

dr Jolanta Życińska
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Wydział Zamiejscowy w Katowicach
ul. Techników 9, 40-326 Katowice
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1761-7328>
Researcher ID: D-1998-2019

AUTOREFERAT

1. Imię i nazwisko: Jolanta Życińska

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej:

- 1999 – Doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, tytuł pracy: *Wpływ modyfikacji wybranej formy zachowania szkodliwego dla zdrowia na całokształt zachowań zdrowotnych (na przykładzie palenia tytoniu)*.
Promotor: prof. dr hab. Irena Heszen
Recenzenci: prof. dr hab. Helena Sęk
prof. dr hab. Jan Stanik
Rozprawa doktorska została wyróżniona przez Radę Wydziału Psychologii i Pedagogiki Uniwersytetu Śląskiego oraz skierowana do druku.
- 1991 – Magister psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, tytuł pracy: *Twórcze kształtowanie samego siebie poprzez doświadczenie nieuleczalnej choroby (na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane)*.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych:

- 2010-dzisiaj adiunkt, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, (przed 1.06.2015 r. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej), Wydział Zamiejscowy w Katowicach, w tym okresie w latach 2014-2016 pełniłam funkcję pełnomocnika dziekana ds. nauki
- 2003-2010 adiunkt w Katedrze Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Klinicznej, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, w tym okresie w latach 2006-2010 pełniłam funkcję zastępcy dyrektora Instytutu Psychologii Klinicznej
- 1999-2003 adiunkt w Katedrze Psychologii Zdrowia i Rozwoju Człowieka, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach
- 1996-1999 asystent w Katedrze Psychologii Zdrowia i Rozwoju Człowieka, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach
- 1994-1996 asystent w Zakładzie Promocji Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

1992-1994 asystent w Katedrze Badań Placówek Oświatowych, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach.

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.):

a) tytuł osiągnięcia naukowego:

Motywacja do zmiany zachowań ryzykownych w chorobie

b) (autor, tytuł publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy)

Życińska, J. (2017). *Motywacja do zmiany zachowań ryzykownych w chorobie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 978-83-01-18291-5.

Recenzenci wydawniczy: prof. dr hab. Mariola Bidzan i prof. dr hab. Aleksandra Łuszczyńska

c) omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Projekt badawczy, na podstawie którego przygotowana została monografia wskazana jako osiągnięcie naukowe, został dofinansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr N N106 1077 36.

4.1. Cele pracy i uzasadnienie ich realizacji

Zgodnie z kolejną edycją *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* (2014) opublikowaną przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organisation, WHO*), choroby niezakaźne, np. choroby układu sercowo-naczyniowego czy cukrzyca, są odpowiedzialne za blisko 70% zgonów, w tym także te przedwczesne – między 30 a 70 rokiem życia. WHO sformułowała cele prowadzące do ograniczenia populacyjnych czynników ryzyka w 2025 roku, które wpływają na rozwój oraz przebieg wymienionych chorób. Wśród nich znalazły się zachowania ryzykowne, które w tym kontekście zdefiniowałam jako działania odpowiedzialne za wzrost zachorowalności oraz przedwczesną śmiertelność, identyfikowane na podstawie obiektywnych danych empirycznych (najczęściej epidemiologicznych). Zaliczamy do nich nieprawidłową dietę (w tym ryzykowne picie alkoholu), siedzący tryb życia oraz palenie papierosów.

Zachowania te uwarunkowane są czynnikami psychospołecznymi, np. płcią, wiekiem, wykształceniem, dochodami czy depresją. Ocena wskaźników metabolicznych (np. wagi, stężenia glukozy czy cholesterolu we krwi) pozwala na kontrolę tych zachowań oraz diagnozowanie chorób niezakaźnych.

Ze względu na to, że Polska znalazła się w grupie krajów o wysokim dochodzie brutto przypadającym na jednego mieszkańca, a wobec tego o większej śmiertelności z powodu chorób niezakaźnych, badania oraz oddziaływanie w tym obszarze znajdują się obecnie w centrum zainteresowania środowisk odpowiedzialnych za zdrowie. Oprócz bowiem niepokojących danych epidemiologicznych, wyniki badań wskazują na obecność przynajmniej jednego, a zwykle kilku zachowań ryzykownych u 90% pacjentów z różnymi chorobami sercowo-naczyniowymi (Marti i in., 2013), spośród których nawet 50% rezygnuje z rehabilitacji kardiologicznej po jej

rozpoczęciu (Turk-Adawi, Oldridge, Tarima, Stason i Shepard, 2013). Podobnie wśród chorych na cukrzycę typu 2, około 45% pacjentów nie wypełnia zaleceń dotyczących zmiany diety, a 38% pali papierosy pomimo wyraźnego zakazu lekarza (Saleh, Mamu, Ara, Hafez i Ali, 2014).

Ponieważ wystąpienie choroby nie jest wystarczającym powodem zmiany zachowań ryzykownych, wyjaśnienia tego procesu poszukuje się na gruncie teorii i praktyki psychologicznej. Wskazana jako moje osiągnięcie naukowe monografia wypełnia lukę w tym obszarze, gdyż jako pierwsza w polskiej literaturze stanowi wnikliwą syntezę głównych nurtów teoretycznych zajmujących się motywacją do zmiany zachowań zdrowotnych oraz przegląd odwołujących się do nich badań empirycznych prowadzonych w ostatnich trzech dekadach.

O istocie badań wykorzystujących teorię psychologiczną za podstawę oddziaływań praktycznych świadczy powołanie w 1999 roku Konsorcjum Zmiany Zachowań Zdrowotnych (*Health Behavior Change Consortium, BCC*) z inicjatywy Narodowych Instytutów Zdrowia (*National Institutes of Health*) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*American Heart Association*). Celem BCC było przygotowanie infrastruktury umożliwiającej współpracę instytucjonalną w celu oceny skuteczności i efektywności takich oddziaływań. Analiza badań weryfikujących kilkanaście teorii psychologicznych jest pesymistyczna. Nie jest możliwe wskazanie jednego modelu teoretycznego, który najlepiej przewiduje zmianę przynajmniej jednego z zachowań ryzykownych. W konkluzji stwierdzono, że z punktu widzenia rozwoju wiedzy, konieczne jest porównywanie i różnicowanie podejść teoretycznych do zmiany zachowań zdrowotnych w celu ich integracji, a dodatkowo – tworzenie bardziej analitycznych metod oceny działań projektowanych na ich podstawie (Hagger i Chatzisarantis, 2008; Noar i Zimmerman, 2005; Ory, Jordan, Bazzarre, 2002). Pomimo wspomnianych postulatów i oczywistych korzyści w postaci agregacji wiedzy w tym obszarze, zaledwie w 0,4% badań uwzględnione zostały konstrukty przynajmniej z dwóch porównywanych ze sobą teorii (Noar i Zimmerman, 2005). Zaskakująco niski jest także odsetek badań wykorzystujących rzetelne narzędzia pomiaru spójne z podejściem teoretycznym – to zaledwie 5,8% (Prestwich i in., 2014). W odniesieniu do przedstawionych danych, praca wskazana jako osiągnięcie naukowe wydaje się wyróżniać, gdyż konsekwentnie realizuje wspomniane wcześniej wymagania: wyznacza sposoby rozwiązania trudności wynikające z integracji teorii psychologicznych oraz ich operacjonalizacji.

W związku z przedstawionymi wyzwaniem, w monografii habilitacyjnej zrealizowane zostały następujące cele:

- (1) Skonstruowanie według reguł sztuki modelu zintegrowanego opisującego zmianę zachowań ryzykownych, opartego na podejściach teoretycznych odwołujących się do procesów motywacyjnych, ale wywodzących się z różnych orientacji psychologicznych (patrz p. 4.2.1);
- (2) Przedstawienie nowatorskich rozwiązań metodologicznych w projektowaniu i realizacji badań naukowych w odniesieniu do zmiany zachowań ryzykownych poprzez wprowadzenie kontekstu choroby przewlekłej (tutaj ostry zespół wieńcowy [*acute coronary syndrom, ACS*] oraz cukrzyca typu 2), z uwzględnieniem standardów etycznego postępowania w psychologii i medycynie (patrz p. 4.2.2);
- (3) Określenie roli zmiennych psychospołecznych nie tyle w podejmowaniu zachowań ryzykownych, co obszernie relacjonowane jest w literaturze, ile w procesie ich zmiany wśród pacjentów chorych przewlekłe (patrz p. 4.2.3).

4.2. Osiągnięte wyniki

Opis osiągniętych wyników został podporządkowany sformułowanym celom pracy:

4.2.1. W poszukiwaniu teorii zmiany zachowań zdrowotnych

Ważnym osiągnięciem w omawianej pracy było skonstruowanie według reguł sztuki modelu opisującego zmianę zachowań ryzykownych, opartego na integracji podejść wywodzących się z odmiennych orientacji psychologicznych:

- psychologii poznawczej: teoria społeczno-poznawcza Alberta Bandury (*Social Cognitive Theory*, SCT, 1997) i jej rozwinięcie – procesualny model działań zdrowotnych Ralfa Schwarzera (*Health Action Process Approach*, HAPA; 2008); oraz
- psychologii humanistycznej: teoria autodeterminacji Edwarda L. Deci'ego i Richarda M. Ryana (*Self-Determination Theory*, SDT; 1985, 1991, 2000; 2008; Ryan i Deci, 2000), w tym po raz pierwszy w polskiej literaturze - model zachowań zdrowotnych (Ryan, Patrick, Deci i Williams, 2008).

Wyboru tych podejść dokonałam nie tylko ze względu na bogatą dokumentację empiryczną o uniwersalnym charakterze, ale także ze względu na ich udowodnioną efektywność w działaniach praktycznych (por. Lau-Walker, 2006; *ABIM Foundation*, 2002).

4.2.1.1. Założenia modelu zintegrowanego

W celu stworzenia własnej propozycji teoretycznej dokonałam nie tylko prezentacji wskazanych podejść teoretycznych uznanych po raz pierwszy za równorzędne, ale także systematyzacji (wraz z uporządkowaniem stosowanych pojęć w polskojęzycznej literaturze) i syntezy wiedzy teoretycznej oraz przeglądu badań empirycznych opublikowanych w ostatnich trzech dekadach. Warto jednocześnie podkreślić, że prezentację obu podejść uzupełniłam o kwestie problematyczne rzadko uwzględniane w opracowaniach, należą do nich:

- hierarchiczne ujęcie prezentowanych konstruktów teoretycznych (in. poziomy generalizacji motywacji) oraz związane z nimi efekty *top-down* i *bottom-up*;
- związek procesów zmiany zachowania zdrowotnego (motywacyjnego i wolicjonalnego) z fazami zmiany tego zachowania;
- konsekwencje (nie)uwzględniania źródeł i efektów procesów regulacyjnych w pomiarze motywacji;
- rola moderatorów w procesie zmiany zachowania zdrowotnego; wreszcie
- ograniczenia dotychczasowych badań prowadzonych w obu podejściach (np. badania tylko populacji osób zdrowych).

Model zintegrowany stworzyłam w oparciu o podejście propagujące łączenie konstruktów pochodzących z różnych teorii w celu lepszego zrozumienia mechanizmów zmiany zachowań zdrowotnych (Hagger i Chatzisarantis, 2008; Noar i Zimmerman, 2005). Nie chodzi tutaj o wskazywanie słabych stron jednej teorii względem innych czy stworzenie modelu zunifikowanego, ale odkrycie zależności pomiędzy zmiennymi uznanymi za determinanty zachowań zdrowotnych.

Integracja teorii zachowań zdrowotnych wymaga spełnienia kilku warunków. W pracy wskazanej jako osiągnięcie naukowe wcieliłam je w życie poprzez następujące kroki:

(a) Porównanie SCT i jej rozwinięcia – HAPA oraz SDT za pomocą macierzy teorii motywacyjnych

SCT i jej rozwinięcie – HAPA oraz SDT porównałam za pomocą macierzy teorii motywacji wg Davida L. Forbesa (2011), w tym dokonałam komparacji występujących w nich pojęć teoretycznych.

Skonstruowany w ten sposób model zintegrowany, inaczej niż dotychczasowe modele zmiany zachowań zdrowotnych, stanowi odzwierciedlenie działań motywowanych przez procesy intrapsychiczne (internalizacja wymagań zewnętrznych – SDT) i instrumentalne (interakcja z otoczeniem zewnętrznym – SCT i HAPA). Dzięki uwzględnieniu tych dwóch obszarów dążeń model zintegrowany adaptuje opis zmiany zachowań ryzykownych do sytuacji choroby. Polega to na tym, że zalecenia dotyczące zmiany zachowań ryzykownych formułowane są przez personel medyczny. Początkowo pacjenci mogą traktować je jako narzucone z zewnątrz, pozbawiające autonomicznych wyborów czy występujące poza ich potrzebami. Niemniej wraz z rozwojem internalizacji zaleceń wzrasta zaangażowanie pacjentów w zmianę zachowań ryzykownych, wzrasta także poczucie własnej tożsamości oraz poczucie satysfakcji pomimo ograniczeń wynikających z choroby. Zmiany te odbywają się poprzez działanie w teraźniejszości, a nie oczekiwania (wzrost zasobów gwarantujący przyszłe działania), przy czym w SCT i HAPA ważna jest efektywność działania, a w SDT – zaangażowanie i satysfakcja z jego podejmowania.

W monografii habilitacyjnej po raz pierwszy dokonałam także porównania pokrewnych definicyjnie konstruktów: własnej skuteczności wywodzącej z SCT oraz potrzeby kompetencji sformułowanej na gruncie SDT. Na tej podstawie własną skuteczność, inaczej niż potrzebę kompetencji, uznałam za niezależny konstrukt wyjaśniający zachowania zdrowotne. Potrzeba kompetencji współwystępuje z potrzebą autonomii, dominującą w SDT, oraz potrzebą bliskości z innymi. Zachowania zdrowotne są wyjaśniane wobec tego przez satysfakcję z wszystkich potrzeb, ale co także istotne – za pośrednictwem motywacji autonomicznej. W tym sensie potrzeba kompetencji w SDT jest zmienną dystalną względem zachowania, natomiast własna skuteczność w modelach pochodzenia jest zmienną proksymalną.

(b) Procesy a fazy zmiany zachowania ryzykownego

Opis zmiany zachowania ryzykownego w modelu zintegrowanym obejmuje dwa rodzaje procesów: motywacyjny, czyli kształtowania intencji do zmiany zachowania; oraz wolicjonalny – polegający na inicjowaniu i utrzymaniu działania odpowiadającego standardom wyznaczonym przez zalecenia lekarskie. Procesy te charakteryzowane są za pomocą odrębnych zbiorów zmiennych. Uwzględnienie dwóch odmiennych jakościowo procesów pozwala na zaklasyfikowanie modelu zintegrowanego do modeli fazowych spełniających wzorce nieciągłości (Sutton, 2000).

W obu procesach wyróżniłam fazy w oparciu o nastawienie jednostki do zmiany zachowania. I tak, proces motywacyjny obejmuje fazę motywacyjną (bez zamiaru zmiany zachowania ryzykownego) oraz fazę motywacyjną z intencją (bez planu realizacji tej zmiany), natomiast proces wolicjonalny obejmuje: fazę planowania, fazę wolicjonalną (implementacja intencji) oraz fazę utrzymania zachowania. Model w ramach procesów spełnia warunki tzw. modeli kontinuum (Sutton, 2000), czyli następuje wzrost lub spadek wartości zmiennych wyjaśniających wykonanie zachowania zdrowotnego.

Model zintegrowany wprawdzie wzoruje się na dotychczasowych rozwiązaniach (por. HAPA), jednak po raz pierwszy w polskiej literaturze zagadnienia te zostały usystematyzowane w powiązaniu z oceną wzorców nieciągłości oraz ze sposobami oddziaływań praktycznych.

W monografii wskazanej jako osiągnięcie naukowe wprowadziłam dodatkowo dwa nowatorskie rozwiązania w opisie modelu zintegrowanego. Po pierwsze – motywacja w ujęciu SDT została dostosowana do fazy, stąd w procesie motywacyjnym występuje motywacja w inicjowaniu działania, a w procesie wolicjonalnym – motywacja do utrzymania zachowania

ewaluowane w pierwszym i trzecim pomiarze. Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

(a) Model zintegrowany opisuje aktualne działanie, a nie zasoby

Wyniki badań potwierdziły, że model zintegrowany dotyczy aktualnego działania, a nie oczekiwań (zasobów w celu podejmowania efektywnych działań w przyszłości) zgodnie z klasyfikacją Forbesa (2011). Wykazałam bowiem, że klasyfikacja pacjentów do kolejnej fazy zmiany zachowania ryzykownego nie odpowiadała wyższej ocenie zmiennych uogólnionych (na najwyższym poziomie generalizacji), czyli uogólnionej własnej skuteczności oraz globalnej motywacji wewnętrznej. Wydaje się, że inaczej niż sądzono do tej pory, zmienne uogólnione niezależnie od podejścia teoretycznego są lepszymi predyktorami oceny jakości życia, czy szerzej – dobrostanu, niż decyzji o zmianie zachowań ryzykownych i ich utrzymaniu. Stanowią one zasoby, które tak jak w teorii zachowania zasobów (por. Hobfoll, 1998), będą podlegać ochronie przed wyczerpaniem w sytuacji stresowej np. choroby przewlekłej (Życińska, Kuciej, Syska-Sumińska, 2012).

(b) Teorie stanowiące podstawę modelu zintegrowanego uzupełniają się wzajemnie

W zakresie dokonanych porównań SCT i jej rozwinięcia HAPA oraz SDT, w monografii uznanej za osiągnięcie naukowe wykazałam, że teorie stanowiące podstawę modelu zintegrowanego uzupełniają się wzajemnie. Świadczą o tym wyniki podłużnych badań własnych dokumentujące pierwszeństwo procesów instrumentalnych nad procesami intrapsychicznymi. Oznacza to, że podjęcie zachowania zgodnie z zaleceniami lekarskimi nie musi wiązać się z ukształtowaną motywacją autonomiczną w jego utrzymaniu. Inaczej w przypadku własnej skuteczności w utrzymaniu działania – tutaj jej związek z zachowaniem był bezpośredni. W dotychczasowych badaniach, głównie przekrojowych, uznawano na tej podstawie, że SCT lepiej niż SDT opisuje zmianę zachowania zdrowotnego (Janssen, Dugan, Karavolos, Lynch i Powel, 2013; Senécal, Nouwen i White, 2000; Sweet, Fortier, Strachan i Blanchard, 2012; Williams i in., 2006). Z perspektywy wyników badań własnych, rozstrzygnięcie o wyższości jednej teorii nad drugą wydaje się bezzasadne. Właściwe byłoby ustalenie przebiegu obu rodzajów procesów w czasie. Jeżeli procesy intrapsychiczne mają na celu, poprzez działanie, doprowadzić do zmiany ja i do ponownego określenia własnej tożsamości, to prawdopodobnie wymagają dłuższego okresu czasu niż osiągnięcie wyniku działania odpowiadające procesom instrumentalnym.

(c) Struktura modelu zintegrowanego powinna być rozpatrywana w odniesieniu do konkretnego rodzaju zachowania ryzykownego (rola moderatorów)

Na podstawie modelu zintegrowanego wykazałam także, że wprowadzenie moderatorów wydaje się właściwe, gdy uwzględni się specyfikę konkretnego zachowania ryzykownego.

Choroba przewlekła jest moderatorem zmiennych ujętych w modelu zintegrowanym tylko w odniesieniu do diety, przy czym większe prawdopodobieństwo utrzymania prawidłowych nawyków żywieniowych wystąpiło w grupie chorych na cukrzycę typu 2 niż w grupie po ostrym zespole wieńcowym. Tylko w tej pierwszej grupie pacjentów motywacja autonomiczna objaśniała podejmowane przez nich zachowania żywieniowe.

Faza zmiany zachowania jako moderator ujawniła się w odniesieniu aktywności fizycznej w procesie motywacyjnym zmiany zachowania, oraz diety w procesie wolicjonalnym. Układ relacji w tym pierwszym procesie ze względu na wyróżnione fazy wskazuje na to, że spostrzegane ryzyko oraz regulacja zewnętrzna tracą moc wyjaśniającą w grupie pacjentów ze sformułowaną intencją w porównaniu do pacjentów nie mających zamiaru dostosować swojej aktywności fizycznej do

zaleceń lekarskich. Struktura zmiennych drugiego opisywanego procesu – procesu wolicjonalnego, różnicuje fazę wolicjonalną i utrzymania ze względu na rolę własnej skuteczności w ograniczaniu nawrotów i utrzymaniu działania w objaśnianiu motywacji autonomicznej w utrzymaniu diety. Ich efekty wykluczają się w wyróżnionych fazach. Uzyskane wyniki odzwierciedlają prawdopodobnie proces internalizacji zaleceń lekarskich dotyczących obu zachowań, wskazując na włączenie zaleceń lekarskich – wymagań zewnętrznych – w strukturę wartości jednostki, przez co działania mogą być w większym stopniu regulowane wewnętrznie.

Chociaż rola depresji jako moderatora nie została przeze mnie potwierdzona w badaniach podłużnych, to jednak wykazałam różnice w relacjach między zmiennymi, szczególnie w procesie motywacyjnym dotyczącym diety. Polegają one na tym, że intencja zmiany diety wśród pacjentów z objawami depresji jest wyjaśniana inaczej niż u pacjentów bez takich objawów, z pośredniczącą rolą motywacji autonomicznej, ale tylko przez oczekiwania efektów działania bez udziału własnej skuteczności. Może to oznaczać zastosowanie myślenia życzeniowego jako strategii (nieefektywnej) radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Wyniki te są spójne z oceną depresji jako predyktora klasyfikacji pacjentów do kolejnych faz zmiany zachowań ryzykownych w przekrojowych badaniach własnych. Odsetek osób z objawami depresji był wyższy w fazach poprzedzających fazę utrzymania traktowaną jako faza referencyjna, przy czym w odniesieniu do diety – ryzyko wystąpienia depresji w fazie motywacyjnej z intencją było aż 3,4-krotnie większe.

4.2.2. Kontekstualna ocena zmiany zachowań ryzykownych

Ważnym osiągnięciem w porównaniu z dotychczasowymi badaniami nad zmianą zachowań zdrowotnych jest weryfikacja modelu zintegrowanego z uwzględnieniem kontekstu. Oznacza to wprowadzenie rozwiązań metodologicznych odzwierciedlających sytuację choroby przewlekłej.

4.2.2.1. Zagadnienia metodologiczne – nowe propozycje

Celem rozwiązań metodologicznych zastosowanych w badaniu było dostosowanie pomiaru do wdrażanych przez pacjentów zaleceń lekarskich w odniesieniu do każdego rodzaju zachowania ryzykownego (diety, aktywności fizycznej i palenia papierosów), a także do specyfiki choroby przewlekłej (ACS vs cukrzyca typu 2).

(a) Ocena aktualnej sytuacji pacjentów

W badaniu wprowadziłam algorytm doboru pacjentów do fazy zmiany zachowania ryzykownego, przy czym kwalifikacja dotyczyła osobno każdego zachowania ryzykownego: diety, aktywności fizycznej i palenia papierosów. Taki dobór pacjentów wynikał z założeń modelu zintegrowanego jako modelu fazowego (Sutton, 2000). Zgodnie z tymi założeniami, procesy zmiany zachowania ryzykownego – motywacyjny i wolicjonalny, i wyróżnione w ich ramach fazy, opisywane są przez odrębne pule zmiennych i specyficzne nastawienia do zmiany. W praktyce, co jest nowym rozwiązaniem – inny zestaw narzędzi wypełniali pacjenci, którzy nie mieli zamiaru zmienić swojego zachowania pomimo zaleceń lekarskich, inny – pacjenci którzy planowali taką zmianę, a jeszcze inny – pacjenci, którzy wypełniali zalecenia lekarskie w tym zakresie. Podsumowując – ocena badanych zmiennych odpowiadała procesowi leczenia i aktualnej sytuacji pacjentów, w tym ich indywidualnemu tempu zmian każdego z zachowań ryzykownych.

Oznacza to także, że mimo wprowadzenia dwukrotnego pomiaru zachowań ryzykownych i zmiennych je warunkujących, jeśli nastąpiła zmiana fazy/procesu zachowania pomiędzy pomiarami, to pacjenci wypełniali inne narzędzia do ewaluacji tych ostatnich zmiennych niż w pomiarze wcześniejszym.

(b) Pomiar motywacji w ujęciu teorii autodeterminacji odpowiedni do fazy

W pracy uznanej za osiągnięcie naukowe po raz pierwszy wprowadziłam pomiar motywacji w ujęciu SDT dostosowany do fazy. W tym celu wykorzystałam autorską adaptację *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ, Ryan i Connel, 1989; Życińska, Januszek, Jurczyk, Syska-Sumińska, 2012). Nie jest to oczywiste, gdyż najczęściej zmienne te są oceniane bez uwzględniania fazy zmiany zachowania ryzykownego (np. Williams i in., 2006).

(c) Wybór i dostosowanie narzędzi do sytuacji choroby

W związku z przyjętym sposobem pomiaru zmiennych modelu zintegrowanego, narzędzia skonstruowane zostały samodzielnie z uwzględnieniem:

- rodzaju choroby (np. rodzaj powikłań po ACS i odrębnie – w leczeniu cukrzycy typu 2 jako konsekwencja niestosowania się do zaleceń lekarskich); oraz
- rodzaju zachowań zdrowotnych (np. własna skuteczność w inicjowaniu diety, własna skuteczność w inicjowaniu aktywności fizycznej oraz własna skuteczność w inicjowaniu rzucenia palenia).

Łącznie w ten sposób ewaluowanych było 21 zmiennych, co w praktyce oznacza użycie 21 narzędzi skonstruowanych samodzielnie.

W celu oszacowania zachowań ryzykownych (diety, aktywności fizycznej i palenia papierosów) zastosowałam narzędzia standardowe. Warto podkreślić, że w badaniach własnych znalazły się tylko takie kwestionariusze, których trafność była weryfikowana za pomocą wskaźników obiektywnych zmiany zachowań ryzykownych, np. biomarkerów do oceny uzależnienia; oraz pułapu tlenowego – VO2 max. do oceny aktywności fizycznej. Ponadto ich przydatność weryfikowano wcześniej w badaniach osób chorych somatycznie. Wśród nich znalazła się m.in. własna adaptacja *Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire* (Godin, 2011), narzędzia szeroko stosowanego w badaniach międzynarodowych, ale po raz pierwszy wykorzystanego w polskich warunkach.

W badaniach własnych zastosowałam także standardowe narzędzia badawcze do pomiaru zmiennych uogólnionych (na najwyższym poziomie generalizacji). Oprócz Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), zastosowałam autorską adaptację Skali Globalnej Motywacji (*Global Motivation Scale*, GMS, Pelletier i in., 2007; Życińska i Januszek, 2019).

Właściwości psychometryczne zastosowanych narzędzi w badaniach własnych były więcej niż zadowalające.

4.2.2.2. Weryfikacja modelu zintegrowanego – ocena zastosowanych rozwiązań

Uzyskane wyniki w badaniach przekrojowych i podłużnych pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

(a) Trafność klasyfikacji do faz zmiany zachowania

W celu oceny trafności przydziału do fazy przeprowadziłam wielomianową regresję logistyczną osobno dla każdego badanego zachowania ryzykownego (diety, aktywności fizycznej oraz palenia papierosów). Prawdopodobieństwo wystąpienia pacjentów niewykonujących zaleceń lekarskich w fazie motywacyjnej było istotnie statystycznie wyższe w porównaniu do fazy utrzymania niezależnie od zachowania ryzykownego. Ponadto, zachowania ryzykowne były istotnym predyktorem procesu zmiany zgodnie z fazami przyjętymi w modelu zintegrowanym.

Zastosowany w badaniach własnych algorytm wydaje się zatem dobrym narzędziem oceny fazy zmiany zachowania ryzykownego. Konieczne jest jednak zwrócenie uwagi na kwestie, które nie były sygnalizowane we wcześniejszych opracowaniach (por. przegląd badań HAPA w pracy wskazanej jako osiągnięcie naukowe, str. 70-71), a mogą mieć znaczenie dla prowadzenia dalszych badań.

Po pierwsze, problematyczne okazało się zgromadzenie odpowiedniej liczby osób w fazie planowania, zatem faza ta nie była reprezentowana w dalszych analizach. Podobne problemy przedstawiono w odniesieniu do badań weryfikujących model transteoretyczny (*Transtheoretical Model of Change*, TTM; por. Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli i Rossi, 1990). Może to świadczyć o pomijaniu tej fazy zmiany zachowania czy jej relatywnie krótkim okresie trwania w porównaniu z innymi fazami. Jak wiadomo, o przejściu do kolejnej fazy – wolicjonalnej – decyduje jedynie jakość sformułowanej intencji (por. Gollwitzer, 1999). W badaniach podłużnych pacjenci deklarowali planowanie zmiany, ale nie korelowało ono z intencją tej zmiany. Może to oznaczać życzeniowy charakter formułowanych planów, prawdopodobnie związany z występowaniem objawów depresyjnych w chorobie przewlekłej. O tym szerzej pisałam w punkcie 4.2.1.2.c.

Po drugie, w przypadku aktywności fizycznej, inaczej niż w zachowaniach żywieniowych czy paleniu papierosów, iloraz szans różnicował fazę wolicjonalną i utrzymania w taki sposób, że nasilenie ćwiczeń fizycznych było wyższe w tej pierwszej fazie. Wydaje się, że w przypadku tego zachowania pacjenci narzucają sobie wyższe standardy wykonania, których nie potrafią utrzymać w dłuższym okresie czasu. Może to stanowić cenną wskazówkę w pracy z tymi pacjentami w celu formułowania adekwatnych oczekiwań i zapobiegania niepowodzeniom. Tym bardziej, że aktywność fizyczna wydaje się być zachowaniem najtrudniejszym do zmiany w chorobie przewlekłej (por. np. Marti i in., 2013; także wyniki analizy klasterowej w badaniach własnych).

(b) Ocena procesów zmiany zachowania (motywacyjnego i wolicjonalnego) jako modeli kontinuum

Ocena procesów zmiany zachowania jako modeli kontinuum polega na wykazaniu, że osoba badana wraz ze wzrostem/spadkiem wartości zmiennych przesuwają się na kontinuum prawdopodobieństwa wykonania zachowania zdrowotnego (Weinstein i in., 1998). W badaniach przekrojowych każdy z procesów zmiany zachowania (motywacyjny i wolicjonalny) weryfikowałam osobno.

W odniesieniu do procesu motywacyjnego, potwierdzone zostały dotychczasowe wyniki badań, jednak po raz pierwszy wykazałam, że zostały spełnione warunki modelu kontinuum. Po pierwsze, niezależnie od rodzaju zachowania ryzykownego potwierdzono strukturę modelu zintegrowanego – własna skuteczność w inicjowaniu działania wyjaśniała bezpośrednio oraz pośrednio – przez motywację autonomiczną, intencję zmiany zachowania ryzykownego. Oczekiwanie wyników działania były skorelowane z własną skutecznością i pośrednio, przez motywację autonomiczną wyjaśniały intencję zmiany zachowania. Udowodniłam, że spostrzegane ryzyko nie jest koniecznym warunkiem sformułowania intencji zmiany diety i aktywności fizycznej, nawet jeśli ocena dotyczy powikłań występującej u pacjenta choroby. Po drugie – wykazałam, że proces motywacyjny uwzględnia włączenie zaleceń lekarskich – wymagań zewnętrznych – w strukturę wartości jednostki, przez co działania w fazie formułowania intencji mogą być w większym stopniu regulowane wewnętrznie. Efekty te dotyczą przede wszystkim zmiany diety i aktywności fizycznej. Poziom wyjaśnionej wariancji intencji wyniósł odpowiednio: dieta – 64%; aktywność fizyczna – 69% i palenie papierosów – 66%.

W odniesieniu do procesu wolicjonalnego wykazałam, że założenia modeli kontinuum zostały potwierdzone tylko w odniesieniu do diety i palenia papierosów. Jedynie w modelu dotyczącym diety, wariancja tego zachowania wyjaśniana była przez własną skuteczność w

ograniczeniu nawrotów pośredniczoną przez motywację wewnętrzną. Natomiast palenie papierosów objaśniane było przez własną skuteczność w utrzymaniu działania, a mediatorem tej relacji była regulacja zewnętrzna. Poziom wyjaśnionej wariancji diety wyniósł 5%, a palenia papierosów – 26%. Aktywność fizyczna nie była objaśniana przez zmienne modelu zintegrowanego. To zagadnienie zostanie rozwinięte w następnym punkcie (4.2.2.2.c).

Podsumowując, poziom wyjaśnionej wariancji intencji był wyższy niż odpowiadającego tej intencji zachowania ryzykownego. Podobne efekty uzyskałam także w badaniach podłużnych: poziom wyjaśnionej wariancji intencji zmiany diety wyniósł 50%, a aktywności fizycznej 72%; natomiast zmiany diety – 29%; a aktywność fizyczna nie była objaśniana przez zmienne modelu zintegrowanego. W świetle dotychczasowych wyników badań nie są to wyniki zaskakujące (por. np. przegląd badań HAPA w pracy wskazanej jako osiągnięcie naukowe – str. 70-71).

(c) Zachowania ryzykowne – stan non liquet

Pomimo tego, że w badaniu rygorystycznie spełniłam wymagania dotyczące integracji podejść teoretycznych oraz dostosowałam weryfikację skonstruowanego na tej podstawie modelu do obszaru choroby, to wyjaśnienie zmiany zachowań ryzykownych wymaga – zgodnie z tytułem tej sekcji – dalszych poszukiwań. W monografii habilitacyjnej odniosłam się nie tylko do możliwych interpretacji o charakterze teoretycznym – tak jak w dotychczasowej literaturze, ale wskazałam problematyczne kwestie metodologiczne:

- brak tzw. „złotego standardu” pomiaru zachowań zdrowotnych, przy czym nie chodzi tutaj jedynie o pomiar wskaźników obiektywnych;
- brak rozstrzygnięć dotyczących miejsca początkowego pomiaru zachowań zdrowotnych w strukturze modeli teoretycznych - możliwe rozwiązania to: pomijanie tego pomiaru (!), wprowadzenie, obok zmiennych poznawczych, jako predyktora pomiaru końcowego zachowań zdrowotnych; stosowanie wartości bezwzględnej lub wartości względnej zmiany zachowań ryzykownych (z wykorzystaniem wyników surowych lub standaryzowanych reszt regresji);
- błędy poznawcze dotyczące oceny fazy zmiany zachowania zdrowotnego przez osoby badane: życzeniowa (nieświadoma) interpretacja przekonań dotyczących zmiany zachowań zdrowotnych; nieadekwatna ocena standardu wykonania zachowania zdrowotnego („nadmierne” wykonywanie zaleceń lekarskich w fazie wolicjonalnej?); w tym brak uwzględniania kontroli działania (por. Kolańczyk, 2009) czy regulacji afektu (por. Kuhl, 1981);
- prawdopodobieństwo pomijania fazy planowania, ale także innych faz w zmianie zachowania ryzykownego (szerzej opisano w punkcie 4.2.2.2.a).

Wydaje się, że rozwiązanie tych kwestii w odniesieniu do takich skomplikowanych zachowań jak dieta czy aktywność fizyczna jest niezbędne w celu wskazania predyktorów zmiany zachowań zdrowotnych.

4.2.3. Czynniki psychospołeczne jako predyktory zmiany zachowań ryzykownych

W monografii wskazanej jako osiągnięcie naukowe, inaczej niż dotychczas, nie tyle wykazałam związek zmiennych psychospołecznych z zachowaniami ryzykownymi, ile ze zmianą tych zachowań. Oto uzyskane wyniki i ich interpretacja:

4.2.3.1. Rola zmiennych socjodemograficznych

Wykorzystując wielomianową regresję logistyczną wykazałam, że zmienne socjodemograficzne, tj. płeć, wiek, wykształcenie oraz przychody na jednego członka rodziny, nie pozwalają na

przewidywanie fazy zmiany zachowania. Jedyną zmienną, która miała znaczenie, ale tylko w odniesieniu do zmiany diety przez osoby chore przewlekle, był stan cywilny pacjentów. Inaczej jednak niż się spodziewałam, to osoby samotne miały większą szansę na zmianę tego zachowania niż osoby pozostające w związkach. Wynik ten można tłumaczyć zarówno trudnościami praktycznymi w przygotowywaniu posiłków dla chorego członka rodziny, ale także zjawiskiem pozostającym w opozycji do wsparcia społecznego – tzw. kontrolą związaną ze zdrowiem (August i Sorkin, 2010). Polega ona na podejmowaniu przez rodzinę prób sprawdzania, nadzorowania czy nakłaniania pacjenta do zmiany niepożądanego zachowania. Wiąże się to z niezrozumieniem sytuacji chorego oraz lękiem o jego zdrowie (por. Johnson i in. 2015).

Uzyskane wyniki mogą tłumaczyć niską skuteczność działań edukacyjnych wśród pacjentów czy działań mających na celu wyrównywanie szans dostępu do programów prewencji wtórnej i trzeciorzędowej. Okazuje się bowiem, że posiadana wiedza, zdolność rozumienia sytuacji, a także możliwości pokrycia kosztów (np. udziału w rehabilitacji) nie mają znaczenia dla zmiany zachowań ryzykownych (Turk-Adawi, Oldridge, Tarima, Stason i Shepard, 2013). Po drugie – ocena niektórych zmiennych (np. statusu społeczno-ekonomicznego) może być zniekształcona pod wpływem dobrostanu zgodnie z aktualnym nastawieniem emocjonalnym (pozytywnym lub negatywnym; np. Gallo i Matthews, 2003). W związku z tym poszukuje się związku zmiennych socjodemograficznych z innymi uwarunkowaniami sytuacyjnymi czy stanem zdrowia (Turk-Adawi i in., 2013), o czym traktuje kolejny podpunkt (4.2.3.2).

4.2.3.2. Rola zmiennych związanych z chorobą przewlekłą

Wśród zmiennych wyjaśniających proces zmiany zachowań ryzykownych – diety, aktywności fizycznej i rzucenia palenia, znalazły się długość chorowania oraz objawy depresji. Inaczej jednak niż we wcześniejszych badaniach, możliwa jest charakterystyka pacjentów ze względu na te zmienne w kolejnych fazach zmiany zachowania. Osoby ze stażem leczenia krótszym niż rok były częściej klasyfikowane do faz procesu motywacyjnego, czyli faz wcześniejszych. Najwyższe współczynniki klasyfikacji dotyczyły pacjentów formułujących zamiar zmiany zachowania, czyli znajdujących się w fazie motywacyjnej z intencją. W fazie tej pacjenci także lepiej się odżywiali, byli bardziej aktywni fizycznie, a ich uzależnienie od nikotyny było niższe niż w fazie motywacyjnej. Wydaje się zatem, że to grupa pacjentów najbardziej podatna na oddziaływania profesjonalistów w celu wcielenia w życie zmiany zachowań ryzykownych. Ograniczeniem może być jednak fakt, że pacjenci w tej fazie mają największe prawdopodobieństwo występowania objawów depresji w porównaniu z grupami w pozostałych fazach niezależnie od zachowania ryzykownego. Oznacza to, że zainicjowanie zmiany może zakończyć się niepowodzeniem.

Inaczej w grupie pacjentów zaklasyfikowanych do fazy motywacyjnej – tutaj staż chorowania był bardzo zróżnicowany. Na przykład w odniesieniu do diety, blisko 37% pacjentów wykazywało staż chorowania dłuższy niż jeden rok, a średni okres od postawienia diagnozy wynosił aż cztery lata. Można na tej podstawie wnioskować, że wśród nich znaleźli się zarówno pacjenci, którzy nie sformułowali intencji w ogóle, ale i tacy – którzy ponieśli porażkę inicjując zmianę zachowania. Wydaje się, że pacjenci w fazie motywacyjnej z długim stażem chorowania nie posiadają wystarczających zasobów w celu zmiany zachowań ryzykownych, nie są w stanie kontrolować choroby pomimo podjętych prób modyfikacji tych zachowań czy wreszcie – używając języka teorii autodeterminacji – ich potrzeby autonomii, kompetencji oraz przynależności do grupy nie są zaspokajane. Podsumowując, grupa chorych o długim stażu chorowania bez zamiaru zmiany zachowań ryzykownych wymaga odmiennego sposobu oddziaływania niż grupa osób o krótkim stażu chorowania. Warto dodać, że pacjenci w fazie motywacyjnej częściej niż w fazie

utrzymania doświadczają depresji, a także niższy jest poziom wykonywania zaleceń lekarskich w porównaniu z osobami zaklasyfikowanymi do kolejnych faz zmiany zachowania ryzykownego.

4.2.3.3. Wyodrębnienie jednorodnych grup pacjentów ze względu na podejmowane zachowania ryzykowne

W badaniach własnych wykazałam także niskie stosowanie się do zaleceń lekarskich w ogóle, co stanowi potwierdzenie badań wcześniejszych. Dowiodłam jednak, że za pomocą analizy klasterowej możliwe jest wyodrębnienie jednorodnych grup pacjentów ze względu na podejmowane zachowania ryzykowne (zmienne kryterialne), czyli nieprawidłową dietę, niewystarczającą aktywność fizyczną oraz uzależnienie od nikotyny. Najliczniej reprezentowana była grupa podejmująca wszystkie wymienione zachowania ryzykowne, druga grupa pacjentów wykonywała zalecenia lekarskie, natomiast trzecia grupa pacjentów nie podejmowała aktywności fizycznej przy wypełnianiu zaleceń lekarskich dotyczących diety i rzucenia palenia. Na tej podstawie można wnioskować, że grupą podejmującą najwięcej zachowań ryzykownych są pacjenci palący papierosy i to oni powinni być w największym stopniu objęci opieką personelu medycznego.

Grupa pacjentów podejmujących zachowania ryzykowne osiągała najgorsze wyniki wskaźników metabolicznych (stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL oraz glukozy na czczo), ale różniły się one istotnie statystycznie tylko w porównaniu z grupą wykonującą zalecenia lekarskie. W grupie pacjentów podejmujących zachowania ryzykowne w porównaniu z pozostałymi grupami istotnie statystycznie częściej występowały także osoby pijące alkohol, w tym pijące ryzykownie.

Wykazałam dodatkowo, że w tej grupie pacjentów istotnie statystycznie częściej występują pacjenci z objawami depresji w porównaniu z grupą pacjentów przestrzegającą zaleceń lekarskich. Picie ryzykowne w tej grupie może maskować objawy depresji (z badania wykluczono osoby leczące się z powodu depresji) i zwiększać ryzyko kolejnych incydentów wieńcowych czy powikłań cukrzycy typu 2, a ostatecznie – ryzyko zgonów.

Warto podkreślić, że wprowadzenie planu poprzecznego w badaniu uzasadnione było jego ekonomicznością (Quinlan i McCaul, 2000), ale przede wszystkim możliwością eksploracji zmiennych socjodemograficznych inwariantnych względem czasu, takich jak płeć, wykształcenie czy stan cywilny.

4.3. Wnioski, perspektywy i implikacje praktyczne

4.3.1. Podsumowanie wkładu naukowego monografii habilitacyjnej do obszaru psychologii zdrowia

Podsumowując dotychczasowe rozważania, za oryginalny wkład naukowy monografii habilitacyjnej do obszaru psychologii zdrowia uważam:

- a) syntezę głównych nurtów teoretycznych zajmujących się motywacją do zmiany zachowań zdrowotnych oraz przegląd odwołujących się do nich badań empirycznych;
- b) skonstruowanie według reguł sztuki modelu zintegrowanego, wywodzącego się z odmiennych orientacji psychologicznych, uwzględniającego sytuację choroby, w tym:
 - porównanie teorii motywacyjnych dominujących w psychologii zdrowia (teorii autodeterminacji oraz teorii społeczno-poznawczej i jej rozwinięcia – procesulanego podejścia do działań zdrowotnych);

- porównanie pokrewnych definicyjnie konstruktów (własna skuteczność i potrzeba kompetencji);
- porównanie hierarchicznej budowy konstruktów (własna skuteczność i motywacja w ujęciu teorii autodeterminacji);
- c) usystematyzowanie zagadnień dotyczących opisu i oceny modeli fazowych, w tym dostosowanie motywacji w ujęciu teorii autodeterminacji do fazy;
- d) wykazanie pierwszeństwa procesów instrumentalnych nad procesami intrapsychicznymi w zmianie zachowania ryzykownego niezależnie od jego rodzaju, co potwierdza celowość integrowania teorii motywacyjnych;
- e) określenie odmiennej roli zmiennych specyficznych i uogólnionych dla zmiany zachowania ryzykownego; te pierwsze odpowiadają za podejmowane działania, a te ostatnie – za dobrostan pacjenta w sytuacji choroby;
- f) potwierdzenie odmienności struktury modelu zintegrowanego w zależności od rodzaju zachowania ryzykownego, przy czym największe różnice dotyczą spostrzeganego ryzyka oraz typów regulacji w ujęciu SDT; wydaje się, że zachowania polegające na zaprzestaniu działania (np. palenie papierosów) są odmienne niż te dotyczące zmiany czy inicjacji nowych działań (np. dieta czy aktywność fizyczna);
- g) charakterystykę pacjentów w kolejnych fazach zmiany zachowania ryzykownego ze względu na zmienne socjodemograficzne i związane z chorobą (także wskaźniki metaboliczne), w tym uznanie palenia papierosów za wskaźnik ryzyka szkodliwego picia i depresji;
- h) wprowadzenie adekwatnych do sytuacji choroby i transparentnych rozwiązań metodologicznych, w tym:
 - przygotowanie narzędzi odpowiadających rodzajowi choroby przewlekłej (ACS i cukrzyca typu 2) oraz rodzajowi zachowania ryzykownego (dieta, aktywność fizyczna i palenie papierosów); wskazanie kwestionariuszy do pomiaru zachowań ryzykownych trafnych względem wskaźników medycznych;
 - dostosowanie badania do indywidualnego tempa zmian zachowań ryzykownych pacjentów;
 - wprowadzenie objawów depresji jako moderatora.
- i) opis kwestii problematycznych podczas weryfikacji modelu zintegrowanego, które mogą mieć znaczenie dla dalszych badań:
 - ustalenie wzajemnego przebiegu procesów instrumentalnych i intrapsychicznych w czasie, w tym w odniesieniu do faz zmiany zachowania zdrowotnego;
 - operacjonalizacja kontinuum motywacyjnego w ramach teorii autodeterminacji, w tym zasady wnioskowania o przebiegu procesu internalizacji;
 - określenie różnic pomiędzy planowaniem radzenia sobie z przeszkodami a kontrolą działania oraz uzasadnienie ich roli w modelach zmiany zachowań zdrowotnych (por. Sniehotta, Schwarzer, Scholz i Schüz, 2005); a także ustalenie związku kontroli działania z regulacją afektu;
 - „umiejscowienie” początkowego pomiaru zachowań ryzykownych w modelach ich zmiany;
 - określenie „złotego standardu” pomiaru zachowań zdrowotnych.

4.3.2. Podsumowanie wniosków praktycznych

Wnioski praktyczne przedstawione w monografii habilitacyjnej to:

- a) grupą wymagającą największej uwagi ze strony personelu medycznego są pacjenci w fazie motywacyjnej (bez intencji zmiany zachowania); oddziaływania powinny opierać się tutaj nie tyle na edukacji, ile na wprowadzeniu badań przesiewowych w kierunku depresji;
- b) szczególną opieką powinni być objęci także pacjenci palący papierosy; uzasadnione wydaje się wprowadzenie minimalnej interwencji antynikotynowej (Mierzecki, Godycki-Ćwirko, Wrzeciono i Miączyńska, 2012), zwłaszcza w okresie bezpośrednio po diagnozie.
- c) ze względu na to, że zachowaniem najtrudniejszym do zmiany jest aktywność fizyczna, oddziaływania profesjonalistów powinny polegać na motywowaniu pacjentów do udziału w rehabilitacji pod opieką specjalistów;
- d) interwencje psychologiczne powinny być dostosowane do rodzaju procesu zmiany zachowania; w procesie motywacyjnym powinny one dotyczyć formułowania adekwatnych oczekiwań co do zmiany zachowań ryzykownych oraz wzmacniania własnej skuteczności zgodnie z możliwościami pacjenta, natomiast w procesie wolicjonalnym ważne jest zapobieganie negatywnym skutkom działań kontrolujących ze strony rodziny pacjenta;
- e) ze względu na to, że uogólniona własna skuteczność i globalna motywacja nie są korelatami przebiegu leczenia, warto opierać oddziaływania praktyczne na wymienionych wcześniej uwarunkowaniach niż na ogólnych zasobach psychologicznych.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych:

5.1. Zachowania ryzykowne w zdrowiu i chorobie

Kluczowym obszarem moich poszukiwań badawczych było wskazanie mechanizmów wyjaśniających podejmowanie i zmianę zachowań zdrowotnych, początkowo wśród osób zdrowych, a w ostatnich latach pracy naukowej – wśród chorych somatycznie. Monografia wskazana jako moje osiągnięcie naukowe stanowi ukoronowanie tych właśnie wysiłków.

5.1.1. Promocja i profilaktyka zachowań zdrowotnych

Zagadnieniom tym poświęciłam dziewięć prac po doktoracie, w tym jedną monografię. Odzwierciedlają one moje poszukiwania dotyczące modelu teoretycznego opisującego proces zmiany zachowania oraz jego determinant. W badaniach podjęłam zatem próbę weryfikacji wzorców nieciągłości modelu transteoretycznego (TTM; Prochaska i DiClemente, 1992) na przykładzie 192 osób palących papierosy (Życińska, 2001, 2006a i 2006b) oraz badań 442 kobiet w ciąży (Życińska, 2008b; 2009). Uzyskane wyniki potwierdziły pseudofazowy charakter modelu.

Konsekwentnie w swoich badaniach poszukiwałam zmiennych motywacyjnych wyjaśniających proces zmiany zachowania. Wśród nich, niezależnie od badanej grupy, największą moc predykcyjną posiadały zmienne specyficzne, tj. poczucie własnej skuteczności w inicjowaniu rzucenia palenia (Życińska, 2008a) czy oczekiwania wyników rzucenia palenia (Życińska, 2009). Ich rola była zależna od grupy – wśród kobiet w ciąży zmienne motywacyjne wyjaśniały wariację rzucenia palenia w większym stopniu niż inne zachowania zdrowotne (tamże), natomiast wśród osób zdrowych odwrotnie – znaczenie tych ostatnich było większe (Życińska, 2006a).

Wśród czynników wyjaśniających zmianę zachowań zdrowotnych, głównie rzucenie palenia, odwoływałam się do czynników środowiskowych (Šlachťová i in., 2003), ale przede wszystkim do innych zachowań zdrowotnych (czy generalnie – stylu życia). Wykazałam, że podczas rzucania palenia przez osoby zdrowe wprowadzenie jednocześnie innych zachowań zdrowotnych ma uzasadnienie, gdy są one przeszkodą w utrzymaniu niepalenia lub stanowią źródło nawrotu. Przykładem takiego zachowania może być zmiana diety wynikająca ze wzrostu

masy ciała badanych podczas rzucenia palenia (Życińska, 2006a). W tym kontekście rzucenie palenia bezpośrednio wpływało na zmianę innych zachowań. Odnotowałam także wpływ pośredni, gdyż badani częściej podejmowali działania profilaktyczne po rzuceniu palenia, co prawdopodobnie było związane z odnalezieniem związku pomiędzy stylem życia a zdrowiem (Šlachťová i in., 2003; Życińska, 2006b).

Wykazałam także, że osoby zdrowe rzucające palenie podejmują więcej zachowań zdrowotnych w późniejszych fazach zmiany zachowania (np. utrzymania) w porównaniu z fazami wcześniejszymi (np. pre- i kontemplacji) (Życińska, 2001). Związek zachowań zdrowotnych z rzuceniem palenia miał największe znaczenie wśród kobiet w ciąży (2008b). Co jednak ciekawe, nie chodziło o zmianę stylu życia w ogóle, ale o zachowania zdrowotne specyficzne dla okresu ciąży, np. przyjmowanie kwasu foliowego.

Warto podkreślić, że większość uzyskanych wyników badań była realizowana w ramach dużych projektów badawczych (*Central European Study of Air Pollution and Respiratory Health*, CESAR; finansowany przez Commission of the European Communities, Phare Multi-Country Environment program, contract number 94-0472), w tym dwóch programów oddziaływań: programu dla osób zdrowych pragnących rzucić palenie w miejscu pracy (2001; 2006b; grant KBN nr 1 H01F 008 12) oraz programu profilaktyki nikotynowej dla uczniów szkoły podstawowej (2006c). Obydwa programy zostały poddane ewaluacji zgodnie z regułami sztuki, tj. z uwzględnieniem oceny nakładów, skuteczności i efektywności (ta ostatnia tylko w przypadku pierwszego programu).

W programie dla osób zdrowych pragnących rzucić palenie w miejscu pracy uczestniczyły 192 osoby, w tym 119 z nich przydzielono do ośmiu grup, które brały udział w 12-godzinnych cotygodniowych prowadzonych przeze mnie spotkaniach w celu rzucenia palenia. Scenariusze spotkań, a także materiały do spotkań z uwagami i możliwością zastosowania w pracy indywidualnej zamieściłam w monografii (Życińska, 2001). Wydaje się, że jest to jedna z pierwszych ewaluacji programu profilaktycznego podjęta w Polsce, także zawierająca tak transparentny opis rekrutacji, metod pracy i oceny skuteczności. Badanie było prowadzone w planie trzygrupowym (grupa objęta programem i dwie grupy porównawcze) z pomiarem początkowym i dwukrotnym pomiarem końcowym (bezpośrednio po zakończeniu programu i po sześciu miesiącach). W badaniach uwzględniłam także wskaźniki medyczne (BMI, całkowity cholesterol, ciśnienie krwi oraz maksymalną objętość wydechu pierwszosekundową). Warto dodać, że w pierwszym pomiarze końcowym 45,8% osób rzuciło palenie, a w drugim - 44,2%. Do programu zgłaszały się osoby z dłuższym stażem palenia i bardziej uzależnione od nikotyny niż w grupach porównawczych.

Drugi program prowadziłam ze współpracownikami wśród 146 uczniów V klasy szkoły podstawowej. Obejmował on pięć cotygodniowych spotkań lekcyjnych mających na celu zapobieganie inicjacji nikotynowej. Na podstawie uzyskanych wyników wykazałam, że programy profilaktyczne powinny dążyć do modyfikacji postaw wobec korzyści wynikających z palenia papierosów (np. akceptacja rówieśników), natomiast szkody powinny dotyczyć bezpośrednich skutków palenia papierosów (nie odroczonych – np. wyższej śmiertelności). Program oparty był na teorii uzasadnionego działania i planowego zachowania (Fishbein i Ajzen, 1975).

Podsumowując, zaprezentowane wyniki skłoniły mnie do dalszych poszukiwań modelu spełniającego kryteria wzorców nieciągłości. Wykazałam większą predyktywność zmiennych specyficznych w porównaniu ze zmiennymi uogólnionymi oraz współzmiennność zachowań zdrowotnych w procesie zmiany przynajmniej jednego z nich (tutaj rzucenie palenia), co może być także wskazaniem do praktyki w tym zakresie. Refleksje nad zmiennymi socjodemograficznymi doprowadziły do wniosku, że mogą one służyć do identyfikacji grup ryzyka, a nie są determinantami zmiany. Podobną rolę odgrywają zmienne medyczne, inaczej niż charakterystyka

uzależnienia. Wreszcie ostatni wniosek, chociaż nie mniej ważny, dotyczy wkładu psychologii do działań zdrowotnych wśród osób zdrowych zadeklarowany na samym początku mojej pracy naukowo-badawczej (Heszen-Niejodek, Życińska, 2001). Dotyczy on traktowania człowieka jako podmiotu działań własnych, szczególnie gdy nie występuje motywacja warunkowana sytuacją choroby.

Heszen-Niejodek, I., Życińska, J. (2001). Wkład psychologii w podstawy teoretyczne promocji zdrowia. W: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania* (s. 47-53). Warszawa: KOWEZ.

Šlachťová, H., Avdicová, M., Tvrdík, J., Fletcher, T., Dusseldorp, A., Kolarova, D., Farkas, I., Zycinska, J., Gurzau, E., Minca, D., Ball, D., Jones, K., Lebet, E., Woudenberg, F. (2003). Perceptual differences regarding health and environmental problems and their remedies in two states of the former Czechoslovakia. *Central European Journal Of Public Health*, 11 (1), 44-9.

Życińska, J. (2001). *O rzuceniu palenia inaczej. Podręcznik dla osób, które chcą rzucić palenie i dla tych, które chcą im w tym pomóc*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Życińska, J. (2006a). Cognitive components and health-related behaviors as predictors in the process of smoking cessation. *Polish Psychological Bulletin*, 37 (2), 101-110.

Życińska, J. (2006b). Оцінення ефективності програм впливу для осіб, які прагнуть позбутися залежності від паління цигарок (Ocena skuteczności programu oddziaływań dla osób pragnących odzwyczaić się od palenia papierosów). W: T. Sosnowski, I. Gałęcka (red.) *Психологія здоров'я: теорія та практика (Psychologia zdrowia: teoria i praktyka)* (285-306). Lwów: Wydawnictwo Uniwersytetu Lwowskiego.

Życińska, J. (2006c). Ocena skuteczności programu profilaktyki nikotynowej dla uczniów szkoły podstawowej. W: T. Pasikowski i H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria* (s. 153-164). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Życińska, J. (2008a). Rola przekonań i oczekiwań w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez kobiety ciężarne uzależnione od nikotyny. W: I. Heszen i J. Życińska (red.) *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. (s. 55-70), Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.

Życińska, J. (2008b). Rzucenie palenia a podejmowanie zachowań zdrowotnych przez kobiety w okresie ciąży. W: K. Okulicz-Kozaryn i K. Ostaszewski (red.) *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce*, (s. 119-134). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Życińska, J. (2009). Cognitive and behavioral predictors in the process of smoking cessation during pregnancy: Testing for discontinuity patterns in the Transtheoretical Model. *Polish Psychological Bulletin*, 40 (1), 29-37. doi: 10.2478/s10059-009-0005-3.

5.1.2. Oddziaływania prewencyjne w sytuacji choroby

Kolejne trzy prace poświęciłam kwestiom zmiany zachowań ryzykownych wśród chorych somatycznie. Rozwijałam w nich podjęte wcześniej problemy badawcze, ale z uwzględnieniem sytuacji choroby.

Eksplorowałam związek zmiennych uogólnionych oraz zmiennych specyficznych w procesie zmiany zachowania. Oprócz poczucia własnej skuteczności, wprowadziłam także do badań konstrukt motywacji w ujęciu teorii autodeterminacji. Ponownie wykazałam, że większą moc wyjaśniającą intencję zmiany zachowania przez pacjentów po zawale serca posiada specyficzna własna skuteczność w porównaniu z uogólnioną własną skutecznością. Udokumentowałam także rolę tej ostatniej w sytuacjach nowych, wymagających wprowadzenia działań do tej pory niepodejmowanych, np. aktywności fizycznej, ale tylko wówczas, gdy pacjenci mieli poczucie kontroli własnej choroby (Życińska, Kuciej i Syska-Sumińska, 2012). Podobnie w

sytuacji rozpoczęcia leczenia wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz po zawale serca, motywacja globalna jako bardziej stabilna, stanowiła podstawę do formułowania motywacji kontekstualnej dotyczącej zmiany zachowań ryzykownych w sytuacji choroby. Co jednak istotne – motywacja do zmiany konkretnego zachowania np. rzucenia palenia, nie pozwalała przewidywać motywacji do zmiany innych zachowań ryzykownych (Życińska, Januszek, Jurczyk i Syska-Sumińska, 2012).

Kontynuowałam także badania nad związkami pomiędzy zachowaniami ryzykownymi, jak również rolą metabolicznych wskaźników ryzyka w wyjaśnianiu zmiany tych zachowań wśród pacjentów ze zdiagnozowanym samoistnym nadciśnieniem tętniczym (Życińska, Marszewska i Syska-Sumińska, 2012). Tutaj, inaczej niż wśród grupy osób zdrowych, rola wskaźników metabolicznych (np. masy ciała) była większa niż rola pojedynczych zachowań, np. aktywności fizycznej.

W tej ostatniej grupie, przeprowadziłam ze współpracownikami program prewencyjny dla 99 pacjentów w oparciu o zestawy edukacyjne w planie dwugrupowym (grupa z oddziaływaniem i grupa kontrolna) z pomiarem początkowym i pomiarem końcowym po trzech miesiącach od przekazania zestawów edukacyjnych (tamże). Efekty oddziaływania były istotne, ale tylko wśród pacjentów, którzy kontrolowali ciśnienie tętnicze i tylko w zakresie zachowań zalecanych w zestawach edukacyjnych przy kontroli uogólnionej własnej skuteczności.

Podsumowując uzyskane wyniki można stwierdzić, że zmienne uogólnione mogą stanowić zasoby w procesie leczenia, ale tylko w sytuacji wprowadzania nowych zachowań przy jednoczesnym poczuciu kontroli choroby przez pacjentów. Generalnie jednak, tak jak w przypadku osób zdrowych – zmienne specyficzne posiadają większą moc predyktywną w porównaniu ze zmiennymi uogólnionymi. Ponadto, procesy motywacyjne dotyczące poszczególnych zachowań rozwijają się niezależnie, a zmiana konkretnego zachowania zakończona sukcesem może wyjaśniać inne zachowania, ale tylko specyficzne dla choroby. W przypadku osób chorych somatycznie konieczna jest także kontrola metabolicznych wskaźników ryzyka.

Życińska, J., Januszek, M., Jurczyk, M., Syska-Sumińska, J. (2012). How to measure motivation to change risk behaviours in the self-determination perspective? The Polish adaptation of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) among patients with chronic diseases. *Polish Psychological Bulletin*, 43 (4), 261-271. doi: 10.2478/v10059-012-0029-y.

Życińska, J., Kuciej, A., Syska-Sumińska, J. (2012). The relationship between general and specific self-efficacy during the decision-making process considering treatment. *Polish Psychological Bulletin*, 43 (4), 278-287. doi: 10.2478/v10059-012-0031-4.

Życińska, J., Marszewska, E., Syska-Sumińska, J. (2012). Ocena skuteczności zestawów edukacyjnych w podejmowaniu zmiany zachowań ryzykownych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 16 (1), 19-27.

5.2. Pozytywne i negatywne aspekty dobrostanu

Pojęcie zasobów we współczesnej psychologii zdrowia odgrywa kluczową rolę w wyjaśnianiu szeroko rozumianych uwarunkowań zdrowia, w tym procesu leczenia czy procesu zmiany zachowań ryzykownych stanowiących element zaleceń lekarskich. Trudności związane z definiowaniem zasobów, ich klasyfikacją czy pomiarem zaprezentowałam w dwóch publikacjach przeglądowych (Heszen i Życińska, 2008; Życińska i Heszen, 2009).

Zagadnieniom dobrostanu poświęciłam dziesięć artykułów empirycznych, przy czym aż osiem dotyczyło pacjentów onkologicznych, w tym trzy – rzadko podejmowanej problematyki rekonstrukcji piersi. W literaturze przewijają się wątki zasobów w aspekcie dobrostanu negatywnego, związanego z podejściem medycznym, opartym na ocenie obecności, a właściwie

braku obecności objawów psychicznych (np. depresji, zmęczenia, dystresu i lęku) świadczących o jakości życia; oraz w ujęciu pozytywnym – odwołującym się do pomnażania, utrzymywania i odnowy określonych właściwości jednostki oraz jej otoczenia (np. sprężystość psychiczna, poczucie sensu życia, własna skuteczność, obraz siebie, pozytywne emocje czy wsparcie społeczne). W swoich pracach konsekwentnie realizowałam podejście, zgodnie z którym konieczne jest uwzględnienie obu aspektów dobrostanu w celu pełnego opisu funkcjonowania jednostki, szczególnie gdy dotyczy zdrowia i choroby. Nie chcę deklarować, że jest to podejście w pełni holistyczne, raczej polega na unikaniu redukcjonizmu, prowadzącego człowieka do jednego z aspektów dobrostanu.

Heszen, I., Życińska, J. (2008). Pozytywne wątki we współczesnej psychologii zdrowia – wprowadzenie. W: I. Heszen i J. Życińska (red.) *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. (s. 9-19), Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.

Życińska, J., Heszen, I. (2009). Resources, coping with stress, positive emotions and health. Introduction. *Polish Psychological Bulletin*, 40 (1), 1-5. doi: 10.2478/s10059-009-0001-7.

5.2.1. Dobrostan w procesie leczenia pacjentów onkologicznych

Podsumowując wyniki badań w rozmaitych kontekstach leczenia onkologicznego wykazałam, że rola pozytywnego dobrostanu jest większa niż dobrostanu negatywnego zarówno w podejmowaniu decyzji o rekonstrukcji piersi wśród kobiet po mastektomii (Życińska, 2015; Życińska, Gruszczyńska i Choteborska, 2014), jak i w radzeniu sobie ze stresem przez matki dzieci chorych na nowotwory złośliwe (Dobaczewska, Życińska, Januszek i Gruszczyńska, 2018). Dotyczyło to zarówno zmiennych uogólnionych, jak również specyficznych dla obu omawianych zjawisk.

Wydaje się, że pozytywne aspekty dobrostanu, np. poczucie własnej skuteczności czy obraz siebie, pełnią funkcję regulacyjną. Wykazałam na przykład, że przy wysokiej intencji poddania się rekonstrukcji piersi związanej w wysokimi oczekiwaniami wobec tego zabiegu u kobiet z niskimi zasobami (objawy depresji, starszy wiek czy dłuższy staż chorowania) zanikał efekt własnej skuteczności. W ten sposób malało prawdopodobieństwo podjęcia działań przez te kobiety, szczególnie w obliczu przeszkód. Ostatecznie – chroniło kobiety po mastektomii przed niezadowolaniem z zabiegu rekonstrukcji (Życińska, 2015; Życińska, Gruszczyńska i Choteborska, 2014; Życińska, Kuciej i Syska-Sumińska, 2012). W zakresie obrazu siebie, kobiety bezpośrednio po mastektomii z wysokim poczuciem własnej skuteczności (Życińska, 2005) czy kobiety uczestniczące w terapii poznawczo-behawioralnej (Wojtyna, Życińska i Stawiarska, 2007) modyfikują tylko te obszary oceny siebie, które podlegają kontroli, czyli właściwości emocjonalne i poznawcze, a nie te, zależne od przebiegu choroby (fizyczne) czy otoczenia społecznego (relacje interpersonalne).

Warto jednak zaznaczyć, że pacjenci onkologiczni inwestowali zasoby w celu ich restytucji (powrotu do funkcjonowania sprzed choroby), ale tylko wówczas, gdy obydwa rodzaje dobrostanu – pozytywny i negatywny - były wysokie (Życińska, Gruszczyńska i Choteborska, 2014; Życińska, Kuciej, Syska-Sumińska, 2012).

Wśród wskazań praktycznych istotne jest uwzględnienie oceny dobrostanu niezależnie od rodzaju nowotworu czy stadium zaawansowania choroby. W swoich badaniach wykazałam, że monitorowanie dystresu i zmęczenia wśród pacjentów onkologicznych pozwala na zapobieganie negatywnym konsekwencjom związanym z leczeniem nowotworów w warunkach szpitalnych (Car, Życińska i Lasota, 2012; Życińska, Januszek, Kudłacik i Pawlak, 2016).

Car J., Życińska J., Lasota W. (2012). Ocena dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe. *Przegląd Epidemiologiczny*, 66 (4), 689-695.

Dobaczewska, P., Życińska, J., Januszek, M., Gruszczyńska, E. (2018). Rola emocji w relacji sprężystość psychiczna - radzenie sobie w sytuacji choroby dziecka. *Czasopismo Psychologiczne*, 24 (1), 79-86. doi: 10.14691/CPPJ.24.1.79.

Kusz-Marcol, J., Konietzka, M., Życińska, J. (2018). Complications in the sexual activity of women after surgical intervention for breast cancer. *Medical Science Pulse*, 12 (2), 43-46. doi: 10.5604/01.3001.0012.1164.

Wojtyna, E., Życińska, J., Stawiarska, P. (2007). The influence of cognitive-behavior therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 12 (2), 109-117.

Życińska, J. (2005). Znaczenie poczucia własnej skuteczności w kształtowaniu obrazu siebie i jakości związku małżeńskiego przez kobiety po mastektomii. W: D. Kubacka-Jasiecka i T. M. Ostrowski (red.). *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 221-239). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Życińska, J. (2015). Social-cognitive variables as predictors of intention to undergo breast reconstruction. *Polish Psychological Bulletin*, 46 (1), 87-94. doi: 10.1515/ppb-2015-0012.

Życińska, J., Gruszczyńska, E., Choteborska, A. (2014). Positive and negative aspects of well-being as correlates of breast reconstruction decision. *Quality of Life Research*, 23 (6), 1803-1812. doi: 10.1007/s11136-013-0612-5.

Życińska, J., Januszek, M., Kudłacik M., Pawlak, A. (2016). Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji *Brief Fatigue Inventory* wśród chorych z rozpoznaniem nowotworu płuca. *Psychoonkologia*, 20 (2), 75-83. doi: 10.5114/pson.2016.62133.

Życińska, J., Kuciej, A., Syska-Sumińska, J. (2012). The relationship between general and specific self-efficacy during the decision-making process considering treatment. *Polish Psychological Bulletin*, 43 (4), 278-287. doi: 10.2478/v10059-012-0031-4.

5.2.2. Dobrostan w wieku senioralnym

Ocena dobrostanu w wieku senioralnym potwierdziła wspomniane wcześniej zależności między pozytywnymi a negatywnymi jego korelatami. Okazało się, że aktywny styl życia oraz zaangażowanie społeczne były lepszymi predyktorami poczucia sensu życia osób w wieku senioralnym niż objawy depresji (Życińska i Januszek 2011). W przypadku wsparcia społecznego wśród badanych seniorów nie uzyskałam spójnych wyników, przede wszystkim dlatego, że osoby samotne poszukiwały wsparcia i subiektywnie spostrzegały je na takim samym poziomie jak osoby posiadające partnerów czy zamieszkujące z rodziną.

Wsparcie społeczne wydaje się jednak szczególnie ważne wśród seniorów doświadczających zaburzeń depresyjnych (Wojtyna, Dosiak i Życińska, 2007). Wsparcie emocjonalne pełniło istotną rolę w pierwszych tygodniach hospitalizacji, gdy efekty farmakologicznego leczenia zaburzeń depresyjnych nie osiągnęły maksimum. Natomiast wsparcie instrumentalne wpływało na proces adaptacji chorego do środowiska społecznego w okresie poszpitalnym. Niezależnie od etapu leczenia, wsparcie emocjonalne łączyło się z większą samodzielnością życiową seniorów.

Wojtyna, E., Dosiak, M., Życińska, J. (2007). Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. *Psychogeriatrya Polska*, 4 (1), 17-26.

Życińska, J., Januszek, M. (2011). Poczucie sensu życia w kolejnych etapach okresu dorosłości: poszukiwanie jego uwarunkowań wśród osób starszych. W: K. Popiołek, A. Bańka (red.), *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie jednostkowej i społecznej* (s. 266-282). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

5.3. Opracowanie i adaptacja narzędzi pomiarowych, w tym testów przesiewowych

Omówione wcześniej obszary badawcze stały się inspiracją do opracowania pięciu narzędzi pomiarowych. Zagadnieniom tym poświęciłam pięć prac po doktoracie, a dwie kolejne stanowiły rozszerzenie wcześniejszych analiz. Ze względu na to, że większość badań prowadzonych było w dużych grupach klinicznych, wymagały one współpracy z praktykami: psychologami i lekarzami. Efektem tych działań są:

- pierwsza polska analiza właściwości psychometrycznych części A Testu Sensu Życia (*Purpose in Life Test*, PIL) (Życińska i Januszek, 2011). Jest to jedno z najpopularniejszych narzędzi do pomiaru poczucia sensu życia (a właściwie frustracji egzystencjalnej), funkcjonujące od kilkudziesięciu lat w polskiej adaptacji językowej bez takiej analizy. Dodatkowo opracowałam skróconą 6-pytaniową wersję PIL (tamże). Pozycje testowe tej wersji odnoszą się bezpośrednio do poczucia sensu życia zgodnie z logoteorią V.E. Frankla. Wersja skrócona w porównaniu z wersją pełną wykazuje stabilną strukturę czynnikową niezależną od zmiennych demograficznych (płci, wieku i wykształcenia) oraz występowania zaburzeń psychicznych (badania prowadzone wśród pacjentów psychiatrycznych - Życińska, Januszek i Dobaczewska, 2017) oraz trafność różnicową. W pracy klinicznej może służyć do oceny efektów oddziaływań terapeutycznych niezależnie od objawów depresji i lęku. Jej zastosowanie jest szczególnie wartościowe w grupach, w których wypełnienie pełnej wersji PIL jest problematyczne (np. wśród osób starszych). PIL w skróconej wersji może także konkurować ze współczesnymi miarami poczucia sensu życia opracowanymi na gruncie psychologii pozytywnej (np. *Meaning in Life Questionnaire* – Steger, Frazier, Oishi i Kaler, 2006).

Życińska, J. i Januszek, M. (2011). Test Sensu Życia (*Purpose in Life Test*, PIL) J.C. Crumbaugh i L.T. Maholicka: analiza psychometryczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 17 (1), 133-141.

Życińska, J., Januszek, M. i Dobaczewska, P. (2017, wrzesień). *Analiza psychometryczna skróconej wersji Testu Sensu Życia (Purpose in Life Test, PIL) J.C. Crumbaugh i L.T. Maholicka*. 36 Kongres PTP pt. „Psychologia dla zdrowia osoby i społeczeństwa”, Gdańsk.

- polskie wersje narzędzi do oceny motywacji w ujęciu teorii autodeterminacji, tj. *General Motivation Scale* (GMS; Życińska i Januszek, 2019) oraz *Treatment Self-Regulation Questionnaire* po raz pierwszy walidowany w grupie chorych somatycznie (Życińska, Januszek, Jurczyk i Syska-Sumińska, 2012), w tym także w trakcie leczenia (Życińska, 2017). W przypadku prezentowanych narzędzi toczy się dyskusja nad sposobem operacjonalizacji kontinuum motywacyjnego w ujęciu SDT, a także nad doбором właściwych modeli statystycznych opisujących to kontinuum. W przypadku obu adaptowanych narzędzi nie potwierdziłam ich struktury pomimo wprowadzenia wyrafinowanych analiz statystycznych, m.in. konfirmacyjnej analizy czynnikowej i jej odmiany – modelowania z podwójnym czynnikiem (*Confirmatory Bifactor Modelling*, CBM). Pozwala ono na pomiar głównego konstruktów kwestionariusza (np. globalnej motywacji) przy jednoczesnym kontrolowaniu wpływu czynników specyficznych (tutaj – poziomów regulacji kontinuum motywacyjnego), odzwierciedla zatem podejście wielowymiarowe.

Warto podkreślić, że publikacja obu prac, a szczególnie tej dotyczącej GMS, obciążona była ogromnym ryzykiem ze względu na odrzucenie hipotez teoretycznych. Wydaje się jednak, że prace te są ważnym głosem w dyskusji dotyczącej operacjonalizacji motywacji w ujęciu SDT. Stanowią fundamentalne pytanie o psychologiczny sens uzyskanych wyników często pomijane w konfrontacji z poszukiwaniem coraz bardziej zaawansowanych rozwiązań statystycznych.

Życińska, J. (2017). *Motywacja do zmiany zachowań ryzykownych w chorobie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN (str. 141-143).

Życińska, J., Januszek, M. (2019). How to measure the self-determination continuum? Initial validity evidence for the Polish version of the Global Motivation Scale (GMS). *Current Psychology*. Publikacja cyfrowa. doi: 10.1007/s12144-019-0145-3.

Życińska, J., Januszek, M., Jurczyk, M., Syska-Sumińska, J. (2012). How to measure motivation to change risk behaviours in the self-determination perspective? The Polish adaptation of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) among patients with chronic diseases. *Polish Psychological Bulletin*, 43 (4), 261-271. doi: 10.2478/v10059-012-0029-y.

- walidacja polskich wersji narzędzi przesiewowych do oceny dystresu wraz z oceną jego przyczyn (Termometr Dystresu [*Distress Thermometer*, DT] i Lista Problemów Pacjenta [*Patient Problem List*, PPL]; Życińska, Wojtyna, Heyda i Syska-Bielak, 2009) oraz do ewaluacji zmęczenia – Przeglądowy Kwestionariusz Zmęczenia (*Brief Fatigue Inventory*, BFI; Życińska, Januszek, Kudłacik i Pawlak, 2016) w chorobie nowotworowej. DT i PPL są traktowane jako tzw. „złote standardy” w celu wykrycia negatywnych konsekwencji stresu w ostatnim tygodniu, w tym także klinicznych zaburzeń depresji i lęku wśród pacjentów nowotworowych, natomiast BFI do oceny przebiegu zmęczenia uwarunkowanego chorobą nowotworową. Obydwa narzędzia są rekomendowane przez *National Comprehensive Cancer Network*, a w Polsce – przez Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne (patrz: <http://ptpo.org.pl/www2/termometr-dystresu/>).

Życińska, J., Januszek, M., Kudłacik M., Pawlak, A. (2016). Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji *Brief Fatigue Inventory* wśród chorych z rozpoznaniem nowotworu płuca. *Psychoonkologia*, 20 (2), 75–83. doi: 10.5114/pson.2016.62133.

Życińska, J., Wojtyna, E., Heyda, A., Syska-Bielak, A. (2009). *Screening for psychological distress in cancer patients. Polish adaptation of The Distress Thermometer and the Problem List: A validation study*. 11th 9th World Congress of Psycho-Oncology: “Multi-disciplinary perspectives in psycho-oncology: Interaction and integration”, Wiedeń, Austria.

5.4. Zakończenie

Zaprezentowane prace naukowo-badawcze konsekwentnie odwołują się do założeń współczesnej psychologii zdrowia. Głównym obszarem moich zainteresowań są determinanty – poznawcze, behawioralne i medyczne – zmiany zachowań zdrowotnych. Przedstawiony dorobek jest spójny ze względu na rozwój poszukiwań badawczych i ich realizację, co znajduje odzwierciedlenie w monografii wskazanej jako moje osiągnięcie naukowe. W swoich badaniach systematycznie poszukuję rozwiązań teoretycznych, dostrzegając ich niuanse, warianty czy trudności w operacjonalizacji. W realizowanych pracach przywiązuję dużą wagę do warsztatu metodologiczno-statystycznego, wprowadzając adekwatne rozwiązania. Moje publikacje oferują także nowatorskie spojrzenie na podejścia do zmiany zachowań ryzykownych, w tym na hierarchiczność konstruktów teoretycznych, ich podobieństwa czy na zróżnicowanie i wzajemne związki zachowań zdrowotnych. Innowacyjne rozstrzygnięcia staram się także realizować badając

bilans zasobów w sytuacji choroby czy w okresie senioralnym. Wartością jest dla mnie tworzenie standardów dla praktyki, czego przykładem jest wypracowanie programu dla osób palących papierosy czy adaptacja narzędzi przesiewowych stosowanych w leczeniu pacjentów onkologicznych.

Literatura cytowana

(poza pracami wymienionymi z pełną bibliografią bezpośrednio w tekście jako dorobek dodatkowy)

- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter (2002). *Annals of Internal Medicine*, 136, 243–246.
- August, K.J., Sorkin, D.H. (2010). Marital status and gender differences in managing a chronic illness: The function of health-related social control. *Social Science & Medicine* (1982), 71, 1831–1838, doi: 10.1016/j.socscimed.2010.08.022
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of efficacy*. New York: Freeman.
- Choi, N. (2004). Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. *The Journal of Psychology*, 138, 149–159.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. W: R. Dienstbier (red.), *Nebraska Symposium on Motivation: vol. 38. Perspectives on motivation* (s. 237–288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000). The what and why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, 14–23, doi: 10.1037/0708-5591.49.1.14.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior*. New York: Wiley.
- Forbes, D.L. (2011). Toward a unified model of human motivation. *Review of General Psychology*, 15, 85–98.
- Gallo, L.C., Matthews, K.A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10–51.
- Godin, G. (2011). The Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire. *Health & Fitness Journal of Canada*, 4, 18–22.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.
- Hagger, M.S., Chatzisarantis, N. (2008). Self-determination theory and the psychology of exercise. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1, 79–103, doi: 10.1080/17509840701827437.
- Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture, and community. The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum Press.
- Janssen, I., Dugan, S.A., Karavolos, K., Lynch, E.B., Powell, L.H. (2014). Correlates of 15-year maintenance of physical activity in middle-aged women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21, 511–518, doi: 10.1007/s12529-013-9324-z.
- Johnson, M.D., Anderson, J.R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V.L., Robbins, D.C. (2015). Spouse overprotection is indirectly associated with poorer dietary adherence for patients with type 2 diabetes via diabetes distress when active engagement is low. *British Journal of Health Psychology*, 20, 360–373, doi: 10.1111/bjhp.12105.
- Kolańczyk, A. (2009). Procesy świadome a automatyzmy w poznaniu społecznym. W: M. Kossakowska, M. Kofta (red.), *Psychologia poznania społecznego* (s. 31–57). Warszawa: WN PWN.
- Kuhl, J. (1981). Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 155–170.
- Lau-Walker, M. (2006). Predicting self-efficacy using illness perception components: A patient survey. *British Journal of Health Psychology*, 11, 643–661, doi: 10.1348/135910705X72802.
- Marti, C.N., Georgiopolou, V.V., Giamouzis, G., Cole, R.T., Deka, A., Tang, W.H.W., Dunbar, S.B., Smith, A.L., Kalogeropoulos, A.P., Butler, J. (2013). Patient-reported selective adherence to heart failure self-care recommendations, a prospective cohort study: The Atlanta Cardiomyopathy Consortium. *Congestive Heart Failure (Greenwich, Conn.)*, 19, 16–24, doi: org/10.1111/j.1751-7133.2012.00308.x.
- Mierzecki, A., Godycki-Ćwirko, M., Wrzeciono, B., Miączyńska, M. (2012). Palenie papierosów – profilaktyka i leczenie w praktyce lekarza rodzinnego. *Medycyna Praktyczna*, <http://uzaleznienia.mp.pl/tyton/artykuly/show.html?id=72295> (dostęp: 04.04.2015).

- Noar, S.M., Zimmerman, R.S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275–290, doi: 10.1093/her/cyg113.
- Ory, M.G., Jordan, P.J., Bazzarre, T. (2002). The Behavior Change Consortium: Setting the stage for a new century of health behavior-change research. *Health Education Research*, 17, 500–511.
- Pelletier, L. G., Sharp, E., Blanchard, C., Lévesque, C. Vallerand, R. J., Guay, F. (2007). The general motivation scale (GMS): Its validity and usefulness in predicting success and failure at self-regulation. Manuscript in preparation. University of Ottawa.
- Prestwich, A., Sniehotta, F., Whittington, C., Dombrowski, S.U., Rogers, L., Michie, S. (2014). Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*, 33, 465–474.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184–218.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Guadagnoli, E., Rossi, J. (1990). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 587–611.
- Quinlan, K.B., McCaul, K.D. (2000). Matched and mismatched interventions with young adult smokers: Testing a stage theory. *Health Psychology*, 19, 165–171.
- Ryan, R.M., Connell, J.P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Patient Education and Counseling*, 57, 749–761.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L., Williams, G.C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2–5.
- Saleh, F., Mumu, S.J., Ara, F., Hafez, M.A., Ali, L. (2014). Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 431.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1–29.
- Senécal, C., Nouwen, A., White D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19, 452–457, doi: 10.1037/a0030280.
- Sniehotta, F.F., Schwarzer, R., Scholz, U., Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35, 565–576.
- Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S., Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 1, 80–93.
- Sutton, S. (2000). Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology and Health*, 15, 163–171.
- Sweet, S.N., Fortier, M.S., Strachan, S.M., Blanchard, C.M. (2012). Testing and integrating Self-Determination Theory in a physical activity context. *Canadian Psychology*, 53, 319–327.
- Turk-Adawi, K.I., Oldridge, N.B., Tarima, S.S., Stason, W.B., Shepard, D.S. (2013). Cardiac rehabilitation patient and organizational factors: What keeps patients in programs? *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 2, e000418, doi: org/10.1161/JAHA.113.000418.
- WHO (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. World Health Organisation, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (dostęp: 14.04.2015).
- Williams, G.C., McGregor, H.A., Sharp, D., Levesque, C.S., Kouides, R.W., Ryan, R.M., Deci, E.L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25, 91–101.