

Ocena programu ICAR – „Komunikacja w Internecie i aktywna rehabilitacja dla psychicznie chorych”

Evaluation of the ICAR program – Internet Communication and Active Rehabilitation for People with Mental Disorders

Maria Załuska¹, Paweł Bronowski², Katarzyna Panasiuk¹,
Jan Brykalski¹, Jolanta Paszko¹

¹ IV Klinika Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. M. Załuska

² Instytut Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

Summary

Prevalence of internet use indicates, that introducing internet to people with mental disorders might have a positive impact on their social integration. There are concerns about negative effects of dealing with virtual reality on the mental health of internet users.

Aim. Evaluation of the ICAR program - “Internet communication and active rehabilitation for people with mental disorders” concerning its utility in psychiatric rehabilitation.

Method. 22 participants of the ICAR programme and 22 controls (people with mental disorders not participating in the programme) were investigated before and after the completion of the programme. There following were compared: their computer and internet use skills, social functioning (Birchwood Scale), self-estimation of the mental health (Frankfurt Scale FBS), self-reported quality of life (WHO QOL BREV) and number of psychiatric hospitalisations during 11 months of the observation period.

Results. Among participants, their reported skills and motivation increased significantly following the programme. During 11 months of the observation there were less hospitalisations (1 fulltime and 1 daily) in the study group than in the control group (3 and 1). An increase of symptoms was observed in the Frankfurt Scale in 10 participants and 13 controls. The level of social functioning and severity of symptoms was not significantly different and did not change during observation. The self-reported quality of life increased in both groups during this period.

Conclusions. ICAR training programme for the mentally ill, increases participants skills and motivation towards computer and internet use, as well as their self-reported quality of life. The participation in the programme doesn't have any significant effect on the overall social functioning and number of psychiatric hospitalisations during the 11 months of observation. A positive effect of the ICAR programme on the quality of life, as well as some activating effect leading to exacerbation of the psychopathological symptoms – has an unspecific character and is therefore similar to the other community rehabilitation programmes. Wider spreading

of computer training workshops similar to the ICAR programme might have a positive effect on social integration of people with mental disorders.

Słowa klucze: Internet, rehabilitacja psychiatryczna, ewaluacja

Key words: Internet, psychiatric rehabilitation, evaluation

Wprowadzenie

Obecnie, gdy używanie Internetu i związanych z nim technik multimedialnych stało się powszechne, również osoby z zaburzeniami psychicznymi są – lub mogą być – jego użytkownikami [1]. Może to mieć dla nich pozytywne znaczenie z co najmniej trzech powodów [2, 3]:

1. Internet daje dostęp do informacji; jako nowy rodzaj platformy kontaktów społecznych pomaga przezwyciężać poczucie osamotnienia i pokonywać bariery społeczne.
2. Umiejętność posługiwania się komputerem i Internetem zwiększa szanse zatrudnienia.
3. Potencjał multimedialny Internetu, będącego ogólnodostępną platformą dla prezentowania własnej kreatywności, może być użyteczny w rehabilitacji psychiatrycznej.

Pozostaje pytanie o zakres używania Internetu, dostęp do komputera i umiejętność jego obsługi przez osoby chorujące psychicznie. W USA w roku 2001 wśród ambulatoryjnych pacjentów psychiatrycznych 82% miało dostęp do komputera, a ok. 80% do Internetu. Większość spędzała w sieci mniej niż 1 godzinę dziennie. Ponad 90% z nich podało, że poszukiwało w niej informacji o własnej chorobie i sposobach jej leczenia. O użytecznych stronach internetowych dowiadawali się najczęściej od swoich lekarzy [4, 5].

Jednym z pierwszych programów szkoleniowych dla pacjentów psychiatrycznych był, w roku 1986, w Wielkiej Brytanii, projekt „Speedwell Day Hospital”. Miał on na celu zapoznanie pacjentów z komputerami osobistymi oraz zredukowanie ich poziomu lęku związanego z kontaktem z nową technologią. Projekt „Speedwell” potwierdził celowość prowadzenia szkoleń dla pacjentów psychiatrycznych, nawet tych z niewielkim przygotowaniem edukacyjnym. Wykazał także, że znacząca liczba pacjentów przez długi okres bezrobotnych, po szkoleniu – podejmowała pracę zawodową [6].

Internet może ułatwiać kontakty społeczne osób chorujących psychicznie między innymi poprzez, pozbawione tradycyjnych barier, wirtualne grupy samopomocowe. Anonimowość, jaką zapewnia komunikacja online, może być pomocna dla tych, którzy cierpią z powodu stygmatyzacji lub są zawstydzeni sytuacją, w jakiej się znaleźli. Ogólna dostępność Internetu pozwala na kontakty osób z zupełnie różnych środowisk kulturowych, o odmiennych doświadczeniach [7, 8]. Pojawiają się jednak doniesienia wskazujące na niebezpieczeństwa dla zdrowia psychicznego, związane z obcowaniem z przestrzenią wirtualną [9,10].

Ewaluacja programu ICAR – edukacja osób chorych psychicznie w zakresie obsługi komputerów i Internetu

Realizowany w latach 2002-2004 program ICAR (Internet Communication and Active Rehabilitation for People with Mental Disorders) miał na celu wykorzystanie

komputerów i Internetu w rehabilitacji osób chorych psychicznie. Był finansowany przez Komisję Unii Europejskiej w ramach projektu SOCRATES – Edukacja Dorosłych.

Projekt powstał w wyniku współpracy stowarzyszeń (POMOST i REHA-VEREIN) w Warszawie i Mönchengladbach. Utworzyły one w roku 1999 polsko-niemiecki serwis internetowy „Rehabilitacja” (<http://www.reha-pomost.org>), redagowany przez profesjonalistów i pacjentów, a w roku 2001 opracowały wspólny projekt edukacyjny w zakresie obsługi komputera i Internetu dla osób psychicznie chorych (ICAR) – był on realizowany przez 5 organizacji pozarządowych z Niemiec i Holandii, a koordynowany przez Bródnowskie Stowarzyszenie Pomost (<http://www.icar-eu.org>, <http://www.icar.org.pl>). Szkolenia prowadzone były według jednego, wspólnie opracowanego programu, obejmowały nabycie umiejętności obsługi komputerów osobistych i korzystania z najbardziej rozpowszechnionych programów (MS Windows, MS Office) oraz Internetu (poczta elektroniczna, wyszukiwarki, tworzenie i aktualizacja stron internetowych). Cykl edukacyjny trwał 5 miesięcy, kończył się wydaniem certyfikatu. Większość z 243 uczestników ukończyła całość przewidzianych szkoleń, nabywając umiejętność posługiwania się internetowymi technikami komunikacji (czat, wideo konferencje, poczta) [11].

Zewnętrznej oceny przydatności programu w rehabilitacji osób psychicznie chorych dokonano w IV Klinice Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w współpracy z Uniwersytetem w Aachen.

Cel badań

Celem badań była ocena użyteczności programu ICAR w rehabilitacji pacjentów z chorobami psychicznymi na podstawie wpływu szkolenia na umiejętności i motywację do posługiwania się komputerem i Internetem, liczbę rehospitalizacji, stan psychiczny, funkcjonowanie społeczne i satysfakcję z życia uczestników w ciągu 5 miesięcy trwania kursu i kolejnych 6 miesięcy po jego zakończeniu.

Metoda

Zbadano uczestników szkoleń w latach 2002–2004 we wszystkich krajach – przed ich rozpoczęciem i po zakończeniu (po 5 i po 11 miesiącach od pierwszego badania). W Polsce ponadto przeprowadzono porównanie z grupą kontrolną. Badania prowadzili przeszkoleni ankieterzy, po uzyskaniu na nie zgody respondentów. Członkowie grupy kontrolnej – z tymi samymi schorzeniami i w zbliżonym wieku – byli wyszukiwani w tych samych placówkach rehabilitacyjnych spośród osób nie uczestniczących w szkoleniu i badani w takich samych odstępach czasu, jak osoby szkolone.

Informacje o danych demograficznych, przebiegu choroby i leczenia, oraz sytuacji socjalnej zbierano za pomocą własnego kwestionariusza. Deklarowane przez respondentów umiejętności obsługi komputera i motywację do korzystania z niego badano za pomocą przygotowanego do tego celu kwestionariusza – w wersji dla uczestników szkolenia ICAR i dla grupy kontrolnej. Stan psychiczny oceniano na podstawie Skali

Frankfurckiej (FBS) [12, 13], satysfakcję z życia i zdrowia – za pomocą WHO QOL BREV, a funkcjonowanie społeczne za pomocą SFS Birchwooda [14, 15].

Wyniki

Grupy uczestników kursu i kontrolna nie różniły się wykształceniem (średnie i zawodowe), płcią (przewaga mężczyzn), stanem cywilnym (przewaga osób samotnych). Istotna statystycznie różnica dotyczyła wieku, który w grupie uczestników kursu był średnio o 6 lat niższy niż w kontrolnej (odpowiednio: 33 i 39 lat).

W obu grupach prawie wszystkie osoby (ponad 95%) miały orzeczoną niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym lub znacznym, i w przeważającej liczbie żyły z renty lub zasiłku. Najczęstsze było rozpoznanie schizofrenii (68% badanych i 77% osób z grupy kontrolnej) lub psychozy schizoafektywnej (po 18%). W grupie badanej było 5 osób pracujących, a w grupie kontrolnej tylko 1. Wszystkie osoby z grupy badanej i kontrolnej miały za sobą przynajmniej jedną hospitalizację psychiatryczną, większość (73% i 82%) była także przynajmniej jeden raz leczona na oddziale dziennym. Najkrótszy czas trwania choroby wynosił 4 lata, a średni: w grupie uczestników szkolenia – 12 lat, w kontrolnej – 14,7. Średnia liczba hospitalizacji w grupie badanej wynosiła 7,3, a w kontrolnej – 8,2. Wszyscy leczyli się w poradni zdrowia psychicznego i przyjmowali leki psychotropowe.

Większość osób, zarówno z grupy badanej (17), jak i kontrolnej (18), korzystała z różnych placówek środowiskowych (Warsztat Terapii Zajęciowej, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Środowiskowy Dom Samopomocy, Klub Pacjenta, Dom pod Fontanną).

Dostęp do komputera i Internetu oraz motywacja do podjęcia szkolenia

Odpowiedzi na pytania o możliwości korzystania z komputera i Internetu zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Dostęp do komputera i Internetu przed rozpoczęciem kursu ICAR

Grupy	Dostęp do komputera				Dostęp do Internetu	Własna poczta internetowa
	W domu	Poza domem	W domu i poza domem	Łącznie	Gdziekolwiek	Ogółem
Badana n = 22	12 (54,5%)	6	2	20 (91%)	11 (50%)	11 (50%)
Kontrolna n=22	4 (18,2%)	10	1	15 (68,2%)	6 (27,3%)	4 (18,2%)
Razem n = 44	16 (36,4%)	16	3	35 (79,5%)	17 (38,6%)	15 (34,1%)

Przed rozpoczęciem szkolenia uczestnicy kursu częściej, niż osoby z grupy kontrolnej, zgłaszali możliwość dostępu do komputera, Internetu i poczty elektronicznej (91%, 50%, 50% vs 68,2%, 27,3%, 18,2%). Częściej też mieli w domu komputer (54,5% vs 18,2%). Ogółem badani (n = 44) mieli dostęp do komputera w 79,5% przypadków, a do Internetu w 38,6%, 34,1% miało własny adres e-mailowy.

W grupie badanej dominującym motywem uczestniczenia w kursie była chęć poznania Internetu. Połowa pacjentów z grupy kontrolnej (11 osób) deklarowała gotowość udziału w kursie w przyszłości. Jednak osoby te wymieniały mniej (51) powodów do podjęcia szkolenia w porównaniu z uczestnikami kursu (98 wymienionych powodów).

Tabela 2. **Motywacje do podjęcia szkolenia w posługiwaniu się komputerem i Internetem**

Powody, dla których warto wziąć udział w kursie	Grupa badana n = 22	Grupa kontrolna n = 22
1. Aby poznać Internet	18	10
2. Poznać obsługę komputera	13	12
3. Mieć dostęp do Internetu	13	8
4. Spędzać czas wolny ciekawiej	14	9
5. Korzystać z komputera w pracy zawodowej	11	7
6. Poznać innych ludzi na kursie lub przez Internet	9	1
7. Podnieść kwalifikacje i znaleźć pracę	3	-
8. Wzbogacić umiejętności w zakresie komputera	3	-
9. Założyć własną stronę www	1	-
10. Ponieważ lubi osoby prowadzące kurs	13	4
W sumie motywacji pozytywnych	98	51
Czy chciałbyś/chciałabyś kiedyś wziąć udział w takim kursie?	Nie dotyczy	11

Ocena ogólna efektów udziału w szkoleniu ICAR

Kurs odbywał się przez 5 miesięcy, 3 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. Wszystkie osoby, które zostały przyjęte, zaliczyły egzamin końcowy i otrzymały certyfikat (jedna w późniejszym terminie). Wśród uczestników kursu jedna osoba w trakcie jego trwania była hospitalizowana na oddziale całodobowym, a po wyjściu ze szpitala ukończyła kurs w kolejnej edycji. Jedna osoba była w trakcie kursu leczona na oddziale dziennym, ale nie przerwała szkolenia. W grupie kontrolnej również 1 osoba była hospitalizowana całodobowo, a 1 leczona na oddziale dziennym, w tym samym okresie. W ciągu 6 miesięcy obserwacji po zakończeniu szkolenia, żaden z absolwentów kursu nie był hospitalizowany, natomiast w grupie kontrolnej miały miejsce 2 hospitalizacje psychiatryczne. Po zakończeniu kursu większość (82% badanej grupy) uczestniczyła w warsztatach kreatywności, zapewniających dostęp do Internetu, poznanie techniki fotografii cyfrowej oraz programów graficznych i muzycznych. Cztery osoby po ukończeniu kursu zrezygnowały z kontynuowania zajęć i odmówiły udziału w dalszej obserwacji. W grupie kontrolnej były również 4 osoby, które w okresie pomiędzy 5 a 11 miesiącem od pierwszego badania odmówiły udziału w dalszej obserwacji; w dwóch przypadkach spowodowane to było hospitalizacjami i pogorszeniem się stanu zdrowia.

W obu grupach była podobna liczba wydarzeń stresowych: śmierć lub odejście bliskiej osoby – po 1 przypadku, choroba somatyczna leczona szpitalnie – 1 osoba w grupie badanej, zwiększenie obowiązków domowych z powodu podjęcia pracy przez męża – 1 osoba w grupie kontrolnej.

W grupie uczestników kursu ICAR w porównaniu z grupą kontrolną nastąpiło więcej zmian związanych z aktywnością samych badanych – 2 osoby (9%) utraciły pracę, ale 2 (9%) podjęły nową, 1 (4,5%) osoba podjęła szkolenie zawodowe, a 2 (9%) zadeklarowały, że „znalazły cel w życiu”.

Ocena efektów edukacyjnych kursu ICAR i motywacji badanych do korzystania z komputera i Internetu

W tabeli 3 przedstawiono umiejętności deklarowane w ankiecie w grupach badanej i kontrolnej przed rozpoczęciem kursu, po jego ukończeniu (po 5 miesiącach) i po 11 miesiącach. Do porównania grup użyto sumarycznego wskaźnika procentowego udzielonych odpowiedzi pozytywnych w stosunku do wszystkich możliwych odpowiedzi w grupie.

Tabela 3. Umiejętność obsługi komputera przed rozpoczęciem i po ukończeniu kursu

Badanie	przed kursem		po kursie (po 5 miesiącach)		po 11 miesiącach	
	badana n = 22	kontrolna n = 22	badana n = 22	kontrolna n = 22	badana n = 18	kontrolna n = 18
Deklarowane umiejętności podstawowe	89	42	93	53	88	42
Wskaźnik %	80,9	38,2	84,5	48,2	97,7	46,7
Chi ²	p = 0,0000		p = 0,026		p = 0,000	
Deklarowane umiejętności zaawansowane	51	13	79	8	70	11
Wskaźnik %	46,4	11,8	71,8	7,3	77,8	12,2
Chi ²	p = 0,000		p = 0,000		p = 0,000	

Przed szkoleniem osoby, które zgłosiły się na kurs, deklarowały istotnie więcej umiejętności podstawowych posługiwania się komputerem i Internetem w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej (wskaźnik = 80,9 vs 38,2). Różnica między grupami występowała zarówno przed rozpoczęciem kursu, jak i w kolejnych badaniach. W obu grupach w ciągu 11 miesięcy nastąpił niewielki wzrost deklarowanych umiejętności podstawowych.

Deklaracje o posiadanych umiejętnościach zaawansowanych były również istotnie liczniejsze w grupie uczestników szkolenia przed jego rozpoczęciem w porównaniu z grupą kontrolną badaną w tym samym czasie (wskaźnik 46,4 w porównaniu z 11,8). Po szkoleniu absolwenci kursu deklarowali istotnie więcej posiadanych umiejętności

w porównaniu zarówno z sytuacją przed szkoleniem (wskaźnik 77,8), jak i z grupą kontrolną (wskaźnik 12,2).

Liczbę osób deklarujących w ankiecie motywację do korzystania z komputera i Internetu przedstawiono w tabeli 4. Do porównania grup użyto sumarycznego wskaźnika procentowego udzielonych odpowiedzi pozytywnych w stosunku do wszystkich możliwych (22 osoby x 10 pytań = 220 odpowiedzi). Ze względu na to, iż rezygnacja z zajęć warsztatowych po szkoleniu oznaczała brak motywacji, przy obliczaniu wskaźnika przyjęto pełną liczebność grup, mimo iż w badaniu drugim i trzecim nie uczestniczyły po 4 osoby z obu grup.

Tabela 4. **Motywacja, deklarowana przez badanych, do korzystania z komputera i Internetu**

Chciałbym używać komputera w celu:	Przed kursem		Po 11 miesiącach* (6 miesięcy od zakończenia kursu)	
	grupa badana n = 22	grupa kontrolna n = 22	grupa badana n = 18	grupa kontrolna n = 18
1. Podtrzymania kontaktów	3	1	13	4
2. Wysyłania e-maili	6	2	13	4
3. Rozmów na czacie	7	1	5	3
4. Zakupów internetowych	0	1	6	2
5. Wyszukiwania informacji	11	6	17	8
6. Słuchania muzyki	5	4	11	7
7. Wykonywania pracy zawodowej	4	0	13	5
8. Grania w gry	16	11	11	9
9. Pisania tekstów	12	10	14	12
10. Rysowania	7	4	10	6
Sumaryczny % wskaźnik odpowiedzi pozytywnych *	32,3	21,4	51,4	27,3

* wskaźnik liczony dla liczebności n = 22

Wśród uczestników szkolenia przed rozpoczęciem kursu uzyskano 32,3% odpowiedzi świadczących o zainteresowaniu wykorzystaniem komputera w różnych celach. Wskaźnik ten wzrósł po kursie (po 5 miesiącach) do 41,8 %, a po 11 miesiącach do 51,4%. U osób, które nie odbyły szkolenia, w analogicznym okresie 11 miesięcy zainteresowanie wzrosło z 21,4% do 27,3%. Warto podkreślić, że wśród uczestników szkolenia zmalało zainteresowanie grami komputerowymi, a wzrosło zainteresowanie bardziej rozwijającymi lub użytkowymi zastosowaniami (edytory tekstów, obróbka grafiki lub muzyki, wyszukiwanie informacji, robienie zakupów).

Ponad 50% grupy uczestników kursu ICAR (12 osób) oceniło umiejętność posługiwania się komputerem i Internetem jako bardzo ważną lub ważną. Po 11 miesiącach od ukończenia kursu liczba ta wzrosła do 14 osób (63%). W grupie kontrolnej w obu

badaniach tylko 3 osoby (13%) uważały umiejętność posługiwania się komputerem i Internetem za ważną dla siebie.

Samoocena funkcjonowania społecznego, satysfakcji życiowej i stanu psychicznego

Pod względem samooceny funkcjonowania społecznego mierzonej za pomocą SFS przed rozpoczęciem kursu nie stwierdzono różnic między grupą badaną (106,3+/-7,3) a kontrolną (105,9+/-7,8); nie zmieniło się to istotnie w kolejnych badaniach (test t Studenta). Po 11 miesiącach odnotowano 105,0 +/- 8,3 w grupie badanej i 103,2 +/-8,4 w grupie kontrolnej.

Deklarowana satysfakcja z życia i zdrowia wzrosła istotnie statystycznie (w teście t Studenta: $p = 0,038$ i $p = 0,013$) w ciągu 5 miesięcy od terminu rozpoczęcia do zakończenia kursu zarówno w grupie badanej (z 5,6+/- 1,89 do 6,1 +/- 1,8), jak i kontrolnej (z 5,6+/- 1,5 do 6,6+/-1,8), i nie różniła porównywanych grup. W grupie 18 osób badanych i 18 z grupy kontrolnej, które wyraziły zgodę na badanie po 11 miesiącach, wynik (odpowiednio) 5,8 +/-1,5 i 6,2 +/- 1,3 nie różnił się istotnie statystycznie od wyników uzyskanych u tych samych osób w pierwszym badaniu.

Wyniki samooceny stanu psychicznego uzyskane w Skali Frankfurckiej (FBS) nie różniły się istotnie w kolejnych badaniach w grupie uczestników kursu (I: 21,4 +/- 7,8, II: 22,9+/-7,6, III: 22,9+/-6,5), ani też w grupie kontrolnej (I: 20,3+/-5,6, II: 21,9+/-6,4, III: 22,4+/-6,5). Nie było także istotnych różnic pomiędzy tymi grupami. Przeprowadzono indywidualną analizę zmian w samoocenie stanu psychicznego pomiędzy rozpoczęciem a zakończeniem kursu. U 12 osób spośród uczestników szkolenia i u 9 osób z grupy kontrolnej wynik badania za pomocą skali FBS wskazywał na utrzymywanie się objawów na takim samym lub nieco niższym poziomie. Natomiast u 10 osób z grupy badanej i u 13 z grupy kontrolnej w ciągu 5 miesięcy pomiędzy rozpoczęciem a zakończeniem kursu doszło do istotnego nasilenia objawów mierzonych za pomocą skali samooceny FBS.

Tabela 5. Samoocena w skali FBS przed rozpoczęciem i po zakończeniu kursu u osób, u których objawy nasiliły się

Grupy osób	Termin badania		Różnica FBS 0 : FBS 5	Porównanie Test t
	przed kursem ICAR- FBS 0	po 5 miesiącach FBS 5		
Uczestnicy szkolenia n = 10	18,9+/-5,6	25,1+/-6,8	6,2	$p = 0,000$
Grupa kontrolna n = 13	20,5+/-8,5	24,5+/-8,3	4,0	$p = 0,005$
Porównanie grup	n.s.	n.s.		

W wyodrębnionej podgrupie 23 osób nasilenie objawów w skali FBS zwiększyło się statystycznie istotnie w ciągu 5 miesięcy pomiędzy terminem rozpoczęcia a terminem zakończenia kursu ICAR. Zwiększenie to nie odróżniło istotnie 10 (45%) uczestników kursu (średnio o 6,2 punktu skali FBS) od 13 (59%) z grupy kontrolnej (o 4 punkty).

Omówienie wyników

Wpływ Internetu na zdrowie psychiczne oceniany jest niejednoznacznie. W piśmiennictwie opisywano Internet jako medium pomocne w twórczej aktywności, kontaktach społecznych, wychodzeniu z izolacji, uzyskaniu wsparcia, ale także stwarzające zagrożenie uzależnieniem i zaniedbaniem aktywności na innych polach [16, 10]. Mając to na uwadze, równocześnie z wdrażaniem projektu edukacyjnego ICAR zaplanowano badania wpływu szkoleń na stan psychiczny, funkcjonowanie społeczne i ogólną satysfakcję z życia i zdrowia. Członkowie obu badanych grup długotrwale chorowali psychicznie, byli wielokrotnie hospitalizowani, w większości niepełnosprawni, bezrobotni i samotni. 79,5% z nich miało dostęp do komputera w domu lub w innym miejscu, ale tylko 38,6% dostęp do Internetu (gdziekolwiek). Jest to mniej niż w badaniach amerykańskich z 2001 roku, z których wynikało, iż wśród pacjentów w wieku 18–65 lat leczonych ambulatoryjnie dostęp do komputera ma 82%, a do Internetu 80% [8].

Osoby, które podjęły szkolenia, w porównaniu z grupą kontrolną były młodsze i cechowały się większymi wyjściowymi możliwościami dostępu do komputera i Internetu, oraz wyższym poziomem umiejętności. Równocześnie osoby z grupy kontrolnej deklarowały w prawie 50% przypadków zainteresowanie podjęciem tego typu szkolenia. Odsłania to znaczny obszar niezaspokojonych potrzeb w zakresie dostępu do nowoczesnych mediów wśród osób niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej. W wyniku szkolenia umiejętności podstawowe uczestników nie uległy wyraźnej zmianie, natomiast umiejętności zaawansowane i motywacja do korzystania z różnych aplikacji komputera i Internetu wzrosły znacznie. Większość uczestników oceniała nabyte umiejętności jako bardzo dla nich ważne, a po kursie przyjęła ofertę uczestnictwa w warsztatach tworzenia stron internetowych.

Badanie za pomocą skali SFS Birchwooda nie wykazało, aby odbycie szkolenia miało wpływ na ogólny poziom funkcjonowania społecznego. W badaniu za pomocą skali QOL BREV uczestnicy kursu ICAR po 5 miesiącach szkolenia ujawnili istotnie wyższą satysfakcję z życia i zdrowia niż przed kursem. Jednak osoby z grupy kontrolnej nie uczestniczące w szkoleniu ICAR, a korzystające z oparcia społecznego i rehabilitacji w ramach pomocy społecznej, w analogicznym okresie również wykazały większą satysfakcję z życia. Sugeruje to, iż zwiększenie się satysfakcji z życia w toku szkolenia ICAR miało charakter niespecyficzny, analogiczny do wpływu innych środowiskowych programów rehabilitacji. Liczba hospitalizacji w ciągu 5 miesięcy od daty rozpoczęcia szkolenia była taka sama w grupie badanej i kontrolnej (po 1 całodobowej i 1 dziennej). W całym 11-miesięcznym okresie liczba hospitalizacji była większa w 22-osobowej grupie kontrolnej (3 całodobowe i 1 dzienna) niż w grupie 22 osób szkolonych (1 hospitalizacja całodobowa i 1 dzienna).

W grupie uczestników szkolenia było 10, a wśród nie szkolonych 13 osób, u których w trakcie 5-miesięcznego kursu ICAR nasiliły się objawy mierzone za pomocą skali FBS. Wskazuje to, iż nie tylko szkolenie ICAR, ale także inne programy rehabilitacji w placówkach środowiskowych mogą być niespecyficznym czynnikiem destabilizującym stan psychiczny u osób chorujących psychicznie. Należy więc w procesie szkole-

nia ICAR, tak jak i podczas realizacji innych programów rehabilitacji, indywidualnie oceniać stan psychiczny, deficyty i potrzeby poszczególnych uczestników.

Wnioski

Program szkoleniowy ICAR zwiększa u psychicznie chorych umiejętności i motywację do używania komputera i Internetu, oraz satysfakcję z życia, natomiast nie wpływa znacząco na ogólne funkcjonowanie i rehospitalizację w ciągu 11 miesięcy.

Pozytywny wpływ programu ICAR na satysfakcję z życia oraz jego działanie aktywizacyjne nasilające u niektórych osób objawy psychopatologiczne – mają charakter niespecyficzny i analogiczny do wpływu innych środowiskowych programów rehabilitacyjnych.

Rozpowszechnienie kursów komputerowych typu ICAR może wpływać korzystnie na społeczną integrację osób psychicznie chorych.

Оценка программы ИКАР („Коммуникация в интернете и активная реабилитация для психически больных”)

Содержание

Введение. Распространение интернета может указывать на факт, что доступность его для психически больных, может иметь положительное значение для их общественной интеграции. Однако, появляются также предупреждения перед вредностью контактов с виртуальным пространством.

Задание. Проведение оценки пригодности для психиатрической реабилитации программы ИКАР – „Обучение психически больных при обслуживании компьютеров и интернета”.

Метод. В группе 22 участников обучения ЕДЕН и 22 участников контрольной группы – перед и после окончания программы умения, обслуживания ния компьютера и интернета, общественное функционирование (Шкала Брихвуда), самооценка психического состояния (Франкфурская шкала KBS), удовлетворение жизнью (WHOOQL BREY) и число госпитализаций в течение 11 месяцев наблюдения.

Результаты. После обучения радиус презентированных способностей и мотивировка существенно увеличились у участников курса. В периоде наблюдения было меньше госпитализаций а исследованной группе (стационарная и дневная группы), нежели в контрольной (3 и 1) В исследовательской группе у 10, а в контрольной у 13 человек увеличилось утяжеление симптомов во Франкфурской шкале. Уровень общественного функционирования и утяжеление симптомов не отличались существенным образом в сравниваемых группах и не подвергались изменению в исследованном числе. В обеих группах исследованных в проведенном временном периоде существенно возрасла сатисфакция со своей жизни.

Выводы. Программа обучения ИКАР увеличивает у психически больных умения и мотивировку для использования компьютера и интернета, а также удовлетворение своей жизнью, но не влияет значительным образом на общее функционирование и регоспитализации больных в течение 11 месяцев исследования.

Высшая сатисфакция своей жизнью, а также у некоторых лиц утяжеление болезненных симптомов было неспецифическим, аналогичным для влияния иных социальных реабилитационных программ. Распространение компьютерных курсов типа ИКАР может положительно повлиять на общественную интеграцию психически больных.

Beurteilung des ICAR - Programms - “Kommunikation im Internet und aktive Rehabilitation für psychisch Kranke”

Zusammenfassung

Einleitung. Die Verbreitung von Internet lässt vermuten, dass seine Zugänglichkeit für psychisch Kranke eine positive Bedeutung für ihr soziales Integrieren haben kann. Es wird auch vor der Schädlichkeit der Kontakte mit der virtuellen Realität gewarnt.

Ziel. Die Beurteilung der Brauchbarkeit des ICAR - Programms für die Rehabilitation "Bildung der psychisch Kranken bei der Bedienung von Computern und Internet." Methode: In der Gruppe der 22 Teilnehmer der ICAR - Schulung und der 22 Personen aus der Kontrollgruppe wurden - vor und nach dem Programmabschluss - die Bedienung vom Computer und Internet, soziales Funktionieren (Birchwood - Skala), Selbstbeurteilung des psychischen Befindens (Frankfurter- Befindlichkeits-Skala, FBS), Lebenszufriedenheit (WHO QOL BREV) und die Zahl der Hospitalisierungen innerhalb von 11 Monaten Beobachtung verglichen.

Ergebnisse. Nach der Schulung stiegen signifikant bei den Teilnehmern die deklarierten Kenntnisse und Motivation. In der Beobachtungszeit traten weniger Hospitalisierungen in der untersuchten Gruppe (1 ganztägige und 1 Tageshospitalisierung) als in der Kontrollgruppe auf (dementsprechend 3 und 1). In der untersuchten Gruppe stieg bei 10 Personen und in der Kontrollgruppe bei 13 Personen die Intensität der Symptome in der FBS. Der Level des sozialen Funktionierens und die Intensität der Symptome unterschieden sich durchschnittlich nicht in den verglichenen Gruppen und veränderten sich in der gegebenen Zeit nicht. In beiden Gruppen stieg in der Zeit der durchgeführten Studie die Lebenszufriedenheit.

Schlussfolgerungen. Das Schulungsprogramm ICAR erhöht bei psychisch Kranken das Wissen und Motivation für die Benutzung vom Computer und Internet und die Lebenszufriedenheit, dagegen aber beeinflusst nicht signifikant die allgemeine Funktionsweise und die Rehospitalisierungen in den 11 Monaten. Die Verbesserung der Lebenszufriedenheit, auch bei manchen Personen die Intensität der Symptome hatte einen nicht spezifischen Charakter, ähnlich wie andere Rehabilitationsprogramme. Die Verbreitung der Computerkurse wie ICAR kann die soziale Integration der psychisch kranken Personen günstig beeinflussen.

L'évaluation du programme ICAR – La communication de l'internet et la réhabilitation active des personnes souffrant des maladies mentales

Résumé

Introduction. La popularisation de l'internet suggère que son usage par les personnes souffrant des maladies mentales peut influencer positivement sur leur intégration sociale. Parfois on suggère aussi que la réalité virtuelle peut causer des effets négatifs.

Objectif. Évaluer le programme ICAR - La communication de l'internet et la réhabilitation active des personnes souffrant des maladies mentales.

Méthode. Dans le groupe de 22 participants(patients) du programme d'ICAR et dans le groupe de 22 personnes du groupe de contrôle on compare – avant et après le programme – leur savoir de se servir de l'internet et de l'ordinateur, leur fonctionnement social (Birchwood Scale), leur auto-estimation de l'état mental(Frankfurt Scale FBS), leur satisfaction de vie(WHO QOL BREV) et leur nombre d'hospitalisation durant les 11mois d'observation.

Résultats. Après le programme le niveau du savoir de se servir d'ordinateur et d'internet augmente chez tous les participants au programme. Durant les 11 mois d'observation on note le nombre très petit d'hospitalisation(une durant 24 heure et une à jour) dans le groupe des patients que dans le groupe de contrôle(3v1). Dans le groupe de patients on observe l'accroît d'intensité des symptômes de l'échelle de Frankfurt(chez 10 patiente versus 13 chez les personnes du groupe de contrôle, le niveau du fonctionnement social reste le même dans les deux groupes et il ne change pas durant l'observation. On note aussi l'accroît signifiant de la satisfaction de vie dans les deux groupes analysés.

Conclusions. Le programme ICAR influe positivement sur le savoir et sur la motivation de se servir de l'internet et d'ordinateur, il augmente la satisfaction de vie des patients pourtant il n'influe pas d'une manière importante sur le fonctionnement social et le nombre d'hospitalisation durant les 11 mois d'observation. L'effet positif sur la satisfaction de vie et sur l'intensité des symptômes a un caractère non spécifique, similaire à l'effet d'autres programmes de réhabilitation. La plus grande popularisation des programmes du type ICAR peut influencer positivement sur l'intégration sociale des personnes souffrant des troubles mentaux.

Piśmiennictwo

1. Huang M, Alessi N. *Challenges of the world wide web*. Psychiatr. Serv. 1999; 50 (4): 483–492.
2. Stone J, Sharpe K. *Internet resources for psychiatry and neuropsychiatry*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2003; 74: 10–12.
3. Christensen H, Griffiths K. *The internet and mental health literacy*. Austr. New Zealand J. Psychiatry 2000; 34: 975–979.
4. Karam-Hage M, Riba MB, Huang M. *Are our patients using the Internet*. Germ. J. Psychiatry 2001; 4: 24–28.
5. Jorm AF, Angermayer M, Katschining H. *Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services*. W: Andrews G, Henderson AS, red. *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press; 2003, s. 399–413.
6. West R, Christie M, Weinman J. *Microcomputers, psychology and medicine*. W: Young K, red. *Caught in the net: how to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley and Sons; 1998, s. 514–520.
7. Powell J, Darvell M, Gray J. *The doctor, the patient and the world – wide web: how the internet is changing healthcare*. J. R. Soc. Med. 2003; 96: 74–76.
8. Hightower R, Sayeed L. *The impact of computer-mediated communication systems on biased group discussion*. Comp. Hum. Behav. 1995; 11: 33–34.
9. Brenner V. *Psychology of computer use: XXL VII. Parameters of internet use, abuse, and addiction: the first 90 days of the internet usage survey*. Psychol. Rep. 1997; 80: 879–882.
10. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W. *Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being?* Am. Psychol. 1998; 53: 1017–1031.
11. Bronowski P, Załuska M. *Internet jako medium przydatne w rehabilitacji osób chorych psychicznie*. Post. Psychiatr. Neurol. 2004; 13, 4: 385–390.
12. Wciórka J. *Self-rated mental status in schizophrenia: usefulness of an abbreviated version of the Frankfurter Befindlichkeits – Skala*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12 (3): 311–321.
13. Sullwold L, Herrlich J. *Frankfurter Befindlichkeits-skala (FBS)* Berlin Springer 1987.
14. Birchwood M, Smith JO, Cochrane R, Wetton S, Copstake S. *The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiatry 1990; 157: 853–839.
15. Załuska M. *Skala funkcjonowania społecznego (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 3: 237–251.
16. Hsiung R. *The best of both worlds: an online self-help group hosted by a mental health professional*. Cyberpsychol. Behav. 2000; 3 (6): 935–950.

Strony internetowe:

www: <http://www.reha-pomost.org>, <http://www.icar-eu.org>, <http://www.icar.org.pl>.

Adres: Paweł Bronowski
IV Klinika Psychiatrii IPiN w Szpitalu Bielańskim
01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80

Otrzymano: 28.12.2006
Zrecenzowano: 28.03.2007
Przyjęto do druku: 10.01.2008