

13. Interpretacja wyników testowych

- q testowanie a diagnozowanie psychologiczne
- q interpretacja wyników testu
- q interpretacja kliniczna a statystyczna
- q interpretacja ukierunkowana na kryteria lub normy
- q wyniki progowe

n Testowanie psychometryczne a diagnoza psychologiczne

Zasadnicze różnice:

- 1. testowanie jest zorientowane na pomiar, diagnoza - na problem**
- 2. testowanie koncentruje się na opisie i badaniu grup, diagnoza - na opisie i analizie konkretnej jednostki w sytuacji problemowej**
- 3. rola badacza: testowanie wymaga niewielkiej kompetencji klinicznej, w diagnozie - rola klinicysty czy eksperta jest podstawowa.**

n Orzekanie diagnostyczne i przewidywanie

Skutki różne ale obydwa procesy są podobne:

chodzi o trafny opis stanu badanej osoby dotyczący
różnego czasu (obecnie czy w przyszłości)

n Diagnoza psychologiczna na użytek predykcji

Rozwój prognozowania oparty na metodach matematycznych
(zapotrzebowanie przemysłu podczas I w.ś., wojska (II w.ś).

Dwa sposoby dokonywania predykcji (P. Meehl):

1. obliczanie prawdopodobieństwa przynależności do grupy odniesienia (sposób statystyczny lub aktuarialny)
2. dedukcyjny (kliniczny), odwołuje się do teorii danej właściwości psychologicznej i wnioski wyprowadza na drodze teoretycznej. Interpretacja psychologa jest tu b. podobna do pracy humanisty, niż przyrodnika.

Interpretacja wyników testu

- ▼ Interpretacja oznacza, że na podstawie wyników testu formułowane są wnioski psychologiczne – wynikom testu przypisywany jest sens psychologiczny.
- ▼ Interpretacja wyników testu jest ściśle związana z trafnością pomiaru – odnosi się do trafności teoretycznej i/lub trafności kryterialnej.
- ▼ Interpretacja może dotyczyć opisu zachowania osoby badanej (struktury cech osobowości czy zdolności intelektualnych) i/lub przewidywania zachowania w warunkach pozatestowych.
- ▼ Interpretacja może być trafna jedynie jeśli nasilenie cechy zostało prawidłowo oszacowane – oznacza to, że punktem wyjścia diagnozy psychologicznej jest ocena wyniku prawdziwego osoby badanej poprzez wyznaczenie odpowiedniego przedziału ufności.

Interpretacja kliniczna

Zakłada interpretację profilu testowego na podstawie treści psychologicznej poszczególnych skal i agregację tej treści poprzez ustalenie sensu danej konfiguracji cech.

Interpretacja kliniczna wiąże się z idiograficznym podejściem do diagnostyki psychologicznej i w jej efekcie formułowane są wnioski raczej jakościowe niż ilościowe, a jeśli ilościowe - to są one mało precyzyjne.

Interpretacja statystyczna

Zakłada raczej mechaniczne łączenie skal, poprzez tworzenie agregatów nie tyle psychologicznych, ile statystycznych, np. poprzez tworzenie baterii testów predykcyjnych określonego kryterium (stanu zdrowia psychicznego, powodzenia zawodowego, itp.).

Dla każdego z tych wskaźników możliwe jest określenie pewności wnioskowania czy dokładności diagnozy.

Interpretacja statystyczna wymaga sformalizowania procesu wnioskowania na podstawie uzyskanych danych. Wiąże się ona z nomotetycznym podejściem do diagnostyki psychologicznej i dostarcza przede wszystkim wyników ilościowych.

Interpretacja kliniczna a interpretacja statystyczna

Predykcja zachowania jednostki jest bardziej trafna przy podejściu statystycznym niż klinicznym.

Podejście statystyczne jest jednak krytykowane za mechaniczność analizy danych i sprowadzenie udziału psychologa w diagnozie do roli “technika” wykonującego testy, obliczającego ich wyniki i odczytującego ich znaczenie z tabel aktuarialnych.

Z tych względów postuluje się łączenie obu podejść albo akcentuje się konieczność wypracowania nowych modeli diagnostycznych.

Interpretacja wyników testu: zorientowana na kryterium i /lub na normy

Testy zorientowane na kryterium (standard wykonania) - taki sposób oceny wyniku testowego, w którym nacisk kładzie się na konkretny zakres wiedzy czy umiejętności (testy osiągnięć, biegłości).

Dostarcza informacji o tym, co badany potrafi zrobić, w odróżnieniu od interpretacji zorientowanej na normy, która mówi o tym, jak osoba badana jest oceniana na tle innych osób do niej podobnych (należących do tej samej grupy normalizacyjnej).

Interpretacja wyników różnicowych testu

Nasilenie cechy, wyrażonej w wynikach testu, jest proporcjonalne do wielkości odległości od średniej (punktu odniesienia, czy inaczej standardu wykonania) oraz częstości występowania (wynik częsty = typowy, wynik rzadki = ekstremalny).

Im bardziej odchylony i rzadko spotykany jest dany wynik, tym większe (lub mniejsze) nasilenie badanej cechy.

Rodzaje norm

Normy generalne czy lokalne

Aktualizacja norm i normy „kroczące”

Normy dla wszystkich i odrębne normy dla grup
demograficznych

Normy aktuarialne.

Wyniki progowe

Wyniki progowe (punkty odsiewowe) - są stosowane w podejściu zorientowanym na trafność kryterialną.

Celem tych norm jest uzyskanie diagnozy jakościowej – klasyfikacji osób badanych do jednej z dwóch (czy kilku) grup, skonstrastowanych ze względu na określone kryterium.

Punkty odsiewowe służą jako norma dla wyników testu – wskazują co oznacza wysoki i niski wynik testu.

Wynik progowy

Wynik progowy jest uzyskiwany poprzez krzywoliniową regresję, jako punkt pozwalający na najlepsze zróżnicowanie obu grup:

- poniżej tego wyniku osoba badana ma mniej niż 50% szans, że należy do jednej grupy, zaś powyżej,
- że ma powyżej 50% szans na przynależność do drugiej grupy.

Należy ustalić odsetek trafnych i błędnych diagnoz.

Rodzaje diagnoz

Wskaźniki te wylicza się na podstawie liczby diagnoz:

„prawdziwie negatywnych”

(osoby zdrowe zdiagnozowane jako zdrowe)

„prawdziwie pozytywnych”

(osoby chore zdiagnozowane jako chore),

„fałszywie pozytywnych”

(osoby zdrowe zdiagnozowane jako chore)

„fałszywie negatywnych”

(osoby chore zdiagnozowane jako zdrowe).

Rodzaje diagnoz kryterialnych

		„Zdrowy”	„Chory”
Wynik testu	Poniżej progu wynik niski - chory	„A” (diagnoza fałszywie pozytywna)	„B” (diagnoza prawdziwie pozytywna)
	Powyżej progu wynik wysoki - zdrowy	„C” (diagnoza prawdziwie negatywna)	„D” (diagnoza fałszywie negatywna)

Konsekwencje zmiany progu

W celu poprawy danego wskaźnika wyniki progowe można przesuwąć w stronę wysokich wyników testu (obniżenie liczby diagnoz fałszywie pozytywnych -

osoby zdrowe zdiagnozowane jako chore)

lub w stronę wyników niskich

(obniżenie liczby diagnoz fałszywie negatywnych -

osoby chore zdiagnozowane jako zdrowe)

Podjęcie takiej decyzji zależy od konsekwencji błędu danego rodzaju.

Należy jednak pamiętać, że w każdym wypadku pogarsza się wtedy wskaźnik odwrotny.

**Przykład badań normalizacyjnych:
art.**

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.

**Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym —
polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu
Zdarzeń.**

Psychiatria, 2009 tom 6, nr 1, 15–25

ZAGADNIENIA

1. Różnice między testowaniem a diagnozowaniem
2. Predykcja statystyczna i kliniczna
3. Kliniczna i statystyczna interpretacje wyników testowych
4. Interpretacja wyników zorientowana na kryterium i na normy
5. Rodzaje norm
6. Wyniki progowe, konsekwencje zmiany progu
7. Rodzaje diagnoz kryterialnych