

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

АВТОРЕФЕРАТ

На 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

Дисертационният труд съдържа 269 машинописни страници, включващи 50 таблици и 40 фигури. Библиографският списък съдържа 256 литературни източника, от които 24 на български и 232 на английски език.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита от Катедрения съвет на Катедра по психиатрия при Медицински университет- София на 04.05.2015г.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 18.09.2015г. от 13.00 ч. в Библиотеката на Клиника по психиатрия- УМБАЛ „Александровска“, гр. София, съобразно заповед на ректора № РК 36- 1089/ 12.06.2015г., пред научно жури в състав:

1. Проф. д-р Вихра Миланова, дмн (становище)
2. Проф. д-р Валентин Акабалиев, дмн (рецензия)
3. Проф. д-р Георги Ончев, дм (становище)
4. Доц. д-р Тони Дончев, дм (рецензия)
5. Проф. д-р Марин Роглев, дмн (становище)

Резервни членове:

1. Доц. д-р Весела Стоянова, дм
2. Проф. д-р Меглена Ачкова, дмн

Материалите по защитата са публикувани на интернет страницата на МУ-София и са на разположение на интересувашите се в Библиотеката на Клиниката по психиатрия- УМБАЛ „Александровска“, бул. „Св. Георги Софийски“ №1.

Благодарност: Данните са събрани в рамките на участие в международен проект „DEMoVinc“ или „Разработване на европейски инструмент за добра практика в обслужването на хронично психично болни в институции“ и финансиран с помощта на гранд към VI Рамкова програма на Европейския съюз.

Забележка: Номерата на таблиците и фигурите в автореферата не съответстват на номерата в дисертационния труд.

Съдържание

I.	Въведение	5
II.	Цел, задачи, материали и методика	7
	1. Хипотеза.....	7
	2. Цели на проучването.....	7
	3. Задачи на проучването.....	7
	4. Материали и методика.....	7
III.	Резултати	14
	1. Характеристики на изследваните институции.....	14
	2. Характеристики на изследваната популация от пациенти.....	17
	2.1.Общи характеристики.....	17
	2.2. Фактори на обслужването, лечението и функционирането на пациентите от изследваната популация.....	20
	2.3. Корелационни взаимодействия на факторите имащи отношение към възстановяването и характеристики на изследваната популацията от пациенти и обслужване в институциите.....	25
	2.4. Предиктивен модел на индивидуалните фактори за възстановяване и характеристики на популацията.....	28
	3. Сравнителен анализ на факторите на обслужването по домени и индивидуалните маркери на възстановяване.....	32
	3.1. Общи характеристики на домовете.....	34
	3.2. Сравнителен корелационен анализ на домовете на обслужването с индивидуалните фактори за възстановяване.....	35
	3.3. Предиктивен модел за възстановяване от хронична психична болест- сравнение на обективните фактори на обслужването с индивидуалните маркери за възстановяване.....	39
IV.	Обсъждане	41
	1. Характеристики на изследваните институции.....	41
	2. Характеристики на изследваната популация от пациенти.....	43
	3. Предиктивен анализ на факторите на институционално обслужване по домени и индивидуалните маркери на възстановяване.....	50
	4. Профил на „идеалната“ институция.....	54
V.	Изводи	56
VI.	Приноси	59
	Публикации	60
	Summary	61

Използвани 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)

СЗО- (Световна здравна организация)

АРА- (American Psychiatric Association)

DEMoBinc- (Development of a European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care)

DSM-IV- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)

DSM-IV-TR- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision)

GAF- (Global Assessment of Functioning)

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)

WHO- (World Health Organization)

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 (Killaspy et al., 2007), като протичането на заболяването при около 60% от случаите е с хроничен ход (Hare et al., 1982). Проблемите в обслужването на хронично психично болните са с комплексен характер и са свързани с икономическото бреме, 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 (Killaspy et al., 2009).

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 (Brunt et al., 2002). Сериозен проблем за възстановяването е и голямата отдалеченост на институциите от местните общности (Poole et al., 2002; Ryan et al., 2005). Много страни имат свои собствени системи за мониторинг на обслужването в институциите. 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 (WHO, 2005). Съвременни данни показват обаче, че на много места в Европа напоследък е налице тенденция към ре-институционализация с реципрочо увеличаване на броя на леглата в съдебни институции или в социални домове, за сметка на намаляването на броя на леглата в психиатричните болници (Priebe et al., 2005).

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 (Liegeois et al., 2005). 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. (Ончев и сътр., 2000). 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. Цел, 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 многоцентрово, 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. Проектът е осъществен с помощта на грант 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 (Killaspy et al., 2009).

В българската извадка бяха включени 20 институции избрани на случаен признак от предварително съставен списък. 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 проформите, 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.

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“ (Killaspy et al., 2009). 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. Въпросника бе създаден по специална методология включваща няколко етапа (Killaspy et al., 2009; Ончев и сътр., 2010).

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)** (Priebe et al., 1999; Björkman et al., 2005)- 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)** (Lieberman et al., 2002)- 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)** (Webb et al., 2000). 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)** (Hatton et al., 2004). 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)** (Friis, 1986). Представява 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)** (Chisholm et al., 2006). 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)** (Hall, 1995; APA, 2000; Hilsenroth et al., 2000).

Представява 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- IV.

- **Personal and Social Performance scale (PSP) (Скала за личностово и социално функциониране)** (Morosini et al., 2000; Nafees et al., 2012). Представява 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 α .

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

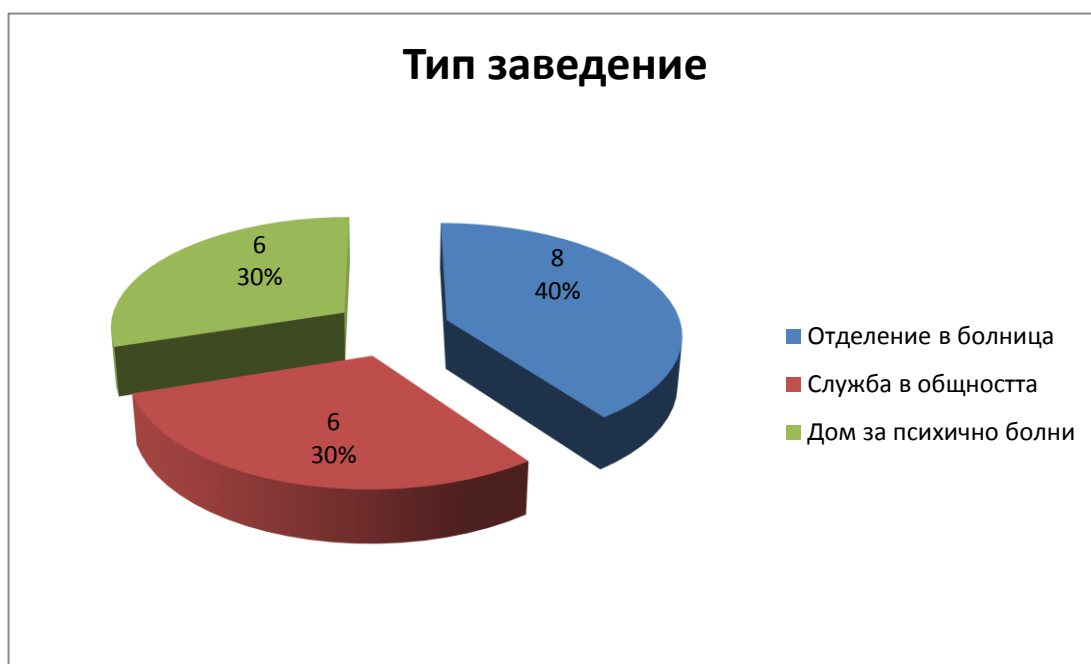
III. Резултати

В изследването бяха включени 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

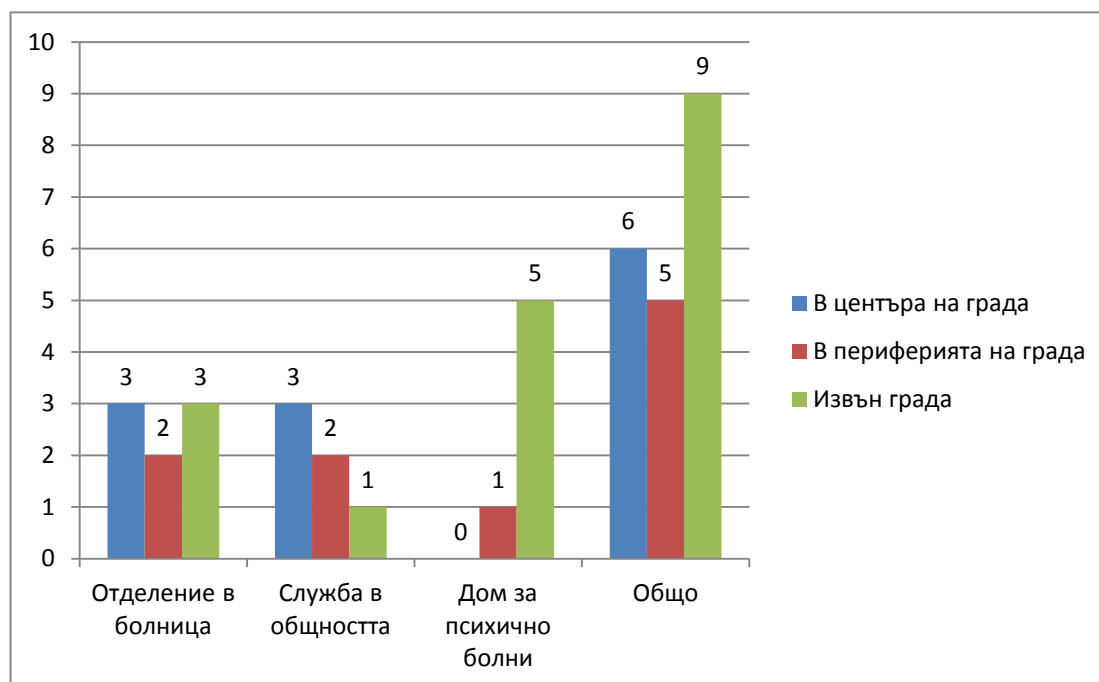


Средния брой на леглата е 53.8, (минимален брой 8, максимален брой 120), със средна моментна заетост на леглова база 48.7, най-голям в домовете за психично болни

В извадката средния брой на мъжете пребиваващи в институциите е по-голям от този на жените: 26,2 към 22,5. В болничните отделения и службите в общността преобладаваща част от пациентите са жени, докато в домовете за психично болни преобладават в значителна степен мъжете.

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. 2).

Фиг. 2 Разпределение на институциите според локализацията

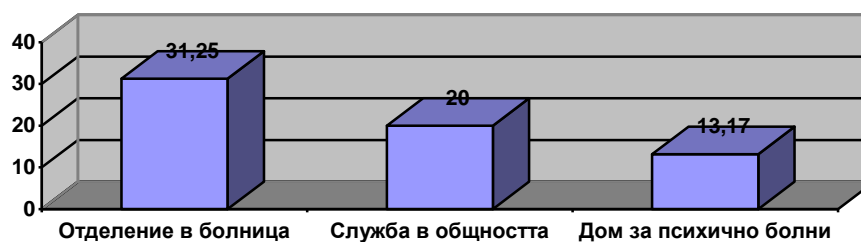


В 19 от институциите няма зададена максимална продължителност на престоя, само в една от тях- защитено жилище, той е ограничен до 1 година.

Най- често прилаганите форми на обучение на персонала в институциите са обученията в разговорна терапия (консултиране, съветване, психотерапия), трениране в комуникативни умения, рехабилитационен модел на възстановяване и работа със семействата на пациентите.

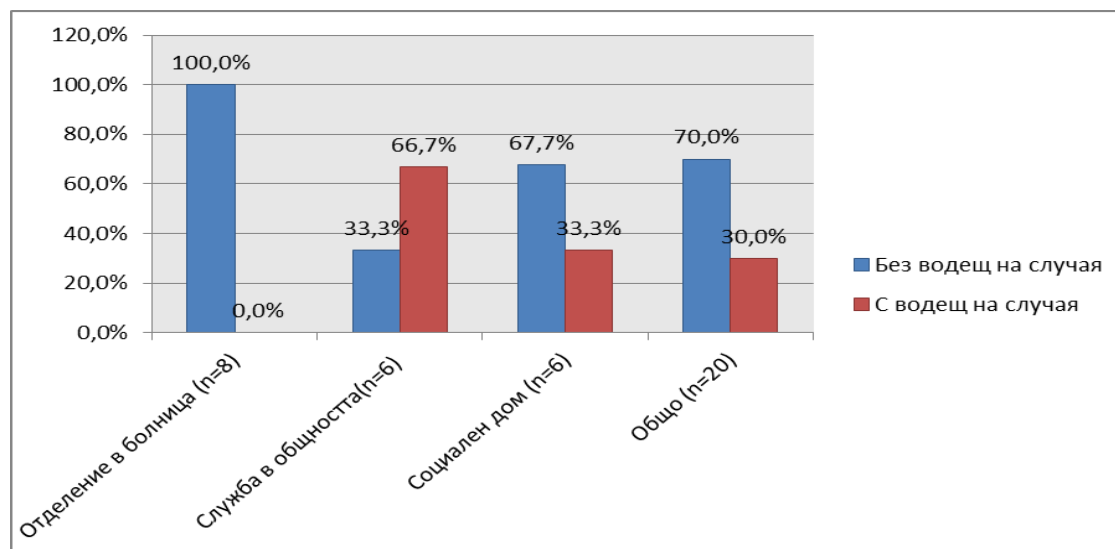
Важен индикатор за това дали обслужването в дадено заведение е ориентирано към възстановяване е броя на пациентите преместили се към по- независим начин на живот. От нашата извадка най- голям е този брой при пациентите лекуване в болнични отделения (средно 31 пациента), следвани от службите в общността (средно 20 пациента) и домовете за психично болни с 13 пациента (**фиг. 3**).

Фиг. 3 Средния брой пациенти преместили се към заведение с по- независим начин на живеене в последните две години.



В 70 % от институциите няма определен водещ на случая (индивидуално ангажиран към всеки пациент специалист). Разликите между различните заведения са статистически значими ($p= 0.026$). Резултатите са графично представени на **фигура 4**.

Фиг. 4 Водене на случай



В 65% (13) от институциите прилагането на принудителни мерки става, чрез спазване на писмен протокол и предимно вербални подходи за овладяване на агресията.

Провежданото невролептично лечение не установи статистически значими различия спрямо типа институция. 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.

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. 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 ($p=0.017$).

На **фигура 5** 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 нецунзурирана поща, сексуалните отношения, прекарване на свободното време извън институцията.

Фиг. 5 Автономни решения на пациентите



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.

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 техния процентен дял е съответно 53,2% и

74,5%, докато дялът на жените в службите в общността е 56,2%. Преобладаващия 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 1**.

Табл. 1 Общи характеристики на извадката

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

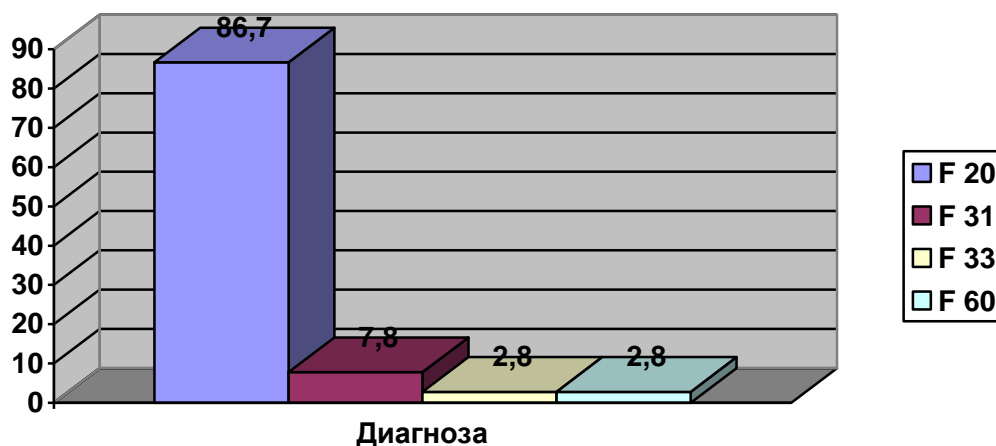
Средния брой легла за цялата извадка е 53.9, като в домовете за психично болни техния брой е най-голям, а в службите в общността най-малък, в контекста на добрите стандарти и практики. Продължителността на престоя е най-голяма в домовете за психично болни- средно около 7.8 години, най-малка е тя в болниците- 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. 2**).

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

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. 6**).

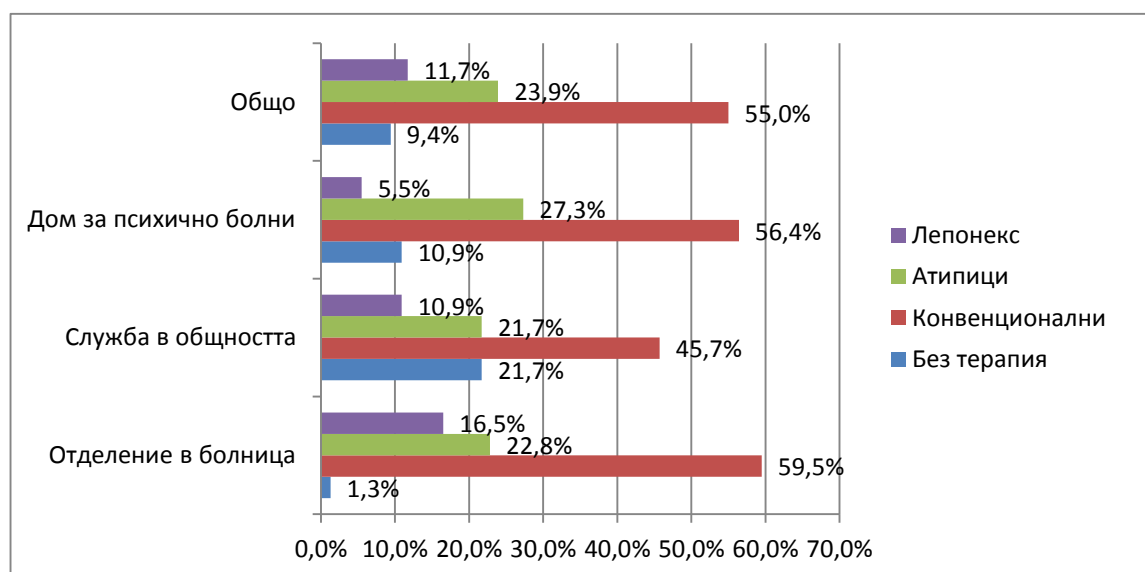
Фиг. 6 Диагноза



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 делът на пациентите без антипсихотична терапия в службите в общността. 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 7**.

Фиг. 7 Лечение



2.2. Фактори на обслужването, лечението и функционирането на пациентите от изследваната популация

2.2.1. Качество на живот.

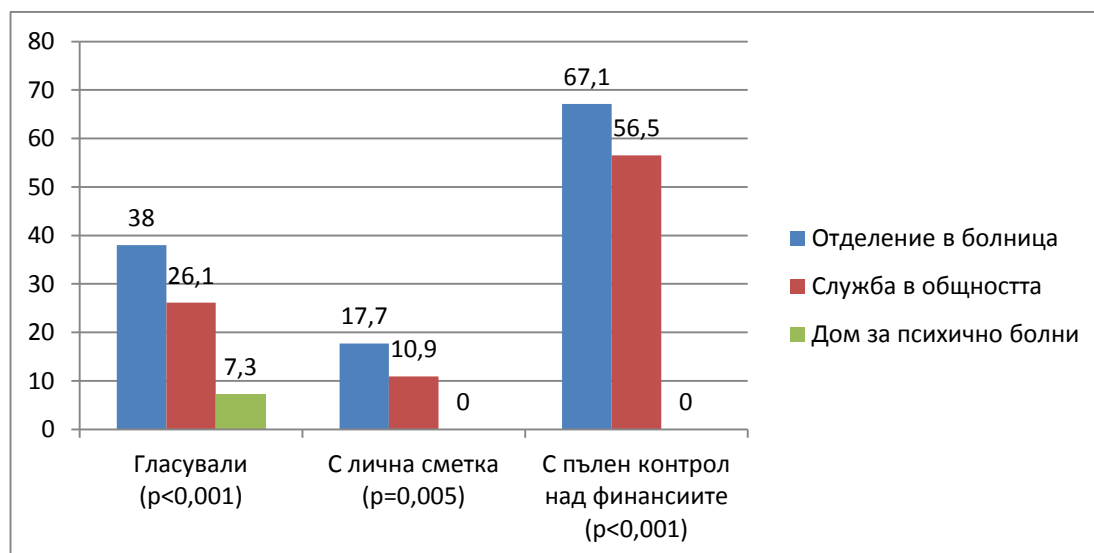
Средната стойност на всички въпроси от скалата за качество на живот е 3,4 ($SD= 0,9$), което показва леко изразена тенденция към цялостна неудовлетвореност. Най- ниска е степента на удовлетвореност в службите в общността (3.3), където пациентите са предимно недоволни и се покачва в болниците (3.7), като най- висока е в домовете за психично болни (4.2) ($p<0,001$).

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 финансиите. Три четвърти от пациентите не са гласували, 89% нямат лична банкова сметка, 56 % нямат пълен контрол над финансиите си. 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. 8).

Фиг. 8 Маркери на възстановяване в отделните институции



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 въпроса 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%.

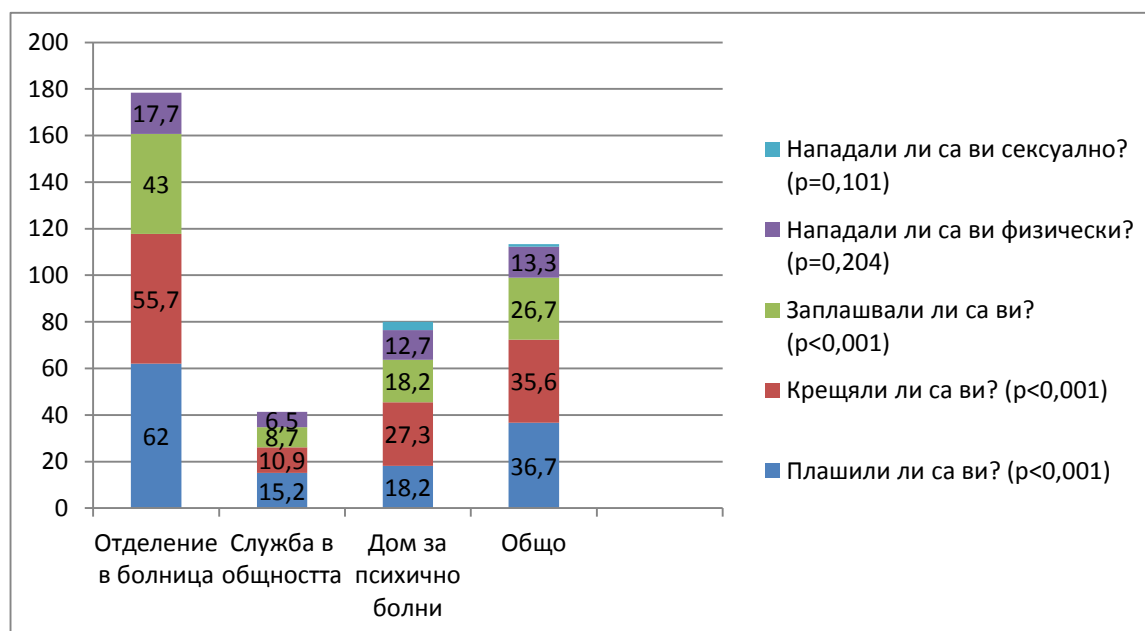
Мъжете по свободно обсъждат лечението си с персонала, по- често са представяни на другите пациенти при постъпването си в институцията, както и могат да се уединят при необходимост. Жените по- често участват в занимания в заведението.

Въпроси със статистическа значимост касаещи лечението и обслужването показват по- добри резултати в заведенията с повече от 40 легла. 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

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. 9).

Фиг. 9 Насилие и тип заведение



Резултатите от сравнението между броя пациентите в едно помещение показват, че с нарастването им, нараства статистически значимо и вероятността от проява на насилствено поведение.

2.2.5. Личен избор на пациентите

Общия 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).

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 ($p = 0,004$).

2.2.6. Индекс за добра среда

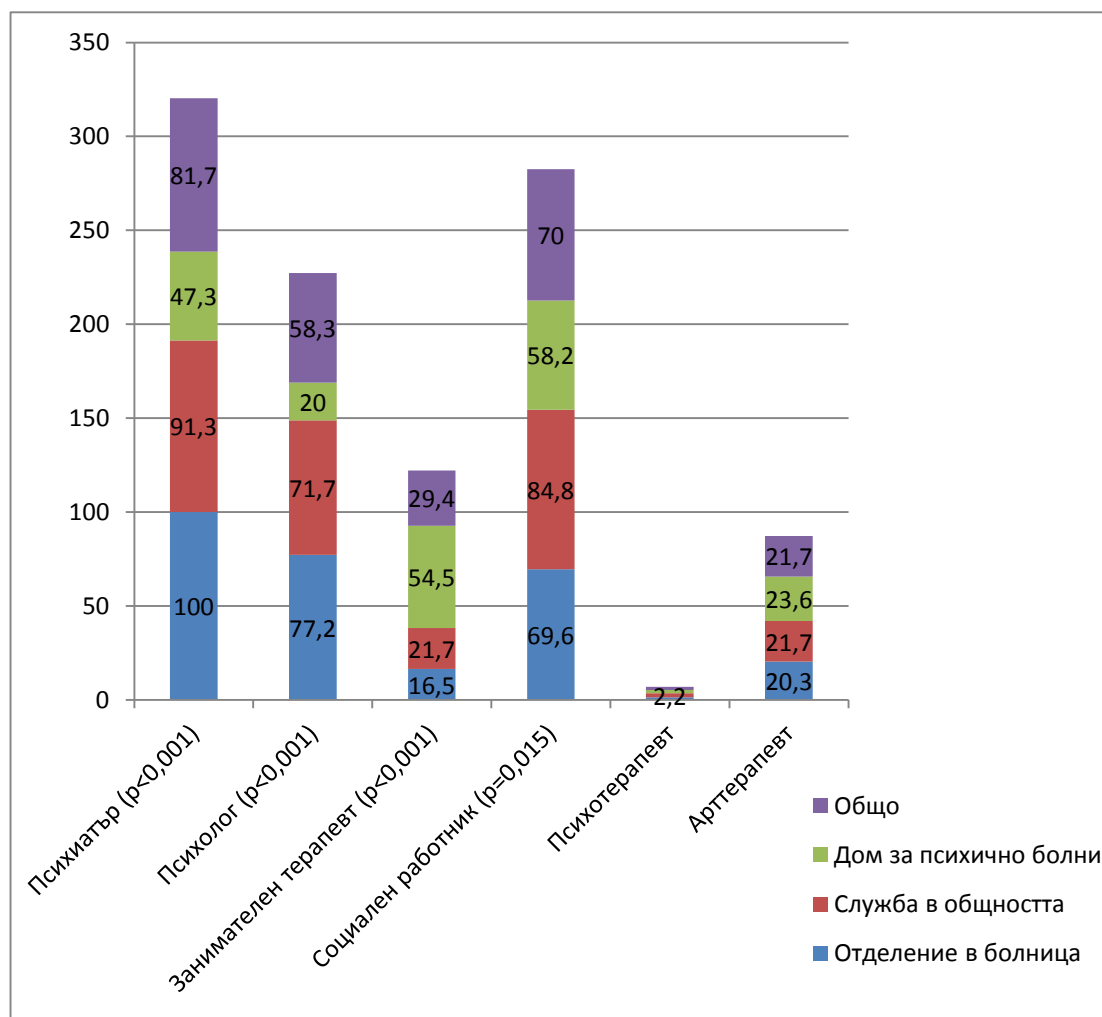
Няма статистически значими различия в степента на удовлетвореност по скалата при различните типове заведения. Въпреки това пациентите в службите в общността показват по-висока степен на удовлетвореност.

Въпреки, че не се установява статистическа значимост 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.

2.2.7. Здравни професионалисти ангажирани в обслужването

Пациентите от извадката най-често имат срещи с психиатър, социален работник и клиничен психолог. 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. 10**).

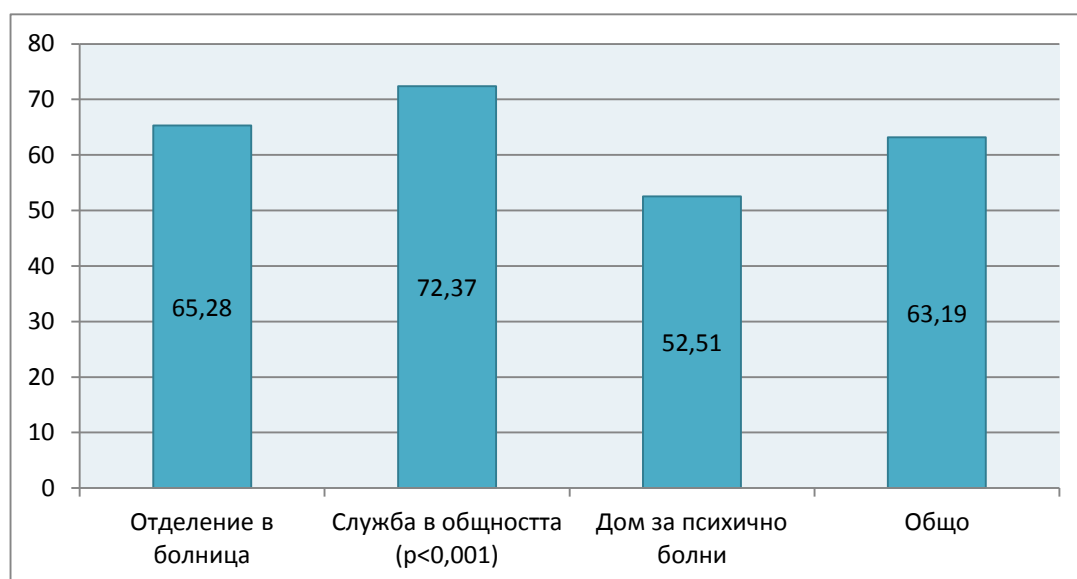
Фиг. 10 Ангажирани в обслужването специалисти и тип заведение



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. 11).

Фиг. 11 Оценка на функционирането (GAF)



В заведенията с по-малък брой легла пациентите показват значимо по-високи нива на функциониране ($p < 0,001$). 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. 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.

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

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. 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 (Lieberman et al., 2002).

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 (**табл. 3**)

Табл. 3 Корелационен анализ между индивидуалните маркери за възстановяване и броя легла, продължителност на престоя, възраст и обучение

Корелационен анализ при количествените променливи					
Показатели		Брой легла	Продължителност на престой в месеци	Възраст	Възраст на редовно обучение
MANSA	r	0.233	0.089	0.106	0.221
	p	0.002	0.236	0.157	0.003
	N	180	180	180	180
Скала за личен избор на обитателя	r	-0.391	-0.119	-0.054	-0.007
	p	<0.001	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	<0.001	<0.001	0.818	0.998
	N	180	180	180	180
PSP area A	r	0.161	0.176	-0.072	-0.128
	p	0.031	0.018	0.340	0.086
	N	180	180	180	180
PSP area B	r	0.251	0.221	0.009	-0.128
	p	0.001	0.003	0.904	0.086
	N	180	180	180	180
PSP area C	r	0.268	0.269	0.016	-0.070
	p	<0.001	<0.001	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

2.3.1. Качество на живот

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 неудовлетвореност 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.

2.3.2. Лечение и обслужване

Пациенти, които са имали по-чести срещи със занимателен и арт-терапевт, както и тези с по-високо ниво на образование, попадат в групата с по-добра самооценка на обслужването

2.3.3. Форми на насилие

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 прегледани от психиатър по-често в сравнение с пациентите в групата без насилие.

2.3.4. Личен избор на обитателя

Значими 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. 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.

2.3.5. Индекс на добра среда

Статистически значима зависимост се установи между достъпа до срещи с арт-терапевт и по-висока степен на удовлетвореност на пациентите от заведението.

2.3.6. Оценка на функционирането с GAF

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 ≤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.

2.3.7. Оценка на функционирането с PSP

Резултатите от област А- социално полезни дейности и област В- лични и социални взаимоотношения, показват някои статистически значими разлики. 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 в област С- самообгрижване, са идентични с горепосочените тенденции, като жените се справят по- добре в сравнение с мъжете.

Област D оценява обезпокоително и агресивно поведение. 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.

2.4. Предиктивен модел на индивидуалните фактори за възстановяване и характеристики на популацията

Представени са само факторите, които имат значим ефект към модела, като са изключени тези фактори със слаба предиктивна сила.

На **таблица 4** 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. 4 Предиктивен модел на индивидуалните фактори за възстановяване и характеристики на популацията

Независими променливи	B	SE	Wald	df	p	OR	95% CI	
Зависима променлива: MANSA (≤ 4, предимно неудовлетворени и > 4, предимно удовлетворени)								
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		
Зависима променлива: Лечение и обслужване (позитивен отговор на ≤ 50% и > 50% от въпросите)								
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		
Зависима променлива: Насилие (Група 1- без насилие и Група 2- с насилие)								
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		
Зависима променлива: Личен избор (≤2, без личен избор и >2, с личен избор)								
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		
Зависима променлива: Индекс на добра среда (≤ 3, ниска удовлетвореност и >3, висока удовлетвореност)								
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. Психологичните интервенции 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 5**.

Табл. 5 Предиктивен модел на функционирането и характеристики на популацията

Независими променливи	B	SE	Wald	df	p	OR	95% CI	
Зависима променлива : GAF (≤ 60, тежки нарушения и >60, леки нарушения)								
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		
Зависима променлива : PSP A- Социално полезни дейности (≤ 2, леки нарушения и >2, тежки нарушения)								
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		
Зависима променлива : PSP B- Лични и социални отношения (≤ 2, леки нарушения и >2, тежки нарушения)								
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		
Зависима променлива : PSP C- Самообгрижване (≤ 2, леки нарушения и >2, тежки нарушения)								
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:

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 6**. 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. 6 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. 7).

Табл. 7 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

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

В корелационния анализ бяха включени като зависими променливи MANSА, 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 MANSА слабо корелира негативно с домовете 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. 8).

Табл. 8 Корелационен анализ на индивидуалните фактори и резултатите по домени

Показател	Жизнен а среда	Терапевт. среда	Леч. и интерв .	Самост. справяне и автономност	Социално включване	Човешк и права	Обслуж. ориентиран о към възстанов.
MANSА							
r	0,053	-0,191	-0,235	-0,100	-0,030	-0,146	-0,129
p	0,483	0,010	0,001	0,182	0,687	0,051	0,085
N	180	180	180	180	180	180	180
Скала за личен избор							
r	0,297	0,304	0,309	0,284	0,275	0,319	0,278
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
N	180	180	180	180	180	180	180
Индекс за добра среда							
r	0,174	0,223	0,130	0,219	0,111	0,207	0,233
p	0,020	0,003	0,083	0,003	0,139	0,005	0,002
N	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, лечениа 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.

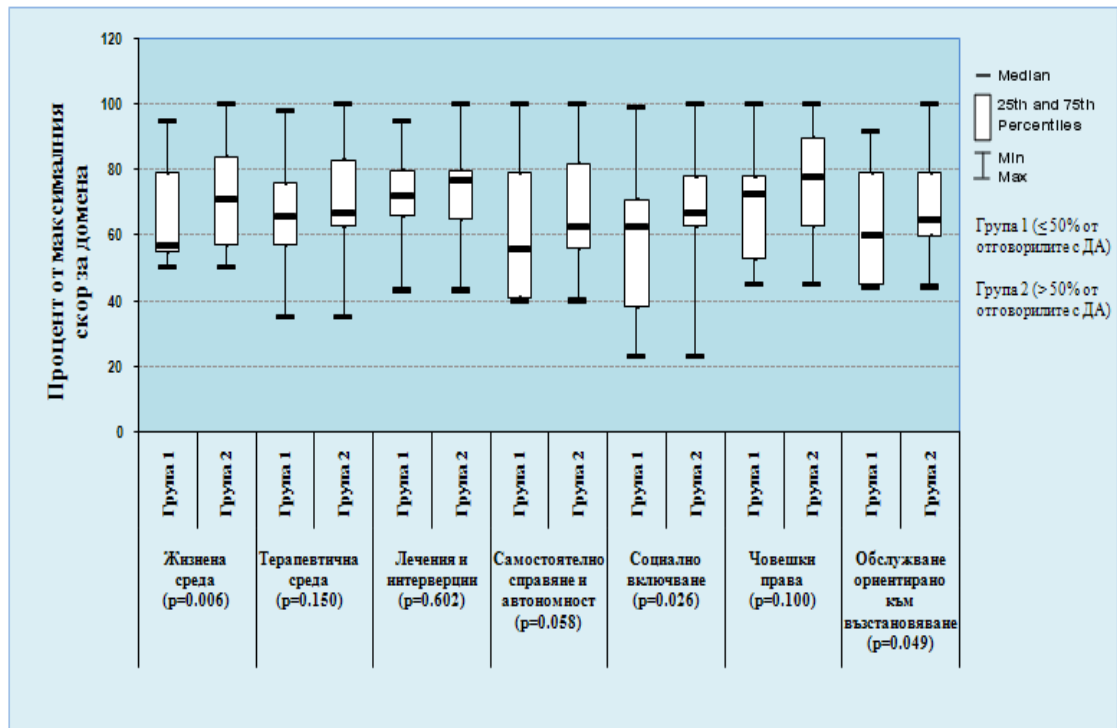
Област D- Обезпокоително и агресивно поведение- не се установиха значими корелационни взаимоотношения (табл. 9).

Табл. 9 Корелационен анализ на функционирането и резултатите по домени

Показател	Жизнена среда	Терапевт. среда	Леч. и интерв.	Самост. справяне и автономност	Социално включване	Човешк и права	Обслуж. ориентирано към възстанов.
GAF							
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
PSP area A- Социално полезни дейности							
r	-0,103	-0,256	-0,198	-0,159	-0,098	-0,215	-0,202
p	0,170	0,001	0,008	0,033	0,189	0,004	0,007
N	180	180	180	180	180	180	180
PSP area B- Лични и социални отношения							
r	-0,096	-0,366	-0,269	-0,226	-0,096	-0,294	-0,294
p	0,201	<0.001	<0.001	0,002	0,199	<0.001	<0.001
N	180	180	180	180	180	180	180
PSP area C- Самообгрижване							
r	-0,139	-0,372	-0,332	-0,291	-0,248	-0,367	-0,337
p	0,062	<0.001	<0.001	<0.001	0,001	<0.001	<0.001
N	180	180	180	180	180	180	180
PSP area D- Обезпокоително и агресивно поведение							
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

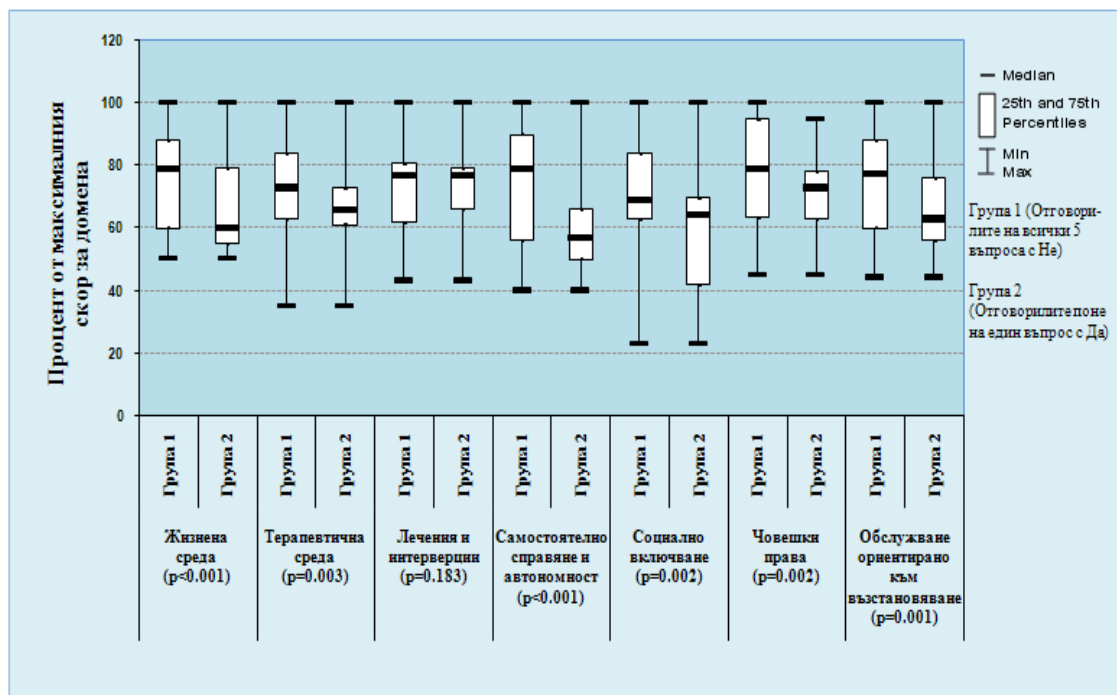
Взаимоотношенията на различните домени и тяхното влияние върху индивидуалните субективни оценки на пациентите за тяхното лечение и обслужване и наличието или отсъствието на насилие, се осъществява чрез метода за сравняване на две независими групи с теста на Mann-Whitney. Установи се, че високата субективната 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 ($p= 0,049$) (фиг. 12).

Фиг. 12 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 (фиг. 13).

Фиг. 13 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 10** 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 среда. 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. 10**).

Табл. 10 Множествена регресия на обективните фактори и индивидуалните маркери на възстановяване

Независими променливи	B	SE	Wald	df	p	OR	95% CI	
Зависима променлива: Насилие (Група 1- без насилие и Група 2- с насилие)								
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		
Зависима променлива: Личен избор (≤ 2, без личен избор и > 2, с личен избор)								
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		
Зависима променлива : GAF (≤ 60, тежки нарушения и > 60, леки нарушения)								
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		
Зависима променлива : PSP A- Социално полезни дейности (≤ 2, леки нарушения и > 2, тежки нарушения)								
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		
Зависима променлива : PSP B- Лични и социални отношения (≤ 2, леки нарушения и > 2, тежки нарушения)								
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		

IV. 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. Този резултат е в противоречие с идеите за психиатрична реформа. Преобладаващата 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 (Cullen et al., 1997; Trauer et al., 2001; Kruzich et al., 1985; Cournos, 1987). 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 (Hawthorne et al., 1994), а също отговаря и на предпочитанията на самите пациенти (Rickard et al., 2002; Cullen et al., 1997; Trauer et al., 2001; Fakhoury et al., 2002; Fakhoury et al., 2005).

Средния брой легла за всички заведения е 53.8, по-голям от цитирания в българския стандарт по психиатрия максимален брой от 40 легла (Мед. стандарт „Психиатрия“, 2004), с най-оптимално разпределение в службите в общността. Съществуват проучвания, които не показват ясна асоциация между броя на обитателите и степента на тяхната интеграция в съответното заведение (Kruzich et al., 1985). 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 (Shrivastava et al., 1999).

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.

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 от 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 (Ziguras et al., 2000). Ефективността на воденето на случая е най-голяма когато е насочено към подходяща, отговаряща на критериите популация от пациенти (Hangan, 2006).

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 (Kilian et al., 2006; Osborn et al., 2006; Mitchell et al., 2006). 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.

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 (Bower et al., 2000; Wynn, 2002).

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 (Ончев, 2010).

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 (Pilling et al., 2002; Pfammatter et al., 2006). 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 (Turkington et al., 2006; Barrowclough et al., 2006). 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 (NICE, 2002; Pitschel-Walz et al., 2006; Pekkala et al., 2002).

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 (Bradshaw et al., 2007).

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 атипични. 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 (Lehman et al., 2003; NICE, 2002).

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 (Priebe et al., 1999) 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. Това е в несъответствие с условията на обслужване предоставяни в съответните институции, от което 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.

В проучване на Björkman (Björkman et al., 2005), различно от наблюдаваните в нашата извадка тенденции, се установяват позитивни корелации между MANSA 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.

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.

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.

Установиха се статистически значими отношения и между нарастването на месечния доход, по- честите срещи със занимателен и арт- терапевт и по- добра субективна оценка на пациентите за обслужването. 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.

Данните от нашата извадка са в потвърждение на проучване на Virtanen, 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 (Virtanen et al., 2011).

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 броя 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.

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 (Lieberman et al., 2002). 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 (Andrzej, 2012).

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 (Wagner et al., 2006). 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.

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 нешизофренни 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 (Bellack, 2006).

Оценката на функционирането с PSP скалата повтаря до голяма степен установените по- горе тенденции, като дефицитите в самообгрижването са сигнификантно по- тежки при мъжете.

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 (Norper et al., 2007).

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 (Liberman et al., 2002).

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 клиничко-социални характеристики

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 (жизнена среда, терапевтична среда, лечение и интервенции, самостоятелно справяне и автономност, социално включване, човешки права, обслужване ориентирано към възстановяване), съставени от определени, логически свързани въпроси от инструмента за оценка на институциите, характеризиращи и обобщаващи обективно информацията за различни аспекти на обслужването.

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 (Simpson et al., 2002).

Lewis информира за важноста 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 (Lewis, 1995).

Различията в начина на обслужване в изследваните три вида институции са с висока статистическа значимост ($p < 0,001$) и в седемте домена. Обобщено услугите 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 (**табл. 11**).

Табл. 11 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

От проведения анализ се установи 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. 14**).

Фиг. 14 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. 15).

Фиг. 15 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.

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.

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 взема под внимание мненията и желанията на пациентите. Промяната на този модел с такъв насърчаващ и активно търсещ 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. 16).

Фиг. 16 Предиктори за изход

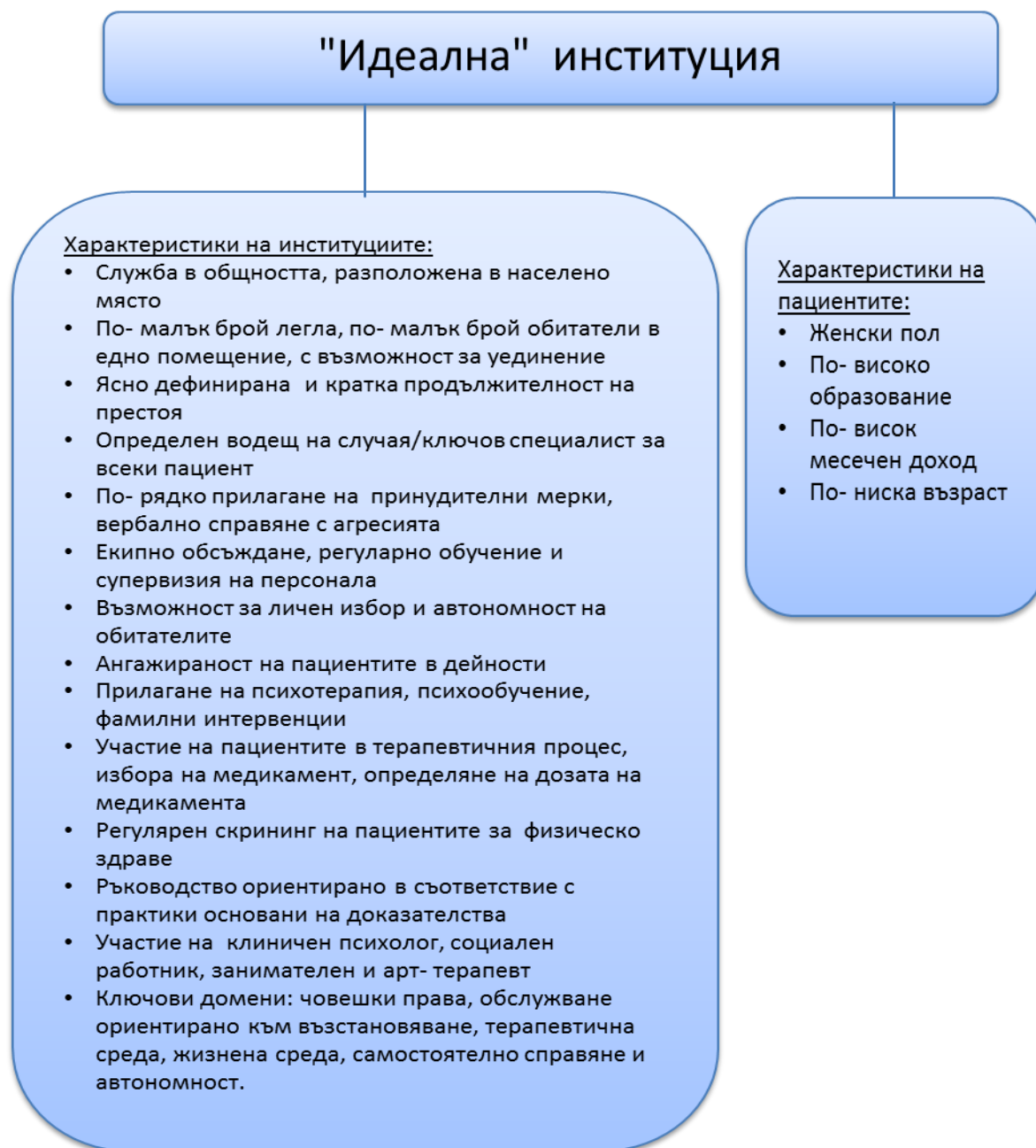


4. Профил на „идеалната“ институция

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 (фиг. 17).

Фиг. 17 Профил на „идеална“ институция



V. 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 образованост 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. По-високият 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 MANSА 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 помещение, 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 жизненни 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. В резултат на анализа на данните от проучването в контекста на литературните данни се създаде профил на „идеалната” институция, с най- добър ефект върху възстановяването от хроничното боледуване.

VI. 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

Публикации по темата на дисертационния труд

1. Ончев Г, **Алексиев С**. Психиатричната практика в България. Резултати от национално анкетно проучване сред професионалисти. Бюлетин на БПА 8, 2000; 4, 20- 26
2. **Алексиев С**, Ончев Г. Социално- психологични, етични и културални аспекти на психиатричната практика в България. Социална медицина 3, 2001; 14- 17
3. Ончев Г, **Алексиев С**. Диагностично- лечебната практика в самооценката на българските психиатри. Неврология и психиатрия 2, 2001; 10- 18
4. Ончев Г, Ферчева А, **Алексиев С**, Киласпи Х. Нов инструмент за оценка на психо- социалната рехабилитация. Медицински преглед 46, 2010; 4
5. Killaspy H, White S, Wright C, Taylor T, Turton P, Schützwohl M, Schuster M, Cervilla J, Brangier P, Raboch J, Kališová L, Onchev G, **Alexiev S**, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Adamowski T, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King M. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2011; **11**:35
6. Ончев Г, Ферчева А, **Алексиев С**. Възстановяване от тежка психична болест- нов модел и нов инструмент. Медикарт- Неврология и психиатрия 1, 2011; 20- 22
7. **Алексиев С**, Ончев Г, Ферчева А. Качество на институционалните грижи през погледа на пациенти с хронични психични разстройства. Българска извадка от проучване Demobinc. Медикарт- Неврология и психиатрия 1, 2011; 23- 25
8. Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Kallert T, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisova L, Onchev G, **Alexiev S**, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas de Almeida J, Cardoso G, King MB. Quality of longer term mental health facilities in Europe: validation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care against service users' views. *PloS One* 2012; **7**(6)
9. **Алексиев С**, Ончев Г, Ферчева А. Обслужване, насочено към възстановяване. Характеристики на психиатрични институции в България. Медикарт- Неврология и психиатрия 2, 2012; 38- 43
10. Killaspy H, Cardoso G, White S, Wright C, Caldas de Almeida JM, Turton P, Taylor T, Schützwohl M, Schuster M, Cervilla J, Brangier P, Raboch J, Kalisova L, Onchev G, **Alexiev S**, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Adamowski T, Ploumpidis D, Gonidakis F, King M. Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europe. *BMC Psychiatry* 2015 (in press)

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 analyze 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 13.0.

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.

