

Miłosz Marcysiak, Olga Dąbrowska, Małgorzata Marcysiak

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych Studenckie Koło Naukowe Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych w Ciechanowie

Dyrektywność a ocena jakości życia pacjentów szpitala specjalistycznego w Ciechanowie

Directiveness and quality of life of patients regional hospital in Ciechanów

STRESZCZENIE

Wstęp. Dyrektywność to pragnienie lub tendencja do narzucania innym swojej woli. Jest cechą osobowości i ma charakter agresywnej dominacji. Dyrektywność stanowi coś więcej niż autorytaryzm, bowiem koresponduje z takimi cechami, jak: agresywność, motywacja osiągnięć, asertywność, dyskryminacja, uprzedzenia i władza. Postawa dyrektywna wydaje się mieć wpływ na rozwój chorób, zwłaszcza układu krążenia.

Cel pracy. Celem niniejszych badań było poznanie poziomu dyrektywności i jakości życia u pacjentów z różnych oddziałów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie oraz określenie związku pomiędzy dyrektywnością a stanem zdrowia pacjentów.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 114 pacjentów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzia badawcze stanowiły: Skala Dyrektywności – wersja skrócona (D-15) J.J. Raya w adaptacji P. Brzozowskiego, Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) E. Diennera, R.A. Emmons, R.J. Larsona i S. Griffina w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz autorski kwestionariusz ankiety dotyczący subiektywnej oceny stanu zdrowia. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz statystycznej weryfikacji hipotez.

Wyniki. Poziom dyrektywności wśród osób hospitalizowanych nie jest istotnie niższy niż w grupie kontrolnej. Wśród pacjentów przebywających na poszczególnych oddziałach brak istotnych statystycznie różnic w poziomie nadziei podstawowej. Istnieje istotny statystycznie związek między poziomem jakości życia a nasileniem dyrektywności. Ocena jakości życia przez pacjentów z wysokimi wynikami w skali jest wyższa.

Wnioski. Dyrektywność jako cecha osobowości może wpływać na ocenę jakości życia pacjentów.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (4): 461–465

Słowa kluczowe: osobowość, jakość życia, pacjent, hospitalizacja

ABSTRACT

Introduction. Authoritarianism that desire or tendency to impose its will on others. Is a feature of personality and is an aggressive domination. Authoritarianism represents something more than authoritarianism, as corresponds to such features as: aggressiveness, achievement motivation, assertiveness, discrimination, prejudice and power. Prescriptive attitude seems to have influenced the development of diseases, especially cardiovascular.

Aim. The purpose of this study is to understand the level of authoritarianism and quality of life in patients of different branches of the Regional Hospital in Ciechanow and establish a link between hope and subjective health status of patients.

Material and methods. The study was conducted among 114 patients in the Regional Hospital in Ciechanów. The control group consisted of healthy people. The method of diagnostic survey. Research tools included: scale of authoritarianism (D-15), Satisfaction With Life Scale (SWLS) and a questionnaire for subjective assessment of health. The obtained results were statistically analyzed and statistical verification of hypotheses.

Results. Authoritarianism level among those not hospitalized is significantly lower than in the control group of healthy people. Among the patients staying at the various branches of the lack of statistically significant differences in the level of primary hope. There is a statistically significant relationship between the level of quality of life and the seriousness authoritarianism. Evaluation of quality of life for patients with high scores on the scale is higher.

Conclusions. Authoritarianism, as a personality trait may affect the assessment of the quality of life for patients.

Nursing Topics 2012; 20 (4): 461–465

Key words: personality, quality of life, the patient, hospitalization

Adres do korespondencji: mgr Miłosz Marcysiak, Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie, ul. Wojska Polskiego 51, 06–400 Ciechanów, tel.: 23 672 22 13, e-mail: miloszma@gmail.com

Wstęp

Pojęcie autorytaryzmu w psychologii ma bardzo szerokie znaczenie. Pierwotnie odnosiło się do charakterologicznych, głęboko osadzonych potrzeb i dążeń będących przyczynkiem do rozwoju autorytarnej osobowości. Z czasem zaczęło dotyczyć także sposobu widzenia świata, ludzkich postaw i przekonań wobec niego, układających się w pewien charakterystyczny typ mentalności. Tak ujęty, zdaniem Terelaka, autorytaryzm leży na pograniczu osobowości, kultury i struktury społecznej [1].

Pojęcie charakteru autorytarnego opisał Fromm, jako jeden z mechanizmów mających służyć ucieczce od wolności. Charakter ten kształtuje się przede wszystkim u osób niezdolnych do samostanowienia i życia w warunkach wolności osobistej. Osoby takie postrzegają wolność jako niepożądaną, dlatego rezygnują z niej na rzecz autorytetów. Osoby o charakterze autorytarnym mają skłonności sadomasochistyczne — z jednej strony cechuje je skłonność do ulegania autorytetom (masochizm), z drugiej chęć bycia autorytetem i podporządkowywania sobie innych [2].

Podobną koncepcję przyjął twórca pojęcia osobowości autorytarnej T. Adorno. Wychowanie i system społeczny kształtują w jednostce potrzeby czy tendencje, które przyczyniają się do powstania syndromu osobowościowych cech autorytarnych, takich jak etnocentryzm, uprzedzenia, konserwatyzm w myśleniu i poglądach. Zachowania takich osób to podporządkowywanie się autorytetom (autorytarne submisja) i podporządkowywanie sobie ludzi słabszych i agresja wobec nich (autorytarne agresja) [3].

Odmianą koncepcję przedstawił John J. Ray. Jego teoria powstała na bazie krytyki teorii T. Adorno i tradycji psychometrycznej, w której jest silnie osadzona [1]. Ray odróżnił autorytaryzm postaw (szacunek wobec innych) od autorytaryzmu osobowości (skłonność do dominowania nad innymi). Autorytaryzm osobowości to dyrektywność. Dyrektywność to pragnienie lub tendencja do narzucania innym swojej woli. Jest cechą osobowości i ma charakter agresywnej dominacji [4]. Dominacja ta przybiera dwie formy: agresywną i nieagresywną. Pierwsza z nich jest charakterystyczna dla dyrektywności (osobowości autorytarnej). Druga, utożsamiana jest z asertywnością (tj. stanowczością) [1, 5]. Dyrektywność koresponduje z takimi cechami, jak: agresywność, motywacja osiągnięć, asertywność, dyskryminacja, uprzedzenia i władza. Osoby dyrektywne to głównie mężczyźni. Częściej osoby młodsze są bardziej dyrektywne niż osoby starsze. Dyrektywność cechuje również osoby lepiej wykształcone i o wyższej pozycji zawodowej. Dyrektywność przydaje się „łowcom głów” (*headhunter*) w ramach selekcji kandydatów na stanowiska kierownicze. Bardzo prawdopodobne, że osoby dyrektywne są efektywnymi managerami [5].

Sytuacja choroby i związanego z nią pobytu w szpitalu stanowi istotny problem — nie tylko medyczny, ale i psychospołeczny. Jest to sytuacja nowa, z którą jednostka w określony sposób musi sobie poradzić. W sytuacji stresowej człowiek podejmuje aktywność określaną jako radzenie sobie, ukierunkowaną na samokontrolę emocji — zarówno negatywnych (lęk, niepokój, złość), jak i pozytywnych (np. nadzieja) oraz opanowanie źródła stresu. Istotnym czynnikiem, który może wywierać wpływ na pobyt pacjenta w szpitalu są cechy jego osobowości [6, 7]. Pobyt w szpitalu może wpływać na subiektywne poczucie jakości życia. Ocena jakości życia zależy nie tylko od zdrowia, ale także od wielu innych elementów składających się na codzienność funkcjonowania jednostki, do których zaliczyć można między innymi samodzielność, niezależność, relacje, osobiste wierzenia i poglądy. Proces chorobowy, bez względu na jego fazę czy nasilenie, wpływa na życie pacjenta, prowadząc najczęściej do jego dezorganizacji oraz ograniczeń w odgrywaniu ról i pełnieniu funkcji społecznych, w konsekwencji do obniżenia poziomu i standardu życia [8]. Pojęciami bliskoznacznymi z terminem jakości życia są satysfakcja z życia, zadowolenie, szczęście, dobrostan [9].

Dyrektywność wydaje się mieć wpływ na rozwój chorób, zwłaszcza układu krążenia.

Cel pracy

Celem niniejszych badań było poznanie poziomu oceny jakości życia pacjentów różnych oddziałów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie oraz określenie związku pomiędzy subiektywną oceną jakości życia w sytuacji choroby i pobytu w szpitalu a nasileniem dyrektywności (rozumianej jako cecha osobowości).

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 114 pacjentów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. Uzyskano świadomą zgodę respondentów na udział w badaniu. Badania przeprowadzono wśród pacjentów na oddziałach: kardiologicznym, neurologicznym, urologicznym, wewnętrznym, wewnętrznym specjalistycznym i chirurgii ogólnej. Grupy pacjentów na poszczególnych oddziałach były równoliczne. Wśród powodów hospitalizacji dominowały choroby przewlekłe (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba wieńcowa, choroba nowotworowa, stany zapalne narządów wewnętrznych) oraz stany ostre (stan po zawale serca, urazy narządu ruchu). Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe — deklarujące dobry stan zdrowia, brak chorób przewlekłych oraz nieprzebywające w ciągu ostatniego pół roku w szpitalu. Grupę kontrolną stanowiły osoby dorosłe, studiujące w PWSZ

w Ciechanowie (studenci studiów niestacjonarnych w wieku > 30 lat). Właściwości demograficzne grupy kontrolnej były podobne. Głównym czynnikiem różnicującym grupy była obecność choroby wymagającej pobytu w szpitalu. Badania były przeprowadzone w okresie marzec–kwiecień 2011 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Ciechanowie. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Etycznej działającej (Nr 3/2011).

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzia badawcze stanowiły: Skala Dyrektywności (*Directiveness Scale*) — wersja skrócona (D-15) J. J. Raya w adaptacji P. Brzozowskiego, Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) E. Diennera, R.A. Emmons, R.J. Larsona i S. Griffina w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz autorski kwestionariusz ankiety dotyczący subiektywnej oceny stanu zdrowia i jakości życia w szpitalu — Skala Oceny Samopoczucia w Szpitalu (SOSS). Dodatkowo zastosowano również Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) J. Trzebińskiego i M. Zięby [10]. Skala Dyrektywności D-15 składa się z 15 pytań. Badany udziela odpowiedzi na arkuszu testowym, wybierając jedną z trzech (TAK, ?, NIE) możliwości. Metoda posiada zadowalającą zgodność wewnętrzną i stabilność (alfa Cronbacha = 0,80) [5]. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) jest przeznaczona do indywidualnego i grupowego badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Skala zawiera pięć stwierdzeń. Badany ocenia, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania sytuacji własnej z ustalonymi przez siebie standardami. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające (alfa Cronbacha = 0,81) [11]. Skalę Oceny Samopoczucia w Szpitalu przygotowali studenci Koła Naukowego przy WOZ PWSZ w Ciechanowie. Pytania wchodzące w skład kwestionariusza dotyczyły subiektywnej oceny zdrowia i czynników na nie wpływających podczas pobytu pacjenta w szpitalu. W wyniku analizy czynnikowej metodą składowych głównych, z zastosowaniem rotacji VARIMAX udało się zredukować wyniki do pięciu skal, które nazwano: Oceną zdrowia, Oceną wsparcia ze strony innych, Oceną opieki pielęgniarskiej, Wiarą, Oceną emocji. Kwestionariusz cechował się wysoką rzetelnością (alfa Cronbacha = 0,876). Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz statystycznej weryfikacji hipotez. Do porównań średnich użyto test *t*-Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA). Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na poziomie $p < 0,05$. W wyniku procedury badawczej otrzymano 114 kompletnych i prawidłowo wypełnionych baterii testów.

Wyniki

Wśród badanych pacjentów było 60 kobiet (53%) oraz 54 mężczyzn (47%). Średnia wieku w grupie badawczej wynosiła 54 lata ($x = 54$, $SD = 18,10$).

Średni poziom dyrektywności pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Ciechanowie utrzymywał się na przeciętnym poziomie i wynosił 29,61, odchylenie standardowe (SD , *standard deviation*) 3,51. Wysokie nasilenie dyrektywności posiadało 26 osób (23%). Osoby takie można określić jako zdecydowane, stanowcze, lubiące dominować, niekiedy skłonne do gniewu. Są również mało podatne na aprobatę społeczną i posiadają tendencję do cenięcia wartości hedonistycznych. Niskie nasilenie poziomu dyrektywności stwierdzono u 37 osób (32%). Osoby te można opisać jako bardziej uległe, mniej stanowcze, rzadziej się irtujące. Są bardziej socjalizowane oraz cenią bardziej wartości moralne. Grupa pacjentów nie różniła się istotnie poziomem dyrektywności od grupy kontrolnej ($p < 0,05$).

W grupie badawczej, wbrew oczekiwaniom (wyższy poziom dyrektywności u mężczyzn), nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy poziomem dyrektywności a płcią ($p > 0,05$). Kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie pod względem nasilenia dyrektywności. W badanej grupie brak również istotnych statystycznie związków pomiędzy poziomem dyrektywności a wiekiem osób badanych. Nasilenie cechy było nieznacznie wyższe u osób młodszych, jednak różnice te były zbyt małe, by móc uznać je za istotne.

Średni wynik w skali oceny satysfakcji z życia (SWLS) — wskaźnika jakości życia — utrzymywał się na umiarkowanym poziomie i wynosił 19,87, odchylenie standardowe (SD) 5,68. Wysokie wyniki uzyskało 25% osób badanych, zaś wyniki niskie — 34,5%. Wśród osób badanych brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy oceną jakości życia u osób chorych i zdrowych. Sytuacja szpitala zdaje się nie wpływać na poziom oceny jakości życia mierzonej skalą SWLS. Wśród osób chorych brak również istotnych statystycznie różnic w poziomie oceny jakości życia pomiędzy mężczyznami, a kobietami. Brak również istotnych statystycznie związków pomiędzy poczuciem satysfakcji z życia, a wiekiem osób badanych.

Nadzieja podstawowa jest jednym ze składników globalnej wizji świata, to przekonanie o jego uporządkowaniu i sensowności oraz przychylności w stosunku do ludzi. Średni poziom nadziei podstawowej u pacjentów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Ciechanowie utrzymywał się na przeciętnym poziomie i wynosił 28,73, SD 3,51. Poziom nadziei podstawowej w grupie badawczej był istotnie niższy niż w grupie kontrolnej ($p < 0,05$). W badanej grupie zaobserwowano istotnie wyższy poziom nadziei podstawowej wśród mężczyzn ($p < 0,05$). Brak istotnych statystycznie zwią-

ków pomiędzy poczuciem satysfakcji z życia a wiekiem osób badanych.

W Skali Oceny Samopoczucia w Szpitalu dominowały wyniki przeciętne i powyżej przeciętnych. Pacjenci stosunkowo dobrze ocenili swoje funkcjonowanie w szpitalu i jakość opieki pielęgniarskiej. Średnia wyników w skali wyniosła 71,54, SD 13,52. Brak zależności statystycznej pomiędzy subiektywną oceną zdrowia i jakości opieki a płcią i wiekiem osób badanych ($p > 0,05$).

Poziom dyrektywności wśród osób hospitalizowanych nie jest istotnie niższy niż w grupie kontrolnej osób zdrowych. Brak istotnych statystycznie różnic w poziomie nasilenia dyrektywności wśród pacjentów przebywających na poszczególnych oddziałach. W tym zakresie osoby dyrektywne były równomiernie rozłożone na poszczególnych oddziałach. Szczególną uwagę zwrócono na pacjentów przebywających na oddziale kardiologicznym. Związana z dyrektywnością agresja, wrogość, dominacja i inne zachowania związane ze wzorem zachowania A, mogą sugerować częstsze jej występowanie wśród pacjentów hospitalizowanych na tym oddziale. W grupie badanej wysokie nasilenie dyrektywności występowało u 16% pacjentów przebywających na oddziale kardiologicznym (główne rozpoznania to nadciśnienie i stan po zawale serca). Jednak w porównaniu z innymi oddziałami, nie jest to istotna różnica ($p < 0,05$). Najwięcej pacjentów o wysokim poziomie dyrektywności przebywało na oddziale chirurgicznym (50%).

W badanej grupie istnieje zależność statystyczna między nasileniem dyrektywności a poziomem jakości życia. Ocena jakości życia przez pacjentów z wysokimi wynikami w skali była wyższa niż pozostałych ocen ($p < 0,05$). Osoby dyrektywne oceniały swoje dotychczasowe życie lepiej niż pozostali pacjenci. Czerpali większą satysfakcję z życia, częściej deklarowali, że nie chcieliby w nim nic zmieniać. Osoby dyrektywne, to osoby lubiące dominować, przygotowane do tego, że to one odpowiadają za to co dzieje się wokół nich, sprawują funkcje kierownicze, w pewien sposób kształtują rzeczywistość wokół nich. Takie przekonanie może przekładać się na spoglądanie na życie jako coś w dużej mierze zależnego od nich, coś na co mają wpływ, a co za tym idzie może przekładać się na lepszą jego ocenę. Opisywane różnice są zauważalne zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn ($p < 0,05$).

Wśród pacjentów istnieje również istotna zależność statystyczna między poziomem dyrektywności a poziomem nadziei podstawowej. Nadzieja podstawowa jest istotnie wyższa u osób o wysokiej satysfakcji z życia [7]. Jak wynika z prowadzonych badań, osoby dyrektywne posiadały wyższy poziom nadziei podstawowej ($p < 0,05$). Nadziej podstawowa uaktywnia się zwłaszcza wtedy, gdy osoba musi poradzić sobie z sytuacją nową

lub trudną, a czymś takim jest niewątpliwie choroba. Wysokie wyniki w skali nadziei podstawowej wśród osób dyrektywnych odpowiadają zatem ich wizerunkowi jako osób dominujących z tendencją do sprawowania kontroli, dążących do skutecznego radzenia sobie z problemem.

W badanej grupie brak zależności między poziomem dyrektywności a subiektywną oceną własnego stanu zdrowia i jakości opieki ($p < 0,05$). Sytuacja choroby jest sytuacją często bezpośrednio niezależną od działań. Osoby dyrektywne są tak zafrapowane swoim życiem, że często stawiają takie wartości jak zdrowie na dalszych miejscach.

Podsumowując, można zauważyć, że w badanej grupie przeważał przeciętny poziom dyrektywności. Blisko jedną czwartą grupy (23%) stanowiły osoby o wysokiej dyrektywności. Grupa pacjentów nie różniła się istotnie poziomem dyrektywności od grupy kontrolnej ($p < 0,05$). Brak związku pomiędzy dyrektywnością z wiekiem czy płcią. Brak istotnych statystycznie różnic w poziomie nasilenia dyrektywności wśród pacjentów przebywających na poszczególnych oddziałach ($p < 0,05$), w tym na oddziale kardiologicznym (tylko 16% pacjentów na oddziale to osoby dyrektywne). Istnieje za to istotny statystycznie związek między nasileniem dyrektywności a poziomem jakości życia. Osoby dyrektywne osiągały wyższe wyniki w skali zadowolenia z życia ($p < 0,05$).

Dyskusja

Mimo wnikliwie przeprowadzonej kwerendy nie udało się dotrzeć do artykułów bezpośrednio dotyczących związku między poziomem dyrektywności a oceną jakości życia. Dotychczasowe badania dotyczyły związku między dyrektywnością a predyspozycją do zachorowalności na określone choroby.

Wbrew oczekiwaniom, nie zaobserwowano istotnie wyższych wyników w poziomie dyrektywności w grupie osób chorych objętych hospitalizacją przede wszystkim z powodu chorób układu krążenia.

Dyrektywność ma związek z przeżywaniem gniewu [5, 12]. Badania Ray'a wykazały istotną zależność poziomu dyrektywności z wynikami w skali Buss-Durkee (0,366, $p < 0,01$). Przeżywanie gniewu, a zwłaszcza jego supresja, są powszechnie uważane za jeden z istotnych czynników ryzyka chorób układu krążenia, bezpośrednio związany z wzorem zachowania A, związanego zwłaszcza cechami takimi, jak pośpiech i rywalizacja [13]. Twórca pojęcia dyrektywności, J. Ray, w innych badaniach wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy poziomem dyrektywności między grupą osób zagrożonych występowaniem choroby niedokrwiennej serca a osobami z grupy kontrolnej ($t = 3,05$, $p < 0,01$). Osoby z grupy ryzyka miały istotnie wyższy poziom dyrektywności niż osoby z grupy kon-

trolnej [14]. W badaniach stanowiących przedmiot niniejszej pracy taka zależność nie potwierdziła się. Poziom dyrektywności u osób przebywających na oddziale kardiologicznym i u osób z rozpoznaniem choroby wieńcowej nie różniły się istotnie od wyników innych osób. Powodem może być stosunkowo mała liczebność grupy, w porównaniu z badaniami Ray'a, ale także charakter grupy — w przypadku niniejszych badań grupę badawczą stanowiły osoby chore, już przebywające z konkretnym rozpoznaniem w szpitalu, a nie osoby z grupy ryzyka.

Dyrektywność wiąże się z przeżywaniem emocji. Osoby dyrektywne posiadają skłonność do częstszego przeżywania raczej uczuć pozytywnych niż negatywnych. Jeśli dyrektywność wiąże się z pewnością siebie i wysoką samooceną, to może implikować dość częste przeżywanie uczuć pozytywnych. Z kolei brak pewności siebie, który towarzyszy niskiej dyrektywności, może pociągnąć za sobą uczucia negatywne. W badaniach Brzozowskiego stwierdzono, że zależności między dyrektywnością i uczuciami są wyraźniejsze w przypadku uczuć traktowanych jak cechy osobowości niż w przypadku sytuacyjnych nastrojów [5]. Opisowana zależność znalazła potwierdzenie w niniejszych badaniach. Osoby dyrektywne częściej posiadają wyższe nasilenie nadziei podstawowej. Nadzieja podstawowa jest jednym ze składników globalnej wizji świata, to przekonanie o jego uporządkowaniu i sensowności oraz przychylności w stosunku do ludzi. W tym przypadku nadzieja pomaga interpretować zdarzenia dziejące się wokół nas, a szczególnie przyszłe, które ludzie starają się ocenić i oszacować swoje szanse. Nadzieja podstawowa uaktywnia się zwłaszcza wtedy, gdy osoba musi poradzić sobie z nowymi sytuacjami i możliwościami, a także w sytuacji rozpadu dotychczasowego sposobu życia. W obliczu nowych sytuacji zwiększa ona gotowość do podejmowania wyzwań, budowania nowego porządku. Natomiast w sytuacji straty przekonanie o sensowności i przychylności świata pozwala szybciej zaakceptować utratę starego ładu i przejść do etapu budowania nowego [15]. Wyniki wskazujące na podobną zależność uzyskała Majchrzak i wsp. [16]. Nie badała czystej dyrektywności, ale wśród wyróżnionych typów osobowości znalazły się osobowości dyrektywnego ekstrawertyka i introwertyka, w opisie zbliżone do rozumienia dyrektywności przez Ray'a. Osoby dyrektywne uzyskiwały niższe wyniki w skali depresji (przeżywania uczuć negatywnych) niż osoby ugodowe [16].

Wnioski

1. Dyrektywność, jako cecha osobowości może wpływać na ocenę jakości życia pacjentów, rozumianej jako satysfakcja z życia.
2. Osoby dyrektywne dobrze funkcjonują w sytuacji choroby — posiadają zasoby (zadowolenie z życia, nadzieja podstawowa, pozytywne emocje), które pomagają zmierzyć się z sytuacją trudną.
3. W pracy z pacjentem dyrektywnym jest istotne akcentowanie jego odpowiedzialności za własny stan zdrowia i za możliwość jego zmiany.
4. Kwestia związku dyrektywności z zachorowalnością na choroby układu krążenia wymaga powtórzenia badań w większej grupie i wśród osób zdrowych, ale będących w grupie ryzyka.

Piśmiennictwo

1. Terelak J.F. Psychologia organizacji i zarządzania. Difin, Warszawa 2005.
2. Fromm E. Ucieczka od wolności. Czytelnik, Warszawa 2008.
3. Adorno T. Osobowość autorytarna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
4. Ray J.J., Lovejoy F.H. An improved directiveness scale. *Aust. J. Psychol.* 1988; 40: 299–302.
5. Brzozowski P. Skala Dyrektywności Johna J. Raya. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1997.
6. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
7. Marcysiak M., Dąbrowska O., Gesek A., Kijewska A., Marcysiak M. Nadzieja podstawowa i jakość życia pacjentów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. *Probl. Pielęg.* 2011; 19: 335–340.
8. Sierakowska M., Krajewska-Kulać E., Sierakowska S. Ocena jakości życia w medycynie — geneza, główne koncepcje i kierunki przemian. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2005; 18: 604–606.
9. Jabłońska I., Drabik U. Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. *Probl. Pielęg.* 2009; 17: 144–151.
10. Trzebiński J., Zięba M. Basic hope as world-view: an outline of a concept. *Pol. Psychol. Bull.* 2004; 35: 173–182.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
12. Ray J.J., Authoritarianism and hostility. *J. Soc. Psychol.* 1980; 112: 307–308.
13. Nowicki G., Ślusarska B., Kulik T.B., Goniewicz M. Czynniki psychospołeczne a wzór zachowania typu A oraz zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego wśród osób dorosłych. *Pol. Prz. Kardiol.* 2011; 13: 822–88.
14. Ray J.J. Is authoritarianism the main element of the coronary-prone personality? *Brit. J. Med. Psychol.* 1982; 55: 215–218.
15. Trzebiński J., Zięba M. Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2003.
16. Majchrzak A., Pietrzykowska E., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wierusz-Wysocka B. Wpływ typu osobowości na poziom depresji i wyrównanie metaboliczne u chorych na cukrzycę typu 1. *Diabetol. Prakt.* 2009; 10: 85–91.