

## Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

# Edukacja zdrowotna w chorobach psychicznych. Opieka pielęgniarska w zaburzonem obrazie ciała

Health education in mental illnesses. Nursing care in body image disorders

### STRESZCZENIE

Zgodnie z założeniami nowoczesnej edukacji zdrowotnej opieka nad pacjentem wymaga współpracy pielęgniarki z lekarzami, pedagogami, dietetykami, psychologami, decydentami i naukowcami – w myśl tworzenia wspólnoty na rzecz zdrowia wraz z uwzględnieniem jej odrębności kulturowych. Psychoedukacja to edukacja w zakresie zdrowia psychicznego, tworzenie przez człowieka własnych sposobów radzenia sobie z trudnościami życia codziennego, samodzielne poszukiwanie dróg samodoskonalenia i poznawania siebie. Wszystkie zadania psychoedukacyjne mają za zadanie łączyć się z pozytywnym myśleniem, które pociąga za sobą wiarę, optymizm i nadzieję, pozwala na przezwycięzenie własnych słabości. Zarówno w psychoedukacji, jak i rehabilitacji chorych psychicznie bardzo ważną rolę odgrywa pielęgniarka – członek zespołu terapeutycznego. Ze względu na stały kontakt z pacjentem i jego rodziną, a także towarzyszenie pacjentowi w jego codziennych czynnościach, ma ona okazję do oceny jego problemów oraz ma realny wpływ na konstruktywne przeobrażenie postawy jego i środowiska. Rozważając różnorodność problemów oraz schemat działań opiekuńczych, trzeba mieć świadomość, że do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie, ponieważ przebieg zaburzeń psychicznych jest przewidywalny tylko w ograniczonym stopniu. Celem pracy jest przedstawienie wiedzy dotyczącej opieki pielęgniarskiej chorego w zaburzonem obrazie ciała na podstawie aktualnej wiedzy naukowej.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (2): 157–162**

**Słowa kluczowe:** obraz ciała; autokoncepcja; samoocena

### ABSTRACT

In accordance with the presumptions of contemporary health education, it is necessary to ensure cooperation between the nurse and doctors, teachers, dietary experts, psychologists, decision-makers, and scientists, in order to create a health-promoting community that also takes into account cultural differences.

Psycho-education means educating people on mental health, creating individual ways of coping with challenges of everyday life, and independently searching for ways of self-development and self-cognition. All psycho-educational tasks should combine with positive thinking that leads to faith, optimism, and hope, and allows for defeating ones weaknesses. The nurse, as the therapeutic team member, plays a key role both in psycho-education and rehabilitation of mentally ill patients. Thanks to the regular contact with the patient and his or her family and accompanying them during everyday activities, the nurse can assess the patient's problems and influence the constructive behaviour transformation of the patient and their closest environment. While considering the variety of problems and the scheme of caring activities, we should be aware that each patient requires an individual approach since the course of mental disorders is predictable only to a limited extent. Aim of the study is to present knowledge of the nursing care of the patient in a disturbed body image based on current scientific knowledge.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (2): 157–162**

**Key words:** body image; self-concept; self-esteem

**Adres do korespondencji:** dr hab. nauk o zdrowiu Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, e-mail: katarzyna.ostapowicz@gmail.com

DOI: 10.5603/PP.2016.0026

## Wstęp

Doskonalenie kompetencji w obszarze edukacji zdrowotnej jest przedmiotem zainteresowania zarówno nauczycieli akademickich prowadzących kształcenie zawodowe pielęgniarek, jak i profesjonalistów/edukatorów uczestniczących w kompleksowym postępowaniu terapeutycznym wobec pacjenta w chorobie/niepełnosprawności czy zagrożeniu zdrowia. Zgodnie z założeniami nowoczesnej edukacji zdrowotnej opieka nad pacjentem wymaga współpracy pielęgniarki z lekarzami, pedagogami, dietetykami, psychologami, decydentami i naukowcami — w myśl tworzenia wspólnoty na rzecz zdrowia wraz z uwzględnieniem jej odrębności kulturowych [1]. Celem pracy jest przedstawienie wiedzy dotyczącej opieki pielęgniarskiej nad chorym z zaburzonym obrazem ciała na podstawie aktualnej wiedzy naukowej. Wszystkie zawarte w pracy propozycje realizacji proponowanych interwencji opierają się na podręczniku *Fundamentals of Nursing* Carol Taylor, Carol Lillis i Pamelii Lynn [2] oraz *Podręczniku diagnoz pielęgniarskich. Przewodniku planowania opieki opartej na dowodach naukowych* pod redakcją Betty J. Ackley i Gail B. Ladwig [3]. Podręcznik ten zawiera dogodne informacje ułatwiające praktykującym pielęgniarkom lub studentom pielęgniarstwa ustalenie właściwego rozpoznania oraz napisanie planu opieki. Pomoże on w powiązaniu rozpoznań pielęgniarskich ze znanymi informacjami dotyczącymi klienta/pacjenta opartymi na danych uzyskanych w czasie jego oceny; ustaleniu rozpoznania medycznego, chirurgicznego lub psychiatrycznego oraz opracowaniu właściwego planu leczenia. Wytyczne dotyczące formułowania rozpoznań pielęgniarskich, procesu sprawowania opieki pielęgniarskiej, wytyczne planowania opieki, sugerowane rezultaty opieki pielęgniarskiej według Klasyfikacji Rezultatów Opieki (NOC, *Nursing Outcomes' Classification*) oraz interwencje według Klasyfikacji Interwencji Pielęgniarskich (NIC, *Nursing Interventions Classification*) zostały opracowane w ramach *Iowa Intervention Project*. Ponadto znajdują się informacje na temat opieki pielęgniarskiej opartej na dowodach naukowych oraz Jakości i Bezpieczeństwa w Edukacji Pielęgniarskiej (QSEN, *Quality and Safety in Nursing Education*) [3].

Psychoedukacja to edukacja w zakresie zdrowia psychicznego, tworzenie przez człowieka własnych sposobów radzenia sobie z trudnościami życia codziennego, samodzielne poszukiwanie dróg samodoskonalenia i poznawania siebie. Wszystkie zadania psychoedukacyjne mają za zadanie łączyć się z pozytywnym myśleniem, które pociąga za sobą wiarę, optymizm i nadzieję, pozwala na przewyżczenie własnych słabości. Zarówno w psychoedukacji, jak i rehabilitacji chorych psychicznie bardzo ważną rolę

odgrywa pielęgniarka — członek zespołu terapeutycznego. Ze względu na stały kontakt z pacjentem i jego rodziną, a także towarzyszenie pacjentowi w jego codziennych czynnościach, ma ona okazję do oceny jego problemów oraz ma realny wpływ na konstruktywne przeobrażenie postawy jego i środowiska. Jej udział dotyczy: promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz rehabilitacji osób po kryzysie psychicznym [4–6].

## Rozwinięcie

Zaburzenia obrazu ciała to stan, w którym człowiek doświadcza lub doświadczył negatywnych zdarzeń mających wpływ na zmianę w zakresie myśli i odczuć, a także ogólnego postrzegania swojej osoby, w tym poczucia własnej wartości, tożsamości, poczucia kontroli nad sobą i zdarzeniami oraz zdolności do pełnienia ról społecznych [4], jest to dezorientacja w zakresie mentalnego obrazu własnego ciała [7, 3].

## Wymiary autokoncepcji

Autokoncepcja jest kluczowym elementem zdrowia i samopoczucia osoby przez całe życie. Jest to mentalny obraz samego siebie mający moc potęgowania lub hamowania rozwoju osobistego. Ludzie z wadliwą autokoncepcją mogą nie odczuwać motywacji do troski o samego siebie w obliczu choroby, kontuzji lub urazu. Opieka pielęgniarska mająca na celu wykształcenie takich zachowań może być nieskuteczna do momentu, w którym pacjent zacznie cenić siebie na tyle, aby chcieć zainwestować energię w samoopiekę. Niektórzy pacjenci, dostrzegając aspekty swojej negatywnej autokoncepcji, która wpływa na ich zachowania związane ze zdrowiem, mogą dążyć do wprowadzenia zmian, ale mogą nie wiedzieć, jak to uczynić. Przeżycia związane z chorobą, diagnozą, testami diagnostycznymi i leczeniem mogą poważnie zagrozić autokoncepcji pacjenta. Pielęgniarki wyczułone na oznaki wyrażania przez pacjenta swej autokoncepcji mogą w interakcjach z pacjentem wzmocnić poczucie jego własnego ja i pomóc mu w rozwiązaniu zaburzeń autokoncepcji [2].

**Przykład:** pacjent z kończyną amputowaną poniżej kolana. Analiza wypowiedzi pacjenta wskazuje, że jego autokoncepcja jest obecnie negatywna. Pielęgniarka powinna dokładniej ocenić chorego, aby ustalić jego samopoznanie, oczekiwania własne i samoocenę jako komponenty autokoncepcji. Może to pomóc w zidentyfikowaniu czynników przyczyniających się do określenia statusu pacjenta i uzyskaniu pełniejszego obrazu obecnego stanu chorego [2].

**Samopoznanie:** „Kim jestem?”

„Globalne ja” to termin używany do opisania składowych wszystkich podstawowych faktów, cech, obra-

zów i uczuć, za pomocą których jednostka postrzega siebie. Wpływają one silnie na zdolność jednostki do radzenia sobie z wydarzeniami w życiu i zapewniają stabilność emocjonalną. Pomimo że pewnych cech (np. wieku lub rasy) nie da się zmienić, większość jest subiektywna i wrażliwa na zmiany. Niektóre stany powiązane ze zmianami w autokoncepcji lub globalnej wartości siebie obejmują zmiany rozwojowe, kryzysy życiowe, choroby i stratę [2].

**Przykład:** starsza kobieta z zaawansowanym rakiem płuc, która postrzegała siebie jako brzemię dla innych. Przy ocenianiu jej globalnej wartości siebie opiekun powinien zidentyfikować te zmiany rozwojowe odczuwane przez chorą, które mogłyby się przyczynić do jej obecnego statusu, takie jak zmiany związane z jej wiekiem. Dodatkowo informacje dotyczące zmiany roli, włącznie z niezdolnością do zaopiekowania się samą sobą i uzależnieniem od innych spowodowanym chorobą, w połączeniu ze świadomością diagnozy terminalnej i oczekiwania żałoby związanej z jej odejściem, byłyby konieczne do określenia jej poczucia globalnej wartości siebie [2].

**Oczekiwania własne:** „Kim lub czym chcę być?”

Oczekiwania wobec samego siebie wynikają z różnych źródeł. „Idealne ja” definiuje to, kim chcemy być. Te oczekiwania rozwijają się podświadomie w dzieciństwie i są oparte na wzorcach, takich jak rodzice, opiekunowie czy osoby publiczne [2].

Przykładem może być dziecko identyfikujące się z „telewizyjnym łobuzem” lub handlarzem narkotyków bardziej niż ze swoimi rodzicami czy innymi osobami życia zawodowego. „Fałszywe ja” może się rozwinąć w osobach, które mają emocjonalną potrzebę reagowania na wymagania i ambicje ważnych w ich życiu osób (np. rodziców) [2].

**Samoocena:** „Jak bardzo się lubię?”

Samoocena to oceniający komponent autokoncepcji. Według Abrahama Maslowa (1954) wszyscy ludzie „mają potrzebę stabilnej, opartej na faktach i zazwyczaj wysokiej oceny samego siebie, dla poczucia wartości własnej i innych”. Odpowiednio, określił on dwa podzbiory wymagań takiej oceny: 1) potrzeby samooceny (siła, osiągnięcia, umiejętności i kompetencje, pewność siebie wobec świata zewnętrznego, niezależność, wolność) oraz 2) szanowanie potrzeb lub potrzeby oceny przez innych (status, dominacja, uznanie, uwaga, ważność, docenienie). Sullivan i jego największy propagator w pielęgniarstwie, Hildegarda Peplau (1952; 1997), podkreślali zmienność samooceny w ciągu życia. Twierdzili, że pozytywne interakcje, na jakimkolwiek etapie życia, z nowymi ważnymi osobami (np. pielęgniarkami, które mogą być „bardziej cierpliwie”, „bardziej akceptujące”, „opiekuńcze” niż poprzednie jednostki) mogą mieć pozytywny, rozwojowy wpływ na samoocenę i autokoncepcję osoby [2].

## Formowanie się autokoncepcji

Pomimo że autokoncepcja jest postrzegana głównie jako twór społeczny, który rozwija się w wyniku interakcji z innymi, współcześni badacze pielęgniarstwa i inni są zdania, że pewne wrodzone tendencje, takie jak temperament, są istotne w procesie formowania się autokoncepcji w sytuacjach takich jak interakcja społeczna i interpersonalna. Psychoanalicy podkreślają również wagę cech wrodzonych, na przykład wrodzonej agresji, ponieważ wpływają one na doznania interpersonalne dziecka i kształtują autokoncepcję (Zygmunt Freud, 1961) [2].

## Identyfikacja rezultatów opieki pielęgniarstwiej i planowanie

Interwencje pielęgniarstwiej u wszystkich pacjentów z zaburzonym obrazem ciała powinny wspierać następujące rezultaty, oznaczające, że pacjent powinien:

- potrafić realistycznie opisać siebie, identyfikując zarówno swoje mocne, jak i słabe strony — werbalizować realistyczne oczekiwania wobec siebie oparte na tym, kim chciałby być;
- werbalizować, że jego „ja” jest lubiane lub przynajmniej „OK”;
- komunikować uczucia i potrzeby w sposób, który jest komfortowy i efektywny w sprośaniu potrzebom;
- dbać o związki, w których potrzeby miłości i wartości są spełniane z wzajemnością (znaczenie);
- przyjmować odpowiedzialności związane z rolami w sposób pewny siebie (kompetencja);
- wyrażać zadowolenie ze zdolności do życia według własnych standardów moralnych bądź etycznych (cnota/etyka);
- demonstrować wiarę w umiejętność osiągnięcia tego, co pożądanego (siła) [2].

Przykładowe rezultaty dla pacjentów z konkretnymi zaburzeniami autokoncepcji obejmują:

- opisywanie związku między autokoncepcją a zachowaniem;
- identyfikowanie błędnego rozumowania, które wzmacnia negatywną autokoncepcję (zaburzenia i wypieranie, błędne kategoryzowanie, niewłaściwe standardy);
- integrowanie pozytywnej wiedzy o sobie do autokoncepcji;
- stwierdzenie lepszego samopoczucia odnośnie swojej osoby [2].

## Implementacja

Interwencje pielęgniarstwiej mające na celu wspomaganie pacjentów w rozwijaniu i utrzymywaniu pozytywnej autokoncepcji mogą się znacznie różnić, zależnie od pacjenta. Należy zacząć od bycia pewnym

własnej autokoncepcji, zanim zaczną się pomagać pacjentom z ich problemami [2].

### **Pomaganie pacjentom w rozpoznaniu i wykorzystaniu własnych mocnych stron**

Wielu ludzi w konfrontacji z silnymi czynnikami stresogennymi może zapomnieć, że w przeszłości udawało im się radzić sobie z różnymi zdarzeniami i że mają liczne mocne strony. Pacjenci zagrożeni stanem poddania się to szczególnie ci z niską samooceną lub wieloma czynnikami stresogennymi, które postrzegają jako przytłaczające [2].

Konkretne strategie pielęgniarstwa, które można stosować, aby pomóc pacjentom zidentyfikować ich mocne strony i korzystać z nich, to na przykład: zachęcanie pacjenta do zidentyfikowania swoich mocnych stron; zastąpienie samozaprzeczenia pozytywnym myśleniem; zauważanie i potwierdzanie sił pacjenta; zachęcanie pacjenta do wyzwalań w sobie sił, których potrzebują, i wypróbowywanie ich; pomaganie pacjentom w radzeniu sobie z koniecznym uzależnieniem wynikającym ze starzenia się lub choroby [2].

### **Pomaganie pacjentom zagrożonym w utrzymaniu poczucia własnego ja**

Ludzie, którzy są chorzy, są często oddzieleni od swoich własnych silnych stron, a nawet jakiegokolwiek prawdziwego poczucia siebie. Zdarza się tak często, gdy pacjenci w placówkach służby zdrowia są „wyjęci” ze swoich ról, środowisk i posiadanych przedmiotów oraz ze swojej indywidualności przez opiekujących się nimi pracowników ochrony zdrowia. Należy pomagać pacjentom w zachowaniu poczucia samych siebie i poczucia wartości poprzez [2]: używanie spojrzenia, słów i gestów, aby komunikować wartość; uznawanie statusu, ról i indywidualności pacjenta; zwracanie się do pacjenta z szacunkiem i w sposób nieprotekcjonalny; rozmawianie z pacjentem o jego doświadczeniach życiowych; grzeczne zwracanie się do pacjenta; udzielanie pacjentowi prostego wyjaśnienia przed rozpoczęciem zabiegu; przenoszenie pacjenta, w przypadku gdy sam nie może się przemieścić, w sposób niewłaczający jego godności; szanowanie prywatności i wrażliwości pacjenta; uznawanie negatywnych uczuć pacjenta i zezwalanie na wyrażanie ich; pomoc pacjentowi w rozpoznaniu swych mocnych stron i rozważeniu alternatyw [2, 8].

### **Modyfikowanie negatywnej autokoncepcji**

Uświadomienie przez pacjenta, że negatywna autokoncepcja opóźnia proces rozwoju osobistego związanego z opieką zdrowotną, oznacza, że jest to dogodny moment na zmiany. Jednym z rozwiązań jest stosowanie podejścia kognitywno-behawioralnego polegającego na wspomaganie pacjenta w modyfi-

kacji autokoncepcji. Ogólna zasada obejmuje pomoc pacjentowi w zmianie perspektywy z postrzegania bardziej negatywnego na bardziej pozytywne [2].

Pomocne interwencje pielęgniarstwa: pomoc pacjentowi w zidentyfikowaniu i szczegółowym opisanie własnych odczuć i myśli o sytuacjach związanych z autokoncepcją (identyfikacja błędnych wzorców myślenia pacjenta); badanie z pacjentem alternatywnych sposobów postrzegania tej samej sytuacji (zmiana sposobu myślenia pacjenta o sytuacji); nauczenie pacjenta umiejętności dostrzegania błędnych wzorców myślenia i zachowania — celem jest zastąpienie negatywnego myślenia bardziej pozytywnym obrazem siebie; pomoc pacjentowi w zbadaniu pozytywnych wymiarów siebie, które pacjent chciałby rozwijać, i dołączyć tę nowo zdobytą wiedzę do autokoncepcji [2].

### **Wykształcenie pozytywnego obrazu ciała**

Interwencje pielęgniarstwa w tym obszarze różnią się ze względu na naturę samego zaburzenia i mogą zawierać: wyrażenie zainteresowania i akceptacji pacjenta poprzez werbalne i niewerbalne komunikaty. Pozwolenie pacjentowi na dzielenie się uczuciami w sposób otwarty. Gdy tylko to możliwe, należy: udzielać szczerych odpowiedzi na pytania pacjenta lub kontaktować go z personelem kompetentnym do udzielenia takich odpowiedzi; wzmacniać u pacjenta zdolności do podejmowania decyzji przez wnikliwe zbadanie alternatyw; pomagać pacjentowi w wyobrażeniu sobie życia z konsekwencjami innych wyborów; wzmacniać mocne strony pacjenta i pomagać jemu i jego rodzinie w identyfikowaniu wszystkich możliwych zasobów; oceniać reakcje bliskich osób pacjenta i interweniować w przypadku ich negatywnego wpływu na pacjenta [2].

### **Promocja pozytywnej autokoncepcji**

Doświadczenie choroby, testy diagnostyczne i leczenie mogą poważnie zagrozić autokoncepcji. Wsparcie społeczne, pozytywne funkcjonowanie i zadowolenie z opieki zdrowotnej są udowodnionymi sposobami pozytywnego wpływu na radzenie sobie z chorobą. Pielęgniarki i pielęgniarze mogą pomagać w promocji pozytywnej autokoncepcji jako zasobu zewnętrznego pacjentów [2].

### **Ocenianie**

Podczas oceny autokoncepcji pacjenta przez pielęgniarkę należy się skupić na tożsamości, wizerunku ciała, samoocenie i wypełnianiu ról. Ogólna ocena autokoncepcji powinna być częścią każdej wnikliwej oceny pielęgniarstwa. Jest to ważny krok, pozwalający na zidentyfikowanie i określenie pozytywnej autokoncepcji pacjenta, jak również przewidywanych problemów [2].

## Tożsamość

Przy ocenianiu autokoncepcji jednostki przez pielęgniarkę pierwszą potrzebną informacją jest opisanie pacjenta przez niego samego. Tożsamość opisuje świadomość tego, kim dana osoba jest. „Jakby Pan/Pani opisał/-a siebie innym?” Należy zwracać szczególną uwagę na etykiety używane przez pacjentów i kolejność ich pojawiania się [2].

## Własne silne strony

Wielu pacjentów skupia się na swoich niedoborach; zadawanie przez pielęgniarkę celowych pytań nakierowanych na silne strony może pomóc pacjentowi zidentyfikować czynniki pozytywne: „Jakie są Pani/Pana silne strony [...], cechy, z których jest Pan/Pani dumny/-a [...] rzeczy, które Pan/Pani robi dobrze?”, „Co pomagało Panu/Pani radzić sobie w przeszłości w trudnych chwilach?” [2].

## Wizerunek

Wizerunek jest subiektywną wizją wyglądu fizycznego jednostki. Zaburzeń wizerunku można się spodziewać w momencie jakichkolwiek zmian w wyglądzie fizycznym, strukturze lub funkcji. Gdy występują podejrzenia zaburzonego wizerunku, należy ostrożnie wypytać pacjenta i obserwować go w celu zidentyfikowania natury zagrożenia wizerunku (znaczenie funkcjonalne części ciała, której owo zaburzenie dotyczy, istotność wyglądu zewnętrznego, widoczność tej części ciała), znaczenia, jakie pacjent nadaje temu zagrożeniu, adekwatności mechanizmów zaradczych pacjenta, reakcji rodziny i bliskich oraz pomocy dostępnej dla pacjenta i jego rodziny [2].

## Reakcja na deformację lub ograniczenia

Reakcje związane z adaptacją lub brakiem adaptacji do deformacji lub ograniczeń są następujące reakcje adaptacyjne: pacjent przejawia oznaki żałoby (szok, niedowierzenie, zaprzeczenie, gniew, poczucie winy, akceptacja), natomiast brak adaptacji następuje, gdy: pacjent trwa w zaprzeczeniu i odmawia pogodzenia się z deformacją lub ograniczeniem, podejmuje działania autodestrukcyjne, mówi o uczuciach beznadziejności lub niepewności, przyrównuje deformację lub ograniczenie do całej osoby, wykazuje zmianę w zdolności do oceniania związków ciała ze środowiskiem [2].

## Wzorce niezależności-uzależnienia

Wzorce te obejmują reakcje związane z adaptacją lub złą adaptacją do wzorców niezależności-uzależnienia. Reakcje adaptacyjne: pacjent bierze na siebie odpowiedzialność za opiekę (podejmuje decyzje), rozwija nowe zachowania opieki nad sobą, korzysta z dostępnych środków, wchodzi w obopólnie

korzystne interakcje z rodziną, z kolei brak adaptacji: pacjent przypisuje odpowiedzialność za opiekę nad sobą innym osobom, staje się coraz bardziej zależny lub też uparcie odmawia potrzebnej pomocy [2].

## Samoocena

Gdy pacjent dzieli się swoim postrzeganiem samego siebie z pielęgniarką, należy wykorzystać tę okazję do zadania pytania, czy pacjent lubi siebie, czy jest zadowolony ze swoich oczekiwań i postępów, co robi, aby je zrealizować. Na przykład można zapytać: „Proszę powiedzieć, co Pan/Pani w sobie lubi?”, „Co by Pani/Pan w sobie zmienił/-a, gdyby Pani/Pan mógł/mogła?” [2].

## Wypełnianie ról

Wszyscy pełniemy wiele ról życiowych, niektóre z nich, na przykład takie jak nasz zawód czy profesja, mogą stanowić dużą część naszej tożsamości. Często choroba lub proces rozwojowy, przykładowo starzenie, zmuszają nas do zmian lub porzucenia wcześniej wypełnianych ról. Zazwyczaj ludzie odbierają takie zmiany jako olbrzymie straty. Tak więc wszyscy ludzie, których role zostały zmienione lub którzy zostali ich pozbawieni, są narażeni na zaburzenia autokoncepcji [2, 9, 10]. Pacjentom, którzy doznali zmian w wypełnianiu ról, pielęgniarka może zadać następujące pytania: „Jakie role życiowe najlepiej Pana/Panią opisują — syn, córka, współmałżonek, rodzic, pracodawca lub pracownik, student, członek klubu itp.?” „Jak ważne jest dla Pani/Pana bycie dobrym w wypełnianiu każdej z tych ról?” [2].

## Diagnozowanie

Konkretne zaburzenia w autokoncepcji, z którymi można radzić sobie niezależnymi interwencjami pielęgniarskimi [2, 11], mogą być przyporządkowane do jednej z czterech diagnoz pielęgniarskich [2]: 1) zaburzenia obrazu ciała: stan, w którym jednostka doświadcza zaburzeń w mentalnym obrazie fizycznego ja; 2) chroniczna (lub ryzyko chronicznej) niska samoocena lub sytuacyjna (lub ryzyko sytuacyjnej) niska samoocena: stan, w którym jednostka doświadcza negatywnej samooceny siebie bądź swych zdolności lub jest zagrożona jej doświadczeniem; 3) nieefektywne wypełnianie ról: stan, w którym jednostka doświadcza zaburzeń w postrzeganiu wypełniania swoich ról lub jest zagrożona takim doświadczeniem; 4) zaburzona (lub ryzyko zaburzenia) tożsamość: stan, w którym jednostka doświadcza niezdolności do rozróżnienia pomiędzy sobą i nie-sobą lub jest zagrożona takim doświadczeniem (NANDA International, 2012) [2].

## Ważne rozróżnienia

Gdy dane z oceny pielęgniarskiej wskazują na zmiany w autokoncepcji, pierwszym zadaniem pielęg-

niarki jest określenie, czy zmieniona autokoncepcja jest problemem, przyczyną problemu (etiologia) czy jedynie oznaką istnienia problemu (cecha definiująca). Dane autokoncepcji wydają się dobrze pasować do każdej z trzech kategorii. Ważne jest dokonanie dokładnych rozróżnień, które wpłyną na określenie wyników i kierunku działań pielęgniarskich [2].

### Ocenianie

Pielęgniarze i pielęgniarki, którzy są uwrażliwieni na związek pomiędzy autokoncepcją i ogólnym dobrym samopoczuciem, stale oceniają wpływ działań pielęgniarskich na autokoncepcję pacjenta. Plan opieki pielęgniarskiej powinien uwzględniać konkretne interwencje mające na celu wspieranie pacjentów z zaburzeniami obrazu ciała, samooceny, wypełniania ról i tożsamości. Uważne słuchanie raportów pacjenta o sobie oraz obserwowanie jego zachowania dostarcza informacji, czy zaburzenia są pokonywane [2, 12], a pacjent powinien osiągnąć następujący efekt końcowy:

- pacjent czuje się dobrze ze swoim obrazem ciała i jest w stanie korzystać z niego efektywnie, aby sprostać oczekiwaniom;
- pacjent jest w stanie opisać się pozytywnie;
- pacjent jest w stanie sprostać realistycznym oczekiwaniom wynikającym z pełnionych ról, bez niepotrzebnego zdenerwowania i zmęczenia;
- pacjent jest zdolny do właściwych interakcji ze środowiskiem, rozpoznając przy tym siebie jako oddzielną i wyjątkową jednostkę [2].

Błędy w opiece nad chorymi, których pielęgniarka powinna unikać:

1. W trakcie przeprowadzania wcześniej wspomnianej już oceny, należy być świadomym ograniczeń samoreportowania, ponieważ pacjenci mogą udzielać odpowiedzi, które uznają za pożądane lub akceptowalne społecznie [2].
2. Należy unikać uprzedzeń w stosunku do ludzi otyłych i z nadwagą, wymagają oni takiej samej wysokiej jakości opieki medycznej jak inni pacjenci [2].
3. Należy unikać często popełnianego błędu „robienia” rzeczy za pacjentów (np. rozwiązywanie ich problemów zamiast pomocy w ich zidentyfikowaniu i skorzystaniu z wewnętrznych sił pacjentów) [2].
4. Należy uważać, aby nie komunikować pacjentowi obrzydzenia, strachu lub odrzucenia swoimi gestami, wyrazem twarzy lub mową ciała; przy deklarowaniu wsparcia pacjentowi, który wolno rozwija i stosuje właściwe zachowania dbania o siebie, należy nalegać, aby brał on udział w dbaniu o siebie na tyle, na ile jest w stanie to zrobić [2, 8].

### Podsumowanie

Problemy pielęgnacyjne pacjentów z zaburzeniami sfery psychicznej mają swoją specyfikę i wymagają od pielęgniarki z jednej strony dobrej znajomości psychopatologii ogólnej, a z drugiej — odpowiedniej postawy warunkującej ich skuteczne rozwiązywanie. Rozważając różnorodność problemów oraz schemat działań opiekuńczych, trzeba mieć świadomość, że do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie, ponieważ przebieg zaburzeń psychicznych jest przewidywalny tylko w ograniczonym stopniu [13].

### Piśmiennictwo

1. Zarzycka D. Rola i zadania pielęgniarki w edukacji zdrowotnej w teorii i praktyce. W: Sierakowska M, Wrońska I. (red.). Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej. PZWL, Warszawa 2015; 27–37.
2. Taylor C., Lilis C., Lynn P. Fundamentals of Nursing. Wolters Kluwer, North American Edition 2014.
3. Akley B.J., Ladwing G.B. Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych. GC Media House, Warszawa 2011.
4. Wilczek-Rużyczka E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Czelej, Lublin 2007.
5. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne. Czelej, Lublin 2004.
6. Tokarski Z. Rehabilitacja i psychoedukacja chorych psychicznie — zadania dla pielęgniarki. W: Wojciechowska M. (red.). Problemy zdrowia psychicznego. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2010; 206–207.
7. Wilczek-Rużyczka E, Pieczyrak U. Zaburzenia obrazu siebie. W: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.). Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. PZWL, Warszawa 2015; 261–266.
8. Poznańska S. System pojęć w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo — zakresy rozumienia dziedziny. W: Ślusarska B., Zarzycka B., Zahradniczek K. (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne. PZWL, Warszawa 2015; 21–23.
9. Kawczyńska-Butrym Z. Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Makmed, Lublin 2008.
10. Modlińska A., Brzozowska I., de Walden-Gałuszko K. i wsp. Nowoczesne pielęgniarstwo wobec pacjentów z depresją okresu starości. W: Wojciechowska M. (red.). Problemy zdrowia psychicznego. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2010; 177–190.
11. Albersnagel-Thijssen E., van der Brug Y. Diagnosen, interventies en resultaten. Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, The Netherlands 2007.
12. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. Pielęgniarstwo psychiatryczne. PZWL, Warszawa 2012.
13. Opozda K., Kosmowski W. Pielęgnowanie pacjentów w wybranych zaburzeniach sfery psychicznej. W: Ślusarska B., Zarzycka B., Zahradniczek K. (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne. PZWL, Warszawa 2015; 648–670.