

Niektóre psychometryczne własności Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*

Some Psychometric Attributes of the Family Assessment Questionnaires

Andrzej Beauviale¹, Bogdan de Barbaro², Irena Namysłowska³,
Mariusz Furgal²

¹Z Instytutu Psychologii UJ w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. E. Nęcka

²Z Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. B. de Barbaro

³Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

W artykule zostały zaprezentowane niektóre ważniejsze efekty prac nad walidacją i normalizacją Kwestionariuszy do Oceny Rodziny, polskiej adaptacji „Familienbögen” Manfreda Cierpki i Gabriele Frevert.

kwestionariusz
rodzina
walidacja

Some main effects of validation and normalization of the Family Assessment Questionnaires (the Polish adaptation of the Manfred Cierpka's and Gabriele Frevert's Familienbögen): the Diadic Questionnaire, the Family Questionnaire and the Self Estimation Questionnaire are presented in the article.

questionnaire
family
validation

Przeznaczenie i konstrukcja KOR

Kwestionariusze do Oceny Rodziny (KOR) stanowią polską wersję metody badania wielu aspektów funkcjonowania rodziny jednopokoleniowej, opracowanej w Niemczech w roku 1994 przez Manfreda Cierpkę i Gabriele Frevert (Familienbögen – FB) na podstawie III wersji kanadyjskiej Family Assessment Measure (FAM-III) Harveya A. Skinnera, Paula D. Steinhauera i Jacka Santa-Barbary z 1984 roku [1, 2]. Autorzy zakładają, że KOR okażą się szczególnie użyteczne w podejmowaniu decyzji o prze-

* Praca zrealizowana w ramach programu badawczego KBN 4PO51309313

prowadzeniu i wyborze terapii rodzinnej oraz w ocenie jej efektów. Proponowane przez Cierpkę i Frevert kryterium kwalifikacji rodziny do terapii stanowią wyniki odbiegające o 1 odchylenie standardowe w górę od średniej arytmetycznej wyników w danej skali w populacji rodzin „normalnych” (tj. takich, w których nie ma pacjenta psychiatrycznego i nikt nie był poddawany zabiegom psychoterapeutycznym). Analiza porównawcza profilów wyników członków rodziny w skalach FB ma dostarczać informacji przydatnych w wyborze procedur terapeutycznych. Zakłada się tym samym, że dzięki tej analizie uzyskiwane będą cenne wskazówki prognostyczne o skuteczności różnych ewentualnych zabiegów psychoterapeutycznych, ukierunkowanych na korekcję poszczególnych aspektów funkcjonowania rodziny.

KOR (polska wersja kwestionariuszy FB) nie odbiega od niemieckiego pierwowzoru (dokonano możliwie jak najwierniejszego tłumaczenia wszystkich pytań FB, zachowano ich kolejność oraz punktację odpowiedzi na poszczególne pytania, a także sposób obliczania wyników surowych w skalach). Adaptowana metoda składa się z trzech kwestionariuszy – 28-punktowego Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych (KRD), 28-punktowego Kwestionariusza Samooceny (KS) i 40-punktowego Kwestionariusza Rodzinnego (KR). W przypadku każdego punktu (pytania) osoba badana wybiera jedną z czterech możliwości orzekających prawdziwość danej wypowiedzi o swoich relacjach z krewnym (KRD), o swoim funkcjonowaniu w rodzinie (KS), albo o własnej rodzinie jako całości (KR). Odpowiedziom przyporządkowana jest punktacja w skali od 0 do 3, w której 0 oznacza stan pożądaný, a 3 – niepożądany. Każdy z trzech kwestionariuszy zawiera siedem czteropunktowych skal oryginalnych, odnoszących się do odpowiednich aspektów funkcjonowania rodziny i oznaczonych jako: WZ (wypełnianie zadań), PR (pełnienie ról), KOM (komunikacja), E (emocjonalność), ANR (afektywne nawiązywanie relacji), K (kontrola), WN (wartości i normy), a także skalę ogólną (sumaryczną) – WO, w postaci sumy wyników 7 skal. Kwestionariusz Rodzinny ma dodatkowo dwie sześciopunktowe skale kontrolne – OS (oczekiwań społecznych) i OB (obrony). Niemiecki pierwowzór KOR – FB, wraz z założeniami teoretycznymi, został omówiony w artykule Ireny Namysłowskiej i współpracowników [3]. W tym miejscu należy jedynie skonstatować zróżnicowany ontologiczny status przedmiotu badań w przypadku poszczególnych skal. Skale WZ, PR i KOM odnoszą się do poziomu behawioralnego w odróżnieniu od skal E, ANR i K, dotyczących poziomu intrapsychnicznego i skali WN, służącej do badania nadrzędnych struktur poznawczo-emocjonalnych osobowości związanych ze sferą moralności.

Z uwagi zarówno na wyniki badań nad dojrzałością społeczną, jak i na rezultaty naszych badań wstępnych KOR, przesunęliśmy dopuszczalną dolną granicę wieku respondenta z 12 lat (przyjmowaną przez Cierpkę i Frevert) na ukończony 13 rok życia u dziewcząt i 14 u chłopców. W przypadku rodzin dwuosobowych (np. małżeństw bezdzietnych) stosuje się wyłącznie Kwestionariusz Relacji Dwuosobowych, gdyż relacje takie wyczerpują zbiór relacji rodzinnych i badanie za pomocą pozostałych dwóch kwestionariuszy nie dostarcza nowych informacji. Ponadto używane zwroty w obu tych kwestionariuszach nierzadko jednoznacznie odnoszą się do więcej niż jednej (poza respondentem) osoby dorosłej z rodziny. Wszystkich 3 kwestionariuszy można używać w przypadku rodziny trójosobowej lub większej, w której przynajmniej trzy

osoby osiągnęły wiek umożliwiający sensowne wypełnienie kwestionariuszy. Wprawdzie Cierpka dopuszcza ich stosowanie w przypadku badania małżeństw z małymi dziećmi, ale naraża to respondentów na sztuczność udzielanych odpowiedzi, gdyż zakres interakcji społecznych rodziców z małym dzieckiem jest bardzo ograniczony, a większość pytań dotyczy zachowań związanych ze sferami ukształtowanej już niemal w pełni osobowości.

Cele i założenia polskiej adaptacji Kwestionariuszy do Oceny Rodziny (KOR)

Przeprowadzone badania empiryczne w ramach adaptacji FB do warunków polskich miały przede wszystkim na celu (1) określenie przydatności 3 kwestionariuszy KOR w świetle wyników badań empirycznych nad ich trafnością oraz (2) zaproponowanie i weryfikację sposobu ustalania standardów oceny wyników (norm).

Najczęściej w pracach adaptacyjnych stosuje się procedury standaryzacyjne, normalizacyjne i walidacyjne zastosowane przez autorów kwestionariusza. Niestety, niemiecka normalizacja FB, w odróżnieniu od kanadyjskiego pierwowzoru, nie spełnia podstawowych warunków stawianych przez psychometrów. Normy zostały określone w niej na podstawie badań populacji wyodrębnionych wg łącznego kryterium fazy rozwoju rodziny (bez pacjenta psychiatrycznego) oraz roli rodzinnej osoby wypełniającej kwestionariusz (w KRD również roli osoby ocenianej), z zaleceniem stosowania ich w analogicznych populacjach rodzin z pacjentem psychiatrycznym. Przyjęto przy tym za stan pożądaný funkcjonowanie przynajmniej na poziomie odpowiadającym wynikowi większemu od średniej arytmetycznej o 1 odchylenie standardowe, tj. 60 tenowi (im wynik większy, tym gorszy). Tym samym zrelatywizowane zostały oceny funkcjonowania do poziomu odpowiadającego wynikowi, który oddziela w przybliżeniu 2/3 wyników lepszych od 1/3 gorszych w danej populacji normalnej, np. w populacji matek w rodzinach z najstarszym dzieckiem od 1 do 11 roku życia (tj. w fazie III rozwoju rodziny). Zastosowanie norm z innej populacji przekreśla możliwość oszacowania błędu pomiaru, a tym samym stawia pod znakiem zapytania przydatność przeprowadzonej normalizacji kwestionariuszy w badaniach klinicznych.

Rozwijając procedurę normalizacyjną zaproponowaną przez autorów FB należałoby, zgodnie z regułami klasycznej psychometrii, w odniesieniu do poszczególnych populacji klinicznych, określić dla wyników surowych danej skali kwestionariusza prawdopodobieństwo przekroczenia przez wynik prawdziwy (tj. wynik surowy z poprawką na błąd pomiaru) wartości odpowiadającej kryterium (60 tenowi). Takie postępowanie w konsekwencji prowadziłoby jednak do uznania (za autorami FB) arbitralności kryterium selekcji, gdyż takim samym wynikiem znormalizowanym w różnych populacjach rodzin „normalnych” odpowiadają różne wyniki surowe bezpośrednio wyrażające oceny poziomu funkcjonowania. W konsekwencji nie byłoby uprawnione porównywanie wyników znormalizowanych różnych skal kwestionariusza, w tym również analizowanie ich profilów.

W przypadku standaryzowanych kwestionariuszy na ogół zakłada się, że ten sam wynik surowy w dwóch populacjach może być związany z różnymi poziomami własności mierzonej przez daną skalę. Np. w przypadku kwestionariusza rodzinnego

KOR zasadne jest przyjęcie, że młodzież z uwagi na swoje specyficzne cechy rozwojowe krytyczniej ocenia swoje rodziny niż dorośli. Trudno byłoby uzyskać w miarę powszechną zgodę na przyjęcie założenia, że na ogół osoba z rodziny bez pacjenta psychiatrycznego będzie stosowała te same kryteria oceny rodziny co analogiczna osoba (tj. z tą samą rolą, np. matka) z rodziny z pacjentem psychiatrycznym. Pewnym wyjściem z tej sytuacji jest interpretacja wyników KOR nie w kategoriach funkcjonowania rodziny, ale w kategoriach zadowolenia oraz niezadowolenia z własnej rodziny w uwzględnionych w kwestionariuszach aspektach jej funkcjonowania. Przy takiej interpretacji należałoby konsekwentnie przyjąć za cel terapii rodzin z pacjentem psychiatrycznym np. uzyskanie podobnych poziomów zadowolenia i niezadowolenia jak w przeciętnej rodzinie normalnej (tj. bez takiego pacjenta), za wskazanie zaś do podjęcia terapii – statystycznie istotne przekroczenie wartości kryterialnej na skali wyników surowych KOR. Przyjęcie założenia o zasadności porównywania wyników surowych stanowiłoby wówczas warunek wstępny do opracowania standardów oceny wyniku (norm).

Interpretacja odpowiedzi na pytania KOR w kategoriach zadowolenia i niezadowolenia opiera się na założeniu, że oceny funkcjonowania rodziny w postaci ogólnikowych konstatacji bardziej i częściej wyrażają stosunek emocjonalny respondenta niż jego wiedzę z danego zakresu. Mówiąc inaczej, komponenta emocjonalna w tych ocenach zdecydowanie przeważa nad komponentą poznawczą. Można założyć, że proporcje tych komponent zmieniają się na korzyść poznawczej w miarę coraz większego uściślenia ocen oraz zamiany określeń wartościujących na orzekające. Przyjmując z FB czterowartościowe skale wyników surowych dla poszczególnych pozycji, tj. oceniając odpowiedzi „zgadza się dokładnie” na 3 punkty, „zgadza się częściowo” – na 2, „raczej się nie zgadza” – na 1 i „zupełnie się nie zgadza” – na 0, na pytania o niekorzystny stan rzeczy (oraz odwrotnie na pytania odnoszące się do stanów pożądanych), można przyporządkować poszczególnym wartościom określenia: 3 – „jestem niezadowolony”, 2 – „jestem częściowo (raczej) niezadowolony”, 1 – „jestem częściowo (raczej) zadowolony” i 0 – „jestem zadowolony”. Za wartość „jeszcze zadowalającą” proponujemy przyjąć 1 – „jestem raczej zadowolony”, a za wskazanie do podjęcia interwencji terapeutycznej – wartość istotnie statystycznie wyższą (gorszą) od 1 w skali ogólnej lub w skalach uznanych przez terapeutę za ważne z punktu widzenia istoty zakładanego problemu w rodzinie. Wyjątek stanowią tu skale kontrolne, w przypadku których bardzo trudno jest a priori wskazać w sposób uzasadniony lokalizację optimum, a których przeznaczenie jest inne (wysoki wynik świadczy o silnym działaniu u badanego mechanizmów obronnych w kierunku zawyżania ocen, niski może oznaczać tendencję do zaniżania ocen). W celu ułatwienia interpretacji wyników surowych wyrażamy je we wszystkich skalach nie jako sumy punktów (jak w FB), ale jako średnie arytmetyczne, dzieląc sumy przez liczbę pozycji w danej skali i tym samym uzyskując zakres możliwych wyników od 0 do 3. Proponowana przez nas interpretacja sprowadza się do ustalenia, czy wynik surowy w danej skali któregoś z 3 kwestionariuszy KOR odbiega istotnie statystycznie wzwyż (na poziomie 0,05 lub 0,01) od kryterium 1 oraz w jakim przedziale wyników się mieści (poniżej wartości średniej, w jej pobliżu albo powyżej) w najbliższej osobie badanej populacji normalizacyjnej.

Sposób wyodrębnienia populacji w wybranej dla KOR procedurze normalizacyjnej jest w konsekwencji przyjętej filozofii inny niż w normalizacji jej niemieckiego pierwowzoru. Cierpka założył odrębność populacji związanych z daną fazą rozwoju rodziny oraz z konkretną rolą rodzinną, traktując łącznie role osoby wypełniającej i ocenianej, oznaczane pojęciami „córka” i „syn”, rozłącznie zaś – pojęciami „matka”/„żona”, „ojciec”/„mąż” i „dziecko”, a jednocześnie przyjmując definicję rodziny jednopokoleniowej ograniczonej wyłącznie do rodziców i dzieci. Dopuszcza badanie osób nie pozostających ze sobą w naturalnych związkach pokrewieństwa, pod warunkiem, że pełnią one role rodziców czy dzieci lub są małżonkami (w przypadku małżeństw bezdzietnych lub po opuszczeniu gniazda przez wszystkie dzieci). Wyniki badania za pomocą Kwestionariusza Rodzinnego i Kwestionariusza Samooceny mogą zależeć przede wszystkim nie od składu rodziny (określanego przez występujące w niej relacje pokrewieństwa i liczbę osób), ale np. od wieku i płci. W badaniach nad rodzinami trudno jednak te dwie ostatnie zmienne „technicznie” oddzielić od składu rodziny czy fazy jej rozwoju. Przyjęte przez Cierpkę kryterium klasyfikacji populacji normalizacyjnych jest częściowo uzasadnione, gdy wyniki KOR w różnych fazach rozwoju rodziny są zgodne z teoriami „kryzysowymi”. W polskich badaniach (w odróżnieniu od niemieckich) nie udało się tego uzyskać.

Wyodrębniając a priori populację kierowaliśmy się 3 kryteriami merytorycznymi. Pierwszym była rola rodzinna respondenta, która w przyjętym przez nas wariancie konstytuowała 3 populacje: 1 – matek, 2 – ojców i 3 – dzieci, oceniających w Kwestionariuszu Relacji Dwuosobowych swoją relację z inną dorosłą osobą z rodziny, w Kwestionariuszu Samooceny – własne funkcjonowanie w rodzinie, a w Kwestionariuszu Rodzinnym – całą rodzinę. Inne możliwe warianty podziału wg tego kryterium (szerszy – z kategorią „rodzic” oraz węższy – uwzględniający rolę rodzinną osoby ocenianej lub/i specyfikujący płeć ocenianego dziecka) nie zostały uwzględnione z uwagi na: (1) znacznie większą odmienność ról matki i ojca niż ról córki i syna czy siostry i brata, (2) dominujące znaczenie diady małżeńskiej w strukturze rodziny, a także (3) ze względu na ograniczone wielkości grup respondentów w relacji do przyjętych kryteriów. Drugie kryterium, nawiązujące do podstawowego przeznaczenia metody, odnosiło się do występowania trudnych problemów rodzinnych związanych z chorobą lub określanych jako kryzys rodziny, „zmuszający” ją do podjęcia terapii. Zgodnie z nim należałoby, poza podstawowym podziałem na rodziny z problemami (lub „kliniczne”) i bez nich (lub „normalne”), zastosować dokładniejszą specyfikację populacji „klinicznych” wg rodzaju problemu (np. populacja rodzin z chorym psychicznie, czy z córką chorą na anoreksję). Jednak z oczywistych względów technicznych nie jest to w pełni możliwe z uwagi na wymóg utworzenia dostatecznie licznej (przynajmniej około 200-osobowej) grupy normalizacyjnej z każdej wyodrębnionej populacji. Trzecie kryterium, „rozwojowe”, służyło zróżnicowaniu dzieci na młodsze (do 19 roku życia) i „w pełni dorosłe” (od 20 roku wzwyż). Trzy kryteria merytoryczne stanowiły podstawę wyodrębnienia 8 głównych populacji. Czwarte, „rutynowe”, formalne kryterium natury statystycznej nakazuje ex post wyodrębniać populacje, istotnie różniące się między sobą pod względem uwzględnianych wskaźników (miar rzetelności, trafności, charakterystyk rozkładu wyników itp.). W związku z nim kontrolowaliśmy nie tylko

kryteria merytoryczne, ale także fazę rozwoju rodziny wg podziału Cierpki i Frevert, wiek i płeć respondentów oraz wykształcenie matek i ojców.

Opis badanych grup respondentów

W kanadyjskiej normalizacji FAM [4] uwzględniono wyniki 475 rodzin (933 osób dorosłych i 502 dzieci), w tym 28% stanowiły rodziny „z problemami” (przynajmniej z 1 osobą korzystającą z profesjonalnej pomocy psychiatrycznej lub mającą problemy szkolne albo prawne). Niemieckie próby normalizacyjne [4] dla FB liczyły łącznie 218 rodzin „normalnych”, tj. nie korzystających z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej, w tym 57 par małżeńskich bez dzieci (47 z nich badano 2-krotnie – w I i II fazie rozwoju rodziny), ogółem 582 osoby (507 dorosłych i 75 dzieci).

W podjętej przez nas próbie wstępnej normalizacji i walidacji KOR uwzględniliśmy wyniki 1511 osób z 557 rodzin, w zdecydowanej większości pochodzących z województwa krakowskiego i warszawskiego, w tym 658 osób (162 dzieci) z 248 rodzin „normalnych” (bez osoby z rozpoznaniem choroby psychicznej lub ciężkiej choroby somatycznej czy uczestniczącej w psychoterapii) oraz 853 osób (305 dzieci) z 309 rodzin „klinicznych”, które stanowiły rodziny w stanie kryzysu, zgłaszające się do terapii, rodziny z pacjentem z rozpoznaniem schizofrenii, rodziny z córką chorą na anoreksję oraz małżeństwa z mężem z diagnozą choroby niedokrwiennej serca. Uczestnicy badań standaryzacyjnych wypełnili 2 617 egzemplarzy Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych oraz po 798 – Kwestionariusza Samooceny i Kwestionariusza Rodzinnego (łącznie 4 183 egzemplarzy). Procenty wypełnionych egzemplarzy przez osoby z rodzin „klinicznych” i „normalnych” wynosiły odpowiednio 57 i 43 oraz 56 i 44.

Trafność KOR w świetle wyników badań empirycznych

Uzyskane współczynniki korelacji pomiędzy 7 skalami oryginalnymi każdego z trzech kwestionariuszy były wysokie zarówno w heterogenicznej grupie wszystkich badanych osób, jak i w mniejszych grupach wyodrębnionych wg wyżej opisanych kryteriów. Po uwzględnieniu poprawek dotyczących rzetelności (wyrażonej współczynnikiem alfa Cronbacha), wiele współczynników korelacji osiągnęło lub bardzo zbliżyło się do wartości maksymalnych.

W analizach czynnikowych odpowiedzi na pytania kwestionariusza (metodą głównych składowych z rotacją OBLIMIN) otrzymano przeważnie rozwiązania dwuczynnikowe (dla Kwestionariusza Samooceny trójczynnikowe), w których pierwszy czynnik miał wysokie ładunki wyłącznie w pozycjach konstatających pozytywny stan rzeczy, drugi zaś – w pozycjach dotyczących stanu negatywnego. Z uwagi na ograniczone ramy artykułu możemy podać tylko ważniejsze wyniki 3 analiz czynnikowych odpowiedzi na pytania każdego z kwestionariuszy KOR otrzymane w całej badanej grupie. W teście osypiska (oryginalna nazwa zaproponowana przez R.B.Cattella: scree test) wyodrębniono wyraźnie oddzielające się dwa czynniki w przypadku Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych (KRD) o wartościach własnych, wynoszących

w procentach 37,2 i 9,8 przy $KMO=0,967$, oraz rzetelnościach połówkowych wyników czynnikowych 0,917 i 0,863. Otrzymano również dostatecznie oddzielające się dwa czynniki w odniesieniu do Kwestionariusza Rodzinnego (wartości własne 33,0 i 7,4%, $KMO=0,951$, rzetelności połówkowe – 0,876 i 0,830). Pierwsze czynniki po rotacji OBLIMIN zidentyfikowano na podstawie ładunków czynnikowych jako czynniki twierdzeń pozytywnych, drugie – jako czynniki twierdzeń negatywnych. W obu kwestionariuszach były one ze sobą skorelowane (w KRD – $r = 0,454$, w KR – $r = 0,415$), co oznacza, że zgodnie z naszym oczekiwaniem mocniej wyrażanym ocenom pozytywnym diad i rodziny na ogół towarzyszyły słabsze oceny negatywne. Dla Kwestionariusza Samooceny (KS) uzyskano rozwiązanie trójczynnikowe (wartości własne 27,3; 7,9 i 7,2%, $KMO=0,918$, współczynniki α dla skal czynnikowych – 0,890; 0,769 i 0,753). Rotowane czynniki kolejno zinterpretowano jako życzliwość dla rodziny (znaczące ładunki pozycji zawierających wyłącznie twierdzenia pozytywne), troska o rodzinę oraz pretensje do rodziny (znaczące ładunki pozycji zawierających wyłącznie twierdzenia negatywne). Interkorelacje 3 czynników były niskie (1 z 2 – 0,250; 1 z 3 – 0,143 i 2 z 3 – 0,267).

Nowe, utworzone w wyniku analiz czynnikowych, skale twierdzeń pozytywnych i negatywnych (każda po 10 pozycji w kwestionariuszach KRD i KR), życzliwości, troski i pretensji (zawierające po 8 pozycji w kwestionariuszu KS) zostały poddane wielostronnej weryfikacji empirycznej, w wyniku której ustalono ich przydatność i wykluczono interpretację zakładającą, że uzyskane czynniki stanowią artefakt metodologiczny.

Negatywny wynik prób weryfikacji 7 skal oryginalnych w niemieckich i polskich badaniach nad strukturą czynnikową kwestionariuszy FB [por. 1] szczególnie niepokoi w zestawieniu z wysokimi ich interkorelacjami. Oznacza to, że psychometryczna analiza skal prowadzi do zakwestionowania ich empirycznego uzasadnienia. Opieranie się wyłącznie na przesłankach teoretycznych jest niewystarczające, gdyż w najlepszym razie można próbować bronić przyjętego eklektycznego modelu, zakładając, że jego operacjonalizacja w postaci zaproponowanej metody okazała się chybiona lub że jest wprawdzie wystarczająca, ale wyodrębnione skale badają różne aspekty funkcjonowania rodziny, tak silnie ze sobą powiązane, że na podstawie dostatecznego rozpoznania jednego z nich w przypadku konkretnej rodziny możemy niemal w sposób pewny wnioskować o pozostałych. W tym ostatnim przypadku redundancja informacji w badaniach FB byłaby tak duża, że praktycznie sensowne byłoby wyłącznie stosowanie skali ogólnej, która (jako jedyna wśród oryginalnych) jest dostatecznie rzetelna dla pełnej realizacji celów zakładanych w badaniach klinicznych. Inna możliwość polega na rezygnacji z 7 skal oryginalnych i posługiwania się nowo utworzonymi, stanowiącymi zadowalającą reprezentację empirycznie wyodrębnionych czynników replikowanych w badaniach grup z różnych populacji.

Ponieważ pozycje z twierdzeniami negatywnymi i pozytywnymi dotyczą na ogół tych samych aspektów funkcjonowania rodziny, zakładamy równoważność psychologiczną przyporządkowanych poziomów zadowolenia poszczególnym punktom na skali „uśrednionych” odpowiedzi na oba rodzaje pytań (przypominamy, że skala w przypadku twierdzeń pozytywnych jest odwrócona po zastosowaniu rekodowania

wg przyjętego klucza).

Prawdopodobnym skutkiem ambiwalencji uczuć rodzinnych jest potwierdzanie dużej liczby stwierdzeń zarówno negatywnych, jak i pozytywnych odnośnie do tych samych aspektów funkcjonowania rodziny. Istnieją pewne empiryczne (i teoretyczne) przesłanki dla przyjęcia hipotezy o współwystępowaniu (przynajmniej w niektórych populacjach, jeżeli nie wręcz u większości ludzi) pozytywnych i negatywnych ocen ogólnych rzeczywistości i jej poszczególnych fragmentów (siebie samego, świata zewnętrznego, swojego środowiska pracy, własnej rodziny). Spójny obraz rodziny wyrazi się w stałości wyborów korespondujących odpowiedzi (pod względem przyporządkowanego poziomu zadowolenia) na pytania „pozytywne” i „negatywne”. W przypadku populacji, w których zdecydowana większość osób ma spójne obrazy rodziny, korelacja między pozycjami pozytywnymi i negatywnymi jest dodatnia (po rekodowaniu) i wysoka.

Sprawdzono, czy otrzymane czynniki mają wartość różnicującą dla większych badanych grup z 8 heterogenicznych populacji (4 złożonych z rodzin „bez większych problemów zdrowotnych i kryzysów rodzinnych” oraz 4 obejmujących rodziny mające takie problemy, odpowiednio: 1 i 2 – żony, 3 i 4 – mężowie, 5 i 6 – dzieci powyżej 19 roku oraz 7 i 8 – dzieci poniżej 20 roku życia). Test Duncana porównania post hoc wartości średnich arytmetycznych wyników czynnikowych 8 wymienionych grup wykazał statystycznie istotne różnice na poziomie 0,05 w przypadku wszystkich 7 zmiennych. Rodziny z problemami uzyskały statystycznie istotnie gorsze wyniki od rodzin bez problemów w zakresie czynników twierdzeń negatywnych i twierdzeń pozytywnych. Podobny obraz uzyskano w odniesieniu do czynnika życzliwości do rodziny (z wyjątkiem dzieci młodszych z rodzin bez problemów).

Ojcowie i dzieci starsze z rodzin bez problemów miały mniejsze pretensje do rodziny niż osoby z rodzin z problemami. Największą troskę o rodzinę wykazywali w swoim mniemaniu rodzice z rodzin „normalnych”, najmniejszą – wszystkie dzieci. Dzieci starsze z rodzin „normalnych” charakteryzowały się niższym (lepszym) niż ich rodzice poziomem czynnika twierdzeń negatywnych o diadach, w przypadku zaś czynnika twierdzeń pozytywnych w Kwestionariuszu Relacji Dwustronnych – odwrotnie.

Przeprowadzone zostały również wielostronne analizy porównawcze wyników KOR osób z rodzin: (1) w stanie kryzysu (zgłaszających się do terapii rodzinnej), (2) z pacjentem z rozpoznaniem schizofrenii (oddzielnie w wieku poniżej 20 i powyżej 19 lat), (3) z córką chorą na anoreksję, (4) z żonatym mężczyzną z diagnozą choroby niedokrwiennej serca. Każdorazowo wyniki uzyskane przez grupę „kliniczną” (np. przez żony oceniające w Kwestionariuszu Relacji Dwustronnych mężów z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej, czy córki z diagnozą anoreksji oceniające w Kwestionariuszu Samooceny własne funkcjonowanie w rodzinie) zestawiane były z wynikami grupy kontrolnej (odpowiadających im osób z rodzin „normalnych” pod względem wieku, płci, wykształcenia i fazy rozwoju rodziny). Największe różnice między grupami klinicznymi a kontrolnymi wystąpiły w przypadku rodzin w stanie kryzysu, najmniejsze w rodzinach z chorobą niedokrwiennej serca. Prawie wszystkie istotne statystycznie różnice miały ten sam kierunek – wyższe (gorsze) wyniki uzyskały grupy kliniczne. Najbardziej różnicującym grupy kliniczne od kontrolnych okazał się Kwestionariusz

Relacji Dwuosobowych, najmniej – Kwestionariusz Samooceny. Przyjęte kryterium „zadowolającego poziomu zadowolenia” na poziomie wartości 1 na czteropunktowej skali sprawdziło się empirycznie. Rodziny „normalne” uzyskiwały przeważnie wyniki nie odbiegające od niego w sposób statystycznie istotny lub odbiegające w kierunku pozytywnym, rodziny „kliniczne” najczęściej legitymowały się wynikami odbiegającymi od niego istotnie w kierunku negatywnym. Zarówno w skalach oryginalnych, jak i czynnikowych średnie ich wyniki w sposób zróżnicowany odchyłały się statystycznie istotnie od kryterium. Najbardziej w kierunku pożądanym odbiegały od kryterium wyniki osób z rodzin „normalnych” w skalach afektywnego nawiązywania relacji, w kierunku zaś niepożądanym – wyniki w niektórych próbach klinicznych w skalach czynnikowych twierdzeń negatywnych. Wspomniane zróżnicowanie skal oryginalnych pod względem stosunku ich wyników do kryterium dostarcza argumentu za ich przydatnością zarówno w badaniach heurystycznych jak i diagnostycznych.

Rzetelność skal KOR i proponowane normy (standardy oceny wyników)

Zarówno w polskich pracach nad adaptacją FB, jak i w niemieckiej czy kanadyjskiej standaryzacji pierwowzorów KOR, udało się ustalić jedynie zgodność wewnętrzną skal w postaci współczynników alfa Cronbacha. We wszystkich trzech krajach wartości tych współczynników były na ogół niskie, chociaż rzadko poniżej „dopuszczalnej” przez wielu psychometrów granicy ($\alpha=0,50$). Przykładowo, w badaniach polskich dla 8 populacji normalizacyjnych uzyskano w przypadku Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych dla skal oryginalnych wartości w granicach od 0,363 (skala emocjonalności, matki z rodzin normalnych) do 0,809 (skala afektywnego nawiązywania relacji, ojcowie z rodzin normalnych oraz „młodsze” dzieci z rodzin normalnych). 7 współczynników (na 56) miało wartości poniżej 0,50 (cztery z nich dla skali emocjonalności), stosunkowo najwyższe charakteryzowały skalę afektywnego nawiązywania relacji (od 0,746 do 0,809).

We wszystkich 3 krajach i w przypadku wszystkich trzech kwestionariuszy dostatecznie wysokie dla celów diagnostycznych były jedynie współczynniki dla skal ogólnych (wyników sumarycznych z 7 skal) – wszystkie powyżej $\alpha=0,80$ (w przykładowym kwestionariuszu KRD KOR – powyżej $\alpha=0,910$). Podobnie wysokie wartości uzyskano dla wszystkich skal czynnikowych KOR.

Na podstawie współczynników alfa Cronbacha (dokładniej, obliczonych na ich podstawie błędów standardowych pomiaru) opracowaliśmy polskie normy (standardy oceny wyników) dla KOR (w przypadku KRD – w odniesieniu do 8 populacji, pozostałych dwóch – do 2 populacji, rodzin „normalnych” i „klinicznych”). Normy te stanowią wartości krytyczne na skali wyników surowych, różniące się statystycznie istotnie na poziomie 0,05 od wartości kryterialnej 1 (w górę, tj. w kierunku niepożądanym) oraz od wartości 1,5 (środek skali – punkt oddzielający zadowolenie od niezadowolenia z ocenianego stanu rzeczy) w kierunku pożądanym. Wynik odchylający się istotnie statystycznie od 1 w kierunku niekorzystnym stanowi wskazanie do podjęcia terapii, odchylający się zaś w kierunku pożądanym, tj. w dół od 1,5, wskazuje na przynajmniej zadowolający poziom zadowolenia. Analiza układu wyników istotnie wyższych od 1

i niższych od 1,5 w poszczególnych skalach przypomina analizę profilów proponowaną przez twórców FB.

Dokładniejsze informacje na temat charakterystyk psychometrycznych KOR wraz z normami zamieściliśmy w przygotowywanym podręczniku do tej metody.

Wnioski

KOR stanowi narzędzie przydatne w diagnozie różnicowej funkcjonowania rodziny. Udało się uzyskać wystarczające dane empiryczne potwierdzające dostateczną moc KOR w różnicowaniu rodzin „z problemami” („klinicznych”) i „normalnych” („bez problemów”) oraz dostateczną – dla celów klinicznych – rzetelność wewnętrzną, przynajmniej skali ogólnej i skal czynnikowych. Zaproponowany sposób oceny i interpretacji wyników surowych skal KOR w kategoriach „zadowolenia/niezadowolenia” z poszczególnych aspektów funkcjonowania rodziny sprawdził się przynajmniej w odniesieniu do skal ogólnych i czynnikowych kwestionariuszy. W przypadku 7 skal oryginalnych ich przydatność jest ograniczona z uwagi na bardzo znaczną redundancję informacji statystycznych. Problemy ich wzajemnej niezależności oraz mocy różnicowej KOR w odniesieniu do różnych populacji klinicznych (dostatecznej dla celów diagnozy różnicowej specyfiki wyników KOR) wymaga dalszych badań.

Summary

In this article we present some of the more important findings from research aimed at the validation and normalisation of the Family Assessment Questionnaire (Dyadic Questionnaire, Family Questionnaire, Self-Estimation Questionnaire), which is the Polish adaptation of Manfred Cierpka's and Gabriele Frevert's „Familienboegen”. In the presented study 1511 individuals from 557 families took part. Of these 658 individuals (including 162 children) came from 248 families which had no clinical health or adjustment problems, while 853 individuals (including 305 children) came from 309 families with problems due to schizophrenia, anorexia nervosa, coronary heart disease or family crisis. A new method of analysing raw results from the questionnaire scales was formulated and verified. This method was based on the criterium of sufficient satisfaction regarding the aspect of family life measured by the scale. The original scales of all the questionnaires (Task Completion, Role Performance, Communication, Emotionality, Affective Involvement, Control, and Values and norms) were characterised by average or low reliability; the general scales were characterised by high reliability (the Dyadic Questionnaire with very high reliability). As a result of factor analysis new scales were created with acceptable or high reliability. These were the scale of Positive statements, the scale of Negative statements in the dyadic and family questionnaires, and the scales of kindness, care and resentment in the Self-Estimation Questionnaire. The general scales and the factor scales generally significantly differentiated between the sub-samples selected due to the type of family problems present and relationship. On the other hand the 7 original scales did so only sporadically or weakly. Better results were obtained by families without health or adjustment problems while the worst results were obtained by families in crisis.

ÍĹęńđđŹł đ'ńćđłĹđđđ-ĹńęĹ ĩńńńńńńńń ĄĹńńńđđđ ĄĹ ĩđĹęđ ĹĹĹĹ

Ńńńđđđđđ

Ā Ĺńńńđł ĄĹĹđ đ'đńńńńńńńńńń ĩĹęńđđŹł ĄĹĹĹ Ĺđđđđđđđđđđ đđđđđđ đđđđđđđđ đđđđđđđđ

familles saines et 853 personnes (305 enfants) de 309 familles avec les maladies (schizophrénie, anorexie, troubles coronaires, crises de famille). On a élaboré et vérifié la méthode nouvelle d'estimation des résultats des questionnaires, méthode basée sur le critère de la satisfaction suffisante du fonctionnement de la famille. Toutes les échelles originales (Task Completion, Role Performance, Communication, Emotionality, Affective Involvement, Control and Values and Norms) se caractérisent d'un niveau peu élevé ou moyen de conformité, les échelles générales – élevé, (Dyadic Questionnaire – très élevé). En basant sur les analyses factorielles on a créé des sous-échelles nouvelles plus conformes: de Constatations Positives et Négatives dans le cadre de Dyadic Questionnaire et de sous-échelles de Bienveillance, de Soins et de Prétentions dans le cadre de Self-Estimation Questionnaire. Les résultats des échelles générales et factorielles diffèrent d'une façon importante statistiquement de sous-échelles de problèmes familiaux et de parenté, de 7 échelles originales – d'une façon peu importante et sporadique. En général, les familles saines et sans les problèmes d'adaptation obtiennent les résultats les meilleurs, les familles en crise – les pires.

Piśmiennictwo

1. Cierpka M, Frevert G. *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe; 1994.
2. Grotevant HD, Carlson CI. *Family assessment: A guide to methods and measures*. New York: The Guilford Press; 1989.
3. Namysłowska I, Paszkiewicz E., Siewierska A., de Barbaro B, Furgał M., Drożdżowicz L, Józefik B, Beauvale. *Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 1: 17–28.
4. Sawin KJ, Harrigan MP, red. *Measures of family functioning for research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 1995.

Otrzymano: 12.02.2001

Zrecenzowano: 16.08.2001

Przyjęto do druku: 22.10.2001

Adres: Zakład Terapii Rodzin
Katedry Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21