

Cyberchondria i jej pomiar. Polska adaptacja i właściwości psychometryczne Skali Cyberchondrii CSS-PL

Cyberchondria and its measurement. The Polish adaptation and psychometric properties of the Cyberchondria Severity Scale CSS-PL

Beata Bajcar¹, Jolanta Babiak¹, Agnieszka Olchowska-Kotala²

¹ Zespół Psychologii i Ergonomii, Wydział Informatyki i Zarządzania, Politechnika Wrocławska

² Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich

Summary

Aim. The aim of this paper is a presentation of the adaptation process of the Cyberchondria Severity Scale (SCC) to measure cyberchondria and verification of reliability and construct validities of the test in the Polish population.

Methods. The study included 380 participants (203 women and 177 men) aged 19–68 ($M = 26.5$; $SD = 11.1$). The CSS-PL was used to measure cyberchondria, the Short Health Anxiety Inventory (SHAI) for measuring hypochondria, and the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) to verify obsessive-compulsive tendencies.

Results. Four-factor structure of cyberchondria measured with the CSS-PL was supported. Internal consistency indices of the CSS-PL were between 0.87 and 0.95, test-retest reliability results were 0.58–0.76. This study demonstrated construct validity of the CSS-PL via its correlations with health anxiety ($r = 0.31$ – 0.56) and obsessive-compulsive symptoms ($r = 0.17$ – 0.48).

Conclusions. The CSS-PL is an initial standardized version of an instrument for measuring cyberchondria and meets the psychometric criteria of reliability and validity for psychological testing tools. The CSS-PL may be used both in diagnostic and scientific research.

Słowa kluczowe: cyberchondria, lęk o zdrowie, adaptacja skali

Key words: cyberchondria, health anxiety, scale adaptation

Wstęp

Cyberchondria jest definiowana jako skłonność do wzmożonego zamartwiania się swoim stanem zdrowia i nadmiernego poszukiwania w Internecie informacji medycznych o objawach i dolegliwościach, która może mieć charakter dyspozycyjny [1, 2]. Procesom tym mogą towarzyszyć ogólny lęk o zdrowie, przeżywanie obsesyjnych wątpliwości i podejmowanie kompulsywnych działań, aby je zweryfikować [1]. Cyberchondria jest zjawiskiem niepokojącym, zważywszy na to, że około 75% światowej populacji internautów korzysta z sieci, aby zdiagnozować swoje dolegliwości [3–5]. Ze względu na eskalacyjny charakter cyberchondrii i potrzebę poznania jej istoty McElroy i Shevlin [2] opracowali skalę CSS (*Cyberchondria Severity Scale*) do pomiaru tego zjawiska.

Pozyskiwanie z Internetu informacji o zdrowiu i chorobach może być korzystne dla samopoczucia jednostki [6, 7], jednak większość badań w tym zakresie skupia się głównie na negatywnym wpływie nadmiernego korzystania ze źródeł internetowych w autodiagnozie chorób. Badania wskazują, że zbyt częste dociekanie o domniemanych schorzeniach i wyszukiwanie w sieci informacji na ich temat wynika z lęku o stan zdrowia i niepokoju, że jest się poważnie chorym (*health anxiety*) [8–10]. Prawdopodobnie powiązane jest też z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi [11, 12].

W literaturze przedmiotu cyberchondria jest traktowana jako specyficzna odmiana hipochondrii, tj. ciągłego, niesprecyzowanego i uporczywego lęku o własne zdrowie [13]. Tak rozumiana hipochondria [14] wykazała w niektórych badaniach dość silne korelacje z cyberchondrią ($r = 0,33-0,62$) [11, 12, 15, 16], ale też z ogólną lękowością i stresem [2]. Warto zauważyć, że związki te dotyczyły ogólnego wskaźnika lęku o zdrowie i dwóch jego wymiarów, tj. prawdopodobieństwa choroby i negatywnych konsekwencji choroby.

Poddając wnikliwej analizie teoretycznej konstrukt cyberchondrii, Starcevic i Berle [1] sugerują, że zbyt częste wyszukiwanie informacji o chorobach może się wiązać z przeżywaniem obsesyjnych wątpliwości, zaabsorbowaniem możliwością wystąpienia poważnej choroby oraz z kompulsywnym działaniem w celu ich weryfikacji. Zgodnie z tymi propozycjami Fergus [11] wykazał, że cyberchondria umiarkowanie koreluje z ogólnym wskaźnikiem skłonności obsesyjno-kompulsywnych ($r = 0,49$). Norr i wsp. [12] z kolei sprawdzili korelacje cyberchondrii ze wskaźnikami zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (takimi jak „Zanieczyszczenia”, „Odpowiedzialność za krzywdę”, „Niepożądane myśli” oraz „Symetria i porządek”) i określili je na poziomie 0,28–0,55 [12]. Być może częste sprawdzanie medycznych informacji o własnych dolegliwościach przynosi ulgę w wypadku myśli o zanieczyszczeniach lub poczucia odpowiedzialności za wyrządzenie krzywdy.

Zbyt częste korzystanie z internetowych źródeł w poszukiwaniu informacji o swoim stanie zdrowia i potencjalnych chorobach może zaostrzyć poczucie silnego niepokoju, dlatego tak istotne jest badanie cyberchondrii i podejmowanie prób głębszego poznania tego zjawiska. Okazuje się też, że osoby nadmiernie korzystające z Internetu w celu autodiagnozy nie zarzucają tej aktywności pomimo odczuwania lęku [17]. To wskazuje, że cyberchondria ściśle łączy się, ale nie jest tożsama z hipochondrią czy zaburzeniami

obsesyjno-kompulsywnymi [18]. Lepsze zrozumienie cyberchondrii i jej powiązań z lękiem o zdrowie z pewnością ułatwi jej diagnozę i leczenie. Równocześnie, możliwe będzie dokładniejsze oszacowanie czynników hipochondrii, które w największej mierze pobudzają jednostki do nadmiernego przeszukiwania Internetu w celu autodiagnozy.

Cyberchondria jest relatywnie nowym konstruktem, a zatem świadomość negatywnych skutków myśli, odczuć i zachowań wynikających z nadmiernego korzystania z Internetu w celu autodiagnozy medycznej jest wartościowa i istotna zarówno dla lekarzy, jak i ich pacjentów. Zastosowanie trafnego i rzetelnego narzędzia do pomiaru poziomu cyberchondrii wydaje się kluczowe w relacjach między pacjentami a lekarzami, dla skuteczności diagnozy lekarskiej i procesu leczenia. Obecnie brakuje polskich danych o powszechności występowania cyberchondrii, nie jest dostępne też narzędzie do badania tego zjawiska. Tak więc pierwszym krokiem w głębszym poznaniu natury i powszechności cyberchondrii w populacji polskiej jest opracowanie narzędzia pomiarowego o wysokich parametrach psychometrycznych i zapewnienie możliwości jego wykorzystania w diagnozie medycznej i w badaniach naukowych.

Cel

Celem niniejszego artykułu jest adaptacja *Cyberchondria Severity Scale* (CSS) do warunków polskich. W prezentowanych badaniach podjęto próbę określenia rzetelności i trafności teoretycznej skali CSS-PL. Ze względu na dysfunkcyjny charakter cyberchondrii założono, że skala CSS-PL uzyska wysoką trafność konwergencyjną w kontekście jej związków z lękiem o zdrowie [11] i objawami obsesyjno-kompulsywnymi [18].

Metoda

Cyberchondria Severity Scale (CSS)

Oryginalna wersja skali CSS McElroya i Shevlina [2] obejmowała 43 pozycje dotyczące zachowań i emocji związanych z poszukiwaniem informacji w Internecie o swoim zdrowiu. W wyniku eksploracyjnej analizy czynnikowej ($N = 208$) autorzy usunęli 10 pozycji o niskich ładunkach czynnikowych. CSS składa się więc z 33 stwierdzeń, w których badany określa na 5-stopniowej skali (1 – Nigdy, 2 – Rzadko, 3 – Czasami, 4 – Często, 5 – Zawsze), w jakim zakresie każde stwierdzenie odzwierciedla jego typowe zachowanie [2]. Ujawniono pięć czynników cyberchondrii, które wyjaśniały 66% wariancji: (1) **Kompulsywność**, która opisuje nadmierne wyszukiwanie informacji o zdrowiu w Internecie, destabilizujących i przeszkadzających innym aktywnościom (np. „Przerywam korzystanie z Internetu w trakcie pracy, nauki, aby poszukać w sieci informacji o swoich schorzeniach czy dolegliwościach”); (2) **Stres**, dotyczący negatywnych emocji przeżywanych w sytuacji wyszukiwania w internecie informacji o chorobach (np. „Nie mogę zrelaksować się po tym, jak sprawdzę w Internecie swoje objawy lub dolegliwości”); (3) **Nadmierność**, oznaczającą wielokrotne szukanie informacji o swoich dolegliwościach pochodzących z różnych źródeł internet-

towych (np. „Wyszukuję w Internecie informacji na temat tych samych objawów częściej niż jeden raz”); (4) **Upewnianie się**, które wyraża poczucie niepokoju i potrzebę konsultowania informacji z Internetu z ekspertem medycznym (np. „Rozmawiam ze swoim lekarzem na temat informacji z Internetu o swoich schorzeniach”); (5) **Nieufność wobec lekarzy**, która odzwierciedla pokładanie większego zaufania w danych medycznych z Internetu niż w pochodzących od lekarza (np. „Bardziej ufam diagnozie mojego lekarza, niż własnej diagnozie na podstawie informacji z Internetu”). Pozycje w tej podskali są odwrotnie kodowane.

Autorzy skali postulują, że CSS mierzy globalny wymiar cyberchondrii oraz jej komponenty, choć podskala Nieufności najslabiej korelowała z pozostałymi podskalami [2]. W badaniach Fergusa [11, 18] podskala Nieufności również bardzo słabo powiązana była z ogólnym wskaźnikiem cyberchondrii i czterema pozostałymi czynnikami. W związku z tym Norr i wsp. przetestowali 1-, 2-, 3-, 4 – i 5-czynnikowe modele struktury cyberchondrii (w tym modele I i II rzędu) [19]. W ich badaniach najlepsze dopasowanie do danych uzyskał model 2-czynnikowy, w którym występują: czynnik Cyberchondrii i czynnik Nieufności [19]. Badania Fergusa [11] z kolei potwierdziły adekwatność oryginalnego, 5-czynnikowego modelu cyberchondrii McElroya i Shevlina [2].

Polska adaptacja *Cyberchondria Severity Scale* (CSS)

Skala CSS została przetłumaczona na język polski przez czterech niezależnych tłumaczy. CSS zawiera wiele problematycznych zwrotów idiomatycznych (takich jak *general practitioner or other medical professional* lub *perceived medical conditions* – przykładowe tłumaczenie tych idiomów to odpowiednio: „lekarz” i „potencjalne schorzenia”) [20]. Po porównaniu wszystkich wersji tłumaczenia wybrano te wersje poszczególnych pozycji, które spełniały kryterium trafności treściowej, poprawności i zrozumiałości językowej oraz kolokwialności stwierdzeń w języku polskim. Ostatnią wersję polską poddano tłumaczeniu zwrotnemu i przebadano nią grupę osób dwujęzycznych oraz studentów anglojęzycznych. Wersja inwersyjna CSS wykazała zadowalający poziom zbieżności z oryginałem. Rozkłady wyników dla poszczególnych pozycji w obu wersjach były podobne i nie różniły się istotnie statystycznie. Nie odnotowano również istotnych różnic w pozycjach między polską wersją skali CSS-PL a jej tłumaczeniem zwrotnym.

Finalna wersja skali CSS-PL obejmuje 33 pozycje do pomiaru cyberchondrii, tj. lęku i zachowań związanych z poszukiwaniem informacji na temat zdrowia w Internecie [2]. Badany ocenia, w jakim stopniu każde zdanie opisuje jego typowe myśli, odczucia i zachowania na 5-stopniowej skali odpowiedzi (1 – Nigdy, 2 – Rzadko, 3 – Czasami, 4 – Często, 5 – Zawsze). Podobnie jak w wersji oryginalnej skala CSS-PL obejmuje pięć podskal: Kompulsywność, Stres, Nadmierność, Upewnianie się i Nieufność wobec lekarzy. Suma wyników w podskalach wyznacza ogólny wskaźnik cyberchondrii.

Kwestionariusz Lęku o Zdrowie (SHAI)

Kwestionariusz Lęku o Zdrowie (*Short Health Anxiety Inventory* – SHAI) [14, 21] zawiera 18 pozycji do pomiaru dwóch komponentów hipochondrii: prawdopodobieństwa choroby i negatywnych konsekwencji choroby. Każda pozycja obejmuje 4 stwierdzenia o wzrastającej sile odczuwania lęku. W prezentowanych tu badaniach rzetelność podskal i wyniku łącznego hipochondrii osiągnęły wysoki poziom (α Cronbacha = 0,72–0,93), analogiczny do uzyskiwanego w innych badaniach [2, 15, 16, 19].

Skala Wymiarów Obsesyjno-Kompulsywnych (DOCS)

Skala DOCS (*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale*) obejmuje 20 pozycji w 4 kategoriach: Zanieczyszczenia, Odpowiedzialność za krzywdy, Niepożądane myśli, Porządek i symetria [22]. Każda z nich zawiera 5 pozycji, do których badani ustosunkowują się na 5-stopniowej skali Likerta (od 0 do 4). Podskale kwestionariusza DOCS tworzą czynnik wyższego rzędu, określane jako skłonności obsesyjno-kompulsywne [22]. W prezentowanych badaniach kwestionariusz DOCS uzyskał zadowalający poziom rzetelności (α = 0,74–0,93), zbliżony do uzyskanego w badaniach konstrukcyjnych tej skali (α = 0,83–0,96) [11, 18, 22].

Wyniki

Uczestnicy badania

W badaniach mających na celu ustalenie parametrów psychometrycznych polskiej adaptacji CSS wzięło udział 380 osób dorosłych (203 kobiety i 177 mężczyzn) mieszkających w 600-tysięcznym mieście. Badani mieli od 19 do 68 lat (M = 26,5; SD = 11,1), w większości mieli wykształcenie średnie (69%) i wyższe (31%). Osoby, które nie wypełniły kompletnie wszystkich kwestionariuszy, zostały wykluczone z dalszej analizy. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją helsińską i uzyskało zgodę Komisji Etycznej.

Trafność wewnętrzna skali CSS-PL

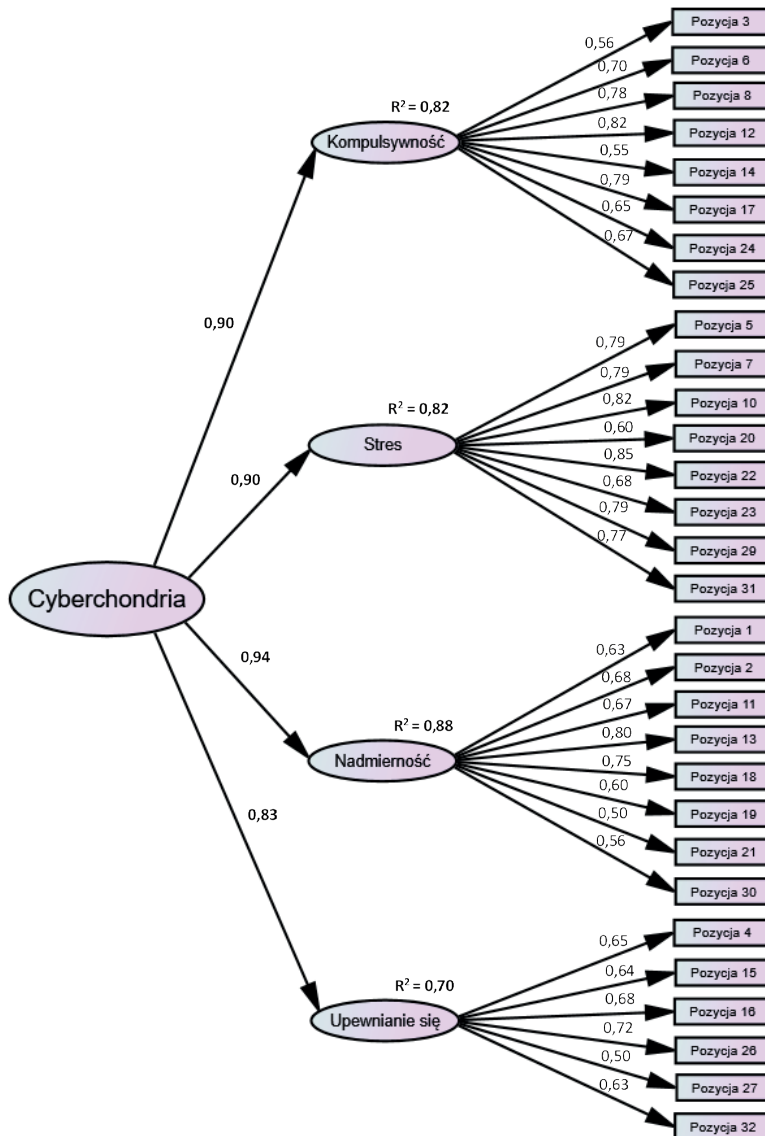
W pierwszym kroku dokonano weryfikacji struktury czynnikowej skali CSS-PL za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej (wykorzystując program AMOS 24.0). Najpierw testowano model 5-czynnikowy, który wyjaśniał 62% wariancji i uzyskał wymagany poziom dopasowania do danych [23] (tab. 1).

Tabela 1. **Rezultaty analizy konfirmacyjnej modelu czynnikowego cyberchondrii**

Model	χ^2	df	p	χ^2/df	RMSEA	90% CI	CFI	NNFI	SRMR	
Skala CSS-PL (33 pozycje)										
Model 5-czynnikowy	644,23	404	0,001	1,60	0,040	0,03	0,05	0,97	0,96	0,06

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Model II rzędu (5 czynników)	652,78	409	0,001	1,60	0,040	0,03	0,05	0,97	0,96	0,06
Skala CSS-PL (30 pozycji)										
Model 4-czynnikowy	561,52	327	0,001	1,72	0,044	0,04	0,05	0,97	0,96	0,05
Model II rzędu (4 czynniki)	564,80	329	0,001	1,71	0,043	0,04	0,05	0,97	0,96	0,05



Rycina 1. Model czynnikowy skali CSS-PL

Przetestowano również model czynnikowy II rzędu (*second-order model*), w którym wprowadzono czynnik nadrzędny Cyberchondrii (skupiający cztery czynniki I rzędu), a czynnik Nieufność pozostał w modelu jako czynnik I rzędu (ryc. 1).

W porównaniu z modelem 5-czynnikowym model ten uzyskał porównywalny poziom dopasowania do danych¹. Czynnik Nieufność słabiej korelował tutaj z ogólnym wskaźnikiem Cyberchondrii. Ze względu na słabe parametry czynnika Nieufność wyłączono z analizy pozycje z tego czynnika i przetestowano modele 4-czynnikowe dla 30 pozycji CSS-PL, tj. model 4-czynnikowy I rzędu i II rzędu. W porównaniu z rozwiązaniami 5-czynnikowymi skali CSS-PL (obejmującymi wszystkie 33 pozycje) modele 4-czynnikowe I i II stopnia (z czynnikiem nadrzędnym Cyberchondrii) uzyskały istotnie lepsze dopasowanie do danych (model I stopnia: $\Delta\chi^2(2) = -73,93$, $p < 0,00$; model II stopnia: $\Delta\chi^2(2) = -82,66$, $p < 0,001$).

Rzetelność polskiej wersji skali CSS-PL

W ramach oceny rzetelności CSS-PL (tab. 2) określono poziom spójności wewnętrznej skal pomiarowych, moc dyskryminacyjną pozycji w skalach oraz współczynnik stabilności bezwzględnej (*rtt*) za pomocą programu SPSS 24.0 [24]. W tabeli 2 zostały też przedstawione parametry rozkładu wyników w podskalach CSS-PL.

Tabela 2. Statystyki opisowe podskal kwestionariusza CSS-PL

Podskale	Liczba pozycji	Min.	Maks.	M	SD	r_{tt}	α Cronbacha
Kompulsywność	8	8	35	12,56	5,41	0,76	0,88
Stres	8	8	37	13,86	6,22	0,68	0,92
Nadmierność	8	8	37	18,40	6,70	0,67	0,87
Upewnianie się	6	6	27	11,51	4,79	0,64	0,80
Nieufność	3	3	15	5,94	2,71	0,58	0,62
Cyberchondria (suma 5 czynników)	33	33	133	62,25	20,32	0,74	0,95
Cyberchondria (suma 4 czynników)	30	30	128	56,33	20,06	0,72	0,95

N = 380

Współczynniki spójności wewnętrznej podskal polskiej wersji CSS-PL uzyskały wysoki poziom dla czterech czynników, z wyjątkiem czynnika Nieufność ($\alpha = 0,62$). Poziom zgodności wewnętrznej sumarycznego wyniku Cyberchondrii również okazał się wysoki ($\alpha = 0,95$).

Wartości współczynników mocy dyskryminacyjnej dla pozycji wszystkich skal CSS-PL wahały się w przedziale od 0,29 do 0,82. Wartości współczynników korelacji połówkowych dla pozycji nieparzystych i parzystych w każdej skali mieściły się w przedziale od 0,57 (dla skali Nieufności) do 0,85. Ponadto oszacowano poziom

¹ Wszystkie ładunki czynnikowe były istotne statystycznie ($p < 0,001$).

stabilności bezwzględnej skal pomiarowych CSS-PL metodą *test-retest* w odstępie 3 miesięcy [24] na próbie 59 osób i uzyskano wysoki poziom korelacji między pomiarami ($r = 0,58-0,76$).

W celu zobrazowania struktury zależności w tabeli 3 przedstawiono macierz korelacji między czynnikami Cyberchondrii w badaniach aktualnych i badaniach walidacyjnych oryginalnej wersji skali CSS McElroya i Shevlina [2].

Tabela 3. Korelacje między czynnikami CSS i CSS-PL

	1	2	3	4	5	6	7
1. Kompulsywność	-	0,56**	0,54**	0,54**	0,23**	-	-
2. Stres	0,75**	-	0,67**	0,56**	0,17*	-	-
3. Nadmierność	0,68**	0,71**	-	0,52**	0,13*	-	-
4. Upewnianie się	0,61**	0,63**	0,63**	-	-0,04	-	-
5. Nieufność	0,08	0,05	0,02	-0,08	-	-	-
6. Cyberchondria (suma 5 czynników)	0,87**	0,89**	0,88**	0,78**	0,15**	-	-
7. Cyberchondria (suma 4 czynników)	0,87**	0,90**	0,89**	0,80**	0,03	0,99**	-

Wartości pod przekątną dotyczą CSS-PL (N = 380), a nad przekątną – oryginalnej wersji CSS (N = 208).
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Oprócz wymiaru Nieufność korelacje między skalami CSS-PL są istotne i wysokie. Skala Nieufności nie wykazała natomiast istotnych związków z pozostałymi skalami. Warto też zauważyć, że podskale CSS-PL silnie korelują z ogólnym wynikiem Cyberchondrii, tylko skala Nieufności koreluje na poziomie 0,15.

Trafność teoretyczna kwestionariusza CSS-PL

Przetestowano trafność teoretyczną CSS-PL w kontekście lęku o zdrowie i skłonności obsesyjno-kompulsywnych. W grupie 240 badanych (137 kobiet i 103 mężczyzn; $M = 29,8$, $SD = 12,7$) łączny wskaźnik Cyberchondrii i jej cztery podskale (oprócz skali Nieufności) dodatnio korelowały z lękiem o zdrowie i jego wymiarami (tj. prawdopodobieństwem choroby i negatywnymi konsekwencjami choroby).

Tabela 4. Korelacje podskal CSS-PL z wymiarami lęku o zdrowie (SHAI) i objawami obsesyjno-kompulsywnymi (DOCS)

	Kompulsywność	Stres	Nadmierność	Upewnianie się	Nieufność	Cyberchondria 5 czynników	Cyberchondria 4 czynniki
SHAI Lęk o zdrowie ¹	0,50**	0,59**	0,45**	0,36**	0,08	0,56**	0,56**
SHAI Prawdopodobieństwo choroby ¹	0,49**	0,56**	0,45**	0,36**	0,07	0,53**	0,52**
SHAI Negatywne konsekwencje choroby ¹	0,31**	0,39**	0,23**	0,19*	0,06	0,33**	0,33**

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

DOCS Skłonności obsesyjno-kompulsywne ²	0,34**	0,43**	0,31**	0,23**	0,07	0,38**	0,38**
DOCS Zanieczyszczenia ²	0,18**	0,22**	0,18**	0,171**	0,02	0,21**	0,22**
DOCS Odpowiedzialność ²	0,40**	0,48**	0,36**	0,29**	0,05	0,44**	0,44**
DOCS Niepożądane myśli ²	0,27**	0,32**	0,27**	0,14**	0,06	0,29**	0,28**
DOCS Porządek i symetria ²	0,27**	0,34**	0,23*	0,17**	0,08	0,30**	0,30**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ¹ $N = 240$; ² $N = 338$

W grupie 338 badanych (180 kobiet i 158 mężczyzn; $M = 27,2$, $SD = 11,5$) ogólny wskaźnik Cyberchondrii i jej czterech komponentów (poza Nieufnością) dodatnio korelowały z wszystkimi wymiarami i z wynikiem ogólnym skłonności obsesyjno-kompulsywnych (por. tab. 4).

Dyskusja wyników

W ramach weryfikacji trafności wewnętrznej CSS-PL została potwierdzona 4-czynnikowa struktura skali cyberchondrii. Pomimo że uzyskaliśmy adekwatne parametry dopasowania modelu do danych również w strukturze 5-czynnikowej, wykrytej przez autorów skali [2], kolejne testy modeli czynnikowych CSS-PL wykazały większą wartość diagnostyczną i predykcijną 4-czynnikowej struktury cyberchondrii (podobnie jak u Fergusa [11]). W sytuacji, kiedy nie ma definitywnych ustaleń w zakresie struktury CSS [2, 11, 19], ostatecznie przyjęliśmy, że struktura CSS-PL obejmuje cztery czynniki I rzędu: Kompulsywność, Stres, Nadmierność i Upewnianie się, które tworzą czynnik II rzędu – Cyberchondrię. Podskala Nieufności jako czynnik względnie niezależny od pozostałych wymiarów Cyberchondrii może stanowić odrębny wskaźnik kontrolny dla pomiaru cyberchondrii.

Analiza rzetelności pomiaru cyberchondrii wykazała wysoki poziom mocy dyskryminacyjnej pozycji testowych i spójności wewnętrznej podskal CSS-PL. Wyniki te są zgodne z badaniami walidacyjnymi oryginalnej skali CSS, w których parametry spójności wewnętrznej również były zadowalające ($\alpha = 0,75-0,95$) [2]. W innych badaniach rzetelność CSS wahała się od 0,81 do 0,96, poziom rzetelności sumarycznego wyniku CSS wyniósł 0,95–0,96 [11, 12, 15, 19], a skala Nieufności wykazała najniższy poziom rzetelności [2, 14, 15, 21]. Ponadto oprócz wymiaru Nieufność korelacje między skalami CSS-PL były istotne i wyższe niż w oryginalnych badaniach McElroya i Shevlina [2]². W badaniach Fergusa skala Nieufności także była słabo skorelowana z wynikiem ogólnym cyberchondrii ($r = 0,26$) [11].

² Twórcy skali CSS McElroy i Shevlin nie przeprowadzili analizy korelacji wszystkich wymiarów kwestionariusza z sumarycznym wynikiem cyberchondrii [2].

Wyniki pomiaru CSS-PL okazały się też stabilne w czasie, co może świadczyć o jej dyspozycyjnym charakterze i niewrażliwości na zmienne sytuacyjne. Warto zauważyć, że czynnik Nieufność wobec lekarzy we wszystkich badaniach walidacyjnych CSS osiągał najniższe wartości rzetelności [2, 14, 15, 21]. W związku z tym, że skala Nieufności wykazała niskie parametry psychometryczne, sugerujemy wykorzystanie jej przy pomiarze cyberchondrii raczej jako wskaźnika kontrolnego niż diagnostycznego.

Rezultaty badań wykazały również wysoką trafność teoretyczną CSS-PL w kontekście pomiaru lęku o zdrowie. Jest to zgodne z wynikami dotychczasowych badań, które pokazują, że wysoki poziom lęku wśród badanych z prób nieklinicznych wiązał się ze zwiększoną liczbą wizyt lekarskich i podwyższonym poziomem przerażenia z powodu pozyskanych z Internetu informacji o chorobie i pogarszającym się zdrowiu [17]. Prezentowane badania wykazały także trafność konwergencyjną skali CSS-PL w kontekście skłonności obsesyjno-kompulsywnych. Umiarkowany poziom zależności między tymi zmiennymi może wskazywać na charakterystyczne dla cyberchondrii nawracające, natrętne myśli o chorobach (obsesje) i nieodpartą chęć natychmiastowego pozyskania informacji w sieci na temat swojego stanu zdrowia (kompulsje).

Wnioski

W procesie adaptacji skali CSS-PL nasze badania potwierdziły 4-czynnikową strukturę skali CSS-PL, która obejmuje takie czynniki, jak: Kompulsywność, Stres, Nadmierność i Upewnianie się. Potwierdza to wielowymiarowy model cyberchondrii [2, 11, 19]. Skala Nieufności wobec lekarzy, stanowiąca piąty czynnik w oryginalnej skali CSS [2], została wyłączona z prezentowanej tu struktury cyberchondrii jako wymiar jedynie teoretycznie powiązany z cyberchondrią. Na poziomie diagnostycznym skala Nieufności może rozszerzać kontekst indywidualnego obrazu cyberchondrii u badanego.

Skala CSS-PL uzyskała wysoki poziom rzetelności pomiaru skłonności do cyberchondrii jako zmiennej dyspozycyjnej. Ponadto badania trafności teoretycznej wskazują na dysfunkcyjny charakter cyberchondrii i jej związki z innymi dezadaptacyjnymi konstruktami psychologicznymi, takimi jak lęk o zdrowie czy skłonności obsesyjno-kompulsywne. Podsumowując, możemy zatem stwierdzić, że skala CSS-PL jest narzędziem, które wykazuje wysoką wartość diagnostyczną i prognostyczną zjawiska cyberchondrii w badaniach diagnostycznych i naukowych.

Niniejsze badania walidacyjne skali CSS-PL zawierają kilka ograniczeń. Po pierwsze, mają one charakter wstępny i będą kontynuowane w zakresie oceny trafności diagnostycznej i prognostycznej narzędzia oraz normalizacji testu. W kolejnych badaniach należałoby kontrolować następujące zmienne: dostęp do Internetu, jak często i przez jak długi czas badany korzysta z sieci, zakres wykorzystania Internetu jako źródła informacji o objawach chorób, subiektywna ocena stanu zdrowia. Zmienne te mogą zwiększyć zakres wyjaśnionej wariancji pomiaru cyberchondrii. Dodatkowym ograniczeniem badania jest wielkość próby oraz jej homogeniczność pod względem wykształcenia (wykształcenie średnie 69%, wyższe 31%). Poza tym badania zostały przeprowadzone w grupie nieklinicznej, więc nie wiemy, czy struktura CSS-PL

i jej relacje z innymi zmiennymi psychologicznymi są podobne. W związku z tym przyszłe badania powinny zostać przeprowadzone na bardziej zróżnicowanej grupie. Ze względu na wstępny charakter walidacji narzędzia wyniki należy interpretować z dużą ostrożnością.

Pomimo pewnych ograniczeń niniejsze badania replikują i poszerzają wiedzę o strukturze skali cyberchondrii. Na podstawie uzyskanych wyników można uznać, że powstało użyteczne narzędzie do pomiaru cyberchondrii o charakterze dyspozycyjnym. Pomiar skłonności do cyberchondrii u jednostki może ułatwić predykcję jej konsekwencji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych w zakresie zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Starcevic V, Berle D. *Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use*. *Expert Rev. Neurother.* 2013; 13(2): 205–213.
2. McElroy E, Shevlin M. *The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS)*. *J. Anxiety Disord.* 2014; 28(2): 259–265.
3. www.PBI.org.pl (dostęp: 17.02.2017).
4. Pew Internet and American Life Project. www.pewinternet.org/Trend-Data-%28Adults%29/Online-Activities-Total.aspx 2011 (dostęp: 10.03.2017).
5. Poll H. *'Cyberchondriacs' on the rise? Those who go online for health care information continues to increase*. 2010. www.harrisinteractive.com/vault/HI-Harris-Poll-Cyberchondriacs-2010-08-04.pdf.
6. Huberty J, Dinkel D, Beets M, Coleman J. *Describing the use of the Internet for health, physical activity, and nutrition information in pregnant women*. *Matern. Child Health J.* 2013; 17(8): 1363–1372.
7. Lemire M, Sicotte C, Paré G. *Internet use and the logics of personal empowerment in health*. *Health Policy* 2008; 88(1): 130–140.
8. Baumgartner SE, Hartmann T. *The role of health anxiety in online health information search*. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2011; 14(10): 613–618.
9. Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JM. *Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet*. *J. Anxiety Disord.* 2012; 26(1): 189–196.
10. White RW, Horvitz E. *Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in Web search*. *ACM Trans. Inf. Syst.* 2009; 27(4): 1–37.
11. Fergus TA. *The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample*. *J. Anxiety Disord.* 2014; 28(6): 504–510.
12. Norr AM, Oglesby ME, Raines AM, Macatee RJ, Allan NP, Schmidt NB. *Relationships between cyberchondria and obsessive-compulsive symptoms*. *Psychiatry Res.* 2015; 230(2): 441–446.
13. Asmundson G, Taylor S. *It's not all in your head*. New York: Guilford Press; 2005.
14. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick H, Clark D. *The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis*. *Psychol. Med.* 2002; 32(5): 843–853.

15. Fergus TA. *Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct*. J. Affect. Disord. 2015; 184: 305–309.
16. Norr AM, Albanese BJ, Oglesby ME, Allan NP, Schmidt NB. *Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria*. J. Affect. Disord. 2015; 174: 64–69.
17. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. *Cyberchondria: Parsing Health Anxiety From Online Behavior*. Psychosomatics 2016; 57(4): 390–400.
18. Fergus TA, Russell LH. *Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive-compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelation*. J. Anxiety Disord. 2016; 38: 88–94.
19. Norr AM, Allan NP, Boffa JW, Raines AM, Schmidt NB. *Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): Replication and extension with bifactor modeling*. J. Anxiety Disord. 2015; 31: 58–64.
20. Hornowska E, Paluchowski WJ. *Kulturowa adaptacja testów psychologicznych*. W: Brzeziński J red. *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005. S. 151–191.
21. Kocjan J. *Short Health Anxiety Inventory (SHAI)-Polish version: Evaluation of psychometric properties and factor structure*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2016; 3: 68–78.
22. Abramowitz JS, Deacon B, Olatunji B, Wheaton MG, Berman N, Losardo D i wsp. *Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale*. Psychol. Assessment 2010; 22(1): 180–198.
23. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modelling*, 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
24. Kline P. *Handbook of psychological testing*. London–New York: Routledge; 2000.

Adres: Beata Bajcar
Zespół Psychologii i Ergonomii
Katedra Systemów Zarządzania
Politechnika Wroclawska
50-372 Wrocław, ul. Smoluchowskiego 25
e-mail: beata.bajcar@pwr.edu.pl

Otrzymano: 3.08.2017
Zrecenzowano: 20.10.2017
Otrzymano po poprawie: 24.11.2017
Przyjęto do druku: 4.01.2018