



Własności psychometryczne kwestionariusza zachowań uciążliwych

*Psychometric properties
of the Problem Behaviours Questionnaire (PBQ)*

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA, STANISŁAW WÓJTOWICZ,
LUDMIŁA BOGUSZEWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Kwestionariusz zachowań uciążliwych (KZU) jest przeznaczony do badania efektów leczenia chorych na psychozy. Wypełnia go ankieter na podstawie rozmowy z przedstawicielem rodziny, pozostającym w bliskim kontakcie z pacjentem. **Cel** – Celem pracy jest ocena własności psychometrycznych tego kwestionariusza. **Badani** – Badaniem objęto trzy grupy osób: (1) 113 pacjentów z programu oceny efektów opieki zespołów środowiskowych, (2) 40 chorych przyjętych do całodobowego oddziału Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz (3) 32 przedstawicieli populacji ogólnej. **Metoda** – Zbadano następujące właściwości kwestionariusza: (1) rzetelność (wewnętrzna spójność ustalona metodą Cronbacha), (2) trafność: (a) trafność teoretyczna, obejmująca: analizę różnic międzygrupowych, badanie macierzy wzajemnych korelacji między pytaniami oraz analizę czynnikową, (b) trafność kryterialna diagnostyczna (badano korelację wyniku KZU z wynikiem kwestionariusza funkcjonowania społeczne), (3) czułość kwestionariusza na zmiany w czasie. **Wyniki** – Analiza wykazała, że dotychczasowa wersja kwestionariusza (14 pytań) obejmowała trzy zachowania, które u przeważającej większości chorych (ponad 90%) w ogóle nie występowały. Powodowało to, że kwestionariusz miał niezadowalającą trafność dyskryminacyjną, jak też mogło obniżyć jego czułość na zmiany w czasie. Dlatego też usunięto z kwestionariusza te 3 pytania i poddano walidacji jego skróconą wersję (11 pytań). Badanie tej wersji wykazało, że: wskaźnik rzetelności α Cronbacha wynosi 0,76, poziom zachowań uciążliwych koreluje istotnie z poziomem funkcjonowania społecznego, poziom zachowań badanych 3 grup różni się od

siebie istotnie. W analizie czynnikowej wyodrębniono 3 czynniki: agresja/dziwaczność (wskaźnik rzetelności 0,77), wycofanie (wskaźnik rzetelności 0,71) i autoagresja/alkohol (wskaźnik rzetelności 0,46). **Omówienie** – Badanie wykazało, że dotychczasowa wersja kwestionariusza (14 pytań) zawierała trzy pytania wyraźnie obniżające jego własności psychometryczne. Walidacja wersji skróconej (11 pytań) wykazała, że ma ona zadowalającą rzetelność, trafność kryterialną diagnostyczną, trafność teoretyczną oraz czułość na zmiany w czasie. Kwestionariusz może być traktowany jako jedna skala, można też odrębnie analizować jego dwie podskale: agresji i dziwaczności (4 pytania) oraz wycofania (3 pytania). Pozostałe cztery pytania nie tworzą podskali. **Wnioski** – KZU wykazuje dobre właściwości psychometryczne, może być wykorzystany w badaniach efektów leczenia.

SUMMARY. The Problem Behaviours Questionnaire (PBQ) is designed to measure treatment outcome in patients with psychotic disorders. The interviewer fills out the questionnaire after an interview with the patient's key relative (i.e. a family representative significant and close to the patient). **Aim** – The aim of the study was to assess psychometric properties of the questionnaire. **Subjects** – Three groups participated in the study: (1) 113 patients included in a program of evaluation of care provided by mobile community treatment teams; (2) 40 patients admitted to an inpatient department of the Institute of Psychiatry and Neurology, and (3) 32 representatives of the general population. **Method** – The following properties of the questionnaire were analysed:

(1) reliability (internal consistency, using the Cronbach α); (2) validity (a) theoretical validity (including an analysis of intergroup differences, a matrix of intercorrelation between items, and factor analysis), (b) diagnostic criterion validity (i.e. correlation between the PBQ score and scores on a social functioning scale); (3) test-retest stability (or susceptibility to change over time). **Results** – The hitherto used version of the PBQ (14 items) was found to include three items dealing with behaviours that had never occurred in a vast majority (i.e. over 90%) of our patients. This resulted in an unsatisfactory differential validity of the questionnaire and besides could decrease its test-retest stability. Consequently, these 3 items were excluded from the questionnaire and its abbreviated version consisting of 11 items was submitted to validation. The Cronbach α reliability coefficient for the abbreviated version was .76; the level of problem behaviours turned out to be significantly correlated with the patients' social function-

ing scores, and the three groups differed significantly from each other in terms of their problem behaviour levels. Three factors were distinguished in factor analysis: aggression/bizarre behaviour (reliability coefficient = .77), withdrawal (reliability coefficient = .71), and self-destruction/alcohol abuse (reliability coefficient = .46). **Discussion** – The study indicated that the former version of the PBQ (14 items) included three items evidently diminishing its psychometric properties. Validation of the abbreviated version (11 items) has evidenced that its reliability, diagnostic criterion validity, theoretical validity, and test-retest stability are satisfactory. The questionnaire may be used either as a single global scale, or its two sub-scales may be analysed separately – of aggression/bizarre behaviour (4 items) and withdrawal (3 items). The remaining four items do not constitute a subscale. **Conclusions** – The PBQ has rather good psychometric properties and may be used for treatment outcome evaluation.

Słowa kluczowe: zachowania uciążliwe / kwestionariusz / walidacja

Key words: problem behaviours / questionnaire / validation

„Kwestionariusz zachowań uciążliwych” (KZU) został opracowany w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jest przeznaczony głównie do badania efektów leczenia chorych na psychozy. Kwestionariusz wypełnia ankieter na podstawie rozmowy z przedstawicielem rodziny, pozostającym w bliskim kontakcie z pacjentem. Zawiera informacje o osobie udzielającej wywiadu oraz czternaście pytań dotyczących zachowania chorego, w każdym pytaniu respondent wybiera jedną z trzech możliwości (nigdy, czasem, często). Rozmowa z respondentem i wypełnienie kwestionariusza zajmuje kilkanaście minut. Został zastosowany w badaniu efektywności zespołów leczenia środowiskowego w latach 1998–2000, przedtem nie ustalono jego własności psychometrycznych, wymaga to bowiem zbadania sporej liczby osób. Przeprowadzone badanie nad zespołami [Słupczyńska-Kossobudzka i wsp. 2001] stworzyło możliwość walidacji KZU, co jest celem niniejszej pracy.

CEL

Celem pracy jest walidacja psychometryczna „Kwestionariusza zachowań uciążliwych”.

OSOBY BADANE

Badanie obejmuje trzy następujące grupy osób:

1. *Pacjenci, którzy brali udział w badaniu poświęconemu ocenie efektów działań zespołów środowiskowych* w czterech ośrodkach. Są to pacjenci chorzy na schizofrenię lub psychozę schizoafektywną, przed objęciem badaniami chorujący dłużej niż rok, co najmniej trzykrotnie leczeni w szpitalu psychiatrycznym (lub hospitalizowani co najmniej 6 miesięcy w ostatnim roku), wykazujący poważne deficyty funkcjonowania społecznego. Wykluczono osoby poważnie chore somatycznie, uzależnione od środków psychoaktywnych, oraz osoby stanowiące zagrożenie dla własnego lub cudzego życia. Niniejsze badanie objęło wszystkich chorych z grupy

eksperymentalnej i kontrolnej, u których wypełniono KZU na początku programu badawczego, czyli w roku 1998 (n=113). Grupa składała się głównie z chorych na schizofrenię (91%). Średni wiek badanych wynosił 41 lat, nieznacznie przeważali mężczyźni (51%). Ponad połowa chorych (58%) miała wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe, 41% – wykształcenie średnie, 1% – wykształcenie wyższe. Gros pacjentów (88%) utrzymywało się z renty inwalidzkiej, tylko 4% chorych pracowało zarobkowo.

2. *Pacjenci przyjęci w roku 1999 do Instytutu Psychiatrii i Neurologii* (n=40). Spełniają większość kryteriów selekcji, zastosowanych w badaniach nad zespołami, ponadto dobrano ich kwotowo (ze względu na płeć i wiek) do grupy z badań nad zespołami. Kwestionariusz wypełniano w kilka dni po przyjęciu chorych do szpitala. Ta grupa nie różniła się istotnie od grupy pierwszej pod względem rozpoznania, płci i wieku. Różniła się natomiast istotnie pod względem wykształcenia – było w niej znacznie więcej osób z wykształceniem wyższym (28%), a znacznie mniej z podstawowym lub zasadniczym – 26% (wartość Kruskal-Wallis test 25,4, $p < 0,001$).
3. *Przedstawiciele populacji generalnej*, dobrani kwotowo (do grupy pacjentów z programu badań zespołów) wg płci, wieku, wykształcenia oraz stopnia pokrewieństwa z respondentem, udzielającym wywiadu. Liczebność tej grupy wynosi 32 osoby i nie różniła się ona od grupy pierwszej pod względem płci. Była istotnie bardziej wykształcona niż grupa pierwsza (44% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym), oraz istotnie starsza, średnio o 12 lat niż grupa pierwsza.

METODY

Zbadano rzetelność i trafność kwestionariusza oraz jego czułość na zmiany.

Badanie rzetelności (ang. *internal consistency*) polegało na ustaleniu wewnętrznej

spójności kwestionariusza. Zastosowano tu metodę Cronbacha, obliczając rekomendowany przez niego wskaźnik alfa. Teoretycznie przyjmuje się, że narzędzie jest rzetelne jeżeli wskaźnik Cronbacha jest wysoki (powyżej 0,75). Wysoki bowiem współczynnik spójności oznacza, że odpowiedzi na poszczególne pytania w zadowalającym stopniu mierzą to samo, co ogólny wynik kwestionariusza [Brzeziński 1996].

Analiza trafności objęła trafność teoretyczną (ang. *construct validity*) oraz trafność kryterialną diagnostyczną (ang. *concurrent validity*).

Trafność kryterialną ustalono badając korelację ogólnego wyniku KZU ze skalą funkcjonowania społecznego (polska wersja *Social Functioning Scale*, kwestionariusza o dobrych własnościach psychometrycznych [Birchwood 1990]). Badanie relacji między tymi dwoma obszarami uzasadniają dane z literatury, często bowiem stwierdzano, że poziom zachowań uciążliwych jest tym większy, im większe są deficyty funkcjonowania społecznego chorych [Sturt i Wykes 1987, Hamid i wsp. 1995, Srebrnik i wsp. 1998]. Wysoka korelacja między tymi miarami skłania nawet niektórych autorów do poglądu, że badanie problemów z zachowaniem mogłoby zastąpić badanie funkcjonowania społecznego, zwłaszcza wtedy, gdy w określaniu oczekiwań co do pełnienia różnych ról społecznych zbyt ingerują czynniki kulturowe [Wykes i Sturt 1986].

W badaniu trafności teoretycznej zastosowano następujące trzy metody:

1. Analiza różnic międzygrupowych, w literaturze anglosaskiej zwana czasem analizą trafności dyskryminacyjnej (ang. *discriminant validity*). Z jednej strony polegała ona na porównaniu wyników w grupie pacjentów i w grupie reprezentantów populacji generalnej – zakładano, że skalę będzie można uznać za trafną, jeżeli nasilenie zachowań uciążliwych u pacjentów będzie istotnie większe niż w populacji generalnej. Drugie porównanie obejmowało chorych włączonych do badań zespołów

środowiskowych z pacjentami przyjętymi do szpitala. Zakładano, że w tej drugiej grupie pacjentów będzie większe nasilenie zachowań uciążliwych niż w grupie pierwszej, w której wprawdzie było dużo pacjentów w ciężkim stanie, ale nie było u nich bezwzględnych wskazań do hospitalizacji. W obu porównaniach testowano istotność różnic średnich (metodą ANOVA) w badanych grupach.

- Analiza wewnętrznej struktury kwestionariusza (ang. *internal structure*) – polegała na zbadaniu matrycy wzajemnych korelacji między pytaniami kwestionariusza (zastosowano współczynnik tau Kendalla). Analiza miała rozstrzygnąć dwie kwestie: czy pytania kwestionariusza stanowią homogeniczną grupę pozycji (większość pytań jest wzajemnie istotnie skorelowanych), oraz, czy każde pytanie kwestionariusza wnosi nową informację (twierdząco można odpowiedzieć na to pytanie, gdy korelacje nie są zbyt silne).
- Analiza czynnikowa (ang. *factor analysis*), przez niektórych określana mianem tzw. trafności czynnikowej. Zastosowano w niej metodę rotacji ortogonalnej Varimax.

Czułość kwestionariusza na zmiany w czasie oceniano analizując nasilenie zmian, jakie zaszły w grupie pacjentów, poddanych przez dwa lata działaniom zespołów środowiskowych. Ta metoda oceny czułości jest najczęściej stosowana w literaturze psychiatryczno-społecznej [Van Haaster i wsp. 1994, Kazarian i wsp. 1996, Wing i wsp. 1998, Gowers i wsp. 1999]. Ponadto zbadano, czy zmiany poziomu zachowań uciążliwych korelują ze zmianą we wspomnianej wyżej skali SFS.

WYNIKI

1. Własności psychometryczne dotychczasowej wersji kzu

Rzetelność kwestionariusza

Badaniem objęto wszystkich 153 pacjentów (113 z badań nad zespołami środowiskowymi i 40 chorych przyjętych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii). Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha dla całego kwestiona-

riusza wyniósł 0,78, a wartości dla poszczególnych pozycji kształtowały się na poziomie 0,75 do 0,78.

Trafność kwestionariusza

Analiza różnic międzygrupowych. Średni poziom zachowań uciążliwych pacjentów ($n=153$) wynosił 6,97 (sd. 4,36), a u przedstawicieli populacji generalnej kształtował się na poziomie 1,97 (sd. 1,99). Różnica ta jest statystycznie istotna (F w teście ANOVA = 40,07, $p<0,001$; Z w teście Mann-Whitney = -6,5, $p<0,001$).

Zachowania uciążliwe chorych uczestniczących w badaniach nad zespołami środowiskowymi kształtowały się średnio na poziomie 6,63 (sd. 4,6), a u pacjentów przyjętych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynosiły średnio 7,95 (sd. 3,45). Różnica tych średnich nie jest istotna statystycznie (F w teście ANOVA = 2,68, $p<0,104$). Rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania w obu tych grupach prezentuje tabl. 1 – dla uproszczenia podano w niej odsetki osób, u których dane zachowanie nigdy nie występowało, oraz frakcje pacjentów, u których występowało ono często.

Jak wynika z tablicy, w trzech rodzajach zachowań uciążliwych od 91% do 100% respondentów (zarówno w grupie z badań nad zespołami, jak u chorych przyjętych do szpitala) uznało, że nigdy one nie występują. Dotyczy to samookaleczeń (pytanie 9), nieprawidłowych zachowań seksualnych (pytanie 13) oraz spraw przed kolegiami (pytanie 14). Oznacza to, że w tych trzech pytaniach praktycznie nie można oczekiwać zmiany na lepsze, toteż w istotny sposób będą one obniżać czułość kwestionariusza na zmiany, stanowią bowiem znaczną część pytań (trzy z czternastu). Dlatego też podjęto decyzję, że należy usunąć te pytania i skrócić kwestionariusz do 11 pytań.

2. Własności psychometryczne skróconej wersji kzu

Rzetelność

Wskaźnik alfa Cronbacha dla 11-ite-mowej skali wynosi 0,76, a dla poszczególnych pozycji od 0,73 do 0,77.

Tablica 1. Częstość odpowiedzi „nigdy” i „często” na poszczególne pytania KUZ w grupie chorych z badań nad zespołami środowiskowymi i u chorych przyjętych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Numer pytania	Odsetek odpowiedzi „nigdy”		Odsetek odpowiedzi „często”	
	pacjenci zespołów	pacjenci szpitalni	pacjenci zespołów	pacjenci szpitalni
1	10,6	12,5	44,2	52,5
2	24,8	17,5	32,7	55,0
3	51,3	54,5	12,4	27,5
4	53,1	47,5	12,4	25,0
5	86,7	74,4	6,2	5,1
6	74,3	60,0	8,0	17,5
7	71,7	60,0	3,5	12,5
8	92,0	85,0	8,0	15,0
9	91,2	92,5	8,8	7,5
10	72,6	67,5	8,0	5,0
11	64,6	70,0	4,4	10,0
12	26,5	35,0	22,1	30,0
13	91,2	95,0	2,7	2,5
14	97,3	100,0	2,7	0,0

Trafność

Analiza różnic międzygrupowych. Poziom zachowań uciążliwych pacjentów ($n=153$) wynosił (w pierwszym badaniu) średnio 6,7 punktów (sd. 3,9), a nasilenie tych zachowań u przedstawicieli populacji generalnej kształtowało się średnio na poziomie 1,8 (sd. 1,8). Różnica jest statystycznie istotna (w teście ANOVA $F = 45,0$, $p < 0,001$).

Nasilenie tych zachowań u chorych z badań nad zespołami środowiskowymi ($n=113$) wynosiło średnio 6,3 punktów (sd. 4,1), a w grupie chorych przyjętych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii 7,7 punktów (sd. 3,3). Różnica ta jest nieistotna statystycznie ($F=3,28$, $p < 0,07$).

Struktura wewnętrzna. Analiza maczy 11 razy 11 wykazała, że dziewięć pytań istotnie koreluje z co najmniej połową pozostałych, jedno pytanie (o nadużywanie leków) jest skorelowane z trzema pytaniami, a jedno z pytań (o próby samobójcze) koreluje istotnie tylko z jednym. Siła większości korelacji

wynosiła od tau 0,2 do tau 0,3, cztery korelacje miały wartość tau = 0,4 lub wyższą.

W analizie czynnikowej wyodrębniono trzy czynniki, które łącznie odpowiadają za 56% zmienności kwestionariusza (w tym czynnik pierwszy za 24%, czynnik drugi za 18%, trzeci za 14% zmienności). Rozkład pozycji w analizie czynnikowej przedstawiono w tabl. 2.

Wskaźniki rzetelności wynoszą: dla czynnika „agresja/dziwaczność” – 0,77, dla czynnika „wycofanie” – 0,71, dla czynnika „auto-agresja/alkohol” – 0,46. Jedno pytanie, o nadużywanie leków, nie weszło w skład żadnego z czynników.

Badanie korelacji poziomu zachowań uciążliwych z poziomem funkcjonowania społecznego objęło wszystkich chorych z programu badań nad zespołami środowiskowymi, którzy mieli wypełnione kwestionariusze KZU i SFS na początku i na końcu programu ($n=85$). Ustalono, że na początku programu poziom zachowań uciążliwych korelował istotnie z poziomem funkcjonowania

Tablica 2. Rozkład pytań KZU w trzy czynniki w analizie czynnikowej

Czynniki	Pytania	Ładunek czynnikowy
1. Agresja/dziwaczność	3. dziwaczne czynności	0,643
	4. agresja słowna	0,775
	5. czyny agresywne	0,811
	6. rozbijanie przedmiotów	0,655
2. Wycofanie	1. bezczynność	0,855
	2. unikanie ludzi	0,798
	12. niedbałość o higienę	0,637
3. Autoagresja/alkohol	7. zamiary samobójcze	0,826
	8. próby samobójcze	0,535
	10. nadużywanie alkoholu	0,521

społecznego – tau Kendalla wynosiło 0,357, $p < 0,001$.

Czułość na zmiany

U pacjentów objętych opieką zespołów środowiskowych w czterech ośrodkach ($n=31$) poziom zachowań uciążliwych spadł blisko o połowę – z 5,9 do 3,0 punktów (różnica ta była statystycznie istotna na poziomie $p < 0,001$). Istotną poprawę uzyskano w sześciu spośród 11 wymiarów kwestionariusza (pytanie numer 1, 2, 3, 4, 7, 12).

Zmniejszeniu nasilenia zachowań uciążliwych towarzyszył wzrost poziomu funkcjonowania społecznego – na końcu programu wyniki obu skal były istotnie skorelowane (tau Kendalla = $-0,234$, $p < 0,003$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W pierwotnej wersji kwestionariusza umieszczono trzy rodzaje zachowań uciążliwych, które zdaniem respondentów u przytłaczającej większości chorych (ponad 90%) w ogóle nie występowały. Oczywiście trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, czy faktycznie występują one w populacji chorych na schizofrenię bardzo rzadko, czy też respondenci z jakiegoś powodu zaniżali ich częstość. Analiza treści pytań nasuwa jednak przypuszczenie, że główną przyczyną jest rzadkość tych zjawisk w populacji chorych.

Zwłaszcza dotyczy to pytania o częstość samookaleczeń (te występują przede wszystkim w innych grupach chorych, np. u osób z zaburzeniami osobowości), oraz pytania o częstość karania przez kolegia. To drugie pytanie w zamyśle miało być wskaźnikiem konfliktów z prawem, ale jak widać obejmuje zbyt wąski zakres zagadnień (tym bardziej, że w ostatnich latach rola kolegów ds. wykroczeń znacznie zmalała w porównaniu do okresu lat siedemdziesiątych, gdy konstruowano kwestionariusz). Analogicznie, zbyt wąski zakres zachowań obejmowało pytanie o zachowania niezgodne z obyczajami – zawężone ono zostało wyłącznie do nieobyczajnych zachowań seksualnych, które nie są bardzo częste u chorych, a ponadto nie można wykluczyć, że respondenci wstydziły się odpowiadać pozytywnie na tak sformułowane pytanie. Niezależnie jednak od przyczyn, dla których respondenci oceniali, że powyższe zachowania nie występują u chorych, usunięcie z kwestionariusza tych pytań było jedynym sensownym rozwiązaniem, zwłaszcza ze względu na czułość kwestionariusza. Oczywiście teoretycznie można by się pokusić o przeformułowanie tych pytań (zwłaszcza o nieobyczajność i konflikty z prawem), ale wtedy trzeba by przeprowadzić ponowną walidację kwestionariusza (czyli przede wszystkim przebadac nową wersją odpowiednio dużą populację), co było przedsięwzięciem nierealnym.

Badanie wykazało, że zmodyfikowana wersja KZU ma zadowalającą spójność wewnętrzną, ponieważ wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi 0,76. Generalnie zatem odpowiedzi na poszczególne pytania w zadowalającym stopniu mierzą to samo, co ogólny wynik skali. Jak wynika jednak z analizy wewnętrznej struktury kwestionariusza, dwa pytania odbiegają od tej reguły. Pierwsze z nich dotyczy prób samobójczych, koreluje ono tylko z jednym z pozostałych pytań, co wynika zapewne z faktu, że próby takie występowały dość rzadko u badanych przez nas chorych (8% u osób z badań nad zespołami i 15% u pacjentów przyjętych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii). Drugie pytanie, poświęcone kwestii nadużywania leków, koreluje tylko z trzema pozostałymi, ponadto nie weszło w skład żadnego czynnika w analizie czynnikowej. Oba te pytania obniżają zatem homogeniczność kwestionariusza, ale są istotne merytorycznie, zarazem ich „obcość” nie podważa wniosku, że zdecydowana większość pytań kwestionariusza stanowi homogeniczną grupę pozycji. Zarazem siła stwierdzanych między pytaniami korelacji, w większości tau 0,2–0,3, jest uznawana w literaturze za słabą lub umiarkowaną [Wing i wsp. 1998, Gowers i wsp. 1999]. Świadczy to o tym, że każde z pytań wnosi nową informację.

Badanie potwierdziło oczekiwanie, że wyniki na skali KZU będą istotnie wyższe u chorych niż w populacji generalnej. Z kolei poziom zachowań uciążliwych jest wyższy u chorych przyjętych do szpitala niż u chorych włączonych do badań środowiskowych, chociaż różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ($p=0,07$), co wydaje się wynikać głównie z niewielkiej liczebności grupy przyjętych do szpitala (40 osób). Niemniej, tendencja do różnicowania obu grup jest na tyle silna, że zasadne jest przyjęcie wniosku o zadowalającej trafności dyskryminacyjnej kwestionariusza.

Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie dwu „mocnych” czynników, charakteryzujących się zadowalającymi wskaź-

nikami rzetelności. Pierwszym z nich jest czynnik agresji i dziwaczności, złożony z czterech pytań, a drugim czynnik wycofania, składający się z trzech pytań. Czynniki te mogą być traktowane jako podskale i analizowane niezależnie od całej skali. Trzeci wyodrębniony czynnik, o mieszanym profilu (autoagresja i nadużywanie alkoholu), jest czynnikiem „słabym” – wskaźnik jego rzetelności wynosi bowiem tylko 0,46. Oznacza to, że w zasadzie nie może być traktowany jako odrębna podskala.

Badanie wykazało, że wyniki KZU są istotnie skorelowane z wynikiem na skali funkcjonowania społecznego, co świadczy o zadowalającej trafności kryterialnej naszego kwestionariusza. Zastosowana przez nas metoda oceny tej trafności (poprzez badanie korelacji z narzędziem poświęconym zagadnieniom ściśle związanym z badanym problemem), jest często stosowana w literaturze psychiatryczno-społecznej i psychologicznej [Hamid i wsp. 1995, Marshall i wsp. 1995, Zuardi i wsp. 1995, Srebrnik i wsp. 1998]. Konkurencyjną metodą badania trafności kryterialnej jest porównanie wyników analizowanej skali z wynikami uzyskanymi na innej skali, mierzącej to samo zagadnienie i charakteryzującej się dobrymi własnościami psychometrycznymi (ale np. znacznie dłuższą i bardziej skomplikowaną w użyciu). Wadą tego rozwiązania jest trudność doboru „wzorcowej” skali, jak też dość znaczny koszt całej procedury.

Wyniki obu zastosowanych przez nas analiz czułości wykazały, że KZU ma zadowalającą czułość na zmiany w czasie.

WNIOSKI

1. Dotychczas stosowana wersja kwestionariusza zachowań uciążliwych (14 pytań) zawierała trzy pytania wyraźnie obniżające własności psychometryczne naszego narzędzia.
2. Zmodyfikowana wersja kwestionariusza (11 pytań) ma następujące właściwości:

- zadowolającą rzetelność, trafność kryterialną diagnostyczną, trafność teoretyczną oraz czułość na zmiany w czasie,
- kwestionariusz może być traktowany jako jedna skala, można też odrębnie analizować jego dwie podskale: agresji i dziwaczności (4 pytania) oraz wycofania (3 pytania). Pozostałe cztery pytania nie tworzą podskali,
- kwestionariusz jest przydatnym, prostym narzędziem pomiaru zachowań uciążliwych u chorych na schizofrenię, zwłaszcza w badaniach ewaluacyjnych psychiatrycznych form środowiskowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 853–9.
2. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Wyd Naukowe PWN; 1996: 514–25.
3. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliott P, Beevor A, Wing J, Jezzard R. Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). *Br J Psychiatry* 1999; 174: 413–6.
4. Hamid WA, Wykes T, Stansfeld S. The social disablement of men in hostels for homeless people. I. Reliability and prevalence. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 806–8.
5. Kazarian SS, Joseph LW, McCabe SB. A brief method of assessing adult inpatients' level of need for Community Support Systems. *Psychiatr Serv* 1996; 47 (6): 654–6.
6. Marshall M, Hogg LI, Gath DH, Lockwood A. The Cardinal Needs Schedule – a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychol Med* 1995; 25: 605–17.
7. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katanneza dwuletnia. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10: 289–99.
8. Srebrnik D, Uehara E, Smukler M. Field test of a tool for level-of-care decisions in community mental health systems. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 91–7.
9. Sturt E, Wykes T. Assessment schedule for chronic psychiatric patients. *Psychol Med* 1987; 17: 485–93.
10. Van Haaster I, Lesage AD, Cyr M, Toupin J. Further reliability and validity studies of a procedure to assess the needs for care of the chronically mentally ill. *Psychol Med* 1994; 24: 215–22.
11. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SGB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11–8.
12. Wykes T, Sturt E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 1–11.
13. Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC. Reliability, validity and factorial dimensions of the Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 247–51.

Adres: Dr Elżbieta Słupczyńska-Kossobudzka, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Aneks

Kwestionariusz zachowań uciążliwych (KZU)

Wywiad przeprowadzamy z przedstawicielem rodziny pacjenta. Spośród członków rodziny wybieramy do roli respondenta taką osobę, która pozostaje z pacjentem w bliskim kontakcie i zna go na tyle dobrze aby móc udzielić wszystkich informacji zawartych w ankiecie. Najczęściej taką osobą jest ktoś z kręgu najbliższej rodziny – współmałżonek, matka, ojciec, brat, siostra, dorosła córka, syn. Może zdarzyć się, że najwięcej wie o sytuacji życiowej pacjenta osoba będąca jego dalszą krewną bądź zupełnie nie połączona z nim więzami rodzinnymi. Zawsze jednak *musi to być osoba, która bądź mieszka razem z pacjentem bądź pozostaje z nim w bezpośrednim kontakcie i uczestniczy lub jest dobrze zorientowana w codziennych czynnościach wykonywanych przez pacjenta*. Kwestionariusz ten nie może być zatem zastosowany wyłącznie w przypadkach pacjentów mieszkających samotnie i pozbawionych osoby pełniącej wobec niego funkcje wymienione powyżej.

DANE DOTYCZĄCE PACJENTA

Imię i nazwisko:

Czy mieszka sam? 1. Tak 2. Nie

DANE DOTYCZĄCE RESPONDENTA

1. Stopień pokrewieństwa z pacjentem:

- | | |
|------------------|-----------------------------------|
| 1. Współmałżonek | 4. Syn / córka |
| 2. Matka | 5. Osoba bliska z dalszej rodziny |
| 3. Ojciec | 6. Osoba bliska spoza rodziny |

2. Wiek (lat).....

3. Czynnny zawodowo: A. Tak B. Nie

KWESTIONARIUSZ ZACHOWAŃ UCIAŹLIWYCH

Wszystkie pytania dotyczą wybranej osoby z rodziny. Dla uproszczenia we wszystkich pytaniach pominięto określenie „wybrana osoba”.

- Czy zdarzały się takie dni, w trakcie których (wybrana osoba) spędzała większość czasu zupełnie beczynnie, niczym się nie zajmując?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
- Czy zdarzało się, że unikała innych ludzi – na przykład nie chciała z nikim rozmawiać, starała się być sama?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------

3. Czy zdarzało się, że wykonywała różnego rodzaju dziwaczne czynności, bądź też zajmowała się niezrozumiałymi dla otoczenia sprawami – na przykład sprawdzała czy nie są zatrute posiłki, pisała nieuzasadnione listy i skargi do władz, traciła czas i energię na inne, podobne działania?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
4. Czy zdarzało się, że wszczyniała kłótnie z innymi ludźmi, wymyślała im lub groziła?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
5. Czy zdarzało się, że rozpoczynała bójki, biła inne osoby?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
6. Czy zdarzało się, że w złości rozbijała różne urządzenia lub sprzęty znajdujące się w domu bądź poza domem?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
7. Czy wspominała komuś o zamiarze pozbawienia się życia?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
8. Czy w ciągu ostatniego roku próbowała popełnić samobójstwo?

2. tak	0. nie
--------	--------
9. *Czy zdarzało się, że celowo kaleczyła się jakimś narzędziem bądź połykała ostre rzeczy, przedmioty?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
10. Jak dużo napojów alkoholowych (piwa, wina, wódki) piła przeciętnie w porównaniu do innych osób tej samej płci i w zbliżonym wieku?

2. znacznie więcej od innych	0. mniej od innych
1. nieco więcej od innych	0. w ogóle nie pił
1. tyle samo co inni	
11. Czy zdarzało się, że używała w nadmiarze – bez wiedzy lekarza – takich lekarstw jak proszki od bólu głowy, środki nasenne, przeciwbólowe, uspokajające?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
12. Czy zdarzało się, że nie dbała o higienę i wygląd zewnętrzny, np. przez cały dzień nie myła się, była brudna, zaniedbana?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
13. *Czy zachowywała się w sposób niezgodny z obyczajami, wskazujący na nienaturalne zainteresowanie sprawami płci – na przykład uprawiała czyny nierządne z dziećmi, publicznie się onanizowała, obnażała się w sposób dla wielu ludzi widoczny?

2. często	1. czasami	0. nigdy
-----------	------------	----------
14. *Czy w okresie ostatniego roku była karana przez kolegium ds. wykroczeń lub sąd?

2. tak	0. nie
--------	--------

* Pytania pominięte w zmodyfikowanej wersji kwestionariusza.