

ELEONORA BIELAWSKA-BATOROWICZ

Zakład Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii UŁ

KONSTRUKCJA I ZASTOSOWANIE SKALI OCENA MENOPAUZY

WPROWADZENIE

Zgodnie z terminologią opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia menopauzę określa się jako ostatnie krwawienie miesięczne (*Research...*, 1996). Podstawą zanikania miesiączki są zmiany hormonalne, a szczególnie spadek poziomu estrogenu, prowadzące do ustania jajeczkowania, co zwykle następuje ok. 51 roku życia (*Research...*, 1996). Czynniki takie jak palenie tytoniu, bezdzietność, złe materialne warunki życia mogą przyspieszyć wystąpienie menopauzy (Gold, 2000; *Research...*, 1996). Badania wskazują również na duże regionalne zróżnicowanie wieku pojawiania się menopauzy (Akceya, 2003; Gold, 2000; Greer i in., 2003; Lock, 1995; Pisarski, 1993), opinii o tym okresie życia kobiety (Akceya, 2003; Lock, 1995; Berger, 1999) oraz metod postępowania wobec objawów menopauzalnych (Rachon i in., 2004).

Okres poprzedzający menopauzę i następujący po niej – zwany także okresem perimenopauzalnym – często charakteryzuje się występowaniem wielu objawów związanych ze spadkiem poziomu estrogenu. Opracowano różne narzędzia pozwalające dobrze określić charakter i intensywność tych objawów, z których badacze często korzystają (Alder, 1998; Bielawska-Batorowicz, 2004a; Greene, 1998; Hunter 1992; Perz, 1997). Zdecydowanie rzadziej konstruowane są natomiast narzędzia pozwalające określić postawy wobec menopauzy czy badać wiedzę i poglądy na temat tego zjawiska (Hunter, O’Dea, 2001; Neugarten i in., 1963). Narzędzia takie rzadko również konstruowane są w Polsce.

Celem artykułu jest przedstawienie kwestionariusza Ocena menopauzy – jego głównych założeń, etapów konstruowania i parametrów psychometry-

cznych. Konstrukcja opisywanego w artykule kwestionariusza zainspirowana została badaniami nad menopauzą prowadzonymi przez L. Gannon i B. Ekstrom (1993). Analizowano w nich postawy wobec menopauzy ujmując ją w różnych kontekstach – jako problem medyczny, oznakę starzenia się bądź istotną zmianę życiową. Próba replikacji tych badań w innym kręgu kulturowym wymagała skonstruowania narzędzia pozwalającego na określenie stosunku do menopauzy.

ZAŁOŻENIA SKALI OCENA MENOPAUZY I ETAPY KONSTRUKCJI

Przystępując do konstrukcji narzędzia przyjęto kilka założeń: 1) konstruowane narzędzie ma służyć do poznania stosunku do menopauzy, nie zaś do oceny posiadanej wiedzy czy własnych doświadczeń związanych z menopauzą, 2) wszystkie itemy skali są formułowane w pierwszej osobie trybu oznajmującego, 3) zastosowane sformułowania akcentują tak pozytywne, jak i negatywne aspekty menopauzy, co pozwoli wyodrębnić dwa wymiary opisu, 4) ocena stopnia akceptacji treści itemów dokonywana jest na 5-punktowej skali.

Pierwszym etapem konstrukcji skali było przygotowanie listy twierdzeń opisujących stan i sytuację osoby w okresie menopauzy. Niektóre z twierdzeń zaczerpnięto z *Attitudes Toward Menopause Checklist* (Neugarten i in., 1963), inne są oryginalnymi sformułowaniami przygotowanymi zgodnie z powyższymi założeniami. Lista, którą poddano dalszemu opracowaniu, liczyła 35 twierdzeń.

W drugim etapie konstrukcji skali listę twierdzeń przedstawiono 15-osobowej grupie sędziów kompetentnych, których zadaniem było zaklasyfikowanie twierdzeń do dwu kategorii: twierdzeń pozytywnych i negatywnych. Uwzględniono stopień zgodności ocen – twierdzenie przypisywano do kategorii negatywnej lub pozytywnej, jeśli co najmniej 75% sędziów (11 osób) przypisało twierdzenie do danej kategorii. W przypadkach wątpliwych w toku dyskusji w grupie sędziów opracowywano nową wersję twierdzenia, które sędziowie jednoznacznie zaliczali do pozytywnych lub negatywnych. W efekcie uzyskano dwa zestawy twierdzeń – każdy liczący 15 sformułowań uznanych za jednoznacznie pozytywne lub negatywne, które utworzyły podskale POZ i NEG. Pozostałe 5 twierdzeń uznano za neutralne. Pozostawiono je w skali, przyjęto jednak, że nie będą uwzględniane przy obliczaniu wyników podskal. W ten sposób skala Ocena menopauzy pozwala na uzyskanie dwu wyników (w podskali POZ i podskali NEG), które umożliwiają niezależne określenie pozytywnych i negatywnych aspektów menopauzy. Wynik w każdej z podskal to suma punktów przypisanych na 5-punktowej skali każdemu z 15 twierdzeń.

Zdecydowano się wprowadzić kolejny wskaźnik (DIF), który powstaje przez odjęcie od wyniku w podskali POZ wyniku w podskali NEG. W ten sposób za pomocą jednego wskaźnika można określić przewagę pozytywnych lub negatywnych opinii o menopauzie.

Tabela 1

Twierdzenia tworzące skalę Ocena menopauzy z podziałem na podskale POZ i NEG oznaczono gwiazdką

Twierdzenie	Podskala POZ	Podskala NEG
Nie obserwuję u siebie żadnych poważnych zmian		
Moje ciało się zmieniło, ale ja pozostaję sobą		
Jestem spokojniejsza i szczęśliwsza niż wcześniej	*	
Wreszcie mogę robić to, na co mam ochotę	*	
Jestem mniej zrównoważona psychicznie		*
Wzrosło moje zainteresowanie życiem seksualnym	*	
Moje zainteresowanie sprawami otoczenia zwiększyło się	*	
Życie stało się dla mnie bardziej interesujące	*	
Czuję się lepiej niż wcześniej	*	
Mam teraz szersze poglądy na życie	*	
Mam większe zaufanie do siebie	*	
To dla mnie nieprzyjemne doświadczenie		*
Interesuję się wyłącznie sobą		*
Moje relacje z najbliższymi pogarszają się		*
Moje przygnębienie wzrasta		*
Martwię się o to, co mnie czeka		*
To najlepsza rzecz, jaka mogła mi się przydarzyć	*	
Wymagam opieki lekarskiej		
Czuję, że nie mam wpływu na to, co dzieje się ze mną i moim ciałem		*
Moja atrakcyjność fizyczna zmniejszyła się wyraźnie		*
To normalne wydarzenie z życia i potrafię sobie z nim poradzić		
Pojawiły się u mnie objawy depresji i nerwowości		*
To dla mnie nieprzyjemne przypomnienie nieuchronności starzenia się i umierania		*
To dla mnie początek nowego i dającego wiele satysfakcji okresu w życiu	*	
To dla mnie początek wielu problemów ze zdrowiem fizycznym		*
Moje zadowolenie z życia seksualnego zmniejszyło się		*
Stałam się dojrzała i bardziej pewna siebie	*	
Mam większą ochotę na podejmowanie działań i obowiązków	*	
Wzrosło moje poczucie niezależności i wolności	*	
Mam więcej problemów psychologicznych		*
Łatwiej i częściej się złościę		*
Mam teraz lepsze stosunki z ludźmi niż kiedykolwiek przedtem	*	
Nie spodziewam się żadnych poważnych zmian w moim życiu		
Nigdy nie czułam się tak przepełniona energią	*	
To wydarzenie zmieniło wszystko w moim życiu na gorsze		*

W trzecim etapie opracowano instrukcję dla osób badanych skalą i ułożono w sposób losowy twierdzenia skali. Tak przygotowane narzędzie zastosowano w badaniach pilotażowych z udziałem 20-osobowej grupy kobiet w wieku 45–55 lat, a więc w okresie perimenopauzalnym. Celem badania pilotażowego, prowadzonego indywidualnie, było sprawdzenie, na ile sformułowania użyte w skali są zrozumiałe dla respondentów oraz adekwatne do opisu poglądów i nastawień związanych z menopauzą, a także określenie czasu potrzebnego na badanie skalą. Uczestniczki badań proszono więc o wykonanie zadania zgodnie z instrukcją, a następnie o komentarze dotyczące skali. Użyto 5-punktowej skali: od 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się” do 5 – „zdecydowanie zgadzam się”. Czas badania wahał się od 10 do 15 min. Zarówno instrukcja, jak i użyte sformułowania zostały ocenione pozytywnie. W tab. 1 przedstawiono listę twierdzeń tworzących skalę Ocena menopauzy z podziałem na podskale POZ i NEG.

RZETELNOŚĆ SKALI OCENA MENOPAUZY

Oszacowania rzetelności skali i możliwości jej zastosowania do określania opinii o menopauzie dokonano na podstawie badań z udziałem 175 kobiet w wieku 18–70 lat¹, w tym 80 kobiet w wieku 18–35 lat, 38 w wieku 36–50 lat oraz 37 w wieku 51 lat i powyżej. W badanej grupie znalazło się 45 osób z wyższym wykształceniem, 114 ze średnim, a 16 legitymowało się wykształceniem niższym niż średnie. Badane proszono o posłużenie się skalą Ocena menopauzy zgodnie z instrukcją, tzn. o określenie, jak czuje się osoba, która przechodzi menopauzę. Swoje opinie badane zaznaczały wybierając jeden z 5 wariantów odpowiedzi – od „zdecydowanie nie zgadzam się” (1 pkt) do „zdecydowanie zgadzam się” (5 pkt).

Uzyskane wyniki posłużyły do oszacowania rzetelności skali Ocena menopauzy. Obliczono współczynnik α -Cronbacha dla wszystkich itemów skali – dla itemów podskali POZ i itemów podskali NEG. Współczynniki osiągnęły odpowiednio wartości: 0,54; 0,87; 0,88. Wyraźnie niższa wartość współczynnika α obliczona dla wszystkich itemów w porównaniu ze współczynnikami dla obu podskal wskazuje na niejednorodność skali, a tym samym zasadność wyodrębnienia dwu jej wymiarów. Dalsze analizy prowadzono więc odrębnie dla każdej z podskal. Wysoki i satysfakcjonujący poziom osiągnęły wartości innych współczynników rzetelności uwzględniających porównania dwu części testu – współczynnik Guttmana oraz współczynnik Spearmana-Browna. Dla podskali POZ wynosiły one odpowiednio 0,85 i 0,86, a dla podskali NEG – 0,87 i 0,88.

¹ Autorka dziękuje pani Katarzynie Piłat za pomoc w przeprowadzeniu badań.

Rzetelność skali Ocena menopauzy oszacowano również metodą powtórzonego pomiaru. Grupę kobiet uczestniczącą w badaniu pilotażowym proszono o ponowne wypełnienie kwestionariusza w 4 tygodnie po pierwszym kontakcie ze skalą. Współczynnik korelacji r -Pearsona obliczony dla wyników I i II pomiaru wynosił 0,82 dla podskali POZ i 0,87 dla podskali NEG. Wartości te świadczą o satysfakcjonującej stabilności pomiaru.

WIEK I WYKSZTAŁCENIE A OCENA MENOPAUZY

W tab. 2 przedstawiono średnie wyniki w każdej z podskal uzyskane przez kobiety w różnych grupach wiekowych, a w tab. 3 wyniki kobiet z różnym poziomem wykształcenia. Zgodnie z rezultatami jednoczynnikowego testu ANOVA ani wiek, ani poziom wykształcenia nie różnicował opinii badanych kobiet. Ponadto niezależnie od wieku i poziomu wykształcenia badane przypisywały menopauzie więcej negatywnych niż pozytywnych aspektów (ujemny wskaźnik DIF).

Tabela 2

Średnie wyniki w skali Ocena menopauzy dla kobiet w różnych grupach wiekowych

Średnia ocena menopauzy	18–35 lat	36–50 lat	Powyżej 51 lat	F	p
Podskala POZ	39,37	38,10	39,22	0,389	0,678
Podskala NEG	51,65	50,24	47,86	2,286	0,105
Wskaźnik DIF	–12,27	–12,14	–8,27	0,876	0,418

F – test F ; p – poziom istotności.

Tabela 3

Średnie wyniki w skali Ocena menopauzy dla kobiet z różnym poziomem wykształcenia

Średnia ocena menopauzy	Poniżej średniego	Średnie	Wyższe	F	p
Podskala POZ	39,67	38,72	39,73	0,313	0,816
Podskala NEG	49,33	49,95	50,67	0,392	0,759
Wskaźnik DIF	–9,67	–11,23	10,93	0,332	0,802

Objaśnienia: jak w tab. 2.

TYMCZASOWE NORMY

Posługując się rozkładem wyników (Brzeziński, 2000) uzyskanych przez badane kobiety opracowano tymczasowe normy dla podskal POZ i NEG. Ze względu na podobieństwo wyników w różnych grupach wiekowych tymczasowe normy dotyczą całej badanej grupy. Kwestionariusz bada opinie o menopauzie, a nie związane z nią objawy, stąd do grupy normalizacyjnej włączono również kobiety w wieku odległym od menopauzy. Tymczasowe normy podano w tab. 4.

Tabela 4

Tymczasowe normy skali Ocena menopauzy

Sten	Podskala POZ (w pkt)	Podskala NEG (w pkt)
1	do 19	do 29
2	20–26	30–36
3	27–30	37–40
4	31–34	41–45
5	35–39	46–50
6	40–43	51–55
7	44–47	56–60
8	48–51	61–65
9	52–54	66–69
10	55 i więcej	70 i więcej

OPINIE MIERZONE SKALĄ OCENA MENOPAUZY A KONTEKST PREZENTOWANIA MENOPAUZY

Badane ze 175-osobowej grupy przedstawionej powyżej otrzymały do wykonania jeszcze jedno zadanie – obok menopauzy oceniały dwa inne wydarzenia posługując się listą tych samych itemów, jakie tworzyły skalę Ocena menopauzy. Inne oceniane wydarzenia to dwa problemy medyczne (złamanie nogi i wrzód żołądka), dwie zmiany związane ze starzeniem się (siwienie i przejście na emeryturę) oraz dwie zamiany związane z wejściem w nowy etap życia (dojrzewanie, opuszczenie domu rodzinnego). Doboru każdej z par wydarzeń towarzyszących menopauzie dokonywano losowo. W tab. 5 przedstawiono średnie oceny menopauzy w podskalach POZ i NEG oraz średnią wartość wskaźnika DIF w każdym z trzech kontekstów oraz rezultaty jednoczynnikowej ANOVA.

Tabela 5

Średnie wyniki w podskalach POZ i NEG oraz wskaźnik DIF obliczone dla trzech kontekstów prezentowania menopauzy

Średnia ocena menopauzy	Jako wydarzenie medyczne	Jako objaw starzenia się	Jako zmiana życiowa	<i>F</i>	<i>p</i>
Podskala POZ	38,67	36,68	40,86	3,817	0,024
Podskala NEG	50,97	51,61	48,82	1,413	0,246
Wskaźnik DIF	-12,31	-14,93	-7,96	3,116	0,047

Objaśnienia: jak w tab. 2.

Wyniki analizy wariancji wskazują na istotne zróżnicowanie pozytywnych opinii o menopauzie (POZ) prezentowanych w odmiennych kontekstach, a także istotne zróżnicowanie wskaźnika DIF. Testy *post hoc* Tukeya pozwalają stwierdzić, że w podskali POZ średnia dla menopauzy prezentowanej jako istotna zmiana życiowa jest istotnie wyższa od średniej dla menopauzy prezentowanej w kontekście starzenia się ($p = 0,018$). Podobnie istotne różnice dotyczą wskaźnika DIF ($p = 0,04$), co oznacza, że w charakterystyce menopauzy prezentowanej w kontekście starzenia się znalazło się zdecydowanie więcej cech negatywnych w porównaniu z charakterystyką menopauzy tworzoną w kontekście zmian życiowych. Średnie w podskali NEG nie różniły się istotnie. Badane kobiety przypisywały menopauzie podobny zakres negatywnych konsekwencji niezależnie od kontekstu, w jakim ją prezentowano.

PODSUMOWANIE

Skala Ocena menopauzy, której konstrukcję i niektóre parametry psychometryczne przedstawiono w artykule, jest narzędziem łatwym w stosowaniu. Czas poświęcony przez osobę badaną na przedstawienie swojej opinii za pomocą skali z reguły nie przekracza 15 min. Twierdzenia skali pozwalają na wyrażenie pozytywnych i negatywnych opinii o menopauzie, a proponowany wskaźnik DIF na ich porównanie. Krótki czas potrzebny na wypełnienie skali oraz prosta procedura obliczania wyników w podskalach, a także wskaźnika DIF sprawia, że skala jest ekonomiczna w stosowaniu. Wysokie wartości współczynnika α -Cronbacha oraz współczynników Guttmana i Spearmana-Browna wskazują na zadowalającą rzetelność skali.

Trafność skali nie była oceniana w badaniach przedstawionych w artykule. Wydaje się, że Ocena menopauzy jest narzędziem o wysokiej trafności

treściowej. Trudno o wskazanie kryterium zewnętrznego, z którym można by porównywać wyniki uzyskane w prezentowanej tu skali. Nawet gdyby zgodzić się na zdecydowanie mniej właściwą ocenę trafności, a więc na korelowanie uzyskanych wyników z wynikami innego uznanego testu (Brzeziński, 2000), to nie ma dotąd podobnego polskiego narzędzia, które mogłoby stanowić układ odniesienia. Przedstawione w artykule dane wskazują na możliwość uzyskania odmiennych wyników wówczas, gdy menopauza prezentowana jest w zestawieniu z różnymi wydarzeniami. Skłania to do dalszych prac nad oceną parametrów psychometrycznych skali i zasad jej stosowania. Sugeruje jednocześnie, że opinie o takim zjawisku, jak menopauza, są nie tylko wyrazem indywidualnych przekonań, ale również skutkiem sposobu prezentowania menopauzy. Badania L. Gannon i B. Ekstrom (1993) prowadzone w USA wykazały to bardzo wyraźnie. Prezentowane w artykule wyniki wskazują na podobne uwarunkowania opinii polskich kobiet.

Warto prowadzić dalsze prace nad skalą, w tym opracować normy dla grup wiekowych. Podjęto już natomiast próbę oceny, na ile przedstawiona w artykule skala może być stosowana do poznania opinii mężczyzn (Bielawska-Batorowicz, 2004b).

BIBLIOGRAFIA

- Akceya K. (2003), *The Attitudes Toward Menopause Among Ghanian and Polish Women*, Uniwersytet Łódzki, Łódź, praca magisterska niepublikowana
- Alder E. (1998), *The Blatt – Kupperman menopausal index: A critique*, „Maturitas”, **29**, 19–24
- Bielawska-Batorowicz E. (2004a) *Moje samopoczucie – polska adaptacja kwestionariusza Menopause Symptom List Janette M. Perz*, „Acta Universitatis Lodziensis”, Folia Psychologica, **8**, 45–54
- Bielawska-Batorowicz E. (2004b), *Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian*, „Przegląd Menopauzalny”, **3**, 13, 24–30
- Brzeziński J. (2000), *Teoria testów psychologicznych: ABC psychometrii*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 400–426
- Berger G. E. (1999), *Menopause and Culture*, Pluto Press, London
- Gannon L., Ekstrom B. (1993), *Attitudes toward menopause. The influence of sociocultural paradigms*, „Psychology of Women Quarterly”, **17**, 275–288
- Gold E. (2000), *Demographics, environmental influences and ethnic and international differences in the menopausal experience*, [w:] R. A. Lobo, J. Kelsey, R. Marcus (eds.), *Menopause. Biology and Pathobiology*, Academic Press, San Diego, 189–201
- Greene J. G. (1998), *Constructing a standard climacteric scale*, „Maturitas”, **29**, 25–31
- Greer W., Sandridge A. L., Chehabeddine R. S. (2003), *The frequency distribution of age at natural menopause among Saudi Arabian women*, „Maturitas”, **46**, 263–272
- Hunter M. (1992), *The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health*, „Psychology and Health”, **7**, 45–54

- Hunter M., O'Dea I. (2001), *Cognitive appraisal of the menopause: The Menopause Representations Questionnaire (MQR)*, „Psychology, Health & Medicine” **6**, 65–76
- Lock M. (1995), *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*, University of California Press, Berkeley
- Neugarten B. L., Wood V., Kraines R. J., Loomis B. (1963), *Women's attitudes toward the menopause*, „Vita Humana”, **6**, 140–151
- Perz J. M. (1997), *Development of the Menopause Symptom List: A factor analytic study of menopause associated symptoms*, „Women & Health”, **25**, 53–69
- Pisarski T. (1993), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów*, PZWL, Warszawa
- Rachoń D., Zdrojewski T., Suchecka-Rachoń K., Szpakowski P., Bandosz P., Manikowski A., Wyrzykowski B. (2004), *Knowledge and use of hormone replacement therapy among Polish women: Estimates from a nationally representative study – HORTPOL 2002*, „Maturitas”, **47**, 31–37
- Research on the Menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group*, (1996), World Health Organization, Geneva

ELEONORA BIELAWSKA-BATOROWICZ

THE CONSTRUCTION OF THE SCALE EVALUATION OF THE MENOPAUSE

The paper describes the construction of a tool designed to measure opinions on the menopause. The main assumptions and the process of construction is described step by step. The tool consists of 35 items and allows to evaluate both positive and negative aspects of the menopause (POZ and NEG subscales) on 5-points Likert type scale. It allows also for comparisons of both types of opinions (DIF index). Reliability coefficients (test-retest, Cronbach's α and Spearman-Brown's coefficient) are sufficiently high. The temporary norms were calculated based on frequency distribution from a study of 175 women.

Key words: menopause, opinions on menopause.