Współczesna Onkologia (2008) vol. 12; 5 (228–233)

# Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego

*Life orientation and social support in patients with colostomy for colorectal cancer*

**Krystyna Kurowska, Hanna Kościelna**

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Poczucie koherencji (SOC) jest konstruktem wyjaśniającym związek wsparcia ze zdrowiem. Wysokie SOC daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność – co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować. Innym z istotnych zasobów zewnętrznych mających wpływ na stan zdrowia jest wsparcie społeczne. Celem pracy było zbadanie SOC oraz poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego, jako wykładnika ich powrotu do optymalnego stanu zdrowia. Przebadano 47 osób podczas okresowych spotkań Polskiego Towarzystwa Opieki nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO) w Szpitalu Wojewódzkim w Bydgoszczy. Poczucie koherencji ocenione było za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29, a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmiecik-Baran. Populacja charakteryzuje się znacznie obniżonym poziomem SOC i jego składowymi oraz różnym stopniem otrzymywanego wsparcia o charakterze emocjonalnym. Istnieje potrzeba podjęcia działań ze strony zespołu terapeutycznego o charakterze wspierająco-edukacyjnym, dostosowanych do poziomu i sytuacji życiowej chorych. Interwencja ta powinna przyczynić się do podwyższenia SOC i pozytywnie wpłynąć na zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego, tak aby chory przesunął się bliżej bieguna *zdrowie*.

**Słowa kluczowe:** rak jelita grubego, kolostomia, wsparcie społeczne, poczucie koherencji (SOC).

## Wstęp

Rak jelita grubego stanowi jedną z głównych przyczyn wykonywania zabiegów wytwarzania odbytu brzusznego. W populacji krajów europejskich, a także w Polsce, zajmuje on drugie miejsce pod względem zapadalności na nowotwory złośliwe, a ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wzrasta u osób po 50. roku życia [1]. Na podstawie piśmiennictwa wiadomo, że posiadanie kolostomii stanowi duże obciążenie psychiczne dla chorego i jest jednym z najbardziej stresogennych czynników, negatywnie wpływających na jakość życia [2, 3]. Koncepcja salutogenezy Antonovsky'ego zawiera pytanie o czynniki, dzięki którym człowiek pomimo wszelkich obciążeń szybko powraca do zdrowia lub przystosowuje się do życia z chorobą. To właśnie globalne poczucie koherencji umożliwia wykorzystanie właściwych w danej sytuacji zasobów przydatnych do walki ze stresorami [4]. Jednym z zasobów, od którego zależy radzenie sobie ze stresem, jest wsparcie społeczne [5]. Antonovsky zauważył związek pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a zdrowiem. Przedstawiona przez niego koncepcja salutogenezy pozwala człowiekowi na odbiór zjawisk, które go otaczają w sposób zrozumiały, sensowny oraz dający się kontrolować. Według badacza, SOC – a zwłaszcza jego nasilenie – jest głównym czynnikiem psychologicznym odpowiedzialnym za występowanie zdrowia lub choroby. Antonovsky stwierdza, że osoby, które odznaczają się silnym SOC, lepiej potrafią uruchomić potencjalne zasoby odpornościowe niż osoby cechujące się niskim poziomem tej zmiennej. Osoby mające silne SOC same dobierają odpowiednią i najlepszą dla nich, ich zdaniem, metodę walki ze stresem, która będzie koncentrować się na problemie, natomiast ludzie o słabym SOC częściej uruchamiają mechanizmy obronne, które zniekształcają obiektywny i prawdziwy odbiór rzeczywistości, a także dążą do unikania konfrontacji ze stresorem [4, 6]. Podkreśla się również związek istniejący pomiędzy odpornością na stres a wsparciem społecznym, a co za tym idzie – wskazuje się na pozytywny, emocjonalny kontakt z innymi ludźmi, który pozwala cieszyć się dłuższym i szczęśliwszym życiem [7]. Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz zakresu otrzymywanego wsparcia społecznego osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego, jako wykładnika ich powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

## Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem raka jelita grubego. Badania przeprowadzono w okresie od września 2007 r. do marca 2008 r. w grupie 47 osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego, podczas okresowych spotkań Polskiego Towarzystwa Opieki Nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO) w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. J. Biziela, za zgodą Komisji Bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/359/2007). Przepro-

The concept of sense of coherence (SOC) seeks to explain the relationship between support and health. Another important resource which directly influences patients' health is social support. Sense of coherence (SOC) is a factor influencing the ability to cope with stress. The aim of the study was to estimate the level of SOC and coping styles in people with colostomy for colorectal cancer. The study included 47 people who took part in a periodic meeting of POL-ILKO, the Polish Ostomy Association, in Voivodship Hospital, Bydgoszcz. The SOC level was assessed using Antonovsky's SOC-29 questionnaire and social support was measured using the Kmiecik-Baran scale. The population has lowered levels of SOC and its components and receives different amounts of emotional support. There is a need for the therapeutic team's supportive and educational actions adjusted to the life situation of a patient. Such actions should help increase the level of SOC and positively influence the level of satisfaction with the amount of social support the patient receives, which in turn will provide better convalescence.

**Key words:** colorectal cancer, colostomy, social support, sense of coherence (SOC).

wadzając badania, wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego, skalę wsparcia społecznego Kmiecik-Baran oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p<0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTIKA 6.0.

## Wyniki

Z analizy danych wynika, że średni wiek pacjentów wynosił 67,21 roku (40.–87. roku życia). Odchylenie standardowe równe 10 informuje o tym, że przeciętnie chorzy pochodzili z grupy wiekowej między 57. a 77. rokiem życia. Długość życia z wyłonioną kolostomią wynosiła średnio 11,64 roku. Najkrótszy czas życia z kolostomią równy był 1,2 roku, natomiast najdłuższy 20 lat. Jeśli chodzi o odchylenie standardowe, było ono równe 8,51 – w związku z czym wnioskuje się, że przeciętny czas życia chorych z odbytem brzusznym zawierał się miedzy 3 a 19 laty. Grupę badawczą tworzyły 22 (46,8%) kobiety i 25 (53,19%) mężczyzn. Osoby stanu wolnego (panny i kawalerowie) stanowiły najmniejszą grupę – 4,25%, najwięcej, bo 65% ogółu badanych pozostawało w związku małżeńskim, stosunkowo liczna – 30-procentowa – była grupa owdowiałych. Wykształcenie zawodowe oraz średnie miało po 29,78% badanych, wyższe 25%, natomiast 7 osób podstawowe (14,89%). Rozkład osób wykonujących pracę fizyczną oraz umysłową był bardzo zbliżony, odpowiednio po 21 i 20 osób. Oznacza to, że 44,68% badanych wykonywało lub wykonuje pracę fizyczną, a 42,55% pracę umysłową. Jedynie 12,76% połączyło oba rodzaje zatrudnienia. Większość pochodzi z miasta (74,46%), na wsi zamieszkuje niespełna co czwarta osoba (25,53%). Najczęściej badani zamieszkują wraz z małżonkiem (44,68%). Druga pod względem liczności grupa (29,78%) to pacjenci, którzy zamieszkują samotnie. Prawdopodobnie jest to część populacji, która deklarowała wdowieństwo. W następnej kolejności są osoby zamieszkujące z małżonkiem i własnymi dziećmi (17,02%). Pozostałe przypadki dotyczą zamieszkiwania w domu pomocy społecznej, z dzieckiem oraz w innych sytuacjach. Obejmują one łącznie niespełna 10% badanych, a każda z tych sytuacji nie przekracza 5%. Najczęstszym źródłem utrzymania była emerytura (70,21%), z renty utrzymywało się 21,27%, a 8,51% z pracy zawodowej. Złą sytuację materialną deklarowało 6,38% badanych. Najwięcej, bo aż 57,44%, osób oceniło ją jako dostateczną, niemal 32% stwierdziło, że ich sytuacja materialna jest dobra, a tylko 2 (4,25%) osoby oceniły ją jako bardzo dobrą.

Ocenie poddano poziom SOC i jego składowe (tab. 1.). Z otrzymanych danych wynika, że poziom poczucia zrozumienia u pacjentów z kolostomią wynosił przeciętnie 45 pkt. Minimalny wynik, jaki uzyskali badani, wynosił 23, natomiast maksymalny 56 pkt. Odchylenie standardowe równe 7 przekracza 15% średniej arytmetycznej, dlatego można stwierdzić, że zrozumienie jest podskalą SOC, która w zdecydowany sposób różni badanych. Jeśli chodzi o zaradność, to utrzymuje się ona średnio na poziomie 38,23 pkt, minimalny wynik to 23, natomiast maksymalny 53 pkt. Odchylenie standardowe rów-

**Tabela 1.** Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) i jego składowych
***Table 1.*** *Descriptive statistics of the levels of SOC and its components*

| Składowe SOC | N ważnych | Średnia | Minimum | Maksimum | Odchylenie standardowe |
|---|---|---|---|---|---|
| zrozumienie | 47 | 45,0426 | 23,00000 | 56,0000 | 7,31276 |
| zaradność | 47 | 38,2340 | 23,00000 | 53,0000 | 5,22624 |
| sensowność | 47 | 30,2553 | 23,00000 | 38,0000 | 3,63239 |
| SOC globalne | 47 | 113,5319 | 77,00000 | 129,0000 | 11,18588 |

**Tabela 2.** Statystyki opisowe wsparcia społecznego
***Table 2.*** *Descriptive statistics of the social support*

| Typ wsparcia | N ważnych | Średnia | Minimum | Maksimum | Odchylenie standardowe |
|---|---|---|---|---|---|
| wartościujące | 47 | 19,40426 | 12,00000 | 26,00000 | 2,731933 |
| emocjonalne | 47 | 19,80851 | 11,00000 | 27,00000 | 3,768510 |
| informacyjne | 47 | 20,44681 | 12,00000 | 26,00000 | 2,788240 |
| instrumentalne | 47 | 19,44681 | 13,00000 | 27,00000 | 2,263208 |

**Tabela 3.** Związek pomiędzy poczuciem koherencji a wsparciem społecznym
***Table 3.*** *Relationship between the SOC level and social support*

| Składowe SOC | Typ wsparcia | | | |
|---|---|---|---|---|
| | wartościujące | emocjonalne | informacyjne | instrumentalne |
| zrozumienie | 0,01 | –0,12 | 0,00 | 0,35* |
| zaradność | 0,18 | 0,26 | 0,08 | 0,15 |
| sensowność | 0,28 | 0,18 | 0,14 | 0,28 |
| SOC globalne | 0,18 | 0,10 | 0,08 | 0,39* |

** p<0,05*

ne 5,22 pkt oscyluje w granicach 15% średniej arytmetycznej, co oznacza, że badanych różnicuje zaradność. Z kolei sensowność w badanej populacji jest najniższa, ponieważ wynosi średnio 30,25 pkt. Jest to zrozumiałe, gdyż w kwestionariuszu najmniej pytań odnosi się do tej składowej poczucia koherencji. Minimalny wynik wynosi 23, a maksymalny 38 pkt. Zróżnicowanie jest zdecydowanie mniejsze niż w przypadku pozostałych składowych SOC, osiąga ono jedynie wartość równą 3,63 pkt i stanowi nieco ponad 10% średniej. Na podstawie powyższej analizy można stwierdzić, że badani różnią się zrozumieniem i zaradnością, lecz nie różnią się sensownością. Natomiast globalny poziom SOC, wynoszący przeciętnie 113,53 pkt, stanowi wynik niższy niż normatywny określony przez Antonovsky'ego (133–160 pkt) [4]. Minimalny wynik osiągnął wartość 77 pkt i był znacznie obniżony w stosunku do normy. Z kolei maksymalny wynik, wynoszący 129 pkt nie mieści się w zakresie wyników przeciętnych. Uzyskane dane pozwalają na stwierdzenie, że ankietowani mają bardzo obniżony poziom SOC. Odchylenie standardowe utrzymujące się na poziomie 11,18 pkt wskazuje, że badani nie różnią się globalnym SOC. Chorzy z wyłonioną kolostomią różnią się od siebie zaradnością i zrozumieniem, natomiast nie różnią się sensownością oraz globalnym poczuciem koherencji.

Wyróżnione w tab. 2. typy wsparcia społecznego należą do typów uwzględnionych w kwestionariuszu Kmiecik-Baran badającym wsparcie społeczne. Najwyższym poziomem wsparcia, jaki otrzymali pacjenci z kolostomią, było wsparcie informacyjne (20,44 pkt). Pozostałe typy wsparcia osiągnęły bardzo zbliżony poziom i przyjęły wartość między 19,4 a 19,8 pkt. Jeśli chodzi o wsparcie wartościujące, to minimalny wynik wynosił 12, natomiast maksymalny 26 pkt. Odchylenie standardowe wynosiło 2,73 pkt, czyli nie przekracza ono 15% średniej arytmetycznej. W związku z tym nie można stwierdzić, że badani różnią się otrzymywanym wsparciem wartościującym. Wsparcie emocjonalne było tylko nieco wyższe od wsparcia wartościującego, gdyż średni wynik wynosił 19,80 pkt, minimalny 11, a maksymalny 27. Odchylenie standardowe równe 3,76 pkt przekraczało 15% średniej arytmetycznej, co oznacza, że badani w istotny sposób różnili się między sobą w zakresie wsparcia emocjonalnego. Wsparcie informacyjne osiągnęło najwyższy wynik 20,44 pkt, gdzie minimalny wynik wynosił 12, maksymalny wynik 26, a odchylenie standardowe 2,78 pkt. Odchylenie standardowe nieprzekraczające 15% średniej informuje o tym, iż badani również nie różnili się otrzymywanym wsparciem informacyjnym. W przypadku wsparcia instrumentalnego średnia arytmetyczna osiągnęła wartość 19,44 pkt, minimalny wynik 13, a wynik maksymalny 27. Odchylenie standardowe równe 2,26 pkt było najmniejsze w porównaniu z pozostałymi typami wsparcia i również nie przekraczało 15% średniej. Na tej podstawie wnioskuje się, że chorzy z kolostomią nie różnią się między sobą otrzymywanym wsparciem instrumentalnym. Tylko wsparcie emocjonalne w istotny sposób ich różnicuje. Pozostałe typy wsparcia nie różnicują badanych między sobą.

Dalszej analizie poddano związek pomiędzy poziomem SOC i jego składowymi a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z wyłonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego (tab. 3.). Każdy z typów wsparcia społecznego skorelowany został z podskalami poczucia koherencji oraz globalnym SOC. Wsparcie wartościujące nie jest związane w sposób istotny statystycznie z SOC, aczkolwiek wszystkie współczynniki, nawet jeśli nie były istotne statystycznie, miały *pozytywny kierunek*. Oznacza to, że im wyższe było wsparcie wartościujące, tym wyższe były podskale SOC i poziom poczucia koherencji. W przypadku wsparcia emocjonalnego również nie występuje związek istotny statystycznie. Pozytywny związek zachodzi pomiędzy zaradnością, sensownością, SOC globalnym a wsparciem emocjonalnym. Przeciwny związek występuje ze zrozumieniem, tzn. im wyższy poziom wsparcia emocjonalnego, tym mniejsze jest zrozumienie u badanych. Z kolei w zakresie wsparcia informacyjnego również nie występują istotne staty-

stycznie korelacje. Zachodzące związki mają charakter pozytywny, co oznacza, że im wyższe jest SOC, tym więcej wsparcia informacyjnego otrzymują ankietowani. Istotne statystycznie korelacje widoczne są dla wsparcia instrumentalnego. Ten typ wsparcia w sposób istotny statystycznie jest związany ze zrozumieniem na poziomie p<0,35, co informuje o przeciętnej sile związku. Jest to związek zgodny, czyli im wyższe zrozumienie, tym więcej wsparcia instrumentalnego otrzymują badani. Wsparcie instrumentalne również jest związane w sposób istotny statystycznie z SOC globalnym, a siła związku okazała się przeciętna z kierunkiem zgodnym. Świadczy to o tym, że im więcej wsparcia instrumentalnego otrzymywali chorzy, tym wyższy był u nich poziom globalnego SOC. Pomimo że podskala zaradności i sensowności nie miała istotnych statystycznie związków ze wsparciem instrumentalnym, to były one prawidłowe. Oznacza to, że im wyższy był poziom zaradności i sensowności u badanych, tym więcej otrzymywali oni wsparcia informacyjnego. Zaobserwowano istotne statystycznie związki pomiędzy zrozumieniem oraz globalnym SOC a otrzymywanym wsparciem instrumentalnym. Natomiast w przypadku pozostałych typów wsparcia społecznego nie dostrzeżono istotnych statystycznie korelacji. Z uwagi na fakt, że siły związków były prawidłowe, przypuszcza się, że zwiększenie liczebności grupy badawczej pozwoliłoby wykazać związki istotne statystycznie.

Z analizy danych demograficznych, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wynika, że nie zachodzą żadne istotne statystycznie różnice pomiędzy poziomem zrozumienia, zaradności, sensowności, globalnym SOC, a także pomiędzy wsparciem wartościującym, emocjonalnym, informacyjnym oraz instrumentalnym ze względu na płeć. Istnieje istotna statystycznie różnica ze względu na wiek w zakresie wsparcia wartościującego (F=2,7108; p<0,0116), natomiast nie można stwierdzić, że wiek w jakikolwiek sposób różnicuje poziom globalnego SOC, czy którąś z podskal SOC. Jest to zgodne z teorią Antonovsky'ego, który głosi, iż poczucie koherencji nie ulega zmianie wraz z wiekiem [4]. Wiek nie różnicował również wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego. Korelacja pomiędzy wsparciem wartościującym a wiekiem (r=–0,17; p>0,05) jest słaba, nieistotna, o znaku przeciwnym, co oznacza, że im osoba badana jest starsza, tym mniej wsparcia wartościującego otrzymuje. Jednak ze względu na fakt, że siła związku jest duża, można wywnioskować, że zależność ta nie jest liniowa, a więc podlega dość dużym zmianom. Okazuje się, że stan cywilny nie jest zmienną, która różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych. Wykształcenie stanowi czynnik różnicujący jedynie dla wsparcia informacyjnego (F=5,1442; p<0,0039). Nie różnicuje natomiast globalnego SOC i jego składowych ani innych typów wsparcia, poza wsparciem informacyjnym. Badani z wykształceniem podstawowym odznaczali się najniższym poziomem otrzymywanego wsparcia informacyjnego (18), natomiast osoby mające wykształcenie zawodowe (22) deklarowały najwyższy jego poziom. W grupie ankietowanych legitymujących się wykształceniem średnim poziom wsparcia informacyjnego uległ obniżeniu (19,50). Podobny poziom wsparcia informacyjnego od osób z wykształceniem zawodowym otrzymywali chorzy mający wyższe wykształcenie (21,16). Podsumowując, można przypuszczać, że im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższe będą wartości wsparcia informacyjnego. Najmniej wsparcia informacyjnego doznają badani z wykształceniem podstawowym. Praca zawodowa, miejsce zamieszkania, zamieszkiwanie z określoną osobą, źródło utrzymania, sytuacja materialna w żaden sposób nie różnicują poziomu SOC oraz typów wsparcia społecznego. Główne schorzenie nie jest istotnym statystycznie czynnikiem różnicującym SOC, jak również jego składowe ani poszczególne typy wsparcia. Jednakże w przypadku wsparcia wartościującego jest ono na granicy istotności statystycznej (F=1,9562; p<0,0607), co można określić jako trend statystyczny. Długość życia chorego z kolostomią nie jest zmienną różnicującą, choć w przypadku zaradności również zaobserwowano trend statystyczny (F=1,9830; p<0,0697). Nie zaobserwowano zróżnicowania w zakresie związku zachodzącego pomiędzy oceną stanu zdrowia dokonaną przez chorego a globalnym SOC oraz poszczególnymi rodzajami wsparcia społecznego. Odpowiedzi badanych na pytanie: *Jaki poziom uciążliwości w życiu codziennym występuje u Pana/Pani z powodu kolostomii?* były skalowane 0–10 (gdzie 0 – nie ma uciążliwości, 10 – maksymalna uciążliwość), dlatego nie wykryto różnic istotnych statystycznie w zakresie SOC oraz poziomu doznawanego wsparcia. W przypadku zaradności pojawiła się jedynie różnica na poziomie trendu statystycznego (F=2,0396; p<0,0675). Poziom odczuwanego bólu nie jest zmienną, która różnicuje poziom SOC, natomiast różnicuje w sposób istotny statystycznie wsparcie emocjonalne (F=3,0526; p<0,0094). Bardzo często chorzy, którzy nisko oceniali poziom odczuwanego bólu (I°), cechowali się wysokim poziomem wsparcia emocjonalnego (22,25), natomiast osoby, które wyżej oceniały poziom doznawanego bólu (V°–VII°), otrzymywały zdecydowanie mniej wsparcia emocjonalnego (11,50).

Zaobserwowano wśród badanych istotne statystycznie różnice dotyczące związku poziomu zrozumienia (F=9,0349; p<0,0005), zaradności (F=3,9020; p<0,0275), globalnego SOC (F=6,4565; p<0,0034) z jakością kontaktów społecznych po wyłonieniu kolostomii. Osoby, które stwierdziły, że ich kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii uległy pogorszeniu, cechowały się najniższym poziomem zrozumienia (35,85), natomiast badani, którzy zdeklarowali, że ich kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii nie zmieniły się, odznaczały się zdecydowanie najwyższym poziomem zrozumienia (46,76). Badani, których kontakty społeczne uległy pogorszeniu, odznaczali się najniższym poziomem zaradności (35,57), natomiast nieco wyższy poziom zaradności dotyczył chorych, których kontakty społeczne nie zmieniły się (42,00). Zdecydowanie najwyższym poziomem zaradności cechowali się ankietowani, którzy oznajmili, że ich kontakty społeczne po wytworzeniu kolostomii poprawiły się (46,76). Osoby, których kontakty społeczne pogorszyły się, cechowały się najniższym SOC globalnym (101,85), natomiast nieco wyższy SOC globalny mieli badani, których kontakty społeczne nie uległy zmianie (115,23). Zdecydowanie najwyższy poziom SOC globalnego mieli chorzy, których kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii poprawiły się (129). Osoby, które liczą na pomoc małżonka w trudnych sytuacjach, nie różnią się poziomem poczucia koherencji oraz doznawanymi rodzajami wsparcia społecznego. Badani, którzy nie liczą na pomoc własnych dzieci w trudnych sytuacjach, charakteryzują się wyższym poziomem sensowności niż osoby, które oczekują na ową pomoc

(F=10,443; p<0,0023). Natomiast osoby oczekujące pomocy ze strony dalszej rodziny, przyjaciół, znajomych, czy sąsiadów lub też innych osób niż wymienione, nie różnią się istotnie między sobą globalnym SOC i jego składowymi ani też otrzymywanym rodzajem wsparcia społecznego. Poziom otrzymywanego wsparcia różnicował poziom zaradności (F=2,8045; p<0,0376) oraz doznawanego wsparcia informacyjnego (F=2,8990; p<0,0331). Zależność ta przedstawiała się następująco – im mniej wsparcia otrzymywał chory z kolostomią, tym miał on niższy poziom zaradności (35,25). Jednocześnie osoby, które otrzymywały niedostateczne wsparcie, cechowały się najwyższym poziomem zaradności (45,66). W pozostałych przypadkach im wyższy był poziom wsparcia, tym wyższy poziom zaradności występował wśród ankietowanych. W przypadku wsparcia informacyjnego można zauważyć, że badani, którzy wcale nie otrzymywali wsparcia, doznawali bardzo mało wsparcia informacyjnego (18,25), natomiast było ono zdecydowanie wyższe w pozostałych grupach badanych. Chęć otrzymywania wsparcia społecznego przez chorych z kolostomią w żaden sposób nie różnicuje ich pod względem poziomu SOC, jak również rodzajów otrzymywanego wsparcia społecznego.

## Omówienie wyników

Z przeprowadzonych analiz wynika, że chorzy z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego cechują się bardzo niskim poziomem SOC (113,53), który jest znacznie niższy niż wartości normatywne podane przez Antonovsky'ego (133–160) [4]. Nie uzyskano istotnych statystycznie różnic w zakresie globalnego SOC, natomiast chorzy różnili się między sobą zaradnością i zrozumieniem. Poczucie sensowności było najniższe, co wg Antonovsky'ego skutkuje obniżeniem pozostałych składowych SOC [4]. Życie z kolostomią wymaga od chorego wielu wyrzeczeń, niesie ze sobą uciążliwości i niepewność, co może powodować trudności w zachowaniu wysokiego SOC. Tuszewska i wsp. [8] w swych badaniach dotyczących poziomu SOC u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego uzyskali podobne niskie wyniki w zakresie SOC oraz sensowności, natomiast Skokowski i Szymczak [9] dowiedli, że u osób chorych na nowotwór płuc poziom SOC ulega obniżeniu. Podobnie w przypadku chorych z miażdżycą kończyn dolnych poziom SOC był obniżony [10]. Reasumując, okazuje się, że obniżone SOC jest charakterystyczne dla osób chorujących przewlekle, żyjących w ciągłej niepewności co do rozwoju choroby. Wymaga to podjęcia starań w kierunku podwyższenia poziomu poczucia koherencji u osób z wyłonioną kolostomią.

Chorzy otrzymywali spośród wszystkich typów wsparcia najwięcej wsparcia o charakterze informacyjnym, utożsamianego z uzyskiwaniem rad, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu. Pozostałe rodzaje wsparcia utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Różnili się między sobą jedynie doznawanym wsparciem emocjonalnym, co może wynikać ze stosunkowo dużego odsetka osób zamieszkujących samotnie i wraz z małżonkiem. Fryc-Matyńska [11] dowiodła w swych badaniach, że obniżenie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego w przypadku chorych na nowotwory może być związane z ograniczeniem ich aktywności oraz zmianami w pełnieniu ról społecznych. Z badań Skołowskiej i Bańczyk [12] wynika, że pacjenci potrzebują i zarazem doznają najwięcej wsparcia informacyjnego, co jest zgodne z uzyskanymi przez autorki niniejszej pracy wynikami. Podobnie chorzy z miażdżycą kończyn dolnych spostrzegali najwięcej wsparcia o charakterze informacyjnym [13].

Zaobserwowano związek o przeciętnej sile pomiędzy zrozumieniem oraz globalnym SOC a wsparciem instrumentalnym. Im wyższe zrozumienie mieli chorzy dla własnego położenia życiowego, tym więcej wsparcia instrumentalnego postrzegali. Z kolei im więcej wsparcia instrumentalnego doznawali badani, tym wyższe mieli globalne SOC. W pozostałych typach wsparcia siły związków były prawidłowe, dlatego można założyć, że zwiększenie grupy badawczej pozwoliłoby być może wykryć istotne różnice. Należy dodać, że pewne utrudnienie w dyskusji na temat uzyskanych wyników stanowi brak ich odniesienia do rezultatów badań o podobnej tematyce.

W toku dalszych badań analizowano wpływ zmiennych pośredniczących na SOC i jego składowe, a także na poziom otrzymywanego wsparcia społecznego u chorych z wyłonioną kolostomią. Okazało się, że wiek jest czynnikiem wpływającym na poziom otrzymywanego wsparcia wartościującego w taki sposób, że im osoba jest starsza, tym mniej doznaje wsparcia wartościującego. Taki stan rzeczy może wynikać z obniżonej samooceny osób w podeszłym wieku mających wyłonioną kolostomię. Jeśli chodzi o wykształcenie, to im było ono wyższe, tym więcej chorzy z kolostomią otrzymywali wsparcia o charakterze informacyjnym, co wydaje się zrozumiałe ze względu na lepsze zdolności intelektualne osób o wyższym poziomie wykształcenia. Poziom SOC i jego składowych nie był zależny od wykształcenia. Jest to sprzeczne z wynikami badań Kurowskiej i Wrońskiej [10], które wskazują na wpływ wykształcenia, a ponadto sytuacji materialnej na SOC i jego podskale u osób z miażdżycą kończyn dolnych. Rapacz i Kózka [14] wykazały zależność SOC od wykształcenia i innych zmiennych socjodemograficznych, takich jak źródło utrzymania, stan cywilny, wiek, a także czas trwania cukrzycy.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że osoby odczuwające niski poziom bólu otrzymywały dużą ilość wsparcia emocjonalnego, co jest zbieżne z danymi podawanymi przez literaturę. W badaniach Wojtyny i wsp. [15] udowodniono, że doznawanie wsparcia emocjonalnego wiąże się z niższym poziomem dystresu, odczuwanego bólu, depresji i może wpływać na psychospołeczne przystosowanie do choroby nowotworowej. Badani, którzy stwierdzili, że ich kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii uległy pogorszeniu, mieli najniższy poziom zrozumienia, zaradności i globalnego SOC. Osoby, których kontakty społeczne polepszyły się, odznaczały się najwyższym poziomem SOC oraz zaradności. Chorzy, których kontakty społeczne nie uległy zmianie, cechowali się najwyższym poziomem zrozumienia. Z powyższych analiz widać wyraźnie, że utrzymywanie i zadowolenie z kontaktów społecznych sprzyja silnemu SOC i jednocześnie zaradności. Jest to zgodne z teorią Antonovsky'ego, gdyż wsparcie społeczne, jako zasób tkwiący w otoczeniu społecznym, sprzyja uruchomieniu działań do poradzenia sobie w trudnej sytuacji, a tym samym oddziałuje na pozytywnie na zaradność i orientację życiową jednostki [4]. Chorzy, którzy nie liczą na pomoc dzieci w trudnych sytuacjach, mają najwyższy poziom sensowności. Otrzymywanie wsparcia nadaje sens życiu jednostek dzięki motywowaniu ich do odwzajemnienia, do poczucia zobowiązania i utrzymania istniejących więzi. Li-

teratura podaje, iż w sytuacji kryzysowej korzystny wpływ na zdrowie otrzymywanego wsparcia jest efektem mediowanym przez wsparcie postrzegane, czyli przekonanie, że na czyjąś pomoc można liczyć w trudnej sytuacji. Kwaśniewska i wsp. [16] wykazali, że w sytuacji kryzysowej istnieje tendencja do udzielania i otrzymywania wsparcia przede wszystkim ze strony najbliższej rodziny, a w następnej kolejności od przyjaciół i znajomych. Z badań zagranicznych autorów wynika, że wsparcie społeczne otrzymywane od współmałżonka i dzieci jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na skrócenie czasu wyzdrowienia po operacjach kardiochirurgicznych [17]. Chorzy, którzy otrzymywali więcej wsparcia, mieli wyższy poziom zaradności. Oznacza to, że pomoc dostarczana przez najbliższych umacniała ich przekonanie o dostępności pomocy ze strony otoczenia, która pozwoli im poradzić sobie z licznymi trudnościami, jakie niesie ze sobą życie z kolostomią. Osoby, które nie doznawały wsparcia w ogóle, dostrzegały bardzo niską ilość otrzymywanego wsparcia informacyjnego. Spostrzegana dostępność wsparcia informacyjnego jest pozytywnym predyktorem wyzdrowienia pacjentów kardiologicznych [17]. W licznych badaniach wykazano, że sieci społeczne stymulują zachowania zapobiegające wystąpieniu choroby, spowalniające jej postępy lub wpływające na proces powrotu do zdrowia. Wpływają pozytywnie na poziom zdrowia, zapobiegają stanom patologicznym w sferze psychiki i funkcjonowania somatycznego. Dowiedziono, że brak wsparcia i samotność w sytuacji choroby pogarszają samopoczucie chorego i wiążą się z większą śmiertelnością [11]. Niskie oceny wsparcia społecznego korelują z niską oceną subiektywnego stanu zdrowia, co sugeruje, że bezpośrednie wspieranie pacjentów ma wpływ na poczucie ich zdrowia. Obniżony poziom SOC u pacjentów z wyłonioną kolostomią jest wykładnikiem mniejszej zdolności radzenia sobie z chorobą, dlatego też zespół terapeutyczny powinien dążyć do wzmocnienia globalnej orientacji życiowej poprzez indywidualnie zaplanowaną edukację zdrowotną. Edukacja pełniłaby jednocześnie rolę wsparcia, polegającego na wyzwalaniu możliwości radzenia sobie w codziennym życiu z problemami chirurgicznymi, ogólnoustrojowymi oraz psychosocjalnymi, jakie wiążą się z posiadaniem odbytu brzusznego. Badania dotyczące związku pomiędzy poczuciem koherencji i wsparciem społecznym a różnymi czynnikami mogącymi je moderować są prowadzone w Polsce od niedawna. Zależność poczucia koherencji i wsparcia społecznego z punktu widzenia salutogenetycznego paradygmatu zdrowia stanowią istotny wątek rozważań naukowych. Dlatego zasadne jest kontynuowanie prac badawczych w tym obszarze, które objęłyby różne i liczniejsze grupy badanych, co umożliwiłoby zobiektywizowanie i uogólnienie wniosków.

## Wnioski

1. Poziom poczucia koherencji u chorych z wyłonioną kolostomią jest znacznie niższy (113,53) niż wartości normatywne wskazane przez Antonowsky'ego (133–160). Chorzy różnią się poziomem zrozumienia oraz otrzymywanym wsparciem emocjonalnym.
2. Zaobserwowano zgodny związek zachodzący pomiędzy zrozumieniem oraz globalnym SOC a otrzymywanym wsparciem instrumentalnym. Im wyższy poziom zrozumienia i globalnego SOC cechował badanych, tym więcej doznawali wsparcia o charakterze instrumentalnym.
3. Poziom otrzymywanego wsparcia był czynnikiem różnicującym zaradność, a także wsparcie informacyjne. Im mniej wsparcia otrzymywał chory, tym miał niższy poziom zaradności. Osoby, które nie doznawały żadnego wsparcia, cechowały się bardzo małą ilością otrzymywanego wsparcia informacyjnego.
4. Istnieje potrzeba podjęcia działań ze strony zespołu terapeutycznego o charakterze wspierająco-edukacyjnym, dostosowanych do poziomu i sytuacji życiowej chorych. Interwencja ta powinna przyczynić się do podwyższenia SOC i pozytywnie wpłynąć na zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego, tak aby chory przesunął się bliżej bieguna zdrowie.

**Piśmiennictwo**


1. Bielecki K. Czy jest miejsce dla stomii w chirurgii XXI wieku? Problemy Lekarskie 2002; 41: 197-202.
2. Banaszkiewicz Z, Jarmocik P, Jawień A. Stomie jelitowe – przyczyny i zasady wyłaniania. Valetudinaria 2004; 2: 106-8.
3. Banaszkiewicz Z, Jawień A. Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii. Valetudinaria 2002; 7: 8-11.
4. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Wyd. Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995; 33, 37, 42, 82, 83, 160.
5. Kurowska K, Wrońska I, Zając M. Wsparcie społeczne chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Annales Academiae Bydgostiensis 2003; 17: 35-9.
6. Kurowska K, Zając M. Poczucie koherencji jako wykładnik postawy wobec choroby. W: Wybrane aspekty opieki zdrowotnej. Bartuzi Z (red.). UMK CM, Bydgoszcz 2007; 219-24.
7. Cialdini R, Kenrick D, Neuberg S. Psychologia społeczna. Rozwiązane tajemnice. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002; 808.
8. Tuszewska M, Tuszewski B, Stachowiak C. Jakość życia i poczucie koherencji u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Nowiny Lekarskie 2002; 4-5: 207-11.
9. Skokowski J, Szymczak J. Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuc oczekujących na operację i u osób zdrowych. Psychoonkologia 1999; 4: 35-45.
10. Kurowska K, Wrońska I, Zając M. Poczucie koherencji u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Zdrowie Publiczne 2005; 115: 155-60.
11. Fryc-Matyńska J. Wsparcie społeczne jako forma pomocy w procesie zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. Psychoonkologia 1997; 1: 99-102.
12. Skołowska B, Bańczyk G, Poniedziałek M. Wsparcie informacyjne u chorych leczonych chirurgicznie z powodu nadczynności tarczycy. Pielęgniarstwo Polskie 2004; 1-2: 72.
13. Kurowska K, Wrońska I, Zając M. Wsparcie społeczne chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Annales Academiae Bydgostiensis 2003; 17: 35-9.
14. Rapacz A, Kózka M, Ogarek M. Edukacja pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poczucie koherencji. Problemy Pielęgniarskie 2007; 15: 47, 61.
15. Wojtyna E, Dosiak M, Życińska J. Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. Psychogeriatria Polska 2007; 4: 17-26.
16. Kwaśniewska G, Wojnarska A. Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004; 290.
17. Kirkevold M, Gortner SR, Berg K, Saltvold S. Patterns of recovery among Norwegian hart surgery patiens. J Adv Nurs 1996; 24: 943-51.


**Adres do korespondencji**


dr med. Krystyna Kurowska
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
*Collegium Medicum* im. L. Rydygiera
85-801 Bydgoszcz
ul. Techników 3
tel. +48 52 585 21 94
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl