

Paweł Bronowski, Maryla Sawicka

SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE JAKO WAŻNY ELEMENT ŚRODOWISKOWEGO LECZENIA OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE

HOME-CARE SERVICES AS AN IMPORTANT PART OF A COMMUNITY TREATMENT OF THE MENTALLY ILL

Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej
Kierownik katedry: prof. dr hab. Jan Czesław Czabała

mental illness
home-care services
social functioning

W artykule przedstawione są wyniki badań nad sposobem zastosowania programu specjalistycznych usług opiekuńczych w trzech dzielnicach Warszawy: Białolece, Bielanach i Targówku. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są jedną z form świadczeń oferowanych przez pomoc społeczną dla osób przewlekle chorujących psychicznie. Wnioski z badań nad nimi potwierdzają ich wartość ze względu na ścisłe dostosowanie do potrzeb tych osób, które wymagają pomocy osób trzecich, a są jej pozbawione.

Summary

Aim. The aim of the presented research is the characterisation of the social group participating in a home-care services conducted in the Warsaw area.

Method. 105 long-term patients with mental disorders provided with home-care services were the participants in the study. They were not hospitalised at the time when the research was conducted. The following instruments were used: GAS, a questionnaire especially prepared for the needs of this research.

Conclusions. The chronically mental ill persons show numerous difficulties in their social functioning. Good functioning of our respondents in social situations can be accounted for by their participation in the home-care services system, and protects them against successive hospitalisation. It is necessary to treat the local home-care programmes as an effective mechanism supporting the functioning of the chronically mental ill people.

Wprowadzenie

Alternatywne formy leczenia psychiatrycznego, takie jak: oddziały dzienne, środowiskowe oddziały dziennego pobytu czy inne ośrodki, stały się nie tylko sposobem rehabilitacji osób po przebytej psychozie, ale także poważnym wsparciem dla pacjentów będących w długotrwałej remisji objawowej [1, 2]. Często tacy pacjenci, na skutek wyjątkowego ubóstwa swojego środowiska społecznego, tracą lub nawet nigdy nie nabywają umiejętności niezbędnych do satysfakcjonującego lub tylko wystarczająco dobrego życia [3, 4]. To dla takiej grupy osób leczenie środowiskowe stało się sposobem wyjścia z zakłętego

kręgu negatywnych konsekwencji — społecznych i osobistych — choroby psychicznej [5, 6]. Otrzymywana tam pomoc dotyczy, przede wszystkim, wsparcia społecznego, którego beneficjentami są nie tylko sami pacjenci, ale także ich rodziny, często niewydolne i nieradzące sobie z chorobą najbliższych [7]. Zjawiskom tym można zapobiegać poprzez programy rehabilitacji i wsparcia społecznego dla osób, które na skutek choroby psychicznej mają poważne trudności w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego i w kontaktach społecznych [8]. Dotychczasowe badania wskazują, że skuteczność działań nakierowanych na wsparcie funkcjonowania zwiększa się, jeśli prowadzi się je właśnie na bazie środowiska lokalnego. Utrzymywanie pacjentów w ich naturalnym środowisku społecznym to kierunki zalecane przez Światową Organizację Zdrowia [9, 10].

Lokalne systemy wsparcia społecznego i poszczególne programy tworzące je są jeszcze w Polsce słabo rozwinięte. Przełomem w tworzeniu systemów oparcia i rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi było uchwalenie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w roku 1994 [11]. Dała ona podstawę nowym rozwiązaniom. Za najistotniejsze dla zmian systemowych należy uznać położenie nacisku na współpracę wielu organizacji: pomocy społecznej, organizacji pozarządowych i psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz uznanie środowisk lokalnych za podstawę działań. Jak dotąd, w Polsce powstało niewiele lokalnych systemów oparcia i rehabilitacji. Wśród skutecznie działających warto wymienić rozwiązania krakowskie, lubelskie oraz lokalne systemy w warszawskich dzielnicach Targówek, Bielany oraz Białołęka [12].

W chwili obecnej w Polsce podstawę rehabilitacji i wsparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie stanowią warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, mieszkania chronione oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Specyfika programu specjalistycznych usług opiekuńczych

Specjalistyczne usługi opiekuńcze to jedna z form świadczeń oferowanych przez pomoc społeczną. Pomoc w formie usług przysługuje osobom, które ze względu na wiek, chorobę, niepełnosprawność lub z innego powodu wymagają pomocy osób trzecich, a są jej pozbawione. Usługi świadczone w mieszkaniu danej osoby lub niekiedy w ośrodkach wsparcia mogą obejmować pomoc w codziennych zajęciach, takich jak robienie zakupów, sprząatanie, gotowanie, załatwianie spraw w urzędach, dozowanie leków [8].

Celem świadczenia specjalistycznych usług jest zapewnienie pomocy w codziennych czynnościach życiowych i kontaktach społecznych osobom, które z powodu choroby psychicznej utraciły umiejętności niezbędne do samodzielnego życia poza szpitalem. Usługi są kierowane do osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, jeśli osoby te, niezależnie lub obok oddziaływań farmakologicznych, wymagają wsparcia społecznego w ich miejscu zamieszkania oraz różnorodnych psychospołecznych interwencji terapeutycznych [13].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z roku 1994 wymienia specjalistyczne usługi opiekuńcze (obok środowiskowych domów samopomocy) jako jedną z podstawowych form wsparcia społecznego dla osób chorych psychicznie (art. 8 i art. 9). Do organizowania tego wsparcia zobowiązane są jednostki pomocy społecznej i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej [14]. Program ten realizowany jest na terenie całej Polski. Jego specyfika

polega na prowadzeniu działań w miejscu zamieszkania osób chorujących psychicznie. Działania te realizowane są przez wielodyscyplinarny zespół, w którego skład wchodzi: psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, pielęgniarki psychiatryczne, terapeuci zajęciowi.

Liczba osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych w Polsce systematycznie wzrasta — w 1995 roku objęto nimi 6,5 tysiąca osób, a w roku 2000 objęto nimi blisko 11 tysięcy (dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej). W roku 2005 w samym województwie mazowieckim świadczone je 1214 osobom, w 2006 — już 1508 (dane Mazowieckiego Wydziału Spraw Społecznych) [15].

Specjalistyczne usługi opiekuńcze można uznać za program szczególny. Jest on przeznaczony dla osób, których funkcjonowanie społeczne jest dotkliwie utrudnione przez chorobę. W ramach specjalistycznych usług opiekuńczych terapeuci odwiedzają pacjentów w ich własnych domach udzielając wsparcia, podejmując interwencje kryzysowe i aktywizując swoich podopiecznych, co w efekcie ma zapobiegać rehospitalizacjom i poprawiać ich jakość życia. Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi można uznać za bardzo szeroki — obejmuje on:

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza kształtowanie umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych.
2. Interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym: w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych, w wypełnieniu dokumentów urzędowych.
3. Wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia.
4. Pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi (nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków), w uzyskaniu ulg w opłatach.
5. Wspieranie procesu leczenia, w tym uzgadnianie i monitorowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych.
6. Pomoc mieszkaniowa, w tym w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat.

Doniesienia z pierwszych lat wskazują na skuteczność usług specjalistycznych w zakresie zwiększenia samodzielności pacjenta i poprawy jego społecznego funkcjonowania [16, 17]. Wykazano, że świadczenie tej formy opieki środowiskowej może prowadzić do istotnego ograniczenia zapotrzebowania na leczenie szpitalne (liczbę i czas hospitalizacji), zwłaszcza u osób przewlekle chorujących [18].

Podstawą do objęcia programem jest wystawienie przez lekarza psychiatrę skierowania do korzystania z usług specjalistycznych. Zawiera ono dokładne dane o podopiecznym i wskazanie zalecanych usług. Lekarz psychiatra zaleca określony rodzaj działań opiekuńczych i proponuje liczbę godzin przewidzianych tygodniowo dla podopiecznego. Na podstawie tego wniosku, po uzyskaniu zgody podopiecznego, ośrodek pomocy społecznej wydaje decyzję w sprawie przyznania usług specjalistycznych, orzekającą czas ich trwania, rodzaj działań, liczbę godzin i odpłatność. Decyzja ta jest podstawą do rozpoczęcia świadczenia usług przez zespół terapeutów. Jest to standardowe postępowanie kwalifikacyjne obowiązujące także uczestników systemu usług opiekuńczych działających w społeczności

trzech gmin Warszawy: Bielany, Targówek i Białołęka. I to właśnie tę grupę beneficjentów opisano poniżej w kontekście dostosowania programu rehabilitacyjnego usług opiekuńczych do ich indywidualnych potrzeb.

Cel badań i metody

Mimo że program specjalistycznych usług opiekuńczych jest w Polsce realizowany w dość szerokim wymiarze od ponad 15 lat, nie przeprowadzono jak dotąd dokładniejszych badań dotyczących zarówno specyfiki jego uczestników, jak i sposobów jego realizacji. Celem podjętych badań było wypełnienie tej luki. Zebrano dane o sposobie świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób chorujących psychicznie, specyfice grupy nimi objętej oraz ocenie programu dokonanej przez pacjentów.

Do badań włączono osoby chorujące psychicznie objęte specjalistycznymi usługami w 3 warszawskich dzielnicach (Targówek, Bielany, Białołęka). Usługi te oferowane są przez Bródnowskie Stowarzyszenie „Pomost”, organizację pozarządową prowadzącą lokalne systemy wsparcia dla osób chorych psychicznie. Stowarzyszenie „Pomost” dysponuje ponad 10-letnim doświadczeniem w realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych, a sposób ich wykonywania może być uznany za swoisty standard postępowania. Badania zostały przeprowadzone jednorazowo, bezpośrednio w miejscu zamieszkania osób badanych, w terminie od października 2008 do maja 2009. Dane były zbierane przez psychologów oraz pracowników socjalnych dysponujących wieloletnim doświadczeniem w pracy z osobami chorymi psychicznie oraz praktyką w prowadzeniu badań ankietowych. Badaniem objęto grupę 105 osób uczestniczących w programie specjalistycznych usług opiekuńczych. Kryteria włączenia do grupy były następujące:

- co najmniej 3-miesięczne korzystanie ze specjalistycznych usług opiekuńczych
- rozpoznanie od F20 do F29,
- pełnoletność,
- stan psychiczny w chwili badania pozwalający na zebranie danych.

Dane zbierano za pomocą kwestionariuszy przygotowanych specjalnie na potrzeby niniejszego badania.

Uczestnictwo w programie usług specjalistycznych

Dane o liczbie osób badanych w poszczególnych dzielnicach są zawarte w tabeli 1.

Tabela 1. Dzielnice, w których przeprowadzono badania

Dzielnica	N	Procent
Targówek	52	49,5
Bielany	42	40,0
Białołęka	11	10,5
Razem	105	100,0

Dane socjodemograficzneTabela 2. **Płeć w badanej grupie**

Płeć	N	Procent
Męska	46	43,8
Żeńska	59	56,2
Razem	105	100,0

Jak wynika z tabeli 2 w badanej grupie nieco przeważały kobiety, stanowiąc ponad 56% badanych. Średni wiek badanych wynosił 52 lata (od 24 do 82 lat). Dokładniejsze dane dotyczące wieku zawarte są w tabeli 3.

Tabela 3. **Wiek badanych w przedziałach**

Wiek w przedziałach	N	Procent
Do 30 lat	10	9,5
31-40 lat	14	13,3
41-50 lat	24	22,9
51-60 lat	21	20,0
61-70 lat	21	20,0
Powyżej 70 lat	15	14,3
Razem	105	100,0

Dane dotyczące wykształcenia badanych znajdują się w tabeli 4

Tabela 4. **Wykształcenie badanych**

Wykształcenie	N	Procent
Podstawowe	24	22,8
Zawodowe	26	24,8
Średnie	47	44,8
Wyższe	8	7,6
Razem	105	100,0

Jak wynika z powyższej tabeli, 7,6% badanej grupy ma wykształcenie wyższe. Dość znaczny odsetek (44,8%) to osoby z wykształceniem średnim.

W tabeli 5 zawarte są dane dotyczące stanu cywilnego badanych. Wynika z nich, że jedynie 12 osób (11,4% całej grupy) jest w związkach małżeńskich. Pozostali badani (88%) to osoby samotne.

Tabela 5. Stan cywilny badanych

Stan cywilny	N	Procent
Panna/kawaler	62	59,1
Zamężna/ żonaty	12	11,4
Rozwiedziony/rozwiedziona	13	12,4
Wdowiec/wdowa	18	17,1
Razem	105	100,0

Przebieg choroby i aktualny stan psychiczny badanych

Prawie cała badana grupa (102 osoby, czyli 97,1%) ma rozpoznanie „schizofrenia paranoidalna”. Pozostałe osoby chorują na zespół urojeniowy lub zespół depresyjny.

Osoby objęte badaniami chorują średnio od 22 lat (od 4 do 56 lat). Średni wiek zachorowania wynosi 29 lat. Dokładniejsze dane zawarte są w tabeli 6.

Tabela 6. Czas trwania choroby w przedziałach

Czas trwania choroby	N	Procent
Do 5 lat	5	4,8
> 5 do 10 lat	17	16,2
> 10 do 20 lat	31	29,5
> 20 lat	52	49,5
Razem	105	100,0

Zwraca uwagę niewielki procent osób chorujących krótko, tj. poniżej 5 lat.

Badani w ciągu całego okresu trwania choroby odbyli średnio 7 hospitalizacji całodobowych.

Średnia liczba hospitalizacji dziennych była niższa i wyniosła w badanej grupie 3,1.

W tabeli 7 znajdują się dane dotyczące hospitalizacji całodobowych w ciągu 12 miesięcy od chwili badania. Wynika z nich, iż odbył je relatywnie niewielki odsetek badanych, w większości był to jednokrotny pobyt w szpitalu.

Tabela 7. Hospitalizacje całodobowe w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Liczba hospitalizacji całodobowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy	N	Procent
Nie było	84	80,0
Jedna	19	18,0
Dwie	1	1,0
Cztery	1	1,0
Razem	105	100,0

Prawie wszyscy uczestnicy badania (97,1%) regularnie korzystają z opieki psychiatrycznej. Najpopularniejszą formą opieki psychiatrycznej w badanej grupie są wizyty w poradni zdrowia psychicznego. Warto również dodać, że 99 osób z badanej grupy (94,3%) deklaruje regularne przyjmowanie leków zaleconych przez lekarza psychiatrę.

W badanej grupie 36 osób (34,3%) korzystało — oprócz specjalistycznych usług opiekuńczych — również z innych placówek rehabilitacji i wsparcia. Były to: warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, mieszkanie chronione lub klub pacjenta.

Za pomocą Skali Ogólnej Oceny Stanu Psychicznego (GAS) oceniono aktualny stan psychiczny badanych. Uzyskali oni średni wynik 60,92 (min. 28, maks. 95). Wynik ten odpowiada następującemu opisowi stanu psychicznego i funkcjonowania: występują objawy o łagodnym nasileniu (np. depresyjny nastrój i niewielka bezsenność) albo pewne trudności w kilku obszarach aktywności; funkcjonowanie nie całkiem dobre; pacjent ma kilka znaczących związków z ludźmi, a większość ludzi z jego otoczenia nie uważa go za chorego. Dokładniejsze dane o wynikach skali GAS zawarte są w tabeli 8.

Tabela 8. Wyniki skali GAS w przedziałach

	N	Procent
21–30 niezdolność do funkcjonowania	1	0,9
31–40 poważne zaburzenia	9	8,6
41–50 potrzeba leczenia	13	12,4
51–60 umiarkowane objawy	32	30,5
61–70 łagodne objawy	25	23,8
71–80 lekkie upośledzenie funkcjonowania	19	18,1
81–90 dobre funkcjonowanie	5	4,8
91–100 znakomite funkcjonowanie	1	0,9
razem	105	100,0

Sposób realizacji programu specjalistycznych usług opiekuńczych

W badanej grupie średnia liczba godzin świadczonych w miesiącu wynosi 15,5 (od 2 do 30 godzin). Dokładniejsze dane zawarte są w tabeli 9.

Tabela 9. 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

Usługi specjalistyczne w badanej grupie były świadczone przez interdyscyplinarny personel (tabela 10).

Tabela 10. **Personel świadczący specjalistyczne usługi opiekuńcze u poszczególnych osób**

Zawód	N	Procent
Pielęgniarka/ Pielęgniarz	31	29,6
Pracownik socjalny	23	21,9
Psycholog	22	21,0
Terapeuta zajęciowy	13	12,4
Pedagog	7	6,7
Psycholog + terapeuta zajęciowy	5	4,8
Psycholog + pedagog	1	0,9
Psycholog + pielęgniarka	1	0,9
Psycholog + pracownik socjalny	1	0,9
Pracownik socjalny + pielęgniarka	1	0,9
Razem	105	100,0

Badane osoby są objęte programem specjalistycznych usług opiekuńczych średnio 58,9 miesiąca (od 4 do 144 miesięcy). Dokładniejsze dane dotyczące czasu uczestnictwa w programie zawarte są w tabeli 11.

Tabela 11. **Czas uczestnictwa w programie**

Przedziały	N	Procent
Do 12 miesięcy	12	11,4
> 12 do 24 miesięcy	27	25,7
> 24 do 36 miesięcy	6	5,7
> 36 do 48 miesięcy	10	9,5
> 48 do 60 miesięcy	9	8,6
> 60 do 72 miesięcy	7	6,7
> 72 do 84 miesięcy	5	4,8
> 84 do 96 miesięcy	8	7,6
> 96 do 108 miesięcy	4	3,8
> 108 do 120 miesięcy	6	5,7
> 120 do 132 miesięcy	8	7,6
> 132 do 144 miesięcy	3	2,9
Razem	105	100,0

Jak wynika z tabeli 11 największą grupę (25,7%) stanowią osoby objęte programem usług od 12 do 24 miesięcy. Grupa szczególnie długo pozostająca w programie (powyżej 108 miesięcy) jest również dość liczna i stanowi 16,2% wszystkich badanych.

Ocena jakości programu

W ramach badań zebrano również dane o subiektywnej opinii uczestników o programie i personelu realizującym go. Dane o tym, co w ocenie uczestników dają im specjalistyczne usługi opiekuńcze, zawarte są w tabeli 12.

Tabela 12. Co dają Panu/Pani specjalistyczne usługi opiekuńcze?

	N	%
Pomoc w codziennym życiu	34	33,3
Rozmowy z terapeutą	30	29,6
Poczucie bezpieczeństwa	12	11,8
Lepsze samopoczucie	8	7,8
Wsparcie w procesie leczenia	4	3,9
Przezwyciężanie samotności	4	3,9
Wsparcie w sytuacjach trudnych	3	2,9
Wsparcie w kontakcie z rodziną	3	2,9
Nic nie dają	4	3,9
Razem	102	100,0

Jak wynika z tabeli 12, badani najczęściej podają, że uczestnictwo w programie specjalistycznych usług opiekuńczych stanowi dla nich pomoc w codziennym funkcjonowaniu (ponad 33% badanych). Na drugim miejscu pod względem częstości odpowiedzi znalazła się możliwość kontaktu interpersonalnego z terapeutą (29,6%). Zaledwie 4 osoby z badanej grupy uważają, że uczestnictwo w programie nic im nie daje.

W tabeli 13 umieszczone zostały dane dotyczące oceny poszczególnych aspektów programu specjalistycznych usług opiekuńczych. Wynika z niej generalnie bardzo wysoka subiektywna ocena usług dokonana przez badanych. Najwyższe oceny uzyskała „gotowość do reakcji w razie sytuacji nagłych” (34,3% ocen bardzo dobrych) oraz „opieka, jaką Pan/Pani otrzymuje” (32,4%).

Tabela 13. Ocena programu specjalistycznych usług opiekuńczych

	Bardzo źle		Źle		Trudno powiedzieć		Dobrze		Bardzo dobrze	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Efektywność w pomaganiu w radzeniu sobie z problemami	0	0,0	0	0,0	15	14,3	61	58,1	29	27,6
Efektywność w pomaganiu w zachowaniu dobrego samopoczucia	1	1,0	0	0,0	26	24,8	50	47,8	28	26,7
Gotowość do reakcji w razie sytuacji nagłych	0	0,0	0	0,0	21	20,0	48	45,7	36	34,3

Opieka, jaką Pan/Pani otrzymuje	0	0,0	0	0,0	11	10,5	60	57,1	34	32,4
Pomoc w poprawie relacji z rodziną	0	0,0	2	1,9	40	38,1	50	47,6	12	11,4
Ilość poświęconego czasu	1	1,0	2	1,9	16	15,2	56	53,3	30	28,6
Efektywność w poprawie samoobsługi	1	1,0	2	1,9	20	19,0	58	55,2	24	22,9

Tabela 14 zawiera oceny różnych aspektów pracy terapeutów dokonane przez osoby badane. Tak jak to było w przypadku ewaluacji programu, tu również subiektywne oceny są bardzo pozytywne. Najwyżej ocenianymi cechami personelu są „zachowanie i uprzejmość” (63,8% ocen bardzo dobrych) oraz „okazywana dyskrecja i szacunek” (55,2% ocen bardzo dobrych).

Tabela 14. Ocena terapeutów świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze

	Bardzo źle		Źle		Trudno powiedzieć		Dobrze		Bardzo dobrze	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kompetencje	1	1,0	4	3,8	0	0,0	44	41,9	56	53,3
Zdolność do słuchania i rozumienia problemów	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	38,1	54	51,4
Zachowanie i uprzejmość	1	1,0	0	0,0	3	2,9	34	32,4	67	63,8
Okazywana dyskrecja i szacunek	1	1,0	0	0,0	2	1,9	44	41,9	58	55,2
Dokładność i rzetelność	0	0,0	0	0,0	6	5,7	47	44,8	52	49,5
Umiejętność współpracy z innymi profesjonalistami z systemu oparcia	0	0,0	0	0,0	26	24,8	60	57,1	19	18,1

Omówienie wyników

Podjęte badania stanowią próbę pierwszej w Polsce kompleksowej oceny populacji korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych. Badaniami objęto grupę 105 osób chorujących psychicznie uczestniczących w programie specjalistycznych usług w 3 warszawskich dzielnicach. Oceniono różnorodne parametry badanej grupy: zmienne socjodemograficzne, przebieg choroby, aktualny stan psychiczny oraz opinie badanych o realizacji programu. Badana grupa była zrównoważona pod względem płci. Średni wiek wynosił 52 lata, ponad 20% badanych nie przekroczyło 40. roku życia, można więc uznać, że badani stanowili grupę relatywnie młodą. Poziom wykształcenia nie był w badanej grupie szczególnie niski — u ponad połowy było to wykształcenie średnie lub wyższe. Zwraca uwagę, iż badana grupa składała się w przytłaczającej większości z osób samotnych — jedynie 11% pozostawało w związkach małżeńskich.

Badani w większości nie pracowali, 87% utrzymywało się z renty lub stałego zasiłku. W skład badanej grupy weszły w większości osoby przewlekle chorujące na schizofrenię paranoidalną. Średni czas trwania choroby był dość długi, wyniósł ponad 22 lata. Badani odbyli średnio ponad 7 hospitalizacji na psychiatrycznych oddziałach całodobowych.

Reasumując powyższe informacje, można uznać, iż badana grupa składała się z osób relatywnie młodych, samotnych, mających za sobą długi okres chorowania i liczne hospitalizacje oraz utrzymujących się ze świadczeń socjalnych.

Zwraca uwagę fakt, iż 97% badanych aktualnie znajduje się pod stałą opieką psychiatrycznej służby zdrowia i regularnie przyjmuje zapisane leki. Można to łączyć z faktem uczestnictwa w programie specjalistycznych usług, w którym wspomaganie procesu leczenia jest jednym z priorytetów realizowanych przez terapeutów. Wydaje się to istotne szczególnie w kontekście częstego braku wglądu w chorobę i niechęci do leczenia podtrzymującego w przebiegu przewlekłych zaburzeń psychicznych. Również niska liczba hospitalizacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie wskazuje na skuteczność działań ukierunkowanych na wspomaganie procesu leczenia, zabezpieczających przed kryzysem zdrowotnym kończącym się hospitalizacją [19, 20].

Można zarazem uznać, że powyższe ustalenia potwierdza ocena stanu psychicznego dokonana w trakcie badań. Zarówno średni wynik w skali GAS, jak i rozkład wyników w przedziałach pozwala uznać aktualny stan psychiczny badanych za dobry i pozwalający na w miarę poprawne funkcjonowanie (średni wynik nieco powyżej 60); jedynie 20% badanych prezentuje poważne objawy zaburzeń psychicznych wymagające leczenia bądź upośledzające w sposób znaczący funkcjonowanie. Ten ostatni wynik wskazuje, że nawet w przypadku osób z poważniejszymi deficytami w funkcjonowaniu społecznym tak realizowana rehabilitacja może być skuteczna. Jej istotą jest indywidualny i osobisty kontakt z pacjentem, podczas którego dochodzi nie tylko do uczenia nowych umiejętności czy utrwalania tych nabytych, ale przede wszystkim — do zainicjowania złożonych procesów modelowania społecznego, co, jak wskazują wyniki badań, może przyczynić się do obserwowanych pozytywnych zmian dotyczących przestrzegania zaleceń medycznych, dbałości o swoje zdrowie w szerokim kontekście codziennego funkcjonowania osoby chorej psychicznie [21].

Średni czas uczestnictwa w programie specjalistycznych usług opiekuńczych wyniósł w badanej grupie prawie 60 miesięcy, co, w porównaniu z doświadczeniami innych tego typu systemów wsparcia na świecie, stanowi stosunkowo długi okres sprawowanej opieki [22].

Pośrednio jest to informacja mówiąca o tym, że osoby chore psychicznie chętnie korzystają z usług. Jeśli nie wyrażają zgody na ich kontynuację, wówczas zostają one wstrzymane. W badanej grupie znajdowały się również osoby (20% grupy badanej) korzystające wyjątkowo długo z programu — od 96 do 144 miesięcy. Tym samym można uznać, że dla części osób wizyty terapeutów mogły się stać stałym elementem ich życia.

Jeśli chodzi o dane dotyczące sposobu realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych, to trudno oprzeć się wrażeniu, że sama miesięczna liczba godzin zlecona do realizacji przez ośrodki pomocy społecznej jest zdecydowanie niska. W badanej grupie było to średnio 15,5 godziny tygodniowo. Największy odsetek badanej grupy korzystał ze specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze od 15 do 20 godzin. Dla 12 osób (11,4% całej grupy)

zlecono mniej niż 10 godzin usług miesięcznie, co każe zastanawiać się nad skutecznością tak krótkiego czasu pracy terapeuty. Z drugiej strony zadania terapeutyczne realizowane były przez dobrze przygotowany profesjonalny personel, którego fachowe oddziaływania były nie tylko skuteczne, ale także mogły przyspieszać sam proces rehabilitacji. Ważne jest także, że dzięki systematycznej rehabilitacji w domu chorego nie było potrzeby podejmowania dodatkowych zadań uczących stosowania umiejętności nabytych w sztucznych warunkach szpitala w naturalnym środowisku [23].

Zwraca uwagę konieczność świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych przez interdyscyplinarne zespoły. Daje to możliwość indywidualnego doboru oferty i różnicowania oddziaływań w zależności od potrzeb podopiecznych. Podstawowy personel stanowią 3 specjalności zawodowe: pielęgniarka/pielęgniarsz psychiatryczny (u ponad 29% podopiecznych), psycholog i pracownik socjalny (po 21% podopiecznych). W ograniczonej liczbie przypadków konieczne było stworzenie zespołów składających się z różnych specjalności pracujących z poszczególnymi podopiecznymi (np. „psycholog i pielęgniarka” lub „pracownik socjalny i psycholog”), co samo w sobie jest spełnieniem światowych standardów [24].

W ramach prowadzonych badań zebrano również dane o ocenie przydatności programu dokonanej przez jego uczestników. Wynika z nich wysoka ocena zarówno samego programu, jak i realizujących go terapeutów.

Zdaniem badanych uczestnictwo w programie specjalistycznych usług opiekuńczych stanowi dla nich wsparcie w dwóch podstawowych wymiarach: pomocy w codziennym funkcjonowaniu (deklaracje ponad 31% badanych) oraz możliwości rozmowy z terapeutą (ponad 28% badanych). Ponad 11% podkreśla, że specjalistyczne usługi opiekuńcze wpływają pozytywnie na ich poczucie bezpieczeństwa. Te opinie nie dziwią w świetle wcześniej omówionych danych. Terapeuci udzielają wsparcia w przewyższaniu codziennych trudności życiowych; nawet te pozornie mało istotne mogą stać się dotkliwymi dla osób generalnie słabo radzących sobie w życiu z powodu przewlekłej choroby. Jak wynika z analizy systemów oparcia — w związku z minimalną liczbą osób, które utrzymują kontakt z badanymi — możliwość regularnej rozmowy z terapeutą stanowi cenną wartość i tym samym stymuluje wzrost poczucia bezpieczeństwa. W innych badaniach podobne kategorie są traktowane jako najistotniejsze dla oceny programów oparcia przez ich uczestników [25, 26].

Ocena poszczególnych elementów programu specjalistycznych usług opiekuńczych dokonana przez użytkowników jest wysoka. Nie dziwi to w świetle wcześniejszych ustaleń, stanowi raczej dowód na to, jak ważny dla badanych jest program i jak wiele dzięki niemu mogą uzyskać. Badani szczególnie wysoko oceniają „opiekę, jaką otrzymują”, „pomoc w radzeniu sobie z problemami”, „ilość poświęconego im czasu”. Gorzej natomiast oceniana jest „pomoc w poprawie relacji z rodziną”. Relacje z rodziną wydają się dla badanych obciążone szczególnymi trudnościami i wymagają intensywnego terapeutycznego wsparcia.

Ocena pracy terapeutów jest również wysoka praktycznie we wszystkich aspektach. Uwagę warto zwrócić na wysokie noty „zachowania i uprzejmości” oraz „okazywania dyskrecji i szacunku”. Są one stawiane przez badanych, którzy mają dużo doświadczeń z psychiatryczną służbą zdrowia i hospitalizacjami. Można uznać, że specyfika programu specjalistycznych usług opiekuńczych (praca w mieszkaniu chorych) oraz specyfika populacji objętej programem (przewlekła choroba i poważne deficyty w funkcjonowaniu) wymagają przede wszystkim akceptujących i partnerskich relacji między chorymi a terapeutami. Tak prezentowana

postawa terapeutyczna odpowiada za realizację najważniejszych potrzeb interpersonalnych osób chorych psychicznie. Należy do nich, przede wszystkim, potrzeba kontaktowania się z ludźmi uprzejmymi i takimi, którzy są w stanie zapewnić wsparcie poprzez zdystansowaną troskę i taki kontakt, który nie zagraża nadmierną bliskością [27].

W świetle uzyskanych danych wyraźnie widoczne jest, jak ważnymi osobami dla uczestników programu są terapeuci z programu specjalistycznych usług i jak duże znaczenie mają oni dla indywidualnych systemów oparcia. Ich praca odbywa się w szczególnych warunkach, w bliskim kontakcie indywidualnym i z dużymi obciążeniami emocjonalnymi. Oczywista jest w tym kontekście konieczność zapewnienia im superwizji i grup wsparcia, pomagających w doskonaleniu kwalifikacji i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Na podstawie uzyskanych wyników można sformułować następujące wnioski:

1. Korzystający ze specjalistycznych usług opiekuńczych stanowią szczególną grupę przejawiającą duże deficyty w funkcjonowaniu społecznym, znaczące trudności w przełamywaniu izolacji oraz wyjątkowo nieliczne i słabe systemy oparcia społecznego. Można uznać, że nabór uczestników do programu prowadzony jest w sposób odpowiedni, obejmując osoby znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji.
2. Program specjalistycznych usług opiekuńczych jest skuteczny głównie dzięki wzmocnieniu indywidualnych systemów oparcia przez terapeutów wykonywujących usługi. Program jest wysoko oceniany i akceptowany przez jego uczestników.
3. Z uwagi na specyfikę pracy, personel świadczący specjalistyczne usługi opiekuńcze powinien mieć zapewniony dostęp do superwizji i grup wsparcia.
4. Specjalistyczne usługi opiekuńcze stanowią skuteczny instrument wspierania osób przewlekle chorujących psychicznie. Należy zwiększać dostępność usług. Ich zalety i możliwości warte są jak najszerszego rozpropagowania w środowiskach zaangażowanych w leczenie, wsparcie i rehabilitację osób chorych psychicznie.

Piśmiennictwo

1. Simon S. Social networks: their relevance to mental health nursing. *J. Adv. Nurs.* 1994; 19: 281–289.
2. Clinton M, Lunney P, Edwards H, Weir R, Barr J. Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *J. Adv. Nurs.* 1998; 27: 955–965.
3. Nystrom M, Lutzen K. Psychiatric care service — an exploration of the professional world encountered by person with long-term mental illness. *Scan. J. Caring. Sc.* 2002; 16: 171–178.
4. Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multicenter study. *Nord. J. Psych. Psychiatr.* 2003; 57: 5–11.
5. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Post. Psychiatr. Neur.* 2009; 1, 43–50.
6. Bronowski P, Załuska M. Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie. *Psychiatr. Pol.* 2005; 2: 345–357.
7. Bronowski P, Sawicka M. Jakość życia u osób przewlekle chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia społecznego. *Człowiek Niepełnospr. Społecz.* 2008; 1 (17): 53–69.

8. Załuska M, Prot K, Bronowski P. Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
9. Mowbray C, Bybee D. Integrating vocational services on case management teams: outcomes from a research demonstration project. *Mental Health Serv. Res.* 2000; 2(1): 51–66.
10. Torres A, Mendez L, Merino H, Moran E. Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. *Psychiatr. Serv.* 2002; 53 (7): 799–801.
11. Ustawa z dnia 19 VIII 1994 o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. nr 111 z 1994 r.
12. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego. *Psychiatr. Pol.* 2009; 4: 421–434.
13. Dąbrowski S. Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako forma oparcia społecznego. *Psychiatr. Pol.* 1998; 4: 443–452.
14. Dąbrowski S, Pietrzykowska J. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Warszawa: IPN, 1997.
15. Rozporządzenia ministra polityki społecznej z dnia 22. 09. 2005
16. Balicki M. Specjalistyczne usługi opiekuńcze. Psychiatria środowiskowa. Chory psychicznie w gminie. Materiały VII konferencji szkoleniowo-naukowej. Pruszków 1998.
17. Nasierowski T. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi — roczne doświadczenia. *Psychiatr. Pol.* 1999; 4: 507–517.
18. Załuska M, Paszko J. Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych. *Psychiatr. Pol.* 2002; 6: 953–966.
19. Roick C, Fritz A, Matchinger H. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* 2007; 42 (4): 268–276.
20. 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.
21. Morian J, Alarcon E. In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* Febr. 2006; 57: 260–262.
22. Fulford M, Farhall J. Hospital versus care for the acutely mentally ill? Preferences of caregivers who have experienced both forms of service. *Austr. New Zeal. J. Psychiatr.* 2001; 35: 619–625.
23. Sellwood W, Thomas CS, Tarrier N. A randomised controlled trial of home-based rehabilitation versus outpatient-based rehabilitation for patients suffering from schizophrenia. *Soc. Psychiatr. Epidem.* 1999; 34: 250–253.
24. Nystrom M, Lutzen K. Psychiatric care and home service — an exploration of the professional world encountered by persons with long-term mental illness. *Nord. Coll. Car. Sc.* 2002; 16: 171–178.
25. Browne G. Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study. *Iss. Ment. Health Nurs.* 2005; 26: 311–326.
26. Burns T, Catty J. Deconstructing home-based care fore mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113: 33–35.
27. Tsigotis K, Gruszczyński W. Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy, PTP; 2005.

Adres: dr Paweł Bronowski: Instytut Psychologii Stosowanej
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa
e-mail: pawel.bronowski@icar.org.pl.