

Raport z realizacji badania: Adaptacja i walidacja czterech testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – badania pilotażowe

Numer umowy: 3/HM/2016

Nazwa zadania Ministra Zdrowia: Przeprowadzenie badań naukowych służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego.

Autorzy:

Katarzyna Dąbrowska

Janusz Sierosławski

Łukasz Wieczorek

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Osoby z zaburzeniami hazardowymi zaczynają poszukiwać pomocy dopiero na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju uzależnienia (Pulford J. i współ. 2009). Między wystąpieniem pierwszych objawów zaburzenia a podjęciem leczenia mija około pięciu lat (Achab i współ. 2014). Również zdecydowanie rzadziej do leczenia zgłaszają się młodzi dorośli (Stinchfield RD. 2002). Testy przesiewowe (*screening tests*) pozwalają na identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest wykrycie i wczesne leczenie pozwalające zapobiec poważniejszym następstwom choroby w przyszłości. Badania pokazują, że są one skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu zaburzeń hazardowych (Potenza M. i współ. 2002). Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki wykorzystaniu testów przesiewowych możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.

Wykorzystanie testów przesiewowych pozwala na wychwycenie osób zagrożonych zaburzeniami hazardowymi na wcześniejszym etapie uzależnienia, przed wystąpieniem szkód społecznych i zdrowotnych wynikłych z grania. Jedynie 7% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej robiła testy przesiewowe swoim pacjentom mającym na celu identyfikację osób zagrożonych problemowym hazardem (Achab i współ. 2014).

Wyniki badania nad dostępnością leczenia dla problemowych i patologicznych hazardzistów w Warszawie (badanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia) pokazują, że istnieje potrzeba adaptacji i walidacji testów przesiewowych, jak również ich dystrybucja w różnych instytucjach zajmujących się zdrowiem i pomocą społeczną. Dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest on narzędziem, które pozwoliłoby na wychwycenie spośród pacjentów osób zagrożonych wystąpieniem zaburzeń hazardowych.

„test przesiewowy dostępny w czasie oczekiwania pacjenta w rejestracji, jakaś ankieta do wypełnienia, bo takie coś jest jeśli chodzi o alkohol, można sobie wypełnić i odczytać wynik ile punktów i Np. z tym przyjść do gabinetu i powiedzieć o mam pani doktor taki test , czy to dobrze, tyle wyszło mi punktów, czy to dobrze i może coś podobnego mogłoby być stworzone w tym uzależnieniu, że pacjent wypełnia jakiś

tam kwestionariusz oczekując na wizytę a na korytarzu spędza jednak ten czas, przy tym obłożeniu placówki i wchodzi do gabinetu z gotowym testem, w którym ja widzę”
POZ1902_K_3

Na ogół lekarze nie mają czasu na pogłębioną diagnozę zaburzeń psychicznych z uwagi na ograniczony czas wizyty. Taki test przesiewowy podczas 15 minutowej wizyty pozwoliłby lekarzom na szybką weryfikację występowania zaburzeń hazardowych.

„owszem narzędzie niedoskonałe (test przesiewowy - autorzy) ale jednak rozwiązuje problem braku czasu, bo nie jestem w stanie każdego pacjenta spytać a może ma pan problem z hazardem a tutaj pacjent wypełnia, wiem już i mogę rozpocząć jakąkolwiek rozmowę, to chociażby tyle (...) bo nie widzę rozwiązania w postaci takiej, że ja miałabym się każdego pytać, nie do wdrożenia, a to by było dość łatwe”
POZ1902_K_3

Współwystępowanie patologicznego hazardu i zaburzeń psychicznych jest jeszcze bardziej rozpowszechnione niż występowanie samych zaburzeń hazardowych (Sellman i współ. 2002; Stewart, Kushner 2003; Winters, Kushner 2003). Najczęściej wraz z problemowym i patologicznym hazardem współwystępuje nikotynizm, nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki), zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe. Podobne wyniki uzyskano w badaniach wśród osób z zaburzeniami hazardowymi, które podjęły leczenie (Grant i współ. 2002; Lorains i współ. 2011). Z uwagi na duże rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych z zaburzeniami psychicznymi specjaliści powinni przeprowadzać testy przesiewowe wśród pacjentów podejmujących leczenie z powodu występujących u nich zaburzeń psychicznych (Sellman i współ. 2002; Petry i współ. 2005).

W wielu krajach dostrzega się konieczność wykorzystania testów przesiewowych przy badaniach prowadzonych na próbach populacyjnych, pokazując rozpowszechnienie występowania zaburzeń hazardowych, stanowiących relatywnie wysokie odsetki. Badania prowadzone na świecie, przy użyciu nieco odmiennych instrumentów przesiewowych, wskazują na rozpowszechnienie problemowego hazardu w 2014 roku w przedziale od 0,3% w Szwecji do 5,3% w Hong Kongu (Wardle H. i współ. 2011). W Ameryce Północnej rozpowszechnienie hazardu problemowego w 2014 roku było bardzo podobne i wahało się od 0,3 do 3,5% (Wardle H. i współ. 2011; Wiebe J., Volberg RA. 2007). Badania prowadzone w Polsce przez CBOS w 2012 i 2015 roku z wykorzystaniem Kanadyjskiego Indeksu

Gier Hazardowych (CPGI) pokazują, że zwiększa się odsetek osób grających w sposób mogący prowadzić do uzależnienia. Jednak w raportach nie ma informacji czy testy wykorzystane w badaniach były adaptowane do warunków polskich oraz czy były odpowiednio zwalidowane.

Adaptacja i walidacja testów

Konieczność adaptacji testów wynika z ich pierwotnego opracowania w innym kontekście kulturowym. Dokonuje się jej przy przenoszeniu narzędzia wykorzystywanego w jednym kraju do innego. Celem adaptacji jest uzyskanie testu opracowanego pierwotnie w języku angielskim w wersji polskiej, która będzie spójna pod względem konceptu, niezależnie od kultury z językiem pierwotnym. Proces adaptacji polega na opracowaniu testu w taki sposób aby mógł on być stosowany w kraju, w którym adaptacji się dokonuje zachowując jego trafność i rzetelność. Po dokonanej adaptacji dany test powinien mieć naturalne dla docelowego języka brzmienie i przynosić takie same rezultaty. W adaptacji należy unikać tłumaczenia dosłownego, skupiając się na ważności kulturowej.

Adaptacja będzie dokonana zgodnie z wytycznymi wypracowanymi przez Beatona i współ. (2000) i będzie obejmowała:

1. Tłumaczenie testu przesiewowego z języka angielskiego na język polski przez dwóch tłumaczy posługujących się oboma językami na poziomie native speaker.
2. Syntezę obu tłumaczeń, aby przedyskutować i wyeliminować rozbieżności i wątpliwości tłumaczy.
3. Tłumaczenie zwrotne z języka polskiego na język angielski przez dwóch tłumaczy innych niż tych, którzy pracowali w fazie pierwszej.
4. Ocenę tłumaczeń przez zespół ekspertów (tłumacze, badacze, ekspert w zakresie statystyki), która przygotuje ostateczną wersję kwestionariusza.
5. Testowanie przetłumaczonego kwestionariusza w badaniach terenowych na grupie osób uprawiających hazard.

Z kolei walidacja jest oszacowaniem trafności testu pozwalającym na określenie ważności i dokładności narzędzia pomiarowego. Rezultatem walidacji jest wskazanie, że metoda badawcza jest odpowiednia do osiągnięcia założonego celu (Rajda 2011). Dotychczas w Polsce nie dokonano adaptacji i walidacji żadnego testu przesiewowego zaburzeń hazardowych, nie dofinansowywano również tego rodzaju

działań w ramach naboru wniosków w ramach programu Ministra Zdrowia wspierających badania naukowe dotyczące zjawiska uzależnienia od hazardu. Stąd konieczność przeprowadzenia w pierwszej kolejności badań pilotażowych, pozwalających na ocenę dostępności respondentów, właściwego rozumienia pytań niezbędnych do prawidłowej walidacji testów, wypracowania optymalnej metodologii badania.

Metodologia

Cel badania

Badanie miało na celu:

1. Adaptację i wstępną walidację czterech testów przesiewowych zaburzeń hazardowych.
2. Wstępne wskazanie testów najlepiej przystających do warunków kulturowych i najlepiej spełniających funkcje przesiewu
3. Sprawdzenie chęci uczestnictwa w badaniu i możliwości dotarcia do respondentów oraz wypracowanie optymalnej metodologii prowadzenia walidacji.

Tłumaczenie testów przesiewowych zaburzeń hazardowych

Tłumaczenie testów przesiewowych z języka angielskiego na język polski (*forward-translation*) zostało dokonane przez dwóch tłumaczy, mających doświadczenie w dziedzinie medycyny, psychologii i badań społecznych, których językiem ojczystym jest język polski. Jeden z tłumaczy ma stopień naukowy doktora nauk humanistycznych. Syntezy tłumaczeń dokonano podczas spotkania w gronie dwóch tłumaczy i badaczy z zespołu projektowego oraz specjalisty mającego doświadczenie w adaptacji i walidacji testów. Jego celem było przedyskutowanie i wyeliminowanie rozbieżności powstałych w trakcie procesu tłumaczenia. W trakcie spotkania wychwycono wszelkie sformułowania i zwroty nieadekwatne, użyte w tłumaczeniu oraz zaproponowano wyrażenia alternatywne.

Na kolejnym etapie adaptacji, to jest tłumaczeniu zwrotnym (*back-translation*) testów z języka polskiego na język angielski zaangażowano nowych tłumaczy. Były to osoby mające doświadczenie w realizacji tłumaczeń z obszaru badań psychologicznych i społecznych, współpracujące z instytucjami, które zajmują się badaniami problemów społecznych. Następnie ponownie dokonano oceny tłumaczeń podczas spotkania

zespołu. W jego skład weszli tłumacze dokonujący tłumaczenia na obu etapach, badacze, specjalista mający doświadczenie w adaptacji i walidacji testów. Celem tego spotkania było przygotowanie ostatecznej wersji testów przesiewowych.

Narzędzia badawcze

Wybrane do adaptacji i walidacji testy przesiewowe zostały zaprojektowane do wykorzystania w różnych warunkach – przesiewu klinicznego i prowadzonego w populacji, pozwalającego na ocenę rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych.

Test The South Oaks Gambling Screen (SOGS) jest najbardziej znanym testem przesiewowym diagnozującym patologiczny hazard. Został zaprojektowany w latach osiemdziesiątych na bazie kryteriów klasyfikacji DSM-III i DSM-III-R, zawiera 20 pytań odnoszących się do zachowań hazardowych, takich jak chęć odgrywania się po przegranej, problemy z kontrolą grania i pieniędzy, poczucie winy związane z graniem (Toneatto T, Millar G 2004; Evans L, Delfabbro PH 2005). Test SOGS ma silną swoistość i wrażliwość. Jest instrumentem zaprojektowanym raczej do prowadzenia screeningu w warunkach klinicznych choć w badaniach populacyjnych był również wykorzystywany (Petry 2005; Fortune E, Goodie A 2010).

Prostym testem przesiewowym jest Lie/Bet Questionnaire. Składa się jedynie z dwóch pytań, które zostały zaprojektowane na podstawie 10 kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu w klasyfikacji DSM-IV rozróżniając grupy osób z problemem hazardowym i graczy niespełniających kryteriów dla problemowego grania:

1. Czy kiedykolwiek odczuwałeś potrzebę wygrywania coraz większych kwot?
2. Czy kiedykolwiek musiałeś oszukiwać bliskich, co do tego, jak dużo przegrałeś?

W badaniach swoistość testu była na poziomie ponad 80%, natomiast wrażliwość na poziomie 100% (Potenza M. i współ. 2002). Test Lie/Bet posiada również wysoką pozytywną i negatywną wartość predykcyjną (Colasante i współ. 2013). Z uwagi na nieskomplikowanie jest on rekomendowanym przez lekarzy testem do prowadzenia przesiewu w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (Achab i współ. 2014).

Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (Canadian Problem Gambling Index – CPGI) został opracowany do oceny rozpowszechnienia hazardu problemowego w populacji generalnej, w tym grup niedoreprezentowanych w próbach klinicznych i problemowych hazardzistów, których problem jest mniej rozwinięty (Colasante i

współ. 2013). Test ten został wykorzystany w badaniach prowadzonych przez CBOS (edycje 2012 i 2015) i został uznany przez respondentów jako zrozumiały, nie ingerujący w prywatność, a stopniowalna skala pozwala na udzielenie odpowiedzi bliższej prawdy. CPGI składa się z 9 pytań odnoszących się do kontroli grania, środków przeznaczanych na grę, odgrywania się, pożyczania pieniędzy, stresu i niepokoju spowodowanego graniem, kłopotów finansowych i poczucia winy z powodu grania. Możliwe do udzielenia są 4 odpowiedzi na skali 0-3 (0-nigdy, 3-bardzo często). Test ten wykazuje silną rzetelność (Alpha Cronbacha = 0,84) i wysoką korelację ($r=0,78$) w metodzie test-retest. Trafność wysoko korelowała z kryteriami DSM-IV ($r=0,81$) i testem SOGS, wskazując że CPGI klasyfikuje respondentów w taki sam sposób jak wspomniane skale (Colasante i współ. 2013).

Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (Test Early Intervention Gambling Health Test - EIGHT) składa się z ośmiu pytań dotyczących: samopoczucia (niepokoju, przygnębienia, poczucia winy) w związku z graniem (pytania 1–3), ukrywania czasu spędzanego na graniu, ilości przegranych pieniędzy i chęci odegrania się (pytania 4–6), krytycznych komentarzy otoczenia osób z zaburzeniami hazardowymi w związku z graniem (pytanie 7) oraz podejmowania prób wygrania pieniędzy, aby spłacić długi (pytanie 8). Test EIGHT został specjalnie zaprojektowany dla pacjentów placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Zdolność do wykluczenia patologicznego hazardu testem EIGHT została potwierdzona na poziomie ponad 90%, natomiast zdolność do diagnozy – ponad 70% (Potenza M. i współ. 2002).

Opracowanie kryteriów diagnostycznych zaburzeń hazardowych

Kryteria diagnostyczne były podstawą weryfikacji trafności testów przesiewowych, aby umożliwić porównania diagnoz stawianych przez terapeutów w całym kraju, należało ujednoczyć kryteria diagnostyczne. W celu wypracowania kryteriów wykorzystano metodę delficką. Za jej pośrednictwem dąży się do uzyskania wspólnego stanowiska w danej kwestii. Eksperci, po otrzymaniu listy pytań, zwracali udzielone odpowiedzi, które następnie były analizowane przez zespół badawczy oraz specjalistę mającego doświadczenie w adaptacji i walidacji testów. Odbyły się dwie rundy konsultacji, w których uzyskano ciekawy materiał oraz ustalono kryteria diagnostyczne zaburzeń hazardowych.

W skład zespołu ekspertów weszli badacze zaangażowani w realizację projektu, 4 lekarzy psychiatrów specjalizujących się w leczeniu uzależnień, mający ugruntowaną

pozycję i autorytet, 3 terapeutów mających doświadczenie w terapii osób uzależnionych oraz specjalista (psycholog i socjolog) mający doświadczenie w adaptacji i walidacji kwestionariusza CIDI w Polsce.

Wypracowane przez ekspertów kryteria zaburzeń uprawiania hazardu odnoszą się bezpośrednio do charakterystyki grania badanej osoby, w czasie ostatnich 12 miesięcy. Zebranie wywiadu diagnostycznego powinno odbywać się w sposób umożliwiający jak najwierniejsze odtworzenie treści pytania i udzielenie przez respondenta jednoznacznej odpowiedzi, której interpretacja pozwoli na zaznaczenie jednej z dwóch wartości (TAK/NIE).

Pytania w formularzu diagnostycznym odnoszą się do: (1) odczuwania głodu i silnej potrzeby grania; (2) podenerwowania lub poirytowania przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania; (3) podejmowania nieskutecznych prób ograniczania grania, kontrolowania lub zaprzestania grania hazardowego; (4) zaabsorbowania myśleniem o graniu, jego skutkach, fantazjowaniu o graniu, lub planowaniu grania; (5) podejmowania zachowań hazardowych w celu poprawy złego samopoczucia; (6) prób odgrywania się po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze; (7) okłamywania, oszustw, dopuszczania się zachowań nieetycznych, w tym łamania prawa aby ukryć prawdziwe rozmiary grania; (8) szkód wynikających z grania; (9) szukania pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej graniem.

Eksperci uznali, że konieczne jest dołączenie do kryteriów diagnostycznych dwóch pytań, będących kryteriami przesiewowymi, umożliwiającymi wysunięcie podejrzenia, iż w trakcie grania hazardowego respondent równocześnie doznawał epizodu maniakalnego (ICD-10 F31.0). W sytuacji potwierdzenia występowania jego objawów stanowi to kryterium wykluczające dla rozpoznania zaburzeń uprawiania hazardu. Pierwsze pytanie związane jest z obserwowanym przez gracza lub przez otoczenie zwiększonym napędem do działania, podwyższonym nastrojem, obniżonym krytycyzmem przez minimum 1 tydzień. Jeśli respondent twierdząco odpowiedział na powyższe pytanie, należało dopytać czy w momencie wystąpienia tych symptomów grał on w gry hazardowe.

Interpretacja wyników odbywała się na podstawie liczby uzyskanych punktów (tylko odpowiedzi TAK na pytania 1-9). Uzyskanie 0 - 3 punktów oznaczało brak symptomów świadczących o występowaniu zaburzeń hazardowych. Spełnienie 4 - 5 kryteriów należało interpretować jako zaburzenia słabo nasilone, 6 - 7 kryteriów –

zaburzenia umiarkowanie nasilone, natomiast od 8 do 9 kryteriów świadczyło o występowaniu znacznie nasilonych zaburzeń.

Miejsce realizacji badań i sposób doboru respondentów

Badania były prowadzone w województwie Mazowieckim (Warszawa i okolice), Kujawsko - Pomorskim (Toruń i okolice) i Świętokrzyskim (Starachowice i okolice).

Założono cztery alternatywne sposoby dotarcia do respondentów z uwagi na mogące pojawić się problemy z dostępem do graczy. Wybór dróg doboru badanych był uzależniony od trudności pojawiających się na etapie realizacji badań terenowych.

Najbardziej pożądanym sposobem dotarcia do osób uprawiających hazard było przeprowadzenie badania w miejscu uprawiania hazardu (1). Ankieterzy-terapeuci prowadzący testy przesiewowe rekrutowali respondentów w miejscach legalnego uprawiania hazardu, tj. w kasynach, salonach gier z automatami, punktach bukmacherskich, wyścigach konnych, itp.

W momencie pojawienia się trudności w dostępie do respondentów ankieterzy zamieszczali ogłoszenia na portalach społecznościowych bądź wysyłali wiadomości do osób, które spełniały kryteria włączenia do badania (2). Treść ogłoszenia i wiadomości zawierała informacje o prowadzonych badaniach wśród osób, które uprawiały hazard w przeciągu trzech miesięcy poprzedzających badanie z prośbą o kontakt. Wykorzystanie tego sposobu rekrutacji uczestników badania pozwoliło na ograniczenie ingerencji w środowisko osób uprawiających hazard, jak również eliminowało problem niechęci właścicieli lokali, będących miejscami grania. Pozwalało również na rekrutację osób grających w gry hazardowe w Internecie.

Kolejnym sposobem dotarcia do respondentów było wykorzystanie metody kuli śnieżnej (3). Osoby uprawiające hazard były rekrutowane na podstawie informacji od innych respondentów bądź wiedzy ankietera o tym, że dana osoba spełnia kryteria włączenia do badania. Wykorzystanie tej metody było szczególnie korzystne, gdy trudno było zlokalizować odpowiednich uczestników badania. Ostatnim sposobem doboru badanych było prowadzenie rekrutacji w ośrodkach leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi (4).

Wybór miejsca i sposobu rekrutacji pozostawiono do wyboru ankieterowi. Zwrócono jednak uwagę aby były to w pierwszej kolejności miejsca uprawiania hazardu.

Założenie czterech dróg doboru zwiększało prawdopodobieństwo dotarcia do respondentów oraz pozwoliło przetestować najbardziej optymalny sposób, który

zostanie wykorzystany we właściwych badaniach prowadzonych w populacji generalnej.

Kryteriami włączenia do badania były pełnoletniość, możliwość wyrażenia świadomej zgody na udział w badaniu oraz granie w gry hazardowe przynajmniej raz w okresie ostatnich 3 miesięcy przed badaniem.

Ankieterzy i szkolenie

Ankieterami realizującymi badania terenowe było 13 terapeutów, mających doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi. Została przygotowana instrukcja, zawierająca protokół prowadzenia badania oraz interpretację pytań diagnostycznych. Ankieterzy zostali przeszkoleni przez lekarza psychiatrę w obecności realizatorów projektu. Ta forma szkolenia pozwoliła na wystandaryzowanie stawiania diagnozy przez terapeutów. Szkolenie zostało nagrane na dyktafon i rozesłane do wszystkich ankieterów-terapeutów.

Protokół badania

Badania były realizowane w okresie lipiec – październik 2016 roku. Na początku realizacji testu przesiewowego ankieter miał za zadanie zweryfikować spełnienie kryteriów włączenia do badania, przedstawić o nim informacje oraz uzyskać ustną zgodę na udział w badaniu. W następnym kroku respondent samodzielnie wypełniał testy przesiewowe zgodnie z kolejnością otrzymaną w danym zestawie. Testy przesiewowe były aplikowane losowo, tj. zostało stworzone kilka zestawów testów przesiewowych, które w różnej kolejności były przedstawiane respondentom, aby kontrolować wpływ jednego testu na pozostałe. Kolejność testów była różna w zależności od zestawu, np. w jednym zestawie testy pojawiły się w kolejności SOGS, Lie/Bet, EIGHT, CPGI, w kolejnym Lie/Bet, EIGHT, SOGS, CPGI, w jeszcze następnym CPGI, Lie/Bet, SOGS, EIGHT, itd.

Następnie ankieter-terapeuta zadawał pytania z formularza kryteriów diagnostycznych zaburzeń hazardowych, zliczał uzyskane punkty i stawiał wstępną diagnozę. Istotne było, aby ankieter nie znał wyników uzyskanych w testach przesiewowych, tak aby nie sugerował się nimi podczas wypełniania formularza kryteriów diagnostycznych.

W dalszej kolejności ankieter wypełniał kwestionariusz danych socjodemograficznych oraz protokół badania, w którym oprócz zaznaczenia wyniku uzyskanego przez

respondenta na podstawie otrzymanych kryteriów diagnostycznych, stawiał diagnozę według metodologii zazwyczaj przez siebie stosowanej w praktyce klinicznej. Wynik diagnozy umieszczał w protokole badania.

Następnie wszystkie materiały badawcze były umieszczane w kopercie oraz zaklejane. Koperta była oznaczona kodem indywidualnym dla każdego respondenta.

Analizy statystyczne

Analizy statystyczne zostały dokonane w programie SPSS. Posłużyły one do weryfikacji jednowymiarowości testów, oceny ich rzetelności oraz trafności, a także do wyznaczenia wartości punktacji, która stanowi punkt krytyczny dla wyniku przesiewu (screeningu). Jednowymiarowość testów była weryfikowana z zastosowaniem Analizy Głównych Składowych (Principal Component Analysis, PCA). Ponadto obliczona została moc dyskryminacyjna poszczególnych pozycji testów w stosunku do wyników ogólnych.

Rzetelność wewnętrzną testów została oszacowana przy użyciu standaryzowanego współczynnika Alfa Cronbacha. Do oceny mocy predyktywnej testów posłużyła krzywa ROC (Receiver Operating Curve).

Dla opracowanych testów przesiewowych obliczono:

- Czułość (sensitivity) - czyli prawdopodobieństwo, z jakim można stwierdzić, że osoba grająca problemowo zostanie zidentyfikowana na podstawie wyników w teście,
- Swoistość (specificity) - prawdopodobieństwo, że ktoś kto gra okazjonalnie zostanie prawidłowo zdiagnozowany,
- pozytywna wartość predykcyjna (PPV - positive predictive value), czyli wskaźnik pozytywnych przewidywań, oznaczający odsetek prawidłowo wykrywanych przypadków,
- negatywna wartość predykcyjna (NPV - negative predictive value), czyli odsetek osób, które nie mają problemu i nie zostają „wykryte” testem.

Na podstawie wspólnej analizy czułości i swoistości testów wyznaczona została wartość krytyczna punktacji testów, powyżej której wynik przesiewu został uznany za pozytywny.

Etyczny aspekt badania

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Polska (ref. 14/2016) na realizację badań terenowych. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, respondenci nie uzyskiwali wynagrodzenia za udział w nim. Wszyscy uczestnicy otrzymali dokładną informację o badaniu, jego celach, finansowaniu, poufności danych oraz korzyściach i ryzyku związanym z uczestnictwem w nim. Ponieważ osoby grające w gry hazardowe (szczególnie osoby pozostające poza leczeniem) zaliczają się do trudno dostępnej grupy badanych podjęto decyzję o zrezygnowaniu z podpisywania formularza zgody przez respondentów na rzecz oświadczenia ankietera o zapoznaniu respondenta z informacją o badaniu i wyrażeniu ustnej zgody na udział w nim. Dodatkowo każdy z uczestników miał zapewnioną poufność przez przechowywanie testów przesiewowych w kopertach.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 300 respondentów. Głównie byli to mężczyźni (88,3%), kobiety stanowiły jedynie 11,7% próby. Średni wiek badanych wynosił 34,46 lat (SD = 11,073). Około 40% badanych miało od 25 do 34 lat, co trzeci miał od 35 do 44 lat natomiast co prawie piąty należał do najmłodszej grupy badanych, będącej w wieku od 18 do 24 lat. Najmniejszą frakcją stanowiły osoby po 65 roku życia (niecałe 2%).

Respondenci posiadali głównie wykształcenie średnie (37,1%), co trzeci miał wykształcenie wyższe (29,1%), co piąty zawodowe, a jedynie niecałe 15% miało wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne.

Niewiele ponad połowa badanych było w związku formalnym (31,8%) bądź nieformalnym (21,7%), prawie 35% respondentów było w stanie wolnym, około 10% było po rozwodzie.

Ponad 60% badanych posiadało zatrudnienie; znacznie więcej było takich, którzy byli zatrudnieni w pełnym wymiarze godzin (45,4%) w porównaniu do osób, które posiadały zatrudnienie na niepełny etat (16,4%). Ponad 11% respondentów posiadało własną firmę. Taki sam odsetek badanych pozostawał bez pracy.

Respondenci zamieszkiwali miejscowości różnej wielkości. Ponad połowę stanowili mieszkańcy dużych miast, powyżej 100 tysięcy mieszkańców, natomiast

zamieszkujący małe miejscowości, do 1000 mieszkańców stanowili niecałe 4% próby.

Tabela 2. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

Kategoria		Liczba respondentów	Odsetek
Płeć	Kobieta	35	11,7
	Mężczyzna	264	88,3
Wiek	18-24	55	18,5
	25-34	112	37,7
	35-44	85	28,6
	45-54	24	8,1
	55-64	16	5,4
	65 i więcej	5	1,7
	Średnia	34,46	
	SD	11,073	
Wykształcenie	Podstawowe/ Gimnazjum	42	14,1
	Zawodowe	59	19,7
	Średnie	111	37,1
	Wyższe	87	29,1
Stan cywilny	Żonaty	95	31,8
	W związku nieformalnym	65	21,7
	W separacji	2	0,7
	Rozwiedziony	32	10,7
	Wdowiec	1	0,3
	Kawaler	104	34,8
Sytuacja zawodowa	Uczeń/Uczennica	9	3,0
	Student/Studentka	13	4,3
	Zatrudnienie w pełnym wymiarze godzin	138	45,4

	Zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin/praca dorywcza	50	16,4
	Zatrudnienie we własnej firmie	34	11,2
	Zasiłek/Renta	16	5,3
	Emerytura	7	2,3
	Prowadzenie domu	1	0,3
	Bezrobotna/y	36	11,8
Wielkość miejscowości zamieszkania	poniżej 1 000 mieszkańców	11	3,7
	od 1 000 do 10 000 mieszkańców	18	6,1
	od 10 000 do 25 000 mieszkańców	9	3,1
	od 25 000 do 50 000 mieszkańców	58	19,7
	od 50 000 do 100 000 mieszkańców	28	9,5
	powyżej 100 000 mieszkańców	171	58,0

Badani na gry hazardowe przeznaczali na ogół niewielkie kwoty. Średnie tygodniowe wydatki wynosiły niewiele ponad 900 złotych (SD = 3808,58). Około 35% respondentów przeznaczało tygodniowo na granie do 50 zł, prawie połowa przeznaczała tygodniowo między 50 a 500 zł. Mniej było respondentów przeznaczających na gry hazardowe powyżej 500 złotych, choć jak wynika z badań robiła tak co czwarta osoba.

Tabela 3. Tygodniowe wydatki na granie

Kategoria	Liczba respondentów	Odsetek
Nigdy nie grałem/am w gry hazardowe	4	1,4
5 zł lub mniej	13	4,5
Powyżej 5 zł, ale nie więcej niż 50 zł	84	28,9
Powyżej 50 zł, ale nie więcej niż 500 zł	127	43,6
Powyżej 500 zł, ale nie więcej niż 5 000 zł	57	19,6
Powyżej 5 000 zł, ale nie więcej niż 50 000 zł	6	2,1
Powyżej 50 000 zł	0	0

Największe kwoty zaryzykowane podczas jednego dnia mieszczą się najczęściej w przedziale powyżej 50 zł, ale nie więcej niż 500 zł (34,7%). Dla co trzeciego badanego najwyższa kwota mieściła się w przedziale powyżej 500 zł, ale nie więcej niż 5 000 zł, a dla co piątego w przedziale powyżej 5 zł, ale nie więcej niż 50 zł.

Tabela 4. Największa kwota zaryzykowana w grze

Kategoria	Liczba respondentów	Odsetek
Nigdy nie grałem/am w gry hazardowe	5	1,7
5 zł lub mniej	5	1,7
Powyżej 5 zł, ale nie więcej niż 50 zł	56	18,7
Powyżej 50 zł, ale nie więcej niż 500 zł	104	34,7
Powyżej 500 zł, ale nie więcej niż 5 000 zł	86	28,7
Powyżej 5 000 zł, ale nie więcej niż 50 000 zł	35	11,7
Powyżej 50 000 zł	9	3,0

Pieniądze, które respondenci przeznaczali na grę bądź na spłatę długów spowodowanych hazardem pochodziły z różnych źródeł. Dwie trzecie badanych pożyczowało pieniądze ze źródeł domowych, co trzeci od krewnych bądź teściów, od banku, firm pożyczkowych lub instytucji kredytowych oraz z kart kredytowych. Co czwarty respondent aby mieć na grę bądź spłatę długów sprzedawał prywatne rzeczy bądź pożyczali od firm lichwiarskich i firm oferujących wysokooprocentowane pożyczki (np. kredyty chwilówki). Najrzadziej respondenci sięgali po pieniądze sprzedając akcje, obligacje lub inne papiery wartościowe oraz otwierając kredyt u bukmachera lub w kasynie.

Tabela 5. Źródła pochodzenia pieniędzy na grę bądź na spłatę długów spowodowanych hazardem

Kategoria	Odpowiedź	Liczba responde	Odsetek
Z pieniędzy domowych	Tak	178	60,3
	Nie	117	39,7
Od współmałżonka	Tak	65	22,2
	Nie	228	77,8
Od innych krewnych lub teściów	Tak	100	33,9
	Nie	195	66,1
Od banku, firm pożyczkowych lub instytucji kredytowych	Tak	94	31,9
	Nie	201	68,1
Z kart kredytowych	Tak	85	28,8
	Nie	210	71,2
Od firm lichwiarskich i firm oferujących wysokooprocentowane pożyczki (np. kredyty chwilówki)	Tak	76	25,8
	Nie	219	74,2
Sprzedaż akcji, obligacji lub innych papierów wartościowych	Tak	20	6,8
	Nie	275	93,2
Sprzedaż własności osobistej lub rodzinnej	Tak	81	27,5
	Nie	214	72,5
Zadłużanie rachunku bankowego (czeki bez pokrycia)	Tak	31	10,5
	Nie	264	89,5
Otwarty kredyt u bukmachera	Tak	26	8,8
	Nie	269	91,2
Otwarty kredyt w kasynie	Tak	18	6,1
	Nie	276	93,9

Respondenci w czasie ostatnich 12 miesięcy najczęściej grali (odpowiedzi czasami, często i bardzo często) w gry losowe, takie jak Totolotek, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”, itp. (73,6%), na automatach (72,7%) oraz w zakłady sportowe (48,8%). Z kolei najmniej popularne gry to zakłady na wyścigach konnych, psów lub wyniki walk psów lub innych zwierząt (6,5%), kasyno (28,2%) oraz karty na pieniądze prywatnie poza kasynem i Internetem (29,3%).

Tabela 6. Intensywność grania w gry hazardowe w czasie ostatnich 12 miesięcy

Gra hazardowa	Intensywność	Liczba respondentów	Odsetek
Zakłady sportowe w biurze bukmacherskim (poza Internetem)	nigdy	150	51,2
	czasami	76	25,9
	często	45	15,4
	bardzo często	22	7,5
Gry losowe, takie jak Totolotek, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”, itp	nigdy	78	26,4
	czasami	129	43,7
	często	54	18,3
	bardzo często	34	11,5
Loterie SMS	nigdy	202	68,9
	czasami	74	25,3
	często	11	3,8
	bardzo często	6	2,0
Automaty do gier	nigdy	80	27,3
	czasami	66	22,5
	często	56	19,1
	bardzo często	91	31,1
Zakłady na wyścigach konnych, psów lub wyniki walk psów lub innych zwierząt	nigdy	272	93,5
	czasami	12	4,1
	często	3	1,0
	bardzo często	4	1,4
Kasyno, np. ruletka, karty	nigdy	211	71,8
	czasami	55	18,7
	często	17	5,8

	bardzo często	11	3,7
Karty na pieniądze prywatnie, poza kasynem i Internetem	nigdy	205	70,7
	czasami	64	22,1
	często	13	4,5
	bardzo często	8	2,8
Zakłady w Internecie	nigdy	191	65,6
	czasami	52	17,9
	często	24	8,2
	bardzo często	24	8,2

Innym źródłem informacji o doświadczeniach z graniem w różne gry hazardowe był test przesiewowy South Oaks Gambling Screen (SOGS). Wyniki pokazują, że respondenci najczęściej grają (odpowiedź raz w tygodniu lub częściej) na automatach (43,9%), w zakłady sportowe (29,4%) oraz (24,2%). Z kolei najmniej intensywnie uprawianymi grami (odpowiedzi wcale) były gra w bingo (90,5%), gra na giełdzie i/lub rynku towarowym (89,8%) i gra w kości (81,2%).

Tabela 7. Intensywność grania w gry hazardowe na podstawie testu przesiewowego South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Gra hazardowa	Intensywność	Liczba respondentów	Odsetek
Gra w karty na pieniądze	Wcale	168	56,8
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	105	35,5
	Raz w tygodniu lub częściej	23	7,8
Zakłady na wyścigach koni, psów lub innych zwierząt (zakłady przez internet, na torze wyścigowym lub zakłady u	Wcale	233	79,3
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	50	17,0
	Raz w tygodniu lub częściej	11	3,7

bukmachera)			
Zakłady sportowe	Wcale	112	37,8
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	97	32,8
	Raz w tygodniu lub częściej	87	29,4
Gra w kości	Wcale	238	81,2
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	53	18,1
	Raz w tygodniu lub częściej	2	,7
Wizyta w kasynie (legalnym lub nielegalnym)	Wcale	170	57,6
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	99	33,6
	Raz w tygodniu lub częściej	26	8,8
Gry liczbowe (np. Lotto)	Wcale	77	25,9
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	148	49,8
	Raz w tygodniu lub częściej	72	24,2
Gra w Bingo	Wcale	267	90,5
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	27	9,2
	Raz w tygodniu lub częściej	1	,3
Gra na giełdzie i/lub rynku towarowym	Wcale	264	89,8
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	20	6,8
	Raz w tygodniu lub częściej	10	3,4
Gra na automatach	Wcale	70	23,6
	Rzadziej, niż raz w	96	32,4

	tygodniu		
	Raz w tygodniu lub częściej	130	43,9
Gra w kręgle, bilard, darta lub inne gry zręcznościowe na pieniądze	Wcale	208	71,0
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	71	24,2
	Raz w tygodniu lub częściej	14	4,8
Gra w zdraпки lub losy papierowe inne niż loterie	Wcale	144	48,6
	Rzadziej, niż raz w tygodniu	108	36,5
	Raz w tygodniu lub częściej	44	14,9

Problemy hazardowe w najbliższym otoczeniu

Problemy hazardowe w otoczeniu respondenta, najczęściej doświadczali przyjaciele bądź inne osoby ważne w życiu. U co dziesiątego badanego takich problemów doświadczal ojciec bądź ktoś z rodzeństwa. Rzadziej problemy hazardowe występowały u matki respondenta lub jego dziecka (dzieci).

Tabela 8. Występowanie problemów hazardowych w najbliższym otoczeniu

Kategoria		Liczba respondentów	Odsetek
Ojciec	Tak	30	10,1
	Nie	267	89,9
Matka	Tak	1	,3
	Nie	296	99,7
Brat lub siostra	Tak	28	9,4
	Nie	269	90,6
Żona/mąż lub partner/partnerka	Tak	5	1,7
	Nie	292	98,3
Dziecko (dzieci)	Tak	4	1,3
	Nie	293	98,7
Inny krewny	Tak	43	14,5
	Nie	254	85,5
Przyjaciół lub ktoś inny ważny w życiu	Tak	90	30,3
	Nie	207	69,7

Wypracowanie optymalnej metodologii dotarcia do respondentów

Najczęściej respondenci byli rekrutowani w placówkach leczenia uzależnień (38,3%), co trzeci rekrutowany był w miejscach uprawiania hazardu (29,3%) a co czwarty (26,8%) z wykorzystaniem kuli śniegowej. Jedynie do 2% respondentów udało się dotrzeć przez portale społecznościowe (np. facebook, twitter).

Tabela 9. Miejsca doboru respondentów

Miejsca doboru respondentów	Liczba respondentów	Odsetek
Miejsca uprawiania hazardu	88	29,8
Portale społecznościowe	6	2
Metoda kuli śniegowej	79	26,8
Placówki leczenia uzależnień	113	38,3
Inne miejsce	9	3,1
Suma	295	100

Najłatwiej ankiety było przeprowadzać z respondentami korzystającymi z różnych form leczenia: w poradniach leczenia uzależnień, w programach postrehabilitacyjnych. Respondenci rekrutowani w lecznictwie mieli czasami trudność w wypełnianiu testów, gdyż uważali, że pytania są nieadekwatne do ich aktualnej sytuacji.

Stosunkowo dobrze też w kontekście możliwości dotarcia do respondentów oceniana jest metoda kuli śniegowej. Pierwszy kontakt mógł być nawiązany z pacjentem z lecznictwa. Metoda ta zapewniała dużą otwartość badanych, podchodzili oni z zaufaniem do ankietera i testów. Jednak ocena tej metody zależała od konkretnego ankietera.

Najtrudniejszy sposób rekrutacji to rekrutacja w miejscach, gdzie hazard jest uprawiany. Badani zasugerowali, że być może, gdyby zostali „wprowadzeni” przez kogoś ze środowiska mieliby większą szansę na realizację badania. W jednym z miast, w którym realizowane było badanie prowadzone były kontrole w salonach, co nie pozostało bez wpływu na jego przebieg. Jeśli udało się pozyskać jedną osobę do badania, to osoby, które obserwowały sytuację badania, chętniej do niego przystępowały.

Ogólnie można powiedzieć, że rekomendacja dla ankietera, wprowadzenie w środowisko ułatwiało mu realizację badania.

Trudności w rekrutacji

Zbyt długi czas wypełniania ankiety zniechęcał respondentów do udziału w badaniu. Zwrócono również uwagę na trudność w rekrutacji do badania osób, które uprawiają hazard, ale nie mają zdiagnozowanych zaburzeń hazardowych. Niechętnie do badania podchodzili właściciele lokali, w których umieszczone są automaty do gry. Ponieważ nie wyrażali zgody na prowadzenie badania w lokalu, ankieterzy często byli zmuszeni do prowadzenia wywiadów w okolicach tych miejsc, często na ławce, gdzie z trudem przychodziło zadbać o poczucie intymności, bezpieczeństwo badanych. Jeden z ankieterów wspomniał o tym, że praca w okolicach miejsca uprawiania hazardu wiązała się ze zwróceniem na siebie uwagi otoczenia. W konsekwencji ankieter spotkał się z agresywnymi uwagami, również od właścicieli tych miejsc. Badani poproszeni o poświęcenie czasu na badanie reagowali czasem oporem. Potencjalni badani żywili obawę przed przyznaniem się do problemu i odczuwali niechęć do dzielenia się swoimi osobistymi sprawami.

Kryteria diagnozy stosowane na co dzień przez terapeutów

Terapeuci zostali poproszeni o postawienie diagnozy wedle kryteriów diagnostycznych, jakie stosują w codziennej pracy. W zdecydowanej większości korzystają oni z kryteriów zamieszczonych w klasyfikacji ICD 10. Na podstawie wyróżnionych przez terapeutów kryteriów diagnostycznych stworzono ich listę:

1. Wystąpienie 2 lub więcej epizodów grania w ciągu co najmniej 1 roku
2. Granie pomimo szkód w różnych obszarach życia
3. Trudny do opanowania popęd do gier oraz niezdolność do zaprzestania wysiłkiem woli/ silna potrzeba lub uczucie przymusu grania hazardowego
4. Pochłonięcie myślami związanymi z graniem/ koncentracja życia wokół grania/ wyobrażanie sobie czynności grania lub towarzyszących jej okoliczności
5. Upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z rozpoczynaniem, zakończeniem oraz ilością czasu i pieniędzy przeznaczanymi na granie hazardowe/ powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenie lub zaprzestanie hazardowego grania,
6. Występowanie objawów odstawiennych: tj. odczuwanie niepokoju, rozdrażnienia i gorszego samopoczucia przy próbach przerwania lub ograniczenia grania, ustępujące z chwilą powrotu do gry;
7. Występowanie zjawiska tolerancji: tj. spędzanie coraz więcej ilości czasu na grze w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które kiedyś uzyskiwane były w krótszym czasie;
8. Postępujące zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań na rzecz grania hazardowego
9. Traktowanie gry jako sposobu ucieczki przed problemami lub na poprawienie złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, winy, lęku, depresji),
10. Podejmowanie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze,
11. Okłamywanie członków rodziny, terapeuty lub innych osób w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania,
12. Utrata lub narażenie na szwank z powodu zaangażowania w hazardowe granie ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.,

13. Szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.

14. Dopuszczenie się przestępstwa lub zamiar jego popełnienia aby sfinansować granie.

Powyższe kryteria są kryteriami występującymi w klasyfikacji ICD 10 oraz w DSM5.

Kryteria diagnostyczne

Rezultatem działań podjętych w ramach badania było opracowanie kryteriów diagnostycznych zaburzeń hazardowych, będących podstawą weryfikacji trafności testów przesiewowych. Pozwalały one również konfrontować wynik diagnozy stawianej przez terapeutów według kryteriów, jakie stosują oni w codziennej praktyce.

Najczęściej potwierdzanymi przez respondentów kryteriami były podejmowanie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze (69,2% badanych twierdziło, że odczuwało ten symptom), myślenie o przegranych i wygranych, jakie miały miejsce w przeszłości bądź też planowanie gry lub sposobu zdobycia pieniędzy na granie (68,8%) oraz traktowanie gry, jako sposobu na poprawienie złego samopoczucia (67,6%). Z kolei najrzadziej potwierdzanymi kryteriami, które występowały wśród badanych były utrata lub narażenie na szwank ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp. (36,5% respondentów twierdziło, że odczuwało ten symptom), podejmowanie powtarzających się, nieskutecznych wysiłków, mających na celu ograniczenie, kontrolowanie lub zaprzestanie grania hazardowego (38,8%) i podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania. Mimo, że występowały one rzadziej to i tak pojawiały się u częściej niż co trzeciego respondenta.

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi na pytania kryteriów diagnostycznych zaburzeń hazardowych

Kryteria	Tak		Nie	
	Liczba respondentów	Odsetek	Liczba respondentów	Odsetek
Potrzeba grania z podnoszeniem stawek pieniędzy, w celu osiągnięcia oczekiwanego pobudzenia	163	54,5	136	45,5
Podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania	130	43,5	169	56,5
Podjęcie powtarzających się, nieskutecznych wysiłków, mających na celu ograniczenie, kontrolowanie lub zaprzestanie grania hazardowego	116	38,8	183	61,2
Myślenie o przegranych i wygranych, jakie miały miejsce w przeszłości bądź też planowanie gry lub sposobu zdobycia pieniędzy na granie	205	68,8	93	31,2
Traktowanie gry, jako sposobu na poprawienie złego samopoczucia	202	67,6	97	32,4
Podjęcie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze	207	69,2	92	30,8
Okłamywanie kogokolwiek w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego grania	171	57,2	128	42,8
Utrata lub narażenie na szwank ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.	109	36,5	190	63,5
Szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej graniem	132	44,1	167	55,9

Zwiększony napęd do działania, podwyższony nastrój i obniżony krytycyzm, czyli kryteria epizodu maniakalnego, były dostrzeżone przez około 20% badanych. Wśród nich 80% grało w momencie występowania tych objawów w gry hazardowe.

Tabela 11. Kryteria epizodu maniakalnego

Kryteria	Tak		Tak	
	Liczba respondentów	Odsetek	Liczba respondentów	Odsetek
Zwiększony napęd do działania, lub podwyższony nastrój, czy obniżony krytycyzm, przez minimum 1 tydzień	52	19,2	219	80,8
Jeśli TAK, to czy grał w tym czasie w gry hazardowe	43	79,6	11	20,4

Wyniki uzyskane na podstawie kryteriów diagnostycznych pokazują, że prawie 40% respondentów nie spełniało kryteriów dla występowania zaburzeń hazardowych. Z kolei, co czwarty badany miał zaburzenia znacznie nasilone. Niecałe 16% i 19% badanych spełniało kryteria diagnostyczne odpowiednio dla zaburzeń słabo i umiarkowanie nasilonych.

Tabela 12. Interpretacja wyniku kryteriów diagnostycznych zaburzeń hazardowych

Zgromadzone punkty	Interpretacja wyniku	Liczba respondentów	Odsetek
0-3	Brak zaburzeń	119	39,7
4-5	Zaburzenia słabo nasilone	47	15,7
6-7	Zaburzenia umiarkowanie nasilone	56	18,7
8-9	Zaburzenia znacznie nasilone	78	26

Porównanie wyniku diagnozy otrzymanej na podstawie kryteriów diagnostycznych z wynikiem diagnozy według metodologii zazwyczaj stosowanej przez terapeutów w praktyce klinicznej

Wyniki diagnozy otrzymanej na podstawie kryteriów diagnostycznych różnią się od wyników diagnozy stawianej przez terapeutów według metodologii zazwyczaj stosowanej przez terapeutów w praktyce klinicznej. Według tej pierwszej metodologii 39,3% respondentów nie doświadczało zaburzeń hazardowych. Z kolei, jak pokazują wyniki diagnozy zazwyczaj stosowanej w praktyce klinicznej, 45,1% badanych nie doświadczała takich zaburzeń (różnica 6 punktów procentowych).

Tabela 13. Wynik diagnozy otrzymanej na podstawie kryteriów diagnostycznych

Kategoria	Liczba respondentów	Odsetek
Brak zaburzenia	117	39,3
Zaburzenie łagodne	46	15,4
Zaburzenie umiarkowane	57	19,1
Zaburzenie ciężkie	78	26,2

Tabela 14. Wynik diagnozy według metodologii zazwyczaj stosowanej przez terapeutów w praktyce klinicznej

Kategoria	Liczba respondentów	Odsetek
Brak zaburzenia	133	45,1
Hazard patologiczny	162	54,9

Walidacja testów przesiewowych

Do adaptacji i walidacji wybrano cztery testy przesiewowe zaburzeń hazardowych:

1. The South Oaks Gambling Screen (SOGS)
2. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (Canadian Problem Gambling Index – CPGI)
3. Lie/Bet
4. Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (Test Early Intervention Gambling Health Test - EIGHT)

Test The South Oaks Gambling Screen (SOGS)

W kwestionariuszu SOGS dla każdego pytania, na które udzielona zostaje odpowiedź wskazująca na "ryzyko", przyznawany jest jeden punkt (w pytania od 4 do 16l z wyjątkiem pytania 12). Następnie wszystkie punkty są sumowane.

Spośród problemów związanych z graniem najczęściej występującym było granie więcej bądź dłużej niż się zamierzało. 80% respondentów twierdząco odpowiedziało na to pytanie. Około trzy czwarte badanych wracało do gry następnego dnia aby się odegrać, a ponad dwie trzecie doświadczyło sprzeczki z domownikami na temat tego co robią z pieniędzmi w ogóle.

Z kolei mniej niż połowa badanych chciała skończyć z graniem hazardowym, ale twierdziła że nie da rady tego zrobić (36,5%). Nieco więcej osób doświadczyło sprzeczki na temat pieniędzy przeznaczanych na granie (39,8%) bądź pożyczka od kogoś pieniądze i ich nie zwracało z powodu grania (39,6%).

Pytanie dotyczące sprzeczek na temat wydawania pieniędzy w ogóle nie jest pytaniem, za które przyznawany jest punkt.

Tabela 15. Rozkład odpowiedzi na pytania testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Kryteria	Nasilenie	Liczba responde ntów	Odsetek
Odgrywanie się	Nigdy	81	27,0
	W mniej niż połowie przypadków	115	38,3
	W większości przypadków	86	28,7
	Za każdym razem	18	6,0
Twierdzenie że się wygrało, mimo że się	Nigdy	177	59,0

przegrało	Tak, rzadziej niż w połowie przypadków, gdy przegrał	104	34,7
	Tak, w większości przypadków	19	6,3
Identyfikacja grania jako własny problem	Nie	149	49,8
	Tak	112	37,5
	Tak, ale tylko w przeszłości	38	12,7
Granie więcej lub dłużej niż się zamierzało	Tak	240	80,0
	Nie	60	20,0
Krytyka za udział w grach	Tak	148	49,3
	Nie	152	50,7
Poczucie winy z powodu sposobu w jaki gra	Tak	164	54,8
	Nie	135	45,2
Chęć zaprzestania grania	Tak	109	36,5
	Nie	190	63,5
Ukrywanie oznak grania przed rodzina	Tak	154	51,3
	Nie	146	48,7
Sprzeczki na temat pieniędzy	Tak	190	63,3
	Nie	110	36,7
Koncentracja sprzeczek na temat pieniędzy wokół grania	Tak	101	39,8
	Nie	153	60,2
Pożyczanie pieniędzy na granie	Tak	118	39,6
	Nie	180	60,4
Granie zamiast pobytu w pracy lub szkole	Tak	134	45,0
	Nie	164	55,0

W teście przesiewowym SOGS punkty przyznawane są dodatkowo za pytania dotyczące źródeł pożyczania pieniędzy na granie w gry hazardowe lub spłatę długów spowodowanych hazardem, za wyjątkiem pytań o otwarty kredyt u bukmachera i w

kasynie (opisane powyżej). Spośród źródeł, za które przyznawane są punkty, najpowszechniejszymi były pożyczenie z pieniędzy domowych (60,3%), od innych krewnych lub teściów (33,9%) i od banku, firm pożyczkowych lub instytucji kredytowych (31,9%). Natomiast najmniej popularne była sprzedaż akcji, obligacji lub innych papierów wartościowych (6,8%), zadłużanie rachunku bankowego (10,5%) i pożyczanie od współmałżonka (22,2%).

Wyniki testu przesiewowego pokazują, że prawie u dwóch trzecich respondentów (62,3%) prawdopodobnie występował hazard patologiczny, ponad jedna czwarta przejawiała pewne problemy z hazardem, natomiast jedynie u 8% nie było żadnych problemów z graniem.

Tabela 16. Interpretacja wyniku testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS)

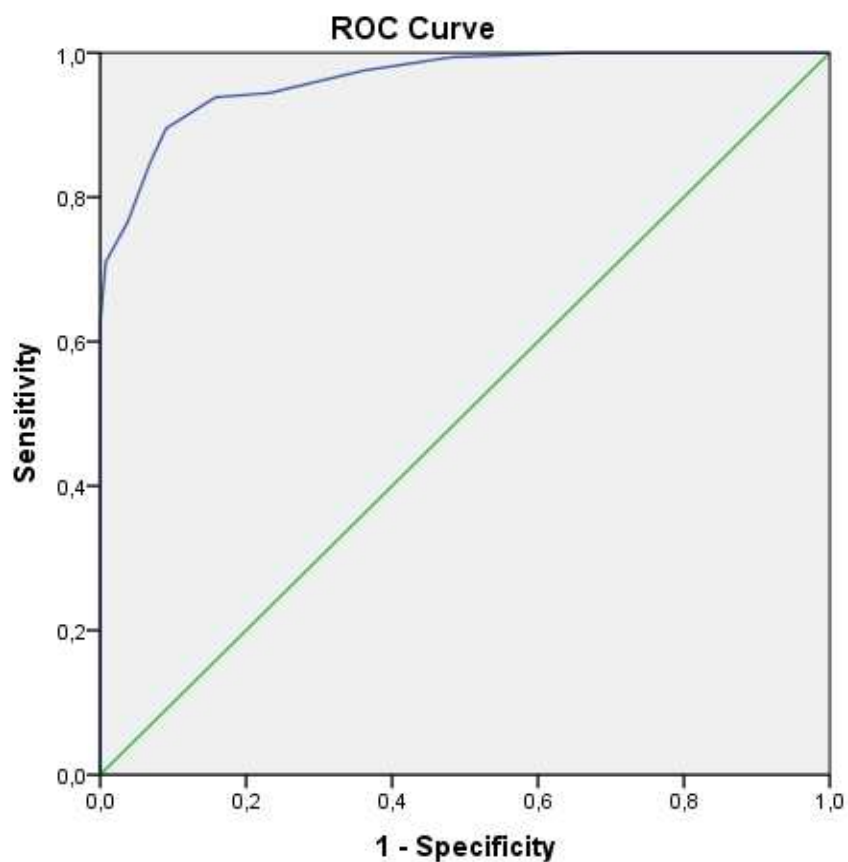
Zgromadzone punkty	Interpretacja wyniku	Liczba respondentów	Odsetek
0	Brak problemów z hazardem	24	8,0
1-4	Pewne problemy z hazardem	89	29,7
Powyżej 5	Prawdopodobnie hazard patologiczny	187	62,3

Właściwości psychometryczne testu

Standaryzowany współczynnik α Cronbacha testu był wysoki ($\alpha=0,891$). Wartości współczynników α , jakie by uzyskano po wyeliminowaniu poszczególnych pozycji testu nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnego z nich. Można zatem spójność wewnętrzną testu uznać za zadawalającą.

Krzywa ROC zaprezentowana na wykresie 1 sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,963 (95% przedział ufności: 0,945 - 0,981).

Wykres 1. Krzywa ROC dla testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS)



Diagonal segments are produced by ties.

Tabela 17. Wyniki testu dla testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Obszar	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,963	0,009	0,000	0,945	0,981

Tabela 18. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czułość	Swoistość
1	1,000	0,180
2	1,000	0,338
3	0,994	0,519
4	0,975	0,639
5	0,944	0,767
6	0,938	0,842
7	0,895	0,910
8	0,846	0,932
9	0,765	0,962
10	0,710	0,992
11	0,623	1,000
12	0,549	1,000
13	0,444	1,000
14	0,370	1,000
15	0,210	1,000
16	0,136	1,000
17	0,086	1,000
18	0,025	1,000
19	0,006	1,000

Zestawienie wartości czułości i swoistości testu dla skumulowanego rozkładu punktów testu wskazuje na 7 punktów jako optymalną wartość graniczną. Oznacza to, iż uzyskanie w teście 7 lub więcej punktów wskazuje na hazard patologiczny.

Wyniki ankiety ewaluacyjnej pokazały, że według jednego z ankierów, w teście SOGS przydatne byłoby dodanie jeszcze jednej kategorii określającej czas: „rzadziej niż raz w miesiącu”. Badani zwracali uwagę na dużą rozpiętość dzielącą odpowiedź „rzadziej niż raz w tygodniu” i „wcale”. Jeżeli respondentowi zdarzyło się zagrać w jakąś grę lub uprawiać dany rodzaj hazardu jednorazowo lub incydentalnie, to

respondenci mieli wątpliwość, czy zaznaczyć odpowiedź „rzadziej niż raz w tygodniu”, nie mieli poczucia, że pasuje ona do ich doświadczenia.

Powstały również wątpliwości wśród osób w leczeniu jak odpowiedzieć na pytanie 6, gdyż to, że teraz nie doświadczają problemu wiąże się w ich przypadku z brakiem dostępu do hazardu. Odpowiedź „tak, w przeszłości miałem problemy, ale nie obecnie” nie oznacza, że osoba pozbyła się problemu.

Zdarzały się problemy z odróżnieniem treści pytania 12 i 13, ponieważ treść tych pytań w odczuciu badanych był podobna. Inne pytanie, które nastęrczyło badanym problemów to pytanie 11. Być może chodzi tu o problem w zrozumieniu niektórych sformułowań, np. skrypty dłużne. Pojawiały się prośby o powtórne odczytanie pytania 8. Powstała wątpliwość, czy debet na rachunku, to sytuacja „zadłużania rachunku bankowego”.

Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)

Okolo trzy czwarte respondentów twierdziło, że w czasie ostatnich 12 miesięcy wracało do gry innego dnia, aby spróbować się odegrać (74,6% odpowiedzi czasem, w większości przypadków i prawie w każdym przypadku) oraz grało za więcej niż w rzeczywistości mogli sobie na to pozwolić (72,9%). Prawie 70% respondentów musiało stawiać coraz wyższe sumy pieniędzy, żeby uzyskać taki sam poziom ekscytacji oraz miało poczucie winy z powodu sposobu, w jaki grają. Prawie połowa respondentów doświadczało problemów ze zdrowiem, w tym stresu i lęku, z powodu grania (45,3%). Dwie trzecie badanych było zdania, że ich problemy finansowe były spowodowane graniem bądź byli krytykowani za udział w grach hazardowych lub ktoś z otoczenia twierdził, że mają problem z graniem.

Tabela 19. Rozkład odpowiedzi na pytania testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)

Kryteria	Nasilenie	Liczba response ntów	Odsetek
Granie za więcej niż mógł sobie w rzeczywistości pozwolić	Nigdy	81	27,1
	Czasem	132	44,1
	W większości przypadków	63	21,1
	Prawie w każdym przypadku	23	7,7
Stawianie wyższych sum pieniędzy, żeby uzyskać taki sam poziom ekscytacji	Nigdy	102	34,0
	Czasem	125	41,7
	W większości przypadków	54	18,0
	Prawie w każdym przypadku	19	6,3
Próby odgrywania się	Nigdy	76	25,4
	Czasem	107	35,8
	W większości przypadków	84	28,1
	Prawie w każdym przypadku	32	10,7
Pożyczanie pieniędzy lub sprzedawanie czegoś aby zdobyć pieniądze na granie w gry hazardowe	Nigdy	126	42,1
	Czasem	112	37,5
	W większości przypadków	49	16,4
	Prawie w każdym przypadku	12	4,0

Poczucie, że granie może być problemem	Nigdy	124	41,3
	Czasem	119	39,7
	W większości przypadków	37	12,3
	Prawie w każdym przypadku	20	6,7
Problemy ze zdrowiem w tym stres i lęk z powodu grania	Nigdy	164	54,7
	Czasem	90	30,0
	W większości przypadków	31	10,3
	Prawie w każdym przypadku	15	5,0
Krytykowanie za udział w grach hazardowych lub komunikaty o problemie z graniem pochodzące od otoczenia	Nigdy	127	42,3
	Czasem	114	38,0
	W większości przypadków	43	14,3
	Prawie w każdym przypadku	16	5,3
Problemy finansowe wynikające z grania w gry hazardowe	Nigdy	129	43,0
	Czasem	95	31,7
	W większości przypadków	57	19,0
	Prawie w każdym przypadku	19	6,3
Poczucie winy z powodu sposobu, w jaki gra	Nigdy	102	34,1
	Czasem	128	42,8
	W większości przypadków	49	16,4

	Prawie w każdym przypadku	20	6,7
--	---------------------------	----	-----

Wyniki testu przesiewowego CPGI pokazują, że ponad połowa badanych to osoby, u których można podejrzewać występowanie hazardu problemowego. Niecałe 10% respondentów nie przejawiało jakichkolwiek problemów, u ponad 12% odnotowano lekkie a u prawie 30% średnie nasilenie hazardu problemowego.

Tabela 20. Interpretacja wyniku testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)

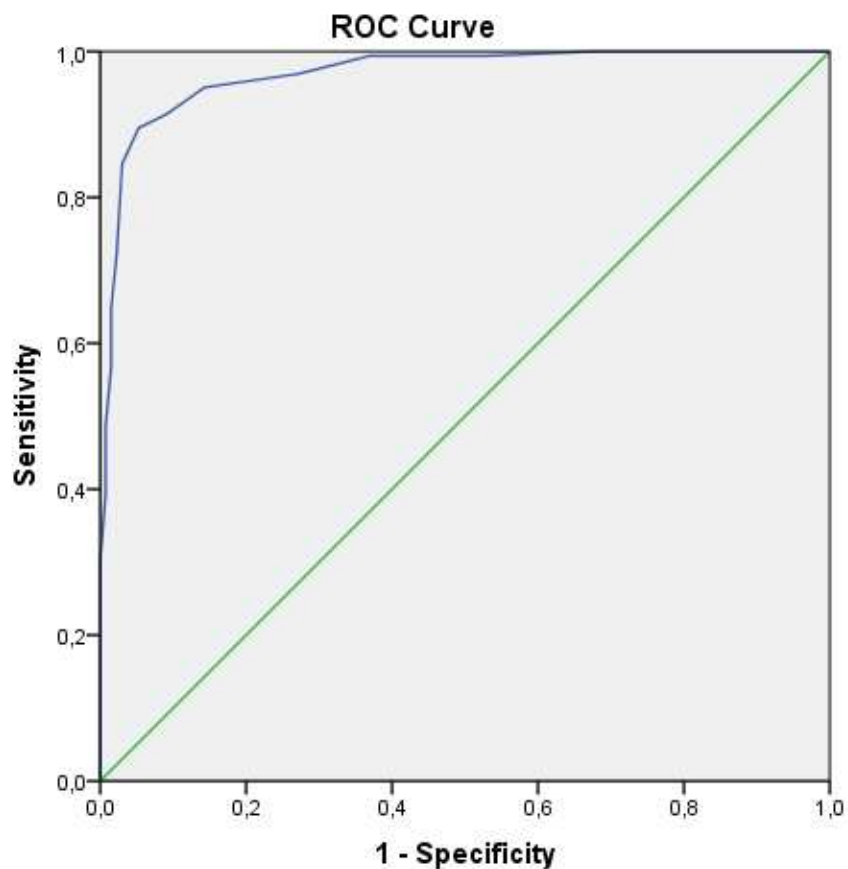
Zgromadzone punkty	Interpretacja wyniku	Liczba respondentów	Odsetek
0	Brak problemów	27	9
1-2	Lekkie nasilenie hazardu problemowego	37	12,3
3-7	Średnie nasilenie hazardu problemowego	83	27,7
8 i więcej	Hazard problemowy	153	51

Właściwości psychometryczne testu

Standaryzowany współczynnik α Cronbacha wyniósł $\alpha=0,837$. Wartości współczynników α , jakie by uzyskano po wyeliminowaniu poszczególnych pozycji testu nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnego z nich. Można zatem spójność wewnętrzną testu uznać za zadawalającą.

Krzywa ROC zaprezentowana na wykresie 2 sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,969 (95% przedział ufności: 0,951 - 0,987).

Wykres 2. Krzywa ROC testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)



Diagonal segments are produced by ties.

Tabela 21. Wyniki testu dla testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)

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

Tabela 22. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)

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

Zestawienie wartości czułości i swoistości testu dla skumulowanego rozkładu punktów testu wskazuje na 7 punktów jako optymalną wartość graniczną. Oznacza to, iż uzyskanie w teście 7 lub więcej punktów wskazuje na hazard patologiczny.

Ewaluacja badania pozwoliła zorientować się, że wśród pytań testu CPGI, które mogły nastęrczyć badanym problemów w odpowiedzi było:

1. pytanie 6 - pytanie o doświadczenie problemów zdrowotnych w związku z graniem, badani nie kojarzyli swoich problemów ze zdrowiem z graniem,
2. pytanie 7 – zbyt długie, rozbudowane pytanie, trudne do zrozumienia za pierwszym razem,

3. pytanie 8 – badani mieli wątpliwości, co do interpretacji sformułowania „problemy finansowe”, nie kojarzyli go z pożyczkami u rodziców, a raczej z dużymi długami, brakiem środków na życie,
4. pytanie 9 – problem z interpretacją „poczucia winy” z powodu sposobu grania lub w związku z powiązanymi z graniem sytuacjami,
5. większość ankietowanych zadeklarowała, że badani nie mieli żadnych problemów z odpowiedzią na pytania.

Test Lie/Bet

Test Lie/Bet składa się jedynie z dwóch pytań, na które rozkład odpowiedzi jest podobny. Około dwie trzecie respondentów stwierdziło, że kłamali w sprawie grania oraz odczuwali potrzebę stawiania coraz większych kwot pieniędzy.

Tabela 23. Rozkład odpowiedzi na pytania testu przesiewowego Lie/Bet

Kryteria	Tak		Nie	
	Liczba respondentów	Odsetek	Liczba respondentów	Odsetek
Kłamanie w sprawie grania	182	61,1	116	38,9
Potrzeba stawiania coraz większych kwot pieniędzy	184	62,8	109	37,2

Wyniki testu przesiewowego Lie/Bet pokazują, że trzy czwarte badanych wykazywało potrzebę dalszej, pogłębionej diagnozy u specjalisty.

Tabela 24. Interpretacja wyniku testu przesiewowego Lie/Bet

Zgromadzone punkty	Interpretacja wyniku	Liczba respondentów	Odsetek
0	Brak problemów	75	25
1-2	Potrzebna dalsza diagnoza	225	75

Właściwości psychometryczne testu

Standaryzowany współczynnik α Cronbacha wyniósł $\alpha=0,602$. Krzywa ROC zaprezentowana na wykresie 3 sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,907 (95% przedział ufności: 0,870 - 0,943).

Wykres 3. Krzywa ROC dla testu przesiewowego Lie/Bet

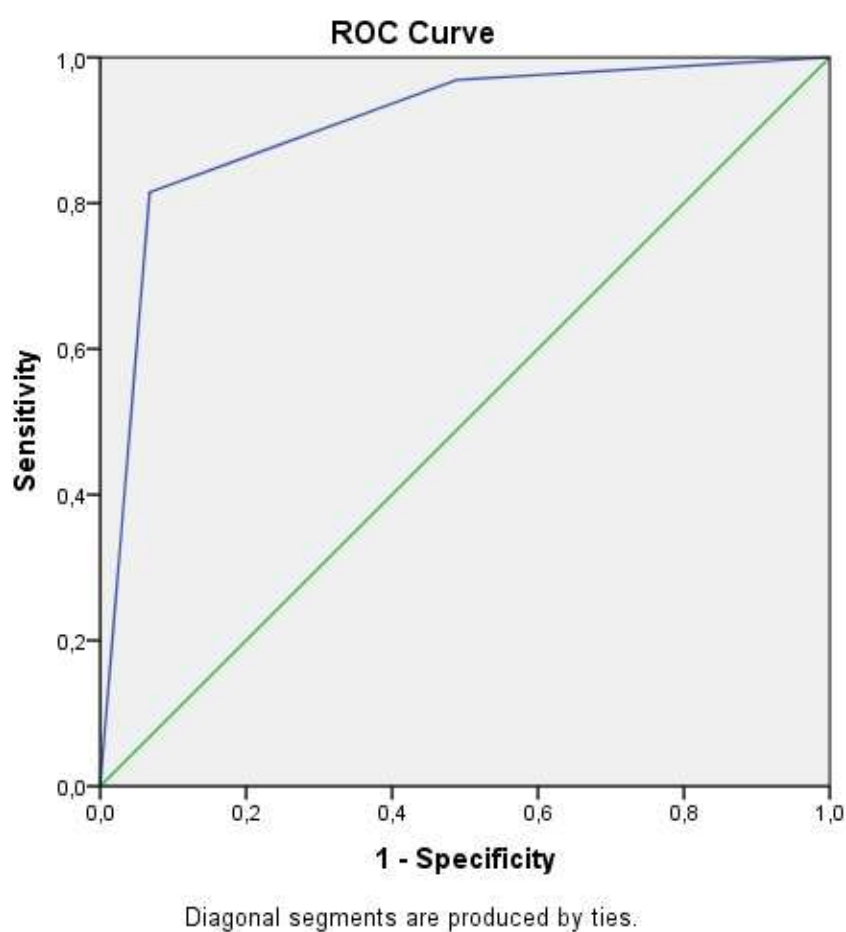


Tabela 25. Wyniki testu dla testu przesiewowego Lie/Bet

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

Tabela 26. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Lie/Bet

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

Zestawienie wartości czułości i swoistości testu dla skumulowanego rozkładu punktów testu wskazuje na 2 punkty jako optymalną wartość graniczną. Oznacza to, iż uzyskanie w teście 2 lub więcej punktów wskazuje na konieczność dokonania pogłębionej diagnozy u specjalisty.

Respondenci nie mieli problemu ze zrozumieniem pytań testu Lie/Bet. Żaden z ankieterów nie zgłosił do niego uwag.

Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT)

Najczęściej wymienianymi odpowiedziami w teście przesiewowym EIGHT było utrzymywanie w tajemnicy o czasie i środkach przeznaczanych na grę. Około trzy czwarte respondentów doświadczało tego typu zachowania (72,3%). Dwie trzecie badanych odczuwało przygnębienie lub niepokój po zakończeniu grania (64,5%) oraz doświadczało problemów z powodu grania (60%). Najbardziej wymienianymi odpowiedziami były zorientowanie się, że po zakończeniu grania nie ma już pieniędzy (48%), krytykowanie z powodu grania (51%) oraz odczuwanie silnej potrzeby, żeby wrócić do grania, odegrać się, odzyskać przegrane pieniądze (55,4%). Mimo, że wypowiedzi na te pytania występowały najrzadziej to i tak były doświadczane przez połowę respondentów.

Tabela 27. Rozkład odpowiedzi na pytania testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT)

Kryteria	Tak		Nie	
	Liczba respondentów	Odsetek	Liczba respondentów	Odsetek
Przygnębienie lub niepokój po zakończeniu grania w gry hazardowe	191	64,5	105	35,5
Poczucie winy z powodu sposobu gry	170	57,4	126	42,6
Problemy wynikające z grania w gry hazardowe	177	60,0	118	40,0
Ukrywaniu, zwłaszcza przed rodziną, czasu i wydatków ponoszonych na grę	214	72,3	82	27,7
Brak pieniędzy po skończeniu grania	142	48,0	154	52,0
Silna potrzeba, żeby wrócić do grania, odegrania się, odzyskania pieniędzy przegranych ostatnim razem	164	55,4	132	44,6
Krytyka z powodu grania w gry hazardowe	150	51,0	144	49,0
Podejmowanie prób wygrania pieniędzy na spłatę długów	166	56,1	130	43,9

Wyniki testu przesiewowego EIGHT pokazują, że u dwóch trzecich badanych granie hazardowe może być przyczyną problemów w ich życiu.

Tabela 28. Interpretacja wyniku testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT)

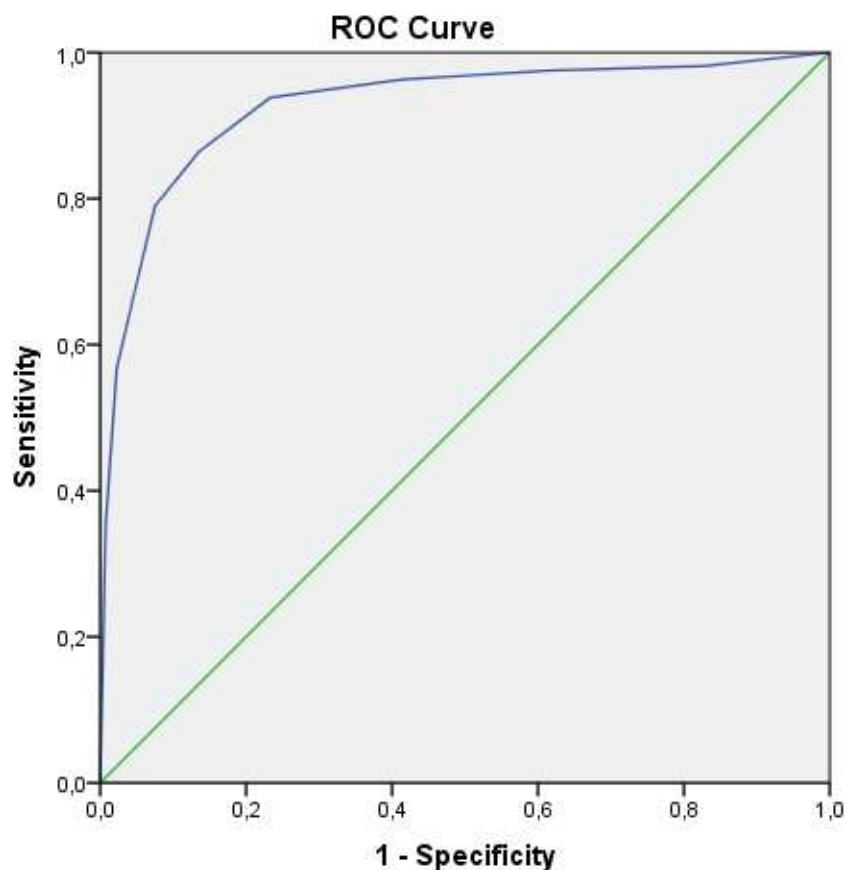
Zgromadzone punkty	Interpretacja wyniku	Liczba respondentów	Odsetek
0-3	Brak problemów	114	38
4-8	Granie hazardowe może być przyczyną problemów w życiu	186	62

Właściwości psychometryczne testu

Standaryzowany współczynnik α Cronbacha wyniósł $\alpha=0,837$. Wartości współczynników α , jakie by uzyskano po wyeliminowaniu poszczególnych pozycji testu nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnego z nich. Można zatem spójność wewnętrzną testu uznać za zadawalającą.

Krzywa ROC zaprezentowana na wykresie 4 sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,927 (95% przedział ufności: 0,897-0,958).

Wykres 4. Krzywa ROC dla testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT)



Diagonal segments are produced by ties.

Tabela 29. Wyniki testu dla testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT)

Obszar	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,927	0,016	0,000	0,897	0,958

Tabela 30. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT)

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czułość	Swoistość
1	0,981	0,173
2	0,975	0,383
3	0,963	0,586
4	0,938	0,767
5	0,864	0,865
6	0,790	0,925
7	0,568	0,977
8	0,352	0,992

Zestawienie wartości czułości i swoistości testu dla skumulowanego rozkładu punktów testu wskazuje na 5 punktów jako optymalną wartość graniczną. Oznacza to, iż uzyskanie w teście 5 lub więcej punktów wskazuje na hazard patologiczny.

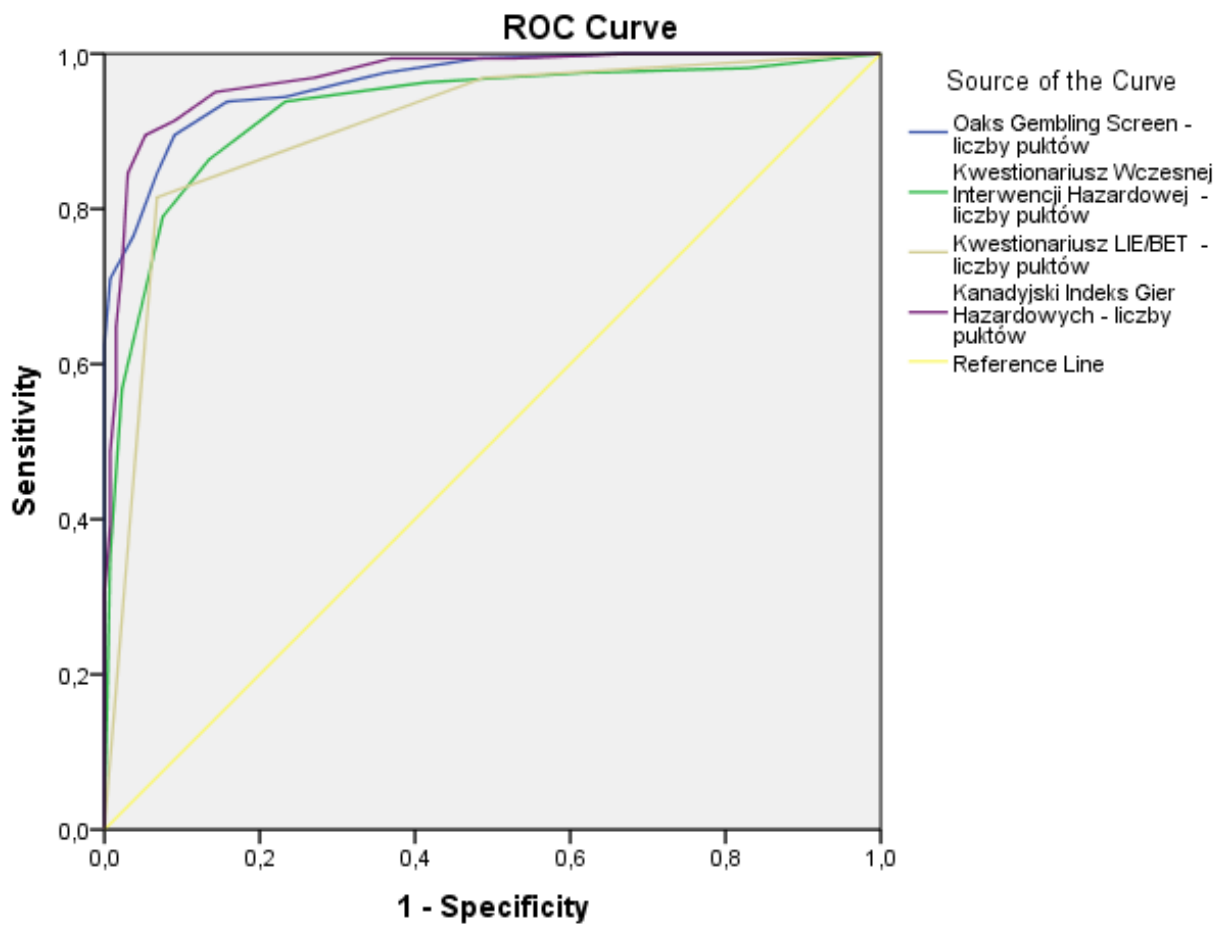
Wyniki ewaluacji badania pokazały że, w ocenie ankietowanych stwierdzono: czasami odczuwam przygnębienie lub niepokój po zakończeniu gry hazardowej, w przypadku niektórych respondentów, wymagało dokładniejszego wytłumaczenia, o jakie stany emocjonalne chodzi. W przypadku stwierdzenia 3: kiedy o tym myślę, granie w gry hazardowe czasami przysparzało mi problemów respondenci dopytywali o jakiego rodzaju problemy chodzi: rodzinne, psychiczne, finansowe.

Podsumowanie

Na wykresie 5 zaprezentowano krzywe ROC dla czterech walidowanych testów, zaś w tabeli poniżej zamieszczono współczynniki mocy predyktywnej testów mierzonej wielkością powierzchni pod krzywą.

Porównanie mocy predyktywnej testów sugeruje brak znaczących różnic. Wprowadzie Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI) odznacza się najwyższym współczynnikiem, to jednak wartości współczynników dla pozostałych testów są niewiele niższe. Jedynie w przypadku kwestionariusza Lie/Bet powierzchnia pod krzywą jest mniejsza w stopniu istotnym statystycznie.

Wykres 5. Krzywe ROC dla czterech walidowanych testów przesiewowych.



Diagonal segments are produced by ties.

Tabela 31. Wyniki testu dla czterech walidowanych testów przesiewowych

Test przesiewowy	Obszar	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
				Dolna granica	Górna granica
The South Oaks Gambling Screen	0,963	0,009	0,000	0,945	0,981
Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych	0,969	0,009	0,000	0,951	0,987
Lie/Bet	0,907	0,018	0,000	0,870	0,943
Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej	0,927	0,016	0,000	0,897	0,958

Porównanie czułości, swoistości, pozytywnej wartości predykcyjnej (PPV) oraz negatywnej wartości predykcyjnej (NPV) przemawia za Kanadyjskim Indeks Gier Hazardowych. Test ten odznacza się najwyższą czułością oraz swoistością. Wartości te są też najlepiej zbalansowane. Podobnie jest z pozytywną i negatywną wartością predykcyjną.

Tabela 32. Czułość, swoistość, PPV i NPV dla czterech walidowanych testów przesiewowych.

Test przesiewowy	Czułość	Swoistość	PPV	NPV
The South Oaks Gambling Screen	0,895	0,910	0,938	0,832
Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych	0,914	0,910	0,925	0,896
Lie/Bet	0,815	0,932	0,936	0,805
Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej	0,864	0,865	0,886	0,839

Test Lie/Bet odznacza się najgorszymi parametrami psychometrycznymi, zwłaszcza jeśli chodzi o czułość oraz negatywną wartość predykcyjną. Jedynie swoistość tego testu jest najwyższa. Jednocześnie test ten jest zdecydowanie najkrótszy, co decyduje o łatwości użycia. Warto dodać, że chociaż większość parametrów tego testu jest najsłabsza, to jednak różnice są tu niewielkie. Warto więc rozważyć zastosowanie tego testu w warunkach kiedy realizacja bardziej rozbudowanych

testów jest niemożliwa, np. podczas standardowej wizyty w podstawowej opiece zdrowotnej.

Ewaluacja badania pokazała, że ankieterzy-terapeuci, również uznali że Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych najlepiej nadaje się do prowadzenia badań przesiewowych, w drugiej kolejności ankieterzy wskazywali – Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Kryzysowej. Na trzecim miejscu znalazł się South Oaks Gambling Screen. Nikt nie wskazał Lie/Bet. Ankieterzy wskazywali na przystępną objętość testów, co nie jest bez znaczenia w trudnych warunkach realizacji.

Wyniki walidacji testów przesiewowych pokazały również różnice w interpretacji wyników. Według instrukcji testu The South Oaks Gambling Screen, dla postawienia wstępnej diagnozy hazardu patologicznego badany musiał zgromadzić minimum 5 punktów. Walidacja pokazała, że w Polsce optymalną wartością graniczną wskazującą na prawdopodobieństwo występowania patologicznego hazardu jest uzyskanie minimum 7 punktów. Z kolei w przypadku testu Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych według przeprowadzonej w ramach badania walidacji do postawienia wstępnej diagnozy problemowego hazardu niezbędne jest minimum 7 punktów, natomiast według instrukcji jest to minimum 8 punktów. Instrukcja testu przesiewowego Lie/Bet zaleca pogłębienie diagnozy u specjalisty przy wystąpieniu minimum jednej odpowiedzi twierdzącej. Wyniki walidacji wskazują, że taka konsultacja wymagana jest dopiero przy dwóch odpowiedziach twierdzących. Według instrukcji testu Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej twierdząca odpowiedź na minimum 4 pytania może być wskaźnikiem występowania problemów hazardowych w życiu. Natomiast walidacja pokazała, że optymalną wartością graniczną w warunkach polskich jest minimum 5 odpowiedzi twierdzących.

Najczęściej respondenci byli rekrutowani w placówkach leczenia uzależnień (38,3%), co trzeci rekrutowany był w miejscach uprawiania hazardu (29,3%) a co czwarty (26,8%) z wykorzystaniem kuli śniegowej. Niezmiernie trudne okazało się rekrutowanie badanych w miejscach, w których uprawiają hazard. Głównym powodem było niezadowolenie właścicieli takich miejsc.

W przyszłości warto zadbać o zabezpieczenie miejsca, w którym można by prowadzić badanie w bezpiecznej atmosferze. Możliwym sposobem rekrutacji jest zachęcenie do udziału w badaniu poprzez ogłoszenia na portalach społecznościowych i w prasie. Zachęty materialne na pewno zwiększyłyby zainteresowanie badaniem. Bardzo pomogłoby uzyskanie zgody właściciela lokalu na

przeprowadzenie badania oraz pozyskanie współpracy kogoś, kto byłby w stanie wprowadzić ankietera do środowiska osób uprawiających hazard.

Istotna jest dywersyfikacja źródeł/metod trafiania do respondentów, gdyż pozwala to dotrzeć do badanych o zróżnicowanych charakterystykach - w różnym wieku, o różnym stopniu nasileniu problemów itd.

Zawarcie zbyt wielu pytań w ankiecie mogło prowadzić do znużenia badaniem i udzielania powierzchownych, automatycznych, nieprzemyślanych odpowiedzi. Badani mają poczucie, że pytania się powtarzają. Należałoby pomyśleć o ograniczeniu liczby testów. Poza tym testy zawierały zdania wielokrotnie złożone, co utrudniało ich zrozumienie przez badanych.

Ponieważ testy były przeznaczone do samodzielnego wypełniania a w testach zawarte były wytyczne, co do sposobu interpretacji wyniku, badani mogli świadomie manipulować odpowiedziami po to by uzyskać pożądany wynik.

Informacja o realizowanym badaniu może odstraszać od udziału w nim osoby, które podejrzewają, że mogą mieć zaburzenia hazardowe lub mają zaburzenia hazardowe. Mogą oni unikać konieczności skonfrontowania się z problemem.

Wnioski i rekomendacje

1. Metoda delficka pozwoliła zorientować się, że specjaliści nie posługują się wystandaryzowaną procedurą diagnostyczną.
2. Okazało się, że między różnymi ośrodkami w Polsce występują istotne różnice w sposobie diagnozowania.
3. Walidacja pokazała na konieczność weryfikacji interpretacji wyników w warunkach polskich, zmieniając wartości graniczne.
4. Wyniki pomiędzy poszczególnymi testami nie są znaczące. Odstaje od nich jedynie test Lie/Bet, który większość parametrów ma gorszych od pozostałych testów. Należy jednak zauważyć, że różnice są tu niewielkie. Warto więc rozważyć zastosowanie tego testu w warunkach kiedy realizacja bardziej rozbudowanych testów jest niemożliwa, np. podczas standardowej wizyty w podstawowej opiece zdrowotnej.
5. Wyniki walidacji pokazały, że najwyższy współczynnik mocy predyktywnej wykazywał Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych. Również terapeuci wskazali ten test jako najlepiej nadający się do prowadzenia badań przesiewowych.

6. Pozyskanie do współpracy osoby, która mogłaby pełnić rolę osoby rekomendującej badacza zwiększa szansę na realizację badania.
7. W przyszłości warto zadbać o zabezpieczenie miejsca, w którym można by prowadzić badanie w bezpiecznej atmosferze, pozwalającej wypowiadać się badanemu w nieskrępowany sposób.
8. Istotna jest dywersyfikacja źródeł/metod trafiania do respondentów, gdyż pozwala to dotrzeć do badanych o zróżnicowanych charakterystykach - w różnym wieku, o różnym stopniu nasileniu problemów itd.
9. Informacja o realizowanym badaniu może odstraszać od udziału w nim osoby, które podejrzewają, że mogą mieć zaburzenia hazardowe lub mają zaburzenia hazardowe. Mogą oni unikać konieczności skonfrontowania się z problemem.

Literatura

1. Achab, S., Chatton, A., Khan, R., Thorens, G., Penzenstadler, L., Zullino, D., Khazaal, Y. (2014). Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes. *BioMed Research International*. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2014/360585>
2. Beaton D., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3191
3. Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M., Molinaro S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. *Journal of Gambling Study*, 29(4), 765-74. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.
4. Evans L, Delfabbro PH (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking. *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 133-155.
5. Fortune E, Goodie A (2010). Comparing the utility of a modified Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS) with the South Oaks Gambling Screen (SOGS) as a Research Screen in College Students. *Journal of Gambling Studies*, 26, 4, 639-644.
6. Grant, J.E., Kushner, M.G., Suck Won Kim. (2002). Pathological Gambling and Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research & Health* 26, 143–150.
7. Lorains, F.K., Cowlshaw, S., Thomas, S.A., (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-

analysis of population surveys. *Addiction* 106, 490–498. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x

8. Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych (2012). CBOS, Warszawa
9. Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych (2015). CBOS, Warszawa
10. Petry NM (2005). *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
11. Petry, N.M., Stinson, F.S., Grant, B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.[CME]. *J Clin Psychiatry* 66, 564–574.
12. Potenza M, Fiellin D, Heninger G, Rounsaville B, Mazure C. (2002). Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 9, 721-32
13. Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J. (2009). Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25, 1, 19-32.
14. Rajda (2011). Proces walidacji metody pomiarowej jako przykład zastosowania statystycznej kontroli jakości z wykorzystaniem pakietu Statistica. Strona internetowa:
http://www.statsoft.pl/Portals/0/Downloads/Proces_walidacji_metody_pomiarowej.pdf
15. Sellman, J.D., Adamson, S., Robertson, P., Sullivan, S., Coverdale, J. (2002). Gambling in mild-moderate alcohol-dependent outpatients. *Substance Use & Misuse* 37, 199–213.
16. Stewart, S.H., Kushner, M.G. (2003). Recent Research on the Comorbidity of Alcoholism and Pathological Gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27, 285–291. doi:10.1097/01.ALC.0000052704.14282.B2

17. Stinchfield RD. (2002). Youth gambling: how big a problem? *Psychiatric Annals*, 32, 197-202.
18. Toneatto T., Millar G. (2004). Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 8, 517-25.
19. Wardle H, Moody A, Spence S, Orford J, Volberg R, Jotangia D et al. (2011). British gambling prevalence survey 2007. Executive summary. <http://www.natcen.ac.uk/our-research/research/british-gambling-prevalence-survey/> (available 9.09.2014).
20. Wiebe J., Volberg RA. (2007). Problem gambling prevalence research: A critical overview. A report to the Canadian Gaming Association. <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/comm/communicationfile-34523.pdf> (available 9.09.2014).
21. Winters, K.C., Kushner, M.G. (2003). Treatment Issues Pertaining to Pathological Gamblers with a Comorbid Disorder. *Journal of Gambling Studies* 19, 261–77.

Załączniki

1. Ostateczne wersje testów przesiewowych
2. Kryteria diagnostyczne – ostateczna wersja
3. Kwestionariusz danych socjodemograficznych
4. Informacja o badaniu dla respondenta
5. Oświadczenie ankietera o uzyskaniu zgody na udział w badaniu
6. Protokół badania
7. Instrukcja dla ankietera-terapeuty