



Spółeczno-demograficzne i behawioralne predyktory skuteczności działań zespołów leczenia środowiskowego

Socio-demographic and behavioural predictors of mobile community teams efficacy

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA, STANISŁAW WÓJTOWICZ,
ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Cel.* Sprawdzenie, które z badanych cech pacjentów wpływają na skuteczność opieki zespołów leczenia środowiskowego. *Badani.* Badaniem objęto 136 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub psychozy schizoafektywnej. *Metoda.* Miarami skuteczności były stopnie zmiany w 3 obszarach (funkcjonowanie społeczne, obciążenie rodzin, czas hospitalizacji). Uwzględniono 2 grupy predyktorów, pierwszą były zmienne demograficzne, drugą początkowy poziom miar efektywności, potraktowanych jako zmienne niezależne. *Wyniki.* Funkcjonowanie społeczne i obciążenie rodziny poprawiło się zarówno u osób ze znacznymi, jak i niewielkimi deficytami w tych zakresach. Czas hospitalizacji skrócił się istotnie tylko u chorych uprzednio długo hospitalizowanych. Ze zmiennych demograficznych wpływ na niektóre wyniki leczenia miał tylko wiek. *Wnioski.* W spornej w literaturze światowej kwestii, dotyczącej nasilenia deficytów funkcjonowania, z jakim należy kierować pacjentów do zespołów środowiskowych, uzyskane wyniki skłaniają nas do przyjęcia zasady, że warto leczyć nie tylko pacjentów z najtrudniejszymi objawami, lecz również z mniej nasilonymi. Skłaniają też do przyjęcia, dominującego ostatnią poglądu, że nie należy unikać hospitalizacji za wszelką cenę. Funkcjonowanie chorych przed objęciem opieką zespołów jest predyktorem skuteczności opieki środowiskowej.

SUMMARY. *Aim.* To check which patient characteristics influence the efficacy of care provided by mobile community teams. *Subjects.* Participants in the study were 136 patients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective psychosis. *Methods.* Efficacy measures consisted in the degree of change in 3 areas (social functioning, family burden, duration of hospitalisation). Two groups of predictors were taken into account: the first included socio-demographic characteristics, while the other one the baseline level of efficacy measures regarded as independent variables. *Results.* Social functioning and family burden have improved both in patients with severe and in those with mild deficits in these areas. Hospitalisation length decreased significantly only in patients who had been previously hospitalised for a long time. As regards socio-demographic variables, age turned out to be the only characteristic affecting some treatment outcomes. *Conclusions.* The problem of severity of functioning deficits as a criterion for the patient's referral to mobile community team's care is still controversial in the literature. Our findings suggest that not only patients with the most difficult symptoms should be treated, but also those with less pronounced symptomatology. The results corroborate also the recently predominating view that hospitalisation should not be avoided at all costs. The patients' functioning prior to their enrolment in the mobile community team care is a predictor of the community care efficacy.

Słowa kluczowe: predyktory / skuteczność / zespoły leczenia środowiskowego
Key words: predictors / efficacy / mobile community teams

Przeprowadzone ostatnio w Polsce dwa badania wykazały skuteczność opieki zespołów środowiskowych [1, 2]. Ta praca zmierza do sformułowania wskazań określających, jacy pacjenci powinni być kierowani do zespołów opieki środowiskowej – czy zespoły mają służyć wyłącznie najbardziej zaburzonym pacjentom, czy też większości poważnie chorych psychicznie. Pytanie to, postawione wiele lat temu przez Test i Stein, autorów pierwszego w świecie programu tego typu, właściwie dotychczas nie jest definitywnie rozstrzygnięte [3]. W literaturze wydaje się dominować pogląd, że zespoły są najbardziej efektywne w leczeniu chorych z najtrudniejszymi objawami i największymi deficytami funkcjonowania [4] oraz osób intensywnie korzystających z opieki szpitalnej [4, 5, 6]. Jednak spora liczba prac nie potwierdza tej opinii i zapewne dlatego odpowiedź taka nie zadowala wielu badaczy, czego dowodem jest podjęte niedawno w Anglii szerokie badanie, którego jednym z celów jest weryfikacja hipotezy, że opieka zespołów przynosi istotne korzyści tym chorym na psychozy, którzy mają poważne deficyty funkcjonowania i nie jest efektywna u osób wykazujących umiarkowane deficyty [7].

CEL

Głównym celem niniejszej pracy było ustalenie, w stosunku do jakich grup pacjentów działania zespołów leczenia środowiskowego są najbardziej efektywne, które spośród badanych cech pacjentów objętych opieką zespołów środowiskowych w Polsce najsilniej wyznaczają efekty leczenia. Z uwagi na bardzo skąpą w tym zakresie literaturę nie stawiamy żadnych założeń i hipotez badawczych.

BADANA GRUPA

Analizą objęto chorych, którzy brali udział w dwu badaniach poświęconych ocenie efektów opieki zespołów środowiskowych – w

Drewnicy i w czterech ośrodkach (Białystok, Łomża, Warta, Szczecin). Są to pacjenci ze schizofrenią lub psychozą schizoafektywną, chorujący dłużej niż rok przed rozpoczęciem programu badawczego, uprzednio co najmniej trzykrotnie leczeni w szpitalu psychiatrycznym (lub hospitalizowani przynajmniej 6 miesięcy w ostatnim roku), wykazujący poważne deficyty funkcjonowania społecznego. Wykluczono osoby poważnie chore somatycznie, uzależnione od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz osoby stanowiące zagrożenie dla własnego lub cudzego życia. Niniejsza analiza objęła łącznie 136 osób (96 z grupy eksperymentalnej i 40 z grupy kontrolnej – ta druga grupa jest mało liczna, ponieważ była uwzględniona wyłącznie w badaniu z czterech ośrodków, badanie w Drewnicy nie obejmowało grupy kontrolnej).

METODY

Miarą skuteczności opieki zespołów (zmiennie zależne) był stopień zmiany w następujących obszarach: funkcjonowanie społeczne (ogółem i w podskalach), obciążenie rodziny i czas hospitalizacji. Stopień zmiany określała różnica między pomiarem na początku obserwacji (przed wprowadzeniem opieki zespołów) i na końcu badań.

Uwzględniono dwie grupy predyktorów. Pierwszą z nich stanowiły zmienne demograficzne – płeć, wiek (18–40 lat i 41–65 lat), wykształcenie (co najwyżej średnie nieukończone i przynajmniej średnie) oraz z kim mieszka (samotnie lub nie samotnie). Druga grupa predyktorów obejmowała początkowy poziom zmiennych zależnych (np. wpływ początkowego poziomu obciążenia rodziny na zmianę w tym zakresie), ujęty w 3 klasy (niski, średni i wysoki).

Badaniem wpływu zmiennych demograficznych na efekty leczenia objęto chorych z grupy eksperymentalnej i z grupy kontrolnej. Uwzględnienie chorych z grupy kontrolnej miało na celu ewentualne wyeliminowanie wpływu innych, niż opieka środowiskowa,

czynników. Poziom funkcjonowania chorych może bowiem podlegać naturalnym zmianom w czasie, jak i innym niekontrolowanym przez nas czynnikiem. Gdyby np. w grupie eksperymentalnej osoby młodsze poprawiły się bardziej w zakresie obciążenia niż osoby starsze, interpretacja tego faktu zależałaby od wyniku w grupie kontrolnej, jeżeli zaś nie byłoby w niej tej samej prawidłowości, wiek można by traktować jako predyktor efektów w zakresie obciążenia. Gdyby natomiast w grupie kontrolnej zachodziła taka sama jak w eksperymentalnej prawidłowość, wniosek o wieku jako predyktorze efektów opieki środowiskowej byłby błędny.

Badanie początkowych poziomów funkcjonowania jako predyktorów efektów objęło wyłącznie grupę eksperymentalną. Niewielka liczebność grupy kontrolnej (od 38 do 40 osób zależnie od miary), nie pozwalała na podział predyktorów na 3 kategorie – liczebność w każdej z nich wynosiłaby od kilku do kilkunastu osób.

Analizy statystyczne

Zastosowano analizę regresji modeli wielozmiennowych ANOVA do zbadania istotności wpływu predyktorów (zmiennych niezależnych zarówno społeczno-demograficznych, jak i początkowych wyników na przyjętych wymiarach efektywności) na różnice między początkowym a trzecim pomiarem. T-test Student służył do pomiaru różnic między zmiennymi, a test Manna-Whitneya (Wilcoxon) do nieparametrycznych ich rozkładów.

WYNIKI

Charakterystyka badanej populacji

Badana populacja liczyła 136 osób (łącznie grupa eksperymentalna i kontrolna). Wśród chorych było 55% mężczyzn, 85% osób mieszkających nie samotnie, 53% osób w wieku 18–40 lat, 58% chorych z wykształceniem co najmniej średnim ukończonym. Ponad 90% stanowili chorzy z rozpoznaniem schizofrenii.

Przed rozpoczęciem programów badawczych poziom funkcjonowania społecznego pacjentów, mierzony przy pomocy skali SFS o rozpiętości od 55 do 135 punktów, wynosił średnio 91,8 punktów (sd 10,5). Średni poziom obciążenia rodziny, mierzony skalą o rozpiętości od 0 do 16 punktów, wynosił 5,4 punktów (sd 3,6). Średni czas hospitalizacji pacjentów w ciągu roku poprzedzającego program badawczy wynosił 58,3 dni (sd 73).

Cechy demograficzne miały stosunkowo niewielki wpływ na początkowy poziom funkcjonowania chorych. Płeć miała wpływ na poziom niezależności, czyli jeden z obszarów funkcjonowania społecznego ($\beta = 0,25$, $p < 0,003$) oraz na poziom obciążenia rodziny ($\beta = 0,20$, $p < 0,03$). Kobiety były bardziej niezależne niż mężczyźni (średnio 94,2 versus 85,7 punktów) oraz stanowiły mniejsze niż mężczyźni obciążenie dla swoich rodzin (4,6 punktów versus 6,0). Osoby mieszkające samotnie miały wyższy poziom niezależności i dłuższy czas hospitalizacji (w ciągu roku poprzedzającego program badawczy) niż chorzy mieszkający z rodziną ($\beta = 0,21$, $p < 0,01$ oraz $\beta = 0,20$, $p < 0,02$). Średni poziom niezależności osób samotnych wynosił 98,2 (sd 13,9), a nie samotnych 87,9 (sd 15,2). Czas hospitalizacji samotnych kształtował się na poziomie średnio 91,7 dni (sd 103,0), podczas gdy chorzy zamieszkali z rodziną spędzili w szpitalu średnio 52,2 dni (sd 64,8).

Wiek miał wpływ wyłącznie na poziom zachowań prospołecznych (jeden z wymiarów funkcjonowania społecznego) – osoby młodsze (w wieku od 19 do 40 lat) były bardziej aktywne niż osoby między 40 a 65 rokiem życia ($\beta = -0,27$, $p < 0,002$). Również wykształcenie wpływało na jeden tylko z obszarów funkcjonowania społecznego, mianowicie na poziom aktywności zawodowej lub quasi-zawodowej. Osoby mniej wykształcone (z wykształceniem co najwyżej średnim nie ukończonym) były mniej aktywne niż osoby z wykształceniem co najmniej średnim ($\beta = 0,21$, $p < 0,01$).

Na początku programu grupa eksperymentalna nie różniła się od kontrolnej pod

względem płci, wieku, wykształcenia, mieszkania samotnie lub z rodziną, poziomu funkcjonowania społecznego i obciążenia rodziny. Istotna była natomiast różnica czasu hospitalizacji w ostatnim roku poprzedzającym program badawczy – chorzy z grupy eksperymentalnej spędzili w szpitalach znacznie więcej czasu niż osoby z grupy kontrolnej.

Podane wyżej liczebności grupy eksperymentalnej i kontrolnej odnoszą się do analizy zmian funkcjonowania społecznego i czasu hospitalizacji. Liczby osób, u których badano wpływ na obciążenie rodziny są niższe, ponieważ nie wszyscy chorzy mieli rodzinę (grupa eksperymentalna – 83 osoby, grupa kontrolna – 38 osób).

Wpływ początkowego poziomu funkcjonowania na stopień poprawy w okresie katamnezy

Analizy wariancji wykazały, że zarówno w grupie eksperymentalnej jak i kontrolnej początkowy poziom we wszystkich badanych obszarach miał statystycznie istotny wpływ na efektywność interwencji środowiskowych (tabl. 1).

W celu sprawdzenia, jakie osoby, z jakim początkowym poziomem na poszczególnych,

stosowanych skalach, najlepiej poprawiają się, czyli jak selekcjonować pacjentów do włączania w zespoły środowiskowe, aby uzyskać jak największą efektywność, badanych podzielono na grupy ze względu na ich początkowe wyniki uzyskane na każdej ze skal, a następnie przeanalizowano istotność różnic, w każdym z przedziałów, między początkowym i ostatnim pomiarem.

Wartości punktowe Skali Funkcjonowania Społecznego, jak i poszczególnych jej wymiarów, podzielone zostały na trzy kategorie, wskazujące niski, średni i wysoki poziom funkcjonowania. Analizy wykazały, że w ogólnym, globalnym wyniku SFS nastąpiła istotna poprawa we wszystkich, wyszczególnionych ze względu na początkowy poziom, grupach pacjentów, przy najwyższych jednak różnicach średnich punktowych w grupie o niskim początkowym poziomie, a najniższych różnicach w grupie prezentującej początkowo poziom wysoki (tabl. 2). Identyczna prawidłowość wystąpiła w dwu podwymiarach SFS – Niezależności/Aktywności i Prospołeczności. W trzech podwymiarach: Wycofaniu, Komunikacji i Rekreacji, istotna poprawa nastąpiła w grupach o niskim i średnim poziomie początkowym, a w wymiarze Pracy tylko w grupie o niskim początkowym funkcjonowaniu.

Tablica 1. Istotność wpływu I poziomu na różnicę między I a III poziomem w poszczególnych badanych wymiarach (analiza regresji ANOVA)

| Wymiar | Grupa eksperymentalna | | | Grupa kontrolna | | |
|-------------------------|-----------------------|---------|--------|-----------------|---------|--------|
| | F | β | p | F | β | p |
| SFS | 22,2 | -0,53 | <0,001 | 21,3 | -0,60 | <0,001 |
| Wycofanie | 44,0 | 0,69 | <0,001 | 28,2 | -0,65 | <0,001 |
| Niezależność, aktywność | 39,2 | -0,54 | <0,001 | 10,4 | -0,46 | =0,003 |
| Komunikacja | 86,1 | -0,69 | <0,001 | 46,6 | -0,74 | <0,001 |
| Rekreacja | 19,7 | -0,48 | <0,001 | 17,3 | 0,56 | <0,001 |
| Prospołeczność | 10,2 | -0,41 | <0,001 | 22,5 | -0,61 | <0,001 |
| Praca | 32,1 | -0,51 | <0,001 | 14,6 | -0,53 | <0,001 |
| Obciążenie rodziny | 93,4 | -0,73 | <0,001 | 22,4 | -0,75 | <0,001 |
| Czas hospitalizacji | 174,2 | -0,81 | <0,001 | 11,4 | -0,48 | =0,002 |

Tablica 2. Wpływ poziomu funkcjonowania w I pomiarze na różnicę między I a III pomiarem w grupach o określonym stopniu funkcjonowania w I pomiarze

| Skala funkcjonowania i jej podwymiary | Poziomy funkcjonowania (w pkt. skali) | % (N=96) | I pomiar | | III pomiar | | t | p |
|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|----------------|------------|----------------|-------|--------|
| | | | średnia | odchyl. stand. | średnia | odchyl. stand. | | |
| SFS (wynik globalny) | Niski (55,0–86,5) | 33 | 80,9 | 5,3 | 97,7 | 10,2 | -10,3 | <0,001 |
| | Średni (86,6–94,1) | 34 | 90,5 | 2,2 | 102,3 | 9,2 | -7,16 | <0,001 |
| | Wysoki (94,2–135,0) | 33 | 101,7 | 6,2 | 105,3 | 8,2 | -2,75 | <0,01 |
| Wycofanie | Niski (57,5–87,5) | 27 | 82,8 | 7,3 | 104,9 | 10,8 | -8,69 | <0,001 |
| | Średni (88,0–96,5) | 40 | 93,4 | 2,3 | 105,6 | 12,1 | -6,00 | <0,001 |
| | Wysoki (97,0–133,0) | 33 | 110,7 | 10,5 | 112,8 | 11,6 | -0,81 | n.i. |
| Niezależność, Aktywność | Niski (53,0–81,5) | 32 | 72,2 | 7,0 | 92,7 | 14,8 | -9,13 | <0,001 |
| | Średni (82,0–94,0) | 36 | 88,8 | 3,0 | 103,8 | 12,0 | -7,17 | <0,001 |
| | Wysoki (95,0–131,0) | 32 | 107,0 | 6,6 | 110,5 | 6,0 | -3,05 | <0,005 |
| Komunikacja | Niski (55,0–86,0) | 30 | 75,5 | 13,3 | 105,7 | 14,4 | -7,86 | <0,005 |
| | Średni (87,0–100,0) | 40 | 95,8 | 3,5 | 108,4 | 17,4 | -4,17 | <0,001 |
| | Wysoki (101,0–145,0) | 30 | 115,0 | 13,7 | 114,0 | 18,4 | 0,24 | n.i. |
| Rekreacja | Niski (57,0–80,0) | 34 | 73,4 | 4,3 | 88,9 | 11,6 | -8,31 | <0,001 |
| | Średni (81,0–91,0) | 43 | 88,5 | 3,4 | 96,8 | 12,7 | -4,96 | <0,001 |
| | Wysoki (92,0–145,0) | 23 | 100,7 | 8,4 | 102,6 | 10,0 | -0,73 | n.i. |
| Prospołeczność | Niski (65,0–79,0) | 30 | 74,1 | 5,9 | 89,4 | 10,7 | -6,66 | <0,001 |
| | Średni (80,0–91,0) | 48 | 86,5 | 2,9 | 95,6 | 10,9 | -5,81 | <0,001 |
| | Wysoki (92,0–145,0) | 22 | 99,8 | 9,7 | 106,1 | 12,7 | -2,70 | <0,05 |
| Praca | Niski (81,5–89,5) | 41 | 81,7 | 1,3 | 96,4 | 14,7 | -6,31 | <0,001 |
| | Średni (90,0–97,5) | 36 | 89,1 | 1,3 | 100,2 | 14,0 | -1,7 | n.i. |
| | Wysoki (98,0–122,5) | 23 | 112,6 | 7,2 | 108,9 | 9,7 | 1,39 | n.i. |

W Skali Obciążenia Rodziny wartości punktowe podzielone zostały również na trzy kategorie, wskazujące na niski, średni i wysoki poziom obciążenia. Grupa o niskim początkowo poziomie obciążenia nie zmieniła się istotnie (ze średniej punktowej 1,9 do 1,5), ale też obciążała rodziny w tak małym stopniu, że trudno było oczekiwać wysokiej poprawy. Poprawiły się natomiast w sposób znaczny pozostałe dwie grupy, prezentujące początkowo poziom średni i wysoki (tabl. 3).

Wpływ czasu hospitalizacji z okresu poprzedzającego wejście do programu na różnicę między I i III badaniem rozpatrywany był w trzech grupach pacjentów, charaktery-

zujących się określoną liczbą dni spędzonych w szpitalu przed objęciem opieką środowiskową – grupa, która nie była w ogóle hospitalizowana w interesującym nas okresie, grupa której czas hospitalizacji oscylował między 11–62 dni, oraz najdłużej hospitalizowana, od 63 do 166 dni. W grupie pacjentów nie leczonych szpitalnie przez 12 miesięcy poprzedzających wejście do programu środowiskowego, hospitalizacje w ostatnim roku obserwacji wystąpiły średnio do 30 dni pobytu i pogorszenie to było statystycznie istotne ($t = -2,34$, $p < 0,03$). W grupie, której czas hospitalizacji pierwotnie wyniósł od 11 dni do ok. 2 miesięcy, nie wystąpiły istotne

Tablica 3. Wpływ poziomu obciążenia w I pomiarze na różnicę między I a III pomiarem w grupach o określonych kategoriach początkowego obciążenia

| Poziom obciążenia (przedziały punktowe) | % (N=96) | I pomiar | | III pomiar | | t | p |
|--|-------------|----------|-------------------|------------|-------------------|------|--------|
| | | średnia | odchyl. stand. | średnia | odchyl. stand. | | |
| Niski (0-3) | 29 | 1,88 | 1,15 | 1,46 | 2,06 | 0,77 | n.i. |
| Średni (4-7) | 47 | 5,44 | 1,21 | 2,59 | 2,91 | 5,78 | <0,001 |
| Wysoki (8-16) | 24 | 10,20 | 2,17 | 3,35 | 2,50 | 9,25 | <0,001 |

Tablica 4. Wpływ czasu hospitalizacji sprzed I pomiaru na różnicę w czasie hospitalizacji między I a III pomiarem w grupach plasujących się w określonych przedziałach czasowych hospitalizacji przed I pomiarem

| Dni hospitalizacji | % (N=96) | I pomiar | | III pomiar | | t* | p* |
|--------------------|-------------|----------|-------------------|------------|-------------------|-------|--------|
| | | średnia | odchyl. stand. | średnia | odchyl. stand. | | |
| 0 | 41 | 0 | 0 | 30,4 | 69,8 | -2,34 | <0,03 |
| 11-62 | 28 | 38,8 | 17,5 | 26,3 | 39,6 | 1,59 | n.i. |
| 63-166 | 31 | 145,7 | 69,5 | 32,9 | 52,4 | 9,08 | <0,001 |

* Ze względu na bardzo duże odchylenia standardowe zastosowano dodatkowo test nieparametryczny Wilcozona. Wyniki w grupach skrajnych (brak i najdłuższe okresy hospitalizacji) są prawie identyczne jak w teście t, natomiast w grupie „średniej” można mówić o pewnej tendencji do zmniejszania czasu hospitalizacji ($z = 1,75$, $p = 0,08$).

zmiany, chociaż średni czas pobytu zmniejszył się z 39 do 26 dni. Natomiast bardzo duża poprawa wystąpiła w grupie o najdłuższych okresach pobytów szpitalnych, od 63 do 166 dni – średni czas hospitalizacji zmniejszył się u tych pacjentów ze 146 dni do 33 ($t = 9,08$, $p < 0,001$) (tabl. 4).

Wpływ zmiennych demograficznych na stopień poprawy w okresie katamnezy

Płeć

W grupie eksperymentalnej płeć nie miała wpływu na żadną ze zmiennych zależnych (stopień poprawy funkcjonowania społecznego ogółem i jego poszczególnych podobszarów, obciążenie rodziny, oraz skrócenie czasu hospitalizacji). W grupie kontrolnej wpływała tylko na obciążenie rodziny – u kobiet w okresie katamnezy nastąpiło istotne obniżenie poziomu obciążenia, u męż-

czyn natomiast pozostało ono na niezmiennym, początkowym poziomie.

Wiek

Zmienna ta miała wpływ wyłącznie na efekty w dwu podobszarach funkcjonowania społecznego w grupie eksperymentalnej. U osób młodszych (do 40 roku życia) nastąpiła istotnie większa poprawa aktywności w czasie wolnym oraz prospołeczności niż u osób w wieku 40-65 lat (odpowiednio $\beta = -0,27$, $p < 0,002$ oraz $\beta = -0,22$, $p < 0,03$).

Z kim mieszka (samotnie czy z rodziną)

W grupie eksperymentalnej cecha ta miała wpływ wyłącznie na jeden z wymiarów funkcjonowania społecznego, a mianowicie wycofanie – u osób samotnych nastąpiła istotnie mniejsza poprawa niż u osób zamieszkałych z rodziną ($\beta = 0,24$, $p < 0,002$). W grupie kontrolnej cecha ta nie miała wpływu na żadną ze zmiennych zależnych.

Wykształcenie

Poziom wykształcenia miał wpływ na efekty tylko w jednej z podskal funkcjonowania społecznego, komunikacji interpersonalnej, i tylko w grupie eksperymentalnej – u osób lepiej wykształconych (ukończona co najmniej szkoła średnia) nastąpiła istotnie większa poprawa niż u chorych mniej wykształconych ($\beta = 0,16$, $p < 0,03$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Nasze badanie miało wykazać, czy i jakie predyktory oddziałują w sposób istotny na uzyskane przez pacjentów wyniki w poszczególnych, zastosowanych wymiarach.

Wpływ początkowego poziomu funkcjonowania społecznego chorych był istotny we wszystkich podgrupach pacjentów. Praca nasza wykazała, że początkowy poziom funkcjonowania społecznego chorych jest predyktorem stopnia poprawy tego funkcjonowania dzięki opiece zespołów. Przy czym, istotna poprawa nastąpiła zarówno u chorych, którzy na początku funkcjonowali bardzo słabo, jak też u tych z początkowym średnim poziomem funkcjonowania, a nawet (w skali globalnej i dwu obszarach) u osób dość dobrze funkcjonujących. Zatem, nasze badanie wskazuje, że opieka zespołów przynosi wyraźne korzyści również osobom z mniejszymi deficytami, dlatego też średni lub nawet dobry początkowy poziom funkcjonowania społecznego nie powinien być przeciwwskazaniem do objęcia takich chorych formą opieki środowiskowej. Podobne wnioski można wysnuć w stosunku do obciążenia rodziny, poprawa bowiem wystąpiła zarówno u osób znacznie, jak i średnio obciążających rodziny na początku działań zespołów.

Czas hospitalizacji chorych w okresie ostatniego roku opieki zespołów najbardziej obniżył się u osób, które w roku poprzedzającym tę opiekę były najdłużej hospitalizowane – ich średni czas spadł ze 146 do 33 dni. Wyrażna jest też tendencja spadku dni pobytu w grupie chorych, którzy przed pro-

gramem byli hospitalizowani znacznie krócej (od 11 do 62 dni). Z kolei osoby przedtem w ogóle nie hospitalizowane w okresie katamnezy spędziły w szpitalu średnio miesiąc. W tej ostatniej podgrupie trudno oczywiście mówić o pogorszeniu pod wpływem opieki zespołów. Natura bowiem schizofrenii jest taka, że często nie da się uniknąć hospitalizacji. Zarazem warto się zgodzić z dominującym ostatnio poglądem, że unikanie hospitalizacji „za wszelką cenę” (co było częstą praktyką w niektórych zachodnich zespołach środowiskowych) w wielu przypadkach przynosi więcej szkody niż pożytku. Skądinąd, ciekawym zjawiskiem jest zbliżona długość hospitalizacji w okresie katamnezy, wynosząca średnio ok. 30 dni w ciągu roku, we wszystkich trzech podgrupach pacjentów, wyodrębnionych ze względu na różnice czasu hospitalizacji przed programem. Być może 30 dni jest taką średnią magiczną granicą, poniżej której osoby uprzednio długo hospitalizowane nie mogą już zejść.

W badaniu wpływu czynników demograficznych na efekty działań zespołów, wiek okazał się istotnym predyktorem dwu aspektów funkcjonowania społecznego: aktywności w czasie wolnym i prospołeczności. Podobnie jak w ostatnio przeprowadzonym badaniu Rosenhecka (aczkolwiek wypowiedział się on globalnie o funkcjonowaniu społecznym) u pacjentów młodszych (do 40–45 roku życia) nastąpiła w tym zakresie istotna poprawa, a u osób starszych brak takiej tendencji. Rosenheck sądzi, że osoby młodsze bardziej się poprawiają dzięki temu, że mają większą możliwość i motywację do zmiany [8]. Poza tą pracą w dostępnej, obszernej zresztą literaturze na temat zespołów, brak jest doniesień na temat wpływu wieku (i pozostałych cech demograficznych) na funkcjonowanie społeczne chorych i obciążenie ich rodzin. Badanie nasze nie potwierdziło natomiast, sygnalizowanego w pracy Burns, wpływu wieku na czas hospitalizacji w okresie katamnezy [9].

Z pozostałych, badanych przez nas zmiennych demograficznych, płeć nie miała wpływu

na efekt żadnego z badanych obszarów, a cechy „z kim mieszka” i „wykształcenie” wpływały istotnie tylko na jeden z obszarów funkcjonowania społecznego. Ogólnie zatem można stwierdzić, że cechy demograficzne nie są znaczącymi predyktorami efektów, jedynie wiek wpływa istotnie na poprawę dwu aspektów funkcjonowania społecznego.

Intrygującym zagadnieniem jest stwierdzona przez nas różnica wpływu płci na zmiany w obciążeniu rodziny w grupie eksperymentalnej i kontrolnej. W grupie eksperymentalnej obciążenie spadło istotnie u obu płci, w grupie kontrolnej obniżyło się tylko u kobiet, natomiast u mężczyzn na końcu katamnezy utrzymywało się na wysokim, początkowym poziomie. Można zatem zastanawiać się, czy na działania zespołów w tym zakresie nie są szczególnie podatni mężczyźni, stanowiący istotnie większe niż kobiety obciążenie (patrz niżej). Teza ta może być jedynie przypuszczeniem, ze względu na niewielką liczebność grupy kontrolnej (38 osób) i związane z tym prawdopodobieństwo przypadkowości wyników.

Niezależnie od danych na temat predyktorów skuteczności leczenia środowiskowego, nasze badanie dostarczyło ważnych informacji o funkcjonowaniu różnych podgrup demograficznych chorych na schizofrenię.

W literaturze psychiatryczno-społecznej powszechne są doniesienia o lepszym funkcjonowaniu społecznym chorych na schizofrenię kobiet niż mężczyzn [10, 11]. Wniosek ten potwierdził ostatnio Usall i współautorzy stwierdzając, że różnica ta utrzymuje się również wtedy, gdy uwzględniono wpływ dodatkowych czynników, takich jak: wiek na początku choroby, czas jej trwania, stan cywilny i symptomatologia [12]. Wnikliwsza analiza, przeprowadzona przez autorów niedawnego badania w 5 krajach europejskich (badanie Epsilon) wykazała, że różnice funkcjonowania obu płci manifestują się przede wszystkim w wyższym u kobiet poziomie niezależności. Nasze badanie potwierdziło ten wniosek.

Znaczenie płci chorego stwierdzano również w licznych publikacjach na temat obciążenia rodziny, konstatujących, że opiekunowie chorych mężczyzn doświadczają większego subiektywnego dystresu i są bardziej obciążeni czynnościami opiekuńczymi niż opiekunowie chorych kobiet [13, 14], aczkolwiek w badaniu Epsilon nie stwierdzono takich różnic [15]. Nasze badanie natomiast potwierdziło dominujący pogląd, że rodziny mężczyzn są bardziej obciążone.

W populacji naszych chorych, osoby samotne (przed przystąpieniem do badań) były prawie dwukrotnie dłużej hospitalizowane. Oczywiście wniosek ten sam w sobie nie jest specjalnie odkrywczy, wskazuje jednak na wagę systemów oparcia społecznego u chorych na schizofrenię.

WNIOSKI

1. Chore kobiety mają nieco wyższy poziom funkcjonowania niż chorzy mężczyźni.
2. Rodziny kobiet mniej odczuwają obciążenie opieką nad chorymi niż rodziny chorych mężczyzn.
3. Funkcjonowanie chorych przed objęciem opieką zespołów jest predyktorem skuteczności opieki środowiskowej – im początkowo gorsze tym efekty wyraźniejsze. W przyjętych w badaniach trzech miarach funkcjonowania stwierdzono następujące prawidłowości:
 - istotna poprawa funkcjonowania społecznego nastąpiła nie tylko u chorych z bardzo znacznymi deficytami w tym zakresie (jak dość powszechnie przyjmuje się w literaturze), ale też u osób z umiarkowanym, a nawet stosunkowo niewielkim upośledzeniem funkcjonowania,
 - opieka zespołów owocuje istotnym obniżeniem poziomu obciążenia rodziny, zarówno u osób słabo, jak też średnio funkcjonujących w tym obszarze,
 - czas hospitalizacji chorych uległ istotnemu skróceniu wyłącznie w tej podgrupie

pacjentów, która uprzednio wymagała długiej opieki szpitalnej.

4. Trzy zmienne demograficzne (płeć, wykształcenie, z kim mieszka) nie były predyktorami efektów opieki zespołów środowiskowych. Natomiast wiek wpływał na niektóre aspekty funkcjonowania społecznego chorych – u osób młodszych (do 40 roku życia) nastąpiła istotnie lepsza poprawa niż u osób starszych.

PIŚMIENNICTWO

1. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10: 289–99.
2. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E, Wójtowicz S. Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – czteroletnia katamneza. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10: 301–9.
3. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (7): 669–75.
4. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA, Drake RE, McDonel Herr EC. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (6): 771–9.
5. Quinlivan R, Hough R, Crowell A, Beach Ch, Hofstetter R, Kenworthy K. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an Intensive Case Management Program. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (4): 365–71.
6. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 2000; 51 (11): 1410–21.
7. Creed F, Burns T, Butler T, Byford S, Murray R, Thompson S, Tyrer P. Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. UK 700 Group. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 74–8.
8. Rosenheck RA, Neale MS. Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (5): 459–66.
9. Burns T, White I, Byford S, Fiander M, Creed F, Fahy T. Exposure to case management: relationships to patient characteristics and outcome. Report from the UK 700 trial. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 236–41.
10. McGlashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1990; 16: 319–29.
11. Andia AM, Zisook S, Heaton RK, i wsp. Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 522–8.
12. Usall J, Haro JM, Ochoa S, Marquez M, Araya S, the NEEDS group. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 337–42.
13. Chaves AC, Seeman MV, Mari JJ, Maluf A. Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role. *Schizophr Res* 1993; 11: 41–5.
14. Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 289–97.
15. Thornicroft G, Leese M, Tansella M, Howard L, Toulmin H, Herran A, Schene A. Gender differences in living with schizophrenia. A cross-sectional European multi-site study. *Schizophr Res* 2002; 57: 191–200.

*Adres: Mgr Ludmiła Boguszewska, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Psychiatrii i Neurologii,*

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: boguszew@ipin.edu.pl