

Ocena nastroju pacjentów w terminalnej fazie niewydolności nerek

Bernarda BEREZA

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Psychologii KUL
Katedra Psychologii Klinicznej
Kierownik: Dr hab. Stanisława Steuden, prof. KUL

Słowa kluczowe:

- schyłkowa niewydolność nerek
- przewlekła hemodializa
- stres krytycznych wydarzeń życiowych

Key words:

- decadent kidney failure
- chronic hemodialysis
- stress from critical life events

W artykule podjęto problematykę emocjonalnego funkcjonowania osób hemodializowanych z przyczyn schyłkowej fazy przewlekłej niewydolności nerek (PNN). Z uwagi na poważne zagrożenie, jakie stwarza choroba dla życia pacjenta, jego fizycznej integralności oraz jakości życia najbliższych, pnn rozważano w aspekcie stresu krytycznych wydarzeń życiowych, poszukując – charakterystycznych dla tej grupy – objawów depresyjnych. Założono, iż doświadczane emocje w znacznej mierze mają zabarwienie negatywne, występują z dużym nasileniem oraz – ze względu na chroniczny charakter schorzenia – obecne są w życiu pacjenta w sposób trwały. W badaniach udział wzięło 89 pacjentów (46 mężczyzn i 43 kobiet) poddawanych przewlekłej dializoterapii. Zebrany materiał analizowano pod kątem identyfikacji doświadczanych objawów depresyjnych, oceny jakości życia w dializie oraz emocjonalnych uwarunkowań poczucia sensu życia pacjentów leczonych nerkozastępczo.

(NEFROL. DIAL. POL. 2007, 11, 40-44)

Evaluation of a patient's attitude in the terminal phase of kidney failure

The article undertakes the issue of emotional functioning of hemodialysed patients in the phase of decadent kidney failure (DKF). Due to the serious threat which the illness causes to the life of the patient, their physical integrity as well as quality of life for those closest to them is discussed. The aspect of stress from critical life events, seeking – characteristics for this group – signs of depression were searched for. It is assumed that the emotions experienced to a significant measure have a negative tone, occur with high intensity as well as – on account of the chronic character of the illness – are present in the life of patients in a lasting way. 89 patients took part in the studies (46 men and 43 women) undergoing chronic dialysis therapy. The collected material are analyzed from the point of view of identifying the experienced signs of depression, evaluating the quality of life during dialysis as well as emotional conditions for the feeling of sense in life for patients being treated with renal replacement therapy.

(NEPHROL. DIAL. POL. 2007, 11, 40-44)

Wstęp

W powszechnym rozumieniu termin „depresja” oznacza dyskomfort samopoczucia, wyrażający się obniżonym nastrojem, zazwyczaj krótkotrwałym przygnębieniem – niezależnie od przyczyn tego stanu. Kontekst psychiatryczny i psychologiczny uwzględniwszy szersze spektrum tej definicji, rozumiejąc depresję jako szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, uznawany za zjawisko chorobowe, wymagające kompleksowego postępowania farmakologicznego oraz psychoterapeutycznego (Pużyński 1996).

W DSM-IV-TR wyróżnia się następujące postacie zaburzeń nastroju:

1. Zaburzenia depresyjne – kategoria ta obejmuje cztery zasadnicze rodzaje: zaburzenie depresji głównej, pojedynczy epizod; nawracające zaburzenie depresji głównej; dystymia; zaburzenie depresyjne NOS (ang. *not otherwise specified* – nie wyspecyfikowane gdzie indziej).

2. Zaburzenia dwubiegunowe – I typu (pojedynczy epizod maniackalny; ostatni epizod hipomaniackalny; ostatni epizod maniackalny; ostatni epizod mieszany; ostatni epizod depresyjny; ostatni epizod niespecyficzny); II typu (nawracające epizody depresji głównej z epizodami hipomaniackalnymi); cyklotymia oraz zaburzenie dwubiegunowe NOS.

3. Inne zaburzenia nastroju – zaburzenie nastroju spowodowane ogólnym stanem medycznym, substancją psychoaktywną oraz zaburzenie nastroju NOS.

Z uwagi na etiologię, nozologiczna klasyfikacja depresji obejmowałaby trzy grupy zaburzeń nastroju, występujących w przebiegu: chorób afektywnych (depresja o podłożu endogennym); schorzeń somatycznych (depresja spowodowana ogólnym stanem medycznym, bądź określoną substancją psychoaktywną); urazów psychicznych, zawodowych, emocjonalnych (depresja o podłożu psychogennym). Objawy depresyjne

Adres do korespondencji:

Dr n. hum. Bernarda Bereza
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Psychologii KUL
Katedra Psychologii Klinicznej
20-950 Lublin, Al. Racławickie 14
Tel.: (081) 445-34-53
e-mail: bernarda.bereza@kul.lublin.pl

włączają: dysfunkcje uczuciowości (płacliwość, smutek, nieadekwatne poczucie winy, apatia), poznawcze (myśli o śmierci, zmniejszona zdolność koncentracji, poczucie bezwartościowości) oraz somatyczne (utrata wagi, zaburzenia snu), powodując klinicznie znaczące cierpienie, bądź upośledzenie w życiu społecznym, zawodowym lub innym ważnym obszarze funkcjonowania.

W grupie pacjentów dializowanych depresja tłumaczona jest jako reakcja na stratę (ról wewnątrz rodziny i w pracy, utratę funkcjonowania nerek oraz ruchliwości, fizycznych zręczności, możliwości poznawczych, funkcji seksualnych itp.) (Gregory i in. 1998, Kimmel 2001, Sikora 2000). Reakcja ta jest jedną z dominujących, najczęściej spotykanych wśród pacjentów, poddawanych zabiegom przewlekłej dializoterapii. Nie wyczerpuje oczywiście wszystkich możliwości negatywnych następstw schyłkowej niewydolności nerek. Świadomości nieskuteczności stosowanych w poprzednich etapach choroby sposobów postępowania (leczenia zapobiegawczego, farmakologicznego, ustalonego trybu życia) oraz konieczność włączenia drastycznej formy terapii zastępczej nerek – nie wolnej od ryzyka dodatkowych powikłań zdrowotnych, a także zmian w kolejnych obszarach życia – wzmacnia u pacjentów doświadczany dotąd dyskomfort psychiczny. Postęp choroby wymusza konieczność dokonania istotnych zmian w mechanizmach przystosowania się jednostki. Skrajna niewydolność nerek, wymagająca inwazyjnych sposobów leczenia (ingerencji w organizm poprzez dializy, bądź wszczepienie obcego – ludzkiego vs pochodzenia odzwierzęcego – organu) zaburza w sposób istotny równowagę w ustalonych dotychczas formach przystosowania się osoby i jest rodzajem stresu krytycznych wydarzeń życiowych (Poprawa 2001, 103; Sęk 2001, 251). Analizując psychologiczną sytuację człowieka ze zdiagnozowaną terminalną niewydolnością nerek można doszukiwać się analogii pomiędzy zdarzeniem tego typu choroby a kryteriami przyjętymi w definicji wydarzenia krytycznego w kilku zasadniczych obszarach. Schyłkowe stadium choroby spełnia kryteria definicji traumatycznych wydarzeń życiowych (por. Poprawa 2001, 105), stanowiąc poważne zagrożenie: (1) życia pacjenta (niepodjęcie leczenia oznacza w perspektywie szybką śmierć); (2) fizycznej integralności (inwazyjne metody leczenia – dializoterapia, transplantacja – stwarzają ryzyko powikłań ze zgonem włącznie); (3) jakości życia najbliższych osób (następstwem choroby w sferze życia rodzinnego są szkody doznane przez najbliższych członków rodziny – dzieci, współmałżonków). Z uwagi na szczególnie destrukcyjny charakter wzajemnego oddziaływania na siebie elementów otoczenia i podmiotu (zakłócone dotychczasowe relacje jednostki ze światem), optymalizacja funkcjonowania w zmienionej kryzysem rzeczywistości wymaga dokonania zmian, przywracających osobie względne poczucie homeostazy. Szczególnego wysiłku ponownego przystosowania się wymagają – zachodzące w życiu osoby chorej – istotne zmiany relacji ze znaczącymi dla niej „obiektami” (osobami, przedmiotami, celami).

O krytyczności (traumatyczności) cho-

roby – rozpatrywanej jako stresujące wydarzenie życiowe – przesądza liczba, rodzaj i czas trwania zmian w życiu pacjenta. Poza czołowym problemem, jakim jest tu nieuleczalna choroba i postępujące uszkodzenie funkcji ciała, niewydolności nerek towarzyszą innego rodzaju stresujące wydarzenia życiowe. Należą do nich: utrata lub zmiana charakteru i miejsca pracy; przejście na emeryturę, bądź rentę inwalidzką; rozwód, bądź separacja ze współmałżonkiem; zmiana miejsca zamieszkania, itp. (w Skali Społecznego Ponownego Przystosowania Się, ang. *Social Readjustment Rating Scale – SRRS T.H. Holmesa i R.H. Rahe'a* podobne wydarzenia kategoryzowane są jako najbardziej stresujące dla człowieka) (Poprawa 2001, Sęk 2001).

Material i metody

Przedmiotem niniejszego opracowania jest identyfikacja i ocena nastroju pacjentów w terminalnej fazie niewydolności nerek włączonych w system leczenia powtarzanymi dializami. W badaniach własnych postawiono następujące pytania szczegółowe:

1. Czy chorzy włączeni w system leczenia powtarzanymi dializami ujawniają objawy z kręgu zaburzeń depresyjnych?
2. Jak pacjenci dializowani oceniają jakość swojego życia?
3. Jakie są korelaty doświadczanych emocji z poczuciem sensu życia w dializie?

Charakterystyka badanych osób

W trakcie powyższej pracy badawczej nawiązano bezpośredni indywidualny kontakt z blisko 200 osobami chorymi, dializowanymi w szpitalach (lubelskich, kościelżyńskim i kieleckim) z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Na podstawie własnych obserwacji oraz konsultacji medycznych (z personelem lekarskim i pielęgniarskim) z badań wykluczono osoby z wyraźnymi zaburzeniami psychicznymi, obniżonym poziomem intelektualnym, oświeceniem umysłowym spowodowanym długotrwałym leczeniem dializami, jak również osoby niewidome (np. z powodu powikłań cukrzycy). Odsetek osób, które z przyczyn medycznych nie były w stanie sprostać zadaniu, odmówiły udziału w badaniach lub wykonały je w sposób uniemożliwiający pełną analizę był dość wysoki, wynosił 44,5%. Ostatecznie do dalszych analiz i statystyk dopuszczono wyniki badań 89 osób dializowanych (46 mężczyzn i 43 kobiet). Najliczniej reprezentowaną grupą byli pacjenci w przedziale wiekowym od 44 do 63 lat (średnia wieku dla mężczyzn wynosiła 52,1; dla kobiet odpowiednio 51,6). Stan cywilny znacząco statystycznie różnicował grupę, wśród kobiet więcej było osób samotnych ($p=0,006$). Blisko dwa razy większą grupę pacjentów poddawanych terapii zastępczej nerek stanowiły osoby zamieszkujące aglomeracje miejskie (66,3%). Odległość dzieląca miejsce zamieszkania od stacji dializ w badanej grupie mieści się w przedziale 0,5 km – 50 km, czas dojazdu zajmuje odpowiednio przedział od 10 minut do 2 godzin. Z oferowanego pacjentom środka transportu korzystały wszystkie (97,67%) z wyjątkiem jednej pacjentki (brak odpowiedzi) oraz większość mężczyzn (86,9%) ($p=0,030$). Badane osoby były zróżnicowane pod względem wykształcenia ($p=0,010$). Największy odsetek grupy miał wykształcenie śred-

nie – 38,2% (34 osoby), 31,5% grupy (28 osób) miało wykształcenie zawodowe, 15,7% (14 osób) – wykształcenie podstawowe i 14,6% (13 osób) – wykształcenie wyższe. Spośród respondentów 82,6% mężczyzn i 88,4% kobiet pobierało świadczenia socjalne w postaci renty inwalidzkiej, bądź emerytury. Tylko co siódmy pacjent kontynuował przedchorobową aktywność zawodową (z czego blisko dwukrotnie częściej dotyczyło to mężczyzn). Jedna trzecia badanej grupy (32,6%) o chorobie dowiedziała się w okresie od 8 miesięcy do 5 lat poprzedzających niniejsze badania. U co czwartego pacjenta (24,7%) choroba trwała dłużej niż 20 lat. Kobiety częściej ($p=0,049$) były w stanie podać jej przyczynę, cytując konkretne rozpoznanie lekarskie, bądź powołując się na uwarunkowania genetyczne. Mężczyźni najczęściej nie znali powodu zachorowania, niewydolność nerek podawali też jako skutek uboczny wcześniejszych schorzeń. Czas leczenia PNN z wykorzystaniem dializoterapii u blisko połowy badanych osób (41,6%) nie przekraczał dwóch lat. Drugą co do wielkości grupę (19,1%) stanowili pacjenci włączeni do leczenia w okresie dwóch do czterech lat poprzedzającym niniejsze badania. Co szósta osoba była leczona dializą dłużej niż dziesięć lat. Szczegółowa analiza historii choroby u co siódmego pacjenta wykazała epizod leczenia dializą otrzewnową (6,7%), natomiast co piąta osoba przeszła niepomyślną transplantację nerki (20,2%) (dwie osoby w całości grupy dwukrotnie po odrzuceniu organu wracały do dializoterapii). W czasie dokonywania pomiarów okazało się również, iż blisko co siódmy pacjent (6,7%) był zgłoszony do przeszczepu (w trakcie kompletowania danych u części dokonywano już odpowiednich badań, nieznaczną ilość osób została poddana zabiegowi przeszczepienia organu). Stan somatyczny co jedenastego pacjenta (8,9%) pozwalał na rzadsze (prowadzone raz lub dwa razy w ciągu tygodnia) sesje dializacyjne. Funkcja samodzielnego oddawania moczu zachowana była u 39,3% chorych. Znaczna większość pacjentów (91,0%) wymagała jednak usprawniania funkcji organizmu co drugi dzień, korzystając z hemodializy trzy razy w tygodniu. Ponad połowa (52,8%) osób spędzała w szpitalnym łóżku cztery godziny. Dłuższe sesje dializacyjne pobierał co czwarty chory (23,6%), prawie tyle samo osób (20,2%) korzystało z aparatury dializacyjnej krócej niż cztery godziny w ciągu wyznaczonej doby.

Charakterystyka zastosowanych metod

1. Ankieta dotycząca problemów osób dializowanych – B. Bereza, S. Steuden (2003).

Metoda uwzględnia socjodemograficzną, medyczną oraz psychologiczną charakterystykę badanej grupy klinicznej. Powstała w oparciu o indywidualne rozmowy prowadzone bezpośrednio z pacjentami, personelem medycznym oraz zasadnicze hipotetyczne obszary problemowe, wytonione na podstawie wstępnego przeglądu literatury. Ankieta liczy 37 pytań: opisowych, otwartych lub półotwartych, wielokrotnego lub jednokrotnego wyboru. Pytanie nr 32 określające stopień zadowolenia pacjenta z funkcjonowania biopsychosocjalnego jest rodzajem pięciostopniowej skali, na której osoba badania ustosunkowuje się do każdego twierdzenia (tak, raczej tak, nie wiem, raczej nie, nie).

2. Test celu życia PIL – J.C. Crumbaugh, L.T.

Tabela I

Liczebność i odsetki w grupie pacjentów dializowanych, podzielonych z uwagi na otrzymany ogólny wskaźnik poczucia sensu życia.

Number and percentage in the group of dialyzed patients, divided according to received general indicators of the feeling of the sense of life.

| Wyniki | N | % |
|-------------|----|-------|
| poniżej 90 | 34 | 38,20 |
| 90 - 100 | 18 | 20,22 |
| powyżej 100 | 37 | 41,57 |

Maholick (1963).

W autoryzowanym przekładzie Z. Plużek (z tego samego roku) metoda znana jest w Polsce pod nazwą Test sensu życia PLT. Obejmuje trzy części, oznaczone literami A, B i C. Wskaźnikiem ilościowego pomiaru intensywności poczucia sensu życia (część A) jest wynik globalny testu – suma wszystkich punktów skali. Ocena jakościowa (część B i C) przebiega w oparciu o analizę poszczególnych twierdzeń skali, ocenę własnego życia dokonaną przez osoby badane, określenie stopnia akceptacji życia, jak również zamierzonych celów i dążeń (Kulpa 1983).

Wyniki

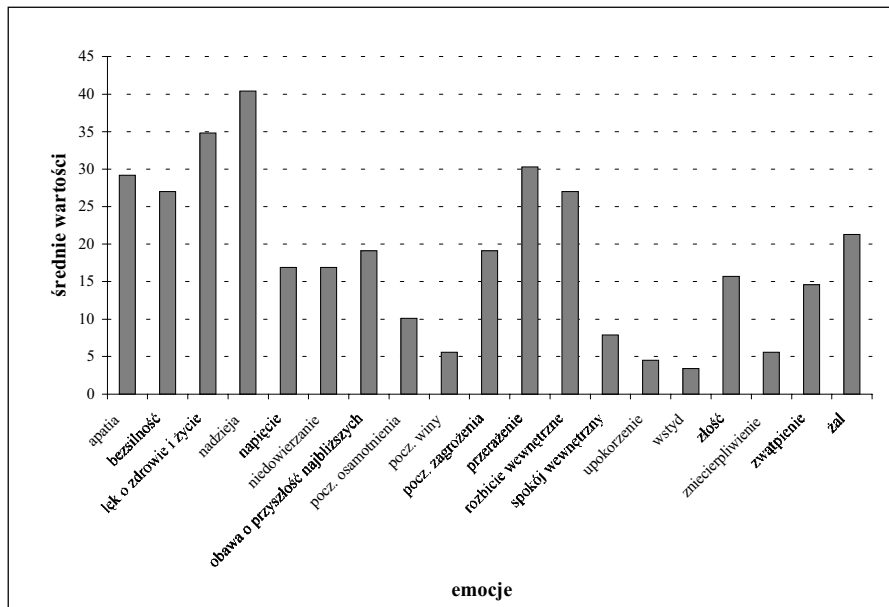
Identyfikacja objawów depresyjnych u osób dializowanych

Choć – paradoksalnie – moment włączenia pacjentów do inwazyjnej, długoterminowej terapii zastępczej nerek, powoduje u chorych entuzjazm, wzrost optymizmu, spokoju wewnętrznego i nadziei (aż o 29,2% w porównaniu z momentem zdiagnozowania choroby), zdecydowanie tę grupę kliniczną charakteryzują objawy z kręgu depresyjnego. Wprowadzenie nowej formy leczenia jedynie nieznacznie obniża nasilenie dotychczas doświadczanych negatywnych emocji. Rycina 1 charakteryzuje uczuciowość badanej grupy osób, zakwalifikowanych do przewlekłego leczenia nerkozastępczego.

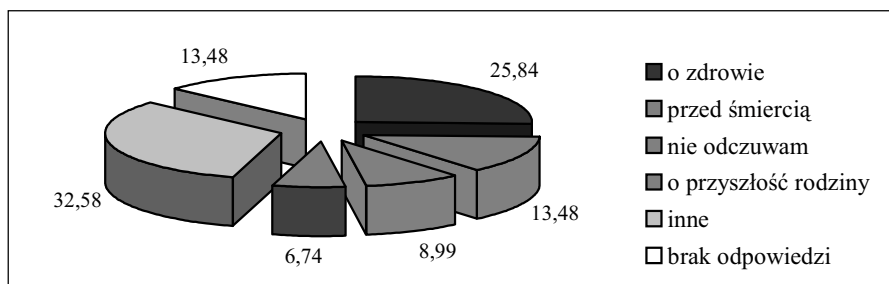
W dużej mierze pacjentów włączonych w program powtarzanych dializ charakteryzuje wysoki poziom doświadczanego lęku. Przyjmuje on bliżej nieokreślony charakter i jest wynikiem pewnego rodzaju reakcji na sytuację zaskoczenia i stresu (przerażenie w momencie otrzymania wiadomości o nowym sposobie leczenia deklaruje 30,3% badanych), oraz poczucia zagrożenia (19,1%), ale także konkretnych obaw – o własne zdrowie (34,8%), czy przyszłość najbliższych (19,1%). Stopniowa adaptacja do leczenia obniża z czasem nasilenie lęku w badanej grupie. Uzyskane statystyki obrazuje rycina 2.

Charakterystycznym nadal pozostaje natomiast obniżony nastrój (co trzeci pacjent, tj. 29,2%, zgłasza apatię), utrata wiary w siebie (w podobnej grupie osób, tj. 27% chorych, wyrażająca się poczuciem bezsilności) oraz rozbicie wewnętrzne (27%), często wynikające z przekonania, iż chory znajduje się w sytuacji bez wyjścia.

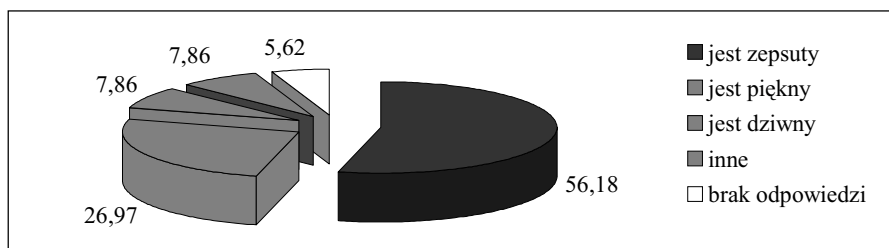
Przeprowadzone badania wykazały u zdecydowanej większości osób (61,8%) obniżone poczucie sensu życia (uzyskane



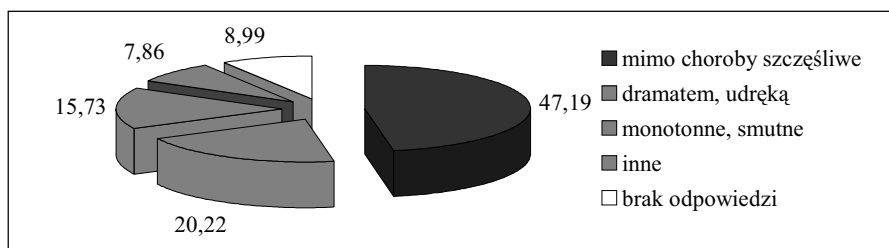
Rycina 1 Średnie wyniki nasilenia emocji doświadczanych na początku przewlekłej dializoterapii (N=89). Average results of emotional intensity experienced at the onset of chronic dialysis therapy (N=89).



Rycina 2 Procentowa charakterystyka badanej grupy z uwagi na doświadczany niepokój (N=89). The percentage characteristics of dialyzed patients experiencing anxiety (N=89).



Rycina 3 Procentowa charakterystyka badanej grupy z uwagi na percepcję świata (N=89). The percentage characteristics of people dialyzed depending on perception of the world (N=89).



Rycina 4 Procentowa charakterystyka badanej grupy z uwagi na ocenę własnego życia (N=89). The percentage characteristics of people dialyzed depending on evaluation of one's life (N=89).

statystyki przedstawiono w tabeli I), wyrażające się w pesymistycznej wizji świata, przyszłości oraz negatywnej ocenie siebie. Co trzecia z osób (38,2%) mieści się w przedziale wyników klinicznych (poniżej 90).

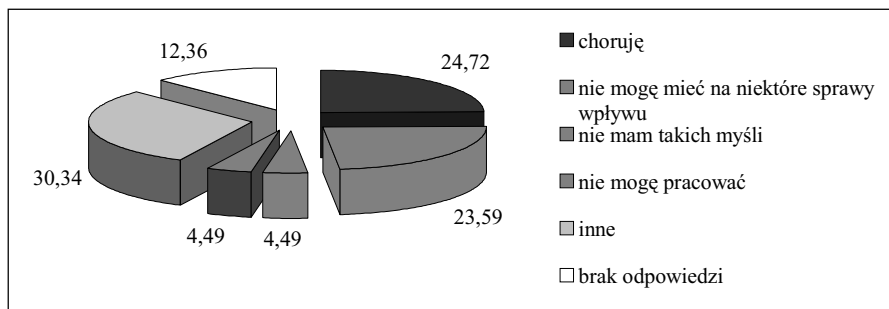
Blisko połowa respondentów (42,7%)

posiada złowrogą wizję świata – pełnego agresji, obojętności, nieszczęść, okrucieństwa, rządzonego przez kult pieniądza, skazanego na biedę i terror. Procentową charakterystykę wyodrębnionych kategorii odpowiedzi przedstawiono na rycinie 3.

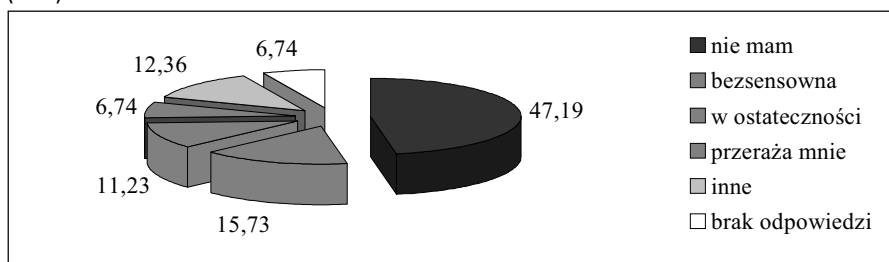
Pesymistyczne zapatrywanie się na przyszłość w badanej grupie widać chociażby w sygnalizowanej anhedonii oraz w postawach wobec możliwości przeszczepu nerki. Badanych cechuje ograniczona zdolność do odczuwania radości. Aż 43,8% osób ocenia swoje życie jako pasmo niepowodzeń, kojarząc je z udręką, coraz większą monotonią, zawieszeniem w próżni. Co piąty pacjent (20,2%) zgłasza zmniejszenie zainteresowań, brak pasji (rycina 4). Aż co czwarta z osób (25,8%) nie poddałaby się transplantacji, nawet gdyby zaistniała taka sposobność. Druga w kolejności z podawanych przyczyn to przewidywanie odrzucenia organu oraz mało optymistyczna wizja powrotu do dializ.

Negatywna ocena własnej osoby wiąże się natomiast z – charakterystycznym dla badanej populacji chorych – dokonywaniem porównań z innymi ludźmi, zwłaszcza w kontekście utraconych sprawności i możliwości funkcjonowania. Od momentu zdiagnozowania PNN, u pacjentów utrzymuje się poczucie wstydu (3,4%) oraz upokorzenia sposobem leczenia (4,5%). Nieestetyczny wygląd (zbliznowacenia tkanki skórnej), świadomość deformacji własnego ciała (zniekształcone chirurgicznie przedramię), wyzwała u chorych poczucie niższości. Niezależnie od tego pacjenci dializowani wykazują tendencję do wyolbrzymiania wszelkich wad i niedoskonałości, a minimalizowania lub ignorowania cech pozytywnych. Zaledwie co piąta osoba (20,2%) – zapytana o konsekwencje dializoterapii dla zdrowia – docenia możliwość utrzymania przy życiu, a co dziewiąty z badanych (11,2%) w ogóle zauważa poprawę jakości samopoczucia. Zdecydowana większość pacjentów koncentruje się natomiast na powikłaniach zdrowotnych (51,7%) oraz utrudnieniach w codziennym funkcjonowaniu (86,5%) z przyczyn tej formy leczenia – wyrażając brak zadowolenia, pesymizm oraz poczucie niepowodzenia. Chorych charakteryzuje poczucie przygniatających problemów i obowiązków. Nawet przywilej transportu do ośrodka dializ – jaki oferuje większość szpitali – przez co piątego z pacjentów (21,1%) postrzegany jest jako uciążliwy. Tylko cztery spośród 89 osób (4,5%) twierdzi, że nie towarzyszy im poczucie bezradności (rycina 5). Najczęściej dotyczy ono świadomości uzależnienia od wielu ludzi i instytucji, nieumiejętności zmagania się z chorobą, świadomości niespełnienia i straconych szans, zewnątrzsterowności, braku kontroli.

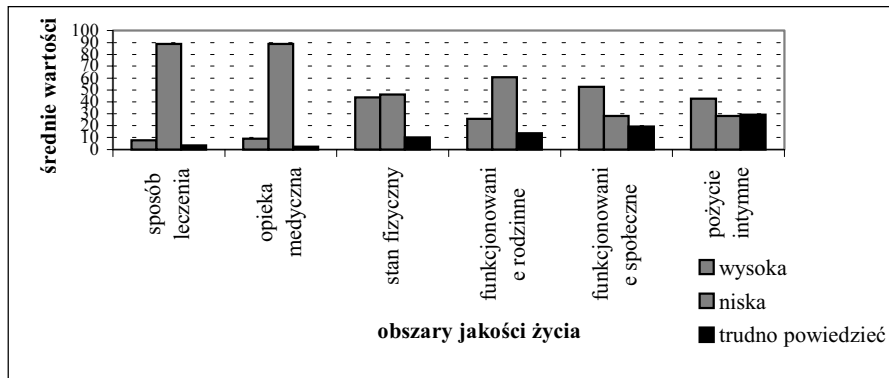
Poza sądami odnoszącymi się do zdrowia, zdolności, przeszłych osiągnięć, niską samoocenę chorych widać również w poglądach odnoszących się do innych osobistych cech (możliwość pozyskania środków materialnych i niematerialnych; atrakcyjność). Nasilone u osób dializowanych poczucie deprywacji – charakterystyczne w myśleniu chorych na depresję – znajduje wyraz w przekonaniu o pozbawieniu m.in. środków materialnych (tylko 6 spośród 89 respondentów, tj. 6,7%, ocenia własną sytuację materialną jako dobrą, podczas gdy aż 30 osób, tj. 33,7%, wyraża zdanie przeciwne), poczuciu osamotnienia, bycia niechcianym, niepożądanym, niekochanym (co szósty pacjent, tj. 15,7%, deklaruje rozpad związku partnerskiego, bądź zmianę jako-



Rycina 5
Procentowa charakterystyka badanej grupy z uwagi na przyczynę poczucia bezradności (N=89).
The percentage characteristics of people dialyzed depending on the cause of the feeling of hopelessness (N=89).



Rycina 6
Procentowa charakterystyka badanej grupy z uwagi na obecność myśli samobójczych (N=89).
The percentage characteristics of people dialyzed depending on the presence of suicidal thoughts (N=89).



Rycina 7
Subiektywnie postrzegana jakość życia pacjentów dializowanych (N=89).
Subjectively perceived quality of life in dialyzed patients (N=89).

ści funkcjonowania intymnego, na skutek postępu choroby). Obecne w grupie poczucie osamotnienia w momencie zakwalifikowania do dializoterapii nieznacznie zmniejsza się (o 7,9%), hipotetyczną przyczyną jest zwiększony kontakt z osobami o podobnych problemach zdrowotnych.

Depresyjna ocena własnej osobowości, zdrowia, szans poprawy samopoczucia, sytuacji życiowej, przyszłości, czy przeszłości łączy się z tendencją interpretowania rzeczywistości przeciwko sobie samemu. Znamionem spośród objawów depresyjnych jest poczucie winy. U chorych dializowanych utrzymuje się ono na zbliżonym poziomie, co w momencie zdiagnozowania PNN. U co trzeciej z badanych osób (29,2%) samokrytycznym i samoobwinianiem się (zwłaszcza w aspekcie poszukiwania przyczyn choroby) nie ma zazwyczaj logicznej podstawy. Ta część pacjentów dializowanych jest przekonana, że do rozwinięcia niewydolności nerek doprowadził np. ich pracochłizm, stres, czy złe warunki życiowe. Współ z utratą poczucia własnej wartości, wiary w siebie, poczucie winy sprzyja zniechęceniu do życia, myślom i tendencjom samobójczym.

Blisko połowa osób (46,1%) potwierdza nawracające myśli o śmierci, co dziewiąta osoba zaś (11,2%) dopuszcza samobójstwo jako sposób poradzenia sobie z tego typu chorobą (rycina 6).

Ocena jakości życia w dializie

Pacjenci dializowani – w większości wyróżnionych obszarów funkcjonowania – negatywnie postrzegają jakość własnego życia. Wyjątkiem jest sfera społeczna oraz intymna (rycina 7). Stosunkowo najwyższy w grupie odsetek braku odpowiedzi na pytanie o jakość pożycia intymnego (29,2%) oraz rozbieżność ocen w zakresie funkcjonowania rodzinnego i erotycznego, wskazywałby na działanie bardziej lub mniej świadomych mechanizmów obronnych (zwłaszcza dla starszych wiekowo pacjentów sfera intymna pozostaje tematem tabu). Generalnie bowiem chorzy – w szczególności mężczyźni – skarżą się na ograniczenie aktywności seksualnej, zmieniającej jakość ich partnerskich związków intymnych.

Znaczącym pozostaje natomiast wysoki poziom (88,8%) niezadowolenia pacjentów z aktualnej techniki leczenia nerkoza-
stępczego oraz otrzymywanej opieki me-

Tabela II

Współczynniki korelacji Tau b Kendalla pomiędzy emocjami doświadczanymi w chorobie i obszarami poczucia sensu życia w grupie pacjentów dializowanych (N=89).

Co-efficients in the Tau b Kendalla correlation between emotions experienced in illness and regions of the feeling of sense in life in the group of dialyzed patients (N=89).

| EMOCJE | cele życia | sens życia | ocena własnego życia | odpowiedzialność wolność | stosunek do śmierci samobójstwa | Wynik ogólny |
|-----------------------|------------|------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------|
| apatia, przygnębienie | | | | -0,20* | | |
| bezsilność | | | -0,26** | -0,26** | | |
| napięcie | -0,18* | | -0,22* | | -0,29** | -0,20* |
| przerażenie | | -0,18* | | -0,23* | -0,22* | -0,18* |
| upokorzenie | | | -0,20* | | | |
| złość | | | -0,21* | | | |
| zniecierpliwienie | | | -0,18* | | | |

* $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,010$; *** $p \leq 0,001$

dycznej (poświęcanego im czasu personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, jakości przekazywanego wsparcia informacyjnego i emocjonalnego). Ponad połowa badanych osób (56,1%) nisko ocenia jakość aktualnego stanu fizycznego. Postrzegane jako uciążliwe zmiany w wymiarze somatycznym dotyczą dolegliwości w trakcie zabiegu (wkłucia do żył, ból i dyskomfort), ale także pomiędzy kolejnymi sesjami dializacyjnymi (wahania masy ciała, skurcze mięśni, swędzenie, nudności i wymioty, utrata apetytu i niedożywienie, zaburzenia snu, zaburzenia oddychania) oraz trwałych konsekwencji tego typu choroby (utrata funkcji oddawania moczu, obniżenie kondycji fizycznej, ograniczenia dietetyczne, wygląd swojego ciała na skutek leczenia dializami). Część spośród objawów somatycznych PNN może imitować zaburzenie depresyjne.

Korelaty doświadczanych emocji z poczuciem sensu życia w dializie

Rozważanie związku emocji doświadczanych w obliczu terminalnej fazy niewydolności nerek z poczuciem sensu życia zmniejszonego zdarzeniem choroby, pozwoliło na wyłonienie następujących, zawartych w tabeli II, zależności.

Obszar celów życia osób dializowanych wykazuje ujemne korelacje z doświadczanym napięciem psychicznym ($p=0,044$), im bardziej określone są cele własnego istnienia wbrew chorobie, tym rzadziej pacjent przeżywa wewnętrzne konflikty. Świadomość sensu życia łączy się z mniejszą predyspozycją do doświadczania wzmożonego lęku w postaci przerażenia ($p=0,41$). Ocena własnego życia jako wartościowego pozostaje w bezpośrednim związku z rzadziej doznawanym poczuciem bezsilności ($p=0,004$), napięcia ($p=0,015$), upokorzenia z przyczyn choroby ($p=0,033$), złości ($p=0,021$) oraz zniecierpliwienia przewlekłym charakterem leczenia ($p=0,046$). Ujemne korelacje istnieją także pomiędzy obszarem odpowiedzialności i wolności a emocjami typu: apatia ($p=0,033$), bezsilność ($p=0,004$) i przerażenie ($p=0,011$). Subiektywne poczucie wolności i kontroli nad własnym życiem zmniejsza nasilenie wyżej wymienionych negatywnych uczuć. Ostatni z analizowanych obszarów poczucia sensu życia także ujemnie koreluje z doświadczanym przez badaną grupę napięciem psy-

chicznym ($p=0,002$) oraz przerażeniem ($p=0,019$). Brak myśli rezygnacyjnych, a zarazem lęku przed kresem życia wiąże się z mniejszą predyspozycją do doświadczania wyżej wymienionych emocji.

Wnioski

Schyłkowa faza niewydolności nerek, która z uwagi na rodzaj leczenia oznacza dla osoby długotrwałe przebywanie w szpitalu, może być przyczyną depresji i odwrotnie – dawać zespół objawów imitujących depresję. Postawienie rozstrzygającej o dalszym postępowaniu leczniczo-terapeutycznym diagnozy, wymaga rzecz jasna analizy obrazu klinicznego indywidualnego pacjenta. Niemniej przeprowadzone badania wyraźnie włączają chorych na przewlekłą niewydolność nerek do grupy osób zagrożonych ryzykiem wystąpienia depresji klinicznej. Pojawiające się w obliczu dializy zaburzenia emocjonalne różnicuje od „normalnej” reakcji uczuciowej na sytuację choroby większa intensywność symptomów, czas ich trwania oraz – przemawiające za patologicznym charakterem – utrzymywanie się objawów przez większą część dnia, co z kolei utrudnia osobie wykonywanie codziennych obowiązków, pełnienie dotychczasowych ról społecznych, zmiana jakości jej kontaktów interpersonalnych.

Na podstawie uzyskanych rezultatów badań oraz przeprowadzonych analiz można sformułować następujące wnioski:

1. Badana próbka populacji chorych dializowanych ujawnia symptomy z kręgu zaburzeń depresyjnych. Utrzymującym się objawem w obrazie klinicznym jest silne przygnębienie oraz reakcje lękowe. Chorym towarzyszy anhedonia, poczucie niższości, małowartościowości, utrata wiary w siebie i bezsilność. Lękowa perspektywa przyszłości, obserwowalne poczucie winy, rozbicie wewnętrzne skojarzone z uczuciem upokorzenia, wstydu i poczuciem osamotnienia sprzyjają pojawianiu się myśli o śmierci oraz „pośrednich samobójstw” w postaci nieprzestrzegania rygoru leczenia (terminów dializ, diety, podaży płynów itp.). Obniżonemu u większości chorych poczuciu sensu życia oraz negatywnej triadzie poznawczej (pesymistycznej wizji świata, przyszłości oraz negatywnej ocenie siebie), towarzyszą zaburzenia wegetatywne, typowe dla długo-

trwałych stanów apatii lub niepokoju (brak lub wzmoczenie apetytu, zaburzenia snu, dysfunkcje sfery poznawczej, włącznie z zaburzeniami pamięci, uwagi, zmniejszeniem zainteresowań).

2. Pacjenci w terminalnej fazie niewydolności nerek niekorzystnie oceniają skuteczność hemodializ oraz poziom otrzymanej opieki medycznej. Jakość leczenia ma bezpośredni związek ze stanem fizycznym, doświadczanym dyskomfortem funkcjonowania własnego organizmu. Znacząco w odczuciu pacjentów zmienia się również jakość kontaktów z systemem rodzinnym. Osoby dializowane obserwują negatywny wpływ własnej choroby na relacje interpersonalne ze współmałżonkiem, dziećmi czy pozostałymi członkami rodziny. Korzystniej natomiast przedstawia się ocena funkcjonowania w wymiarze społecznym, jak również jakości intymnych relacji z partnerem. W drugim z wymienionych obszarów, zachodzi jednak podejrzenie działania mechanizmów obronnych, m.in. z uwagi na stosunkowo duży odsetek braku odpowiedzi oraz wiek respondentów (pożycie partnerskie dla osób starszych zwykle jest tematem tabu).

3. Predyspozycje do lękowego reagowania w sytuacji stresowej (choroby) sprzyjają obniżeniu poczucia sensu życia oraz wystąpieniu zachowań rezygnacyjnych ($p \leq 0,050$). Im większy poziom doświadczanego napięcia wewnętrznego oraz lęku, tym trudniej osobie konsekwentnie realizować wyznaczone cele w życiu, wzrasta również poczucie małej wartości własnego istnienia ($p \leq 0,050$). Obniżony nastrój, apatia (brak motywacji do działania, ograniczony poziom aktywności; porzucanie wielu spraw, w które się było dotąd zaangażowanym), wzmożone reakcje lękowe ($p \leq 0,050$), ale także bezsilność ($p \leq 0,010$), zmniejszają poczucie kontroli nad własnym życiem. Im większe poczucie bezradności ($p \leq 0,010$), upokorzenia z przyczyn choroby, złości oraz zniecierpliwienia przewlekłym charakterem leczenia ($p \leq 0,050$), tym silniejsze u chorych dializowanych przekonanie o bezwartościowości własnego życia.

Piśmiennictwo

1. Gregory D.M., Way Ch.Y., Hutchinson T.A. et al.: Patients' perceptions of their experiences with ESRD and hemodialysis treatment. Qualitative Health Research 1998, 8, 764.
2. Kimmel P.L.: Psychosocial factors in dialysis patients. Kidney Intern. 2001, 59, 1599.
3. Kulpa A.: Poczucie sensu życia a neurotyzm i wartości u chorych z zespołem zależności alkoholowej. Zdrowie Psychiczne 1983, 24, 78.
4. Poprawa R.: Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. [W:] G. Dolińska-Zygmunt (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, 103-141.
5. Puzyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
6. Sęk H.: Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2001.
7. Sikora G.: Zaburzenia depresyjne u pacjentów dializowanych. [W:] Terapia depresji - Drogowskazy 2000, 2, 15-19.
8. Zawadzka B.: Wpływ poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami. [W:] Nefrol. Dial. Pol. 2000, 4, 50.