

Streszczenie rozprawy doktorskiej

Autor: Jarosław Ocalewski

Tytuł: Rola czynników poznawczych i emocjonalnych w zmianie zachowań zdrowotnych w chorobie nowotworowej jelita grubego

Informacje o promotorze:

Prof. uczelni Paweł Izdebski (doktorat 1995, habilitacja 2007), jest psychologiem specjalizującym się w psychologii zdrowia, kieruje obecnie Zakładem Psychologii Ogólnej i Zdrowia, prodziekan ds. nauki WPiP, Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Jego główne zainteresowania badawcze to psychoonkologia. Przez ostatnie 20 lat prowadził badania nad psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej piersi, określając rolę czynników psychologicznych w etologii i procesie zdrowienia, a także jakość życia kobiet przechodzących leczenie onkologiczne.

Cele badań wraz z ich naukowym uzasadnieniem

Dane epidemiologiczne wskazują, że problem zachorowalności oraz umieralności na nowotwór jelita grubego jest bardzo poważny. Pomimo, iż nowotwory jelita grubego dotyczą głównie osób po 65 roku życia, to coraz częściej diagnozowane są wśród pacjentów w wieku 20 – 54 lat. Wyzwaniem dla współczesnej onkologii jest kompleksowa opieka nad pacjentem, która oznacza nie tylko zainteresowanie osobą aktualnie przebywającą w zakładzie opieki zdrowotnej, ale także tym, jak funkcjonuje chory poza placówką medyczną. Może on bowiem podejmować zachowania, które nie sprzyjają zdrowiu i osłabiają efekty leczenia (zachowania poza- i antyzdrowotne). Zrozumienie mechanizmu tego zjawiska wymaga kompleksowego poznania roli czynników emocjonalnych i poznawczych dla podejmowania zachowań zdrowotnych przez pacjenta, gdyż to one obok terapii medycznej w dużym stopniu warunkują przeżywalność i podnoszą jakość życia chorego. Dotychczasowe wyniki badań nie nadały znaczenia negatywnych emocji dla podejmowania zachowań zdrowotnych.

Celem niniejszej dysertacji było określenie związku pomiędzy czynnikami emocjonalnymi i poznawczymi a zmianą zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po zabiegu. Wśród czynników afektywnych wyróżniono: lęk przed progresją choroby oraz wymiary emocjonalnej reprezentacji choroby (troska, reakcja emocjonalna), natomiast w grupie poznawczych – wymiary poznawczej reprezentacji choroby, na które składają się: konsekwencje i czas trwania choroby, kontrola osobista, kontrola leczenia, objawy i zrozumienie choroby. Uczestnikami badania byli pacjenci, poddani chirurgicznemu zabiegowi usunięcia nowotworu jelita grubego.

Metoda: Badanie było przeprowadzone w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w schemacie podłużnym. Zmierzono dwukrotnie nasilenie zmiennych związanych z reprezentacją choroby, lękiem przed progresją choroby, poczuciem własnej skuteczności, wsparciem społecznym oraz zachowaniami zdrowotnymi. Dla zachowań zdrowotnych dodatkowo wprowadzono pomiar retrospektywny, polegający na określeniu ich nasilenia przed diagnozą nowotworu. W pierwszym pomiarze (przed operacją usunięcia guza jelita grubego, P1) uczestniczyło 151 pacjentów (100 mężczyzn oraz 51 kobiet), natomiast w drugim (pół roku po operacji, P2) brało udział 90 osób (58 mężczyzn oraz 32 kobiety). Średni wiek respondentów w P1 wyniósł $M = 64,89$ ($SD = 10,14$), natomiast w P2 $M = 64,07$ ($SD = 10,69$). Pacjenci mieli zdiagnozowany jeden z nowotworów jelita grubego w: okrężnicy (C18), zagięciu odbytniczo-esiczym (C19), odbytnicy (C20) i kanale odbytu (C21). Zastosowano u nich jedną z następujących operacji chirurgicznych: laparoskopowa hemikolektomia prawostronna, przednia resekcja odbytu oraz brzuszno-kroczoowa resekcja odbytu.

U każdego z uczestników badania zebrano wywiad dotyczący podstawowych danych demograficznych, a dane kliniczne udostępnione zostały przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: *Kwestionariusz lęku przed progresją choroby* (KLPPCh-SF), *Kwestionariusz percepcji choroby* (KPCCh-SF), *Kwestionariusz zachowań zdrowotnych – jelito grube* (KZZ-JG), *Oslowska skala wsparcia społecznego* (OSS-3) oraz *Skala uogólnionej własnej skuteczności* (GSES).

Wyniki i wnioski: Wykazano, że w okresie przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego nastąpiła zmiana nasilenia zachowań zdrowotnych w porównaniu z okresem sprzed diagnozy (η^2 od 0,05 do 0,28). Pół roku po zabiegu nasilenie tych zachowań było na podobnym poziomie w porównaniu z okresem przed operacją. Osoby po przebytych nowotworze ujawniały większą skłonność do ograniczania zachowań antyzdrowotnych niż do zwiększania nasilenia zachowań prozdrowotnych. Najważniejszy dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest czas, w którym występują istotne zmiany w ich nasileniu i w przypadku osób z nowotworem jelita grubego jest to okres przed operacją chirurgiczną. Dodatkowo odnotowano, że zmiana zachowań zdrowotnych wynikała z lęku przed progresją choroby oraz wiązała się z indywidualną reprezentacją choroby.

Rozważając rolę lęku z perspektywy adaptacyjnej stwierdzono, że jego obecność warunkuje podjęcie walki z zagrożeniem (tu: nowotworem) i udowodniono, że lęk przed progresją choroby ma istotne znaczenie dla ograniczenia zachowań antyzdrowotnych (ograniczenie spożywania alkoholu oraz produktów antyzdrowotnych), natomiast nie oddziałuje na zmianę zachowań prozdrowotnych (spożywanie produktów prozdrowotnych,

aktywność fizyczna). Innymi słowy, lęk pełni rolę przystosowawczą wówczas, gdy znane jest jego źródło i gdy wiadomo, jakie działania mają szansę obniżyć poziom dyskomfortu emocjonalnego. Wydaje się, iż sensowne jest wspieranie pacjenta nie tyle w radzeniu sobie z lękiem w ogóle, co – z uwagi na jego źródło – w rozwijaniu i wzmacnianiu określonych zachowań wobec własnego zdrowia (prozdrowotnych), czy rugowaniu niewłaściwych (antyzdrowotnych). Zmiana stylu życia może przyczynić się do budowania poczucia odzyskiwania kontroli nad własnym zdrowiem i znajdowania oparcia w sobie. Lęk przed progresją choroby jest najprawdopodobniej naturalnym czynnikiem mogącym wpływać korzystnie na proces przystosowania i determinować określone zachowania zdrowotne.

Analizując predyktory zachowań zdrowotnych zaobserwowano, że dla ich nasilenia przed operacją istotne znaczenie mają zmienne psychologiczne oraz socjo-demograficzne, natomiast pół roku po zabiegu chirurgicznym ważniejsze są zmienne medyczne oraz doświadczane objawy choroby. Poznawcza reprezentacja choroby miała zarówno znaczenie dla ograniczania zachowań antyzdrowotnych oraz prozdrowotnych, a najbardziej istotną rolę pełniły przekonanie o kontrolowaniu choroby oraz jej zrozumienie. Potwierdzono również, że oprócz lęku przed postępem choroby oraz reprezentacji choroby, istotne znaczenie dla zachowań zdrowotnych pełnią poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne.

Rozpatrując wymiary emocjonalnej oraz poznawczej reprezentacji choroby wykazano, że są one stosunkowo niezależnymi regulatorami zmian zachowań zdrowotnych. Potwierdzono tym samym założenia modelu samoregulacji przekonań zdrowotnych Leventhala, Meyera i Nereza. Wymiary emocjonalnej oraz poznawczej reprezentacji choroby wpływają na siebie nawzajem, ale też niezależnie od siebie regulują zachowanie człowieka. Należy zaznaczyć, że różne wymiary reprezentacji choroby oddziałują na postępowanie człowieka w zależności od rodzaju zachowania zdrowotnego (dla przykładu: wyłącznie wymiary poznawczej, nie zaś emocjonalnej reprezentacji choroby, miały znaczenie dla ograniczenia konsumpcji alkoholu).

Wyniki badań własnych mogą przyczynić się do opracowania programów edukacji zarówno dla personelu medycznego, który w bezpośrednim kontakcie z pacjentem może wpływać bezpośrednio na jego zachowania zdrowotne, jak i dla samych pacjentów oraz ich rodzin. W świetle tych badań zasadne jest monitorowanie zachowań zdrowotnych nie tylko w szpitalu, ale także poza placówką medyczną poprzez np. szeroko dostępne urządzenia mobilne. Zastosowanie nowoczesnych spersonalizowanych technologii umożliwiłoby nie tylko pomiar tych zachowań, ale wspierałoby pacjenta w systematycznym i wieloaspektowym przygotowaniu się do operacji, a także w procesie rekonwalescencji.