

Leczenie chirurgiczne zakończone wytworzeniem odbytu brzuszno (stomia jelitowej) jest dla chorego krytycznym wydarzeniem życiowym. Posiadanie stomii jelitowej upośledza normalny tok życia człowieka i zmusza go do podjęcia działań w celu przystosowania się. Głównym celem prezentowanej pracy było wykazanie istnienia specyfiki poczucia własnej skuteczności, które może być wskaźnikiem możliwości poradzenia sobie z chorobą u osób z wyłonioną stomią jelitową oraz jego związków z płcią, wykształceniem, okresem, na jaki wytworzono stomię jelitową, liczbą pobytów w szpitalu, depresją i lękiem. Grupę badawczą stanowiło łącznie 65 pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha w Gdańsku oraz Oddziału Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Szpitala Miejskiego im. J. Brudzińskiego w Gdyni, po zabiegu operacyjnym, w wyniku którego wytworzono stomię jelitową. W badaniach zastosowano opracowany indywidualnie wywiad własnej konstrukcji, *Skalę poczucia własnej skuteczności Sherrera*, *Skalę depresji Becka BDI* oraz *Inwentarz stanu i cechy lęku ISCL* (polska adaptacja STAI Spielbergera).

Uzyskane wyniki wskazują, że pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej nie różnią się istotnie poziomem poczucia własnej skuteczności ze względu na płeć, wykształcenie oraz okres, na jaki wyłoniono stomię jelitową. Różnią się natomiast poziomem społecznego poczucia własnej skuteczności ze względu na liczbę hospitalizacji. Wraz z kolejnymi pobytami w szpitalu pacjenci są mniej gotowi do podejmowania nowych kontaktów z innymi ludźmi i podtrzymywania ich, co pośrednio obniża możliwość otrzymania wsparcia społecznego. Można przypuszczać, że badani mężczyźni, którzy mają większą tendencję do reagowania lękiem w różnych sytuacjach życiowych (lęk-cecha) i którzy po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej reagują wyższym poziomem lęku (lęk-stan), są mniej zmotywowani do leczenia, gorzej radzą sobie z porażkami i mają mniejsze przekonanie o istnieniu możliwości poradzenia sobie z chorobą.

Słowa kluczowe: poczucie własnej skuteczności, lęk, depresja, stomia, nowotwór, psychoonkologia.

Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej

Self-efficacy and anxiety and depression in patients with colostomy

Bożena Gapińska¹, Małgorzata Tartas², Maciej Walkiewicz²,
Mikołaj Majkovicz²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital św. Wojciecha – Adalberta w Gdańsku

²Zakład Badań nad Jakością Życia, Akademia Medyczna w Gdańsku

Rak jelita grubego jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie. W Polsce liczba zachorowań wynosi ok. 1 tys. rocznie, liczba zgonów ok. 8 tys. W strukturze zachorowań na nowotwory złośliwe rak jelita grubego zajmuje obecnie drugie miejsce u obu płci (mężczyźni – 10,4%, kobiety – 10,3%). W 2000 r. zarejestrowano 5837 zachorowań na raka jelita grubego u mężczyzn i 5291 u kobiet, a zmarło 4373 mężczyzn i 4144 kobiety [1, 2]. W konfrontacji człowieka z tak ciężką chorobą dochodzi do manifestowania się wielu reakcji emocjonalnych, które są wynikiem podjęcia przez chorego próby radzenia sobie w trudnej psychologicznie sytuacji [3]. Niekiedy przyjmują postać złości, wrogości, agresji czy też podwyższonego lęku i przygnębienia, które towarzyszą zwłaszcza tym chorobom, w których po interwencji chirurgicznej dochodzi do zmian w obrazie własnego ciała [4]. Operacje zakończone wytworzeniem stomii jelitowej, w niektórych przypadkach powtarzane z powodu wskazań medycznych, stanowią dla pacjentów niezwykle krytyczne wydarzenie życiowe, a pozbawienie chorego możliwości kontroli nad podstawową funkcją, jaką jest wydalanie, wywołuje silny uraz psychiczny [5–7]. W konsekwencji zabiegów utrudnieniu ulega również życie seksualne, co w niektórych przypadkach powoduje wycofanie się z życia rodzinnego i społecznego. Pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej najczęściej zgłaszają problemy z funkcjonowaniem w rodzinie i opory przed kontaktami seksualnymi, ograniczają kontakty z otoczeniem, często rezygnują z pracy zawodowej [8–10]. Tylko nieliczni z nich deklarują, że mają cele życiowe, które chcieliby realizować [11].

Przystosowanie psychiczne do choroby jest procesem polegającym na przywróceniu sobie przez chorego stanu równowagi psychicznej, a tym samym na zmniejszeniu dyskomfortu emocjonalnego i osiągnięciu w miarę dobrego samopoczucia psychicznego [12]. Adaptacja w chorobie jest zatem wynikiem radzenia sobie z nią i jej konsekwencjami (np. bólem, złym samopoczuciem) [13–15]. Przystosowanie do choroby ma charakter procesu radzenia sobie ze stresem i zgodnie z założeniami transakcyjnego modelu stresu odbywa się na płaszczyźnie poznawczej i emocjonalnej [16]. Ocena poznawcza sytuacji choroby i zastosowane w jej konsekwencji zachowania redukujące lęk i/lub rozwiązujące aktualne problemy życiowe chorego owocują zmianami nasilenia przykrych emocji lub odczuć pozytywnych [17]. Podwyższony poziom lęku i depresyjność są efektem pierwotnej oceny poznawczej, czyli nadania znaczenia zdarzeniu, jakim jest choroba nowotworowa. Natomiast obniżony poziom poczucia własnej skuteczności jest elementem oceny wtórnej zasobów jednostki, czyli możliwości poradzenia sobie z tą trudną sytuacją. Przeświadczenie o własnej skuteczności jest niezwykle ważne w procesie radzenia sobie z chorobą, ponieważ odgrywa istotną rolę w motywowaniu

Surgical intervention leading to the creation of a colostomy seems to be a critical experience for the patient. Having an abdominal anus impairs the quality of human life, as well as the individual's abilities to adjust to a new reality. The main aim of the research was to describe the self-efficacy factor (which could be a predictor of how patients can defeat cancer), sex, education, period of time the colostomy had existed, the number of hospitalizations and also depression and anxiety in patients with colostomy.

The research was conducted on a group of 65 patients who were hospitalized in the General Surgery Department of St. Wojciech Hospital in Gdańsk and the General Surgery and Gastroenterology Department of J. Budziński Hospital in Gdynia after operative procedures, as a consequence of which the abdominal anus was created. The research was based on the prepared questionnaire and Sherer's Self-Efficacy Scale, Beck's Depression Scale and Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory.

The results show that there is no significant relation between the level of self-efficacy and sex, education or period of time the colostomy had existed. There is a significant relation between self-efficacy and the number of hospitalizations of the patient. The number of hospitalizations and operations correlates with self-efficacy negatively. The results could lead to the conclusion that men who have higher levels of anxiety trait and anxiety state are less motivated for treatment, cope with failures worse and are less convinced about the opportunity to cope with cancer.

Key words: self-efficacy, anxiety, depression, ostomy, cancer, psycho-oncology.

człowieka do działania [18]. Wysokie poczucie własnej skuteczności to przekonanie o istnieniu możliwości poradzenia sobie z daną sytuacją, nawet w niesprzyjających okolicznościach. Osoby charakteryzujące się niskim poczuciem własnej skuteczności nie potrafią stawiać czoła wyzwaniom, są niepewne własnych możliwości [19]. Przekonanie o własnej skuteczności wiąże się również z lepszym samopoczuciem, decyduje o podjęciu działania, wysiłku w nie wkładanym, uczuciach, jakie mu towarzyszą, wytrwałości w dążeniu do celu, radzeniu sobie z przeszkodami i porażkami, a także o poziomie doświadczanego stresu. Wysoki poziom własnej skuteczności zwiększa nasze zasoby odporności na stres. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności, tym trudniejsze cele ludzie sobie stawiają i tym silniejsze jest ich zaangażowanie w wykonywane zadanie, nawet w obliczu niepowodzeń po drodze do celu. Jednocześnie, na zasadzie sprzężenia zwrotnego, sukcesy zwiększają poczucie własnej skuteczności, co przynosi korzystne efekty nie tylko w ogólnym radzeniu sobie ze stresem, ale także z ciężką chorobą [20–24].

Naturalną konsekwencją zabiegu wyłonienia stomii jelitowej jest obniżenie jakości życia pacjentów, co zwrótnie może podwyższać poziom lęku i nasilać depresyjność [25–29]. Lęk i przygnębienie mogą przybierać formy jawne (płacz, skargi, pesymistyczne sądy), utajone (wrażające się symptomami fizycznymi, np. bólem) lub manifestować się innymi objawami pośrednimi (np. utrata zdolności cieszenia się, utrata zainteresowań, trudności w koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci). Lęk i przygnębienie są też ważnymi elementami psychologicznego przetworzenia choroby nowotworowej. Uczucia te nabierają szczególnie negatywnego znaczenia, gdy pogłębiają nieprzystosowanie chorego do danej sytuacji i przybierają kliniczne formy zaburzeń nerwicowych i depresji (z myślami samobójczymi, odmową podjęcia leczenia i współpracy z lekarzem) [31]. Pacjenci, u których wyłoniono stomię jelitową, nie zawsze jednak reagują depresją [31]. Zaburzenia adaptacyjne, a wśród nich depresyjność, mają charakter przejściowy i są wynikiem reakcji na trudną sytuację spowodowaną poważną diagnozą, leczeniem, operacją oraz wszystkimi jej konsekwencjami [32].

Charakter i poziom poczucia własnej skuteczności w stomii jelitowej, które są bezpośrednio związane z klimatem emocjonalnym osoby chorej (m.in. poziomu lęku i depresyjności), wydają się ważnymi czynnikami modyfikującymi przebieg procesu adaptacji pacjenta do choroby, jego samopoczucia, motywacji do leczenia i w efekcie skuteczności terapii.

Cele pracy

W niniejszej pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją różnice w poczuciu własnej skuteczności u mężczyzn i kobiet z wytonioną stomią jelitową?
2. Czy istnieje specyfika poczucia własnej skuteczności u pacjentów z wytonioną stomią jelitową w zakresie jej związków z wykształceniem, okresem, na jaki wytworzono stomię jelitową, oraz liczbą pobytów w szpitalu?
3. Czy istnieje specyfika poczucia własnej skuteczności u pacjentów z wytonioną stomią jelitową w zakresie jej związków z depresją i lękiem?

Materiał i metody

Materiał empiryczny uzyskano w wyniku badań przeprowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Specjalistycznego im. św. Wojciecha w Gdańsku oraz na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Szpitala Miejskiego im. J. Brudzińskiego w Gdyni od maja 2005 do marca 2006 r. Grupę eksperymentalną stanowili wyłącznie pacjenci po operacji chirurgicznej zakończonej wytworzeniem stomii jelitowej. Pacjentów badano w ostatnich dniach pobytu w szpitalu. Udział w badaniach był dobrowolny. Badanych podzielono na dwie grupy ze względu na płeć w celu uchwycenia specyfiki psychologicznych mechanizmów przystosowania do stomii. Grupa liczyła 65 osób – 28 kobiet i 37 mężczyzn. Średnia wieku dla kobiet wyniosła 68,4 roku, a dla mężczyzn 66,4 roku. Test

t-Studenta dla prób niezależnych nie wykazał istnienia istotnych różnic pomiędzy obiema grupami pod względem wieku [$t(66)=0,76$; $p=0,44$]. Poziom wykształcenia w badanej grupie przedstawiał się następująco: wykształcenie zawodowe – 41%, średnie – 28%, podstawowe – 22%, wyższe – 9%. Wśród ogółu badanych 56% pacjentów było hospitalizowanych po raz pierwszy, natomiast dla 44% osób był to kolejny pobyt w szpitalu w związku z zabiegiem chirurgicznym. Stomię jelitową wytworzono na stałe u 74% badanych, a tymczasowo u 26% osób.

W badaniu zastosowano kwestionariusz własnej konstrukcji, zawierający pytania dotyczące: płci, wieku, wykształcenia, okresu, na jaki wytworzono stomię jelitową, oraz liczby pobytów w szpitalu związanych z zabiegiem chirurgicznym.

Do oceny poczucia własnej skuteczności posłużono się *Skalą poczucia własnej skuteczności Sherera* [33]. Skala ta jest narzędziem zaprojektowanym do badania poczucia własnej skuteczności w obszarze dwóch czynników – ogólnego poczucia własnej skuteczności (OSES) oraz społecznego poczucia własnej skuteczności (SSES). Ogólne poczucie własnej skuteczności oddaje gotowość człowieka do rozpoczęcia zachowania, trwania w zachowaniu mimo pojawiających się trudności oraz zwiększania wysiłków służących zakończeniu zachowania. Wspomniana gotowość jest funkcją wcześniej doświadczonych sukcesów bądź porażek życiowych. Społeczne poczucie własnej skuteczności odwołuje się do tych samych procesów w odniesieniu do sytuacji kontaktu z innymi ludźmi. Przeprowadzona analiza rzetelności tej skali wykazała jej dużą

zgodność wewnętrzną. Współczynnik α Cronbacha wyniósł: OSES $\alpha = 0,87$; SSES $\alpha = 0,72$ [34].

Do oceny nasilenia symptomów depresji posłużyl *Inwentarz depresji Becka* (BDI) w tłumaczeniu polskim Parnowskiego i Jenajczyka. Polska wersja BDI w badaniach pilotażowych okazała się czułym narzędziem samooceny nastroju. Inwentarz jest powszechnie uznany za narzędzie trafnie i rzetelnie oceniające stan psychiczny pacjentów depresyjnych. Skala składa się z 21 punktów ocenianych 0–3. Osoby badane dokonują samoopisu, a ocena samopoczucia dotyczy minionego miesiąca [35, 36].

Do charakterystyki lęku zastosowano *Polski inwentarz stanu i cechy lęku* (ISCL). Niniejszy kwestionariusz jest adaptacją amerykańskiego testu *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) opracowanego przez Spielberga [37, 38]. Polską wersję opracowali Sosnowski i Wrześniewski [39–41]. Narzędzie pozwala na rozróżnienie i niezależny pomiar dwóch rodzajów lęku: lęku jako stanu, definiowanego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki, oraz lęku jako cechy, definiowanego jako względnie stała cecha osobowości. Pierwszy, odpowiedzialny za zmienność wyników z sytuacji na sytuację, to lęk-stan. Drugi, odpowiedzialny za różnice indywidualne, to lęk-cecha [42]. Według Spielberga lęk-stan charakteryzuje się subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie układu nerwowego. Lęk-cecha jest definiowany jako konstrukt teoretyczny oznaczający motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa [43]. Lęk jako cecha jest predyktorem dys-tresu, natomiast lęk jako stan jest odpowiedzią na stres [44].

Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono z użyciem pakietu SPSS. Zastosowano statystyki test t-Studenta i analizę czynnikową ANOVA.

Wyniki

1. Poczucie własnej skuteczności u kobiet i mężczyzn z wyłonioną stomią jelitową.

Nie wykazano istotnych różnic w poziomie poczucia własnej skuteczności między kobietami i mężczyznami (tab. 1).
2. Specyfika poczucia własnej skuteczności u pacjentów z wyłonioną stomią jelitową w zakresie jej związków z wykształceniem, okresem, na jaki wytworzono stomię jelitową oraz liczbą pobytów w szpitalu.

Nie wykazano istotnych różnic w poziomie poczucia własnej skuteczności u pacjentów o różnym poziomie wykształcenia. Zastosowana analiza dwuczynnikowa – płeć \times wykształcenie – nie ujawniła istotnych różnic [OSES:F (3,60)=0,71; $p=0,55$, oraz SSES:F (3,60)=0,29; $p=0,83$]. Osoby o podobnym wykształceniu, niezależnie od płci, miały podobne poczucie własnej skuteczności (tab. 2.).

Nie wykazano istotnych różnic w poziomie poczucia własnej skuteczności między osobami, u których wytworzono czasową bądź stałą stomię. Zastosowana analiza dwuczynnikowa – płeć \times okres stomii – nie ujawniła istotnych różnic [OSES: F(1,64)=3,06; $p=0,08$, oraz SSES:F (1,64)=2,97;

Tabela 1. Poczucie własnej skuteczności a płeć

Table 1. Self-efficacy and sex

Płeć	OSES – ogólne poczucie własnej skuteczności M \pm SD	SSES – społeczne poczucie własnej skuteczności M \pm SD
kobiety	59,34 \pm 12,93	22,69 \pm 3,15
mężczyźni	63,51 \pm 9,39	22,51 \pm 3,88
t(66)	-1,54	0,198
p	0,13	0,85

test t dla prób niezależnych

Tabela 2. Poczucie własnej skuteczności a poziom wykształcenia

Table 2. Self-efficacy and education

Wykształcenie	OSES – ogólne poczucie własnej skuteczności M \pm SD	SSES – społeczne poczucie własnej skuteczności M \pm SD
podstawowe	61,86 \pm 13,1	22,8 \pm 13,79
zawodowe	62,32 \pm 9,9	22,36 \pm 3,7
średnie	60,79 \pm 11,8	22,63 \pm 3,65
wyższe	61,67 \pm 12,1	23 \pm 5,9
F 3,64	0,07	0,07
p	0,98	0,97

analiza wariancji ANOVA

$p=0,09$]. Osoby o podobnym okresie zastosowania stomii jelitowej, niezależnie od płci, miały podobne poczucie własnej skuteczności (tab. 3).

Uzyskano istotnie wyższe wyniki społecznego poczucia własnej skuteczności u osób hospitalizowanych po raz pierwszy w porównaniu z tymi, które trafiły do szpitala po raz kolejny. Zastosowana analiza dwuczynnikowa – płęć \times pobyt w szpitalu – nie ujawniła istotnych różnic [OSES:F (1,64)=0,44; $p=0,51$, oraz SSES:F (1,64)=0,33; $p=0,57$]. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet osoby o tej samej liczbie hospitalizacji miały podobne społeczne poczucie własnej skuteczności (tab. 4.).

3. Specyfika poczucia własnej skuteczności u pacjentów z wyłonioną stomią jelitową w zakresie jej związków z depresją i lękiem.

W grupie badanych kobiet nie zarejestrowano korelacji między depresją a poczuciem własnej skuteczności, natomiast w grupie badanych mężczyzn depresja koreluje negatywnie ze społecznym poczuciem własnej skuteczności. Ujemna korelacja oznacza, że im większy poziom depresji wśród badanych mężczyzn, tym wykazują oni niższe społeczne poczucie własnej skuteczności (tab. 5.).

W grupie badanych kobiet nie zarejestrowano korelacji między lękiem a poczuciem własnej skuteczności, natomiast w grupie badanych mężczyzn uzyskano negatywne korelacje zarówno pomiędzy lękiem-cechą i lękiem-stanem a ogólnym (OSES) i społecznym (SSES) poczuciem własnej skuteczności.

Oznacza to, że mężczyźni wykazujący się wyższym natężeniem lęku w obu jego aspektach charakteryzowali się niższym ogólnym i społecznym poczuciem własnej skuteczności (tab. 6.).

Omówienie wyników

Przygnębienie oraz lęk są elementami klimatu emocjonalnego towarzyszącego stomii jelitowej i wpływają zwrótnie na przekonanie o istnieniu możliwości poradzenia sobie z chorobą. Poziom poczucia własnej skuteczności nie różni się jednak istotnie w grupie badanych kobiet i mężczyzn. Nie wykazano również istotnego związku między poczuciem własnej skuteczności a wykształceniem. Oznacza to, że zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn poziom wykształcenia nie wpływa na poczucie możliwości radzenia sobie z życiem w obliczu choroby. Zatem ani sprawności intelektualne, ani posiadana wiedza ogólna nie ułatwiają reinterpretacji zabiegu w taki sposób, by zachowanie życia traktować jako sukces, a nie koncentrować się na przeżyciach związanych z utratą kontroli nad funkcjami wydalania. Istotnego wpływu na poczucie własnej skuteczności i lepszą adaptację do choroby nie miał również okres, na jaki wyłoniono stomię jelitową. Wydaje się, że wyłonienie stomii jelitowej stanowi tak głęboką zmianę w postrzeganiu samego siebie i pociąga za sobą tak dezorganizujące zmiany w nawykach życiowych, że nawet krótki czas trwania tych zmian nie jest postrzegany jako element procesu terapeutycznego prowadzący do dobrego funkcjonowania. Można przypuszczać, że nawet epizodyczny charakter tych zmian pozostawia trwałe przekonanie o możliwości utraty kontroli nad podstawowymi funkcjami życiowymi.

Tabela 3. Poczucie własnej skuteczności a okres, na jaki wytworzono stomię jelitową

Table 3. Self-efficacy and period of time the colostomy has been created

Okres, na jaki wytworzono stomię jelitową	OSES – ogólne poczucie własnej skuteczności M \pm SD	SSES – społeczne poczucie własnej skuteczności M \pm SD
stały	61,78 \pm 10,38	22,36 \pm 3,67
czasowy	61,61 \pm 13,36	22,32 \pm 3,79
t(66)	0,05	-0,85
p	0,96	0,4

test t dla prób niezależnych

Tabela 4. Poczucie własnej skuteczności a liczba pobyków w szpitalu

Table 4. Self-efficacy and the number of hospitalizations patient took part

Pobyt w szpitalu	OSES – ogólne poczucie własnej skuteczności M \pm SD	SSES – społeczne poczucie własnej skuteczności M \pm SD
pierwszy	63,44 \pm 11,67	22,39 \pm 3,48
kolejny	59,56 \pm 10,21	21,56 \pm 3,78
t(66)	1,43	2,08
p	0,16	0,04

test t dla prób niezależnych

Tabela 5. Poczucie własnej skuteczności a depresja

Table 5. Self-efficacy and depression

Depresja		OSES – ogólne poczucie własnej skuteczności	SSES – społeczne poczucie własnej skuteczności
kobiety	r	-0,02	0,03
	p	0,92	0,87
mężczyźni	r	-0,21	-0,33
	p	0,2	0,04

r – współczynnik korelacji Pearsona

Tabela 6. Związki poczucia własnej skuteczności z lękiem

Table 6. Self-efficacy and anxiety

SES	lęk	OSES – ogólne poczucie własnej skuteczności M \pm SD		SSES – społeczne poczucie własnej skuteczności M \pm SD	
		lęk-cecha	lęk-stan	lęk-cecha	lęk-stan
kobiety	r	-0,36	-0,19	-0,34	-0,34
	p	0,06	0,33	0,07	0,07
mężczyźni	r	-0,49	-0,38	-0,74	-0,58
	p	0,001	0,02	0,0001	0,0001

r – współczynnik korelacji Pearsona

Istotnym doświadczeniem życiowym modyfikującym poziom poczucia własnej skuteczności jest liczba hospitalizacji. Ponowna konieczność zastosowania tej metody terapeutycznej obniża społeczne poczucie własnej skuteczności

(SSES). Można przypuszczać, że wraz z kolejnymi pobytami w szpitalu pogłębia się u pacjentów poczucie trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi i trwania w nich. Można przypuszczać, że w konsekwencji nie komunikują oni swoich potrzeb innym ludziom i w ten sposób ograniczają możliwość uzyskiwania wsparcia społecznego. Powtarzające się, nieskuteczne zabiegi mogą być przez nich interpretowane jako rzeczywisty brak możliwości terapeutycznych, a w konsekwencji przybliżanie konfrontacji pacjenta z utratą życia. Jest to zgodne z innymi doniesieniami na temat emocjonalnej reakcji na zabiegi chirurgiczne w chorobach nowotworowych. W kolejnych nawrotach choroby lub też w związku z koniecznością powtórzenia niektórych metod leczenia, życie psychiczne pacjentów zdominowane jest przez emocje negatywne w postaci przygnębienia przyjmującego kliniczne cechy depresji.

W grupie mężczyzn po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej zaobserwowano związek pomiędzy nasileniem depresji a społecznym poczuciem własnej skuteczności. W tej grupie obniżeniu nastroju towarzyszył niższy poziom poczucia własnej skuteczności w kontaktach z innymi ludźmi. Dodatkowo wykazano, że w grupie badanych mężczyzn lęk w obu jego aspektach istotnie wpływał na poczucie własnej skuteczności. Mężczyźni, którzy mają tendencję do obniżonego nastroju, reagowania lękiem na różne sytuacje życiowe (lęk-cecha) i przeżywający podwyższony poziom lęku po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej (lęk-stan), wykazują niższy poziom poczucia własnej skuteczności wobec zadań życiowych i w kontaktach z ludźmi. Można przypuszczać, że tacy mężczyźni będą mniej zmotywowani do leczenia i gorzej poradzą sobie z ewentualnymi porażkami terapeutycznymi.

Na podstawie opisanych wyników konieczna wydaje się praca terapeutyczna z pacjentami, zorientowana na przeformułowanie znaczenia zabiegu – z poczucia straty (zdrowia i innych wartości) na wyzwanie (szansę na zachowanie życia). Nasilająca się depresja i lęk obniżają możliwości odpornościowe organizmu. Mężczyźni z wyłonioną stomią jelitową, doświadczający intensywnych objawów depresyjnych i lękowych, są realnie zagrożeni pojawieniem się powikłań w procesie rehabilitacji, a także obniżeniem motywacji do terapii i wiary w jej sukces.

Interesującym wydaje się fakt, że poczucie własnej skuteczności w relacjach z innymi ludźmi obniża się zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet z wyłonioną stomią jelitową w konsekwencji kolejnych hospitalizacji. Natomiast jedynie u mężczyzn poczucie skuteczności w relacjach z innymi ludźmi obniża się wraz z nasileniem zarówno objawów lękowych, jak również depresyjnych. Poczucie własnej skuteczności wobec zadań życiowych maleje u tych mężczyzn jedynie w odpowiedzi na nasilenie się depresyjności.

Wydaje się wobec tego, że obniżeniu poczucia własnej skuteczności u pacjentów nowotworowych, a zwłaszcza u mężczyzn, i jego somatycznym konsekwencjom w praktyce klinicznej może być przypisywane niedostateczne znaczenie. Poczucie własnej skuteczności u mężczyzn wydaje się być bardziej modyfikowane przez depresyjność i lękowość, a zatem tego rodzaju reakcje emocjonalne powinny w tej grupie stanowić szczególny punkt programów terapeutycznych.

Wnioski

1. Pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej nie różnią się istotnie poziomem poczucia własnej skuteczności ze względu na płeć.
2. Pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej nie różnią się istotnie poziomem poczucia własnej skuteczności ze względu na wykształcenie, jak również ze względu na okres wyłonienia stomii jelitowej. Istotnym czynnikiem modyfikującym poziom społecznego poczucia własnej skuteczności jest liczba hospitalizacji. Wraz z kolejnymi pobytami w szpitalu pacjenci są mniej gotowi do podejmowania nowych kontaktów z innymi ludźmi i podtrzymywania ich.
3. Mężczyźni, którzy mają tendencję do obniżonego nastroju, reagowania lękiem na różne sytuacje życiowe (lęk-cecha) i przeżywający podwyższony poziom lęku po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej (lęk-stan), wykazują niższy poziom poczucia własnej skuteczności na poziomie ogólnym i społecznym. Można przypuszczać, że mężczyźni ci będą realnie zagrożeni pojawieniem się powikłań w procesie rehabilitacji, a także obniżeniem motywacji do terapii i wiary w jej sukces.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W, Zatoński WA. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2000 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2003.
2. Bazaliński D, Barańska B, Cipora E. Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności. *Medycyna Rodzinna* 2006; 9: 58-63.
3. Trzciniński R, Biskup-Wróblewska A, Dziki A. Emotional problems of stoma patients. *Proktologia* 2005; 6: 299-306.
4. Biercewicz M. Psychologiczne następstwa stomii. *Pielęg Położ* 2000; 42: 23.
5. Ponczek D, Nowicki A. Rak odbytnicy a jakość życia po operacji. *Współcz Onkol* 2004; 8: 153-9.
6. Huffman J. Living with limitations. *Geriatric Nursing* 1983; 4: 107-8.
7. Burch J. Psychological problems and stomas: a rough guide for community nurses. *Br J Community Nurs* 2005; 10: 224-7.
8. Turnbull GB. Sexual counseling: The forgotten aspect of ostomy rehabilitation. *J Sex Educ Ther* 2001; 26: 189.
9. Wiraszka G, Wrońska I. Jakość życia chorych ze stomią. *Pielęg Położ* 2003; 45: 4-6.
10. Black PK. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *Br J Nurs* 2004; 13: 692-7.
11. Biercewicz M. Stomia jako trudny problem życiowy. *Pielęg Położ* 2002; 1: 87-94.
12. Krasuska ME, Turnowski K. Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym. NeuroCentrum, Lublin 1996.
13. Glińska J, Hebda A, Dziki A. Impact of nursing care on the quality of life of patients with an enteric stoma. *Proktologia* 2005; 6: 232-9.
14. Majkovicz M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, Gdańsk 2005; 35 (2).
15. de Gouveia Santos VL, Chaves EC, Kimura M. Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2006; 33: 503-9.
16. Lazarus RS. Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne* 1986; 3-4: 2-39.
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. Springer-Verlag, New York 1984.
18. Bandura A. Self-efficacy. In: Encyclopedia of human behavior. Ramachaudran VS (ed.). Academic Press, New York 1994; 4: 71-81.
19. Oleś PK. Wprowadzenie do psychologii osobowości. Scholar, Warszawa 2003.

20. Bandura A. Self-efficacy: mechanism in human agency. *Am Psychol* 1982; 37: 122-47.
21. Lam WW, Fielding R. Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast cancer? *Psychooncology* 2007; 16: 651-9.
22. Kreitler S, Peleg D, Ehrenfeld M. Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16: 329-41.
23. Collie K, Wong P, Tilston J, Butler LD, Turner-Cobb J, Kreshka MA, Parsons R, Graddy K, Cheasty JD, Koopman C. Self-efficacy, coping, and difficulties interacting with health care professionals among women living with breast cancer in rural communities. *Psychooncology* 2005; 14: 901-12.
24. Dunn S. Self-efficacy, coping, and difficulties interacting with health care professionals among women living with breast cancer in rural communities. *Psychooncology* 2005; 14: 913-4.
25. Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT, Cieżniakowska K, Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współcz Onkol* 2007; 11: 17-25.
26. Jankowski M, Banaszekiewicz Z, Jawień A. Jakość życia osób ze stomią. *Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk* 2004; 9: 124-7.
27. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współcz Onkol* 2005; 9: 396-403.
28. Burckhardt CS. The ostomy adjustment scale: further evidence of reliability and validity. *Rehabil Psychol* 1990; 35: 149-55.
29. Podgórska-Kowalczyk D. Ocena jakości życia chorego ze sztucznym odbytem brzuszny na podstawie wybranych czynników obiektywnych i subiektywnych. *Zdr Publ* 2005; 115: 151-4.
30. Wrońska I, Wiraszka G, Stępień R. Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego i sutka. *Psychooncologia* 2003; 7: 51-6.
31. Fryc-Martyńska J. Wsparcie społeczne jako forma pomocy w procesie zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. *Psychooncologia* 1997; 1: 99.
32. De Walden-Gatuszko K. Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
33. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The Self-Efficacy Scale: construction and validation. *Psychological Reports* 1982; 51: 663-7.
34. Bosscher RJ, Smit JH. Confirmatory factor analysis of the General Self-Efficacy Scale. *Behav Res Ther* 1998; 36: 339-43.
35. Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr Pol* 1977; 11: 417-21.
36. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
37. Spielberger CD. Anxiety: state-trait-process. In: *Stress and Anxiety*. Spielberger CD, Sarason IG (ed.). Hemisphere Wiley, Washington 1975.
38. Spielberger CD. Bibliography of research with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). University of South Florida Tampa, Florida 1979.
39. Sosnowski T. Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu CD Spielbergera. *Przegląd Psychologiczny* 1977; 2: 349-60.
40. Sosnowski T, Wrześniewski K. Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny* 1983; 26: 393-412.
41. Wrześniewski K, Sosnowski T. Inwentarz Stanu i Cechu Lęku /ISCL/ (polska adaptacja STAI). Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1987.
42. Cattell RB. Anxiety and motivation: theory and crucial experiments. In: *Anxiety and Behavior*. Spielberger CD (ed.). Academic Press, New York 1996.
43. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. In: *Anxiety and Behavior*. Spielberger CD (ed.). Academic Press, New York 1996.
44. Stewart SM, Lam TH, Betson C, Wong CM. A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. *Med Educ* 1999; 33: 243-50.

Adres do korespondencji

mgr **Bożena Gapińska**
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital Specjalistyczny im. Św. Wojciecha – Adalberta
ul. Jana Pawła II 50
80-462 Gdańsk