

Próffræðilegir eiginleikar Sheehan Disability Scale, Quality of Life Scale og Patient Health Questionnaire í íslenskri þýðingu

Andri Steinþór Björnsson, Karen Jónsdóttir, Signý Sigurðardóttir og Inga Wessman
Háskóli Íslands

Ólafía Sigurjónsdóttir
Kviðameðferðarstöðin

Auður Sjöfn Þórisdóttir
University of Regina

Jóhann Pálmar Harðarson og Guðmundur Arnkelsson
Háskóli Íslands

Virkniskerðing, skert lífsgæði og þunglyndi hafa mikil áhrif á líf fólks og því er mikilvægt fyrir meðferðaraðila og rannsakendur á Íslandi að geta reitt sig á áreiðanleg og réttmæt mælitæki sem meta þessa þætti. Í þessari rannsókn voru próffræðilegir eiginleikar þriggja sjálfsmatskvarða á íslenskri þýðingu metnir. Þetta eru *Sheehan Disability Scale* (SDS), sem mælir virkniskerðingu, *Quality of Life Scale* (QOLS), sem mælir lífsgæði, og *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), sem mælir fjölda og alvarleika þunglyndiseinkenna. Þátttakendur rannsóknarinnar voru alls 110, þar af 56 í klínísku úrtaki einstaklinga með félagsfælni sem megingreiningu og 54 í almennu úrtaki einstaklinga án geðraskana. Tvö greiningarviðtöl voru lögð fyrir þátttakendur, *The Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) og *Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module* (BDD-DM). Samleitniréttmæti kvarðanna SDS, QOLS og PHQ-9 var metið með tilliti til félagsfælnigreiningar á MINI en samleitniréttmæti PHQ-9 var einnig athugað miðað við þunglyndisgreiningu á MINI. Innri áreiðanleiki SDS var viðunandi ($\alpha = 0,7$) fyrir klínísku úrtakið en góður ($\alpha = 0,81$) fyrir almenna úrtakið, viðunandi ($\alpha = 0,76$) fyrir QOLS í klínísku úrtakinu en góður ($\alpha = 0,86$) í almenna úrtakinu, góður ($\alpha = 0,87$) fyrir PHQ-9 í klínísku úrtakinu en sæmilegur ($\alpha = 0,66$) í almenna úrtakinu. Samleitniréttmæti kvarðanna var mjög gott sem kom fram í því að félagsfælnigreining á MINI tengdist hærri stigafjölda á SDS og PHQ-9 en lægri stigafjölda á QOLS. Einnig spáði hærri stigafjöldi á PHQ-9 fyrir um hærri hlutfall einstaklinga með þunglyndisgreiningu á MINI. Helstu niðurstöður eru þær að próffræðilegir eiginleikar kvarðanna haldast að mestu leyti í íslenskri þýðingu. Félagsfælni virðist draga úr lífsgæðum, auka líkurnar á þunglyndiseinkennum og hafa mikil og neikvæð áhrif á virkni fólks sem greinist með hana.

Efnisorð: Virkniskerðing, lífsgæði, þunglyndiseinkenni, félagsfælni, próffræðilegir eiginleikar.

Virkniskerðing, skert lífsgæði og þunglyndi hafa mikil áhrif á líf fólks og því er mikilvægt fyrir meðferðaraðila og rannsakendur á Íslandi að geta reitt sig á áreiðanleg og réttmæt mælitæki sem meta þessa þætti. Sjálfsmatskvarðarnir *Sheehan Disability Scale*, *Quality of Life Scale* og *Patient Health Questionnaire* hafa góða próffræðilega eiginleika og eru víða notaðir erlendis í rannsóknum og klínísku starfi. Í þessari rannsókn á félagsfælni voru

Andri Steinþór Björnsson Ph.D. og Guðmundur Arnkelsson Ph. D. eru báðir prófessorar við sálfræðideild Háskóla Íslands. Karen Jónsdóttir BS og Signý Sigurðardóttir BS voru nemendur við Háskóla Íslands. Ólafía Sigurjónsdóttir Ph.D. starfar sem sálfræðingur við Kviðameðferðarstöðina, Jóhann Harðarson cand. psych. og Inga Wessman, cand. psych., MS., eru doktorsnemendur við Háskóla Íslands, Auður Sjöfn Þórisdóttir er doktorsnemandi við University of Regina í Kanada. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beina til Andra Steinþórs Björnssonar, prófessors við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Odda, Sturlugötu, 101 Reykjavík, Íslandi. Netfang: asb@hi.is.

próffræðilegir eiginleikar þessara mælitækja í íslenski þýðingu metnir. Félagsfærni er algeng og alvarleg geðröskun sem felst í miklum ótta við neikvætt mat annarra og leiðir oft til þess að fólk forðast félagslegar aðstæður (American Psychiatric Association, 2013). Félagsfærni dregur oft úr virkni fólks og lífsgæðum (Aderka o.fl., 2012; Stein og Kean, 2000) og á oft þátt í því að þunglyndi þróist hjá því (Beesdo o.fl., 2007). Þessir sjálfsmatskvarðar meta algengar afleiðingar félagsfærni og reyndar annarra geðraskana og geta gefið matsaðila heildstæðari mynd af áhrifum geðraskana á líf fólks.

Virkniskerðing vísar til þess að fólk eigi erfitt með að framkvæma daglegar athafnir og kemur slík skerðing fram á flestum sviðum í lífi einstaklinga með félagsfærni (Schneier o.fl., 1994). Félagslíf er það svið sem verður fyrir mestri skerðingu (Katzelnick o.fl., 2001) og kemur það mest niður á ástar- og vinasamböndum (Aderka o.fl., 2012). Einnig verður fjölskyldulíf einstaklinga með félagsfærni fyrir skerðingu, einkum sambönd innan fjölskyldunnar (Wittchen, Stein og Kessler, 1999). Virkniskerðing kemur einnig niður á menntun og starfi en einstaklingar með félagsfærni fara síður í langt nám og eru ólíklegri til að vera í vel launuðu starfi en einstaklingar sem ekki þjáast af félagsfærni (Katzelnick o.fl., 2001). Sjálfsmatskvarðinn *Sheehan Disability Scale* (SDS) metur virkniskerðingu vegna geðrænna einkenna. Hann metur hversu mikil skerðingin er á virkni einstaklings og á hvaða sviðum hún birtist (Sheehan, Harnett-Sheehan og Raj, 1996). Kvarðinn hefur háan áreiðanleika ($\alpha = 0,89$) og gott réttmæti í klínísku úrtaki sem kemur fram í meiri skerðingu hjá einstaklingum með geðröskun heldur en hjá þeim sem eru án geðraskana (Leon, Olfson, Portera, Farber og Sheehan, 1997). Einnig hefur SDS háa fylgni við mælingar á félagsfærni, þunglyndiseinkenni, og mat á lífsgæðum hjá einstaklingum með félagsfærni (Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier og Liebowitz, 2004).

Skerðing á lífsgæðum er önnur afleiðing félagsfærni (Wittchen, Fuetsch, Sonntak, Müller og Liebowitz, 2000). Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni vísa lífsgæði til þess hvernig einstaklingur upplifir stöðu sína í lífinu

á ýmsum sviðum þegar tekið er tillit til þátta eins og markmiða og væntinga hans (WHOQOL group, 1998). Sjálfsmatskvarðinn *Quality of Life Scale* (QOLS) metur lífsgæði fólks á eftirtöldum fimm sviðum: Efnisleg og líkamleg vellíðan, sambönd, félagsleg, samfélagsleg og borgaraleg virkni, persónuþroski og lífsfylling, og afþreying (Burckhardt og Anderson, 2003). Kvarðinn hefur háan áreiðanleika í klínísku úrtaki ($\alpha = 0,89$ til $0,92$) og gott hugsmíðarréttmæti sem kemur fram í hárrí fylgni við annan lífsgæðakvarða ásamt meðalhárrí fylgni við geðheilsu (Liedberg, Burckhardt og Henriksson, 2005).

Alvarlegt þunglyndi og félagsfærni fylgjast oft að (Kessler, Petukhova, Sampson, Zalavsky og Wittchen, 2012). Þunglyndi getur þróast hjá einstaklingum í kjölfar félagsfærni vegna þeirrar félagslegu einangrunar sem hún veldur og þess kvíða sem félagslegar aðstæður framkalla, sem getur leitt til þess að fólk dragi úr virkni og finni fyrir depurð og vonleysi. Félagsfærni kemur oft fram snemma á lífsleiðinni og þunglyndi getur komið fram í kjölfarið (Beesdo o.fl., 2007). Sjálfsmatskvarðinn *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) metur þunglyndiseinkenni og alvarleika þeirra. Kvarðinn hefur þann eiginleika umfram aðra þunglyndiskvarða að hann er stuttur og einfaldur í notkun (Kroenke, Spitzer og Williams, 2001). Þá hefur hann háan áreiðanleika í almennu úrtaki ($\alpha = 0,86$) og klínísku úrtaki ($\alpha = 0,89$) ásamt því að hafa gott hugsmíðarréttmæti en hærri stigafjöldi á PHQ-9 tengist meiri virkniskerðingu (Kroenke o.fl., 2001; Martin, Rief, Klaiberg og Braehler, 2006). Kvarðinn reynist einnig vel til að skima fyrir þunglyndi sem kemur ekki á óvart þar sem atriði kvarðans samsvara þunglyndiseinkennum í greiningarkerfi Ameríska geðlæknafélagsins (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) (American Psychiatric Association, 2013).

Það er mikilvægt að staðfæra góð erlend matstæki á Íslandi. Fylgja þarf stöðluðum aðferðum við þýðingu svo að próffræðilegir eiginleikar haldist. Alþjóðlega prófanefndin (e. *International Test Commission*) hefur birt leiðbeiningar sem ætlaðar eru fyrir þýðingu og staðfærslu prófa þegar kemur að samانبurði milli landa. Þessar leiðbeiningar lúta að öllum

stigum þýðingar, allt frá því hvernig huga eigi að sérkennum prófs og alhæfingargildi hugsmíða til birtingar á áreiðanleika, réttmæti og túlkun mælitalna (Van de Vijver og Hambleton, 1996). Ein viðurkennd aðferð við að staðfæra mælitæki er að gera fyrst tvær sjálfstæðar þýðingar sem eru síðan samræmdar af sérfræðingi á því sviði sem matstækið fjallar um (Einar Guðmundsson, 2005–2006). Þessi aðferð var valin til að þýða kvarðana SDS, QOLS og PHQ-9. Tveir af þessum kvörðum (PHQ-9 og QOLS) voru þegar til í íslenski þýðingu (Ólafur Veigar Hrafnsson og Matthías Guðmundsson, 2007; Sævar Már Gústavsson, 2016; Valdís Eyja Pálsdóttir, 2007) en ofangreind aðferð var ekki notuð við þýðingu QOLS. Einnig má nefna að meinleg villa var í PHQ-9-kvarðanum (hluta af svefnspurningunni vantar) sem mikilvægt er að leiðrétta. Kvarðarnir þrír hafa góða próffræðilega eiginleika á sínu upprunamáli en leiðbeiningar Alþjóðlegu prófanefndarinnar segja til um að birta skuli upplýsingar um réttmæti og áreiðanleika eftir að kvarðarnir hafa verið þýddir. Ef kvarðarnir halda háum áreiðanleika og góðu réttmæti eftir þýðingu er notkun þeirra á nýju tungumáli réttlæt看anleg í rannsóknum og klínísku starfi (Bannigan og Watson, 2009; Kimberlin og Winterstein, 2008).

Helsta markmið þessarar rannsóknar var að meta próffræðilega eiginleika kvarðanna SDS, QOLS og PHQ-9 í íslenski þýðingu með því að athuga innri áreiðanleika og samleitniréttmæti þeirra annars vegar í klínísku úrtaki einstaklinga með félagsfælni sem megingreiningu og hins vegar í almennu úrtaki einstaklinga án geðraskana. Rannsóknin felst jafnframt í því að meta hvaða áhrif félagsfælni hefur á virkni, lífsgæði og þunglyndiseinkenni. Með þessu rannsóknarsniði er hægt að meta hversu næm mælitækin eru á áhrif geðraskana á þessa þætti. Réttmæti kvarðanna var athugað með því að bera klínísku úrtakið saman við almenna úrtakið og var búist við því að einstaklingar með félagsfælni hefðu minni lífsgæði, meiri virkniskerðingu og sýndu fleiri þunglyndiseinkenni. Réttmæti PHQ-9 var einnig athugað með því að kanna hvort hærri stigafjöldi spái fyrir um herra hlutfall einstaklinga með þunglyndi.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru 110 talsins, frá 18 til 66 ára ($M = 29,7$, $sf = 10,4$; konur 58%), í tveimur úrtökum: klínísku úrtaki (56 einstaklingar, meðalaldur 28,2, $sf = 10,4$) og almennu úrtaki (54 einstaklingar, meðalaldur 31,4, $sf = 10,3$). Klínísku úrtakið samanstóð af einstaklingum með félagsfælni sem megingreiningu (sú geðröskun sem olli einstaklingi mestri vanlíðan og virkniskerðingu) sem sóttust eftir meðferð á Kvíðameðferðarstöðinni (KMS) en almenna úrtakið samanstóð af einstaklingum án geðraskana. Vísindasiðanefnd samþykkti rannsóknina og allir þátttakendur veittu upplýst samþykki sitt.

Eins og sjá má í 1. töflu var bakgrunnur þátttakenda í báðum úrtökum að mestu leyti svipaður nema þegar kom að hjúskaparstöðu og menntun eins og við var búist. Þátttakendur í klínísku úrtakinu voru frekar einhleypir og geðlyfjanotkun þeirra var meiri en í almenna úrtakinu og einstaklingar í því síðarnefnda voru að jafnaði meira menntaðir en einstaklingar í því fyrnefnda.

Margir þátttakendur í klínísku úrtakinu þjáðust af fleiri geðröskunum en félagsfælni (eins og sjá má í 2. töflu) og var algengast að þeir glímdu við alvarlegt þunglyndi.

Mælitæki

The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) er geðgreiningarviðtal sem inniheldur 120 spurningar og greinir geðraskanir á ási I samkvæmt fjórðu útgáfu af DSM. Viðtalið getur gefið 24 mismunandi greiningar, þær sem einstaklingur hefur nú eða hefur áður fengið. Hver röskun er metin með einni eða fleiri skimunarspurningum og spurningum sem einungis er spurt ef svör við skimunarspurningunum eru jákvæð (Sheehan o.fl., 1998). Rannsóknir hafa sýnt háan áreiðanleika milli matsmanna, á bilinu 0,89–1,0 (Lecrubier o.fl., 1997; Sheehan o.fl., 1997). Pétur Tyrtingsson sálfræðingur þýddi MINI-viðtalið yfir á íslensku. Áreiðanleiki milli matsmanna í þessari rannsókn var á bilinu 90,9% til 100% í klínísku úrtakinu og 100% í almenna úrtakinu.

1. tafla. Bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur

	Klínískt úrtak (n = 56) Tíðni (%)	Almennt úrtak (n = 54) Tíðni (%)
Kyn		
Konur	34 (60,7%)	30 (55,6%)
Menntun (lokið mest)		
Grunnskólanámi	24 (42,9%)	8 (14,8%)
Iðnnámi	5 (8,9%)	3 (5,6%)
Stúdentsprófi	21 (37,5%)	15 (27,8%)
Diplómanámi	0 (0%)	5 (9,3%)
Bakalágráðu	6 (10,7%)	11 (20,4%)
Mastersgráðu	0 (0%)	11 (20,4%)
Doktorsgráðu	0 (0%)	1 (1,9%)
Í námi		
Í námi núna	22 (42,3%)	22 (40,7%)
Hjúskaparstaða		
Einhleyp/ur	30 (53,6%)	16 (29,6%)
Í föstu sambandi/sambúð	21 (37,5%)	26 (48,1%)
Gift/ur	4 (7,1%)	9 (16,7%)
Fráskilin/n	1 (1,8%)	3 (5,6%)
Lyfjnotkun		
Á geðlyfjum	28 (50,9%)	0 (0%)

Athugasemd. Hjá nokkrum þátttakendum vantaði gögn um bakgrunnsbreytur.

2. tafla. Upplýsingar um samkvilla geðraskanir hjá einstaklingum í félagsfælniúrtaki (n = 56)

Geðröskun	Tíðni (%)
Þunglyndi	17 (30,4%)
Óyndi	2 (3,6%)
Geðhvarfaröskun I	1 (1,8%)
Geðhvarfaröskun II	3 (5,4%)
Áráttu- og þráhyggjuröskun	3 (5,4%)
Áfallastreituröskun	3 (5,4%)
Áfengis- og eða vímuefnaánætni	8 (14,3%)
Almenn kvíðaröskun	6 (10,7%)
Ofsakvíði með víðáttufælni	5 (8,9%)
Víðáttufælni án ofsakvíða	1 (1,8%)
Líkamsskynjunarröskun	9 (16,1%)

Athugasemd. Greiningar samkvæmt *Mini International Neuropsychiatric Interview* og *Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module*.

Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDD-DM) er stutt hálfstaðlað greiningarviðtal hannað til að greina líkamsskynjunarröskun (e. *body dysmorphic disorder*). Próffræðilegir eiginleikar viðtalsins eru góðir og hefur það meðal annars góðan áreiðanleika matsmanna ($\kappa = 0,96$) (Phillips, 2005). Viðtalið var lagt fyrir í heild sinni auk einnar spurningar um áráttukennda hegðun (í samræmi við fimmtu útgáfu af DSM). Þessi viðbót við viðtalið var gerð í samráði við höfund þess, dr. Katharine Phillips. Andri S. Björnsson prófessor og sálfræðingur samræmdi tvær sjálfstæðar þýðingar Ásmundar Gunnarssonar sálfræðings og Mardísar Karlsdóttur doktorsnema í sálfræði. Í þessari rannsókn kom fram hár áreiðanleiki milli matsmanna: 90,9% í klíníska úrtakinu og 100% í almenna úrtakinu.

Sheehan Disability Scale (SDS) er þriggja atriða sjálfsmatskvarði sem metur virkniskerðingu vegna einkenna á þremur sviðum í lífi fólks, það er í vinnu eða námi, í félagslífi og í fjölskyldulífi. Hvert svið er mælt með einu atriði sem metið er á 11 punkta kvarða. Fólk metur núverandi virkniskerðingu á sviðunum þremur og geta svarmöguleikar verið frá 0 (alls ekki) til 10 (mjög mikið). Hægt er að leggja saman stigin frá þessum þremur sviðum sem er mæling á almennri virkniskerðingu og getur heildarstigafjöldi verið frá engri skerðingu (0 stig) til mjög mikillar skerðingar (30 stig). Jafnframt eru tvær spurningar um fjölda daga síðastliðinnar viku sem einkennin hafa haft truflandi áhrif á líf einstaklings (Sheehan o.fl., 1996). Í einni rannsókn kom í ljós að meðalstigafjöldi einstaklinga, sem greindust einvörðungu með félagsfælni og eru að leita sér meðferðar við henni, var 9,9 (staðalvilla mælingar (SM) = 0,7), en 16,2 (SM = 0,8) þegar önnur röskun er samkvilla félagsfælninni, og 3,3 (SM = 0,2) í almennu þýði einstaklinga án geðraskana (Katzelnick o.fl., 2001). Í annari rannsókn (Aderka o.fl., 2012), þar sem eingöngu var um einstaklinga að ræða með félagsfælni sem meginröskun, var meðalstigafjöldi 17,6 ($sf = 5,5$). Við þýðingu kvarðans yfir á íslensku voru tvær sjálfstæðar þýðingar gerðar af Auði Sjöfn Þórisdóttur, doktorsnema í sálfræði, og dr. Ólafíu Sigurjónsdóttur sálfræðingi og voru þýðingarnar sameinaðar í eina lokaútgáfu af Andra S. Björnssyni.

Quality of Life Scale (QOLS) er 16 atriða sjálfsmatskvarði sem metur 5 svið lífsgæða. Einstaklingur metur ánægju sína á hverju sviði fyrir sig og eru svarmöguleikar á 7 punkta kvarða, frá því að vera mjög óánægður (1 stig) í að vera mjög ánægður (7 stig). Til að túlka niðurstöður kvarðans eru stig allra atriða lögð saman og því geta heildarstig verið á bilinu 16 til 112 stig, og gefa fleiri stig til kynna aukin lífsgæði. Meðalstigafjöldi í heilbrigðu úrtaki var 84,1 ($sf = 12,5$) í einni rannsókn (Wahl, Rustøen, Hanestad, Lerdal og Moum, 2004) og almennt gildir um einstaklinga með langvarandi sjúkdóma að þeir hafi lægra meðaltal (Burckhardt og Anderson, 2003). Meðalstigafjöldi íslenskra einstaklinga með félagsfælni var 64,9 ($sf = 13,4$) í upphafi meðferðar við félagsfælni hjá Kvíðameðferðarstöðinni (KMS) á Íslandi (Sigurður Viðar, Sigurbjörg Jóna Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári, 2011). Íslensk þýðing kvarðans fór fram með þeim hætti að Andri S. Björnsson samræmdi tvær sjálfstæðar þýðingar Auðar Sjafnar Þórisdóttur og Péturs Tyrfingssonar í eina lokaútgáfu.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) er 9 atriða sjálfsmatskvarði sem metur alvarleika þunglyndis. Hvert atriði kvarðans vísar til þunglyndiseinkenna og svarandi merkir við einn af fjórum svarmöguleikum, frá því að einkenni valdi alls ekki truflun (0 stig) í að valda truflun nánast alla daga (3 stig) á síðastliðnum tveimur vikum (Kroenke o.fl., 2001). Heildarstigafjöldi getur verið á bilinu 0 til 27 og gefa fleiri stig til kynna fleiri þunglyndiseinkenni og alvarlegra þunglyndi. Kroenke og félagar (2001) gefa út þá alvarleikakvörðun að 1–4 stig gefi til kynna lítill sem engin þunglyndiseinkenni, 5–9 stig þýði væg þunglyndiseinkenni, 10–14 stig gefi til kynna miðlungseinkenni, 15–19 stig þýði miðlungsalvarleg einkenni og 20–27 alvarleg þunglyndiseinkenni. Þunglyndir einstaklingar fá mun fleiri stig á PHQ-9 ($M = 15,9$, $sf = 3,1$) en einstaklingar án þunglyndis ($M = 2,6$, $sf = 2,9$) (Martin o.fl., 2006). Í einni rannsókn (Miloff, Savva og Carlbring, 2015) á einstaklingum, sem höfðu greinst með félagsfælni, var meðalstigafjöldi þeirra á

PHQ-9 8,8 ($sf = 4,9$) og innri áreiðanleiki 0,87. Andri S. Björnsson samræmdi tvær sjálfstæðar þýðingar í eina lokaútgáfu. Önnur þýðingin var gerð af sálfræðingunum Agnesi Agnarsdóttur, Hafrúnu Kristjánsdóttur, Jakobi Smára, Jóni Friðriki Sigurðssyni og Péttri Tyrfingssyni og hin þýðingin af Auði Sjöfn Þórisdóttur.

Framkvæmd

Auglýst var eftir þátttakendum í klíniska úrtakið í hópmeðferð við félagskvíða á Kvíðameðferðarstöðinni (KMS), á vefsíðu KMS og á Facebook þar sem óskað var eftir einstaklingum með félagsfælni til að taka þátt í rannsókn. Á móti þurftu þátttakendur ekki að greiða fyrir greiningarviðtal sem var hluti af hópmeðferð á KMS. Auglýst var eftir þátttakendum í almennt úrtak með tilkynningum sem festar voru á töflur í Háskóla Íslands og í nokkrum menntaskólum í Reykjavík. Einnig var auglýsing birt á síðunni Hugsanir og athygli - Rannsóknir við sálfræðideild Háskóla Íslands á Facebook. Í auglýsingunum var óskað eftir fólki sem þjáðist hvorki af kvíða né þunglyndi til að taka þátt í rannsókn þar sem 5000 króna gjafabréf var veitt fyrir þátttöku. Reynt var að finna einstaklinga í almenna úrtakið sem svipaði til þeirra sem voru í klíniska úrtakinu með tilliti til aldurs og kynjahlutfalls.

Áður en einstaklingar í almenna úrtakinu voru boðaðir í viðtölin var skimað fyrir kvíðaröskunum og þunglyndi í gegnum síma með spurningum úr MINI greiningaviðtalinu (sjá hér að framan). Þjálfaðir og reyndir sálfræðingar og nemendur í framhaldsnámi í klínískri sálfræði við Háskóla Íslands lögðu fyrir klínisku viðtölin og önnur mælitæki. Þeir höfðu fengið ítarlega þjálfun frá Andra S. Björnssyni sem jafnframt leiðbeindi matsfólki á vikulegum fundum þar sem rædd voru ýmis álitamál í sálrænu mati á borð við mismunagreiningar. Gögn þeirra þátttakenda, sem ekki uppfylltu skilyrði rannsóknarinnar, voru ekki nýtt í tölfraeðiúrvinnslu. Einstaklingar í klíniska úrtakinu svöruðu kvörðunum SDS, QOLS, og PHQ-9 snemma í hópmeðferðartíma á KMS en þrír einstaklinganna svöruðu ekki kvörðunum þar sem þeir hættu við þátttöku í rannsókninni. Einstaklingar í almenna úrtakinu

svöruðu kvörðunum eftir að greiningarviðtölin fóru fram en einn þátttakandi í því úrtaki svaraði ekki SDS-kvarðanum.

Úrvinnsla

Tölfraeðiforritið „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) í útgáfu 20.0 var notað við tölfraeðilega úrvinnslu rannsóknarinnar. Innri áreiðanleiki kvarðanna var metinn í hvoru úrtaki fyrir sig með því að reikna Cronbachs alfa-stuðulinn (α). Viðmið Cicchetti og Sparrow voru notuð við mat á áreiðanleikastuðlum en samkvæmt þeim eru áreiðanleikastuðlar yfir 0,70 álitnir viðunandi (Cicchetti, 1994).

Samleitniréttmæti kvarðanna SDS, QOLS og PHQ-9 var metið með t -prófi þar sem borinn var saman meðalstigafjöldi klíniska úrtaksins við almenna úrtakið. Þátttakendur í almenna úrtakinu svöruðu nær allir spurningum 4 og 5 á SDS á þann hátt að einkenni hefðu ekki haft nein truflandi áhrif á líf þeirra. Því var ekki næg dreifing á svörum til að athuga mun á hópunum með t -prófi. Samleitniréttmæti PHQ-9 var kannað með aðfallsgreiningu hlutfalla og var sennileikahlutfall túlkað til að meta hvort fleiri stig á kvarðanum spáðu fyrir um herra hlutfall einstaklinga með þunglyndisgreiningu á MINI. Það að frumbreyta sé samfelld og að fylgibreyta sé tvíkosta er í samræmi við forsendur aðfallsgreiningar hlutfalla. Cohen's d var reiknað til að meta áhrifastærð félagsfælnigreiningar á stigafjölda kvarðanna SDS, QOLS og PHQ-9 og til að auðvelda túlkun á samanburði meðaltala. Samkvæmt viðmiðum Cohens eru áhrif talin vera mikil ef áhrifastærð er 0,80 eða hærri.

Niðurstöður

Áreiðanleiki

Innri áreiðanleiki kvarðanna fyrir klíniska úrtakið var viðunandi fyrir SDS ($\alpha = 0,7$) en góður ($\alpha = 0,81$) fyrir almenna úrtakið. Innri áreiðanleiki var viðunandi fyrir QOLS ($\alpha = 0,76$) í klíniska úrtakinu en góður fyrir almenna úrtakið ($\alpha = 0,86$). Innri áreiðanleiki var góður fyrir PHQ-9 ($\alpha = 0,87$) í klíniska úrtakinu en sæmilegur í almenna úrtakinu ($\alpha = 0,66$).

3.tafla. Samanburður á virkni, lífsgæðum og þunglyndiseinkennum hjá einstaklingum með félagsfærni og einstaklingum án allra geðraskana.

Kvarði	Klínískt úrtak (n = 56)	Almennt úrtak (n = 54)	t	Cohen's d
	M (sf)	M (sf)		
SDS (1-3)	18,53 (5,62)	1,46 (3,15)	19,28***	3,74
SDS (4)	1,50 (1,97)	0,08 (0,33)		1,01
SDS (5)	2,69 (2,27)	0,23 (0,61)		1,48
QOLS	63,02 (12,04)	94,37 (9,72)	14,83***	2,87
PHQ-9	10,75 (5,96)	2,09 (2,15)	9,96***	1,93

Athugasemdir: SDS, *Sheehan Disability Scale*; QOLS, *Quality of Life Scale*; PHQ-9, *Patient Health Questionnaire*; M, meðaltal; sf, staðalfrávik; t, t-gildi marktæktarprófs; Cohen's d, áhrifastærð.

*** Tölfræðileg marktækt miðað við $p \leq 0,001$

Réttmæti

Virkniskerðing (mæld á SDS) var mun meiri, lífsgæði (mæld með QOLS) mun lægri og þunglyndiseinkenni (mæld með PHQ-9) fleiri og alvarlegri í klíniska úrtakinu en í almenna úrtakinu, eins og sjá má í 3. töflu. Athygli vekur (sjá 3. töflu) að einstaklingar með félagsfærni hafi ekki mætt til vinnu eða skóla einn og hálfan dag á viku að meðaltali vegna einkenna sinna (4. atriði á SDS) og að nær þrjá daga í viku hafi einkennin hamlað þeim verulega (5. atriði á SDS).

Niðurstaða aðfallsgreiningar hlutfalla var sú að því fleiri sem stigin á PHQ-9 voru, því hærra var hlutfall einstaklinga sem fengu þunglyndisgreiningu á MINI ($\chi^2(1) = 44,37, p < 0,001, OR = 1,42, CI 95\% [1,22; 1,66]$).

Umræða

Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna próffræðilega eiginleika kvarðanna SDS (sem metur skerðingu á virkni), QOLS (sem metur lífsgæði) og PHQ-9 (sem metur þunglyndiseinkenni) í íslenskri þýðingu, með því að bera saman klínískt úrtak einstaklinga með félagsfærni sem megingreiningu og almennt úrtak einstaklinga án geðraskana. Annað markmið rannsóknarinnar var að meta hvaða áhrif félagsfærni hefur á virkni, lífsgæði og þunglyndiseinkenni. Próffræðilegir eiginleikar kvarðanna héldust að miklu leyti í

íslenskri þýðingu og má leiða líkur að því að þýðing þeirra hafi verið árangursrík. Jafnframt kom fram skýr munur á úrtökunum tveimur og hafa einstaklingar með félagsfærni umtalsvert minni lífsgæði, virkni þeirra er minni og þunglyndiseinkenni meiri í samanburði við einstaklinga án geðraskana.

Meðalstigafjöldi og staðalfrávik á öllum þremur mælitækjum voru svipuð í þessari rannsókn og í sambærilegum úrtökum í erlendum rannsóknum (sjá einkum Aderka o.fl., 2012, Miloff o.fl., 2015; Wahl o.fl., 2004.). Áreiðanleiki SDS í klíniska úrtakinu var viðunandi í þessari rannsókn en góður í almennu úrtaki. Niðurstöður sýndu að áreiðanleiki QOLS var viðunandi í klíniska úrtakinu en góður í almenna úrtakinu. Áreiðanleiki PHQ-9 var hins vegar góður í klíniska úrtakinu en sæmilegur í almenna úrtakinu. Innri áreiðanleiki kvarðanna í íslenskri þýðingu var lægri en í fyrri rannsóknum (Kroenke o.fl., 2001; Liedberg o.fl., 2005, Leon o.fl., 1997).

Í þessari rannsókn voru úrtökin þröngt skilgreind; hér var um að ræða fólki með félagsfærni sem megingreiningu eða með öðrum orðum þá röskun sem hafði mest neikvæð áhrif á líf þeirra. Félagsfærniúrtökin í þeim greinum, sem vitnað hefur verið til, voru ekki endilega einstaklingar með félagsfærni sem megingreiningu, og því var meiri dreifing á gildum. Eins má segja að almenna úrtakið í þessari rannsókn hafi verið ólíkt almennum úrtökum í flestum rannsóknum að því

leyti að sett voru skilyrði um að enginn greindist með geðraskanir. Þessi þrönga skilgreining hefur þann kost að einfalda réttmætisathuganir á því hversu mikil áhrif félagsfælni hefur miðað við fólki sem ekki þjáist af félagsfælni eða öðrum röskunum. Hún gerir það hins vegar að verkum að dreifnisvið verður minna á þessum mælingum sem hefur bein áhrif á innri áreiðanleika og dregur úr honum.

Kvarðarnir þrír höfðu allir hafa mjög gott samleitniréttmæti sem er í samræmi við fyrri rannsóknir á réttmæti kvarðanna í upprunalegri útgáfu (Leon o.fl. 1997; Liedberg o.fl. 2005; Martin o.fl. 2006). Þátttakendur með félagsfælni sem megingreiningu voru líklegri til að hafa meiri virkniskerðingu, minni lífsgæði og fleiri þunglyndiseinkenni en þátttakendur án nokkurra geðraskana. Samleitniréttmæti PHQ-9 var einnig athugað með því að athuga tengsl kvarðans við þunglyndisgreiningu á geðgreiningarviðtalinu MINI, og komu í ljós sterk tengsl þar á milli. Niðurstöður um samleitniréttmæti kvarðanna SDS, QOLS og PHQ-9 eru í samræmi við fyrri rannsóknir sem sýna fram á sterk tengsl félagsfælni við virkniskerðingu, minni lífsgæði og þunglyndi (Aderka o.fl., 2012; Stein og Kean, 2000; Stein o.fl., 2001). Sérstaklega má nefna að þátttakendur með félagsfælni mældust með miðlungs þunglyndiseinkenni (samkvæmt alvarleikakvörðun Kroenke o.fl., 2001) í samanburði við hverfandi einkenni í almennu úrtaki. Einnig var sláandi að einstaklingar með félagsfælni í rannsókninni töldu sig vera óvinnufæra að meðaltali 1,5 dag í viku vegna einkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru ótvíræðar og hníga allar að því hversu mikil neikvæð áhrif félagsfælni getur haft á líf fólks.

Vankantar rannsóknarinnar snúa helst að stærð úrtaka og því voru afköst rannsóknar þessarar ekki eins og best verður á kosið. Lítil úrtök geta leitt til eðlilegs flöks á mælitölum. Það er því þörf á frekari rannsóknum á íslenskri þýðingu kvarðanna með því að endurtaka rannsóknina í stærra úrtaki. Helstu kostir rannsóknarinnar eru þeir að hér voru borin saman skýrt skilgreind úrtök, greiningarviðtölum var beitt, matsfólk var vel þjálfað og fékk handleiðslu sálfræðings meðan á rannsókninni stóð.

Þakkir

Við þökkum Sigurbjörgu Ludvigsdóttur og Sóleyju Davíðsdóttur fyrir samstarfið.

Psychometric properties of the Icelandic translations of the Sheehan Disability Scale, Quality of Life Scale and the Patient Health Questionnaire

It is imperative for clinicians and researchers in Iceland to have good measures of functioning, quality of life and depression symptoms. In this study, the psychometric properties of the translations of three well-known measures of these variables were assessed. These were the *Sheehan Disability Scale* (SDS), a measure of the impact of psychiatric symptoms on functioning, the *Quality of Life Scale* (QOLS), and the *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), which is a measure of depression symptoms and their severity. There were 110 participants, 56 participants had a primary diagnosis of social anxiety disorder (SAD; SAD group), and 54 participants had no clinical diagnoses (comparison group). All participants were interviewed with two diagnostic interviews, the *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) and the *Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module* (BDD-DM). The convergent validity of the SDS, QOLS and PHQ-9 was assessed with reference to a diagnosis of SAD on the MINI, and the convergent validity of PHQ-9 was also assessed with reference to a diagnosis of major depressive disorder on the MINI. The internal consistency of the SDS was acceptable ($\alpha = 0,7$) for the SAD group, but good ($\alpha = 0,81$) for the control group, the internal consistency of the the QOLS was acceptable ($\alpha = 0,76$) for the SAD group but good ($\alpha = 0,86$) for the control group, and the internal consistency of the PHQ-9 was good ($\alpha = 0,87$) for the SAD group but questionable ($\alpha = 0,66$) for the control group. The convergent validity of the scales was good in that a diagnosis of SAD was associated with higher scores on the SDS, lower scores on the QOLS and higher scores on the PHQ-9. In addition, higher scores on the PHQ-9 predicted a greater likelihood of being diagnosed with major depressive disorder on the MINI. The main findings were that the psychometric properties of these self-report scales mostly carried over to the Icelandic translations. Social anxiety disorder appears to reduce quality of life, increase the likelihood of depression symptoms and negatively impact functioning.

Keywords: Functioning, quality of life, depression symptoms, social anxiety disorder, psychometric properties.

Heimildir

- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E. og Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 393–400. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.003
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, Virginiu: American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- Bannigan, K. og Watson, R. (2009). Reliability and validity in a nutshell. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3237–3243. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02939.x
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. og Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903–912. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Burckhardt, C. S. og Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 60. doi:10.1186/1477-7525-1-60
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284.
- Einar Guðmundsson. (2005–2006). Þýðing og staðfærsla sálfræðilegra prófa. *Sálfræðiritið*, 10–11, 23–40.
- Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R. og Liebowitz, M. R. (2004). Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(6), 825–839. doi:10.1016/j.janxdis.2003.10.004
- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R., ... Helstad, C. P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1999–2007. doi:10.1176/appi.ajp.158.12.1999
- Andri Steinþór Björnsson, Ph.D., and Guðmundur Arnkelsson, Ph.D., are professors at the Department of Psychology, University of Iceland. Karen Jónsdóttir, BS, and Signý Sigurðardóttir, BS, were students at the University of Iceland. Ólafía Sigurjónsdóttir, Ph. D., is a psychologist at the Icelandic Center for Treatment of Anxiety Disorders. Jóhann Harðarson, cand. psych, and Inga Wessman, cand. psych, MS, are doctoral students at the University of Iceland. Auður Sjöfn Þórisdóttir is a doctoral student at the University of Regina in Canada. Correspondence concerning this article should be addressed to Andri Steinþór Björnsson, professor of psychology, Department of Psychology, University of Iceland, Oddi, Sturlugata, 101 Reykjavík, Iceland. E-mail: asb@hi.is.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. og Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184. doi:10.1002/mpr.1359
- Kimberlin, C. L. og Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276–2284. doi:10.2146/ajhp070364
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. og Williams, J. B. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231. doi:10.1016/S0924-9338(97)83296-8
- Leon, A. C., Olsson, M., Portera, L., Farber, L. og Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(2), 93–105. doi:10.2190/t8em-c8yh-373n-luw
- Liedberg, G. M., Burckhardt, C. S. og Henriksson, C. M. (2005). Validity and reliability testing of the Quality of Life Scale, Swedish version in women with fibromyalgia: Statistical analyses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 64–70. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00311.x
- Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A. og Braehler, E. (2006). Validity of the brief patient health questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 71–77. doi:10.1016/j.genhosppsych.2005.07.003
- Miloff, A., Savva, A. og Carlbring, P. (2015). Cognitive bias measurement and social anxiety disorder: Correlating self-report data and attentional bias. *Internet Interventions*, 2(3), 227–234. doi:10.1016/j.invent.2015.03.006
- Ólafur Veigar Hrafnsson og Matthías Guðmundsson (2007). *Próffræðilegir eiginleikar Lífsgæðakvarðans (QOLS)* (óbirt BS-ritgerð). Háskóli Íslands.
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder* (endurbætt útgáfa). Oxford: Oxford University Press.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., ... Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(8), 322–331.

- Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K. og Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(viðauki 3), 89–95. doi:10.1097/00004850-199606003-00015
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., ... Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232–241.
- Sigurður Viðar, Sigurbjörg Jóna Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári (2011). Hugræn atferlismeðferð í hóp við félagsfælni: Árangursmæling við Kvíðameðferðarstöðina. *Sálfræðiritið*, 16, 81–96.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. og Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251–256.
- Stein, M. B. og Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606–1613. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1606
- Sævar Már Gústavsson. (2016). *Believability of negative automatic thoughts: Psychometric properties of the Automatic Thoughts Questionnaire: Modified version* (óbirt MS-ritgerð). Háskólinn í Reykjavík.
- Valdis Eyja Pálsdóttir. (2007). *Réttmæti sjálfsmatskvarðans Patient Health Questionnaire (PHQ) gagnvart geðgreiningarviðtalinu Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) við að greina geðraskanir hjá heilsugæslusjúklingum* (óbirt BS-ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Van de Vijver, F. og Hambleton, R. K. (1996). Translating tests. *European Psychologist*, 1(2), 89–99. doi:10.1027/1016-9040.1.2.89
- Wahl, A. K., Rustøen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. og Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13(5), 1001–1009. doi:10.1023/b:qure.0000025583.28948.5b
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. og Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15(1), 46–58. doi:10.1016/S0924-9338(00)00211-X
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. og Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29(02), 309–323. doi:10.1017/s0033291798008174