

Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki ich wykorzystaniu możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.

# POLSKA ADAPTACJA I WALIDACJA DWÓCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH – KANADYJSKI INDEKS GIER HAZARDOWYCH (PGSI) ORAZ KWESTIONARIUSZ LIE/BET

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska, Janusz Sierosławski  
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Wprowadzenie

W publikacjach dotyczących hazardu do jego opisu używa się różnych terminów: hazard problemowy (*problem gambling*), kompulsywny/przymusowy (*compulsive gambling*), patologiczny (*pathological gambling*) i zaburzenia hazardowe (*gambling disorder*). Termin patologiczny hazard pojawia się w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) i jest klasyfikowany jako zaburzenie nawyków i kontroli impulsów wśród takich zaburzeń, jak kleptomania, piromania oraz innych niespecyficznych zaburzeń i nawyków (Pulford i współ., 2009).

ICD-10 definiuje go jako „częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszania norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Dotknięci tym zaburzeniem ryzykują utratę pracy, zaciągają pokaźne długi oraz kłamią i łamią prawo dla uzyskania pieniędzy lub uniknięcia spłacania długów. Opisują intensywny popęd do gry, nad którym trudno im zapanować, połączony z pochłonięciem przez myśli i wyobrażenia dotyczące czynności hazardowych oraz okoliczności, które im towarzyszą”. Wystąpienie dwóch lub więcej kryteriów w ciągu roku jest objawem patologicznego hazardu (Achab i współ., 2014).

Z kolei klasyfikacja diagnostyczna DSM-5 wyróżnia termin zaburzenia hazardowe, zaliczając je do zaburzeń dotyczących używania substancji i uzależnień behawioralnych. DSM-5 wyróżnia 9 kryteriów występowania zaburzeń hazardowych:

1. odczuwanie potrzeby grania z podnoszeniem stawek pieniędzy, w celu osiągnięcia oczekiwanego pobudzenia,
2. odczuwanie podenerwowania lub poirytowania przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania,
3. podejmowanie powtarzających się, nieskutecznych wysiłków, mających na celu ograniczenie, kontrolowanie lub zaprzestanie grania hazardowego,
4. częste myśli o przegranych i wygranych, jakie miały miejsce w przeszłości bądź też planowanie gry lub sposobów zdobycia pieniędzy na graniu,
5. traktowanie gry jako sposobu na poprawienie złego samopoczucia,
6. podejmowanie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze,
7. okłamywanie kogokolwiek w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów grania,
8. sposób grania w gry hazardowe doprowadził do utraty lub narażenia na szwank ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.,
9. poszukiwanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej graniem (Stinchfield, 2002).

Dla postawienia diagnozy konieczne jest wystąpienie minimum 4 rodzajów zachowań w ciągu poprzedzających 12 miesięcy.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi zaczynają poszukiwać pomocy dopiero na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju uzależnienia (Potenza i współ., 2002). Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. W USA na podjęcie leczenia decyduje się niecałe 10% osób z zaburzeniami hazardowymi (Toneatto, Millar, 2004). Z kolei według badania przeprowadzonego w Ontario, w Kanadzie 18% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny kiedykolwiek w życiu poszukiwało jakiejś formy leczenia. Częściej pomocy poszukują osoby, których problem hazardowy jest bardziej zaawansowany (Potenza i współ., 2002). Między wystąpieniem pierwszych objawów zaburzenia a podjęciem leczenia mija około pięciu lat (Evans, Delfabbro 2005). Również zdecydowanie rzadziej do leczenia zgłaszają się młodzi dorośli (Petry, 2005). Testy przesiewowe pozwalają na identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest wykrycie zaburzeń na wcześniejszym etapie rozwoju i umożliwienie podjęcia leczenia, co zapobiega wystąpieniu poważniejszych następstw choroby w przyszłości. Badania pokazują, że testy przesiewowe są skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu zaburzeń hazardowych (Fortune, Goodie, 2010). Jednak jedynie 7% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzało testy przesiewowe w kierunku zagrożenia problemowym hazardem (Evans, Delfabbro, 2005).

Konieczność adaptacji testów wynika z ich pierwotnego opracowania w innym języku i kontekście kulturowym. Dokonuje się jej, jeśli istnieje potrzeba zastosowania narzędzia stworzonego i stosowanego w jednym kraju, w innym państwie lub obszarze kulturowym. Proces adaptacji polega na opracowaniu testu w taki sposób, aby mógł on być stosowany w kraju, w którym adaptacji

się dokonuje, zachowując swoje właściwości psychometryczne. Po dokonanej adaptacji dany test powinien mieć naturalne dla docelowego języka brzmienie i mieć porównywalną z oryginałem rzetelność i trafność.

Z kolei walidacja to proces ustalania stopnia odpowiedniości, trafności i celowości, pozwalający na określenie rzetelności pomiaru i dokładności narzędzia. Rezultatem walidacji jest wskazanie, że metoda badawcza, w tym przypadku wykorzystanie testów przesiewowych, jest odpowiednia do osiągnięcia założonego celu, to jest identyfikacji osób będących w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzeń hazardowych (Rajda, 2017).

*Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych został opracowany do oceny rozpowszechnienia ryzyka występowania hazardu problemowego w populacji generalnej, między innymi po to, by dotrzeć do osób, których nie obejmują próby kliniczne i do osób z zaburzeniami hazardowymi, u których problem jest mniej rozwinięty.*

Dotychczas w Polsce nie dokonano adaptacji i walidacji żadnego testu przesiewowego zaburzeń hazardowych. Mimo to test Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych był wykorzystywany w badaniach prowadzonych w populacji generalnej (CBOS, 2012, 2015). Celem tego artykułu jest adaptacja dwóch testów przesiewowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) i testu Lie/Bet oraz ocena ich właściwości psychometrycznych po ich przetłumaczeniu na język polski<sup>1</sup>.

## Metodologia badania

### Testy przesiewowe

Do oceny wybrano dwa testy: Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych i kwestionariusz Lie/Bet (Lie/Bet). Testy oparte są na klasyfikacji diagnostycznej DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) rewizja DSM-IV, IV-TR. Jednak mimo opublikowania nowej edycji klasyfikacji diagnostycznej DSM-5 oraz uwspółcześnionych kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń hazardowych, nadal publikowane są prace wykorzystujące te testy przesiewowe. W literaturze brakuje publikacji wykorzystujących testy oparte na kryteriach diagnostycznych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health*

*Problems*). Wybrane testy spełniają funkcje, które stawia się narzędziom przesiewowym – są krótkie, łatwe do zrozumienia przez osoby o różnym poziomie intelektualnym i jednoznacznie sformułowane. Wybrane do adaptacji i walidacji testy przesiewowe zostały zaprojektowane do wykorzystania w różnych warunkach – przesiewu klinicznego i prowadzonego w populacji generalnej.

Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (*Canadian Problem Gambling Index*) został opracowany do oceny rozpowszechnienia ryzyka występowania hazardu problemowego w populacji generalnej, między innymi po to, by dotrzeć do osób, których nie obejmują próby kliniczne i do osób z zaburzeniami hazardowymi, u których problem jest mniej rozwinięty (Ferris, Wynne, 2001). Test składa się z 9 pytań odnoszących się do kontroli grania, środków przeznaczanych na grę, odgrywania się, pożyczania pieniędzy, stresu i niepokoju spowodowanego graniem, kłopotów finansowych i poczucia winy z powodu grania. Test CPGI charakteryzuje się wysoką czułością, wynoszącą 78% w porównaniu do diagnozy stawianej przez klinicystów (*clinical assessment interviews*) oraz 83% w porównaniu z kryteriami DSM-IV. Z kolei swoistość testu CPGI wynosiła 100% w porównaniu do diagnozy klinicznej (*clinical assessment interviews*) i kryteriów DSM-IV (Colasante i współ., 2013).

Prostym testem przesiewowym jest kwestionariusz Lie/Bet. Składa się jedynie z dwóch pytań, które zostały zaprojektowane na podstawie 10 kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu w klasyfikacji DSM-IV. W badaniach swoistość testu była na poziomie ponad 80%, natomiast czułość na poziomie 100% (Potenza i współ., 2002). Test Lie/Bet posiada również wysoką pozytywną i negatywną wartość predykcyjną. Z uwagi na swoją prostotę, a jednocześnie dobre parametry jest on rekomendowanym przez lekarzy testem do prowadzenia przesiewu w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (Achab i współ., 2014).

## Proces adaptacji i walidacji testów przesiewowych

Adaptacja została dokonana zgodnie z wytycznymi wypracowanymi przez Beaton i współ., (2000) i obejmowała pięć etapów: 1) tłumaczenia testu przesiewowego z języka angielskiego na język polski (*forward-translation*) przez dwóch tłumaczy posługujących się oboma językami na poziomie native speaker; 2) syntezy obu tłumaczeń, pozwalającej przedyskutować i wyeliminować rozbieżności i wątpliwości tłumaczy; 3) tłumaczenia zwrotnego (*back-translation*) z języka polskiego na język angielski dokonanego przez dwóch

tłumaczy innych niż ci, którzy pracowali w fazie pierwszej; 4) oceny tłumaczeń przez zespół ekspertów oraz przygotowanie ostatecznej wersji kwestionariusza. Ocena tłumaczeń przez zespół ekspertów miała na celu, oprócz sprawdzenia jakości tłumaczenia, również jak najlepsze dostosowanie pytań, aby były zrozumiałe dla respondentów. Ostatnim etapem adaptacji było testowanie przetłumaczonego kwestionariusza w badaniach terenowych na grupie osób uprawiających hazard.

Badania terenowe prowadzili ankieterzy (n=13), będący jednocześnie terapeutami uzależnień, na co dzień zajmujący się leczeniem zaburzeń hazardowych.

Przyjęliśmy, że terapeuci, kończąc szkolenie certyfikacyjne, posługują się jednolitą metodologią stawiania diagnozy. Metody stawiania diagnozy wykorzystywane przez terapeutów zostały omówione na szkoleniu prowadzonym z lekarzem psychiatrą, a następnie wystandaryzowane. Dzięki temu ankieterzy, zadając serię pytań o granie w gry hazardowe, mogli oznaczyć w kwestionariuszu wynik diagnozy. Z uwagi na brak innych zaadaptowanych i zwalidowanych narzędzi przesiewowych zaburzeń hazardowych (brak tzw. złotego standardu) było to działanie pozwalające na odniesienie uzyskanych wyników w teście do zewnętrznej wartości referencyjnej.

*Konieczność adaptacji testów wynika z ich pierwotnego opracowania w innym języku i kontekście kulturowym. Dokonuje się jej, jeśli istnieje potrzeba zastosowania narzędzia stworzonego i stosowanego w jednym kraju, w innym państwie lub obszarze kulturowym. Proces adaptacji polega na opracowaniu testu w taki sposób, aby mógł on być stosowany w kraju, w którym adaptacji się dokonuje, zachowując swoje właściwości psychometryczne.*



Badania były prowadzone w województwie mazowieckim (Warszawa i okolice), kujawsko-pomorskim (Toruń i okolice) i świętokrzyskim (Starachowice i okolice). Na realizację badań terenowych uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (ref. 14/2016). Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, respondenci nie uzyskiwali wynagrodzenia za udział w nim. Wszyscy uczestnicy otrzymali dokładną informację o badaniu, jego celach, finansowaniu, poufności danych oraz korzyściach i ryzyku związanym z uczestnictwem w nim. Ponieważ osoby grające w gry hazardowe (szczególnie osoby pozostające poza leczeniem) zaliczają się do trudno dostępnej grupy badanych, zrezygnowano z podpisywania formularza zgody przez respondentów na rzecz oświadczenia ankietera o zapoznaniu respondenta z informacją o badaniu i wyrażeniu ustnej zgody na udział w nim. Dodatkowo każdy z uczestników miał zapewnioną poufność dzięki przechowywaniu testów przesiewowych w kopertach.

## Wyniki

### Adaptacja językowa testów przesiewowych

Zdaniem badanych tłumaczenia testów w większości były zrozumiałe. Jednak zarówno respondenci, jak i ankieterzy zidentyfikowali pytania, których rozumienie nastęrczało trudności.

Większość ankieterów zadeklarowała, że badani nie mieli żadnych problemów z odpowiedzią na pytania testu Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych. Jeśli jednak były jakieś trudności, to były one związane z pytaniem dotyczącym doświadczanych problemów zdrowotnych w związku z graniem (pytanie 6: *Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł/a Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało u Pana/Pani problemy ze zdrowiem, w tym stres i lęk?*). Respondenci nie wiązali występujących problemów ze zdrowiem z graniem.

Kolejnym pytaniem sprawiającym trudności było pytanie 7 (*Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub*

**Tabela 1. Ładunki czynnikowe pozycji Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGI) uzyskane w eksploracyjnej i confirmacyjnej analizie czynnikowej.**

Pozycje testowe	Ładunki czynnikowe	
	EFA	CFA
1. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy stawiając ryzykował/a Pan/Pani więcej niż w rzeczywistości mógł/a Pan/Pani sobie na to pozwolić?	0,60	0,65
2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy musiał/a Pan/Pani stawiać wyższe sumy pieniędzy, żeby uzyskać taki sam poziom ekscytacji?	0,54	0,60
3. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy wracał/a Pan/Pani innego dnia, aby spróbować się odegrać?	0,63	0,71
4. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pożyczał/a Pan/Pani pieniądze lub sprzedawał/a coś, aby zdobyć pieniądze na granie w gry hazardowe?	0,59	0,61
5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwał/a Pan/Pani, że granie może być Pana/Pani problemem?	0,60	0,65
6. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł/a Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało u Pana/Pani problemy ze zdrowiem, w tym stres i lęk?	0,60	0,63
7. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?	0,51	0,59
8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało problemy finansowe Pana/Pani lub osób, z którymi Pan/Pani mieszka?	0,71	0,77
9. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w związku z Pana/Pani graniem w gry hazardowe?	0,67	0,71

**Tabela 2. Wyniki dla testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI).**

Obszar pod krzywą ROC*	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,969	0,009	0,000	0,951	0,987

\*Im wartość bliższa 1, tym większa precyzja testu.

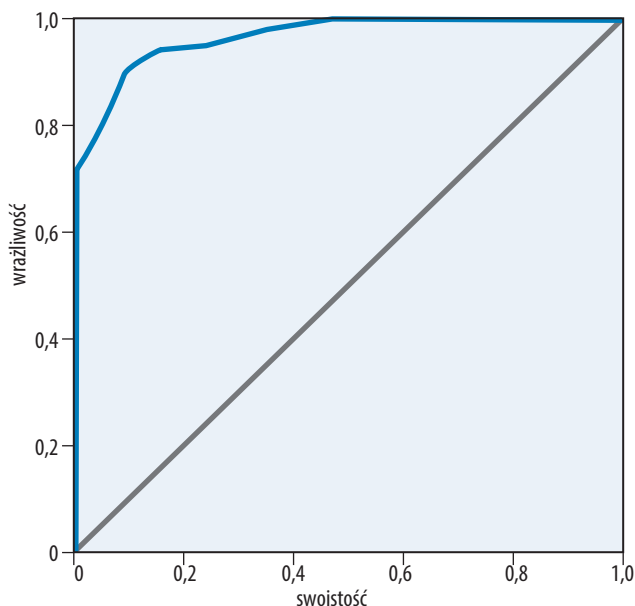
mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?). W opinii respondentów jest ono zbyt rozbudowane. Zdarzało się, że aby je zrozumieć, musieli czytać je kolejny raz.

Problemy z interpretacją sformułowań odnosiły się do pytań 8 (*Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało problemy finansowe Pana/Pani lub osób, z którymi Pan/Pani mieszka?*) i 9 (*Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w związku z Pana/Pani graniem w gry hazardowe?*). W pierwszym przypadku problemy dotyczyły interpretacji sformułowania *problemy finansowe*; respondenci nie kojarzyli go z pożyczkami u rodziców, a raczej z dużymi długami, brakiem środków na życie. W drugim, badani mieli problem z interpretacją określenia *poczucie winy* z powodu sposobu grania lub w związku z sytuacjami powiązаныmi z graniem. Respondenci nie mieli problemu ze zrozumieniem pytań kwestionariusza Lie/Bet. Żaden z ankierów nie zgłosił do niego uwag.

### Psychometryczne właściwości testu Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI)

Wyniki testu przesiewowego PGSI pokazują, że ponad połowa (51%, n=153) badanych to osoby, u których można było podejrzewać występowanie hazardu pro-

**Wykres 1. Krzywa ROC testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI).**



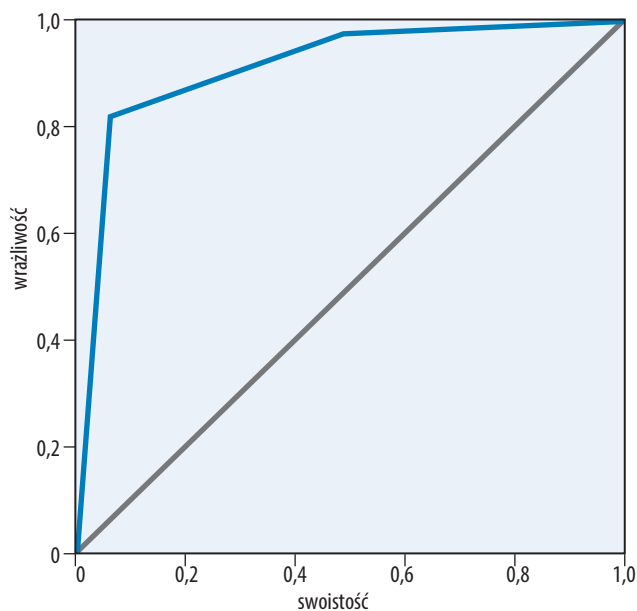
blemowego. Niecałe 10% (n=27) respondentów nie przejawiało żadnych problemów, u ponad 12% (n=37) odnotowano lekkie ich nasilenie, a u prawie 30% (n=83) – średnie nasilenie objawów hazardu problemowego. Test Kaisera-Mayera-Olkin (KMO) użyto do sprawdzenia adekwatności doboru próby. Jego wartość (KMO=0,93) oraz wskaźnik sferyczności Bartletta ( $\chi^2=1538,7$ ;  $df=8$ ;  $p<0,001$ ) wskazywały na zasadność wykorzystania analizy czynnikowej w odniesieniu do zgromadzonych danych. Zarówno kryterium osypiska, jak i kryterium Kaisera wskazują na jeden czynnik tłumaczący łącznie 84% wariancji wyników. Ładunki czynnikowe wszystkich pozycji osiągają wartości powyżej 0,6. Także w analizie confirmacyjnej model jednoczynnikowy (bez korelacji błędów pomiaru) osiągnął satysfakcjonujące parametry dopasowania

**Tabela 3. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI).**

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czułość	Swoistość
1	1,000	0,203
2	1,000	0,323
3	0,994	0,474
4	0,994	0,632
5	0,969	0,729
6	0,951	0,857
7	0,914	0,910
8	0,895	0,947
9	0,846	0,970
10	0,722	0,977
11	0,648	0,985
12	0,568	0,985
13	0,488	0,992
14	0,395	0,992
15	0,302	1,000
16	0,235	1,000
17	0,179	1,000
18	0,154	1,000
19	0,117	1,000
20	0,086	1,000
21	0,068	1,000
22	0,049	1,000
23	0,037	1,000
24	0,025	1,000
25	0,019	1,000
26	0,012	1,000

**Tabela 4. Ładunki czynnikowe pozycji Lie/Bet uzyskane w eksploracyjnej analizie czynnikowej.**

Pozycje testowe	Ładunki czynnikowe EFA
1. Czy kiedykolwiek musiał/a Pan/Pani okłamać osoby ważne dla Pana/Pani, co do tego, ile Pan/Pani gra w gry hazardowe?	0,85
2. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani potrzebę stawiania coraz większych kwot pieniędzy?	0,86

**Wykres 2. Krzywa ROC dla testu przesiewowego Lie/Bet.**

( $\chi^2=138,31$ ;  $df=27$ ;  $p=0,001$ ;  $CFI=0,89$ ;  $TLI=0,81$ ;  $RMSEA=0,36$  wraz z 90% CI [0,02; 0,14];  $SRMR=0,01$ ). Wyniki EFA i CFA przedstawia tabela 1.

W przypadku Kanadyjskiego Indeksu Gier Hazardowych standaryzowany współczynnik a Cronbacha wyniósł 0,837. Wartości współczynników  $\alpha$ , jakie by uzyskano po wyeliminowaniu poszczególnych pozycji testu, nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnego z nich, co oznacza, że spójność wewnętrzna testu jest zadowalająca. Krzywa ROC sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu wynosi 0,969 (95% przedział ufności: 0,951-0,987).

**Tabela 5. Wyniki dla testu przesiewowego Lie/Bet.**

Obszar pod krzywą ROC*	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,907	0,018	0,000	0,870	0,943

\* Im wartość bliższa 1, tym większa precyzja testu.

Wartość dla czułości i swoistości testu PGSI lokuje się odpowiednio na poziomie 0,914 i 0,910. Zestawienie tych wartości dla skumulowanych rozkładów punktów testu wskazuje na 7 punktów jako optymalną wartość graniczną. Oznacza to, iż uzyskanie w teście 7 lub więcej punktów wskazuje na hazard problemowy. Pozytywna wartość predykcyjna testu wynosi 0,925, natomiast negatywna 0,896.

### Psychometryczne właściwości testu Lie/Bet

Test Lie/Bet składa się jedynie z dwóch pytań. Jego wyniki pokazują, że trzy czwarte (75%,  $n=225$ ) badanych sklasyfikowano jako osoby wymagające dalszej, pogłębionej diagnozy u specjalisty (odpowiedziało twierdząco na minimum jedno pytanie).

**Tabela 6. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Lie/Bet.**

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czułość	Swoistość
1	0,969	0,511
2	0,815	0,932

Wartość testu Kaisera-Mayera-Olkina ( $KMO=0,51$ ) oraz wskaźnik sferyczności Bartletta ( $\chi^2=59,7$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) wskazywały na zasadność wykorzystania analizy czynnikowej w odniesieniu do zgromadzonych danych. Zarówno kryterium ospypiska, jak i kryterium Kaisera wskazują na jeden czynnik tłumaczący łącznie 71,5% wariacji wyników. Ładunki czynnikowe wszystkich pozycji osiągają wartości powyżej 0,8. Wyniki EFA przedstawia tabela 4.

Standaryzowany współczynnik a Cronbacha wyniósł 0,602. Na wykresie z krzywą ROC (wykres 2) widać wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,907 (95% przedział ufności: 0,870-0,943).

Zestawienie wartości dla czułości (0,815) i swoistości (0,932) testu dla skumulowanych rozkładów punktów testu wskazuje na 2 punkty jako optymalną wartość

graniczną, co oznacza konieczność dokonania pogłębionej diagnozy u specjalisty. Pozytywna wartość predykcyjna wyniosła 0,936, a negatywna 0,805.

## Podsumowanie

Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki ich wykorzystaniu możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.

Wyniki walidacji dwóch testów przesiewowych pokazały różnice w interpretacji wyników w porównaniu do instrukcji zamieszczonych w wersjach oryginalnych. W przypadku testu Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych, według przeprowadzonej w ramach badania walidacji, do identyfikacji osób, które są w grupie ryzyka spełniania kryteriów diagnostycznych dla diagnozy problemowego hazardu, niezbędne jest minimum 7 punktów, natomiast według oryginalnej instrukcji jest to minimum 8 punktów. Instrukcja testu przesiewowego Lie/Bet zaleca pogłębienie diagnozy u specjalisty przy wystąpieniu minimum jednej odpowiedzi twierdzącej. Wyniki walidacji w warunkach polskich wskazują, że taka konsultacja wymagana jest dopiero przy dwóch odpowiedziach twierdzących.

Porównanie parametrów dwóch walidowanych testów przemawia za Kanadyjskim Indeks Gier Hazardowych. Pomiar tym testem odznacza się najwyższą czułością oraz swoistością. Wartości te są też najlepiej zbalansowane. Ponadto test PGSI jest krótki, nieskomplikowany, a przez to nie potrzeba wiele czasu na jego wypełnienie. Test CPGI może być stosowany zarówno w badaniach rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych w populacji generalnej, jak również służyć do wstępnej diagnozy w grupach podwyższonego ryzyka.

Test Lie/Bet odznacza się nieco gorszymi parametrami psychometrycznymi, jednak jest zdecydowanie krótszy, co decyduje o łatwości użycia. Warto dodać, że chociaż większość parametrów tego testu jest najslabsza, to jednak różnice w porównaniu z testem PGSI są niewielkie. Warto więc rozważyć zastosowanie tego testu w warunkach, kiedy realizacja bardziej rozbudowanych testów jest utrudniona, np. podczas standardowej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.
- <sup>2</sup> Johnson E.E., Hammer R., Nora R.M., Tan B., Eistenstein N. & Englehart C. (1988), „The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers”, *Psychological Reports*, 80, 83-88.

## Bibliografia

- Achab S., Chatton A., Khan R., Thorens G., Penzenstadler L., Zulino D. i wsp., *Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes*. *BioMed Res. Int.* 2014; doi:http://dx.doi.org/10.1155/2014/360585.
- Beaton D., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M., *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. *Spine*, 2000; 25, 3186-3191.
- CBOS. *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS, 2012.
- CBOS. *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS, 2015.
- Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M., i wsp., *An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI*. *J. of Gambl. Study*, 2013; 29(4), 765-74. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.
- Evans L., Delfabbro P.H., *Motivators for change and barriers to help-seeking*. *J. of Gambl. Study*, 2005; 21(2), 133-155.
- Ferris J., Wynne H., *The Canadian Problem Gambling Index user manual. Report to the Canadian inter-provincial task force on problem gambling*. Canada: The Canadian Centre on Substance Abuse, 2001.
- Fortune E., Goodie A., *Comparing the utility of a modified Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS) with the South Oaks Gambling Screen (SOGS) as a Research Screen in College Students*. *J. of Gambl. Study*, 2010; 26(4), 639-644.
- Petry N.M., *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
- Potenza M., Fiellin D., Heninger G., Rounsaville B., Mazure C., *Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations*. *J. of Gen. Int. Med.* 2002; 17(9), 721-32.
- Pulford J., Bellringer M., Abbott M., Clarke D., Hodgins D, Williams J., *Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not*. *J. of Gambl. Study*, 2009; 25(1), 19-32.
- Rajda A., *Proces walidacji metody pomiarowej jako przykład zastosowania statystycznej kontroli jakości z wykorzystaniem pakietu Statistica*. Strona internetowa: [https://media.statsoft.pl/\\_old\\_dnn/downloads/proces\\_walidacji\\_metody\\_pomiarowej.pdf](https://media.statsoft.pl/_old_dnn/downloads/proces_walidacji_metody_pomiarowej.pdf), dostępne na dzień 11.12.2017; 2011.
- Stinchfield R.D., *Youth gambling: how big a problem?* *Psychiatr. Ann.* 2002; 32, 197-202.
- Toneatto T., Millar G., *Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends*. *Can. J. of Psychiatry*, 2004; 49(8), 517-25.



## POLSKIE WERSJE ZAADAPTOWANYCH I ZWALIDOWANYCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH

### 1. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) (Ferris, Wynne 2001)

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

**1. stawiając, ryzykował/a Pan/Pani więcej, niż w rzeczywistości mógł/a Pan/Pani sobie na to pozwolić?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**2. musiał/a Pan/Pani stawiać wyższe sumy pieniędzy, żeby uzyskać taki sam poziom ekscytacji?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**3. wracał/a Pan/Pani innego dnia, aby spróbować się odegrać?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**4. pożyczał/a Pan/Pani pieniądze lub sprzedawał/a coś, aby zdobyć pieniądze na granie w gry hazardowe?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**5. odczuwał/a Pan/Pani, że granie może być Pana/Pani problemem?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**6. czuł/a Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało u Pana/Pani problemy ze zdrowiem, w tym stres i lęk?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**7. ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z granie bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**8. czuł Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało problemy finansowe Pana/Pani lub osób, z którymi Pan/Pani mieszka?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**9. miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w związku z Pana/Pani granie w gry hazardowe?**

0 nigdy	1 czasem	2 w większości przypadków	3 prawie w każdym przypadku
------------	-------------	------------------------------	--------------------------------

**Punktacja:** 0 – nigdy, 1 – czasem, 2 – w większości przypadków, 3 – prawie w każdym przypadku

**Interpretacja wyniku:** Wynik 7 punktów lub powyżej może wskazywać na hazard problemowy.

### 2. Kwestionariusz Lie/Bet<sup>2</sup>

Czy kiedykolwiek musiał/a Pan/Pani okłamać osoby ważne dla Pana/Pani, co do tego, ile Pan/Pani gra w gry hazardowe?

Tak

Nie

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani potrzebę stawiania coraz większych kwot pieniędzy?

Tak

Nie

**Interpretacja:** Jeśli udzielono odpowiedzi „tak” na oba pytania, potrzebna jest dalsza ocena. Należy skierować uczestnika przesiewu do ośrodka leczenia uzależnienia od hazardu bądź do lekarza psychiatry.