

Struktura czynnikowa Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30)

Factorial Structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30)

Dorota Frydecka¹, Krzysztof Małyszczak¹, Angelika Chachaj²,
Andrzej Kiejna¹

¹Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

²Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych
i Nadciśnienia Tętniczego AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R. Andrzejak

Summary

The General Health Questionnaire (GHQ) was designed by Goldberg in the 1970's as a screening instrument to provide information on the mental wellbeing. Although it is widely used as a unidimensional instrument, factor analyses tend to suggest that it contains more than one dimension.

Aim. The purpose of this paper is to review the factor-analytic research that has been carried out with regard to the 30-item General Health Questionnaire (GHQ-30) and to present the results of the analysis of our research.

Material and methods. A total of 623 patients suffering from neurotic disorders and somatic illnesses were included into the study, 130 men and 493 women at the age ranged from 17 to 85 years old. A total score was calculated with Likert's method. The principal factor analysis with orthogonal varimax normalised rotation was used.

Results. The GHQ-30 was found to have high internal consistency as a scale and high item-total correlations for most of the items. The factorial analysis showed that three factors labelled as the followed can be abstracted from the scale: depression and anxiety, interpersonal relations, general functioning. These factors jointly account for 58% of the variance.

Conclusions. results showed both multifactorial (at the level of a lower order) and unifactorial (at the level of an upper order) structure of the GHQ-30.

Słowa kluczowe: cierpienie psychiczne, lęk, depresja, struktura czynnikowa
Key words: psychological distress, anxiety, depression, factorial structure

Wstęp

Kwestionariusz Ogólnego Zdrowia (ang. General Health Questionnaire, GHQ) Davida Goldberga jest instrumentem przesiewowym służącym do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych w populacji ogólnej [1]. Pozwala na oszacowanie nasi-

lenia niepsychotycznych zaburzeń funkcji psychicznych i wyłonienie osób, u których istnieje istotne prawdopodobieństwo ich wystąpienia [2, 3]. Na ogólny wynik kwestionariusza wpływa osobnicza wrażliwość, sposób przeżywania i poczucie choroby, dlatego też uważa się, że za pomocą GHQ można również zbadać poczucie zaburzenia psychicznego – i subiektywną ocenę jego następstw – nazywane niespecyficznym cierpieniem psychicznym (ang. *nonspecific psychological distress*). Kwestionariusz początkowo stosowany był przede wszystkim przez lekarzy rodzinnych w Wielkiej Brytanii, ale z czasem został przetłumaczony na prawie 40 innych języków i po ocenie jego trafności i rzetelności w różnych kulturach [4, 5, 6, 7, 8] coraz częściej używany był w różnego rodzaju badaniach w wielu krajach [9, 10, 11]. Wykazano [12, 13] też, że nadaje się nie tylko do celów przesiewowych, ale można go również stosować do oceny zmian w stanie psychicznym na przestrzeni czasu.

Istnieje kilka wersji kwestionariusza – podstawowa, długa wersja, zawierająca 60 pytań (GHQ-60), i wersje krótsze – powstałe na skutek wyłączenia niektórych pytań. GHQ-30 zawiera mniej pytań dotyczących objawów somatycznych, GHQ-20 i GHQ-12 są jej krótszymi wersjami. W wersjach tych uzyskuje się jedynie wynik ogólny będący wskaźnikiem zdrowia psychicznego pacjenta. Wersja GHQ-28 natomiast powstała w wyniku analizy czynnikowej GHQ-60 – na jej podstawie, oprócz informacji o ogólnym stanie zdrowia psychicznego, uzyskuje się również dane o objawach somatycznych, lęku, depresji, bezsenności i zaburzeniach funkcjonowania społecznego [14]. Dłuższe wersje stosuje się przede wszystkim jako narzędzie do oceny prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzenia psychicznego i jako miarę efektów leczenia u osób korzystających z różnego rodzaju terapii [15, 16]. Najkrótsza wersja (GHQ-12) używana jest przede wszystkim jako narzędzie przesiewowe i zalecana jest szczególnie do stosowania w dwufazowych badaniach epidemiologicznych [17, 18].

Na pytania kwestionariusza osoba badana odpowiada samodzielnie, oceniając swoją sytuację życiową i stan psychiczny w czterostopniowej skali. Istnieje kilka alternatywnych sposobów punktacji odpowiedzi. Można stosować dychotomiczną metodę Goldberga (GHQ) (0 – 0 – 1 – 1), jej zmodyfikowaną formę (CGHQ) (0 – 1 – 1 – 1 dla pytań wskazujących na chorobę i 0 – 0 – 1 – 1 dla pytań wskazujących na zdrowie) lub metodę Likerta (0 – 1 – 2 – 3), przy czym uważa się, że dla celów statystycznych najodpowiedniejsza jest ta ostatnia [19, 20].

Od czasu pojawienia się kwestionariusza w 1972 roku zostało przeprowadzonych wiele badań, których celem była ocena możliwości wyodrębnienia bardziej szczegółowych podskal ze skali podstawowej. Naukowcy mieli nadzieję, że poza ogólnym cierpieniem psychicznym na podstawie kwestionariusza ocenić będzie można również specyficzne problemy psychologiczne osób badanych [21]. Okazało się, że choć kwestionariusz GHQ jest miarą bardzo jednolitą, możliwe jest wyodrębnienie pewnych czynników we wszystkich jego wersjach. Liczba wyróżnianych czynników w poszczególnych badaniach jest różna. Najczęściej wymieniane czynniki odnoszą się do objawów lękowych i depresyjnych, poczucia niekompetencji, skarg somatycznych, zaburzeń snu, trudności w radzeniu sobie i problemów w społecznym funkcjonowaniu. W pracach [22, 23, 24, 25] porównujących wyniki poszczególnych badań nad strukturą czynnikową GHQ zwraca się uwagę, że nie tylko liczba czynników w poszczególnych

badaniach jest różna, ale również istnieją znaczące różnice w wielkości ładunków poszczególnych pytań testowych i ich przypisaniu do określonych czynników. Przykładowo, punktem spornym badaczy jest możliwość rozdzielenia pytań dotyczących objawów depresyjnych i lękowych na dwa odrębne czynniki. O ile Goldberg i wsp. [26, 27] twierdzą, że rozdzielenie takie nie jest uzasadnione, o tyle Shek [28] oraz Huppert i wsp. [29] są odmiennego zdania. Uważa się, że tak wyraźny brak zgodności pomiędzy modelami struktury czynnikowej tego kwestionariusza może częściowo być efektem dużej heterogenności warunków, w jakich badania były przeprowadzane – badano różnoliczne, wybrane populacje osób w różnych krajach, pochodzących z różnych kręgów kulturowych, a ponadto stosowano różne alternatywne metody punktacji odpowiedzi i wykorzystywano różne metody analizy czynnikowej. Werneke i wsp. [30] na podstawie 15 badań przeprowadzonych w różnych krajach stwierdzili, że pytania dotyczące objawów lękowych i depresyjnych są silnie skorelowane ze sobą, podczas gdy pozostałe pozycje testu, oznaczane najczęściej jako zaburzone funkcjonowanie społeczne, cechowała większa wariancja. Może to oznaczać, że wpływ na te pozycje mają w większym stopniu uwarunkowania społeczno-kulturowe, obowiązujące w danym kraju normy i wyznawane wartości niż ma to miejsce w przypadku objawów afektywnych, co częściowo potwierdza hipotezę o wpływie heterogennych warunków badań na wyniki analizy czynnikowej.

Na podstawie analizy czynnikowej kwestionariusza w wersji z 30 pytaniami (GHQ-30) wyodrębniono od 4 do 8 podskal. Shek i Tsang [31] w badaniach dotyczących 381 rodziców dzieci upośledzonych umysłowo wyodrębnili cztery główne czynniki, którymi były: lęk, depresja, zaburzone funkcjonowanie interpersonalne, nieadekwatne radzenie sobie. Takeuchi i Kitamura [32], w badaniu przeprowadzonym wśród 236 uczniów liceum i studentów uniwersyteckich, otrzymali pięć czynników, które nazwali następująco: ogólna dysforia, społeczne funkcjonowanie, depresyjne myślenie, trudności w koncentracji uwagi i bezsenność. Chan D.W. i Chan T.S. [33], na podstawie badania 225 osób angielskojęzycznych w Chinach, wyróżnili 5 wymiarów: lęk, depresja, nieadekwatne radzenie sobie, bezsenność i trudności w funkcjonowaniu społecznym. Inne wyniki uzyskali Huppert i wsp. [34] w badaniu przeprowadzonym wśród 6317 losowo wybranych osób dorosłych w Wielkiej Brytanii – wyróżnili 5 odrębnych czynników odpowiadających lękowi i napięciu, depresji i poczuciu bezradności, zaburzeniom w funkcjonowaniu społecznym, trudnościom w radzeniu sobie oraz poczuciu braku kompetencji i niskiej samoocenie. W późniejszym badaniu Huppert i Garcia [35] pośrednio potwierdzili opisaną wcześniej strukturę czynnikową, wykazując jakościowe różnice we wzorcach w zakresie objawów psychicznych u osób z różnych grup podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych ocenianego na podstawie GHQ-30. Wysokie wyniki GHQ uzyskują między innymi osoby z takich grup społecznych, jak: bezrobotni mężczyźni, samotne kobiety z dziećmi i starsze osoby z problemami zdrowotnymi. O ile we wszystkich tych grupach stwierdzono podwyższone wyniki w podskalach lęku i depresji, o tyle młodzi bezrobotni mężczyźni nie mieli znacząco podwyższonych wyników w podskali lęku, a starsi mężczyźni z problemami zdrowotnymi nie mieli znacząco podwyższonych wyników w podskali depresji. Obie te grupy osób miały natomiast wyraźne problemy z radzeniem sobie

w odróżnieniu od starszych bezrobotnych mężczyzn i starszych kobiet z problemami zdrowotnymi. Najwyższe wyniki w skali GHQ miały samotne kobiety z dziećmi, szczególnie w zakresie podskal dotyczących objawów lękowych i depresyjnych, natomiast wysokie wyniki w podskali dotyczącej problemów z radzeniem sobie miały tylko wtedy, gdy jednocześnie były bezrobotne. Wyniki te wskazują, że ten sposób analizy danych otrzymanych za pomocą kwestionariusza GHQ-30 umożliwia uzyskanie nie tylko ilościowych, ale też jakościowych informacji o funkcjonowaniu psychicznym.

Berwick i wsp. [36], stosując kwestionariusz GHQ-30, przeprowadzili badanie wśród 1649 pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Wyróżnili sześć czynników: lęk i napięcie, pewność siebie, depresję, energię, społeczne funkcjonowanie oraz bezsenność. Shigemi i wsp. [37, w badaniu, w którym wzięło udział 782 pracowników średniej wielkości przedsiębiorstw, wyróżnili sześć innych czynników – były to: lęk i depresja, ciężka depresja, brak interpersonalnej sieci wsparcia społecznego, niska aktywność społeczna, bezsenność, brak pozytywnego nastawienia. Natomiast na podstawie badań przeprowadzonych wśród 2986 osób przez Iwatę i wsp. [38] uzyskano następujące czynniki: lęk, depresyjne myślenie, zahamowanie myślenia, utrata pozytywnego nastawienia, zaburzone funkcjonowanie społeczne, niski poziom aktywności.

Badania Ohty i wsp. [39], przeprowadzone wśród 1216 osób populacji ogólnej w wieku 40–92 lat, pozwoliły na wyodrębnienie aż ośmiu czynników – były to: lęk i napięcie, anhedonia, depresja, anergia, zaburzone funkcjonowanie interpersonalne, unikanie społeczne, trudności w radzeniu sobie, bezsenność.

Celem pracy było określenie struktury czynnikowej polskiej adaptacji Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30).

Osoby badane i metody

Badaniem objęto 623 osoby, w tym 109 pacjentów oddziału nerwic (17,5% osób badanych), 281 kobiet po mastektomii (45,1% osób badanych), 129 pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób internistycznych (20,7% osób badanych) i 104 pacjentów lekarza rodzinnego (16,7% osób badanych). Wśród osób badanych było 130 mężczyzn i 493 kobiety, wiek wahał się w granicach od 17 do 85 lat, średnia wieku wynosiła 49 lat. Osoby badane uczestniczyły w kilku badaniach dotyczących nasilenia objawów i cierpienia psychicznego u pacjentów z chorobami somatycznymi i niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. Taki dobór zapewnia większy odsetek wyższych wyników w skali GHQ, a co za tym idzie większą wariancję wyników poszczególnych pozycji skali. Dane demograficzne zostały przedstawione w tabeli 1. Dane dotyczące wykształcenia, zatrudnienia i stanu cywilnego nie obejmują wszystkich badanych, ponieważ w jednej z podgrup nie były zbierane.

W badaniu zastosowano Kwestionariusz Ogólnego Zdrowia zawierający 30 pozycji testowych (GHQ-30). Został on przetłumaczony przez dwóch psychiatrów na język polski za zgodą autora kwestionariusza, a liczbę punktów obliczono stosując metodę Likerta [40, 41]. Poszczególnym odpowiedziom nadawane były rangi 1, 2, 3, 4, począwszy od lewej do prawej.

Tabela 1. Dane demograficzne osób biorących udział w badaniu

Kategoria opisu	Podkategoria opisu	Liczba osób	Odsetek osób badanych
płeć	mężczyźni	130	20,87
	kobiety	493	79,13
wiek	≤ 30 lat	86	13,83
	31 – 40 lat	77	12,38
	41 – 50 lat	127	20,26
	51 – 60 lat	187	30,06
	61 – 70 lat	106	17,04
	> 70 lat	40	6,43
stan cywilny	samotna/y	85	14,26
	zamężna/zonaty	372	62,42
	rozwidzona/y	20	3,36
	wdowa/wdowiec	41	6,88
	w separacji	78	13,09
wykształcenie	≤ 10 lat nauki	114	19,10
	11 – 15 lat nauki	363	60,90
	≥ 16 lat nauki	119	19,97
zatrudnienie	praca na etacie	157	26,57
	samozaatrudnienie	20	3,38
	praca bezpłatna	59	9,98
	uczeń	24	4,06
	gospodyni	18	3,05
	emerytura	164	27,75
	renta	122	20,64
	bezrobotny/a	24	4,06
	inne	3	0,51

Wartości średnie w grupach mężczyzn i kobiet, oraz w grupach wiekowych, porównano za pomocą jednowymiarowej analizy wariancji ANOVA i testu post hoc Duncana. Dla każdej pozycji kwestionariusza wyliczono wartości średnie, wariancję, odchylenie standardowe, a także współczynnik rzetelności alfa Cronbacha, uzyskane po jej odrzuceniu, oraz współczynnik korelacji Pearsona z sumą całkowitą. Do oceny

struktury czynnikowej testu użyto metody czynników głównych z rotacją ortogonalną varimax znormalizowaną. Wyboru czynników dokonano na podstawie kryterium Kaisera, zgodnie z którym pod uwagę powinny być brane czynniki o wartości własnej powyżej jedności.

Wyniki

Statystyki opisowe wartości GHQ w grupie osób badanych przedstawiono w tabeli 2. Średnie wyników GHQ-30 osób badanych, z podziałem na płeć i wiek, zamieszczono w tabeli 3. Test Duncana wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz między osobami z grup wiekowych < 30 lat i 30–40 lat. Do 70 r.ż. całkowite wyniki testu malały wraz z wiekiem u osób obu płci.

Tabela 2. Statystyki opisowe wartości GHQ

Średnia	Mediana	Moda	Minimum	Maksimum	Wariancja	Odchylenie standardowe
73,69	70,00	68,00	35,00	117,00	343,77	18,54

Tabela 3. Średnie i odchylenia standardowe wyników osób badanych z podziałem na płeć i grupę wiekową

		Średnia wyników	Liczba osób	Odchylenie standardowe
Płeć	mężczyźni	68,14	130	17,63
	kobiety	75,15	493	18,52
Grupy wiekowe	< 30	76,40	81	22,73
	31 – 40	76,99	68	18,70
	41 – 50	74,05	128	19,12
	51 – 60	73,46	188	18,22
	61 – 70	70,16	107	14,89
	> 70	71,50	50	16,08
	Ogół grup	73,63	622	18,49

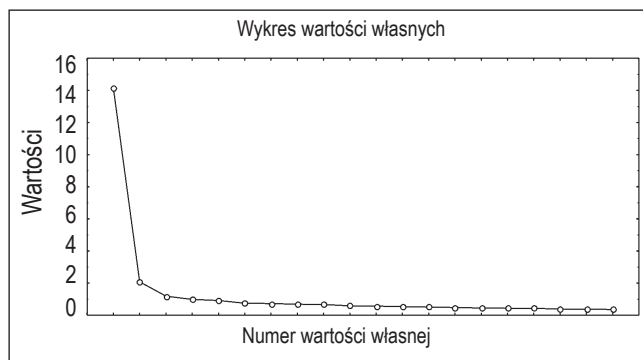
Dla każdej pozycji testu wyliczono wartości średnie, wariancję, odchylenie standardowe, a także współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha, uzyskane po jej odrzuceniu, oraz współczynnik korelacji Pearsona z sumą całkowitą. Korelacja pozycja–suma wahała się od 0,39 do 0,82. Pozycje testu 2 (Z powodu zmartwień mniej Pan/Pani spał/a?) i 23 (Jest Pan/Pani zdolny/a odczuwać serdeczność i miłość do bliskich sobie osób?) nie zwiększają współczynnika alfa-Cronbacha oraz charakteryzują się małą korelacją z sumą całkowitą (0,42 i 0,39). Spójność wewnętrzną skali GHQ oceniono na podstawie wskaźnika alfa-Cronbacha, który wynosił 0,97, co świadczy o wysokiej

homogeniczności testu. Wartości wszystkich korelacji pomiędzy pozycjami testowymi a całkowitym wynikiem testu były wyższe od 0,2 – wartości uznawanej za graniczną przy ocenie homogeniczności testu.

Wartości własne i procent wyjaśnianej wariancji dla wyodrębnionych czynników przedstawia tabela 4. Największy przyrost wartości własnej zaobserwowano w od-

Tabela 4. Wartości własne i procent wyjaśnianej wariancji dla proponowanych struktur czynnikowych GHQ

	Wartość własna	% ogółu wariancji	Skumulowana wartość własna	Skumulowany % wariancji
Rozwiązanie 1-czynnikowe				
1 czynnik	14,14	47,14	14,14	47,14
Rozwiązanie 2-czynnikowe				
1 czynnik	14,14	47,14	14,14	47,14
2 czynnik	2,08	6,94	16,22	54,07
Rozwiązanie 3-czynnikowe				
1 czynnik	14,14	47,13	14,14	47,14
2 czynnik	2,08	6,93	16,22	54,07
3 czynnik	1,19	3,98	17,41	58,05



Rys. 1. Wykres wartości własnych

niesieniu do trzech pierwszych czynników (wykres osypiska, scree-test Cattella), co uzasadnia powtórzenie analizy ograniczonej do tych czynników. Wykres osypiska przedstawiony jest na rysunku 1. Na podstawie tych kryteriów można wybrać rozwiązanie 1-, 2- lub 3-czynnikowe. Wartości ładunków czynnikowych dla tych rozwiązań przedstawiono w tabeli 5. Dla zwiększenia przejrzystości pominięto ładunki o wartości $< 0,3$.

Wyniki analizy czynnikowej pozwalają na przyjęcie trójwymiarowej struktury kwestionariusza. Wyróżnione trzy czynniki wyjaśniają 58% wariancji. Za najbardziej charakterystyczne pozycje testu dla danego czynnika uznano pozycje o ładunku czyn-

Tabela 5. Ładunki czynnikowe uzyskane za pomocą rotacji varimax znormalizowanej dla rozwiązania 1-, 2- 3-czynnikowego

	Czynnik 1	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3
GHQ1	0,67	0,54	0,41	0,36		0,63
GHQ2	0,45	0,61		0,40		0,56
GHQ3	0,59		0,73		0,64	0,37
GHQ4	0,66	0,33	0,61		0,44	0,56
GHQ5	0,65	0,68		0,58		0,44
GHQ6	0,77	0,52	0,56	0,40	0,39	0,56
GHQ7	0,68	0,35	0,61	0,33	0,51	0,36
GHQ8	0,77	0,52	0,57	0,45	0,43	0,46
GHQ9	0,81	0,63	0,51	0,63	0,42	0,33
GHQ10	0,84	0,56	0,62	0,56	0,52	0,36
GHQ11	0,74	0,41	0,64	0,45	0,59	
GHQ12	0,76	0,46	0,62	0,46	0,53	0,33
GHQ13	0,69	0,36	0,61		0,41	0,65
GHQ14	0,57		0,52		0,36	0,54
GHQ15	0,77	0,49	0,60	0,35	0,41	0,60
GHQ16	0,74	0,48	0,56	0,37	0,40	0,54
GHQ17	0,67	0,74		0,74		
GHQ18	0,78	0,73	0,37	0,73		
GHQ19	0,76	0,79		0,78		
GHQ20	0,74	0,71	0,33	0,68		0,32
GHQ21	0,62	0,77		0,64		0,46
GHQ22	0,68	0,39	0,57	0,38	0,48	0,32
GHQ23	0,42		0,66		0,71	
GHQ24	0,53		0,70		0,69	
GHQ25	0,64		0,73		0,65	0,32
GHQ26	0,66	0,61	0,32	0,66		
GHQ27	0,70	0,73		0,75		
GHQ28	0,76	0,58	0,49	0,66	0,47	
GHQ29	0,66	0,50	0,43	0,50	0,35	
GHQ30	0,63	0,39	0,49	0,48	0,48	
War.wyj.	14,14	8,33	7,89	7,27	5,47	4,67
Udział	0,47	0,28	0,26	0,24	0,18	0,16

Pominięto ładunki czynnikowe $< 0,3$

nikowym $\geq 0,5$, przy pozostałych ładunkach czynnikowych $< 0,4$. Mniej charakterystyczne pozycje testu dla danego czynnika to pozycje o ładunku czynnikowym $\geq 0,5$ przy dodatkowo jednym ładunku czynnikowym $> 0,4$, co wskazuje, że dana pozycja testowa odnosi się do więcej niż jednego czynnika.

Najbardziej charakterystyczne dla czynnika 1 są następujące pozycje testu:

- Czuje się Pan/Pani nieszczęśliwy/a i przygnębiony/a? (pozycja 9)
- Bardzo Pan/Pani się wszystkim przejmuje? (pozycja 17)
- Uważa Pan/Pani, że wszystko Pana/Panią przytłacza? (pozycja 18)
- Odczuwa Pan/Pani obawy i zdenerwowanie przez cały czas? (pozycja 19)
- Czasami nie mógł/nie mogła Pan/Pani nic robić z powodu skłonności do obaw? (pozycja 20)
- Pana/Pani sen był niespokojny i zaburzony? (pozycja 21)
- Widzi Pan/Pani życie jako ciągłą walkę? (pozycja 26)
- Odczuwał/a Pan/Pani lęk lub panikę bez istotnego powodu? (pozycja 27)
- Czuł/a Pan/Pani, że życie jest całkowicie beznadziejne? (pozycja 28)
- Jest Pan/Pani spokojny/a o swoją dobrą przyszłość? (pozycja 29)

Wszystkie te twierdzenia odnoszą się do objawów lękowych i depresyjnych. Czynnikiem 1 można więc zaetykietować jako „lęk i depresja”. Mniej charakterystyczne, czyli odnoszące się również do innych czynników, są następujące pozycje kwestionariusza: Odczuwa Pan/Pani ciągłe obciążenie? (pozycja 5) i Uważa Pan/Pani siebie za osobę bezwartościową? (pozycja 11). Czynnikiem ten wyjaśnia 24% wariancji.

Najbardziej charakterystyczne dla czynnika 2 są następujące pozycje testu:

- Czuje Pan/Pani, że odgrywa znaczącą i pożyteczną rolę w swoim otoczeniu? (pozycja 3)
- Jest Pan/Pani zdolny/a odczuwać serdeczność i miłość do bliskich sobie osób? (pozycja 23)
- Łatwo Pan/Pani nawiązuje i utrzymuje przyjacielskie stosunki z innymi ludźmi? (pozycja 24)
- Spędza Pan/Pani dużo czasu rozmawiając z ludźmi? (pozycja 25)

Twierdzenia te dotyczą relacji interpersonalnych i tak też można zaetykietować ten czynnik. Mniej charakterystyczna dla czynnika 2 jest pozycja testu: Czuje się Pan/Pani wystarczająco szczęśliwy/a, biorąc wszystko pod uwagę? (pozycja 12). Czynnikiem ten wyjaśnia 18% wariancji.

Dla czynnika 3 najbardziej charakterystyczne są następujące pozycje testowe:

- Jest Pan/Pani w stanie skupić się nad tym, co robi? (pozycja 1)
- Czuje Pan/Pani, że nie potrafi pokonać trudności? (pozycja 6)
- Potrafił/a Pan/Pani radzić sobie ze swoimi problemami? (pozycja 8)
- Potrafi Pan/Pani być ciągle w ruchu i mieć zajęcie? (pozycja 13)
- Wychodził/a Pan/Pani z domu tak często jak zazwyczaj? (pozycja 14)
- Uważa Pan/Pani, że ogólnie dobrze sobie radzi? (pozycja 15)
- Jest Pan/Pani zadowolony/a z tego, jak wywiązuje się ze swoich obowiązków? (pozycja 16).

Twierdzenia te odnoszą się do konstruktów, który nazwać można „ogólne funkcjonowanie”.

Mniej charakterystyczna dla czynnika 3 jest pozycja kwestionariusza: Czuł/a się Pan/Pani zdolny/a do podejmowania różnych decyzji? (pozycja 4). Czynniki te wyjaśnia 16% wariancji.

Pozostałe pozycje testu trudno jest w sposób jednoznaczny zaliczyć do wyżej wymienionych czynników, ponieważ ich treść odnosi się do więcej niż jednego czynnika – ładunek czynnikowy tych pozycji jest $> 0,5$ dla więcej niż jednego czynnika (Utracił/a Pan/Pani wiarę w siebie? (pozycja 10)) lub żaden ładunek czynnikowy nie jest $> 0,5$ (Czuje Pan/Pani, że nie warto żyć? (pozycja 30)).

Omówienie wyników

Od czasu pojawienia się kwestionariusza GHQ przeprowadzono wiele badań nad jego psychometrycznymi właściwościami, w tym badania nad jego strukturą czynnikową. Dane dotyczące liczby i rodzajów wymiarów kwestionariusza nadal jednak nie są jednoznaczne. W badaniach wykorzystujących skośną rotację [42] wskazuje się na jego jednoczynnikową strukturę, podczas gdy wyniki uzyskane za pomocą rotacji varimax [43, 44, 45] wskazują na istnienie kilku ortogonalnych wymiarów. Te sprzeczne doniesienia zrodziły wątpliwości co do spójności koncepcji „ogólnego zdrowia psychicznego” i możliwości korzystania z kwestionariusza jako narzędzia przesiewowego z pojedynczym punktem odcięcia [46].

Większość przeprowadzonych badań opiera się na eksploracyjnej analizie czynnikowej (EFA), a tylko nieliczne wykorzystują konfirmacyjną analizę czynnikową (CFA) do oceny parametrów stworzonego modelu. W odróżnieniu od EFA, CFA pozwala na stworzenie alternatywnych modeli, które mogą być następnie empirycznie sprawdzone. Uważa się, że w przypadku braku ogólnie ustalonej struktury, tak jak to jest w przypadku kwestionariusza GHQ, zaleca się stworzenie alternatywnych modeli na podstawie danych otrzymanych z uprzednio wykonanych badań z wykorzystaniem EFA. Z CFA przeprowadzonej przez Sheka [47] wynika, że najbardziej odpowiedni model struktury czynnikowej chińskiej wersji kwestionariusza GHQ obejmuje 5 czynników pierwszego rzędu (lęk, depresja, nieadekwatne radzenie sobie, zaburzenia snu i zaburzone funkcjonowanie interpersonalne) i jeden czynnik wyższego rzędu uwzględniający relacje pomiędzy czynnikami niższego rzędu odpowiadający pojęciu „ogólnej psychopatologii”. Wyniki te potwierdzają więc zarówno wieloczynnikowość (na poziomie czynników niższego rzędu), jak i jednoczynnikowość (na poziomie czynnika wyższego rzędu) kwestionariusza. Wskazują również na zasadność stosowania GHQ jako narzędzia przesiewowego z jednym punktem odcięcia, które różnicuje osoby badane ze względu na ogólny stan zdrowia psychicznego.

Za jednowymiarową strukturą kwestionariusza przemawia wysoki współczynnik alfa-Cronbacha (0,96) i wysokie wartości korelacji pomiędzy wszystkimi pozycjami testowymi a wynikiem ogólnym testu wskazujące na dużą spójność wewnętrzną kwestionariusza. Kształt krzywej wartości własnych wskazuje na największy przyrost wielkości wyjaśnianej wariancji przy pierwszym czynniku, który wyjaśnia około 47% wariancji, podczas gdy kolejne wyodrębniane czynniki wyjaśniają mniej niż 10% wariancji. Ponadto wyniki przyjętego 3-wymiarowego rozwiązania wskazują, że

oprócz pozycji charakterystycznych dla danego czynnika, wyróżnić można pozycje, których nie da się zaszeregować jednoznacznie (jeden ładunek czynnikowy $> 0,5$ i przynajmniej jeden $> 0,4$), co oznacza, że dana pozycja testowa odnosi się do więcej niż jednego wymiaru skali.

Biorąc natomiast pod uwagę kryterium Kaisera, okazuje się, że można wyróżnić 3 czynniki o wartości własnej powyżej jedności. Wyodrębnione na tej podstawie wymiary nazwano: „lęk i depresja”, „relacje interpersonalne” i „ogólne funkcjonowanie”. Są to wymiary, które wymieniane są najczęściej również w pracach innych badaczy analizujących strukturę czynnikową GHQ.

Wyniki opisanych w tej pracy badań również wskazują, że kwestionariusz GHQ można z jednej strony traktować jako narzędzie jednowymiarowe, z drugiej strony – uzasadnione jest wyróżnienie określonych czynników. Konfirmacyjna analiza czynnikowa pozwoliłaby ustalić, czy optymalny model zawierałby jeden czynnik wyższego rzędu i 3 czynniki niższego rzędu.

Wnioski

1. Biorąc pod uwagę kryterium Kaisera, można wyróżnić 3 czynniki o wartości własnej powyżej jedności: „lęk i depresja”, „relacje interpersonalne” i „ogólne funkcjonowanie”.
2. Wyniki potwierdzają zarówno wieloczynnikowość (na poziomie czynników niższego rzędu), jak i jednoczynnikowość (na poziomie czynnika wyższego rzędu) kwestionariusza GHQ-30.

Факторная структура Глоссария общего здоровья (ГОЗ-30)

Содержание

Глоссарий общего здоровья (ГОЗ) был разработан Гольдбергом в 70 годах прошлого столетия, как просевное пособие для оценки психического состояния здоровья. Несмотря на широкое использование глоссария как однозначного пособия, исследования его структуры указывают на факт, что можно выделить больше, чем один фактор.

Задание. Представить литературный обзор исследований, относящихся к факторному анализу версии Глоссария общего здоровья, содержащего 30 рубрик (ГОЗ-30) и представление их результатов.

Метод. В исследовании приняли участие 623 больных с невротическими нарушениями или соматическими болезнями в том числе 130 мужчин и 493 женщины в возрасте 17–85 лет. Число пунктов подсчитано по методу Ликерта. Для анализа факторной структуры теста использованы методы главных факторов с ортогональной ротацией с ее нормализацией.

Результаты. При исследовании указанным глоссарием найдена высокая связанность внутри шкалы и высокая корреляция между позицией теста и общим результатом для большинства тестовых позиций. Факторный анализ указывает на обстоятельство, что можно выделить три фактора, которые были названы как: фобия и депрессия, интерперсональные отношения, общая способность самообслуживания. Эти факторы объясняют 58% вариантности.

Выводы. Полученные результаты подтверждают полифакторность (на уровне факторов нижнего ряда), как и однофакторные (на уровне фактора верхнего ряда) Глоссария – ГОЗ-30.

Faktorenstruktur des Fragebogens General Health Questionnaire (GHQ-30)

Zusammenfassung

Der Fragebogen General Health Questionnaire (GHQ) wurde von Goldberg in den siebziger Jahren als ein Instrument zur Beurteilung des psychischen Befindens gebildet. Trotz der breiten

Anwendung als eindimensionales Werkzeug, weisen die Studien an seiner Struktur darauf hin, dass man mehr als eine Dimension aussondern kann.

Ziel. Das Ziel des Artikels ist die Übersicht der Studien an der Faktorenanalyse dieser Version von GHQ, die 30 Items enthält (GHQ-30), und die Besprechung der Ergebnisse der Analyse der von uns durchgeführten Studie.

Methode. Die Grundlage der Studie bildete die Gruppe von 623 Personen mit Nervenstörungen oder somatischen Erkrankungen, darunter 130 Männer und 493 Frauen im Alter zwischen 17 und 85 Jahren. Die Auswertung erfolgte mit Likert-Scoring. Zur Beurteilung der Struktur der Testfaktoren wurde die Methode der Hauptfaktoren mit der normalisierten Varimax (orthogonal) – Rotation angewandt.

Ergebnisse. Es wurde eine hohe innere Kohärenz der Skala und eine hohe Korrelation zwischen der Position des Tests und dem allgemeinen Ergebnis für die meisten Testpositionen gezeigt. Die Faktorenanalyse zeigt, dass man drei Faktoren aussondern kann, die genannt wurden als: Angst und Depression, interpersonale Beziehungen, allgemeine Selbsthilfe. Diese Faktoren erklären insgesamt 58% der Varianz.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse bestätigen sowohl die Mehrfaktoren-Struktur (auf dem Level der Faktoren niedriger Reihe) und die 1-Faktoren-Struktur (auf dem Level des Faktors höherer Reihe) des Fragebogens GHQ-30.

La structure factorielle de the General Health Questionnaire (GHQ-30)

Résumé

Le General Health Questionnaire (GHQ) est créé par Goldberg au cours des années soixante comme instrument de screening servant à analyser la santé mentale. Bien qu'il soit traité comme instrument unidimensionnel, les analyses factorielles indiquent qu'il contient plus d'une dimension.

Objectif. Les auteurs donnent une revue des recherches concernant l'analyse factorielle de GHQ-30 et ils présentent aussi les résultats de leurs recherches propres.

Méthode. On examine le groupe de 632 personnes souffrant des troubles nerveux ou des maladies somatiques (130 hommes et 493 femmes, âgées de 18-85 ans). Les points sont calculés avec la méthode de Likert. La structure factorielle est analysée avec la rotation varimax orthogonale normalisée.

Résultats. On constate la forte consistance interne de cette échelle ainsi que la forte corrélation des échelles et du résultat total. L'analyse factorielle distingue trois facteurs suivants : angoisse et dépression, relations interpersonnelles, fonctionnement général. Ces facteurs ensemble expliquent 58% de variances.

Conclusions. Ces résultats attestent à la fois le caractère multifactoriel (niveau inférieur) et unifactoriel (niveau supérieur) du questionnaire GHQ-30.

Piśmiennictwo

1. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press; 1972.
2. Cleary PD, Goldberg ID, Kessler LG, Nycz GR. *Screening for mental disorder among primary care patients. Usefulness of the General Health Questionnaire*. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 39: 837–840.
3. Benjamin S, Decalmer PB, Haran D. *Community screening for mental illness. A validity study of the General Health Questionnaire*. Brit. J. Psychiatry 1982; 140: 174–180.
4. Bellantuono C, Fiorio R, Zanotelli R, Tansella M. *Psychiatric screening in general practice in Italy. A validity study of the GHQ*. Soc. Psychiatry 1987; 22: 113–117.
5. Chan DW. *The Chinese General Health Questionnaire in psychiatric setting. The development of the Chinese scaled version*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1993; 28: 124–129.

6. Chan DW, Chan TS. *Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in Chinese context*. Psychol. Med. 1983; 13: 363–371.
7. Pariente PD, Challita H, Mesbah M, Guelfi JD. *The GHQ-28 questionnaire in French. A validation survey in panel of 158 general psychiatric patients*. Eur. Psychiatry 1992; 7: 15–20.
8. Lattanzi M, Galvan U, Rizzetto A, Gavioli I, Zimmerman-Tansella C, Tansella, M. *Estimating psychiatric morbidity in the community: Standardization of the Italian versions of GHQ and CIS*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1988; 23: 267–272.
9. Katz R, Stephen J, Shaw BF, Matthew A, Newman F, Rosenbluth, M. *The East York Health Needs Study: I. Prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in sample of Canadian women*. Brit. J. Psychiatry 1995; 166: 100–106.
10. Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. *Somatic symptoms of distress: An international primary care study*. Psychosom. Med. 1996; 58: 481–488.
11. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne D, Scott R, Adcock S. *Psychiatric disorder in Canberra: standardised study of prevalence*. Acta Psychiatr. Scand. 1979; 60: 355–374.
12. Ormel J, Koeter MWJ, van den Brink W, Giel R. *Concurrent validity of GHQ-28 and PSE as measures of change*. Psychol. Med. 1989; 19: 1007–1013.
13. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. *Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods*. Acta Psychiatr. Scand. 1994; 90 (6): 446–450.
14. Goldberg DP, Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychol. Med. 1979; 9 (1): 139–145.
15. Koeter MW. *Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: a comparative study*. J. Affect. Disord. 1992; 24 (4): 271–279.
16. Kind P, Gudex CM. *Measuring health status in the community: a comparison of methods*. J. Epidemiol. Comm. Health 1994; 48 (1): 86–91.
17. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, von Korff M, Wittchen HU. *An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on „Psychological Problems in General Health Care”*. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50 (10): 819–824.
18. Leon AC, Olfson M, Weissman M i in. *Brief screens for mental disorders in primary care*. J. Gen. Int. Med. 1996; 11: 426–430.
19. Goodchild ME, Duncan-Jones P. *Chronicity and the GHQ*. Brit. J. Psychiatry 1985; 146: 55–61.
20. Andrich D, van Schoubroeck L. *The General Health Questionnaire: a psychometric analysis using latent trait theory*. Psychol. Med. 1989; 19 (2): 469–485.
21. Werneke U, Goldberg DP, Yalcin I, Ustun BT. *The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire*. Psychol. Med. 2000; 30 (4): 823–829.
22. Campbell A, Walker J, Farrell G. *Confirmatory factor analysis of the GHQ-12: can we see that again?* Aust. NZJ Psychiatry 2003; 37 (4): 475–483.
23. Gao F, Luo N, Thumboo J, Fones C, Li SC, Cheung YB. *Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them?* Health Qual. Life Outcom. 2004; 2: 63.
24. Shek DT. *Factor structure of the Chinese version of the General Health Questionnaire (GHQ-30): a confirmatory factor analysis*. J. Clin. Psychol. 1993; 49: 678–684.
25. Siegert RJ, McCormick IA, Taylor AJ, Walkey FH. *An examination of reported factor structures of the General Health Questionnaire and the identification of stable replicable structure*. Austr. J. Psychol. 1987; 39: 89–100.

26. Goldberg D, Kay C, Thompson L. *Psychiatric morbidity in general practice and the community*. Psychol. Med. 1976; 6 (4): 565–569.
27. Goldberg, D. *General Health Questionnaire (12-item)*. Windsor: NFER – Nelson; 1978.
28. Shek DT. *Factor structure of the Chinese version of the General Health Questionnaire (GHQ-30): a confirmatory factor analysis*. J. Clin. Psychol. 1993; 49: 678–684.
29. Huppert FA, Walters DE, Day NE, Elliott BJ. *The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30). A reliability study on 6317 community residents*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155: 178–185.
30. Werneke U, Goldberg DP, Yalcin I, Ustun BT. *The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire*. Psychol. Med. 2000; 30 (4): 823–829.
31. Shek DT, Tsang SK. *Reliability and factor structure of the Chinese GHQ-30 for parents with preschool mentally handicapped children*. J. Clin. Psychol. 1995; 51 (2): 227–234.
32. Takeuchi M, Kitamura T. *The factor structure of the General Health Questionnaire in Japanese high school and university student sample*. Int. J. Soc. Psychiatry 1991; 37 (2): 99–106.
33. Chan DW, Chan TS. *Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context*. Psychol. Med. 1983; 13 (2): 363–371.
34. Huppert FA, Walters DE, Day NE, Elliott BJ. *The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30). A reliability study on 6317 community residents*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155: 178–185.
35. Huppert FA, Garcia AW. *Qualitative differences in psychiatric symptoms between high risk groups assessed on a screening test (GHQ-30)*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1991; 26: 252–258.
36. Berwick DM, Budman S, Damico-White J, Feldstein M, Klerman GL. *Assessment of psychological morbidity in primary care: explorations with the General Health Questionnaire*. J. Chronic Dis. 1987; 40, suppl. 1: 71–84.
37. Shigemi J, Ino Y, Suda T. *Stability of factor structure and correlation with perceived job stress in General Health Questionnaire: a three-wave survey over one year in Japanese workers*. J. Occup. Health 2000; 42: 284–291.
38. Iwata N, Uno B, Suzuki T. *Psychometric properties of the 30-item version general health questionnaire in Japanese*. Jpn J. Psychiatry Neurol. 1994; 48 (3): 547–556.
39. Ohta Y, Kawasaki N, Araki K, Mine M, Honda S. *The factor structure of the general health questionnaire (GHQ-30) in Japanese middle-aged and elderly residents*. Int. J. Soc. Psychiatry 1995; 41 (4): 268–275.
40. Małyszczak K. *Właściwości dyskryminacyjne Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12: 37–44.
41. Małyszczak K, Pawłowski T. *Właściwości dyskryminacyjne polskiej wersji Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30) dla różnych metod zliczania punktów*. Adv. Clin. Exp. Med. 2003; 12: 621–624.
42. Layton C, Rust J. *The factor structure of the 60 item General Health Questionnaire*. Soc. Behav. Person. 1986; 14: 123–131.
43. Goldberg DP, Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychol. Med. 1979; 9 (1): 139–145.
44. Goldberg DP, Rickels K, Downing R, Hesbacher P. *A comparison of two psychiatric screening tests*. Brit. J. Psychiatry 1976; 129: 61–67.
45. Benjamin S, Decalmer P, Haran D. *Community screening for mental illness: a validity study of the General Health Questionnaire*. Brit. J. Psychiatry 1982; 140: 174–180.
46. Chan DW, Chan TS. *Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context*. Psychol. Med. 1983; 13 (2): 363–371.

47. Shek DT. *Factor structure of the Chinese version of the General Health Questionnaire (GHQ-30): a confirmatory factor analysis*. J. Clin. Psychol. 1993; 49: 678–684.

Adres: Dorota Frydecka
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 25.05.2009
Zrecenzowano: 28.07.2009
Otrzymano po poprawie: 29.09. 2009
Przyjęto do druku: 5.02.2010

ANEKS

OGÓLNY KWESTIONARIUSZ ZDROWIA (GHQ-30) – wersja dla mężczyzn

Proszę uważnie przeczytać:

Chcielibyśmy poznać, jakie było Pana zdrowie w ciągu ostatnich kilku tygodni oraz dolegliwości medyczne, jeżeli występowały. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania na wszystkich stronach poprzez zakreślenie odpowiedzi, które, według Pańskiej opinii, najlepiej się do Pana odnoszą. Proszę pamiętać, że pragniemy poznać ostatnie i obecne dolegliwości, a nie te, które miał Pan w przeszłości.

Bardzo ważne jest, aby odpowiedział Pan na wszystkie pytania.

Dziękujemy za współpracę.

Czy ostatnio:

1	Jest Pan w stanie skupić się nad tym, co Pan robi?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	dużo mniej niż zwykle
2	Z powodu zmartwień mniej Pan spał?	zupełnie nie	nie mniej niż zwykle	trochę mniej niż zwykle	dużo mniej niż zwykle
3	Czuje Pan, że odgrywa Pan znaczącą i pozytywną rolę w swoim otoczeniu?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej użyteczny
4	Czuł się Pan zdolny do podejmowania różnych decyzji?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej zdolny
5	Odczuwa Pan ciągle obciążenie?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
6	Czuje Pan, że nie potrafi Pan pokonać trudności?	potrafię lepiej niż zwykle	potrafię tak jak zwykle	potrafię mniej niż zwykle	potrafię znacznie mniej niż zwykle

7	Był Pan w stanie cieszyć się zwyczajnymi, codziennymi sprawami?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
8	Potrafił Pan radzić sobie ze swoimi problemami?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
9	Czuje się Pan nieszczęśliwy i przygnębiony?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
10	Utracił Pan wiarę w siebie?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
11	Uważa Pan siebie za osobę bezwartościową?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
12	Czuje się Pan wystarczająco szczęśliwy, biorąc wszystko pod uwagę?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
13	Potrafi Pan być stale w ruchu i mieć zajęcie?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	trochę mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
14	Wychodził Pan z domu tak często jak zazwyczaj?	częściej niż zwykle	tak jak zwykle	trochę rzadziej niż zwykle	znacznie rzadziej niż zwykle
15	Uważa Pan, że ogólnie dobrze Pan sobie radzi?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	gorzej niż zwykle	znacznie gorzej
16	Jest Pan zadowolony z tego, jak wywiązuje się Pan ze swoich obowiązków?	bardzo zadowolony	tak jak zwykle	mniej zadowolony niż zwykle	znacznie mniej zadowolony
17	Bardzo Pan się wszystkim przejmuje?	zupełnie nie	nie więcej niż zwykle	trochę więcej niż zwykle	dużo więcej niż zwykle
18	Uważa Pan, że wszystko Pana przytłacza?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	dużo bardziej niż zwykle
19	Odczuwa Pan obawy i zdenerwowanie przez cały czas?	zupełnie nie	nie więcej niż zwykle	trochę więcej niż zwykle	dużo więcej niż zwykle
20	Czasami nie mógł Pan nic zrobić z powodu skłonności do obaw?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
21	Pana sen był niespokojny i zaburzony?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
22	Radzi Pan sobie tak, jak większość ludzi radziłaby sobie na Pana miejscu?	lepiej niż inni	tak jak inni	gorzej niż inni	znacznie gorzej niż inni

23	Jest Pan zdolny odczuwać serdeczność i miłość do bliskich sobie osób?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
24	Łatwo Pan nawiązuje i utrzymuje przyjacielskie stosunki z innymi ludźmi?	łatwiej niż zwykle	tak jak zwykle	trudniej niż zwykle	znacznie trudniej niż zwykle
25	Spędza Pan dużo czasu rozmawiając z ludźmi?	więcej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
26	Widzi Pan życie jako ciągłą walkę?	zupełnie nie	tak jak zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
27	Odczuwał Pan strach lub panikę bez wyraźnego powodu?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
28	Czuł Pan, że życie jest całkowicie beznadziejne?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
29	Jest Pan spokojny o swoją dobrą przyszłość?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej spokojny
30	Czuje Pan, że nie warto żyć?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle

OGÓLNY KWESTIONARIUSZ ZDROWIA (GHQ-30) – wersja dla kobiet

Proszę uważnie przeczytać:

Chcielibyśmy poznać, jakie było Pani zdrowie w ciągu ostatnich kilku tygodni oraz dolegliwości medyczne, jeżeli występowały. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania na wszystkich stronach poprzez zakreślenie odpowiedzi, które, według Pani opinii, najlepiej się do Pani odnoszą. Proszę pamiętać, że pragniemy poznać ostatnie i obecne dolegliwości, a nie te, które miała Pani w przeszłości.

Bardzo ważne jest, aby odpowiedziała Pani na wszystkie pytania.

Dziękujemy za współpracę.

Czy ostatnio:

1	Jest Pani w stanie skupić się nad tym, co Pani robi?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	dużo mniej niż zwykle
2	Z powodu zmartwień mniej Pani spała?	zupełnie nie	nie mniej niż zwykle	trochę mniej niż zwykle	dużo mniej niż zwykle

3	Czuje Pani, że odgrywa Pani znaczącą i pozytywną rolę w swoim otoczeniu?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej użyteczna
4	Czuła się Pani zdolna do podejmowania różnych decyzji?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej zdolna
5	Odczuwa Pani ciągle obciążenie?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
6	Czuje Pani, że nie potrafi Pani pokonać trudności?	potrafię lepiej niż zwykle	potrafię tak jak zwykle	potrafię mniej niż zwykle	potrafię znacznie mniej niż zwykle
7	Była Pani w stanie cieszyć się zwyczajnymi, codziennymi sprawami?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
8	Potrafiła Pani radzić sobie ze swoimi problemami?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
9	Czuje się Pani nieszczęśliwa i przygnębiona?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
10	Utraciła Pani wiarę w siebie?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
11	Uważa Pani siebie za osobę bezwartościową?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
12	Czuje się Pani wystarczająco szczęśliwa, biorąc wszystko pod uwagę?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
13	Potrafi Pani być ciągle w ruchu i mieć zajęcie?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	trochę mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
14	Wychodziła Pani z domu tak często jak zazwyczaj?	częściej niż zwykle	tak jak zwykle	trochę rzadziej niż zwykle	znacznie rzadziej niż zwykle
15	Uważa Pani, że ogólnie dobrze Pani sobie radzi?	lepiej niż zwykle	tak jak zwykle	gorzej niż zwykle	znacznie gorzej
16	Jest Pani zadowolona z tego, jak wywiązuje się Pani ze swoich obowiązków?	bardzo zadowolona	tak jak zwykle	mniej zadowolona niż zwykle	znacznie mniej zadowolona
17	Bardzo Pani się wszystkim przejmuję?	zupełnie nie	nie więcej niż zwykle	trochę więcej niż zwykle	dużo więcej niż zwykle

18	Uważa Pani, że wszystko Panią przytłacza?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	dużo bardziej niż zwykle
19	Odczuwa Pani obawy i zdenerwowanie przez cały czas?	zupełnie nie	nie więcej niż zwykle	trochę więcej niż zwykle	dużo więcej niż zwykle
20	Czasami nie mogła Pani nic robić z powodu skłonności do obaw?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
21	Pani sen był niespokojny i zaburzony?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
22	Radzi Pani sobie tak, jak większość ludzi radziłaby sobie na Pani miejscu?	lepiej niż inni	tak jak inni	gorzej niż inni	znacznie gorzej niż inni
23	Jest Pani zdolna odczuwać serdeczność i miłość do bliskich sobie osób?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
24	Łatwo Pani nawiązuje i utrzymuje przyjacielskie stosunki z innymi ludźmi?	łatwiej niż zwykle	tak jak zwykle	trudniej niż zwykle	znacznie trudniej niż zwykle
25	Spędza Pani dużo czasu rozmawiając z ludźmi?	więcej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej niż zwykle
26	Widzi Pani życie jako ciągłą walkę?	zupełnie nie	tak jak zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
27	Odczuwała Pani lęk lub panikę bez istotnego powodu?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
28	Czuła Pani, że życie jest całkowicie beznadziejne?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle
29	Jest Pani spokojna o swoją dobrą przyszłość?	bardziej niż zwykle	tak jak zwykle	mniej niż zwykle	znacznie mniej spokojna
30	Czuje Pani, że nie warto żyć?	zupełnie nie	nie bardziej niż zwykle	trochę bardziej niż zwykle	znacznie bardziej niż zwykle

Już wkrótce

Psychiatria Polska

ZESZYT NR 4–2010

W następnym zeszycie „Psychiatrii Polskiej” znajdą Państwo między innymi następujące artykuły:

- *Związki pomiędzy ciężkością astmy aspirynowej a współwystępującym z nią zespołem lęku napadowego i depresją*
Autorka: Anna Potoczek
- *Niezdolność do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich z przyczyn natury psychicznej. Aspekt sądowo-psychiatryczny*
Autor: Marian Drogowski
- *Fobia specyficzna we wczesnym okresie porodu. Opis przypadku oraz wątpliwości prawne*
Autor: Andrzej Kokoszka.

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67