



Narzędzia oceny stosowane w Polsce w badaniach naukowych w psychiatrii (część 1)

Assessment instruments used in Poland in scientific research in psychiatry (part 1)

JOANNA RYMASZEWSKA, ADRIAN SIERADZKI, ANDRZEJ KIEJNA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE. *Cel* – Artykuł przedstawia przegląd narzędzi pomiarowych stosowanych w badaniach naukowych w Polsce. *Poglądy* – Omówiono narzędzia wykorzystywane w badaniach nad zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego, nadużywaniem substancji psychoaktywnych oraz funkcjonowaniem społecznym i jakością życia osób z zaburzeniami psychicznymi. W przeglądzie uwzględniono również testy stosowane przez psychologów klinicznych, m.in. do diagnostyki zaburzeń lękowych i osobowości. Zamieszczono także pewne sugestie odnoszące się do potrzeb w zakresie adaptacji narzędzi pomiarowych. *Wnioski* – Z przedstawionych danych wynika, że do najlepiej opracowanych psychometrycznie narzędzi należą instrumenty służące diagnostyce psychologicznej. Zwrócono także uwagę na celowość wprowadzenia w Polsce nowych instrumentów badawczych.

SUMMARY. *Aim* – The article presents a review of assessment instruments used in Polish psychiatric research. *Review* – The review covers instruments concerned to mental disorders in elderly people, alcohol and drug abuse, social functioning and health-related quality of life of the mentally ill, and also tests used by clinical psychologists for diagnosing anxiety and personality disorders. Moreover, some suggestions are given concerning the existing needs for adaptation of assessment instruments. *Conclusions* – The presented data indicate that psychological assessment tools have the best psychometric properties. Advisability of new assessment instruments implementation was pointed out.

Słowa kluczowe: psychiatria / narzędzia pomiarowe
Key words: psychiatrij /assessment instruments

We wszystkich badaniach naukowych, obok trafnej hipotezy badawczej, niezbędne jest poprawne metodologicznie przygotowanie projektu. Tylko dzięki zastosowaniu sprawdzonych pod kątem wartości psychometrycznej narzędzi badawczych uzyskuje się wiarygodne wyniki, a także możliwość ich porównania w badaniach wieloosrodkowych. W pracy przedstawiono przegląd polskich adaptacji narzędzi służących do badań chorób psychicznych wieku podeszłego, nadużywania substancji psychoaktywnych, funkcjonowania społecznego oraz jakości życia osób z zaburzeniami psychicz-

nymi. Uwzględniono także testy stosowane w psychologii klinicznej do diagnostyki zaburzeń lękowych i osobowości oraz oryginalne polskie narzędzia badawcze. Dokonanie zwięzłego przeglądu wszystkich stosowanych narzędzi jest trudnym zadaniem ze względu na ich ilość, ograniczono się do najczęściej stosowanych. Instrumenty stosowane do oceny ogólnej stanu psychicznego, skale wykorzystywane w badaniach w schizofrenii, w zaburzeniach nastroju oraz narzędzia stosowane do oceny skuteczności psychofarmakoterapii przedstawiono w równoległe publikowanym artykule.

OCENA STANU PSYCHICZNEGO OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

Podobnie jak dla populacji ogólnych, stworzono narzędzia służące do całościowej oceny psychopatologii w populacji osób starszych, np. GMS-AGECAT Package czy CAMDEX.

GMS-AGECAT Package (*Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy*) Copeland i wsp. jest stosowane głównie w badaniach anglosaskich. Przykładem rozbudowanego narzędzia, wykorzystywanego do badań epidemiologicznych zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym, jest bateria testów CAMDEX (*Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination*), służąca do badań populacyjnych zaburzeń psychicznych u osób starszych Roth i wsp. W swojej konstrukcji zawiera ona również MMSE. Ocenę jej zgodności wewnętrznej i trafności teoretycznej przeprowadził Parnowski i wsp. (wysoka rzetelność i trafność) [25].

Narzędzia służące ocenie występowania i nasilenia zaburzeń otępiennych opierają się w większości na badaniu sprawności funkcji poznawczych, ale także na ocenie objawów behawioralnych. Do pierwszego celu służą m.in. „Globalna skala upośledzenia” (*Global Deterioration Scale, GDS*), „Skala krótkiej oceny stanu psychicznego” (*Mini-Mental State Examination, MMSE*), skala ADAS (*Alzheimer's Disease Assessment Scale*) Rosen i wsp.

GDS i jej odmiana – „Czynnościowa ocena etapów otępienia” (*Functional Assessment Staging, FAST*), opracowane przez Reisberg i wsp., zostały zweryfikowane w aspekcie trafności kryterialnej (m.in. w porównaniu ze skalą MMSE) oraz treściowej (w stosunku do diagnozy klinicznej, czynników socjodemograficznych) [22]. ADAS została przetłumaczona i wystandaryzowana [4]. W badaniach polskich do częściej stosowanych i zweryfikowanych psychometrycznie narzędzi należą skala Katzmana (*Cognitive Impairment Test*) [41]. MMSE jest stosunkowo dobrze opracowanym narzędziem psychometrycznym

zalecanym przez Interdyscyplinarną Grupę Ekspertów Rozpoznawania Otępienia Sekcji Psychogeriatry i Choroby Alzheimerera PTP [5]. Ocenę rzetelności i trafności kryterialnej MMSE (porównanie ze „Skalą demencji” Blessed i wsp., *Dementia Scale, DS* i „Krótką skalą oceny funkcji poznawczych”, *Brief Cognitive Rating Scale, KSOPF* Reisberg i wsp.) przeprowadził Jura [13]. Bidzan i wsp. [3] zweryfikowali trafność diagnostyczną MMSE w oparciu o system diagnostyczny DSM-III-R, potwierdzając przydatność narzędzia do badań przesiewowych wczesnych postaci otępienia alzheimerowskiego i naczyniopochodnego. Z kolei Sobów i wsp. dokonali analizy czułości, swoistości oraz trafności diagnostycznej (w porównaniu z MMSE) 7-Minutowego Testu Przesiewowego (*7 Minute Screening Test*) [34]. *Clinical Dementia Rating (CDR)* Hughes i wsp., skonstruowana w celu oceny zmian funkcji poznawczych w łagodnym otępieniu starszym typu Alzheimerera, została poddana badaniom trafności diagnostycznej (w porównaniu ze skalami ADAS i MMSE) oraz treściowej (diagnoza kliniczna wg kryteriów ICD-10) [37]. Dla niektórych narzędzi ze względu na skomplikowaną budowę i brak przewagi diagnostycznej nad narzędziami o budowie krótszej i zwartej, polska adaptacja wydaje się mało celowa. Przykładem może być *the Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of the Alzheimer-type, Multiinfarct Dementia and Dementias of other Aetiologies according to ICD-10 and DSM-III-R (SIDAM)* opracowana przez Zaudig i wsp.

Drugą grupę instrumentów służących diagnostyce zaburzeń otępiennych stanowią narzędzia oceniające funkcjonowanie pacjenta i występowanie objawów behawioralnych [8]. Do nich należą m.in. „Czynnościowa ocena etapów otępienia” (*Functional Assessment Staging, FAST*) oraz *BEHAVE-AD rating scale*, obie opracowane przez Reisberg i wsp., *Behaviour Rating Scale for Dementia (BRSD)* Tariot i wsp., *Behavioural Syndroms Scale for Dementia (BSSD)* Devanand i wsp. oraz *Behavioural and Emotional Activities Manifested*

in *Dementia Scale* (BEAM-D) Sinha i wsp., *Progressive Deterioration Scale* (PDS) DeJong i wsp. Mogą być szczególnie pomocne w badaniu osób z głębszymi zaburzeniami otepiennym, aczkolwiek nie są wykorzystywane do oceny występowania zaburzeń otepiennych w populacji. Instrumenty służące do diagnostyki choroby Alzheimera, w tym zaburzeń funkcji poznawczych i zachowania, to m.in. *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS) Rosen i wsp., *Clinical Dementia Rating* (CRD) Hughes i wsp. oraz *Progressive Deterioration Scale* (PDS) DeJong i wsp., wykorzystywana w ocenie zmian jakości życia w miarę postępu choroby Alzheimera [10].

Wśród instrumentów badawczych przeznaczonych do identyfikacji zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych należy wymienić „Geriatryczną skalę depresji” *Geriatric Depression Scale* (GDS) autorstwa Yesavage, „Skalę depresji w otepieniu” z Cornell (*Cornell Scale for Depression in Dementia*, CSDD), „Skalę oceny nastroju w otepieniu” (*Dementia Mood Assessment Scale*, DMAS) Sunderland i wsp. oraz wersję wywiadu z Canberra dla osób w wieku podeszłym (*Canberra Interview for the Elderly*, CIE). CSDD opiera się na wywiadach od chorego i opiekuna (używana w badaniach pacjentów domów opieki), DMAS bazuje na obserwacji i wywiadzie od pacjenta (stosowana w badaniach populacyjnych), CIE jest półstrukturyzowanym wywiadem w wersji elektronicznej przeprowadzanym przez ankietera-niepsychiatrę. GDS została poddana analizie trafności diagnostycznej w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10 [2]. Natomiast zarówno CSDD, DMAS, jak i CIE nie znalazły szerszego zastosowania w warunkach polskich. Szybkie instrumenty przesiewowe, szeroko stosowane w badaniach epidemiologicznych i klinicznych za granicą, takie jak „Jeszcze krótsza skala oceny depresji” (*Even Briefer Assessment Scale of Depression*, EBAS DEP) Allen i wsp. czy „Skrócony test oceny funkcji poznawczych” (*Abbreviated Mental Test*, AMT) McLennan i wsp. zostały przetłumaczone na język polski przez Krzymińskiego [21], lecz

oczekują na pełną analizę właściwości psychometrycznych.

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOŁU

Zweryfikowano właściwości psychometryczne polskiej wersji „Kwestionariusza oczekiwanych skutków picia alkoholu” (*Alcohol Expectancies Questionnaire for Adolescents*, AEQ-A) Goldman i wsp. [18]. Z uwagi na stwierdzoną niską rzetelność o charakterze zgodności wewnętrznej i niedostateczną trafność teoretyczną niektórych podskal autorzy rekomendują do stosowania skróconą wersję kwestionariusza („Oczekiwane skutki picia alkoholu 2”, OSPA 2) o umiarkowanie wysokim współczynniku rzetelności i zadowalającej trafności.

Jednym z narzędzi służących do oceny skuteczności programów profilaktyki uzależnień jest amerykański kwestionariusz o nazwie Monitorowanie przyszłości (*Monitoring the future*) Wiliams i wsp. Wolniewicz-Grzelak i Pisarska [43] przeprowadziły pilotażowe prace adaptacyjne tego narzędzia (trafność treściowa, trafność teoretyczna w porównaniu międzygrupowym). Oryginalnym instrumentem do oceny umiejętności odpijania presji społecznej do udziału w konsumpcji alkoholu jest kwestionariusz „PAD” o potwierdzonej zgodności wewnętrznej, trafności treściowej i czynnikowej [19]. Wolniewicz-Grzelak i Grzelak [42] dokonali również krytycznej oceny psychometrycznej kilkunastu własnych skal, z których trzy (postawa proalkoholowa, picie alkoholu i nieumiejętność odmowy) okazały się wystarczająco rzetelne i trafne.

Wśród narzędzi wykorzystywanych w diagnostyce zależności alkoholowej należy wymienić autorski instrument o nazwie „Wrocławski inwentarz zależności od alkoholu” (WIZA) skonstruowany przez Sidorowicza. Oprócz oceny głębokości uzależnienia pozwala on na rozróżnienie grup osób spożywających alkohol w sposób toksykomaniczny i zwyczajowy. WIZA został

poddany wstępnej ocenie właściwości psychometrycznych (trafność treściowa oraz diagnostyczna) [31].

Dla oceny objawów abstynencyjnych wykorzystuje się w Polsce skalę Sullivan i wsp. o nazwie *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale* (CIWA), natomiast do oceny przesiewowej nadużywania lub uzależnienia od alkoholu 4-pytaniowy kwestionariusz CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*). Stworzony przez Saunders i wsp. pod patronatem WHO instrument przeznaczony do badań transkulturowych o nazwie *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) służy do oceny picia ryzykownego i szkodliwego w populacji ogólnej. Mimo iż instrument ten w badaniach porównawczych wykazał wyraźną przewagę w ocenie aktualnego uzależnienia od alkoholu, w Polsce nie znalazł szerszego zastosowania. Narzędzie do celów epidemiologicznych *Health Screening Survey* autorstwa Wallace i Haines, zawierające podskale CAGE, konsumpcja alkoholu, trauma, medyczne porady oraz obecne i przeszłe problemy z alkoholem, zostało wykorzystane w badaniach polskich dotyczących pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej [23], wymaga jednak oceny właściwości psychometrycznych.

Do częściej używanych w naszym kraju należy obok CAGE kwestionariusz oceny problemów alkoholowych *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) o potwierdzonych parametrach psychometrycznych [9, 11, 29]. Nie adaptowano natomiast narzędzia o większej specyficzności, skonstruowanego z dwóch pytań testu CAGE i pięciu testu MAST pod nazwą *Leubeck Alcohol Dependence and Abuse Screening Test* (LAST) autorstwa Rumpf i wsp. Dotyczy to również skali TWEAK (akronim dla tolerancji, problemów związanych z piciem, picia porannego, amnezji oraz kontroli picia) Chan i wsp. Według doniesień amerykańskich, TWEAK jako narzędzie identyfikacji osób uzależnionych znajdujących się w terapii okazał się równie czuły i specyficzny jak testy CAGE i skrócona wersja MAST, natomiast charakteryzował się najlepszymi

parametrami w przypadku populacji ogólnej i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Inny test przesiewowy o nazwie T-ACE zawierający pytania o wzrost tolerancji spożywanego alkoholu, rozdrażnienie spowodowane jego brakiem, kontrolę picia oraz picie poranne (T = *tolerance*, A = *annoyed*, C = *cut down*, E = *eye-opener*) Sokol i wsp., szczególnie przydatny w badaniach populacji kobiet ciężarnych, w Polsce jest rzadko wykorzystywany. W użyciu znajduje się natomiast polska adaptacja wersji testu MAST dla pacjenta, czyli SAAST (*Self-administered Alcoholism Screening Test*) Davis i wsp. Elementy trafności diagnostycznej (porównanie z wynikami testu CAGE) i treściowej SAAST (z diagnozą kliniczną) zostały pozytywnie zweryfikowane [20]. Na ocenę właściwości psychometrycznych oczekują instrumenty do badań transkulturowych WHO o potwierdzonych parametrach psychometrycznych – *Alcohol Timeline Followback* (TLFB) oceniający schematy/modele picia alkoholu oraz *Inventory of Drinking Situations* (IDS), służący do oceny sytuacji predysponujących do picia nałogowego [33].

Do oceny ryzyka uzależnienia od alkoholu stosuje się ponadto skalę alkoholizmu testu MMPI, których trafność potwierdzono w badaniach populacji studentów (skale Al-Hamp-
tona, Am-Holmesa, MAC-MacAndrews, SAL 1 i SAL 2 – Paluchowskiego) [32].

NARZĘDZIA PSYCHOLOGICZNE STOSOWANE W PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

Prace adaptacyjne dotyczące większości skal, które są wykorzystywane w psychologii klinicznej, zostały przeprowadzone w ramach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Wśród najczęściej stosowanych instrumentów do diagnostyki zaburzeń osobowości należy wymienić „Minnesocki wielowymiarowy kwestionariusz osobowości” (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI), „Inwentarz osobowości” Eysencka – MPI, „Test przymiotników – ACL” Gougha

i Heilbruma, „Inwentarz stanu i cechy lęku” – STAI Spielbergera, kwestionariusz osobowości Cattella, „Test zdań niedokończonych”, „Test apercepcji tematycznej” – TAT. Do użytku wprowadzono II wersję testu MMPI opracowaną przez Matkowskiego w 1999 r., zawierającą elementy analizy właściwości psychometrycznych (rzetelność typu test-retest, trafność). Zgodność wewnętrzną, stabilność, trafność kryterialną oraz diagnostyczną STAI m.in. w odniesieniu do „Skali ujawnianego niepokoju” (*Manifest Anxiety Scale*, MAS) Taylora określono jako zadowalające [44]. Rzetelność „Inwentarza temperamentu i charakteru”, będącego polską modyfikacją „Trójwymiarowego kwestionariusza osobowości” Cloningera (*Tridimensional Personality Questionnaire*, TPQ), potwierdziła Zakrzewska i wsp. [46].

Poczucie koherencji można badać w oparciu o „Kwestionariusz orientacji życiowej” (*The Sense of Coherence Questionnaire*, SOC-29) Antonovsky’ego w polskiej adaptacji wykonanej w Zakładzie Psychologii Pracy IMP [16]. Potwierdzono zgodność wewnętrzną metodą połówkową oraz zadowalającą strukturę czynnikową i trafność diagnostyczną w oparciu o instrumenty referencyjne: „Kwestionariusz postrzeganego stresu organizacyjnego” autorstwa Boreckiego oraz polskie wersje „Skali postrzeganego stresu” (*Perceived Stress Scale*) Cohen, „Inwentarza stanu i cechy lęku” (STAI) oraz „Inwentarza wypalenia” Maslach i Jackson (*Maslach Burnout Inventory*).

Badano rzetelność polskiej wersji „Inwentarza radzenia sobie z sytuacjami stresującymi” (*The Coping Inventory for Stressful Situations*, CISS) Endler i Parker, uzyskując umiarkowane wysokie wartości zgodności wewnętrznej, stabilności bezwzględnej i dopuszczalną trafność czynnikową [36]. Trafność kryterialną określano w odniesieniu do polskiej wersji kwestionariusza sposobów radzenia sobie (*The Ways of Coping Questionnaire*, WCQ) Folkman i Lazarus oceniającego podobne zmienne (umiarkowane korelacje). Do oceny trafności diagnostycznej wykorzy-

stano zmodyfikowany „Inwentarz osobowości” Eysencka (EPQ-R), „Pięcioczynnikowy kwestionariusz osobowości” (NEO-FFI) Costa i McCrae oraz inwentarz „Formalna charakterystyka zachowania – kwestionariusz temperamentu” (FCZ-KT) Zawadzkiego i Strelaua (umiarkowane i wysokie współczynniki korelacji). Dobre wyniki w zakresie rzetelności, struktury czynnikowej i trafności zbieżnej uzyskano w transkulturowych badaniach kwestionariuszem „Oceny zachowania typu A” u młodych dorosłych Polaków, Włochów i Amerykanów [45].

„Test przymiotnikowy” (ACL) Gougha i Heilbruna w poprawionej wersji Drwala [8] został zweryfikowany pod względem rzetelności, natomiast wydaje się, że wobec szerokiego zastosowania w różnych obszarach (psychopatologia, wybór zawodu, zachowania polityczne), potwierdzenie trafności wymaga dalszych badań. W przypadku „Inwentarza samowiedzy” Sherwooda brakuje natomiast danych dotyczących rzetelności. Wśród wielu istniejących wersji, „Poprawiony inwentarz osobowości” Eysencka (EPQ-R) jest użytecznym narzędziem badawczym, o psychometrycznych parametrach zbliżonych od oryginału. Cechą kwestionariuszy do pomiaru poczucia kontroli (np. kwestionariusz Delta Drwala) są umiarkowane wysokie wskaźniki rzetelności zróżnicowane w zależności od wieku („Kwestionariusz do badania poczucia kontroli u młodzieży”, KBPK Krasowicza i wsp. wykazuje wysokie wskaźniki rzetelności) [7].

Polski kwestionariusz objawowy „O” Aleksandrowicza i wsp. – oceniono rzetelność (powtarzalność, zgodność wewnętrzną) oraz elementy trafności (analizę czynnikową, trafność diagnostyczną) [28].

W przypadku narzędzi służących do pomiaru stresu w środowisku pracy skonstruowano i dokonano walidacji kwestionariusza „Poczucia osobistej kontroli w pracy” (*Sense of Personal Control at Work*, SPCW) [10]. Autorzy potwierdzili rzetelność (powtarzalność i zgodność wewnętrzną umiarkowaną do wysokiej), natomiast trafność wymaga dalszych badań.

JAKOŚĆ ŻYCIA I FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE

Kolejnym zagadnieniem coraz częściej uwzględnianym w badaniach jest jakość życia (*Health Related Quality of Life*, HQOL) i funkcjonowanie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi. W tym celu stworzono narzędzia ogólne, wielowymiarowe (ang. *Health Profiles*) oraz specyficzne, jednowymiarowe, które dotyczą określonej choroby lub zagadnienia.

W przypadku niektórych narzędzi np. ogólnej „Skali jakości życia WHO” (*WHO Quality of Life Scale*), „Kwestionariusza Samopoczucia Bradleya” (*Bradley's Well-Being Questionnaire*) dokonano fragmentarycznej analizy właściwości psychometrycznych. Dla kwestionariusza „Jakość życia – badanie dostępności dóbr i usług” Tempier i Mercier na podstawie *Satisfaction for Life Domains Scale* potwierdzono trafność treściową, a nie ustalono w sposób jednoznaczny trafności teoretycznej i diagnostycznej [12]. Próbę zastosowania kwestionariusza SF-36 (*the MOS 36-item short-form health survey*) Ware i wsp. podjęli Koniecznyńska i wsp. [17] m.in. u osób przewlekle chorych na schizofrenię.

Do narzędzi oryginalnych należy m.in. „Skala satysfakcji życiowej” [6]. Stwierdzono wysoką rzetelność metodą *test-retest*, trafność diagnostyczną (w porównaniu do ogólnej oceny satysfakcji ze swojego życia). Trafność teoretyczną badano m.in. w odniesieniu do „Skali sensu życia” (*Purpose in Life Scale*, PIL) Crumgaugh i Maholick, zaadaptowanej przez Mróz [24] i Popielskiego [26], uzyskując zadowalające wartości parametryczne. Supranowicz [33] stworzył „Skalę samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego młodzieży”, której użyteczność potwierdził pod względem rzetelności, trafności teoretycznej i mocy dyskryminacyjnej.

Kmieciak-Baran [15] stworzył i potwierdził dobrą wartość psychometryczną autorskiej „Skali wsparcia społecznego” (zgodność wewnętrzną, trafność diagnostyczną). Natomiast „Kwestionariusz oceny rodziny

(polska adaptacja *Familienbogen*) Cierpki i Frevert, sprawdzili pod względem właściwości psychometrycznych Beauvale i wsp. [1].

Zaluska [47] przetłumaczyła oraz zbadała własności psychometryczne (zgodność wewnętrzną, trafność diagnostyczną, treściową i struktura czynnikowa) „Skali funkcjonowania społecznego” Birchwooda i wsp. (*The Birchwood Social Functioning Scale*, SFS). Do narzędzi pomocnych w ocenie funkcjonowania społecznego należą również oparte na DSM-IV skale GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*), jej modyfikacja o nazwie „Skala oceny funkcjonowania społeczno-zawodowego” (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*, SOFAS) i „Skala globalnej oceny funkcjonowania w związkach” (*Global Assessment of Relational Functioning*, GARF). W ich przypadku pozytywnie zostały zweryfikowane zgodność między diagnostami oraz między kolejnymi badaniami, trafność diagnostyczna, jak również elementy trafności teoretycznej [39].

PROJEKTY MIĘDZYNARODOWE

Badania międzynarodowe wymagają stosowania znanych, standaryzowanych narzędzi. Przykładem jest randomizowane, prospektywne badanie wielośrodkowe, dotyczące oceny efektywności leczenia w oddziałach dziennych w porównaniu ze standardowymi oddziałami stacjonarnymi (*European Day Hospital Evaluation*, EDEN), prowadzone w zakresie 5 Programu Ramowego Unii Europejskiej [14]. Na potrzeby projektu przygotowano polskie wersje takich narzędzi diagnostycznych, jak „Schemat badania klinicznego w psychiatrii” (*Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, SCAN), „Formularz niesprawności społecznej z Groningen” (*Groningen Social Disabilities Schedule*, GSDS) Wiersma i wsp., „Berliński inwentarz potrzeb (*Berliner Bedurfnisse Inventar*, BeBI) Hoffman i wsp. oraz „Manchesterką skalę jakości życia” (MANSA) Priebe i wsp. Przystosowano również kilka

pomocniczych narzędzi, takich jak: „Skala oceny związku terapeutycznego” – pomiędzy pacjentem i terapeutą (*Helping Alliance Scale*, HAS) Priebe i McCabe, „Skala oceny leczenia” (*Client Assessment of Treatment*, CAT) Priebe i Gruyters oraz „Kwestionariusz oceny zaangażowania” (*Involvement Evaluation Questionnaire*, IEQ) van Wijngaarden i wsp. dla oceny zaangażowania i obciążenia opiekuna.

Ponadto, wykorzystywano w nim narzędzie służące do oceny jakości procesu leczniczego („Międzynarodowa klasyfikacja systemu opieki nad zdrowiem psychicznym”, *International Classification of Mental Health Care – ICMHC*) deJong i wsp. i „Europejski schemat mapowania usług medycznych” (*European Service Mapping Schedule*, ESMS), umożliwiający opis i porównywanie struktury psychiatrycznej opieki zdrowotnej w danym rejonie. W ramach projektu EDEN przeprowadzono częściową ocenę psychometryczną wybranych instrumentów (m.in. skal BPRS oraz GSDS w badaniu rzetelności typu *inter-rater*) [30]. Przykład tego badania wskazuje na ogrom potrzeb w zakresie dostosowywania i adaptacji narzędzi badawczych dla celów epidemiologicznych i klinicznych w psychiatrii.

PODSUMOWANIE

Obserwowany postęp i dalsza potrzeba doskonalenia badań naukowych w psychiatrii stanowią o konieczności stosowania uniwersalnych narzędzi o potwierdzonych właściwościach psychometrycznych. W Polsce, dotychczas tylko narzędzia (testy) psychologiczne objęte były właściwymi procedurami standaryzacyjnymi, co kontrolowane jest przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Zdecydowanie gorzej na tym tle wypada psychiatria, gdzie instrumenty psychometryczne adaptowane są od przypadku do przypadku, a o wyborze narzędzia decydują potrzeby lub zainteresowania indywidualnych badaczy, a nie wytyczne Polskiego Towarzystwa

Psychiatrycznego. Pomimo braku instytucjonalnego wsparcia dokonano jednak pełnej lub częściowej adaptacji wielu narzędzi, chociaż nie wszystkie z nich zostały przedstawione w czasopismach o szerokiej dostępności. Podobnie rzecz się ma z oryginalnie opracowanymi narzędziami, które w wielu przypadkach publikowane są jedynie w formie manuskryptów. Warto zatem przybliżyć czytelnikom stan dokonań w tym zakresie w Polsce i równocześnie zachęcić autorów zarówno przedstawianych tutaj narzędzi jak i tych, które zostały pominięte, do zabrania głosu w dyskusji na ten ważny temat.

PIŚMIENNICTWO

1. Beauvale A, DeBarbaro B, Namysłowska I, Furgal M. Niektóre psychometryczne własności Kwestionariuszy do Oceny Rodziny. *Psychiatr Pol* 2002; 36: 29–40.
2. Bidzan L, Lapin J, Soltys K, Turczynski J. Geriatryczna Skala Depresji (*Geriatric Depression Scale*) jako pomocnicze narzędzie diagnostyczne u pacjentów powyżej 55 roku życia. *Psychiatr Pol* 2002; 36 (6 suppl): 187–92.
3. Bidzan L, Ussorowska D. Mini Mental State jako metoda pomocnicza w rozpoznawaniu wczesnych postaci procesów otępiennych. *Pol Tyg Lek* 1995; 50: 50–1.
4. Bidzan L. Badania przydatności polskiej wersji językowej skali „Alzheimer’s Disease Assessment Scale” dla oceny stopnia nasilenia otępień pierwotnie zwyrodnieniowych. *Maszynopis*, 1986.
5. Bilikiewicz A, Barcikowska M, Kądziaława D, Kotapka-Minc S, Mossakowski LM, Opala G, Parnowski T, Pfeffer A, Szczudlik A, Zakowska-Wachelko B. Stanowisko grupy ekspertów w sprawie zasad diagnozowania i leczenia otępień w Polsce (IGERO). *Rocznik Psychogeriatryczny* 1999; I/II: 105–52.
6. Chłodzińska-Kiejna S. Psychologiczna analiza zmian jakości życia u chorych poddanych mechanicznej korekcji funkcji serca. *Rozprawa doktorska*. Wrocław 1999.
7. Drwal Ł. Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli. *Studia Psychologiczne* 1979; 18 (1): 67–84.

8. Drwal Ł. Test przymiotnikowy ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna w badaniach samooceny i percepcji społecznej. W: Drwal RŁ, red. Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia. Lublin: UMCS; 1987: 163–88.
9. Dudarewicz D. Zespół uzależnienia alkoholowego (zua) wśród mieszkańców rejonu wiejskiego ośrodka zdrowia w Berznikach. *Psychiatr Pol* 1990; 24 (2): 130–5.
10. Dudek B, Merecz D, Makowska Z. Theoretical assumptions and psychometric characteristics of the sense of personal control at work questionnaire. *Int J Occup Med Environ Health* 2002; 15: 29–36.
11. Falicki Z, Karczewski J, Wandzel L, Chrzanowski W. Przydatność Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) w warunkach polskich. *Psychiatr Pol* 1986; 20 (1): 38–42.
12. Głowczak M, Kasperek B, Meder J, Spiridonow K. Wstępna ocena jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatr Pol* 1997; 31: 313–22.
13. Jura E. Przydatność skali Mini-Mental State Examination w ocenie stanu funkcjonowania poznawczego u chorych z wieloogniskowym, naczyniopochodnym uszkodzeniem mózgu. *Neurol Neurochir Pol* 1993; 27: 293–301.
14. Kiejna A, Kallert T, Rymaszewska J. Leczenie w psychiatrycznych oddziałach dziennych w porównaniu z oddziałami całodobowymi w różnych systemach opieki zdrowotnej. *Psychiatr Pol* 2002; 36 (supl): 361–7.
15. Kmiecik-Baran K. Skala Wsparcia Społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegl Psychol* 1995; 38: 201–14.
16. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegl Psychol* 1993; 36: 491–502.
17. Konieczńska Z, Jarema M, Cikowska G. Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym. *Psychiatr Pol* 1997; 31: 323–32.
18. Kozaryn-Okulicz K, Borucka A, Bobrowski K. Adaptacja amerykańskiego kwestionariusza do pomiaru oczekiwanych przez młodzież efektów picia alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 1999; 37: 547–66.
19. Kozaryn-Okulicz K. Próba pomiaru umiejętności odpierania presji społecznej kwestionariuszem „PAD”. *Alkoholizm i Narkomania* 1995; 19: 107–14.
20. Kroch S, Radomska M, Krzyżanowska-Kierepka E, Szkolnicka B, Kameńczak A, Rakus A. Rozpoznanie uzależnienia alkoholowego przy pomocy kwestionariuszy CAGE oraz SAAST w wybranych grupach terapeutycznych. *Przegl Lek* 2001; 58 (4): 263–6.
21. Krzywiński S. Dwa proste testy psychogeriatryczne. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 277–83.
22. Łuczywek E, Nowicka A, Pfeffer A, Czyżewski K, Styczyńska M, Lalowski M, Barcikowska M. Cognitive deficits and polymorphism of apolipoprotein E in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002; 13 (3): 171–7.
23. Manwell LB, Ignaczak M, Czabała JC. Prevalence of tobacco and alcohol use disorders in Polish primary care settings. *Eur J Public Health* 2002; 12 (2): 139–44.
24. Mróz B. Test Sensu Życia (PIL) – badania kliniczne. Poczucie sensu życia a świat wartości osób uzależnionych od narkotyków. W: Okręglika-Forysiak E, red. Wybrane metody diagnostyczne w psychologii. Wrocław: WR UW; 1993: 39–55.
25. Parnowski T, Gabryelewicz T, Kiedrowska A, Czyrny M. Usefulness of CAMDEX battery in the analysis of clinical picture of dementia. *Psychiatr Pol* 1996; 30 (supl): 109–18.
26. Popielski K. Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej. W: Popielski K, red. Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii. Lublin: RW KUL; 1987: 237–61.
27. Przydatek M, Bien B. Uwarunkowania odepnienia w populacji osób w późnej starości. *Przegl Lek* 2002; 59 (4–5): 272–7.
28. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego „O”. *Psychiatr Pol* 2000; 34: 931–43.
29. Rybakowski J, Goszczyński A. Ocena kliniczna uzależnienia od alkoholu. *Wiad Lek* 1987; 40: 532–37.
30. Rymaszewska J, Małyszczak K, Jarosz-Nowak J, Kiejna A. Formularz Niesprawności Społecznej Groningen (GSDS) w badaniu wieloosrodkowym EDEN. *Psychiatr Pol* 2002; 6 (supl): 381–7.
31. Sidorowicz S. Przegląd badań z wykorzystaniem Wrocławskiego Inwentarza Zależności od Alkoholu. *Psychiatr Pol* 1989; 22: 78.

32. Sławińska JB, Gaul M, Matkowski M. Diagnostyczność skal alkoholizmu MMPI w ocenie ryzyka uzależnienia od alkoholu wśród studentów. *Psychiatr Pol* 1989; 23 (3): 194–9.
33. Sobell LC, Agrawal S, Annis H, Ayala-Velazquez H, Echeverria L, Leo GI, Rybakowski JK, Sandahl C, Saunders B, Thomas S, Zioikowski M. Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Subst Use Misuse* 2001; 36 (3): 313–31.
34. Sobów T, Maczkiewicz M, Magierski M, Strzelecki D, Wojtera M, Karlińska I, Kłoszewska I. „7 Minute Screen”. Część II. Ocena czułości i swoistości testu i porównanie z Mini Mental State. *Psychiatr Pol* 2001; 35: 475–81.
35. Supranowicz P. Ocena trafności teoretycznej, rzetelności, mocy dyskryminacyjnej i stopnia trudności Skali Samopoczucia Fizycznego, Psychicznego i Społecznego Młodzieży. *Rocznik Państwowego Zakładu Higieny* 2001; 52: 61–76.
36. Szczepaniak P, Strelau P, Wrześniewski K. Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegl Psychol* 1996; 39: 187–210.
37. Wasiak B, Gabryelewicz T, Łuczywek E, Pfeffer A, Czyżewski K, Styczyńska M, Gołbiowski M, Matysiak W, Barcikowska M. Częstość oraz intensywność występowania zaburzeń psychicznych i zachowania w otępieniu o różnym nasileniu w przebiegu choroby Alzheimera. *Psychiatr Pol* 2001; 35 (1): 93–107.
38. Wasilewski D, Matsumoto H, Kur E, Dziklińska A, Woźny E, Stencka K, Skalski M, Chaba P, Szelenberger W. Terapia majaczenia alkoholowego metodą szybkiego nasycania diazepamem. *Psychiatr Pol* 1995; 29 (5): 675–86.
39. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF). *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 253–67.
40. Wiechnik R, Drwal R. Inwentarz Samowiedzy. W: Drwal RŁ, red. Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Lublin: UMCS; 1987: 163–88.
41. Wojszel B, Bien B. Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób w późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl Lek* 2002; 59 (4–5): 216–21.
42. Wolniewicz-Grzelak B, Grzelak J. Skale do badania skuteczności edukacyjnych, alkoholowych programów profilaktycznych. *Alkoholizm i Narkomania* 1996; 24: 343–60.
43. Wolniewicz-Grzelak B, Pisarska A. Amerykański kwestionariusz do ewaluacji programu wczesnego zapobiegania problemom alkoholowym – Projekt Northland. *Alkoholizm i Narkomania* 1995; 19: 97–108.
44. Wrześniewski K, Sosnowski T. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Laboratorium Technik Diagnostycznych; 1987.
45. Wrześniewski K. Badanie Wzoru Zachowania A przy użyciu polskiego kwestionariusza. *Przegl Lek* 1990; 47: 538–42.
46. Zakrzewska M, Samochowiec J, Rybakowski F, Hauser J, Pełka-Wysiecka J. Polska wersja Inwentarza Temperamentu i Lęku: analiza rzetelności. *Psychiatr Pol* 2001; 35: 455–65.
47. Załuska M. „Skala Funkcjonowania Społecznego” (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 237–51.

*Adres: Dr Joanna Rymaszewska, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, e-mail: ankarym@psych.am.wroc.pl*