

*Małgorzata Rzewuska*

## **Stosowanie farmakologicznego leczenia podtrzymującego – korelacje z obrazem i przebiegiem schizofrenii**

Samodzielna Pracownia Farmakoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### **Streszczenie**

Na podstawie 7-letniej obserwacji (od chwili zachorowania) 185 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii badano zależność pomiędzy stosowaniem się chorych do zaleceń farmakoterapii a istotnymi prognostycznie cechami schizofrenii.

Porównywano grupę chorych współpracujących (57 osób) oraz chorych odmawiających leczenia (37 osób). Grupy te nie różniły się pod względem wieku zachorowania, płci, pochodzenia społecznego, wykształcenia, obecności czynników precipitujących chorobę. Chorzy współpracujący to pacjenci lepiej przystosowani zawodowo i rodzinnie, z mniej nasilonymi zaburzeniami zachowania przed chorobą, o krótszym okresie nieleczonej pierwszej psychozy, częściej mający chorego psychicznie wśród najbliższej rodziny. U chorych tych krótsze były okresy nieleczonych zaostrzeń i średnia długość hospitalizacji. Częściej byli krytyczni wobec choroby, wykazywali rzadziej nasilone objawy ubytkowe. Później u tych chorych pojawiły się zaburzenia świadomości własnej tożsamości, aktywności i witalności, wcześniej poczucie zaburzenia spójności i granic „ja”. Wyniki pracy przemawiają za tym, że przyjmowanie leków przez chorych na schizofrenię nie wpływa na liczbę nawrotów choroby, ale wiąże się z mniejszym nasileniem objawów ubytkowych.

### **Wstęp**

Wprowadzone w ostatnich latach w wielu krajach reformy systemów opieki zdrowotnej i wzrastające koszty leczenia spowodowały gwałtowny rozwój badań nad optymalizacją procesów terapeutycznych. Zaczęto tworzyć standardy postępowania terapeutycznego, zwłaszcza farmakoterapii. Rozwinęły się badania farmakoekonomiczne mierzące do wykazania wszystkich możliwych do wyeliminowania sytuacji powodujących wzrost wydatków na leczenie. Równolegle w wielu ośrodkach przeprowadzono wiele rzetelnych badań przebiegu chorób przewlekłych. Wprowadzono także wiele metod służących do subiektywnej oceny satysfakcji z życia i przydatności leków. W każdej gałęzi medycyny zaczęto zwracać więcej uwagi na czynniki istotnie wpływające na obniżenie jakości opieki: jatrogenię, interakcje leków, stosowanie zbyt małych lub za dużych dawek, skrupulatność w przyjmowaniu przez pacjentów zalecanych leków.

Z badań wynika, że z punktu widzenia kosztów i efektywności leczenia najistotniejszą komponentą jest właściwe stosowanie leków. Nieprawidłowe jest przyczyną 10% wszystkich hospitalizacji (Mc Kenney i Harrison 1976), zaś w przypadku chorób przewlekłych i nawracających znacznie częściej powoduje

konieczność leczenia szpitalnego. Uzyskanie optymalnego wyniku leczenia zależy od: adekwatności zlecenia, dostępności leku, właściwego dawkowania, monitorowania leczenia, konsultowania zaleceń, rzetelności w przyjmowaniu leku oraz ciągłej analizy wyników i użyteczności leczenia.

Udział w farmakoterapii winni brać zarówno leczący, jak i pacjenci. Często także farmaceuci są zobowiązani do udziału w kontroli stosowania leków (wynikającej np. z ograniczeń różnych list leków), wykonywania przez lekarzy szczególnych zaleceń (np. w systemach monitorowania leczenia klozapiną w niektórych krajach).

Od ponad 20 lat podnosi się rolę braku rzetelności w przyjmowaniu leków w procesie leczenia. Najczęściej zjawisko to określa się terminem braku współpracy (non-compliance). Jest to poważny problem opieki zdrowotnej przyczyniający się do wzrostu kosztów leczenia. Nieprzyjmowanie leków lub zażywanie niezgodne z zaleceniami lekarzy nie tylko zwiększa wydatki na leki, ale zabiera dodatkowy czas leczącemu, często powoduje niepotrzebne konsultacje, a wreszcie zwiększa ryzyko nasilenia się choroby. Wprowadza w błąd uczestniczących w procesie leczenia (pacjenta i lekarza) w ocenie skuteczności leku i co do potrzeby zmiany kuracji.

Wczesne uchwycenie i zapobieganie brakowi współpracy może przynieść widoczną korzyść w aspekcie ekonomicznym opieki medycznej. Toteż wydawane są różne rozporządzenia (np. Omnibus Budget Reconciliation Act w Anglii) obligujące do rozszerzenia oddziaływań edukacyjnych, służących do lepszego rozumienia przez pacjenta właściwego sposobu zażywania leku. Programy rządowe w wielu krajach służą do ograniczania nadużyć lekowych, kontroli trwonienia leków, redukcji niewłaściwego zalecania, nadużywania leków oraz zbędnego przepisywania bardzo drogich preparatów.

Problem podporządkowywania się chorych do zaleceń leczących, osiągnięcia dobrej współpracy w leczeniu nie jest dotychczas dostatecznie poznany. Często, zwłaszcza u chorych psychicznie, istnieją trudności, aby niechętnego do uczestniczenia we współdziałaniu pacjenta zmotywować do współdziałania w leczeniu. Programy i strategie działania w tym kierunku muszą uwzględniać odrębności nie tylko grup chorych, ale i różnych sytuacji pojawiających się w toku terapii, wpływających na motywację chorych do stosowania się do zaleceń. Brak współpracy w farmakoterapii chorych na schizofrenię jest często niesłusznie utożsamiany z brakiem poczucia choroby. Większość badań klinicznych u chorych na schizofrenię koncentruje się na ocenie związku nieprzyjmowania leków z objawami niepożądanymi lub subiektywnymi ocenami jakości życia i walorów nowych leków. Aczkolwiek akceptacja leczenia obejmuje wiele problemów, np. zgodę na rozpoczęcie i plan leczenia, udział w zajęciach psychoterapeutycznych, to przedstawiana praca koncentruje się wokół zależności pomiędzy stosowaniem się do zaleceń i czynnikami związanymi z chorobą.

Przyjmowanie leków niezgodne z zaleceniami jest zjawiskiem powszechnym. Odsetek pacjentów, którzy nie przyjmują we właściwy sposób leków jest znaczny. Z badań (Reston 1992) wynika, że tylko środki antykoncepcyjne są

zazwyczaj przyjmowane wedle zaleceń (przez 92%) oraz że większość chorych (80%) stosuje prawidłowo leki przeciwaśmiatyczne. Leki inne (np. przeciwnadciśnieniowe, przeciwcukrzycowe, przeciwpadaczkowe, przeciwreumatyczne) są przyjmowane w sposób prawidłowy przez mniej niż połowę leczonych.

Niewłaściwy sposób przyjmowania leków obejmuje nie tylko zaniechanie ich brania, ale też przyjmowanie niewłaściwej liczby tabletek lub dawki dobowej. Z kilku badań wynika, że w sposób właściwy przyjmuje leki 1/3 chorych, 1/3 niekiedy opuszcza dawki bądź zmienia dawkę, 1/3 nie bierze w ogóle leków (Fleischhacker i in. 1994).

Czynniki warunkujące brak współpracy można ująć w trzy szerokie kategorie związane z brakiem zainteresowania ze strony pacjenta, ze złym kontaktem z leczącym, z nazbyt złożonym sposobem leczenia. Nazbyt złożony sposób leczenia przyczynia się do niepoprawnego wykonywania zaleceń szczególnie przez chorych z zaburzeniami pamięci, zwykle starszych wiekiem. Stąd też chorzy ci częściej stosują się do zaleceń, gdy można lek podawać raz dziennie.

Zły kontakt i brak właściwej komunikacji są częstą przyczyną niestosowania się do zaleceń. Zwykle lekarze nie informują pacjentów ani o przewidywanym okresie leczenia, ani o oczekiwanych wynikach. Wypowiedzi chorych są często zbyt szybko przerywane przez lekarza, a zakres informacji o leczeniu jest niedostateczny. Poczucie pacjenta, że jego problemy zostały zignorowane często jest przyczyną braku chęci do stosowania się do zaleceń. Brak objawów choroby w odczuciu pacjenta często jest przyczyną negowania potrzeby przyjmowania leków. Także brak szybkiego efektu działania leku (działanie odroczone) często jest przyczyną zaprzestawania przyjmowania leku. Kolejną przeszkodą są obawy o wystąpienie objawów niepożądanych, dotyczy to zwłaszcza chorych, u których występowały nieprzyjemne lub uciążliwe objawy (dyskinezy, przyrost masy ciała, ortostatyczne spadki ciśnienia, zawroty głowy, ociążałość), powszechne podczas stosowania klasycznych neuroleptyków.

Co prawda chorzy psychicznie są z reguły lepiej niż inni pacjenci informowani o potrzebie, długości i rodzaju farmakoterapii, ale niekiedy jest ona przedwcześnie kończona przez lekarza (Kissling 94). Chorzy na schizofrenię częściej niż inni nie odczuwają potrzeby leczenia farmakologicznego. Odsetek pacjentów, którzy nie przyjmują leków, rośnie wraz z czasem, jaki upływa od nawrotu (po roku połowa chorych nie bierze leków, po 2 latach 75%) (Fleischhacker i in. 1994).

Wykazano (Weiden i in. 1994), że odsetek rehospitalizacji chorych na schizofrenię wynosi wśród nieprzyjmujących leków 75%, a u leczonych przy użyciu leków stosowanych systematycznie – 30%. Zwłaszcza nasilenie i obszar objawów niepożądanych ma istotne znaczenie w podporządkowaniu się do zaleceń (Peuskens 1996). Wykazano bowiem, że liczba chorych leczonych nowymi lekami przeciwpsychotycznymi przyjmujących leki i unikających rehospitalizacji wzrasta o 1/3 (Weiden 1996).

Ustalono, że niechęć do leków częściej pojawia się u chorych, u których po pierwszych dawkach neuroleptyków występuje dysforia, a także gdy leki powodowały akinezę, akatyję lub dyskinezy (Kinon 1993).

Tabela 1. Czynniki wiążące się z przebiegiem schizofrenii

1. korelujące z przebiegiem choroby korzystnym lub ciężkim		
czynniki	korzystne	niekorzystne
socjodemograficzne:		
wiek zachorowania	do 20 r.ż	powyżej 20 r.ż.
płeć	kobiety	mężczyźni
stan cywilny	małżeństwo	brak partnera
status społeczny	wysoki	niski
związane z początkiem choroby		
rozwój choroby	ostry	powolny
dynamika i nasilenie objawów	barwne, szybkie	powolne, ubogie
okres nieleczonej psychozy	miesiące	lata
kontakty społeczne przed chorobą	poza rodziną	izolacja
przystosowanie zawodowe	praca stała	zmiany miejsca pracy
doświadczenie seksualne	dobre	brak
2. czynniki związane z dobrym rokowaniem w schizofrenii		
obciążenie dziedziczne zaburzeniami afektywnymi dobre przystosowanie przedchorobowe zawodowe i społeczne występowanie na początku choroby zaburzeń świadomości, afektywnych obecność omamów wzrokowych, nastroju urojeniowego, urojeń wielkościowych, fantastycznych, winy, hipochondrycznych		

Ustalono nieliczne zależności pomiędzy przebiegiem schizofrenii a poziomem współpracy w leczeniu. Wykazano, że zła współpraca chorych na schizofrenię koreluje z brakiem wglądu chorobowego, istnieniem zaburzeń poznawczych i formalnych zaburzeń myślenia (Smith i in. 1999).

Z badań Hogana i wsp. (1983) wynika, że leków nie chce przyjmować 54% chorych na schizofrenię. Niechęć do leczenia w badaniu tego autora nie wiązała się z różnicą płci, wieku, liczbą przebytych hospitalizacji ani długością leczenia, a jedynie z odczuciami chorych wiązanych z działaniem leków.

Chociaż nadal istnieją wątpliwości, czy schizofrenia nie jest grupą psychoz (a nie jedną psychozą), to obecnie dość dobrze poznane są czynniki wiązane z prognozą tych psychoz, które spełniają badawcze kryteria diagnostyczne schizofrenii urojeniowej. Cechy korelujące z korzystnym lub ciężkim przebiegiem choroby ustawiono w tabeli 1.

## Cel pracy

Celem pracy jest zbadanie związków pomiędzy przyjmowaniem przez chorych leków zgodnie z zaleceniami lekarzy oraz tymi cechami choroby i jej przebiegu, które mają istotne znaczenie prognostyczne.

Przeprowadzone badanie winno pozwolić na ustalenie zależności pomiędzy nieprzyjmowaniem leków i cechami związanymi z ryzykiem niekorzystnego przebiegu schizofrenii.

## Material i metoda

Prześledzono przebieg choroby i leczenia chorych na schizofrenię (rozpoznanie zweryfikowane wg ICD-10), którzy zachorowali w okresie 4 lat kalendarzowych. W rejonie szpitala (Instytut Psychiatrii i Neurologii) obejmującym dzielnicę Warszawy (Mokotów, 300.000 ludności) zachorowało w tym okresie 208 osób. Ocena przebiegu i leczenia była możliwa u 185 chorych (89% chorych). Dokładny opis badanej grupy przedstawiono w pracy *Charakterystyka przebiegu schizofrenii paranoidalnej* (Rzewuska 1988).

W obecnym opracowaniu wykorzystano dane dotyczące chorych, obrazu psychopatologicznego i dynamiki zaburzeń w ciągu 7 lat od zachorowania.

W każdym kolejnym roku choroby określano długość okresów:

- nieleczonej psychozy,
- psychozy leczonej,
- remisji, w której pacjent przyjmował leki,
- remisji, w której pacjent nie brał leków.

Na podstawie tych danych zliczonych dla całego okresu obserwacji (7 lat) wyodrębniono grupę pacjentów, którzy w remisjach przez co najmniej 3 lata brali leki (grupa W – chorych współpracujących liczyła 57 osób), oraz grupę chorych, którzy przynajmniej przez prawie 2 lata w ciągu 7 lat nie brali leków pomimo zaleceń (27% czasu) (grupa O – chorych odmawiających leczenia liczyła 37 osób). Porównano obie grupy pod kątem czynników, którym przypisywane jest znaczenie rokownicze. Do obliczeń statystycznych posłużono się procedurami nieparametrycznymi z pakietu Statgraphics stosując test zgodności Kołmogorowa-Smirnowa i współczynniki korelacji Spearmana.

## Omówienie wyników

Obie grupy (wyniki zestawiono w tabeli w Aneksie) nie różniły się pod względem takich czynników, jak: płeć, pochodzenie społeczne, wiek, wiek zachorowania, stan cywilny, wykształcenie, obciążenie dziedziczne chorobami psychicznymi, obecnością czynników spustowych na początku choroby.

Istotne różnice pomiędzy grupami w obszarze czynników początku choroby zestawiono w tabeli 2. W przebiegu psychozy nie stwierdzono różnic pomiędzy grupami co do łącznego czasu hospitalizacji.

Istotne różnice w przebiegu choroby dotyczyły cech przedstawionych w tabeli 3. W obrazie psychozy pomiędzy grupami nie było różnic co do wystę-

Tabela 2. Różnice pomiędzy grupami – dane o początku choroby

	wynik porównania (Kołomarow-Smirnow)	istotność różnic p
przystosowanie zawodowe przed chorobą	O < W	xxx
okres psychozy przed rozpoczęciem leczenia	O > W	xx
obciążenie dziedziczne u krewnych	O < W	xx
długi okres zmiany w zachowaniu przed zachorowaniem	O > W	xxx

xx p &lt; 0,05; xxx p &lt; 0,01

Tabela 3.

	wynik porównania (Kołomarow-Smirnow)	istotność różnic p
liczba hospitalizacji	W > O	xxx
długość okresów zaostrzeń nieleczonych	O > W	xxx
nasilenie objawów defektu	W < O	xxx
brak krytycyzmu	O > W	xxx

xxx p &lt; 0,01

Tabela 4.

	wynik porównania (Kołomarow-Smirnow)	istotność różnic p
znaczne nasilenie urojeń w zaostrzeniach	O > W	xxx
okres wystąpienia zaburzeń świadomości „ja”:		
aktywności	W > O	xxx
witalności	W > O	xx
spójności	O > W	xx
tożsamości	W > O	xx
granic	O > W	xxx
nierzeczywiste treści psychozy	W > O	xxx
zaburzenia maniakalne	W > O	xxx
omamy obejmujące:		
sąsiadów	O > W	xx
ludzi obcych	O > W	xx
dyssymulacja	O > W	xx

xx p &lt; 0,05; xxx p &lt; 0,01

powania, uważanych za związane z rokowaniem dialogu omamów, prawdopodobieństwa treści urojeń, systematyzacji urojeń i zaburzeń depresyjnych.

Istotne różnice pomiędzy grupami dotyczyły natomiast cech zestawionych w tabeli 4.

## Omówienie wyników

Grupy badanych wydzielone na podstawie okresów przyjmowania leków nie różniły się pod względem wieku zachorowania, płci, pochodzenia społecznego, wykształcenia, obecności czynników precypitujących chorobę.

Chorych, którzy w obserwowanym okresie przyjmowali leki długo charakteryzowało lepsze przystosowanie zawodowe przed chorobą, krótszy okres psychozy przed podjęciem leczenia, krótszy okres zmian zachowania przed chorobą, częstsze występowanie psychoz u krewnych pierwszego stopnia. W przebiegu choroby chorzy tej grupy jednak w obserwowanym okresie byli częściej hospitalizowani, chociaż okres łączny hospitalizacji w obu grupach nie różni się długością. Krótsza natomiast w tej grupie była długość nieleczonych zaostrzeń w ciągu 7-letniej obserwacji.

Chorzy tej grupy rzadziej byli niekrytyczni wobec choroby i dyssymulowali objawy. U chorych tych rzadziej notowano miernie lub wybitnie nasilone objawy ubytkowe. W obrazie zaostrzeń psychotycznych urojenia częściej obejmowały zdarzenia nieprawdopodobne, ale rzadziej miały bardzo szeroki zasięg. Doznania omamowe rzadziej obejmowały głosy nieznanymi osob.

Istotnie różniły się grupy okresem wystąpienia zaburzeń świadomości „ja”. W grupie długo przyjmującej leki później pojawiły się zaburzenia aktywności, witalności, tożsamości „ja”, wcześniej zaś spójności i granic „ja”.

## Wnioski

Chorzy biorący długo leki w okresie siedmiu lat obserwacji przebyli nieco więcej hospitalizacji, chociaż łączny okres leczenia szpitalnego nie był dłuższy niż u chorych nieprzyjmujących leków.

Chorzy z długim okresem nieleczonej na początku choroby psychozy częściej w późniejszym okresie krócej przyjmowali leki.

U chorych dłużej przyjmujących leki później pojawiły się zaburzenia aktywności, witalności i tożsamości „ja”, wcześniej natomiast świadomość zatarcia granic „ja” i poczucie zaburzenia spójności „ja”.

Odmowa leczenia farmakologicznego korelowała z częstym brakiem krytycyzmu, tendencją do dyssymulacji, a także z powstawaniem miernie i znacznie nasilonych objawów ubytkowych i zaburzeń przystosowania.

Wyniki pracy wskazują na to, że leczenie farmakologiczne, chociaż nie redukuje liczby hospitalizacji, wiąże się z lepszym przystosowaniem chorych i mniejszym nasileniem objawów ubytkowych.

## Piśmiennictwo

patrz piśmiennictwo załączone do art. Kuczyński i inni str. 16–21

## ANEKS

## Wartość analizowanych danych i odchylenie standardowe

	Cała grupa badanych N = 185	grupa 0 N = 37	grupa W N = 57
wiek zachorowania	32,9 ± 10,74	33,5 ± 9,96	33,7 ± 11,3
pleć K M	114 (62%) 71	27 (73%) 10	32 (56%) 25
wykształcenie	3,23 ± 1,34	3,13 ± 1,15	3,15 ± 1,3
stan cywilny wolny związek	(57%) (43%)	24 13	38 19
przystosowanie zawodowe 1 (b.db) 4 (brak)	3,05 ± 1,42	3,67 ± 1,00	2,8 ± 1,4
rok uzyskania renty	2,94 ± 3,30	3,91 ± 3,36	2,4 ± 2,9
obciążenie dziedziczne psych.	0,52 ± 0,79	0,51 ± 0,90	0,57 ± 0,75
krewni I°	0,33 ± 0,57	0,35 ± 0,63	0,29 ± 0,53
czynniki spustowe	0,40 ± 1,21	0,34 ± 1,02	0,52 ± 1,55
zmiana w zachowaniu przed chorobą	1,38 ± 2,34	2,05 ± 2,44	1,00 ± 1,99
okres nieprzyjmowania leków (w % czasu obserwacji)	16,32 ± 21,73	52,7 ± 21,0	5,80 ± 6,40
łącznie czas leczonej psychozy (%)	15,43 ± 14,73	15,27 ± 15,40	15,20 ± 9,11
okres leczenia w remisji	31,57 ± 27,35	16,18 ± 16,40	67,0 ± 14,9
okres remisji bez leczenia	36,65 ± 31,64	15,75 ± 20,42	11,8 ± 13,8
liczba hospitalizacji (średnia)	4,16 ± 3,97	3,18 ± 3,27	4,2 ± 2,6
pojawienie się objawów zab. świadomości „ja”: aktywności	1,40 ± 2,28	1,27 ± 2,53	1,36 ± 2,26
witalności	1,68 ± 2,38	1,75 ± 2,73	2,17 ± 2,90
spójności	2,21 ± 2,81	3,21 ± 3,50	1,94 ± 2,60
tożsamości	1,78 ± 2,35	1,67 ± 2,19	1,91 ± 2,50
granic	1,86 ± 2,20	2,29 ± 2,47	1,56 ± 1,89
prawdopodobne treści urojeń	0,38 ± 0,92	0,54 ± 0,90	0,36 ± 0,77
nierzeczywiste treści urojeń	1,62 ± 2,67	1,68 ± 2,85	1,73 ± 2,80
nadprzyrodzone treści urojeń	0,95 ± 1,90	0,75 ± 1,87	1,05 ± 1,87
obecność w urojeniach: rodziny	1,37 ± 2,30	1,62 ± 2,45	1,54 ± 2,42
sąsiadów	0,82 ± 2,01	1,75 ± 3,08	0,52 ± 1,18
kolegów	0,71 ± 1,62	0,64 ± 1,33	1,12 ± 2,33
obcych	0,81 ± 2,12	1,18 ± 2,45	0,42 ± 1,36
kosmitów	0,77 ± 1,96	0,29 ± 1,30	1,19 ± 2,38



	Cała grupa badanych N = 185	grupa 0 N = 37	grupa W N = 57
zasięg świata urojeń: bliscy	1,02 ± 2,14	0,88 ± 1,58	0,92 ± 1,92
obcy	1,28 ± 2,39	1,51 ± 2,59	1,08 ± 2,19
grupy	1,10 ± 2,28	1,13 ± 1,98	1,26 ± 2,48
nieograniczony	1,07 ± 2,37	1,00 ± 2,58	0,63 ± 1,64
systematyzacja urojeń	0,81 ± 2,06	1,16 ± 2,21	0,89 ± 2,06
omamy, głosy znanych osób	0,64 ± 1,82	0,78 ± 1,97	0,91 ± 2,30
omamy, obce głosy	1,48 ± 2,40	1,21 ± 2,28	1,42 ± 2,25
dIALOG OMAMÓW	0,69 ± 2,01	0,72 ± 2,12	0,70 ± 2,02
agresje wobec bliskich	0,93 ± 2,36	0,89 ± 2,31	0,68 ± 1,91
agresje w stosunku do nieznanymych	1,23 ± 2,41	0,43 ± 1,23	1,54 ± 2,61
zaburzenia depresyjne	1,91 ± 2,81	1,00 ± 2,14	2,07 ± 2,99
zaburzenia maniakalne	1,75 ± 2,85	1,56 ± 2,91	2,29 ± 3,07
przystosowanie po 7 latach	2,58 ± 1,29	2,62 ± 0,89	2,57 ± 1,61
nieznaczny defekt	1,53 ± 2,76	2,35 ± 3,04	1,64 ± 3,09
nasilony defekt	1,14 ± 2,65	1,91 ± 3,32	1,36 ± 3,09
zmiana przebiegu choroby – pogorszenie w roku choroby	1,57 ± 2,98	1,54 ± 2,84	1,73 ± 3,22
krytycyzm	0,96 ± 1,99	0,89 ± 2,35	1,12 ± 1,89
dysymulacja	1,93 ± 3,07	2,62 ± 3,49	0,21 ± 1,22
brak krytycyzmu	1,69 ± 2,98	1,86 ± 3,18	1,21 ± 2,39