

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Jarosława Ocalewskiego+

Pt: „Rola czynników poznawczych i emocjonalnych w zmianie zachowań zdrowotnych w chorobie nowotworowej jelita grubego.”

W rozwoju psychoonkologii jako dziedziny towarzyszącej onkologii od wielu lat – możemy bardzo wyraźnie prześledzić poszczególne etapy jej rozwoju – zależne w dużym stopniu od rozwoju i sukcesów samej onkologii.

Początkowo towarzyszyliśmy chorym w ich walce o życie starając się obniżyć lęk, lub depresję i pomóc im w odzyskaniu psychicznej równowagi.

W miarę sukcesów terapeutycznych i możliwości wyleczenia lub znacznego wydłużenia życia, skoncentrowaliśmy się na poprawie jakości życia chorych, wprowadzając elementy psychologii pozytywnej zwiększającej ich psychiczne zasoby. Kolejnym krokiem w kierunku zwiększenia efektywności stosowanego leczenia w perspektywie długoczasowej stała się troska o poprawę zachowań zdrowotnych chorych nie tylko w okresie leczenia lecz – zwłaszcza po leczeniu.

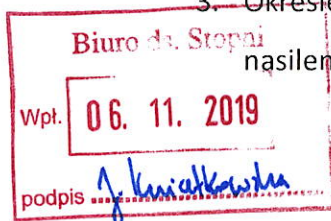
Przedstawiona do oceny praca mgr Jarosława Ocalewskiego wpisuje się w ten nurt zagadnień i muszę dodać, że wpisuje się bardzo pozytywnie.

Celem pracy było określenie związku między czynnikami emocjonalnymi i poznawczymi a zmianę zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją usunięcie nowotworu jelita grubego oraz pół roku po zabiegu.

Jako czynniki emocjonalne wybrano lęk przed progresją choroby oraz wymiary emocjonalnej reprezentacji choroby (troska, reakcje emocjonalne) a czynniki poznawcze – to wymiary poznawczej reprezentacji choroby (konsekwencje i czas trwania choroby, kontrola osobista, kontrola leczenia, objawy i zrozumienie choroby).

Szczegółowe cele badawcze sformułowano następująco.

1. Określenie zmian w nasileniu zachowań zdrowotnych przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po operacji w porównaniu z okresem przed diagnozą-nowotworu.
2. Określenie związków lęku przed progresją choroby i reprezentacji choroby ze zmianą zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją i pół roku po niej.
3. Określenie predyktorów psychologicznych socjodemograficznych i medycznych dla nasilenia poszczególnych zachowań w okresie przed operacją i pół roku po zabiegu.



Opracowano własny model badania którego główne zmienne były następujące.

Zmienne objaśniające – przyjęto lęk przed progresją i reprezentacją choroby charakteryzowaną przez poznawczą i emocjonalną reprezentację choroby.

Jako zmienne objaśniające uboczne podano:

- zmienne psychologiczne (poczucie własnej skuteczności i wsparcia społecznego)
- zmienne socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, liczba dzieci, miejsce zamieszkania)
- zmienne dotyczące choroby (stopień zaawansowania nowotworu (TNM), leczenie przed operacją, rodzaj zabiegu chirurgicznego, leczenie po operacji, zastosowanie stomii.

Zmienne objaśniane to zachowania zdrowotne takie jak: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, predyktorów antyzdrowotnych oraz predyktorów prozdrowotnych, aktywność fizyczna

Sformułowano 5 problemów i hipotez badawczych.

Problem 1. Czy występuje różnica w nasileniu zachowań zdrowotnych przed diagnozą nowotworu jelita grubego, przed operacją usunięcia nowotworu oraz pół roku po zabiegu wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 1: Istnieje istotny spadek nasilenia zachowań antyzdrowotnych oraz wzrost nasilenia zachowań prozdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia jelita grubego w porównaniu z okresem przed diagnozą, natomiast pół roku po zabiegu nie występują różnice w nasileniu tych zachowań.

Problem 2: Czy istnieje różnica w zmianie zachowań zdrowotnych w zależności od nasilenia lęku przed progresją choroby u pacjentów oczekujących na operację jelita grubego oraz pół roku po zabiegu wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 2: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych przed operacją oraz pół roku po zabiegu, w porównaniu z okresem przed diagnozą pomiędzy osobami, które wykazały wyższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby, osobami ujawniającymi niższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby.

Problem 3: Czy istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie zachowań zdrowotnych w zależności od nasilenia poznawczych i emocjonalnych wymiarów reprezentacji choroby wśród pacjentów oczekujących na operację usunięcia guza jelita grubego oraz pół roku po operacji wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 3: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po zabiegu w porównaniu z okresem przed diagnozą nowotworu pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach reprezentacji choroby, a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych

Problem 4: Czy istnieją predyktory nasilenia zachowań zdrowotnych w postaci zmiennych psychologicznych, medycznych oraz socjodemograficznych przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po zabiegu wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 4: Istnieją predyktory zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po operacji w postaci zmiennych socjodemograficznych, medycznych oraz psychologicznych.

Problem 5: Czy zamienne socjodemograficzne medyczne oraz czas pomiaru oddziałują na nasilenie zachowań zdrowotnych wchodząc ze sobą w interakcje?

Hipoteza 5; Zmienne socjodemograficzne i medyczne oraz czas pomiaru oddziałują na nasilenie zachowań zdrowotnych wchodząc ze sobą w interakcje.

Scharakteryzowano szczegółowo zmienne badane, ich wskaźniki oraz przyjętą dla potrzeb badania interpretację wyników.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze które obszernie opisano:

1. test ogólny oceny poznawczej
2. kwestionariusz lęku przed progresją choroby
3. kwestionariusz percepcji choroby (poznawczej i emocjonalnej)
4. kwestionariusz zachowań zdrowotnych – jelito grube
5. Osłowska skala wsparcia społecznego
6. Skala uogólnionej własnej skuteczności

Dodatkowo: załączono dane z dokumentacji medycznej oraz dane społeczno-demograficzne zawarte w metryczce.

Czas badania mieścił się w granicach 45-60 minut.

Do badania zakwalifikowano osoby spełniające niżej wymienione kryteria:

a) stwierdzenie jednego z nowotworów jelita grubego w: okrężnicy (C18), zagięciu odbytniczo-esiczym (C19), odbytnicy (C20) i kanale odbytu (C21);

b) skierowanie na zabieg usunięcia nowotworu jelita grubego (np. laparoskopowa hemikolektomia prawostronna, przednia resekcja odbytnicy, brzuszno-kroczoowa resekcja odbytnicy, inny zabieg);

c) u pacjenta nie stwierdzono wcześniej innego nowotworu;

d) wiek powyżej 18 lat;

e) podpisanie świadomej zgody na udział w badaniu oraz zezwolenie na skontaktowanie się pół roku po zabiegu;

f) uzyskanie w teście GCOPG, co najmniej pięciu punktów (wykluczenie zaburzenia funkcji poznawczych).

Liczebność grupy ustalono w pierwszym pomiarze na 150 osób, 90 osób przebadano pół roku po operacji (40% spadek liczebności).

Osoby badane podzielono na 3 grupy w zależności od stopnia złożoności zabiegu.

Grupa I Pacjenci po laparoskopowej hemikolektomii prawostronnej (bez radio i chemioterapii)

II pacjenci po przedniej resekcji odbytnicy z radioterapią

III Pacjenci po zabiegu brzuszno –kroczoowej resekcji odbytnicy (stomia i radio lub chemioterapia)

IV – Inne zabiegi.

Badania podłużne przeprowadzono P1 – przed zabiegiem, P2 – pół roku po zabiegu, celem odnotowania zmian w nasileniu zachowań zdrowotnych i wskazania BMI przed operacją w P1 wprowadzono możliwość retrospektywnej oceny tych zmian.

A zatem P1 stanowiło T1 nasilenie zachowań zdrowotnych i BMI przed diagnozą nowotworu i T2 – ocena tych zmiennych miesiąc przed operacją usunięcia guza.

W pierwszym pomiarze uczestniczyło 151 pacjentów (100 mężczyzn, i 51 kobiet).

Drugi pomiar przeprowadzono u 90 (59 mężczyzn i 31 kobiet) większość pochodziła z miasta, były to osoby pozostające w związku małżeńskim, posiadające dzieci, z wykształceniem zawodowym lub średnim).

Około połowa pacjentów miała choroby współistniejące, grupa była reprezentatywna pod względem wieku (powyżej 60 r.ż.).

W ramach realizacji programu badawczego chorym zaplanowanym do zabiegu na Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy przekazano na miesiąc przed

zabiegiem informacje dotyczące wskazań na temat aktywności fizycznej, diety, ograniczeń alkoholu i rezygnacji z palenia papierosów.

Właściwe badane przeprowadzono w okresie 01.06.2018 do 30.04.2019 r.

Badanie indywidualne każdego pacjenta przeprowadzała przeszkolona w tym celu ankieterka z wykształceniem psychologicznym (było ich łącznie 5). Badanie z elementami wsparcia trwało ok 60 minut.

Badanie przedmiotowe, podmiotowe i przypisanie do określonego zabiegu zostało przeprowadzone przez lekarza prowadzącego.

Dane dotyczące stanu zdrowia pacjentów zakwalifikowanych do badania zostały zebrane przez autora pracy.

Ocena funkcji poznawczych, reprezentacji choroby, nasilenie lęku przed progresją choroby, poczucie własnej skuteczności i zachowań zdrowotnych zostało przeprowadzone przez ankieterkę na Oddziale.

Podczas pomiaru drugiego – dane medyczne zostały zebrane przez autora pracy.

Dane od osoby badanej były uzyskane podczas rozmowy telefonicznej lub w trakcie spotkania podczas wizyty kontrolnej u lekarza w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Ocena reprezentacji choroby, lęku przed progresją choroby, poczucie własnej skuteczności i zachowań zdrowotnych była dokonana ponownie przez ankieterkę.

Analizy statystyczne zebranego materiału zostały dopasowane do konkretnego problemu badawczego.

Uzyskane wyniki odniesiono do poszczególnych hipotez badawczych:

Odnośnie hipotezy 1, Istnieje istotny spadek nasilenia zachowań antyzdrowotnych oraz wzrost nasilenia zachowań prozdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia jelita grubego w porównaniu z okresem przed diagnozą, natomiast pół roku po zabiegu nie występują różnice w nasileniu tych zachowań.”

Hipoteza ta potwierdziła się w odniesieniu do palenia papierosów, spożycia alkoholu, spożywania produktów antyzdrowotnych i aktywności fizycznej. Nie została potwierdzona w przypadku spożywania produktów prozdrowotnych.

Hipoteza 2 zakładała, że: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań w okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby a osobami, które wykazują niższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby.

Hipoteza została potwierdzona w zakresie palenia papierosów, spożycia alkoholu, spożywania produktów antyzdrowotnych. Natomiast hipoteza ta nie została potwierdzona w odniesieniu do spożywania produktów prozdrowotnych, aktywności fizycznej.

Hipoteza 3: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych w okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach reprezentacji choroby, a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.) i objawów choroby na zachowania zdrowotne. Poniżej przedstawiono hipotezę badawczą. Została podzielona na dwie części: Hipoteza 3a: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych w okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach reprezentacji choroby (konsekwencje, czas trwania, objawy) a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.

Analiza zależności między dwoma grupami skupień charakteryzujących korzystną i niekorzystną poznawczą reprezentację choroby nie potwierdziła się odnośnie zmian w paleniu papierosów, a w zakresie spożywania produktów antyzdrowotnych wystąpiły różnice: u osób spożywających te produkty pół roku po operacji w porównaniu do okresu przed diagnozą, natomiast hipoteza 3a została potwierdzona w odniesieniu do aktywności fizycznej.

Hipoteza 3b: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach emocjonalnej reprezentacji choroby (troska, reakcja emocjonalna) a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.

Uzyskane wyniki nie potwierdziły tej hipotezy odnośnie palenia papierosów, spożywania alkoholu i spożywania produktów prozdrowotnych. Potwierdziły natomiast odnośnie zmian w spożywaniu produktów anty zdrowotnych. W odniesieniu do aktywności fizycznej nie stwierdzono różnic w porównaniu do czasu przed operacją i przed diagnozą, natomiast różnice wystąpiły pół roku po operacji w porównaniu z okresem przed diagnozą, co potwierdziło Hipotezę 3b.

Hipoteza 3c. Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach poznawczej reprezentacji choroby (kontrola

leczenia, kontrola osobista, zrozumienie) a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.

Potwierdzono hipotezę w odniesieniu do spożywania alkoholu, spożywania produktów prozdrowotnych. Nie potwierdzono jej w zakresie palenia papierosów a różnica występuje odnośnie spożycia produktów antyzdrowotnych i aktywności fizycznej.

Hipoteza 4. Istnieją predyktory zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po operacji w postaci zmiennych socjo-demograficznych, medycznych oraz psychologicznych.

W odniesieniu do palenia papierosów uznano za predyktory wiek, poczucie własnej skuteczności, przyczynę choroby – palenie papierosów i wsparcie społeczne. W zakresie spożycia alkoholu: płeć, wiek, RCh – czas trwania, RCh – troska.

W odniesieniu do częstości spożywania produktów antyzdrowotnych były to: płeć, BMI, lęk przed progresją choroby, wsparcie. W odniesieniu do spożywania produktów prozdrowotnych: płeć, wsparcie, RCh – tożsamość.

W odniesieniu do aktywności fizycznej: wiek, wsparcie, RCh konsekwencje choroby.

Hipoteza 5: Zmienne socjo-demograficzne i medyczne oraz czas pomiaru oddziałują na nasilenie zachowań zdrowotnych wchodząc ze sobą w interakcje.

Analiza interakcji w/w zmiennych: wymieniano:

1. Miejsce zamieszkania i czas pomiarów zaawansowania nowotworu i palenia papierosów
2. Czas pomiaru, stan cywilny na spożywanie produktów antyzdrowotnych
3. Czas pomiaru i miejsce zamieszkania na spożywanie produktów prozdrowotnych
4. Stan cywilny z czasem pomiaru – na spożywanie produktów prozdrowotnych
5. Płeć z czasem pomiaru na aktywność fizyczną
6. Miejsce zamieszkania z czasem pomiaru na aktywność fizyczną.
7. Stan cywilny z czasem pomiaru na aktywność fizyczną

W omówieniu wyników Doktorant słusznie podkreśla rolę zachowań zdrowotnych pacjentów, przebiegu w skutecznej rekonwalescencji, przystosowania do choroby, a nawet efektywności leczenia.

Wyniki badań wykazały, że w okresie przed operacją usunięcia jelita grubego następuje zmiana zachowań zdrowotnych w porównaniu z okresem przed diagnozą. Pół roku później nasilenie zachowań było podobne do tego przed operacją.

Praca składa się z 202 stron maszynopisu, zawiera 65 tabel, 30 rysunków. Piśmiennictwo stanowi 300 pozycji. Do pracy dołączono streszczenie w języku polskim i angielskim oraz 7 załączników.

Opracowanie graficzne staranne.

Praca została zaprojektowana w oparciu o model teoretyczny samorefguulacji przekonań zdrowotnych Levanthala i wsp, którego istotne elementy zostały potwierdzone empirycznie, Kandydat wykazał się także dużą wiedzą teoretyczną ujawnioną szczególnie podczas dyskusji wyników.

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków.

1. Przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego pacjenci ograniczyli nasilenie zachowań antyzdrowotnych. Wykazano brak zmiany w nasileniu zachowań prozdrowotnych oraz antyzdrowotnych pół roku po zabiegu w porównaniu z okresem przed operacją chirurgiczną.
2. Wyższy lęk przed progresją choroby sprzyjał ograniczaniu nasilenia zachowań antyzdrowotnych, natomiast nie oddziaływał na zmianę zachowań prozdrowotnych. Wyjątek stanowiło palenie papierosów, co może się przekładać na to, że reguła nie obowiązuje dla zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
3. Poznawcza reprezentacja choroby miała zarówno znaczenie dla ograniczania zachowań antyzdrowotnych oraz prozdrowotnych, a główną rolę pełniło przekonanie o kontrolowaniu choroby oraz jej zrozumienie. Emocjonalna reprezentacja choroby oddziałuje na zachowania zdrowotne w inny sposób, niż poznawcza reprezentacja choroby. Świadczy to o konieczności rozdzielania tych konstruktów w przyszłych badaniach.
4. Przed operacją chirurgiczną dla nasilenia zachowań zdrowotnych istotne były czynniki psychologiczne oraz socjo-demograficzne. Pół roku po zabiegu chirurgicznym, dominujące były czynniki medyczne (leczenie adjuwantowe, zastosowanie stomii) lub doświadczane objawy choroby.
5. Potwierdzono pozytywną rolę poczucia własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Zaskakujące było to, że w przypadku aktywności fizycznej, pół roku po operacji chirurgicznej wsparcie społeczne nie sprzyjało nasileniu tego zachowania. Wskazane jest, by w badaniach określać cel wsparcia

społecznego, jakiego ma ono dotyczyć (np. wsparcie społeczne dla podjęcia aktywności fizycznej).

6. Wyniki badań ukazały oddziaływanie interakcji czasu pomiaru ze zmiennymi socjo-demograficznymi oraz medycznymi na nasilenie zachowań zdrowotnych. Znaczenie dla przebiegu zachowań zdrowotnych w czasie miały płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz ocena zaawansowania nowotworu.

Dyskusję wyników przeprowadzono bardzo wnikliwie i z odwołaniem się do wielu podobnych badań przeprowadzonych na świecie.

Doktorant potwierdził ogólną zasadę, że osoby po nowotworze ujawniły większą skłonność do ograniczenia zachowań antyzdrowotnych niż do nasilenia zachowań prozdrowotnych. Fakt ten wytycza na przyszłość kierunek odpowiednich oddziaływań psychoedukacyjnych. Wyniki badań ujawniły też ciekawą zależność pomiędzy lękiem przed progresją choroby a paleniem papierosów. Autor stwierdził, że osoby z wysokim lękiem nie ograniczały palenia ponieważ były uzależnione. Myślę, że jest to zbyt daleko idący wniosek. Osoby palące traktują często papieros jako środek uspokajający – co nie musi dowodzić ich uzależnienia. Bardzo ważne z praktycznego punktu widzenia było stwierdzenie negatywnego wpływu wsparcia na aktywność fizyczną osób pół roku po zabiegu i sformułowany na tej podstawie postulat aby w procesie psychoedukacji ukierunkować wsparcie na konkretne zachowanie zdrowotne.

Ważną informacją o dużym znaczeniu na przyszłość jest także stwierdzenie, że czynniki psychologiczne, społeczno-demograficzne mają znaczenie dla zachowań zdrowotnych przed operacją natomiast pół roku po zabiegu ważniejsze stają się czynniki medyczne (leczenie adjuwantowe i stomia)

W oparciu o w/w wyniki zasadnym staje się postulat Doktoranta opracowania programów edukacji w zakresie zachowań zdrowotnych dla personelu medycznego, pacjentów a także monitorowanie ich zachowań zdrowotnych po przebytych leczeniu.

Z obowiązku recenzenta muszę zwrócić uwagę na drobne niedociągnięcia.

Układ pracy w części metodologia badań jest mało przejrzysty. Dotyczy to szczególnie celu badań który jest „przegadany”. Zawarto w nim informacje dotyczące np. danych

epidemiologicznych, kompleksowej opieki itp. Wszystko to powinno się znaleźć w części wstępnej, uzasadniającej motywy podjęcia tematu.

W części „organizacja i przebieg badania Pkt 2 zapisano: zebranie danych od osoby badanej następowało podczas rozmowy telefonicznej lub w trakcie spotkania i podczas wizyty kontrolnej (str 113).

Wcześniej na stronie 112, zapisano że pacjenci wypełniali kwestionariusze podczas wizyty kontrolnej.

Rozbieżność ta wymaga wyjaśnienia.

W sformułowaniu Hipotezy 3a należy dodać ...W wymiarach poznawczej reprezentacji choroby” (str 134).

Na stronie 165: „wyselekcjonowano następujące zmienne” ... istotne dla wyjaśnienia częstości spożywanym produktów antyzdrowotnych, zamiast aktywności fizycznej.

Na stronie 171 ...interakcje czasu pomiaru ze stanem cywilnym na spożywanie prozdrowotnych zamiast antyzdrowotnych.

Strona 174 ...interakcje między czasem pomiaru i płcią dla spożywania produktów prozdrowotnych zamiast aktywności fizycznej

Powyższe uwagi w niczym nie umniejszają wartości pracy którą oceniam bardzo pozytywnie i dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy o dopuszczenie mgr Jarosława Ocalewskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Proponuję wyróżnienie pracy ze względu na jej dobre umocowanie w modelu teoretycznym a także znaczenie praktyczne zwłaszcza w zakresie promowania zachowań zdrowotnych u chorych z rakiem jelita grubego.

prof. dr hab. med. Krystyna de Wiatko-Galusko
specjalista psychiatra
specjalista medycyny psychiatrycznej
2023.11

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Jarosława Ocalewskiego

Pt: „Rola czynników poznawczych i emocjonalnych w zmianie zachowań zdrowotnych w chorobie nowotworowej jelita grubego.”

W rozwoju psychoonkologii jako dziedziny towarzyszącej onkologii od wielu lat – możemy bardzo wyraźnie prześledzić poszczególne etapy jej rozwoju – zależne w dużym stopniu od rozwoju i sukcesów samej onkologii.

Początkowo towarzyszyliśmy chorym w ich walce o życie starając się obniżyć lęk, lub depresję i pomóc im w odzyskaniu psychicznej równowagi.

W miarę sukcesów terapeutycznych i możliwości wyleczenia lub znacznego wydłużenia życia, skoncentrowaliśmy się na poprawie jakości życia chorych, wprowadzając elementy psychologii pozytywnej zwiększającej ich psychiczne zasoby. Kolejnym krokiem w kierunku zwiększenia efektywności stosowanego leczenia w perspektywie długoczasowej stała się troska o poprawę zachowań zdrowotnych chorych nie tylko w okresie leczenia lecz – zwłaszcza po leczeniu.

Przedstawiona do oceny praca mgr Jarosława Ocalewskiego wpisuje się w ten nurt zagadnień i muszę dodać, że wpisuje się bardzo pozytywnie.

Celem pracy było określenie związku między czynnikami emocjonalnymi i poznawczymi a zmianę zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po zabiegu.

Jako czynniki emocjonalne wybrano lęk przed progresją choroby oraz wymiary emocjonalnej reprezentacji choroby (troska, reakcje emocjonalne) a czynniki poznawcze – to wymiary poznawczej reprezentacji choroby (konsekwencje i czas trwania choroby, kontrola osobista, kontrola leczenia, objawy i zrozumienie choroby).

Szczegółowe cele badawcze sformułowano następująco.

1. Określenie zmian w nasileniu zachowań zdrowotnych przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po operacji w porównaniu z okresem przed diagnozą-nowotworu.
2. Określenie związków lęku przed progresją choroby i reprezentacji choroby ze zmianą zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją i pół roku po niej.
3. Określenie predyktorów psychologicznych socjodemograficznych i medycznych dla nasilenia poszczególnych zachowań w okresie przed operacją i pół roku po zabiegu.

Opracowano własny model badania którego główne zmienne były następujące.

Zmienne objaśniające – przyjęto lęk przed progresją i reprezentacją choroby charakteryzowaną przez poznawczą i emocjonalną reprezentację choroby.

Jako zmienne objaśniające uboczne podano:

- zmienne psychologiczne (poczucie własnej skuteczności i wsparcia społecznego)
- zmienne socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, liczba dzieci, miejsce zamieszkania)
- zmienne dotyczące choroby (stopień zaawansowania nowotworu (TNM), leczenie przed operacją, rodzaj zabiegu chirurgicznego, leczenie po operacji, zastosowanie stomii.

Zmienne objaśniane to zachowania zdrowotne takie jak: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, predyktorów antyzdrowotnych oraz predyktorów prozdrowotnych, aktywność fizyczna

Sformułowano 5 problemów i hipotez badawczych.

Problem 1. Czy występuje różnica w nasileniu zachowań zdrowotnych przed diagnozą nowotworu jelita grubego, przed operacją usunięcia nowotworu oraz pół roku po zabiegu wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 1: Istnieje istotny spadek nasilenia zachowań antyzdrowotnych oraz wzrost nasilenia zachowań prozdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia jelita grubego w porównaniu z okresem przed diagnozą, natomiast pół roku po zabiegu nie występują różnice w nasileniu tych zachowań.

Problem 2: Czy istnieje różnica w zmianie zachowań zdrowotnych w zależności od nasilenia lęku przed progresją choroby u pacjentów oczekujących na operację jelita grubego oraz pół roku po zabiegu wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 2: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych przed operacją oraz pół roku po zabiegu, w porównaniu z okresem przed diagnozą pomiędzy osobami, które wykazały wyższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby, osobami ujawniającymi niższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby.

Problem 3: Czy istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie zachowań zdrowotnych w zależności od nasilenia poznawczych i emocjonalnych wymiarów reprezentacji choroby wśród pacjentów oczekujących na operację usunięcia guza jelita grubego oraz pół roku po operacji wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 3: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po zabiegu w porównaniu z okresem przed diagnozą nowotworu pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach reprezentacji choroby, a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych

Problem 4: Czy istnieją predyktory nasilenia zachowań zdrowotnych w postaci zmiennych psychologicznych, medycznych oraz socjodemograficznych przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po zabiegu wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego?

Hipoteza 4: Istnieją predyktory zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po operacji w postaci zmiennych socjodemograficznych, medycznych oraz psychologicznych.

Problem 5: Czy zamienne socjodemograficzne medyczne oraz czas pomiaru oddziałują na nasilenie zachowań zdrowotnych wchodząc ze sobą w interakcje?

Hipoteza 5; Zmienne socjodemograficzne i medyczne oraz czas pomiaru oddziałują na nasilenie zachowań zdrowotnych wchodząc ze sobą w interakcje.

Scharakteryzowano szczegółowo zmienne badane, ich wskaźniki oraz przyjętą dla potrzeb badania interpretację wyników.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze które obszernie opisano:

1. test ogólny oceny poznawczej
2. kwestionariusz lęku przed progresją choroby
3. kwestionariusz percepcji choroby (poznawczej i emocjonalnej)
4. kwestionariusz zachowań zdrowotnych – jelito grube
5. Osłowska skala wsparcia społecznego
6. Skala uogólnionej własnej skuteczności

Dodatkowo: załączono dane z dokumentacji medycznej oraz dane społeczno-demograficzne zawarte w metryczce.

Czas badania mieści się w granicach 45-60 minut.

Do badania zakwalifikowano osoby spełniające niżej wymienione kryteria:

a) stwierdzenie jednego z nowotworów jelita grubego w: okrężnicy (C18), zagięciu odbytniczo-esiczym (C19), odbytnicy (C20) i kanale odbytu (C21);

- b) skierowanie na zabieg usunięcia nowotworu jelita grubego (np. laparoskopowa hemikolektomia prawostronna, przednia resekcja odbytnicy, brzuszno-kroczoowa resekcja odbytnicy, inny zabieg);
- c) u pacjenta nie stwierdzono wcześniej innego nowotworu;
- d) wiek powyżej 18 lat;
- e) podpisanie świadomej zgody na udział w badaniu oraz zezwolenie na skontaktowanie się pół roku po zabiegu;
- f) uzyskanie w teście GCOPG, co najmniej pięciu punktów (wykluczenie zaburzenia funkcji poznawczych).

Liczebność grupy ustalono w pierwszym pomiarze na 150 osób, 90 osób przebadano pół roku po operacji (40% spadek liczebności).

Osoby badane podzielono na 3 grupy w zależności od stopnia złożoności zabiegu.

Grupa I Pacjenci po laparoskopowej hemikolektomii prawostronnej (bez radio i chemioterapii)

II pacjenci po przedniej resekcji odbytnicy z radioterapią

III Pacjenci po zabiegu brzuszno –kroczoowej resekcji odbytnicy (stomia i radio lub chemioterapia)

IV – Inne zabiegi.

Badania podłużne przeprowadzono P1 – przed zabiegiem, P2 – pół roku po zabiegu, celem odnotowania zmian w nasileniu zachowań zdrowotnych i wskazania BMI przed operacją w P1 wprowadzono możliwość retrospektywnej oceny tych zmian.

A zatem P1 stanowiło T1 nasilenie zachowań zdrowotnych i BMI przed diagnozą nowotworu i T2 – ocena tych zmiennych miesiąc przed operacją usunięcia guza.

W pierwszym pomiarze uczestniczyło 151 pacjentów (100 mężczyzn, i 51 kobiet).

Drugi pomiar przeprowadzono u 90 (59 mężczyzn i 31 kobiet) większość pochodziła z miasta, były to osoby pozostające w związku małżeńskim, posiadające dzieci, z wykształceniem zawodowym lub średnim).

Około połowa pacjentów miała choroby współistniejące, grupa była reprezentatywna pod względem wieku (powyżej 60 r.ż.).

W ramach realizacji programu badawczego chorym zaplanowanym do zabiegu na Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy przekazano na miesiąc przed

zabiegiem informacje dotyczące wskazań na temat aktywności fizycznej, diety, ograniczeń alkoholu i rezygnacji z palenia papierosów.

Właściwe badane przeprowadzono w okresie 01.06.2018 do 30.04.2019 r.

Badanie indywidualne każdego pacjenta przeprowadzała przeszkolona w tym celu ankieterka z wykształceniem psychologicznym (było ich łącznie 5). Badanie z elementami wsparcia trwało ok 60 minut.

Badanie przedmiotowe, podmiotowe i przypisanie do określonego zabiegu zostało przeprowadzone przez lekarza prowadzącego.

Dane dotyczące stanu zdrowia pacjentów zakwalifikowanych do badania zostały zebrane przez autora pracy.

Ocena funkcji poznawczych, reprezentacji choroby, nasilenie lęku przed progresją choroby, poczucie własnej skuteczności i zachowań zdrowotnych zostało przeprowadzone przez ankieterkę na Oddziale.

Podczas pomiaru drugiego – dane medyczne zostały zebrane przez autora pracy.

Dane od osoby badanej były uzyskane podczas rozmowy telefonicznej lub w trakcie spotkania podczas wizyty kontrolnej u lekarza w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Ocena reprezentacji choroby, lęku przed progresją choroby, poczucie własnej skuteczności i zachowań zdrowotnych była dokonana ponownie przez ankieterkę.

Analizy statystyczne zebranego materiału zostały dopasowane do konkretnego problemu badawczego.

Uzyskane wyniki odniesiono do poszczególnych hipotez badawczych:

Odnośnie hipotezy 1, Istnieje istotny spadek nasilenia zachowań antyzdrowotnych oraz wzrost nasilenia zachowań prozdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia jelita grubego w porównaniu z okresem przed diagnozą, natomiast pół roku po zabiegu nie występują różnice w nasileniu tych zachowań.”

Hipoteza ta potwierdziła się w odniesieniu do palenia papierosów, spożycia alkoholu, spożywania produktów antyzdrowotnych i aktywności fizycznej. Nie została potwierdzona w przypadku spożywania produktów prozdrowotnych.

Hipoteza 2 zakładała, że: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań w okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby a osobami, które wykazują niższe niż przeciętne nasilenie lęku przed progresją choroby.

Hipoteza została potwierdzona w zakresie palenia papierosów, spożycia alkoholu, spożywania produktów antyzdrowotnych. Natomiast hipoteza ta nie została potwierdzona w odniesieniu do spożywania produktów prozdrowotnych, aktywności fizycznej.

Hipoteza 3: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych w okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach reprezentacji choroby, a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.) i objawów choroby na zachowania zdrowotne. Poniżej przedstawiono hipotezę badawczą. Została podzielona na dwie części: Hipoteza 3a: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych w okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach reprezentacji choroby (konsekwencje, czas trwania, objawy) a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.

Analiza zależności między dwoma grupami skupień charakteryzujących korzystną i niekorzystną poznawczą reprezentację choroby nie potwierdziła się odnośnie zmian w paleniu papierosów, a w zakresie spożywania produktów antyzdrowotnych wystąpiły różnice: u osób spożywających te produkty pół roku po operacji w porównaniu do okresu przed diagnozą, natomiast hipoteza 3a została potwierdzona w odniesieniu do aktywności fizycznej.

Hipoteza 3b: Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach emocjonalnej reprezentacji choroby (troska, reakcja emocjonalna) a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.

Uzyskane wyniki nie potwierdziły tej hipotezy odnośnie palenia papierosów, spożywania alkoholu i spożywania produktów prozdrowotnych. Potwierdziły natomiast odnośnie zmian w spożywaniu produktów antyzdrowotnych. W odniesieniu do aktywności fizycznej nie stwierdzono różnic w porównaniu do czasu przed operacją i przed diagnozą, natomiast różnice wystąpiły pół roku po operacji w porównaniu z okresem przed diagnozą, co potwierdziło Hipotezę 3b.

Hipoteza 3c. Istnieje istotna statystycznie różnica w zmianie nasilenia zachowań zdrowotnych okresach T1 oraz T2 w porównaniu z okresem Tr pomiędzy osobami, które wykazują wyższe nasilenie w wymiarach poznawczej reprezentacji choroby (kontrola

leczenia, kontrola osobista, zrozumienie) a osobami, które wykazują niższe nasilenie w tych wymiarach.

Potwierdzono hipotezę w odniesieniu do spożywania alkoholu, spożywania produktów prozdrowotnych. Nie potwierdzono jej w zakresie palenia papierosów a różnica występuje odnośnie spożycia produktów antyzdrowotnych i aktywności fizycznej.

Hipoteza 4. Istnieją predyktory zachowań zdrowotnych w okresie przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego oraz pół roku po operacji w postaci zmiennych socjo-demograficznych, medycznych oraz psychologicznych.

W odniesieniu do palenia papierosów uznano za predyktory wiek, poczucie własnej skuteczności, przyczynę choroby – palenie papierosów i wsparcie społeczne. W zakresie spożycia alkoholu: płeć, wiek, RCh – czas trwania, RCh – troska.

W odniesieniu do częstości spożywania produktów antyzdrowotnych były to: płeć, BMI, lęk przed progresją choroby, wsparcie. W odniesieniu do spożywania produktów prozdrowotnych: płeć, wsparcie, RCh – tożsamość.

W odniesieniu do aktywności fizycznej: wiek, wsparcie, RCh konsekwencje choroby.

Hipoteza 5: Zmienne socjo-demograficzne i medyczne oraz czas pomiaru oddziałują na nasilenie zachowań zdrowotnych wchodząc ze sobą w interakcje.

Analiza interakcji w/w zmiennych: wymieniano:

1. Miejsce zamieszkania i czas pomiarów zaawansowania nowotworu i palenia papierosów
2. Czas pomiaru, stan cywilny na spożywanie produktów antyzdrowotnych
3. Czas pomiaru i miejsce zamieszkania na spożywanie produktów prozdrowotnych
4. Stan cywilny z czasem pomiaru – na spożywanie produktów prozdrowotnych
5. Płeć z czasem pomiaru na aktywność fizyczną
6. Miejsce zamieszkania z czasem pomiaru na aktywność fizyczną.
7. Stan cywilny z czasem pomiaru na aktywność fizyczną

W omówieniu wyników Doktorant słusznie podkreśla rolę zachowań zdrowotnych pacjentów, przebiegu w skutecznej rekonwalescencji, przystosowania do choroby, a nawet efektywności leczenia.

Wyniki badań wykazały, że w okresie przed operacją usunięcia jelita grubego następuje zmiana zachowań zdrowotnych w porównaniu z okresem przed diagnozą. Pół roku później nasilenie zachowań było podobne do tego przed operacją.

Praca składa się z 202 stron maszynopisu, zawiera 65 tabel, 30 rysunków. Piśmiennictwo stanowi 300 pozycji. Do pracy dołączono streszczenie w języku polskim i angielskim oraz 7 załączników.

Opracowanie graficzne staranne.

Praca została zaprojektowana w oparciu o model teoretyczny samoreguulacji przekonań zdrowotnych Levanthala i wsp, którego istotne elementy zostały potwierdzone empirycznie, Kandydat wykazał się także dużą wiedzą teoretyczną ujawnioną szczególnie podczas dyskusji wyników.

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków.

1. Przed operacją usunięcia nowotworu jelita grubego pacjenci ograniczyli nasilenie zachowań antyzdrowotnych. Wykazano brak zmiany w nasileniu zachowań prozdrowotnych oraz antyzdrowotnych pół roku po zabiegu w porównaniu z okresem przed operacją chirurgiczną.
2. Wyższy lęk przed progresją choroby sprzyjał ograniczaniu nasilenia zachowań antyzdrowotnych, natomiast nie oddziaływał na zmianę zachowań prozdrowotnych. Wyjątek stanowiło palenie papierosów, co może się przekładać na to, że reguła nie obowiązuje dla zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
3. Poznawcza reprezentacja choroby miała zarówno znaczenie dla ograniczania zachowań antyzdrowotnych oraz prozdrowotnych, a główną rolę pełniło przekonanie o kontrolowaniu choroby oraz jej zrozumienie. Emocjonalna reprezentacja choroby oddziałuje na zachowania zdrowotne w inny sposób, niż poznawcza reprezentacja choroby. Świadczy to o konieczności rozdzielenia tych konstruktów w przyszłych badaniach.
4. Przed operacją chirurgiczną dla nasilenia zachowań zdrowotnych istotne były czynniki psychologiczne oraz socjo-demograficzne. Pół roku po zabiegu chirurgicznym, dominujące były czynniki medyczne (leczenie adjuwantowe, zastosowanie stomii) lub doświadczane objawy choroby.
5. Potwierdzono pozytywną rolę poczucia własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Zaskakujące było to, że w przypadku aktywności fizycznej, pół roku po operacji chirurgicznej wsparcie społeczne nie sprzyjało nasileniu tego zachowania. Wskazane jest, by w badaniach określać cel wsparcia

społecznego, jakiego ma ono dotyczyć (np. wsparcie społeczne dla podjęcia aktywności fizycznej).

6. Wyniki badań ukazały oddziaływanie interakcji czasu pomiaru ze zmiennymi socjo-demograficznymi oraz medycznymi na nasilenie zachowań zdrowotnych. Znaczenie dla przebiegu zachowań zdrowotnych w czasie miały płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz ocena zaawansowania nowotworu.

Dyskusję wyników przeprowadzono bardzo wnikliwie i z odwołaniem się do wielu podobnych badań przeprowadzonych na świecie.

Doktorant potwierdził ogólną zasadę, że osoby po nowotworze ujawniły większą skłonność do ograniczenia zachowań antyzdrowotnych niż do nasilenia zachowań prozdrowotnych. Fakt ten wytycza na przyszłość kierunek odpowiednich oddziaływań psychoedukacyjnych. Wyniki badań ujawniły też ciekawą zależność pomiędzy lękiem przed progresją choroby a paleniem papierosów. Autor stwierdził, że osoby z wysokim lękiem nie ograniczały palenia ponieważ były uzależnione. Myślę, że jest to zbyt daleko idący wniosek. Osoby palące traktują często papieros jako środek uspokajający – co nie musi dowodzić ich uzależnienia. Bardzo ważne z praktycznego punktu widzenia było stwierdzenie negatywnego wpływu wsparcia na aktywność fizyczną osób pół roku po zabiegu i sformułowany na tej podstawie postulat aby w procesie psychoedukacji ukierunkować wsparcie na konkretne zachowanie zdrowotne.

Ważną informacją o dużym znaczeniu na przyszłość jest także stwierdzenie, że czynniki psychologiczne, społeczno-demograficzne mają znaczenie dla zachowań zdrowotnych przed operacją natomiast pół roku po zabiegu ważniejsze stają się czynniki medyczne (leczenie adjuwantowe i stomia)

W oparciu o w/w wyniki zasadnym staje się postulat Doktoranta opracowania programów edukacji w zakresie zachowań zdrowotnych dla personelu medycznego, pacjentów a także monitorowanie ich zachowań zdrowotnych po przebytych leczeniu.

Z obowiązku recenzenta muszę zwrócić uwagę na drobne niedociągnięcia.

Układ pracy w części metodologia badań jest mało przejrzysty. Dotyczy to szczególnie celu badań który jest „przegadany”. Zawarto w nim informacje dotyczące np. danych

epidemiologicznych, kompleksowej opieki itp. Wszystko to powinno się znaleźć w części wstępnej, uzasadniającej motywy podjęcia tematu.

W części „organizacja i przebieg badania Pkt 2 zapisano: zebranie danych od osoby badanej następowało podczas rozmowy telefonicznej lub w trakcie spotkania i podczas wizyty kontrolnej (str 113).

Wcześniej na stronie 112, zapisano że pacjenci wypełniali kwestionariusze podczas wizyty kontrolnej.

Rozbieżność ta wymaga wyjaśnienia.

W sformułowaniu Hipotezy 3a należy dodać ...W wymiarach poznawczej reprezentacji choroby” (str 134).

Na stronie 165: „wyselekcjonowano następujące zmienne” ... istotne dla wyjaśnienia częstości spożywanym produktów antyzdrowotnych, zamiast aktywności fizycznej.

Na stronie 171 ...interakcje czasu pomiaru ze stanem cywilnym na spożywanie prozdrowotnych zamiast antyzdrowotnych.

Strona 174 ...interakcje między czasem pomiaru i pcią dla spożywania produktów prozdrowotnych zamiast aktywności fizycznej

Powyzsze uwagi w niczym nie umniejszaja wartosci pracy ktora oceniam bardzo pozytywnie i dlatego wnosze do Wysokiej Rady Wydzialu Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy o dopuszczenie mgr Jaroslawa Ocalewskiego do dalszych etapow przewodu doktorskiego.

Proponuje wyrozniczenie pracy ze wzgledu na jej dobre umocowanie w modelu teoretycznym a takze znaczenie praktyczne zwlaszcza w zakresie promowania zachowan zdrowotnych u chorych z rakiem jelita grubego.

prof. dr hab. med. Krystyna de Walden-Gatuszko
specjalista psychiatra
specjalista medycyny paliatywnej

