

Osamotnienie pacjenta psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Patient isolation in psychiatric healthcare

Marta Bażydło¹, Marta Giezek², Paulina Zabielska²,
Kinga Flaga-Gieruszyńska¹, Beata Karakiewicz²

¹ Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Społecznej
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Katedry Medycyny Społecznej
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Summary

Aim. To discover the opinions of psychiatric patients about personnel attitudes and family participation in the treatment process.

Method. 219 psychiatric patients took part in the study: 80 inpatients, 69 outpatients and 70 mental health clinic patients. The diagnostic survey method was applied using a patient questionnaire regarding: (1) the patient's opinion on his or her hospital stay as an inpatient, (2) the patient's opinion on his or her care as a hospital outpatient, mental health clinic patient, or community treatment patient, and (3) research on patient satisfaction with the administered medical service VSSS-54.

Results. 81.25% of patients confirmed receiving mental support during treatment at inpatient departments, compared to 88.41% of patients in outpatient hospital treatment and 84.29% of patients at mental health clinics. Hospital inpatients and mental health clinic patients indicated the doctor as the person providing the greatest amount of support; whereas hospital outpatients indicated a therapist. The majority of hospital inpatients (76.25%) indicated that nurses spent sufficient time with them. The rate of positive responses regarding doctors was 61.25% ($p=0.000$). 66.67% of hospital outpatients indicated that personnel spent sufficient time with them, whereas among mental health clinic patients this figure was 57.14%. Hospital outpatients and mental health clinic patients were asked about their satisfaction with inclusion of family in the treatment process. The respondents gave this aspect of care a mean rating of 3.807 points (out of 5 available).

Conclusions. In order to increase mental health patient satisfaction, some organisational solutions which would result in both an increase in time spent by the personnel in contact with the patient as well as greater inclusion of family in the treatment process should be implemented.

Słowa klucze: satysfakcja pacjenta, samotność, postawy personelu medycznego

Key words: patient satisfaction, loneliness, health personnel attitudes

Wstęp

Osoby z zaburzeniami psychicznymi są w społeczeństwie często postrzegane w negatywny sposób [1]. Dane WHO dla Europy wskazują, że 9 na 10 osób cierpiących na zaburzenia psychiczne spotkało się z tego powodu z przejawami dyskryminacji lub stygmatyzacji [2]. Zgodnie z raportem z przeprowadzonych w Polsce badań zatytułowanych „Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej” osoba chora psychicznie jest traktowana w społeczeństwie ze znacznym dystansem. W 2010 roku poziom akceptacji osób chorych psychicznie był mniejszy niż wykazywany w poprzednich badaniach z lat 1995, 1996 i 2008. Choroby psychiczne znalazły się na czwartym miejscu na liście schorzeń (po chorobach nowotworowych, serca, AIDS), których najbardziej obawiali się respondenci [3]. W piśmiennictwie światowym wskazuje się, że wśród opinii publicznej wzrasta akceptacja leczenia psychiatrycznego [4]. Mimo to w Polsce 38,9% respondentów wyraziłoby sprzeciw wobec uruchomienia w ich sąsiedztwie szpitala psychiatrycznego; w wypadku poradni zdrowia psychicznego odsetek ten wyniósł 32,7%, a oddziałów dziennych – 31,9% [3]. Również wzrost świadomości na temat biologicznych uwarunkowań chorób psychicznych nie wpływa na akceptację osób nimi dotkniętych [4]. Osoby te niezmiennie są postrzegane jako agresywne, niebezpieczne, nieprzewidywalne [1].

Wyżej wymienione postawy wobec chorych psychicznie znajdują odzwierciedlenie w ich funkcjonowaniu społecznym i mogą powodować autostygmatyzację, czyli przejście i zinternalizowanie negatywnych postaw społecznych wobec własnej osoby. Skutkuje to osamotnieniem, izolacją społeczną, zahamowaniem postępów w leczeniu [1]. Wśród barier w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – dokumentu, który w latach 2011–2016 miał zapewnić podniesienie jakości i dostępności opieki psychiatrycznej [5] – wskazuje się niską świadomość społeczną na temat chorób psychicznych, stygmatyzację pacjentów opieki psychiatrycznej, postawy takie jak niechęć, wrogość, ignorancja, lekceważenie [6]. Wiele osób chorych psychicznie doświadcza zerwania kontaktów towarzyskich, a przy chorym zostaje jedynie najbliższa rodzina. Zresztą także rodziny niejednokrotnie zmagają się ze stygmatyzacją oraz wynikającym z niej poczuciem wstydu i winy [1]. Sposobem na przeciwdziałanie osamotnieniu rodziny w opiece nad pacjentem jest jej włączenie w proces leczenia poprzez rozmowę, wysłuchanie obaw, udzielanie rad i informacji.

Nie należy przy tym zapominać, że problem samotności i stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi ma wymiar nie tylko psychologiczny i społeczny, ale również prawny. Wynika to z interpretacji art. 30 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. Nr 78, poz. 483), wedle której przyrodzona i niezbywalna godność człowieka

stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Z kolei zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 roku o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318) pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Uzupełnieniem modelu ochrony prawa do godności są skorelowane z nią obowiązki personelu medycznego, także w zakresie przeciwdziałania poczuciu osamotnienia, wynikające bezpośrednio z przepisów korporacyjnych i standardów etycznych wykonywania tych zawodów. Artykuł 36 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r., poz. 125) stanowi, że lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta. Zobowiązany jest też dbać o to, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem tej zasady. Natomiast art. 12 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi o tym, że lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Punkt I ust. 3 lit. a Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej nakłada na osoby wykonujące te zawody obowiązek respektowania prawa pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych. Podobnie art. 3 Kodeksu Etyki Zawodowej Ratownika Medycznego stwierdza, że ratownik medyczny okazuje każdej osobie znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia należyty szacunek, przestrzegając praw człowieka oraz praw pacjenta, w tym poszanowania godności osobistej oraz intymności. Obowiązki odnoszące się do zapewnienia ochrony godności pacjenta dotyczą także innych profesjonalistów biorących udział w procesie świadczenia usług zdrowotnych, jeśli nieprawidłowe wykonywanie przez nich obowiązków lub ich postawa (np. brak życzliwości i zrozumienia dla uczuć pacjenta) mogą mieć wpływ także na poczucie osamotnienia oraz odczuwanie stygmatyzacji przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Z tych względów w obliczu stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi należy zwrócić uwagę na rolę personelu medycznego. W piśmiennictwie opisane są przypadki negatywnych postaw personelu medycznego wobec tej grupy pacjentów [7]. Tymczasem Indulska i wsp. wskazują [8], że personel powinien obok roli terapeutycznej pełnić również funkcję wzmacniającą. Wsparcie pacjenta w procesie leczenia może przybrać formę pozytywnych postaw [9], takich jak okazywanie życzliwości i uprzejmości, poświęcanie mu odpowiedniej ilości czasu, cierpliwa rozmowa z rodziną.

Celem niniejszej pracy było poznanie opinii pacjentów opieki psychiatrycznej na temat postaw personelu oraz udziału rodziny w procesie leczenia jako czynników chroniących przed osamotnieniem.

Material i metoda

Material badawczy stanowiły opinie pacjentów na temat satysfakcji z opieki psychiatrycznej. Badania prowadzono na terenie placówek, które świadczyły opiekę w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Do badania włączono dwa oddziały całodobowe, dwa oddziały dzienne oraz dwie poradnie zdrowia psychicznego funkcjo-

nujące w ramach dwóch oddzielnych podmiotów leczniczych. Do badań przystąpiono po uzyskaniu opinii Komisji Bioetycznej o braku konieczności uzyskania jej zgody oraz po wyrażeniu zgody na badanie przez kierowników wybranych podmiotów leczniczych.

Na oddziałach całodobowych do badania włączono pacjentów przebywających na oddziale co najmniej 5 dni. Po konsultacji z personelem oddziałów nie włączono do badania osób, które ze względu na nasilenie objawów choroby nie były w stanie wypełnić kwestionariusza. W grupie pacjentów oddziałów dziennych badania były przeprowadzane w trakcie zajęć z terapeutami. Pacjentom poradni zdrowia psychicznego rozdawano kwestionariusze w czasie ich oczekiwania na wizytę, zapewniając możliwość wypełnienia kwestionariusza w oddzielnym pomieszczeniu. We wszystkich placówkach proponowano pacjentom wypełnienie kwestionariusza w obecności ankietera.

W efekcie uzyskano opinie od 219 pacjentów korzystających z różnych form opieki psychiatrycznej: 80 pacjentów opieki całodobowej (36 pacjentów jednej placówki i 44 drugiej); 69 pacjentów opieki dziennej (38 pacjentów jednej placówki i 31 drugiej); 70 pacjentów poradni zdrowia psychicznego (36 pacjentów jednej placówki i 34 drugiej). Tabela 1 przedstawia charakterystykę socjodemograficzną respondentów.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

Zmienna socjodemograficzna		Pacjenci opieki całodobowej	Pacjenci oddziałów dziennych	Pacjenci poradni	Razem
Wiek (w latach)	18–29 (n)	27,50% (22)	20,29% (14)	22,86% (16)	23,74% (52)
	30–39 (n)	23,75% (19)	26,09% (18)	22,86% (16)	24,20% (53)
	40–49 (n)	22,50% (18)	21,74% (15)	18,57% (13)	21,00% (46)
	50–59 (n)	16,25% (13)	15,94% (11)	21,43% (15)	17,81% (39)
	60–69 (n)	6,25% (5)	11,59% (8)	11,43% (8)	9,59% (21)
	70 i więcej (n)	3,75% (3)	4,35% (3)	2,86% (2)	3,65% (8)
Płeć	Kobiety (n)	45,0% (36)	62,32% (43)	55,71% (39)	53,88% (118)
	Mężczyźni (n)	55,0% (44)	37,68% (26)	44,29% (31)	46,12% (101)
Wykształcenie	Wyższe (n)	20,00% (16)	37,68% (26)	24,29% (17)	26,94% (59)
	Średnie (n)	43,75% (35)	49,28% (34)	45,71% (32)	46,12% (101)
	Zawodowe (n)	23,75% (19)	13,04% (9)	24,29% (17)	20,55% (45)
	Podstawowe (n)	12,50% (10)	0	5,71% (4)	6,39% (14)
Stan cywilny	Kawaler/panna (n)	40,00% (32)	42,03% (29)	37,14% (26)	39,73% (87)
	Żonaty/zamężna (n)	28,75% (23)	28,99% (20)	35,71% (25)	31,05% (68)
	W związku nieformalnym (n)	6,25% (5)	5,80% (4)	8,57% (6)	6,85% (15)
	Rozwiedziony/w separacji (n)	17,50% (14)	20,29% (14)	14,29% (10)	17,35% (38)
	Wdowiec/wdowa (n)	7,50% (6)	2,90% (2)	4,29% (3)	5,02% (11)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Osoby wspólnie zamieszkujące	Sam/sama (n)	17,50% (14)	23,19% (16)	22,86% (16)	21,00% (46)
	Z rodziną (n)	73,75% (59)	65,22% (45)	60,00% (42)	66,67% (146)
	Z innymi osobami (n)	8,75% (7)	11,59% (8)	17,14% (12)	12,33% (27)
Źródło utrzymania	Praca (n)	37,50% (30)	31,88% (22)	32,86% (23)	34,25% (75)
	Renta (n)	25,00% (20)	28,99% (20)	37,14% (26)	30,14% (66)
	Emerytura (n)	5,00% (4)	11,59% (8)	10,00% (7)	8,68% (19)
	Zarobki doraźne (n)	11,25% (9)	8,70% (6)	4,29% (3)	8,22% (18)
	Na utrzymaniu rodziny (n)	18,75% (15)	15,94% (11)	14,29% (10)	16,44% (36)
	Bez środków do życia (n)	2,50% (2)	2,90% (2)	1,43% (1)	2,28% (5)

Dokonano porównania między poszczególnymi charakterystykami badanej grupy a formą opieki psychiatrycznej, z której korzystał pacjent. Wykazano, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy formą opieki psychiatrycznej a płcią ($p = 0,053$). Mężczyźni częściej korzystali z opieki całodobowej (55,0% respondentów), natomiast kobiety częściej korzystały z opieki dziennej i poradni (odpowiednio 62,32% oraz 55,71%). Różnice te charakteryzują się słabą siłą zależności korelacyjnej ($r = 0,13$). Istnieje istotna statystycznie zależność między wykształceniem pacjentów a formą opieki, z której korzystają ($p = 0,010$). Zależność korelacyjna ma charakter bardzo słaby (r na granicy 0). Pozostałe charakterystyki pacjentów nie zależały w sposób istotny od formy opieki psychiatrycznej, z której korzystali pacjenci.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, przeprowadzonego techniką ankiety za pomocą poniższych kwestionariuszy:

- kwestionariusza opinii pacjenta na temat pobytu w oddziale całodobowym,
- kwestionariusza opinii pacjenta na temat opieki w oddziale dziennym, poradni lub w leczeniu środowiskowym,
- kwestionariusza badania satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej *Verona Service Satisfaction Scale VSSS-54*.

Kwestionariusze opinii pacjenta na temat pobytu w oddziale całodobowym oraz opinii pacjenta na temat opieki w oddziale dziennym, poradni lub w leczeniu środowiskowym zostały opracowane w 2003 roku w Instytucie Psychiatrii i Neurologii przez Annę Indulską, Martę Anczewską, Joannę Raduj, Katarzynę Prot oraz Macieja Pałysa. Kwestionariusz przeznaczony dla pacjentów oddziałów całodobowych składa się z pięćdziesięciu dwóch pytań zamkniętych oraz dwóch pytań otwartych. Pytania zamknięte dotyczą oceny udzielonej opieki. Natomiast pytania otwarte są to ogólne pytania o to, co podobało się pacjentowi najbardziej, a co najmniej. Kwestionariusz przeznaczony dla pacjentów oddziału dziennego, poradni i korzystających z leczenia środowiskowego zawiera łącznie czterdzieści sześć pytań: czterdzieści dwa pytania zamknięte (na temat dostępności opieki, postaw personelu, warunków) oraz cztery

pytania otwarte (o to, co najbardziej, a co najmniej się podobało w zajęciach klubowych oraz podczas wizyt/pobytu w oddziale/poradni/ośrodku) [8].

Verona Service Satisfaction Scale VSSS-54 opracowana przez prof. Mirellę Ruggeri służy do badania satysfakcji pacjentów objętych leczeniem w oddziałach dziennych, poradniach i leczeniem środowiskowym. Kwestionariusz został przetłumaczony na język polski w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Skala składa się z siedmiu następujących grup pytań: ogólna satysfakcja pacjenta, umiejętności zawodowe i zachowanie personelu, informacja uzyskana przez pacjenta, dostępność usług, efektywność placówki, typ interwencji, udział rodziny w procesie leczenia [8]. Oceniając warunki opieki, pacjenci mogli wybrać odpowiedź, że są one: „fatalne”, „w większości niesatysfakcjonujące”, „różne”, „w większości satysfakcjonujące” bądź „świetne”. Następnie odpowiedziom przypisano wartości liczbowe od 1 do 5, przy czym wartość 1 odpowiadała odpowiedzi „fatalne”, a wartość 5 odpowiedzi „świetne”.

Wnioskowanie statystyczne zostało oparte na założeniu o normalności rozkładu Gaussa analizowanych zmiennych; wykorzystano test niezależności χ^2 Pearsona służący do analizy zmiennych nominalnych, niezależnych i sprawdzający zależność badanych cech. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Analizując postawy personelu wobec pacjentów oraz włączenie rodziny w proces leczenia jako czynników chroniących pacjentów przed osamotnieniem, uwzględniono następujące aspekty opieki: sposób zwracania się personelu do pacjentów, uprzejmość i kompetencje personelu, udzielanie wsparcia psychicznego, ilość czasu poświęcanego pacjentom, włączenie rodziny w proces leczenia.

Opinie pacjentów opieki całodobowej

Sposób zwracania się personelu do pacjentów

Pacjenci opieki całodobowej w zdecydowanej większości byli zadowoleni ze sposobu, w jaki zwraca się do nich personel medyczny. Najlepiej oceniono pod tym względem lekarzy. Tylko pojedynczy pacjenci wyrazili niezadowolony z tego aspektu opieki (tab. 2).

Tabela 2. **Opinia pacjentów oddziałów całodobowych na temat sposobu zwracania się do nich personelu**

Czy sposób zwracania się był odpowiedni?	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie dotyczy/ brak zdania
Lekarzy (n)	83,75% (67)	12,50% (10)	1,25% (1)	1,25% (1)	1,25% (1)
Pielęgniarki (n)	76,25% (61)	12,50% (10)	5,0% (4)	1,25% (1)	5,00% (4)
Terapeutów (n)	77,50% (62)	10,0% (8)	1,25% (1)	1,25% (1)	10,00% (8)
Rehabilitantów (n)	42,50% (34)	5,0% (4)	0	0	52,50% (42)
Sanitariuszy (n)	36,25% (29)	6,25% (5)	2,50% (2)	1,25% (1)	53,75% (43)

Czas poświęcany pacjentom przez personel

Jeśli chodzi o czas poświęcany pacjentom przez personel medyczny, wykazano istotną statystycznie różnicę między grupą zawodową pielęgniarek a grupą lekarzy – na korzyść pielęgniarek ($p = 0,000$) (tab. 3).

Tabela 3. **Opinia pacjentów oddziałów całodobowych na temat ilości czasu poświęcanego im przez lekarzy i pielęgniarki**

Czy ilość czasu poświęcanego przez personel jest wystarczająca?	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie dotyczy/ brak zdania
Lekarzy (n)	61,25% (49)	32,50% (26)	5,00% (4)	0	0
Pielęgniarki (n)	76,25% (61)	22,50% (18)	1,25% (1)	0	0
Analiza statystyczna	Chi ² = 90,066; df = 6; p = 0,000				

Wsparcie psychiczne

Dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi szczególnie istotne jest wsparcie psychiczne. W przeprowadzonym badaniu 53,75% respondentów (43 osoby) potwierdziło, że otrzymało takie wsparcie, a 27,50% (22 osoby) odpowiedziało, że „raczej” je otrzymało. Natomiast 8,75% badanych (7 osób) wskazało odpowiedź „raczej nie”, a 6,25% (5 osób) – odpowiedź „nie”. Trzy osoby (3,75%) nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie. Ponadto poproszono pacjentów o wskazanie osób, które przede wszystkim udzieliły im wsparcia. Można było podać więcej niż jedną osobę. Największy odsetek badanych wskazał lekarza (46,25%; 37 osób) oraz pielęgniarkę (43,75%; 35 osób). Na trzecim miejscu wymieniano psychologa (23,75%; 19 osób). Inny pacjent udzielił znacznego wsparcia 18,75% badanych (15 osób), a inna osoba – 16,25% (13 pacjentów). Inną osobę (niż lekarz i pielęgniarka) z personelu medycznego wskazało 7,20% pytanych (9 osób), a księdza 2,50% (2 respondentów).

Opinie pacjentów oddziałów dziennych i poradni

Sposób zwracania się personelu do pacjentów

Tak jak pacjentów oddziałów całodobowych, również pacjentów oddziałów dziennych i poradni poproszono o ocenę sposobu zwracania się personelu do pacjentów. Zgodnie z wynikami przedstawionymi w tabelach 4 i 5 pacjentom w większości odpowiadał sposób zwracania się do nich personelu. Najwyższy odsetek negatywnych odpowiedzi („raczej nie” i „nie”) wskazali pacjenci poradni w odniesieniu do zachowania rejestratorek.

Tabela 4. **Opinia pacjentów oddziałów dziennych na temat sposobu zwracania się do nich personelu**

Czy sposób zwracania się był odpowiedni?	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie dotyczy/brak zdania
Lekarzy (n)	79,71% (55)	14,49% (10)	2,90% (2)	0	2,90% (2)
Pielęgniarki (n)	78,26% (54)	11,59% (8)	1,45% (1)	0	5,80% (4)
Sanitariuszy (n)	79,71% (55)	10,14% (7)	2,90% (2)	0	7,25% (5)
Terapeutów (n)	55,07% (38)	5,80% (4)	2,90% (2)	0	36,23% (25)
Rehabilitantów (n)	65,22% (45)	5,80% (4)	4,35% (3)	1,45% (1)	23,19% (16)

Tabela 5. **Opinia pacjentów poradni na temat sposobu zwracania się do nich personelu**

Czy sposób zwracania się był odpowiedni?	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie dotyczy/brak zdania
Lekarzy (n)	81,43% (57)	15,71% (11)	1,43% (1)	0	1,43% (1)
Pielęgniarki (n)	65,71% (46)	17,14% (12)	2,86% (2)	1,43% (1)	12,86% (9)
Terapeutów (n)	38,57% (27)	8,57% (6)	1,43% (1)	0	51,43% (36)
Sanitariuszy (n)	17,14% (12)	11,43% (8)	1,43% (1)	2,86% (2)	67,14% (47)
Rejestratorki (n)	61,43% (43)	17,14% (12)	7,14% (5)	0	14,28% (10)

Opinie wyrażone przez pacjentów oddziałów całodobowych, poradni, jak i leczonych na oddziale dziennym nie różniły się istotnie statystycznie. Wyjątek stanowi opinia odnośnie sanitariuszy w oddziałach całodobowych w porównaniu do oddziałów dziennych. Na oddziale dziennym pacjenci istotnie częściej odpowiadali, że sanitariusze zwracali się do nich odpowiednio ($p = 0,015$) (tab. 6).

Tabela 6. **Wyniki testu niezależności Chi² pomiędzy opinią pacjentów oddziałów całodobowych, dziennych oraz poradni na temat zwracania się personelu do pacjentów**

Opinia na temat sposobu zwracania się	Oddziały całodobowe a oddziały dzienne			Oddziały całodobowe a poradnie			Oddziały dzienne a poradnie		
	Chi ²	Df	p	Chi ²	df	p	Chi ²	df	p
Lekarzy	2,755	6	0,839	11,601	6	0,071	5,712	8	0,679
Pielęgniarek	9,693	12	0,643	16,019	16	0,452	8,066	12	0,780
Terapeutów	4,032	8	0,854	5,843	12	0,924	1,490	6	0,960
Sanitariuszy	24,937	12	0,015*	11,552	16	0,774	14,949	12	0,244
Rejestraterek	6,389	8	0,604	3,500	6	0,744	7,469	12	0,825

* $p < 0,05$

Uprzejmość i kompetencje personelu

Większość pacjentów oddziałów dziennych i poradni jednoznacznie stwierdziła, że personel jest zarówno kompetentny, jak i uprzejmy. Niewielki odsetek pytanym zaprzeczył kompetencjom i uprzejmości personelu. Nie istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy opinią pacjentów oddziałów dziennych oraz poradni (tab. 7).

Tabela 7. Ocena kompetencji i uprzejmości personelu w oddziałach dziennych i w poradniach

Opinia na temat kompetencji i uprzejmości personelu	Czy personel jest kompetentny?		Czy personel jest uprzejmy?	
	opinie pacjentów oddziałów dziennych	opinie pacjentów poradni	opinie pacjentów oddziałów dziennych	opinie pacjentów poradni
Tak (n)	73,79% (51)	71,43% (50)	76,81% (53)	70,0% (49)
Raczej tak (n)	20,29% (14)	24,29% (17)	15,94% (11)	27,14% (19)
Raczej nie (n)	1,45% (1)	2,86% (2)	1,45% (1)	0
Nie (n)	2,90% (2)	0	1,45% (1)	0
Brak zdania (n)	1,45% (1)	1,43% (1)	4,35% (3)	2,86% (2)
Analiza statystyczna	Chi ² = 2,800; df = 6; p = 0,834		Chi ² = 3,524; df = 3; p = 0,318	

Czas poświęcony przez personel pacjentom

Pacjentów oddziałów dziennych i poradni zapytano, czy czas poświęcony im przez personel jest wystarczający na ich wysłuchanie i zrozumienie ich problemów. Większość pytanym odpowiedziała twierdząco na to pytanie (66,67% – 46 pacjentów oddziałów dziennych oraz 57,14% – 40 pacjentów poradni). Nie istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy opiniami pacjentów oddziałów dziennych i poradni (tab. 8).

Tabela 8. Opinia na temat ilości czasu poświęcanego pacjentom przez lekarzy/terapeutów

Odpowiedzi	Czy czas poświęcony przez lekarza/terapeutę jest wystarczający?	
	opinie pacjentów oddziałów dziennych	opinie pacjentów poradni
Tak (n)	66,67% (46)	57,14% (40)
Raczej tak (n)	26,09% (18)	31,43% (22)
Raczej nie (n)	4,35% (3)	8,57% (6)
Nie (n)	0	0
Brak zdania (n)	4,35% (2)	2,86% (2)
Analiza statystyczna	Chi ² = 1,793; df = 2; p = 0,408	

Wsparcie psychiczne

Otrzymanie wsparcia psychicznego zadeklarowało 88,41% (61) pacjentów oddziałów dziennych i 84,29% (59) pacjentów poradni. Tabela 9 ilustruje odpowiedzi na pytanie o to, kto udzielał pacjentom największego wsparcia. W wypadku pacjentów oddziałów dziennych najczęściej wymienianą osobą był terapeuta, a wśród pacjentów poradni – lekarz. Nie istnieje jednak statystycznie istotna zależność pomiędzy wskazaniami pacjentów oddziałów dziennych a wskazaniami pacjentów poradni odnośnie osób udzielających im największego wsparcia ($p = 0,701$).

Tabela 9. Osoby udzielające pacjentom największego wsparcia

Wyszczególnienie	Wskazania pacjentów oddziałów dziennych	Wskazania pacjentów poradni
Lekarz (n)	44,93% (31)	45,71% (32)
Terapeuta (n)	52,17% (36)	1,43% (1)
Rodzina (n)	14,49% (10)	18,57% (13)
Inny pacjent (n)	11,59% (8)	5,71% (4)
Inna osoba z personelu medycznego (n)	5,80% (4)	4,29% (3)
Ktoś inny (n)	4,35% (3)	7,14% (5)
Analiza statystyczna	Chi ² = 20,850; df = 25; p = 0,701	

Wyniki kwestionariusza VSSS-54 w zakresie umiejętności i zachowania personelu oraz włączenia rodziny w proces leczenia

Kwestionariusz VSSS-54 zawiera grupy pytań m.in. o takie aspekty opieki jak umiejętności i zachowanie personelu oraz włączenie rodziny w proces leczenia. Aspekty te zostały ocenione (łącznie przez pacjentów oddziałów dziennych i poradni) na odpowiednio 4,123 pkt i 3,807 pkt na 5,0 możliwych (tab. 10).

Tabela 10. Wyniki kwestionariusza VSSS-54 w zakresie oceny umiejętności i zachowania personelu oraz włączenia rodziny w proces leczenia

Zmienna	Średnia	Odchylenie standardowe
Umiejętności i zachowanie personelu	4,123	0,771
Zachowanie i uprzejmość rejestratorek	4,201	0,659
Kompetencje i profesjonalizm psychiatrów i psychologów	4,209	0,704
Zdolność psychiatrów i psychologów do słuchania i rozumienia	4,209	0,809
Zachowanie i uprzejmość psychiatrów i psychologów	4,367	0,711
Przestrzeganie terminów umówionych wizyt i czasu oczekiwania na wizytę	4,022	0,901
Dyskrecja i szacunek dla praw pacjenta	4,436	0,708

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Dokładność i rzetelność psychiatrów i psychologów	4,216	0,737
Umiejętności psychiatrów i psychologów w zakresie współpracy z lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzami innej specjalności	3,892	0,802
Umiejętności pracowników w zakresie współpracy między sobą	4,036	0,693
Kompetencje i profesjonalizm pielęgniarek i pracowników socjalnych	4,086	0,734
Zachowanie i uprzejmość pielęgniarek, pracowników socjalnych i terapeutów	4,324	0,648
Znajomość przez pielęgniarki (terapeutów) objawów dawnych i aktualnych	3,871	0,830
Jasność i konkretność wskazań otrzymywanych w trakcie wizyt	4,086	0,715
Dokładność i precyzja pielęgniarek i pracowników socjalnych i terapeutów	4,000	0,710
Umiejętność pielęgniarek i pracowników socjalnych w słuchaniu i rozumieniu problemów	3,993	0,763
Przestrzeganie ciągłości opieki (stałość osoby prowadzącej)	4,029	0,889
Włączenie rodziny w proces leczenia	3,807	0,899
Rady dawane najbliższej rodzinie	3,727	0,872
Efektywność ośrodka psychiatrycznego w pomaganiu rodzinie w poznaniu i lepszym zrozumieniu problemów pacjenta	3,813	0,956
Zdolności psychiatrów i psychologów w zakresie słuchania i rozumienia obaw rodziny	3,942	0,737
Jakość informacji otrzymywanych przez rodzinę dotyczących diagnozy i możliwego przebiegu choroby	3,734	0,949
Efektywność ośrodka psychiatrycznego w pomocy rodzinie w lepszym radzeniu sobie z problemami pacjenta	3,820	0,946

Omówienie wyników

W badaniach własnych odnośnie postaw personelu uzyskano podobne wyniki we wszystkich formach opieki nad pacjentem. Zarówno na oddziałach całodobowych, jak i w oddziałach dziennych i w poradniach zdrowia psychicznego zostały one pozytywnie ocenione. We wszystkich formach opieki łącznie 16,44% respondentów oceniło sposób zwracania się personelu do pacjentów jako „nieodpowiedni” lub „raczej nieodpowiedni”. Pozostali pacjenci wyrazili zadowolenie. Również w innych badaniach pacjenci w zdecydowanej większości byli zadowoleni ze sposobu zwracania się do nich personelu [10–13].

Analiza literatury przedmiotu ujawnia różnice we wskazaniach osób udzielających największego wsparcia pacjentom przebywającym na oddziałach całodobowych. W badaniach własnych na pierwszym miejscu znaleźli się lekarze (46,25%), następnie pielęgniarki (43,75%) i psychologowie (23,75%). W badaniach Anczewskiej i wsp. [11] były to przede wszystkim pielęgniarki (51,60%), a w dalszej kolejności lekarze

(44,90%) oraz psychologdy (20,60%). Odmienne wyniki uzyskali Raduj i wsp. [12]. Pierwsze miejsce zajęli w ich badaniu lekarze (59%), drugie inni pacjenci (33%), a dalsze pielęgniarki i psychologdy (po 4%).

Kwestionariusz opinii pacjenta na temat pobytu w oddziale całodobowym zawiera pytanie dotyczące oceny tego, czy lekarze poświęcają pacjentom odpowiednią ilość czasu. Zarówno w badaniach Anczewskiej i wsp. [11], Raduj i wsp. [12], jak i w badaniach autorskich otrzymano podobne wyniki, odpowiednio: 94,30%, 93,0% oraz 93,75% pozytywnych opinii. W badaniach Zarzeczej-Baran i wsp. [13] odsetek pozytywnych opinii był niższy i wynosił 84,0%. Zastosowany w badaniach kwestionariusz zawiera analogiczne pytanie o ilość czasu poświęcanego pacjentom przez pielęgniarki. Odsetki pozytywnych odpowiedzi w tej kwestii to odpowiednio 97,10% w zespole Anczewskiej, 95,0% w badaniach Raduj i wsp., 96,0% w badaniach Zarzeczej-Baran i wsp. oraz 98,75% w badaniach własnych. We wszystkich przytoczonych badaniach pacjenci lepiej ocenili ilość czasu poświęcanego im przez pielęgniarki niż przez lekarzy [11–13].

W badaniach własnych, zgodnie z wynikami kwestionariusza VSSS-54, pacjenci poradni i opieki dziennej ocenili umiejętności zawodowe i zachowanie personelu na poziomie 4,123 pkt. W badaniach przeprowadzonych przez Prot i wsp. [14] wśród 55 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii korzystających z opieki oddziału dziennego, poradni lub zespołu leczenia domowego uzyskany wynik wyniósł 4,17 pkt. W badaniach z udziałem pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi zrealizowanych przez Mavrogriogou i wsp. [15] uzyskano wynik niższy – 3,0. Podobne badanie przeprowadzili Ruggeri i wsp. [16] wśród 404 pacjentów chorujących na schizofrenię, mieszkających w pięciu europejskich miastach: Amsterdamie, Kopenhadze, Londynie, Santander i w Weronie. Najlepszy wynik uzyskano w Kopenhadze (4,13), a najgorszy – w Londynie (3,46). W innych badaniach Ruggeri i wsp., dotyczących osób korzystających z pozaszpitalnej opieki psychiatrycznej w Weronie, uzyskano wynik 4,23 [16].

W Wielkiej Brytanii przeprowadzono wywiady ze 119 pacjentami całodobowej opieki psychiatrycznej. Na ich podstawie stwierdzono, że pacjenci zauważają, że praca pielęgniarek jest ciężka i stresująca, a pielęgniarki często wyrażają uczucie gniewu, frustracji i poczucie beznadziei. Respondenci zarzucili pielęgniarkom brak zrozumienia problemów pacjentów i niewystarczający poziom empatii [17]. W kontekście tych rozważań warto przytoczyć uwagę Dołęgi i wsp. [18], wedle których poprawa warunków pracy personelu opieki psychiatrycznej zwiększy satysfakcję pacjentów oraz zmniejszy koszty psychologiczne personelu.

Zadowolenie ze współpracy specjalistów z krewnymi w badaniach własnych zostało ocenione na 3,807 pkt. W innych badaniach zadowolenie to było niższe (w przedziale 1,4–3,75) [15,19]. Jest to niepokojące zjawisko, biorąc pod uwagę znaczenie funkcjonowania rodziny w procesie leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi [20].

Wnioski

Wszyscy respondenci, niezależnie od tego, jaką formą opieki psychiatrycznej byli objęci, deklarowali, że otrzymują wsparcie psychiczne w procesie leczenia, głównie ze strony lekarza. Zachowanie i kompetencje personelu zostały wysoko ocenione we

wszystkich formach opieki. Biorąc pod uwagę ciężkie warunki pracy, w tym niedobory kadrowe, należy podkreślić, że pozytywne opinie pacjentów odzwierciedlają trud i wysiłek personelu wkładany w zapewnienie opieki na jak najwyższym poziomie. Pacjenci oddziałów dziennych i poradni ocenili włączenie rodziny w proces leczenia na średnim poziomie. W celu przeciwdziałania osamotnieniu osób z zaburzeniami psychicznymi należy więc wdrożyć rozwiązania organizacyjne, które pozwolą na większy udział rodziny w procesie leczenia. Mogą to być mechanizmy wsparcia dla członków rodziny w postaci dodatkowych szkoleń, uruchomienia infolinii itp.), a także nowinki technologiczne ułatwiające pobyt pacjentów w domu rodzinnym (elektroniczny monitoring, możliwość natychmiastowej sygnalizacji pogorszenia stanu zdrowia, stanów lękowych itd.). Nie bez znaczenia byłoby uzupełnienie niedoborów kadrowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, m.in. przez zachęcanie absolwentów medycyny do wyboru tej specjalizacji oraz zapewnienie personelowi odpowiedniego wynagrodzenia. Wszystko to pozwoli lekarzom i innym profesjonalistom poświęcić więcej czasu nie tylko pacjentowi, ale również jego rodzinie. Spokojna rozmowa na temat choroby, jej objawów, sposobu leczenia może przyczynić się do jej zaakceptowania przez rodzinę chorego i w konsekwencji będzie przeciwdziałać osamotnieniu pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(6): 1201–1211.
2. WHO Regional Committee for Europe – 63rd session. *Fact sheet – Mental health*. Source Geneva, World Health Organ Source, Mental Health Atlas Geneva, World Health Organ; 2004. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en (dostęp: 7.11. 2017).
3. Moskalewicz J, Wciórka J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Podsumowanie – rozpowszechnienia, bariery i rekomendacje*. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. S. 267–277.
4. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG i wsp. *Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatr. Scand. 2012; 125(6): 440–452. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.
5. Bażydło M, Karakiewicz B. *Implementation of the National Mental Health Protection Programme and the availability of psychiatric care*. Family Medicine & Primary Care Review. 2015; 3(17): 175–179. Doi: 10.5114/fmper/45034.
6. Świtaj P. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*. W: Wciórka J red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*. Warszawa: Raport Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014. S. 80–87.
7. Wojtecka A. *Psychiatria środowiskowa w województwie pomorskim – wybrane aspekty*. Gdańsk: Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych; 2011.
8. Indulska A, Anczewska M, Raduj J, Port K, Pałyska M. *Ocena jakości usług medycznych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej*. Warszawa; 2008.

9. Wróblewska I, Sobik-Niemczynowska B, Błaszczuk J, Chylicka-Jasionowska K, Kurpas D. *Family Medicine & Primary Care Review*. Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych; 2014.
10. Anczewska M, Indulska A, Raduj J, Pałyska M, Prot K. *Analiza jakościowa opinii pacjentów o pobycie w szpitalu psychiatrycznym*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(3): 427–434.
11. Anczewska M, Raduj J, Indulska A, Pałyska M, Prot K. *Porównanie opinii pacjentów o jakości opieki na oddziałach psychiatrycznych i neurologicznych*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(2): 255–265.
12. Raduj J, Indulska A, Anczewska M, Lechowicz W, Pałyska M, Prot K. *Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(4): 293–298.
13. Zarzeczna-Baran M, Bandurska E, Nowalińska M, Daniluk R. *Ocena jakości usług opiekuńczo-leczniczych dokonana przez pacjentów psychiatrycznego lecznictwa zamkniętego*. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2012; 42: 41–52.
14. Prot K, Pałyska M, Anczewska M, Indulska A, Raduj J. *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(4): 299–304.
15. Mavrogiorgou P, Siebers F, Juckel G, Kienast T. *Patient satisfaction with specialized mental health service for obsessive-compulsive disorder*. *Ann. Gen. Psychiatry* 2013; 12: 41. Doi: 10.1186/1744-859X-12-41.
16. Ruggeri M, Lasalvia A, Salvi G, Cristofalo D, Bonetto C, Tansella M. *Applications and usefulness of routine measurement of patients' satisfaction with community-based mental health care*. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2007; 116(s437): 53–65. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01093.x.
17. Stewart D, Burrow H, Duckworth A, Dhillon J, Fife S, Kelly S i wsp. *Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff*. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2015; 24(1): 82–90. Doi: 10.1111/inm.12107.
18. Dołęga Z, Borczykowska-Rzepka M, Kędra E. *Koszty psychologiczne personelu medycznego w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychiatrycznymi*. *Piel. Zdr. Publ.* 2014; 4(3): 257–272.
19. Trujols J, Garijo I, Siñol N, del Pozo J, Portella MJ, Pérez de los Cobos J. *Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: The relevance of participation in treatment and social functioning*. *Drug Alcohol Depend.* 2012; 123(1–3): 41–47. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.10.014.
20. Stewart SE, Hu Y-P, Hezel DM, Proujansky R, Lamstein A, Walsh C i wsp. *Development and psychometric properties of the OCD Family Functioning (OFF) Scale*. *J. Fam. Psychol.* 2011; 25(3): 434–443. Doi: 10.1037/a0023735.

Adres: Marta Bażydło
Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Społecznej
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
71-210 Szczecin, ul. Żołnierska 48
e-mail: marta.bazydlo@pum.edu.pl

Otrzymano: 1.12.2017
Zrecenzowano: 12.03.2018
Otrzymano po poprawie: 23.03.2018
Przyjęto do druku: 4.04.2018