

Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ):

Polska adaptacja kwestionariusza

„Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ) R. H. Rahe'a

Adam Sobolewski¹

Uniwersytet Warszawski

Jan Strelau

Uniwersytet Warszawski i Uniwersytet Śląski

Bogdan Zawadzki

Uniwersytet Warszawski

RAHE'S RECENT LIFE CHANGES QUESTIONNAIRE (RLCQ): POLISH ADAPTATION

Summary. The Recent Life Changes Questionnaire (RLCQ) is an inventory aimed at measuring essential life changes regarded as stressors experienced during the past two years (with measures including half-a-year intervals). RLCQ is composed of 75 items grouped into five sections related to such categories of life events as: health, work, home and family, personal and social, and financial. Among other things this questionnaire allows to measure quantitatively the intensity and length of time necessary to accommodate to life events. The Polish authorised adaptation is based on a series of studies comprising the following steps: independent translations, reliability measures and validity estimations. The latter included comparisons with psychometric measures of temperament (Formal Characteristics of Behaviour – Temperament Inventory by Zawadzki & Strelau) and health status (General Health Questionnaire by Goldberg & Williams, and Aleksandrowicz's Neurotic Symptoms Questionnaire). Additionally, RLCQ scores were taken from patients suffering from cardiovascular diseases and cancer. Altogether the study was conducted on almost 900 adult subjects, males and females aged from 21 to 76. It is concluded that in respect to reliability and validity measures the Polish adaptation is comparable to original RLCQ as developed by Rahe.

WSTĘP

Od czasów Selye'go (1956), pioniera badań nad zjawiskami stresu, problematyka ta zrobiła zawrotną karierę. Prowadzone od wielu lat obserwacje wskazujące na to, że stres psychologiczny jest jednym z głównych czynników ryzyka wielu chorób, w tym także tych, które uchodziły dotąd za mające podłoże czysto somatyczne, sprzyjały rozwojowi nowej dyscypliny, jaką jest psychologia zdrowia.

W nurt badań nad stresem włączyło się wielu psychologów, co doprowadziło m.in. do powstania licznych teorii samego zjawiska stresu, np. transakcyjny model stresu według Lazarusa (1991; Lazarus, Folkman, 1984), teorie zachowania zasobów Hobfolla (1989) czy koherencyjną teorię stresu Antonovsky'ego (1984). Teorie te zostały spopularyzowane także w polskich publikacjach (np. Heszten-Niejodek, Ratajczak, 1996; Oniszczenko, 1993; Terelak, 1995). Czytelnik tych prac łatwo dojdzie do wniosku, iż pojęcie stresu różnie jest rozumiane przez poszczególnych autorów i dotyczy to także poszczególnych zjawisk związanych ze stresem, takich jak stresory, stan stresu, sposoby radzenia sobie ze stresem i konsekwencje stanu stresu (zob. Strelau, 1996).

Ponieważ przedmiotem niniejszego artykułu jest adaptacja narzędzia służącego do pomiaru stresorów, na nich głównie skoncentrujemy naszą uwagę. Choć nie ma zgodności wśród badaczy co do tego, czym jest stresor, jednak wielu z nich zgadza się z poglądem, że przyczyną determinującą stan stresu jest taki brak równowagi między wymaganiami a możliwościami jednostki (zob. Krohne, Laux, 1982; McGrath, 1970; Schönplflug, 1986; Strelau, 1996), który prowadzi do sytuacji utraty lub zagrożenia (Hobfoll, 1989; Ratajczak, 1996) oraz – jak dodaje Tomaszewski (1984) – do przeciążenia lub depriwacji. Przyjmujemy, że utrata i zagrożenie mogą istnieć obiektywnie i subiektywnie (Hobfoll, 1989; Strelau, 1996). To stanowisko różni się istotnie od popularnego poglądu Lazarusa (1991), zgodnie z którym źródłem stresu jest zawsze o c e n a sytuacji jako zagrażającej. Przykładem obiektywnie istniejących stresorów (zagrożenia, utraty) są choćby takie zjawiska, jak klęski żywiołowe (pożar, powódź), utrata bliskich osób, zagrożenie stanu zdrowia itp. W tym przypadku ocena sytuacji przez jednostkę pełni raczej rolę mediatora poprzez wzmacnianie lub tłumienie efektu wywołanego przez obiektywne stresory.

1 Adres dla korespondencji: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa, fax: 022-6357991.

Badania prezentowane w niniejszym artykule były finansowane przez Komitet Badań Naukowych w ramach grantu nr 1H01F06609.

ADAM SOBOLEWSKI, JAN STRELAU, BOGDAN ZAWADZKI

Fakt istnienia obiektywnych, uniwersalnych stresorów obok tych, które istnieją w wyniku oceny sytuacji jako zagrażającej, podkreśla wielu badaczy stresu (zob. Aldwin i in. 1989; Freedy, Kilpatrick, Resnick, 1993; Pellegrini, 1990) i takie rozumienie stresorów jest szczególnie popularne wśród naukowców zajmujących się zarówno stresem ekstremalnym, jak i skutkami stresu posttraumatycznego (np. Hobfoll, de Vries, 1994). Podobne stanowisko, akcentujące, że źródłem stresu może być obiektywnie istniejące zagrożenie (utrata) oraz subiektywna ocena tych zjawisk spostrzeganych jako zagrażających, reprezentuje Rahe (1987). Na tym założeniu oparta jest konstrukcja prezentowanego tu narzędzia, znanego jako *Recent Life Changes Questionnaire* (RLCQ; w adaptacji polskiej: Kwestionariusz Zmian Życiowych).

Autor kwestionariusza RLCQ przyjmuje także inne niż Lazarus rozumienie stanu stresu. Zwłaszcza w swoich ostatnich pracach Lazarus sprowadza stan stresu głównie do emocji negatywnych, powstających w wyniku oceny sytuacji jako zagrażającej (Lazarus, 1993). Lazarus, Deese i Osler (1952; cyt. za: Lazarus, 1993) już ponad czterdzieści lat temu na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań doszli do wniosku, że jedynie zmienne motywacyjne i poznawcze tłumaczą występowanie różnic indywidualnych w nasileniu stanu stresu i że to nasilenie nie pozostaje w związku z poziomem aktywacji. Ten wniosek zaciążył na wszystkich kolejnych koncepcjach stresu opracowanych przez Lazarusa, dla których charakterystyczny jest brak składnika fizjologicznego jako istotnej komponenty stanu stresu.

Rahe (1987) – jako lekarz, którego interesują przede wszystkim skutki zdrowotne stanu stresu – zwrócił szczególną uwagę na składnik aktywacyjny występujący w tym stanie. To stanowisko zbliżyło go do klasycznej teorii Selye'go (1975). Dla zrozumienia zdrowotnych konsekwencji stanu stresu nie sposób pominąć składnika fizjologicznego tego zjawiska. Ostry bądź utrzymujący się stan stresu, charakteryzujący się silnymi emocjami negatywnymi (strach, lęk, złość, wrogość, dystres itp.) oraz sprzężonymi z nimi zmianami fizjologicznymi i biochemicznymi przekraczającymi bazyowy poziom aktywacji (Strelau, 1995), daje o sobie znać w postaci chorób psychosomatycznych bądź innych problemów zdrowotnych. Taki pogląd bliski jest także rozumienia skutków stanu stresu według Rahe'a. Przyjmując za punkt wyjścia pojęcie aktywacji, Rahe (1987, s. 229) postawił następującą hipotezę: „Mózg wraz z bogactwem swoich powiązań i wpływów na wszystkie układy narządów ciała reaguje na stres psychosocjalny przede wszystkim poprzez neuroprzekaźniki oraz drogę hormonalną [...]. Te efekty mózgowie są w ten sposób przekazywane do większości układów narządowych w organizmie; które ze zmian stanowią przedmiot badań, zależy od zainteresowań fizjologicznych badaczy”.

Hipoteza ta wniosła znaczący wkład do poszukiwań nad związkiem między stresem a zdrowiem.

Przekazując Czytelnikowi narzędzie do pomiaru stresorów, które Rahe (1987; Holmes, Rahe, 1967) pojmuje jako zmiany życiowe wymagające nowej (ponownej) adaptacji życiowej jednostki, zdajemy sobie sprawę, iż RLCQ jest tylko jedną z wielu propozycji pomiaru stresorów. Ze względu na swoją konstrukcję narzędzie to powinno być bliskie wszystkim tym badaczom stresu, którzy podzielają pogląd o istnieniu dwóch podstawowych kategorii stresorów: uniwersalnych (obiektywnych) i subiektywnych.

KWESTIONARIUSZ RLCQ

Kwestionariusz *Recent Life Changes Questionnaire* (RLCQ; Kwestionariusz Zmian Życiowych – KZZ)² R. H. Rahe'a (1975) jest narzędziem pozwalającym na zarejestrowanie częstości występowania w życiu jednostki różnorodnych wydarzeń życiowych, prowadzących do zmiany jej sytuacji w aspekcie psychologicznym, społecznym i/lub ekonomicznym i wywołujących konieczność zaangażowania jej zasobów psychologicznych i fizycznych w celu przystosowania się do zmienionych już warunków. Z tego względu zmiany te określa się mianem stresorów życiowych, a RLCQ traktuje jako miarę natężenia stresu życiowego. RLCQ został opublikowany przez Rahe'a w 1975 roku jako rozwinięcie (poprzez rozszerzenie liczby pozycji w celu uzyskania większej dokładności) wcześniej stosowanego inwentarza *Schedule of Recent Experience* (SRE; Holmes, Rahe, 1967).

RLCQ jest kwestionariuszem, który wymaga od osoby badanej przedstawienia dwóch rodzajów informacji. Po pierwsze, w inwentarzu rejestrowany jest fakt wystąpienia 75 różnych zmian życiowych zaistniałych w ciągu ostatnich dwóch lat życia osoby badanej, z zachowaniem podziału na cztery równe interwały czasowe (półroczna). Po drugie, respondent proszony jest o ocenę tych zmian, których wystąpienie wcześniej zaznaczył, ze względu na ich znaczenie i trudność, jaką wywołała konieczność dostosowania się do nich. Ocena ta dokonywana jest na skali od 1 do 100 punktów. Pozycje (także zwane tutaj itemami) kwestionariusza, odpowiadające 75

² W odniesieniu do oryginalnej wersji kwestionariusza stosujemy w artykule angielski skrót RLCQ, natomiast w stosunku do polskiej adaptacji tego narzędzia używamy skrótu nazwy polskiej – KZZ. Dotyczy to również omawianego narzędzia, które w wersji angielskiej znane jest jako *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS), a jego polską adaptacją jest Skala Ponownego Przystosowania Społecznego (SPPS).

KWESTIONARIUSZ ZMIAN ŻYCIOWYCH (KZŻ)

wydarzeniom życiowym, są podzielone na pięć grup związanych ze zdrowiem (np. „poważny zabieg dentystyczny”), pracą (np. „przejście na emeryturę”), domem i rodziną (np. „zawarcie małżeństwa”), sprawami osobistymi i społecznymi (np. „zmiana poglądów politycznych”) oraz finansami osoby badanej (np. „odzyskanie własności zajętej przez komornika”).

Ostatecznym wynikiem badania RLCQ są dwa wskaźniki. Pierwszym jest suma wartości wag przypisanych przez respondenta zmianom, które wystąpiły w jego życiu. Wskaźnik ten określa się mianem kwantyfikacji indywidualnej. Drugi wskaźnik otrzymuje się, podstawiając w miejsce wartości deklarowanych przez osobę badaną standardowe wartości wag zmian życiowych, pochodzące z normatywnych ocen dokonanych przez kwestionariuszowi RLCQ Skali Ponownego Przystosowania Społecznego (SPPS). Wskaźnik ten z kolei określa się mianem kwantyfikacji normatywnej. Określenia „kwantyfikacja indywidualna” i „kwantyfikacja normatywna” zostały zaproponowane przez Vossela (1987) i jako użyteczne terminologiczne zostały też przyjęte w niniejszym artykule³.

Zarówno samo narzędzie, jak i model teoretyczny leżący u jego podstaw nie zostało w oryginale wystarczająco opisane. Większość autorów stosujących RLCQ powołuje się na „fundamentalny” artykuł Holmesa i Rahe'a pt. *The Social Readjustment Rating Scale* z 1967 roku. Jest to niewątpliwie konsekwencją faktu, że Rahe w swych publikacjach koncentruje się na samym pomiarze zmian życiowych jako źródle stresu i na badaniach nad jego skutkami – chorobami – nie podając żadnej sformalizowanej koncepcji teoretycznej (por. Vossel, 1987). Autor RLCQ proponuje jedynie bardzo ogólny model opisujący ten związek (zob. Rahe, 1993). W zgromadzonej przez nas bibliografii nie znaleźliśmy żadnej publikacji, która byłaby podręcznikiem do oryginalnej wersji RLCQ; nie zetknęliśmy się też z żadnymi wskazówkami bibliograficznymi, które świadczyłyby o istnieniu takiego. Z tego względu prezentacja teoretycznych poglądów Rahe'a oraz własności psychometrycznych RLCQ jest bardzo trudna.

Analiza poglądów Rahe'a (1975; 1993) nie pozwala jednoznacznie rozstrzygnąć, co jest w rzeczywistości mierzone poprzez RLCQ. Autor, opisując swój model teoretyczny dotyczący związku między stresem a chorobą (Rahe, 1993), nie definiuje stresu, pisze jedynie o stresowych wydarzeniach życiowych (*stressful life events*). Publikując RLCQ, Rahe (1975) opisuje narzędzie *Schedule of Recent Experience* (z zastosowaniem kwantyfikacji normatywnej) jako cząstkową miarę stresu życia. Kwantyfikację indywidualną określa natomiast jako wskaźnik stresu subiektywnego. W tekście relacjonującym badania dotyczące chorób serca (Rahe, 1987) RLCQ opisany jest jako narzędzie do pomiaru stresu psychospołecznego, skonstruowane na bazie koncepcji pobudzenia psychofizjologicznego. Podczas prac nad adaptacją RLCQ przyjęto założenie, że narzędzie to należy rozważać jako technikę rejestrującą pewną klasę stresorów, których doświadczyła osoba badana. Natomiast fakt, że generuje się także wskaźnik normatywny, można rozumieć jako próbę traktowania zmian życiowych jako obiektywnych stresorów, które wiążą się z mniejszymi lub większymi wymaganiami oraz niosą mniejszą lub większą stymulację. Wynik badań Holmesa i Rahe'a (1967) częściowo potwierdza tezę, iż stresory można rozważać w ten sposób. Nawet jeśli istnieją jednostkowe różnice w ocenie stresorów, to w całej populacji można dostrzec tendencję odzwierciedloną w porządku reprezentowanym przez Skalę Ponownego Przystosowania Społecznego. Posługując się kwantyfikacją normatywną, a więc uznając stresory za obiektywne, nie przesądzamy o ich równym wpływie na różne jednostki, rezygnujemy jedynie z uwzględnienia subiektywnej jednostkowej oceny stresora. Przyjęcie takiej standaryzacji zmniejsza błąd pomiaru w sytuacji, gdy możemy oczekiwać, że oceny osoby badanej będą zniekształcone przez specyficzną sytuację (np. aktualny stan chorobowy).

Według Rahe'a (1975), oba wskaźniki – normatywny i indywidualny – pozwalają na przewidywanie stanu zdrowia jednostki. Rahe (1987) zebrał wiele danych empirycznych, ilustrujących tę tezę (i wskazujących jednocześnie na trafność pomiaru RLCQ). Uzyskane wyniki wskazują, że osoby, które doświadczyły więcej zmian życiowych (lub zmian życiowych o większej wadze), wykazują więcej objawów chorobowych i częściej korzystają z fachowej pomocy medycznej. Podsumowując te badania, Rahe (1987) stwierdza wręcz, że osoba, która w ciągu dwóch ostatnich lat doświadczyła zmian życiowych o wartości 300 jednostek w skali normatywnej, jest poważnie obciążona ryzykiem choroby.

Tezy Rahe'a i opracowane przezeń metody diagnostyczne (RLCQ oraz jego pierwowzór – SRE) były przedmiotem

³ Pomiar stresowych wydarzeń życiowych dokonywany za pomocą narzędzia znanego jako *Schedule of Recent Experience* (SRE) stosowano jedynie z użyciem kwantyfikacji normatywnej. Stąd w literaturze często spotkać można błąd polegający na utożsamianiu SRE ze skalą oceniającą wagi itemów z tego kwestionariusza oraz z narzędziem służącym do badań, na podstawie których skonstruowano tę skalę. Rahe (1975), publikując RLCQ, akcentuje technikę kwantyfikacji indywidualnej jako właściwą do obliczania wskaźnika opartego na tym kwestionariuszu. W konsekwencji RLCQ jest w literaturze utożsamiany z kwantyfikacją indywidualną. Możliwe jest jednak stosowanie obydwu metod.

ADAM SOBOLEWSKI, JAN STRELAU, BOGDAN ZAWADZKI

szerokiej dyskusji i krytyki w literaturze przedmiotu (por. Adamczak, 1992; Cohen, 1985; Kobasa, 1979). Krytykowano właściwie każdy element tych metod badawczych: założenie o addytywności zmian, brak założenia o możliwości „rozpadu” (niwelowania się) konsekwencji danego wydarzenia, niewystarczająca reprezentatywność zmian życiowych (a więc małą trafność treściową itemów), statystyczność kwantyfikacji normatywnej (zaniedbanie znaczenia subiektywnej interpretacji zdarzeń) czy wreszcie tautologiczne łączenie skutku (choroba) i przyczyny (stresor). Skale te (SRE i RLCQ) rejestrują bowiem chorobę jako wydarzenie życiowe, a jednocześnie pozwalają na przewidywanie choroby jako następstwa stresorów. W tym kontekście należy także wspomnieć o niewystarczającej dokumentacji psychometrycznej obu narzędzi. Krytyka ta – chociaż niewątpliwie słuszna – nie zmienia jednak faktu, że RLCQ jest nadal najbardziej popularną i ciągle najlepszą – pomimo wielu wad – metodą do diagnozy stresorów. Kwestionariusz RLCQ jest zresztą pozbawiony wielu wad SRE – zwłaszcza w zakresie trafności treściowej – którego jest rozszerzoną i uzupełnioną wersją. Z tego względu postanowiono dokonać adaptacji do warunków polskich właśnie tego narzędzia.

ADAPTACJA RLCQ DO WARUNKÓW POLSKICH: KONSTRUKCJA KWESTIONARIUSZA ZMIAN ŻYCIOWYCH

W Polsce kwestionariusz RLCQ doczekał się już wielu opracowań. O ile jednak nam wiadomo, żadne z nich nie zostało formalnie zakończone. Prawdopodobnie większość adaptacji tego narzędzia sprowadzała się do jego przekładu na język polski, bez troski o możliwość jego zaprezentowania w postaci publikacji szerokiemu gronu Czytelników. Prace adaptacyjne rozpoczęto od uzyskania formalnej zgody Rahe'a na adaptację RLCQ i stosowanie tego inwentarza w badaniach naukowych. Przy adaptacji RLCQ przyjęto wiele założeń badawczych, które wydawały się istotne zarówno z punktu widzenia zastosowanych modeli psychometrycznych, jak i rozwiązań metodologicznych.

Założenia i cele badawcze przyjęte przy adaptacji RLCQ

Podstawowe założenie przyjęte w adaptacji RLCQ wynika ze stwierdzenia, że narzędzie to bada ilość zmian życiowych, których doświadczyła osoba badana w określonym interwale czasowym, oraz wagi, jakie jednostka przypisuje tym zmianom. W istocie więc kwestionariusz ten bada zmienną, której nie można przypisać statusu cechy psychologicznej, tak jak to jest czynione w przypadku cech osobowości czy zdolności intelektualnych (por. Strelau, w druku). Z tej perspektywy jest więc RLCQ bardziej „ankieta” aniżeli „testem psychologicznym”. Założenie to ogranicza możliwość wprowadzenia do analizy wielu podstawowych modeli psychometrycznych, takich jak analiza czynnikowa. Pozycje tego inwentarza mają bowiem zupełnie inny status niż klasyczne „behawioralne” pozycje kwestionariuszowe. Ponadto – według Rahe'a – RLCQ powinno spełniać wymagania techniki pomiarowej, dostarczając wyników na skali przynajmniej porządkowej. Umożliwia to wykorzystanie klasycznej teorii testów, ale również tylko w pewnym zakresie. Na przykład nie sposób dokonać szacowania rzetelności pomiaru na podstawie zgodności wewnętrznej. Rahe przyjmuje bowiem założenie o addytywności zmian i ich losowym charakterze, co pozostaje w sprzeczności z wymaganiem psychometrycznym skorelowania pozycji (założenie to jest także co najmniej dyskusyjne w świetle wyników badań z zakresu genetyki zachowania; por. Plomin, 1994).

Drugie podstawowe założenie dotyczy kulturowego uwarunkowania wydarzeń życiowych. Rahe (1987) przedstawia co prawda wiele danych wskazujących, że uwzględnione w RLCQ wydarzenia życiowe, jak i wagi normatywne mają charakter uniwersalny kulturowo, jednak założenie to – w świetle badań nad kulturową adaptacją testów – wydaje się szczególnie dyskusyjne (por. Ciechanowicz, 1990). Dyskusyjność ta dotyczy zwłaszcza wag normatywnych, choć i w pewnym stopniu także samych zmian życiowych. Z tego względu – dokonując adaptacji RLCQ – przyjęto bardziej „ostrożną” i jednocześnie bardziej zaawansowaną strategię adaptacji niż tylko proste tłumaczenie. Postanowiono zatem dokonać translacji oryginalnych pozycji kwestionariusza⁴. W celu wykrycia ewentualnej niereprezentatywności dla kultury polskiej zdarzeń zamieszczonych w wersji oryginalnej RLCQ, postanowiono je poddać analizie trafności treściowej (Brzeziński, 1996; Standardy, 1985). Procedura taka jest rekomendowana w badaniach nad adaptacją narzędzi psychologicznych (Strelau, Angleitner, 1994). W przypadku stwierdzenia dużej trafności treściowej zarówno całego inwentarza, jak i jego części odnoszących się do poszczególnych sfer życiowych możliwe jest uznanie, że narzędzie to zawiera itemy reprezentatywne dla kultury polskiej, a zatem nie wymaga modyfikacji. W przypadku zaś uzyskania wyników wskazujących na małą trafność treściową poszczególne sfery życiowe wymagałyby uzupełnienia o nowe itemy, a pozycje istniejące – modyfikacji lub wymiany na inne. Adaptacja przyjęłaby wtedy formę trawestacji

⁴ Według Drwala (1995), translacja oznacza wierne tłumaczenie wersji oryginalnej z dopuszczeniem możliwości modyfikacji tych pozycji, których dosłowny przekład nie jest możliwy.

KWESTIONARIUSZ ZMIAN ŻYCIOWYCH (KZŻ)

(por. Drwal, 1995).

Odmienne założenie przyjęto natomiast dla wag normatywnych. Uznano, że najbardziej uzasadnioną i jednocześnie „najostrożniejszą” formą uzyskania tego wskaźnika jest jego zrekonstruowanie (por. Drwal, 1995). Rekonstrukcja wymaga bowiem powtórzenia operacji oryginalnych prowadzących do wyodrębnienia danego wskaźnika, co pozwala wyeliminować wszelkie różnice kulturowe. Jest ona jednocześnie „ostrożna” o tyle, że uzyskanie identycznych wag jak wagi amerykańskie może być interpretowane jako dowód ich uniwersalności kulturowej. Jednocześnie procedura taka nie narusza wierności oryginałowi (w istocie jest wtedy wszystko jedno, czy wagi te zostały przeniesione czy zrekonstruowane). W przypadku jednak stwierdzenia różnic kulturowych w ocenie stopnia „uciążliwości” zmian, rekonstrukcja zabezpiecza przed stosowaniem w warunkach polskich nie dopasowanego kulturowo narzędzia, co może prowadzić do jego poważnej inwalidacji.

Opisana powyżej procedura wydaje się stanowić dobrą podstawę do badań międzykulturowych z zastosowaniem RLCQ. Celem niniejszego artykułu nie była jednak analiza kulturowej równoważności stresorów; służy on raczej udokumentowaniu wierności polskiej adaptacji – w znaczeniu zbieżności z amerykańskim oryginałem.

Podstawowe cele badawcze ogniskowały się bowiem na uzyskaniu polskiej wersji RLCQ, z testowaniem – w znacznie bardziej uporządkowanej formie niż dla wersji oryginalnej – jej podstawowych cech psychometrycznych.

Przebieg prac adaptacyjnych RLCQ do warunków polskich

Zgodnie z przyjętymi założeniami, w pierwszym kroku dokonano tłumaczenia pozycji RLCQ. Przy ustalaniu wersji ostatecznej itemów opierano się na czterech niezależnych tłumaczeniach, które stanowiły podstawę do dyskusji grupowej (por. Drwal, 1995). W jej rezultacie powstała polska translacja RLCQ, którą wykorzystano w dalszych badaniach.

W kolejnym kroku dokonano oceny trafności treściowej itemów – zmian życiowych. W analizie tej wykorzystano oceny sześciu sędziów kompetentnych, w tym trzech psychologów akademickich, dwóch psychologów praktyków i lekarza medycyny, którzy dokonali oszacowania stopnia, w jakim zdarzenia życiowe składające się na kwestionariusz stanowią reprezentatywną próbę wszystkich możliwych zmian życiowych. Sędziowie dokonywali oceny na skalach o rozpiętości od jednego punktu (zupełnie niereprezentatywny) do dziesięciu punktów (w pełni reprezentatywny). Oceniano tak zarówno cały kwestionariusz, jak i pięć wyodrębnionych sfer życiowych.

Uzyskane wyniki zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1.
Ocena trafności treściowej KZŻ

Grupa itemów	Średnie	Odchylenia standardowe	Ocena minimalna	Ocena maksymalna
Cały kwestionariusz	7,17	1,17	6	9
Zdrowie	3,83	2,56	1	7
Praca	8,17	0,98	7	10
Dom i rodzina	8,00	0,89	7	9
Sprawy osobiste i społeczne	7,17	2,14	3	9
Finanse	7,33	1,84	5	10

Z wyjątkiem grupy itemów dotyczących zdrowia, na podstawie zgodnej oceny sędziów kompetentnych (W -Kendalla = 0,48; $p < 0,05$) uznano, że trafność treściowa KZŻ jest zadowalająca, a próba wydarzeń życiowych, wprowadzona do oryginalnej wersji RLCQ, może być uznana za reprezentatywną także dla kultury polskiej. Brak pełnej zgodności sędziów i niska ocena trafności treściowej itemów dotyczących zdrowia wywołane były w znacznym stopniu zawodowym nastawieniem tych sędziów, którzy zajmują się w swojej praktyce tą problematyką i oczekiwali wprowadzenia większej liczby bardziej konkretnych pozycji. Ponadto sędziowie sformułowali wiele nieformalnych uwag dotyczących niejednoznaczności niektórych itemów. Jednak wynikała ona w pierwszej kolejności z faktu, że RLCQ w swym założeniu ma badać szerokie spektrum ludzkich doświadczeń, które należało przełożyć na możliwie skończoną liczbę itemów. Stąd niektóre pozycje sformułowane są zbyt ogólnie. Fakt ten może utrudniać respondentom interpretację treści itemu, ale nie dyskwalifikuje inwentarza. Z tego względu postanowiono nie dokonywać żadnej modyfikacji pozycji testowych. Z punktu widzenia adaptacji ukonkretnienie itemów i/lub rozszerzenie inwentarza (sfery „zdrowia”) spowodowałoby także przejście od translacji do trawestacji, a więc w istocie osłabienie „wierności” oryginałowi.

Translację RLCQ uznano więc za wystarczającą do badań indywidualnych i kwantyfikacji indywidualnej zmian życiowych. Dla tej wersji narzędzia przyjęto polską nazwę KZŻ.

Wskaźnik normatywny natomiast – zgodnie z przyjętymi założeniami – zrekonstruowano. Do tego celu

wykorzystano Skalę Ponownego Przystosowania Społecznego.

Skala Ponownego Przystosowania Społecznego

Do stworzenia wskaźnika normatywnego wykorzystano Skalę Ponownego Przystosowania Społecznego. Skala ta zawiera te same itemy co KZZ, ale zakłada dokonywanie innego rodzaju ocen przez respondentów niż kwantyfikacja indywidualna. Osoby badane tą skalą są proszone o dokonanie oceny kolejno wszystkich zmian życiowych pod względem ich uciążliwości (bez względu na to, czy i kiedy ich doświadczyły) na skali od 1 do 100 punktów. Wagi normatywne dla populacji są uzyskiwane przez uśrednienie ocen indywidualnych, a wyrażane w jednostkach, które w literaturze określane są jako jednostki zmiany życiowej (LCU – *life change unit*; np. Rahe, 1987). Jednostki te (czy inaczej wagi normatywne) są wykorzystywane do kwantyfikacji normatywnej. Zastosowana procedura rekonstrukcji wag normatywnych opierała się na oryginalnej procedurze opisanej przez Holmesa i Rahe'a (1967). W pracy tej autorzy opublikowali wartości 43 zmian życiowych, uzyskanych z badania, w którym 394 osoby oceniały wartości wszystkich 43 prezentowanych zmian poprzez porównanie ich z wagą zmiany życiowej „zawarcie małżeństwa”. Ostateczny wynik uzyskany poprzez uśrednienie wszystkich uzyskanych z badania wartości stanowił pierwszą wersję SPPS. Analizując wyniki tego badania autorzy stwierdzili, że uzyskane wagi są demograficznie uniwersalne; prawie wszystkie korelacje wag normatywnych pomiędzy grupami jednorodnymi ze względu na wiek, płeć, wykształcenie, rasę, klasę społeczną i wyznanie przyjęły wartość większą niż 0,90. W badaniach polskich wykorzystano tę procedurę z dwoma modyfikacjami. Po pierwsze, użyto itemów z KZZ, a nie – jak w opisanych badaniach oryginalnych – pozycji z inwentarza *Schedule of Recent Experience* (SRE). Rahe co prawda przesłał nam nowe dane dotyczące RLCQ, ale nie były one jak dotąd publikowane, podobnie jak procedura ich otrzymania. Musieliśmy zatem – planując polskie badania – korzystać z procedury zastosowanej w przypadku SRE. Po drugie, w badaniach z wykorzystaniem SRE, respondenci przypisywali wartości zmianom poprzez porównanie ich do ustalonej przez badaczy wartości zmiany „zawarcie małżeństwa”. Procedura ta jest jednak zbyt arbitralna, toteż w polskich badaniach przyjęto, że osoby badane będą przypisywały danej zmianie wartość z określonego przedziału punktowego, bez porównywania jej z żadnym arbitralnym standardem. Szczegółowo procedura badań została opisana w innej pracy (Sobolewski, 1996). W badaniach z zastosowaniem SPPS wzięły udział 153 przypadkowo dobrane osoby, w tym 76 kobiet i 77 mężczyzn. W grupie tej 40 osób miało wykształcenie zawodowe, 61 – średnie, 52 – wyższe. Osoby badane były w wieku od 21 do 73 lat ($M = 38,40$; $SD = 13,43$). Dla całej tej grupy wyznaczono wagi normatywne. Ponadto próbę tę podzielono na grupy jednorodne – ze względu na poszczególne zmienne demograficzne – w celu analizy zgodności demograficznej przypisywanych zdarzeniom wag. Kierując się wiekiem badanych, grupę tę podzielono na trzy zbliżone liczebnościowo podgrupy: 21-29 lat ($N = 54$), 30-46 lat ($N = 52$) oraz 47-73 lata ($N = 47$). Uzyskane wagi normatywne (poprzez uśrednienie danych dla całej próby) w porządku rangowym zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2.
Ranking wartości wag przypisywanych zmianom życiowym
na podstawie skali SPPS

NUMER	POZYCJA	ŚREDNIA
32a	Śmierć dziecka	96,58
31	Śmierć małżonki/ka	94,03
32c	Śmierć matki lub ojca	89,46
47	Poważne kłopoty z prawem powodujące pobyt w więzieniu	89,43
32b	Śmierć brata lub siostry	88,29
12a	Utrata pracy w wyniku zwolnienia dyscyplinarnego	85,16
45	Wypadek	81,03
17	Poważna zmiana stanu zdrowia lub zachowania członka rodziny (choroby, wypadki, narkotyki, rażące zachowania itd.)	80,57
29	Rozwód	80,08
48	Śmierć przyjaciółki/przyjaciela	79,20
20	Poronienie lub aborcja	79,10
44	Zerwanie związku z bliską osobą	73,71
12b	Utrata pracy w wyniku zwolnienia z innych powodów	71,78

KWESTIONARIUSZ ZMIAN ŻYCIOWYCH (KZŻ)

51b	Duża zmiana sytuacji finansowej – spadek dochodów	69,01
52	Utrata lub zniszczenie osobistej własności	66,97
27b	Rozłąka z małżonką/kciem z powodu problemów małżeńskich	66,86
8d	Zmiana w zakresie obowiązków w pracy – przeniesienie na niższe stanowisko	66,10
26a	Zmiana stanu cywilnego rodziców – rozwód	65,69
21b	Powiększenie rodziny – adopcja dziecka	65,50
1a	Choroba lub uraz fizyczny, które „mogą przykuć do łóżka” na okres jednego tygodnia lub dłużej lub spowodować pobyt w szpitalu	65,42
21c	Powiększenie rodziny – zamieszkanie krewnego w Pani/Pana domu	64,23
51c	Duża zmiana sytuacji finansowej, problemy finansowe związane z inwestycjami i/lub spłatą zaciągniętych kredytów	64,14
42	Kłopoty z partnerką lub partnerem	60,80
9a	Kłopoty w pracy – z przełożonym	59,89
49	Istotna decyzja dotycząca najbliższej przyszłości	59,04
15b	Przeprowadzka do innej miejscowości	58,59
43	Problemy seksualne	57,42
26b	Zmiana stanu cywilnego rodziców – ponowne małżeństwo	56,19
6	Zmiana rodzaju pracy	54,84
37	Zmiana przekonań religijnych	53,58
19	Oczekiwanie dziecka	53,29
23c	Dziecko opuszcza dom z innych przyczyn	53,15
14	Duża zmiana warunków życia (polepszenie lub pogorszenie warunków domowych i/lub sąsiedzkich)	52,97
9b	Kłopoty w pracy – ze współpracownikami	52,27
22	Podjęcie lub zakończenie pracy zarobkowej wymagającej pobytu poza domem przez współmałżonkę/ka	52,22
21a	Powiększenie rodziny – narodzenie się dziecka	51,20
27a	Rozłąka z małżonką/kciem z powodu pracy	49,22
54	Zakup dóbr materialnych o dużej wartości (np. dobry samochód, mieszkanie, dom, działka)	48,81
23a	Dziecko opuszcza dom z powodu szkoły	48,55
16	Zmiana w kontaktach rodzinnych	48,22
2	Poważny zabieg dentystyczny	47,97
11	Przejsie na emeryturę	47,58
18	Zawarcie małżeństwa	47,01
40	Nowy bliski związek z inną osobą	46,70
8a	Zmiana w zakresie obowiązków w pracy – więcej obowiązków	45,92
9c	Kłopoty w pracy – z podwładnymi	45,41
10	Zasadnicza reorganizacja miejsca pracy	45,29
23b	Dziecko opuszcza dom z powodu małżeństwa	45,18
46	Nieznaczne przekroczenie prawa	44,93
7	Zmiana godzin lub warunków pracy	44,58
41	Zaręczyny	44,51

ADAM SOBOLEWSKI, JAN STRELAU, BOGDAN ZAWADZKI

35	Zmiana szkoły lub uczelni	43,81
4	Duża zmiana przyzwyczajeń związanych ze snem	43,64
25	Problemy z teściami	41,80
50	Duże osiągnięcie osobiste	40,56
24	Zmiana sposobu rozwiązywania sporów w małżeństwie	40,39
36	Zmiana poglądów politycznych	40,31
9d	Inne kłopoty w pracy	39,94
55	Odzyskanie własności zajętej przez komornika	39,03
5	Duża zmiana sposobu i/lub ilości czasu przeznaczonego na odpoczynek	38,93
13	Dokształcanie się (studia zaoczne, kursy) w celu zwiększenia swoich kompetencji zawodowych	38,80
34	Rozpoczęcie lub zakończenie szkoły lub studiów wyższych	38,39
33	Zmiana osobistych przyzwyczajeń (ubiór, znajomi, styl życia itd.)	37,96
30	Narodziny wnuka/wnuczki	35,42
1b	Choroba lub uraz fizyczny, które są mniej poważne niż opisane wyżej	34,90
3	Duża zmiana przyzwyczajeń związanych z jedzeniem	34,61
15a	Przeprowadzka w obrębie tej samej miejscowości	34,45
28	Pogodzenie się z małżonką/kciem	33,82
8e	Zmiana w zakresie obowiązków w pracy – przeniesienie na równorzędne stanowisko	31,90
8c	Zmiana w zakresie obowiązków w pracy – awans	31,18
53	Zakup dóbr materialnych o średniej wartości (np. telewizor, sprzęt elektroniczny, komputer)	31,08
38	Zmiana aktywności towarzyskiej (kluby, kina, spotkania itd.)	30,73
51a	Duża zmiana sytuacji finansowej – wzrost dochodów	25,42
8b	Zmiana w zakresie obowiązków w pracy – mniej obowiązków	24,46
39	Wakacje, urlop	23,29

Charakterystyczny dla uzyskanego rankingu wag jest fakt, że najwyższe pozycje zajmują w nim stresory silnie traumatyczne, które są zapewne uniwersalne kulturowo (np. śmierć bliskich osób, poronienie). Niższą rangę przypisywano natomiast zmianom życiowym, które prawdopodobnie mogą wiązać się z bardziej specyficznym cywilizacyjnie i kulturowo obciążeniem (np. wakacje, zmiana aktywności towarzyskiej). Charakterystyczne jest również to, iż oceny te były bardzo zgodne, niezależnie od zmiennych demograficznych poddanych analizie. Korelacje wag poszczególnych zdarzeń życiowych pomiędzy grupami jednorodnymi ze względu na płeć, wiek i wykształcenie są bardzo wysokie (zob. tabela 3).

Tabela 3.
Korelacje pomiędzy wartościami SPPS
dla grup reprezentujących różne charakterystyki demograficzne

Porównywana grupa	Porównywana grupa	r
Kobiety	Mężczyźni	0,972
Wykształcenie zawodowe	Wykształcenie średnie	0,937
Wykształcenie zawodowe	Wykształcenie wyższe	0,900
Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe	0,942
Wiek 21-29 lat	Wiek 30-46 lat	0,964
Wiek 21-29 lat	Wiek 47-73 lata	0,916
Wiek 30-46 lat	Wiek 47-73 lata	0,942

KWESTIONARIUSZ ZMIAN ŻYCIOWYCH (KZŻ)

Wszystkie korelacje istotne statystycznie $p < 0,001$.

Wyniki te nie powinny być jednak interpretowane jako wskaźnik wysokiej zgodności między poszczególnymi osobami badanymi – jak to czynią Holmes i Rahe (1967). Obliczanie korelacji pomiędzy wartościami uzyskanymi poprzez uśrednianie danych musi prowadzić do osiągania wysokich wartości współczynników, bowiem zerowane są różnice pochodzące z wariancji błędu i wariancji „między osobami”. To zaś prowadzi nieuchronnie do wniosku o dużej zgodności ocen respondentów. W naszym przekonaniu wniosek ten nie jest uprawniony. Uzyskane wyniki świadczą bowiem raczej o niezależności ocen od zmiennych demograficznych niż o braku zmienności międzyosobniczej ocen. Współczynnik zgodności sędziów Kendalla dla analizowanych danych wynosi tylko 0,36 ($p < 0,001$) i nie jest zbyt wysoki. Wskazuje zarówno na zgodność oceny zdarzeń, jak i na duże różnice indywidualne i prawdopodobnie może świadczyć także na rzecz zasadności stosowania – obok normatywnej – także kwantyfikacji indywidualnej.

Ogólnie jednak dane te wskazują na dużą zbieżność z wynikami badań amerykańskich. Podobnie dużą zbieżność, chociaż nie tożsamość, osiągnięto, porównując wagi normatywne z badań polskich i amerykańskich. Dla obu prób uzyskano bardzo wysoki współczynnik korelacji 0,77 ($p < 0,001$). Nieformalna analiza ujawniła przy tym, że duża zgodność ocen dotyczyła zwłaszcza zdarzeń związanych z tragicznymi wydarzeniami rodzinnymi, które w obu kulturach były oceniane jako silne stresory. Największe rozbieżności ujawniły się natomiast w zakresie zdarzeń związanych z pracą i zmianą sytuacji rodzinnej oraz zmianą stanu zdrowia (które uzyskały oceny średnie i niskie). Za mniej stresujące Polacy uznali zmiany związane z pracą (z wyjątkiem „kłopotów z przełożonym”), wyższe wagi przypisali natomiast zmianom związanym z bliskimi relacjami interpersonalnymi (nie będącymi relacjami rodzinnymi) i problemom zdrowotnym.

Dane te wydają się wystarczająco uzasadniać trafność przyjętego przy adaptacji RLCQ założenia o rekonstruowaniu wag normatywnych. W dalszych badaniach Kwestionariuszem Zmian Życiowych wykorzystywano zatem zarówno wskaźnik indywidualny, jak i normatywny (utworzony na podstawie polskich badań).

PSYCHOMETRYCZNE WŁASNOŚCI KZŻ

Zgodnie z przyjętymi założeniami, podstawowym celem podjętych badań był opis charakterystyki psychometrycznej KZŻ. Prezentację uzyskanych danych rozpoczniemy od podstawowych statystyk rozkładu rzetelności pomiaru narzędzia.

Podstawowe statystyki rozkładu wyników KZŻ

W tabeli 4 przedstawiono dane ilustrujące podstawowe statystyki KZŻ: średnie i odchylenia standardowe wyników wskaźnika indywidualnego i normatywnego. Wyniki te uzyskano na próbie otrzymanej w rezultacie połączenia różnych badanych grup osób. Próba ta obejmowała przypadkowo dobrane 423 osoby, 230 kobiet i 193 mężczyzn, w wieku od 21 do 76 lat ($M = 35,7$; $SD = 12,52$). Osoby badane podzielono na cztery grupy ze względu na wiek: pierwszą – 199 osób – w wieku 21-30 lat, drugą – 85 osób – 31-40 lat, trzecią – 83 osoby – 41-50 lat, czwartą – 56 osób – 51-76 lat.

Tabela 4.
Średnie i odchylenia standardowe wskaźników opartych na KZŻ
dla grup wyodrębnionych z próby ze względu na wiek i płeć

Grupy	Metoda obliczania końcowego wskaźnika KZŻ			
	Kwantyfikacja indywidualna		Kwantyfikacja normatywna	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>
Płeć				
Kobiety	541,48	396,93	601,83	397,49
Mężczyźni	535,77	402,91	658,08	406,04
Ogółem	538,77	402,93	627,51	401,92
Wiek				
21-30 lat	644,93	433,64	748,74	441,38
31-40 lat	602,38	386,62	598,84	301,35

ADAM SOBOLEWSKI, JAN STRELAU, BOGDAN ZAWADZKI

41-50 lat	339,48	270,47	493,82	343,55
51-76 lat	336,51	276,12	418,45	305,09

M – średnia arytmetyczna, s – odchylenie standardowe.

Różnica wyników pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn okazała się statystycznie nieistotna, dla każdego z dwóch analizowanych wskaźników (test U-Manna-Whitneya, wskaźnik normatywny: $z = 1,78$; $p = 0,076$; wskaźnik indywidualny: $z = 0,22$; $p = 0,828$). Natomiast różnice wyników pomiędzy czterema analizowanymi grupami wiekowymi okazały się istotne statystycznie dla każdego z dwóch analizowanych wskaźników (test Kruskala-Wallisa, wskaźnik normatywny: $\chi^2 = 47,13$; $p = 0,001$; wskaźnik indywidualny: $\chi^2 = 55,23$; $p = 0,001$). Obydwa wskaźniki, normatywny i indywidualny, były ponadto silnie skorelowane (r -Spearmana = $0,78$, $p < 0,001$). Podsumowując można stwierdzić, że nie ma różnic pomiędzy płcią w wynikach uzyskiwanych w KZZ; różnice takie istnieją dla różnych grup wiekowych, przy czym grupom młodszym odpowiadają wyższe średnie. Takiego zróżnicowania wyników w zależności od wieku należy oczekiwać, biorąc pod uwagę rozpoczynanie kształtowania karier zawodowych, kształtowania się relacji małżeńskich w związkach o krótkim stażu, wchodzenie w nową rolę matki, ojca itd. (por. Pearlin, 1985).

KWESTIONARIUSZ ZMIAN ŻYCIOWYCH (KZZ)

Rzetelność pomiaru KZZ

Jedyną metodą, którą można było użyć do oszacowania rzetelności pomiaru KZZ, była metoda „test-retest” z kilkudniowym odstępem pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem. W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 50 osób, 26 kobiet i 24 mężczyzn, w wieku od 22 do 76 lat ($M = 41,72$; $SD = 13,50$). Rzetelność pomiaru KZZ – ze względu na wysokie wartości współczynników korelacji pomiędzy pomiarami otrzymanymi dla obydwu alternatywnych metod obliczania wskaźników opartych na KZZ – należy uznać za zadowalającą. Współczynniki korelacji Pearsona pomiędzy wynikami testu i retestu przyjęły wartości: 0,85 dla wskaźnika opartego na kwantyfikacji indywidualnej ($p < 0,001$) i 0,81 – dla wskaźnika opartego na kwantyfikacji normatywnej ($p < 0,001$).

Niestety wynik ten nie może być porównany z danymi uzyskanymi dla wersji oryginalnej, Rahe (1975) podaje bowiem jedynie informację dotyczącą rzetelności SRE. Pomimo wysokich korelacji uzyskanych w badaniach polskich powtarzalność pomiaru dla wskaźnika indywidualnego jest nieco wątpliwa, gdyż stwierdzono istotną różnicę pomiędzy wynikami testu i retestu (test Wilcoxon $z = -2,03$; $p < 0,042$ – wyższe wyniki dla pomiaru pierwszego). Wynik ten wydaje się świadczyć o wadach sposobu obliczania wskaźnika. Istotna w tym przypadku różnica pomiędzy średnimi może być wywołana samą procedurą badawczą („uwrażliwienie na ocenę stresorów”). Potwierdza to pogląd, iż wadą kwantyfikacji indywidualnej – w porównaniu z kwantyfikacją normatywną – jest to, że stanowić może ona dodatkowe źródło nierzetelności pomiaru. Jest to ważne szczególnie wtedy, gdy oczekiwać możemy, iż oceny osoby badanej zniekształcone będą specyficzną sytuacją, np. w badaniach retrospektywnych prowadzonych na chorych.

Trafność pomiaru KZZ

W badaniach dotyczących trafności pomiaru KZZ testowaliśmy kilka hipotez odwołujących się zarówno do badań z zastosowaniem KZZ, jak i do twierdzeń Regulacyjnej Teorii Temperamentu Strelaua (1995). Trafność teoretyczna kwestionariusza była weryfikowana poprzez sprawdzenie związku pomiędzy natężeniem zmian życiowych (stresorów) a zaburzeniami zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem hamującego wpływu temperamentu.

Natężenie zmian życiowych a objawy chorobowe

W badaniach tych weryfikowano hipotezę, że natężenie zmian życiowych – traktowane jako stres życiowy – prowadzi do nasilenia objawów chorobowych (Rahe, 1975; 1987). Oczekiwano też, że wpływ ten będzie moderowany przez zmienne temperamentalne, a zwłaszcza reaktywność emocjonalną (Strelau, 1995; 1996). Cechę tę definiuje się jako „tendencję jednostki do intensywnego reagowania na emotogenne bodźce, wyrażającą się w dużej wrażliwości emocjonalnej i małej odporności emocjonalnej” (Zawadzki, Strelau, 1997, s. 22). W przeprowadzonych badaniach (Trzcińska, 1996) obok KZZ do diagnozy temperamentu użyto kwestionariusza Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu Zawadzkiego i Strelaua (1997), a do diagnozy objawów chorobowych – Kwestionariusz Zdrowia (*General Health Questionnaire* – Goldberg, Williams, 1988 – w adaptacji Trzcińskiej, Strelaua i Zawadzkiego), mierzącego ogólnie pojęte zdrowie psychiczne. Ponadto zastosowano Kwestionariusz Objawowy S-II Aleksandrowicza i współautorów (1981), mierzący nasilenie objawów neurotycznych. W badaniach wzięło udział 200 osób, 115 kobiet i 85 mężczyzn, w wieku od 21 do 69 lat ($M = 32,36$; $SD = 11,92$). Wśród osób badanych 3 osoby miały wykształcenie podstawowe, 16 – zasadnicze, 129 – średnie, 51 – wyższe. Osoby badane reprezentowały kilkanaście grup społeczno-zawodowych.

W analizie danych obliczono współczynniki korelacji pomiędzy natężeniem zmian życiowych (zarówno dla wskaźnika indywidualnego, jak i normatywnego) a nasileniem objawów chorobowych oraz współczynniki korelacji wielokrotnej między nasileniem zmian życiowych i reaktywnością emocjonalną a nasileniem objawów chorobowych. Uzyskane dane zamieszczono w tabeli 5.

Tabela 5.

Korelacje pomiędzy zaburzeniami zdrowia psychicznego a natężeniem zmian życiowych (r) z uwzględnieniem moderującej roli reaktywności emocjonalnej (R)

Metoda obliczania końcowego wyniku KZZ	GHQ		S II	
	r	R	r	R
Kwantyfikacja indywidualna	0,27*	0,41*	0,29*	0,60*
Kwantyfikacja normatywna	0,22*	0,40*	0,18*	0,58*

* – korelacja istotna statystycznie na $p < 0,01$; R – korelacja wielokrotna; r – korelacja prosta (korelacja rangowa Spearmana);

ADAM SOBOLEWSKI, JAN STRELAU, BOGDAN ZAWADZKI

GHQ – Inwentarz Zdrowia Goldberga (wersja GHQ-30); S II – Kwestionariusz Objawowy Aleksandrowicza i wsp. (zastosowano czterostopniową skalę odpowiedzi).

Analiza danych wskazuje, że istnieją istotne statystycznie korelacje pomiędzy zdrowiem psychicznym a natężeniem zmian życiowych, niezależnie od zastosowanej metody pomiaru zdrowia psychicznego i wskaźnika KZZ. Większe natężenie zmian życiowych wpływa zatem na powstawanie zaburzeń stanu zdrowia. Wynik ten jest repliką nie tylko badań Rahe'a z zastosowaniem RLCQ, ale i wielu innych badań (np. Brown, Harris, 1989) dotyczących związku pomiędzy stresem życiowym a objawami chorobowymi. Stwierdzono również, że korelacje wielokrotne, uwzględniające wpływ reaktywności emocjonalnej i natężenia zmian życiowych na zdrowie psychiczne, okazały się istotne statystycznie i silniejsze niż korelacje proste. Dane te – zgodnie z oczekiwaniami – wskazują na hamujący wpływ reaktywności emocjonalnej: osoby o dużej reaktywności emocjonalnej, które doświadczyły znacznego natężenia zmian życiowych, przejawiają silniejsze zaburzenia zachowania. Uzyskane wyniki są zatem zgodne z oczekiwaniami i wskazują na dużą trafność pomiaru KZZ. W dalszych badaniach, w których oceniano trafność kryterialną, zmierzano do stwierdzenia, czy osoby chore relacjonują istotnie większe nasilenie zdarzeń życiowych niż osoby zdrowe.

Natężenie zmian życiowych u pacjentów z chorobą wieńcową i nowotworową

W badaniach tych zmierzaliśmy do weryfikacji hipotezy, zgodnie z którą można oczekiwać, że osoby z chorobami układu krążenia relacjonują większe nasilenie zdarzeń stresowych w okresie poprzedzającym zachorowanie (Brown, Harris, 1989; Łazowski, 1982; Rahe 1987). Dla wykazania trafności różnicowej badaniom z zastosowaniem KZZ poddaliśmy także grupę pacjentów z rozpoznanym nowotworem, bowiem w etiologii tej choroby podkreśla się znaczenie nie tyle ogólnego nasilenia zdarzeń stresowych, ile wpływu specyficznych stresorów, tj. doświadczenia przez jednostkę straty ważnego dla niej obiektu (por. Eysenck, 1994; Zakrzewska, 1989). Badania te zostały zrealizowane przez Dudę (1996), Szczerbicką (1996), Szlachtę (1996) i Wenglorz (1996) z Uniwersytetu Śląskiego.

Grupę kontrolną stanowiły wyniki 79 osób zdrowych, 42 kobiet i 37 mężczyzn, w wieku od 30 do 75 lat ($M = 48,08$; $SD = 10,44$). Wśród badanych 5 osób miało wykształcenie podstawowe, 7 – zasadnicze, 31 – średnie, 36 – wyższe. Osoby badane reprezentowały kilkanaście grup społeczno-zawodowych. Pierwszą grupę kliniczną stanowiło 50 kobiet ze zdiagnozowanym rakiem sutka (w trakcie leczenia), w wieku od 31 do 70 lat ($M = 51,82$; $SD = 9,23$). Wśród badanych kobiet 8 miało wykształcenie podstawowe, 9 – zasadnicze, 21 – średnie, 12 – wyższe. Drugą grupę kliniczną stanowiło 80 mężczyzn po przebytych zawale serca (w trakcie leczenia), w wieku od 35 do 65 lat ($M = 49,65$; $SD = 7,80$). Wśród badanych mężczyzn 8 miało wykształcenie podstawowe, 13 – zasadnicze, 30 – średnie, 29 – wyższe. Zarówno badane kobiety, jak i mężczyźni z grup klinicznych reprezentowali kilkanaście grup społeczno-zawodowych. Grupy te nie różniły się pod względem wieku ($F = 2,54$; $p = 0,082$).

W analizie dokonano porównania wyników (dla obu wskaźników) pomiędzy grupą kontrolną a grupami klinicznymi (testem U-Manna-Whitneya). Uzyskane zależności (a także podstawowe statystyki skal) przedstawiono w tabeli 6.

Uzyskane dane wskazują, że osoby z chorobą niedokrwienną serca uzyskały wyższe wyniki w KZZ w zakresie wskaźnika opartego na kwantyfikacji normatywnej niż osoby z grupy kontrolnej i grupy z nowotworem sutka. Ten oczekiwany zresztą wynik wydaje się w pełni świadczyć o trafności kryterialnej KZZ i w pełni odpowiada danym z literatury przedmiotu (por. Rahe, 1987). Stwierdzono również brak takiej różnicy pomiędzy grupą kontrolną a grupą kobiet chorych na raka sutka, co wskazuje na trafność różnicową wskaźnika kwantyfikacji normatywnej KZZ. Dla wskaźnika opartego na kwantyfikacji indywidualnej uzyskano jednak dane nie w pełni potwierdzające hipotezy. Obie analizowane grupy kliniczne miały bowiem wyższe wyniki niż grupa kontrolna. Ponadto nieistotna dla tego wskaźnika była różnica pomiędzy grupami klinicznymi. Wynik ten może być interpretowany na dwa sposoby. Po pierwsze, wydaje się, że wskaźnik indywidualny wyraźnie ma charakter interakcyjny: osoby chore nie doświadczały obiektywnie większego nasilenia stresorów, ale oceniały to natężenie jako silniejsze (co może być następstwem zmniejszania się zasobów indywidualnych w wyniku choroby). W interpretacji tej zakłada się zatem, że wskaźnik oparty na kwantyfikacji indywidualnej ma nieco inną trafność niż wskaźnik normatywny. Po drugie, osoby chore, ze względu na swą specyficzną sytuację, mogą wykazywać tendencję do przeszacowywania wagi przypisywanej zmianom życiowym poprzedzającym chorobę. Wynik ten, chociaż interesujący teoretycznie, z diagnostycznego punktu widzenia może być do pewnego stopnia artefaktem. Ta interpretacja z kolei zakłada, że wskaźnik indywidualny jest obciążony większym błędem. Sądzimy, że oba stanowiska mają swoje uzasadnienie i niekoniecznie muszą być ze sobą sprzeczne. Jeśli badacz poszukuje informacji o zobiektywizowanych stresorach, to niewątpliwie wskaźnik indywidualny jest mniej rzetelną ich miarą niż wskaźnik normatywny. W przypadku jednak zainteresowania badacza subiektywną oceną stresorów – uwzględniającą nie tylko ich obiektywne nasilenie, ale także i moderujący wpływ różnych cech osobowych – bardziej trafną miarą wydaje się kwantyfikacja indywidualna. Oba wskaźniki wydają się zatem

KWESTIONARIUSZ ZMIAN ŻYCIOWYCH (KŻŻ)

mierzyć inną rzeczywistość psychologiczną.

Tabela 6.

Różnice pomiędzy średnimi wskaźników opartych na KŻŻ dla grup klinicznych i grupy kontrolnej

Grupa	Metody obliczania końcowego wyniku KŻŻ			
	Kwantyfikacja indywidualna		Kwantyfikacja normatywna	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>
Kontrolna	234,76	199,19	404,78	282,14
Mężczyźni po przebytych zawale	429,14	263,11	548,19	461,90
Kobiety chore na raka sutka	373,42	222,43	377,83	207,92
Porównanie grup	statystyka „z”	<i>p</i>	statystyka „z”	<i>p</i>
Kontrolna vs. Kobiet chorych na raka sutka	-3,97	0,000	0,58	0,852
Kontrolna vs. Mężczyzn po przebytych zawale	-5,30	0,000	-2,16	0,031
Chorych na raka vs. Chorych po przebytych zawale	-1,03	0,301	-2,19	0,028

Statystyka „z” jest wyliczona na podstawie wzoru U-Manna-Whitneya; *M* – średnia arytmetyczna, *s* – odchylenie standardowe.

PODSUMOWANIE

Podczas prac nad KZZ, polską adaptacją RLCQ, udało się uzyskać wyniki badań potwierdzające na populacji polskiej wiele zależności stwierdzonych w badaniach oryginalnych. Wydaje się zatem, że KZZ stanowi równoważną kulturowo adaptację RLCQ. Wykazano ponadto, że rzetelność polskiej wersji, badana metodą test-retest, jest zadowalająca, jednak wskaźnik oparty na kwantyfikacji indywidualnej okazał się nieodporny na wpływ procedury badawczej. Uzyskano wyniki świadczące o podwyższonym natężeniu zmian życiowych u osób, które doświadczyły choroby serca, porównywalne z wynikami badań Rahe'a. Znalezione zależności pomiędzy natężeniem zmian życiowych a zaburzeniami zdrowia psychicznego w populacji osób nie hospitalizowanych, wykazano hamujący wpływ reaktywności emocjonalnej na tę zależność. Wyniki te wskazują na zadowalające własności psychometryczne KZZ, chociaż należy mieć świadomość, że technika ta została poddana weryfikacji jedynie w rudymenarnej formie. Konieczne są dalsze badania, zwłaszcza weryfikujące trafność pomiaru KZZ, z zastosowaniem bardziej rozbudowanych planów badawczych.

Wyniki dotychczas zrealizowanych analiz były najczęściej zbieżne, niezależnie od zastosowanej metody obliczania wskaźnika opartego na KZZ. W tym kontekście celowe wydaje się więc rozważenie problemu stosowania tylko jednego ze wskaźników. Podobny postulat można spotkać w literaturze (por. Skinner, Lei, 1983).

Brak istotnych różnic pomiędzy wynikami badań, niezależnie od tego, którą z metod kwantyfikacji się posłużono, wynika z faktu, iż zmiany o dużych wagach występują w populacji rzadko. W pewnym sensie jest to odzwierciedleniem idei kwantyfikacji, jednak – jak uważamy – nie falsyfikuje jej to. Wskaźnik oparty na kwantyfikacji normatywnej wydaje się bardziej odporny na zaburzenia pomiaru wynikające ze specyficznej sytuacji osób badanych. Stąd – być może – jest on bardziej diagnostyczny niż kwantyfikacja indywidualna. Sądzymy jednak, że oba wskaźniki są równie ważne.

W przypadku zastosowania KZZ do diagnozy indywidualnej kwantyfikacja normatywna może być traktowana jako swoista norma. Przy szczególnie dużych różnicach pomiędzy wartościami zmian, deklarowanymi przez osoby badane, a standardowymi wagami możemy wnioskować o specyfice funkcjonowania osoby diagnozowanej. W tym znaczeniu więc uważamy, że oba wskaźniki mogą być źródłem ważnej diagnostycznie informacji i nie można ich niczym zastąpić. Uzyskane wyniki wskazują zatem, że dość powszechna krytyka wskaźnika normatywnego nie jest w pełni uzasadniona, podobnie jak negatywne oceny dotyczące rzetelności i trafności wskaźnika opartego na kwantyfikacji indywidualnej.

KWESTIONARIUSZ ZMIAN ŻYCIOWYCH (KZŻ)

BIBLIOGRAFIA

- Adamczak, M. (1992). Krytyczne zdarzenia życiowe i radzenie sobie z nimi – wybrane zagadnienia. [W:] B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej* (t. 2, s. 41-73). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Spiro III, A., Bosse, R. (1989). Does emotionality predict stress? Findings from the normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 618-624.
- Aleksandrowicz, J. W., Bierzyński, K., Filipiak, J., Kowalczyk, E., Martyniak, J., Mazoń, S., Meus, J., Niwicki, J., Paluchowski, J., Pytko, A., Romeyko, A. (1981). Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych. *Psychoterapia*, 37, 11-28.
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. [W:] J. D. Matarazoo, N. Miller (red.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (s. 491-510). New York: Wiley.
- Brown, G. W., Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. London: The Guildford Press.
- Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Ciechanowicz, A. (1990) (red.). *Kulturowa adaptacja testów*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Cohen, F. (1985). Stress and bodily illness. [W:] A. Monat, R. S. Lazarus (red.), *Stress and coping: An anthology* (s. 40-54). New York: Columbia University Press.
- Drwal, R. L. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN.
- Duda, D. (1996). *Interakcja czynników temperamentalno-osobowościowych i środowiskowych a występowanie nowotworu gruczołu piersi u kobiet*. Nie opublikowana praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice.
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Freedy, J. R., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. (1993). Natural disasters and mental health: Theory, assessment, and intervention. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 49-103.
- Goldberg, D., Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer & Nelson.
- Heszen-Niejodek, I., Ratajczak, Z. (red.) (1996). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. E., de Vries, M. W. (red.) (1994). *Extreme stress and communities: Impact and intervention*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Krohne, H. W., Laux, L. (red.) (1982). *Achievement, stress, and anxiety*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4, 2-39.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Łazowski, J. (1982) (red.). *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej*. Warszawa: PZWL.
- McGrath, J. E. (red.) (1970). *Social and psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Oniszczenko, W. (1993). *Stres: To brzmi groźnie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 201-209.
- Pearlin, L. I. (1985). Life strains and psychological distress among adults. [W:] A. Monat, R. S. Lazarus (red.), *Stress and coping: An anthology* (s. 192-207). New York: Columbia University Press.
- Plomin, R. (1994). *Genetics and experience: The interplay between nature and nurture*. Thousands Oaks: Sage Publ. Inc.
- Rahe, R. H. (1975). Epidemiological studies of life change and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 6, 133-146.
- Rahe, R. H. (1987). Recent life changes, emotions and behaviors in coronary heart disease. [W:] A. Baum, J. E. Singer (red.), *Handbook of Psychology and Health* (t. 5, s. 229-254). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rahe, R. H. (1993). Acute versus chronic post-traumatic stress disorder. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28, 46-56.
- Ratajczak, Z. (1996). Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. [W:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 65-87). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Rosenhan, D. L., Seligman, E. P. (1994). *Psychopatologia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Schönpflug, W. (1986). Effort regulation and individual differences in effort expenditure. [W:] G. R. J. Hockey, A. W. K. Gaillard, M. G. H. Coles (red.), *Energetics and human information processing* (s. 271-283). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1975). *Stress without distress*. New York: New American Library.
- Skinner, H. A., Lei, H. (1980). Differential weights in life change research: Useful or irrelevant? *Psychosomatic Medicine*, 42, 367-370.
- Skyenner, R., Cleese, J. (1992). *Życie w rodzinie i przetrwać*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.

ADAM SOBOLEWSKI, JAN STRELAU, BOGDAN ZAWADZKI

- Sobolewski, A. (1996). *Adaptacja Kwestionariusza Zmian Życiowych do warunków polskich (Recent Life Changes Questionnaire – RLCQ – R. H. Rahe'a). Pomiar stresorów w aspekcie normatywnym i indywidualnym*. Nie opublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
- Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice (1985)*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Strelau, J. (1995). Regulacyjna teoria temperamentu: z perspektywy 20 lat badań. [W:] W. Łukaszewski (red.), *W kręgu teorii czynności* (t. 5, s. 11-21). Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Strelau, J. (1996). Temperament a stres: temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. [W:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 88-130). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Strelau, J. (w druku). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J., Angleitner, A. (1994). Cross-cultural studies on temperament: Theoretical considerations and empirical studies based on the Pavlovian Temperament Survey. *Personality and Individual Differences*, 16, 331-342.
- Szczerbicka, M. (1996). *Interakcja czynników temperamentalno-osobowościowych w etiologii choroby wieńcowej*. Nie opublikowana praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice.
- Szlachta, M. (1996). *Interakcja czynników temperamentalno-osobowościowych w etiologii raka piersi u kobiet*. Nie opublikowana praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice.
- Terelak, J. F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Trzcńska, M. (1996). *Wpływ temperamentu i stresu na stan zdrowia. Adaptacja Inwentarza Zdrowia GHQ (General Health Questionnaire – D. Golberga)*. Nie opublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
- Vossel, G. (1987). Stress conceptions in life event research: Toward a person centred perspective. *European Journal of Personality*, 1, 123-140.
- Wenglorz, D. (1996). *Interakcja czynników temperamentalno-osobowościowych i środowiskowych w etiologii choroby wieńcowej, ze szczególnym uwzględnieniem zawału serca*. Nie opublikowana praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice.
- Zakrzewska, T. (1989). Psychospołeczne czynniki ryzyka zachorowania na raka – przegląd badań. *Przegląd Psychologiczny*, 32, 1019-1029.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (1997). *Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zimbardo, P. G., Ruch, F. L. (1988). *Psychologia i życie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.