Współczesna Onkologia (2008) vol. 12; 9 (429–435)

Czynnikiem wpływającym na umiejętność radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC). Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz różnych stylów radzenia sobie w życiu u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego. Podczas okresowych spotkań Polskiego Towarzystwa Opieki Nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO) w Szpitalu Wojewódzkim w Bydgoszczy przebadano 47 osób. Poczucie koherencji oceniano za pomocą kwestionariusza SOC-29, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych kwestionariuszem CISS. W wyniku badań ustalono, że na poczucie koherencji i na wybór stylu radzenia sobie w chorobie wpływają: warunki mieszkaniowe, kontakty społeczne, role i funkcje pełnione w rodzinie. Osoby charakteryzujące się wyższym stopniem zrozumienia i SOC ogólnego rzadziej stosowały styl zadaniowy i emocjonalny.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, kolostomia, style radzenia, poczucie koherencji (SOC).

Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wyłonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego

Sense of coherence and coping styles in people with colostomy for colorectal cancer

Krystyna Kurowska, Magdalena Bartoszek

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

Wstęp

Antonovsky zauważył związek pomiędzy poczuciem koherencji (ang. *sense of coherence* – 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 swoje 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 [1, 2]. Ludzie o rozwiniętym poczuciu koherencji, zdaniem twórcy tego modelu stresu, wybierają określoną strategię radzenia sobie, najbardziej ich zdaniem adekwatną do zaistniałego stresora. Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz różnych stylów radzenia sobie w życiu u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego jako wykładnika powrotu ich 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 lipca 2007 r. do kwietnia 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/213/2007). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego, kwestionariusz CISS w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego, który służy do oceny stylów radzenia sobie, oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia.

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnią arytmetyczną, minimum, maksimum i 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

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 – Polish Ostomy Association in Voivodship Hospital, Bydgoszcz. SOC was assessed using the SOC-29 questionnaire and the level of coping was measured using the Coping Inventory of Stressful Situations (CISS questionnaire).
The study shows that the following factors influence the SOC and styles of coping: living conditions, social contacts and roles and functions in the family. Patients with higher comprehensibility and general SOC levels rarely apply task- and emotion-oriented styles of coping.

Key words: colorectal cancer, colostomy, styles of coping, sense of coherence (SOC).

wartości testu spełniające warunek, że $p<0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

Wyniki

Z analizy danych wynika, że przeciętnie wiek badanych wynosił 67,21 roku (najmłodsza osoba miała 40, najstarsza 87 lat). Respondenci pochodzili z grupy wiekowej między 47. a 77. rokiem życia. Rozkład płci był niemal równy, 25 (53,19%) osób stanowili mężczyźni, 46,80% – kobiety. Najczęściej były to osoby stanu zamężnego 31 (66%). Drugą, równie liczną, grupę stanowili respondenci owdowiali – 14 (29,78%) – oraz 2 (4,25%) osoby stanu wolnego. Najwięcej badanych miało wykształcenie zawodowe – 14 (28,78%) – i średnie – 14 (28,78%), 12 (25,53%) osób wyższe, a 7 (14,89%) podstawowe. Pracę fizyczną wykonywało 21 (44,68%) osób, natomiast 20 (42,55%) pracowało umysłowo. Pracę fizyczną i umysłową łącznie podało 6 (12,76%) osób. Zdecydowana większość, bo 35 (75%) respondentów to mieszkańcy miasta, na wsi mieszkało 12 (25,53%) osób. Najczęściej zamieszkiwali z małżonkiem – 21 (44,68%) osób, samotnie – 14 (29,78%) osób, 8 (17,02%) respondentów mieszkało z małżonkiem i dzieckiem. Pozostałe osoby mieszkały tylko z dzieckiem, w domu opieki społecznej oraz z wnuczką i ta częstość nie przekracza 5%, czyli były to jednostkowe przypadki. Dokładnie z dzieckiem i wnuczką zamieszkiwały po 1 osobie, natomiast w domu opieki społecznej 2 osoby. Warunki mieszkaniowe były oceniane przez badanych stosunkowo dobrze – 28 osób (59,57%) określiło swoje warunki na ocenę 3, a więc dość dobrze. Za bardzo dobre uznało swoje warunki mieszkaniowe 10 (21,27%) osób, natomiast 8 (17,02%) oceniło swoją sytuację mieszkaniową dostatecznie. Jedna osoba wskazała złe warunki mieszkaniowe. Jako źródło utrzymania respondenci najczęściej wskazywali emeryturę, taki typ dochodu deklarowały 33 (70,21%) osoby. Z renty utrzymywało się 10 (21,27%) osób, tylko 4 (8,51%) respondentów jako główne źródło dochodu wskazało pracę zawodową. Większość badanych, bo 27 (57,44%) osób, oceniło swoją sytuację materialną jako dostateczną. Dobrą sytuacją materialną wskazało 15 (31,91%) osób. Zarówno ocena bardzo dobra, jak i bardzo zła dotyczyła pojedynczych przypadków, ponieważ 3 respondentów określiło swoją sytuację materialną jako bardzo złą, a 2 osoby jako bardzo dobrą, co stanowi odpowiednio 6,38% oraz 4,25%.

Ocenie poddano poziom poczucia koherencji i jego składowe (tab. 1.). Spośród wszystkich 3 podskal: zaradności, sensowności i zrozumiałości, to właśnie zrozumiałość osiągnęła największe wyniki, średnia była równa 45,04, minimum, czyli minimalny wynik, jaki uzyskali badani, to 23, maksymalny 56 oraz odchylenie standardowe 7,31, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wśród badanych. Odchylenie standardowe stanowi niemal 20% wartości średniej, co jest zróżnicowaniem dużym, można więc stwierdzić, że w zakresie zrozumiałości badani różnią się pomiędzy sobą w sposób znaczny. Jeśli chodzi o zaradność, to średnia wynosiła 38,23 i była niższa niż w przypadku zrozumiałości, ale wynik minimalny był równy 23, natomiast maksymalny 53 i był nieco niższy od wyniku maksymalnego uzyskanego w przypadku zrozumiałości. Odchylenie standardowe zaradności wynosiło 5,22 przy średniej 38,23, co również świadczy o dużym zróżnicowaniu, które stanowi 15%. Można zatem stwierdzić, że zaradność różnicowała badanych. Rozpatrując sensowność, można zauważyć znaczną dysproporcję pomiędzy sensownością a np. zaradnością. Wynik minimalny był równy 23, natomiast wynik maksymalny otrzymany przez badanych to 38, odchylenie standardowe 3,63 przy średniej 30,25 nie przekracza 15% wartości średniej, w związku z czym w przypadku sensowności badani są stosunkowo zgodni między sobą. Średnia globalnego poziomu poczucia koherencji była równa 113,53, minimalny wynik wynosił 77, maksymalny 129, a odchylenie standardowe 11,18. Stosunek odchylenia standardowego do średniej nie przekraczał 15% wartości średniej, co wskazuje, że badani nie różnią się znacznie między sobą w globalnym poczuciu koherencji. Zauważamy jednak, że wyniki uzyskiwane przez badanych były zdecydowanie bardzo niskie w stosunku do norm podanych przez Antonovsky'ego (130–160), poza tym maksymalny wynik dla tej grupy chorych nie przekroczył bariery wyników mi-

Tabela 1. Różnice w poziomie poczucia koherencji i jego składowych w grupie badanej
Table 1. *Differences in the level of SOC and its components*

Składowe SOC	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zrozumiałość	47	45,0426	23	56	7,31276
Zaradność	47	38,2340	23	53	5,22624
Sensowność	47	30,2553	23	38	3,63239
SOC globalne	47	113,5319	77	129	11,18588

Tabela 2. Różnice w stylach radzenia sobie w sytuacji trudnej w grupie badanej
Table 2. *Differences in coping styles*

	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zadaniowy	47	53,76596	41	65	6,501548
Emocjonalny	47	39,93617	21	60	9,397974
Unikowy czynności zastępcze	47	46,12766	33	58	5,914672
Unikowy kontakty towarzyskie	47	29,02128	21	39	4,172838
Unikowy	47	17,10638	11	22	2,928377

Tabela 3. Związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a stylami radzenia sobie w grupie badanej
Table 3. *Relation between the level of SOC (and its components) and coping styles*

	Zadaniowy	Emocjonalny	Unikowy	Czynności zastępcze	Kontakty towarzyskie
Zrozumiałość	–0,35*	0,45*	0,03	–0,13	0,24
Zaradność	–0,08	0,20	0,00	0,04	–0,06
Sensowność	–0,14	0,20	–0,17	–0,14	–0,15
SOC globalne	–0,31*	–0,14	–0,04	–0,11	0,08

** p<0,05*

nimalnych. Podsumowując, badani nie różnili się między sobą globalnym poziomem poczucia koherencji oraz sensownością, jednak zrozumiałość i zaradność w tej grupie chorych są mocno zróżnicowane.

Dalszej analizie poddano ocenę stosowanych przez chorych stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej (choroba) (tab. 2.). Najczęściej stosowany przez badanych był styl zadaniowy, gdzie średnia wynosiła 53,76. Kolejny licznie występujący styl to styl unikowy, średnia była równa 46,12, a zdecydowanie rzadziej preferowano styl emocjonalny ze średnią równą 39,93. Czynności zastępcze są badane za pomocą większej liczby pytań i w badaniach uzyskały średnią równą 29,02, natomiast kontakty towarzyskie 17,10. Dane dotyczące stylu zadaniowego informują, że minimalny wynik uzyskany przez badanych wynosił 41 pkt, wynik maksymalny 65, a odchylenie standardowe 6,51. Jak wynika z powyższych wartości, nie ma różnic w przypadku stylu zadaniowego, ponieważ odchylenie standardowe nie przekracza 15% średniej. Jeśli chodzi o styl emocjonalny, przy średniej równej 39,93 minimalny wynik wynosił 21, natomiast maksymalny 60. Odchylenie standardowe stylu emocjonalnego jest równe 9,39, co jednocześnie oznacza, że zróżnicowanie jest bardzo duże, ponieważ przekraczało 20% średniej. W związku z czym można wysunąć stwierdzenie, że badani zdecydowanie różnili się stylem emocjonalnym. Przytoczone dane informują, że w przypadku stylu unikowego minimalny wynik wynosił 33, maksymalny 58, a odchylenie standardowe 5,91, czyli badani również nie przekroczyli 15% średniej, jak w przypadku stylu zadaniowego. Czynności zastępcze różnicują natomiast badanych, ponieważ wynik minimalny to 21, maksymalny 39, odchylenie standardowe 4,17, które przekraczało 15% średniej. Podobnie jest w przypadku kontaktów towarzyskich, gdzie odchylenie standardowe wyniosło 2,92, przy średniej 17,1, co stanowi ok. 15% wartości średniej, dlatego można mówić o zdecydowanie większym zróżnicowaniu wśród badanych. Dla tej podskali wynik minimalny to 11, a maksymalny 22. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że badani różnią się między sobą w przypadku stylu emocjonalnego oraz w przypadku podskal stylu unikowego, czyli czynności zastępczych i kontaktów towarzyskich. W pozostałych stylach badani nie różnią się między sobą.

W tab. 3. przedstawiono macierz korelacji przedstawiającej związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a stylami radzenia sobie. Z tab. 3. wynika, że styl zadaniowy jest związany ze zrozumiałością w sposób istotny statystycznie oraz z globalnym poziomem poczucia koherencji. W obu przypadkach jest to związek przeciętny, jednak – co należałoby zaznaczyć – jest to związek przeciwny, co oznacza, że osoby o wysokim poziomie zrozumiałości i wyższym poziomie globalnego poczucia koherencji rzadziej stosują styl zadaniowy. Dane na temat stylu emocjonalnego wskazują, że właśnie ten styl okazał się istotnie statystycznie związany jedynie ze zrozumiałością, w tym przypadku siła jest również przeciętna, co oznacza, że wysokie poczucie zrozumiałości jednocześnie nie wpływa na pojawienie się stylu emocjonalnego. Analizując wyniki, można wnioskować, że w przypadku stylu unikowego nie można mówić o istotnym statystycznie związku, zarówno w przypadku samego stylu unikowego, jak i jakichkolwiek podskal, czyli czynności zastępczych i kontaktów towarzyskich. Podsumowując, istnieją wybiórcze związki pomiędzy poziomem poczucia koherencji, a dokładnie pomiędzy zrozumiałością i globalnym poczuciem koherencji a stylami zadaniowym oraz emocjonalnym. Są to związki zaskakujące, ponieważ osoby o wyższym poziomie zrozumiałości i wyższym SOC globalnym, zgodnie z teorią Antonovsky'ego, powinny mieć wyższy styl zadaniowy, a w tym przypadku takiego kierunku związku nie można potwierdzić – badani mieli niższy styl zadaniowy. Badani mają również niższy styl emocjonalny w przypadku, gdy mają wyższą zrozumiałość, czyli jest to już prawidłowy kierunek.

Z analizy danych demograficznych, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji, wynika, że płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie czy wykonywana praca nie różnicują ani globalnego poczucia koherencji, czy też jego podskal, ani stylów radzenia sobie. Miejsce zamieszkania różnicuje styl zadaniowy ($p<0,0069$) oraz styl emocjonalny ($p<0,0481$), w taki sposób, że osoby mieszkające w mieście mają zdecydowanie wyższe wyniki w zakresie stylu zadaniowego (55,22) niż osoby mieszkające na wsi (49,50), jednocześnie osoby mieszkające w mieście częściej też prezentowały styl emocjonalny (41,51) niż te, które zamieszkiwały na wsi (35,33). Zamieszkiwanie z określoną osobą nie było czynnikiem różnicującym w jakikolwiek sposób poczucia koherencji i stylów radzenia sobie. Warunki mieszkaniowe istotnie różnicują zrozumiałość i globalne poczucie koherencji ($p<0,0061$) u badanych osób, natomiast nie różnicują stylów radzenia sobie. Rozpatrując warunki mieszkaniowe i zrozumiałość, można zauważyć, że ogólnie lepsze warunki mieszkaniowe sprzyjają wyższemu poziomowi zrozumiałości (47,90), oboczność mamy tylko w przypadku grupy drugiej – dostateczne warunki mieszkaniowe (46,87). Bardzo podobna tendencja jest widoczna w globalnym poczuciu koherencji, gdyż zdecydowanie osoby o najniższych warunkach mieszkaniowych miały równocześnie najniższe wyniki w zakresie SOC globalnego (77) i zrozumiałości (23), czyli lepsze warunki będą sprzyjały zawsze wyższemu poziomowi poczucia koherencji. Chociaż należałoby interpretować to również w ten sposób, że osoby o wysokim poziomie zrozumiałości i globalnym poczuciu koherencji są w stanie zapewnić sobie lepsze warunki mieszkaniowe. Źródło utrzymania i sytuacja materialna badanych nie były wprost czynnikiem różnicującym poczucie koherencji, bądź też style radzenia sobie. Główne schorzenie było czynnikiem, który dość istotnie różnicował styl radzenia sobie, m.in. styl emocjonalny ($p<0,0476$). Przytoczone dane informują o tym, że zdecydowanie niższe wyniki mają te osoby, które podały jako główne schorzenie dnę moczanową (28), schorzenie urologiczne (21), nowotwór odbytu (31), nadciśnienie tętnicze (32,5) oraz nowotwór odbytnicy (34). Od rozpoznania nowotworu jelita grubego (46,60) zaczynają się wyższe wyniki, najwyższe mają osoby z rozpoznaniem raka odbytu (48), raka odbytnicy (51) i niedrożności przewodu pokarmowego (60), przy czym cała grupa miała średnio 39 pkt. Rozpatrując kolejne elementy, takie jak poziom uciążliwości z powodu kolostomii oraz stan zdrowia, stwierdza się, że w żaden sposób nie są czynnikami różnicującymi poziom poczucia koherencji lub style radzenia sobie. Kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii różnicują zarówno zrozumiałość ($p<0,0005$), zaradność ($p<0,0275$), SOC globalne ($p<0,0034$), jak i styl emocjonalny ($p<0,0102$). Osoby, które podawały, że ich kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii uległy pogorszeniu, mają zdecydowanie najniższy poziom poczucia koherencji, a osoby, które twierdziły, że ich kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii nie zmieniły się, osiągnęły najwyższy poziom poczucia koherencji. Odpowiedź *uległy polepszeniu* okazała się natomiast odpowiedzią pośrednią, nieco poniżej przeciętnej. Jeśli chodzi o zaradność, to sytuacja jest analogiczna. Osoby podające wartość *uległy pogorszeniu* miały najniższą średnią, jeżeli podawały odpowiedź *nie zmieniły się*, zdobyły średnią zaradności nieco wyższą, natomiast te, które podawały wartość *uległy polepszeniu*, średnia okazała się bardzo wysoka, równa 50. W przypadku globalnego poczucia koherencji średnia dla odpowiedzi *uległy pogorszeniu* wyniosła 101,85 punktów. Grupa badanych, która zaznaczała odpowiedź *nie zmieniły się*, uzyskała średnią równą 115, a najwyższa średnia wyniosła 129 dla odpowiedzi *uległy polepszeniu*, co okazało się jednocześnie najwyższym wynikiem w całej grupie badanych. Analizując styl emocjonalny, można wywnioskować, że osoby, które podawały wartość *uległy pogorszeniu*, miały najwyższy poziom tego właśnie stylu, czyli 49,57. Należy jednak pamiętać, że styl emocjonalny nie jest stylem właściwym do realizacji w toku choroby. Jeśli chodzi o pozostałe odpowiedzi, czyli *nie zmieniły się* i *uległy polepszeniu*, to ich noty są bardzo zbliżone – ok. 39 punktów. Odpowiedź na pytanie dotyczące zmiany roli i funkcji pełnionych w rodzinie po wyłonieniu kolostomii okazało się czynnikiem różnicującym sensowność ($p<0,0264$) oraz kontakty towarzyskie ($p<0,0309$). Sensowność jest najwyższa u osób, które podawały odpowiedź *nie dotyczy*, natomiast jest zdecydowanie niższa u respondentów, którzy zaznaczali odpowiedź *nie* oraz *tak*. W przypadku kontaktów towarzyskich najwyższą średnią mają grupy *nie* i *tak*, a zdecydowanie niższą grupa kodowana jako *nie dotyczy*. Pytanie dotyczące zmiany roli i funkcji pełnionych w pracy po wyłonieniu kolostomii nie jest czynnikiem różnicującym poziom poczucia koherencji i style radzenia sobie. Ujawnia się istotna zależność

pomiędzy pomocą psychologiczną po zabiegu wyłonienia kolostomii a sensownością (p<0,0492). Sensowność różnicuje pomoc psychologiczną w taki sposób, że osoby, które podawały odpowiedź *nie*, mają wyższą średnią (31 punktów) niż osoby, które podawały odpowiedź *tak* – średnia liczba punktów 28,81.

Analizując pytanie dotyczące czasu wolnego spędzanego przez badanych, można stwierdzić, że oglądanie telewizji (p<0,0060) różnicuje sensowność oraz kontakty towarzyskie (p<0,0023), w taki sposób, że osoby, które podawały odpowiedź nie miały niższy poziom sensowności (27,12) niż te, które wskazywały na tę odpowiedź (30,89), ale jednocześnie miały większą liczbę kontaktów towarzyskich (19,87) niż osoby, które oglądają telewizję w wolnym czasie (16,53). Rozpatrując kolejne warianty tego pytania, czyli wpływ czytania książki, uprawiania sportu, siedzenia przed komputerem, można stwierdzić, że żaden z tych wariantów nie okazał się czynnikiem różnicującym dla poczucia koherencji i stylów radzenia sobie. Pomoc w pielęgnowaniu kolostomii nie różnicuje również w żaden sposób poziomu poczucia koherencji i stylów radzenia sobie.

Sytuacja, jaką stwarza posiadanie kolostomii, różnicuje zarówno poziom zrozumiałości (p<0,0167), SOC globalne (p<0,0156), styl emocjonalny (p<0,0307), jak i kontakty towarzyskie (p<0,0268). Najniższy poziom zrozumiałości mają osoby, które podawały stwierdzenie bez względu na wszystko *nie dałbym sobie tego zrobić* (37,66), natomiast zdecydowanie najwyższe wyniki osiągnęły osoby podające stwierdzenia *nie przeszkadza mi* (47,41) oraz *uważam, że świetnie sobie radzę* (47,78). Stwierdzenie *nic nie zmieniła w moim życiu* jest odpowiedzią poniżej przeciętnej dla tej grupy (41,77). Analizując globalny poziom poczucia koherencji, stwierdza się, że odpowiedzi *bez względu na wszystko nie dałbym sobie tego zrobić* i *nic nie zmieniła w moim życiu* dają niski poziom poczucia koherencji, bo ich średnia wynosi odpowiednio 103 i 107. W przypadku pozostałych odpowiedzi *uważam, że świetnie sobie radzę*, *inne* i *nie przeszkadza mi* średnie wynoszą 114, 117 oraz 119, czyli są powyżej przeciętnej dla tej grupy i odpowiedzi te zdecydowanie występują u osób o wyższym poziomie poczucia koherencji. Styl emocjonalny nie jest prawidłowym stylem zachowania i osoby, które zaznaczały odpowiedź *bez względu na wszystko nie dałbym sobie tego zrobić*, zdecydowanie miały wyższy jego poziom (49,33), jednocześnie osoby, które miały wysoki poziom SOC (119,07) i wysoki poziom zrozumienia (46,16), również miały wysoki styl emocjonalny (41,64). Analiza kontaktów towarzyskich pozwala stwierdzić, że najniższe kontakty towarzyskie miały osoby, które podawały odpowiedź *bezwzględnie na wszystko nie dałbym sobie tego zrobić* (14,33) oraz *inne* (15,33), a pozostałe grupy, czyli *uważam, że świetnie sobie radzę* (18,14), *nic nie zmieniła w moim życiu* (17,44) *i nie przeszkadza mi* (17,91) mają zdecydowanie wyższy poziom kontaktów towarzyskich. Należałoby zaznaczyć, że kontakty towarzyskie to styl unikowy, czyli unikanie radzenia sobie z sytuacją poprzez wchodzenie w kontakty towarzyskie, które mają maskować rzeczywisty problem. Podsumowując, można stwierdzić, że istnieją pewne wybiórcze czynniki, które powodują zróżnicowanie poziomu poczucia koherencji lub stylów radzenia sobie. Do tych czynników można zaliczyć przede wszystkim warunki mieszkaniowe, miejsce zamieszkania, schorzenie, na które cierpią badani, ale także kontakty społeczne po wyłonieniu kolostomii, zmiana roli i funkcji pełnionych w rodzinie, pomoc psychologiczna po wyłonieniu kolostomii, czas wolny spędzany na oglądaniu telewizji oraz stwierdzenie opisujące sytuację, jaką stwarza posiadanie kolostomii.

Omówienie wyników

Pomimo znacznego rozwoju w ostatnich latach technik chirurgicznych, w tym możliwości wykonywania zespoleń mechanicznych, wytworzenie kolostomii nadal bywa często jedynym możliwym rozwiązaniem. Każdy chirurg podczas zabiegu operacyjnego, usuwając przyczynę lub ognisko choroby, dąży do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, gdyż ma to istotny wpływ na jakość życia i późniejsze funkcjonowanie pacjenta. Niestety, nie zawsze jest taka możliwość. O wskazaniach do wyłonienia kolostomii decyduje przede wszystkim choroba podstawowa. Szczepkowski [3] uważa, że najczęściej przyczyną operacji kończącej się wyłonieniem kolostomii są nowotwory jelita grubego. Podobnie twierdzą inni autorzy zajmujący się badaniem przyczyn wyłonienia kolostomii, m.in. Noszczyk [4], Góral [5], Banaszkiewicz i wsp. [6], Leśniak [7] czy Kołodziejczak [8]. Znacznie rzadziej natomiast podają takie wskazania do wyłonienia kolostomii, jak: wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna, polipowatość rodzinną, wady odbytnicy i odbytu, powikłania choroby uchyłkowatej jelita grubego, niedokrwienie jelit, urazy odbytnicy i jelita grubego, niewydolność zwieraczy odbytu o etiologii neurogennej lub pourazowej. Z przeprowadzonych badań własnych również wynika, że najczęstszym wskazaniem do wyłonienia kolostomii był nowotwór jelita grubego.

Prezentowane wyniki badań własnych dowiodły, że chorzy z wyłonioną kolostomią nie różnią się między sobą globalnym poziomem poczucia koherencji. Jeśli chodzi o składniki poczucia koherencji, takie jak sensowność, zaradność, zrozumiałość, w badanej grupie chorych nie stwierdza się różnic w zakresie sensowności, jednak zrozumiałość i zaradność jest mocno zróżnicowana. Kossakowska i Basińska [9] na podstawie przeprowadzonych badań wśród chorych na stwardnienie rozsiane również stwierdziły, że nie ma różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji między tymi chorymi. Sensowność także nie różnicuje chorych na stwardnienie rozsiane, a zaradność i zrozumiałość są zróżnicowane. Badając pacjentów schizofrenicznych i onkologicznych (nowotwór płuc), Szymczak i Tartas [10] odnotowali, że pacjenci ci nie różnią się poziomem poczucia koherencji i jego składników. Podobne wyniki dotyczące poczucia koherencji uzyskali Jawor i wsp. [11], którzy badali poziom poczucia koherencji u kobiet po histerektomii.

Na podstawie przeprowadzonych badań wnioskuje się, że chorzy z kolostomią najczęściej stosują styl zadaniowy i unikowy, natomiast różnią się w przypadku stylu emocjonalnego oraz w przypadku podskal stylu unikowego, czyli czynności zastępczych i kontaktów towarzyskich. Wałęcka i Rostowska [12] przebadały kobiety po operacji raka piersi w celu określenia stosowania przez nie stylów radzenia so-

bie ze stresem i uzyskały takie same wyniki. W badanych grupach dominującym stylem radzenia sobie ze stresem okazał się styl skoncentrowany na zadaniu. W zakresie 2 pozostałych stylów kobiety istotnie się różniły. Informacje z badań przeprowadzonych u kobiet po histerektomii przez Jawor i wsp. [11] potwierdzają wyniki, jakie uzyskane zostały w badaniach własnych, czyli najczęściej był stosowany styl zadaniowy. Praca Basińskiej [13] nad kobietami z rozpoznaniem nowotworu szyjki lub trzonu macicy dostarczyła odmiennych danych niż w badaniach własnych. Chore częściej podejmowały radzenie skierowane na emocje i na unikanie, a rzadziej stosowały radzenie skoncentrowane na zadaniu.

Analizując związki pomiędzy poczuciem koherencji a stylami radzenia sobie, wnioskuje się z badań własnych, że u chorych z kolostomią wyższy poziom poczucia koherencji związany jest z rzadszym stosowaniem stylów zadaniowego i emocjonalnego. Rzadkie stosowanie stylu zadaniowego przy wysokim poziomie poczucia koherencji nie jest kierunkiem prawidłowym zgodnie z doniesieniami Antonovsky'ego [1]. Jeżeli natomiast badani mają wyższy poziom poczucia koherencji i rzadziej stosują styl emocjonalny jest kierunkiem prawidłowym. Badani z kolostomią wskazują ponadto na brak istotnych statystycznie związków pomiędzy poczuciem koherencji a stylem unikowym. Taki wynik zgodny jest z doniesieniami badawczymi Słowik [14]. Badając kobiety po histerektomii, Jawor i wsp. [11] odnotowali odwrotne wyniki niż w badaniach własnych, ponieważ kobiety mające wyższy poziom poczucia koherencji częściej stosowały styl zadaniowy. Wyniki dotyczące stylu emocjonalnego i unikowego pokrywają się z wynikami uzyskanymi w badaniach własnych.

Rozpatrując wpływ zmiennych pośredniczących na poziom poczucia koherencji i style radzenia sobie, można stwierdzić, że na poziom poczucia koherencji wpływają warunki mieszkaniowe, kontakty społeczne, role i funkcje pełnione w rodzinie, pomoc psychologiczna po zabiegu wyłonienia kolostomii, spędzanie czasu wolnego oraz stwierdzenie opisujące życie ze stomią, a pozostałe zmienne nie różnicują poczucia koherencji. Opublikowane dotychczas przez Zboralskiego [15] oraz Kossakowską i Basińską [9] prace dowodzą, że płeć różnicuje poziom poczucia koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane i u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych. Kobiety chore na stwardnienie rozsiane charakteryzują się wyższym poczuciem koherencji niż chorzy mężczyźni, odwrotnie jest u chorych z rozpoznaniem – poczucie koherencji jest w tym przypadku istotnie wyższe u chorych mężczyzn. Mroziak [16], badając pacjentów z nerwicą, stwierdziła, że płeć nie różnicuje tych chorych, również wiek i wykształcenie nie mają związku z poziomem poczucia koherencji. Szymczak i Tartas [10] w swoich badaniach również nie wykazali związku pomiędzy wiekiem i wykształceniem a poziomem poczucia koherencji. Wśród licznych badań dotyczących wpływu zmiennych na poziom poczucia koherencji i style radzenia sobie brak jest odniesienia uzyskanych wyników zmiennych do innych prac.

Badania dotyczące związku pomiędzy poczuciem koherencji i radzeniem sobie w sytuacji choroby przewlekłej a różnymi czynnikami mogącymi je moderować są prowadzone w Polsce od niedawna. Zależność poczucia koherencji i określonych stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej (choroby) z punktu widzenia salutogenetycznego paradygmatu zdrowia stanowią istotny wątek rozważań naukowych. Dlatego zasadne jest kontynuowanie prowadzenia 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 z powodu raka jelita grubego był znacznie niższy (113,53) niż wartości normatywne wskazane przez Antonowsky'ego (133–160). Prawdopodobnie w wyniku pojawienia się choroby przewlekłej procedury diagnostyczne oraz lecznicze, którym chorzy są poddawani, wywołują ogromny stres psychologiczny i przeciążenie blokujące umiejętność radzenia sobie z sytuacją trudną.
2. Wystąpiła wybiórcza zależność między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest posiadanie kolostomii, a dokładnie pomiędzy zrozumieniem i globalnym poczuciem koherencji a stylem zadaniowym i emocjonalnym. W przypadku gdy u badanych występował wyższy stopień zrozumiałości, istotnie statystycznie rzadziej stosowali oni styl emocjonalny. Chorzy charakteryzujący się stylem zadaniowym przeżywają mniejszy stres, aktywnie uczestniczą w procesie leczenia, w odróżnieniu od osób wybierających styl nastawiony na emocje czy też unikowy.
3. Określenie poziomu SOC i rodzajów stylów radzenia sobie z przewlekłą chorobą może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych jej etapach.
4. Istnieje potrzeba podjęcia ze strony zespołu terapeutycznego działań o charakterze psychoedukacyjnym dostosowanym do poziomu i sytuacji życiowej chorych. Interwencja ta powinna przyczynić się do podwyższenia SOC i pozytywnie wpłynąć na zadowolenie z doboru oczekiwanego stylu radzenia sobie ze stresem (zadaniowego) w sytuacji trudnej (choroba), tak aby chory przesunął się bliżej bieguna *zdrowie*.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005; 195: 34-45.
2. 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.
3. O chirurgii polskiej końca XX wieku. Noszczyk W (red.). Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2001; 328-35.
4. Szczepkowski M. Stomia jelitowa – wyzwanie nie tylko dla chirurga. Proktologia 2004; 5.
5. Góral R. Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993; 90-1.
6. Banaszkiewicz Z, Jarmocki P, Jawień A. Stomie jelitowe – przyczyny i zasady wyłaniania. Valetudinaria Post Med Klin Wojsk 2004; 2: 106-9.

7. Leśniak T, Pysz M, Hrapkowicz S. Doświadczenia własne w chirurgicznym leczeniu raka jelita grubego ze szczególnym uwzględnieniem raka odbytnicy. Pol Przegl Chir 1999; 71: 19-32.
8. Kołodziejczak M. Opieka nad pacjentem ze stomią. Medycyna Rodzinna 2006; 2: 32-5.
9. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. Postęp Psychiatr Neurol 2000; 9: 55-61.
10. Szymczak J, Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. Psychoonkologia 1998; 3: 49-53.
11. Jawor M, Szprych A, Dimter A, Kuleta M, Dudek D. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. Psychiatr Pol 2002; 36: 759-70.
12. Wałęcka K, Rostowska T. Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi. Psychoonkologia 2002; 6: 37-45.
13. Basińska B. Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie – choroba nowotworowa. Psychoonkologia 2001; 8: 26-33.
14. Słowik P. Związki między poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie. Sztuka Leczenia 2002; 3: 43-8.
15. Zboralski K, Florkowski A, Gałecki P. Poczucie koherencji, osobowość i style rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych. Psychiatr Pol 2000; 40: 291-300.
16. Mroziak B, Czabała J, Wojtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. Psychiatr Pol 1997; 31: 257-68.

Adres do korespondencji

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