

KWESTIONARIUSZE W PSYCHOSOMATYCE I PSYCHOLOGII ZDROWIA

WSTĘP

Trwające od lat 40. XX wieku zainteresowanie psychologicznymi aspektami chorób somatycznych ma swój początek w psychosomatyce. Prace Dunbar (1943) i Alexandra (1950) charakteryzowały się wykorzystywaniem orientacji psychodynamicznej i wynikały z obserwacji klinicznych dowodzących zależności między nieświadomymi konfliktami a określonymi jednostkami chorobowymi. Obecnie medycyna psychosomatyczna korzysta z wielu innych podejść teoretycznych i ujmuje człowieka jako całość biopsychospołeczną oraz przyjmuje polietiologiczną koncepcję choroby. Ten sposób pojmowania uwarunkowań zdrowia i chorób jest także podstawowym założeniem współczesnej psychologii zdrowia.

Rozwój nauk o zachowaniu doprowadził do powstania medycyny behawioralnej. W latach 70. zeszłego stulecia objawy chorobowe były traktowane w tym podejściu teoretycznym jako skutek dysfunkcjonalnego zachowania wynikającego z uczenia się. W miarę rozwoju medycyny behawioralnej zaczęto odchodzić od klasycznych założeń behawioryzmu i wzbogacono je o teorie wywodzące się z innych dyscyplin naukowych (między innymi medycyny, socjologii, antropologii, epidemiologii). Współczesna medycyna behawioralna jest nauką interdyscyplinarną zajmującą się etiologią, patogenezą, diagnozą, leczeniem i rehabilitacją oraz zapobieganiem. Szczególnie to ostatnie zagadnienie – profilaktyka czy też prewencja – stanowi istotny wkład tej dziedziny wiedzy dla psychologii zdrowia.

Kolejnym nurtem zajmującym się chorobą i zdrowiem była psychologia medyczna. Stanowi ona przede wszystkim dział psychologii stosowanej, który miał łączyć dwa wcześniej opisane podejścia. Zasadą psychologii medycznej było zwrócenie uwagi na fakt, że można rozpatrywać zależności psychosomatyczne i somatopsychiczne na poziomie jednostki oraz w kontekście sytuacyjnym.

Wymienione wcześniej podejścia teoretyczne ciągle są obecne we współczesnej psychologii zdrowia. Większość prac badawczych prowadzonych w ramach współ-

czesnej psychologii zdrowia wykorzystuje wcześniejszy dorobek teoretyczny. Dlatego przedstawienie kwestionariuszy w psychosomatyce i psychologii zdrowia będzie łączyło przedstawione wcześniej podejścia. Niektóre z przedstawionych w niniejszym rozdziale kwestionariuszy mają swój początek w medycynie psychosomatyecznej, inne wywodzą się z medycyny behawioralnej lub psychologii medycznej. W rozwijającej się obecnie psychologii zdrowia trudno znaleźć wyraźne granice rozdzielające poszczególne tradycje badawcze. Dlatego prezentowane tutaj kwestionariusze będą omówione w ramach psychosomatyki i psychologii zdrowia.

W literaturze światowej można znaleźć opisy ponad 100 kwestionariuszy mających zastosowanie psychologii zdrowia (McDowell, 2006). Ponieważ duża ich część nie jest znana w Polsce, w pracy zostaną przedstawione jedynie te, które są wykorzystywane w Polsce.

1. PODZIAŁ KWESTIONARIUSZY STOSOWANYCH W PSYCHOLOGII ZDROWIA I PSYCHOSOMATYCE

Pierwszym, zgodnie z wiedzą autora, kwestionariuszem wykorzystywanym w psychologii zdrowia opracowanym w Polsce był *Kwestionariusz Postaw wobec Choroby* (PWCH) opracowany przez Wrześniewskiego (1975). Skala ta składa się z 53 stwierdzeń, do których badani ustosunkowują się na 5-punktowej skali Likerta. Kwestionariusz zawiera 6 skal teoretycznych: poziom niepokoju, aktualny nastrój, wyobrażenia dotyczące przyszłości, potrzeba doznawania opieki, adekwatność posiadanych informacji o chorobie, akceptację rozpoznania i zaleceń lekarskich. Wyniki można analizować dla poszczególnych, hipotetycznych skal. Oprócz tego uzyskuje się wynik ogólny *PWCH*, który otrzymuje się przez sumowanie wszystkich pozycji zgodnie z kluczem. Im wyższy uzyskany wynik, tym korzystniejsza postawa wobec choroby. *Kwestionariusz PWCH* nie został znormalizowany. Skale w tym narzędziu mają charakter teoretyczny, ponieważ później prowadzone analizy czynnikowe nie potwierdziły wcześniej zaproponowanego podziału (informacja od profesora Wrześniewskiego).

Nie istnieje obecnie powszechnie uznawany podział kwestionariuszy w psychosomatyce i psychologii zdrowia. W rozdziale poświęconym psychologicznej diagnozie zdrowia i choroby oraz kontekstu zdrowia Heszen i Sęk (2007) stwierdzają, że stosowane są różne testy psychologiczne do badania cech osobowości i kompetencji. Ich zdaniem, najbardziej rozpowszechniły się specyficzne metody kwestionariuszowe i skale samooceny.

Autorki te wyodrębniają narzędzia specyficzne, które badają poznawcze uwarunkowania zdrowia i choroby. Przykładem tych metod są: *Kwestionariusz Przekonań*

Zdrowotnych (Sęk i wsp., 1992) zawierający 20 pozycji odnoszących się do biomedycznego i holistycznego modelu zdrowia (wyniki badania wskazują w jakim stopniu wiedza potoczna odzwierciedla kryteria wymienionych modeli zdrowia) lub *Wielowymiarowa Skala Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (MHLC)* (Juczyński, 2001), która zostanie dokładnie oceniona w późniejszej części pracy.

Osobną grupę stanowią narzędzia pozwalające na ocenę subiektywnej jakości życia – zadowolenia lub satysfakcji życiowej. Przykładami tych kwestionariuszy są *Skala Satysfakcji z Życia* Dienera i wsp., adaptowana i znormalizowana przez Juczyńskiego (2001), *Skala Satysfakcji Częstkowych* (Czapiński, 2000) mierząca zadowolenie z 16 różnych sfer życia. Szczególnie istotne dla oceny jakości życia jest rodzaj choroby, z którą mamy do czynienia. Odmienne kwestionariusze stosujemy w przypadku chorych kardiologicznie (np. polska adaptacja kwestionariusza *Mac New*, badająca jakość życia w trzech wymiarach: funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne (Wrześniewski, 2006); polska adaptacja *Nottingham Health Profile* (Wrześniewski, 1997), onkologicznie (kwestionariusz *QLQ-C30* oceniający wpływ choroby nowotworowej na różne sfery życia (Meyza, 1997)) lub chorych na stwardnienie rozsiane (*Kwestionariusz do Oceny Jakości Życia w Stwardnieniu Rozsianym (FAMS)*) adaptowany przez Kossakowską (2004).

Jako odmienne Heszen i Sęk traktują narzędzia do badania zachowań zdrowotnych polegające na deklaracji, czy i w jakim stopniu osoby badane przejawiają różne formy zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych. Przykładowa skala *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)* w opracowaniu Juczyńskiego (2001) zostanie omówiona bardziej szczegółowo w dalszej części pracy.

W psychologii zdrowia rozwinęły się również metody kwestionariuszowe badające obciążenie stresem życiowym i radzeniem sobie z nim. Istnieje wiele kwestionariuszy wywodzących się z różnych koncepcji teoretycznych stresu i radzenia sobie z nim. Najnowsze opracowanie można znaleźć w pracy Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009) poświęconej narzędziom do pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Opisane w niej zostały polskie opracowania oraz adaptacje *Skali Odczuwanego Stresu – PSS-10*, *Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE*, *Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini-Cope* oraz *Skala Jak Sobie Radzisz? – JSR*. Oprócz tych narzędzi można znaleźć *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS* autorstwa Endlera i Parkera badający style radzenia sobie. Skala ta posiada polską adaptację autorstwa Strelaua i wsp. (2005). Inną metodą wywodzącą się z podobnej tradycji myślenia o stresie jest *Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC)*, autorstwa Watson i wsp., zaadaptowana i znormalizowana przez Juczyńskiego (2001). Narzędzie to będzie omówione w dalszej części pracy. Z radzeniem sobie z chorobą związane jest wykorzystywanie wsparcia społecznego. Przy pomo-

cy tych metod można badać różne typy wsparcia. Przykładem tego typu narzędzia ukazującego wielowymiarowość tego pojęcia i złożoność badanego zjawiska są opracowana przez Łuszczczyńską i wsp. (2006) *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)* i wcześniej opracowana *Skala Wsparcia Społecznego* (Kmieciak-Baran, 1995). Problemy powstające w pomiarze i techniki pomiaru wsparcia społecznego można znaleźć w pracy Cieślaka (2004).

Ostatnią grupę metod kwestionariuszowych stanowią według Heszen i Sęk narzędzia do badania zasobów i deficytów. Często metody te powstawały poza psychologią zdrowia i najczęściej są to metody do badania osobowości, temperamentu lub funkcjonowania emocjonalnego. Bogactwo tych metod nie pozwala na opisywanie ich w tym miejscu. Specyficznym dla psychologii zdrowia narzędziem jest przede wszystkim kwestionariusz do pomiaru poczucia koherencji (skala *SOC-29* i skala *SOC-13* dla młodzieży), za pomocą których ocenia się jeden z kluczowych zasobów prozdrowotnych (Antonovsky, 1995; 1997). Omówienie kwestionariusza *SOC-29* nastąpi w dalszej części pracy. Przedstawione zostaną również kwestionariusze adaptowane do warunków polskich przez Juczyńskiego (2001) do pomiaru Typu A i przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2009) do oceny Typu D.

Prezentowany powyżej podział kwestionariuszy stanowi z pewnością znaczącą próbę porządkowania wiedzy na temat metod stosowanych w psychologii zdrowia. Inną klasyfikację, wykorzystując własny model teoretyczny, zaproponował Juczyński (2001) w pracy poświęconej narzędziom pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Autor zakłada, że w perspektywie poznawczo-behawioralnej każde zachowanie człowieka zawiera elementy poznawcze, emocjonalne oraz motywacyjne. Zdrowie i choroba są włączone w pojęciowy i afektywny system jednostki, który obejmuje:

1. wartości, przekonania i cele odnoszące się do utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i reagowania na dolegliwości i objawy choroby;
2. informacje na temat chorób, zachowań zagrażających i sprzyjających zdrowiu;
3. spostrzeganie własnych kompetencji i skuteczności, formowanych na podstawie dotychczasowych doświadczeń;
4. oczekiwania i własne sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Skonstruowane i zaadaptowane przez Juczyńskiego (2001) i współpracowników narzędzia pomiaru w formie kwestionariuszowej są podzielone na cztery rodzaje konstruktów: predyspozycji indywidualnych, przekonań i oczekiwań, zachowań zdrowotnych i wartościowania zdrowia i zmagania się z chorobą. Opracowanie Juczyńskiego z pewnością stanowi najważniejsze osiągnięcie dla popularyzacji kwestionariuszy w psychologii zdrowia w Polsce. Ponieważ czytelnik bez problemów może dotrzeć do pracy oryginalnej, w niniejszej pracy zostaną jedynie wymienione nie-

które z opracowanych przez Juczyńskiego i wsp. narzędzi pomiaru. Również w tej pracy można znaleźć dane psychometryczne dotyczące poszczególnych testów.

Celem niniejszej pracy jest krytyczne omówienie wybranych przez autora i wykorzystywanych w Polsce kwestionariuszy w psychosomatyce i psychologii zdrowia. Ponieważ wcześniej zaprezentowane podziały tych narzędzi wynikały z praktyki badawczej (Heszen, Sęk; 2007) lub z przyjętego modelu teoretycznego (Juczyński, 2001), autor w tej pracy dokonuje znaczącego uproszczenia i proponuje podzielić kwestionariusze na: (1) mierzące predyspozycje indywidualne (zasoby i deficyty) istotne dla zdrowia i choroby (w tym także oczekiwania i przekonania); (2) zachowania zdrowotne i związane z nimi wartościowanie zdrowia, (3) wykorzystywane do oceny zachowań w chorobie i radzenia sobie z nią. Warto zauważyć, że zdecydowana większość kwestionariuszy wykorzystywanych w psychologii zdrowia i psychosomatyce, zgodnie z podziałem Zawadzkiego (2006), bada w zakresie treści psychologicznych wybrane aspekty funkcjonowania psychicznego; populacje odniesienia stanowi normalna populacja i są to (poza niektórymi narzędziami) inwentarze jednowymiarowe.

2. KWESTIONARIUSZE MIERZĄCE PREDYSPOZYCJE INDYWIDUALNE

Pierwszą grupę kwestionariuszy stanowią narzędzia służące do pomiaru predyspozycji indywidualnych warunkujących zdrowie. Istnieje wiele wymiarów, które mogą bezpośrednio lub pośrednio decydować o stanie zdrowia jednostki. W rozdziale tym przedstawione zostaną *Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29*, *Skala Typu A-Framingham*, *Skala do pomiaru typu D – DS 14*, *Wielowymiarowa Skala Umiejęscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC* oraz *Inwentarz Wzorów Osobowości – IWO*.

Wszystkie opisywane tu kwestionariusze powstały na podstawie istniejących teorii psychologicznych, w których próbowano wyjaśnić zależności między zdrowiem a psychiką. Były one także wykorzystywane w badaniach empirycznych zarówno na świecie jak i w Polsce. W prezentowanym opracowaniu nie będą przedstawione kwestionariusze mierzące opisywane zmienne, które można stosować u dzieci i młodzieży (*Skala Typu A/B-Wersja DM Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego* oraz *Skala Umiejęscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci – HLC* w adaptacji Juczyńskiego (Juczyński, 2001)). Procesy rozwojowe, którym podlegają dzieci i młodzież mogą wpływać na oceniane predyspozycje osobiste i na ich zmianę w okresie dorosłości. Nie będą tutaj także omówione przedstawione przez Juczyńskiego (2001) kwestionariusze służące do oceny funkcjonowania emocjonalnego (*Skala Ekspresji Gniewu – SEG* i *Skala Kontroli Emocji – CECS*), oceniające dyspozycyjny optymizm (*Test Orientacji*

Życiowej – LOT-R) oraz Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES mierząca siłę indywidualnych przekonań co do własnych zdolności poradzenia sobie w trudnych sytuacjach (jak i jej odpowiednik dla dzieci i młodzieży – Skala Kompetencji Osobistych – KompOs). Narzędzia te mają o wiele szersze zastosowanie i nie są, zdaniem autora, kwestionariuszami specyficznymi jedynie dla psychologii zdrowia.

2.1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29

2.1.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

Jedną z najbardziej znanych w psychologii zdrowia jest koncepcja salutogenezy Antonovsky'ego (1995). Autor ten stworzył pojęcie, tzw. ogólnych zasobów odpornościowych. Zasada, która tłumaczy funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych, jest globalna orientacja życiowa, nazwana przez niego poczuciem koherencji (spójności wewnętrznej). Zdaniem Antonovsky'ego, poczucie koherencji to: „globalna orientacja życiowa, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (s. 34; Antonovsky, 1995). Autor koncepcji salutogenezy wyodrębnił trzy podstawowe składniki poczucia koherencji, które nazwał poczuciem zrozumiałości (*comprehensibility*), poczuciem zaradności (*manageability*) i poczuciem sensowności (*meaningfulness*).

W wielu badaniach (zobacz: Heszen, Sęk; 2007) wykazano, że silne poczucie koherencji zapobiega poczuciu bezradności, poddaniu się i braku sensu. Wykazano również, że poczucie koherencji oddziałuje bezpośrednio i najwcześniej na ocenę stresorów oraz wpływa na wykorzystanie posiadanych zasobów.

2.1.2. KWESTIONARIUSZ

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) skonstruowany przez Antonovsky'ego służy do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji. Ukazał się w roku 1983 i autor tworząc ten kwestionariusz wyszedł z wyjściowej puli 243 pytań, z których, po kolejnych badaniach i analizach, powstał 29-pytaniowy kwestionariusz.

Skala SOC składa się z 29 stwierdzeń w trzech podskalach, odpowiadających trzem komponentom poczucia koherencji: zrozumiałości, sensowności i zaradności. Badany ocenia na skali 7-punktowej trafność każdego ze stwierdzeń w odniesieniu do siebie i swojego życia.

Pierwszą adaptację tego kwestionariusza do warunków polskich dokonali Koniarek, Dudek i Makowska (1993). Kwestionariusz ten ma dobre właściwości psychometryczne: α -Cronbacha dla całej skali wynosi 0,85 i od 0,72 do 0,75 dla podskal. Stabilność retestowa skali waha się od 0,72 do 0,83 ($p < 0,001$). Za jego pomocą można oszacować globalne poczucie koherencji i jego trzy komponenty: poczucie zrozumiałości, sterowalności (zaradności) i sensowności.

Polska adaptacja tej metody uzyskała ostateczny kształt w trakcie sympozjum poświęconego koncepcji salutogenezy, które odbyło się w Instytucie Medycyny Pracy – Łódź 1994. W konstruowaniu ostatecznej wersji wzięli udział: Koniarek, Mroziak, Pasikowski oraz profesor Antonovsky (Pasikowski, 2001).

Stwierdzono wysokie korelacje w badaniach prowadzonych na świecie (Koniarek i wsp., 1993) i w Polsce (Gruszczyńska, 2006) wyników *SOC* z lękiem (łączny wynik współczynnika korelacji uśredniony przez Gruszczyńską to $-0,67$), z depresją (podobny uśredniony współczynnik korelacji to $-0,67$) oraz z neurotyzmem ($-0,59$) (Gruszczyńska, 2006). Analiza mocy dyskryminacyjnej pytań wykazała, że pytania należące do danej skali w najwyższym stopniu korelują z wynikami skali, do której należą. Równocześnie autorzy polskiej adaptacji zauważają, że niektóre pytania korelują stosunkowo wysoko (powyżej 0,40) również z innymi podskalami *SOC-29* (Koniarek, i wsp., 1993).

Podstawowym problemem, który powstał w polskiej adaptacji *SOC 29*, były z pewnością wyniki przeprowadzonej przez autorów analizy czynnikowej, w której uwzględniono te pytania, które naładowane były danym czynnikiem na poziomie nie niższym niż 0,5. Analiza czynnikowa wykazała w odpowiedziach badanej grupy 1023 pielęgniarek istnienie siedmiu czynników, które w sumie tłumaczyły 50,2% całkowitej wariancji wyników uzyskanych przez osoby badane. Autorzy polskiej adaptacji podkreślają, że tylko w pewnym stopniu analiza czynnikowa potwierdziła koncepcje trzech czynników tworzących poczucie koherencji w warunkach polskich.

Metaanalizę wielu wyników badań przeprowadzonych w Polsce wykorzystujących *SOC-29* przeprowadził Pasikowski (2001). Analizuje między innymi zagadnienie sensowności obliczania wyników dla podskal w *Kwestionariuszu SOC-29*. Prezentując wyniki dotyczące rzetelności testu, autor ten stwierdził, że tylko jedna pozycja testu (stwierdzenie 17) obniża nieznacznie poziom współczynnika α -Cronbacha. Wartości uzyskane dla całej skali uznane zostały za satysfakcjonujące. Jednakże dla poszczególnych podskal uzyskano niższe wartości współczynników, co wyjaśnia Pasikowski mniejszą liczbą pozycji testowych branych pod uwagę przy obliczeniach. Wyniki analizy czynnikowej wykazały istnienie jednego czynnika, który wyjaśniał 23,14% wariancji (podskala sensowności). Nie potwierdzono ponownie istnienia dwóch kolejnych składowych: poczucia zrozumiałości i zaradności (wyjaśniały jedynie 7,61% i 5,06% wariancji). Pasikowski sądzi, że uzyskane wyniki nie pozwa-

lają na jednoznaczne przyjęcie lub odrzucenie hipotezy dotyczącej trójczynnikowej kompozycji kwestionariusza *SOC-29*. Stwierdza, że poczucie sensowności jest najbardziej znaczącym składnikiem poczucia koherencji. W dalszej części pracy przedstawia wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej, które także nie pozwalają na przyjęcie jednoznacznych dowodów dla przyjęcia klarownej 3-czynnikowej struktury tego kwestionariusza. Autor uważa jednak, że narzędzie jest trafne i rzetelne w badaniu ogólnego konstrukt poczucia koherencji.

Również Gruszczyńska (2006) opisuje wiele wątpliwości związanych z trafnością *Kwestionariusza Orientacji Życiowej*. Zastrzeżenia dotyczą samej procedury tworzenia kwestionariusza. Pytania tworzone na podstawie wypowiedzi osób badanych, które funkcjonowały bardzo dobrze, pomimo wcześniejszego przeżycia traumatycznych doświadczeń. Stanowili oni grupę osób, które poradziły sobie z sytuacjami stresowymi w sposób pozytywny. W próbie pilotażowej Antonovsky odrzucił osoby o niskim poziomie skuteczności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Drugi zarzut Gruszczyńskiej dotyczy liczby czynników uzyskiwanych w oparciu o analizę czynnikową skali. Trudno stwierdzić, że poszczególne pytania kwestionariusza mierzą odmienne czynniki, dlatego sam Antonovsky sugerował, że powinno się wykorzystywać jedynie wynik ogólny dla oceny poziomu poczucia koherencji. Jak podkreśla Pasikowski (2001), mogło to wynikać z danych empirycznych wykorzystujących analizę czynnikową, które wykazywał brak trafności skali *SOC-29*.

Pytanie najistotniejsze dla oceny wartości kwestionariusza *SOC-29* dotyczy, zdaniem Gruszczyńskiej, tego, jakie właściwie konstrukty wyjaśniają wariację wyników tej skali. Pierwsze podejście prowadzące do odpowiedzi na to pytanie dotyczy procedury operacjonalizacji *SOC*, która może być uważana jako budząca zastrzeżenia metodologiczne. Jak pisze Gruszczyńska (2006), użytecznej teorii towarzyszy zła metoda pomiaru konstrukt i dlatego powinna być ona zmodyfikowana. Drugi problem, który budzi konstrukt poczucia koherencji, jest bardziej fundamentalny. Czy konstrukt jest uzasadniony dla wykorzystywania go w języku psychologii? Czy nie jest pojęciem redundantnym?

Przeprowadzone przez Gruszczyńską (2006) badanie wykazało, że kwestionariusze mierzące poczucie koherencji (*SOC-29*), optymizm (*LOT-R*), uogólnione poczucie własnej skuteczności (*GSES*), lęk cecha (*ISCL*), neurotyzm (podskala pochodząca z *NEO-FFI*) i depresja (*Inwentarz Depresji Becka*) nie mogą być uznawane jako w pełni oddzielne. Również wcześniejsze badanie Gruszczyńskiej (2004) wykazało, że istnieje ujemna tendencja między wynikami *SOC* a tendencją do przeżywania negatywnych emocji o sile podważającej trafność dyskryminacyjną kwestionariusza. W przeprowadzonych badaniach cytowanych przez autorkę zaobserwowano związek z emocjami zagrożenia, przy braku znaczącego oddziaływania poczucia koherencji na emocje pozytywne. Dlatego Gruszczyńska (2004) sądzi, że istnieje wyso-

kie prawdopodobieństwo, iż wynik w *SOC-29* nie wyjaśnia dodatkowej części wariacji i istnieje jedynie pozorna użyteczność tego sposobu pomiaru zasobów odpornościowych.

2.2. Skala Typu A-Framingham

2.2.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

Wieloletnia tradycja istniejąca w psychosomatyce, szczególnie przekonanie o zależności pomiędzy osobowością a chorobą wieńcową, doprowadziły do powstania koncepcji nazwanej wzorem zachowania Friedmana i Rosenmana. Nie stanowi on zestawu cech osobowości, ale obejmuje elementy osobowościowe oraz behawioralne związane z określonymi sytuacjami. Konstrukcja ten wyraża ogólny styl życia jednostki, charakteryzujący się stałą walką o zdobywanie jak największej ilości celów w jak najkrótszym czasie. Osoby, które potrafią się odprężyć, nie spieszą się, zaliczane są do wzoru przeciwstawnego (Wrześniewski, 1993).

Wyniki wielu badań, szczególnie rezultaty uzyskane w ramach *Western Collaborative Group Study*, wykazały istnienie związku między wzorem (zachowaniem) Typu A a chorobą niedokrwienną serca. Badania pozwoliły na stwierdzenie, że nie ogólny Typ A sprzyja zachorowaniu, ale znaczącymi predyktorami podatności na zachorowanie są przede wszystkim gniew i wrogość (Chesney, Rosenman; 1985).

Współcześnie przyjmuje się, że istnieją uzasadnione empirycznie dowody podważające założenia związku Typu A z wystąpieniem choroby (Heszen, Sęk; 2007). W związku z tymi faktami oraz stwierdzeniami o zależności WZA z szerokim zakresem chorób sformułowano tezę, że ten typ zachowania (a właściwie niektóre jego cechy) stanowi jedynie niespecyficzny czynnik ryzyka zdrowotnego i to właściwie wiele innych czynników decyduje o tym, jaka choroba się rozwine (Wrześniewski, 1993).

2.2.2. KWESTIONARIUSZ

Stwierdzenia, które weszły do anglojęzycznej, opracowanej w USA, we Framingham w stanie Massachusetts, Skali Typu A zostały wybrane przez ekspertów z dużego zestawu pytań, a następnie poddane weryfikacji. Wyeliminowano pytania, których współczynniki korelacji z wynikiem ogólnym były niższe niż 0,25. Do ostatecznej wersji zakwalifikowano 10 pytań.

Skala Typu A zawiera 10 stwierdzeń, z których pięć pierwszych dotyczy cech typowych dla jednostki, następne cztery – odczuć przeżywanych pod koniec przeciętnego dnia, a ostatnie dotyczy presji czasu. W polskiej wersji skala obejmuje dwa

czynniki charakteryzujące Typ A – pośpiech i rywalizację. Ogółem obydwie czynniki Typu A wyjaśniają 50,2% wariancji całkowitej.

Rzetelność polskiej wersji (α -Cronbacha), oceniona na grupie 115 osób w wieku 20–55 lat, wyniosła 0,62 (błąd standardowy 0,02). Wskaźniki stałości testu, oszacowane na podstawie wyników 30 osobowej grupy po dwukrotnym badaniu w przeciągu sześciu tygodni wyniosła 0,85. Trafność skali weryfikowano, korelując wyniki 30 osób dorosłych z *Kwestionariuszem BWZ* Wrześniewskiego (Eliasz, Wrześniewski; 1988). Uzyskano istotne statystycznie wskaźniki korelacji (0,43, $p < 0,01$). O trafności świadczyła także ujemna korelacja z gniewem rozładowanym, mierzonym przy pomocy skali *Pomiaru Gniewu – Framingham* (–0,38) (Juczyński, 2001). Kwestionariusz został znormalizowany, chociaż nie przeprowadzono tej procedury na próbie reprezentatywnej dla populacji polskiej.

Skala, zdaniem autorów polskiej adaptacji, może być wykorzystywana w ocenie niektórych behawioralnych uwarunkowań chorób układu krążenia, a także innych zaburzeń somatycznych (wrzód żołądka i dwunastnicy, choroby układu pokarmowego oraz choroba reumatyczna). Szczególnie przydatna ocena zachowania Typu A może być w terapii i rehabilitacji pacjentów kardiologicznych. Osoby charakteryzujące się Typem A po zawale mięśnia sercowego łatwiej angażują się w ćwiczenia rehabilitacyjne, lecz z większą trudnością zmieniają swój dotychczasowy styl życia.

Rozpatrywanie wyników w kwestionariuszu zgodnie z polskimi wynikami badań powinno być analizowane w kontekście przejawianych cech temperamentalnych. WZA u osób o niskiej reaktywności (posiadających duże zapotrzebowanie na stymulację) z reguły nie wiąże się z negatywnymi skutkami dla zdrowia. Jednakże u osób wysoko reaktywnych występuje niezgodność zachowań jednostki z jej typem układu nerwowego. Zachowania są wymuszane przez środowisko zewnętrzne, co może u tych osób pociągać negatywne konsekwencje zdrowotne (Eliasz, Wrześniewski; 1988).

2.3. Skala do pomiaru typu D – DS 14

2.3.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

W połowie lat 90. XX wieku Johan Denollet z Uniwersytetu w Tilburgu w wyniku poszukiwania osobowościowych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a przede wszystkim progresji tych chorób i śmiertelności z ich powodu, wprowadził do psychologii zdrowia konstrukt tzw. osobowości stresowej (*distressed personality*), nazywany Typem D. Typ ten jest traktowany przez autora jako czynnik ryzyka chorób somatycznych, zwłaszcza sercowo-naczyniowych i ma istotne znacze-

nie dla spostrzegania stresogenności środowiska oraz podejmowanych przez jednostkę sposobów radzenia sobie ze stresem.

Na Typ D składają się dwa główne wymiary, traktowane jako względnie stałe cechy osobowości. Są to: negatywna emocjonalność (*negative affectivity*) oraz hamowanie społeczne (*social inhibition*). Negatywna emocjonalność wyraża się w skłonności jednostki do przeżywania silnych negatywnych emocji takich, jak lęk, gniew, irytacja, wrogość. Z kolei hamowanie społeczne wiąże się ze skłonnością do powstrzymywania się od wyrażania negatywnych emocji i zachowań zgodnych z tymi emocjami. Powstrzymywanie się od ujawniania emocji ma charakter świadomy i podejmowane jest głównie w sytuacjach społecznych, przede wszystkim z obawy przed dezaprobatą i odrzuceniem ze strony innych ludzi (Denollet, 1998).

Jak opisują Juczyński i Ogińska-Bulik (2009), konstrukt osobowości Typu D oparty jest na dwóch znanych dyspozycjach, określanych jako pozytywna i negatywna emocjonalność (pozytywny i negatywny afekt). Dyspozycje te są przejawem dwóch głównych cech osobowości, tj. neurotyczności i ekstrawersji. Osobowość Typu D, a głównie jej wymiar negatywnej emocjonalności, łączy z neurotycznością tendencja do katastroficznego widzenia rzeczywistości, ocenianie zdarzeń jako silnie zagrożających i szkodliwych, odczuwanie silnego lęku i napięcia. W sytuacjach społecznych jednostki ze skłonnością do doświadczania negatywnych emocji odczuwają zmieszanie i wstydlivość w obecności innych. W sytuacjach trudnych prezentują pesymistyczny obraz świata, dużą podatność na stres oraz skłonność do zamartwiania się i załamywania. Jak podają autorzy polskiej adaptacji, wymiar neurotyczności jest szerszym konstruktem niż negatywna emocjonalność, ponieważ obejmuje ona nie tylko skłonności do przeżywania negatywnych emocji, lecz także labilność emocji i elementy behawioralne.

Drugi wymiar osobowości Typu D, tj. hamowanie społeczne, wykazuje duże podobieństwo do introwersji. Obydwa wymiary łączy charakterystyczna w kontaktach społecznych powściągliwość, nieśmiałość, skłonność do przebywania w samotności oraz brak (lub słabość) ekspresji emocjonalnej. Typ D jest również związany z mniejszą skłonnością do poszukiwania wsparcia społecznego, słabszą jakością kontaktów społecznych i niskim poczuciem własnej wartości. Według Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009) wymiar ekstrawersji jest szerszy niż hamowanie społeczne, które odnosi się do interpsychicznego wymiaru osobowości człowieka, związanego z relacjami społecznymi. Hamowanie społeczne nie uwzględnia natomiast wymiaru intrapsychnicznego, odnoszącego się do potrzeby aktywności i poszukiwania doznań.

Silny związek obydwu wymiarów osobowości Typu D z neurotycznością i ekstrawersją / introwersją może wskazywać, zdaniem autorów polskiej adaptacji, że konstrukt osobowości Typu D jest zbliżony do **neurotycznej introwersji**. Związek ten

jest szczególnie zauważalny w samej treści pytań: np. dla negatywnej emocjonalności stwierdzenie 12.: „Często uświadamiam sobie, że czymś się martwię” odpowiada przecież pytaniu ze skali neurotyzmu *EPQ-R*, które brzmi „Czy zbyt długo się martwisz, gdy zdarzy ci się coś nieprzyjemnego?” lub podobnie dla skali ekstrawersji stwierdzenie 3. mierzące hamowania społecznego „Często rozmawiam z nieznanymi” odpowiada znaczeniu pytań ze skali ekstrawersji *EPQ-R* „Czy jesteś osobą rozmowną?”, „Czy lubisz poznawać nowych ludzi?”, „Czy zazwyczaj przejawiasz inicjatywę przy zawieraniu nowych znajomości?”.

Typ D jest łączony ze zwiększonym ryzykiem zachorowania, przede wszystkim na choroby sercowo-naczyniowe. Wykazywano, że osobowość Typu D jest istotnym predyktorem choroby niedokrwiennej serca, a także śmiertelności z jej powodu.

2.3.2. KWESTIONARIUSZ

Do pomiaru osobowości Typu D opracowano kilka narzędzi. Jednym z pierwszych była opracowana przez Denolleta skala *DS 16* (Denollet, 1998). Wzorując się na tej skali, a także na innych narzędziach służących do oceny przeżywanych emocji i ich ekspresji, skonstruowano polską wersję skali (*D-14*) do badania osobowości stresowej. Przeznaczona jest ona do badań osób dorosłych, zdrowych i chorych. Skala zawiera 14 twierdzeń, z których 7 dotyczy Negatywnej Emocjonalności, a 7 – Hamowania Społecznego. Pierwsza wyraża skłonność jednostki do przeżywania negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew, irytacja, wrogość, depresja czy zamartwianie się, druga natomiast oznacza powstrzymywanie się od wyrażania tych emocji i związanych z nimi zachowań.

Każde stwierdzenie jest oceniane w skali 5-stopniowej. Wyniki surowe przelicza się na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące parametry psychometryczne. Analiza czynnikowa wyłoniła dwa wymiary, wyjaśniające 62% wariancji całkowitej. W próbie normalizacyjnej, obejmującej 520 osób w wieku 20–60 lat, reprezentujących ludzi zdrowych i chorych, uzyskano średni wynik dla negatywnej emocjonalności 10,81 ($SD = 5,99$), a dla hamowania społecznego – 11,84 ($SD = 4,97$). Kobiety uzyskały nieco wyższe wyniki w zakresie obydwu wymiarów składających się na Typ D, ale nie były to różnice istotne statystycznie. Wiek różnicował wyniki negatywnej emocjonalności (przy braku różnic w hamowaniu społecznym). Osoby starsze (powyżej 40 lat) ujawniały większą skłonność do doświadczania negatywnych emocji.

Wersja polska została opracowana przez Ogińską-Bulik, Juczyńskiego i Denolleta (Juczyński, Ogińska-Bulik; 2009).

2.4. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC

2.4.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

Pojęcie poczucia umiejscowienia kontroli (*locus of control*) stało się już od kilkadziesiąt lat jedną z bardziej znaczących koncepcji, które zapoczątkowały wiele badań i analiz w psychologii klinicznej i psychologii osobowości. Traktowane jako jeden z wymiarów osobowości, stanowiący kontinuum od poczucia zewnętrznego umiejscowienia kontroli do poczucia wewnętrznego umiejscowienia kontroli wyrosło na gruncie teorii społecznego uczenia się Rottera (1954). Pierwotnie teoria ta była stworzona z myślą o psychologach klinicznych, dla których istotne są z punktu widzenia diagnozy i terapii przewidywania zachowań jednostki w określonych sytuacjach.

Pojęcie umiejscowienia kontroli szybko znalazło zastosowanie w psychologii zdrowia. Pierwsi wykorzystali je już w 1962 roku Seeman i Evans, którzy przebadali poziom alienacji u pacjentów hospitalizowanych z powodu gruźlicy (za: Juczyński, 2001). Zdaniem większości badaczy wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (przekonanie, że posiada się kontrolę nad swoim zdrowiem) winno zwiększać prawdopodobieństwo podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu i prowadzić do lepszego stanu zdrowia.

Wyniki badań na temat zależności między umiejscowieniem kontroli zdrowia a wieloma zmiennymi istotnymi dla stanu zdrowia nie są jednak jednoznaczne. Juczyński (2001) podaje, że nie stwierdzono związku między umiejscowieniem kontroli zdrowia a takimi zachowaniami, jak uprawianie ćwiczeń fizycznych, zmniejszanie nadwagi, zapinanie pasów czy poszukiwanie informacji. Wynika to – zdaniem badaczy – nie ze słabości konstruktów umiejscowienia kontroli zdrowia, ale ze złożoności uwarunkowań zachowań zdrowotnych.

2.4.2. KWESTIONARIUSZ

Kwestionariusz *MHLC* autorstwa Wallstona, Wallston i DeVellisa jest rozwiniętą wersją wcześniejszej, jednowymiarowej skali autorów ze School of Nursing, Vanderbilt University. W oparciu o wyniki losowo dobranej próbki 115 osób powyżej 16 roku życia skonstruowano dwie równoważne wersje skali. Przyjęto zestaw 81 twierdzeń, a do ostatecznej wersji wybrano te stwierdzenia, których wyniki były zbliżone do średniej odpowiedniej podskali i korelowały z nią znacząco przy równoczesnym niskim współczynniku korelacji ze wskaźnikiem aprobaty społecznej.

Polską adaptację opracował Juczyński (2001). Skala *MHLC* w wersji polskiej, podobnie jak w oryginalnej, zawiera 18 stwierdzeń w każdej z dwóch wersji (A i B).

Skala ujmuje przekonania dotyczące generalizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie; wpływu innych – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób, przede wszystkim personelu medycznego; przypadku – o stanie zdrowia decyduje przypadek czy też inne czynniki zewnętrzne.

Rzetelność obu wersji sprawdzono kilkoma metodami. W jednej z prób ($N = 166$) osób dorosłych uzyskano wskaźnik α -Cronbacha dla wersji A: 0,74 dla kontroli wewnętrznej; 0,69 dla przypadku; 0,54 dla wpływu innych. W innej próbie ($N = 102$) dla wersji B uzyskano odpowiednio: 0,64; 0,63; 0,59. Obydwie wersje korelują ze sobą w sposób statystycznie istotny. Błędy standardowe pomiaru wynosiły odpowiednio: 0,25; 0,27; 0,26. Porównanie wyników dwukrotnego badania, przeprowadzonego w odstępie sześciu tygodni wykazało lepsze wskaźniki dla wersji B.

Trafność polskiej wersji skali oceniono, porównując wyniki badań 264 osób dorosłych z poczuciem własnej skuteczności (0,32; *Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES*), poczuciem własnej wartości (0,32; *Skala Poczucia Własnej Wartości* Rosenberga – *RSES*) i wartościowaniem zdrowia (0,30; *Skala Wartościowania Zdrowia – HVS*). Oceniano także trafność na grupie 496 osób dorosłych w wieku 30–55 lat i stwierdzono, że częstsze angażowanie się w zachowania profilaktyczne wiąże się z przypisywaniem większego wpływu na swoje zdrowie kontroli zewnętrznej, a lepsze przestrzeganie codziennych praktyk zdrowotnych – kontroli wewnętrznej.

Kwestionariusz został znormalizowany na podstawie wyników 766 osób dorosłych, dobranych w sposób losowo-warstwowy ze względu na płeć, wiek i środowisko. Stwierdzono, że wraz z wiekiem maleje poczucie kontroli wewnętrznej i wykazano różnice między środowiskiem wielkomiastowym a mieszkańcami wsi i małych miasteczek (wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia charakteryzowało bardziej mieszkańców dużych miast). Nie stwierdzono różnic między kobietami a mężczyznami na poziomie istotnym statystycznie (u mężczyzn widoczna była tendencja do przypisywania większego znaczenia wewnętrznemu umiejscowieniu poczucia kontroli).

Wyników skali nie można przedstawiać jako jednego pojedynczego wskaźnika. Wyniki w poszczególnych skalach należy porównywać z wynikami średnimi próbek normalizacyjnej lub odpowiedniej grupy klinicznej. W badaniach grupowych autorzy proponują dokonywanie klasyfikacji wyników, które pozwalają na wyodrębnienie 8 typów możliwych powiązań (typy: silny wewnętrzny, silny zewnętrzny, pomniejszający wpływ innych, powiększający wpływ innych, pomniejszający wpływ przypadku, powiększający wpływ przypadku, niezróżnicowany-silny, niezróżnicowany-słaby).

Autor polskiej adaptacji *MHLC* uważa za Wallstonem, że wynik w skali koreluje pozytywnie z podejmowaniem profilaktycznych zachowań zdrowotnych. Doty-

czy to jednak bardziej ogólnej postawy, a nie przewidywania konkretnego zachowania.

2.5. Inwentarz Wzorów Osobowości – IWO

2.5.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

Przykładem oryginalnie polskiego kwestionariusza jest stworzony przez Zawadzkiego *Inwentarz Wzorów Osobowości – IWO* (Zawadzki, Radzikowska; 2006). Opracowanie tego narzędzia rozpoczęto od analizy osobowościowych czynników ryzyka chorób układu krążenia i raka płuc. Na podstawie wyników wielu badań, przyjęto, że czynnikiem ryzyka wspólnym dla obu tych chorób może być depresyjność. Z kolei dla raka płuc za specyficzny czynnik uznano wywodzący się z koncepcji tzw. wzoru zachowania C składnik uległości, a dla choroby wieńcowej i zawału serca uznano, że istotny może być składnik wrogości zawarty we wzorze zachowania A. Na tej podstawie autor zaproponował hipotetyczny model osobowościowych czynników ryzyka dla obu tych chorób (Zawadzki, Radzikowska; 2006). Autorzy wyników badania z wykorzystaniem kwestionariusza *IWO* zaznaczają, że przyjęty model posiada charakter hipotetyczny i ma jedynie status opisowy.

2.5.2. KWESTIONARIUSZ

Kwestionariusz *IWO* mierzy wzory czy też syndromy osobowości, a nie jej cechy. Syndrom depresyjności odzwierciedla tendencję jednostki do reagowania poczuciem beznadziejności na różne sytuacje życiowe (łatwą utratą nadziei) oraz bezradnością i biernością wobec problemów życiowych, a także skłonnością do częstego przeżywania smutku, leku i przygnębienia. Wrogość jest rozumiana jako tendencja jednostki do reagowania złością, irytacją i rozdrażnieniem oraz impulsywnego wyrażania wrogości w kontaktach społecznych. Z kolei uległość odzwierciedla tendencje jednostki do przyjmowania postawy submisywnej w kontaktach społecznych, nacechowanej nadmierną cierpliwością, ugodowością, konformizmem, kooperatywnością i skłonnością do poświęcania się (zaniedbywania własnych potrzeb i koncentrowaniu się na potrzebach innych osób).

Inwentarz jest przeznaczony do badania syndromów osobowości, które mogą być traktowane jako czynniki ryzyka chorób układu krążenia (choroby wieńcowej i zawału serca) i raka płuc. Konstrukcję kwestionariusza rozpoczęto od analizy osobowościowych czynników ryzyka i przyjęto założenia przedstawione wcześniej. Następnie przystąpiono do wytworzenia pozycji operacjonalizujących trzy omawiane konstrukty teoretyczne. Stworzono ogółem 77 pozycji, które zostały poklasyfiko-

wane przez sędziów kompetentnych na podstawie trafności treściowej do trzech cech: 23 jako wskaźniki represyjności, 20 wrogości i 34 uległości. Pozycje były wyrażone w formie twierdzeń, a opcje odpowiedzi były dwukategorialne („Tak” – „Nie”).

Kolejnym krokiem było przeprowadzenie badania w grupie 366 osób (135 chorych na raka płuc, 96 na chorobę wieńcową i / lub po przebytych zawałach oraz 135 osób zdrowych). Uzyskane wyniki w tej grupie poddano analizie czynnikowej (składowe główne, Varimax i test piargowy) i uzyskano rozwiązanie czteroczynnikowe. Ponieważ wyniki analizy czwartego czynnika nie różnicowały grup klinicznych od osób zdrowych, pozycje tworzące ten wymiar zostały usunięte. Następnie powtórzono procedurę i ujawniono istnienie trzech czynników, które różnicowały badane grupy zgodnie z założeniami. Wybór najlepszych wskaźników nastąpił na podstawie ładunków czynnikowych. Po przeprowadzeniu tej procedury zbudowano skalę finalną *IWO*: represyjności – zawierające 20 pozycji, oraz wrogości i uległości obejmujące po 15 pozycji.

Następnie przebadano kolejną grupę ($N = 421$) o zbliżonej charakterystyce demograficznej. Tym samym dokonano kolejnej weryfikacji wewnętrznej struktury kwestionariusza. W próbie tej powtórzono analizę czynnikową (dla rozwiązania trójczynnikowego w wybranej puli pozycji finalnych) oraz przeprowadzono analizę porównawczą uzyskanych wyników. Uzyskane wyniki wykazały duży stopień niezmienniczości wewnętrznej struktury skal kwestionariusza *IWO* (uzyskano współczynniki podobieństwa czynnikowego Tuckera od 0,93 do 0,98). Stwierdzono także, że sześć pozycji wykazuje wyższe ładunki czynnikowe niż własny czynnik w grupie dodatkowej. Anomalie te stały się podstawą do opracowania drugiej wersji *IWO*, jednakże były one na tyle nieznaczne, iż przyjęto wersję pierwszą jako wartościową diagnostycznie. Wskazują również na to wartości współczynników mocy dyskryminacyjnej w większości przekraczającej wartość 0,20 (skorygowanych współczynników pozycja-skala).

Ocena rzetelności *IWO* wykazała, że współczynniki α -Cronbacha mają satysfakcjonującą wysokość (wynosiły one: dla depresyjności – blisko 0,90, dla wrogości – blisko 0,80 i dla uległości – ponad 0,70). Bardzo zbliżone wartości uzyskano także w badanych, wyodrębnionych ze względu na stan zdrowia, podgrupach, co wskazuje, że inwentarz może być stosowany do badania osób zdrowych i chorych.

Sprawdzono także trafność kwestionariusza *IWO*, dokumentując trafność teoretyczną i kryterialną, zwracając szczególną uwagę na aspekt zbieżny i różnicowy pomiaru trafności. Poprzez analizę interkolekacji wykazano, że skala depresyjności nisko dodatnio koreluje ze skalami uległości i wrogości. Uzyskano też niskie ujemne korelacje między skalami wrogości i uległości. Wyniki te były zgodne z oczekiwaniami teoretycznymi, choć niektóre z nich odbiegały od wartości modelowych. Oceniono także poziom trafności kryterialnej. Uzyskane wyniki potwierdzają zapropo-

nowany model w pewnym stopniu. Depresyjność rzeczywiście różnicowała zdrowych od chorych, natomiast wyniki w skalach wrogości i uległości nie były tak jednoznaczne. W obu próbach badanych różniły się one, chociaż były w większości zgodne z oczekiwaniami. Zawadzki stwierdza, że uzyskane wyniki nie pozwalają na jednoznaczną ocenę trafności zarówno modelu teoretycznego, jak i skonstruowanego narzędzia.

Trafność teoretyczną sprawdzono poprzez serie analiz, w których wyniki *IWO* odniesiono do skal badających inne osobowościowe czynniki ryzyka obu chorób. Przebadano 174 osoby niehospitalizowane w momencie badania. Autor stwierdza, że wyniki tych analiz były w pełni zgodne z oczekiwaniami i założeniami hipotetycznego modelu osobowościowych czynników ryzyka raka płuc i zawału serca. Skala wrogości korelowała wysoko ze skalą Typu A (*Kwestionariusz do Badania Wzoru Zachowania – BWZ* Wrześniewskiego), oraz tzw. Typu 2 – mierzący podatność na choroby serca (mierzona przy pomocy *Skróconego Inwentarza Reakcji Interpersonalnych SIRI* Grossartha-Maticka i Eysencka w polskiej adaptacji Zawadzkiego, diagnozuje wyróżnione przez Eysencka typy osobowości). Również skala uległości wykazała silną korelację ze skalą Typu 1 – *SIRI* (diagnozującą syndromy osobowości stanowiące ryzyko zachorowania na raka). W innych analizach wykazano, że skala depresyjności koreluje wysoko z inwentarzem *BDI* Becka badającym nasilenie objawów depresji. Analizowano również aspekt różnicowy trafności kryterialnej w innych grupach klinicznych oraz badanie reakcji pacjentów na leczenie chirurgiczne.

Zawadzki (2006) podkreśla, że *IWO* jest cały czas narzędziem eksperymentalnym i nie zostały opracowane dla niego ani normy, ani pełna charakterystyka psychometryczna.

3. KWESTIONARIUSZE MIERZĄCE ZACHOWANIA ZDROWOTNE I WARTOŚCIOWANIE ZDROWIA

Rozwój medycyny behawioralnej trwający od kilkudziesięciu lat doprowadził do zainteresowania psychologów stylem życia i wynikającymi z niego zachowaniami zdrowotnymi. Zachowania zdrowotne, zdaniem Juczyńskiego, stanowią „rozległy i mało usystematyzowany obszar zagadnień związanych ze zdrowiem” (s. 112, Juczyński, 2001). Istnieje wiele narzędzi wykorzystujących ocenę zachowań zdrowotnych. Zostaną przedstawione tutaj jedynie *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ* oraz *Lista Kryteriów Zdrowia – LKZ* oceniająca wartościowanie zdrowia.

3.1. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ

3.1.2. PODSTAWY TEORETYCZNE

Istnieje wiele definicji i klasyfikacji zachowań zdrowotnych. Zgodnie z jednym ze sposobów ich rozumienia są to działania jednostki podejmowane ze względów zdrowotnych lub takie, które mają udokumentowany wpływ na zdrowie. W innych klasyfikacjach są one dzielone na zachowania promujące zdrowie oraz zachowania prewencyjne (Łuszczżyńska, 2004). Zdaniem Łuszczżyńskiej, to częstość występowania poszczególnych zachowań decyduje o tym, czy są one korzystne czy też szkodliwe dla zdrowia.

Oprócz kryteriów podziału zachowań zdrowotnych ze względu na treść czynności i ich pozytywne lub negatywne skutki dla zdrowia, można także uwzględniać poziom uniwersalności tych zachowań. Inne podejście różnicujące zachowania zdrowotne nawiązuje z kolei do odmiennych definicji zdrowia opartych na wiedzy subiektywnej (przekonaniach określających zdrowie) i wiedzy zobiektywizowanej (naukowej i teoretycznej) (Juczyński, 2001).

Różnorodność poglądów na temat zachowań zdrowotnych powoduje, że stanowią one problem złożony i trudny dla psychologii zdrowia. Heszen i Sęk (2007) zwracają uwagę, że przy wykorzystywaniu metod do badania zachowań zdrowotnych problem podstawowy polega na tym, czy na podstawie odpowiedzi na pytania kwestionariuszowe możemy prawdziwie wywnioskować o tym, jak ludzie zachowują się w rzeczywistości. Zawsze jest to pewnego rodzaju przybliżenie. Juczyński (2001) pisze, że badanie zachowań zdrowotnych można opierać na obserwacji i rejestracji zachowań, samoobserwacji czy automatycznym monitorowaniu zachowań. Problemy powstają przy ocenie ze względu na wpływ rejestracji zachowań na ich przebieg i związkiem z wymiarem aprobaty społecznej.

Jako podstawę teoretyczną dla *Inwentarza Zachowań Zdrowotnych* przyjęto definicję zaproponowaną przez Gochmana (1988). Podejście to jest zgodne z współczesnymi poglądami teoretyków psychologii zdrowia, wychodzi poza sferę widocznych działań i uwzględnia wpływ przekonań i intencji, schematów poznawczych oraz emocji na nasze zdrowie.

3.1.2. KWESTIONARIUSZ

Kwestionariusz *IZZ* powstał w oparciu o pulę 55 stwierdzeń wyselekcjonowanych z dużego zbioru zachowań przez trzech sędziów kompetentnych. W doborze tych stwierdzeń uwzględniono trzy główne typy zachowań: (1) zachowania, o których wiadomo, że obniżają lub podwyższają ryzyko zachorowania; (2) zachowania po-

dejmowane w przekonaniu, że przyczyniają się do utrzymywania zdrowia lub zredukowania zagrożenia chorobą; (3) zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Kolejne opracowania skali doprowadziły do zredukowania liczby stwierdzeń do 24. Wszystkie korelowały powyżej 0,30 z ogólnym wynikiem kwestionariusza.

Wskaźnik rzetelności ustalony na podstawie α -Cronbacha wynosi 0,85 dla całego *IZZ*, a dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. Błąd standardowy dla wyniku ogólnego wynosi 0,63. W badaniu test-retest wykonanym na 30 osobach w odstępie czasowym sześciu tygodni uzyskano wskaźnik korelacji 0,88.

Trafność teoretyczną oceniono, korelując wyniki *IZZ* z wynikami testów mierzących zmienne posiadające związek z zachowaniami zdrowotnymi. W grupie 496 osób wyniki podskal: praktyki zdrowotne i zachowania profilaktyczne korelowały dodatnio z poczuciem własnej skuteczności (*Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES*) 0,31; 0,26, $p < 0,001$; pozytywne nastawienie psychiczne kryteriów dyspozycyjnym optymizmem (*Test Orientacji Życiowej – LOT*) 0,33, $p < 0,001$ i wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (*Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC*) 0,32, $p < 0,001$. Trafność inwentarza została również potwierdzona w badaniach osób chorych somatycznie.

Wykorzystując analizę czynnikową (Varimax), wyodrębniono cztery czynniki wyjaśniające ogółem 39,2% wariacji całkowitej. Największy procent wariacji (20,2%) wyjaśniają stwierdzenia związane z pozytywnym nastawieniem psychicznym do życia.

Normalizacji dokonano na wynikach badań 496 osób dorosłych w wieku od 30 do 50 lat ($M = 41,2$), zróżnicowanych pod względem płci i środowiska. Wykazano istotne różnice związane z płcią. Pozostałe różnice okazały się nieistotne. Na podstawie wyników grupy normalizacyjnej dokonano transformacji wyników surowych na jednostki standaryzowane w skali stenowej, odpowiednio dla kobiet i dla mężczyzn.

Na podstawie badania otrzymujemy ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych oraz wskaźniki nasilenia czterech kategorii: zachowań zdrowotnych – prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych.

3.2. Lista Kryteriów Zdrowia – LKZ

3.2.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

Pojęcie zdrowia posiada dla ludzi różne znaczenie. Istnieje wiele uwarunkowań tego zjawiska. Dla większości zdrowie rozumiane jest jako brak choroby, a nowe znaczenie jest nabywane w sytuacji zachorowania lub zaistnienia problemów zdrowot-

nych. Juczyński (2001) stwierdza, że występują istotne różnice między profesjonalnym rozumieniem zdrowia, które jest wyznaczone przez wydolność fizyczną oraz posiadaniem zasobów społecznych i osobistych, a podejściem naiwnym, koncentrującym się najczęściej na wymiarze fizycznym, a jedynie czasami psychicznym. Stworzone kryteria zdrowia nawiązywały do holistycznego ujęcia zdrowia i odzwierciedlały różne aspekty jego rozumienia.

3.2.2. KWESTIONARIUSZ

Na podstawie przeglądu literatury i wyników własnych wcześniejszych badań ułożono zestaw 50 określeń opisujących różne aspekty rozumienia zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Następnie kilkusobowa grupa ekspertów (lekarzy i psychologów) dokonała oceny podanych kryteriów, klasyfikując je do kategorii bardziej lub mniej ważnych dla bycia zdrowym. W ten sposób uzyskano zestaw 35 stwierdzeń, z których, po ocenie sędziów kompetentnych, wybrano 10 najważniejszych w ocenie zdrowia (zostały one uszeregowane od najbardziej do najmniej ważnego). Do ostatecznej wersji *LKZ* wybrano te kryteria, które odpowiadały różnym wymiarom zdrowia i były wybierane najczęściej. W ten sposób powstał 24-pozycyjny kwestionariusz opisujący pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego.

Rzetelność sprawdzono poprzez przeprowadzenie dwukrotnego badania w odstępie sześciu tygodni na grupie 28 osób i uzyskano współczynnik stałości 0,68. Miarą trafności była odpowiedniość treściowa, dostosowana do rozumienia zdrowia w ujęciu holistycznym. Wcześniej przedstawione etapy kwestionariusza, zdaniem Juczyńskiego, przyczyniły się do uzyskania wzrostu trafności. Dla kwestionariusza nie opracowano norm, ponieważ lista zawiera stwierdzenia odpowiadające różnym kryteriom zdrowia, co pozwala, zdaniem autora kwestionariusza, ustalić preferencje badanego. W opracowaniu przedstawiono wyniki badania przeprowadzonego w latach 1998–1999 i opracowane na tej podstawie wagi, które uszeregowano w kolejności uzyskanych średnich wyników.

Kwestionariusz *LKZ* może być wykorzystywany w badaniach osób dorosłych, młodzieży, zdrowych i chorych. Tym samym może być pomocny w opracowywaniu i dostosowywaniu do potrzeby działań modyfikujących zachowania zdrowotne w terapii i rehabilitacji. Ocena wymiaru psychicznego i społecznego w rozumieniu zdrowia może być ważna w kontekście wpływu czynników psychospołecznych na styl życia oraz pośrednio – zachorowalność i umieralność.

4. KWESTIONARIUSZE WYKORZYSTYWANE DO OCENY ZACHOWAŃ W CHOROBIE I RADZENIA SOBIE Z CHOROBA

Omówione zostaną dwa narzędzia mające długą tradycję badawczą: *Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-Mac* oraz *Kwestionariusz Lęku przed Bólem – FPQ-III*. Kwestionariusze te są opracowane dla specyficznej populacji ludzi chorych. Nie będą przedstawione narzędzia służące do pomiaru radzenia sobie ze stresem w ogólnym znaczeniu (np. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*). *Kwestionariusz Lęku przed Bólem – FPQ-III* został wybrany, ponieważ większość stosowanych narzędzi do pomiaru bólu, w odróżnieniu od zaprezentowanego narzędzia, jest pozbawiona założeń teoretycznych i koncentruje się jedynie na opisie oraz ocenie poziomu doznań bólowych.

4.1. Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC

4.1.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

Wywodzące się z teorii ewolucji Darwina, wprowadzone do psychologii pojęcie przystosowania jest najczęściej wykorzystywane w psychologii zdrowia do określenia braku zaburzeń natury psychologicznej i powrocie do funkcjonowania, które charakteryzowało jednostkę przed zachorowaniem. Trzeba zauważyć, że rozumienie przystosowania przez brak zaburzeń wpływa na zainteresowanie się poszukiwaniem i diagnozowaniem, co ma niewątpliwą wartość dla zrozumienia procesów powstawania zaburzeń psychologicznych związanych z chorobą nowotworową, ale nie wyjaśnia procesów przystosowania się osób, które nie manifestują tego rodzaju problemów. Pojawienie się choroby jest przyczyną zaburzeń jedynie u części pacjentów i pojmowanie przystosowania w ten sposób ogranicza poszukiwania pozwalające zrozumieć proces przystosowania. Zamiast rozumienia przystosowania jako stanu będącego skutkiem choroby, bardziej owocne będzie traktowanie go jako procesu.

Przystosowanie się do choroby nowotworowej łączy w sobie sam problem radzenia sobie z chorobą oraz z jej skutkami w postaci bólu i złego samopoczucia. Greer i Watson (1987) połączyli proces oceniania i reakcje radzenia sobie w jeden konstrukt określany jako przystosowanie psychiczne. Watson i wsp. (1988) stworzyli *Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby (Mental Adjustment to Cancer – MAC)*, która umożliwiała uzyskiwanie danych ilościowych i ocenę profilu reakcji radzenia sobie u pacjenta chorego na nowotwór. W skali tej oceniane jest pięć sposobów radzenia sobie, które odpowiadają następującym strategiom. Są to: zaprzeczanie / unikanie, duch walki, bezradność / beznadziejność, zaabsorbowanie lęko-

we i fatalizm. Autorzy stwierdzili, że ostatnie trzy style radzenia sobie były w znaczący sposób związane z poziomem depresji mierzonym przy pomocy skali *Hospital Anxiety and Depression (HAD)*. Badacze wykazali także, że reakcja ducha walki wiąże się z mniejszym poziomem przeżywanego dystresu psychologicznego oraz że poziom kontroli złości wiązał się z bezradnością (Watson i wsp., 1991).

4.1.2. KWESTIONARIUSZ

Ponieważ *Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby (MAC)* charakteryzowała się niską rzetelnością jednej z pięciu badanych strategii (zaprzeczania), opracowano nową wersję, nazwaną *Skalą Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC)*. Skala ta również mierzy pięć sposobów radzenia sobie, odpowiadających strategiom uwzględnionym we wcześniejszej wersji. Do warunków polskich zaadaptował tę skalę Juczyński (2001). Polska wersja skali *Mini-MAC* mierzy cztery strategie radzenia sobie: zaabsorbowanie lękowe, ducha walki, bezradność / beznadziejność i pozytywne przewartościowanie. Ponieważ w badaniach uzyskano różnice w strukturze czynnikowej związane z trafnością teoretyczną i treściową, strategie wyodrębnione przez Watson i wsp. (1988): unikanie poznawcze, a wcześniej zaprzeczanie, weszły do strategii ducha walki. Uznano także za niewłaściwą nazwę strategii fatalizm i określono ją jako pozytywne przewartościowanie. Analizę czynnikową wersji polskiej przeprowadzono na danych z badania 143 pacjentów z rozpoznaniem nowotworów, takich jak: rak sutka, narządów rodnych oraz krtani i narządów wewnętrznych. Warto w tym miejscu zauważyć, że ładunki czynnikowe dla poszczególnych pytań osiągnęły wartości od 0,428 do 0,811, a procent wyjaśnionej wariancji wynosił dla zaabsorbowania lękowego 52,4, dla ducha walki 7,1, dla bezradności / beznadziejności 5,6, a dla pozytywnego przewartościowania 4,4.

Polska adaptacja *Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC* zawiera 29 stwierdzeń i mierzy wymienione wcześniej cztery strategie radzenia sobie. Stwierdzenia w niej zawarte odpowiadają wersji oryginalnej. Skala może być stosowana do pomiaru strategii radzenia sobie z chorobą, które są utożsamiane ze sposobami przystosowania się do sytuacji zachorowania na nowotwór. Narzędzie może być także wykorzystywane do oceny reakcji na diagnozę choroby nowotworowej.

Wszystkie stwierdzenia zawarte w polskiej adaptacji wykazują wysoką moc dyskryminacyjną. Zgodność wewnętrzną skali oceniono na podstawie badania 143 pacjentów onkologicznych. Uzyskano wysokie wskaźniki α -Cronbacha dla strategii bezradność / beznadziejność (0,92) i ducha walki (0,90), nieznacznie niższe dla strategii zaabsorbowania lękowego (0,89) i pozytywnego przewartościowania (0,87).

Współczynnik stałości okazał się wysoki (na podstawie dwukrotnego badania w odstępie czterech tygodni 20 kobiet po mastektomii) dla strategii bezradność / beznadziejność (0,79) i zaabsorbowanie lękowe (0,70) oraz umiarkowany dla pozostałych (0,64–0,58).

Trafność skali wykazano przez związki z wynikami z *Wielowymiarowym Inwentarzem Radzenia Sobie – COPE* i wykazano występowanie dodatniej korelacji między aktywnymi strategiami (np. pozytywnym przewartościowaniem i duchem walki a aktywnym radzeniem sobie skali *COPE* – odpowiednio 0,79 i 0,74; strategie destrukcyjne, takie jak bezradność / beznadziejność oraz lękowe zaabsorbowanie korelowały pozytywnie ze skalami *COPE*, jak: zaprzestanie działania – odpowiednio 0,58 i 0,65; powstrzymywanie się od działania – 0,53; 0,63; i odwracanie uwagi – 0,45; 0,66). W tym miejscu trzeba zauważyć, że dane te dotyczyły wyników jedynie 20 osób badanych. W innych podobnych porównaniach udowodniano trafność skali poprzez związki z wynikami skali mierzącej jakość życia (*QLQ-C30*), dyspozycyjny optymizm – *LOT-R*, poczucie własnej skuteczności – *GSES*.

Na podstawie badania 256 osób, obliczono średnie dla poszczególnych grup pacjentów. Mężczyźni w porównaniu z kobietami przejawiali nieco wyższe nasilenie bezradności / beznadziejności. Największe zróżnicowanie w strategiach zmagania się z chorobą wykazywali pacjenci z różnymi rozpoznaniem chorób nowotworowych. Wyniki badań na tej grupie stały się podstawą do dokonania transformacji wyników surowych konstruktywnego i destrukcyjnego stylu radzenia sobie z chorobą na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Normy opracowane dla kwestionariusza *Mini-MAC* mają charakter tymczasowy.

Badania prowadzone w Polsce z wykorzystaniem opracowanej przez Juczyńskiego (1997) adaptacji skali *MAC* wykazały zróżnicowanie stylów radzenia sobie oraz doprowadziły na podstawie modelu predykcyjnego opartego na wyznaczonej funkcji dyskryminacyjnej do wyróżnienia u polskich pacjentek chorych na nowotwory sutka i jajników dwóch typów przystosowania się do choroby. Pierwszy wyrażał aktywne i nacechowane optymizmem zmaganie się z chorobą, a drugi był zdominowany poczuciem bezradności, lękiem i nastawieniem fatalistycznym. Na rodzaj przystosowania wpływały akceptacja choroby (mierzona *Skalą Akceptacji Choroby*) i poczucie umiejscowienia kontroli własnego zdrowia i kontroli bólu (mierzone odpowiednio *Wielowymiarową Skalą Umiejscowienia Kontroli Zdrowia* i *Kwestionariuszem Przekonań Dotyczących Kontroli Bólu*). Również badanie prowadzone przez Janiszewską (2004) wykorzystujące ten sposób pomiaru wykazało silną zależność konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem ze zmniejszaniem poziomu przeżywanego przez chore na raka piersi lęku.

Wyniki uzyskane przez osobę badaną w *Mini-MAC* należy traktować z dużą ostrożnością. Ocena sposobów radzenia sobie z chorobą nie ma (poza jednym wyjątkiem),

zgodnie z najnowszymi wynikami, wpływu na późniejszą progresję choroby nowotworowej. Watson i wsp. (2005) opublikowali analizę wpływu kontrolowanych czynników po upływie 10 lat od rozpoznania choroby nowotworowej. Potwierdzono ciągły wpływ bezzadności / beznadziejności na występowanie nawrotów choroby. Nie wykazano jednak po minięciu 10 lat wpływu depresji na progresję choroby. Ponownie autorzy wyjaśniają ten fakt małą liczbą osób. Wpływ „walecznego ducha” okazał się nieistotny dla progresji choroby.

4.2. Kwestionariusz Lęku przed Bólem – FPQ-III

4.2.1. PODSTAWY TEORETYCZNE

Obawa albo lęk przed bólem stanowi konstrukt wywodzący się z psychologii klinicznej. Przeprowadzono wiele badań, w których wykazano związki lub interakcje między bólem, lękiem oraz lękiem przed bólem (Łuszczynska, Cieślak; 2005). Lęk przed bólem definiowany jest jako reakcja emocjonalna wywołująca mobilizację do unikania lub ucieczki przed bodźcem, który może wywołać ból (McNeil, Rainwater; 1998).

Przeżywany przez jednostkę lęk przed bólem oraz radzenie sobie z nim poprzez unikanie mogą prowadzić do spostrzegania silniejszego bólu. Przekonania o własnej skuteczności determinują poziom lęku przed bólem. Jednostki charakteryzujące się silnymi przekonaniem o własnej skuteczności spostrzegają niższy poziom bólu (Łuszczynska, Cieślak; 2005).

Wykazano także, że lęk przed bólem jest czynnikiem, który może wpływać na poziom intensywności przeżywanego bólu i ilością dolegliwości po przeprowadzonych operacjach. To, w jakim stopniu jednostka obawia się bólu, jest podstawowym czynnikiem, warunkującym zachowanie jednostek z bólami chronicznymi (Łuszczynska, Cieślak; 2005)

4.2.2. KWESTIONARIUSZ

Kwestionariusz lęku przed bólem *The Fear of Pain Questionnaire – FPQ-III* służy do badania osób cierpiących na ból chroniczny, z problemami natury medycznej i osób zdrowych. W kwestionariuszu *FPQ-III* wyodrębniono teoretycznie trzy podskale: lęk przed silnym bólem (dotyczy obawy przed bólem związanym z poważnym uszkodzeniem ciała); lęk przed bólem medycznym (dotyczy odczuwania bólu podczas procedur medycznych) i lęk przed słabym bólem (ból związany z niewielkimi uszkodzeniami ciała). W wersji amerykańskiej wszystkie trzy skale korelują ze sobą umiarkowanie (r od 0,37 do 0,49) (McNeil, Rainwater; 1998).

Adaptację polską opracowali Łuszczynska i Cieślak (2005). Badania walidacyjne przeprowadzono po przygotowaniu polskiej wersji. Tłumaczenia dokonało trzech psychologów biegle władających językiem angielskim, w oparciu o trzy wersje przekładu ustalono wspólną wersję. Została ona ponownie przetłumaczona na język angielski, przesłano ją autorowi narzędzia i została ona przez niego zaakceptowana.

W badaniu wzięło udział 338 osób (40,9% mężczyzn) w wieku od 16 do 65 lat ($M = 27,71$, $SD = 13,69$). W próbie tej znajdowali się uczniowie szkolni, studenci, pacjenci oddziałów internistycznych i chirurgicznych oraz pracownicy firmy prywatnej.

Kwestionariusz FPQ-III zawiera trzy podskale, każda z nich posiada 10 pozycji. Odpowiedzi udzielane są na skali Likertowskiej od 1 do 5. Wartości współczynnika α -Cronbacha wyniosły: dla podskali lęku przed bólem silnym – 0,84; dla podskali lęku przed bólem słabym – 0,81; dla podskali lęku przed bólem medycznym – 0,84. Oceniono także stabilność czasową narzędzia przez podwójny pomiar w odstępie trzytygodniowym ($N = 30$) i korelacja między pomiarami dla całej skali wyniosła $r = 0,91$, a dla poszczególnych podskal od 0,81 do 0,93 (wszystkie współczynniki na poziomie $p < 0,0001$).

Podskala lęku przed bólem słabym korelowała z podskalą lęku przed bólem medycznym ($r = 0,58$) oraz podskalą lęku przed bólem silnym ($r = 0,051$). Podskale lęku przed bólem medycznym oraz bólem silnym również korelowały ze sobą ($r = 0,64$). Wszystkie podskale były związane z wynikiem ogólnym (r od 0,81 do 0,88) (wszystkie wartości r na poziomie $p < 0,001$). Trafność narzędzia oceniono, wykorzystując confirmacyjną analizę czynnikową. Skonstruowany model składał się z czterech zmiennych latentnych, a czynnik globalny drugiego rzędu (ogólny lęk przed bólem) był wyjaśniany przez trzy latentne czynniki pierwszego rzędu odpowiadające podskalom kwestionariusza. Oceniono także poziom dopasowania danych empirycznych do modelu hipotetycznego przy pomocy procedury ML. Uzyskany model charakteryzował się akceptowalnymi wskaźnikami dopasowania, a pozycje kwestionariusza tłumaczyły 88% wariancji czynnika lęku przed bólem medycznym, 83% wariancji czynnika lęku przed bólem silnym i 63% wariancji czynnika lęku przed bólem słabym.

Trafność narzędzia sprawdzono także przez analizy korelacji między wskaźnikami lęku przed bólem a wskaźnikami ogólnego poziomu lęku (kwestionariusz *Profil Nastrojów POMS*). Wskaźniki korelowały dodatnio, ale przyjmowały niskie wartości (od 0,21 do 0,30). W odniesieniu do własnej skuteczności (*Skala Uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności* Scholza i wsp.) stwierdzono słabe związki lub tendencje do występowania związku z wskaźnikami bólu. Wyższy poziom własnej skuteczności związany był z niższym poziomem lęku przed bólem. Wykorzystując *Kwestionariusz Radzenia Sobie z Bólem* Brona i Nicasio, oceniono związki między

pasywnym i aktywnym radzeniem sobie z bólem a wskaźnikami lęku przed bólem. Pasywne radzenie sobie z bólem było istotnie pozytywnie skorelowane z wszystkimi podskalami oraz z wynikiem ogólnym *FPQ-III* (od 0,29 do 0,51).

Mężczyźni w porównaniu z kobietami charakteryzowali się istotnie niższym lękiem przed bólem. Przeprowadzono także porównania między grupami badanymi (pacjenci, pracownicy, studenci) i okazało się, że nie wykazano istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami.

Autorzy podkreślają, że wszystkie wnioski dotyczące właściwości kwestionariusza są wstępne, ponieważ badana próba nie była reprezentatywna. Jednakże mimo to wykazano, że właściwości psychometryczne charakteryzujące narzędzie w populacji polskojęzycznej były częściowo spójne z rezultatami dotyczącymi wersji oryginalnej. Autorzy postulują konieczność dalszych badań, które mogą pozwolić na pełną ocenę właściwości psychometrycznych *Kwestionariusza FPQ-III*.

5. ZASTOSOWANIE KWESTIONARIUSZY W DIAGNOZIE INDYWIDUALNEJ. PROBLEM REPRESYJNOŚCI I WARTOŚCI ODPOWIEDZI SAMOOPISOWYCH

Zaproponowany przez Kazimierza Wrześniewskiego model interakcyjny uznaje mechanizmy obronne osobowości za jeden ze sposobów radzenia sobie ze stresem (Wrześniewski, 2004). Z pewnością do mechanizmów obronnych należy represja ukierunkowana na obniżenie poziomu negatywnych emocji przeżywanych przez chorych. Represja (wyparcie) pełni podstawową funkcję w radzeniu sobie ze stresem wywołanym chorobą zgodnie z modelem Lazarusa i Folkman (1984). Jeżeli osoba chora nie ma możliwości rozwiązania problemu (funkcja zadaniowa) w postaci odzyskania pełnego stanu zdrowia w przypadku zachorowania, to pozostają jako bardziej przystosowawcze jej funkcje radzenia sobie dotyczące regulacji emocji.

Osoby charakteryzujące się tendencją do stosowania mechanizmu wyparcia w różnych sytuacjach stresowych (manifestujące represyjny styl radzenia sobie ze stresem) zgodnie z poglądami Wrześniewskiego (2004) mogą być wyodrębnione na podstawie wyników dwóch kwestionariuszy: *Skali lęku-cechy* i *Kwestionariusza Aprobaty Społecznej*. Autor wykazał, że można je także wyodrębniać na podstawie niskiego wyniku w kwestionariuszu temperamentu *FCZ-KT* w skali reaktywności emocjonalnej i wysokiego wyniku w skalach aleksytymii (Izdebski, 2007).

Ramy teoretyczne dotyczące represyjnego stylu radzenia sobie ze stresem przedstawia Guzowska (2004). Zwraca uwagę na fakt, że funkcjonowanie psychologiczne osób charakteryzujących się tym stylem charakteryzuje przede wszystkim brak spójności między danymi pochodzącymi z samoopisu a danymi uzyskanymi na pod-

stawie wskaźników fizjologicznych. Świadczy to, jej zdaniem, o nieadekwatnym spostrzeganiu własnych reakcji afektywnych. Według niej dla samooceny tych osób kluczowe znaczenie ma zachowanie niskiego poziomu negatywnych emocji. Osoby te również charakteryzują się wyjątkowo nieadekwatnym spostrzeganiem sygnałów płynących z ciała. Zdaniem tej autorki osoby te popełniają systematyczne błędy poznawcze polegające na selektywnym odwracaniu uwagi od bodźców zagrażających i na tendencji do interpretowania informacji niejasnych w sposób niezagrażający. Przeprowadzone przez autorkę badanie na temat zależności między represyjnym stylem radzenia sobie ze stresem a postawą wobec choroby u osób po zawale serca wykazało, że postawa ta jest u nich deklarowana jako bardzo korzystna. Wynika to prawdopodobnie z wysokiego poziomu dyspozycyjnego optymizmu tej grupy oraz potrzeby utrzymania pozytywnej samooceny, jak i podwyższonymi progami rozpoznawania bodźców negatywnych. Prowadzi to do tego, że osoby wypierające przeżywają mniej napięcia czy niepokój. W przypadku osób po zawale serca styl represyjny jest oceniany jako szkodliwy w dłuższym czasie dla zdrowia i choroby.

Przytoczona powyżej koncepcja represyjności powinna uwrażliwić psychologów wykorzystujących kwestionariusze w psychosomatyce i psychologii zdrowia. Wynika z niej konieczność weryfikowania wyników uzyskiwanych w kwestionariuszach poprzez wykorzystywanie narzędzi pomiaru pochodzących z psychologii osobowości. Oznacza to także wymóg wykorzystywania kompetencji klinicznych w przypadku indywidualnego diagnozowania. Samoopis wykazuje szereg braków. Jednym z nich, oprócz subiektywizmu ocen własnego zachowania tworzonych przez osoby badane i podatności na zniekształcenia, jest właśnie zjawisko represyjności. Wyniki przeglądu badań przedstawione przez Furnhama i wsp. (2003) wskazują, że w sytuacji dokonywania samoopisu osoby, które określamy jako represyjne, pod wpływem przeżywanego lęku, mają tendencję do prezentowania siebie jako dobrze funkcjonujących.

PODSUMOWANIE

Brak jest oryginalnych polskich opracowań kwestionariuszy w psychosomatyce i psychologii zdrowia. Zdecydowana większość stosowanych w Polsce testów to adaptacje kwestionariuszy anglojęzycznych. Kontekst kulturowy traktowania zdrowia i choroby, specyficzny dla polskiej populacji, wymaga odnoszenia wyników do polskich uwarunkowań.

Większość przedstawionych kwestionariuszy jest krótka. Zmienne badane są przy pomocy kilku pytań. Liczebność puli pozycji obniża tym samym rzetelność poszczególnych pozycji. Tym samym wynik otrzymany dla badanej zmiennej nie odzwier-

ciędlą różnic w jej nasileniu i nie pozwala na pełne zróżnicowanie między ludźmi. Wyniki mogą być obciążone dużym poziomem błędu pomiaru (szczególnie, gdy chcemy wykorzystać narzędzia w diagnostyce indywidualnej).

W prezentowanych kwestionariuszach wykorzystuje się przede wszystkim skale Likerta mające różną liczbę punktów. Oczekuje się, że badani dokonają uogólnienia w sensie czasowym lub sytuacyjnym pojęć, takich jak „zazwyczaj” czy też „czasami”. Formy odpowiedzi skonstruowane w ten sposób są oczywiście najprostsze i dlatego traktuje się je jako najbardziej adekwatne do badania kwestionariuszowego zmiennych. Jednocześnie są one najbardziej wieloznaczne i dlatego prowadzą do różnorodnej ich interpretacji.

Można także postawić zarzuty wobec trafności niektórych z przedstawionych testów. Trafność nowego narzędzia jest najczęściej oceniana przez porównanie z istniejącymi już narzędziami, które posiadają ustalony wcześniej i wysoki poziom trafności. Często te narzędzia wykorzystują bardzo podobne pytania i oceniają wymiary charakteryzujące się bardzo dużym stopniem podobieństwa. Szczególnie znaczący jest fakt weryfikowania istniejących kwestionariuszy typu papier-ołówek przy pomocy innych metod tego samego rodzaju. Brakuje w przedstawionych narzędziach prób wykorzystywania innego rodzaju danych (choćby pochodzących z danych obserwacyjnych). Drugie zastrzeżenie wobec istniejących kwestionariuszy to brak oceny (poza wyjątkami) trafności różnicowej. To podwójne kryterium (trafności zbieżnej i różnicowej) istnieje już obecnie w *Standardach dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice* (2007). Zaletą jedynie niektórych z przedstawionych kwestionariuszy jest przeprowadzenie analizy confirmacyjnej. Niestety, jest to ciągle rzadkie w kwestionariuszach w psychologii zdrowia i psychosomatyce opracowanych i zaadaptowanych w Polsce.

Mimo przedstawionych uwag krytycznych wobec niektórych kwestionariuszy, warto podkreślić, że psychologia zdrowia i psychosomatyka wypracowała własne metody pomiaru kwestionariuszowego, specyficzne dla problemów zdrowia i choroby. Niedoskonałość narzędzi wynika częściowo także z trudności w weryfikacji teorii psychologicznych. Uwarunkowania polietiologiczne chorób oraz biopsychospołeczna koncepcja zdrowia utrudniają znajdowanie jednoznacznych zależności. Prezentowane kwestionariusze pozwalają na ocenę wielu istotnych zmiennych ważnych dla zdrowia i choroby.

LITERATURA

Alexander F. (1950), *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Antonovsky A. (1997), *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. [w:] I. Heszten-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. (s. 206–251). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chesney M.A., Rosenman R.H. (1985), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere.
- Cieślak R. (2004), *Wsparcie społeczne – problemy i techniki pomiaru*. [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. (s. 106–122). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński J. (2000), *Stan zdrowia psychicznego – wskaźniki niekliniczne*. [w:] J. Cz. Czabana (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. (s. 231–326). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Denollet J. (1998), *Personality and coronary heart disease. The type-D scale-16*. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 3, s. 209–215.
- Dunbar F. (1943), *Psychosomatic diagnosis*. New York: Harper & Row.
- Eliasz A., Wrześniewski K. (1988), *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a Wzór zachowania A*. Wrocław: PAN.
- Furnham A., Petrides K.V., Sistrerson G., Baluch B. (2003), *Repressive coping style and positive self-presentation*. *British Journal of Health Psychology*, 8, s. 223–249.
- Gochman D. (red.), (1988), *Health behavior*. New York: Plenum Press.
- Greer S., Watson M. (1987), *Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance*. *Cancer Surveys*, 6, s. 439–453.
- Gruszczyńska E. (2004), *Poczucie koherencji (SOC) a proces radzenia sobie ze stresem: w poszukiwaniu mechanizmów działania SOC*. *Przegląd Psychologiczny*, 47, 1, s. 77–91.
- Gruszczyńska E. (2006), *What is measured by the Orientation to Life Questionnaire? Construct validity of the instrument for the Sense of Coherence measurement*. *Polish Psychological Bulletin*, 37, 2, s. 74–83.
- Guzowska M. (2004), *Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a postawa wobec choroby u osób po zawale serca*. [w:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca*. (s. 129–148). Gdańsk: GWP.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Izdebski P. (2007), *Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Janiszewska J. (2004), *Strategie radzenia sobie z chorobą a poziom lęku u kobiet z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego*. *Psychoonkologia*, 8, s. 7–12.
- Juczyński Z. (1997), *Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej*. *Psychoonkologia*, 1, s. 3–10.

- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2004), *Pomiar predyspozycji osobowościowych sprzyjających etiopatogenezie chorób*. [w:] K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.), *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. (s. 18–39). Warszawa: BEL Studio Sp. z o.o.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia do pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. (1993), *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonvsky'ego*. Przegląd Psychologiczny, 36, 4, s. 491–502.
- Kmiecik-Baran K. (1995), *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*. Przegląd Psychologiczny, 38, 1–2, s. 201–214.
- Kossakowska M. (2004), *Standaryzacja polskiej wersji do Oceny Jakości Życia w Stwardnieniu Rozsianym (FAMS)*. Psychologia Jakości Życia, 1, s. 61–80.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Łuszczynska A. (2004), *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP.
- Łuszczynska A., Cieślak R. (2005), *Lęk przed bólem, Adaptacja kwestionariusza FPQ-III. Wyniki wstępnych badań nad rzetelnością i trafnością*. Studia Psychologiczne, 43, 2, s. 75–82.
- Łuszczynska A., Mazurkiewicz M., Kowalska M., Schwarzer R. (2006), *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi*. Studia Psychologiczne, 44, 3, s. 17–27.
- Łuszczynska A., Cieślak R. (2005), *Lęk przed bólem. Adaptacja wstępnych badań nad rzetelnością i trafnością*. Studia Psychologiczne, 43, 2, s. 75–82.
- McDowell I. (2006), *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McNeil D.W., Rainwater A.J. (1998), *Development of the Fear of Pain Questionnaire-III*. Journal of Behavioral Medicine, 25, s. 155–173.
- Meyza J. (red.), (1997), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa: Wydawnictwo Centrum Onkologii.
- Pasikowski T. (2001), *Kwestionariusz Poczucia Koherencji dla Dorosłych (SOC-29)*. [w:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie, stres, zasoby* (s. 43–56). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Rotter J.B. (1954), *Social learning and clinical psychology*. New York: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Sęk H., Ścigała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A. (1992), *Subjective health concepts. Some personal and social determinants*. [w:] H. Sęk (red.), *Readings in health and preventive psychology* (s. 73–94). Poznań: K. Domke Publ.

- Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice.* (2007). Gdańsk: GWP.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2005), *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Watson M., Greer S., Young J., Inayat C., Burgess C., Robertson B. (1988), *Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale*. *Psychological Medicine*, 18, 203–209.
- Watson M., Greer S., Rowden L., Gorman C., Robertson B., Bliss J., Tunmore R. (1991), *Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients*. *Psychological Medicine*, 21, s. 51–57.
- Watson M., Homewood J., Haviland J., Bliss J.M. (2005), *Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort*. *European Journal of Cancer*, 41, s. 1710–1714.
- Wrześniewski K. (1975), *Skala do badania postaw wobec choroby pacjentów po zawale serca*. *Studia Psychologiczne*, 14, s. 99–122.
- Wrześniewski K. (1993), *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Wrześniewski K. (1997), *Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji The Nottingham Health Profile*. [w:] J.B. Karski, H. Kirschner, J. Lwowski (red.), *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia*, (s. 37–41). Warszawa: Wydawnictwo Ignis.
- Wrześniewski K. (2004), *Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca*. [w:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienna serca*, (s. 69–81). Gdańsk: GWP.
- Wrześniewski K. (2006), *Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia*. [w:] T. Pasikowski, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia. Teoria, metodologia i empiria*, (s. 61–72). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Zawadzki B. (2006), *Kwestionariusze osobowości – strategie i procedura konstruowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR
- Zawadzki B., Radzikowska E. (2006), *Próba kwestionariuszowej diagnozy potencjalnych osobowościowych czynników ryzyka raka płuc i choroby wieńcowej*. *Psychologia-Etologia-Genetyka*, 13, s. 135–154.