

## Czynniki psychologiczne a wybór metody leczenia nerkozastępczego u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek

Praca jest próbą wyodrębnienia charakterystycznych czynników motywacyjnych leżących u podłoża wyboru przez pacjenta rodzaju dializy (dializa otrzewnowa, hemodializa). Realizacja tego celu wymaga udzielenia odpowiedzi na pytanie czy pomiędzy grupą osób dializowanych otrzewnowo a grupą osób hemodializowanych istnieją statystycznie istotne różnice w zakresie: poziomu neurotyzmu, umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucia własnej skuteczności, dyspozycyjnego optymizmu oraz stopnia akceptacji choroby. Grupę badaną stanowią przewlekłe dializowani pacjenci (N=55) wrocławskich oddziałów nefrologicznych powyżej 18 roku życia, którzy zostali poddani testom psychologicznym pozwalającym na określenie natężenia badanej cechy. U pacjentów wybierających dializę otrzewnową odnotowano istotnie wyższy stopień akceptacji choroby (poziom  $p=0,000096$ ), większe poczucie własnej skuteczności (poziom  $p=0,000000$ ), większy dyspozycyjny optymizm (poziom  $p=0,000001$ ) oraz niższy poziom neurotyzmu (poziom  $p=0,000015$ ), a także mają silniejsze przekonanie, że kontrola stanu zdrowia zależy bardziej od nich samych (poziom  $p=0,000000$ ) niż od oddziaływania innych czy przypadku. Uzyskane wyniki pozwalają założyć, iż odmiennie powinna wyglądać relacja personel medyczny-pacjent w obu grupach, aby współpraca między chorym a lekarzem była efektywna.

(NEFROL. DIAL. POL. 2008, 12, 221-225)

## Psychological factors versus the choice of a renal replacement therapy for patients with chronic renal insufficiency

This paper constitutes an attempt to distinguish characteristic motivational factors underlying patient's choice of dialysis (peritoneal dialysis, hemodialysis). In order to fulfill this objective it is necessary to answer whether between groups of peritoneally dialysed and hemodialysed persons there are statistically significant differences with regard to: neurotism level, locus of health control, sense of self-efficacy, dispositional optimism and illness acceptance level. The examined group consists of patients (N=55) above 18 years of age, undergoing a prolonged dialysis at Wrocław's nephrological wards, who were subjected to psychological tests allowing determination of an examined feature. The patients who choose peritoneal dialysis exhibit a significantly higher degree of illness acceptance (p-level: 0.000096), a higher sense of own efficiency (p-level: 0.000000), higher dispositional optimism (p-level: 0.000001) and a lower level of neurotism (p-level: 0.000015), they also are more strongly convinced that the control over their health condition depends more on themselves (p-level: 0.000000) than on other people's influence, or on chance. Gained results allow an assumption that in order for a patient - physician cooperation to be effective the relation between medical personnel and the patient ought to differ in both groups.

(NEPHROL. DIAL. POL. 2008, 12, 221-225)

### Wprowadzenie

Przewlekła niewydolność nerek jest procesem nieuchronnie prowadzącym do wdrożenia leczenia nerkozastępczego. Współcześnie stosowane są dwie zasadnicze metody leczenia dializą: hemodializa (HD) i dializa otrzewnowa (DO). Z perspektywy medycznej i psychologicznej rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego stanowi krytyczny moment w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek. Względnie stabilna sytuacja

życiowa chorego i jego najbliższych zostaje zachwiana, zaś rytm życia pacjenta i bliskich mu osób zostaje ściśle podporządkowany rytmowi terapii [6]. Współcześnie wybór metody leczenia nerkozastępczego dokonywany jest wspólnie przez zespół medyczny oraz pacjenta. W powszechnej opinii [9, 13, 17] dializie otrzewnowej przypisuje się więcej zalet a mniej wad niż hemodializie; chorzy dializowani otrzewnowo mają m.in. możliwość bardziej samodzielnego funkcyj-

Agnieszka WLAZŁO<sup>1</sup>

Jacek KLESZCZYŃSKI<sup>2</sup>

Irena MAKULSKA<sup>2</sup>

Wacław WEYDE<sup>3</sup>

Aleksandra SAŁEK<sup>4</sup>

Grażyna DOLIŃSKA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia Instytutu Psychologii UWr,  
Kierownik: Prof. Alicja Kuczyńska

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Nefrologii i Pediatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: Prof. Danuta Zwolińska

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej AM we Wrocławiu  
Kierownik: Prof. Marian Klinger

<sup>4</sup>Oddział Nefrologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu  
Kierownik: Prof. Zbigniew Hruby

### Słowa kluczowe:

- dializa otrzewnowa
- hemodializa
- neurotyzm
- umiejscowienie kontroli zdrowia
- poczucie własnej skuteczności
- dyspozycyjny optymizm
- stopień akceptacji choroby

### Key words:

- peritoneal dialysis
- hemodialysis
- neurotism
- locus of health control
- sense of self-efficacy
- dispositional optimism
- degree of illness acceptance

### Adres do korespondencji:

Agnieszka Wlazlo  
Instytut Psychologii UWr  
50-327 Wrocław, ul. J. Dawida 1  
e-mail: aga.ag@vp.pl

nowania w swoim środowisku. Tym samym wydawałoby się, że pacjenci, którzy mogą wybrać pomiędzy rodzajem dializy będą preferować dializę otrzewnową. Badania prowadzone przez Watsona i wsp. wykazały różnicowanie w wyborze metody dializoterapii w ośmiu ośrodkach nefrologii pediatricznej (Helsinki, Heidelberg, Utrecht, Strasburg, Milan, Gdańsk, Nottingham, Ateny), co było uwarunkowane m.in. wiekiem pacjentów, odległością miejsca zamieszkania od ośrodka dializacyjnego, a także czynnikami socjalnymi i psychologicznymi. Autorzy obliczyli, że większość pacjentów korzystała z dializy otrzewnowej (62%), pozostali zaś z hemodializy (27%) lub też wykonano u nich przeszczep nerki przed wdrożeniem do programu dializ [15]. Do chwili obecnej brak jest podobnych doniesień dotyczących osób dorosłych.

Celem niniejszej pracy jest wyodrębnienie czynników psychologicznych wpływających na wybór metody leczenia nerkozaścępczego u osób dorosłych cierpiących na schyłkową niewydolność nerek, a także próba odpowiedzi na pytanie czy zasadny byłby różny w badanych grupach sposób komunikacji personelu medycznego - pacjenci.

### Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiło 55 pacjentów powyżej 18 roku życia znajdujących się pod opieką wrocławskich stacji dializ funkcjonujących przy Klinice Nefrologii Pediatricznej AM, Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej AM oraz Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Żadna z osób badanych nie miała przeciwwskazań medycznych do wdrożenia którejkolwiek z form terapii nerkozaścępczej. 29 osób wybrało dializę otrzewnową, 26 – hemodializę. Czynniki socjoekonomiczne (m. in. wiek, płeć, struktura rodzinna, warunki mieszkaniowe, sytuacja zawodowa) – ustalone w czasie wywiadu – w obu grupach były podobne.

Wszyscy chorzy zostali poddani badaniom psychologicznym polegającym na samodzielnym wypełnieniu kwestionariuszy, co pozwoliło na ocenę następujących cech:

- poziom neurotyzmu: Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R (*Eysenck Personality Questionnaire - Revised*) w polskiej adaptacji adaptacji P. Brzozowskiego i Ł. Drwala.

Podstawą teoretyczną EPQ-R jest teoria osobowości Eysencka [4]. Zakłada ona, że jednym z wymiarów osobowości jest neurotyzm. Wymiar ten można przedstawić na *continuum* od zrównoważenia emocjonalnego do jego braku. Im bardziej wyniki danej osoby zbliżają się do krańca opisanego przez brak zrównoważenia, tym wyższy jest u nich poziom neurotyzmu związany z nasileniem takich cech, jak duża wrażliwość i chwiejność emocjonalna oraz z wysokim poziomem lęku.

Stosowana w tej pracy wersja kwestionariusza jest przeznaczona do badania osób dorosłych i młodzieży od 16-go roku życia. Test mierzy m. in. poziom neurotyzmu (skala neurotyzmu). Osoby badane mogą uzyskać w skali neurotyzmu od 0 do 24 punktów. Do celów diagnostycznych wyniki surowe przelicza się na steny. Steny 1-4 (co odpowiada 0-12 punktom dla kobiet i 0-8 punktom dla mężczyzn) otrzymują osoby zrównoważone emocjonalnie, 5-6 (13-18 punktów dla kobiet, 9-17 punktów dla mężczyzn) umiarkowanie zrównowa-

Tabela I

Statystyka opisowa: średnie arytmetyczne (X), odchylenia standardowe (SD), mediana (Me) oraz wartości graniczne: minimalna (min) i maksymalna (max) w zakresie badanych cech u pacjentów dializowanych otrzewnowo (DO) i pacjentów hemodializowanych (HD).

Statistical analysis: arithmetical mean (x), standard deviation (SD), mediana (Me) and border values: minimal (min) and maximal (max) in the studied characteristics of peritoneal dialysis and hemodialysis patients.

zmienna	neurotyzm	kontrola wewn.	wpływ innych	przypadek	akceptacja choroby	własna skuteczność	optymizm	
DO N=29	X	14,31	30,52	23,72	17,38	24,24	32,59	17,21
	SD	1,39	3,29	1,89	3,35	2,20	5,83	1,84
	Me	14	30	24	17	24	34	17
	max	17	36	26	26	29	38	20
	min	11	23	20	13	21	30	13
HD N=26	X	16,34	23,38	26,12	26,62	21,58	24,54	14,62
	SD	2,35	2,79	1,31	2,62	2,44	1,86	1,13
	Me	16	23	26	24,5	21	24,5	15
	max	17	30	29	29	28	28	17
	min	14	19	24	15	17	21	12

Tabela II

Statystyka testowa: Test U Manna-Whitneya: istotne statystycznie różnice w zakresie natężenia badanych cech pomiędzy pacjentami dializowanymi otrzewnowo (N=29) a pacjentami hemodializowanymi (N=26). Wszystkie wyniki są istotne z  $p < 0,05000$ .

Test statistics: Mann-Whitney in the studied characteristics between peritoneal dialysis patients (N=29) and hemodialysis patients (N=26). All values are significant ( $p < 0,05000$ ).

zmienna	neurotyzm	kontrola wewn.	wpływ innych	przypadek	akceptacja choroby	własna skuteczność	optymizm
Z popraw.	-4,33164	5,63687	-4,52241	-5,49908	3,89965	5,83982	4,91983
poziom p	0,000015	0,000000	0,000006	0,000000	0,000096	0,000000	0,000001

żone emocjonalnie, 7-10 (19-24 punkty dla kobiet, 18-24 punkty dla mężczyzn) – neurotycy.

- trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia (wewnętrzny, wpływ innych, przypadek): Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLIC (*Multidimensional Health Locus of Control Scale*) autorstwa K. A. Wallston, B. S. Wallston, R. DeVellis w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego.

Test składa się z trzech podskal mierzących trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia [7]: wewnętrzne: W (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), wpływ innych: I (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego) oraz przypadek: P (o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne). Można przyjąć, iż im wyższy wynik w każdej z podskal tym odpowiednio wyższe przekonanie, że stan zdrowia zależy od nas samych (W), od personelu medycznego czy oddziaływań osób bliskich (I) lub od przypadku, losu bądź boga (P).

Test przeznaczony jest do badania osób dorosłych. W każdej z podskal osoby badane mogą uzyskać od 6 do 36 punktów. Wyniki odnosi się do próby normalizacyjnej (średnie: W-24,87; I-23,43; P-21,05) lub odpowiedniej grupy klinicznej (średnie dla pacjentów dializowanych: W-24,13; I-25,13; P-21,45).

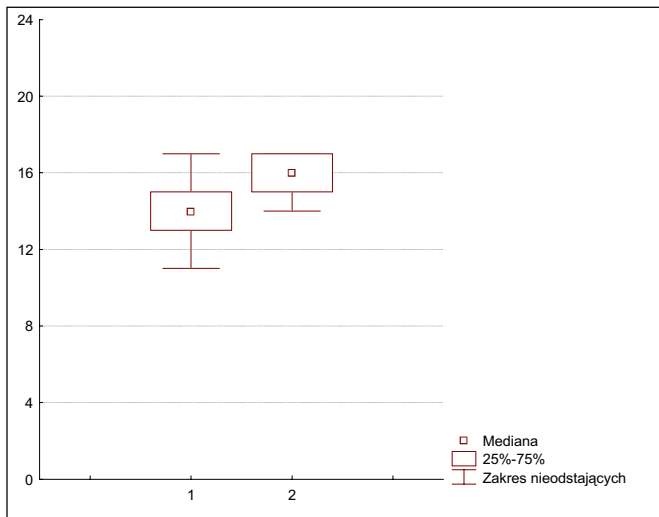
- poczucie skuteczności związane z kontrolą własnych działań: Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES (*Generalized Self-Efficacy Scale*) w polskiej wersji opracowana przez: R. Schwarzer, M. Jerusalem i Z. Juczyńskiego.

Oczekiwanie skuteczności wiąże się z możliwością kontroli własnych działań. GSES mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z pojawiającymi się problemami [7]. Przekonanie to związane jest z oceną zasobów osobistych (do których należy między innymi poczucie humoru czy możliwość uzyskania wsparcia społecznego) w sytuacji stresowej oraz z poczuciem wpływu na zaistniałą sytuację. Osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności w sytuacji trudnej częściej wykazują się aktywnością dążącą do rozwiązania problemu.

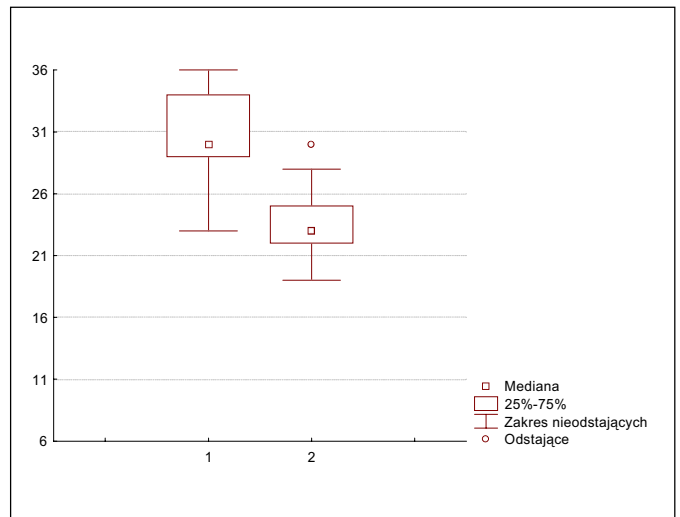
Test przeznaczony jest do badania osób dorosłych. Osoby badane mogą uzyskać od 10 do 40 punktów. Wysokie poczucie własnej skuteczności mają osoby osiągające wyniki powyżej 30, niskie - poniżej 25, a przeciętne - pomiędzy 25 i 30.

- stopień akceptacji choroby: Skala Akceptacji Choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*) autorstwa B. J. Felton, T. A. Revenson, G. A. Hinrichsen w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego.

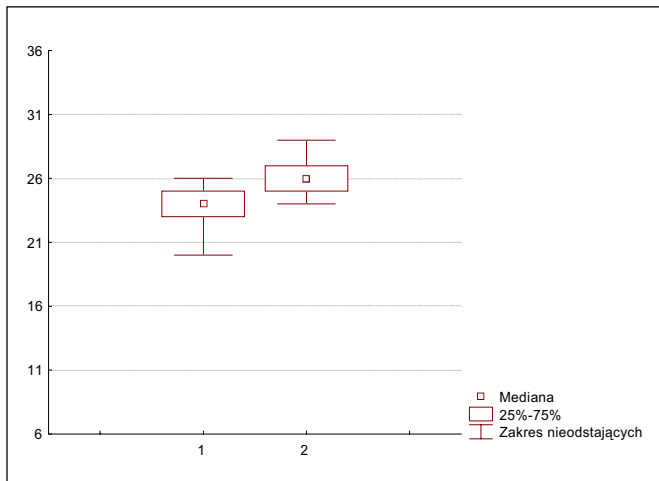
Skala ta służy do oceny przystosowania się pacjenta do choroby. Przejawia się ono w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą [7]. Można założyć, że osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali łatwiej godzą się z niedogodnościami związanymi z chorobą przewlekłą. W związku z tym rzadziej pojawiałyby się u nich zachowania agresywne w stosunku do najbliższych czy personelu medycznego, rzadziej też przejawiałyby obniżony nastrój czy myśli rezygnacyjne, a więc zachowania typowe dla



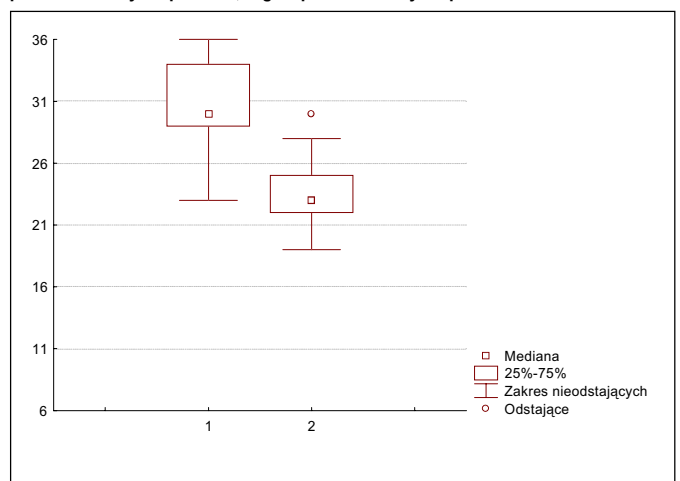
**Rycina 1**  
 Graficzne przedstawienie rozkładu dla neurotyzmu (poziom p: 0,000015): 1 – grupa pacjentów z dializą otrzewnową, 2 – grupa pacjentów hemodializowanych.  
 The graph represents the range for neurotism (level p: 0.000015): 1 group – peritoneal dialysis patients, 2 group hemodialysis patients.



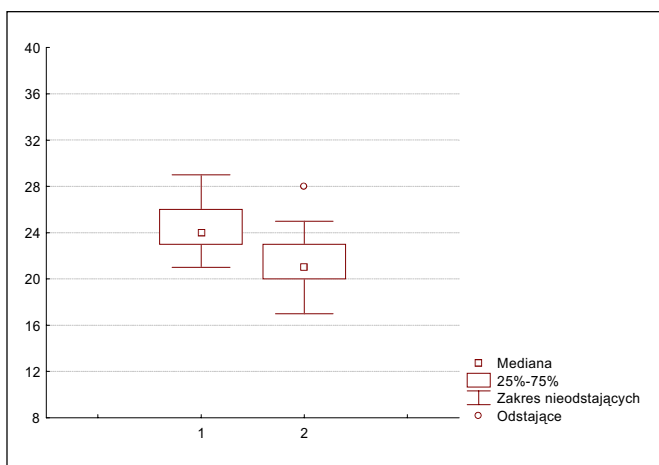
**Rycina 2**  
 Graficzne przedstawienie rozkładu dla kontroli wewnętrznej zdrowia (poziom p: 0,000000): 1 – grupa pacjentów z dializą otrzewnową, 2 – grupa pacjentów hemodializowanych.  
 The graph represents the range of internal health (level p: 0.000000): 1 group – peritoneal dialysis patients, 2 group – hemodialysis patients.



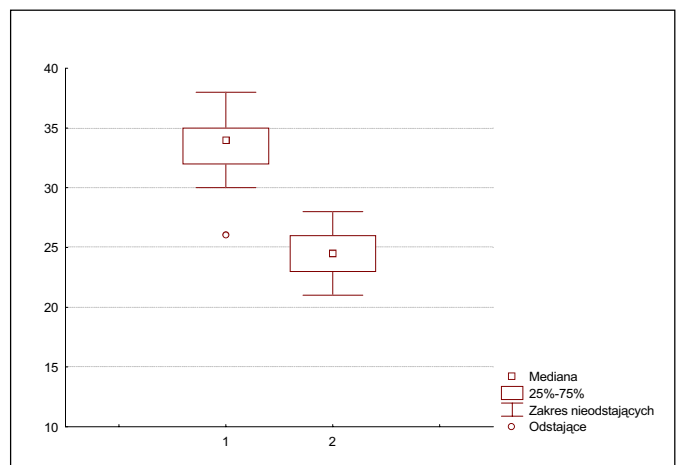
**Rycina 3**  
 Graficzne przedstawienie rozkładu dla wpływu innych na zdrowie (poziom p: 0,000006): 1 – grupa pacjentów z dializą otrzewnową, 2 – grupa pacjentów hemodializowanych.  
 The graph represents the range of influence of other people (level p: 0.000006): 1 group – peritoneal dialysis patients, 2 group – hemodialysis patients.



**Rycina 4**  
 Graficzne przedstawienie rozkładu dla wpływu przypadku na zdrowie (poziom p: 0,000000): 1 – grupa pacjentów z dializą otrzewnową, 2 – grupa pacjentów hemodializowanych.  
 The graph represents the range of chance on health (level p: 0.000000): 1 group – peritoneal dialysis patients, 2 group – hemodialysis patients.



**Rycina 5**  
 Graficzne przedstawienie rozkładu dla stopnia akceptacji choroby (poziom p: 0,000096): 1 – grupa pacjentów z dializą otrzewnową, 2 – grupa pacjentów hemodializowanych.  
 The graph represents the range of the degree of disease acceptance (level p: 0.000096): 1 group – peritoneal dialysis patients, 2 group – hemodialysis patients.



**Rycina 6**  
 Graficzne przedstawienie rozkładu dla poczucia własnej skuteczności (poziom p: 0,000000): 1 – grupa pacjentów z dializą otrzewnową, 2 – grupa pacjentów hemodializowanych.  
 The graph represents the feeling of own efficacy (level p: 0.000000): 1 group – peritoneal dialysis patients, 2 group – hemodialysis patients.

osób z rozpoznaniem choroby przewlekłej [8].

Test jest przeznaczony dla osób dorosłych, aktualnie chorych. Osoby badane mogą uzyskać od 8 do 40 punktów. Im niższy wynik, tym słabsza akceptacja własnego stanu oraz silniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

- dyspozycyjny optymizm: Test Orientacji Życiowej LOT-R (*Life Orientation Test*) autorstwa M.F. Scheier, Ch.S. Carver, M.W. Bridges w polskiej adaptacji R. Poprawy i Z. Juczyńskiego.

Założeniem teoretycznym leżącym u podstawy LOT-R jest pojęcie dyspozycyjnego optymizmu rozumianego jako uogólnione oczekiwania pozytywnych wydarzeń. Tak zdefiniowany optymizm stanowi jeden z wymiarów osobowości [7]. Optymizm można też potraktować jak jeden z zasobów osobistych pozwalających na lepsze radzenie sobie ze stresem [10]. Badania wskazują, iż leczenie osób z wysokim poziomem optymizmu przebiega o wiele sprawniej.

Test służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu u osób dorosłych obojga płci. Osoby badane mogą uzyskać od 0 do 24 punktów. Uzyskane wyniki można porównać z odpowiednim wynikiem średnim, a także przeliczyć je na steny. Osoby, które otrzymały niskie wyniki (0-12) mają skłonność do pesymizmu, natomiast te, które otrzymały wyniki wysokie (17-24) do optymizmu.

Ponieważ nie wszyscy autorzy stosowanych testów uwzględniali normy stenowe, dla zachowania przejrzystości obliczeń analizowano wyłącznie wyniki surowe (WS). Uzyskane dane opracowano metodą analizy statystycznej (statystyka opisowa oraz testowa: test U *Manna-Whitney'a*) za pomocą programu komputerowego "Statistica 6".

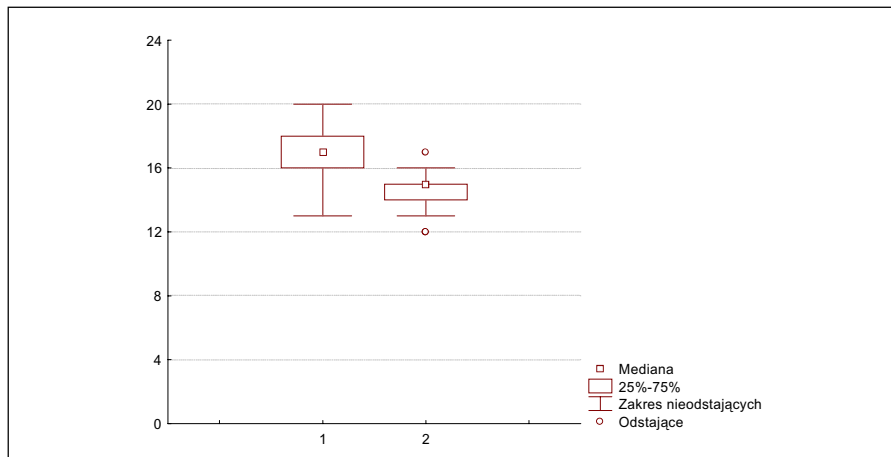
Udział w badaniu był dobrowolny. Każdy pacjent został poinformowany na czym polega badanie, oraz że w każdej chwili będzie się mógł z niego wycofać. Pacjenci mogli również otrzymać informację zwrotną, jeżeli byli nią zainteresowani.

## Wyniki

Analiza danych pozwoliła na odrzucenie hipotezy zerowej mówiącej o populacyjnym braku różnic pomiędzy grupą pacjentów dializowanych otrzewnowo a grupą pacjentów hemodializowanych (por.: tabela II) w zakresie wszystkich badanych zmiennych psychologicznych. Może to sugerować, że każda z tych właściwości wpływa na wybór metody leczenia nerkozastępczego. Uzyskane wyniki (por.: tabela I) wskazują na wyższy stopień akceptacji choroby, większe poczucie własnej skuteczności, większy dyspozycyjny optymizm oraz niższy poziom neurotyzmu u pacjentów wybierających dializę otrzewnową. Mają oni również silniejsze przekonanie, że kontrola stanu zdrowia zależy bardziej od nich samych niż od oddziaływania innych czy przypadku.

### Omówienie wyników

Uzyskane wyniki wskazują na to, iż pacjenci wybierający dializę otrzewnową w większym stopniu niż osoby hemodializowane akceptują swoją chorobę (rycina 7). Być może dla osób decydujących się na hemodializę ważne jest, że nie muszą koncentrować się na swoim stanie somatycznym poza szpitalem (nie mają na przykład w domu cyklera, którego widok nieustannie przypominałby im o chorobie). Pacjentów hemodializowanych cechuje ponadto niższy po-



Rycina 7

Graficzne przedstawienie rozkładu dla dyspozycyjnego optymizmu (poziom p: 0,000001): 1 – grupa pacjentów z dializą otrzewnową, 2 – grupa pacjentów hemodializowanych.

The graph represents the order of dispositional optimism (level p: 0.00001): 1 – group of patients with peritoneal dialysis, 2 – group – hemodialysis patients.

ziom dyspozycyjnego optymizmu (rycina 7) rozumianego jako uogólnione oczekiwanie pozytywnych wydarzeń [11]. Rzadziej więc będą oni wybierali strategie radzenia sobie z trudnościami ukierunkowane na problem, a raczej będą skłonni do niepodejmowania żadnych działań. Podczas gdy optymiści stosują adaptacyjne strategie skoncentrowane na emocjach – takie jak akceptacja i humor – pesymiści skupią się na odwracaniu uwagi i zaprzeczaniu [5]. Dializa, której pacjenci są poddawani na terenie szpitala ułatwia najprawdopodobniej korzystanie właśnie z tych dwóch ostatnich mechanizmów obronnych (łatwiej chociażby zaprzeczać chorobie jeżeli w domu nie stoi cykler). Można założyć, że jeżeli osoby dializowane otrzewnowo mają wyższy poziom optymizmu, to są skłonne – wg teorii *Seligmana* [14] – uznawać za chwilowe porażki (także te związane z terapią); łatwiej więc motywować ich do wytrwałości w podjętych działaniach. Co więcej, nie będą one uogólniać niepowodzeń, które odnoszą w jednym z aspektów funkcjonowania, na pozostałe sfery życia, a to z kolei sprawia, że chętnie współpracują w przypadku konieczności modyfikacji leczenia. Natomiast pacjenci hemodializowani będą raczej przekonani o stałości i uniwersalności przyczyn porażek, więc zanim przystąpi się do korygowania terapii w przypadku jej nieskuteczności, warto poświęcić nieco czasu na przedstawienie przykładów, w których taka zmiana przyniosła poprawę stanu zdrowia i wpłynęła korzystnie na jakość życia. Należałoby też podkreślać drobne nawet sukcesy terapeutyczne, aby utrzymać optymalny poziom motywacji u pacjenta.

Poczucie uogólnionej własnej skuteczności ocenia siłę indywidualnych przekonań jednostki co do własnych zdolności poradzenia sobie w sytuacji trudnej [7]. Udowodniono istnienie pozytywnej korelacji pomiędzy tą dyspozycją a podejmowaniem zachowań prozdrowotnych [13]. Osoby o wysokim natężeniu tej cechy koncentrują się nie tyle na samych wynikach podjętych czynności, co na umiejętnościach pozwalających zmaksymalizować efektywność działania. Prawdopodobnie pacjenci hemodializowani, a niż-

szym poczuciu własnej skuteczności (rycina 6), częściej myślą nie tyle o samym procesie leczenia nerkozastępczego, co o jego wymiernych efektach. Ponieważ efekty te mogą być nie tylko korzystne, ale też bywają związane z pojawieniem się negatywnych dla zdrowia skutków, osoby takie obawiają się podjęcia ryzyka samodzielnego kontrolowania dializy. Hipotezę tę potwierdzały też wyższy u nich poziom neurotyzmu (rycina 1) związany z wyższym poziomem lęku, a także wspomniany wcześniej niższy poziom dyspozycyjnego optymizmu (rycina 7) oraz mniejsze poczucie, że kontrola własnego zdrowia zależy od nich samych (rycina 2). Co więcej, osoby z wysokim wewnętrznym poczuciem kontroli są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w działalność prozdrowotną. Mają też poczucie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie [1]. Są to właściwości, których większe natężenie występuje u pacjentów decydujących się na dializę otrzewnową. Natomiast pacjenci hemodializowani są przekonani, że ich zdrowie zależy raczej od działań personelu medycznego (rycina 3) oraz – w podobnym stopniu – od przypadku (rycina 4). Nie angażując się aktywnie w proces dializy, odczuwają mniejszą odpowiedzialność za prawidłowy przebieg terapii, a także nie muszą dążyć do zdobywania informacji dotyczących tego typu leczenia nerkozastępczego. Zarówno konieczność przejęcia odpowiedzialności, jak i uzyskanie zbyt szczegółowych informacji może nasilać u nich lęk, albowiem tak właśnie funkcjonują osoby, u których stwierdza się podwyższony poziom neurotyzmu. Z tego też względu tego typu pacjentom należałoby udzielać raczej minimum informacji dotyczących samych mechanizmów działania sztucznej nerki, jeżeli oczywiście, nie będą dopytywali się o szczegóły. Natomiast osobom deklarującym chęć dializy otrzewnowej warto dokładnie wytłumaczyć na przykład zasady działania cyklera nie tylko z powodów pragmatycznych, ale także dla obniżenia u nich poczucia lęku.

Bardzo istotne jest to, iż pacjenci dializowani otrzewnowo w porównaniu do populacji osób zdrowych uzyskują nie tylko wy-

soki wynik [por.: 6] w zakresie wewnętrznej kontroli zdrowia, ale także w odniesieniu do uznania wpływu innych na zdrowie; natomiast minimalizują rolę przypadku. Z jednej strony taki układ cech jest niezwykle korzystny – będą oni bowiem realizować zalecenia lekarskie oraz mobilizować się do podjęcia efektywnego działania. Z drugiej jednak strony nie wiadomo czy tak wysoki wynik w zakresie kontroli wewnętrznej nie będzie świadczył o skłonności do korygowania terapii bez wcześniejszych uzgodnień z personelem medycznym. Warto więc podkreślać istotność dokładnego przestrzegania zaleceń lekarskich, a także szczegółowo wypytywać o przebieg terapii, której pacjent poddaje się poza szpitalem. Wykazanie w badaniach, że osoby hemodializowane są przekonane o bardzo silnym wpływie przypadku na stan zdrowia sygnalizuje możliwość trudności we współpracy z tymi pacjentami dotyczących zwłaszcza motywowania pacjentów do aktywnego udziału w procesie leczenia. Nie doceniają oni bowiem własnych możliwości, trudno im mobilizować się samodzielnie do efektywnego działania. Mogą albo nie podejmować żadnej działalności związanej z procesem terapeutycznym, albo sięgając po środki paramedyczne. Oceniają oni jednak równie wysoko co wpływ przypadku, wpływ personelu medycznego na stan zdrowia, co oznacza, że wskazówki terapeutyczne otrzymywane od lekarzy oraz motywowanie pacjenta do podjęcia działania może przynieść oczekiwany skutek, o ile jednak w stosunkowo krótkim czasie będą widoczne korzystne efekty współpracy lekarz-pacjent. Można również założyć, że osoby takie najlepiej będą się czuły w relacji paternalistycznej, czyli oczekiwały będą wysokich kompetencji i dużej pewności siebie personelu medycznego przejawiającej się zarówno w sferze zachowań niewerbalnych (np.: odpowiednio modulowany ton głosu czy dynamiczny chód) jak i werbalnych (np.: udzielanie zwięzłych, rzeczowych informacji).

Każda z badanych cech wiąże się ze spostrzeganiem zdarzeń w kategoriach wyzwania bądź zagrożenia oraz z procesem radzenia sobie z sytuacją trudną. Choroba, zwłaszcza przewlekła, sama w sobie stanowi stresujący bodziec. Osoby, u których konieczne jest wdrożenie leczenia nerkoza-

stępczego, stykają się z wieloma specyficznymi stresorami. Można przypuszczać, że zmianę motywacji do wyboru dializy, a także poprawę funkcjonowania psychospołecznego osób dializowanych uzyskano by poprzez uczestniczenie tych pacjentów w warsztatach opartych na technikach poznawczo-behavioralnych i uczących w jaki sposób radzić sobie ze stresem. Ponieważ możliwość zorganizowania profesjonalnych zajęć jest raczej niewielka, warto zwrócić uwagę na opisane w niniejszej pracy charakterystyczne czynniki psychologiczne, na które personel medyczny może bezpośrednio wpływać.

#### Podsumowanie

1. Uzyskane w badaniach różnice pomiędzy pacjentami dializowanymi otrzewnowo a hemodializowanymi w zakresie takich zmiennych jak: neurotyzm, umiejscowienie kontroli zdrowia, stopień akceptacji choroby, poczucie własnej skuteczności oraz dyspozycyjny optymizm pozwalają założyć iż odmiennie powinna wyglądać relacja personel medyczny-pacjent w obu grupach.

2. Pacjenci hemodializowani wydają się preferować model paternalistyczny relacji z personelem medycznym, w którym większą część odpowiedzialności za przebieg terapii przejmuje lekarz. Na ogół dokładnie wypełniają zalecenia terapeutyczne, jeżeli tylko członkowie personelu wydają się im osobami o wysokich kompetencjach zawodowych. Trudniej ich jednak motywować do podejmowania aktywności, źle reagują na porażki – łatwo się zniechęcają, mogą prezentować zachowania agresywne, łatwiej popadają w depresję i częściej miewają zmiany nastroju, stąd należy zwracać uwagę na ich emocje. Wymagają stanowczego prowadzenia i krótkich rzetelnych informacji na temat stanu zdrowia.

3. Pacjenci dializowani otrzewnowo wydają się preferować model partnerski relacji z personelem medycznym, w którym odpowiedzialność za przebieg leczenia spoczywa nie tylko na służbie zdrowia, ale i na pacjencie. Potrafią sami motywować się do działania, niestety czasami mogą ignorować zalecenia lekarza. Wymagają obszernych i wyczerpujących informacji o stanie zdrowia, przebiegu leczenia oraz rokowaniach. Bardziej koncentrują się na problemie niż na

emocjach, stąd warto przedyskutowywać z nimi kolejne etapy terapii i ich ewentualne modyfikacje.

#### Piśmiennictwo

1. **Allison K.R.**: Theoretical issues concerning the relationship between perceived control and preventive health behavior. *Health Educ. Res.* 1991, 6, 141.
2. **Axford J.**: Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1999, 441.
3. **Braun J., Dormann A.**: Poradnik lekarza praktyka. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1996, 391.
4. **Brzozowski P., Drwal Ł.R.**: Kwestionariusz osobowości Eysencka - podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1995, 16.
5. **Friedman L.C., Nelson D., Baer P. et al.**: The relationship to dispositional optimism, daily stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *J. Behav. Med.* 1992, 15, 127.
6. **Jakubowska-Winecka A.**: Psychologiczne aspekty przewlekłej niewydolności nerek u dzieci. [W:] *Nefrologia dziecięca T3*, red.: M. Sieniawska i T. Wyszynska, Biblioteka Lekarza Specjalisty, Warszawa 2004, 122.
7. **Juczyński Z.**: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001, 77.
8. **Kubler-Ross E.**: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa: 1979.
9. **Pietrzyk J., Zachwieja K.**: Hemodializa. [W:] *Nefrologia dziecięca T3*, red.: M. Sieniawska i T. Wyszynska, Biblioteka Lekarza Specjalisty, Warszawa 2004, 237.
10. **Poprawa R.**: Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. [W:] *Podstawy Psychologii Zdrowia*, red: G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, 103.
11. **Scheier M F., Carver C.S.**: Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol.* 1985, 4, 219.
12. **Schroeder C.**: Peritonitis in children treated with peritoneal dialysis. *Perit. Dial. Int.* 1996, 16, 44.
13. **Schwarzer R.**: Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. [W:] *Psychologia Zdrowia*, red.: I. Heszteniejodek, H. Sęk., PWN, Warszawa 1997, 175.
14. **Seligman M.E.P.**: Fall into helplessness. *Psychol. Today* 1973, 7, 43.
15. **Watson A.R.**: Choice of end-stage renal failure therapy in eight European centers. *Ped. Nephrol.* 2000, 14, C 38.
16. **Zwolińska D., Inglot M., Makulska I. i wsp.**: Epidemiologia zakażeń HBV i możliwości działań terapeutycznych u dzieci i młodzieży ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych nerkozastępczo. *Pol. Merk. Lek.* 2001, 58, 267.
17. **Żurowska A.**: Dializa otrzewnowa. [W:] *Nefrologia dziecięca T3*, red: M. Sieniawska i T. Wyszynska, Biblioteka Lekarza Specjalisty, Warszawa 2004, 283.