

# OCZEKIWANIA EMOCJONALNE ORAZ KONTROLA EMOCJI PACJENTÓW Z RAKIEM JELITA GRUBEGO PO WYŁONIENIU STOMII JELITOWEJ

## Emotional expectations and emotional control of colorectal cancer patients after colostomy

Jolanta Glińska<sup>1</sup>, Monika Malesza<sup>1</sup>, Małgorzata Lewandowska<sup>1</sup>, Renata Miller<sup>1</sup>, Łukasz Dzik<sup>2</sup>, Adam Dzik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 3: 84–91

Praca wpłynęła: 9.09.2011; przyjęto do druku: 5.01.2012

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Jolanta Glińska**, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego, ul. G. Narutowicza 58, 90-151 Łódź, tel. +48 42 678 87 53,

e-mail: jolanta.glinska@umed.lodz.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Choroba nowotworowa to okres szczególnie trudny w życiu każdego człowieka, dlatego też we współczesnym świecie coraz częściej akcentowany jest problem negatywnego wpływu wytworzenia przetoki jelitowej na stan emocjonalny pacjentów. Pokonywanie trudności wynikających z choroby wymaga ogromnej woli walki i wiary w efektywność leczenia. Chorzy, jak większość ludzi w chwili potencjalnego zagrożenia, uruchamiają odruch obronny w formie tłumienia emocji, co jak wynika z szeregu badań naukowych, wpływa negatywnie na jakość życia człowieka. Dlatego też zdolność wyrażania swoich uczuć uznawana jest za jedną z głównych metod radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, do jakich należy zachorowanie na raka jelita grubego.

**Cel pracy:** Ocena zapotrzebowania na pomoc w zakresie sfery psychicznej oraz poziomu kontroli emocji chorych na raka jelita grubego po wyłonieniu stomii jelitowej w zależności od wybranych czynników demograficznych.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono w latach 2012 i 2013 wśród 50 członków Łódzkiego Stowarzyszenia Stomijnego przy użyciu Skali kontroli emocji oraz Listy oczekiwań pacjenta.

**Wyniki:** Wyniki badania wskazują, że wiek, płeć, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania mają duży wpływ na poziom kontroli negatywnych emocji ( $p < 0,05$ ). Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne różni się w zależności od okresu leczenia. Pacjenci w wieku 60–69 lat większy nacisk kładą na troskę i współczucie, natomiast pacjenci nieco starsi oczekują przede wszystkim wsparcia emocjonalnego. Najliczniejsza grupa badanych ( $f_1 = 0,7$ ) uzyskała wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, drugą dość liczną grupę stanowią pacjenci, którzy otrzymali wsparcie od personelu medycznego ( $f_1 = 0,5$ ). Niepokojąco mała liczba chorych ( $f_1 = 0,08$ ) otrzymała wsparcie ze strony psychologów.

**Wnioski:** Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne jest wyższe w okresie pooperacyjnym niż przedoperacyjnym. Im star-

### Summary

**Introduction:** Cancer is a particularly hard time for all people. Nowadays, the negative influence of colostomy on the emotional state of the colorectal cancer patients is more and more noticeable. Potential life-threatening situations stimulate patients' defense reflex by repressing the emotions that might negatively affect the quality of patients' life.

**Aim of the study:** Evaluation of the need for psychological support and emotional control of colorectal cancer patients after colostomy depends on demographical factors.

**Material and methods:** The study was performed in 2012-2013 among 50 members of the Ostomy Association of Lodz using the Emotional Control scale and a list of patients' expectations. The study was performed using Courtauld Emotional Control Scale, CECS, (Watson and Greer) and Patient Request Form (PRF) (Salmon & Quine) – both in Z. Juczyński adaptation.

**Results:** Results of the study indicate that the age, sex, educational level and place of residence have a great influence on the level of repressing negative emotions ( $p < 0.05$ ). The need for emotional support differs depending on the time of the patients' treatment. The most numerous group of the patients ( $f_1 = 0.7$ ) received emotional support from family. The second most numerous group received emotional support from medical staff ( $f_1 = 0.5$ ). A worryingly low number of patients ( $f_1 = 0.08$ ) received emotional support from the psychologist.

**Conclusions:** Patients require more emotional support after the surgery than before it. Moreover, the need for emotional support and the level of repressing negative emotions increase with the age of the patients. Patients who live in the city have a greater ability to control negative emotions, whereas the higher educational status the lower level of repressing negative emotions.

**Key words:** colorectal cancer, social support, emotions.

szy wiek pacjenta, tym oczekiwanie na wsparcie emocjonalne wzrasta. Wraz z wiekiem rośnie także poziom tłumienia negatywnych emocji. Więcej wsparcia psychicznego oczekują kobiety. Pacjenci zamieszkujący miasto posiadają większą zdolność tłumienia negatywnych emocji. Im wyższy poziom wykształcenia, tym poziom tłumienia negatywnych emocji jest niższy.

**Słowa kluczowe:** rak jelita grubego, emocje, wsparcie społeczne.

## Wstęp

Choroba nowotworowa to szczególnie trudny okres w życiu każdego człowieka. Wprowadza do życia chorego liczne komplikacje, które są konsekwencją zmiany wyglądu, obniżenia nastroju, złego samopoczucia lub bólu towarzyszącego chorobie [1]. Chory jest zmuszony do zmagania się z uciążliwymi objawami, skomplikowanym, długotrwałym i kosztownym leczeniem oraz niepokojem narastającym z każdym dniem choroby. Pokonywanie tych trudności wymaga ogromnej woli walki i wiary w efektywność leczenia. Rak jelita grubego to poważna i ciężka choroba. Liczba zachorowań w ciągu roku w przybliżeniu wynosi 14 200 [2]. Podstawową i najbardziej skuteczną metodą w walce z nowotworem jelita grubego jest leczenie chirurgiczne, którego celem jest skuteczne wyeliminowanie procesu nowotworowego, a w przypadku jego wysokiego zaawansowania poprawienie jakości życia pacjenta. W wyniku operacji chirurgicznych bardzo często wyłaniana jest przetoka brzuszna zachowująca funkcję wydalniczą przewodu pokarmowego. Stanowi ona jednak ogromne obciążenie psychiczne dla pacjenta, wywołując u niego poczucie skrzywdzenia i kalectwa. Pacjenci czują się oszpecceni, okaleczeni i skrzywdzeni, mimo że zabieg wyłonienia stomii jelitowej przedłużył im życie i zwiększył szansę na wyleczenie. Chorzy, jak większość ludzi w chwili potencjalnego zagrożenia, uruchamiają odruch obronny w formie tłumienia emocji. Jak wynika z wielu badań naukowych, wpływa to negatywnie na jakość życia człowieka. Z tego powodu umiejętność wyrażania swoich emocji uznawana jest za jeden z najważniejszych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych [3]. Proces leczenia sprawia trudności nie tylko pacjentowi, lecz także rodzinie i personelowi medycznemu, który w dużej mierze odpowiada za wychwycenie skrytych emocji i udzielenie pomocnego wsparcia. Dlatego też po zabiegach wyłonienia stomii pacjenci potrzebują pomocy, aby móc zrozumieć i zaakceptować nową sytuację, w której się znaleźli. W tym celu należy udzielić im różnego rodzaju wsparcia, którego aktualnie oczekują. Wsparcie społeczne to rodzaj pomocy dla jednostek społecznych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Tym sposobem człowiek otrzymuje pomoc każdego dnia. Podstawowym systemem wsparcia jest rodzina osoby chorej zapewniająca swoim bliskim poczucie bezpieczeństwa, oparcia i miłości. Istotną rolę w rehabilitacji społecznej odgrywają także grupy wsparcia. Na terenie Polski funk-

cjonują stowarzyszenia zajmujące się wspieraniem osób z wyłonionym odbytem brzuszny. Członkowie stowarzyszeń pomagają w akceptacji i zrozumieniu nieznaną dotąd sytuacji życiowej. Organizacja ta skupia się na pacjencie i jego rodzinie. Dzięki podejmowanym przez nią działaniom większość pacjentów oraz ich rodzin znacznie szybciej akceptuje sytuację, w której znajdują się tuż po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. Przynależność do grup wsparcia dodaje siły i energii w pokonywaniu życiowych trudności [4]. Niewątpliwie ważną rolę w walce z rakiem odgrywa także personel medyczny. To on stanowi fundamentalne źródło wsparcia emocjonalnego. Personel medyczny, jako pierwszy wspiera pacjenta obciążonego poczuciem skrzywdzenia i kalectwa.

## Cel pracy

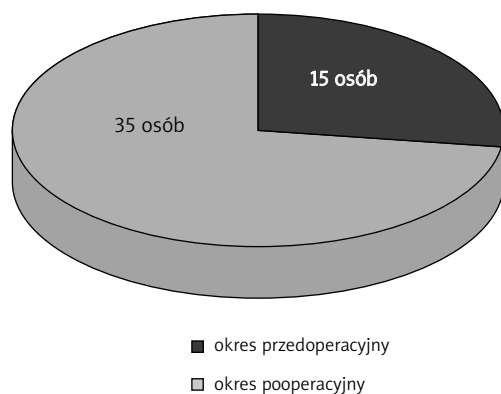
Ocena zapotrzebowania na pomoc w zakresie sfery psychicznej oraz poziomu kontroli emocji chorych na raka jelita grubego po wyłonieniu stomii jelitowej w zależności od wybranych czynników demograficznych.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2012 i 2013 wśród 50 członków Łódzkiego Stowarzyszenia Stomijnego. Każdy z nich przeżył w przeszłości zabieg wyłonienia stomii z powodu nowotworu jelita grubego. Wiek badanych wynosił 60–89 lat. Badania przeprowadzono przy użyciu Skali kontroli emocji (*Courtauld Emotional Control Scale – CECS*) opracowanej przez M. Watsona i S. Greer, w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Listy oczekiwań pacjenta (*Patient Request Form – PRF*) autorstwa Petera Salmona i Johna Quine'a w adaptacji Z. Juczyńskiego. Skala CECS wykorzystywana jest w celu oceny subiektywnego kontrolowania trzech emocji (manifestowania gniewu, depresji, lęku) w sytuacjach trudnych dla pacjenta. Składa się z 3 podskal. Ogólny wskaźnik kontroli emocji waha się w granicach 21–84 punktów. Im wyższy wskaźnik, tym silniejsze tłumienie negatywnych emocji. Skala PRF służy do oceny oczekiwań osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu. Składa się z 18 stwierdzeń, które dotyczą powodów zgłaszania się do lekarza pierwszego kontaktu. Stwierdzenia te określają oczekiwania pacjenta związane z wyjaśnieniem choroby, uzyskaniem infor-

**Tabela 1.** Emocje pacjentów w momencie zdiagnozowania raka jelita grubego

Rodzaj emocji towarzyszących diagnozie	Liczba	Frakcja
strach	36	0,72
obojętność	0	0,00
złość na samego siebie lub służbę zdrowia	15	0,3
przygnębienie	24	0,48
nie towarzyszyły żadne emocje	1	0,02

**Ryc. 1.** Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne a okres leczenia

macji dotyczących badań i leczenia oraz otrzymaniem wsparcia emocjonalnego ze strony służb medycznych. Zakres wyników mieści się w skali 0–12 punktów. Im wyższy wynik, tym większe oczekiwanie uzyskania określonego rodzaju pomocy [5]. Trzecia użyta skala własnego autorstwa składająca się z 10 pytań określała zapotrzebowanie pacjentów na wsparcie emocjonalne docierające z różnych źródeł. W interpretacji wyników w celu wyrażenia przeciętnego, średniego poziomu obserwowalnej cechy statystycznej zbiorowości wykorzystano średnią arytmetyczną, gdyż uzyskane liczby układały się w pobliżu wartości centralnej.

## Wyniki

Kobiety stanowiły licniejszą grupę badanych (30 osób). Dominująca liczba badanych (32 osoby) mieszkała w mieście. Większość respondentów miała wykształcenie średnie (32 osoby), rozkład wykształcenia pozostałych osób przedstawiał się następująco: zawodowe – 16 osób, wyższe – 1 osoba i podstawowe – 1 osoba. W tabeli 1. przedstawiono emocje pacjentów w chwili zdiagnozowania raka jelita grubego

Analiza danych wskazuje, iż u większości respondentów pierwszym niepokojącym objawem towarzyszącym był w głównej mierze strach ( $f_1 = 0,72$ ). Kolejnym znaczącym stanem emocjonalnym było przygnębienie ( $f_1 = 0,48$ ). Jedynie 1 osoba z badanej grupy nie odczuwała żadnych negatywnych emocji.

**Tabela 2.** Płeć a oczekiwane rodzaje pomocy w zakresie sfery emocjonalnej

Płeć	N	Współczucie		Troska		Wsparcie emocjonalne	
		N	$f_1$	N	$f_1$	N	$f_1$
kobieta	30	27	0,9	26	0,86	27	0,9
mężczyzna	20	10	0,5	13	0,65	10	0,5
ogółem	50	37	0,74	39	0,78	37	0,74

**Tabela 3.** Poziom wykształcenia a oczekiwane rodzaje pomocy w zakresie sfery emocjonalnej

Poziom wykształcenia	N	Współczucie		Troska		Wsparcie emocjonalne	
		N	$f_1$	N	$f_1$	N	$f_1$
podstawowe	1	0	0,0	1	1,0	0	0,0
zawodowe	16	14	0,88	13	0,81	13	0,81
średnie	32	26	0,81	28	0,86	27	0,84
wyższe	1	1	1,0	1	1,0	1	1,0
ogółem	50	41	0,8	43	0,83	41	0,82

**Tabela 4.** Wiek a oczekiwane rodzaje pomocy w zakresie sfery emocjonalnej

Wiek	Współczucie			Troska		Wsparcie emocjonalne	
	N	N	f <sub>1</sub>	N	f <sub>1</sub>	N	f <sub>1</sub>
60–69 lat	20	18	0,9	18	0,9	14	0,7
70–79 lat	25	12	0,48	18	0,72	22	0,88
80–89 lat	5	5	1,0	5	1,0	5	1,0
ogółem	50	35	0,7	41	0,82	41	0,82

**Tabela 5.** Miejsce zamieszkania a oczekiwane rodzaje pomocy w zakresie sfery emocjonalnej

Miejsce zamieszkania	Współczucie			Troska		Wsparcie emocjonalne	
	N	N	f <sub>1</sub>	N	f <sub>1</sub>	N	f <sub>1</sub>
wieś	18	15	0,83	4	0,22	3	0,16
miasto	32	24	0,75	30	0,94	31	0,97
ogółem	50	39	0,78	34	0,68	34	0,68

Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne różni się w zależności od okresu leczenia (ryc. 1.). Respondenci (patrząc z perspektywy czasu) wskazali na większą potrzebę wsparcia emocjonalnego w okresie pooperacyjnym (tab. 2.). Kobiety w nieco większym zakresie oczekiwały pomocy we wszystkich badanych aspektach. Niezależnie od poziomu wykształcenia większość badanych czekała na wszystkie rodzaje pomocy w zakresie sfery emocjonalnej (tab. 3.). Pacjenci w wieku 60–69 lat kładą większy nacisk na troskę i współczucie, pacjenci nieco starsi oczekują zaś przede wszystkim wsparcia emocjonalnego (tab. 4.). Najstarsza grupa wiekowa (80 lat i powyżej) oczekuje wszystkich form pomocy na takim samym poziomie. Pacjenci mieszkający na wsi akcentują głównie współczucie, w przeciwieństwie do osób z miast, które podkreślają znaczenie troski i wsparcia emocjonalnego. Zdaniem ankietowanych to rodzina powinna stanowić główne źródło pomocy. To właśnie od niej dominująca liczba badanych (f<sub>1</sub> = 0,8) oczekuje przede wszystkim współczucia. Duża grupa osób (f<sub>1</sub> = 0,6) chce, aby najbliżsi troszczyli się o nich, oraz spodziewa się wsparcia emocjonalnego w sytuacjach dla siebie trudnych. Personel medyczny powinien głównie troszczyć się o chorego oraz wspierać go emocjonalnie. Tak twierdzi blisko połowa badanych. Żadna z badanych osób nie wskazała na istotną rolę psychologów (tab. 7.). Najliczniejsza grupa badanych (f<sub>1</sub> = 0,7) uzyskała wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, drugą dość liczną grupę stanowili pacjenci, którzy otrzymali wsparcie od personelu medycznego (f<sub>1</sub> = 0,6). Niepokojąco mała liczba chorych (f<sub>1</sub> = 0,08) mogła liczyć na wsparcie ze strony psychologów. Wyniki zamieszczone w tabeli 8. wskazują, że pacjenci niezależnie od płci zgłaszają się do lekarza pierw-

**Tabela 6.** Źródła oczekiwanej pomocy w zakresie sfery psychicznej

Współczucie oczekiwane od:	N	Fracja
rodziny	39	0,78
personelu medycznego	9	0,18
psychologów	0	0,00
Troska wymagana od:		
rodziny	28	0,56
personelu medycznego	22	0,44
psychologów	1	0,02
Wsparcie emocjonalne oczekiwane ze strony:		
rodziny	32	0,64
przyjaciół	11	0,22
personelu medycznego	24	0,48
psychologów	4	0,08

**Tabela 7.** Źródła uzyskanego wsparcia emocjonalnego

Źródła uzyskanego wsparcia	N	Fracja
rodzina	36	0,72
przyjaciele	19	0,38
personel medyczny	32	0,64
psycholog	4	0,08

**Tabela 8.** Płeć a oczekiwania pacjenta wg Listy oczekiwań pacjentów (skali PRF)

PRF	Liczebność	Wyjaśnienie choroby	Wsparcie emocjonalne	Informacja na temat leczenia
<b>Średnia arytmetyczna (M)</b>				
liczba ogółem	50	11,13	6,98	10,13
płeć				
mężczyźni	20	12,75	7,42	11,45
kobiety	30	9,5	6,54	8,8

**Tabela 9.** Ocena kontroli negatywnych emocji wg skali CECS

Parametr	N	Wskaźnik ogólny	Kontrola		
			gniewu	depresji	lęku
<b>średnia arytmetyczna (M)</b>					
płeć					
kobiety	30	54,3	18,5	18,8	17,5
mężczyźni	20	49,7	15,4	15	19,3
analiza statystyczna		test $\chi^2$ Pearsona = 6,77; $p < 0,05$			
wiek w latach					
60–69	20	48,6	17,3	17,1	16,7
70–79	25	51,4	18,1	16,9	17,5
80–89	5	71,3	24	25,3	24,7
analiza statystyczna		test $\chi^2$ Pearsona = 10,59; $p < 0,05$			
poziom wykształcenia					
zawodowe	16	55,3	15	17,9	19,9
średnie	32	52,9	16,6	16,8	18,2
analiza statystyczna		test $\chi^2$ Pearsona = 6,75; $p < 0,05$			
miejsce zamieszkania					
wieś	8	46,6	13,7	16,5	18,6
miasto	42	56,7	17,9	17,9	18,4
analiza statystyczna		test $\chi^2$ Pearsona = 13,09; $p < 0,05$			

szego kontaktu przede wszystkim w celu otrzymania informacji na temat choroby i leczenia. Jednocześnie wykazano, że mężczyźni wykazują większą potrzebę w tym zakresie. Mniejsza grupa ankietowanych oczekuje wsparcia emocjonalnego od lekarzy pierwszego kontaktu, mężczyźni potrzebują go nieco więcej niż kobiety. Wyniki badań skali kontroli emocji świadczą o tym, że wiek, płeć, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania mają wpływ na poziom tłumienia negatywnych emocji ( $p < 0,05$ ). Wyższy ogólny poziom tłumienia emocji stwierdzono u kobiet oraz u osób: starszych, z niższym wykształceniem

i zamieszkujących tereny miejskie. Gniew oraz depresja jest tłumiona w większym zakresie przez kobiety, osoby starsze, pacjentów z wykształceniem niższym (głównie zawodowym i podstawowym) oraz zamieszkujących tereny miejskie. W odniesieniu do poczucia tłumienia lęku wyniki statystycznie różnią się głównie w zakresie płci, wieku oraz poziomu wykształcenia. Nie zaobserwowano znaczącej różnicy w zależności od miejsca zamieszkania. Jak wynika z uzyskanych danych, to mężczyźni oraz osoby starsze i z niższym poziomem wykształcenia mają większą skłonność do tłumienia lęku (tab. 9.).

## Dyskusja

Obecnie coraz częściej podnoszony jest problem negatywnego wpływu wytworzenia przetoki jelitowej na jakość życia, w tym na stan emocjonalny pacjentów [6, 7]. Chorzy przejawiają wiele jawnych, jak również utajonych reakcji emocjonalnych, które mogą nasilać poczucie złości, agresji, lęku oraz depresji [8–10]. Uczucia te mogą mieć szczególnie negatywne znaczenie, gdy są tłumione, i przybierać formy różnych zaburzeń nerwicowych [11]. Nadal zbyt duży odsetek osób nie akceptuje zmian w obrazie własnego ciała i większość z nich uruchamia psychologiczne odruchy obronne w formie tłumienia emocji, co wywiera bardzo niekorzystny wpływ na psychikę. Tłumienie emocji może oznaczać wzrost depresji i lęku, które z kolei wyzwalają poczucie dyskomfortu zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej. Dlatego też bardzo ważnym czynnikiem modyfikującym proces adaptacji do choroby jest stan emocjonalny osoby chorej [10, 12].

W świetle literatury dominująca grupa badanych chorujących na raka jelita grubego obawia się zagrożenia związanego ze złym rokowaniem, traci pewność i wiarę w sens przyszłego życia. Potrzeba odzyskania motywacji oraz siły do walki staje się motorem do szukania pomocy wśród personelu medycznego [13]. Jak pokazuje badanie własne, według skali PRF, pomoc medyczna jest poszukiwana przez pacjentów w zależności od indywidualnego postrzegania swojego stanu zdrowia i sposobów radzenia sobie z chorobą. Tylko nieliczna grupa pacjentów poszukuje wsparcia emocjonalnego ( $M 6,98$ ) ze strony lekarzy pierwszego kontaktu. Odpowiedzi twierdzącej na stwierdzenie: „Mam problemy emocjonalne, z powodu których potrzebuję pomocy”, udzieliło zaledwie 8 osób. Stwierdzenie „Przechodzę trudne chwile, więc chciałbym/chciałabym nieco wsparcia” wybrała nieco większa grupa badanych osób z wyłonioną stomią jelitową (16 osób). Najliczniejsza grupa badanych ( $M 11,13$ ) jako powód wizyty u lekarza podaje oczekiwanie wyjaśnienia istoty choroby. Pacjenci chcą poznać przyczynę dokuczających im objawów, dowiedzieć się, jak będzie przebiegała choroba w przyszłości oraz uzyskać wyjaśnienia na temat stosowanego leczenia. Duża grupa ( $M 10,13$ ) zadeklarowała, że powodem ich wizyt u specjalisty jest potrzeba uzyskania informacji na temat leczenia i przeprowadzanych badań lub możliwych skutków ubocznych choroby. Fakt ten można potwierdzić, powołując się również na wyniki badań innych autorów, wg których osoby z wyłonioną kolostomią, spośród różnych typów badanego wsparcia, najwięcej uzyskali wsparcia o charakterze informacyjnym, a najmniej emocjonalnego [14]. Wyniki te mogą sugerować, że prawdopodobnie pacjenci wstydzą się swoich problemów emocjonalnych, tłumiąc je w sobie, nie pokazując ich innym, albo kierują się złudzeniem, że problemy emocjonalne ich nie dotyczą. Przypuszczenia te mogą potwierdzać badania kolejną Skalą kontroli emocji, wg której badani wykazują tendencję do hamowania negatywnych emocji, na co wskazuje

średnia liczba punktów wskaźnika ogólnego ( $M > 50$ ). W Skali kontroli gniewu, depresji i lęku zauważa się znaczącą różnicę w zależności od płci badanych. Zdecydowanie wyższą skłonność do tłumienia emocji ukierunkowanych na depresję przejawiają osoby płci żeńskiej. Mężczyźni natomiast manifestują wzmożoną kontrolę lęku, pomimo stereotypowego przekonania o ich większej odwadze i wytrzymałości. Zbieżne wyniki otrzymali inni autorzy, którzy wykazali, iż mężczyźni mają tendencję do obniżonego nastroju, reagowania lękiem na różne sytuacje życiowe (lęk-cecha) i mają podwyższony poziom lęku po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej (lęk-stan). Można zatem przypuszczać, że mężczyźni wykazują większe ryzyko wystąpienia powikłań w procesie rehabilitacji, a także obniżenie motywacji do leczenia i wiary w jego sukces [13–15].

Kontrola negatywnych emocji zwiększa się wraz z wiekiem. Dla potwierdzenia podano przykład: na stwierdzenie: „Kiedy jestem rozgniewany”, 68% badanych odpowiedziało: „zawsze tłumię gniew”. Tylko 36% osób stwierdziło, że „zawsze pokazuję innym co czuję”. Do stwierdzenia: „Kiedy czuję się nieszczęśliwy”, większość badanych (59%) wybrała dokończenie: „zawsze robię dobrą minę do złej gry”. Na pytanie określające odczuwanie lęku tylko 44% osób „opowiada innym wszystko na ten temat”. Dodatkowo na poziom kontroli emocji wpływa poziom wykształcenia. Osoby z wykształceniem wyższym mają najniższy wskaźnik kontroli emocji, co świadczy o tym, że chorzy ci w porównaniu z innymi grupami mają mniejszą zdolność tłumienia negatywnych emocji. Podobne spostrzeżenia wysuwają Nowicki i Rzadzowska, zdaniem których osoby z niskim poziomem wykształcenia częściej sygnalizowały występującą u nich depresję [16]. Przy porównaniu miejsca zamieszkania badanych okazało się, że pacjenci mieszkający w mieście wykazują znacznie wyższy wskaźnik kontroli emocji, natomiast pacjenci z terenów wiejskich lepiej radzą sobie z okazywaniem negatywnych uczuć.

Uzyskane wyniki świadczące o tłumieniu negatywnych emocji wskazują na utrudniony proces radzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami, co zdaniem wielu autorów utrudnia tok adaptacji chorych, gdyż przystosowanie do choroby wyraża się w umiejętności radzenia sobie ze stresem na płaszczyźnie poznawczej i emocjonalnej [17–19]. Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań, można stwierdzić, że zarówno przed personelem lekarskim, jak i pielęgniarskim stoi trudne zadanie udzielenia wsparcia emocjonalnego pacjentom leczonym z powodu raka jelita grubego. Zadanie staje się jeszcze trudniejsze w przypadku pacjentów, którzy nie deklarują chęci przyjęcia wsparcia psychicznego z powodu tłumienia w sobie negatywnych odczuć. Mimo to zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne osób z rakiem jelita grubego jest wysokie, szczególnie w przypadku osób w podeszłym wieku, mężczyzn hamujących poczucie lęku oraz kobiet, których emocje skłaniają się w kierunku depresji. Potwierdza się myśl wielu autorów, których zdaniem chorzy na

raka jelita grubego tworzą wyjątkowo specyficzną grupę pacjentów, którą personel medyczny powinien otoczyć zwiększoną troską i wsparciem emocjonalnym [20]. Pomocy tej chorzy wymagają już na samym początku zmagania się z chorobą. Jak dowodzą wyniki badań, zdecydowana większość pacjentów w momencie usłyszenia diagnozy o nowotworze jelita grubego czuje strach i zwiększony niepokój, które wzmagają poczucie przygnębienia. Może to wywołać u pacjentów złość zarówno w stosunku do siebie, jak i personelu medycznego, który potwierdził ostateczną diagnozę. Wyłania się zatem problem umiejętności radzenia sobie z wyrażaniem własnych emocji w kryzysowych sytuacjach życiowych. Celowe staje się wsparcie społeczne, które jest jednym z najefektywniejszych zasobów odporności na tak trudne warunki [12]. Wielu autorów podkreśla rolę wsparcia społecznego jako istotnego czynnika poprawiającego samopoczucie pacjenta [15]. Mylne jednak jest przekonanie, że pacjenci potrzebują więcej wsparcia psychicznego przed operacją. Wyniki badań własnych wskazują, że pacjenci, patrząc z perspektywy czasu, oczekiwali zwiększonego wsparcia emocjonalnego po zabiegu wyłonienia stomii. Być może jest to spowodowane tym, że po operacji pacjent, dotykając powłok brzusznych, wyczuwa zamontowany worek stomijny zaopatrujący przetokę kałową. Dodatkowo w początkowych stadiach rekonwalescencji personel pielęgniarski opróżnia treść worka, co jest dla pacjenta nową i przykrą sytuacją. Ponadto rozpoczyna się edukacja w zakresie samopielęgnacji stomii, która także wzmagą poczucie strachu, przygnębienia i beznadziejności. Wyżej wymienione sytuacje pobudzają w pacjentach potrzebę troski i współczucia wobec własnej osoby. Duża grupa badanych wyraziła potrzebę takiego wsparcia, głównie ze strony rodziny, na drugim miejscu pojawił się personel medyczny (lekarz i pielęgniarka). Zdziwiająco jest, że wszyscy badani nie oczekiwali wsparcia ze strony psychologa. Być może jest to spowodowane tym, że średni wiek badanych wynosił ok. 71 lat, a wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia jest to wiek geriatryczny, w którym dochodzi do zmian w mentalności i zachowaniu. Często osoby starsze stereotypowo myślą, że psycholog jest specjalistą chorób psychicznych i dlatego też nie oczekują pomocy z jego strony, a kiedy ta nadchodzi, niechętnie z niej korzystają. W pracy nie badano wsparcia emocjonalnego płynącego z grup wsparcia, ponieważ wszystkie badane osoby są uczestnikami Stowarzyszenia i takie wsparcie, jak deklarują, otrzymują wszyscy w pełni. Zgodnie z wynikami badań większość pacjentów ( $f_1 = 0,7$ ) oczekiwane wsparcie otrzymała głównie od rodziny, a tylko połowa z nich ze strony personelu medycznego. Fakt potrzeby wsparcia ze strony tych dwóch grup podkreśla wielu badaczy tematu, akcentując rolę rodziny, która wywiera niezwykle korzystny wpływ na samopoczucie chorego oraz jego mobilizację w powrocie do aktywności życiowej [21–23]. Bardzo ważne jest również wsparcie ze strony personelu medycznego, zwłaszcza w pierwszym okresie po operacji, na co

zwrócili szczególną uwagę respondenci. Ogromna rola przypada pielęgniarce stomijnej, która towarzyszy choremu w tych wyjątkowo trudnych chwilach, wzmacnia poczucie wartości, edukuje pacjenta i jego rodzinę, jak żyć ze stomią, uczy prawidłowej pielęgnacji skóry wokół stomii, a także pomaga w doborze sprzętu stomijnego [1, 24–27].

Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań, można stwierdzić, że istotną rolę w zapotrzebowaniu na wsparcie emocjonalne odgrywa płeć. Kobiety oczekują więcej troski, wsparcia i współczucia niż mężczyźni. Kolejnym czynnikiem różnicującym zapotrzebowanie pacjentów na wsparcie emocjonalne jest wiek. Im wyższy wiek badanego, tym potrzeba pomocy i oczekiwanie na wsparcie są większe. Na przykład badani w 8. dekadzie życia w 100% zadeklarowali potrzebę troski, wsparcia i współczucia wobec swojej osoby. Można zatem przypuszczać, że osoby starsze gorzej radzą sobie z wykorzystywaniem własnych zasobów w obliczu choroby, spada u nich znacznie poczucie koherencji i tracą swoją funkcję ochronną [13]. Bardzo łatwo ten proces można zauważyć w rozmowach ze starszymi pacjentami. Większość z nich stara się zaabsorbować swoją osobą rozmówcą poprzez wyraźne manifestowanie swoich odczuć, potrzeb i emocji, a niekiedy nawet objawów choroby. Zdecydowanie ułatwia to udzielenie odpowiedniej pomocy, mającej na celu zminimalizowanie obaw i lęków związanych z procesem leczenia, co przekłada się na szansę dostarczenia oczekiwanego wsparcia. Współczucia oczekiwali głównie pacjenci mieszkający na wsi ( $f_1 = 0,8$ ), mniejsze znaczenie przywiązywali do wsparcia emocjonalnego ( $f_1 = 0,4$ ). Niewielki wpływ na oczekiwaną pomoc wywiera poziom wykształcenia.

## Wnioski

1. Zdaniem większości badanych wsparcie emocjonalne było dla nich ważniejsze w okresie pooperacyjnym niż przedoperacyjnym.
2. Im starszy wiek pacjenta, tym oczekiwanie na wsparcie emocjonalne wzrasta. Wraz z wiekiem rośnie także poziom tłumienia negatywnych emocji.
3. Więcej wsparcia emocjonalnego i troski oczekują kobiety.
4. Potrzeba współczucia jest akcentowana głównie przez kobiety i osoby zamieszkujące tereny wiejskie.
5. Pacjenci zamieszkujący miasto wykazują większy potencjał tłumienia negatywnych emocji.
6. Im wyższy poziom wykształcenia, tym poziom tłumienia negatywnych emocji niższy.

## Piśmiennictwo

1. Chrobak A. Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pol Merk Lek* 2009; 26: 579-581.
2. Śliwczyński A, Tkacz A, Kowalski A i wsp. Nowotwory złośliwe jelita grubego w świetle danych Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2006–2009. *Nowotwory* 2011; 61: 252-261.

3. Sheridan ChL, Radmacher SA. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa 1998.
4. Łódzkie Stowarzyszenie Stomijne. [http://www.lodzkiestowarzyszenie-stomijne.free.ngo.pl/\\_/](http://www.lodzkiestowarzyszenie-stomijne.free.ngo.pl/_/)
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2009; 55-59, 143-147.
6. Kózka M, Bazaliński D, Jakubowski K i wsp. Determinanty funkcjonowania psychospołecznego osób z przetoką jelitową. *Pieleg Chir Angiol* 2010; 4: 123-129.
7. Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT, Cierzniańska K i wsp. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współczesna Onkol* 2007; 11: 17-25.
8. Trzciniński R, Biskup-Wróblewska A, Dziki A. Emotional problems of stoma patients. *Proktologia* 2005; 6: 299-306.
9. Biercewicz M. Psychologiczne następstwa stomii. *Pieleg Potoż* 2000; 42: 23.
10. Bennet P, Lowe R, Matthews V, et al. Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress Health* 2001; 17: 55-63.
11. Fryc-Martyńska J. Wsparcie społeczne jako forma pomocy w procesie zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. *Psychoonkologia* 1997; 1: 99.
12. Cieślak A, Marmurowska-Michałowska H. Poziom kontroli emocji u chorych na białaczkę. *Ann UMCS Sect D* 2004; 59 suppl. 14: 335-340.
13. Kurowska K, Kubak A. Wpływ poczucia koherencji na depresyjność u osób z rozpoznaniem raka jelita grubego. *Pieleg Chir Angiol* 2011; 3: 149-154.
14. Kurowska K, Kościelna H. Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego. *Współczesna Onkol* 2008; 12: 228-233.
15. Gapińska B, Tartas M, Walkiewicz M i wsp. Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. *Współczesna Onkol* 2008; 12: 84-89.
16. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkol* 2005; 9: 396-403.
17. Glińska J, Hebda A, Dziki A. Impact of nursing care on the quality of life of patients with an enteric stoma. *Proktologia* 2005; 6: 232-239.
18. Majkowiak M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. *Annales Academiae Medicae Gedanensis Gdańsk* 2005; 35 (2).
19. e 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: 503-509.
20. Gacek L, Bączek G, Skokowska B i wsp. Funkcjonowanie społeczne osób w podeszłym wieku z przetoką jelitową. *Pieleg Chir Angiol* 2012; 4: 131-137;
21. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Marzec A. Wybrane problemy zdrowotne w populacji osób starszych. *Ann UMCS Sect D* 2006; 60 Suppl. 16, 30: 133-136.
22. Leyk M, Książek J, Stangiewicz M. Rodzina jako źródło wsparcia społecznego dla osób z wyłonioną kolostomią. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 41-46.
23. Kózka M, Bazaliński D. Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 137-141.
24. Cierzniańska K, Cwajda-Białasik J, Szewczyk MT i wsp. Specjalistyczna opieka pielęgniarska nad chorym ze stomią jelitową w świetle badań. *Pieleg Chir Angiol* 2008; 2: 39-43.
25. Kózka M, Bazaliński D, Cipora E. Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Pieleg Chir Angiol* 2010; 2: 57-62.
26. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Banaszekiewicz Z, Jawień A. Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pieleg Chir Angiol* 2010; 2: 35-39.
27. Ponczek D, Nowicki A. Rak odbytnicy a jakość życia po operacji. *Współczesna Onkol* 2004; 8: 153-159.