

**КУЛЬТУРНА АДАПТАЦІЯ ТА СТАНДАРТИЗАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА
УПРАВЛІННЯ ЗАХВОРЮВАННЯМ ТА САМОРЕГУЛЯЦІЯ ОСІБ ІЗ
ЗАХВОРЮВАННЯМ**

ORCID 0000-0002-6329-9607

Важливою проблемою у дослідженні якості життя особи із хронічним захворюванням є питання методу дослідження, зокрема бракує психодіагностичного інструментарію для дослідження ставлення оточення до споживача медичних послуг та його якості життя, зумовленої захворюванням. У цьому контексті важливе місце посідає опитувальник управління захворюванням як необхідна складова якості життя особи із хронічним захворюванням. Метою цього дослідження є культурна адаптація та стандартизація опитувальника «Управління захворюванням та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMID). Експериментальна робота з апробації опитувальника здійснювалася упродовж 2018-2022 років з врахуванням основних психометричних вимог щодо перекладу, культурної апробації і стандартизації тестів. Експериментальна вибірка становила 310 осіб із діагнозом шлунково-кишкових захворювань (ШКЗ) у КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня» віком від 18 до 68 років, середній вік $44,86 \pm 13,66$. Визначення психометричних властивостей відбувалося за неповним «лоскутним» експериментальним планом. Для перекладу опитувальника ми використовували рекомендації ВООЗ щодо перекладу психодіагностичного інструментарію. Робота включала чотирьох-етапну процедуру, зокрема прямий переклад (3 перекладача, які обізнані з психологічною термінологією); група експертів для зворотного перекладу (2 особи), претестування та когнітивне інтерв'ю (3 особи, серед них 1 лікар, 1 особа з ШКЗ та 1 особа – шлюбний партнер користувача медичних послуг); остаточну версію опитувальника. Результати проведеного дослідження з культурної адаптації та стандартизації опитувальника з управління захворюванням та саморегуляції дають змогу дійти висновків про його психометричні властивості. Це уможливує використання цього діагностичного інструментарію для розуміння якості життя осіб із ШКЗ. Перспективним вважаємо дослідження впливу емоційної експресивності родичів на ефективне управління захворюванням та саморегуляцію осіб із хронічними ШКЗ.

Ключові слова: *переклад, культурна адаптація, стандартизація, управління захворюванням та осморегуляція, особи із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями.*

Постановка проблеми. У сучасній психології дедалі поширенішим постає голістичний підхід до дослідження фізичного чи психічного захворювання, що поєднує у собі біологічний, психологічний та соціальний аспекти. У парадигмі медичної психології цей підхід отримав назву біопсихосоціальної моделі, детально описаної у працях Дж. Енджела (Engel, 1978). Сучасні вчені підкреслюють тісний зв'язок між ефективним управлінням хворобою, психологічним благополуччям та якістю життя пацієнта із хронічним захворюванням та типом відносин, у яких цей пацієнт перебуває (Cole & Reiss, 1993). Для визначення цього зв'язку вчені використовують термін емоційної експресивності (ЕЕ). ЕЕ – це конструкт, що означає ключові особливості ставлення родини або медперсоналу до особи із хронічним захворюванням, яке виражається в позитивних коментарях, теплоті, критичності, емоційній гіперопіці та ворожості. У сучасних зарубіжних дослідженнях саме ЕЕ є центральним поняттям у ставленні членів родини до особи із хронічним захворюванням, водночас вперше ЕЕ досліджувалося у контексті пацієнтів із психічними розладами.

Уперше термін ЕЕ з'явився в працях Дж. Брауна і М. Руттера. Вчені вперше увели це поняття у науковий обіг при вивченні пацієнтів із шизофренією, які мають високий ризик рецидиву хвороби (Brown & Rutter, 1966). Результати їхнього дослідження засвідчили, що ризик рецидиву зростає, якщо при поверненні додому після госпіталізації родичі пацієнта проявляють емоційну гіперопіку та критичність до них. За Дж. Брауном, Дж. Гулі та ін., ЕЕ є надійним психосоціальним індикатором рецидивів не лише у психічному, а й фізичному здоров'ї. На думку А. Верден та її команди, ЕЕ містить такі аспекти: поведінку родичів, якість стосунків та домашнє середовище (Wearden et al., 2000). Вчені концептуалізують ЕЕ на основі оцінки сімейних стосунків, представлених п'ятьма типами ставлення до людей із шизофренією: критичні зауваження, ворожість, позитивні зауваження, тепло та емоційна гіперопіка. Водночас діапазон ЕЕ в останніх дослідженнях значно звужується. Дж. Гулі та І. Готліб, оцінюють ЕЕ виключно на основі критики, ворожості та гіперопіки, оскільки ці типи ЕЕ тісно пов'язані з хронічними захворюваннями як психічної, так і фізичної етіології (Hooley & Gotlib, 2000).

А. Верден та її команда здійснили дослідження впливу ЕЕ на такі хвороби, як діабет, астма, ревматоїдний артрит, операції на серце та

ожиріння (Wearden et al., 2000). Результати досліджень показали, що у літературі відсутні комплексні дослідження ЕЕ стосовно осіб із медичним діагнозом у порівнянні з особами з психічними захворюваннями. Важливою також проблемою є питання методу дослідження, оскільки бракує психодіагностичного інструментарію для дослідження ЕЕ та якості життя, зумовленої хворобою. У цьому контексті важливе місце посідає опитувальник управління захворюванням як необхідна складова якості життя особи із хронічним захворюванням. Відтак, метою цього дослідження є культурна адаптація та стандартизація опитувальника «Управління захворюванням та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMD).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вчені Дж. Карлтон та ін. запропонували опитувальник «Управління здоров'ям та саморегуляція осіб із діагнозом цукровий діабет» та продемонстрували його високі психометричні властивості (Carlton, Rowen, & Elliott, 2020). Враховуючи те, що діабет є хронічним захворюванням, яке потребує високої самодисципліни та дотримання пожиттєвої дієти, ми вирішили здійснити культурну адаптацію цього опитувальника у контексті осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями (ШКЗ). Вчені зазначають, що внаслідок швидкого поширення хронічних захворювань, які потребують дотримання суворої дієти, значно змінюється стиль життя особи, родини та суспільства загалом. Більше того спостерігаються негативні зміни як у житті осіб із хронічними захворюваннями, так і економічному бюджеті країн, які здійснюють значні витрати на лікування цих пацієнтів. Відтак, розроблення опитувальника, який діагностує ефективність управління хронічним захворюванням на індивідуальному рівні, є легким і економічним у використанні, має велику практичну значущість як на індивідуальному, так і суспільному рівні.

Дж. Карлтон та його команда ґрунтовно описали процедуру розроблення оригінальної версії опитувальника, яка містила п'ять послідовних етапів (Carlton, Rowen, & Elliott, 2020). На першому етапі здійснювався теоретичний аналіз літератури, внаслідок чого на наступному етапі виділялися ключові теми, які повинні увійти в опитувальник. Також на другому етапі здійснювалися консультації з пацієнтами та профільними громадськими організаціями для обговорення цих тем. На третьому етапі проводилося напівструктуроване інтерв'ю, та визначалися основні питання опитувальника. На четвертому етапі здійснювалася діагностика осіб із хронічним захворюванням за допомогою цього опитувальника та результати зіставлялися з профілем здоров'я пацієнта (Patients' Health Profile). На останньому етапі у цільових фокус-групах здійснювалася остаточна

апробація опитувальника. Результати дослідження у фокус-групах засвідчили значущі високі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт внутрішньої узгодженості альфа Кронбаха для (n=3187) становить <0.84 для усіх пунктів опитувальника. Таким чином, опитувальник має високі показники надійності і валідності.

Мета статті – розкрити особливості культурної адаптації та стандартизації опитувальника управління захворюванням та саморегуляції осіб із захворюванням.

Виклад основного матеріалу та результатів дослідження. Під час адаптації опитувальника на українськомовній вибірці ми враховувати досвід і ґрунтовний аналіз процесу розробки і апробації цієї методики авторами в різних країнах та отримали дозвіл від авторів оригінальної версії опитувальника для подальшої роботи з ним на українськомовній вибірці. Експериментальна робота з апробації опитувальника здійснювалася упродовж 2018-2022 років з врахуванням основних психометричних вимог щодо перекладу, культурної апробації і стандартизації тестів. Експериментальна вибірка становила 310 осіб із діагнозом ШКЗ у КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня», віком від 18 до 68 років, середній вік 44,86±13,66. Визначення психометричних характеристик відбувалося за неповним «локутним» експериментальним планом. Статистична обробка здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми SPSS для Windows версії 26.

Таблиця 1

Описові параметри вибірки досліджуваних

	Кількість	Відсоток		
Стать: Жінка/Чоловік	180/130	58,1%/ 41,9%		
Тривалість хвороби до 1 року/понад 1 рік/понад 5 років	10/100/200	3,2%/ 32,3%/ 64,6%		
Сімейний стан: В шлюбі/вільна(ий)	260/50	83,9%/ 16,1%		
Член родини Партнер/ родич	190/120	61,3%/ 38,7%		
Професійний статус: Працюючий/ непрацюючий	160/150	51,6%/ 48,4%		

	N	Мін. знач.	Макс. знач.	Сер. знач.	Серед. квадрат. відхилення
Вік	310	18	69	44,56	13,66

Процедура адаптації і стандартизації опитувальника містила два етапи. На *першому етапі* здійснювався переклад опитувальника і розроблялася його робоча версія. Під час перекладу проводилися консультації з авторами методики, а також здійснювався зворотний переклад (спочатку з англійської мови на українську, а згодом з української на англійську). На *другому етапі* визначалися психометричні властивості опитувальника: 1) доцільність і придатність виділених пунктів опитувальника (визначення коефіцієнтів кореляції для уникнення дублювання різних пунктів опитувальника; коефіцієнту вибірковості для визначення складності і дискримінативності, що виражають здатність окремих пунктів діагностувати загальний показник самоприйняття; 2) надійність – оцінка внутрішньої постійності тверджень (коефіцієнт α -Кронбаха); оцінка надійності-стійкості (n=55) з інтервалом перетестування два тижня (коефіцієнт кореляції Пірсона); 3) конструктна (конвергентна) валідність (через кореляції зі шкалами інших опитувальників).

У результаті реалізації *першого етапу* було створено робочу версію опитувальника. Для перекладу опитувальника ми використовували рекомендації ВООЗ щодо перекладу психодіагностичного інструментарію (World Health Organization, 2020). Л. Засекіна та М. Козігора детально описують чотирьох-етапну процедуру, зокрема прямий переклад (3 перекладача, які обізнані з психологічною термінологією); група експертів для зворотного перекладу (2 особи), претестування та когнітивне інтерв'ю (3 особи, серед них 1 лікар, 1 особа з ШКЗ та 1 особа – шлюбний партнер користувача медичних послуг); остаточну версію (Засекіна, Козігора, 2022). Опитувальник має 8 субшкал, назви і твердження яких потребували конкретизації у перекладі. Так шкала 6 в оригіналі називається боротьба, що передбачало вирішення труднощів, пов'язаних із хворобою, зокрема прижиттєве дотримання дієти, медикаментозне лікування. Відповідно після консультацій із професійними перекладачами було прийнято рішення назвати шкалу як *Труднощі, пов'язані із захворюванням*. Шкала 3 в оригінальній версії називається енергія, хоча зміст тверджень пов'язаний із втомлюваністю і виснаженням, наприклад, *Ви завжди втомлюєтеся; Ви зазвичай втомлюєтеся; Ви деколи втомлюєтеся і Ви ніколи не втомлюєтеся*.

Тому цю субшкалу було перекладено як *Втомлюваність*. Під час перекладу основна увага приділялася збереженню психологічного змісту, а не відтворенню лексичних і граматичних конструкцій. Водночас додаткова увага приділялася тому, аби мовні конструкції були когнітивно простими для сприйняття українськомовною аудиторією.

Після цього з метою перевірки адекватності було здійснено зворотній переклад запрошеними перекладачами-експертами, для яких рідною мовою є англійська, і які не були знайомі з текстом оригіналу методики. Після отримання цих версій та обговорення спірних моментів, для емпіричної перевірки еквівалентності українськомовного варіанту дві форми опитувальника (українська та англійська) в різному порядку надавалися студентам із спеціальності «Прикладна лінгвістика» Волинського національного університету імені Лесі Українки ($n=36$). Після цього ми порівнювали середні значення і стандартні відхилення, отримані в групі за двома методиками.

Оскільки кількість вибірки перевищує правила *Центральної граничної теореми* ($n=36>30$), для кореляційного аналізу використовувався коефіцієнт Пірсона ($r=0,601$, $p\leq 0,01$) за двома методиками англійською і українською мовою, можемо констатувати адекватність і еквівалентність перекладу. Автори оригінальної методики також зазначають, що важливою субшкалою є субшкала соціальної підтримки, адже вона мала включати як підтримку з боку родини, медичного персоналу, так і спільноти. Ця субшкала є суголосною предмету нашого дослідження – ЕЕ, тому переклад отримав такий початковий вигляд: *Ви завжди відчуваєте підтримку під час лікування захворювання з боку родини, медичного персоналу, і спільноти; Ви зазвичай відчуваєте підтримку під час лікування з боку родини, медичного персоналу, і спільноти; Ви деколи відчуваєте підтримку під час лікування з боку родини, медичного персоналу, і спільноти; Ви ніколи не відчуваєте підтримку під час лікування з боку родини, медичного персоналу, і спільноти.*

Під час когнітивного інтерв'ю лікар-експерт запропонував використовувати термін захворювання замість хвороби, оскільки остання – це означення захворювання. Також це підтвердив споживач медичних послуг та його шлюбна партнерка, що термін *хронічне захворювання* краще для сприйняття ніж *хронічна хвороба*. Після повторного обговорення лікар-експерт запропонував вилучити термін *захворювання* взагалі із формулювання субшкали соціальної підтримки. Таким чином, *під час лікування свого захворювання* отримало вигляд *під час лікування*. Після подальшого обговорення споживач медичних послуг зазначив, що підтримка може бути від різних людей, тому остаточна версія перекладу отримала такий вигляд: *Ви відчуваєте, що завжди отримуєте підтримку від свого оточення. Ви вважаєте, що зазвичай*

отримуєте підтримку від свого оточення. Ви вважаєте, що деколи отримуєте підтримку від свого оточення. Ви відчуваєте, що ніколи не отримуєте підтримку від свого оточення.

Окреме обговорення стосувалося субшкали глюкомічної коми в авторському опитувальнику, оскільки оригінальний опитувальник відносився до діагностики управління цукровим діабетом. Відповідно до консультацій з лікарем-експертом та особою з ШКЗ стосовно основних побоювань, глюкомічна кома була замінена на субшкалу *гострі напади захворювання*, які, за словами користувача медичних послуг з ШКЗ, супроводжуються значними болями та страхом перед хірургічним втручанням.

Оскільки жоден із пунктів не дублював зміст попереднього твердження, у нашій версії опитувальника було залишено 8 субшкал із 4 твердженнями у кожній субшкалі. Як і в методиці оригіналу оцінювання здійснювалося за шкалою від 0 до 3, де 0 = відсутність будь-якого негативного впливу захворювання на якість життя особи із ШКЗ, і 3 = сильний негативний вплив на якість життя. Відповідно обрахування у методиці має зворотній характер, де 24 – неефективне управління хворобою і низька саморегуляція особи із хронічними ШКЗ, і 0 – це відсутність негативного впливу захворювання, відповідно ефективне управління захворюванням і висока саморегуляція.

На другому етапі було визначено дискримінативність пунктів опитувальника (див. табл. 2), в результаті чого зроблено висновок про диференціальну потужність усіх тверджень. Оскільки кожне твердження має чотири варіанти відповідей (шкала від 0 до 4, де $A = 0$, $\Gamma = 3$), при розрахунках використовувався коефіцієнт Пірсона (коефіцієнт кореляції кожного пункту опитувальника із загальним показником управління хворобою і саморегуляції особи із ШКЗ).

Таблиця 2

Оцінка дискримінативної здатності кожного пункту опитувальника для діагностики управління захворюванням та саморегуляції осіб із ШКЗ

Субшкали	Дискримінативність
1.Настрій	0,499**
2.Гострі напади захворювання	0,487*
3.Втомлюваність	0,657**
4.Соціальні обмеження	0,633**
5.Контроль	0,402*

6.Труднощі, пов'язані із захворюванням	0,584**
7.Стрес	0,702**
8. Соціальна підтримка	0,419*

Примітка: ** $p \leq 0,01$.

Враховуючи наявність значущих кореляційних зв'язків між усіма субшкалами і відповідними твердженнями, та сумарним показником управління хворобою та саморегуляції осіб із ШКЗ, усі твердження були включені в текст перекладу опитувальника. Таким чином, остаточна версія опитувальника містить 32 пункти, усі з яких мають обернений порядок обрахунку.

Настрій

А. Ви ніколи не засмучуєтеся через дрібниці.

Б. Ви деколи засмучуєтеся через дрібниці.

В. Ви зазвичай засмучуєтеся через дрібниці.

Г. Ви завжди засмучуєтеся через дрібниці

2. Гострі напади захворювання

А. Ви ніколи не хвилюєтеся, що станеться гострий напад.

Б. Ви деколи хвилюєтеся, що станеться гострий напад.

В. Ви зазвичай хвилюєтеся, що станеться гострий напад.

Г. Ви завжди хвилюєтеся, що станеться гострий напад.

3. Втомлюваність і виснаження

А. Ви ніколи не втомлюєтеся.

Б. Ви деколи втомлюєтеся.

В. Ви зазвичай втомлюєтеся.

Г. Ви завжди втомлюєтеся.

4. Соціальні обмеження

А. Дієта ніколи не обмежує плани Вашого дня.

Б. Дієта деколи обмежує плани Вашого дня.

В. Дієта зазвичай обмежує плани Вашого дня.

Г. Дієта завжди обмежує плани Вашого дня.

5. Контроль

А. Ви відчуваєте, що маєте значний контроль над дотриманням Вашої дієти.

Б. Ви відчуваєте, що маєте помірний контроль над дотриманням Вашої дієти.

В. Ви відчуваєте, що маєте незначний контроль над дотриманням Вашої дієти.

Г. Ви відчуваєте, що маєте слабкий контроль над дотриманням Вашої дієти.

6. Труднощі, пов'язані із захворюваннями

А. Ви ніколи не вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

Б. Ви деколи вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

В. Ви зазвичай вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

Г. Ви завжди вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

7. Стрес

А. Ви ніколи не вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя.

Б. Ви деколи вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя.

В. Ви зазвичай вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя.

Г. Ви завжди вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя.

8. Соціальна підтримка

А. Ви відчуваєте, що завжди отримуєте підтримку від свого оточення.

Б. Ви вважаєте, що зазвичай отримуєте підтримку від свого оточення.

В. Ви вважаєте, що деколи отримуєте підтримку від свого оточення.

Г. Ви відчуваєте, що ніколи не отримуєте підтримку від свого оточення.

За допомогою процедури описової статистики було визначено показники складності пунктів українськомовного опитувальника (див. табл. 3). Враховуючи чотириох-бальну шкалу оцінювання кожного твердження, до уваги бралися відповіді в діапазоні 0 балів -А і 3 бали-Г. Цей аналіз дав змогу переконатися, що в опитувальнику відсутні надто прості запитання і соціально бажані відповіді. Індекс складності повинен бути у діапазоні від 20% до 80%. Усі пункти опитувальника відповідали цій вимозі.

Опитувальник має високу ступінь узгодженості (коефіцієнт α -Кронбаха $-0,711$), що свідчить про його високу надійність. Ретестова надійність є значущою, про що свідчить показник кореляції Пірсона при повторній діагностиці досліджуваних ($n=55$) з інтервалом у два тижні ($r_s=0,679$, $p \leq 0,01$).

Таблиця 3

Показники складності пунктів опитувальника для діагностики управління захворюванням та саморегуляції осіб із ШКЗ

Субшкали	Складність
1.Настрій	22,6%
2.Гострі напади захворювання	41,9%
3.Втомлюваність	32,3%
4.Соціальні обмеження	45,2%
5.Контроль	37,5%
6.Боротьба	54,8%
7.Стрес	54,8%
8.Соціальна підтримка	37,5%

Оцінка конструктивної валідності здійснювалася із зіставленням показників управління здоров'ям та саморегуляції осіб із ШКЗ із показниками ЯЖ. Методика для діагностики ЯЖ (М. Фетискин) містить такі шкали: матеріальне забезпечення, житлові умови, родина, харчування, кохання, дозвілля, становище у суспільстві, духовні потреби, здоров'я, які оцінюються досліджуваними за шкалою від 0 до 100.

Результати кореляційного аналізу відображено у табл. 4.

Таблиця 4

Кореляційні зв'язки показників управління захворюванням та саморегуляції осіб із ШКЗ із показниками ЯЖ

Змінні	УЗС	Н	Г	В	СО	КС	Т	С	ЯЖ
УЗС	-	0,58**	0,37*	0,76**	0,58**	0,16	0,66**	0,61*	-0,45*
Н	0,58**	-	0,22	0,21	0,28	0,05	0,16	-0,09	0,03
ГНЗ	0,366*	0,22	-	0,19	0,18	0,10	-0,01	0,04	-0,14
В	0,76**	0,21	0,19	-	0,50**	-0,09	0,52**	0,44**	-0,42**
СО	0,58**	0,28	0,18	0,50**	-	-0,01	0,21	-0,01	-0,32
К	0,16	0,048	0,10	-0,09	-0,01	-	-0,06	-0,07	0,01
Т	0,66**	0,16	-0,01	0,53**	0,21	-0,06	-	0,44**	-0,31
С	0,61**	0,24	0,04	0,44**	-0,01	-0,07	0,44**	-	-0,33
ЯЖ	-0,45**	0,03	-0,14	-0,42**	-0,32	0,01	-0,31	0,33	-

*Примітка: ** $p \leq 0,01$, УЗС-управління захворюванням та саморегуляція, Н-настрій, ГРЗ-гострі напади захворювання, В-втомлюваність, СО-соціальні обмеження, К-контроль, Т-труднощі, С-стрес, СП-соціальна підтримка.*

Результати проведеного дослідження з культурної адаптації та стандартизації опитувальника з управління захворюванням та саморегуляції дають

зможу дійти висновків про її високі психометричні властивості. Це дає змогу широко використовувати цей діагностичний інструментарій для розуміння якості життя осіб із ШКЗ. Перспективним вважаємо дослідження вплив ЕЕ родичів на ефективне управління захворюванням та саморегуляцію осіб із хронічними ШКЗ.

Література

1. Засекіна Л. і Козігора М. Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. *Психологічні перспективи*. 2020. Вип. 39. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas>.
2. Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human relations*, 19(3). P. 241-263.
3. Carlton, J., Rowen, D., & Elliott, J. Assessment of the psychometric properties and refinement of the Health and Self-Management in Diabetes Questionnaire (HASMID). *Health and quality of life outcomes*, 2020. 18(1). P.1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01305-3>.
4. Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1). P. 169-181.
5. Cole, R. E., & Reiss, D. How do families cope with chronic illness? London: Hillsdale, 1993. 360 p.
6. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 2000. 9(3). P. 135-151. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80001-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80001-0)
7. Wearden, A. J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5). P. 633-666. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00008-2)
8. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. 2020. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/-en/. Accessed 27 May 2020.

References

1. Zasiiekina, L. Kozihora, M. Kros-kulturna adaptazhia ta standartyzasia shkaly symptomiv moralnoi travmy [Cross-cultural adaptation and standardization of scale moral injury symptoms]. *Psychological Prospects*. 2020. #39. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas> [in Ukrainian].

2. Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19(3). P. 241-263 [in English].
3. Carlton, J., Rowen, D., & Elliott, J. Assessment of the psychometric properties and refinement of the Health and Self-Management in Diabetes Questionnaire (HASMID). *Health and quality of life outcomes*, 2020. 18(1). P.1-11. [https://doi.org/ 10.1186/s12955-020-01305-3](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01305-3) [in English].
4. Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1). P. 169-181. [in English].
5. Cole, R. E., & Reiss, D. How do families cope with chronic illness? London: Hillsdale, 1993. 360 p. [in English].
6. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 2000. 9(3). P. 135-151. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80001-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80001-0) [in English].
7. Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5). P. 633-666. [https://doi.org/ 10.1016/s0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00008-2) [in English].
8. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. 2020. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/-en/. Accessed 27 May 2020. [in English].

Pastryk T.

Cultural Adaptation and Standardization of Health and Self-Management in Disease-HASMID

The important problem of health-related quality of life research is the question of assessment measure. In particular, we can point out the lack of psychodiagnostic tools to examine the association between the family settings of medical service users and their health-related quality of life. In this context, the health and self-management in disease questionnaire has significant practical applications, leading to capturing the relationship between family's expressed emotion (EE) towards service users and their well-being. The aim of this study is the cultural adaptation and standardization of the questionnaire "Health and Self-Management in Disease-HASMID". Experimental work on the translation, adaptation and standardization of the questionnaire was carried out during 2018-2022, considering the basic psychometric requirements for translation, cultural adoption and standardization of tests. The experimental sample consists of 310

service users diagnosed with gastrointestinal (GI) disease in the Volyn Regional Clinical Hospital, aged 18 to 68 years, mean age 44.86 ± 13.66 . The study applies the WHO recommendations for the translation of psychodiagnostic tools, which include a four-stage procedure, namely direct translation (3 translators who are familiar with psychological terminology); group of experts for reverse translation (2 persons), testing and cognitive interview (3 persons, including 1 doctor, 1 person with GI disease (service user) and 1 person - partner of the service user); final version. The results of the study on cultural adaptation and standardization of health and self-management in disease questionnaire indicate its high psychometric properties. The findings have important practical implications in terms of applying this tool for research of service users with GI disease and their health-related quality of life. The prospects of the study include exploring the impact of relatives' EE on the effective health and self-management in service users with GI disease.

Key words: *translation, cultural adaptation, standardization, self-management, service users with GI disease.*

Пастрик Тетяна Володимирівна – кандидат психологічних наук, в.о. ректора КЗВО «Волинський медичний інститут», м. Луцьк.