

Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia

Zygfryd Juczyński¹

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

MEASURES IN HEALTH PSYCHOLOGY

Summary. The aim of the paper is the presentation of various scales and questionnaires foreseen to the Polish adaptation and to construction. These methods can be used in research studies and clinical practice. Concept of stress and coping, as well as cognitive-behavioural approach are the theoretical framework of the research study. The author has isolated five main categories of psychological variables, they are: A. predisposition and individual differences; B. stress and coping; C. beliefs and attitudes; D. health status and health behaviours; E. pain and coping with illness. The translation is done according to WHOQOL principles methodology.

Zmiany dokonujące się w świadomości ludzi w coraz większym stopniu wpływają na zachowania zdrowotne. Coraz częściej oczywisty staje się fakt, że wiele chorób – i to tych stanowiących dziś największe zagrożenie dla życia – to „choroby raczej z wyboru niż z przypadku”. Styl naszego życia, własne decyzje i zachowania wiążą się bezpośrednio ze stanem własnego zdrowia, nasileniem ryzyka czy wręcz zachorowaniem. Konsekwencją ugruntowywania się takich przekonań w coraz szerszych warstwach społeczeństwa jest wzrost znaczenia w medycynie czy – szerzej – w ochronie zdrowia nauk społecznych i behawioralnych, w tym zwłaszcza psychologii. Co nowego, w kontekście dokonujących się przemian, a zwłaszcza wzrostu zainteresowań profilaktyką i promocją zdrowia, może wnieść psychologia? Wydaje się, że może to być teoria i technologia pomiaru, które w medycynie są stosunkowo słabo opracowane. Psychologia ma w tym zakresie swój niewątpliwie dorobek, zaś psychologia zdrowia – jako nowa dziedzina badań i zastosowań praktycznych – powinna mieć tu szczególną rolę do spełnienia. Wiele informacji na ten temat można znaleźć w publikacjach poświęconych psychologii zdrowia, które ukazały się w języku polskim (Dolińska-Zygmunt, 1996; Heszen-Niejodek, Sęk, 1997; Sheridan, Radmacher, 1998).

CEL I PRZEDMIOT PRAC

Psychologowie coraz częściej włączają się w zagadnienia promocji zdrowia, uczestniczą w badaniach naukowych. Rodzi się więc pilna potrzeba udostępnienia i wzbogacania już istniejącego dorobku o nowe techniki pomiaru, niezbędne w działalności praktycznej oraz w prowadzeniu badań, wdrażania programów promujących zdrowie i ich oszacowania.

Przygotowane i adaptowane przez autora narzędzia przeznaczone są do badania procesów psychicznych, leżących u podłoża działań służących zabezpieczeniu i polepszaniu zdrowia oraz modyfikacji zachowań szkodliwych dla zdrowia; wykrywania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia i choroby; wspierania procesu zdrowienia i osiągania lepszej jakości życia.

Kwestionariusze i skale mogą być przeznaczone do celów naukowych (badawczych) oraz diagnostycznych (praktycznych). Mogą one być wykorzystywane nie tylko przez psychologów, lecz również, po uprzednim zapoznaniu się z ich podbudową teoretyczną i zasadami interpretacji, przez lekarzy, socjologów, pedagogów i innych specjalistów zajmujących się promocją zdrowia, edukacją zdrowotną i terapią.

PODSTAWY TEORETYCZNE

Między jednostką a jej środowiskiem zachodzi stała transakcja, dzięki której człowiek reaguje na to, co się dzieje poza nim. W każdej sytuacji, a więc zarówno w tej, w której zachowania zostają wyznaczone poprzez oddziaływanie społeczne i środowiskowe, nie tylko bezpośrednie (rodzice, rówieśnicy, szkoła, mass media), ale i pośrednie (ideologie, religie, normy kulturowe, subkultury), jak i w tej, w której główną rolę odgrywają

¹ Adres do korespondencji: Zygfryd Juczyński, Instytut Psychologii UŁ, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź. Praca finansowana z badań własnych UŁ.

ZYGFRYD JUCZYŃSKI

czynniki osobiste, zasadnicze znaczenie odgrywają predyspozycje osobowościowe; pośredniczą w nich procesy poznawcze, emocje i style radzenia sobie. Dzieje się tak również w przypadku zachowań związanych ze zdrowiem. Niejako w założeniu przyjmuje się, że zdrowie związane jest (częściowo również przyczynowo) z różnymi korelatami osobowościowymi.

Psychologia zdrowia nawiązuje do podbudowy teoretycznej wielu dyscyplin psychologicznych, zwłaszcza zaś do psychologii społecznej. Głównie dwie koncepcje mają dziś największe znaczenie, a mianowicie teoria stresu i koncepcje poznawczo-behawioralne. Teoria stresu wyjaśnia mechanizmy przekształcania bodźców psychospołecznych w proces patogenetyczny i jest kluczem łączącym zmienne psychologiczne i społeczne w ich interakcji z procesami biologicznymi. Koncepcje poznawczo-behawioralne akcentują rolę procesów poznawczych, które umożliwiają jednostce zarejestrowanie i uświadomienie sobie tego, co myśli, czuje i czego doświadcza.

Równocześnie nie pomijają znaczenia emocji, które wiążą się z treścią każdego poznania.

W perspektywie poznawczo-behawioralnej w każdym zachowaniu jednostki – bez względu na to, czy chodzi o utrzymanie zdrowia, przystosowanie się do stresu, czy też o radzenie sobie z chorobą – zawierają się zarówno elementy poznawcze, jak emocjonalne i motywacyjne. Zdrowie i choroba są więc włączone w pojęciowy i afektywny system jednostki, który obejmuje: a) wartości, przekonania i cele odnoszące się do utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i reagowania na dolegliwości i objawy choroby; b) informacje odnośnie do chorób, zachowań zagrażających i sprzyjających zdrowiu; c) spostrzeganie własnej kompetencji i skuteczności, formowanych na bazie dotychczasowych doświadczeń; d) oczekiwania i własne sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Te poznawcze i afektywne czynniki – traktowane jako zmienne niezależne – nie tylko kształtują zachowania jednostki, lecz również wpływają na sposób definiowania zdrowia i choroby, reagowanie na objawy, postawy wobec leczenia czy korzystanie z systemu opieki medycznej, co jest ujmowane w postaci zmiennej zależnej (Turk, Kerns, 1985).

Konceptualizowane zmienne podlegają operacjonalizacji za pomocą różnych narzędzi pomiaru, ujmujących z jednej strony różnice występujące między jednostkami a grupami, z drugiej zaś – opisujących te czynniki, które pośredniczą w przejawianiu się tych różnic.

PODZIAŁ NARZĘDZI I OPERACJONALIZACJA ZMIENNYCH

Przyjęty paradygmat badawczy zakłada dwa poziomy analizy: pierwszy – pojęciowy, drugi – operacyjny.

W obrębie poziomu koncepcyjnego wyróżniono pięć kategorii konstruktów, tj.: A. predyspozycje i różnice indywidualne; B. stres i radzenie sobie; C. przekonania i postawy; D. stan zdrowia i zachowania zdrowotne; E. ból i zmaganie się z chorobą.

Rys. 1. Wyróżnione kategorie i ich hipotetyczne powiązania.

Na rys. 1 pokazano schemat najbardziej typowych powiązań między wyróżnionymi kategoriami. Możliwe są tu również inne powiązania między zmiennymi. Na przykład radzenie sobie jest zmienną zależną, gdy ustalamy jego uwarunkowania. Z drugiej strony style radzenia sobie mogą kształtować proces zmagania się z bólem i wtedy traktowane są jako zmienna niezależna. W ostatnim bloku zgrupowano dwie kategorie zmiennych (oznaczone symbolami D i E), chcąc tym samym podkreślić występowanie dwóch wzajemnie uzupełniających się perspektyw badawczych, jednej – nastawionej na chorobę (patogenicznej), drugiej – zorientowanej na zachowania zdrowotne (salutogenicznej).

Wymienione powyżej kategorie podlegają operacjonalizacji za pomocą różnorodnych kwestionariuszy i skal, najczęściej wielowymiarowych (drugi poziom analizy). Związane z nimi konstrukty zostaną ogólnie przybliżone

NARZĘDZIA POMIARU W PSYCHOLOGII ZDROWIA

w kolejnych punktach.

Predyspozycje i różnice indywidualne

Psychologiczne wyznaczniki zachowań są tradycyjnie utożsamiane z cechami czy typami osobowości, wyrażającymi względnie stałe właściwości psychiczne jednostki. Bardziej współczesne ujęcia zwracają większą uwagę na różnice indywidualne przejawiane w procesach poznawczych emocjonalnych i wpływające na kształtowanie się specyficznego wzorca zachowania.

W psychologii zdrowia przeważa podejście procesualne, w którym jednakową rolę odgrywają zarówno zmienne osobowe, jak i sytuacyjne (Sęk, 1997). Stąd też częściej wyznacza się określone wzorce zachowań, jak np. zachowania typu A/B, które określają indywidualne właściwości psychiczne jednostki, lecz przejawiają się w konkretnej sytuacji środowiskowej. Zmienne charakteryzujące różnice indywidualne można rozpatrywać pod kątem ich wpływu przyczynowego na zachowania zdrowotne, znaczenia w etiologii i patogenezie chorób oraz wpływu na radzenie sobie z zagrożeniami zdrowia i zmaganiem się z chorobą.

Jednym z bardziej znanych konstruktów wyznaczających zwiększone prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę niedokrwienną serca jest wzór zachowania typu A/B, sformułowany przez Friedmana i Rosenmana, spopularyzowany w Polsce i badany za pomocą kwestionariusza Jenkinsa (Wrześniewski, 1993). W świetle późniejszych badań okazało się, że najlepszymi predyktorami są gniew i wrogość. Obydwa wyznaczniki zostały poddane badaniom w ramach programu *Framingham Heart Study* (Chesney, Rosenman, 1985). Do badania wymienionych konstruktów opracowano dwie odrębne skale, tj. Wzorzec Zachowania Typu A oraz Pomiar Ekspresji Gniewu Framingham, które zaadaptowano do warunków polskich.

Okazuje się, że wzorce zachowań typu A/B kształtują się już w dzieciństwie, stąd też zasadne wydaje się podejmowanie działań profilaktycznych, ukierunkowanych na dzieci i młodzież (Ogińska-Bulik, 1998). Do pomiaru zachowań typu A/B u dzieci przystosowano dwie znane techniki amerykańskie, tj. *Mathews Youth Test for Health* i *Hunter-Wolf A-B Rating Scale* (Ogińska-Bulik, Juczyński, 1996a; 1996b), zaś do pomiaru gniewu wyrażanego na zewnątrz i do wewnątrz skonstruowano odrębną Skalę Ekspresji Gniewu (Ogińska-Bulik, Juczyński, w druku).

Z kolei wśród wyznaczników psychologicznych, którym przypisuje się znaczenie w etiologii czy rozwoju chorób nowotworowych, zwraca się uwagę na sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami, niezdolność do ich wyrażania, ich tłumienie, wypieranie i zaprzeczanie. Metodą służącą pomiarowi subiektywnej kontroli złości, lęku i depresji w sytuacjach obciążenia jest Skala Kontroli Emocjonalnej (CECS), opracowana przez Watson i Greer (1983).

Stres i radzenie sobie z nim

Koncepcja stresu i radzenia sobie okazała się najbardziej płodną płaszczyzną badań i dociekań naukowych, wyjaśniającą również mechanizmy pośredniczące między osobowością a chorobą. Współcześnie dominuje transakcyjne podejście do stresu reprezentowane przez Lazarusa i Folkmana (1984), zakładające występowanie wzajemnych interakcji między człowiekiem a otoczeniem. Konfrontacja wymagań otoczenia z własnymi możliwościami dokonuje się poprzez proces oceny poznawczej. Jeżeli transakcja oceniana jest jako przekraczająca możliwości poradzenia sobie, to wyrazem tego jest doświadczanie stresu psychologicznego. Wcześniej badania koncentrowały się głównie na spostrzeganym stresie. Próbowano ustalić i mierzyć pewne obiektywne jego wskaźniki. Okazało się, że spostrzeganie stresu jest zjawiskiem subiektywnym i zmiennym. Dzisiaj szczególną wagę przypisuje się procesom radzenia sobie ze stresem, które decydują o jego efektach w postaci zdrowej adaptacji lub zaburzeniu i chorobie.

Jednostka może stosować różne strategie radzenia sobie ze stresem wyrażające określone wysiłki poznawcze i behawioralne w celu sprostania wymaganiom ocenianym jako przekraczające osobiste możliwości. Wcześniej uważano, że człowiek stosuje specyficzne strategie radzenia sobie w określonych sytuacjach stresowych. Najnowsze badania wskazują, że zróżnicowane sposoby radzenia mogą być stosowane nie tylko w odniesieniu do różnych stresorów, lecz także do różnych aspektów tego samego stresora.

Przebieg procesów radzenia sobie ze stresem zależy, najogólniej mówiąc, od zasobów osobistych i wsparcia społecznego. Ich wpływ na zdrowie może być bardziej lub mniej bezpośredni. Może decydować o przebiegu reakcji neurochemicznych, może prowadzić do podejmowania innych zachowań ryzykownych dla zdrowia (używanie alkoholu, tytoniu) lub też niepodejmowania adaptacyjnych zachowań zaradczych.

Wśród narzędzi do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem popularne są kwestionariusze Lazarusa i Folkmana (WCQ), Endlera i Parkera (CISS) oraz skala radzenia sobie Moosa (HDL-CS). Do własnych prac adaptacyjnych włączono Skalę Spostrzeganego Stresu Cohena i wsp. (1983) oraz jedną z najnowszych metod radzenia sobie ze stresem, tj. wielowymiarowy inwentarz COPE Carvera i wsp. (1989)². Inwentarz ujmuje 15 stylów radzenia sobie i może mieć zastosowanie do oceny dyspozycyjnego (reakcji typowych) i sytuacyjnego

² Badania adaptacyjne inwentarza podjął również Wrześniewski (1996).

radzenia sobie.

Ze względu na brak narzędzia do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci podjęto odpowiednie prace nad konstruowaniem metody. Skala nawiązuje do paradygmatu badań Lazarusa i Folkmana i do wyróżnionych kilku podstawowych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Równocześnie przyjęto założenie, że w odniesieniu do dzieci ujęcie podstawowych strategii radzenia sobie wymaga odwołania się do prawdopodobnych i konkretnych sytuacji.

Do oceny stopnia zasobów społecznych wspomagających procesy radzenia sobie zaadaptowano Skalę Ważności Innych (SOS) Powera i wsp. (1988), która mierzy poziom otrzymywanego i pożądanego wsparcia emocjonalnego oraz praktycznego ze strony różnych osób.

Przekonania i postawy

Ważnym obszarem teorii i praktyki psychologii zdrowia jest promocja zdrowia rozumiana jako proces umożliwiający ludziom zwiększanie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego ulepszanie. Upatruje się, że główne źródła zagrożenia zdrowia tkwią w indywidualnych zachowaniach ludzkich. Stąd też działania promujące zdrowie ukierunkowane są na usunięcie czy też zredukowanie czynników zagrożenia zdrowia (ryzyka) poprzez modyfikację zachowań patogennych oraz rozwój kompetencji osobistych sprzyjających zdrowiu.

Różne koncepcje i modele teoretyczne, budowane w ramach psychologii kognitywno-behawiorystycznej, próbują wyjaśnić powstawanie zachowań niesprzyjających czy szkodliwych dla zdrowia oraz ustalić czynniki najbardziej znaczące dla zmiany dotychczasowych zachowań. Znaczenie motywacyjne przypisuje się różnym procesom poznawczym, dostarczającym człowiekowi informacji na temat własnej podatności na zachorowanie i jego powagę.

Uważa się, że ważną rolę w modyfikacji zachowań pełnią oczekiwania. W psychologii od dawna znana jest koncepcja „uogólnionego oczekiwania” zakładająca, że prawdopodobieństwo przyszłego sukcesu czy porażki opiera się na percepcji dotychczasowych doświadczeń. Obok uogólnionego, dwubiegunowego (wewnętrzne-zewnętrzne) „umiejscowienia kontroli” zoperacjonalizowano wielowymiarowe konstrukty specyficzne. Jednym z nich jest „umiejscowienie kontroli zdrowia”, które zawiera trzy główne elementy kontroli, tj. ja sam, inni ludzie oraz przypadek. Jego wpływ na zachowania ujawnia się przede wszystkim w sytuacjach dwuznacznych, niejasnych.

Wśród stosowanych u nas narzędzi znana jest skala Rottera oraz kwestionariusz Delta Drwala. Do badania umiejscowienia kontroli zdrowia zaadaptowano dwie wersje Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia Wallstona i wsp. (1978) oraz Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci Parcela i Meyera (1978).

Innym pojęciem, wywodzącym się z teorii społecznej uczenia się Bandury, są oczekiwania związane z poczuciem skuteczności, które mogą dotyczyć własnej skuteczności oraz wyniku działania. Oczekiwanie własnej kompetencji, uważane za najważniejszy predyktor zmiany własnych zachowań, wyraża subiektywne przekonanie, że potrafię doprowadzić do pożądanego wyniku, a więc że mam konieczne do tego umiejętności. Z kolei oczekiwanie wyniku wyraża moje przekonanie, że podjęte działanie (zachowanie) będzie skuteczne, tzn. spowoduje spodziewane efekty (Juczyński, 1998).

Skala Uogólnionej Skuteczności (Schwarzer, 1993; 1997) jest aktualnie przetłumaczona na 21 języków i zaadaptowana do 14 różnych kultur. Do badań porównawczych włączono również próbkę polską³. Skala ocenia siłę indywidualnych przekonań co do własnych zdolności poradzenia sobie w trudnych sytuacjach. Poczucie skuteczności kształtowane jest na bazie różnych przeżyć i doświadczeń i zależy od ich oceny poznawczej dokonywanej przez jednostkę.

Do pomiaru poczucia własnej skuteczności u dzieci i młodzieży skonstruowano Skalę Kompetencji Osobistej (KompOs), która bada przekonania jednostki wyrażające jej zdolność do efektywnego i wytrwałego działania (Juczyński, w druku).

Do omawianej kategorii zmiennych zaliczono również pojęcie własnej wartości, wyrażające centralny aspekt obrazu samego siebie i określające podstawowe pozytywne czy negatywne nastawienie do siebie samego. Zaufanie do siebie i stabilne poczucie własnej wartości odgrywa zasadniczą rolę w zachowaniu zdrowia i radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Do operacjonalizacji zmiennej wykorzystano Skalę Poczucia Własnej Wartości Rosenberga, przeznaczoną do badania osób dorosłych, oraz Inwentarz Coopersmitha, służący do badania dzieci i młodzieży.

Zgeneralizowane oczekiwania wobec przyszłości konstituują ważny wymiar osobowości, określane pojęciem dyspozycyjnego optymizmu. Uważa się, że optymiści inaczej radzą sobie ze stresem niż pesymiści. Częściej stosują aktywne style radzenia sobie i nie załamują się w przypadku porażki. Test Orientacji Życiowej (Scheier, Carver, 1987; adaptacja do warunków polskich Poprawa, Juczyński) pozwala na ujęcie dyspozycyjnej

3 Informacje na temat skali oraz jej różne wersje językowe, w tym również wersja polska, są dostępne w internecie: <http://www.yorku.ca/academics/schwarze/selfscal.htm>.

NARZĘDZIA POMIARU W PSYCHOLOGII ZDROWIA

orientacji życiowej, wyrażającej uogólnione przekonania dotyczące pozytywnych czy negatywnych oczekiwań. Dwa następne narzędzia, które przypisano do kategorii przekonań i postaw, to znana Skala Aprobata Społecznej (Crowne, Marlowe, 1960) oraz Skala Uprzedzeń i Interakcji Społecznych Lawrance'a i wsp. (1990). Pierwsza, zaadaptowana w wersji skróconej, służy do oceny postawy wobec badania oraz do pomiaru represyjnego stylu emocjonalnego. Druga jest przeznaczona do pomiaru postaw różnych grup pracowników służby zdrowia wobec osób chorych na AIDS, zróżnicowanych ze względu na orientację homo- i heteroseksualną. Punktem odniesienia jest ocena postaw wobec osób chorych na leukemię.

Stan zdrowia i zachowania zdrowotne

Stan zdrowia wyraża się nie tylko w wymiarze fizycznym, ocenianym na podstawie badań medycznych, lecz również w wymiarze psychologicznym, tj. w subiektywnym odczuciu komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia. Zdrowie wyraża się brakiem występowania nieprzyjemnych objawów i dolegliwości, lecz również zdolnością do wykonywania zadań i pełnienia przypisanych ról. Zdrowie zajmuje ważne miejsce w hierarchii wartości, zaś gdy uwzględnimy jego wymiar psychologiczny i społeczny, to możemy mu przypisać wartość autoteliczną. Na ogół jednak zdrowie ma dla większości ludzi wartość „odświętną”, cenną wtedy, gdy się ją traci. Przystosowana do badania Skala Wartości Zdrowia (Lau i wsp., 1986) koncentruje się na motywacyjnych wyznacznikach zachowań zdrowotnych i daje ogólny wskaźnik wartości zdrowia, jednakże bez porównywania go z innymi wartościami.

Pomiar stanu zdrowia może mieć charakter opisowy i oceniający. Pomiar opisowy stanu zdrowia, a szerzej – jakości życia – może obejmować ludzi zdrowych lub chorych. W pierwszym przypadku koncentruje się najczęściej na ocenie potrzeb zdrowotnych, dobrego samopoczucia określonej populacji czy grupy osób. W odniesieniu do pacjentów ocenie podlega wpływ choroby – jej nasilenie i to, czy jest ciężka, czy lekka – na funkcjonowanie jednostki. Z kolei oceniający pomiar zdrowia służy porównywaniu skuteczności różnych metod leczenia i wpływu różnych czynników na przebieg procesu zdrowienia.

Do badania stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem skonstruowano różnego rodzaju kwestionariusze i inwentarze. Bardzo praktycznym, ogólnym miernikiem zdrowia może być ocena własnego zdrowia, dokonana na dwubiegunowej skali porządkowej w postaci analogowej skali wizualnej lub werbalnej. Jeden z biegunów skali oznacza zdrowie doskonałe, drugi – słabe. Innym miernikiem stanu samopoczucia jest ocena satysfakcji z życia. Do jej pomiaru wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia Dienera i wsp. (1985). Jedną z najbardziej charakterystycznych zmian, jakie dokonały się w drugiej połowie XX wieku w świadomości ludzi, jest uznanie podstawowej roli zachowań zdrowotnych w utrzymaniu i umacnianiu własnego zdrowia. Główne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i nowotworowych, a więc chorób stanowiących ok. 70% wszystkich przyczyn przedwczesnej umieralności, wiążą się z indywidualnymi zachowaniami (dieta, paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu itp.). Dlatego tak ważną rolę w działaniach promujących zdrowie przypisuje się modyfikacji zachowań zagrażających zdrowiu, zaś od psychologii, która zajmuje się prawidłowościami kierującymi zachowaniami, oczekuje się pełnienia w tych działaniach wiodącej roli.

W literaturze opisano kilka modeli wyjaśniających uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz zmiany szkodliwych nawyków (modele Rosenstocka, Ajzena i Fishbeina, Rogersa i in.). Zwraca się w nich uwagę na takie czynniki, jak sprostowanie zagrożenia, ocena własnej podatności na choroby, tego, czy choroba jest ciężka czy lekka, oraz różne konstrukty osobiste, które kształtują powstanie zamiaru (decyzji) zmiany. Zamiar, jak się uważa, jest najlepszym wyznacznikiem zachowania, chociaż wiadomo, że większości zamiarów nie udaje się zrealizować.

Zachowania zdrowotne przedstawiają rozległy i mało usystematyzowany obszar zagadnień związanych ze zdrowiem. Ich pomiar może się opierać na obserwacji i rejestracji zachowań, samoobserwacji czy automatycznym monitorowaniu zachowań. Rejestracja zachowań zdrowotnych przysparza wiele trudności, związanych m.in. z wpływem obserwacji czy rejestracji zachowań na ich przebieg, wymaganym czasem trwania oceny, wpływem aprobaty społecznej. Opracowane kwestionariusze oceny zachowań zdrowotnych były najczęściej konstruowane na użytek badań epidemiologicznych.

Skonstruowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych opiera się na kilku dostępnych narzędziach takich, jak *The General Preventive Health Behaviours Checklist* Amira oraz *Reported Health Behaviours Checklist* Prohaska i wsp. Inwentarz mierzy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz cztery formy zachowań zdrowotnych, a mianowicie: (1) prawidłowe nawyki żywieniowe; (2) zachowania profilaktyczne; (3) pozytywne reakcje psychiczne oraz (4) praktyki zdrowotne (Juczyński, 1997a). Odrębny inwentarz skonstruowano do badania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży.

Długofalowe badania County wykazały, że takie regularne zachowania zdrowotne, jak 7,8-godzinny sen, niepalenie, aktywność fizyczna, regularność posiłków, ograniczone spożywanie alkoholu sprzyjają dobremu zdrowiu. Z kolei palenie czy nadmierna konsumpcja pokarmu lub alkoholu znacznie podwyższają ryzyko zachorowania. Inną kategorią zachowań zdrowotnych są różnego rodzaju praktyki podejmowane ze względów

zdrowotnych, jak np. zachowania profilaktyczne (badania kontrolne), praktyki zdrowotne (kontrolowanie wagi ciała, różne ćwiczenia relaksacyjne), działania zabezpieczające (posiadanie apteczki ze środkami pierwszej pomocy i wykazu numerów telefonów służb ratowniczych), unikanie zagrożeń środowiskowych (zanieczyszczeń, miejsc niebezpiecznych), unikanie substancji szkodliwych (palenia, picia alkoholu).

Ból i zmaganie się z chorobą

Ból jest zjawiskiem doświadczanym przez każdego człowieka, zmuszającym do poszukiwania profesjonalnej pomocy i narażającym na koszty spowodowane leczeniem i koniecznością ograniczenia czy wyłączenia się z normalnych obowiązków zawodowych. Na ogół ból rozpatruje się w kategoriach biologicznych – jako wynik uszkodzenia tkanki. Wyniki badań nad percepcją bólu wskazują na znaczenie układu nerwowego i różnic indywidualnych w reagowaniu na bodziec nocyceptywny. Okazało się, że bodziec bólowy jest tylko sygnałem uruchamiającym złożony układ reakcji, w większości kontrolowanych przez procesy zachodzące w mózgu (Dobrogowski i in., 1996).

W doznaniu bólu – oprócz komponenty sensorycznej związanej z przekazywaniem informacji nocyceptywnej do mózgu – wyodrębnia się aspekt psychologiczny, odróżniający wrażenie bólu od odczuć i myśli o bólu. Ludzie różnie reagują na ból, nawet na ból spowodowany tą samą przyczyną. Wiadomo że różne obszary mózgu wydzielają endorfiny kontrolujące odczuwanie bólu. Jedną z bardziej znanych koncepcji, teoria „kontroli bramkowej” Melzacka i Walla (*Gate Control Theory*) przyjmuje, że bodźce powodujące wrażenie bólu nie są automatycznie przekazywane do mózgu, lecz mogą być modulowane, a nawet blokowane na poziomie rdzenia kręgowego. Wpływać na to mogą takie czynniki psychologiczne i społeczne, jak nastrój, osobowość, wcześniejsze doświadczenia z bólem, wpływ otoczenia.

Sposób reagowania na ból ma swoje konsekwencje, np. w podjęciu lub odwlekaniu leczenia, poddaniu się zabiegom medycznym czy w przebiegu rehabilitacji. Pomiar bólu w ujęciu psychologicznym może mieć dwojakiego rodzaju znaczenie. Po pierwsze, może ujmować poziom doświadczanego bólu, który jest porównywany z wynikami innych osób lub tej samej osoby w różnym okresie czasu. Po drugie, można oceniać, jaki wpływ wywiera przeżywany ból na emocje, struktury poznawcze oraz zachowania osobiste i społeczne jednostki.

Najprostszymi narzędziami do pomiaru bólu są skale ocen werbalne, wizualne i numeryczne. Z bardziej złożonych metod warto wymienić kwestionariusz do oceny różnych elementów składowych bólu Melzacka (MPG McGill) oraz kwestionariusz dla dzieci (PPQ) Varni i Thompson, oparty na metodzie McGill.

Do prac adaptacyjnych włączono Kwestionariusz Przekonań na temat Kontroli Bólu Skevington (1990) oraz Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem Rosenstiel i Keefe (1983). W jego skład wchodzi trzy skale, które mierzą siłę własnych przekonań odnośnie do sprawowania kontroli nad bólem przez siebie samego, działania lekarzy lub przypadkowe zdarzenia. Kwestionariusz radzenia sobie z bólem pozwala na zidentyfikowanie strategii poznawczych (przewartościowanie; deklarowanie radzenia sobie, ignorowanie), bezradności (katastrofizowanie, zwiększona aktywność, kontrola, zdolność zmniejszenia bólu) oraz odwracanie uwagi od doznań związanych z bólem (odwracanie uwagi, modlenie się). Ujmuje również stopień opanowania i możliwości zredukowania swojego bólu.

Pomoc człowiekowi choremu jest kolejnym (poza działaniami promującymi zdrowie) obszarem badań i praktyki psychologii zdrowia. Zmaganie się z chorobą rozpoczyna się już na etapie diagnozowania, obciążonego w wielu przypadkach dużym stopniem niepewności, a dalej także na kolejnych etapach leczenia i rehabilitacji.

Oczekiwania związane z wizytą u lekarza, własna wiedza na temat choroby, zakres otrzymywanych informacji, dotychczasowe doświadczenia z chorobą – te i inne kategorie zmiennych składają się na obraz własnej choroby, postawy wobec leczenia i strategię radzenia sobie z chorobą.

Podjęte zostały prace adaptacyjne nad Formularzem Życzeń Pacjenta Salmon i Quine (1989), przeznaczonym do oceny czterech różnych form pomocy oczekiwanej przez pacjenta zgłaszającego się na badanie, oraz nad Skalą Akceptacji Choroby Felton i wsp. (1984), która bada, w jakim stopniu pacjent jest w stanie zaakceptować swoją chorobę bez doświadczania negatywnych emocji czy reakcji.

Kolejne narzędzie, Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Watson i wsp. (1989), mierzy strategię radzenia sobie stosowaną przez pacjentów onkologicznych. Skala służy do oceny przystosowania czy reakcji na diagnozę choroby nowotworowej. Jak wynika z różnych badań, lepsze rezultaty w postaci długości przeżycia i braku nawrotów choroby wiążą się bardziej ze stylem określanym jako „walczący duch” i „zaprzeczanie” niż poczucie bezradności i zaabsorbowanie lękowe (Juczyński, 1997b).

NARZĘDZIA POMIARU W PSYCHOLOGII ZDROWIA

PROCEDURY ADAPTACJI

W tab. 1 przedstawiono zestaw skal i kwestionariuszy przyjętych do adaptacji i konstrukcji. Są to na ogół narzędzia krótkie i łatwe w stosowaniu, w większości mało lub w ogóle nie znane. Od autorów obcych uzyskano zgodę na polską adaptację. Przyjęty proces translacji składa się z kilku stopni i jest prowadzony zgodnie z zasadami opracowanymi na użytek badań międzykulturowych, dotyczących jakości życia i nadzorowanych przez Światową Organizację Zdrowia (*Quality of Life Translation Methodology*).

Skuteczność działań promocyjnych, na co wskazują badania ewaluacyjne, jest znacznie większa, gdy obejmuje swoim zasięgiem dzieci i młodzież. Ponieważ dla tych grup wiekowych mało jest narzędzi pomiaru, zaplanowano ich przygotowanie w postaci najbardziej zbliżonej do zakresu zmiennych badanych u dorosłych.

Standaryzacja i normalizacja

Część narzędzi ma ogólne zastosowanie, inne dotyczą specyficznych grup. Pociąga to za sobą konieczność prowadzenia badań, w pierwszym przypadku – na próbkach reprezentacyjnych, w drugim – na grupach dobranych celowo. W badaniach na próbkach – po dokonaniu wstępnych prac adaptacyjnych – rozpoczęto badania normalizacyjne, oparte na reprezentacyjnych próbkach osób dorosłych i dzieci. Zastosowano losowy dobór grup osób zamieszkających w różnych regionach kraju. W badaniach na grupach dobranych celowo badano grupy specyficzne (m.in. pacjentów po zawale, chorych onkologicznie, diabetyków, pacjentów dializowanych i in.).

Rzetelność narzędzi została ustalona za pomocą współczynników *alfa* Cronbacha, metodą test-retest i połówkową. Na podstawie dostępnych procedur ustalono trafność predykcyjną, treściową i kryterialną. Do oceny trafności zewnętrznej wykorzystano różne narzędzia będące już w użyciu i przeznaczone do pomiaru zbliżonych konstruktów psychologicznych.

Przewidywane jest przygotowanie podręcznika w formie zbliżonej do angielskiego opracowania Johnston i wsp. (1995). Podręcznik składałby się z pięciu części (stosownie do przyjętego podziału narzędzi A-E), z których każda zawierałaby wprowadzenie teoretyczne, opis metod, ich podstawy, przeznaczenie oraz zasady stosowania i interpretacji wyników.

ZYGFRYD JUCZYŃSKI

Tab. 1. Wykaz narzędzi pomiaru adaptowanych i konstruowanych

PREDYSPOZYCJE I RÓŻNICE INDYWIDUALNE
Wzorzec zachowania Typu A Framingham (<i>Framingham Type A Behaviour Pattern</i>); MYTH (<i>Mathews Youth Test</i>) – adap. Ogińska-Bulik, Juczyński; H-W (<i>Hunter-Wolf</i>) – adap. Ogińska-Bulik, Juczyński; Pomiar Ekspresji Gniewu Framingham (<i>Framingham Anger Measure</i>); Skala Ekspresji Gniewu – Ogińska-Bulik, Juczyński; Skala Kontroli Emocji (<i>Courtauld Emotional Control Scale</i>) – Watson, Greer.
STRES I RADZENIE SOBIE
Skala Odczuwanego Stresu (<i>Perceived Stress Scale</i>) – Cohen i wsp.; Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE) – Carver i wsp.; Jak Sobie Radzisz? – Juczyński; Skala Znaczenia Innych (<i>Significant Others Scale</i>) – Power, Champion.
PRZEKONANIA I POSTAWY
Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – (<i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i>) – Wallston i wsp.; Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci (<i>Children's Health Locus of Control Scale</i>) – Parcel, Meyer; Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (<i>Generalized Self-Efficacy Scale</i>) – wersja polska Schwarzer, Jerusalem, Juczyński; Skala Kompetencji Osobistej (KompOs) – Juczyński; Skala Własnej Wartości Rosenberga (<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>); Inwentarz Poczucia Własnej Wartości (<i>Self-Esteem Inventory</i>) – Coopersmith; Test Orientacji Życiowej (LOT-R) – Scheier, Carver – polska adap. Poprawa, Juczyński; Skala Aprobaty Społecznej (<i>Marlowe-Crowne Scale</i>) – Crowne, Marlowe; Skala Uprzedzeń i Interakcji Społecznych – PESIS – Lawrence i wsp.
STAN ZDROWIA I ZACHOWANIA ZDROWOTNE
Skala Wartości Zdrowia (<i>Health Value Scale</i>) – Lau i wsp.; Skala Subiektywnej Oceny Zdrowia; Inwentarz Zachowań Zdrowotnych dla Dorosłych – Juczyński; Inwentarz Zachowań Zdrowotnych dla Dzieci – Juczyński; Skala Satysfakcji z Życia (<i>Satisfaction with Life Scale</i>) – Diener i wsp.
BÓL I ZMAGANIE SIĘ Z CHOROBA
Lista Oczekiwań Pacjenta (<i>Patient Request Form</i>) – Salmon, Quine; Kwestionariusz Przekonań na temat Kontroli Bólu (<i>Beliefs about Pain Control Questionnaire – BPCQ</i>) – Skevington; Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (<i>Pain Coping Strategies Questionnaire – CSQ</i>) – Rosenstiel, Keefe; Skala Akceptacji Choroby (<i>Acceptance of Illness Scale</i>) – Felton i wsp.; Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (<i>Mental Adjustment to Cancer Scale</i>) – Watson wsp.

BIBLIOGRAFIA

- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
- Chesney, M., Rosenman, R. H. (1985). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Crowne, D. P., Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Diener, E., Emmons, R., Larson, R., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76.
- Dobrogowski, J., Kuś, M., Sedlak, K., Wordliczek, J. (1996). *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Springer PWN.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996) (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. UW.
- Felton, B., Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Heszen-Niejędek, I., Sęk, H. (1997) (red.). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Johnston, M., Wright, S., Weinman, J. (1995). *Measures in health psychology: a user's portfolio. A guide to measurement in health psychology*. London: NFER-NELSON.

NARZĘDZIA POMIARU W PSYCHOLOGII ZDROWIA

- Juczyński, Z. (1997a). Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. [W:] J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie* (s. 285-291). Wrocław: Wydawnictwo AWF.
- Juczyński, Z. (1997b). Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 1, lipiec-grudzień, 3-10.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 5, 14, 54-63.
- Juczyński, Z. (w druku). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologica*.
- Krantz, D., Baum, A., Wideman, M. (1980). Assessment of preferences for self-treatment and information in health care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 977-990.
- Lau, R. R., Hartman, K., Ware, J. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, 25-43.
- Lawrance, S., Kelly, J., Owen, A., Hogan, I., Wilson, R. (1990). „Psychologists Attitudes” toward AIDS. *Psychology and Health*, 4, 357-365.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Hemisphere.
- Ogińska-Bulik, N. (1998). *Zachowania Typu A u dzieci i młodzieży. Geneza, charakterystyka i modyfikacja*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (1996a). Polska adaptacja skali do badania zachowań Typu A/B u dzieci. [W:] H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata* (s. 41-46). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (1996b). Skale do pomiaru zachowań Typu A/B u dzieci i młodzieży. *Studia Psychologiczne*, 34, 121-139.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (w druku). *Skala Ekspresji Gniewu (SEG)*.
- Parcel, G. S., Meyer, M. D. (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 149-159.
- Power, M. J., Champion, L. A., Aris, S. J. (1988). The development of a measure of social support: the Significant Others Scale (SOS). *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 349-358.
- Rosenstiel, A., Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Salmon, P., Quine, J. (1989). Patients' intentions in primary care: measurement and preliminary investigation. *Psychology and Health*, 3, 2, 103-110.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście terapeutyczne i nowy model. [W:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). Warszawa: PWN.
- Sęk, H. (1997). Psychologia wobec promocji zdrowia. [W:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 40-61). Warszawa: PWN.
- Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Skkevington, S. M. (1990). A standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ): a preliminary study. *Psychology and Health*, 4, 221-232.
- Turk, D. C., Kerns, R. D. (1985). Assessment in health psychology: a cognitive-behavioral perspective. [W:] P. Karoly (red.), *Measurement strategies in health psychology*. New York: Wiley & Sons.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- Watson, M., Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305.
- Watson, M., Greer, S., Bliss, J. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. User's manual*. CRC Psychological Medicine Research Group, Royal Marsden Hospital, Sutton, Surrey, UK.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie: Wzór zachowania A*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Wrześniewski, K. (1996). Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 8-9, 34-46.