Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

MINISTERSTWO INFRASTRUKTURY I ROZWOJU

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach

Diagnoza środowiska osób chorych psychicznie w Bielsku-Białej i powiecie bielskim

Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne
Teatr Grodzki

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Bielsku-Białej

TEATR GRODZKI
Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w BIELSKU-BIAŁEJ

Spis treści

Wstęp……... 2

I. GENEZA MODELU PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ……... 3

II. ŚWIADCZENIA UDZIELANE W ZAKRESIE PSYCHIATRII, DOSTĘPNE NA TERENIE MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ I POWIATU BIELSKIEGO…….....…… 14

1. Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne……. 14

1.1 Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dorosłych……. 15

1.2 Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży……. 16

1.3 Świadczenia ambulatoryjne w zakresie leczenia nerwic…….. 16

2. Psychiatryczne świadczenia udzielane stacjonarnie (leczenie szpitalne)……..... 16

2.1 Świadczenia udzielane w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego…….. 17

III. ŚWIADCZENIA UDZIELANE W ZAKRESIE REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ, DOSTĘPNE NA TERENIE MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ I POWIATU BIELSKIEGO……18

1. Świadczenia udzielne w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej (forma stacjonarna)…… 18

2. Świadczenia udzielne w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej (forma dzienna)……. 19

IV. ŚWIADCZENIA UDZIELANE W ZAKRESIE LECZENIA UZALEŻNIEŃ, DOSTĘPNE NA TERENIE MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ I POWIATU BIELSKIEGO…… 20

1. Świadczenia ambulatoryjne w zakresie leczenia uzależnień……...……. 20

2. Świadczenia udzielane w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych ……. 21

V. ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE UDZIELANE DLA DOROSŁYCH, DZIECI I MŁODZIEŻY (FORMA DZIENNA)……...22

VI. ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO…….. 24

VII. ANALIZA DANYCH Z STATYSTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH DOSTĘPNOŚCI USŁUG AMBULATORYJNYCH ORAZ ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W ŚRODOWISKU……...26

VIII. ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ POMOC SPOŁECZNĄ, AKTYWIZACJA ZAWODOWA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI……... 36

1. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej…….. 36

Specjalistyczne usługi opiekuńcze na wybranym przykładzie prac MOPS w Bielsku-Białej……37

2. Warsztaty Terapii Zajęciowej……...65

1.1 Analiza uzyskanych danych z przeprowadzonego badania z wykorzystaniem kwestionariusza wywiadu przeprowadzonego wśród uczestników WTZ…… 67

3. Zakład Aktywności Zawodowej…….. 82

IX. PSYCHOEDUKACJA RODZIN PACJENTÓW……..…….. 82

Wstęp

W Polsce narasta poczucie indywidualnej słabości psychicznej i bezradności wobec zagrożeń wynikających z braku poczucia indywidualnej ekonomicznej stabilności. Życie w stałym poczuciu niepewności zawodowej i pracowniczej rodzi przekonanie o nietrafności życiowych wyborów, o nieprzydatności zdobytego wykształcenia i umiejętności. Brak perspektywicznego poczucia ekonomicznego bezpieczeństwa, brak nadziei na stabilną pracę, na bezpieczną starość, na wystarczające zabezpieczenie emerytalne, na spłatę zaciągniętych kredytów rodzi jednostkowe poczucie lęku, przygnębienia. Narasta przekonanie o własnej intelektualnej mizerności i niewydolności. Człowiek zaczyna zamykać się w kręgu przeżywanego poczucia klęski eskalującego lęk i depresję. [1]

Szczegółowych informacji o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych w Polsce dostarczyło badanie „Epidemiologia zaburzeń psychicznych a dostęp do opieki – EZOP Polska", które przeprowadzono na dziesięciotysięcznej reprezentatywnej próbie przy zastosowaniu międzynarodowego kwestionariusza (Composite International Diagnostic Interview – CIDI), umożliwiającego porównanie wyników z wynikami badań prowadzonych w innych krajach. Stwierdzono, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie – z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) – można rozpoznać u 23,4% osób, co po przeliczeniu daje ponad sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Co czwarty Polak doświadczył więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesty piąty – trzech i więcej. Liczbę tych, którzy zmagali się z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób. Do najczęstszych zaburzeń należały te związane z przyjmowaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Biorąc pod uwagę ogólną populację, można przyjąć, że nadużywanie substancji (w tym alkoholu) dotyczy ponad 3 milionów osób w wieku produkcyjnym, a uzależnienie – około 700 tysięcy. Kolejna grupa zaburzeń pod względem rozpowszechnienia to zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Wszystkie postacie zaburzeń nerwicowych dotyczą około 10% badanej populacji. W całej Polsce liczba osób dotkniętych tymi zaburzeniami wynosi ok 2,5 mln. [2]

Ogólnym celem długofalowym tego projektu jest poprawa dostępności do świadczeń w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, w tym poprawa:

- dostępności fizycznej - adekwatne do terytorialnego zróżnicowania zaburzeń psychicznych rozlokowanie placówek leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki środowiskowej,
- dostępności administracyjnej - zmniejszenie barier administracyjnych, zapewnienie szybkiej pomocy doraźnej i skrócenie czasu oczekiwania na leczenie,
- dostępności psychicznej - zmniejszenie, wciąż w Polsce powszechnych, obaw przed negatywnym naznaczeniem osoby korzystającej z opieki psychiatrycznej. [3]

Postawy i uprzedzenia wobec osób z zaburzeniami lub chorobami psychicznymi są jednym z istotnych, ale zaniedbanych tematów edukacji zdrowotnej. W odbiorze społecznym choroba psychiczna ma zdecydowanie negatywny obraz. Chory psychicznie często kojarzy się z kimś niebezpiecznym i nieprzewidywalnym, wyraźnie odróżniającym się od „normalnej" reszty społeczeństwa, a nawet z potencjalnym przestępcą. Negatywny wizerunek sprawia, że chory psychicznie cierpi podwójnie, z powodu objawów swojej choroby oraz z powodu skutków napiętnowania i wykluczenia społecznego. Utrudnia to proces zdrowienia i powrotu do normalnego życia. Dlatego ważne jest kształtowanie właściwych postaw wobec osób chorych psychicznie, przeciwdziałanie ich wykluczeniu, udzielaniu im wsparcia i pomocy. [4]

I. GENEZA MODELU PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ

Uchwalona Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dała prawne podstawy do zorganizowania profesjonalnego systemu pomocy dla osób przewlekle chorych psychicznie. Szczegółowe przepisy dotyczące pomocy przewidywały powstanie nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Celem postanowień ustawowych było zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Nowy model opieki nad osobami chorymi psychicznie stworzył ustawową podstawę do powołania instytucji niezbędnych do zapewnienia opieki zdrowotnej, rehabilitacji i pomocy społecznej. [5]

Model ten zawierał się w zasadniczej idei ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, którą było stopniowe przechodzenie w Polsce od istniejącego dotąd modelu poradniano – szpitalnego do modelu tzw. psychiatrii środowiskowej. [6]

Idea psychiatrii środowiskowej zaczęła przenikać do Polski na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Zastała ona model opieki zdrowotnej i psychiatrii, w którym dominującą rolę odgrywało szpitalnictwo. Jego zasoby cechowały się znacznym (w skutek trudnej historii) zróżnicowaniem regionalnym i na ogół stwarzały chorym trudne warunki pobytu i

leczenia. Zmonopolizowane po II wojnie światowej przez państwo zarządzanie tymi zasobami było dość ociężałe, a problemy zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej z reguły schodziły na dalszy plan polityki społecznej i gospodarczej władz. Pozytywnie wyróżniającym się składnikiem polskiego systemu organizacji opieki psychiatrycznej była rozbudowana sieć placówek ambulatoryjnych – poradni zdrowia psychicznego. Innym, interesującym, choć kontrowersyjnym elementem, który można zaliczać do form środowiskowych, była zachowana w kilku ośrodkach opieka rodzinna, sprawowana pod nadzorem szpitali przez okoliczne rodziny rolnicze. Początki idei środowiskowych przypadły na okres wyraźnego ożywienia zainteresowaniami społecznymi i humanistycznymi aspektami zaburzeń psychicznych oraz losu osób chorych psychicznie. Torowały one drogę do pierwszych, lokalnych prób wprowadzania form środowiskowych do praktyki klinicznej i organizacyjnej. W latach siedemdziesiątych podjęto też wiele prac przygotowujących organizacyjne podstawy środowiskowej reformy opieki, takich jak: plan racjonalizacji rozmieszczenia i wykorzystania opieki szpitalnej oraz poprawy warunków pobytu w szpitalach, plan rozwoju sieci poradni i powierzenie im zadań środowiskowych za pomocą tzw. opieki czynnej, zapewniającej ciągłość i aktywność opieki nad chorymi przewlekle, przygotowanie regulaminów tworzenia i zasad pracy oddziałów dziennych, prób regionalnej integracji opieki psychiatrycznej i społecznej, wprowadzanie zasady subrejonizacji. W tym czasie wzrosła wyraźnie liczba oddziałów dziennych oraz powstały pierwsze typowe formy opieki środowiskowej, jak zespół leczenia środowiskowego i zespół leczenia domowego. Podejmowano też próby zmiany tradycyjnego stylu funkcjonowania szpitali psychiatrycznych. Dojrzewanie potrzeby zmian doprowadziło do przygotowania całościowego raportu opisującego stan psychiatrii i proponującego kierunki rozwoju opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Raport 1997)[7], przyjętego przez władzę jako plan do stopniowego wdrażania. Niestety tym wysiłkom nie towarzyszyło odpowiednie do rozmiarów i złożoności sprawy usytuowanie prawne ani nie sprzyjała im polityka społeczna i ekonomiczna. Dlatego rozwój form psychiatrii środowiskowej w latach osiemdziesiątych był powolny, zmienny i wynikał raczej z inicjatyw lokalnych (czasem bardziej przekonujących) niż systematycznej i planowej działalności państwa. Mimo tych ograniczeń Adam Bilikiewicz w „Psychiatrii – terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne", podaje w tabelach „Rozwój psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce w latach 1970 – 2000", że lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte XX wieku cechowały się wyraźną tendencją do ograniczania rozmiarów hospitalizacji oraz do tworzenia form opieki środowiskowej.

Społeczno - ustrojowe zmiany przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych nie tylko ożywiły zainteresowanie psychiatrią środowiskową jako modelem funkcjonowania opieki zdrowotnej, ale i ułatwiły dążenia do realizacji. Sprzyjały temu łatwość kontaktów międzynarodowych oraz dostęp do doświadczeń i materialnego wsparcia organizacji zagranicznych, atmosfera społeczno – polityczna zachęcająca do reformowania, a zwłaszcza uwolnienie entuzjazmu i wysiłku organizacyjnego usamodzielnionych rządowych instytucji pomocy społecznej oraz pozarządowych organizacji samopomocowych.[8] Adam Bilikiewicz jako przykład kontaktów międzynarodowych podaje rozwój partnerstwa Polsko – Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego.

W tym czasie w Subrejonowym Ośrodku Leczenia Psychiatrycznego w Bielsku – Białej rozwinęła się również w ramach partnerstwa Polsko – Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego współpraca z pracownikami kliniki Philippshospital w Riedstadt. Opierała się ona na wspólnej wymianie doświadczeń w pracy z chorymi psychicznie.

Najważniejszą rolę dla stworzenia podstaw funkcjonowania sytemu opieki środowiskowej odegrały promujące model środowiskowy przepisy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Najpełniejszy plan wdrożenia modelu środowiskowego jest zawarty w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Idea modelu środowiskowego jest doceniania i w miarę możliwości wdrażana przez środowisko psychiatrów i organizatorów opieki psychiatrycznej.

Psychiatria środowiskowa (community psychiatry) jest to rozwijający się kierunek psychiatrii, wykorzystujący lokalne środowisko w działaniach profilaktycznych, leczeniu i rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Założenia teoretyczne tego kierunki opierają się na zasadach psychiatrii społecznej, kierunkach psychologii opartych na zasadach uczenia się oraz wszelkich naukach społecznych, np. socjologii zajmującej się procesami zachodzącymi w lokalnych społecznościach. Psychiatria środowiskowa oznacza leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi w ich naturalnym środowisku społecznym oraz dostosowane do potrzeb oddziaływanie na to środowisko. [9]

Istnieje wiele definicji opieki środowiskowej i psychiatrii środowiskowej. Można jednak przyjąć, że psychiatria środowiskowa zajmuje się zapewnieniem opieki psychiatrycznej w ramach lokalnej społeczności w miarę aktualnego zapotrzebowania. Opinie na temat sposobu, w jaki ma ona być zrealizowana są różne, panuje jednak zgoda co do podstawowych założeń. [10] Założenia te autorzy podręcznika „Psychiatria – sedno” tom II przedstawili w sposób graficzny ujmując je w postaci poniższej tabeli.

1.	Lokalizacja na miejscu, łatwy dostęp
2.	Odpowiedzialność za określoną populację

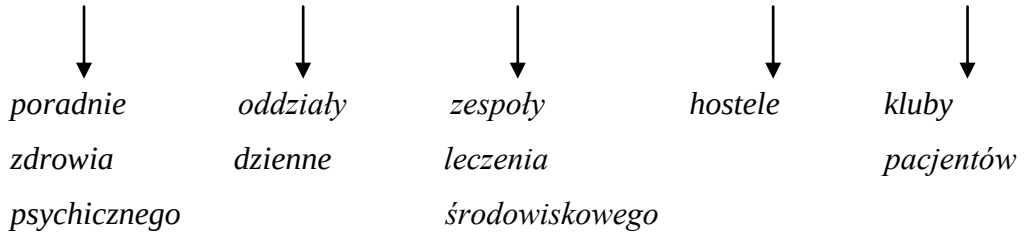
3.	Skoncentrowanie się na potrzebach
4.	Wspieranie aktywności
5.	Wielodyscyplinarność
6.	Zaangażowanie osób będących pod opieką
7.	Podkreślanie potrzeb osób sprawujących opiekę
8.	Elastyczność
9.	Odpowiadanie na potrzeby społeczności

Tab. 1 Zasady funkcjonowania placówki opieki środowiskowej.

Źródło: „Psychiatria – sedno" tom II, Wright P., Stern J., Phelan M., red. wydania I polskiego Rybakowski J., Rybakowski F., wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008 r., str. 479

Obecnie prowadzone są prace, których celem jest wprowadzenie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej do systemu opieki zdrowotnej i społecznej. I chociaż liczba dostępnych chorym współczesnych form leczenia, będących podstawą tego modelu, nadal jest zbyt mała, z każdym rokiem zachodzą zmiany, które przybliżają nas do osiągnięcia poziomu europejskiego. Przekształcanie polskiego systemu opieki psychiatrycznej z tradycyjnej tj. instytucjonalnej, w model środowiskowy przebiega bardzo powoli. Joanna Meder w „Psychiatrycznej opiece środowiskowej w Polsce" analizując sytuację zauważa, że systematycznie maleje liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych, co oznacza, że mimo wzrostu liczby placówek z 34 w 1970 r. do 54 w 2005r., duże ośrodki są przekształcane w mniejsze z mniejszą liczbą łóżek, co ułatwia poprawienie jakości opieki nad chorym. Zauważalny jest również rozwój form ambulatoryjnych, poradni, oddziałów opieki dziennej, zespołów leczenia środowiskowego oraz innych form psychiatrycznej opieki. [11]

MODEL PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ



Rys. nr 1 . Model psychiatrycznej opieki zdrowotnej

źródło: Opracowanie własne na podstawie tekstu Adama Bilikiewicza „Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny" Wydanie II Wydawnictwo PZWL Warszawa 2004 str. 208

Psychiatria środowiskowa jest często określana jako etap rozwoju psychiatrii, w którym leczenie i rehabilitacja z zaburzeniami psychicznymi są prowadzone w naturalnym środowisku społecznym pacjenta. Ma ona na celu skracanie czasu trwania zaburzeń (prewencja II stopnia) oraz zapobieganie dysfunkcjom społecznym pojawiającym się w ich następstwie (prewencja III stopnia).

Zasady psychiatrii środowiskowej:

1. Celem leczenia i rehabilitacji jest przywrócenie pacjentowi w możliwie krótkim czasie zdolności niezbędnych do życia we własnym środowisku społecznym.
2. Cele interwencji psychiatrycznej mają charakter wybiórczy i są formułowane w sposób konkretny.
3. Preferuje się krótkoterminowe strategie pomocy w trudnych emocjonalnie sytuacjach życiowych.
4. Ważne jest wczesne rozpoznanie sytuacji życiowej pacjenta.
5. Preferowanym miejscem interwencji terapeutycznej jest naturalne środowisko pacjenta.
6. Na wszystkich etapach postępowania terapeutycznego korzysta się z pomocy osób ważnych dla pacjenta, a zadaniem terapeuty jest odbudowa naturalnego systemu oparcia społecznego.
7. Pomoc dla osób z zaburzeniami psychicznymi powinna być wszechstronna, łatwo dostępna, akceptowana przez pacjenta, udzielana przez różnorodne ruchome służby działające we współpracy z miejscową społecznością.
8. Wewnętrzna organizacja służb psychiatrycznych cechuje się wymiennością ról w zespole terapeutycznym, szerokim zakresem odpowiedzialności średniego personelu medycznego i pracowników nie medycznych.

Za ważną cechę psychiatrii środowiskowej należy uznać jej przesłanie humanistyczne. Docenia ona godność osoby ludzkiej, jej prawo do samostanowienia o sobie, a przede wszystkim wyraża przekonanie, że każdy człowiek, nawet najbardziej chory, jest zdolny do rozwoju i do życia we własnym środowisku.[12]

Większość środowiskowych metod leczenia i rehabilitacji jest w Polsce znana i w różnych ośrodkach stosowana. Dlatego można w niej spotkać nawet bardzo dobrze działające formy treningów kompetencji społecznej, przykłady budowania oparcia społecznego, tworzenia środowisk terapeutycznych oraz aktywnej pracy z rodzinami, a także interesujące przykłady rozwiązywania problemów chronionego zatrudnienia czy zakwaterowania. Adam Bilikiewicz wymienia kilka miejsc w Polsce, w których funkcjonują dzięki lokalnym inicjatywom i oparciu władz samorządowych względnie całościowe i zintegrowane lokalne systemy

psychiatrycznej opieki środowiskowej (Bielsko-Biała, Warszawa – Targówek, Kraków, Suwałki, Toruń, Katowice). Niezwykle trudnym wyzwaniem dla tych zaczątków opieki środowiskowej stało się wprowadzenie w 1998 roku nowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Dla rozwoju psychiatrii środowiskowej oznaczało to pewien regres i dezorganizację (znikanie lub spowalnianie wzrostu form opieki środowiska). Do niewątpliwych zysków psychiatrycznej opieki zdrowotnej należy pozyskanie dla rozwoju psychiatrii środowiskowej dwóch silnych sprzymierzeńców. Pierwszym są rządowe i samorządowe instytucje pomocy społecznej. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego stworzyła możliwość działań, którym instytucjonalną formę nadano później w Ustawie o pomocy społecznej. (Dz. U. Dz. 2004 r., Nr 64, poz. 593 z późniejszymi zmianami)

Efektem jest rozwijająca się działalność:

a) sieci środowiskowych domów samopomocy dla chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, oferujących różne formy oparcia i wzmacniania kompetencji społecznej podopiecznych
b) sieci specjalistycznych usług opiekuńczych, świadczonych w warunkach domowych chorym przewlekle o znacznym stopniu niesamodzielności życiowej
c) sieci warsztatów terapii zajęciowej, stanowiących etap rehabilitacji zawodowej.

Te trzy aktywne formy pomocy społecznej uzupełniają tradycyjną działalność domów pomocy społecznej dla chorych z zaburzeniami psychicznymi. Drugim sprzymierzeńcem są liczne organizacje pozarządowe i samopomocowe, organizujące lub współorganizujące placówki oraz różnorodne działania na rzecz chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo.[13]

O psychiatrii społecznej i opiece środowiskowej pisze również Stefan Priebe oraz Karin Hoffmann określając psychiatrię środowiskową jako pewną orientację psychiatrycznego myślenia. Autorzy podają, że w odróżnieniu od psychiatrii biologicznej, głównym przedmiotem zainteresowania oraz działań terapeuty jest społeczny wymiar choroby psychicznej. Wymiar ten sprowadza się do tego, że zaburzenia psychiczne ujawniają się w ramach społecznych interakcji i na ich tle definiowane są jako choroby. Ponadto warunki społeczne mogą wywoływać choroby psychiczne, modyfikować je oraz wpływać na ich przebieg i odwrotnie – każda choroba psychiczna może mieć wpływ na sytuację społeczną i relacje z ludźmi, z którymi osoba dotknięta chorobom żyje i pracuje. [14]

Przydatność środowiskowych systemów leczenia i rehabilitacji w przeciwdziałaniu szkodom wywołanym przewlekłą chorobom psychiczną i ich naprawianiu, została potwierdzona w

wielu krajach stosujących tę formę organizacji opieki psychiatrycznej. Skoncentrowane na poziomie lokalnym, zintegrowane działania lecznicze, rehabilitacyjne oraz programy wspierające funkcjonowanie społeczne stanowią obecnie swoisty standard w pracy z osobami chorującymi psychicznie. Model środowiskowy – w porównaniu z opieką typu arylowego opartą na wielkich szpitalach psychiatrycznych ma niewątpliwie atuty, do których należy zaliczyć dostępność programów terapeutycznych, zachowanie równości w uzyskaniu pomocy oraz większą skuteczność w zapewnianiu wsparcia. Wzmacnianie funkcjonowania pacjenta w miejscu, w którym żyje, podtrzymuje i rozwija jego naturalne sieci społeczne oraz zapobiega marginalizacji. Ostatnie lata w Polsce to okres intensywnego tworzenia placówek wsparcia i rehabilitacji. Mimo istnienia wielu placówek i programów, trudno jest jednak mówić o działaniach zintegrowanych i systemowych. Środowiskowy model opieki nad zdrowiem psychicznym nadal znajduje się w początkowych stadiach tworzenia. Nadzieje na poprawę tej sytuacji związane są z powstającym obecnie Narodowym Programem Ochrony Zdrowia, w którym położono nacisk na rozwój lokalnych systemów opieki. [15]

Nowe formy oparcia społecznego dla chorych psychicznie.

Koncepcja oparcia społecznego opiera się na sformułowanym w latach siedemdziesiątych poglądzie, że środowisko społeczne może dostarczyć jednostce sił do walki ze stresem, do poradzenia sobie z trudną sytuacją poprzez:

- eliminowanie lub modyfikowanie warunków stwarzających problem
- zmianę znaczenia zewnętrznego bodźca, przez co może się obniżyć jego stresujące znaczenie
- organizowanie poziomu emocjonalnej reakcji na stres

Beata Tobiasz – Adamczyk w „Wybranych elementach socjologii zdrowia i choroby" przedstawia schematy obrazujące rolę wsparcia społecznego we wzmaganiu się z sytuacjami stresowymi [16]

	Instrumentalne	**Społeczno-emocjonalne**
Codzienne Zorientowane na problemy	Codzienne instrumentalne wsparcie Ukierunkowane na rozwiązanie problemu	Codzienne społeczno – emocjonalne wsparcie Ukierunkowane na rozwiązanie problemu

	Instrumentalne wsparcie	Społeczno – emocjonalne wsparcie

Tabela nr 2. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne

↓

Pozytywny wpływ na życie społeczne

↓

Ochrona jednostek przed niekorzystnymi wpływami społecznymi

↓

wsparcie społeczne

↓

związek ze stanem zdrowia

(funkcja protekcyjna)

Silna integracja społeczna

- pozytywne wpływy informacyjnego, emocjonalnego, instrumentalnego wsparcia
- poczucie bezpieczeństwa, obniżenie agresji i napięcia, lepsza adaptacja do zmian

Tabela nr 2a. Wsparcie społeczne

Źródło tabela 2 i 2a: Tobiasz – Adamczyk B.” Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby” wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2000, str. 152

W życiu społecznym najważniejszy jest indywidualny człowiek z jego zdolnościami do poznawania, kochania, z jego wolnością oraz zdolnością do życia duchowego i religijnego. Dzięki tym cechom człowiek przekracza wszelkie ograniczenia biologiczne, które nakłada na niego również choroba i kalectwo.

Ogromną rolę w tym procesie odgrywają grupy społeczne, począwszy od rodziny, poprzez kręgi sąsiedzkie, grupy samopomocowe, ruchy społeczne, stowarzyszenia, wspólnoty gminne, państwo. To właśnie współdziałanie, które się w tych grupach dokonuje, przyczynia się do budowania wzajemnego zaufania, poczucia wolności, rodzi nowe inicjatywy, sprawia, że pojedynczy człowiek odkrywa poczucie własnej kompetencji. Tylko faktyczne współdziałanie

na każdym poziomie porządku społecznego, poczynając od rodziny, a kończąc na państwie i układzie międzynarodowym, pozwala konkretnemu człowiekowi budować poczucie własnej tożsamości. Przyczynia się do jego integracji zarówno wewnętrznej, jak i w określonej społeczności. [17]

Osoby niepełnosprawne, a zwłaszcza te, które otrzymały etykietkę osoby chorej psychicznie, upośledzonej umysłowo lub inny sposób zaburzonej psychicznie, muszą zostać włączone w grupy samopomocy, wspólnoty, stowarzyszenia, ponieważ są one przejawem działania społeczności lokalnej i pozwalają na aktywne uczestnictwo w jej życiu.

W kontekście różnych jednostek służby zdrowia powinno się unikać tych form organizacyjnych, które będą je instytucjonalizowały, natomiast należy propagować te rozwiązania, które dadzą możliwość wcielania w życie modelu integracji społecznej. [18]

Autorka „Rehabilitacji i pielęgnowania osób niepełnosprawnych" przedstawia w sposób graficzny i porównuje model integracji społecznej z modelem instytucjonalnym.

MODEL SPOŁECZNEJ INTEGRACJI	**MODEL INSTYTUCJONALNY**
• zakłada zgodę i przyzwolenie osoby na jego realizację • kładzie nacisk na prawidłowość i normę • akcentuje ochronę zdrowia zakłada to **SYSTEM ZDECENTRALIZOWANY** wynikiem jest **INTEGRACJA** (włączenie) Samopomoc i pomoc środowiskowa W której akcent w działaniu pada na **MY**	• zakłada obowiązek i przymus w jego realizacji • kładzie nacisk na patologię • akcentuje walkę z chorobą zakłada to **SYSTEM CENTRALISTYCZNY** wynikiem jest **SEGREGACJA** (izolowanie) Opieka instytucjonalna W której akcent w działaniu pada na **ONI**

Tabela nr 3. Modele integracji społecznej

Źródło: Rutkowska E., „Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych - Podręcznik dla studentów pielęgniarskich studiów licencjackich" Lublin 2002r., str. 256

Od czasu wejścia w życie w 1995 roku Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego rozwijają się nowe formy oparcia społecznego dla osób przewlekle chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo. Należą do nich:

- środowiskowe domy samopomocy dla osób chorych psychicznie i głęboko upośledzonych
- stowarzyszenia i grupy samopomocowe pacjentów i ich rodzin
- mieszkania chronione
- wolontariat
- specjalistyczne usługi opiekuńcze

Czym zatem jest oparcie społeczne?

Helena Sęk oraz Roman Cieślak proponują szerokie ujęcie oparcia społecznego porównując je do zjawiska integracji społecznej, przywiązania i więzi społecznych. Wówczas analizuje się to zjawisko z perspektywy ogólnych i podstawowych potrzeb człowieka, odnoszących się do potrzeby przynależności, akceptacji i bezpieczeństwa. Autorki przedstawiają więzi społeczne jako warunek rozwoju indywidualnego jednostki. Pozostawanie w relacji z innymi ludźmi jest w tym podejściu uważane za kluczowe założenie przy analizowaniu różnych codziennych funkcji wsparcia społecznego. Określa się wsparcie jako dostępność relacji, dzięki którym zaspokajane są podstawowe interpersonalne potrzeby człowieka. W tym podejściu wsparcie społeczne nie jest ograniczone do sytuacji trudnych, stresu życiowego. Jest ono pojmowane jako stale dostępna właściwość relacji, służąca przystosowaniu i zdrowiu. [19]

Oparcie społeczne Stanisław Dąbrowski określa również jako rodzaj interakcji zachodzącej w trudnej sytuacji między jednostką a otoczeniem. Celem tej interakcji jest zbliżenie jedynego lub obu uczestników do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności, reorganizacja zakłóconej relacji z otoczeniem i podtrzymanie emocjonalne. W toku tej interakcji zachodzi jednostronna lub wzajemna wymiana emocji, informacji, instrumentów działania i ich dóbr materialnych, skuteczność tej wymiany społecznej zależy od równowagi między oczekiwanym a otrzymywanym wsparciem. Podstawowym i koniecznym warunkiem wystąpienia interakcji oparcia są obiektywne sieci społeczne – rodzina, stowarzyszenia, grupy samopomocowe.

Stanisław Dąbrowski w zależności od rodzaju tych sieci wyróżnia trzy znaczenia oparcia społecznego:

1. Sieć kontaktów społecznych jednostki z osobami z najbliższego otoczenia, które zapewniają jej pomoc oraz wsparcie emocjonalne, materialne i socjalne w rozwiązywaniu problemów i trudności życiowych (członkowie rodziny, krewni, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi).

2. Sieć stowarzyszeń i organizacji społecznych, grup samopomocowych i innych wspólnot na poziomie lokalnym, regionalnym, centralnym, które skupiają ludzi o zbliżonych przekonaniach, problemach, interesach. Rola takich pozarządowych organizacji polega na wznawianiu odporności psychicznej ludzi, których łączą wspólne trudności i zapobieganiu izolacji społecznej, wsparciu, poradnictwie w organizowaniu życia osobistego, rodzinnego, zawodowego oraz konkretnej pomocy w sytuacjach kryzysowych, a także wywieranie wpływu na opinię publiczną w celu ochrony interesów swojej grupy.

3. Środowiskowy system oparcia (community suport system) teoretycznie opracowany i praktycznie wprowadzony do lecznictwa psychiatrycznego w USA w połowie lat siedemdziesiątych.

Pojęcie to określa zasady organizowania odrębnego systemu leczenia, rehabilitacji i opieki nad osobami, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w społeczności ze względu na przewlekłe zaburzenia psychiczne oraz brak umiejętności społecznych i zawodowych, naturalnych form oparcia i środków materialnych na codzienne utrzymanie.

Zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego odpowiedzialność za tworzenie i prowadzenie oparcia społecznego ponoszą organy do spraw pomocy społecznej, które realizują to zadanie w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej (art.8). Oparcie społeczne organizuje się dla osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo, które z powodu głębokich zaburzeń psychicznych mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem w zakresie zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. [20]

Problematyka oparcia społecznego ma już swoje stałe miejsce w nurcie badań nad wpływem zmiennych psychospołecznych na stan zdrowia. O wpływie tym pisze Agnieszka Tomczak – Witych w artykule „Poziom nasilenia wskaźników wsparcia społecznego a radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą u pacjentek depresyjnych”. Wsparcie społeczne traktowane jest jako jeden z czynników mogących chronić przed pojawieniem się stanu chorobowego bądź też wpływać na stan zdrowia. Liczne badania wskazują, że zapewniające wsparcie społeczne związki z innymi, lub tylko przekonanie o możliwości takiego wsparcia, chronią przed negatywnymi następstwami stresujących wydarzeń życiowych. [21]

Podsumowując omawianą problematykę należy zaznaczyć, że autorzy „oparcie społeczne” oraz „wsparcie społeczne” traktują jednoznacznie i zamiennie.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.Dz 1994r.,Nr 111, poz.535, Art. 8 z dnia 19 sierpnia 1994r.) określa:

1. Podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia.

2. Organizowanie w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji.
3. Udzielenie pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

traktując te zadania jako formę oparcia społecznego. Art. 8.1 mówi, że jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej", w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. [22]

W Art. 9 ust. 1 przewidziano dwie formy oparcia społecznego – usługi opiekuńcze i środowiskowe domy samopomocy. W pierwszych wersjach projektu ustawy o o.z.p. nie było przepisu o oparciu społecznym. Pojawił się on dopiero w IV wersji projektu ustawy z 1988 r. w brzmieniu bardzo zbliżonym do Art.8 jeśli chodzi o pojęcie, cel i zadania oparcia społecznego. Zasadnicza różnica polegała na tym, że oparcie społeczne miałaby pierwotne organizować psychiatryczna opieka zdrowotna. Ostateczny kształt Art.8 z przeniesieniem odpowiedzialności za organizację oparcia na organy pomocy społecznej określono podczas obrad podkomisji sejmowej w 1994 r. Wtedy też niesprecyzowane w projekcie pojęcie „pomocy środowiskowej" dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji zastąpiono „usługami opiekuńczymi". [23]

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej stanowi przykład placówki psychiatrycznej świadczącej usługi w oparciu o założenia psychiatrii środowiskowej.

II. ŚWIADCZENIA UDZIELANE W ZAKRESIE PSYCHIATRII, DOSTĘPNE NA TERENIE MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ I POWIATU BIELSKIEGO

1.1 Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dorosłych

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Poradnia Zdrowia Psychicznego	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8149196 (33) 8123041	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
2.	Poradnia Zdrowia Psychicznego	43-309 Bielsko-Biała ul. Mostowa 1	(33) 8116411	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
3.	NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjny	43-300 Bielsko-Biała ul. Starobielska 11	(33) 8112006	http://www.euro-med.net.pl/
4.	Obwód Lecznictwa Kolejowego SP ZOZ	43-302 Bielsko-Biała ul. Traugutta 12	(33) 8285767	http://www.olk.bielsko.pl/

5.	NZOZ Szpital św. Łukasza Sp. z o.o.	43-300 Bielsko-Biała ul. Bystrzańska 94 B	(33) 8151113	http://www.lukasza.pl/
6.	NZOZ „Ubezpieczalnia" Sp. z o.o.	43-502 Czechowice-Dziedzice ul. Sienkiewicza 8	(32) 2153241	http://www.ubezpieczalnia.net.pl/
7.	NZOZ Centrum Medyczne „Zdrowie" mgr M. Grygierzec	43-502 Czechowice-Dziedzice ul. Traugutta 18 A	(32) 2152349	brak danych
8.	Centrum Leczenia Nerwic i Innych Zaburzeń Psychicznych	45-502 Czechowice-Dziedzice ul. Wąska 23	(32) 7202008	http://leczenie-nerwic.pl/

Tabela nr 4. Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dorosłych
Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

W ramach lecznictwa ambulatoryjnego na terenie Bielska-Białej funkcjonuje pięć Poradni Zdrowia Psychicznego. Dwie z nich stanowią integralną strukturę SP ZOZ. Jedna znajduje się w centrum miasta przy ulicy Mostowej 1, a druga przy ulicy Olszówka 102. Pozostałe Poradnie Zdrowia Psychicznego znajdują się przy ul. Starobielskiej 11, Traugutta 12 i Bystrzańskiej 94B. Na terenie Czechowic-Dziedzic zlokalizowane są trzy Poradnie przy ul, Sienkiewicza 8, Traugutta 18A i Wąskiej 23. Głównym celem ich funkcjonowania jest udzielanie świadczeń indywidualnych w zakresie psychiatrii, psychologii oraz udzielanie świadczeń środowiskowych pacjentom i ich rodzinom poprzez diagnostykę, leczenie i rehabilitację. Poradnie realizują programy w zakresie promocji zdrowia psychicznego. Świadczenia środowiskowe poradni inspirują tworzenie systemów oparcia społecznego w formie specjalistycznych usług opiekuńczych, realizowanych przez struktury opieki społecznej. Działania te zapewniają ciągłość, systematyczność leczenia oraz opieki co zapobiega konieczności ponownych hospitalizacji. W grupie pacjentów objętych czynnym programem opieki priorytetowo traktuje się terapię lekami o przedłużonym działaniu. Tak zorganizowane leczenie oraz opieka sprzyja rozwojowi psychiatrii środowiskowej.

Poradnia Zdrowia Psychicznego, Bielsko-Biała ul. Olszówka 102

1.2 Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży	43-309 Bielsko-Biała ul. Sobieskiego 83	(33) 8284074	http://www.psychiatria.bielsko.pl/

Tabela nr 5. Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dorosłych
Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży powstała w 1981 roku. Działalność poradni wskazała istniejące problemy oraz konieczność zorganizowania dziennej opieki. Dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji, zaburzeniami hiperkinetycznymi, zaburzeniami lękowymi wymagały długiej terapii a jednocześnie podlegały obowiązkowi nauki w szkole. Już po siedmiu latach działalności zespołu terapeutycznego powstała potrzeba psychoedukacji rodzin i konieczności ścisłej współpracy ze szkołami.

Zadaniem Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży jest prowadzenie psychoterapii indywidualnej, oddziaływań psychoterapeutycznych jak również psychoedukacja rodziców i opiekunów. Świadczenia udzielane w poradni oferowane są dzieciom i młodzieży do osiemnastego roku życia. Jedyna poradnia udzielająca świadczeń nie jest w stanie zapewnić diagnostyki oraz leczenia dzieci i młodzieży z terenu Bielska-Białej oraz powiatu, aby świadczenie było udzielone w szybkim terminie bez konieczności oczekiwania na świadczenie.

1.3 Świadczenia ambulatoryjne w zakresie leczenia nerwic

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Poradnia Leczenia Nerwic	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8116545	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
8.	Centrum Leczenia Nerwic i Innych Zaburzeń Psychicznych	45-502 Czechowice-Dziedzice ul. Wąska 23	(32) 7202008	http://leczenie-nerwic.pl/

Tabela nr 6. Psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne dla dorosłych w zakresie leczenia
Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Poradnia Leczenia Nerwic

Poradnia Leczenia Nerwic udziela lekarskich konsultacji diagnostycznych oraz konsultacji psychologicznych. Stanowi centrum diagnozy i terapii zaburzeń nerwicowych, osobowości oraz odżywiania. Ściśle współpracuje z Oddziałem Dziennym Zaburzeń Nerwicowych. Stanowi zaplecze kwalifikacyjne dla pacjentów tego oddziału.

2. Psychiatryczne świadczenia udzielane stacjonarnie (leczenie szpitalne)

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Oddział Psychiatryczny Ogólny	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8149196	http://www.psychiatria.bielsko.pl/

Tabela nr 7. Psychiatryczne świadczenia udzielane stacjonarnie
Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Oddział Psychiatryczny Ogólny

Oddział Psychiatryczny Ogólny dysponuje 39 miejscami. Pełni funkcję diagnostyczną oraz leczniczą dla chorych z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń afektywnych, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości, zaburzeń organicznych, alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz psychoz alkoholowych. Do oddziału pacjenci trafiają w stanie zaostrzenia choroby, która wymaga natychmiastowej hospitalizacji lub w celu ustabilizowania procesu leczenia jako planowe przyjęcie. Prowadzona jest diagnostyka oraz leczenie oparte o nowoczesne metody farmakologiczne. Jako metodę leczenia stosuje się terapie grupową, indywidualną, psychoterapię podtrzymującą, terapię zajęciową, relaksacją, muzykoterapię oraz rekreację ruchową. Pacjent otrzymuje także kompleksowe świadczenie medyczne w zakresie opieki i pielęgnacji. Stosuje się również wczesną rehabilitacje, która oparta jest na wspieraniu chorego w trudnym okresie przystosowania się do nowych warunków oraz wsparcia w kryzysie emocjonalnym. Przygotowuje się chorego do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Poprzez oferowane formy terapii pacjenci w naturalny sposób motywowani są do indywidualnej aktywności. Dla rodzin pacjentów prowadzona jest psychoedukacja oraz promocja zdrowia psychicznego. Rozwiązania organizacyjne zostały podporządkowane modelowi zintegrowanej opieki psychiatrycznej. W ramach stosowania wczesnej rehabilitacji pacjenci już w oddziale przyjęciowym mają możliwość udziału w zajęciach terapeutycznych z zakresu terapii zajęciowej, muzykoterapii, korzystają z zajęć sportowych organizowanych na sali gimnastycznej, uczestniczą w zajęciach z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

1.1 Świadczenia udzielane w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Izba przyjęć	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 814 92 67	http://www.psychiatria.bielsko.pl/

Tabela nr 8. Świadczenia udzielane w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego
Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

III. ŚWIADCZENIA UDZIELANE W ZAKRESIE REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ, DOSTĘPNE NA TERENIE MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ I POWIATU BIELSKIEGO

1. Świadczenia psychiatryczne udzielane w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej (forma stacjonarna)

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8149196	http://www.psychiatria.bielsko.pl/

Tabela nr 9. Świadczenia psychiatryczne udzielane w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej (forma stacjonarna)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej

Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej uruchomiony został w 1998 roku dysponując zaledwie 15 miejscami. Obecnie oferuje 25 miejsc pobytu całodobowego. Podstawowym zadaniem oddziału jest prowadzenie rehabilitacji psychiatrycznej, zapobieganie powstawaniu u pacjentów niepełnosprawności psychicznej. Oddziaływania rehabilitacyjne kierowane są do osób, które mają trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, nie radzą sobie z trudnościami codziennego życia, brak im oparcia w środowisku. Do oddziału kierowani są pacjenci przede wszystkim, z rozpoznaniem zaburzeń z kręgu schizofrenii, zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń psychicznych spowodowanych zmianami organicznymi. Działania stosowane w zakresie rehabilitacji, stanowią połączenie oddziaływań farmakologicznych, medycznych, psychologicznych, pedagogicznych i społecznych. Celem leczenia w rehabilitacji jest uzyskanie poprawy stanu zdrowia w możliwie krótkim czasie tak, aby pacjent mógł powrócić do środowiska zdolny do pełnienia ról w rodzinie, pracy i środowisku społecznym. W oparciu o teorię koncepcji poznawczo-behawioralnej, prowadzi się: trening umiejętności społecznych, trening umiejętności rozwiązywania problemów, trening praktycznych umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem, trening psychoedukacyjny (aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym, trening radzenia sobie z objawami choroby), treningi dotyczące samoobsługi (higieniczny, kulinarny, budżetowy). Postępowanie rehabilitacyjne przebiega według indywidualnego, planu opartego na ocenie rozmiaru ograniczeń psychologicznych i społecznej sprawności pacjenta. Proces rehabilitacji wspomagany jest przez psychoterapię oraz terapie kreatywne. Zajęcia rehabilitacyjne są realizowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych, gdzie celem zajęć rehabilitacyjnych jest: zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych

i przeciwdziałanie ich nawrotom, nauka aktywnego udziału we własnym leczeniu, nauka i doskonalenie umiejętności społecznych i praktycznych, integracja społeczna, wsparcie i edukacja rodzin. Zajęcia rehabilitacyjne obejmują również terapię zajęciową, ruchową, turystykę i rekreację. Piękna okolica, cisza oraz znajdujący się w pobliżu ośrodka zespół przyrodniczo-krajobrazowy ze ścieżkami dydaktycznymi oraz parkiem leśnym stanowi wymarzone miejsce rekreacyjne i rehabilitacyjne dla osób chorych psychicznie. Spacery i wycieczki, które są organizowane dla pacjentów oddziału zwiększają aktywność ruchową, poprawiają kondycje fizyczną oraz wpływają na poprawę nastroju.

2. Świadczenia psychiatryczne udzielane w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej (forma dzienna)

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8149196	http://www.psychiatria.bielsko.pl/

Tabela nr 10. Świadczenia psychiatryczne udzielane w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej (forma dzienna)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny

Oddział funkcjonuje w strukturach SP ZOZ w Bielsku-Białej od 1994 roku. Celem oddziaływań terapeutycznych stosowanych w oddziale jest uzyskanie poprawy w zakresie samodzielnego funkcjonowania, wypracowanie umiejętności radzenia sobie z ograniczeniami wynikającymi z choroby psychicznej. Leczenie w oddziale odbywa się w oparciu o zasady społeczności terapeutycznej w połączeniu z leczeniem farmakologicznym, terapią kreatywną oraz metodami o charakterze treningowo-edukacyjnym. Metody stosowane w oddziale Rehabilitacyjnym są szczególnie wskazane dla osób, u których charakter choroby psychicznej jest przewlekły. Za pomocą działań rehabilitacyjnych pomaga się pacjentom dotkniętym chorobą wrócić do funkcjonowania w społeczeństwie oraz poprawić jakość ich życia. Rehabilitacja stosowana w oddziale jest procesem opartym o kompleksowy program dotyczący rożnych sfer życia. W oddziale proponuje się udział w treningach dotyczących samoobsługi, poprawy umiejętności społecznych, zajęciach psychoedukacyjnych dotyczących aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym oraz radzenia sobie z objawami choroby. Rodziny pacjentów mogą uczestniczyć również w spotkaniach psychoedukacyjnych. Zajęcia wzbogacone są o terapie kreatywne z zakresu muzykoterapii, arteterapii, choreoterapii. Pacjenci mogą uczestniczyć także w zajęciach relaksacyjnych,

sportowych i integracyjnych. Oddział dysponuje 20 miejscami. Zajęcia prowadzone są w systemie dziennym.

Ogród Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej

IV. ŚWIADCZENIA UDZIELANE W ZAKRESIE LECZENIA UZALEŻNIEŃ, DOSTĘPNE NA TERENIE MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ I POWIATU BIELSKIEGO

1. Świadczenia ambulatoryjne w zakresie leczenia uzależnień

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Poradnia Leczenia Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8149196 (33) 8123041	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
2.	Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych	43-309 Bielsko-Biała ul. Mostowa 1	(33) 8116411	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
3.	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „OLU-Podbeskidzie”	43-309 Bielsko-Biała ul. Mostowa 1	(33) 8116411	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
4.	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „OLU-Podbeskidzie”	43-502 Czechowice-Dziedzice ul. Nad Białką 1B	(32) 2159740	brak danych
5.	Miejski Ośrodek Terapii Uzależnień MOTU	43-300 Bielsko-Biała ul. Mostowa 1	(33) 8227983	http://www.bk-europe.pl/

Tabela nr 11. Świadczenia ambulatoryjne w zakresie leczenia uzależnień
Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Poradnia Leczenia Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia

Zadaniem poradni jest diagnostyka, leczenie, rehabilitacja osób uzależnionych, jak również współuzależnionych. Psychoterapia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w poradni obejmuje podstawowy i pogłębiony program leczenia oparty na psychoterapii grupowej i indywidualnej. Skierowanie do programu psychoterapeutycznego poprzedzone

jest indywidualnymi poradami w zakresie: pełnego wywiadu klinicznego, badania diagnostycznego, ustalenia wstępnej listy problemów, rozpoznania zakresu leczenia, diagnozę nozologiczną i problemową, wywiadu od rodzinnego, przedstawienia oferty terapeutycznej, zlecenia psychoterapii indywidualnej i grupowej oraz procedur środowiskowych, samopomocowych, zawarcia kontraktu terapeutycznego.

Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych

Działalność poradni zorientowana jest na psychoedukację oraz konsultacje indywidualne. Oferta poradni skierowana jest do osób: używających narkotyki eksperymentalnie (nieuzależnionych), wchodzących w fazę uzależnienia (aktywnie osób, które weszły w fazę uzależnienia (aktywnie zażywające),osób uzależnionych, które zakończyły leczenie stacjonarne oraz do rodziców, opiekunów, bliskich osób pacjentów mających kontakt z narkotykami. Usługi świadczone są w zakresie: diagnozy problemu narkotykowego oraz współuzależnienia, konsultacji psychiatrycznej, edukacji poradnictwa, terapii indywidualnej, terapii grupowej, kierowania do oddziałów detoksykacyjnych jednostek leczenia stacjonarnego oraz innych placówek pomocowych, praca z członkami rodziny pacjenta.

2. Świadczenia udzielane w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych	43-382 Bielsko-Biała ul. Kaszyska 35	(33) 81 83 835	http://wapienica.blogspot.com/
2.	Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Młodzieży „Nadzieja”	43-346 Bielsko-Biała ul. Barkowska 167c	(33) 487 67 34	http://www.nadzieja.bielsko.pl/osrodek.php
3.	„Straszny Dwór” Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych	43-502 Czechowice-Dziedzice ul. Stalmacha 9	(32) 215 50 05	http://osrodekczechowice.blogspot.com/

Tabela nr 12. Świadczenia udzielane w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych

Ośrodek ma charakter stacjonarny i jest częścią Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bielsku-Białej. Powstał w 1991 roku i prowadzi rehabilitację osób uzależnionych od różnych substancji psychoaktywnych. Przyjmuje osoby pełnoletnie. Program rehabilitacyjny trwa 12 miesięcy. Model pracy w ośrodku oparty jest na zasadach społeczności terapeutycznej i humanistycznym podejściu do pacjenta. Oferta programowa placówki obejmuje: terapię uzależnienia, psychoedukację, indywidualne konsultacje

psychologiczne, trening ról i funkcji, trening umiejętności interpersonalnych terapię zajęciową i rekreacyjną, leczenie somatyczne

Skuteczność realizowanego modelu rehabilitacji wynika z wykorzystania potencjału terapeutycznego zawartego zarówno w małej grupie pacjentów tworzących społeczność terapeutyczną o cechach rodziny funkcjonalnej jak i zespole profesjonalnie wyszkolonych terapeutów z wieloletnim doświadczeniem, specjalistów terapii uzależnień, głównie o wykształceniu psychologicznym. Ważnym elementem terapii jest kontakt z własnymi emocjami, nauka podejmowania odpowiedzialności za swoje życie i budowanie wewnętrznej kontroli.

V. ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE UDZIELANE DLA DOROSŁYCH, DZIECI I MŁODZIEŻY (FORMA DZIENNA)

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Oddział Dzienny Psychiatryczny A	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8149196	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
2.	Oddział Dzienny Psychiatryczny B	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8149196	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
3.	NZOZ Szpital św. Łukasza Sp. z o.o.	43-300 Bielsko-Biała ul. Bystrzańska 94 B	(33) 8151113	http://www.lukasza.pl/
4.	Oddział Dzienny Psychiatryczny Zaburzeń Nerwicowych	43-309 Bielsko-Biała ul. Olszówka 102	(33) 8116545	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
5.	Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży	43-309 Bielsko-Biała ul. Sobieskiego 83	(33) 8284074	http://www.psychiatria.bielsko.pl/
6.	Oddział Dzienny Zaburzeń Nerwicowych Czechowice-Dziedzice	45-502 Czechowice-Dziedzice ul. Wąska 23	(32) 7202008	http://leczenie-nerwic.pl/

Tabela nr 13. Świadczenia psychiatryczne udzielane dla dorosłych, dzieci i młodzieży (forma dzienna)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Przewodnika Informacyjnego wydanie III Katowice 2015, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Oddział Dzienny Psychiatryczny A

Zajęcia w Oddziale prowadzone są w oparciu o terapię grupową oraz zasady społeczności terapeutycznej. Buduje się w grupie pacjentów atmosferę zaufania poprzez swobodną i otwartą komunikację, dzielenie się myślami, spostrzeżeniami dotyczącymi rozumienie życia psychicznego, zachowania, wspólnie planowanie czasu i aktywności dostosowanej do potrzeb i możliwości. Poprzez tą metodę buduje się i umacnia doświadczenia pacjenta jako partnera procesu terapeutycznego. Tematyka i forma zajęć dostosowywana jest do potrzeb i możliwości grupy. Oddział oferuje: diagnostykę, terapie, zróżnicowane działania stymulujące

poprawę stanu zdrowia psychicznego, rozszerzanie umiejętności społecznych prowadzenie treningów umiejętności życia z chorobą przewlekłą.

Zgodnie z systemowym podejściem do terapii, w proces leczenia zostają włączone rodziny pacjentów, dla których realizowany jest program edukacyjny. Istota stosowanej psychoedukacji dotyczy przekazanej wiedzy na temat choroby, metod leczenia i sposobów radzenia sobie z nią w życiu codziennym.

Oddział Dzienny Psychiatryczny B

Oddział powstał w 1998 roku i był pierwszą dzienną formą opieki dla osób chorych psychicznie na terenie Bielsku-Białej. Od 2010 roku stanowi część kompleksu lecznictwa SP ZOZ w Bielsku-Białej. Oddział ściśle współpracuje z Poradnią Zdrowia Psychicznego, zapewnia leczącym się pacjentom ciągłość i stałość opieki. W oddział leczeni są pacjenci z rozpoznaniem: schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych, zaburzeń afektywnych, zaburzeń adaptacyjny. Prowadzi też diagnostykę psychiatryczno-psychologiczną, gdy postawienie rozpoznania w warunkach ambulatoryjnych jest trudne.

Psychoterapia prowadzona jest głównie w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne. Wykorzystywane są także elementy różnych innych nurtów psychoterapeutycznych w zależności od indywidualnych potrzeb pacjentów oraz aktualnych potrzeb grupy. Pozwala to na stworzenie integracyjnego modelu rozumienia i leczenia pacjentów. W toku leczenia kładzie się duży nacisk na zbudowanie właściwej relacji terapeutycznej w triadzie: pacjent – terapeuta indywidualny - lekarz, która opiera się na partnerskim współdziałaniu wszystkich osób w procesie leczenia. Pacjenci mają możliwość kontynuacji psychoterapii indywidualnej w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego.

Oddział Dzienny Psychiatryczny Zaburzeń Nerwicowych

Celem pracy oddziału jest leczenie metodami psychoterapeutycznymi pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i odżywiania. Założenia teoretyczne dla programu terapii zostały opracowane głównie w oparciu o podejście psychodynamiczne, ale także inne kierunki terapeutyczne tworzące eklektyczny model terapii. Prowadzona w oddziale psychoterapia ma charakter kompleksowy. Podstawowe metody pracy terapeutycznej stanowią: psychoterapia grupowa, psychoterapia indywidualna, psychodrama, treningi relaksacyjne i farmakoterapia. Prowadzona w oddziale terapia ma charakter kompleksowy i obejmuje: psychoterapię grupową, psychoterapię indywidualną, psychodramę, treningi relaksacyjne.

Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży

Oddział zajmuje się kompleksową diagnozą i terapią dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, w wieku od 10 do 13 roku życia. Zgodnie z systemowym podejściem, terapią i psychoedukacją, objęci są również rodzice pacjentów oddziałów. Stosowane są następujące formy i metody diagnozy oraz leczenia: społeczność lecznicza, psychorysunek, psychoterapia grupowa, psychogimnastyka, grupowa psychoedukacja rodziców, badania psychiatryczne i fizykalne, muzykoterapia, terapia zajęciowa, terapia edukacyjna, terapia relaksacyjna. Ewidentną zaletą pobytu dziecka w oddziale jest to, że nie jest ono w tym czasie izolowane od rodziny i środowiska szkolnego. W związku z tym rodzice coraz chętniej korzystają z tej formy leczenia swoich dzieci.

Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży

VI. ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO

Psychiatria środowiskowa jest definiowana jako system leczenia i szeroko rozumiany system pomocy psychiatrycznej, skierowany do określonej społeczności lokalnej oraz dostosowany do jej specyficznych potrzeb. W swych założeniach obejmuje całość zagadnień związanych ze stwarzaniem i optymalizowaniem warunków do leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeprowadzeniem działań sprzyjających profilaktyce tych zaburzeń. Odbiorcami tak definiowanych działań powinny być społeczności lokalne, terytorialne lub populacji mieszkańców kreślonego rejonu administracyjnego. Psychiatria środowiskowa wykorzystuje lokalnie działające systemy, instytucje i konkretnych ludzi, którzy stanowią środowiskowe zasoby służące zdrowiu psychicznemu i zapobiegające jego patologizacji. Istotą działania psychiatrii środowiskowej jest postępowanie diagnostyczne,

leczenie i rehabilitacja w naturalnym środowisku pacjenta, tam gdzie proces choroby powstał i się rozwija.

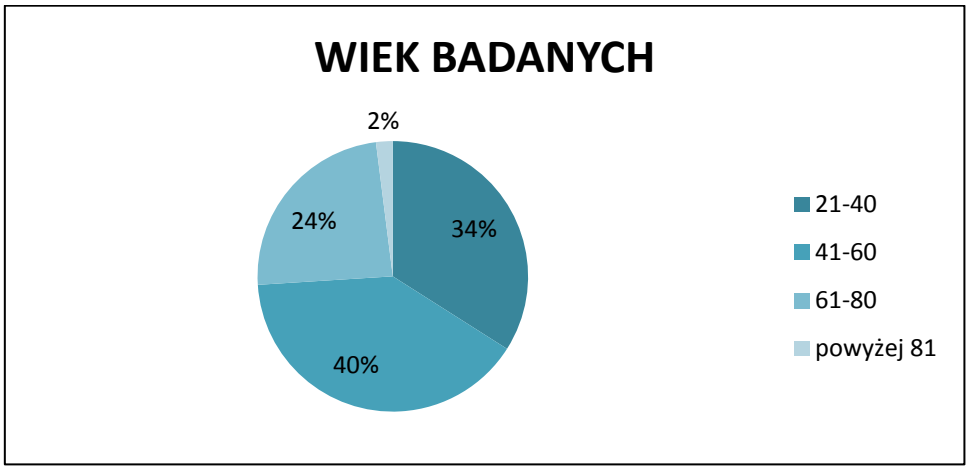
Specyficzną właściwością psychiatrii środowiskowej jest przejmowanie, przez tworzone w jej ramach systemy leczenia, odpowiedzialności za całokształt stanu psychicznego określonej grupy ludzi zamieszkujących ściśle wyodrębnione terytorium, w tym śledzenie dynamiki powstających problemów, wpływających na stan zdrowia psychicznego danej populacji, rozwiązywania tych problemów i zapobiegania konsekwencjom załamania się systemów wspierających zdrowie psychiczne określonego środowiska społecznego. Podstawowa maksyma psychiatrii środowiskowej głosi, że „leczenie i rehabilitacja pacjenta oraz udzielanie mu innych form pomocy odbywa się w jego środowisku i przy czynnym udziale tego środowiska" [Pużyński, 1986].

Organizacja leczenia środowiskowego może być realizowana w różny sposób w zależności od potrzeb określonego terenu. Zawsze jednak centralnym elementem tego systemu są środowiskowe zespoły leczenia, a ich uzupełnieniem mogą być zespoły interwencji kryzysowych działające 7 dni w tygodniu przez 24 godziny na dobę, udzielające szybkiej pomocy w stanach nagłych pojawiających się u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Inną formą leczenia środowiskowego są zespoły aktywizujące, których praca adresowana jest do pacjentów ciężkimi chorobami psychicznymi, po doświadczeniach wieloletnich hospitalizacji psychiatrycznych. Dotyczy osób o złożonych problemach zdrowotnych i społecznych oraz przejawiających liczne problemy w korzystaniu z pomocy środowiskowej. Profesjonaliści pracujący w zespołach aktywizujących nawiązują relacje terapeutyczną z pacjentami często przez lata i podlegają wielu czynnikom sprzyjającym powstaniu syndromu wypalenia zawodowemu. Zespoły wczesnej interwencji w psychozie realizują ideę wczesnego wykrywania i udzielania pomocy pacjentom w wieku 14-35 lat z pierwszym epizodem psychotycznym: leczenie farmakologiczne psychoterapię oraz szeroko rozumianą pomoc w utrzymaniu się w rolach ucznia, studenta czy pracownika [Thorncroft, 2004, Phelan, 2005]. [24]

Zadaniem Zespołu Leczenia Środowiskowego jest wzmacnianie naturalnego i środowiskowego systemu oparcia społecznego. Dominującą formą pracy są systematyczne wizyty domowe lekarza specjalisty, pielęgniarki (terapeuty środowiskowego), psychologa, pracownika socjalnego. Charakterystyczną cechą pracy w środowisku jest wymienność ról, wielowymiarowość oddziaływań jak również intensywność kontaktów. Praca Zespołu Leczenia Środowiskowego powinna dotyczyć pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi: schizofrenią, zaburzeniami afektywnymi, zaburzeniami organicznymi,

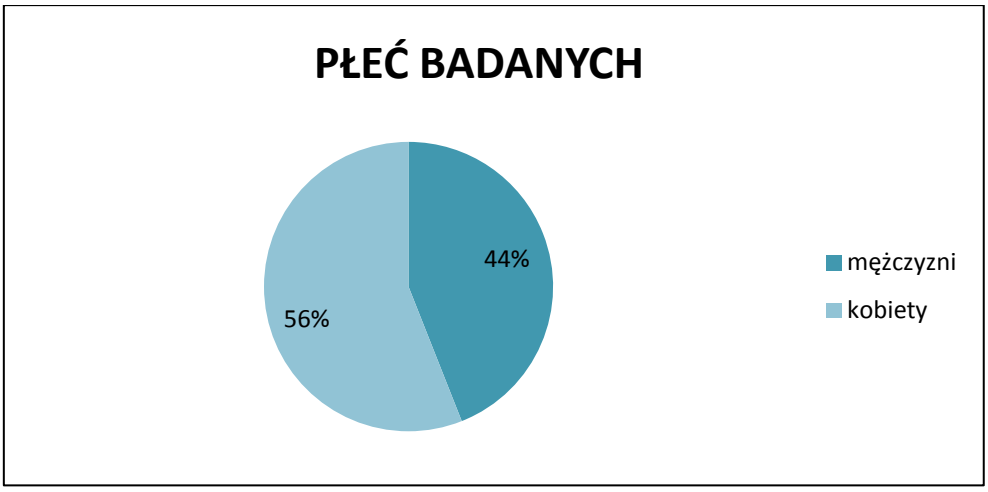
wykazującymi utrwalone defekty w zakresie funkcjonowania społecznego. Zespół powinien pracować również z otoczeniem społecznym pacjenta (rodzina, znajomi, pomoc społeczna, Podstawowa Opieka Zdrowotna, instytucje kultury), stanowić powinien istotny element oferty dedykowanej pacjentom i ich rodzinom w środowisku. Członkowie Zespołu powinni czuwać nad prawidłowym przebiegiem leczenia farmakologicznego, edukować pacjenta w zakresie leczenia, jak również edukować rodzinę i najbliższe środowisko. W styczniu 1993 roku na terenie Bielska-Białej rozpoczął działalność pierwszy Zespół Środowiskowy z Oddziałem Hospitalizacji Domowej. Niestety funkcjonował tylko kilka lat ze względu na problemy z możliwością kontraktowania tego typu usługi. Zespoły Leczenia Środowiskowego są wyjątkową formą opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi skutecznie projektują i realizują zadania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym. Obecnie można stwierdzić niewystarczającą ofertę tak doskonałej formy opieki dla osób przewlekle chorych psychicznie na terenie Bielska-Białej oraz Powiatu.

VII. ANALIZA DANYCH Z STATYSTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH DOSTĘPNOŚCI USŁUG AMBULATORYJNYCH ORAZ ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W ŚRODOWISKU

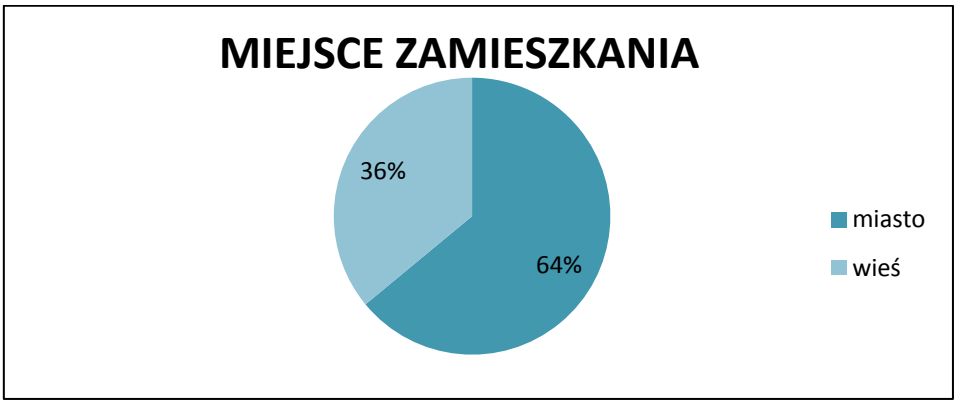


Ryc. 1 Przedział wiekowy osób badanych (n=50)
Źródło: Opracowanie własne

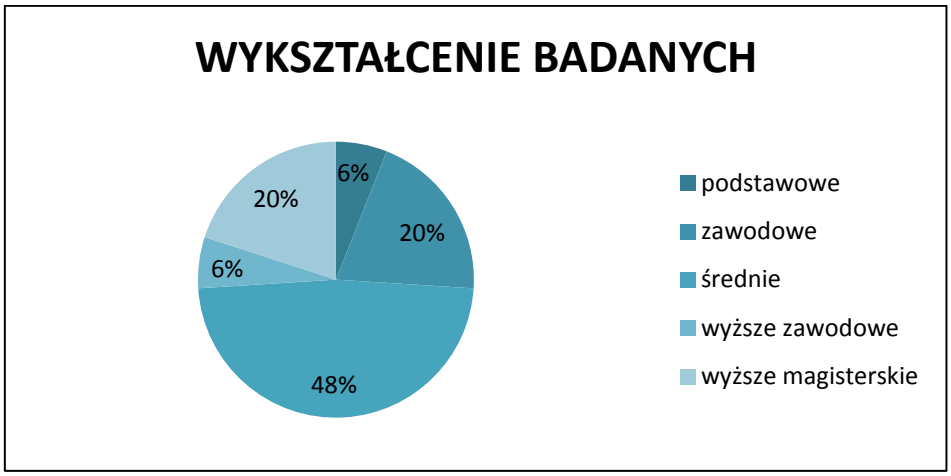
Wyniki badania wieku ankietowanych wskazały jako najliczniejsza grupę chorych korzystających z Poradni Zdrowia Psychicznego w przedziale wiekowym między 41-60 rokiem życia.



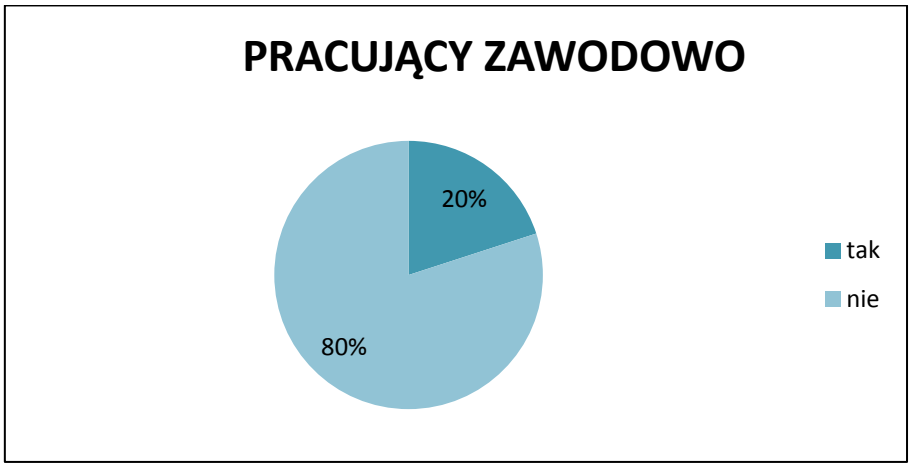
Ryc. 2 Procentowy udział kobiet i mężczyzn będących uczestnikami badania (n=50)
Źródło: Opracowanie własne



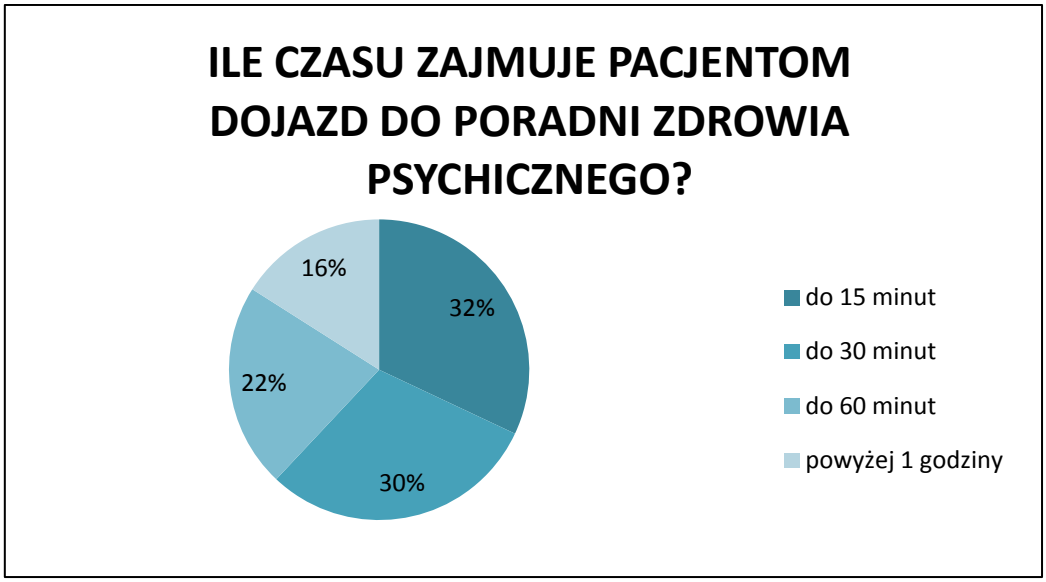
Ryc. 3 Miejsce zamieszkania ankietowanych (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
Większość badanych osób (64%) jako miejsce zamieszkania wskazało miasto.



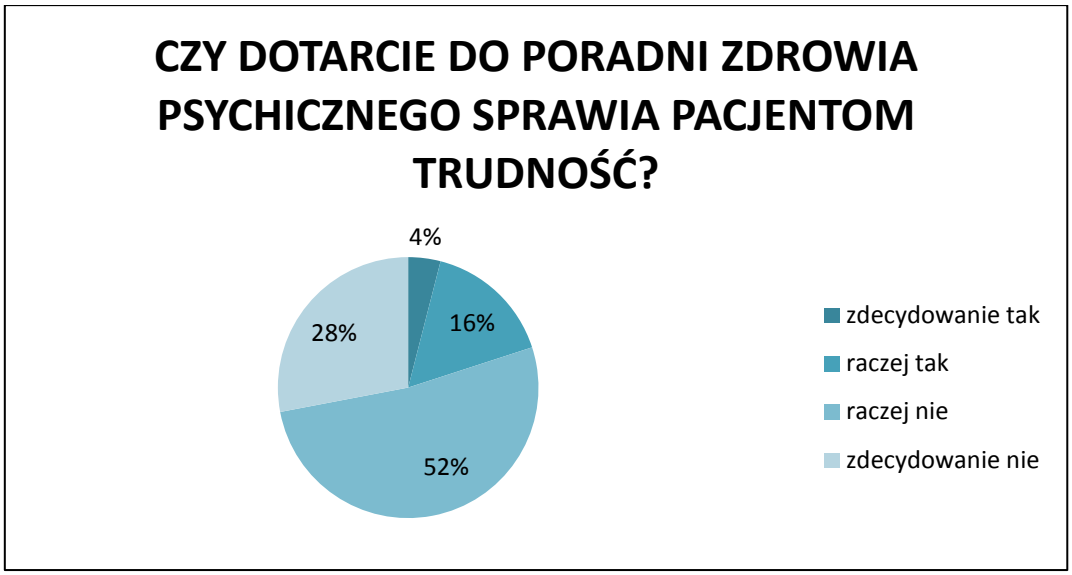
Ryc. 4 Wykształcenie badanych (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
Większość badanych pacjentów (48%) posiada wykształcenie średnie.



Ryc. 5 Pracujący zawodowo (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
W pytaniu dotyczącym aktywności zawodowej aż 80% badanych udzieliło odpowiedzi iż nie jest aktywnych zawodowo.

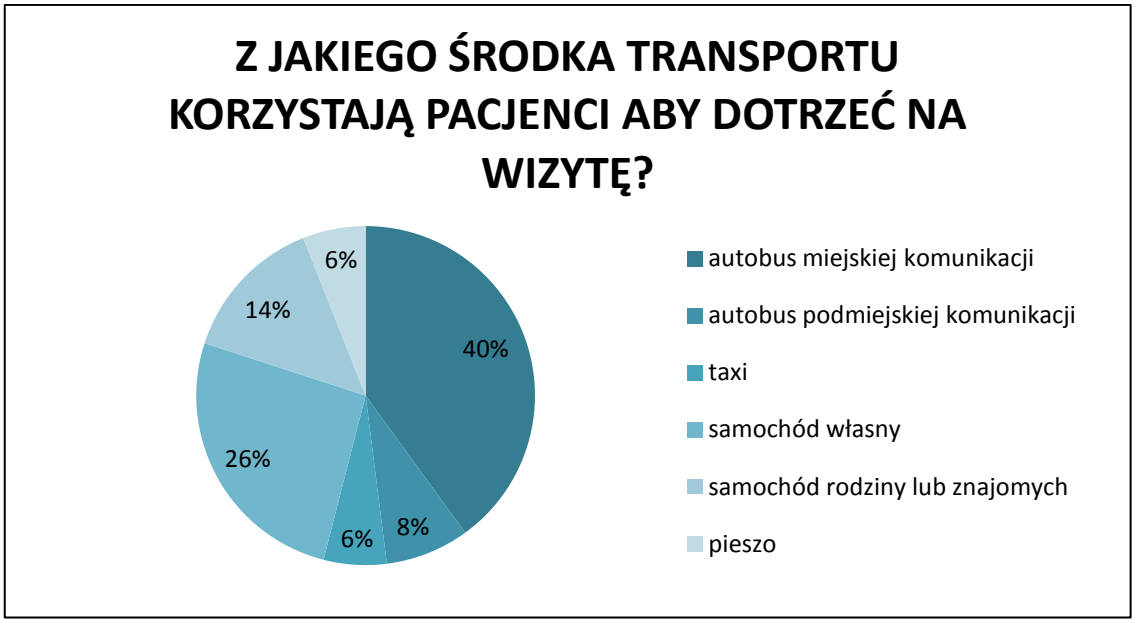


Ryc. 6 Ile czasu zajmuje pacjentom dojazd do Poradni? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
Na początku kwestionariusza ankiety poproszono uczestników o wypowiedź na temat tego ile czasu zajmuje im dojazd do Poradni Zdrowia Psychicznego. W wyniku przeprowadzonego badania uzyskano informacje, iż 32% pacjentów potrzebuje 15 minut, aby dotrzeć do Poradni, 30% potrzebuje do 30 minut, a 16% powyżej 1 godziny.



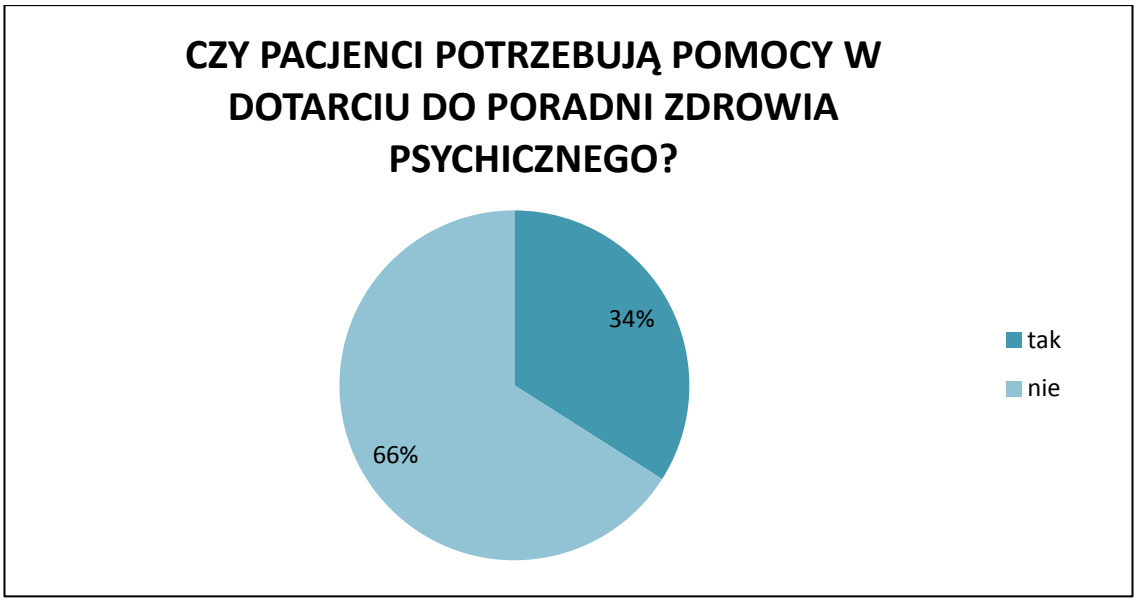
Ryc. 7 Czy dotarcie do Poradni Zdrowia Psychicznego sprawia pacjentom trudność? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne

Kolejne pytanie miało na celu uzyskanie informacji na temat tego czy dotarcie do Poradni Zdrowia Psychicznego sprawia pacjentom trudność, 52% badanych odpowiedziało, że raczej nie sprawia trudności, 4% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, iż sprawia im to duży problem.

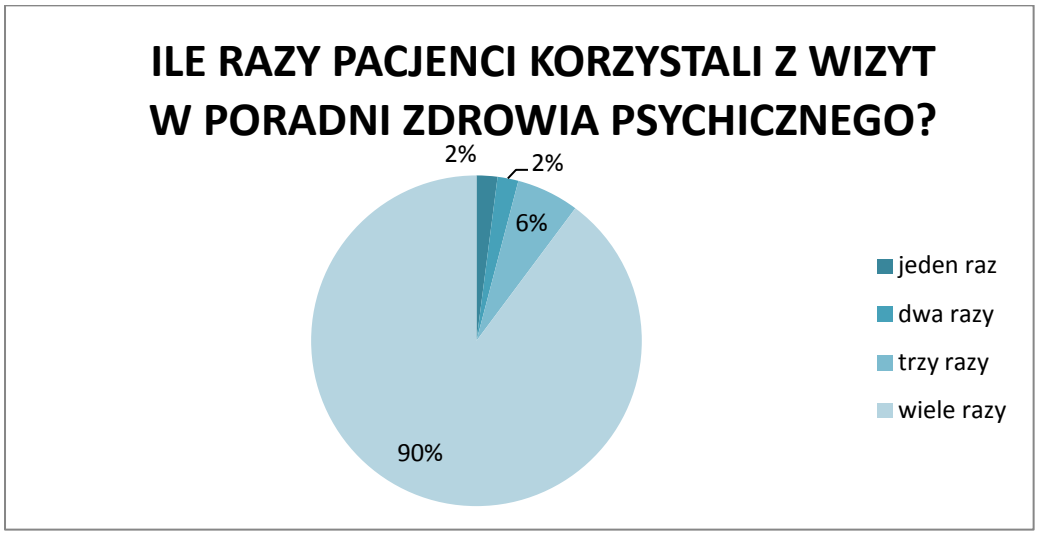


Ryc. 8 Z jakiego środka transportu korzystają pacjenci aby dotrzeć na wizytę? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne

Najczęstszym środkiem transportu, z którego korzystają pacjenci jest autobus miejskiej komunikacji. 6% badanych dojeżdża korzystając z usług taxi.

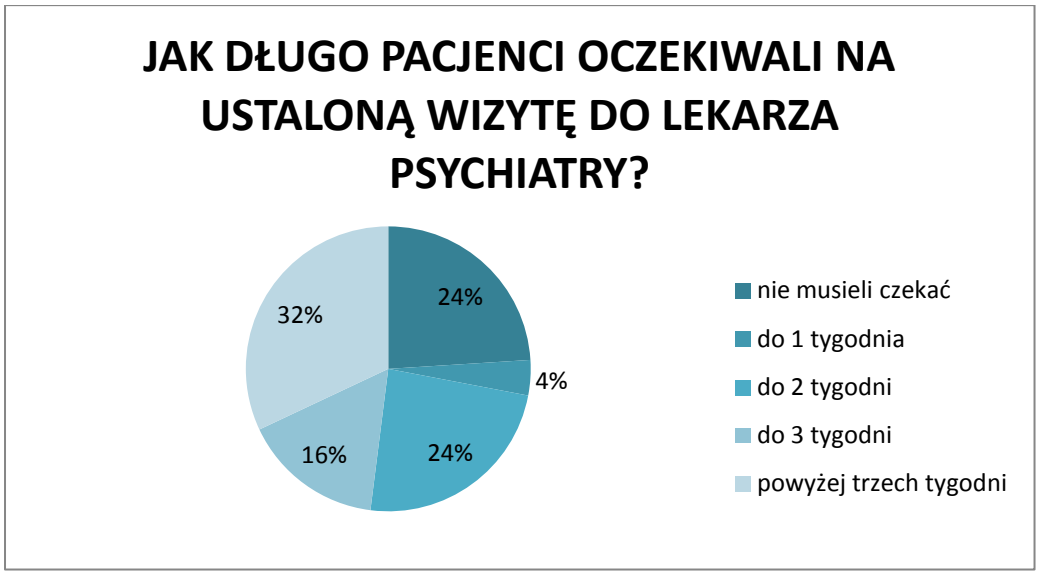


Ryc. 9 Czy pacjenci potrzebują pomocy w dotarciu do Poradni Zdrowia Psychicznego? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
66% badanych nie potrzebuje pomocy w dotarciu do Poradni Zdrowia Psychicznego, 34% badanych wymaga pomocy zgłosić się do Poradni.



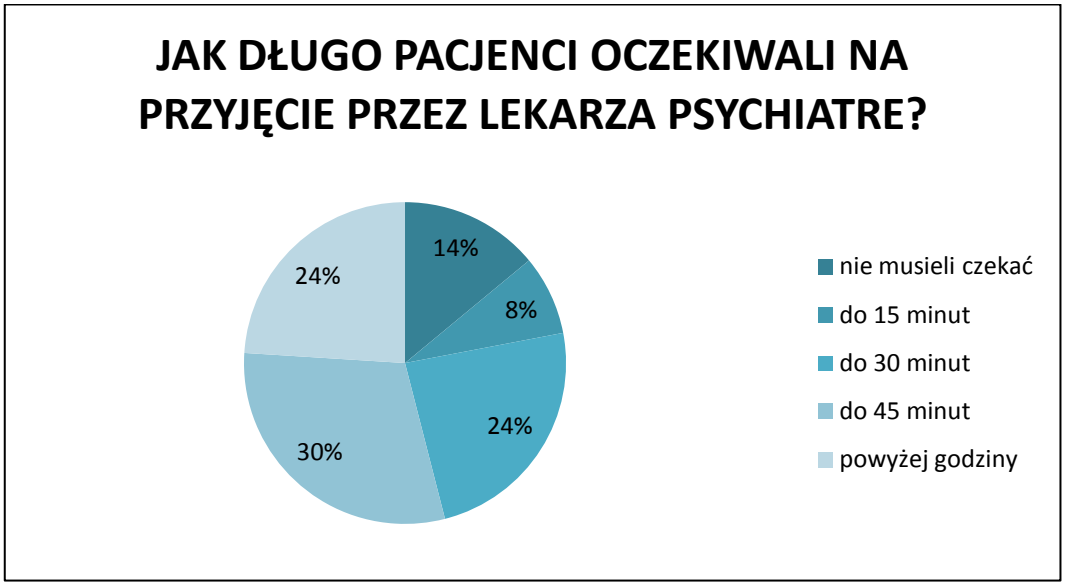
Ryc. 10 Ile razy pacjenci korzystali z wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego? (n=50)

Źródło: Opracowanie własne
Prosząc respondentów o udzielenie informacji na temat tego ile razy korzystali z wizyt zdecydowana większość, bo aż 90% pacjentów odpowiedziała, że wielokrotnie korzystali z wizyt, 2% respondentów było po raz pierwszy w Poradni.



Ryc. 11 Jak długo pacjenci oczekiwali na ustaloną wizytę lekarza psychiatry? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne

Czas oczekiwania na ustaloną bezpłatną wizytę do lekarza psychiatry u 32% badanych wynosił powyżej 3 tygodni, 4% udzieliło odpowiedzi, że musiało oczekiwać do 1 tygodnia.

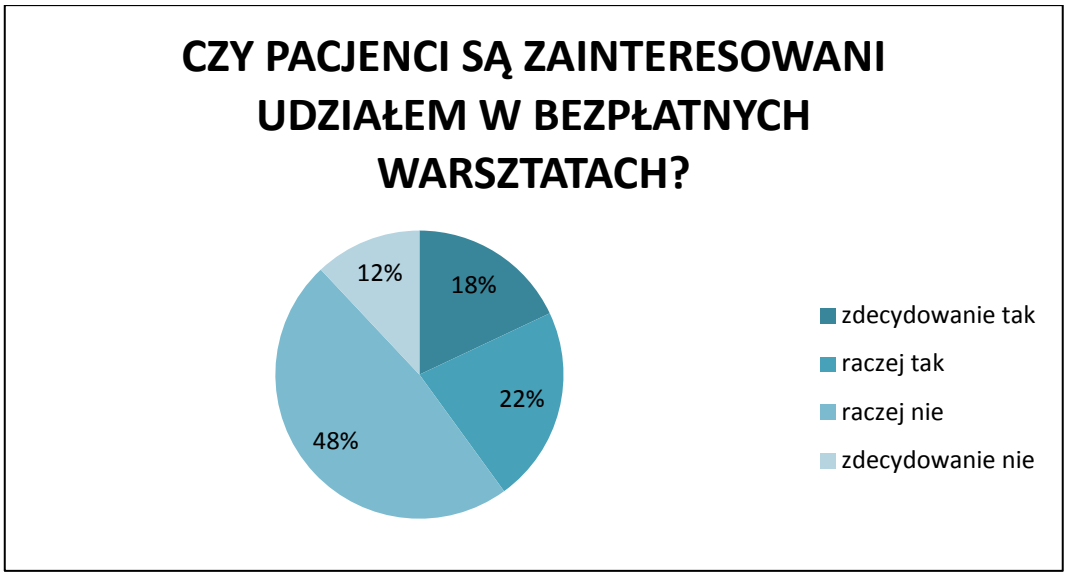


Ryc. 12 Jak długo pacjenci oczekiwali na przyjęcie przez lekarza psychiatrę w gabinecie? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne

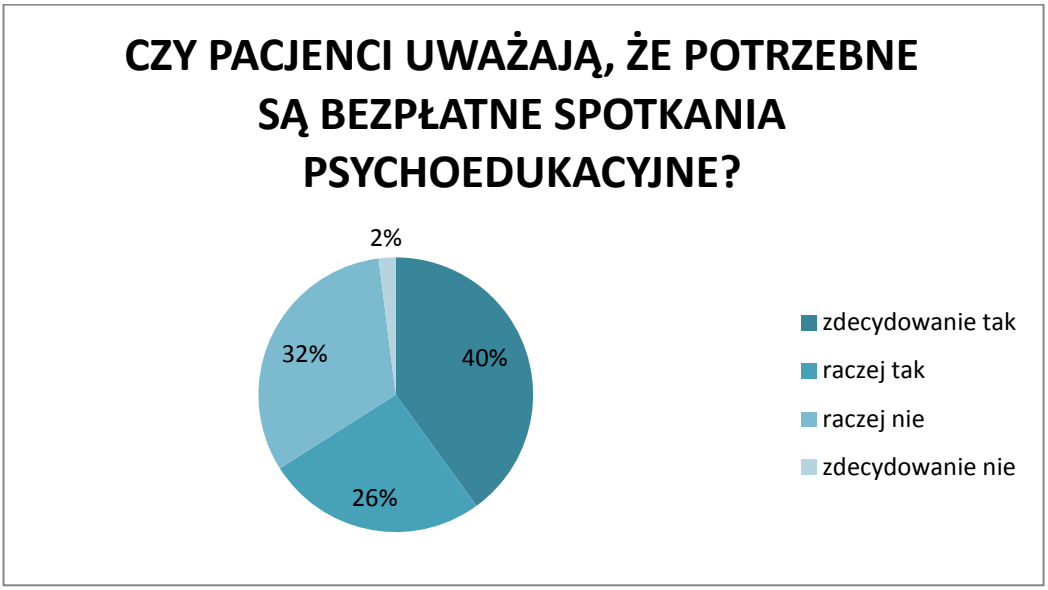
W badaniu uzyskano informacje, że 30% badanych musiało czekać na wizytę w gabinecie do 45 minut a 8% z nich do 15 minut.

Ryc. 13 Czy rejestracja w Poradni Zdrowia Psychicznego przebiegała zgodnie z oczekiwaniami pacjentów? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
Aż 98% pacjentów wypowiada się pozytywnie na temat organizacji pracy w rejestracji, 2% badanych twierdzą, że nie przebiegała ona zgodnie z ich oczekiwaniami.

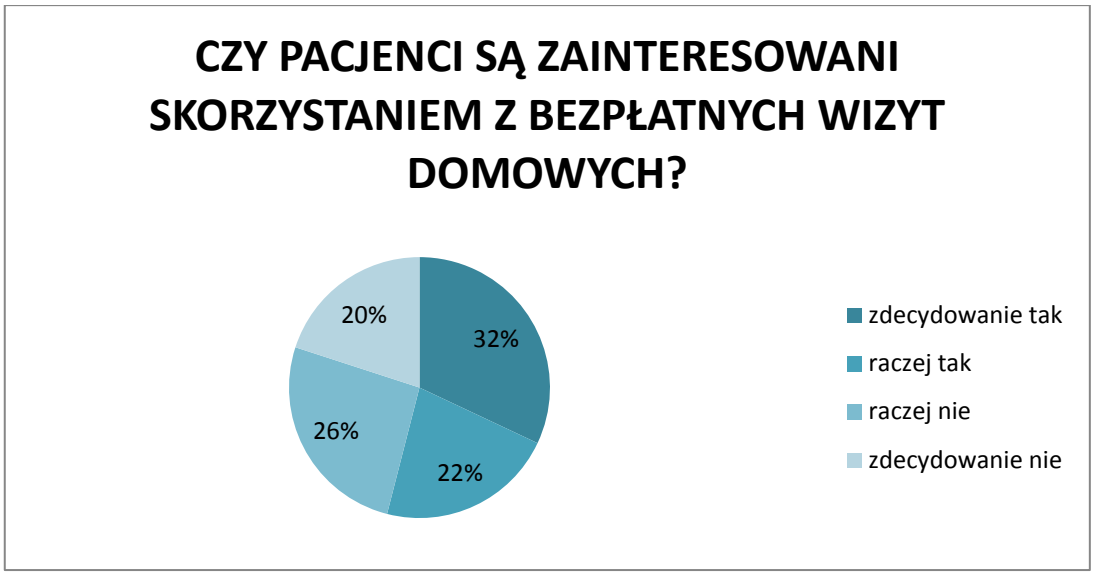
Ryc. 14 Czy pacjenci wiedzą, że można skorzystać z bezpłatnej porady pracownika socjalnego? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
W kolejnym pytaniu, poproszono respondentów, aby udzielili odpowiedzi na temat posiadanej informacji o możliwości skorzystania z bezpłatnej porady pracownika socjalnego. Aż 62% ankietowanych wie o takiej możliwości pomocy, 38% badanych nie było poinformowanych na ten temat.



Ryc. 15 Czy pacjenci są zainteresowani udziałem w bezpłatnych warsztatach na temat leczenia, rehabilitacji i form oparcia społecznego? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
48% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że raczej nie są zainteresowani udziałem w bezpłatnych warsztatach pogłębiających ich wiedzę na temat choroby, 12% badanych odpowiedziało, że nie są zainteresowani taką formą pomocy.

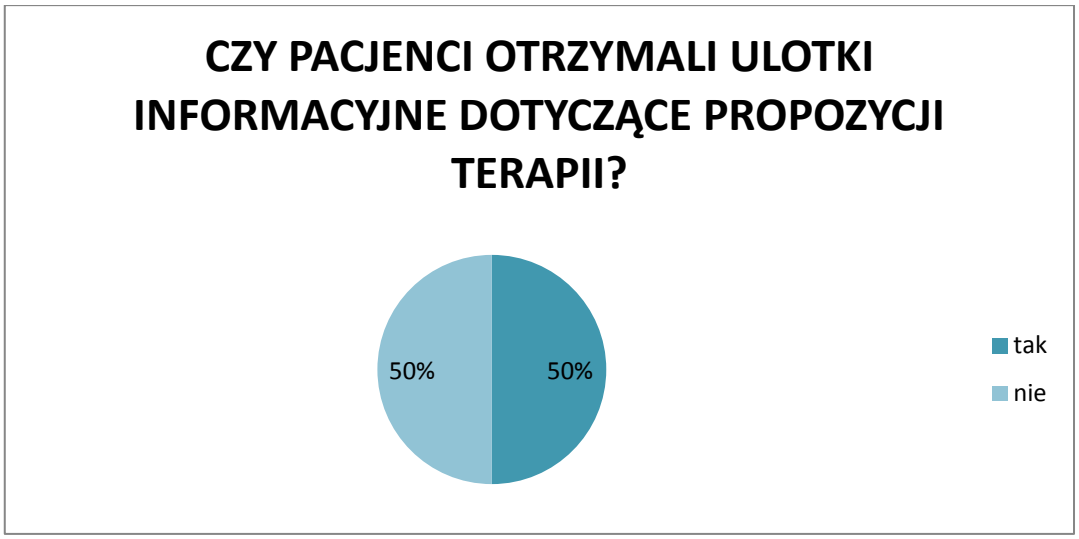


Ryc. 16 Czy pacjenci uważają, że potrzebne są bezpłatne spotkania psychoedukacyjne dla rodzin pacjentów w celu wyjaśnienia przyczyn choroby, metod leczenia aby poprawić relacje rodzin i pacjentów? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
40% respondentów odpowiedziało, że potrzebne są bezpłatne spotkania psychoedukacyjne dla rodzin pacjentów, 2% nie widzi takiej potrzeby pomocy.

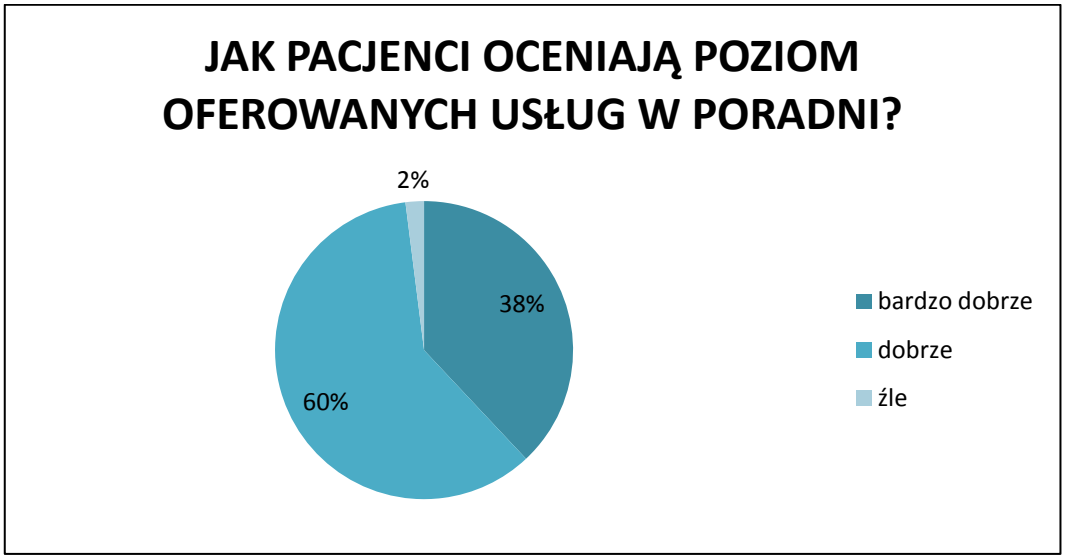


Ryc. 17 Czy pacjenci są zainteresowani skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry i pielęgniarki środowiskowej, jeżeli zaistniałaby taka potrzeba? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
Skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych jest zainteresowanych 32% badanych, a 20% z nich nie jest zainteresowanych taką formą opieki.

Ryc. 18 Czy pacjenci słyszeli o możliwości skorzystania z oferty specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych jako forma oparcia społecznego dla osób chorych? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
O możliwość skorzystania ze specjalistycznych opiekuńczych było poinformowanych 34% pacjentów, a 66% nie zna takiej formy opieki dla osób chorych psychicznie.



Ryc. 19 Czy pacjenci otrzymali ulotki informacyjne dotyczące propozycji terapii? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
Połowa (50%) badanych otrzymała ulotki informacyjne dotyczące propozycji różnych form terapii dla osób chorych psychicznie.



Ryc. 20 Jak pacjenci oceniają poziom oferowanych usług w Poradni Zdrowia Psychicznego? (n=50)
Źródło: Opracowanie własne
60% badanych dobrze ocenia poziom oferowanych usług, 38% ocenia je jako bardzo dobre.

Wnioski
Analiza uzyskanych danych pozwala sformułować końcowe wnioski dotyczące dostępności w zakresie psychiatrycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz form oparcia społecznego w środowisku.

1. Na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego dane socjodemograficzne wskazują, jako najliczniejszą grupę chorych korzystających z Poradni Zdrowia Psychicznego pacjentów w przedziale wiekowym między 41-60 rokiem życia.

Większość badanych pacjentów mieszka na terenie Bielska-Białej, ma średnie wykształcenie i tylko 20% jest aktywnych zawodowo.

2. Dojazd do Poradni Zdrowia Psychicznego zajmuje pacjentom od 15 do 30 minut. 16% badanych udzieliło odpowiedzi, że czas dojazdu zajmuje im więcej niż godzinę. 52% pacjentów twierdzi, że dotarcie do Poradni nie sprawia im problemu. Najczęstszym środkiem transportu z którego korzystają pacjenci jest autobus komunikacji miejskiej. 66% procent badanych nie potrzebuje pomocy, aby zgłosić się do Poradni Zdrowia Psychicznego, 34% wymaga takiej pomocy.
3. Większość pacjentów, bo aż 90% wielokrotnie korzystało z wizyt. 24% badanych nie musiało czekać na ustaloną wizytę a 32% ankietowanych czekało powyżej 3 tygodni. Czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta przez lekarza psychiatrę według 30% badanych wynosił do 45 minut, 14% badanych nie musiało czekać. Zdecydowana większość pacjentów wypowiada się pozytywnie na temat organizacji pracy w rejestracji.
4. Ankietowani w większości są poinformowani o możliwości uzyskania bezpłatnej pomocy pracownika socjalnego.
5. Badani respondenci raczej nie są zainteresowani udziałem w bezpłatnych warsztatach na temat leczenia, rehabilitacji i form oparcia społecznego, natomiast widzą potrzebę udziału w bezpłatnych spotkaniach psychoedukacyjnych dla ich rodzin i są zainteresowani skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych.
6. Większość badanych pacjentów nie słyszała o możliwość skorzystania z oferty specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych jako forma oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie, połowa otrzymała ulotki informacyjne dotyczące propozycji różnych form terapii.
7. Ogólny poziom oferowanych usług w formie ambulatoryjnej 60% badanych ocenia dobrze a, 38% bardzo dobrze.

VIII. ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ POMOC SPOŁECZNĄ, AKTYWIZACJA ZAWODOWA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

1. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. Nr 0 poz. 163 z późn. zm.) pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać wykorzystując własne zasoby, możliwości i uprawnienia. Wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do

zaspokojenia niezbędnych potrzeb oraz umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Ośrodek Pomocy Społecznej

Ośrodek Pomocy Społecznej to jednostka organizacyjna pomocy społecznej, której podstawowym celem jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby oraz możliwości, wspieranie ich w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb, umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka oraz w miarę możliwości doprowadzenie ich do życiowego usamodzielnienia i integracji ze środowiskiem.

Ośrodki Pomocy Społecznej stanowią pierwsze miejsce kontaktu w przypadku zamiaru uzyskania świadczeń opiekuńczych, wsparcia w życiu codziennym lub korzystania z pomocy poza miejscem zamieszkania.

Do Ośrodków Pomocy Społecznej należą m.in.:

Organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, prowadzenie domów pomocy społecznej oraz ośrodków wsparcia dla osób z zburzeniami psychicznymi o zasięgu lokalnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki, prowadzenie i zapewnienie miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego lub mieszkaniach chronionych, praca socjalna i praktyka socjalna.

1.1. Specjalistyczne usługi opiekuńcze na wybranym przykładzie prac MOPS w Bielsku-Białej,

Podstawy prawne specjalistycznych usług opiekuńczych.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego została uchwalona dopiero 19.08.1994 r., po przeszło 20 latach prac legislacyjnych . Potrzeba jej uchwalenia wynikła z: (Dz.U.Dz 1994r.,Nr 111, poz.535).

a) braku prawnej regulacji przymusowego postępowania psychiatrycznego (Polska była jednym z nielicznych krajów, które nie miały elementarnych przepisów dotyczących najbardziej drastycznych sposobów leczenia psychiatrycznego)
b) obowiązującej wówczas Ustawy konstytucyjnej (Dz.U 1992 Nr 84, poz. 426) i Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (z.o.z.),(z dnia 30.08.1991r. Dz.U. z 1991r. Nr 91, poz. 408)
c) ratyfikowanych przez Polskę międzynarodowych umów i Europejskiej konwencji praw człowieka.

Ustawa składa się z siedmiu rozdziałów:

1. Przepisy ogólne.
2. Badanie, leczenie, rehabilitacja oraz opieka i pomoc.
3. Postępowanie lecznicze.
4. Przyjęcie do domu pomocy społecznej.
5. Postępowanie przed sądem opiekuńczym.
6. Ochrona tajemnicy.
7. Przepisy karne, zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe.

Przepisy ustawowe można podzielić na trzy, omówione poniżej grupy:

Celem przepisów pierwszej grupy jest zapewnienie promocji zdrowia psychicznego (utrzymanie, wzmacnianie i rozwijanie prawidłowych umiejętności psychologicznych człowieka lub zwiększanie kontroli nad własnym zdrowiem), zapobieganie zaburzeniom psychicznym, kształtowanie właściwych podstaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałanie ich dyskryminacji. Przesłonką tych przepisów była głównie potrzeba rozwinięcia nikłej dotychczas działalności promocyjnej.

Celem drugiej grupy przepisów Ustawy było zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowiskach rodzinnym i społecznym (art. 2 pkt.2). Przesłanką utworzenia tych norm była głównie ciężka sytuacja lecznictwa psychiatrycznego i pomocy społecznej utrudniająca lub uniemożliwiająca przestrzeganie praw pacjentów, m.in. prawa do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art.19,ust.1,pkt.4 Ustawy).

Szczegółowe przepisy przewidywały następujące rozwiązania:

1. Określenie nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, stanowiące, że wykonywana jest ona w ramach opieki podstawowej i specjalistycznej, a zwłaszcza psychiatrycznej, w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowe, szpitalnej oraz w domach pomocy społecznej (art. 5).
2. Zobowiązanie samorządu województwa do tworzenia – zgodnie z potrzebami wynikającymi z liczby i struktury społecznej ludności województwa – i prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach docelowej sieci tych zakładów, określonej przez ministrów właściwego do spraw zdrowia (art. 6).
3. Zgodnie z art. 6a powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej, dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z

zaburzeniami psychicznymi. Domy te są tworzone na zasadach określonych w Ustawie o pomocy społecznej z 29 listopada 1990 r. (DzU 1998, nr 64, poz. 414).

4. Zgodnie z art. 55 ust. 1 Minister Zdrowia i Opieki Społecznej miał ustalić na mocy zarządzania docelową sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 6, a zgodnie z ust. 2 Minister Pracy i Polityki Socjalnej został zobowiązany do opracowania docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy. Realizacja tych sieci ma nastąpić w ciągu 10 lat od wejścia w życie Ustawy.
5. Organizowanie nauczani i specjalnego postępowania rewalidacyjno – wychowawczego da dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo m.in. w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo – wychowawczych i ośrodkach rehabilitacyjno – wychowawczych (art. 7).
6. **Organy do spraw pomocy społecznej organizują oparcie społeczne dla osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo, które mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie zatrudnienia oraz w sprawach bytowych (art. 8). Jedną z form oparcia społecznego są środowiskowe domy samopomocy, drugą – specjalistyczne usługi opiekuńcze (art. 9).**
7. Za świadczenia zdrowotne udzielane osobom chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie pobiera się od tych osób opłat. Osobom tym, przebywającym w publicznym szpitalu psychiatrycznym, przysługują ponadto leki i artykuły sanitarne oraz pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, za które nie pobiera się od tych osób opłat (art. 10).

Celem trzeciej grupy postanowień Ustawy była ochrona praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi przez wzmacnianie przestrzegania praw określonych w obowiązujących Ustawach oraz zapewnienie praw obywatelskich pacjentom poddawanym przymusowemu postępowaniu. [25]

O drugiej grupie przepisów, które stanowią podstawę do realizacji omawianej problematyki usług pisze również Ewa Wilczek – Rużyczka w „Podstawach pielęgniarstwa psychiatrycznego" za Shepard G. „Rehabilitacja w psychiatrii".

Druga grupa przepisów Ustawy ma a celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi powszechnie dostępnej wielostronnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Proponowane są nawiązujące rozwiązania:

- określenie nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi
- zobowiązanie samorządu do tworzenia i prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach docelowej sieci tych zakładów
- zobowiązanie powiatu do organizowania i zapewniania usług w odpowiednim standardzie w domach opieki społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
- ustalenie docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- organizowanie nauczania i postępowania rewalidacyjno – wychowawczego dla dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo
- organizowanie przez organy do spraw pomocy społecznej oparcia społecznego dla osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo. Jedną z form oparcia społecznego są środowiskowe domy samopomocy, drugą – **specjalistyczne usługi opiekuńcze** [26]

Davies oraz Craig w „ ABC zdrowia psychicznego" piszą, iż podstawową przesłanką, na której opiera się Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jest uznanie, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Zadania te, zgodnie z Ustawą, realizowane są nie tylko przez utworzenie systemu powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, ale również poprzez promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Celem Ustawy jest też ochrona praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi.[27]

Zatem podstawę prawną do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych stanowią:

1. Art. 8, 9 ustawy z dn. 19 sierpnia 1994 r. O ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Dz 1994 r., Nr 111, poz. 535) oraz Ustawa z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego
2. Art. 18, 50 ustawy z dn. 12 marca 2004 r. O pomocy społecznej (Dz.U. Dz 2004 r., Nr 64, poz. 593 z późniejszymi zmianami)
3. Rozporządzenie ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005 r. W sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598) [28]

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej określa:

- Zadania w zakresie pomocy społecznej
- Rodzaje świadczeń z pomocy społecznej oraz zasady i tryb ich udzielania
- Organizację pomocy społecznej
- Zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej

Wprowadziła ona w Polsce nowy model pomocy społecznej. Dorobek ustawodawstwa w tej dziedzinie nie jest bogaty. Składają się na niego jedynie dwie ustawy bezpośrednio odnoszące się do powyższej problematyki (Dz.U.Nr 92, poz.726 z późń. zm.). Obecnie obowiązująca ustawa o pomocy społecznej została uchwalona w okresie uzyskiwania przez Polskę pełnoprawnego członkostwa w Unii Europejskiej, co wpłynęło na nowy kształt systemu pomocy społecznej. Struktura Ustawy została podzielona na cztery zasadnicze części – działy. Pierwszy zawiera przepisy ogólne, drugi poświęcony jest świadczeniom z pomocy społecznej, trzeci – organizacji pomocy społecznej. W czwartym natomiast znajdują się przepisy zmieniające, przejściowe i końcowe. Dla potrzeb poruszanej problematyki szczególnie interesujący jest drugi zakres regulacji, który odnosi się do świadczeń z pomocy społecznej. Są to zróżnicowane formy oparcia, których celem jest zaspokojenie określonych potrzeb beneficjentów i zapewnienie im bezpieczeństwa socjalnego. Ustawodawca poświęca świadczeniom wiele uwagi, wymieniając szczegółowo ich rodzaje, warunki przyznawania oraz normując tryb udzielania pomocy. Określa również zasady odpłatności za świadczenia i ich zwrotu. [29]

W Art. 18 wyżej omawianej Ustawy w pkt 6 czytamy również, że do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminę należy między innymi:

- realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój **specjalistycznego wsparcia.** Środki na realizację i obsługę tych zadań musi zapewnić budżet państwa.

Specjalistycznych usług opiekuńczych dotyczy Art. 50 tej Ustawy, który określa usługi specjalistyczne jako szczególny rodzaj usług dostosowanych do potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczonych przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Podstawę prawną do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych stanowi również Rozporządzenie ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U.z 2005 r., Nr 189, poz.1598).

Status aktu prawnego: obowiązujący

Data ogłoszenia: 01 październik 2005 r.

Data wydania: 23 września 2005 r.

Data wejścia w życie: 02 październik 2005 r.

Organ wydający: Min. Polityki Społecznej

Podstawę prawną stanowi również Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. [30] (Dz.U. Nr 210, poz. 2135)

Proces tworzenia specjalistycznych usług opiekuńczych.

Główne etapy prac Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bielsku – Białej w celu realizacji usług.

W 1993 roku MOPS w Bielsku – Białej utworzył Dział Usług Opiekuńczych i tym samym przejął usługi świadczone do tej pory przez siostry PCK. Opiekunki zostały zatrudnione przez MOPS.

W 1994 Dział Usług Opiekuńczych przejął również zlecenia świadczone przez Polski Komitet Pomocy Społecznej.

W 1995 roku powołano Stację Opieki Caritas, która działała przy MOPS do 2004 roku. W chwili obecnej w dalszym ciągu dział usług opiekuńczych za zgodą podopiecznych nawiązuje współpracę z pielęgniarkami i rehabilitantem zatrudnionym w „Caritas" Diecezja Bielsko – Żywieckiej. W ramach współpracy opiekunki zatrudnione w MOPS korzystają z poradni i instruktażu w zakresie opieki i pielęgnacji podopiecznych.

W 1999 roku MOPS zawarł umowę na realizację usług opiekuńczych w celu zapewnienia ciągłości osobom potrzebującym z Agencją Opiekuńczo Medyczną wybraną na podstawie przetargu nieograniczonego. Również w 1999 roku podjęto współpracę z terapeutami w celu świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a od roku 2007 również dla dzieci z syndromem autyzmu. Podmiot realizujący jest też wyłoniony na podstawie przetargu nieograniczonego.

Od 1 kwietnia 2005 roku do 31 grudnia 2005 roku realizowano specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pielęgnacji, które świadczone były przez opiekunki zatrudnione w MOPS, przygotowane do samodzielnej pracy z chorymi psychicznie. W 2008 roku wprowadzono łączoną formę pomocy. Usługi opiekuńcze realizowane są przez opiekunki MOPS (wśród zatrudnionych są pielęgniarki, które odbyły półroczne szkolenie w środowiskowym domu samopomocy oraz ukończyły zorganizowane w 2007 roku szkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych). Usługi realizowane są też przez pracowników Subrejonowego Ośrodka Leczenia Psychiatrycznego. [31]

W poniższych tabelach przedstawiono dane udostępnione przez MOPS w Bielsku – Białej. Na podstawie tych informacji powstały tabele zawierające szczegółowe dane dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych w latach 2003 do 2009

ROK	Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w latach 2003 – 2009.	
2003	54 OSOBY	
	33 S	21 R
2004	51 OSÓB	
	32 S	21 R
2005	46 OSÓB	
	29 S	19 R
2006	56 OSÓB	
	37 S	19 R
2007	79 OSÓB	
	49 S	30 R / w tym 5 dzieci z syndromem autyzmu
2008	75 OSÓB	
	49 S	26 R / w tym 6 dzieci z syndromem autyzmu
2009 dane na 01.08.2009	64 OSOBY	
	42 S	22 R / w tym 3 dzieci z syndromem autyzmu

Tabela nr 14. Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w latach 2003 – 2009.

Ilość osób objętych usługami specjalistycznymi
S - osoba samotna
R – osoba w rodzinie

	Bielsko-Biała	Powiat Bielski
Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w roku 2015	100 osób	35 osób

Tabela nr 15. Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w roku 2015.

L.p.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone na terenie powiatu w 2015 roku
1.	Szczyrk (usługi świadczone od 2001 roku)
2.	Wilamowice
3.	Jasienica
4.	Jaworze

5	Wilkowice
6.	Czechowice-Dziedzice
7.	Buczkowice

Tabela nr 16. Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone na terenie powiatu w 2015 roku

Jak wynika z dokonanej analizy w roku 2007 aż 79 osób chorych psychicznie zostało objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi. Była to największa liczba podopiecznych, u których zrealizowano usługi. W roku 2009 - 64 osoby zostały objęte usługami. Liczba osób, którym świadczone są usługi opiekuńcze nie wykazuje tendencji systematycznego wzrostu. Można przypuszczać, że nie ilość świadczonych usług, lecz ich jakość i zadowolenie podopiecznych stanowić będzie o sukcesie terapeutycznym i powodzeniu całego przedsięwzięcia. Największa liczba osób (36) objętych usługami specjalistycznymi w roku 2009 to podopieczni z rozpoznaniem schizofrenii. W 2015 roku usługami zostało objętych 100 osób przewlekle chorych psychicznie na terenie Bielska-Białej, na terenie powiatu usługi wdrożono u 35 pacjentów.

Lp.	Rozpoznania	Liczba osób
1.	Schizofrenia	36
2.	Depresja	10
3.	Zaburzenia na tle organicznym	6
4.	Autyzm wczesnodziecięcy	2
5.	Upośledzenie umysłowe	4
6.	Zaburzenia osobowości	2
7.	**Ogółem**	**60 osób**

Tabela nr 17. Specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane na terenie Bielska – Białej w 2009 roku wg rozpoznań psychiatrycznych.

Usługi stały się istotnym elementem uzupełniającym wielostronną ofertę terapeutyczną i rehabilitacyjną środowiskowego systemu leczenia i oparcia społecznego dla psychicznie chorych. Powstanie tego typu usług stało się uzupełnieniem istniejących sieci placówek medycznych i poza medycznych. Specjalistyczne usługi opiekuńcze zapewniają holistyczne podejście terapeutyczne. Uwzględniają wiele różnorodnych aspektów, do których można zaliczyć farmakoterapię, kompleksowe budowanie sieci oparcia społecznego, rozwiązywanie problemów osobistych i rodzinnych, monitorowanie stanu psychicznego i fizycznego. Stanowią całościową opiekę nad chorym psychicznie w jego naturalnym środowisku.

Rodzaje, zakres specjalistycznych usług opiekuńczych oraz kwalifikacje personelu. Pierwotna koncepcja usług opiekuńczych, określonych następnie jako specjalistyczne usługi opiekuńcze, odpowiadała w przybliżeniu praktycznym zasadom Testa i Steina w sprawie opieki środowiskowej nad pacjentami znacznie zaburzonymi psychicznie. [32]

Według tych zasad:

1) klientami oparcia społecznego są osoby określone w art. 8 ust. 1 , które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem w zakresie zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. Osoby te – wielokrotnie hospitalizowane i objęte różnymi formami leczenia pozaszpitalnego – nie utrzymują się w środowisku albo cechują się bardzo niską „jakością życia" z racji braku umiejętności radzenia sobie. W tej grupie są również osoby, które nie chcą się leczyć w poradniach zdrowia psychicznego, ani korzystać ze środowiskowych domów samopomocy. Większość z nich ma jakieś mieszkanie, a niektórzy przebywają w hotelach, gdzie mają również kłopoty w codziennym życiu.
2) Celem specjalistycznych usług opiekuńczych jest głównie uczenie tych podstawowych umiejętności, które są niezbędne do samodzielnego życia. Należą do nich:

- Umiejętności codziennego życia, dbanie o siebie i osobistą higienę, pranie, sprzątanie swojego pokoju, gotowanie, korzystanie z gazu i prądu, z baru czy stołówki, robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, korzystanie ze środków transportu i łączności, i inne.
- Umiejętności zawodowe. Uczenie się niezbędnych nawyków pracy i szukania zatrudnienia.
- Umiejętności społeczne i interpersonalne. Uczenie się umiejętności komunikowania się, rozwiązywania problemów, problemów także wyrażania własnych przekonań, uczuć i postaw w sposób respektujący otoczenie.
- Umiejętność spędzania wolnego czasu: czytanie prasy, słuchanie radia, oglądanie telewizji, udział w zajęciach rekreacyjnych.

3) „Pomoc środowiskowa", czy też specjalistyczne usługi opiekuńcze powinny być świadczone w mieszkaniu klienta i jego naturalnym środowisku. Uczenie tych umiejętności w innym środowisku, np. poradni zdrowia psychicznego, oddziale dziennym, środowiskowym domu samopomocy może być tańsze, ale często znacznie mniej skuteczne, klient bowiem, z racji głębokich zaburzeń psychicznych, może mieć poważne trudności w zastosowaniu umiejętności nabytych w środowisku innym niż naturalne.
4) Dyrektywne, stanowcze i raczej paternalistyczne podejście personelu wydaje się bardziej skuteczne, zwłaszcza w początkowych okresach postępowania, niż wyczekiwanie na to, że pacjent nabierze odpowiedniej motywacji.

5) W nauczaniu głęboko zaburzonych psychicznie podejście behawioralne wydaje się bardziej skuteczne niż podejście werbalne. Chodzi o to, aby nie ograniczać się do słownych instrukcji, lecz pokazywać klientowi, jak ma coś zrobić w toku nabywania podstawowych codziennych umiejętności.
6) W dążeniu do eliminowania zachowań niepożądanych czy sprzecznych z prawem istotne znaczenie ma obciążanie pacjentów odpowiedzialnością za drobne wykroczenia, np. zachowania chuligańskie, kradzieże, czy niszczenie cudzego mienia, a nie przekazywanie ich do szpitala.
7) Osoby świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze muszą mieć niezbędne kwalifikacje.
8) Osoby te muszą współpracować z psychiatryczną opieką zdrowotną i rodzinami klientów.[33]

Zgodnie z rozporządzeniem ministra pracy i polityki socjalnej specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone są przez osoby mające kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki, pracownika socjalnego, rehabilitanta, fizykoterapeuty, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego i innych pokrewnych. Pracownicy ci powinni również mieć co najmniej półroczny staż pracy w zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku braku przygotowania zawodowego, wymienionego powyżej, koniecznym wymogiem jest co najmniej roczny staż pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. [34]

Poniżej przedstawiono zakres specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi obowiązujący pracowników świadczących usługi zatrudnionych przez: Specjalistyczne i Dydaktyczne Usługi Opiekuńcze.

Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi – oferta na realizację zadania

I. USPRAWNIENIE FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO

1. Prowadzenie treningu zachowań społecznych
   a) pomoc w kształtowaniu umiejętności w zakresie tworzenia relacji interpersonalnych
   b) kształtowanie umiejętności funkcjonowania w społeczeństwem, motywowanie do akceptowanych przez społeczeństwo zachowań
   c) wzmacnianie i tworzenie więzi społecznych
   d) pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego
   e) prowadzenie treningu kulinarnego
   f) nauka asertywności

g) asystowanie w codziennych czynnościach życia codziennego

Prowadzenie treningu budżetowego

a) nauka racjonalnego gospodarowania dochodami

b) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i mieszkaniowych

- współpraca z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
- współpraca z pracownikami Sądu
- współpraca z pracownikami Spółdzielni Mieszkaniowych

3. Prowadzenie treningów rozwiązywania konfliktów

a) pomoc w rozwiązywaniu sytuacji spornych i konfliktowych

b) wsparcie pedagogiczno – terapeutyczne

c) wspieranie respektowania praw osób chorych psychicznie

d) przeciwdziałanie krytyce i dyskryminacji osób chorych psychicznie

4. Prowadzenie treningu aktywizacji zawodowej

II. OPIEKA PSYCHOFIZYCZNA

1. Podtrzymywanie i rozwijanie podstawowych umiejętności życia codziennego
2. Prowadzenie działalności edukacyjno – informacyjnej
3. Wsparcie opiekuńczo – pielęgnacyjne
4. Wsparcie psychiczne
5. Budowanie zasad interwencji terapeutycznej
6. Edukacja zdrowotno – profilaktyka
7. Prowadzenie treningu higienicznego
8. Wsparcie i pomoc w sytuacjach trudnych
9. Monitorowanie stanu somatycznego pacjentów
10. Monitorowanie stanu psychicznego pacjentów
11. Prowadzenie treningu farmakologicznego
12. Pomoc w dostępie do placówek służby zdrowia

a) realizacja recept

b) utrzymywanie regularnych kontaktów z poradniami specjalistycznymi

c) ustalanie wizyt lekarskich

III. AKTYWIZACJA

1. Integrowanie podopiecznych ze społecznością lokalną
2. Rozwijanie zainteresowań podopiecznych

a) motywowanie do udziału w klubach zainteresowań

3. Kształtowanie nawyków celowej aktywności, poszerzonej o naukę aktywnego spędzania czasu wolnego, z elementami treningu kulturalnego
   a) spacery, wyjazdy na basen, organizowanie wyjść do kina, teatru

Odbiorcami usług (klientami) są głównie osoby kierowane przez lekarza psychiatrę z Poradni Zdrowia Psychicznego lub bezpośrednio po hospitalizacji w oddziale szpitalnym. Zgłoszenie podopiecznych do objęcia usługami specjalistycznymi dokonuje również Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej na wniosek rodziny chorego, samego podopiecznego bądź administracji domów, gdzie mieszkają chorzy sprawiający problemy innym współlokatorom.

Skierowaniem chorego do objęcia specjalistycznymi usługami zajmuje się lekarz PZP wypełniając druk, diagnozując i określając deficyty w zakresie funkcjonowania oraz zakres potrzebnych usług np. pomoc w samoobsłudze, utrzymanie higieny osobistej, racjonalnym żywieniu, nawiązywaniu kontaktów społecznych, zagospodarowywaniu czasu wolnego, pomoc w aktywnym leczeniu, gospodarowaniu własnym budżetem, załatwianiu spraw urzędowych, uczeniu wypełniania ról społecznych, rodzinnych a niekiedy nawet zawodowych. Lekarz psychiatra może podać również proponowaną liczbę godzin, którą uważa za wskazaną do realizacji u danego pacjenta (klienta). Ostateczną decyzję odnośnie przyznanych godzin usług podejmuje MOPS po wykonaniu wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego z rejonu, który zamieszkuje dany klient. Chory oczywiście musi wyrazić zgodę na tego typu usługi oraz wykazywać, chociaż minimalną chęć współpracy z terapeutą. Po dokonaniu wywiadu chory po 14 dniach otrzymuje decyzję administracyjną o przyznaniu lub nie przyznaniu usług specjalistycznych, w której zawarty jest również zakres usługi oraz ilość przysługujących godzin w miesiącu.

Decyzja podlega weryfikacji w trakcie realizacji usług.

Usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze są odpłatne. Odpłatność za usługi uzależniona jest od dochodu na członka rodziny a jej wysokość ustalona przez gminę w formie uchwały. Dyrektor MOPS w Bielsku – Białej, na wniosek świadczeniobiorcy lub pracownika socjalnego, może całkowicie zwolnić z opłat za usługę w następujących sytuacjach:

- gdy dochód na osobę w rodzinie jest poniżej lub w wysokości kryterium dochodowego
- gdy osoba znajduje się w wyjątkowo trudnej sytuacji życiowej

Częściowo zwolnić z opłat, gdy:

- jeżeli więcej niż jedna osoba w rodzinie wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym co najmniej jedna osoba jest obłożnie chora, świadczeniobiorca korzysta, z co najmniej dwóch rodzajów usług opiekuńczych,

udokumentuje ponoszenie opłat za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodku wsparcia bądź innej placówce. Koszt jednej godziny usługi specjalistycznej ustala się w drodze zarządzenia Dyrektora MOPS w Bielsku – Białej na podstawie poniesionych wydatków w roku poprzednim przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej na realizację usługi.

5. Studium przypadku.

Studium przypadku jest metodą badawczą, jest to projekt badawczy, w którym obiektem badań jest pojedynczy przypadek lub kilka wybranych bytów społecznych danego typu, np.: społeczności lokalne, historie życia, role czy stosunki. [35] Według definicji Bowersa studium przypadku to sztuka, w której wiedza życiowa i nauka o człowieku oraz środowisku, a także umiejętność obcowania z ludźmi są użyte w celu zmobilizowania sił w jednostce i odpowiedniej pomocy w społeczeństwie dla ulepszenia wzajemnego przystosowania się jednostki i jej środowiska.[36]

Przybliżenie problemów i deficytów u przewlekle chorych psychicznie rozpoznanych w trakcie realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych przedstawiono za pomocą metody – studium przypadku. Metoda ta okazała się szczególnie pomocna, aby w sposób czytelny, zrozumiały (dla odbiorcy), a łatwy (dla nadawcy) zaprezentować działania podejmowane przez usługodawców w celu osiągnięcia zamierzonych rezultatów. Wśród technik wykorzystywanych w metodzie zastosowano:

1. Obserwację
2. Wywiad
3. Pomiary
4. Analizę dokumentacji

Obserwacja jest to technika zbierania informacji o podmiocie opieki polegająca na celowym, planowym, ukierunkowanym i systematycznym spostrzeganiu osoby, zjawiska lub procesu.

Na potrzebę tej pracy użyto technik zbierania informacji, stosując na samym początku obserwację. Pracując z chorymi psychicznie wydaję się konieczne zastosowanie najpierw obserwacji, a dopiero później techniki wywiadu. Wynika to ze specyfiki choroby i jej objawów. Świadcząc specjalistyczne usługi opiekuńcze zastosowano bezpośredni typ obserwacji polegającej na jednoznacznym zbieraniu informacji i sprawdzaniu ich wiarygodności odwołując się do innych technik. Realizując usługi zaistniała wyjątkowa możliwość prowadzeniu obserwacji uczestniczącej, osoba wspierająca, terapeuta mógł obserwować wszystkie objawy, zdarzenia, zmiany od wewnątrz będąc niejako ich uczestnikiem. Obserwacja przebiegała w sposób niekontrolowany, dawała możliwość

swobodnego postępowania. Obserwacja odbywała się w sposób ukryty. Podopieczna nie była informowana o tym, że jest przedmiotem zainteresowania, co dało możliwość uchwycenia naturalnych zachowań, występujących objawów psychotycznych, wyeliminowało cechy nienaturalności. Zastosowano w obserwacji tzw. „próbki zdarzeń", zarejestrowano i odnotowano moment nasilenia się doznań chorobowych, niepokoju oraz nasilenia objawów późnych dyskinez.

Wywiad to ukierunkowana rozmowa, w której biorą udział, co najmniej dwie osoby: prowadzący wywiad i respondent. Wywiad jest więc pewnym procesem, w czasie którego badający zadając pytania stara się oddziaływać na badanego i skłonić go do udzielenia odpowiedzi na temat będący przedmiotem jego zainteresowania. [37]

Wywiad jest zwykle pierwszą techniką zbierania danych, jednak pracując z chorymi psychicznie zastosowano go znacznie później. Po nawiązaniu kontaktu terapeutycznego i zastosowaniu odpowiednich technik komunikowania się opisanych w poprzednich rozdziałach pracy, zastosowano wywiad ustny, nieskategoryzowany, prowadzony w sposób swobodny, terapeuta posiadał inicjatywę co do tego, jak prowadzić rozmowę, jakie stawiać pytania. Należało wybrać również odpowiedni moment pamiętając o tym, aby nie był to czas nasilenia doznań chorobowych. Podopieczni nie byli poinformowani o przeprowadzeniu wywiadu, ponieważ już samo to słowo u chorych psychicznie może wzbudzić negatywne emocje, podejrzliwość, niepokój a nawet agresję. Przeprowadzono go w sposób naturalny w środowisku życia podopiecznego. Miał on początkowo charakter indywidualny później przybrał cechy wywiadu zbiorowego, aby umożliwić dogłębne poznanie badanego problemu.

Następnym elementem zastosowanym w procesie były pomiary. To określone czynności podejmowane przez pielęgniarkę, aby opisać pewną cechę (np.: tętno, temperatura, ciśnienie) występującą u podopiecznego. Pomiar służy do ilościowego opisu stanu zdrowia np.: objawów, dolegliwości, wydolności opiekuńczej środowiska.

W opisywanym przypadku pomiary dotyczyły okresu nasilenia się dyskinez, czasu w jakim występowały doznania psychotyczne. Istotą pomiaru stało się również umiejętne zastosowanie odpowiedniej dawki leku dostosowanej do wielkości doznań chorobowych.

Analiza służy do gromadzenia informacji o pacjencie na podstawie różnych dokumentów. Dokumenty, z którymi pielęgniarka może mieć do czynienia są wytworem działalności pracowników ochrony zdrowia, np.: historia choroby, pielęgnowania, które w sposób zmaterializowany prezentują jego stan.[38]

Pielęgniarka, gromadząc informacje, powinna wykorzystywać dwa rodzaje dokumentów:

- urzędowe

- osobiste

Dokumenty urzędowe są to wszelkie informacje wystawione przez różne instytucje. Mają one charakter danych obiektywnych i z tego względu są traktowane jako obowiązujące, rzetelne i prawdziwe.

Dokumenty osobiste to wszystkie gromadzone zapiski, wspomnienia, listy pisane przez pacjenta. Są one traktowane jako dane nieobiektywne, lecz mogą wyjaśnić wiele zachowań i reakcji pacjenta, stanowią prawie wyłączne informacje uzupełniające.[39]

Specjalistyczne usługi dają szansę na dostrzeżenie wartości informacji uzupełniających. Systematyczna praca z chorym psychicznie daje możliwość rozpoznania sytuacji bio-psycho-społecznej nawet, wtedy jeśli kontakt słowny bywa niekiedy trudny do nawiązania. Połączenie wszystkich technik daje szansę na prawidłowe postawienie diagnozy pielęgniarskiej i analizę przypadku.

5.1 Przypadek schizofrenii paranoidalnej.

Rozdział ten został poświęcony opisom pracy terapeutycznej pielęgniarki w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych. Należy zaznaczyć, iż przed opisem przypadku omówiono tylko skrótowo jednostkę chorobową zdiagnozowaną u podopiecznego w celu przypomnienia objawów i sposobów leczenia.

Schizofrenia należy do grupy zaburzeń psychicznych tradycyjnie nazywanych „psychozami czynnościowymi". Psychozy czynnościowe obejmują depresje psychotyczną, zaburzenia dwubiegunowe, zaburzenie schizoafektywne, zaburzenia urojeniowe i inne, również schizofrenie. Objawy schizofrenii podzielono umownie na pozytywne (nowe objawy lub oznaki) oraz negatywne (brak wcześniej występujących funkcji).

- **objawy pozytywne**
- **objawy negatywne**
- **inne objawy**

  Schizofrenia dotyka osób w późnym okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości i ma niszczący wpływ na dalsze życie. Ta przewlekła i wyniszczająca choroba poważnie zaburza jakość życia dotkniętej nią osoby oraz jej przyszłe szanse na zatrudnienie, małżeństwo i macierzyństwo. [40]

Rozpoznanie schizofrenii dokonuje się na podstawie objawów. Istnieje wiele koncepcji schizofrenii, a pacjenci spełniający kryteria jednego systemu diagnostycznego mogą nie spełniać kryteriów innego systemu (DSM-IIIR – i jego następca DSM-IV oraz ICD-10) jako pierwsze stworzyły kryteria operacyjne, na których podstawie można było potwierdzić rozpoznanie kliniczne i oba przykładają większą wagę do pewnych urojeń lub omamów,

określanych wcześniej mianem „pierwszorzędowych”. Możliwe jest spełnienie obu zestawów kryteriów bez wykazywania przewagi jednego objawu. Kryteria schizofrenii DSM-IV (objawy muszą występować, co najmniej 6 miesięcy), ICD-10(wymagają obecności objawów, przez co najmniej miesiąc).

ICD - 10	DSM - IV	Kluczowe objawy
Schizofrenia paranoidalna	Typ paradoidalny	Urojenia i omamy
Schizofrenia hebefreniczna	Typ zdezorganizowany	Zdezorganizowany sposób wypowiedzi oraz płaskie lub nieodpowiednie uczucia
Schizofrenia katatoniczna	Typ katatoniczny	Zaburzenia psychomotoryczne
Schizofrenia niezróżnicowana	Typ niezróżnicowany	Spełnia kryteria ogólne, ale brak konkretnych dominujących objawów
Depresja poschizofreniczna		Niektóre objawy rezydualne, jednak dominuje obraz depresyjny
Schizofrenia rezydualna	Typ rezydualny	Wcześniejsze „objawy pozytywne” mniej wyraźne znaczące „objawy negatywne”
Schizofrenia prosta		Brak urojeń lub omamów – „stan upośledzenia” (objawy defektu) pojawia się stopniowo, bez ostrych epizodów

Tabela nr 18. Podział schizofrenii na podstawie objawów.
Źródło: „Oksfordzki podręcznik psychiatrii”, (red.) Grzywa A., wyd. Czelej, Lublin 2007 r., str. 206

Joanna Meder pisze, iż schizofrenia jest zaburzeniem lub grupą zaburzeń, w których występują objawy pozytywne (wytwórcze) i negatywne (ubytkowe). Objawy wytwórcze to objawy wzbogacające kliniczny obraz choroby. Należą do nich główne urojenia, omamy i pobudzenie. Objawy ubytkowe są przejawem zaburzenia obrazu klinicznego choroby i obejmują m.in. stępienie afektu, wycofanie się z życia społecznego, apatię, anhedonię oraz zubożenie myślenia i treści wypowiedzi. Rokowanie w schizofrenii jest niezwykle zróżnicowane i zależy przynajmniej w części od kryteriów rozpoznawczych stosowanych do zdefiniowania samej choroby. Współczesne leczenie schizofrenii polega na kompleksowym stosowaniu metod farmakologicznych, psychoterapeutycznych oraz psychospołecznych, a wyniki leczenia są znacznie zróżnicowane. Wieloletnie badania naukowe i obserwacje

kliniczne udowodniły, że najlepsze i najszybsze efekty terapeutyczne uzyskuje się udzielając pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku. Nowoczesna terapia przeciwdziała izolacji pacjenta od środowiska naturalnego, kładzie nacisk na współpracę z rodziną i poprawę funkcjonowania chorych. Leczenie schizofrenii powinno być:

1. **Kompleksowe,** uwzględniające różne metody oddziaływań (farmakoterapię, psychoterapię, socjoterapię)
2. **Zindywidualizowane**, dostosowane do potrzeb i możliwości chorego.
3. **Długotrwałe** o różnej intensywności i charakterze oddziaływań

Leczenie intensywne – pierwszoplanowa jest farmakoterapia. Podstawową grupę leków stosowanych w schizofrenii są neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne, normotymiki. **Drugoplanowe formy to:**

- **psychoterapia** – jest w tym okresie formą pomocniczą, stosowaną w celu zmniejszenia poczucia obcości, zagrożenia, poczucia izolacji i dla nawiązania kontaktu psychoterapeutycznego
- **socjoterapia** – przeciwdziała stygmatyzacji i izolacji chorego poprzez m.in. psychoeduakację, interwencje socjalne itd.

Leczenie podtrzymujące – wszystkie trzy formy leczenia stają się równowartościowe: farmakoterapia, psychoterapia i socjoterapia.

Rehabilitacja – pierwszoplanową rolę odgrywa socjoterapia przy stabilnej farmakoterapii. Jest to proces przywracania osobie niepełnosprawnej możliwości udziału w normalnym życiu społecznym. Chodzi nie tylko o odtwarzanie utraconych sprawności, ale także o rozwinięcie w jak największym stopniu możliwości psychicznych i fizycznych człowieka niepełnosprawnego. U osób z zaburzeniami psychicznymi niezwykle często obserwuje się wielkie trudności z właściwym pełnieniem ról społecznych i przejawami nieprzystosowania społecznego. Wynika to nie tylko z natury chorobowej, ale i negatywnych następstw reakcji społecznych. Kompleksowy program rehabilitacyjny, uwzględniający głównie problemy pacjenta, wymaga skonstruowania indywidualnego programu oddziaływań dla każdego chorego, zależnie od stopnia nieprzystosowania w czterech podstawowych zakresach:

- **rodzinnym** (adekwatność pełnienia ról rodzinnych, oceniany również problemem osamotnienia, który jest niezależny od liczby osób otaczających chorego)
- **zawodowym** (wytrwałość, dążenie do wykonywania użytecznego życia)
- **środowiskowym** (analiza kontaktów i związków z innymi)
- **osobistym** (zainteresowania, dbałość o własne sprawy, samodzielność, samorealizacja samowystarczalność)

Dla pełnego obrazu i możliwości pacjenta należy również ocenić na jaki realny system oparcia może liczyć. System oparcia społecznego jest bardzo ważny dla każdego człowieka, a szczególnie dla chorego. W razie kryzysu pełni on funkcję ochronną i wspomagającą. [41]

Schizofrenia jest przyczyną dysfunkcji w wielu obszarach, często wykraczających poza bezpośrednie skutki objawów wytwórczych. Można więc opisać różnorodne ułomności rehabilitacji psychiatrycznej.

problemy pierwotne	• pozytywne i negatywne cechy psychotyczne • depresja i inne zaburzenia psychiczne • niepożądane skutki działania leków • dysfunkcje poznawcze
problemy wtórne	• utrata „kapitału społecznego” • edukacja • rodzina • przyjaciele • możliwości zawodowe • niezależność i szacunek dla siebie
problemy trzeciorzędowe	• skutki stygmatyzacji • utrata możliwości rozwojowych • dyskryminacja społeczna

Tabela nr 19. Upośledzona sprawność społeczna – identyfikacja źródeł problemów pierwotnych, wtórnych i trzeciorzędowych.

Źródło: „Schizofrenia” Jones P., Buckley P., red. wydania I polskiego Łoza B., Wyd. Urban & Partner Wrocław 2006 r., str. 11

Upośledzona sprawność społeczna jest skutkiem nie tylko dysfunkcji pierwotnych, ale i nawet trzeciorzędowych. Dotyczy ona problemów zawodowych, relacji społecznych oraz dbania o siebie i codzienny standard życia. Można wpłynąć na, wydałoby się, najtrwalsze objawy schizofrenii, ale nie udaje się zmienić postaw społecznych wobec tej choroby. [42]

Poniżej przedstawiono opis studium indywidualnego przypadku przewlekle chorej psychicznie z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

Podopieczna S.K lat 54 jest obecnie osobą mieszkającą samotnie. Posiada średnie wykształcenie, przez około 25 lat pracowała jako sprzedawca biletów kolejowych w Czechowicach-Dziedzicach. Nie pracuje od 4 lat. Pierwszy epizod psychotyczny ujawnił się około 10 lat temu, chora zgłosiła się z kuzynem do Poradni Zdrowia Psychicznego, później jednak nie kontynuowała leczenia ambulatoryjnego. Podopieczna nie ma rodzeństwa. Matka

chorej ma obecnie 84 lata, ojciec zginął w wypadku przy pracy, gdy chora miała około 20 lat. Bliską osobą jest kuzyn, który aktualnie interesuje się problemami rodziny.

Chora została przywieziona przez pogotowie ratunkowe w asyście policji w lutym 2009 roku na izbę przyjęć SOLP w Bielsku-Białej. Została przyjęta do oddziału całodobowego podpisując zgodę na pobyt i leczenie. Przyczyną interwencji policji i pogotowia było agresywne zachowanie chorej wobec matki i kuzyna, pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Chora zamknęła drzwi i nie chciała nikogo wpuszczać, odmawiała przyjmowania pokarmów zabraniała również jedzenia matce. W trakcie przyjęcia do szpitala chora była również agresywna słownie, krzyczała, wymachiwała rękami, była negatywnie nastawiona do wszystkich pracowników. Występowały zaburzenia orientacji auto i allo psychicznej, kontakt z chorą był utrudniony, wypowiedzi bez związku logicznego, liczne niedokojarzenia, wypowiadała również pojedyncze urojenia prześladowcze. Pod względem higienicznym bardzo zaniedbana, brudna, wręcz śmierdząca, nie pamiętała kiedy się myła, nie miała dotąd takiej potrzeby. W trakcie pobytu w szpitalu wycofana, zamknięta, niechętnie nawiązywała jakąkolwiek rozmowę, nie chciała odpowiadać na zadawane pytania, większość czasu chciała spędzać leżąc w łóżku. W leczeniu farmakologicznym zastosowano: clopixol depot, co 14 dni wcześniej stosując Zalastę oraz Tisercin. Chora brała sporadycznie udział w zebraniach społeczności, nigdy nie brała aktywnego udziału w proponowanych zajęciach.

W mieszkaniu pozostała matka podopiecznej, która ważyła zaledwie 30 kg, również była brudna, samodzielnie nie mogła się poruszać, leżała we własnych odchodach, odwodniona i wyczerpana. Pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej i Pogotowia Ratunkowego byli poruszeni tragicznymi warunkami panującymi w mieszkaniu, w którym były resztki jedzenia, odchody, robaki oraz przykry zapach. Po interwencji matka została skierowana na oddział internistyczny szpitala Wojewódzkiego w Bielsku - Białej. W tym czasie kuzyn chorej starał się o przyjęcie matki podopiecznej do prywatnego Domu Opieki Społecznej, do którego po 3 tygodniach leczenia szpitalnego została przyjęta.

Podopieczna została wypisana z oddziału całodobowego SOLP po dwóch miesiącach hospitalizacji. Przy wypisie lekarz prowadzący postawił diagnozę – schizofrenii paranoidalnej. U chorej nadal występowały pojedyncze urojenia ksobne, nadal była bez poczucia choroby, wycofana, w nocy sypiała z wieloma przerwami, sporadycznie odpowiadała na zadawane pytania. Nie nadzorowana samodzielnie nie wykonywała żadnych czynności higienicznych, nie brała udziału w proponowanych zajęciach.

Usługami specjalistycznymi chora została objęta na wniosek lekarza prowadzącego. W trakcie pobytu w szpitalu, kiedy ustąpiły ostre objawy chorobowe zaproszono pacjentkę na

rozmowę z pielęgniarką, która będzie realizować specjalistyczne usługi opiekuńcze. Rozmowa odbyła się w obecności lekarza prowadzącego. Uzyskano zgodę chorej na tego typu formę oparcia społecznego, przedstawiono sposób realizacji oraz celowość tych działań, konieczność kontynuowania leczenia farmakologicznego. W trakcie pobytu chorej w SOLP, a matki w DPS zorganizowano prywatną ekipę sprzątającą mieszkanie w celu uzyskania godziwych warunków dla podopiecznej. Kuzyn chorej zgłosił również na policję włamanie do mieszkania, z którego po interwencji policji i pogotowia zabrano matkę i córkę. Z mieszkania zniknęły wszystkie wartościowe przedmioty oraz pieniądze, banknoty gromadzone przez wiele lat.

Po wypisie ze szpitala udało się z chorą spotkać tylko dzięki nawiązaniu kontaktu w trakcie pobytu i leczenia w oddziale całodobowym. Opieka, pomoc i zainteresowanie, jakie chora otrzymywała będąc w szpitalu zaowocowały pozytywnym nastawieniem chorej do zaproponowanej formy terapii. Po interwencji pracownika socjalnego zatrudnionego w SOLP zgromadzono niezbędną dokumentację wdrożenia usług specjalistycznych zaraz po wypisie chorej ze szpitala. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przyznał niestety tylko 13 godzin w miesiącu usług specjalistycznych, większą ilość przyznawano usług opiekuńczych i gospodarczych. Chora bardzo negatywnie zareagowała, gdy w jej mieszkaniu pojawiła się osoba świadcząca usługi gospodarcze. Do tej pory niezaradna i wycofana zaskoczyła faktem napisania odmowy do dyrektora MOPS z zaoferowanej pomocy. Po pierwszym spotkaniu w ramach realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych, chora opowiadała o zaistniałej sytuacji. Poświęcono temu problemowi wiele uwagi i zainteresowania. Po interwencji pracowników SOLP i na kolejne pismo chorej o zwiększenie ilości specjalistycznych usług opiekuńczych uzyskano 17 godzin miesięcznie. Deficyty, jakie występowały u chorej były zbyt duże, aby brać odpowiedzialność za sprawowanie opieki w ramach zbyt małej ilości godzin. Nadal interweniowano o zwiększenie godzin usług specjalistycznych.

Początek współpracy z chorą była bardzo trudny. Pacjentka była nieufna, wycofana z kontaktów społecznych, zamknięta w sferze własnych doznań psychotycznych. Pod względem higienicznym bardzo zaniedbana, miała doznania chorobowe, które zabraniały jej i uniemożliwiały dbanie o własny wygląd. W tym krótkim okresie należało również uzyskać wystarczającą ilość zaufania i nawiązać taki kontakt terapeutyczny, który pozwoliłby na kontynuowanie leczenia farmakologicznego wykonując zastrzyk Clopixolu depot na zlecenie lekarza w mieszkaniu chorej. Wyrażenie zgody przez podopieczną na podanie leku dało podstawę do dalszej pracy, ponieważ nastąpiło osłabienie doznań psychotycznych. W tym okresie praca z chorą ograniczała się tylko do wspólnego wychodzenia na spacery, robienia

zakupów oraz racjonalny sposób odżywiania (prawidłowy jadłospis pod względem ilościowym i jakościowym) oraz podawanie zastrzyku – Clopixol depot. W czasie spacerów chora tylko sporadycznie odpowiadała na zadawane pytania, czasami całą drogę była milcząca i zamknięta w swoim świecie przeżyć chorobowych. Nawiązanie logicznego kontaktu słownego wydawało się niemożliwe. Pogłębiało się również zaniedbanie higieniczne. Próby namówienia chorej do wykonania toalety wywołały agresję słowną, podopieczna była napięta i rozdrażniona. Każde spotkanie w czasie spaceru było jednak połączone z krótkim instruktażem słownym dotyczącym konieczności zachowania higieny osobistej i kontynuowania leczenia farmakologicznego. Podopieczna nie była w stanie zaakceptować żadnego z treningów stosowanych u osób przewlekle chorych psychicznie. Pacjentka powiedziała wtedy, że przebywając z matką nie myła się od kilku miesięcy, nie wiedziała o tym, że należy myć zęby, włosy oraz całe ciało. We współpracy z podopieczną zastosowano dużą elastyczność dostosowując się do nieznacznych możliwości chorej, nie stawiano wysokich wymagań, lecz zasadę „krok po kroku". Kiedy wydawało się, że nie uzyska się zamierzonych celów chora nawiązała kontakt terapeutyczny i emocjonalny. Oczekiwała wspólnych spotkań, przygotowywania posiłków, a czasem bycia razem w milczeniu. Dawanie pozytywnych wzmocnień oraz systematyczny instruktaż dało pozytywne efekty terapeutyczne. Do uzyskania poprawy w tym okresie przyczyniła się dobrze układająca się współpraca z kuzynem podopiecznej oraz zwiększenie ilości przyznanych usług specjalistycznych do 30 godzin w miesiącu. Wizyty u chorej odbywały się systematycznie (codziennie 1 godzinę) ze względu na ogromne deficyty rozpoznane u podopiecznej. Stopniowo rozpoczęto wprowadzanie do pracy terapeutycznej treningi umiejętności. Stosowano zasadę optymalnej stymulacji (chora miała dostarczaną odpowiednią ilość bodźców), oraz wielokierunkowości oddziaływań i powtarzalność. Zawsze obowiązywała zasada partnerstwa, chora brała czynny udział w przygotowanych zadaniach. Wprowadzono trening wykonywania czynności samoobsługowych i higienicznych. Pacjentkę po 2 miesiącach pracy udało się nakłonić do kąpieli i wizyty u fryzjera. Przyczyniła się do tego i okazała się bardzo skuteczna metoda nagradzania.

Nagrodą za wykonanie czynności higienicznych z pomocą pielęgniarki był wspólny wyjazd do przebywającej w Domu Opieki Społecznej matki podopiecznej. Systematyczne wizyty dały możliwość poprawy stanu higienicznego i mobilizowały S. K. do wykonywania codziennej toalety. Pacjentkę uczono podstawowych czynności gospodarczych takich jak: umycie szklanki, umycie talerza po zjedzonym posiłku, wypranie bielizny osobistej, zagotowanie wody, wyłącznie piecyka gazowego, wyniesienie śmieci. Zauważono znaczną

poprawę w tym zakresie, chora nie negowała zasadności wykonywania tych czynności. Równocześnie prowadzono trening aktywnego udziału w leczeniu farmakologicznym. Edukowano chorą w zakresie istoty choroby, rozpoznawania objawów ubocznych oraz całościowego procesu leczenia i rehabilitacji. U chorej wystąpiło znaczne nasilenie objawów ubocznych działania neuroleptyku. Zauważono silną akatycję, wystąpiło pobudzenie ruchowe. Pojawiły się także objawy późnych dyskinez. Ciągłe i mimowolne ruchy okolicy ustnojęzykowej oraz mimowolne ruchy kończyn górnych. Chora w tym czasie dała się przekonać do wizyty w Poradni Zdrowia Psychicznego. Do leczenia farmakologicznego dołączono Akineton 1 x dziennie. Kierując się zasadą wielokierunkowości oddziaływań do treningów dołączono trening nabywania umiejętności społecznych i komunikowania się ze społecznością lokalną. Chora zadbana pod względem higienicznym wzbudzała zainteresowanie sąsiadów nagłą zmianą, dawała powody do nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Zauważono pozytywne i pomocne nastawienie współlokatorów do podopiecznej, co wyzwoliło w chorej otwartość i chęć komunikowania się. Przestrzeń społeczna, w której żyła chora okazała się dla niej wsparciem. U podopiecznej zauważono znaczną poprawę stanu zdrowia. Codzienne, systematyczne odwiedziny dały możliwość całościowej oceny stanu bio-psycho-społecznego. Dzięki systematyczności oddziaływań udało się uzyskać poprawę. Nadal jeszcze pozostaje ogromna ilość deficytów. Długoterminowy plan oddziaływań terapeutycznych oraz właściwie postawiona diagnoza i zakres występujących problemów dają szansę na poprawę niesprawności w codziennym życiu, poprawę stanu somatycznego oraz poprawę funkcjonowania społecznego.

Diagnoza pielęgniarsko – terapeutyczna w ramach świadczonych specjalistycznych usług opiekuńczych dla chorej z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

Analiza danych określających stan pacjenta wymaga zawsze ze strony pielęgniarki szerszej refleksji i gruntowej wiedzy, która pozwoli na interpretację uzyskanych informacji. Wiedza ta z jednej strony jest niezbędna, aby właściwie ocenić zgromadzone informacje, a z drugiej strony wyznacza zakres informacji, które należy zgromadzić, aby można było wyciągnąć prawidłowe wnioski czy osobie (grupie) potrzebna jest pomoc, czego ta pomoc ma dotyczyć, na czym ma polegać i jaki ma być w niej udział pielęgniarki, jaki ma być cel i skutek działań realizowanych przez pielęgniarkę. Mówiąc ogólnie, w zakresie niezbędnych danych należy wymienić te, które dają podstawę, do oceny (oszacowania), jaki jest:

- stan zdrowia człowieka ujęty w kategoriach jego biologiczno – psychiczno – społecznego funkcjonowania oraz poziom jego sprawności
- jego stan psychiczny, subiektywne poczucie zdrowia

- poziom samodzielności, aktywności życiowej oraz radzenie sobie w sytuacji choroby czy ograniczonej sprawności. Zakres zainteresowania pielęgniarki w tym ujęciu ogranicza się do diagnozy indywidualnego przypadku i sprowadza się do trzech obszarów:

a) aktywności fizycznej
b) aktywności psychicznej
c) aktywności społecznej

Stwierdzone przez pielęgniarkę nieprawidłowości, zagrożenia czy dysfunkcje mogą stanowić podstawę do podjęcia wielu samodzielnie realizowanych zadań. Próbę usystematyzowania wybranych kategorii czynników uznawanych za ważne dla zdrowia podejmowali liczni autorzy zajmujący się pielęgniarstwem, pielęgniarstwem także autorzy zajmujący się szerzej problematyką zdrowotną. Jako najważniejsze wymieniają oni: styl życia, świadomość zdrowotną, sytuację życiową i czynniki środowiskowe. Stanowiąc diagnozę pielęgniarka nie potrzebuje wszystkich szczegółowych informacji. Za każdym razem pielęgniarka dokonuje wyboru, jakie informacje będą jej potrzebne, które z nich są ważniejsze, podstawowe, a które z nich mają charakter uzupełniający, dodatkowy. Dobór i znaczenie poszczególnych informacji w diagnozie pielęgniarskiej są zróżnicowane i nie zależą od typu stawianej diagnozy, a przede wszystkim od ogólnego celu, na którym koncentruje się diagnoza. Dobór i znaczenie informacji zależy od rodzaju zadań, jakie pielęgniarka ma zaoferować pacjentowi, do realizacji których jest zobowiązana lub które preferuje ze względu na aktualną sytuację pacjenta (klienta). Systematyzując, można powiedzieć, że zainteresowanie poszczególnymi problemami i danymi będzie zróżnicowane ze względu na:

- miejsce zatrudnienia pielęgniarki
- stan pacjenta

Charakter zadań jakie podejmuje pielęgniarka wobec pacjenta, warunkują dwa czynniki:

1. Główny cel diagnozy, precyzujący, czy jest to diagnoza w celu

- realizacji promocji zdrowia i profilaktyki
- wspierania terapii i pielęgnowania
- opieki nad przewlekle chorym

2. Zakres danych niezbędnych do tego, aby pielęgniarka mogła sprecyzować swoje zadania zgodnie z przyjętym celem diagnozy. [43]

Poniżej zamieszczono w tabeli zastosowanie opisu przypadku u osoby przewlekle chorej psychicznie (mojej podopiecznej) w ramach realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych.

Imię i nazwisko (inicjały)	S.K.
Data urodzenia	.
Aktywność zawodowa	renta
Miejsce zamieszkania	miasto
Stan cywilny	panna

Tabela nr 20. Dane osobowe
Źródło: Opracowanie własne

Rozpoznanie lekarskie	F20 schizofrenia paranoidalna
Przyjmowane leki	Clopixd depot co 14 dni Akineton 1 tbl. dziennie
Pobyty w szpitalu	04.02.2009 – 27.03.2009 SOLP
Przebyte zabiegi	nie podaje
Temperatura	36,6 stopni C
Ciśnienie tętnicze	110/80 mmHg
Waga	60kg
Wzrost	165 cm

Tabela nr 21 Historia choroby oraz stan ogólny somatyczny
Źródło: Opracowanie własne

Członkowie rodziny	matka 84 lata(DPS) kuzyn 50 lat
Traumatyczne zdarzenia	śmierć ojca 1974 r. rozdzielenie z matką
Zajmowany lokal	mieszkanie 27m2 (pokój, kuchnia)
Stan higieniczno sanitarny mieszkania	zły
Komunikowanie z innymi ludźmi	brak takiej umiejętności wycofanie z kontaktów społecznych

Tabele nr 22. Sytuacja rodzinna i społeczna
Źródło: Opracowanie własne

Wypowiedzi	o charakterze urojeniowym, liczne niedokojarzenia lub mutyzm
Napęd	spowolnione
Nastrój	obniżony
Halucynacje	wzrokowe oraz słuchowe
Sen	bezsenność
Kontakt	momentami utrudniony z powodu doznań chorobowych
Inne	występujące dyskinezy późne

Tabela nr 23. Stan psychiczny
Źródło: Opracowanie własne

Wiedza	Umiejętności	Motywacja	Odczuwane problemy
Pacjentka nie posiada żadnej wiedzy na temat choroby oraz samodzielnego funkcjonowania	Posiada zasoby potrzebne do samoopieki i samopielęgnacji, sprawna fizycznie	Chora zmotywowana do stosowania leczenia farmakologicznego w formie iniekcji chce pozostać w swoim mieszkaniu	Obawa przed samotnością, bezsilność wobec choroby, brak podstawowych umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego.

Tabela nr 24. Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji.
Źródło: Opracowanie własne dostosowane do wymagań dla przewlekle chorych psychicznie na podstawie tabeli zawartej w książce „Metoda caste study w pielęgniarstwie" (red) Lesińska – Rawicka M.

Diagnoza pielęgniarsko – terapeutyczna w ramach świadczonych specjalistycznych usług opiekuńczych dla chorej z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

Chora nie wykazuje chęci do podjęcia dalszego leczenia po wypisie ze szpitala. Nie zna istoty choroby, nie jest zorientowana co do stanu własnego zdrowia oraz wynikających z niej deficytów w funkcjonowaniu, nie wykazuje chęci współpracy. Czuje się zagrożona w swoim mieszkanie z powody włamania podczas jej nieobecności. W związku z tym często jest w silnym lęku, który nasilają halucynacje wzrokowe i słuchowe. W ciągu dnia jest zupełnie bierna i bezczynna, w nocy cierpi z powodu bezsenności. Nie ma potrzeby wykonywania czynności higienicznych, nie jest zdolna do samoobsługi. Odżywia się nie racjonalnie. Ograniczona aktywność, obniżony nastrój z powodu izolacji społecznej oraz tęsknoty za matką.

Plan opieki pielęgniarsko – terapeutycznej

Poziom wiedzy	brak dostatecznej wiedzy na temat choroby
Nastawienie do leczenia	negatywne nastawienie do leczenia
Cel: podniesienie poziomu wiedzy na temat schizofrenii oraz możliwości wystąpienia objawów ubocznych po zastosowanym leczeniu, pozytywne nastawienie do leczenia	
Plan opieki	
Przedstawienie istoty choroby: • przekonanie do zasadności podawania zastrzyków co 14 dni • omówienie zaburzeń myślenia • omówienie i analiza objawów wytwórczych • udzielenie informacji na temat możliwości występowania objawów ubocznych podanego leku • dostarczenie materiałów edukacyjnych na ten temat • przedstawienie korzyści z zastosowanego leczenia • psychoedukacja • motywowanie do werbalizacji doznań	

Tabela nr 25. Poziom wiedzy i nastawienie do leczenia
Źródło: Opracowanie własne

Brak współpracy	brak relacji terapeutycznej
Deficyty	uświadomienie deficytów w zakresie funkcjonowania
Cel: nawiązanie relacji terapeutycznej zredukowanie ilości deficytów	
Stosowanie zasad obowiązujących w psychoterapii:	
• empatyczne podejście • aktywne słuchanie • zajęcia kreatywne	
Trening społecznych kompetencji:	
• trening udziału we własnym leczeniu • trening budżetowy • trening higieniczny • trening kulinarny • trening nawiązywania kontaktów interpersonalnych • trening gospodarowania czasem i pieniędzmi	

Tabela nr 26. Brak współpracy. Deficyty w zakresie funkcjonowania
Źródło: Opracowanie własne

Niepokój	związany z doznaniami chorobowymi oraz z powodu włamania
Lęk	związany z doznaniami chorobowymi oraz z samotnością i zagubieniem
Cel: wyeliminowanie lub zmniejszenie niepokoju wyeliminowanie lub zmniejszenie lęku	
Plan opieki: Zapewnienie podopiecznej poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego poprzez: • gotowość słuchania • okazanie zrozumienia wobec urojeń, bez zaprzeczenia • codzienną obecność • punktualność	

• stworzenie atmosfery bezpieczeństwa (wymiana starego niesprawnego zamka) • wzbudzenie wiary we własne siły • omówienie przyczyn lęku • założenie nowego zamku do mieszkania • omówienie możliwości zakupu telefonu • umożliwienie kontaktu telefonicznego z kuzynem chorej • ukazanie pozytywnych aspektów aktualnej sytuacji • muzykoterapia, treningi relaksacyjne (trening autogenny Schulza) • w razie ostateczności podanie leku uspokajającego

Tabela nr 27. Niepokój i lęk
Źródło: Opracowanie własne

Brak aktywności	nawykowa bezczynność oraz spowodowana doznaniami chorobowymi
Bezsenność	brak aktywności fizycznej w ciągu dnia
Cel: zwiększenie aktywności psycho – fizycznej przywrócenie naturalnego cyklu snu	
Plan opieki: • farmakoedukacja • spacery • wspólne wykonywanie czynności porządkowych w mieszkaniu • wspólne przygotowywanie posiłków • czytanie na głos gazet i rozwiązywanie krzyżówek • wietrzenie mieszkania oraz przebranie pościeli • toaleta wieczorna • zapewnienie warunków do dobrego odpoczynku • podanie w razie wyraźnej potrzeby środka nasennego	

Tabela nr 28. Brak aktywności i bezsenność
Źródło: Opracowanie własne

Higiena osobista	niedostateczne przestrzeganie higieny z powodu braku nawyków higienicznych
Cel: zachowana higiena osobista, chora czysta i zadbana	
Plan opieki: • wprowadzenie treningów higienicznych • poinformowanie pacjentki o zaletach stosowani zabiegów higienicznych • mycie włosów 1 raz w tygodniu • wdrażanie prawidłowych nawyków mycia się • toaleta poranna i wieczorna • informowanie o konieczności zmiany bielizny i odzieży • skompletowanie przyborów toaletowych • wspólne oglądanie czasopism dla kobiet • wizyta u fryzjera • omówienie i instruktaż dotyczący konserwacji odzieży (zaniesienie ciężkiej odzieży do pralni)	

Tabela nr 29. Higiena osobista
Źródło: Opracowanie własne

Odżywianie	błędy ilościowe i jakościowe, przyjmowanie niewielkiej ilości płynów
Cel: niedopuszczenie do powstania niedoborów, chora zjada 1 ciepły posiłek, odpowiednia ilość przyjmowanych płynów	
Plan opieki: • omówienie zasad zdrowego żywienia • wspólne zakupy, pomoc w wyborze produktów odpowiednich • wspólne przygotowywanie posiłków • zachęcanie do spożywania warzyw i owoców oraz ciepłych posiłków • przekonanie o konieczności przyjmowania około 2 litrów płynów dziennie • zapoznawanie z różnymi smakami • przygotowywanie posiłków urozmaiconych • kontrola przyjmowanej ilości płynów • estetyczne podanie potraw • wspólne czytanie i omawianie przepisów kulinarnych	

Tabela nr 30. Odżywianie
Źródło: Opracowanie własne

Obniżony nastrój	poczucie wyizolowania, tęsknota za matką
Cel: wyrównanie nastroju	
Plan opieki: • umożliwienie kontaktu z matką • wspólne wyjazdy do Domu Pomocy Społecznej • wspólne wyjazdy do szpitala, w którym przebywała matka • umożliwienie kontaktu z kuzynem • rozmowy telefoniczne poprzez udostępnienie aparatu telefonicznego • spotkania z kuzynem w mieszkaniu chorej w celu uzgodnienia dalszego postępowania, 2 razy w miesiącu • pomoc w nawiązywaniu kontaktu z sąsiadami • wizyta w Domu Samopomocy „Podkowa" dla przewlekle chorych psychicznie • zapewnienie spokoju i systematyczności działań • regularne spotkania z chorą zapewniające jej poczucie przywiązania i wyzwalające uczucia • ukazanie pozytywnych stron obecnej sytuacji • przedstawianie chorej obrazu „gospodyni własnego mieszkania" • zakup nowej odzieży	

Tabela Nr. 19 Obniżony nastrój
Źródło: Opracowanie własne

Izolacja społeczna	Z powodu doznań psychotycznych
Cel: wprowadzenie chorej w sieć kontaktów społeczności lokalnej, wzbudzenie akceptacji i tolerancji społecznej	
Plan opieki: • mobilizowanie chorej do wychodzenia na spacery i zakupy • utrzymywanie higieny na odpowiednim poziomie • nawiązanie kontaktu wraz z chorą z sąsiadami • przedstawienie chorej w pozytywnym świetle	

• udzielanie pozytywnych wzmocnień na temat wyglądu zewnętrzengo

Tabela Nr. 20 Izolacja społeczna
Źródło: Opracowanie własne

Ewaluacja działań pielęgniarsko – terapeutycznych. W wyniku zaplanowanych działań osiągnięto następujące cele:

- chora jest pozytywnie nastawiona do leczenia, wyraża zgodę na wykonywanie zastrzyków, w towarzystwie pielęgniarki kontynuuje leczenie ambulatoryjne w PZP
- zwiększył się poziom wiedzy na temat istoty zaburzeń chorobowych
- chora zna objawy dyskinez i zażywa leki korygujące te objawy
- nawiązała emocjonalny kontakt terapeutyczny z pielęgniarką
- dzięki zastosowanym działaniom znacznie zmniejszył się poziom lęku
- chora zwiększyła również aktywność psycho – fizyczną, zmniejszyła się bezsenność
- chora nadal ma problemy z utrzymaniem prawidłowej higieny, samodzielnie nie wykonuje czynności higienicznych musi być do tego stale mobilizowana
- podopieczna poznała zasady zdrowego żywienia chętnie zjada warzywa i owoce. (nadal nie potrafi przygotować samodzielnie ciepłego posiłku, pije znacznie więcej niż do tej pory
- pacjentka bardzo chętnie współpracuje, poznała stopniowo deficyty w zakresie swojego funkcjonowania, jest przekonana o konieczności poprawy swojej aktywności bio-psycho-społecznej
- chora nie czuje się opuszczona i wyizolowana, stan ten zapewnia jej poczucie bezpieczeństwa. Regularne spotkania przyczyniły się do znacznej poprawy nastroju, chora jest przekonana o swoich możliwościach, zmotywowana do samo opieki

Specjalistyczne usługi opiekuńcze stanowią doskonałą formę oparcia społecznego dla osób przewlekle chorych psychicznie. To nadal forma mało popularna, choć tak bardzo skuteczna, efektywna i pożądana.

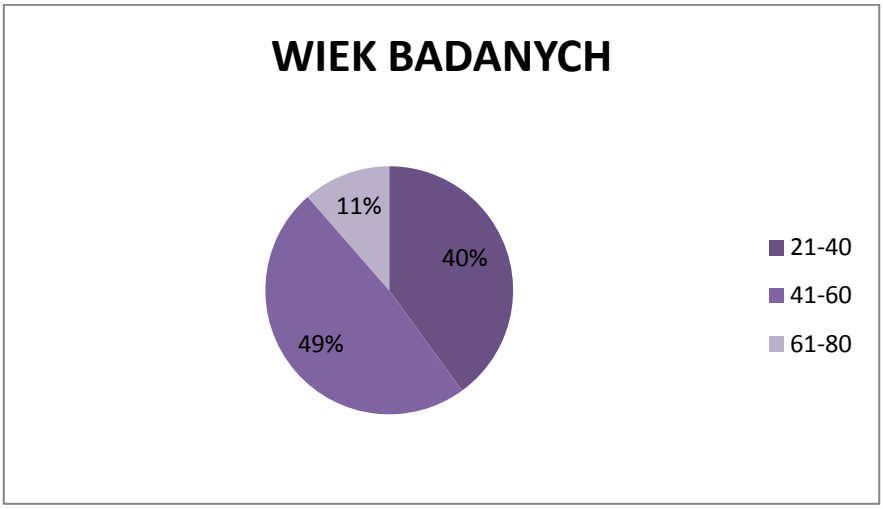
2. Warsztaty Terapii Zajęciowej

Warsztaty Terapii Zajęciowej przy SP ZOZ w Bielsku-Białej zostały uruchomione 01.01.1999 r. ich działalność jest finansowana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Warsztaty realizują zadania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej, zmierzające do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności każdego

uczestnika, niezbędne do możliwie niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia w środowisku. Są one końcowym ogniwem kilkuletniego, zintegrowanego programu rehabilitacyjnego, jaki proponuje się osobom przewlekle chorym psychicznie. Uczestnicy biorą udział w zajęciach dodatkowych: psychoterapii, zajęciach z zakresu edukacji społecznej, rehabilitacji fizycznej, uczestniczą w wycieczkach i plenerach. Obecnie uczestnicy zdobywają i sukcesywnie doskonalą wiedzę i swoje umiejętności praktyczne w zakresie obsługi komputera i programów komputerowych oraz urządzeń biurowych, poznają tajniki fotografowania, rozwijają własną kreatywność w pracowni rękodzieła artystycznego oraz opanowują i rozwijają umiejętności z zakresu kroju i szycia. Powstała pracownia rozwoju zawodowego na bazie Klubokawiarni Pod Papugą, centrala telefoniczna SP ZOZ i biblioteka, które stanowiły miejscem praktyk zawodowych. Pracownie te przygotowują uczestników do powrotu na rynek pracy.

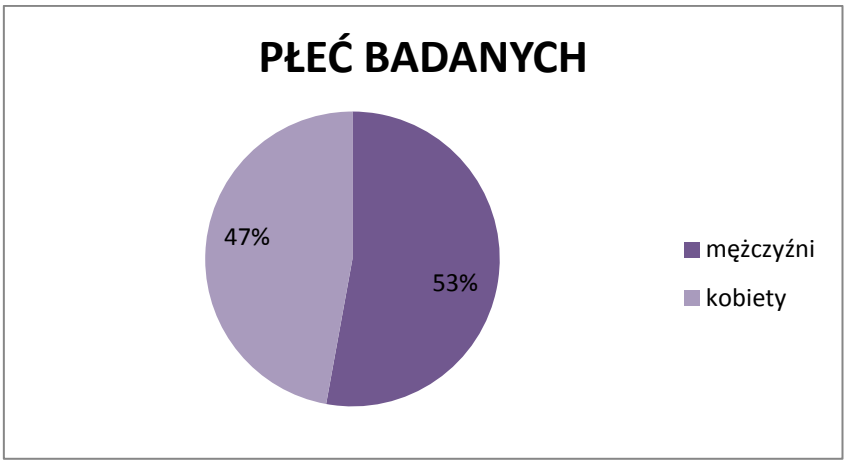
Warsztaty Terapii Zajęciowej przy SP ZOZ, Bielsko-Biała ul. Olszówka 102

VIII. ANALIZA UZYSKANYCH DANYCH Z PRZEPROWADZONEGO BADANIA Z WYKORZYSTANIEM KWESTIONARIUSZA WYWIADU PRZEPROWADZONEGO WŚRÓD UCZESTNIKÓW WTZ DOTYCZĄCEGO ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W ŚRODOWISKU ORAZ SKUTECZNOŚCI ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH

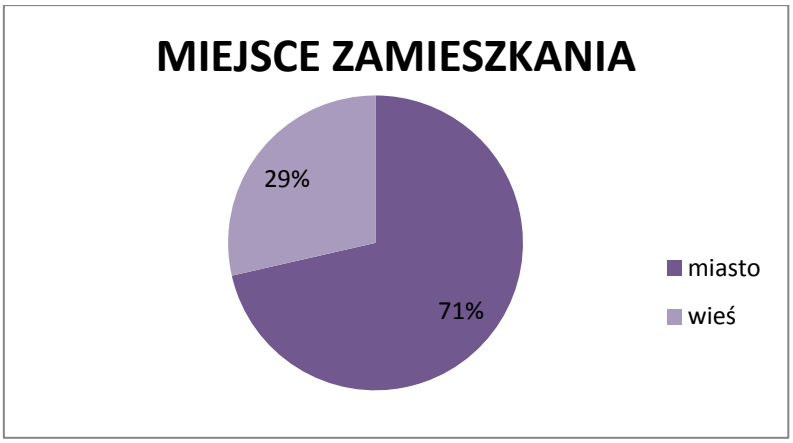


Ryc. 21 Przedział wiekowy osób badanych (n=70)
Źródło: Opracowanie własne

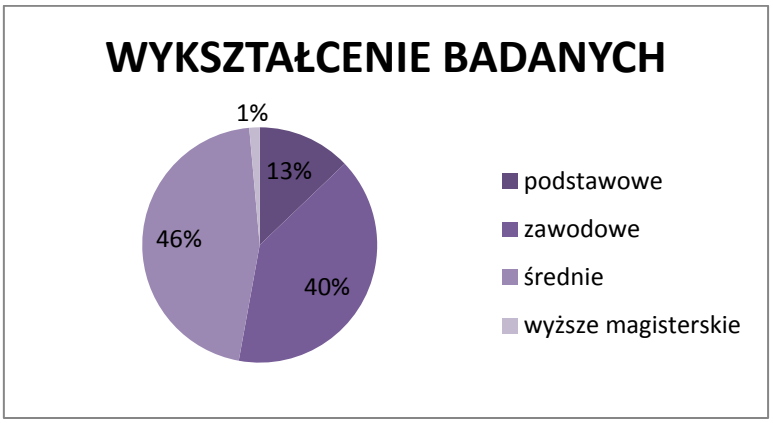
Wyniki badania wieku ankietowanych wskazały jako najliczniejsza grupę chorych w przedziale wiekowym między 41-60 rokiem życia.



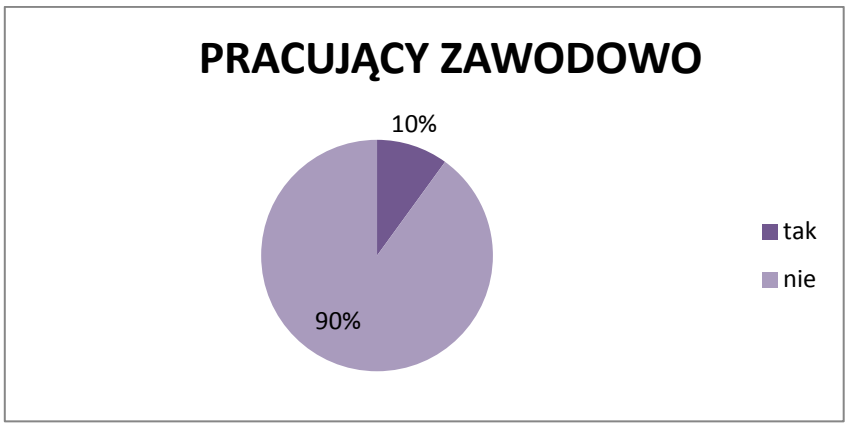
Ryc. 22 Procentowy udział kobiet i mężczyzn będących uczestnikami badania (n=70)
Źródło: Opracowanie własne



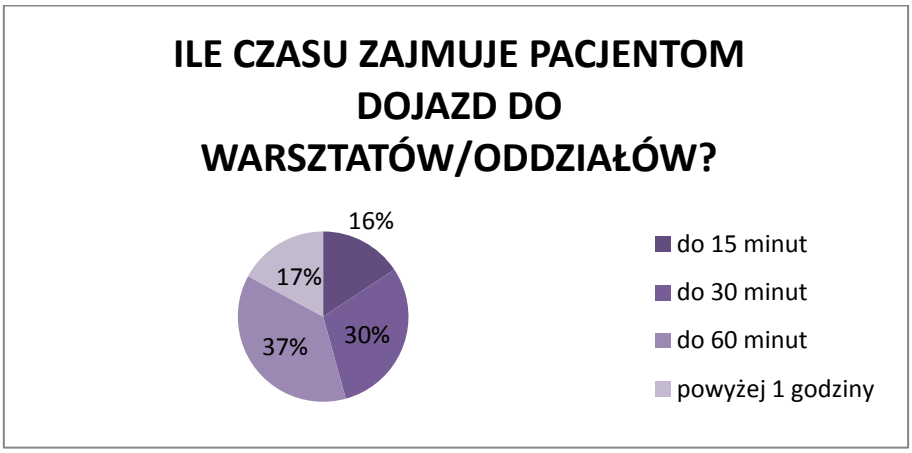
Ryc. 23 Miejsce zamieszkania ankietowanych (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
Większość badanych osób (71%) jako miejsce zamieszkania wskazało miasto.



Ryc. 24 Wykształcenie badanych (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
Większość badanych pacjentów (46%) posiada wykształcenie średnie.

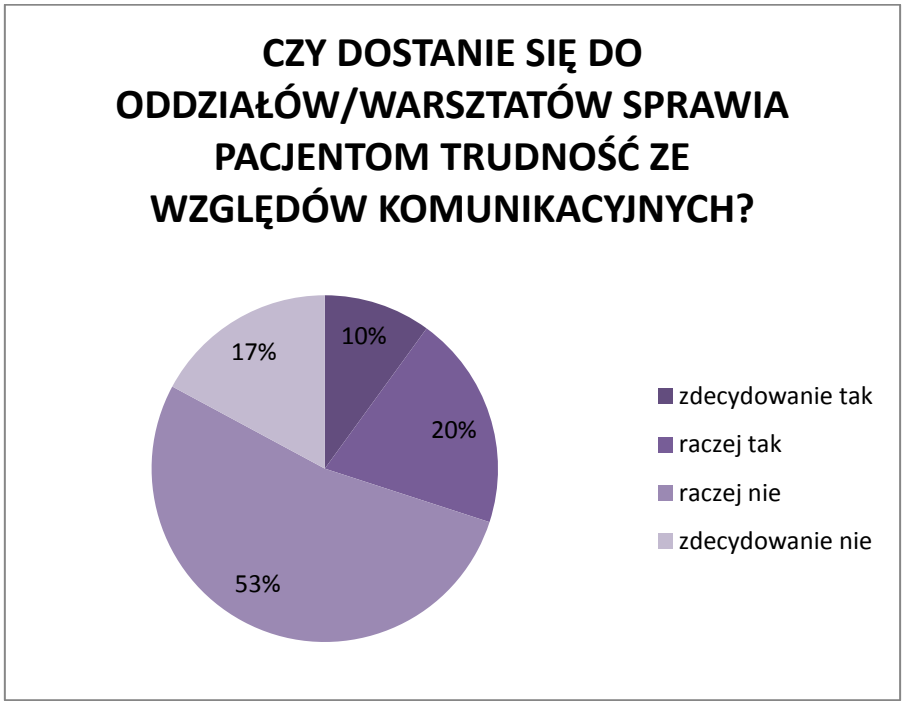


Ryc. 25 Pracujący zawodowo (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
W pytaniu dotyczącym aktywności zawodowej aż 90% badanych udzieliło odpowiedzi iż nie jest aktywnych zawodowo.



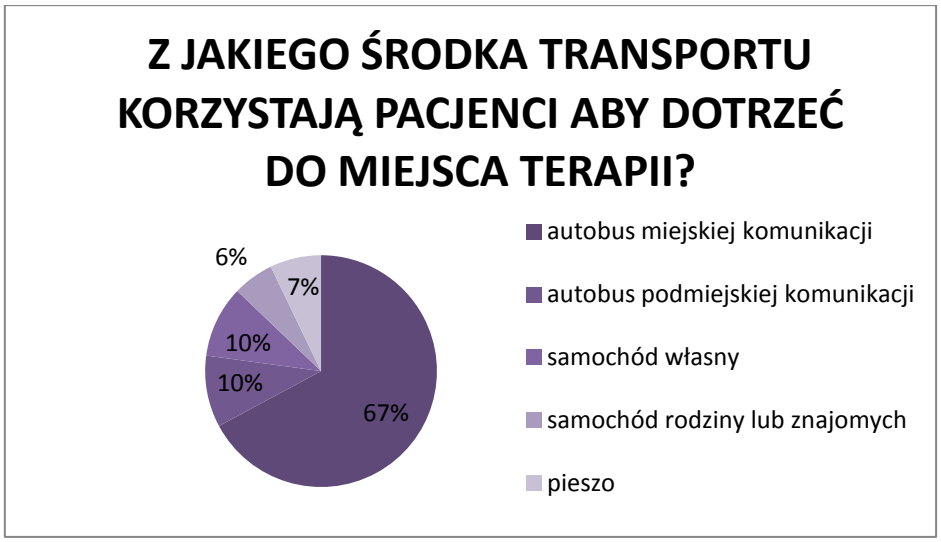
Ryc. 26 Ile czasu zajmuje pacjentom dojazd do miejsca terapii? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne

Na początku kwestionariusza ankiety poproszono uczestników o wypowiedź na temat tego ile czasu zajmuje im dojazd do warsztatów/oddziałów dziennych. W wyniku przeprowadzonego badania uzyskano informacje, iż 16% pacjentów potrzebuje 15 minut, aby dotrzeć do Poradni, 30% potrzebuje do 30 minut, a 37% do 60 minut.

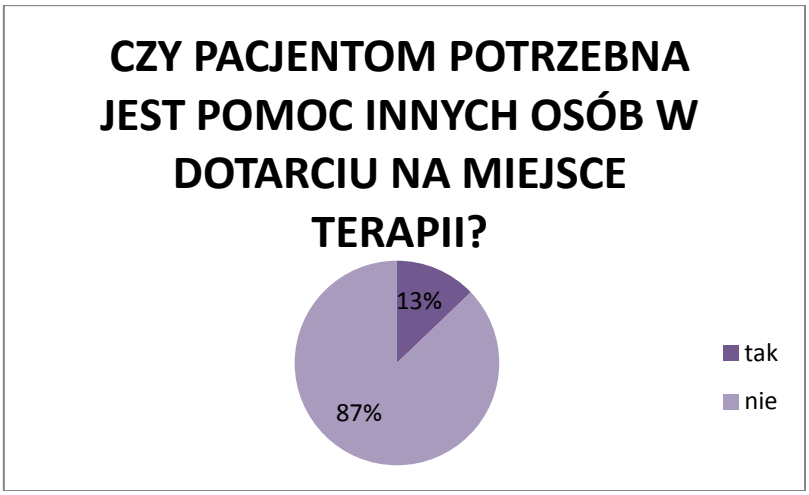


Ryc. 27 Czy dotarcie do warsztatów/oddziałów sprawia pacjentom trudność? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne

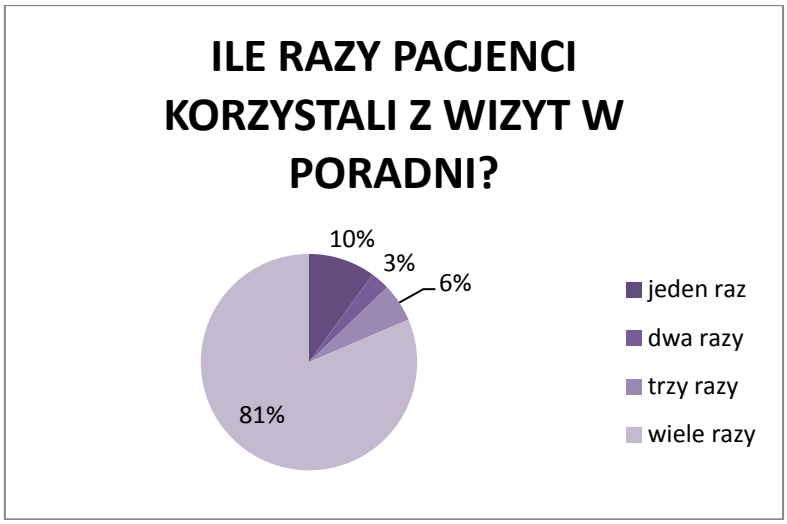
Kolejne pytanie miało na celu uzyskanie informacji na temat tego czy dotarcie do oddziałów/warsztatów sprawia pacjentom trudność, 53% badanych odpowiedziało, że raczej nie sprawia trudności, 10% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, iż sprawia im to duży problem.



Ryc. 28 Z jakiego środka transportu korzystają pacjenci aby dotrzeć na wizytę? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
Najczęstszym środkiem transportu, z którego korzystają pacjenci jest autobus miejskiej komunikacji. 6% badanych dojeżdża korzystając z samochodu bliskich.

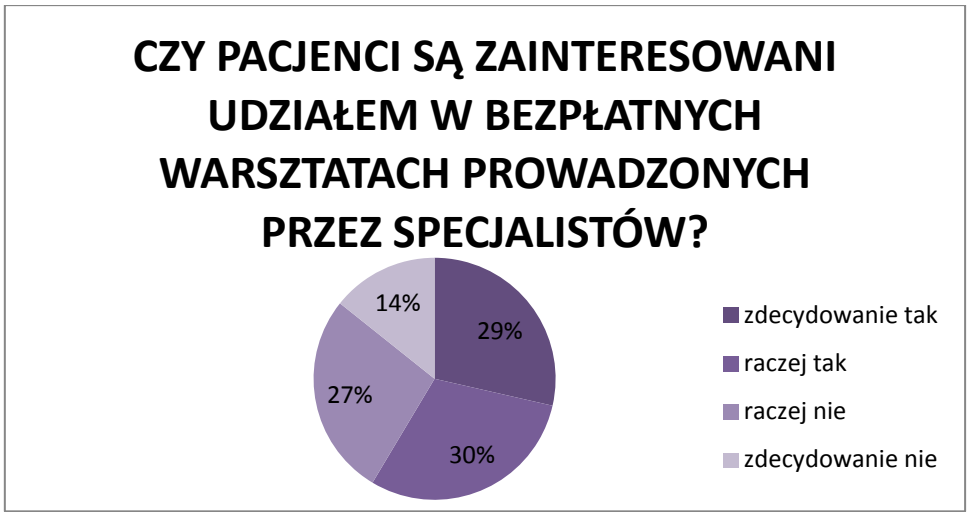


Ryc. 29 Czy pacjenci potrzebują pomocy w dotarciu na miejsce terapii? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
87% badanych nie potrzebuje pomocy w dotarciu na miejsce wizyty, 13% badanych wymaga pomocy.

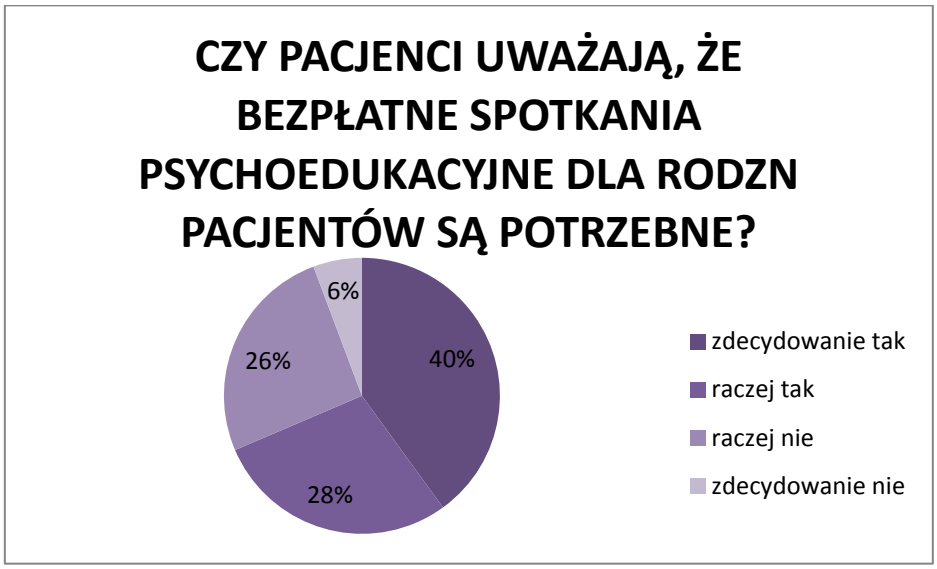


Ryc. 30 Ile razy pacjenci korzystali z wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
Aż 81% ankietowanych korzystało wielokrotnie z możliwości wizyty u lekarza specjalisty psychiatry w Poradni Zdrowia Psychicznego.

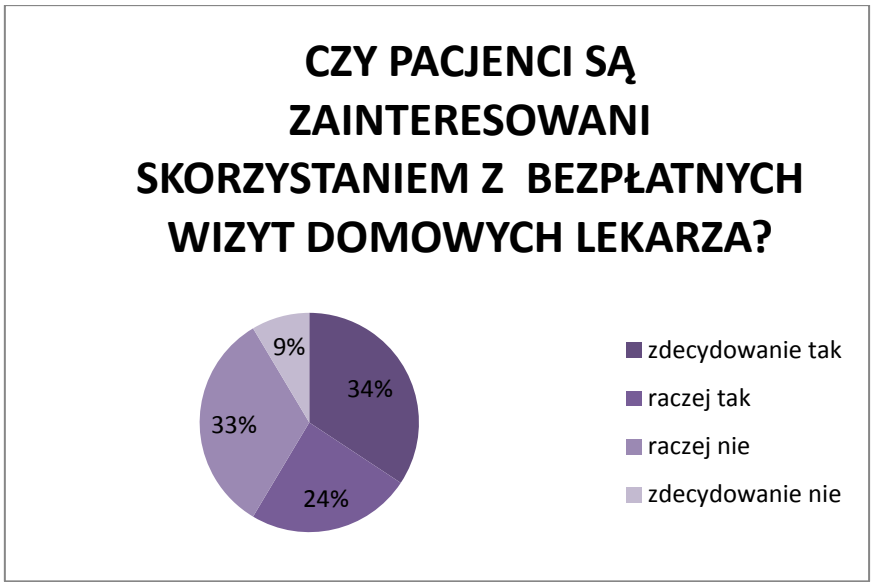
Ryc. 31 Czy pacjenci wiedzą, że można skorzystać z bezpłatnej porady pracownika socjalnego? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
W kolejnym pytaniu, poproszono respondentów, aby udzielili odpowiedzi na temat posiadanej informacji o możliwości skorzystania z bezpłatnej porady pracownika socjalnego. Aż 61% ankietowanych wie o takiej możliwości pomocy, 39% badanych nie było poinformowanych na ten temat.



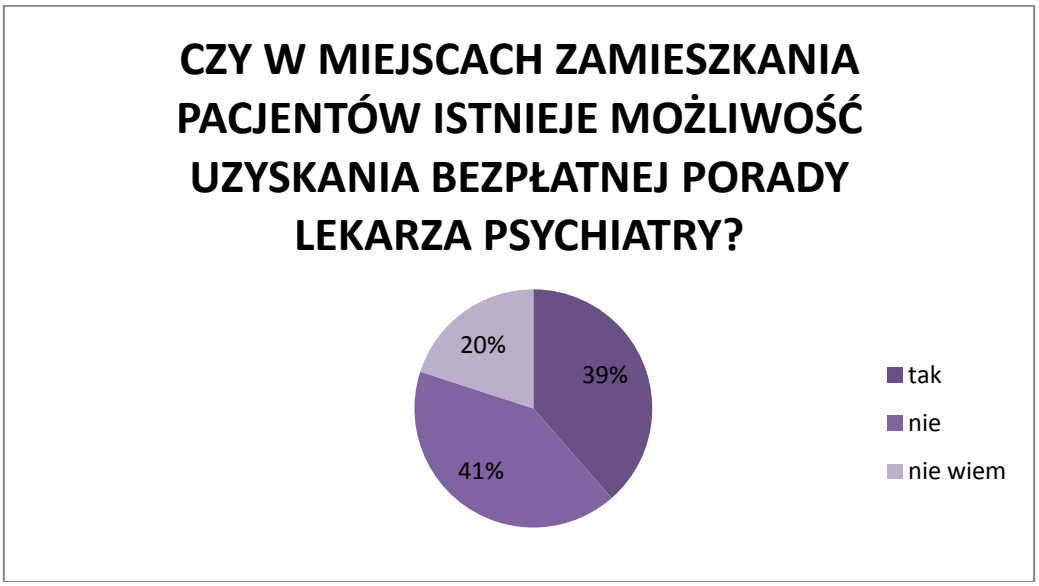
Ryc. 32 Czy pacjenci są zainteresowani udziałem w bezpłatnych warsztatach na temat leczenia, rehabilitacji i form oparcia społecznego? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
27% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że raczej nie są zainteresowani udziałem w bezpłatnych warsztatach pogłębiających ich wiedzę na temat choroby, 14% badanych odpowiedziało, że nie są zainteresowani taką formą pomocy. 29% ankietowanych wyraziło chęć uczestnictwa w bezpłatnych warsztatach.



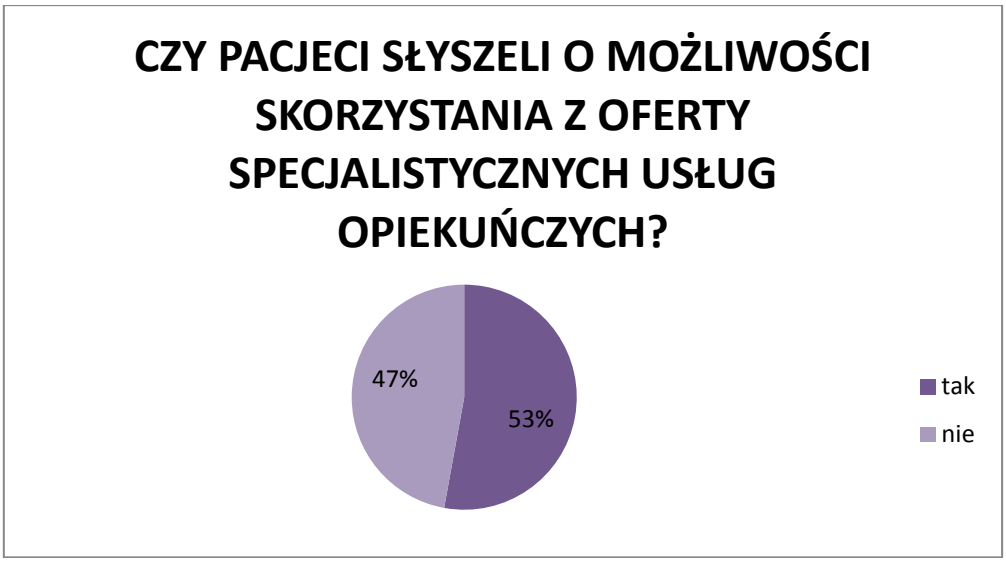
Ryc. 33 Czy pacjenci uważają, że potrzebne są bezpłatne spotkania psychoedukacyjne dla rodzin pacjentów w celu wyjaśnienia przyczyn choroby, metod leczenia aby poprawić relacje rodzin i pacjentów? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
40% respondentów odpowiedziało, że potrzebne są bezpłatne spotkania psychoedukacyjne dla rodzin pacjentów, 6% nie widzi takiej potrzeby pomocy.



Ryc. 34 Czy pacjenci są zainteresowani skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry i pielęgniarki środowiskowej, jeżeli zaistniałaby taka potrzeba? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
Skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych jest zainteresowanych 34% badanych, a 9% z nich nie jest zainteresowanych taką formą opieki.

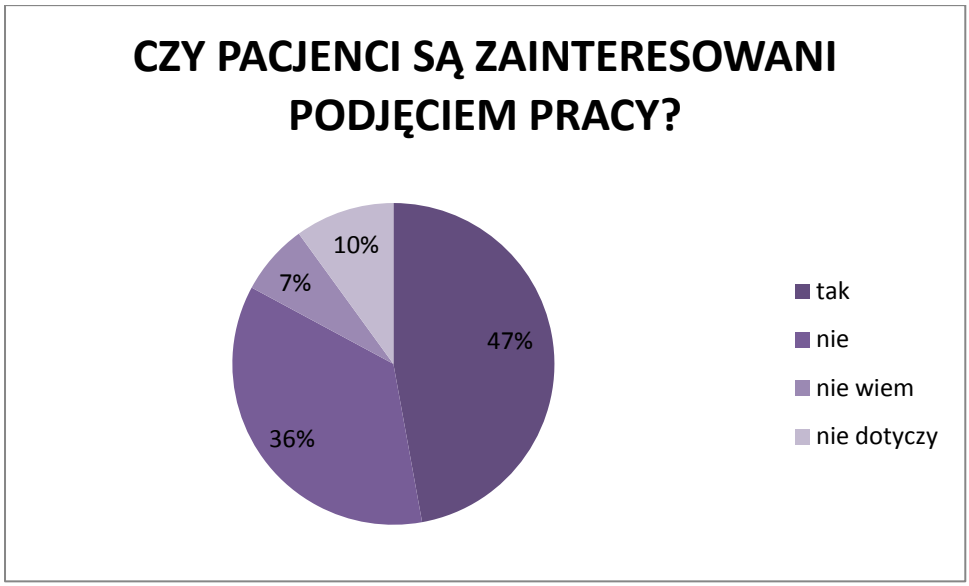


Ryc. 35 Czy w miejscu zamieszkania pacjentów istnieje możliwość uzyskania bezpłatnej porady lekarza psychiatry? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
Ankietowani (39%) wiedzą o możliwości uzyskania bezpłatnej porady lekarza psychiatry w miejscu swojego zamieszkania.



Ryc. 36 Czy pacjenci słyszeli o możliwości skorzystania z oferty specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych jako forma oparcia społecznego dla osób chorych? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
O możliwość skorzystania ze specjalistycznych opiekuńczych było poinformowanych 53% pacjentów, a 47% nie zna takiej formy opieki dla osób chorych psychicznie

Ryc. 37 Czy leczenie w oddziałach/warsztatach wpłynęło na poprawę stanu zdrowia? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
Aż 79% pacjentów wyraziło opinię, że udział w warsztatach/oddziałach dziennych wpłynęło pozytywnie na poprawę stanu ich zdrowia.



Ryc. 38 Czy pacjenci są zainteresowani podjęciem w pracy? (n=70)
Źródło: Opracowanie własne
47% ankietowanych jest zainteresowanych podjęciem pracy.

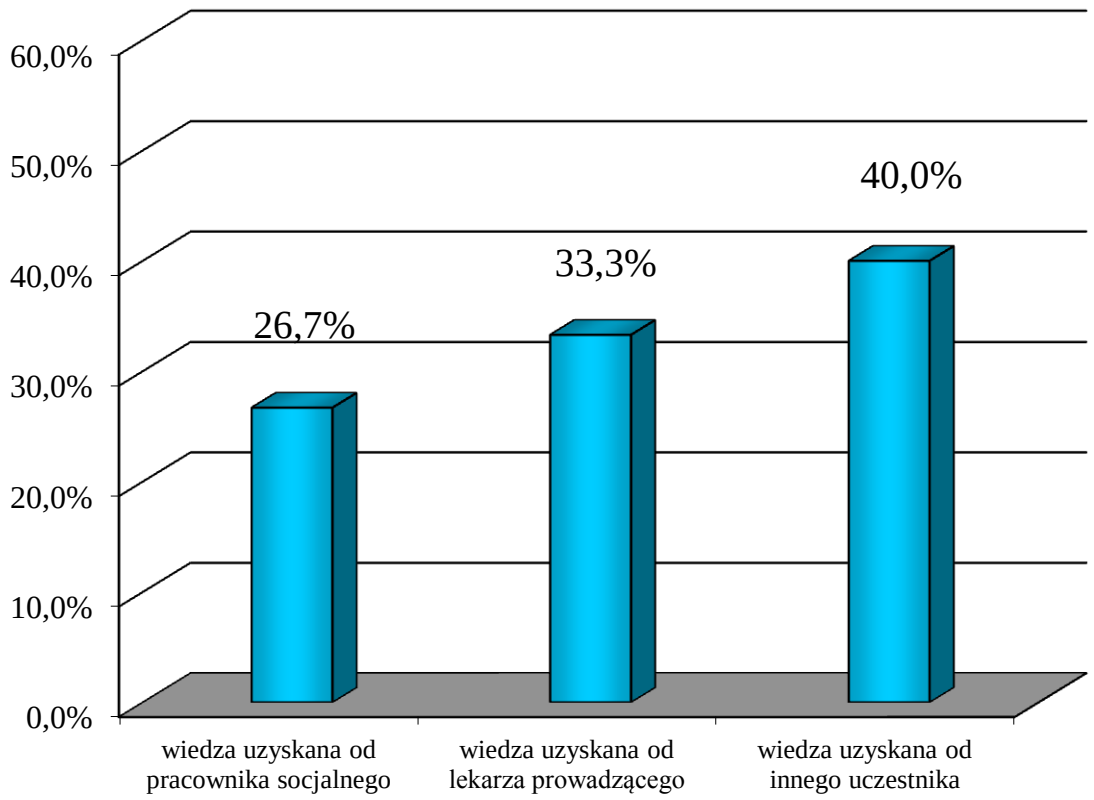
Wnioski
Analiza uzyskanych danych pozwala sformułować końcowe wnioski dotyczące dostępności w zakresie psychiatrycznych form oparcia społecznego w środowisku.

1. Na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego dane socjodemograficzne wskazują, jako najliczniejszą grupę chorych korzystających z warsztatów oraz oddziałów dziennych pacjentów w przedziale wiekowym między 41-60 rokiem życia. Większość badanych pacjentów biorących udział w zajęciach WTZ oraz oddziałach dziennych mieszka na terenie Bielska-Białej, ma średnie wykształcenie i tylko 10% jest aktywnych zawodowo.
2. Dojazd do miejsca terapii zajmuje pacjentom od 15 do 60 minut. 17% badanych udzieliło odpowiedzi, że czas dojazdu zajmuje im więcej niż godzinę. 52% pacjentów twierdzi, że dotarcie do warsztatów/oddziałów nie sprawia im problemu. Najczęstszym środkiem transportu z którego korzystają pacjenci jest autobus komunikacji miejskiej. 87% procent badanych nie potrzebuje pomocy, aby zgłosić się na miejsce terapii, 13% wymaga takiej pomocy.
3. Większość pacjentów, bo aż 81% wielokrotnie korzystało z wizyt.
4. Ankietowani w większości (61%) są poinformowani o możliwości uzyskania bezpłatnej pomocy pracownika socjalnego.
5. Badani respondenci raczej są zainteresowani udziałem w bezpłatnych warsztatach na temat leczenia, rehabilitacji i form oparcia społecznego oraz widzą potrzebę udziału w

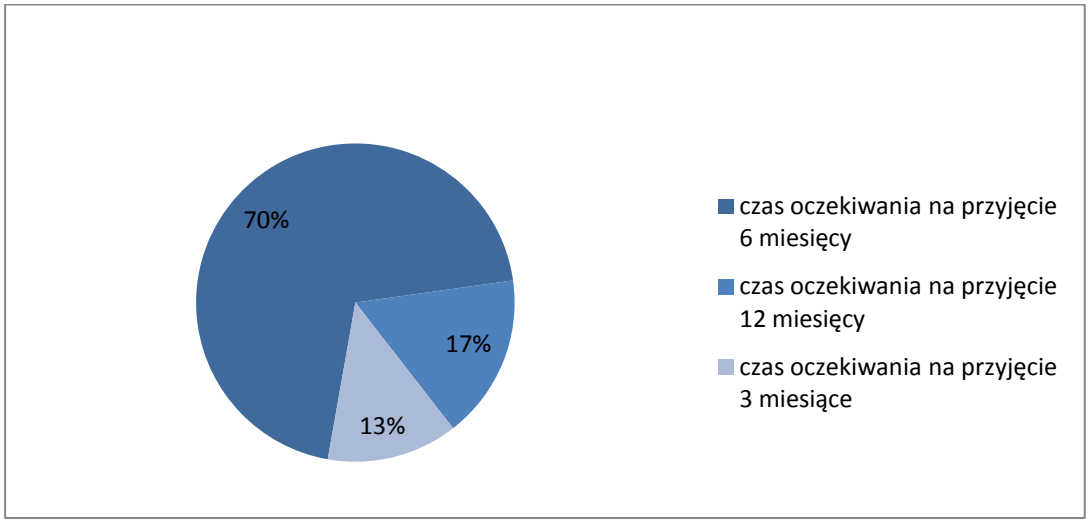
bezpłatnych spotkaniach psychoedukacyjnych dla ich rodzin i są zainteresowani skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych.

6. Większość badanych pacjentów (53%) słyszała o możliwość skorzystania z oferty specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych jako forma oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie.
7. 39% ankietowanych udzieliło informacji iż w ich miejscu zamieszkania istnieje możliwość uzyskania bezpłatnej porady lekarza psychiatry.
8. 79% badanych uważa, że udział w WTZ oraz w formach dziennych leczenia psychiatrycznego wpłynęło pozytywnie na stan ich zdrowia.
9. Ankietowani (47%) jest zainteresowanych podjęciem pracy.

Wśród uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej przeprowadzono również badanie w 2014 roku w grupie 30 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Badania zostały przeprowadzone na poziomie ponadjednostkowym, a dobór próby badawczej nastąpił w sposób celowy, po uwzględnieniu istotnych kryteriów. Uczestnicy WTZ nie byli w ostrej fazie choroby, a udzielenie odpowiedzi nie sprawiło im większych trudności. Do przeprowadzenia badanie użyto techniki opartej na wzajemny komunikowaniu się o charakterze bezpośrednim. Zastosowano technikę wywiadu jawnego z wykorzystaniem autorskich kwestionariuszy, które zawierały ujednolicone dyspozycje dla respondentów. Dyspozycje te przyjęły charakter prostych przekazów uwzględniających możliwości w zakresie funkcji poznawczych. Zapis uzyskanych odpowiedzi rejestrowanych na wcześniej zbudowanych w tym celu kwestionariuszach kodowania. Poniżej przedstawiono wybrane elementy, które mogą przyczynić się do propagowania i rozpowszechniania psychiatrii środowiskowej.



Ryc. 39. Uzyskanie informacji na temat możliwości ubiegania się o miejsce w WTZ w Bielsku-Białej (n=30)
Źródło: Opracowanie własne.



Ryc. 40 Czas oczekiwania na miejsce w WTZ w Bielsku-Białej (n=30).
Źródło: Opracowanie własne.

Kolejne pytanie w ankiecie miało na celu uzyskanie informacji na temat tego, ile czasu uczestnicy WTZ przeznaczają na dojazd na zajęcia terapeutyczne. Odpowiedzi na postawione w badaniu pytanie zostały umieszczone na poniższej tabeli.

Ile czasu zajmuje Panu/ Pani dojazd na zajęcia?	**Ogółem**	
	n	**%**
1 godzinę	12	40%
1,5 godziny	15	50%
2 godziny	3	10%
Razem	**30**	**100**

Tabela nr 21. Czas dojazdu uczestników na zajęcia (n=30).
Źródło: Opracowanie własne.

Następne pytanie dotyczyło atrakcyjności zajęć prowadzonych w poszczególnych pracowniach WTZ. Uczestnicy badania mieli w kategorii odpowiedzi możliwość wyboru odpowiedzi z kafeterii. Uzyskane dane przedstawia poniższa tabela.

Pytanie	**Kategorie odpowiedzi**	**Ogółem n=30**	
		n	**%**
W której z pracowni zajęcia odpowiadają Panu/ Pani najbardziej i dlaczego?	krawiecka	8	26,7
	rękodzieła artystycznego	5	16,7
	informatyczna	1	3,3
	ogrodnicza	4	13,3
	fotograficzna	1	3,3
	kulinarna	8	26,7
	stolarska	3	10,0
Ogółem		**30**	**100**

Tabela nr 22. Atrakcyjność pracowni WTZ w ocenie uczestników (n=30).
Źródło: Opracowanie własne.

Kolejne pytanie dotyczyło zadowolenia uczestników WTZ z pracy i opieki oferowanej przez zatrudniony w placówce personel. Badani udzielając odpowiedzi mieli możliwość posłużenia się skalą ocen od 1 do 5, gdzie poszczególne cyfry oznaczały:

1 – bardzo źle,

2 – źle,

3 – dostatecznie,

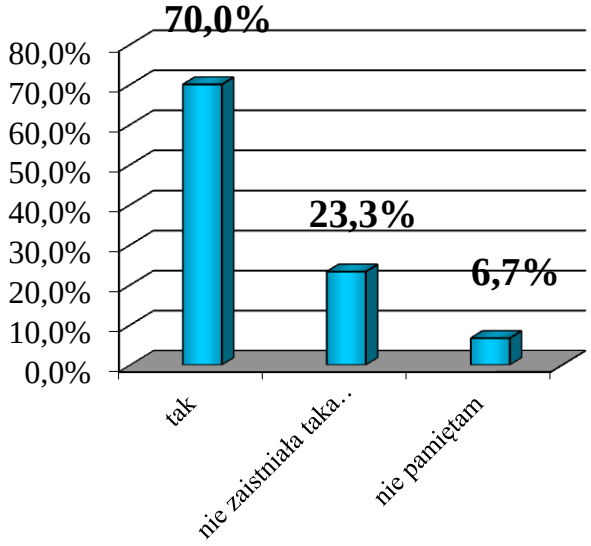
4 – dobrze,

5 – bardzo dobrze.

Uczestnicy oceniali personel w 4 kategoriach: życzliwość wobec pacjentów, profesjonalizm, cierpliwość oraz sposób prowadzenia zajęć. Uzyskane odpowiedzi zostały zawarte w poniższej tabeli.

	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Ogółem**
Kategorie odp. / Ocena	*bardzo źle*		*źle*		*dostatecznie*		*dobrze*		*bardzo dobrze*		
życzliwość	0	0	0	0	0	0	1	3,3	29	96,7	30
profesjona-lizm	0	0	0	0	0	0	3	10	27	90	30
cierpliwość	0	0	0	0	0	0	5	16,7	25	83,3	30
sposób prowadzenia zajęć	0	0	0	0	0	0	2	6,7	28	93,3	30

Tabela nr 23. Zadowolenie uczestników WTZ z opieki personelu (n=30).
Źródło: Opracowanie własne.



Ryc. 41. Uzyskanie pomocy personelu w razie wystąpienia sytuacji trudnej – opinie respondentów (n=30).
Źródło: Opracowanie własne.

Analizując uzyskane od uczestników odpowiedzi, można ująć je w następujący sposób: zdecydowana większość, bo aż 21 osób (70%) uzyskała natychmiastową pomoc personelu w razie potrzeby, 7 osób (23,3%) podało, iż nie zaistniała taka sytuacja, a 2 osoby (6,7%) nie pamiętają takiego faktu. Na zadane pytanie nikt z badanych nie udzielił odpowiedzi negatywnej.

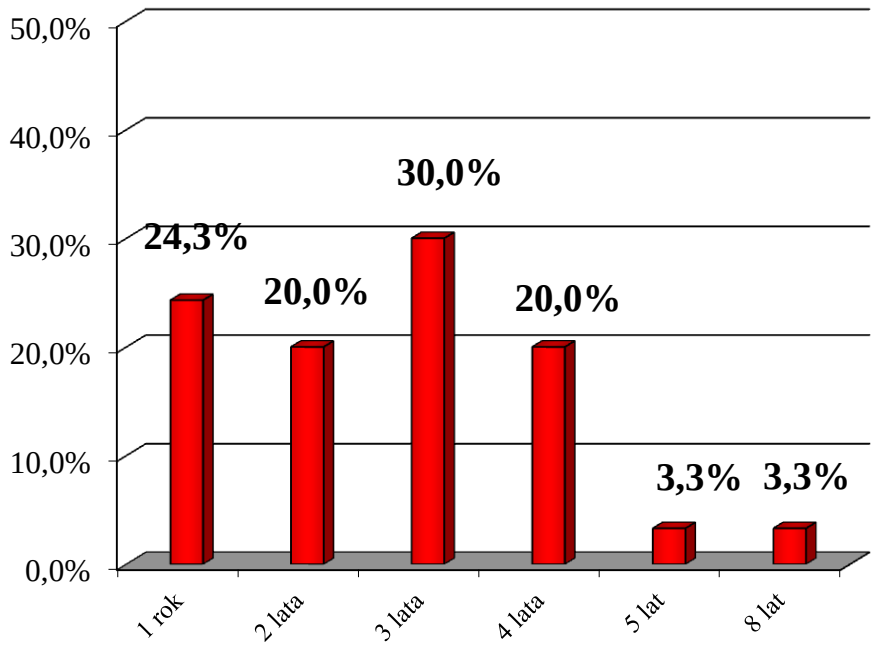
W następnym pytaniu poproszono respondentów o odpowiedź na pytanie: *Czy uczestniczył(-a) Pan/ Pani w szkoleniach zawodowych lub turnusach rehabilitacyjnych będąc uczestnikiem WTZ?*

Większość badanych (n=20, 66,7%) odpowiedziało, iż uczestniczyli w takich formach terapii, 10 osób (33,3%) odpowiedziało, iż nie miało jeszcze możliwości udziału w takich zajęciach.

Udzielając swobodnych wypowiedzi uczestnicy badania podawali następujące formy rehabilitacji, w których uczestniczyli:

- turnusy rehabilitacyjne (corocznie);
- kursy: obsługa kasy fiskalnej, florystyczne, komputerowe, gastronomiczne.

W pytaniu 14 kwestionariusza wywiadu poproszono uczestników badania o udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie: *Jak długo jest Pan/ Pani uczestnikiem WTZ?* Uzyskane dane zawarto na poniższej rycinie (Ryc.16).



Ryc. 42. Czas uczestnictwa respondentów w zajęciach WTZ.
Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z uzyskanych danych, największa liczba badanych, tj. 9 osób (30%), uczestniczy w zajęciach 3 lata, 7 osób (23,4%) dojeżdża na zajęcia od roku. Następnie, taki sam procent badanych (20%) uczestniczy w zajęciach 2 oraz 4 lata. Tylko 3,3% badanych uczestniczy w zajęciach 5 oraz 8 lat.

W kolejnym pytaniu poproszono o odpowiedź: *Czy udział w zajęciach przyczynił się do zwiększenia Pana/ Pani aktywności społecznej i zawodowej?*

Wśród kafeterii możliwych odpowiedzi wszyscy z badanych respondentów poprosili o zaznaczenie odpowiedzi: na pewno tak i raczej tak. Nikt z uczestników nie poprosił o zaznaczenie pozostałych odpowiedzi umieszczonych w kafeterii. Oznacza to,

że zdaniem zdecydowanej większości badanych pacjentów, tj. 25 osobom (83,3%) udział w zajęciach na pewno przyczynił się do zwiększenia ich aktywności społecznej i zawodowej. 5 uczestników (16,7%) uznało, że uczestnictwo w zajęciach przyczyniło się do zwiększenia ich aktywności zawodowej i społecznej. Uzyskane dane przedstawia poniższa tabela.

Treść pytania	**Uzyskane odpowiedzi**	**Ogółem**	
		n	**%**
Czy udział w zajęciach WTZ przyczynił się do zwiększenia Pana/ Pani aktywności społecznej i zawodowej?	- na pewno tak	25	83,3
	- raczej tak	5	16,7
	- raczej nie	0	0
	- na pewno nie	0	0
	- trudno powiedzieć	0	0
	Ogółem	**30**	**100**

Tabela nr 24. Wpływ udziału w zajęciach WTZ na zwiększenie aktywności zawodowej i społecznej ich uczestników – opinie respondentów (n=30).
Źródło: Opracowanie własne.

Wnioski

Analiza uzyskanych danych pozwala sformułować wnioski końcowe stanowiące odpowiedź na postawione cele badawcze: .

Warsztaty Terapii Zajęciowej:

1. Czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie jest zbyt długi, uczestnicy poświęcają zbyt dużo czasu na dojazd do placówki (złe połączenie komunikacyjne).
2. Ośrodki oferujące wsparcie społeczne dla przewlekle chorych psychicznie znajdują się tylko na terenie miasta, trudność dostępu do tego typu ośrodków mają mieszkańcy wsi.
3. Organizacja przyjęcia została ocenione przez uczestników WTZ bardzo dobrze. Personel uznano za szczególnie życzliwy i kompetentny.
4. Pomieszczenia WTZ są dobrze i bardzo dobrze dostosowane do prowadzenia zajęć. Największym powodzeniem wśród pacjentów cieszą się pracownie: krawiecka oraz rękodzieła artystycznego.
5. Personel został oceniony w 4 kategoriach: życzliwości, profesjonalizmu, cierpliwości i sposobu prowadzenia zajęć. Pacjenci cenią sobie życzliwość i profesjonalizm personelu, bardzo dobrze oceniają pracowników .

6. W razie potrzeby, uczestnicy WTZ zawsze mają możliwość uzyskania pomocy pracownika socjalnego. Personel w sytuacjach trudnych zawsze natychmiast udziela wsparcia i pomocy.
7. Pacjenci w ramach WTZ korzystają również z innych form wsparcia społecznego, biorą udział w turnusach rehabilitacyjnych i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe. Zdecydowana większość pacjentów jest zadowolona z tego rodzaju pomocy i korzysta z WTZ od 3 lat.
8. Zdecydowana większość pacjentów ocenia poziom oferowanych usług w ramach WTZ jako bardzo wysoki i uważa, że taki poziom należy utrzymać.
9. Pacjenci uczestniczący w WTZ znacznie zwiększyli aktywność zawodową i społeczną poprzez udział w zajęciach.

3. Zakład Aktywności Zawodowej

L.p.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Numer telefonu	Adres strony internetowej
1.	Zakład Aktywności Zawodowej – Zakład Introligatorsko-Drukarski	43-300 Bielsko-Biała ul. Sempołowskiej 13	(33) 4965219 (33) 4998975	http://www.poligrafia.bielsko.pl/

Tabela nr 25. Zakład Aktywności Zawodowej

IX. PSYCHOEDUKACJA RODZIN PACJENTÓW

Formą łączącą elementy poradnictwa i terapii rodzin jest psychoedukacja. Początkowo stosowano ją w wobec rodzin pacjentów chorych na schizofrenię, ostatnio zaś jest podejmowana także przypadku innych zaburzeń psychicznych. Nie podejmując się rozstrzygnięcia sporu, w jakim stopniu psychoedukacja jest formą terapii, a w jakim jedynie poradnictwem, należy podkreślić jej wysoka skuteczność w pomaganiu rodzinom dźwigającym brzemię schizofrenii. Terapeuci udzielają wskazówek i informacji na temat przebiegu choroby, metod leczenia, zwiastunów nawrotu. Nacisk położony na biologiczny wymiar schizofrenii prowadzi do redukcji poczucia winy, rodziców, pozwala im określić swoje miejsce w leczeniu oraz osłabia lęk, niepokój, bezradność i obawę o przyszłość, jednocześnie podjęcie wątków emocjonalnych, z jakimi zgłaszają się osoby bliskie pacjentom, pozwala zredukować niekorzystne postawy wobec osoby chorej. Psychoedukacja ma najczęściej charakter spotkań grupowych dla rodzin lub małżonków pacjentów, a uważny udział terapeuty/edukatora pozwala na otwarcie emocjonalne i wzajemne wsparcie członków grupy. Z badań przeprowadzonych w różnych krajach (także w Polsce) wynika, że zmniejszenie poprzez psychoedukację poziomu psychoedukację poziomu nadmiernego uwikłania emocjonalnego i nadmiernego krytycyzmu osób bliskich

zmniejsza ryzyko nawrotu z kilkudziesięciu do kilkunastu procent w ciągu 9-mieisącznej katamnezy.

Niekiedy naturalna konsekwencją spotkań psychoedukacyjnych są grupy wsparcia dla rodzin. Udział terapeutów w tego typu grupach jest dużo mniejszy i niekiedy sprawdza się jedynie do zapewnianie ram organizacyjnych. Proces uniezależnienia się od niekiedy mających znaczny wpływ na model opieki psychiatrycznej, a nawet na kierunek badań naukowych i treści podręczników psychiatrycznych. Warto zauważyć, że krytyczne uwagi stowarzyszeń rodzin pacjentów kierowane pod adresem psychiatrów i psychoterapeutów mogą stanowić cenne źródło refleksji, zwłaszcza nad paternalistycznymi i redukcjonistycznymi postawami psychiatrów. [44]

Zwrócenie się ku pacjentowi oznacza w praktyce (między innymi) podjecie autentycznego dialogu z tym człowiekiem i z jego rodziną. W ten sposób profesjonalnie pomagający mają możliwość poznania, jak pacjent oraz jego rodzina odbierają obecną sytuację. Drugim istotnym owocem takiego dialogu jest pozyskiwanie bliskich pacjenta do współpracy. Ta współpraca może nawet doprowadzić do wolontaryjnego zaangażowania się przez bliskich pacjenta w placówce. To zaś bezpośrednio przekłada się na zmniejszenie wrażenia represyjności instytucji psychiatrycznej w odbiorze rodzin pacjentów i oczywiście samych chorych. Bliscy osoby przewlekle chorej psychicznie pragną przede wszystkim, aby wytłumaczono im jak pacjent będzie leczony. Oczekują też, że będą mieli możliwość wyrażenia swej opinii o warunkach, w jakich przebywa pacjent. Mają nadzieję że położenie pacjenta poprawi się, jeśli ich własne zastrzeżenia i uwagi będą uzasadnione, merytorycznie poprawne oraz jeśli zostaną uwzględnione. Ponadto członkowie rodzin pacjentów życzą sobie jednoznacznie określonej procedury składania skarg i wniosków, jeśli ich zdaniem i według dostępnej im wiedzy proces leczenia wykazuje braki, np. gdy: jakość świadczonych usług terapeutycznych jest niska, chory nie korzysta z oferty dodatkowej, m. in. Strukturyzacji czasu wolnego, nie dba się należycie o zdrowie fizyczne chorego itd. Rodzina pacjenta psychiatrycznego chce być traktowana jako klient – odbiorca usług mający prawo do wyrażenie swoich opinii i otrzymywania odpowiedzi na interpelacje. Takie życzenia bliscy chorego powinni wyrażać nie tylko spontanicznie ale też wypełniając ankiety czy wywiady. Pozyskiwanie różnymi sposobami dane powinny być następnie wykorzystywane w celu ciągłej aktualizacji i ulepszenia standardów, co pozwoli podwyższać jakość usług w stacjonarnej placówce leczenia psychiatrycznego. Bliskie kontakty z psychiatrią instytucjonalną poszerzają wiedzę laików. Dzięki temu bliscy pacjenta są w stanie przejąć odpowiedzialność z a niego po zakończeniu

hospitalizacji, tworząc we własnym domu środowisko prozdrowotne, a przynajmniej nie powodujące eskalacji objawów. Współpraca pomiędzy rodziną pacjenta a szpitalem czy inna instytucja leczenia stacjonarnego zmniejsza ryzyko przekazywania chorego domownika pod opiekę profesjonalnie pomagających przy każdym, nawet niegroźnym kryzysie psychicznym. Bowiem rodzina pacjenta została zapoznana z podstawowymi informacjami dotyczącymi choroby. Lepiej rozumie zachowania domownika i występujące u niego objawy choroby, a także - co bardzo ważne – przyswoiła sobie podstawowe techniki deeskalacyjne. W wymiarze kontaktów z rodzina pacjenta ogromne znaczenie mają również prewencyjne wizyty profesjonalnie pomagającego w domu chorego i pomoc udzielana pacjentowi w jego podstawowym środowisku życia, zanim jeszcze dojdzie do eskalacji kryzysu psychicznego. [45]

W literaturze funkcjonuje wiele definicji wyjaśniających czym jest psychoedukacja. Najbardziej ogólną jej definicję sformułował Barter: „Jest to korzystanie z edukacyjnych technik, metod i programów, mające na celu ułatwienie powrotu do zdrowia lub zminimalizowanie skutków choroby i wynikającej z niej niepełnosprawności. Na ogół stanowi uzupełnienie programu oddziaływań leczniczych wobec chorego, zwykle odbywające się w ramach szerszego programu terapeutycznego lub jako element programu badawczego” {Kasperek, Michałowska, Sala i Spiridonow, 2000]. Inni autorzy podkreślają znacznie wymiany informacyjnej, jaka zachodzi pomiędzy trzema jej uczestnikami: terapeutami, pacjentem oraz rodziną [Czernikiewicz, 2006].

We wszystkich programach psychoedukacyjnych psychoza jest traktowana jako choroba i nikt nie jest za nią odpowiedzialny. Rodzina jest traktowana jako źródło oparcia dla pacjenta. Stosowane interwencje rodzinne i społeczne w środowisku pacjenta są traktowano jako integralny element całokształtu leczenia obok oddziaływań biologicznych i psychospołecznych. Bez względu na to, kto jest uczestnikiem programów psychoedukacyjnych, w ich trakcie są realizowane następujące cele: nabywanie wiedzy i kompetencji w skutecznym radzeniu sobie z chorobą, poprawa współpracy z pacjentem w zakresie jego leczenia, zmniejszenie ryzyka nawrotów, poprawa funkcjonowania społecznego pacjenta oraz jego jakości życia, poprawa komunikacji pomiędzy pacjentem a jego najbliższymi, budowanie sieci oparcia społecznego, w centrum którego znajduje się pacjent i jego najbliżsi. Istnieje wiele programów psychoedukacyjnych, które w mniejszym lub większym zakresie realizują powyższe cele. Doświadczenie kliniczne uczy, że działając na określonym terenie i w określonej grupie pacjentów i ich rodzin programy są modyfikowane, co z czasem prowadzi do tworzenia autorskich wersji. Zakres różnych

programów psychoedukacyjnych z reguły dotyczy następujących tematów.: teorii na temat przyczyn choroby, dynamiki przebiegu chorowania, różnorodności objawowej, sposobów leczenia, aspektu prawnego leczenia, możliwości uzyskania wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego na określonym terenie, interwencji kryzysowych, elementów treningu rozwiązywania problemów jako pozycji zmiany radzenia sobie z trudnościami. Praca psychoedukacyjna może się odbywać indywidualnie lub grupowo. Może być prowadzona zarówno w domu pacjenta jak i w szpitalu. Nie jest tu konieczna obecność wszystkich członków rodziny, a nawet nie jest obowiązkowa obecność pacjenta. Odbiorca oddziaływań psychoedukacyjnych może być każdy, kto wyrazi chęć brania w nich udziału. Długość trwania spotkań także nie jest ściśle określona, tym bardziej, że z reguły udział w nich nie jest obowiązkowy. Intensywność zajęć może być różna w zależności od etapu ogólnego planu leczenia. Stosowanie psychoedukacji nie ogranicza stosowania innych form terapeutycznych, chociaż należy się zawsze zastanowić nad ogólnymi celami terapeutycznymi biorących w nich udział rodzin, tym bardziej gdy rozważana jest tu ich psychoterapia. Psychoedukacja może przybierać skrajnie różne formy, od dyrektywnych wykładów po grupy dyskusyjne, zadania domowe przesyłane pocztą elektroniczną. [46]

Psychoedukacja powinna stanowić integralna część leczenia i profilaktyki w zakresie chorób psychicznych. Obecnie brakuje działań psychoedukacyjnych nastawionych na wsparcie rodziny. Należy podjąć wszelkie działania, które będą promowały tak skuteczną formę wsparcia dla osób chorych psychicznie oraz ich rodzin. Psychoedukacja to obszar, który należy zdecydowanie wzmocnić, wypromować i rozszerzyć w dalszym etapie o rozwój stowarzyszeń rodzin pacjentów i grup wsparcia organizowanych w ramach form opieki instytucjonalnej oraz pozainstytucjonalnej.

Bibliografia:

1. Zagrożenia Stanu Zdrowia Psychicznego Polaków – Janusz Heitzman, Nauka 4/2010
2. http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/ 29.05.2016
3. http://www.ezop.edu.pl/ 29.05.2016
4. Woynarowska B., Ostaszewski K.: Edukacja Zdrowotna. Chorzy psychicznie w społeczeństwie. Wydawnictwo naukowe PWN. Warszawa 2013, s: 475
5. Syrek E. „Jakość życia w chorobie". Oficyna Wydawnicza „Impuls" Kraków 2001, str.30
6. Nasierowski T. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi – roczne doświadczenia w „Psychiatria Polska" 1999, nr 4, str.507
7. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wiórka J. „Psychiatria tom III – Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne" Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, str. 520
8. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. „Psychiatria tom III – Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne" Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, str. 521
9. Stańczakowa T. Psychiatria środowiskowa i organizacja ochrony zdrowia psychicznego w „Psychiatria Polska" 1999, nr 4, str. 481
10. „Psychiatria – sedno" tom II, Wright P., Stern J., Phelan M., red. wyd. I polskiego Rybakowski J., Rybakowski F., wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008 r., str. 479
11. Meder J. „Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce" wyd. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 2005, str. 7
12. Słupczyńska – Kossobudzka E., Wciórka J., „Psychiatria środowiskowa" w Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. „Psychiatria tom II – Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne" Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, str. 507
13. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. „Psychiatria tom III – Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne" Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003,str. 527
14. Freyberger H., Schneider W., Stieglitz R. red. naukowa: Bilikiewicz A. „Kompendium psychiatrii psychoterapii medycyny psychosomatycznej." Wyd. PZWL Warszawa 2005r., str. 359
15. Bronowski P., Rawicka M., Kluczyńska S., „Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego" w „Psychiatria Polska" tom XLIII, nr 4, 2009r., str. 423
16. Tobiasz – Adamczyk B." Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby" wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2000, str. 152
17. Rutkowska E., „Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych - Podręcznik dla studentów pielęgniarskich studiów licencjackich", Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002r., str. 253
18. Rutkowska E., „Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych - Podręcznik dla studentów pielęgniarskich studiów licencjackich" Lublin 2002r., str. 256
19. Sęk H., Cieślak R., „Wsparcie społeczne, stres i zdrowie", wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006 r., str. 12
20. Dąbrowski S. „Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako forma oparcia społecznego" w „Psychiatria Polska" 1998, tom XXXII, nr 4, str. 444 – 445
21. Tomczak – Witych „Psychiatria Polska" 2006, tom XL, numer 3, str.503
22. Duda J. „Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego" Stan prawny na 4 maja 2009r., Warszawa 2009r., str. 48
23. Dąbrowski S., „Psychiatria Polska" 1998r., tom XXXII, nr 4., str. 444
24. M. Jarema, J. Rebe-Jabłońska, Maryla Sawicka, Psychiatria, Podręcznik dla studentów medycyny, Rozdział 23, Leczenie środowiskowe w psychiatrii. Praca z rodziną. Psychoedukacja. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, str. 653-659
25. red. Bilikiewicz A., Dąbrowski S., w „Psychiatria" tom III, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, str.386-388

26. red. Wilczek – Różyczka E., „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego” wyd. Czelej Lublin 2007, str. 4
27. Rd. Davies T., Craig T. „ABC zdrowia psychicznego”, Medical Press, Gdańsk 1999r., str. 103
28. Sierpowska I. „Ustawa o pomocy społecznej” – komentarz Warszawa 2007, Walters Kliwer Polska Sp.z.o.z., str. 192
29. Sierpowska I. „Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz” , wyd. Wolters Kluwer Polska – ABC 2009 r. Stan prawny 01.09.2009 r., str. 19-20.
30. Źródło: dostępne w Internecie (dostęp: 10 grudnia 2009 r.), http://isap.sejm.gov.pl Internetowy system aktów prawnych
31. Tekst na podstawie dokumentów udostępnionych przez MOPS w Bielsku – Białej „Specjalistyczne usługi opiekuńcze w latach 2003 – 2009”
32. Dąbrowski S. „Psychiatria Polska” 1998 tom XXXII, nr 4, str. 446
33. Dąbrowski S. „Psychiatria Polska” 1998 tom XXXII, nr 4, str. 447
34. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej Dz. U. 1997, nr 2, poz. 12
35. Marshall G. „Słownik socjologii i nauk społecznych” PWN Warszawa 2005 r., str. 369
36. (red) Lesińska – Rawicka M. „Metoda caste study w pielęgniarstwie” wyd. med. Borgis Warszawa 2009 r., str.17 za Bowers S.
37. (red) Lesińska –Sawicka M. „Metoda caste study w pielęgniarstwie” wyd. med. Borgis Warszawa 2009 r., str.25
38. Ciechaniewicz W. „Pielęgniarstwo. Ćwiczenia” wyd. PZWL Warszawa 2002 r., str. 240
39. (red) Kawczyńska – Burtym „Diagnoza pielęgniarska” wyd. PZWL Warszawa 1999 r., str. 49
40. (red.) Grzywa A., „Oksfordzki podręcznik psychiatrii”, wyd. Czelej, Lublin 2007 r., str. 198
41. (red) Meder J. „Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi” Biblioteka Pracownika Socjalnego Katowice 2002 r., str. 19-20
42. Jones P., Buckley P., red. wydania I polskiego Łoza B., „Schizofrenia” Wyd. Urban & Partner Wrocław 2006 r., str. 12
43. Kawczyńska – Butrym Z. „Diagnoza pielęgniarki” str. 53-54
44. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka „Psychiatria. Terapia Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne, społeczne” Tom 3& Partner, Wrocław 2003 r. , str 283
45. Smokowska-Reichmann, Wspólne tematy. Pismo pracowników socjalnych, terapeutów, personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego nr 6/2015. Instytucja psychiatryczna XXI wieku. Zwrócenie się ku pacjentowi. Część III. Czerwiec 2015
46. Jarema, Rebe-Jabłońska, Sawicka, Psychiatria, Podręcznik dla studentów medycyny, Rozdział 23, Leczenie środowiskowe w psychiatrii. Praca z rodziną. Psychoedukacja. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, str. 666-667

Ankieta dotycząca poziomu jakości oraz oczekiwań Pacjentów w zakresie oferowanych usług przez Poradnie Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej.

Szanowni Państwo,

Satysfakcja Pacjentów z oferowanych usług jest jednym z elementów działań dotyczących poprawy jakości świadczeń w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej. Zwracamy się z prośbą o wypełnienie ankiety i wyrażenie opinii na temat działalności Poradni Zdrowia Psychicznego. Dzięki uzyskanym informacjom chcemy dostosować ofertę do Państwa oczekiwań.

Ankieta jest anonimowa, uzupełnienie jej zajmie Państwu tylko 10 minut. Wypełniony kwestionariusz proszę włożyć do pudełka znajdującego się w rejestracji.

Proszę zaznaczyć znakiem **X** właściwą odpowiedź.

1. **Ile czasu zajmuje Panu/Pani dojazd do Poradni Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej?**
   - do 15 minut
   - do 30 minut
   - do 60 minut
   - powyżej 1 godziny

2. **Czy dostanie się do Poradni Zdrowia Psychicznego sprawia Panu/Pani trudność ze względów komunikacyjnych?**
   - zdecydowanie tak
   - raczej tak
   - raczej nie
   - zdecydowanie nie

3. **Z jakiego środka transportu korzysta Pan/Pani aby dotrzeć na umówioną wizytę?**
   - autobusu miejskiej komunikacji
   - autobusu podmiejskiej komunikacji
   - pociągu
   - taxi
   - samochodu własnego
   - samochodu rodziny lub znajomych
   - pieszo

- ☐ innego (jakiego?) ……..

4. **Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy rodziny, znajomych, innych osób w dotarciu do Poradni Zdrowia Psychicznego?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie
5. **Ile razy korzystał(a) Pan/Pani z wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego?**
   - ☐ jeden raz
   - ☐ dwa razy
   - ☐ trzy razy
   - ☐ wiele razy
6. **Jak długo oczekiwał(a) Pan/Pani na ustaloną wizytę do lekarza psychiatry?**
   - ☐ nie musiałem(am) czekać
   - ☐ do 1 tygodnia
   - ☐ do 2 tygodni
   - ☐ do 3 tygodni
   - ☐ powyżej trzech tygodni
7. **Jak długo oczekiwał(a) Pan/Pani w Poradni na przyjęcie przez lekarza psychiatrę?**
   - ☐ nie musiałem(am) czekać
   - ☐ do 15 minut
   - ☐ do 30 minut
   - ☐ do 45 minut
   - ☐ powyżej godziny
8. **Czy rejestracja w Poradni Zdrowia Psychicznego przebiegała zgodnie z Pana/Pani oczekiwaniami?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie (jaka jest przyczyna niezadowolenia?) ……

   …….....
9. **Czy wie Pan/Pani, że można skorzystać z bezpłatnej porady pracownika socjalnego zatrudnionego w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie

10. **Czy jest Pan/Pani zainteresowany(a) udziałem w bezpłatnych warsztatach prowadzonych przez specjalistów na temat leczenia, rehabilitacji i form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi?**

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

11. **Czy uważa Pan/Pani, że potrzebne są bezpłatne spotkania psychoedukacyjne dla rodzin pacjentów w celu wyjaśnienia przyczyn choroby, metod leczenia, aby poprawić relacje rodzin, opiekunów i pacjentów?**

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

12. **Czy jest Pan/Pani zainteresowany(a) skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry i pielęgniarki środowiskowej, jeżeli zaistniałaby taka potrzeba?**

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

13. **Czy słyszał(a) Pan/Pani o możliwości skorzystania z oferty specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych jako forma oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie?**

- ☐ tak
  - ☐ jestem objęty taką opieką i jestem zadowolony(a)
  - ☐ jestem objęty taką opieką i jestem niezadowolony(a)
- ☐ nie

14. **Czy otrzymał(a) Pan/Pani kiedyś ulotki informacyjne dotyczące propozycji terapii w oddziałach dziennych, rehabilitacyjnych, warsztatach terapii zajęciowej itd.?**

- ☐ tak
  - ☐ ułatwiają mi kontakt telefoniczny, są potrzebne
- ☐ nie

15. **Jak ocenia Pan/Pani ogólny poziom oferowanych usług w Poradni Zdrowia Psychicznego?**

- ☐ bardzo dobrze
- ☐ dobrze
- ☐ źle
- ☐ bardzo źle

16. **Co powinno się zmienić w funkcjonowaniu Poradni Zdrowia Psychicznego, aby był(a) Pan/Pani w pełni zadowolony(a) z oferowanych usług?**

……

Dane socjodemograficzne:

1. **Płeć:**

- ☐ mężczyzna
- ☐ kobieta

2. **Miejsce zamieszkania:**

- ☐ miasto
- ☐ wieś

3. **Wiek:**

- ☐ 18-20
- ☐ 21-40
- ☐ 41-60
- ☐ 61-80
- ☐ powyżej 81

2. **Wykształcenie:**

- ☐ podstawowe
- ☐ zawodowe
- ☐ średnie
- ☐ wyższe zawodowe
- ☐ wyższe magisterskie
- ☐ …….

3. **Zawód:** ……

4. **Czy pracuje Pan/Pani zawodowo?**

- ☐ tak
- ☐ nie

Ankieta dotycząca poziomu jakości oraz oczekiwań Pacjentów w zakresie oferowanych usług przez Dzienne Oddziały Psychiatryczne, Oddziały Rehabilitacyjne oraz Warsztaty Terapii Zajęciowej

Szanowni Państwo,

Satysfakcja Pacjentów z oferowanych usług jest jednym z elementów działań dotyczących poprawy jakości oferowanych świadczeń. Zwracamy się z prośbą o wypełnienie ankiety i wyrażenie opinii na temat działalności Dziennych Oddziałów Psychiatrycznych, Oddziałów Rehabilitacyjnych i Warsztatów Terapii Zajęciowej. Dzięki uzyskanym informacjom chcemy dostosować naszą ofertę do Państwa oczekiwań i rozbudować ją o formy oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie w środowisku.

Ankieta jest dobrowolna i anonimowa, uzupełnienie jej zajmie Państwu tylko 10 minut. Wypełniony kwestionariusz proszę włożyć do pudełka znajdującego się w rejestracji.

Proszę zaznaczyć znakiem **X** właściwą odpowiedź.

1. Ile czasu zajmuje Panu/Pani dojazd do oddziałów/warsztatów?

- do 15 minut
- do 30 minut
- do 60 minut
- powyżej 1 godziny

1. Czy dostanie się do Oddziałów Dziennych, Rehabilitacyjnych oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej sprawia Panu/Pani trudność ze względów komunikacyjnych?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

2. Z jakiego środka transportu korzysta Pan/Pani aby dotrzeć na miejsce terapii?

- autobusu miejskiej komunikacji
- autobusu podmiejskiej komunikacji
- pociągu
- taxi
- samochodu własnego
- samochodu rodziny lub znajomych
- pieszo

- ☐ innego (jakiego?) ……..

3. **Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy rodziny, znajomych, innych osób w dotarciu do miejsca terapii?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie
4. **Ile razy korzystał(a) Pan/Pani z wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego?**
   - ☐ jeden raz
   - ☐ dwa razy
   - ☐ trzy razy
   - ☐ wiele razy
5. **Czy wie Pan/Pani, że można skorzystać z bezpłatnej porady pracownika socjalnego zatrudnionego w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie
6. **Czy jest Pan/Pani zainteresowany(a) udziałem w bezpłatnych warsztatach prowadzonych przez specjalistów na temat leczenia, rehabilitacji i form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi?**
   - ☐ zdecydowanie tak
   - ☐ raczej tak
   - ☐ raczej nie
   - ☐ zdecydowanie nie
7. **Czy uważa Pan/Pani, że potrzebne są bezpłatne spotkania psychoedukacyjne dla rodzin pacjentów w celu wyjaśnienia przyczyn choroby, metod leczenia, aby poprawić relacje rodzin, opiekunów i pacjentów?**
   - ☐ zdecydowanie tak
   - ☐ raczej tak
   - ☐ raczej nie
   - ☐ zdecydowanie nie
8. **Czy uczestniczył(a) Pan/Pani w szkoleniach zawodowych lub turnusach rehabilitacyjnych?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie

9. **Czy jest Pan/Pani zainteresowany(a) skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry i pielęgniarki środowiskowej, jeżeli zaistniałaby taka potrzeba?**
   - ☐ zdecydowanie tak
   - ☐ raczej tak
   - ☐ raczej nie
   - ☐ zdecydowanie nie
10. **Czy w Pana/Pani miejscu zamieszkania istnieje możliwość uzyskania bezpłatnej porady lekarza psychiatry?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie
   - ☐ nie wiem
11. **Czy słyszał(a) Pan/Pani o możliwości skorzystania z oferty specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych jako forma oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie?**
   - ☐ tak
     - ☐ jestem objęty taką opieką i jestem zadowolony(a)
     - ☐ jestem objęty taką opieką i jestem niezadowolony(a)
   - ☐ nie
12. **Które z proponowanych w Oddziale/Warsztaty form terapii odpowiadają Panu/Pani najbardziej?**

    ……
13. **Czy leczenie w Oddziale Dziennej Opieki Psychiatrycznej/warsztatach wpłynęło u Pana/Pani na poprawę stanu zdrowia?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie
   - ☐ nie wiem
   - ☐ nie dotyczy
14. **Czy jest Pan/Pani zainteresowany(a) podjęciem pracy?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie
   - ☐ nie wiem
   - ☐ nie dotyczy

15. Jakie znaczenia dla procesu leczenia oraz powrotu do środowiska ma udział Pana/Pani w przedstawionych formach opieki psychiatrycznej?

W tym pytaniu proszę zaznaczyć **O** liczbę od 1 do 5, gdzie: **1** – nie ma znaczenia, **2** – bardzo małe znaczenie, **3** – małe znaczenie, **4** – duże znaczenie, **5** – bardzo duże znaczenie					
Oddział Dzienny Psychiatryczny	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Warsztaty Terapii Zajęciowej	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Dane socjodemograficzne:

1. **Płeć:**
   - ☐ mężczyzna
   - ☐ kobieta
2. **Miejsce zamieszkania:**
   - ☐ miasto
   - ☐ wieś
3. **Wiek:**
   - ☐ 18-20
   - ☐ 21-40
   - ☐ 41-60
   - ☐ 61-80
   - ☐ powyżej 81
4. **Wykształcenie:**
   - ☐ podstawowe
   - ☐ zawodowe
   - ☐ średnie
   - ☐ wyższe zawodowe
   - ☐ wyższe magisterskie
   - ☐ ……
5. **Zawód:** ……
6. **Czy pracuje Pan/Pani zawodowo?**
   - ☐ tak
   - ☐ nie