

22 Streszczenie

„Ocena zależności między temperamentem, objawami depresji i jakością życia wśród pacjentów chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc”

Przewlekłe choroby układu oddechowego to nieodłączny element życia w metropolii. Łódź ze względu na swoją bogatą historię jako centrum przemysłowe stanowi miasto szczególnie obciążone pod tym względem. Zapaść ośrodków przemysłowych po upadku gospodarki centralnie sterowanej w 1989 r. sprawiła, że do problemów czysto somatycznych wywołanych pracą i życiem w ciężkich warunkach dołączyły problemy natury psychicznej wynikające z istniejącej choroby oraz pogłębiającego się bezrobocia.

W swojej pracy skupiłam się na powiązaniu somatycznych i psychologicznych aspektów przewlekłych chorób dróg oddechowych. Posługując się kwestionariuszami oceny temperamentu FCZ-KT, lęku STAI-X1 oraz STAI-X2, skalą depresji Becka oraz autorskim kwestionariuszem osobowym i poziomem stygmatyzacji; dokonałam analizy psychometrycznej pacjentów chorych na POChP oraz astmę. Badania przeprowadziłam w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi na grupie 150 pacjentów cierpiących na astmę i/lub POChP.

Pierwsze trzy hipotezy badawcze miały ocenić czy odczuwanie objawów depresji jest zależne od odczuwania stygmatyzacji oraz od poziomu jakości życia, a także czy struktura cech temperamentu jest związana z odczuwaniem objawów depresji. Dodatkowo chciałam zbadać czy struktura cech temperamentu jest moderatorem związku pomiędzy odczuwaną jakością życia i poczuciem stygmatyzacji, a objawami depresji. Analogiczne hipotezy postawiłam w odniesieniu do odczuwania lęku jako stanu oraz cechy. Dodatkowo postanowiłam ocenić czy poziom odczuwania objawów depresyjnych (stygmatyzacji, depresji, lęku) jest różny dla astmy i POChP.

Otrzymane wyniki pozwoliły potwierdzić istnienie związku pomiędzy odczuwaniem depresji i lęku zarówno w odniesieniu do poziomu jakości życia, jak i stopnia stygmatyzacji, a także wykazały związek między strukturą cech temperamentu a doczuwaniem objawów depresji i lęku. Wynik nie potwierdziły jednak moderującej roli cech temperamentu pomiędzy odczuwaną jakością życia i stygmatyzacją, a lękiem i depresją, co wskazuje na niezależne działanie tych objawów depresyjnych.

Dodatkowo nie zaobserwowano jakoby pacjenci chorzy na POChP odczuwali zwiększone nasilenie objawów depresji, lęku i stygmatyzacji w porównaniu do chorych na astmę.

Poza odpowiedzią na główne pytanie badawcze, dane pozyskane w kwestionariuszu osobowym pozwoliły zidentyfikować dodatkowe zależności i czynniki zaostrzające lub łagodzące objawy depresji. Wśród najważniejszych wyników dodatkowych należy zwrócić szczególną uwagę na wyraźnie zarysowaną dynamikę zmian w stopniu stygmatyzacji. Niskie poczucie stygmatyzacji stymuluje pacjentów do podejścia emocjonalnego (rozmowy z najbliższymi i internalizacja problemu), ale wraz z rosnącym poczuciem stygmatyzacji rośnie potrzeba rozmowy merytorycznej tj. z grupą wsparcia lub specjalistą. Pozwala to na zwiększone zrozumienie choroby, a zwiększony poziom wiedzy o chorobie jest czynnikiem wyraźnie zmniejszającym poczucie stygmatyzacji i depresji. Dynamikę tą w skrócie można opisać sinusoidą poczucia stygmatyzacji i stwierdzeniem, że „zanim będzie lepiej, musi być gorzej”.

Przygotowany formularz stygmatyzacji wykazuje się dobrą mocą rozdzielczą w zakresie średnio do silnie zaznaczonego poczucia stygmatyzacji, co pozwala na zidentyfikowanie stygmatyzacji w fazie wzrostu i spłaszczenie sinusoidy poczucia stygmatyzacji powstrzymując ją przed osiągnięciem klinicznie istotnego natężenia.

Drugim czynnikiem ograniczającym poczucie stygmatyzacji jest wysoki poziom niezależności finansowej. Jest to czynnik osobniczo zmienny i mający mniejsze znaczenie. Rozmowa z grupą wsparcia jest podobnie skuteczna jak rozmowa ze specjalistą w łagodzeniu poczucia stygmatyzacji, ale bardziej przystępna ekonomicznie, a więc należy zapewnić pacjentom nie mogącym pozwolić sobie na terapię indywidualną odpowiedni dostęp do grup wsparcia.

Podsumowując, uzyskane wyniki podkreślają rolę poczucia stygmatyzacji w przebiegu astmy i POChP oraz rolę zmniejszenia stygmatyzacji w sukcesie terapeutycznym. Dodatkowo, stworzony na potrzeby badania autorski kwestionariusz badania poziomu stygmatyzacji, wykazał dużą statystyczną czułość i specyficzność i okazał się narzędziem mogącym pomóc w identyfikacji pacjentów w najbardziej wrażliwej fazie, tj. gdy stygmatyzacja zaczyna być problemem, ale jeszcze nie przełamuje mechanizmów kompensacyjnych, co pozwala na wprowadzenie interwencji prewencyjnej zanim problem rozwinie się na dobre.