

ANNA KOT

*Radzenie sobie z następstwami trwałej stomii jelitowej
na przykładzie losów życiowych dwóch osób*

Dealing with the consequences of sustained intestinal stoma for example, the fate
of the life of two persons

WPROWADZENIE

Doświadczenie choroby przewlekłej zazwyczaj kojarzy się z cierpieniem, strachem, bólem, a czasem także śmiercią. Jednakże warto takie skojarzenia rozważyć z perspektywy indywidualnych doświadczeń człowieka, dla którego choroba przewlekła jest elementem codziennej egzystencji. Różne są bowiem przeżywane troski i obawy, pojawiają się inne spojrzenia na życie. Uruchomione zostają strategie adaptacji do nowej, trudnej sytuacji. Pojawiają się liczne emocje – zarówno te negatywne, np. lęk, jak i pozytywne, jak choćby nadzieja.

Celem niniejszego opracowania jest ukazanie pewnych aspektów funkcjonowania dwóch osób ze stomią jako konsekwencji choroby nowotworowej jelita grubego. Każda z tych osób odmiennie przeżywa swój stan, inaczej się do niego adaptuje. Niewątpliwie wpływają na to różnorakie uwarunkowania, po części osobowościowe, po części wynikające z posiadanych zasobów czy cech. Nie bez znaczenia pozostaje wpływ środowiska, choćby w postaci wsparcia społecznego. R. Lazarus podkreśla jego rolę jako wymiaru charakteryzującego radzenie sobie skoncentrowane tak na emocjach, jak i na problemie (Heszen-Niejodek 2000b).

Rak jelita grubego jest coraz częściej spotykanym nowotworem złośliwym przewodu pokarmowego. Dotyczy głównie osób po 50 roku życia, jakkolwiek nierzadko jest spotykany także u ludzi młodszych z wieloletnim wywiadem

w kierunku obecności stanów przednowotworowych (polipowatość, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego) (Jarosz 2007). Częściej rozpoznawany jest u mężczyzn. W Polsce nowotwór ten zajmuje drugie po raku płuc miejsce na liście nowotworów złośliwych. W porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi Polska ma niechlubny, dramatycznie wysoki wskaźnik śmiertelności.

Stomia inaczej zwana jest m.in. przetoką kałową, przetoką jelitową oraz „sztucznym odbytem”. Głównymi wskazaniami do jej wykonania jest nacieczenie nowotworowe zwieraczy odbytu lub ich bezpośrednie sąsiedztwo (nowotwór odbytnicy zlokalizowany w odległości mniejszej niż 5 centymetrów od zwieracza) oraz zniszczenie aparatu zwieraczowego przez proces ropny (Jarosz 2007). Jest to zabieg bardzo radykalny i niewątpliwie sprawia osobom, które zostały mu poddane, ogromne trudności adaptacyjne.

W artykule podjęto próbę opisu pewnych aspektów funkcjonowania osób ze stomią, głównie tych związanych z modyfikującym wpływem choroby na sferę emocjonalną, społeczną oraz na codzienną aktywność. W tym kontekście pojawia się również odniesienie do kwestii jakości życia oraz strategii adaptacyjnych uruchamianych w odpowiedzi na chorobę przewlekłą i wszelkie zdarzenia i emocje z nią związane. Kontekstem rozważań jest teoria stresu i radzenia sobie z nim opisywana przez R. Lazarusa i S. Folkmana.

Pozostaje mieć nadzieję, że wszelkie zagadnienia podjęte w niniejszej pracy pozwolą spojrzeć na człowieka przewlekle chorego przez pryzmat jego indywidualnych doświadczeń, nadziei, zaangażowania w przezwyciężanie trudności i adaptowania do nowych sytuacji.

METODA

Na etapie projektowania badań własnych sformułowano następujące pytania o charakterze eksploracyjnym:

1. Jak choroba i jej względnie trwałe następstwa modyfikują bieg życia w kategoriach takich, jak:

- przeżycia emocjonalne,
- życie społeczne,
- przebieg codziennej aktywności.

2. Jak następstwa choroby zmieniają jakość życia?

3. Jakie strategie adaptacyjne stosują osoby badane?

Podstawowym źródłem informacji był wywiad o charakterze częściowo ustrukturalizowanym. Przed wywiadem przygotowane zostały ogólne kategorie

dotyczące funkcjonowania badanych w różnych sferach, ale miały one charakter pomocniczy i służyły głównie do porządkowania zebranych danych.

Oprócz informacji z wywiadu w trakcie tych spotkań zebrany został również materiał badawczy na podstawie obserwacji oraz metod kwestionariuszowych. Analizie poddano wyniki trwających pół roku badań. Wykorzystano następujące metody standaryzowane:

1. Kwestionariusz Osobowości 16 PF R. B. Cattella.
2. Inwentarz Osobowości NEO-FFI P. T. Costa i R. McCrae.
3. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL-STAI) (C. Spielberger, R. Gorsuch, R. Lushene).
4. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES (R. Schwarzer, M. Jeruzalem).
5. Skala Satysfakcji z Życia – SWLS (E. Diner, R. Emmons, R. Garson, S. Griffin).
6. Skala Akceptacji Choroby – AIS (B. Feston, T. Revenson i G. Hinrichsen).
7. Test Orientacji Życiowej – LOT-R (M. Scheier, C. Carver i M. W. Bridges).
8. Skala Kontroli Emocji – CECS (autorzy: M. Watson i S. Greer).
9. Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC (M. Watson, M. Law, M. Santos, S. Greek, J. Baruch, J. Bliss).
10. Skala Sensu Życia (Purpose Life Test-PIL) (J. Crumbaugh i L. Maholick).
11. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) (A. Antonovsky).

Należy zauważyć, że cztery z powyższych testów, tzn. Test Orientacji Życiowej – LOT-R, Skala Kontroli Emocji – CECS, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, Skala Satysfakcji z Życia – SWLS, nie posiadają norm odpowiednich do wieku osób badanych. Z tego powodu konieczne było zbadanie pewnej grupy osób w celu uzyskania próbki normalizacyjnej potrzebnej do porównań. Stwierdzono, że osoby badane nie różnią się pod względem badanych zmiennych od grupy porównawczej.

CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH

Obie osoby zostały dobrane do badań celowo.

Pani Maria K.

W chwili rozpoczęcia badań miała 60 lat i była miesiąc po operacji wyłonięcia stomii. Zabieg był konieczny z powodu postępującego procesu nowotworowego jelita grubego. Mieszka na wsi wspólnie ze swoim partnerem, a także młodszym synem i jego żoną. Utrzymuje się z renty rolniczej. Jest w trakcie intensywnego leczenia (chemioterapia i radioterapia). Ponadto z powodu dość silnych i częstych dolegliwości bólowych przyjmuje leki.

Pan Stefan T.

W momencie rozpoczęcia badań miał 81 lat. Od ponad siedmiu lat żyje ze stomią. Operacja była konieczna z powodu zaawansowanego procesu nowotworowego jelita grubego. Badany mieszka wraz z żoną na wsi, a jego źródłem utrzymania jest emerytura rolnicza.

Obecnie nie jest u niego prowadzone żadne leczenie w związku z chorobą nowotworową (sporadycznie leki przeciwbólowe). Pan Stefan nie poddał się zalecanej chemioterapii ze względu (jak tłumaczy) na zbyt długi czas oczekiwania na zabiegi.

WYNIKI

Trwające ponad pół roku systematyczne spotkania z panią Marią i panem Stefanem zaowocowały zebraniem bogatego materiału empirycznego. Pochodzi on z analizy wywiadu, obserwacji, a także zastosowanych metod kwestionariuszowych.

Zebrane dane pozwalają odnieść się do postawionych pytań badawczych i dokonać w tym zakresie próby całościowej oceny funkcjonowania tych dwóch osób.

Jeden z kilku aspektów dotyczy tego, jak choroba i jej względnie trwałe następstwa modyfikują bieg życia w takich aspektach, jak przeżycia emocjonalne, życie społeczne oraz przebieg codziennej aktywności.

Odnosząc wyżej wymienione kategorie do pani Marii, należy zauważyć, że jeśli chodzi sferę przeżyć emocjonalnych, to jawi się ona jako osoba emocjonalnie stabilna, zrównoważona, umiejąca kontrolować własne emocje. Ta kontrola przyjmuje nierzadko postać tłumienia emocji o charakterze negatywnym, tj. gniew, przygnębienie, lęk, choć należy podkreślić, że badana w razie potrzeby stosuje także różnorakie formy ich ujawniania. Cechuje ją przy tym wysokie natężenie lęku rozumianego jako stan pojawiający się w odpowiedzi na pewne określone bodźce płynące z zewnątrz. W przypadku pani Marii takim bodźcem może być zapewne choroba i jej aktualne konsekwencje w postaci stomii.

Niewątpliwie pomocnym zasobem w tej sytuacji może się okazać dyspozycyjny optymizm. W obliczu trudności usposabia on do podejmowania wysiłku w celu pokonania ich lub przynajmniej zminimalizowania skutków sytuacji trudnej (Juczyński 2001). W sytuacji niepewności związanej z procesem adaptacji do choroby przewlekłej pomaga z pewnością spojrzeć w przyszłość z większą ufnością. Powoduje wzrost motywacji związanej z nadzieją na osiągnięcie sukcesu, jakim jest dla pani Marii pomyślny przebieg leczenia.

W trakcie pierwszych spotkań widoczne było lękowe nastawienie badanej do zaistniałej sytuacji. Dotyczyło ono głównie znacznej zmiany, która zaszła wtedy w jej życiu, a mianowicie konieczności przystosowania się do funkcjonowania ze stomią.

W kolejnych etapach prowadzenia badań widoczna była stopniowa redukcja napięcia, która zapewne wynikała ze zdobywania pewnego doświadczenia w pielęgnacji stomii, popartego stale poszerzaną wiedzą zaczerpniętą z broszur, poradników, rozmów edukacyjnych z lekarzem.

Gdy rozpatrujemy wpływ choroby na jakość życia społecznego, to niewątpliwie należy najpierw wspomnieć, że pani Maria tuż po operacji niemal zupełnie wycofała się z kontaktów z innymi ludźmi. Unikała wszystkich poza najbliższą rodziną. Fakt posiadania stomii stanowił dla niej ogromne obciążenie. Jak sama stwierdziła, wydawało jej się, że „coś od niej czuć i słyhać burczenie w brzuchu” choć obiektywnie rzecz biorąc, jej obawy były bezpodstawne, a ludzie, z którymi się spotykała, często nie mieli świadomości, że jest po tak poważnej operacji. Obecnie jej wątpliwości nieco osłabły. Jest bardziej otwarta, częściej wychodzi z domu, mniej boi się kontaktów, choć wydaje się, że jej relacje towarzyskie nie powróciły do stanu sprzed choroby. Wynika to być może po części z konieczności częstych wyjazdów związanych z kontynuowaniem leczenia i związanym z tym osłabieniem.

Dyspozycje osobowościowe pani Marii świadczą o umiejętnościach utrzymywania bliskich relacji z innymi ludźmi. Ceni sobie te kontakty, zwłaszcza że jest osobą zależną od innych, co ujawnia się głównie w sytuacjach trudnych. Oczekuje pomocy i wsparcia ze strony otoczenia.

Jej relacje społeczne nacechowane są rysem instrumentalnym. Pani Maria w relacjach z innymi potrafi kontrolować emocje, wykazując przy tym pewien spryt i bystrość. Wszystko to wiąże się z chęcią osiągnięcia korzyści dla siebie. Wydaje się, że te dane mają swoje odzwierciedlenie w informacjach pochodzących z wywiadu i obserwacji. Rys lekko instrumentalny daje się zauważyć głównie w relacjach z mężczyznami, z którymi była związana (małżeństwo i dwa związki w formie konkubinatu). Z jej opowiadań wynika, że wiele od nich wymagała, a wszystko to miało na celu chociażby polepszenie bytu materialnego rodziny. Należy przy tym zauważyć, że badana jest także osobą dość ugodową, skłoną udzielić pomocy tym, którzy tego potrzebują, choć obecnie skupia się głównie na dbaniu o własne zdrowie.

Codzienna aktywność pani Marii uległa znacznej zmianie zwłaszcza w okresie, kiedy choroba przybrała na sile i gdy zastosowane leczenie nie przynosiło pożądaných efektów.

Decyzja lekarzy o zastosowaniu zabiegu polegającego na wyłonieniu stomii była dla badanej potężnym ciosem. Takie rozwiązanie miało być ratowaniem jej życia, ale jednocześnie wiązało się z wieloma obawami, niejasnościami. Pierwsze tygodnie po operacji były dla niej bardzo trudne. Wynikało to z osłabienia organizmu poddawanego kolejnym etapom leczenia, ale także ze znacznego obciążenia psychicznego.

W tych trudnych chwilach badana mogła liczyć na pomoc rodziny, głównie najmłodszego syna, siostry i swojego partnera życiowego. Jego rola w procesie przystosowywania się pani Marii do nowej sytuacji była ogromna. To on jeździł z nią do lekarza, odwiedzał po zabiegach. Okazał się niezwykle pomocny, gdy niedługo po operacji miała ogromne problemy ze sprawnym zakładaniem sprzętu stomijnego. Początkowo sam zakładał jej worki, dopóki nie odważyła się, by spróbować robić to samodzielnie. Obecnie w zakresie związanym z pielęgnacją stomii badana radzi sobie bardzo dobrze. Wymagało to czasu i nabrania pewnej wprawy.

Jest osobą ekstrawertywną, co niewątpliwie wiąże się z tym, że lubi być aktywna. Jak sama mówi, w życiu chwyciła się różnych zajęć, lubiła nawiązywać nowe znajomości. Choroba nieco zmieniła jej tryb życia. Twierdzi, że wcześniej o sobie nie dbała, zwłaszcza gdy lekarze ostrzegali ją, alarmowali, a teraz – jak sądzi – „jest już za późno”. Takie myślenie pojawiało się szczególnie w chwilach załamania, gdy podawana chemioterapia (cytostatyki) nie pomagały, a wyniki badań były niezadowolające.

U badanej, zwłaszcza w okresie po operacji, dominował lęk i pesymizm. W trakcie kolejnych spotkań dało się zauważyć stopniową ewolucję jej postrzegania choroby i postępującą krok po kroku adaptację. Zdecydowanie pomocną cechą jest dość wysokie poczucie własnej skuteczności. Pomimo że pani Maria nie jest pewna, czy potrafi sobie efektywnie radzić z trudnymi sytuacjami, czy posiada kompetencje do radzenia sobie z wymogami otoczenia, to jednak towarzyszy jej przekonanie, że jeżeli będzie się wystarczająco starać, to osiągnięcie wyznaczonych celów będzie możliwe lub przynajmniej prawdopodobne. To przekonanie niewątpliwie pomagało i nadal pomaga jej w stopniowym powrocie do różnych codziennych obowiązków, jak chociażby prace domowe, pomoc dzieciom. Wydaje się, że aktywność pani Marii skoncentrowana jest obecnie na dążeniu do realizacji celów krótkoterminowych. Snucie dalekosiężnych planów wywołuje w niej obawę wynikającą z niemożności przewidzenia dalszego rozwoju choroby czy postępów w leczeniu. Takim celem było zapewne wymagające dużego zaangażowania zadanie polegające na pomocy przy organizowaniu ślubu i przyjęcia weselnego jej najmłodszego syna.

Obecnie pani Maria stara się stale w coś angażować, chce czuć się potrzebna. Podkreśla, że chce pomagać dzieciom. Wydaje się, że posiadanie stomii i nadal trwający proces leczenia choroby nowotworowej wcale nie uniemożliwia jej tych działań. Niewątpliwie miewa okresy lepszego i gorszego samopoczucia, stosownie do tego podejmuje mniej albo bardziej absorbujące zadania.

Analizując zagadnienie wpływu następstw choroby na jakość życia, należy zacząć od stwierdzenia, że zabieg tak poważny jak wyłonienie stomii niewątpliwie tę jakość modyfikuje. Przede wszystkim wymaga przystosowania swojej aktywności do nowej sytuacji. Chodzi tu głównie o włączenie do swoich codziennych obowiązków zabiegów związanych z pielęgnacją stomii. Jest to trudne zwłaszcza na początku i takie też było dla pani Marii. Wymagało od niej zaangażowania, zdobycia nowych doświadczeń dotyczących choćby różnego rodzaju sprzętu stomijnego i wybrania metodą prób i błędów takiego, który w pełni będzie odpowiadał jej potrzebom. Obecnie, po początkowym okresie pewnych trudności i oporów psychicznych, badana radzi sobie bardzo dobrze.

Osobny problem stanowi kwestia konieczności dalszego leczenia. Pani Maria co jakiś czas jest poddawana cyklom chemioterapii (naprzemiennie doustnej i dożylniej). Nierzadko czuje się po nich osłabiona, dodatkowo towarzyszą temu wymioty i bóle.

Z pewnością wpływa to destrukcyjnie na samopoczucie i zasób sił badanej. Bardzo często musi ona przyjmować przepisane przez lekarza silne środki przeciwbólowe, bez nich ciężko byłoby jej normalnie funkcjonować. Wraz z tym pojawiają się liczne wątpliwości co do dalszego rozwoju sytuacji i obawy o skuteczność leczenia.

Pomimo tych wszystkich trudności pani Maria jest osobą, którą cechuje dość wysoki poziom satysfakcji z życia. Po części wynika on zapewne z posiadania cennego zasobu, jakim jest dyspozycyjny optymizm. Zapewne jednak satysfakcja z życia u badanej może być efektem kumulowania się różnych doświadczeń i pozytywnej oceny różnych zdarzeń, jak choćby pozytywny bilans udanej rodziny, fakt posiadania usamodzielnionych dzieci, które dobrze radzą sobie w życiu itp. Pani Maria porównuje własną sytuację z ustalonymi przez siebie standardami. Dokonuje w ten sposób różnych bilansów, co skutkuje satysfakcją związaną z pewnymi obszarami jej egzystencji. Niewątpliwie istnieją jednak sfery, które wywołują u niej poczucie niespełnienia. Można się spodziewać, że dotyczą one pewnych ograniczeń, które są skutkiem choroby (np. nie może pracować więcej, ponieważ określony tryb leczenia powoduje u niej osłabienie, konieczne jest zatem, by oszczędzała siły). Być może właśnie te niezaspokojone obszary egzystencji silnie wiążą się z faktem, iż badana ma

problemy z zaakceptowaniem choroby. Stanowczo podkreśla, że ograniczenia narzucone przez chorobę są dla niej kłopotliwe. Uważa, że z powodu swojego stanu zdrowia nie może robić tego, co najbardziej lubi. Stan zdrowia negatywnie wpływa na jej poczucie własnej wartości.

Przy tym wszystkim panią Marię cechuje ogromna wiara w sens życia. Jest to niezwykle istotny wymiar składający się na poczucie koherencji (Heszen-Niejodek 2000b). Ma silną wolę życia i głęboko wierzy w jego wartość, co niewątpliwie jest ważnym czynnikiem motywującym do podejmowania wysiłków na rzecz walki o własne zdrowie, ale jednocześnie adaptacji do zaistniałej sytuacji, nauczenia się funkcjonowania na nowo i czerpania zadowolenia i satysfakcji z codziennych obowiązków.

Uzyskany materiał empiryczny pozwala wnioskować o rodzajach strategii radzenia sobie stosowanych przez panią Marię w trudnych sytuacjach.

Analizując to zagadnienie, należy wziąć pod uwagę wiele uwarunkowań wpływających na dobór określonych strategii. Takim czynnikiem jest w znacznej mierze zespół cech tworzących wzorzec czy typ osobowości (Gałuszka 2000). U badanej dominują komponenty, które wspomagają umiejętność efektywnego radzenia sobie. Są to: ekstrawersja, która wiąże się z tak ważnymi aspektami, jak pozytywna emocjonalność, skłonność do brania spraw we własne ręce, pozytywne nastawienie do życia. Obok nich istotną rolę pełni wysoka sumienność i powiązana z nią silna motywacja do działania. Niewątpliwie posiadane przez nią właściwości, takie jak stabilność emocjonalna oraz nastawienie kooperatywne wobec innych osób, pomagają odnajdywać właściwe rozwiązania w obliczu nieoczekiwanych, kłopotliwych zdarzeń (Kopczyńska-Tyszko 1999).

Oprócz wyżej wymienionych składników osobowościowych na wybór takiej, a nie innej strategii mają wpływ: optymizm życiowy, poziom samooceny, lękliwość, poziom osiągnięć, a także wiek, płeć i aktualny stan psychofizyczny. Należy jednak podkreślić, że to, jaka strategia zostanie zastosowana, zależy także w dużej mierze od kontekstu sytuacyjnego. Trzeba wszak brać pod uwagę aspekt zmienności zachowania określonej osoby w różnych sytuacjach (Heszen-Niejodek 2000b).

Pani Maria posiada tak istotną cechę, jaką jest optymizm życiowy. Można przypuszczać, że dzięki temu większa jest jej odporność na rozmaite trudności, przeciwności. Badania pokazują, że optymiści, konfrontując się z chorobą, stosują głównie strategie radzenia sobie ukierunkowane na problem, a gdy okazują się one nieskuteczne, wówczas wybierają strategie zorientowane na emocje (Juczyński 2001).

Odpowiedzi na napięcie psychiczne wynikające z konfrontacji z problemową sytuacją często skutkują osłabieniem odporności immunologicznej organizmu. Większej odporności sprzyja z pewnością zasób w postaci optymizmu i cechujące panią Marię wysokie poczucie sensu życia. Trudno jednoznacznie wnioskować o typowych dla pani Marii stylach radzenia sobie z aktualnym problemem zdrowotnym. Wydaje się, że w takim samym stopniu stosuje zarówno styl bierny, jak i aktywny. Trudno właściwie określić, który z nich wyraźnie dominuje. Badana prezentuje charakterystyczną dla stylu biernego strategię związaną z dość silnym lękiem. Cechuje się wysokim natężeniem lęku rozumianego jako stan, który pojawia się w odpowiedzi na pewne bodźce zewnętrzne (Wrześniewski 2000). W przypadku pani Marii takim bodźcem jest z pewnością aktualna sytuacja zdrowotna. Choroba i związane z nią przeorganizowanie życia wywołują u niej niepokój będący odpowiedzią na poczucie zagrożenia. Można przypuszczać, że wraz z postępującym procesem adaptacji do aktualnego stanu poziom lęku będzie spadał, choć zależy to niewątpliwie od efektywności leczenia.

Z rozmów z panią Marią wynika, że w pewnych sytuacjach stosowała strategię polegającą na unikaniu informacji. Miało to miejsce głównie w kontaktach podczas wizyt lekarskich czy w trakcie pobytu w szpitalu. Wolała raczej nie wypytywać lekarzy o szczegóły jej stanu zdrowia czy planowanych etapów leczenia. Trudno określać ten sposób postępowania jako negatywny czy pozytywny. Jeśli przyjmiemy, że słuszny jest pogląd, że pacjent powinien wiedzieć tylko tyle, ile sam chce usłyszeć i ile może znieść, to taki stopień poinformowania był dla badanej najwyraźniej wystarczający i pozwalał jej w miarę spokojnie funkcjonować. Jest kwestią dyskusyjną, czy niechęć wobec poznawania szczegółów własnego stanu jest korzystna.

Badana wykorzystuje także pewne elementy charakterystyczne dla strategii aktywnych. Wykazuje silną skłonność do przeorganizowania sytuacji swojej choroby w taki sposób, by odnaleźć radość z tego, co dotychczas osiągnęła i przeżyła. Docenia wartość swojego życia i, co ważne, stara się wykorzystać je jak najlepiej, by móc efektywnie przeżyć każdy dzień. Raczej nie traktuje choroby w kategoriach wyzwania, choć nie można powiedzieć, by była zagubiona i bezsilna w obliczu aktualnej sytuacji. W procesie leczenia stawia przed sobą kolejne cele i stara się do nich dążyć, wypełniając zalecenia lekarskie.

Na tym etapie niewątpliwie istotną rolę odgrywa sumienność badanej, ponadto uważa ona, że jeśli tylko będzie się wystarczająco starać, to będzie mogła rozwiązywać trudne problemy. Jest do pewnego stopnia przekonana o własnej skuteczności, ale jednocześnie pojawia się u niej niepewność co do efektywności własnych procesów zaradczych. Pomimo dużej wytrwałości

i systematyczności pojawia się pewna frustracja wynikająca z realizacji celów osobistych i pozaosobistych.

Pani Maria jest zaangażowana w realizację celów, ale wydaje się, że może odczuwać deficyty w zakresie umiejętności radzenia sobie w określonych sferach. Samo poczucie skuteczności nie wystarcza. Aby proces radzenia sobie z trudnościami był efektywny, potrzebne są także odpowiednie zdolności i umiejętności (Juczyński 2001). Rozpatrując ten aspekt w kontekście rozmów z badaną i obserwacji, trudno jednoznacznie stwierdzić, czy jej poczucie własnej skuteczności jest poparte rzeczywistymi możliwościami, czy też jest raczej życzeniowe. Analizując zebrane dane, można przypuszczać, że obecnie w sytuacjach związanych z codzienną egzystencją i koniecznością adaptacji do nowych aspektów życia pani Maria stosuje raczej strategie skierowane na emocje, natomiast w jej podejściu do procesu leczenia dominują strategie zadaniowe.

Wymiarem, który w istotny sposób poprawia efektywność radzenia sobie badanej, jest jej silne poczucie sensu życia świadczące o silnej woli życia i głębokiej wierze w jego wartość (Gałuszko 1997). Pomimo że miewa ona trudności z właściwym rozumieniem sytuacji, które ją spotykają i nie jest do końca pewna, czy posiada wystarczające kompetencje, by móc sobie z tymi sytuacjami skutecznie radzić, to jednak właśnie owa silna wola życia skłania ją do podejmowania wysiłku i angażowania się w problemy dnia codziennego, nawet jeśli nie są dla niej w pełni zrozumiałe. Jest to niewątpliwie czynnik wspomagający efektywną adaptację do choroby, która choć powoli to jednak wyraźnie następuje.

Funkcjonowanie pana Stefana w zakresie odnoszącym się do postawionych problemów badawczych przedstawia się następująco:

Biorąc pod uwagę sferę przeżyć emocjonalnych, należy zauważyć, że dominuje u niego tendencja do reagowania emocjami pozytywnymi. Jako ekstrawertyk ceni sobie kontakty z innymi ludźmi i wykazuje dużą potrzebę podejmowania różnych aktywności.

W trudnych sytuacjach reaguje w sposób spokojny i opanowany, o czym świadczy umiejętność kontroli emocji: gniewu, lęku i przygnębienia. Pan Stefan nierzadko tłumii negatywne emocje, choć bywają sytuacje, gdy czuje potrzebę, by je wyrazić. Co ważne, badany nie wykazuje tendencji do reagowania silnym lękiem na trudne sytuacje życiowe. Niezwykle istotnym zasobem w jego procesie adaptacji do choroby był niewątpliwie życiowy optymizm. Pozwala on badanemu na utrzymanie dobrego samopoczucia, a także podnosi odporność na stresujące wydarzenia. Wydaje się, że pomimo wielu bolesnych przeżyć (m.in. fakt zachorowania na nowotwór jelita grubego, a potem operacja wyłonienia stomii) pan Stefan zachowuje niezwykle pogodę ducha i oczekuje, że różne

sprawy będą się układać po jego myśli. Pozytywny stosunek do życia pozwala przypuszczać, że nie ma poważnych problemów z przystosowywaniem się do różnych zmian.

Optymizm życiowy zachowany pomimo trudności pomaga również w utrzymaniu właściwych relacji w życiu społecznym. Pan Stefan ceni towarzystwo innych ludzi, chętnie z nimi przebywa. Nie zmieniło się to nawet wtedy, gdy musiał poddać się operacji. Jak wynika z rozmów z nim, posiadanie stomii nigdy nie stanowiło dla niego problemu, co zaskakujące, niedługo po zabiegu pokazywał różnym znajomym, jak wygląda jego stomia. Twierdzi, że nie było to dla niego ani krępujące, ani też wstydlive. W niedługim czasie po zabiegu zaczął znowu jeździć na swoim ulubionym rowerze i tak jak przed chorobą spotykał się z przyjaciółmi. Pan Stefan szybko zaakceptował sytuację, która go spotkała. Zdaje sobie sprawę, że jego stan zdrowia wiąże się z pewnymi ograniczeniami, jak choćby konieczność szczególnych zabiegów pielęgnacyjnych, ale nie stanowi to dla niego dominującego problemu. Uważa się za pełnowartościowego człowieka, który nie jest dla nikogo ciężarem. Czuje się niezależny i samowystarczalny. Aktywnie udziela się jako członek organizacji zrzeszającej kombatanów. Chciałby się czuć potrzebny, a w związku z tym szuka rozmaitych form i zadań, w których mógłby się realizować, jak choćby praca w ogrodzie czy w sadzie, pomoc żonie w codziennych obowiązkach. Chęć powrotu do różnych aktywności z pewnością była dla niego silnym czynnikiem motywującym do szybkiego powrotu do dobrej formy wkrótce po operacji. Można właściwie uznać, że silna potrzeba angażowania się w różne zadania była czynnikiem wspomagającym proces adaptacji (Kurowska i Kościelna 2008).

Wydaje się, że poza okresem pooperacyjnej rekonwalescencji przebieg codziennej aktywności badanego nie uległ znaczącym zmianom. Pan Stefan pomimo zaleceń lekarskich nie poddał się leczeniu cytostatykami (chemioterapia). Z rozmów z nim wynika, że zniechęcił się po tym, jak pewnego dnia nie doszła do skutku umówiona wcześniej wizyta na oddziale, gdzie miała być podawana chemioterapia. Badany, jak się wydaje, poczuł się zniecierpliwiony i rozczarowany faktem, że pomimo wcześniejszych ustaleń odprawiono go do domu, tłumacząc ten fakt brakiem miejsc na oddziale. Wtedy to ostatecznie podjął decyzję o przerwaniu terapii. Od tamtej pory minęło już niemal siedem lat, co z medycznego punktu widzenia jest milowym okresem w rozwoju nieleczzonej choroby nowotworowej. Co ciekawe, pan Stefan nie uskarża się jednak na żadne dolegliwości. Jedynie sporadycznie przyjmuje środki przeciwbólowe. Wydaje się w pełni akceptować swoją obecną sytuację. Czerpie radość z każdego dnia, ponieważ uważa, że życie zawsze niesie ze sobą coś interesującego, jest zatem celowe i sensowne. Jest przekonany, że jego własne układa się

dobrze. Codzienne obowiązki są dla niego źródłem radości i satysfakcji płynącej z dobrze wykonywanych zadań.

Analiza zgromadzonego materiału pozwala także odnieść się do sfery związanej z jakością życia badanego. Przede wszystkim należy podkreślić, że towarzyszy mu poczucie, że w życiu osiągnął już to, co najważniejsze. Cieszy go każdy dzień, ale nie ma skłonności do idealizowania. Wydaje się, że choroba i jej konsekwencje nie wpłynęły negatywnie na jakość jego życia. Oczywiście zdaje sobie sprawę, że jego stan zdrowia wiąże się z pewnymi ograniczeniami, jak choćby szczególne zabiegi higieniczne czy konieczność regularnych wizyt u lekarza w celu uzyskania recepty na sprzęt stomijny. Jednakże uważa się za pełnowartościowego, niezależnego i samowystarczalnego człowieka, który nie jest dla nikogo ciężarem. Na jakość jego życia niewątpliwie pozytywnie wpływa również opisywana wcześniej cecha, jaką jest dyspozycyjny optymizm. Pozwala on skuteczniej radzić sobie z trudnościami, wytrwale realizować założone cele i z nadzieją patrzeć w przyszłość (Juczyński 2001).

Pan Stefan wyraźnie czerpie dużą satysfakcję z życia przy jednoczesnej świadomości tego, że nie jest ono idealne. Jak sam podkreśla, stara się nie myśleć o chorobie. Skupia się na realizacji swoich zamierzeń. Podkreśla, że cieszy go to, co do tej pory osiągnął, na przykład jego szczęśliwa rodzina. Wydaje się, że badany ma pozytywny bilans własnego życia. Uważa, że w razie potrzeby zawsze może liczyć na swoich najbliższych. Bez wątplenia skutecznie przystosował się do aspektów życia związanych z chorobą.

Na podstawie zgromadzonych informacji można dokonać próby scharakteryzowania strategii adaptacyjnych, jakie stosował i nadal stosuje pan Stefan w obliczu wydarzeń związanych z jego sytuacją zdrowotną.

Jak wynika z rozmów z badanym, pierwsze niepokojące objawy choroby nowotworowej (krwawienia, bóle) zostały przez niego zbagatelizowane. Można przypuszczać, że kiedy zgłosił się już do lekarza, to jego stan był już na tyle poważny, że wymagał szybkiej operacji. Skoro zdecydowano się na stomię, to zapewne istniało zagrożenie życia. Pan Stefan dopiero wtedy zdał sobie sprawę z powagi sytuacji i bez oporów zgodził się na operację, której efektem była stomia. Początkowo, jak sam mówi, miał trudności z przyzwyczajeniem się do tak nowej i trudnej dla niego sytuacji. Jak wcześniej wspomniano, szybko zniechęcił się do leczenia za pomocą chemioterapii.

Sytuacje, takie jak: bagatelizowanie pierwszych objawów choroby czy rezygnacja z leczenia, mogą wskazywać na stosowanie strategii o charakterze unikowym. Przejawem tej strategii było podejmowanie przez pana Stefana innych zadań (Heszen-Niejodek 2000b). Taki wniosek można wysnuć, analizując jego codzienną aktywność po operacji. Otóż dość zdecydowanie

i szybko powrócił do życia towarzyskiego, spotkań w gronie znajomych. Wzmógł swoją działalność w organizacji kombatanckiej, do której należy. Być może taka forma potwierdza zaistnienie ucieczkowych strategii, zwłaszcza w początkowym okresie życia ze stomią. Możliwe, że w ten sposób badany zmagał się z problemem, właśnie usiłując przynajmniej na pozór usunąć źródło stresu lub zmniejszyć siłę jego oddziaływania. Niewątpliwie nie można potępiać takiego rodzaju strategii, ponieważ zarówno strategie konfrontacyjne, jak i ucieczkowe są lepsze od całkowitej bierności świadczącej o rezygnacji (Gałuszka 2005).

Pan Stefan być może nie zawsze jest pewien, czy ma wystarczające umiejętności, by poradzić sobie z trudnymi wydarzeniami. Wynika to z faktu, że nie w każdej sytuacji potrafi uporządkować i zrozumieć napływające do niego informacje. Przeciętne poczucie koherencji może powodować, że rozmaite konfrontacje stresowe niekoniecznie będą przez niego traktowane w kategoriach wyzwania (Ogińska-Bulik i Juczyński 2008).

Przypuszczalnie rodzaj stosowanych przez niego strategii zaradczych i adaptacyjnych ewoluował wraz z biegiem lat. Strategie unikowe dominowały zwłaszcza w początkowym okresie choroby. Dziś można zauważyć zdecydowaną dominację aktywnego stylu radzenia sobie w trudnej sytuacji. Choroba jest dla niego swego rodzaju wyzwaniem, z którym można się zmierzyć, choćby nie okazując słabości. Pan Stefan stara się jednak o niej nie myśleć, co pozwala mu zachować optymistyczny stosunek do rzeczywistości. Dąży do tego, by jak najlepiej przeżyć każdy dzień. Jego stan nie wywołuje w nim strachu ani też prób rozpamiętywania, dlaczego akurat jemu się to przytrafiło. Woli cieszyć się z tego, co dotychczas osiągnął i z nadzieją spoglądać w przyszłość.

Również pewne korelaty jego osobowości świadczą o możliwościach efektywnego radzenia sobie z trudnościami. Są to: pozytywny styl reagowania emocjonalnego, życzliwa i szczerza postawa wobec innych osób, a także przeciętna otwartość na doświadczenia, która sprawia, że w pewnych sytuacjach badany może nie jest do końca świadomy powagi występujących problemów, ale przez to odczuwa mniejsze napięcie w konfrontacji stresowej.

Z całą pewnością można stwierdzić, że pan Stefan skutecznie zaadaptował się do życia z chorobą przewlekłą.

WNIOSKI

Zaprezentowane powyżej analizy miały za zadanie pokazać szerokie spektrum możliwych stylów radzenia sobie z tak trudnym doświadczeniem, jakim jest choroba przewlekła.

Przeprowadzone badania pozwoliły na zebranie bardzo cennych informacji na temat funkcjonowania każdej z wyżej wymienionych osób i nakreślić ich wzorce funkcjonowania w pewnych obszarach.

Zarówno pani Maria, jak i pan Stefan wykazują podobieństwo w kilku z nich. Oprócz wspólnego doświadczenia, jakim jest życie z chorobą przewlekłą i stomią, cechują się zbliżoną strukturą osobowości (w zakresie zbadanych aspektów). Są ekstrawertykami ceniącymi kontakt z ludźmi, mającymi potrzebę angażowania się w różnego rodzaju aktywności. Cenią wartość życia, są przekonani, że ma ono głęboki sens, co niewątpliwie stanowi istotny element procesu przystosowywania się do funkcjonowania z chorobą (Heszen-Niejodek 2000a). Jednak proces adaptacji do aktualnej sytuacji zdrowotnej zachodził u nich odmiennie. Te różnice mogą wynikać choćby z faktu długości funkcjonowania ze stomią. Pan Stefan żyje w ten sposób kilka lat, procesy adaptacyjne postąpiły u niego znacznie dalej niż w przypadku pani Marii, która w momencie rozpoczęcia badań była zaledwie miesiąc po operacji zakończonej wyłonieniem stomii.

Obie te osoby od samego początku nieco inaczej adaptowały się do sytuacji. Można zaryzykować stwierdzenie, że badany mężczyzna łatwiej zniósł pierwszy okres funkcjonowania po operacji i szybciej zaakceptował to, co go spotkało. Wydaje się, że nie odczuwa, aby choroba istotnie pogorszyła jakość jego życia.

Choroba miała za to istotny wpływ na modyfikację biegu życia pani Marii w sferach takich jak: relacje społeczne czy codzienne życie. Potrzeba czasu, by mogła nauczyć się żyć ze stomią tak, by stanowiła ona dla niej konieczność, a nie utrudnienie. Bez wątplenia tym, co w znacznym stopniu wpływa na jakość funkcjonowania kobiety, jest stale toczący się, trudny proces leczenia atakującej choroby nowotworowej i walki o własne zdrowie. Należy podkreślić, że pani Maria przy wszystkich tych trudnościach zachowuje życiowy optymizm i głęboką wiarę w sens życia. Z pewnością pomaga jej to mobilizować siły i czerpać radość z każdego dnia.

Podsumowując niniejsze rozważania, należy zauważyć, że przeprowadzone badania z pewnością umożliwiły pogłębioną analizę funkcjonowania każdej z osób. Pozwoliły na poznanie różnych sfer egzystencji człowieka poddanego przewlekłemu dyskomfortowi fizycznemu i psychicznemu. Pokazały bogactwo strategii i stylów radzenia sobie z trudnościami w różnym kontekście sytuacyjnym. Ich celem było bowiem dokonanie zindywidualizowanej, a przez to znacznie głębszej analizy, która pozwoliła uzyskać szerokie spektrum informacji o tym, że w relacjach z drugim człowiekiem można odkrywać ogromne i zadziwiające bogactwo siły, zaangażowania i motywacji do życia, nawet gdy niesie ono cierpienie. Sytuacje dwóch osób opisanych w tej pracy pokazują, że

pomimo różnych trudności, jakie stawia przed nami życie, można dobrze funkcjonować i realizować skutecznie swoje plany i zamierzenia.

BIBLIOGRAFIA

- Gałuszka A. (2000). *Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekle*. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 34–54.
- Gałuszka A. (2005). *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gałuszka A. (1997). *Lęk, nadzieja i poczucie sensu życia u osób chorych przewlekle*. W: B. Block, W. Otrębski (red.), *Człowiek nieuleczalnie chory*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski, s. 267–275.
- Heszen-Niejodek I. (2000a). *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*, W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 13–33.
- Heszen-Niejodek I. (2000b). *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje* W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 12–43.
- Jarosz M. (2007). *Żywnienie chorych ze stomią*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kopczyńska-Tyszko A. (1999). *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór*. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Wydawnictwo UJ, s. 125–141.
- Kozera P. (2008). *150 cm cierpienia*, „Charaktery”, 5, s. 72–76.
- Kubacka-Jasiecka D. (1999). *Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej*. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Wydawnictwo UJ, s. 143–179.
- Kurowska K., Kościelna H. (2008). *Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób u osób z kolostomią wylonioną z powodu raka jelita grubego*, „Współczesna Onkologia”, 12, 5, s. 228–233.

SUMMARY

This article is an attempt to present some aspects of the two people with stoma. In each of them it is a consequence of colorectal cancer. This article describes how the situation affects their emotional state, social sphere and everyday life activity. How do they find in the appropriate resources to overcome difficulties and adapt to them.