

## Ocena rzetelności polskiej wersji językowej Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersja dla ośrodków opiekuńczych (Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes)

### Reliability of the Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes Polish version

Leszek Bidzan, Mariola Bidzan<sup>1</sup>

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan  
<sup>1</sup> Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego  
Dyrektor: prof. dr hab. M. Płopa

#### Summary

**Aim.** The present study evaluated the reliability of the Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes (NPI – NH) Polish version.

**Method.** 43 nursing home residents fulfilling the ICD – 10 criteria for dementia were assessed with NPI – NH.

**Results.** For analysis of data we used Cronbach's alpha and Spearman's rank correlation coefficients. The internal consistency of the NPI - NH was satisfactory (Cronbach's alpha for the total was 0.25 and only 0.881 for the frequency and severity of symptoms). Spearman's rank correlation coefficients for the test-retest reliability was 0.75 for the total scale results and ranged from 0.40 to 0.85 for each symptom assessed. Interrater reliabilities were 0.86 for the total and from 0.71 to 1.00 for each symptom reported.

**Conclusion.** The preliminary results of the Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes Polish version reliability were all satisfactory.

*Słowa klucze:* Inwentarz Neuropsychiatryczny, ośrodki opiekuńcze, rzetelność

*Key words:* Neuropsychiatric Inventory, nursing homes, reliability

Częstość występowania zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych u osób z demencją szacuje się na 25–75% [1]. W pojęciu zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych (zzop) (ang: behavioural and psychological symptoms of dementia) zawiera się wiele objawów, które nie są bezpośrednio związane z funkcjami poznawczymi. Zalicza się do nich między innymi zaburzenia nastroju, zaburzenia psychotyczne, agresję, pobudzenie, zaburzenia snu i wiele innych [2].

Uważa się, że częstość i nasilenie występujących objawów psychopatologicznych jest zróżnicowane w zależności od czynników etiologicznych. Szczególnie pogląd ten dotyczy dwóch najczęstszych rodzajów otępienia: alzheimerowskiego i naczyniopo-

chodnego [3]. W otępieniu typu Alzheimerera częściej stwierdzano obecność objawów psychotycznych (urojeń, omamów), pobudzenia, lęku oraz zaburzeń zachowania. W otępieniu uwarunkowanym zmianami naczyniowymi donoszono o większym rozpowszechnieniu objawów depresyjnych oraz apatii, drażliwości i labilności nastroju [3]. Z kolei dla otępień czołowo-skroniowych typowymi objawami mają być apatia, czasami euforia, drażliwość, rozhamowanie [4].

Trudności związane z opieką nad chorym wynikają nie tylko z zaburzeń funkcji poznawczych (stanowiących istotę otępienia), ale często są związane z pojawianiem się innych objawów psychopatologicznych, które mogą powodować istotne pogorszenie jakości życia pacjenta i jego opiekuna. Niejednokrotnie osoby dotknięte otępieniem stają się niezdolne do samodzielnej egzystencji nie z powodu choroby podstawowej, ale z uwagi na obecność lęku, przejawianej agresji, objawów psychotycznych czy obniżenia nastroju. Pojawienie się takich objawów jest często bezpośrednią przyczyną umieszczenia w szpitalu lub domu opieki.

Obecność objawów psychopatologicznych może mieć znaczenie zarówno rokownicze, jak i diagnostyczne. Można jako przykład podać urojenia, których obecność związana jest z bardziej dynamicznym postępowaniem choroby Alzheimerera [5].

Wreszcie, niektóre objawy pojawiają się jeszcze przed wyraźnym ujawnieniem się deficytów poznawczych, co ułatwia wczesne rozpoznanie otępienia [6].

Właściwa ocena zżop w przebiegu otępienia ma podstawowe znaczenie z punktu widzenia terapeutycznego. W przeciwieństwie do deficytu poznawczego, który zasadniczo ma charakter nieodwracalny, zżop często możliwe są do leczenia metodami zarówno farmakologicznymi, jak i nefarmakologicznymi.

Pewna swoistość zaburzeń psychopatologicznych występujących w przebiegu otępień powoduje, że większość skal ocen, których konstrukcję oparto na obrazie innych zaburzeń psychopatologicznych u osób młodszych, nie spełnia swojej roli. Opracowano kilka narzędzi mających mieć specyficzną wartość w odniesieniu do psychopatologii w przebiegu otępień. Należy wymienić: BEHAVE-AD, Neurobehaviour Rating Scale, Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease oraz narzędzia oceniające konkretny rodzaj zaburzeń (np. depresji – Cornell Scale for Depression in Dementia). Trzeba jednak zwrócić uwagę na ograniczenia związane z ich stosowaniem. Podstawowy problem związany jest z nieuwzględnianiem wielu częstych objawów obecnych w przebiegu otępienia. Również większość metod opracowano w celu oceny choroby Alzheimerera, co czyni je mniej przydatnymi w ocenie pozostałych postaci demencji.

Powyższe zastrzeżenia w mniejszym stopniu wydają się dotyczyć opublikowanej w 1994 roku przez Cummingsa i wsp. [7] Neuropsychiatric Inventory (NPI) – skali, która w ostatnich latach stała się standardowym narzędziem oceny zżop w badaniach klinicznych.

Ocena rzetelności skali NPI rozumianej jako powtarzalność wyników w dwóch kolejnych badaniach (test – retest reliability) oraz porównywalność ocen dokonanych przez dwóch niezależnie badających (interrater reliability) przyniosła zadowalające wyniki. Podobnie wykazano wysokie wartości zgodności wewnętrznej ocenianej na podstawie współczynnika alfa Cronbacha [7]. Porównanie wyników uzyskanych

w badaniu NPI z oceną dokonaną za pomocą BEHAVE-AD oraz skali Depresji Hamiltona potwierdziło jej zadowalającą trafność. Osobnym problemem o wzrastającym znaczeniu, szczególnie wobec przemian demograficzno-kulturowych, jest właściwa ocena nasilenia zaburzeń psychopatologicznych wśród mieszkańców placówek opiekuńczych. Przebywanie w domach opieki i instytucjach pokrewnych związane jest z dość często obserwowaną odmienną częstością i nasileniem niektórych objawów i zachowań w porównaniu z populacją przebywającą poza instytucjami opiekuńczymi. Stąd potrzeba adaptacji niektórych narzędzi pomiaru do stosowania ich w domach opieki. W 2000 roku opublikowano wyniki walidacji anglojęzycznej wersji NPI przeznaczonej dla domów opieki – Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes (NPI – NH)[8]. NPI – NH stała się często stosowaną metodą oceny stanu psychicznego wykorzystywaną zarówno w badaniach farmakologicznych, jak i innych.

W Polsce z przyczyn kulturowych i ekonomicznych ogromna większość osób z otępieniem jest pod opieką rodziny. Jednak obserwacja zmian, jakie zachodzą w naszym społeczeństwie, w tym przyswajanie wzorców zachodnich, każe przypuszczać, że w ciągu najbliższych lat również u nas znaczna część osób z otępieniem będzie przebywać w placówkach opiekuńczych. Tymczasem nie dysponujemy standaryzowanymi polskimi wersjami uznanych w świecie narzędzi oceny stanu pacjenta.

Celem pracy była wstępna ocena rzetelności polskiej wersji językowej skali Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes (NPI – NH) w badaniu osób otepiątych przebywających w domu opieki.

Uzyskano zgodę prof. Jeffreya Cummingsa na tłumaczenie skali na język polski oraz jej standaryzację, jak również stosowanie do celów niekomercyjnych.

### **Opis narzędzia**

Celem Inwentarza Neuropsychologicznego (NPI) jest ocena nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów z otępieniem [7]. Inwentarz Neuropsychologiczny – wersja dla domu opieki (NPI – NH), jest wersją NPI opracowaną do stosowania w długoterminowej opiece nad pensjonariuszami z otępieniem [8]. NPI – NH można stosować u badanych z różnym nasileniem otępienia: łagodnym, umiarkowanym i zaawansowanym. Ocena obejmuje 12 domen: a – urojenia, b – halucynacje, c – pobudzenie/agresja, d – depresja/dysforia, e – niepokój, f – podwyższony nastrój/euforia, g – apatia/obojętność, h – rozhamowanie, i – drażliwość/chwiejność emocjonalna, j – nienormalne zachowanie motoryczne, k – zaburzenia snu i zachowań nocnych, l – zaburzenia apetytu i jedzenia.

Ocena każdego z objawów poprzedzona jest pytaniem przesiewowym, które ma na celu stwierdzenie obecności bądź nieobecności określonych zaburzeń. Jeśli odpowiedź na pytanie przesiewowe jest przecząca, przechodzi się do następnego pytania przesiewowego bez zadawania pytań dodatkowych. Jeśli odpowiedź na pytanie przesiewowe jest twierdząca lub jeżeli odpowiedź opiekuna jest niejednoznaczna, albo stwierdza się niezgodności pomiędzy odpowiedzią a inną informacją posiadaną przez klinicystę, wówczas należy tę kategorię zbadać głębiej, zadając pytania dodatkowe. Jeśli pytania

dotatkowe potwierdzą obecność danego zachowania, należy określić jego częstotliwość i głębokość według kryteriów dla każdego zachowania.

Oceny częstotliwości i głębokości dokonuje się w skali odpowiednio 1–4 i 1–3, sposób kodowania jest negatywny (im głębsze/częstsze zaburzenie, tym wyższa ocena). Łączna punktacja dla każdego objawu jest iloczynem częstotliwości i głębokości. Ponadto ocenie podlega dokuczliwość związana z obecnością objawu (kodowana w skali od 0 do 5). Ocena każdej z kategorii zaburzeń składa się z określenia częstości, głębokości, iloczynu częstości i głębokości oraz dokuczliwości. Oznacza się również łączny wynik skali, który jest sumą wszystkich poszczególnych elementów oceny, z wyjątkiem dokuczliwości. Ocena dokuczliwości jest niekiedy pomijana, co – biorąc pod uwagę konstrukcję skali – jest dopuszczalne.

Badanie za pomocą skali oparte jest na wywiadzie udzielonym przez opiekuna (w przypadku domów opieki – osoby z zawodowego personelu), który przebywa wystarczająco długo z podopiecznym.

### Metoda

Populacją wyjściową byli wszyscy mieszkańcy domu pomocy społecznej w Gdyni w wieku powyżej 60 lat, przebywający tam w dniu 01.08.2004 (łączna liczba mieszkańców 92 osoby).

Wstępna procedura włączenia do badania obejmowała uzyskanie zgody na udział w nim oraz ocenę kryteriów wykluczających z niego, tj. obecność w chwili badania lub w wywiadzie jednej z następujących chorób: choroby afektywnej, schizofrenii, alkoholizmu, uzależnienia od leków lub środków odurzających, padaczki, choroby Parkinsona, upośledzenia umysłowego; obecność w chwili badania zaburzeń świadomości, istotne schorzenia narządu ruchu, wzroku i słuchu; poważne schorzenia somatyczne, zwłaszcza w fazie dekompensacji.

Warunkiem włączenia było uzyskanie w badaniu MMSE (Mini Mental State Examination) wyniku poniżej 24 pkt. i posiadanie wykształcenia minimum podstawowego oraz nieprzyjmowanie w ciągu 7 dni poprzedzających badanie lub w okresie prowadzonych badań (badanie pierwsze i drugie) jakiegokolwiek leku psychotropowego.

Do dalszego etapu badań zakwalifikowano 56 osób, u których przeprowadzono postępowanie diagnostyczne w kierunku rozpoznania lub wykluczenia otępienia.

Ostatecznie 43 mieszkańców domu opieki spełniających kryteria rozpoznania otępienia zgodnie z ICD-10 [9] zostało zakwalifikowanych do badania. Każda z osób została wcześniej poddana szczegółowemu badaniu klinicznemu, które obejmowało strukturalizowany wywiad, badanie psychiatryczne, internistyczne wraz z konsultacją neurologiczną. Ponadto w zakres postępowania diagnostycznego wchodziło przeprowadzenie oceny psychometrycznej nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych oraz umiejscowienia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Wszyscy mieli wykonane rutynowe badania hematologiczne i biochemiczne. Większość miała w ciągu ostatnich 24 miesięcy wykonane badanie neuroobrazowe, a w uzasadnionych klinicznie przypadkach podejrzenia zaburzeń funkcji gruczołu tarczowego, niedokrwistości lub innych chorób – wykonywano odpowiednie badania. Osoby, u których pomimo klinicznego podejrzenia

obecności zaburzeń somatycznych z różnych przyczyn nie udało się zakończyć procesu diagnostycznego, nie były włączane do badań. Nie włączano również tych, u których dane wywiadu, badanie kliniczne lub procedury dodatkowe wskazywały na możliwą obecność swoistych przyczyn otępienia.

W badanej grupie przeważały osoby z umiarkowanym przebiegiem choroby (średni wynik MMSE wynosił 15,35); więcej było kobiet (29 kobiet i 14 mężczyzn). Wykształcenie liczone w latach nauki wynosiło 10,5 i było nieco wyższe (11,45) w grupie kobiet. Średni wiek badanych osób wynosił 76,72 roku.

Posługiwano się polskim tłumaczeniem skali NPI – NH wykonanym przez licencjonowanego tłumacza mającego doświadczenie w przygotowywaniu tekstów z zakresu psychopatologii. Po uzyskaniu tłumaczenia na język polski zostało ono ponownie przełożone na język angielski przez niezależnego tłumacza. Ponowne tłumaczenie zostało porównane z wersją źródłową otrzymaną wraz z materiałami pomocniczymi od prof. Jeffreya Cummingsa.

Ocena NPI – NH została wykonana przez dwóch badaczy – absolwentów psychologii, po stażu klinicznym. Badacze przeprowadzający ocenę za pomocą skali NPI – NH nie uczestniczyli w procesie rekrutacji i weryfikacji rozpoznania, jak również nie używali skali MMSE. Podstawą oceny była rozmowa z pracownikiem domu pomocy odpowiedzialnym za opiekę nad tą grupą pacjentów, w której znajdował się badany. Każda z osób udzielających wywiadu pełniła również dyżury popołudniowe i nocne (obejmowały one wówczas większą grupę pacjentów, ale nadal w danej grupie znajdowała się osoba oceniana). Do współpracy zaproszono opiekunów mających przynajmniej trzyletni staż pracy w placówce.

Przeprowadzono trening z osobami wykonującymi NPI, który obejmował prelekcję wstępną, badanie treningowe oraz pilotażowe. W trakcie prelekcji omówiono przeznaczenia skali, układ, sposób kwantyfikacji oraz warunki jej stosowania. Omówiono szczegółowo każdy z ocenianych elementów. Następnie badacze niezależnie ocenili trzech mieszkańców placówki. Po czym porównano sposób oceny, zwrócono uwagę na występujące różnice i je omówiono. W następnym etapie każdy z badaczy ocenił pięciu badanych (spoza grupy włączonej do badania). Uzyskano zgodność między badającymi wynoszącą (współczynnik Spearmana dla sumy skali) 0,76.

Uzyskaną wartość uznano za wystarczającą i przystąpiono do zasadniczego badania.

Właściwe badanie polegało na dokonaniu przez każdego z badających niezależnej oceny wszystkich włączonych do badania mieszkańców domu opieki. Badanie danej osoby przez obydwu badających odbywało się zawsze w tym samym dniu, jednak o różnych porach (odstęp pomiędzy badaniami wynosił od 1 godz. do 7 godz.). Ocena dokonana przez pierwszego i drugiego badacza opierała się na wywiadzie uzyskanym od tego samego opiekuna. Po upływie 3–5 dni od pierwszej oceny każdy z pacjentów został ponownie oceniony niezależnie przez parę badających. Podstawą oceny był wywiad uzyskany od opiekuna uczestniczącego w badaniu pierwszym. W danym dniu zarówno pierwszy z badaczy, jak i drugi oceniali tych samych mieszkańców. O kolejności włączania do badania decydowała numeracja pokoi zamieszkałych przez osoby oceniane. Natychmiast po dokonaniu oceny wyniki deponowane były u pracownika

domu opieki pełniącego rolę koordynatora badania. Koordynator badania kontaktował się z badaczami, w tym wskazywał, którzy mieszkańcy danego dnia podlegać będą ocenie. Badacze nie kontaktowali się pomiędzy sobą, a kolejność spotkań z opiekunem była zamienna.

Rzetelność skali NPI – NH określono na podstawie oceny zgodności wewnętrznej, powtarzalności wyników w dwóch kolejnych badaniach (test – retest reliability) oraz porównywalności ocen dokonanych przez dwóch niezależnych badających (interrater reliability). Oceny zgodności wewnętrznej dokonano poprzez wyznaczenie współczynników alfa Cronbacha, natomiast powtarzalność i zgodność określały współczynniki korelacji rangowej Spearmana. Z uwagi na relatywnie wysokie współczynniki rzetelności uzyskane w procesie standaryzacji wersji angielskiej, za zadowalające przyjęto wartości powyżej 0,7.

## Wyniki

Tabela 1

**Średni wiek, wykształcenie (lata nauki), wynik badania MMSE oraz średnie wyniki uzyskane w badaniu za pomocą skali NPI – NH (w tabeli przedstawiono iloczyny częstości i nasilenia poszczególnych objawów ocenianych na podstawie skali NPI)**

	<b>Średnia</b>	<b>Odchylenie stand.</b>
<b>Wiek</b>	<b>76,72</b>	<b>11,10</b>
<b>Wykształcenie</b>	<b>10,51</b>	<b>2,58</b>
<b>MMSE – suma</b>	<b>15,35</b>	<b>3,21</b>
A. UROJENIA	1,38 *	2,17
B. HALUCYNACJE	0,83 *	1,85
C. POBUDZENIE/AGRESJA	2,17 *	2,76
D. DEPRESJA/DYSFORIA	1,41 *	1,40
E. NIEPOKÓJ	2,13 *	2,56
F. PODWYŻSZONY NASTRÓJ/EUFORIA	0,37 *	0,75
G. APATIA/OBOJĘTNOŚĆ	3,22 *	3,59
H. ROZHAMOWANIE	2,06 *	2,89
I. DRAŻLIWOŚĆ/CHWIEJNOŚĆ EMOCJONALNA	3,74 *	3,26
J. NIENORMALNE ZACHOWANIE MOTORYCZNE	0,47 *	1,06
K. ZABURZENIA SNU I ZACHOWAŃ NOCNYCH	2,45 *	2,96
L. ZABURZENIA APETYTU I JEDZENIA	2,08 *	3,29
NPI – SUMA (F*S)	22,31 *	17,06

\* wartości średnie z czterech pomiarów dokonanych w trakcie badania

Tabela 2

**Współczynniki zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha dla skali NPI – NH. Obliczono średni współczynnik uzyskany we wszystkich badaniach oraz przedstawiono współczynniki uzyskane w każdym badaniu z osobna. Wyznaczono współczynnik dla wszystkich uwzględnionych w skali rodzajów kwantyfikacji (częstość, nasilenie i dokuczliwość związaną z danym objawem) (NPI – NH) oraz dokonano oceny zgodności wyłącznie dla częstości i nasilenia każdego z objawów (NPI – NH (F\*S))**

Rater/badanie	A/pierwsze	B/pierwsze	A/drugie	B/drugie	Średnia
NPI – NH	0,915	0,919	0,927	0,933	0,925 *
NPI – NH (F*S)	0,874	0,870	0,889	0,888	0,881 *

\* wartość średnia uzyskana dla czterech badań

A, B – symbole raterów

Tabela 3

**Porównywalność ocen dokonanych przez dwóch niezależnych badających (interrater reliability) i powtarzalność wyników w dwóch kolejnych badaniach (test – retest reliability). Wyniki korelacji Spearmana (R) dla poszczególnych elementów skali NPI – NH oraz sumy skali (suma iloczynów częstości i nasilenia poszczególnych objawów)**

	Interrater reliability		Test – retest reliability	
	R	t(N-2)		
<b>A. UROJENIA</b>				
Częstość:	0,95	27,67	0,83	13,83
Nasilenie:	0,92	20,88	0,78	11,41
Dokuczliwość:	0,93	23,40	0,85	14,84
<b>B. HALUCYNACJE</b>				
Częstość:	0,80	12,33	0,55	5,97
Nasilenie:	0,88	16,68	0,53	5,70
Dokuczliwość:	0,92	21,13	0,56	6,23
<b>C. POBUDZENIE/AGRESJA</b>				
Częstość:	0,88	17,36	0,78	11,60
Nasilenie:	0,75	10,50	0,48	5,07
Dokuczliwość:	0,72	9,40	0,47	4,85
<b>D. DEPRESJA/DYSFORIA</b>				
Częstość:	0,81	12,56	0,74	10,06
Nasilenie:	0,93	22,91	0,70	8,87
Dokuczliwość:	0,80	12,43	0,74	10,08
<b>E. NIEPOKÓJ</b>				
Częstość:	0,94	24,36	0,62	7,29
Nasilenie:	0,76	10,56	0,52	5,64
Dokuczliwość:	0,85	14,80	0,50	5,24

	interrater reliability		Test – retest reliability	
	R	t(N-2)		
<b>F. PODWYŻSZONY NASTRÓJ/EUFORIA</b>				
Częstotliwość:	1,00	92,80	0,62	7,30
Nasilenie:	0,84	14,42	0,76	10,62
Dokuczliwość:	0,83	13,46	0,59	6,78
<b>G. APATIA/OBOJĘTNOŚĆ</b>				
Częstotliwość:	0,79	11,97	0,64	7,65
Nasilenie:	0,81	12,52	0,57	6,30
Dokuczliwość:	0,74	10,13	0,53	5,74
<b>H. ROZHAMOWANIE</b>				
Częstotliwość:	0,92	21,66	0,82	13,17
Nasilenie:	0,89	17,72	0,76	10,83
Dokuczliwość:	0,89	17,63	0,84	14,26
<b>I. DRAŻLIWOŚĆ/CHWIEJNOŚĆ EMOCJONALNA</b>				
Częstotliwość:	0,91	20,73	0,61	6,98
Nasilenie:	0,87	15,98	0,41	4,07
Dokuczliwość:	0,80	12,06	0,55	6,03
<b>J. NIENORMALNE ZACHOWANIE MOTORYCZNE</b>				
Częstotliwość:	0,98	49,11	0,81	12,87
Nasilenie:	1,00		0,66	7,98
Dokuczliwość:	0,96	29,79	0,40	3,97
<b>K. ZABURZENIA SNU I ZACHOWAŃ NOCNYCH</b>				
Częstotliwość:	0,87	16,29	0,76	10,65
Nasilenie:	0,82	13,08	0,73	9,82
Dokuczliwość:	0,74	10,13	0,69	8,82
<b>L. ZABURZENIA APETYTU I JEDZENIA</b>				
Częstotliwość:	0,77	11,15	0,67	8,29
Nasilenie:	0,83	13,46	0,65	7,78
Dokuczliwość:	0,71	9,12	0,65	7,74
<b>NPI – NH suma (F*S)</b>				
	0,86	15,12	0,75	10,33

### Omówienie

Neuropsychiatric Inventory należy do najczęściej stosowanych narzędzi kwantyfikacji objawów psychopatologicznych i zaburzeń zachowania w przebiegu procesów otępiennych. Ocena oryginalnej wersji tej skali przyniosła potwierdzenie jej wysokiej rzetelności [7]. Pomimo wykorzystywania skali również w badaniach (szczególnie farmakologicznych) prowadzonych w Polsce, nie jest autorom znana publikacja omawiająca standaryzację rodzimej wersji językowej. Posługiwanie się różnymi tłumaczeniami lub korzystanie bezpośrednio z oryginalnej wersji stwarza istotne utrudnienia metodologiczne i często uniemożliwia porównywanie polskich badań z innymi. Przeprowadzono wstępną ocenę rzetelności wersji skali przeznaczonej dla ośrodków opiekuńczych z uwagi na przewidywany znaczny rozwój tej formy opieki w ciągu najbliższych lat.

Pomimo przeprowadzenia badań w stosunkowo nielicznej grupie osób ( $n = 43$ ) uzyskano zadowalające parametry oceniające rzetelność tłumaczenia skali.

Ocena zgodności wewnętrznej wszystkich elementów podlegających ocenie wskazuje na wysoką spójność narzędzia, uwagę zwraca również wysoka zbieżność współczynnika alfa (ocena zgodności) pomiędzy każdym z badających i pomiędzy kolejnymi badaniami (tab. 2). Uwzględnienie w ocenie zgodności wewnętrznej jedynie ocen częstości i nasilenia objawów nieco zmniejszyło spójność narzędzia (wsp. alfa. Cronbacha dla  $F*S = 0,881$ ), jednak może to wynikać ze zmniejszenia liczby elementów włączonych do analizy.

Drugą miarą rzetelności badanego narzędzia była zbieżność (porównywalność) (interrater reliability) wyników wyrażona współczynnikiem korelacji rangowej Spearmana. Uzyskana zbieżność wyników (wynik ogólny skali 0,86) jest wprawdzie na nieco niższym poziomie niż w ocenie podstawowej wersji NPI [7], ale spełnia w pełni wymogi stawiane tego typu narzędziom. Wyłączenie z analizy porównywalności ocen kategorii „dokuczliwość” nie miało większego wpływu na wartość współczynnika, chociaż w stosunku do niektórych objawów (pobudzenie/agresja, drażliwość/chwiejność emocjonalna, zaburzenia snu i zachowań nocnych) wydawał się on niższy od pozostałych.

Ocena powtarzalności (test – retest) przyniosła niższe wartości współczynników Spearmana niż w przypadku analizy porównywalności. Częściowo można to wytłumaczyć znaczną zmiennością stanu psychicznego osób z otępieniem. Nawet nieznaczna modyfikacja oddziaływań środowiskowych ma niekiedy dramatyczny wpływ na obraz psychopatologiczny stwierdzany w otępieniu [1]. Wprowadzenie skal kontrolnych, w tym odnoszących się do stanu somatycznego badanych, powinno w trakcie dalszych badań umożliwić wyjaśnienie przyczyn mniejszej powtarzalności wyników. Za rzeczywistą zmianą w stanie psychicznym, jako przyczyną uzyskania mniejszej powtarzalności, pośrednio może świadczyć większa rozbieżność w ocenie nasilenia zaburzeń, szczególnie w odniesieniu do pobudzenia/agresji, drażliwości/chwiejności emocjonalnej oraz nienormalnych zachowań motorycznych.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że wszystkie analizowane parametry rzetelności polskiej wersji językowej skali Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes (NPI

– NH) uzyskały zadowalające oceny. Jednak przedstawione badanie dopiero otwiera proces standaryzacji polskiego tłumaczenia NPI – NH. Dalsze badania powinny być oparte na liczniejszych próbach, co pozwoli wyznaczyć parametry dla obu płci oraz różnych postaci etiologicznych otępień. Należy bowiem zdawać sobie sprawę, że obecność objawów psychopatologicznych oraz zaburzeń zachowania uwarunkowana jest wieloma czynnikami, m.in. płcią, wiekiem, nasileniem otępienia i jego etiologią [10, 11, 12]. Trzeba też podkreślić, że rzetelność jest tylko jednym z elementów oceny narzędzia badawczego. Przyszłe badania powinny również uwzględnić ocenę trafności i praktyczności NPI – NH.

#### **Оценка эффективности польской язычной версии Нейропсихиатрического глоссария – версия для центров опеки над больными**

##### **Содержание**

**Задание.** В исследованиях проведена оценка эффективности польской язычной версии Нейропсихиатрического глоссария – версия для центров опеки над больными.

**Метод.** 43 проживающих в доме опеки, исполняющих критерии IC -10 для диагностики деменции исследованы шкалой NPI-NH.

**Результаты.** При анализе результатов использован коэффициент альфа Кронбаха и коэффициентами ранговой корреляции Шпермана. Получена удовлетворительная оценка согласованности внутренней шкалы (коэффициент альфа для всех элементов шкалы равняется 0,925, а при учете частоты и тяжести симптомов 0,881). Коэффициент корреляции Шпермана, подсчитанный для повторяемости исследования (test-retest reliability) равняется 0,75 для общего результата шкалы и от 0,40 до 0,85 для отдельных элементов шкалы. Оценка достоверности равнялась 0,86 для общего результата и от 0,71 до 1,00 для отдельных элементов оценки.

**Вывод.** Предварительная оценка эффективности польской язычной версии Нейропсихиатрического глоссария – версии для центров опеки над больными принесла удовлетворительные результаты.

#### **Beurteilung der Echtheit der polnischen Sprachversion des Neuropsychiatrischen Inventars - Version für Pflegezentren (Neuropsychiatric Inventory - Nursing Homes)**

##### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Bei der Studie wurde die Beurteilung der Echtheit der polnischen Sprachversion des Neuropsychiatrischen Inventars durchgeführt - Version für Pflegezentren (Neuropsychiatric Inventory - Nursing Homes) (NPI-NH).

**Methode.** 43 Bewohner des Pflegehauses, die die ICD- 10 Kriterien erfüllten, wurden mit der NPI-NH- Skala untersucht, um die Demenz zu diagnostizieren.

**Ergebnisse.** In der Analyse der Ergebnisse wurden der Index alfa Cronbach und der Index der Rangkorrelation von Spearman angewandt. Man erzielte eine zufriedenstellende Beurteilung der Kohäsion der inneren Skala (alfa - Faktor für alle Bestandteile der Skala betrug 0,925, und bei der Berücksichtigung der Häufigkeit und Intensität der Symptome 0,881). Der Korrelationsindex von Spearman, berechnet für die Wiederholbarkeit der Studie (test - retest - reliability), betrug 0,75 für das globale Ergebnis der Skala und von 0,40 bis 0,85 für einzelne Bestandteile der Skala. Die Beurteilung der Vergleichbarkeit (interrater reliabilities) betrug 0,86 für das allgemeine Ergebnis und von 0,71 bis 1,00 für einzelne Bestandteile der Beurteilung.

**Schlussfolgerungen.** Präliminäre Beurteilung der Echtheit der polnischen Sprachversion des Neuropsychiatrischen Inventars - Version für Pflegezentren brachte zufriedenstellende Ergebnisse.

## L'évaluation de la conformité de la version polonaise de Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes

### Résumé

**Objectif, méthode.** On évalue la conformité de la version polonaise de Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes en examinant 43 patients - résidents d'un centre d'assistance médicale. Ils sont examinés selon ICD-10 et diagnostiqués – démence.

**Résultats.** Les résultats sont analysés avec le coefficient alpha de Cronbach et le coefficient de rang de Spearman. On obtient la cohérence interne suffisante de cette échelle ( coefficient alpha de tous ses éléments – 0,925 et 0,881 y compris la fréquence et l'intensité des symptômes). Le coefficient de Spearman pour les répétitions du teste (test-retest reliability) - 0,75 pour le total et de 0,40 jusqu'à 0,85 pour les éléments particuliers de l'échelle. L'évaluation de la comparabilité (interrater reliabilities) – 0,86 pour la total et de 0,71 jusqu'à 1,00 pour les éléments particuliers.

**Conclusions.** L'évaluation préliminaire de la version polonaise de Neuropsychiatric Inventory est satisfaisante.

### Piśmiennictwo

1. Zannino G, Gargiulo A, Lamenza F, Marotta MG, Barzotti T, Silvestri A, Ettorre E, Marigliano V. *The management of psychogeriatric patient*. Arch. Gerontol. Geriatr. 2004 suppl.; 9: 465–470.
2. Cohen-Mansfield J, Billig N. *Agitated behaviours in the elderly. I: a conceptual review*. J. Am. Geriatr. Soc. 1998; 36: 7–12.
3. Cummings JL, Miller B, Hill MA, Neshkes R. *Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type*. Arch. Neurol. 1987; 44: 389–393.
4. Miller BL, Cummings JL, Villanueva-Meyer J. *Frontal lobe degeneration: clinical, neuropsychological and SPECT characteristics*. Neurol. 1991; 41: 1374–1382.
5. Mortimer JA, Ebbitt B, Jun SP, Finch MD. *Predictors of cognitive and functional progression in patients with probable Alzheimer's disease*. Neurol. 1992; 42: 1689–1696.
6. Folstein MF, Bylsma FW. *Noncognitive symptoms of Alzheimer disease*. W: Terry RD, Katzman R, Bick L, red. *Alzheimer disease*. New York: Raven Press, Ltd.; 1994, s. 27–40.
7. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. *The Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychology in dementia*. Neurol. 1994; 44: 2308–2314.
8. Wood S, Cummings JL, Hsu M-A, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT. *The use of the Neuropsychiatric Inventory in Nursing Home residents*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2000; 8: 75–83.
9. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneva: WHO; 1992.
10. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. *Dementia and agitation in nursing home residents: how are they related?* Psychol. Aging 1990; 5: 3–8.
11. Ott BR, Tate CA, Gordon NM, Heindel WC. *Gender differences in the behavioral manifestations of Alzheimer's disease*. J. Am. Geriatr. Soc. 1996; 44: 583–587.
12. Ott BR, Lapane KL, Gambassi G. *Gender differences in the treatment of behavior problems in Alzheimer's disease. SAGE Study Group. Systemic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology*. Neurol. 2000; 54: 427–432.

Otrzymano: 23.03.2005

Zrecenzowano: 27.04.2005

Przyjęto do druku: 14.06.2005

Adres: Leszek Bidzan  
Klinika Psychiatrii Rozwojowej,  
Zaburzeń Psychotycznych  
i Wieku Podeszłego AM  
80-282 Gdańsk, ul. Srebrniki 1