

# Wprowadzenie

*Teoria nie jest teologią. Teoria potrzebuje bardziej wątpiących niż lojalnych wyznawców.*

(Rimer, 1997, s. 146)

O tym, że zagrożenie wystąpieniem choroby i jej powikłań nie jest wystarczającym powodem wykonywania zaleceń lekarskich, przekonał się w już latach 50. ubiegłego wieku rząd Stanów Zjednoczonych, gdy Amerykanie nie korzystali z darmowych szczepień ochronnych przeciwko chorobie Heinego–Medina. Wyrównanie szans dostępu do szczepień osobom o różnym statusie społeczno-ekonomicznym nie gwarantowało udziału w programie. Wówczas zwrócono się do ośrodków uniwersyteckich o wyjaśnienie tego zjawiska i wskazanie sposobów **motywowania** ludzi do podejmowania działań prewencyjnych. Na podstawie tych doświadczeń powstał model przekonań zdrowotnych (Becker i Rosenstock, 1987), pierwsze teoretyczne ujęcie mechanizmów wyjaśniających zachowania związane z chorobą.

O tym, że diagnoza choroby przewlekłej oraz jej powikłań nie jest wystarczającym powodem zmiany wysokotłuszczowej diety, siedzącego trybu życia na bardziej aktywny czy rzucenia palenia, przekonują się każdego dnia lekarze i sami pacjenci. Wymienione **zachowania ryzykowne** są przyczyną wzrostu **zapadalności na choroby niezakaźne** (np. choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzycę czy nowotwory), które są odpowiedzialne za prawie 70% zgonów, w tym także te przedwczesne – między 30. a 70. rokiem życia. Mimo tych niepokojących statystyk badania pacjentów z niewydolnością serca wskazują na obecność przynajmniej jednego, a zwykle kilku zachowań ryzykownych u 90% tych osób (Marti i in., 2013). Nawet 50% pacjentów z różnymi chorobami sercowo-naczyniowymi 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 mimo wyraźnego zakazu lekarza (Saleh, Mumu, Ara, Hafez i Ali, 2014). Obecnie, tak jak ponad sześć dekad temu, wyjaśnienia problemu nie stosowania się do zaleceń lekarskich poszukuje się także w obszarze teorii i praktyki psychologicznej.

O istocie badań wykorzystujących teorię psychologiczną jako 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 wyjątkowego modelu teoretycznego, który najlepiej przewiduje zmianę przynajmniej jednego z zachowań ryzykownych.** W konkluzji stwierdzono zatem, że z punktu widzenia rozwoju wiedzy korzystne wydaje się porównywanie i różnicowanie podejść teoretycznych do zmiany zachowań zdrowotnych w celu ich integracji oraz stworzenie bardziej analitycznych metod oceny działań projektowanych na ich podstawie (Hagger i Chatzisarantis, 2008; Noar i Zimmerman, 2005; Ory, Jordan i Bazzarre, 2002).

Celem tej publikacji nie jest prezentacja wszystkich podejść teoretycznych do zmiany zachowań ryzykownych w chorobie, jak w tradycyjnych podręcznikach z obszaru psychologii zdrowia. Zgodnie z postulatami przedstawionymi wcześniej, jej celem jest zbudowanie według reguł sztuki **modelu zintegrowanego** opartego na podejściach teoretycznych odwołujących się do procesów motywacyjnych, a wywodzących się z różnych orientacji psychologicznych. Pierwsze z nich to teoria społeczno-poznawcza (*Social Cognitive Theory*, SCT) Alberta Bandury (1977, 1997) oraz jej rozwinięcie – procesualny model działań zdrowotnych (*Health Action Process Approach*, HAPA) Ralfa Schwarzera (2008) mieszczące się w nurcie **psychologii poznawczej**. Drugie ujęcie to teoria autodeterminacji (*Self-determination Theory*, SDT) Edwarda L. Deciego i Richarda M. Ryana (1985, 1991, 2000; Deci, 1971; Ryan i Deci, 2000) wywodzące się z **orientacji humanistycznej**. Wybór tych podejść został dokonany nie tylko ze względu na bogatą dokumentację empiryczną o uniwersalnym charakterze, lecz także ze względu na ich zastosowanie w praktyce. British Association for Cardiac Rehabilitation uznała **własną skuteczność**, istotny konstrukt SCT i HAPA, za teoretyczną podstawę długoterminowych oddziaływań praktycznych w celu zmniejszenia ryzyka sercowo-naczyniowego (Lau-Walker, 2006). Natomiast wsparcie **autonomii pacjenta**, podstawowej potrzeby jednostki zgodnie z SDT, jest promowane w środowisku praktyków jako ważna determinanta

efektywnej zmiany stylu życia w chorobie (np. ABIM Foundation..., 2002). Integracja wyróżnionych podejść teoretycznych pozwoli na wielowymiarowy opis procesów motywacyjnych, który do tej pory nie był prezentowany w odniesieniu do zachowań ryzykownych.

W publikacji omówione zostaną także obiektywne dane ważne z punktu widzenia zmiany zachowań ryzykownych w chorobie. Wobec tego określone będą korzyści płynące ze stosowania zaleceń lekarskich dotyczących diety (w tym alkoholu), aktywności fizycznej oraz rzucenia palenia z uwzględnieniem kontroli metabolicznych wskaźników ryzyka, np. wagi, stężenia cholesterolu czy glikemii. Wśród innych uwarunkowań zmiany zachowań ryzykownych dyskutowana będzie rola **zmiennych socjodemograficznych**, takich jak płeć, wiek, status socjoekonomiczny czy bycie w związku. Podjęta zostanie próba określenia roli **rodzaju choroby przewlekłej** (choroby sercowo-naczyniowe vs. cukrzyca) oraz **depresji** w zmianie zachowań ryzykownych. Obecnie wyzwaniem dla psychologów jest wypracowanie standardów kontroli depresji w chorobach somatycznych.

W drugiej części tej publikacji przedstawione zostaną wyniki badań przekrojowych i badań podłużnych **weryfikujących** model zintegrowany z uwzględnieniem wspomnianych wcześniej uwarunkowań zmiany zachowań ryzykownych w dwóch grupach pacjentów: po **ostрым zespole wieńcowym** (*acute coronary syndrom*, ACS) oraz chorych z **cukrzycą typu 2**. Oprócz oceny różnic między tymi grupami chorych w zakresie zależności między własną skutecznością a motywacją autonomiczną, badania te charakteryzują się dodatkowymi nowatorskimi rozwiązaniami. Po pierwsze, ocena motywacji dostosowana została do fazy zmiany zachowania ryzykownego zgodnie z założeniami modelu zintegrowanego. Ocena miała zatem charakter **kontekstualny**, odpowiadający procesowi leczenia i aktualnej sytuacji pacjentów, w tym ich indywidualnemu tempu zmian zachowań ryzykownych. Po drugie, konsekwencją tego była konieczność samodzielnego skonstruowania narzędzi oraz zastosowania **algorytmu doboru pacjentów do określonej fazy zmiany zachowania ryzykownego**, tj. inny zestaw narzędzi wypełniali pacjenci, którzy nie mieli zamiaru zmienić swojego zachowania mimo zaleceń lekarskich, inny – pacjenci, którzy planowali taką zmianę, a jeszcze inny – ci, którzy wypełniali zalecenia lekarskie w tym zakresie od dłuższego czasu. Po trzecie, weryfikacja modelu zintegrowanego została przeprowadzona w odniesieniu do trzech zachowań ryzykownych: **diety, aktywności fizycznej i palenia papierosów**. Zachowania te oceniane były na podstawie deklaracji pacjentów, a w badaniach podłużnych – także na podstawie metabolicznych wskaźników ryzyka. Ze względu na zachowania ryzykowne wyodrębniono dodatkowo grupy pacjentów szczególnie zagrożonych i sposoby ich identyfikacji. Należy poza tym podkreślić, że w publikacji po raz pierwszy zostały zaprezentowane

autorskie adaptacje **narzędzi do pomiaru motywacji w ujęciu SDT** w obszarze zdrowia. Wnioski i ich dyskusja kończą część drugą, oprócz poparcia wielu dotychczasowych osiągnięć podejść teoretycznych wykorzystanych w modelu zintegrowanym, zgodnie z zaprezentowaną na początku myślą przewodnią, zawierają także **pytania**. Dotyczą one kwestii problematycznych zarówno w zakresie założeń teoretycznych modelu, jak i sposobu prowadzenia badań oraz możliwości ich wykorzystania w praktyce.