

PRZYSTOSOWANIE PSYCHICZNE OSÓB Z CHOROBAJĄ NOWOTWOROWĄ PO LECZENIU CHIRURGICZNYM

Mental adaptation of people with cancer after surgery



Jolanta A. Glińska¹, Ewa Dańko², Łukasz Dziki³, Adam Dziki⁴, Beata Kunikowska¹

¹Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Studentka Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁴Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 3: 106–111

Praca wpłynęła: 11.01.2020, przyjęto do druku: 18.05.2020

Adres do korespondencji

Jolanta A. Glińska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. S. Jaracza 63, 90-251 Łódź, e-mail: glińska.j@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Choroba nowotworowa jest jedną z najbardziej stresujących. Jej konsekwencją są zmiany poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Przystosowanie się do choroby jest procesem przyjmowania strategii i stylu radzenia sobie z nią, który mobilizuje pacjentów do leczenia i wpływa na jakość ich życia.

Cel pracy: Ocena funkcjonowania psychologicznego osób z rozpoznaną chorobą nowotworową oraz ich przystosowania do funkcjonowania w społeczeństwie.

Materiał i metody: Badaniami objęto 100 pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego (50%) i nowotworu piersi (50%) w czterech szpitalach klinicznych w Łodzi. Posłużono się autorską ankietą demograficzną dotyczącą zmiennych socjodemograficznych oraz skalą Mini-MAC. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa i χ^2 . Ze statystycznego punktu widzenia związku były istotne, gdy $p < 0,05$.

Wyniki: W badaniach wzięły udział 72 kobiety (50 po mastektomii i 22 po wytonieniu stomii) oraz 28 mężczyzn. Ponad połowa respondentów (56%) była czynna zawodowo. U większości (56%) chorobę zdiagnozowano rok wcześniej. Badając dane demograficzne, w większości nie stwierdzono istotnych pozytywnie korelacji. Wykazano różnicę istotną statystycznie jedynie pomiędzy miejscem zamieszkania i poziomem wykształcenia a strategią radzenia sobie. Czynniki demograficzne nie miały większego wpływu na style radzenia sobie, zaobserwowano natomiast istotną korelację, badając miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia.

Wnioski: W radzeniu sobie z chorobą nowotworową zarówno osoby ze stomią jelitową, jak i po mastektomii preferowały ducha walki oraz pozytywne przewartościowanie. U większości badanych dominował styl konstruktywny. Styl destruktywny nieznacznie częściej występował u osób zamieszkujących tereny wiejskie. Nieco gorsze wyniki bezradności-beznadziejności mieli badani z wykształceniem średnim ogólnokształcącym.

Słowa kluczowe: stomia jelitowa, mastektomia, strategie radzenia sobie.

Summary

Introduction: Cancer is perceived as one of the most stressful diseases, which leads to cognitive, emotional, and behavioural changes. Adapting to the disease is a process of adopting a strategy and style of coping with the disease that mobilises patients to struggle with the disease, and this affects their quality of life.

Aim of the study: Assessment of the psychological functioning of people diagnosed with cancer and their adaptation to functioning in society.

Material and methods: The study involved 100 patients treated surgically, including colorectal cancer (50%) and breast cancer (50%), in four clinical hospitals in Łódź. The research tools were as follows: the authors' own demographic survey on sociodemographic variables and the Mini-MAC scale. Statistical analysis was performed using the U Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and χ^2 tests. The relationships were considered statistically significant when $p < 0.05$.

Results: The study involved 28 men and 72 women, of whom 50 were women after mastectomy and 22 were women with a stoma. Over half (56%) were professionally active. Most respondents (56%) were diagnosed a year ago. When examining demographic data, no significant correlations were found. A statistically significant difference was shown only between the place of residence and level of education, and coping strategy. Demographic factors also had a modest impact on coping styles. A significant correlation was observed when examining the place of residence and level of education.

Conclusions: In patients with intestinal stoma, as well as women after mastectomy, in their strategy of coping with cancer, they prefer a fighting spirit and positive re-evaluation. Most of the respondents had a constructive style. A destructive style was slightly more common in people living in rural areas. Slightly lower results of helplessness-hopelessness were obtained by respondents with general secondary education.

Key words: intestinal stoma, mastectomy, coping strategies.

Wstęp

Pomimo stosowania najnowocześniejszych metod badawczych i laboratoryjnych choroby nowotworowe zajmują czołowe miejsce na liście wyzwań współczesnej medycyny. Wciąż nie osiągnięto celu, jakim jest ich całkowite opanowanie. Choroba nowotworowa w różnym zakresie pogarsza jakość życia i wpływa na każdą jego płaszczyznę: zarówno fizyczną, psychiczną, emocjonalną, jak i społeczną [1]. Wprawdzie odsetek osób wyleczonych rośnie, lecz nowotwór wciąż utożsamiany jest z chorobą okaleczającą, ciężką i nieuleczalną. Rozpoznanie i leczenie nowotworu złośliwego wywołuje poważny stres i może prowadzić do zmian w psychice chorych. Okaleczenie jako skutek operacji niesie dodatkowe, specyficzne problemy emocjonalne, które – jak podaje literatura przedmiotu – mają najbardziej negatywny wpływ na człowieka [2]. W zależności od indywidualnych predyspozycji i wykształconych wcześniej mechanizmów radzenia sobie w trudnych sytuacjach każda osoba reaguje w odmienny sposób na diagnozę choroby nowotworowej. Reakcje zmieniają się w miarę upływu czasu w zależności od uciążliwości terapii, etapu leczenia czy rokowania. U chorych można wyróżnić dwie skrajne postawy: aktywną i pasywną [3]. Przystosowanie się do choroby jest procesem (nie działaniem jednorazowym), którego celem jest przywrócenie równowagi psychologicznej oraz wyeliminowanie uczucia dyskomfortu emocjonalnego [4]. Postawa, jaką przyjmuje pacjent wobec pojawienia się choroby i bólu, wpływa na jakość jego życia, może również decydować o końcowych efektach terapii [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena sposobów oraz strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową po zabiegach chirurgicznych w zależności od zmiennych demograficznych.

Materiał i metody

Biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce najczęstszymi nowotworami wśród kobiet są nowotwory piersi, a wśród mężczyzn dominuje rak jelita grubego [6], badania przeprowadzono właśnie w tych grupach. Badania były prowadzone przez tę samą osobę w okresie od stycznia do września 2018 r. między 1. a 7. dobą po zabiegu. Grupę ankietowaną tworzyli wszyscy pacjenci, którzy wyrazili zgodę na dobrowolny udział w badaniu po wcześniejszym wyjaśnieniu jego celu. Z badań wykluczono osoby, z którymi komunikacja była utrudniona. Ostatecznie do analizy zakwalifikowano 100 osób. Badaną populację podzielono na dwie podgrupy zgodnie z przyjętym kryterium rodzaju wykonanego zabiegu

chirurgicznego. Pierwszą podgrupę stanowiło 50 pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej, a drugą 50 kobiet po mastektomii. Badania przeprowadzono w Klinice Chirurgii Onkologicznej w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki, Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorrektalnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym UM, Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego UM oraz w Ośrodku Onkohematologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika za zgodą dyrektorów poszczególnych placówek. Narzędziami badawczymi były: ankieta demograficzna własnego autorstwa uwzględniająca zmienne socjodemograficzne oraz skala Mini-MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*) autorstwa Watson i wsp. Skala obejmowała 29 stwierdzeń określających cztery strategie radzenia sobie z chorobą: zaabsorbowania lękowego, bezradności-bez nadziei, ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Zakres możliwych wyników w każdej strategii mieścił się w przedziale od 7 do 28 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie strategii. Suma punktów dwóch strategii – konstruktywnej i destruktywnej – podlegała natomiast interpretacji w skali stenowej, zgodnie z którą 1–4 stena oznacza wynik niski, 5–6 przeciętny, a 7–10 wysoki [7].

Do weryfikacji hipotez dla pytań na skalach nominalnych wykorzystano test V Kramera oraz miary symetryczne oparte na teście χ^2 . W przypadku pytań na skalach porządkowych zastosowano testy Tb-Kendalla lub Tc. Jeśli zmienna zależna znajdowała się na skali ilościowej/porządkowej, a niezależna na jakościowej, stosowano nieparametryczny test U Manna-Whitneya (dla dwóch prób) oraz Kruskala-Wallisa (dla więcej niż dwóch prób). Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SPSS, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego określono dla $p < 0,05$.

Wyniki badań

W badaniach brało udział 28 mężczyzn z wyłonioną stomią oraz 72 kobiety, z których 50 było po mastektomii, a 22 po wyłonieniu stomii. Współczynnik zależności wykazał silny związek statystyczny [$p < 0,001$, $\phi = -0,62$, $\chi^2 = 38,89$ ($df = 1$)], co oznacza, że w grupie „mastektomia” znajdowały się wyłącznie kobiety, natomiast w grupie „stomia” występował dość równy podział na kobiety i mężczyzn. W badanej grupie rozkład wiekowy był zbliżony. W ankiecie brało udział 31 osób zamieszkujących tereny wiejskie (21 z wyłonioną stomią i 10 po zabiegu mastektomii) i 69 osób z terenów miejskich (odpowiednio 29 z wyłonioną stomią i 40 po mastektomii). Badani w grupie „mastektomia” częściej mieszkali w miastach niż osoby z grupy „stomia”. Związek był istotny statystycznie [$p = 0,02$, $\phi = 0,24$, $\chi^2 = 5,66$ ($df = 1$)]. Większość respondentów (39%) stanowili badani z wykształceniem wyższym, a najmniej

liczną grupę reprezentowały osoby legitymujące się wykształceniem podstawowym (5%). Nie stwierdzono istotnej korelacji między wykształceniem pacjentów a grupą, do której należeli ($p = 0,09$). Ponad połowa (56%) badanych była czynna zawodowo. Nieliczną grupę stanowili renciści oraz osoby bezrobotne. Analiza nie wykazała zróżnicowania istotnego statystycznie, biorąc pod uwagę aktywność zawodową pacjentów i grupę, do której należeli ($p = 0,72$). Większości respondentów (56%) chorobę zdiagnozowano rok wcześniej. Liczba osób z dłuższym okresem od rozpoznania choroby była niewielka i kształtowała się na poziomie 6%. Nie wykazano istotnej korelacji statystycznej pomiędzy wiekiem pacjentów a czasem od zdiagnozowania choroby ($p = 0,09$).

W dalszej części pracy analizowano strategie oraz style radzenia sobie z chorobą nowotworową na przykładzie osób ze stomią oraz po mastektomii. Badani uzyskali wyższe wyniki w zakresie ducha walki oraz

pozytywnego przewartościowania, natomiast niższe w zakresie bezradności. Średnia ducha walki wyniosła $23,16 \pm 3,88$ (tab. 1).

Najbardziej preferowaną strategią radzenia sobie z chorobą zarówno wśród osób ze stomią jelitową, jak i po mastektomii był duch walki oraz pozytywne przewartościowanie. Analiza testem U Manna-Whitneya nie wykazała zróżnicowania istotnego statystycznie (tab. 2).

Jak wynika z analizy danych, u większości badanych dominował styl konstruktywny. Według skali stenowej respondenci w stylu konstruktywnym osiągnęli 7 stenów, co odpowiada dolnej wysokiej granicy oceny strategii radzenia sobie. W stylu destruktywnym uzyskano jedynie 3 steny, co jest równoznaczne z niską oceną (tab. 3).

Z kolei wyniki testu przedstawione w tabeli 4 okazały się nieistotne statystycznie. U większości badanych dominował styl konstruktywny bez względu na rozpoznanie.

Tabela 1. Analiza porównawcza strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową

Strategia radzenia sobie	n	Średnia	M	SD	Min.	Maks.
Zaabsorbowanie lękowe	100	15,43	15,00	5,194	7	26
Duch walki	100	23,16	24,00	3,884	12	28
Bezradność-beznadziejność	100	10,94	10,00	4,055	7	26
Pozytywne przewartościowanie	100	22,90	23,00	3,264	12	28

Tabela 2. Rodzaj zabiegu a strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową

Zmienna	Rodzaj zabiegu	n	Średnia	M	SD	p U Manna-Whitneya
Zaabsorbowanie lękowe (7–28 pkt)	stomia	50	15,56	15,00	5,474	0,844
	mastektomia	50	15,30	15,00	4,950	
Duch walki (7–28 pkt)	stomia	50	22,70	24,50	4,455	0,452
	mastektomia	50	23,62	24,00	3,194	
Bezradność-beznadziejność (7–28 pkt)	stomia	50	11,36	10,50	4,144	0,203
	mastektomia	50	10,52	9,00	3,265	
Pozytywne przewartościowanie (7–28 pkt)	stomia	50	22,56	23,00	3,960	0,301
	mastektomia	50	23,24	23,50	3,261	

Tabela 3. Analiza porównawcza stylów radzenia sobie z chorobą nowotworową

Styl radzenia sobie	n	Średnia	M	SD	Min.	Maks.
Styl konstruktywny (14–56 pkt)	100	46,0600	47,5000	6,45704	25,00	56,00
Styl destruktywny (14–56 pkt)	100	26,3700	25,0000	8,56308	14,00	52,00

Tabela 4. Rodzaj zabiegu a styl radzenia sobie z chorobą nowotworową

Zmienna	Rodzaj zabiegu	n	M	SD	Średnia	p U Manna-Whitneya
Styl konstruktywny (14–56 pkt)	stomia	50	48,00	7,06474	45,26	0,284
	mastektomia	50	47,00	5,74637	46,86	
Styl destruktywny (14–56 pkt)	stomia	50	26,50	8,96442	26,92	0,499
	mastektomia	50	24,00	8,19579	25,82	

Wpływ czynników demograficznych na strategię radzenia sobie z chorobą w większości badanych zmiennych nie wykazał istotnych zależności statystycznych. Analiza testem U Manna-Whitneya danych dotyczących płci nie wykazała zróżnicowania istotnego statystycznie. W obu badanych grupach stwierdzono zbliżone wyniki. Jedną różnicą istotną statystycznie dotyczyła nieznacznie wyższych wyników zaabsorbowania lękowego, jakie uzyskali badani zamieszkujący wieś (zaabsorbowanie lękowe $p = 0,034$, duch walki $p = 0,145$, bezradność-beznadziejność $p = 0,100$, pozytywne przewartościowanie $p = 0,082$). Pozostałe dane analizowano przy użyciu testu Kruskala-Wallisa i w odniesieniu do większości z nich również nie stwierdzono istotnej korelacji. Wiek, aktywność zawodowa ani czas od zdiagnozowania choroby nie miały istotnego wpływu na strategię radzenia sobie z chorobą. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała jedną różnicę istotną statystycznie – nieznacznie niższe wyniki bezradności uzyskali badani z wykształceniem średnim ogólnokształcącym (zaabsorbowanie lękowe $p = 0,145$, duch walki $p = 0,067$, bezradność-beznadziejność $p = 0,024$, pozytywne przewartościowanie $p = 0,069$).

Czynniki demograficzne miały niewielki wpływ na style radzenia sobie. Stwierdzono brak zróżnicowania istotnego statystycznie prowadzonych pomiarów ze względu na wiek, płeć i czas od zdiagnozowania choroby. We wszystkich grupach wyniki były zbliżone. Nieco wyższe wyniki w zakresie stylu konstruktywnego zaobserwowano u kobiet (test p U Manna-Whitneya: styl konstruktywny $p = 0,146$, destruktywny $p = 0,673$). Jedną istotną korelację odnotowano, badając miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia. Styl destruktywny nieznacznie częściej widoczny był wśród mieszkańców wsi (test p U Manna-Whitneya: styl destruktywny $p = 0,28$, styl konstruktywny $p = 0,057$), natomiast styl konstruktywny nieznacznie częściej stwierdzono wśród badanych z wykształceniem średnim ogólnokształcącym (test p Kruskala-Wallisa: styl konstruktywny $p = 0,038$, destruktywny $p = 0,062$).

Dyskusja

Choroba nowotworowa jest odbierana przez pacjentów jako jedna z najbardziej stresujących. Stres może doprowadzić do załamania harmonii psychicznej, co skutkuje pogorszeniem przebiegu procesu chorobowego. Wyniki badań wielu autorów wskazują, że strategie określane jako duch walki oraz pozytywne przewartościowanie mobilizują pacjentów do zmagania się z chorobą i pozwalają unikać niepożądanych napięć emocjonalnych oraz poznawczych [7, 8]. Wyniki badań własnych wskazują, że w obu badanych grupach przeważały właśnie te style radzenia sobie z chorobą.

Zarówno w grupie osób ze stomią, jak i po mastektomii dominował styl konstruktywny przejawiający się aktywną postawą wobec walki z chorobą. Porównywalne wyniki świadczące o dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej uzyskali Kapela i wsp. W badanej przez nią grupie dominował styl konstruktywny z przewagą strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania (88,4%). Styl destrukcyjny, podobnie jak w wynikach własnych, miał niskie wartości [1]. Uzyskane wyniki pozwalają na wysunięcie pozytywnych wniosków dotyczących postaw badanych, gdyż – jak podaje literatura przedmiotu – aktywne strategie zmagania się z chorobą nowotworową wpływają na lepsze rokowanie zarówno w odniesieniu do długości przeżycia, jak i braku nawrotów, co w konsekwencji poprawia jakość życia chorych [7, 8].

Podobne spostrzeżenia miała Ogińska-Bulik, która podkreśliła rolę akceptacji w strategii zmagania się z chorobą. Autorka wykazała dodatni współczynnik korelacji pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej a strategiami radzenia sobie z nią [9]. Porównywalne wyniki otrzymała Kozak [10]. Badając pacjentów z rozpoznanymi nowotworami o różnej lokalizacji, wykazała ona zależność statystyczną między stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową i jej akceptacją. W jej ocenie im większa akceptacja choroby, tym mniejsze natężenie zaabsorbowania lękowego ($-0,55$) i bezradności-beznadziejności ($-0,58$) [11]. Z kolei w analizie strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową Szwałt i wsp. większość (58%) badanej populacji uzyskała przeciętne wyniki w stylu destrukcyjnym (według skali Mini-MAC) [12]. Podobnie jak w pracy własnej, strategie konstruktywne, takie jak duch walki i pozytywne przewartościowanie, dominowały również u kobiet z rakiem szyjki macicy [13].

Porównując wyniki badań własnych z wynikami badań Juczyńskiego przeprowadzonych w latach 90. XX wieku, stwierdzono pewne różnice na korzyść strategii radzenia sobie przyjmowanych przez obecnie badanych pacjentów. W badaniach własnych uzyskano wyższe wyniki w strategiach aktywnych, pozytywnych, uwzględniających świadomość powagi choroby i mobilizujących do podejmowania walki z nią. W zakresie strategii wyrażających niepokój, lęk, bezsilność i zagubienie wyniki były niższe. W badaniach Juczyńskiego obejmujących kobiety z nowotworem piersi pozytywne przewartościowanie zostało ocenione na 20,91 pkt, natomiast w badaniach własnych na 23,24 pkt. Strategia ducha walki w analizie Juczyńskiego osiągnęła 19,34 pkt, a w badaniach własnych 23,62 pkt. Styl konstruktywny w badaniach autora oceniono na 40,26 pkt, w badaniach własnych – na 46,86 pkt. Podobne różnice dotyczyły osób z nowotworem jelit. U Juczyńskiego pozytywne przewartościowanie uzyskało 17,19 pkt, w badaniach własnych 22,56 pkt, duch

walki 19,37 pkt, w badaniach własnych 22,70 pkt. Styl konstruktywny u Juczyńskiego 40,26 pkt w badaniach własnych 45,26 pkt [7]. Wyniki te mogą świadczyć o wzroście świadomości pacjentów dotyczącej choroby nowotworowej, o większym zaangażowaniu się w proces zdrowienia i większym poczuciu odpowiedzialności za własne zdrowie. Duże znaczenie może mieć inne postrzeganie pacjenta, traktowanie go w sposób holistyczny i partnerski.

Badając dane demograficzne, w większości przypadków nie stwierdzono istotnych pozytywnie korelacji. Wyniki analizy wpływu płci wykazały brak zasadniczych różnic między kobietami i mężczyznami w wyborze strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową ($p > 0,05$). Odmienne wyniki uzyskali Baczkowska i wsp. Z ich analizy statystycznej chorych na różne rodzaje nowotworów (w tym raka jelita grubego i piersi) wynika, że styl konstruktywny zdecydowanie częściej wybierały kobiety [14].

Brak znaczących różnic statystycznych widać również w ocenie wpływu wieku na sposób przystosowania się do choroby. Porównywalne wyniki uzyskały Pawlik i Karczmarek-Borowska [15]. Dane te nie pokrywają się z opinią Michałowskiej-Wieczorek. W badaniach autorki wiek korelował pozytywnie ze stylem konstruktywnym ($p < 0,02$) i pozytywnym przewartościowaniem ($p < 0,02$) [8]. Z kolei w analizie strategii radzenia sobie z chorobą przez kobiety po mastektomii przeprowadzonej przez Pasek i Jackowską widoczny jest związek między strategiami radzenia sobie z chorobą a wiekiem i wykształceniem [16].

Uzyskane wyniki pozwalają na wysunięcie pozytywnych wniosków dotyczących postaw badanych. Aktywne strategie zmagania się z chorobą nowotworową wpływają na lepsze rokowanie zarówno w odniesieniu do długości przeżycia, jak i braku nawrotów choroby, co w konsekwencji poprawia jakość życia pacjentów.

Jak wynika z badań oraz literatury przedmiotu, przystosowanie do choroby nowotworowej stanowi istotny wykładnik umiejętności radzenia sobie z jej konsekwencjami, które są wypadkową wielu czynników. Pokonywanie choroby i życie z nią jest wielkim wyzwaniem dla chorego i personelu medycznego. Szczególną rolę odgrywają zespoły pielęgniarek, które spędzają z pacjentem najwięcej czasu. Znajomość sposobów zmagania się z chorobą nowotworową powinna determinować opiekę pielęgniarską, a działania personelu koncentrować się na kształtowaniu umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami i niepowodzeniami. Pielęgniarka powinna wspierać pacjenta zarówno instrumentalnie, jak i emocjonalnie oraz dążyć do rozwijania pozytywnych kompetencji osobistych pomocnych w radzeniu sobie z chorobą i jej skutkami. Jak wskazują Lechner i wsp., wsparcie to praktyczna pomoc

dla pacjenta, stanowiąca wielki potencjał ekspresji negatywnych emocji [17]. Znajomość zagadnień poruszanych w niniejszej pracy stanowi nieodzowny element działań pielęgniarki na każdym etapie jej pracy.

Wnioski

1. Zarówno osoby ze stomią jelitową, jak i po mastektomii w strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową preferowały ducha walki oraz pozytywne przewartościowanie.

2. U większości badanych osób dominował styl konstruktywny.

3. Nie wykazano istotnych korelacji pomiędzy stylem oraz strategią radzenia sobie a płcią, wiekiem, aktywnością zawodową i czasem od zdiagnozowania choroby.

4. Istotną korelację zaobserwowano, badając miejsce zamieszkania. U osób mieszkających na wsi odnotowano nieznacznie wyższe wyniki dotyczące zaabsorbowania lękowego oraz stylu destruktywnego.

5. U osób z wykształceniem średnim ogólnokształcącym nieznacznie częściej stwierdzano styl konstruktywny oraz nieznacznie niższe wyniki bezradności.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Kapela I, Bąk E, Krzemińska S i wsp. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ* 2017; 26: 53-61.
2. Krawczyk A. Zmęczenie i strategię zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia. *Sztuka Leczenia* 2013; 1-2: 21-30.
3. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K i wsp. Zaburzenia nastroju i strategii przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współcz Onkol* 2009; 13: 1.
4. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Paliat* 2013; 5: 106-113.
5. Greer S, Morris T, Pettingale K. Psychological response to breast cancer diagnosis: effect on outcome. *Lancet* 1979; 13: 785-787.
6. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. *Psychiatr Pol* 2015; 30: 1-12.
7. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
8. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkol* 2006; 10: 51-56.
9. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkol* 2011; 1: 1-10.
10. Kozak G. Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anestezjol Ratown* 2012; 6: 162-170.
11. Wnuk M, Marcinkowski J. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93: 21-26.

12. Szwał B, Stupski W, Krzyżanowski D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 35-41.
13. Rogala D, Mazur A, Maślińska M i wsp. Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. *Piel Pol* 2016; 2: 170-174.
14. Baczevska B, Kropornicka B, Mazurek P i wsp. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 205-220.
15. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2013; 2: 203-211.
16. Pasek R, Jackowska R. Strategie radzenia sobie w chorobie kobiet po mastektomii. W: *Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu*. Dębska G, Jaśkiewicz J (red.). Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2010: 235-249.
17. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH i wsp. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncol* 2003; 12: 491-499.