

PRACE ORYGINALNE

Grażyna Wiraszka, Renata Stępień

Uwarunkowania możliwości samoopiekuńczych chorych z kolostomią wytworzoną w wyniku operacyjnego leczenia z powodu raka jelita grubego

Conditioning of self-care abilities of the patients with colostomy formed after operational therapy of colorectal cancer

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

STRESZCZENIE

Cel pracy: Celem podjętych badań była ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych oraz wsparcia uzyskiwanego w grupach samopomocy na poziom wiedzy i zachowań chorych niezbędnych do samodzielnego radzenia sobie z problemami stomii.

Materiał i metody: W badaniach przeprowadzonych na grupie 164 chorych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach wykorzystano kwestionariusz wywiadu oraz sprawdzone psychometryczne narzędzie własnej konstrukcji oceniające przygotowanie chorych do samoopieki w zakresie wiedzy, zachowań i aktywności chorych.

Wyniki i wnioski: Analiza statystyczna zebranego materiału badawczego wykazała, że poziom wiedzy i zachowań chorych istotnie różnicują w większości badanych ich obszarów takie zmienne jak wykształcenie oraz wsparcie grup samopomocy, oraz w mniejszym zakresie – wiek, miejsce zamieszkania oraz aktywność zawodowa.

Słowa kluczowe: stomia, rak jelita grubego, samoopieka, zachowania zdrowotne

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was evaluation of the impact of social-demographic factors and getting the support to the level of knowledge and behaviour of the patients, necessary for independent managing with the stomy problems.

Material and methods: An investigation questionnaire and reporting psychometrical tool of own construction were applied in the examinations, to evaluate preparation of the patients to their self-care in the aspect of their knowledge, behaviours and activity. The research was conducted on a group of 164 patients at Świętokrzyskie Oncology Centre in Kielce.

Results and conclusions: Statistical analysis of the collected research material showed, that the levels of knowledge and behaviours of the patients essentially differ such variable areas as education and support from the self-aid groups, while less difference concerns their age, place of residence and professional activity.

Key words: stomy, colorectal cancer, self-care behaviour

Wstęp

Mimo ogromnego postępu, jaki dokonał się w ostatnich latach w medycynie, w tym również w onkologii – zwłaszcza w diagnostyce oraz stosowanych metodach leczenia, nowotwory złośliwe znajdują się wśród głównych przyczyn zgonów [1, 2, 3], stanowiąc jeden z najpoważ-

Introduction

In spite of huge progress which recently took place in medicine, including oncology – especially in diagnostics and methods of treatment which are applied, malignant tumors are among main causes of deaths [1, 2, 3]. They are one of the most serious health problems in Poland. In this

niejszych problemów zdrowotnych w Polsce. Wśród tej grupy chorób poważne zagrożenie stanowi rak jelita grubego, który jest najczęstszym nowotworem układu pokarmowego [3, 4, 5], a z danych epidemiologicznych wynika, że zachorowalność na niego dynamicznie wzrasta [3, 6]. W roku 1991 zarejestrowano 7849 nowych zachorowań na ten nowotwór, podczas gdy w roku 1996 odnotowano ich już 10 455 (M-5422, K-5033), a w roku 2006 aż 13 898 przypadków (M-7664, K-6234) [3, 4, 6].

Obecnie głównym celem radykalnego postępowania chirurgicznego w leczeniu chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego jest nie tylko całkowite usunięcie guza, ale również zachowanie funkcji zwieraczy odbytu i fizjologicznej drogi wypróżnień [2, 7, 8]. Jednakże zdaniem Szczepkowskiego i wsp. [9], pomimo dynamicznego rozwoju metod i technik medycznych związanych z rozpoznawaniem i leczeniem schorzenia, wzrost zachorowań na raka jelita grubego powoduje, że liczba wykonywanych w Polsce operacji z wytworzeniem stomii jest nadal duża. Aktualnie brak jest wiarygodnych danych epidemiologicznych opisujących problem stomii jelitowej w sposób ilościowy, a szacunkowo ocenia się, że w ciągu roku w polskich szpitalach wykonywanych jest około 5–6 tysięcy operacji prowadzących do wytworzenia zewnętrznych chirurgicznych przetok jelitowych [9], natomiast liczbę osób ze stomią określa się na około 20 tysięcy [10].

Nowotwory złośliwe należą do grupy chorób, których konsekwencją są głębokie zmiany w funkcjonowaniu i jakości życia [11, 12, 13], a w szczególnie trudnej sytuacji znajduje się chory, u którego w wyniku zastosowanego leczenia chirurgicznego doszło do utraty narządu i fizjologicznych funkcji organizmu [7, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Operacje zakończone wytworzeniem stomii jelitowej stanowią dla większości pacjentów krytyczne wydarzenie życiowe i dają poczucie głębokiego inwalidztwa. Konieczne jest więc dostrzeganie w procesie zdrowienia i rehabilitacji wszelkich czynników mogących mieć znaczenie w procesie powrotu do pełnej sprawności funkcjonalnej oraz dobrej jakości życia, wśród których istotną rolę mogą odgrywać czynniki związane ze sprawowaną opieką ukierunkowaną m.in. na edukację i kształtowanie zachowań zdrowotnych oraz mobilizowanie chorego do aktywnego uczestnictwa w terapii i samodzielnym radzeniu sobie z problemami stomii. Podejmowane przez zespół terapeutyczno-opiekuńczy zadanie promowania pacjenta jako realizatora samoopieki zbieżne jest ze współczesnym modelem promocji zdrowia, w którym podkreśla się znaczenie kształtowania zachowań zdrowotnych nie tylko wśród osób zdrowych czy zagrożonych chorobą, ale również w przebiegu choroby czy niepełnosprawności. Ważną bowiem rolę w powrocie do zdrowia odgrywają zachowania terapeutyczne oraz rehabilitacyjne i zapobiegające nawrotowi choroby. Polegają one na współpracy z terapeutą i dotyczą

group of diseases colorectal cancer constitutes a serious threat. It is the most frequent cancer of digestive system [3, 4, 5]. According to epidemiological data the incidence of colorectal cancer is growing rapidly [3, 6]. In 1991 as many as 7849 cases of this cancer were recorded, while in 1996 as many as 10 455 of them were noted (M-5422, F-5033). In the year 2006 as many as 13 898 cases were noted M-7664, F-6234) [3, 4, 6].

Nowadays, the main aim of radical operational behavior in treating colorectal cancer patients is not only complete removing of the tumor but also preserving sphincter and physiological tract of evacuation [2, 7, 8]. However, according to Szczepkowski and others [9] in spite of dynamic development of medical methods and techniques connected with diagnostics and treatment of the disease, the growth of colorectal cancer cases results in a big number of stomy-forming operations in Poland. Currently, reliable epidemiological data, describing the problem of intestinal stomy in a quantitative way, is missing. It is estimated that each year approximately 5000–6000 of external surgical intestine fistulas operations [9] are performed in Polish hospitals. It is estimated that there are about 20000 stomy-patients in Poland [10].

Malignant cancers are among illnesses whose consequences make profound changes in functioning and the quality of life [11, 12, 13]. The patient who lost the organ and physiological functions of the organism as a result of surgical therapy is in especially difficult situation [7, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Operations resulting in the forming of intestine stomy constitute a critical experience and give the feeling of profound disability. Thus it is necessary to notice in the recovery and rehabilitation processes any factors which could matter in the process of return to functional competence and good quality of life. The factors connected with directed care may play a vital role. They might be directed to education, shaping health behaviors, and motivating the patient to active participation in treatment and independent managing with the stomy problems. The task of promoting the patient as a self-care executor by therapeutic and caring team coincides with modern model of health promotion. In this model shaping health behavior is emphasized not only among healthy people or those that could be at risk but also the sick or disabled ones. Therapeutic, rehabilitation behaviors and preventing relapses play an important role in recovery. They consist in cooperation with the therapist and concern obeying some behavior discipline by the patients. These behaviors prevent negative effects of disease in somatic, physical and social spheres and also decrease the economical cost connected with the therapy [19, 20].

The purpose of the researches was the evaluation of the impact of social-demographic factors such as age, sex, place of residence or education and also the support obtained in self-aid groups on the level of the

przestrzegania przez pacjentów pewnych reżimów postępowania. Nie dopuszczają do negatywnych skutków choroby w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej, jak również zmniejszają koszty ekonomiczne związane z terapią [19, 20].

Celem podjętych badań była ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych, takich jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania czy wykształcenie, a także uzyskiwanego w grupach samopomocy wsparcia na poziom wiedzy i zachowań chorych niezbędnych do samodzielnego radzenia sobie z problemami stomii.

Materiał i metoda badań

Badania przeprowadzono w Poradni Stomijnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Kryteriami doboru chorych do grupy badawczej były: rodzaj choroby podstawowej, rodzaj leczenia chirurgicznego, typ stomii oraz czas, jaki upłynął od jej wytworzenia. Do badań kwalifikowano osoby z kolostomią, w okresie powyżej 1 miesiąca od chwili jej wytworzenia w wyniku zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego z powodu raka jelita grubego. Warunkiem udziału w badaniach było również wyrażenie zgody przez chorego oraz stan psychofizyczny umożliwiający wypełnienie ankiety. Łącznie badania przeprowadzono wśród 175 chorych. Po odrzuceniu ankiet posiadających braki w udzielonych odpowiedziach ostateczną grupę badawczą stanowiło 164 pacjentów. Średnia wieku badanej grupy chorych, w której nieco więcej było osób powyżej 60 roku życia (54,9%) wynosiła $X = 60,03$ lat. Nieznacznie przeważali w niej mężczyźni, którzy stanowili 53% badanych. Dominującą grupę, bo 65,2% stanowiły osoby zamieszkujące w mieście. Spośród badanych chorych aż 59,8% osób legitymowało się wykształceniem podstawowym i zawodowym, natomiast wykształcenie średnie i wyższe posiadało tylko 40,2% chorych. Niewielu badanych, bo 14% było osobami aktywnymi zawodowo (pracującymi). Prawie połowa chorych (45,7%) korzystała ze wsparcia grup samopomocowych. Kolostomię definitywną posiadało 88,4% osób, u pozostałych (11,6%) stomia miała charakter czasowy. Czas, jaki upłynął od chwili jej wytworzenia był niższy od 1 roku w przypadku 43,3% badanych. U prawie połowy chorych (48,4%) występowały miejscowe powikłania stomijne. W badanej grupie, oprócz leczenia chirurgicznego u 62,8% chorych zastosowano także onkologiczne leczenie uzupełniające (chemioterapia, radioterapia).

Do zebrania materiału badawczego posłużono się metodą badań ankietowych. Zastosowanymi narzędziami badawczymi był kwestionariusz wywiadu oraz narzędzie własnej konstrukcji opracowane w strategii pomiarowej, za pomocą którego oceniano wiedzę i zachowania chorych posiadających stomię w obszarach: 1) Podstawowy poziom informacji (PPI – zaopatrzenie i dobór sprzętu stomijnego, możliwość uzyskania pomocy

patient's knowledge and behaviors which are necessary for independent managing with the stomy problems.

Material and methods

The research was conducted at Świętokrzyskie Oncology Centre in Kielce. There were such criteria for selecting the patients as kind of basal illness, kind of surgical treatment, type of stomy and how long the patient has had a stomy. The patients who have had a colostomy for at least a month as a result of operational therapy following colorectal cancer were qualified for the research. The patient's informed consent and his or her psycho-physical condition enabling filling out the questionnaire were the conditions for participating in the research. All told, the research was conducted on a group of 175 patients. After rejecting the questionnaires with blanks, the final research group consisted of 164 patients. The average age of the patients was $X = 60.3$, most of whom were over 60 years old (54.9%). Men (53%) slightly outnumbered women. The predominating group (65.2%) constitutes people living in the city. As many as 59.8% of the patients held primary school or vocational school education, while just 40% of the patients held secondary school or higher education. Not many patients (14%) were employed. Nearly a half of the patients (45.7%) used the support from self aid groups. 88.4% of the patients had definite colostomy and the others (11.6%) had temporary stomy. 43.3% of the patients had a stomy for less than a year. Nearly a half of the patients (48.4%) had local complications following the stomy. Apart from operational therapy, 62.8% patients had oncology complementary treatment, e.g. chemotherapy or radiotherapy.

Questionnaire research method was used to collect the research material. An investigation questionnaire and reporting psychometrical tool of own construction were applied in the research to evaluate the knowledge and behaviors of the patients with stomy in such fields as

1. Basic level of information (PPI – provision and selection of stomy equipment, a chance of getting help and support)
2. Nutrition (ODŻ – prevention of intestine wind, constipation and diarrhea)
3. Lifestyle (TŻ – everyday activity, such as sport, work and sex)
4. Methods and measures (M/Ś – applied in problems of stomy, i.e. irritations and unevenness of skin, intestine wind)
5. Regulation of evacuation (RW – knowledge and using of irrigation)
6. Change of equipment (ZS – obeying rules during changing of stomy equipment)
7. Activity in self-care (AwS – cooperation with the staff, involvement and persistence in shaping the knowledge and behaviors)

i wsparcia), 2) Odżywianie (ODŻ - zapobieganie gazom jelitowym, zaparciom i biegunkom), 3) Tryb życia (TŻ - codzienna aktywność: sport, praca, seks), 4) Metody i środki (M/Ś) stosowane w problemach stomii - podrażnieniach i nierównościach skóry, gazach jelitowych) 5) Regulacja wypróżnień (RW - znajomość i stosowanie irygacji), 6) Zmiana sprzętu (ZS - przestrzeganie zasad w czasie zmiany sprzętu stomijnego) oraz 7) Aktywność w samoopiece (AwS - współpraca z personelem, zaangażowanie i wytrwałość w kształtowaniu wiedzy i zachowań). Chory odpowiadał na każde pytanie na 4-stopniowej skali porządkowej, mogąc uzyskać od 0 do 3 punktów. W przypadku dziedzin oceniających obiektywnie wiedzę miał do wyboru dwie alternatywne odpowiedzi, uzyskując punktację 0 lub 1. Uzyskane w ten sposób wyniki surowe sumowano dla każdej skali, a następnie przeliczano według wzoru $WP_k = WS_k / WS_{kmax} \times 100$, gdzie wynik przeliczony (WP_k) mówi, jaki procent w stosunku do wyniku maksymalnego (WS_{kmax}) w danej skali „k” stanowi wynik uzyskany przez daną osobę. Wyższy wynik oznacza wyższy poziom wiedzy i lepsze przygotowanie do podejmowania zachowań prozdrowotnych w procesie opiekuńczo-rehabilitacyjnym. Rzetelność skal oceniono, wyznaczając współczynnik zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha [21]. Uzyskane jego wartości dla większości skal okazały się dosyć wysokie i wynosiły w granicach 0,68 - 0,92 i tylko dla skali zachowań związanych ze zmianą sprzętu stomijnego - 0,58.

Analizę statystyczną zebranego materiału badawczego przeprowadzono za pomocą testu nieparametrycznego U-Manna-Whitney'a dla grup zmiennych niepowiązanych. W opisie statystycznym uzyskanych wyników badań wykorzystano średnią arytmetyczną jako miarę położenia oraz odchylenie standardowe jako miarę rozproszenia. Wartością kryterialną przyjętą do oceny istotności statystyk było $\alpha = 0,05$. Za istotne statystycznie [IS] uznawano statystyki, których prawdopodobieństwo było niższe od wartości kryterialnej ($p < 0,05$). Natomiast wartości współczynnika istotności $p > 0,05$ określano jako nieistotne statystycznie i oznaczono symbolem NS [22].

Wyniki badań

Badani chorzy ze stomią jelitową uzyskali zadowalające oceny w większości analizowanych w pracy obszarach wiedzy i zachowań istotnych w powrocie do samodzielności, gdzie wartości średniej (X) mieściły się w zakresie od 93,6 do 61,7. Wyjątkiem była skala oceniająca znajomość i stosowanie irygacji jako metody regulującej wypróżnienia, gdzie chorzy uzyskali wynik na poziomie $X = 22,9$. Dane te przedstawia rycina 1.

Wpływ czynników społeczno-demograficznych na poziom wiedzy i zachowań badanych chorych przedstawia tabela 1.

The patient answered each of the questions of a four-degree order scale and could score 0–3 points. In case of fields which evaluate the knowledge objectively, he or she had a choice between two alternative answers and could score 0 or 1 point. The obtained rough results were summed up for each scale. Next they were recalculated by formula $WP_k = WS_k / WS_{kmax} \times 100$. The recalculated score shows how much percent in relation to maximum score (WS_{kmax}) in a given scale 'k' constitutes the obtained score. A higher score means a higher level of knowledge and better preparation for undertaking health-seeking behaviors in the caring-rehabilitation process. The reliability of the scales was evaluated by coefficient of internal consistency - Cronbach's alpha [21]. The values for most of the scales turned out quite high and amounted from 0.68–0.92, only for the scale of behaviors connected with the change of stomy equipment it amounted to 0.58.

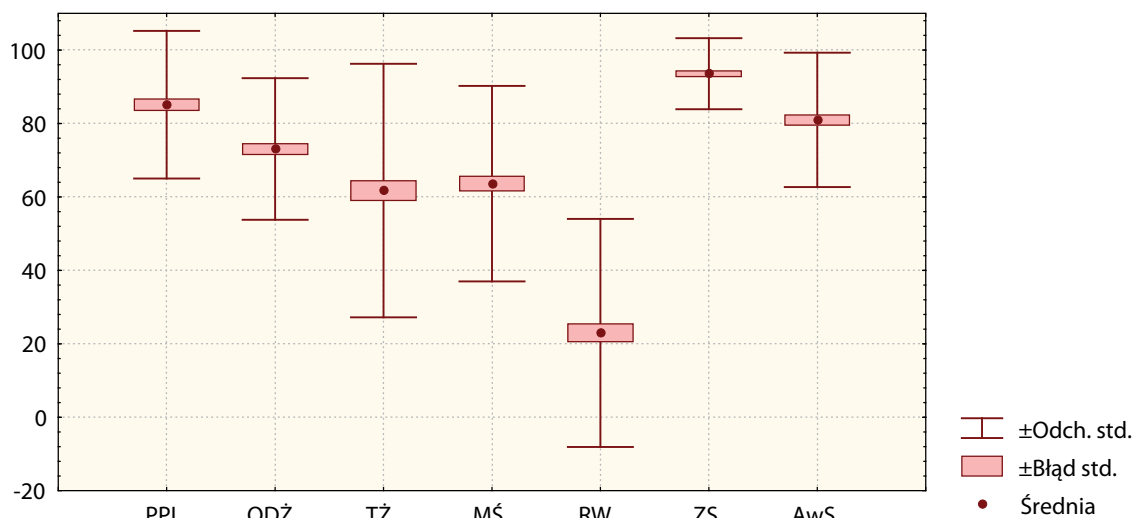
The analysis of collected statistical research material was conducted by means of U-Mann Whitney's non-parametric test for groups of not related variables. In the statistical description of obtained results arithmetic mean was used as a measure of the position and standard deviation was used as a measure of dispersion. $\alpha = 0.05$ was criterion validity used for evaluation of importance of the statistics. The statistics whose probability was lower than criterion validity ($p < 0.05$) were regarded as statistically significant [SS]. Coefficient significance $p > 0.05$ was defined as statistically insignificant and was marked SI [22].

Research results

The patients with colostomy obtained satisfactory results in most of analysed fields of knowledge and behaviors which are significant in the patients' return to independence. Values of the average (X) were from 93.6–61.7. There was one exception, namely the scale evaluating knowledge and using irrigations as a method regulating evacuation. The patients obtained the result $X = 22.9$. This data is shown on a figure 1.

The influence of social-demographic factors on the level of knowledge and behaviours of the patients is shown in the table 1.

As the results of statistical analysis in the above chart show, self-caring capability of the patients did not depend just on the sex of examined patients ($p > 0.05$ NS). The other analysed variable areas such as age, education, place of residence or professional activity to different degree influenced the examined fields of knowledge and behaviours of the patients with colostomy. Younger patients (up to 60 years old) compared to older ones evaluated higher possibilities concerning lifestyle ($p < 0.001$) as well as possibilities concerning methods and measures which could be used in problems with stomy ($p < 0.01$). In case of analysis of the data distribution concerning



Rycina 1. Wiedza i zachowania badanych chorych ze stomią.

PPI – podstawowy poziom informacji, ODŻ – wiedza o odżywianiu, TŻ – tryb życia, MŚ – metody i środki stosowane w problemach stomii, RW – regulacja wypróżnień, ZS – zmiana sprzętu stomijnego, AwS – aktywność w samoopiece.

Jak wskazują zawarte w powyższej tabeli wyniki analizy statystycznej, możliwości samoopiekuńcze badanych chorych nie zależały jedynie od płci badanych ($p > 0,05$, NS). Natomiast pozostałe analizowane zmienne, takie jak wiek, wykształcenie, zamieszkanie czy aktywność zawodowa w różnym stopniu i zakresie wpływały na badane obszary wiedzy i zachowań chorych z kolostomią. Młodszy chorzy (do 60 lat) wyżej oceniali w porównaniu z osobami starszymi możliwości w zakresie trybu życia ($p < 0,001$), jak również w zakresie wiedzy o metodach i środkach, jakie można stosować w problemach stomii ($p < 0,01$). W przypadku analizy rozkładu danych w zakresie wiedzy i zachowań badanych w zależności od miejsca zamieszkania okazało się, że chorzy będący mieszkańcami miast uzyskali istotnie wyższe wyniki w zakresie aktywności w samoopiece ($p < 0,05$) oraz regulacji wypróżnień ($p < 0,05$). Dostatecznie istotnym czynnikiem różnicującym poziom wiedzy i zachowań badanych chorych w zakresie samoopieki okazało się wykształcenie badanych. Większość analizowanych aspektów oceniali wyżej osoby lepiej wykształcone – posiadające wykształcenie średnie i wyższe w porównaniu do osób gorzej wykształconych – posiadających wykształcenie podstawowe i zawodowe. Różnice istotne statystycznie dotyczyły aktywności badanych chorych w samoopiece ($p < 0,05$), przestrzegania zasad związanych ze zmianą sprzętu stomijnego ($p < 0,05$), trybu życia ($p < 0,05$) oraz znajomości metod i środków stosowanych w problemach stomii ($p < 0,01$). W przypadku analizy rozkładu danych w zakresie wiedzy i zachowań badanych chorych w zależ-

Figure 1. The knowledge and behaviours of the patients with stoma.

PPI – basic level of information, ODŻ – knowledge on nutrition, TŻ – lifestyle, MŚ – methods and measures applied in problems of stoma, RW – regulation of evacuation, ZS – change of stoma equipment, AwS – activity in self-care

knowledge and behaviours of the patients depending on place of residence, it turned out that the patients living in the city obtained higher results in self-care ($p < 0,05$) and regulation of evacuation ($p < 0,05$). Education turned out to be quite a significant factor, which was varying the level of knowledge and behaviours of the patients as far as self-care is concerned. Most of the analysed aspects were evaluated higher by patients who had secondary or higher education compared to patients with primary or vocational education. Statistically significant differences concerned the activity in self-care ($p < 0,05$), obeying rules connected with the change of stoma equipment ($p < 0,05$), lifestyle ($p < 0,05$) and knowledge of methods and measures used in problems with stoma ($p < 0,01$). In case of analysis of the data distribution concerning knowledge and behaviours of the patients depending on professional activity, it turned out that the patients who were employed obtained higher scores concerning obeying the rules connected with the change of stoma equipment ($p < 0,05$) compared to unemployed patients. The data in the chart no.1 shows that support received in self-aid groups is the factor which appropriately varies the level of knowledge and behaviours of the examined colostomy patients. The patients using non-professional care in self-aid stoma groups had much better results concerning provision of basic information ($p > 0,000$) and knowledge of methods and measures used in problems with stoma ($p < 0,000$). Both the scale of evacuation regulation ($p < 0,000$) and activity in self-care ($p < 0,01$) were evaluated higher compared to the patients who do not use this kind of care.

Tabela 1. Wiedza i zachowania chorych ze stomią a czynniki społeczno-demograficzne
Table 1. The knowledge and behaviours of the patients with stomy and social-demographic factor

Zmienna /VARIABLE	PPI		ODŻ		TŻ		MŚ		RW		ZS		AWS		
	X	OD	X	OD	X	OD	X	OD	X	OD	X	OD	X	OD	
Wiek / AGE	MŁ	85,7	21,6	74,7	20,0	72,0	33,9	69,2	26,4	26,6	33,4	93,8	11,1	84,0	16,9
	S	84,7	18,9	71,8	18,7	53,3	32,9	59,0	26,1	20,0	28,8	93,4	8,4	78,5	19,1
Zamieszkanie / PLACE OF RESIDENCE	W	85,4	20,6	73,2	18,6	59,2	33,9	59,6	23,1	16,8	28,7	91,9	11,6	77,9	16,2
	M	85,0	19,9	73,0	19,8	63,1	34,9	65,7	28,2	26,3	31,9	94,5	8,4	82,6	19,2
Wykształcenie / EDUCATION	P/Z	84,2	20,0	70,9	19,9	57,0	34,0	60,0	24,7	19,2	28,3	92,4	9,8	79,6	15,8
	Ś/W	86,4	20,3	76,2	18,1	68,7	34,4	68,9	28,5	28,4	34,1	95,3	9,4	83,0	21,3
Aktywność zawodowa / PROFESSIONAL ACTIVITY	A	82,8	22,5	69,3	14,6	75,0	30,9	66,4	26,1	24,2	34,1	97,9	3,8	82,6	16,0
	NA	85,5	19,8	73,7	19,9	59,7	34,7	63,2	26,8	22,8	30,7	92,9	10,1	80,8	18,7
Grupy samopomocy / SELF-AID GROUPS	U	97,0	9,7	79,2	16,1	64,8	34,0	75,8	19,8	34,4	33,8	95,3	6,3	86,2	14,2
	NU	74,9	21,1	67,8	20,3	59,1	35,0	53,1	27,4	13,1	24,7	92,1	11,7	76,5	20,2
Płeć /SEX	K	84,6	20,7	73,7	20,5	62,0	33,8	61,7	28,4	18,8	28,1	93,2	10,6	82,9	19,7
	M	85,5	19,7	72,5	18,3	61,5	35,3	65,3	25,0	26,7	33,2	93,9	8,8	79,3	16,9

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; ****p < 0,000;

MŁ – osoby młodsze (≤ 60 lat); S – osoby starsze (>60 lat); W – osoby mieszkające na wsi; M – osoby mieszkające w mieście; P/Z – osoby z wykształceniem podstawowym / zawodowym, Ś/W – osoby z wykształceniem średnim / wyższym; A – osoby aktywne zawodowo, NA – osoby nieaktywne zawodowo; U – uczestniczą w grupach wsparcia, NU – nie uczestniczą w grupach wsparcia; PPI – podstawowy poziom informacji; ODŻ – wiedza o odżywianiu; TŻ – tryb życia; MŚ – metody i środki stosowane w problemach stomii; RW – regulacja wypróżnień; ZS – zmiana sprzętu stomijnego; AWS – aktywność w samoopiece

MŁ – younger people (≤ 60 lat); S – elderly people (>60 lat); W – people living in the country; M – people living in the city; P/Z – people with primary or vocational education; Ś/W – people with secondary or higher education; A – employed people, NA – unemployed people; U – people who participate in self-aid groups; NU – people who do not participate in self-aid groups; PPI – basic level of information; ODŻ – knowledge on nutrition; TŻ – lifestyle; MŚ – methods and measures applied in the problems with stomy; RW – regulation of evacuation; ZS – change of stomy equipment; AWS – activity in self-care

ności od aktywności zawodowej, okazało się, że chorzy aktywni zawodowo (pracujący), uzyskali wyższe wyniki w zakresie przestrzegania zasad związanych ze zmianą sprzętu ($p < 0,05$) w porównaniu z niepracującymi. Dane prezentowane w tabeli 2 wskazują także, że czynnikiem korzystnie różnicującym poziom wiedzy i zachowań badanych chorych z kolostomią jest wsparcie uzyskiwane w grupach samopomocowych. Osoby korzystające z opieki nieprofesjonalnej w samopomocowych grupach stomijnych, znacznie lepsze wyniki uzyskały w zakresie wyposażenia w podstawowe informacje ($p < 0,000$) oraz w zakresie znajomości metod i środków stosowanych w problemach stomii ($p < 0,000$). Prezentowały również wyższy poziom wiedzy o odżywianiu ($p < 0,001$). Znacznie wyżej oceniana była również skala regulacji wypróżnień ($p < 0,000$), a także aktywność w samoopiece ($p < 0,01$) w porównaniu do chorych niekorzystających z tej formy opieki.

Dyskusja

Jednym z celów opieki wobec chorego, u którego w wyniku zastosowanego leczenia chirurgicznego z powodu raka jelita grubego doszło do wytworzenia stomii, jest wyposażenie go w zdolności pozwalające na samodzielne radzenie sobie z problemami wynikającymi z faktu jej posiadania. Podstawą realizacji tego celu są działania wspierająco-edukacyjne polegające na kształtowaniu postaw zdrowotnych pacjentów i wzbogacaniu ich wiedzy o warunkach zachowania zdrowia, walki z chorobą oraz radzenia sobie z niepełnosprawnością [23, 24].

Podjęta w niniejszej pracy próba oceny uwarunkowań możliwości samoopiekuńczych chorych z kolostomią wykazała, że poziom wiedzy i zachowań badanych oraz ich aktywność w procesie powrotu do optymalnej sprawności funkcjonalnej zależy, chociaż w różnym zakresie, od większości spośród analizowanych zmiennych społeczno-demograficznych oraz uzyskiwanego w grupach stomijnych wsparcia. Wyniki te zbieżne są ze współczesnymi teoriami opisującymi uwarunkowania zdrowia, wśród których wymienia się czynniki społeczno-demograficzne jako jedne z determinantów zdrowia. W grupie tych uwarunkowań znajduje się między innymi wykształcenie, wiek badanej populacji oraz miejsce zamieszkania (populacja wiejska/miejska). Ważne miejsce zajmuje również wsparcie społeczne [25, 26, 27]. Z prezentowanych w niniejszym opracowaniu danych statystycznych wynika, że spośród analizowanych zmiennych czynnikiem o szczególnie silnym i wieloobszarowym działaniu modyfikującym możliwości samoopiekuńcze badanych jest wsparcie uzyskiwane w stomijnych grupach samopomocy, z którego korzystało ponad 40% chorych. Wyniki te wskazują, że podstawowy cel grup samopomocy tworzonych przez osoby, które doświadczyły podobnych problemów lub znalazły się

Discussion

One of the aims of care of patients with stomy formed by operational therapy because of colorectal cancer is providing the patient with abilities which will enable him to manage the problems connected with stomy. Supporting-educational actions to shape health attitudes of the patients and improving their knowledge concerning the conditions to stay healthy, combating the illness and dealing with disability are the grounds for this aim [23, 24].

This research was an attempt to evaluate the conditioning of self-care abilities of colostomy patients. It demonstrated that the level of knowledge, behaviours and activity of the patients' in their return to optimum functional fitness depends to different degree on most of analysed social-demographic variables and support obtained in stomy groups. The results are similar to temporary theories describing the conditioning of health, within which social demographic factors are one of the determinants of health. Education, age and place of residence (country or city) of the examined population are parts of this conditioning. Social support is also very important [25, 26, 27]. On the basis of the statistical data in this study it follows that among analysed variables the support obtained in stomy self-aid groups is an especially strong and multi-field effect factor, which modifies self-care abilities of the patients. Over 40% of the patients have received such support. These results show that the basic aim of self-aid groups, which influences the recovery of the patients, is care for providing help and support in difficult situation [24, 28, 29]. The groups are created by the people who experienced similar problems. Moreover, the research results showed that the examined patients' education was also a significant variable. Higher educated patients had better results in four of the analysed fields of knowledge and behaviours. The significance of this variable in the shaping of self-care abilities of the patients may be justified by treating the level of education as an element of informational-educational resources of the environment, which belongs to basic remedial resources. In a stressful situation, which undoubtedly are illness and treatment these resources are a kind of positive defence device. They promote shaping of abilities to manage in difficult situations and exhibit proper behaviours [30]. The other analysed factors such as age, place of residence or professional activity were slightly less significant. However, also these variables modified some fields of knowledge and behaviours of the patients. They increased the possibilities of taking effective and independent self-care actions in the group of younger patients, who live in the city and are professionally active.

In the summing up of the analysis of the results and discussion it is necessary to emphasise that complex problems of the patients with stomy formed as a result of colorectal cancer require additional involvement in the

w podobnym położeniu życiowym i którym jest troska o zapewnienie pomocy i oparcia w trudnej sytuacji [24, 28, 29], przekłada się na rzeczywiste efekty ułatwiające powrót chorych do sprawności i samodzielności. Ponadto uzyskane wyniki badań własnych wykazały, że zmienną o dość dużym znaczeniu było również wykształcenie badanych. Chorzy o wyższym poziomie wykształcenia prezentowali istotnie lepsze wyniki aż w czterech spośród analizowanych w pracy obszarów wiedzy i zachowań. Znaczenie tej zmiennej w kształtowaniu możliwości samoopiekuńczych badanych chorych możemy tłumaczyć, traktując poziom wykształcenia jako element środowiskowych zasobów informacyjno-edukacyjnych, które należą do podstawowych składników zdolności zaradczych. W sytuacji stresu, jakim niewątpliwie jest choroba i związane z nią leczenie, zasoby te pełnią pozytywną funkcję obronną, sprzyjają kształtowaniu możliwości radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz podejmowania właściwych zachowań [30]. Nieco mniejsze znaczenie posiadały natomiast pozostałe analizowane czynniki, takie jak wiek, zamieszkanie, czy aktywność zawodowa. Jednakże i te zmienne modyfikowały niektóre obszary wiedzy i zachowań chorych, zwiększając możliwości podejmowania efektywnych i samodzielnych działań samoopiekuńczych w grupie chorych młodszych, mieszkających w mieście i aktywnych zawodowo.

W podsumowaniu przeprowadzonej analizy wyników i dyskusji należy podkreślić, że złożone problemy chorych ze stomią jelitową wytworzoną z powodu raka jelita grubego, dotyczące wszystkich obszarów funkcjonowania tych osób [7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 31], dodatkowo wymagają z ich strony zaangażowania się w proces przygotowania do samoopieki. Trudna sytuacja, w jakiej znalazł się chory, stawia również pewne zadania wobec zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, który swoją aktywność powinien kierunkować na edukację zdrowotną i propagowanie idei korzystania ze wsparcia oferowanego przez grupy samopomocy czy też inne formy opieki nieprofesjonalnej. Przeprowadzone badania zwracają również uwagę na to, że niektóre grupy chorych powinny być objęte szczególną troską wspierająco-edukacyjną. Odnosi się to zwłaszcza do osób starszych, gorzej wykształconych i mieszkających na wsi. Spostrzeżenia te podkreśla również O'Shea [32], która uważa, że w edukacji chorych ze stomią potrzebne są pewne modyfikacje uwzględniające problemy osób w wieku podeszłym, niepełnosprawnych, z zaburzeniami funkcji poznawczych i/lub niskim poziomem wykształcenia. Uzyskane wyniki wskazują również na potrzebę ścisłej współpracy w zespole interdyscyplinarnym w zakresie świadczonych opieki, która ze względu na rozległość problemów powinna mieć charakter holistyczny, ale jednocześnie uwzględniający indywidualność każdego chorego, przeżywającego w sposób dla siebie właściwy trudną sytuację choroby i jej leczenia.

process of preparation for self-care. They affect all fields of functioning of these people [7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 31]. The difficult situation of the patient assigns some tasks also for the therapeutic-caring team. The team should direct its activity to health education and promotion of the idea of using the support of self-aid groups or other forms of non-professional care. The conducted research points to the fact that some groups of patients should be cared for in a special supporting-educational way. This is particularly true of elderly, less educated people, who live in the country. O'Shea [32] also emphasises these observations. She thinks that some modifications taking into consideration the problems of elderly people, disabled people and people with the disorders of cognitive functions and/or low level of education are necessary in the education of the patients with stomy. The obtained results also point to the need of close cooperation in the interdisciplinary team as far as provided care is concerned. Because of the extent of the problems, the care should be holistic but at the same time taking into consideration the individuality of each patient, who is experiencing the difficult situation of illness and treatment in his or her own way.

Findings

1. The support received in stomy self-aid groups as well as the level of education beneficially influences the self-care possibilities of the patients. Their age, place of residence and professional activity are slightly less significant.
2. In the process of education of the patients with stomy, especially elderly, less educated people who live in the country should be cared for and supported.
3. In the therapeutic-caring team actions to restore full fitness and life independence of the patient, it is necessary to create optimum conditions which will enable the patient to use the support offered by self-aid groups.

Wnioski

1. Wsparcie uzyskiwane w stomijnych grupach samopomocy, a także poziom wykształcenia korzystnie wpływają na kształtowanie możliwości samoopiekuńczych chorych. Nieco mniejsze znaczenie posiadają natomiast wiek, miejsce zamieszkania oraz aktywność zawodowa.
2. W procesie edukacji chorych ze stomią szczególną troską i wsparciem należy obejmować chorych starszych, gorzej wykształconych oraz mieszkających na wsi.
3. W działaniach zespołu terapeutyczno-opiekuńczego podejmowanych na rzecz odzyskiwania pełnej sprawności i samodzielności życiowej konieczne jest stwarzanie optymalnych warunków umożliwiających korzystanie ze wsparcia oferowanego przez grupy samopomocy.

Piśmiennictwo / References

1. Mądro A, Słomka M, Celiński K, Kurzeja-Mirosław A. Rak jelita grubego, czy można zapobiegać, wcześniej rozpoznawać i skutecznie leczyć? *Med. Rodz.* 2004;27,1:36–41.
2. Szynglarewicz B, Grzebieniak Z, Forgacz J, Pudelko M, Rapała M. *Assessment of late results of curative surgery of colorectal cancer.* *Proktologia* 2003;4,2:123–132.
3. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku.* Centrum Onkologii w Warszawie, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Wydawnictwo „WEDA”, Warszawa 2008.
4. Chmielarczyk W. *Epidemiologia chorób nowotworowych.* IV Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej i II Ogólnopolskie Forum Onkologii i Psychoonkologii. *Psychoonkologia* 2003;7,3:81–82.
5. Nawrocki G, Kołodziejczak M. *Co nowego w leczeniu raka odbytnicy?* *Proktologia* 2009;10(2):144–152.
6. Korniluk J, Wcisło G, Nurzyński P, Stec R, Bodnar L, i wsp. *Epidemiologia raka jelita grubego.* *Współ. Onk.* 2006;10,3:136.
7. Renner K, Rosen HR, Novi G, Holbling N, Schiesel R. *Quality of life after surgery for rectal cancer: do we still need a permanent colostomy?* *Dis Colon Rectum* 1999;42:1160–1167.
8. Nowacki M. *Metody leczenia chirurgicznego.* W: Nowacki M. (red.). *Nowotwory jelita grubego.* Wyd. Wiedza i Życie, Warszawa 1996:206–232.
9. Szczepkowski M, Borycka K, Bielecki K, Niemirowicz-Szczytt M. *Wyniki polskiego prospektywnego badania epidemiologicznego pacjentów ze stomią.* *Proktologia* 2009;10(2):94–107.
10. Gil G, Szczepkowski M, Ciesielski P. *Naprawa przepuklin okołostomijnych z użyciem siatek syntetycznych – ocena wczesnych wyników.* *Pol. Prz. Chir.* 2005;77,3:254–263.
11. Trzebiatowska IA. *Depresja w chorobie nowotworowej.* *Psychoonkologia* 2002;6,2:27–30.
12. Stępień R, Wiraszka G. *Stan emocjonalny chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym nowotworów złośliwych.* *Probl. Pielęg.* 2003;1–2:78–84.
13. Wrońska I, Wiraszka G, Stępień R. *Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego i sutka.* *Psychoonkologia* 2003;7,3:51–56.
14. Wiraszka G. *Problemy funkcjonowania emocjonalnego chorych ze stomią wytworzoną z powodu raka jelita grubego w praktyce pielęgniarskiej.* *Zdrowie Publiczne* 2010;120(1):53–57.
15. Wiraszka G. *Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL.* *Probl. Pielęg.* 2007;15,1:1–6.
16. Gooszen AW, Geelkerken MD, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen G. *Quality of life with a temporary stoma.* *Dis. Colon Rectum* 2000;43,5:650–655.
17. Camilleri-Brennan J, Steele RJC. *Prospective analysis of quality of life and survival following mesorectal excision for rectal cancer.* *Br. J. Surg.* 2001;88:1617–1622.
18. Allal AS, Bieri S, Pelloni A, Spataro V, Anchisi S, Ambrosetti P, et al. *Sphincter-sparing surgery after preoperative radiotherapy for low rectal cancers: feasibility, oncologic results and quality of life outcomes.* *Br. J. Cancer* 2000;82,6:1131–1137.
19. Induski J, Jethon Z, Dawydzik L. *Zdrowie publiczne.* Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2000:321–349.
20. Szczerbińska K. *Organizacja edukacji zdrowotnej pacjentów.* W: Czupryna A, Poździej S, Ryś A, Włodarczyk WC. (red.). *Zdrowie publiczne.* Tom 2. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2001:249–266.
21. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych.* Wyd. Naukowe PWN. Warszawa 1996.
22. Jędrzychowski W, Penar A. *Statystyczna analiza wyników badań naukowych w medycynie i biologii.* Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2000.
23. Szczygielska-Majewska M, Kiejda D. *Oczekiwany model opieki pielęgniarskiej w rehabilitacji osób niepełnosprawnych.* *Post. Rehab.* 1994;(supl.1):305–309.

24. Kózka M. *Model opieki nad pacjentem ze stomią*. Med. Prakt. – Chirurgia 2003;3:48–50.
25. Karski JB. *Teoria i praktyka promocji zdrowia*. Wydawnictwa Fachowe CeDeWu. Warszawa 2006:38–62.
26. Karczewski JK, Grębowski R. *Czynniki decydujące o zdrowiu człowieka*. W: Karczewski K. (red.): Higiena. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2002;13–37.
27. Borzucka-Sitkiewicz K. *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Oficyna wydawnicza „Impuls”. Kraków 2006.
28. Adamczak M. *Rola stowarzyszeń samopomocy pacjentów z chorobą nowotworową*. W: de Walden-Gałuszko K. (red.). *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000;117–122.
29. Erwin-Toth P. *The effect of ostomy surgery between the ages of 6 and 12 years on psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood*. J Wound Ostomy Continence Nurs 1999;26,2:77–85.
30. Formański J. *Psychologia zdrowia*. PZWL. Warszawa 2004;57–60.
31. Banaszkiwicz Z, Szewczyk M, Cieżniakowska K, Jawień A. *Jakość życia osób ze stomią jelitową*. Współ. Onk. 2007; 11,1:17–25.
32. O’Shea H. *Teaching the adult ostomy patient*. J Wound Ostomy Continence Nurs 2001;28:47–54.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Grażyna Wiraszka

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy

Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wydział Nauk o Zdrowiu,

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Al. IX Wieków Kielc 19, 25-317 Kielce

wiraszka@ujk.edu.pl

tel. 503 072 060