38	36,2
> 15–20 godzin	39	37,1
> 20–25 godzin	9	8,6
> 25	7	6,7
Razem	105	100,0

Badane osoby są objęte programem specjalistycznych usług opiekuńczych średnio od 58 miesięcy (od 4 do 144 miesięcy). Dokładniejsze dane dotyczące czasu uczestnictwa w programie zawarte są w tabeli 2.

Tabela 2. Czas uczestnictwa w programie

Przedział	N	Procent
Do 12 miesięcy	12	11,5
>12 do 36 miesięcy	33	31,4
> 36 do 60 miesięcy	19	18,0
> 60 do 84 miesięcy	12	11,5
> 84 do 108 miesięcy	12	11,5
> 108 do 132 miesięcy	14	13,3
> 132 do 144 miesięcy	3	2,8
Razem	105	100,0

Jak wynika z tabeli 2, największą grupę (31,4%) stanowią osoby objęte programem usług od 13 do 36 miesięcy. Grupa szczególnie długo pozostająca w programie (powyżej 108 i powyżej 132 miesięcy) jest również dość liczna i stanowi łącznie 16,1% wszystkich badanych.

Usługi specjalistyczne w badanej grupie były świadczone przez Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost”. Jest to organizacja pozarządowa, od ponad 10 lat organizująca środowiskowe systemy oparcia dla osób chorych psychicznie w Warszawie. Program usług był realizowany przez interdyscyplinarny personel: pielęgniarki/pielęgniarzy psychiatrycznych (29,5% badanych), pracowników socjalnych (21,9%) oraz psychologów (21,95%). Usługi świadczone były również przez terapeutów zajęciowych (u 12,4% badanej grupy) i pedagogów (6,75%). W przypadku 10% pacjentów niezbędne było tworzenie zespołów składających się z dwóch specjalności, np. psycholog i pielęgniarka lub pracownik socjalny i pielęgniarka.

Indywidualne sieci wsparcia społecznego

W skład indywidualnych systemów oparcia badanych wchodzi średnio 6 osób. Systemy te należy uznać więc za wyjątkowo nieliczne. Dokładniejsze dane zawarte są w tabeli 3.

Tabela 3. Liczebność indywidualnych systemów wsparcia społecznego w przedziałach

Przedział	N	%
1 do 4 osób	43	41,0
5 do 10 osób	53	50,5
11 do 15 osób	4	3,8
16 do 20 osób	4	3,8
Powyżej 21 osób	1	1,0
Razem	105	100,1

Zwraca uwagę duża liczba badanych (41%), którzy zaliczają w skład swoich systemów nie więcej niż 4 osoby.

W tabeli 4 zamieszczone zostały dane o średniej liczebności poszczególnych kategorii osób.

Tabela 4. Średnia liczebność osób udzielających oparcia w poszczególnych kategoriach

Kategoria	Średnia	Odchylenie standardowe
Terapeuci	1,90	1,292
Najbliższa rodzina	1,34	1,108
Osoby wspólnie zamieszkałe	0,77	1,154
Krewni	0,60	1,173
Znajomi	0,51	1,020
Inne osoby znaczące	0,40	0,909
Sąsiedzi	0,37	0,624
Koledzy z pracy	0,18	0,585

Jak wynika z tabeli 4, najliczniejszą grupę w indywidualnych systemach oparcia stanowią „terapeuci” (1,90) oraz „najbliższa rodzina” (1,34). Przedstawiciele pozostałych kategorii reprezentowani są nielicznie.

Tabela 5 – na następnej stronie, zawiera dane o poszczególnych kategoriach osób tworzących indywidualne systemy oparcia. Wynika z niej, że największą nieobecną grupą są „koledzy z pracy” – 89,5% badanych nie ma nikogo takiego w swoim otoczeniu społecznym, następnie „inne osoby znaczące” – 75,2%, oraz „znajomi” – 72,4%.

Tabela 5. Liczebność systemów oparcia społecznego uczestników usług opiekuńczych

Kategoria	Brak		Obecni w systemie	
	N	%	N	%
Koledzy z pracy	94	89,5	11	10,5
Inne osoby znaczące	79	75,2	26	24,8
Znajomi	76	72,4	29	27,6
Sąsiedzi	72	68,6	33	31,4
Krewni	72	68,2	33	31,4
Osoby wspólnie zamieszkałe	62	59,0	43	41,0
Najbliższa rodzina	21	20,0	84	80,0
Terapeuci	0	0,0	105	100,0

Podsumowując powyższe dane, systemy oparcia badanych można uznać za nieliczne. Znaczący odsetek (41%) dysponuje wyjątkowo nielicznymi systemami (nie więcej niż 4 osoby).

Średnio systemy te składają się zaledwie z 6 osób, z czego 1,9 to „terapeuci”. Duże deficyty dotyczą właściwie wszystkich poszczególnych kategorii osób z wyjątkiem „terapeutów” oraz „najbliższej rodziny”.

Zakres systemów oparcia badanych

W przeprowadzonych badaniach „zakres oparcia” składa się z 8 funkcji: pocieszenie, pomoc doraźna, opieka, protekcja, bezwarunkowe oparcie, doradzanie, wyłączenie, powiernictwo.

Jak wynika z tabeli 6, w badanej grupie systemy oparcia zapewniały dostęp do jego licznych funkcji: aż 96,2% miało dostęp do 8 funkcji, wśród badanych nie było nikogo, kto deklarował „wybiórczy” bądź „wąski” zakres oparcia.

Tabela 6. Zakres oparcia

Zakres	N	%
Wybiórczy (1–2 funkcje)	0	0,0
Wąski (3–4 funkcje)	0	0,0
Średni (5–6 funkcji)	4	3,8
Szeroki (7–8 funkcji)	101	96,2
Razem	105	100,0

W tabeli 7 – na następnej stronie – zawarte są dane o średniej liczebności osób udzielających wsparcia w poszczególnych funkcjach. Jak widać, największa liczba osób zapewniała funkcje „pocieszenie” oraz „pomoc doraźna”. Najmniej osób jest zaangażowanych w „wyłączenie” i „powiernictwo”.

Tabela 7. Średnia liczebność osób udzielających wsparcia w poszczególnych funkcjach

Funkcja wsparcia	Średnia	Odchylenie standardowe
Pocieszanie	2,43	2,561
Pomoc doraźna	2,20	1,852
Opieka	2,08	1,426
Protekcja	2,08	1,296
Bezwarunkowe oparcie	1,95	1,992
Doradzanie	1,86	1,014
Wyręczenie	1,75	1,167
Powiernictwo	1,74	1,563

W tabeli 8 zawarte zostały dane dotyczące średniej liczby funkcji zapewnianych przez poszczególne kategorie osób tworzących indywidualne systemy oparcia. Wynika z niej, że kategorią zapewniającą największą liczbę funkcji są „terapeuci” (średnio 5,9 funkcji) oraz „najbliższa rodzina” (średnio 2,4 funkcji). Najslabiej w tym kontekście prezentują się kategorie „sąsiedzi” oraz „koledzy z pracy”.

Tabela 8. Średnia liczba funkcji oparcia świadczonych przez poszczególne kategorie osób

Kategoria	Średnia	Odchylenie standardowe
Terapeuci	5,9143	2,05274
Najbliższa rodzina	2,4667	2,65687
Osoby wspólnie zamieszkale	1,7048	2,67439
Znajomi	0,5619	1,48663
Krewni	0,5524	1,65687
Inne osoby znaczące	0,4381	1,26281
Sąsiedzi	0,3619	1,13615
Koledzy z pracy	0,1048	0,63434

Omówienie wyników

Pozostawanie w relacjach z innymi stanowi jedną z podstawowych potrzeb wszystkich ludzi, w tym także osób chorujących na schizofrenię [12]. Istnienie relacji interpersonalnych decyduje o poczuciu zadowolenia z życia i jest źródłem motywacji do podejmowania aktywności zawodowej, o którą szczególnie trudno w przypadku osób chorych psychicznie. Jednak posiadanie sieci społecznej, naturalnej czy formalnej (zbudowanej z instytucji oferujących wsparcie społeczne) może służyć dobremu lub tylko wystarczająco dobremu funkcjonowaniu społecznemu obfitującemu w remisje objawów. Wsparcie płynące ze środowiska społecznego ułatwia walkę o zdrowie i osiągnięcie wglądu, jest także sposobem na uzyskanie wsparcia w sytuacjach trudnych.

Podjęte badania są próbą oceny możliwości kompensowania sieci społecznej populacji objętej specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dostosowanymi do potrzeb i dysfunkcji osób chorych psychicznie. Przeprowadzone analizy dotyczyły zakresu uzyskiwanych funkcji wsparcia, liczebności sieci oraz ich jakości.

W przeprowadzonych badaniach wzięły udział osoby chore psychicznie, w większości na schizofrenię, które aktualnie uczestniczyły w jednym z trzech programów specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych na terenie Warszawy. Łączna liczba osób uczestniczących w badaniu wynosiła 105, w tym liczba kobiet i mężczyzn była na zbliżonym poziomie. Średni wiek badanych wynosił 52 lata i blisko 1/5 nie przekroczyła 40 roku życia. Ponad połowie badanych – pomimo przewlekłości choroby psychicznej trwającej średnio 22 lata, obfitującej w liczne hospitalizacje – udało się osiągnąć wykształcenie średnie lub wyższe. Jednak ten wskaźnik nie może stanowić jedynego kryterium oceniającego poziom funkcjonowania, gdyż jednocześnie uczestnicy programów usług specjalistycznych byli osobami w większości samotnymi i tylko niewielu udało się założyć własne rodziny. Podobnie prezentował się inny wskaźnik, jakim jest zatrudnienie. W większości badane osoby nie pracowały, a ich podstawowym źródłem utrzymania była renta.

Badani uczestniczyli w programach usług specjalistycznych blisko 60 miesięcy, zapewniających kontakt z terapeutą w wymiarze średnio 15,5 godziny tygodniowo. Jednak znalazły się tu także osoby o szczególnie długim czasie uczestnictwa, bo sięgającym nawet 144 miesięcy.

Ważną informacją opisującą tę grupę osób chorych psychicznie jest akceptowanie przez nie konieczności systematycznego przyjmowania leków oraz współpracy z lekarzem psychiatrą w poradni. Ta współpraca stanowi jeden z fundamentalnych celów realizowania usług specjalistycznych, który udało się osiągnąć, pomimo wielokrotnie opisywanym w literaturze przedmiotu trudnościom, obserwowanym szczególnie u osób z przewlekłą formą schizofrenii. Można sądzić, że to efekt długiej i systematycznej współpracy z terapeutami usług specjalistycznych, którzy mieli czas nie tylko na wyrabianie nawyków zażywania leków i dbania o zdrowie, ale także mozolne budowanie relacji terapeutycznej, często także osobistej [13, 14].

Tak opisana grupa badanych charakteryzowała się wyjątkowo niewielką liczebnością systemów oparcia społecznego, wynoszącą średnio 6 osób. W badaniach Pattison M. i Pattison M.L. [15] liczyły one 8 do 12 osób, a w przypadku wyjątkowo ciężkiego przebiegu choroby zmniejszały się nawet do 6 osób. W badanej grupie sytuacja przedstawia się jeszcze gorzej – gdy sieć oparcia pomniejszamy o terapeutów realizujących usługi specjalistyczne, wówczas indywidualne sieci kurczą się do średnio 4,9 osoby. W polskich badaniach nad sieciami społecznymi uczestników dziennych placówek rehabilitacyjnych średnia liczba osób tworzących system oparcia była znacznie wyższa i wynosiła 10 osób [16, 17]. Warto zarazem dodać, że w badanej grupie aż 41% osób mieściło się w przedziale zaliczającym do swoich sieci społecznych od 1 do 4 osób. W badaniach dotyczących systemów oparcia u chorych z dziennych placówek rehabilitacji tak nieliczne systemy wystąpiły zaledwie u 10% badanych [18]. Warto podkreślić, że w tych wyjątkowo nielicznych systemach oparcia społecznego najliczniejszą grupę stanowią terapeuci. W indywidualnych systemach jest ich średnio 1,9.

Druga pod względem liczebności grupa to członkowie najbliższej rodziny – jest ich średnio 1,3. Pozostałe kategorie, bardzo nieliczne, nie wnoszą wiele do indywidualnych systemów oparcia. Można uznać, że jedynie wywodzący się z „instytucjonalnego” systemu oparcia terapeuci i pochodzący z „naturalnego” członkowie najbliższej rodziny tworzą indywidualne sieci oparcia w badanej grupie.

W kontekście powyższych ustaleń może więc zaskakiwać duży zakres oparcia płynący z tych nielicznych systemów. Poziom realizacji 8 podstawowych funkcji oparcia („pocieszanie”, „pomoc doraźna”, „opieka”, „protekcja”, „bezw warunkowe oparcie”, „doradzanie”, „wyręczenie”, „powiernictwo”) okazuje się zaskakująco skuteczny. Aż 96% badanej grupy miało dostęp do 8 funkcji, wśród badanych nie było nikogo, kto deklaruwał wąski zakres oparcia. Najwięcej osób udzielało oparcia w funkcji „pocieszanie” i „pomoc doraźna”, najslabiej obsadzone były funkcje „wyręczenie” i „powiernictwo”. Wynik ten jest nieco odmienny od uzyskanego w podobnych badaniach nad populacją osób chorych psychicznie korzystających z dziennych placówek wsparcia. W realizacji funkcji „powiernictwo” uczestniczyło tam zdecydowanie więcej osób [19]. W badanej grupie uczestników programu specjalistycznych usług opiekuńczych realizacja tej funkcji, związana z zaufaniem i bliskim kontaktem emocjonalnym, jest zdecydowanie trudniejsza do uzyskania.

Interesujące informacje przynosi analiza udziału osób z poszczególnych kategorii w zapewnianiu różnych funkcji oparcia. Dominującymi grupami są tu oczywiście „terapeuci” i „najbliższa rodzina”. We wszystkich (poza jedną) funkcjach wsparcia jest ono zapewniane w największym stopniu przez „terapeutów”. Tą jedyną funkcją oparcia, do której badani zaliczyli więcej osób z kategorii „najbliższa rodzina” niż „terapeuci”, jest funkcja „bezw warunkowe oparcie”. Pytanie dotyczące tej funkcji w kwestionariuszu Bizonia brzmi następująco: „Na które z wymienionych osób możesz liczyć, że nie opuszczą cię w najgorszym?”. Można więc uznać, że mimo bardzo wysokiej, wręcz dominującej pozycji „terapeutów” w systemie, badani mają świadomość, że w sytuacjach ostatecznych zaangażowanie „instytucjonalnego oparcia” może okazać się niewystarczające i liczyć mogą raczej na osoby z kręgu bliskiej rodziny. Różnica nie jest zresztą duża w funkcji „bezw warunkowe oparcie” – z kręgu „najbliższej rodziny” było to średnio 0,67, ze strony zaś „terapeutów” średnia wyniosła 0,55.

Podsumowując powyższe informacje, można uznać, że zbadane osoby uczestniczące w programie specjalistycznych usług opiekuńczych dysponują wyjątkowo nielicznym systemem oparcia. Jest to widoczne nawet w porównaniu z wynikami badań dotyczącymi osób przewlekłe chorujących psychicznie. Wyjątkowe, dominujące znaczenie dla zbadanych systemów oparcia mają terapeuci. Stanowią oni swoistą podstawę sieci społecznych. Są najliczniejszą kategorią osób zapewniających najszerzy zakres funkcji oparcia. Drugą grupę (zdecydowanie mniej liczną) stanowią członkowie najbliższej rodziny. Pozostałe kategorie osób są reprezentowane wyjątkowo rzadko i nie mają dużego wpływu zarówno na zakres, jak i wielkość indywidualnych systemów oparcia. Mimo że systemy wsparcia w badanej grupie zapewniają dużą liczbę funkcji, należy je uznać za płytkie i mało wydolne. Warto zarazem pamiętać, że jakość tych nowo powstałych sieci stanowi swoistą wartość w przewyciężaniu niepełnosprawności psychicznej i może stać się ważnym etapem na drodze rehabilitacji psychiatrycznej.

W przeprowadzonym badaniu wsparcie jest udzielane przez nieliczną grupę osób, w dodatku dominującą w niej rolę stanowią terapeuci, czyli przedstawiciele instytucjonalnej formy oparcia. To terapeuci kompensują skutecznie sieci społeczne badanych i to oni głównie zwiększają zakres tych sieci. Nadal niejednoznaczna jest ocena tak funkcjonującego systemu oparcia. Z jednej strony zapewnia on wiele funkcji kompensujących potrzeby socjalne i szeroko rozumiane potrzeby społeczne, z drugiej może blokuje podejmowanie nowych, naturalnych i, zważywszy na wiek uczestników, typowych ról rozwojowych. Nie jest jednoznaczne, czy funkcje społeczne, typowe dla relatywnie młodych ludzi, są możliwe do zrealizowania przez osoby przewlekle chore psychicznie, czy może proces kompensowania poprzedza i stanowi wstępną fazę przywracania i odbudowywania sieci oraz podejmowania ról społecznych, co wymaga dłuższego czasu. A może jest to ślepa uliczka rehabilitacji psychospołecznej, która powinna być dostępna jedynie dla tych, którzy mają najwięcej deficytów w funkcjonowaniu społecznym.

Wnioski

1. Osoby objęte specjalistycznymi usługami opiekuńczymi stanowią populację specjalną. Chorują przewlekle, odbyli wiele hospitalizacji psychiatrycznych, utrzymują się ze świadczeń społecznych. Są to w przytłaczającej większości osoby samotne, ich sieci społeczne można uznać za szczególnie nieliczne.
2. Podstawową kategorią zaliczaną przez badanych w skład ich sieci społecznych są terapeuci z programu specjalistycznych usług opiekuńczych. Ich znaczenie dla tych systemów jest dominujące zarówno w kontekście poprawy liczebności tych sieci, jak i zakresu realizowanych funkcji oparcia.
3. Terapeuci w znaczący sposób kompensują nieliczne sieci oparcia uczestników programu. Można założyć, że wpływa to pozytywnie na funkcjonowanie społeczne osób objętych usługami, ich poczucie bezpieczeństwa oraz zdolność do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.
4. Tak wyraźna dominacja wywodzących się z kręgów instytucjonalnych „terapeutów” w indywidualnych sieciach oparcia może zarazem stanowić swoistą blokadę we włączaniu do tych sieci osób pochodzących z naturalnych zasobów wsparcia, takich jak członkowie rodziny, krewni, sąsiedzi.

Специфичные опекунские услуги как инструмент компенсации социальных сетей для психически больных

Содержание

Задание. Проба оценки возможности компенсации социальной сети для популяции, охваченной опекунскими услугами, соответствующими с потребностями и дисфункции психически больных. Проведенные анализы относились к радиусу получаемых функций вспоможения, числа сетей и их качества.

Метод. Исследование проведено у 105 психически больных, принимающих участие в программе специфических опекунских услуг, которые были обследованы при помощи следующих тестов: Социодемографический глоссарий (подготовленный для потребностей

обследования), Карта и Глоссарий общественного окружения 3. Бизоня (II), Инвентарь общественной помощи 3. Бизоня (II).

Результаты. Полученные результаты исследований указывают на основную категорию, причисляемой исследованными в состав их социальных сетей – это терапевты программы специфических услуг опеки над ними. Терапевты значительным образом компенсируют немногие сети поддержки участников программы. Можно предположить, что это явление положительно влияет на общественное функционирование лиц, охваченных программой услуг, их чувство безопасности и способность преодоления препятствий при трудных ситуациях.

Дискуссия. Положительные стороны, видимые при компенсации убытков общественной сети участников специфических услуг, вызывают, однако, определенные сомнения и ставят перед собой последующие вопросы исследовательского характера. Необходимо рассмотреть проблему, является ли выраженная доминанция профессионалов определенной блокадой при включении в эти сети лиц, находящихся в натуральных условиях вспоможения, таких как члены семьи, родственники, соседи.

Fach-Pflegeleistungen als Instrument zur Kompensation des sozialen Netzwerkes der psychisch kranken Personen

Zusammenfassung

Ziel. Die angefangene Studie bildet eine Beurteilung der Möglichkeiten der Kompensation des sozialen Netzwerkes der Population, die mit Fach-Pflegeleistungen betreut wurde, die an die Bedürfnisse und Dysfunktionen der psychisch kranken Personen angepasst wurden. Analysiert wurden die erhaltenen Unterstützungsfunktionen, die Größe des Netzwerkes und seine Qualität.

Methode. An der Studie nahmen 105 Personen teil, die psychisch krank waren und die am Programm der Fach-Pflegeleistungen teilnahmen. Sie wurden mit folgenden Werkzeugen untersucht: Soziodemographischer Fragebogen (für die Bedürfnisse der Studie geschaffen), Karte und Fragebogen der sozialen Umgebung von Bizoń (11), Inventar der sozialen Unterstützung von Bizoń.

Ergebnisse. Die erzielten Ergebnisse zeigen, dass die Hauptkategorie für die Untersuchten und ihre sozialen Netzwerke die Therapeuten vom Programm der Fach-Pflegeleistungen sind. Die Therapeuten kompensieren signifikant die kleinen Unterstützungsnetzwerke der Programmteilnehmer. Man kann annehmen, dass es die soziale Funktionsweise der Personen positiv beeinflusst, die diese Dienstleistungen benutzen, ihr Sicherheitsgefühl und die Fähigkeit der Selbsthilfe in schweren Situationen steigert.

Diskussion. Die Vorteile, die in der Kompensation der Mängel in sozialen Netzwerken ersichtlich sind, sind oft zweifelhaft und bilden eine weitere wissenschaftliche Frage. Man soll erwägen, ob eine deutliche Dominanz der Profis eine gewisse Sperre bei der Einbeziehung dieser Personen in die Netze sein kann, die natürliche Unterstützungsressourcen bilden, solche wie Familienmitglieder, Verwandte und Nachbarn.

L'hospitalisation à domicile comme instrument de compenser le réseau social des personnes souffrant des maladies mentales

Résumé

Objectif. Evaluer les possibilités de compenser le réseau social de la population des personnes suivant l'hospitalisation à domicile à cause des maladies mentales. Les analyses en question touchent les dimensions du support, la portée du réseau et sa qualité.

Méthode. On examine le groupe de 105 patients psychiatriques, participant dans le programme de l'hospitalisation à domicile, qui sont examinés avec : questionnaire sociodémographique (préparé exprès), Bizon's Map and Social Network Questionnaire, Bizon's Social Support Inventory.

Résultats. Les résultats obtenus indiquent clairement que les thérapeutes de ce programme spécialisé sont considérés comme catégorie la plus importante du réseau social des patients psychiatriques. Ils sont le groupe de compensation le plus important pour les patients. On peut

supposer que cela influe positivement sur le fonctionnement social des patients, leur sentiment de sécurité, leur possibilité de se débrouiller des situations difficiles.

Discussion. Les avantages résultant de cette compensation du réseau social naissent d'autres questions à analyser. Dans les futures recherches il faut se poser la question si la domination visible des spécialistes ne constitue pas un obstacle pour inclure à ce réseau les membres de famille, les parents, les voisins qui constituent le réseau naturel de support.

Piśmiennictwo

1. Kingdon D, Turkington D. *Cognitive therapy of schizophrenia (guides to individual evidence base treatment)*. New York: Guilford Press; 2008, s. 43–54.
2. Brown G. *Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study comparing boarding houses and private homes*. *Mental Health Nurs.* 2005; 26: 311–326.
3. *Rozporządzenie ministra polityki społecznej z dnia 22.09.2005.*
4. *Ustawa z dnia 19 VIII 1994 o ochronie zdrowia psychicznego*. Dz. U. nr 111 z 1994 r. poz. 535.
5. Talsdorf C. *Social networks, support and coping: an exploratory study*. *Famil. Proc.* 2004; 15, 4: 407–417.
6. Bengsson-Tops A. (2004) *Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationships to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network*. *J. Psychiatr. Mental Health Nurs.* 2004; 11, 3: 298–304.
7. Goldberg R, Lehman A, Rollings A. *Social network correlates among people with psychiatric disabilities*. *Psychiatry Rehab. J.* 2003; 26, 4: 317–327.
8. Sęk H. *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: ALL; 1997, s. 143–158.
9. Denoff M, Pilkomis P. *The social network of the schizophrenic: patient and residential determinants*. *J. Comm. Psychol.* 2006; 15, 2: 228–244.
10. Hansson L. *Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community setting*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106, 5: 343–350.
11. Bizoń Z, Kokoszka A, Roszczyńska J, Bryła L, Wojnar M. *Ocena otoczenia i oparcia społecznego według Zdzisława Bizonia. Opis metody i jej zastosowanie*. *Psychiatr. Pol.* 2001; 35: 617–634.
12. Gruszczyński W. *Struktura potrzeb osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 2: 249–265.
13. Seo MA, Min SK. *Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia*. *Yonsei Med. J.* 2005; 46 (3): 331–340.
14. Mitchel AJ, Selmes T. *Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement psychiatric services*. *Adv. Psychiatr. Treatment* 2007; 13: 423–434.
15. Pattison M., Pattison M.L. *Analysis of schizophrenia psychosocial network*. *Schizophr. Bull.* 1981; 7, 1: 135–143.
16. Bronowski P, Załuska M. *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie*. *Psychiatr. Pol.* 2005; 2: 345–357.
17. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Sieci społeczne osób chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia i rehabilitacji*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2008; 4: 291–298.
18. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego*. *Psychiatr. Pol.* 2009; 4: 421–434.

-
19. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2009; 1: 43–50.

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

Otrzymano: 2.09.2010
Zrecenzowano: 6.12.2010
Otrzymano po poprawie: 10.01.2011
Przyjęto do druku: 3.02.2011