

Wojciech Gulin, Janusz Ostrowski, Bolesław Rutkowski

Obraz siebie osoby w sytuacji choroby przewlekłej

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 5, 31-45

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

WOJCIECH GULIN

Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy

JANUSZ OSTROWSKI

Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii

Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku

BOLESŁAW RUTKOWSKI

Gdański Uniwersytet Medyczny

Obraz siebie osoby w sytuacji choroby przewlekłej

Self-perception in situation of persons with chronic disease

Key words: Self-perception, illness, chronic renal failure, haemodialysis

Summary: An aspect of psychosomatics in contrast to somatopsychology and defining the boarder point in particular brings the representatives of both medicine and psychology numerous problems. That in turn might influence deteriorating the quality of medical service. Therefore it is important to define the practical area of activity for both sciences, as only that will enable a quick exchange of experience between the representatives of both professions which will considerably influence the result of patient's treatment. The studies aim at presenting self-perception by the dialysed people where human dependence on the machine is particularly visible. The final effect of the studies will suggesting ways of conducting a therapy to both the dialysed person as well as his family. The study was carried out at The Department of Nephrology and Dialysis, The Provincial Hospital in Włocławek. G.H. Gough and A.B. Heilbrun adjective test was applied as a method of self-perception study. The results obtained indicated the complexity of self-perception conditions in a complicated life situation such as human dependence on the machine. Their interpretation showed that the illness, in this case chronic renal failure, evolves a particular concentration of the patient in a social aspect. The presented descriptions of the results of the studies correspond to "quality of life" definition which says about an individual satisfaction in physical, psychical and social activity areas. We assume that the adjective test might be a test useful for scales measuring quality of life with dialysed patients.

Wprowadzenie

Proces leczenia pacjenta uzależniony jest od wielu aspektów. Medycyna w swoim rozwoju coraz efektywniej przywraca zdrowie człowiekowi. Ostatnie lata jednak ukazują, że aspekt medyczny nie zawsze wystarcza. Według de Barbaro (1997), specjalista z dziedziny medycyny wyposażony w aparaturę, ukazującą różnego rodzaju wskaźniki, ma małą szansę na dostrzeżenie innych równie ważnych aspektów, nie związanych jednak z własną specjalnością. Najczęściej bowiem nie stawia pytań o znaczenie innych uwarunkowań dotyczących, np. roli kontekstu społecznego w funkcjonowaniu chorego. Rola zaś rodziny czy środowiska pracowniczego może decydująco wpłynąć na sukces terapii. Nie wystarczy więc dobrze określić diagnozę, zaplanować i realizować proces leczenia, konieczny jest również bardzo dobry kontakt interpersonalny lekarza z pacjentem. By jednak mógł on zaistnieć należy znać uwarunkowania dobrego kontaktu międzyludzkiego oraz przynajmniej niektóre cechy osobowościowe pacjenta. Można przyjąć założenie, że skoro każdy człowiek jest niepowtarzalny, to również każdy kontakt w relacji „lekarz – pacjent” będzie miał swoją indywidualną specyfikę. Pojawia się więc płaszczyzna do podejmowania wspólnych działań z zakresu medycyny i psychologii. Dobrze ów aspekt oddaje refleksja Manitiusa (2000, s. 28), otóż według niego „troskliwa, kochająca rodzina, pomoc lekarza i pielęgniarki, psychologa a niekiedy psychiatry mogą pomóc pacjentowi w odzyskaniu równowagi psychicznej”. Pojawiła się zatem tendencja do holistycznego ujmowania osoby pacjenta.

Analiza poszczególnych specjalności medycznych doprowadziła do atrakcyjnego naukowo obszaru eksploracji, jakim są zagadnienia z dziedziny nefrologii i dializoterapii. Wyraźnie bowiem zauważalne jest zwiększające się zainteresowanie lekarzy wymienionej specjalności zagadnieniem jakości życia, jako ważnego aspektu w procesie leczenia chorej osoby. Drugim ważnym aspektem jest specyfika samej choroby i jej przewlekły charakter. Można jednocześnie stwierdzić, iż ogólnie pojmowana jakość życia jest niemal istotą działań psychologicznych. Jest więc wystarczające uzasadnienie do podjęcia wspólnych działań badawczych, uwzględniających zakresy wiedzy medycznej i psychologicznej w naukowym ujmowaniu funkcjonowania pacjenta w wymiarach somatycznym i psychicznym, czego potwierdzeniem staje się niniejsze opracowanie.

Obraz siebie – podstawowe pojęcia

Każdy człowiek posiada wyobrażenie swoich cech, wyglądu, sposobów zachowania czy relacji z innymi osobami. Są to aspekty składające się na obraz siebie. Nie zawsze poglądy ma swój tematy są zbieżne ze stanem faktycznym, dlatego też ujmowanie samego siebie ma wymiar subiektywny. Koncentrując się na

empirycznym poznawaniu obrazu człowieka poznajemy jego subiektywną ocenę siebie samego. Wyżej wymieniony obraz wpływa nie tylko na ustosunkowanie się do siebie, ale również na relacje z innymi osobami. Pojawia się zatem społeczny aspekt życia człowieka. Według Rogersa (za: Perwin, John, 2002), człowiek dąży do osiągnięcia wewnętrznej spójności, a więc zgodności między „Ja” a własnym doświadczeniem. Zachowanie zatem staje się skutkiem spostrzegania samego siebie. Obraz siebie odgrywa rolę motywującą człowieka do podejmowania określonych zadań czy też podejmowania zachowań. Dodajmy jednak, że w psychologii pojęciami równoznacznymi dla obrazu siebie są „samowiedza” oraz „samoświadomość”. Dokonajmy zatem krótkiego przeglądu podstawowych pojęć związanych z powstawaniem obrazu siebie i jego rolę, koncentrując się na wspólnych aspektach poszczególnych propozycji.

Według Nuttina (1968, s. 44), obraz siebie jest sumą własnych doświadczeń, odbijającą się w świadomości własnego istnienia, jest obrazem „własnych poglądów, uczuć, zdolności i czynności w ogóle, jaki tworzy sobie sam podmiot”. Z kolei Kozielecki (1981, s. 13), nie będąc zwolennikiem pojęcia „obraz siebie” za termin bardziej adekwatny uważał samowiedzę. Jest ona, według niego, „wiedzą, jaką jednostka zdobywa w procesie samowiedzy”. Poprzez autorefleksję formułowane są podmiotowe oceny odnoszące się do samego siebie. Kofta i Doliński (2000) podkreślają konieczność skoncentrowania się na sobie. Podmiot musi stać się obiektem własnej uwagi, co jest określane przez autorów jako samoświadomość.

W ujęciu wielu psychologów obraz siebie pełni funkcję integrującą, czego przykładem jest pogląd Reykowskiego (1992, s. 178). Struktura „Ja” jest mechanizmem integrującym informacje o sobie, lecz „także źródłem kryteriów ocen oraz dążeń (...) wizji własnej osoby i świata. Podobne podejście zauważamy u Sieka (1982, s. 402), według niego jest to „zorganizowany zespół cech, które jednostka nauczyła się na podstawie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń uznawać za własne, pełniący funkcję integracji, stabilizacji struktury osobowości i zapewniający względną trwałość i powtarzalność zespołów schematów zachowania jednostki”. W myśl przedstawionej definicji, zachowanie człowieka jest efektem posiadanych cech, uzyskanych przez nabywanie doświadczenia. Jak zatem widać, jest ono ważnym aspektem w tworzeniu obrazu siebie. Doświadczenie związane jest również z sytuacyjnym kontekstem naszego życia.

Angyal (za: Lindzey, Hall, 1994) z kolei w swojej propozycji ujmowania osobowości wprowadził pojęcie biosfery, w której zawiera się jednostka oraz jej środowisko. Jednym biegunem biosfery jest organizm, w nim zaś procesy somatyczne psychiczne i społeczne, drugim natomiast jest środowisko. Ważnym efektem rozważań Angyala jest stwierdzenie, iż środowisko nie musi odzwierciedlać rzeczywistości. Równie istotne jest stwierdzenie przytaczanego autora, dotyczące istnienia w człowieku dwóch struktur osobowości zdrowej i neurotycznej. Dominuje jedna nad drugą, np. zdrowa nad neurotyczną. Możliwa jest

jednak zmiana dominacji wymienionych struktur, gdzie neurotyczna zdominuje zdrową. Ten pogląd wydaje się jest szczególnie ważny w niniejszym opracowaniu, gdyż zajmować się będziemy obrazem siebie osób z przewlekłą chorobą.

Psychologiczne uwarunkowania stanu chorobowego

Choroba objawia się najczęściej zaburzeniami fizycznymi ciała (ból, dolegliwości), wpływa również na psychikę człowieka, co może przejawiać się spadkiem nastroju, przygnębieniem. Przyszły pacjent znajduje się więc w sytuacji decyzyjnej, gdzie efektem końcowym będzie przywrócenie równowagi fizycznej i psychicznej. Ocena stopnia zagrożenia chorobą może motywować do poszukiwania pomocy ze strony otoczenia. W przypadku, bowiem, oceny niskiego zagrożenia pacjent będzie koncentrował się na radach rodziny czy też znajomych, wobec jednak pojawienia się subiektywnie wysokiej oceny niebezpieczeństwa poszuka pomocy u lekarza. Napotykamy jednak na kluczowy moment w dużej mierze skutkujący końcowym pozytywnym efektem, jest nim zaufanie do lekarza. Pacjent zatem stawia sobie pytanie: czy i jakim stopniu lekarz może mu pomóc? Od subiektywnej odpowiedzi na to pytanie zależy, czy chory szukać będzie pomocy u lekarza czy też np. znachora. Wybór osoby pomagającej w leczeniu kończy niejako pierwszy etap podejmowania decyzji, zapewne najważniejszy. Kończy się oczekiwaniem uzyskania pomocy związanym z przekonaniem o skuteczności lekarza (Heszen-Niejodek, 1992).

Bishop (2000) proponuje rozróżnienie pojęć „jednostka chorobowa” i „choroba”. Mimo wrażenia zbieżności między zaprezentowanymi terminami pierwszemu przypisane są zmiany patologiczne organizmu. Drugi natomiast (choroba) jest związany z subiektywnym odbiorem swojego stanu przez chorego. Przykładem mogą być odmienne zachowania ludzi mających zbliżone jednostki chorobowe. Jedna osoba z podwyższoną temperaturą natychmiast udaje się do lekarza, gdyż subiektywnie czuje się chora. Inna natomiast przy takich samych objawach zachowuje się jak osoba zdrowa. Zachowanie osoby z jednostką chorobową, a więc zmianami patologicznymi organizmu jest „funkcją choroby a nie jednostki chorobowej (...) działanie pacjenta jest reakcją nie na określony stan fizyczny lecz na jego subiektywny odbiór” (Bishop, 2000, s. 252).

Wizyta u lekarza oraz diagnoza lekarska powodują, iż człowiek w zachowaniach „wchodzi” w rolę chorego. Z jednej strony od jakości odczucia tej roli zależny jest proces leczenia, z drugiej zaś powoduje ona określony odbiór społeczny (Sherdian i Radmacher, 1998). Pacjent bowiem „zestawia” diagnozę lekarską z własnymi odczuciami oraz opinią otoczenia, wymienione czynniki stanowią punkt wyjścia do kolejnych decyzji. Oceny lekarza oraz pacjenta, dotyczące choroby nie muszą (i często nie są) być zgodne. Z nich jednak wynika motywacja pacjenta do podjęcia procesu leczenia.

Każdy człowiek znajduje się w jakiejś sytuacji. Jedne mają dla niego duże znaczenie, inne zaś marginalne. Są sytuacje przyjemne, przykre, łatwe, trudne. Jedną z takich sytuacji jest dializowanie, komplikujące schemat codziennego życia. Jedną z sytuacji niecodziennych jest funkcjonowanie człowieka z przewlekłą niewydolnością nerek, jest on bowiem ściśle zależny od zabiegów. Od strony medycznej osoba jest zależna od cyklicznie przeprowadzonych zabiegów (trudno zatem sobie wyobrazić np. wyjazd urlopowy). Specyfika dializowania wiąże się z koniecznością „podłączenia” pacjenta do aparatury dializującej. Od strony psychologicznej zaś zapewne występuje lęk o własne życie, jednocześnie można założyć, iż lęk będzie związany z ograniczonym zaufaniem do aparatury dializującej (obawa związana z możliwością awarii). Wspomniana wyżej cykliczność zabiegów wpływa zapewne na poczucie ograniczania swobody pacjenta. Przewlekła niewydolność nerek „narzuca” jednocześnie prowadzenie higienicznego, w pełni kontrolowanego stylu życia. Innym istotnym aspektem staje się zachowanie rodziny. Z obserwacji lekarzy i pielęgniarek wynika bowiem, że pacjent nie zawsze może liczyć na jej wsparcie. Nie jest to bowiem jednorazowy zabieg koncentrujący aktywność rodziny wobec chorego, są to zabiegi trwające latami gdzie wspomniana aktywność wraz z upływem czasu ulega zmniejszaniu, kończąc się często zupełnym brakiem zainteresowania.

Przywołując zagadnienie jakości relacji między personelem medycznym a pacjentem, należy wspomnieć o procesie empatii. Przyjąć więc można, iż od empatii w dużej mierze zależeć będzie jakość wspomnianej wyżej relacji. Aby jednak efekty działania lekarzy skutkowały nie tylko w zakresie somy, ale również psyche, niezbędne jest empiryczne poznanie obrazu, jaki subiektywnie „utworzył” dializowany pacjent w odniesieniu do siebie. Przede wszystkim zaś, uzyskanie odpowiedzi na pytanie – czy choroba ma wpływ na ów obraz?

Charakterystyka badanych osób wraz z prezentacją metod

W prezentowanym opracowaniu ukazane będą wyniki badań grupy osób z przewlekłą niewydolnością nerek w kontekście wyników grupy kontrolnej. Ważnym aspektem było założenie dokładnego określenia stanu zdrowia. Uwzględniono wyniki badań medycznych adresowanych, prawdopodobnie bardziej, do specjalistów z dziedziny nefrologii, licząc jednocześnie, iż oni również zechcą zapoznać się z niniejszą analizą.

Zgłębienie zależności samopoczucia pacjenta, w zależności od procesu, dializowanie doprowadziło do podjęcia stosownych badań. W tym celu przeprowadzono badanie pacjentów dializowanych w Oddziale Nefrologii i Dializoterapii Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku. W badaniu wzięło udział 54 chorych, w tym 29 mężczyzn i 25 kobiet w wieku od 21 do 77 lat, średnio 46,6 lat. Średni

czas dializowania badanego wynosił 49 miesięcy. Przyczyną dializowania była przewlekła niewydolność nerek w przebiegu przewlekłego zapalenia kłębuszków nerkowych – 20 pacjentów, przewlekłego odmiedniczkowego zapalenia nerek – 12 pacjentów, nefropatii cukrzycowej – 4 pacjentów, zespołu hemolityczno-mocznicowego – 2 pacjentów, wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek – 2 pacjentów, nefropatii toczniowej – 2 pacjentów, amyloidozy nerek – 1 pacjent, nieznanego pochodzenia – 8 pacjentów.

Średni poziom albumin badanych chorych wynosił 3.52 g%. 18 badanych otrzymywało erytropoetynę jako lek korygujący niedokrwistość. Hemodializy wykonywano za pomocą następujących aparatów do hemodializ: Bellco Multimat, Althin DW 1000, Gambro AK-95. Wszystkie dializy wykonywane były z użyciem koncentratu wodorowęglanowego, dializatorów kapilarnych oraz heparyn drobnocząsteczkowych.

Jako narzędzie badawcze obrazu siebie wybrano test przymiotników G. H. Gougha i A. B. Heilbruna. Badanemu proponuje się listę trzystu przymiotników, z których zaznacza on charakterystyczne dla opisu siebie. Uwzględniał on jednocześnie główne polecenia. Pierwszym było odpowiadanie na pytanie: jaki jesteś? (co odpowiadało obrazowi realnemu), drugie zaś: jaki chciałbyś być? (w tym przypadku badanie odnosiło się do określenia idealnego obrazu siebie). Wyniki interpretowane są pod kątem trzydziestu siedmiu skal. Skróty skal wraz z podaniem polskiego znaczenia ujęte są w tabeli 1.

Tabela 1. Test przymiotników (ACL) – zastawienie nazw poszczególnych skal (Juros, Oleś, 1993)

Lp.	Skrót	Znaczenie	Lp.	Skrót	Znaczenie
1	No. Ckd	Całkowita liczba wybranych przymiotników	19	Def	Potrzeba podporządkowania się
2	Fav	Liczba wybranych przymiotników pozytywnych	20	Crs	Gotowość na poradnictwo
3	Unfav	Liczba wybranych przymiotników negatywnych	21	S Cn	Samokontrola
4	Com	Typowość	22	S Cfd	Zaufanie do siebie
5	Ach	Potrzeba osiągnięć	23	P Adj	Przystosowanie osobiste
6	Dom	Potrzeba dominacji	24	Iss	Skala idealnego obrazu siebie

Cd. Tabela 1.

Lp.	Skrót	Znaczenie	Lp.	Skrót	Znaczenie
7	End	Potrzeba wytrwałości	25	Cps	Skala osobowości twórczej
8	Ord	Potrzeba porządku	26	Kls	Skala zdolności przywódczej
9	Int	Potrzeba rozumienia siebie i innych	27	Mas	Skala męskości
10	Nur	Potrzeba opiekowania się	28	Fem	Skala kobiecości
11	Aff	Potrzeba afiliacji	29	CP	Krytyczny rodzic
12	Het	Potrzeba kontaktów heteroseksualnych	30	NP	Wychowujący rodzic
13	Exh	Potrzeba ujawniania się	31	A	Dorosły
14	Aut	Potrzeba autonomii	32	FC	Wolne dziecko
15	Agg	Potrzeba agresji	33	AC	Przystosowane dziecko
16	Cha	Potrzeba zmiany	34	A 1	Wysoka oryginalność, niska inteligencja
17	Suc	Potrzeba wsparcia	35	A 2	Wysoka oryginalność, wysoka inteligencja
18	Aba	Potrzeba upokorzenia	36	A 3	Niska oryginalność, niska inteligencja
			37	A 4	Niska oryginalność, wysoka inteligencja

Na badanie uzyskano zgodą Komisji Terenowej Etyki Badań Naukowych przy Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Wszyscy pacjenci, którym proponowano udział w badaniu, wyrazili na nie pisemną zgodę.

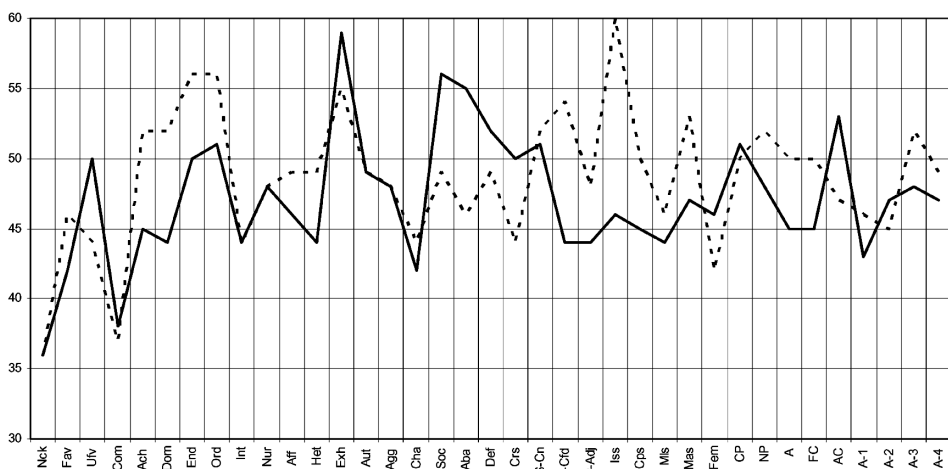
Dokonane zostały również badania grupy kontrolnej. Składała się ona z 65 osób – studentów uczelni wyższych Włocławka i Łodzi. Dlatego, w dalszej części opracowania zestawione zostaną wyniki obu grup pod kątem różnic w określaniu własnych obrazów badanych osób. W badaniach grupy kontrolnej nie uwzględniono wpływu płci, dodać jednak można, iż starano się zachować mniej więcej równe grupy kobiet i mężczyzn (35 mężczyzn i 30 kobiet). Udział w badaniach był dobrowolny. Jedynym warunkiem było określenie stanu zdrowia przez badanych – brak chorób przewlekłych. Średnia wieku grupy kontrolnej wynosiła 24 lata.

Prezentacja wyników badań wraz próbą interpretacji

Zestawienie objawów chorobowych oraz specyfiki leczenia pozwala na stwierdzenie, iż wymiar temporalny pozostawania w chorobie narzuca choremu inne zachowanie od tego przed chorobą. Chory zatem znalazł się w innej sytuacji niż przebywał do momentu zachorowania. Powstała więc się sytuacja generująca wysoki poziom stresu, trwającego zapewne przez długi czas, co można uznać za dosyć oczywiste w warunkach przewlekłej choroby nerek. Jest to bowiem okoliczność, w której ze względu na specyfikę choroby oraz jej leczenia zaburzeniu ulegają potrzeby wraz z warunkami działania, jak i samym działaniem. Rytm życia bowiem wyznaczany jest cyklicznością zabiegów. One zaś wpływają zapewne na obraz siebie, jak również na jakość ujmowania relacji między podmiotem a jego otoczeniem.

W naszych badaniach koncentrowano się zatem na obrazie siebie, osoby z przewlekłą niewydolnością nerek, żyjącej w warunkach sytuacji trudnej jaką jest choroba.

Po zaprezentowaniu zarysu zagadnień, leżących u podstaw podjętych badań empirycznych, w dalszej części opracowania ukazane zostaną wyniki badań odnoszące się do dwóch aspektów, jakimi były realny (tabela 2) oraz idealny obraz siebie (tabela 3). Wyniki osób dializowanych ukazane będą w kontekście wyników grupy kontrolnej, jaką stanowiły zdrowe osoby. Prezentację wyników chcielibyśmy jednak poprzedzić graficznym ukazaniem uzyskanych danych w postaci rycin. Pierwszy z nich odnosić się będzie do obrazu realnego obu badanych grup. Zestawienie wykresów obrazu realnego obu badanych grup, gdzie linią ciągłą zaznaczony jest wykres chorych, linią przerywaną natomiast wykres grupy kontrolnej.



Rycina 1. Graficzne zestawienie wyników badań odnoszące się do określenia realnego obrazu siebie obu badanych grup

W zestawieniu tabelarycznym ukazano więc różnice statystycznie istotne między oboma grupami. Obliczenia zostały dokonane za pomocą testu *t*-Studenta. Różnice ukazane będą pod kątem najbardziej istotnych różnic, poczynając od największych po najmniejsze.

Tabela 2. Zestawienie wyników ACL realnego obrazu siebie obu grup badanych

Nazwa skali	Średnia grupy dializowanych	Średnia grupy kontrolnej	<i>t</i>	<i>p</i>
Iss	46	60	6,8	0,001
S-Cfd	44	54	6	0,001
Dom	44	52	5,6	0,001
Ach	45	53	5,2	0,001
Aba	55	46	4,7	0,001
AC	53	47	4,5	0,001
Cps	45	50	3,9	0,001
UFav	50	44	3,7	0,001
End	50	56	3,7	0,001
Suc	56	49	3,7	0,001
FC	45	51	3,5	0,001
Mas	46	53	3,4	0,001
A	45	50	3,2	0,01
NP	48	52	3,1	0,01
Ord	51	56	3	0,01
Cra	50	44	2,9	0,01
Het	44	49	2,9	0,01
Fav	42	46	2,6	0,01
Def	52	49	2,5	0,02
P-Adj	44	48	2,5	0,02
Fem	46	42	2,4	0,02
A-3	48	42	2,1	0,02

W tabeli 2 zawarliśmy statystycznie istotne różnice w ujmowaniu realnego obrazu siebie między dwoma grupami badanych osób, chorymi i zdrowymi. Test ACL składa się z 37 skal w odniesieniu zaś do 22 skal badani obu grup różnili się

w swoich reakcjach, co stanowiło 59% liczby skal. Na podstawie tego ogólnego wyniku można stwierdzić znaczącą różnicę w podejściu do opisu obrazu siebie osób chorych oraz zdrowych. Są to niemal dwa odrębne światy – ludzi chorych i osób zdrowych.

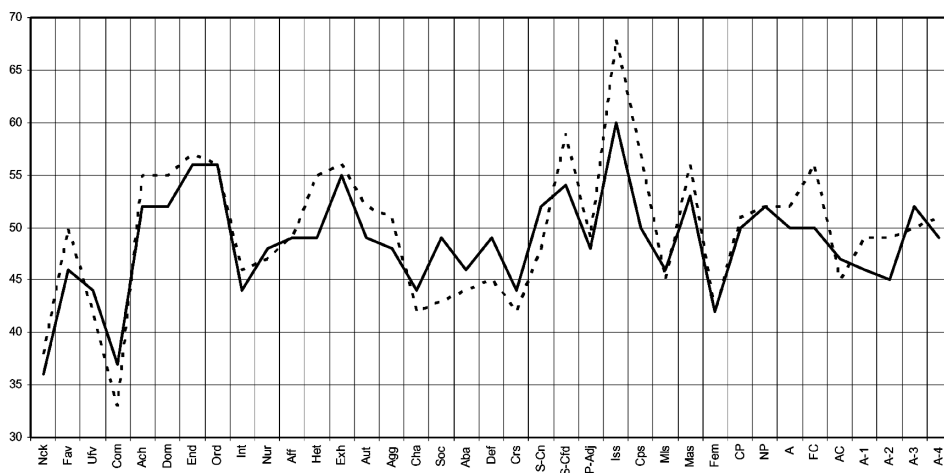
Analiza uzyskanych wyników z przeprowadzonych badań pozwoliła na opisanie realnego obrazu siebie pacjentów (w kontekście obrazu siebie osób zdrowych). Przegląd wyników z tabeli 2 wskazuje na duże znaczenie aspektu społecznego w sytuacji choroby. Okazuje się, że osoby chore koncentrując się na sobie, nakierowują własne oczekiwania w stronę najbliższego otoczenia społecznego. Można stwierdzić, iż przewlekłe chore wykazuje wysoki poziom roszczeń wobec rodziny, lekarzy czy pielęgniarek. Stan zdrowia badanych chorych skutkuje zatem sygnalizowaniem oczekiwania reakcji ze strony najbliższych. Pojawia się jednocześnie swoistego rodzaju „przerzucenie” odpowiedzialności za aktywność na otoczenie. Mechanizm ów znajduje uzasadnienie w wynikach. Osoby dializowane w pełni czują się usprawiedliwione w swojej bierności, przy jednoczesnym oczekiwaniu aktywności ze strony rodziny. Nasilająca się bierność może jednak być zjawiskiem niepokojącym, gdyż chory zaczyna uważać ją za swoją cechę osobową, jest to jeden z głównych elementów spostrzegania siebie. Można przypuszczać, że tego rodzaju zachowanie jest efektem specyfiki zabiegu dializowania, sprowadzającym się do zależności człowieka od aparatury medycznej. Zachowanie bowiem chorego, w trakcie zabiegu dializowania, wiąże się z faktyczną biernością i równoczesną aktywnością personelu medycznego. Bierność przekłada się zapewne na zwiększające się trudności w przystosowaniu się do codziennego życia, co może być skutkiem poddawania się otaczającej rzeczywistości. Przyjrzyjmy się jednak kolejnym aspektom ujętym w wynikach poszczególnych skal. Jak już wyżej wspomnieliśmy, głównym zachowaniem przewlekłe chorych osób jest koncentrowanie uwagi innych na sobie. Mogą więc wystąpić reakcje niemal zmuszające skupienie uwagi otoczenia na chorym. Pojawia się brak partnerstwa w relacjach z innymi osobami. Zauważalna bowiem była tendencja do podporządkowywania się, co z kolei może skutkować zachowaniami nieakceptowanymi przez otoczenie, takimi jak: manipulacja, natrętne zachowania, niecierpliwość w osiąganiu celu. Wspomniana tendencja będzie zapewne objawiać się brakiem konwencjonalności w zachowaniu.

Innym ważnym aspektem jest duże nasilenie potrzeby wsparcia ze strony otoczenia. Chory nie czuje się wystarczająco silny, by samemu zmagać się z chorobą. Szuka zatem i jednocześnie oczekuje pomocy od otoczenia. Uzupełnieniem powyższego stwierdzenia jest tendencja osób dializowanych do unikania podejmowania decyzji ryzykownych. Badani pragną stabilizacji w swoim środowisku. Można zatem stwierdzić, iż osoby chore obecnie nie czują się bezpiecznie we własnym otoczeniu, nie widzą jednak szans na jej osiągnięcie. Chcą zatem żyć z poczuciem stabilności, z jednoczesnym unikaniem ryzyka oraz z małą odpo-

wiedzialnością za własne życie. Efekt ten jednak powinien, według nich, być osiągnięty poprzez aktywność innych ludzi.

Osoba dializowana, jak wynika z badań, wykazuje jednocześnie tendencję do zamykania się w sobie. Daje się zauważyć izolowanie od otoczenia, co zbieżne jest ze wspomnianym wyżej brakiem aktywności ze strony badanych pacjentów. Zauważalny jest również stosunkowo mały zakres zainteresowań, będzie to raczej efekt znacznego zmniejszenia aktywności. Chorzy są osobami niespokojnymi, przewrażliwionymi, o zmiennych nastrojach. Unikają głębszych związków z innymi. Wykazują jednocześnie wysoki poziom niepokoju. Związany jest on wprawdzie z terażniejszością, lecz poczucie braku stabilizacji sugerowałoby również uwzględnienie określania przyszłości przez pacjentów.

W dalszej części opracowania chcielibyśmy ukazać wyniki badań odnoszące się do drugiego z interesujących nas zagadnień związanych z funkcjonowaniem chorego z przewlekłą niewydolnością nerek, jakim był idealny obraz chorego. Chcielibyśmy w ten sposób poznać oczekiwania tej grupy badanych odnoszące się do tego, czego obecnie nie ma, ale czego chcieliby, czego pragną i jak chcieliby funkcjonować. Ukážemy zatem wykres obrazujący idealny obraz siebie chorego wraz z wykresem tego samego aspektu osób zdrowych. Kolejne zestawienie zawiera wykres wyników obrazu idealnego wymienionych wyżej grup.



Rycina 2. Graficzna prezentacja wyników dotyczących idealnego obrazu siebie badanych grup: linia ciągła – chorzy, linia przerywana – zdrowi

Drugą częścią badania było poproszenie badanych o udzielenie odpowiedzi na pytanie: jaki chciałbyś być? Było to zatem określenie obrazu idealnego. W kolejnym zestawieniu tabelarycznym ukazałoby wyniki, odnoszące się do różnic statystycznie istotnych w opisie obrazu idealnego badanych osób.

Tabela 3. Zestawienie różnic statystycznie istotnych w określaniu idealnego obrazu siebie przez badanych z obu grup

Nazwa skali	Średnia grupy dializowanych	Średnia grupy kontrolnej	<i>t</i>	<i>p</i>
FC	49	56	4,6	0,001
Cps	50	58	4,5	0,001
Het	49	55	3,9	0,001
Suc	49	53	3,8	0,001
Iss	60	67	3,5	0,001
S-Cfd	54	59	3	0,01
Agg	48	51	2,9	0,01
S-Cn	52	48	2,8	0,01
A-2	45	49	2,7	0,02
Com	37	33	2,4	0,02
Def	49	45	2,4	0,02
A-1	45	49	2	0,05

Drugi etap badań odnosił się zatem do uzyskania odpowiedzi na pytanie: jaki chciałbyś być? Pytano zatem o idealny obraz siebie. Odpowiedzi badanych zestawione tabelarycznie (tabela nr 3) wskazały na mniejszą liczbę skal różniących obie grupy badane (w porównaniu do wyników dotyczących obrazu realnego). W dwunastu skalach bowiem stwierdzono różnicę statystycznie istotną między odpowiedziami obu grup badanych osób. Skale, które w obrazie idealnym nie różniły badanych to: Exh, Dom, Aut, Aba, Cps, Mls, Int, Crs, mimo różnic z pierwszego etapu badań. Dodać jednak należy, iż w obrazie realnym skala Iss nie powodowała różnic w reakcjach respondentów, w odniesieniu natomiast do obrazu idealnego taką rozbieżność stwierdzono. W odniesieniu do idealnego obrazu siebie różnice wystąpiły w przypadku 12 skal, a więc w 32% skal badani obu grup statystycznie różnili się w swoich reakcjach.

W tej części badań oczekiwano reakcji badanych, związanych z określeniem cech aktualnie nie występujących, które jednak osoby chore chciałyby mieć. Może to zatem być ten aspekt, który wskaże kierunki czy sposoby podejmowania działań terapeutycznych.

Analiza wyników, odnoszących się do idealnego obrazu badanych, ponownie kieruje nas w stronę relacji interpersonalnych między chorymi a ich otoczeniem społecznym. Przyjrzymy się więc aspektowi ujmującemu cechy, jakie w ocenie badanych wypełnią ich oczekiwany, idealny świat wewnętrzny. Opisywanie ideal-

nego obrazu siebie badanych osób dokonane będzie w kontekście porównywania poszczególnych cech z obrazem idealnym grupy kontrolnej.

Tak więc zmniejszeniu uległa liczba różniących się statystycznie wyników, odnoszących się do poszczególnych skal testu. Jeden z rodzajów zachowania wymaga jednak szczególnego wyróżnienia. Analiza efektów badań wyraźnie pokazuje, iż w obrazie idealnym uległa dosyć znacznemu zmniejszeniu potrzeba ciągłego koncentrowania uwagi otoczenia na sobie. Osoba dializowana nie chciałaby swoim zachowaniem prowokować konfliktów z innymi ludźmi. Zauważalna jest tendencja do prospołecznego zachowania.

Ważnym, wspomnianym wyżej, zagadnieniem jest unikanie absorbowania uwagi otoczenia badanymi pacjentami. Jest to sygnał wskazujący na to, że chorzy prawdopodobnie nie akceptowali swojego codziennego zachowania. Są to zatem w obrazie idealnym osoby otwarte na otoczenie, sytuacyjnie niejako zmuszone do koncentrowania się na sobie, przy jednoczesnym braku akceptowania takiego zachowania łączonego z sytuacją, w jakiej się znaleźli. Powyższy wniosek potwierdza niejako inny wynik, wskazujący na chęć przestrzegania przez pacjenta społecznie akceptowanych sposobów zachowania. W obrazie idealnym badanych osób zauważalna jest tendencja do przystosowania się. Chciałby on przebywać w towarzystwie innych ludzi. Przyjrzyjmy się mechanizmom regulującym przebywanie w grupie. Obcowanie chorych w towarzystwie zdrowych połączone jest z oczekiwaniem posiadania równej im pozycji społecznej. Badani pacjenci pragną być osobami o stosunkowo dużym stopniu stanowczości w zachowaniu, nie zaburzającym jednak relacji z otoczeniem. Podkreślenia jednak wymaga to, iż zachowania opiekuńcze czy empatyczne wobec drugiej osoby nie różnią się w obu obrazach, określanych przez przewlekle chorych.

Innym wynikiem, ważnym w kontekście potencjalnej terapii, jest zwiększenie poziomu potrzeby osiągania celów, objawiającym się oczekiwaniem większej efektywności działania. Powyższe stwierdzenie uzupełnia kolejna z cech ujęta w obrazie idealnym, wskazująca na chęć posiadania wyższego poziomu poczucia obowiązku. Jest to zatem aspekt sygnalizujący tendencję do zwiększenia systematyczności i uporządkowania w reakcjach badanych osób. Pojawiła się więc potrzeba działania konsekwentnego, nakierowanego na cel, związana z wyższym poziomem motywacji do działania, do osiągnięcia sukcesu. Konsekwencją zaś pojawienia się wymienionych cech jest gotowość do współzawodnictwa.

Kolejny aspekt odnosi się do zagadnienia zaufania wobec siebie. W obrazie idealnym, chorzy chcieliby prezentować zachowania charakteryzujące się zaufaniem do własnych zdolności nakierowanych na przyjęty przez siebie cel. Pojawiła się chęć osiągnięć, skoncentrowana na pracy i jej efektach. Zauważalna jest również ważna cecha w realizowaniu zadań jaką jest racjonalność. Większa potrzeba przedsiębiorczości łączy się z wyraźnie pojawiającą się cechą, niezależności od innych ludzi. Przypuszczać można, iż ta właśnie cecha jest efektem

choroby, której uboczną specyfiką jest zależność od otoczenia. Inną cechą jest potrzeba współpracy z innymi osobami w osiągnięciu celu.

Analizując wyniki obu obrazów (realnego i idealnego) można stwierdzić, że w obrazie realnym badani pacjenci koncentrowali się na określeniu swojego zachowania w sytuacji choroby. W obrazie idealnym zaś pojawiło się nawiązanie do zachowania sprzed choroby, z wyraźną jednak tendencją do jego przywrócenia w sytuacji choroby.

Wnioski

Przedstawione wyniki badań odnosiły się do uzyskania odpowiedzi na pytanie: jaki jest obraz siebie osób poddawanych dializie? Uzyskano dwa empirycznie określone aspekty, jakim były – realny obraz siebie oraz jego idealna postać. Zestawienie wyników w obu postaciach pokazało złożoność uwarunkowań, postrzegania siebie w skomplikowanej sytuacji życiowej, jaką jest zależność człowieka od dializy. Bezpośrednia zależność chorego od urządzenia, lecz również od umiejętności personelu medycznego, spowodowała zapewne pojawienie się opisanych wyżej cech w obrazach – realnym i idealnym. Ich interpretacja zaś ujawniła, iż choroba, w tym wypadku przewlekła niewydolność nerek i konieczność dializowania, wywołuje u człowieka szczególną koncentrację na aspekcie społecznym. On właśnie wyraźnie dominuje nad pozostałymi.

Chorzy w obrazie realnym, czyli we wskazaniu cech ujawniających się w codziennym zachowaniu, zaprezentowali nieakceptowaną przez siebie zależność od środowiska społecznego. Ujęcie więc tego aspektu ujawnia, iż lekarz kontaktuje się z osobą bierną, o roszczeniowym nastawieniu wobec niego i całego personelu. Szczególnie istotne jest to, iż badane osoby najczęściej czynią lekarza odpowiedzialnym za wyleczenie. Same koncentrują się na krytycznym podejściu do otaczającej rzeczywistości, w tym również do procesu leczenia. Konsekwencją takich reakcji jest niemal ciągle niezadowolenie. Przypuszczać więc można, iż efekty leczenia będą ujawniały się w sferze somatycznej, psychiczna zaś będzie odgrywała rolę „hamulca”, powodując utrwalanie się cech ujętych w realnym obrazie siebie.

Wyniki dotyczące idealnego obrazu ukazały niemal inną osobę, niż to miało miejsce w przypadku obrazu realnego. Zauważyć można, iż we własnych oczekiwaniach jest to osoba aktywna, odpowiedzialna, realizująca pozytywne kontakty z innymi ludźmi. Zaproponować zatem można postulat aktywnego włączenia rodziny i najbliższego otoczenia społecznego w proces leczenia pacjenta dializowanego. Innym problemem jest utrzymanie wspomnianej aktywności na wysokim poziomie przez dłuższy czas, gdyż leczenie niewydolności nerek jest procesem długim. Można zatem zasugerować podjęcie działań socjoterapeutycznych wobec rodziny pacjenta. Widzimy więc, iż chory opisywany w niniejszym opracowa-

niu będzie obiektem działania ze strony wielu przedstawicieli poszczególnych zawodów (np. lekarz, pielęgniarka, psycholog, socjoterapeuta, psychoterapeuta), jak również rodziny.

Wyniki badań obu obrazów mogą sygnalizować kierunki działań wspomagających sferę psychiczną. Uwzględnienie cech obrazu idealnego w kontekście obrazu realnego sugeruje konieczność poddania analizie możliwości działań psychoterapeutycznych. Pozostawienie bowiem osoby dializowanej bez wspomnianego wyżej działania może negatywnie wpłynąć na skuteczność leczenia. Sugestia będzie zatem zmierzać do zaakceptowania znaczenia relacji „lekarz – chory”. Oczywiście we wspomnianej relacji miejsce lekarza może zająć inna osoba personelu medycznego. Wyniki badania obrazu idealnego ukazują aspekt potencjalny. Osoba dializowana prezentuje nie tyle gotowość, co oczekiwanie odnoszące się do własnego, innego funkcjonowania w sytuacji choroby.

Obserwowanie zachowania badanych osób sygnalizuje jeszcze jeden ważny aspekt wart empirycznego ujęcia. Jest nim poczucie samotności osób dializowanych.

Literatura cytowana

- Barbaro, B. (1997). *Pacjent w swojej rodzinie*. Warszawa: PWN.
- Bishop, G. D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Hall, C. S., Lindzey, G. (1994). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać?* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Juros, A., Oleś, P. (1993). *Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przymiotnikowego ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna*. (Przydatność dla diagnostyki psychologicznej). W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.) *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej* (s. 171-201). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kofta, M., Doliński, D. (2002). *Poznawcze podejście do osobowości*. W: J. Strelau (red.) *Psychologia* (t. 2, s. 561-600). Gdańsk: GWP.
- Koziński, J. (1981). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN.
- Manitus, J. (2000). *Wpływ leczenia farmakologicznego na jakość życia*. *Służba Zdrowia*, 40-41.
- Nuttin, J. (1968). *Struktura osobowości*. Warszawa: PWN.
- Pervin, L. A., John, O. P. (2002). *Osobowość teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Reykowski, J. (1992). *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*. W: T. Tomaszewski (red.) *Psychologia ogólna*. Warszawa: PWN.
- Sheridan, C., Radmacher, S. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia.