

## Polska adaptacja i walidacja *Krótkiej skali problemów (SIP-2L)*

### Polish adaptation and validation of the Short Inventory of Problems (SIP-2L)

Kamila Morawska, Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

#### Summary

**Aim.** The aim of the research was to present the Polish adaptation and validation of the Short Inventory of Problems (SIP-2L) by Miller et al. (1995). The SIP-2L is a popular self-report measure used to assess the negative consequences of alcohol use in 5 domains with negative consequences: physical, interpersonal, intrapersonal, social and impulse control. The adapted version of SIP assesses lifetime consequences of using alcohol.

**Material and method.** A total of 256 participants diagnosed with alcohol dependence (71 women and 185 men) completed an assessment battery that included SIP-2L and Polish versions of AUDIT, MAST and KOEP-R, which is a modified Polish adaptation of CEAQ – Comprehensive Effects of Alcohol Questionnaire.

**Results.** Confirmatory factor analysis demonstrated the hypothesized 5-factor model produced the best fit. Reliability of the entire method (Cronbach's  $\alpha = 0.868$ ) and for all factors was satisfactory, as was convergent validity.

**Conclusions.** The results support that the Polish version of the SIP-2L has good psychometric properties and can successfully assess the consequences of drinking among patients diagnosed with alcohol dependence.

**Słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, polska adaptacja, *Krótką skalą problemów* SIP-2L

**Key words:** alcohol dependence, Polish adaptation, Short Inventory of Problems SIP-2L

#### Wstęp

Jak od lat dowodzi WHO [1, 2], uzależnienie od alkoholu jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka w zakresie ogólnoświatowej chorobowości oraz śmiertelności. Wiąże się z licznymi przyczynami chorób psychicznych i somatycznych, a także urazów jednostki i osób trzecich. Ma również negatywny związek z życiem rodzinnym, społecznym i zawodowym.

Choć szkodliwe skutki picia alkoholu są jedną z najbardziej charakterystycznych cech uzależnienia od alkoholu czy picia problemowego, mającą wpływ na zdrowie, emocje, zachowanie zarówno jednostki, jak i jej bliskich, w Polsce według wiedzy autorów nie dysponuje się rzetelną i sprawdzoną psychometrycznie metodą umożliwiającą prowadzenie badań w obszarze konsekwencji powodowanych picciem alkoholu. Szkody wynikające z używania substancji psychoaktywnych często mylone są z objawami uzależnienia, częstotliwością i ilością używania danej substancji, a także poszukiwaniem pomocy [3]. Dzieje się tak na przykład w najczęściej wykorzystywanym narzędziu do oceny negatywnych konsekwencji – kwestionariuszu MAST [4]. Również pomiar poziomu konsumpcji sam w sobie nie jest dobrym czynnikiem predykcyjnym szkód wywołanych przez korzystanie z substancji psychoaktywnych [5, 6], choćby z tego powodu, że szereg badań w zakresie typologii osób z zaburzeniami używania alkoholu wskazuje na istnienie podtypu charakteryzującego się niższym poziomem zarówno konsumpcji, jak i doświadczanych negatywnych konsekwencji picia [7].

Badacze postulują zatem konieczność stworzenia narzędzi badawczych odnoszących się bezpośrednio i specyficznym do negatywnych konsekwencji używania alkoholu [8]. Potrzebna jest dobra psychometrycznie metoda do oceny zakresu ogólnych problemów związanych z picciem alkoholu w oderwaniu od poziomu konsumpcji oraz diagnozy uzależnienia. Jednym z takich kwestionariuszy jest *Drinker Inventory of Problems* (DrInC) (Miller, Tonigan, Longabaugh [9]), służący do pomiaru problemów wynikających z używania alkoholu rozumianego jako konstrukt wyraźnie różny od poziomu spożywanej substancji czy symptomów uzależnienia.

Prezentowana w niniejszym artykule *Krótką skalą problemów* (*Short Inventory of Problems* – SIP-2L) jest alternatywną, krótką wersją DrInC. Inwentarz, oryginalnie stworzony i walidowany do pomiaru konsekwencji używania alkoholu, został zmodyfikowany w ten sposób, że może służyć również do oceny konsekwencji zaburzeń używania innych substancji psychoaktywnych (SIP-SUD, SIP-AD), narkotyków (SIP-D), a nawet choroby afektywnej dwubiegunowej (SIP-BD) [3, 5, 6, 10].

SIP-2L to 15-itemowe narzędzie stworzone na podstawie najbardziej reprezentatywnych itemów DrInC. Jest metodą samoopisową wykorzystywaną do pomiaru konsekwencji picia w 5 domenach. Istnieją 2 wersje kwestionariusza – jedna odnosi się do ostatnio zaobserwowanych (tj. w ciągu ostatnich 3 miesięcy) szkód – (SIP-2R), druga zaś dotyczy konsekwencji, które pojawiły się w ciągu całego życia, a związane były z używaniem alkoholu (SIP-2L) [9]. Narzędzie w wersji oryginalnej ma dobre właściwości psychometryczne – współczynniki spójności wewnętrznej dla poszczególnych podskal, a także dla całego kwestionariusza są dobre,  $\alpha$  Cronbacha oscyluje w optymalnym zakresie (dla całego kwestionariusza wynosi 0,81). Powtarzalność wyników mierzona metodą współczynnika *test-retest* ( $n = 60$ ) dla całej skali wynosi 0,94 [9, 11, 12].

Celem prezentowanego badania była polska adaptacja i analiza właściwości psychometrycznych *Krótkiej skali problemów* SIP-2L, czyli wersji obejmującej całe życie badanego. Składa się ona z 5 skal uwzględniających negatywne konsekwencje: fizyczne, interpersonalne, intrapersonalne, społeczne oraz w zakresie kontroli impulsów. Każdej ze skal odpowiadają 3 twierdzenia. Skrócenie skali przez Millera i wsp.

[5, 9] miało pozwolić na oszczędność czasu i zminimalizować obciążenie badanych [5, 9]. Liczony jest także wynik ogólny kwestionariusza. Odpowiedzi udziela się na skali dychotomicznej: 1 – „tak”, 0 – „nie”, można uzyskać wynik w granicach 0–15 punktów.

Wcześniejsze adaptacje kwestionariusza wykazują zadowalające właściwości psychometryczne – w badaniu powtórzonym na populacji amerykańskiej spójność wewnętrzną ( $\alpha$  Cronbacha) wyniosła 0,79 dla całej skali [11]. W wersji hiszpańskiej  $\alpha$  była bardzo dobra zarówno dla grupy Hiszpanów anglojęzycznych (0,95), jak i hiszpańskojęzycznych (0,93), a w całej próbie wynosiła 0,94 [13]. Podobnie zrewidowana wersja SIP (SIP-RS) w hiszpańskiej wersji językowej osiągnęła bardzo wysoki poziom spójności wewnętrznej (0,96) [14]. Natomiast adaptacja kwestionariusza DrInC w języku suahili używanym w Tanzanii wskazała na optymalną rzetelność zarówno całego testu (0,96), jak i poszczególnych podskal (0,83 – „Szkody fizyczne”, 0,86 – „Szkody intrapersonalne”, 0,85 – „Szkody społeczne”, 0,90 – „Szkody interpersonalne”, 0,82 – „Kontrola impulsów”. W badaniu tym, po przeprowadzeniu CFA, potwierdzono również strukturę pięcioczynnikową skali, która wykazała zadowalające wskaźniki dopasowania, a wszystkie itemy mieściły się w przedziale od 0,42 do 0,97 [15].

### **Opracowanie polskiej wersji *Krótkiej skali problemów* i analizy statystyczne**

Procedury walidacji językowej przeprowadzono zgodnie z zaleceniami opisanymi w literaturze przedmiotu [16]. Instrukcja oraz pozycje testowe zostały przetłumaczone na język polski przez biegłego władającego językiem angielskim psychologa. Następnie dwóch innych tłumaczy dokonało tłumaczenia zwrotnego (*back-translation*). Wersję ostateczną narzędzia ustalono po porównaniu uzyskanych wersji.

Następnie testowano trafność oraz rzetelność kwestionariusza. Trafność czynnikową testowano za pomocą eksploracyjnej i confirmacyjnej analizy czynnikowej. W pierwszym etapie przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową (EFA) w celu określenia ładunków czynnikowych oraz liczby czynników obecnych w polskiej wersji skali. Po określeniu liczby czynników w polskiej wersji kwestionariusza skorelowano każdy z nich z całą skalą. Przed korelacją obliczono dla każdej zmiennej statystyki normalności rozkładu testem *W* Shapiro-Wilka. Ze względu na brak normalności mierzonych zmiennych zastosowano nieparametryczny test istotności tau Kendalla. Confirmacyjną analizę czynnikową (CFA) z wykorzystaniem estymatora *maximum likelihood* (ML) zastosowano, by określić dobroć dopasowania do zakładanej struktury 5-czynnikowej.

Trafność konwergencyjną narzędzia oszacowano na podstawie analizy współczynników korelacji między wynikami uzyskanymi w kwestionariuszu a wynikami wybranych narzędzi pomiarowych. Rzetelność całej metody została oceniona przez oszacowanie wewnętrznej spójności na podstawie współczynnika  $\alpha$  Cronbacha. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu AMOS oraz SPSS.

## Material i metoda

Badanie walidacyjne przeprowadzono w latach 2020–2021 wśród pełnoletnich pacjentów oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu lub objawów odstawiennych oraz poradni leczenia uzależnień. Wszyscy badani mieli diagnozy uzależnienia od alkoholu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego (Uchwała nr 10-V/KBBN-UŁ/V/2019). Osoby badane wypełniały kwestionariusze w trakcie spotkań grupowych bądź indywidualnie. Badanie było anonimizowane przez autorów (jednak respondenci przed przystąpieniem do procedury podpisali zgodę na udział w badaniu, a także zgodę na przetwarzanie danych osobowych). Udział w nim był dobrowolny i nie wiązał się z żadną gratyfikacją. Po odrzuceniu kwestionariuszy niekompletnie wypełnionych do analiz przyjęto wyniki 256 osób, co spełniało założenia analizy mocy, obliczone za pomocą programu G\*Power 3,1 [17]<sup>1</sup>.

Dane socjodemograficzne były zbierane za pomocą kwestionariusza obejmującego: wiek, płeć, stan cywilny, poziom edukacji oraz zarobków, stan zatrudnienia, wiek inicjacji alkoholowej oraz początku uzależnienia, liczbę podjętych prób leczenia, występowanie problemów alkoholowych w rodzinie pochodzenia, inne zaburzenia psychiczne oraz subiektywną ocenę zdrowia somatycznego. W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej próby

	N / SD (%)
Płeć	
Kobieta	71 (27,7%)
Mężczyzna	185 (72,3%)
Wiek	
Przedział	20–77
M/SD	42,9/11,39
Stan cywilny	
Kawaler/panna	88 (34,4%)
Żonaty/zamężna	98 (38,3%)
Rozwodnik/rozwódka	60 (23,5%)
Wdowiec/wdowa	10 (3,9%)
Wykształcenie	
Podstawowe	30 (11,7,7%)
Zawodowe	68 (26,6%)

<sup>1</sup> W analizach wprowadzono a priori dla podanej wymaganej wielkości próby moc (905), wielkość efektu ( $p = 0,2$ ) oraz poziom istotności ( $\alpha = 0,05$ ). Według przeprowadzonej analizy całkowitą wielkość próby dla prezentowanego badania stanowić powinno minimum 255 osób.

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Średnie	115 (44,9%)
Wyższe	43 (16,8%)
Zatrudnienie	
Stale (etat)	133 (52,0%)
Praca dorywcza	30 (11,7%)
Bezrobotny	54 (21,1%)
Student	2 (0,8%)
Inne	37 (14,5%)
Wiek inicjacji alkoholowej	
Przedział	5–33
M/SD	15,8/3,36
Wiek początku uzależnienia	
Przedział	5–59
M/SD	27,68/9,94
Uzależnienie w rodzinie pochodzenia	
Tak/nie	172 (67,2%)/ 84 (32,8%)
Zaburzenia psychiczne	
Tak/nie	42 (16,4%)/ 214 (83,6%)
Poziom zdrowia somatycznego	
Bardzo zły	4 (1,6%)
Zły	10 (3,9%)
Umiarkowany	74 (28,9%)
Dobry	134 (52,3%)
Bardzo dobry	34 (13,3%)

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Ogólny wynik testu SIP-2L różnicował płeć w umiarkowany sposób ( $p < 0,001$ ;  $d = 0,58$ ), podobnie jak wynik podskal „Kontrola impulsów” ( $p < 0,001$ ;  $d = 0,65$ ) oraz „Szkody społeczne” ( $p < 0,001$ ;  $d = 0,58$ ). Był on wyższy u mężczyzn, ale efekt był umiarkowany.

Wynik ogólny kwestionariusza ( $p = 0,009$ ) oraz wyniki podskal „Odpowiedzialność społeczna” i „Kontrola impulsów” (kolejno:  $p = 0,031$ ;  $p = 0,000$ ) istotnie różnicowały badanych pod względem wieku. Wzrostowi wartości w rzeczonych obszarach towarzyszył spadek wartości w zakresie wieku badanych – im młodszy respondent, tym więcej raportował negatywnych konsekwencji picia (tab. 2).

W kontekście wieku inicjacji alkoholowej wzrostowi wartości w zakresie szkód fizycznych, kontroli impulsów, odpowiedzialności społecznej oraz wyniku ogólnego

towarzyszył spadek wieku, w jakim osoba badana po raz pierwszy spożyła alkohol. Podobnie, wyłączając podskale „Szkody fizyczne”, rzecz się miała w wypadku wieku początku uzależnienia – im wyższy wynik osiągnęto w podanych obszarach, tym niższy był wiek respondenta w deklarowanym momencie początku uzależnienia (tab. 2).

Tabela 2. **Macierz współczynników korelacji między SIP-2L a wiekiem badanych, wiekiem inicjacji alkoholowej i wiekiem początku uzależnienia**

SIP-2L	Wiek	W jakim wieku po raz pierwszy spróbowała Pani/spróbował Pan alkoholu?	W jakim wieku rozpoczęło się Pani/Pana uzależnienie?
Szkody fizyczne	-0,013	-0,167 <sup>**</sup>	-0,061
Szkody interpersonalne	-0,091	-0,046	-0,107
Szkody intrapersonalne	-0,052	-0,066	-0,121
Kontrola impulsów	-0,268 <sup>**</sup>	-0,283 <sup>**</sup>	-0,285 <sup>**</sup>
Odpowiedzialność społeczna	-0,135 <sup>*</sup>	-0,220 <sup>**</sup>	-0,224 <sup>**</sup>
Wynik ogólny	-0,163 <sup>**</sup>	-0,220 <sup>**</sup>	-0,235 <sup>**</sup>

\* – korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,05$ ; \*\* – korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,01$

Warto zauważyć, że wyniki wskazujące na związek wieku inicjacji alkoholowej oraz wieku początku uzależnienia osiągnięte w niniejszym badaniu z odczuwanymi szkodami potwierdzają w pewnym stopniu doniesienia innych badań – w jednym z nich potwierdzono negatywną korelację konsumpcji alkoholu z wiekiem badanych [18], natomiast w drugim wiek początku picia okazał się jedną ze zmiennych wskazujących na wyższe ryzyko nawrotu po odbyciu leczenia odwykowego [19]. Jest to widoczne również w typologiach osób z zaburzeniami używania alkoholu – grupy, które charakteryzują się wysokim wskaźnikiem zachowań aspołecznych i znaczącymi problemami z powodu swojego uzależnienia, obejmują osoby o wczesnym początku zarówno picia, jak i uzależnienia [7, 20, 21].

Ani ogólny wynik kwestionariusza SIP-2L, ani poszczególne jego podskale (poza „Kontrolą impulsów”) nie różnicowały natomiast badanych pod względem występowania rodzinnej historii problemów alkoholowych. Wynik na skali „Kontrola impulsów” różnicował badanych pod względem występowania rodzinnej historii problemów alkoholowych – osoby, które doświadczały problemów alkoholowych w rodzinie pochodzenia, osiągały wyższe wyniki, efekt okazał się jednak słaby ( $p = 0,012$ ;  $d = 0,34$ ).

W badaniach, poza adaptowanym narzędziem, zastosowano:

- AUDIT – *Alcohol Use Disorder Identification* [22] – zawierający 10 pytań dotyczących używania alkoholu, wzorca picia, objawów uzależnienia i skutków picia [23]. Wyniki pomiędzy 16 a 19 punktów wskazują na picie szkodliwe, natomiast powyżej 20 na możliwość uzależnienia. Narzędzie zarówno w wersji oryginalnej, jak i w polskiej adaptacji ma wysoką rzetelność oraz trafność [23, 24]. W prowadzonym badaniu użyte zostało do pomiaru ryzyka uzależnienia. W badaniu tym  $\alpha$  Cronbacha wynosiła 0,792.

- MAST – *Michigan Alcoholism Screening Test* [4] (polska adaptacja [25]) – składający się z 21 itemów odnoszących się do głębokości problemów związanych z alkoholem. Punkt odcięcia stanowią 4 punkty, a wynik wyższy sugeruje spełnianie kryteriów diagnostycznych uzależnienia od alkoholu. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi [26]. Rzetelność metody w badanej próbie wyniosła  $\alpha$  Cronbacha = 0,822.
- KOEP-R – [27] (zmodyfikowana polska adaptacja CEAQ – *Comprehensive Effects of Alcohol Questionnaire* [28]), który służy do pomiaru oczekiwanych efektów picia alkoholu. Obejmuje on 45 twierdzeń dotyczących zarówno pozytywnych, jak i negatywnych efektów picia, które oceniane są przez badanych na skali 1–4, gdzie 1 oznacza „nie zgadzam się”, a 4 – „zgadzam się”. W toku analiz czynnikowych wyszczególniono 6 rodzajów oczekiwanych efektów picia. Alfa Cronbacha dla poszczególnych skal wynosi od 0,589 dla obszaru obejmującego redukcję napięcia do 0,887 dla wzrostu poczucia mocy, odwagi, pewności siebie [29]. W niniejszym badaniu  $\alpha$  Cronbacha dla całego kwestionariusza wynosiła 0,920, a w zakresie poszczególnych obszarów wyglądała następująco:
  - I. obszar – wzrost poczucia mocy, odwagi, pewności siebie –  $\alpha$  Cronbacha = 0,831;
  - II. obszar – wzrost zachowań ryzykownych –  $\alpha$  Cronbacha = 0,853;
  - III. obszar – osłabienie poznawcze i behawioralne –  $\alpha$  Cronbacha = 0,831;
  - IV. obszar – pogorszenie samopoczucia, „kac moralny” –  $\alpha$  Cronbacha = 0,608;
  - V. obszar – redukcja napięcia –  $\alpha$  Cronbacha = 0,665;
  - VI. obszar – wzrost otwartości, towarzyskości i swobody interpersonalnej –  $\alpha$  Cronbacha = 0,875.

Kwestionariusz KOEP-R, choć nie mierzy bezpośrednio szkód wynikających z picia, wydaje się z nimi mocno powiązany, bowiem doświadczane przez jednostkę efekty picia mają pośredni związek z ryzykiem narastających problemów i zaburzeń. Ponadto na podstawie doświadczeń związanych z używaniem alkoholu jednostka tworzy swoje oczekiwania względem efektów picia [29].

## Wyniki

### Trafność czynnikowa

Aby wykonać niezbędne obliczenia, dane pochodzące z całej próby ( $N = 256$ ) podzielono na dwie równoliczne podgrupy, w badaniach oznaczone jako 1 ( $n = 128$ ) i 2 ( $n = 128$ ). Dobór badanych do grup przebiegał losowo zgodnie z rozkładem równomiernym. Dane pochodzące z podgrupy 1 poddano EFA, podczas gdy na danych pochodzących z 2 podgrupy zastosowano CFA.

Przed rozpoczęciem analiz sprawdzono adekwatność doboru próby z użyciem testu Kaisera-Meyera-Olkina (KMO). Jego wartość ( $KMO = 0,89$ ) oraz wskaźnik sferyczności Bartletta ( $\chi^2 = 1401,90; p < 0,001$ ) potwierdzały zasadność wykorzystania analizy czynnikowej w odniesieniu do zgromadzonych danych.

W wypadku EFA (metoda rotacji Varimax z normalizacją Kaisera) zarówno test osypiska, jak i kryterium Kaisera wskazują, podobnie jak w wersji oryginalnej, na występowanie pięciu czynników tłumaczących łącznie prawie 69% wariacji wyników. W tabeli 3 znajdują się wyniki EFA przeprowadzonej dla pięciu składowych, natomiast w tabeli 4 umieszczono macierz ładunków czynnikowych (uwzględniono ładunki czynnikowe powyżej 0,5).

Tabela 3. Analiza czynnikowa (EFA) dla pięciu składowych

Składowa	Początkowe wartości własne			Sumy kwadratów ładunków po wyodrębnieniu			Sumy kwadratów ładunków po rotacji		
	Ogółem	% wariacji	% skumulowany	Ogółem	% wariacji	% skumulowany	Ogółem	% wariacji	% skumulowany
Szkody fizyczne	5,863	39,084	39,084	5,863	39,084	39,084	2,420	16,136	16,136
Szkody interpersonalne	1,499	9,997	49,080	1,499	9,997	49,080	2,258	15,050	31,187
Szkody intrapersonalne	1,126	7,509	56,589	1,126	7,509	56,589	2,182	14,548	45,735
Kontrola impulsów	1,109	6,524	63,113	1,109	6,524	63,113	1,741	11,609	57,344
Odpowiedzialność społeczna	1,102	5,745	68,859	1,102	5,745	68,859	1,727	11,514	68,859

Tabela 4. Macierz ładunków czynnikowych (EFA) dla pięciu składowych

	Składowa				
	Szkody fizyczne	Szkody interpersonalne	Szkody intrapersonalne	Kontrola impulsów	Odpowiedzialność społeczna
P1			0,840		
P2	0,590				
P3					0,588
P4			0,858		
P5				0,840	
P6				0,822	
P7	0,550				
P8					0,693
P9	0,612				
P10		0,690			
P11		0,701			

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*



P12			0,600		
P13		0,620			
P14					0,734
P15				0,639	
Metoda rotacji – Varimax z normalizacją Kaisera					

Analiza CFA (z wykorzystaniem estymatora *maximum likelihood* – ML) zastosowanej dla drugiej z wyodrębnionych grup wykazała istnienie silnych ładunków czynnikowych w obrębie pięciu zdefiniowanych czynników (rys.). Zamieszczone w tabeli 5 miary wskazują na dobre dopasowanie modelu. RMSEA znajduje się na poziomie  $< 0,06$ , GFI  $> 0,914$ , CFI  $> 0,958$ , a SRMR = 0,055.

Tabela 5. **Konfirmacyjna analiza czynnikowa (CFA) – miary dobroci dopasowania modelu**

Model	CMIN	DF	P	CMIN/DF	RMSEA	GFI	CFI	SRMR
SIP-2L	129,634	80	$< 0,01$	1,620	0,057	0,914	0,958	0,055

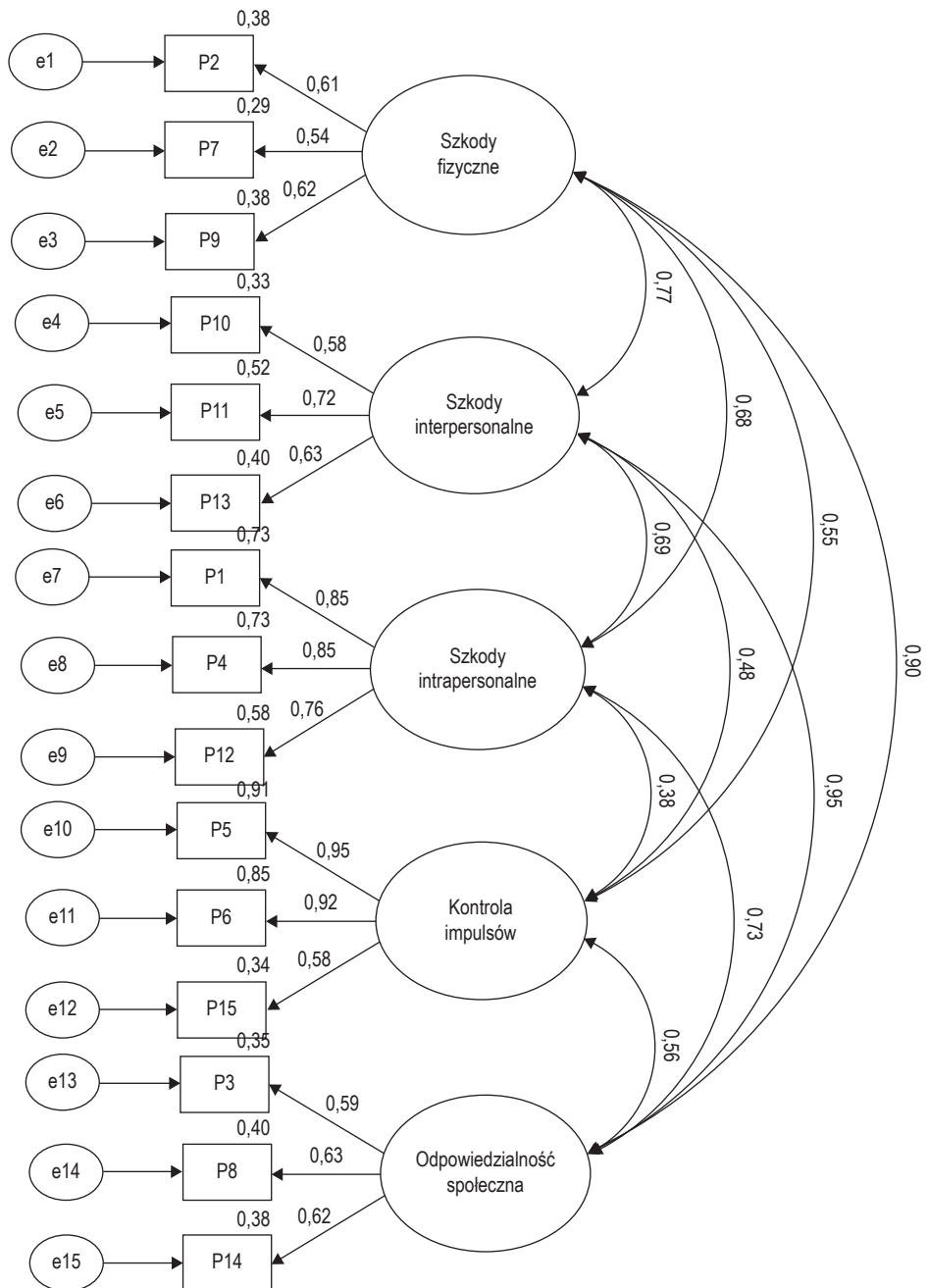
### Rzetelność i trafność konwergencyjna

Rzetelność całej metody oszacowano za pomocą wewnętrznej spójności na podstawie współczynnika  $\alpha$  Cronbacha. W wypadku wszystkich czynników była ona zadowalająca – wynosiła  $> 0,700$  (tab. 6).

Tabela 6. **Statystyki analizy rzetelności  $\alpha$  Cronbacha i test normalności zmiennych W Shapiro-Wilka**

Zmienna		Alfa Cronbacha	Test W Shapiro-Wilka
SIP-2L	Szkody fizyczne	0,734	W = 0,725; $p < 0,001$
	Szkody interpersonalne	0,722	W = 0,682; $p < 0,001$
	Szkody intrapersonalne	0,701	W = 0,681; $p < 0,001$
	Kontrola impulsów	0,712	W = 0,809; $p < 0,001$
	Odpowiedzialność społeczna	0,733	W = 0,691; $p < 0,001$
	Wynik ogólny	0,868	W = 0,831; $p < 0,001$

Wszystkie podskale kwestionariusza SIP korelują wysoko z wynikiem ogólnym. Jako że wszystkie korelacje są na porównywalnym silnym poziomie, można przyjąć, że wkład w wynik ogólny poszczególnych itemów jest wysoki (tab. 7).



Rysunek 1. Struktura dopasowania modelu – konfirmacyjna analiza czynnikowa (CFA)

Tabela 7. **Macierz korelacji współczynników tau Kendalla między skalami i wynikiem ogólnym polskiej wersji SIP-2L**

SIP-2L	Szkody fizyczne	Szkody interpersonalne	Szkody intrapersonalne	Kontrola impulsów	Odpowiedzialność społeczna
Szkody fizyczne	–				
Szkody interpersonalne	0,359***	–			
Szkody intrapersonalne	0,460***	0,518***	–		
Kontrola impulsów	0,322***	0,403***	0,334***	–	
Odpowiedzialność społeczna	0,457***	0,524***	0,446***	0,445***	–
Wynik ogólny	0,615***	0,642***	0,618***	0,635***	0,667***

\*\*\* – korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,001$

Trafność zbieżna (konwergencyjna) adaptowanej metody została oszacowana za pomocą analizy korelacji między wynikami osiągniętymi w tej skali i wynikami osiąganymi w pozostałych skalach. Wyniki korelacji zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8. **Macierz korelacji współczynników tau Kendalla między SIP-2L a pozostałymi zmiennymi**

	SIP-2L: Szkody fizyczne	SIP-2L: Szkody interpersonalne	SIP-2L: Szkody intrapersonalne	SIP-2L: Kontrola impulsów	SIP-2L: Odpowiedzialność społeczna	SIP-2L: Wynik ogólny
KOEP-R – I obszar	0,157**	0,223***	0,153**	0,266***	0,173***	0,236***
KOEP-R – II obszar	0,252***	0,251***	0,216***	0,331***	0,308***	0,331***
KOEP-R – III obszar	0,270***	0,212***	0,297***	0,156**	0,203***	0,244***
KOEP-R – IV obszar	0,193***	0,118*	0,278***	0,015	0,124*	0,146*
KOEP-R – V obszar	0,082	0,079	0,047	0,133*	0,032	0,077
KOEP-R – VI obszar	0,159**	0,152**	0,108*	0,172***	0,137**	0,178***
AUDIT	0,285***	0,285***	0,274***	0,291***	0,322***	0,361***
MAST	0,327***	0,347***	0,291***	0,377***	0,354***	0,443***

\* – korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,05$ ; \*\* – korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,01$ ; \*\*\* – korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,001$

Jak wynika z tabeli 8, adaptowana metoda cechuje się satysfakcjonującą trafnością konwergencyjną, na co wskazują istotne współczynniki korelacji pomiędzy poszczegól-

górnymi podskalami oraz wynikiem ogólnym SIP-2L a rezultatami w poszczególnych podskalach testu KOEP-R oraz wynikiem ogólnym tej skali. Potwierdzają one, że wynikającemu z picia wzrostowi pewności siebie towarzyszą jednocześnie negatywne konsekwencje picia – w ogóle, jak i w poszczególnych kategoriach szkód. Również podejmowanie zachowań ryzykownych czy gorsze samopoczucie korelują z negatywnymi skutkami/szkodami wynikającymi z picia. Co ciekawe (i wymaga dalszych badań), redukcja napięcia spowodowana piciem nie wykazywała związków z deklarowanymi szkodami (brak istotnych korelacji w zakresie obszaru 5 kwestionariusza KOEP-R).

Pośród istotnych zależności nie sposób pominąć wysokich współczynników korelacji każdego z badanych rodzajów szkód oraz szkód pojmowanych całościowo (wynik ogólny) z wynikami kwestionariuszy AUDIT i MAST. Jest to potwierdzeniem wysokiej trafności narzędzia.

### Podsumowanie

Celem przeprowadzonego badania było dokonanie polskiej adaptacji *Krótkiej skali problemów* (SIP-2L) Millera i wsp. Potrzeba adaptacji narzędzia wynikała zarówno z jego krótkiej formy, umożliwiającej przeprowadzenie badania w sytuacji, w której czas na ocenę jest ograniczony i nie ma konieczności przeprowadzania badania poszczególnych problemów, jak i z niedoboru dostępnych w Polsce wystandaryzowanych metod służących do badania szkód wynikających z picia.

Polska wersja metody wykazuje w pełni zadowalające właściwości psychometryczne w badanej grupie osób z diagnozą uzależnienia od alkoholu. Na podstawie całości przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że polska wersja nie odbiega od oryginału oraz adaptacji metody w innych krajach. Mierzy z dobrą rzetelnością czynnik główny, jakim są szkody wynikające z picia, oraz czynniki specyficzne, czyli szkody w poszczególnych obszarach. Badanie (w tym analiza konfirmacyjna, niestosowana w innych adaptacjach poza adaptacją rozszerzonej wersji narzędzia) potwierdziło 5-czynnikową strukturę polskiej wersji skali SIP-2L, która obejmuje szkody: fizyczne, interpersonalne, intrapersonalne, kontrolę impulsów oraz odpowiedzialność społeczną. *Krótką skalą problemów* koreluje też znacząco z wynikami kwestionariuszy służących do pomiaru uzależnienia od alkoholu – MAST i AUDIT.

Badanie miało również pewne ograniczenia. Po pierwsze, obejmowało nierównoliczne grupy w zakresie płci (M,  $N = 185$ ; K,  $N = 71$ ) czy występowania wśród badanych zaburzeń psychicznych (nadreprezentacja osób deklarujących brak zaburzeń).

Drugim ograniczeniem jest fakt, że badanie opierało się wyłącznie na samoopisie w zakresie raportowania negatywnych konsekwencji picia. W związku z tym nie można zarekomendować go jako samodzielnego kwestionariusza do oceny szkód wynikających z picia w trakcie diagnozy klinicznej, a raczej jako dopełnienie procedury diagnostycznej.

Kolejnym istotnym ograniczeniem jest ta okoliczność, że przebadano wyłącznie osoby zdiagnozowane jako zmagające się z zaburzeniem używania alkoholu. Badanie nie objęło natomiast osób pijących ryzykownie czy szkodliwie, a także osób korzystających z alkoholu w sposób normatywny. W dalszych badaniach warto też obliczyć współczynnik trafności metodą *test-retest*.

Mając świadomość ograniczeń kwestionariusza, polską adaptację *Krótkiej skali problemów* SIP-2L można uznać za przydatną zarówno w badaniach naukowych, jak i w diagnozie klinicznej, aby pogłębić konceptualizację pacjenta. Niewątpliwe zalety narzędzia to przede wszystkim umożliwienie pomiaru szkód wynikających z nadużywania substancji w oderwaniu od objawów uzależnienia, a także wysoka rzetelność przy krótkim czasie pomiaru oraz dobra moc dyskryminacyjna.

### Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. World Health Organization. *Fact sheets*. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (dostęp: 10.05.2021).
3. Blanchard KA, Morgenstern J, Morgan TJ, Lobouvie EW, Bux DA. *Assessing consequences of substance use: Psychometric properties of the Inventory of Drug Use Consequences*. *Psychol. Addict. Behav.* 2003; 17(4): 328–331.
4. Selzer ML. *The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument*. *Am. J. Psychiatry* 1971; 127(12): 89–94.
5. Bender RE, Griffin ML, Gallop RJ, Weiss RD. *Assessing negative consequences in patients with substance use and bipolar disorders: Psychometric properties of the Short Inventory of Problems (SIP)*. *Am. J. Addict.* 2007; 16(6): 503–509.
6. Alterman AI, Cacciola JS, Ivey MA, Habing B, Lynch KG. *Reliability and validity of the Alcohol Short Index of Problems and a Newly Constructed Drug Short Index of Problems*. *J. Stud. Alcohol Drugs* 2009; 70(2): 304–307.
7. Morawska K, Chodkiewicz J. *High-functioning alcoholics – A separate type? The search for common features in current alcoholism typologies*. *Psychiatr. Psycholog. Klin.* 2019; 19(4): 411–417.
8. Toner P, Böhnke JR, Andersen P, McCambridge J. *Alcohol screening and assessment measures for young people: A systematic review and meta-analysis of validation studies*. *Drug. Alcohol. Depend.* 2019; 202: 39–49.
9. Miller WR, Tonigan JS, Longabaugh R. *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse*. Project MATCH Monograph Series, Vol. 4. DHHS Publication No. 95-3911. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995.
10. Allensworth-Davies D, Cheng DM, Smith PC, Samet JH, Saitz R. *The Short Inventory of Problems – Modified for Drug Use (SIP-DU): Validity in a primary care sample*. *Am. J. Addict.* 2012; 21(3): 257–262.
11. Feinn R, Tennen H, Kranzler HR. *Psychometric Properties of the Short Index of Problems as a measure of recent alcohol-related problems*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2003; 27(9): 1436–1441.
12. Forcehimes AA, Tonigan JS, Miller WR, Kenna GA, Baer JS. *Psychometrics of the Drinker Inventory of Consequences (DrInC)*. *Addict. Behav.* 2007; 32(8): 1699–1704.
13. Marra LB, Field CA, Caetano R, Sternberg von K. *Construct validity of the Short Inventory of Problems among Spanish speaking Hispanics*. *Addict. Behav.* 2014; 39(1): 205–210.
14. Kiluk BD, Dreifuss JA, Weiss RD, Horigian VE, Carroll KM. *Psychometric properties of a Spanish-language version of the Short Inventory of Problems*. *Psychol. Addict. Behav.* 2013; 27(3): 893–900.

15. Zhao D, Staton CA, He Q, Mmbaga BT, Vissoci JRN. *Cross-culture adaptation and psychometric properties of the DrInC Questionnaire in Tanzanian Swahili*. *Front. Public Health* 2018; 6: 330.
16. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25(24): 3186–3191.
17. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. *Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses*. *Behav. Res. Methods* 2009; 41(4): 1149–1160.
18. Calvo E, Allel K, Staudinger UM, Castillo-Carniglia A, Medina JT, Keyes KM. *Cross-country differences in age trends in alcohol consumption among older adults: A cross-sectional study of individuals aged 50 years and older in 22 countries*. *Addiction* 2021; 116(6): 1399–1412.
19. Stohs ME, Schneekloth TD, Geske JR, Biernacka JM, Karpyak VM. *Alcohol craving predicts relapse after residential addiction treatment*. *Alcohol Alcohol.* 2019; 54(2): 167–172.
20. Moss HB, Chen CM, Yi H. *Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample*. *Drug. Alcohol. Depend.* 2007; 91(2–3): 149–158.
21. Hauser J, Rybakowski J. *Three clusters of male alcoholics*. *Drug. Alcohol. Depend.* 1997; 48(3): 243–250.
22. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Feunte de la JR, Grant M. *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II*. *Addiction* 1993; 88(6): 791–804.
23. Poprawa R. *Pomiar stopnia zaangażowania w używanie alkoholu. Badania właściwości psychometrycznych Skali Używania Alkoholu*. W: Chodkiewicz J, Gąsior K. red. *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*. Warszawa: Difin; 2013. S. 13–41.
24. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*, wyd. 2. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
25. Falicki Z, Karczewski J, Wandzel L, Chrzanowski W. *Usefulness of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) in Poland*. *Psychiatr. Pol.* 1986; 20(1): 38–42.
26. Florkowski A, Polak K, Sarna D, Gądek I. *Jakość życia żołnierzy zawodowych z problemem alkoholowym*. *Probl. Alkohol.* 2000; 1: 17–18.
27. Fromme K, Stroot EA, Kaplan D. *Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire*. *Psychol. Assess.* 1993; 5(1): 19–26.
28. Poprawa R. *Kwestionariusz Oczekiwanym Efektów Picia. Zmodyfikowana, polska adaptacja „Comprehensive Effects of Alcohol Questionnaire”*. *Raport z badań*. Manuskrypt niepublikowany. Uniwersytet Wrocławski, Instytut Psychologii 2014.
29. Poprawa R. *A subjective assessment of the short-term effects of alcohol consumption. Preliminary studies on the Polish language adaptation of „The Biphasic Alcohol Effects Scale”*. *Alcohol. Drug. Addict.* 2015; 28(1): 1–21.

Adres: Jan Chodkiewicz  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki  
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12  
e-mail: jan.chodkiewicz@uni.lodz.pl

Otrzymano: 3.02.2022  
Zrecenzowano: 6.07.2022  
Otrzymano po poprawie: 9.08.2022  
Przyjęto do druku: 1.09.2022