

*Pôvodná práca***Monitorovanie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej starostlivosti  
v zariadení bežnej klinickej praxe**

Matúš Bieščad, Jozef Hašto a kolektív

**Súhrn**

V článku sa zoberáme všeobecnými otázkami skúmania efektivity psychiatrickej a psychoterapeutickej starostlivosti, ako je výber vhodného nástroja merania, voľba kritérií individuálnej therapeutickej zmeny a zostavenie výskumného plánu. Monitorovanie výsledkov liečby ilustrujeme na konkrétnom príklade psychiatrickej kliniky. Výber tvorilo 135 pacientov s širokým spektrom psychiatrických diagnóz, u ktorých sme sledovali therapeutické zmeny pomocou dotazníka CORE-OM v oblasti well-being, problémy/symptómy, fungovanie a rizikové správanie. Priemerná dĺžka liečby bola 22 dní. Zmena vo všetkých oblastiach CORE-OM medzi začiatkom liečby a prepustením bola vysoko štatisticky signifikantná, miera efektu (Cohenovo d) pre celkové skóre dosiahla hodnotu 0,84. Z pacientov, ktorí začali liečbu v dysfunkčnom pásme, sa signifikantne zlepšilo alebo vyliečilo 55,3 %. Tieto výsledky v článku diskutujeme a formulujeme niektoré závery pre monitorovanie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby v klinických zariadeniach.

**Kľúčové slová:** výskum efektivity; psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť; dotazník CORE-OM.

**Summary**

This paper deals with the general issues of the monitoring effectiveness of psychiatric and psychotherapeutic care such as selection of the outcome measure and the criteria of an individual therapeutic change. We illustrate them on the example of one psychiatric clinic. The sample of 135 inpatients with various psychiatric diagnoses were assessed using the CORE-OM, a therapy effectiveness tool measuring well-being, problems/symptoms, functioning and risk behavior. The average length of treatment was 22 days. The change between the beginning of the treatment and discharge was on all domains of the CORE-OM statistically significant; the effect size (Cohen's d) for the total score was 0,84. 55,3 % of patients scoring in the dysfunctional range at the beginning of the treatment met the criteria of improvement or recovery. The paper discusses these results and suggests some recommendations for the monitoring of outcome of psychiatric and psychotherapeutic treatment in clinical facilities.

**Key words:** effectiveness research; psychiatric and psychotherapeutic care; CORE-OM questionnaire.

V súčasnej zdravotnej starostlivosti sa môžeme stretnúť so zdôrazňovaním prístupu označovaného ako medicína založená na dôkazoch (evidence-based medicine). S týmto prístupom sa stretávame rovnako aj v oblasti starostlivosti o duševné zdravie. V kontexte psychoterapie sa hovorí o praxi založenej na dôkazoch (evidence-based practice; napr. Bark-

ham a Mellor-Clark, 2003), tiež sa môžeme stretnúť s často používaným termínom empiricky podložené terapie (empirically supported therapies; napr. Chambless a Hollon, 1998) či empiricky validizované terapie. Tento dôraz vyžaduje od klinických zariadení preukazovanie efektivity poskytovanej liečby.

Viacerí autori upozorňujú, že rutinné sledovanie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby môže mať pozitívny klinický dopad. Pozitíva takéhoto monitorovania výsledkov môžeme zhrnúť do nasledovných bodov (podľa Sederer et al., 1997; Granello et al., 1999; Ogles et al., 2002): a) zvyšovanie kvality liečby; b) zaistenie zodpovedného prí-

Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity v Trnave a Psychiatrická klinika, Fakultná nemocnica Trenčín  
**Adresa:** Mgr. Matúš Bieščad, Katedra psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, Slovenská republika  
E-mail: ff@truni.sk

stupu a udržiavanie etického záväzku praktikov pre sledovanie vlastnej kvality; c) obohacovanie klinických vedeckých disciplín o poznatky týkajúce sa fungovania jednotlivých liečebných prístupov v bežnej praxi.

Samotné hodnotenie výsledkov liečby v zariadení bežnej praxe nie je až tak zložitou úlohou, ako sa môže klinikom na prvý pohľad zdať. Využíva sa pri ňom spravidla jednoduchá metodológia a jednoduchá analýza dát. Pre rutinné hodnotenie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby potrebujeme vyriešiť tri kľúčové otázky:

### 1) Výber vhodného nástroja merania

Podľa viacerých autorov (Newman et al., 1999; Sederer et al., 1997; Burlingame et al., 1995) by mal nástroj merania (sebapodudzovací dotazník alebo posudzovacia škála) spĺňať nasledovné kritériá. Mal by mať dostatočné psychometrické vlastnosti (reliabilita a validita), pričom sa do popredia kladie dostatočná citlivosť nástroja merania na terapeutickú zmenu. Nástroj merania by mal byť krátky a jednoducho administratívny, aby nepredstavoval záťaž ani pre pacientov, ani pre personál klinického zariadenia. Nástroj merania by mal byť obsahovo zameraný na klinicky relevantné oblasti zmeny (čo vo väčšine prípadov býva oblasť psychopatologických symptómov a sociálneho fungovania). V neposlednom rade by opakované používanie nástroja merania nemalo byť finančne náročné. V súčasnosti do popredia vystupujú nástroje špecificky zostrojené za účelom merania výsledkov psychoterapeutickej a psychiatrickej liečby, ktoré tieto požiadavky do veľkej miery spĺňajú (sú to napr. dotazníky CORE-OM, OQ-45, BASIS-32, SF-36, posudzovacia škála HoNOS;; pozri viac Bieščad, 2007).

### 2) Volba klinicky zmysluplných kritérií terapeutickéj zmeny

Pri meraní terapeutickéj zmeny je potrebné zvoliť si kritériá, ktoré umožnia odpovedať na otázku, aká zmena je dostatočne veľká a klinicky významná. V súčasnosti sú najčastejšie používanými kritériami individuálnej terapeutickéj zmeny kritériá štatisticky a klinicky významnej zmeny podľa Jacobsona a Truax (1991). Podľa týchto autorov je zmena u pacienta klinicky významná vtedy, ak zmena skóre na príslušnom nástroji merania je väčšia ako chyba nástroja merania a skóre po liečbe prešlo z pásma dysfunkčnej do pásma funkčnej populácie. Z klinického hľadiska by sa mal pacient po liečbe v sledovaných oblastiach priblížiť svojim stavom bežnej populácii.

### 3) Zostavenie výskumného plánu

Pri sledovaní výsledkov liečby v bežnej praxi sa jedná o tzv. výskumy efektivity, ktoré odpovedajú na otázku, či liečba skutočne funguje, ak je poskytovaná v zariadení bežnej praxe (Howard et al., 1996). Tieto výskumy sa realizujú v prirodzených podmienkach bez experimentálnej kontroly, používa sa meranie na začiatku a na konci liečby, dáta sú analyzované jednoduchými štatistickými metódami. Tieto

výskumy efektivity dopĺňajú poznatky o účinnosti psychoterapie overovanej v znáhodňovaných kontrolovaných klinických skúškach (*randomized controlled trials*) a prinášajú tzv. dôkazy založené na praxi (*practice-based evidence*).

Monitorovanie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby budeme ilustrovať na príklade konkrétneho klinického zariadenia, ktoré si v úvode stručne predstavíme.

## Psychiatrická klinika Fakultnej nemocnice v Trenčíne

Psychiatrická klinika FN v Trenčíne (prednosta: MUDr. Jozef Hašto, PhD.) je všeobecnou psychiatrickou klinikou poskytujúcou hospitalizačnú liečbu pre celé spektrum psychiatrických porúch dospelých populácie. Keďže v oblasti chýba gerontopsychiatrické oddelenie, klinika prijíma sčasti aj gerontopsychiatrických pacientov. Kapacita kliniky je 80 lôžok, spádovú oblasť kliniky tvorí 180 tisíc obyvateľov. Súčasťou kliniky je aj príjmová a konziliárna ambulancia, ktorá je personálne zabezpečená dvoma lekármi-psychiatrami. V lôžkovej časti je činných obvykle 8–9 psychiatrov. Ďalšími členmi personálu sú traja klinickí psychológovia, dve magistry sociálnej práce a stredný zdravotnícky personál.

Klinika poskytuje komplexnú psychiatrickú a psychoterapeutickú liečbu. Vizity ošetrovujúcim lekárom sa konajú denne, primárske vizity jedenkrát do týždňa, v akútnych prípadoch dvakrát do týždňa. Častou súčasťou liečby je popri farmakoterapii ergoterapia, muzikoterapia, arteterapia, aerobický tréning; rehabilitačné sestry na oddelení poskytujú fyzikálnu terapiu, nácvik regulovaného dýchania, vedú skupinu hatajogy. Klinika poskytuje aj týždňové posilňujúce hospitalizácie pre abstínujúcich pacientov, ktorí v minulosti absolvovali liečbu závislosti od alkoholu. Klinika je vedená štýlom terapeutickéj komunity (Jones, 1976) s dennými stretnutiami personálu a pacientov na princípe dobrovoľnosti. Prakticko-organizačná stránka vedenia a chodu kliniky sa v mnohom opiera o model Bleulerovej školy (Ernst, 1988). V tíme je tendencia utvárať a využívať na klinike pozitívnu vzťahovú atmosféru, umožniť tak zážitok „bezpečnej základne“ v zmysle Bowlbyho teórie vzťahovej väzby (Hašto, 2006). Rodinným príslušníkom sú od personálu poskytované suportívno-poradenské a edukačné rozhovory.

Po ukončení hospitalizácie pacientov prepúšťame do ambulancie starostlivosti, spravidla k svojmu psychiatrovi v spádovej oblasti alebo ich ďalej lieči ošetrojúci lekár v príjmovej a konziliárnej ambulancii. V záujme prijatia ďalších pacientov sú často hospitalizácie kratšie, ako by bolo optimálne. Niektorí pacienti sú preto prepúšťaní s pretrvávajúcou symptomatikou. Časť pacientov po ukončení hospitalizácie odporúčame do Denného psychiatrického stacionára, kde absolvujú príslušný liečebný program alebo jeho vybrané časti. V roku 2006 bolo prepustených 957 pacientov, priemerný ošetrovací čas na pacienta bol 19,7 dní.

Čo sa týka poskytovanej psychoterapie, pre pacientov sú podľa individuálnej indikácie dostupné skupinové psychoterapeutické programy alebo individuálna psychoterapia. Na

klinike prebiehajú dva ucelené skupinové programy, a to skupinová psychoterapia pre pacientov so závislosťou od alkoholu s trojtýždenným pobytom po odznení abstinenčného syndrómu a skupinový kognitívno-behaviorálny program pre depresívnych pacientov. Skupinová modalita sa využíva aj pre asertívny tréning. Hlavným indikačným kritériom je tu už premorbídny deficit asertivity a pokles aktuálnej symptomatiky natolko, že sa pacient dokáže učiť novým sociálnym zručnosťami. Nácvik relaxácie (autogénny tréning a Jacobsonova progresívna relaxácia) sa realizuje individuálne, na základe individualizovanej indikácie a pri vyhlídkach na fungujúce pracovné spojenectvo.

Podľa individuálnej indikácie je pacientom poskytovaná aj intenzívna individuálna psychoterapia (suportívno-eklektická, psychodynamická alebo KBT). Pri fóbiách a obsedantno-kompulzívnych symptómoch sa využívajú expozičné techniky (Hašto, 1996). U psychotraumatizovaných pacientov stabilizačné imaginačné techniky a EMDR (Ralaus, 2006; Ševčíková a Vojtová, 2007).

Členovia vysokoškolského personálu majú ukončený komplexný psychoterapeutický výcvik (psychodynamická psychoterapia, KBT, koncentratívno-pohybová terapia, katatýmno-imaginatívna psychoterapia, gestaltterapia, na človeka zameraný prístup), prípadne sú frekventantmi takéhoto prebiehajúceho výcviku. Všetci členovia personálu majú absolvovaný tréning v relaxačných technikách (autogénny tréning, progresívna svalová relaxácia) a viacerí aj v hypnóze a EMDR. Skúsenosť s rôznymi psychoterapeutickými technikami formou zážitku na sebe majú aj viaceré sestry.

## Metóda

V tejto časti opíšeme spôsob, ktorý sme použili na monitorovanie výsledkov psychiatrickej starostlivosti na predstavenej Psychiatrickej klinike FN Trenčín.

## Nástroj merania

Ako nástroj merania bol použitý britský dotazník CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*; CORE System Group, 1998; Evans et al., 2000), ktorý prešiel procesom slovenskej adaptácie (Gampe, Bieščad et al., 2007). Je to nástroj špecificky vyvinutý na monitorovanie výsledkov psychoterapie v bežnej praxi, je zameraný na kľúčové oblasti terapeutickú zmenu. Skladá sa zo 34 položiek, ktoré sú združené do troch základných oblastí, ktoré vychádzajú z empiricky overeného fázového modelu psychoterapie (Howard et al., 1993). Týmito oblasťami sú:

1. subjektívny well-being (4 položky);
2. problémy/symptómy (12 položiek);
3. fungovanie (interpersonálne a sociálne) (12 položiek).

Štvrtou prídavnou oblasťou je rizikové správanie (voči sebe a druhým) (6 položiek).

## Procedúra výskumu

Pacienti boli s postupom a cieľmi výskumu oboznámení v informovanom súhlase, účasť na výskume bola anonymná a dobrovoľná. Z výskumu boli vylúčení pacienti s ťažším kognitívnym narušením alebo dezorientovaní pacienti (napr. pri akútnej ťažkej psychóze, delíriu, pri demenciách), ako aj manickí pacienti. Odhadujeme, že z týchto dôvodov bola vylúčená približne 1/3 pacientov prijímaných na hospitalizáciu. Výskum sa realizoval v mesiacoch január až jún 2006. Celkový počet vyplnených dotazníkov bol 142 (t. j. 25 % prepustených pacientov v tomto období). Časť pacientov prepustených v období trvania výskumu začala liečbu pred jeho začiatkom, preto do tohto výberu neboli zaradení. Pacienti vyplnili dotazník CORE-OM v širšej batérii nástrojov merania, spolu s príslušným klinikom vyplnili sprievodný dotazník „Začiatok liečby“, ktorý sa týkal vstupných charakteristík pacientov (pohlavie, vek, rodinný stav, ukončené vzdelanie, zamestnanie, predchádzajúca liečba, diagnóza). Dotazník vyplnili pacienti v priemere jeden deň po začatí liečby (v rozmedzí 0 až 8 dní od začatia liečby). Opakovane vyplnili pacienti dotazník pri odchode z oddelenia, príslušný klinický pracovník vyplnil sprievodný dotazník „Ukončenie liečby“, ktorý sa týkal charakteristík liečby (dĺžka, absolvované súčasti liečby [farmakoterapia, psychoterapia, ergoterapia a pod.], počet terapeutických stretnutí, modalita a druh psychoterapie).

## Výber

Konečný výber tvorilo 135 pacientov, z nich 71 (52,6 %) bolo žien. Vek pacientov sa pohyboval v rozmedzí 22 až 80 rokov (priemer 44,2 rokov; štandardná odchýlka 11,9 rokov). Prevažovalo ukončené stredoškolské vzdelanie (76,3 %), potom základné (14,1 %) a vysokoškolské (6,7 %). Väčšina pacientov bola zamestnaných (40,0 %), potom to boli invalidní dôchodcovia (25,2 %), nezamestnaní (19,3 %) a iní. Najväčšiu skupinu tvorili pacienti žijúci v manželstve (43,7 %). Diagnostické zloženie pacientov bolo nasledovné: poruchy vyvolané zneužívaním návykových látok (41,5 %); afektívne poruchy (31,1 %); psychotické poruchy (15,6 %); neurotické a úzkostné poruchy (5,2 %) a poruchy osobnosti (3,0 %). U 17 % pacientov bola zaznamenaná aj „komorbidná“ psychiatrická diagnóza (prevažne neurotické a afektívne poruchy). Veľa pacientov absolvovalo v období posledného roka predchádzajúce psychiatrické liečenie (36,3 % pacientov bolo hospitalizovaných, ambulanciu psychiatrickú liečbu absolvovalo 12,6 % pacientov).

## Charakteristiky liečby

Dĺžka liečby bola v rozmedzí 4 až 73 dní (priemer 22 dní). U 94 % pacientov bola uvedená ako súčasť liečby farmakoterapia. Až u 90 % pacientov bola uvedená ako súčasť liečby psychoterapia. Všetkým pacientom však bola poskytnutá určitá forma psychosociálnej intervencie, ako je psychoedukácia, ergoterapia, a výberovo arteterapia, muzikoterapia a pod. Čo sa týka poskytnutej psychoterapie, za celú liečbu pacienti absolvovali 1 až 52 psychoterapeutických se-

Tabuľka 1. Porovnanie skupinových priemerov na začiatku liečby a pri prepustení (n = 135) na dotazníku CORE-OM.

	na začiatku liečby M (SD)	pri prepustení M (SD)	t(df=134)	miera efektu (ES)
well-being (W)	2,35 (1,05)	1,60 (0,89)	9,89***	0,77
problémy/symptómy (P)	2,15 (0,99)	1,40 (0,86)	10,86***	0,81
fungovanie (F)	1,72 (0,73)	1,23 (0,68)	8,77***	0,69
rizikové správanie (R)	0,63 (0,72)	0,28 (0,47)	6,19***	0,58
celok – R	2,00 (0,82)	1,36 (0,74)	10,70***	0,82
CELOK	1,76 (0,75)	1,17 (0,66)	10,76***	0,84
Pozn.: *** sig. (2-stranná) p<0,001				

dení (priemerne 12,5 sedení). V priemere za týždeň absolvovali pacienti 4 psychoterapeutické sedenia. Čo sa týka modality terapie, 51 % pacientov absolvovalo individuálnu psychoterapiu, 27 % skupinovú terapiu a 21 % kombináciu individuálnej a skupinovej. Prevažovala suportívna psychoterapia (50 %), potom psychodynamická (16 %), KBT (16 %), humanistická (5 %) a iné. Poznámka: najviac zastúpená suportívna psychoterapia je v tíme chápaná ako akcent na suportívny pól spektra psychodynamických psychoterapií spolu s integratívno – eklektickým prístupom (pozri napr. Novalis et al., 1999; Winston et al., 2006).

## Výsledky

Sledované výsledky psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby sme analyzovali dvoma spôsobmi, ktoré postupne uvedieme. Pozreli sme sa na priemernú zmenu celej skupiny pacientov, tiež na individuálnu terapeutickú zmenu.

### Zmena v skupine pacientov

V prvej analýze sme sledovali zmenu v skupinových priemeroch skóre dotazníka CORE-OM pri prijatí na liečbu a pri prepustení. V tabuľke 1 uvádzame štatistické porovnanie priemerného skóre jednotlivých oblastí CORE-OM na výbere sledovaných pacientov.

Skóre vo všetkých oblastiach aj v celku CORE-OM v skupine pacientov pri prepustení vysoko štatisticky významne pokleslo v porovnaní so začiatkom liečby. Pripomenieme, že sa jednalo o liečbu s priemernou dĺžkou trvania 22 dní. Miery efektu (effect size – ES), ktoré sme vypočítali prostredníctvom Cohenovho d (Cohen, 1988) predstavujú vysoký až veľmi vysoký efekt.

### Individuálna terapeutická zmena

Druhou analýzou monitorovania výsledkov liečby bolo sledovanie individuálnej terapeuticko zmeny. Táto analýza mala priniesť odpoveď na otázku, ako sa zmenili jednotliví pacienti. Použili sme v úvode spomínané kritériá štatistiky a klinicky významnej zmeny (Jacobson a Truax, 1991), podľa ktorých môžeme výsledok liečby pacientov na základe zmeny ich skóre v dotazníku CORE-OM na začiatku liečby a pri prepustení zaradiť do jednej zo štyroch kategórií:

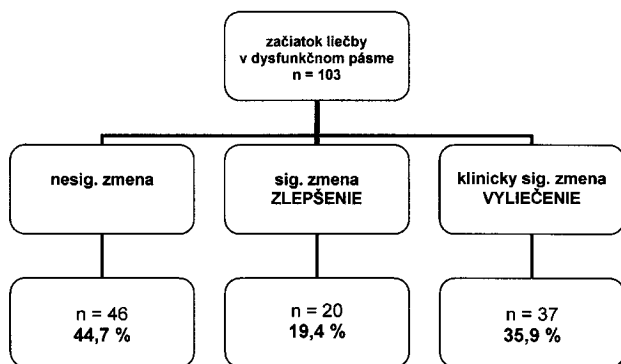
- nesignifikantná zmena – zmena je malá, neprekročí chybu nástroja merania (tzv. index spoľahlivej zmeny – reliable change index – RCI),
- štatisticky významná zmena (nazývaná aj zlepšenie) – zmena je dostatočne veľká, štatisticky významná, prekročí index RCI,
- klinicky významná zmena (nazývaná aj vyliečenie) – zmena je štatisticky významná, súčasne sa pacient so svojim skóre dostáva do pásma funkčnej populácie, skóre klesne pod hodnotu tzv. cut-off skóre,
- klinicky významné zhoršenie – zmena, ktorá prekročí chybu nástroja merania, ale v smere väčšej patológie.

## Výsledky

Z priemerov a štandardnej odchýlky normatívnych dát bežnej a klinickej populácie sa podľa kritérií Jacobsona a Truax (1991) vypočíta spomínané cut-off skóre, t. j. skóre deliace populáciu na funkčnú a dysfunkčnú (patologickú). Z nášho výberu 32 pacientov (23,7 %) začalo liečbu v pásme funkčnej populácie (so skóre nižším ako cut-off skóre). To znamená, že u týchto pacientov bolo skóre na dotazníku CORE-OM na začiatku liečby bližšie k priemeru bežnej populácie. U týchto pacientov je obmedzená možnosť dosiahnutia kritérií štatistiky a klinicky významnej zmeny, keďže ich skóre je už

na začiatku liečby dostatočne nízke. Klinicky zmysluplné je sledovanie individuálnej terapeutickú zmeny u pacientov so začiatkom liečby v pásme dysfunkčnej populácie. Preto ostatné analýzy budú realizované s touto skupinou pacientov. Na tomto mieste len uvedieme, aký výsledok dosiahla skupina 32 pacientov so začiatkom liečby v pásme funkčnej populácie. Celkovo podľa očakávania u veľkej väčšiny týchto pacientov (30 pacientov) sa skóre medzi začiatkom liečby a pri prepustení nezmenilo signifikantne. U jedného pacienta došlo k signifikantnému poklesu skóre a u jedného pacienta sa skóre signifikantne zvýšilo, pacient sa teda zhoršil. Na základe zdravotného záznamu je možné presne odsledovať, o akého pacienta išlo a hľadať príčiny, ktoré mohli viesť k takémuto výsledku.

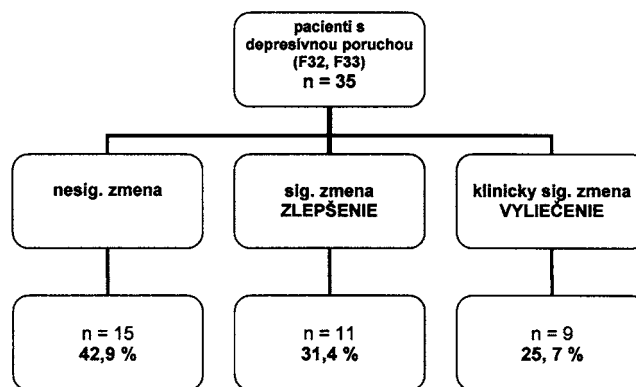
Na obrázku 1 sú uvedené výsledky individuálnej terapeutickú zmeny pre skupinu pacientov so skóre na začiatku liečby v pásme dysfunkčnej populácie.



Obrázok 1. Individuálna terapeutická zmena v skupine pacientov, ktorí začali liečbu v pásme dysfunkčnej populácie (n=103) na základe skóre na dotazníku CORE-OM.

Z výsledkov vidíme, že pre 57 pacientov (55,3%) viedla liečba k signifikantnému zlepšeniu alebo vyliečeniu. Individuálnu terapeutickú zmenu je možné sledovať vo vybraných skupinách podľa určitých charakteristík (napr. podľa diagnózy). Výsledky v týchto skupinách možno vzájomne porovnávať, respektíve je možné porovnať výsledky jednotlivých skupín vzhľadom na celkové výsledky. Na obrázku 2 uvádzame výsledky individuálnej terapeutickú zmeny pre skupinu pacientov s depresívnou poruchou (diagnózy F32 a F33).

Výsledky v tejto skupine pacientov sú mierne odlišné od výsledkov celej skupiny. V tabuľke 2 uvádzame ich porovnanie. Môžeme vidieť, že v skupine pacientov s depresívnou poruchou bolo v porovnaní s celou skupinou viac pacientov, ktorí splnili kritérium štatisticky signifikantného zlepšenia, ale menej pacientov naplnilo kritérium vyliečenia.



Obrázok 2. Individuálna terapeutická zmena v skupine pacientov s depresívnou poruchou (n = 35) na základe skóre na dotazníku CORE-OM.

Tabuľka 2. Porovnanie výsledkov individuálnej terapeutickú zmeny pre všetkých pacientov s pacientmi s diagnózou depresívnej poruchy.

	všetci pacienti (n = 103)	pacienti s depresívnou poruchou (n = 35)
nesig. zmena	44,7 %	42,9 %
sig. zmena ZLEPŠENIE	19,4 %	31,4 %
klinicky sig. zmena VYLIEČENIE	35,9 %	25,7 %

## Diskusia

Na výbere pacientov sme zaznamenali výrazný pokles skóre na dotazníku CORE-OM. Miera efektu pre celkové skóre CORE-OM bola 0,84, čo podľa Cohena (1988) predstavuje veľmi veľký efekt. Liečba teda v zmysle poklesu priemerného skupinového skóre viedla k veľkej zmene a preto ju môžeme považovať za efektívnu. Miera efektu pre skupinu pacientov, ktorí začali liečbu v dysfunkčnom pásme bola ešte vyššia, dosiahla hodnotu až 1,26. Celkovo bola liečba efektívna vo všetkých sledovaných oblastiach, teda v oblasti symptómov, duševnej pohody a sociálneho fungovania, tiež v oblasti rizikového správania.

V našom výbere 32 pacientov (23,7%) začalo liečbu v pásme funkčnej populácie. Jednalo sa hlavne o skupinu v súčasnosti abstinujúcich pacientov s liečenou závislosťou

od alkoholu, ktorí boli prijatí na kliniku na týždňovú posilujúcu hospitalizáciu.

Z pacientov, ktorí začali liečbu v dysfunkčnom pásme, až 55,3 % dosiahlo kritérium zlepšenia alebo vyliečenia, čo opäť prináša dôkaz o efektívnosti liečby. Stále však ostáva pomerne veľká skupina pacientov, ktorí nedosiahli signifikantnú zmenu. To mohlo byť zapríčinené z viacerých dôvodov. Samotné kritérium štatisticky signifikantnej zmeny bolo veľmi prísne, lebo index spoľahlivej zmeny (RCI) bol vypočítaný najkonzervatívnejším spôsobom. Aj v skupine pacientov s tzv. nesignifikantnou zmenou v skutočnosti skóre kleslo, pokles však nebol dostatočne veľký, aby mohol byť označený za signifikantný. Ďalšou príčinou môže byť krátka priemerná dĺžka liečby (iba 22 dní). Jedným z dôvodov takej krátkej liečby je spomínaný tlak na lôžka a snaha prijať ďalších čakajúcich pacientov. Prepustenie pacienta z kliniky však nepredstavuje ukončenie liečby, nakoľko takmer všetci pacienti sú odporúčaní do ambulantnej starostlivosti. Nedosiahnutie kritéria signifikantnej zmeny preto neznamená automaticky negatívny výsledok liečby.

Keďže metodika zberu dát od pacientov si vyžadovala ich aktívnu spoluprácu, nemohli byť do sledovania zahrnutí mnohí pacienti, ktorí boli prijatí v ťažkých psychotických stavoch (delíriá, exacerbované alebo akútne ťažké schizofrénie, schizoaфекtívne alebo depresívne psychózy), z ktorých mnohí boli pri prepustení v podstatne zlepšenom stave. Vzhľadom na zameranie práce sme však túto problematiku bližšie nemonitorovali.

V celej skupine pacientov nášho výberu ( $n = 135$ ) iba u jedného pacienta došlo k signifikantnému nárastu skóre a teda k zhoršeniu. Týmto pacientom bol muž vo veku 44 rokov, ženatý, zamestnaný. Bol hospitalizovaný pre stredne ťažkú depresívnu fázu (F32.1), jeho liečba trvala 16 dní počas ktorej bol pacient liečený farmakologicky a absolvoval intenzívnu individuálnu KBT. Podrobnejšie informácie o anamnéze a liečbe je možné odčítať z chorobopisu. Čo však mohlo ovplyvniť výsledok u tohto pacienta je skutočnosť, že pacient nevyplnil dotazník CORE-OM v prvých dňoch liečby, ale až ôsmy deň (najneskôr z celého výberu). Jeho úvodné skóre preto nemuselo odrážať mieru psychického distressu, s akou bol prijatý do liečby. Rozdiel medzi meraniami preto u neho nemusí odrážať skutočnú zmenu medzi prijatím a prepustením. To len potvrdzuje dôležitosť, aby bol dotazník na meranie výsledku liečby administrovaný čo najskôr na začiatku liečby, pretože každým dňom pobytu v zariadení sa môže miera psychického distressu meniť, spravidla sa znižuje (Ogles et al., 2002).

Zistené výsledky celkovo hovoria o efektívnosti liečby zistenej na našom výbere pacientov. Na Slovensku však chýba nejaký referenčný rámec, na základe ktorého by sa tieto výsledky liečby dali detailnejšie zhodnotiť. V Británii, kde sa dotazník CORE-OM používa vo veľkom počte zariadení, je vytváraná národná databáza, ktorá umožňuje tzv. benchmarking, to znamená vytváranie určitých noriem, s ktorými je možné výsledky porovnať (Evans et al., 2003; Gilbert et al., 2005; Mellor-Clark et al., 2006). Výsledky liečby sú však vo veľmi veľkej miere ovplyvnené skladbou pacientov v prí-

slušnom zariadení (úlohu tu zohráva predovšetkým diagnóza, závažnosť psychického narušenia, ale aj iné premenné ako napr. dostatočná sociálna podporná sieť pre pacientov, socioekonomický status pacientov a pod.). Túto skutočnosť treba vždy brať do úvahy pri hodnotení výsledkov liečby, či porovnávaní výsledkov v jednotlivých zariadeniach. Porovnanie výsledkov v jednotlivých zariadeniach je preto aj veľmi ťažko interpretovateľné.

## Obmedzenia výskumu

Náš výskum sa zameriaval na výskum efektivity, ktorým sa sledujú výsledky liečby tak, ako je poskytovaná v bežnej praxi. Sledovanie efektivity liečby v bežnej praxi je veľmi cenné o doplnia poznanie o účinnosti liečby zisťovanej v znáhodňovaných kontrolovaných skúškach. Výskumy efektivity však v porovnaní s kontrolovanými skúškami používajú jednoduchšie metodologické plány, z ktorých vyplývajú aj ich obmedzenia (experimentálne znáhodňované skúšky majú takisto svoje metodologické obmedzenia, u nás pozri napr. Timulák, 2005).

Obmedzením nášho výskumu bolo, že sme použili iba jeden nástroj merania, dotazník CORE-OM. Aj keď sa jedná o psychometricky overený a na naše podmienky adaptovaný nástroj merania, s použitím iného nástroja sme mohli dospieť k iným výsledkom. Ďalším obmedzením je, že išlo o sebaopisovací nástroj. Hodnotenie zmeny z inej perspektívy (klinik, rodinný príslušník, objektívny ukazovateľ zmeny) mohlo viesť k odlišným výsledkom (a doterajšie štúdie potvrdzujú, že tomu tak naozaj je, pozri zhrnutie v Hill a Lambert, 2004).

Do nášho výberu neboli zaradení všetci pacienti, ktorí v danom období absolvovali liečbu na klinike. Dáta sme získali od jednej štvrtiny pacientov liečiacich sa na klinike v období trvania výskumu, aj keď bola vyvinutá snaha o zachytenia čo najväčšieho počtu pacientov. Ako už bolo zmienené, v začiatkoch hospitalizácie nespokojujúci pacienti nemohli byť v tomto sledovaní podchytení (ich výskyt odhadujeme na cca 1/3 hospitalizovaných), pričom u mnohých sme klinicky zaznamenali v priebehu hospitalizácie podstatné zlepšenie. Časť pacientov prepustených v dobe trvania výskumu bola prijatá na liečbu pred začatím výskumu, neboli teda k dispozícii ich vstupné dáta, preto nemohli byť zaradení do výskumu. Ďalej na základe následných diskusií s ošetrojúcimi lekármi, ktoré sme realizovali po skončení zberu dát, odhadujeme, že približne 1/3 hospitalizovaných pacientov nebola podchytená kvôli časovej a logistickej náročnosti výskumu, ktorý veľakrát presahoval možnosti ošetrojúceho personálu. Dotazník CORE-OM bol z dôvodu širšie koncipovaného výskumu (pozri Bieščad, 2007; Bieščad a Timulák, 2008) administrovaný v batérii s ďalšími tromi nástrojmi merania výsledku. Vyplnenie kompletnej batérie mohlo u niektorých pacientov v závislosti od ich psychického narušenia trvať aj viac ako 60 minút. Takisto v niektorých prípadoch dochádzalo k zastupovaniu ošetrojúceho lekára, k ponáhľaniu sa pacienta pri prepustení a pod. Táto skutočnosť je však významná, lebo hovorí o dôležitosti infra-

štruktúry zberu a spracovania dát pri monitorovaní výsledkov liečby v klinickom zariadení. Je potrebné zvážiť personálne, technické, časové, finančné a iné možnosti, ktorými zariadenie disponuje a ktoré možno využiť pri monitorovaní výsledkov liečby. V tomto smere sa javia ako veľmi sľubné softvérové riešenia spracovania a agregácie dát, ktoré existujú aj pre dotazník CORE-OM (Mellor-Clark et al., 2006), na Slovensku však takýto ani žiadny iný podobný softvér nie je zatiaľ k dispozícii.

## Záver

Príspevok je ukázkou rutinného monitorovania výsledkov liečby v klinickom zariadení. Výsledky monitorovania poskytli dôkazy o efektívnosti liečby v danom zariadení. Poskytli aj hypotézy o možnom zvyšovaní efektivity liečby (napr. predĺženie hospitalizácie u niektorých pacientov, čo vychádzalo aj z klinického pozorovania), či preukázali odlišný výsledok liečby pre odlišné skupiny pacientov.

Súčasne výskum preukázal vhodnosť dotazníka CORE-OM na meranie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby v klinickom zariadení na Slovensku. Dotazník CORE-OM bol dostatočne citlivý na zmenu – aj pre porovnanie skupinových priemerov aj pri meraní individuálnej terapeutickú zmeny. Použitie štandardizovaného nástroja merania, akým je dotazník CORE-OM, môže poskytnúť dôležitú spätnú väzbu o zmene psychického stavu pacienta v sledovaných oblastiach. Informácie o terapeutickú zmene pacienta sa získavajú súčasne z viacerých zdrojov (predovšetkým je to vlastné klinické pozorovanie pacienta počas hospitalizácie), používanie výsledkov zo štandardizovaného dotazníka však môže tieto zdroje zaujímavým obohatiť.

Výhody rutinného používania štandardizovaného nástroja merania (akým je aj použitý dotazník CORE-OM) na sledovanie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby môžeme zhrnúť do týchto bodov:

1. Sledovanie zmeny psychického stavu na základe získaného skóre pred liečbou a po liečbe môže poskytnúť ďalší zdroj pohľadu na túto zmenu. To môže obohatiť ostatné zdroje informácií o zmene pacientov (klinické pozorovanie, globálne zhodnotenie svojho stavu pacientom, informácie od rodinných príslušníkov).
2. Používanie štandardizovaného nástroja merania umožňuje zistiť údaje o terapeutickú zmene rovnakým spôsobom pre všetkých pacientov, čo je základom pre prípadné porovnanie výsledkov liečby u rôznych pacientov. U každého pacienta sledujeme veľkosť zmeny v rovnakých oblastiach a v rovnakých „jednotkách“ merania.
3. Dlhodobé používanie takéhoto sledovania umožňuje zhromažďovanie údajov a vytváranie databáz, pomocou ktorých môže zariadenie dlhodobo sledovať svoju efektívitu, porovnávať si ju pre jednotlivé skupiny pacientov alebo pre jednotlivé liečebné prístupy. Takisto môže sledovať ako sa mení efektívnosť zariadenia v čase.
4. Rutinné používanie rovnakého nástroja merania vo viacerých zariadeniach umožňuje porovnanie jednotlivých

vých zariadení a vytvorenie noriem s priemernými hodnotami efektivity pre celú sieť zariadení. Jednotlivé zariadenia je možné porovnať vzhľadom k „priemernému“ zariadeniu.

5. Zachytenie výsledkov liečby prostredníctvom štandardizovaného nástroja merania poskytuje kvantitatívne výsledky, ktoré je možné používať na preukazovanie efektivity pre zdravotné poisťovne alebo iné inštitúcie zainteresované do financovania psychiatrickej alebo psychoterapeutickej starostlivosti.

V praxi sa sledovanie efektivity často dopĺňa aj o zisťovanie tzv. spokojnosti pacientov (*satisfaction survey*), ktoré sa môže týkať celkovej spokojnosti s liečbou, zariadením, či jednotlivými stránkami liečby, čo môže využiť manažment zariadenia pre sledovanie a zvyšovanie kvality poskytovaných služieb.

Výskumy efektivity prinášajú poznanie o fungovaní liečby poskytovanej v bežnej praxi. Týmto spôsobom overujú, nakoľko výsledky zistené v špeciálnych experimentálnych podmienkach sú replikovateľné aj v podmienkach každodennej praxe, čím zreálňujú pohľad na skutočnú účinnosť psychiatrickej a psychoterapeutickej starostlivosti.

---

Práca bola podporená grantom VEGA č. 1/4520/07. V skrátenej forme odznela ako referát na 26. česko-slovenskej psychoterapeutickej konferencii, október 2007, Luhačovice, ČR.

Naše poďakovanie za spoluprácu a spoluúčasť na projekte si zaslúhujú: Mgr. Ivana Ilavská, MUDr. Mehria Margočová, MUDr. Andrea Ševčíková, MUDr. Vanda Jakešová, PhDr. Oľga Švančarová, Mgr. Hana Vojtová, Mgr. Marta Poliaková, MUDr. Elena Podolanová, MUDr. Bohdana Birešová, MUDr. Monika Janíková, MUDr. Abdul Naahl, MUDr. Robert Košťan, MUDr. Dana Gažová, Jana Drašnarová.

## Literatúra

**Barkham, M., Mellor-Clark, J.:** Bridging evidence-based practice and practice based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 2003, s. 319-327.

**Bieščad, M.:** Aplikácia nástrojov merajúcich výsledky psychoterapie. Porovnanie citlivosti nástrojov merania v jednotlivých oblastiach terapeutickú zmeny. Dizertačná práca. Trnava: Filozofická fakulta TU 2007.

**Biescad, M., Timulak, L.:** Comparison of the CORE-OM, OQ-45, Outcome Rating Scale and Symptom Checklist-10R used in routine outcome monitoring in Slovakia. Book of Abstracts. Society for Psychotherapy Research 39th International Meeting, June 18-21, 2008, Barcelona, Spain.

**Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Reisinger, C. W., Neff, W. M., Mosier, J.:** Pragmatics of tracking mental health outcomes in a managed care setting. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 1995, č. 3, s. 226-236.

- Chambless, D.L., Hollon, S.D.:** (1998). Defining empirical supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1998, č. 1, s. 7-18.
- Cohen, J.:** Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1988.
- CORE System Group:** CORE System (information management) handbook. Leeds, England: Author, 1998.
- Ernst, K.:** Praktische Klinik-Psychiatrie. Berlin: Springer 1988.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C., Mellor-Clark, J.:** Practice-based evidence: benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 2003, s. 374-388.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., McGrath, G.:** CORE - Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 2000, s. 247-255.
- Gampe, K., Bieščad, M., Balúnová-Labaničová, L., Timulák, L., Evans, Ch.:** Slovenská adaptácia metódy CORE-OM. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 103, 2007, č. 1, s. 4-13.
- Gilbert, N., Barkham, M., Richards, A., Cameron, I.:** The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: a benchmarking study using the CORE system. *Primary Care Mental Health*, 3, 2005, s. 241-251.
- Granello, D. H., Granello, P. F., Lee, F.:** Measuring treatment outcomes and client satisfaction in a partial hospitalization program. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26, 1999, č. 1, s. 50-63.
- Hašto, J.:** Prehľad niektorých špecifických psychoterapeutických metód účinných pri obsesiách a kompulziách. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 92, 1996, č. 6, s. 359-364.
- Hašto, J.:** Vzťahová väzba, pripútavacie správanie a psychiatria - psychoterapia. *Psychiatrie*, 10, 2006, č. 1, s. 36-39.
- Hill, C.E., Lambert, M.J.:** Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-135). New York: Wiley 2004.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., Martinovich, Z.:** A phase model of psychotherapy outcome: Casual mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1993, s. 678-685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., Lutz, W.:** Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1996, č. 10, s. 1059-1064.
- Jacobson, N.S., Truax, P.:** Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1991, s.12-19.
- Jones, M.:** Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft. Bern: H. Huber 1976.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Mothersole, G., McInnes, B., Evans, R.:** Reflections on benchmarking NHS primary care psychological therapies and counseling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 2006, č. 1, s. 81-87.
- Newman, F. L., Ciarlo, J. A., Carpenter, D.:** Guidelines for selecting psychological instruments for treatment planning and outcome assessment. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 153-170). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1999.
- Novalis P.N., Rojewicz J., Peele R.:** Klinická príručka podpornej psychoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F 1999.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., Fields, S.A.:** Essentials of outcome assessment. New York: Wiley 2002.
- Ralaus, D.:** Spracovanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov. *Psychiatria*, 13, 2006, č. 3-4, s. 167-176.
- Sederer, L.I., Dickey, B., Eisen, S.V.:** Assessing outcomes in clinical practice. *Psychiatric Quarterly*, 68, 1997, č. 4, s. 311-325.
- Ševčíková, A., Vojtová, H.:** Psychotraumatológia - základné poznatky. *Psychiatrie*, 11, 2007, č. 3, s. 176-181.
- Timulák, L.:** Současný výzkum psychoterapie. Praha: Triton 2005.
- Winston, A., Rosenthal, R. N., Pinsker, H.:** Úvod do podpornej psychoterapie. Jadrové kompetencie v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F 2006.

Do redakcie došlo 20.6.2008.