

Imię i nazwisko: Marta Hat

Tytuł pracy doktorskiej:

Funkcjonowanie kliniczne i społeczne osób chorujących na schizofrenię a satysfakcja z opieki w zespołach leczenia środowiskowego

Promotor: prof. dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki

Streszczenie

Wstęp: W ciągu ostatnich kilkunastu lat w Polsce doszło do dynamicznego rozwoju środowiskowych form leczenia psychiatrycznego. Obecnie u progu reformy mającej na celu zmianę systemową i uznanie leczenia środowiskowego jako wiodącego systemu wsparcia osób chorujących psychicznie należy ze szczególnym zainteresowaniem przyjrzeć się sposobowi funkcjonowania zespołów leczenia środowiskowego oraz ich pacjentów. Szczególnie istotne jest, aby zwrócić większą uwagę na potrzeby pacjentów oraz ich rolę w procesie zdrowienia i uwzględnić ich ocenę jako jeden ze wskaźników wyników leczenia i jakości świadczonej opieki.

Cel: Celem pracy jest ocena i porównanie charakterystyki demograficznej, funkcjonowania społecznego i klinicznego oraz satysfakcji z opieki w trzech różnie umocowanych organizacyjnie Zespołach Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) oraz wyłonienie czynników rokowniczych dla satysfakcji z opieki ujętej w badaniu jako jego wskaźnik. Kolejnym celem jest porównanie wyników leczenia w ZLŚ działającym w pilotażowym Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) finansowanym w modelu kapitacyjnym z wynikami w dwóch pozostałych zespołach.

Metoda: Badaniem objęci zostali pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii, będący pod opieką trzech różnych zespołów leczenia środowiskowego. Pierwszy z nich to ZLŚ działający w dużym mieście wojewódzkim w ramach pilotażowego CZP, drugi to ZLŚ funkcjonujący w dzielnicy miasta wojewódzkiego, związany z dużym szpitalem psychiatrycznym i trzeci to ZLŚ działający w mieście powiatowym, niezależnie od szpitala/oddziału psychiatrycznego. Zbadano 90 osób, po 30 w każdym ZLŚ. W badaniu użyto następujących narzędzi: kwestionariusza danych demograficznych i wywiadu chorobowego, kwestionariusza opisującego model działania zespołu leczenia środowiskowego, skali objawów pozytywnych i negatywnych (PANSS), Skali Werońskiej dla oceny satysfakcji z leczenia (VSSS-54), kwestionariusza oceny niepełnosprawności (WHODAS), wskaźnika sieci społecznej (SNI) i skali samotności (UCLA Loneliness Scale). Do opracowania statystycznego wyników

wykorzystano pakiety SPSS ver. 25 oraz STATISTICA 13.3. Do analizy różnic międzygrupowych wykorzystano test chi-kwadrat, t-Studenta, test U Manna-Whitneya oraz ANOVĘ Kruskala-Wallisa, której istotne wyniki analizowano testem post hoc Dunna, a także ANOVĘ parametryczną (wraz z poprawką Welcha), której istotne wyniki analizowano testami post hoc Sidaka i Gamesa-Howella. Do oceny związku pomiędzy ilościowymi zmiennymi wykorzystano korelacje r Persona oraz ρ Spearmana. W celu zbadania związków pomiędzy satysfakcją z leczenia a wybraną grupą potencjalnych czynników rokowniczych użyto jednoczynnikowych modeli regresji liniowej, a następnie zbudowano model wieloczynnikowy w oparciu o metodę krokową postępującą. Przyjęty poziom istotności statystycznej we wszystkich analizach wynosił $\alpha = 0,05$.

Wyniki: Średni wiek badanych wynosił 48 lat, ponad połowa z nich, 62%, była stanu wolnego (kawaler/panna), 22% pacjentów było aktywnych zawodowo, prawie połowa, 48%, mieszkała z rodzicami. Podobnie, prawie połowa miała choroby współistniejące. Średnia długość leczenia psychiatrycznego wynosiła niecałe 20 lat, a średnia długość leczenia w ZLŚ — ponad 5 lat. Badani pacjenci byli hospitalizowani psychiatrycznie średnio prawie 6 razy. Średnia ocena satysfakcji z opieki w badanej grupie $n = 90$ w skali VSSS-54 to 4,32 (na maksymalnie 5 punktów). W siedmiu badanych kategoriach najwyższe średnie uzyskano w ocenie satysfakcji ogólnej (4,47), informacji (4,26), profesjonalizmu (4,23). Najniżej z kolei oceniono włączenie rodziny do opieki (4,06) i dostępność personelu ZLŚ (4,12). Czynnikiem rokowniczym wyższej satysfakcji z opieki w badanej grupie są w kolejności: niższy poziom niepełnosprawności oraz większe zróżnicowanie sieci społecznej, zatrudnienie, niższe wykształcenie, brak chorób współistniejących, niższy poziom objawów psychopatologicznych pozytywnych i negatywnych, niższy poziom samotności. Model regresji wielorakiej wykazał istotność czterech czynników rokowniczych poziomu satysfakcji z opieki: niższe wyniki WHODAS, dłuższy czas pobytu w ZLŚ, niższy wiek oraz niższe wykształcenie. Model wyjaśniał 43% wariancji zmiennej zależnej, z której najwięcej, 18% wyjaśniały wyniki w ocenie niepełnosprawności (WHODAS). Badane ZLŚ różnią się pod kątem struktury rejonu, w którym działają. ZLŚ w mieście powiatowym (ZLŚ O) zaopatruje największy obszar, z najmniejszą gęstością zaludnienia, ma pod opieką najmniejszą liczbę pacjentów i realizuje najmniej wizyt. ZLŚ z dzielnicy Kraków–Nowa Huta związany z dużym szpitalem psychiatrycznym (ZLŚ NH) zaopatruje największą liczbę mieszkańców, ma największą liczbę pacjentów objętych opieką i największą średnią tygodniową liczbę wizyt. ZLŚ NH, działający od wielu lat ma pod opieką o 55% więcej pacjentów niż ZLŚ pilotażowy Kraków- Śródmieście (ZLŚ Ś), ale świadczy tylko o 25% więcej wizyt niż ZLŚ Ś, który ma

krótki okres działania. Trzy badane grupy różniły się pod kątem miejsca zamieszkania, obciążenia chorobami współistniejącymi, wieku, długości leczenia psychiatrycznego, długości leczenia w ramach ZLŚ. Nie stwierdzono istotnej różnicy w zakresie średniej satysfakcji z opieki ani żadnego z siedmiu badanych skalą VSSS-54 obszarów w trzech badanych ZLŚ. Grupa pilotażowa w porównaniu do pozostałych charakteryzowała się istotnie niższym wiekiem badanych, mniejszą liczbą zażywanych leków psychiatrycznych, większym nasileniem objawów całkowitych i pozytywnych w PANSS, a przez to słabszą siecią społeczną, mniejszą aktywnością w rolach w sieci społecznej, wyższym poziomem samotności i wyższym poziomem niepełnosprawności. Pomimo tych różnic nie stwierdzono ich w liczbie hospitalizacji między grupą pilotażową i kontrolną. u pacjentów w grupie pilotażowej uzyskano istotnie wyższą satysfakcję z włączenia rodzin ($p = 0,024$),

Wnioski: 1. Należy rozbudować sieć zespołów leczenia środowiskowego w Polsce, gdyż są skuteczną i przynoszącą satysfakcję pacjentom formą leczenia. 2. Celem profilaktyki hospitalizacji stacjonarnych konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na rozwój CZP w modelu kapitałowym. 3. Dla większych korzyści z leczenia w ZLŚ wskazane jest, aby do współpracy włączyć rodzinę pacjenta. 4. W programie terapeutycznym w ZLŚ szczególną uwagę należy zwrócić na funkcjonowanie społeczne pacjentów, zwłaszcza na poziom samodzielności, samotności i rozwój sieci społecznej. 5. Wartościową kontynuacją przedstawionego badania byłaby ocena wyników leczenia w tym satysfakcji osób leczonych we wszystkich Zespołach Leczenia Środowiskowego działających w ramach pilotażowych CZP.

Wartości aplikacyjne przeprowadzonych badań: Forma pracy w środowisku rozwinięta w ZLŚ jest wartościowa i powinna być powszechną w całym kraju. Wymaga równoległej pracy z rodziną pacjentów a tym samym odpowiedniego wykształcenia zespołu terapeutycznego. Należy zwrócić uwagę na powiązanie ZLŚ w kompleksowym systemie leczenia przeciwdziałając osamotnieniu i izolacji pacjenta i rodziny. Badanie udowodniło, że szczególnie wartościowe jest umocowanie ZLŚ w strukturach pilotażowych rozwijanych w pilotażowym CZP opartym o finansowanie kapitałowe.