

## **Streszczenie**

### **Wstęp:**

W latach 90-tych ubiegłego wieku rozpoczęła się trwająca do dnia dzisiejszego reforma systemu zdrowotnego w Polsce, w tym opieki psychiatrycznej, zgodna z tendencją do tworzenia usług medycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów. Pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej, jako odbiorcy usług z zakresu zdrowia psychicznego, są w szczególnie trudnej sytuacji. Są to osoby, wobec których stosuje się najbardziej drastyczny środek zabezpieczający polegający na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Z jednej strony są to pacjenci, w stosunku do których obowiązują niektóre przepisy dotyczące grupy odbiorców świadczeń zdrowotnych, z drugiej – są to sprawcy, którzy popełnili czyny karalne, lecz z uwagi na niepoczytalność postępowanie zostało umorzone. Z tego powodu nie odbywają kary w zakładach karnych, lecz zostają skierowani na przymusowe leczenie w oddziałach psychiatrii sądowej.

### **Cel:**

Celem naukowym – poznawczym badania doktorskiego jest polska adaptacja i zbadanie psychometrycznych właściwości polskiej wersji skali do badania potrzeb pacjentów psychiatrii sądowej – Camberwell Assessment of Need-Forensic Version (CANFOR). W Polsce nie ma skali badającej potrzeby pacjentów psychiatrycznych oddziałów sądowych – do dnia dzisiejszego nikt nie przeprowadził adaptacji brytyjskiej skali CANFOR. Ocena potrzeb, zgodnie z zasadami EBM, powinna być przeprowadzona za pomocą wystandaryzowanych narzędzi. Wiarygodne narzędzie diagnostyczne w przyszłości może być użyte do określenia szeroko pojętych obszarów problemowych pacjentów sądowych, obejmujących kwestie zdrowotne i socjalne, umożliwi zastosowanie skali w praktyce klinicznej i wykorzystanie uzyskanych wyników do planowania interwencji terapeutycznych adekwatnych do potrzeb pacjenta. Kwestionariusz będzie mógł być zastosowany jako element ewaluacji opieki psychiatrycznej oraz użyty w badaniach naukowych dotyczących korelacji potrzeb pacjentów sądowych z subiektywną jakością życia oraz satysfakcją z opieki medycznej. Ułatwi przygotowanie pacjentów do prawidłowego funkcjonowania we własnym środowisku po zakończeniu leczenia w zakładzie zamkniętym i skoordynowanie różnych form opieki i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi.

### **Metody:**

Wszystkie materiały przygotowano w języku polskim, dokonując tłumaczenia tekstu zgodnie z rekomendacjami WHO, tj. z tłumaczeniem zwrotnym i konsultacjami językowymi. Po uzyskaniu polskiej

wersji skali CANFOR podczas konsultacji z zespołem specjalistów z zakresu psychiatrii i psychologii okazało się, że poszczególne punkty kwestionariusza są adekwatne do realiów polskich i nie zachodzi konieczność ich modyfikowania. Następnie skala została zwrótnie przetłumaczona. Finalna wersja skali została zbadana psychometrycznie w zakresie rzetelności i trafności. Trafność polskiej wersji skali CANFOR oceniono wykorzystując dane uzyskane w badaniu przeprowadzonym za pomocą CANFOR-R, czyli wersji badawczej – Camberwell Assessment of Need – Forensic Research Version w zestawieniu z danymi uzyskanymi ze skali GAF oraz kwestionariusza opartego na skali LSP, które były używane wcześniej w badaniach opisywanych w literaturze przedmiotu (Castelletti et al., 2015; Talina et al., 2013; Romeva et al., 2010; Thomas et al., 2008). Rzetelność skali CANFOR została sprawdzona za pomocą badania zgodności pomiędzy dwoma badaczami wykonującymi badanie w identycznych warunkach (tzw. inter-rater) oraz badania zgodności w badaniu powtarzanym po określonym czasie (dwa tygodnie) metodą test-retest. Do oceny rzetelności między dwoma obserwatorami (*inter-observer reliability*) wykorzystano obliczone statystyki kappa Cohena ( $\kappa$ ), wartości współczynnika korelacji rang Spermmana  $r_s$  oraz procent zgodnych wyborów dla obu badaczy. Zbiorcze wyniki odpowiedzi opiekunów i pacjentów zamieszczono w tabeli 7. Do oceny powtarzalności między dwoma badaniami przeprowadzonymi w dwóch terminach (T0 i T1) przez tego samego obserwatora (*test-retest reliability*) wykorzystano obliczone statystyki kappa Cohena ( $\kappa$ ), wartości współczynnika korelacji rang Spermmana  $r_s$  oraz procent zgodnych wyborów dla obu badań.

### **Wyniki i wnioski:**

1. Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza CANFOR jest bardzo wysoka : ocena przeprowadzona przez dwóch niezależnych badaczy w tym samym czasie mieści się w przedziale dobra – bardzo dobra (od 0,649 do 1,0). Spójność testu w czasie oceniono na równie wysokim poziomie (od 0,649 do 1,0).
2. W zakresie trafności diagnostycznej uzyskano ujemną korelację pomiędzy LSP a potrzebami ocenionymi na podstawie skali CANFOR wyłącznie w dwóch podskalach : opanowania i kontaktów społecznych, co uniemożliwia uznanie trafności polskiej wersji skali CANFOR za satysfakcjonującą.
3. Liczba badanych osób (N=60) była stosunkowo niska. Uzyskane wyniki są argumentem przemawiającym na rzecz konieczności stosowania dużych prób minimalizujących błąd losowy, ostrożnej interpretacji uzyskanych współczynników trafności (Guliford, 1954,1964) oraz uwzględniania podczas kolejnych badań wymiarów wglądu pacjenta dotyczącego własnego funkcjonowania ( David,1990).
4. Narzędzie typu CANFOR do badania pacjentów psychiatrii sądowej nie było dotąd dostępne w języku polskim. Badania dotyczące parametrów psychometrycznych kwestionariuszy diagnostycznych wiążą się z licznymi kontrowersjami natury metodologicznej, w omawianych analizach związanymi między innymi z doбором grupy badanej, sędziów kompetentnych oraz wyborem narzędzia referencyjnego. Planowane są dalsze badania obejmujące pogłębienie analizy parametrów

psychometrycznych, uwzględniającę liczniejszą grupę badanych z innych ośrodków psychiatrii sądowej, w tym oddziałów o maksymalnym stopniu zabezpieczenia.

5. Badanie przedstawione w rozprawie doktorskiej jest pierwszą polską oceną parametrów psychometrycznych skali CANFOR – wyniki pierwszego badania należy traktować jako doniesienie wstępne wymagające powtórzenia w rozszerzonym zakresie uwzględniającym wszystkie powyższe elementy.