

DETERMINANTY FUNKCJONOWANIA PSYCHOSPOŁECZNEGO OSÓB Z PRZETOKĄ JELITOWĄ

Factors determining psychosocial functioning of patients with the intestinal stoma



Maria Kózka¹, Dariusz Bazaliński², Krzysztof Jakubowski³, Małgorzata Pudło⁴

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

²Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

³Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

⁴Oddział Chirurgii, Szpital Wojewódzki w Koszalinie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 4: 123-129

Adres do korespondencji:

dr hab. n. hum. **Maria Kózka**, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, tel. +48 12 421 41 60, e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Streszczenie

Wstęp: Wytworzenie przetoki jelitowej ma wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne chorych i jakość ich życia. Od lat podejmowane są badania zmierzające do poznania czynników warunkujących funkcjonowanie tej grupy chorych. Ich znajomość może w znacznym stopniu przyczynić się do poprawy opieki nad osobami z przetoką jelitową i jakości ich życia.

Cel pracy: Poznanie determinantów funkcjonowania psychospołecznego osób z przetoką jelitową.

Materiał i metody: Badaniem prospektywnym objęto 200 osób z wyłonioną przetoką jelitową, w tym 45,5% kobiet i 54,5% mężczyzn. Kryterium włączenia do badań było wytworzenie przetoki jelitowej co najmniej 2 miesiące wcześniej. Badania prowadzono w województwie podkarpackim, małopolskim i zachodniopomorskim.

W badaniu wykorzystano: autorski kwestionariusz ankiety i skalę uogólnionej własnej skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale* – GSES) wg Schwarzer, Jeruzalem i Juszczyńskiego.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, wykorzystując test χ^2 i przyjmując za poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki badań: Otrzymane wyniki wykazały, że wytworzenie przetoki jelitowej miało wpływ na zmiany w funkcjonowaniu badanych w sferze towarzyskiej, osobistej i życiu rodzinnym. Na poziom własnej skuteczności i funkcjonowanie psychospołeczne badanych miały wpływ takie determinanty jak: wiek, wykształcenie, samodzielność oraz czas od wytworzenia przetoki jelitowej.

Wnioski:

1. Wyłonienie przetoki jelitowej miało wpływ na zmiany w funkcjonowaniu badanych w sferze życia towarzyskiego, osobistego i rodzinnego.

Summary

Introduction: Creation of an intestinal stoma affects psychosocial functioning of a patient as well as patient's quality of life. For many years now researchers have been trying to identify factors, which determine functioning of these patients. Getting to know those variables may improve care and quality of life of patients with the stoma, significantly.

Aim of the study: The objective of this work was to recognise factors determining psychosocial functioning of patients with the intestinal stoma.

Material and methods: A prospective study included 200 patients with created intestinal stoma. Women comprised 45.5% of the study group and 54.5% were men. In order to enrol a patient for this study the stoma had to be created at least 2 months before its beginning. The respondents came from Podkarpacki, Malopolski, and Kujawsko-Pomorski regions.

The following tools were used: authors' survey questionnaire and Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) by Schwarzer, Jeuzalem, and Juszczyński.

Results were analysed statistically using the χ^2 test with the confidence level of $\alpha = 0.05$.

Results: Received results showed that creation of an intestinal stoma affected patients functioning in social, personal and family life spheres. The level of respondents' effectiveness and determined by the following factors: age, education, independence, time since intestinal stoma possessed.

Conclusions:

1. Intestinal stoma creation affected patients' functioning in social, personal, and family life spheres.

2. Największe zmiany w funkcjonowaniu badanych dotyczyły przyzwyczajzeń dietetycznych, ubierania się, stylu życia, postrzegania siebie i planów życiowych.
3. Wiek badanych miał istotny statystycznie wpływ na plany życiowe, hierarchie wartości i wizerunek własnej osoby.
4. Analiza statystyczna wykazała zależność między stomią a sposobem ubierania się kobiet.
5. Wytworzenie przetoki jelitowej w grupie osób młodszych w przedziale wiekowym 39–59 lat, mężczyzn i pozostających w związkach małżeńskich lub mających stałych partnerów miało wpływ na ich życie intymne.
6. Zakres oczekiwanej pomocy w badanej grupie był zróżnicowany i zależny od stopnia samodzielności, wieku i miejsca zamieszkania.
7. Badani prezentowali wysoki lub średni poziom własnej skuteczności.
8. Na poziom własnej skuteczności badanej grupy miały wpływ takie czynniki, jak: wykształcenie, samodzielność oraz czas od wytworzenia przetoki jelitowej.

Słowa kluczowe: poczucie własnej skuteczności, przetoka jelitowa, funkcjonowanie psychospołeczne.

2. The most significant changes in respondents' functioning regarded dietary habits, clothing, lifestyle, self-perception, and their plans for life.
3. Respondent's age had a significant influence on one's plans for life, hierarchy of values, and self-image.
4. The statistical analysis proved that stoma correlated with the way female respondents dressed.
5. Stoma creation in patients from the younger subgroup, aged between 39 and 59, men who were married or had a partner, affected their sexual life.
6. The range of support actions expected by respondents varied and depended on their independence, age, and their place of residence.
7. Respondents presented high or medium level of their own effectiveness.
8. The level of respondent's own effectiveness was determined by the following factors: education, independence, and time since intestinal stoma creation.

Key words: sense of personal effectiveness, intestinal stoma, psychosocial functioning.

Wstęp

Pomimo dużego postępu w zakresie diagnostyki i nowoczesnych technik operacyjnych liczba wytwarzanych przetok jelitowych w ostatnich latach się nie zmniejsza [1, 2]. Konsekwencją wytworzenia przetoki jelitowej są zmiany w obrazie własnego ciała, utrata kontroli nad wydalaniem – jednej z zasadniczych funkcji organizmu [3–5]. Wymienione konsekwencje mają istotny wpływ zarówno na stan psychiczny chorego, jak i na jego funkcjonowanie w życiu zawodowym, społecznym, towarzyskim i rodzinnym, w tym również w sferze intymnej. Proces adaptacji chorego do nowej sytuacji jest trudny, rozłożony w czasie i zależny od wielu czynników. Do najważniejszych z nich zaliczyć można: ogólny stan zdrowia chorego, zasób wiedzy i umiejętności, powikłania ogólne i miejscowe, rodzaj stomii i stosowany sprzęt stomijny, wsparcie otrzymane od rodziny i pracowników opieki zdrowotnej oraz grup samopomocowych [6–11]. W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie badaczy wpływem zachowania człowieka w sytuacji choroby na własne zdrowie w związku z poczuciem własnej skuteczności. Uważa się bowiem, że poczucie własnej skuteczności wpływa nie tylko na podjęcie działań, ale także na kontynuowanie wysiłków w obliczu przeszkód i nieprzyjemnych doznań. Zmiana zachowania człowieka obejmuje trzy fazy własnej skuteczności: inicjowania działania, utrzymania działania i powrotu do działania [12–14].

Można więc uznać, że warunkiem koniecznym do podjęcia odpowiednich zachowań zdrowotnych jest przekonanie o ich skuteczności w poprawie stanu zdrowia, zapobieganiu chorobie czy leczeniu choroby i jej następstw. Uwzględniając powyższe rozważania, podję-

to badania własne w poszukiwaniu związku między wytworzeniem przetoki jelitowej a różnymi determinantami, w tym poczuciem własnej skuteczności osób badanych i ich funkcjonowaniem psychospołecznym. Poznanie różnych determinantów może w znacznym stopniu przyczynić się do poprawy opieki i jakości życia osób z przetoką jelitową.

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie determinantów funkcjonowania psychospołecznego osób z przetoką jelitową.

Materiał i metody

Badaniem prospektywnym objęto 200 osób z wyłonioną przetoką jelitową, w tym 45,5% kobiet i 54,5% mężczyzn. Kryterium włączenia do badanej grupy było wytworzenie przetoki jelitowej na co najmniej 2 miesiące wcześniej.

W badaniu wykorzystano: autorski kwestionariusz ankiety i skalę uogólnionej własnej skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale* – GSES) wg Schwarzera, Jeruzalem i Juszczyńskiego. Skala zawiera 10 stwierdzeń ocenianych w 4-stopniowej skali. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skutecznym radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Spostrzegana skuteczność może się odnosić do specyficznych obszarów aktywności, jak również wyrażać ogólne przekonanie co do szczególnej roli w sytuacjach problemowych czy nowych. Wskaźnik poczucia własnej skuteczności jest dobrym wyznacznikiem zachowań zdrowotnych [12, 15].

Wyniki badań poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testu χ^2 , przyjmując za poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Charakterystyka badanych

Wiek badanych wahał się od 39 do ponad 70 lat, przeważały osoby (62,5%) po 60. roku życia. Zdecydowana większość badanych (65%) pozostawała w związkach małżeńskich. Wykształcenie badanych było zróżnicowane, dominowali badani z wykształceniem średnim (30%). W mieście zamieszkiwało 62% respondentów. Na rencie lub emeryturze pozostawało 80% badanych.

Przyczyny wyłonienia przetoki jelitowej były różne, przeważało rozpoznanie choroby nowotworowej jelita grubego (67,5%). Do innych przyczyn zaliczono m.in.: choroby zapalne jelit (14%), polipowatość jelita (11%) i powikłania po radioterapii (3%).

W badanej grupie dominowały osoby z wytworzoną przetoką jelitową na jelicie grubym (kolostomią) (87,5%). Czas od wytworzenia przetoki jelitowej wahał się od 2 miesięcy do 15 lat, dominowały osoby (72,5%) z wytworzoną przetoką do 5 lat.

Wyniki badań

Wytworzenie przetoki jelitowej dla 12,5% badanych było głównym powodem przejścia na rentę lub wcześniejszą emeryturę.

W opinii ponad połowy badanych (56,5%) stomia zdecydowanie wpływa lub raczej wpływa na ich funkcjonowanie społeczne.

Tabela 1. Zmiany w sferach życia badanych

Kategorie danych	n = 200	%
w pracy zawodowej	27	13,5
w życiu towarzyskim	93	46,5
w funkcjonowaniu rodzinnym	54	27,0
w sferze osobistej	116	58,0
w funkcjonowaniu społecznym	4	2,0
brak danych	10	5,0

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ badani podawali więcej niż jedną odpowiedź

Analizie statystycznej poddano zależność funkcjonowania społecznego badanych z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych, tj. wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania. Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy funkcjonowaniem społecznym badanych a zmiennymi socjodemograficznymi ($\alpha = 0,6$).

Wytworzenie przetoki jelitowej miało wpływ na funkcjonowanie badanych w różnych sferach ich życia (tab. 1).

W opinii badanych największe ograniczenia nastąpiły w sferze osobistej (58%), w życiu towarzyskim (46,5%) i funkcjonowaniu rodzinnym (27%).

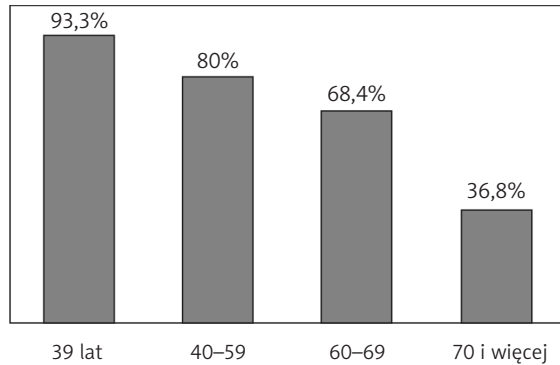
Wytworzenie przetoki jelitowej miało różnoraki wpływ na codzienne funkcjonowanie badanych (tab. 2.).

Stomia w zdecydowanym stopniu miała wpływ na zmiany przyzwyczajzeń dietetycznych (49,5%), ubierania się (42,5%), styl życia (42,5%), jak również postrzeganie siebie (40,5%) i plany życiowe badanych (38,5%).

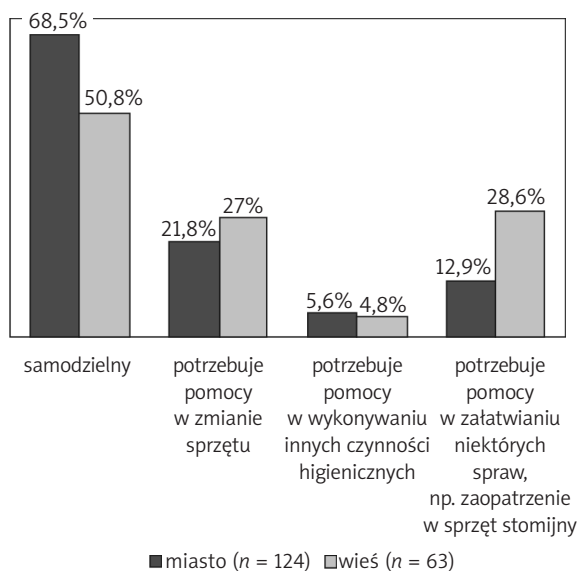
Tabela 2. Zmiany w funkcjonowaniu badanych w zależności od płci i wieku

Rodzaj zmian	Ogółem (%)	Płeć (%)		Przedziały wiekowe (%)			
		kobieta	mężczyzna	39 lat	40–59 lat	60–69 lat	70 i więcej lat
przyzwyczajenia dietetyczne	49,5	47,3	51,4	40,0	41,7	50,9	57,4
sposób ubierania się	42,5	49,5	36,7	46,7	48,3	38,6	39,7
styl życia	42,5	44,0	41,3	46,7	43,3	45,6	38,2
wizerunek własnej osoby	40,0	45,1	35,8	53,3	50,0	38,6	29,4
zmiana planów życiowych	38,5	38,5	38,5	46,7	50,0	42,1	23,5
zmiana hierarchii wartości	28,0	30,8	25,7	53,3	38,3	19,3	20,6
zmiana marzeń	22,5	27,5	18,3	40,0	25,0	29,8	10,3
zmiana stosunku do życia	20,0	19,8	20,2	40,0	15,0	26,3	14,7
unikanie kontaktów społecznych	0,5	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
zmiany w psychice – załamanie	0,5	1,1	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0
brak zmian	1,5	1,1	1,8	0,0	3,3	1,8	0,0
ogółem	200	91	109	15	60	57	68

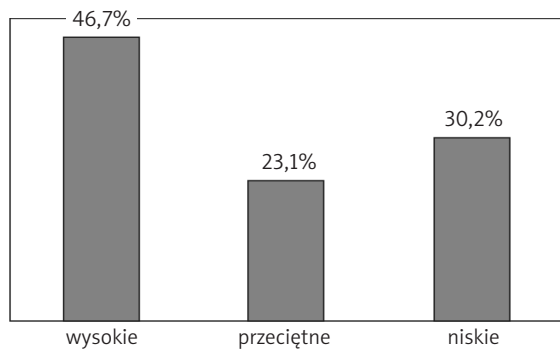
- Analiza statystyczna wykazała wpływ stomii na:
- plany życiowe badanych, marzenia, hierarchie wartości i pozytywny stosunek do życia w grupie osób młodszych (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,05$),
 - sposób ubierania w grupie kobiet (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,1$),



Ryc. 1. Samodzielność w czynnościach dnia codziennego badanych w zależności od wieku



Ryc. 2. Radzenie sobie w życiu codziennym a miejsce zamieszkania (odsetek samodzielnych)



Ryc. 3. Poziom poczucia własnej skuteczności w badanej grupie

- wizerunek własnej osoby – im starsza osoba, tym wpływ stomii był mniejszy (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,1$),
- życie intymne – w grupie mężczyzn (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,1$), w grupie osób młodszych w przedziale wiekowym 39–59 lat (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,05$) oraz w grupie osób będących w związkach małżeńskich i mających stałych partnerów (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,05$).

Zakres oczekiwanej pomocy w czynnościach dnia codziennego ankietowanych był zróżnicowany i zależał od stopnia samodzielności. Całkowicie samodzielnych było 63% badanych, 23% oczekiwało pomocy w zmianie sprzętu stomijnego, 18% pomocy w załatwieniu niektórych spraw, np. zaopatrzenia w sprzęt, a 6% wymagało pomocy w czynnościach higienicznych. Badania wykazały istotną zależność między samodzielnością badanych a wiekiem ($\alpha = 0,001$) (ryc. 1).

Miejsce zamieszkania miało istotny wpływ na samodzielność badanych. Większą samodzielność stwierdzono w grupie osób mieszkających w mieście ($\alpha = 0,05$) (ryc. 2).

Istotnym elementem badań była ocena własnej skuteczności respondentów z wykorzystaniem skali GSES oraz poznanie wpływu zmiennych socjodemograficznych na wynik tego badania. Badania wykazały, że prawie połowa respondentów prezentowała wysokie poczucie własnej skuteczności (47%), a 30% niskie (ryc. 3).

Analiza statystyczna nie wykazała zależności między poziomem poczucia własnej skuteczności badanych a wiekiem i płcią (tab. 3., 4.).

Czynnikiem istotnie wpływającym na własne poczucie skuteczności badanych było wykształcenie (zależność istotna statystycznie przy poziomie istotności $\alpha = 0,05$). Osoby z wyższym wykształceniem znacznie częściej niż osoby z niższym wykształceniem reprezentują wysokie poczucie własnej skuteczności (tab. 5.).

Miejsce zamieszkania badanych nie miało wpływu na poziom poczucia własnej skuteczności ($\alpha = 0,1$) (tab. 6.).

W dalszej analizie oceniono zależność między samodzielnością badanych a poczuciem własnej skuteczności. Analiza wykazała, że osoby samodzielne uzy-

Tabela 3. Skala uogólnionej własnej skuteczności w badanej grupie a płeć badanych

Poziom poczucia własnej skuteczności	Płeć (%)		n = 199
	K	M	
niskie poczucie własnej skuteczności	32,2	28,4	30,2
przeciętne poczucie własnej skuteczności	23,3	22,9	23,1
wysokie poczucie własnej skuteczności	44,4	48,6	46,7
ogółem	90	109	199

Tabela 4. Skala uogólnionej własnej skuteczności w badanej grupie a wiek badanych

Poziom poczucia własnej skuteczności	Wiek (%)				n = 199 (%)
	do 39 lat	40–59	60–69	70 i więcej	
niskie poczucie własnej skuteczności	26,7	26,7	29,8	34,3	30,2
przeciętne poczucie własnej skuteczności	13,3	25,0	22,8	23,9	23,1
wysokie poczucie własnej skuteczności	60,0	48,3	47,4	41,8	46,7
ogółem	15	60	57	67	199

Tabela 5. Skala uogólnionej własnej skuteczności a wykształcenie

Poziom poczucia własnej skuteczności	Wykształcenie (%)				n = 192 (%)
	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	
niskie poczucie własnej skuteczności	46,2	38,3	20,9	15,4	30,7
przeciętne poczucie własnej skuteczności	20,5	20,0	29,9	19,2	23,4
wysokie poczucie własnej skuteczności	33,3	41,7	49,3	65,4	45,8
ogółem	39	60	67	26	192

skąty wyższy poziom poczucia własnej skuteczności ($\alpha = 0,01$) (tab. 7).

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na poczucie własnej skuteczności badanych był czas od wyłonienia przetoki jelitowej. Osoby mające stomię dłużej uzyskały znacznie wyższy wynik poczucia własnej skuteczności ($\alpha = 0,05$) (tab. 8.).

Dyskusja

W opinii wielu autorów przygotowanie osób ze stomią do samoopieki oraz ich adaptacja psychospołeczna wynikająca w głównej mierze z utraty kontroli funkcji zwieraczy oraz powikłań późnych stomii ma niebagatelny wpływ na ich funkcjonowanie we wszystkich sferach życia. W wyniku zmiany samooceny, często występującej depresji, pogorszenia sytuacji życiowej, związanej

z utratą czy też koniecznością zmiany pracy, przejściem na rentę lub emeryturę dochodzi do unikania bądź wycofywania się z podejmowania decyzji mających pozytywny wpływ na zachowania zdrowotne [4, 9, 11, 16]. Według Juczyńskiego spostrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniem dotyczącym własnej skuteczności. Równocześnie przekonania dotyczące skuteczności mają wpływ na ocenę osobistych zasobów człowieka w sytuacji stresowej [17]. Locke i Latham twierdzą, że im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym silniejsze jest ich czynne zaangażowanie w zamierzone zachowanie, nawet w obliczu porażek [18].

Tabela 6. Skala uogólnionej własnej skuteczności a miejsce zamieszkania badanych

Poziom poczucia własnej skuteczności	Zamieszkanie (%)		n = 186 (%)
	miasto	wieś	
niskie poczucie własnej skuteczności	28,5	33,3	30,1
przeciętne poczucie własnej skuteczności	20,3	30,2	23,7
wysokie poczucie własnej skuteczności	51,2	36,5	46,2
ogółem	123	63	186

Tabela 7. Skala uogólnionej własnej skuteczności a samodzielność badanych

Poziom poczucia własnej skuteczności	Samodzielni (%)		n = 199 (%)
	nie	tak	
niskie poczucie własnej skuteczności	41,9	23,2	30,2
przeciętne poczucie własnej skuteczności	24,3	22,4	23,1
wysokie poczucie własnej skuteczności	33,8	54,4	46,7
ogółem	74	125	199

Tabela 8. Skala uogólnionej własnej skuteczności a czas od wyłonienia stomii

Poziom poczucia własnej skuteczności	Czas od wyłonienia stomii (%)				n = 195 (%)
	2 miesiące – rok	2–5 lat	6–10 lat	> 10 lat	
niskie poczucie własnej skuteczności	41,3	18,5	33,3	25,0	30,8
przeciętne poczucie własnej skuteczności	20,0	30,8	23,3	5,0	22,6
wysokie poczucie własnej skuteczności	38,8	50,8	43,3	70,0	46,7
ogółem	80	65	30	20	195

Wykorzystując skalę GSES, oceniono poziom poczucia własnej skuteczności respondentów. W analizowanym materiale wykazano, że prawie połowa respondentów (47%) prezentowała wysokie poczucie własnej skuteczności, 23% przeciętne, a 30% niskie. Na podstawie zebranych danych socjodemograficznych oraz przeprowadzonej analizy statystycznej potwierdzono, że takie zmienne, jak: płeć oraz miejsce zamieszkania, nie mają wpływu na poczucie własnej skuteczności. Inne zmienne, tj. poziom wykształcenia i stopień samodzielności, pozytywnie wpływają na poczucie własnej skuteczności.

W porównaniu wyników grupy badanej z wynikami grupy normalizacyjnej w zakresie poczucia własnej skuteczności jedynie w aspekcie wykształcenia odnotowano pozytywne wyniki, inne zmienne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania) nie miały wpływu na ocenę własnej skuteczności. Najwyższy wskaźnik poczucia własnej skuteczności w grupie normalizacyjnej przejawiają pacjentki po mastektomii oraz chorzy na cukrzycę, najniższy zaś kobiety leczone z powodu nasilonych objawów menopauzy. Niskie poczucie skuteczności mają pacjenci po zawale mięśnia sercowego [12]. Nie odnaleziono w literaturze grupy reprezentatywnej osób z przetoką jelitową, aby porównać wyniki badań własnych. Badania własne wykazały, że osoby z dłuższym okresem od wytworzenia przetoki jelitowej znacznie częściej mają wyższe poczucie własnej skuteczności niż osoby z okresem krótszym.

Wytworzenie przetoki jelitowej w zdecydowanym stopniu miało wpływ na wieloaspektowe zmiany w życiu codziennym badanych w zakresie: przyzwyczajzeń dietetycznych, ubierania się (zwłaszcza w grupie kobiet), jak również postrzegania siebie i zmiany planów życiowych – te ostatnie charakterystyczne są dla osób młodych. Według badań przeprowadzonych przez Sprangersa osoby z przetoką jelitową stosują większy rygor dietetyczny, jednakże faktu tego nie potwierdzają dotychczas opublikowane badania i doświadczenia własne [20, 23]. W opinii ponad połowy badanych (56,5%) wytworzona przetoka wpływa negatywnie zarówno na funkcjonowanie fizyczne, jak i społeczne, zwłaszcza w sferze osobistej (58%), towarzyskiej (46,5%) i rodzinnej (27%). Podobne wyniki uzyskała Wirażka w badaniach przeprowadzonych wśród 164 osób po wyłonieniu stomii z powo-

du nowotworu jelita grubego [19] oraz Sprangers i wsp. w analizie porównawczej kilku badań [23].

Analizując opinie respondentów, odnotowano negatywny wpływ przetoki jelitowej na życie intymne w grupie mężczyzn (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,1$), w grupie respondentów w przedziale wiekowym 39–59 lat (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,05$) oraz w grupie osób będących w związkach małżeńskich i mających stałych partnerów (zależność istotna na poziomie $\alpha = 0,05$).

Powołując się na publikację Bieleckiego, powikłania seksualne występują często u 26,7%, a sporadycznie u ok. 57% pacjentów ze stomią [2]. W badaniach Szczepkowskiego [20] odsetek osób ze stomią z potwierdzonymi zaburzeniami seksualnymi zawiera się w przedziale 66–100%, podobne wyniki uzyskali inni autorzy [23, 24]. Obniżenie libido może być związane zarówno z czynnikami psychicznymi (lęk, strach, brak akceptacji), jak i somatycznymi (wiek, postępująca choroba, lokalizacja guza, operacyjne uszkodzenie włókien autonomicznego odcinka krzyżowego, dodatkowe schorzenia, zwłaszcza u mężczyzn). Powikłania seksualne dotyczą częściej mężczyzn niż kobiet, są związane z powstrzymaniem się od kontaktów seksualnych, obniżeniem lub brakiem popędu seksualnego, mogą mieć charakter stały lub okresowy i w dużym stopniu być spowodowane wystąpieniem depresji pooperacyjnej i/lub efektem niekorzystnego wpływu leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia) nowotworów jelita grubego [2, 21].

Zakres oczekiwanej pomocy w czynnościach dnia codziennego ankietowanych był różnicowany i zależał od stopnia samodzielności. Osoby całkowicie samodzielne (63%) nie wskazywały na potrzebę pomocy w czynnościach dnia codziennego, natomiast osoby w grupie wiekowej 70 lat i więcej oczekiwały pomocy w zakresie: zmiany sprzętu stomijnego, w załatwieniu niektórych spraw, np. w zaopatrzeniu w sprzęt, jedynie 5% spośród badanych wskazywało, że wymaga pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych. Badania wykazały istotną zależność między samodzielnością badanych a wiekiem. Można zatem wnioskować, że im człowiek starszy, tym bardziej potrzebuje pomocy osób drugich w czynnościach dnia codziennego. Odnotowano większą samodzielność w grupie osób mieszkających w mieście (62% ogółu badanych) ($\alpha = 0,05$) niż na wsi. Przy czym,

jeśli wziąć pod uwagę, że mieszkańcy wsi częściej przyznają, że potrzebują pomocy w załatwianiu niektórych spraw, np. w zaopatrzeniu w sprzęt stomijny, można wnioskować, że istotną rolę odgrywa tu zróżnicowanie infrastruktury, która ułatwia życie mieszkańcom miast. Brak jej na terenach wiejskich z pewnością jest związany z gorszym dostępem zarówno do opieki zdrowotnej, jak i kontaktów z grupami wsparcia. Do podobnych wniosków doszli Banaszekiewicz i wsp. [25].

Wnioski

1. Wyłonienie przetoki jelitowej miało wpływ na zmiany w funkcjonowaniu badanych w sferze życia towarzyskiego, osobistego i rodzinnego.
2. Największe zmiany w funkcjonowaniu badanych dotyczyły przyzwyczajęń dietetycznych, ubierania się, stylu życia, postrzegania siebie i ich planów życiowych.
3. Wiek badanych miał istotny statystycznie wpływ na plany życiowe, hierarchie wartości i wizerunek własnej osoby.
4. Analiza statystyczna wykazała zależność między stomią a sposobem ubierania się kobiet.
5. Wytworzenie przetoki jelitowej w grupie osób młodszych w przedziale wiekowym 39–59 lat, mężczyzn i pozostających w związkach małżeńskich lub mających stałych partnerów miało wpływ na ich życie intymne.
6. Zakres oczekiwanej pomocy w badanej grupie był zróżnicowany i zależny od stopnia samodzielności, wieku i miejsca zamieszkania.
7. Badani prezentowali wysoki lub średni poziom własnej skuteczności.
8. Na poziom własnej skuteczności badanej grupy miały wpływ takie czynniki, jak: wykształcenie, samodzielność oraz czas od wytworzenia przetoki jelitowej.

Piśmiennictwo

1. Szczepkowski M. Stomia jelitowa – wyzwanie nie tylko dla chirurga. *Proktologia dla lekarzy rodzinnych* 2004; 4: 57-69.
2. Bielecki K. Dobra stomia. *Proktologia, Suplement. V Sympozjum Polskiego Klubu Koloproktologii.* 2004; 1: 27-28.
3. Wrońska I, Wiraszka G. Jakość życia chorych z rakiem jelita grubego i wytworzonym brzuszny odbytem. *Psychoonkologia* 2003; 7: 37-42.
4. Fryc-Martyńska J. Psychologiczne następstwa wytworzenia odbytu brzuszno oraz znaczenie sposobu informowania chorych i ich rodzin. *Polski Tygodnik Lekarski* 1989; 20: 469-471.
5. Kózka M. Operacja – stomia – depresja? *Troska* 2002; 3: 11-12.
6. Bazaliński D, Barańska B, Cipora E. Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności. *Medycyna Rodzinna* 2006; 3: 58-63.
7. Kózka M, Bazaliński D, Cipora E. Wiedza pacjenta z przetoką jelitową elementem przygotowania do samoopieki. *Zdrowie Publiczne* 2006; 4: 591-595.
8. Bazaliński D, Kaczmarek D. Stomia jelitowa, wskazania do wykonania, powikłania. W: *Pielęgniarstwo nad osobami starszymi.* Kachaniuk H (red.). Raabe, Warszawa 2009.
9. Michalak S, Cierznikowska K, Banaszekiewicz Z i wsp. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 3: 92-98.
10. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Complications of construction and closure of temporary loop ileostomy. *Journal of the American College of Surgeons* 2005; 201: 759-773.
11. Biercewicz M. Stomia jako trudny problem życiowy. *Pielęgniarstwo Polskie* 2002; 1: 87-94.
12. Jurczyński J. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.* PWN, Warszawa 2001.
13. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Sęk H, Cieślak R (red.). PWN, Warszawa 2006.
14. Psychologia zdrowia. Heszen-Niejodek I, Sęk H (red.). PWN, Warszawa 2007.
15. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: *Psychologia zdrowia.* Heszen-Niejodek I, Sęk H (red.). PWN, Warszawa 1997; 175-205.
16. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux study. *Ostomy/Wound Management* 2003; 49: 48-55.
17. Juczyński Z. Psychoonkologia – przedmiot badań. *Psychoonkologia* 1998; 31-34.
18. Locke EA, Latham GP. A theory of goal setting and task performance. Prentice Hall, New York 1990.
19. Wirażka G. Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 1-6.
20. Szczepkowski M. Rak odbytnicy – czynnościowe wyniki leczenia i jakość życia. *Proktologia dla lekarzy rodzinnych* 2004; 4: 35-46.
21. Czernikiewicz W. Seksualne problemy osób ze stomią. W: *Stomia, poradnik dla pacjentów pielęgniarek i lekarzy.* Pol-Ilko, Poznań 1993.
22. Turnbull GB. Sexual counseling: the forgotten aspect of ostomy rehabilitation. *J Sex Ed Ther* 2001; 26: 189-195.
23. Sprangers MA, Taal BG, Aaronson NK, te Velde A. Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs. nonstomapatients. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 361-369.
24. Weinstein M, Roberts M. Sexual potency following surgery for rectal carcinoma: a follow up of 44 patients. *Ann Surgery* 1977; 185: 295-300.
25. Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT, Cierznikowska K, Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współcz Onkol* 2007; 1: 17-25.