

Kształtowanie perspektywy temporalnej jako aspekt adaptacji do choroby i leczenia. Analiza oparta na badaniach chorych leczonych nerkozastępczo

The formation of a temporal perspective as an aspect of adaptation to disease and treatment. Analysis based on studies of renal replacement therapy patients

Barbara Zawadzka¹, Magdalena Byrczek²

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania IZP UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. W. C. Włodarczyk

² Centrum Psychologiczno-Terapeutyczne Scanned Multimedis
Kierownik: lek. med. J. Melnychuk

Summary

Aim. Time is an essential part of human reality. Taking into consideration existence as a mechanism of regulation, it was attempted to explain connections between the temporal perspective and some coefficients of psychological functioning of people with somatic diseases. It was based on the hypothesis that participation in therapy of an incurable disease is a factor, which may cause some changes in the way of perception of the patients themselves and the world.

Method. 90 patients of The Clinic of Nephrology CMUJ and ŚLAM were examined. The following investigative techniques were used: The questionnaire of Basic Hope (BHI-2), the Scale of Acceptance of a Disease (AIS), the Beck's Scale of Depression and the Questionnaire of Time Perception (ZTPI).

Results. The conducted analyses revealed a few correlations. They enabled to establish a model illustrating the influence of coefficients of adaptation to a disease and a treatment on observing time. According to the analyses both positive and negative references to the past are connected with the intensification of depressive symptoms. Moreover, the concentration on constructive experiences was regulated by the basic hope and tendency to act according to positive stimuli. The impact of the acceptance of a disease and negative past on the quality of present feelings was shown. The domination of temporal orientation "for future" correlates with depression, the acceptance of a disease and the concentration on positive memories.

Conclusions. The constellation of coefficients of adaptation to a disease and treatment is an important factor which creates observing the time by people with chronic diseases.

Słowa kluczowe: perspektywa temporalna, przewlekłe leczenie, wskaźniki adaptacji

Key words: temporal orientation, chronic treatment, coefficients of adaptation

Wstęp

Rozważaniami nad złożonością natury czasu zajmuje się wiele gałęzi nauki: fizyka, filozofia, biologia i historia oraz psychologia. Aż do początków XX wieku panowało przekonanie, że czas jest wielkością absolutną. Nie zależy od podmiotu wykonującego pomiar, pod warunkiem, że wykorzystuje się prawidłowo działający zegar. Dopiero Albert Einstein w teorii względności przedstawił „paradoks czasu” – przypuszczenie, że każde ciało ma swój własny czas, a więc jest on wielkością relatywną, a nawet złudzeniem [1, 2, 3]. Jeszcze inaczej kwestia relatywności wygląda w interpretacji według zasady nieoznaczoności Heisenberga, której skutkiem jest twierdzenie, że czas nie jest wartością linearną, lecz zmienia się skokowo. Według praw fizyki niemożność dokładnego określenia czasu wynika z samej natury rzeczywistości [4].

Dzisiaj psychofizyka doświadczania czasu przez człowieka odnosi się do czynników środowiskowych i osobniczych, takich jak ogólny kontekst sytuacyjny, przekonania, wartości, koloryt emocjonalny, witalność, zasoby biologiczne etc. W ramach psychologii temporalnej rozpatruje się rytmiczność zmian i procesów życiowych zachodzących w ludzkim organizmie – czyli biorytmów, cykliczności okołodobowej i ich neuronalnych podstaw [5]. W sytuacji chorych z niewydolnością nerek rytmiczność ta wyznaczana jest przez specyfikę leczenia nerkozastępczego: cyklicznie stosowane zabiegi dializy, regularne zażywanie leków, systematyczne wizyty kontrolne etc. Inwazyjne procedury (dializy), mające na celu regulację biochemiczną procesów metabolicznych zachodzących w ciągłym procesie życiowym, wykonuje się nie bezustannie (jak to jest przy prawidłowo funkcjonujących nerkach), ale raz na 2–3 dni, co diametralnie zmienia funkcjonowanie chorych na poziomie biologicznym. Zmiany, które wynikają z systemu przerywanej dializy, prowokują konieczność osiągnięcia nowej homeostazy zarówno na poziomie fizjologicznym, jak i psychologicznym. Mechanizmy warunkujące rytmiczność funkcjonowania ciała uruchamiają zmiany w zakresie indywidualnego wzorca postrzegania czasu przez człowieka.

Współczesna psychologia zwraca uwagę na 3 poziomy doświadczania czasu, czyli tzw. kodowania temporalnego. Dokonuje się ono w oparciu o względnie niezależne od siebie wewnętrzne zegary, tj. neurobiologiczny, psychofizyczny i egzystencjalny [5, 6]. Każdy z nich na innym poziomie odpowiada za sekwencje działania człowieka jako łańcucha zależności przyczynowo-skutkowych – za adekwatność uruchamiania rytmów dobowych, automatyczną koncentrację uwagi na adaptacyjnych reakcjach, za nastawienie i motywację. Wpływ zegarów uwidacznia się w sytuacji leczenia nerkozastępczego, a w aspekcie postępowania pacjentów wobec reżimu płynowo-dietetycznego wydaje się szczególnie istotny. Może być zatem rozpatrywany jako czynnik sprawczy tendencji do zachowań pro- i antyzdrowotnych [7].

Wpływ człowieka na własne zegary temporalne nie jest do końca zbadany. Największą rolę upatruje się w możliwościach oddziaływania na kodowanie egzystencjalne, ponieważ to ono odpowiada za kształtowanie i ewentualne zmiany perspektywy czasowej, oddającej stosunek człowieka do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, postawy względem nich a także wzajemne relacje zachodzące między nimi [8]. Definiuje się ją jako osobiste, często nieświadome nastawienie wobec czasu, a zarazem

jako proces wyodrębniania kategorii czasowych pozwalających nadać życiu porządek, spójność i znaczenie [9]. Jest czynnikiem w znacznym stopniu regulującym ludzkie zachowanie. Badania P. Zimbardo doprowadziły do wyszczególnienia pięciu perspektyw ujmowania czasu [7, 10]. Każda z nich wyznacza inną hierarchię wartości, nastawienie emocjonalne do siebie i innych ludzi oraz tendencję do korzystania z gratyfikacji i reagowania określonymi zachowaniami wobec zmiennych sytuacji życiowych. Są to: pozytywna przeszłość, negatywna przeszłość, hedonistyczna terażniejszość, fatalistyczna terażniejszość i przyszłość. Koncentracja na tym, co dopiero nadejdzie, powoduje, że myśli i przeżycia skupiają się na oczekiwaniach i wyobrażeniach dotyczących przyszłości, a nie aktualnie działających bodźcach. Dominująca terażniejsza perspektywa temporalna implikuje intensywne przeżywanie tego, co wydarza się w danej chwili. Natomiast orientacja na przeszłość oznacza „życie wspomnieniami”, przywiązanie do tradycji. W latach 90. XX wieku rozpoczęto badania nad funkcjonowaniem ludzi chorych somatycznie z uwzględnieniem ich dominującej perspektywy temporalnej. Wyniki wskazały, że istnieją wprost proporcjonalne zależności między percepcją czasu skierowaną na przyszłość oraz aktywnością pacjentów w zakresie podejmowania zachowań prozdrowotnych [7]. Znalezione także prawidłowości w tym zakresie uwzględniające wymiary poczucia satysfakcji [11], sensu życia [12] oraz oceny własnych doświadczeń [13].

Przyjęcie, że perspektywa temporalna może odgrywać znaczną rolę w procesie adaptacji do choroby i leczenia, było inspiracją do opracowania poniżej prezentowanych badań. Szczególnie interesujący wydaje się problem zmiany perspektywy temporalnej w kontekście ciężkiej, nieuleczalnej choroby wymagającej głębokich zmian przystosowawczych. Nieuleczalna choroba oraz konieczność inwazyjnego leczenia przedłużającego życie jest sytuacją silnie stresową, wiążącą się z zagrożeniem elementarnych wartości. Adaptacja do choroby i leczenia wymaga zmian na wielu poziomach funkcjonowania, poczynając już od poziomu biologicznego, gdzie czas jednostkowy określany jest przez rytmiczność okołodobową [5, 6]. U ludzi, których życie krańcowo uległo zmianie pod wpływem choroby, zachodzi zjawisko ograniczenia perspektywy czasu życia. Z procesem przemian zachodzących w trakcie adaptacji do przewlekłej i śmiertelnej choroby zmienia się percepcja i ukierunkowanie na określone interwały czasu.

Celem badań było określenie zależności przyczynowo-skutkowych między wskaźnikami przystosowania do choroby i leczenia a wymiarami temporalnymi. Podjęto próbę ustalenia modelu ilustrującego kształtowanie perspektywy temporalnej przez wskaźniki adaptacji. Zdecydowano się przeprowadzić analizę, odpowiadając na następujące pytania:

1. Czy charakter adaptacji wpływa na perspektywę temporalną?
2. Czy nastawienie do życia kształtowane przez nadzieję podstawową pośredniczy między trwałymi cechami przystosowawczymi a perspektywą temporalną?
3. Które z wybranych wskaźników zaadaptowania są istotne dla poszczególnych perspektyw czasowych?

Material i metody badawcze

Przed przystąpieniem do badań przeprowadzono operacjonalizację problemu badawczego uwzględniając jej kolejne etapy.

Badania zostały przeprowadzane wśród 90 pacjentów Kliniki UJ CM i SUM leczonych z powodu schyłkowej niewydolności nerek, przewlekle poddawanych nerkozastępczej terapii. W decydującej większości badani ustnie odpowiadali na czytane przez psychologa pozycje kwestionariuszy, w czasie trwania zabiegów hemodializy lub w poczekalni podczas okresowych badań kontrolnych. Próbę stworzyło 30 osób hemolizowanych (HD), 30 dializowanych otrzewnowo (DO) oraz 30 z przeszczepioną nerką (TR). Badano osoby o różnym stażu leczenia nerkozastępczego. Najkrótszy czas leczenia wynosił 1 miesiąc (1 osoba), najdłuższy – 28 lat. Średnia wynosiła około 6 lat i 2 miesiące, odchylenie standardowe – 5 lat. Najwięcej osób (8) pozostawało w leczeniu przez 5 lat. Aby zneutralizować zakłócający wpływ wieku na ostateczny obraz wyników, przebadano osoby między 50 a 65 rokiem życia (średni wiek: 57,01; odchylenie standardowe: 4,898), w tym 35 kobiet i 55 mężczyzn. Były to osoby w większości niepracujące, przebywające na rencie (59 osób, prawie 2/3 wszystkich badanych) lub emeryturze (27 osoby, z czego 4 pracowały mimo emerytury). Tylko 7 osób nadal pracowało (4 HD, 2 DO, 1 TR).

1. W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Percepcji Czasu, będący polską adaptacją wspomnianego wcześniej ZTPI (Zimbardo Time Perspective Inventory, polska adaptacja: M. Mażewski) [14]. Pozwala on na pomiar charakterystycznej dla człowieka perspektywy czasowej (zmienna zależna), określając ją nie tylko ze względu na dominację określonych odcinków czasu, ale i ze względu na emocjonalne ustosunkowanie się do nich. Pozycje tegoż kwestionariusza obejmują pięć interwałowych podskal. Pozytywna Przeszłość i Negatywna Przeszłość dotyczą odpowiednio pozytywnych i negatywnych aspektów orientacji na przeszłość. Hedonistyczna Teraźniejszość i Fatalistyczna Teraźniejszość pomagają diagnozować orientację na aktualne zdarzenia. Osoby zorientowane na teraźniejszość mają tendencję do tego, by w sytuacjach podejmowania decyzji, a także w działaniach polegać na bezpośrednich i głównych aspektach sygnałów z otoczenia, przypisując im pozytywną (hedonizm) lub negatywną (fatalizm) wartość. Ostatnia skala kwestionariusza – Przyszłość – pozwala na określenie ukierunkowania myślenia i działania na przyszłe zdarzenia. Osoba zorientowana w ten sposób ma skłonność do opierania swoich decyzji i działań na podstawie ich antycypowanych konsekwencji [7, 9, 10, 13, 14].

2. Wśród wskaźników zaadaptowania wyróżniono trwałą zmienną osobowościową – nadzieję podstawową – która jest definiowana jako przekonanie, że świat jest uporządkowany (sensowny) i przychylny ludziom [15, 16]. Stanowi element światopoglądu, nie jest więc tożsama z nadzieją w rozumieniu potocznym. Wyznacza natomiast jej podstawę, umożliwiającą konstruktywną odpowiedź jednostki na sytuację nowości lub rozpadu dotychczasowego porządku życia. Jej pomiar umożliwia Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12, skonstruowany przez J. Trzebińskiego i M. Ziębę [16].

3. Kolejne zastosowane techniki badawcze odnosiły się do aktualnego przystosowania psychicznego pacjentów do stresu choroby. Były to Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI) oraz Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale, AIS) w adaptacji Zygrydy Juczyńskiego [17]. Skala Depresji Becka odnosi się do oceny klasycznych objawów depresji: behawioralnych, motywacyjnych emocjonalnych, poznawczych i wegetatywnych. Natomiast Skala Akceptacji Choroby jest predykatorem jakości życia chorych, rozumianej jako poczucie satysfakcji oraz subiektywna ocena aktualnego stanu zdrowia. Jest to zmienna przejawiająca się mniejszym nasileniem negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą [17].

Konstelacja opisanych trwałych i zmiennych wskaźników adaptacji kształtuje charakter adaptacji do choroby i leczenia. Na podstawie literatury można przypuszczać, że osoby z wysokimi poziomami nadziei podstawowej i akceptacji choroby oraz bez objawów depresyjnych ukształtują przyszłościową perspektywę temporalną [7].

Uzyskane wyniki empiryczne poddano statystycznej weryfikacji, wykorzystując test Shapiro-Wilka. Był to wstępny etap analizy danych, w wyniku którego potwierdzono zgodność uzyskanych rozkładów wszystkich zmiennych z rozkładem normalnym. Wówczas dane empiryczne poddano analizie ścieżek w programie AMOS. Za pomocą eksploracyjnej analizy ścieżek ustalono prawdopodobny model zależności między zmiennymi. Szczegółowa analiza nie sugeruje wprowadzania jakichkolwiek poprawek, gdyż dane empiryczne ukazują istotność całościowo traktowanego modelu oraz poszczególnych ścieżek.

Wyniki

W tabeli nr 1 przedstawiono statystyczną charakterystykę zmiennych w badanej grupie. Zawiera ona średnie i odchylenia standardowe dla całej grupy oraz podgrup – osób leczonych nerkozastępczo trzema metodami. Ponieważ w analizie statystycznej prowadzonej techniką jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA wykazano, że rodzaj stosowanej terapii nie różnicował w sposób istotny badanych zmiennych [18], dlatego zdecydowano się w dalszej analizie rozpatrywać całościowo wyniki wszystkich 90 osób, nie dzieląc ich na podgrupy ze względu na technikę leczenia.

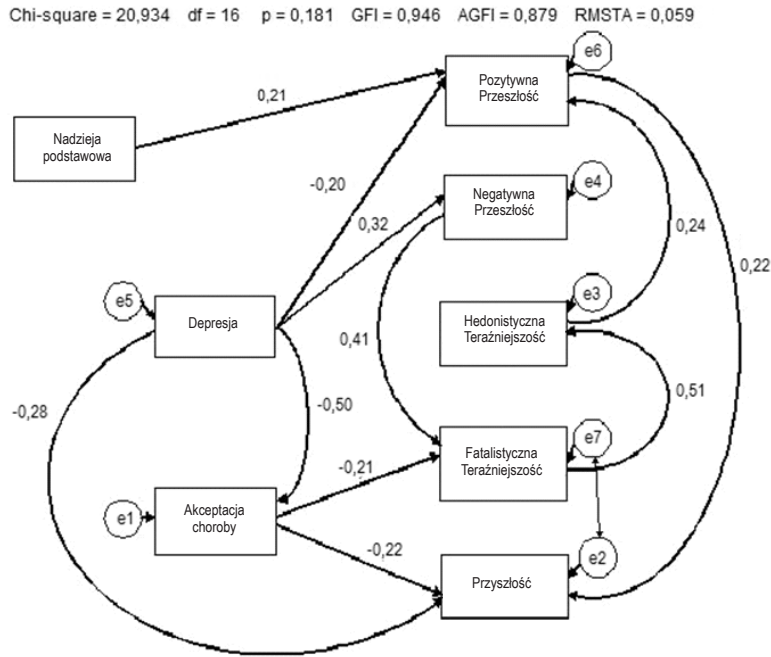
Tabela 1. Charakterystyka grup badanych w zakresie wskaźników adaptacji i orientacji temporalnej

	N	Nadzieja podstawowa	Akceptacja choroby	Objawy depresyjne	Pozytywna Przeszołość	Negatywna Przeszołość	Hedonistyczna Teraźniejszość	Fatalistyczna Teraźniejszość	Przyszłość
wszyscy badani	90	x = 25,71 SD = 3,50	X = 22,26 SD = 7,71	x = 14,18 SD = 8,24	x = 3,70 SD = 0,52	x = 3,18 SD = 0,70	x = 3,34 SD = 0,48	x = 3,49 SD = 0,69	x = 3,54 SD = 0,53
hemo-dializowani	30	x = 25,77 SD=3,48	x = 23,77 SD = 8,03	x = 14,07 SD = 9,07	x = 3,66 SD = 0,47	x = 3,15 SD = 0,69	x = 3,23 SD = 0,55	x = 3,34 SD = 0,66	x = 3,40 SD = 0,46
dializowani otrzewnowo	30	x = 24,90 SD = 3,487	x = 21,40 SD = 7,57	x = 14,93 SD = 8,20	x = 3,73 SD = 0,52	x = 3,06 SD = 0,75	x = 3,34 SD = 0,40	x = 3,47 SD = 0,69	x = 3,64 SD = 0,50
z przeszczepioną nerką	30	x = 26,47 SD = 3,48	x = 21,60 SD = 7,56	x = 13,53 SD = 7,61	x = 3,72 SD = 0,58	x = 3,33 SD = 0,65	x = 3,46 SD=0,47	x = 3,65 SD = 0,73	x = 3,60 SD = 0,61

x – średnia arytmetyczna; SD – odchyłe

nie standardowe

Realizując cel badawczy ustalono model strukturalny (rys. 1), obrazujący ścieżki determinacji między nadzieją podstawową, aktualnym samopoczuciem a perspektywą temporalną. Współczynniki statystycznej determinacji ścieżkowej wskazują na wysoką istotność uzyskanych zależności (rys. 2).



Rysunek 1. Model obrazujący ścieżki przyczynowości między zmiennymi (wyniki eksploracyjnej analizy ścieżek)



Rysunek 2. Poziomy istotności poszczególnych ścieżek

Wynika z nich, że nasilenie objawów depresyjnych wpływa na sposób odnoszenia się do przeszłości w taki sposób, że uaktywniają się negatywne wzorce interpretowania dawnych zdarzeń ($p < 0,01$), a hamowaniu ulegają pozytywne ($p < 0,05$). Ocenę przeszłości w przychylny, ciepły i pełen nostalgii sposób kształtuje hedonistyczne ukierunkowanie na terażniejszość ($p < 0,05$) oraz wysokie przekonanie o uporządkowaniu i przychylności świata ($p < 0,05$).

Chorzy skoncentrowani na negatywnych aspektach dawnych doświadczeń osiągnęli wysokie wskaźniki fatalistycznego przeżywania terażniejszości. Takie krytyczne nastawienie do „tu i teraz” redukuje akceptację swojej choroby. Natomiast poczucie bezradności wobec działających bodźców i przekonanie o braku wpływu na własne życie nasila występowanie zachowań prowokowanych przez potrzebę poszukiwania przyjemności i uniknięcia bólu ($p < 0,001$).

Konstruktywna ocena dawnych doświadczeń z przeszłości nasila orientację na przyszłość ($p < 0,05$). Natomiast negatywny wpływ na przyszłościową perspektywę temporalną ma nasilenie objawów depresji ($p < 0,02$) oraz większa akceptacja choroby ($p < 0,1$), choć między tymi dwiema zmiennymi istnieje odwrotnie proporcjonalna zależność ($p < 0,001$).

Wyniki wskazują także na istnienie negatywnej korelacji ($p < 0,01$) między zmiennymi resztowymi orientacji na przyszłość (e2) i fatalistycznej terażniejszości (e7).

Omówienie wyników

Omówienie uzyskanych wyników badań zdecydowano się rozpocząć od odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze, które dotyczyło kwestii: „Czy charakter adaptacji wpływa na perspektywę temporalną?”. Charakter adaptacji określała konstelacja trwałych i zmiennych wskaźników adaptacji. Wyniki analiz wskazują na istnienie zależności między wskaźnikami adaptacji do choroby i leczenia a percepcją czasu. Pozwoliły na opracowanie modelu, który obrazuje kształtowanie perspektywy temporalnej przez predykatory adaptacji.

Oczekiwano, że wyniki badań wskażą na powiązania między trwałą cechą, za jaką uważa się nadzieję podstawową, a zmiennymi wskaźnikami aktualnego przystosowania psychicznego pacjentów do stresu choroby (akceptacja choroby i depresja) [15, 16]. Tymczasem uzyskany model przyczynowości nie zawiera powiązań między tymi czynnikami. Taką niezależność między wyróżnionymi wskaźnikami adaptacji można próbować wyjaśnić wskazując na liczne obciążenia wynikające z choroby i leczenia, które stają się udziałem pacjentów. Pojawiające się u chorych objawy depresji mają charakter reaktywny, bo są bardziej związane z wyczerpaniem fizycznym w procesie borykania się z problemami zdrowotnymi niż z osobowościowo uwarunkowaną depresyjnością. Omawiane wyniki zdają się także potwierdzać przypuszczenie J. Trzebińskiego i M. Zięby [15, 16], że adaptacyjny charakter nadziei podstawowej uwidacznia się głównie w sytuacjach nowości, gdy na skutek zewnętrznych zdarzeń dochodzi do rozpadu dotychczasowego porządku życia. Pacjenci, którzy mają już za sobą często wieloletnie zmagania z chorobą nerek, a także przez długi czas pozostają w leczeniu

nerkozastępczym, prawdopodobnie osiągnęli już nową homeostazę, a obraz własnej choroby został wbudowany w porządek świata.

Opracowany model pokazał, że pacjenci z wysokim nasileniem objawów depresyjnych byli mocno skoncentrowani na przykrych doświadczeniach z przeszłości i mieli słabą tendencję do pozytywnego interpretowania minionych zdarzeń. Na sposób, w jaki pacjenci odnoszą się do swojej przeszłości, wpływa zarówno aktualne samopoczucie, jak i cechy ukształtowane doświadczeniem. Obniżenie nastroju sprzyja powoływaniu się na negatywne doświadczenia z przeszłości, a także powoduje, że minione zdarzenia rzadziej są wspomniane pozytywnie. Powyższe wyniki pozostają w zgodzie z zasadą zgodności G. Bowera [19] oraz spostrzeżeniami P.H. Blaney'a [19], wedle których nastrój aktywizuje zgodne z nim materiały w pamięci – różnorodne wspomnienia są łatwiej przypominane w adekwatnych do nich stanach emocjonalnych. Wpływ aktualnych doświadczeń i przeżyć na odnoszenie się do przeszłości stwarza szansę na zmianę sposobu, w jaki minione zdarzenia wpływają na dalsze życie chorych przez kształtowanie orientacji temporalnej. Ta zależność powinna być brana pod uwagę w trakcie terapii pacjentów. Pomoc w pozytywnym przewartościowaniu, organizowaniu na nowo wspomnień, wprowadzenie techniki hierarchizowania może zmieniać strukturę obrazu rzeczywistości w pożądanym kierunku. Natomiast kontekst interpersonalny, w którym przywoływane są trudne doświadczenia – klimat relacji terapeutycznej, emocjonalne przeżycie kontaktu opartego na zaufaniu i empatii – daje zdolność tolerowania zwiększonego poziomu pobudzenia. L. Cozolino (2002) twierdzi, że w procesie terapii wytwarzanie nowych wzorców reagowania emocjonalnego towarzyszy rozbudowie sieci neuronalnych i aktywizacji alternatywnych szlaków. Skutkuje to zwiększonym hamowaniem struktur związanych z negatywnymi emocjami (np. ciało migdałowe) dzięki zintegrowaniu pobudzenia z innymi określonymi obszarami mózgu (np. kora czołowa) [20]. Relatywnie trwałe charakter poświadczonych zmian w zakresie teraźniejszego przeżywania świata wzbudza przekonanie o jego uporządkowaniu i przychylności, sprzyja odnoszeniu się do własnej przeszłości w ciepły i przychylny sposób.

Choć zadziwia w modelu brak bezpośredniego związku między nadzieją podstawową a depresją, to jednak obydwie czynniki mają moc kształtowania pozytywnej orientacji przeszłości. Ciepła i pełna nostalgii ocena przeszłości związana jest z ukierunkowaniem na przyszłość.

Na stosunek do tego, co było, wpływa także postawa hedonistyczna w teraźniejszości. Dotyczy osób koncentrujących się na swoich pozytywnych doświadczeniach i poszukiwaniu dalszych przyjemności. Ich hedonizm wiąże się z impulsywnością i względną łatwością podejmowania ryzyka, co może przejawiać się w tendencji do reagowania spokojem na sytuacje potencjalnie zagrażające, interpretowania zdarzeń jako bezpieczne z założenia. Wynik ten zdaje się zbieżny z rezultatami badań nad naturą adaptacji do przewlekłych dializ [21]. Część przebadanych wówczas pacjentów odznaczała się wysokim poziomem emocjonalnego zaadaptowania i przewagą emocji pozytywnych nad negatywnymi, czemu towarzyszyło lekceważenie zaleceń lekarskich. Taki sposób zaadaptowania charakterystyczny był dla osób posiadających duże zaufanie do własnych i cudzych zasobów, warunkujące odporność na sytuacje trudne. Cechował osoby, dla których nadrzędną wartością zdaje się być nie tyle własne zdrowie, co ra-

czej radość życia [22]. Przypuszczać można, że dążenie do przyjemności i opieranie się w zachowaniach na aktualnie działających bodźcach również wynika z potrzeby ochrony radości życia wobec choroby. Powoduje rekonstruowanie przeszłych doświadczeń jako pozytywnych, tworząc świadectwo zaufania do dostępnych zasobów.

W modelu ujawnia się także wpływ drugiego zmiennego czynnika adaptacji. Akceptacja choroby pomniejsza fatalizm, natomiast koncentracja na negatywnych doświadczeniach sprzyja fatalistycznej terażniejszości, która z kolei potęguje wyniki uzyskiwane w skali hedonizmu. Zgodnie z założeniami czynnika akceptacja ograniczeń związanych z chorobą i leczeniem redukuje poczucie bezradności i beznadziejności [14]. Ogranicza nadmierną koncentrację na dolegliwościach, pomaga zachować poczucie satysfakcji i odpowiedzialności za własne życie. Natomiast fatalizm w przeżywaniu terażniejszości zwiększa poczucie bezradności wobec bieżących i przyszłych zdarzeń. Ruminalne negatywnych doświadczeń potęgują uczucie rezygnacji i przekonanie o braku wpływu na własne życie. Paradoksalnie mogą zwiększać hedonistyczne nastawienie do „tu i teraz”. Próbuąc wyjaśnić uzyskany wynik, trzeba sięgnąć do jego interpretacji w aspekcie specyfiki terminalnej choroby. Jest bardzo prawdopodobne, że wobec niepomyślnego rokowania przewlekłej niewydolności nerek, bezradność wobec terażniejszych i przyszłych zdarzeń może prowokować orientację w kierunku terażniejszego zadowolenia. Może tak się dziać nawet za cenę nieuwzględniania ewentualnych konsekwencji własnych działań. Jest prawdopodobne, że u części pacjentów poczucie bezradności i przekonanie o braku wpływu na własne życie nasila tendencję do kierowania się w działaniach aktualnymi przyjemnościami. Pacjenci przytłoczeni wysokim poczuciem bezradności, przekonani o braku wpływu na własne życie i zdrowie, wycofują część energii z realizacji celów prozdrowotnych, by zainwestować ją w inne. Mogą w ten sposób chronić wartości i zasoby ważniejsze lub bardziej dostępne w obecnej sytuacji życiowej. Zgodnie z przekonaniem Zimbardo w wyjątkowo trudnych warunkach fatalizm może mieć realistyczny charakter. Oznaczałoby to, że w takim schemacie mogą funkcjonować nawet osoby posiadające bogate zasoby odpornościowe. Powyższe wnioski pozostają zgodne z wynikami badań dotyczących adaptacji do przewlekłych dializ [21]. Scharakteryzowano w nich wzorzec emocjonalnej adaptacji (EWA) stosowany przez ok. 35% przebadanych wówczas chorych. Były to osoby, u których emocje pozytywne (zadowolenie, radość) zdecydowanie dominowały nad negatywnymi (smutkiem, agresją lub lękiem). Mimo stosunkowo wysokiej wiedzy o adekwatnych dla swej choroby zachowaniach oraz dbałości o kondycję fizyczną, nie stosowały się do reżimu płynowego, dietetycznego i farmakologicznego. EWA stosowany był przez jednostki posiadające takie zasoby, jak temperamentalnie uwarunkowana odporność na sytuacje stresowe, wysokie poczucie koherencji i stosunkowo wysoka wiedza o adekwatnych dla choroby zachowaniach. Zatem u osób świadomych swoich możliwości i potrafiących je wykorzystywać.

W modelu istnieje odwrotnie proporcjonalna zależność między nasileniem objawów depresji a akceptacją choroby. Zarówno depresja, jak i brak akceptacji wiążą się z wysokim poczuciem dyskomfortu i nasileniem negatywnych reakcji. Obniżony nastrój nasila przeżywanie choroby jako niemożliwej do zaakceptowania i powodującej utratę wartości nie do zastąpienia. Depresja nasila krytycyzm w ocenie skuteczności

własnych umiejętności radzenia sobie z wymaganiami terapii i wzmaga przeżywanie choroby jako ułomności.

Do niskiego zainteresowania przyszłością prowadzi zarówno depresja, jak i akceptacja choroby. Część pacjentów odznacza się wysokimi wskaźnikami obydwu tych zmiennych. Są to osoby traktujące swoją chorobę w sposób depresyjny: z rezygnacją i poczuciem beznadziejności akceptują swoją chorobę jako niemożliwą do uniknięcia. Ich słabe zorientowanie na przyszłość przejawiało się w braku tendencji do regulowania zachowania w oparciu o antycypowane konsekwencje własnych działań. Nie byli zainteresowani dążeniem do przyszłych nagród i osiągnięcia założonych celów w przyszłości.

Osoby pozytywnie interpretujące przeszłość, potrafiące rekonstruować dawne przeżycia jako wartościowe cechują się zaufaniem do siebie i świata, i dlatego mogą kreować przyszłość, kierować się przewidywanymi konsekwencjami własnych działań, dążyć do przyszłych gratyfikacji.

Podsumowując omawianie modelu, można sformułować następujących odpowiedzi na pytania badawcze:

1. Charakter adaptacji do choroby i leczenia określony konstelacją trwałych i zmiennych czynników psychologicznych wpływa na perspektywę temporalną, choć uzyskane zależności były inne niż oczekiwane.
2. W opracowanym statystycznie modelu akceptacja choroby i depresja są czynnikami kształtującymi perspektywę temporalną w sposób, który jest niezależny od nadziei podstawowej.
3. Wszystkie analizowane wskaźniki adaptacji są w istotny sposób powiązane z perspektywą temporalną, i stanowią część empirycznego modelu obrazującego ścieżki przyczynowości.

Choć wykorzystany Kwestionariusz Percepcji Czasu zdaje się posiadać zadowalające właściwości psychometryczne [14], w przedstawionym modelu ujawniła się korelacja między zmiennymi resztowymi terażniejszego fatalizmu i przyszłości. Wynik ten tłumaczyć można specyfiką badanej populacji. Niewykluczone, że schyłkowa niewydolność nerek i leczenie substytucyjne rzutuje na sposób interpretowania pytań odnoszących się do przyszłości i fatalistycznej terażniejszości, i przyczynia się do współzmienności wariancji resztowych. W ogólnej interpretacji wyników należy o tym pamiętać.

Na zakończenie powyższych rozważań warto zwrócić uwagę, iż zobrazowane w modelu zależności zdają się mieć ogólniejszy charakter. Grupa badanych jest liczna, zaś uzyskane zależności są istotne statystycznie, co pozwala w nich szukać wyjaśnień dla zachowań adaptacyjnych u chorych somatycznie przewlekłe leczonych. Powyższe przypuszczenia niewątpliwie wymagają jednak dalszych empirycznych rozstrzygnięć.

Wnioski

1. Konstelacja wskaźników adaptacji do choroby i leczenia jest istotnym czynnikiem kształtującym postrzeganie czasu przez osoby poddawane terapii nerkozastępczej.

2. Nadzieja podstawowa, akceptacja choroby i objawy depresji są ważnymi elementami modelu obrazującego przyczynowo-skutkowe zależności między adaptacją a percepcją czasu.
3. W opracowanym modelu zmienne związane z aktualnym funkcjonowaniem emocjonalnym chorych wpływają na percepcję czasu niezależnie od nadziei podstawowej. Nie ma podstaw do przyjęcia założenia, że akceptacja choroby i depresja pośredniczą między nadzieją podstawową a perspektywą temporalną.
4. Chorzy przeżywający swoją sytuację w sposób depresyjny, nawet jeśli ją akceptują, koncentrują się na awersyjnych doświadczeniach z przeszłości, ignorując te konstruktywne.
5. Badani nie akceptujący swojej choroby, a zarazem przeżywający własną przeszłość jako bolesną i awersyjną, osiągają wysokie wyniki w skali fatalizmu. Z kolei przeżywając terażniejszość jako beznadziejną, z poczuciem bezradności i braku wpływu na własne życie, wykazują większą tendencję do kierowania się aktualnymi przyjemnościami.
6. Badani, którzy pozytywnie opowiadają o swojej przeszłości, mają głębokie przekonanie o sensownym uporządkowaniu i przychylności świata, hedonistycznie przeżywają terażniejszość oraz potrafią tworzyć wizje siebie w przyszłości.
7. Uzyskane zależności umożliwiły pokazanie wieloaspektowego oblicza przystosowania oraz pomoc w adekwatnym doborze kierunków postępowania psychologicznego wobec pacjentów przewlekle leczonych w związku z nieuleczalną chorobą somatyczną.

Формирование временной перспективы как один из аспектов адаптации к болезни и лечению. Анализ, основанный на исследовании больных находящихся на заместительной почечной терапии

Содержание

Время является неотъемлемой частью человеческой жизни. Принимая во внимание его существование в качестве регулирующего механизма, предпринята попытка объяснить связь между временной перспективой и некоторыми психологическими показателями функционирования людей с соматическими заболеваниями. Предположено, что неизлечимая болезнь меняет жизнь человека. Процесс адаптации, происходящий при длительном лечении, является фактором, который может вызвать некоторые изменения в способе восприятия пациентами самих себя и окружающего мира.

Методы. Исследованием охвачено 90 пациентов клиники нефрологии CMUJ и ŚLAM. Используются следующие техники исследования: опросник элементарной надежды (ВНН-12), шкала принятия болезни (AIS), шкала депрессии Бека, опросник восприятия времени (ZTP1).

Результаты. Проведенный анализ показал несколько зависимостей. Позволил создать модель, иллюстрирующую влияние показателей адаптации к болезни и лечения на восприятие времени. По данным анализа, как положительное, так и негативное отношение к прошлому связано с усилением симптомов депрессии. Кроме того, концентрация на конструктивном опыте регулируется уровнем надежды и тенденцией к реагированию на действующие в настоящее время положительные импульсы. Обнаружено влияние принятия болезни и негативного прошлого на качество переживания настоящего. Преобладание временной ориентации „на будущее” коррелирует с депрессией, принятием болезни и концентрацией на положительных воспоминаниях.

Выводы. Конstellация показателей адаптации к болезни и лечению формирует восприятие времени людей с хроническими заболеваниями.

Die Gestaltung der temporalen Perspektive als Aspekt der Adaptation für die Krankheit und Behandlung. Analyse aufgrund der Studien an Kranken, die Nierenersatztherapie bedürfen

Zusammenfassung

Die Zeit ist ein wichtiger Bestandteil der menschlichen Wirklichkeit. Wenn man ihre Erscheinung als Regulationsmechanismus berücksichtigt, versucht man die Zusammenhänge zwischen der temporalen Perspektive und ausgewählten Faktoren der psychologischen Funktionsweise der somatisch kranken Menschen zu erklären. Es wurde angenommen, dass eine unheilbare Krankheit den Verlauf des Lebens eines Menschen verändert. Der Adaptationsprozess während der langen Behandlung ist ein Faktor, der die Veränderungen in der Perzeption von sich selbst und der Welt auslöst.

Methode. Es wurden 90 Patienten der Klinik für Nierenkrankheiten CMUJ und SLAM untersucht. Folgende Untersuchungstechniken wurden angewandt: Fragebogen zur Erfassung der Grundhoffnung (BHI-12), Skala der Akzeptanz der Krankheit (AIS), Beck-Depressions-Inventar, Fragebogen zur Erfassung der Zeitperzeption (ZTPI).

Ergebnisse. Die durchgeführten Analysen zeigten zahlreiche Abhängigkeiten. Sie versuchten, das Modell herauszufinden, das den Einfluss der Koeffizienten der Adaptation an die Krankheit und Behandlung auf die Zeitwahrnehmung veranschaulicht. Daraus geht hervor, dass sowohl der positive als auch der negative Bezug auf die Vergangenheit einen Zusammenhang mit der Intensität der Depressionssymptome hatte. Außerdem wurde die Konzentration auf konstruktive Erfahrungen mit dem Level der Hoffnung reguliert und auch mit der Tendenz zum Reagieren auf aktuell wirkende, positive Stimuli. Der Einfluss der Akzeptanz der Krankheit wie auch der negativen Vergangenheit auf die Qualität der erlebten Gegenwart wurde bestätigt. Die Dominanz der temporalen Orientierung auf „die Zukunft“ korrelierte mit der Depression, Akzeptanz der Krankheit und Konzentration auf die positiven Erinnerungen.

Schlussfolgerungen. Die Konstellation der Koeffizienten der Adaptation an die Krankheit und Behandlung gestaltet die Zeitwahrnehmung bei den chronisch kranken Personen.

La formation de la perspective temporelle comme aspect de l'adaptation à la maladie et à sa thérapie

Résumé

Le temps est un élément important de la réalité humaine. En prenant en considération son existence comme mécanisme de régulation on essaie d'expliquer les relations de la perspective temporelle et de certains coefficients du fonctionnement psychologique des patients souffrant des maladies somatiques. On base sur l'hypothèse que le fait de souffrir d'une maladie incurable change beaucoup la vie des gens. L'adaptation à la maladie et à sa thérapie est un des facteurs des changements de la perception du soi et du monde.

Méthode. On examine 90 patients de la Clinique Néphrologique de CMUJ et de SLAM avec les questionnaires suivants : the Questionnaire of Basic Hope (BHI-12), the Scale of Acceptance of Disease (AIS), the Beck's Scale of Depression and the Questionnaire of Time Perception (ZTPI).

Résultats. Les résultats des examens en question relèvent plusieurs corrélations. Ils permettent à établir le modèle illustrant l'influence des coefficients de l'adaptation à la maladie et à sa thérapie sur la perception du temps. Il en résulte que la référence négative ainsi que positive au passé corrèle avec l'intensité des symptômes dépressifs.

De plus la concentration aux expériences constructives est régulée par le niveau de l'espoir et par la tendance à réagir aux stimuli actuels et positifs. On démontre que l'acceptation de maladie et le passé négatif influent sur la qualité de vivre le présent. La domination de l'orientation temporelle

« au futur » corrèle avec la dépression, l'acceptation de maladie et la concentration aux souvenirs positifs.

Conclusions. La constellation des coefficients de l'adaptation à la maladie et à sa thérapie influe sur la perception du temps des patients chroniques.

Piśmiennictwo

1. Hawking SW. *Krótką historia czasu*. Warszawa: Wydawnictwo ALFA; 1993.
2. Nosal Cz. *Style percepcji czasu: wymiary i struktura. Propozycje nowej skali pomiarowej*. W: Brzeziński J. red. *Psychologiczne i psychotyczne problemy diagnostyki*. Poznań: VAM; 1993. s.121–144.
3. Nosal CS. *Czas dla wszystkich*. Charaktery 2002; 11: 27–58.
4. Holliday D, Resnick R, Walker J. *Podstawy fizyki, t.5*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.
5. Nosal CS, Bajcar B. *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2004.
6. Nosal CS. *Neuropsychologia kodowania temporalnego i poczucia czasu*. Przegł. Psychol. 2004; 47 (2): 175–190.
7. Zimbardo P, Boyd J. *Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric*. J. Pers. Soc. Psychol. 1999; 77 (6): 1271–1288.
8. Nawrat R. *Orientacja temporalna. Przegląd technik pomiarów*. Przegł. Psychol. 1981; 24 (1): 98–123.
9. Zimbardo P, Boyd J. *Paradoks czasu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.
10. Bajcar B. *Wskaźniki czasu psychologicznego: przegląd ważniejszych narzędzi pomiaru*. Przegł. Psychol. 2002; 45 (4): 411–429.
11. Sobol M, Oleś P. *Orientacja temporalna carpe diem a poczucie satysfakcji z życia*. Przegł. Psychol. 2002; 45 (3): 331–346.
12. Klamut R. *Cel – czas – sens życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2002.
13. Boniwell I, Zimbardo P. *Balancing one's time perspective in pursuit of optima functioning*. W: Lindley PA, Joseph S. red. *Positive psychology in practice*. Hoboken NJ: Wiley; 2004. s. 2–23.
14. Mażewski M. *Adaptacja kwestionariusza ZTPI Zimbardo*. Katowice: niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Śląski; 2005.
15. Trzebiński J, Zięba M. *Nadzieja, strata i rozwój*. Psychologia Jakości Życia 2003; 2 (1): 5–33.
16. Trzebiński J, Zięba M. *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2003.
17. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
18. Byrczek M. *Psychologiczne uwarunkowania perspektywy temporalnej u pacjentów przewlekle leczonych nerkozastępczo*. Katowice: niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Śląski; 2007.
19. Doliński D. *Emocje, poznanie i zachowanie*. W: Strelau J. red. *Psychologia. Podręcznik akademicki, t.2*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002. s. 377–379
20. Cozolino, L. *Neuronauka w psychoterapii. Budowa i przebudowa ludzkiego mózgu*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2002.
21. Zawadzka B, Kuźniewski M, Sułowicz W. *Psychologiczne czynniki warunkujące adaptację do dializ. Cz. I Charakter adaptacji psychofizjologicznej chorych leczonych przewlekle hemo-dializami*. Nefrol. Dial. Pol. 2005; 9 (1): 32–35.

22. Zawadzka B. *Psychologiczne problemy chorych nefrologicznie*. W: Bętkowska-Korpała B, Gierowski J. red. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007. s. 101–117.

Adres: Barbara Zawadzka
IZP WNoZ UJ CM
31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20

Otrzymano: 3.08.2011
Zrecenzowano: 6.09.2012
Otrzymano po poprawie: 18.09.2012
Przyjęto do druku: 19.09.2012
Adiustacja: A. K.