

SYLWIA KLUCZYŃSKA, EWA WITKOWSKA, LIDIA ZABŁOCKA-ŻYTKA,
JAN CZESŁAW CZABAŁA

Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii

EWA SOKOŁOWSKA

Katolicki Uniwersytet Lubelski, Instytut Psychologii

OCENA ZDROWIA PSYCHICZNEGO STUDENTÓW W WYMIARACH POZYTYWNYM I NEGATYWNYM – INWENTARZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO (IZP)¹⁾

Streszczenie: Celem badania było opracowanie i walidacja Inwentarza Zdrowia Psychicznego (IZP), standaryzowanego narzędzia diagnostycznego mierzącego zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Oryginalność zaproponowanego podejścia polega na tym, że pomiar odnosi się zarówno do pozytywnego (PW), jak i negatywnego (NW) wymiaru zdrowia psychicznego. Przebadano 405 studentów, w tym 292 kobiet i 113 mężczyzn. Oceniając trafność nowo powstałego narzędzia, oceniono współmienność jego wyników z wynikami innych narzędzi mierzących zdrowie psychiczne lub jego aspekty: Kwestionariuszem Ogólnego Zdrowia GHQ-28; Kwestionariuszem Oceny Jakości Życia WHOQL-BREF; Kwestionariuszem Orientacji Życiowej A. Antonovsky'ego oraz miarami funkcjonowania osobowościowymi łączonymi z dobrostanem psychicznym w pięcioczynnikowym modelu osobowości oraz regulacyjnej teorii temperamentu Stre-

laua. Dokonano także analizy struktury czynnikowej kwestionariusza.

Wyniki przeprowadzonej analizy czynnikowej wskazują na jednoczynnikową strukturę Inwentarza Zdrowia Psychicznego, jednak skale pozytywnego i negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego wykazują współmienność na poziomie $-0,65$. Wykazano też współmienność wyników IZP z wynikami innych narzędzi badających zdrowie psychiczne. Ponadto odnotowano związek zarówno pozytywnego wymiaru zdrowia psychicznego, jak i negatywnego z neurotycznością i reaktywnością emocjonalną. Wyniki analiz miar osobowościowych i temperamentalnych z danymi otrzymanymi za pomocą IZP sugerują przydatność narzędzia w ocenie wskaźników zdrowia psychicznego w ujęciu negatywnym, jak również pozytywnym.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, młodzi dorośli, narzędzie badawcze, walidacja.

Adres do korespondencji: Ewa Witkowska, ewa.m.witkowska@wp.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9081-9436>; Sylwia Kluczyńska, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0567-6715>; Lidia Zabłocka-Żytka, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8667-7367>; Jan Czesław Czabała, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4237-820X>; Ewa Sokołowska, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8637-7906>.

¹⁾ Przedstawione wyniki badań pochodzą z projektu badawczego nr BSTP 39/15-I. Badanie było zrealizowane z dotacji przyznanej przez MNiSW.

WPROWADZENIE

Zdrowie psychiczne to dobrostan w sferach psychicznej, emocjonalnej, społecznej i somatycznej, umożliwiający efektywne działanie w otoczeniu, uzyskiwanie osiągnięć oraz rozwój osobowości (WHO, 2005). Jest to integralny i niezbędny element zdrowia, który należy ujmować poprzez wymiary pozytywny i negatywny. Od wielu lat postuluje się konieczność uwzględniania przejawów pozytywnych zdrowia w prowadzonych badaniach (Keyes, 2002; Peterson, Seligman, 2004; Ryff, 1989; Ryff, Singer, Dienberg, Love, 2004). Medyczne modele zdrowia psychicznego, skupiając uwagę jedynie na zaburzeniach psychicznych, opisują tylko „połowę obszaru zdrowia psychicznego” (Peterson, Seligman, 2004). Większość ekspertów twierdzi, że zdrowie psychiczne i zaburzenie psychiczne nie są do siebie przeciwstawne. Brak rozpoznanej choroby psychicznej nie musi oznaczać zdrowia psychicznego (por. Jahoda, 1958; Keyes, 2002; Keyes, Corey, 2009; Lehtinen, 2008; Ryff, Keyes, 1995; Ryff, Singer, 2008; Vaillant, 2012).

W literaturze psychologicznej i psychiatrycznej pojawia się ostatnio coraz więcej prac wskazujących na narastające problemy ze zdrowiem psychicznym studentów (Białkowska, Mroczkowska, Zomkowska, Rakowska, 2014; Marek, Białoń, Wichowicz, Melloch, Nitka-Siemińska, 2005; Mojs, Bartkowska, Kaczmarek, Ziarko, Bujacz, Warchoł-Biedermann, 2015; Woynarowska, Oblacińska, 2014). Przyczyny takiego stanu rzeczy są różnorakie. Po części z pewnością wynika to z faktu, że z jednej strony okres studiów jest czasem podwyższonego ryzyka, gdyż większość zaburzeń psychicznych rozpoczyna się pod koniec okresu dojrzewania i we wczesnej dorosłości. Z drugiej strony problemy psychiczne wiążą się z mniejszą stygmatyzacją społeczną (Bronowski, Bednarzak, 2018) i możliwe, że młodzi ludzie z większą otwartością o nich mówią. Dodatkowo istotne znaczenie ma poziom stresu i oczekiwań społecznych doświadczanych przez młodych dorosłych na wcześniejszych etapach edukacji (Tabak, Mazur, 2016). Ten widoczny wzrost nasilenia problemów psychicznych wśród młodzieży akademickiej, przy jednoczesnej świadomości, że prawidłowy rozwój oraz dobry stan zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, w młodości są zasobem dla zdrowia i jakości życia w dalszych jego latach (Sokołowska i in., 2016) powoduje pojawienie się konieczności powstania narzędzi diagnostycznych uwzględniających specyfikę kulturową i pozwalających na ocenę zdrowia psychicznego studentów.

Zgodnie z definicją zdrowia psychicznego sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 1948, s. 1) to stan dobrego samopoczucia pozwalający człowiekowi na realizację jego własnych możliwości, na radzenie sobie z normalnymi stresowymi wydarzeniami życiowymi, na efektywną działalność zawodową i na twórczy wkład w życie własnej społeczności

Pozytywne zdrowie psychiczne to dobrostan jednostki i takie zasoby, które umożliwiają radzenie sobie z trudnościami i unikanie załamania stanu zdrowia. Przykładowe zmienne charakteryzujące pozytywny wymiar zdrowia to: poczucie koherencji, poczucie własnej wartości, optymizm życiowy, poczucie własnej skuteczności, odporność/twardość, preżność /rezyliencja (*resilience*), zaangażowanie, inteligencja emocjonalna, skuteczne radzenie sobie ze stresem, proaktywne radzenie sobie ze stresem, kompetencje społeczne, poczucie samorealizacji, poczucie satysfakcji z życia (Heszen, Sęk, 2007; Lehtinen, 2008; Ogińska-Bulik, 2003;

Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010; Poprawa, 2001). Negatywny wymiar zdrowia psychicznego wiąże się z objawami określanymi jako psychologiczny dystres i występowaniem zaburzeń psychicznych klasyfikowanych według ICD-10 lub DSM-5 (APA, 2013).

Zdrowie psychiczne Ville Lehtinen (2008) opisuje jako (1) stan dobrego samopoczucia, (2) zasoby indywidualne (poczucie własnej wartości, optymizm, poczucie wpływu na własne życie, poczucie koherencji), (3) umiejętności nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych oraz (4) umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (odporność). Osoby charakteryzujące się dobrym zdrowiem cechuje m.in.: umiejętność cieszenia się życiem; umiejętność radzenia sobie z codziennym stresem; aktywne życie związane z podejmowaniem sensownych działań; umiejętność budowania satysfakcjonujących relacji; poczucie równowagi; umiejętność zaspokajania własnych potrzeb; rozwój w różnych obszarach życia; troska o innych; pewność siebie i wysokie poczucie własnej wartości. Na zdrowie psychiczne wpływają czynniki biologiczne, psychologiczne i właściwości środowiskowe.

Wyraźny jest brak narzędzia obejmującego większość wskaźników zdrowia psychicznego, w tym jednocześnie w ujęciu pozytywnym oraz negatywnym. O ile negatywny wymiar – objawy psychopatologiczne – jest akcentowany w badaniach diagnostycznych, o tyle pozytywny bardzo rzadko. Istnieje wiele znanych i szeroko wykorzystywanych narzędzi badających pojedyncze wskaźniki zdrowia psychicznego, np. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC, Test Orientacji Życiowej LOT-R, Skala Poczucia Własnej Wartości Rosenberga, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE, Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 autorstwa Davida P. Goldberga i Valerie F. Hillier (1979; Cieślak, Podbielska, 2015; Frydecka, Małyszczak, Chachaj, Kiejna, 2010; Makowska, Merecz, 2001; Sterling, 2011).

Od 2014 r. istnieje polska adaptacja (Karaś, Ciecuch, Keyes, 2014) Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), narzędzia, którego autorem w oryginalnej wersji jest Corey Keyes (2009). Inwentarz ten pozwala na ocenę subiektywnego dobrostanu (*well-being*) oraz trzech jego aspektów – emocjonalnego, psychologicznego i społecznego, a także na diagnozę obecności lub braku zdrowia psychicznego, rozumianego jako współwystępujący z dobrostanem, ale niebędący jego przeciwieństwem. Narzędzie to charakteryzuje co prawda trafność i rzetelność pomiaru, ale jest ono przeznaczone dla całej populacji osób dorosłych (16–81 lat), bez uwzględnienia specyfiki zadań młodych dorosłych i tego okresu rozwojowego.

Stworzenie oryginalnego, uwzględniającego specyfikę kulturową polskich studentów narzędzia diagnostycznego pozwoli na wczesne wykrywanie problemów zdrowia psychicznego i przygotowanie właściwej pomocy (Guina, Kay, 2012; Trevouledes, Grieger, 2012). W tym artykule zaprezentowano opis przygotowania inwentarza oceniającego zdrowie psychiczne młodych dorosłych.

W procesie kształtowania oraz utrzymywania się zdrowia psychicznego znaczenie mają cechy temperamentalne i osobowościowe jednostki. Zgodnie z regulacyjną teorią temperamentu (Strelau, 2004, 2006) temperament uznawany jest za ważny element układu regulacji działania, poprzez dostosowanie go do wymogów zewnętrznych, szczególne zaś znaczenie pełnią reaktywność emocjonalna i aktywność. Reaktywność emocjonalna, wykazująca najsilniejszy pozytywny związek z objawami zaburzeń (Strelau, 2004) opisywana w literaturze jest jako tempera-

mentalny czynnik ryzyka. Definiowana jest jako duża pobudliwość emocjonalna (reagowanie emocjami szczególnie łatwo i szczególnie silnie, nawet na drobne zdarzenia), nieśmiałość i podatność na urazę oraz mała odporność emocjonalna i tendencja do załamывania się w trudnych sytuacjach. Można zatem domniemywać, że studentów o podwyższonej reaktywności będą charakteryzować większe trudności z radzeniem sobie ze stresem związanym ze studiami (Bodys-Cupak, Majda, Zalewska-Puchała, Kamińska, 2016; Harari, Jones, Sek, 1988) oraz częste przeżywanie stanów napięcia emocjonalnego, co może wiązać się z pojawieniem się negatywnych objawów. Dodatkowo osoby bardziej reaktywne są niepewne siebie i nie wierzą w swoje siły, a także mają tendencję do wycofywania się z kontaktów społecznych i unikania sytuacji trudnych, co w środowisku akademickim bywa negatywne wartościowane.

Pięcioczynnikowy model osobowości (Costa, McCrae, 1992; Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998) jest jedną z najbardziej popularnych współczesnych koncepcji ujmujących osobowość w kategoriach cech. Model ten wyraźnie wskazuje adaptacyjne znaczenie osobowości, pozwalające przewidywać powodzenie jednostki w procesie edukacji i na ścieżce kariery zawodowej, satysfakcję życiową, a także stan zdrowia fizycznego i psychicznego (Kotov, Gámez, Schmidt, Watson, 2010; Lamers i in., 2012; Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998). W metaanalizie przeprowadzonej przez Romana Kotova, Wakizę Gámeza, Franka Schmidta i Davida Watsona (2010) wykazano istnienie związków między wymiarami wyróżnionymi w pięcioczynnikowym modelu osobowości (w szczególności dla neurotyczności) a zaburzeniami lękowymi i afektywnymi. Neurotyczność wiąże się z nasileniem regresji, trudnościami w podejmowaniu decyzji, uciekaniem w fantazjowanie, wrogością i obwinianiem się. Jest także powiązana z częstszym uskarżaniem się na stan zdrowia fizycznego i psychicznego (Campbell-Sills, Cohan, Stein, 2006; John, Gross 2004; Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998). Z kolei ekstrawersja związania jest z optymizmem oraz tzw. pozytywnym myśleniem, a także – racjonalnym działaniem.

Biorąc pod uwagę brak polskiego narzędzia pozwalającego na ocenę zdrowia psychicznego w aspektach pozytywnym i negatywnym, w ramach prowadzonego badania stworzono inwentarz dla grupy młodych dorosłych, oceniono jego rzetelność pomiaru, a także dokonano oceny jego trafności pomiaru szczególnie w odniesieniu do trafności teoretycznej – poprzez porównanie wyników z wynikami uzyskiwanymi w diagnozie narzędziami mierzącymi pojedyncze wskaźniki zdrowia psychicznego oraz zmienne temperamentalne i osobowościowe oraz oceniono trafność czynnikową nowo powstałego narzędzia.

METODA

Inwentarz został stworzony na podstawie strategii mieszanej teoretycznej – indukcyjnej (Zawadzki, 2006). Podstawę teoretyczną do wyróżnienia wskaźników pozytywnych zdrowia psychicznego stanowi Funkcjonalny Model Zdrowia Psychicznego Lehtinena (2008) opisany we wstępie. Za wskaźniki pozytywne zdrowia psychicznego przyjęto: doświadczanie pozytywnych emocji, zadowolenie z życia; akceptację siebie; nawiązywanie kontaktów z innymi; podejmowanie decyzji; efektywną pracę; regularną aktywność fizyczną oraz efektywne radzenie sobie ze

stresem. W związku z aktualnymi rekomendacjami dotyczącymi jednoczesnego analizowania wskaźników pozytywnych i negatywnych zdrowia psychicznego (Franken i in., 2018; Keyes, Lopez, 2002) wzięto pod uwagę, zgodnie z ICD-10 (WHO, 1992), następujące wskaźniki negatywne zdrowia psychicznego: silne i nieadekwatne odczuwanie lęku, smutku, zmęczenia oraz bóle somatyczne; myśli samobójcze; nadużywanie alkoholu, narkotyków, nikotyny; problemy ze snem (por. Lehtinen, 2008).

W pracach przy generowaniu wstępnej puli pozycji inwentarza uczestniczyło pięciu psychologów, w grupie tej byli psychologowie kliniczni i psychoterapeuci na co dzień pracujący z pacjentami w obszarze diagnozy i pomocy psychologicznej oraz badacze i naukowcy specjalizujący się w tworzeniu narzędzi badawczych. Na podstawie ustalonych wskaźników zdrowia psychicznego wygenerowano wstępną pulę 150 pozycji testowych. W kolejnym kroku sędziowie kompetentni ocenili ich trafność treściową. Wybrano 60 pozycji, które zgodnie z teorią Lehtinena (2008) układały się w opisane wcześniej cztery grupy umiejętności i właściwości charakteryzujących zdrowie psychiczne oraz twierdzenia prezentujące wskaźniki psychopatologii. Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie 30 pozycji o najwyższych ładunkach czynnikowych, odnoszących się do pozytywnego i negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego (załącznik 1).

Podstawowe właściwości IZP zostały następnie oszacowane na podstawie wyników empirycznych badania z udziałem 405 studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej i Szkoły Głównej Służby Pożarniczej, w tym 292 kobiet i 113 mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 22 lata. Studenci dobrowolnie i anonimowo wypełniali kwestionariusz ankiety. Badania były prowadzone za zgodą Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej (nr 110-2015/2016). Uczestnicy nie otrzymywali wynagrodzenia za udział w badaniu.

W badaniach walidacyjnych Inwentarza Zdrowia Psychicznego zastosowano znane i często wykorzystywane do oceny zdrowia psychicznego narzędzia: Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 (Goldberg, Hillier, 1979), Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQL-BREF (Cieślik, Podbielska, 2015; Wołowicka, Jaracz, 2001), Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) (Antonovsky, 1979) oraz po jednym kwestionariuszu do diagnozy nasienia cech temperamentalnych i osobowościowych – Formalną Charakterystykę Zachowania – kwestionariusz temperamentu (FCZ-KT) (Zawadzki, Strelau, 1997) i Inwentarz Osobowości NEO-FFI (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998).

WYNIKI

Analiza czynnikowa

W celu zweryfikowania struktury kwestionariusza przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową. Uzyskane w jej toku parametry zaprezentowano w tabeli 1.

Większość parametrów ma dość duże wartości standaryzowane, co oznacza, że są one silnie powiązane z własnymi czynnikami. Jedynie pojedyncze pozycje (15, 25, 27) mają nieco niższe parametry, co oznacza, że są one słabiej powiązane z wymiarami, do pomiaru których zostały przypisane. Obie zmienne latentne reprezentujące wymiary PW i NW są ze sobą silnie powiązane ujemnie. Ich wzajemna kowariancja wynosi $-0,89$ (błąd standardowy $0,02$).

TABELA 1
Parametry poszczególnych itemów w confirmacyjnej analizie czynnikowej

| Item | Parametr | Błąd standardowy parametru | Wystandaryzowany parametr | Błąd standardowy wystandaryzowanego parametru |
|---------------------------------------|----------|----------------------------|---------------------------|---|
| Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego | | | | |
| 1 | 0,34 | 0,03 | 0,49 | 0,04 |
| 2 | 0,49 | 0,04 | 0,62 | 0,03 |
| 3 | 0,36 | 0,03 | 0,49 | 0,04 |
| 4 | 0,45 | 0,03 | 0,63 | 0,03 |
| 5 | 0,47 | 0,03 | 0,69 | 0,03 |
| 10 | 0,47 | 0,04 | 0,58 | 0,04 |
| 11 | 0,45 | 0,04 | 0,51 | 0,04 |
| 12 | 0,54 | 0,03 | 0,73 | 0,03 |
| 19 | 0,43 | 0,04 | 0,51 | 0,04 |
| 20 | 0,47 | 0,04 | 0,56 | 0,04 |
| 21 | 0,56 | 0,03 | 0,75 | 0,02 |
| 22 | 0,43 | 0,04 | 0,57 | 0,04 |
| 23 | 0,46 | 0,04 | 0,54 | 0,04 |
| 26 | 0,39 | 0,04 | 0,47 | 0,04 |
| 28 | 0,42 | 0,04 | 0,57 | 0,04 |
| Negatywny wymiar zdrowia psychicznego | | | | |
| 6 | 0,38 | 0,03 | 0,57 | 0,04 |
| 7 | 0,49 | 0,04 | 0,56 | 0,04 |
| 8 | 0,23 | 0,05 | 0,24 | 0,05 |
| 9 | 0,52 | 0,03 | 0,70 | 0,03 |
| 13 | 0,52 | 0,04 | 0,57 | 0,04 |
| 14 | 0,40 | 0,04 | 0,47 | 0,04 |
| 15 | 0,14 | 0,04 | 0,17 | 0,05 |
| 16 | 0,38 | 0,03 | 0,53 | 0,04 |
| 17 | 0,54 | 0,05 | 0,54 | 0,04 |
| 18 | 0,29 | 0,05 | 0,30 | 0,05 |
| 24 | 0,41 | 0,04 | 0,52 | 0,04 |
| 25 | 0,13 | 0,06 | 0,11 | 0,05 |
| 27 | 0,18 | 0,05 | 0,19 | 0,05 |
| 29 | 0,40 | 0,05 | 0,44 | 0,04 |
| 30 | 0,29 | 0,05 | 0,27 | 0,05 |

W tabeli 2 zaprezentowano wariancje błędu (wariancje specyficzne) poszczególnych pozycji. Wysokie wystandaryzowane wartości wariancji błędu niektórych pozycji, zbliżające się do wartości 0,9 świadczą o tym, że pozycje te słabo są powiązane z czynnikami, do pomiaru których zostały przeznaczone.

TABELA 2
Oszacowania wariancji błędu poszczególnych pozycji

| Item | Parametr | Błąd standardowy parametru | Wystandaryzowany parametr | Błąd standardowy wystandaryzowanego parametru |
|------|----------|----------------------------|---------------------------|---|
| 1 | 0,38 | 0,03 | 0,76 | 0,04 |
| 2 | 0,38 | 0,03 | 0,61 | 0,04 |
| 3 | 0,398 | 0,03 | 0,75 | 0,04 |
| 4 | 0,30 | 0,02 | 0,60 | 0,04 |
| 5 | 0,24 | 0,02 | 0,52 | 0,04 |
| 6 | 0,30 | 0,02 | 0,67 | 0,04 |
| 7 | 0,53 | 0,04 | 0,68 | 0,04 |
| 8 | 0,84 | 0,06 | 0,94 | 0,02 |
| 9 | 0,29 | 0,02 | 0,51 | 0,04 |
| 10 | 0,44 | 0,03 | 0,66 | 0,04 |
| 11 | 0,57 | 0,04 | 0,74 | 0,04 |
| 12 | 0,27 | 0,02 | 0,47 | 0,04 |
| 13 | 0,55 | 0,04 | 0,67 | 0,04 |
| 14 | 0,58 | 0,04 | 0,78 | 0,04 |
| 15 | 0,68 | 0,05 | 0,97 | 0,02 |
| 16 | 0,36 | 0,03 | 0,72 | 0,04 |
| 17 | 0,68 | 0,05 | 0,70 | 0,04 |
| 18 | 0,83 | 0,06 | 0,91 | 0,03 |
| 19 | 0,54 | 0,04 | 0,74 | 0,04 |
| 20 | 0,48 | 0,04 | 0,69 | 0,04 |
| 21 | 0,25 | 0,02 | 0,44 | 0,04 |
| 22 | 0,39 | 0,03 | 0,68 | 0,04 |
| 23 | 0,51 | 0,04 | 0,71 | 0,04 |
| 24 | 0,45 | 0,03 | 0,73 | 0,04 |
| 25 | 1,29 | 0,09 | 0,99 | 0,01 |
| 26 | 0,54 | 0,04 | 0,78 | 0,04 |
| 27 | 0,88 | 0,06 | 0,96 | 0,02 |
| 28 | 0,39 | 0,03 | 0,68 | 0,04 |
| 29 | 0,67 | 0,05 | 0,80 | 0,04 |
| 30 | 1,02 | 0,07 | 0,92 | 0,03 |

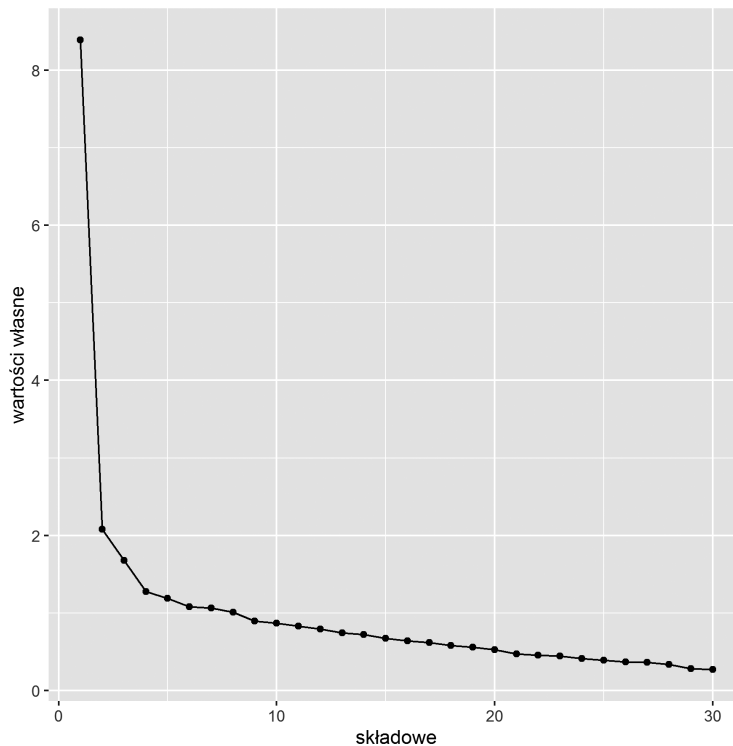
Pozycje o wysokiej wariancji specyficznej to pozycje: 8, 18, 25, 27 i 30.

Model pomiarowy, testowany w konfirmacyjnej analizie czynnikowej jest niedopasowany do danych. W tabeli 3 zebrano wskaźniki dopasowania modelu. Uzyskane wskaźniki są niesatysfakcjonujące. Oznacza to, że założony model dwóch skorelowanych czynników z przypisanymi do każdego z nich specyficznymi itemami nie odpowiada rzeczywistej strukturze danych.

TABELA 3
Wskaźniki dopasowania modelu confirmacyjnej analizy czynnikowej

| Chi-kwadrat | df | p | AIC | BIC | CFI | TLI | RMSEA |
|-------------|-----|---|---------|---------|------|------|-------|
| 1323,69 | 404 | 0 | 1445,69 | 1689,93 | 0,75 | 0,73 | 0,07 |

W celu wyłonienia struktury danych w sposób indukcyjny przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową. Zastosowano metodę głównych osi. Dane dotyczące wartości własnych poszczególnych składowych zaprezentowano na rycinie 1 (tzw. wykres ospiska) oraz w tabeli 4.



RYCINA 1. Wykres ospiska dla danych z eksploracyjnej analizy czynnikowej

Źródło: wyniki badań własnych.

Dane z tabeli 4 oraz z wykresu ospiska skłaniają do wniosku, że zasadniczo można mówić o jednym czynniku, gdyż wartości własne pierwszej składowej znacząco odbiegają od kolejnych. Jednakże ten pierwszy wymiar wyjaśnia jedynie ok. 28% wariancji. Zarazem kolejne składowe (aż do 8) mają wartości własne większe od 1, które prawdopodobnie reprezentują inne, trudne do identyfikacji treściowej, zmienne psychologiczne. Jednakże udział każdego z tych kolejnych czynników w wyjaśnianej wariancji jest już niewielki. Wydaje się zatem, że wymiary pozytywny i negatywny nie są empirycznie rozróżnialne, co może świadczyć o tym, że studenci

TABELA 4
Wartości własne poszczególnych składowych

| Numer składowej | Wartości własne | Procent wyjaśnionej wariancji | Skumulowany procent wyjaśnionej wariancji |
|-----------------|-----------------|-------------------------------|---|
| 1 | 8,39 | 27,97 | 27,98 |
| 2 | 2,08 | 6,93 | 34,90 |
| 3 | 1,68 | 5,59 | 40,49 |
| 4 | 1,28 | 4,26 | 44,75 |
| 5 | 1,19 | 3,96 | 48,70 |
| 6 | 1,08 | 3,61 | 52,31 |
| 7 | 1,06 | 3,55 | 55,86 |
| 8 | 1,00 | 3,36 | 59,22 |
| 9 | 0,89 | 2,98 | 62,20 |
| 10 | 0,87 | 2,90 | 65,10 |
| 11 | 0,83 | 2,77 | 67,87 |
| 12 | 0,79 | 2,63 | 70,50 |
| 13 | 0,74 | 2,48 | 72,98 |
| 14 | 0,72 | 2,40 | 75,37 |
| 15 | 0,67 | 2,25 | 77,62 |
| 16 | 0,64 | 2,13 | 79,75 |
| 17 | 0,62 | 2,06 | 81,82 |
| 18 | 0,58 | 1,93 | 83,75 |
| 19 | 0,56 | 1,86 | 85,61 |
| 20 | 0,53 | 1,76 | 87,37 |
| 21 | 0,47 | 1,57 | 88,94 |
| 22 | 0,46 | 1,52 | 90,46 |
| 23 | 0,45 | 1,47 | 91,94 |
| 24 | 0,41 | 1,38 | 93,31 |
| 25 | 0,39 | 1,29 | 94,60 |
| 26 | 0,37 | 1,22 | 95,83 |
| 27 | 0,36 | 1,21 | 97,03 |
| 28 | 0,33 | 1,13 | 98,16 |
| 29 | 0,28 | 0,94 | 99,10 |
| 30 | 0,27 | 0,90 | 100,00 |

obserwujący u siebie negatywne objawy oceniają odpowiednio niżej także pozytywne wskaźniki zdrowia psychicznego.

Analiza rzetelności kwestionariusza IZP

Ocena rzetelności kwestionariusza IZP, w zakresie zgodności wewnętrznej, szacowanej współczynnikiem α Cronbacha dała oszacowanie 0,89, po zrekodowaniu pozycji z wymiaru negatywnego. Współczynnik α Cronbacha dla pozytywnego wymiaru

zdrowia psychicznego wyniósł 0,88 i 0,77 dla negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego. Uzyskane współczynniki można uznać za zadowalające.

Statystyki opisowe dla skal kwestionariusza IZP

Dla skali Wymiaru Pozytywnego IPZ najniższy otrzymany wynik wyniósł 21, najwyższy zaś 53, przy średniej 42,69 i odchyleniu standardowym 5,84. Dla skali Wymiaru Negatywnego IPZ najniższy otrzymany wynik wyniósł 16, najwyższy zaś 52, przy średniej 29,67 i odchyleniu standardowym 6,46. Dla ogólnej skali IPZ najniższy otrzymany wynik wyniósł 51, a najwyższy – 116, przy średniej 92,74 i odchyleniu standardowym 12,37.

Charakterystyka pozycji kwestionariusza IZP

Do oszacowania mocy dyskryminacyjnej zastosowano skorygowany współczynnik pozycja-skala. Jest on obliczany przy wyłączeniu konkretnej pozycji, dla której szacowana jest wartość mocy dyskryminacyjnej, z wyniku ogólnego skali.

Przyjmuje się, że wartość mocy dyskryminacyjnej pozycji testowej powinna przekraczać wartość 0,2, aby można było uznać, że dobrze różnicuje ona badanych pod względem mierzonej cechy. W kwestionariuszu większość pozycji testowych ma wysokie lub bardzo wysokie moce dyskryminacyjne. Jedynie trzy pozycje (8, 15 i 25) mają moce dyskryminacyjne zbliżone do akceptowalnej wartości 0,2 (ale jej nie przekraczają). Dane przedstawiające własności poszczególnych pozycji testowych zaprezentowano w tabeli 5.

Ocena trafności kwestionariusza IZP

W celu zweryfikowania trafności kwestionariusza IZP zastosowano w pierwszej kolejności analizę korelacji skal kwestionariusza IZP z innymi miarami zdrowia psychicznego, tj. Kwestionariuszem Ogólnego Zdrowia GHQ-28; Kwestionariuszem Oceny Jakości Życia WHOQL-BREF; Kwestionariuszem Orientacji Życiowej A. Antonovsky'ego oraz miarami funkcjonowania osobowościowymi łączonymi z dobrostanem psychicznym – neurotyczność w Inwentarzu Osobowości NEO-FFI, reaktywność emocjonalna w FCZ-KT Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu. Następnie przeprowadzono analizę struktury czynnikowej inwentarza IPZ.

Analiza korelacji skal inwentarza IZP z innymi miarami zdrowia psychicznego oraz miarami funkcjonowania osobowościowego oraz temperamentu

Zarówno nasilenie pozytywnego, jak i negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego IZP najsilniej korelowało ze skalą depresji Inwentarza Ogólnego Zdrowia GHQ. Skala pozytywnego wymiaru zdrowia psychicznego ujemnie korelowały ze skalami: objawy somatyczne, niepokój i bezsenność oraz zaburzenia funkcjonowania. Współzmiennność wymiaru negatywnego IZP była natomiast dodatnia dla skal: objawy somatyczne, niepokój i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania. Wynik ogólny IZP korelował ujemnie ze wszystkimi skalami Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia GHQ.

TABELA 5
Właściwości psychometryczne pozycji kwestionariusza IZP

| Pozycja | Moc dyskryminacyjna | Średnia | Odchylenie standardowe |
|--|---------------------|---------|------------------------|
| Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego (PW) | | | |
| 1 | 0,49 | 3,12 | 0,70 |
| 2 | 0,59 | 3,38 | 0,79 |
| 3 | 0,49 | 3,20 | 0,73 |
| 4 | 0,58 | 3,32 | 0,71 |
| 5 | 0,65 | 3,19 | 0,68 |
| 10 | 0,53 | 3,29 | 0,81 |
| 11 | 0,49 | 3,16 | 0,88 |
| 12 | 0,65 | 3,13 | 0,75 |
| 19 | 0,48 | 3,04 | 0,86 |
| 20 | 0,51 | 3,06 | 0,84 |
| 21 | 0,68 | 3,09 | 0,75 |
| 22 | 0,55 | 3,30 | 0,76 |
| 23 | 0,50 | 2,73 | 0,85 |
| 26 | 0,42 | 3,11 | 0,83 |
| 28 | 0,53 | 3,13 | 0,75 |
| Negatywny wymiar zdrowia psychicznego (NW) | | | |
| 6 | 0,36 | 1,76 | 0,67 |
| 7 | 0,51 | 2,65 | 0,88 |
| 8 | 0,2 | 2,07 | 0,95 |
| 9 | 0,46 | 1,52 | 0,75 |
| 13 | 0,54 | 2,19 | 0,91 |
| 14 | 0,43 | 2,61 | 0,86 |
| 15 | 0,22 | 1,38 | 0,84 |
| 16 | 0,38 | 1,87 | 0,71 |
| 17 | 0,50 | 2,19 | 0,98 |
| 18 | 0,35 | 2,68 | 0,96 |
| 24 | 0,46 | 1,39 | 0,79 |
| 25 | 0,20 | 1,64 | 1,14 |
| 27 | 0,29 | 1,77 | 0,96 |
| 29 | 0,40 | 1,67 | 0,91 |
| 30 | 0,31 | 2,37 | 1,05 |

Zaobserwowano silną współzależność zarówno skali w zakresie pozytywnego, jak i negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego z poczuciem zaradności, poczuciem sensowności i poczuciem zrozumienia z kwestionariusza koherencji SOC. Wytnik ogólny IZP dodatnio jedynie korelował z poczuciem zrozumienia ($r = 0,49$). Odnotowano także wyraźną współzależność z wymiarami inwentarza WHOQL-BREF,

najsilniejsze dla skali psychologicznej ($r = 0,78$), skali somatycznej ($r = 0,58$) i relacji społecznych ($r = 0,46$).

Zgodnie z oczekiwaniami nasilenie wskaźników pozytywnych zdrowia psychicznego najsilniej negatywnie koreluje z neurotycznością ($r = -0,72$) w ujęciu Wielkiej Piątki oraz pozytywnie z ekstrawersją ($r = 0,69$) i sumiennością ($r = 0,5$). Z kolei nasilenie negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego najsilniej koreluje z neurotycznością ($r = 0,68$), negatywnie zaś z ugodowością ($r = -0,45$) i sumiennością ($r = -0,48$). Dla całej skali wyniki tych oszacowań są niższe, natomiast utrzymuje się podobny wzór zależności, z najsilniejszym ujemnym związkiem z neurotycznością ($r = -0,52$).

W przypadku miar temperamentalnych najsilniejszą zależność zanotowano dla reaktywności emocjonalnej i obu wymiarów inwentarza IZP – odpowiednio $r = -0,58$ i $0,43$. Zaobserwowano też wyraźny dodatni związek dla wymiaru pozytywnego IPZ

TABELA 6
Związki skal kwestionariusza IZP i niektórych aspektów zdrowia, osobowości i temperamentu

| | | Wymiar Pozytywny IZP | Wymiar Negatywny IZP | Wynik Ogólny IZP |
|------------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| GHQ-28 | „A” – objawy somatyczne | -0,36* | 0,56* | -0,43** |
| | „B” – niepokój i bezsenność | -0,44* | 0,62* | -0,53** |
| | „C” – zaburzenia funkcjonowania | -0,40* | 0,37* | -0,43** |
| | „D” – objawy depresji | -0,54* | 0,62* | -0,64** |
| | wynik ogólny | -0,53** | 0,63** | -0,64** |
| SOC | poczucie zrozumienia | 0,54* | -0,59* | 0,49** |
| | poczucie zaradności | 0,71* | -0,67* | -0,26** |
| | poczucie sensowności | 0,76* | -0,63* | -0,43** |
| WHOQl- BREF | skala somatyczna | 0,50* | -0,59* | 0,58** |
| | skala psychologiczna | 0,76* | -0,69* | 0,78** |
| | relacje społeczne | 0,48* | -0,45* | 0,46** |
| | środowisko życia | 0,34* | -0,39* | 0,37** |
| NEO-FFI | otwartość na doświadczenie | 0,13 | 0,039 | 0,066 |
| | sumiennność | 0,50* | -0,48* | 0,28** |
| | ekstrawersja | 0,69* | -0,40* | 0,35** |
| | neurotyczność | -0,72* | 0,68* | -0,52** |
| | ugodowość | 0,26* | -0,45* | -0,20** |
| FCZ-KT | Żwawość | 0,44* | -0,38* | 0,14* |
| | perseweratywność | -0,28* | 0,24* | 0,18** |
| | wrażliwość sensoryczna | 0,20* | -0,08 | 0,14** |
| | reaktywność | -0,58* | 0,43* | 0,13* |
| | wytrzymałość | 0,38* | -0,30* | 0,26** |
| | Aktywność | 0,57* | -0,29* | -0,25** |

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

z wytrzymałością mierzoną przez FCZ-KT ($r = 0,38$). W tabeli 6 zaprezentowano oszacowania współzmienności wyników IZP z nasileniem cech osobowości i temperamentu oraz różnymi aspektami zdrowia.

DYSKUSJA

Uzyskane zależności wyraźnie wskazują, że ujmowane przez obie skale Inwentarza Zdrowia Psychicznego zmienne pozostają w silnym związku ze zmiennymi odnoszącymi się do zdrowia psychicznego, mierzonymi przez inne narzędzia o ugruntowanej pozycji oraz że zmienne te wykazują spodziewane zależności w stosunku do zmiennych osobowościowych w ujęciu pięcioczynnikowego modelu osobowości i temperamentalnych w ujęciu regulacyjnej teorii temperamentu.

Zgodnie z oczekiwaniami zaobserwowano ujemny związek wyniku ogólnego IZP ze wszystkimi podskalami Inwentarza Ogólnego Zdrowia GHQ-28. Ponadto odnotowano dodatni związek negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego oraz ujemny związek pozytywnego wymiaru zdrowia psychicznego IZP ze wszystkimi podskalami Inwentarza Ogólnego Zdrowia GHQ-28. Jest to spójne z wynikami badań Davida Goldberga i Paula Williama (2001), z których wynika, że istotnym wskaźnikiem dobrostanu psychicznego jest brak objawów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania oraz symptomów depresyjnych.

Poczucie koherencji (SOC) (Antonovsky, 1979) ma dobrze udokumentowany empirycznie pozytywny związek z różnymi zmiennymi odnoszącymi się do zdrowia psychicznego (Eriksson, Lindström, 2006). W badaniach własnych zaobserwowano silną współzależność zarówno skali w zakresie pozytywnego, jak i negatywnego wymiaru zdrowia psychicznego z poczuciem zaradności, poczuciem sensowności i poczuciem zrozumienia. Wyniki badań własnych są zgodne z wynikami innych analiz, które potwierdzają, że poczucie koherencji pełni rolę głównej zmiennej modyfikującej wpływ stresorów na zdrowie i adaptację do stresu – obniżając intensywność doświadczanego stresu prowadzi do mniejszych zakłóceń zdrowia. Osoby o wysokim poczuciu koherencji mają zdolność do trafnej oceny rzeczywistości, lepiej radzą sobie ze stresem i rzadziej chorują (Jelonkiewicz, 2012; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Z badań Ewy Gruszczyńskiej (2014) wynika, że polscy studenci, mający wysoki poziom koherencji, prezentują wysoki poziom pozytywnego nastawienia psychicznego. Akira Mikami i współpracownicy (2013) analizujący korelację koherencji i problemów zdrowotnych 2824 japońskich studentów, odnotowali wyższe średnie wartości SOC u studentów, którzy nie zgłaszali problemów dotyczących zdrowia oraz wyższe wartości poszczególnych komponentów SOC. Tureccy badacze (Peker, Bermek, Uysal, 2012) także w swojej analizie wskazali na statystycznie istotną zależność pomiędzy poziomem koherencji a wybranymi zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia. Zauważyli, że studentów palących papierosy charakteryzował niższy poziom SOC niż studentów niepalących. Z kolei badacze z Niemiec (Burger, Tektas, Paulsen, Scholz, 2014), którzy analizowali wpływ poczucia koherencji oraz występowania określonych zaburzeń natury psychicznej u studentów medycyny, potwierdzili współistnienie korelacji poczucia koherencji z depresją i lękiem. Podobną zależność opisywali również inni badacze (von Bothmer, Fridlund, 2003). Wyniki badań Krystyny Kurowskiej i wsp. (2010) potwierdzają ujemną korelację pomiędzy poziomem poczucia koherencji a stopniem depresji.

W badaniach własnych odnotowano także wyraźną współzmiennność danych z Inwentarza Zdrowia Psychicznego z wymiarami WHOQL-BREF, najsilniejsze dla skali psychologicznej, skali somatycznej i relacji społecznych. Jakość życia w wielu badaniach jest traktowana jako pozytywny wskaźnik zdrowia psychicznego, a jej niski wymiar jest wiązany z problemami zdrowia psychicznego (Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012; Wnuk i in., 2013).

Zgodnie z oczekiwaniami pozytywny wymiar zdrowia psychicznego okazał się wykazywać najsilniejszą negatywną współzmiennność z neurotycznością, a najsilniejszą pozytywną współzmiennność z ekstrawersją i nieco słabszą z sumiennością. Wyniki badań własnych są zgodne z danymi uzyskanymi S.M.A. Lamersa, Gerbena Johana Westerhofa, Viktorii Kovács, Ernsta Thomasa Bohlmeijera (2012). W zaprojektowanym przez ten zespół badaniu, analizującym dwuwymiarowy model, ujmujący objawy psychopatologiczne i pozytywne przejawy zdrowia psychicznego, badacze stwierdzili, że stabilność emocjonalna, będąca dokładnym przeciwieństwem definicyjnym neurotyczności, jest silnie związana z objawami psychopatologicznymi, podczas gdy ekstrawersja wraz z ugodowością były najsilniej związane z objawami pozytywnymi.

Do podobnych wniosków doszedł zespół Nakaya, Oshio i Kaneko (2006). W ich korelacyjnym badaniu porównującym wyniki Skali Rezyliencji Młodzieży z cechami postulowanymi przez pięcioczynnikowy model osobowości zanotowano znaczącą ujemną korelację między rezyliencją a neurotycznością, przy jednoczesnym pozytywnym związku rezyliencji z ekstrawersją, otwartością na doświadczenie i sumiennością. Autorzy ci stawiają tezę, że nasilenie cech osobowości nastolatków pozwala zatem do pewnego stopnia przewidzieć stopień odporności psychicznej.

Zgodnie z oczekiwaniami wymiar pozytywny wykazuje najsilniejszą pozytywną współzmiennność z aktywnością, a najsilniejszą negatywną współzmiennność z reaktywnością emocjonalną, podczas gdy wymiar negatywny wykazuje najsilniejszą pozytywną współzmiennność z reaktywnością a negatywną – ze żwawością.

W literaturze poświęconej regulacyjnej teorii temperamentu systematycznie podkreślana jest rola reaktywności w kształtowaniu się zaburzeń lękowych i depresyjnych (Sławińska, Witkowska-Ulatowska, Aranowska, 1997; Dragan, Zielińska, Zagdańska, 2016; Habrat, Wójcik, 1995; Strelau, Zawadzki, 2011; Tylka, Szyntar, 2018). Uzyskane przez nas wyniki potwierdzają wzór zależności, który opisali Jan Tylka i Kamila Szyntar (2018). W badaniu kobiet leczonych z powodu depresji wykazali, że badane charakteryzują się niskim poziomem żwawości, wytrzymałości oraz aktywności. Autorzy ci podkreślają, że cechy temperamentu u badanych mogą w sytuacji depresji prowadzić do pojawienia się trudności przystosowawczych.

Z kolei w badaniach Wojciecha Dragana, Aleksandry Zielińskiej i Marty Zagdańskiej (2016) potwierdzono rolę reaktywności emocjonalnej dla kształtowania się zaburzeń lękowych. Otrzymane wyniki analizy miar osobowościowych i temperamentalnych z danymi otrzymanymi za pomocą Inwentarza Zdrowia Psychicznego, zwłaszcza w odniesieniu do neurotyczności i reaktywności emocjonalnej są zgodne z opisywanymi w literaturze zależnościami i sugerują przydatność narzędzia w ocenie wskaźników zdrowia psychicznego zarówno w ujęciu negatywnym, jak i pozytywnym, mimo wskazującego na jednoczynnikową strukturę konstruktów zdrowia psychicznego wyniku analizy czynnikowej.

Powstałe narzędzie IZP mimo braku zakładanej struktury dwuczynnikowej może być wykorzystywane w praktyce klinicznej jako narzędzie przesiewowe, służące wstępnej diagnozie korzystając ze średniej i odchylenia standardowego. Optymalne

byłoby jednak opracowanie norm, na podstawie wyników odpowiednio licznych prób klinicznych. Aktualnie prowadzone są badania mające na celu porównanie wyników grupy kryterialnej – studentów korzystających z pomocy Akademickiej Poradni Psychologicznej na APS i ogólnej populacji studentów. Zakłada się, że na podstawie badań tej grupy możliwe będzie wstępne oszacowanie empiryczne i ustalenie punktu odniesienia dla wyników IZP.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington: American Psychiatric Association, American Psychiatric Pub.
- Białkowska, J., Mroczkowska, D., Zomkowska, E., Rakowska, A. (2014). Ocena zdrowia psychicznego studentów na podstawie Skróconego Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta. *Hygeia*, 49(2), 365–369.
- Bodys-Cupak, I., Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Kamińska, A. (2016). The impact of a sense of self-efficacy on the level of stress and the ways of coping with difficult situations in Polish nursing students. *Nurse Education Today*, 45, 102–107.
- Bothmer von, M.I., Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 347–357.
- Bronowski, P., Bednarzak, J. (2018). Grupa Wsparcia TROP – pięć lat doświadczeń. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 1, 35–44.
- Burger, P.H., Tektas, O.Y., Paulsen, F., Scholz, M. (2014). From freshmanhood to the first “Staatsexamen” – increase of depression and decline in sense of coherence and mental quality of life in advanced medical students. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64(8), 322–327.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599.
- Carey, W.B. (1990). Temperament risk factors in children: a conference report. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11(1), 28–34.
- Cieślik, B., Podbielska, H. (2015). Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna*, 21(2), 102–135.
- Costa, Jr, P.T., McCrae, R.R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653–665.
- Dragan, W.Ł., Zielińska, A., Zagdańska, M. (2016). Negatywne zdarzenia z dzieciństwa jako moderator związku reaktywności emocjonalnej i występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych w grupie nieklinicznej. *Psychiatria Polska*, 50(1), 95–104.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky’s sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381.
- Franken, K., Lamers, S.M.A., Klooster, P.M., Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2187–2202.
- Frydecka, D., Małyszczak, K., Chachaj, A., Kiejna, A. (2010). Struktura czynnikowa Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30). *Psychiatria Polska*, 44(3), 341–359.
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145.
- Goldberg, D., Williams, P., Makowska, Z., Merez, D. (2001). *Ocena zdrowia psy-*

- chicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. *Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Gruszczyńska, E. (2014). Discriminant validity of sense of coherence vs trait anxiety in explaining emotional state in an experimental task. *Psychological Reports, 115*(1), 228–241.
- Guina, J., Kay, J. (2012). Ethical issues and the delivery of mental health services to college students. *Harvard Health Policy Review, 13*, 7–10.
- Habrat, E., Wójcik, M. (1995). Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w zespołach depresyjnych. *Psychiatria Polska, 29*, 111–120.
- Harari, H., Jones, C.A., Sek, H. (1988). Stress syndromes and stress predictors in American and Polish college students. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 19*(2), 243–255.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Book.
- Jelonkiewicz, I. (2012). *Stres a zdrowie młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- John, O.P., Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*(6), 1301–1334.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Karaś, D., Ciecuch, J., Keyes, C.L. (2014). The polish adaptation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences, 69*, 104–109.
- Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207–222.
- Keyes, C.L., Corey, L.M. (2009). *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*(5), 768–821.
- Keyes, C.L.M., Lopez, S.J. (2002). *Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions*. W: S.J. Lopez, C.R. Snyder (red.), *Handbook of Positive Psychology* (s. 45–59). New York: Oxford University Press.
- Kurowska, K., Dahms, S., Głowacka, M., Haor, B. (2010). Poczucie koherencji a depresyjność u osób z chorobą nowotworową. *Psychogeriatrya Polska, 7*(3), 91–98.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Kovács, V., Bohlmeijer, E.T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality, 46*(5), 517–524.
- Lehtinen, V. (2008). Building up good mental health: Guidelines based on existing knowledge. <https://thl.fi/documents/10531/115966/Building%20up%20good%20mental%20health.pdf>.
- Mikami, A., Matsushita, M., Adachi, H., Suganuma, N., Koyama, A., Ichimi, N., ... Sugita, Y. (2013). Sense of coherence, health problems, and presenteeism in Japanese university students. *Asian Journal of Psychiatry, 6*(5), 369–372.
- Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: B. Dudek (red.), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników Kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28* (s. 191–264). Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Marek, K., Białoń, P., Wichowicz, H., Melloch, H., Nitka-Siemska, A. (2005). Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku. *Psychiatria, 2*(4), 217–224.
- Miklewska, A., Miklewska, A. (2000). Związek temperamentu z zachowaniami agre-

- swynymi i zagrożeniem uzależnieniem od alkoholu w świetle regulacyjnej teorii temperamentu. *Przegląd Psychologiczny*, 43(2), 173–190.
- Mojs, E., Bartkowska, W., Kaczmarek, Ł.D., Ziarko, M., Bujacz, A., Warchoń-Biedermann, K. (2015). Właściwości psychometryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (*Kutcher Adolescent Depression Scale*) – pomiar depresji w grupie studentów. *Psychiatria Polska*, 49(1), 135–144.
- Nakaya, M., Oshio, A., Kaneko, H. (2006). Correlations for Adolescent Resilience Scale with big five personality traits. *Psychological Reports*, 98(3), 927–930.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2003). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Ostrzyżek, A., Marcinkowski, J.T. (2012). Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia. *Hygeia Public Health*, 47(4), 408–411.
- Peker, K., Bermek, G., Uysal, O. (2012). Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. *Journal of Dental Education*, 76(6), 774–782.
- Peterson, C., Seligman, M.E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford: Oxford University Press.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103–142). Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., Diener, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383–1394.
- Ryff, C.D., Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 2(1).
- Sławińska, J.B., Witkowska-Ulatowska, H., Aranowska, E.M. (1997). Obecność objawów wśród młodzieży akademickiej. *Lęk i Depresja*, 2(1), nr 1, 13–26.
- Sokołowska, E., Zabłocka-Żytka, L., Kluczyńska S., Wojda-Kornacka, J. (2016). What mental health promotion do university students need? *Polish Journal of Applied Psychology*, 14(3), 53–72, doi: 10.1515/pjap-2015-0062.
- Sterling, M. (2011). General health questionnaire-28 (GHQ-28). *Journal of Physiotherapy*, 57(4), 259.
- Strelau, J. (2004). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: GWP.
- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania z perspektywy półwiecza badań*. Gdańsk: GWP.
- Strelau, J., Zawadzki, B. (2011). Fearfulness and anxiety in research on temperament: Temperamental traits are related to anxiety disorders. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 907–915.
- Tabak, I., Mazur, J. (2016). Social support as a factor protecting adolescents against subjective health complaints related to school stress. *European Health Psychologist*, 18(S), 596.
- Trevouledes, D., Grieger, I. (2012). *Success and Sanity on the College Campus: A Guide for Parents*. R&L Education.
- Tylka, J., Szyntar, K. (2018). Temperamentalne korelaty nasilenia objawów depresji u kobiet. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*, 9, 139–147.
- Vaillant, G.E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93–99.
- Wnuk, M., Zielonka, D., Purandare, B., Kaniewski, A., Klimbberg, A., Ulatowska-Szostek, E., Palicka, E., Zarzycki, A., Kaminiarz, E. (2013). Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 48(1), 10–16.

- Wołowicka, L., Jaracz, K. (2001). Polska wersja WHOQOL-WHOQOL 100 i WHOQOL BREF. *Quality of life in medical sciences*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej.
- WHO (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf?page=7> dostęp: 08.06.2018:
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Wojnarowska, B., Oblacińska, A. (2014). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia BAS*, 2(38), 41–64.
- Zawadzki, B. (2006). *Kwestionariusze osobowości: strategie i procedura konstruowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (1997). *Formalna Charakterystyka Zachowania-kwestionariusz temperamentu (FCZ-KT): podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. *Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

ASSESSMENT OF STUDENTS' MENTAL HEALTH ASSESSMENT IN POSITIVE AND NEGATIVE ASPECT – MENTAL HEALTH INVENTORY (IZP)

Abstract: The aim of the study was to develop and validate a standardized inventory assessing the mental health of young adults. The originality of the proposed approach lies in the fact that the inventory refers to both the positive and negative dimension of mental health. 405 students were examined, including 292 women and 113 men. When assessing the accuracy of the newly created instrument, the covariance of its results with the results of other tools measuring mental health or its aspects: General Health Questionnaire GHQ-28; Questionnaire for Quality of Life Assessment WHOQL-BREF; Questionnaire of Life Orientation by A. Antonovsky was assessed. Additionally, the covariance of personality traits defined by the Big Five Model as well as a temperamental dimensions of Regulative Temper-

ament Theory was assessed. An analysis of the factor structure of the questionnaire was also performed.

Although the results of the factor analysis indicate a unidimensional structure of the IZP, the correlation between its two dimensions equals -0.65 . In addition, there was a correlation between both the positive dimension of mental health and negative health with neuroticism and emotional reactivity. The results of analyzes of personality and temperamental measures with data obtained using the Mental Health Inventory suggest the utility of the tool in the assessment of mental health indicators in both negative and positive aspect.

Keywords: mental health, young adults, inventory, validation.

ZAŁĄCZNIK 1

IZP

(w opracowaniu S. Kluczyńskiej, E. Sokołowskiej, E. Witkowskiej, J. Wojdy-Kornackiej, L. Zabłockiej-Żytka)

Poniżej znajduje się 30 stwierdzeń dotyczących różnych aspektów funkcjonowania człowieka. Proszę, określ, wybierając odpowiedni numer, w jakim stopniu poszczególne stwierdzenie odnosi się do Ciebie:

- 1 – zdecydowanie nie zgadzam się**, jeśli stwierdzenie **całkowicie Ciebie nie dotyczy**;
2 – raczej nie zgadzam się, jeśli stwierdzenie **raczej Ciebie nie dotyczy**;
3 – raczej zgadzam się, jeśli stwierdzenie **raczej Ciebie dotyczy**;
4 – zdecydowanie się zgadzam, jeśli stwierdzenie **w pełni opisuje Twoje zachowania i przekonania**.

Ustosunkuj się do każdego stwierdzenia.

| Stwierdzenia | 1 – zdecydowanie nie zgadzam się 2 – raczej nie zgadzam się 3 – raczej zgadzam się 4 – zdecydowanie zgadzam się | | | |
|---|--|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Chętnie podejmuję nowe wyzwania i nietypowe zadania. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Moje wysiłki są z góry skazane na porażkę. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Łatwo nawiązuję kontakty z innymi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Uważam siebie za wartościową osobę. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mam plany i przekonanie, że uda mi się je zrealizować. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. To, co robię, sprawia mi przyjemność. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Często jestem zmęczona/y przez cały dzień. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Rzadko choruję. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Nic mnie nie cieszy. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Widzę w sobie same wady. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Nie potrafię walczyć o swoje potrzeby. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Lubię siebie. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Jestem niespokojna/y, drażliwa/y i wybuchowa/y. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Dobrze śpię i wysypiam się. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Czasem używam miękkich narkotyków. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Potrafię się skupić i pracować efektywnie. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Miewam nieuzasadnione obawy i lęki. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Zdarza mi się objadać lub ograniczać jedzenie. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Podejmowanie samodzielnych decyzji sprawia mi trudność. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Mam pasję i je realizuję. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Jestem przekonana/y, że moje życie jest na dobrej drodze. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Chętnie poznaję nowych ludzi. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Stwierdzenia | 1 – zdecydowanie nie zgadzam się 2 – raczej nie zgadzam się 3 – raczej zgadzam się 4 – zdecydowanie zgadzam się | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Szybko dochodzę do siebie, kiedy ponoszę porażkę. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Miewam myśli samobójcze. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Codziennie palę papierosy. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Uważam, że ludzie są do mnie uprzedzeni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Zdarza mi się nadużywać alkoholu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Lubię ludzi i dobrze się wśród nich czuję. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Mam mniejszą ochotę na seks niż kiedyś. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Odczuwam bóle mięśni, karku, ramion i pleców. | 1 | 2 | 3 | 4 |