

# Pojęciowa konstrukcja osobowego zdrowienia w dziedzinie zdrowia psychicznego: systematyczny przegląd i narracyjna synteza

Mary Leamy, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams, Mike Slade

*The British Journal of Psychiatry* (2011)199, 445–452.

**Podstawy:** Do tej pory nie przeprowadzono systematycznego przeglądu ani syntezy narracyjnej dotyczącej osobowego zdrowienia w chorobie psychicznej.

**Cele:** Synteza opublikowanych opisów i modeli osobowego zdrowienia i wpisanie ich w podbudowaną empirycznie konstrukcję pojęciową.

**Metody:** Systematyczny przegląd i zmodyfikowane syntezy narracyjne.

**Wyniki:** Dla potrzeb tego przeglądu zidentyfikowano 5208 artykułów, przejrzano 366 i wybrano 97 z nich. Opracowano konstrukcję pojęciową złożoną z następujących elementów: a) 13 charakterystycznych cech zdrowienia; b) pięciu procesów opisujących zdrowienie: poczucie więzi, nadzieję i optymizm dotyczący przyszłości, tożsamość, nadawanie życiu znaczenia oraz umacnianie (zgodnie z akronimem CHIME: **c**onnectedness, **h**ope and optimism about the future, **i**ntity, **m**eaning in life, **e**mpowerment); c) opisów etapów zdrowienia nałożonych na transteoretyczny model zmiany. W badaniach koncentrujących się na zdrowieniu osób rasy czarnej i przedstawicieli mniejszości etnicznych (black and minority ethnic, BME) wykazano większe znaczenie duchowości i stygmatyzacji, a także zwrócono uwagę na dwa dodatkowe zagadnienia: swoiste kulturowo czynniki sprzyjające zdrowieniu i wspólne przekonania dotyczące zdrowienia.

**Podsumowanie:** Konstrukcja pojęciowa bazująca na teoretycznie uzasadnionej, bogatej syntezie indywidualnych doświadczeń dotyczących zdrowienia w chorobach psychicznych, dostarcza empirycznej podstawy dalszym badaniom zorientowanej na zdrowienie praktyki klinicznej.

Osobowe zdrowienie definiowano jako „głęboko osobisty, wyjątkowy proces zmiany postaw, wartości, uczuć, celów, umiejętności lub ról... sposób prowadzenia satysfakcjonującego, pełnego nadziei i znaczenia życia, nawet z ograniczeniami powodowanymi przez chorobę.”<sup>1</sup> W większości krajów anglojęzycznych polityka dotycząca zdrowia psychicznego jest ukierunkowana na proces zdrowienia. Na przykład plan w dziedzinie zdrowia psychicznego w Anglii na lata 2009-2019 zakłada „oczekiwanie, że ośrodki leczące osoby z problemami psychicznymi i zapewniające im opiekę będą... opierać się na najlepszych

dostępnych dowodach i skupiać się na koncepcji zdrowienia, zdefiniowanej w toku dyskusji z użytkownikami opieki.”<sup>2</sup> Implikacje skupienia się na zdrowieniu w codziennej praktyce nie są jasne, a wytyczne w sprawie tworzenia ośrodków ukierunkowanych na ten proces stały się dostępne dopiero niedawno.<sup>3,4</sup> W wyniku obszernych przeglądów piśmiennictwa na temat zdrowienia stwierdzano potrzebę pojęciowego rozjaśnienia terminu „zdrowienie” (recovery).<sup>5,6</sup> Aktualne próby ujmowania osobowego zdrowienia opierają się przede wszystkim na badaniach jakościowych<sup>7</sup> lub metodach polegających na uzgadnianiu.<sup>8</sup> Nie podjęto systematycznego

Mary Leamy, PhD, Victoria Bird, BSc, Clair Le Boutillier, MSc, Julie Williams, MSc, Mike Slade, PhD, PsychD, Health Service and Population Research Department, King's College London, Institute of Psychiatry, UK.

Adres do korespondencji: Mary Leamy PhD, Programme Co-ordinator, King's College London, Health Service and Population Research Department (Box P029), Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, Denmark Hill London SE5 8AF, Wielka Brytania.

E-mail: mary.leafy@kcl.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

przeglądu ani syntezy osobowego zdrowienia w chorobach psychicznych.

To badanie miało na celu: a) przeprowadzenie pierwszego systematycznego przeglądu dostępnego piśmiennictwa na temat osobowego zdrowienia; b) wykorzystanie zmodyfikowanej syntezy narracyjnej do opracowania nowych pojęciowych podstaw procesu zdrowienia. Konstrukcja pojęciowa zdefiniowana jako „sieć lub płaszczyzna powiązanych ze sobą pojęć, które łącznie zapewniają dostateczne zrozumienie fenomenu lub fenomenów”<sup>9</sup> może dostarczyć empirycznej podstawy przyszłym, zorientowanym na zdrowienie badaniom i praktyce.

## Metody

### KRYTERIA DOBORU

Przegląd miał na celu wyszukanie artykułów, które precyzyjnie opisywały koncepcję indywidualnego zdrowienia w chorobach psychicznych lub dotyczyły jej opracowania. Konceptualizację zdrowienia zdefiniowano jako przedstawienie wizualnego lub narracyjnego modelu zdrowienia albo omówienie tej kwestii na podstawie syntezy informacji wtórnych lub analizy informacji pierwotnych. Stosowano następujące kryteria doboru badań:

- badanie zawierało możliwą do zwięzłego podsumowania konceptualizację indywidualnego zdrowienia,
- badanie przedstawiało oryginalny model lub definicję zdrowienia,
- badanie opierało się na syntezie wtórnych badań opisanych w dostępnym piśmiennictwie lub miało charakter pierwotnej, ilościowej lub jakościowej analizy informacji pochodzącej od co najmniej trzech uczestników,
- było dostępne w postaci drukowanej lub elektronicznej,
- było dostępne w języku angielskim.

Nie uwzględniano następujących badań:

- koncentrujących się wyłącznie na zdrowieniu klinicznym<sup>4</sup> (tzn. wykorzystujących wcześniej zdefiniowaną i niezmienną definicję zdrowienia jako „powrotu do normy”, obejmującego remisję objawów i przywrócenie wcześniejszego funkcjonowania),
- modelujących predyktory zdrowienia klinicznego,
- definiujących kryteria remisji lub zdrowienia z nadużycia substancji psychoaktywnych, uzależnień lub zaburzeń odżywiania się,
- dysertacji i rozpraw doktorskich (z powodu ograniczonej dostępności).

### STRATEGIA POSZUKIWAŃ I ŹRÓDŁA DANYCH

Istotne badania wybierano, wykorzystując trzy strategie: przeszukiwanie elektronicznych baz danych, poszukiwania ręczne i przeszukiwanie stron internetowych.

### Przeszukiwanie elektronicznych baz danych

Na początku przeszukano 12 bibliograficznych baz danych, posługując się trzema różnymi wariantami metody poszukiwań (trzema wariantami zestawu słów kluczowych). Były to: Applied and Complimentary Medicine Database (AMED), British Nursing Index, EMBASE, MEDLINE, PsychINFO, Social Science Policy (dostęp przez OVID SP), CINAHL, International Bibliography of Social Science (dostęp przez EBSCOhost), Applied Social Science Index and Abstracts (ASSIA), British Humanities Index, streszczenia socjologiczne i streszczenia Social Service (dostęp przez CSA Illumina). Wszystkie bazy danych przeszukano od momentu powstania do września 2009 r., poszukując następujących słów w tytule, streszczeniu, słowach kluczowych lub podtytułach: („zdrowie psychiczne” LUB „choroba psychiczna”, LUB „zaburzenie psychiczne”, LUB „schorzenie psychiczne”, LUB „problem psychiczny”) I „zdrowienie” I („teoria” LUB „podstawy”, LUB „model”, LUB „wymiar”, LUB „paradygmat”, LUB „pojęcie”). Poszukiwania i zestawy słów kluczowych dostosowano, jeżeli zaszła taka potrzeba, do poszczególnych baz danych. CSA Illumina umożliwia jedynie wykorzystanie zestawu trzech terminów, np. („zdrowie psychiczne” LUB „choroba psychiczna”, LUB „zaburzenie psychiczne”) I „zdrowienie” I („teoria” LUB „podstawy”, LUB „pojęcie”). Jako kontrolę czułości zespół badawczy zidentyfikował 10 artykułów, które ocenił jako bardzo znaczące, na podstawie liczby cytowań i wiarygodności autorów (były to artykuły 3, 9, 10, 19, 29, 34, 35, 40, 68 i 75 – w dostępnej online tabeli DS1). Artykuły te były oceniane przez użycie dodatkowych terminów, tytułów i słów kluczowych, co miało na celu wyszukania istotnych artykułów, których nie uzyskano, stosując pierwotną strategię poszukiwań. Doprowadziło to do wprowadzenia następujących dodatkowych terminów wykorzystywanych podczas poszukiwań: („zdrowie psychologiczne” LUB „choroba psychologiczna”, LUB „zaburzenie psychologiczne”, LUB „problem psychologiczny”, LUB „zdrowie psychiatryczne”, LUB „choroba psychiczna”, LUB „zaburzenie psychiatryczne”, LUB „problem psychiatryczny”) I „zdrowienie” I („tematy” LUB „etapy”, LUB „procesy”). Powtarzające się artykuły usunięto z oryginalnej bazy danych za pomocą Reference Manager Software, wersja 11 dla Windows.

### Poszukiwania ręczne

Spisy treści czasopism, w których opublikowano kluczowe artykuły (*Psychiatric Rehabilitation Journal*, *British Journal of Psychiatry* i *American Journal of Psychiatry*) oraz aktualny przegląd piśmiennictwa na temat zdrowienia (w tym artykuły 4, 37 i 89 w dostępnej online Tabeli DS1) wyszukano ręcznie.

### Przeszukiwanie stron internetowych

Strony internetowe zidentyfikowano przez przeszukanie Internetu za pośrednictwem Google i Google Scholar, a także przez przeglądanie stron internetowych poświęconych tematyce zdrowienia (Scottish Recovery Network: [www.scottishrecovery.org](http://www.scottishrecovery.org)).

covery.net; Boston University Repository of Recovery Resources: [www.bu.edu/cpr/repository/index.html](http://www.bu.edu/cpr/repository/index.html); Recovery Devon: [www.recoverydevon.co.uk](http://www.recoverydevon.co.uk); i Social Perspectives Network: [www.spn.org.uk](http://www.spn.org.uk)).

### **UZYSKIWANIE DANYCH I OCENA JAKOŚCI**

Jeden z badaczy (V.B.) pozyskiwał dane i oceniał spełnianie kryteriów przez wszystkie uzyskane artykuły. Losowo wybrana podgrupa 88 artykułów była niezależnie oceniana przez drugiego badacza (J.W. lub C.L.B.). Niezgodności między nimi rozstrzygał trzeci badacz (M.L.). Zdefiniowany wcześniej akceptowalny poziom zgodności wynosił co najmniej 90%. Osiągnięto poziom zgodności równy 91%. Zbierano i zestawiano dane pochodzące z wszystkich artykułów uznanych za spełniające kryteria przeglądu.

Wstępnej jakościowej oceny wybranych artykułów dokonywało trzech badaczy (V.B., J.W. i C.L.B.), którzy posługiwali się wytycznymi jakościowej oceny badań przeglądowych o krytonimie RATS (relevance – znaczenie, appropriateness – adekwatność, transparency – przejrzystość, soundness – trafność).<sup>10</sup> Skala RATS składa się z 25 pytań dotyczących znaczenia postawionego w badaniu pytania, adekwatności metod jakościowych, przejrzystości procedur i trafności zastosowanych metod interpretacyjnych. W ocenie jakości artykułów, dopuszczano możliwość dwóch przeciwstawnych odpowiedzi na każde z pytań: tak (1 punkt) lub nie (0 punktu). Uzyskano skalę o zakresie możliwych odpowiedzi od 0 (słaba jakość) do 25 (dobra jakość). Drugi badacz (M.L.) dokonywał następnie na podstawie wytycznych RATS niezależnej oceny dziesięciu badań z losowo wybranej podgrupy. Średni wynik przy pierwszej ocenie wynosił 14,8, zaś podczas drugiej oceny 15,1, przy czym średnia różnica wysokości 0,3 wskazywała na akceptowalną zgodność. Do oceny dwóch badań ilościowych wykorzystano EPHPP (Effective Public Health Practice Project).<sup>11</sup> Niezależnej oceny artykułów (Ellis&King<sup>12</sup> i Resnick i wsp.<sup>13</sup>) dokonywało dwóch badaczy (V.B. i M.L.), którzy zgodnie ocenili obydwa artykuły jako średnie.

### **ANALIZA DANYCH**

Podczas analizy posłużono się metodą zmodyfikowanej syntezy narracyjnej.<sup>14</sup> Składała się ona z trzech etapów: 1) syntezy wstępnej, 2) badania zależności wewnątrz badania i między różnymi badaniami, 3) oceną wiarygodności syntezy. W celu zachowania jasności opracowanie koncepcyjne (etapy 1 i 3) przedstawiono w podrozdziale „Wyniki” przed zaprezentowaniem porównań podgrup (etap 2).

#### **Etap 1: wstępna synteza**

Wstępnej syntezy dokonano w formie zestawień, interpretacji danych za pośrednictwem analizy tematycznej dobrej jakości danych wstępnych oraz liczenia głosów dotyczących pojawiających się kwestii. Dla każdego uwzględnionego artykułu zbierano i zestawiano następujące dane: rodzaj artykułu, podejście

metodologiczne, informacje na temat uczestników i kryteria włączenia, lokalizację badania oraz podsumowanie wyników głównego badania. Opracowano wstępny system kodowania. Wykorzystano go do tematycznej analizy podgrupy badań, które w skali RATS uzyskały najwyższą ocenę jakości (tzn. wynik równy 15 punktów lub więcej), za pomocą NVIVO QSR International qualitative analysis software for Windows (wersja 8). Wśród zestawionych danych zidentyfikowano najważniejsze wyłaniające się tematy i związane z nimi podtematy. Posługiwano się podejściem indukcyjnym i otwartymi technikami kodowania. Wszyscy analitycy w razie potrzeby tworzyli dodatkowe kody, które systematycznie pojawiały się w głównym egzemplarzu NVIVO. Następnie był on udostępniany innym analitykom. Dzięki temu wszystkie nowe kody zostały wykorzystane w całej podgrupie.

Po wyodrębnieniu istotnych kwestii liczono głosy, aby określić częstość, z jaką były one poruszane we wszystkich 97 uwzględnionych artykułach. Zliczanie głosów dla każdej kategorii obejmowało ustalenie liczby artykułów, w których wspomniano daną kategorię lub podkategorię tematyczną. Po ukończeniu analizy tematycznej i liczenia głosów w gronie wszystkich autorów wstępnie omawiano konstrukcję pojęciową. Utworzono pewne nowe kategorie, a inne włączano, nadając im mniejsze znaczenie, do już istniejących lub wykluczano je. Ten proces doprowadził do ustalenia wstępnej konstrukcji pojęciowej.

#### **Etap 2: analiza zależności wewnątrz badania i między różnymi badaniami**

Z całego przeglądu wyłoniono artykuły przedstawiające informacje dotyczące osób rasy czarnej i przedstawicieli mniejszości etnicznych. Te artykuły analizowano oddzielnie pod względem tematycznym, a wyłonione kwestie porównywano z określoną wstępnie konstrukcją pojęciową. W analizie tematycznej wykorzystano bardziej precyzyjne podejście, w ramach którego drugi analityk (V.B.) bardzo szczegółowo analizował artykuły. Celem analizy podgrup było zidentyfikowanie wszelkich dodatkowych kwestii, jak również różnic, ze zwróceniem szczególnej uwagi na przyjęte wstępnie założenia. Celem było nie tyle testowanie trafności, co wykrywanie obszarów, na które w tej podgrupie badań położono odmienny nacisk.

#### **Etap 3: ocena wiarygodności syntezy**

Do oceny wiarygodności syntezy wykorzystano dwie metody. Po pierwsze, badania których jakość oceniono w skali RATS (tzn. wynik w skali RATS 14) jako umiarkowaną, analizowano pod względem tematycznym aż do uzyskania pełnych informacji w danej kategorii. Wyłonione tematy były następnie porównywane z wyznaczonymi wstępnie ramami pojęciowymi opisanymi w etapach 1 i 2. Po drugie, wstępną konstrukcję pojęciową przesłano do konsultacji panelowi ekspertów. W panelu uczestniczyło 54 członków komisji doradczej Programu REFOCUS (szczegółowe informacje,

patrz: [www.researchintorecovery.com](http://www.researchintorecovery.com)). Poproszono ich, aby skomentowali usytuowanie pojęć na różnych poziomach hierarchicznych konstrukcji pojęciowej, by określili, jakie ważne obszary zdrowienia zostały ich zdaniem pominięte, a także, by przedstawili swoje ogólniejsze odczucia. Na podstawie tych komentarzy określoną wstępnie konstrukcję pojęciową zmodyfikowano, co doprowadziło do powstania koncepcji końcowej.

## Wyniki

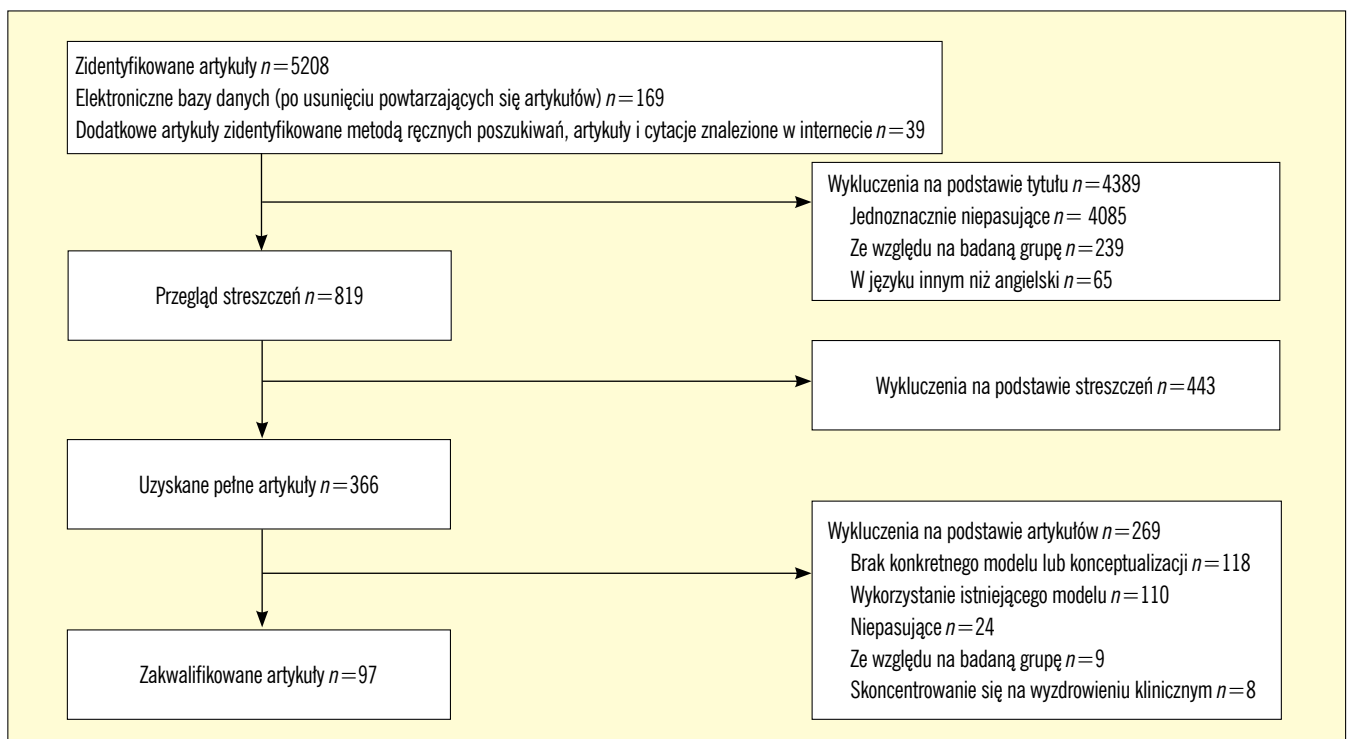
Na rycinie przedstawiono zasady kwalifikacji 97 zidentyfikowanych badań do dalszej analizy. Wybrane artykuły przedstawiono w tabeli DS1 (dostępnej online).

Wśród 97 zakwalifikowanych badań są badania jakościowe ( $n=37$ ), narracyjne przeglądy piśmiennictwa ( $n=20$ ), rozdziały książek ( $n=7$ ), konsultacje dokumentów opisujących stosowanie wspólnie wypracowanych metod ( $n=5$ ), ekspertyzy lub artykuły redakcyjne ( $n=5$ ), badania ilościowe ( $n=2$ ), artykuły łączące narracyjne przeglądy piśmiennictwa z osobistymi opiniami lub takie, w których nie ma wystarczających informacji na temat metody, aby je ocenić ( $n=11$ ), a także szczegółowe omówienia innych zidentyfikowanych artykułów ( $n=10$ ). Podsumowując, zidentyfikowano 87 oddzielnych badań. W analizie tematycznej, ale już nie w liczeniu głosów, uwzględniono

dziesięć artykułów opisowych (omówień): pozycje 11, 15, 16, 19, 26, 48, 50, 53, 71 i 73 w tabeli DS1 (dostępnej online).

Te 97 zakwalifikowanych artykułów opisywało badania przeprowadzone w 13 krajach, w tym: w Stanach Zjednoczonych ( $n=50$ ), Wielkiej Brytanii ( $n=20$ ), Australii ( $n=8$ ) i Kanadzie ( $n=6$ ). Uczestnicy byli rekrutowani z wielu różnych ośrodków, w tym: z zespołów psychiatrycznego leczenia środowiskowego, grup samopomocy, ośrodków zdrowia psychicznego prowadzonych przez użytkowników opieki i mieszkań chronionych. W większości badań posługiwano się kryteriami włączenia obejmującymi każde poważne zaburzenia psychiczne. Tylko w nielicznych badaniach uczestników rekrutowano spośród chorych, u których rozpoznano konkretne zaburzenia psychiczne (np. schizofrenię, depresję). W badaniach jakościowych liczba uczestników mieściła się w zakresie 4-90, przy czym liczebność średnia wynosiła 27. Wielkość prób w dwóch badaniach ilościowych wynosiła 1912 i 1076.<sup>13</sup> Pierwsze było przeprowadzonym w Australii badaniem pilotażowym, w którym uczestniczyło 15 użytkowników opieki z doświadczeniem choroby psychotycznej i 4 koordynatorów przypadku (case manager), którzy posługiwali się Recovery Interventions Questionnaire. W drugim badaniu analizowano dane pochodzące z dwóch źródeł: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), badania sondażowego przeprowadzonego wśród pacjentów. Oceniano w nim standardową opiekę w lo-

Rycina. Wykres pokazujący zasady kwalifikacji zidentyfikowanych badań



sowej grupie chorych na schizofrenię w dwóch stanach USA. W rozszerzeniu tego badania wykorzystywano porównanie z grupą odniesienia.

Etapy zdrowienia uczestników badania oceniano różnymi metodami. W większości badań stadium zdrowienia oceniano na podstawie takich kryteriów, jak określenie przez daną osobę, że znajduje się na etapie wyzdrowienia, brak hospitalizacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy, względnie dobre samopoczucie i niewystępowanie objawów, zapewnianie wsparcia innym chorym, praca lub mieszkanie w częściowo niezależnym środowisku. Jedynie w nielicznych badaniach posługiwano się kryterium opartym na opinii lekarza: ocenie klinicznej lub wynikach oceny klinicznej dotyczących stopnia wyzdrowienia.

Średni wynik w skali RATS dotyczący 36 badań jakościowych wynosił 14,9 (zakres 8-20). Jedno badanie jakościowe nie było oceniane na podstawie wytycznych skali RATS, ponieważ informacje na temat zastosowanej w nim metodologii przedstawione w opisującym je artykule były niewystarczające. Świadczący o dobrej jakości wynik w skali RATS, wynoszący 15 lub więcej, uzyskano w przypadku 16 artykułów. Wykorzystano je do wstępnej syntezy. Wynik w skali RATS równy 14, wskazujący na umiarkowaną jakość, uzyskano dla pięciu artykułów. Dwa artykuły opisujące badania ilościowe (Ellis i King<sup>12</sup> i Resnick i wsp.<sup>13</sup>) oceniano niezależnie i dwóch badaczy (V.B. i M.L.) ich jakość uznało za umiarkowaną. Uwzględniając tę ocenę jakości, przy opracowaniu struktury kategoryjnej nie położono większego nacisku na badania ilościowe.

## POJĘCIOWA KONSTRUKCJA OSOBOWEGO ZDROWIENIA

Opracowano wstępną konstrukcję pojęciową, w której uwzględniono pięć nadrzędnych kategorii: wartości związane ze zdrowieniem, przekonania dotyczące zdrowienia, promujące zdrowienie postawy personelu, składowe procesy zdrowienia i etapy zdrowienia.

Wiarygodność syntezy warunkującej wstępną konstrukcję pojęciową oceniano w dwóch etapach: przez ponowną analizę podgrup w badaniach jakościowych i przez konsultację ekspertów.

### Ponowna analiza podgrup

Niezależnie od badań o dobrej jakości, które analizowano we wstępnym etapie syntezy, dodatkowo przeanalizowano pięć badań o umiarkowanej jakości (wynik w RATS równy 14), co potwierdziło „wysycenie” kategorii, świadcząc o ich wiarygodności.

### Konsultacja eksperta

Uzyskano odpowiedzi od 23 z 54 (43%) ekspertów, z którymi się skonsultowano. Eksperti mieli teoretyczne i praktyczne doświadczenie w zajmowaniu się zdrowieniem oraz byli członkami komisji doradczej dotyczącego zdrowienia programu REFOCUS. Odpowiedzi zostały podzielone na następujące

kategorie tematyczne: pojęciową (zagrożenia redukcjonizmu, oddzielanie procesów od etapów, mylenie krytycznego wpływu na zachowania z rzeczywistymi zachowaniami, ograniczenia modelu etapów); strukturalną (całkowite pominięcie, brak nacisku lub nadmierny nacisk na określone obszary zdrowienia); językową (zbyt techniczny język); zniekształceń (potencjalne zniekształcenia geograficzne). W wyniku tych konsultacji wstępną konstrukcję pojęciową uproszczono, uzyskując ostatecznie trzy zamiast pięciu kategorii nadrzędnych. Niektóre kategorie podrzędne zostały umieszczone w innych pozycjach procesu zdrowienia, a niektóre nazwy kategorii uległy zmianie. Niektóre odpowiedzi pozwoliły na zidentyfikowanie pominiętych obszarów, np. znaczenie doznanego w przeszłości urazu, zranienia, a także roli zdrowia somatycznego w procesie zdrowienia. Ponieważ w trakcie analizy tematycznej nie stwierdzono takiej konieczności, nie zmieniono jednak konstrukcji pojęciowej. Inne kwestie dotyczące mocnych i słabych stron podstaw teoretycznych poruszono w dyskusji. Podsumowując, konsultacja z ekspertami była testem trafności konstrukcji pojęciowej, chociaż biorąc pod uwagę wagę dowodów uzyskanych podczas wstępnej analizy uwzględnionych artykułów, starano się nie dokonywać radykalnych, nieuzasadnionych zmian.

Ostateczne ramy pojęciowe składały się z trzech powiązanych wzajemnie ze sobą, nadrzędnych kategorii: charakterystyczne cechy dochodzenia do zdrowia, proces zdrowienia i etapy zdrowienia.

We wszystkich 87 artykułach zidentyfikowano charakterystyczne cechy dochodzenia do zdrowia. W celu określenia ich częstości zastosowano liczenie głosów (tab. 1). W tabeli 2 przedstawiono kategorie procesu zdrowienia i liczbę zliczo-

**Tabela 1.** Charakterystyczne cechy procesu zdrowienia

Cechy charakterystyczne	Liczba (%) z 87 badań, w których zidentyfikowano cechy charakterystyczne
Zdrowienie jest procesem aktywnym	44 (50)
Proces indywidualny i unikalny	25 (29)
Proces nieliniowy	21 (24)
Zdrowienie jest drogą	17 (20)
Zdrowienie ma etapy lub fazy	15 (17)
Zdrowienie jako walka	14 (16)
Proces wielowymiarowy	13 (15)
Zdrowienie jest procesem stopniowym	13 (15)
Zdrowienie jest doświadczeniem zmieniającym życie	11 (13)
Zdrowienie bez wyleczenia	9 (10)
Zdrowieniu sprzyja wspierające i uzdrawiające środowisko	6 (7)
Zdrowienie może wystąpić bez interwencji lekarskiej	6 (7)
Proces prób i błędów	6 (7)

nych głosów, wskazujących na częstość występowania zidentyfikowanych procesów dla dwóch najwyższych poziomów w każdej z kategorii. Pełen opis kategorii procesu zdrowienia i wyniki liczenia głosów przedstawiono w tabeli DS2 (dostępnej online).

W piętnastu badaniach opracowano modele stadiów zdrowienia. Badania uporządkowano, posługując się transteoretycznym modelem zmiany,<sup>15</sup> wyniki przedstawiono w tabeli 3.

## ZDROWIENIE U OSÓB RASY CZARNEJ I MNIejszości ETNICZNYCH

W ramach etapu 2 procesu syntezy narracyjnej z 87 badań zidentyfikowano sześć, które zajmowały się kwestią zdrowienia z perspektywy osób rasy czarnej i mniejszości etnicznych (BME). Badania te zostały przeanalizowane przez kolejnego badacza (V.B.), który posłużył się bardziej precyzyjną metodą analizy tematycznej line-by-line. W skład analizowanych badań wchodziło badanie sondażowe 50 użytkowników pro-

jektu rozwoju opieki środowiskowej w Szkocji,<sup>16</sup> badanie jakościowe dotyczące Afroamerykanów, oparte na wywiadach,<sup>17</sup> narracyjny przegląd piśmiennictwa,<sup>18</sup> jakościowe badanie dotyczące 40 Maorysów i osób pochodzenia niemaoryskiego z Nowej Zelandii,<sup>19</sup> badanie pilotażowe oceniające, czy narzędzie „Recovery Star” jest odpowiednie do badania osób rasy czarnej i przedstawicieli mniejszości etnicznych pochodzenia azjatyckiego,<sup>20</sup> oraz prowadzone mieszaną metodą badanie, które dotyczyło 91 mężczyzn pochodzenia afrokaraimskiego.<sup>21</sup> Artykuły te dostarczyły pewnych wstępnych informacji na temat perspektywy przedstawicieli niewielkiej liczby odrębnych mniejszości etnicznych, które nie stanowią grup jednorodnych pod względem kulturowym, chociaż można zauważyć pewne wspólne doświadczenia. Chociaż tych sześć artykułów uwzględniono w procesie liczenia głosów, to cztery z sześciu artykułów dotyczących BME<sup>16-18,20</sup> nie zostało wykorzystane w pierwszym etapie analizy tematycznej. Wtórna analiza metodą line-by-line umożliwiła bardziej szczegółową ocenę wszelkich różnic w akcentach i dotyczących innych kwestii omawianych w tych artykułach.

Najważniejszym rezultatem analizy podgrup było spostrzeżenie, że zachodzi znaczne podobieństwo między badaniami koncentrującymi się na środowiskach mniejszości etnicznych i dotyczącymi populacji „większości” etnicznych. Wszystkie tematy zawarte w ogólnej koncepcji („ramach pojęciowych”) występowały we wszystkich sześciu artykułach dotyczących BME. Pomimo tego ogólnego podobieństwa w artykułach dotyczących BME kładziono większy nacisk na dwa aspekty procesu zdrowienia: duchowość i stygmatyzację. Pojawiły się również dwie nowe kategorie: czynniki swoiste kulturowo i kolektywne spostrzeżenia dotyczące zdrowienia.

W kwestii duchowości ustalono, że przynależność do wierzącej społeczności i poczucie przynależności religijnej były postrzegane jako ważne elementy indywidualnego zdrowienia. Przedstawiciele mniejszości etnicznych częściej opisywali duchowość w kategoriach religijnych i wierzyli w Boga jako „wyższą siłę”, podczas gdy osoby spoza mniejszości etnicznych rozumiały duchowość jako pojęcie obejmujące szerszy zakres przekonań i aktywności.

W kwestii stygmatyzacji badania dotyczące BME zwracały uwagę na stygmatyzację związaną z rasą, kulturą i przynależnością etniczną jako dodatkową wobec związanej z chorobą psychiczną. Wydawało się ponadto, że przynależność do mniejszości etnicznych nasila stygmatyzację związaną z chorobą psychiczną. Taka osoba często postrzega siebie jako kogoś przynależącego do grupy obciążonej wieloma stygmatami i doświadczającej wielu trudności. Przedstawiciele mniejszości etnicznych postrzegają siebie jako „zdrowiejących” z dyskryminacji rasowej, stygmatyzacji i przemocy, a nie tylko z okresowej choroby psychicznej.

Do nowej kategorii czynników swoistych kulturowo należało stosowanie tradycyjnych metod leczenia i korzystanie z pomocy uzdrowicieli duchowych, a także przynależność do

Tabela 2. Procesy w trakcie zdrowienia

Procesy zdrowienia	Liczba (%) 87 badań, w których zidentyfikowano procesy
<b>Kategoria 1: Gotowość kontaktu</b>	75 (86)
Wsparcie innych chorych i grupy wsparcia	39 (45)
Związki	33 (38)
Wsparcie ze strony innych	53 (61)
Bycie częścią społeczności	35 (40)
<b>Kategoria 2: Nadzieja na przyszłość i optymizm</b>	69 (79)
Przekonanie o możliwości wyzdrowienia	30 (34)
Motywacja do zmiany	15 (17)
Relacje wzbudzające nadzieję	12 (14)
Pozytywne myślenie i cenięcie sukcesu	10 (11)
Posiadanie marzeń i aspiracji	7 (8)
<b>Kategoria 3: Tożsamość</b>	65 (75)
Wymiary tożsamości	8 (9)
Przebudowywanie/prze definiowanie pozytywnego poczucia tożsamości	57 (66)
Przezwycięzanie napiętnowania	40 (46)
<b>Kategoria 4: Sens życia</b>	59 (66)
Znaczenie doświadczenia choroby psychicznej	30 (34)
Duchowość	6 (41)
Jakość życia	57 (65)
Znaczące życie i role społeczne	40 (46)
Znaczące życie i cele społeczne	15 (17)
Przebudowywanie życia	9 (22)
<b>Kategoria 5: Umacnianie</b>	79 (91)
Osobista odpowiedzialność	79 (91)
Kontrola nad życiem	78 (90)
Koncentrowanie się na mocnych stronach	14 (16)

określonej grupy kulturowej lub społeczności. Na koniec podkreślono znaczenie kolektywnych poglądów dotyczących zdrowienia, jako czynników pozytywnych i negatywnych. Wiele osób omawiało nadzieję i wsparcie, jakie czerpały ze swojej kolektywnej tożsamości, jednak w przypadku innych ich środowisko stanowiło w chorobie psychicznej dodatkowe obciążenie. Działo się to szczególnie często w środowiskach, w których brakowało wiedzy i świadomości na temat chorób psychicznych. Co więcej, ujemny wpływ środowiska był odczuwany nie tylko na poziomie indywidualnym, ale także grupowym – cała rodzina była dotknięta stygmatyzacją.

## Omówienie

Jest to pierwszy systematyczny przegląd i narracyjna synteza dotycząca osobowego zdrowienia. Podstawy teoretyczne opracowano na podstawie syntezy narracyjnej, dzięki której zidentyfikowano trzy nadrzędne kategorie: charakterystyczne cechy dochodzenia do zdrowia, proces zdrowienia i stadia zdrowienia. Dla każdej nadrzędnej kategorii dokonano syntezy głównych wymiarów. W przypadku procesu zdrowienia, który jest najściślej związany z badaniami klinicznymi i praktyką, są to: poczucie więzi, nadzieja i optymizm dotyczący przyszłości, tożsamość, nadawanie życiu znaczenia, umacnianie (znane pod akronimem CHIME). Na solidność struktury kategorii korzystnie wpływały następujące fakty: systematyczny charakter przeglądu, ocena jakości uwzględnionych badań, nasycenie kategorii osiągnięte dzięki analizie, a także ocena trafności przez konsultację ekspertów. Opisowo analizowano heterogenność

badania. Porównując podgrupy uwzględniające doświadczenia związane ze zdrowieniem z perspektywy osób rasy czarnej i mniejszości etnicznych (BME), zidentyfikowano podobne kwestie, z większym naciskiem na duchowość i stygmatyzację, a także wyodrębniono dwa dodatkowe zagadnienia: czynniki swoiste kulturowo i kolektywistyczne przekonania dotyczące zdrowienia.

## IMPLIKACJE DLA BADAŃ I PRAKTYKI

Zidentyfikowano najważniejsze luki w wiedzy, takie jak wyjaśnienie filozoficznych podstaw zdrowienia,<sup>22</sup> lepsze zrozumienie stadiów i procesu zdrowienia<sup>5</sup> oraz potrzebę opracowania trafnych narzędzi oceny.<sup>23</sup> Powyższe badanie dostarcza informacji dotyczących każdej z tych kwestii.

Zdrowienie konceptualizowano jako wizję, filozofię, proces, postawę, orientację życiową, wynik leczenia lub zestawienie wyników.<sup>5</sup> Obawy zaczął wzbudzać fakt, że zakres tego pojęcia stał się tak szeroki, iż utraciło ono sens.<sup>24</sup> Oparte na podstawach empirycznych ramy pojęciowe mogą wprowadzić pewien stopień uporządkowania tego potencjalnego chaosu. Charakterystyczne cechy dochodzenia do zdrowia powodują wyjaśnienie podstaw filozoficznych. Proces zdrowienia można rozumieć jako mierzalne wymiary zmiany, do której przeważnie dochodzi w jego przebiegu, co pozwala na nazwanie wyników zdrowienia.<sup>25</sup> Etapy zdrowienia dostarczają teoretycznych podstaw pozwalających na ukierunkowanie dostosowanych do nich interwencji klinicznych i strategii oceny.

Ramy pojęciowe przyczyniają się do zrozumienia stadiów i procesów zdrowienia na dwa sposoby. Po pierwsze, umożli-

**Tabela 3.** Etapy zdrowienia naniesione na transteoretyczny model zmiany

Numer badania wg DS1	Przedrefleksja	Refleksja	Przygotowanie	Działanie	Podtrzymanie i wzrastanie
32		Początek zdrowienia – walka z niesprawnością		Częściowe zdrowienie – życie z niesprawnością	Pełne wyzdrowienia – życie ponad niesprawnością
73	Blokada	Akceptacja pomocy	Nabranie przekonania	Uczenie się	Samowystarczalność
3	Zstąpienie do piekła	Wzbudzenie nadziei	Kształtowanie wglądu/aktywacja instynktu walki	Odkrywanie sposobów osiągania dobrego samopoczucia	Zachowywanie równowagi między siłami wewnętrznymi a zewnętrznymi
44	Zniechęcenie		Kształtowanie i podtrzymywanie niezależności		Wysiłki zmierzające do integracji ze społeczeństwem
36	Zależność zawodowa		Praca w warunkach chronionych	Aktywne zaangażowanie w znaczące aktywności	Skuteczne funkcjonowanie zawodowe
14	Zależność/nieświadomość	Zależność/świadomość		Niezależność/świadomość	Niezależność/świadomość
29	Zawieszenie	Świadomość	Przygotowanie	Przebudowa	Rozwój
78		Przebyski zdrowienia	Punkty zwrotne	Droga zdrowienia	
61		Obudzenie się nadziei po okresie rozpacz	Zaprzestanie postrzegania siebie głównie jako osoby z zaburzeniem psychicznym	Przejście od wycofania do zaangażowania	Aktywne radzenie sobie zamiast biernego przystosowania

wiają łatwiejsze identyfikowanie dostępnych dowodów. Zorientowanie na zdrowienie pokrywa się tematycznie z piśmiennictwem dotyczącym dobrostanu,<sup>26</sup> pozytywnej psychologii<sup>27</sup> i samodzielnego zajmowania się sobą.<sup>28</sup> Przegląd systematyczny utrudnia brak istotnych MeSH (Medical Sub-Headings), czyli nagłówków związanych z pojęciami zdrowienia. Dzięki kodowaniu uzyskano słowa kluczowe do wykorzystywania w badaniach wtórnych, a także zidentyfikowano pokrewne terminy tworzące nazewnictwo, które można będzie wykorzystać w przeglądach.

Po drugie, ramy pojęciowe tworzą strukturę, na której można oprzeć badania i wysiłki kliniczne. Możliwe do przetestowania hipotezy i zagadnienia badawcze są następujące: względne znaczenie każdego procesu w zdrowieniu; badanie interwencji, które mogą wzmacniać te procesy; oraz synchronizacja procesów i stadiów zdrowienia. W praktyce klinicznej procesy zdrowienia określone akronimem CHIME potwierdzają praktykę refleksyjną. Jeżeli celem psychiatrów jest wspieranie zdrowienia, to jedynym sposobem realizacji tego celu w każdym przypadku postępowania praktycznego jest ocena wpływu na te procesy. Może to być tematem aktualnych dyskusji dotyczących zdrowienia oraz, na przykład, programów opieki typu „assertive outreach” (oparte na nawiązaniu dobrej relacji z podopiecznymi i zrozumieniu ich określonych potrzeb – przyp. tłum.),<sup>29</sup> ryzyka<sup>30</sup> i psychiatrii środowiskowej.<sup>31</sup>

W końcu ramy pojęciowe mogą przyczyniać się do opracowania terminologii i parametrów dotyczących indywidualnego zdrowienia. Opracowano kompendia istniejących terminów,<sup>32,33</sup> które wykazały, że pojęciowe podstawy tych parametrów są różnorodne. Ramy pojęciowe tworzą podstawy opracowania standaryzowanych parametrów dotyczących zdrowienia oraz nowych parametrów, których opracowanie jest w toku, z udziałem autorów oceniających wpływ ośrodków zdrowia psychicznego na indywidualne zdrowienie. Kolejnym wyzwaniem będzie koncentrowanie się na wynikach związanych ze zdrowieniem i wprowadzenie związanych z nim pojęć, takich jak dobrostan,<sup>27</sup> do codziennej praktyki klinicznej.<sup>34</sup>

## OGRANICZENIA

To badanie ma trzy ograniczenia metodologiczne i dwa koncepcyjne. Pierwsze ograniczenie metodologiczne polega na tym, że zmodyfikowano metodę syntezy narracyjnej, a można by było ją rozszerzyć. Na przykład w ramach eksploracji w etapie 2 w zależnościach między badaniami można by było uwzględnić analizę podgrupy badań, z których schematu wynikało większe zaangażowanie użytkowników, jednak rzetelna ocena częstości zidentyfikowanych badań dotyczących tego wymiaru okazała się niemożliwa. Drugie ograniczenie techniczne polegało na tym, że wylaniające się kategorie były jedyną metodą grupowania wyników, a kategorie ulegały zmianie wskutek konsultacji z ekspertami. Szczególnie istotne

jest to, że trzy nadrzędne kategorie nie są odrębne, ponieważ proces niewątpliwie zachodzi w ramach w ramach zidentyfikowanych stadiów, charakterystyczne cechy zdrowienia opisują całkowitą drogę przez różne stadia tego procesu. Podział na kategorie tworzy strukturę, ale badanie replikacyjne może nie potwierdzić tej uzyskanej w wyniku badania struktury tematycznej. Ostatnie ograniczenie techniczne polega na tym, że przez analizę dokonano syntezy interpretacji pierwotnych danych z każdego artykułu, zamiast odnieść się bezpośrednio do tych danych. W przyszłych badaniach można będzie porównać artykuły pisane przez różne grupy zainteresowanych, np. badaczy oceniających zadowolenie pacjentów, badaczy klinicznych i osoby tworzące politykę zdrowotną.

Pierwsze ograniczenie koncepcyjne polega na tym, że przegląd ten, chociaż dokonuje syntezy współczesnego piśmiennictwa dotyczącego indywidualnego zdrowienia, nie powinien być traktowany jako ostateczny. Najważniejsza trudność z naukowego punktu widzenia polega na tym, że filozofia zdrowienia stawia na pierwszym miejscu indywidualne doświadczenie i znaczenie (wiedza „idiosynkratyczna”), natomiast systemy ochrony zdrowia psychicznego i dominujące obecnie paradygmaty naukowe dają pierwszeństwo danym dotyczącym grup (wiedza „nomotetyczna”).<sup>4</sup> Praktyczne znaczenie ma to, że współczesne badania dotyczące zdrowienia skupiają się przede wszystkim na podstawie skonstruowanej hierarchicznie piramidy dowodów.<sup>35</sup> Zgodnie ze spostrzeżeniem autorów dominują jakościowe opisy przypadków i badania oparte metodologicznie na opinii ekspertów. Czynnikiem motywującym do przeprowadzenia prezentowanego badania był dostarczenie dowodów w formie postrzeganej jako wysokiej jakości dane w ramach współczesnego paradygmatu naukowego, jednak niektóre z przeprowadzonych konsultacji z ekspertami zwróciły uwagę na zagrożenia związane z takiego zamykania dyskursu. Ponieważ zdrowienie jest pojęciem indywidualnym, idiosynkratycznym i złożonym, przegląd ten nie ma na celu oceny tego, czym „jest” zdrowienie. Należy go postrzegać raczej jako źródło informacji dla przyszłych badań i praktyki klinicznej. Drugie ograniczenie koncepcyjne wiąże się z analizą podgrup dotyczącą badań zajmujących się przedstawicielami mniejszości etnicznych. Ze względu na brak takich badań nie można było ocenić doświadczeń i perspektyw przedstawicieli różnych mniejszości etnicznych. Dlatego podgrupa BME stanowi niejednorodny i niezwykle zróżnicowany zestaw populacji. Wydawało się jednak, że wszystkie uwzględnione w tym artykule populacje charakteryzowało wspólne doświadczenie przynależności do mniejszości etnicznych oraz że doświadczenie to może mieć ważne implikacje dla znaczenia osobistego zdrowienia, a także ogólnego przeżywania kontaktu z ośrodkami zdrowia psychicznego. Brak danych oraz różnice zidentyfikowane w prezentowanym artykule zwracają uwagę na potrzebę dalszej pracy prowadzonej z przedstawicielami mniejszości etnicznych.



## KIERUNKI PRZYSZŁYCH BADAŃ

Ten przegląd systematyczny i synteza narracyjna zwróciły uwagę na dominację piśmiennictwa dotyczącego zdrowienia pochodzącego ze Stanów Zjednoczonych. Kulturowo w USA zaniebduje się takie cechy charakteru, jak cierpliwość i tolerancja,<sup>36</sup> oraz preferuje indywidualistyczne, a nie kolektywistyczne rozumienie tożsamości. Chociaż przeprowadzono bardzo mało badań oceniających związane ze zdrowieniem doświadczenia u osób rasy czarnej i przedstawicieli mniejszości etnicznych, podgrupa badań dotyczących BME wskazywała na ważne różnice w rozłożeniu akcentów. Potrzebne są badania obejmujące bardziej zróżnicowane grupy osób o różnej przynależności etnicznej i kulturowej, w różnych stadiach zdrowienia i doświadczających różnych rodzajów chorób psychicznych.

Złożoność indywidualistycznego zdrowienia wymaga uwzględnienia wielu różnych elementów teoretycznych. W tym przeglądzie skoncentrowano się na badaniach dotyczących oceny zdrowienia z pierwszej ręki, w których dominowało indywidualne znaczenie zdrowienia. Uzyskano ramy pojęciowe, w których być może położono zbyt mały nacisk na znaczenie szerszego kontekstu społeczno-środowiskowego, włącznie z tak ważnymi aspektami, jak stygmatyzacja i dyskryminacja. Patrząc na zdrowienie z ekologicznego punktu widzenia, jak sugerowali Onken i wsp.,<sup>35</sup> podkreśla się znaczenie indywidualnego kontekstu życiowego (cechy indywidualne, takie jak nadzieja i tożsamość), jak również czynników środowiskowych (takich jak możliwości zatrudnienia i integracja ze społeczeństwem), a także interakcji między nimi (np. wybór). Pełniejsze rozumienie zdrowienia wymaga zwrócenia większej uwagi na wszystkie te poziomy, na przykład, oceny znaczenia czynników indywidualnych lub grupowych (takich jak rasa i kultura); sposobów interakcji między klinicystami i pacjentami na różnych etapach zdrowienia, a także dostrzeżenia, jak te interakcje zmieniają się z upływem czasu. Potrzebne są również badania, które poprawiłyby zrozumienie tego, w jaki sposób działają te subtelne mikroprocesy zdrowienia, a także jak dochodzi do budzenia i podtrzymywania nadziei.

W przyszłości priorytetem badań dotyczących zdrowia psychicznego może być wspieranie procesów zdrowienia. Zidentyfikowanych 13 wymiarów, uznanych za cechy charakterystyczne dochodzenia do zdrowia, obejmuje większość złożonych doświadczeń dotyczących zdrowienia. Kolejne badania mogą nie dać istotnych rezultatów. Podobnie, chociaż stadia zdrowienia można nanieść na transteoretyczny model zmiany,<sup>15</sup> nie ma pełnego porozumienia dotyczącego liczby faz zdrowienia. Dlatego bardziej pomocne może być przeprowadzenie badań dostarczających odpowiedzi na konkretne pytania dotyczących określonych ośrodków (np. czy korzystające z nich osoby czynią z czasem postępy w zdrowieniu,<sup>37</sup> a także różnych rodzajów ośrodków<sup>38</sup>), a nie badań, które próbowałyby uzyskać jeszcze więcej informacji teoretycznych. Priorytetem staje się opracowanie i ocena interwencji mających na celu

wspieranie pięciu procesów zdrowienia o akronimie CHIME. Podporządkowane kategorie zwracają uwagę na potrzebę przywiązywania większej wagi do oceny mocnych stron i wspierania rozwoju osobistej narracji, promowania roli systemu ochrony zdrowia psychicznego w integrowaniu społeczności, udostępniania grup samopomocy, a także oferowania grup wsparcia, jak również stylu interakcji klinicznych ukierunkowanego na wzmacnianie pacjenta i samodzielne zarządzanie leczeniem. Kategorie CHIME są potencjalnymi „punktami uchwytu” interwencji klinicznych w przeciwieństwie do dominujących obecnie klinicznych „wyników” stosowanych do oceny zdrowienia, takich jak objawy i częstość hospitalizacji. Wyznaczają również granice badań empirycznych dotyczących zależności między parametrami oceny zdrowienia za pomocą metod opracowanych w odniesieniu do wyników klinicznych.<sup>39</sup> Ten obszar jest niewielkim, ale istotnym priorytetem w dążeniu do identyfikacji potencjalnego kompromisu między pożądanymi wynikami.<sup>41</sup>

Orientowanie ośrodków zdrowia psychicznego na zdrowienie będzie obejmować przekształcenie systemu ochrony zdrowia.<sup>42</sup> Wyzwaniem w badaniach jest opracowanie bazy dowodów, która jednocześnie pomoże psychiatrom wspierać proces zdrowienia i będzie respektować rozumienie zdrowienia jako wyjątkowego, indywidualnego doświadczenia, a nie czegoś, co system psychiatryczny „robi” z osobą. Rozumienie osobowego zdrowienia, przygotowane na podstawie systematycznego przeglądu i syntezy narracyjnej, stanowi dobry punkt wyjścia do podjęcia tego wyzwania.

## Zwrot kosztów

Badanie było finansowane przez grant programowy National Institute for Health Research (NIHR) dla badań aplikacyjnych (RP-PG-0707-10040) przyznany South London and Audsley NHS Foundation Trust, we współpracy z NIHR Specialist Mental Health Biomedical Research Centre, Institute of Psychiatry, King's College, London. Poglądy wyrażane z tej publikacji reprezentują opinie autorów, niekoniecznie podzielane przez NHS, NIHR, czy Departament Zdrowia.

## Podziękowania

Dziękujemy Popay i wsp. za użyczenie nam niepublikowanych wytycznych dotyczących syntezy narracyjnej.

From the British Journal of Psychiatry (2011)199, 445–452 Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993;2:17–24.
2. HM Government. *New Horizons. A Shared Vision for Mental Health*. Department of Health, 2009.

3. Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford University Press, 2009.
4. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press, 2009.
5. Silverstein SM, Bellack A. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1108–24.
6. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374–80.
7. Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R. Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophr Bull* 2008;34:5–8.
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *National Consensus Statement on Mental Health Recovery*. Department of Health and Human Services, 2006.
9. Jabareen Y. Building a conceptual framework: philosophy, definitions, and procedure. *Int J Qual Meth* 2009;8:49–62.
10. Clark J. How to peer review a qualitative manuscript. In *Peer Review in Health Sciences* (2nd edn). (eds F Godlee, T Jefferson): 219–35. BMJ Books, 2003.
11. Effective Public Health Practice Project. *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*. EPHPP 2009 (<http://www.ephpp.ca/tools.html>).
12. Ellis G, King R. Recovery focused interventions: perceptions of mental health consumers and their case managers. *AcJAMH* 2003;2:067–076.
13. Resnick SG, Fontana A, Lehman A, Rosenheck RA. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophr Res* 2005;75:119–28.
14. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. Results of an ESRC funded research project (unpublished report). University of Lancaster, 2006.
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychol Psychother Theor Res Pract* 1982;19:276–88.
16. NHS Scotland. *Finding Strength From Within. Report on Three Local Projects Looking at Mental Health and Recovery with People from some of the Black and Minority Ethnic Communities in Edinburgh*. NHS Scotland, 2008.
17. Armour R, Bradshaw W, Roseborough D. African Americans and recovery from severe mental illness. *Soc Work Ment Health* 2009;7:602–22.
18. Nicholls V. *Feeding the Flowers: SPN Perspective on Recovery*. Social Perspectives Network, 2007.
19. Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau! Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Mental Health Commission, 2002.
20. *Mental Health Providers Forum. The Recovery Star Model and Cultural Competency*. Mental Health Providers Forum, 2009.
21. Brown M, Essien P, Etim-Ubah P. *Report of the Community Led Research Project Focusing on Male African and African Caribbean Perspectives on Recovery*. Fanon Southside Partnership, 2008.
22. Dinniss S. Recovery-oriented mental healthcare. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 384.
23. *Care Services Improvement Partnership, Royal College of Psychiatrists, Social Care Institute for Excellence. A Common Purpose: Recovery in Future Mental Health Services*. CSIP, 2007.
24. Brunskill D. From patient to service user – in 100 words. *Br J Psychiatry* 2010;196: 353.
25. Slade M. What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36:743–53.
26. Hanlon P, Carlisle S. What can the science of well-being tell the discipline of psychiatry – and why might psychiatry listen? *Adv Psychiatr Treat* 2008; 14:312–9.
27. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.
28. Sterling EW, von Esenwein SA, Tucker S, Fricks L, Druss BG. Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Ment Health J* 2010;46:130–8.
29. Drake RE, Deegan P. Are assertive community treatment and recovery compatible? *Community Ment Health J* 2008;44:75–7.
30. Young AT, Green CA, Estroff SE. New endeavors, risk taking, and personal growth in the recovery process: findings from the STARS study. *Psychiatr Serv* 2008; 59:1430–6.
31. Rosen A. The community psychiatrist of the future. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:380–8.
32. Campbell-Orde T, Chamberlin J, Carpenter J, Lefl SH. *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures. Vol II. Human Services Research Institute*, 2005.
33. *National Institute for Mental Health in England. Outcomes Compendium*. NIMHE, 2008.
34. Slade M. Routine outcome assessment in mental health services. *Psychol Med* 2002;32:1339–43.
35. Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:9–22.
36. Henry J. Positive psychology and the development of well-being. In *Wellbeing: Individual, Community and Societal Perspectives* (eds J Haworth, G Hart): 25–40. Palgrave Macmillan, 2007.
37. Miller L, Brown TT, Pilon D, Scheffler RM, Davis M. Patterns of recovery from severe mental illness: a pilot study of outcomes. *Community Ment Health J* 2010; 46:177–87.
38. Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B, Osborn DPJ, Boardman J, Leese M, et al. In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *Br J Psychiatry* 2009;194:456–63.
39. Salvi G, Leese M, Slade M. Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure. *Br J Psychiatry* 2005;186:146–52.
40. Andresen R, Caputi P, Oades L. Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Res* 2010;177: 309–17.
41. Slade M, Hayward M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116: 81–3.
42. Shepherd G, Boardman J, Burns M. *Implementing Recovery: A Methodology for Organisation Change*. Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.