



Kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie w latach 1993-2000

The directions and methods of community psychiatry throughout the world, 1993-2000

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA, ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Zanalizowano 321 artykułów – raportów z badań. Najwięcej publikacji ukazało się w latach 1996-1998. Większość badań poświęcono efektom interwencji, a tylko nieliczne badaniom procesowi. Najczęściej sprawdzano wpływ interwencji na pacjentów, sporadycznie na personel, system służb, czy populację. W ciągu pierwszych 3 lat częściej, niż w późniejszym okresie, oddziaływano poprzez zespoły leczenia środowiskowego, programy środowiskowego wsparcia, leczenia dziennego i interwencji kryzysowych. W ciągu następnych 5 lat częściej oddziaływano na system służb i usługi w podstawowej opiece zdrowotnej. Najczęściej stosowano miary zdrowotne i psychospołeczne. Stosunkowo większa liczba badań spełniała wymogi poprawności metodologicznej.

SUMMARY. Three hundred and twenty one research reports were analysed. The largest number of reports was published in 1996-1998. Most of them focused on the effects of intervention and only a few focused on process studies. Most of the research investigated the effects of intervention on patients, very rarely on the staff, health care system or the general public. Compared with later years, within the first three years covered by this review intervention was usually applied by community treatment task forces, community support programs, day-care and crisis interventions. Within the next five years intervention was usually targeted at the managed health care system. The majority of the reviewed studies were methodologically correct.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa / badania ewaluacyjne

Key words: community psychiatry / evaluative research

Analiza prezentowanych w literaturze światowej badań, poddających ewaluacji formy psychiatrii środowiskowej, możliwa była do przeprowadzenia dzięki utworzonej w 1993 r. bazie *Data Bank of Evaluative Studies on Community-Based Psychiatry* z programem raportowania i wyszukiwania informacji, gromadzonych wg specjalnie opracowanego kwestionariusza IFEI [12]. Kwestionariusz obejmuje informacje opisowe oraz 600 skategoryzowanych zmiennych, służących sporządzaniu strukturalizowanych syntez artykułów, publikowanych w ośmiu anglojęzycznych czasopismach (*Acta Psy-*

chiatrica Scandinavica, American Journal of Psychiatry, Archives General Psychiatry, British Journal of Psychiatry, International Journal of Social Psychiatry, Psychiatric Services, Psychological Medicine, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology). Po pierwszych trzech latach funkcjonowania systemu IFEI przeprowadzona została analiza metod i kierunków w badaniach ewaluacyjnych publikowanych w okresie od 1993 do 1995 r., która obejmowała ewaluacje zarówno stosowanych metod psychospołecznych, jak i wprowadzanych form środowiskowych [11]. Niniejsza praca koncentruje

się na badaniach programów środowiskowych w psychiatrii, opublikowanych w okresie następnych pięciu lat, od 1996 do 2000 r., oraz porównaniu stosowanych metod badawczych, rodzaju oddziaływań i miar ewaluacji z okresem poprzednich trzech lat.

W wybranych czasopismach w ciągu ostatnich pięciu lat ukazało się 226 raportów z interesujących nas badań. Większość, 217 prac, była poświęcona efektom interwencji, a tylko dziewięć badań koncentrowało się na procesie prowadzenia programu. W ciągu poprzednich trzech lat opublikowano 95 badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej, również głównie poświęconych efektom interwencji. Zatem, we wcześniejszym z porównywanych okresów, średnio w roku ukazywało się po 32 publikacje na temat ewaluacji form środowiskowych, a w ciągu następnych lat po 45, czyli o 40% więcej. Lata, w których były one najliczniej reprezentowane to 1996 – 64 artykuły, 1997 – 52 artykuły i 1998 – 45 artykułów.

RODZAJE I SCHEMATY BADAŃ

W obu porównywanych okresach przeważająca większość badań miała charakter prospektywny, przy czym w ostatnich 5 latach było ich o 8% więcej (67% v 75%). W niewielkim stopniu reprezentowane były badania retrospektywno-prospektywne, ale ich udział był większy w okresie wcześniejszym (9%) niż w następnych latach (4%). Badania retrospektywne w obu badanych okresach występowały w podobnie niskich proporcjach (odpowiednio 6% i 7%), częstsze były badania przekrojowe (16% i 15%). Najczęściej stosowano pomiar przed i po interwencji, bądź przez cały czas jej trwania (*pretest-posttest design*), z 15% przewagą takiego schematu w ostatnich latach (odpowiednio 59% i 74%). W tej grupie dominujące były badania o charakterze prospektyw-

nym, odnoszące się do tych samych podmiotów badawczych przez cały okres obserwacji i we wszystkich punktach pomiarów, a ich proporcja w ciągu ostatnich pięciu lat była również o 15% wyższa, niż w okresie poprzednim (47% i 62%). Udział badań prospektywnych, w których pomiaru dokonywano tylko po interwencji był w pierwszym okresie prawie dwukrotnie większy (19%), niż w następnym (10%). Pozostałe, określone schematy badań, pojawiały się sporadycznie, zwłaszcza w drugim okresie porównawczym, retrospektywno-prospektywne typu *self control* z pomiarem przed i po interwencji, odpowiednio 9% i 3%, retrospektywne z pomiarem tylko po zakończeniu interwencji 3% i 0,5%, schemat *case control* 3% i 1% (tabl. 1).

Grupę kontrolną lub porównawczą wprowadzano w 35% badań publikowanych w okresie 1993-1995, w okresie następnych 5 lat w 45% badań. Najczęściej stosowanym schematem doboru grup był przydział losowy (*random assignment*), podobnie często stosowany w obu porównywanych okresach (odpowiednio 55% i 58% badań).

Badania, w których zasady metodologiczne stosowano w stopniu nie wzbudzającym zastrzeżeń co do właściwego wnioskowania o wpływie interwencji (pomiar przed i po wprowadzeniu zmian, prospektywne, odnoszące się do tych samych podmiotów, z grupą kontrolną lub porównawczą, losowym przydziałem do grup lub doborem „parami”) reprezentowane były podobnie często w obu okresach (odpowiednio 23% i 24%). Natomiast schematy metodologicznie „najsłabsze” stosunkowo częściej pojawiały się we wcześniejszym z porównywanych okresów – badania typu przekrojowego, bądź z pomiarem tylko po interwencji, bez grupy kontrolnej, stanowiły 23% prac z lat 1993-1995 i 16% z lat 1996-2000.

Tablica 1. Stosowane schematy badań form środowiskowych

Schematy badań*	Liczba raportów z badań (w %) w okresie:	
	1993-1995 N=95	1996-2000 N=226
1. Przekrojowe	16	15
2. Case control	3	1
3. Pomiar po interwencji	22	10
A. Retrospektywne	3	0,5
B. Prospektywne	19	10
4. Pomiar przed i po interwencji	59	74
A. Retrospektywne	3	6
a) te same podmioty	2	5
b) inne podmioty	1	1
B. Retrospektywne – prospektywne	9	4
a) te same podmioty	9	3
b) inne podmioty	0	0,5
C. Prospektywne	48	65
a) te same podmioty	47	62
b) inne podmioty	1	2
D. Inne, trudne do klasyfikacji	0	0,5
5. Inne	0	0,5

* W kilku badaniach stosowane były dwa schematy.

BADANE INTERWENCJE

Podmioty interwencji

W olbrzymiej większości prac podmiotem badanej interwencji byli pacjenci, w obu porównywanych okresach 95%. W bardzo niewielkich badaniach oddziaływano na personel, system służb czy społeczność lokalną (odpowiednio 9% i 8%), przy czym w okresie ostatnich 5 lat społecznościom lokalnym nie poświęcono żadnej pracy. Badania, w których adresatami interwencji byli wyłącznie pacjenci stanowiły 86% ogółu analizowanych w pierwszym z porównywanych okresów i 84% w ostatnich pięciu latach.

Rodzaje interwencji

W raportach poświęconych oddziaływaniom na pacjentów (87 w pierwszym i 206

w drugim okresie), najczęściej badanymi interwencjami środowiskowymi były programy zakwaterowania chronionego (tabl. 2). W latach 1993-1995 stanowiły one prawie jedną czwartą publikowanych badań (24%), a w następnym okresie jedną piątą (19%). Podobnie często, w obu okresach, badania koncentrowały się na takich formach środowiskowych jak opieka poradniana (11% v 12%), programy typu case management (po 11%) i dezinstytucjonalizacji (7% v 8%). W pierwszym analizowanym okresie częściej pojawiały się zespoły leczenia środowiskowego (14% v 8%), programy środowiskowego wsparcia (8% v 2%), leczenia dziennego (12% v 7%) i interwencji kryzysowych (7% v 2%). Natomiast w następnych latach częściej publikowano badania nad systemem służb (13% v 4%) i usługami psy-

chiatrycznymi w opiece podstawowej (6% v 2%). W żadnym z porównywanych okresów nie pojawiły się w badaniach oddziaływania polegające na umieszczaniu pacjentów w rodzinach zastępczych ani programy odnajdywania potencjalnych pacjentów w środowisku. Bardzo sporadycznie publikowano

prace nad opieką domową oraz programami samopomocy i rehabilitacji zawodowej. W nielicznych badaniach posługiwano się łączonymi interwencjami (np. zakwaterowanie chronione i opieka poradniana lub opieka dzienna i program środowiskowego wsparcia).

Tablica 2. Częstotliwość oddziaływania określonymi formami środowiskowymi na pacjentów

Formy środowiskowe	Liczba raportów z badań (w %) w okresie:	
	1993-1995 N=87	1996-2000 N=206
1. Interwencje kryzysowe	7	2
2. Opieka domowa	1	0,4
3. Opieka poradniana	11	12
4. Leczenie/opieka dzienna	12	7
5. „Koordynacja przypadku” (<i>case management</i>)	11	11
6. Program środowiskowego wsparcia	8	2
7. Zespoły leczenia środowiskowego (<i>assertive community treatment</i>)	14	8
8. Leczenie/rehabilitacja psychospołeczna	5	4
9. Program rehabilitacji zawodowej	2	3
10. Zakwaterowanie chronione	24	19
11. Rodziny zastępcze	0	0
12. Program samopomocy	2	0,4
13. Program dezinstytucjonalizacji	7	8
14. Usługi psychiatryczne w opiece podstawowej	2	6
15. Odnajdywanie potencjalnych pacjentów w środowisku	0	0
16. Opieka środowiskowa, bez bliższego określenia	0	0
17. System służb	4	13
18. Inne	7	6

MIARY EWALUACJI

Obszary ewaluacji

Wybór adresatów programu w znacznym stopniu implikuje stosowanie określonych obszarów ewaluacji. W olbrzymiej większości badań poświęconych efektom interwencji adresatami byli pacjenci (95% w obu porównywanych okresach), zatem miary wpływu oddziaływań na pacjentów występują najczęściej – stosowane były w 84% badań w pierwszym i 83% badań w drugim okresie

(tabl. 3). Odsetek badań oceniających wpływ programu na pacjentów jest mniejszy niż odsetek wszystkich badań z ich udziałem, ponieważ często program jest adresowany do pacjentów, ale jedynym obszarem ewaluacji jest np. ekonomika zdrowotna. To zagadnienie uwzględniono w dość pokaźnej liczbie badań – skutkami ekonomicznymi wprowadzanych zmian interesowano się w 22% prac w pierwszym okresie porównawczym i 19% w drugim, przy czym były to przede wszystkim oszacowania kosztów materialnych,

w nielicznych tylko badaniach zajmowano się relacjami między kosztami i efektami (4% v 3% prac). Efekty wpływu interwencji na służby sprawdzano znacznie częściej w pierwszym okresie (14%) niż w drugim (3%), zwłaszcza w zakresie wykorzystania usług (10% v 2%). Wpływ na rodzinę sprawdzano

w 10% badań w pierwszym i 7% w drugim okresie, podobnie często wpływ na personel (9% v 7%). Efektywnością oddziaływań na populację zajmowano się w 2% badań i tylko w pierwszym okresie porównawczym. Stosunkowo często stosowano miary procesu leczenia (odpowiednio 17% i 15% badań).

Tablica 3. Częstotliwość stosowania określonych obszarów ewaluacji w badaniach efektów form środowiskowych

Formy środowiskowe	Liczba raportów z badań (w % w okresie:	
	1993-1995 N=92	1996-2000 N=217
1. Miary wpływu na pacjenta	84	83
1.1. Zdrowotne	46	46
1.2. Psychospołeczne	64	62
1.3. Globalnego funkcjonowania	14	12
1.4. Korzystanie z usług	43	39
1.5. Możliwości przeprowadzenia interwencji	3	0,5
1.6. Inne	2	1
2. Miary wpływu na rodzinę	10	7
3. Miary wpływu na personel	9	7
4. Miary wpływu na służby	14	3
4.1. Dostępność	4	2
4.2. Wykorzystania usług	10	2
4.3. Inne	2	0
5. Miary wpływu na populację	2	0
6. Miary ekonomiki zdrowotnej	22	19
6.1. Koszty materialne	21	18
6.2. Relacje – koszty/efekty	4	3
7. Inne	0	0,5
8. Miary procesu	17	15

Miary wpływu na pacjentów

W badaniach nad wpływem interwencji na pacjentów najczęściej stosowano miary psychospołeczne (77% badań w pierwszym i 74% w drugim okresie porównawczym), oraz miary zdrowotne (odpowiednio 54% i 56%) (tabl. 4). Miary zdrowotne w olbrzymiej większości odnosiły się do stanu psychicznego, zwłaszcza psychopatologii (odpowiednio 47% i 53%). Spośród miar psy-

chospołecznych najczęściej poddawano ocenie, w obu porównywanych okresach, wykonywanie ról społecznych (47% badań w pierwszym i 38% w drugim), satysfakcję (odpowiednio 22% i 29%) i umiejętności (odpowiednio 22% i 16%). Przy czym, wpływ interwencji na wykonywanie ról społecznych i umiejętności częściej sprawdzano w pierwszym okresie, podobnie jak na funkcjonowanie społeczne, społeczne przystoso-

wanie i problemy prawne, natomiast wpływ na satysfakcję częściej w drugim okresie, podobnie jak na jakość życia i odczucia subiektywne – samopoczucie psychiczne, poziom dyskomfortu, poczucie własnej wartości. Miary korzystania z usług były również częściej stosowane w pierwszym niż drugim okresie (52% v 47%) i dotyczyły one

głównie hospitalizacji – liczby przyjęć i czasu pobytu w szpitalu (41% v 37%) oraz korzystania z innych usług psychiatrycznych lub pomocy służb społecznych (26% v 21%). Z miar globalnego przystosowania korzystano w 17% badań w pierwszym i 14% badań w drugim okresie.

Tablica 4. Miary ewaluacji stosowane w badaniach wpływu form środowiskowych na pacjentów

Wymiary ewaluacji	Częstotliwość stosowanych miar (w %) w okresie:	
	1993-1995 N=77	1996-2000 N=180
1.1. Miary zdrowotne	54	56
A. Stan psychiczny, w tym: psychopatologia	51 47	54 53
B. Leczenie psychofarmakologiczne	6	7
C. Stan fizyczny	10	9
D. Samobójstwa	8	6
E. Inne	4	4
1.2. Miary psychospołeczne	77	74
A. Umiejętności	22	16
B. Role społeczne i sytuacja życiowa	47	38
C. Zachowania niepożądane	13	13
D. Problemy prawne	10	6
E. Satysfakcja	22	29
F. Miary subiektywne (np. poczucie własnej wartości)	6	9
G. Postawy / oczekiwania	6	8
H. Ocena potrzeb (usług)	1	5
I. Funkcjonowanie społeczne	12	9
J. Przystosowanie społeczne	9	4
K. Jakość życia	9	19
L. Inne	12	9
1.3. Miara globalnego przystosowania	17	14
1.4. Miary korzystania z usług	52	47
A. Psychiatryczne służby szpitalne	41	37
B. Inne służby psychiatryczne lub społeczne	26	21
C. Lekarze ogólni	6	3
D. Inne	6	8
1.5. Miara możliwości przeprowadzenia interwencji	4	0,6
1.6. Inne	2	2

PODSUMOWANIE

Porównanie publikacji z lat 1993-1995 i 1996-2000 wykazało, że późniejszy okres charakteryzuje znacznie większa liczba badań nad formami środowiskowymi, co może być wyrazem większego również zainteresowania tymi zagadnieniami ośrodków badawczych, chociaż zjawiska te nie muszą przebiegać równolegle. Najwięcej artykułów poświęconych tej problematyce, aż 161, ukazało się w latach 1996-1998, najmniej, jedynie 20, w roku 1994.

W obu porównywanych przez nas okresach większość raportów z badań poświęcona była efektom interwencji, a tylko nieliczne (3% v 4%) koncentrowały się na procesie prowadzenia programu. Dzieje się tak mimo powszechnego mniemania, że struktura i zakres wielu typów programów środowiskowych są nadal zbyt mało określone [2, 6]. Być może wciąż największą barierą rozwoju takich badań są wspomniane już w polskiej literaturze niedostatki aparatury pojęciowej i instrumentów badawczych, służących do pomiaru procesu [11].

Dominującym podmiotem oddziaływań i ewaluacji są pacjenci (w ok. 84% badań, w obu okresach). Spośród innych obszarów badawczych najczęściej występuje dziedzina ekonomiki zdrowotnej. W pierwszym okresie uwzględniono ją w 22% prac, w drugim natomiast, wbrew oczekiwaniom, odsetek ten nie tylko nie wzrósł, ale nawet nieznacznie się obniżył (do 19%). Podstawą przewidywania wzrostowego trendu w badaniach kosztów były dość powszechne w zachodnich artykułach poglądowych opinie, że koszty powinny stać się jednym z najistotniejszych obszarów ewaluacji efektów programów środowiskowych. Zdaniem niektórych autorów, np. Creeda, obecnie już dostatecznie dużo wiadomo o wpływie programów środowiskowych na pacjentów, dlatego też największą wagę przykłada się ostatnio do wykorzystania usług oraz kosztów jako głównych miar efektów interwencji [4]. Być

może jedną z ważniejszych barier w powszechniejszym badaniu kosztów są trudności metodologiczne, a zwłaszcza brak dostępnych i w miarę prostych narzędzi badawczych, o czym wspomniano już uprzednio w polskiej literaturze [11]. Zapewne również względy metodologiczne powodują, że nadal wśród miar ekonomiki zdrowotnej dominują koszty materialne, natomiast relacje między kosztami i efektami są badane sporadycznie.

Intrygujące jest zagadnienie znacznego spadku liczby badań uwzględniających inne niż pacjenci podmioty badań. Prac, w których oceniano wpływ programu środowiskowego na personel, służby lub na populację generalną w pierwszym okresie było 25%, w drugim natomiast jedynie 10%. Może to wskazywać, że psychiatria środowiskowa koncentruje się ostatnio na leczeniu i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, coraz bardziej odchodząc od początkowych założeń i definicji, wg których była synonimem szerszego ruchu, związanego z ochroną zdrowia psychicznego lokalnych społeczności [1]. Przewidywano wówczas, że podejmie się działania zmierzające do zwiększenia potencjału zdrowotnego całej społeczności, np. wykrywanie grup ryzyka zachorowania, prowadzenie programów konsultacyjnych i edukacyjnych dla personelu placówek, które mają kontakt z osobami zaburzonymi psychicznie. Oczywiście nie można wykluczyć, że działania takie są prowadzone, ale rzadko badane, bądź też że raporty z takich badań ukazują się w czasopiśmie innych niż psychiatryczne. Jednakże te alternatywne próby wyjaśnienia wydają się mniej prawdopodobne niż hipoteza o zawężaniu się zakresu rozumienia terminu „psychiatria środowiskowa”.

W obu porównywanych okresach stosunkowo często (w 17% i 15%) stosowano miary procesu prowadzenia programu. Wiele wskazuje jednak na to, że przeważnie miały one charakter zmiennych opisowych, rzadko natomiast służyły do odpowiedzi na pytanie

o wpływ procesu na uzyskiwane efekty. Potwierdzeniem tego przypuszczenia są liczne komentarze autorów zachodnich, że badania nad wpływem poszczególnych komponent programu na jego skuteczność są niezwykle rzadkie, nawet w przypadku najczęściej stosowanych i badanych form środowiskowych [2, 3, 5, 7, 10]. Do podobnych wniosków doszły również autorki polskich prac poglądowych na temat skuteczności zespołów leczenia środowiskowego i koordynacji leczenia [13, 14].

W badaniach nad programami środowiskowym dla pacjentów najliczniej reprezentowane są prace poświęcone zakwaterowaniu chronionemu. W okresie ostatnich pięciu lat jest ich jednak relatywnie mniej niż uprzednio (19% v 24%), i być może jest to początek dalszego spadkowego trendu. Zdecydowana bowiem większość raportów publikowanych w analizowanych przez nas czasopismach pochodzi z krajów zachodnich (a ta sytuacja zapewne nie ulegnie istotnej zmianie w przyszłości), zwłaszcza z Anglii oraz z USA, czyli z krajów, w których zagadnienie to już często badano i wnioski o skuteczności zakwaterowania są dość jednoznaczne. Co więcej, w niektórych krajach szczyt przesuwania chorych ze szpitali do zakwaterowania chronionego dawno już minął, przede wszystkim ze względu na drastyczne zmniejszenie liczby łóżek w szpitalach. Tak np. w Anglii i Walii ze 130 szpitali psychiatrycznych, istniejących w 1975 r., zostało obecnie 14, a liczba łóżek w żadnym z nich nie przekracza 200 [9].

Zespoły leczenia środowiskowego są kolejną formą pomocy pacjentom, której w badaniach poświęca się ostatnio relatywnie mniej uwagi niż poprzednio. Skuteczność tej formy jest dobrze udokumentowana i zapewne dlatego w niektórych krajach ma ona już za sobą „okres eksperymentalny”. Tak np. w Stanach na ukończeniu są prace nad szczegółowymi wskazówkami prowadzenia zespołów, które mają być składową opieki standardowej [10]. Dlatego też wydaje się

prawdopodobne, że liczba badań poświęconych zespołom będzie się zmniejszać, chyba że pojawią się długo oczekiwane przez wielu praktyków i badaczy analizy wpływu procesu prowadzenia opieki na jej skuteczność.

Dwa rodzaje programów dla pacjentów są ostatnio badane częściej niż uprzednio – oddziaływanie poprzez system służb (13% v 4%) oraz leczenie chorych psychicznie w podstawowej opiece medycznej (6% v 2%). Oba te typy oddziaływań są od dawna rekomendowane, trudno jednak ocenić, czy ostatnio są one częściej stosowane, czy też częstość ich wdrażania nie zmieniła się, natomiast chętniej podejmowane są nad nimi badania.

W ewaluacji wpływu programów na pacjentów dominują, zarówno ostatnio jak uprzednio, miary psychospołeczne, choć nieco inna jest w obu okresach częstość ich stosowania. Rzadziej stosowane są ostatnio miary wykonywania ról społecznych, przystosowania lub funkcjonowania społecznego, większy natomiast nacisk kładzie się na satysfakcję chorych i inne miary subiektywne, takie jak poczucie własnej wartości, stres, dyskomfort. Wzrosła też częstość oceny niezaspokojonych potrzeb, które w wielu ośrodkach uważa się za jeden z ważniejszych wskaźników skuteczności opieki, tym bardziej że opracowano niedawno dobre i dostępne kwestionariusze oceny potrzeb [8, 16]. Zagadnienie to jest jednak nadal rzadko oceniane, w 5% badań. Bardzo wyraźnie wzrosła częstość oceny wpływu programu na jakość życia. Kwestia ta ostatnio stała się modna, powstało wiele narzędzi badawczych służących jej ocenie, chociaż zdaniem niektórych badaczy konstrukt ten jest często bałamutny i wprowadza niepotrzebne zamieszanie pojęciowe. Często bowiem tzw. jakość życia ogranicza się tylko do elementów subiektywnych (i wtedy jest właściwie tożsama z satysfakcją z życia), jeżeli natomiast obejmuje też elementy obiektywne, posługuje się czasem stosowanymi już wcześniej

wskaźnikami (np. przystosowania społeczne), tylko określa je innym mianem.

Gdy mówimy o efektach programów opieki nad pacjentami warto jeszcze poruszyć zagadnienie, które wprawdzie nie było przedmiotem analizy w tej pracy, ale jest istotne dla kwestii trendów badawczych. Od dawna bowiem dość powszechne są w literaturze opinie, że badania skuteczności różnych form w zasadzie nie odpowiadają na pytanie, dla jakich podgrup chorych dany program jest skuteczny [4, 5, 13]. Jedno z niewielu badań z tego zakresu dotyczy znaczenia czynnika zaburzeń osobowości – Tyrer ustalił, że koordynacja leczenia znacznie efektywniej, niż leczenie tradycyjne, poprawiała funkcjonowanie społeczne u takich chorych psychicznie, u których nie stwierdzano zaburzeń osobowości, jeżeli natomiast chory miał zaburzoną osobowość, skuteczniejszą formą było leczenie tradycyjne [15]. Podobne przypuszczenie wysuwano również w stosunku do skuteczności zespołów leczenia środowiskowego, nie zostało ono jednak dotychczas zweryfikowane. Wydaje się, że przyczyną tego w końcu poważnego mankamentu wniosków badawczych są trudności metodologiczne, a zwłaszcza kłopoty z dobraniem (i utrzymaniem przez cały okres badawczy) na tyle dużych grup chorych (eksperymentalnych i kontrolnych), żeby można w nich wyodrębnić dostatecznie liczne podgrupy o jednorodnych cechach.

W ciągu ostatnich pięciu lat, w porównaniu z poprzedzającym je okresem trzech lat, nastąpiła wyraźna poprawa metodologicznego poziomu publikowanych badań. Spadła częstość stosowania „najsłabszych” schematów, znacznie więcej natomiast było badań spełniających większość kryteriów poprawności metodologicznej. Pomimo tego nie wzrósł odsetek prac, które formalnie spełniały wszystkie wymogi, pozwalające na przypisanie efektów wyłącznie zastosowanej interwencji i eliminujące wpływ czynników interferujących (czyli badania kontrolowane prospektywne typu pretest-posttest, obejmu-

jące w całym okresie te same podmioty, stosujące losowy lub „parami” przydział do grup eksperymentalnych i kontrolnych). Ten relatywnie niewielki odsetek badań metodologicznie najlepszych wynika zapewne z trudności doboru i utrzymania przez cały okres badawczy jednolitych grup pacjentów. Powoduje to konieczność dokonywania pomiarów na innych niż początkowo pacjentach, bądź poszukiwania materiału porównawczego w retrospekcji lub rezygnowania z grup kontrolnych. Ponadto, oprócz trudności doboru pacjentów o podobnych cechach kliniczno-demograficznych, grupy kontrolne obciążają badania dodatkowymi kosztami. Niebagatelnym problemem przy ich wprowadzaniu są też zastrzeżenia natury etycznej – brak przyzwolenia na pozbawienie jednej grupy chorych oddziaływań środowiskowych przy jednoczesnym poddawaniu ich procedurom pomiarów badawczych.

PIŚMIENNICTWO

1. Axer A. Psychiatria środowiskowa. W: Puzyński S, red. Leksykon Psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1993: 361-2.
2. Björkman T, Hansson L. What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 43-50.
3. Burns T, Fiander M, Kent A, Ukoumunne OC. Effects of case-load size on the process of care of patients with severe psychotic illness. Report from the UK 700 trial. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 427-33.
4. Creed F, Burns T, Butler T, Byford S. 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.
5. D'Ercole A, Struening E, Curtis JL, Millman EJ. Effects of diagnosis, demographic characteristics, and case management on rehospitalization. *Psychiatr Serv* 1997; 48 (5): 682-8.

6. Fiander M, Burns T. A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 656-8.
7. Jorgensen P, Nordentoft M, Abel MB, Gouliarov G. Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study. Rationale and design of the trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 283-7.
8. Kroll L, Woodham A, Rothwell J, Bailey S. Reliability of the Salford needs assessment schedule for adolescents. *Psychol Med* 1999; 29: 891-902.
9. Leff J. Why is care in the community perceived as a failure? *Br J Psychiatry* 2001; 179: 381-3.
10. Philips 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: 771-9.
11. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Główne kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 381-92.
12. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Data Bank of Evaluative Studies in Community-Based Psychiatry. Aims, methods and guidelines. Warsaw; 1997.
13. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 387-98.
14. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Koordynacja leczenia – przegląd literatury światowej. *Post Psychiatr Neurol* 2002.
15. Tyrer P, Merson S, Onyett S, Johnson T. The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychol Med* 1994; 24: 731-40.
16. Van Haaster I, Lesage AD, Cyr M, Toupin J. Further reliability and validity studies of a procedure to assess the needs for care of the chronically mentally ill. *Psychol Med* 1994; 24: 215-22.

Adres: Mgr Ludmiła Boguszewska, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa