

Główne kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie

Main directions and methods of evaluation studies in the world community psychiatry

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA, LUDMIŁA BOGUSZEWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Na podstawie artykułów opublikowanych w ciągu trzech lat (1993–1995) w ośmiu najbardziej renomowanych czasopismach angielskojęzycznych, podjęto próbę określenia głównych kierunków i metod badań ewaluacyjnych w tej dziedzinie na świecie. Liczba takich publikacji corocznie wzrasta. W raportach z badań dominuje ewaluacja efektów działań, podczas gdy badaniami procesu poświęconych było niewiele prac. W większości prac podmiotem oddziaływań są przede wszystkim pacjenci, w niewielu badaniach ich rodziny, a tylko sporadycznie personel, służby czy populacja. Najczęściej badaną formą oddziaływania środowiskowego jest zakwaterowanie chronione, natomiast bardzo małą liczbę badań poświęcono samopomocy oraz usługom psychiatrycznym w opiece podstawowej. W 40% badań zastosowano bardzo poprawne schematy metodologiczne. Ostrzejsze kryteria metodologiczne stosowane są w badaniach poświęconych metodom psychospołecznym niż formom środowiskowym. Obiektem ewaluacji są przede wszystkim pacjenci, a najczęściej stosowanymi miarami ewaluacyjnymi psychopatologia, korzystanie z usług oraz wykonywanie ról społecznych. Sporadycznie stosowane są miary „subiektywne”. Stosunkowo częstym obszarem ewaluacji jest ekonomika zdrowotna i oddziaływanie na rodziny. Dla celów pomiaru dostępnych jest wiele narzędzi. Większość z nich różni się między sobą operacjonalizacją pojęć. Jedynie skale służące pomiarom psychopatologii stosowane są dość powszechnie.

SUMMARY. On the grounds of articles published in the years 1993–1995 in eight most renowned English-language journals, an attempt was made to establish the main directions and methods of evaluation studies carried out in this field all over the world. The number of such publications has been systematically growing every year. In research reports outcome studies predominate, while there are relatively few papers devoted to the process of care. In the majority of publications the target of intervention are, above all, patients, in rather few studies – their families, and only occasionally – the staff, services or population. The most frequently investigated form of community intervention turned out to be sheltered housing, while very few studies dealt with either self-help or psychiatric services provision in primary care. In 40% of studies very correct methodological paradigms were used. More strict methodological criteria are observed in research on psychosocial methods than in that concerning community interventions. The object of evaluation are most often patients, and the usually used evaluative measures include psychopathology, consumption of services, and performance of social roles. „Subjective” measures are used only occasionally. A relatively frequent area of evaluation consists in health economics and family interventions. There are many tools available for measurement purposes. The majority of them differ from each other as regards operationalization of theoretical constructs. It is only the scales for the assessment of psychopathology that are quite commonly used.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa / badania ewaluacyjne / metaanaliza

Key words: community psychiatry / evaluative studies / meta-analysis

Informacje uzyskane z danych zgromadzonych w bazie *Data Bank of Evaluative Studies on Community-Based Psychiatry*, umożliwiły

analizę metod stosowanych na świecie w badaniach poddających ewaluacji interwencji środowiskowe w psychiatrii oraz określenie

wiodących w tej dziedzinie kierunków. Baza zawiera strukturalizowane syntezy artykułów, poświęconych badaniom ewaluacyjnym działań środowiskowych lub metod psychospołecznych, opublikowanych w ośmiu angielskojęzycznych czasopismach od 1993 roku. Do metaanalizy badań wykorzystano komputerowy program raportowania oraz wyszukiwania danych. Podstawą jego konstruowania był specjalnie przygotowany kwestionariusz (IFEI, *The Instrument for Formating Evaluative Information*), służący zarówno do sporządzania syntez artykułów, jak też do wyszukiwania danych. Kwestionariusz obejmuje informacje opisowe oraz ponad 600 skategoryzowanych słów kluczowych.

W wybranych czasopismach, w ciągu trzech lat (1993–1995), ukazało się 206 interesujących nas artykułów. Najczęściej publikowane były raporty z badań ewaluacyjnych (139) w olbrzymiej większości poświęcone efektom interwencji (132), nielicznie tylko pojawiały się badania procesu lub jego wpływu na efekty. Ukazało się 59 artykułów metodologicznych (w większości poświęconych walidacji narzędzi – 41), 8 artykułów zawierało przeglądy wyników badań. Z każdym rokiem wzrasta liczba publikowanych artykułów, poświęconych ewaluacji form środowiskowych i metod psychospołecznych. W 1993 roku ukazało się 50 artykułów, a do 1996 roku liczba ich wzrosła sześciokrotnie.

Czasopismem najbardziej zorientowanym na tego typu artykuły jest *Psychiatric Services*. Stosunkowo często pojawiają się artykuły o tym profilu w *British Journal of Psychiatry* oraz w *Acta Psychiatrica Scandinavica*. W pięciu czasopismach przeważają raporty z badań, natomiast trzy częściej publikowały artykuły metodologiczne (*Acta Psychiatrica Scandinavica*, *Psychological Medicine*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*).

RODZAJE I SCHEMATY BADAŃ

Przedstawiane w raportach badania miały w przeważającej większości (74%) charakter prospektywny. Badań typu retrospektywno-

-prospektywnego było 8%, retrospektywnych – 7% a przekrojowych – 11%.

W badaniach najczęściej (69%) dokonywano pomiaru przed i po wprowadzeniu interwencji, bądź przez cały czas jej trwania (*pretest-posttest design*) i dominowały tu badania o charakterze prospektywnym, odnoszące się do tych samych podmiotów – 60%. Badań prospektywnych, w których pomiaru dokonywano tylko po wprowadzeniu interwencji było 14%. Pozostałe, określone schematy badań prezentowane były nielicznie (6% retrospektywno-prospektywnych typu *self-control* z pomiarami przed i po wprowadzeniu interwencji, 3% retrospektywnych z pomiarem tylko po zakończeniu interwencji i 3% o schemacie *case-control*) lub występowały pojedynczo (tabl 1).

Grupę kontrolną lub porównawczą miała ponad połowa badań (53%), najczęściej stosowanym schematem doboru grup był przydział losowy (*random assignment*) – 70%.

Badania, w których zasady poprawności metodologicznej stosowane były w stopniu nie wzbudzającym zastrzeżeń co do właściwego wnioskowania o wpływie interwencji (pomiar przed i po wprowadzeniu innowacji, prospektywne, odnoszące się do tych samych podmiotów, z grupą kontrolną lub porównawczą, losowym przydziałem do grup lub stosowanym doborem „parami”) reprezentowane są w 38%*. Najłabszy metodologicznie schemat (przekrojowe albo z pomiarem wyłącznie po zakończeniu interwencji i bez grupy kontrolnej) reprezentuje 17% badań.

BADANE INTERWENCJE

Podmioty interwencji

W olbrzymiej większości prac (94%), podmiotem badanej interwencji byli pacjenci. Niewspółmiernie mniej badań poświęcono rodzinom (14%), a tylko sporadycznie oceniano oddziaływania na personel, system służby czy społeczność lokalną. Badania, w których

* Załącznik: Przykłady badań o najpoprawniejszych schematach metodologicznych.

Tablica 1. Stosowane schematy badań

Schematy badań*	Liczba raportów z badań	
	N= 139	%
1. Przekrojowe	15	11
2. <i>Case-control</i>	5	3
3. Pomiar po interwencji (<i>posttest</i>)	24	17
A. Retrospektywne	4	3
B. Prospektywne	20	14
4. Pomiar przed i po interwencji (<i>pretest-posttest</i>)	96	69
A. Retrospektywne	3	2
a. te same podmioty	2	1
b. inne podmioty	1	0,5
B. Retrospektywno-prospektywne	11	8
a. te same podmioty	9	6
b. inne podmioty	2	1
C. Prospektywne	84	60
a. te same podmioty	83	60
b. inne podmioty	1	0,5
D. Inne lub trudne do klasyfikacji	0	0
5. Inne	1	0,5

* W kilku badaniach stosowane były dwa schematy.

sprawdzano wpływ interwencji wyłącznie na pacjentów stanowią 77% ogółu analizowanych. W 11% badań przedmiotem zainteresowania były programy adresowane zarówno do pacjentów, jak i ich rodzin (wyłącznie rodzinom poświęcone było tylko jedno badanie). Pojedynczo reprezentowane są badania, w których sprawdzano efektywność oddziaływań na personel, system służb lub społeczność, bez udziału pacjentów.

Rodzaje interwencji

W jednej trzeciej (34%) spośród 131 badań, poświęconych oddziaływaniom wobec pacjentów, oceniano metody psychospołeczne, natomiast w 66% badań formy środowiskowe. Najczęściej stosowanymi metodami psychospołecznymi były: psychoterapia (22%), zwłaszcza kognitywna lub kognitywno-behawioralna (14%) i psychoedukacja (9%). Najczęściej badanymi formami środowiskowymi były programy zakwaterowania

chronionego (15%), leczenia środowiskowego (9%) oraz (po 7% badań) opieki poradnianej, leczenia dziennego i programy typu *case management* (tabl. 2.). W nielicznych badaniach oceniano efekty kilku metod psychospołecznych bądź form środowiskowych (np. zakwaterowanie chronione i opieka poradniana).

Efekty interwencji rodzinnej sprawdzano w 19 badaniach. Oceniane programy polegały najczęściej na psychoedukacji łączonej z działaniami behawioralnymi (11 badań), a następnie (6 badań) na pomocy konsultacyjnej, edukacji i wsparciu. Terapię rodzinną oceniano w trzech badaniach.

Rodzaje interwencji wobec pacjentów a schematy badań

Badania, w których oceniano metody psychospołeczne znacznie częściej są prospektywnymi z bardziej rygorystycznie przestrzeganimi regułami metodologicznymi (pomiar

Tablica 2. Liczba badań nad wpływem określonych interwencji na pacjentów/osoby zaburzone psychicznie

Rodzaje interwencji	Liczba badań	
	N=131	%
1. Poradnictwo/konsultacje	0	0
2. Metody psychospołeczne	44	34
A. Psychoedukacja	13	9
B. Psychoterapia	29	22
a. psychodynamiczna	1	0,8
b. humanistyczna	0	0
c. kognitywna/kognitywno-behawioralna	18	14
d. behawioralna	6	4
e. inna (systemowa, eklektyczna itp.)	4	3
C. Terapia rodzinna	2	1,5
D. Terapia małżeńska	0	0
E. Terapia zajęciowa	0	0
F. Inne (muzykoterapia itp.)	0	0
3. Formy środowiskowe	87	66
A. Interwencje kryzysowe	6	4
B. Opieka domowa	1	0,8
C. Opieka poradniana	9	7
D. Leczenie/opieka dzienna	10	7
E. „Koordynacja przypadku” <i>(case management)</i>	9	7
F. Program środowiskowego wsparcia	7	5
G. Leczenie środowiskowe <i>(assertive community treatment)</i>	12	9
H. Leczenie/rehabilitacja psychospołeczna	4	3
I. Program rehabilitacji zawodowej	2	1,5
J. Zakwaterowania chronione	20	15
K. Rodziny zastępcze	0	0
L. Program samopomocy	2	1,5
Ł. Program dezinstytucjonalizacji	6	4
M. Usługi psychiatryczne w opiece podstawowej	2	1,5
N. Odnajdywanie potencjalnych pacjentów w środowisku	0	0
O. Opieka środowiskowa, bez bliższego określenia	0	0
P. System służb	3	2
R. Inne	6	4

przed i po wprowadzeniu interwencji, dokonywane na tych samych osobach, porównanie wyników z grupą kontrolną, reprezentatywny dobór próby) – 68%, podczas gdy taki sam schemat charakteryzuje 23% badań, w których oceniano formy środowiskowe. Podobny schemat badania, ale bez grupy kontrolnej, występuje jednakowo często w badaniach poświęconych metodom (16%) jak i formom (15%). Natomiast schematy metodologicznie „słabsze” znacznie częściej znajdują zastosowanie w badaniach wpływu form środowiskowych. Badania typu przekrojowego, bądź z pomiarem tylko po interwencji i bez grupy kontrolnej, charakteryzują prawie jedną czwartą (23%) badań poświęconych formom środowiskowym i tylko 4% badań oceniających efekty oddziaływań metodami psychospołecznymi.

MIARY EWALUACJI

Obszary ewaluacji

Stosowanie określonych obszarów ewaluacji wyznaczane jest w znacznym stopniu wyborem adresatów programu. W olbrzymiej większości programów (94%) adresatami interwencji byli pacjenci, zarazem miary z obszaru ewaluacji wpływu oddziaływań na pacjentów występują najczęściej i stosowane były w 87% badań (tabl. 3). Przy czym, 83% badań poświęcono ocenie wpływu interwencji wyłącznie na pacjentów, chociaż w niektórych z nich interwencją objęte były również inne grupy osób.

Badania oceniające programy, w których oprócz pacjentów oddziaływano także na inne obiekty oraz takie, w których program nie obejmował pacjentów, reprezentowane

Tablica 3. Częstotliwość stosowania określonych obszarów ewaluacji w badaniach efektów interwencji

Obszary ewaluacji	Liczby i odsetki stosowania poszczególnych obszarów	
	N = 139	%
1. Miary wpływu na pacjenta	121	87
1.1. Zdrowotne	78	56
1.2. Psychospołeczne	83	60
1.3. Globalnego funkcjonowania	22	16
1.4. Korzystania z usług	52	37
1.5. Możliwości przeprowadzenia interwencji	3	2
1.6. Inne	3	2
2. Miary wpływu na rodzinę	17	12
3. Miary wpływu na personel	8	6
4. Miary wpływu na służby	14	10
4.1. Dostępności	4	3
4.2. Wykorzystania usług	9	6
4.3. Inne	2	1
5. Miary wpływu na populację	2	1
6. Miary ekonomiki zdrowotnej	25	18
6.A. Koszty materialne	23	16
6.B. Relacje – koszty/efekty	5	3
7. Inne	0	0
8. Miary procesu	32	23

są w niewspółmiernie mniejszym stopniu. Stąd też, stosunkowo nielicznie pojawiają się w badaniach inne – niż wpływ na pacjentów – obszary ewaluacji. Efekty wpływu interwencji na rodzinę sprawdzane były w 12% badań i zawsze łącznie z oceną wpływu na pacjenta, bez względu na to, czy oddziaływania nakierowane były na jednego czy obu adresatów. Stosunkowo często (18%) badano skutki ekonomiczne wprowadzanych zmian i – poza jednym badaniem – zawsze przy jednoczesnej ocenie pacjentów. W prawie jednej czwartej badań (23%) dokonywano również pomiaru procesu leczenia. Natomiast przy ocenie wpływu interwencji na personel (6% badań) tylko w jednym przypadku obiektem zainteresowania byli także pacjenci. Również w badaniach poświęconych służbom (10%) sporadycznie poddawano ocenie wpływ oddziaływania na pacjentów. Efektywność oddziaływań na populację reprezentuje 1% badań.

Miary ewaluacji pacjentów a rodzaj interwencji

W obszarze ewaluacji wpływu interwencji na pacjentów najczęściej stosowano miary psychospołeczne (68%) i zdrowotne (64%, w większości skoncentrowane na stanie psychicznym, a zwłaszcza psychopatologii – 53%). W 43% badań stosowano miary korzystania z usług, a w 18% badań miary globalnego, klinicznego i psychospołeczno-funkcjonowania (tabl. 4).

Spośród miar psychospołecznych najczęściej poddawano ocenie wykonywanie ról społecznych i sytuację życiową (38%), umiejętności (19%), satysfakcję (19%) i ogólnie określane funkcjonowanie społeczne (12%), najmniej zaś koncentrowano się na samopoczuciu psychicznym, poziomie stresu i dyskomfortu, ocenie potrzeb oraz poczuciu własnej wartości. Najczęściej stosowanymi miarami korzystania ze służb były miary hospitalizacji (na ogół liczba przyjęć i czas pobytu w szpitalu) – 34% oraz korzystanie z innych usług psychiatrycznych lub pomocy służb społecznych (20%).

Rodzaj interwencji różnicuje wybór stosowanych miar ewaluacji. Miary zdrowotne znacznie częściej stosowano w badaniach oceniających skuteczność metod psychospołecznych (82%) niż form środowiskowych (54%). Natomiast miary psychospołeczne częściej stosowano w odniesieniu do form środowiskowych (77%) niż metod terapeutycznych (54%). Różnice te najwyraźniej zaznaczają się w niektórych szczegółowych podwymiarach, takich jak wykonywanie ról społecznych i sytuacja życiowa (zwłaszcza przy ocenianiu standardu życia, aktywności zawodowej i kontaktów społecznych), umiejętności (najczęściej przy ocenie umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem i interpersonalnych) oraz satysfakcja (zarówno z leczenia jak i życia), częściej oceniana w badaniach poświęconych formom środowiskowym. Znaczenie też częściej, przy badaniu form środowiskowych, stosowano miary korzystania z usług psychiatrycznej bądź innej opieki (52%) niż w przypadkach oddziaływania metodami psychospołecznymi (27%), przy czym duże różnice występują tu w odniesieniu do wszystkich podkategorii tej miary. W badaniach wpływu form środowiskowych na pacjentów, wielokrotnie częściej interesowano się w jakiej mierze pacjenci korzystają z różnego typu opieki. I jedynie przy tego rodzaju interwencji oceniano ograniczenia w możliwościach jej przeprowadzenia.

Częstsze stosowanie miar zdrowotnych w przypadku oddziaływań metodami psychospołecznymi, a miar psychospołecznych w odniesieniu do form środowiskowych mogłoby sugerować, że zmienną interferującą w te różnice jest diagnoza pacjentów poddanych badaniom. W programach, obejmujących pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi częściej mogły być stosowane metody psychospołeczne niż w programach poświęconych pacjentom psychotycznym. Jednak ze wszystkich przeprowadzonych analiz wynika, że częstość wyboru określonego obszaru miar (zdrowotnych czy psychospołecznych) wiąże się przede wszystkim

Tablica 4. Miary ewaluacji a rodzaj interwencji w badaniach poświęconych pacjentom:
Różnice częstotliwości stosowania określonych miar w badaniach skuteczności metod terapeutycznych i form środowiskowych

Wymiary ewaluacji	Częstotliwość stosowanych miar			
	Bez względu na rodzaj interwencji [N = 121]		Rodzaje interwencji	
			Metody psychospołeczne [N = 44]	Formy środowiskowe [N = 77]
	n	%	%	%
1.1. Miary zdrowotne	78	64	82	54
A. Stan psychiczny, w tym:	75	62	82	51
– psychopatologia	64	53	64	47
B. Leczenie psychofarmakologiczne	13	11	18	6
C. Stan fizyczny	10	8	4	10
D. Samobójstwa	9	7	7	8
E. Inne	4	3	2	4
1.2. Miary psychospołeczne	83	68	54	77
A. Umiejętności	23	19	14	22
B. Wykonywanie ról społecznych i sytuacja życiowa	46	38	23	47
C. Zachowania niepożądane	11	9	2	13
D. Problemy prawne	9	7	2	10
E. Satysfakcja	23	19	14	22
F. Poziom stresu/dyskomfortu	1	0,8	0	1
G. Samopoczucie psychiczne	1	0,8	0	1
H. Poczucie własnej wartości	4	3	2	4
I. Postawy/oczekiwania	8	7	7	6
J. Ocena potrzeb (usług)	1	0,8	0	1
K. Funkcjonowanie społeczne*	15	12	14	12
L. Przystosowanie społeczne*	10	8	7	9
M. Jakość życia*	9	7	4	9
N. Inne	13	11	9	12
1.3. Miara globalnego funkcjonowania	22	18	20	17
1.4. Miary korzystania z usług	52	43	27	52
A. Psychiatryczne służby szpitalne	42	34	23	41
B. Inne służby psychiatryczne lub społeczne	24	20	9	26
C. Lekarze ogólni	5	4	0	6
D. Inne	5	4	0	6
1.5. Miara możliwości przeprowadzenia interwencji	3	2	0	4
1.6. Inne	3	2	2	2

* Określenia te potraktowano w IFEI jako osobne kategorie, mimo że niektóre, już wyodrębnione, mogą wchodzić w ich zakres. Jednakże nie zawsze są one możliwe do zakwalifikowania w szczegółowe podkategorie, bowiem ze względu na niejednoznaczną konotację tych nazw u różnych autorów, obejmować mogą inny zestaw miar.

z wyborem rodzaju interwencji. Typ zaburzeń psychicznych pacjentów nie ma bowiem żadnego znaczącego wpływu na wybór oddziaływań – metody psychospołeczne stosowano w 30% programów obejmujących pacjentów psychotycznych i 36% programów dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, zaś formy środowiskowe oceniano w 70% programów obejmujących pacjentów psychotycznych i 64% programów, w których oddziaływano na pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi.

NARZĘDZIA BADAWCZE

Źródłem informacji o narzędziach badawczych są z jednej strony raporty z badań ewaluacyjnych, zawierające dane o narzędziach zastosowanych w tych badaniach, z drugiej zaś, artykuły metodologiczne – bądź to poświęcone opisowi jakiegoś narzędzia (lub narzędzi), bądź też walidacji określonych narzędzi. Narzędziami badawczymi są kwestionariusze (ankiety lub wywiadu), określane często mianem skal, dlatego też w poniższym tekście określenia „narzędzia”, „kwestionariusze” i „skale” będą używane zamiennie.

Ogółem, liczebności zgromadzonych w banku narzędzi, służących do oceny poszczególnych podmiotów ewaluacji, przedstawiają się następująco: pacjenci – 242, rodziny – 35, personel – 14, służby – 1, populacja – 7 oraz ekonomika zdrowotna – 3. Tak więc mamy do czynienia z ogromnym zróżnicowaniem puli dostępnych kwestionariuszy – od paru do blisko 250. Znacznie zróżnicowane są też liczebności narzędzi poświęconych ewaluacji różnych aspektów u tych samych podmiotów – podzbiory narzędzi ewaluacji pacjentów wynoszą: dla miar zdrowotnych – 100, psychospołecznych – 122, globalnych – 13 i korzystania z usług – 7. W badaniach rodzin najliczniejsze są kwestionariusze pomiaru obciążenia rodziny – 15 (z 35), stresu lub dolegliwości psychicznych – 8 (z 35). Pozostałym wymiarom ewaluacji (np. satysfakcji, oczekiwanom) poświęcono nieliczne narzędzia.

W większości obszarów ewaluacji zwraca uwagę znaczny udział kwestionariuszy opisywanych/walidowanych w całej puli zgromadzonych narzędzi – od 34% puli służącej ewaluacji pacjentów do 80% narzędzi badania rodzin i wszystkich kwestionariuszy badania populacji. Ten znaczny udział opisywanych/walidowanych narzędzi wynika głównie z dwu powodów. Jednym z nich są dość częste prace walidacyjne nad znanymi już narzędziami, prowadzone na kolejnych podgrupach pacjentów (np. z innych krajów lub z innymi rozpoznaniem, niż uwzględniane w uprzednich walidacjach). Drugą przyczyną są dość obszernie artykuły metodologiczne, poświęcone przeglądowi narzędzi, służących do pomiaru określonego zagadnienia (np. przegląd wszystkich dotychczas znanych kwestionariuszy pomiaru obciążenia rodziny, globalnej ewaluacji pacjentów). Przeglądy takie, aczkolwiek często ograniczające się do narzędzi o znanych własnościach psychometrycznych, omawiają nierzadko kwestionariusze o znaczeniu wyłącznie historycznym, w zasadzie już nie stosowane, w pewnym zatem stopniu jakby sztucznie zawyżają pulę dostępnych narzędzi. Stosunkowo niewielki udział mają „nowe” skale, które dopiero opracowano w latach 1993–1995.

Tabl. 5 jest poświęcona zagadnieniu częstotliwości korzystania z „określonych” skal w poszczególnych obszarach ewaluacji. Zestawiono w niej liczbę badań, liczbę stosowanych w nich narzędzi, liczbę badań, w których nie stosowano określonych skal oraz stosunek liczby badań stosujących określone kwestionariusze do liczby tych narzędzi. Jak widać z tablicy, pomimo znacznego rozmiaru dostępnych narzędzi (w większości obszarów), w wielu badaniach nie skorzystano z tego gotowego zestawu, w ogóle nie stosując żadnych skal, bądź też tworząc własne kwestionariusze, doraźnie dla celów badania (zazwyczaj proste w konstrukcji). Liczba tego typu badań jest najniższa w przypadku ewaluacji pacjentów (około jednej trzeciej), przy ewaluacji rodzin lub personelu stanowi ponad połowę badań, zaś w po-

Tablica 5. Liczba badań i liczba stosowanych w nich narzędzi ewaluacyjnych, według podmiotu ewaluacji

Podmiot ewaluacji	Liczba badań	Liczba stosowanych narzędzi	Liczba badań, w których nie stosowano określonych narzędzi*	Stosunek liczby badań stosujących określone narzędzia do liczby narzędzi
Pacjenci	121	158	36	85/158
Rodzina	17	7	10	7/7
Personel	8	11	5	3/11
Służby	14	1	13	1/1
Populacja	2	0	2	0/0
Ekonomika zdrowotna	25	1	23	2/1

* W ogóle nie stosowano żadnych narzędzi badawczych, bądź też stosowano narzędzia utworzone przez autorów doraźnie dla celów badania, określane jako np. 5-punktowa skala, bez nazwy.

zostałych obszarach ewaluacji odsetek tego typu prac stanowi ponad 90%.

Najwięcej skal stosowano w ewaluacji pacjentów (158 w 85 badaniach). Ta dziedzina ewaluacji była bowiem zawsze obiektem największego zainteresowania badaczy, dlatego też ma już za sobą długą historię i duży dorobek. Zarazem charakteryzuje ją największy zakres zagadnień, które w ewaluacji efektów działań należy wziąć pod uwagę. Ta wielość miar jest też jedną z ważniejszych przyczyn wielkości całej puli narzędzi (mamy bowiem całą dużą grupę miar zdrowotnych i bardzo wiele miar psychospołecznych). Kolejną przyczyną jest częsta potrzeba odrębnych narzędzi dla pomiaru tego samego zagadnienia (np. poziomu psychopatologii) w różnych podgrupach pacjentów – dorosłych, dzieci, chorych z lękiem, chorych z depresją itp. Wielość stosowanych narzędzi jest zatem często wskaźnikiem znacznego zróżnicowania grup chorych, stanowiących obiekty poszczególnych badań oraz badanych zagadnień. Z drugiej jednak strony, nie należy do rzadkości zjawisko stosowania wielu różnych kwestionariuszy do badania tego samego zagadnienia w zbliżonej grupie chorych – tak np. stosowano sześć skal badania poziomu lęku u dorosłych, ponieważ prawdopodobnie żadna skala nie satysfakcjonowała wszystkich badaczy tego zagadnienia. Wielość podejść do

zbliżonego zagadnienia jest jeszcze powszechniejsza wtedy, gdy zagadnienie to jest wielozakresowe i poszczególni autorzy różnią się jego operacjonalizacją. Tak np. istnieje wiele narzędzi pomiaru wykonywania ról społecznych, z których część uwzględnia pełny zakres ról, niektóre tylko ich część, a ponadto różne są wskaźniki sprawowania tej samej roli. Powoduje to znaczne zróżnicowanie narzędzi stosowanych w różnych badaniach poświęconych zbliżonym zagadnieniom, utrudnia zatem porównanie wyników badań prowadzonych w różnych ośrodkach. Z drugiej strony, nie należy do rzadkości sytuacja, w której autorzy decydują się na badanie tego samego zagadnienia różnymi narzędziami, ponieważ żadne z nich nie dostarczy „pełnego obrazu”.

Spośród narzędzi służących ocenie zdrowia pacjentów najczęściej stosowano: *Brief Psychiatric Rating Scale* (w 16 badaniach), *Present State Examination* (w 14 badaniach), *Beck Depression Inventory* (w 6 badaniach) oraz *Symptom Checklist 90* (w 5 badaniach). Pozostałe narzędzia (64) stosowano co najwyżej w 4 badaniach, w tym wiele z nich wyłącznie w jednym badaniu. W grupie 77 narzędzi poświęconych ocenie psychospołecznej najpopularniejsza była *Social Adjustment Scale* (zastosowana w 11 badaniach), oraz *Addiction Severity Index*, stosowany w 5 badaniach. Spośród sześciu kwestionariuszy globalnej

oceny pacjenta (zarówno klinicznej jak i psychospołecznej) najczęściej używano *Global Assessment Scale (GAS)* – w 13 badaniach oraz *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)* – w 6 badaniach.

Spośród siedmiu kwestionariuszy stosowanych w ewaluacji rodzin najpopularniejszy był *Camberwell Family Interview* (w 3 badaniach), pozostałe narzędzia stosowano przeważnie w jednym tylko badaniu.

PODSUMOWANIE

Chociaż dane uzyskaliśmy jedynie z ośmiu czasopism, można z dużym prawdopodobieństwem uznać je za reprezentatywne dla badań form psychiatrii środowiskowej, ponieważ czasopisma te pod tym względem zostały uznane za najbardziej wartościowe przez międzynarodowych ekspertów i wielu autorów w nich właśnie stara się publikować swoje artykuły. Nie oznacza to braku wartościowych artykułów publikowanych w innych źródłach, nie uwzględnianych w bazie, na przykład w czasopismach niemieckojęzycznych.

Więcej niepewności wzbudza generalizacja wniosków wysnutych z badań nad metodami psychospołecznymi, zwłaszcza dotyczącymi psychoterapii. Z założenia bowiem bank nie obejmuje wszystkich źródeł, poświęconych temu zagadnieniu. Zawarte w nim dane zorientowane są głównie na efekty metod psychospołecznych w stosunku do najciężej chorych. Trudno ocenić, czy wybrane czasopisma są pod tym względem reprezentatywne.

W okresie działania banku liczba interesujących nas publikacji corocznie wyraźnie wzrasta, co wskazuje na szersze badawcze zainteresowanie tą problematyką. Może to wynikać z rozbieżności poglądów na temat najbardziej efektywnego sposobu prowadzenia poszczególnych form psychiatrii środowiskowej, chociaż panuje prawie powszechna zgoda co do konieczności dalszego jej rozwoju.

Wśród 139 raportów z badań ewaluacyjnych zdecydowanie dominują badania efektów interwencji, podczas gdy badaniom pro-

cesu poświęcono zaledwie 7 prac, mimo że zagadnienia procesu uważa się ostatnio za niezwykle istotne. Wydaje się, że jest to spowodowane niedostatkiem aparatury pojęciowej i instrumentów badawczych, służących temu zagadnieniu. Przykładem mogą być doświadczenia własne autorek, które rozwiązując problem uporządkowania zmiennych procesualnych dla celów kwestionariusza IFEI znalazły jedynie kilka artykułów, prezentujących dość rozbieżne i często niejasne poglądy na ten temat.

Tradycyjnie, podmiotem badanych oddziaływań są przede wszystkim pacjenci. W niewielu badaniach (19 spośród 131) adresatem działań są rodziny pacjentów, zaś sporadycznie oddziaływano na personel, służby lub populację. Stanowi to pewien dysonans w kontekście uznanych od dawna postulatów psychiatrii środowiskowej, zalecającej szeroką współpracę z rodzinami oraz propagowanie i stosowanie zasad psychiatrii środowiskowej w odniesieniu do różnorodnych grup i podmiotów społecznych. Na podstawie naszego materiału trudno ocenić, czy mało prowadzono takich działań, czy też rzadko poddawane były one ewaluacji.

Spośród form środowiskowych najczęściej badano zakwaterowanie chronione (w 20 z 87 badań), co wydaje się zrozumiałe, ponieważ w dominującym obecnie trendzie deinstytucjonalizacji tego typu zakwaterowanie jest jednym z głównych filarów realizowania koncepcji. Od 9 do 12 badań poświęcono takim formom jak opieka poradniana, dzienna, zespoły leczenia środowiskowego oraz programy „koordynacji przypadku”, pełniące często funkcje alternatywne w stosunku do hospitalizacji. Sporadycznie zajmowano się takimi zalecanymi programami jak rehabilitacja zawodowa czy psychospołeczna, samopomoc oraz usługi psychiatryczne w opiece podstawowej. Zwłaszcza bardzo mała liczba badań tego ostatniego zagadnienia nieco dziwi, ponieważ w większości krajów dominuje tendencja do przejmowania opieki nad pacjentami psychiatrycznymi przez lekarzy domowych. Trudno ocenić, czy idea ta jest

mało popularna w realizacji czy też rzadko ewaluowane są jej efekty.

W blisko 40% badań zastosowano schematy metodologiczne, które przynajmniej formalnie spełniają wszystkie klasyczne wymagania, pozwalające na przypisanie efektów zastosowanej interwencji i eliminację wpływu czynników interferujących. „Najsłabsze” z kolei schematy zastosowano w 17% badań (w niektórych z nich sam rodzaj badanego zagadnienia, np. postawy wobec leczenia, nie wymaga bardziej wyrafinowanych metod). Istotne różnice stwierdzono w podejściu badawczym do efektywności metod psychospołecznych i form środowiskowych. Generalnie, w badaniach poświęconych metodom wyrażenie częściej stosowane są ostrzejsze kryteria metodologiczne niż w badaniach form środowiskowych. Wynikać to może z większych trudności w uwzględnieniu wszystkich klasycznych wymogów – zwłaszcza wprowadzania grupy kontrolnej – w przypadku badań form środowiskowych niż metod psychospołecznych. Oprócz istotnych elementów trudności prowadzenia tego typu badań i związanych z nimi kosztów, nie bez znaczenia wydaje się znacznie dłuższa tradycja metod psychospołecznych, przy których prawdopodobnie mniej zastrzeżeń budzi etyczna strona wprowadzania grupy kontrolnej. Jest to aspekt stanowiący istotną przeszkodę w wyłonieniu takiej grupy przy stosowaniu form środowiskowych. Wielu bowiem badaczy jest a priori przekonanych o większej skuteczności form środowiskowych i ich zdaniem nieetyczne byłoby pozbawianie takich oddziaływań uczestników grupy kontrolnej.

Obiektem działań jak też ewaluacji byli przede wszystkim pacjenci – w 121, czyli 87% wszystkich badań ewaluacyjnych. Najczęściej stosowanymi miarami ewaluacji były: psychopatologia (64 badania), korzystanie z usług (52 badania), wykonywanie ról społecznych (46 badań), globalne – kliniczne i społeczne – funkcjonowanie (22 artykuły), tzw. funkcjonowanie społeczne (15 artykułów), umiejętności i satysfakcja (po 23 badania). Tak więc, stosowane miary stanowią szerokie spektrum

różnych aspektów efektywności działań, aczkolwiek sporadycznie reprezentowane są niektóre miary „subiektywne”, takie jak poziom stresu, poczucie własnej wartości oraz poziom wsparcia społecznego i ocena potrzeb (co wydaje się wynikać z braku odpowiednich narzędzi badawczych).

Dla celów ewaluacji pacjentów dostępnych jest bardzo wiele narzędzi badawczych. Jednak sytuacja w rozwoju aparatury, służącej pomiarom stanu zdrowia różni się nieco od stanu zaawansowania technik pomiaru efektów psychospołecznych. Do oceny stanu zdrowia, zwłaszcza psychopatologii, dostępnych jest wiele narzędzi dla różnych podgrup chorych (np. depresyjnych, lękowych itp.), ponadto istnieje kilka dość często stosowanych skal „ogólnopsychopatologicznych”, takich jak PSE lub BPRS. Dzięki temu można porównać wyniki badań tego samego zagadnienia w różnych ośrodkach. Sytuacja jest odmienna w przypadku miar psychospołecznych, gdyż do badania tego samego zagadnienia, np. wykonywania ról społecznych, służy bardzo wiele narzędzi (różniących się często znacznie operacjonalizacją pojęć), z których żadne nie jest stosowane dość powszechnie. Sytuacja ta może ulec poprawie, bowiem utworzono specjalny międzynarodowy komitet (*European Network for Mental Health Service Evaluation*), którego jednym z głównych zadań jest promocja i rozpowszechnianie uniwersalnych narzędzi badawczych.

Drugim często stosowanym obszarem ewaluacji jest ekonomika zdrowotna, a zwłaszcza koszty interwencji, które są przedmiotem zainteresowania autorów 23, czyli 16% badań. Mamy tu jednak do czynienia z pewnymi ograniczeniami metodologicznymi, dotyczącymi porównywalności poszczególnych badań. Większość bowiem autorów stosuje własne narzędzia, znacznie różniące się od siebie zakresem obejmowanych kosztów. Istnieje co prawda kwestionariusz precyzyjnie określający koszty, ale był on stosowany sporadycznie, ponieważ jest zbyt skomplikowany dla powszechnego użytku. Problem braku

dobrych, a jednocześnie uproszczonych narzędzi, jest istotną kwestią również w innych obszarach badań ewaluacyjnych.

Ewaluacji rodzin poświęcono 17 badań, czyli niewiele w świetle założeń rozwoju psychiatrii środowiskowej. Powodem mogą być koszty, znacznie zwiększające się przy włączeniu rodzin do programu. Równie ważne wydają się względy metodologiczne, zwłaszcza brak narzędzi. Przykładem może być zagadnienie obciążenia rodziny uważane za jedno z ważniejszych w ewaluacji efektów działań środowiskowych. Wiele narzędzi badawczych jest dostępnych, ale żadne z nich

nie znalazło powszechnego zastosowania. W ostatnich latach powstawały kolejne, nowe. Zagadnienie pomiaru obciążenia rodziny jest w istocie trudne i stąd wielość podejść do jego operacjonalizacji. Być może w najbliższym czasie podjęte zostaną prace nad względnie uniwersalnymi metodami pomiaru, ponieważ kwestia obciążenia rodziny została uznana za jeden z priorytetów prac wspomnianego komitetu ENMESH. Wyraźny postęp metodologiczny należy odnotować w metodach pomiaru satysfakcji rodzin z usług, dotychczas skąpo reprezentowanych w badaniach.

*Adres: Dr Elżbieta Ślupczyńska-Kossobudzka,
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*

Aneks

Przykłady badań o najpoprawniejszych schematach metodologicznych

1. Aberg-Wistedt A., Cressell T. et al.: Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 12, 1263–1266.
2. Anderson J., Dayson D. et al.: The TAPS project. 13: Clinical and social outcome of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *Br. J. Psychiatry* 1993, 162, suppl. 19, 45–56.
3. Audini B., Marks I.M. et al.: Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. *Br. J. Psychiatry* 1994, 165, 204–210.
4. Burns T., Beadsmoore A. et al.: A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. *Br. J. Psychiatry* 1993, 163, 49–54.
5. Chandler D., Meisel J. et al.: Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 12, 1337–1343.
6. Leff J., Dayson D. et al.: Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 1, 62–67.
7. Piper W.E., Rosie J.S. et al.: A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 8, 757–763.
8. Schene A.H., van Wijngaarden B. et al.: The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993, 87, 427–436.
9. Sledge W.H., Tebes J. et al.: Day hospital/crisis respite care versus inpatient care. Part I: Clinical outcomes. *Am. J. Psychiatry* 1996, 153, 8, 1065–1073.