

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-ND 4.0 International) license • <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>



MONIKA BARTOSIEWICZ-NIZIOŁEK

Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne, Warszawa, Polska

ORCID 0000-0003-4315-5419 • e-mail: monika.bartosiewicz-niziolek@pte.org.pl

BARTOSZ H. OLSZEWSKI

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska

ORCID 0000-0001-5826-0233 • e-mail: b.olszewski@uksw.edu.pl

MAGDA OSTROWSKA

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska

ORCID 0000-0001-5002-2513 • e-mail: m.ostrowska@student.uksw.edu.pl

Zgłoszono: 20.08.2022; zrecenzowano: 14.11.2022; zaakceptowano do druku: 16.11.2022

DZIAŁANIA PROMOCYJNO-EDUKACYJNE Z UDZIAŁEM ASYSTENTÓW ZDROWIENIA W ŚRODOWISKOWYM MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

PROMOTIONAL AND EDUCATIONAL ACTIVITIES WITH THE PARTICIPATION OF HEALTH ASSISTANTS IN THE COMMUNITY MODEL OF PSYCHIATRIC CARE

Abstract: Promotional and educational activities, which may include health promotion and health education, constitute an integral part of activities undertaken by entities of the environmental model of psychiatric care. Health promotion is a process of enabling people to increase their influence on their own health and its improvement, and health education allows for the transfer of knowledge on how to take care of health. Additionally, health promotion is often combined with psychological prevention activities. The article pays particular attention to the promotion of mental health. Moreover, the role and tasks of recovery assistants in the community model of psychiatric care and their participation in community preventive and promotional activities were outlined. The effects and prospects for the development of promotional and educational activities were also indicated.

Keywords: promotional and educational activities, health promotion, recovery assistants, mental health, community model of psychiatric care.

Streszczenie: Działania promocyjno-edukacyjne, do których można zaliczyć promocję zdrowia oraz edukację zdrowotną, stanowią integralną część działań podejmowanych przez podmioty środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Promocja zdrowia jest procesem polegającym

na umożliwianiu ludziom zwiększania wpływu na własne zdrowie i jego poprawę, zaś edukacja zdrowotna pozwala na przekazanie wiedzy, jak dbać o zdrowie. Dodatkowo, promocja zdrowia jest często łączona z działaniami o charakterze prewencji psychologicznej. W artykule zwrócono szczególną uwagę na promocję zdrowia psychicznego. Ponadto nakreślono rolę i zadania asystentów zdrowienia w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej oraz ich udział w środowiskowych działaniach profilaktyczno-promocyjnych. Wskazano również na efekty i perspektywy dla rozwoju działań promocyjno-edukacyjnych.

Słowa kluczowe: działania promocyjno-edukacyjne, promocja zdrowia, asystenci zdrowienia, zdrowie psychiczne, środowiskowy model opieki psychiatrycznej.

Istotą zainteresowań socjologii zdrowia jest poszukiwanie powiązań pomiędzy stylem życia, zdrowiem a socjoekonomicznymi oraz politycznymi uwarunkowaniami zdrowia. Dostrzegalna jest rola siedliska społecznego (*setting*) jako prawdopodobnego modyfikatora relacji między człowiekiem a środowiskiem życia z uwzględnieniem kontekstu zdrowia. Wskazuje to na konieczność interakcji między procesem socjalizacji a licznymi formami edukacji (Krawański 2004). Jednym z nurtów socjologii medycyny jest promocja zdrowia, która silnie czerpie z dorobku nauk o zachowaniu oraz nauk społecznych. Takie zakorzenienie wiązało się z szeregiem badań socjologicznych oraz analizami nad zachowaniami zdrowotnymi i umiejscowieniem ich w kontekście stylów życia rozlicznych warstw społecznych (Ostrowska 2004). Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała promocję zdrowia jako proces, który umożliwia każdej osobie zwiększenie wpływu na własne zdrowie, jego poprawę oraz utrzymanie. L. Green i M. Kreuter rozumieli ją jako połączenie działań edukacyjnych z różnymi formami wsparcia: społecznymi, politycznymi, środowiskowymi i prawnymi, które sprzyjają zdrowiu (Czekan 2011).

Edukacja zdrowotna najczęściej ujmowana jest jako proces, w którym człowiek uczy się, jak dbać o własne zdrowie i zdrowie otaczającej go społeczności. Istotna różnica między promocją zdrowia a edukacją zdrowotną polega na tym, że promocja zdrowia to działania zorientowane na poszczególne systemy społeczne, zaś edukacja zdrowotna jest ukierunkowana głównie na jednostki (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz 2009). W procesie edukowania zdrowotnego kształtuje się obraz rzeczywistości i świata, przy uwzględnieniu kreowania różnych wymiarów zdrowia. Wykorzystuje on nie tylko metodykę edukacji ogólnej, lecz także doświadczenie innych dyscyplin naukowych. Jest procesem pedagogicznym skłaniającym do działań mających na celu poprawę stanu zdrowia (Brukwicka 2009). Edukację zdrowotną można rozumieć również jako podstawowe narzędzie promocji zdrowia (Lewicki 2006). Jest ona niezwykle ważnym elementem tego procesu. Zmiana własnego stylu życia i zmiana środowiska oraz aktywne zaangażowanie ludzi w działania promocyjne wymagają posiadania przez nich kompetencji, które nabywane są w ramach edukacji (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz 2009).

Zdaniem W. Ciechaniewicza, można wyróżnić trzy modele edukacji zdrowotnej:

1. Model edukacji ukierunkowany na zdrowie – przekazywanie wiedzy, kształtowanie postaw mających na celu przyjęcie zachowań korzystnych dla zdrowia oraz zachęcanie do podejmowania działań prozdrowotnych;
2. Model edukacji zdrowotnej zorientowany na czynniki ryzyka – udzielanie wskazówek, doradzanie, wspieranie we wprowadzaniu zmian, które mają na celu pozytywnie wpłynąć na zdrowie – w tym przypadku komunikacja jest jednokierunkowa;
3. Model edukacji zdrowotnej zorientowany na chorobę – uświadamianie jednostce, jakie związki występują pomiędzy różnymi czynnikami ryzyka a objawami określonej choroby, a także podjęcie próby rozwiązania problemu zdrowotnego i sposobu radzenia sobie z chorobą (Sierakowska 2016).

Promocja zdrowia jest procesem dążącym do oddziaływania na czynniki determinujące przyczyny zdrowia. Złożoność uwarunkowań wpływających na zdrowie zakłada potrzeby wyjścia poza sektor zdrowia i ścisłej współpracy pomiędzy innymi sektorami. W tym obszarze odpowiedzialność spoczywa na władzach lokalnych i krajowych, do zadań których należy podejmowanie działań, które zapewnią warunki sprzyjające zdrowiu, jeśli jest to poza kontrolą jednostek i grup środowiska. Aby osiągnąć założone cele, w promocji zdrowia stosuje się różne metody i podejścia oddziaływania, m.in. edukację, właściwą politykę fiskalną, sposoby komunikowania się, zmiany organizacyjne, legislację oraz aktywizację społeczności lokalnych poprzez organizację spontanicznych akcji na rzecz walki z zagrożeniami zdrowia (Słońska, Misiuna 1993).

Istotną kwestią zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i promocji zdrowia, jest ukierunkowanie na bezpośrednie wywoływanie bodźców powodujących sytuacje motywujące, zachęcające i przymuszające. Bodźce zachęcające podkreślają korzyści, jakie będzie miała jednostka, kiedy zadba o swoje zdrowie albo podejmie działania promujące zdrowy styl życia, zaś bodźce przymuszające eksponują zagrożenia, które wynikają z zaprzestania wykonywania pożądaných działań. Siła bodźców jest współmierna do siły potrzeb, na które wpływają. Im potrzeba podejmowania działań na rzecz zdrowia jest mocniejsza, tym silniej ludzie reagują na bodziec stwarzający niebezpieczeństwo dla zdrowia albo wywołujący w nich wiarę w jego wzmacnianie (Głowacka, Mojs, Głowacka-Rębała 2006).

Promocja zdrowia psychicznego

Promocja zdrowia często występuje wraz z działaniami o charakterze prewencji psychologicznej (profilaktyki). Działania z zakresu promocji zdrowia i prewencji mogą mieć podobny charakter, ponieważ odnoszą się do zasobów posiadanych już przez jednostkę oraz sposobów ich wykorzystywania w życiu codziennym. Działania te różnią się jednak zakresem stosowania (wobec całej populacji lub tylko w grupach ryzyka) i celem końcowym (rozwijanie zdrowia albo zachowanie

zdrowia), jednak niełatwe jest odróżnienie tych celów oddziaływania. Ponadto docieranie swoimi działaniami do całej populacji łączy się z dotarciem także do grup ryzyka, a co za tym idzie, można przyjąć, iż realizowane współcześnie programy prewencyjne oraz promocyjne są często zbliżone do siebie i uzupełniają się, jak również mają wpływ na zdrowie człowieka. W promocji zdrowia dużą rolę odgrywają zagadnienia zdrowia psychicznego, zarówno w kontekście zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego, jak i podtrzymywania pozytywnego zdrowia psychicznego (Ministerstwo Zdrowia, 2011). Pozytywne zdrowie psychiczne odnosi się do dobrostanu i umiejętności radzenia sobie w obliczu przeciwności. Obejmuje różne wymiary, takie jak: samoocena, wewnętrzne umiejscowienie kontroli lub panowania, optymizm i poczucie dystresu psychicznego, a także zaburzenia psychiczne.

Profilaktyka zdrowia psychicznego w szczególny sposób porusza kwestie zaburzeń związanych ze stresem, samobójstwami, uzależnieniami i depresją, dlatego często wyjątkową opieką obejmowane są grupy o zwiększonym ryzyku, jak dzieci i młodzież, osoby starsze, osoby, które znalazły się w sytuacji zagrażającej ich zdrowiu psychicznemu, kobiety w okresie ciąży i po porodzie czy osoby z niepełnosprawnością i po doświadczeniu kryzysu psychicznego (Załużka 2015). Do tej grupy można zaliczyć takie osoby żyjące w trudnych warunkach społeczno-ekonomicznych, uchodźców i bezdomnych, osoby, które żyją w ciągłym stresie związanym ze zmianami politycznymi, społecznymi lub ekonomicznymi, osoby cierpiące na choroby somatyczne, opiekunów i rodziny osób chorych. Wyjątkową grupą są również osoby przechodzące przez trudny okres w życiu wywołany śmiercią bliskiej osoby, rozwodem czy utratą pracy. Osoby te są szczególnie narażone na zaburzenia zdrowia psychicznego i problemy ze zdrowiem psychicznym, np. zespół stresu pourazowego, lęk, depresję, próby samobójcze, zaburzenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych (Czabała 2009).

Zgodnie z *Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego z późniejszymi zmianami* (Dz. U. z 1994 roku Nr 111, poz. 535), docelowo obowiązującym modelem leczenia zaburzeń psychicznych będzie środowiskowy model opieki psychiatrycznej. W myśl tego modelu, zaburzenia zdrowia psychicznego powstające i przejawiające się w kontaktach osoby chorej z jej otoczeniem społecznym należy leczyć przede wszystkim w środowisku naturalnym chorego, przy udziale rodziny i innych osób będących oparciem dla tej osoby. Jednocześnie leczenie ambulatoryjne powinno zostać ograniczone do przypadków chorych z ostrymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających specjalistycznych warunków diagnostycznych, szczególnie w przypadkach współwystępowania zaburzeń somatycznych lub innych czynników ryzyka farmakoterapii. Personel medyczny powinien dążyć do tego, aby podjęte hospitalizacje trwały niezbędne minimum i były zastępowane leczeniem dostosowanym do potrzeb pacjenta, podejmowanym w formach poza stacjonarnych (Załużka 2015).

Do zmiany opieki psychiatrycznej w kierunku modelu środowiskowego zaliczyć można:

1. **Deinstytucjonalizację** – przesunięcie ciężaru pomocy osobom w kryzysie psychicznym z dużych instytucji, czyli szpitali psychiatrycznych, na ośrodki pomocy i wspierania znajdujące się w obrębie społeczności lokalnej;
2. **Upodmiotowienie** – zmiana podejścia do osób potrzebujących pomocy. Nie wyręcza się już takiej osoby i nie podejmuje za nią decyzji, lecz szanuje się jej autonomię, co wiąże się często z potrzebą podejmowania negocjacji, uzgadnianiem czy bezpiecznym bilansowaniem ryzyka;
3. **Odpowiedzialność** – społeczność podejmuje się zadania, jakim jest pomoc osobom doświadczającym kryzysu psychicznego lub nim zagrożonym. Wpływa to na zmiany postaw społeczności z wykluczającej na włączającą te osoby w życie społeczności (Załużka 2015).

Jednym z założeń środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego jest świadczenie pomocy osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego w celu zmniejszenia lub wyeliminowania objawów choroby oraz usprawnienia ich funkcjonowania w życiu codziennym i poprawy relacji społecznych, a także przywrócenia bądź podtrzymania pełnionych ról społecznych. Takie podejście sprawia, iż udział w tworzeniu modelu, poza pracownikami placówek ochrony zdrowia i pomocy społecznej, mają inni interesariusze działający w społeczności lokalnej, np. przedstawiciele organizacji pomocowych i samopomocowych, samorządy (Załużka 2015).

Rola i zadania osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego

Swoistą rolę w działaniu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej pełnią asystenci zdrowienia. Są to osoby, które doświadczyły w sposób aktywny choroby, niepełnosprawności i/lub problemów ze zdrowiem psychicznym, w wyniku czego zdobyły wiedzę i poznały konteksty społeczno-kulturowo-instytucjonalne, w których trudności przybierają szczególnych znaczeń. Asystenci zdrowienia wykorzystują swoje doświadczenia kryzysu psychicznego, aby wspierać osoby dotknięte podobnymi trudnościami. Tak szeroka definicja asystentów zdrowienia nie daje możliwości ukonstytuowania ich roli jako zawodu pełnionego w ochronie zdrowia psychicznego. Jednocześnie wciąż trwają próby wypracowania jednolitych standardów w tym zakresie. Wysiłki te nie przynoszą jednak oczekiwanych rezultatów ze względu na wątpliwości dotyczące warunków osobowościowych kandydatów do roli asystentów zdrowienia, oceny umiejętności autorefleksji własnego doświadczenia kryzysu, zakresu programu i wymiaru godzin szkoleń, sposobu oceniania kompetencji kandydata, a także określenia ich miejsca w zespołach terapeutycznych (Utschakowski 2012; Bartosiewicz-Niziołek i in. 2021).

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z dnia 27 kwietnia 2018 roku* (Dz. U. z 2018 roku, poz. 852), możliwe jest zatrudnienie w opiece psychiatrycznej osób

z doświadczeniem kryzysu psychicznego, które zostały odpowiednio przygotowane i przeszkolone (asystentów zdrowienia), z zastrzeżeniem przepisów dotyczących uprawnień do wykonywania zawodów medycznych oraz dostępu do dokumentacji medycznej.

Przy podejmowaniu próby włączenia opisu kwalifikacji asystentów zdrowienia do ogólnopolskiego Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” wyszczególniła, iż do podstawowych zadań zawodowych asystenta zdrowienia należy:

- a. Wspieranie osoby po kryzysach psychicznych w dążeniu do samodzielności życiowej;
- b. Motywowanie osoby po kryzysach psychicznych do aktywności społecznej i zawodowej;
- c. Posiadanie i wykorzystanie wiedzy w zakresie działań pomocowych i rehabilitacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego;
- d. Utrzymywanie ścisłego kontaktu z personelem organizacji zajmujących się zdrowiem psychicznym, pomocą społeczną i edukacją w zakresie zdrowia psychicznego;
- e. Świadczenie usług doradczych w zakresie radzenia sobie z różnymi zjawiskami psychicznymi oraz udzielanie informacji na temat podstawowych aspektów zaburzeń psychicznych, prowadzenie działań psychoedukacyjnych;
- f. Pełnienie roli pełnomocnika/rzecznika osób dotkniętych chorobą, udzielanie informacji na temat działania grup pomocowych, funkcjonowania szpitali, praw pacjenta itp.;
- g. Znajomość problematyki funkcjonowania rodziny w kontekście osób z zaburzeniami psychicznymi i pokazywanie możliwości szukania wsparcia dla osób bliskich, ujawnianie własnych doświadczeń kontaktu z rodziną w kontekście kryzysu psychicznego;
- h. Dzielenie się indywidualnymi wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego z zespołami terapeutycznymi w celu udzielania lepszej jakości usług i planowania interwencji terapeutycznych”¹.

Działania promocyjno-edukacyjne w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej

Do podmiotów zewnętrznych, które wchodzi w skład administracji publicznej i samorządowej, i tworzących lokalną sieć oparcia społecznego, należą instytucje:

- świadczące usługi medyczne w ramach zintegrowanego świadczenia medycznego, takie jak: poradnie zdrowia psychicznego, szpitale psychiatryczne i onkologiczne, oddziały psychiatryczne, zespoły leczenia środowiskowego;

¹ Wniosek o włączenie kwalifikacji asystenta zdrowienia do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK), złożony przez Fundację Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” (2019), Kraków.

- udzielające pomocy społecznej i służące aktywizacji zawodowej w ramach zintegrowanego świadczenia oparcia społecznego: ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, specjalistyczne usługi opiekuńcze, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, urzędy pracy, zakłady gospodarowania nieruchomościami, w których dyspozycji są lokale komunalne oraz użytkowe;
- związane z systemem oświaty: placówki oświatowe, poradnie psychologiczno-pedagogiczne.
- Wśród podmiotów tworzących lokalną sieć oparcia społecznego dla osób z problemami zdrowia psychicznego istnieją:
- organizacje pozarządowe, które realizują działania w tym zakresie: fundacje i stowarzyszenia skupiające osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz ich rodziny i bliskich;
- uczelnie i szkoły wyższe, które na ogół samodzielnie nie prowadzą działań profilaktycznych ani promujących zdrowie psychiczne;
- grupy szczególnie narażone na stres i wypalenie zawodowe: nauczyciele, pracownicy socjalni, asystenci rodziny, pracownicy firm korporacyjnych, pracownicy służb mundurowych oraz personel medyczny;
- grupy wczesnej interwencji lub zapobiegania czynnikom ryzyka: osoby ze spektrum autyzmu, osoby z zespołem Aspergera, osoby z ADHD, osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi lub/i tikami nerwowymi;
- wpływowe osoby mogące mieć kontakt z osobami w kryzysie lub po kryzysie i ich bliskimi: lokalni urzędnicy, decydenci, radni, dziennikarze, osoby duchowne;
- grupy w szczególnej sytuacji: kobiety ciężarne i młode matki.

W przypadku wymienionych grup może się sprawdzić podejście polegające na przekazywaniu wiedzy o zaburzeniach psychicznych oraz rozwijaniu umiejętności nawiązywania wspierającego kontaktu z osobą doświadczającą kryzysu psychicznego w różnych kontekstach społecznych. Warsztaty promocyjno-edukacyjne były kierowane do dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych oraz szkół średnich, jak również do ich rodziców. W przypadku osób dorosłych spotkania te były przeznaczone również dla pracowników systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz pracowników zaufania społecznego: pracowników socjalnych, powiatowych urzędów pracy, wymiaru sprawiedliwości, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, duchownych, nauczycieli, policjantów i strażników miejskich, psychologów oraz pedagogów. Działania obejmujące wymienione grupy zawodowe miały na celu sieciowanie różnych podmiotów (instytucji i organizacji) reprezentowanych przez te osoby. Proces ten jest ukierunkowany na tworzenie lokalnych koalicji na rzecz zdrowia psychicznego i przeciwdziałania stygmatyzacji osób po kryzysach.

Kwestie promocji zdrowia psychicznego stanowiły przedmiot badania ewaluacyjnego prowadzonego w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny” (Nr POWR. 4.01.00-00-D20817), który został

zrealizowany przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Poniżej omówiono główne jego wyniki i rekomendacje pochodzące z pogłębionych wywiadów indywidualnych, zogniskowanych wywiadów grupowych oraz panelu ekspertów. W wywiadach wzięło udział łącznie 14 osób zatrudnionych głównie w zespołach profilaktyki zaburzeń psychicznych środowiskowych centrów zdrowia psychicznego, a także Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, będącego partnerem projektowym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Uczestnicy badania ewaluacyjnego podkreślali potrzebę dalszego edukowania osób, które doświadczyły kryzysu psychicznego, ich rodzin i bliskich, a także środowiska lokalnego w celu zwalczania ich dyskryminacji. Przełamywanie tabu choroby psychicznej wymaga także bardziej zdecydowanych działań prowadzonych w skali ogólnopolskiej. Celom tym może posłużyć rozpowszechnianie podejścia opartego na otwartym dialogu, jak również budowanie odporności psychicznej oraz różnych kompetencji, które poprawiają radzenie sobie w sytuacjach trudnych, jak również uzyskiwanie i udzielanie pomocy przez środowisko lokalne.

Osoby prowadzące działania promocyjno-profilaktyczne wskazywały na ich zróżnicowany odbiór przez różne grupy docelowe:

- kuratorzy sądowi i rodzinni mieli niską świadomość w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Grupa ta wykazywała dużą niechęć do udziału w szkoleniach profilaktycznych i wydarzeniach z obszaru promocji zdrowia psychicznego;
- duchowni postrzegają kryzysy psychiatryczne w kontekście religijnym, przypisując im cechy kryzysu duchowego;
- placówki oświatowe chętnie zgłaszają się do udziału w szkoleniach, ponieważ profilaktyka wpisuje się w programy zajęć, choć formalnie zapisana jest w nich profilaktyka uzależnień, a nie zdrowia psychicznego. Poza tym uczniowie interesują się tematyką kryzysów psychicznych czy radzenia sobie ze stresem;
- rodzice uczniów niezbyt chętnie uczestniczą w warsztatach, co może wynikać z co najmniej dwóch powodów: nieprzekazywania im przez nauczycieli informacji na temat celu działań profilaktycznych, a jedynie ograniczanie ich udziału do podpisania zgody na udział ich dzieci w tych zajęciach lub z powodu braku czasu.

Podkreślano również, że ze względu na charakter wykonywanej pracy asystenci rodziny nie powinni być szkoleni łącznie z pracownikami socjalnymi – warto prowadzić zajęcia dla tych osób w dwóch oddzielnych grupach. Ponadto należy zadbać o lepszą współpracę z lekarzami, którzy mają uczestniczyć w szkoleniach. W przypadku szkoleń dla profesjonalistów należy omawiać kwestie związane z mechanizmami chorób psychicznych, systemami rodzinnymi i społecznymi oraz problemy zaburzeń w aspekcie rodzinnym, zawodowym, medycznym, prawnym i społecznym. Zespoły odpowiedzialne za realizację działań promocyjnych na rzecz ochrony zdrowia psychicznego wskazywały również na potrzebę superwizji (indywidualnej i grupowej) ze względu na pracę z trudnymi grupami i tematami.

Rola asystentów zdrowia w środowiskowych działaniach promocyjnych i profilaktycznych

Uczestnicząc w różnych spotkaniach, szkoleniach, seminariach, konferencjach i festynach edukacyjnych poświęconych tematyce zdrowia psychicznego asystenci zdrowia przyczyniali się do zmniejszenia stygmatyzacji osób z problemami psychicznymi, walczyli z zakorzenionymi w społeczeństwie stereotypami oraz wdrażali dobre praktyki w instytucjach świadczących usługi na rzecz zdrowia psychicznego i prowadzących edukację w tym zakresie. Autentyczność doświadczeń asystentów zdrowia oraz ich wiarygodność wywierała duży wpływ na odbiorców działań promocyjnych.

Asystenci zdrowia mogliby być także wsparciem dla specjalistów prowadzących szkolenia dla rodzin i bliskich osób przeżywających kryzys, ponieważ potrafią w przystępny sposób wytłumaczyć, czego doświadcza pacjent, jak wygląda problem z punktu widzenia tej osoby, a także, w jaki sposób funkcjonuje ona w chorobie. Praca asystentów zdrowia przyczynia się też do lepszego rozumienia kryzysów i zaburzeń psychicznych zarówno przez pacjentów i ich bliskich, jak i wspierających te osoby specjalistów czy środowiska lokalne, w których prowadzone są działania promocyjno-edukacyjne z udziałem chorych. Dzięki temu możliwe jest pogłębianie wiedzy dotyczącej czynników, które korzystnie wpływają na proces zdrowienia i przeciwdziałają występowaniu kryzysów.

Działania promocyjne, w których uczestniczą asystenci zdrowia, mają o wiele większą autentyczność i siłę oddziaływania na odbiorców. Wiarygodność tych osób i ich umiejętności „trafiania do serc” sprawiają, że edukowanie społeczeństwa jest znacznie bardziej efektywne. Eksperti przez doświadczenie mogą wspierać odbiorców działań profilaktycznych i promocyjnych, np. wskazują w jaki sposób można rozpoznać pierwsze sygnały kryzysu, co robić, aby poprawić swój nastrój oraz jak sobie pomóc w trudnej sytuacji. Asystenci zdrowia uczą osoby, jak tworzyć własny plan kryzysowy i wskazują, gdzie w razie potrzeby mogą one szukać pomocy. Asystenci zdrowia uczestniczą w działaniach promocyjnych w roli edukatorów, którzy współpracują z różnymi instytucjami, w tym z placówkami oświatowymi, a także podmiotami związanymi z pomocą psychiatryczną i psychologiczną.

Efekty i perspektywy rozwoju działań promocyjno-edukacyjnych

Specyfika poszczególnych grup odbiorców działań promocyjnych, które mogą być jednorodne lub multidyscyplinarne (złożone z pracowników różnych zawodów zaufania publicznego) wymusza każdorazowe dostosowywanie omawianych tematów do oczekiwań uczestników. Część ograniczeń utrudniających działania promocyjne ma także charakter legislacyjny. Z jednej strony chodzi o ograniczenia prawne blokujące współpracę niektórych podmiotów. W tym przypadku wspólne szkolenia dla różnych instytucji mogą ułatwiać ich kooperację. Inne trudności

w prowadzeniu działań promocyjnych, na które wskazywały osoby badane, miały charakter organizacyjny. Problemem z realizowaniem efektywnych działań promocyjnych była rotacja kadr – profesjonalści biorący udział w szkoleniach rezygnują z miejsca pracy lub zmieniają je, co utrudnia tworzenie lokalnych sieci.

Rozmówcy zogniskowanych wywiadów grupowych podkreślali też konieczność docierania z promocją do mieszkańców lokalnych społeczności, aby dbali o własne zdrowie psychiczne i umieli w razie potrzeby udzielić wsparcia w tym zakresie swoim bliskim. Celem podejmowanych działań na rzecz promocji zdrowia psychicznego było zwiększenie świadomości w społeczeństwie w zakresie chorób psychicznych oraz zmniejszenie stygmatyzacji tej grupy społecznej.

Działania pomocowe lekarzy psychiatrów oraz zespołów terapeutycznych zwykle koncentrują się na leczeniu i rehabilitacji, co pokrywa się z celami zapobiegania drugiego i trzeciego rzędu. Mniej uwagi i zaangażowania poświęca się natomiast pierwotnemu zapobieganiu kryzysom psychicznym, czyli przede wszystkim redukowaniu stresorów oraz rozwijaniu umiejętności osób zagrożonych kryzysem i ich rodzin w radzeniu sobie z problemami. Nabywanie tych kompetencji może następować bezpośrednio, poprzez poradnictwo i wczesną pomoc w sytuacjach problemowych czy kryzysach psychicznych, a także pośrednio, poprzez konsultacje i szkolenia, prowadzone przez specjalistów zdrowia psychicznego na rzecz osób reprezentujących zawody pomocowe. Konsultacje i szkolenia z jednej strony wspomagają profesjonalistów w dostrzeganiu zasobów i mocnych stron poszczególnych osób oraz ich rodzin w radzeniu sobie z kryzysem, zaś z drugiej uświadamiają, jakie symptomy wymagają pokierowania tych osób do poradni specjalistycznych, aby zapobiec zaostrzeniu kryzysu i jego negatywnym konsekwencjom.

Podstawami zmian, które będą zachodziły w środowisku lokalnym pod wpływem działań promocyjnych, może być zarówno formalna, jak i nieformalna współpraca bazująca na powstałej sieci kontaktów, wymianie informacji, a także na bezpośrednim kontakcie z poszczególnymi grupami odbiorców działań. Promocja powinna być narzędziem budowania lokalnych sieci na rzecz zdrowia psychicznego. Dla uzyskania trwałych rezultatów niezbędne jest prowadzenie cyklicznych szkoleń w danej instytucji, ponieważ zajęcia realizowane jednorazowo na ogół nie przynoszą trwałych efektów.

Analiza SWOT – środowiskowych działań promocyjno-edukacyjnych

Informacje pozyskane w trakcie badania ewaluacyjnego umożliwiły zidentyfikowanie mocnych i słabych stron, a także szans i zagrożeń dla działań promocyjno-edukacyjnych prowadzonych w zakresie opieki psychiatrycznej w modelu środowiskowym. Mocnymi stronami tych działań było:

1. Docieranie do różnych instytucji przyczyniające się do tworzenia lokalnych sieci podmiotów, które współpracują ze sobą na rzecz zdrowia psychicznego;

2. Pojawienie się dzięki lokalnym sieciom swoistych ambasadorów środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, którzy pracują w różnych podmiotach;
3. Objęcie działaniami zróżnicowanych i dużych społeczności;
4. Promowanie idei nowoczesnej psychiatrii i podjęcie społecznej debaty na ten temat;
5. Lepsze zrozumienie ograniczeń instytucjonalnych oraz zakresu zadań pracowników różnych podmiotów (urzędów, służb, OPS), funkcjonujących w ramach obecnie obowiązujących rozwiązań;
6. Spotkanie różnych grup zawodowych umożliwiające nawiązanie kontaktów i podjęcie lokalnej współpracy;
7. Elastyczne programy szkoleń umożliwiające ich bieżące dostosowywanie do potrzeb poszczególnych grup docelowych;
8. Włączenie asystentów zdrowia w działania promocyjno-profilaktyczne, które pozwolą na rozpoczęcie dialogu o kryzysach psychicznych i przyczynia się do zwalczania mitów oraz przeciwdziałania tabu i stygmatyzacji.

Do słabych stron działań promocyjno-edukacyjnych zaliczono: brak partycypacyjnego wypracowania standardów profilaktyki, trudności w zaangażowaniu w działania profilaktyczno-promocyjne rodziców uczniów z jednego oddziału szkolnego oraz trudność w zainteresowaniu tematyką promocji zdrowia psychicznego rodziców uczniów starszych. Zidentyfikowano również następujące zagrożenia: konieczność uwzględnienia form zdalnych w realizacji działań promocyjnych, które mogą się wiązać z niższym poziomem oddziaływania na grupy docelowe, brak prowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnych w lokalnych mediach, negatywne postawy wobec osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego przejawiane przez społeczeństwo (stereotypizacja, stygmatyzacja).

Wnioski i rekomendacje

Istotnym celem działań promocyjnych jest tworzenie lokalnej sieci podmiotów współpracujących na rzecz profilaktyki zaburzeń psychicznych i promocji zdrowia psychicznego. Szczególne miejsce w działaniach edukacyjnych, profilaktycznych i promocyjnych zajmują asystenci zdrowia, którzy jako „eksperti przez doświadczenie” wnoszą do wiedzy przekazywanej przez specjalistów treści wypływające z ich osobistych przeżyć. Kluczowe jest nawiązanie współpracy z jednostkami edukacyjnymi w celu wypracowania szkolnych planów promocji zdrowia psychicznego uwzględniających zapobieganie zaburzeniom psychicznym i zapewniającym ciągłość prowadzonych działań. Plany te powinny zostać włączone do już istniejących szkolnych programów profilaktyki. Ważne jest interweniowanie i oficjalne reagowanie w imieniu środowiska i wspólnie z nim w przypadkach braku poprawności w dyskursie publicznym poprzez używanie określeń pejoratywnych opisujących osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Podjęcie na szerszą skalę promocji zdrowia psychicznego – wzmacnianie odporności psychicznej oraz promowanie zdrowych postaw, a także objęcie tymi działaniami osób po kryzysach, które powinny kontynuować proces swojego zdrowienia w celu zapobiegania nawrotom czy późnym powikłaniom oraz prowadzenie zintegrowanych działań profilaktycznych zwiększających świadomość społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Łączenie promocji zdrowia psychicznego z profilaktyką zaburzeń psychicznych przyczynia się do łagodzenia skutków kryzysów i zapobiegania problemom społecznym, które je wywołują, oraz jest efektem zapobiegania wtórnym problemom, takim jak stygmatyzacja albo izolacja. Cyklicznie należy omawiać na szkoleniach dla profesjonalistów kwestie związane z mechanizmami chorób psychicznych, systemami rodzinnymi i społecznymi, a także problemy zaburzeń w aspekcie rodzinnym, zawodowym, medycznym, prawnym i społecznym.

Kluczowym elementem zwiększającym efektywność działań promocyjnych na rzecz zdrowia psychicznego jest aktywne włączanie w te działania asystentów zdrowienia, którzy mają niebagatelną rolę w przełamywaniu tabu i stereotypów związanych z zaburzeniami psychicznymi oraz wspieranie ich w rozwijaniu lokalnych struktur samopomocowych kierowanych do osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (i ich bliskich). Kontynuowane powinny być warsztaty dla grup jednorodnych, jak i interdyscyplinarnych w celu ułatwienia tworzenia lokalnych koalicji na rzecz zdrowia psychicznego, jak również integracji i koordynacji działań lokalnych podmiotów i służb. Edukacja osób, które doświadczyły kryzysu psychicznego i ich rodzin, a także środowiska lokalnego przyczyni się do zwalczania dyskryminacji. Powinny być podejmowane działania promocyjne skierowane do mieszkańców społeczności lokalnej w celu uświadomienia różnych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i wyposażenia ich w umiejętność udzielania wsparcia w tym zakresie, zarówno sobie samemu, jak i innym osobom. Działania promocyjno-profilaktyczne powinny być prowadzone zgodnie z logiką 360 stopni – czyli poprzez szkolenia i uświadamianie klientów, ich rodzin i ich bliskich oraz lokalnej społeczności, a także osób w różnym stopniu zagrożonych kryzysem.

Uwagi

Artykuł został przygotowany na podstawie raportu ewaluacyjnego pn. *Miejsce profilaktyki w modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego*, opracowanego w 2020 roku w ramach projektu pt. „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny” (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Bibliografia

- Bartosiewicz-Niziołek M., Kaczmarczyk-Partyka S., Olszewski B. i in. (2021). *Rola i funkcjonowanie Asystentów Zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*. „Studia Psychologica: Theoria et Praxis”, nr 21(2), s. 5–18.
- Bejma U. (2013). *Prozdrowotne style życia w świadomości współczesnego społeczeństwa polskiego*. „Studia nad Rodziną”, nr 17/2 (33), s. 65–80.
- Brukwicka I. (2009). *Edukacja zdrowotna – cele, podmiot, przedmiot i warunki powodzenia*. W: *Edukacja zdrowotna szansą na poprawę jakości życia człowieka*. Wolicki M., Wolny B., Pańczyk W. (red.). Stalowa Wola: Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie.
- Czabała C. (2009). *Promocja zdrowia psychicznego. Polityka dla Europy*. W: *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*. Wrona-Polańska H., Mastalski J. (red.). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czekan D. (2011). *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia*. „Przegląd Humanistyczny. Pedagogika, Politologia, Filologia”, nr 4, s. 110–130.
- Dąbrowski K. (1979). *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głowacka M.D., Mojs E., Głowacka-Rębała A. (2006). *Promocja zdrowia i zachowania zdrowotne a motywy dokonywanych wyborów*. W: *Społeczne konteksty edukacji zdrowotnej*. Głowacka M.D., Mojs E. (red.). Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania.
- Krawański A. (2004). *Interakcje socjologii i pedagogiki zdrowia*. W: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Piątkowski W. (red.). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Lewicki C. (2006). *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Ministerstwo Zdrowia (2011). *Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Ostrowska A. (2004). *Polska socjologia medycyny na tle zachodniej*. W: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Piątkowski W. (red.). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2018 roku, poz. 852).
- Sierakowska M. (2016). *Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej*. W: *Edukacja prozdrowotna seniorów jako szansa na pomyślne starzenie się na przykładzie miasta Białegostoku*. Cybulski M., Krajewska-Kulać E. (red.). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Słońska Z., Misiuna M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (2009). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 roku Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Utschakowski J. (2012). *Implementation of peer-experts in mental health practice.* Amsterdam: HMP van Haaster.

Wniosek o włączenie kwalifikacji Asystenta Zdrowienia do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK), złożony przez Fundację Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” (2019). Kraków.

Załużska M. (2015). *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla osób z zaburzeniami psychicznymi.* Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.