

Benita Wielgus¹**Jakub Morawski**

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Psychiatria środowiskowa w opinii studentów kierunków medycznych i psychologii²

Streszczenie

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 poszerza zakres lecznictwa środowiskowego, co wymaga wprowadzenia zmian w zakresie programów edukacyjnych uczelni wyższych w Polsce dotyczących funkcjonowania oraz rozwoju działań zgodnych z modelem środowiskowym. Celem przeprowadzonego badania było uzyskanie opinii studentów kierunków medycznych na temat psychiatrii środowiskowej. W badaniu wzięło udział 171 studentów kierunków medycznych (lekarski, pielęgniarstwo itd.) i psychologii z różnych miast Polski. W opinii badanych model leczenia środowiskowego stanowi właściwą alternatywę dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego, choć nie wszyscy badani potrafią ten model trafnie zdefiniować oraz postulują włączenie treści związanych z opieką środowiskową w zakres kształcenia akademickiego lub poszerzenie jego obecnego zakresu, ze szczególnym uwzględnieniem szkolenia praktycznego.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa, lokalna społeczność, edukacja medyczna

A survey of medical students' views on community psychiatry

Abstract

The National Mental Health Care Program in Poland for 2017–2022 increases the role of community psychiatry in psychiatric care. This requires adequate changes in teaching curriculum for universities in Poland. The primary aim of presented study was to assess the medical students' opinion and their state of knowledge about community psychiatry.

1 Adres do korespondencji: benita.wielgus@gmail.com; morawski.grk@gmail.com

2 W tekście występują dwa równoważne pojęcia „psychiatrii środowiskowej” i „leczenie środowiskowe”, które występują w opozycji do tradycyjnej, szpitalnej formy leczenia. Natomiast pojęcie „model leczenia środowiskowego” dotyczy struktury i szczegółowych założeń leczenia środowiskowego/psychiatrii środowiskowej, zgodnie z którymi funkcjonują instytucje i zespół medyczny.

Students of medical fields of studies (mostly medicine and nursing) and psychology (N=171) from different universities in Poland were tested. Community psychiatry was found as a valid alternative to conventional form of psychiatric care by majority of students however they were not able to define it accurately. Students also believed that the university courses should include details about community psychiatry especially in regards to its practical aspects.

Keywords: community psychiatry, fellowship, medical education

Wprowadzenie

Ukształtowany na gruncie kartezjańskiego dualizmu biomedyczny model zdrowia traktował ciało człowieka jako maszynę, zaś choroba interpretowana była w kategoriach odchylenia od normy (McClelland, 1985). Zdrowie oznaczało brak zakłóceń w funkcjonowaniu biologicznym człowieka (Aleksandrowicz, 1972), a rolą lekarza było „naprawienie organizmu”, co sprzyjało uprzedmiotowieniu pacjentów oraz promowaniu ich biernej postawy wobec możliwości samodzielnego wpływania na proces leczenia (Łazowski, 1995).

Dopiero rewolucja II połowy XX wieku w medycynie wprowadziła zmiany w postrzeganiu roli jednostki w procesie leczenia (Jankowski, 1994). Model holistyczny odstąpił od mechanistycznej wizji funkcjonowania organizmu człowieka. Uwzględnienie czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i duchowych (Heszen-Niejodek, Sęk, 1997), doprowadziło do przeformułowania definicji zdrowia na stan dynamicznej równowagi organizmu (Szawarski, 2005). Zdrowie i choroba to przeciwległe bieguny jednego kontinuum, na którym aktualny stan jednostki znajduje się w dynamicznej równowadze. Takie procesualne rozumienie zdrowia przyczyniło się do podkreślenia roli świadomej aktywności jednostki w podejmowaniu decyzji oraz wpływania na swoje zdrowie (Cechnicki, Liberadzka, 2015). Podmiotowe uczestnictwo pacjenta w zdrowieniu wiąże się z chęcią współdecydowania o sobie samym, z podejmowaniem aktywności nakierowanej na rekonwalescencję, potrzebą psychoedukacji i wzrostem znaczenia roli oddziaływania psychoterapeutycznego (Heszen, Sęk, 2007).

Leczenie środowiskowe można traktować jako część ruchu anty-psychiatrycznego (Jankowski, 1994), lecz w rzeczywistości stanowi ono kontynuację głównego nurtu psychiatrii, ponieważ nie rezygnuje ze stawiania diagnozy, ale przede wszystkim traktuje pacjenta jako jednostkę zdolną do samoleczenia oraz jako rozumiejącą swoją chorobę i mającą zdolność do przeciwstawiania się jej objawom. Nowy, radykalny sposób podejścia do pacjenta, wiedziony próbą rezygnacji z hierarchizacji w jednostkach szpitalnych oraz demokratyzacji procesu terapeutycznego w latach 60. XX wieku

stanowił zagrożenie dla psychiatrii tradycyjnej (Claytor, 1993). Wyszedł on jednak naprzeciw zmianom historyczno-politycznym i wprowadził wiele reform na gruncie klinicznym. Deinstytucjonalizacja opieki sprzyjała odzyskaniu należytej godności pacjentów oraz przeciwstawiała się ich stygmatyzacji w życiu społecznym oraz w kulturze (Wciórka, 2000).

Propagatorem psychiatrii aksjologicznej w Polsce był Antoni Kępiński (1972/2001), który otwarcie przeciwstawiał się uprzedmiotowieniu chorych oraz zwracał uwagę na wartość wrażliwości w kontakcie z drugim człowiekiem. W swoich monografiach (1972/2001; 1973/2002) odchodził od żargonu medycznego i unikał stwierdzeń typowo psychiatrycznych, jak np. choroba czy pacjent, a relację terapeutyczną traktował jako symetryczną. Poglądy Kępińskiego zainspirowały wielu jego kontynuatorów m.in. Andrzeja Cechnickiego (2009), Jacka Wciórkę (2000) i Marię Załuską (2006) do odstąpienia od tradycyjnego leczenia w warunkach instytucjonalnych i zaoferowania swoich usług w przestrzeni społecznej. W procesie leczenia, psychiatra i pacjent razem skupiają się na poszukiwaniu i wzmacnianiu mocnych stron, tworząc „wspólną przestrzeń”, w której jest miejsce na oddziaływania medyczne, samoleczenie oraz, co najważniejsze, na szczerą i autentyczną więź (Cechnicki, 2009). Proces zdrowienia nie kończy się na ustąpieniu objawów, ale jest głęboko zakorzeniony w środowisku społecznym, do którego powrót jest jednym z najtrudniejszych etapów walki z chorobą. Oddziały rehabilitacyjne stwarzają możliwość wzięcia odpowiedzialności przez pacjenta za siebie samego i pozwalają nabyć lub odzyskać umiejętności niezbędne w radzeniu sobie z wyzwaniami życia codziennego oraz ułatwiają nawiązywanie relacji społecznych (Sawicka, 2016).

Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego

Podstawą leczenia klinicznego stały się podejścia skoncentrowane na rozwijaniu konceptu spersonalizowanego leczenia środowiskowego. Wywodząca się z ruchu konsumenckiego orientacja w leczeniu (McQuiston, Sowers, Ranz, & Feldman, 2012), charakteryzująca się zwiększaniem znaczenia oraz odpowiedzialności jednostki za podejmowane przez siebie decyzje mające wpływ na jej zdrowie, obecnie sukcesywnie oddziałuje na coraz większy zakres zachowań prozdrowotnych, jak grupy samopomocowe, treningi społeczne oraz samoświadomość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne (Cechnicki, 2009). Zgodnie z definicją model opieki środowiskowej zawiera zasady i praktyki niezbędne w promowaniu zdrowia psychicznego w lokalnej społeczności, które obejmują: 1) formułowanie w sposób przystępny i akceptowany warunków realizacji potrzeb jednostki w społeczności, 2) koncentrację na celach i mocnych stronach osób

doświadczających zaburzeń psychicznych, 3) zapewnienie szerokiej sieci wsparcia, usług i źródeł adekwatnej pomocy oraz 4) promowanie usług opierających się na dowodach (*evidence-based practices*) i zorientowanych na zdrowienie (Szmukler & Thornicroft, 2001; Drake, Szmukler, Mueser, & Thornicroft, 2011). Modernizacja leczenia psychiatrycznego zorientowanego na naprawę i towarzyszenie pacjentowi w procesie zdrowienia wymaga przekształcenia obecnego sposobu edukacji w zakresie merytorycznego i praktycznego (Christensen, 2005; Shtasel, Viron, & Freudenreich, 2012), atakże motywacyjnego (Carpenter-Song, 2015) szkolenia personelu medycznego. Ponowna konceptualizacja dotyczy rozumienia roli profesjonalisty. Odejście od podejścia dyrektywnego na rzecz postawy kooperującej powinno przyczynić się do spojrzenia na kontakt praktyk-beneficjent w sposób bardziej optymistyczny niż dotąd (Lamb & Bacharach, 2001). Wykluczenie paternalistycznej praktyki medycznej powinno pozytywnie wpłynąć na poczucie autonomii beneficjenta oraz wzmocnić jego wiarę w zasadność rozwijania swoich mocnych stron i sprzyjać dążeniu do zrealizowania pełnego potencjału (Sowers, 2005).

Nowe wyzwania determinują odejście od podejścia *ad hoc* do nauczania psychiatrii tylko w warunkach szpitalnych (Abed & Teodorczuk, 2015), na rzecz działania w oparciu o ustrukturyzowane standardy w warunkach ambulatoryjnych (Rosen, 2006). Istotność dbałości o kształcenie wykwalifikowanego interdyscyplinarnego zespołu, już na poziomie akademickim, przystosowanego do pracy w środowisku pacjenta, zawierają postulaty Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (NPOZP) (Dz.U.2017, poz. 458). Wśród warunków dążących do zmiany obecnego statusu psychiatrii środowiskowej program uwzględnia zwiększenie wiedzy i kompetencji w zakresie kształcenia psychiatrycznego przeddyplomowego lekarzy, psychologów klinicznych oraz pielęgniarek psychiatrycznych, poprzez zwiększenie dostępności do szkoleń terapeutycznych ze środków publicznych oraz sformułowanie prawomocnej ustawy o zawodzie psychoterapeuty.

Potrzeba zmian w środowisku edukacyjnym oraz klinicznym wydaje się być priorytetem (Abed & Teodorczuk, 2015), co implikuje poszukiwanie praktycznych rozwiązań administracyjnych i organizacyjnych w sektorze zdrowia psychicznego w Polsce (Wciórka, 2014) i na świecie. Public Psychiatry Fellowship (PPF) w New York State Psychiatric Institute jest najbardziej znanym, najstarszym i największym programem szkolenia psychiatrów stażystów koncentrującym się na sektorze publicznym w USA (Ranz, Deakins, LeMelle, Rosenheck, & Kellermann, 2008). Jego celem jest zapewnienie szkoleń pospecjalizacyjnych w zakresie psychiatrii środowiskowej. Program obejmuje seminaria akademickie poświęcone wiedzy

merytorycznej związanej z pracą w społeczności, praktyki kliniczne w instytucjach publicznych, jak również ewaluację skuteczności całego programu (Romero, Munir, & Runnels, 2015). Steiner, Giggie, Koh, Mangurian i Ranz (2014) porównali różne programy oparte na założeniach PPF w innych jednostkach akademickich m.in. w Yale i Alabamie, charakteryzując ich struktury oraz metody osiągania sukcesu. Zestawienie piętnastu programów pozwoliło na sformułowanie ogólnego wniosku, iż organizacja działań dydaktycznych i praktycznych usług klinicznych zależy od sposobu ich administrowania oraz źródeł finansowania. Wynika stąd, iż skuteczność programów zależy od jakości partnerstwa między ośrodkami akademickimi a państwowymi.

Wielu absolwentów medycyny (Christensen, 2005) decyduje się na pracę w placówkach realizujących założenia modelu środowiskowego, ponieważ stanowi on według nich atrakcyjną alternatywę leczenia tradycyjnego. Są do niego jednak skutecznie zniechęceni przez doświadczonych lekarzy (ibidem), ponieważ kontakt lekarza z pacjentem w środowisku, w którym pacjent funkcjonuje na co dzień, wciąż uznawane jest za przekraczający granice. Z drugiej strony taki kontakt ułatwia rozpoznanie mocnych stron pacjenta i ich wzmacnianie, oraz stanowi wstęp do pracy nad deficytami w zakresie umiejętności społecznych (Kretzmann & McKnight, 1993). Pacjent jest aktywnym partnerem procesu zdrowienia, a nie tylko biernym odbiorcą oddziaływań medycznych (Lamb & Bacharach, 2001).

Przygotowanie do nowych wyzwań edukacji napotyka wiele przeszkód w postaci niejasno wyartykułowanych podstaw programowych oraz braku homogenicznej metody kształcenia (Shtasel et al., 2012). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U. 2013 nr 0, poz. 26) w Polsce nie określa zasad odbywania specjalizacji w dziedzinie psychiatrii środowiskowej, choć nie wykluczają takiej możliwości. W odróżnieniu od staży odbywanych w ramach innych 77. specjalności, posiadających klarownie sformułowane wytyczne dotyczące ich realizacji, m.in. czasu trwania, miejsca odbywania praktyk oraz zakresu treści kształcenia, warunki ich odbywania w podejściu środowiskowym są zbyt ogólne, a właściwie podporządkowane obszarowi szeroko rozumianej psychiatrii.

Również absolwenci studiów psychologicznych nie posiadają odpowiedniego przygotowania merytorycznego ani praktycznego ściśle związanego z leczeniem środowiskowym. Dopiero programy specjalizacji dla dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, obejmujące program szkoleń z psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych, posiadają rzeczowy opis umiejętności w zakresie „Rehabilitacji i metod działań środowiskowych”. Wytyczne obejmują treści nauczania dotyczące zadań i roli psychologa

klinicznego, modeli rehabilitacji oraz uwzględniają konieczność edukacji w zakresie komunikacji zespołowej z innymi pracownikami służby zdrowia, a także dostosowywanie indywidualnych form pracy do wymagań danej placówki i zespołu, z naciskiem na konieczność przekazywania wiedzy psychologicznej uprawnionym do tego osobom (Centrum Kształcenia Medycznego Podyplomowego [CKMP], 2018).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, jako jeden z głównych celów wymienia upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 458). Program wskazuje też m.in. na aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi i upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego. Dane zawarte w NPOZP (ibidem), opracowane przez Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, pokazują, że dominującą metodą leczenia osób chorujących psychicznie pozostaje w Polsce opieka ambulatoryjna. To właśnie w ten sposób leczone było 1 223 427 pacjentów (prawie 89%) w roku 2014. Jedynie około 3% pacjentów leczyło się w zespołach środowiskowych lub na oddziałach dziennych.

Jednak to właśnie, jak informuje ustawodawca, w opiece środowiskowej zaobserwowano największy rozwój i wzrost liczby pacjentów w latach 2011–2014 (z 9,6 tys. do 29,8 tys.), co oznacza, że liczba chorych leczonych przez zespoły opieki środowiskowej potroiła się. Psychiatria środowiskowa jest więc najszybciej rozwijającą się formą opieki nad osobami chorymi psychicznie w Polsce i nic nie wskazuje na to, by sytuacja ta miała się odwrócić w najbliższych latach (Dz.U. 2017, poz. 458).

Celem przeprowadzonego badania była weryfikacja umiejętności definiowania leczenia środowiskowego u studentów kierunków medycznych na podstawie wyrażonych opinii. Miało ono sprawdzić, czy koncepcja modelu środowiskowego jest znana przez studentów różnych kierunków, jakie jego elementy są najczęściej identyfikowane przez badanych, a także czy wydaje się im atrakcyjną alternatywą tradycyjnego leczenia psychiatrycznego.

Metoda

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 171 studentów z różnych miast Polski. Trzy najliczniej reprezentowane miasta w badaniu to Kraków (65 respondentów), Wrocław (39 respondentów) i Bydgoszcz (28 respondentów). Badanie skierowane było do studentów tych kierunków, których absolwenci najczęściej pracują z osobami chorymi psychicznie (głównie kierunek lekarski oraz psychologia). Osoby badane rekrutowane były w grupach uniwersyteckich za

pośrednictwem Internetu. Udział w badaniu był dobrowolny i nieodpłatny. Badanie zostało przeprowadzone metodą online.

W badaniu wzięły udział 142 kobiety i 29 mężczyzn. Średnia wieku uczestników badania wynosiła 21,9 lat (SD = 2,95). Do badania były zapraszane osoby niezależnie od roku studiów. W celu przeprowadzenia dalszych analiz studenci zostali zaklasyfikowani do jednej z pięciu grup w oparciu o studiowany przez nich kierunek studiów: (1) Lekarski (N=78), (2) Psychologia (psychologia i psychologia stosowana, N= 49), (3) Pielęgniarstwo i położnictwo (N=16), (4) Inne kierunki medyczne (m.in. ratownictwo medyczne, fizjoterapia, zdrowie publiczne, dietetyka, N= 28). Grupa trzecia została wyodrębniona ze względu na istotną rolę pielęgniarek w zespole środowiskowym (Ujhely, 1969).

Narzędzia badawcze

Zastosowany autorski kwestionariusz składał się z trzech części. Pierwszą z nich stanowiła metryczka (wiek, płeć, miasto i kierunek studiów), a także pytanie *Czy wiesz, czym jest psychiatria środowiskowa?*

Osoby, które udzieliły odpowiedzi twierdzącej na ostatnie pytanie wypełniały drugą część kwestionariusza. Zadanie badanych polegało na opisanie, *czym jest, czym się zajmuje i kogo dotyczy psychiatria środowiskowa* w formie otwartej odpowiedzi. Następnie z listy trzynastu pojęć dotyczących struktury modelu środowiskowego (m.in. *decentralizacja szpitali, oddziały dzienne, leczenie kontraktowane przez NFZ*), form pracy z pacjentem i rodziną (m.in. *rozwijanie relacji z pacjentem i rodziną obejmującej psychoedukację, warsztaty terapii zajęciowej, działanie w dialogu*) oraz form wsparcia dążących do aktywizacji pacjentów (m.in. *tworzenie grup wsparcia, realizacja programów nastawionych na aktywizację zawodową*) należało wybrać te, które uważa się za zgodne z założeniami modelu. Pojęcia opracowane zostały na podstawie podręcznika dla studentów medycyny (Jarema, 2016) oraz innych materiałów (Cechnicki & Liberadzka, 2015; Cechnicki, 2015).

W trzeciej części kwestionariusza, którą wypełniały wszystkie osoby, należało zapoznać się z krótkim tekstem (w załączniku), przybliżającym założenia psychiatrii środowiskowej. Tekst został opracowany we współpracy z pracownikami Zakładu Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie. Następnie uczestnicy badania byli proszeni o wyrażenie opinii na temat dwu zagadnień (poprzez udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania):

A. psychiatria środowiskowa jako alternatywna forma leczenia psychiatrycznego

Czy uważasz, że psychiatria środowiskowa to ciekawa alternatywa dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego?

Czy w przypadku problemów psychicznych swoich lub bliskiej osoby zdecydowałbyś/zdecydowałabyś się na leczenie środowiskowe?

B. przydatność wiedzy na temat psychiatrii środowiskowej i jej kształtowanie w trakcie studiów

Czy uważasz, że ta wiedza na temat psychiatrii środowiskowej może lub mogłaby Ci się przydać w praktyce zawodowej?

Czy uważasz, że program Twojego kierunku studiów powinien zawierać treści związane z tematyką psychiatrii środowiskowej?

Wyniki

Przeprowadzone badania ujawniły deklarowaną przez respondentów znajomość psychiatrii środowiskowej i sposoby jej definiowania. Spośród 171 osób badanych 30% zadeklarowało, że wiedzą, czym jest psychiatria środowiskowa. Analiza jakościowa wypowiedzi ujawniła jednak, że 11 definicji nie świadczy o znajomości problematyki, ze względu na: błędną charakterystykę psychiatrii środowiskowej (*Zajmuje się oddziaływaniem środowiska, otoczenia na ludzi i na odwrót, Opieka psychiatryczna i badania epidemiologiczne dotyczące wszystkich mieszkańców danego regionu*), zbyt wielką ogólnikowość (*Psychiatria środowiskowa obejmuje opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*), brak związku z tematem.

Powyższe działania pozwoliły oszacować, że w całej próbie jedynie tylko co czwarta spośród osób badanych (24% studentów) wiedziała, czym jest psychiatria środowiskowa. Dokładne dane przedstawiono w tabelach poniżej.

Tabela 1. Znajomość psychiatrii środowiskowej wśród badanych

Kierunek studiów	Liczba respondentów	Odsetek respondentów, definiujących psychiatrię środowiskową
Lekarski	78	17%
Psychologia	49	37%
Pielęgniarstwo i położnictwo	16	19%
Inne medyczne	28	25%

Źródło: Badanie własne

Definicje psychiatrii środowiskowej sformułowane przez 41 respondentów zostały poddane analizie jakościowej w celu wyłonienia elementów wspólnych. Osoby badane opisując psychiatrię środowiskową najczęściej wskazywały na leczenie poza szpitalami (31 definicji – 76%), prowadzenie leczenia w codziennym środowisku pacjenta lub w mniejszych instytucjach (26 definicji – 63%), aktywizację i poprawę funkcjonowania społecznego

(13 definicji – 32%), a także znaczący udział rodziny i bliskich w procesie leczenia (12 definicji – 29%).

Spontanicznie formułowane przez respondentów definicje zostały następnie porównane do odpowiedzi, które zdaniem badanych dotyczą psychiatrii środowiskowej, wybieranych z ograniczonej kafeterii. Spośród 13 wybranych arbitralnie pojęć opisujących psychiatrię środowiskową badani za najlepiej definiujące uznali:

- tworzenie grup wsparcia w celu wymiany doświadczeń między rodzinami i opiekunami chorych – 93%
- rozwijanie relacji z pacjentem i rodziną obejmujące psychoedukację – 90%
- realizacja programów nastawionych na aktywizację chorujących – 90%
- warsztaty terapii zajęciowej – 85%

Natomiast znacznie rzadziej wskazywane były oddziały dzienne (49% respondentów) czy decentralizacja szpitali (56%), najrzadziej wskazywane było działanie w triadzie (29%) i udział pacjentów w konferencjach psychiatrycznych (39%).

Analiza odpowiedzi badanych na cztery pytania szczegółowe pozwoliła poznać ich opinię na dwa zasadnicze zagadnienia: czy psychiatria środowiskowa jest przez przyszłych profesjonalistów traktowana jako alternatywna forma leczenia psychiatrycznego i wykorzystana w osobistej sytuacji choroby psychicznej bliskiej osoby oraz czy studenci widzą przydatność znajomości modelu psychiatrii środowiskowej oraz doświadczają potrzeby jej kształtowanie w trakcie studiów. Tabela 2 prezentuje rozkład odpowiedzi badanych osób.

Tabela 2. Psychiatria środowiskowa w opinii studentów kierunków medycznych

Pytanie	Odsetek respondentów udzielających odpowiedzi twierdzącej
Czy uważasz, że psychiatria środowiskowa to ciekawa alternatywa dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego?	95%
Czy w przypadku problemów psychicznych swoich lub bliskiej osoby zdecydowałbyś/zdecydowałabyś się na leczenie środowiskowe?	91%
Czy uważasz, że ta wiedza na temat psychiatrii środowiskowej może lub mogłaby Ci się przydać w praktyce zawodowej?	92%
Czy uważasz, że program Twojego kierunku studiów powinien zawierać treści związane z tematyką psychiatrii środowiskowej?	91%

Źródło: Badanie własne

Zdecydowana większość osób badanych udzieliła odpowiedzi twierdzących na każde z pytań – we wszystkich czterech przypadkach było to ponad 90% respondentów. Studenci kierunków medycznych oraz psychologii, po zapoznaniu się z krótką notatką na temat psychiatrii środowiskowej, uznawali, iż psychiatria środowiskowa może być ciekawą alternatywą leczenia tradycyjnego (95% osób wybrało odpowiedź „tak”). Co więcej, również sami skorzystaliby z takiej formy leczenia w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym swoim lub bliskich osób (91% osób zaznaczyło odpowiedź „tak”). 92% studentów uznało, iż w ich przyszłej praktyce zawodowej wiedza na temat psychiatrii środowiskowej może mieć znaczenie.

Ze względu na to, iż wysoki odsetek badanych potwierdził konieczność poszerzania wiedzy o psychiatrii środowiskowej w trakcie studiów (91% osób zaznaczyło odpowiedź „tak”) interesujące było przeprowadzenie analiz dodatkowych uwzględniających kierunek studiów osób badanych. Wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Opinia badanych na temat konieczności włączenie zagadnień związanych z psychiatrią środowiskową do programu studiów

Kierunek studiów	Odsetek respondentów, którzy uważali, że program ich studiów powinien zawierać treści związane z psychiatrią środowiskową
Lekarski	94%
Psychologia	96%
Pielęgniarstwo i położnictwo	100%
Inne medyczne	68%

Źródło: Badanie własne

Dyskusja i wnioski

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2017, poz. 458) za nadrzędny cel planowanych reform w zakresie profilaktyki medycznej stawia zorganizowanie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb. Drogą do jego realizacji ma się stać upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. W rozwinięciu celu szczegółowego kładzie się nacisk przede wszystkim na zadania obejmujące m.in. wprowadzenie jasnych reguł funkcjonowania modelu leczenia opartego na społeczności pacjenta oraz włączenie kształcenia na temat psychiatrii środowiskowej w zakres programów edukacyjnych uczelni wyższych.

Nawiązującą do powyższego, obiecującym może stać się tworzenie wyspecjalizowanych ścieżek dla związanych z opieką środowiskową lekarzy rezydentów na polskich uczelniach wyższych. Podobne rozwiązanie

funkcjonuje już na kilku uczelniach w Stanach Zjednoczonych (Reardon, Factor, Brenner, Singh, & Spurgeon, 2014), które pozwala na właściwe przygotowanie absolwentów do przyszłej pracy zawodowej. Pozytywne skutki przyniosła także realizacja krótszych programów, w których rezydenci spędzali kilka godzin w tygodniu przez okres pół roku w ośrodkach środowiskowych (Cohen, McQuiston, & Albert, 1998). Ich uczestnicy wskazują na możliwość uzyskania doświadczeń odmiennych do tych pozyskanych w trakcie pracy na oddziałach zamkniętych, a z opracowanych programów skorzystały także same placówki, które ceniły sobie obecność psychiatrów rezydentów.

Podjęmowane w Polsce od lat 90. próby reformy systemu opieki psychiatrycznej nie przynosiły zadowalających skutków. Przegląd piśmiennictwa z lat 1990–2007 autorstwa Ciałkowskiej i współpracowników (2009) wskazuje na liczne problemy, takie jak marginalizacja i stygmatyzacja osób chorych czy instytucjonalizacja leczenia. Jednak obserwowany w ostatnich latach rozwój placówek środowiskowych oraz celów realizowanego obecnie programu ochrony zdrowia psychicznego pozwalają z nadzieją patrzeć w przyszłość. Jeśli kondycja polskiego systemu zdrowotnego ma ulec znaczącej zmianie, to jego reforma powinna być realizowana także na gruncie akademickim. To właśnie zmiany w sposobie kształcenia przyszłych lekarzy, psychologów czy pielęgniarek pozwolą na szersze rozpowszechnienie modelu psychiatrii środowiskowej.

Uzyskane w badaniu wyniki prowadzą do dwu podstawowych wniosków. Pierwszym z nich jest konstatacja faktu, że znajomość psychiatrii środowiskowej wśród studentów kierunków medycznych jest raczej niska – jedynie jedna czwarta respondentów określiła, że wie, czym jest psychiatria środowiskowa i potrafiła podać jej przybliżoną definicję. Wiąże się to niewątpliwie m. in. z faktem zbyt małego udziału treści na temat tego nurtu w oferowanych obecnie w szkolnictwie wyższym programach kształcenia studentów.

Drugi wniosek związany jest z faktem, iż psychiatria środowiskowa okazuje się być pomimo wszystko postrzegana przez respondentów jako interesujący i przydatny model leczenia chorób psychicznych. Nawet jeśli studenci nie uważali, że jest to wiedza przydatna w ich przyszłej praktyce zawodowej, to i tak większość z nich postrzegając model środowiskowy jako interesującą alternatywę dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego (73%). Co więcej – okazali się oni skłonni do podjęcia decyzji odnośnie leczenia środowiskowego w przypadku wystąpienia problemów psychicznych u siebie lub bliskiej im osoby (67% z nich).

Wyniki pozwalają zatem stwierdzić, że studenci kierunków medycznych pozytywnie oceniliby włączenie wiedzy na temat psychiatrii środowiskowej

do ich programu studiów. Jak dotąd, w planie studiów na kierunku lekarskim w roku akademickim 2018/2019 Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum wśród przedmiotów obowiązkowych do zaliczenia przez cały okres kształcenia akademickiego w ramach sześcioletniego toku studiów, przedmiotów fakultatywnych (do wyboru) oraz przedmiotów nadobowiązkowych oferta nie przewiduje kursów o problematyce bezpośrednio związanej z zagadnieniami psychiatrii środowiskowej (Uniwersytet Jagielloński–Collegium Medicum, 2018). Również zatwierdzony uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu dokument obejmujący spis wykładów, ćwiczeń i seminariów w roku akademickim 2018/2019 nie zawiera zajęć dotyczących psychiatrii środowiskowej (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, 2018). Wśród kursów przewidzianych dla psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego nie ma żadnych dedykowanych tematyce psychiatrii środowiskowej (Uniwersytet Jagielloński, 2018). Jednakże należy wziąć pod uwagę, iż część zagadnień poruszana jest w ramach zajęć niezwiązanych bezpośrednio z opieką środowiskową.

Jak wynika z informacji uzyskanych w niniejszym badaniu studenci polskich uczelni są otwarci na reformę leczenia w myśl założeń psychiatrii środowiskowej. Zgodnie z przyjętym programem rządowym pozytywne zmiany w tym obszarze mogłyby zatem polegać nie tylko na powstawaniu nowych placówek, ale także na odpowiednim kształceniu pracujących w nich w przyszłości specjalistów, szczególnie iż mają oni względem nich pozytywną postawę.

Dalsze badania tego problemu powinny zostać przeprowadzone na większej próbie badawczej oraz umożliwić uzyskanie od respondentów dodatkowych danych (m.in. informację o odbytych kursach czy aktualnym roku studiów). Pozwoli to na dokładniejszą ocenę stanu wiedzy na temat psychiatrii środowiskowej u polskich studentów.

Bibliografia

- Abed, R., & Teodorczuk, A. (2015). Danger ahead: challenges in undergraduate psychiatry teaching and implications for community psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 89–90.
- Aleksandrowicz, J. (1972). W poszukiwaniu definicji zdrowia. *Studia Filozoficzne*, 9, 19–21.
- Carpenter-Song, E. (2015). „I always viewed this as the real psychiatry”: provider perspectives on community psychiatry as a career of first choice. *Community Mental Health Journal*, 51(3), 258–266.
- Cechnicki, A. (2009). W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoterapia*, 3(150), 43–55.

- Cechnicki, A. (2015). Rehabilitacja psychiatryczna. Online: <https://rehabilitacja.mp.pl/rehabilitacja-medyczna/118503,rehabilitacja-psychiatryczna> (dostęp: 11.02.2018).
- Cechnicki, A., Liberadzka, A. (2015). *Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Christensen, R.C. (2005). Community psychiatry and medical student education. *Psychiatric Services*, 56(5), 608–609.
- Ciałkowska, M., Adamowski, T., Kiejna, A. (2009). Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007. *Psychiatria Polska*, 43(3), 313–322.
- Claytor, A. (1993). *A changing faith?: a history of developments in radical critiques of psychiatry since the 1960's* (Doctoral dissertation, University of Sheffield).
- Cohen, N.L., McQuiston, H., & Albert, G. (1998). Training in community psychiatry: new opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 69, 107–116.
- Drake, R.E., Szmukler, G., Mueser, K.T., & Thornicroft, G. (2011). Introduction to community mental health care. In G. Thornicroft, G. Szmukler, & K.T. Mueser (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 3–6). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (1997). *Psychologia Zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). Narodziny i rozwój psychologii zdrowia. W: I. Heszen, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 19–35). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankowski, K. (1994). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej – dwadzieścia lat później*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
- Kępiński, A. (1972/2001). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kępiński, A. (1973/2002). *Psychopatologia nerwic*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kłapciński, M.M., Rymaszewska, J. (2015). Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu – o fenomenie skandynawskiej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1179–1190.
- Kretzmann, J. & J. McKnight. (1993). *Building Communities From the Inside Out*. Chicago, IL: ACTA Publications.
- Lamb, H.R. & Bacharach, L.L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039–1045.
- Łazowski, J. (1995). Paradygmaty współczesnej medycyny. *Sztuka leczenia*, 1(1), 23–28.
- McClelland, D.C. (1985). *Human Motivation*. New York: Cambridge University Press.
- McQuiston, H.L., Sowers, W., Ranz, J.M., & Feldman, J.M. (2012). The Present and Future of Community Psychiatry: An Introduction. In H. L. McQuiston, W. E. Sowers, J.M. Ranz, & J.M. Feldman (Eds.), *Handbook of Community Psychiatry* (pp. 3–10). New York: Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
- Centrum Kształcenia Medycznego Podyplomowego, CKMP. (2018). *Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Psychologii Klinicznej. Program podstawowy dla osób posiadających tytuł magistra uzyskany na kierunku studiów w zakresie psychologii*. Warszawa.
- Ranz, J.M., Deakins, S.M., LeMelle, S.M., Rosenheck, S.D., & Kellermann, S.L. (2008). Public-academic partnerships: core elements of a public psychiatry fellowship. *Psychiatric Services*, 59(7), 718–720.

- Reardon, C., Factor, R., Brenner, C., Singh, P., & Spurgeon, J. (2013). Community Psychiatry Tracks for Residents: A Review of Four Programs. *Community mental health journal*, 50(1), 10–16.
- Romero, M., Munir, F., & Runnels, P. (2015). Integrating a college mental health track into a public psychiatry fellowship. *Academic Psychiatry*, 39(5), 555–557.
- Rosen, A. (2006). The community psychiatrist of the future. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 380–408.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, [Dz.U. 2013 nr 0, poz. 26].
- Sawicka, M. (2016). Leczenie środowiskowe w psychiatrii, praca z rodziną i psychoedukacja. W: M. Jarema (red.), *Psychiatria* (s. 611–638). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Shtasel, D., Viron, M., & Freudenreich, O. (2012). Community Psychiatry: What Should Future Psychiatrists Learn? *Harvard Review of Psychiatry*, 20(6), 218–323.
- Sowers, W. (2005). Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Mental Health Journal*, 41(6), 757–774.
- Steiner, J.L., Giggie, M.A., Koh, S., Mangurian, C., & Ranz, J.M. (2014). The evolution of public psychiatry fellowships. *Academic Psychiatry*, 38(6), 685–689.
- Szawarski, Z. (2005). *Mądrość i sztuka leczenia*. Gdańsk: Słowo / Obraz Terytoria.
- Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2001). What is community psychiatry? In: G. Thornicroft, & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 1–13). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ujhely, G.B. (1969). The nurse in community psychiatry. *AJN The American Journal of Nursing*, 69(5), 1001–1005.
- Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum. Wydział Lekarski (2018). Plan studiów na kierunku lekarskim. Studia stacjonarne i niestacjonarne I–VI rok, rok akademicki 2018/2019. Online: https://wl.cm.uj.edu.pl/cm/uploads/2018/09/PLAN-STUDI%C3%93W_LEK_2018_2019.pdf (dostęp: 12.12.2018).
- Uniwersytet Jagielloński. Instytut Psychologii (2018). Katalog kursów na rok akademicki 2018/2019. Online: <https://psychologia.uj.edu.pl/documents/110813215/136566814/katalog-2018-2019+KOREKTA+1f+2.pdf/ca4ad-194-d03b-4d4e-8d42-e08a8a92ae64> (dostęp: 12.12.2018).
- Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Wydział Lekarski (2018). Spis wykładów, ćwiczeń i seminariów w roku akademickim 2018/2019 zatwierdzony Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Online: https://www.lekarski.umed.wroc.pl/sites/default/files/struktura/lekarski/dzieskanat/1_Spis_wykladow_cwiczen_i_seminariow_w_roku_akademickim_2018_2019_rotated.pdf (dostęp: 14.12.2018).
- Ustawa z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, [Dz.U. 2017, poz. 458].
- Wciórka, J. (2000). Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, 319–337.

Wciórka, J. (Ed.). (2014). *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki: raport RPO*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Załużska, M. (2006). Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(4), 285–276.

Załącznik 1.

Tekst wykorzystany w ankiecie

Psychiatria środowiskowa to system leczenia i rehabilitacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w warunkach pozaszpitalnych, czyli w domu lub na Oddziałach Dziennych. Jest działaniem interdyscyplinarnym, które integruje różne środowiska społeczne (rodzinne i zawodowe) oraz władze samorządowe. Terapia środowiskowa obejmuje różne formy terapii i pracy grupowej, dostępność do całodobowego poradnictwa psychiatrycznego i psychologicznego oraz psychoedukację (nie tylko pacjenta na temat siebie, swojej choroby i sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, ale także jego rodziny czy pracodawców).

Celem Zespołu Środowiskowego (psychiatra, psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny, psychoterapeuta) oraz lokalnej wspólnoty (społeczność rodzinna i zawodowa) jest towarzyszenie pacjentowi w procesie zdrowienia oraz wspieranie w czasie aktywizacji zawodowej. Działania obejmują również przeciwdziałanie stygmatyzacji osób leczonych psychiatrycznie. Usługi leczenia środowiskowego są kontraktowane przez NFZ, czyli bezpłatne i każdy może z nich skorzystać.