

Marek Motyka, Małgorzata Kochman* Edyta Stępień

Wpływ poczucia koherencji na stan psychosomatyczny pacjentów w okresie pooperacyjnym

Influence of the sense of coherence on the psychosomatic condition of patients in post-surgical period

Zakład Psychologii Zdrowia UJ CM, Kraków
Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Rzeszowie*

Wprowadzenie

Wraz z rozwojem psychologii i socjologii zdrowia, a także w związku z dynamicznym ruchem promocji zdrowia i upowszechnieniem się podejścia salutogenetycznego (Antonovsky, 1995; 1997; Heszen-Niejodek, Sęk, 2007), w naukach medycznych zaczęto coraz bardziej uwzględniać rolę czynników psychospołecznych. Przesuwając punkt ciężkości z uwarunkowań patologii na źródła i uwarunkowania zdrowia, coraz większe znaczenie zaczęto przypisywać "zasobom osobistym", traktowanym jako osobiste warunki odporności człowieka na stres. Szczególną rolę wśród tych zasobów odgrywa tzw. poczucie koherencji, rozumiane jako swoisty metazasób, od którego w dużej mierze zależy wykorzystanie innych zasobów (Antonovsky, 1995; Heszen, Sęk, 2007). Należy pamiętać, że choroba zwykle stanowi dla człowieka poważne źródło stresu

(por. Bishop, 2000; Motyka, 2002; Heszen, Sęk, 2007; Sheridan, Radmacher, 1998). Szczególnie jest tak w przypadku osób, które mają być poddane, lub zostały poddane zabiegowi operacyjnemu (Motyka, 2001). Każdy zabieg naruszający integralność cielesną człowieka, cechujący się ponadto pewnym stopniem nieprzewidywalności jego konsekwencji, łączy się z poczuciem zagrożenia. W dodatku, stres wcale nie mija z chwilą "wybudzenia się po zabiegu", gdyż pojawiają się wówczas kolejne problemy, choćby takie jak obawa przed powikłaniami, bólem, okresowym pozbawieniem samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności, ograniczeniami dotychczasowej aktywności, itp.

Poprzez odpowiednią psychiczną opiekę nad pacjentem, realizowaną w formie komunikacji terapeutycznej (Motyka, 2003; 2011), lekarze i pielęgniarki mogą wzmacniać jego

"zasoby odporności na stres", tak aby pacjent mógł się lepiej zaadaptować do nowej, trudnej dla siebie sytuacji i lepiej radził sobie ze stresem choroby.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu poczucia koherencji pacjentów na stan psychosomatyczny pacjentów w okresie pooperacyjnym. Przyjmując założenia koncepcji salutogenetycznej oraz model poczucia koherencji (Antonovsky, 1995; 1997), postawiono hipotezę zgodnie z którą, wysokie poczucie koherencji wywiera zdecydowanie korzystny wpływ na stan psychosomatyczny pacjentów w okresie pooperacyjnym.

Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej SPZOZ-u, w Proszowicach. Dobór pacjentów do badań miał charakter

celowy i odbył się w oparciu o przyjęte wcześniejsze kryteria, tj.:

- pacjenci hospitalizowani, po zabiegu chirurgicznym, pełnoletni, wyrażający zgodę na udział w badaniu,
- ogólnie dobry stan psychiczny pacjentów - pozwalający na dobry kontakt werbalny,
- względnie dobry stan fizyczny - pacjenci bez silnych dolegliwości bólowych,
- pacjenci w 2-jej do 3-jej doby po zabiegu.

W badaniu wzięło udział 40 osób, w tym 15 (62,5%) kobiet i 25 (37,5%) mężczyzn w różnych przedziałach wiekowych (tabela 1). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 31-45 lat (32,5%), najmniejszą zaś pacjenci powyżej 65 roku życia.

Tab. 1. Zestawienie liczby osób biorących udział w badaniach, w poszczególnych grupach wiekowych

Wiek	Płeć		Liczba osób	Udział procentowy %
	Kobiety	Mężczyźni		
18-30	3	2	5	12,5%
31-45	10	3	13	32,5%
46-60	5	7	12	30%
61-65	5	2	7	17,5%
>65	2	1	3	7,5%
Razem	25	15	40	100%

* Badania wykonała Edyta Stępień w ramach zbierania materiałów do pracy magisterskiej, pt. „Wpływ zasobów osobistych na przebieg okresu pooperacyjnego”, realizowanej w Zakładzie Psychologii UJ CM, pod kierunkiem pierwszego z autorów.

Przeprowadzone operacje dotyczyły: pęcherzyka żółciowego (15 osób, co stanowi 37,5% ogółu badanych), przepuklin (10 osób, co stanowi 25 % ogółu badanych), wyrostka robaczkowego (10 osób, co stanowi 25 % ogółu badanych) oraz zespołenia złamań kończyn dolnych (5 osób, co stanowi 12,5% ogółu badanych). W zdecydowanej większości zabiegi operacyjne dotyczyły narządów jamy brzusznej, najmniejszy procent stanowiły operacje kostne.

Metoda badań

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Poczucie koherencji oceniano na podstawie wyników Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovskiego, natomiast stan psychosomatyczny pacjentów w okresie pooperacyjnym oceniano na podstawie wybranych wskaźników odzwierciedlających samoocenę samopoczucia pacjentów, liczbę zgłaszanych obaw, objawy soma-

tyzacji, lęku, złości i depresji mierzonych Kwestionariuszem Samopoczucia (KS-40) opracowanym w Zakładzie Psychologii Zdrowia UJ CM.

W związku z małą liczebnością badanej grupy pacjentów, przyjęto podział badanej zbiorowości na dwie równe podgrupy liczące po 20 osób, różniące się stopniem poczucia koherencji, biorąc za podstawę podziału medianę wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Orientacji Życiowej (SOC-29).

W tak wyłonionych podgrupach (jedna o wysokim i druga o niskim poczuciu koherencji), porównywano problemy emocjonalne i somatyczne występujące u pacjentów w okresie pooperacyjnym. Średnia dla ogólnego poczucia koherencji w podgrupie wysokiego poczucia koherencji wyniosła 162,1 przy odchyleniu standardowym wynoszącym 12,6, natomiast w podgrupie o niskim poczuciu koherencji, średnia ta wyniosła 104,9, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 14,9.

Wyniki badań

Tab. 2. Samoocena samopoczucia pacjentów w okresie pooperacyjnym.

Ilość osób o niskim poczuciu koherencji wskazujących daną odpowiedź (N = 20)	Samoocena samopoczucia	Ilość osób o wysokim poczuciu koherencji wskazujących daną odpowiedź (N = 20)
1	Dobre	14
5	Raczej dobre	6
13	Raczej złe	0
1	Złe	0

Powyższe zestawienie (tab. 2), uwidacznia zdecydowane i statystycznie wysoce istotne róż-

nice samopoczucia w porównywanych grupach. $\chi^2 = 10,85$, $p < 0,001$. W grupie pacjentów o niskim poczuciu koherencji większość z nich określiła swoje samopoczucie po zabiegu jako „raczej złe lub złe”. Inaczej było w grupie osób o wysokim poczuciu koherencji, gdzie wszyscy pacjenci bez wyjątku określili swoje samopoczucie jako „dobre lub raczej dobre”. Nikt z pacjentów z tej grupy nie wyraził negatywnej samooceny swego samopoczucia.

Kolejny wskaźnik subiektywnego stanu pacjentów dotyczył posiadanych obaw lub wątpliwości. Według uzyskanych wypowiedzi, obawy pacjentów w tym okresie dotyczyły:

1. Mogących wystąpić powikłań (55% wypowiedzi),
2. Braku wskazówek co do dalszego życia po zabiegu (12,5% wypowiedzi),
3. Bólu (25% wypowiedzi),
4. Wątpliwości co do słuszności decyzji poddania się zabiegowi (2,5% wypowiedzi),
5. Trudności w poradzeniu sobie z codziennymi czynnościami (2,5% wypowiedzi).

Szczegółowe dane na ten temat zawiera tabela nr 3.

Tab. 3. Rodzaj obaw i wątpliwości w poszczególnych grupach.

L.p.	Rodzaj zgłaszanych obaw	Ilość osób w grupie wysokiego poczucia koherencji wskazująca dane obawy	Ilość osób w grupie niskiego poczucia koherencji wskazujące dane obawy
1.	Powikłania	7	15
2.	Brak wskazówek odnośnie dalszego życia	1	4
3.	Ból	3	2
4.	Wątpliwości dotyczące decyzji poddawania się zabiegowi	0	1
5.	Trudności w radzeniu z codziennymi obowiązkami	0	1
Razem:		11	23

Porównując grupy pacjentów z wysokim i niskim poczuciem koherencji, pod względem charakteru zgłaszanych obaw, łatwo zauważyć, że największa liczba osób w obu grupach wyrażała obawy przez mogącymi wystąpić powikłaniami, przy czym w grupie o wysokim poczuciu koherencji osób z tego typu obawami było ponad dwukrotnie mniej. Ponadto w grupie osób o niskim poczuciu koherencji oprócz częstszych obaw przed

bólem i uwag świadczących o braku potrzebnych informacji, pojawiły się jeszcze wątpliwości co do słuszności podjętej decyzji o zabiegu, a także wątpliwości dotyczące poradenia sobie z wykonywaniem obowiązków życia codziennego.

Dane dotyczące związku pomiędzy poczuciem koherencji a występowaniem obaw zawiera tabela nr 4.

Tab. 4. Zależność pomiędzy poczuciem koherencji a występowaniem obaw

	Osoby o wysokim poczuciu koherencji N = 20	Osoby o niskim poczuciu koherencji N = 20
Liczba pacjentów zgłaszających obawy	10	17
Liczba pacjentów nie zgłaszających obaw	10	3

Jak wynika z danych zawartych w tabeli nr 4, ponad ¾ osób z niskim poczuciem koherencji wyrażała takie lub inne obawy po zabiegu, podczas gdy w grupie osób z wysokim poczuciem koherencji obawy takie pojawiły się zaledwie u co drugiej osoby. $\chi^2 = 4,1$; $p < 0,05$, co świadczy o istnieniu wyraźnej

zależności pomiędzy wysokim poczuciem koherencji a spadkiem liczby obaw po zabiegu.

Tabela nr 5 obrazuje stopień korelacji pomiędzy poczuciem koherencji a nasileniem występujących u pacjentów objawów lęku, depresji, złości i somatyzacji.

Tab. 6. Poziom korelacji pomiędzy poczuciem koherencji, a poziomem objawów emocjonalnych i somatycznych (Współczynnik Korelacji r Pearsona).

Wskaźniki dolegliwości emocjonalnych i psychosomatycznych	Poczucie koherencji
Ogólny wskaźnik objawów emocjonalnych i somatycznych	-0,78
Wskaźnik somatyzacji	-0,58
Wskaźnik depresji	-0,86
Wskaźnik lęku	-0,72
Wskaźnik drażliwości (odczuwanej złości)	-0,54

Wyniki analizy korelacji w sposób wyraźny i spójny wskazują na występowanie silnego, negatywnego związku pomiędzy poczuciem koherencji badanym przy pomocy Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC – 29), a stopniem dolegliwości emocjonalnych i psychosomatycznych, mierzonych Kwestionariuszem Samopoczucia (KS – 40). Dla N = 40 wartość krytyczna współczynnika korelacji, dla poziomu istotności $p < 0,01$, wynosi 0,40 (patrz. tab. 6).

Jak wynika z danych zawartych w tabeli, poziom poczucia koherencji pacjentów ma

wysokie istotny wpływ na poziom wszystkich, branych pod uwagę w badaniu, kategorii dolegliwości emocjonalnych i somatycznych występujących w okresie pooperacyjnym. Uzyskany w badaniu, wysoki, ujemny współczynnik korelacji wskazuje, że im wyższe poczucie koherencji pacjentów, tym przejawiają oni mniej dolegliwości psychosomatycznych i emocjonalnych. Najsilniejszy, negatywny związek wystąpił pomiędzy poczuciem koherencji a objawami depresji i lęku. Wyniki analizy korelacji pomiędzy komponentami składowymi poczucia koherencji a stopniem objawów emocjonalnych i somatycznych zawierają kolejne tabele nr 7, 8 i 9.

Tab. 7. Poziom korelacji pomiędzy poczuciem zrozumiałości a dolegliwościami emocjonalnymi i somatycznymi.

Objawy emocjonalne i somatyczne	Poczucie zrozumiałości
Ogólny wskaźnik objawów emocjonalnych i somatycznych	-0,74
Wskaźnik somatyzacji	-0,51
Wskaźnik depresji	-0,80
Wskaźnik lęku	-0,68
Wskaźnik drażliwości	-0,57

Tab. 8. Poziom korelacji pomiędzy poczuciem zaradności a dolegliwościami emocjonalnymi i somatycznymi.

Objawy emocjonalne i somatyczne	Poczucie zaradności
Ogólny wskaźnik objawów emocjonalnych i somatycznych	-0,79
Wskaźnik somatyzacji	-0,62
Wskaźnik depresji	-0,85
Wskaźnik lęku	-0,73
Wskaźnik drażliwości	-0,51

Tab. 9. Poziom korelacji pomiędzy poczuciem sensu a dolegliwościami emocjonalnymi i somatycznymi.

Objawy emocjonalne i somatyczne	Poczucie sensu
Ogólny wskaźnik objawów emocjonalnych i somatycznych	-0,73
Wskaźnik somatyzacji	-0,55
Wskaźnik depresji	-0,81
Wskaźnik lęku	-0,67
Wskaźnik drażliwości	-0,46

Jak wynika z wyżej prezentowanych tabel, wszystkie wskaźniki korelacji są bardzo wysokie i negatywne, co oznacza, że im wyższy stopień poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności, lub poczucia sensu u pacjentów, tym mniejsze nasilenie objawów emocjonalnych w okresie pooperacyjnym, związanych z depresją, lękiem i drażliwością, a także objawów o psychosomatycznym charakterze. Stosunkowo najwyższe wskaźniki negatywnych korelacji dotyczyły związku poczucia zaradności z depresją i lękiem. Można zatem sądzić, że dla pacjentów po zabiegach chirurgicznych szczególnie ważne jest przekonanie, że potrafią sobie poradzić z pojawiającymi się problemami, a przekonanie to pozwala w sposób bardziej skuteczny radzić sobie ze stresem pooperacyjnym, a zwłaszcza z lękiem i depresją. Obserwacja ta wskazuje na wysoce pozytywną rolę jaką dla pacjentów może mieć odpowiednio zorganizowana i dostosowana do potrzeb edukacja,

a w tym konkretne wskazówki dotyczące samoopieki w okresie pooperacyjnym.

Podsumowanie:

W przeprowadzonych badaniach potwierdzono hipotezę o zdecydowanie korzystnym wpływie poczucia koherencji i jego składowych na przebieg okresu pooperacyjnego szczególnie w aspekcie subiektywnych wskaźników tego przebiegu.

Grupa osób o wysokim poczuciu koherencji różniła się w zasadniczy sposób od grupy osób niskiego poczucia koherencji w ocenie swego samopoczucia, częstość występowania rozmaitych obaw oraz częstości i nasilenia dolegliwości psychosomatycznych i emocjonalnych w takich kategoriach jak objawy depresji, lęku oraz złości.

W badaniu wykazano wysokie, negatywne korelacje pomiędzy poszczególnymi komponentami poczucia koherencji a wymienionymi wyżej dolegliwościami.

Dane te łącznie stanowią mocne potwierdzenie dla tezy o roli psychicznych zas-

bów, a w tym szczególnie poczucia koherencji na *stan zdrowia i rekonwalescencji pacjentów po zabiegach chirurgicznych*. Ze względu na stosunkowo mało liczną grupę badanych, badania te należałoby jednak powtórzyć w grupie o większej liczebności, poszerzając o analizę obiektywnych wskaźników przebiegu okresu pooperacyjnego, takich jak ilość przyjmowanych leków, liczba pojawiających się komplikacji, czy czas pobytu w szpitalu. Obecne doniesienie można traktować jako obszerny pilotaż dla tego typu badań. Pomimo, że poczucie koherencji bywa rozpatrywane zwykle jako względnie stała postawa życiowa człowieka, to można ponadto sądzić, że do pewnego stopnia jest ona podatna na aktualne wpływy. Szczególnie pielęgniarki i lekarze jako osoby najczęściej "stykające" się z chorym, poprzez swój pozytywny wpływ i terapeutyczny sposób komunikowania się, mogą zwiększać u niego poczucie sensu, rozumienia swej sytuacji oraz poczucie zaradności. Pomagać to będzie w tym aby pacjenci lepiej radzili sobie ze stresem swej choroby i odbierali sytuację w jakiej się znaleźli, bardziej jako wyzwanie, niż jako zagrożenie wobec którego czują się zagubieni i bezbronni.

Wnioski:

- W procesie wpływającym na stan zdrowia pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym, ważną rolę odgrywają ich psychiczne zasoby, a zwłaszcza poczucie koherencji,

- Składowe poczucia koherencji pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym powinny być przedmiotem uwagi personelu medycznego na równi z objawami choroby, wytyczając główne kierunki psychologicznych oddziaływań (wyjaśnianie sytuacji, edukacja w zakresie umiejętności radzenia sobie z dolegliwościami, wzmacnianie poczucia sensu stosowanych działań leczniczych i pielęgnacyjnych).

Streszczenie

Celem pracy było sprawdzenie hipotezy o związku pomiędzy zasobami osobistymi pacjentów a stanem psychosomatycznym pacjentów w okresie pooperacyjnym. Badania przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej, w okresie od stycznia do marca 2005 roku.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Poczucie koherencji oceniano na podstawie wyników Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovskiego, natomiast stan psychosomatyczny pacjentów oceniano na podstawie oceny samopoczucia (punktacja od 1 do 4), liczby zgłaszanych obaw, a także objawów lęku, złości i depresji określanych w oparciu o wyniki Kwestionariusza Samopoczucia (KS-40).

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano wyraźną, pozytywną zależność pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji i jej składowymi a wskaźnikami subiektywnymi.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, psychosomatyka, okres pooperacyjny

Summary

The purpose of this study was to verify a hypothesis on a correlation between the personal resources of patients and their psychosomatic condition during a post-surgical period. The study was completed at the General Surgical Ward.

The study employed the method of diagnostic survey. A patient's sense of coherence was evaluated based on A. Antonovsky's Life Orientation Questionnaire (SOC-29). The psychosomatic condition of patients was evaluated based on the subjective state of general feeling and the number of reported anxieties evaluated on self-evaluation scale. The Feeling Questionnaire (KS-40) was accepted as a measure of anxiety, anger and depression symptoms.

The study demonstrated a clear, positive correlation between the general sense of coherence and its components and objective indexes of the patients' health condition, as well as subjective indexes in the post-surgical period.

Key words: a sense of coherence, psychosomatics, post-surgical period

Literatura:

1. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. W-wa, 1995. Fundacja IPN.
2. Antonovsky A.: Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek I., Sęk

H. (red.), Psychologia zdrowia. W-wa, 1997. PWN.

3. Bishop G.: Psychologia zdrowia. Wrocław, 2000. Wyd. Astrum.
4. Heszen-Niejodek I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. W-wa, 2007. PWN.
5. Motyka M.: Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego. Sztuka Leczenia, 2001, 4, s. 23-26.
6. Motyka M.: Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. Kraków, 2002. Wyd. UJ.
7. Motyka M.: Komunikacja terapeutyczna. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin, 2003. Wyd. Czelej. Seria podręczników dla studentów studiów pielęgniarzkich.
8. Sheridan Ch.L., Radamacher S.A.: Psychologia zdrowia. W-wa, 1998. PTP.
9. Stępień E.: Wpływ zasobów osobistych na przebieg okresu pooperacyjnego. Kraków, 2005. (praca mgr niepublikowana).