

Bernarda Bereza

Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie

Źródła niepokoju pacjentów długotrwanie hemodializowanych

Sources of anxiety in patients chronically hemodialyzed

STRESZCZENIE

Jedną z podstawowych emocji nacechowanych negatywnie, ujawniającą się podczas choroby, jest niepokój. Wyniki badań dowodzą, że wywoływaniu przykrych dla pacjenta stanów lękowych oraz doświadczaniu własnej choroby jako zagrożenia sprzyjają trudności w zaakceptowaniu schorzenia, uciążliwości somatyczne oraz brak wsparcia psychologicznego. Autor niniejszej pracy koncentruje się na ustaleniu podstawowych źródeł niepokoju doświadczanego przez pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, poddawanych hemodializie.

słowa kluczowe: przewlekła niewydolność nerek, długotrwała hemodializa, niepokój

ABSTRACT

One of the main negative emotions appearing during illness is anxiety. Results of the studies prove, that the main factors contributing to generating anxiety and perception of a disease as a threat are: difficulties in accepting the disease, somatic difficulties and lack of psychological support. The author concentrates on identifying the main sources of anxiety in patients with chronic renal failure, treated with hemodialysis.

key words: chronic renal failure, chronic hemodialysis, anxiety

Adres do korespondencji: dr n. hum. Bernarda Bereza
 Instytut Psychologii KUL, Katedra Psychologii Klinicznej
 Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin
 tel.: (081) 445 34 53
 e-mail: bernarda.bereza@kul.lublin.pl

Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2007; 1 (7): 8-14
 Copyright © 2007 Via Medica

Wstęp

Dla większości osób diagnoza przewlekłej choroby stanowi początek przytłaczającej gamy doświadczanych lęków. Ten specyficzny rodzaj emocji dotyczy głównie antycypacji przyszłości. Chory człowiek boi się praktycznie wszystkiego: długotrwałego leczenia, ostatecznego wyniku, nasilenia fizycznego bólu, cierpienia, okaleczenia ciała, ograniczenia dotychczasowej aktywności, izolacji od świata, odrzucenia przez bliskich, zależności od innych, bycia balastem dla rodziny, własnej śmierci. Emocje będące reakcją na wyobrażone lub antycypowane, ale także rzeczywiste transakcje z otoczeniem są rezultatem aktywności poznawczej osoby (rozważania przyczyn choroby, następstw); raz wzbudzone mogą z kolei wpływać na sposób, w jaki pacjent ocenia i rozumie swoją sytuację (stosunek do leczenia, sposoby zachowania) [1, 2]. Negatywne nacechowanie emocji może wynikać z pesymistycznego spojrzenia na życie, wcześniejszych doświadczeń, predyspozycji osobowościowych, braku wsparcia i braku poczucia sensu życia w chorobie oraz wiązać się z traktowaniem choroby jako zagrożenia. W takiej sytuacji pacjent postrzega schorzenie jako wydarzenie życiowe zakłócające dotychczasowy lub wcześniejszy stan równowagi i bezpieczeństwa, narażające jednostkę na destabilizację aktualnej sytuacji życiowej oraz naruszające jej plany na przyszłość [3-6]. Jedną z podstawowych negatywnych emocji, jaka ujawnia się podczas choroby, jest niepokój. Jego pozytywne oddziaływanie polega między innymi na mobilizowaniu pacjenta do szukania specjalistycznej pomocy czy przestrzegania zaleceń lekarskich. Negatywne działanie niepokoju obejmuje — poza niekorzystnym wpływem na przebieg fizjologicznych procesów życiowych [7] — trudności w koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci, myślenia, drażliwość, stany depresyjne, brak poczucia sensu życia, zachowania rezygnacyjne, w tym także autodestrukcyjne.

Autor niniejszej pracy koncentruje się na ustaleniu podstawowych źródeł niepokoju doświadczanego przez pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Katedrze Psychologii Klinicznej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego w Lublinie. Nawiązano bezpośredni indywidualny kontakt z 200 chorymi objętymi programem długotrwałych hemodializ w przebiegu niewydolności nerek. Z powodu przeszkód medycznych (zaburzenia psychiczne, obniżony poziom intelektualny, otępienie dializacyjne, dysfunkcje narządu wzroku), braku motywacji oraz niekompletności badań do dalszej analizy dopuszczono wyniki 89 pacjentów. W skład grupy wchodziło 46 mężczyzn i 43 kobiety. Średnia wieku wynosiła około 52 lat. Większość osób (49,4%) znalazła się w przedziale wiekowym od poniżej 44 lat do powyżej 63 lat. Odnotowany czas choroby wynosił średnio 13 lat, okres leczenia nefrologicznego — średnio 5 lat.

Badania prowadzono metodą kliniczną, częściowo w trakcie zabiegów hemodializacyjnych. Stosowano między innymi następujące metody: wywiad kliniczny, obserwację psychologiczną, Skalę Oceny Własnej Choroby (SOWC) (S. Steuden, K. Janowski, 2002), Test Poczucia Sensu Życia (PIL, *Purpose in Life*) (J.C. Crumbaugh, L.T. Maholick, 1963), Skalę Uciążliwości związanych z Dializą (SUD) (2003) w opracowaniu B. Berezy oraz Ankiety dotyczącą problemów osób dializowanych (B. Bereza, S. Steuden, 2003). Obliczeń dokonano, korzystając z pakietów komputerowych *Statistica 5.1* oraz *SPSS 11.5*.

Wyniki

Badaną próbę populacji dializowanych osób cechuje najwyższy wskaźnik oceny własnej choroby w kategorii „zagrożenie”. Uzyskane średnie wyniki zastosowanej skali przedstawiono w tabeli 1.

Podwyższony poziom lęku jest widoczny w obszarze życia rodzinnego, zawodowego, ale także zainteresowań, kondycji fizycznej, kontaktów z innymi ludźmi i osobistej niezależności.

Spośród zmiennych wprowadzonych do modelu analizy regresji 4 okazują się istotne statystycznie w przewidywaniu czynnika doświadczania przewlekłej niewydolności nerek jako zagrożenia. Uzyskane rezultaty zamieszczono w tabeli 2.

Wywoływaniu niepokojów doświadczanych w obliczu choroby sprzyjają trudności z zaakceptowaniem schorzenia (widoczne w postaci wzmożo-

Tabela 1. Statystyki opisowe Skali Oceny Własnej Choroby w badanej grupie (n = 89)

Table 1. Descriptive statistics from the Scale of Evaluating One's Illness in the tested group (n = 89)

Podskale	M	SD	Min.	Maks.
Zagrożenie	4,15	0,82	1,88	5,00
Korzyść	2,37	0,83	1,00	4,57
Przeszkoda	4,00	0,66	2,25	5,00
Wyzwanie	3,81	0,73	1,67	5,00
Krzywdza	3,19	1,07	1,00	5,00
Wartość	3,16	0,97	1,00	5,00
Znaczenie	3,93	0,71	2,20	5,00

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Tabela 2. Zmienne wyjaśniające ocenę przewlekłej niewydolności nerek jako zagrożenie

Table 2. Changing elaborating evaluation of chronic kidney failure as a threat

Zagrożenie	Uciążliwości emocjonalne (+) Wsparcie od psychologów (-)
$R^2 = 0,33$; $F = 5,57$; $p = 0,021$	Wsparcie od przyjaciół (-) Uciążliwości somatyczne (+)

nej drażliwości pacjentów, wewnętrznego napięcia, niekiedy agresji — potęgowanych dodatkowo biochemiczną huśtawką między kolejnymi sesjami dializy — ale także w przygnębieniu badanych, obniżonym nastroju, poczuciu osamotnienia w związku z chorobą, świadomości przybliżającej się perspektywy śmierci), nasilające się z czasem uciążliwości somatyczne, odczuwalne działania niepożądane dializoterapii oraz sama procedura leczenia (w tym reakcja organizmu na każdorazowe zabiegi hemodializy). Specjalistyczna pomoc psychologiczna i wsparcie przyjaciół wiążą się z mniejszym nasileniem lęków i obaw doświadczanych podczas dializy.

Niezależnie od powyższych wniosków w czasie pracy badawczej zidentyfikowano następujące źródła niepokoju: utrata subiektywnie ważnych funkcji ciała, nieprzewidywalność statusu zdrowia, nieprzewidywalność skutków leczenia, procedura poddawania zabiegowi hemodializy, reżim leczenia, perspektywa przeszczepu organu, zmiana jakości życia, poczucie osamotnienia, perspektywa śmierci, bezradność, perspektywa życia najbliższych.

Utrata subiektywnie ważnych funkcji ciała

Niewątpliwą przyczyną lęków i obaw doświadczanych przez dializowanych pacjentów jest aktualny stan somatyczny. W badanej grupie stwierdza się

Tabela 3. Procentowa charakterystyka dializowanych osób ze względu na współwystępujące choroby (liczebność, odsetek oraz różnice statystyczne) (n = 89)

Table 3. The percentage characteristics of people dialyzed on account of comorbid illnesses (number, percentage as well as statistical differences) (n = 89)

Choroby współwystępujące	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem		χ^2	p \leq
	n	%	n	%	n	%		
Układ sercowo-naczyniowy	20	43,5%	13	30,2%	33	37,1%	1,67	0,196
Układ hormonalny	8	17,4%	6	13,9%	14	15,7%	0,20	0,656
Układ kostny	5	10,9%	8	18,6%	13	14,6%	1,07	0,302
Układ wewnętrzny	4	8,7%	5	11,6%	9	10,1%	0,21	0,646
Inne	12	26,1%	16	37,2%	28	31,5%	1,27	0,259
Brak odpowiedzi	3	6,5%	2	4,6%	5	5,6%	0,15	0,702

różnego typu choroby współwystępujące z niewydolnością nerek (tab. 3).

W obrazie klinicznym przewlekłej niewydolności nerek dominują zaburzenia układu sercowo-naczyniowego. U co 3. pacjenta z badanej próby populacji chorych (37,1%) występowały arytmia, miażdżyca naczyń krwionośnych, nadciśnienie tętnicze, niewydolność mięśnia sercowego z epizodami wielokrotnych zawałów bądź wylewów. Druga co do częstości występowania grupa chorób dotyczyła zaburzeń układu hormonalnego (co 6. pacjent skarży się na dolegliwości wywołane cukrzycą, nadczynnością przytarczyc itp.). Schorzenia mniej powszechnie pojawiające się w badanej grupie pacjentów obejmowały objawy ze strony układu kostnego (reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporozę, zwyrodnienia stawów itp.), układu wewnętrznego (torbiele wątroby, wirusowe zapalenie wątroby, owrzodzenia dwunastnicy i żołądka, toczeń trzewny, żółciowe zapalenie żołądka itp.) oraz innego typu dolegliwości, niewyróżniające badanych spośród populacji ogólnej (infekcje, anemia, choroba szpiku kostnego, niewydolność górnych i dolnych dróg oddechowych, astma oskrzelowa, alergie, utrata słuchu, padaczka, nerwica itp.). Mężczyźni i kobiety nie różnili się istotnie statystycznie pod względem zachorowań na inne choroby w czasie leczenia technikami nerkozastępczymi.

Niewydolność nerek wywiera determinujący wpływ również na funkcjonowanie seksualne [8]. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają, że przeszkody natury somatycznej, skutkujące utratą intymności seksualnej, stanowią niezwykle obciążenie psychiczne. Oprócz bezmoczu i zmian czynności fizjologicznych w badanej próbie populacji dializowanych chorych czynnikami wywołującymi niepokój były zaburzenia menstruacyjne i problemy z zajściem w ciążę u kobiet oraz zaburzenia popędu seksualnego i aspekt aktywności intymnej u mężczyzn. Subiektywnie

odczuwalne przez pacjentów zmiany w psychice pod wpływem choroby terminalnej istotnie statystycznie różnicują badanych mężczyzn i kobiety. Pacjentki częściej (niemal 6-krotnie) sygnalizują cechy uogólnionego lęku (p = 0,039). Mężczyźni wyróżniają natomiast większą otwartość, brak oporu, a nawet samoistne podejmowanie tematu niepokojów doświadczanych w sferze intymnej. Skarżąc się na ograniczenie aktywności seksualnej — zmieniającej jakość ich partnerskich związków — w ocenie poczucia satysfakcji z aktualnego pożycia intymnego mężczyźni wykazywali jednak większy optymizm niż kobiety (brak różnic istotnych statystycznie).

Nieprzewidywalność statusu zdrowia

Niemal co 4. pacjent (25,8%) łączył niepokój doświadczany w przewlekłej niewydolności nerek z poczuciem utraty kontroli nad własnym organizmem i stanem zdrowia. Schyłkowe stadium choroby cechują liczne, niespodziewane, nagłe i ostre kryzysy zdrowia. Życie pacjenta poddawanego hemodializie przebiega w okresach względnej stabilności zdrowia, przeplatanych niestabilnością i powtórny odzyskaniem równowagi. Osoba nie jest w stanie przewidzieć, kiedy jej zdrowie się pogorszy albo kiedy osiągnie w końcu stan stabilności. Choremu zawsze towarzyszy niepewność związana z jakością samopoczucia po dializie; niepokój wzbudza reakcja organizmu na kolejny zabieg (czy danego dnia osoba będzie się czuła dobrze, czy będzie musiała leżeć albo kłaść się do łóżka na cały dzień, jak długo to potrwa). Pacjent musi mieć umiejętność trafnego rozpoznawania oznak nieprawidłowości we własnym funkcjonowaniu, definiowania i interpretowania symptomów schorzenia. Antycypacja oraz bezsilność w oczekiwaniu na pojawienie się niekorzystnie odczuwanych zmian samopoczucia po kolejnym zabiegu stają się źródłem stresu psychologicznego.

Nieprzewidywalność skutków leczenia

Narastające z czasem dolegliwości somatyczne oraz tak zwane doświadczenie dializacyjne chorych [9] jest podłożem nasilonych obaw związanych rozmiarem, ale także dynamiką doświadczanych strat zdrowia, kondycji fizycznej oraz samopoczucia psychicznego w konsekwencji długotrwałego leczenia. Co 6. (15,7%) spośród badanych pacjentów niepokoiła dalekosiężna perspektywa powikłań długotrwałej dializoterapii (jak będzie się rozwijać choroba i jaki będzie efekt leczenia) oraz subiektywnie odczuwalna, postępująca słabość organizmu.

Procedura przeprowadzania zabiegu hemodializy

U co 3. spośród badanych pacjentów (35,9%) — częściej wśród kobiet (brak różnic istotnych statystycznie) — zgłaszanym źródłem niepokoju była techniczna strona hemodializy (inwazyjny charakter leczenia) oraz zabiegi bezpośrednio poprzedzające dializoterapię. Powstające obawy są wyrazem stresu psychologicznego, dotyczą wbijania igieł, wstawiania cewników, przewidywania kłopotów z przetoką oraz samopoczucia podczas zabiegu. Ślady po wielokrotnych wkłuciach, zbliźnowacenia i zrogowacenia naskórka w obrębie przetoki, ale także żółtawy odcień skóry są źródłem obawy przed niezrozumieniem specyfiki schorzenia w różnych sytuacjach społecznych, stygmatyzacją i utożsamianiem chorego na przykład ze środowiskiem narkomanów.

Konieczność stałej gotowości do podróży, napięcie związane z oczekiwaniem na środek transportu, wymaganie od chorego dyspozycyjności oraz stosunkowo wcześniejszego odpowiedniego przygotowania do wyjścia z domu (higiena osobista, stosowny, czysty ubiór itp.) zwłaszcza dla osób w starszym wieku, stanowiących znaczną większość populacji dializowanych chorych, stają się dodatkowym źródłem niepokoju — tym większego, im bardziej w proces leczenia angażuje się rodzina pacjenta (najczęściej w przygotowaniach pomagają partnerzy życiowi, ale także dzieci). Pacjenci obawiają się także długiego, nieruchomego leżenia w trakcie zabiegu, powodującego między innymi bóle pleców. Dla wielu osób trudne jest trwanie w bezczynności.

Reżim leczenia

Co 3. spośród badanych osób (34,8%) sygnalizował niepokój z powodu pojawiających się trudności w przystosowaniu do ograniczeń narzucanych przez chorobę i sposób leczenia (m.in. dietetycznych, fizycznych, swobody, mobilności). Mimo upływu czasu co

10. pacjent (10,11%) ciągle nie potrafił pogodzić się z dializą, przyzwyczać się do reżimu leczenia oraz nowych warunków życia. Obawy dotyczyły ewentualnych konsekwencji niesprostania restrykcyjnym wymaganiom związanym ze specyfiką choroby, obejmującym między innymi kontrolę wahań masy ciała, utrzymanie właściwej diety (ograniczenie spożycia soli, protein itd.) oraz przyjmowanie minimalnej ilości płynów. Doświadczane napięcie wzmacniał dodatkowo przymus dokładnego planowania i organizacji posiłków, podróży oraz podporządkowania stylu dotychczasowego życia terminom kolejnych zabiegów hemodializy.

Perspektywa przeszczepienia organu

W badanej próbie populacji dializowanych chorych aż co 5. osoba (20,2%) przeżyła epizod niepomyślanej transplantacji nerki (2 pacjentów w grupie badanej 2-krotnie po odrzuceniu organu wracało do dializoterapii). Tego typu doświadczenie dializacyjne nie sprzyja kształtowaniu pozytywnych postaw wobec przeszczepu. W czasie dokonywania pomiarów okazało się również, że blisko co 7. pacjent (6,7%) jest włączony na listę oczekujących na transplantację. Mimo braku obiektywnych przeszkód aż co 4. z badanych osób (25,8%) nie poddałaby się jednak zabiegowi. Specyficzny rodzaj zgłaszanego tu lęku — bardziej charakterystycznego dla kobiet (brak różnic istotnych statystycznie) — obejmuje świadomość dużego ryzyka odrzucenia organu i konieczności powrotu do dializ. Tym spośród chorych, którzy mimo to wyrażają wolę poddania się transplantacji (74,2% osób), towarzyszyła troska, czy zostaną włączeni na listę oczekujących na przeszczep; niestabilny stan zdrowia był u nich źródłem obaw przed przeszkodami w postaci przeciwwskazań medycznych; niepokój wzbudzała niedostateczna liczba dawców, powtarzała się również niepewność dotycząca ostatecznego wyniku zabiegu.

Zmiana jakości życia

Niepokój sygnalizowany w przeprowadzonych badaniach chorzy dializowani łączyli z subiektywnie odczuwalną zmianą dotychczasowej jakości życia. Uzyskane wyniki zestawiono w tabeli 4.

Badani pacjenci (21,3%) — 2-krotnie częściej mężczyźni — najbardziej dotkliwie odczuwali niepokojące zmiany w zakresie pracy. Grupę mężczyzn cechowała rodząca obawy perspektywa zaprzepaszczenia całego dotychczasowego życia, zmiany jakości kontaktów społecznych i rodzinnych, utraty marzeń i planów na przyszłość. Natomiast źródłami niepokoju u kobiet były: wyraźne obniżenie sprawności fizycznej ($p = 0,004$), odczuwalne zmiany w psychi-

Tabela 4. Procentowa charakterystyka osób dializowanych ze względu na subiektywnie odczuwane zmiany jakości życia wskutek choroby (liczebność, odsetek oraz różnice statystyczne) (n = 89)

Table 4. The percentage characteristics of dialyzed people according to subjective experience of changes in the quality of life caused by the illness (number, percentage and statistical differences) (n = 89)

Subiektywne poczucie zmiany na skutek choroby	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem		χ^2	p ≤
	n	%	n	%	n	%		
Utrata pracy	13	28,7%	6	13,9%	19	21,3%	2,71	0,100
Całe życie	10	21,7%	7	16,3%	17	19,1%	0,43	0,513
Kontakty z ludźmi	9	19,6%	5	11,6%	14	15,7%	1,06	0,304
Obniżona sprawność fizyczna	2	4,3%	11	25,6%	13	14,6%	8,03	0,004*
Utrata samodzielności	1	2,2%	2	4,6%	3	3,4%	0,42	0,517
Utrata marzeń	6	13,0%	3	6,9%	9	10,1%	0,90	0,343
Wpływ na psychikę	1	2,2%	6	13,9%	7	7,9%	4,25	0,039**
Dieta pokarmowa	4	8,7%	3	6,9%	7	7,9%	0,09	0,763
Inne	13	28,3%	12	27,9%	25	28,1%	0,00	0,970
Brak odpowiedzi	–	–	5	11,6%	5	5,6%	5,67	0,017**

* p ≤ 0,010; **p ≤ 0,050

ce pod wpływem terminalnej choroby (dojrzałe spojrzenie na rzeczywistość, ale także drażliwość, niepewność jutra, napięcie nerwowe na co dzień, lęk) (p = 0,039) oraz utrata samodzielności (brak różnic istotnych statystycznie).

Poczucie osamotnienia

Specyficzny rodzaj niepokoju pacjentów hemodializowanych wywołuje poczucie izolacji nasilające się z czasem trwania choroby. W przewlekłej niewydolności nerek naturalna potrzeba użyteczności lub też bycia potrzebnym innym jest tłumiona. Sprzyjają temu — w zależności od momentu życia osoby — przeszkody w kontynuacji nauki szkolnej, ograniczenie aktywności zawodowej bądź rezygnacja z niej (tylko 13,5% badanych osób pozostaje czynnych zawodowo), ale także reorganizacja dotychczasowego czasu wolnego (poświęcenie leczeniu odbywa się zwykle kosztem relacji z bliskimi), dotychczas pełnionych obowiązków czy ról odgrywanych w środowisku rodzinnym (co zgłasza 4,5% badanych). Część badanych osób (7,9%) sygnalizowała — z przyczyn wywołanych chorobą — rozpad małżeństwa, przy czym rozwód bądź separacja prawie 3-krotnie częściej dotyczy badanych kobiet (indywidualne rozmowy z pacjentami wykazały natomiast, że to mężczyźni powszechniej skarżą się na rozpad związku ze względu na chorobę). Niezależnie od tego, niemal co 4. (27,0%) z badanych osób zgłaszała brak partnera życiowego. Ponadto poczucie wstydu z powodu zmian w obrębie ciała (ślady po wielokrotnych wkłuciach, zbliżnowacenia i zrogowacenia naskórka w obrębie przetoki,

żółtawy odcień skóry) oraz zażenowanie chorego, którego przyczyną może być brak asertywności, ale także obawa przed niezrozumieniem specyfiki schorzenia w różnych sytuacjach społecznych czy chęć uniknięcia wprowadzania drugiej osoby w zakłopotanie (odmowa poczęstunku czy napoju, powstrzymanie się od używek itp.), są bezpośrednimi przyczynami wycofywania się dializowanych osób również z życia towarzyskiego.

Perspektywa samotnego zmagania się z ciężką chorobą, poczucie bycia niezrozumianym, kontakty społeczne ograniczone z oczywistych przyczyn do małego grona dializowanych współpacjentów, a także zawężenie dotychczasowej aktywności życiowej są przyczyną powstawania u chorych poczucia wewnętrznego niepokoju.

Perspektywa śmierci

Większość osób z badanej grupy klinicznej wyrażała się pogodzona z bardziej lub mniej wyraźną perspektywą odejścia, traktując śmierć między innymi jako jeden z etapów życia (40,4%), a nawet wyzwolenie (15,7%). Identyfikowany niepokój dotyczący perspektywy umierania w badanej grupie ujawniał się natomiast w dwojaki sposób: w analizie postaw wobec śmierci oraz w ocenie własnego życia. W badanej próbie populacji hemodializowanych chorych zaledwie co 10. osoba (10,1%) opisuje doświadczany wewnętrzny niepokój w kategoriach strachu — a zatem silnej negatywnej reakcji emocjonalnej na oczekiwanie konkretnego zagrożenia (śmierci) w bliskiej i dokładnie określonej przyszłości. Podob-

nie niski odsetek (13,5%) respondentów (2-krotnie częściej mężczyzn; brak różnic istotnych statystycznie) sygnalizuje, że refleksja nad własnym życiem jest motorem pojawienia się strachu przed śmiercią. W tym kontekście wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają doniesienia wstępne między innymi w literaturze anglojęzycznej, wskazujące jakoby lęk egzystencjalny różnił się jakościowo w grupie chorych dializowanych oraz u osób cierpiących na schorzenia związane z zagrożeniem utraty życia. W przypadku pacjentów leczonych nerkozastępczo doświadczany niepokój nie dotyczy bowiem bezpośrednio ostro wyrażonej obawy utraty życia. Osoby hemodializowane boją się raczej przedłużenia własnej egzystencji. Niektórym pacjentom dializoterapia wydaje się rozłożonym w czasie procesem umierania [10, 11].

Bezradność

Dializowani chorzy doświadczają silnego niepokoju przed sposobem życia pełnym ograniczeń i trudności związanych z leczeniem [11, 12]. W prezentowanych badaniach co 4. osobę (24,7%) niepokoiło poczucie własnej bezsilności, wynikającej z faktu zachorowania, obciążenia niewydolnością nerek, ograniczeń, jakie wiążą się z chorobą i sposobem leczenia. Podobny odsetek pacjentów (23,6%) doświadczał wewnętrznego napięcia z powodu, ogólnie mówiąc, małej wiary we własne możliwości, słabego wpływu na bieg kolejnych wydarzeń życiowych oraz poczucia zależności od czynników zewnętrznych.

Perspektywa życia najbliższych

Nieodłącznym elementem zmagania się z przewlekłą niewydolnością nerek jest obawa przed nadmiernym wpływem własnej choroby na życie najbliższych osób. Blisko co 2. z badanych (49,4%) z niepokojem stwierdzał, że doświadczane cierpienie związane z chorobą oraz dializoterapią może być stresem, udręką, obłędem czy wręcz tragedią dla najbliższych. Doświadczane obawy dotyczyły obecnej, ale również przyszłej jakości życia członków rodziny, która razem z pacjentem trwa w chorobie, lecz pozostanie osamotniona po jego śmierci. Próbując zoptymalizować poziom doświadczanego stresu, badani pacjenci (30,3%) większość energii poświęcali najbliższemu (zmaganie się z chorobą plasuje się dopiero na 3. miejscu — 16,8%). Dobro i szczęście rodziny dla co 3. z pacjentów (32,6%) było nadrzędnym celem życia, ważniejszym nawet niż chęć przetrwania, wola życia czy zachowania zdrowia (30,3%). Realizowa-

nie tej życiowej ambicji w podobnej (29,2%) mierze pomagało przetrwać życiowe kryzysy.

Podsumowanie

Podsumowując psychologiczną problematykę niepokoju doświadczanego przez pacjentów hemodializowanych, należy zwrócić uwagę na jego charakter, częstość oraz znaczenie. Niepokój jest specyficzną reakcją emocjonalną, ponieważ u przewlekłych chorych występuje szczególnie często. W przewlekłej niewydolności nerek jest on odpowiedzią na stale towarzyszące ryzyko, możliwość utraty ważnych wartości (zdrowia, życia, zmiany jakości funkcjonowania własnego i rodziny, ról społecznych itp.), a tym bardziej charakterystyczny dla choroby brak stabilności i wiążącą się z nim perspektywę znalezienia się w nowej sytuacji — pogłębiającej dotychczasowy stres. Praktyczne korzyści wynikające z dociekania źródeł niepokoju pacjentów hemodializowanych wiązałyby się bezpośrednio z oddziaływaniami terapeutycznymi zmierzającymi do optymalizacji jakości życia w badanej grupie chorych. Niepokój jest objawem rzadko wyrażanym słowami. Przyznanie się do lęku — zwłaszcza przez dorosłe osoby — jest odbierane jako wstydlive. Trudno jest także w potocznym rozumieniu różnicować doświadczane napięcie wewnętrzne i niepokój od strachu. Rozumienie i opisywanie stanu, jaki osoba przeżywa, wymaga od niej umiejętności samoobserwacji [13]. Wyłonienie doświadczanych emocji, werbalizowanie, identyfikacja źródeł, a przede wszystkim konfrontacja, „zbliżenie się” do lęku, świadome lub (częściej) podświadome „przepracowanie” doświadczanego niepokoju daje szansę na zmniejszenie jego nasilenia, optymalizację sposobów radzenia sobie oraz poprawę psychicznego stanu pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Hryniewska A. Problem diagnozy stanu psychicznego człowieka przewlekłe chorego. W: Szkoła Specjalna 1992; 5: 225–234.
2. Lazarus R. Paradygmat stresu i radzenia sobie. W: Nowiny Psychol. 1986; 3–4: 2–39.
3. Jarosz M. (red.). Psychologia lekarska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1983.
4. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984.
5. Lipowski Z.J. Sensory and information inputs overload. Behavioral effects. Compr. Psychiatry 1975; 16: 199–221.
6. Lipowski Z.J. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. Psychosom. 1987; 47.

7. Gałuszka A. Lęk, nadzieja i poczucie sensu życia u osób chorych przewlekle. W: Błock B., Otrębski W. (red.). Człowiek nieuleczalnie chory. WN KUL, Lublin 1997; 267–275.
8. Lindqvist R., Carlsson M., Sjöden P.-O. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *J. Adv. Nurs.* 2000; 31: 1398–1408.
9. Sikora G. Zaburzenia depresyjne u pacjentów dializowanych. *Terapia depresji. Drogowskazy* 2000; 2: 15–19.
10. Davison S.N. Ethical issues in dialysis Aaron Spital, Series Editor. W: *Semin. Dialys.* 2002; 15; 41.
11. Witorzeń M. Przystosowanie chorych z przewlekłą schyłkową niewydolnością nerek do leczenia dializami powtarzanymi (znaczenie czynników psychospołecznych). *Psychiatr. Pol.* 1992a; XXVI: 115–118.
12. Witorzeń M. Aspekty psychiatryczne leczenia powtarzanymi dializami. W: *Psychiatr. Pol.* 1992b; XXXVI: 110–114.
13. de Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000.