

Smoleń Ewa, Słysz Magdalena, Jarema Magdalena, Hombek Karolina, Kalita Krzysztof. Factors determining the style of adaptation to the disease in patients treated oncologically. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(08):1715-1732. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1170844>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5267>
<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/854377>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part b item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eissn 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.08.2017. Revised: 10.08.2017. Accepted: 31.08.2017.

Factors determining the style of adaptation to the disease in patients treated oncologically

Czynniki warunkujące styl przystosowania do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie

**Ewa Smoleń¹, Magdalena Słysz², Magdalena Jarema², Karolina Hombek²,
Krzysztof Kalita³**

¹ Medical Institute, The J. Grodek State Vocational Academy in Sanok

² Student Scientific Society of Nurses, Medical Institute, The J. Grodek State Vocational Academy in Sanok

³ Office for Statistical Research and Analysis, Rzeszów

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka, Sanok

¹ Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarek, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku

³ Biuro Badań i Analiz Statystycznych, Rzeszów

Introduction. Cancer diseases still have the strongest impact on the human psyche, leading to the overwhelming life crisis. Each person, depending on personality traits and well-developed defense mechanisms, reacts individually to the diagnosis of the disease. Attitude towards the disease affects the quality of life and the outcome of treatment.

Aim. Determination of factors determining the style of adaptation to cancer in patients during oncological treatment.

Materials and methods. The research was conducted in a group of 229 randomly selected patients in Fr. B. Markiewicz Specialist Hospital of the Podkarpacki Oncological Center. in Brzozów. The method used was a diagnostic survey and a survey technique. Research tools were the author's questionnaire, „The scale of mental adaptation to cancer” - Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer) in the adaptation of Z. Juczyński and the numerical scale of pain assessment NRS (Numeric Rating Scale). In the statistical analysis, the following tests were used: Kruskal Wallis and the symmetric measure V Kramer based on the chi-square test. The statistical significance level $p \leq 0.05$ was assumed.

Results. The level of adaptation to the disease in the studied group of oncological patients was on an average level, which indicates good adaptation to cancer. The dominant style of struggling with cancer was the construction style with the intensity of a fighting spirit and positive re-evaluation. The destructive style had a low intensity in the studied group, especially for a low level strategy of helplessness / hopelessness. Better adaptation has been demonstrated in individuals who do not experience pain and assess their health well.

Conclusions. Factors not related to the style of coping with cancer were sociodemographic variables. Feeling of pain, self-esteem of health and applied methods of treatment influenced the style of coping with cancer in oncologically treated patients. The constructive style prevailing in the studied group in the struggle with cancer may positively affect the prognosis, duration of the survival, lack of remission of the disease and a better quality of life of patients treated oncologically.

Keywords: neoplastic disease, Mini-MAC scale, treatment, sociodemographic factors.

Wstęp. Choroby nowotworowe mają nadal najsilniejszy wpływ na psychikę człowieka, prowadząc do wszechogarniającego kryzysu życiowego. Każdy człowiek w zależności od cech osobowości oraz wykształconych mechanizmów obronnych indywidualnie reaguje na rozpoznanie choroby. Postawa wobec choroby wpływa na jakość życia i wynik leczenia.

Cel pracy. Określenie czynników warunkujących styl przystosowania do choroby nowotworowej u pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego.

Material i metody. Badania przeprowadzono w grupie 229 losowo wybranych pacjentów w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz techniką ankiety. Narzędziami badawczymi były autorski kwestionariusz ankiety, „Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer)” w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz numeryczna skala oceny bólu NRS (Numeric Rating Scale). W analizie statystycznej zastosowano testy: Kruskala Wallisa oraz miarę symetryczną V Kramera opartą o test chi-kwadrat przyjęto poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki. Poziom przystosowania do choroby w badanej grupie pacjentów onkologicznych był na średnim poziomie, co świadczy o dobrym przystosowaniu do choroby nowotworowej. Dominującym stylem zmagania się z chorobą nowotworową był styl konstrukcyjny z natężeniem ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Styl destrukcyjny

miał niskie nasilenie w badanej grupie, za szczególnie na niskim poziomie strategią bezradności/beznadziejności. Lepsze przystosowanie wykazano u osób nie doświadczających dolegliwości bólowych oraz dobrze oceniających swój stan zdrowia.

Wnioski. Czynnikiem nie mającym związku ze stylem radzenia sobie w chorobie nowotworowej były zmienne socjodemograficzne. Odczuwanie bólu, samoocena stanu zdrowia oraz stosowane metody leczenia wpływały na styl zmagania się z chorobą nowotworową u osób leczonych onkologicznie. Dominujący w badanej grupie styl konstruktywny w zmaganiu się z chorobą nowotworową może pozytywnie wpływać na rokowanie, długość przeżycia, brak remisji choroby oraz lepszą jakość życia pacjentów leczonych onkologicznie.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, skala Mini-MAC, leczenie, czynniki socjodemograficzne.

Wstęp

Nowotwory w Polsce stanowią drugą przyczynę zgonów. W 2013 roku z tego powodu zmarło 26% mężczyzn i 23% kobiet. W ostatnim dziesięcioleciu utrzymuje się wzrost zachorowań na choroby nowotworowe. W 2013 roku zarejestrowano 156,5 tys. nowotworów oraz 94 tys. zgonów. W Polsce żyje ponad 574 tys. osób z chorobą nowotworową. Nowotwory stanowią główną przyczynę umieralności osób przed 65 r.ż. U mężczyzn najczęściej rozpoznaje się nowotwory: płuc, prostaty, pęcherza moczowego oraz okrężnicy i odbytnicy. U kobiet są to nowotwory: piersi, płuc, trzon macicy, okrężnicy i jajnika [1].

Choroby nowotworowe mają nadal najsilniejszy wpływ na psychikę człowieka, prowadząc do wszechogarniającego kryzysu życiowego. W momencie diagnozy osoba zmagająca się wieloma problemami natury fizycznej i psychicznej tj. uporczywe leczenie, lęk o przyszłość, zmiana tempa życia i ról społecznych, problemy egzystencjalne, relacje z innymi ludźmi. Staje się pacjentem onkologicznym, co wiąże się z piętnem cierpienia i zbliżającej się śmierci. Problemy pojawiają się już w chwili podejrzenia choroby i utrzymują się w czasie diagnostyki, aż do momentu potwierdzenia rozpoznania, co jest powodem silnego napięcia emocjonalnego. Perspektywa choroby przewlekłej wywołuje wiele emocji i zachowań często niezrozumiałych dla otoczenia tj.: silna złość, gniew, agresja, rozpacz, zamknięcie się w sobie, a nawet próby samobójcze. Osoba musi zmienić wiele w swoim życiu. Trudne do zaakceptowania jest poczucie naznaczenia i stygmatyzacji chorobą. Stres związany z chorobą może stać się chroniczny. Odpowiedź emocjonalna na chorobę uwarunkowana jest czynnikami: indywidualnym rozumieniem choroby, doświadczeniami choroby nowotworowej, płcią, występowaniem zaburzeń psychicznych, problemami życiowymi oraz osobowością [2].

Choroba przewlekła stanowi obciążenie, krytyczne wydarzenie życiowe, a przekraczając możliwości adaptacyjne, zagraża jej dobrostanowi bio-psycho-społecznemu i

duchowemu [3, 4]. Zakłóca procesy życiowe, powoduje zmiany z funkcjonowaniu somatycznym, psychicznym i społecznym. Wymusza zmianę zachowania i stylu życia (codzienna aktywność, praca zawodowa, życie rodzinne, czas wolny). Powoduje przeorientowanie wartości, przekonań, zachowań i celów do aktualnych możliwości chorego. W sferze fizycznej przynosi konsekwencje w postaci: bólu, zmiany wyglądu i zaburzeń seksualnych. W sferze psychicznej powoduje zmianę w obrazie własnego ciała, zniekształcenia poznawcze oraz posttraumatyczny wzrost. W sferze emocjonalnej to przede wszystkim negatywne, ale i pozytywne emocje oraz zmienność reakcji emocjonalnych. W sferze społecznej dochodzi do zmian w pełnieniu ról społecznych i stygmatyzacji chorych [4].

Zachorowanie na nowotwór to silny stresor wywołujący traumę. Rozpoznanie choroby pojawia się nieoczekiwanie i nagle, a często choroba stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia. Informacja o diagnozie nowotworu jest źródłem negatywnych emocji przejawiających się bezradnością i strachem. Choroba nowotworowa nie stanowi jednorazowego doświadczenia stresowego, a jest ciągiem zdarzeń rozłożonych w czasie [5, 6]. Związane jest to z długim procesem leczenia trwającym nawet kilka miesięcy, na które składają się leczenie: chirurgiczne, chemioterapeutyczne, radiologiczne oraz hormonalne. Następnie pojawiają się skutki uboczne terapii oraz lęk przed remisją. Doświadczenia te kumulują się i stanowią silny stresor dla chorego [5]. Niektórzy autorzy podkreślają pozytywne konsekwencje choroby, obejmujące różne aspekty życia: w odniesieniu do otaczającego świata, do siebie i innych osób. W sytuacji traumatycznej człowiek radzi sobie na różne sposoby. Radzenie sobie z chorobą i przystosowanie uwarunkowane są sytuacją i czasem. Niezmiernie istotny jest okres jaki upłynął od diagnozy oraz czynniki osobowościowe. Pomagają optymizm i wytrzymałość, a także funkcjonowanie osoby przed chorobą [7]. Siłą istotną w przywracaniu równowagi psychicznej jest nadzieja powrotu do zdrowia, dość skuteczna w początkowych etapach choroby. W dalszych etapach pojawia się silne nastawienie emocjonalne, które jest próbą zminimalizowania negatywnych emocji [8]. Z powodu panującej w społeczeństwie kancerofobii choroba nowotworowa powoduje poczucie naznaczenia i stygmatyzacji, co w następstwie prowadzi do izolacji człowieka [9].

Każdy człowiek w zależności od cech osobowości oraz wykształconych mechanizmów obronnych indywidualnie reaguje na rozpoznanie choroby. Postawa wobec choroby wpływa na jakość życia i wynik leczenia. Osoby, które akceptują chorobę podejmują walkę o powrót do zdrowia, a dodatkowo doświadczają mniej negatywnych emocji [10]. Przystosowanie do choroby wynika z radzenia sobie z chorobą, jej następstwami oraz zmianami jakości życia. Wyróżnia się dwa style w walce z chorobą: konstruktywny i destrukcyjny. Pierwszy obejmuje

strategii ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania. Duch walki pozwala osobom do przyjmowania choroby jako rodzaju osobistego wyzwania i podjęcia działań w zwalczaniu choroby. Pozytywne przewartościowanie polega na przeorganizowaniu tak problemu jakim jest choroba, by pomimo jej obecności odnaleźć zadowolenie i nadzieję z przeżytych lat. Styl destrukcyjny obejmuje bezradność – beznadziejność oraz zaabsorbowanie lękowe. Bezradność – beznadziejność wynika z poczucia bezsilności, zagubienia i poddania się chorobie. Zaabsorbowanie lękowe wyraża niepokój wynikający z choroby, traktowanej jako zagrożenie powodujące strach trudny do opanowania [11]. Jak podkreśla wielu autorów wybór strategii walki z chorobą wpływa na rokowanie, długość przeżycia, brak remisji choroby oraz lepszą jakość życia [12]. Ocena preferowanych przez osoby strategii jest istotna na każdym etapie zmagania się z chorobą nowotworową [11].

Cel pracy

Określenie czynników warunkujących styl przystosowania do choroby nowotworowej u pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego.

Material i metody

Badania przeprowadzono w grupie 229 losowo wybranych pacjentów w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie. Do badań zakwalifikowano chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej będących w czasie leczenia onkologicznego. Kolejnymi kryteriami były: stan zdrowia pacjentów pozwalający im na wypełnienie kwestionariuszy ankiety oraz dobrowolna zgoda na udział w badaniu. Przeprowadzono je zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Każdy ankietowany został poinformowany o celu i zasadach prowadzenia badań. Respondenci mieli możliwość wycofania swojej zgody na udział w badaniu na każdym etapie ich prowadzenia. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz techniką ankiety. Narzędziami badawczymi były autorski kwestionariusz ankiety oraz *Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer)*” w adaptacji Z. Juczyńskiego. Narzędzie autorskie zawierało pytania dotyczące stanu socjo-demograficznego pacjentów oraz sytuacji zdrowotnej. Skala Mini-MAC autorstwa Watsona i wsp. (1988 r.), adaptowana do polskich warunków przez Juczyńskiego (1997 r.) składa się z 29 stwierdzeń. Pozwala na pomiar strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Pierwsza konstruktywna określana postawą aktywną, mobilizującą do pojęcia walki o zdrowia i życie, obejmuje pozytywne przewartościowanie (PP) i ducha walki (DW), natomiast na destrukcyjną związaną z

postawą pasywną przejawiającą się lękiem i rezygnacją z walki składają się bezradność – beznadziejność (B/B) i zaabsorbowanie lękowe (ZL). Wyniki dotyczące każdej z czterech strategii zawierają się w przedziale od 7 do 28 punktów. Każde pytanie oceniane jest w czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, 2 raczej nie, 3 raczej tak, 4 zdecydowanie tak. Poszczególne strategie zawierają równo po 7 pytań. Zaabsorbowanie lękowe obejmuje pytania 2, 12, 17, 23, 24, 27, 29. Duch walki to pytania 3, 4, 8, 9, 13, 14, 19. Stwierdzenia 1, 6, 11, 16, 20, 26, 28 odnoszą się do bezradności-beznadziejności, natomiast 5, 7, 10, 15, 18, 22, 25 pozytywne przewartościowanie. Suma punktów dwóch strategii składających się na styl zmagania z chorobą nowotworową jest przekształcana na jednostki standaryzowane – steny w skali od 1 do 10. Wartość stenowa od 1 do 4 (10-24 pkt) oznacza niskie wyniki. Wyniki 5-6 stena (25-29 pkt) uznaje się za przeciętne, natomiast 7-10 stena (30-40 pkt) za wysokie. Interpretacja wyników oznacza, że im wyższy wynik tym większe nasilenie zachowań w zakresie zmagania się z chorobą nowotworową [12, 13]. Numeryczna skala oceny bólu NRS pozwala na określenie nasilenia bólu. Ocena bólu dokonywana jest w skali od 1 do, przy czym 1 oznacza zupełny brak bólu a 10 najsilniejszy wyobraźalny ból [14]. W analizie statystycznej zastosowano testy: Kruskala Wallisa oraz miarę symetryczną V Kramera opartą o test chi-kwadrat przyjęto poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Średnia wieku ankietowanych wyniosła 56,1 lat, najmłodszy pacjent miał 18 lat a najstarszy 84 lata. Największy odsetek (24,9%) stanowili badani w przedziale wieku od 61 do 70 lat. Nieco mniej pacjentów było w przedziałach wiekowych 51-60 lat (22,3%) oraz 41-50 lat (21,8%). Badani powyżej 71 lat stanowili 16,6%, a najmniejszy odsetek to osoby poniżej 40 lat (14,4%). Większość (59,0%) stanowiły kobiety, a 41,0% mężczyźni. Najwięcej osób było w związku (66,4%), natomiast pozostali deklarowali stan wolny (33,6%). Mieszkańcy miasta stanowili 54,1% a wsi 45,9% ogółu badanych. Najczęściej osoby deklarowały wykształcenie średnie 44,1% i zawodowe 30,1%. Wykształcenie wyższe wskazało 15,7% badanych, a podstawowe 10,0% respondentów. Na emeryturze lub rencie było 58,1% osób, a zawodowo pracowało 27,1% ogółu badanych. Zdecydowanie mniej osób deklarowało utrzymywanie się z zasiłku chorobowego (11,8%), natomiast 4,0% badanych wskazało na inne źródła utrzymania. Średni okres od zdiagnozowania choroby nowotworowej u pacjentów wyniósł 7,71 miesięcy, a czas leczenia 7,17 miesięcy. Stan zdrowia pacjenci ocenili na średnim poziomie (3,16 – w pięciostopniowej skali), a nasilenie dolegliwości bólowych na poziomie 3,38 (w 10 stopniowej skali). Największy odsetek (18,3%) stanowiły osoby z rakiem piersi. Nieznacznie mniej chorych miało raka jelita grubego (17,5%) oraz z rakiem kości i skóry (15,3%). Nowotwory układu pokarmowego stanowiły 13,5%, a narządów rodnych (w tym jajnika i jąder i gruczołu

krokowego) 11,8%. Z rakiem płuca było 6,6%, układu krwiotwórczego i krwi (5,2%). Nieznacznie mniej pacjentów miało zdiagnozowanego nowotwory układu moczowego (nerki, pęcherza moczowego) (4,8%), natomiast pozostałe nowotwory stanowiły 7,0%.

Wyniki

Analizując stopień przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej wykazano, że w odniesieniu do stylu destrukcyjnego największy odsetek osób (75,5%) uzyskał przeciętne wyniki. Niskie wyniki stwierdzono u 15,7% chorych, natomiast wysokie u 8,7% osób. Oznacza to średnie nasilenie postawy pasywnej świadczącej o poczuciu lęku i ogólnej rezygnacji. Rozpatrując styl konstruktywny mniej niż połowa pacjentów (48,9%) uzyskała przeciętne wyniki. Niskie wyniki świadczące o małej mobilizacji w walce o własne zdrowie i życie uzyskało tylko 3,1% chorych. Wyniki wysokie oznaczające wysoką aktywność w walce z chorobą stwierdzono u 48,0% pacjentów.

W badanej grupie dominował styl konstruktywny (44,98) radzenia sobie z chorobą nowotworową. Na zbliżonym poziomie były strategie walki z chorobą tj. duch walki (22,91) i pozytywne przewartościowanie (22,07). Wskaźniki stylu destrukcyjnego były na przeciętnym poziomie (35,97). Najmniejsze nasilenie wykazano w zakresie strategii bezradność-beznadziejność (16,72), natomiast nieznacznie wyższa intensyfikacja dotyczyła zaabsorbowania lękowego (19,25). Dokładne wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela. 1. Ogólne wskaźniki stylów i strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową

Lp.	Style i strategie radzenia w chorobie nowotworowej	n	X	M	SD	Min	Max
1.	Zaabsorbowanie lękowe	229	19,25	20,00	3,08	7	28
2.	Duch walki	229	22,91	22,00	3,24	12	28
4.	Bezradność-beznadziejność	229	16,72	17,00	3,38	7	26
5.	Pozytywne przewartościowanie	229	22,07	22,00	2,67	10	28
6.	Styl destrukcyjny	229	35,97	37,00	5,79	14	52
7.	Styl konstruktywny	229	44,98	44,00	5,29	29	56

n – liczba; X – średnia; M – Mediana; SD (Standard Deviation – Odchylenie Standardowe); Min. – Minimum; Max. – Maximum.

Poszukiwano czynników, które mają związek ze strategią i stylem radzenia sobie w chorobie nowotworowej. Destrukcyjnego stylu zmagania się z chorobą nie różnicowały zmienne socjo-demograficzne: płeć – $p=0,25$, wiek badanych $p=0,90$, miejsce zamieszkania – $p=0,66$, wykształcenie – $p=0,66$, stan cywilny – $p=0,06$ i aktywność zawodowa badanych – $p=0,17$. Ze stylem destrukcyjnym zmagania się pacjentów z chorobą nowotworową nie miało także związku odczuwanie dolegliwości bólowych – $p=0,06$. Konstruktywnego stylu walki z

chorobą nie różnicowały zmienne socjodemograficzne: płeć – $p=0,25$, wiek – $p=0,73$, miejsce zamieszkania – $p=0,13$, wykształcenie – $p=0,83$, stan cywilny – $p=0,34$ oraz aktywność zawodowa badanych – $p=0,44$. Niemal dwukrotnie większe nasilenie stylu konstruktywnego (63,6%) było u pacjentów nie odczuwających bólu w porównaniu do osób doświadczających tej dolegliwości (38,3%) – $p<0,001$ (tab. 2). Pozostałe odpowiedzi przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Styl konstruktywny zmagania się z chorobą a odczuwanie dolegliwości bólowych

Lp.	Styl konstruktywny		Dolegliwości bólowe	
			tak	nie
1.	Niski	n	3	4
		%	2,1	4,5
2.	Średni	n	84	28
		%	59,6	31,8
3.	Wysoki	n	54	56
		%	38,3	63,6
Ogółem		n	141	88
		%	100,0	100,0
$p<0,001$, V Kramera=0,27, Chi-kwadrat=16,81				

U większego odsetka osób (83,8%), które poddane były terapii przeciwbólowej częściej występował średni poziom destrukcyjnego stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową niż u osób nie przyjmujących leków przeciwbólowych (63,4%). Wyższe nasilenie destrukcyjnego stylu zmagania się z chorobą było u pacjentów nie stosujących leczenia przeciwbólowego (12,9%), aniżeli u poddanych terapii przeciwbólowej (5,9%) – $p=0,002$ (tab. 3).

Niemal dwukrotnie więcej osób (61,0%), które przyjmowały leki przeciwbólowe niż nie poddanych terapii przeciwbólowej (31,2%) uzyskało średnie wyniki stylu konstruktywnego – $p<0,001$ (tab. 5). Zdecydowanie większy odsetek pacjentów nie przyjmujących leków przeciwbólowych (64,5%) i tylko 36,8% poddanych terapii przeciwbólowej cechował konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą nowotworową – $p<0,001$ (tab. 4).

Tabela 3. Styl destrukcyjny zmagania się z chorobą a przyjmowanie leków przeciwbólowych

Lp.	Styl destrukcyjny		Przyjmowanie leków przeciwbólowych	
			tak	nie
1.	Niski	n	14	22
		%	10,3	23,7
2.	Średni	n	114	59
		%	83,8	63,4
3.	Wysoki	n	8	12
		%	5,9	12,9
Ogółem		n	136	93
		%	100,0	100,0
p=0,002, V Kramera=0,23, Chi-kwadrat=12,43				

Tabela 4. Styl konstruktywny zmagania się z chorobą a przyjmowanie leków przeciwbólowych

Lp.	Styl konstruktywny		Przyjmowanie leków przeciwbólowych	
			tak	nie
1.	Niski	n	3	4
		%	2,2	4,3
2.	Średni	n	83	29
		%	61,0	31,2
3.	Wysoki	n	50	60
		%	36,8	64,5
Ogółem		n	136	93
		%	100,0	100,0
p<0,001, V Kramera=0,29, Chi-kwadrat=19,71				

Wysokie wyniki stylu destrukcyjnego zmagania się z chorobą nowotworową uzyskał największy odsetek pacjentów poddanych trzem metodom leczenia choroby nowotworowej (15,4%), a najmniejszy tylko leczeniu operacyjnemu (4,0%) – p=0,05 (tab. 5).

Tabela 5. Styl destrukcyjny zmagania się z chorobą a metoda leczenia chorych onkologiczne

Lp.	Styl destrukcyjny		Rodzaj leczenia:		
			Operacyjne	Operacyjne / radioterapia/ chemioterapia	Radioterapia/ chemioterapia
1.	Niski	n	7	9	20
		%	28,0	11,5	15,9
2.	Średni	n	17	57	99
		%	68,0	73,1	78,6
3.	Wysoki	n	1	12	7
		%	4,0	15,4	5,6
Ogółem		n	25	78	126
		%	100,0	100,0	100,0
p=0,05, V Kramera=0,15, Chi-kwadrat=9,72					

Niskie wyniki stwierdzono najczęściej u pacjentów po leczeniu zabiegowym (28,0%) a najrzadziej po radioterapii, chemioterapii i leczeniu operacyjnym (11,5%) – $p=0,005$ (tab. 5).

Wysokie wyniki stylu konstruktywnego radzenia sobie z chorobą nowotworową uzyskali częściej pacjenci (71,8%) poddani trzem metodom terapii, natomiast najrzadziej (24,0%) leżeni tylko operacyjnie – $p<0,001$ (tab. 6). U żadnego z pacjentów (0,0%) leczonych zabiegowo nie stwierdzono niskich wyników konstruktywnego stylu zmagania się z chorobą nowotworową – $p<0,001$ (tab. 6). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Styl konstruktywny zmagania się z chorobą a metoda leczenia chorych onkologicznie

Lp.	Styl konstruktywny		Rodzaj zastosowanego leczenia:		
			Operacyjne	Operacyjne / radioterapia/ chemioterapia	Radioterapia/ chemioterapia
1.	Niski	n	0	1	6
		%	0,0	1,3	4,8
2.	Średni	n	19	21	72
		%	76,0	26,9	57,1%
3.	Wysoki	n	6	56	48
		%	24,0	71,8	38,1%
Ogółem		n	25	78	126
		%	100,0	100,0	100,0%
$p<0,001$, V Kramera=0,26					

Nasilenie dolegliwości bólowych nie miało związku z przyjętym stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową przez pacjentów – $p=0,29$. Wyniki niskie stylu destrukcyjnego częściej uzyskiwali pacjenci z wysoką oceną stanu zdrowia (3,31), natomiast wyższe nasilenie stylu destrukcyjnego pacjenci z niską oceną stanu zdrowia (2,65) – $p=0,02$ (tab. 7), co świadczy o tym, że im wyższa samoocena stanu zdrowia tym mniejsze nasilenie stylu destrukcyjnego.

Tabela 7. Styl destrukcyjny zmagania się z chorobą a ocena stanu zdrowia

Lp.	Styl destrukcyjny		Samoocena stanu zdrowia
1.	Niski	x	3,31
		n	36
2.	Średni	x	3,18
		n	173
3.	Wysoki	x	2,65
		n	20
Ogółem		x	3,16
		n	229
Z			0,02

* – W skali od 1 do 5 (1 najniższy a 5 najwyższy). Z – test Kruskal Wallis'a.

Samooceńna stanu zdrowia pacjentów nie miała związku ze stylem konstruktywnym walki z chorobą nowotworową – $p=0,1$. Analizując stopień nasilenia dolegliwości bólowych wykazano, że niskie wyniki stylu konstruktywnego uzyskali pacjenci z najwyższym nasileniem bólu (4,5), natomiast wyniki wysokie chorzy z najniższym stopniem odczuwania bólu (2,91) – $p=0,002$ (tab. 8).

Tabela 8. Styl konstruktywny zmagania się z chorobą a ocena stanu zdrowia i dolegliwości bólowych

Lp.	Styl konstruktywny		Nasilenie dolegliwości bólowych **
1.	Niski	x	4,50
		n	6
2.	Średni	x	3,82
		n	100
3.	Wysoki	x	2,91
		n	109
Ogółem		x	3,38
		n	215
Z			0,002

** – W skali NRS: 0-10 (0 – brak bólu / 10 – najwyższy poziom bólu).

Z – test Kruskal-Wallis’a

Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między rodzajem nowotworu a stylem destrukcyjnym – $p=0,75$ w odniesieniu do wartości stenowych oraz wartości średnich – $p=0,6$. Najwyższy poziom stylu konstruktywnego zmagania się z chorobą nowotworową wykazano u chorych nowotworem krwi i układu krwiotwórczego (47,92), a najniższy u osób z rakiem narządów rodnych (42,67) i w grupie innych nowotworów (42,75) – $p=0,0001$ (tab. 9). Strategie zmagania się były zróżnicowane ze względu na rozpoznanie nowotworu: zaabsorbowanie lękowe – $p=0,54$ oraz bezzadność-beznadziejność – $p=0,38$ (tab. 9). Strategie ducha walki najczęściej wykazywali chorzy z nowotworem układu krwiotwórczego i krwi (24,17) a najniższą z rakiem narządów rodnych (21,74) i z innymi nowotworami (20,81) – $p=0,007$ (tab. 9). Pozytywne nastawienie cechowało najczęściej pacjentów z rakiem układu krwiotwórczego i krwi (23,75), natomiast najrzadziej chorych z rakiem narządów rodnych (20,93) i z innymi nowotworami (20,94) – $p=0,007$ (tab. 9).

Tabela 9. Rodzaj nowotworu a styl zmagania się z chorobą nowotworową

Lp.	Nowotwór	Styl zmagania się z chorobą		Strategia zmagania się z chorobą			
		destrukcyjny	konstruktywny	zaabsorbowanie łękowe	duch walki	beznadziejność- beznadzieję	
1.	Rak piersi	x	35,79	46,55	19,29	23,74	16,50
		n	42	42	42	42	42
2.	Rak jelita grubego	x	36,70	46,63	19,30	23,98	17,40
		n	40	40	40	40	40
3.	Rak kości i szpiczak mnogi	x	36,49	43,77	19,80	22,09	16,69
		n	35	35	35	35	35
4.	Rak układu pokarmowego	x	36,03	44,03	19,19	22,65	16,84
		n	31	31	31	31	31
5.	Rak płuca	x	35,13	46,13	19,47	23,67	15,67
		n	15	15	15	15	15
6.	Rak krwi i układu krwiotwórczego	x	32,00	47,92	17,50	24,17	14,50
		n	12	12	12	12	12
7.	Rak układu moczowego	x	36,73	45,09	19,00	22,82	17,73
		n	11	11	11	11	11
8.	Rak narządów rodnych	x	37,07	42,67	20,00	21,74	17,07
		n	27	27	27	27	27
9.	Inne	x	34,81	41,75	18,00	20,81	16,81
		n	16	16	16	16	16
Ogółem		x	35,97	44,98	19,25	22,91	16,72
		n	229	229	229	229	229
Z			0,6	0,0001	0,545	0,007	0,383

Z – test Kruskal Wallis’a.

Najwięcej osób z wysokim nasileniem stylu konstruktywnego wykazano w grupie z rakiem, krwi i układu krwiotwórczego (83,3%), natomiast najmniej z rakiem kości i szpiczakiem mnogim (28,6%) $p=0,02$ (tab. 10).

Tabela 10. Rodzaj nowotworu a styl konstruktywny zmagania się z chorobą nowotworową

Lp.	Styl konstruktywny	Nowotwór									
		piersi	jelita grubego	kości i szpiczak mnogi	układu pokarmowego	płuca	krwi i układu krwiotwórczego	układu moczowego	narządów rodnych	Inne	
1.	Niski	n	1	0	1	2	1	0	0	1	1
		%	2,4	0,0	2,9	6,5	6,7	0,0	0,0	3,7	6,3
2.	Średni	n	15	14	24	17	6	2	6	16	12
		%	35,7	35,0	68,6	54,8	40,0	16,7	54,5	59,3	75,0
3.	Wysoki	n	26	26	10	12	8	10	5	10	3
		%	61,9	65,0	28,6	38,7	53,3	83,3	45,5	37,0	18,8
Ogółem		n	42	40	35	31	15	12	11	27	16
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$p=0,02$, V Kramera=0,26											

Niskie natężenie stylu konstruktywnego uzyskali chorzy z rakiem płuca (6.7%) i układu pokarmowego (6,5%), natomiast chorzy z rakiem jelita grubego, krwi i układu krwiotwórczego i układu moczowego nie wykazali niskiego natężenia stylu aktywnego zmagania się z chorobą nowotworową – $p=0,02$ (tab. 10).

Dyskusja

Osoby w obliczu choroby nowotworowej przyjmują dwie różne postawy przystosowania. Jedną z nich jest postawa aktywna związana z walką o zdrowia i życia, natomiast druga pasywna prowadzi do rezygnacji [5]. Jak wynika z badań osoby przejawiające mniejsze zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność, a większą wolę walki wykazują lepsze funkcjonowanie fizyczne, poznawcze, emocjonalne i społeczne w chorobie [16]. Doniesienia naukowe opisujące przystosowanie się do choroby nowotworowej dotyczą chorych z różnymi rodzajami nowotworów [5, 9, 17, 18, 19].

W badanej grupie dominował konstruktywny styl (44,98) zmagania się z chorobą nowotworową. Mniejsze nasilenie uzyskano w zakresie stylu destrukcyjnego (35,97). Takież samo nasilenie stylów zmagania się z chorobą nowotworową wykazali inni autorzy [5, 9, 11, 18, 19]. Różnice dotyczyły stopnia nasilenia stylu przystosowania do choroby. I tak nasilenie stylu destrukcyjnego u pozostałych autorów było niższe niż w badaniach własnych. Wyższy poziom stylu konstruktywnego w porównaniu do badań własnych uzyskała Malicka i wsp. [18], natomiast u pozostałych autorów było ono niższe [5, 11, 19, 18]. Najniższe nasilenie stylu konstruktywnego zmagania się z chorobą wykazała Kozak i wsp. [19].

W badaniach własnych najniższy poziom stylu destrukcyjnego wykazano u pacjentów w nowotworami układu krwiotwórczego a najwyższy z nowotworami narządów rodnych. Wyższe wyniki w zakresie stylu destrukcyjnego uzyskano w badaniach Kozak i wsp. [19] w przypadku nowotworów żołądka, trzustki, jelita grubego, prostaty. Jedynie chorzy z nowotworem narządów rodnych uzyskali niższe nasilenie stylu destrukcyjnego [19]. U pozostałych autorów [5, 11, 17, 18] styl destrukcyjny w przypadku pozostałych nowotworów był na niższym poziomie niż w badaniach własnych. Analizując styl konstruktywny w poszczególnych nowotworach niższe jego nasilenie uzyskano jedynie u pacjentów z rakiem trzustki [5, 17, 19], jelita grubego [5, 17, 18], prostaty [17, 18] i żołądka [18], pęcherza moczowego [17], płuc [5, 17], układu krwiotwórczego i krwi [17], piersi [5, 17]. Wyższe nasilenie stylu konstruktywnego zmagania się z chorobą wykazano w nowotworach narządów rodnych [11, 17, 18, 19], jelita grubego [15] piersi [18] i innych [17].

Na radzenie sobie z chorobą wpływają różne czynniki jak np. moment terapii, rodzaj metody leczenia. Do innych czynników zalicza się wsparcie, aktywność zawodowa oraz relacje w rodzinie oraz rehabilitacja [20]. Żaden z czynników socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa) w badaniach własnych nie miały związku z przyjętymi przez pacjentów stylami zmagania się z chorobą nowotworową. Wiek nie różnicował przystosowania do choroby w badaniach Boryczko-Pater i wsp. [21] i Rogala i wsp. [11] oraz Baczewskiej i wsp. [17]. W innych doniesieniach lepsze przystosowanie było u chorych powyżej 65 r.ż. [16]. W badaniach Kapela i wsp. [15] wiek miał związek z pozytywnym przewartościowaniem oraz stylem konstruktywnym. Wyższe wyniki uzyskano u starszych pacjentów.

Podobnie jak w badaniach własnych wykształcenie pacjentów w badaniach Rogala i wsp. [11] nie miało związku ze stylem zmagania się z chorobą nowotworową. W badaniach Humeniuk i wsp. [20] lepsze przystosowanie do choroby wykazano u osób lepiej wykształconych, natomiast u pacjentów w badaniach Kapela i wsp. [15] wykształcenie wpływało na strategię bezzadność-beznadziejność oraz zaabsorbowanie lękowe i nasilenie stylu destrukcyjnego.

Miejsce zamieszkania nie miało związku z przystosowaniem do choroby nowotworowej zarówno u pacjentów w badaniach własnych jak i u chorych przebadanych przez Rogala i wsp. [11], Humeniuk i wsp. [20], Kapela i wsp. [15] oraz Religioni i wsp. [5].

Identycznie jak w badaniach własnych stan cywilny nie miał związku z przystosowaniem do choroby w badaniach Rogala [11] i Kapela i wsp. [15]. Jedynie osoby będące w związkach częściej wybierały strategię bezzadności-beznadziejności oraz pozytywnego przewartościowania niż będące w związkach [11]. W badaniach Humeniuk i wsp. [20] lepsze przystosowanie do choroby wykazano u pacjentów żyjących w związkach.

Wybór stylu zmagania się z chorobą miał związku z sytuacją materialną chorych w badaniach Rogala i wsp. [11] oraz Religioni i wsp. [15]. Chorzy deklarujący złą sytuację materialną przejawiali skłonność do stosowania strategii destrukcyjnych [11]. W badaniach Religioni i wsp. [5] status zawodowy także różnicował style radzenia sobie z chorobą nowotworową, natomiast Baczevska i wsp. [17] nie wykazali takiej zależności.

Kobiety bardziej niż mężczyźni są zaniepokojone chorobą, odczuwają większy lęk i niepokój, mają obawy, przed remisją że choroby oraz pogorszeniem stanu zdrowia [22]. Płeć to czynnik, który w badaniach własnych nie różnicował stylów zmagania się z chorobą nowotworową. Potwierdziło to wyniki jedynie badań Kapela i wsp. [15]. W innych badaniach wykazano zróżnicowanie postawy wobec choroby u kobiet i mężczyzn. W badaniach

Baczewskiej i wsp. [17] u kobiet stwierdzano częściej bezradność-bez nadzieję niż u mężczyzn. W badaniach Humeniuk i wsp. [20] uzyskano lepsze przystosowanie do choroby u kobiet, a u Boryczko-Pater i wsp. [21] mężczyźni wykazywali lepsze przystosowanie do choroby nowotworowej przed operacją onkologiczną i bezpośrednio po zabiegu, natomiast kobiety w późniejszym okresie.

Ból to częsta dolegliwość w przebiegu leczenia chorób nowotworowych. W badaniach Kapela i wsp. [15] 20,7% doświadczało bólu. Ból wpływa na przystosowanie psychiczne do choroby [23, 24]. Przyjęcie stylu destrukcyjnego zmagania się z chorobą nowotworową nie miało związku w badanej grupie z odczuwaniem i nasileniem dolegliwości bólowych. Styl konstruktywny częściej występował u pacjentów nie odczuwających dolegliwości bólowych (63,6%) w porównaniu do doświadczających bólu (38,3%). Można to interpretować jako wspomaganie zmagania się z bólem wynikające z aktywnej postawy wobec choroby, lub efektywniejsze przyjęcie konstruktywnej postawy wobec choroby nowotworowej w sytuacji nie odczuwania dolegliwości bólowych. Dodatkowo im większe nasilenie dolegliwości bólowych tym pacjenci częściej uzyskiwali niższe wyniki w stylu konstruktywnym zmagania się z chorobą nowotworową. W badaniach Kapela i wsp. [15] stwierdzono, że im wyższy poziom bólu tym większe zaabsorbowanie lękowe oraz duch walki a także wyższe nasilenie stylu destrukcyjnego.

Choroba nowotworowa wpływa na samoocenę stanu zdrowia [15]. Samoocena stanu zdrowia pacjentów miała wpływ na przyjęcie destrukcyjnego stylu walki z chorobą nowotworową. Pacjenci, którzy niżej ocenili stan swojego zdrowia częściej wykazywali wyższe wyniki w zakresie pasywnej postawy w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Samoocena stanu zdrowia nie wpływała na przyjmowanie przez pacjentów konstruktywnego stylu zmagania się z chorobą nowotworową.

Leczenie stosowane w zwalczaniu dolegliwości bólowych wynikających z choroby nowotworowej w badaniach własnych wpływało istotnie na przyjmowanie stylu walki z chorobą nowotworową. Postawę pasywną wobec choroby nowotworowej wykazywali częściej pacjenci nie przyjmujących leków przeciwbólowych (10,3%) niż poddawani leczeniu przeciwbólowemu (23,7%). Styl konstruktywny częściej wykazywali pacjenci nie poddawani terapii przeciwbólowej (64,5%) niż stosujący leczenie przeciwbólowe (36,8%).

Samo rozpoznanie choroby nowotworowej obniża funkcjonowanie osób nawet o 50%. Dodatkowy wpływ ma zastosowane leczenie, które znacznie obniża sferę emocjonalną [15]. Przystosowanie do choroby ma związek nie tylko z rodzajem nowotworu, ale także przebiegiem klinicznym, leczeniem i następstwami. Leczenie niesie ze sobą wiele konsekwencji fizycznych,

psychicznych i społecznych. Leczenie chirurgiczne jest najlepiej psychicznie akceptowaną metodą terapii. Najczęściej obawy dotyczą uszkodzenia ciała i zmiany funkcjonowania po zabiegu. Chemioterapia związana jest z występowaniem niepożądanych objawów po leczeniu, które zmieniają codzienne funkcjonowanie chorych. Objawy utrzymują się przez cały czas trwania leczenia. Radioterapia także stanowi źródło niepożądanych objawów [23]. W badaniach własnych stosowane metody leczenia miały związek z przyjmowaniem przez pacjentów stylu zmagania się z chorobą nowotworową. Styl destrukcyjny przyjmowali najczęściej pacjenci poddawani leczeniu radioterapią, chemioterapią i operacyjnie oraz radioterapią i chemioterapią, natomiast najrzadziej leczeniu tylko metodą operacyjną. Styl konstruktywny w badaniach własnych przyjmowali najczęściej pacjenci poddaniu leczeniu zabiegowemu a rzadziej trzem lub dwóm metodom leczenia. W leczeniu i opiece nad pacjentami z chorobą nowotworową należy stosować właściwą terapię oraz podejmować działania zapewniające pozytywne przystosowanie do choroby, co poprawi efekty leczenia ale wpływające także na wyższą satysfakcję i jakość życia.

Wnioski

Czynnikami nie mającymi związku ze stylem radzenia sobie w chorobie nowotworowej były zmienne socjodemograficzne. Odczuwanie bólu, samoocena stanu zdrowia oraz stosowane metody leczenia wpływały na styl zmagania się z chorobą nowotworową u osób leczonych onkologicznie. Dominujący w badanej grupie styl konstruktywny w zmaganiu się z chorobą nowotworową może pozytywnie wpływać na rokowanie, długość przeżycia, brak remisji choroby oraz lepszą jakość życia pacjentów leczonych onkologicznie.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe w Polsce. w 2013 roku. Wyd. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2015.
2. Kosowicz M.: Psychoonkologia – Wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej. W: Meder J. (red.). Podstawy onkologii klinicznej. Wyd. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011: 238-244.
3. Juczyński Z.: Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 2(1): 3-10.
4. Ziarko M.: Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014.
5. Religioni U., Czerw A., Deptała A.: Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. *Psychiatr. Pol.* 2015; 30: 1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/44732>.
6. Olszewski J.K., Szczukiewicz P.: Osobowościowe korelaty radzenia sobie ze stresem u osób dotkniętych chorobą nowotworową na tle grupy porównawczej. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2014; 14(3): 188-195.
7. Żukowska Ż.E.: Strategie radzenia sobie z znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej. *Psychologia Jakości Życia* 2011; 10(1): 39-56.
8. de Walden-Głauszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wyd. PZWL, Warszawa 2011.
9. Kaźmierczak M., Kubiak I., Gebuza G., Gierszewska M., Mieczkowska E.: Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. *Med. Og Nauk Zdr.* 2015; 21(2): 181-186.
10. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
11. Rogala D., Mazur A., Maślińska M. i wsp.: Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. *Pielęgn Pol* 2016; 2(60): 170-174. DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.6>.
12. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa: 2001.
13. Mazurek J., Lurbecki J.: Skala Akceptacji Choroby i jje znaczenie w prkatyce klinicznej. *Pol. Merk. Lek.* 2014; 36(212): 106-108.
14. Wewers M.E., Lowe N.K.: A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health* 1990; 13: 227-236.

15. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyń A.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ.* 2017; 26(1): 53-61.
16. Woodard T.D., Oplatek A., Petruzzelli G.J.: Life after total laryngectomy: a measure of long-term survival. function. and quality of life. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133(6): 526-32.
17. Baczewska B., Kropornicka B., Mazurek P. i wsp.: Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii. *Journal of Education, Health and Sport.* 2016; 6(11): 205-220. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16623>.
18. Malicka I., Szczepańska J., Anioł K. i wsp.: Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współczesna Onkologia* 2009; 13(1): 41-46.
19. Kozak G.: Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6: 162-170.
20. Humeniuk E., Wolańska K., Trakowski Z.: Czynniki wpływające na przystosowanie psychiczne do choroby pacjentów po laryngektomii. *Otarynolaryngologia* 2016; 15(3): 117-123.
21. Boryczko-Pater B, Baron A, Szaleniec J, Gierowski JK., Składzień J.: Dynamika przystosowania do choroby i jej akceptacji u pacjentów z nowotworami głowy i szyi. *Otolaryngol Pol* 2011, 65(3): 48-53.
22. Paul-Kańska J.: Choroba nowotworowa : w obliczu zagrożenia życia. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica* 2008; 11: 37-45.
23. Kozaka J.: Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne *Curr Gynecol Oncol* 2015; 13(1): 27-43DOI: 10.15557/CGO.2015.0004.
24. Tobiasz-Adamczyk B.: Życie w ramach wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Life in the framework of cancer – the role of medical sociology. Przegląd Socjologiczny* 2012, 61 (2): 81-118.