

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ- СОФИЯ**  
**КАТЕДРА ПО ПСИХИАТРИЯ**

**ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ОТ ТЕЖКА ПСИХИЧНА БОЛЕСТ  
И ОБСЛУЖВАНЕТО В ХРОНИЧНИ ИНСТИТУЦИИ:  
ХАРАКТЕРИСТИКИ, ПРЕДИКТИВНИ ФАКТОРИ И  
ДОБРА ПРАКТИКА**

Д-р Спиридон Алексиев Спиридонов

Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна  
степен „Доктор по медицина”

Научна специалност  
03.01.20- Психиатрия

**Научен ръководител:**  
**Проф. Д-р Георги Ончев, дм**

София, 2015



# СЪДЪРЖАНИЕ

<b>I. Въведение</b> .....	7
<b>II. Литературен обзор</b> .....	10
1. Епидемиология, обхват и социална значимост на шизофренията .....	10
2. Данни от катамнезните проучвания на шизофренията и сродните психични разстройства.....	14
3. Концепцията за възстановяване от психичната болест .....	30
4. Организация на грижите и интервенциите при пациенти с хронични психични проблеми поставени в институции .....	33
5. Съвременни тенденции в психиатричното обслужване.....	43
6. Психиатричната помощ в България .....	55
7. Критичен анализ на психиатричното обслужване в България .....	62
8. Изводи от литературния обзор.....	63
<b>III. Цел, задачи, материали и методика</b> .....	66
1. Хипотеза.....	66
2. Цели на проучването.....	66
3. Задачи на проучването.....	66
4. Материали и методика.....	67
<b>IV. Резултати</b> .....	79
1. Характеристики на изследваните институции .....	79
1.1. Характеристики на жизнената среда .....	83
1.2. Терапевтична среда .....	84
1.3. Лечения и интервенции.....	88
1.4. Автономност и самостоятелно справяне.....	97
1.5. Клиничен стандарт и социална политика.....	97
2. Характеристики на изследваната популация от пациенти.....	98
2.1. Общи характеристики .....	98
2.2. Фактори на обслужването, лечението и функционирането на изследваната популация от пациенти .....	103
2.3. Корелационни взаимодействия и предиктивен анализ на факторите имащи отношение към възстановяването и характеристики на изследваната популацията от пациенти и обслужване в институциите.....	133
3. Сравнителен анализ на факторите на обслужването по домени и индивидуалните маркери на възстановяване .....	156
3.1. Общи характеристики на домовете .....	157
3.2. Сравнителен корелационен анализ на домовете на обслужването с индивидуалните фактори за възстановяване.....	166
3.3. Предиктивен модел за възстановяване от хронична психична болест- сравнение на обективните фактори на обслужването с индивидуалните маркери за възстановяване.....	172

<b>V. Обсъждане</b> .....	174
1. Характеристики на изследваните институции .....	174
2. Характеристики на изследваната популация от пациенти.....	180
3. Предиктивен анализ на факторите на институционално обслужване по домени и индивидуалните маркери на възстановяване .....	191
4. Профил на „идеалната“ институция.....	198
<b>VI. Изводи</b> .....	200
<b>VII. Приноси</b> .....	205
<b>VIII. Библиография</b> .....	207
<b>IX. Приложения</b> .....	227
<b>X. Summary</b> .....	270

## СЪКРАЩЕНИЯ

**АПА-** (Американска психиатрична асоциация)  
**ДВХПР-** (Дом за възрастни хора с психични разстройства)  
**ДПБ-** (Държавна психиатрична болница)  
**ЕС-** (Европейски съюз)  
**КПТ-** (Когнитивно- поведенческа терапия)  
**ОДПЗС-** (Областен диспансер за психиатрични заболявания със стационар)  
**ООН-** (Организация на обединените нации)  
**РКП-** (Рандомизирани контролирани проучвания)  
**СЗО-** (Световна здравна организация)  
**СПА-** (Световна психиатрична асоциация)  
**АРА-** (American Psychiatric Association)  
**DALY-** (Disability-Adjusted Life Year)  
**DAS-** (Disability assessment scale)  
**DEMoBinc-** (Development of a European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care)  
**DOSMeD-** (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders),  
**DSM-IV-TR-** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision)  
**EUNOMIA-** (European evaluation on coercion in psychiatry and harmonization of best clinical practice)  
**GAF-** (Global Assessment of Functioning)  
**IPSS-** (International Pilot Study of Schizophrenia),  
**ISoS-** (International study of Schizophrenia)  
**MANSA-** (Manchester Short Assessment of Quality of Life)  
**NICE-** (National Institute for Health and Care Excellence)  
**OR-** (Odds ratio/Отношение на шансовете)  
**PSP-** (Personal and Social Performance scale)  
**QuIRC-** (Quality Indicator for Rehabilitative Care)  
**RAPyD-** (Reduction and Assessment of Psychiatric Disability)  
**WHO-** (World Health Organization)  
**YLD-** (years lost due to disability)  
**YLL-** (years of life lost due to premature mortality)



## **I. ВЪВЕДЕНИЕ**

Проучването се фокусира върху оценка на условията на живот, лечението, грижите, спазването на човешките права и автономността на лицата с психични проблеми нуждаещи се от дълготрайно обслужване в психиатрични или социални институции, както и върху оценка на индивидуалните фактори на обслужването имащи важна роля във възстановяването от хроничното боледуване.

Преобладаващата част от пациентите в институциите са с диагнози шизофрения или шизоафективни разстройства (116), като протичането на заболяването при около 60% от случаите е с хроничен ход (93). Проблемите в обслужването на хронично психично болните са с комплексен характер и са свързани с икономическото бreme, което то създава, нарушаването на техните права, отсъствие на консистентни научни доказателства, за това кои са най-ефективните лечебни интервенции при тях, както и липсата на континуитет на предлаганите грижи. Тези пациенти са сериозно предизвикателство за професионалистите, за психично- здравните и социални служби и обществото като цяло (115).

Съществуват проучвания на обслужването в различни типове лечебни заведения, като според някои от тях социалните домове предлага по-спокойна среда, подпомагаща рехабилитацията и автономизирането в сравнение с психиатричните болници (47). Сериозен проблем за възстановяването е и голямата отдалеченост на институциите от местните общности (172, 189, 188). Много страни имат свои собствени системи за мониторинг на обслужването в институциите, например Комисията за инспекция на социалните домове (Commission for Social Care Inspection, CSCI) в Англия, която използва 43 минимални национални стандарти. Част от областите, които се засягат са сграден фонд, здраве и безопасност, брой персонал и обучението му, оценка и удовлетворяване на потребностите като лично пространство и достойнство, свобода, личен избор, социално включване. Тези правила са особено важни при пациентите с психична болест и най- вече при тези с увредена дееспособност.

В множество европейски страни тече процес на де-институционализация, особено през последните 15-20 години. В различните страни съществува твърде

различен опит и всяка една от тях е на различни етапи от този процес (243). Съвременни данни показват обаче, че на много места в Европа напоследък е налице тенденция към ре-институционализация с реципрочно увеличаване на броя на леглата в съдебни институции или в социални домове, за сметка на намаляването на броя на леглата в психиатричните болници (173).

В различните страни съществува огромна хетерогенност по отношение на грижите и обслужването предлагани в институциите. Особено внимание трябва да се обърне на спазването на човешките права, активното участие в лечението и обслужването, повишения риск от експлоатация и насилие, качеството на живот и автономността. Разбира се необходимо е да се взема под внимание факта, че понякога възможността за личен избор може да бъде нарушена вследствие на психичната болест (129). Изследването на тези аспекти на обслужването са в съответствие с множество международни споразумения като Европейската конвенция за защита на човешките права, Декларацията за психично здраве на Европа от 2005 г. под егидата на СЗО, Зелената книга “Подобрение на психичното здраве на населението: към психично-здравна стратегия на ЕС” (2005), чиито основен фокус са социалното включване, качеството на живот и защита на основните човешки права и достойнството на психично болните.

В България до момента не е провеждано задълбочено изследване на разнообразните аспекти на обслужването в институциите за психично болни и тяхното влияние върху възстановителния процес. Не са изследвани и възгледите на пациентите по отношение на предлаганите грижи. Описание на психиатричната практика в България, клиничните навиците на психиатри работещи в различни стационарни или амбулаторни лечебни заведения е правено в само едно проучване през 2000г., при което е създадена анкетна форма, която е изпратена на всички практикуващи към момента 536 психиатри, като обратна връзка е получена от 151 от тях (13). Събраните данни са информативни за тенденциите в лечението на психично болните.

Настоящото проучване има за цел да изследва и да сравни обслужването в различни институции- болници, домове за психично болни и служби в общността, и начина, по който то се отразява върху процеса на възстановяване от психичната

болест. Практическата полза от това изследване би имала отношение към създаване на стандарти за добра практика ориентирана към възстановяване.

## **II. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**

### **1. Епидемиология, обхват и социална значимост на шизофренията**

#### **1.1. Епидемиология на шизофренията**

Шизофренията е хронично заболяване засягащо около един процент от световното население. Моментната болестност е около 5 случая на 1000. Болестността на разстройството варира между 2.7 до 8.3/1000. Заболеваемостта е около 0.20/1000 на година, но варира между 0.11 до 0.7/1000 на година (148). Началото на болестта обикновено е в ранно юношество- пикът на поява на разстройството е между 15 и 24 години, като при мъжете началото е в по- ранна възраст, с пик на заболеваемост между 20 и 24 години, а при жените той е между 29 и 32 години (205). Мъжете имат 30 -40% по висок пожизнен риск за развитие на шизофрения.

Резултатите от метаанализи показват средна заболеваемост от 15.2 на 100 000 население с вариации между 7.7–43.0 на 100 000, като тези резултати са константни за различните популации. Медианата на пожизнената болестност е 4.0 на 1000, а медианата на пожизнения болестен риск е 7.2 на 1000. Съотношението мъже: жени е 1.4 : 1 (144).

В България според данни за заболеваемостта от шизофрения за 2012г. болните от шизофрения, шизотипни и налудни разстройства са 485.4 на 100 000. От тях шизофренните пациенти са 384.3 на 100 000, а пациентите с остри и преходни психотични разстройства са 36.4 на 100 000 (9).

Според класическите проучвания за протичането на шизофренията, около половината от пациентите имат вълнообразен ход с частични или пълни ремисии последвани от релапси. Около една трета са с хроничен непрекъснат ход и лоша прогноза. Малка част от пациентите са с добро възстановяване и добър изход. В методологията на старите проучвания като цяло се забелязва тенденция към подчертаване на хроничния инвалидизиращ ход на заболяването, което може да доведе до изкривяване на преценката на клиницистите в посока на по-неблагоприятно протичане (148). В противовес на по –старите възгледи с модерните методи на лечение много пациенти могат да покажат белези на възстановяване. Въпреки, че шизофренията е хронично заболяване, с относително

лоша прогноза, пациентите не показват такава тежка социална изолация описана в класическите изследвания. Шизофреноформните разстройства са с по-добър изход от шизофренията, а в 15 годишно проспективно проучване на 274 пациента повече от 50% от пациентите не показват белези на хронификация (97).

Предикторите на изхода от шизофренията остават недостатъчно изяснени. Обикновено предиктори за лош изход от боледуването са негативните симптоми, особено тяхното подмолно начало. В развиващите се страни като цяло прогнозата е по-благоприятна. Лошата прогноза в развитите страни се свързва с тежките конкурентни отношения, високите нива на стигма, малкото на брой семейни членове, които споделят бремето на грижите за боледуващия. Негативно отношение към боледуването имат много социални фактори като липсата на семейство, самотност, безработица, висок преморбиден социален статус (148).

При част от тези пациенти съществуват допълнителни фактори утежняващи възстановяването и изискващи институционални грижи като: резистентност на лечение в до 30 % от случаите (146); когнитивни нарушения особено в областта на егзекутивните функции, вербалната памет, изразени негативни симптоми като апатия, липса на мотивация, притъпен афект (87,88,249,250); неблагоприятни преморбидни личностови характеристики нарушаващи функциониране (206); злоупотреба с алкохол и психоактивни вещества, социално неприемливо поведение (87, 88, 249, 250, 206,221).

## **1.2. Социална значимост, цена, тежест на боледуването**

Психичните разстройства са сред най-важните причини за инвалидност в световен мащаб. Пет от десетте водещи причини за инвалидизация се дължа на психиатрични разстройства. Шизофренията и сходните психични разстройства са сред най-инвалидизиращите заболявания, допринасят за допълнителен риск за възникване на соматични заболявания (160), лошо съдействие към терапията (2) и повишава риска от самоубийство (110, 17).

Цената на нелекуваните психични разстройства и шизофренията в частност в България се формира от следните фактори: загуба на продуктивност на самите боледуващи неспособни да работят; намалена продуктивност от временна

нетрудоспособност; загуби длъжаци се на инциденти причинени от психично болни по време на работа; намалена трудоспособност на близките на психично болния участващи в неговото обслужване; безработица, отчужденост и асоциално поведение при деца с психични проблеми отказващи се от обучение; лошо когнитивно развитие на деца на родители с психични проблеми; високата цена на несвоевременно лекуваното разстройство и когато то хронифицира; загуба на продуктивност дължаща се на преждевременна смъртност от соматични заболявания и самоубийство (22).

Шизофренията е инвалидизиращо, хронично психиатрично разстройство, чието лечение крие множество предизвикателства, явява се голямо бреме за пациента, неговите близки и обществото като цяло. Цената на заболяването се измерва в директни и индиректни разходи, включващи чести хоспитализации, необходимост от дълготрайни професионални грижи, финансова подкрепа и цялостна загуба на продуктивност. С термина „тежест на грижите“ се описват емоционалните, психологически, физически и икономически въздействия на болестта върху полагащите грижи за болния, включва емоционални преживявания като срам, неудобство, чувства на вина, самообвинения, и се състои от два компонента- обективен и субективен. Някои проучвания установяват, че роднините на пациентите от мъжки пол болни от шизофрения изпитват по- голямо бреме и дисфункция в сравнение с пациентите от женски пол, като се описват и други фактори като етническа принадлежност и културални особености. Няма убедителни данни за това, че специфичен клъстер от психотични симптоми преимуществено влияят върху тежестта на грижите, но интензитета на симптомите ги увеличават. Фамилните интервенции подобряват семейната среда, намаляват вероятността от релапс, облекчават бремето на грижите, но въпреки това не са широко застъпени и практически интегрирани в лечебния план. Препоръчва се активно включване на близките на пациентите в терапевтичните програми, с адекватна подкрепа и фамилни интервенции (1).

Последователно и сравнително описание на тежестта на заболяванията сред популацията е необходимо при взимането на важни решения за планиране и мониториране на грижите. Стария и недостатъчно информативен метод за

определяне на здравето на популацията посредством измерване на смъртността е неефективен и изоставен като показател в съвременните изследвания. По инициатива на СЗО и Световната банка е проведено изследване на Глобалната тежест на заболяванията (Global Burden of Disease), следствие на което са въведени нови измерители на здравното състояние на популацията. Един от тях е DALY (Disability-Adjusted Life Year) или години живот изгубени поради инвалидност. Този показател измерва годините живот загубени поради преждевременна смърт и годините живот прекарани в непълно здраве или инвалидност. Един DALY се равнява на една загубена година живот в здраве, а тежестта на заболяването измерва разликата между актуалния здравен статус и идеалната ситуация, при която всеки живее до старост без заболяване или инвалидност. DALY за дадено заболяване представлява сумата от годините живот загубени поради преждевременна смъртност в популацията или YLL (years of life lost due to premature mortality) и годините загубени поради инвалидност или YLD (years lost due to disability).

В оценката на тежестта на инвалидността психичните разстройства като активните психози и тежък депресивен епизод се разполагат в най-тежкия клас заболявания наред със слепота, синдром на Даун и квадриплегия. Психичните заболявания като шизофренните и нешизофренни психози, депресията, злоупотребата с психоактивни вещества са сред двадесетте водещи причини за инвалидност в световен мащаб. В този списък шизофренията е на 14 място, като преди нея са униполарната депресия, зависимостите и биполарното афективно разстройство.

Психичните разстройства са сред най-важните причини за инвалидност в световен мащаб, като причиняват около една трета от YLD във възрастта над 15 години. Униполарната депресия е на първо място в този списък, а шизофренията причинява 5.4% от общия YLD.

В световен мащаб униполарната депресия се явява на трето място 4.3% от общия процент на DALYs от всички заболявания. Невро-психиатричните разстройства съставляват 13.1% от общия процент на DALYs, като шизофренията се подрежда на трето място сред тях с 1.1%. В европейски мащаб невро-

психиатричните разстройства заемат 39.7% от годините прекарани в инвалидност, а шизофренията- 2.3% от всички причини.

За нашата страна данните за годините живот загубени в инвалидност се изчисляват общо на 247 000 DALYs, а за шизофренията те са 16 000 DALYs. Прогностичните данни на СЗО за общата тежест на заболяванията в световен мащаб за невро- психиатричните разстройства са за нарастване като от 14% през 2008 да станат 15.2% за 2015 и 17.1% за 2030г. Данните за шизофренията съответно са 1.2 за 2008 и 2015г. и 1.3% за 2030г. (247).

## **2. Данни от катамнезните проучвания на шизофренията и сродните психични разстройства**

Редица катамнезни проучвания върху шизофренията и сходни психични разстройства дават важна информация за протичането и изхода на заболяването при големи групи пациенти проследявани в продължение на няколко десетилетия. Резултатите недвусмислено подкрепят концепцията за възстановяване при преобладаващата част от изследваните пациенти, в противовес с предимно песимистичните прогнози за развитие на разстройството.

Едно от основните е проучването на СЗО- ISoS (International study of Schizophrenia) изследващо протичането и изхода от боледуването на пациенти с психотични разстройства, преобладаваща част с диагноза шизофрения (199). Проучването ISoS включва пациенти, които са изследвани в предходни проучвания на СЗО, а именно: IPSS (International Pilot Study of Schizophrenia), DOSMeD (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders), RApYD (Reduction and Assessment of Psychiatric Disability).

Обобщено проучването ISoS се е провело в 18 центъра, като общо са включени 1740 пациента, а проследяването е между 12 и 26 години. Основните изводи са, че около 60 % от пациентите, които са проследявани са били оценени като „възстановени“ (т.е. без значима симптоматика, само с незначителни резидуални симптоми). Почти половината от пациентите не са имали психотични епизоди през последните две години на проследяването, между 1/2 до 3/4 са работили през по- голяма част от времето в последните 2 години от проследяването (105). От

оценките с GAF-S скалата между 60 % и 64 % са с липсващи или леки симптоми. От оценките с DAS между 39% и 49 % са определени с добро или отлично функциониране. От оценките с GAF- D скалата между 1/2 до 2/3 от пациентите са с липсваща или лека инвалидизация. Трябва да се отбележи, че болните с шизофренни психотични разстройства са в известна степен, но не значимо по-неблагоприятни показатели в сравнение с пациентите с нешизофренни психотични разстройства. По- голямата част от болните живеят с приятели или със семейството си (между 70 и 85%). Малка част от пациентите (между 4 и 15 %) пребивават в хронични болници или в домове за психично болни. Само около 8% от пациентите са извършили агресивни насилствени действия в периода на наблюдение, като при по-голямата част става дума за леки, неопасни такива. 5% са имали поне един суициден опит. Негативни симптоми са налице при по- малко от една втора от пациентите с продължително боледуване. При половината от случаите епизодичното протичане независимо дали е остро започнало или подмолно е с по-благоприятно протичане. Пациентите, които са изследвани от центрoвете в развиващите се страни са с по- благоприятен изход в сравнение с пациентите от развитите страни.

В представените резултати в проучването ISoS се обсъжда, че възстановяването е смесено по своя произход и, че мощен фактор за възстановяването са очакванията от страна на пациентите, техните семейства и лекарите. Факторите имащи отношение към протичането и изхода от боледуването са изследвани в подизвадка от проучването ISoS (200). Основен фактор имащ отношение към протичането на болестта има ранния период на боледуване и по-скоро времето, през което пациента е бил психотичен в първите две години на заболяването. Колкото по- кратък е бил този период, толкова по- благоприятен е цялостния ход на боледуване и симптомния профил, по- малка е инвалидизацията.

Тази находка е в съответствие с идеята за ранните интервенции, концепция имаща особено важно отношение към по- добра прогноза в развитието на заболяването. Тяхната цел е възможно най- бързо диагностициране на състоянието (понякога дори в продромален стадий) и прилагането на медикаментозни и психосоциални интервенции за ограничаване на инвалидизацията. Установено е, че

клиничния дебют на психозата се предшества от период от месеци до няколко години, при който наследствената предразположеност към психоза се изяснява и може да бъде установена чрез редица маркери. Тези маркери са от областта на социалното функциониране, мисленето, възприятията, когнитивните функции, поведението и реактивността на организма към стрес. В голяма част от случаите тези прояви са реверзибилни и спонтанно завръщане към нормално функциониране е възможно.

Установяването на няколко едновременно присъстващи продромални белези се смята за рисково състояние за развитие на психоза (39), което е възможно да прерасне в психоза, при наличие на определени стресогенни събития, с които индивида не може да се справи. В част от случаите рисковото състояние преминава в пре-психотична фаза на психозата (89). Пре-психотичната фаза е етап непосредствено предшестваш дебюта на заболяването и се характеризира с наличие на изразени прояви като: странни мисли и възприятия, особено поведение и значими междуличностни затруднения, спад в ежедневно справяне и когнитивни проблеми. С голяма вероятност тази фаза прераства в разгърнат психотичен епизод. При подходяща терапевтична стратегия е възможно предотвратяване на дебюта или ако разстройство се развие, то е с много по-малка тежест на симптомите, по-кратко е и позволява извънболнично лечение.

От важно значение е определянето на индивидуалните предиктори за поява на психотично разстройство, характеризиращи сериозна промяна в обичайното поведение на пациента. Съществени мотиви за прилагане на ранни интервенции при психоза са: овладяване на остро състояние и присъщите за него рискове за пациента; съкращаване на продължителността на нелекуваната психоза и намаляване на “невротоксичното” влияние на психозата върху пациента; подобряване на протичането, изхода и прогноза на заболяването; намаляване на вероятността от инвалидизация, подобряване на социалното функциониране; подобряване на нагласите на пациента към лечението и по-голяма вероятност за повлияване от антипсихотична терапия; намалява вероятността от развитие на негативна симптоматика (179).

Скоростта на влошаването в психичното състояние и социалното функциониране не е еднаква. В началото на прогреса на болестта е най- бърз. Рискът от релапс е най- голям. Първите три години са критични и интервенциите в този период могат да предотвратят появата на дефицити. Интервенциите след достигане на плато в протичането на болестта са по- малко ефективни. Биологичните, психосоциалните и когнитивни промени не съществуват, а се изграждат в този период. Влияние на семейството, отчуждението, стигмата, депресия. Първия епизод на психоза се характеризира и с различна сила на промените по отношение на клиничната картина и социалното функциониране. Ранните интервенции са насочени еднакво активно към овладяване на симптомите, психологични и психосоциални интервенции. Благоприятната промяна в клиничната картина невинаги оказва автоматично подобряване на социалното функциониране.

Пациентите с диагноза шизофрения са с по- неблагоприятен ход на протичане, като първоначално поставената диагноза играе малка роля в прогнозиране на изхода. Типа на дебюта на заболяването (остро или постепенно начало) не може самостоятелно да играе роля за прогнозиране на изхода. Фактори като ранна възраст, липса на приятелски контакти, коморбидност с психоактивни вещества и наличие на притъпен афект повишават вероятността за по- лоша прогноза. Културални фактори играят роля, като е налице тенденция към по- благоприятно протичане при пациенти в развиващите се страни. По малка е и инвалидизацията при пациенти в страни с по- добра социална стабилност, което е от по- голяма значение в сравнение със симптомите на психичното разстройство. Това значи, че нормалното функциониране е зависимо повече от социалния климат отколкото от симптоматологията. Преморбидните характеристики като лоша социална адаптация и дефицитарен синдром водят до по- лош изход от боледуването. Дори при пациенти с по- неблагоприятна клинична картина, живеенето в благоприятна среда води до по- добра прогноза на боледуване и възстановяване (200).

Представени са данни от различните центрове участващи в проучванията IPSS, DOSMeD и RAPPYD, разположени в различни точки на света в четири

континента. Резултатите са репрезентативни за някои културални особености на симптоматологията, както и за факторите имащи отношение към протичането и изхода от боледуването при пациенти с шизофрения и сходни психични разстройства.

### **2.1. Резултати от проучването IPSS (International Pilot Study of Schizophrenia) по центрове**

Центърът в Агра, Индия (70), продължил впоследствие участие в 26 годишно катамнезно проследяване на пациенти с шизофрения (Проучването ISOs). Пациентите в този център се отличават със специфични културални особености свързани с пренаселеност, развит транспорт и промишленост, религиозна специфика- предимно хиндуси и мюсюлмани, магични вярвания за произхода и характера на психичните разстройства, наличие на лечители. След 26 годишно проследяване на 73.8% от пациентите са в състояние на пълна ремисия, 77% са без значима психопатологична симптоматика. С добро функциониране (GAF-D по голямо от 81) са 48% от мъжете и 81% от жените, което е с около 1 ½ пъти по висок процент в сравнение с общата извадка на IPSS проучването. Погледнато през призмата на културалните особености пациентите в източно азиатския регион са по- независими в начина си на живеене, със значима семейна подкрепа. По- голяма често от тях никога не са били хоспитализирани и не са приемали поддържащо невролептично лечение. Протичането на болестта при тези пациенти е с естествен ход като колкото по- дълъг е живота им, толкова е по- добър изхода от боледуването.

Център Кали, Колумбия. Здравната политика в района се фокусира към деинституционализацията и грижата за пациентите с хронични психични разстройства в общността, промоцията на психично здраве. Една втора от проследяваните пациенти включени в проучването (126) в края на 26 годишния период са с отсъстваща значима психопатологична симптоматика, само 22% са с клинично проявена инвалидизираща симптоматика. Три четвърти от кохортата са с добро социално функциониране, само 8% са тежко инвалидизирани. Две трети работят на пълно работно време и са удовлетворени от трудовата си заетост. Броят

на хоспитализациите в последните години на проследяване е доста малък и повече от половината пациенти не се нуждаят от медикаментозно лечение. Дълготрайното проследяване на пациентите с шизофрения в този център показва благоприятната еволюция на заболяването в клиничен и социален аспект.

Центъра в Прага (202) - с подобна пропорция на възстановените по отношение на психопатологията пациенти, въпреки по-тежката начална психопатология, преобладаваща част от пациентите са с по-благоприятни резултати от скалата за оценка на инвалидност GAF-D. По-голям е процента на болните, които се намират в психиатрични клиники или в социални домове. Почесто е и използването на невролептици.

## **2.2. Резултати от проучването DOSMeD (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders) по центрове**

Център Чандигар, Индия (232). Културалните особености на населението в региона се характеризират със силна фамилна и финансова подкрепа от роднините, приписване на причините за психичните разстройства на външни фактори като напр. храна, климат, социални фактори, нестигматизиращо отношение към болестта. От изследваната извадка 57% от болните в градската зона и 74% от извънградската зона са с благоприятен изход. 75% от градската и 81% от извънградската популация са без значими или минимални симптоми измерени с GAF- S. 64% от градската и 71% от извънградската извадка не са имали повторни психотични епизоди в рамките на периода на проследяване, стойности значително по-големи в сравнение с останалите центрове в проучването DOSMeD. Значителна част от пациентите, доближаваща се до стоте процента живеят в общността, с техните семейства, с висока степен на независимост, не се срещат бездомни пациенти, факти, имащи значителна роля за по-добрата прогноза и вероятно е един от факторите за високите нива на възстановяване и по-благоприятно протичане на разстройството в изследваната популация. Една втора част работят платена работа. Над 65% са с добро или отлично функциониране по GAF-D. Всичко това на фона на около 50% пациенти, които не са получавали невролептична терапия, като 95% от тях не са били хоспитализирани. Всички тези

особенности показват огромното значение на социалните фактори като благоприятна семейна среда с приемане, облекчени изисквания и подкрепа, ниски нива на стигма и дискриминация, намалено ниво на емоционална експресия, ниско ниво на социален натиск във възстановяването. Естествените, а не целенасочени нагласи на обществото в посока на по-голяма толерантност са ключов елемент във възстановяването.

Център Дъблин, Ирландия (77). Характерна особеност, отличаваща се от останалите разположени в близост страни е почти двойните нива на хоспитализация на психично болни в началото на 20 век в Ирландия. Това се дължало на високите нива на стигма в този период в страната. Впоследствие психиатричната помощ се развива в посока на деинституализация с въвеждането на мултидисциплинарно обслужване в близост до дома, остри психиатрични клиника за краткотраен престой, дневни центрове. Резултатите от проследяването на пациентите от кохортата от Дъблин показват около 50% непълна ремисия, само 1/3 пълна ремисия. Центъра се характеризира с най-ниската пропорция на възстановени пациенти по отношение на симптоматологията и голяма пропорция на пациентите с лека симптоматика, установява се и по-тежко боледуване при жените в сравнение с мъжете. При проследяване Дъблинската кохорта се характеризира с най-голяма пропорция на продължително психотични пациенти. 80% живеят със семейството си или приятели в общността, приблизително 90% водят относително независим начин на живот, но това в конкретния случай не може да бъде интерпретирано в контекста на добро възстановяване. Извадката е с най-ниски нива на трудова заетост, най-висока пропорция на пациенти с тежка инвалидизация. Всичко това на фона на около три четвърти от пациентите лекувани с невролептична терапия. Тези специфични находки до голяма степен могат да се обяснят с хода на боледуването, като повечето от включените пациенти са с подмолно начало на боледуването, вещаещо по-неблагоприятна прогноза.

Център Хонолулу, Хавай (135). Повлияни значително от Американското здравеопазване обслужването на пациентите с тежки психични разстройства в Хавай е насочено към деинституционализация с въвеждане на модерни форми на обслужване. Пациентите включени в проучването с център Хонолулу са измежду

най- тежко протичащи по отношение на психопатологична симптоматика в сравнение с останалите центрове. Преобладава броя на пациентите с непрекъснат ход на протичане. Около 69% живеят в общността, по- голяма част от които с техните семейства, но е налице тенденция към настаняване на болните в болница или домове за хора с психични разстройства. 54% работят ли са работили по време на периода на проследяване, но броя на пациентите, които са работили непрекъснато повече от 1 година е по- малък. Измереното с GAF-D функциониране установявана дисоциация между по- добрите резултати по скалата и наличието на по- тежка психопатология. Още веднъж доказващо липсата на пряка зависимост, а често дори обратна зависимост между тежестта на клиничната находка и социалното функциониране. По голяма част от пациентите 52% са били на продължително невролептично лечение, 40% не са били лекувани въобще. Важен аспект на възстановяването е наличната, културално обособена подкрепа от страна на семейството. Пациентите с подмолно начало на боледуване, лошо личностово преморбидно функциониране, показват по- неблагоприятно протичане, по- тежка психопатология и значителна инвалидизация.

Център Москва, Русия (223). В сравнение с останалите центрове се наблюдава по- голям процент на пациенти с подмолно начало боледуване. В хода на проследяването с течение на времето при 57.6% от пациентите се регистрира подобрение на симптомите и функционирането. В продължение на двугодишен период малък процент от болните- 17.3% са били хоспитализирани. 71.2% от проследяваните пациенти живеят със семействата си или с приятели. Всички пациенти са с висока степен на самостоятелно живеене. Не са регистрирани бездомни пациенти. Инвалидността измерена със скалата GAF-D показва, че само 17.3% от пациентите са с тежка инвалидизация (<51). Като със средна степен на инвалидност са 69.1% от пациентите. 36.5% от пациентите никога не са били назначавани на работа, което е по- малък процент в сравнение с цялата DOSMeD извадка. При 93.3% продължителността на работата надвишава 12 месеца. Справянето с работата е добро или много добро при 93.3% от пациентите. Пенсионирани са 36.5%. При пациентите от тази извадка се наблюдава сравнително нисък процент на невролептична терапия, което корелира обратно на

общоприетата логика с по-ниска честота на психотични симптоми и по-голяма рядкост на хронично протичащи форми. Не установено различие между пациентите с шизофрения и тези с други психози по отношение на глобалната оценка за инвалидизация. В московската извадка случаите на пациенти с непрекъснат ход на протичане е сравнително малък- 5.8%. В обобщение по-голяма част от случаите са с благоприятен дълготраен изход на боледуване, като 57.6% от тях са с промяна към подобрене, при 67.4% липсват психотични симптоми в последните 2 г. от проследяването, инвалидизацията не е сериозен проблем- 82.7% са с ниски нива на инвалидизация, 63.4% имат високи нива на приспособяване. Докладват се много ниска честота на суицидно поведение.

Център Нагазаки, Япония (155). Региона се характеризира с прекарани няколко значими природни бедствия и атомна бомбардировка. Типично за психиатричното обслужване е продължителния болничен престой, недобре организирано обслужване в общността, високи нива на стигмата. Броят на пациентите включени в проучването е 107, като преобладават мъжете- 61, пред жените- 46. Периодът на проследяване е 2г. Извадката се характеризира с голям процент на случаите с подмолно начало на боледуване в сравнение с останалите развити страни, 57.0% са с хебефренна форма на шизофрения. По-голям е и броят на болните с продължителен, хроничен ход на боледуване. Резултатите от скалата GAF- S показват, че 28% от пациентите са с тежка психопатология (GAF- S <51), като в тази група по-голям процент са жените, 30% показват липсваща или лека психопатология (GAF- S >70). Броят на пациентите със значима психопатология в края на периода на проследяване е 12 %. В периода на двугодишно проследяване една четвърт от включените в извадката са без психотични епизоди, 16% с епизодичен ход на боледуване и 55% са с хроничен ход на боледуване (значимо по-голям брой в сравнение с останалите центрове). 72% живеят независимо през по-голямата често от времето, няма бездомни. 40 % от пациентите са работили срещу заплащане през някакъв период от време през двугодишното проследяване. От работилите 77% са се справяли добре или много добре. 21% са били пенсионирани по болест заради психичното си заболяване. При 25% социалното функциониране се оценено като добро или отлично чрез DAS

скалата, 32% са с резултат по GAF-D >70. По-голяма част от пациентите са с диагноза шизофрения и показват по-значимо нарушение на функционирането, по-продължително боледуване. Около една трета са преценени като възстановени, приблизително толкова имат някаква симптоматология и около една втора са с хронична, персистираща симптоматика. Приблизително половината са със значимо нарушение във функционирането. В извадката от пациенти се установява несъответствие между тежестта на психопатологията и социалното функциониране. Като причина за тези недобри резултати се изтъква по-голямата продължителност на болничния престой, липсата на базирано в общността обслужване и система са социална и фамилна подкрепа, високи нива на стигма.

Център Нотингам, Англия (96). Системата от психиатрични грижи включва политика на деинституционализация и лечение в общността, разкриване на остри отделения към общите болници, малки центрове в общността и програми за грижи базирани в дома на пациента, насочване на ресурсите за грижи съобразено с потребностите на пациентите. В извадката са включени 99 пациента, като след отпадане на някои от случаите в кохортата за 13 годишно проследяване са останали 86 пациента. Преобладават мъжете 57 към жени 29. 58% от участниците имат благоприятен ход на протичане в рамките на двугодишно проследяване. Три четвърти от проследените пациенти са оценени като леко болни или възстановени. 53% са с резултат над 61 по скалата за оценка на симптомите GAF- S. В рамките на 13 годишното проследяване 24 % от пациентите са с хронични психотични симптоми, 69 % са с ремитентна форма на боледуване, при 58% е налице невролептично лечение. 95% от всички включени в проучването и проследени 13 г. живеят независимо в рамките на общността, като сред тях преобладават жените. По време на двугодишното проследяване 45% от пациентите са били назначени на работа за някакъв период от време. 64% са с много леки и липсващи нарушения във функционирането измерени с DAS. Пациентите със скор на DAS над 61 точки са 55%. С по-лошо възстановяване са мъжете и пациентите с диагноза шизофрения.

Резултатите от извадката в центъра подчертават хетерогенния характер на шизофренното разстройство и са в противовес с песимистичните прогнози за развитието на болестта. Анализа на резултатите в центъра посочват като важен

предиктор за протичане на заболяването продължителността на нелекуваната психоза (DUP).

Център Рочестер, Ню Йорк (253). Населението на региона е с мултиетническата и мултирелигиозна принадлежност. Здравната политика е насочена към деинституционализация, лечение в общността и скъсяване на болничния престой. В кохортата са включени 58 болни с почти равно представителство на двата пола с различни форми на разстройства от шизофрениния спектър, с 45 е осъществен дълготраен контакт. В рамките на 2 ½ годишно проследяване с пълна ремисия са 41.4 %, с непълна ремисия 44.8% и с хронично протичане 8.6%. Приблизително същото е процентното разпределение на пациентите завършили 16 годишно проследяване от същия център. Резултатите за степента на изразеност на симптомите измерени с GAF- S показват относително тежка психопатология на пациентите от извадката- 25.9% са с лека симптоматика (>70), 42% са с тежка симптоматика (< 51) и останалите 32.2% са с умерени симптоми. Средната стойност на GAF- S е ниска- 55.8%. 63.6% живеят със семействата си или с приятели, а само 24.2% живеят сами, 9.1% от пациентите обитават защитени жилища, 3% са хоспитализирани. 40.6% са работили през по-голямата част от двугодишния период на проследяване. Резултатите от измерването на инвалидността с DAS показват, че 39.1% функционират добре или отлично. Подобни са резултатите от скалата GAF-D 36.6% с минимална или липсваща инвалидизация, 24.2% са със значима инвалидизация по време на проследяването.

В заключение около половината от пациентите са оценени като възстановени, почти две трети живеят със семействата си, като в случая това не се интерпретира като непълно възстановяване. Характерна особеност наблюдавана при значима част от извадката е наблюдаваното късно възстановяване от болестта след дългогодишно боледуване и първоначално тежка психопатология.

### **2.3. Резултати от проучване RApD (Reduction and Assessment of Psychiatric Disability) по центрове**

Проучването провеждано в пет европейски и една африканска страна има за цел да установи приложимостта, надеждността и валидността на набор от инструменти изследващи нивата на инвалидизация при пациенти с тежки психиатрични разстройства. Създадения инструмент има за цел да изследва общото поведение, справянето с различни социални роли, слабостите и силните личностови характеристики на пациентите. Ще бъдат разгледани резултатите по центрове.

Център Грьонинген, Холандия (240). Характерно в обслужването е липсата на подкрепящи семейни отношения и очакване от държавните институции да поемат грижата за инвалидизираните пациенти. Обслужването е организирано на секторен и децентрализиран принцип позволяващ съответен на нуждите достъп до медицинско обслужване. Следи се за спазването на човешките права, политика за намаляване на болничния престой и обслужването в общността. Броят на проследените в кохортата пациенти включени в проучването е 63. Пациентите са изследвани с PSE9, SAS, DAS. От резултатите се установява еднакво разпределение по пол със средна възраст 40г. 19% са с диагноза шизофрения, около три четвърти са с диагноза друго психотично разстройство. 27% са с епизодичен ремитентен ход на боледуване в рамките на двугодишно проследяване. Резултатите от протичането показват симптомно възстановяване при 46% от случаите (GAF-S > 70), около една четвърт със сериозна симптоматика (GAF-S <51). 57% от проследените в рамките на двугодишен период пациенти не са имали психотичен епизод, 26% са с хроничен ход на боледуване, 16% са с епизодичен ход на болестта. При проследяването в рамките на целия 15 г. период 71% са имали епизод на психоза, а при 22% се установява хронично боледуване. От проследените пациенти повечето живеят в общността- 37% самостоятелно, 41% със семействата си, а 13% живеят в психиатрични клиники и 10% в домове под супервизия на персонал. Не са регистрирани бездомни пациенти, 30% работят. При изследване на инвалидността с DAS 40% са с тежка или много тежка инвалидизация, 27% са оценени като добро или отлично функциониране. По GAF-D 52% са тежка

нарушено функциониране (<51), а 33% са с добро функциониране (>70). В тази извадка се наблюдава дисоциация между тежестта на симптомите и степента на нарушения във функционирането.

В заключение кохортата се характеризира с висок риск от релапс, самоубийства и хронично протичане. Въпреки това приблизително три четвърти от пациентите са преценени като възстановени, въпреки че около половината са с актуални симптоми, а около четвърт с хронична симптоматика по време на двугодишно проследяване. Приблизително половината от включените в извадката са със значително нарушение във функционирането, а приблизително една трета са с добро или отлично функциониране. Повечето пациенти живеят независимо. Цялостната преценка на случаите показва, че 60% от тях са оценени като подобрени.

Център Манхайм, Германия (101). Обслужването на психиатричните пациенти е повлияно от реформите в психиатрията през осемдесетте години на миналия век, характеризиращи се с намаляване на болничните легла и обслужване в общността. При дългогодишно проследяване в проучването са включени 56 пациента. Разпределението по пол е приблизително еднакво. Почти всички са с диагноза шизофрения. Ранното проследяване в рамките на две до пет години установява 21% с пълна ремисия, 50% не са имали остър психотичен епизод, 32% са били психотични повече от 7 месеца годишно. В резултат на оценката на симптомите в рамките на 14 годишно проследяване 56% са били оценени като възстановени, 42% са с леки или умерени симптоми. Три четвърти са с епизодично протичане, една четвърт с хроничен ход. Спрямо начина на живеене- 7% са в психиатрични клиники, 48% живеят със семействата си или с приятели, 23% в защитени жилища, 21% живеят сами. 30% са работещи, пет пациента са на защитено работно място, 27% са пенсионери по болест, около 29% са безработни. Приблизително половината са с лошо или много лошо функциониране, 30% са с отлично функциониране, останалите са с междинни оценки. От 14 годишната кохорта 73% не са женени, 66% нямат стабилни приятелски отношения.

В обобщение по- голямата част от включените пациенти в проучването (около 66%) са без стабилни приятелски отношения. Само около една трета работят

в пълноценна работна среда. В рамките на продължителен период на проследяване не се наблюдава намаляване на броя на болните с остра психотична симптоматика, дори тенденцията е към леко увеличение. Също се наблюдава намаляване на броя на хоспитализациите за сметка на необходимост от извънболнични грижи.

Център София, България (81). Обществените нагласи към пациентите с психични заболявания са свързани с високи нива на стигма, запазване в тайна на боледуването, потискане на емоциите и изолация на пациентите от обществото. Семейството основно поема бремето на обгрижването. По голямата част включените в извадката са пенсионери по болест. Изключително трудно е намирането на работа и задържането на работното място. Тенденция в обслужването е към намаляване на леглата в големите психиатрични болници, разкриване на психиатрични отделения в университетските болници и общите болници. Извънболничното обслужване се извършва главно в диспансерите. Не са развити съвременни форми на подкрепа и рехабилитация. Преобладаващата парадигма в обслужването е биологичната. Въвеждането на реформаторски практики е на проектен принцип без континуитет във времето.

Първоначално в проучването са включени 60 пациента, от които в рамките на дългогодишното проследяване са останали 55 пациента. Преобладаващата част от извадката са жени, средна възраст при включване 27.2г., средната продължителност на проследяване е 16.2 г. 32.7% са остро начало, 38.2% са с подостро начало, а 25.5% са с подмолно начало на болестта. Повечето от включените пациенти са с диагноза шизофрения. В рамките на двугодишно проследяване при по-голямата част от участниците са установява сериозна психопатология за продължителни периоди от време. 45.5% са с непрекъснат ход на боледуване, 12.7% са с епизодичен ход, а 38.2% са без психотични симптоми. В рамките на продължително проследяване 54.5% са с епизодично протичане, 41.8% са с хронично протичане. От оценките с GAF-S, 21.8% са били без значима психопатология, докато 52.8% са със сериозна симптоматика. Тези резултати са най-лоши в сравнение с останалите центрове, с най-висок процент болни с тежка психопатология. 70.4% живеят със семейството си, 25.9% живеят сами, 3.8% са в институции. В рамките на двугодишно проследяване 45% са работили за някакъв

период от време, 43% не са работили въобще, 13% са били ангажирани в домакинска работа. Степента на инвалидността измерена с DAS показва, че 30.9% са с много добро или добро функциониране, 45.5% са със задоволително или лошо, 23.6% са с много лошо функциониране. Използвайки GAF-D скалата 32.7% са с липсваща или лека инвалидизация, 36.4% са с тежка инвалидизация. Забелязва се тенденция към засилване на инвалидизацията с нарастване на периода на проследяване. 60% от пациентите са на невролептична терапия през по-голяма част от времето. Като предиктори за изход остро начало се асоциира с по-голяма вероятност за липса на психотична симптоматика в последните две години от 16 годишното проследяване, докато подмолното начало се асоциира с по-голяма вероятност за психотични симптоми. Същата е и зависимостта по отношение на тежестта на симптоматиката. Острото начало е предиктор за по-добро социално функциониране установено в рамките на 16 г. проследяване. Съществува тенденция към омекотяване на симптомите в последната трета от периода на проследяване, което е в съзвучие с идеята за „късното възстановяване“ във второто и третото десетилетие след дебюта на болестта. В софийската извадка се установява дисоциация между симптоматиката и социалното функциониране. Както се изтъкна, че с напредването на възрастта симптоматиката се подобрява, докато нарушаването на социалното функциониране се задълбочава.

В обобщение на цялостните резултати от проучването ISoS (106) могат да се направят някои основни изводи.

1. От оценките на изследователите за цялостно възстановяване и функциониране се установява, че при повече от половината от пациентите изхода от боледуването при дълготрайно проследяване е преценен като добър.
2. Началния ход на болестта е сериозен предиктор за възстановяване на симптоматиката и функционирането. Колкото по-кратък е този период, толкова по-голяма е вероятността за благоприятен изход. Пациентите с подмолно начало на боледуване, лошо личностово преморбидно функциониране, показват по-неблагоприятно протичане, по-тежка психопатология и значителна

инвалидизация. Неспецифичните културални особености също играят важна роля в този процес.

3. При около 88% от включените в ISoS проучване пациенти запазват първоначално поставената диагноза шизофрения във времето. Диагностичната стабилност се наблюдава много по- често при пациенти с шизофрения отколкото при пациенти с шизоафективно разстройство или с остри психотични разстройства.
4. Пациентите с шизофрения и свързаните с нея психози са с повишен риск от смърт в развитите и развиващите се страни.
5. Протичането и изхода на боледуване при пациентите в развиващите се страни е много по- добър в сравнение с пациентите от развитите страни. Дори при пациенти, при които ранното протичане на болестта е неблагоприятно, вероятността от късно възстановяване е по- голяма в развиващите се центрове.
6. Назначаването на работа (в това число се включва и домакинската работа) е по често при пациентите в развиващите се страни. Като цяло повече от половината от пациентите в ISoS кохортата са работили към момента на дълготрайното проследяване. Не се наблюдават различия между развитите и развиващите се страни по отношение на работата, при пациентите с тежка симптоматика и инвалидност.
7. Бездомните пациенти са рядкост.
8. В извадката не се установяват високи нива на коморбидност, особено коморбидност с психоактивни вещества.
9. Фамилните отношения са фактор с медираща роля за протичането и изхода на боледуване, отново в контекста на културалните особености. Подкрепящите семейни отношения, с ниски нива на емоционална експресия са с благоприятна роля във възстановяването. Отговорността за отглеждането на дете може да бъде мотивиращ фактор при пациентки с психотични разстройства, помагач им да контролират по- добре заболяването си в контекста на майчината роля.
10. Освен благоприятните семейни фактори от огромно значение за възстановяването имат и социалните фактори като приемащо отношение, облекчени изисквания и подкрепа, ниски нива на стигма и дискриминация,

ниско ниво на социален натиск. Естествените, а не целенасочени нагласи на обществото в посока на по-голяма толерантност са ключов елемент във възстановяването.

11. При част от центровете се установява несъответствие между тежестта на психопатологията и социалното функциониране.

12. В представените резултати в проучването ISoS се обсъжда, че възстановяването е смесено по своя произход и, че мощен фактор за възстановяването са очакванията от страна на пациентите, техните семейства и лекарите.

### **3. Концепцията за възстановяване от психичната болест**

В последните две десетилетия познанията за лечението и рехабилитацията на пациентите с шизофрения претърпя съществено развитие. Вече има съществена яснота за генетичните, невроанатомични, неврофизиологични и психофармакологични аспекти на разстройството. Създаването на все по-ефективни и поносими медикаменти като атипичните антипсихотици значимо подобрява клиничния изход от боледуването. В резултат на това, както и на ранното поставяне на диагнозата и усъвършенстващите се методи за психосоциална рехабилитация се смята за реалистичното заключение, че 50% от пациентите с първи епизод на психоза се възстановят от боледуването си. Всеизвестен е и факта, че при пациентите с хронична шизофрения настъпва подобрене на позитивната симптоматика и функционирането с напредване на възрастта (128).

Много от проучванията обаче показват, че настъпващото подобрене не е просто функция на възрастта, а зависи от това как е протекло лечението и рехабилитацията на тези пациенти (162). Разбира се важното в случая е да се имат в предвид и фактори като продължителност на боледуването, хроничен ход, несвоевременно проведено лечение, като при тези случаи възстановяването е в по-умерени граници.

Други фактори със съществено отношение към възстановяването са генетичната предиспозиция, някои невrorазвитийни, поведенчески, емоционални аспекти, субективни преживелищни фактори (като например надеждата за

възстановяване, чувство за самоконтрол, автономност, самопомощ, висока самооценка), преморбидното ниво на функциониране и социална компетентност, социалните взаимоотношения по време на фазите на боледуването, наличие на коморбидни състояния, принадлежност към организирани общности. Възстановяването не трябва да се асоциира директно с оздравяване, т.е. със симптомна ремисия. То е по-скоро усещане за лично благополучие, свобода да изразяваш желанията си, усещане за независимост, въпреки болестта и инвалидизацията.

Концепцията за “възстановяване” на лица с хронична психична болест предизвиква растящ интерес в развитите страни. “Движението за възстановяване” възниква в Америка през 90-те години, от разказите на болните, които не съвпадат с песимистичните прогнози на професионалистите. Подходът към възстановяване се асоциира с равностойно участие на пациента и терапевта в лечебния процес, взаимно изграждане на терапевтичен план и насърчаване в автономност (182). Негов фокус е индивидуалното приспособяване към психичната болест и оптимистичната нагласа към бъдещето, отчитайки, че преморбидното функциониране може и да не бъде достигнато (33). Тази идея се потвърждава от редица катамнезни проучвания, които показват окуражаващи резултати за повечето пациенти с шизофрения (95), дори на тези с високи нива на неудовлетворени потребности (221).

Най-широко използваната дефиниция за възстановяване е тази предложена от Anthony: „Дълбоко личен, уникален процес на промяна на нагласите на човека, на неговите ценности, чувства, цели, умения и роли. Това е начин да се живее пълноценен, изпълнен с надежда и приноси живот, въпреки лимитиращата роля на болестта” (33). Тази концепция съдържа основно четири области: овластяване; надежда и оптимизъм; знания за психичната болест и наличните лечения; удовлетвореност от качеството на живот (180). Психично-здравните служби все повече са насърчавани за въвеждане в практиката на стил, ориентиран към възстановяване (147,65). Белези на такъв стил са сътрудничеството между персонал и пациенти, поемането на терапевтични рискове като “терапевтични ваканции” и овластяването на пациентите. За маркери на подобна практика се считат достъпа до

работа, обучение и забавления в обичайни условия, извън институциите; пълноценни семейни отношения; независимото живеене; контрол върху самообслужването, приема на лекарства и собствените парични средства; наличие на социален живот; участие в местната общност и удовлетвореност от живота (128). Моделът на възстановяване от психична болест (182) позволява обхващането на такива актуални проблеми в психично-здравната политика като стигма, неравенство, овластяване, рехабилитация, здравна промоция, автономизиране, зачитащи терапевтични отношения, застъпничество.

По-горните дефиниции за възстановяването от психичната болест могат да бъдат допълнени и от представените от Либерман и Копелович операционални критерии, включващи комплексни фактори за възстановяването, създадени на базата на представени критерии в множество проучвания (128). **Табл. 1**

**Табл.1** Критерии за възстановяване на Либерман и Копелович

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ремисия на позитивните и негативни психотични симптоми и признаци.</li><li>2. Работа и обучение в естествена работна и учебна среда.</li><li>3. Независим начин на живот, без супервизия по отношение на финансиите, себеобгрижването и медикаментозната терапия.</li><li>4. Социални активности с връстниците.</li><li>5. Пълноценни семейни отношения.</li><li>6. Развлекателни активности в естествена среда (не се включва участие в дневни центрове за рехабилитация).</li><li>7. Капацитет за решаване на ежедневни проблеми.</li><li>8. Субективно усещане за удовлетвореност от живота.</li><li>9. Добра самооценка и стабилен идентитет.</li><li>10. Гражданско участие в гласуване, защита на собствените интереси, общностни инициативи и други граждански активности.</li></ol> |
|--|

От представеното дотук се вижда, че възстановяването на пациентите с хронични психични разстройства има мултидименсионален характер, необходимо е по-задълбочено изследване на факторите влияещи върху този процес и взаимовръзките между тях при обитателите на различни типове психиатрични институции.

#### **4. Организация на грижите и интервенциите при пациенти с хронични психични проблеми поставени в институции**

Пациентите с хронични психични проблеми, намиращи се на лечение в психиатрични или социални институции се нуждаят от дълготрайни грижи за широк кръг от проблеми. До този момент не съществуват международно приети стандарти за институционални грижи, както и методика за оценка на грижите.

Прегледа на наличната литература показва следните резултати за ефективността на различните компоненти на обслужването.

##### **4.1. Жизнена среда**

###### *Рестриктивност на средата*

Според правилата на Американската Психиатрична Асоциация лечението на пациентите с шизофрения трябва да бъде във възможно най-малко ограничаваща среда, осигуряваща сигурност и ефективност на терапевтичните интервенции (124). Като цяло службите в общността са по-малко рестриктивни и в по-голяма степен насърчават автономност от болничните отделения (64, 220, 118). Колкото повече контрол имат пациентите в социалните институции, толкова по-добро е функционирането им, а също е установено, че това води и до намаляване на честотата на рехоспитализациите (100). Пациентите с хронични психични проблеми предпочитат да бъдат лекувани в общността, а не в болнична обстановка (181, 64, 220, 74, 75), което води до по-добър изход на боледуване (62).

Обслужването в общността и предоставянето на индивидуализирани грижи корелира с по-добро качество на живот в сравнение с хоспитализирани пациенти със същото ниво на психопатология и инвалидизация (64). Участието в рехабилитационни програми, създаването на позитивен социален климат води до по-добра прогноза на боледуване (62). Въвличането на пациентите, насърчаване на тяхната спонтанност, автономност, участието им в съставянето на програмите са особено важни за възстановяването (48).

### *Брой на пациентите*

Няма категорични доказателства за оптималния брой на обитателите в службите базирани в общността. Той се определя от фактори като изповядваната философия на службата, наличните ресурси, нуждите на съответната популация, плътността на местообитанието (съотношението на пациентите към наличното пространство). Установено е, че увеличаването на плътността на местообитание води до повишаване на стреса, намаляване на личното пространство и контрола върху обкръжението (198).

### *Физическото обкръжение*

Не се установяват консистентни данни за влиянието на физическото обкръжение върху пациентите. Има проучвания, които посочват, че удълженото време на излагане на слънчева светлина води до намаляване на продължителността на престоя при пациенти с депресия. В друго проучване проведено в психиатрично отделение, се посочва, че организирането на пространството по начин, по който се стимулират интеракциите (напр. сядане на пациентите около малки маси) насърчава социалната комуникация (67). В множество проучвания е установено, че осигуряването на възможност за лично пространство и особено наличието на място където пациента може да се усамоти и да държи своите лични вещи корелират с по-добър изход на боледуване и удовлетвореност от лечението (74, 61).

## **4.2. Интервенции за лечение на шизофрения**

### *Когнитивно-поведенческа терапия*

Когнитивно-поведенческата терапия е с доказана ефективност. Мета-анализите показват, че тя има малък ефект за подобряване на позитивната симптоматика при пациенти с шизофрения (170, 165). Резултатите от РКП установяват ефективност на когнитивно-поведенческата терапия за подобряване на негативната симптоматика, повишаване на инсайта на пациентите с шизофрения, редуциране на вероятността от релапс, превенция на поява на

депресивна симптоматика (224), подобряване на самооценката и намаляване на чувството за безнадеждност (37).

#### *Фамилни интервенции и психообучение*

От резултатите от метаанализи е установено, че фамилните интервенции, включващи психообучение, справяне при кризи, стратегии за решаване на проблеми, намаляват вероятността от релапс при пациенти с шизофрения (165). Фамилни интервенции с пациентите и роднините са по-ефективни отколкото само с участие на роднините (156), като най-доброто време за ангажиране на семейството е по време на острата фаза на боледуване или по време на криза (124). Основните области, в които се регистрира подобрене при фамилното психообучение са повишаване на разбирането за болестта, намаляване на нивата на емоционална експресия, подобряване на социалното функциониране и общата психопатология, редуциране на риска от релапс (165), намаляване на нивото на рехоспитализациите (171), подобряване на съдействието (53). Въпреки доказаната ефективност все още има трудност в организирането на програми за психообучение в болнични условия.

#### *Професионална рехабилитация*

Съществуват неоспорими доказателства за ефективността на подкрепеното работно място (supported employment) пред останалите форми на трудова рехабилитация при пациенти с шизофрения (124). Подкрепа на работното място представлява форма, при която пациентите биват директно назначавани на работа и подкрепяни индивидуализирано в периода на адаптация. Формата подкрепа на работното място е три до четири пъти по-ефективна от останалите форми на трудова рехабилитация, като защитено работно място, преходно работно място, трудово-рехабилитационни програми (63, 225).

Индивидуално назначаване на работа и подкрепа е форма включваща в себе си бързо намиране на работа без предварителна подготовка, взимане под внимание на желанията на пациента, неговите възможности и способности, ограничена във времето подкрепа. Тази рехабилитационна модалност се счита за по-ефективна от програмите изискващи предварително обучение (63). Програмите, които

насърчават директно назначаване на работно място и индивидуализирана подкрепа и обучение са по- ефективни от програмите, които включват предварително стъпаловидно обучение и последващо назначаване (44, 43). Програмите за подкрепа на работното място са по ефективни ако са интегрирани към службите за психосоциална рехабилитация поради по- добрата комуникация, мониториране на прогреса на пациентите и бързото своевременно справяне с възникнали проблеми (68). Те са препоръчвани в ръководствата за лечение на шизофрения на Американската психиатрична асоциация (124).

#### *Трениране на социални умения*

Тренирането на социални умения служи за подобряване на социалното функциониране на болните от шизофрения, като ги учи да подобряват своето социално представяне, по отношение на активности свързани с ежедневието, работата, взаимоотношенията, свободното време (50). Данните от метаанализи са противоречиви по отношение на ефективността на тренирането на социални умения (165, 169). Преобладаващата част от проучванията показват ефективност за придобиване на социални умения, подобряване на социалното функциониране и намаляване на хоспитализациите. Проблемен е факта, че въпреки добрите успехи по време на курсовете наученото трудно се прилага в естествената среда на пациентите в общността (50). Според препоръките на Американската Психиатрична Асоциация тренирането на социални умения може да бъде полезно за подобряване на социалното функциониране в ежедневието на пациентите (124), но не се препоръчва от NICE (156) .

#### *Когнитивно възстановяване*

Пациентите с шизофрения страдат от множество когнитивни нарушения като неустойчивост на вниманието, паметови нарушения, намален вигилитет, неспособност за планиране и взимане на решения. Мета- анализи на пет РКП установяват липса на подобрение на вниманието, вербалната памет, визуалната памет, психичното състояние като цяло и екзекутивните функции при пациентите от програмите с когнитивно възстановяване в сравнение със стандартното обслужване (169). Резултати от други метаанализи показват малка до умерена

ефективност на когнитивното възстановяване по отношение на цялостното когнитивно функциониране, малък ефект върху подобряване на вниманието, екзекутивните функции, паметта, цялостната психопатология и негативните симптоми (165).

#### *Арт терапия*

Мета-анализи на пет РКИП сравняващи музикотерапия при пациенти с шизофрения и стандартно обслужване установяват, че при прилагането на минимум 20 сесии се установява значително подобрене на позитивната и негативната симптоматика, както и на цялостното функциониране. При увеличаване на броя на сесиите музикотерапия (повече от 78 сесии) се установява значително подобрене на социалното функциониране (86). Преглед на базата данни на Кокрейн установява от друга страна малка ефективност на арт терапията за подобряване на психичния статус, липса на ефект по отношение на социалното функциониране и качеството на живот (186).

#### *Интегративна терапия*

Интегративната терапия съчетава психосоциални и фармакологични интервенции протичащи съвместно в лечението на пациентите. Една от най-успешните форми на интегрирана психологична терапия при пациенти с шизофрения е съчетанието на групови когнитивно-поведенчески програми включващи когнитивно възстановяване, стратегии за решаване на проблеми и трениране на социални умения. Ефективността на тези програми в сравнение със стандартно обслужване или плацебо е средна по отношение на цялостното функциониране и психопатологията. Хоспитализираните пациенти са с по-значимо подобрене в резултат на интервенциите в сравнение с пациентите подложени на извънболнични грижи. Ефектите при проследяване са по-силни, когато се прилагат всичките пет субпрограми-когнитивни интервенции, социална чувствителност, вербална комуникация, трениране на социални умения, интерперсонално ориентирано решаване на проблеми. Колкото по-продължителна е терапията, толкова по-значимо е подобрието на функционирането. Колкото по-голяма е продължителността на боледуването, толкова по-малка е вероятността за

повлияване от интегративната психологическа терапия (183). Лечебни програми, които съчетават психофармакологични и психосоциални интервенции (включващи подкрепяща психотерапия, фамилни интервенции, трениране на социални умения и когнитивно поведенческа терапия) са с доказана по добра ефективност в лечението на пациентите с шизофрения (125).

#### *Лечение на коморбидност с психоактивни вещества*

Голяма е честотата на коморбидност на шизофрения със злоупотреба с психоактивни вещества. Препоръчва се интегрирано лечение на двете заболявания в програми включващи мотивационно консултиране и активно издирване и лечение на случаите (69). Освен интегриран подход АПА препоръчва скрининг на всички пациенти с психиатрични симптоми, с оценка на типа, количеството, начина на приемане на веществото, оценка на мотивацията за промяна, оценка на физическите последици от злоупотребата, медикаментозно лечение и психосоциални интервенции, включващи мотивационна терапия, модифицирана когнитивно- поведенческа терапия и терапия ориентирана към превенция на релапс (124, 254).

#### *Медикаментозна терапия*

Освен съществуващите алгоритми и правила за лечение с антипсихотици особено внимание се отделя на необходимостта от въвличането на пациентите в избора на медикамент, промяната на медикамента, както и редовно проследяване на ефекта и страничните ефекти от лечението (124, 156).

#### *Терапия ориентирана към съдействие*

От прегледа на базата от данни на Кокрейн за терапия ориентирана към съдействие при пациенти с шизофрения се установява само едно РКП в сравнение с неспецифично консултиране (145, 158). Интервенциите включват съчетание на мотивационна терапия, когнитивни интервенции и психообучение. В това изследване не се установяват доказателства за ефективност на специфичните интервенции. Терапията ориентирана към съдействие, която включва дискусия за и против медикаментозното лечение и поведенчески програми за боравене с

медикаментите, повишава съдействието, подобрява инсайта и нагласата към лечението в сравнение с неспецифичното съветване като контролна интервенция (112, 71). РКП изследващо психообучителните интервенции ориентирани към съдействие се установява по- голям процент на несъдействие в контролната група (която не получава специфични интервенции) в пет месечен период на проследяване (194). Други проучвания не установяват разлика в това дали програмите за психообучение ориентирани към медикаментозната терапия е ефективно за подобряване на знанията за медикамента или позитивната нагласа към него (119).

### *Подкрепяща психотерапия*

Обобщени данни от мета- анализите не се установяват доказателства за това, че подкрепящата терапия е по- ефективна от стандартно обслужване или други форми на психологична или психосоциална терапия. Обратното дори подкрепящата терапия е по- вероятно да окаже неблагоприятно въздействие върху социалното функциониране, преждевременно прекъсване на терапията, върху афективните симптоми, както и да доведе до влошен комплайънс (49).

### *Трениране на умения за справяне*

Няма убедителни доказателства за ефективността на тренирането на социални умения в сравнение със стандартно лечение. Интервенции ориентирани към подобряване на самооценката и овластяване на пациентите проведени в рамките на РКП установяват подобрене на способностите за справяне, редукция на позитивната симптоматика, но настъпилите промени са нетрайни. Интервенциите по- значимо подобряват социалните умения при пациенти с тежко изразена симптоматика и ниско ниво на функциониране (122).

### *Физическо здраве*

Установено е, че пациентите с тежки психични разстройства водят по нездравословен начин на живот в сравнение с общата популация (лош диетичен режим, липса на физически упражнения, пушене и злоупотреба с психоактивни вещества) и се нуждаят от своевременен скрининг и лечение на соматичните

проблеми. Пациентите с диагноза шизофрения са с по-голям риск от соматични проблеми в сравнение с останалите болни с психични разстройства. Пациентите с тежки психични разстройства са с повишен риск от смъртност в резултат от респираторни, кардиологични заболявания и рак (113, 159). За повишения риск от кардиологични заболявания отношение има и затлъстяването, метаболитните нарушения, нарушената липидна и глюкозна обмяна вследствие на приема на антипсихотици (149). Откриването на соматични проблеми при пациенти с тежки психични разстройства е незадоволително, като само около една четвърт от физическите проблеми се установяват, а голяма част от симптомите погрешно се определят като функционални, следствие на психичната болест (31). Пациентите имат значително по-лош дентален статус в сравнение с общата популация (208).

С цел превенция и ранно установяване на соматичен проблем се препоръчват стратегии за здравна промоция, редовни физикални прегледи, съветване за избор на диетичен режим, упражнения, спиране на тютюнопушенето, регулярно проследяване на теглото, на страничните екстрапирамидни ефекти, нивата на кръвната захар, липиден статус, нива на пролактин и наличието на сърдечно-съдови проблеми. Препоръчително е физикалното изследване да се осъществява при приемане на пациентите в психиатричното заведение (124, 156, 31).

#### *Принудителна имобилизация и изолация*

Изследвания посочват, че на принудителна имобилизация или изолация са подложени около 51% от пациентите в психиатрични заведения. За прилагането на мерките има значение фактори като вида на лечебното заведение, философията и културата на заведението, физическото разположение на сградата, брой на персонала, като лечебни заведения с по-малък брой мъжки персонал имат по-голяма честота на прилагане на изолация (45). Съществуват изследвания, които посочват, че използването на принудителни мерки зависи от фактори като възраст, пол, диагноза. Имобилизацията е по-често използвана при млади пациенти, мъжки пол, непсихотични симптоми. Възрастни мъже с органични психози е по-вероятно да бъдат изолирани (251).

В изследване на принудата в психиатрията в българска извадка като част от международно проучване на принудата в психиатрията EUNOMIA се установява, че: една четвърт от хоспитализациите са недоброволни, а от доброволните около една четвърт са със субективна, скрита принуда; принудителни мерки са прилагани при около 31% от пациентите, при повечето мерките са комбинирани. Най- често се прилагат принудителното медициране последвано от имобилизиране. Принудителни мерки значимо по- често се прилагат при пациенти от женски пол, по- високо образование, по- изразена субективна принуда, по- лошо функциониране, по- тежка психопатология с по изразена позитивна симптоматика, манийна симптоматика, по- високи нива на агресивност (15).

Липсват консистентни данни за ефективността на принудителните мерки, като от прегледа на базата данни на Кокрейн не са установени РКП по проблема (153). Въпреки липсата на доказателства използването на принудителни мерки е травматично за персонала и пациентите, но въпреки това е абсолютна необходимост при лечение на пациенти с тежка психопатология. Те са с негативна нагласа към принудителните мерки, според тях мерките често се прилагат необосновано често, не винаги оправдано и имат неблагоприятен ефект върху изграждането на терапевтичната връзка (45, 78, 252). Някои от пациентите считат, че имобилизацията понякога е необходима и дори има успокояващ ефект (252). В общи линии мнението е, че прилагането на имобилизация или изолация трябва да се избягва, освен при абсолютна необходимост (45).

Препоръчва се обучение на персонала в протоколи за прилагане на принуда, съставяне на алгоритми и правила, използване на деескалиращи техники, супервизия на персонала, мониторинг на пациентите подложени на принудителни мерки, дебрифинг на персонала и пациентите, документиране на прилаганите мерки, обучение за предикция и превенция на агресивното поведение (124, 156, 252, 161, 157, 82, 141). Интервенции за намаляване на прилагането на принудителни мерки в психиатричните заведения са: повишаване на броя на персонала, наличие на екипи за спешна помощ, обучение на персонала, супервизия, фармакологични интервенции, колаборативни отношения между персонала и пациентите, ангажиране на пациентите и тяхното въвличане за избягване на

принудителните мерки, ротация на персонала, който работи в отделенията с остро психотични пациенти (82).

### *Терапевтични отношения*

Позитивните терапевтични отношения между персонала и пациентите са основен предиктор за успеха на лечението (56, 139, 83, 107) и пряко корелират с качеството на живот (140). Високите нива на емоционална експресия, негативни коментари от страна на персонала в домове за психосоциални грижи негативно корелира с удовлетвореността на пациентите от грижите и води до засилване на позитивните симптоми (203). Качеството на терапевтичните отношения зависи от фактори като професионалната подготовка на персонала, теоретичната рамка, в която работят, субективното преживяване на терапевтите към терапевтичната връзка с пациентите с шизофрения – терапевти, при които терапевтичния контакт е приятен и удовлетворителен прекарват повече време с пациентите като това позитивно корелира с подобрение във функционирането им. Организационни фактори като административна натовареност, пренаселеност, намален персонал, прекомерна натовареност, конфликти между персонала водят до намаляване на контактите с пациентите (56, 83, 29, 102). Установено е, че клиентоцентрирания подход с ангажиране на пациентите в тяхното възстановяване и позитивните терапевтични отношения подобряват изхода от боледуването (56).

### *Автономност и въвличане на пациентите*

Съществуващите проучвания (включително РКП) установяват, че въвличането на пациенти в работата на службите може да бъде под формата на участие в терапевтичните програми и активности или при оценяването на службите. Част от пациентите са били въвличени като водещи на случая, като това не се е отразило негативно на тяхното психично състояние. Въвличането на пациентите подобрява тяхното качество на живот и социалното функциониране (201). Друга форма на ангажиране е в т. нар. съвети на потребителите, въвличане като участници в определяне на политиката на службите и подобряване на нивото на обслужване (130). Установена е позитивна корелация между степента на въвличане и удовлетвореността на пациентите (218). Насърчава се все по-

широкото ангажиране на пациентите във взимане на решения в службите, достъпа им до участие в гласуване на избори, достъп до служби за застъпничество. Пациентите трябва предварително да бъдат информирани относно степента, до която тяхното мнение ще бъде взето под внимание в крайното решение (127).

#### *Обучение и подкрепа на персонала*

Alexander et al. установява, че функционирането на пациентите по отношение на ежедневните дейности позитивно корелира със степента на мултидисциплинарност на екипа на лечебното заведение (28). От съществено значение за ефективността лечението е прилагането на клинична супервизия, както по отношение на повишаване на уменията и знанията на персонала за водене на случая и психологическите интервенции, така и по отношение на редукция на симптомите, в сравнение с периода преди прилагане на супервизия (46). Обучението в прилагане на ефективни психосоциални, рехабилитационни и ориентирани към възстановяване практики води до повишаване на уменията на персонала, до позитивна нагласа към интервенции основани на доказателства, като се изтъква необходимостта от периодично опресняване на знанията посредством супервизия или непрекъснато обучение (60).

#### *Управление на службите*

Насърчаването на прилагане на лечение основано на доказателства, придържане и прилагане на стандарти за добра клинична практика подобрява клиничната ефективност на службата. Препоръчва се външен за службата клиничен одит и обратна връзка както и на непрекъснато мониториране на ефективността на прилаганите интервенции и резултатите от тях (109, 52).

### **5. Съвременни тенденции в психиатричното обслужване**

Съвременното психиатрично обслужване започва основно през втората половина на 20 век, в контекста на затвърждаването на психиатрията като медицинска специалност, възникването и разрастването на психофармакологията и създаването на все по- ефективни методи на лечение. Започва да се отделя все по- голямо внимание на хуманното отношение към пациентите, спазването на техните

човешки права, дестигматизация, насърчаване в автономност. Установява се, че продължителния престой в институцията съществено допринася за допълнителна инвалидизация с прояви на апатия, оттегляне, зависимост, а лечението в общността като важно средство за положително повлияване на развитието на заболяването (215). Започва да се обръща все по-голямо внимание на социалните фактори като семейство, работна среда, приятелски отношения и т.н. за протичането и изхода от боледуването. Тези промени създават предпоставки за промяна на структурата на обслужването в психиатрията и улесняват процесите на деинституционализация.

Обобщено деинституционализация на пациентите с психични разстройства е съставена от три компонента: освобождаване на пациентите от психиатричните клиники и насочването им към алтернативни служби в общността, отклоняване от болнично приемане и насочване към службите в общността и създаване на алтернативни извънболнични форми на обслужване (120). Проблем в този процес е недостатъчната синхронизация, като обикновено първите два етапа се развиват много по-бързо от третия, което води до оформянето на ново поколение от неинституционализирани пациенти, които са бездомни, извършили престъпления или реинституционализирани в заведения извън здравеопазната система. Съществен е и момента, че някои от психично болните изпитват изключителни затруднения в това да се лекуват в общността и това обикновено води до екзацербация на симптомите, злоупотреба с психоактивни вещества и до значими затруднения във функционирането. Изводима от това е необходимостта от планиране на създаването на службите в общността в съответствие с потребностите на конкретната популация (209), на самите пациенти (192, 167) и в контекста на здравия терапевтичен реализъм.

### **5.1. Принципи на психиатрията в общността**

Общността се дефинира като голяма група от хора, живеещи в непосредствена близост един до друг, принадлежащи към една обща среда, със солидарни или отхвърлящи отношения. Психиатрията в общността обхваща принципите и практиките за организиране на психичноздравни служби и грижи на ниво локална популация, което включва изграждане на мрежа от служби в

съответствие с потребностите и организиране на достъпност до службите. Контингента на това обслужване обикновено са пациенти с тежки инвалидизиращи психиатрични заболявания, в по-голямата си част с разстройства от шизофрениния спектър или тежко протичащи афективни разстройства. Задача на обслужването в общността е и подпомагането на първичната помощ в откриване, превенция и своевременно лечение на психичните разстройства, както и лечение колкото е възможно по-близо до дома и без дълготрайна хоспитализация. Девет са основните принципи, които следва психиатрията в общността (215):

- Автономност- възможност за автономен избор на пациентите.
- Непрекъснатост- последователност на грижите.
- Ефективност- лечение основано на доказателства.
- Достъпност- включва близост до дома, разположение в рамките на денонощието, начини за преодоляване на стигмата и културалните и етнически бариери.
- Всеобхватност- в съответствие с потребностите на пациентите.
- Справедливост- равнопоставеност в разпределението на ресурсите.
- Отговорност- към потребителите и фондиращите организации.
- Координация- между психиатричните служби.
- Ефективност- максимално изпълнение на нуждите с наличните ресурси.

Все още съществуват противоречия и дебати, за това кой е най-подходящия начин за обслужване на психично болните- болничния или този в общността. В обзор на наличните форми на обслужване се достига до извода, че еднакво необходими са както службите в общността, така и болничните заведения, които да се намират във взаимно допълващи се взаимоотношения (216).

В съвременната практика съществуват няколко нива на обслужване.

**Първо ниво.** Първичната психиатрична помощ с участие на общопрактикуващите лекари и амбулаторните психиатри, където може да се проведе лечението на голяма част от пациентите на ниска цена. Тази форма на обслужване е най-ефективна, когато се касае за случаи от „малката“ психиатрия (66).

**Второ ниво.** Неспециализираните мултидисциплинарни екипи за лечение в общността, обикновено съставени от психиатър, психиатрична сестра, социален работник, психолог и трудотерапевт, предоставят широк вариант от интервенции, които подобряват въвличането, повишават удовлетвореността на пациентите от лечението и степента на посрещнатите потребности, подобряват придържане към лечението, въпреки, че не водят до траен позитивен ефект върху симптоматиката и социалното функциониране (226).

Водене на случай- разглежда се като метод за доставяне на психичноздравни грижи, а не клинична интервенция в прекия смисъл, в контекста на обслужването в общността (104). Познати са два модела на водене на случай- брокерски модел, при който водещия не провежда самостоятелно лечение и интензивен модел на водене на случая, при който водещия предоставя част от интервенциите (12). Методът понастоящем е с умерена ефективност, основно с роля в организацията на континуитет от грижи, качеството на живот и удовлетвореността от грижите, но с противоречиви доказателства за ефекта му по отношение на използването на болничните служби (190, 92, 152, 256, 255). Воденето на случая служи за намаляване на продължителността на болничния престой, за оценка на потребностите и подобряване на функционирането и изхода от боледуването, но няма категорични доказателства за намаляване на цената на грижите (26).

### **Остро болнично лечение**

Няма доказателства, за възможността психично болните да бъдат обслужвани без остри психиатрични легла. Съществуват служби, които могат да се явят частична алтернатива в лечението на някои пациенти. Болничното лечение е необходимо при пациентите с коморбидни соматични или психиатрични състояния, с тежък релапс на болестта, с рисково поведение. Въпреки, че има консенсус за необходимостта от болнични грижи, съществува значимо противоречие за необходимата леглова база в тези заведения, като това зависи от конкретния локален контекст (217). Острото болнично лечение консумира голям финансов ресурс, за което се препоръчва намаляване на продължителността на

престоя (117) и лечение в по нестигматизираща среда, каквато се явяват острите психиатрични отделения разположени на територията на общите болници (219).

### **Домове за продължителни грижи базирани в общността**

Този вид домове се явяват съвременна алтернатива на традиционното институционално обслужване, като има значими доказателства за по-добър изход при пациентите лекувани в общността (210, 213, 196). Те са подходящи за пациенти с високо ниво на зависимост и нужда от грижи, с липсваща или недостатъчна семейна подкрепа (231).

### **Традиционни форми на трудова рехабилитация**

Нивата на безработица при пациентите с психични разстройства са значително по-високи, от тези в общата популация (237). Не се установяват достатъчно надеждни доказателства за ефективността на традиционно практикуваните форми на трудова рехабилитация (136). В резултат на това се препоръчва прилагането на по-модерни методи на трудова рехабилитация, при които има ясни доказателства за тяхната ефективност (54).

**Трето ниво.** Специализирани и диференцирани психиатрични служби.

### **Специализирани извънболнични психиатрични служби**

Представяват извънболнични служби за специфични психични разстройства или за специфични групи от пациенти като например: пациенти с хранителни разстройства, с двойна диагноза, пациенти с резистентни на терапия афективни или психотични разстройства, пациенти изискващи специфични форми на психотерапия, психично болни извършили престъпления, заведения за психично болни жени с бебета и такива с други специфични разстройства като напр. посттравматично стресово разстройство. Развитието на тези служби зависи от множество фактори на ниво конкретна популация.

### **Специализирани екипи за лечение в общността**

**Екипи за интензивно лечение в общността (Assertive community treatment teams).**

Тези екипи доставят специализирана мобилна психиатрична помощ (mobile outreach) в общността на тежко инвалидизирани психично болни. Има сериозни доказателства, че тази форма на лечение може да намали приема и използването на леглата за остро лечение, да подобри жилищния и работен статус на пациентите, и да подобри цялостната удовлетвореност от лечението. Няма доказателства, че интензивното лечение в общността води до подобряване на психичния статус или социалното поведение на пациентите. То може да намали средствата за болнично лечение, но като цяло не променя цената на грижите (168, 137).

### **Екипи за ранни интервенции**

Най- разпространени са екипите за първи епизод или ранни интервенции при психози. Има неоспорими доказателства затова, че дългия период на нелекуваната психоза е предиктор за по- трудно възстановяване и по- лош изход и прогноза на боледуването. На този етап не съществуват категорични доказателства за ефективността на тези интервенции, които да ги изведат като приоритет в обслужването (121, 142, 143, 236, 79, 94).

### **Алтернативи на остро болнично лечение**

#### **Заведения за остро лечение тип дневен стационар**

Представява алтернатива на болничното лечение при пациенти с остри психотични екзацербации, като метода е със спорна ефективност (138). Контролирани рандомизирани проучвания показват, че това лечение е подходящо за около 30% от пациентите, които ще бъдат приети на болнично лечение, предоставяйки бързо подобрение на по- ниска цена, особено когато има недостиг на болнични легла (239, 136).

### **Центрове за кризисни интервенции**

Съществуват различни варианти, на службите за кризисни интервенции, наречени още домове за кризисни интервенции поради възможността за предоставяне на убежище. Малкото съществуващи доказателства показват, че тези служби са добре приети от пациентите нуждаещи се от този вид интервенции. Те се явяват алтернатива на болничното лечение при около една четвърт от пациентите на по ниска цена (207, 151). Изследвания показват, че тези центрове са предпочитани от пациентите от женски пол (114).

### **Екипи за справяне с кризата в домашни условия**

Мобилни екипи в общността за пациенти в състояние на психиатрична криза, предоставящи интензивно лечение и грижи в дома на пациента. Наличните доказателства (55) показват, че домашното лечение намалява цената на обслужването, особено когато екипите се срещат регулярно с пациентите и осъществяват интервенции в медицински и социален контекст (111).

### **Служби за дълготрайно лечение и пребиваване в общността**

Тези служби обикновено заместват психиатричните институции за дълготраен престой (195, 222, 197).

Съществуващите обикновено видове са: домове в общността с 24 часово присъствие на персонал, за високо зависими пациенти; домове в общността с дневно присъствие на персонал; домове в общността с минимално присъствие и подкрепа от приходящ персонал. Малко са съществуващите доказателства за баланса между вложените средства и получените ползи на този тип домове (58), което налага конкретна, внимателна преценка за тяхното прилагане (184, 212).

### **Алтернативни съвременни форми на трудова и професионална рехабилитация**

Съвременните форми на професионална рехабилитация са актуален приоритет в дълготрайното обслужване на пациентите с психични заболявания,

подобряващи техния функционален статус и качество на живот (40, 214). Форми като индивидуализирано поставяне на работно място и подкрепа, подчертават значението на конкурентните трудови отношения, максимално доближаващи се до естествените във възстановяването и рехабилитацията на пациентите (136, 123).

От наличните научни доказателства може да се направи извода, че нито един от моделите, на болничното обслужване или обслужването в общността, не е в състояние да посрещне самостоятелно потребностите от психиатрична помощ и рехабилитация при пациентите с тежки психични разстройства. В този смисъл се препоръчва балансиран, взаимно допълващ се подход е обединяващ елементи и на двата модела.

## **5.2. Автономност, човешки права и етични аспекти**

Съвременното психиатрично обслужване подчертава ролята на спазването на човешките права и автономността на пациентите.

Спазването на човешките права при пациентите с психиатрични разстройства става особено актуално след Втората световна война, по време на която има множество примери за нарушаването им както от медицинските специалисти, така и от немедицински лица. В този период преобладава патерналистичния модел на обслужване, при който лекарят притежаващ знания за психичната болест, планира грижите и лечението самостоятелно, без участие на пациента (57). Съвременните концепции за лечение включват спазване на човешките права, етично отношение и зачитане на правото на автономност (84). Тези възгледи подчертават, че решението за лечение се взема главно от пациента, който е информиран за наличните алтернативи. Основен документ в тази насока е Международния кодекс по медицинска етика на Световната Медицинска Асоциация (108). Въвличането на пациентите в планирането и изпълнението на лечението и грижите е залегнало и в Декларациите от Мадрид и Кобе на Световната Психиатрична Асоциация (133, 241). Основен елемент от тези декларации е взаимното уважение и партньорство между персонала, пациента и неговите близки, в контекста на споделено взимане на решения. Изключения от тези правила се отнасят за пациентите, при които се налага прилагането на

недоброволно лечение, като съответните принципи са развити в Хавайската декларация на СПА (99).

Спазването на човешките права и автономност е застъпено и в други документи и декларации на международни организации, като основния принцип е, че те са универсални за всички хора без изключение. Този принцип е залегнал в Универсалната декларация за човешките права на ООН (229), както и в други документи като:

- Принципи за защита на лицата с психична болест и за подобряване на психично- здравната помощ от 1991г. на ООН (16).
- Десет основно принципа на психично- здравно законодателство от 1996г. на СЗО (245).

Изключения от универсалните права са отбелязани в няколко препоръки като: Препоръка R (83)<sup>2</sup> относно законовата защита на лицата, страдащи от психични разстройства, настанени на лечение по принудителен ред на Комитета на министрите към Съвета на Европа (21); Препоръка 1235 (94) относно психиатрията и човешките права на Парламентарната асамблея на съвета на Европа (19); Препоръка (R(2004)10) относно защитата на човешките права и достойнството на лицата с психично разстройство на Комитета на министрите към Съвета на Европа (20).

Спазването на етичните принципи за лечение в психиатрията е залегнало и в документи като: Декларацията за психично здраве в Европа (246); План за действие за психично здраве в Европа от 2005г. (244); Конвенция за правата на хората с увреждания от 2006г. на ООН (228); Зелената книга от 2005г. на Европейската комисия (72) и Европейския пакт за психично здраве и благополучие от 2008г. на Европейската комисия (73).

Според споменатите документи обслужването на психично болните трябва да се извършва на принципа на „най- малко ограничаваща алтернатива“, на защита от психическо и физическо насилие и малтретиране, на гарантиране на конфиденциалност, съдействие при липса на годност за избор, недискриминационно отношение, лично пространство, право на комуникация, самоопределение, второ мнение, достъп до медицинска документация (15).

Съвременни изследвания проучващи моделите на отношение към психиатричните пациенти привеждат доказателства, че в практиката преобладава патерналистичния модел на обслужване, въпреки информираността на специалистите за законовата рамка (164).

От друга страна наличието на автономност, без това да води до функционално възстановяване не е в помощ на психиатричните пациенти. Те се нуждаят от изграждане на умения и подкрепа в рамките на комплексни рехабилитационни грижи за да могат да практикуват правенето на автономни избори (35).

При институционализирани психиатрични пациенти способността за автономно функциониране е сериозно увредена, създавайки порочен кръг и значими затруднения в планирането на грижите в общността. Точната функционална оценка за техните актуални възможности и потребности би имало важно значение за адекватната социалната интеграция на този контингент болни (234).

### **5.3. Стигма и дискриминация**

Понятието „стигма“ произтича от древна Гърция където телесни знаци или „стигмати“ са били изрязвани или изгаряни по телата на хора, които е трябвало да бъдат белязани като различни. Съвременното развитие на понятието е свързано със социолога Ървин Хофман, според който стигмата е дълбоко дискредитиращ атрибут, който оставя от целия човек само позорното петно (85). Други изследователи казват, че стигмата е характеристика, която влиза в противоречие с нормите на групата. Подобно е и друго определение на стигмата: реална или приписвана характеристика на стигматизираните индивиди, издаваща социална идентичност, лишена от стойност в конкретната група, т.е. в това определение са загатват обществените нагласи към определени хора в зависимост от характеристики в тяхното поведение или външен вид. Отношението към стигматизираните е различно от това към останалите хора.

Хофман ясно заявява, че стигмата е интерактивен процес, в основата на който стои обвинението към нейния носител. Скамблер (193) разграничава

почувстваната или вътрешната стигма, към която принадлежат чувствата на срам и дискриминативно очакване, в резултат на което хората спират да споделят преживяванията си и да търсят помощ, от изразената или външна стигма, към която се отнася усещането за нечестно отношение на другите. Стигматизиращото отношение към психично болните се дължи на редица схващания (3):

- Хората с психични заболявания са опасни
- Психичните болести не се поддават на лечение
- Много психични болести се причиняват от самите болни, които нямат воля или характер, за да се справят с проблемите си, а бягат в болестта и занимават околните със себе си
- Хората с психични заболявания не могат да носят отговорност за своето поведение
- Общуването с тези хора е затруднено
- Те не могат да работят
- Психичните болести се причиняват от родителите на психично болните и от начина, по който те са отглеждали децата си
- Всички психично болни са еднакви

Зад стигмата обикновено стоят негативни стереотипи, ригидно поддържани от хора реагиращи дискриминативно към носителите на стигмата. В много от случаите тези стереотипи се поддържат от медиите (51). Има доказателства, че диагностичните етикети допринасят за нагласите на хората към психично болните (176). Пациентите с психични разстройства понякога показват социално неприемливо поведение, но и без такова, нагласата на обществото се променя, когато е налице вярване за наличие на психиатрична патология. Това вярване от своя страна променя поведението на пациентите, които са информирани за него (76).

Освен поставянето на диагностичен етикет и поведенческите симптоми съществуват и други фактори в подкрепа на стигматизиращото отношение, като например приеманото лечение, престоя в болница, консултацията с психиатър.

Стигматизиращото отношение обикновено се формира в ранното детство и остава сравнително постоянно през годините (27). Изразяващите в най-голяма степен негативно отношение обикновено са възрастни мъже с ниско образование.

Съществува склонност проявите на крайно странно или агресивно поведение да се поставят под знаменателя на психичната болест. Толерансът на обществото към психично болните зависи от близостта на интеракциите- колкото са по-настрана толкова толерансът е по-висок. Съществуват данни, че западната култура е по-стигматизираща от по-слабо развитите общества, като в някои от тях (напр. в Индия и Китай) лудостта се определя като нещо позитивно (132). В голяма част от случаите нагласата на медицинските професионалисти към психично болните не се различава от тази на обществото като цяло. Колкото повече знание има за психичната болест, толкова стигмата е по-малка.

Последици от стигмата е дискриминацията, като се смята, че тя е с по-пагубни последици от ефектите на самата болест. Пряката дискриминацията засяга възстановяването, способността на пациентите да намерят работа, образование, жилище, да се оженят, да имат приятелства, да получат качествени здравни грижи, създава предразположение към насилие и самоубийства, нарушава цялостна самооценка и възглед за бъдещето на засегнатите от нея. Две трети от потребителите на психиатрична помощ са преживели така нареченото отношение „не в моя заден двор“ (NIMBY- not in my backyard), представляващо открита съпротива на дадена общност срещу настаняването на психично болни в близост (178). При структурната дискриминация правата и възможностите на хората с психично-здравни проблеми могат да бъдат ограничавани чрез закони или разпоредби, неписани норми и правила на поведение или практики, които никой не оспорва. При самоналожената дискриминация (автостигма) хората с психично-здравни проблеми възприемат съществуващите към тях нагласи и започват сами да ограничават поведението си. Не е необходимо вече да бъдат дискриминирани – те сами започват да се дискриминират. Дискриминация по асоциация (близост) представлява ефекта на стигмата върху роднините и приятелите на психично болния, поради връзката си с него. В резултат на това много от тях правят усилие да скрият съществуването на проблеми. Професионалистите от системата за

психично-здравни грижи също имат трудности открито да признаят, че страдат от психично разстройство, когато това се случи (3, 166).

Справянето със стигмата включва преодоляване на негативните ефекти на дискриминацията. Вероятността пациентите да се обръщат за помощ по-рано и да представят симптомите си по-достоверно зависи от това доколко психиатричните служби са по-малко стигматизирани и стигматизиращи (235). Обучението на обществеността и публичен протест са измежду основните методи за справяне със стигмата. Съществена в тази насока е Глобалната програма за борба със стигмата и дискриминацията на Световната Психиатрична Асоциация (248). В световен мащаб съществуват множество кампании срещу стигмата, целящи промяна на нагласите на обществото към психичната болест. В тези кампании активно биват включвани средствата за масова информация, както и известни личности споделяйки собствените си преживявания и опит с психичната болест.

## **6. Психиатричната помощ в България**

В нашата страна обслужването на пациентите с психични разстройства се осъществява в съответствие със световните тенденции за деинституционализация на психично болните и тяхното лечение в общността. Целта на психиатричната реформа в България е да бъдат редуцирани леглата в големите психиатрични болници, които са разположени в изолирани райони извън градовете и обслужването да бъде насочено към новоразкрити алтернативни служби в близост до естествената социална среда на пациента.

През 2001г. се поставя началото на реформата в Българската психиатрична практика със създаването на Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2001–2005 г., утвърдена на 01 юни 2001 г. с Решение №399 на Министерски съвет (10). Програмата е съставена от 11 глави и е с продължителност 5 години. Тя е създадена в контекста на цялостно реформиращо се здравеопазване. В нея се прави критичен анализ на актуалното състояние на психиатричната помощ в страната, изтъкват се недостатъците на институционалния модел на обслужване, на организацията на обслужването като цяло, на наличната стигма и дискриминация на психично болните. Основни принципи на програмата

са доставяне на грижите в дома на болния, взаимосвързаност на лечебните услуги и координация на грижите, създаване на регионални програми за психично здраве, обществено- здравен подход, осигуряване на услуги според потребностите и на територията на общността, създаване на законова рамка на реформата, въвеждане на модерни технологии на обслужване с прилагане на психосоциална рехабилитация и зачитане на човешките права. Цели и задачи на програмата са създаване на практики за ранни интервенции при психоза, водене на случай, да осигури обслужване в общността, посредством създаване на дневни центрове за лица със социална дисфункция, да разкрие отделения към общите болници, да закрие част от специализираните психиатрични болници, да обучи лекарите от първичната помощ, да изработи стандарти в психиатричното обслужване, да изгради структури за жилищно устройване на болните в общността, да разработи нормативна база за правата на психиатричния пациент. Програмата определя ясни и конкретни индикатори за качество на услугите, органи на управление, финансиране и срокове за изпълнение.

Въпреки добрите намерения, вероятно инспирирано от нереалистични очаквания, използване на предимно външни източници на финансиране, недобра оценъчност на професионалните и обществени нагласи, резултатът от изпълнението на програмата бе сведен до осъществяването на неголям брой демонстрационни проекти, със затихващи функции и липса на континуитет след приключването им. Въпреки това Националната програма за психично здраве е база за по- нататъшно развитие на реформата в психиатрията в България.

През 1999г. се поставя началото на здравното осигуряване в България, започва да функционира Националната здравноосигурителна каса, като амбулаторното обслужване на психично болните започва да се осъществява от общопрактикуващите лекари и амбулаторни психиатри, каквото е то и за останалите непсихиатрични пациенти. Стационарното лечение остава на финансиране от държавния бюджет.

През 2001г. отпада принципа за задължителна диспансеризация на психично болните, което е важна стъпка в посока на зачитане на правото на избор на пациентите и е важен факт за преодоляване на дискриминацията. Прекратяването

на диспансерното обслужване от друга страна отваря възможността за отпадане на отговорността за лечението на психично болните, като тя се разпределя и в повечето случаи размива между ОПЛ, амбулаторни психиатри, болничните звена и продължаващите да съществуват, но неясни като функция диспансери. В много от случаите потърпевши от това са самите пациенти.

През 2004г. с решение на Министерски съвет на Република България, с Протокол №28 от 22 юли 2004 г. е приет следващия по важност документ имащ отношение към психиатричната реформа, а именно „Политика за психично здраве на Република България и Национален план за действие към нея за периода 2004–2012 г.“ (18). Основните приоритети на политиката за психично здраве са: осигуряване на равен и адекватен достъп до психичноздравни грижи на всички хора с психични проблеми; създаване на система от служби за хората със сериозна психична болест и тежка социална дисфункция, чрез която да се осигури континуитет на грижите и социалното им включване и да се гарантира собствената им и на обществото безопасност; изработване на стратегии за превенция, профилактика и промоция на психично здраве, както и за борба със стигмата и дискриминацията на психично болните, гарантиращи снижаването на икономическото и социалното бреме от психичната болест. Основен обект на национална политика са хората с тежка психична болест, поради предизвикателствата, поставяни от тези заболявания пред пациентите, близките им и обществото като цяло. Основна цел на политиката за психично здраве е да запази и подобри психичното здраве на населението, както и да изведе психичното здраве от професионалната, организационната и политическата изолация и да го включи в общата система на общественото здраве. Психично- здравната политика следва няколко принципа като: обслужване в общността, деинституционализация, спазване на човешките права, прилагане на качествени услуги, интегрален подход, политика, основана на доказателства, промоция и превенция, борба със стигмата и дискриминацията. Дългосрочните и цели са да се осигури широка политическа, институционална и обществена подкрепа за провеждане на реформата. Като цяло непосредствените цели повтарят в голяма степен дефинираните в Националната програма за психично здраве. Политиката за психично здраве, макар и да опреснява

и до голяма степен да преповтаря идеите за реформа търпи и много критики. Основните са липсата на ресурсна осигуреност, липса на стратегия и органи на управление, недопускане на гражданско представителство. Като цяло малко от съществените принципи и цели заложи в политиката са изпълнени. Значима трудност се среща в трайното разкриването на места за лечение в общността, както и в адекватното ангажиране на държавата в грижите за тежко психично болните пациенти.

Следваща важна стъпка в структуриране на психиатричното обслужване е утвърждаването през 2004г. и обновяване през 2010г. на Медицински стандарт „Психиатрия“ (7). В стандарта се формулират основните принципи за лечение и обслужване на лицата с психични разстройства като: Минимално ограничаване на личната свобода и зачитане правата на пациента; Намалване на институционалната зависимост на лицата с психични разстройства; Интегрираност и равнопоставеност на психиатричната помощ с останалите медицински направления; Спазване на хуманитарните принципи и норми при осъществяване на лечебния процес и социална адаптация; Стимулиране на самопомощта и осигуряване на активна професионална подкрепа на лица с психични разстройства. Стандарта всеобхватно определя различните аспекти на лечението и обслужването на психично болните като дефинира видовете лечебни заведения и дейностите извършващи се в тях, необходимия брой и видове персонал, организацията на грижите, въвежда детайлизирани протоколи за различните диагностичните и лечебни процедури, създава програми от грижи, дефинира различни аспекти на организация на средата на обслужване, процедури при обслужване на рискови пациенти, законови и етични аспекти, дефинира ролята на ОПЛ в обслужването на психиатрично болните.

На 29 юли 2004 г. е приет Закон за здравето, влязъл в сила от 01.01.2005г., в който има специална глава за психично здраве (гл.V) (6). В нея фигурират два раздела. В раздела за Закрила на психичното здраве са изредени органите и дейностите по опазване на психичното здраве, вида лечебни заведения осъществяващи обгрижването на психично болните, действията касаещи спешните

състояния, прилагането на рехабилитационни интервенции. Дефинирани са принципите при лечението на лица с психични разстройства, а именно:

- минимално ограничаване на личната свобода и зачитане правата на пациента;
- намаляване на институционалната зависимост на лицата с психични разстройства от продължително болнично лечение, при условие че това не противоречи на утвърдените медицински стандарти;
- изграждане на широка мрежа от специализирани заведения за извънболнична психиатрична помощ и приоритет на грижите в семейството и социалната среда;
- интегрираност и равнопоставеност на психиатричната помощ с останалите медицински направления;
- спазване на хуманитарните принципи и норми при осъществяване на лечебния процес и социална адаптация;
- стимулиране на самопомощта и взаимопомощта и осигуряване на активна обществена и професионална подкрепа на лицата с психични разстройства;
- специализирано обучение, професионална подготовка и преквалификация на лицата с психични разстройства с цел тяхната социална адаптация;
- участие на хуманитарни неправителствени организации в процеса на лечение и социална адаптация.

Във втория раздел- Задължително настаняване и лечение, детайлно се описват правната уредба за настаняване и лечение по недоброволен механизъм.

Най- актуалния документ засягащ принципите на обслужване на психично болните е създадената от Българската психиатрична асоциация „Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2013- 2020 година“. Тази програма е все още в проектен вариант и не е официално приета (11). Основните принципи залегнали в този документ са в съзвучие на реформиращата са психиатрия и са за: доставяне на грижите в дома на болния; взаимосвързаност на услугите и структурите, и създаване на правила и алгоритми; координация на

обслужването; създаване на регионални програми за психично здраве; общественостранен подход; обслужване в общността в съответствие с потребностите на пациентите; осигуряване на законовата рамка; прилагане на психосоциална рехабилитация и зачитане на правата на пациентите и тяхното участие в процесите на обслужването и управлението.

В нашата страна като част от нереструктурираното обслужване на трайно инвалидизираните пациенти с психични разстройства е съществуването на домове за възрастни хора с психични разстройства. Уредбата на обслужването в тези домове е описана в указание на Агенцията за социално подпомагане към Министерството на труда и социалната политика (4). Домовете за възрастни хора с психични разстройства се дефинират като „специализирани институции, предоставящи комплекс от социални услуги на лица с психични разстройства, установени с експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК. Социалните услуги, предлагани в тези институции целят да подпомогнат и разширят възможностите на лицата да водят самостоятелен начин на живот“. Домовете за психично болни по правило са разположени в изолирани региони, извън градската среда и функционират на институционален принцип. Към 2008г. техният брой в страната е 15. Тенденцията в настоящия момент е към затварянето на тези институции и насочване на нуждаещите се пациенти към по-съвременните форми на обслужване каквито са защитеното жилище или комбинацията на дневен център със защитено жилище.

Регламентацията на услугата „Защитено жилище“ е описана в Указание на агенцията за социално подпомагане от 19.11.2004г. (23). Целта на тази форма на обслужване е извеждането на пациентите от институциите и тяхната активна интеграция в общността. В обслужването се прави мултидисциплинарна оценка на потребностите, на базата на която се планират грижите. Интервенциите са ориентирани към създаване на умения за самостоятелно функциониране в общността.

Постигането на целите на услугата „Защитено жилище“ е още по-успешно при комбинацията и с Дневен център за хора с увреждания (24), където се осъществява „комплекс от социални услуги, които създават условия за цялостно обслужване на възрастните през деня, свързани с предоставянето на храна,

задоволяване на ежедневните, здравните, образователните и рехабилитационните потребности, както и организация на свободното време и личните контакти. Предлага специализирано оборудване и обзавеждане, както осигурява и включваща, преодоляваща и стимулираща инициативността среда, в зависимост от конкретните потребности на възрастните с увреждания“. Основните цели на програмата са: Гарантиране на равноправното положение на хората с увреждания; Преодоляване на социалната изолация чрез различни мероприятия целящи социалното включване на възрастните с увреждания в общността; Придобиване на нови знания, умения и навици за по-добро справяне с нуждите на ежедневието; Оказване на подкрепа на възрастните с увреждания и техните семейства; Осигуряване на постоянна и качествена грижа за всеки потребител. Обслужването е организирано на групов принцип и с помощта на мултидисциплинарни екипи и се базира на индивидуална оценка и индивидуален план за работа. Основните рехабилитационни дейности са обучителните, създаване на социални умения, трудотерапия, прекарване на свободното време, психотерапия.

Актуални данни за психиатричното обслужване в България към 2012г. посочват наличието в момента на 12 държавни психиатрични болници с общо 2582 легла, 12 психиатрични диспансери с 1328 легла, 12 психиатрични отделения към общите болници с 448 легла е 9 психиатрични клиники и сектори с 530 легла. Общия брой на психиатричните легла за страната е 4888. Дневни центрове, защитени жилища са отделни структури независимо функциониращи от лечебните заведения, като комуникацията между различните структури липсва. Разпределението на легловата база е неравномерно и обикновено със значимо отстояние от местоживеенето на пациентите. Прилагането на различни форми на психосоциална рехабилитация е insuficientно. Основните специалисти ангажирани в психиатричното обслужване са психиатрите и сестрите с общ профил. Крайно недостатъчни и почти липсващи са специалистите по клинична психология, клинична социална работа, психиатрично сестринство и психотерапия.

## **7. Критичен анализ на психиатричното обслужване в България**

Въвеждането на обслужване в съответствие с принципите на реформиращата се психиатрия в нашата страна е процес изискващ сериозна промяна на нагласите и организацията на грижите, разрушаване на старите неефективни практики, изграждане на нови реформирани структури в съответствие с наличните световни стандарти, подкрепа от държавните институции.

Създадената нормативна база е в съответствие със световните тенденции на психиатричната реформа. На практика обаче малко от нещата са получили реална реализация, а извършващото се в тази посока среща обикновено значителна съпротива. В периода на въвеждането на идеята за психиатрична реформа на проектен принцип бяха разкрити служби целящи да въведат, популяризират и генерализират практиките на лечение в общността. Идеята бе тези служби да продължат съществуването си и да генерират създаване на нови такива с логистичната и финансово сътрудничество от държавните институции. За съжаление това не се случи и повечето от тези инициативи бяха прекратени, като липсата на глобална практическа подкрепа доведе до спад на ентузиазма у защитниците на реформата. Очевидно е, че както тогава така и сега основният модел в обслужване в нашата страна е институционалният. Тринадесет години по-късно броят на психиатричните болници и домовете за психично болни функциониращи на принципа на старите психиатрични институции е твърде голям, а разкритите психиатрични служби в общността твърде недостатъчен. Липсват програми за лечение на специфични психиатрични разстройства, липсва последователност и координация на грижите. Държавните институции показват ниска практическа заинтересованост и участие в процесите на обслужване на психиатричните пациенти. Все още битуват нецивилизовани, стигматизиращи и дискриминационни нагласи на обществото като цяло към психично болните, все по-често проявяващи се публично чрез медиите. Почти липсват организации за застъпничество и защита на правата на лицата с психични проблеми, отсъстват възможности за сдружаване на психично болните в организации за защита на собствените им права, както и за тяхното участие в управление на собственото им боледуване. Като цяло отсъства нагласа за въвеждане на методи на обслужване с

доказана ефективност и ефект върху възстановяването на болните. Ограничените ресурси са причина за това лечението на психично болните често да се провежда при нечовешки условия, създаващи предпоставка за допълнителна инвалидизация.

В актуалното състояние на психиатричното обслужване отсъства система за оценка на ефективността на различните интервенции, провежданите дейности, условията на живот имащи отношение към възстановяването от психичната болест. В момента ефективността се измерва посредством брой хоспитализирани пациенти, като отсъстват показатели за реалния ефекта от лечението, т.е. приноса към здравето. Измерването обикновено се осъществяват от „обективните“ наблюдатели на лечебния процес, обикновено това са психиатрите, които прилагат предимно клинични критерии на оценяване, но дори те се свеждат често до три категории: „подобрен“, „влошен“ или „без промяна“. Субективната оценка на пациентите рядко влиза в преценката на ефективността на интервенциите, не се прилагат въпросници за това. Често се срещат куриозни ситуации, при които пациента е изписан от лечебното заведение с оценка „подобрен“, а на следващия ден е приет в друго лечебно заведение. Не е осъществявана и съпоставка върху ефекта на обслужването между различни типове лечебни заведения.

От всичко казано дотук става ясно, че възниква необходимостта от провеждане на по- задълбочени проучвания върху ефекта на широк кръг от прилагани интервенции, обслужването като цяло и факторите оказващи влияние върху протичането и изхода от боледуването при пациенти с хронични психични разстройства.

## **8. Изводи от литературния обзор**

- Шизофренията и сродните психиатрични разстройства са тежки, обикновено хронично протичащи състояния, с установена честота на разпространение, започващи в ранното юношество и продължаващи в повечето случаи до края на живота на пациентите. Те са сред най-инвалидизиращите заболявания с висока социална значимост, тежко бремене за пациента, неговите близки и обществото като цяло. Обслужването на болните от шизофрения изисква огромен финансов ресурс.

- Съвременните епидемиологични проучвания върху шизофренията показват по-благоприятен ход и изход от боледуване, като при голяма част от изследваните пациенти могат да се наблюдават белези на възстановяване в симптомен и функционален аспект с напредване на възрастта. Резултатите от големи интернационални проучвания показват, че при повече от 50% от болните в дългосрочен аспект се установява добър изход. Положително влияние върху този процес могат да имат различни фактори, като: социално-икономически условия и културалните особености, интервенции в ранния период на боледуване, наличието на благоприятна социална и семейна среда, позитивна обществените нагласи към болестта, ниски нива на стигма и дискриминация, насърчаване на независимо начин на живот, благоприятни преморбидни характеристики, липса на коморбидност, отсъствие на подмолно начало и протичане. Индивидуални фактори като позитивните очаквания от страна на пациентите, техните близки и лекарите са условие за по-добър изход от болестта. В голяма част от случаите е налице несъответствие между по-тежката психопатологията и същевременно по-добро социално функциониране.
- Възстановяването от психичната болест не е просто симптомно подобрене, а в неговото определение се включват и фактори като усещане за лично благополучие и удовлетвореност от живота, свобода на изразяване на желанията си, зачитане на човешките права, овластяване, равностойно приемане независимо от болестта и инвалидизацията, насърчаване в автономност и личен избор, индивидуално приспособяване към психичната болест и оптимистичната нагласа към бъдещето, въпреки яснотата, че преморбидното функциониране може и да не бъде достигнато.
- В настоящия момент отсъстват цялостни международни стандарти за обслужване в психиатрични заведения, няма и унифицирана методика за оценка на грижите. Съществуващите данни засягат отделни негови аспекти и в този смисъл изследванията в тази посока са с важно практическо значение.

- Въпреки актуалността на идеите за реформи в психиатричното обслужване, засягащи отношението към психично болния, въвеждането на практики на лечение и рехабилитация с доказана ефективност и постепенно отпадане на институционалния модел, в България все още тези процеси са в начален етап на реализация. В нашата страна преобладават институционалните практики в обслужването на хронично болните. Броят на наличните служби в общността е все още крайно недостатъчен. Обществото и професионалистите имат нееднозначно отношение към реформите, за което способства и липсата на доказателства за влиянието на различните модели на обслужване върху крайния комплексен изход от боледуването. В страната отсъстват задълбочени проучвания в тази актуална област, които биха подпомогнали структурирането на грижите в посока на по-качествени и ефективни интервенции.

### **III. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА**

#### **1. Хипотеза**

Профилът на обслужване в институциите за хронично боледуващи психиатрични пациенти влияе върху определени аспекти на тяхното функциониране и може достоверно да предскаже шансовете за възстановяване.

#### **2. Цели на проучването**

- Основната цел на представеното проучване е да анализира факторите на институционално обслужване на пациентите с хронични психични разстройства и влиянието им върху индивидуалното функциониране и шансовете за възстановяване.
- Да се дадат практически препоръки за подобряване на обслужването на пациентите с хронични психични разстройства ориентирано към възстановяване.

#### **3. Задачи на проучването**

- Да се събере извадка от пациенти с дълготрайни, хронично протичащи психични разстройства лекувани в три вида психиатрични институции–отделения в държавни психиатрични болници, домове за психично болни и служби в общността.
- Да се идентифицират демографските и клинично- социални характеристики на изследваната популация.
- Да се събере информация за профила на службите и практиките в обслужването на пациентите в тях.
- Да се изследват индивидуалните фактори на обслужването през призмата на субективната оценка на пациентите в съответните институции и да се направи обективна оценка на тяхното функциониране.
- Да се идентифицират корелации между различни социо- демографски и клинични показатели от една страна и субективната оценка на пациентите за обслужването и тяхното обективно измерено функциониране от друга.

- Да се изследват корелациите между компонентите на обслужването в съответната институция и субективната оценка на пациентите.
- Да се идентифицират предиктивни фактори в обслужването, имащи значение за функционирането и възстановяването от психичната болест.
- Да се изработят препоръки в съответствие с добрата практика за обслужване ориентирано към възстановяване.

#### **4. Материали и методика**

##### **4.1. Обект на изследването**

Обект на изследването са институциите за хронично психично болни и пациенти с дългогодишни, хронично протичащи психични разстройства пребиваващи в тях.

Институциите се дефинират като места за дългосрочно обслужване на лица с хронична психична болест. В нашата страна те биват три вида- отделения към психиатричните стационари, домове за психично болни и защитени жилища (служби в общността).

##### **Критерии за включване на институции**

- Равномерност в географското разпределение.
- Равномерност в представителството на медицински (психиатрични) и социални (домове и защитени жилища) заведения.
- Осигуреност с персонал през по-голямата част от денонощието, най-добре 24 часа.
- Институцията да функционира в този вид поне от една година.
- Институцията да има настанени поне шест души пациенти, към момента на провеждане на изследването.

##### **Критерии за изключване на институции**

- Институции за лечение на лица с физическа инвалидност, изоставане в развитието или деменция.

За целите на проучването се изготви списък от наличните в страната институции отговарящи на критериите за включване и изключване. Списъкът е изготвен с помощта на базата данни на Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика и Агенцията за социално подпомагане.

#### **Критерии за включване на пациенти в проучването**

- Пациенти с хронично протичащи, с голяма давност психични разстройства от шизофрениния или афективния спектър.
- Възраст между 18 и 65 години.
- Годност за разбиране на въпросите, което значи отсъствие на тежък когнитивен спад или остра психотична симптоматика.
- Подписване на информирано съгласие. Информираното съгласие е отделно измерение на годност за възприемане и претегляне на информацията и правене на свободен избор, което не е задължително и пряко свързано с правни концепти като дееспособност или недоброволно лечение.

#### **Критерии за изключване на пациенти от проучването**

- Водеща диагноза умствена изостаналост, органични психични разстройства, зависимост от психоактивни вещества (злоупотребата с психоактивни вещества не е изключващ критерий).

Анонимността на участниците бе гарантирана с използването на идентификационен код от 3 цифри за означаване на институциите и от 6 цифри за означаване на включените пациенти.

## 4.2. Методи на изследването

### 4.2.1. Описание на дизайна на проучването

Проучването е многоцентрично, срезово, с елемент на рандомизация, неинтервенционално. Данните са събрани в рамките на участие в международен проект „Разработване на европейски инструмент за добра практика в обслужването на хронично психично болни в институции”, DEMoVinc и бе одобрен от Етичната комисия към Медицински университет- София. Проекта е осъществен с помощта на гранд към VI Рамкова програма на Европейския съюз с участие на центрове от десет европейски страни: България, Чехия, Германия, Гърция, Италия, Холандия, Полша, Испания, Португалия и Великобритания (115) .

В българската извадка бяха включени 20 институции избрани на случаен признак от предварително съставен списък. При отказ за участие от страна на ръководителя на заведението, се преминава към следващото го по ред. Установен бе контакт на място с директорите на съответното звено и те бяха поканени за участие. Всеки един от тях получи съставена за проучването информационна брошура с кратко описание на проекта и бе интервюиран със създаден по методология на DEMoVinc „Инструмент за добра практика в обслужването на хронични психиатрични пациенти“. При пет от институциите с оглед тестване на надеждността на даваната информация със същите въпроси бе интервюиран и втори член на екипа от съответното заведение. С помощта на персонала във всяка една от институциите бе събрана информация с т. нар. „Про- форма“, включваща инициалите на всеки пациент, пореден номер, пол, възраст, дата на постъпване, диагноза и вид лечение. Освен за събиране на важна информация за проучването, про- формата служеше и като основа за рандомизация на пациентите. Последователно бяха включени следните институции: ОДПЗС Благоевград, второ отделение, с. Хърсово; ДВХПР, Пастра, с. Рила; ДПБ гр. Ловеч, хронично отделение; ДПБ с. Карлуково, хронично отделение; ДПБ гр. Раднево, хронично отделение; ДПБ гр. Раднево, защитено жилище; ДВХПР с. Лясково; ДПБ гр. Севлиево, хронично отделение; ДПБ гр. Царевброд, хронично отделение; ДВХПР с. Раздол; Хоспис „Анима“ с. Радиново; ДВХПР гара Лъкатник; ДПБ гр. Кърджали,

хронично отделение; ДВХПР гр. Твърдица; ДВХПР с. Подгумер; ДПБ гр. Царев брод, защитено жилище; ОДПЗС гр. Благоевград, защитено жилище; ДПБ гр. Ловеч, защитено жилище; ДПБ „Св. Ив. Рилски гр. Нови Искър, хронично женско отделение; ДВХПР с. Говежда.

След приключване на интервюто с ръководителите във всяка институция бяха изследвани между 5 и 13 пациенти, подбрани от предоставената информация от про-формите, на случаен принцип с помощта на компютърна програма за рандомизация. Общия брой на интервюираните пациенти бе 180. Всеки един от тях получи съставена информационна брошура за проучването и подписа информирано съгласие за участие.

Всеки пациент бе изследван с т. нар. „Интервюто с пациента“. Въпросникът бе съставен за целите на проекта DEMoVinc и включваше в себе си демографски данни, както и следните скали, приложени последователно: MANSA; Маркери на възстановяване; Вашето лечение и обслужване; Информация за прояви на насилие; Скала за личен избор на обитателя; Индекс за добра среда; Въпросник за получените от пациентите интервенции; Скала GAF; Скала PSP.

Интервютата бяха проведени в периода м. 07.2008 до м. 08.2009г.

#### **4.2.2. Описание на приложения инструментариум**

##### **Оценка на институциите**

**Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) (Индикатор за качество на рехабилитационата грижа)** - създаден за целите на проекта с абревиатура DEMoVinc или „Разработване на инструмент за добра практика при обслужването на хронично психично болни в институции“ (115). Инструментът се състои от 145 въпроса, разпределени в седем области- жизнена среда, терапевтична среда, лечения и интервенции, автономност, човешки права, социално включване и ориентация към възстановяване. Методологията на създаване на въпросника включваше следните етапи (115, 14):

**а. Идентифициране на ключовите фактори за възстановяване на лица с психични разстройства в институции**

Тази фаза бе съставена от няколко етапа, които имаха за цел да се идентифицират областите за включване в инструмента, като това да се съобрази с мнението на експертите и на потребителите на психичноздравни услуги.

- Етап 1- Систематичен преглед на литературата свързана с ефективността и ефикасността на грижите към лица с дълготрайни психични разстройства, главно ориентирана към „Възстановяване”. Преглед на Националните стандарти за грижи за хора с дълготрайни психични проблеми във всеки от центровете.
- Етап 2- Делфи упражнения. Този етап включваше три тура на Делфи упражнения. Участниците бяха разпределени в четири групи: психичноздравни професионалисти (психиатри, социални работници, сестри, трудови терапевти, психолози); пациенти; близки на пациенти; застъпници на пациенти и техните близки. Във всяка група се включиха по около 10-12 участника, с уговорка да завършат и трите тура. В първият тур всеки от участниците трябваше да изброи до 10 компонента на обслужването като отговори на следния въпрос: „Според Вас, какво помага най-много за възстановяване при хората с хронични психични проблеми в институции?” (у нас: институции = хронични или рехабилитационни отделения, домове за възрастни хора с психично разстройство или защитени жилища). Във втория тур всеки от участниците бе помолен да оцени по важност всеки един от компонентите на обслужването от предходния тур по скала от 1 (неважно) до 5 (от изключителна важност). В третия тур участниците бяха помолени отново да оценят компонентите на обслужването, съобразявайки се с медианата от всички оценки в групата и

тяхната лична оценка дадена във втори тур. Компонентите с повече от 80 % съгласие на средните оценките (с отклонение от 1 степен по скалата) бяха включени в окончателния списък за разглеждане, след постигнато съгласие между центровете.

Данните от трите източника на информация бяха групирани в девет области на обслужване, след постигне на съгласие от научния консорциум и от международен панел от експерти: жизнена среда; терапевтична среда; лечения и интервенции; автономност; социална политика, граждански права и застъпничество; клиничен стандарт; социално включване; човешки права; ориентация към възстановяване. Международният панел се състоеше от експерти по рехабилитация, правозащитно и здравно законодателство, както и от бивши пациенти и техни представители. Изработеният от членовете на консорциума пилотен инструмент се състоеше от 154 въпроса, оценяващи деветте области. Отделните въпроси отразяваха конкретни компоненти от обслужването, идентифицирани от литературния обзор и Делфи упражнението. Инструментът бе съставен така, че да се попълва от ръководителя на заведението.

**в. Пилотно прилагане и изследване на надеждността на инструмента**

След превод и обратен превод, инструментът бе приложен пилотно в по две институции във всяка страна. В резултат на това настъпиха известни корекции по отношение на точността и семантичната яснота, избегна се дублиране на въпросите и двусмисленото значение и не се допусна обединяването на два въпроса в един. Изследването на надеждност се проведе в 20 институции във всяка страна според определени включващи и изключващи критерии. В

десетте страни са изследвани общо 202 заведения (от които 20 у нас), като ръководителите на заведенията бяха интервюирани от двама изследователи по независим начин чрез: отделни индивидуални интервюта, съвместни интервюта с независимо оценяване или чрез индивидуално интервю на живо с аудиозапис от единия и последващо прослушване на записа от другия изследовател. Оценките бяха сравнени статистически за степента на надеждност чрез капа и интерклас корелация. Интервюираните и изследователите попълваха също форми с обратна информация за релевантността на инструмента, достъпността на данните и за времето, което отнема.

**с. Усъвършенстване на инструмента**

В тази фаза инструментът бе усъвършенстван след обсъждане от международни експерти. Под внимание се взеха резултатите от изследването на надеждност, както и мнението и обратната връзка от изследователите, които са го прилагали по отношение леснотата на прилагане, времето, което то отнема, способността за извличане на необходимата информация, яснотата на формулировките на всеки въпрос. В крайният вариант на инструмента бяха включени 145 въпроса с продължителност на интервюирането от около 90 минути. Въпросите даващи оценка по всяка от деветте области, бяха подложени на експлоративен факторен анализ за изследване на връзката между отделните въпроси и за статистическа проверка на принадлежността на всеки айтем към конкретна област. При този процес две от областите (социална политика, граждански права и застъпничество и клиничен стандарт) отпаднаха, поради недостатъчно разграничение от останалите. В резултат на това оценяваните области в инструмента бяха редуцирани до седем: жизнена среда, терапевтична среда, лечения и интервенции, автономност, човешки права, социално включване и ориентация към възстановяване.

**d. Асоцииране на оценката на инструмента с индивидуалните впечатления на пациентите**

В тази фаза се изследва връзката между впечатленията на пациентите от обслужването в институцията и резултатите от оценките на ръководителите на заведенията. Целта на тази фаза е кросвалидиране на инструмента в съответствие с възгледите на пациентите по отношение на качеството на живот, автономността и маркери за възстановяване. За тази цел бяха посетени отново 20 институции и бяха проведени интервюта с усъвършенствания инструмент на ръководителите и между 5 и 15 пациента във всяко заведение по рандомизиран принцип, след подписване на информирано съгласие. Рандомизацията се извърши с помощта на компютърна програма. Във всеки център бяха набрани между 150 и 200 пациенти. В българския център бяха изследвани 20 институции и 180 пациента. Общо за всички центрове бяха изследвани 1749 пациента в 203 институции.

**Оценка на пациентите**

За целите на проучването бе използвано създаденото по проекта DEMoVinc „Интервюто за пациенти“ състоящо се от 100 въпроса- като от тях 98 за индивидуално интервюиране и 2 за обективна оценка. Времето за прилагането му при един пациент бе около 60 минути. В интервюто за пациенти бяха включени следните въпросници:

- **Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)(Кратка скала за оценка на качеството на живот) (174, 42)-** скала за оценка на качество на живот. Въпросникът е стандартизиран за употреба в Европейския съюз и дава информация за удовлетвореността на пациентите от различни житейски области. Състои се от въпроси, с помощта на които се събира лична информация за пациента (пол, години, етнос, диагноза, образование, професионална реализация, финансово състояние, семеен статус, жилищни условия). Въпросите за субективна удовлетвореност са 12 разпределени в

следните области: удовлетвореност от живота, работата или липсата на такава, финансовото състояние, приятелствата, свободното време, жилището, личната сигурност, хората, с които живее, сексуалния живот, семейните отношения, телесното и психично здраве. Измерването е по 7 точкова скала, като 1 е най- ниската, а 7 най- високата степен на удовлетвореност. 4 от въпросите са с отговори Да/Не и дават обективна оценка.

- **Markers of Recovery (Маркери за Възстановяване) (128)**- идентифицирани от Либерман и Копелович маркери за възстановяване на лица с дълготрайни психични проблеми в няколко области: работа; учене; участие в активности през свободното време; семейни отношения; контрол над самообгрижването, медикаментозната терапия и финанси; наличие на социален живот; участие в инициативи на локалната общност; удовлетвореност от живота. За оценка в проучването са използвани част от споменатите маркери, даващи информация за степента на автономност на пациентите.
- **Your Treatment and Care Questionnaire (Вашето лечение и обслужване) (238)**. Въпросник за оценка на възгледа на пациентите за обхвата на прилаганите грижи. Въпросникът е широко разпространен за оценка на обслужването на хоспитализирани пациенти и пациенти лекувани в общността във Великобритания. Състои се от 25 въпроса с три възможни отговора- Да/Не/Не съм сигурен. Във въпросника са засегнати области като лечебен план, участие на семейството, медикаментозна терапия, отношение на персонала, зачитане на потребностите, предоставени грижи и условия в заведението и др.
- **Resident Choice Scale (Скала за личен избор на обитателя) (98)**. Въпросник за оценка на личния избор и автономността. Скала е частично адаптирана от въпросник за оценка на автономност при пациенти с обучителни затруднения. До този момент не съществува инструмент за оценка на автономност при лица с дълготрайни психични проблеми. Въпросникът специфично оценява способността на институцията да

промотира свобода на избора и независимост по отношение на ежедневието, и в този смисъл за приложението на скалата се налагат само незначителни корекции. Оригиналната скала е съставена от 26 въпроса, а модифицираната за проучването от 22 въпроса.

- **Good Milieu Index (Индекс за добра среда) (80).** Представлява въпросник измерващ терапевтичната среда по отношение на степента на удовлетвореност от заведението, персонала, другите пациенти, насърчаване на увереност у пациентите и способност да откриват добрите си способности. Състои се от 5 въпроса, всеки един с възможност за оценка по пет степенна скала от най-ниска- 1 до най-висока степен- 5.
- **Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory (Въпросници за социално-демографски данни и въпросник за получените от пациентите интервенции) (59).** В проекта се използват адаптирани версии на въпросниците, с които се събират данни за всеки контакт на потребителите на психичноздравни грижи със съответната служба за изминалия месец. Събират се данни за видовете професионалисти, с които е имал контакт пациента, броя на контактите, причината за контакта, дали контакта е бил в индивидуален или групов контекст. Събраните данни могат да се използват за целите на здравно-икономически анализ.
- **Global Assessment of Functioning (GAF) (Скала за Глобална оценка на функционирането) (90, 30, 103).** Представлява скала за цялостна оценка на функционирането, която се прилага от обучен изследовател под формата на полуструктурирано интервю, на базата на информация от пациента, негов близък и персонал. Скалата е разделена на десет равни интервали с ясна дефиниция за всеки един от тях от 1 до 100, с най-ниска оценка 1, а най-висока 100. Оценява се съвместно както тежестта на симптомите, така и нарушението във функционирането за последната седмица. Скалата е утвърдена и включена пета ос в DSM- 4.
- **Personal and Social Performance scale (PSP) (Скала за личностово и социално функциониране) (150, 154).** Представлява структурирана скала за оценка на функционирането разпределено в четири области: социално

полезни дейности, включително работа и учене; лични и социални взаимоотношения; самообгрижване; обезпокоително и агресивно поведение. Нарушенията във всяка една от областите се оценяват чрез шестстепенна скала от 0- липсващи до 5- много тежки. Крайния резултат се калкулира от 1 до 100 на десет равни интервали с възможни междинни стойности, ясно определен от сборовете от четирите области.

Инструментът за оценка на институции и интервюто за пациенти бяха обект на превод и обратен превод от и на английски, като редактор на обратния превод беше външен за българския център консултант. Съставени са и ръководства с детайлни инструкции за ползването им.

### **4.2.3. Статистически методи**

#### **А. Дескриптивна статистика**

- Вариационен анализ (количествени променливи) – средна стойност, стандартно отклонение, стандартна грешка, медиана.
- Честотен анализ (номинални и рангови променливи) - *абсолютни честоти* – броят на единиците в отделно взета група; *относителни честоти* – броят на единиците в отделно взета група отнесен към общия брой единици в съвкупността
- Графични изображения – линейни, стълбовидни и секторни диаграми.

#### **Б. Методи за проверка на хипотези**

##### **1. Параметрични методи**

- Т-тест при две независими извадки (Independent Samples T-Test) – проверка за равенство на средните на две независими групи при нормално разпределение;
- Дисперсионен анализ (Analysis of variance – ANOVA) – сравняване на средните на повече от две независими групи при нормално разпределение;

- Корелационен коефициент на Пирсън (Pearson Correlation) – изследване на връзката между две количествени променливи.

## 2. Непараметрични методи

- Тест на Колмогоров-Смирнов (Kolmogorov-Smirnov) и тест на Шапиро-Уйлк (Shapiro-Wilk) – проверка за нормалност на разпределението на количествена променлива;
- Тест на Ман-Уйтни (Mann-Witney) – сравняване на две независими групи, когато разпределението не е нормално;
- Тест на Кръскал-Уолис (Kruskal-Wallis) – сравняване на повече от две независими групи, когато разпределението не е нормално;
- Хи-квадрат тест (Chi-square test) или точен тест на Фишер (Fisher's exact test) – търсене на връзка между две качествени променливи.

## 3. Бинарна логистична регресия (Binary logistic regression) - за количествена оценка на факторното влияние върху изследваното събитие.

Използваното критично ниво на значимост е  $\alpha = 0,05$ . Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка от  $\alpha$ .

Обработка на данните от проучването бе осъществена с помощта на статистик, като бе използван специализирания статистически пакет SPSS версия 16.0.

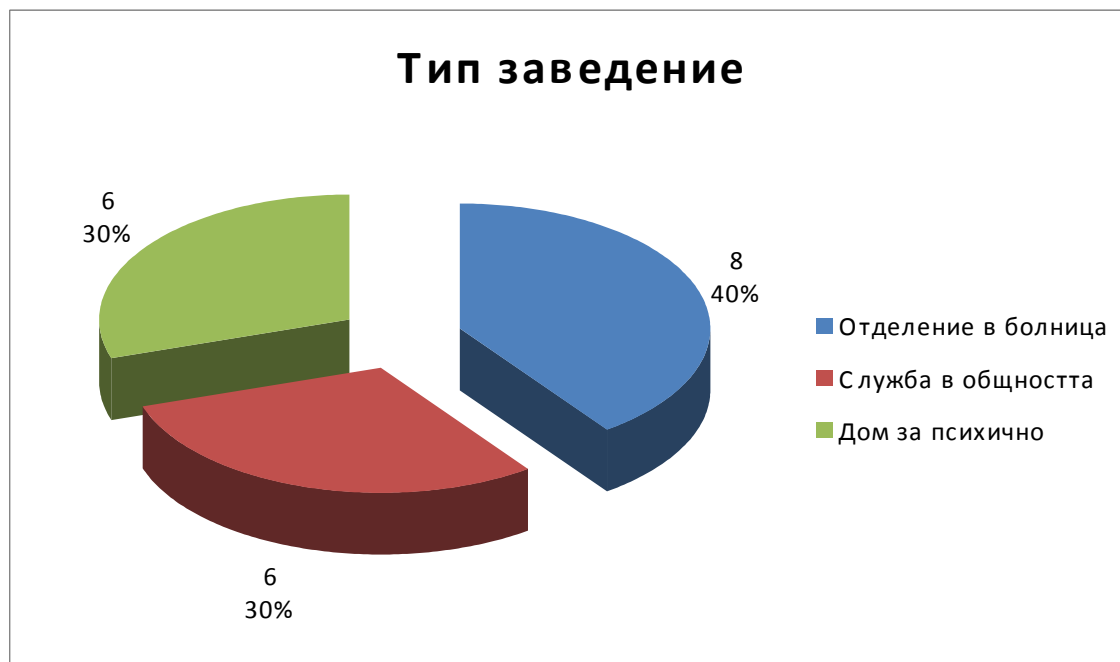
## IV. РЕЗУЛТАТИ

Представени са характеристики на включените в изследването 20 институции, чиито ръководители бяха интервюирани и 180 пациента, лекуващи се в тях.

### 1. Характеристики на изследваните институции

От включените 20 институции 8 са отделения в болници, 6 са служби в общността (в тази категория влизат защитени жилища, съществуващи като самостоятелна единица или открити към Държавни психиатрични болници, но също функциониращи отделно от институцията) и 6 са домове за възрастни с психични разстройства. От тези резултати се вижда равномерното представителство на различните типове заведения в извадката (**фиг. 1**).

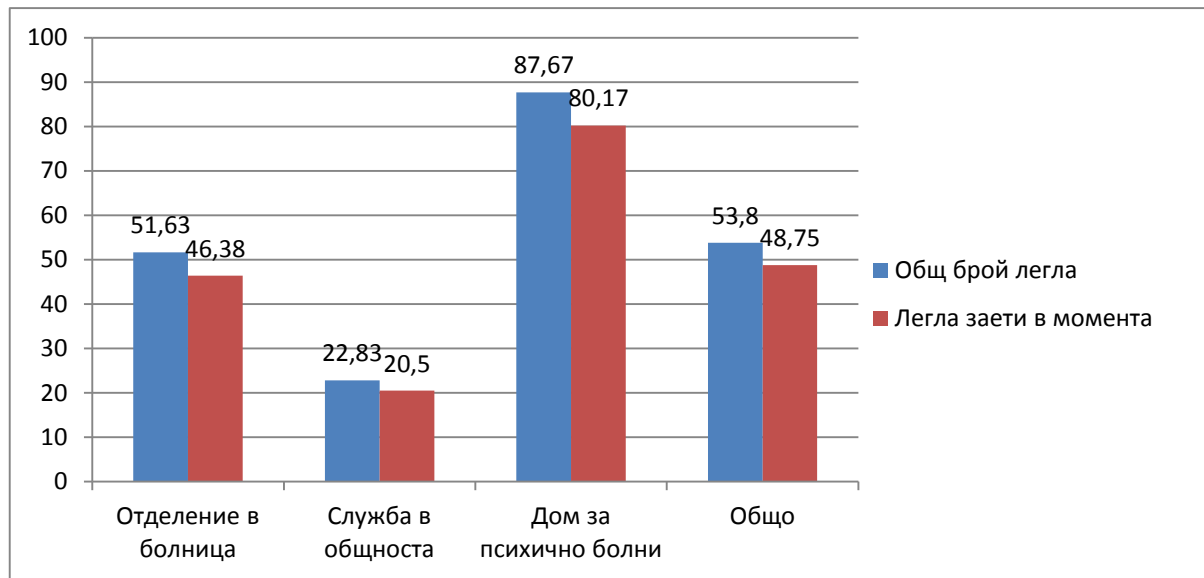
**Фиг. 1** Вид заведение



Средния брой на леглата е 53.8, (минимален брой 8, максимален брой 120), със средна моментна заетост на леглова база 48.7. На **фигура 2** се вижда разпределението на средния брой легла и тяхната заетост в различните по вид институции. Най-голям е техният брой в домовете за психично болни, с отчитане на

най –голяма пренаселеност, следван от отделенията в болниците и защитените жилища, където броят на леглата отговаря на потребността от лично пространство на пациентите.

**Фиг. 2** Леглова база в зависимост от типа институция



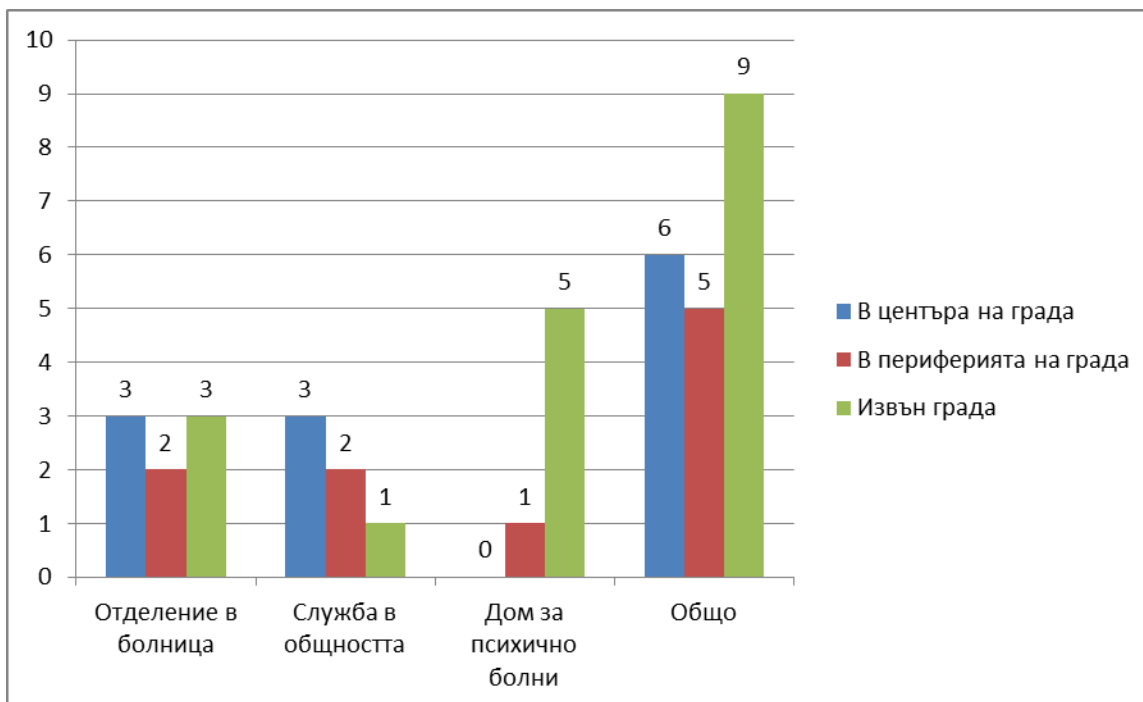
В извадката средния брой на мъжете пребиваващи в институциите е по-голям от този на жените: 26,2 към 22,5. Интересно е съотношението спрямо различните институции, в болничните отделения и службите в общността преобладаваща част от пациентите са жени, докато в домовете за психично болни преобладават в значителна степен мъжете. Това по всяка вероятност се дължи на по-тежко протичане с висока вероятност от хронификация и инвалидизация на мъжете пациенти боледуващи от шизофренни разстройства. Приетите недоброволно със законова процедура, като осреднена стойност са 9.63 за болничните отделения и почти два пъти повече в домовете- 15.17. В защитените жилища няма приети на задължителен принцип (табл. 2).

Табл. 2 Разпределение по пол и статут на приемане

Тип заведение		Брой мъже	Брой жени	Пациенти приети недоброволно
Отделение в болница (n=8)	Средна	18,75	27,63	9,63
	Станд. отклонение	15,80	24,44	13,15
	Минимум	0	0	0
	Максимум	40	65	40
Служба в общността (n=6)	Средна	5,00	15,50	0
	Станд. отклонение	5,06	28,74	0
	Минимум	0	0	0
	Максимум	14	74	0
Дом за психично болни (n=6)	Средна	57,33	22,83	15,17
	Станд. отклонение	39,81	38,87	26,17
	Минимум	0	0	0
	Максимум	97	94	65
Общо (n=20)	Средна	26,20	22,55	8,40
	Станд. отклонение	31,42	29,35	16,77
	Минимум	0	0	0
	Максимум	97	94	65

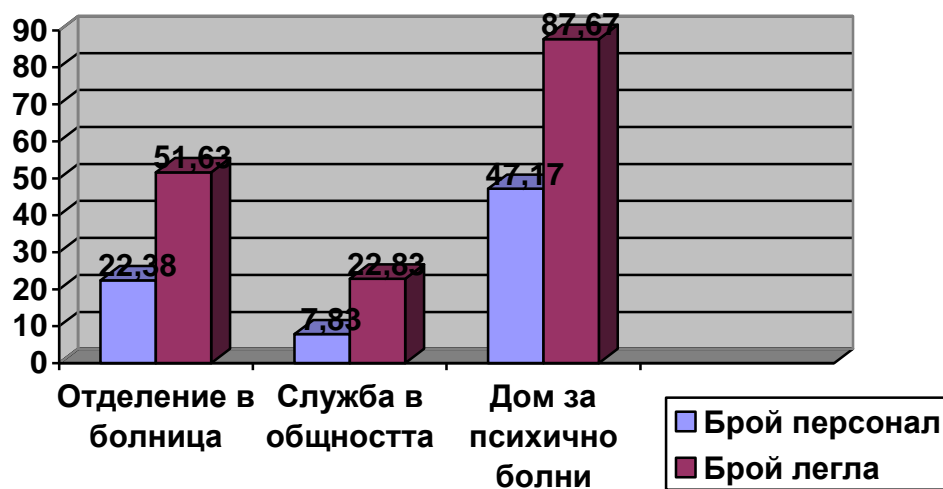
Според местоположението на институциите 6 (30%) са в центъра на града , 5 (25%) са разположени в периферията на населените места и по- големия брой 9 (45%) са извън града (**фиг. 3**). Болничните отделения са почти равномерно локализирани, докато службите в общността са базирани предимно в градовете, а домовете за психично болни се намират в изолирани местности далече от градската среда.

**Фиг. 3** Разпределение на институциите според локализацията



Средния брой на персонала работещ в съответното заведение, сравнен със средния брой легла е представен на **фигура 4**. От нея се вижда, че най-голям е броят на персонала в домовете за психично болни. Най-оптимизирана е работата в службите в общността, където съотношението легла /персонал е най-голямо. В домовете за психично болни съотношението брой легла/персонал е най-малко.

**Фиг. 4** Съотношение на персонала към броя на леглата



Интересен е факта, че в 19 от институциите няма зададена максимална продължителност на престоя, само в една от тях- защитено жилище, той е ограничен до 1 година. Докато този факт е донякъде разбираем за домовете за психично болни, то неограничения престой в болнично заведение противоречи на стандартите за добра клинична практика в обслужване на психично болните и показва, че преобладаващата част от болниците функционират на институционален принцип.

### **1.1. Характеристики на жизнената среда**

На **таблица 3** са представени някои специфични характеристики на организацията на жизнената среда в заведенията. Освен това представените данни създават впечатление и за предоставянето на възможност за личен избор и автономност на пациентите. Всички институции притежават собствен двор, предоставят достъп до телефон, в половината от тях пациентите имат възможност за избор на интериора. В 14 от институциите няма ограничение във времето за свиждане от близките.

**Табл. 3** Организация на жизнената среда

<b>Характеристика</b>	<b>Не н (%)</b>	<b>Да н (%)</b>
Достъп до:		
Градина	0 (0)	20 (100)
Вътрешен двор	0 (0)	20 (100)
Тераса	8 (40)	12 (60)
Наличие на:		
Вестник по личен избор	13 (65)	7 (35)
Компютър с интернет	14 (70)	6 (30)
Достъп до телефон	1 (5)	19 (95)
Избор на:		
Цвят на стените	10 (50)	10 (50)
Лека мебелировка	10 (50)	10 (50)
Мебели	15 (75)	5 (25)
Място за заключване на лични вещи	11 (55)	9 (45)
Възможност за заключване на банята	9 (45)	11 (55)
Възможност за заключване на тоалетната	10 (50)	10 (50)
Наличие на определено време за посещения	16 (80)	4 (20)
Стая за посещения:		
Която и да е стая	2 (10)	18 (90)
Специална стая	13 (65)	7 (35)
Достъп до ключ за външната врата	16 (80)	4 (20)
Достъп до ключ за спалнята	15 (75)	5 (25)
Храната се приготвя в централна кухня	4 (20)	16 (80)
Достъп до помещение за самостоятелно приготвяне на храна	11 (55)	9 (45)
Обикновено самостоятелно приготвят храна	17 (85)	3 (15)
Достъп до помещение за самостоятелно пране	6 (30)	14 (70)

### **1.2. Терапевтична среда**

Известна е важноста и значението на непрекъснатото повишаване на квалификацията на персонала по време на неговата работа. Продължаващото медицинско обучение е въведено със заповед на министъра на здравеопазването и в нашата страна, съществува и единна кредитна система за оценка на формите на продължителната квалификация на лекарите (8). Тази заповед бе основана на наредба No 31 от 28.07.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обнародвана в „Държавен вестник“, брой 64 от 20.07.2001 г., изменена и допълнена в брой 93 от 21.10.2003 г. (5).

По долу са представени данни за организацията на продължителното медицинско образование в европейски и световен мащаб.

На 20 юли 1958 година е създаден Европейски съюз на медицинските специалисти (211, 227), за да хармонизира медицинските специалности в тогавашната Европейска икономическа общност (European Economic Community – ЕЕС), предшественик на Европейския съюз (ЕС).

През октомври 1999 година към UEMS се създава Европейски акредитационен съвет за продължително медицинско образование (European Accreditation Council for Continuing Medical Education – ЕАССМЕ), който има за цел да уеднакви качеството и да осигури стандартизирано ПМО на медицинските специалисти в Европа. Препоръчва се европейските страни, които нямат изградена собствена акредитационна система за ПМО, да приемат тази на UEMS.

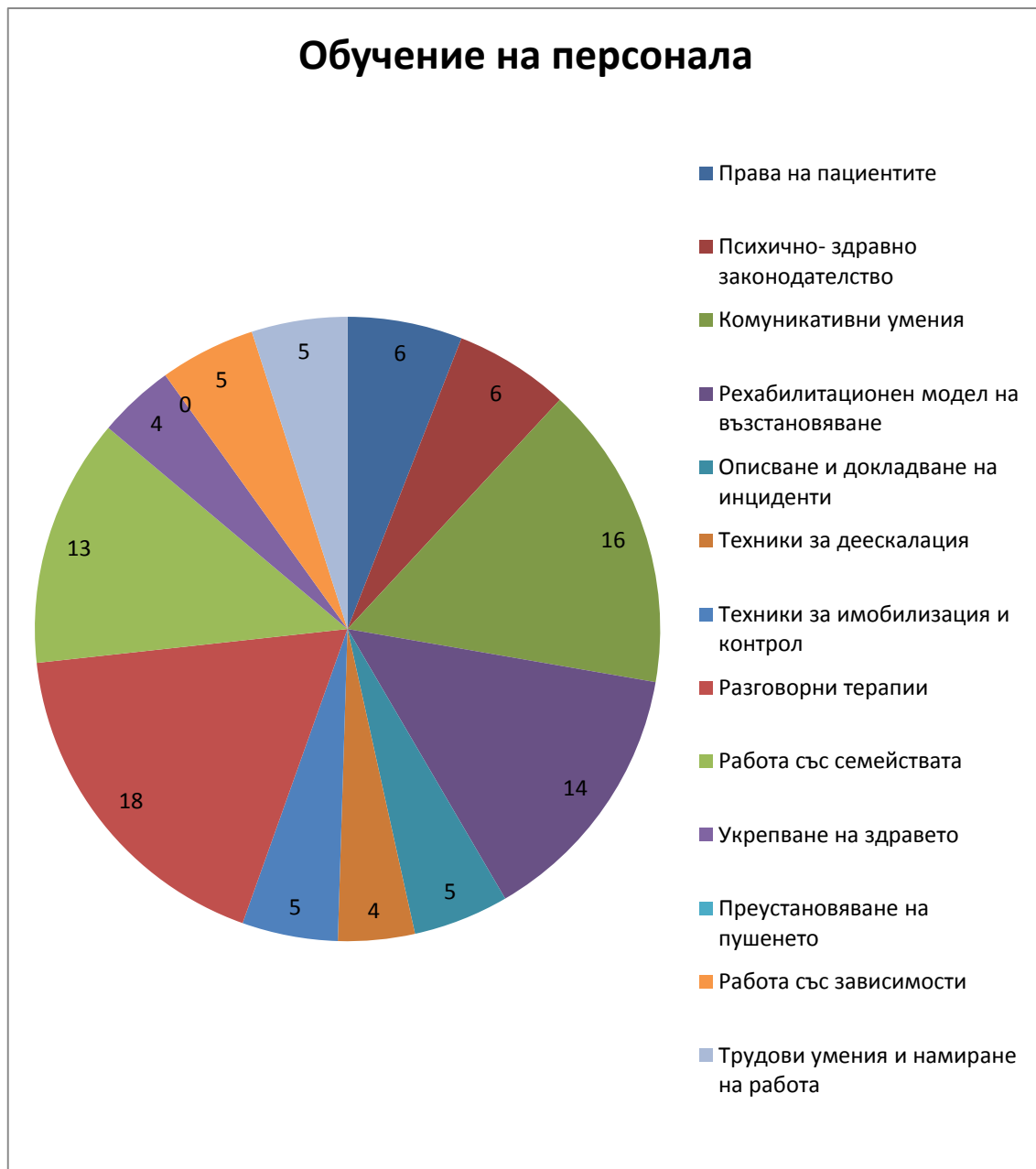
ЕАССМЕ, Американската медицинска асоциация (American Medical Association – АМА) и Американският акредитационен съвет за продължително медицинско образование (Accreditation Council for Continuing Medical Education – АССМЕ) (1) през 2000 година се споразумяха за взаимно признание на кредитните точки за ПМО. Крайната цел на това взаимно одобрение е осигуряване на възможност за свободна миграция на лекари между различните страни.

По този начин, мероприятията за ПМО, на която и да е от трите организации, получават автоматично акредитация и от другите две. На практика бе създадена единна система за оценка на ПМО в Европа и Северна Америка. Основата на тази „глобализация“ на ПМО е приетият от Световната федерация за медицинско образование (World Federation of Medical Education – WFME) през 2001 година документ за ПМО (242).

С въпросника са изследвани различни, съобразени със съвременните стандарти форми на обучение на персонала състояло се в последната една година. Представените резултати на **фигура 5** са информативни за дела на отделните области на обучение. От фигурата се вижда, че най- често застъпени (в повече от половината от институциите) са обученията в разговорна терапия (консултиране, съветване, психотерапия), трениране в комуникативни умения, рехабилитационен

модел на възстановяване и работа със семействата на пациентите. Останалите обучителни модалности са почти равномерно застъпени в по- малка степен.

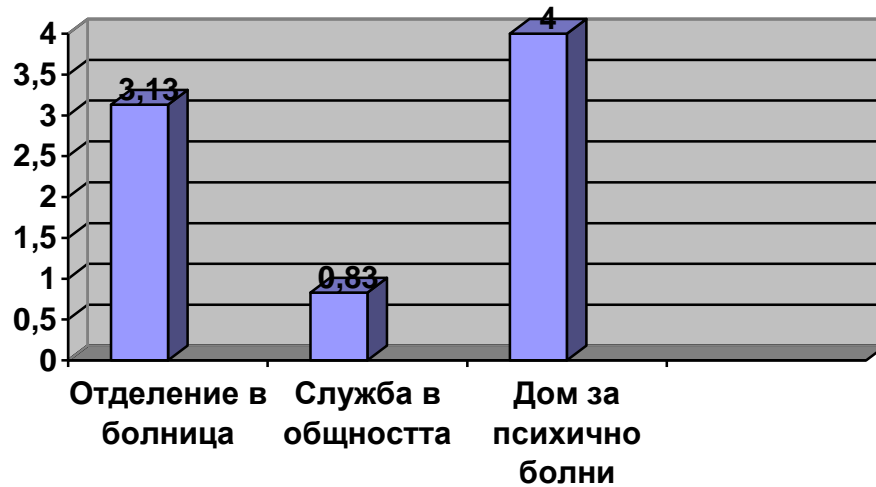
**Фиг. 5** Форми на повишаване на квалификацията на персонала



Оборота на персонала е важен индикатори за удовлетвореността от условията на работа. Сравнявайки отделните заведения се установява, че най –

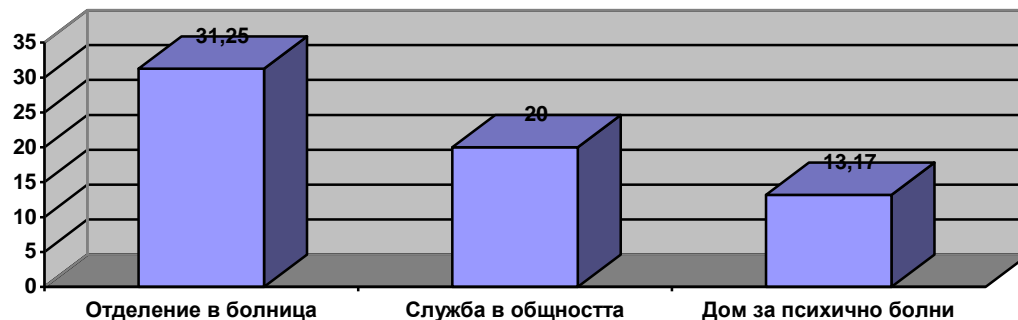
голям брой напуснали през последните две години са служители в домовете за психично болни (фиг. 6).

**Фиг. 6** Среден брой напуснали служители



Важен индикатор за това дали обслужването в дадено заведение е ориентирано към възстановяване е броя на пациентите преместили се към по-независим начин на живот. От нашата извадка най-голям е този брой при пациентите лекуване в болнични отделения (средно 31 пациента), следвани от службите в общността (средно 20 пациента) и домовете за психично болни с 13 пациента (фиг. 7).

**Фиг. 7** Средния брой пациенти преместили се към заведение с по-независим начин на живеене в последните две години.



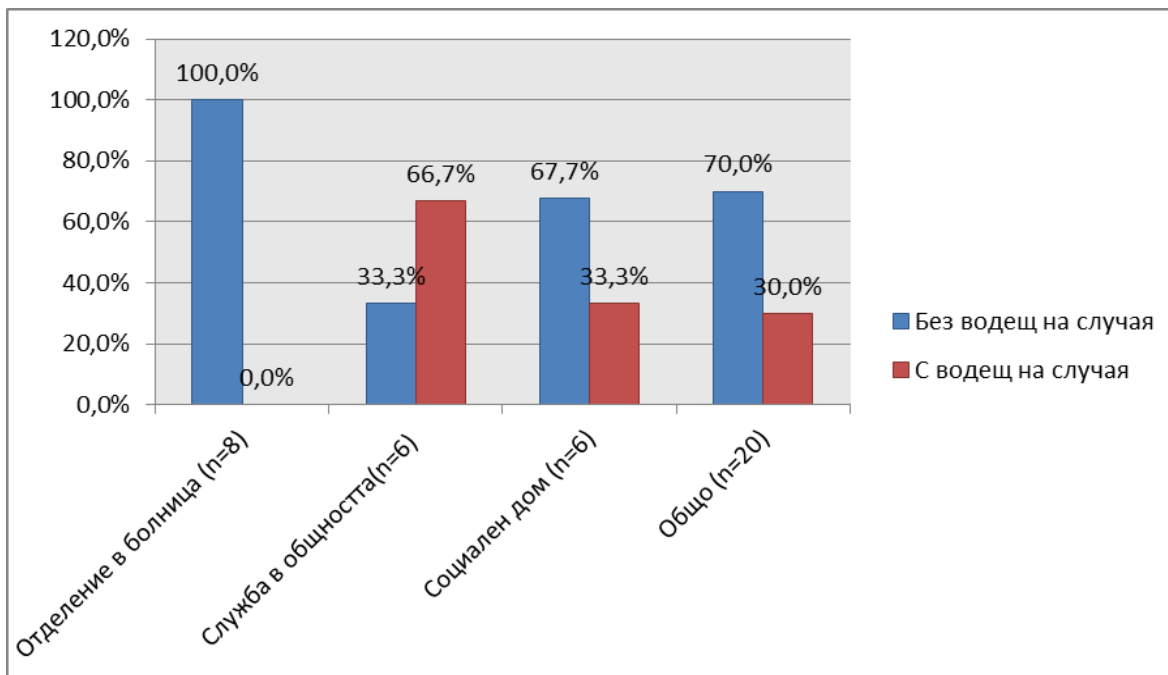
### 1.3. Лечения и интервенции

В тази част се изследват лечебните практики прилагани в изследваните заведения.

Базисно изискване в лечението на психиатрични пациенти е определянето на индивидуален водещ на случая, който да съставя и следи за изпълнението на терапевтичните задачи, да изготвя терапевтичен план в съответствие с индивидуалните потребности (12). В амбулаторната практика в контекста на реформите в психиатричното обслужване, водещия на случая изгражда дълготрайна връзка с пациента и координира интервенциите, в съответствие с потребностите на потребителите на психиатрична помощ и етапа на боледуване. Основен принцип при воденето на случая е фокусирането върху силните страни на индивида, а не върху патологията, т.е. е в пряка връзка с възстановяването от психичната болест. Съществуват различни модели на практикуване на воденето на случая. При едни водещите на случая са само координатори на грижите, при други те самите предоставят една част от интервенциите.

На въпроса има ли всеки пациент индивидуален водещ на случая/индивидуална сестра 70 % от интервюираните ръководители отговарят отрицателно. Още по-изненадващ е факта, че всичките 8 болнични заведения (психиатрични клиники, отделения в към болници) включени в изследването нямат практика да определят индивидуален професионалист, който да е отговорен за обслужването на конкретен пациент. Подобна е тенденцията и в домовете за психично болни. Обратно е съотношението при лекуваните в службите в общността, където практика е да бъде определян водещ на случая. Разликите между групите са статистически значими ( $p= 0.026$ ). Резултатите са графично представени на **фигура 8**.

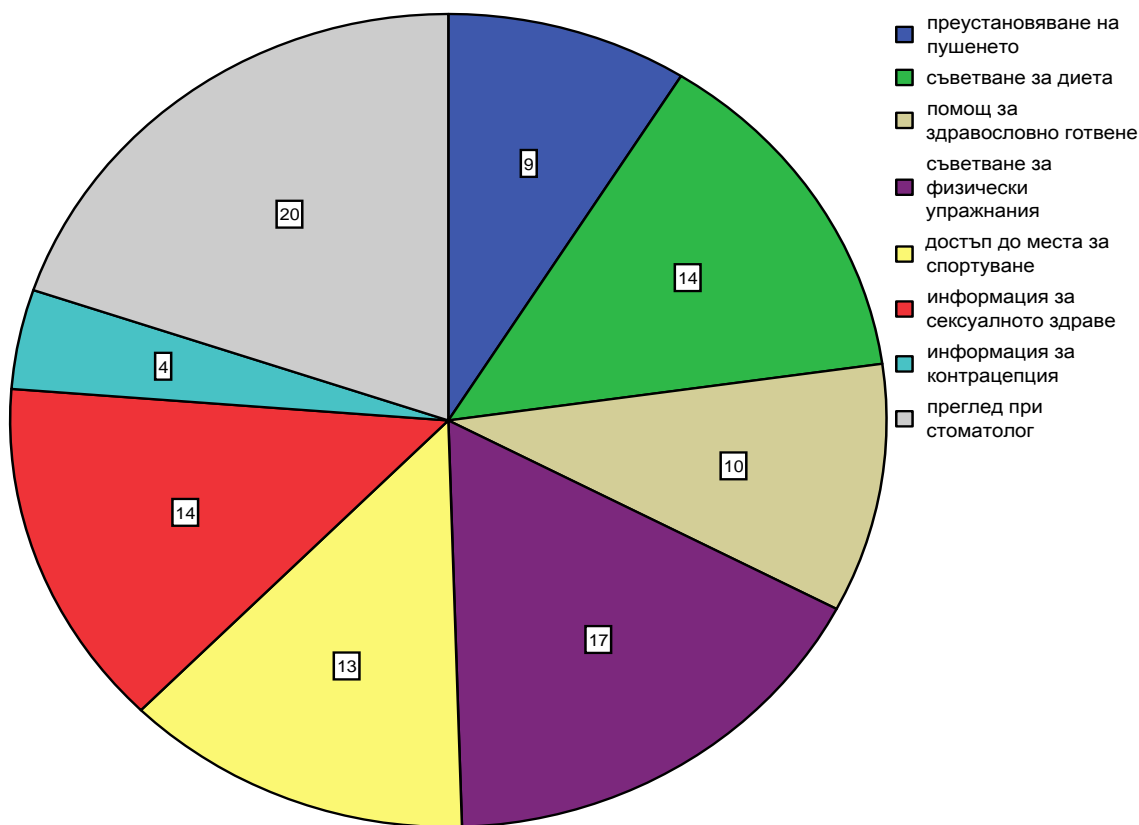
**Фиг. 8** Водене на случай



Ефекта от лечението и проявите на странични действия от медикаментите се мониторира основно от персонала на лечебното заведение в 100% от изследваните институции. При 45 % или в 9 институции в това активно са ангажирани и самите пациенти, т.е при по- малко от половината заведения се търси субективната преценка на пациента. Честотата на мониториране на ефектите и страничните действия при 80 % от службите се прави ежеседмично или по- често. При повече от 85% от институциите поне веднъж годишно се правят лабораторни изследвания, ЕКГ и измерване на теллото. При 95% (19) от институциите се провеждат профилактични прегледи на пациентите поне веднъж годишно.

На **фигура 9** се виждат прилаганите интервенции и тяхната разпространеност в съответните институции, целящи подобряване на физическото състояние на лекуваните пациенти. Най- често обитателите биват информирани относно зъбната хигиена (в 20 от институциите), физически упражнения (17 институции), съветване за спазване на диета с цел поддържане на нормално телесно тегло (14 институции), предоставяне на информация относно сексуалното здраве (14 институции).

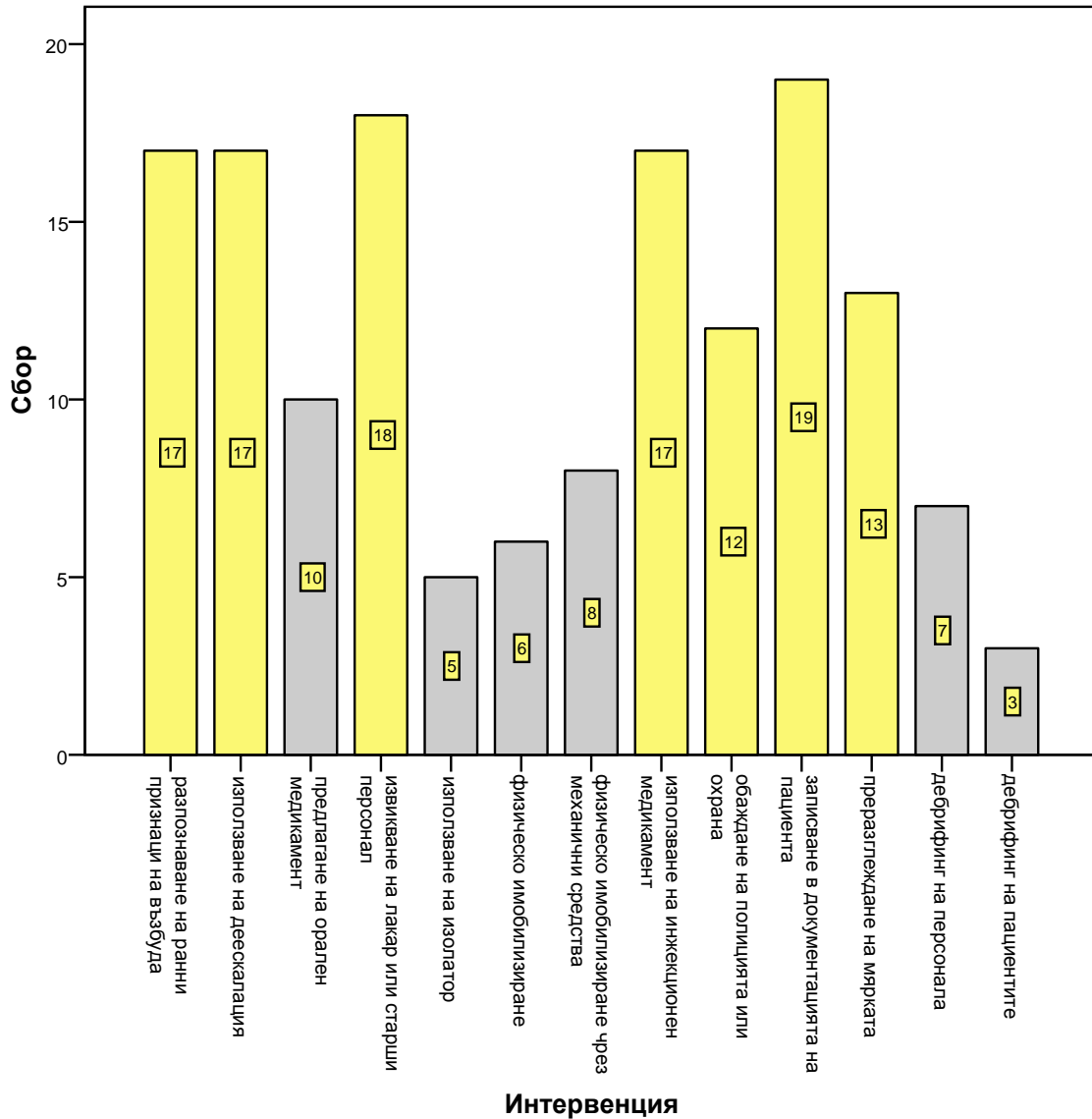
**Фиг. 9** Интервенции в подкрепа на здравето



В 65% (13) от институциите прилагането на принудителни мерки става, чрез спазване на писмен протокол. На **фиг. 10** са представени най- честите интервенции при пациенти с агресивно поведение. Прилагани в повече от половината от институциите са: разпознаване на ранните признаци на възбуда; използване на техники за деескалация; намеса на лекар или старши персонал; прилагане на инжекционен медикамент; обаждане на полицията или охраната; записване в документацията на пациента и проследяване и преразглеждане на мярката. Най-рядко се прилага дебрифинг на пациентите, изолация и физическа имобилизация. Тези данни са информативни за това, че в по- голяма част от институциите

справянето с агресията е посредством вербални интервенции и екипно присъствие и по-рядко с използване на физически средства за нейното овладяване.

**Фиг. 10** Интервенции при агресивно поведение



Изследвайки лечението с антипсихотици се установи, че най- голям е броя на пациентите приемащи конвенционални невролептици (средно 28 пациента). Двойно по- малък е средния брой пациенти приемащи атипични (средно 12,5) . Прави впечатление тенденцията към избягване на полипрагмазията, което се вижда от малкия брой пациенти получаващи повече от два антипсихотика едновременно (средно 2,1).

Службите в общността статистически значимо по- малко провеждат лечение с конвенционални антипсихотични и Клозапин в сравнение с останалите заведения. Резултатите са представени на **таблица 4**.

**Табл. 4** Антипсихотична терапия

Лечение	Тип заведение	N	Среден брой пациенти		p
			Средна	SD	
Конвенционални антипсихотици	Отделение в болница	8	32,0	21,4	<b>0,039</b>
	Служби в общността	6	12,3	19,3	
	Домове за психично болни	6	38,3	18,2	
	Общо	20	28.0	21.7	
Атипични антипсихотици	Отделение в болница	8	11,4	10,7	0,196
	Служби в общността	6	6,3	7,0	
	Домове за психично болни	6	20,3	24,5	
	Общо	20	12.5	15.6	
Клозапин	Отделение в болница	8	5,9	4,6	<b>0,047</b>
	Служби в общността	6	2,0	2,0	
	Домове за психично болни	6	5,0	7,4	
	Общо	20	4.4	5.1	
Повече от два антипсихотика	Отделение в болница	8	1,8	3,5	0,943
	Служби в общността	6	1,7	3,1	
	Домове за психично болни	6	3,2	7,8	
	Общо	20	2.1	4.8	

За по- голяма прецизност лечението бе изследвано посредством изчисляване на процента на болните на съответната терапия спрямо общия брой пациенти в съответния тип институция. В групите не се установи статистическа значимост.

Общо 56% са на терапия с конвенционален антипсихотик, 28.7% на атипичен антипсихотик, 11.3% на Лепонекс, само 3.9% на повече от два антипсихотика (табл. 5).

**Табл. 5** Антипсихотична терапия

Лечение	Тип заведение	N	% от общия брой пациенти		p
			Средна	SD	
Конвенционални антипсихотици	Отделение в болница	8	65.5	19.5	0.518
	Служби в общността	6	49.9	27.5	
	Домове за психично болни	6	49.5	24.6	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>56.0</b>	<b>23.7</b>	
Атипични антипсихотици	Отделение в болница	8	26.9	19.0	0.439
	Служби в общността	6	34.9	15.9	
	Домове за психично болни	6	25.0	28.7	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>28.7</b>	<b>20.8</b>	
Клозапин	Отделение в болница	8	13.5	9.4	0.846
	Служби в общността	6	13.9	8.2	
	Домове за психично болни	6	5.7	7.5	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>11.3</b>	<b>8.9</b>	
Повече от два антипсихотика	Отделение в болница	8	3.6	6.3	0.617
	Служби в общността	6	4.7	5.7	
	Домове за психично болни	6	3.4	8.3	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>3.9</b>	<b>6.4</b>	

Психотерапевтичните интервенции са доста подценени като терапевтична модалност и в трите вида институции. От видовете психотерапия най-често провежданите в институциите са психообучение и когнитивно-поведенческа терапия. Останалите видове не са застъпени. Дефицит се установява както по отношение на обучения за провеждане на психотерапия персонал, така и по отношение на пациентите включени в психотерапевтични програми (табл. 6).

**Табл. 6** Психотерапевтични интервенции

Психотерапия	Тип заведение	N	Среден брой		p
			Средна	SD	
Пациенти на фамилно психообучение в институцията	Отделение в болница	8	10,0	14,1	0,590
	Служби в общността	6	2,8	2,8	
	Домове за психично болни	6	1,7	4,1	
	Общо	20	5,3	9,8	
Пациенти на когнитивно-поведенческа терапия в институцията	Отделение в болница	8	7,4	13,9	0,501
	Служби в общността	6	6,0	3,4	
	Домове за психично болни	6	-	-	
	Общо	20	4,7	9,2	
Персонал обучен във фамилно психообучение	Отделение в болница	8	1,6	1,7	0,310
	Служби в общността	6	2,5	1,8	
	Домове за психично болни	6	1,7	2,9	
	Общо	20	1,9	2,0	
Персонал обучен в когнитивно-поведенческа терапия	Отделение в болница	8	0,8	0,9	<b>0,042</b>
	Служби в общността	6	2,3	1,6	
	Домове за психично болни	6	0,2	0,4	
	Общо	20	1,0	1,3	

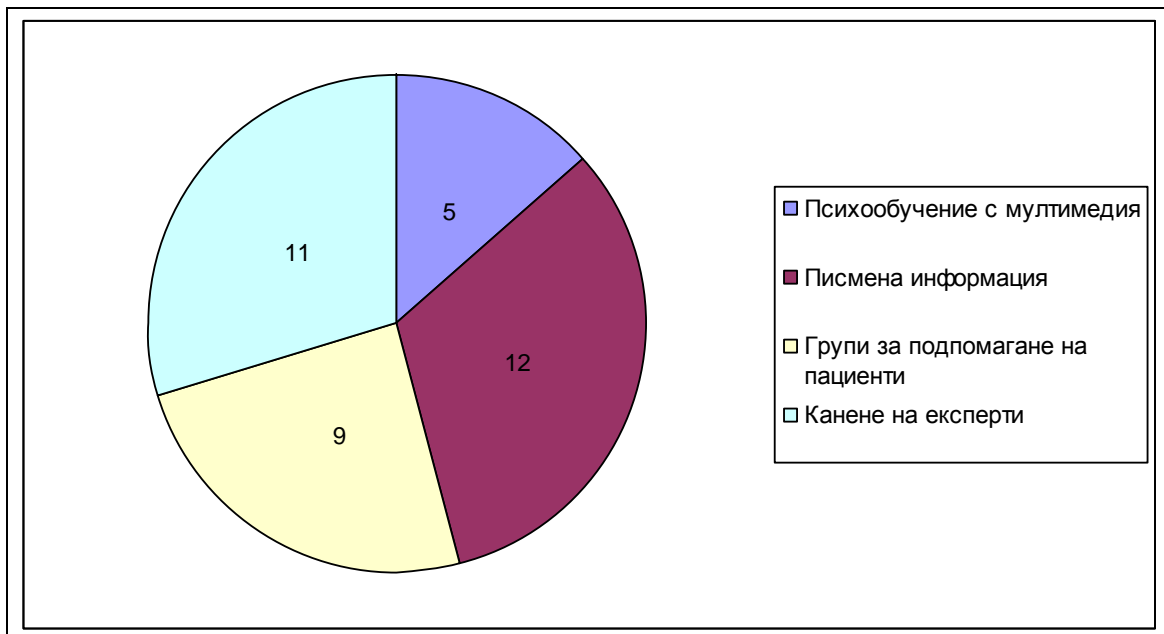
Независимо от малкия брой пациенти и персонал ангажирани с провеждане на психотерапия, разликите между типовете заведения стават видими, когато се изчисли процента от общия брой. На **табл. 7** се вижда, че статистически значимо повече от пациентите в службите в общността са били лекувани с когнитивно-поведенчески интервенции (61%,  $p=0,037$ ). В службите в общността 41,7% от персонала е обучен във фамилно психообучение ( $p=0,003$ ), а 39,1% в когнитивно-поведенческа терапия ( $p=0,017$ ).

**Табл. 7** Психотерапевтични интервенции

Психотерапия	Тип заведение	N	% от общия брой пациенти		p
			Mean	SD	
Пациенти на фамилно психообучение в институцията	Отделение в болница	8	22,5	24,3	0,685
	Служби в общността	6	29,3	25,6	
	Домове за психично болни	6	1,7	4,2	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>18,3</b>	<b>23,0</b>	
Пациенти на когнитивно-поведенческа терапия в институцията	Отделение в болница	8	14,4	21,6	<b>0,037</b>
	Служби в общността	6	61,7	43,1	
	Домове за психично болни	6	-	-	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>24,3</b>	<b>36,5</b>	
Персонал обучен във фамилно психообучение	Отделение в болница	8	7,6	7,8	<b>0,003</b>
	Служби в общността	6	41,7	22,4	
	Домове за психично болни	6	3,6	6,2	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>16,6</b>	<b>21,3</b>	
Персонал обучен в когнитивно-поведенческа терапия	Отделение в болница	8	3,4	4,1	<b>0,017</b>
	Служби в общността	6	39,1	26,6	
	Домове за психично болни	6	0,3	0,9	
	<b>Общо</b>	<b>20</b>	<b>13,2</b>	<b>22,3</b>	

Когато психообучението е налично най- често то се извършва с помощта на писмена информация и участие на външни за институцията експерти (**фиг. 11**).

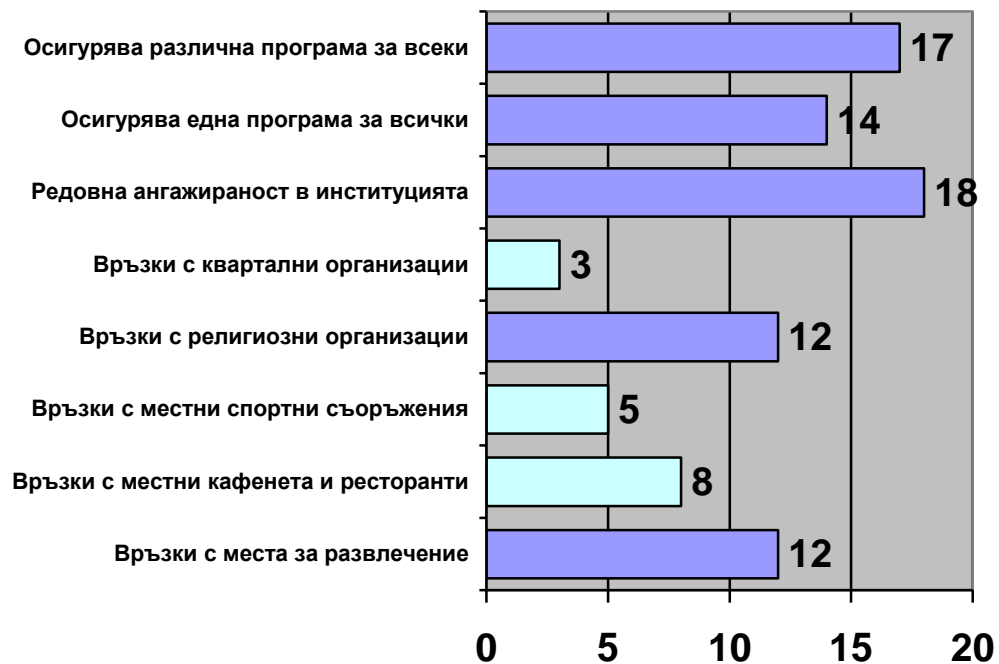
**Фиг. 11** Средства за психообучение



Само двама пациенти от всички 20 институции получават заплащане за работа извършена от тях в съответното заведение. В 70% (14) от институциите има специалист по трудова рехабилитация.

На **фиг. 12** са представени провежданите инициативи в подкрепа на планираните активности в заведението. Пациентите са редовно ангажирани с дейности в 18 от институциите. С оглед насърчаване на възстановителния процес най-голям брой (12) от тях осъществяват връзки с местни религиозни организации и места за развлечения в региона.

**Фиг. 12** Инициативи за планирани дейности в институцията

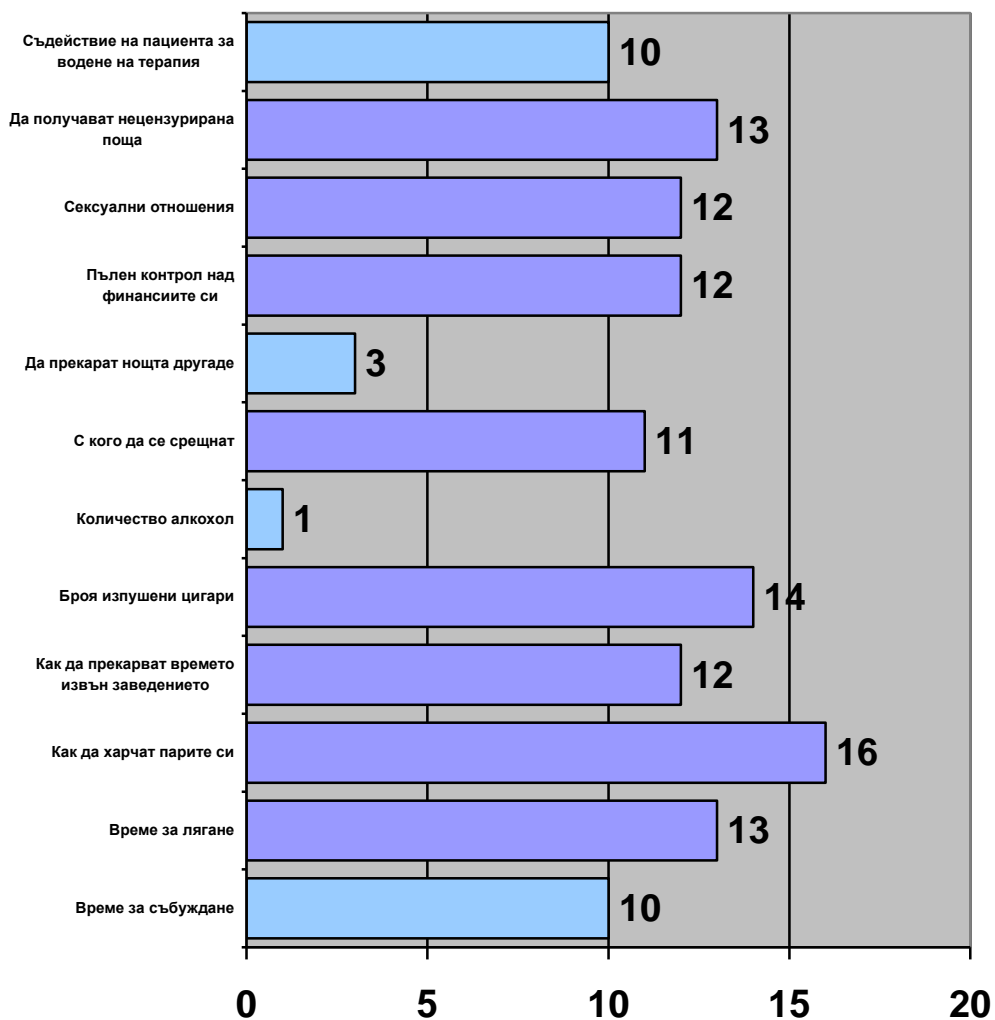


В 85% (17) от институциите се изготвят и прилагат индивидуални планове за обслужване на всички пациенти. В 70.6% (12) от тези институции в изготвяне на плана за индивидуално обслужване участва не само персонала на заведението, но и самия пациент, което е в съответствие с правилата за добра практика. В 7 (41.2%) от седемнадесетте институции, в които се прилагат индивидуализирани планове за обслужване, в изготвянето на плана биват включвани и близки на пациентите. Обществени организации не участват в нито едно от заведенията, в които се осъществява планиране на обслужването.

#### 1.4. Автономност и самостоятелно справяне

На **фигура 13** са представени нещата, които обикновено се решават автономно от пациентите и броя на институциите, в които автономния избор е застъпен. Най- либерално (в повече от половината от заведенията) е отношението към това как да харчат парите си, броя на изпушени цигари, времето за лягане, получаване на нецензурирана поща, сексуалните отношения, прекарване на свободното време извън институцията.

**Фиг. 13** Автономни решения на пациентите



#### 1.5. Клиничен стандарт и социална политика

В 18 (90%) от институциите няма практика за супервизия на случаите, дори под формата на групови дискусии и обсъждане на трудни пациенти, в 16 от тях не е

налично застъпничество при нарушаване на правата на пациентите. Всички институции пазят старателно документацията си, инспектирани са от външни инстанции, имат стандарт за разглеждане на жалби за злоупотреба от персонала и практикуват социално консултиране (табл. 8).

**Табл. 8** Клиничен стандарт и социална политика

<b>Въпрос</b>	<b>Не н (%)</b>	<b>Да н (%)</b>	<b>Неприложимо н (%)</b>
Определен супервизор на всеки член от персонала	16 (80)	4 (20)	
Използване на групова супервизия	18 (90)	2 (10)	
Външна инспекция	0 (0)	20 (100)	
Заклучване на документацията	0 (0)	20 (100)	
Налична процедура за подаване на оплакване	1 (5)	19 (95)	
Политика за разглеждане на жалби за злоупотреба от персонала	0 (0)	20 (100)	
Наличие на услугата застъпничество	16 (80)	4 (20)	
Информация за правата на недоброволни пациенти	4 (20)	9 (45)	7 (30)
Информация за правата на доброволни пациенти	6 (30)	14 (70)	
Наличие на услугата съветване по социални въпроси	0 (0)	20 (100)	

## **2. Характеристики на изследваната популация от пациенти**

### **2.1.Общи характеристики**

В проучването бяха интервюирани общо 180 пациента от двадесетте участващи институции. Най-голям бе броят на участниците от болниците- 79, приблизително поравно са представени службите в общността и домовете за психично болни- съответно с 46 и 55 пациента. От разпределението по пол общо преобладават мъжете- 103 (57,2%), към жени 77 (42.8%). Установиха се значими ( $p= 0,004$ ) различия в разпределението по пол в различните лечебни заведения. В болниците и домовете за психично болни преобладават мъжете, като техният процентен дял е съответно 53,2% и 74,5%, докато делът на жените в службите в общността е 56,2%. Преобладаващият брой мъже, настанени в институции за хронично болни извън общността, предполага по-тежко протичане на заболяването, по-голяма вероятност от инвалидизация и по-малка подкрепа и

толеранс от семействата. В извадката по-голямата част пациенти са пенсионери ( $p < 0,001$ ), вероятно почти всички от тях с група инвалидност. Малка част са работещи- само 7,2% и те се лекуват в болниците. Резултатите са представени в **таблица 9**.

**Табл. 9** Общи характеристики на извадката

Показател	Общо		Отделение в болницата		Служба в общността		Дом за психично болни		p
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	
Пациенти	180	<b>100,0</b>	79	<b>43,9</b>	46	<b>25,6</b>	55	<b>30,6</b>	
Пол									
Мъже	103	<b>57,2</b>	42	<b>53,2</b>	20	<b>43,5</b>	41	<b>74,5</b>	<b>0,004</b>
Жени	77	<b>42,8</b>	37	<b>46,8</b>	26	<b>56,5</b>	14	<b>25,5</b>	
Работа									
Платена работа	13	<b>7,2</b>	10	<b>12,7</b>	3	<b>6,5</b>	0	<b>0</b>	<b>&lt;0,001</b>
Обучение	2	<b>1,1</b>	0	<b>0</b>	2	<b>4,3</b>	0	<b>0</b>	
Безработен	13	<b>7,2</b>	11	<b>13,9</b>	2	<b>4,3</b>	0	<b>0</b>	
Пенсионер	152	<b>84,4</b>	58	<b>73,4</b>	39	<b>84,8</b>	55	<b>100,0</b>	

Средния брой легла за цялата извадка е 53.9, като в домовете за психично болни техния брой е най-голям, а в службите в общността най-малък, в контекста на добрите стандарти и практики. Продължителността на престоя е най-голяма в домовете за психично болни- средно около 7.8 години, най-малка е тя в болниците- около 7 месеца. Общо за цялата извадка е около 3 години. Средната възраст на пациентите е 45 години. Тя е най-голяма в домовете за психично болни. Преобладаващата част от пациентите са със завършено средно образование, със средна възраст на редовно обучение от 18.5 години. В службите в общността преобладават пациентите с основно образование. Средствата, с които разполагат обитателите осреднено са 150 лв., като се вижда, че месечния доход в домовете е твърде малък- средно 68 лв. Малка част от тези средства са на разположение в действителност на пациентите, които по правило не разполагат с никакви лични средства, а се използват и контролират от съответната институция. Близко 58 % от изследваните лица нямат деца, 38 % са с едно или две деца, средно 0.6 за цялата извадка без значими разлики по институции. Средния брой на живеещите в

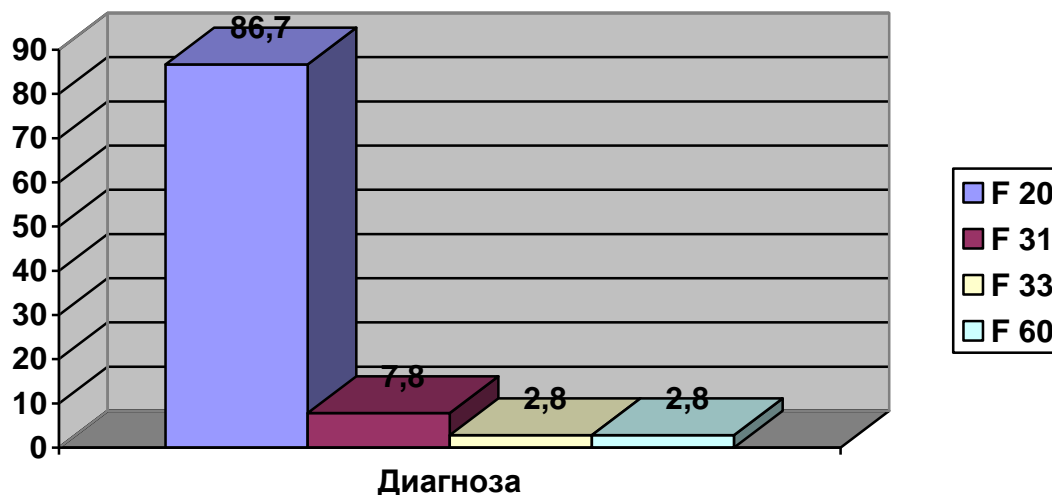
непосредственото обкръжение (в едно помещение) е 3.3, като в болниците броят им е най- голям 4.2 и приблизително равен в службите в общността и домовете за психично болни (табл. 10).

**Табл. 10** Социо- демографски характеристики

Показател	Общо			Отделение в болницата			Служба в общността			Дом за психично болни			p
	N	Ср.	SD	N	Ср.	SD	N	Ср.	SD	N	Ср.	SD	
Брой легла	180	<b>53.9</b>	30.6	79	<b>46,4</b>	12,6	46	<b>27,0</b>	28,6	55	<b>87,3</b>	19,4	<b>&lt;0,001</b>
Период на престой в месеци	180	<b>39,1</b>	59,4	79	<b>7,3</b>	21,7	46	<b>28,0</b>	32,2	55	<b>94,3</b>	74,0	<b>&lt;0,001</b>
Възраст в години	180	<b>45.4</b>	10.7	79	<b>43,8</b>	10,3	46	<b>46,5</b>	11,8	55	<b>47,0</b>	10,4	<b>0,074</b>
Възраст до завършване на редовно обучение	180	<b>18.5</b>	3.7	79	<b>19,2</b>	4,5	46	<b>17,7</b>	3,0	55	<b>18,2</b>	2,7	0,247
Общ брой години обучение	180	<b>11.4</b>	3.3	79	<b>11,9</b>	3,8	46	<b>10,8</b>	2,8	55	<b>11,1</b>	2,8	0,313
Часове работа за седмица	16	<b>38.1</b>	11.8	14	<b>32,1</b>	18,6	3	<b>40,0</b>	0,0				0,842
Месечен доход	180	<b>150.8</b>	207.5	79	<b>161,5</b>	182,8	46	<b>231,6</b>	223,1	55	<b>68,1</b>	201,0	<b>&lt;0,001</b>
Брой деца	180	<b>0.6</b>	0.9	79	<b>0,8</b>	1,1	46	<b>0,6</b>	0,8	55	<b>0,6</b>	0,8	0,366
Брой хора, с които живее в момента	180	<b>3.3</b>	2.0	79	<b>4,2</b>	1,8	46	<b>2,3</b>	2,4	55	<b>2,8</b>	1,6	<b>&lt;0,001</b>

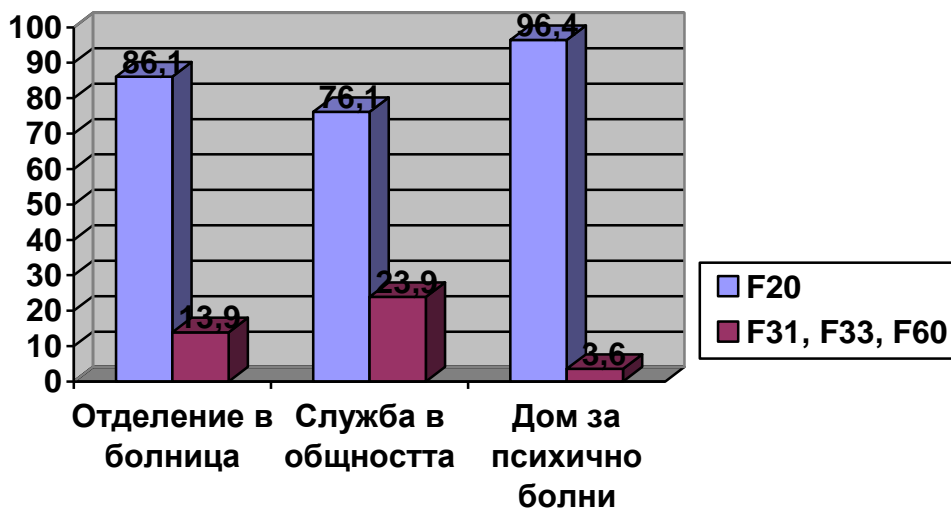
Преобладаващата част от пациентите са с диагноза шизофрения 86.7%, без значими полови различия. Останалите само 13.3% са с афективни и личностови разстройства предимно от Клъстър А по DSM-IV-TR (фиг. 14).

Фиг. 14 Диагноза



Съотношението на шизофрено болните сравнено с останалите диагнози е най- голямо в домовете за психично болни и най- малко в службите в общността, като резултатите показват високо ниво на статистическа значимост ( $p= 0.011$ ) (фиг. 15).

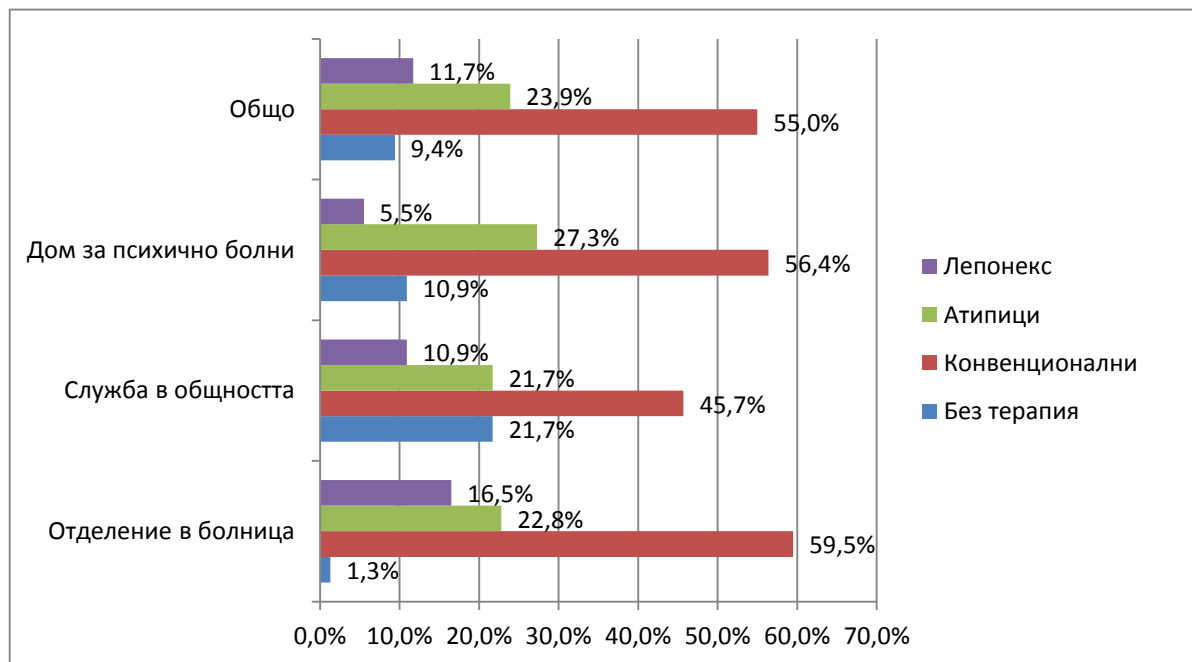
Фиг. 15 Диагноза спрямо вида институция



Преобладаващото лечение е с конвенционални невролептици при 55% от болните. Атипичите са предпочитания медикамент при 23.9%, а на Лепонекс са около 12 %. Останалите около 9% от пациентите са без психотропна терапия. Не се

установиха статистически значими разлики на приложеното лечение по пол. Статистически значими различия се установяват при антипсихотичното лечение в различните по вид институции ( $p= 0,006$ ). Най- голям е дялът на пациентите без антипсихотична терапия в службите в общността. Обяснение за този факт може да се крие в преобладаването на нешизофренните разстройства в тези институции, но вероятно също и в по- голямата свобода от страна на персонала и пациентите във взимането на терапевтични решения, включително за това пациентите да останат без терапия или да имат т. нар. терапевтични ваканции. По- малък процент от пациентите в службите в общността се лекуват с конвенционални антипсихотици сравнено с останалите институции. Атипичите се използват по- често в домовете за психично болни, а Лепонекс е медикамент за избор с по- голяма вероятност в болничните заведения. Резултатите са представени графично на **фигура 16**.

**Фиг. 16** Лечение



## **2.2. Фактори на обслужването, лечението и функционирането на изследваната популация от пациенти**

### **2.2.1. Качество на живот.**

Средната стойност на всички въпроси от скалата за качество на живот е 3,4 (SD= 0,9), което показва леко изразена тенденция към цялостна неудовлетвореност. Най-ниска е степента на удовлетвореност в службите в общността (3.3), където пациентите са предимно недоволни и се покачва в болниците (3.7), като най-висока е в домовете за психично болни (4.2) ( $p < 0,001$ ). Тази тенденция в подреждането на оценката на качеството на живот в съответните институции се запазва и по отношение на конкретните въпроси, при които се установяват статистически значими разлики. Те са: Удовлетвореност от финансовото състояние ( $p = 0,028$ ); Удовлетвореност от приятелствата ( $p < 0,001$ ); Удовлетвореност от свободното време ( $p < 0,001$ ); Удовлетвореност от жилището си ( $p < 0,001$ ); Удовлетвореност от сексуалния живот ( $p < 0,001$ ); Удовлетвореност от семейните отношения ( $p < 0,001$ ); Удовлетвореност от физическото здраве ( $p = 0,010$ ); Удовлетвореност от психичното здраве ( $p < 0,001$ ) (**табл. 11**).

**Табл. 11** Качество на живот (MANSA)

	Отделение в болницата			Служба в общността			Дом за психично болни			Общо			p
	N	Ср.	SD	N	Ср.	SD	N	Ср.	SD	N	Ср.	SD	
Удовлетвореност от живота като цяло	79	<b>4,3</b>	1,4	46	<b>4,4</b>	1,6	55	<b>4,8</b>	1,6	180	<b>4,4</b>	1,5	0,062
Удовлетвореност от работата	15	<b>4,5</b>	1,6	3	<b>4,0</b>	2,0	-	-	-	18	<b>4,4</b>	1,7	n/a
Удовлетвореност от пенсионирането/ безработицата	65	<b>4,1</b>	1,9	41	<b>4,1</b>	1,7	55	<b>4,3</b>	1,7	161	<b>4,1</b>	1,8	0,720
Удовлетвореност от финансовото състояние	79	<b>3,1</b>	1,7	46	<b>2,7</b>	1,5	55	<b>3,6</b>	1,8	180	<b>3,1</b>	1,7	<b>0,028</b>
Удовлетвореност от приятелствата	79	<b>3,4</b>	1,8	46	<b>2,6</b>	1,5	55	<b>4,5</b>	1,5	180	<b>3,5</b>	1,8	<b>&lt;0,001</b>
Удовлетвореност от свободното време	79	<b>4,3</b>	1,4	46	<b>4,1</b>	1,2	55	<b>5,1</b>	1,4	180	<b>4,5</b>	1,4	<b>&lt;0,001</b>
Удовлетвореност от жилището си	79	<b>4,3</b>	1,7	46	<b>3,4</b>	1,8	55	<b>5,0</b>	1,5	180	<b>4,3</b>	1,8	<b>&lt;0,001</b>
Удовлетвореност от личната сигурност	79	<b>4,8</b>	1,3	46	<b>5,0</b>	1,0	55	<b>4,8</b>	1,7	180	<b>4,8</b>	1,2	0,790
Удовлетвореност от хората, с които живее	79	<b>4,7</b>	1,2	46	<b>4,9</b>	1,1	55	<b>5,0</b>	1,3	180	<b>4,8</b>	1,2	0,180
Удовлетвореност от сексуалния живот	79	<b>2,9</b>	2,0	46	<b>1,8</b>	1,3	55	<b>4,1</b>	1,8	180	<b>3,0</b>	1,9	<b>&lt;0,001</b>
Удовлетвореност от семейните отношения	79	<b>4,2</b>	1,7	46	<b>2,3</b>	1,5	55	<b>4,2</b>	1,8	180	<b>3,7</b>	1,9	<b>&lt;0,001</b>
Удовлетвореност от физическото здраве	79	<b>4,4</b>	1,6	46	<b>3,9</b>	1,5	55	<b>4,8</b>	1,7	180	<b>4,4</b>	1,6	<b>0,010</b>
Удовлетвореност от психичното здраве	79	<b>4,1</b>	1,6	46	<b>3,9</b>	1,4	55	<b>4,9</b>	1,6	180	<b>4,3</b>	1,6	<b>&lt;0,001</b>
Общ сбор	79	<b>3,7</b>	0,9	46	<b>3,3</b>	0,8	55	<b>4,2</b>	0,8	180	<b>3,4</b>	0,9	<b>&lt;0,001</b>

Не се установяват статистически значими различия в сравнителния анализ на удовлетвореността на пациентите и показателите пол, месечен доход, брой хора, с които живеете, диагноза и лечение. Степента на удовлетвореност се разполага точно по средата на диапазона на скалата, т.е. нито удовлетворен, нито неудовлетворен. Единствените значими разлики се наблюдават при общия брой на леглата в институцията. За целите на сравнителния анализ институциите са

разпределени в две групи в зависимост от общия брой на леглата в тях. Разпределението е съобразено с Медицинския стандарт по психиатрия, където в Наредба № 24 от 7 юли 2004 г. на Министерство на здравеопазването, където оптималния брой на леглата в психиатричното отделение е дефиниран между 10 и 40 легла.

Сравнявайки степента на удовлетвореност с общия брой легла в лечебното заведение се установи, че с високо ниво на статистическа значимост, пациентите в заведенията с по- голяма леглова база са по- удовлетворени от тези в заведения с по- малък брой на леглата ( $p= 0.007$ ) (табл. 12)

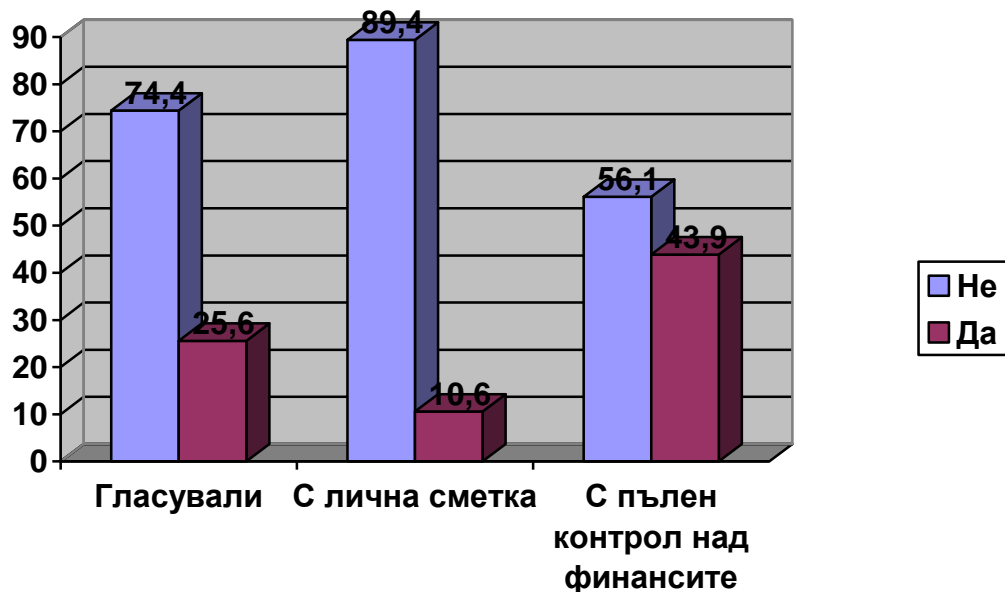
**Табл. 12** Социо- демографски аспекти и качество на живот (MANSA)

Пол	MANSA			
	N	Средна	SD	p
Мъже	103	3.9	0.9	0,259
Жени	77	3.7	0.9	
<b>Месечен доход</b>				
0 лева	41	3.8	1.0	0,3
1 до 100 лв. вкл.	58	3.9	0.9	
от101 до 300лв. вкл.	60	3.6	0.8	
над 300 лева	21	3.8	0.9	
<b>Брой хора, с които живее</b>				
от 0 до 1 човек вкл.	34	4.0	0.7	0,222
от 2 до 4 човека вкл.	117	3.7	0.9	
над 5 човека вкл.	29	3.9	1.0	
<b>Диагноза</b>				
F20	156	3.8	0.9	0,606
F31, F33, F60	24	3.7	0.9	
<b>Лечение</b>				
Без антипсихотична терапия	17	3.8	0.8	0,926
Конвенционални антипсихотици	99	3.8	0.9	
Атипични антипсихотици	43	3.8	0.8	
Лепонекс	21	3.8	1.0	
<b>Брой легла</b>				
до 41 легла вкл.	77	3.6	0.8	<b>0,007</b>
над 41 легла	103	3.9	0.9	

### 2.2.2. Маркери на възстановяване

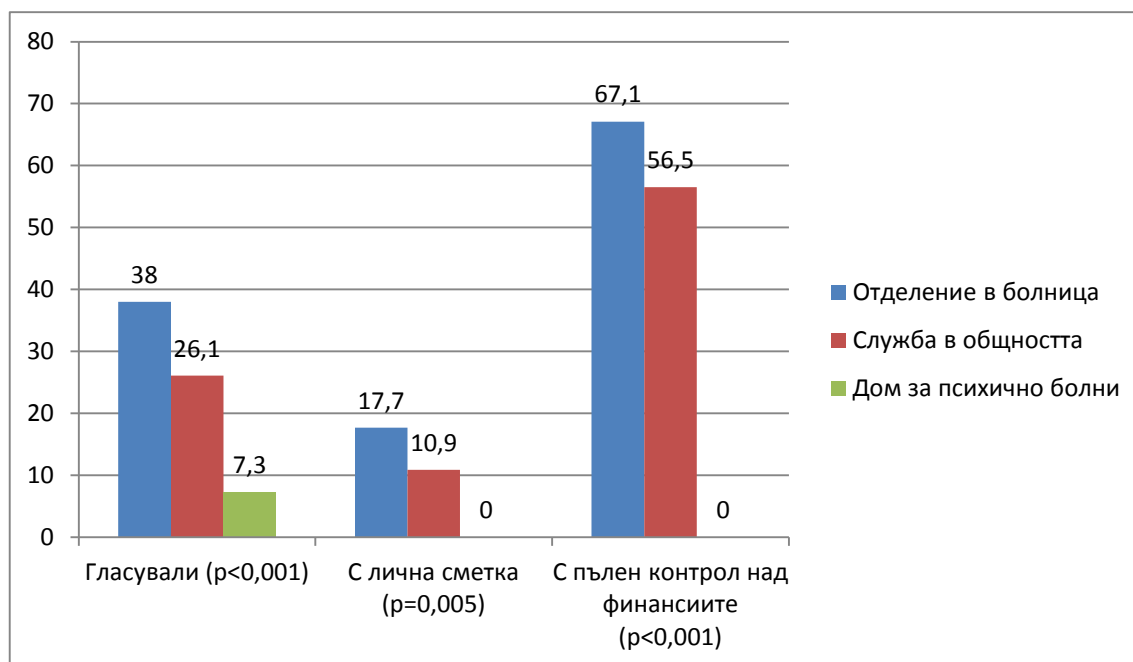
Възстановяването е измерено с трите маркера: гласуване на избори, наличие на лична банкова сметка и наличие на пълен контрол над финансите. Три четвърти от пациентите не са гласували, 89% нямат лична банкова сметка, 56 % нямат пълен контрол над финансите си. Не се установиха значими различия в разпределението по пол. По голяма част от пациентите с психични разстройства различни от шизофрения отговарят положително на въпросите за възстановяване, но различията не са статистически значими (фиг. 17).

Фиг. 17 Маркери на възстановяване



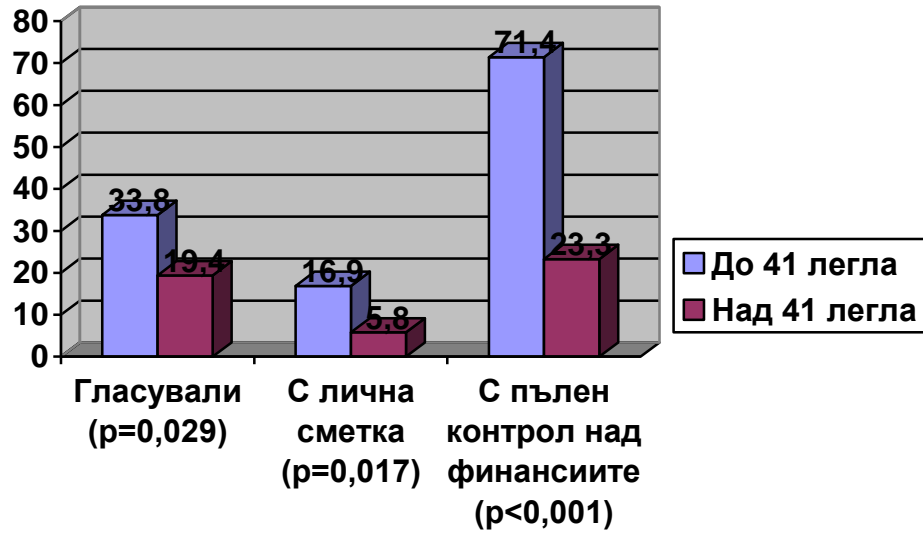
Между отделните институции се установи, че пациентите в болничните отделения отговарят в по-голяма степен положително на маркерите за възстановяване в сравнение с останалите заведения. Малко по-нисък е процента на болните отговорили утвърдително в службите в общността. Домовете за психично болни предоставят най-малък потенциал за възстановяване (фиг. 18).

**Фиг. 18** Маркери на възстановяване в отделните институции



От разпределението по брой легла, резултатите показват статистически значими различия и при трите маркера. Пациентите в заведенията с до 40 легла показват по- високи нива на възстановяване, по- голяма автономност в сравнение с институциите с по- голям брой легла. Особено изразени са различията при маркера контрол над финансите където статистическата значимост е  $p<0,001$ . От тези резултати може да се хипотезира, че по- големия брой легла са фактор намаляващ значимо вероятността за възстановяване (**фиг. 19**).

**Фиг. 19** Маркери на възстановяване и брой легла



Медикаментозната терапия участва в процеса на възстановяване от психичната болест и медира по-добрия изход от болестта. От представените резултати по-голяма част от пациентите лекувани с Лепонекс дават положителен отговор на въпросите, в сравнение с пациентите без лечение или с друг вид антипсихотично лечение. Значими различия се наблюдават при маркера контрол над финансите (табл. 13).

**Табл. 13** Маркери на възстановяване и лечение

Въпрос		Лечение				p
		Без терапия n (%)	Конв. антипсих. n (%)	Атипични антипсих. n (%)	Лепонекс n (%)	
Гласувахте ли на последните избори?	Да	2 (11,8)	23 (23,2)	13 (30,2)	8 (38,1)	0,243
Имате ли лична банкова (или пощенска) сметка?	Да	3 (17,6)	10 (10,1)	3 (7)	3 (14,3)	0,568
Имате ли пълен контрол върху финансите си?	Да	7 (41,2)	35 (35,4)	22 (51,2)	15 (71,4)	<b>0,016</b>

### 2.2.3. Лечение и обслужване.

От оценките на пациентите за предоставеното лечение и обслужване, се установяват различия в зависимост от това, в какво лечебно заведение се намират. Резултатите от въпросника не могат с категоричност да определят, в коя от институциите обслужването е с най- благоприятни характеристики.

На един от ключовите въпроси даващ информация за автономността и инсайта, а именно дали пациента знае, защо е в това заведение 61.8% от пациентите в домовете за психично болни дават утвърдителен отговор, при останалите институции, този процент е 95% ( $p < 0,001$ ). Много по- пермисивни са нагласите в домовете за привличане на семейството в лечението, въпреки факта, че участието в действителност на семейните членове е инсуфициентно. Статистически значимо по- голямо е съгласието 94,9% и 91.3% ( $p < 0,001$ ), и разбирането 86,1% и 82,6% ( $p = 0,006$ ) по отношение на лечението на пациентите съответно от болниците и службите в общността. Обратно въпросите на потребителите касаещи обслужването са по- добре посрещани от персонала в домовете. Най- много възможности за занимания има в службите в общността, следвани от домовете за психично болни и болничните отделения ( $p < 0,001$ ). Най- висока е оценката за нивото на чистота при пациентите в домовете- 94,5%, най- ниско е тя в болниците едва 69,6%. В домовете за психично болни, статистически значимо повечето от пациентите са били представяни на останалите при постъпването си в лечебното заведение 69,1%, отговарят положително на възможността за постигане на уединение 94,5%, биват разбирани в своите нужди от членовете на персонала 81,8% и преценяват контактите си със служителите в лечебното заведение като достатъчни 83,6%. Изключително малък е процента на пациентите, които имат определен водещ на случая. На практика нито един от пациентите в болничните отделения са с определен водещ специалист ангажиран в лечението, в общността и в домовете процента с водещ е само 21 %. Резултатите са представени подробно на (табл. 14).

Табл. 14 Лечение и обслужване

Въпрос	Отг.	Отделение в болница n (%)	Служба в общността n (%)	Дом за психично болни n (%)	Общо n (%)	p
Знам защо съм в това заведение	Не	4 (5,1)	2 (4,3)	21 (38,2)	27 (15)	<b>&lt;0,001</b>
	Да	75 (94,9)	44 (95,7)	34 (61,8)	153 (85)	
Знам какъв е моят лечебен план	Не	31 (39,2)	18 (39,1)	27 (49,1)	76 (42,2)	0,465
	Да	48 (60,8)	28 (60,9)	28 (50,9)	104 (57,8)	
Моят лечебен план ми бе разяснен	Не	39 (49,4)	27 (58,7)	33 (60)	99 (55)	0,402
	Да	40 (50,6)	19 (41,3)	22 (40)	81 (45)	
Участвам в съставянето на лечебния план	Не	54 (68,4)	35 (76,1)	42 (76,4)	131 (72,8)	0,499
	Да	25 (31,6)	11 (23,9)	13 (23,6)	49 (27,2)	
Позволиха ми семейството ми да участва в леч.план	Не	47 (59,5)	34 (73,9)	21 (38,2)	102 (56,7)	<b>0,001</b>
	Да	32 (40,5)	12 (26,1)	34 (61,8)	78 (43,3)	
Съгласен съм с лечебния план	Не	4 (5,1)	4 (8,7)	15 (27,3)	23 (12,8)	<b>&lt;0,001</b>
	Да	75 (94,9)	42 (91,3)	40 (72,7)	157 (87,2)	
Разбирам за какво са ми лекарствата	Не	11 (13,9)	8 (17,4)	20 (36,4)	39 (21,7)	<b>0,006</b>
	Да	68 (86,1)	38 (82,6)	35 (63,6)	141 (78,3)	
Уведомен съм за страничните ефекти от лекарствата	Не	45 (57)	33 (71,7)	30 (54,5)	108 (60)	0,163
	Да	34 (43)	13 (28,3)	25 (45,5)	72 (40)	
Мога да попитам персонала за лечението си	Не	47 (59,5)	28 (60,9)	16 (29,1)	91 (50,6)	<b>0,001</b>
	Да	32 (40,5)	18 (39,1)	39 (70,9)	89 (49,4)	
Персоналът се държи с уважение	Не	12 (15,2)	7 (15,2)	3 (5,5)	22 (12,2)	0,184
	Да	67 (84,8)	39 (84,8)	52 (94,5)	158 (87,8)	
Имам възможност за участие в занимания	Не	30 (38)	3 (6,5)	11 (20)	44 (24,4)	<b>&lt;0,001</b>
	Да	49 (62)	43 (93,5)	44 (80)	136 (75,6)	
Зачетени са моите културни потребности	Не	23 (29,1)	13 (28,3)	9 (16,4)	45 (25)	0,206
	Да	56 (70,9)	33 (71,7)	46 (83,6)	135 (75)	

Табл. 14 Лечение и обслужване (продължение)

Въпрос	Отг.	Отделение в болница n (%)	Служба в общността n (%)	Дом за психично болни n (%)	Общо n (%)	Р
Добро ниво на хигиена и чистота	Не	24 (30,4)	6 (13)	3 (5,5)	33 (18,3)	<b>0,001</b>
	Да	55 (69,6)	40 (87)	52 (94,5)	147 (81,7)	
Представиха ме на останалите пациенти	Не	47 (59,5)	20 (43,5)	17 (30,9)	84 (46,7)	<b>0,004</b>
	Да	32 (40,5)	26 (56,5)	38 (69,1)	96 (53,3)	
Тук се чувствам безопасно	Не	27 (34,2)	15 (32,6)	14 (25,5)	56 (31,1)	0,544
	Да	52 (65,8)	31 (67,4)	41 (74,5)	124 (68,9)	
Тук винаги има кафе, чай или безалкохолно	Не	9 (11,4)	0 (0)	11 (20)	20 (11,1)	<b>0,006</b>
	Да	70 (88,6)	46 (100)	44 (80)	160 (88,9)	
Тук мога да се уедина	Не	45 (57)	29 (63)	3 (5,5)	77 (42,8)	<b>&lt;0,001</b>
	Да	34 (43)	17 (37)	52 (94,5)	103 (57,2)	
Посетителите ми са добре дошли	Не	10 (12,7)	23 (50)	8 (14,5)	41 (22,8)	<b>&lt;0,001</b>
	Да	69 (87,3)	23 (50)	47 (85,5)	139 (77,2)	
Разяснено ми бе какво е водещ на случая	Не	79 (100)	36 (78,3)	43 (78,2)	158 (87,8)	<b>&lt;0,001</b>
	Да	0 (0)	10 (21,7)	12 (21,8)	22 (12,2)	
Персоналът обсъжда разбирането си за моите проблеми	Не	49 (62)	27 (58,7)	31 (56,4)	107 (59,4)	0,801
	Да	30 (38)	19 (41,3)	24 (43,6)	73 (40,6)	
Персоналът чува какво казвам	Не	36 (45,6)	21 (45,7)	10 (18,2)	67 (37,2)	<b>0,002</b>
	Да	43 (54,4)	25 (54,3)	45 (81,8)	113 (62,8)	
Персоналът посреща моите нужди	Не	20 (25,3)	10 (21,7)	7 (12,7)	37 (20,6)	0,202
	Да	59 (74,7)	36 (78,3)	48 (87,3)	143 (79,4)	
Персоналът говори достатъчно с мен	Не	37 (46,8)	22 (47,8)	9 (16,4)	68 (37,8)	<b>&lt;0,001</b>
	Да	42 (53,2)	24 (52,2)	46 (83,6)	112 (62,2)	
Персоналът помага за проблемите ми	Не	13 (16,5)	3 (6,5)	8 (14,5)	24 (13,3)	0,275
	Да	66 (83,5)	43 (93,5)	47 (85,5)	156 (86,7)	
Като цяло съм удовлетворен от лечението и обслужването	Не	11 (13,9)	5 (10,9)	4 (7,3)	20 (11,1)	0,483
	Да	68 (86,1)	41 (89,1)	51 (92,7)	160 (88,9)	

В таблицата са представени една част от въпросите касаещи обслужването и различията по пол. Представени са само статистически значимите разлики, от които се вижда, че мъжете по свободно обсъждат лечението си с персонала, по-често са представяни на другите пациенти при постъпването си в институцията, както и могат да се уединят при необходимост. Жените по-често участват в занимания в заведението (табл. 15).

**Табл. 15** Лечение и обслужване спрямо полът на пациентите

Въпрос	Отговор	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Мога да попитам персонала за лечението си	Не	45 (43.7)	46 (59.7)	91 (50.6)	<b>0,033</b>
	Да	58 (56.3)	31 (40.3)	89 (49.4)	
Имам възможност за участие в занимания	Не	32 (31.1)	12 (15.6)	44 (24.4)	<b>0,017</b>
	Да	71 (68.9)	65 (84.4)	136 (75.6)	
При пристигането ми ме представиха на останалите пациенти	Не	41 (39.8)	43 (55.8)	84 (46.7)	<b>0,033</b>
	Да	62 (60.2)	34 (44.2)	96 (53.3)	
Тук мога да се уединя	Не	35 (34)	42 (54.5)	77 (42.8)	<b>0,006</b>
	Да	68 (66)	35 (45.5)	103 (57.2)	

В разпределението по броя на хората, с които пациентите непосредствено живеят не се установиха статистически значими различия в групите от 0 до 1, от 2 до 4 и над 5 човека. Не се установяват статистически значими различия и в разпределението по групи спрямо прилаганото медикаментозно лечение (без антипсихотична терапия, конвенционални антипсихотици, атипични антипсихотици, Лепонекс) и скалата за лечение и обслужване.

Интересна е находката при разпределението по групи спрямо общия брой на леглата. Противно на очакванията, че в институции с по-малка леглова база лечението и обслужването е с по-добри характеристики, това е валидно само за един от въпросите показал статистическа значимост, а именно- „знам защо съм в това заведение“.

Останалите въпроси със статистическа значимост, а именно уважението от персонала, участието в занимания, зачитането на културните потребности, уединение, разбиране и комуникация от страна на персонала са налице преимуществено при пациентите в институции с повече от 40 легла. От тези резултати се вижда, че увеличаването на броя на леглата не влияе непременно негативно на обслужването, като статистически значимите резултати са в полза на пациентите лекувани в заведения с повече легла. Това показва, че обслужването е зависима от много фактори величина. Големия брой легла не предопределя по-лошо обслужване. Обслужването се влияе повече от конкретната организация на работния процес, организацията на средата и вероятно други фактори (табл. 16).

**Табл. 16** Лечение и обслужване и брой легла

Въпрос	Отг.	брой легла		Общо n(%)	p
		до 41 легла вкл. n(%)	над 41 легла n(%)		
Знам защо съм в това заведение	Не	4 (5,2)	23 (22,3)	27 (15)	<b>0,001</b>
	Да	73 (94,8)	80 (77,7)	153 (85)	
Персоналът се държи с уважение	Не	15 (19,5)	7 (6,8)	22 (12,2)	<b>0,011</b>
	Да	62 (80,5)	96 (93,2)	158 (87,8)	
Имам възможност за участие в занимания	Не	26 (33,8)	18 (17,5)	44 (24,4)	<b>0,012</b>
	Да	51 (66,2)	85 (82,5)	136 (75,6)	
Зачетени са моите културни потребности	Не	28 (36,4)	17 (16,5)	45 (25)	<b>0,002</b>
	Да	49 (63,6)	86 (83,5)	135 (75)	
Тук мога да се уединя	Не	40 (51,9)	37 (35,9)	77 (42,8)	<b>0,032</b>
	Да	37 (48,1)	66 (64,1)	103 (57,2)	
Персоналът чува какво казвам	Не	36 (46,8)	31 (30,1)	67 (37,2)	<b>0,022</b>
	Да	41 (53,2)	72 (69,9)	113 (62,8)	
Персоналът говори достатъчно с мен	Не	38 (49,4)	30 (29,1)	68 (37,8)	<b>0,006</b>
	Да	39 (50,6)	73 (70,9)	112 (62,2)	

Само три са въпросите със статистически значими различия в разпределението спрямо диагнозата в групите на шизофренни спрямо нешизофренни разстройства. Всички пациенти с нешизофренни разстройства са наясно защо са в съответното заведение ( $p=0,018$ ). По голяма част са получили

разяснение за лечението си ( $p=0,001$ ) и са получили обратна връзка за проблемите си от персонала ( $p= 0,057$ ) (табл. 17).

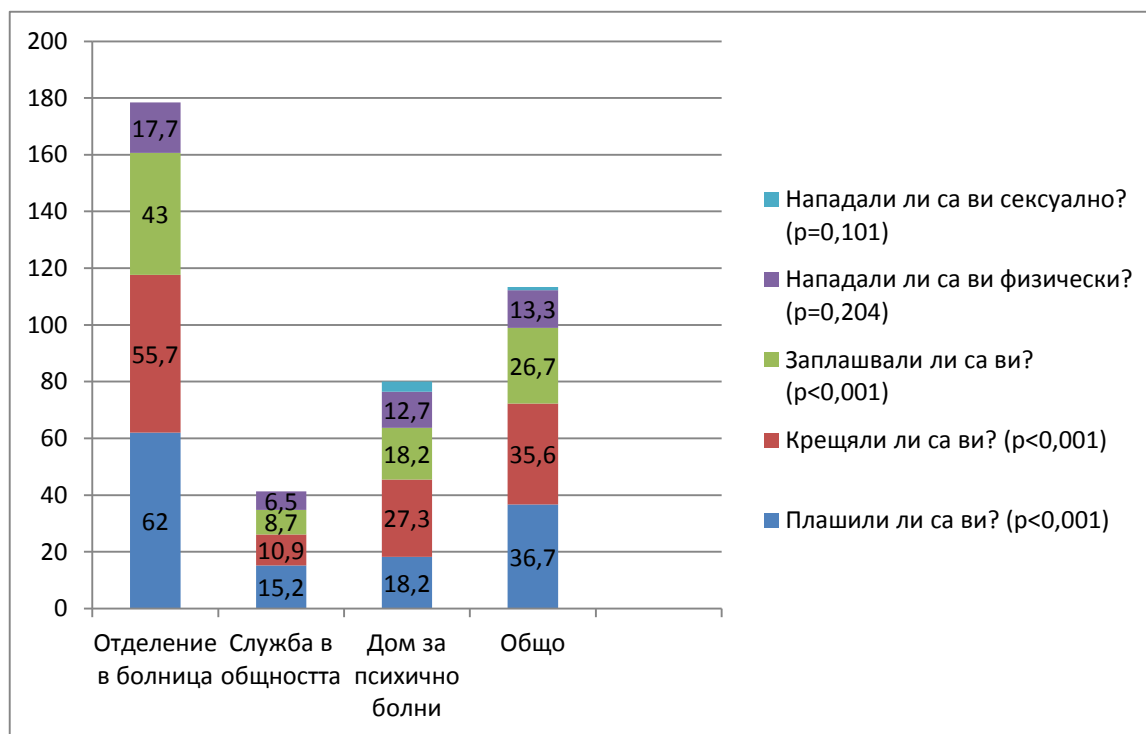
**Табл. 17** Лечение и обслужване и диагноза

Въпрос		Диагноза		p
		F20 n (%)	F31, F33, F60 n (%)	
Знам защо съм в това заведение	Не	27 (17,3)	0 (0)	<b>0,018</b>
	Да	129 (82,7)	24 (100)	
Моят лечебен план ми бе разяснен	Не	93 (59,6)	6 (25)	<b>0,001</b>
	Да	63 (40,4)	18 (75)	
Персоналът обсъжда разбирането си за моите проблеми	Не	97 (62,2)	10 (41,7)	<b>0,057</b>
	Да	59 (37,8)	14 (58,3)	

#### 2.2.4. Насилие

Изследвани са пет форми на насилие, като най- често пациентите са обект на сплашване 36,7%, крещене 35,6% и заплахи 26,7%. По- рядко се срещат по- тежките форми- физическо и сексуално насилие. Значими разлики са налице в различните институции. Кумулативния процент на пациентите жертви на различни форми на насилие е значимо по- голям в болниците, като той е за сметка предимно на проявите на вербално насилие. Най- протективна е средата в службите в общността. Домовете за психично болни заемат междинна позиция (фиг. 20).

**Фиг. 20** Насилие и тип заведение



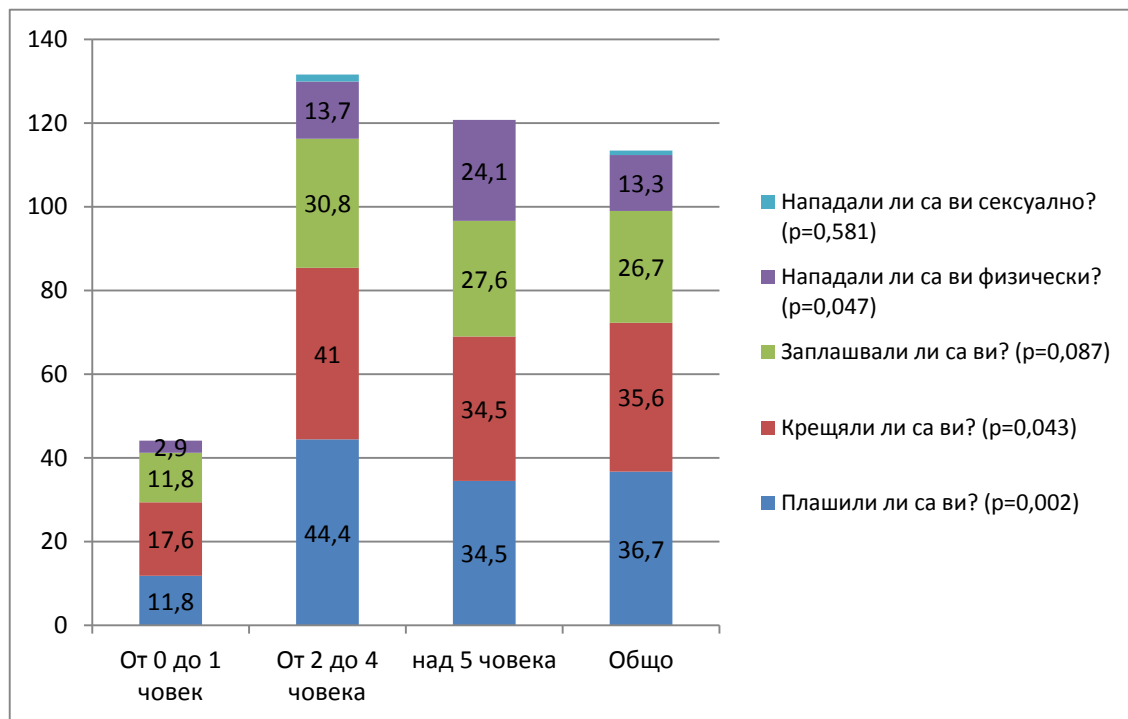
Няма статистически значими разлики в разпределението спрямо полът. Въпреки това е важно да бъде отбелязано, че и четирите форми на насилие се срещат по-често при жените в сравнение с мъжете, което прави женският пол по-рисков в този аспект. Сексуалното насилие е съвсем рядко срещано и там където то е проявено е при пациенти от мъжки пол (табл. 18).

**Табл. 18** Насилие и пол

Въпрос	Отговор	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	P
Плашили ли са Ви?	Не	69 (67)	45 (58.4)	114 (63.3)	0,239
	Да	34 (33)	32 (41.6)	66 (36.7)	
Крещяли ли са Ви?	Не	70 (68)	46 (59.7)	116 (64.4)	0,254
	Да	33 (32)	31 (40.3)	64 (35.6)	
Заплашвали ли са Ви?	Не	78 (75.7)	54 (70.1)	132 (73.3)	0,401
	Да	25 (24.3)	23 (29.9)	48 (26.7)	
Нападали ли са Ви физически?	Не	93 (90.3)	63 (81.8)	156 (86.7)	0,098
	Да	10 (9.7)	14 (18.2)	24 (13.3)	
Злоупотребявали ли са сексуално с Вас?	Не	101 (98.1)	77 (100)	178 (98.9)	0,219
	Да	2 (1.9)	0 (0)	2 (1.1)	

Резултатите от сравнението между броя пациентите в едно помещение показват, че с нарастването им, нараства статистически значимо и вероятността от проява на насилствено поведение. В цялата извадка преобладават по-леките форми на вербално насилие. При тези форми в стая с между 2 и 4 човека, вероятността за насилие е най-голяма. С повишаване на броя на пациентите в една стая-над 5 човека се увеличава статистически значимо вероятността за възникване и проява на физическо насилие, т.е. вероятността от физическо насилие нараства с нарастване на броя на пациентите в едно помещение (фиг. 21).

**Фиг. 21** Насилие и брой пациенти



Не се установяват статистически значими разлики между общия брой легла и проявите на насилие. Няма разлики и между пациентите с различни диагнози и различно по вид антипсихотично лечение (табл. 19, 20).

**Табл. 19** Насилие и диагноза

Въпрос		Diagnosis		p
		F20 n (%)	F31, F33, F60 n (%)	
Плашили ли са Ви?	Да	58 (37,2)	8 (33,3)	0,716
Крещяли ли са Ви?	Да	57 (36,5)	7 (29,2)	0,482
Заплашвали ли са Ви?	Да	41 (26,3)	7 (29,2)	0,766
Нападали ли са Ви физически?	Да	22 (14,1)	2 (8,3)	0,746
Злоупотребявали ли са сексуално с Вас?	Да	2 (1,3)	0 (0)	1,000

**Табл. 20** Насилие и лечение

Въпрос		Лечение				p
		Без терапия n (%)	Конв. антипсихотици n (%)	Атипични антипсихотици n (%)	Лепонекс n (%)	
Плашили ли са Ви?	Да	3 (17,6)	39 (39,4)	17 (39,5)	7 (33,3)	0,359
Крещяли ли са Ви?	Да	3 (17,6)	41 (41,4)	12 (27,9)	8 (38,1)	0,170
Заплашвали ли са Ви?	Да	2 (11,8)	30 (30,3)	14 (32,6)	2 (9,5)	0,089
Нападали ли са Ви физически?	Да	0 (0)	16 (16,2)	7 (16,3)	1 (4,8)	0,191
Злоупотребявали ли са сексуално с Вас?	Да	0 (0)	1 (1)	1 (2,3)	0 (0)	0,699

### 2.2.5. Личен избор на пациентите

Личния избор на пациентите е един от основните фактори за възстановяването от хроничната болест, за изграждане на автономност и чувство за контрол над средата. Със скалата се изследва предоставената възможност на обитателите да правят избори по отношение на структуриране на ежедневието, хранене, излизане, прекарване на свободното време, обличане, грижа за външния вид, влияние върху работата на персонала в заведението, отношения с партньор, работа, контрол над личното пространство. Оценяването е по четиристепенна

скала: 1- Нямам избор; 2- Имам много малко избор; 3- Мога да изразя избор, но нямам последна дума; 4- Мога да направя избор.

Общият среден сбор от всички въпроси е 2.12, което отговоря на „много малък избор“. Въпреки това възможността за личен избор е статистически значимо най-голяма в службите в общността (2.41) и приблизително еднаква в болниците (2.0) и домовете за психично болни (1.96). Сигнификантните разлики са по отношение на избора за това какво и кога да вечерят, прекарване на свободното време, възможността да се излиза, времето налягане, закупуване и носене на дрехи избора на храна, дали да имам домашен любимец, оценката на работата на персонала, избора на прическа и това, как да прекарва деня, обзавеждането и мебелировката на стаята, боравенето с лични вещи (табл. 21).

**Табл. 21** Личен избор и тип заведение

Въпрос	Институция	N	Средна	SD	p
Какво да вечерям	отделение в болница	79	1,24	0,49	<b>0,003</b>
	служба в общността	46	1,80	0,98	
	дом за психично болни	55	1,51	0,74	
Кога да вечерям	отделение в болница	79	1,27	0,55	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	1,85	1,05	
	дом за психично болни	55	1,02	0,13	
Какво да правя в заведението за да минава времето	отделение в болница	79	2,81	0,91	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	3,41	0,75	
	дом за психично болни	55	3,20	0,83	
Дали да излизам навън	отделение в болница	79	2,35	1,05	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	3,28	0,89	
	дом за психично болни	55	2,40	1,18	
Кога да си лягам	отделение в болница	79	2,28	1,00	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	2,59	1,05	
	дом за психично болни	55	3,07	0,90	
Какви дрехи да купувам	отделение в болница	79	2,84	1,31	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	3,59	0,75	
	дом за психично болни	55	1,42	0,79	
Какви дрехи да нося	отделение в болница	79	3,34	1,12	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	3,74	0,53	
	дом за психично болни	55	2,18	1,09	
Купуване на храна или домакинска работа	отделение в болница	79	2,71	0,85	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	2,98	0,80	
	дом за психично болни	55	1,98	1,11	

**Табл. 21** Личен избор и тип заведение (продължение)

<b>Въпрос</b>	<b>Институция</b>	<b>N</b>	<b>Средна</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
Дали да имам домашен любимец	отделение в болница	79	1,04	0,34	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	0,98	0,15	
	дом за психично болни	55	1,29	0,71	
Оценяване на работата на персонала	отделение в болница	79	1,03	0,23	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	1,30	0,70	
	дом за психично болни	55	1,31	0,57	
Дали да имам партньор	отделение в болница	79	1,30	0,77	0,107
	служба в общността	46	1,63	1,06	
	дом за психично болни	55	1,27	0,71	
Каква да е прическата ми	отделение в болница	79	3,51	0,93	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	3,76	0,48	
	дом за психично болни	55	2,71	1,12	
Какво да правя през деня	отделение в болница	79	2,82	0,81	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	3,41	0,72	
	дом за психично болни	55	3,15	0,78	
Дали да започна работа	отделение в болница	79	1,63	1,01	0,303
	служба в общността	46	1,52	0,94	
	дом за психично болни	55	1,36	0,73	
Дали да имам лично пространство	отделение в болница	79	2,73	0,71	0,878
	служба в общността	46	2,59	1,02	
	дом за психично болни	55	2,65	1,02	
Къде да отида да живея в бъдеще	отделение в болница	79	2,09	1,06	0,066
	служба в общността	46	1,72	1,00	
	дом за психично болни	55	1,75	0,62	
Обзавеждането тук	отделение в болница	79	1,47	0,80	<b>0,008</b>
	служба в общността	46	1,80	1,09	
	дом за психично болни	55	1,22	0,53	
Мебелите и украшенията в стаята ми	отделение в болница	79	1,42	0,69	<b>0,006</b>
	служба в общността	46	2,22	1,36	
	дом за психично болни	55	1,73	0,97	
Дали да държа лични вещи	отделение в болница	79	2,95	0,97	<b>0,027</b>
	служба в общността	46	3,28	0,86	
	дом за психично болни	55	2,75	1,06	
Общо	отделение в болница	79	2,00	0,42	<b>&lt;0,001</b>
	служба в общността	46	2,41	0,62	
	дом за психично болни	55	1,96	0,33	

От анализа на данните не се установиха различия по пол. За разлика от това много силна е статистическата значимост на показателя личен избор и броя на хората от непосредственото обкръжение ( $p < 0,001$ ). Колкото по малък е той, толкова възможността за личен избор е по-голяма. Пациентите, които живеят в една стая със само още един обитател имат свободата ясно да правят избори, докато с нарастване на броя на хората способността за личен избор намалява значимо.

Идентична е и зависимостта спрямо общия брой на леглата в заведението. Ясна и с висока степен на статистическа значимост ( $p < 0,001$ ) е тенденцията към нарастване на способността за личен избор с намаляване на броя на леглата.

Диагнозата също предопределя различия във възможността за личен избор, като тя е по-голяма при пациентите с нешизофренни разстройства в сравнение с тези с шизофрения ( $p = 0,004$ ). Въпреки, че осреднените стойности са в диапазона на малка възможност за избор, вариациите на отговорите при пациентите с различни от шизофрения диагнози са с по-голяма степен в посока на по-висока способност да избират.

Лечението, макар и в по-лека степен, но също сигнификантно влияе върху личния избор, като пациентите без терапия са по-способни да избират. Вероятно те са и с по-благоприятно боледуване и с по-висока степен на възстановяване (**табл. 22**).

**Табл. 22** Личен избор и някои клиничко- социални характеристики

	Скала за личен избор на обитателя			
	Брой	Средна	SD	p
<b>Пол</b>				
Мъже	103	2.10	0.48	0,819
Жени	77	2.09	0.52	
<b>Брой хора, с които живее</b>				
от 0 до 1 човек вкл.	34	2.32	0.64	<0,001
от 2 до 4 човека вкл.	117	2.10	0.42	
над 5 човека вкл.	29	1.79	0.41	
<b>Брой легла</b>				
до 41 легла вкл.	77	2.26	0.57	<0,001
над 41 легла	103	1.97	0.38	
<b>Диагноза</b>				
F20	156	2.05	0.44	0,004
F31, F33, F60	24	2.38	0.71	
<b>Лечение</b>				
Без антипсихотична терапия	17	2.47	0.62	0,050
Конвенционални антипсихотици	99	1.99	0.48	
Атипични антипсихотици	43	2.12	0.32	
Лепонекс	21	2.24	0.54	

### 2.2.6. Индекс за добра среда

Измерва различни аспекти на удовлетвореност на пациента от заведението персонала, останалите пациенти, както и измерва капацитета на лечебното заведение да насърчава увереност у неговите обитатели. Оценката се прави по петстепенна скала като 1 е липсваща удовлетвореност, 2- малка, 3- донякъде, 4- доста и 5 е максимална удовлетвореност.

Няма статистически значими различия в степента на удовлетвореност по скалата при различните типове заведения. Въпреки това пациентите в службите в общността показват по- висока степен на удовлетвореност, като средните стойности за различните въпроси варират между донякъде и доста (**табл. 23**).

**Табл. 23** Удовлетвореност и тип заведение

Въпрос	Институция	N	Средна	SD	p
Обща удовлетвореност от заведението.	отделение в болницата	79	3,76	0,95	0,637
	служба в общността	46	3,93	0,93	
	социален дом	55	3,73	1,15	
Обща удовлетвореност от персонала.	отделение в болницата	79	3,92	0,94	0,265
	служба в общността	46	4,15	0,82	
	социален дом	55	3,84	1,01	
Обща удовлетвореност от другите пациенти.	отделение в болницата	79	2,85	0,99	0,434
	служба в общността	46	3,15	1,01	
	социален дом	55	2,93	1,17	
Престоя в заведението помагали за придобиване на повече увереност в себе си.	отделение в болницата	79	3,14	1,12	0,489
	служба в общността	46	3,37	0,97	
	социален дом	55	3,31	1,25	
Престоя в заведението помагали да осъзнаете добрите си способности.	отделение в болницата	79	3,01	1,04	0,517
	служба в общността	46	3,22	1,01	
	социален дом	55	3,13	1,16	
Общо	отделение в болницата	79	3,38	0,84	0,736
	служба в общността	46	3,50	0,84	
	социален дом	55	3,40	0,87	
		180	3,42	0,84	

При нито един от резултатите не се наблюдават статистически значими разлики в разпределението по пол, брой на хора, с които живеят, брой легла, диагноза и лечение. Въпреки това могат да се направят някои изводи. Средните стойности на скалата показват по-голяма степен на удовлетвореност в групите на пациентите живеещи с до един човек в помещение, при пациентите, живеещи в заведения с до 41 легла, както и при тези с нешизофренни разстройства, където резултатите се доближават до статистическа значимост ( $p = 0,057$ ) (табл. 24).

**Табл. 24** Удовлетвореност и някои клиничко- социални характеристики

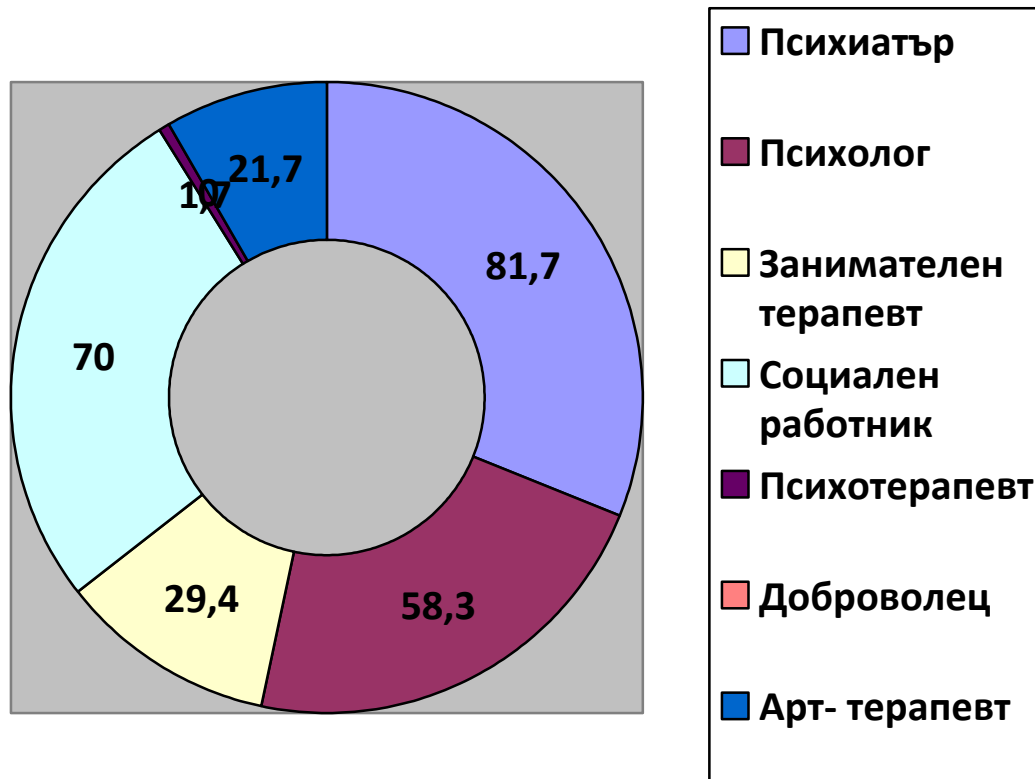
Индекс на добра среда				
	Брой	Средна	SD	p
<b>Пол</b>				
Мъже	103	3.38	0.83	0,545
Жени	77	3.47	0.87	
<b>Брой хора, с които живее</b>				
от 0 до 1 човек вкл.	34	3.65	0.88	0,166
от 2 до 4 човека вкл.	117	3.38	0.80	
над 5 човека вкл.	29	3.31	0.97	
<b>Брой легла</b>				
до 41 легла вкл.	77	3.53	0.85	0,142
над 41 легла	103	3.33	0.83	
<b>Диагноза</b>				
F20	156	3.37	0.84	0,057
F31, F33, F60	24	3.71	0.81	
<b>Лечение</b>				
Без антипсихотична терапия	17	3.41	1.00	0,205
Конвенционални антипсихотици	99	3.32	0.83	
Атипични антипсихотици	43	3.63	0.79	
Лепонекс	21	3.43	0.87	

### 2.2.7. Здравни професионалисти ангажирани в обслужването

Представена е информация за актуалната ангажираност на различни професионалисти в обслужването- психиатър, клиничен психолог, занимателен терапевт, социален работник, психотерапевт, доброволец и арт- терапевт. Грижата за повечето пациенти с шизофрения изисква разнообразни усилия и мултидисциплинарен екипен подход, за намаляване на честотата, продължителността на епизодите, цялостната болестност и смъртност от разстройството, за подобряване на психосоциалното функциониране, независимостта, качеството на живот и възстановяването. Много от пациентите изискват всестранны грижи по време на целия си живот без ограничение на продължителността на лечението (1). Всеобхватни психосоциални интервенции трябва да бъдат прилагани рутинно към всички пациенти и техните семейства от квалифицирани професионалисти, които да посвещават достатъчно време в името

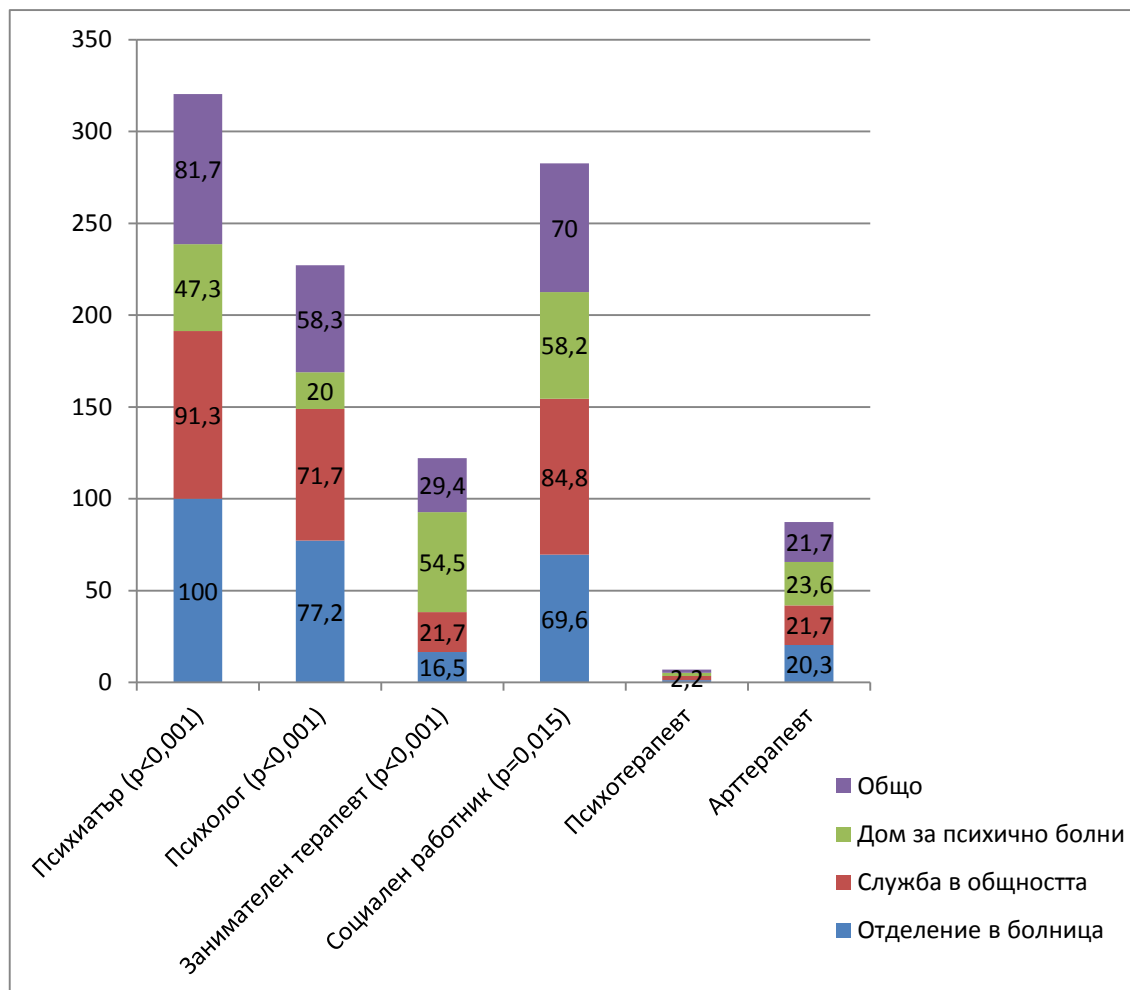
на тази цел (185). В представените обобщени данни се вижда, че пациентите най-често имат срещи с психиатър, социален работник и клиничен психолог. Под 50 процента са консултираните със занимателен и арт- терапевт. В изследваните заведения няма доброволци участващи в лечебния процес, а пациентите получаващи психотерапевтична помощ са около 1 % (фиг. 22).

**Фиг. 22** Ангажирани в обслужването специалисти



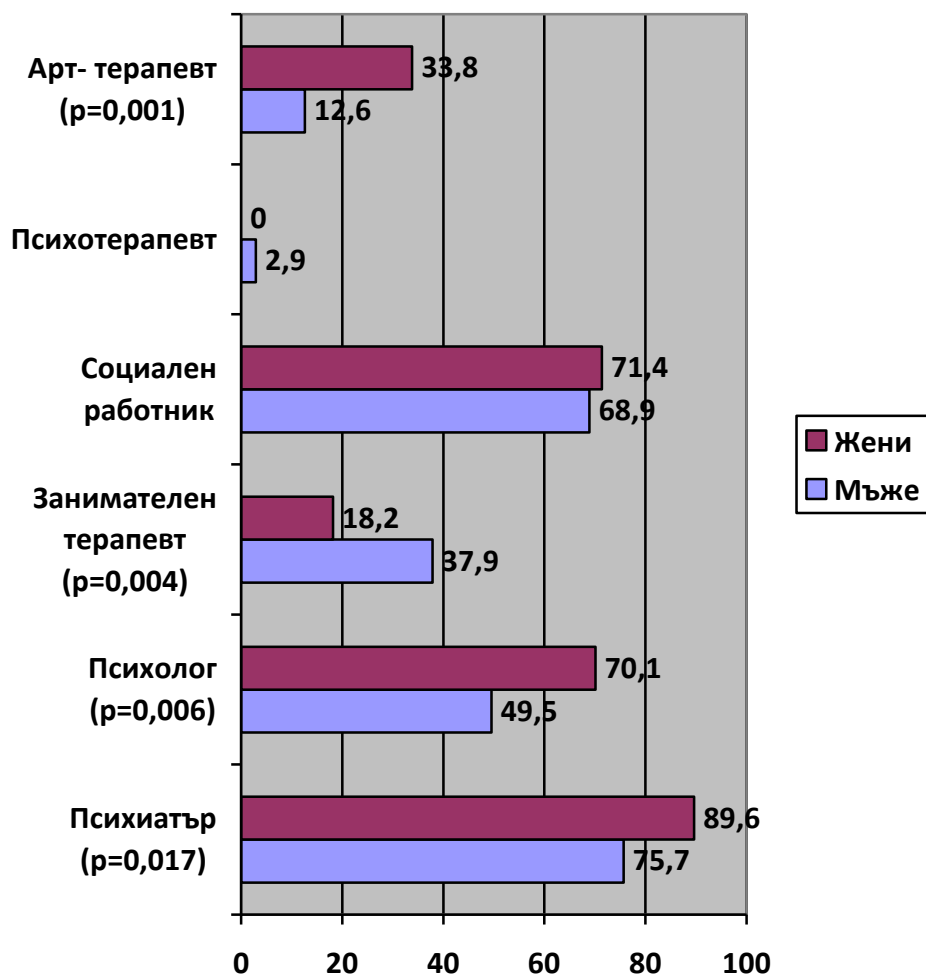
Институциите се различават по достъпността до съответните специалисти. Консултацията с психиатър по правило се осъществява при почти всички пациенти в болничните отделения и службите в общността, и при по- малко от 50% от тях в домовете. Срещите с психолог са по- чести- при около 70 % от обитателите в болниците и общността и при само 20% от тези в домовете. Обратно в домовете за психично болни повече от половината от пациентите са имали срещи със занимателен терапевт, статистически значимо повече от останалите институции. Социалния работник най- често консултира пациенти в общността и болниците. Различията спрямо типа институция са статистически значими (фиг. 23).

**Фиг. 23** Ангажирани в обслужването специалисти и тип заведение



Статистически значими разлики се срещат при разпределението по пол. Общо взето жените преимуществено са обект на обслужване от повечето видове професионалисти. Те значимо по- често имат срещи с психиатър, психолог и арт-терапевт. Мъжете значимо по- често са обект на занимателна терапия. Срещите със социален работник са равномерно застъпени при двата пола (**фиг. 24**).

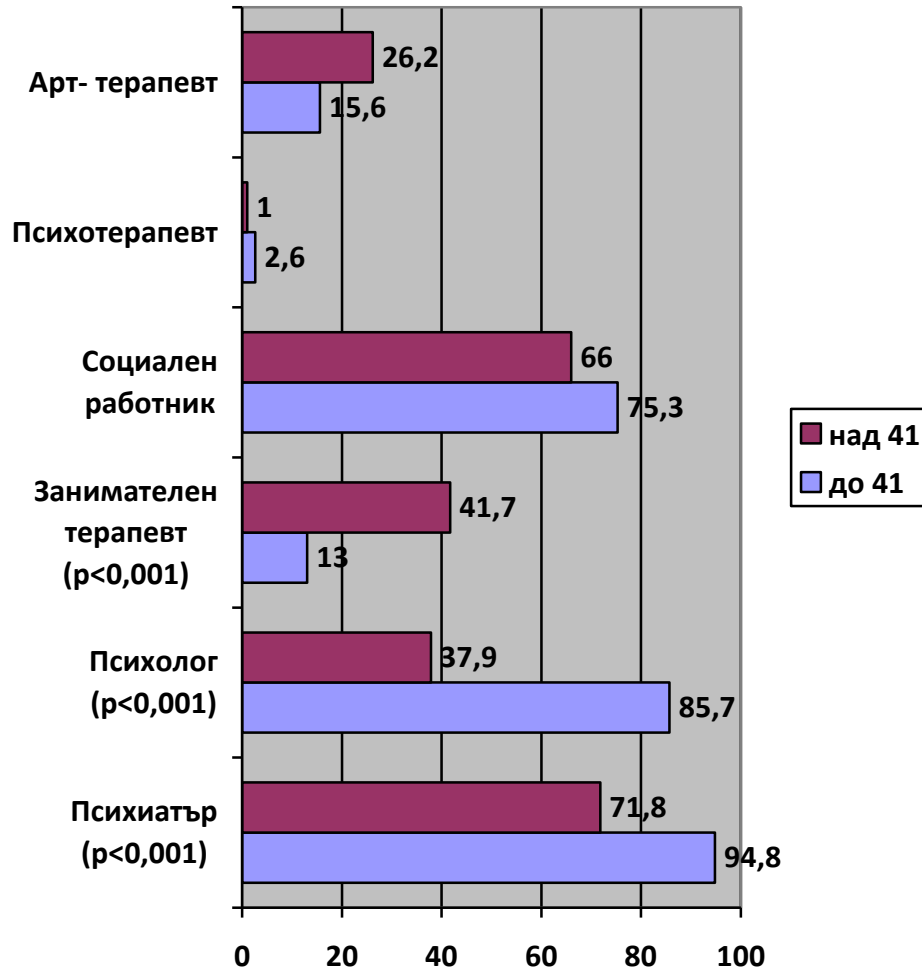
**Фиг. 24** Ангажирани в обслужването специалисти и пол



Установяват се и статистически значими разлики между заведенията с до 41 и над 41 легла и предоставяната консултативна помощ от различните налични специалисти. Пациентите в институциите с по-малък брой легла са значимо по-често консултирани от психиатър и психолог ( $p < 0,001$ ), докато в заведенията с над 41 легла преобладават консултациите със занимателен терапевт ( $p < 0,001$ ) и арт-терапевт ( $p = 0,087$ ). От тези данни може да се направи извода, че подходът в заведенията с по-малък брой легла е предимно с клинична насоченост, докато в тези с по-голям брой легла преобладаващите интервенции са предимно психосоциален по своя характер. Освен това нарастващия брой легла предполага намалена възможност за достъп до почти всички помагачи професионалисти, с

изключение на достъпа до занимателен (статистически значимо) и арт- терапевт (фиг. 25).

**Фиг. 25** Ангажирани в обслужването специалисти и брой легла



Не се установиха значими различия спрямо разделението по диагнози, с изключение на факта, че статистически значимо по- голям брой пациентите с нешизофренни разстройства се срещат с клиничен психолог в сравнение с тези с шизофренни разстройства ( $p= 0,008$ ) (табл. 25).

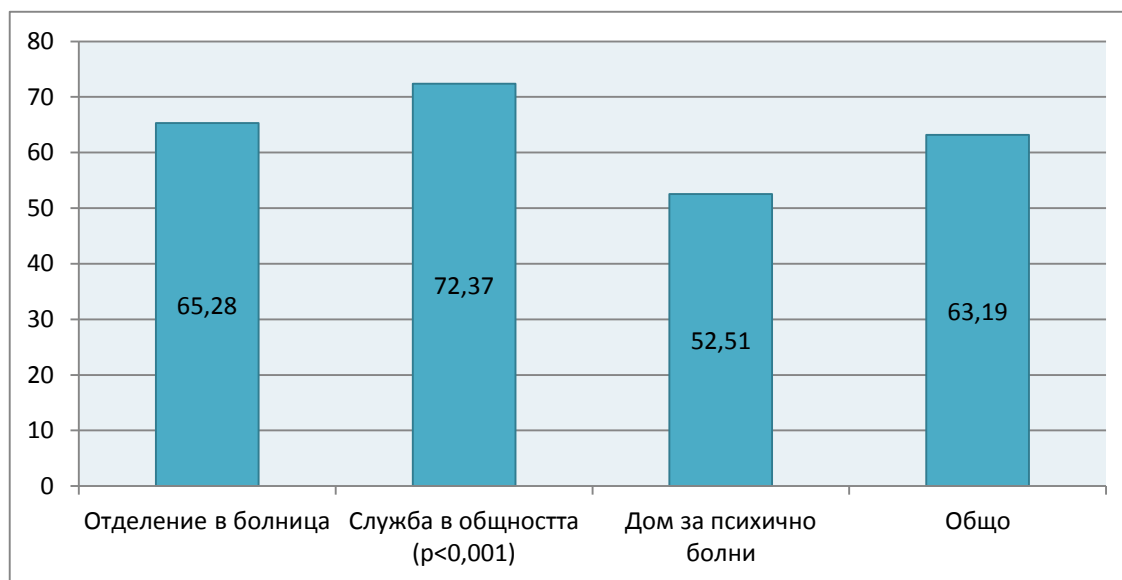
**Табл. 25** Ангажирани в обслужването специалисти и диагноза

Въпрос	Диагноза		p
	F20 n (%)	F31, F33, F60 n (%)	
Достъп до психиатър	125 (80,1)	22 (91,7)	0,258
Достъп до клиничен психолог	85 (54,5)	20 (83,3)	<b>0,008</b>
Достъп до занимателен терапевт	47 (30,1)	6 (25)	0,608
Достъп до социален работник	109 (69,9)	17 (70,8)	0,924
Достъп до психотерапевт	2 (1,3)	1 (4,2)	0,351
Достъп до арт-терапевт	35 (22,4)	4 (16,7)	0,523

### 2.2.8. Оценка на функционирането

Средния резултат от общата оценка по GAF е 63.19, което е в диапазона на леки симптоми и леко нарушение във функционирането. Разпределението на нивата на функциониране в зависимост от типа заведение показва статистически значимо ( $p < 0,001$ ) по- високо ниво на функциониране на пациентите от службите в общността- средно 72.37, отговарящо на преходни симптоми и леко нарушение във функционирането. В болничните отделения този резултат е 65.28, което е лека симптоматика, а в домовете- 52.51, отговарящо на умерени симптоми и нарушения (фиг. 26).

**Фиг. 26** Оценка на функционирането (GAF)



Не се установиха значими различия в разпределението по пол на средните стойности на GAF. И двете групи пациенти показват леки нарушения във функционирането. За разлика от това, в заведенията с по- малък брой легла пациентите показват значимо по- високи нива на функциониране ( $p<0,001$ ). В заведенията с до 41 легла средната стойност на резултата е в категорията на леко функционално нарушение, докато в заведенията с над 41 легла нарушенията са умерени по своята тежест. Обитателите с по- висок месечен доход са по- добре функциониращи и имат по- лекостепенно изразена симптоматика ( $p<0,001$ ). Броят на хората, с които пациента непосредствено живее също се явява фактор имащ отношение към нивото на функциониране. С нарастване на техния брой над 5 човека средните стойности по GAF намаляват и слизат в категорията на умерено изразено нарушение (GAF категорията 51- 60) , въпреки, че резултатите не показват статистическа значимост.

Нивото на функциониране показва значима зависимост от диагнозата. Пациентите с диагноза от групата на шизофрениите са с по- ниска средна стойност по GAF скалата, но въпреки това тя е в категорията на леки функционални и симптомни нарушения. Пациентите от извадката с нешизофренни разстройства са с леко по- високи нива на функциониране и почти липсваща или преходна симптоматика (средната стойност попада в GAF на границата между лека и

преходна симптоматика). Въпреки това прави впечатление, че различията между шизофренните и нешизофренни разстройства не са големи. Не бяха установени значими разлики при пациентите спрямо медикаментозната терапия. Независимо от приеманото лечение функционирането на пациентите е в категорията на леки нарушения (табл. 26).

**Табл. 26** Оценка на функционирането (GAF) и клинично-социални характеристики

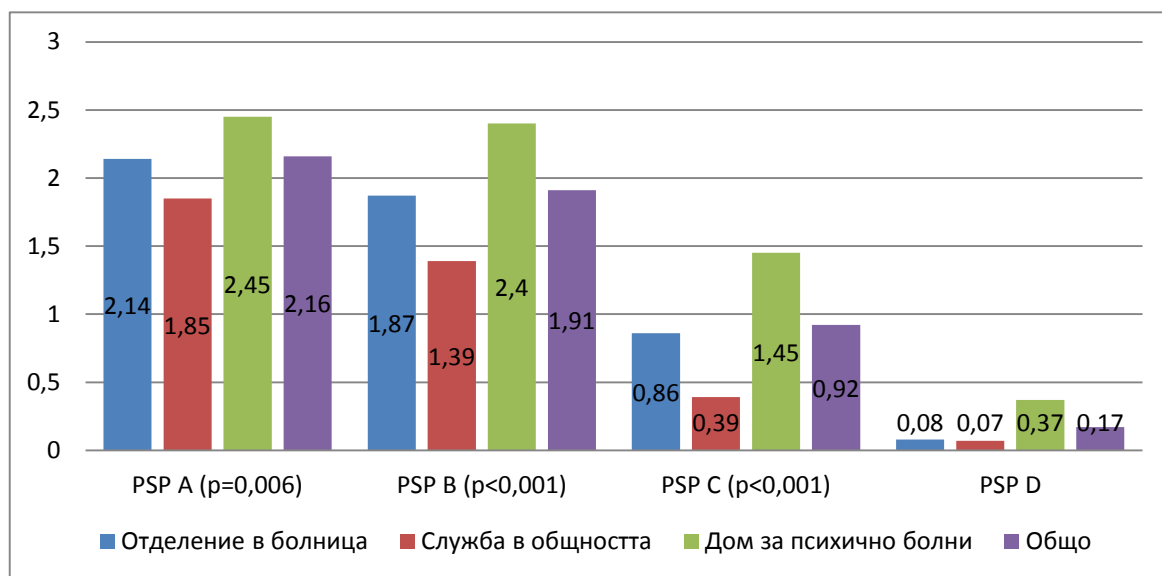
	Брой	Ср. стойност	Станд. отклонение	p
<b>Пол</b>				
Мъже	103	62,24	15,66	0,327
Жени	77	64,45	13,89	
<b>Брой легла</b>				
до 41 легла вкл.	77	69,9	11,8	<0,001
над 41 легла	103	58,1	15,1	
<b>Месечен доход</b>				
0 лева	41	60,9	14,8	<0,001
1 до 100 лв. вкл.	58	57,0	16,0	
от 101 до 300 лв. вкл.	60	69,0	12,0	
над 300 лева	21	67,9	12,5	
<b>Брой хора, с които живее</b>				
от 0 до 1 човек вкл.	34	66,1	15,6	0,239
от 2 до 4 човека вкл.	117	63,2	15,2	
над 5 човека вкл.	29	59,7	12,6	
<b>Диагноза</b>				
F20	156	62,1	14,9	0,014
F31, F33, F60	24	70,5	12,6	
<b>Лечение</b>				
Без антипсихотична терапия	17	66,8	14,9	0,381
Конвенционални антипсихотици	99	61,4	15,9	
Атипични антипсихотици	43	64,4	12,7	
Лепонекс	21	66,4	13,7	

Оценката с PSP скалата дава по детайлна представа за функционирането на пациентите разпределено по 4 области. Област А- Социално полезни дейности, включително работа и учене; Област В- Лични и социални взаимоотношения; Област С- Самообслужване; Област D- Обезпокоително и агресивно поведение. Оценката се прави по петстепенна скала като ниските стойности показват лек дефицит, а високите тежък дефицит в конкретната област.

Общите средни стойности за всяка една от областите показват умерени нива на нарушения за областите А и В, което значи, че дефицитите са забележими, но не се отразяват значимо на функционирането, леки нарушения в самообгрижването и почти липсващо обезпокоително и агресивно поведение.

Пациентите в службите в общността са с най- малки нарушения и в четирите области, като разликите в първите три са статистически значими. Пациентите в домовете за психично болни са с най- тежки нарушения от трите вида институции (фиг. 27).

**Фиг. 27** Оценка на функционирането (PSP)



Нарушенията във функционирането измерени с PSP скалата, не показаха статистически значими разлики от пола, броя на хората, с които пациентите непосредствен живеят и вида на прилаганото антипсихотично лечение.

Значима зависимост обаче се установи между месечния доход и степента на функционални нарушения, като тя е по- малка при пациентите с по- високи доходи и се увеличава с намаляване на доходите. Повишаването на броя на леглата предполага значимо по- високи стойности по скалата, т.е. по- големи нарушения. При пациентите с диагноза шизофрения статистически значимо нарушенията са по- големи. И в трите изброени показатели значимите разлики са само в областите А, В и С, без област D. Резултатите са подробно представени на (табл. 27)

**Табл. 27** Оценка на функционирането (PSP) и месечен доход, брой легла и диагноза

Въпрос		Брой	Ср. стойност	Станд. отклонение	р
<b>Месечен доход</b>					
PSP area A	0 лева	41	2,27	0,92	<b>0,001</b>
	1 до 100 лв. вкл.	58	2,50	1,03	
	от101 до 300лв. вкл.	60	1,93	0,63	
	над 300 лева	21	1,67	0,91	
PSP area B	0 лева	41	2,12	0,93	<b>&lt;0,001</b>
	1 до 100 лв. вкл.	58	2,29	1,03	
	от101 до 300лв. вкл.	60	1,57	0,79	
	над 300 лева	21	1,43	0,93	
PSP area C	0 лева	41	1,17	1,05	<b>0,003</b>
	1 до 100 лв. вкл.	58	1,17	1,08	
	от101 до 300лв. вкл.	60	0,67	0,82	
	над 300 лева	21	0,48	0,68	
PSP area D	0 лева	41	0,05	0,31	0,318
	1 до 100 лв. вкл.	58	0,33	1,03	
	от101 до 300лв. вкл.	60	0,08	0,33	
	над 300 лева	21	0,19	0,51	
<b>Брой легла</b>					
PSP area A	до 41 легла вкл.	77	1,94	0,80	<b>0,006</b>
	над 41 легла	103	2,33	0,96	
PSP area B	до 41 легла вкл.	77	1,61	0,81	<b>0,001</b>
	над 41 легла	103	2,14	1,03	
PSP area C	до 41 легла вкл.	77	0,64	0,67	<b>0,006</b>
	над 41 легла	103	1,14	1,12	
PSP area D	до 41 легла вкл.	77	0,05	0,28	0,085
	над 41 легла	103	0,25	0,84	
<b>Диагноза</b>					
PSP area A	F20	156	2,22	0,88	<b>0,016</b>
	F31, F33, F60	24	1,75	1,03	
PSP area B	F20	156	1,98	0,96	<b>0,013</b>
	F31, F33, F60	24	1,46	0,98	
PSP area C	F20	156	0,98	1,00	<b>0,033</b>
	F31, F33, F60	24	0,54	0,78	
PSP area D	F20	156	0,19	0,71	0,128
	F31, F33, F60	24	0,00	0,00	

### **2.3. Корелационни взаимодействия и предиктивен анализ на факторите имащи отношение към възстановяването и характеристики на изследваната популацията от пациенти и обслужване в институциите.**

За целите на корелационния анализ бяха сравнявани различни социо-демографски показатели на изследваната извадка пациенти с качеството на живот, маркери на възстановяване, характеристики на обслужването, оценката на личния избор, наличието на насилие, удовлетвореността от обслужването и различните видове предоставяна професионална подкрепа. Бяха търсени корелационни зависимости и предиктивни взаимодействия с цел определяне на фактори с висока значимост.

С оглед на по-прецизния анализ на резултатите от различните скали бе извършено допълнително субгруппиране на данните.

#### **2.3.1. Корелационен анализ при количествените променливи**

От получените резултати се установи слаба, положителна корелационна зависимост между броя на леглата в лечебното заведение и по-висок сбор по скалата за качество на живот MANSA. Освен това статистически значима позитивна корелация има и между продължителността на редовно обучение и степента на удовлетвореност. Колкото по-голяма е продължителността на обучението, толкова удовлетвореността е по-голяма. Този резултат е потвърдителен за връзката между нивото на преморбидна социална и образователна компетентност и по-добрата дълготрайна прогноза при пациентите с шизофрения, както и по-високата им субективна удовлетвореност като индикатор за по-добро възстановяване (128).

Резултатите от скалата за личен избор значимо корелират негативно с броя на леглата в институцията, т.е. с намаляване на броя на леглата се увеличава възможността за избор.

Оценката на функционирането измерено с GAF скалата показва значима негативна корелационна зависимост с броя на леглата и продължителността на престоя. Социалното функциониране се влошава с увеличаване на броя на леглата и с увеличаване на продължителността на престоя в лечебното заведение.

Оценката на функционирането измерена с PSP скалата показва подобна зависимост като в област А (Социално полезни дейности, работа и учене), област В (Лични и социални взаимоотношения) и област С (Самообгрижване), степента на нарушенията корелират положително с броя на леглата и продължителността на престоя. Интерпретацията на този резултат показва, че с увеличаване на броя на легловата база и с увеличаване на продължителността на престоя се увеличава резултата по гореспоменатите области на скалата PSP, т.е. нараства степента на нарушено функциониране. Резултатите са представени на **таблица 28**.

**Табл. 28** Корелационен анализ между индивидуалните маркери за възстановяване и броя легла, продължителност на престоя, възраст и обучение

<b>Корелационен анализ при количествените променливи</b>					
Показатели		Брой легла	Продължителност на престой в месеци	Възраст	Възраст на редовно обучение
MANSA	r	0.233	0.089	0.106	0.221
	p	<b>0.002</b>	0.236	0.157	<b>0.003</b>
	N	180	180	180	180
Скала за личен избор на обитателя	r	-0.391	-0.119	-0.054	-0.007
	p	<b>&lt;0.001</b>	0.113	0.470	0.929
	N	180	180	180	180
Индекс на добра среда	r	-0.110	-0.050	0.097	0.115
	p	0.140	0.504	0.197	0.123
	N	180	180	180	180
GAF	r	-0.399	-0.276	0.017	0.000
	p	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.818	0.998
	N	180	180	180	180
PSP area A	r	0.161	0.176	-0.072	-0.128
	p	<b>0.031</b>	<b>0.018</b>	0.340	0.086
	N	180	180	180	180
PSP area B	r	0.251	0.221	0.009	-0.128
	p	<b>0.001</b>	<b>0.003</b>	0.904	0.086
	N	180	180	180	180
PSP area C	r	0.268	0.269	0.016	-0.070
	p	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.828	0.350
	N	180	180	180	180
PSP area D	r	0.123	0.068	-0.135	0.030
	p	0.099	0.367	0.070	0.693
	N	180	180	180	180

### **2.3.2. Предиктори за възстановяване, характеристики на популацията и характеристики на обслужването**

За целите на установяване на прогностични фактори имащи отношение към възстановяването и създаване на логистичен регресионен модел данните бях категоризирани. Като зависими променливи бяха определени: Скалата за

качество на живот (MANSA), Маркери за възстановяване, Скалата за лечение и обслужване, Наличие на насилие, Скалата за личен избор, Индекс за добра среда, Функциониране измерено с GAF и PSP. Като независими променливи бяха определени: тип заведение, пол, месечен доход, брой хора, с които живее, брой легла, продължителност на престоя, възраст, на редовно обучение, достъп до психиатър, клиничен психолог, занимателен терапевт, социален работник, психотерапевт и арт-терапевт. Всяка една от зависимите променливи бе разделена дихотомно, за да се постигне качествено разпределение на факторите. Разделянето бе на базата на определяне на праг в степенуването на резултатите, дефиниращо двупосочна принадлежност към дадена категория.

#### **2.3.2.1. Качество на живот**

Резултатите бяха разпределени в две субгрупи според степента на удовлетвореност от различни аспекти на живота си. Едната група е на пациентите с общ среден сбор от  $\leq 4$ , т.е. предимно недоволни от живота си или такива, които не могат ясно да определят степента си на удовлетвореност и втора група на пациентите с общ среден сбор  $> 4$ , т.е. такива ясно определящи се в една или друга степен като доволни от живота (42). В първата група броят на пациентите е 134, а във втората 46.

На **таблица 29** се вижда, че групата на пациентите, чиито общ сбор показва високи нива на удовлетвореност значимо с по-голяма вероятност са обитатели на домовете за психично болни. Освен това статистически значимо пациентите, които са в групата на показващите недовлетвореност са по-често обект на интервенции от психиатър, клиничен психолог и социален работник, в сравнение с пациентите с високи нива на удовлетвореност, което е в контекста на добра клинична практика, с интервенции адекватно ориентирани към нуждаещите се от по-интензивни грижи обитатели.

**Табл. 29** Качество на живот, демографски показатели и характеристики на обслужването

MANSA					
Въпрос	Отговор	≤4 n(%)	>4 n(%)	Общо n(%)	P
Тип заведение	Отд. в болницата	62 (46,3)	17 (37)	79 (43,9)	<0,001
	Служба в общността	43 (32,1)	3 (6,5)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	29 (21,6)	26 (56,5)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	74 (55.2)	29 (63)	103 (57.2)	0.355
	Жени	60 (44.8)	17 (37)	77 (42.8)	
Месечен доход	0 лева	27 (20.1)	14 (30.4)	41 (22.8)	0.109
	1 до 100 лв. вкл.	40 (29.9)	18 (39.1)	58 (32.2)	
	от101 до 300лв. вкл.	51 (38.1)	9 (19.6)	60 (33.3)	
	над 300 лева	16 (11.9)	5 (10.9)	21 (11.7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	27 (20.1)	7 (15.2)	34 (18.9)	0.429
	от 2 до 4 човека вкл.	88 (65.7)	29 (63)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	19 (14.2)	10 (21.7)	29 (16.1)	
Достъп до психиатър	Не	16 (11.9)	17 (37)	33 (18.3)	<0.001
	Да	118 (88.1)	29 (63)	147 (81.7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	44 (32.8)	31 (67.4)	75 (41.7)	<0.001
	Да	90 (67.2)	15 (32.6)	105 (58.3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	98 (73.1)	29 (63)	127 (70.6)	0.195
	Да	36 (26.9)	17 (37)	53 (29.4)	
Достъп до социален работник	Не	28 (20.9)	26 (56.5)	54 (30)	<0.001
	Да	106 (79.1)	20 (43.5)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	131 (97.8)	46 (100)	177 (98.3)	0.306
	Да	3 (2.2)	0 (0)	3 (1.7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	103 (76.9)	38 (82.6)	141 (78.3)	0.415
	Да	31 (23.1)	8 (17.4)	39 (21.7)	

### 2.3.2.2. Лечение и обслужване

Резултатите бяха разпределени в две групи според броя на пациентите дали положителен отговор на двадесет и петте въпроса на скалата. В първата група попадат отговорилите с „Да“ на ≤ 50% от въпросите, а във втората група отговорилите с „Да“ на > 50% от въпросите. Това дихотомно разделяне помага да се степенува качеството на предоставените грижи субективно валидирано от

обитателите по отношение на тяхното лечение и цялостно обслужване в институцията. Пациентите от Група 2 са с по-високи стандарти на обслужване (238). В Група 1 броят на пациентите е 45, а в Група 2 той е 135. Статистически значими разлики се установиха между месечния доход, достъпът до занимателен и арт терапевт. Тези пациенти, които са имали по-чести срещи със занимателен и арт-терапевт попадат в групата с по-добра самооценка на обслужването (табл. 30).

**Табл. 30** Лечение и обслужване, демографски показатели и характеристики на обслужването

		Лечение и обслужване			
Въпрос	Отговор	Група1 n(%)	Група2 n(%)	Общо n(%)	Р
Тип заведение	Отд. в болницата	25 (55,6)	54 (40)	79 (43,9)	0,078
	Служба в общността	12 (26,7)	34 (25,2)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	8 (17,8)	47 (34,8)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	23 (51.1)	80 (59.3)	103 (57.2)	0.339
	Жени	22 (48.9)	55 (40.7)	77 (42.8)	
Месечен доход	0 лева	16 (35.6)	25 (18.5)	41 (22.8)	<b>0.029</b>
	1 до 100 лв. вкл.	8 (17.8)	50 (37)	58 (32.2)	
	от101 до 300лв. вкл.	14 (31.1)	46 (34.1)	60 (33.3)	
	над 300 лева	7 (15.6)	14 (10.4)	21 (11.7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	6 (13.3)	28 (20.7)	34 (18.9)	0.069
	от 2 до 4 човека вкл.	27 (60)	90 (66.7)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	12 (26.7)	17 (12.6)	29 (16.1)	
Достъп до психиатър	Не	4 (8.9)	29 (21.5)	33 (18.3)	0.059
	Да	41 (91.1)	106 (78.5)	147 (81.7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	18 (40)	57 (42.2)	75 (41.7)	0.793
	Да	27 (60)	78 (57.8)	105 (58.3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	37 (82.2)	90 (66.7)	127 (70.6)	<b>0.047</b>
	Да	8 (17.8)	45 (33.3)	53 (29.4)	
Достъп до социален работник	Не	11 (24.4)	43 (31.9)	54 (30)	0.348
	Да	34 (75.6)	92 (68.1)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	45 (100)	132 (97.8)	177 (98.3)	0.313
	Да	0 (0)	3 (2.2)	3 (1.7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	43 (95.6)	98 (72.6)	141 (78.3)	<b>0.001</b>
	Да	2 (4.4)	37 (27.4)	39 (21.7)	

На **таблица 31** са представени връзките с броя легла, периода на престой, възрастта и възрастта на редовно обучение. Единствената статистически значима зависимост е между по- високото ниво на образование и по- високо качество на лечение и обслужване.

**Табл. 31** Лечение и обслужване и брой легла, продължителност на престоя, възраст и обучение

Вашето лечение и обслужване							
Показател	Групи	N	Ср. стойност	Станд. отклонение	t	df	p
Брой легла	1	45	50.7	23.4	-0.81	178	0.417
	2	135	55.0	32.7			
Период на престой в месеци	1	45	30.8	39.3	-1.09	178	0.275
	2	135	41.9	64.6			
Възраст	1	45	45.0	10.6	-0.33	178	0.741
	2	135	45.6	10.9			
Възраст на редовно обучение	1	45	17.5	4.1	-2.10	178	<b>0.037</b>
	2	135	18.9	3.5			

### 2.3.2.3. Форми на насилие

Отговорите на пациентите бяха разпределени в две групи.

В Група 1 попадат обитателите отговорили на всичките въпроси за насилие отрицателно, т.е. това е групата без прояви на насилие. В Група 2 попадат пациентите, които са били жертва на някаква форма на насилие (вербално, физически или сексуално). Разпределението е поравно, като в групата с насилие броят на пациентите е 92, а в групата без насилие той е 88. Статистически значими разлики се установиха между групите и типа заведение, месечния доход, броя на хората, с които живее и достъпа до психиатър. Преобладаващата част от пациентите, които са обитатели на службите в общността и домовете за психично болни не са били жертва на насилие. Обратна е картината в болничните отделения, където преобладаващата част са били подложени на насилие. С нарастване на броя на обитателите в едно помещение, нараства вероятността от насилие. Пациентите в

групата с насилие са били преглеждани от психиатър по-често в сравнение с пациентите в групата без насилие (табл. 32)

**Табл. 32** Насилие, демографски показатели и характеристики на обслужването

		Насилие			Р
Въпрос	Отговор	Група1 n(%)	Група2 n(%)	Общо n(%)	
Тип заведение	Отд. в болницата	19 (20,7)	60 (68,2)	79 (43,9)	<b>&lt;0,001</b>
	Служба в общността	38 (41,3)	8 (9,1)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	35 (38)	20 (22,7)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	56 (60,9)	47 (53,4)	103 (57,2)	0.312
	Жени	36 (39,1)	41 (46,6)	77 (42,8)	
Месечен доход	0 лева	14 (15,2)	27 (30,7)	41 (22,8)	<b>0.001</b>
	1 до 100 лв. вкл.	40 (43,5)	18 (20,5)	58 (32,2)	
	от101 до 300лв. вкл.	32 (34,8)	28 (31,8)	60 (33,3)	
	над 300 лева	6 (6,5)	15 (17)	21 (11,7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	27 (29,3)	7 (8)	34 (18,9)	<b>0.001</b>
	от 2 до 4 човека вкл.	51 (55,4)	66 (75)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	14 (15,2)	15 (17)	29 (16,1)	
Достъп до психиатър	Не	26 (28,3)	7 (8)	33 (18,3)	<b>&lt;0.001</b>
	Да	66 (71,7)	81 (92)	147 (81,7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	44 (47,8)	31 (35,2)	75 (41,7)	0.087
	Да	48 (52,2)	57 (64,8)	105 (58,3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	64 (69,6)	63 (71,6)	127 (70,6)	0.766
	Да	28 (30,4)	25 (28,4)	53 (29,4)	
Достъп до социален работник	Не	28 (30,4)	26 (29,5)	54 (30)	0.896
	Да	64 (69,6)	62 (70,5)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	91 (98,9)	86 (97,7)	177 (98,3)	0.534
	Да	1 (1,1)	2 (2,3)	3 (1,7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	70 (76,1)	71 (80,7)	141 (78,3)	0.454
	Да	22 (23,9)	17 (19,3)	39 (21,7)	

Не се установиха статистически значими разлики в сравнението по групи спрямо броя легла, периода на престой, възрастта и образованието, представено на **таблица 33.**

**Табл. 33** Насилие и брой легла, продължителност на престоя, възраст и обучение

Показател	Групи	N	Насилие		t	df	p
			Ср. стойност	Станд. отклонение			
Брой легла	1	92	52.0	36.9	-0.84	178	0.404
	2	88	55.9	22.4			
Период на престой в месеци	1	92	46.7	60.5	1.76	178	0.080
	2	88	31.2	57.6			
Възраст	1	92	46.8	10.6	1.66	178	0.098
	2	88	44.1	10.8			
Възраст на редовно обучение	1	92	18.0	3.1	-1.81	178	0.072
	2	88	19.0	4.2			

#### 2.3.2.4. Личен избор на обитателя

Степента на личен избор на обитателите бе валидизирана чрез скалата за личен избор, като резултатите бяха разделени дихотомно. В първата група попадат пациентите с общ среден резултат на отговорите от всички въпроси равняващ са на  $\leq 2$ , т.е. на практика без личен избор. Във втората група попадат пациентите с общ среден резултат от всички въпроси  $> 2$ , т.е. това са пациентите, при които възможността за личен избор е категорично дефинирана (98). В първата група попадат 88 лица, а във втората 92. Статистически значимите разлики се установиха между групите с или без избор и типа заведение, броя на обитателите в едно помещение и достъпа до психологична помощ. Определено пациентите от службите в общността са с по-голям избор от останалите и повечето попадат във втората група. С нарастване на броя на обитателите в едно помещение намалява възможността за това да правят избори за различни аспекти на ежедневието. Достъпът до психолог и социален работник е присъщ на пациентите заявили ясно, че могат да правят избор (**табл. 34**).

**Табл. 34** Личен избор, демографски показатели и характеристики на обслужването

<b>Скала за личен избор на обитателя</b>					
<b>Въпрос</b>	<b>Отговор</b>	<b>≤2 n(%)</b>	<b>&gt;2 n(%)</b>	<b>Общо n(%)</b>	<b>P</b>
Тип заведение	Отд. в болницата	36 (40,9)	43 (46,7)	79 (43,9)	<b>&lt;0.001</b>
	Служба в общността	12 (13,6)	34 (37)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	40 (45,5)	15 (16,3)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	46 (52.3)	57 (62)	103 (57.2)	0.189
	Жени	42 (47.7)	35 (38)	77 (42.8)	
Месечен доход	0 лева	19 (21.6)	22 (23.9)	41 (22.8)	0.706
	1 до 100 лв. вкл.	32 (36.4)	26 (28.3)	58 (32.2)	
	от 101 до 300 лв. вкл.	27 (30.7)	33 (35.9)	60 (33.3)	
	над 300 лева	10 (11.4)	11 (12)	21 (11.7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	10 (11.4)	24 (26.1)	34 (18.9)	<b>&lt;0.001</b>
	от 2 до 4 човека вкл.	55 (62.5)	62 (67.4)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	23 (26.1)	6 (6.5)	29 (16.1)	
Достъп до психиатър	Не	21 (23.9)	12 (13)	33 (18.3)	0.061
	Да	67 (76.1)	80 (87)	147 (81.7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	54 (61.4)	21 (22.8)	75 (41.7)	<b>&lt;0.001</b>
	Да	34 (38.6)	71 (77.2)	105 (58.3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	63 (71.6)	64 (69.6)	127 (70.6)	0.766
	Да	25 (28.4)	28 (30.4)	53 (29.4)	
Достъп до социален работник	Не	34 (38.6)	20 (21.7)	54 (30)	<b>0.013</b>
	Да	54 (61.4)	72 (78.3)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	88 (100)	89 (96.7)	177 (98.3)	0.088
	Да	0 (0)	3 (3.3)	3 (1.7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	69 (78.4)	72 (78.3)	141 (78.3)	0.981
	Да	19 (21.6)	20 (21.7)	39 (21.7)	

### 2.3.2.5. Индекс на добра среда

Чрез скалата се оценява степента на удовлетвореност от обслужването в съответното заведение. Отговорите на пациентите са разпределени в две групи според средната стойност на всички въпроси на скалата. В едната влизат пациентите, чиято степен на удовлетвореност е ниска или липсваща (средна стойност на отговорите  $\leq 3$ ). В другата група влизат пациентите с висока

удовлетвореност от заведението (средна стойност >3). В първата група броят на пациентите е 64, а във втората 116. Единствената статистически значима зависимост е между достъпа до срещи с арт- терапевт и по- висока степен на удовлетвореност на пациентите от заведението, представено на **таблица 35**.

**Табл. 35** Удовлетвореност , демографски показатели и характеристики на обслужването

<b>Индекс на добра среда</b>					
<b>Въпрос</b>	<b>Отговор</b>	<b>≤3 n(%)</b>	<b>&gt;3 n(%)</b>	<b>Общо n(%)</b>	<b>P</b>
Тип заведение	Отд. в болницата	33 (51,6)	46 (39,7)	79 (43,9)	0.305
	Служба в общността	14 (21,9)	32 (27,6)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	17 (26,6)	38 (32,8)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	36 (56.3)	67 (57.8)	103 (57.2)	0.845
	Жени	28 (43.8)	49 (42.2)	77 (42.8)	
Месечен доход	0 лева	13 (20.3)	28 (24.1)	41 (22.8)	0.665
	1 до 100 лв. вкл.	23 (35.9)	35 (30.2)	58 (32.2)	
	от101 до 300лв. вкл.	19 (29.7)	41 (35.3)	60 (33.3)	
	над 300 лева	9 (14.1)	12 (10.3)	21 (11.7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	9 (14.1)	25 (21.6)	34 (18.9)	0.193
	от 2 до 4 човека вкл.	41 (64.1)	76 (65.5)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	14 (21.9)	15 (12.9)	29 (16.1)	
Достъп до психиатър	Не	8 (12.5)	25 (21.6)	33 (18.3)	0.133
	Да	56 (87.5)	91 (78.4)	147 (81.7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	28 (43.8)	47 (40.5)	75 (41.7)	0.674
	Да	36 (56.3)	69 (59.5)	105 (58.3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	48 (75)	79 (68.1)	127 (70.6)	0.331
	Да	16 (25)	37 (31.9)	53 (29.4)	
Достъп до социален работник	Не	16 (25)	38 (32.8)	54 (30)	0.277
	Да	48 (75)	78 (67.2)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	64 (100)	113 (97.4)	177 (98.3)	0.194
	Да	0 (0)	3 (2.6)	3 (1.7)	
Достъп до арт- терапевт	Не	56 (87.5)	85 (73.3)	141 (78.3)	<b>0.027</b>
	Да	8 (12.5)	31 (26.7)	39 (21.7)	

### 2.3.2.6. Оценка на функционирането с GAF

Данните от GAF скалата са разделени според степента на симптомно и функционално нарушение в две групи спрямо средната стойност на резултата. Едната група е на пациентите със сбор по GAF  $\leq 60$ , т.е. с по-тежка степен на нарушения, от умерени до животозастрашаващи. Втората група е на пациенти със сбор по GAF  $>60$ , т.е. с леки или липсващи нарушения, които на практика могат да бъдат дефинирани като възстановени от психичната болест (41). В първата група броя на пациентите е 71, а във втората 109. Статистически значимо по-голям процент от обитателите на службите в общността, последвани от отделенията в болниците са в групата с по-високо функциониране (GAF  $>60$ ). Преобладаващата част от обитателите на домовете да психично болни са в групата на по-тежки функционални нарушения (GAF  $\leq 60$ ). Пациентите с по-голям доход са по-добре функциониращи от пациентите с по-нисък доход. Значимо по-високо функциониращи пациенти са били обект на интервенции от клиничен психолог и социален работник (табл. 36).

**Табл. 36** Оценка на функционирането (GAF), демографски показатели и характеристики на обслужването

		GAF			
Въпрос	Отговор	≤60 n(%)	>60 n(%)	Общо n(%)	P
Тип заведение	Отд. в болницата	24 (33,8)	55 (50,5)	79 (43,9)	<b>&lt;0.001</b>
	Служба в общността	8 (11,3)	38 (34,9)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	39 (54,9)	16 (14,7)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	43 (60,6)	60 (55)	103 (57,2)	0.465
	Жени	28 (39,4)	49 (45)	77 (42,8)	
Месечен доход	0 лева	18 (25,4)	23 (21,1)	41 (22,8)	<b>&lt;0.001</b>
	1 до 100 лв. вкл.	36 (50,7)	22 (20,2)	58 (32,2)	
	от101 до 300лв. вкл.	13 (18,3)	47 (43,1)	60 (33,3)	
	над 300 лева	4 (5,6)	17 (15,6)	21 (11,7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	15 (21,1)	19 (17,4)	34 (18,9)	0.213
	от 2 до 4 човека вкл.	41 (57,7)	76 (69,7)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	15 (21,1)	14 (12,8)	29 (16,1)	
Достъп до психиатър	Не	17 (23,9)	16 (14,7)	33 (18,3)	0.116
	Да	54 (76,1)	93 (85,3)	147 (81,7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	46 (64,8)	29 (26,6)	75 (41,7)	<b>&lt;0.001</b>
	Да	25 (35,2)	80 (73,4)	105 (58,3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	49 (69)	78 (71,6)	127 (70,6)	0.714
	Да	22 (31)	31 (28,4)	53 (29,4)	
Достъп до социален работник	Не	37 (52,1)	17 (15,6)	54 (30)	<b>&lt;0.001</b>
	Да	34 (47,9)	92 (84,4)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	70 (98,6)	107 (98,2)	177 (98,3)	0.827
	Да	1 (1,4)	2 (1,8)	3 (1,7)	
Достъп до арт терапевт	Не	58 (81,7)	83 (76,1)	141 (78,3)	0.378
	Да	13 (18,3)	26 (23,9)	39 (21,7)	

### 2.3.2.7. Оценка на функционирането с PSP

Резултатите от скалата PSP бяха разпределени в две групи според степента на нарушенията. В първата група попадат пациенти, чиито сбор е  $\leq 2$ , при които нарушенията са лекостепенни и не влияещи съществено върху функционирането и ролите. Във втората група попадат пациентите, чиито сбор е  $> 2$ , при които нарушенията са по-тежки и отразяващи се в различна степен на функционирането и ролите (175).

Резултатите са представени по области на скалата, като област А е социално полезни дейности, включително работа и учене, област В е лични и социални взаимоотношения, област С е самообгрижване, област D е обезпокоително и агресивно поведение.

Резултатите от област А- социално полезни дейности показват някои статистически значими разлики. В групата с резултат  $\leq 2$ , т.е. с лекостепенни нарушения попадат 131 пациента, а в групата с резултат  $> 2$ , т.е. с по-тежка патология броят на пациентите е 49.

Установява се по-добро функциониране на пациентите от службите в общността и преобладаващо значима дисфункция на пациентите от домовете за психично болни. По високия доход се асоциира с по-добро справяне. Пациентите, които са имали прегледи при психолог и социален работник са от тези с по-добро функциониране. Резултатите са представени в **таблица 37**.

**Табл. 37** Оценка на функционирането (PSP област А), демографски показатели и характеристики на обслужването

PSP област А					
Въпрос	Отговор	≤2 n(%)	>2 n(%)	Общо n(%)	P
Тип заведение	Отд. в болницата	62 (47,3)	17 (34,7)	79 (43,9)	<b>&lt;0.001</b>
	Служба в общността	42 (32,1)	4 (8,2)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	27 (20,6)	28 (57,1)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	71 (54,2)	32 (65,3)	103 (57,2)	0.181
	Жени	60 (45,8)	17 (34,7)	77 (42,8)	
Месечен доход	0 лева	26 (19,8)	15 (30,6)	41 (22,8)	<b>&lt;0.001</b>
	1 до 100 лв. вкл.	32 (24,4)	26 (53,1)	58 (32,2)	
	от 101 до 300 лв. вкл.	54 (41,2)	6 (12,2)	60 (33,3)	
	над 300 лева	19 (14,5)	2 (4,1)	21 (11,7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	24 (18,3)	10 (20,4)	34 (18,9)	0.301
	от 2 до 4 човека вкл.	89 (67,9)	28 (57,1)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	18 (13,7)	11 (22,4)	29 (16,1)	
Достъп до психиатър	Не	22 (16,8)	11 (22,4)	33 (18,3)	0.383
	Да	109 (83,2)	38 (77,6)	147 (81,7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	44 (33,6)	31 (63,3)	75 (41,7)	<b>&lt;0.001</b>
	Да	87 (66,4)	18 (36,7)	105 (58,3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	95 (72,5)	32 (65,3)	127 (70,6)	0.345
	Да	36 (27,5)	17 (34,7)	53 (29,4)	
Достъп до социален работник	Не	31 (23,7)	23 (46,9)	54 (30)	<b>0.002</b>
	Да	100 (76,3)	26 (53,1)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	128 (97,7)	49 (100)	177 (98,3)	0.285
	Да	3 (2,3)	0 (0)	3 (1,7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	101 (77,1)	40 (81,6)	141 (78,3)	0.511
	Да	30 (22,9)	9 (18,4)	39 (21,7)	

Идентична е картината при област В- лични и социални взаимоотношения. В групата с резултат ≤2, т.е. с лекостепенни нарушения попадат 140 пациента, а в групата с резултат >2, т.е. с по-тежка патология броят на пациентите е 40. Установява се по-добро функциониране на пациентите от службите в общността и преобладаващо значима дисфункция на пациентите от домовете за психично болни. По високия доход се асоциира с по-добро справяне. Пациентите, които са имали

прегледи при психолог и социален работник са по- добре функциониращи. Резултатите са представени на **таблица 38**.

**Табл. 38** Оценка на функционирането (PSP област В), демографски показатели и характеристики на обслужването

PSP област В					
Въпрос	Отговор	≤2 n(%)	>2 n(%)	Общо n(%)	P
Тип заведение	Отд. в болницата	66 (47,1)	13 (32,5)	79 (43,9)	<b>&lt;0.001</b>
	Служба в общността	43 (30,7)	3 (7,5)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	31 (22,1)	24 (60)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	79 (56,4)	24 (60)	103 (57,2)	0.687
	Жени	61 (43,6)	16 (40)	77 (42,8)	
Месечен доход	0 лева	31 (22,1)	10 (25)	41 (22,8)	<b>&lt;0.001</b>
	1 до 100 лв. вкл.	35 (25)	23 (57,5)	58 (32,2)	
	от 101 до 300 лв. вкл.	55 (39,3)	5 (12,5)	60 (33,3)	
	над 300 лева	19 (13,6)	2 (5)	21 (11,7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	26 (18,6)	8 (20)	34 (18,9)	0.188
	от 2 до 4 човека вкл.	95 (67,9)	22 (55)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	19 (13,6)	10 (25)	29 (16,1)	
Достъп до психиатър	Не	24 (17,1)	9 (22,5)	33 (18,3)	0.441
	Да	116 (82,9)	31 (77,5)	147 (81,7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	49 (35)	26 (65)	75 (41,7)	<b>0.001</b>
	Да	91 (65)	14 (35)	105 (58,3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	100 (71,4)	27 (67,5)	127 (70,6)	0.631
	Да	40 (28,6)	13 (32,5)	53 (29,4)	
Достъп до социален работник	Не	34 (24,3)	20 (50)	54 (30)	<b>0.002</b>
	Да	106 (75,7)	20 (50)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	137 (97,9)	40 (100)	177 (98,3)	0.351
	Да	3 (2,1)	0 (0)	3 (1,7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	109 (77,9)	32 (80)	141 (78,3)	0.772
	Да	31 (22,1)	8 (20)	39 (21,7)	

Резултатите в област С- самообгрижване също са разделени в две групи- групата с резултат ≤2, т.е. с лекостепенни нарушения попадат 163 пациента, а в групата с резултат >2, т.е. с по- тежка патология броят на пациентите е 17. Установява се по- добро функциониране в контекста на самообслужването при пациентите от службите в общността, където всички обитатели попадат в първата

група и преобладаващо значима дисфункция на пациентите от домовете за психично болни. Жените се справят по-добре в сравнение с мъжете. По високия доход се асоциира с по-добро справяне. Пациентите, които са имали прегледи при психолог и социален работник са по-добре функциониращи (табл. 39).

**Табл. 39** Оценка на функционирането (PSP област С), демографски показатели и характеристики на обслужването

PSP област С					
Въпрос	Отговор	≤2 n(%)	>2 n(%)	Общо n(%)	P
Тип заведение	Отд. в болницата	75 (46)	4 (23,5)	79 (43,9)	<b>&lt;0.001</b>
	Служба в общността	46 (28,2)	0 (0)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	42 (25,8)	13 (76,5)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	89 (54.6)	14 (82.4)	103 (57.2)	<b>0.028</b>
	Жени	74 (45.4)	3 (17.6)	77 (42.8)	
Месечен доход	0 лева	35 (21.5)	6 (35.3)	41 (22.8)	<b>0.028</b>
	1 до 100 лв. вкл.	49 (30.1)	9 (52.9)	58 (32.2)	
	от 101 до 300 лв. вкл.	58 (35.6)	2 (11.8)	60 (33.3)	
	над 300 лева	21 (12.9)	0 (0)	21 (11.7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	32 (19.6)	2 (11.8)	34 (18.9)	0.267
	от 2 до 4 човека вкл.	107 (65.6)	10 (58.8)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	24 (14.7)	5 (29.4)	29 (16.1)	
Достъп до психиатър	Не	27 (16.6)	6 (35.3)	33 (18.3)	0.092
	Да	136 (83.4)	11 (64.7)	147 (81.7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	60 (36.8)	15 (88.2)	75 (41.7)	<b>&lt;0.001</b>
	Да	103 (63.2)	2 (11.8)	105 (58.3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	114 (69.9)	13 (76.5)	127 (70.6)	0.574
	Да	49 (30.1)	4 (23.5)	53 (29.4)	
Достъп до социален работник	Не	45 (27.6)	9 (52.9)	54 (30)	<b>0.029</b>
	Да	118 (72.4)	8 (47.1)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	160 (98.2)	17 (100)	177 (98.3)	0.998
	Да	3 (1.8)	0 (0)	3 (1.7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	126 (77.3)	15 (88.2)	141 (78.3)	0.372
	Да	37 (22.7)	2 (11.8)	39 (21.7)	

Област D оценява обезпокоително и агресивно поведение. В групата с резултат ≤2, т.е. с лекостепенни нарушения попадат 175 пациента, а в групата с резултат >2, т.е. с по-тежка патология броят на пациентите е 5. По-доброто

функциониране, т.е. по-лекостепенни прояви на вербална агресия е предимно характеристика на пациентите в болничните отделения и службите в общността. По-високите доходи намаляват вероятността от по-тежки агресивни действия. Пациентите, които са имали прегледи при психолог значимо по-често попадат в групата с по-лека патология. Резултатите са представени на **таблица 40**.

**Табл. 40** Оценка на функционирането (PSP област D), демографски показатели и характеристики на обслужването

PSP област D					
Въпрос	Отговор	≤2 n(%)	>2 n(%)	Общо n(%)	P
Тип заведение	Отд. в болницата	79 (45,1)	0 (0)	79 (43,9)	<b>0.003</b>
	Служба в общността	46 (26,3)	0 (0)	46 (25,6)	
	Дом за псих. болни	50 (28,6)	5 (100)	55 (30,6)	
Пол	Мъже	99 (56,6)	4 (80)	103 (57,2)	0.394
	Жени	76 (43,4)	1 (20)	77 (42,8)	
Месечен доход	0 лева	41 (23,4)	0 (0)	41 (22,8)	<b>0.015</b>
	1 до 100 лв. вкл.	53 (30,3)	5 (100)	58 (32,2)	
	от 101 до 300 лв. вкл.	60 (34,3)	0 (0)	60 (33,3)	
	над 300 лева	21 (12)	0 (0)	21 (11,7)	
Брой хора, с които живее	от 0 до 1 човек вкл.	33 (18,9)	1 (20)	34 (18,9)	0.828
	от 2 до 4 човека вкл.	113 (64,6)	4 (80)	117 (65)	
	над 5 човека вкл.	29 (16,6)	0 (0)	29 (16,1)	
Достъп до психиатър	Не	32 (18,3)	1 (20)	33 (18,3)	0.922
	Да	143 (81,7)	4 (80)	147 (81,7)	
Достъп до клиничен психолог	Не	70 (40)	5 (100)	75 (41,7)	<b>0.012</b>
	Да	105 (60)	0 (0)	105 (58,3)	
Достъп до занимателен терапевт	Не	124 (70,9)	3 (60)	127 (70,6)	0.632
	Да	51 (29,1)	2 (40)	53 (29,4)	
Достъп до социален работник	Не	51 (29,1)	3 (60)	54 (30)	0.161
	Да	124 (70,9)	2 (40)	126 (70)	
Достъп до психотерапевт	Не	172 (98,3)	5 (100)	177 (98,3)	0.986
	Да	3 (1,7)	0 (0)	3 (1,7)	
Достъп до арт-терапевт	Не	136 (77,7)	5 (100)	141 (78,3)	0.587
	Да	39 (22,3)	0(0)	39 (21,7)	

### **2.3.3. Предиктивен модел на индивидуалните фактори за възстановяване и характеристики на популацията**

Представени са факторите, които имат значим ефект към модела, които поради вътрешни корелационни взаимодействия обединяват ефекта и на останалите значими такива, като са изключени тези фактори със слаба предиктивна сила.

На **таблица 41** са представени предиктивни взаимодействия, между индивидуалните индикатори за възстановяване като зависимите променливи са: MANSA, Лечение и обслужване, Насилие, Личен избор и Индекс на добра среда. Като независими променливи бяха изследвани: тип заведение, брой легла, продължителност на престоя, пол, възраст, образование, месечен доход, брой хора с, които съжителства, консултации с различни помагачи професионалисти, диагноза и лечение.

Резултатите от скалата за качество на живот противно на очакванията показват, че увеличаването на броя легла предполага по- висока удовлетвореност и качество на живот на пациентите, по субективна самооценка, а обект на интервенции със социален работник предиктивно са пациентите показващи ниска степен на удовлетвореност.

Терапевтичните контакти със занимателен терапевт и арт- терапевт са предиктор за по- високо качество на лечението и цялостното обслужване на пациентите, според тяхната самооценка. Интервенциите от тези специалисти повишава вероятността за по- добро обслужване в първия случай с повече от два пъти (OR= 2.372), а в случая на срещи с арт- терапевт с повече от 8 пъти (OR= 8.261).

Лечението в домовете за психично болни и службите в общността, е предиктор за отсъствие на насилие към пациентите. Обслужването в домовете за психично болни намаляват шанса за насилие с 99% (OR= 0.093), а в службите в общността с около 83% (OR= 0.170). Увеличаването на броя на леглата в институцията е предиктор за насилие. Психиатричните консултации на насочени с почти петкратна вероятност към пациенти, които са били жертва на насилие.

Достоверно може да се прогнозира, че в институциите с по-голям брой легла и с по-голям брой обитатели в едно помещение значимо се намалява възможността за личен избор като цяло. Увеличаването на броя легла и увеличаването на броя обитатели в едно помещение с единица води до намаляване на шанса за попадане в групата с избор съответно с 3% (OR= 0.972) и 52% (OR= 0.484). Възрастта също е предиктор за личен избор, нейното увеличаване с година, намалява възможността за избор с около 5% (OR= 0.952). Интервенциите с клиничен психолог и занимателен терапевт повишават предпоставките за това пациентите да избират с около два пъти и половина.

Удовлетвореността от лечебното заведение като цяло се определя предимно от възрастта- с нейното повишаване, нараства и степента на удовлетвореност. Интервенциите от арт-терапевтите повишават степента на задоволство от заведението приблизително с два пъти и половина (OR= 2.485).

**Табл. 41** Предиктивен модел на индивидуалните фактори за възстановяване и характеристики на популацията

<b>Независими променливи</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>	
<b>Зависима променлива: MANSA ( ≤ 4, предимно неудовлетворени и &gt; 4, предимно удовлетворени)</b>								
Брой легла	0.028	0.007	15.025	1	<0.001	1.028	1.014	1.043
Инт. от соц. работник	-1.723	0.399	18.649	1	<0.001	0.179	0.082	0.390
Константа	-1.644	0.492	11.137	1	0.001	0.193		
<b>Зависима променлива: Лечение и обслужване (позитивен отговор на ≤ 50% и &gt; 50% от въпросите)</b>								
Инт. от занимателен терапевт	0.864	0.440	3.851	1	0.049	2.372	1.001	5.619
Инт. от арт-терапевт	2.112	0.751	7.896	1	0.005	8.261	1.894	36.028
Константа	0.605	0.208	8.448	1	0.004	1.831		
<b>Зависима променлива: Насилие (Група 1- без насилие и Група 2- с насилие)</b>								
Заведение			28,588	2	<0,001			
Дом за псих. болни	-2,371	0,489	23,553	1	<0,001	0,093	0,036	0,243
Служба в общността	-1,771	0,566	9,807	1	0,002	0,170	0,056	0,515
Брой легла	0,020	0,009	4,713	1	0,029	1,020	1,002	1,038
Инт. от психиатър	1,573	0,606	6,728	1	0,009	4,820	1,469	15,819
Константа	-1,325	0,865	2,349	1	0,125	0,266		
<b>Зависима променлива: Личен избор (≤2, без личен избор и &gt;2, с личен избор)</b>								
Брой легла	-0.028	0.008	13.553	1	0.000	0.972	0.957	0.987
Възраст	-0.049	0.018	7.114	1	0.008	0.952	0.919	0.987
Брой хора, с които живее	-0.725	0.338	4.616	1	0.032	0.484	0.250	0.938
Инт. от клиничен психолог	0.996	0.399	6.226	1	0.013	2.708	1.238	5.924
Инт. от занимателен терапевт	0.910	0.438	4.328	1	0.037	2.485	1.054	5.859
Константа	4.424	1.184	13.965	1	0.000	83.462		
<b>Зависима променлива: Индекс на добра среда (≤ 3, ниска удовлетвореност и &gt;3, висока удовлетвореност)</b>								
Възраст	0.032	0.015	4.545	1	0.033	1.032	1.003	1.063
Инт. от арт-терапевт	0.877	0.436	4.038	1	0.044	2.404	1.022	5.655
Константа	-1.001	0.683	2.148	1	0.143	0.368		

За цялостното функциониране в неговия био- психо- социален контекст, измерено със скалата GAF, предиктивна роля имат променливите: престой в заведението, месечен доход и срещите със социален работник. С метода на множествена логистична регресия се изчисли, че увеличаването на престоя в съответното заведение с един месец намалява вероятността за попадане в групата  $GAF > 60$  с около 1 % ( $OR = 0.989$ ). Високия месечен доход е предиктор за добро функциониране ( $OR = 3.581$ ), а интервенциите от социален работник повишават шанса за добро функциониране и съответно възстановяване от психичната болест с шест пъти и половина ( $OR = 6.663$ ).

Конкретните оценки на функционирането са изследвани с отделните области на скалата за личностово и социално функциониране PSP.

Област А изследва социално полезните дейности като работа и учене. Психологическите интервенции от специалист водят до намаляване на дефицитите в тази област ( $OR = 0.371$ ), това е валидно и за пациентите с по- висок месечен доход.

Област В изследва нарушенията в личните и социални взаимоотношения, а Област С- самообгрижването, като и при двете интервенциите от клиничен психолог водят до предвидимо подобрене на функционирането ( $OR = 0.383$ ,  $OR = 0.078$ ). Увеличаването на месечния доход прогнозируемо има положителен ефект върху социалните и лични взаимоотношения на пациентите. Резултатите са представени на **таблица 42**.

**Табл. 42** Предиктивен модел на функционирането и характеристики на популацията

<b>Независими променливи</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>	
<b>Зависима променлива : GAF (<math>\leq 60</math>, тежки нарушения и <math>&gt;60</math>, леки нарушения)</b>								
Престой месеци	-0.011	0.004	8.785	1	0.003	0.989	0.982	0.996
Месечен доход			10.671	3	0.014			
1 до 100 лв. вкл.	-0.470	0.481	0.956	1	0.328	0.625	0.243	1.604
от101 до 300лв. вкл.	0.737	0.518	2.025	1	0.155	2.089	0.757	5.764
над 300 лева	1.276	0.696	4.484	1	0.038	3.581	0.915	14.018
Инт. от соц. работник	1.897	0.402	22.270	1	<0.001	6.663	3.031	14.647
Константа	-0.623	0.507	4.512	1	0.031	0.536		
<b>Зависима променлива : PSP A- Социално полезни дейности (<math>\leq 2</math>, леки нарушения и <math>&gt;2</math>, тежки нарушения)</b>								
Инт. от клин. психолог	-0.992	0.376	6.968	1	0.008	0.371	0.177	0.774
месечен доход			15.828	3	0.001			
1 до 100 лв. вкл.	0.186	0.434	0.184	1	0.668	1.205	0.515	2.819
от101 до 300лв. вкл.	-1.514	0.549	7.601	1	0.006	0.220	0.075	0.646
над 300 лева	-1.831	0.825	4.926	1	0.026	0.160	0.032	0.807
Константа	0.001	0.388	4.560	1	0.033	1.001		
<b>Зависима променлива : PSP B- Лични и социални отношения (<math>\leq 2</math>, леки нарушения и <math>&gt;2</math>, тежки нарушения)</b>								
Инт. от клин. психолог	-0.960	0.396	5.865	1	0.015	0.383	0.176	0.833
месечен доход			13.762	3	0.003			
1 до 100 лв. вкл.	0.552	0.466	1.403	1	0.236	1.736	0.697	4.325
от101 до 300лв. вкл.	-1.271	0.600	4.491	1	0.034	0.281	0.087	0.909
над 300 лева	-1.200	0.839	2.044	1	0.153	0.301	0.058	1.560
Константа	-0.447	0.457	11.240	1	0.001	0.639		
<b>Зависима променлива : PSP C- Самообгрижване (<math>\leq 2</math>, леки нарушения и <math>&gt;2</math>, тежки нарушения)</b>								
Инт. от клин. психолог	-2.555	0.770	11.010	1	0.001	0.078	0.017	0.351
Константа	-1.386	0.289	23.062	1	<0.001	0.250		

### **3. Сравнителен анализ на факторите на обслужването по домени и индивидуалните маркери на възстановяване**

За оценяване на ефекта на факторите на обслужването в институциите, обективно представени от ръководителите на изследваните заведения и тяхното въздействие върху индивидуалните маркери, т.е. възприятията на пациентите към полагащите грижи, качеството на живот и удовлетвореност, тяхната автономност и способност за личен избор, оценката на терапевтичната култура в лечебното заведение и оценката на функционирането, бяха сравнявани области от двата въпросника, с цел търсене на корелации и предиктивни взаимодействия.

Въпросите от инструмента за оценка на институциите бяха логически селектирани в домени, следствие на обсъждане и решение на дисертанта, неговия научен ръководител, както и от панел от експерти в областта на психосоциалната рехабилитация, практики ориентирани към възстановяване, човешки права, психично- здравно законодателство и стандарти в обслужването, и обединени в седем домена. Някои от въпросите имат отношение към повече от един аспект на обслужването, в резултат на което са включени в два или повече домени. Такова обединяване позволява и сравнителен анализ с останалите центрове от международната извадка. Всяка една област е информативна за определен аспект на обслужването както следва:

**Домен 1- Жизнена среда.** Включва различни аспекти на сградния фонд, интериора и екстериора на заведението, практически аспекти на организацията и функционирането на институцията като достъп до вестник, компютър, телефон, предоставяне на избор за разполагане на лични вещи, определено време и място за посещения, избор и самостоятелно приготвяне на храна и др.

**Домен 2- Терапевтична среда.** Този домен оценява терапевтичната култура в заведението. Оценява се адекватната обезпеченост по отношение на персонала, неговото обучение и супервизия, терапевтичните умения, както и нагласите на служителите към лечебния процес, възстановяването и рехабилитацията на пациентите. Включва и информация за организирането на активности на обитателите и индивидуализирано обслужване.

**Домен 3- Лечение и интервенции.** Включва специфични медицински, психиатрични, психологични и социални лечения и интервенции прилагани в заведението, подобряване на физическото здраве на обитателите, използването на изолация и имобилизация при рисково поведение.

**Домен 4- Самостоятелно справяне и автономност.** Доменът оценява степента, до която заведението промотира независимост, самостоятелност и автономен избор на обитателите.

**Домен 5- Социално включване.** Доменът оценява участието в активности в общността и интеракции с индивиди извън лечебното заведение.

**Домен 6- Човешки права.** Този домен оценява степента, до която заведението осигурява спазване на правата на обитателите и ангажираността с осигуряване на обслужването им. Тук също се включва съхранение на конфиденциалната информация, процедури за подаване на оплаквания, достъп на пациентите до защитник и осигуряване на възможност да гласуват.

**Домен 7- Обслужване ориентирано към възстановяване.** Доменът включва оценка на степента, до която пациентите биват ангажирани във взимане на съгласувани решения за тяхното лечение, участие в създаването на лечебен план, очакванията на персонала по отношение на възстановяването, степента, до която заведението е интегрирано в местната общност и насърчаване на автономност.

Представените резултати са сравнявани като процент от общия максимален сбор в съответния домен, който се равнява на сто процента.

### **3.1. Общи характеристики на домовете**

Средните стойности на сбора в проценти разпределени по домени за всички институции са представени на **таблица 43**. Резултатите се движат в диапазона от 68% до 75 %. Най- ниски са те за областите самостоятелно справяне и автономност, и социално включване, което означава, че интервенциите в тези области са най-дефицитни. Най- високи са стойностите на показателите човешки права, лечения и интервенции и жизнена среда.

**Табл. 43** Среден сбор по домени

Домени	N	Ср. стойност	Станд. отклонение	Медиана	Мин.	Макс.
Жизнена среда	20	73,5	15,6	78,4	50,0	100,0
Терапевтична среда	20	71,2	16,7	70,1	35,0	100,0
Лечения и интервенции	20	74,5	14,4	77,6	42,8	100,0
Самостоятелно справяне и автономност	20	68,0	19,8	65,8	39,8	100,0
Социално включване	20	67,9	20,7	68,0	22,7	100,0
Човешки права	20	75,5	16,9	77,5	45,0	100,0
Обслужване ориентирано към възстановяване	20	70,1	16,8	71,0	43,5	100,0

Разпределението на резултатите в зависимост от типа институция показват значими различия във всички области ( $p < 0,001$ ). Жизнената среда е най- добре организирана в службите в общността, а най- лоши са показателите в болничните отделения. Терапевтичната среда отново показва най- висок процент в службите в общността, а най- нисък в домовете за психично болни. Лечението на пациентите се най- добре организирано в службите в общността, а с най- ниски стойности на този показател са домовете. Най- насърчавани в самостоятелно справяне и автономност са обитателите лекувани в общността, а пациентите пребиваващи в болница и дом са със значимо по- ниски скорове в този домен. Социалното включване е най- силно застъпено в заведенията в общността, последвано от домовете за психично болни и болничните отделения в най- ниска степен. Човешките права се спазват най- много в службите в общността (90%), а най- нисък резултат в този домен показват домовете за психично болни. Накрая в домена обслужване ориентирано към възстановяване отново най- висок процент се

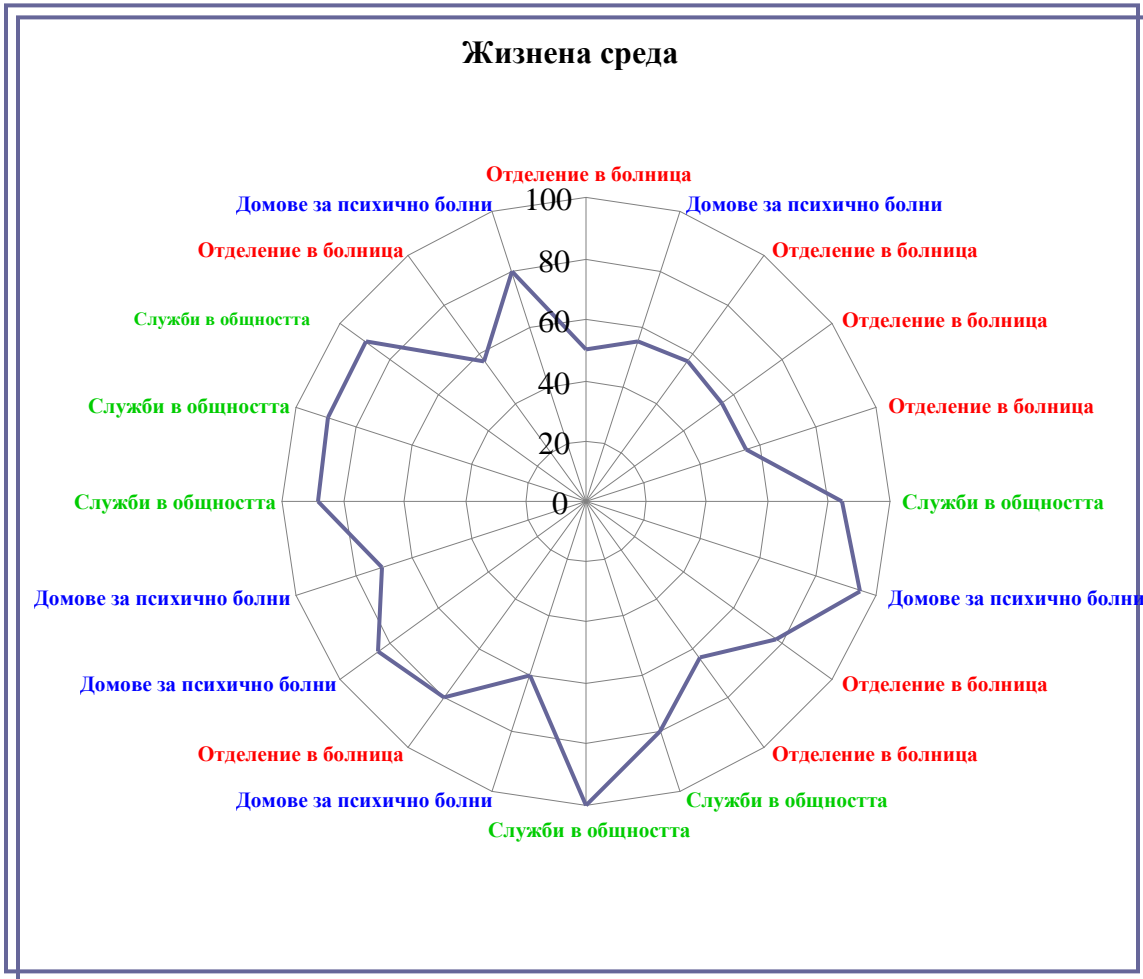
установи в службите в общността, а в останалите институции резултатите са приблизително еднакви- около 60 % (табл. 44).

**Табл. 44** Среден сбор по домени и тип заведение

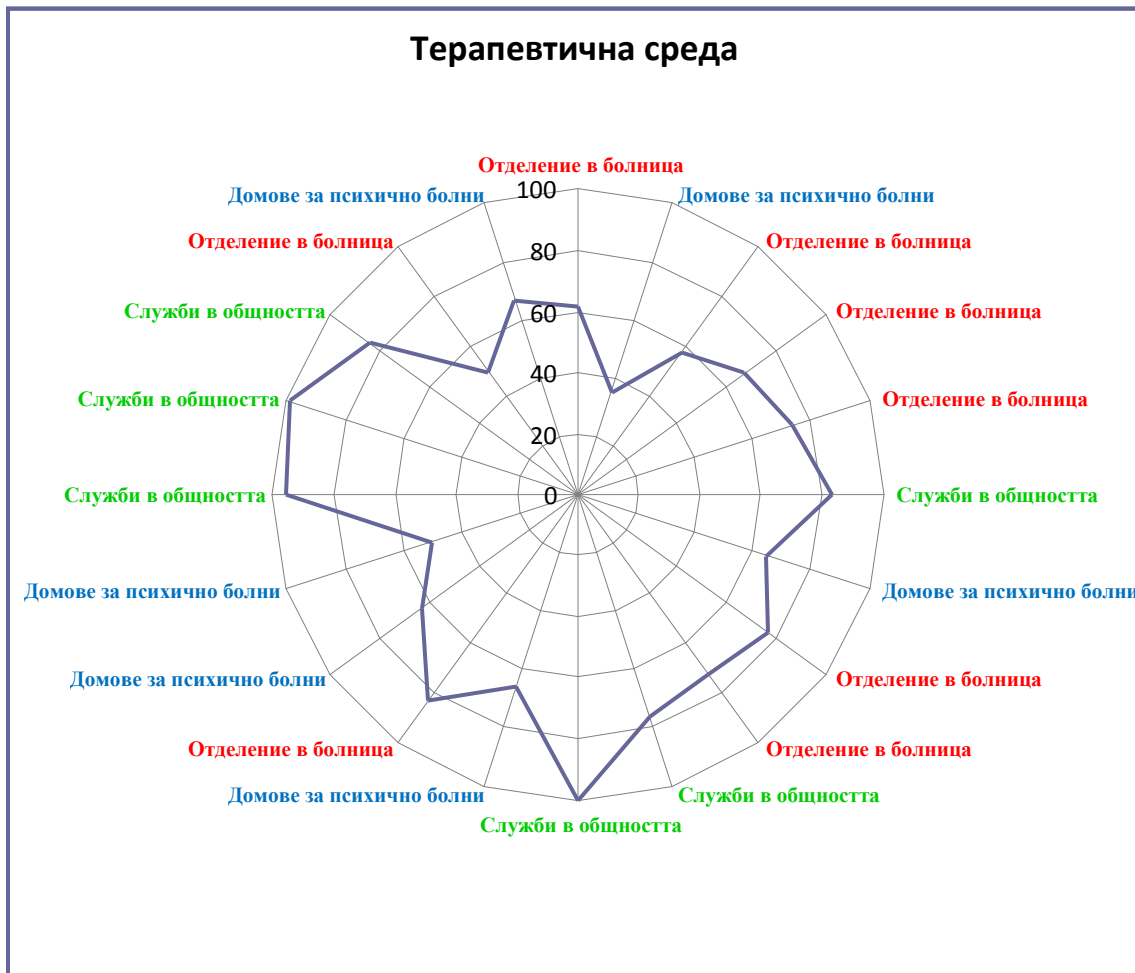
Показател	Отделение в болницата			Служба в общността			Дом за психично болни			p
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	
Жизнена среда	8	60,1	9,3	6	87,5	6,7	6	72,9	13,7	<0,001
Терапевтична среда	8	66,6	9,9	6	88,1	9,2	6	57,3	11,8	<0,001
Лечения и интервенции	8	74,0	10,7	6	84,2	9,7	6	62,5	12,1	<0,001
Самостоятелно справяне и автономност	8	57,4	13,6	6	88,8	8,5	6	57,5	14,5	<0,001
Социално включване	8	57,6	14,9	6	82,8	15,0	6	62,0	21,7	<0,001
Човешки права	8	71,2	13,4	6	90,9	7,5	6	64,3	13,9	<0,001
Обслужване ориентирано към възстановяване	8	62,4	14,1	6	86,4	7,7	6	60,9	11,1	<0,001

На фигури 28, 29, 30, 31, 32, 33 и 34 са представени под формата на графики тип радар резултатите на изследваните институции по домени. По точната визуализация дава информация за скоровете на всяко едно от изследваните заведения.

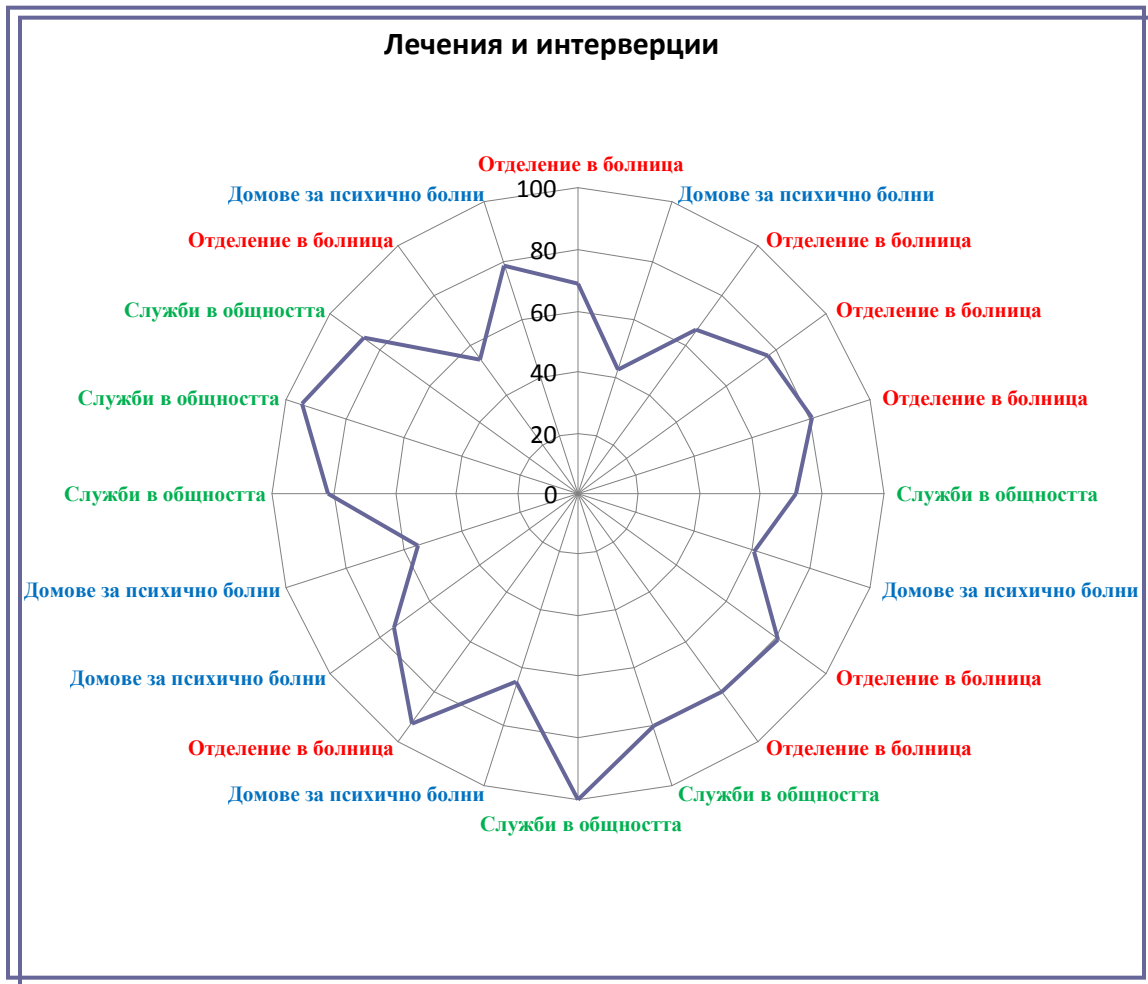
Фиг. 28 Жизнена среда



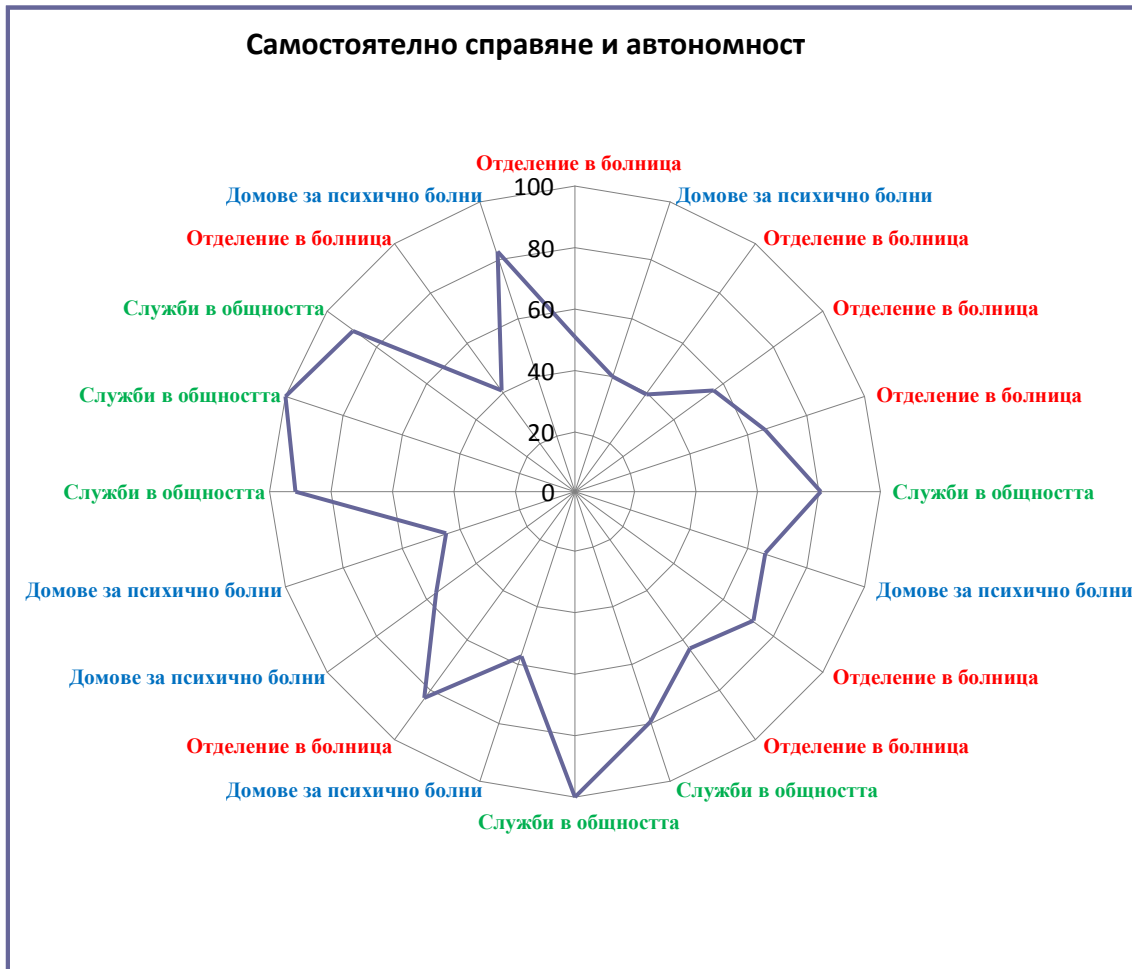
Фиг. 29 Терапевтична среда



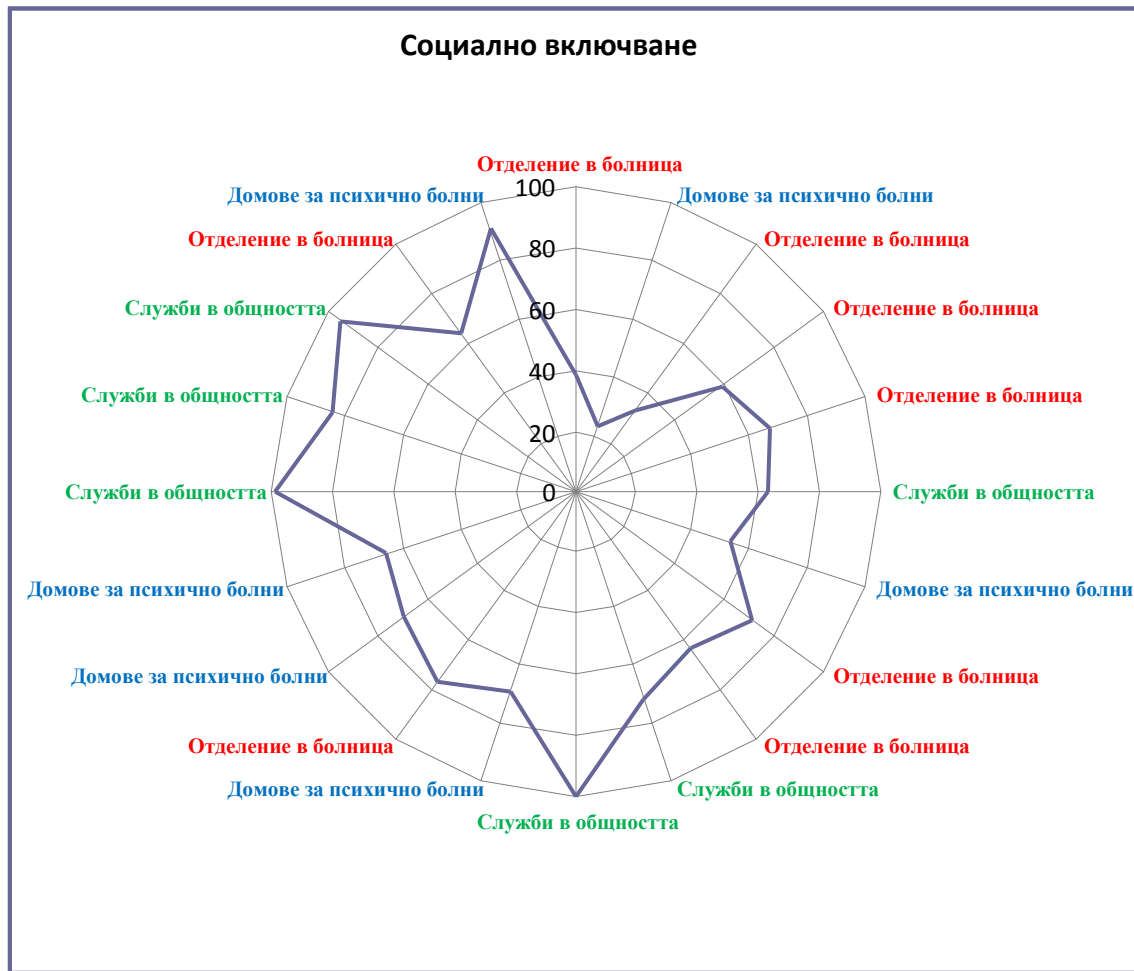
Фиг. 30 Лечения и интервенции



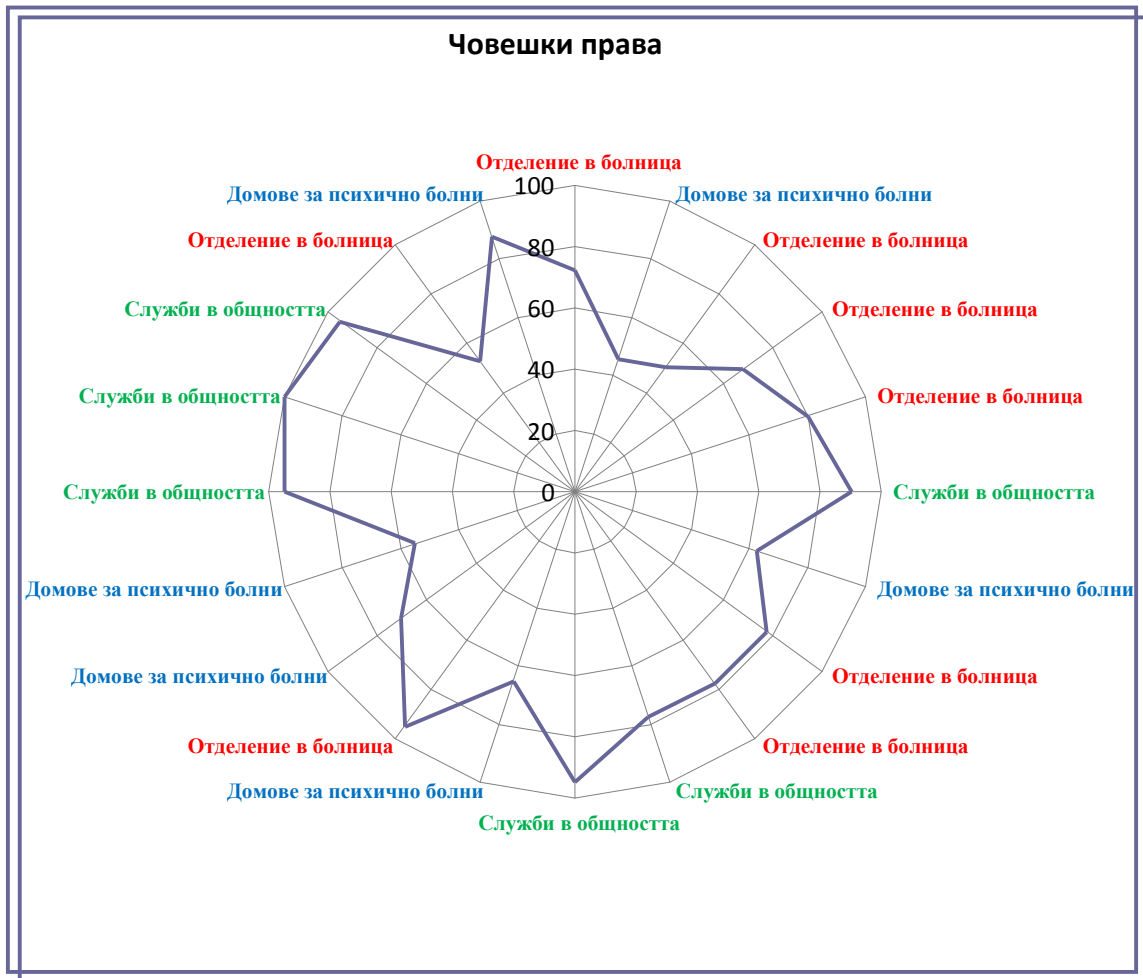
Фиг. 31 Самостоятелно справяне и автономност



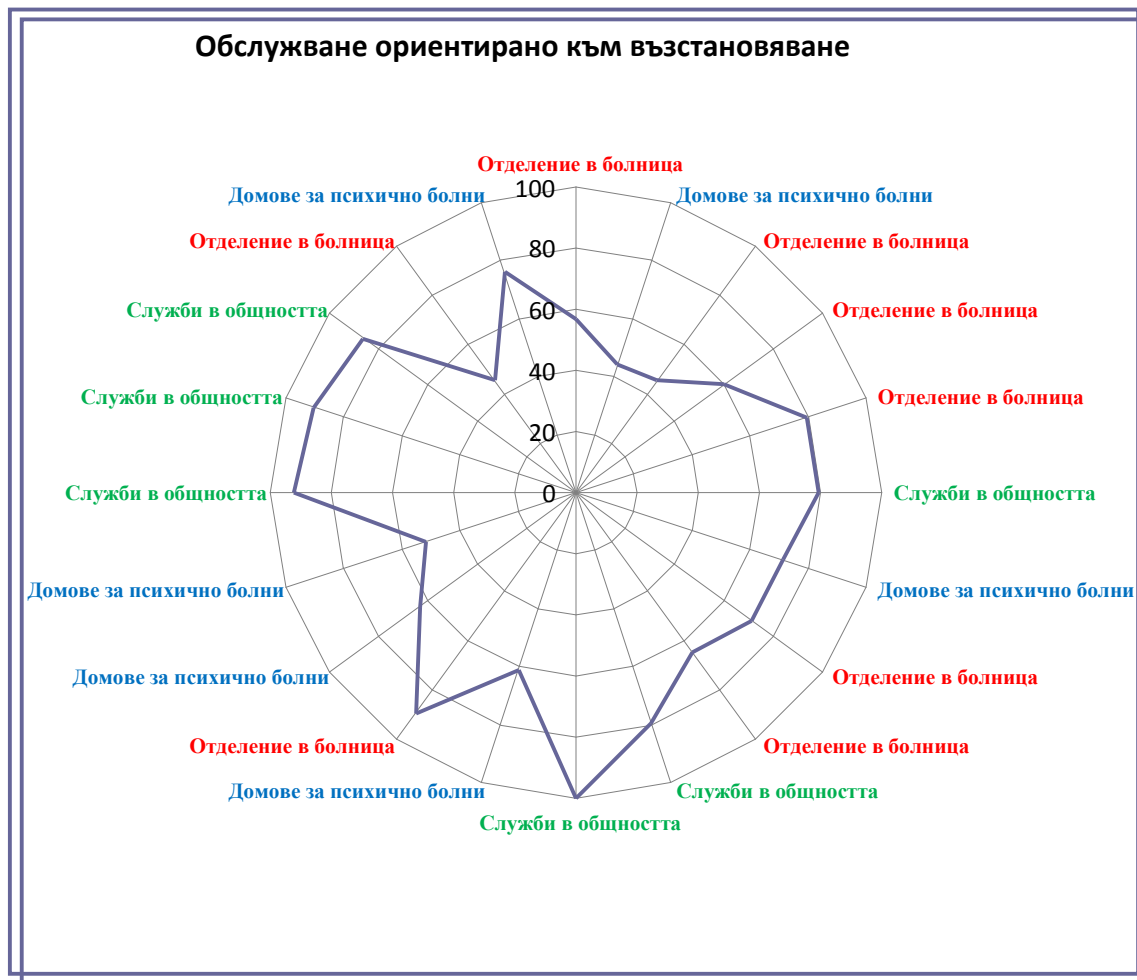
Фиг. 32 Социално включване



Фиг. 33 Човешки права



**Фиг. 34** Обслужване ориентирано към възстановяване



### 3.2. Сравнителен корелационен анализ на домените на обслужването с индивидуалните фактори за възстановяване

В корелационния анализ бяха включени като зависими променливи MANSA, Скалата за личен избор, Индекс за добра среда, GAF и PSP. Като независими променливи бяха изследвани седемте домена от интервютата с директорите на институциите.

От резултатите със статистическа значимост се установи, че MANSA слабо корелира негативно с домените терапевтичната среда и лечения и интервенциите. Единствения домен с положителен ефект върху удовлетвореността е жизнената среда без да достига до статистическа значимост. Личния избор корелира значимо в лека до умерена степен положително с всички домени ,т.е. с повишаване на

сборовете на домените нараства възможността за избор. Цялостната удовлетвореност от институцията се увеличава с подобряване на жизнената и терапевтичната среда, с интервенции повишаващи самостоятелното справяне и автономност, както и със зачитането на човешките права и обслужване ориентирано към възстановяване (табл. 45).

**Табл. 45** Корелационен анализ на индивидуалните фактори и резултатите по домени

Показател	Жизнена среда	Терапевт. среда	Леч. и интерв.	Самост. справяне и автономност	Социално включване	Човешки права	Обслуж. ориентирано към възстанов.
<b>MANSA</b>							
<b>r</b>	0,053	-0,191	-0,235	-0,100	-0,030	-0,146	-0,129
<b>p</b>	0,483	<b>0,010</b>	<b>0,001</b>	0,182	0,687	0,051	0,085
<b>N</b>	180	180	180	180	180	180	180
<b>Скала за личен избор</b>							
<b>r</b>	0,297	0,304	0,309	0,284	0,275	0,319	0,278
<b>P</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>N</b>	180	180	180	180	180	180	180
<b>Индекс за добра среда</b>							
<b>r</b>	0,174	0,223	0,130	0,219	0,111	0,207	0,233
<b>p</b>	<b>0,020</b>	<b>0,003</b>	0,083	<b>0,003</b>	0,139	<b>0,005</b>	<b>0,002</b>
<b>N</b>	180	180	180	180	180	180	180

Цялостната оценка на функционирането измерена с GAF показва значими положителни корелации с умерена сила спрямо домените терапевтичната среда, лечения и интервенции, самостоятелно справяне и автономност, човешки права и обслужване ориентирано към възстановяване.

Оценката на функционирането разпределено по области изследвано със скалата PSP показва следните значими корелационни взаимоотношения:

Област А: социално полезни дейности- степента на нарушенията в тази област намалява с подобряване на терапевтичната среда, повишаване на качеството на лечебните интервенции, насърчаването в автономност, зачитането на човешките права и обслужване ориентирано към възстановяване.

Област В: Лични и социални отношения- установиха се корелации между подобрението на функционирането в тази област и подобрението на терапевтичната среда, лечението, автономността, човешките права и обслужването ориентирано към възстановяване.

Област С: Самообгрижване- статистически значими корелации се установиха между повишаване на способността за самообгрижване и повишаването на скората на всички домени освен жизнената среда, която няма влияние към тази област.

Област D- Обезпокоително и агресивно поведение- не се установиха значими корелационни взаимоотношения (табл. 46).

**Табл. 46** Корелационен анализ на функционирането и резултатите по домени

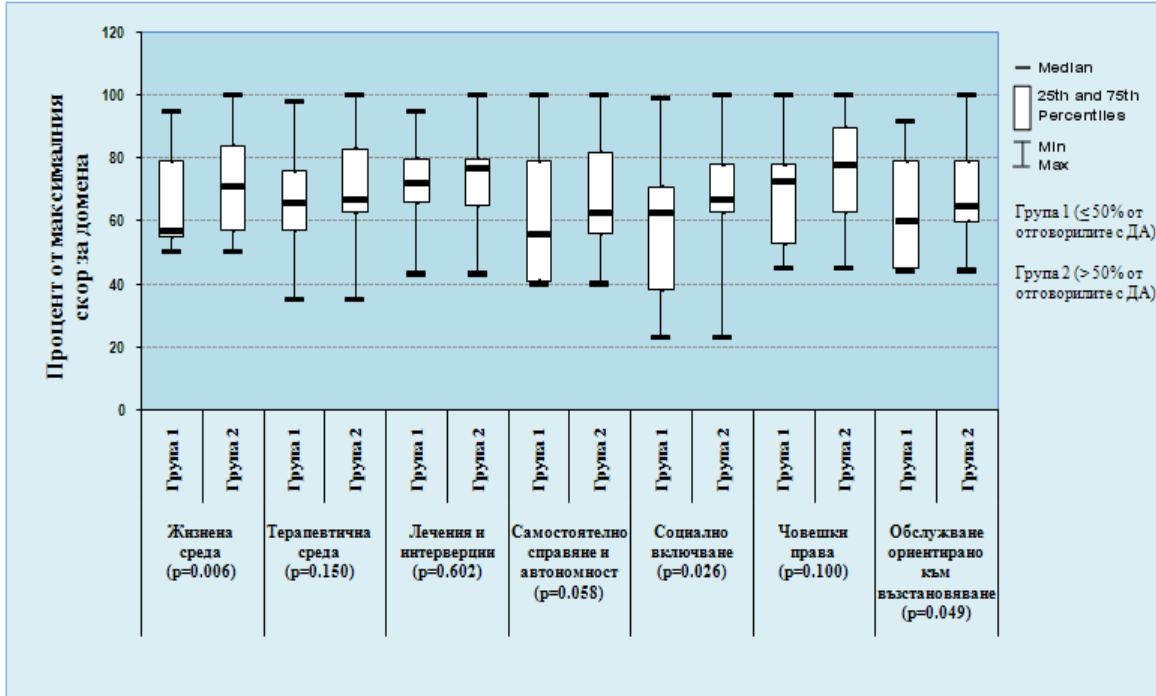
Показател	Жизнена среда	Терапев. среда	Леч. и интерв.	Самост. справяне и автономност	Социално включване	Човешки права	Обслуж. ориентирано към възстанов.
<b>GAF</b>							
r	0,066	0,432	0,371	0,283	0,118	0,396	0,343
p	0,376	<0.001	<0.001	<0.001	0,113	<0.001	<0.001
N	180	180	180	180	180	180	180
<b>PSP area A- Социално полезни дейности</b>							
r	-0,103	-0,256	-0,198	-0,159	-0,098	-0,215	-0,202
p	0,170	<b>0,001</b>	<b>0,008</b>	<b>0,033</b>	0,189	<b>0,004</b>	<b>0,007</b>
N	180	180	180	180	180	180	180
<b>PSP area B- Лични и социални отношения</b>							
r	-0,096	-0,366	-0,269	-0,226	-0,096	-0,294	-0,294
p	0,201	<0.001	<0.001	<b>0,002</b>	0,199	<0.001	<0.001
N	180	180	180	180	180	180	180
<b>PSP area C- Самообгрижване</b>							
r	-0,139	-0,372	-0,332	-0,291	-0,248	-0,367	-0,337
p	0,062	<0.001	<0.001	<0.001	<b>0,001</b>	<0.001	<0.001
N	180	180	180	180	180	180	180
<b>PSP area D- Обезпокоително и агресивно поведение</b>							
r	0,089	-0,064	-0,060	0,007	-0,033	-0,081	-0,010
p	0,235	0,391	0,421	0,928	0,656	0,278	0,898
N	180	180	180	180	180	180	180

Взаимоотношенията на различните домени и тяхното влияние върху индивидуалните субективни оценки на пациентите за тяхното лечение и обслужване и наличието или отсъствието на насилие, се осъществи чрез метода за сравняване на две независими групи с теста на Mann-Whitney. Установи се, че високата субективната оценка на пациентите в институциите за провежданото лечение и цялостно обслужване е в значима зависимост от подобрение на жизнената среда ( $p= 0,006$ ), политиката на социално ангажиране провеждана от лечебното заведение ( $p= 0,026$ ) и обслужване ориентирано към възстановяване ( $p= 0,049$ ) (табл. 47) (фиг. 35).

**Табл. 47** Сравнение на субективното впечатление за лечение и обслужване и обективната оценка по домени

Лечение и обслужване		Процент от максималния скор за домена						
Домени	Процент на отговорилите с "Да"	N	Ср. стойност	SD	Медиана	Мин.	Макс.	p
Жизнена среда	$\leq 50\%$	45	66,2	14,4	57,0	50,0	95,0	<b>0,006</b>
	$> 50\%$	135	72,6	15,1	71,0	50,0	100,0	
Терапевтична среда	$\leq 50\%$	45	66,7	14,6	66,0	35,0	98,0	0,150
	$> 50\%$	135	70,1	15,9	67,0	35,0	100,0	
Лечения и интервенции	$\leq 50\%$	45	71,7	11,5	72,0	43,0	95,0	0,602
	$> 50\%$	135	73,5	14,2	77,0	43,0	100,0	
Самостоятелно справяне и автономност	$\leq 50\%$	45	61,8	18,8	56,0	40,0	100,0	0,058
	$> 50\%$	135	66,6	18,6	63,0	40,0	100,0	
Социално включване	$\leq 50\%$	45	57,3	22,0	63,0	23,0	99,0	<b>0,026</b>
	$> 50\%$	135	68,0	18,7	67,0	23,0	100,0	
Човешки права	$\leq 50\%$	45	70,9	15,5	73,0	45,0	100,0	0,100
	$> 50\%$	135	75,2	16,1	78,0	45,0	100,0	
Обслужване ориентирано към възстановяване	$\leq 50\%$	45	64,0	15,5	60,0	44,0	92,0	<b>0,049</b>
	$> 50\%$	135	69,5	16,0	65,0	44,0	100,0	

**Фиг. 35** Лечение и обслужване

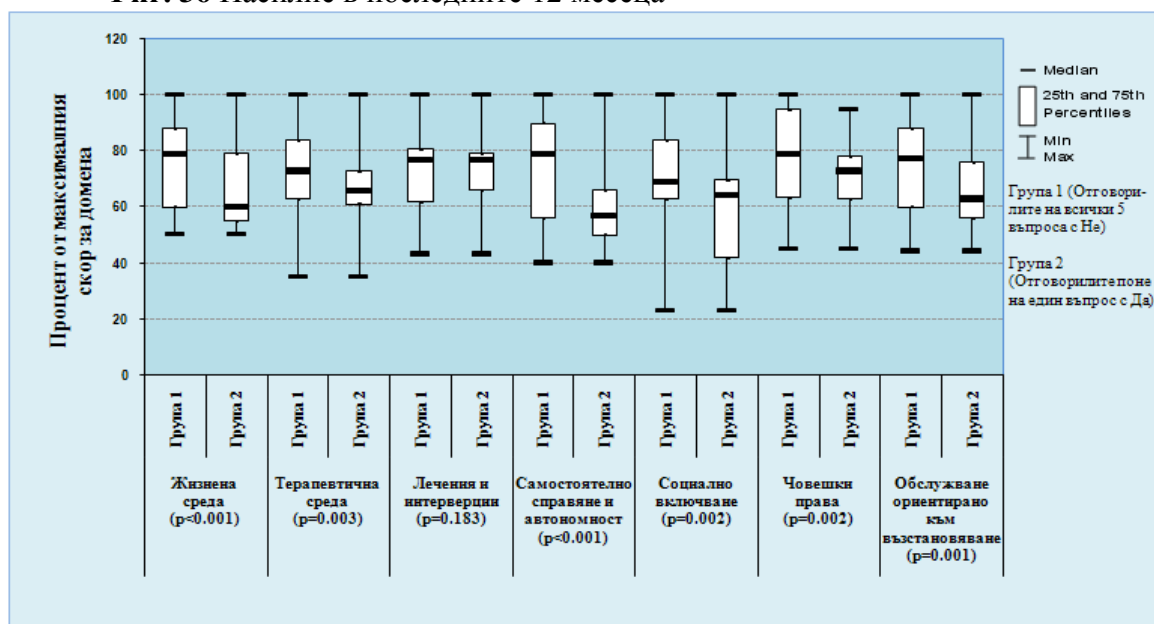


Отсъствието на насилие се асоциира значимо с по- високи скорове на домените жизнена среда ( $p < 0.001$ ), терапевтична среда ( $p = 0.003$ ), самостоятелно справяне и автономност ( $p < 0.001$ ), социално включване ( $p = 0.002$ ), човешки права ( $p = 0.002$ ) и обслужване ориентирано към възстановяване ( $p = 0.001$ ). Няма значима зависимост единствено с домена лечение и интервенции (табл. 48) (фиг. 36).

Табл. 48 Сравнение на наличие на насилие и обективната оценка по домени

Насилие в последните 12 месеца		Процент от максималния скор за домена						
Домени	Наличие на насилие	N	Mean	SD	Median	Min	Max	p
Жизнена среда	Не	92	76,8	14,6	79,0	50,0	100,0	<b>&lt;0.001</b>
	Да	88	64,9	13,3	60,0	50,0	100,0	
Терапевтична среда	Не	92	72,2	19,0	73,0	35,0	100,0	<b>0,003</b>
	Да	88	66,3	10,4	66,0	35,0	100,0	
Лечения и интервенции	Не	92	73,7	15,9	77,0	43,0	100,0	0,183
	Да	88	72,4	10,7	77,0	43,0	100,0	
Самостоятелно справяне и автономност	Не	92	70,8	20,3	79,0	40,0	100,0	<b>&lt;0.001</b>
	Да	88	59,9	15,1	57,0	40,0	100,0	
Социално включване	Не	92	69,9	21,4	69,0	23,0	100,0	<b>0,002</b>
	Да	88	60,6	17,5	64,5	23,0	100,0	
Човешки права	Не	92	77,4	17,9	79,0	45,0	100,0	<b>0,002</b>
	Да	88	70,7	13,0	73,0	45,0	95,0	
Обслужване ориентирано към възстановяване	Не	92	72,3	16,9	77,5	44,0	100,0	<b>0,001</b>
	Да	88	63,6	13,8	63,0	44,0	100,0	

Фиг. 36 Насилие в последните 12 месеца



### **3.3. Предиктивен модел за възстановяване от хронична психична болест- сравнение на обективните фактори на обслужването с индивидуалните маркери за възстановяване.**

Чрез метода на множествена логистична регресия се сравниха факторите на обслужването в институциите от интервютата с ръководителите на заведенията по седемте домена- жизнена среда, терапевтична среда, лечения и интервенции, самостоятелно справяне и автономност, социално включване, човешки права и обслужване ориентирано към възстановяване, явяващи се независими променливи. Те се сравняваха с всеки един от индивидуалните маркери на възстановяване явяващи се зависими променливи, а именно качество на живот, маркери на възстановяване, лечение и обслужване, насилие, личен избор, оценка на функционирането с GAF и PSP. На **таблица 49** са представени взаимоотношенията между променливите, при които бе възможно да бъде построен регресионен модел, т.е. тези променливи, които имат най- съществено влияние и между които може да се намери предиктивна зависимост.

Увеличаването на стойността на домена жизнена среда, т.е. подобряването на жизнената среда е предиктор за намаляване на вероятността от насилие при пациентите в съответната институция.

По- големия личен избор е в пряка позитивна зависимост с подобряването на терапевтичната сред. Усилията за насърчаване на социалното включване не играят положителна роля за субективното усещане за личен избор, а дори водят до неговото намаляване.

Основен предиктор за по- добро функциониране измерено с GAF се явяват интервенциите ориентирани към подобряване на терапевтичната среда и тези в посока на зачитане на човешките права. Повишаването на скоростите в домените лечения и интервенции и самостоятелно справяне и автономност предиктивно се асоциират с по- тежки нарушения във функционирането.

С най- голямо положително предиктивно значение към социално полезните дейности, личните и социални отношения от функционирането измерено със скалата за оценка PSP е подобряването на терапевтичната среда в институцията (**табл. 49**).

**Табл. 49** Множествена регресия на обективните фактори и индивидуалните маркери на възстановяване

Независими променливи	B	SE	Wald	df	p	OR	95% CI	
<b>Зависима променлива: Насилие (Група 1- без насилие и Група 2- с насилие)</b>								
Жизнена среда	-0,058	0,011	25,5	1	<0,001	0,944	0,923	0,965
Constant	4,026	0,817	24,3	1	<0,001	56,033		
<b>Зависима променлива: Личен избор (<math>\leq 2</math>, без личен избор и <math>&gt; 2</math>, с личен избор)</b>								
Терапевтична среда	0,088	0,018	24,4	1	<0,001	1,092	1,055	1,131
Социално включване	-0,037	0,013	8,2	1	0,004	0,964	0,940	0,989
Constant	-3,695	0,842	19,3	1	<0,001	0,025		
<b>Зависима променлива : GAF (<math>\leq 60</math>, тежки нарушения и <math>&gt; 60</math>, леки нарушения)</b>								
Терапевтична среда	0,146	0,040	13,1	1	<0,001	1,157	1,069	1,253
Лечения и интервенции	-0,076	0,038	3,9	1	0,048	0,927	0,860	0,999
Самостоятелно справяне и автономност	-0,141	0,032	19,6	1	<0,001	0,869	0,816	0,925
Човешки права	0,123	0,038	10,5	1	0,001	1,131	1,050	1,218
Constant	-4,000	1,106	13,1	1	<0,001	0,018		
<b>Зависима променлива : PSP A- Социално полезни дейности (<math>\leq 2</math>, леки нарушения и <math>&gt; 2</math>, тежки нарушения)</b>								
Терапевтична среда	-0,110	0,027	16,6	1	0,000	0,896	0,849	0,944
Самостоятелно справяне и автономност	0,063	0,022	8,1	1	0,004	1,065	1,020	1,112
Constant	2,439	0,873	7,8	1	0,005	11,456		
<b>Зависима променлива : PSP B- Лични и социални отношения (<math>\leq 2</math>, леки нарушения и <math>&gt; 2</math>, тежки нарушения)</b>								
Терапевтична среда	-0,115	0,027	17,9	1	0,000	0,891	0,844	0,940
Самостоятелно справяне и автономност	0,075	0,023	10,6	1	0,001	1,077	1,030	1,127
Constant	1,730	0,867	4,0	1	0,046	5,642		

## V. ОБСЪЖДАНЕ

### 1. Характеристики на изследваните институции

В изследването бяха включени 20 институции, измежду които 8 отделения в хронични болници, 6 служби в общността и 6 домове за психично болни. Почти половината от институциите са разположени извън градовете, основно това са домове за психично болни, една четвърт в периферията на населените места. Само малка част, около една четвърт са разположени в населените места в съответствие с основната идея на психиатричната реформа, а именно обслужване в общността. Тъй като в изборът на институция за включване не е залегнал принципът за конкретно местоположение, т.е. изборът е на случаен принцип, резултатите могат да бъдат генерализирани и да се направят изводи на национално ниво, а именно, че по-голяма част от психиатричните заведения функционират на институционален принцип.

Голяма част от проучванията върху вида на службите за лечение на психично болни показват, че лечението в общността предоставя грижи, които са по-добре организирани в посока на насърчаване на автономност, личен избор, по-добро качество на живот, по-добро функциониране и по-добра прогноза като цяло (64, 220, 118, 62). Обслужването в общността е свързано с предоставяне на по-голям контрол над средата и ангажиране на пациентите в лечението, като води до значително намаляване на честотата на релапсите и необходимостта от повторни хоспитализации (100), а също отговаря и на предпочитанията на самите пациенти (181, 64, 220, 74, 75). Колкото повече ограничения налага терапевтичната среда в една институция толкова вероятността от рехоспитализации е по-голяма (191). Провеждането на рехабилитационни занимания е по-добре организирано в службите в общността в сравнение с болничните заведения (230).

От тези данни е видно, че лечението в общността е с важно значение за възстановяването от психичната болест, но за съжаление е все още недостатъчно развито в страната.

Средния брой легла за всички заведения е 53.8, по-голям от цитирания в българския стандарт по психиатрия максимален брой от 40 легла (7). Всъщност няма убедителни данни за оптималния брой легла в институциите. Съществуват

проучвания, които не показват ясна асоциация между броя на обитателите и степента на тяхната интеграция в съответното заведение (118). В друго проучване броя на обитателите на служби локализирани в общността позитивно корелира със социалното функциониране извън съответното заведение (134). Въпреки, че качеството на обслужването като цяло се определя от цялостната организация на съответната служба, е установено, че увеличаването на плътността на местообитание води до повишаване на стреса, намаляване на личното пространство и контрола върху обкръжението (198).

Разпределението по вид институции в извадката показва, че броят на леглата е най- добре съобразен с индивидуалните потребности на пациентите от лично пространство в службите в общността, а най- голяма пренаселеност се наблюдава в домовете за психично болни.

Най- оптимизирано от гледна точка на съотношението на броя на персонала към броя легла е обслужването в службите в общността. В 19 или почти 100% от институциите няма зададена максимална продължителност на престоя, т.е. пациентите могат да остават там колкото искат или колкото е необходимо по преценка на персонала. Донякъде този принцип е разбираем в домовете за психично болни, но факта, че това се случва и в болничните отделения показва ясно, че преобладаващата част от тях функционират на институционален принцип.

В изследваните заведения като цяло преобладават мъжете, като техния брой е значително по- голям най- вече в домовете, в потвърждение на вероятно значително по- неблагоприятно и инвалидизиращо протичане на заболяването при пациентите от мъжки пол, както и за като цяло по- ниския толеранс към боледуването на семейството и обществото към тези болни. В болниците и службите в общността преобладават жените.

В литературата ефекта на физическото обкръжение е изследван в повече от тридесет контролирани проучвания (67). Не са провеждани изследвания конкретно върху цвета на стените, наличието на картини, цветя, градина, подовата настилка или размера на стаите. В единадесет проучвания е изследван ефекта на реновирането на интериора на заведението върху социалното функциониране, като изводите от тях не са консистентни. Две от проучванията установяват, че

организацията на терапевтичната среда с по-голямо излагане на слънце води до намаляване на продължителността на престоя при депресивни пациенти. В едно проучване организацията на общите помещения, по начин насърчаващ комуникацията повишава нивото на социалните интеракции между обитателите. Baker and Douglas (36) изследват изходът от боледуването на пациенти лекувани в служби в общността. Установено е, че при тези, при които физическото обкръжение е било оценено под средното ниво се е наблюдавало повече маладаптивно поведение в сравнение с, които са го определили като над средното ниво. В повече от 28 проучвания качеството на физическото обкръжение и степента на осигуреност на лично пространство медираат изхода от боледуването. Corrigan установява, че отсъствието на лично пространство намалява удовлетвореността на пациентите от институцията (61).

В нашето проучване екстериора и интериора са добре организирани, като прави впечатление, че при половината от институциите (предимно в социалните домове и службите в общността) на пациента се дава възможност за избор на обзавеждането и вътрешното разпределение на пространството.

Повишаването на квалификацията на персонала е от ключово значение за качествено обслужване. Alexander et al. изследва ефекта от характеристиките на персонала върху пациентите в 40 отделения на 16 психиатрични болници в САЩ, като установява, че функционирането на пациентите по отношение на ежедневните активности е в пряка позитивна корелация със степента на мултидисциплинарност на професионалистите (28). В две проучвания се препоръчва като най-важно обучение на персонала в психосоциални интервенции и в практики ориентирани към възстановяване (131, 204), като се изтъква и необходимостта от периодично опресняване на знанията посредством супервизия или непрекъснато обучение (60).

Най-широко прилаганите обучения на персонала в българската извадка са тренирането в разговорни умения и комуникация, рехабилитация и работа със семействата на пациентите.

Вземайки като индикатор за удовлетвореност от работата броя на напусналите институцията служители се установява, че той е най-висок в домовете за психично болни, а най-нисък в службите в общността. Обратно броя

на напуснали/ преместили се към място с по- голяма степен на независимост пациенти е индикатор за степента, в която институцията насърчава автономност и възстановяване. Най- голям е броя на преместилите се в болничните отделения, следвани от службите в общността. Въпреки декларираните усилията от страна на персонала в домовете за психично болни за пренасочване на обитателите към служби в общността, броя на тези пациенти там е най- малък. До голяма степен това се дължи и на отсъствието на алтернативни форми на обслужване, нереструктурирани възгледи на професионалистите, отсъствие на държавна политика и липса на материален и финансов ресурс. Важно е и значението на факта, че семействата на хронично болните не срещат подкрепа за справяне с психично болните си родственици и веднъж оставили своите близки отказват да полагат дори минимална грижа за тях, факт отчетен от персонала на институциите.

Изследвайки клиничните практики и стиловете на обслужване се натъкнахме на интересен факт. В 70 % от институциите няма определен водещ на случая, като нито едно от болничните заведения няма практика да определя ключов специалист в обслужване на конкретния пациент. В службите в общността, създадени в контекста на съвременното психиатрично обслужване, съотношението е обратно- 67% с водещ на случая. Това е доста притеснителна констатация, поради факта, че в условията на стационар термина водещ на случая се асоциира с лекуващ лекар. Каквито и да са терминологичните интерпретации в основата им стои индивидуалната отговорност и ангажимент към пациента по време на лечението, като от резултатите се вижда, че тя често на практика липсва, а пациентът се обслужва по модела на „дежурния екип“.

Според литературните данни воденето на случая е форма на обслужване с доказана ефективност. В мета- анализ на 44 проучвания за ефективността на клиничното водене на случая в сравнено с активното водене на случая, резултатите показват, че и двете форми са по ефективни от обикновеното лечение в три области: семейното бреме, фамилната удовлетвореност и цената на обслужването. Общия брой на хоспитализациите намалява при активното водене на случая, но се увеличава при клиничното водене на случая. И при двете програми продължителността на хоспитализациите намалява, но активното водене на случая

е значително по ефективно. И двете форми имат еднакво значение за намаляването на симптомите, увеличаване на контактите със службите, намаляване на нивото на отпадналите от обслужване, подобряване на цялостното функциониране и повишаване на удовлетвореността (256). Ефективността на воденето на случая е най- голяма когато е насочено към подходяща, отговаряща на критериите популация от пациенти (91).

Изследването на практиките за подобряване на физическото здраве на пациентите поставени в институции е важно, от гледна точка на установения факт, че пациентите с хронични психични разстройства водят по- нездравословен начин на живот от общата популация и се нуждаят от по- активни мерки за установяване и лечение на соматичните проблеми. Те са и с по- голям риск от преждевременна смърт от респираторни, кардиологични заболявания и рак (113, 159), както и от метаболитни нарушения, които са следствие на прилаганата антипсихотична терапия (149). Въпреки, че пациентите с шизофрения приемат да бъде проведена оценка на тяхното соматично състояние (159), откриването на тези заболявания е незадоволително, с установяване на само една четвърт от актуалните физически проблеми, като съществува тенденция по- голямата част от симптомите да се определят погрешно като функционални, вследствие на психичната болест (31).

В проучване на ръководителите на 102 държавни психиатрични клиники в САЩ, повече от една трета заявяват, че техните пациенти получават недостатъчно добри грижи когато са насочвани към спешните медицински центрове (38). Пациентите със сериозни психични проблеми имат значително по- лош дентален статус в сравнение с общата популация (208). Различни организации препоръчват стратегии за превенция и ранно установяване на соматични проблеми като здравна промоция, редовни физикални прегледи, съветване за избор на диетичен режим, упражнения, спиране на тютюнопушенето, регулярно проследяване на теглото, на страничните екстрапирамидни ефекти, нивата на кръвната захар, липиден статус, нива на пролактин и наличието на сърдечно- съдови проблеми. Препоръчително е физикалното изследване да се осъществява при приемане на пациентите в психиатричното заведение (124, 156, 31).

В нашата извадка това, което най- често се прави за подобряване на здравето на пациентите са информацията относно зъбната хигиена, насърчаване на физически активности, съветване за спазване на диета за поддържане на нормално телесно тегло и информацията за сексуалното здраве. Последното е особено актуално в извънболничните заведения (службите в общността и домовете за психично болни), където сексуалните контакти са позволени в техния хетеросексуален и хомосексуален вариант.

Две трети от институциите използват писмен протокол, когато се налага да се прилагат принудителни мерки за справяне с възбуден пациент, като в по-голяма част от тях справянето с агресията е посредством вербални интервенции и екипно присъствие, с по- рядко използване на физически средства за имобилизация. Най- рядко се провежда дебрифинг на пациентите след инцидент, също малка част от институциите използват изолатор.

В проучване на Bower et al. около 51 % от пациентите в психиатричните заведения са били принудително имобилизирани или изолирани, като това зависи от вида на институцията, парадигмата на обслужване, особености на сградния фонд, броя персонал, възраст, пол, диагноза (45, 251). Използването на принудителни мерки е терапевтична реалност въпреки, че е травматично за персонала и пациентите (45, 78, 252), като препоръката е за тяхното избягване, освен при абсолютна необходимост (45).

В българската извадка на международно проучване принудителни мерки са прилагани при около 31% от пациентите, при повечето мерките са комбинирани. Най- често се прилагат принудителното медициране последвано от имобилизиране. Принудителни мерки значимо по- често се прилагат при пациенти от женски пол, по- високо образование, по- изразена субективна принуда, по- лошо функциониране, по- тежка психопатология с по изразена позитивна симптоматика, манийна симптоматика, по- високи нива на агресивност (15).

Най- честата антипсихотична терапия в дългосрочен план е с конвенционални невролептици, като се избягва предписването на повече от два медикамента. В изследваните институции рядко се прилагат психотерапевтични интервенции, което се явява сериозен дефицит в обслужването, като основно

застъпените видове са когнитивно- поведенческата терапия и психообучение. Литературните данни показват, че КПТ има малък ефект върху подобряването на позитивната симптоматика при пациентите с шизофрения (170, 165). Тя е с доказана ефективност за подобряване на негативните симптоми, повишаване на инсайта, намаляване на вероятността от релапс, превенция на депресивни симптоми, намаляване на чувството за безнадеждност и подобряване на самооценката (224, 37). Също така е доказано, че психообучението е по- ефективно, когато в него участват пациентите и техните близки, главно за намаляване на вероятността от релапс и подобряване на цялостното функциониране (156, 171, 163). Въпреки установената полезност на психообучението, то не се прилага достатъчно активно в болнични условия (177), най- вече поради недостиг на ресурси и обучение на персонала (187).

В 18 от институциите има съставени програми за ангажиране в различни дейности в рамките на заведението, най- често това са различни форми на трудотерапия. Малка част от пациентите са ангажира в работни отношения с местни лица и организации. 85% от институциите прилагат индивидуализирани планове за обслужване с участието на съответния пациент. Супервизията или екипното обсъждане на трудни случаи не се прилага в 90% от включените заведения, въпреки наличните доказателства за полезността на тези методи за повишаване на квалификацията (46). Всички институции са подложени на външни инспекции и проверки от съответните инстанции.

## **2. Характеристики на изследваната популация от пациенти**

Изследвани бяха 180 пациента от двадесетте включени институции. Най- голям е броя на участниците от болничните отделения, последвани от домовете за психично болни и службите в общността. Мъжете в извадката са 57%, а жените 43%. Статистически значимо ( $p= 0,004$ ) по- голям е броят на пациентите мъже пребиваващи в домовете, респективно най- голям е броят на пациентите от женски пол в службите в общността. Възможната интерпретация на тази находка може да бъде, че начина на боледуване показва различия в зависимост от пола, с по- неблагоприятен ход на протичане при мъжете и вероятно по- голям толеранс към

болестта от страна на семействата на пациентите жени. Преобладаващата част от пациентите са пенсионери (84.4%,  $p < 0,001$ ) с група инвалидност.

Средния брой легла във всички заведения е по-голям от препоръчвания в стандартите за лечебни заведения- 53.9, което е главно за сметка на твърде високия брой легла в домовете за психично болни- 87 ( $p < 0,001$ ). Средната продължителност на престоя е 3 години, като в домовете тя е 7.8 години ( $p < 0,001$ ). Средната възраст на обитателите е 45 години, преобладаващата част от пациентите са със завършено средно образование. Средния месечен доход е 150 лева, статистически значимо най-малък в домовете ( $p < 0,001$ ). Средния брой пациенти разположени в едно помещение е 3.3, значимо ( $p < 0,001$ ) най-голяма пренаселеност се отчита в болниците (средно 4.2 пациента).

С диагноза шизофрения са 87% от пациентите в извадката, останалите са с афективни или личностови разстройства с хронично протичане. Най-голямо е съотношението на шизофренни към нешизофренно болни в домовете ( $p = 0.011$ ). Най-често застъпеното лечение е с конвенционални невролептици 55%. Статистически значимо ( $p = 0,006$ ) по-голям е броят на пациентите без назначена терапия в службите в общността, вероятно във връзка с по-лека патология, но и с прилагането на ориентирани към възстановяване практики на „терапевтични ваканции“ и избягване на презастраховането за сметка на предписване на медикаменти на всяка цена. Прави впечатление, че най-висок в сравнение с останалите институции е процента на пациентите в домовете за психично болни, които провеждат лечението си с атипичи.

В литературата стандартите за провеждане на медикаментозна терапия посочват освен различните протоколи за прилагането на антипсихотично лечение, така и значимостта на участието на пациентите в избора на медикамент, неговата промяна и мониториране на страничните ефекти от лечението (124, 156).

### **Качество на живот**

Общо за цялата извадка средната стойност на въпросите за качество на живота (MANSA) е 3.4, т.е. тенденция към цялостна неудовлетвореност.

Проучване на пациенти от английска извадка (174) с различни диагнози показват резултати със значително по- високи средни стойности- 4.56. Интересни са резултатите в различните видове институции.

С най- високи нива на удовлетвореност ( $p < 0,001$ ) са пациентите в домовете за психично болни, последвани от болничните заведения, а с най- ниска удовлетвореност са обитателите на службите в общността. Тези резултати са в логическо противоречие с условията на обслужване, организация и лечение в цитираните институции, както и със степента на функционални нарушения- с най- високо функциониране са пациентите в службите в общността, следвани от отделенията в болниците и с най- ниско функциониране на пациентите в домовете за психично болни. От тези факти може да се направи извода, че удовлетвореността е строго индивидуална променлива, която не е в пряка зависимост от условията и средата, а най- вероятно определящо за нея се явяват процесите на личностова промяна вследствие на хроничното боледуване, негативната симптоматика, като спад на инициативността, загубата на интереси, апатията, липсата на стимули и перспективи и увреденото като цяло функциониране. Колкото по- високо е функционирането, толкова неудовлетвореността от факти на живота и боледуването е по- голяма и обратно високите степени на дисфункционалност се асоциират с високи нива на удовлетвореност.

Друга статистически значима ( $p = 0.007$ ) разлика свързана с обсъдените по- горе тенденции се установи между удовлетвореността и общия брой на леглата в съответната институция. В заведенията с по- голям брой легла, където преобладават по- инвалидизирани пациенти, удовлетвореността е по- висока от тези с по- малък брой легла.

В проучване на Björkman et al. (42), различно от наблюдаваните в нашата извадка тенденции, се установяват позитивни корелации между MANSА и социалното обкръжение, овластяването на болните и психосоциалното функциониране. В същото проучване е наблюдавана негативна корелация с психопатологията, количеството на неудовлетворени потребности, чувството на обезценяване, отхвърляне и дискриминация.

Дихотомното разделяне на резултатите от MANSA (42) с цел по-ясно дефиниране на пациентите, които са с предимно неудовлетворени, с общ среден сбор от  $\leq 4$  и тези с ясно определена удовлетвореност, с общ среден сбор  $> 4$  в общи линии повтарят досега цитираните тенденции. Освен гореописаните тенденции обитателите показващи ясна обща неудовлетвореност (тези с общ среден сбор от  $\leq 4$ ) и вероятно продиктувано от нея като цяло, сигнификантно ( $p < 0,001$ ) по-често са били консултирани с психиатър, клиничен психолог и социален работник.

### **Маркери на възстановяване**

Три четвърти от пациентите не са гласували, 89% нямат лична банкова сметка, 56 % нямат пълен контрол над финансите си. Домовете за психично болни и заведенията с по-голям брой легла намаляват автономността и респективно потенциала за възстановяване на техните обитатели спрямо тези маркери.

### **Лечение и обслужване**

Статистически значими разлики се установиха между следните въпроси, касаещи обслужването и лечението на пациентите в зависимост от типа заведение. Яснотата за това защо са в съответната институция е по-голяма при пациентите от домовете. В домовете съществува по-голям стремеж и инициатива към привличане на семейни членове в лечението. Разбирането и съгласието със съставения лечебен план се установява при повечето пациенти от болниците и службите в общността в сравнение с домовете. Най-добре организирани са заниманията в службите в общността, следвани от домовете и болниците. Най-чисто според обитателите е в домовете, там повече от пациентите са били представяни официално пред останалите при постъпването си, имат възможност за уединение, персоналът реагира адекватно на техните потребности. С изключително малка част от пациентите е обсъждана ролята на водещия на случая. Това се дължи на изключително малкия брой заведения, в които тази роля съществува. В болниците няма пациент, с който този аспект на обслужването е обсъждан, а и тази форма на обслужване не съществува в тези заведения.

Мъжете по свободно дискутират лечението си с персонала, по- често са представяни на другите пациенти при постъпването си в институцията, както и могат да се уединят при необходимост. Жените по- често участват в занимания в заведението.

Въпроси със статистическа значимост като уважението от страна персонала, участието в занимания, зачитането на културните потребности, уединение, разбиране и комуникация от страна на персонала са налице преимуществено при пациентите в институции с повече от 40 легла. Тези факти са информативни за това, че увеличаването на броя на леглата не влияе негативно на обслужването, като статистически значимите резултати са в полза на пациентите лекувани в заведения с повече легла. Обслужването е комплексна величина и големия брой легла не предопределя по- лошо обслужване. Вероятно то се влияе повече от конкретната организация на работния процес, организацията на средата и вероятно други фактори (118).

За по- ясното дефиниране на качеството на предоставените грижи (238) оценките за обслужването се разделят в две групи – първа група, на далите положителен отговор на  $\leq 50\%$  от въпросите, т.е. с по- нисък стандарт на обслужване и втора група отговорилите с „Да“ на  $> 50\%$  от въпросите, при които обслужването е по- пълноценно. От направения анализ се установиха статистически значими отношения между нарастването на месечния доход, почестите срещи със занимателен и арт- терапевт и по- добра субективна оценка на пациентите за обслужването. Друга сигнификантна зависимост установява, че колкото по- високата е образоваността на пациентите, толкова по- голям е обема на предоставяни грижи от страна на институцията към тези пациенти.

### **Насилие**

Най- чести са вербалните прояви на насилие при пациентите от извадката. Приблизително една трета са били свидетели на сплашване и крещене, 26 % са били заплашвани. Пациентите рядко са били жертва на физическо насилие. Кумулативния процент на предимно вербално насилие е най- голям при обитателите на болниците, а най- малък в службите в общността. Полът не

определя значими различия, но все пак данните дават насока, на по-чести прояви на насилие при пациентите от женски пол. С нарастване на броя на обитателите в едно помещение нараства и вероятността от насилие, но зависимостта е под формата на парабола, като с повишаване на обитателите с над 5 човека се наблюдава известен спад. Няма сигнификантни различия в разпределението в зависимост от общия брой легла, диагнозата и терапията.

Данните от нашата извадка са в потвърждение на проучване на Virtanen et al., където се установява, че пренаселеността в психиатричните отделения е важен фактор за повишаване на риска от агресия сред психиатричните пациенти, като това потвърждава установените зависимости и в нашето изследване (233).

Когато данните се разделят в две групи- едната на пациентите, към които е проявено някакво насилие и втората- на пациентите без насилие се установяват следните значими взаимоотношения. Най-често насилието възниква в болниците, а много по-рядко в службите в общността и домовете. Пациентите, към които е проявено насилие, имат статистически по-голяма вероятност ( $p < 0,001$ ) да бъдат преглеждани по-често от психиатър.

### **Личен избор**

Общия среден сбор от всички въпроси, за цялата извадка е 2.12, което отговоря на „много малък избор“. Изследването показва сигнификантни разлики в различните институции.

Службите в общността като цяло предоставят по-голяма възможност за личен избор в сравнение с останалите институции. Логично колкото по-малък е броят на обитателите от непосредственото обкръжение, както и общия брой легла в съответното отделение, толкова възможността за избор нараства. По-способни са да избират пациентите с нешизофренни разстройства и тези, които са без медикаментозна терапия. Пациентите, които заявяват категорично, че имат избор за повечето аспекти на обслужването, са и тези които по-често са имали срещи с клиничен психолог и социален работник.

Предоставянето на възможност за личен избор е важна съставна част на насърчаването от институцията към автономност на пациентите в нея.

Автономността от своя страна е един от ключовите атрибути и измерители на възстановяването и е една от най-важните негови характеристики (128). От друга страна параванът на автономността при отсъствие на функционално възстановяване може да доведе до тежко negliжиране на пациентите, като Andrzej изтъква необходимостта от комплексна рехабилитация, грижи и подкрепа на пациентите за постигане на възстановяване и практикуване на автономност (32).

В потвърждение на резултатите от нашата извадка за по-малък личен избор и автономност на пациентите в болниците е и изследване на 584 пациенти, които са лекувани дългогодишно в психиатрични клиники (234). То установява, че тези пациенти са със значителни нарушения в автономността, което трябва да се вземе под внимание при тяхното изписване и насочване към обслужване в общността.

### **Индекс за добра среда**

Измервайки степента на удовлетвореност от различни аспекти на институцията, останалите пациенти и обслужването се установи значима асоциация на по-висока удовлетвореност с възможността за срещи с арт-терапевт ( $p=0.027$ ). По-голяма степен на удовлетвореност, но без достигане до статистическа значимост се установява при пациентите живеещи с до един човек в помещение, при пациентите, живеещи в заведения с до 41 легла, както и при тези с нешизофренни разстройства.

### **Здравни професионалисти ангажирани в обслужването**

Най-често пациентите биват консултирани от психиатър, социален работник и клиничен психолог. Психиатрите консултират всички пациенти в болниците, около 90% от тези от службите в общността и 47% от домовете. Психологична помощ и подкрепа получават 70% от пациентите в болниците и заведенията в общността и само 20% от тези в домовете. Сигнификантно повече от пациентите в домовете са имали срещи със занимателен терапевт, а социалните работници са професионалистите с най-голямо участие в грижите за пациентите в службите в общността и болниците.

Жените са по- често обект на интервенции от повечето професионалисти. Те значимо по- често имат срещи с психиатър, психолог и арт- терапевт. Мъжете значимо по- често са участвали в занимателна терапия. Срещите със социален работник са равномерно застъпени при двата пола.

Заведенията с по- малък брой легла предполагат повече ангажираност от психиатрите и психолозите за пациентите в тях, докато в заведенията с по- голям брой легла преобладаващите грижи са от занимателни и арт- терапевти.

Тези данни като, че ли потвърждават предимно клиничната насоченост на заведенията с по- малък брой легла, докато в тези с по- голям брой легла преобладаващите интервенции са предимно с психосоциален характер. Освен това нарастващия брой легла статистически значимо предполага намалена възможност за достъп до почти всички помагачи професионалисти, с изключение на достъпа до занимателен и арт- терапевт.

Пациентите с нешизофрени разстройства значимо по- често биват консултирани от психолог в сравнение с останалите пациенти.

### **Оценка на функционирането**

Общата средна оценка на функционирането с GAF за всички пациенти от извадката е 63, което отговаря на леки функционални нарушения. Този резултат е неочаквано висок и показва, че хроничното боледуване не предполага по дефиниция тежки нарушения във функционирането. Статистически значимо ( $p < 0,001$ ) по- добре функциониращи са пациентите от службите в общността със средна оценка по GAF- 72 (преходни симптоми и леко нарушение във функционирането), а с най- големи нарушения са тези от домовете за психично болни със среден резултат 52, т.е. умерени нарушения. Болниците заемат междинна позиция, като там пациентите са със среден резултат 65, отговарящо на лека симптоматика.

Няма различия в резултатите в зависимост от пола. В заведенията с по- малък брой легла се установява значимо ( $p < 0,001$ ) по- високо функциониране, от тези с повече легла. По- високия месечен доход се асоциира с по- добро функциониране, а нарастването на броя обитатели в едно помещение над 5 човека

се свързва с увеличаване на степента на нарушения от леки към умерени. При пациентите с диагноза шизофрения нарушенията са сигнификантно с по-изразени (но въпреки това в рамките на леки) от останалите диагнози, но въпреки това разликите не са големи. Лечението с различни типове антипсихотици не води до значими различия във функционирането. Интервенциите предоставяни от клиничен психолог и социален работник се асоциират значимо ( $p < 0,001$ ) с по-високо функциониране (оценка по GAF > 60, отговаряща на леки или липсващи нарушения), като тук може да се търси връзка между контактите с тези специалисти и ефекта върху възстановяването от психичната болест (41).

От оценката с PSP скалата се установиха умерени дефицити, неотразяващи се значимо на функционирането в областите „Социално полезни дейности, включително работа и учене“ и „Лични и социални взаимоотношения“. В останалите две области „Самообслужване“ и „Обезпокоително и агресивно поведение“ нарушенията са леки до липсващи. Сигнификантно по-добре функциониращи са пациентите от службите в общността, тези с по-високи доходи и тези, които са обитатели на заведения с по-малък брой легла. По-тежки нарушения се установиха при пациентите в домовете за психично болни. Дефицитите в самообгрижването са сигнификантно по-тежки при мъжете. Както и при резултатите от GAF, резултатите от оценката на функционирането с PSP показват, че консултациите с психолог и социален работник се асоциират значимо с по-добро функциониране.

Получените резултати изцяло подкрепят установеното от множество интернационални катамнезни проучвания върху шизофренията и сходните психични разстройства, показващи по-добро функциониране и възстановяване на пациентите с дългогодишно боледуване (105, 106).

### **Корелационни взаимодействия на между факторите имащи отношение към възстановяването и брой легла, продължителност на престоя, възраст и обучение**

От проведения корелационен анализ на количествени променливи се установи статистически значима положителна зависимост между броя на леглата в

лечебното заведение и по- висок сбор по скалата за качество на живот MANSA. Освен това колкото по- образовани са пациентите, толкова по- висока е степента на тяхната удовлетвореност от качеството на живот. Този резултат е потвърдителен за връзката между нивото на преморбидна социална и образователна компетентност и по добрата дълготрайна прогноза при пациентите с шизофрения, както и по- високата им субективна удовлетвореност като индикатор за по- добро възстановяване (128).

Личният избор значимо корелира и се увеличава с намаляване на броя на леглата в лечебното заведение.

Функционирането измерено с GAF и PSP се влошава категорично с увеличаване на броя на леглата и продължителността на престоя в институцията.

### **Предиктори на възстановяване. Индивидуални фактори и клинично-социални характеристики**

Анализирах се индикаторите с важно значение за възстановяването, измерено със скалите: Качество на живот (MANSA), Лечение и обслужване, Насилие, Личен избор, Индекс на добра среда, Оценка на функционирането (GAF и PSP). Като независими променливи бяха изследвани: тип заведение, брой легла, продължителност на престоя, пол, възраст, образование, месечен доход, брой хора с, които съжителства, консултации с различни помагачи професионалисти, диагноза и лечение. Установиха се следните значими предиктивни взаимоотношения, като метода на множествена логистична регресия използван при анализа позволява и количествено дефиниране на зависимостта.

В заведенията с по- голям брой легла може достоверно да се предвиди, че пациентите с хронични разстройства ще бъдат като цяло по- удовлетворени от живота от тези с по- малък брой легла, а обект на интервенции със социален работник са предполагаемо по- вероятно да са пациенти показващи ниска степен на удовлетвореност и качество на живот.

Срещите със занимателен и арт- терапевт могат достоверно да предскажат, в първия случай двукратно, а във втория осемкратно, че пациентите видяни от тези

специалисти ще бъдат субективно по удовлетворени от качеството на лечението и обслужването.

Лечението в домовете за психично болни и службите в общността предполага протекция към прояви на насилие в каквато и да е форма. Това не може да се каже за пребиваването в болниците, където насилието е по-разпространено в сравнение с останалите институции. Обслужването в домовете за психично болни намаляват шанса за насилие с 99%, а в службите в общността с около 83%. Увеличаването на броя на леглата в институцията е предиктор за насилие. Психиатричните консултации на насочени с почти петкратна вероятност към пациенти, които са били жертва на насилие.

Достоверно може да се прогнозира, че в институциите с по-голям брой легла и с по-голям брой обитатели в едно помещение значимо намалява възможността за личен избор като цяло. Увеличаването на броя легла и увеличаването на броя обитатели в едно помещение с единица води до намаляване на шанса личен избор съответно с 3% и 52%. Достоверно може да се предскаже, че увеличаването на възрастта намалява възможността на пациентите да правят избори за различни аспекти на обслужването си в институциите. Предиктор за по-голям личен избор като цяло са обитателите, които са били обект на интервенции от клиничен психолог и занимателен терапевт.

Удовлетвореността от лечебното заведение като цяло, от обслужването и от обитателите се определя от възрастта- с нейното нарастване, нараства и степента на удовлетвореност. Интервенциите от арт-терапевтите се явяват значим предиктивен фактор за повишаване степента на общата удовлетвореност, в количествени параметри приблизително с два пъти и половина.

Функционирането оценено със Скала за глобална оценка на функционирането (GAF) показва предиктивна зависимост с факторите продължителност на престоя, месечен доход и интервенции от социален работник. Значима и прогностично валидна е зависимостта на фактора продължителност на престоя и степента на нарушения във функционирането. Дългия престой в дадена институция води достоверно до намаляване на адаптивните способности и дисфункция като цяло. Един месец по-дълъг престой увеличава вероятността за

спад на оценките по GAF в по- ниските категории с около 1%. Високия месечен доход е предиктор за по- добро функциониране и вероятността за това нараства с нарастване на доходите, до 3.5 пъти при месечни доходи над 300 лв. Социалния работник се явява ключов терапевт за възстановяването, като неговите интервенции повишават шансовете за високо функциониране с 6.5 пъти.

Психологичните консултации и високия доход се явяват предиктори за по-добро функциониране в аспекта на социално полезни дейности, работа, учене и др. от скалата PSP. Подобренията във социалните взаимоотношения и самообгрижването може ясно и достоверно да се предвиди, когато пациента е контактувал терапевтично с клиничен психолог. Увеличаването на месечния доход прогнозируемо има положителен ефект върху социалните и лични взаимоотношения на пациентите.

### **3. Предиктивен анализ на факторите на институционално обслужване по домени и индивидуалните маркери на възстановяване**

Изследвани са седем домена съставени от определени, логически свързани въпроси от инструмента за оценка на институциите, характеризиращи и обобщаващи обективно информацията за различни аспекти на обслужването. Домените са седем: **Жизнена среда**- включва различни аспекти на сградния фонд, интериора и екстериора на заведението, практически аспекти на организацията и функционирането на институцията като достъп до вестник, компютър, телефон, предоставяне на избор за разполагане на лични вещи, определено време и място за посещения, избор и самостоятелно приготвяне на храна и др. ; **Терапевтична среда**- оценява терапевтичната култура в заведението. Оценява се адекватната обезпеченост по отношение на персонала, неговото обучение и супервизия, терапевтичните умения, както и нагласите на служителите към лечебния процес, възстановяването и рехабилитацията на пациентите. Включва и информация за организирането на активности на обитателите и индивидуализирано обслужване; **Лечение и интервенции**- включва специфични медицински, психиатрични, психологични и социални лечения и интервенции прилагани в заведението, подобряване на физическото здраве на обитателите, използването на изолация и

имобилизация при рисково поведение; **Самостоятелно справяне и автономност**- оценява степента, до която заведението промотира независимост, самостоятелност и автономен избор на обитателите; **Социално включване**- дава информация за провежданите активности в общността и интеракции с индивиди извън лечебното заведение; **Човешки права**- оценява степента, до която заведението осигурява спазване на правата на обитателите и ангажираността с осигуряване на обслужването им. Тук също се включва съхранение на конфиденциалната информация, процедури за подаване на оплаквания, достъп на пациентите до защитник и осигуряване на възможност да гласуват; **Обслужване ориентирано към възстановяване**- дава представа за степента, до която пациентите биват ангажирани във взимане на съгласувани решения за тяхното лечение, участие в създаването на лечебен план, очакванията на персонала по отношение на възстановяването, степента, до която заведението е интегрирано в местната общност и насърчаване на автономност.

Общо за цялата извадка от изследвани институции в процентно съотношение от максималния възможен сбор, резултатите се движат в рамките от 68% до 75%. Най-ниски са стойностите от областите самостоятелно справяне и автономност и социално включване. Дефицитите тук са от голямо значение за функционирането и възстановяването. Проучванията показват, че въвличането на пациентите във взимане на автономни решения и тяхната ангажираност в живота на институцията оказва благоприятен ефект върху качеството на живот и социалното функциониране (201).

Lewis информира за важността и описва начините, по които пациентите могат да бъдат активно насърчени в автономно участие в живота на институцията. Той защитава необходимостта от въвличане в граждански инициативи като гласуване, участие в организации за застъпничество и включване в групи за управление и активно участие във взимането на решения в институцията (127).

Различията в начина на обслужване в изследваните три вида институции са с висока статистическа значимост ( $p < 0,001$ ) и в седемте домена. Обобщено службите в общността предоставят много по-добри условия във всички области, като лечение, организация на терапевтичната и жизнена средата, насърчаване в

автономност, социално включване, спазване на човешките права и цялостно възстановяване от хроничната болест от останалите институции. Болничните отделения предоставят значимо най- неблагоприятни условия по отношение на организация на жизнената среда, самостоятелно справяне и автономност, социално включване, а също и доста нисък процент в областта обслужване ориентирано към възстановяване. Областите с най- ниски стойности в домовете за психично болни са терапевтична среда, лечения и интервенция, самостоятелно справяне и автономност, човешки права, обслужване ориентирано към възстановяване. На **таблица 50** са представени нагледно резултатите, като ясно се вижда профила на съответните институции, както и областите с най- големи дефицити в обслужването.

**Табл. 50** Характеристики на институциите по домени

Показател	Отделение в болница	Служба в общността	Дом за психично болни
Жизнена среда	-	+	±
Терапевтична среда	±	+	-
Лечения и интервенции	±	+	-
Самостоятелно справяне и автономност	-	+	-
Социално включване	-	+	±
Човешки права	±	+	-
Обслужване ориентирано към възстановяване	±	+	-

**Корелационни взаимоотношения между обслужването в институциите по домени и индивидуалните маркери на възстановяване**

Търсенето на корелационни зависимости между индивидуалните аспекти на обслужването и функционирането и общите сборове по домени, бе с цел да се установят значими взаимовръзки между субективния аспект, т.е. възгледа на пациента и обективната компонента, чрез информация за работа на институциите от нейните ръководители. Корелационния анализ на отделните области и индивидуалните маркери на възстановяване MANSА, Скалата за личен избор, Индекс за добра среда, GAF и PSP показва следните значими взаимодействия.

Установи се липса на категорична консистентност на връзките на качеството на живота и отделните домени. Данните показват негативни корелационни връзки с почти всички от тях. Единствената положителна зависимост е с жизнената среда, но тя е без статистическа значимост. Сигнификантните негативни взаимоотношения са с областите терапевтична среда и лечения и интервенции, но те са със слаба корелационна зависимост. От тези резултати на нашето проучване може да се направи извода че удовлетвореността е строго субективен конструкт, към чието влияние отношение имат предимно индивидуалните особености на личността, а не толкова въздействието на външната среда и обслужването.

Възможността за личен избор нараства с нарастване на стойностите, т.е. при подобрене на условията във всички области от обслужването в институцията. Корелационните взаимоотношения са положителни, с лека към умерена степен на зависимост и с висока степен на значимост ( $p < 0.001$ ), като най-силната зависимост е с домена човешки права.

Удовлетвореността конкретно от институцията се увеличава с повишаване на резултатите в областите жизнена и терапевтична среда, самостоятелно справяне и автономност, човешки права и обслужване ориентирано към възстановяване. Независимо, че корелационните зависимости не са силни, те са с голяма статистическа значимост. Най-голяма е корелационната връзка с домена обслужване ориентирано към възстановяване (**фиг. 37**).

**Фиг. 37** Корелации между домените и индивидуалните фактори



Функционирането измерено обективно с GAF показва значими положителни, умерени по степен корелационни взаимоотношения с областите терапевтична среда, лечения и интервенции, самостоятелно справяне и автономност, човешки права и обслужване ориентирано към възстановяване. Повишаването на качеството на обслужване в тези области води до подобряване на цялостното функциониране. От корелационния анализ се установи най- силна положителна връзка с домена терапевтична среда.

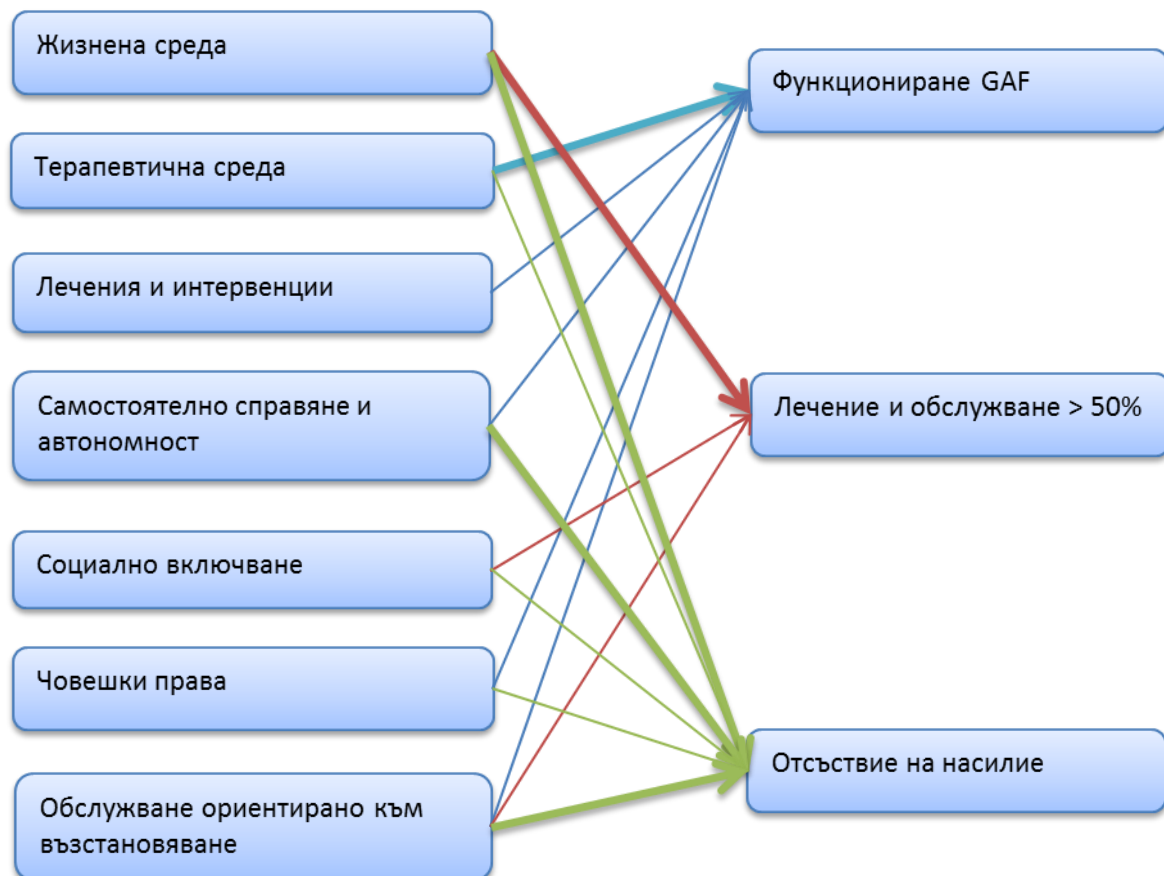
Изследването със скалата PSP показва същите зависимости- степента на нарушения в областите социално полезни дейности, лични и социални отношения и самообгрижване намалява с подобряване на качеството на грижите на домените терапевтична среда, лечения и интервенции, самостоятелно справяне и

автономност, човешки права и обслужване ориентирано към възстановяване, като върху самообгрижването влияе положително и областта социално включване. Както и при резултатите от GAF степента на корелационна зависимост е най-голяма при домена терапевтична среда.

Оценката за лечението и обслужването възприемана и давана от пациентите в съответната институция се влияе значимо положително от по- високия сбор на областите жизнена среда, социално включване и обслужване ориентирано към възстановяване. Тук с най- голямо значение за по- доброто усещане от пациентите за тяхното лечение и обслужване е подобряването на условията на жизнената среда.

Отсъствието на насилие корелира значимо положително с всички области с изключение на лечението и интервенции. Най- значима е обаче зависимостта с домените жизнена среда, самостоятелно справяне и автономност и обслужване ориентирано към възстановяване (фиг. 38).

**Фиг. 38** Корелации между домените и индивидуалните фактори



## **Предиктори за възстановяване от хроничната болест. Сравнителен анализ на институционалните фактори на обслужването и индивидуалните маркери**

Чрез множествената логистична регресия се построи модел на предиктивни взаимоотношения между институционалните фактори на обслужването и индивидуалните маркери на възстановяване. Резултатите показват, че подобряването на жизнената среда има значимо прогностично значение ( $p < 0,001$ ) за намаляване на вероятността от прояви на насилие към пациентите в съответната институция. Доброто състояние на сградния фонд, на условията вътре в институцията, добрата организация, достъпа до различни средства за развлечение, предоставянето на лично пространство и възможности за срещи са факторите с голямо протективно значение за проявите на насилие.

Това дали на обитателите на дадена институция ще бъде предоставена по-голяма възможност за личен избор е в пряка значима предиктивна зависимост от организацията на терапевтичната среда. Наличието на достатъчен и добре обучен персонал, супервизия на пациентите, позитивната нагласа на служителите, терапевтичните умения отговарящи на добрата практика, обслужване ориентирано към възстановяване и рехабилитация създават култура на обслужване ориентирано към предоставяне на по-голям личен избор.

Другият домен със значимо отношение е социалното включване, като това са организирани от институцията активности извън лечебното заведение, парадоксално води до субективното усещане за намалена възможност за личен избор. Това може да се дължи на факта, че активностите в тази посока са организирани на директивен, патерналистичен принцип без да се взима под внимание мненията и желанията на пациентите. Промяната на този модел с такъв насърчаващ и активно търсец потребностите на пациентите вероятно би имал положителен ефект върху този важен аспект от възстановяването от хроничната болест.

От получените резултати основни предиктори за по-високо функциониране (GAF) са по добрата терапевтичната среда и спазването на човешките права.

Предиктор за намаляване на нарушенията на функционирането (PSP) в частта социално полезни дейности и лични и социални отношения са подобрените терапевтични условия в институцията (фиг. 39).

Фиг. 39 Предиктори за изход

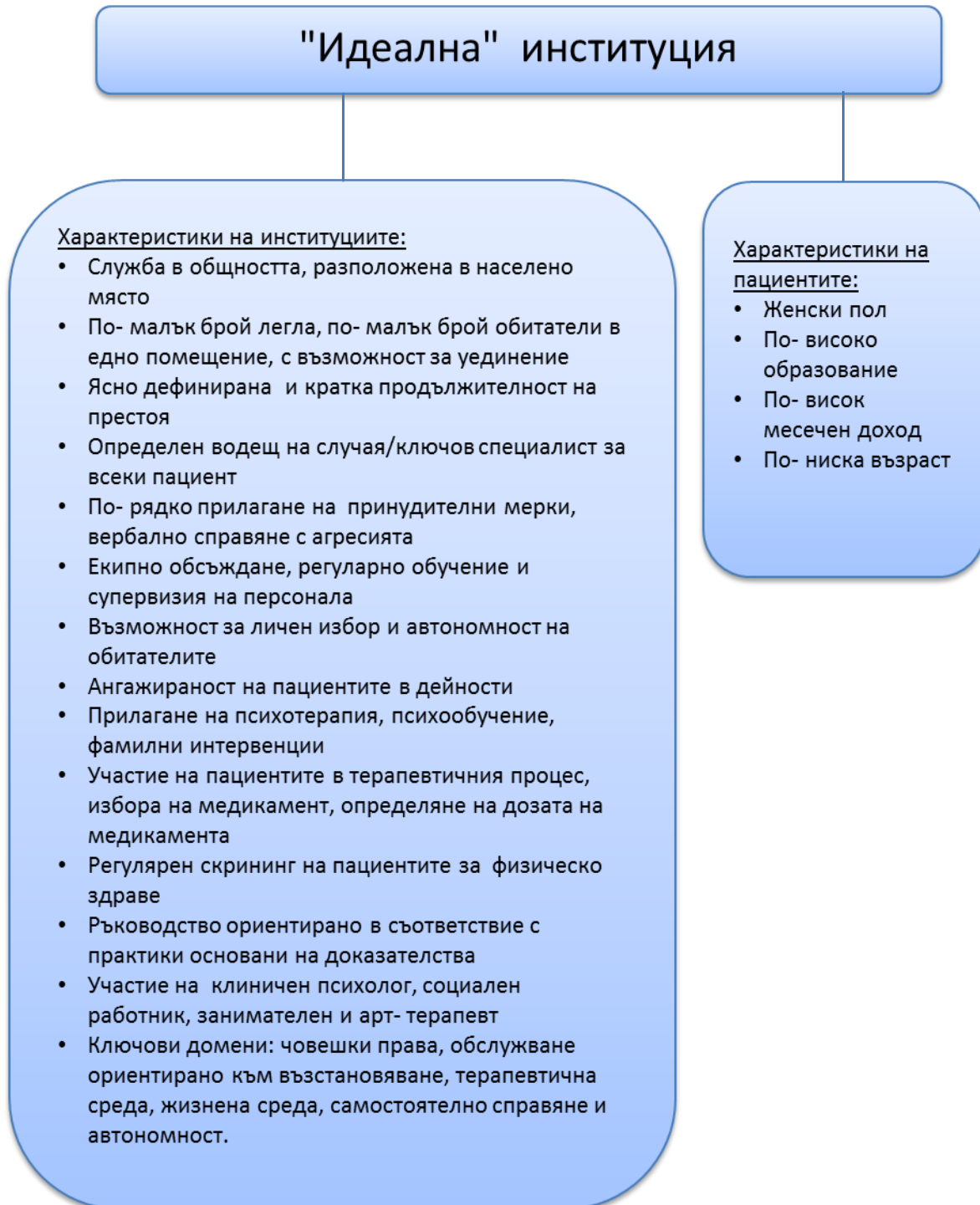


#### 4. Профил на „идеалната“ институция

В резултат на направените анализи по проучването и тяхното сравнение с литературните данни може да се оформи профил на т.нар. „идеална“ институция. Изтъкнати са характеристики на службите и организация на обслужването, които са с най- голям принос за възстановяването на пациентите по обективни и субективни критерии. Изследвайки положителните аспекти и дефицитите в

обслужването може да се каже, че идеалната институция е със следните характеристики, представени на **фигура 40**.

**Фиг. 40** Профил на „идеална“ институция



## VI. ИЗВОДИ

1. Данните от проучването дават основание да се заключи, че в страната все още е активен институционалният модел на обслужване. Преобладаващата част от заведенията са разположени извън населените места, състоят се от отделения с твърде голям брой легла, неосигуряващи на техните обитатели достатъчно възможност за лично пространство и автономност.
2. Повечето от изследвани заведения като, че ли насърчават развитието на институционална зависимост с факта, че нямат определени ограничения в продължителността на престоя. Твърде малък е броят на пациентите, които са напуснали институцията с цел насочване към места с по-голяма независимост, особено това е валидно за домовете за психично болни.
3. В 70% от изследваните институции няма определен отговорен за лечението ключов специалист лекар/ водещ на случая, като принципа на обслужването е по модела на „дежурния екип“, създаващо значима несигурност и липса на лична ангажираност в лечебния процес. За превенция на агресия се прилагат предимно вербални интервенции, рядко физическа имобилизация. Полипрагмазията при лечението е по-скоро рядкост, използват се предимно конвенционални невролептици за лечение. Рядко се прилага психотерапия. Екипното обсъждане на пациентите и супервизията на трудните случаи присъства само в 10 % от институциите.
4. Мъжете преобладават в извадката като цяло. Това е особено валидно и значимо в домовете за психично болни и е информативно за по-тежък и инвалидизиращ ход на протичане, а и вероятно по-малък толеранс от страна на близките и обществото към боледуването на пациентите от мъжки пол.
5. Удовлетвореността от качеството на живота показва противоречиви тенденции и не е функция от условията предоставяни в институцията. Обикновено ниското функциониране, лечението в домове и по-големия брой легла се асоциира с висока удовлетвореност и вероятно е следствие на процесите на личностова промяна от хроничната болест. Значими корелационни връзки се установиха между висока удовлетвореност по

- MANSA и по- големия брой легла и по- високата образование на пациентите. Изследването на маркерите за възстановяване показва, че домовете за психично болни и заведенията с по- голям брой легла намаляват потенциала за възстановяване.
6. Интервенциите свързани с по- голяма терапевтична ангажираност към пациентите са най- добре организирани в службите в общността. Повисокия доход, по- високото образование и по- честите интервенции от занимателен и арт- терапевт се асоциират значимо с по- висока оценка на пациентите за тяхното обслужване. Прояви на насилие се срещат повече в болниците и в заведенията с повече легла. Службите в общността и по- малкия брой обитатели в помещение са фактори предполагащи по- голям личен избор. Установи се значима корелация между по- големия личен избор и намаляването на броя на леглата в лечебното заведение.
  7. Високата удовлетвореност от обслужването се асоциира значимо с активното включване на арт- терапевт в лечението. Жените са по- често обект на интервенции от всички професионалисти. В заведенията с по- малък брой легла интервенциите от психиатър и психолог са по- чести, а в заведенията с повече легла те са преимуществено от занимателен и арт- терапевт. Нарастването на броя на леглата намалява възможността за достъп до всички професионалисти с изключение на занимателния и арт- терапевта.
  8. Хроничното боледуване не е равнозначно на нарушено функциониране- средния сбор от GAF за извадката е 63 и отговаря на леки функционални нарушения. Най- добре функциониращи са пациентите в общността, а най- тежки са нарушенията в домовете. Функционирането измерено с GAF и PSP корелира значимо и се влошава с увеличаване на броя на леглата и продължителността на престоя.
  9. Установиха се предиктори за възстановяване в неговия субективен и обективен контекст. Предиктор за по- голяма удовлетвореност по MANSA са по- големия брой легла. Интервенциите от социален работник са предиктивно фокусирани към пациенти с по- ниска удовлетвореност. Достоверно може да се прогнозира, че включването на занимателен и арт-

терапевт води до значимо увеличаване на усещането у пациентите за качеството на лечението и обслужването като цяло. Домовете за психично болни и службите в общността предоставят среда протектираща насилието. Предиктор за малък личен избор са по-големия брой легла и обитатели в помещението, както и нарастването на възрастта. Предиктор за голям личен избор са срещите с клиничен психолог и занимателен терапевт. Прогностичен ориентир за цялостна удовлетвореност от съответната институция е нарастването на възрастта и особено интервенциите от арт-терапевт. Предиктори за по-високо функциониране (GAF) са намаляването на престоя, по-високия месечен доход и най-вече интервенциите със социален работник. Психологичните консултации и високия доход се явяват предиктори за по-добро функциониране в аспекта на социално полезни дейности, работа, учене от скалата PSP.

10. От изследваните седем области на обслужване най-ниски са показателите при самостоятелно справяне и автономност и социално включване. Службите в общността предоставят значимо много по-добри условия на грижите в сравнение с останалите институции.

Установиха се корелации между различните области на обслужване и индивидуалните фактори за възстановяване. Липсва позитивна корелационна връзка на качеството на живота, с който и да е от областите. Личния избор се увеличава с увеличаване на стандартите във всички домени на обслужването, но корелационната връзка е най-силна със спазването на човешките права. Удовлетвореността от институцията се увеличава с повишаване на резултатите в областите жизнена и терапевтична среда, самостоятелно справяне и автономност, човешки права и обслужване ориентирано към възстановяване. Най-силна е корелационната връзка с домена обслужване ориентирано към възстановяване. Функционирането по GAF и PSP се подобрява когато се подобри обслужването в областите терапевтична среда, лечения и интервенции, самостоятелно справяне и автономност, човешки права и обслужване ориентирано към възстановяване, но най-силна е корелацията с домена терапевтична среда.

Когато жизнената среда, социалното включване и обслужването ориентирано към възстановяване са с високи стойности оценката за лечението и обслужването се повишава, като доменът жизнена среда е от най- голямо значение. Отсъствието на насилие корелира значимо положително с всички области с изключение на лечението и интервенции, но най- значимо с жизнената среда, самостоятелното справяне и автономност и обслужването ориентирано към възстановяване .

11. Основен предиктор за отсъствие на насилие се явяват добрите жизнени условия в институцията. Може достоверно да се предположи, че добре организираната терапевтична среда ще доведе до повишаване на личния избор на пациентите. Директивно организираните интервенции за социално включване намаляват личния избор. Предиктор за повишаване на функционирането са добрата терапевтична среда и спазването на човешките права.
12. Според резултатите от проучването и техния анализ с литературните данни може да се предположи профил на „идеалната” институция, с най- добър ефект върху възстановяването от хроничното боледуване. Факторите могат да се разделят в две групи:
  - а. Характеристики на институциите:
    - Служба в общността, разположена в населено място
    - По- малък брой легла, по- малък брой обитатели в едно помещение, с възможност за уединение
    - Ясно дефинирана продължителност на престоя, който по възможност да бъде по- кратък
    - Да има определен водещ на случая/ключов специалист отговорен за лечението на всеки пациент
    - По- рядко прилагане на принудителни мерки и предимно вербално справяне с агресията
    - Да се прилага екипно обсъждане, регулярно обучение и супервизия на персонала

- Да осигурява възможност за личен избор и автономност на обитателите
- Да осигурява ангажираност на пациентите в дейности
- Да се прилага психотерапия, психообучение, фамилни интервенции
- Да насърчава участие на пациентите в терапевтичния процес, избора на медикамент, определяне на дозата на медикамента
- Да прилага регулярен скрининг на пациентите за тяхното физическо здраве
- Ръководенето на службата трябва да е ориентирано в съответствие с практики основани на доказателства
- Специалистите с особено важно значение са: клиничен психолог, социален работник, занимателен и арт- терапевт
- Домените с най- голям принос за възстановяването са: човешки права, обслужване ориентирано към възстановяване, терапевтична среда, жизнена среда, самостоятелно справяне и автономност.

в. Характеристики на пациентите:

- Женски пол
- По- високо образование
- По- висок месечен доход
- По- ниска възраст

## **VII. ПРИНОСИ**

### **Приноси с научно- теоретичен характер:**

- За първи път в страната е проведено проучване, върху обслужването в институции за хронично психично болни и неговия ефект върху възстановяването от психичната болест.
- Направен е сравнителен анализ на обслужването в различни по вид институции- болнични отделения, служби в общността и домове за психично болни и ефективността на грижите върху пациентите в тях.
- Проучването е базирано на изследване на обективния и субективен аспект на интервенциите.
- Идентифицирани са корелационни зависимости и предиктивни отношения между профила на обслужване в институциите и индивидуалните аспекти на функционирането на пациентите в тях.
- Идентифицирани са области на институционално обслужване обединяващи конкретен набор от променливи и начина, по които те влияят върху пациентите, с ясна възможност за подобряване на условията и практиките в лечението.

### **Приноси с потвърдителен характер:**

- Потвърждава се схващането, че хроничното боледуване не е равносилно на дефицитно функциониране.

### **Приноси с научно- приложен характер:**

- С българско участие е създаден е въпросник по унифицирана за Европейския съюз методика за изследване на обслужването на хронично психично болни в институции.
- Събраните с инструмента данни от изследване на институции в българската извадка позволяват провеждането на сравнителни анализи с останалите европейски страни.


- Практически принос е наличието на създадения с участието на българския център инструмент за изследване на институции, в електронен интернет вариант със свободен достъп за попълване, сравнение и анализ с подобни институции в страни от Европейския съюз. На тази база е възможна обратна връзка и конкретни препоръки за подобряване на обслужването. Уебсайт: <http://www.quirc.eu/>.
- Направените изводи от изследването са оформени в ясни препоръки за подобряване на обслужването основани на доказателства.

## VIII. БИБЛИОГРАФИЯ

1. Българска Психиатрична Асоциация. Практическо ръководство за лечение на пациенти с шизофрения на Американската психиатрична асоциация. Приложение към бюлетина на БПА 1998
2. Василева И, Миланова В. Рискови фактори за несъдействие към невролептичната терапия при шизофрено болни пациенти. Медикарт: Неврология и психиатрия 2012; 2:4-7
3. Германов Д. Стигмата на психичната болест. <http://psihichnozdrave.com/biblioteka/statii/стигмата-на-психичната-болест>
4. Домове за възрастни хора с психични разстройства. Министерството на труда и социалната политика. Агенцията за социално подпомагане. [http://www.asp.government.bg/ASP\\_Files/Informacia%20DVPR%20za%20saita.doc](http://www.asp.government.bg/ASP_Files/Informacia%20DVPR%20za%20saita.doc)
5. Държавен вестник. Наредба № 31 от 28.07.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 64 от 20.07.2001 г., изм. и доп., бр. 93 от 21.10.2003 г.
6. Закон за здравето. Държавен вестник, бр. 70, 10. 08.2004
7. Медицински стандарт „Психиатрия“. Държавен вестник, бр.78, 07.09.2004
8. Министерство на здравеопазването. Заповед No 180 09–362/16.06.2004 Единна кредитна система за оценка на формите на продължителна квалификация на лекарите
9. Национален център по опазване на общественото здраве, София 2012 [http://ncphp.government.bg/files/nczi/zdr.statistika/statistica\\_13/health\\_B\\_5.pdf](http://ncphp.government.bg/files/nczi/zdr.statistika/statistica_13/health_B_5.pdf)
10. Национална програма за психическо здраве на гражданите на Република България 2001–2005 г. Министерски съвет на Република България, решение №399, София, 2001. [http://liternet.bg/drugs\\_prevention\\_society/programi/zdrave3.htm](http://liternet.bg/drugs_prevention_society/programi/zdrave3.htm)
11. Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2013- 2020 година. БПА, 2013. <http://www.bpabg.com/sites/default/files/NationalMental.pdf>
12. Онийт С. Воденето на случай в психиатричната практика. София: Българска Психиатрична Асоциация 1999
13. Ончев Г, Алексиев С. Психиатричната практика в България. Резултати от национално анкетно проучване сред професионалисти. Бюлетин на БПА 8, 2000; 4: 20- 26
14. Ончев Г, Ферчева А, Алексиев С, Киласпи Х. Нов инструмент за оценка на психо- социалната рехабилитация. Медицински преглед 2010; 46, 4: 54-59
15. Ончев Г. Принуда в психиатрията, емпирични данни и добра практика. София. Контекст, 2010

16. ООН. Принципи за защита на лицата с психична болест и за подобряване на психично- здравната помощ. Резолюция 46/119/1991. В: Бояджиев Б, Томова С, Ончев Г. Лекарят, пациентът и обществото: правата на човека и професионалната отговорност на лекаря в инструменти на международни организации. София: Фондация „Невронауки и поведение“, 1994:96-108
17. Петрова С, Иванова Т, Хинков Х, Димитров П и сътр. Годишен доклад на министъра на здравеопазването: Състояние на здравето на гражданите през 2009г. и изпълнение на националната здравна стратегия. Министерство на здравеопазването,София2010,<http://ncphp.government.bg/files/Doklad%20Zdrave%20na%20naciata%202009.pdf>
18. Политика за психично здраве на Република България и Национален план за действие към нея за периода 2004–2012 г. Министерски съвет на Република България, Протокол №28, София, 2004. [www.mh.government.bg/DownloadHandler.ashx?id=1412](http://www.mh.government.bg/DownloadHandler.ashx?id=1412)
19. Съвет на Европа, Парламентарна асамблея. Препоръка 1235 (94) относно психиатрията и човешките права. Бюлетин на БПА 2001; 9, 1/2: 56- 57
20. Съвет на Европа, Комитет на министрите. Препоръка R(2004)10 относно защита на човешките права и достойнството на лицата с психично разстройство. Бюлетин на БПА 2005; 13, 1:49- 60
21. Съвет на Европа, Комитет на министрите. Препоръка относно законната защита на лицата, страдащи от психични разстройства, настанени на лечение по принудителен ред R (83)2/1983. В: Бояджиев М, Томова С, Ончев Г. Лекарят, пациентът и обществото: правата на човека и професионалната отговорност на лекаря в инструменти на международни организации. София: Фондация „Невронауки и поведение“, 1994:130-133
22. Туори Т. Туининг проект “Преход от институционализирани психиатрични грижи към модел на психиатрия в общността” (Facilitating the transition from institutionalized mental health care to a model of community psychiatry). Проект на Министерство на здравеопазването на България и Националния център за изследване и развитие на благосъстоянието и здравето (STAKES) – Финландия. Финансиран по програма ФАР на ЕС. 2006. <http://www.ngobg.info/bg/organizations/1523-association-for-development-of-psychosocial-rehabilitation-in-bulgaria.html#>
23. Указание за организиране на работата по предоставяне на социалната услуга в общността „Защитено жилище“. Министерството на труда и социалната политика. Агенцията за социално подпомагане. Указание № 9100/362, 19.11.2004.[http://www.asp.government.bg/ASP\\_Files/UKAZANIE-ORGANIZACIA-ZASHTITENO%20JILISHTE.htm](http://www.asp.government.bg/ASP_Files/UKAZANIE-ORGANIZACIA-ZASHTITENO%20JILISHTE.htm)
24. Указание за организиране на работата по предоставяне на социалната услуга в общността “Дневен център за възрастни с увреждания”. Министерството

- на труда и социалната политика. Агенцията за социално подпомагане. Указание № 9100-159, 22.06. 2006. [http://www.asp.government.bg/ASP\\_Files/UKAZANIE-ORGANIZACIA-DCVU.htm](http://www.asp.government.bg/ASP_Files/UKAZANIE-ORGANIZACIA-DCVU.htm)
25. ACCME. Standards for Commercial Support, 2004 <http://www.accme.org>
  26. Adamou M. Community Service Models for Schizophrenia. Evidence-Based Implications and Future Directions. *Psychiatry (Edgmont)*, 2005; 2(2): 24–30
  27. Ahmed S, Vishwanathan P. Factor-analytical study of Nunally's scale of popular concepts of mental health. *Psychol Rep* 1984; 54:455 -61
  28. Alexander JA, Lichtenstein R, Jinnett K, Wells R, Zazzali J, Liu D. Cross-functional team processes and patient functional improvement. *Health Services Research* 2005; 40:1335-1355
  29. Allen JG, Tarnoff G, Coyne L. Therapeutic alliance and long-term hospital treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry* 1985; 26:187-194
  30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision, p34. APA, Washington DC, 2000
  31. Ananth J, Miller M, Vandewater S, Brodsky R, Gamal R, Wohl M. Physical illness in hospitalized psychiatric patients. *Annals of Clinical Psychiatry* 1992; 4:99-104
  32. Andrzej A. Recovery from psychiatric disability and personal autonomy. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2012; 4 : 5–8
  33. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11-23
  34. Awad A, Voruganti N. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Pharmacoeconomics* 2008; 26 (2): 149-162
  35. Axer A. Recovery from psychiatric disability and personal Autonomy. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2012; 4 : 5–8
  36. Baker F, Douglas C. Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons. *Community Mental Health Journal* 1990; 26:497-505
  37. Barrowclough C, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddle R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia - Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189:527-532
  38. Bazemore PH, Gitlin DF, Soreff S. Treatment of psychiatric hospital patients transferred to emergency departments. *Psychosomatics* 2005; 46:65-70
  39. Bebbington P. Early Intervention in Psychosis: Pharmacotherapeutic Strategies. In: *Early Intervention in Psychosis* (eds. M. Birchwood). Wiley and Sons Ltd. 2000; 166-185


40. Becker DR, Drake RE, Farabaugh A. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 1996; 47: 1223 -1226
41. Bellack A. Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32 (3): 432-442
42. Björkman T, Svensson B. Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Nord J Psychiatry* 2005;59(4):302-6
43.  Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52:313-322
44. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1997; 48:335-346
45. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 2000; 7
46. Bradshaw T, Butterworth A, Mairs H. Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2007; 14:4-12
47. Brunt D, Hansson L. A comparison of the psychosocial environment of two types of residences for persons with severe and enduring mental illness: small congregate community residences and psychiatric inpatient settings. *International Journal of Social Psychiatry* 2002; 48: 245-252
48. Brunt D, Hansson L. Characteristics of the social environment of small group homes for individuals with severe mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry* 2002; 56:39-46
49. Buckley LA, Pettit T, Adams CE Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 3:CD004716
50. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *Am J Psychiatry* 2001; 158:163-175
51. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv in Psychiatr Treat*, 2000;6:65 -72
52. Cape J, Barkham M. Practice improvement methods: Conceptual base, evidence-based research, and practice-based recommendations. *British Journal of Clinical Psychology* 2002; 41:285-307

53. Carrà G, Montomoli C, Clerici M, Cazzullo CL. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2007; 257:23-30
54. Catty J, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness (Cochrane Review). *Cochrane Library*, 2003; 1. Oxford: Update Software
55. Catty J, Burns T, Knapp M. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine* 2002; 32: 383 -401
56. Catty J. 'The vehicle of success': Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice* 2004; 77:255-272
57. Charles CA, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49:651-661
58. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported Housing for People With Severe Mental Disorders (Cochrane Review). Oxford: Update Software 2003
59. Chisholm D, Knapp M. Client socio-demographic and service receipt inventory. In *International Outcome Measures in Mental Health* Edited by: Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A, Tansella M, Vázquez Barquero JL 2006
60. Corrigan PW, Steiner L, McCracken SG, Blaser B, Barr M. Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1598-1606
61. Corrigan PW. Consumer satisfaction with institutional and community care. *Community Mental Health Journal* 1990; 26:151-165
62. Cournos F. The impact of environmental factors on outcome in residential programs. *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38:848-852
63. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; 2:CD003080
64. Cullen D, Carson J, Holloway F, Towey A, Jumbo A, Smellie N, et al. Community and hospital residential care: A comparative evaluation. *Irish Journal of Psychological Medicine* 1997; 14:92-98
65. Department of Health. *The Journey to Recovery – the Government's vision for mental health care*. Department of Health. London 2001
66. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B. *World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries*. Oxford: University Press, 1995
67. Dijkstra K, Pieterse M, Pruyun A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56:166-181


68. Drake RE, Becker DR, Bond GR, Mueser KT. A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2003; 18:51-58
69. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, Mchugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:360-374
70. Dube KC, Narendar K. IPSS: Agra, India. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 77-84
71. Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, Blair KE. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1990; 10:33-38
72. European Commission (EC), Health and Consumer protection Directorate General. Green Paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. COM (2005) 484. Brussels: EC, 2005. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
73. European Commission (EC), Health and Consumer protection Directorate General. Green Paper. European pact for mental health and well-being. Brussels: EC, 2008. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)
74. Fakhoury WKH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37:301-315
75. Fakhoury WKH, Priebe S, Quraishi M. Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK study. *International Journal of Social Psychiatry* 2005; 51:45-54
76. Farina A, Gliha D, Boudreau LA, Allen JG, Sherman M. Mental illness and the impact of believing others know about it. *J Abnorm Psychol* 1971;77:1 -5
77. Finnerty A, Keogh F, O’Gardy A, Walsh D. DOSMeD: Dublin, Ireland. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 129-140
78. Fisher WA. Restraint and seclusion: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1584-1591
79. Friis S, Larsen TK, Melle I. Methodological pitfalls in early detection studies – the NAPE Lecture 2002. *Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 3-9
80. Friis S. Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74(5):469-73

81. Ganev K, Onchev G, Ivanov P. RAPyD: Sofia, Bulgaria In: Recovery from schizophrenia: an international perspective (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 227-239
82. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *Br J Psychiatry* 2007; 191:298-303
83. Gehrs M, Goering P. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1994; 18:43-54
84. Gillon R. Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals”. *J Med Ethics* 2003; 29:307-312
85. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Penguin, 1963
86. Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 2:CD004025
87. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcomes in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26:119-136
88. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry* 1996; 153:321-330
89. Hafner H. Early intervention in psychotic disorder. 2001; 76
90. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 1995; May-Jun;36(3):267-75
91. Hangan C. Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service. *Int J Ment Health Nurs*. 2006;15(3):157-62
92. Hansson L, Muus S, Vinding HR. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 315 -320
93. Hare E. Epidemiology of schizophrenia. In *Psychoses of Uncertain Aetiology: Handbook of Psychiatry*. Volume 3. Edited by: Wing JK, Wing L. Cambridge: Cambridge University Press 1982
94. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine* 2003; 33: 97-110
95. Harrison G, Hopper K, Craig T, et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178:506-517
96. Harrison G, Mason P. DOSMeD: Nagasaki, Japan In: Recovery from schizophrenia: an international perspective (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 177-188

97. Harrow M, Grossman L, Jobe T, Herbener E. Do Patients with Schizophrenia Ever Show Periods of Recovery? A 15-Year Multi-Follow-up Study. *Schizophr Bull* 2005; 31 (3): 723-734
98. Hatton C, Emerson E, Robertson J, et al. The Resident Choice Scale: a measure to assess opportunities for self-determination in residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research* 2004; 48:103-113
99. Hawaii declaration.  
[http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=27](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=27)
100. Hawthorne WB, Fals SW, Lohr JB. A treatment outcome study of community-based residential care. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45:152-155
101. Heiden W, Krumm B, Muller S, Schafer M, Schwerd B, Weber I. RAPyD: Mannheim, Germany In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 215-226
102. Hellzén O. Nurses' personal statements about factors that influence their decisions about the time they spend with residents with long-term mental illness living in psychiatric group dwellings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; 18:257-263
103. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD, Baity MR, Smith SR, Price JL, Smith CL, Heindelselman TL, Mount MK, Holdwick DJ. Reliability and validity of DSM- IV Axis V. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1858- 1863
104. Holloway F, Carson J. Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry* 2001; 47, 21 -31
105. Hopper K, Harrison G, Wanderling J. An Overview of Course and Outcome in ISoS. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 23-38
106. Hopper K, Janka A, Sartorius N, Wiersma D. Conclusion In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 277-282
107. Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:169-183
108. International code of medical ethics.  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>
109. Janssen B, Weinmann S, Berger M, Härter M, Held T, Leipert M, et al. Guideline conformity and outcome of inpatient treatment for schizophrenia. *Der Nervenarzt* 2005; 76:315-326
110. Jones P, Buckley P. In *clinical practice series: Schizophrenia*. Elsevier 2006

111. Joy C, Adams C, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illness. Cochrane Library, 2002; 2. Oxford: Update Software
112. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy - 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:413-419 
113. Kilian R, Becker T, Kruger K, Schmid S, Frasch K. Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 114:242-248
114. Killaspy H, Dalton J, McNicholas S. Drayton Park, an alternative to hospital admission for women in acute mental health crisis. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 101 -104
115. Killaspy H, King M, Wright C, White S, McCrone P, Kallert T, Cervilla J, Raboch J, Onchev G, Mezzina R, Kiejna A, Ploumpidis D, Caldas de Almeida J. Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental illness in institutional care (DEMoBinc). *BMC Psychiatry* 2009; 9: 36
116. Killaspy H, Rambarran D, Bledin K. Mental health needs of clients of rehabilitation services: a survey in one Trust. *Journal of Mental Health* 2007; 17:207-218
117. Knapp M, Chisholm D, Astin J. The cost consequences of changing the hospital – community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine* 1997; 27: 681 -692
118. Kruzich JM, Kurzich SJ. Milieu factors influencing patients' integration into community residential facilities. *Hospital and Community Psychiatry* 1985; 36:378-382
119. Kuipers J, Bell C, Davidhizar R, Cosgray R, Fawley R. Knowledge and Attitudes of Chronic Mentally-Ill Patients Before and After Medication Education. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20:450-456
120. Lamb R, Bachrach L. Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services* 2001; 52:1039–1045
121. Larsen TK, Friis S, Haahr U. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 103: 323 - 334
122. Lecomte T, Cyr M, Lesage AD, Wilde J, Leclerc C, Ricard N. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187:406-413
123. Lehman AF, Goldberg R, Dixon L. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 165 -172

124. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004; 30:193-217
125. Lenroot R, Bustillo JR, Lauriello J, Keith SJ. Integrated treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003; 54:1499-1507
126. Leon C, Leon A. IPSS: Cali, Colombia. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 85-99
127. Lewis K. How to foster self-determination: practical ways nursing home staff can empower residents. *Health Progress* 1995; 76:42-44
128. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21<sup>st</sup> Century. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:245-255
129. Liegeois A, Van Audenove C. Ethical dilemmas in community mental health care. *J Med Ethics* 2005; 31:452-456
130. Linhorst DM, Eckert A, Hamilton G. Promoting participation in organizational decision making by clients with severe mental illness. *Social Work* 2005; 50:21-30
131. Linhorst DM. Implementing psychosocial rehabilitation in long-term inpatient psychiatric facilities. *The Journal of Mental Health Administration* 1995; 22:58-67
132. Littlewood R. Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. *Lancet* 1998; 352:1056 -7
133. Madrid declaration.  
[http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48)
134. Mares AS, Young AS, McGuire JF, Rosenheck RA. Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. *Community Mental Health Journal* 2002; 38:447-458
135. Marsella A, Suarez E, Leland T, Morse H, Digma B, Scheuer A, Katz M. DOSMeD: Honolulu, Hawaii. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 141-151
136. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment* 2001; 2: 1-75
137. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *Cochrane Library*, 2003; 1. Oxford: Update Software
138. Marshall M. Acute psychiatric day hospitals. *BMJ* 2003; 327:116

139. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry* 2004; 50:115-128
140. McCabe R, Roder-Wanner UU, Hoffmann K, Priebe S. Therapeutic relationships and quality of life: Association of two subjective constructs in schizophrenia patients. *International Journal of Social Psychiatry* 1999; 45:276-283
141. Mccue RE, Urcuyo L, Lilu Y, Tobias T, Chambers MJ. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 2004; 31:217-224
142. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002; 11: 237 -247
143. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 921 -928
144. McGrath J, Susser E. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Medical Journal of Australia* 2009; 190: S7–S9
145. McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 3:CD003442 
146. Meltzer H. Treatment-resistant schizophrenia – the role of clozapine. *Current Medical Resident Opinion* 1997; 14:1-20
147. Mental Health Commission of New Zealand. Blueprint for mental health services in New Zealand: How things need to be. Mental Health Commission of New Zealand 1998
148. Messias E, Chen C, Eaton W. Epidemiology of schizophrenia: Review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am* 2007; 30(3): 323-338
149. Mitchell AJ, Malone D. Physical health and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19:432-437
150. Morosini P, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101(4):323-329
151. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187: 142 -149
152. Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 37 -74
153. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 3:CD002084

154. Nafees B, van Hanswijck de Jonge P, Stull D, Pascoe K, Price M, Clarke A, Turkington D. Reliability and validity of the Personal and Social Performance scale in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2012;140(1-3):71-6
155. Nakane Y, Takada K, Yoshitake K, Hatada K. DOSMeD: Nagasaki, Japan In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 164-176
156. National Institute for Clinical Excellence: *Schizophrenia: NICE Guideline*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2002
157. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2006; 3:8-18
158. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, et al. Compliance therapy: A randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ* 2003; 327:834-837
159. Osborn DPJ, Nazareth I, King MB. Risk for coronary heart disease in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188:271-277
160. Oud M, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Family Practice* 2009; 10:32 doi:10.1186/1471-2296-10-32
161. Palazzolo J, Favre P, Vittini P, Bougerol T. Restraint and seclusion in psychiatry: review and prospect. *Encephale-Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique* 2001; 27:570-577
162. Palmer B.W, Heaton S.C, Jeste D.V. Older patients with schizophrenia: challenges in the coming decades. *Psychiatric Services* 1999; 50: 1178-1183
163. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; 2:CD002831
164. Pelto-Piri V, Engström K, Engström I. Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics* 2013; 14:49
165. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006; 32:S64-S80
166. Phelan J, Bromet E, Link B. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bull* 1998;24:115 -26
167. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *BJP* November 1995; 167:589-95


168. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services* 2001; 52: 771 -779
169. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 2002; 32:783-791
170. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine* 2002; 32:763-782
171. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich psychosis information project study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67:443-452
172. Poole R, Ryan A, Pearsall A. The NHS, the private sector and the virtual asylum. *British Medical Journal* 2002; 325: 349-350
173. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 2005; 330: 123-126
174. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry* 1999; 45:7-12
175. Prikryl R, Kholova M, Kucerova HP, Ceskova E. Prevalence of remission and recovery in schizophrenia in the Czech Republic. *Compr Psychiatry* 2013; 54 (7): 1111–1116
176. Purvis B, Brandt R, Rouse C, Wilfred V, Range LD. Students attitudes toward hypothetical chronically and acutely mentally and physically ill individuals. *Psychol Rep*, 1988;62:627 -30
177. Rabovsky K, Stoppe G. The role of psychoeducation in the treatment of psychiatric inpatients. *Der Nervenarzt* 2006; 77:538-548
178. Read J, Baker S. Not just sticks and stones: A Survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems. London: MIND 1996
179. Remington G. Pharmacotherapy of First Episode Psychosis. In: *Early Intervention in Psychosis*. (eds. Tandy Miller & S. Mednick et al.) Kluwer Academic Publishers 2001; 167-181
180. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research* 2005; 75:119-128
181. Rickard C, Trieman N, Torres-Gonzalez F, Laviana M, Maestro JC, Moreno-Kustner B, et al. Residential care for mentally ill people in Andalusia and London

- a comparison of care environments, users' attitudes and cost of care. *Journal of Mental Health* 2002; 11:327-337
182. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Journal of Mental Health* 2004; 10:37-49
  183. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophr Bull* 2006; 32:S81-S93
  184. Rosen A, Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In *Textbook of Community Psychiatry* (eds G. Thornicroft & G. Szukler). Oxford: Oxford University Press, 2001: 296-308
  185. Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team For The Treatment Of Schizophrenia And Related Disorders and Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team For The Treatment Of Schizophrenia And Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39(1-2) :1-30
  186. Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 4:CD003728
  187. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia - Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull* 2006; 32:765-775
  188. Ryan T, Hatfield B, Sharma I, Simpson V. A census day audit of mental health out of sector placements in the West Midlands. Manchester: HASCAS & Manchester University 2005b; 56
  189. Ryan T, Hatfield B, Simpson V, Sharma I. A census day audit of mental health out of sector placements in the North West. Manchester: HASCAS & Manchester University 2005a
  190. Saarento O, Hansson L, Sandlund M. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. Utilization of psychiatric hospital care related to amount and allocation of resources to psychiatric services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1996; 31: 327 -335
  191. Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Picardi A, et al. The process of care in residential facilities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40:540-550
  192. Sartorius N. Rehabilitation and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43:1180-1181
  193. Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet*, 1998;352:1054 -5
  194. Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P. Effect of Patient Education on Medication Compliance. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie* 1980; 25:638-645

195. Shepherd G, Muijen M, Dean R. Residential care in hospital and in the community – quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 448 -456
196. Shepherd G, Murray A. Residential care. In: *Textbook of Community Psychiatry* (eds G. Thornicroft & G. Szmukler). Oxford: Oxford University Press, 2001: 309-320
197. Shepherd G, Murray A. Residential care. In *Textbook of Community Psychiatry* (eds G. Thornicroft & G. Szmukler). Oxford: Oxford University Press, 2001: 309-320
198. Shrivastava R, Kumar S, Jakobson RR. Psychiatric units in district general hospitals: Design issues. *International Medical Journal* 1999; 6:119-124
199. Siegel C, Laska E, Wanderling J, Baker S, Harrison G, Bank R, Meisner M. Study Methodology. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 10-22
200. Siegel C, Wanderling J, Lin S, Baker S. Predictors of Long- Term Course and Outcome for the DOSMeD Cohort . In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 39-49
201. Simpson EL, House AO. Involving service users in delivery and evaluation of mental health services: Systematic review. *BMJ* 2002; 325:1265-1271
202. Skoda C, Baudis P, Dragomirecka E. IPSS: Prague, Czech Republic. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 100-111
203. Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Ventura J. The relationship of residential care-home operators' expressed emotion and schizophrenic residents' symptoms and quality of life. *International Journal of Mental Health* 1995; 24:27-37
204. Sowers W. Transforming systems of care: The American association of community psychiatrists guidelines for recovery oriented services. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:757-774
205. Stilo S, Murray R. The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12:305-315
206. Strauss JS, Carpenter WT. Prediction of outcome in schizophrenia: 1. Relationships between predictor and outcome variables. *Archives of General Psychiatry* 1974; 31:37-42
207. Szmukler G, Holloway F. In-patient treatment. In *Textbook of Community Psychiatry* (eds G. Thornicroft & G. Szmukler). Oxford: Oxford University Press, 2001: 321 -337

208. Tang WK, Sun FCS, Ungvari GS, O'Donnell D. Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry* 2004; 50:186-191
209. Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 1998; 28: 503-508
210. Tansella M. Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1986; 79: 664 - 669
211. The position of the UEMS in regard to the Continuing Medical Education of specialists. <http://www.uems.net/uploadedfiles/180.pdf>
212. Thornicroft G. *Measuring Mental Health Needs* (2nd edn). London: Gaskell, 2001
213. Thornicroft G, Bebbington P. Deinstitutionalisation – from hospital closure to service development. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 739 -753
214. Thornicroft G, Rose D, Huxley P. What are the research priorities of mental health service users? *Journal of Mental Health* 2002; 11: 1-5
215. Thornicroft G, Szukler G. *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press, 2001
216. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *BJP* 2004; 185:283-290
217. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999
218. Timko C, Nguyen AQ, Williford WO, Moos RH. Quality of care and outcomes of chronic mentally ill patients in hospitals and nursing homes. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44:241-246
219. Tomov T. Central and Eastern European Countries. In *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services* (eds G. Thornicroft & M. Tansella), pp.. Cambridge: Cambridge University Press, 2001: 216 -227
220. Trauer T, Farhall J, Newton R, Cheung P. From long-stay psychiatric hospital to Community Care Unit: evaluation at 1 year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36:416-419
221. Trieman N, Leff J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-service users considered unsuitable to live in the community: TAPS Project 44. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 428-432
222. Trieman N, Smith HE, Kendal R. The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *Community Mental Health Journal* 1998; 34: 407 -417
223. Tsirkin S. DOSMeD: Moscow, Russia In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 152-163

224. Turkington D, Kingdon D, Rathod S, Hammond K, Pelton J, Mehta R. Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2006; 189:36-40
225. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; 191:515-523
226. Tyrer P, Coid J, Simmonds S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). *Cochrane Library* 2003; 2. Oxford: Update Software
227. UEMS Criteria for international accreditation of CME. <http://www.uems.net/uploadedfiles/46.pdf>
228. United Nations (UN), General Assembly. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: UN, 2006. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
229. United Nations, General Assembly. Universal Declaration of human rights. Resolution 217 A (III). New York: UN, 1948
230. Van Wel T, Felling A, Persoon J. The effect of psychiatric rehabilitation on the activity and participation level of clients with long-term psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal* 2003; 39:535-546
231. Van Wijngaarden GK, Schene A, Koeter M. People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29: 573 -586
232. Varna K, Malhotra S. DOSMeD: Chandigarh, India. In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford: Oxford University Press, 2007: 115-128
233. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Pentti J, Oksanen T, Salo P, Ahola K, Kivimäki M. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2011;198(2):149-55
234. Wagner L, Fleck M, Wagner M, Dias D. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):699-705
235. Wahl O. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bull* 1999;25:467 -78
236. Warner R, McGorry PD. Early intervention in schizophrenia: points of agreement. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002; 11: 256 -257
237. Warner R. *Recovery From Schizophrenia* (2nd edn). London: Routledge, 1994
238. Webb , Clifford , Fowler , Morgan , Hanson. Comparing patients' experience of mental health services in England: a five-Trust survey. *International Journal of Health Quality Assurance* 2000; 13(6):273-281

239. Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167 (27): 552-559
240. Wiersma D, Nienhuis F, Slooff C, Giel R, Jong A. RAPyD: Groningen, The Netherlands In: Recovery from schizophrenia: an international perspective (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 203-214
241. World Association of Social Psychiatry. Kobe Declaration. Kobe, 2004
242. World Federation of Medical Education. Definition of Standards for CME/CPD. Improving medical education, 2002. [http://www.sund.ku.dk/wfme/Activities/abstracts%20samlet\\_inkl%20suppl.pdf](http://www.sund.ku.dk/wfme/Activities/abstracts%20samlet_inkl%20suppl.pdf)
243. World Health Organisation. Mental Health Atlas. WHO, Geneva 2005
244. World Health Organization (WHO). Mental Health Action Plan for Europe: facing the challenges, building solutions. EUR /04/5047810/7. Helsinki: WHO, 2005. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/194107/63wd11e\\_MentalHealth-3.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf)
245. World Health Organization (WHO). Mental health care law: ten basic principles. WHO/MNH/MND/96.9. Geneva: WHO, 1996
246. World Health Organization (WHO). Mental Health Declaration for Europe: facing the challenges, building solutions. EUR /04/5047810/6. Helsinki: WHO, 2005. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88595/E85445.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf?ua=1)
247. World Health Organization, 2004. Health statistics and health information systems, The Global Burden of Disease: 2004 update, Geneva, World Health Organization 2008 [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1)
248. World Psychiatric Association. World Psychiatric Association Global Program Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. Schizophrenia - Open the Doors. WPA, 2005. [http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/Stigma\\_Training\\_Manual.pdf](http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/Stigma_Training_Manual.pdf)
249.  Wykes T, Dunn G. Cognitive deficit and the prediction of rehabilitation success in a chronic psychiatric group. *Psychological Medicine* 1992; 22(2):389-98
250. Wykes T, Katz R, Sturt E, Hemsley D. Abnormalities of response processing in a chronic psychiatric group. A possible predictor of failure in rehabilitation programmes? *British Journal of Psychiatry* 1992; 160:244-52
251. Wynn R. Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002; 16:287-291

252. Wynn R. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2004; 15:124-144
253. Wynne L, Holmberg S. DOSMeD: Rochester, New York In: *Recovery from schizophrenia: an international perspective* (eds. K.Hopper, G.Harrison, A.Janca, N.Sartorius). Oxford University Press, 2007: 189-199
254. Ziedonis D, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, Henry RJ, et al. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice* 2005; 11:315-339
255. Ziguras SJ, Stuart GW, Jackson AC. Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 17-21
256. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.* 2000; 51:1410-1421



## IX. ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1



## Фаза 4

Инструмент за добра  
практика в обслужването на  
хронични психиатрични  
пациенти

**Благодаря, че се съгласихте да ни помогнете в това проучване. Ние знаем, че обслужването на хора с тежка психична болест е трудно. С това интервю бихме желали да разберем какво се прави за тях във вашето заведение.**

Първите няколко въпроса се отнасят до големината и персонала на вашето заведение.

---

1 Колко легла/ места има във вашето заведение?

---

2 Колко от тях са заети в момента?

---

3 Брой на пациенти/ домуващи мъже?

---

4 Брой на пациенти/ домуващи жени?

---

5\* Колко от пациентите/ домуващите във вашето заведение са приети принудително (със законова процедура)?

---

6 Колко души работят във вашето заведение, включително и приходящите?

---

7\* Кои от изброените по-долу категории персонал, включително и приходящите, **или** работят във вашето заведение, **или са достъпни** за пациентите/ домуващите извън заведението (попълнете само една кутийка)? Моля, попълнете *коэффициента на пълно работно време* (К.П.Р.В.) само за работещите в заведението.

---

	Без достъп в или извън заведението	Работи в заведението	Достъп извън заведението	К.П.Р.В. (само за персонала в заведението)
Психиатър	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Клиничен психолог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Трудотерапевт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Медицинска сестра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Неквалифициран помощен персонал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Социален работник	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Консултант/ психотерапевт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---

Доброволец	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Арттерапевт (рисуване, танци, музика, театър)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Други	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Опишете:

8\* Колко души от персонала, включително и приходящите, са на постоянни работни места, т.е. не временно или по заместване?

9\* Какво ниво на грижи осигурява вашето заведение на пациентите/ домащите? (**попълнете една от кутийките**)

24 часа персонал на място и будни нощем

24 часа персонал на място, без да са будни нощем

По-малко от 24 часа персонал на място

При по-малко от 24 часа грижи на място, моля опишете

10\* Приблизително от колко години съществува това заведение в сегашния си вид?

Не Да

11 Има ли зададена максимална продължителност на престоя?

12\* Ако да, каква е тя? ..... години (минимална стойност = 0.5 г.)

Ако е неприложимо, отбележете тук

## A. Жизнена среда\*

Много лошо състояние      Лошо състояние      Приемливо състояние      Добро състояние      Много добро състояние

13 Какво мислите за общото състояние на сградата отвън? (попълнете една от кутийките ~)

14\* Какво мислите за обстановката вътре? (попълнете една от кутийките ~)

Много недоволен      Недоволен      Нито доволен, нито недоволен      Доволен      Много доволен

15\* Доколко сте удовлетворени от общото ниво на чистота в помещенията? (попълнете една от кутийките ~)

16\* Имат ли пациентите/ клиентите достъп до някое от следните открити пространства, **които са част от прилежащата площ** на заведението?

Заведението не разполага с открита площ

Не                      Да

Градина                      

Вътрешен двор                      

Тераса                      

Площ за зареждане със стоки / за сметище                      

Много недостатъчни      Недостатъчни      Нито достатъчни, нито недостатъчни      Достатъчни      Повече от достатъчни

17 Смятате ли, че откритите пространства на заведението са достатъчни? (попълнете една от кутийките ~)

---

18\* Предоставя ли заведението ежедневно на пациентите/ домащите някое от изброените по-долу?

Не Да

Вестник по личен избор

---

Компютър с достъп до интернет

---

Възможност за провеждане на телефонен разговор в уединена обстановка

---

19 Колко от стаите в заведението са единични?

---

20\* Какъв е максималният брой пациенти в една обща спалня? (минимална стойност = 1)

---

21\* Могат ли пациентите/ домащите да изберат някое от следните удобства за своите стаи?

Не Да

Постери или тапети

---

Пердета, чаршафи, възглавници

---

Мебели

---

22\* Разполагат ли пациентите/ домащите с място за лични вещи, което се заключва (чекмедже, шкафче, гардероб, и т.н. )?

---

23\* Кои помещения в заведението са обозначени само за мъже или само за жени?

---

Неприложимо  
(само за единия  
пол)

Без помещения, обозначени само за мъже или само за жени

---

Не Да Неприложимо  
(само за единия  
пол)

	Спални	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Бани	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Тоалетни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Не	Да	
24*	Могат ли пациентите/ домащите да заключват вратата на банята?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25*	Могат ли пациентите/ домащите да заключват вратата на тоалетната?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	Във вашето заведение има ли определено време за посещения ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27*	Има ли стая, където пациентите/ домащите могат да се видят насаме със своите посетители?			
		Не	Да	
	Има стая, която пациентите/ домащите могат да използват, за да се видят с посетителите си	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Има специална стая за посетители	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Не	Да	
28*	Разполагат ли пациентите/ домащите, които не са настанени принудително, с ключ или карта за външната врата на заведението?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	Разполагат ли пациентите/ домащите с ключове за своите спални?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30*	Храната за пациентите/ домащите в централна кухня ли се приготвя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Лошо	Не много добро	Задоволително
				Доста добро
				Отлично

31	Ако да, как бихте оценили качеството на храната? (попълнете една от кутийките ~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ако е неприложимо, отбележете тук		<input type="checkbox"/>				
		Никакъв избор	Известен избор	Голям избор	Неприложимо	
32	Ако да, могат ли пациентите да избират ястията? (попълнете една от кутийките ~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Не	Да			
33	Имат ли пациентите/ домуващите достъп до помещение, където сами да си <b>приготвят</b> закуски или ястия?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Не	Да	Неприложимо		
34	Ако да, достъпно ли е това помещение 24 часа на денонощие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Не	Да			
35	Вашите пациенти/ домуващи, <b>обикновено</b> сами ли приготвят храната си? (с помощ, ако е нужно)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
36	Имат ли пациентите/ домуващите достъп до помещение, където сами да си перат дрехите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
37	Колко пациенти/ домуващи имате с телесни недъзи (напр. двигателни, слухови или зрителни проблеми)?					
		Много непригодно	Непригодно	Нито пригодно, нито непригодно	Пригодно	Повече от пригодно

38 Смятате ли, че вашето заведение е достатъчно пригодно за пациенти/домуващи с телесни недъзи?

(попълнете една от кутийките ~)

## В. Терапевтична среда

39\* Каква е организацията (или организациите) – работодател(и) за вашия персонал?

	Не	Да
Обществена – към здравеопазването	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обществена - към социалните услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Независима/ частна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доброволческа (напр. неправителствена организация)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Не	Да
40* Във вашето заведение има ли наети на работа пациенти/ домуващи или бивши пациенти?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Ако да, какво работят те?

Ако е неприложимо, отбележете тук

	Не	Да	Неприложимо
42* Ако да, заплатите им фигурират ли във ведомостта?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43\* Ние знаем, че не винаги е възможно персоналът да бъде в крак с новостите, при все това се интересуваме през какво обучение са минали работещите във вашето заведение. В коя от изброените по-долу области персоналът ви е получил **ФОРМАЛНО** обучение през последните 12 месеца и колко души са били обучени?

	Не	Да	Брой обучени от персонала
Права на пациентите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Психично-здравно законодателство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Комуникативни умения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Рехабилитационен модел на възстановяване	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Описване/ докладване на инциденти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Техники за деескалация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Техники за имобилизиране и контрол	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Разговорни терапии (консултиране, съветване, психотерапия, когнитивно-поведенческа терапия )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Работа със семействата (напр. психообучение)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Укрепване на здравето (диета, физически упражнения )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Преустановяване на пушенето	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Работа със злоупотреба с алкохол и вещества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Трудови умения и умения за намиране на работа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Друго	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Опишете:

---

44\* Колко члена от вашия постоянен персонал са напуснали през последните **две** години (включва преместили се на друга работа, пенсионирани, съкратени, починали; не включва преместване при ротация за обучение)?

---

45	Каква надежда имате, че <b>повечето</b> от сегашните пациенти/ домуващи ще подобрят функционирането си през идните <b>2</b> години? (попълнете една от кутийките ~)	Никаква надежда	Много малко надежда	Нито обнаден, нито обезнаден	Обнаден	Силно обнаден
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

46*	Приблизително колко от вашите пациенти/ домуващи ще се преместят в място с по-независим начин на живеене през идните <b>2</b> години? (попълнете една от кутийките ~)	Почти никой	Около една четвърт	Около половината	Около три четвърти	Почти всички
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

47 Приблизително колко от вашите пациенти/ домуващи са се преместили от вашето заведение в място с по-независим начин на живеене през последните **2** години?

---

48\* Приблизително колко от вашите пациенти/ домуващи са :

---

Най-общо, способни да вършат повечето неща без чужда помощ?

---

Най-общо, способни да вършат някои неща без чужда помощ?

---

Най-общо, способни да вършат много малко неща без чужда помощ?

---

49 Като цяло, според Вас как най-вече вашето заведение цели да помогне на пациентите?

Като им помага да придобиват и възвръщат умения за самостоятелно живеене

---

---

Като им предоставя грижите, от които се  
нуждаят поради своята инвалидност

---

И двете, в еднаква степен

---

Не Да

50 Имат ли всички пациенти/ домуващи  
индивидуален водещ на случая/  
индивидуална сестра?

---

Веднъж на 7-  
12 месеца

Веднъж на 4-6  
месеца

Веднъж на 2-3  
месеца

Веднъж на 2-6  
седмици

Седмично или  
по-често

51\* Ако да, колко често те  
се срещат лично с  
пациента? (**попълнете  
една от кутийките ~**)

---

Ако е неприложимо, отбележете тук

---

Не Да Неприложимо

52\* **Обичайно** пациентите/ домуващите имат ли  
достъп до офиса на персонала?

---

Не Да

53 Има ли тоалетни само за персонала?

---

54 Има ли кухня само за персонала?

---

55 Има ли стаи за почивка, определени само за  
персонала?

---

Никога

Веднъж на 7-  
12 месеца

Веднъж на 4-  
6 месеца

Веднъж на 2-  
3 месеца

Веднъж на  
2-6  
седмици

Седмично  
или по-  
често

56 Колко често имате срещи, на които персонал и пациенти/ домуващи да обсъждат управлението на службата? (попълнете една от кутийките ~)

Ако е неприложимо, отбележете тук

Почти никак      Малко      Умерено      Доста      Твърде много

57 До каква степен мнението на пациентите влияе върху начина на вземане на решения във вашата служба? (попълнете една от кутийките ~)

### С. Лечения и интервенции

58 Кой проследява ефекта и страничните действия от лекарствата?

	Не	Да
Пациентите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Персоналът	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Веднъж на 4-6 месеца      Веднъж на 2-3 месеца      Веднъж на 2-6 седмици      Седмично или по-често

59\* Колко често обикновено се прави преглед на ефекта и страничните действия? (попълнете една от кутийките ~)

60 Пациентите/ домуващите, които тук са на антипсихотично лечение, имат ли поне веднъж годишно следните изследвания за странични действия?

Не      Да

---

Измерване на телесно тегло

---

Лабораторни тестове, напр. липиди и кръвна захар

---

ЕКГ

---

61\* Ако физическото здраве на пациента се влоши, кой **обичайно** уговаря преглед при лекар? (попълнете една от кутийките)

---

Персонал

---

Пациентът/ домащият или близък

---

62\* Какво предприема вашето заведение, за да подобри физическото здраве на пациентите/ домащите в следните области? (това е отворен въпрос, при който изследователят регистрира отговорите по списък) **НЕ ПОКАЗВАЙТЕ СПИСЪКА НА РЕСПОНДЕНТА.**

---

**Пушене?**

---

Преустановяване на пушенето

---

Друго

---

Опишете:

---

**Хранене?**

---

Съветване за диетата

---

Помощ при готвене/ избор на здравословни ястия

---

Друго

---

Опишете:

---

**Физическа активност?**

---

Съветване за физически упражнения

---

Улесняване на достъпа до физически упражнения,  
напр. гимнастически салон, басейн, и т.н.

---

Друго

---

Опишете:

---

**Сексуално здраве?**

---

Предоставяне или улесняване на достъпа до информация, свързана със сексуалното здраве

---

Предоставяне или улесняване на достъпа до информация относно контрацептиви

---

Осигуряване на презервативи

---

Друго

---

Опишете:

---

**Зъболечение?**

---

Осигуряване на преглед или подканване за посещение при стоматолог

---

Друго

---

Опишете:

---

Не Да

---

63 Вашето заведение осигурява ли общи профилактични прегледи на пациентите/ домащите поне веднъж годишно?

---

---

Не Да

---

64\* Следвате ли писмен протокол при справяне с възбуден пациент/ домащ?

---

---

---

65\* Какво правите, когато имате възбуден пациент? (Изследователят отбелязва съответните отговори, напр. деескалация, и продължава...)

И ако това не е достатъчно? (Изследователят отбелязва съответните отговори, напр. предлагане на орален медикамент, имобилизиране, изолиране, или в извънболнични условия - викане на полиция; и продължава да пита...)

И ако това не е достатъчно? (Изследователят отбелязва съответните отговори, и продължава да пита...)

Какво правите след инцидента? (Изследователят отбелязва съответните отговори, напр. документиране на събитието и свикване на среща за дебрифинг с персонала и с пациентите/домуващите.)

(Отворени въпроси. НЕ ПОКАЗВАЙТЕ СПИСЪКА НА РЕСПОНДЕНТА.)

Разпознаване на ранни признаци на възбуда

---

Използване на техники за деескалация

---

Предлагане на орален медикамент

---

Извикване на лекар или на старши член от персонала

---

Използване на изолатор

---

Физическо имобилизиране от екипа

---

Физическо имобилизиране чрез механични средства

---

Ако да, какви средства се използват

---

Използване на лекарство в инжекционна форма

---

Обаждане в полицията или на охрана

---

---

Записване в документацията на пациента

---

Проследяване и преразглеждане на времетраенето на мярката

---

Свикване на среща за дебрифинг на персонала

---

Свикване на среща за дебрифинг на пациентите/домуващите

---

66 Колко души от персонала са обучени в техники за деескалация?

---

67 Колко души от персонала са обучени в техники за имобилизиране и изолиране?

---

68\* Колко пъти сте използвали имобилизиране или изолиране през последните 3 месеца?

---

Какъв дял от пациентите/домуващите в момента получават:

---

69\* Типични (конвенционални) антипсихотици?

---

70\* Атипични антипсихотици?

---

71\* Клозапин (Лепонекс)?

---

72\* Повече от два антипсихотика?

---

В каква степен мнението на пациентите/домуващите относно някое от изброените по-долу влияе върху предписването на лекарството? (попълнете по една съответстваща кутийка за всеки от въпросите ~)

Изобщо не      Малко      Донякъде      Доста      Твърде много

73 Доза на лекарството

---

74 Смяна на лекарството

---

75 Спиране на лекарството

---

---

76\* Вашето заведение осигурява ли на пациентите/ домащите специална подкрепа за придобиване на умения в:

---

	Не	Да
Самообслужване (като обличане, миене, лична хигиена)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чистене	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Готвене	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пазаруване	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Управляване на личен бюджет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пране	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

77 Използвате ли нещо от изброените по-долу, за да помогнете на пациентите/ домащите да разберат своите психично-здравни проблеми, лечения и интервенции?

---

	Не	Да
Мултимедия (уебсайтове, DVD, видео-дневници)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Писмена информация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Групи за подпомагане на пациентите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Канене на експерти (като фармацевти, психиатри, потребители) за беседи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

78\* Канят ли се семействата да присъстват на срещи за обсъждане на обслужването за пациентите/ домащите? (попълнете една от кутийките ~)

---

	Никога	Спорадично	Понякога	Обичайно	Винаги
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

79\* Колко от пациентите/ домуващите имат семейства, които в момента са ангажирани с грижите за тях?

---

80\* Колко от пациентите/ домуващите имат семейни срещи с участие на персонала?

---

81\* Колко души от персонала имат адекватно обучение в предоставянето на психообучение на семействата на пациентите/ домуващите?

---

82 Колко от семействата на сегашните пациенти/ домуващи са имали семейно психообучение през последните 12 месеца?

В заведението

---

Другаде

---

83\* Колко срещи за психообучение обичайно се предлагат на пациентите/ домуващите (от персонала в заведението или на друго място)?

---

0 срещи

---

1 – 9 срещи

---

≥ 10 срещи

---

84 Съществуват ли някакви други семейни интервенции, достъпни за пациентите/ домуващите в заведението или другаде? **(изследователят записва всичко упоменато)**

---

85 Колко души от персонала имат обучение по когнитивно-поведенческа терапия до степен, че да я прилагат на пациентите/ домуващите?

---

86 Колко от сегашните пациенти/ домуващи са имали когнитивно-поведенческа терапия през последните 12 месеца?

В заведението

---

Другаде

---

---

87\* Колко сесии на когнитивно-поведенческа терапия обичайно се предлагат, или от персонала на заведението, или другаде?

---

0 сесии

---

1 – 9 сесии

---

≥ 10 сесии

---

Не Да

88\* Заплаща ли се на пациентите/ домуващите за някоя работа, извършвана от тях в заведението?

---

Колко от сегашните ваши пациенти/ домуващи посещават някое от следните:

89\* Обучителна програма, прилагана от психично-здравна служба, подготвяща хората за трудова заетост?

---

90\* Обучителна програма, прилагана от друга (не от психично-здравна) служба, подготвяща хората за трудова заетост?

---

91\* Защитена работилница

---

92\* Социален кооператив/ фирма

---

93\* Обучение в колеж или висше учебно заведение (извън курсове, които са единствено за психиатрични пациенти)

---

94\* Други програми за обучение в заетост или курсове (опишете)

---

95\* Колко от пациентите/ домуващите работят някъде доброволно (без тези, които полагат доброволен труд в заведението)?

---

96\* През последните 12 месеца, колко от пациентите/ домуващите са имали заетост на работно място на пазара на труда?

---

Не Да

97\* Има ли в персонала ви специалист по трудова рехабилитация ?

---

---

98 Ако да, какво е професионалното му образование?

---

Ако е неприложимо, отбележете тук

---

99 Колко от пациентите/ домащите са посетили през последните 12 месеца организация, различна от изброените във въпроси 89-94, която да предлага помощ при намиране на работа (например бюро по труда)?

---

100\* Най-общо, приблизително колко часа дневно повечето пациенти/ домащи са ангажирани с някакъв вид планирана дейност (различна от хранене, спане и гледане на телевизия)?

---

101 Приблизително за колко от вашите пациенти/ домащи считате, че е трудно ангажирането в планирани дейности?

---

102 Какво прави вашият персонал за подкрепа на планираната активност на пациентите/ домащите?

---

	Не	Да
Прави връзки с места за развлечение в района, като кина, театри, концертни зали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прави връзки с местни кафенета и ресторанти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прави връзки с местни спортни съоръжения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прави връзки с религиозни организации и обредни места	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Не	Да
Прави връзки с квартални организации (общности от живущи в района)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Осигурява редовна ангажираност за пациентите/ домащите <b>в заведението</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Осигурява една и съща програма от дейности за всички пациенти/ домащи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

Осигурява различна програма за всеки един от  
пациентите/ домащите

---

Друго

---

Опишете:

---

103 Колко от пациентите/ домащите редовно участват в  
планирани дейности в заведението?

104\* Колко от пациентите/ домащите редовно участват в  
планирани дейности в общността?

Не

Да

105 Има ли някакви други лечения или интервенции  
за вашите пациенти/ домащи, които не сме  
споменали?

106 Ако да, какви? (отбележете всички  
интервенции, споменати от интервюирания)

Ако е неприложимо, отбележете тук

Не

Да

107 Използвате ли индивидуални планове за  
обслужване за всички пациенти/ домащи?

108 Ако да, кой, освен персонала, участва в съставянето на плана? (отбележете всички съответстващи  
отговори)

Не

Да

Неприложимо

Пациентът/ домащият

Близък

Обществени организации

---

Когато обикновено се прави обсъждане за някой от пациентите/ домащите, например на визитация  
или на клиничен колегиум:

	Не	Да
109 Провежда ли се предварително разговор с пациента/ домащия за определяне на неговите приоритети?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110 Присъства ли пациентът/ домащият на обсъждането?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111* Обсъждането мултидисциплинарно ли е?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Изобщо не	Малко	Донякъде	Доста	Твърде много
112 До каква степен решенията, взети на обсъжданията, се договарят с пациентите? (попълнете една от кутийките ~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D. Автономност и самостоятелно справяне

113 Кое от изброените **обичайно** се решава самостоятелно от пациентите/ домащите?

	Не	Да
Време на събуждане	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Време на лягане	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Как да харчат своите пари	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Как да прекарват времето извън заведението (не се отнася за настанените по недобровolen път)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колко цигари да изпушат на ден	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колко алкохол да изпият (в разумни граници)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дали да излязат на среща с някого	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Дали да прекарат нощта другаде (не се отнася за настанените по недоброволен път)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Не	Да
114*	Разполагат ли дееспособните пациенти/ домуващи с пълен контрол върху своите финанси?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115		Не	Да
	Свободни ли са пациентите/ домуващите, които не са настанени по принудителен път, да имат сексуални взаимоотношения по взаимно съгласие в заведението?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Не	Да
116	Свободни ли са пациентите/домуващите да получават нецензурирана поща или електронна поща?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117	Има ли практика да се съдейства на пациентите да водят лекарственото си лечение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118*	Във вашето заведение, колко от пациентите/ домуващите могат да взимат лекарствата си изцяло без надзор от персонала?		
119*	Колко от пациентите/ домуващите имат редовен контакт с приятели, които не са пациенти?		

## Е. Социална политика, граждански права, застъпничество

		Не	Да
120*	Услугата застъпничество достъпна ли е за вашите пациенти/ домуващи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121	Ако да, колко от пациентите/ домуващите са ползвали услуги по застъпничество през последните 12 месеца?		
	Ако е неизвестно, отбележете тук	<input type="checkbox"/>	

	Ако е неприложимо, отбележете тук	<input type="checkbox"/>		
		Не	Да	Неприложимо
122*	Предоставя ли се рутинно на недоброволно настанените писмена информация за техните граждански права?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Не	Да	Неприложимо
123	Ако да, включва ли се достъп до адвокат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124	Ако да, включва ли се достъп до преводач?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Не	Да	
125*	Предоставя ли се рутинно на доброволно настанените писмена информация за техните граждански права?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
126*	Достъпна ли е за вашите пациенти/ домуващи услугата съветване по въпроси за социални и други помощи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
127*	На какъв <b>ПРОЦЕНТ</b> от пациентите/ домуващите, които не са поставени под запрещение, ще бъде съдействано да гласуват при следващите политически избори?			

## Г. Клиничен стандарт

		Не	Да					
128	Имат ли всички членове на клиничния персонал определен супервизор?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		Веднъж на 7-12 месеца	Веднъж на 4-6 месеца	Веднъж на 2-3 месеца	Веднъж на 2-6 седмици	Седмично или по-често		



136 Има ли политика за разглеждане на жалба от пациент за злоупотреба, агресия или заплахата от страна на персонала?

---

И накрая, един по-различен въпрос

	Изобщо няма да съм щастлив	Не много щастлив	Нито щастлив, нито нещастен	Щастлив	Много щастлив
137* Ще бъдете ли щастлив от това Ваш близък да бъде обслужван в това заведение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Благодаря Ви за отделеното време**

---

### Въпроси за интервюиращия

---

138\* Заведението е разположено в центъра, периферията или извън населеното място? (попълнете **един** съответстващ отговор)

Център

---

Периферия

---

Извън града

---

139 Когато влязох в институцията, ... (попълнете **един** съответстващ отговор)

успях да вляза, без да се обаждам на някого(вратата бе отворена, незаклучена)

---

някой ми позволи да вляза (като ми отвори вратата, или отговори на домофона)

---

140 Какво заведение е това ? (попълнете **един** съответстващ отговор)

Отделение в болница

---

---

Служба в общността

---

Сграда/ звено на територията на болницата  
(но не отделение)

---

Друго, моля опишете

---

Не Да

141 Отвън има ли табела, която обозначава името на  
заведението ?

---

Не Да Неприложимо

142\* Табелата обозначава ли по някакъв начин, че това е  
психично-здравно заведение?

---

Много Институционален Нито Уютен Много уютен  
институционален институционален, уютен уютен  
нито уютен

---

143 Колко уютен е  
външният вид на  
заведението?

---

144 Колко уютно е  
заведението отвътре?

---

Изобщо няма да Не много Нито щастлив, Щастлив Много  
съм щастлив щастлив нито нещастен щастлив щастлив

145 Ще бъдете ли щастлив от това  
Ваш близък да бъде обслужван  
в това заведение?

---

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**



**Разработване на модел за добра практика в обслужването на  
хронични психиатрични пациенти в институции**

**Интервю с пациента**

Идентификационен номер (7 цифри): \_\_\_\_\_

Дата на интервюто (ддммгг): \_\_\_\_\_

*Само за изследователя (попълнете с данни от Инструмента за добра практика на DEMoVinc и от Про-формата):*

*1а. Къде живее пациентът ?*

Социално заведение /в  
общността    
1

---

Болнично заведение    
2

---

*1б. Брой легла:*

<i>1с. Месец и година на приемане:</i>	
<i>1д. Възраст в години:</i>	
<i>1е. Пол:</i>	

<i>Мъж</i>	<input type="checkbox"/> 1
<i>Жена</i>	<input type="checkbox"/> 2

**Придружаващото ръководство съдържа пояснения по конкретни въпроси, означени в интервюто със звездичка \* .**

---

### **Кратка скала за оценка на качество на живот (MANSA)**

Благодаря за съгласието Ви за това интервю. Бих искал да науча повече за Вас, за това с какво се занимавате в това заведение и доколко сте удовлетворени от различните страни на обслужването тук.

2.\* Възраст, до която е учил редовно ..... години  
(99, ако още учи редовно)

---

3.\* Общ брой години в обучение

---

4.\* Работа

Платена работа	<input type="checkbox"/> 1
Защитено работно място	<input type="checkbox"/> 2
Обучение/ квалификация	<input type="checkbox"/> 3
Безработен	<input type="checkbox"/> 4
Пенсионер	<input type="checkbox"/> 5
Друго	<input type="checkbox"/> 6

---

Моля, уточнете:

---

5.\* Каква е професията Ви (ако работи)? (н.п. – *неприложимо*)

---

6.\* Колко часа **на седмица** работите (ако работи)? (н.п. – *неприложимо*)

---

7.\* **Месечен** доход след приспадане на данъци и други удържки (ако живее с партньор, съберете доходите на двамата и разделете на две) 777 – ако не желае да отговори

---

8.\* Получавате ли социални помощи и какви?

---

9. Колко деца имате?

---

10.\* С колко други хора живеете?

Моля да ми кажете доколко сте удовлетворени от различни страни на своя живот, като ползвате тази скала (**интервюиращият да покаже скалата на респондента и да го попита кой отговор описва преживяването му във връзка с конкретния въпрос ~**).

11. Доколко сте удовлетворени **днес** от живота си като цяло? (**интервюиращият да попълни една кутийка ~**)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

12.\* Доколко сте удовлетворени от своята работа (или от заетостта си)? (**интервюиращият да попълни една кутийка ~**)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	999
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре	неприложимо

13.\* Доколко сте удовлетворени от това да сте безработен/ пенсионер?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	999
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре	неприло жимо

14. Доколко сте удовлетворени от своето финансово състояние?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

Не  
0

Да  
1

15.\* Имате ли някой, когото бихте нарекли близък  
приятел (може да включва и член на  
семейството, но не и терапевт)?

|

16.\* Виждали ли сте се с приятел през последната  
седмица?

|

17. Доколко сте удовлетворени от броя и качеството на приятелствата си?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

18. Доколко сте удовлетворени от прекарването на свободното си време?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да	недоволен	предимно	смесено	предимно	доволен	не може да

е по-зле

недоволен

доволен

е по-добре

**През последните 2 седмици:**

	Не 0	Да 1	Не знам 2
19.* били ли сте навън да играете или да гледате спорт? (интервюиращият да попълни една кутийка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. били ли сте на пазаруване? (интервюиращият да попълни една кутийка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.* возили ли сте се на автобус, кола или влак, освен за отиване или връщане от работа? (интервюиращият да попълни една кутийка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. гледали ли сте телевизия или слушали ли сте радио? (интервюиращият да попълни една кутийка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.* През последната година имало ли е случаи, когато да Ви се иска да имате повече занимания през свободното си време, но да нямате възможност? (интервюиращият да попълни една кутийка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.\* Доколко сте удовлетворени от удоволствието, което получавате от заниманията в дома си? (интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

25.\* Доколко сте удовлетворени от удоволствието, което получавате от заниманията извън дома си? (интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

26. Доколко сте удовлетворени от удоволствието, което получавате от слушане на радио или гледане на телевизия?

(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

27. Доколко сте удовлетворени от своето жилище?

(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

Не	Да
0	1

28.\* През последната година повдигано ли Ви е обвинение в престъпление?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

29.\* През последната година били ли сте жертва на физическо насилие?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

30. Доколко сте удовлетворени от своята лична сигурност?

(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

31. Доколко сте удовлетворени от хората, с които живеете?

(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

32.\* Доколко сте удовлетворени от своя сексуален живот?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

33. Доколко сте удовлетворени от отношенията с Вашето семейство?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

34. Доколко сте удовлетворени от своето телесно здраве?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

35. Доколко сте удовлетворени от своето психично здраве?  
(интервюиращият да попълни една кутийка ~)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
не може да е по-зле	недоволен	предимно недоволен	смесено	предимно доволен	доволен	не може да е по-добре

## Маркери на Възстановяване

	Не 0	Да 1
36. Гласувахте ли на последните избори?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Имате ли лична банкова (или пощенска) сметка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Имате ли пълен контрол върху финансите си?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Вашето лечение и обслужване

Моля, отговорете на следните твърдения, като изберете една от трите възможности.

	Не 0	Да 1	Не съм сигурен 2	Неприложимо 999
39. Знам защо съм тук в това заведение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Знам какъв е моят лечебен план	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Моят лечебен план ми бе разяснен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Имам участие в съставянето на моя лечебен план	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.* Беше ми дадена възможност да привлека семейството си за участие в моето лечение и обслужване	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Съгласен съм със съставения лечебен план	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Разбирам за какво са ми лекарствата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Не 0	Да 1	Не съм сигурен 2	Неприложимо 999
46. Уведомен съм за възможните странични действия на лекарствата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Чувствам, че пред персонала тук мога да повдигна всякакви въпроси за моето лечение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Според мене персоналят тук се държи с уважение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.* Тук има възможности за участие в занимания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.* Считаю, че тук се зачитат моите културни потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Според мене тук има добро ниво на хигиена и чистота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Когато пристигнах тук, ме разведоха и представиха на персонала и на другите пациенти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Тук се чувствам безопасно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Тук винаги се намира кафе, чай или безалкохолно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Тук мога да се уединя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.* Посетителите ми тук са винаги добре дошли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.* Разяснено ми бе какво е “водеща сестра”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Не 0	Да 1	Не съм сигурен 2	Неприложимо 999
58. От персонала са обсъждали с мене разбиранията си за моите проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Според мене персоналят тук чува какво казвам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Считам, че персоналят тук отговаря адекватно на моите нужди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.* Според мене, от персонала тук говорят достатъчно с мене	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Считам, че тук персоналят помага за моите проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Като цяло съм удовлетворен от лечението и обслужването, които получавам тук	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Понякога хората не получават помощта, от която се нуждаят, и дори понякога с тях се отнасят лошо. Бихме искали да узнаем дали сте имали някои твърде отрицателни преживявания, докато сте били в това заведение.

**През последните 12 месеца:**

	Не 0	Да, извън заведението 1	Да, в заведението 2
64.* Плашили ли са Ви? (моля, попълнете една кутийка ~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.* Крещяли ли са Ви? (моля, попълнете една кутийка ~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.* Заплашвали ли са Ви? (моля, попълнете една кутийка ~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.* Нападали ли са Ви физически? (моля, попълнете една кутийка ~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68.\* Злоупотребявали ли са сексуално с Вас?  
(моля, попълнете една кутийка ~)

---

**Скала за личен избор на обитателя\***

Бихме искали да узнаем също доколко се чува думата Ви за нещата, които вършите, и за неща, които Ви засягат.

Бихте ли ни казали какъв избор имате в следните области от живота Ви?

	Нямам избор за това 1	Имам много малко избор за това 2	Мога да изразя избор за това, но нямам последна дума 3	Мога да направя избор за това 4
69.* Какво да вечерям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70.* Кога да вечерям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71.* Какво да правя вътре, за да минава времето (напр. телевизия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72.* Дали да излизам (напр. до кръчма или на кино)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73.* Кога да си лягам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74.* Какви дрехи да купувам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75.* Какви дрехи да нося	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
76.* Купуване на храна и домакинска работа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77.* Дали да имам домашен любимец	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
78.* Наемане на нов персонал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Нямам избор за това 1	Имам много малко избор за това 2	Мога да изразя избор за това, но нямам последна дума 3	Мога да направя избор за това 4
79.* Оценяване на работата на персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
80.* Уволнение на неподходящи хора от персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
81.* Дали да имам партньор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
82.* Каква да е прическата ми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
83.* Какво да правя през деня	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
84.* Дали да ходя на почивка – къде и с кого	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
85.* Дали да започна работа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
86.* Дали да имам лично пространство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
87.* Къде да отида да живея в бъдеще	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
88.* Обзавеждането тук	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
89.* Мебелите и украшенията в стаята ми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
90.* Дали да държа лични вещи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Индекс за добра среда

Следват различни твърдения за това заведение. Бихте ли казали доколко сте съгласни или не сте съгласни с тези твърдения, като използвате тази скала (интервюиращият да покаже скалата ~).

91. Най-общо, доколко сте удовлетворени от това заведение?

Никак 1	Малко 2	Донякъде 3	Доста 4	Твърде много 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Най-общо, доколко харесвате персонала в това заведение?

Никак 1	Малко 2	Донякъде 3	Доста 4	Твърде много 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Най-общо, доколко харесвате другите пациенти/обитатели в това заведение?

Никак 1	Малко 2	Донякъде 3	Доста 4	Твърде много 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Това, което правите в това заведение, помага ли Ви да добивате повече увереност в себе си?

Никак 1	Малко 2	Донякъде 3	Доста 4	Твърде много 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Това, което правите в това заведение, дава ли Ви възможност да видите какви добри способности имате в действителност?

Никак 1	Малко 2	Донякъде 3	Доста 4	Твърде много 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Услугите през погледа на клиента

И накрая, бихме искали да узнаем нещо повече и за здравните професионалисти, с които се срещате.

96.\* Моля, кажете ни подробности за услугите/ здравните професионалисти, които сте ползвали или срещали **през последния месец:**

Услуга/ професионалист	Виждали ли сте този човек?		Колко пъти сте го виждали в заведението		Колко пъти сте го виждали извън заведението	
	Не 0	Да 1	Индивидуално?	В групова сесия?	Индивидуално?	В групова сесия?
Психиатър	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Друг лекар (моля, опишете)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Клиничен психолог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Занимателен терапевт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Социален работник	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Съветник/ психотерапевт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Доброволец	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Арт-/ музико-/ данс-терапевт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Друг (моля,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Услуга/ професионалист	Виждали ли сте този човек?		Колко пъти сте го виждали в заведението		Колко пъти сте го виждали извън заведението	
	Не 0	Да 1	Индивидуално?	В групова сесия?	Индивидуално?	В групова сесия?
опишете)						
Друг (моля, опишете)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

97.\* Кажете ни повече, ако обичате, и за времето, което сте прекарвали с медицински сестри и с друг помагач персонал (включително неквалифицирани сестри) през последния месец:

	Часове със сестра	Часове с друг помагач персонал
Срещи на четири очи		
Групови срещи		
Лично обслужване		
Друго време (моля, опишете)		

98.\* Кажете ни повече, ако обичате, и за всяко постъпване на болнично лечение извън това заведение през последните шест месеца. (Включете болнично постъпване и отпреди шест месеца, ако все още сте в болница, както и постъпване, от което още не сте изписани. **Престоят в дни** включва дните от последните шест месеца.):

	Причина за постъпване	Престой в дни
1		
2		
3		

**Благодаря Ви много за участието в това проучване.**

99\*. Оценка по GAF

**Оценки по PSP**

100a\*. Социално полезни дейности, включително работа и учене

Липсва	Лека	Умерена	Изразена	Тежка	Много тежка
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

100b\*. Лични и социални взаимоотношения

Липсва	Лека	Умерена	Изразена	Тежка	Много тежка
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

100c\*. Самообгрижване

Липсва	Лека	Умерена	Изразена	Тежка	Много тежка
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

100d\*. Обезпокоително и агресивно поведение

Липсва	Лека	Умерена	Изразена	Тежка	Много тежка
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## SUMMARY

**Background:** The study focuses on assessment of the living conditions, treatment, general care, respect for human rights and autonomy of mentally ill patients who need long-term interventions in psychiatric or social institutions, as well as assessment of the individual factors of care that are highly relevant for the recovery from the chronic disease. The prevalent part of these patients are diagnosed with schizophrenia. Contemporary epidemiological studies demonstrates a more favourable course of the illness for which the organization of care plays an important role. Recovery is complex in origin and its definition comprises both objective and subjective factors. In-depth studies on the effects of the institutional care on the patients is lacking in the country. Such research would be greatly conducive to introducing interventions of a better quality and greater effect.

**Materials and methods:** The principal aim of the proposed study is to analyse the factors of institutional care for patients with chronic mental disorders and their influence on individual functioning and on the chances for recovery. The research focuses on the institutions (hospital wards, community based services and residential homes) and the patients in them. This is a multi-center, randomized, cross-sectional, non-interventional study. It comprises 20 institutions in the country and 180 randomly chosen patients. The institutions were studied using a specially approved questionnaire for the purpose: Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC). The patients were assessed using a battery of questionnaires: Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), Markers of Recovery, Your Treatment and Care Questionnaire, Resident Choice Scale, Good Milieu Index, Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory, Global Assessment of Functioning (GAF), Personal and Social Performance scale (PSP). The statistical analysis was done using SPSS version 16.0.

**Results:** The study of the institutions revealed that many of them still operate on the basis of obsolete and insufficiently effective practices, they are located predominantly outside the towns, in most of them there is excessive number of beds, and they lack a key

specialist involved in the treatment. Male patients prevail in the sample. Female patients are more frequently subjected to interventions by all professionals. A chronic disease is not equivalent to bad functioning: the average GAF sum for the sample is 63, which corresponds to mild functional impairment. The satisfaction with the quality of life demonstrates controversial trends and is not a function of the conditions offered by the institution. It can be reliably predicted that the introduction of occupational or art therapy in care programs results in a significantly better subjective assessment by the patients of the quality of treatment and care as a whole. Residential homes and community based services offer an environment protecting violence. The higher number of beds and inmates per room, as well as the increase in age, are predictors for reducing the opportunity for a personal choice. Meetings with a clinical psychologist and with an art therapist are a predictor of great personal choice. The older age of the patients and the interventions offered by an art therapist are prognostic landmarks for the overall satisfaction with the institution. It may be predicted that the functioning improves with diminishing the length of stay, with a higher monthly income and above all with interventions by a social worker.

In the seven domains of care studied, the lowest scores were found for self- management and autonomy and social inclusion. Community based services offer significantly better quality of care compared to the other institutions. Significant correlations and predictors were identified between the different domains of care in the institutions and the individual factors of recovery. No categorical consistency was found in the links between the quality of life and the individual domains. The data reveal negative correlations with almost all of them. The opportunity for a personal choice increases with the improvement of the conditions in all domains of care in the institution, whereby the strongest dependence is with the human rights domain. Satisfaction with the institution specifically increases with the rising of the domains living and therapeutic environment, self- management and autonomy, human rights and recovery based practice, the highest correlation being with the domain of recovery based practice. Functioning, measured

objectively using GAF, demonstrated significant correlations, of a moderate degree, with the domains of therapeutic environment, treatment and interventions, self- management and autonomy, human rights and recovery based practice – most strongly with the therapeutic environment domain. The patients’ assessment of the treatment and care is influenced significantly positively by the higher score of the indicators for the domains of the living environment, social inclusion and recovery based practice, whereby the conditions of the living environment are of the highest significance. The absence of violence shows a significant positive correlation with all domains with the exception of treatment and interventions, above all with the domains of living environment, self-management and autonomy, and recovery based practice. Improvement of the living environment is of great prognostic significance for diminishing the probability of acts of violence against the patients in the respective institution. Personal choice is in direct significant predictive dependence on the organization of the therapeutic environment. The better therapeutic environment and the respect for human rights are the principal predictors for higher functioning.

**Conclusion:** A study on the institutional care for patients with longer term mental health problems and on its effect on the recovery from the mental illness has been conducted for the first time in the country. Correlation dependences and predictive relations have been identified between the profile and the organization of care in the institutions and the individual aspects of the functioning and chances for recovery of their patients. Evidence-based recommendations for improvement of care were made.