

Krótką skala poczucia wpływu na przebieg choroby – wersja dla schizofrenii

Brief measure to assess perception of self-influence on the disease course. Version for schizophrenia

Andrzej Kokoszka¹, Anna Telichowska-Leśna¹, Rafał Radzio²

¹ II Klinika Psychiatryczna WUM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

² Centrum Psychoterapii, Samodzielny Wojewódzki Zespół
Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie
Kierownik: lek. med. L. Bryła

Summary

Aim. Elaboration of a brief scale for screening of perception of self-influence on the course of schizophrenia, which could be used during usual psychiatric examination.

Methods. Group focus interview of patients with favourable and unfavourable course of schizophrenia led to the formulation of the 57 items Likert's scale. The study of 403 persons with schizophrenia, assessed by their psychiatrists as having low or high perception of self-influence on the course of schizophrenia resulted in a choice of 5 items that had the strongest power of discrimination of those two groups of patients. The psychometric proprieties were assessed in the group of 90 patients with schizophrenia.

Results. The reliability Alfa Cronbach = 0.78 and validity ($r = 0.45$) assessed by correlations with the clinical assessment

Conclusions. Brief measure to assess perception of self-influence on the disease course - Version for schizophrenia has good reliability, acceptable validity and can be used for screening of patients with low perception of self-influence on the disease course.

Słowa kluczowe: schizofrenia, poczucie wpływu na przebieg choroby, skala samooceny, stosowanie się do zaleceń lekarskich

Key words: schizophrenia, perception of self-influence, self-control, self-rating scale, adherence to treatment

Wstęp

Analiza piśmiennictwa dotyczącego oddziaływań mających na celu poprawę stosowania się do zaleceń lekarskich przez chorych na schizofrenię wskazuje, że tradycyjna psychoedukacja jest nieskuteczna, natomiast skuteczne są oddziaływa-

nia terapeutyczne obejmujące trening behawioralny oraz kształtowanie motywacji pacjentów [1]. Wymagają one aktywnego zaangażowania uczestników psychoedukacji w zdobywanie nowych informacji i umiejętności. Uzyskane wyniki zgodne są z hipotezą odpowiedniego dostosowania (goodness of fit hypothesis) [2] przekonania o możliwości kontrolowania źródła stresu, do mechanizmów radzenia sobie ze stresem. W przypadku stresorów spostrzeganych przez jednostkę jako pozostające pod jej kontrolą optymalnym sposobem radzenia sobie ze stresem jest dążenie do rozwiązania problemu, a w przypadkach poczucia braku wpływu na stresor, unikanie go i strategie skoncentrowane na emocjach. Z takiego punktu widzenia warunkiem zaangażowania się pacjenta w optymalne stosowanie się do zaleceń terapeutycznych jest poczucie wpływu na przebieg choroby. Pojęcie „poczucie wpływu na przebieg choroby” jest bardziej adekwatne niż poczucie kontroli nad przewlekłą chorobą, ponieważ poczucie kontroli ma konotacje dotyczące pełnej kontroli, co w przypadku chorób przewlekłych jest mało realistyczne, w przeciwieństwie do wpływu na przebieg choroby, który w pewnym stopniu może mieć większość pacjentów [3]. Wersja dla cukrzycy Krótkiej metody poczucia wpływu na przebieg choroby [3] znajduje uznanie w praktyce [4] i w badaniach naukowych [5]. Krótka metoda poczucia wpływu na przebieg choroby: wersja dla osób z cukrzycą, podobnie jak Krótka metoda oceny radzenia sobie z chorobą [6] mają na celu przede wszystkim wspomóc kliniczną ocenę poczucia wpływu na przebieg choroby i służyć pomocą w psychoedukacji pacjenta na temat tej cechy psychicznej. Krótka skala radzenia sobie z chorobą może być stosowana we wszelkich chorobach. Zawiera ona opisy czterech sytuacji, z możliwością wyboru najbardziej prawdopodobnego zachowania spośród czterech możliwości, charakterystycznych dla czterech głównych stylów radzenia sobie z chorobą. Zapoznanie się z nią przez pacjenta ułatwia lekarzowi praktyczne zaznajomienie pacjenta z czterema głównymi stylami radzenia sobie z chorobą: skoncentrowanym na zadaniu, zorientowanym na poszukiwanie najlepszych rozwiązań, skoncentrowanym na emocjach, skoncentrowanym na unikaniu. Natomiast metoda oceny poczucia wpływu na przebieg choroby pomaga w poprawie motywacji pacjenta do rozwijania jego wpływu na przebieg choroby, do lepszego stosowania się do zaleceń terapeutycznych.

W celu wspomaganie diagnozy i postępowania psychoterapeutycznego w cukrzycy opracowano tzw. Zestaw Psychodiabetologiczny [7], który obejmuje:

- Krótką metodę radzenia sobie z chorobą [6]
- Krótką metodę oceny poczucia wpływu na przebieg choroby [3]
- Schemat diagnozy i postępowania psychoterapeutycznego w trakcie rutynowej wizyty lekarskiej [8].

Zestaw ten jest pozytywnie oceniany przez klinicystów zajmujących się leczeniem cukrzycy jako uzupełnienie klinicznej diagnozy oraz jako sposób edukowania pacjenta o mechanizmach psychologicznych dotyczących radzenia sobie z chorobą. Ponad połowa badanych lekarzy potwierdziła, że stosuje omawiane narzędzia w codziennej praktyce lekarskiej [4].

Prezentowana Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby – wersja dla schizofrenii została opracowana jako część tzw. Pakietu psychologicznego postępowania w schizofrenii, na który składa się jeszcze:

- Kwestionariusz wglądu w schizofrenię [9].
- Krótka metoda oceny radzenia sobie z chorobą [6]
- Schemat diagnozy i postępowania psychoterapeutycznego w trakcie rutynowej wizyty lekarskiej [8].

Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby – wersja dla schizofrenii, może służyć do klinicznej oceny poczucia wpływu dokonywanej wspólnie przez psychiatrę i pacjenta. Podejście oparte jest na koncepcji „wspólnego podejmowania decyzji” (shared decision making). Zgodnie z nią współdecydowanie o rodzaju terapii jest możliwe także u pacjentów psychotycznych. Współdecydowanie o terapii polega na włączaniu pacjenta w proces wyboru najlepszej dla niego terapii. Jest ono pośrednią formą relacji lekarz–pacjent pomiędzy paternalistycznym modelem leczenia a modelem typu informacja – wybór. W pierwszym przypadku lekarz, opierając się na swojej wiedzy, wybiera dla pacjenta najlepszą formę terapii, przekazując mu tylko te wybrane informacje, które pozwalają uzyskać jego zgodę na podjęcie zaproponowanego leczenia, natomiast w drugim ciężar podejmowania decyzji jest przesunięty całkowicie na pacjenta, a lekarz pozostaje tylko źródłem informacji o dostępnych rodzajach terapii [10]. Współdecydowanie o wyborze terapii zakłada, że decyzje podejmowane są przez obojgu partnerów, którzy dzielą się na bieżąco informacjami co do opcji leczenia. Decydującą rolę w tym modelu odgrywa adekwatne informowanie pacjenta oraz przywiązywanie dużej wagi do jego indywidualnych priorytetów i celów pacjenta, okazuje się bowiem, że ignorowanie ich istnienia wiąże się z gorszą współpracą z lekarzem, a w konsekwencji – z gorszymi wynikami terapii [10].

Dostępne badania sugerują, że 50% pacjentów jest zainteresowanych decydowaniem o swoim leczeniu. W szczególności dotyczy to pacjentów młodszych, którzy mają szerszy dostęp do pełnej wiedzy na samym początku swojej choroby (obecnie wiemy więcej na temat leczenia niż 20 lat temu), dlatego chętniej podejmują odpowiedzialność za swoje zdrowie. Współdecydowanie o leczeniu przynosi wymierne korzyści, między innymi poprawę wiedzy o chorobie i możliwości jej leczenia, a także powoduje, że oczekiwania związane z terapią stają się bardziej realistyczne. Natomiast nie ma ono wpływu na zadowolenie pacjenta z decyzji terapeutycznych [10]. Możliwość włączenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w proces współdecydowania zależy od fazy choroby. Oczywiście, dużo prościej zaproponować współdecydowanie osobie wdrożonej w leczenie, w okresie stabilnej remisji, niż osobie będącej w ostrej fazie psychotycznej. Kolejnym ograniczeniem może być fakt, że część pacjentów nie uważa się za osoby chore. Okazuje się jednak, że zaproponowanie współdecydowania pacjentowi z ograniczonym poczuciem wglądu w swoją chorobę może zwiększyć szanse na kontynuowanie przez niego terapii, gdyż postawa paternalistyczna będzie jeszcze trudniejsza do zaakceptowania przez pacjenta pozbawionego wglądu [10]. Współdecydowanie jest możliwe nawet u świeżo przyjętych pacjentów ze schizofrenią, co wykazały 18-miesięczne badania tej metody, porównywanej ze standardową terapią. Interwencje prowadzone wśród tych

pacjentów były oparte na terapii poznawczo-behawioralnej. Wyniki badania potwierdziły, że możliwość decydowania o wyborze leku przeciwpsychotycznego ma dodatni wpływ na długofalowe efekty leczenia, w szczególności na poziom stosowania się do zaleceń lekarskich i ryzyko nawrotów [10].

Cel pracy

Celem było opracowanie prostej metody, ułatwiającej szybką, przesiewową ocenę poczucia wpływu na przebieg schizofrenii, możliwą do wykorzystania w celu kształtowania poczucia wpływu na przebieg choroby w trakcie rutynowej wizyty lekarskiej.

Materiał i metoda

Prace nad konstrukcją skali rozpoczęto od grupowych wywiadów z chorymi, z korzystnym i niekorzystnym przebiegiem schizofrenii, które doprowadziły do wyłonienia 57 pytań z pięcioma możliwymi do wyboru odpowiedziami podanymi w skali typu Likerta. Następnie badaniami za pomocą wstępnej wersji skali objęto 403 osoby. W badaniu wzięło udział 180 (44,7%) kobiet i 221 (54,8%) mężczyzn (w dwóch przypadkach nie zanotowano płci pacjenta). 109 (27%) osób miało wykształcenie podstawowe, średnie – 226 (56,1%), wyższe niepełne – 32 (7,9%), wyższe – 26 (6,5%), 10 (2,5%) osób nie udzieliło odpowiedzi na ten temat. 268 (66,5%) osób utrzymywało się z renty, 28 (6,9%) pracowało w normalnych warunkach, 22 osoby (5,5%) pracowały w warunkach chronionych, 22 osoby (5,5%) aktywnie pracowały w gospodarstwie domowym, 22 (5,5%) miało świadczenia rentowe i pracowały w warunkach chronionych, 16 (4,0%) osób kontynuowało naukę, 8 (2,0%) pozostawało na utrzymaniu rodziny, o 17 (4,2%) osobach brak danych dotyczących źródła dochodów. 388 (96,3%) pacjentów miało rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej, 3 (0,7%) – zaburzeń schizoafektywnych, 10 (2,5%) nie miało sprecyzowanej postaci schizofrenii. Uczestnicy badania byli w wieku od 19 do 76 lat (śr. = 39,95; SD = 11,57). Chorowali od mniej niż roku do 56 lat (śr. = 12,82; SD = 9,52).

Do badania włączono pacjentów, którzy przez lekarzy prowadzących zostali zakwalifikowani, zgodnie z załączonymi w aneksie kryteriami klinicznej oceny poczucia wpływu na przebieg choroby, do grup o niskim oraz o wysokim poczuciu wpływu na przebieg choroby. W ten sposób wyodrębniono 277 pacjentów z niskim poczuciem wpływu (55,7%) i 220 z wysokim (44,3%).

Odpowiedzi na pytania wstępnej wersji skali zostały, w pierwszej kolejności, zanalizowane pod względem wariancji, w celu wykluczenia pozycji, które nie różnicują osób badanych. Następnie dokonano nieliniowej analizy regresji (metoda enter), w celu wyłonienia pozycji testowych najtrafniej pozwalających przewidzieć ocenę kliniczną poczucia wpływu określoną przez lekarzy. W wyniku tej analizy wytypowano 5 pozycji testowych. Model pozwala prawidłowo przyporządkować 82,3% obserwacji ($-2 \log. \text{likelihood} = 257,86$; Nagelkerke $R^2 = 0,56$). Tak wytypowane pozycje posłużyły do stworzenia skali poczucia wpływu. Przyjęto za wynik sumę wszystkich pozycji testowych. Histogram rozkładu wyników tak utworzonej skali pokazuje na rozkład kapeluszowy, co wskazuje na dobre zróżnicowanie nasilenia poczucia wpływu na przebieg choroby u osób badanych. Analiza rzetelności wykazała bardzo wysokie

korelacje wszystkich pozycji testowych ze skalą (od 0,52 do 0,58). Współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wyniósł 0,76, co wskazuje na bardzo wysoką rzetelność skali. Następnie sprawdzono za pomocą testu t-Studenta, czy tak utworzona skala różnicuje osoby wyróżnione przez lekarzy ze względu na niski lub wysoki wpływ na chorobę. Uzyskano bardzo istotną statystycznie ($p < 0,0001$) różnicę w średnich nasileniach poczucia wpływu między tak wyróżnionymi grupami (grupa z niskim poczuciem wpływu $\bar{x} = 10,92$, $SD = 4,93$; grupa z wysokim poczuciem wpływu $\bar{x} = 13,82$, $SD = 3,76$), co potwierdza zasadność takiego wyboru pozycji testowych (wartość t wyniosła 7,2). Nie odnotowano związku między nasileniem poczucia wpływu a płcią i długością choroby, zanotowano za to istotne statystycznie różnice w grupach wyróżnionych ze względu na wykształcenie. Im wyższe wykształcenie, tym wyższe poczucie wpływu na chorobę. Istotną różnicę odnotowano między wykształceniem podstawowym a wyższym.

W kolejnym etapie badania oceniono właściwości psychometryczne skali. Wzięło w nim udział 90 osób, w tym 36 kobiet (40%) i 54 mężczyzn (60%) z rozpoznaniem schizofrenii, w wieku od 19 do 66 lat ($\bar{x} = 42,63$; $SD = 12,753$). Wykształcenie podstawowe miało 16 (17,8%) osób, zawodowe 22 (24,4%), średnie 37 (41,1%), wyższe niepełne 4 (4,4%), wyższe 10 (11,1%) (nie uzyskano odpowiedzi od 1 (1,1%) osoby). Stwierdzono wysoką rzetelność, jak na tak bardzo krótkie narzędzie, alfa Cronbacha = 0,78. Trafność jego wyników skolerowanych z oceną sędziów kompetentnych (wg kryteriów zamieszczonych w załączniku), jest umiarkowana ($r = 0,45$). Rozkład wyników w badanej grupie zbliżony był do normalnego. Na ich podstawie opracowano prowizoryczną metodę przekształcania wyników surowych w wyniki wystandaryzowane (tabela 1 w aneksie) oraz prowizoryczne normy stenowe dla kwestionariusza wglądu w schizofrenię (tabela 2 w aneksie).

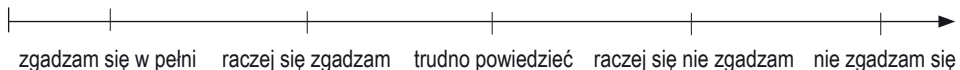
Wyniki

KRÓTKA SKALA POCZUCIA WPŁYWU NA PRZEBIEG CHOROBY

Imię i nazwisko Data

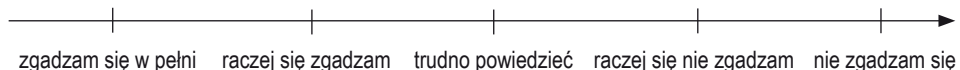
Proszę zaznaczyć krzyżykiem swoją opinię na temat każdego z poniższych stwierdzeń.

1. Gdy zgłoszę się na wizytę kontrolną do lekarza, to jestem z siebie zadowolony

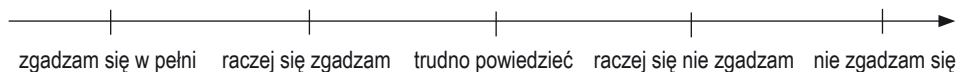
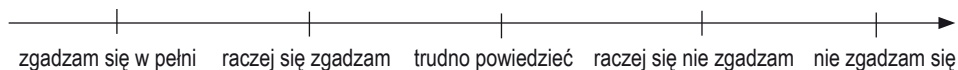
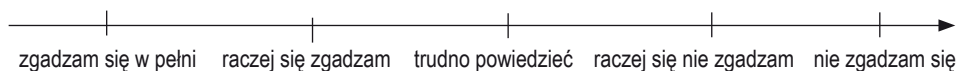


 zgadzam się w pełni raczej się zgadzam trudno powiedzieć raczej się nie zgadzam nie zgadzam się

2. W utrzymaniu zdrowie najbardziej pomagają mi leki



 zgadzam się w pełni raczej się zgadzam trudno powiedzieć raczej się nie zgadzam nie zgadzam się

3. Posiadam niezwykle zdolności, o których inni ludzie nie wiedzą**4. Niechętnie biorę leki, ponieważ po nich gorzej się myśli i czuję się senny/a.****5. Uważam, że moje doznania (głosisy, kłopoty z myśleniem) są spowodowane złą siłą i niestety w tym wypadku leki nie mogą mi pomóc.****Klucz do Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby**

1. Zgadzam się w pełni – 4; raczej się zgadzam – 3; trudno powiedzieć – 2; raczej się nie zgadzam – 1; nie zgadzam się – 0
2. Zgadzam się w pełni – 4; raczej się zgadzam – 3; trudno powiedzieć – 2; raczej się nie zgadzam – 1; nie zgadzam się – 0
3. Zgadzam się w pełni – 0; raczej się zgadzam – 1; trudno powiedzieć – 2; raczej się nie zgadzam – 3; nie zgadzam się – 4
4. Zgadzam się w pełni – 0; raczej się zgadzam – 1; trudno powiedzieć – 2; raczej się nie zgadzam – 3; nie zgadzam się – 4
5. Zgadzam się w pełni – 0; raczej się zgadzam – 1; trudno powiedzieć – 2; raczej się nie zgadzam – 3; nie zgadzam się – 4

Interpretacja wyników

Wg opracowanych wstępnych norm stenowych (tabela w aneksie) – wyniki:

- od 0 do 9 punktów (1–4 stenów) należy interpretować jako niskie poczucie wpływu – u pacjentów z takim poczuciem wpływu należy liczyć się z trudnościami we właściwym podejściu do własnej terapii, chorzy ci mogą biernie poddawać się leczeniu, ale też odstawiać leki, gdyż nie widzą zależności między zaniechaniem farmakoterapii a nawrotem objawów choroby;
- wyniki od 10 do 14 punktów (5–6 stenów) należy interpretować jako przeciętne poczucie wpływu
- wyniki od 15 do 20 punktów (7–10 stenów) należy interpretować jako wysokie poczucie wpływu – osoby z takim poczuciem wpływu mają właściwe podejście do farmakoterapii i są zaangażowane w proces leczenia.

Obserwacje poczynione w trakcie wstępnych prac nad konstrukcją skali wskazują, że niektórzy pacjenci bezkrytyczni co do własnej choroby, lub uważający się za całkowicie zdrowych psychicznie, mogą rozwiązywać prezentowany test podobnie jak osoby z wysokim poczuciem wpływu, dlatego należy go stosować jedynie do badania chorych, którzy mają chociaż częściowy wgląd w chorobę.

Omówienie wyników

Poczucie wpływu na przebieg choroby jest w pewnym stopniu związane z poczuciem własnej skuteczności [11], które dotyczy ogólnej postawy życiowej w stosunku do możliwości rozwiązywania różnego rodzaju problemów. Kliniczne doświadczenie wskazuje, że niektóre osoby z dużym poczuciem własnej skuteczności doświadczają bezradności wobec przewlekłej choroby. Z tego względu zdecydowano się na opracowanie metody oceny poczucia wpływu na przebieg choroby. Prezentowana skala jest krótka, a jej wyniki łatwe do obliczenia i interpretacji. Charakteryzuje się dobrą trafnością, natomiast jej rzetelność jest umiarkowana – jest nieco niższa niż wersji dla cukrzycy (0,54). Tego rzędu trafność jest spotykana w szeroko stosowanych kwestionariuszach [por. 12]. Skala jest wypełniana samodzielnie przez pacjenta. Wyniki są łatwe do obliczenia. Może je wykonać pielęgniarka i dostarczyć lekarzowi na początku wizyty, umożliwiając mu zapoznanie się z nimi. Omawianą metodę można stosować u pacjentów z problemami z przestrzeganiem zaleceń lekarskich, a także do okresowego, np. corocznego monitorowania stosunku pacjenta do własnej choroby. Skala ta nadaje się, w szczególności, do pracy terapeutycznej z pacjentem o niskim poczuciu wpływu na przebieg choroby oraz do oceny postępów terapii w zakresie aktywnego włączenia się w proces leczenia. Użyteczna może być także interpretacja i omawianie z pacjentem poszczególnych pytań i odpowiedzi, jakie udzielił. Można wówczas poznać bliżej przyczyny, dla których stosunek pacjenta do leczenia nie jest zadowalający. Użyteczna jest w takim postępowaniu, szeroko stosowana w podejściu poznawczo-behawioralnym, zmodyfikowana technika skalowania [por. 13]. Na przykład, jeśli pacjent zaznaczył odpowiedź „trudno powiedzieć” – to pytamy, dlaczego nie odpowiedział, że się nie zgadza oraz z jakich względów nie udzielił odpowiedzi, że się zgadza? Jeśli odpowiedział, że się zgadza – to pytamy, dlaczego się z tym zgadza? Celem tak zadawanych pytań jest ułatwienie pacjentowi zrozumienia okoliczności utrudniających rozwinięcie przez niego poczucia wpływu na przebieg schizofrenii. Stosowanie tej techniki wymaga od terapeuty autentycznego zaangażowania się w uzyskanie odpowiedzi na te pytania i zrozumienia punktu widzenia pacjenta. Zagadnienie to zostało szerzej omówione w poradniku „Schizofrenia: wzmacnianie zdolności samostanowienia” [13].

Wnioski

Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby – wersja dla schizofrenii ma wysoką rzetelność i akceptowaną w tego rodzaju narzędziach trafność, i może być wykorzystywana do okresowych szybkich przesiewowych badań mających na celu

zidentyfikowanie pacjentów z bardzo niskim poczuciem wpływu na przebieg choroby, czyli tych, którzy mogą mieć trudności ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich.

Краткий метод самооценки самочувствия влияния на течение болезни: версия для шизофрении

Содержание

Задание. Разработка краткого метода, обуславливающего быстрый скрининг оценки самочувствия влияния на течение шизофрении, возможной для использования во время рутинного визита врача

Метод. Работа над конструкцией шкалы начата с групповых анамнезов у больных с позитивным и негативном течением шизофрении. В результате таких расспросов позволили выделить 57 вопросов с пятью возможными для выбора ответов на шкале типа Ликерта. Далее, 403 больных охвачены исследованиями этой широкой версией метода. Одновременно врачи проводили исследование как т.н. компетентные судьи и оценивали чувство влияния на течение болезни, этих пациентов, пользуясь критериями клинической оценки чувства влияния на течение болезни. В результате этого анализа появилось 5 тестовых позиций, которые наиболее верно согласовывались с эмпирической оценкой врачей. Психометрические особенности шкалы, а также провизорные стеновые нормы разработаны на основе очередных исследований у 90 больных шизофренией.

Результаты. Полученная шкала имеет относительно хорошую, как на очень короткое, пособие, достоверность – Альфа Кронбах – = 0,78. Достоверность измеренная корреляцией с оценкой компетентных судей – относительна ($r = 0,45$).

Выводы. Краткий метод оценки чувства влияния на течение болезни: версия для больных шизофренией, может быть использована для определенных быстрых скрининговых исследований для идентификации пациентов с очень, низким чувством влияния на течение болезни, т.е. тех больных, которые могут иметь трудности с исполнением врачебных показаний.

Kurze Methode der Selbstbewertung der Wahrnehmung und Empfindung des Einflusses auf den Krankheitsverlauf: Version für Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. Die Bearbeitung einer kurzen Methode zur Erleichterung der schnellen Bewertung der Wahrnehmung und Empfindung des Einflusses auf den Verlauf der Schizophrenie, die zur Anwendung während des gewöhnlichen Arztbesuches möglich ist.

Methode. Die Arbeiten an der Bildung der Skala wurden mit den Anamnesen mit den Kranken mit einem günstigen und ungünstigen Schizophrenieverlauf begonnen, die zur Aussonderung von 57 Items mit 5 Antwortmöglichkeiten zur Wahl auf der Likert - Skala führten. Die folgenden 403 Personen wurden mit dieser breiten, anfänglichen Version dieser Methode abgefragt. Gleichzeitig bewerteten die Ärzte, die die Untersuchung geführt hatten, die Wahrnehmung und Empfindung des Einflusses auf den Krankheitsverlauf dieser Patienten und bedienten sich dabei der Kriterien der klinischen Einschätzung des Einflusses auf den Krankheitsverlauf. Als Folge dieser Analyse wurden 5 Testitems ausgesondert, die sich am zuverlässigsten mit der empirischen Bewertung der Ärzte deckten. Psychosometrische Eigenschaften der Skala und provisorische Stennormen wurden aufgrund der folgenden Untersuchungen an der Gruppe von 90 Personen mit Schizophrenie bearbeitet.

Ergebnisse. Die erzielte Skala hat eine gute Reliabilität als ein kurzes Instrument - Alfa Cronbach = 0,78. Die Validität, die mit Hilfe der Korrelation mit der Bewertung der Ärzte gemessen wurde, ist mäßig ($r=0,45$).

Schlussfolgerungen. Die Kurze Methode der Beurteilung der Wahrnehmung und Empfindung des Einflusses auf den Krankheitsverlauf: Version für Personen mit Schizophrenie kann zur periodischen, schnellen Untersuchungen benutzt werden, die zum Ziel haben, die Patienten mit einem sehr niedrigen

Gefühl des Einflusses auf den Krankheitsverlauf zu identifizieren, also diejenigen Patienten, die Probleme mit der Befolgung der ärztlichen Anordnungen haben können.

La méthode brève d'estimer la perception de l'auto-influence sur le cours de la maladie – version pour la schizophrénie

Résumé

Objectif. Élaborer la méthode brève pour le screening de la perception de l'auto-influence sur le cours de la schizophrénie, méthode à utiliser durant l'examen psychiatrique.

Méthode. On a basé sur les interviews avec les malades dont le cours de la maladie était favorable ou défavorable et on a formulé 57 questions du type de l'échelle de Likert. Ensuite on a examiné avec cette version préliminaire de cette échelle 403 patients. Les psychiatres estimaient la perception de l'auto-influence sur le cours de la maladie. En résultat ils choisissent 5 questions qui correspondent le plus avec leurs estimations cliniques. Les propriétés psychométriques de cette échelle sont résultats d'autres interviews de 90 patients souffrant de la schizophrénie.

Résultats. Cette échelle est un outil assez bon, sa fiabilité est bonne-son Alfa Cronbach = 0,78, sa validité – $r = 0,45$.

Conclusion. Cette méthode brève d'estimer la perception de l'auto-estimation sur le cours de la maladie – version pour la schizophrénie peut être user pour le screening des patients car sa validité et conformité sont bonnes.

Piśmiennictwo

1. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. *Interventions to improve medication adherence in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1653–1664.
2. Park CL, Folkman S, Bostrom A. *Appraisal of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: testing the goodness-of-fit hypothesis*. J. Cos. Clin. Psych. 2001; 69: 481–488.
3. Kokoszka A. *Krótką metoda oceny poczucia wpływu na przebieg choroby: opis wersji dla osób z cukrzycą*. Przegl. Lek. 2005; 62: 742–745.
4. Kot W, Kokoszka A, Sieradzki J. *Ocena zestawu psychodiabetologicznego oraz potrzeb szkoleniowych z psychodiabetologii wśród lekarzy zajmujących się leczeniem cukrzycy*. Diabetol. Prakt. 2006; 405–408.
5. Kokoszka A, Sieradzki J. *Poczucie wpływu na przebieg choroby a sposób leczenia cukrzycy*. Diabetol. Prakt. 2005; 6: 1–5.
6. Kokoszka A, Jodko A, Radzio R. *Krótką metoda radzenia sobie z chorobą – geneza i opis roboczej wersji metody*. Przewod. Lek. 2003; 10: 39–46.
7. Kokoszka A. *Diagnoza i postępowanie psychoterapeutyczne w cukrzycy: Zestaw Psychodiabetologiczny*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2005; 5: 146–152.
8. Kokoszka A. *Schemat psychoterapeutycznej diagnozy i interwencji psychoterapeutycznych w praktyce ogólnolekarskiej*. Przewod. Lek. 2004; 5: 60–69.
9. Kokoszka A, Telichowska-Leśna A, Radzio R. *Kwestionariusz wglądu w Sshizofrenię – „Moje Myśli i Odczucia”*. Psychiatr. Pol. 2008; 42: 491–502.
10. Hamann J. *Shared decision making in psychiatry*. Acta Psychiatr. Skand. 2003; 107: 403–409.
11. Bandura A. *Self-efficacy in human agency*. Am. Psychologist. 1982; 37: 122–147.
12. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2001.
13. Kokoszka A. *Schizofrenia: wzmacnianie zdolności samostanowienia*. Gdańsk: Via Media; 2008.

ANEKS

Tabela 1. Prowizoryczna metoda przekształcania wyników surowych w wyniki wystandaryzowane

Wyniki surowe	Sten
20	10
19	9
18	8
17	7
16	7
15	7
14	6
13	6
12	6
11	5
10	5
9	4
8	4
7	3
6	3
5	3
4	3
3	2
2	2
1	2
0	1

Tabela 2. Prowizoryczne normy stenowe skali

Wynik na skali	Sten
Krótką metoda oceny poczucia wpływu na przebieg choroby	
0	1
1–3	2
4–7	3
8–9	4
10–11	5
12–14	6
15–17	7
18	8
19	9
20	10

KRYTERIA KWALIFIKACJI PACJENTÓW DO GRUP O NISKIM, UMIARKOWANYM I WYSOKIM POCZUCIU WPLYWU NA PRZEBIEG CHOROBY WYKORZYSTYWANE DO OCENY TRAFNOŚCI KWESTIONARIUSZA

POCZUCIE WPLYWU NA PRZEBIEG CHOROBY – dotyczy osób, które osiągnęły co najmniej 2 pkt. w Kwestionariuszu wglądu w chorobę [9]

1. **NISKIE POCZUCIE WPLYWU** – Pacjenci z niskim poczuciem wpływu na przebieg choroby, ale przynajmniej z minimalnym poczuciem choroby, biernie poddający się leczeniu lub unikający go, nie przywiązujący znaczenia do swojego stanu zdrowia, bezrefleksyjni, oczekujący prostych, nieskomplikowanych zaleceń. Nie wi-

dzą zależności między własnymi zachowaniami (zapominanie o lekach, zapominanie o wizytach) a stanem swojego zdrowia, odmawiają udziału w oddziaływaniach psychospołecznych, natomiast charakteryzują się chociaż niewielkim poziomem wglądu w chorobę, na przykład swoje doznania interpretują urojeniowo, ale czują, że leki im pomagają. Mogą to być osoby, które odstawiają leki po ustąpieniu ostrych objawów, mimo wskazań lekarskich.

2. POŚREDNIE POCZUCIE WPŁYWU mają osoby nie kwalifikujące się do grupy o wysokim i niskim poczuciu wpływu

3. WYSOKIE POCZUCIE WPŁYWU mają pacjenci interesujący się swoją chorobą, posiadający wgląd w chorobę, aktywnie uczestniczący we własnym leczeniu, kontrolujący swoje samopoczucie, dostrzegający niepokojące objawy nawrotu i szukający pomocy specjalisty w tych momentach. Osoby te mają dużą wiedzę o chorobie, interesują się nowymi lekami. Są zainteresowane oddziaływaniami psychospołecznymi (materiałami informacyjnymi o chorobie, psychoterapią, klubem pacjenta itp).

Adres: Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna WUM
Wojewódzki Szpital Bródnowski
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 5.10.2007
Zrecenzowano: 28.11.2007
Przyjęto do druku: 10.04.2008

SYMPOZJUM NAUKOWO-SZKOLENIOWE
ROLA GRUP BALINTA W DOSKONALENIU KONTAKTU TERAPEUTYCZNEGO
Kraków, 13.09.2008 r.

Organizatorzy: Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ wraz z Polskim Stowarzyszeniem Balintowskim.

Zapraszamy do udziału w sympozjum, poświęconemu tematyce doskonalenia umiejętności terapeutycznego kontaktu z pacjentem oraz szczególnej metodzie doskonalenia tych umiejętności, jaką stanowi Grupowy Trening Balintowski.

PROGRAM SYMPOZJUM

13 września 2008 (sobota), 9.00 Rejestracja uczestników, ul. Michałowskiego 12)

10.00 Otwarcie sympozjum

Wykłady:

10.05–10.25 Komunikacja terapeutyczna jako integralny element leczenia i pielęgnacji w chorobach somatycznych (dr hab. Marek Motyka, Kraków)

10.25–10.50 Grupowy Trening Balintowski – metoda doskonalenia komunikacji terapeutycznej z pacjentem (prof. dr hab. med. Jan Łazowski, Kraków)

10.50–11.15 Psychoterapia medyczna na tle innych form oddziaływania psychoterapeutycznego (dr hab. med. Bohdan Wasilewski, prof. IPS, Warszawa)

11.15–11.30 Dyskusja

11.30–12.00 Przerwa na kawę

12.00–13.30 „Grupa Balinta” – warsztaty w małych grupach

13.30–14.30 Lunch

14.30–16.00 „Grupa Balinta” – warsztaty w małych grupach

16.05–16.15 Podsumowanie i zamknięcie sympozjum

16.15–17.30 Spotkanie liderów grup Balinta

Wszystkie zajęcia – zarówno wykłady jak i warsztaty odbywać się będą w budynku Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM w Krakowie, przy ul. Michałowskiego 12.

Oplata zjazdowa:

Oplata wynosi 60 zł

Oplata dla pracowników CM UJ wynosi 30 zł

Wraz ze zgłoszeniem udziału prosimy o dokonanie wpłaty na konto:

Bank PKO SA, ul. Pijarska 1, 31-015 Kraków, nr konta: 89 1240 4722 1111 0000 4855 8507

Konieczne z dopiskiem: „Seminarium Balintowskie” (!)

Dodatkowe informacje i rejestracja zgłoszeń:

balint-krakow@wp.pl

Zakład Psychologii Zdrowia

ul. Kopernika 25

31-501 Kraków