



Własności psychometryczne kwestionariusza obciążenia rodziny

*Psychometric properties
of the Family Burden Questionnaire*

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA,
STANISŁAW WÓJTOWICZ, LUDMIŁA BOGUSZEWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii
i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Kwestionariusz obciążenia rodziny (KOR) jest przeznaczony do badania efektów leczenia chorych na psychozy. Wypełnia go ankieter na podstawie rozmowy z przedstawicielem rodziny, którym jest osoba znacząca, pozostająca w bliskim kontakcie z pacjentem. Cel – Analiza własności psychometrycznych kwestionariusza i ustalenie jego ewentualnych ograniczeń. Badani – Walidację przeprowadzono na trzech grupach 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 generalnej. Metoda – Zbadano następujące właściwości kwestionariusza: (1) rzetelność (wewnętrzna spójność ustalona metodą Cronbacha), (2) trafność: (a) trafność teoretyczna, obejmująca: analizę różnic międzygrupowych, badanie matrycy wzajemnych korelacji między pytaniami oraz analizę czynnikową, (b) trafność kryterialna diagnostyczna (badano korelację wyniku KOR z wynikiem kwestionariusza funkcjonowania społecznego), (3) czułość kwestionariusza na zmiany w czasie. Wyniki – Wskaźnik rzetelności α Cronbacha wyniósł 0,82. Wynik na skali KOR istotnie korelował z poziomem funkcjonowania społecznego. Obciążenie rodzin chorych z programu oceny opieki zespołów środowiskowych było istotnie niższe od obciążenia rodzin pacjentów przyjętych do szpitala, a zarazem istotnie wyższe niż w populacji generalnej. Analiza czynnikowa pozwoliła na wydzielenie dwu czynników – wbrew oczekiwaniom w czynniku pierwszym uplasowało się 6 pytań, a w drugim tylko 2 pytania. W okresie 2 lat opieki zespołów*

leczenia środowiskowego obciążenie rodzin spadło o blisko 40%. Omówienie – Badanie wykazało, że kwestionariusz ma zadowalającą rzetelność, trafność kryterialną diagnostyczną, trafność teoretyczną oraz czułość na zmiany w czasie. Kwestionariusz powinien być traktowany jako jedna skala, jego obecna konstrukcja nie pozwala na wyodrębnianie podskal. Wnioski – KOR wykazuje dobre właściwości psychometryczne, może być wykorzystany w badaniach efektów leczenia.

SUMMARY. *The Family Burden Questionnaire (FBQ) is designed to measure treatment outcome in patients with psychotic disorders. Following an interview with the patient's key relative (i.e. a family representative significant and close to the patient) the questionnaire is filled out by the interviewer. Aims – To analyse psychometric properties of the questionnaire and to establish its possible limitations. Subjects – Three groups participated in validation of the tool: (1) 113 patients included in a program of evaluation of care provided by mobile community treatment teams; (2) 40 patients receiving inpatient treatment at the Institute of Psychiatry and Neurology, and (3) 32 representatives of the general population. Method – The following properties of the questionnaire were assessed: (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 FBQ score and scores on a social functioning scale); (3) test-retest*

stability (or susceptibility to change over time).

Results – The Cronbach α reliability coefficient was .82. The FBQ score turned out to significantly correlate with the level of the patient's social functioning. Family burden was significantly lower in families of patients participating in the community-based care evaluation program than in inpatients' families, at the same time being significantly higher than that in the general population. Two factors were found in the factor analysis: contrary to expectations, the first factor included 6 items, while the second

one – only 2 items. During the 2 years of care provision by mobile community treatment teams the family burden has decreased by almost 40%. **Discussion** – The study indicates that the questionnaire has satisfactory reliability, diagnostic criterion and theoretical validity, as well as test-retest stability. The instrument should be used as a single scale, since its present construction does not justify any separate subscales. **Conclusions** – Psychometric properties of the FBQ are rather good and the tool may be used to evaluate treatment outcomes.

Słowa kluczowe: obciążenie rodziny / kwestionariusz / walidacja

Key words: family burden / questionnaire / validation

Kwestionariusz obciążenia rodziny (KOR) został opracowany w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w latach osiemdziesiątych. Był przeznaczony do badania chorych na psychozy i stosowany w kilku pracach, w Instytucie Psychiatrii i Neurologii i poza nim, poświęconych efektom leczenia. KOR jest wypełniany przez ankietera na podstawie rozmowy z przedstawicielem rodziny, którym jest osoba znacząca, pozostająca w bliskim kontakcie z pacjentem. Zawiera informacje o osobie udzielającej wywiadu oraz osiem podstawowych wymiarów (w formie pytań), wskazujących na charakter obciążenia zachowaniami pacjenta. Poziom obciążenia na każdym z wymiarów określony jest na trzystopniowej skali (nigdy, czasem, często). Kwestionariusz jest prosty w użyciu, wypełnienie go zajmuje kilka minut. Dotychczas nie przeprowadzono jego walidacji, wymaga ona bowiem przebadania sporej liczby osób. Zakończone niedawno badania nad efektywnością zespołów środowiskowych pozwoliły na zgromadzenie danych o dostatecznej liczbie chorych [12].

CEL

Celem pracy jest analiza własności psychometrycznych kwestionariusza i ustalenie jego ewentualnych ograniczeń.

OSOBY BADANE

Walidację narzędzia przeprowadzono na trzech grupach osób.

1. Pierwszą z nich stanowili *pacjenci, którzy brali udział w programie poświęconym ocenie efektów działań zespołów środowiskowych*. Program badawczy obejmował chorych na schizofrenię lub psychozę schizoafektywną, chorujących dłużej niż rok, co najmniej trzykrotnie hospitalizowanych psychiatrycznie (lub z co najmniej sześciomiesięcznym pobytem w szpitalu w ostatnim roku), wykazujących znaczne deficyty funkcjonowania społecznego. Wykluczono pacjentów poważnie chorych somatycznie, uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz osoby stanowiące zagrożenie dla własnego lub cudzego życia. W procedurze walidacji uwzględniono wszystkich chorych z grupy eksperymentalnej i kontrolnej, u których wypełniono KOR na początku programu badawczego, czyli w roku 1998 ($n=113$). KOR wypełniali ankieterzy (psychologowie, pielęgniarki, asystenci socjalni) na podstawie rozmowy z przedstawicielem rodziny. Ankieter odczytywał kolejne pytania i zaznaczał wybrane przez respondenta odpowiedzi. Rozmowę z przedstawicielem rodziny ankieter zazwyczaj przeprowadzał w domu pacjenta. 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 utrzymywało się z renty inwalidzkiej (88%), tylko 4% chorych pracowało zarobkowo.

2. Drugą grupę, 40-osobową, stanowią *pacjenci przyjęci w roku 1999 do I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii*. Przy wyborze tej grupy zastosowano podobne kryteria doboru, jak w badaniach nad zespołami środowiskowymi (rozpoznanie, długość choroby i uprzednich hospitalizacji, brak poważnych chorób somatycznych i uzależnień), zastosowano ponadto dobór kwotowy do populacji z badań ewaluacyjnych zespołów środowiskowych wg płci i wieku. KOR tych pacjentów wypełniano w kilka dni po ich przyjęciu. Ankieterami byli lekarze, wypełniali oni KOR na podstawie przeprowadzonej w Instytucie rozmowy z przedstawicielem rodziny. Ta grupa nie różniła się istotnie od grupy 1 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. Trzecią badaną grupę stanowią *przedstawiciele populacji generalnej*, dobrani kwotowo do grupy pacjentów z programu ewaluacyjnego wg płci, wieku, wykształcenia oraz stopnia pokrewieństwa z respondentem udzielającym wywiadu. Grupa ta liczy 32 osoby i nie różniła się od grupy 1 pod względem płci. Była istotnie bardziej wykształcona niż grupa 1 (44% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym), oraz istotnie starsza, średnio o 12 lat niż grupa 1.

METODY

Zbadano rzetelność i trafność kwestionariusza oraz jego czułość na zmiany.

Badanie rzetelności koncentrowało się na ustaleniu wewnętrznej spójności kwestionariusza. Zastosowano tu metodę Cronbacha, obliczając zalecany przez niego wskaźnik alfa.

Analiza trafności objęła trafność teoretyczną (ang. *construct validity*) oraz trafność kryterialną diagnostyczną (ang. *concurrent validity*). 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 pacjenci będą stanowili istotnie większe obciążenie dla swoich rodzin niż populacja generalna. Drugie porównanie obejmowało chorych włączonych do badań zespołów środowiskowych z pacjentami przyjętymi do szpitala. Zakładano, że ta druga grupa pacjentów będzie stanowiła większe obciążenie, niż chorzy z grupy 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.
2. 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, ponieważ korelacje nie są zbyt silne [6, 15].
3. Analiza czynnikowa (ang. *factor analysis*), przez niektórych określana mianem tzw. trafności czynnikowej. Miała ona na celu

odpowiedź na pytanie, czy wyodrębnione w kwestionariuszu teoretyczne dwa obszary obciążenia stanowią istotnie dwa odrębne czynniki, które można traktować jako dwie podskale. Oczekiwano, że jedna z nich obejmie 4 pytania o czynności opiekuńcze (pomoc przy utrzymaniu higieny osobistej i spożywaniu posiłków, załatwianie w imieniu chorego spraw urzędowych, rezygnowanie z własnych zajęć z powodu koniecznej obecności przy chorym oraz obciążenie finansowe), a druga 4 pytania dotyczące reakcji emocjonalnych na zachowania pacjenta (napiecie, poczucie wstydu, poczucie zagrożenia). W analizie czynnikowej zastosowano metodę rotacji ortogonalnej Varimax.

Trafność kryterialną ustalono badając korelację ogólnego wyniku naszego kwestionariusza z wynikiem kwestionariusza funkcjonowania społecznego (polskie tłumaczenie *Social Functioning Scale*, zastosowanej w naszych badaniach za zgodą autora SFS, profesora Birchwooda). Badanie relacji między tymi dwoma obszarami uzasadniają dane z literatury, często bowiem stwierdzano, że obciążenie rodzin jest tym większe, im większe są deficyty funkcjonowania społecznego chorych. Wybór skali SFS został podyktowany tym, że ma ona dobre własności psychometryczne [3].

Czułość kwestionariusza na zmiany w czasie oceniano analizując zmiany, jakie zaszły w grupie pacjentów, poddanych przez dwa lata działaniom zespołów środowiskowych, oraz badając, czy zmiany obciążenia korelują ze zmianą we wspomnianej wyżej skali SFS.

WYNIKI

Rzetelność kwestionariusza

Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha dla całego kwestionariusza wyniósł 0,82, a wartości dla poszczególnych pozycji kształtowały się na poziomie od 0,78 do 0,84. Badanie objęło 153 pacjentów (113 z badań nad zespoła-

mi środowiskowymi oraz 40 pacjentów przyjętych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii).

Trafność kwestionariusza

Analiza różnic międzygrupowych

Poziom obciążenia rodzin 113 pacjentów z badań nad zespołami środowiskowymi wyniósł (w pierwszym badaniu) średnio 4,39 punktów (sd. 3,67) na skali o rozpiętości od 0 do 16 punktów, a w grupie chorych przyjętych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii kształtował się na poziomie 7,85 (sd. 3,41). Różnica ta jest statystycznie istotna (F w teście ANOVA 26,62, $p < 0,001$). Istotna jest też różnica obciążenia rodzin pacjentów i rodzin osób z populacji generalnej – w tej drugiej grupie średni poziom obciążenia wyniósł 1,97, sd. 1,79, F w teście ANOVA 29,10, $p < 0,001$.

Analiza wewnętrznej struktury – siedem pytań jest istotnie skorelowanych z co najmniej sześcioma pozostałymi pytaniami, w jednym natomiast pytaniu stwierdzono istotną korelację z dwoma tylko pytaniami. Siła większości korelacji wynosiła od $\tau = 0,2$ do $0,3$, osiemnaście miało wartość $\tau = 0,4$ lub wyższą (w tym siła czterech korelacji wynosiła $0,5$). Badaniem objęto wszystkich pacjentów biorących udział w badaniach nad zespołami środowiskowymi i przyjętych do szpitala – łącznie 153 osoby.

Analiza czynnikowa pozwoliła na wydzielenie dwu czynników, które łącznie odpowiadają za 61% zmienności narzędzia (w tym czynnik pierwszy za 42%, czynnik drugi za 19% zmienności). Wbrew oczekiwaniom, w czynniku pierwszym uplasowało się 6 pytań, a w drugim tylko dwa pytania. Wyniki analizy przedstawia tabl. 1.

Analiza korelacji poziomu obciążenia z poziomem funkcjonowania społecznego objęła wszystkie osoby z programu badań nad zespołami środowiskowymi, które miały wypełnione kwestionariusze KOR i SFS na początku programu i po 2 latach jego trwania ($n=85$). Analiza wykazała, że poziom obciążenia istotnie korelował z poziomem funkcjonowania społecznego – na początku programu τ Kendall wynosił $0,36$, $p < 0,001$.

Tablica 1. Rozkład pytań KOR w dwa czynniki w analizie czynnikowej

Czynniki	Pytania	Ładunek czynnikowy
Obciążenie czynnościami opiekuńczymi	1. pomoc w dbaniu o siebie	0,897
	2. załatwianie spraw urzędowych	0,684
Obciążenie emocjonalne	8. strach	0,787
	5. zmartwienia z powodu nieodpowiedniego zachowania poza domem	0,781
	6. napięcie i zdenerwowanie	0,724
	4. trudności finansowe	0,707
	7. wstyd	0,695
	3. konieczność obecności przy chorym i rezygnacji z własnych planów	0,672

Czułość kwestionariusza na zmiany

U pacjentów objętych opieką zespołów środowiskowych w czterech ośrodkach (grupa eksperymentalna $n=31$) w okresie 2 lat pracy zespołów obciążenie rodzin spadło o blisko 40% (z 4,0 do 2,5 punktów), różnica statystycznie istotna. Jeszcze większy stopień zmian KOR wykazał u chorych poddanych działaniom zespołów w rejonie szpitala „Drewnica” ($n=78$) – po roku obciążenie spadło blisko sześciokrotnie, z 6,4 punktów do 0,9 [4].

Spadkowi obciążenia rodzin towarzyszył wzrost funkcjonowania społecznego – korelacja wyników KOR i skali funkcjonowania społecznego SFS na końcu programu badawczego w czterech ośrodkach była istotna ($\tau = -0,21$, $p < 0,01$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie nasze wykazało, że KOR ma zadowalającą zgodność wewnętrzną (ang. *internal consistency*), alfa Cronbacha wynosi bowiem 0,82. Zdaniem Choynowskiego wysoki współczynnik zgodności oznacza, że odpowiedzi na poszczególne pytania w zadowalającym stopniu mierzą to samo, co ogólny wynik kwestionariusza [5].

Przyjęty przez nas wskaźnik jest jednym z najczęściej badanych aspektów rzetelności kwestionariuszy obciążenia rodziny [2, 9, 10, 11]. Dość często stosowaną metodą badania

rzetelności jest też analiza zgodności sędziów oceniających poszczególne odpowiedzi, np. dwu ankieterów (ang. *inter-rater reliability*). W przypadku naszego kwestionariusza analiza taka nie była potrzebna, ponieważ odpowiadał tylko jeden z członków rodziny, wskazany przez pacjenta jako najbardziej znający jego problemy. Nie było też potrzeby sprawdzania w naszym kwestionariuszu innego aspektu rzetelności, a mianowicie stabilności narzędzia (ang. *test-retest*), ponieważ z założenia jedną z głównych właściwości tego typu kwestionariusza ma być jego czułość na zmianę, a nie stabilność.

Jak wykazało badanie, KOR ma zadowalającą trafność dyskryminacyjną, potwierdziło bowiem oczekiwanie, że chorzy z psychozami stanowią istotnie większe obciążenie dla swych rodzin niż przedstawiciele populacji generalnej. Zarazem, poziom obciążenia rodzin chorych przyjmowanych do szpitala jest istotnie wyższy niż rodzin chorych, u których nie ma bezwzględnych wskazań do hospitalizacji.

Analiza wewnętrznej struktury kwestionariusza wykazała, że jego pytania stanowią homogeniczną grupę pozycji. Zarazem siła stwierdzanych między pytaniami korelacji (w większości $\tau = 0,3$, w nielicznych 0,5) jest w literaturze zaliczana do słabych i umiarkowanych [6, 15]. A zatem można uznać, że każde z pytań wnosi nową informację.

Analiza czynnikowa ujawniła, że dwa pytania spełniły inną rolę niż zakładano. Jest to

pytanie 3, (czy nie można było chorego zostawić samego w domu) oraz pytanie 4 (o finansowe obciążenie spowodowane zachowaniem chorego). Teoretycznie te dwa pytania uznano za wskaźniki obciążenia czynnościami opiekuńczymi, faktycznie spełniły rolę wymiarów obciążenia emocjonalnego. Stało się tak zapewne dlatego, że oba pytania zawierały sformułowania, które mogą budzić emocje, np. pytanie 3. „czy zdarzało się tak, że nie można było jej pozostawić samej w domu ze względu na jej samopoczucie, bądź też niebezpieczeństwo, jakie stwarza swym zachowaniem...?”. W tej sytuacji jeden czynnik skali składa się z sześciu pozycji, a drugi tylko z dwóch, co nie uprawnia do traktowania tego drugiego czynnika jako odrębnego podobszaru. Skala zatem powinna być traktowana jako całość i tylko na tym poziomie można dokonywać dalszych analiz. Gdyby chciał jednak wyodrębnić dwie podskale można przeformułować oba pytania w taki sposób, aby były bardziej neutralne emocjonalnie (np. pytanie 3 mogłoby brzmieć: „czy zdarzało się tak, że nie można było jej pozostawić samej w domu ze względu na jej samopoczucie bądź zachowanie?”). Po wprowadzeniu tych zmian należałoby jednak przeprowadzić ponowne badanie walidacyjne kwestionariusza.

Badanie nasze wykazało, że KOR ma zadowalającą trafność kryterialną diagnostyczną. Zastosowana przez nas metoda badania tej trafności (poprzez badanie korelacji z narzędziem, którego wyniki powinny być związane z badanym zagadnieniem) jest często stosowana w literaturze psychiatryczno-społecznej [7, 13], jak też psychologicznej [5]. Niektórzy jednak badacze stosują inną metodę oceny trafności kryterialnej, porównują mianowicie badane narzędzie z innym, mierzącym to samo zagadnienie i charakteryzującym się zadowalającymi własnościami psychometrycznymi. Ta druga jednak metoda wymaga znacznie większych nakładów finansowych, których nie byłibyśmy w stanie pozyskać.

Przyjęte przez nas metody badania czułości są często stosowane w literaturze psychia-

tryczno-społecznej [1, 8, 14]. Wykazały zadowalającą czułość KOR na zmiany w czasie.

WNIOSKI

1. Kwestionariusz obciążenia rodziny ma zadowalającą rzetelność, trafność kryterialną diagnostyczną, trafność teoretyczną oraz czułość na zmiany w czasie.
2. Kwestionariusz powinien być traktowany jako jedna skala, jego obecna konstrukcja nie pozwala na wyodrębnianie podskal.
3. Kwestionariusz jest przydatnym, prostym narzędziem oceny obciążenia rodzin osób chorych na schizofrenię, zwłaszcza w badaniach ewaluacyjnych psychiatrycznych form środowiskowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bebbington P, Brugha T, Hill T, Marsden L, Window S. Validation of the Health of the Nation Outcome Scales. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 389–94.
2. Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A, Tansella M, Thornicroft G, Vazquez-Barquero JL. Epsilon Study Group: The EPSILON study of schizophrenia in five European countries. Design and methodology for standardising outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 514–21.
3. 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.
4. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E, Wójtowicz S. Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – czteroletnia katamneza. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10: 301–9.
5. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. *Wyd Naukowe PWN* 1996; 514–25.
6. 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.
7. 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.
 8. 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.
 9. Magliano L, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Morosini P, Maj M. A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: development and factor analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 224–8.
 10. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 228–40.
 11. Schofield HL, Murphy B, Herrman HE, Bloch S, Singh B. Family caregiving: measurement of emotional well-being and various aspects of the caregiving role. *Psychol Med* 1997; 27: 647–57.
 12. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katanneza dwuletnia. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10: 289–99.
 13. 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.
 14. 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.
 15. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SBG, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11–8.

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

Aneks

Kwestionariusz obciążenia rodziny (KOR)

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. Czynny zawodowo: A. Tak B. Nie
-

Inicjały wybranej osoby z rodziny

KWESTIONARIUSZ OBCIĄŻENIA RODZINY

Wszystkie pytania dotyczą wybranej osoby z rodziny. Dla uproszczenia, w każdym pytaniu określenie „wybrana osoba” zastąpiono zaimkiem „ona”, w odpowiednim przypadku.

1. Czy zdarzało się, że członkowie rodziny pomagali jej (czyli wybranej osobie) w myciu, ubieraniu się, spożywaniu posiłków?
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|
2. Czy zdarzało się, że członkowie rodziny załatwiali poza domem różnego rodzaju ważne dla niej sprawy (na przykład załatwianie sprawy w urzędzie, dokonanie ważnego zakupu), z którymi na ogół każdy dorosły radzi sobie bez trudności?
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|
3. Czy zdarzało się tak, że nie można było jej pozostawić samej w domu ze względu na jej samopoczucie, bądź też niebezpieczeństwo, jakie stwarza swym zachowaniem w domu wówczas, kiedy pozostaje w nim sama?
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|
4. Czy zdarzały się w rodzinie trudności finansowe wynikające z konieczności jej utrzymania, jej niedbałości o pieniądze, rozrzutności bądź konieczności pokrycia kosztów szkód wyrządzonych przez nią?
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|
5. Czy zdarzały się w rodzinie kłopoty i zmartwienia wynikające z jej nieodpowiedniego zachowania poza domem (na przykład z powodu jej agresywności w stosunku do innych osób, braku poszanowania cudzej własności, dziwnego, niezgodnego z przyjętymi obyczajami zachowania)? Proszę nie brać pod uwagę kłopotów natury finansowej.
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|
6. Czy zdarzało się, że swoim zachowaniem w domu wprowadzała atmosferę napięcia, zderzenia, podminowania wśród domowników?
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|
7. Czy zdarzało się, że Pani/Pan lub inni członkowie rodziny odczuwali wstyd wobec innych osób z powodu jej zachowania?
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|
8. Czy zdarzało się, że Pani/Pan lub inni członkowie rodziny bali się jej?
- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 2. często | 1. czasami | 0. nigdy |
|-----------|------------|----------|