

# WPLYW POCZUCIA KOHERENCJI NA DEPRESYJNOŚĆ U OSÓB Z ROZPOZNANIEM RAKA JELITA GRUBEGO

## Sense of coherence's impact on a level of depression patients diagnosed with colorectal cancer



Krystyna Kurowska, Anetta Kubak

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 3: 149-154

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krystyna Kurowska, Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa, Collegium Medicum im. L. Rydygiera, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna\_kurowska@op.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Większości ludzi rak kojarzy się z wyrokiem śmierci. Poczucie koherencji odgrywa znaczną rolę w przeżywaniu lęku i stresu. Człowiek wykorzystujący zasoby środowiska zewnętrznego i wewnętrznego lepiej radzi sobie w sytuacji choroby.

**Cel:** Określenie wpływu poziomu poczucia koherencji na stopień depresji u chorych leczonych z powodu raka jelita grubego.

**Materiał i metody:** Przebadano 92 pacjentów leczonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, przy użyciu kwestionariusza orientacji życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego oraz skali depresji Becka.

**Wyniki:** Badani mieli przeciętny poziom poczucia koherencji oraz łagodny lub umiarkowany stopień depresji. Wykazano ścisły związek między poczuciem koherencji a depresją. Im wyższe poczucie koherencji, tym niższy stopień depresji, natomiast wysoki poziom depresji spowodowany był niskim poziomem poczucia koherencji. U osób w wieku 70–80 lat znacznie obniża się globalny SOC, co może świadczyć o strachu przed skutkami choroby oraz obawą przed uzależnieniem od innych osób.

**Wnioski:** Otrzymane wyniki mogą mieć wpływ na przygotowanie osób chorych do samodzielnej egzystencji. Pozwalają lepiej zaplanować opiekę nad tym chorymi, wdrożyć działania mające na celu pomoc w zaakceptowaniu choroby.

**Słowa kluczowe:** rak jelita grubego, poczucie koherencji (SOC), depresja.

### Wstęp

Rak jelita grubego jest chorobą cywilizacyjną XXI w. Badania wykazały, że zachorowanie na nowotwory dotyczy wszystkich ludzi, niezależnie od płci, rasy, pochodzenia, wieku czy sytuacji materialnej [1]. Choroba ta bardzo czę-

### Summary

**Introduction:** Cancer for most people mean the death sentence. The SOC has a significant role in the experience of anxiety and stress. Person, who is able to use internal and external resources is better coping with the disease.

**Aim:** Determine the influence of the sense of coherence on a degree of depression patients with colorectal cancer.

**Material and methods:** We studied 92 patients treated at the Oncology Center in Bydgoszcz, using designed on our own survey, Antonovsky's questionnaire of Guidance (SOC-29) and Beck's depression scale.

**Results:** Respondents had an average level of sense of coherence and a mild or moderate degree of depression. It has been shown a strong correlation between sense of coherence and depression. The higher level of SOC gives the lower level of depression, while a high level of depression was caused by low levels of SOC. There has been showed reduction of a global SOC in a group of people aged from 70 to 80. It may be connected with a fear of the consequences of the disease and fear of dependence on others.

**Conclusions:** The results may affect the preparation for patient's independent life with the disease. Show us the way of better care planning for the sick, and implement actions to aid in the acceptance of the disease.

**Key words:** colorectal cancer, sense of coherence (SOC), depression.

sto uniemożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych i doprowadza do problemów natury psychicznej (depresji, stanów lękowych) [2]. Psychika ma szczególne znaczenie w leczeniu chorób onkologicznych, ponieważ może ona ułatwić lub też zaburzyć proces leczenia [3, 4]. Leczenie depresji prowadzi do lepszej współpracy pacjenta

z personelem. Chory może się skupić na leczeniu choroby podstawowej. Ważną rolę w opiece nad osobą chorą na nowotwór odgrywa rodzina i osoby ze środowiska, w którym żyje. Człowiek ten uczy się korzystać z zasobów, jakie dają przyjaciele i rodzina, aby przesunąć się na kontinuum zdrowie–choroba w kierunku bieguna zdrowie. Antonovsky udowodnił, że osoby z wysokim poczuciem koherencji lepiej wykorzystują dane im zasoby wewnętrzne i zewnętrzne do walki z chorobą niż osoby o niskim poczuciu koherencji (*sense of coherence* – SOC). Wysokie SOC pozwala na lepszy odbiór zjawisk, powoduje, że stają się one zrozumiałe, a walka z chorobą ma sens. Raz ukształtowane SOC (zwłaszcza wysokie) może się zmieniać tylko w niewielkim stopniu. Antonovsky mówił również w swojej teorii, że w sytuacji silnego stresu, jak śmierć bliskiej osoby czy wystąpienie ciężkiej choroby somatycznej (jaką niewątpliwie jest nowotwór), poczucie koherencji może się zmniejszyć [5, 6].

Celem niniejszych badań było określenie wpływu poziomu SOC na stopień depresji u osób z rozpoznaniem raka jelita grubego, jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

## Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią część szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem raka jelita grubego. Badania przeprowadzono od marca do grudnia 2010 r. w grupie 92 osób z rozpoznaniem raka jelita grubego, będących pacjentami w Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, na oddziale Chirurgii Onkologicznej, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB176/2010). Poczucie koherencji oceniano z wykorzystaniem kwestionariusza SOC-29, a stopień depresji za pomocą skali Becka. Kwestionariusz orientacji życiowej (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego zawiera 29 stwierdzeń ocenianych w 7-punktowej skali. Pozwala na pomiar, poza ogólnym wskaźnikiem SOC, także jego trzech komponentów, tj. poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń uwzględniających modalność, źródło, wymogi i czas działającego bodźca za pomocą skali określającej reakcje osoby badanej [5]. Skala depresji Becka składa się z 21 punktów ocenianych wg intensywności objawów od 0 do 3. Z każdego punktu badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która najlepiej opisuje jego stan we wskazanym okresie [7]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fishera. Związki badano za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,05$ . Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

## Wyniki

Średnia wieku respondentów (w tym kobiet 43,5%, mężczyzn 56,5%) wynosiła 67 lat. Większość badanych miała wykształcenie podstawowe (30,4%), średnie i zawodowe (odpowiednio po 28,3%), pozostawała w związkach małżeńskich (56,5%), mieszkała w mieście (69,6%) z rodziną (65,2%). Czas trwania choroby u większości osób badanych nie przekraczał pięciu lat (56,5%). Jako zwiastuny choroby respondenci podawali m.in.: obecność krwi w stolcu (27,2%), zmianę rytmu wypróżnień (12,4%), utratę masy ciała (12,0%), wzdęcie brzucha (10,6%) oraz naprzemienne biegunki i zaparcia (9,7%). Występowanie w rodzinie choroby nowotworowej wcześniej bądź w obecnej chwili wskazało 34,8% badanych. Stosowano u nich różne metody terapii, najczęściej wymienianą było leczenie chirurgiczne (81,5%). Wyłonioną stonię jelitową odnotowano u 38,0% chorych. Wsparcia badanym udzielali: współmałżonek (40,3%), dzieci (36,3%), przyjaciele lub znajomi (8,1%). Co trzeci badany nie miał poczucia, że przez chorobę jest ciężarem dla rodziny (32,6%), jednak zdecydowana większość (55,4%) czuła się uzależniona od innych osób. Problem z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez chorobę miało 70,7% badanych, a aż 89,1% z nich obawiało się skutków choroby nowotworowej, natomiast 10,9% twierdziło, że poradzi sobie w ich przewyciężeniu. Większość chorych (63,0%) musiała zrezygnować ze swoich zainteresowań i dokładnie tyle samo osób uważało, że choroba była u nich utrudnieniem w wykonywaniu pracy zawodowej.

W celu zbadania poziomu SOC u osób z rozpoznaniem raka jelita grubego wykorzystano kwestionariusz orientacji życiowej (SOC-29). Rozkład wyników przedstawiony w tabeli 1. Świadczy o tym, że badani to osoby o przeciętnym poziomie zrozumiałości (średnia – 44,7, mieszcząca się nieco powyżej środkowej strefy wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 24,9% wartości średniej, co świadczyło o znacznym różnicowaniu wyników zrozumiałości. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 21,7% badanych. Poniżej średniego wyniku zrozumiałości (44,7 pkt) znalazło się 30 osób z wynikiem przeciętnym oraz wszystkie osoby z wynikiem niskim, natomiast powyżej wartości średniej 22% osób z wynikiem przeciętnym i wszyscy pacjenci z wynikiem wysokim. Badani chorzy z rozpoznaniem raka jelita grubego to osoby o przeciętnym poziomie zaradności (średnia – 45,6, mieszcząca się w środkowej strefie wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 26,3% wartości średniej, co świadczyło o znacznym różnicowaniu wyników zrozumiałości. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 17,4% badanych. Poniżej średniego wyniku w zaradności (45,6 pkt) znalazło się 46 osób, w tym wszystkie z wynikiem niskim oraz 32 z wynikiem przeciętnym. Powyżej wartości średniej z kolei 32 osoby z wynikiem przeciętnym i wszystkie osoby z wynikiem wysokim. Zebrany materiał dowodzi, że badani pacjenci

Tabela 1. Różnice w poziomie poczucia koherencji i jego składowych

Poczucie koherencji	Zrozumiałość		Zaradność/sterowność		Sensowność	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
niskie	15	16,3	14	15,2	24	26,1
przeciętne	57	62,0	62	67,4	58	63,0
wysokie	20	21,7	16	17,4	10	10,9
<i>N</i> ważnych	92		92		92	
średnia	44,7		45,6		36,3	
SD	11,1650		11,9835		9,6323	
mediana	45,0		45,5		36,0	
minimum	19,0		18,0		14,0	
maksimum	77,0		70,0		56,0	
dolny kwartył	38,0		37,0		28,0	
górnny kwartył	50,0		53,5		44,0	

z rozpoznaniem raka jelita grubego to osoby o przeciętnym poziomie sensowności (średnia – 36,3, mieszcząca się poniżej środkowej strefy wyników przeciętnych). Odchylenie standardowe stanowiło ponad 26,5% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników sensowności. Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 10,9% osób. Ze wszystkich trzech sfer poczucia koherencji były to wyniki najniższe. Poniżej średniego wyniku sensowności (36,3 pkt) znalazły się 23 osoby z wynikiem przeciętnym oraz wszystkie z wynikiem niskim, natomiast powyżej wartości średniej – 35 osób z wynikiem przeciętnym i wszystkie z wynikiem wysokim. Badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Świadczy o tym uzyskana średnia (126,6 pkt), mieszcząca się nieco powyżej wyniku środkowego wyników przeciętnych SOC. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 24,6% wartości średniej, co świadczyło o znacznym zróżnicowaniu wyników SOC. Wyniki wysokie uzyskało 18 osób, tj. niespełna 19,6%. Można zatem powiedzieć, że co 5. badana osoba miała wynik wysoki. Zdecydowanie najwyższe wyniki uzyskali badani w aspekcie zrozumiałości, najniższe natomiast w sensowności. Poniżej średniego wyniku SOC uzyskanego przez badaną grupę (126,6 pkt) znalazło się 28 osób z wynikiem przeciętnym oraz wszystkie z wynikiem niskim, natomiast powyżej wartości średniej 26 osób z wynikiem przeciętnym i wszystkie z wynikiem wysokim.

Uzyskane wyniki mogą świadczyć o tym, że pacjenci chorujący na nowotwór jelita grubego obawiają się zagrożenia płynącego z przewlekłej choroby o złym rokowaniu, nie mają pewności, jak będzie wyglądało ich życie w przyszłości oraz co dokładnie się wydarzy. Próbuje odszukać zasoby i motywację potrzebną do walki oraz do podejmowania działań i wytrwałości w dążeniu do celu.

Antonovsky w modelu salutogenezy mówi, że stresory występują powszechnie i nie zawsze są złe. Czynniki stresogenne mogą sprzyjać zdrowiu, jednak zależy to od ich charakteru, a także od tego, czy jednostka potrafi je zredukować i wykorzystać. Dla osoby zaangażowanej oraz zmotywowanej do działania droga do zrozumienia i pozyskania zasobów stoi otworem. Autor w swojej teorii mówi, iż SOC w sytuacji zagrożenia, a taką niewątpliwie jest choroba nowotworowa, może ulec przejściowym wahaniom, człowiek jednak szybko odzyskuje dawny poziom SOC [5]. Analizie poddano również różnicę i zależność pomiędzy płcią, grupami wiekowymi, miejscem zamieszkania i wykształceniem a uzyskanymi wynikami sensowności. Kobiety miały nieco wyższy średni wynik SOC niż mężczyźni. Wyniki przeciętne wykazała zbliżona liczba osób w obu grupach. Różnice wynikały z większej liczby kobiet z wynikiem wysokim (22,5%). Mieszkańcy miasta uzyskali nieco wyższy wynik od mieszkańców wsi. Ich średnia wynosiła 126,75, a mieszkańców wsi – 126,39. Wśród mieszkańców wsi odnotowano większą w stosunku do ich liczebności grupę osób z wynikiem wysokim – 25,0%, czyli co 4. osobę. Również co 4. badany w tej grupie uzyskał wynik niski. Wśród mieszkańców miasta stwierdzono większą liczbę osób z wynikiem przeciętnym (62,5%). Wraz ze wzrostem wieku podwyższał się wynik poczucia koherencji, aż do grupy wiekowej 70–80 lat, w której wynik ten gwałtownie spadł do najniższego wśród badanych. W najstarszej wiekowo grupie odnotowano największą liczbę osób z wynikiem niskim (38,1%) i najmniejszą liczbę z wynikiem wysokim – tylko jedną osobę (4,8%). Największą liczbę osób z wynikiem wysokim odnotowano w grupie wiekowej 69–70 lat (30,6%). Najwyższy średni wynik SOC, zdecydowanie wyższy od średniej wszystkich grup, osią-

**Tabela 2.** Różnice w poziomie depresyjności

Depresja	Liczba	%
brak depresji	30	32,6
łagodna depresja	30	32,6
umiarkowana depresja	12	13,0
ciężka depresja	20	21,7
razem	92	100,0

gnęli badani pacjenci z wykształceniem wyższym – 139,75 pkt, w dalszej kolejności znaleźli się badani z wykształceniem zawodowym – 126,34 pkt, oraz badani z wykształceniem podstawowym – 123,82 pkt. W grupie z wykształceniem wyższym co 3. badany osiągnął w SOC wynik wysoki. Najwięcej stosunkowo wyników niskich miały osoby z wykształceniem podstawowym.

Analizy różnic w poziomie depresyjności u badanych wykonano przy użyciu skali depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) autorstwa Aarona T. Becka (tab. 2.). Bada ona m.in. takie objawy, jak: smutek, poczucie niewydolności, ocenę własnego wyglądu, oczekiwanie kary oraz zaburzenia snu. Składa się z 21 punktów ocenianych wg intensywności objawów od 0 do 3. Z każdego punktu badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem najlepiej opisuje jego stan we wskazanym okresie (0–11 pkt – brak depresji lub obniżenie nastroju, 10–27 pkt – depresja umiarkowana, 28 i więcej punktów – depresja ciężka) [7]. Na brak depresji wskazało zaledwie 30 osób (32,6%), czyli niespełna co 3. badana osoba. Średnia w skali depresji Becka wyniosła dla badanej grupy 17,9 pkt, co świadczy, że badani to osoby o depresji łagodnej. Wynik na pograniczu depresji łagodnej i umiarkowanej odnotowano u 32,6% badanych. Kobiety uzyskały niższy średni wynik świadczący o depresji łagodnej. Mężczyźni uzyskali średni wynik depresji umiarkowanej. Wśród mężczyzn 25,0% miało depresję ciężką, czyli co 4. mężczyzna. Wśród kobiet najczęściej było osób bez depresji (40,0%). Mieszkańcy miasta uzyskali niższy średni wynik depresji. Ich depresja to zwykle depresja łagodna. Mieszkańcy wsi uzyskali średni wynik depresji umiarkowanej. Wśród mieszkańców wsi zdecydowanie więcej było osób z depresją ciężką (32,1%). Wśród mieszkańców miasta wię-

cej było osób bez depresji (35,9%). Najniższe średnie wyniki w skali depresji uzyskali badani w wieku do 50 lat. Ich depresja to średnio depresja łagodna, podobnie jak pozostałych grup wiekowych, jednak wynik był najniższy. Stosunkowo najczęściej badanych bez depresji odnotowano w grupie wiekowej 60–69 lat (36,1%), a w dalszej kolejności w grupie wiekowej 50–59 lat (35,0%). Jednak w grupach tych najczęściej było również osób z depresją ciężką – po 25,0%. W grupie 50–59 lat – 5 osób, i w grupie 60–69 lat – 9 osób. Najniższe średnie wyniki w skali depresji Becka uzyskali badani z wykształceniem wyższym. Ich depresja to średnio depresja łagodna, podobnie jak pozostałych grup wykształcenia, poza wykształceniem podstawowym, jednak wynik był najniższy. Badani z wykształceniem podstawowym uzyskali wynik depresji umiarkowanej. Najwięcej badanych bez depresji odnotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym (50,0%) oraz zawodowym (38,5%). Najwięcej pacjentów z depresją ciężką odnotowano w grupie z wykształceniem średnim (23,1%) oraz podstawowym (28,6%).

Sprawdzono również, czy istnieje zależność pomiędzy wynikami SOC a stopniem depresji (tab. 3.). Wraz ze wzrostem wyników SOC malał wynik poziomu depresji. Wraz ze wzrostem wyników zrozumiałości, zaradności i sensowności obniżał się wynik poziomu depresji. Uzyskane wyniki świadczą o tym, że istnieje silny związek pomiędzy SOC i jej składowymi a stopniem depresji. Badania wykazały, iż z chwilą, gdy poziom SOC rośnie, maleje poziom depresji, natomiast gdy poziom depresji rośnie, wówczas spada poziom SOC i jego składowych.

## Dyskusja

Nowotwór jest chorobą coraz częściej występującą w społeczeństwie. Rozwija się przez wiele lat, na początku nie dając żadnych dolegliwości. Powolny rozwój choroby, postęp medycyny, stosowanie najnowocześniejszych metod leczenia umożliwiają pacjentom normalne funkcjonowanie, poprawiają komfort ich życia, a niejednokrotnie prowadzą do wygrania walki z chorobą. Jednak świadomość toczącego się w organizmie procesu chorobowego ma duży wpływ na psychikę chorego. Potrzebne są zasoby, które pacjent uruchomi do walki o życie. An-

**Tabela 3.** Związek pomiędzy poczuciem koherencji a depresyjnością

	N	R	t(N-2)	p
SOC i poziom depresji	92	-0,6845	-8,9082	0,0000
Zrozumiałość i poziom depresji	92	-0,7197	-9,8348	0,0000
Zaradność i poziom depresji	92	-0,6061	-7,2289	0,0000
Sensowność i poziom depresji	92	-0,6083	-7,2711	0,0000

tonovsky stwierdza, że osoby mające silne SOC same dobierają najlepsze dla nich metody walki ze stresem, które będą się koncentrować na tym, czy osoba chora podejmie walkę i czy wytrwa w osiągnięciu najważniejszego celu, jakim jest zdrowie i życie. Natomiast osoby z niskim SOC znacznie częściej uruchamiają mechanizmy obronne, zniekształcające odbiór rzeczywistości, w sposób racjonalny i obiektywny, jak również dążą do unikania konfrontacji ze stresorami [1]. Osoby badane miały przeciętne SOC. Globalny wynik SOC wynosił 126,6 pkt i był to wynik niższy niż wartości normatywne określone dla osób zdrowych przez Antonovsky'ego (130–160 pkt) [5]. Analiza wykazała, że badani uzyskali wyższe wartości w poczuciu zrozumiałości, natomiast w poczuciu sensowności otrzymywali wyniki najniższe ze wszystkich składowych SOC. Kobiety miały nieznacznie wyższy poziom SOC niż mężczyźni, co wpływało również na poziom depresji. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskał Słowik [8], który badał związek pomiędzy emocjami u chorych somatycznie a SOC. Wykazał, że mężczyźni mają niższe SOC niż kobiety, niskie wartości uzyskiwali w poczuciu zaradności i zrozumiałości. Analiza badania wykazała, że niskie SOC spowodowane było silniejszym przeżywaniem negatywnych emocji [8]. Można zatem przypuszczać, że wyniki świadczyły o trudnościach w przystosowaniu się do zaistniałej sytuacji, że człowiek boi się, jak będzie wyglądało jego życie oraz co przyniesie przyszłość. Z kolei odczuwany strach o własne życie, obawa przed okaleczeniem czy też ograniczeniem sprawności spowodowanym przez chorobę może zaburzać proces motywacji i wpływać na psychikę pacjenta. Z analizy wnioskujemy, że dane demograficzne, takie jak płeć czy miejsce zamieszkania, nie mają wpływu na poziom SOC oraz na występowanie depresji wśród chorych na nowotwór jelita grubego. Z badań jednak wynika, że SOC w grupie wiekowej 70–80 lat w sytuacji choroby znacznie się obniża i był najniższy wśród badanych. Można zatem przypuszczać, że osoby w tym wieku gorzej radzą sobie z wykorzystaniem danych im zasobów do zwalczania choroby, można także wysunąć podejrzenie, że SOC w obliczu choroby traci swoją funkcję ochronną u tych osób. Związek taki wykazał Szymczak w badaniach mających na celu ustalenie zależności między SOC i jego składowymi a nasileniem depresji u pacjentów zakwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu płuca. Badania pozwoliły ustalić, że pacjenci przed zabiegiem chirurgicznym umiejscowieni byli na kontinuum zdrowie–choroba bliżej bieguna choroba. Poczucie koherencji traci funkcję ochronną, ponieważ poziom stresu przeżywany przez osoby chore jest tak wysoki, że może mieć wpływ na przebieg leczenia i przystosowanie do skutków choroby [9]. Na podstawie analizy wyników powyższych badań można stwierdzić, że pacjenci zamieszkujący w mieście uzyskiwali nieco wyższy poziom globalnego SOC (w granicach 126,75) niż mieszkańcy wsi (126,39), jednak różnica ta była nieistotna statystycznie. Wśród trzech składowych SOC (poczucie

zaradności, zrozumiałości, sensowności), poczucie sensowności w badanej grupie było najniższe. Można wysunąć podejrzenie, iż osoby z niskim poczuciem sensowności mają małą motywację do działania, ponieważ boją się, jak będzie wyglądało ich życie w przyszłości. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Jawor i wsp., SOC i jego składowe u pacjentek po zabiegach histerektomii nie różni się i było na podobnym poziomie wśród tych kobiet [10]. Podobne obserwacje poczynili Szymczak i Tartas, które badały SOC u osób z chorobą nowotworową i schizofrenią. Wykazały, że chorzy nie różnią się globalnym SOC i jego składowymi [11]. Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań, stwierdza się, że kobiety wykazywały nieznacznie wyższy poziom SOC niż mężczyźni, co wiąże się z występowaniem depresji. Także poczucie zrozumiałości i zaradności różnicowały grupę, sensowność jednak nie wykazywała takiej tendencji. Była ona stosunkowo niska wśród badanych, co zdaniem Antonovsky'ego jest niepokojące, ponieważ człowiek przy dobrej orientacji, z dostępnością zasobów, lecz brakiem motywacji do podejmowania działań, może się spodziewać spadku SOC. W związku z obniżonym poziomem poczucia sensowności u osób chorych na nowotwór jelita grubego wskazane byłoby monitorowanie tej zmiennej w badanej populacji, natomiast poziom SOC należy rozpatrywać w aspekcie choroby przewlekłej. Zaprezentowane wyniki badań wskazują, że osoby chore na nowotwór jelita grubego boją się uzależnienia od innych osób (55,4% badanych), jak również obawiają się skutków choroby (89,1%) i zmian nią wywołanych (70,7%). W badaniach prowadzonych wśród osób przewlekle chorych autorki wykazały znaczący wpływ poziomu SOC na rozwój choroby, a także wskazały je jako zmienną odpowiadającą za jej przebieg [12]. Również Kozaka w badaniach przeprowadzonych wśród kobiet z nowotworem jajnika wykazała związek natężenia SOC z występowaniem objawów somatycznych. Z badań wynika, że mniejsze nasilenie objawów somatycznych występuje, gdy poziom poczucia zrozumiałości jest wyższy [13]. W toku dalszych badań wysunięto przypuszczenie, że istnieje silny związek pomiędzy SOC i jego składowymi a stopniem depresji. Z przeprowadzonych badań wynika, że chorzy na raka jelita grubego osiągnęli przeciętny poziom SOC, co miało wpływ na występowanie łagodnej lub umiarkowanej depresji. Im wyższy poziom SOC, tym poziom depresji był niższy i odwrotnie. Uzyskanie wysokiego poziomu depresji obserwowano u osób z niskim SOC. Nowicki i Rządowska w badaniach dotyczących depresji i lęku u chorych z nowotworami złośliwymi, wykazali zależność nasilenia depresji i lęku od takich czynników, jak posiadanie dzieci, partnera, i od poziomu wykształcenia. Osoby z niskim wykształceniem częściej wskazywały na występującą u nich depresję. Nie wykazano związku między miejscem zamieszkania a poziomem depresji i lęku [14]. Z analizy badań również wynika, że badani z wykształceniem podstawowym uzyskiwali wyniki świadczące o depresji

umiarkowanej. W tej grupie było też najwięcej osób z ciężką depresją, co może świadczyć o małej wiedzy na temat choroby nowotworowej wśród badanych – być może przyczyną depresji były mniejsze zasoby, jakie pacjent mógłby wykorzystać podczas leczenia. Stosunkowo najwięcej badanych bez depresji odnotowano w grupie z wykształceniem wyższym (50,0%) oraz zawodowym (38,5%). Analizując badania przeprowadzone przez Mess i wsp. wśród chorych na nowotwór płuca, stwierdzono, że w tej grupie są osoby o średnio nasilonej depresji. W badanej próbie to kobiety częściej wskazywały na znaczny wzrost nasilenia objawów depresyjnych niż mężczyźni [15]. Podsumowując – osoby z rozpoznaniem nowotworem jelita grubego odznaczają się przeciętnym SOC i umiarkowanym poziomem depresji. Pacjenci wykazywali dość wysoki poziom zrozumiałości oraz niski sensowności. Zaniżone wyniki wykazane wśród chorych na nowotwór jelita są czynnikiem wpływającym na proces powrotu do zdrowia oraz mniejszą zdolność radzenia sobie z ciężką, przewlekłą chorobą. Antonovsky w swojej teorii mówi, że stresory to czynniki, które człowiek spotyka w każdym momencie swojego życia, ale nie oznacza to, że są one złe. Czynniki patogenne mogą sprzyjać zdrowiu, zależy to tylko od ich charakteru i od zasobów człowieka do zwalczania napięć, natomiast SOC jest wartością, która w obliczu choroby może na jakiś czas ulec zachwianiu, jednak, jak dodaje autor, raz ukształtowane SOC po znalezieniu w sobie motywacji wraca na swój poziom [5].

## Wnioski

1. Badani to osoby o przeciętnym poziomie SOC, nieróżniący się od siebie poziomem tej zmiennej. Najwyższe wyniki uzyskali w poczuciu zrozumiałości, najniższe w sensowności. Kobiety miały nieco wyższy średni wynik SOC niż mężczyźni.
2. Stopień depresji kształtował się na pograniczu łagodnej lub umiarkowanej. Kobiety częściej uzyskiwały wyniki odpowiadające depresji łagodnej, natomiast mężczyźni umiarkowanej.
3. Wykazano istnienie silnego związku pomiędzy SOC i jego składowymi a stopniem depresji. Z chwilą gdy poziom SOC wzrastał, obniżał się stopień depresji i odwrotnie. Poczucie koherencji znacznie spadało w grupie osób w wieku 70–80 lat w sytuacji choroby.

## Piśmiennictwo

1. Kordek R, Jassem J, Krzakowski M, Jeziorski A. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Medical Press, Gdańsk 2003; 145-149.
2. Jeziorski A. Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 14-16.
3. Psychoonkologia. De Walden-Gatuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 45-50.
4. Wrześniński K, Lepczyński P. Wzory reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych: ich związek z chorobą somatyczną. Pol Tyg Lek 1985; 40.
5. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005; 31-34, 171.

6. Jabłoński M. Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę. Psychoonkologia 2009; 1-2: 1-10.
7. www.depresja.net.pl, z dnia 5.04.2011 r.
8. Stowik P. Związki między poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie. Sztuka Leczenia 2002; 8: 43-48.
9. Szymczak J. Poczucie koherencji a depresja u chorych zakwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu płuca i u osób zdrowych. Psychoonkologia 2001; 8: 35-46.
10. Jawor M, Szprych A, Dimter A i wsp. Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii. Psychiatr Pol 2002; 36: 70.
11. Szymczak J, Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii. Psychoonkologia 1998; 3: 49-53.
12. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekłych chorych. Zdrowie Publiczne 2005; 115: 385-390.
13. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. Psychoonkologia 2002; 6: 13-19.
14. Nowicki A, Rządkowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. Współczesna Onkol 2005; 9: 396-403.
15. Mess E, Palewicz M, Lisowska A i wsp. Występowanie depresji u pacjentów z nowotworem płuca. Onkol Pol 2006; 9: 154-157.