

Joanna Chwaszcz | Iwona Niewiadomska  
Stanisław Fel | Michał Wiechetek  
Agnieszka Palacz-Chrisidis

---

# Innowacyjne narzędzia do diagnozy potencjału readaptacyjnego osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i zawodowym

---



Innowacyjne narzędzia  
do diagnozy  
potencjału readaptacyjnego  
osób zagrożonych wykluczeniem  
społecznym i zawodowym



Joanna Chwaszcz | Iwona Niewiadomska  
Stanisław Fel | Michał Wiechetek  
Agnieszka Palacz-Chrisidis

---

Innowacyjne narzędzia  
do diagnozy  
potencjału readaptacyjnego  
osób zagrożonych wykluczeniem  
społecznym i zawodowym

Projekt okładki i stron tytułowych

Anna Gogolewska

Ilustracja na okładce

KreativKolors/Shutterstock

Wydawca

Edyta Kunowska

Produkcja

Mariola Grzywacka

Łamanie

Bogusław Górecki

Recenzenci

Dr hab. Anna Śliz, prof. UO

Dr hab. Elżbieta Rydz

Niniejsza publikacja została zrealizowana w ramach projektu „**Komplet innowacyjnych narzędzi optymalizujących współpracę podmiotów z przedsiębiorcami w zakresie ułatwiania wchodzenia na rynek pracy więźniom opuszczającym zakłady karne**” w ramach umowy nr UDA-POKL.01.02.00-006-016/12-00 z póź. zm. zawartej dnia 15 czerwca 2012 r. pomiędzy Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich (Instytucja Pośrednicząca II stopnia) a Fundacją Rozwoju Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. **Projekt realizowany przez Fundację Rozwoju Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, tel. (81) 445 32 34, tel./fax (81) 533 22 65**

Publikacja jest dystrybuowana bezpłatnie

Copyright © by Fundacja Rozwoju Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 2015

ISBN 978-83-01-18182-6

Wydawnictwo Naukowe PWN SA

02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2

tel. 22 69 54 321, faks 22 69 54 031

e-mail: [pwn@pwn.com.pl](mailto:pwn@pwn.com.pl); [www.pwn.pl](http://www.pwn.pl)

# Spis treści

<b>Wstęp</b> . . . . .	9
<b>Rozdział I. Zapotrzebowanie na innowacyjne narzędzia diagnostyczne w obszarze readaptacji społecznej i zawodowej osób opuszczających zakłady karne</b> . . . . .	11
1. Analiza sytuacji społecznej w kontekście zapotrzebowania na nowe rozwiązania w zakresie wsparcia readaptacji osób opuszczających zakłady karne . . . . .	11
2. Zapotrzebowanie na wsparcie pracowników realizujących ustawowo lub statutowo cele readaptacyjne . . . . .	12
2.1. Wnioski wynikające z projektu badawczo-rozwojowego „Model kompleksowego systemu współpracy z przedsiębiorcami dla wsparcia wchodzenia na rynek pracy młodych więźniów w województwie lubelskim” . . . . .	14
2.1.1. Typy pracowników realizujących zadania wspierające readaptację zawodową i społeczną osób marginalizowanych . . . . .	14
2.1.2. Dystrybucja zasobów przez pracowników o zróżnicowanym kapitale zawodowym . . . . .	18
2.1.3. Poczucie własnej skuteczności u pracowników o zróżnicowanym kapitale zawodowym . . . . .	20
2.1.4. Potrzeby szkoleniowe pracowników wspierających proces readaptacji . . . . .	24
2.2. Wnioski z projektu badawczo-rozwojowego „Komplet innowacyjnych narzędzi optymalizujących współpracę podmiotów z przedsiębiorcami w zakresie ułatwiania wchodzenia na rynek pracy więźniom opuszczającym zakłady karne” . . . . .	26
2.2.1. Kompetencje osób realizujących zawodowo i społecznie cele readaptacyjne . . . . .	26
2.2.2. Potrzeby osób realizujących zawodowo i społecznie cele readaptacyjne . . . . .	31
3. Zapotrzebowanie osób marginalizowanych w zakresie wsparcia ich readaptacji społecznej i zawodowej . . . . .	32
3.1. Wnioski z projektu badawczego „Więzi Społeczne Zamiast Więzień” . . . . .	35
3.1.1. Czynniki warunkujące przystosowanie osób aktualnie przebywających w zakładzie karnym . . . . .	35
3.1.2. Czynniki warunkujące przystosowanie osób przebywających na wolności, które w przeszłości odbywały karę izolacji więziennej . . . . .	35
3.1.3. Czynniki warunkujące przystosowanie osób nieletnich . . . . .	36

3.2. Wnioski z projektu badawczo-rozwojowego „Model kompleksowego systemu współpracy z przedsiębiorcami dla wsparcia wchodzenia na rynek pracy młodych więźniów w województwie lubelskim” . . . . .	36
3.2.1. Typy przystosowania osobistego więźniów . . . . .	36
3.2.2. Czynniki konstytuujące sposób funkcjonowania młodych więźniów . . . . .	37
3.3. Wnioski z projektu badawczo-rozwojowego „Komplet innowacyjnych narzędzi optymalizujących współpracę podmiotów z przedsiębiorcami w zakresie ułatwiania wchodzenia na rynek pracy więźniom opuszczającym zakłady karne” . . . . .	42
3.3.1. Związek między gotowością do pracy a przystosowaniem osobistym w grupie byłych więźniów . . . . .	42
3.2.2. Związek między gotowością do pracy a poczuciem własnej skuteczności . . . . .	44
3.3.3. Korelacje gotowości do pracy byłych więźniów ze zmiennymi socjodemograficznymi . . . . .	46

## **Rozdział II. Metody do jakościowego diagnozowania psychologicznych mechanizmów readaptacji społecznej byłych więźniów: spostrzegania sytuacji trudnych i preferowania strategii zaradczych w sytuacjach trudnych . . . . .**

1. Wywiad do jakościowego diagnozowania spostrzeganych sytuacji trudnych . . . . .	50
1.1. Znaczenie spostrzeganych sytuacji trudnych w procesie włączania społecznego ekswięźniów . . . . .	50
1.2. Wnioski z badań dotyczących związków między spostrzeganymi sytuacjami trudnymi a włączaniem społecznym byłych więźniów . . . . .	53
1.3. Zawartość treściowa wywiadu ukierunkowanego na badanie spostrzeganych przez byłego więźnia sytuacji trudnych w procesie readaptacji . . . . .	54
1.4. Jakościowa interpretacja wyników odnoszących się do spostrzeganych przez ekswięźnia sytuacji trudnych w procesie readaptacji . . . . .	73
2. Wywiad do jakościowego diagnozowania preferowanych strategii zaradczych w sytuacjach trudnych . . . . .	74
2.1. Znaczenie preferowania strategii zaradczych w procesie włączania społecznego ekswięźniów . . . . .	76
2.2. Wnioski z badań dotyczących związków między preferencją kompetencji zaradczych w sytuacjach trudnych a włączaniem społecznym byłych więźniów . . . . .	77
2.3. Zawartość treściowa wywiadu ukierunkowanego na badanie preferowanych przez ekswięźnia strategii zaradczych w sytuacjach trudnych . . . . .	79
2.4. Jakościowa interpretacja wyników odnoszących się do preferowania przez byłego więźnia strategii zaradczych w sytuacjach trudnych . . . . .	99

## **Rozdział III. Metody do jakościowego diagnozowania realizacji zasady pomocniczości w inkluzji społecznej byłych więźniów . . . . .**

1. Znaczenie zasady pomocniczości dla wspierania readaptacji społecznej byłych więźniów . . . . .	102
2. Wywiady do jakościowego diagnozowania realizacji zasady pomocniczości . . . . .	105
2.1. Zawartość treściowa wywiadu ukierunkowanego na badanie realizacji zasady pomocniczości w procesie inkluzji społecznej – pytania skierowane do specjalistów zajmujących się wspieraniem procesu readaptacji byłych więźniów . . . . .	106

2.2. Jakościowa interpretacja wyników odnoszących się do realizacji zasady pomocniczości z perspektywy specjalistów dostarczających instytucjonalne wsparcie byłym więźniom . . . . .	126
2.3. Zawartość treściowa wywiadu ukierunkowanego na badanie realizacji zasady pomocniczości w procesie inkluzji społecznej – pytania skierowane do byłych więźniów . . . . .	128
2.4. Jakościowa interpretacja wyników odnoszących się do realizacji zasady pomocniczości z perspektywy odbiorców instytucjonalnego wsparcia (byłych więźniów) . . . . .	147
<b>Rozdział IV. Kwestionariusz diagnozujący gotowość do pracy osób zagrożonych wykluczeniem . . . . .</b>	<b>150</b>
1. Gotowość do pracy jako konsekwencja motywu przynależności społecznej . . . . .	150
2. Etapy konstrukcji narzędzia mierzącego poziom gotowości do pracy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym . . . . .	155
3. Charakterystyka Skali Gotowości do Pracy Byłych Więźniów oraz jej właściwości psychometryczne . . . . .	163
4. Normy . . . . .	167
5. Stosowanie Skali Gotowości do Pracy Byłych Więźniów . . . . .	168
5.1. Procedura badania . . . . .	169
5.2. Interpretacja wyników . . . . .	170
5.3. Obszary wykorzystania narzędzia . . . . .	171
5.4. Przykładowe wyniki badań otrzymane za pomocą metody . . . . .	171
6. Podsumowanie . . . . .	174
Załączniki . . . . .	176
<b>Rozdział V. Kwestionariusz do diagnozy kondycji psychofizycznej osób w procesie readaptacji . . . . .</b>	<b>182</b>
1. Zdrowie jako ważny zasób readaptacyjny . . . . .	183
2. Etapy tworzenia <i>Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej</i> . . . . .	191
2.1. Charakterystyka badanej grupy . . . . .	191
2.2. Wartości psychometryczne metody . . . . .	192
2.3. Normy . . . . .	198
2.4. Ostateczna wersja <i>Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej</i> . . . . .	199
2.5. Procedura badania . . . . .	199
2.6. Obliczanie i interpretacja wyników . . . . .	201
2.7. Zastosowanie <i>Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej</i> . . . . .	203
Załączniki . . . . .	206
<b>Bibliografia . . . . .</b>	<b>209</b>



# *Kwestionariusz do diagnozy kondycji psychofizycznej osób w procesie readaptacji*

Życie we współczesnym świecie stawia przed człowiekiem wiele coraz to nowych wyzwań. Sprostanie im często bywa trudne i wymaga od osoby posiadania wiedzy, umiejętności i kompetencji, bieżącego uaktualniania i dopasowywania tych zasobów do zmieniającej się dynamicznie rzeczywistości. Dużą rolę w procesie adaptacji odgrywa niewątpliwie zdrowie osoby. Dowodem na fundamentalne znaczenie zdrowia dla jednostki i całego społeczeństwa wydaje się być coraz prężniej rozwijająca się współczesnie medycyna, która stawia sobie następujące cele:

- 1) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia;
- 2) przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby;
- 3) opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni;
- 4) zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci (The Goals of Medicine 2000, s. 58).

Zdrowie jest ważnym zasobem wpływającym na proces pozytywnej readaptacji osób wykluczonych społecznie, w tym osób, które weszły w konflikt z prawem. Stan zdrowia, brak zaburzeń w funkcjach somatycznych i psychicznych jest jednym z ważnych kryteriów wnioskowania o readaptacji na gruncie psychologii (Niewiadomska, Chwaszcz 2010). Jednak przebywanie w jednostkach penitencjarnych może powodować negatywne następstwa w odniesieniu do zdrowia skazanych. Izolacja, deprywacja potrzeb, standaryzacja wpływają na występowanie problemów zdrowotnych. Ważne problemy związane ze zdrowiem skazanych to przede wszystkim: zachowania auto-agresywne, samobójcze oraz choroby zakaźne. Inny ważny problem stanowią zmiany w osobowości, jakie następują pod wpływem funkcjonowania w środowisku zamkniętym. Więzienie, jako instytucja totalna, powoduje deprywację podstawowych potrzeb (Perska, Stępniać 2014, s. 54). Odbywanie kary izolacyjnej stanowi rodzaj długotrwałego stresu, który może prowadzić do trudności w sferze intelektualnej, emocjonalnej oraz behawioralnej skazanego. Również z powodu lęku przed przyszłością osadzeni doświadczają silnego napięcia psychicznego, a po wyjściu z jednostki penitencjarnej

zazwyczaj dochodzi u nich do nasilenia stresu ze względu na zmianę sytuacji życiowej. Silne napięcie psychiczne towarzyszące różnorodnym problemom adaptacyjnym często prowadzi u byłych skazanych do kryzysu psychologicznego, który może zagrażać bezpieczeństwu lub zdrowiu jednostki (Niewiadomska 2007; Dańda, Buks 2013). W badaniach empirycznych stwierdzono, że osoby, które powracają do przestępstwa charakteryzują się problemami adaptacyjnymi w postaci nawykowo stosowanych mechanizmów obronnych, manifestowania różnych przejawów agresji, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzeń psychosomatycznych i dużego nasilenia trudności przystosowawczych – bezrobocia, biedy, bezdomności, problemów rodzinnych (Niewiadomska 2007, s. 222).

## 1. Zdrowie jako ważny zasób readaptacyjny

Poszukując definicji zdrowia, trudno odwołać się do jednej powszechnie przyjętej. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest wieloznaczność pojęcia. Przede wszystkim widocznie zarysowuje się podział na definicje „potoczne”, funkcjonujące w języku codziennym oraz „profesjonalne” formułowane przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych (Wojnarowska 2007). Zaznaczyć warto, że fenomenem zdrowia zajmuje się wiele nauk, m.in. medycyna, filozofia, psychologia i inne nauki społeczne. Wynikać to może z faktu, iż zmiany dokonujące się w świadomości ludzi w coraz większym stopniu wpływają na zachowania zdrowotne, które stają się punktem zainteresowania dyscyplin uprzednio niepodjęających tego zagadnienia. Zdrowie przestało być wyłączną domeną nauki, stało się szeroko omawianym pojęciem psychospołecznym, jest wciąż na nowo konceptualizowane i przekształcane zgodnie z dominującym kontekstem socjokulturowym (Nowakowska 2010).

W XX wieku doszło do kilku przełomów społeczno-kulturowych określanym mianem trzech rewolucji zdrowotnych, które doprowadziły do usystematyzowanego ujęcia problematyki zdrowia (Wrona-Polańska 2003). Pierwsza rewolucja zdrowotna nakierowana była na wprowadzanie zmian w środowisku zewnętrznym oraz poprawę warunków życia – sanitarnych, mieszkalnych, żywieniowych – społeczeństwa. Jednostka ludzka była traktowana jedynie jako bierny obiekt zewnętrznych oddziaływań prewencyjnych (Wrona-Polańska 2003).

Druga rewolucja zdrowotna została zapoczątkowana przez szybkie tempo rozwoju przemysłu oraz urbanizację, co wywarło ogromny wpływ na sytuację zdrowotną społeczeństw wysoko rozwiniętych. Sukcesy medycyny naprawczej i ograniczenie negatywnych skutków chorób zakaźnych, będące efektem działań zaradczych z początku XX wieku, nie przyniosły oczekiwanych zmian prozdrowotnych, gdyż śledzimy w tym okresie postępujący wzrost zachorowań na tak zwane choroby cywilizacyjne. W okresie tym nastąpiło przewartościowanie pojęcia zdrowia z braku choroby somatycznej na utożsamianie go z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, co ma odzwierciedlenie w opracowanej w 1948 roku przez Światową Organizację Zdrowia definicji (World Health Organization 1948; Wrona-Polańska 2002).

Tak rozumiane zdrowie sprowadzane zostało do stanu idealnego, który nie jest możliwy do osiągnięcia dla większości ludzi (Pierzchała, Farnik-Brodzińska 1997). Jednak dzięki takiemu ujęciu możliwa stała się w tym okresie promocja zdrowia oparta na jego pozamedycznych uwarunkowaniach: psychologicznych, behawioralnych i społecznych (Wrona-Polańska 2003).

Trzecia rewolucja zdrowotna, która trwa obecnie, została zapoczątkowana przez dalsze przemiany w dziedzinie odkryć naukowych i technicznych, a także rozkwit psychologii holistyczno-dynamicznej (Stachowski 2006). Główną ideą przemian w tym okresie jest integracja myślenia humanistycznego i osiągnięć nauki w kontekście zagadnienia zdrowia. Celem nadrzędnym trzeciej rewolucji stało się zwiększenie świadomości i odpowiedzialności jednostki za własne zdrowie. Odbywa się to przez tworzenie i realizowanie programów promocji zdrowia i psychoedukację zdrowotną społeczeństwa (Miller, Zieliński 2002; Miller, Wysocki, Cianciara 2003). Niemniej jednak, pozytywne efekty oddziaływań profilaktycznych i edukacyjnych, mogły zostać osiągnięte jedynie dzięki równoległe zaistniałemu w psychologii nurtowi humanistycznemu (Nowakowska 2010). W tym podejściu osoba jest traktowana jako istota formułująca samą siebie, odpowiedzialna za decyzje dotyczące samorozwoju. Taka koncepcja jednostki wskazuje na konieczność zrozumienia światopoglądu osoby, a nie jej zachowania, by jakiegokolwiek oddziaływania stały się efektywne (Stachowski 2002).

W tym miejscu warto odpowiedzieć sobie na pytanie: co to jest zdrowie? W psychologicznej literaturze przedmiotu możemy wyróżnić pięć sposobów konceptualizacji tego pojęcia. Możemy więc rozumieć zdrowie jako (Heszen, Sęk 2008, s. 47–51):

- 1) brak objawów choroby i cierpienia;
- 2) dobrostan biopsychospołeczny;
- 3) potencjał i właściwości człowieka;
- 4) proces;
- 5) wartość.

Zdrowie, rozumiane jako brak objawów choroby i cierpienia, odzwierciedla potoczne podejście do pojęcia. Jest tu ujmowane jako stan braku choroby i dolegliwości, a więc jest to negatywna definicja pojęcia. Podejście takie wydaje się być niewystarczające, gdyż nie obejmuje pełnego zakresu zdrowia. Jest ono również nie do przyjęcia z metodologicznego punktu widzenia. Mamy tu bowiem do czynienia z definiowaniem pojęcia przez wskazanie desygnatów nie wchodzących w jego skład. Taki model jest redukcjonistyczny i nie uwzględnia całej złożoności zdrowia (Heszen, Sęk 2008, s. 47).

W ujęciu biopsychospołecznym zdrowie jest utożsamiane z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym. Podejście to najlepiej zostało odzwierciedlone w przytoczonej już definicji zdrowia z 1948 roku wprowadzonej przez WHO. W odróżnieniu od omówionego rozumienia, wykracza ono poza definiowanie zdrowia, jako jedynie braku objawów choroby, czyli koncentracji na organizmie jednostki. Biopsychospołeczne podejście jest poszerzone o aspekt psychiczny i społeczny funkcjonowania człowieka. Ma ono również, w porównaniu z poprzednio omawianym,

pozytywny wydzźwięk. Warunkiem zdrowia człowieka jest zaspokajanie przez niego swoich potrzeb w każdej ze wspomnianych wcześniej sfer, osiągnięcie celów życiowych, rozwój osobowości. Człowiek jest zdrowy, gdy może podejmować oraz wypełniać osobiste i społeczne zadania życiowe, gdy potrafi tworzyć i nawiązywać pozytywne relacje międzyludzkie, kiedy posiada umiejętność pokonywania trudności. W rezultacie zyskuje poczucie fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu (Borys 2010, s. 45). Jednak tak rozumiane zdrowie jest prawie nieosiągalne, a termin dobrostan jest wieloznaczny i trudny do zdefiniowania (Heszen, Sęk 2008, s. 48).

Wymienione dwa modele ujmują zdrowie jako stan – pierwszy w kategoriach stanu braku choroby, drugi jako dobrostan. Kolejne prezentowane podejścia wykorzystują do charakterystyki zdrowia kategorię dyspozycji, procesu oraz wartości (Heszen, Sęk 2008; Borys 2010).

Zdrowie rozumiane jako potencjał i właściwości człowieka oraz ujmujące jego kontekst życia ma status dyspozycji, która umożliwia jednostce adaptację do określonych warunków środowiska. Zdrowie jest tu określane w kategoriach rozwojowo-funkcjonalnych. Z jednej strony jest zasobem warunkującym wszechstronny rozwój człowieka, z drugiej zaś umożliwia stawianie czoła aktualnym wymaganiom (Heszen, Sęk 2008, s. 48). To podejście ujmuje zdrowie w kategorii potencjału, to znaczy takiej właściwości człowieka czy środowiska, które umożliwia skuteczne radzenie sobie z wymaganiami i trudnościami życia. *Zdrowie określa się tu jako jeden z podstawowych zasobów pozwalających na prawidłowe funkcjonowanie, dynamiczną adaptację do otoczenia czy też zdolność do harmonijnego życia, a więc osiągnięcia wysokiej jakości życia* (Wrona-Polańska 2006, s. 22). Takie ujęcie bliskie jest przedstawicielom promocji zdrowia, którzy definiują je, jako ulegającą zmianom zdolność człowieka do osiągnięcia pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz umiejętność reagowania na wyzwania środowiska (Straś-Romanowska 1992).

Kolejne podejście proponuje rozpatrywać zdrowie jako proces. Zdrowie jest tu rozumiane jako kraniec kontinuum, na którego drugim końcu jest choroba. Nie wprowadza się tu wyraźnego rozgraniczenia między zdrowiem i chorobą, a więc nie definiuje się go w kategorii stanu czy zasobu (Heszen, Sęk 2008, s. 49). Raczej odwrotnie, wskazuje się na inne zasoby, które mają wpływ na przemieszczanie się osoby między dwoma biegunami kontinuum. Wśród nich Antonovsky wyróżnia genetyczne i psychospołeczne zasoby odpornościowe, które obejmują: poziom wsparcia społecznego, strategie radzenia sobie, zaangażowanie i spójność systemu Ja (Antonovsky 1979). B. Borys (2010, s. 46) z kolei pisze o psychologicznych potencjałach zdrowia, które definiuje jako „określone właściwości człowieka, jego organizmu biologicznego, psychiki, sfery duchowej, a także społecznej, którymi konkretna jednostka dysponuje lub może dysponować w celu ochrony i rozwijania zdrowia. A zatem są to pewne zasoby jednostkowe, które człowiek aktywizuje automatycznie lub w sposób świadomy, w określonych sytuacjach życiowych, w celu utrzymania równowagi organizmu, czyli zachowania lub rozwijania swojego zdrowia”. Wśród psychologicznych zasobów sprzyjających zdrowiu autor zwraca szczególną uwagę na (s. 46–47):

- 1) Cechy osobowości jednostki związane z temperamentem – silny i zrównoważony typ układu nerwowego oraz mała reaktywność.
- 2) Cechy struktury Ja – samoakceptacja wraz z pozytywną i adekwatną samoocena, poczucie tożsamości, poczucie sprawstwa, poczucie kontroli i samokontroli (wyuczona zaradność), poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji.
- 3) Kompetencje poznawcze jednostki – umiejętność skutecznego rozwiązywania zadań i oddziaływania na otoczenie, inteligencja, elastyczność, refleksyjność, twórcze nastawienie, otwartość i abstrakcyjność struktur poznawczych oraz kompetencje emocjonalne, zwane też inteligencją emocjonalną.
- 4) Umiejętności społeczne, szczególnie interpersonalne.
- 5) Pogranicze osobistych i społecznych potencjałów zdrowia – umiejętność poszukiwania wsparcia społecznego.

W tym ujęciu zdrowie jest czymś zmiennym w czasie i zależy od dyspozycji wewnętrznych oraz warunków zewnętrznych jednostki. Choroba występuje, gdy brakuje zasobów czy też potencjałów do radzenia sobie z otaczającymi jednostkę wymaganiami i obciążeniami.

Zdrowie rozumiane z kolei jako wartość zostało ujęte na gruncie psychologii ogólnej w teorii czynności. W tej koncepcji zdrowie i choroba nie są umieszczane na jednym kontinuum, ale podobnie jak inne wartości mają określony znak i są traktowane rozłącznie. W tym ujęciu, w odróżnieniu od wcześniej przedstawionych, zdrowie nie jest atrybutem człowieka, tylko pozytywną wartością, do której dąży. Choroba jest natomiast wartością negatywną, której człowiek unika (Tomaszewski 1975 za: Heszen, Sęk 2008, s. 50). Dla niektórych osób zdrowie stanowi wartość autoteliczną – ważną i cenioną samą w sobie, dla innych stanowi wartość instrumentalną – która jest traktowana jako środek do osiągnięcia innych ważnych celów.

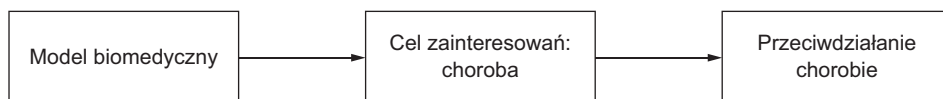
We współczesnych podejściach możemy prześledzić kilka tendencji w ujmowaniu zdrowia (Heszen, Sęk 2008, s. 53–54):

- 1) Poszerzenie się zakresu pojęciowego zdrowia – poza jego fizycznym obszarem, dostrzega się również wymiar psychiczny i społeczny, a obecnie często akcentuje się również aspekt duchowy.
- 2) Podkreślanie jego zmienności – w ujęciu dyspozycyjnym akcentuje się zmienność zasobów czy potencjału zdrowia.
- 3) Tendencja do pozytywnego rozumienia zdrowia jako potencjału, dyspozycji czy zasobu.
- 4) Ocena zdrowia z dwóch perspektyw – obiektywnej i subiektywnej.
- 5) Przypisywanie człowiekowi odpowiedzialności za własne zdrowie.

W psychologicznej literaturze przedmiotu wyróżnić możemy różne modele zdrowia, a wśród nich cztery najczęściej omawiane – biomedyczny, holistyczno-funkcjonalny (inaczej biopsychospołeczny), socjoekologiczny oraz salutogenetyczny (Sęk, Ściagała 1996; Wrona-Polańska 2006; Heszen, Sęk 2008).

Model biomedyczny wywodzi się ze średniowiecznej filozofii dualizmu kartezjańskiego zakładającego istnienie duszy i ciała jako odmiennych sfer oraz mechanistycz-

nej wizji świata i człowieka. Stworzyło to podstawy do szybkiego rozwoju nauk medycznych, równoległe jednak, na wiele lat, skierowało uwagę praktyków medycyny jedynie na sferę somatyczną. Zgodnie z biomedycznym pojmowaniem zdrowia, ciało człowieka było uznawane za maszynę, choroba była zaś obserwowalnym i mierzalnym odchyleniem od normy (Wrona-Polańska 2006; Ostrzyżek, Marcinkowski 2012). Graficzne przedstawienie podejścia biomedycznego zostało zaprezentowane na rysunku 1.



**Rysunek 1.** Biomedyczny model zdrowia i jego konsekwencje (Wrona-Polańska 2006, s. 21).

Podstawowe założenie modelu holistyczno-funkcjonalnego brzmi – człowiek jest częścią większej całości i pozostaje pod wpływem wzajemnych relacji człowiek–środowisko. Podstawę teoretyczną holistycznego definiowania zdrowia stanowi ogólna teoria systemów Ludwiga von Bertalanffiego. Holistyczny model zdrowia zakreślił perspektywę zdrowia opartą na płaszczyznach:

- 1) fizycznej – funkcjonowanie biologiczne organizmu jako całości;
- 2) psychicznej – funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne;
- 3) społecznej – zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich;
- 4) duchowej – związanej z osobistymi przekonaniem, wierzeniami czy praktykami religijnymi (Ostrzyżek, Marcinkowski 2012, s. 683).

Zdrowie w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym wyraża się we wzajemnej relacji struktur funkcjonalnych człowieka oraz jednostki z jego otoczeniem. Przejawia się w ciągłym procesie dynamicznego równoważenia potrzeb człowieka i wymagań środowiska. Zdrowie i chorobę ujmuje się na jednym kontinuum, a o zdrowiu decydują posiadane przez człowieka zasoby oraz zewnętrzne wymagania, nazywane również stresorami (Heszen, Sęk 2008).

Z modelu holistyczno-funkcjonalnego wyrastają założenia modelu socjoekologicznego – hierarchiczność systemów, zgodnie z którą każdy podsystem jest częścią ogólniejszego i pozostaje z nim we wzajemnych związkach. Model socjoekologiczny znalazł swoje odzwierciedlenie w nowej koncepcji, zwanej mandalą zdrowia, opracowanej w latach osiemdziesiątych przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto. Model ten wyjaśnia wielorakie zależności między środowiskiem fizycznym, społecznym i kulturowym a zdrowiem. Mandala składa się z kilku koncentrycznych kręgów, w których centrum znajdują się (Borzucka-Sitykiewicz 2006, s. 11–12):

- człowiek – złożony z ciała, umysłu i ducha, ulegający wpływom nad i podsystemów;
- rodzina – jako najważniejsza grupa socjalizująca jednostkę, odgrywająca zasadniczą rolę w kształtowaniu systemu wartości, w tym postaw i zachowań zdrowotnych.

W modelu wyróżniono cztery grupy czynników warunkujących zdrowie jednostki i rodziny (znajdujących się na kręgu je otaczającym):

- czynniki biologiczne – przekaz genetyczny, cechy biologiczne, fizjologiczne i anatomiczne jednostki oraz członków jej rodziny;
- zachowania indywidualne – rodzaj diety, używanie substancji psychoaktywnych, bezpieczeństwo w codziennym życiu, w tym skłonność do podejmowania ryzyka, podejmowania działań profilaktycznych;
- środowisko fizyczne – warunki mieszkaniowe, środowisko pracy, bliższe i dalsze otoczenie człowieka;
- środowisko psychosocjoekonomiczne – status społeczny i ekonomiczny, podatność na presję społeczną, podatność na informację zewnętrzną (w tym reklamę), uzyskiwane wsparcie społeczne.

Wymienione czynniki są ze sobą powiązane takimi elementami, jak:

- styl życia – rozumiany jako kompleks zachowań modyfikowanych przez wpływ środowiska socjoekonomicznego;
- system opieki zdrowotnej;
- praca lub jej brak – a przede wszystkim funkcje pełnione w pracy. Stosunki społeczne i jakość życia w miejscu pracy są ważnymi determinantami zdrowia fizycznego i psychicznego;
- środowisko przekształcone przez człowieka – narastający proces urbanizacji i uprzemysłowienia powodujący wzrost zanieczyszczenia oraz degradacji środowiska.

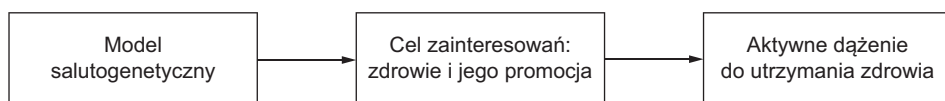
Na zewnętrznym kręgu mandali znajdują się:

- kultura – wartości kulturowe (postawy i przekonania) wpływające na kształt zachowań w zdrowiu i w chorobie;
- biosfera – podstawowa determinanta zdrowia, ponieważ człowiek jest nieodłącznym elementem biosystemu, w którego skład wchodzi wszystkie żywe organizmy.

Model salutogenetyczny najszerzej ujmuje pojęcie zdrowia, które jest rozumiane jako dynamiczny proces utrzymywania równowagi między możliwościami człowieka a wymaganiami jego otoczenia. W tym procesie człowiek wykorzystuje posiadane zasoby biologiczne, psychologiczne i społeczne w celu sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom oraz by osiągnąć indywidualne i społeczne cele. O poziomie zdrowia decydują z jednej strony czynniki patogenne oddziałujące na człowieka, a z drugiej posiadane przez niego zasoby odpornościowe. Poczucie koherencji stanowi główne pojęcie w salutogenetycznej koncepcji zdrowia, jest to „globalna orientacja człowieka” wyrażająca stopień, w jakim ma on dominujące, trwałe, chociaż dynamiczne poczucie pewności, że:

- bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny;
- ma dostęp do środków, które pozwalają mu sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce;
- wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Binnebesel 2006; Wrona-Polańska 2006; Heszen, Sęk 2008).

Graficzne przedstawienie modelu salutogenetycznego i jego konsekwencje zobrażone są na rysunku 2.



**Rysunek 2.** Salutogenetyczny model zdrowia i jego konsekwencje (Wrona-Polańska 2006, s. 21).

Wydaje się, że koncepcją, która może scalić obydwie nurty, jest teoria zachowania zasobów (COR) S.E. Hobfolla (Hobfoll 1989, 2002, 2006; Dudek, Koniarek, Szymczak 2007; Łukaszewski 2008). W ujęciu tym zdrowie jest rozumiane jako pewien zasób. Jednocześnie do zwiększenia zasobu, jakim jest zdrowie, mogą doprowadzić inne zasoby posiadane przez człowieka, ale również zdrowie lub jego brak może powodować zwiększanie lub utratę innych zasobów jednostki. Hobfoll definiuje zasoby jako rzeczy cenione przez ludzi. Do zasobów zalicza więc przedmioty, warunki, cechy osobowości i pokłady energii, które albo same w sobie są cenione jako potrzebne do przetrwania, albo służą do zdobycia owych zasobów umożliwiających przetrwanie (Hobfoll 2006, s. 70). Niektóre z tych zasobów mają genetyczną, inne są wynikiem uczenia się, jeszcze inne stanowią wyraz wielu form zależności, w jakich człowiek pozostaje z innymi ludźmi (Łukaszewski 2008). Hobfoll czyni założenie, że ludzie są zainteresowani zdobywaniem zasobów, utrzymywaniem już posiadanych i zabezpieczaniem przed ich utratą. Teoria COR ma strukturalny charakter – możemy wyodrębnić trzy główne podziały zasobów (Hobfoll 2006, 73–76):

- 1) Wewnętrzne i zewnętrzne – pierwsze są w posiadaniu Ja albo znajdują się w sferze Ja, np. poczucie własnej wartości, kompetencje zawodowe, optymizm. Te drugie nie są własnością Ja i znajdują się poza jego granicami, np. wsparcie społeczne, zatrudnienie, status ekonomiczny.
- 2) Klasyfikacja strukturalna, zgodnie z którą dzielimy zasoby na cztery grupy:
  - materialne – obiekty fizyczne, np. dom, środek komunikacji, biżuteria, cenne przedmioty. Ludzie wkładają duży wysiłek w zdobywanie i pomnażanie tych zasobów, gdyż pozwalają one utrzymać się przy życiu i zapewniają status społeczny i poczucie własnej wartości;
  - osobiste – umiejętności (np. kompetencje zawodowe, umiejętności społeczne, zdolności przywódcze) oraz cechy osobowości, takie jak samoocena, optymizm, własna skuteczność, nadzieja;



- stanu – są ważne, gdyż od nich zależy dostęp do innych zasobów. Zaliczane są do nich np. zdrowie, stała praca, małżeństwo, dobra posada. Niektóre zasoby stanu trzeba wypracować, inne można odziedziczyć wraz z pozycją społeczną, jeszcze inne są częściowo uwarunkowane biologicznie, jak chociażby zdrowie.
  - energii – są wymienne na zasoby z pozostałych trzech kategorii. Wśród nich wyróżniamy pieniądze, wiedzę, wiarygodność kredytową.
- 3) Ze względu na znaczenie jakie zasoby mają dla przetrwania wyróżniamy:
- zasoby pierwotne – mają bezpośredni związek z przetrwaniem, np. wystarczająca ilość pożywienia, ubranie, schronienie;
  - zasoby wtórne – przyczyniają się do zdobycia zasobów pierwotnych, np. wsparcie społeczne, przynależność do grupy, małżeństwo;
  - zasoby trzeciego rzędu – symbolicznie związane z dwoma powyższymi kategoriami. Są to np. pieniądze, oznaki statusu społecznego – luksusowy dom, samochód, przyjaźnie, przynależność do organizacji, która może wpływać na pozyskanie zasobów wtórnych.

Problemem takiej klasyfikacji, jest brak oparcia w koncepcji teoretycznej. Ponadto nie wszystkie zasoby łatwo da się skategoryzować. Jak pisze sam autor: „nie jest na przykład jasne, czy zdrowie należy zaliczyć do zasobów stanu, czy do zasobów osobistych” (Hobfoll 2006, s. 75). Wśród uwzględnionych w teorii COR zasobów, zdrowie jest wymieniane w perspektywie różnych osób – zdrowie dzieci, własne, małżonka. Dodatkowo Hobfoll klasyfikuje również jako zasób ubezpieczenie zdrowotne.

Dwie główne reguły teorii COR brzmią: utrata zasobów jest niewspółmiernie bardziej wyrazista od zysku oraz ludzie muszą inwestować zasoby, by zapobiegać ich utracie, rekompensować sobie straty oraz zyskiwać nowe zasoby (Hobfoll 2002, 2006). Ponadto autor zauważa, iż osoby dysponujące większymi zasobami są mniej narażone na ich utratę i mają większe możliwości ich pomnażania, z kolei osoby niskozasobowe są bardziej narażone na utratę posiadanych zasobów i mniej zdolne do osiągnięcia zysków. Dodatkowo, jednostki z niedostatkiem zasobów są bardziej narażone na stratę, a początkowa utrata powoduje kolejne. Powoduje to u nich postawę defensywną – ochraniają to, co mają. Odwrotnie dzieje się u ludzi wysokozasobowych, ponieważ są oni bardziej zdolni do osiągnięcia zysków, a początkowy zysk pociąga za sobą kolejne.

Wymienione prawidłowości są bardzo ważne z perspektywy procesu readaptacji. W myśl przedstawionej teorii COR zasobami adaptacyjnymi są zarówno czynniki o charakterze społecznym, jak i takie wymiary podmiotowego funkcjonowania, które w istotny sposób wpływają na proces przystosowania jednostki do otaczających ją warunków (Niewiadomska, Chwaszcz, Augustynowicz, Bartzuk 2014). Zdrowie jest uważane za jedno z podstawowych dóbr cenionych w polskim społeczeństwie, a w ostatnich latach przypisywane mu znaczenie wzrosło. Polacy wśród najważniejszych warunków szczęśliwego życia na pierwszym miejscu – przed udanym małżeństwem i dziećmi – wskazują zdrowie (Boguszewski 2012; *Raport Style zdrowia Polaków* 2013; Czapiński, Panek 2014).

Zdrowie, jako ważny zasób osoby, odgrywa więc istotną rolę w procesie jej pozytywnej readaptacji. Ważne jest, aby monitorować jego stan i dbać o to, żeby jednostka nie utraciła go – mając na uwadze podstawowe założenia teorii zachowania zasobów, iż osoby niskozasobowe są bardziej narażone na stratę i mniej zdolne do osiągania zysków. W myśl tego założenia utrata zdrowia może prowadzić do dalszych strat cenionych wartości i utrudniać proces pozytywnej readaptacji. Z kolei dobre zdrowie osoby może stanowić dla niej podstawę do pomnażania zasobów i w efekcie przyczyniać się do jej skutecznej socjalizacji. W tym celu w dalszej części rozdziału zaprezentowane zostanie narzędzie do oceny kondycji psychofizycznej osoby, które zostało opracowane na podstawie badań przeprowadzonych w grupach nieletnich, aktualnych i byłych więźniów. Można więc z powodzeniem stosować je do monitorowania stanu zdrowia osób w procesie readaptacji.

## 2. Etapy tworzenia Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej

### 2.1. Charakterystyka badanej grupy

Badania szeroką pulą metod, w tym pytaniami dotyczącymi obszaru zdrowia (które konstytuują zaprezentowany w dalszej części rozdziału *Kwestionariusz do diagnozy kondycji psychofizycznej* KDKP), były przeprowadzone na grupie 700 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Obszar zdrowia badany był pulą 50 stwierdzeń dotyczących częstotliwości występowania różnych objawów zdrowotnych, część z pytań została zaczerpnięta z II części metody *The Maudsley Addiction Profile* w opracowaniu J. Marsden, M. Gossop, D. Stewart, D. Best, M. Farrell i J. Strang. Na podstawie wyników badań pilotażowych oraz oceny sędziów kompetentnych do wersji kwestionariusza prezenowanej w niniejszym rozdziale weszły 33 stwierdzenia.

Ze względu na systemowe braki danych w puli pytań dotyczących zdrowia, do ostatecznych analiz wliczono wyniki pozyskane od 525 badanych. W grupie tej 78 osób to aktualni więźniowie, w okresie adaptacji do warunków wolnościowych, 95 osób stanowiło grupę byłych więźniów w okresie co najmniej dwóch lat po zakończeniu kary pozbawienia wolności, a 325 to osoby nieletnie zdemoralizowane po konflikcie z prawem karnym. Rozkład grup badanych zaprezentowano w tabeli 1.

**Tabela 1.** Liczebność badanej grupy

Badane grupy	N	%
Aktualni więźniowie	78	14,9
Byli więźniowie	95	18,1
Nieletni	352	67
Ogółem	525	100

W badanej grupie 190 osób stanowiły kobiety (36% ogółu), 335 to mężczyźni (64%). Kobiety były badane jedynie wśród nieletnich, grupy aktualnych i byłych więźniów były jednorodne pod względem płci – 100% badanych stanowili mężczyźni. Średnia wieku osób badanych to 25 lat. 51,1% badanych oceniło własną sytuację materialną jako raczej dobrą i dobrą, 30,4% stwierdziło, że sytuacja materialna jest raczej zła lub zła, natomiast 6% uznało swoją sytuację materialną za bardzo dobrą, a 10,9% jako bardzo złą.

## 2.2 Wartości psychometryczne metody

Analiza wewnętrznej struktury *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej* została przeprowadzona z wykorzystaniem eksploracyjnej analizy czynnikowej (z rotacją Oblimin). Wyodrębniono trzy wymiary, które wyjaśniają 49,78% wariancji. W skład pierwszego wymiaru weszło 14 pozycji, z których wybrano na podstawie oceny sędziów kompetentnych 8 twierdzeń, które mają największy ładunek czynnikowy (powyżej 0,5). W ramach drugiego czynnika wyodrębniono 8 pozycji, z których jedna została odrzucona ze względu na ładunek czynnikowy poniżej 0,5. W skład trzeciego wymiaru również weszło kolejnych osiem twierdzeń, z czego zostało 7 z ładunkiem czynnikowym powyżej 0,5. Analiza czynników *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej* w postaci macierzy ładunków czynnikowych została przedstawiona w tabeli 2.

**Tabela 2.** Analiza czynników *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej*.  
Macierz ładunków czynnikowych

Twierdzenie	Składowa		
	Wymiar 1	Wymiar 2	Wymiar 3
Bóle mięśni	0,72		
Bóle klatki piersiowej	0,7		
Bóle stawów/kości	0,69		
Bóle brzucha	0,66		
Drętwienie/mrowienie	0,65		
Trudności w oddychaniu	0,62		
Dreszcze/napady zimna, gorąca	0,62		
Mdłości	0,58		
Uczucie napięcia	0,47		
Zaburzenia snu	0,46		
Nagły lęk bez przyczyny	0,45		

Twierdzenie	Składowa		
	Wymiar 1	Wymiar 2	Wymiar 3
Uczucie przerażenia	0,45		
Nerwowość/rozedrganie	0,44		
Zmęczenie	0,43		
Uczucie braku nadziei co do przyszłości		-0,84	
Poczucie braku własnej wartości		-0,79	
Uczucie samotności		-0,76	
Poczucie braku zainteresowania czymkolwiek		-0,76	
Odczuwanie uporczywego smutku		-0,71	
Niechęć do jakiegokolwiek aktywności		-0,68	
Trudności w koncentracji uwagi		-0,64	
Płaczliwość		-0,40	
Słyszenie dziwnych dźwięków			-0,77
Samouszkodzenia			-0,75
Dziwne wizje, złudzenia			-0,74
Próby samobójcze			-0,72
Poczucie bycia śledzonym			-0,63
Myśli samobójcze			-0,61
Poczucie bycia obserwowanym			-0,51
Drgawki/utrata przytomności			-0,42

Po dokonaniu analizy treści twierdzeń, które konstytuują każdy z trzech wymiarów, sędziowie kompetentni nadali im nazwy:

- wymiar pierwszy – *trudności fizyczne*,
- wymiar drugi – *syndrom depresyjny*,
- wymiar trzeci – *objawy psychotyczne*.

Wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha) otrzymane dla wyodrębnionych wymiarów stanowią odpowiednio: 0,85 dla wymiaru *trudności fizyczne*, 0,89 dla wymiaru drugiego – *syndrom depresyjny*, 0,86 dla wymiaru *objawy psychotyczne*. W kolejnych tabelach zostały zawarte własności psychometryczne pozycji wchodzących w skład trzech wyodrębnionych wymiarów. Uzyskane wysokie współczynniki wskazują na dużą spójność pozycji konstytuujących każdy z wymiarów.

**Tabela 3.** Własności psychometryczne pozycji wchodzących w skład wymiaru *trudności fizyczne*

Pozycja	M	Sd	Korelacja pozycji ogółem	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Bóle mięśni	2,34	1,16	0,57	0,83
Bóle klatki piersiowej	2,03	1,13	0,62	0,83
Bóle stawów/kości	2,24	1,23	0,58	0,83
Bóle brzucha	2,38	1,12	0,53	0,84
Drętwienie/mrowienie	2,41	1,22	0,62	0,83
Trudności w oddychaniu	2,06	1,16	0,61	0,83
Dreszcze/napady zimna, gorąca	2,13	1,20	0,62	0,83
Mdłości	2,01	1,06	0,52	0,84

**Tabela 4.** Własności psychometryczne pozycji wchodzących w skład wymiaru *syndrom depresyjny*

Pozycja	M	Sd	Korelacja pozycji ogółem	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Uczucie braku nadziei co do przyszłości	2,44	1,20	0,70	0,88
Poczucie braku własnej wartości	2,34	1,22	0,71	0,88
Uczucie samotności	2,76	1,31	0,67	0,88
Poczucie braku zainteresowania czymkolwiek	2,36	1,17	0,70	0,88
Odczuwanie uporczywego smutku	2,49	1,28	0,69	0,88
Niechęć do jakiegokolwiek aktywności	2,49	1,19	0,70	0,88
Trudności w koncentracji uwagi	2,54	1,23	0,69	0,88

**Tabela 5.** Własności psychometryczne pozycji wchodzących w skład wymiaru *objawy psychotyczne*

Pozycja	M	Sd	Korelacja pozycji ogółem	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Słyszenie dziwnych dźwięków	1,83	1,19	0,66	0,84
Samouszkodzenia	1,79	1,15	0,62	0,84
Dziwne wizje, złudzenia	1,75	1,13	0,68	0,84
Próby samobójcze	1,64	1,11	0,63	0,84
Poczucie bycia śledzonym	2,00	1,20	0,63	0,84
Myśli samobójcze	1,93	1,27	0,64	0,84
Poczucie bycia obserwowanym	2,27	1,21	0,57	0,85

Analizując wartość współczynnika alfa Cronbacha po usunięciu pozycji, we wszystkich trzech wyodrębnionych wymiarach, stwierdzono, że nie ma podstaw do usunięcia żadnej z nich, gdyż nie podnosi to zasadniczo wskaźnika rzetelności.

Tabela 6 prezentuje statystyki opisowe oraz test normalności rozkładu dla trzech wyróżnionych wymiarów.

**Tabela 6.** Statystyki opisowe oraz test normalności rozkładu dla trzech wyróżnionych wymiarów

Wymiar	M	Sd	Min	Max	Rozstęp	Skośność	Kurtoza	Shapiro-Wilk		
								Statystyka	df	p
<b>Trudności fizyczne</b>	17,64	6,49	8	38	30	0,47	-0,45	0,96	502	0,000
<b>Syndrom depresyjny</b>	17,34	6,66	7	35	28	0,35	-0,40	0,97	502	0,000
<b>Objawy psychotyczne</b>	13,22	6,1	4	35	31	1,00	0,40	0,89	502	0,000

Osoby badane uzyskały najwyższy średni wynik w wymiarze *trudności fizyczne*. Wartości skośności dla poszczególnych wymiarów mieszczą się w zakresie od 0,35 do 1,00, a kurtozy w przedziale od -0,45 do 0,40.

W celu sprawdzenia trafności kwestionariusza, czyli czy mierzy on to, do czego został stworzony (Mańkowska 2010), dokonano porównania wyników uzyskanych w tej metodzie z innymi narzędziami do pomiaru sytuacji zdrowotnej osoby – *Kwestionariuszem do badania poczucia jakości życia – WHOQOL-BREF* oraz pytaniami z *Metryczki* wykorzystanej w tym samym badaniu.

*Kwestionariusz WHOQOL-BREF* zawiera 26 pytań, na które jest 5 możliwości odpowiedzi. Kwestionariusz zawiera dwie zmienne, które są oddzielnie analizowane – zadowolenia z życia i zadowolenia ze zdrowia. Metoda pozwala również na oszacowanie globalnej jakości życia przez ustosunkowanie się na 5-stopniowej skali do różnych aspektów własnego funkcjonowania w czterech wymiarach życia:

- 1) zdrowie fizyczne – czynności życia codziennego, uzależnienie od środków psychoaktywnych, energia, zmęczenie, mobilność, ból, dyskomfort, sen, odpoczynek, zdolność do pracy;
- 2) funkcjonowanie psychiczne – obraz ciała, wygląd, negatywne i pozytywne emocje, poczucie własnej wartości, przeżycia w sferze duchowej, doświadczenia religijne, osobiste przekonania, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja;
- 3) relacje społeczne – kontakty interpersonalne, wsparcie społeczne, aktywność seksualna;
- 4) środowisko życia – zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, opieka zdrowotna, środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości urzeczywistniania wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport.

Rzetelność mierzona współczynnikiem zgodności wewnętrznej  $\alpha$ -Cronbacha wynosi: dla poszczególnych wymiarów: od 0,54 do 0,91; dla całości skali: 0,92 (osoby zdrowe) i 0,95 (osoby chore) (Wołowicka 2011, s. 276–277; Kalinowski, Niewiadomska, Chwaszcz, Augustynowicz 2010, s. 30).

*Metryczka* została opracowana w formie ustrukturalizowanego wywiadu składającego się z różnych bloków tematycznych, w tym z pytań dotyczących stanu zdrowia, a w nim pytań odnośnie: doświadczania poważnych chorób somatycznych, urazów fizycznych oraz zaburzeń psychicznych (Kalinowski i in. 2010).

Korelacje między *Kwestionariuszem do diagnozy kondycji psychofizycznej (KDKP)* a *Kwestionariuszem do badania poczucia jakości życia – WHOQOL-BREF* są zawarte w tabeli 7.

**Tabela 7.** Związek KDKP i WHOQOL-BREF (współczynnik r-Pearsona)

	Trudności fizyczne	Syndrom depresyjny	Objawy psychotyczne
Zadowolenie z życia	-0,17(**)	-0,31(**)	-0,22(**)
Zadowolenie ze zdrowia	-0,24(**)	-0,31(**)	-0,19(**)
Zdrowie fizyczne	-0,11(*)	-0,30(**)	-0,27(**)
Funkcjonowanie psychiczne	-0,07	0,02	0,06
Relacje społeczne	-0,13(**)	-0,33(**)	-0,14(**)
Środowisko życia	-0,07	-0,20(**)	0,09

\* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

\*\* korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Zgodnie z przewidywaniami większość wymiarów w kwestionariuszu *WHOQOL-BREF* koreluje z trzema wyróżnionymi wymiarami *KDKP*. Im większe nasilenie *trudności fizycznych* przeżywanych przez osobę, tym mniejsze jej zadowolenie ogólne z życia oraz zdrowia, jak również gorzej oceniane swoje zdrowie fizyczne oraz relacje społeczne. Im silniejszy *syndrom depresyjny*, tym mniej osoba jest zadowolona z życia i ze zdrowia oraz wykazuje obniżenie jakości w zakresie zdrowia fizycznego, relacji społecznych i środowiska życia. Mniejsze zadowolenie z życia i zdrowia, jak również gorsza ocena jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego oraz relacji społecznych występuje z nasileniem częstotliwości objawów psychotycznych. Należy zwrócić uwagę na brak wykrytych istotnych zależności między trzema wymiarami *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej* a wymiarem funkcjonowanie psychiczne. Możliwe, że wynika to z faktu, iż do wymiaru tego są zaliczane bardzo różnorodne aspekty psychologicznego funkcjonowania jednostki – jej funkcje poznawcze oraz przekonania, doświadczane emocje, przeżycia duchowe i doświadczenia religijne, obraz własnego ciała oraz poczucie własnej wartości. Z kolei wymiary wyróżnione w *KDKP* są bardzo jednorodne w swojej strukturze i odnoszą się do doświadczeń w jednej, dokładnie sprecyzowanej sferze funkcjonowania osoby.

Drugim kryterium trafności było porównanie wyników uzyskanych w *Kwestionariuszu do diagnozy kondycji psychofizycznej* z odpowiedziami udzielonymi na wybrane pytania dotyczące zdrowia zawarte w *Metryczce*. 517 osób badanych (nieletni, aktualni i byli więźniowie) udzieliło odpowiedzi na pytanie *Czy doświadczał(a) Pan (Pani) poważnych chorób somatycznych?* 444 (85,9%) osoby odpowiedziało przecząco, a 73 (14%) twierdząco. W tabeli 8 zawarto porównanie średnich wyników uzyskanych w wymiarze *trudności fizyczne* w grupach, które udzieliły twierdzącej oraz przeczącej odpowiedzi na powyższe pytanie z *Metryczki*.

**Tabela 8.** Porównanie średnich wyników uzyskanych w trzech wymiarach KDKP w grupach osób, które odpowiedziały „tak” i „nie” na pytanie *Czy doświadczał(a) Pan (Pani) poważnych chorób somatycznych?*

	Tak		Nie		t	P
	M	SD	M	SD		
Trudności fizyczne	19,01	6,11	17,43	6,52	1,88	0,06
Syndrom depresyjny	18,58	6,39	17,19	6,71	0,80	0,11
Objawy psychotyczne	13,56	6,15	13,21	6,11	0,45	0,65

Wykryto jedynie tendencję wskazującą, że osoby, które doświadczyły poważnych chorób somatycznych uzyskują wyższe średnie wyniki w wymiarze *trudności fizyczne* w KDKP. Co jest zgodne z poczynionymi założeniami.

Na pytanie w *metryczce* – *Czy doświadczał(a) Pan (Pani) poważnych urazów fizycznych?* – odpowiedzi udzieliło 515 badanych. 393 osoby (76%) odpowiedziało przecząco, 122 badanych (24%) udzieliło twierdzącej odpowiedzi. Tabela 9 zawiera porównanie średnich wyników uzyskanych w wymiarach: *trudności fizyczne*, *syndrom depresyjny*, *objawy psychotyczne* w grupach osób, które udzieliły twierdzącą i przeczącą odpowiedź na to pytanie.

**Tabela 9.** Porównanie średnich wyników uzyskanych w trzech wymiarach KDKP w grupach osób, które odpowiedziały „tak” i „nie” na pytanie *Czy doświadczał(a) Pan (Pani) poważnych urazów fizycznych?*

	Tak		Nie		t	p
	M	SD	M	SD		
Trudności fizyczne	19,91	6,47	16,84	6,28	4,60	0,00
Syndrom depresyjny	18,41	6,54	16,98	6,63	2,06	0,04
Objawy psychotyczne	14,45	6,07	12,81	6,10	2,56	0,01

Wykazano istotne różnice w średnich wynikach uzyskanych w trzech wymiarach *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej* przez grupy osób, które udzieliły odpowiedzi „tak” i „nie” na pytanie dotyczące doświadczania poważnych urazów



fizycznych. Osoby, które doświadczyły poważnych urazów fizycznych częściej doświadczają trudności fizycznych, syndromu depresyjnego oraz objawów psychotycznych.

Ostatnim pytaniem z metryczki, które posłużyło do weryfikacji trafności *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej* jest pytanie: *Czy doświadczał(a) Pan (Pani) poważnych zaburzeń psychicznych?* Odpowiedziało na nie 515 osób, w tym 471 badanych (91,5%) udzieliło odpowiedzi przeczącej, a 44 (8,5%) odpowiedziało twierdząco. Porównanie średnich wyników uzyskanych w wymiarach: *trudności fizyczne, syndrom depresyjny, objawy psychotyczne* w grupach osób, które udzieliły twierdzącą i przeczącą odpowiedź na to pytanie zaprezentowano w tabeli 10.

**Tabela 10.** Porównanie średnich wyników uzyskanych w trzech wymiarach KDKP w grupach osób, które odpowiedziały „tak” i „nie” na pytanie: *Czy doświadczał(a) Pan (Pani) poważnych zaburzeń psychicznych?*

	Tak		Nie		t	p
	M	SD	M	SD		
Trudności fizyczne	19,55	7,25	17,42	6,35	2,05	0,041
Syndrom depresyjny	20,50	6,80	17,06	6,53	3,25	0,001
Objawy psychotyczne	15,48	6,45	12,98	6,01	2,55	0,011

Ważne różnice statystycznie występują w średnich wynikach uzyskanych w trzech wymiarach KDKP między grupą, która odpowiedziała przecząco i grupą, która odpowiedziała twierdząco na pytanie: *Czy doświadczał(a) Pan (Pani) poważnych zaburzeń psychicznych?* Osoby, które udzieliły odpowiedzi „tak” na to pytanie, uzyskują wyższą średnią wyników niż osoby, które nie doświadczyły poważnych zaburzeń psychicznych.

Przedstawione wyniki pozwalają stwierdzić, że *KDPK* jest trafną metodą do pomiaru kondycji psychofizycznej osoby.

### 2.3. Normy

Na podstawie danych uzyskanych w trakcie badania opracowano normy kwartylowe dla trzech wymiarów *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej*. Ponieważ grupy nieletnich, byłych i aktualnych więźniów nie różniły się w zakresie wyników w większości wymiarów, z wyjątkiem czynnika *objawy psychotyczne*, gdzie nieznacznie wyższy wynik uzyskały osoby nieletnie, zdecydowano się na opracowanie norm bez rozróżnienia na poszczególne grupy. Normy przygotowano z uwzględnieniem podziału na wiek – do 20. (włącznie) i powyżej 20. roku życia. W grupie wiekowej powyżej 20 lat, nie utworzono kolejnych przedziałów, ponieważ w analizach statystycznych nie wykazano istotnych różnic w tym zakresie. W tabeli 11 przedstawiono rozkład wyników z uwzględnieniem niskich, przeciętnych i wysokich, w trzech wymiarach KDKP, dla dwóch grup wiekowych.

**Tabela 11.** Rozkład wyników z uwzględnieniem niskich, przeciętnych i wysokich w trzech wymiarach KDKP, dla dwóch grup wiekowych

Normy do 20. roku życia (włącznie)			
	Trudności fizyczne	Syndrom depresyjny	Objawy psychotyczne
Wyniki niskie	8–13	7–11	7–8
Wyniki przeciętne	14–20	12–20	9–17
Wyniki wysokie	powyżej 22 lat	powyżej 21 lat	powyżej 18 lat
Normy od 21. roku życia			
Wyniki niskie	8–12	7–13	7–8
Wyniki przeciętne	13–22	14–21	9–14
Wyniki wysokie	powyżej 23 lat	powyżej 22 lat	powyżej 15 lat

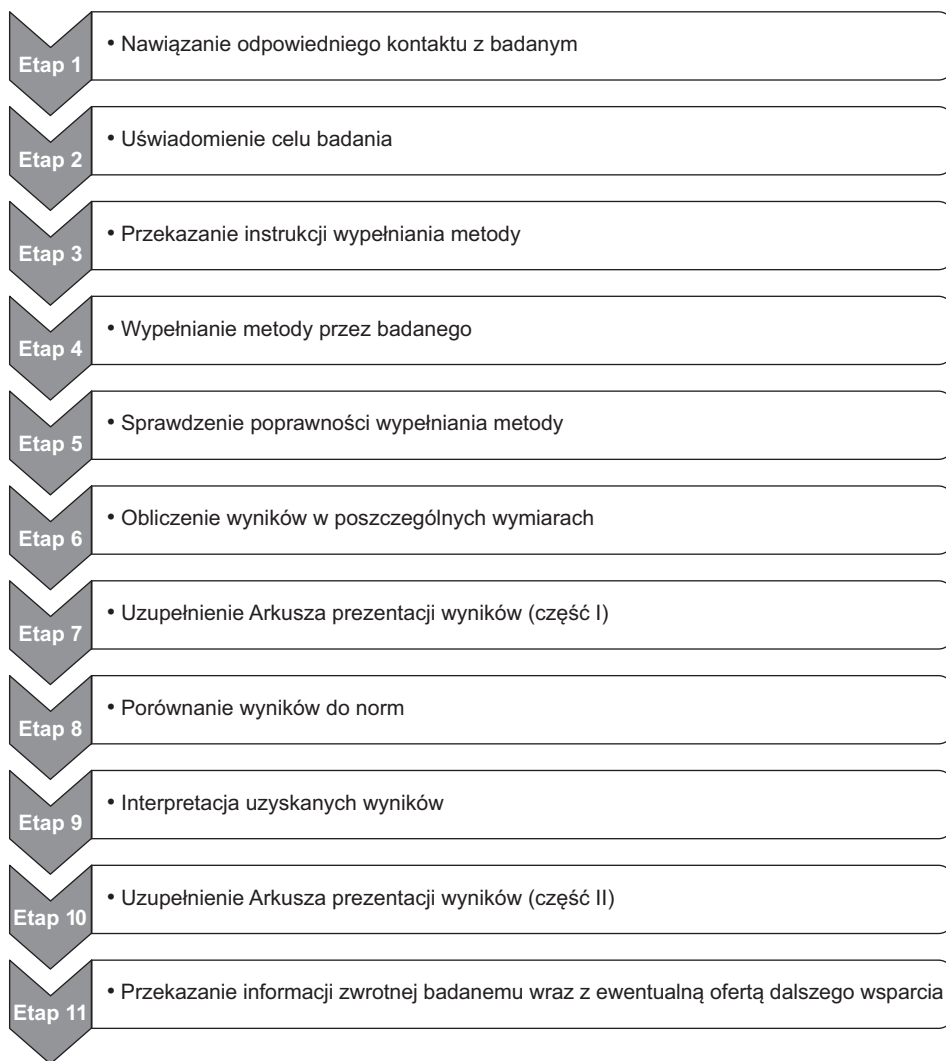
## 2.4. Ostateczna wersja Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej

*Kwestionariusz do diagnozy kondycji psychofizycznej* składa się z: metryczki zawierającej podstawowe dane socjodemograficzne, instrukcji wypełnienia przeznaczonej dla osoby badanej oraz 22 stwierdzeń. Możemy wyróżnić trzy wymiary KDKP: *trudności fizyczne*, na które składa się 8 stwierdzeń, *syndrom depresyjny*, w skład którego weszło 7 itemów oraz *objawy psychotyczne*, które konstituuje 7 stwierdzeń kwestionariuszowych. Badany ma za zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia przez zakreślenie jednej z pięciu cyfr, którym zostały przypisane następujące odpowiedzi: 1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasem, 4 – często, 5 – bardzo często. Czas badania KDKP zajmuje około 10 minut. Kwestionariusz oraz Arkusz do prezentacji wyników zostały zamieszczone na końcu rozdziału.

## 2.5. Procedura badania

*Kwestionariusz do diagnozy kondycji psychofizycznej* przeznaczony jest do badań indywidualnych. Aby badanie było przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi standardami, zaleca się przeprowadzać go według wskazówek zawartych na rysunku 3.

Powodzenie całego badania w dużej mierze zależy od tego czy diagnosta nawiąże z osobą badaną odpowiedni kontakt, zapewniając jej poczucie bezpieczeństwa, przez redukcję lęków i wzbudzenie zaufania. Należy również uzyskać zgodę osoby na badanie. Ważne jest uświadomienie, w jakim celu badanie to jest prowadzone, co ma wzbudzić w osobie motywację do pełnego zaangażowania w proces diagnostyczny. Instrukcja wypełnienia metody jest zawarta na początku arkusza, diagnosta prosi osobę o zapoznanie się z nią (samodzielnie bądź z jego pomocą) i weryfikuje czy została ona zrozumiana. Następnie badany ma czas na wypełnienie metody. Ważne, aby



**Rysunek 3.** Etapy stosowania *Kwestionariuszem do diagnozy kondycji psychofizycznej*, opracowanie na podstawie (Wiechetek 2014, s. 5).

odbywało się to we właściwym dla niego tempie. Diagnosta odpowiada w trakcie badania na ewentualne pytania czy niejasności osoby badanej, pamiętając, że nie należy sugerować odpowiedzi. Po zakończeniu badania, które średnio trwa około 10 minut, diagnosta prosi, aby badany upewnił się, czy udzielił odpowiedzi na wszystkie zawarte w kwestionariuszu pytania. Następnie należy podziękować badanemu i ustalić termin, w którym zostaną przekazane mu wyniki wraz z interpretacją. W późniejszych etapach diagnosta kolejno dokonuje obliczenia wyników i wpisania ich do Arkusza prezentacji

wyników – część I, a następnie porównuje uzyskane wyniki z normami odpowiednimi dla grupy wiekowej badanego. Na koniec w II części Arkusza wpisuje interpretację uzyskanych danych liczbowych. Etapy 6–10 zostały szczegółowo opisane w kolejnych podrozdziałach.

## 2.6. Obliczanie i interpretacja wyników

Należy dokonać obliczenia wyników osobno w każdym z trzech wymiarów *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej*, przez zsumowanie zaznaczonych przez osobę badaną odpowiedzi w twierdzeniach, które składają się na dany wymiar. Twierdzenia wchodzące w skład poszczególnych wymiarów KDKP są zamieszczone w tabeli 12.

**Tabela 12.** Twierdzenia wchodzące w skład poszczególnych wymiarów KDKP

Wymiar	Liczba pozycji	Nr pozycji wchodzących w skład danego wymiaru
Trudności fizyczne	8	1, 5, 7, 11, 14, 16, 20, 22
Syndrom depresyjny	7	2, 4, 8, 9, 13, 15, 18
Objawy psychotyczne	7	3, 6, 10, 12, 17, 19, 21

W sytuacji, gdy osoba nie ustosunkowała się, do któregoś ze stwierdzeń, przyznaje się za nie 0 punktów. Przyjęto, że w każdym z wymiarów osoba może nie udzielić odpowiedzi na jedno twierdzenie. Jeżeli badany nie ustosunkował się do większej liczby twierdzeń, w którymś z wymiarów, to nie interpretujemy wyników.

Po zsumowaniu wyników w każdym z trzech wymiarów, należy zapisać je w odpowiedniej rubryki tabeli w I części Arkusza do prezentacji wyników. Następnie porównujemy je z normami zawartymi w tabeli 12. Należy pamiętać, że normy są opracowane osobno dla dwóch grup wiekowych – do 20. roku życia włącznie oraz powyżej tego wieku. Porównując uzyskany wynik z normą dla danej grupy wiekowej, określamy czy mieści się on w grupie wyników niskich, przeciętnych czy wysokich.

Po obliczeniu wyników uzyskanych przez osobę badaną w każdym z trzech wymiarów *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej* i porównaniu ich z normami odpowiednimi dla danej grupy wiekowej, dokonujemy ich interpretacji. Niezależnie od wieku badanej osoby dokonujemy interpretacji uzyskanych przez nią wyników zgodnie ze wskazówkami. Należy zwrócić uwagę na to, że niskie wyniki świadczą o małym nasileniu problemów zdrowotnych, mierzonych w danym wymiarze, z kolei wyniki wysokie o poważnych brakach w zasobach zdrowotnych ujętych w danym czynniku.

Ważne jest przeanalizowanie konfiguracji wyników uzyskanych przez osobę badaną – im więcej wyników jest na poziomie niskim tym lepsza jest jej kondycja psychofizyczna. Wynik jeden lub więcej ukształtowane na wysokim poziomie świadczą o stracie zasobów, co może doprowadzić do uruchomienia bądź spotęgowania spirali strat.

	<b>Trudności fizyczne</b>	<b>Syndrom depresyjny</b>	<b>Objawy psychotyczne</b>
<b>Wyniki niskie</b>	Osoba badana posiada duże zasoby w zakresie zdrowia fizycznego. Rzadko lub wcale nie doświadczają trudności i dolegliwości w tym obszarze. Charakteryzuje ją dobra kondycja fizyczna.	Osoba badana nie wykazuje niepokojących objawów ze spektrum zaburzeń depresyjnych. Rzadko lub wcale nie doświadczają trudności i dolegliwości w tym obszarze. Charakteryzuje się dużą odpornością psychiczną, co stanowi cenny zasób.	Badany nie wykazuje niepokojących objawów, które mogłyby sugerować występowanie u niego poważnych zaburzeń czy chorób psychicznych lub tendencji autodestrukcyjnych.
<b>Wyniki przeciętne</b>	Zasoby badanego w zakresie zdrowia fizycznego są na średnim poziomie, tzn. że badany może doświadczać w niewielkim nasileniu wszystkich dolegliwości ujętych w tym wymiarze bądź odczuwać bardzo duże nasilenie wybranych problemów przy niskim lub całkowitym braku występowania pozostałych dolegliwości mierzonych przez ten wymiar. Należy dokonać analizy odpowiedzi udzielonych przez badanego na każde z pytań – jeżeli osoba badana wskazuje na częste lub bardzo częste występowanie któregoś z objawów, to konieczne jest zapewnienie jej fachowej opieki psychologicznej, aby uchronić badanego przed dalszą utratą zasobów i uruchomieniem spirali strat. Nasilenie objawów mierzonych przez ten wymiar może doprowadzić do zaburzeń ze spektrum depresyjnego.	Badany może doświadczać w niewielkim nasileniu wszystkich dolegliwości ujętych w tym wymiarze bądź odczuwać bardzo duże nasilenie wybranych problemów przy niskim lub całkowitym braku występowania pozostałych dolegliwości mierzonych przez ten wymiar. Należy dokonać analizy odpowiedzi udzielonych przez badanego na każde z pytań – jeżeli osoba badana wskazuje na częste lub bardzo częste występowanie któregoś z objawów, to konieczne jest zapewnienie jej fachowej opieki psychologicznej, aby uchronić badanego przed dalszą utratą zasobów i uruchomieniem spirali strat. Nasilenie objawów mierzonych przez ten wymiar może doprowadzić do zaburzeń ze spektrum depresyjnego.	Wyniki przeciętne wskazują, że badany może doświadczać w niewielkim nasileniu wszystkich objawów ujętych w tym wymiarze bądź odczuwać bardzo duże nasilenie wybranych objawów przy niskim lub całkowitym braku występowania pozostałych. Wskazana jest konsultacja z psychologiem klinicznym bądź psychiatrą w celu wykluczenia poważnych zaburzeń psychicznych lub tendencji autodestrukcyjnych.
<b>Wyniki wysokie</b>	Badany posiada duże braki w zasobach związanych ze zdrowiem fizycznym. Należy dostarczyć badanemu odpowiednie do jego potrzeb fachowe wsparcie i monitorować stan kondycji fizycznej w celu zapobiegania dalszej utracie zasobów zdrowotnych i nasileniu spirali strat, która może spowodować utratę innych cenionych wartości oraz dóbr.	Wysoki wynik może świadczyć o występowaniu zaburzenia ze spektrum depresyjnego. Należy otoczyć badanego odpowiednią opieką psychologiczną i dokonać dalszej diagnostyki w celu dopasowania oddziaływań do stanu i potrzeb badanego. Brak działań może skutkować dalszym pogorszeniem się stanu psychicznego badanego, co spowoduje utratę zasobów zdrowotnych i nasileniu spirali strat, która może doprowadzić do utraty innych cenionych wartości oraz dóbr.	Bezwzględnie wskazane jest objęcie badanego dalszą diagnostyką psychiatryczną.

Proponowana powyżej interpretacja wyników jest tylko wskazówką, którą warto rozbudować w oparciu o inne informacje dotyczące funkcjonowania zdrowotnego osoby badanej, np. wynikające z przeprowadzonego wywiadu z samym badanym bądź jego osobami bliskimi, czy w oparciu o materiał zawarty w dostępnej diagnoście dokumentacji na temat badanego.

## 2.7. Zastosowanie *Kwestionariusza do diagnozy kondycji psychofizycznej*

Zaprezentowany w tym rozdziale *Kwestionariusz do diagnozy kondycji psychofizycznej* służy do badania zasobów zdrowotnych posiadanych przez osobę będącą w procesie readaptacji społecznej – nieletniego, aktualnego bądź byłego więźnia. Kwestionariusz można wykorzystać zarówno do badania mężczyzn, jak i kobiet. Stworzone normy pozwalają interpretować uzyskane wyniki w dwóch kategoriach wiekowych – do 20. roku życia włącznie oraz powyżej tego wieku. Uzyskane wyniki dają możliwość analizy stanu zdrowia osoby w trzech wymiarach – *trudności fizyczne*, *syndrom depresyjny* oraz *objawy psychotyczne*, a więc dają ogólny obraz funkcjonowania osoby w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego. Traktując zdrowie jako ważny zasób człowieka, warto uwzględnić go również w procesie readaptacji. Zła kondycja psychofizyczna może w dużej mierze utrudnić, a czasami wręcz uniemożliwić pracę z osobą w procesie readaptacji i jej powrót do funkcjonowania w społeczeństwie zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami. Warto więc wykorzystywać KDKP w trakcie diagnostyki penitencjarnej – na podstawie uzyskanych wyników można wdrożyć odpowiednie do kondycji psychofizycznej osoby oddziaływania resocjalizacyjne. Kwestionariusz mogą stosować pracownicy jednostek penitencjarnych, opieki społecznej, organizacji pozarządowych – czyli te podmioty i instytucje, które w ramach swoich zadań wspierają proces pozytywnej readaptacji społecznej osób, które weszły w konflikt z prawem. W sytuacji uzyskania wyniku wskazującego, że osoba posiada dobrą kondycję psychofizyczną zyskuje się informację o zdrowiu jako czynniku ochraniającym – zasobie, który może stanowić ważny kapitał do budowania działań resocjalizacyjnych oraz readaptacyjnych. Gdy wyniki świadczą o niezadowolającej kondycji psychofizycznej osoby, należy w działaniach tych uwzględnić wsparcie w obszarze zdrowia, gdyż deficyt bądź utrata tak ważnego zasobu może spowodować narastanie spirali strat i hamować, a wręcz uniemożliwiać skuteczny proces resocjalizacji i readaptacji.

## Bibliografia

- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Binnebesel J. (2006). Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky'ego. *Psychoonkologia*, tom 10, nr 2, 64–69.

- Boguszewski R. (2012). *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Borys B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, tom 4, nr 1, 44–52.
- Borzucka-Sitkiewicz K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2014). *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Dańda A., Buks J. (2013). Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 4(37), 232–236.
- Dudek B., Koniarek J., Szymczak W. (2007). Stres związany z pracą a teoria zachowania zasobów Stevana Hobfolla. *Medycyna Pracy*, 58(4), 317–325.
- Heszen I., Sęk H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll S. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, Vol. 44, No. 3, 513–524.
- Hobfoll S. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, Vol. 6, No. 4, 307–324.
- Hobfoll S. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łukaszewski W. (2008). Wyczerpanie z perspektywy zasobowych koncepcji regulacji zachowania. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (365–380). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mańkowska M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Miller M., Wysocki M.J., Cianciara D. (2003). Promocja zdrowia wobec reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57, 513–519.
- Miller M., Zieliński A. (2002). Zdrowie publiczne – misja i nauka. *Przegląd Epidemiologiczny*, 56, 547–557.
- Niewiadomska I. (2007). *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Niewiadomska I., Chwaszcz J., Augustynowicz W. (2010). Więzy społeczne zamiast więzień – wsparcie pozytywnej readaptacji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu konfliktu z prawem. Raport z badań z rekomendacjami. Lublin: Drukarnia TEKST.
- Niewiadomska I., Chwaszcz J. (2010). *Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej?* Lublin: Drukarnia TEKST.
- Niewiadomska I., Chwaszcz J., Augustynowicz W., Bartczuk R. (2014). *Readaptacja społeczno-zawodowa więźniów. Narzędzia do diagnozowania potencjału readaptacyjnego i kapitału wspierającego* Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie Natanaelum; Drukarnia TEKST.
- Nowakowska M. (2010). Społeczno-kulturowe uwarunkowania zmian w rozumieniu kategorii zdrowia i choroby. *Sztuka leczenia*, 1–2, 43–49.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T. (2012). Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 682–686.
- Perska P., Stępniać P. (2014). Zdrowie a funkcjonowanie skazanego w zakładzie karnym. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(51), 54–58.
- Pierchala W., Farnik-Brodzińska M. (1997). Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. *Alergia Astma Immunologia*, 2(4), 203–206.

- Raport Style zdrowia Polaków (2013) [www.stworzonedlazdrowia.pl/stylezdrowia/download/Raport-USP-Zdrowie-Style-Zdrowia-Polakow-2013.pdf](http://www.stworzonedlazdrowia.pl/stylezdrowia/download/Raport-USP-Zdrowie-Style-Zdrowia-Polakow-2013.pdf) (dostęp 02.02.2015).
- Sęk H., Ścigała I. (1996). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 133–150). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Stachowski R. (2006). Historia psychologii: Od Wundta do czasów najnowszych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 25–66). Gdańsk: Gdańskie wydawnictwo Psychologiczne.
- Straś-Romanowska M. (1992). *Los człowieka jako problem psychologiczny*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- The Goals of Medicine: Setting New Priorities: A Hastings Center Project Report (2000). W: J.H. Howell, W.F. Sale (red.), *Life Choices. A Hastings Center Introduction to Bioethics*. Washington: Georgetown University Press.
- Wiechetek M. (2014). *Komponent B. Podręcznik Użytkownika*. Lublin: Fundacja Rozwoju KUL, Stowarzyszenie Natanaelum.
- Wołowicka L. (2001). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: AM.
- World Health Organization (1948). *WHO Constitution*. Geneva.
- Woynarowska B. (2007). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrona-Polańska H. (2002). Promowanie zdrowia w procesie edukacji. W: M. Ledzińska, G. Rudkowska, L. Wrona (red.), *Osoba – Edukacja – Dialog* (s. 234–239). Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Wrona-Polańska H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Wrona-Polańska H. (2006). Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. *Sztuka leczenia*, tom XIII, nr 1–2, 19–31.



## Załączniki

### Kwestionariusz do Diagnozy Kondycji Psychofizycznej (KDKP)

Data badania: .....

Pseudonim: .....

Data urodzenia: .....

Płeć:  K  M

#### INSTRUKCJA

Poniżej znajdziesz twierdzenia, które dotyczą różnych objawów związanych ze stanem zdrowotnym człowieka. Twierdzenia te odnoszą się zarówno do zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Zastanów się przez chwilę i zaznacz kółkiem cyfrę od 1 do 5 przy każdym stwierdzeniu. Zaznaczając wybraną cyfrę, określasz jak często odczuwasz/przeżywasz dany objaw. Pamiętaj, że nie ma odpowiedzi ani dobrych, ani złych, ważne jest, abyś udzielił odpowiedzi, które najlepiej opisują Twój stan czy też Twoje przeżycia.

	1 – nigdy 2 – rzadko 3 – czasem 4 – często 5 – bardzo często				
1. Bóle brzucha	1	2	3	4	5
2. Odczuwanie uporczywego smutku	1	2	3	4	5
3. Poczucie bycia śledzonym	1	2	3	4	5
4. Niechęć do jakiegokolwiek aktywności	1	2	3	4	5
5. Mdłości	1	2	3	4	5
6. Słyszenie dziwnych dźwięków	1	2	3	4	5
7. Bóle mięśni	1	2	3	4	5
8. Trudności w koncentracji uwagi	1	2	3	4	5
9. Uczucie samotności	1	2	3	4	5
10. Dziwne wizje, złudzenia	1	2	3	4	5
11. Dreszcze/napady zimna, gorąca	1	2	3	4	5

	1 – nigdy 2 – rzadko 3 – czasem 4 – często 5 – bardzo często				
12. Myśli samobójcze	1	2	3	4	5
13. Poczucie braku własnej wartości	1	2	3	4	5
14. Bóle klatki piersiowej	1	2	3	4	5
15. Poczucie braku zainteresowania czymkolwiek	1	2	3	4	5
16. Trudności w oddychaniu	1	2	3	4	5
17. Próby samobójcze	1	2	3	4	5
18. Uczucie braku nadziei co do przyszłości	1	2	3	4	5
19. Poczucie bycia obserwowanym	1	2	3	4	5
20. Drętwienie/mrowienie	1	2	3	4	5
21. Samouszkodzenia	1	2	3	4	5
22. Bóle stawów/kości	1	2	3	4	5

## Arkusze Prezentacji Wyników

### CZĘŚĆ I – WYNIKI LICZBOWE

Wymiar	Trudności fizyczne	Syndrom depresyjny	Objawy psychotyczne
Uzyskany wynik			

.....

.....

.....

### CZĘŚĆ II – INTERPRETACJA WYNIKÓW

	Trudności fizyczne	Syndrom depresyjny	Objawy psychotyczne
<b>Wyniki niskie</b>			
<b>Wyniki przeciętne</b>			
<b>Wyniki wysokie</b>			

# Bibliografia

- Agnew R. (2001). Building on the Foundation of General Strain Theory: Specifying the Types of Strain Most Likely to Lead to Crime and Delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 4, 319.
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Augustynowicz W. (2012). Raport z badań jakościowych realizowanych w ramach projektu „PI Komplet innowacyjnych narzędzi optymalizujących współpracę podmiotów z przedsiębiorcami w zakresie ułatwiania wchodzenia na rynek pracy więźniom opuszczającym zakłady karne. Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie Natanaelum”.
- Badźmirowska-Masłowska K. (2000). *Młodociani sprawcy zabójstw w Polsce*. Kraków: Wyd. Zakamycze.
- Bałańdowicz A. (1996). *Probacja. Wychowanie do wolności*. Grodzisk Mazowiecki: Wyd. Primus.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: WH Freeman.
- Banerski G. (2011). Zmiana na lepsze. Raport z realizacji projektu „Proces aktywizacji zawodowej i społecznej byłych więźniów”. Warszawa: Poland-Media S.A
- Bańka A. (2005). *Otwartość na karierę międzynarodową. Podstawy teoretyczne oraz struktura czynnikowa Skali Otwartości na Karierę Międzynarodową*. Poznań: Print B–Warszawa: Instytut Rozwoju Karier.
- Bartczuk R.P. (2012). *Ekspertyza: Narzędzia diagnozujące potencjał psychospołeczny i zawodowy więźniów stwierdzający potencjał społeczny*. Lublin: KUL.
- Baumgartner A., Korff W. (2009). Sozialprinzipien als ethische Baugesetzlichkeiten moderner Gesellschaft: Personalität, Solidarität und Subsidiarität (s. 225–237). W: W. Korff et al. (Hg.), *Wirtschaft und Ethik*, Bd. 1.1. Berlin: Berlin University Press.
- Binnebesel J. (2006). Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky’ego. *Psychoonkologia*, tom 10, nr 2, 64–69.
- Boguszewski R. (2012). *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Borys B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, tom 4, nr 1, 44–52.
- Borzucka-Sitkiewicz K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Brandstädter J., Renner G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.

- Brezina T. (1996). Adapting to strain: an examination of delinquent coping responses. *Criminology*, 34, 39–60.
- Cohen S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676–684.
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2014). *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Dańda A., Buks J. (2013). Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 4(37), 232–236.
- Dudek B., Koniarek J., Szymczak W. (2007). Stres związany z pracą a teoria zachowania zasobów Stevana Hobfolla. *Medycyna Pracy*, 58(4), 317–325.
- Fel S. (2006). Zwitterhafter Charakter des Sozialstaates in Polen. W: M. Schramm et al. (Hrsg.), *Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder – ethische Grundlagenprobleme* (s. 154–159). Paderborn: Schöningh.
- Fergusson G.A., Takane Y. (1997). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gierowski J. (1996). Rola biegłego psychologa w opiniowaniu o poczytalności – problemy diagnostyczne i kompetencyjne. W: J. Gierowski, A. Szymusik (red.), *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej* (s. 127–152). Kraków: Wyd. Collegium Medicum.
- Granovetter M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 6, s. 1360–1380.
- Hartung P.J., Savickas M.L., Walsh B.W. (Eds.) (2004). *Handbook of Career Intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Heszen I., Sęk H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek I. (1997). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne* 1, 7–22.
- Hobfoll S. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, Vol. 44, No. 3, 513–524.
- Hobfoll S. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, Vol. 6, No. 4, 307–324.
- Hobfoll S. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hołyst B. (2004). *Psychologia kryminalistyczna*. Warszawa: LexisNexis.
- Hornowska E. (2001). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kalinowski M., Niewiadomska I. (red.) (2010). *Skazani na wykluczenie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kędzierski W. (2008). Determinanty resocjalizacji penitencjarnej – wybrane aspekty. W: F. Kozaczuk (red.), *Efektywność oddziaływań resocjalizacyjnych* (s. 53–64). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Kozaczuk F. (2009). Determinanty skutecznej resocjalizacji w opinii skazanych wychowawców. W: F. Kozaczuk (red.), *Prawne i socjokulturowe uwarunkowania profilaktyki społecznej i resocjalizacji* (s. 318–330), Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Kubrin C., Stewart E. (2006). Predicting Who Reoffends: The Neglected Role Of Neighborhood Context In Recidivism Studies. *Criminology*, 44(1), 165–197.
- Lazarus R. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne* 3–4, 2–39.

- Leś E. (2000). *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Leverentz A. (2010). People, Places, and Things: How Female Ex-Prisoners Negotiate Their Neighborhood Context. *Journal of Contemporary Ethnography*, 39(6), 646–681.
- Łukaszewski W. (2000) Psychologiczne koncepcje człowieka. W: J. Strelau (red.) *Psychologia Podręcznik Akademicki*. (t. 1) Podstawy Psychologii. Gdańsk: GWP. 67–92.
- Łukaszewski W. (2008). Wyczerpanie z perspektywy zasobowych koncepcji regulacji zachowania. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (365–380). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łużyński W. (2001). *Państwo pomocnicze*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Maldonado C.E. (1997). *Human Rights, Solidarity and Subsidiarity. Essays toward a Social Ontology*. Washington D.C.: Council for Research in Values and Philosophy.
- Mañkowska M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Mazerolle P., Burton V., Cullen F., Payne G. (2000). Strain, Anger and Delinquent Adaptations: Specifying General Strain Theory. *Journal of Criminal Justice*, 2, 1992–2017.
- Merton R.K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press.
- Miller M., Wysocki M.J., Cianciara D. (2003). Promocja zdrowia wobec reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57, 513–519.
- Miller M., Zieliński A. (2002). Zdrowie publiczne – misja i nauka. *Przegląd Epidemiologiczny*, 56, 547–557.
- Millon-Delsol Ch. (1995). *Zasada pomocniczości*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Millon-Delsol Ch. (1998). Zasada subsydiarności – założenia, historia, problemy współczesne. W: D. Milczarek (red.). *Subsydiarność* (s. 29–42). Warszawa: Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego.
- Niewiadomska I. (2007). *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Niewiadomska I. (2013). *Auctorio Libertas. Model wczesnej interwencji socjalnej*: Fundacja PAN.
- Niewiadomska I., Chwaszcz J. (2010). *Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej?* Lublin: FR KUL.
- Niewiadomska I., Chwaszcz J., Augustynowicz W. (2010). Więzi społeczne zamiast więzień – wsparcie pozytywnej readaptacji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu konfliktu z prawem. Raport z badań z rekomendacjami. Lublin: Drukarnia TEKST.
- Niewiadomska I., Chwaszcz J., Augustynowicz W., Bartczuk R. (2014). *Readaptacja społeczno-zawodowa więźniów. Narzędzia do diagnozowania potencjału readaptacyjnego i kapitału wspierającego*. Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie Natanaelum; Drukarnia TEKST.
- Nowakowska M. (2010). Społeczno-kulturowe uwarunkowania zmian w rozumieniu kategorii zdrowia i choroby. *Sztuka leczenia*, 1–2, 43–49.
- Ostrowska K. (1986). Diagnozowanie psychologiczne nieprzystosowania społecznego dzieci i młodzieży. W: K. Ostrowska, E. Milewska (red.), *Diagnozowanie psychologiczne w kryminologii* (s. 6–143). Warszawa: ATK.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T. (2012). Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 682–686.
- Paszowska-Rogacz A. (2009). *Doradztwo zawodowe. Wybrane metody badań*. Warszawa: Difin.

- Paternoster R., Mazerolle P. (1994). General strain theory and delinquency: a replication and extension. *Crime & Delinquency*, 31, 235–263.
- Perska P., Stępiak P. (2014). Zdrowie a funkcjonowanie skazanego w zakładzie karnym. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(51), 54–58.
- Pierzchała W., Farnik-Brodzińska M. (1997). Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. *Alergia Astma Immunologia*, 2(4), 203–206.
- Raport Style zdrowia Polaków (2013) [www.stworzonedlzdrowia.pl/stylezdrowia/download/Raport-USP-Zdrowie-Style-Zdrowia-Polakow-2013.pdf](http://www.stworzonedlzdrowia.pl/stylezdrowia/download/Raport-USP-Zdrowie-Style-Zdrowia-Polakow-2013.pdf) (dostęp 02.02.2015).
- Schmid J. (2011). Soziale Dienste und die Zukunft des Wohlfahrtsstaates. W: A. Evers, R.G. Heinze, T. Olk (Hrsg.), *Handbuch Soziale Dienste* (s. 117–144). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider L. (1996). *Subsidiäre Gesellschaft - Erfolgreiche Gesellschaft. Implikative und analoge Aspekte eines Sozialprinzips*. Paderborn: Schöningh.
- Schwartz S.H. (1996). Value priorities and behavior: Applying of theory of integrated value systems. In C. Seligman, J. M. Olson, & M. P. Zanna (Eds.), *The Psychology of Values: The Ontario Symposium*, Vol. 8 (s. 1–24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sęk H. (1993). Wybrane zagadnienia z psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (s. 472–503). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Sęk H., Ściagała I. (1996). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszten-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 133–150). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Shinkfield A., Graffam J. (2007). Community Reintegration of Ex-Prisoners: Type and Degree of Change in Variables Influencing Successful Reintegration. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53, 29–63.
- Shivy V., Wu J., Moon A., Mann S., Holland J., Eacho C. (2007). Ex-offenders reentering the workforce. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 466–473.
- Short J. (1998). The level of explanation problem revisited. *Criminology*, 36, 3–36.
- Silverman D. (2007). *Interpretacja danych jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sobczyszyn U. (2009). Czynniki utrudniające społeczną readaptację skazanych po odbyciu kary pozbawienia wolności – ogólna charakterystyka. W: F. Kozaczuk (red.), *Zagadnienia readaptacji społecznej skazanych* (s. 125–140). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Spieker M. (1995). Zasada pomocniczości: podstawy antropologiczne i konsekwencje polityczne. *Spoleczeństwo*, 1, s. 33–47.
- Stachowski R. (2006). Historia psychologii: Od Wundta do czasów najnowszych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 25–66). Gdańsk: Gdańskie wydawnictwo Psychologiczne.
- Stanisz A. (2007). *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny*. Tom 3. *Analizy wielowymiarowe*. Kraków: Statsoft.
- Stattin H., Magnusson D. (1995). Onset of official delinquency: Its co-occurrence in time with educational, behavioral, and interpersonal problems. *British Journal of Criminology*, 3, 417–449.

- Straś-Romanowska M. (1992). *Los człowieka jako problem psychologiczny*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Strelau J., Zawadzki B., Oniszczenko W., Sobolewski A., Pawłowski P. (2004). Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresu pourazowego w następstwie przeżytej katastrofy. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 48–64). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szymanowski T. (1989). *Powrót skazanych do społeczeństwa*. Warszawa: Wyd. Prawnicze.
- Terelak J. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz Oficyna Wydawnicza „Branta”.
- The Goals of Medicine: Setting New Priorities: A Hastings Center Project Report (2000). W: J.H. Howell, W.F. Sale (red.), *Life Choices. A Hastings Center Introduction to Bioethics*. Washington: Georgetown University Press.
- Tomaszewski T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Visher C., La Vigne N., Travis J. (2004). *Returning Home: Understanding the Challenges of Prisoner Reentry. Maryland Pilot Study: Findings from Baltimore*. Washington: Urban Institute. Justice Policy Centre.
- Visher C., Travis J. (2003). Transitions from Prison to Community: Understanding Individual Pathways. *Annual Review of Sociology*. 29, 89–113.
- Wathelet M. (2002). Propos liminaires. W: F. Delpérée (ed.), *Le principe de subsidiarité* (s. 17–20). Bruxelles–Paris: Éditions Bruylant.
- Wiechetek M. (2014). *Komponent B. Podręcznik Użytkownika*. Lublin: Fundacja Rozwoju KUL, Stowarzyszenie Natanaelum.
- Wojciszke B. (2011). *Psychologia Społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wołowicka L. (2001). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: AM.
- World Health Organization (1948). *WHO Constitution*. Geneva.
- Woynarowska B. (2007). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrona-Polańska H. (2002). Promowanie zdrowia w procesie edukacji. W: M. Ledzińska, G. Rudkowska, L. Wrona (red.), *Osoba – Edukacja – Dialog* (s. 234–239). Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Wrona-Polańska H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Wrona-Polańska H. (2006). Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. *Sztuka leczenia*, tom XIII, nr 1–2, 19–31.
- [www.sw.gov.pl/pl/o-sluzbie-wieziennej/statystyka/](http://www.sw.gov.pl/pl/o-sluzbie-wieziennej/statystyka/) (dostęp 03.02.2015)
- Wysocka E. (2009). *Diagnoza w resocjalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zięba-Załużka H. (2011). Konstytucjonalizacja zasady subsydiarności w polskiej konstytucji a społeczeństwo obywatelskie (s. 67–84). W: A. Pawłowska, S. Grabowska (red.), *Zasada pomocniczości. Wymiar europejski, narodowy, regionalny i lokalny*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.