

Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie

Social support of chronically mentally ill patients

Paweł Bronowski, Maria Załuska

IV Klinika Psychiatrii IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. M. Załuska

Summary

Aim: Assessment of the social support system of mentally ill persons covered by a local rehabilitation programme situated in Targówek, Warsaw.

Method: The sample consists of 92 participants with serious mental illness. Bizoń's Social Support Inventory and Social Support Map were used.

Results: Patients' social networks were small (9 persons in average) but had a broad scope of functions. Therapists from community rehabilitation services constitute the biggest group of persons included in the individual network of social support. Lack of emotional support is observed.

Conclusion: Participation in a local system of rehabilitation improves the quantity and quality of individual systems of social support.

Słowa klucze: schizofrenia, oparcie społeczne

Key words: schizophrenia, social support

Wstęp

Pacjenci przewlekle chorzy psychicznie mają trudności w funkcjonowaniu społecznym. Konsekwencją tego jest ich materialne i socjalne upośledzenie, niekiedy marginalizacja, aż do społecznego wykluczenia. Zjawiskom tym można zapobiegać poprzez programy rehabilitacji i oparcia społecznego dla osób, które na skutek choroby psychicznej lub upośledzenia mają poważne trudności w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego i w kontaktach społecznych. Za szczególnie pomocne uważa się dwie techniki: treningi umiejętności życiowych i społecznych, oraz wspieranie funkcjonowania w warunkach lokalnej społeczności. Stanowi to swoisty standard w nowoczesnej opiece psychospołecznej dla osób chorujących psychicznie [1].

Wyniki badań dotyczących systemów wsparcia społecznego wśród osób chorujących na schizofrenię wskazują na ich niewydolność. Podczas gdy w systemach oparcia

istniejących w populacji ogólnej występuje na ogół po prawie 40 osób [2], to chorzy psychicznie mogą wskazać do 20 takich osób (łącznie z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami oraz kolegami z pracy), chorujący zaś przewlekłe na choroby psychiczne tylko do 4–5, w tym w większości krewnych [3]. W badaniach Simona [4], Clintona i wsp. [5], oraz Goldberga i wsp. [6] wykazano, że chorujący na schizofrenię, zwłaszcza przewlekłe, mają znacząco gorsze systemy oparcia społecznego, zarówno pod względem liczebnym (średnio 4–5, najwyżej do 10, a w grupach ciężiej chorych tylko do 3 osób), jak i jakościowym. Większość pacjentów otrzymywała wsparcie najczęściej od bliskiej rodziny (rodzice, małżonkowie lub dzieci), rzadziej od przyjaciół i krewnych, a terapeuci realizujący programy rehabilitacyjne byli najrzadziej wymieniani wśród źródeł oparcia. Dodatkowym problemem jest to, że chorym na schizofrenie jest szczególnie trudno uzyskać wsparcie emocjonalne. We wspomnianych badaniach Clintona i wsp. [5] 60% grupy schizofreników zgłaszało potrzebę większego wsparcia emocjonalnego, zwłaszcza doradzania i zaufania.

Problem niedostatku emocjonalnych elementów oparcia nabiera szczególnego znaczenia u osób przewlekłe chorych wyizolowanych, pozbawionych wsparcia rodziny. Uzyskiwane przez nich w systemach rehabilitacji społecznej wsparcie jest odczuwane przede wszystkim jako coś „formalnego”. Wsparcie emocjonalne, które jest częścią „funkcjonowania pozainstytucjonalnego” jest w tych systemach trudniejsze do uzyskania [7, 8]. Również zdaniem Crosswella i wsp. [2], chorzy na schizofrenię szczególnie trudno uzyskują oparcie „emocjonalne”, dlatego też optymalne byłyby systemy wsparcia składające się z „formalnych” i „emocjonalnych” – czyli mniej zinstytucjonalizowanych elementów. Według Harvey [9] niewydolność systemu oparcia osób psychicznie chorych polega przede wszystkim na niedostatku interakcji z osobami spoza formalnych struktur leczenia lub rehabilitacji. Kontakty społeczne są jak wiadomo jednym z istotnych elementów jakości życia. Poczucie małej satysfakcji życiowej w schizofrenii wiąże się ze słabą i niewydolną siecią społeczną i deficytami interpersonalnymi [10, 11, 12], dlatego też skuteczne oddziaływania pozwalające na zwiększenie satysfakcji życiowej osób przewlekłe chorujących psychicznie to łączenie oddziaływań leczenia psychiatrycznego z działalnością placówek niemedycznych zapewniających wsparcie społeczne [13, 14]. W przypadku osób chorujących przewlekłe, które spędziły wiele lat w szpitalach psychiatrycznych, wsparcie społeczne stanowi podstawę procesu rehabilitacji [15, 16].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego [17] oraz wynikające z niej zmiany w systemie pomocy społecznej zapoczątkowały w Polsce dynamiczny rozwój lokalnej, pozamedycznej opieki środowiskowej dla osób przewlekłe chorych psychicznie. Oferta dla chorych psychicznie wygląda najkorzystniej tam, gdzie działania psychiatrycznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej wzajemnie się uzupełniają. Jednym z przykładów takich skoordynowanych działań jest oferta w warszawskiej dzielnicy Targówek. W skład systemu leczenia psychiatrycznego wchodzi oddział całodobowy, dzienny, zespół leczenia środowiskowego i ambulatorium funkcjonujące na tym terenie od przełomu lat 70. i 80. Podstawowymi elementami środowiskowego systemu rehabilitacji

i oparcia społecznego są utworzone w latach 1997 i 1998 placówki: Warsztat Terapii Zajęciowej, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Środowiskowy Dom Samopomocy z mieszkaniem chronionym, Klub Pacjenta oraz Punkt Aktywizacji Zawodowej. System powstał i funkcjonuje w ramach ścisłej współpracy lecznictwa psychiatrycznego (początkowo IV Kliniki Psychiatrii IPiN, obecnie II Kliniki Psychiatrii AM), pomocy społecznej, organizacji pozarządowej (Bródnowskie Stowarzyszenie POMOST) i lokalnego samorządu (poprzednio gminy, obecnie dzielnicy Targówek). Specyfika tego systemu wiąże się z następującymi jego cechami:

- obejmuje dość liczną grupę podopiecznych zamieszkujących w lokalnym środowisku
- jest stabilny (placówki działają w niezmienionej formule już od kilku lat),
- placówki medyczne i pozamedyczne tworzące system współpracują ze sobą.

We wcześniejszym okresie wykazano, iż działalność zespołu leczenia środowiskowego w dzielnicy Targówek istotnie redukowało hospitalizacje psychiatryczne [18]. W pierwszych dwu latach po otwarciu placówek środowiskowych (Warsztatu Terapii Zajęciowej, Środowiskowego Domu Samopomocy i Specjalistycznych Usług Opiekuńczych) wykazano dalszą istotną redukcję zarówno hospitalizacji, jak i pobytów na psychiatrycznym oddziale dziennym [19].

Cel badań

Głównym celem podjętych badań była ocena istniejących systemów wsparcia społecznego oraz znaczenia wsparcia instytucjonalnego dla osób chorujących psychicznie objętych opieką placówek środowiskowych w dzielnicy Targówek. Cele szczegółowe można zestawić następująco:

- określenie liczebności systemu wsparcia społecznego, udzielanego w ramach oddziaływań środowiskowych,
- określenie funkcji uzyskiwanego wsparcia oraz jego źródeł.

Dzięki zebrany danym możliwe jest dokonanie swoistej „fotografii” lokalnego systemu wsparcia społecznego osób chorujących psychicznie po 4 latach jego funkcjonowania.

Metoda i narzędzia

Dane na temat osób badanych i ich oparcia społecznego obejmują okres 01.09. – 05.12.2001. Były one zbierane indywidualnie przez przeszkolonych ankierów na terenie placówek wsparcia społecznego oraz w mieszkaniach podopiecznych. Zastosowano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz i Mapa Oparcia Społecznego Z. Bizonia. Umożliwia ustalenie wielkości systemu oparcia. Osoby wchodzące w skład systemu pogrupowane są w 8 ogólnych kategorii zwanych obszarami (współdomowników, najbliższych krewnych,

dalszych krewnych, kolegów z pracy, sąsiadów, znajomych, terapeutów, innych znaczących osób) [20].

2. Inwentarz Podtrzymania Społecznego Z. Bizonia. Pozwala na ocenę rodzaju podtrzymania oraz pomiar wielkości i zakresu oparcia, na który osoba badana może liczyć. W Inwentarzu uwzględniono 8 rodzajów oparcia (funkcji podtrzymujących): służenie radą, wyręczanie w codziennych obowiązkach, popieranie, opiekowanie się, przychodzenie z pomocą w niespodziewanych kłopotach, pocieszanie w zmartwieniu, podnoszenie na duchu, powiernictwo w sprawach osobistych oraz dodatkowo tzw. bezwarunkowe oparcie [21].

Oba narzędzia pozwalają na zebranie wyczerpującego materiału charakteryzującego indywidualne systemy oparcia społecznego. Były one szeroko wykorzystywane m.in. w badaniach nad funkcjonowaniem społecznym osób chorujących psychicznie oraz uzależnionych od alkoholu [22].

3. Kwestionariusz dotyczący przebiegu choroby (opracowany na potrzeby badań).

Pozwala na zebranie informacji o przebiegu choroby (czas trwania choroby, wiek zachorowania, hospitalizacje), danych socjodemograficznych (wiek, wykształcenie, stan cywilny, miesięczne dochody) oraz korzystania z placówek środowiskowego wsparcia społecznego.

Badana grupa

Grupa objęta badaniami liczyła 92 osoby. W jej skład weszły osoby korzystające z oferty placówek wsparcia społecznego nie krócej niż 3 miesiące. Było wśród nich 57 kobiet i 35 mężczyzn. Średni wiek w całej grupie wynosił 47 lat. Tylko 11 osób (12% grupy) żyło w związku małżeńskim, a 88% było samotnych. Przeważały osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym (razem 53,2%) lub średnim (43,5%); wyższe miało tylko 3,3%. U 94,6% osób orzeczono inwalidztwo I lub II grupy. Średni czas trwania choroby psychicznej w tej grupie wynosił 16 lat, a średnia liczba hospitalizacji 8. Wśród rozpoznań przeważały zaburzenia psychotyczne schizofreniczne (80,5%), natomiast zaburzenia afektywne i różne zespoły na podłożu organicznym występowały znacznie rzadziej (9,8% i 9,7%).

Reasumując, można stwierdzić, że grupa objęta badaniami składa się w większości z samotnych osób z zaburzeniami psychotycznymi, głównie schizofrenicznymi, chorujących przewlekle, wielokrotnie hospitalizowanych na oddziałach całodobowych.

Wszystkie osoby objęte badaniami korzystały nie krócej niż trzy miesiące z oferty co najmniej jednej z 3 placówek środowiskowych społecznego oparcia: Warsztatu Terapii Zajęciowej (WTZ), Środowiskowego Domu Samopomocy (ŚDS), Specjalistycznych Usług Opiekuńczych (SUO) – tabela 1.

Jak wynika z tabeli 1, najdłuższy był okres pozostawania pod opieką Środowiskowego Domu Samopomocy, następnie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych. Najkrótszy był okres uczestnictwa w programie Warsztatu Terapii Zajęciowej. Najwięcej osób znajdowało się pod opieką SUO (44,5%). Należy dodać, że w badanej grupie 13 osób (14,1%) regularnie korzystało w godzinach popołudniowych z oferty klubu „Promyk”.

Tabela 1

Liczba osób uczestniczących w programach poszczególnych placówek i średni czas pozostawania pod ich opieką do momentu przeprowadzenia badań

Rodzaj placówki	Liczba osób	%	Średni czas pozostawania pod opieką w miesiącach
UTZ	25	27,2	21,58
ODE	26	28,3	29,62
SUD	41	44,5	27,88

Wyniki

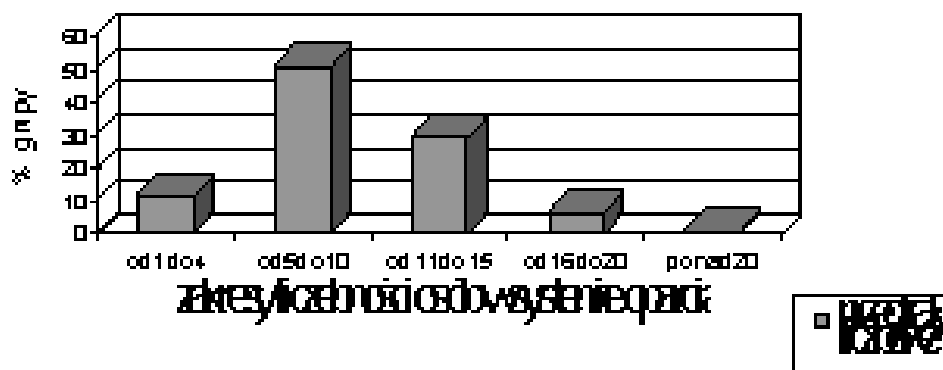
Liczebność indywidualnych systemów wsparcia społecznego

Zbadano dwie zmienne charakteryzujące wsparcie społeczne: jego liczebność oraz zakres. Liczebność indywidualnych systemów wsparcia społecznego badanych osób przedstawia tabela 2 i rycina 1.

Tabela 2

Liczebność indywidualnych systemów oparcia społecznego badanych osób

Zakresy liczebności systemów wsparcia	Liczba osób badanych	% badanej grupy
1-4	11	12,0
5-10	47	51,1
11-15	27	29,3
16-20	6	6,5
> 21	1	1,1



Rys. 1. Liczebność indywidualnych systemów oparcia społecznego badanych osób

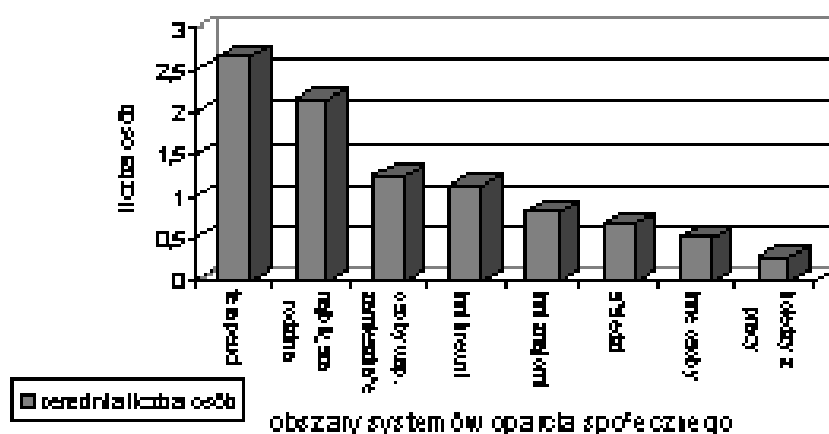
Najwięcej spośród badanych (51,1%) wymieniło w swoim systemie społecznego oparcia od 5 do 10 osób, nieco mniej (29,3%) – od 11 do 15 osób w systemie. Średnia liczba osób wchodzących w skład systemów oparcia w badanej grupie wyniosła nieco ponad 9 osób.

Tabela 3 i rycina 2 zawiera informacje o liczebności w poszczególnych obszarach systemów oparcia.

Tabela 3

Średnia liczba osób w poszczególnych obszarach indywidualnych systemów oparcia społecznego badanych 92 osób

Obszar systemu oparcia	Średnia liczba osób w poszczególnym obszarze	Odchylenie standardowe
Terapeuci	2,66	1,44
Najbliższa rodzina	2,16	1,73
Osoby wspólnie zamieszkujące	1,25	1,15
Inni krewni	1,15	1,34
Inni znajomi	0,82	1,25
Siłownia	0,68	1,04
Inne osoby	0,52	0,52
Koledzy z pracy	0,29	0,29



Rys. 2. Średnia liczba osób w poszczególnych obszarach indywidualnych systemów oparcia społecznego badanych

Z poszczególnych obszarów indywidualnych systemów społecznego oparcia osób pozostających pod opieką placówek środowiskowych najliczniej reprezentowany był obszar „terapeuci” (średnio 2,66), na drugim miejscu znajdowały się osoby z najbliższej rodziny oraz wspólnie zamieszkające, najmniej licznie byli reprezentowani koledzy

z pracy (średnio 0,29). Tylko u 2 osób badanych (2,2%) „terapeuci” nie występowali w systemie oparcia społecznego. „Koledzy z pracy” nie występowali w systemach wsparcia 76 osób (82,6%), „sąsiedzi” – 54 osób (58,7%), „inni znajomi” – 48 osób (52,2%), „osoby wspólnie zamieszkałe” – 30 osób (32,4%), „dalsi krewni” – 35 osób (38,0%), „najbliższa rodzina” – 14 osób (15,2%).

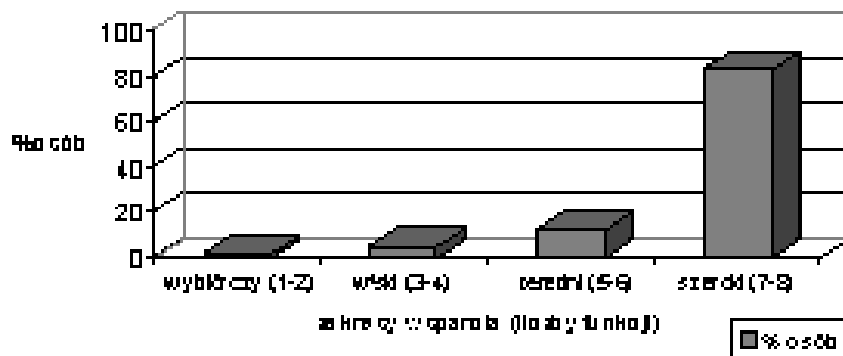
Zakres funkcji wsparcia społecznego

Dane dotyczące zakresu podtrzymania (czyli liczby funkcji, które zapewniają wsparcie w zakresie: doradzania, pomocy doraźnej, pocieszania, powiernictwa, bezwarunkowego oparcia, wyręczenia, protekcji i opieki) przedstawione są w tabeli 4 i na rycinie 3.

Tabela 4

Zakresy wsparcia społecznego uzyskiwanego przez badane 92 osoby

Zakres	Liczba osób badanych	%osób w grupie
Wyciączy (1-2 funkcje)	1	1,1
Uzięta (3-4 funkcje)	4	4,3
Ośredni (5-6 funkcji)	11	12,0
Szeroki (7-8 funkcji)	76	82,6



Rys. 3. Zakresy wsparcia społecznego badanych 92 osób

Jak wynika z tabeli i ryciny, 94,6% osób z badanej grupy dysponuje systemami wsparcia, które są w stanie zaspokoić znaczącą liczbę funkcji.

Podobnie przedstawiają się dane o średniej liczbie osób zapewniających wsparcie w zakresie poszczególnych funkcji (tab. 5, ryc. 4).

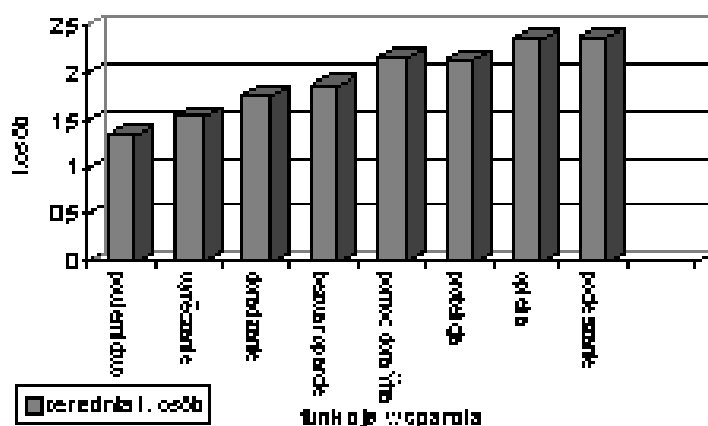
Odsetki osób zgłaszających deficyty w zaspokajaniu poszczególnych funkcji wynosiły: „doradzanie” – (3,3%) 3 osoby, „protekcja” – (5,4%) 5 osób, „wyręczenie” – (6,5%) 6 osób, „bezwarunkowe oparcie” – (6,5%) 6 osób, „opieka” – (6,5%) 6 osób, „pocieszanie” – (7,6%) 7 osoby, „pomoc doraźna” – (15,2%) 14 osób, powiernictwo – (23,9%) 22 osoby. Najwięcej deficytów występuje w zaspokajaniu funkcji

„pomoc doraźna” oraz „powiernictwo”. 23,9% uczestników badanej grupy nie miało w swoim otoczeniu nikogo, komu mogłoby się zwierzyć ze swoich „nawet najbardziej osobistych problemów i kłopotów”. W znaczącym stopniu zaspokajane są natomiast funkcje związane z formalnymi aspektami wsparcia, takimi jak: „opieka”, „protekcja” oraz „pocieszenie”.

Tabela 5

Średnia liczba osób udzielających wsparcia w zakresie poszczególnych funkcji

Funkcja	Średnia liczba osób	SD
Powiernictwo	1,35	1,18
Utyższanie	1,54	0,89
Doradzanie	1,76	1,22
Bezwartunkowe oparcie	1,87	1,34
Pomoc doraźna	2,16	2,59
Protekcja	2,24	1,97
Opieka	2,36	1,48
Pocieszenie	2,38	1,83



Rys. 4. Średnia liczba osób udzielających badanym wsparcia w zakresie poszczególnych funkcji

Omówienie wyników

Grupa objęta badaniami składa się z osób przewlekle chorujących psychicznie. Ilustrują to dane o średnim czasie trwania choroby (16 lat), średniej liczbie przebytych hospitalizacji (8). Badana grupa w 88% składała się z osób samotnych. Liczebność systemu społecznego oparcia tej grupy nie jest duża (średnio 9, maksymalnie 18 osób); jest to mniej niż w populacji ogólnej według Crosswella i wsp. [2], jednak więcej niż w grupach osób przewlekle i poważnie chorujących psychicznie badanych przez Pat-

tisona i wsp. [3] (do 4-5 osób wspierających), chorych na schizofrenię w badaniach Clintona i wsp. [5] (do 5 osób), oraz Goldberga i wsp. (średnio 4,18) [6].

Wśród badanych przez nas osób najliczniejszą grupą wchodzącą w skład ich systemu oparcia są „terapeuci” (średnio 2,66 osoby). Zarazem niewielki odsetek badanych stwierdził, iż w jego systemie wsparcia nie ma nikogo z obszaru „terapeuci” (2,2%). Inaczej przedstawiało się to w cytowanych powyżej badaniach Clintona i wsp., Goldberga i wsp. oraz Simona [4], w których badani jako osoby wspierające najczęściej wymieniali najbliższą rodzinę i przyjaciół, a najrzadziej profesjonalistów i terapeutów. Tak więc to „terapeuci” powodują, że system oparcia w zbadanej przez nas grupie jest liczniejszy niż w cytowanych powyżej badaniach. Tym samym grupa ta jest bardziej porównywalna z chorymi, o których piszą Nystrom i Lutzen [7], Bengtsson-Tops i Hansson [8], Crosswell i wsp. [2] lub Harvey [9]. Są to chorzy, dla których problemem może się stać niedostatek pozainstytucjonalnego oparcia społecznego.

Zakres wsparcia uzyskiwany w badanej przez nas grupie można określić jako szeroki – prawie 95% osób deklaruje, że korzysta z 7 lub 8 funkcji wsparcia, jednak uwidaczniają się też i deficyty w poszczególnych funkcjach. Wyraźnie dotyczą one funkcji „powiernictwo” – 24% badanej grupy nie miało w swoim otoczeniu nikogo, komu mogłoby się zwierzyć ze swoich „nawet najbardziej osobistych problemów i kłopotów” – jest to wsparcie w „emocjonalnym” wymiarze. W znaczącym stopniu zbadane systemy zaspokajają natomiast funkcje związane z formalnymi aspektami wsparcia takimi jak: „opieka”, „protekcja” oraz „pocieszanie”. Potwierdza to obserwacje Crosswella i wsp. [2], że schizofrenicy szczególnie trudno uzyskują oparcie „emocjonalne” i pokazuje, że niełatwo jest budować optymalne systemy wsparcia, które składałyby się z „formalnych” i „emocjonalnych” elementów.

Jest to też zgodne z wynikami badań amerykańskich z roku 1998 [5], w których 60% chorych na schizofrenię zgłaszało potrzebę większego wsparcia emocjonalnego, przede wszystkim doradzenia i zaufania, a także badań szwedzkich Nystroma i Lutzena [7], w których wsparcie w systemach rehabilitacji społecznej było odczuwane przede wszystkim jako „formalne”.

Uzyskane przez nas wyniki korespondują z tezami Bengtsson-Tops i Hanssona z roku 2001 [8] podkreślających znaczenie nieformalnych, czyli „pozainstytucjonalnych” źródeł, w znacznie większym stopniu zaspokajających zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne. Wskazuje to na doniosłe znaczenie systemu rodzinnego i pozainstytucjonalnych kontaktów społecznych dla omawianej grupy chorych. Uwydatnia potrzebę tworzenia sieci wsparcia dla rodzin i przyjaciół osób chorych psychicznie, a także znaczenie oddziaływań na szersze kręgi społeczne, zmierzających do kształtowania postaw akceptacji i otwartości wobec chorych psychicznie żyjących w lokalnych środowiskach.

Wnioski

1. Środowiskowy system placówek oparcia społecznego i rehabilitacji w dzielnicy Targówek obejmuje opieką pacjentów przewlekle chorujących psychicznie. Ułatwia to im funkcjonowanie poza szpitalem i wpływa dodatnio na jakość życia. Indywidualne

systemy oparcia są uzupełniane ilościowo i funkcjonalnie przez terapeutów z placówek środowiskowych.

2. Badania ujawniły opisywany w literaturze problem niedostatku funkcji wsparcia emocjonalnego przewlekle chorych na schizofrenie korzystających z instytucjonalnych systemów społecznego oparcia i dotkniętych niedostatkiem pozainstytucjonalnych bliskich więzi i społecznych interakcji.

3. Niedostatek emocjonalnych aspektów wsparcia uzyskiwanego przez badanych uwypatnia potrzebę tworzenia sieci wsparcia dla rodzin i przyjaciół chorych psychicznie, a także podnosi znaczenie oddziaływań zmierzających do kształtowania postaw akceptacji i otwartości wobec chorych psychicznie żyjących w lokalnych środowiskach.

Íáúlnnállíur d'íeiuú æē d'föclínná n ödñíc=lnęęcē d'nćōc=lnęęcē áiel'ci' ēē

Ńiáid'ci'ci

Čřáři'ci' čnněláři'ci': Ďčáľáľíř řolíř řčnnlěú íáúlnnállíurē d'íeiuú æē ēčō, ó+řnnáóřúčō ā nřōčřeuiúē d'điádreēľ d'řáččňřčēč d'nćōc=lnęē áieuiúō n ödñíc=lnęęcē nľ=ľičlē řřáiel'ári'ē', d'đičč-āřřúčō ā āřřřřāņēē đřeiiľ Ńřđāōāię. Ďđē d'íeiuú ēřđnnú íáúlnnállíurā ięđōčlie' č Čiáľnnřđ' íáúlnnállíurē d'íeiuú čnněláři'ci' 92 d'nćōc=lnęęcē áieuiúō.

Đičōēññřñú: Ā řnnřā čiāčāčāōřeuiúō řčnnlē d'íeiuú ā čnněláři'ci'ē āđōđ'đ' āōiāčēi, ā nđáilē, 9 +ľeiiāļē. Ýñi áúřēř ířčáieüřř' ēiāđñř, đđē+čñē' ľēř' ē řčnnlēřē d'íeiuú, ā ēñiđiē đřáinřřñ nľđř-đ'ľāñú čę íáúlnnállíurō őľinnđiā. Čiāčāčāōřeuiúľ řčnnlēú d'íeiuú őřđřēñľđčōřññ' řēđiečē đřáčōñiē őñēōā, iáirēř iñēľ=ľiú āľōčōčñú ā đ'ñđľáinñ'ō ýēřōčirēuiúō řnd'ľēñiā nřēię d'íeiuú.

Āúáiiāú: Ó+řnnčľ ā đđiádreēľ d'íeicčñlēuiú āēč ľn íř +čñēľiinnū č đřáčōñ čiāčāčāōřeuiúō řčnnlē íáúlnnállíurē d'íeiuú æē d'nćōc=lnęęcē áieuiúō n ödñíc=lnęęcē nľ=ľičlē áiel'ci'ēč.

Soziale Unterstützung bei chronisch psychisch kranken Patienten

Zusammenfassung

Ziel der Studie: Beurteilung der Systeme der sozialen Unterstützung der Personen, die an einem Rehabilitationsprogramm für psychisch Kranke im Warschauer Stadtviertel Targówek teilnehmen.

Methode: Mit Hilfe der "Karte der Sozialen Umgebung" und des "Inventars der Sozialen Unterstützung" wurden 92 psychisch kranke Personen untersucht, die an dem Programm teilnehmen.

Ergebnisse: Die individuellen Systeme der Unterstützung bestehen in der untersuchten Gruppe aus durchschnittlich 9 Personen, die zahlreichste Kategorie der Unterstützungssysteme bilden die Therapeuten von den Milieuzentren. Individuelle Systeme der sozialen Unterstützung charakterisieren sich mit einem breiten Umfang. Sie zeigen aber die Defizite beim Befriedigen der emotionalen Aspekte der Unterstützung.

Schlussfolgerungen: Die Teilnahme an dem Programm beeinflusst positiv die Anzahl und den Umfang der individuellen Systeme der sozialen Unterstützung bei den chronisch psychisch Kranken.

Le support social des patients psychiatriques chroniques

Résumé

Objectif: estimer le système du support social des patients psychiatriques chroniques participant au programme de réhabilitation du quartier de Targówek, Varsovie.

Méthode: on examine 92 malades, participant à ce programme, en usant: Social Support Map, Social Support Inventory.

Résultats: le groupe du système du support social se compose de 9 personnes (en moyenne). Le groupe le plus nombreux est constitué des thérapeutes des centres communautaires de réhabilitation. L'activité de ces groupes est très large, on observe seulement le manque du support émotionnel.

Conclusions: la participation à ce programme influe favorablement sur le nombre et la qualité du système du support social des patients chroniques.

Piśmiennictwo

1. Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. *The psychosocial treatment of schizophrenia: An update*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 163–175.
2. Crosswell C, Kuipers L, Power M. *Social networks and support in long term psychiatric patients*. Psychol. Med. 1992; 22: 1019–1026.
3. Pattison F, Defrancisco D, Wood P, Frazier H, Crowder J. *A psychosocial kinship model for family therapy*. Am. J. Psychiatry 1975; 132 (12): 1246–1251.
4. Simon S. *Social networks: their relevance to mental health nursing*. J. Adv. Nurs. 1994; 19: 281–289.
5. Clinton M, Lunney P, Edwards H, Weir R, Barr J. *Percived social support and community adaptation in schizophrenia*. J. Adv. Nurs. 1998; 27: 955–965.
6. Goldberg R, Rollins A, Lehman A. *Social network correlates among people with psychiatric disabilities*. Psychiatr. Reh. J. 2003; 26 (4): 393–402.
7. Nystrom M, Lutzen K. *Psychiatric care service – an exploration of the professional world encountered by persons with long-term mental illness*. Scand. J. Caring. Sc. 2002; 16: 171–178.
8. Bengtsson-Tops A, Hansson L. *Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community, relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology 2001; 47(3): 67–77.
9. Harvey C. *The Camden schizophrenia survey. The psychiatric, behavioral and social characteristics of the severely mentally ill in an inner London health district*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168: 410–417.
10. Gupta S, Kulhara P, Veram S. *Quality of life in schizophrenia and dysthymia*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 97: 290–296.
11. Bengtsson-Tops A, Hansson L. *Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidem. 1999; 34: 513–518.
12. Rudnick A, Kravetz S. *The relation of social support-seeking to quality of life in schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 2001; 189: 258–262.
13. Mares A, Young A, McGuire J, Rosenhacka R. *Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes*. Comm. Mental Health J. 2002; 38(6): 447–457.
14. Barton R. *Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a reviews of outcomes and policy recommendations*. Psychiatr. Serv. 1999; 50(4): 525–534.
15. 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.
16. Mowbray C, Bybee D, Collins M. *Integrating vocational services on case management teams:*

- outcomes from a research demonstration project.* Mental Health Serv. Res. 2000; 2(1): 51–66.
17. Ustawa z dnia 19 VIII 1994. *O ochronie zdrowia psychicznego.* Dz.U. nr 111 z 1994. poz. 535.
18. Prot-Herczyńska K. *Wpływ różnych form opieki pozaszpitalnej na koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii.* Post. Psychiatr. Neurol 1995; 4: 299–313.
19. Załuska M, Paszko J. *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych.* Psychiatr. Pol. 2002; 6: 953–966.
20. Bizoń Z, Bernstein E, Kraśko N, Ostrowska I. *Charakterystyka otoczenia społecznego pacjentów alkoholików.* W: *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień.* Materiały XXXV Zjazdu Psychiatrów Polskich, Warszawa: 1989, s. 11–16.
21. Bizoń Z, Bernstein E, Kraśko N, Ostrowska I. *Spoleczny system podtrzymania u osób uzależnionych od alkoholu.* W: *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień.* Materiały XXXV Zjazdu Psychiatrów Polskich, Warszawa; 1989, s. 18–24.
22. Kokoszka A, Wojnar M. *Profesor Zdzisław Bizoń i jego idee.* Kraków 2001.

Otrzymano: 22.01.2004

Zrecenzowano: 5.03.2004

Przyjęto do druku: 4.10.2004

Adres: Paweł Bronowski
IV Klinika Psychiatryczna

Praca finansowana przez Ministerstwo Zdrowia z grantu „Pomocja zdrowia psychicznego” 01-809 Warszawa, ul. Ceglarska 80