

**Efektywność leczenia na psychiatrycznym oddziale dziennym,
w porównaniu z oddziałem stacjonarnym, na podstawie analizy
objawów psychopatologicznych, subiektywnej oceny jakości
życia oraz częstości rehospitalizacji po zakończeniu leczenia**

**Comparison between the day-care ward and the inpatient ward
in terms of treatment effectiveness based on the analysis
of psychopathologic symptoms, subjective quality of life and number
of rehospitalisations after discharge**

Tomasz Adamowski, Tomasz Hadryś, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Aim. To assess effectiveness of treatment in the day-care and inpatient wards within the Wrocław branch of the international multicenter EU-funded EDEN study. The authors analysed the number of rehospitalisations after discharge from the index hospitalisation as well as psychopathologic symptoms and subjective quality of life.

Methods. Out of 1089 patients admitted to the mental hospital in Wrocław, 238 were randomly assigned to either the day-care ward (n=115) or the inpatient ward (n=123). There were three interviews with patients: upon discharge, three and twelve months later. Scores of the extended version of Ventura's BPRS were used for representing the psychopathology level and for calculation of between-setting differences. Subjective quality of life was measured using the MANSAs questionnaire. Statistical parameters of effectiveness (scores at given time-point, models adjusted for the scores at admission and for the duration of hospitalisation) were analysed. The frequency of rehospitalisations was also investigated. Statistical analyses after discharge were performed using the random multiple imputations method in consecutive time-points.

Results. There were no statistical differences between settings in the effectiveness of treatment three months after discharge. Interviews performed one year after discharged revealed a higher level of psychopathology in patients treated in an inpatient setting (p=0.03) and it was confirmed by the model adjusted for the duration of hospitalisation (p=0.04). Yet day-care ward patients had a higher number of rehospitalisations within one year after discharge.

Conclusions. The absolute superiority of treatment in an inpatient ward over day-care setting in terms of its effectiveness was not confirmed using BPRS, MANSA scores and index of rehospitalisation.

Słowa klucze: oddział dzienny, efektywność, psychopatologia, subiektywna jakość życia, rehospitalizacje

Key words: day-care ward, effectiveness, psychopathology, subjective quality of life, rehospitalisation

Wstęp

Praca nawiązuje do artykułu autorów wrocławskich biorących udział w wielośrodowym badaniu Unii Europejskiej EDEN, dotyczącym analizy objawów psychopatologicznych oraz subiektywnej jakości życia w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej na oddziale dziennym i stacjonarnym [1]. Tym razem autorzy dokonali analizy objawów psychopatologicznych oraz subiektywnej jakości życia w ciągu roku od wypisania ze szpitala. Bieżąca analiza jest uzupełnieniem oceny efektywności leczenia na oddziale dziennym i stacjonarnym przedstawionej w pierwszym artykule, w którym nie wykazano bezwzględnej i jednoznacznej przewagi leczenia stacjonarnego nad leczeniem na oddziale dziennym. Podstawowym celem badawczym było sprawdzenie efektywności leczenia na poszczególnych typach oddziałów psychiatrycznych na podstawie analizy objawów psychopatologicznych, subiektywnej jakości życia oraz liczby ponownych hospitalizacji psychiatrycznych. Pytania badawcze:

1. Czy po leczeniu na oddziale dziennym nasilenie objawów psychopatologicznych różni się od ich nasilenia po leczeniu na oddziale stacjonarnym?
2. Czy po leczeniu na oddziale dziennym ocena subiektywnej jakości życia jest różna od jej oceny po leczeniu na oddziale stacjonarnym?
3. Czy po leczeniu na oddziale dziennym liczba ponownych hospitalizacji psychiatrycznych jest różna od ich liczby po leczeniu na oddziale stacjonarnym?

Material

Spośród 1089 pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu 238 spełniających kryteria włączenia do badań zostało w sposób losowy przydzielonych do leczenia na oddziale dziennym ($n = 115$) lub stacjonarnym ($n = 123$). Pacjenci na potrzeby bieżącej analizy byli badani w 3 punktach czasowych: w dniu wypisania ze szpitala (t_4), po 3 (t_5) i 12 miesiącach po wypisaniu (t_6).

Metoda

Szczegółowe kryteria wykluczające z badania to:

- wiek: poniżej 18 r. ż. lub powyżej 65 r. ż.,
- przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta (zgodnie z regulacjami prawnymi obowiązującymi w poszczególnych krajach uczestniczących w badaniu),

- głębokość zaburzenia psychicznego, wymagająca w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala ograniczenia jego swobody lub stałego nadzoru 1:1, bądź też wskazująca na możliwość zaistnienia takiej konieczności,
- ostre zatrucie,
- obecność choroby somatycznej wymagającej całkowicie stacjonarnego trybu leczenia,
- bezpośrednie przeniesienie z innego szpitala,
- bezdomność,
- droga do szpitala w jedną stronę zajmująca więcej niż 60 minut,
- konieczność stałego dowożenia i odwożenia pacjenta, np. z powodu ograniczonej ruchomości.

Po zweryfikowaniu kryteriów wykluczających musiały być spełnione następujące kryteria kwalifikujące do badania:

- obecność choroby psychicznej z objawami psychotycznymi na tyle istotnymi, że powodują umiarkowane upośledzenie funkcjonowania w więcej niż jednej dziedzinie codziennego życia lub mogą grozić utratą dotychczasowych warunków mieszkaniowych i finansowych, lub też których nasilenie jest tak duże, że pacjent może stanowić zagrożenie dla siebie lub innych,
- leczenie ambulatoryjne nie było wystarczająco skuteczne, by zapobiec dalszemu pogarszaniu się stanu psychicznego chorego,
- dla pacjenta nie było dostępne leczenie szpitalne inne, poza oferowanym w jednostkach uczestniczących w badaniu,
- wiek: od 18 do 65 r.ż.

Narzędzia badawcze

BPRS

W celu oszacowania nasilenia objawów psychopatologicznych w każdym z punktów czasowych zastosowano wersję rozszerzoną The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0). W wielu badaniach dotyczących oceny interwencji farmakologicznych oraz psychospołecznych używano tego narzędzia (Hedlund and Vieweg 1980). BPRS, pierwotnie stworzona jako 18-punktowa skala do szybkiej oceny dynamiki objawów psychopatologicznych wśród pacjentów psychiatrycznych z różnymi rozpoznaniem (Overall i Klett, 1972), została rozszerzona do wersji 24-punktowej (Lukoff i wsp., 1986; Ventura i wsp., 1993). Skalowanie objawów rozpoczyna się od 1 („nieobecny”) do 7 („ekstremalnie nasilony”); istnieje możliwość zaznaczenia „nieocenił”, np. w przypadku braku informacji. Skalowanie można sumować do średniej całkowitej i średniej dla różnych podskal. Dotychczasowe badania wykazały dobre współczynniki rzetelności dla różnych wersji BPRS, dla wartości średniej i pojedynczych punktów, zarówno oryginalnej wersji angielskiej, jak i włoskiej wersji BPRS Ventury (cf. Ventura i wsp., 1993; Roncone i wsp., 1999). W badaniu ustalono zgodność pomiędzy badaczami na podstawie średniej wartości skali całkowitej oraz podskal BPRS, określonej za pomocą ICC. Dla skali całkowitej uzyskano wartość ICC = 0,79 (substantial [La]), natomiast dla podskal – od 0,58 do 0,94 [2]. Do oceny różnic w nasileniu objawów

psychopatologicznych pomiędzy oddziałami we Wrocławiu wykorzystano wartości punktowe rozszerzonej wersji BPRS Ventury (2000).

MANSA

Do oszacowania subiektywnej jakości życia w punktach t4-t6 zastosowano skalę MANSA – Manchesterska Krótka Ocena Jakości Życia (Manchester Short Assessment of Quality of Life). MANSA została utworzona z krótkiej zmodyfikowanej wersji LQLP (Lancashire Quality of Life Profile) i opiera się głównie na skali subiektywnej oceny satysfakcji z życia (7-punktowa skala Likerta) oraz poszczególnych jego obszarów (zatrudnienie, relacje rodzinne, hobby itd.). Jej właściwości psychometryczne zostały ocenione jako zadowalające [3]. Została przetłumaczona na potrzeby badania w ośrodku wrocławskim.

Parametry oceny leczenia

W opisywanym badaniu autorzy zastosowali statyczny parametr efektywności dla objawów psychopatologicznych oraz subiektywnej jakości życia ocenianych u każdego pacjenta na podstawie pomiarów wartości skal w danych punktach czasowych. Do parametrów statycznych zaliczono wartości pomiarów w dniu wypisania ze szpitala (t4), 3 miesiące po wypisaniu (t5) i 12 miesięcy po wypisaniu (t6). Wielkości te znane są dla każdego pacjenta z osobna i opisują stan w danym momencie pobytu w szpitalu.

Gdy pomiary w poszczególnych punktach po wypisaniu ze szpitala były nieznane – analizy dokonywano na podstawie metody losowego wielokrotnego przydzielania wartości w kolejnych punktach czasowych w określonej grupie badanej (ang. multiple imputations). Metoda ta spotkała się z pozytywną opinią recenzentów europejskich [4].

Poza tym ustalono liczbę rehospitalizacji u pacjentów leczonych na obydwu oddziałach w ciągu 3 miesięcy przed pomiarem t5 i t6.

Analizy statystyczne

Metoda statystyczna oceny różnic parametrów efektywności pomiędzy oddziałem dziennym a stacjonarnym oparta była na analizie wariancji (ANOVA) oraz modelach analizy kowariancji (ANCOVA) ze zmiennymi towarzyszącymi (ang. covariates), takimi jak: czas leczenia i logarytm z tego czasu. Przedstawiono wyniki następujących modeli: niekorygowanego, skorygowanego wartością skali przy przyjęciu do szpitala i skorygowanego długością hospitalizacji. Wszystkie analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego SAS PROC MIXED w Instytucie Statystyki Uniwersytetu Technicznego w Dreźnie [5, 6].

Wyniki

Charakterystyka badanej populacji

W ośrodku wrocławskim na obydwu oddziałach przeważały kobiety (76% – oddział stacjonarny, 60% – oddział dzienny). W związku małżeńskim pozostawało 58% osób z oddziału stacjonarnego (s) i 40% z oddziału dziennego (d). Zasiłek socjalny pobierało

odpowiednio 48% (s) i 66% (d) uczestników badania. Średni czas hospitalizacji na poszczególnych oddziałach wynosił: stacjonarny 58 dni, dzienny 150 dni. Na oddziale stacjonarnym najczęściej (u 57%) rozpoznawano zaburzenia afektywne, w drugiej kolejności (u 28%) zaburzenia z kręgu schizofrenii, na oddziale dziennym natomiast – zaburzenia z kręgu schizofrenii u 53%, a zaburzenia afektywne u 19%. Ponadto na oddział stacjonarny częściej trafiali pacjenci z pierwszym epizodem zaburzeń (17% vs. 4%). Szczegółowe dane socjodemograficzne i kliniczne przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Socjodemograficzna i kliniczna charakterystyka grupy badanej we Wrocławiu

	Wrocław	
	d N = 49-115	s N = 21-123
Płeć – kobiety: N (%)	69 (60)	94 (76)*
Wiek – M (SD)	42 (11)	42 (11)
Stan cywilny – małżeństwo: N (%)	46 (40)	71 (58)*
Sytuacja życiowa – mieszkający samotnie: N (%)	20 (18)	10 (8)*
Status społeczny		
– zatrudnieni: N (%)	16 (14)	17 (14)
– bezrobotni: N (%)	23 (20)	19 (16)
– studenci: N (%)	2 (2)	5 (4)
– otrzymuje (rentę) emeryturę: N (%)	62 (54)	69 (57)
– inne: N (%)	11 (10)	11 (9)
Zasilek socjalny – otrzymuje: N (%)	75 (66)	57 (48)*
Pierwsza manifestacja zaburzenia psychicznego: N (%)	5 (4)	20 (17)*
Liczba wcześniejszych epizodów obecnego zaburzenia:		
– 1-3: N (%)	28 (34)	40 (47)
– powyżej 3: N (%)	55 (66)	45 (53)
Liczba wcześniejszych hospitalizacji stacjonarnych		
– nie było: N (%)	34 (31)	28 (30)
– 1-3: N (%)	51 (47)	41 (44)
– powyżej 3: N (%)	24 (22)	25 (27)
Długość pobytu w oddziale (dni) – M (SD)	150 (81)	58 (43)**
Przeniesienia ¹ – pomiędzy d i s: N (%)	9 (8)	1 (1)*

Dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Główne diagnozy kliniczne przy wypisaniu ICD-10		
- F00-F09: N (%)	8 (7)	1 (1)**
- F10-F19: N (%)	1 (1)	-
- F20-F29: N (%)	60 (53)	35 (28)
- F30-F39: N (%)	22 (19)	70 (57)
- F31: N (%)	4 (4)	8 (7)
- F33: N (%)	13 (11)	37 (30)
- F40-F49: N (%)	21 (18)	13 (11)
- F50-F59: N (%)	-	-
- F60-F69: N (%)	2 (2)	4 (3)
- F70-F79: N (%)	-	-
- F90-F98: N (%)	-	-

d = oddział dzienny, s = oddział stacjonarny

M (mean): średnia, SD (standard deviation): odchylenie standardowe, N: liczba

¹ Np. ponowne przyjęcie na pierwotny oddział w ciągu 2 dni.

* p < 0,05; ** p < 0,01

Psychopatologia

Nasilenie objawów psychopatologicznych w poszczególnych okresach leczenia na obu typach oddziałów (tabela 2):

W momencie wypisania pacjentów z oddziału wykazano istotną przewagę nasilenia objawów psychopatologicznych wśród leczonych na oddziale dziennym ($p = 0,003$). Podczas badania przeprowadzonego trzy miesiące po wypisaniu nie wykazano już różnic pomiędzy badanymi pacjentami obu oddziałów, w tym także w dwóch modelach skorygowanych długością okresu leczenia oraz nasileniem objawów przy przyjęciu. W badaniu przeprowadzonym rok po wypisaniu z oddziału stwierdzono kolejną istotną zmianę w nasileniu objawów psychopatologicznych – większe ich nasilenie wśród pacjentów leczonych na oddziale stacjonarnym ($p = 0,03$), co potwierdziło się także w modelu skorygowanym długością hospitalizacji ($p = 0,04$).

Jakość życia (tabela 3):

Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy oddziałami w ocenie jakości życia w dniu wypisania, trzy miesiące po wypisaniu oraz po roku od wypisania [5].

Ponowne hospitalizacje

Po trzech miesiącach od wypisania z oddziału wśród badanych pacjentów nie stwierdzono rehospitalizacji. Z kolei podczas badania przeprowadzonego rok po wypisaniu, na oddziale psychiatrycznym stacjonarnym hospitalizowano ponownie 6 pacjentów leczonych poprzednio na oddziale dziennym oraz 3 leczonych poprzednio na oddziale stacjonarnym. Na oddziale dziennym hospitalizowano ponownie 2 osoby uprzednio leczone na oddziale dziennym i nikogo z oddziału stacjonarnego.

Tabela 2. Efektywność leczenia w różnych punktach czasowych – psychopatologia¹

Oddział	N	Wartość w dniu wypisania (t4)	Wartość po 3 miesiącach od dnia wypisania skorygowana wartością w dniu przyjęcia	Wartość po 3 miesiącach od dnia wypisania skorygowana długością hospitalizacji ²	Wartość po 12 miesiącach od dnia wypisania (t6)	Wartość po 12 miesiącach od dnia wypisania skorygowana wartością w dniu przyjęcia	Wartość po 12 miesiącach od dnia wypisania skorygowana długością hospitalizacji ²
d	82-102	1,53 (0,037)	1,64 (0,038)	1,64 (0,037)	1,57 (0,042)	1,56 (0,041)	1,57 (0,044)
s	80-105	1,38 (0,037)	1,66 (0,039)	1,63 (0,038)	1,67 (0,038)	1,65 (0,037)	1,67 (0,038)
		0,15 (0,050) -0,05 ... 0,245	-0,02 (0,050)	0,00 (0,048)	-0,11 (0,050)	-0,09 (0,048)	-0,10 (0,051)
		ESE	-0,12 ... 0,080	-0,09 ... 0,097	-0,20 ... -0,008	-0,18 ... 0,009	-0,20 ... -0,002
		95% CI	0,718	0,964	0,034	0,077	0,045
		p-value for ESE		0,773			

¹ Przedział skali dla każdego punktu BPRS wynosi od 1 („nieobecny”) do 7 („ekstremalnie nasilony”)

² Zmienne towarzyszące (covariates): długość hospitalizacji; logarytm tego okresu

³ Wartość średnia dla danej grupy pacjentów; dla modeli skorygowanych wartość średnia dostosowana (ang. adjusted mean)
d = oddział dzienny; s = oddział stacjonarny; ESE: efekt estymacji oddziały; CI: przedział ufności

Tabela 3. Efektywność leczenia w różnych punktach czasowych – jakość życia¹

Oddział	N	Wartość w dniu wypisania (t4)	Wartość po 3 miesiącach od dnia wypisania skorygowana wartością w dniu przyjęcia	Wartość po 3 miesiącach od dnia wypisania skorygowana długością hospitalizacji ²	Wartość po 12 miesiącach od dnia wypisania (t6)	Wartość po 12 miesiącach od dnia wypisania skorygowana wartością w dniu przyjęcia	Wartość po 12 miesiącach od dnia wypisania skorygowana długością hospitalizacji ²
d	80-100	4,16 (0,097)	4,15 (0,100)	4,25 (0,094)	4,27 (0,104)	4,37 (0,098)	4,31 (0,113)
s	79-104	4,30 (0,104)	4,24 (0,095)	4,32 (0,089)	4,32 (0,097)	4,40 (0,092)	4,32 (0,097)
		-0,14 (0,124)	-0,09 (0,124)	-0,08 (0,114)	-0,04 (0,124)	-0,03 (0,114)	-0,01 (0,128)
		-0,39 ... 0,100	-0,33 ... 0,155	-0,30 ... 0,149	-0,29 ... 0,201	-0,26 ... 0,193	-0,26 ... 0,243
		ESE	0,475	0,509	0,733	0,785	0,957
		95% CI		0,676			
		p-value for ESE					

¹ Przedział skali dla każdego punktu MANSa wynosi od 1 („nie może być gorzej”) do 7 („nie może być lepiej”)

² Zmienne towarzyszące (covariates): długość hospitalizacji; logarytm tego okresu

³ Wartość średnia dla danej grupy pacjentów; dla modeli skorygowanych wartość średnia dostosowana (ang. adjusted mean)
d = oddział dzienny; s = oddział stacjonarny; ESE: efekt estymacji oddziały; CI: przedział ufności

Omówienie wyników

Opisywane badanie stanowi przyczynek do dyskusji dotyczącej porównania efektywności różnych form leczenia psychiatrycznego, w tym przypadku oddziału stacjonarnego z oddziałem dziennym. W niektórych z dotychczas przeprowadzonych badań leczenie dzienne okazało się równie lub bardziej skuteczne od leczenia na tradycyjnym oddziale stacjonarnym [7]. Warto wspomnieć, że w Polsce wcześniej podobne badania przeprowadziła Koniecznyńska i wsp. [8] – po roku od wypisania wykazano wyższą skuteczność leczenia na oddziale dziennym w określonym zakresie objawów (autyzm, błądliwość afektywna, poczucie winy, napięcie, podejrzliwość i dziwaczne myśli) u pacjentów ze schizofrenią. We wrocławskim badaniu, pomimo większego nasilenia objawów psychopatologicznych wśród pacjentów oddziału dziennego, po trzech miesiącach nie stwierdzono różnicy w efektywności leczenia między oddziałem stacjonarnym a dziennym jeśli chodzi o nasilenie objawów psychopatologicznych, jakość życia i wskaźnik rehospitalizacji. Po 12 miesiącach od wypisania u pacjentów leczonych wcześniej na oddziale stacjonarnym wykazano większe nasilenie objawów psychopatologicznych. Nie spowodowało to jednak różnic w jakości życia, ocenianej w tym samym punkcie czasowym w obu grupach pacjentów. Różnice dotyczyły natomiast wskaźnika rehospitalizacji. Więcej pacjentów leczonych wcześniej na oddziale dziennym było ponownie hospitalizowanych na oddziale stacjonarnym (6 vs. 3) i dziennym (2 vs. 0) w stosunku do leczonych wcześniej na oddziale stacjonarnym. Uwzględniając powyższe wyniki, można przyjąć, że efektywność leczenia oceniana na podstawie nasilenia objawów psychopatologicznych po wypisaniu ze szpitala nie jest niższa na oddziale stacjonarnym niż na dziennym. Po roku okazała się nawet wyższa, chociaż ten wynik jest niejednoznaczny, gdyż w tej grupie pacjentów jednocześnie stwierdzono więcej przypadków powtórnych hospitalizacji, w tym także na oddziale stacjonarnym. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż na oddziale dziennym leczeni byli pacjenci hospitalizowani kolejny raz, w odróżnieniu od oddziału stacjonarnego, na którym częściej leczeni byli pacjenci hospitalizowani po raz pierwszy. Wśród pacjentów z oddziału dziennego więcej też było chorych z rozpoznaniem schizofrenii, w porównaniu z oddziałem stacjonarnym, gdzie przeważały rozpoznania zaburzeń afektywnych. Być może powtórne hospitalizacje, które nie były powiązane z wyższym nasileniem objawów psychopatologicznych w badaniu kontrolnym po 12 miesiącach, były skutkiem trudności życiowych pacjentów, jakie towarzyszą przewlekłym zaburzeniom psychicznym (schizofrenii). Przemawiałby za tym również fakt długotrwałości leczenia. Średni pobyt na oddziale dziennym był niemal 3-krotnie dłuższy niż na oddziale stacjonarnym. Warto podkreślić, że jak dotąd w Polsce oddziały dzienne psychiatryczne spełniają raczej rolę rehabilitacyjną [9]. Trzeba dodać, że efektywność leczenia na oddziale stacjonarnym i dziennym, oceniana po wypisaniu ze szpitala na podstawie subiektywnej jakości życia po 3 i 12 miesiącach, nie różniła się.

W związku z brakiem znaczącej przewagi efektywności leczenia na oddziale stacjonarnym nad leczeniem na oddziale dziennym badacze niemieccy, na podstawie analizy wyników z części niemieckiego badania EDEN – stwierdzili, że około 30% pacjentów wymagających ostrej hospitalizacji psychiatrycznej może być leczonych w warunkach

szpitala dziennego [10]. Autorzy brytyjscy uważają nawet, że odsetek takich pacjentów może być wyższy – do 40%, a jednocześnie leczenie na oddziale dziennym może się przyczynić do zmniejszenia liczby powtórnych hospitalizacji. Nie zostało to jednak potwierdzone w badaniu EDEN we Wrocławiu [11, 12]. Najprawdopodobniej wynika to z innej organizacji i celów leczenia dziennego w krajach zachodnich (opieka intensywna), szczególnie w Wielkiej Brytanii, w porównaniu z długimi pobytami rehabilitacyjnymi w Polsce. Na różnice te powołują się autorzy głównego artykułu podsumowującego wyniki badania EDEN, odwołując się do braku ścisłych kryteriów zakwalifikowania danej jednostki jako leczącej ostre formy zaburzeń – w systemach opieki zdrowotnej w różnych krajach – co utrudnia jednoznaczną ocenę uzyskanych wyników [4]. Dlatego należałoby podjąć działania w kierunku ujednoczenia struktury i funkcji jednostek leczenia psychiatrycznego, opierając się na najlepiej potwierdzonych rozwiązaniach w krajach europejskich.

Wnioski

We wrocławskim badaniu w ramach projektu EDEN nie wykazano przewagi leczenia stacjonarnego nad leczeniem na oddziale dziennym, opierając się na analizach skali BPRS, skali MANSA oraz wskaźnika rehospitalizacji. Wyniki badania wskazują na konieczność podjęcia dyskusji o możliwości zmiany roli oddziałów dziennych w Polsce w kierunku bardziej aktywnego leczenia. Niezbędne są także dalsze badania porównujące koszty leczenia na dwóch typach oddziałów.

Эффективность лечения в дневном психиатрическом отделении в сравнение со стационарным на основании анализа психопатологических симптомов, субъективной оценки качества жизни и на основании анализа психопатологических симптомов, субъективной оценки качества жизни и частоты регоспитализаций после окончания лечения

Содержание

Задание. Авторы провели анализ психопатологических симптомов, субъективного качества жизни и числа повторных госпитализаций после выписки из больницы для оценки эффективности лечения в дневном и стационарном отделениях в плече полицентрального исследования в г. Вроцлаве Европейского союза ЭДЕН.

Метод. Среди 1089 больных, принятых в психиатрическую больницу в г. Вроцлаве, 238 из них случайным способом было направлено в дневное отделение (115 больных) либо в стационарное (123 больных). Пациенты были обследованы в трех временных промежутках, охватывающих момент выписки, после 3 месяцев и 12 месяцев со времени выписки из больницы. Для оценки различий и утяжеления психопатологических симптомов между пациентами разных отделений использованы показатели пунктов расширенной версии BPRB Вентури, а субъективное качество жизни оценено шкалой MANSA. Проведен анализ статических параметров эффективности (достоверность шкал в данном исследовательском пункте, модели коррекции достоверности в dniu приема и длительностью госпитализации). Проведен анализ частоты вторичных госпитализаций. Статистические анализы после выписки проведены на основании метода случайного многократного приделения показателя в очередных временных пунктах (анг. multiple imputation).

Результаты. После трех месяцев со времени выписки из больницы не отмечено различий в эффективности лечения в обоих отделениях. В исследованиях, проведенных после года после выписки обнаружено боящее утяжеление психопатологических симптомов среди пациентов,

леченных в стационарном отделении ($p = 0,03$), что подтвердилось также в коррелированной модели длительности госпитализации ($p = 0,04$). С другой стороны, пациенты дневного отделения были чаще снова госпитализированы в течение года после выписки.

Выводы. Как обнаружено существенного превалирования эффективности стационарного лечения над дневным пребыванием больных. Это положение основано в результате анализа использованных шкал BPRS и шкале MANS, а также показателя госпитализации.

Effektivität der Behandlung in der psychiatrischen Tagesabteilung im Vergleich mit der stationären Abteilung aufgrund der Analyse der psychopathologischen Symptome, subjektiver Beurteilung der Lebensqualität und Häufigkeit der Rehospitalisierung nach der Behandlung

Zusammenfassung

Ziel. Die Autoren analysierten die psychopathologischen Symptome, subjektive Lebensqualität und die Zahl der wiederholten Hospitalisierungen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und beurteilten damit die Wirksamkeit der Behandlung in der Tagesabteilung und in der stationären Abteilung im Teil der in mehreren Zentren durchgeführten Studie der EU EDEN.

Methode. Unter 1089 Patienten, die in das psychiatrische Krankenhaus in Wrocław aufgenommen wurden, wurden 238 aufgrund einer Stichprobe zur Behandlung in eine Tagesabteilung ($n = 115$) oder in eine stationäre Abteilung ($n = 123$) aufgenommen. Die Patienten wurden zu 3 Zeitpunkten untersucht; bei der Entlassung, 3 Monate nach der Entlassung und 12 Monate nach der Entlassung. Zur Beurteilung der Unterschiede in der Intensität der psychopathologischen Symptome zwischen den Abteilungen wurden die Itemswerte der verbreiteten Version von BPRS Ventura gebraucht, die subjektive Lebensqualität wurde mit der MANSA - Skala beurteilt. Man analysierte die statistischen Parameter der Effektivität: (Skalawert zum gegebenen Studienzeitpunkt, mit dem Wert am Aufnahmetag und mit der Zeitdauer der Hospitalisierung korrigierte Modelle). Man analysierte auch die Häufigkeit der wiederholten Hospitalisierungen. Die statistischen Analysen nach der Entlassung wurden aufgrund der Stichprobe der Multiple Imputations zu folgenden Zeitpunkten durchgeführt.

Ergebnisse. Drei Monate nach der Entlassung wurden keine Unterschiede in der Effektivität der Behandlung in beiden Abteilungen gezeigt. In der Studie, die ein Jahr nach der Entlassung durchgeführt wurde, wurde eine höhere Intensität der psychopathologischen Symptome unter den Patienten, die in der Tagesabteilung behandelt wurden ($p = 0,03$), festgestellt, was sich auch im Modell bestätigt hatte, das mit der Zeitdauer der Hospitalisierungen korrigiert wurde ($p = 0,04$). Dagegen wurden die Patienten der Tagesabteilung häufiger wiederholt in einem Jahr nach der Entlassung hospitalisiert.

Schlussfolgerungen. Es wurde keine absolute Überlegenheit der Effektivität der Behandlung in der stationären Abteilung gegenüber der Tagesabteilung aufgrund der Analyse gezeigt, die sich auf die BPRS-Skala, MANSA - Skala und Index der Rehospitalisierungen stützte.

La comparaison des effets de la thérapie à l'hôpital et de la thérapie à l'hôpital de jour – analyse des symptômes psychopathologiques, de la subjective évaluation de la qualité de vie et du nombre d'hospitalisations après la fin de la thérapie

Résumé

Objectif. Analyser les symptômes psychopathologiques, de la subjective évaluation de la qualité de vie et du nombre d'hospitalisation après la fin de la thérapie pour comparer l'efficacité des thérapies à l'hôpital et à l'hôpital de jour de Wrocław – étude faisant partie des recherches internationales de 'UE EDEN.

Méthode. De 1089 patients hospitalisés à Wrocław on tire au sort 238 patients qui suivent leur thérapie à l'hôpital ($n = 123$) ou à l'hôpital de jour ($n = 115$). Ils sont examinés trois fois: à la fin de leur thérapie, trois mois et douze mois après leur thérapie – avec la version élargie de BPRS de Ventura (on examine l'intensité des symptômes) et la qualité subjective de vie – avec l'échelle MANSA. On analyse les paramètres statistiques d'efficacité: résultats d'échelle dans un point donné, modèles

corrigés des résultats obtenus au début et de la durée de l'hospitalisation. Les analyses statistiques après la thérapie sont faites avec la méthode de la multiple imputation des points consécutifs.

Résultats. Trois mois après la thérapie on n'observe pas de différences d'efficacité de ces deux genres de thérapie. Douze mois après – on note la plus forte intensité des symptômes psychopathologiques chez les patients hospitalisés ($p = 0,03$), cela se confirme aussi dans le modèle corrigé de la longueur d'hospitalisation ($n = 0,04$). Au contraire les patients traités à l'hôpital de jour ont le nombre plus grand d'hospitalisation après la fin de leur thérapie.

Conclusion. L'analyse des résultats des échelles BPRS et MANSA ne démontre pas que les thérapies à l'hôpital sont plus effectives celles à l'hôpital de jour.

Piśmiennictwo

1. Adamowski T, Hadryś T, Rymaszewska J, Kiejna A. *Porównanie efektywności leczenia na psychiatrycznym oddziale dziennym i oddziale stacjonarnym na podstawie analizy objawów psychopatologicznych oraz subiektywnej oceny jakości życia pacjentów.* Psychiatr. Pol. 2005; 6: 1077–1092.
2. Schützwohl M, Jarosz-Nowak J, Briscoe J, Szajowski K, Kallert TW, and the EDEN-study group. *Inter-rater reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) and the Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS-II) in a European multi-site randomized controlled trial on the effectiveness of psychiatric day hospitals.* Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 2003; 12: 197–207.
3. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. *Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).* Int. J. Soc. Psychiatry 1999; 45: 7–12.
4. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawka P, Ocvar L, Raboch J, Starkova-Kalisova L, Koch R, Schützwohl M. *Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial.* J. Clin. Psychiatry 2007; 68 (2): 278–287.
5. Gibbons RD, Hedeker D, Elkin I, Waternaux C, Kraemer HC, Greenhouse JB i in. *Some conceptual and statistical issues in analysis of longitudinal psychiatric data.* Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50: 739–750.
6. Cary NC. *SAS/STAT user's guide, version 8.* SAS Institute Inc.; 1999.
7. Herz MI, Endicott J, Spitzer RL, Mesnikoff A. *Day versus in-patient hospitalization: a controlled study.* Am. J. Psychiatry 1971; 10: 1371–1382.
8. Koniecznyńska Z, Pietrzykowska B, Zaborowski B. *Badania katamnesticzne pacjentów leczonych w oddziale pełnodobowym lub w alternatywnych formach leczenia psychiatrycznego.* Psychiatr. Pol. 1997; 5: 615–624.
9. Rymaszewska J, Kiejna A, Adamowski T, Szurmińska M, Hadryś T, Małyszczak K, Trypka E, Zajac J, Jarosz J. *Charakterystyka psychiatrycznych oddziałów dziennych w Polsce – wyniki badania ankietowego.* Psychiatr. Pol. 2003; 6: 1037–1048.
10. Kallert TW, Matthes C, Glockner M, Eichler T, Koch R, Schützwohl M. *Acute psychiatric day hospital treatment: is the effectiveness of this treatment approach still questionable?* Psychiatr. Prax. 2004; 31 (8): 409–419.
11. Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. *Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment.* BMJ 1990; 300 (6731): 1033–1037.
12. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, Roberts C, Hill E, Wiersma D. *Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders.* Cochr. Datab. Syst. Rev. 2003; (1): CD004026.

Adres: Tomasz Adamowski
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 17.04.2007
Zrecenzowano: 12.06.2007
Przyjęto do druku: 10.04.2008

PSYCHOTERAPIA

NR 2 (145) 2008

Index Copernicus 4,2

SPIS TREŚCI

Rozmowa z Krzysztofem Gąsiorem

Małgorzata Kołodziejek

Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu depresji dzieci i młodzieży

Radosław Tomalski

Aleksytymia i dysocjacja

Mariusz Ślosarczyk

Wybrane problemy psychoterapii pacjentów z tzw. mikroorganicznym uszkodzeniem mózgu

Danuta Sitek

Psychoterapia 8-letniego chłopca z ciężkimi nawykowymi zaparciami

Krzysztof Stachyra

Rola muzyki i wyobraźni w muzykoterapii metodą Guided Imagery and Music (GIM)

Anna Brytek-Matera, Aleksandra Hess

Prezentacja osobistych celów u pacjentek z diagnozą jądłowstrętu psychicznego