

UWARUNKOWANIA RELACJI PACJENT – PIELĘGNIARKA W ONKOLOGII

DETERMINANTS OF THE PATIENT – NURSE RELATION IN ONCOLOGY

Renata Stępień^{1,2}, Grażyna Wiraszka^{1,2}

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Zakład Chorób Wewnętrznych, Kardiologii i Pielęgniarstwa Internistycznego

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Marianna Janion

Dziekan: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

² Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa im. Edwarda Lipińskiego w Kielcach

Dziekan Wydziału: dr n. med. Grzegorz Gałuszka

STRESZCZENIE

Priorytetem współczesnej opieki onkologicznej jest traktowanie człowieka dotkniętego chorobą nowotworową w sposób holistyczny, a zatem jako jednostki funkcjonującej w wymiarze biologicznym, psychicznym, społecznym oraz duchowym. Relacje międzyludzkie, jakie zachodzą w toku realizacji procesu pielęgnowania, mają zatem charakter bardzo szczególny i indywidualny.

Pielęgniarka onkologiczna skupia swoje działania nie tylko na obszarze instrumentalnym, ale przede wszystkim kreuje środowisko opiekuńcze i dąży w sposób profesjonalny do zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa oraz stabilizacji psychospołecznej. Pożądany model relacji zawodowych między pielęgniarką a pacjentem powinien mieć znamiona procesu terapeutycznego, tzn. opierającego się nie tylko na wzajemnym braniu, ale i dawaniu, zaspokajaniu ludzkich potrzeb znaczących dla życia, zdrowia i rozwoju człowieka.

Celem prezentowanej pracy była analiza uwarunkowań wyznaczających relacje zawodowe pacjent – pielęgniarka w dziedzinie onkologii. Przegląd piśmiennictwa wskazuje na istnienie sieci wielorakich determinant zarówno w odniesieniu do roli społecznej pielęgniarki, jak i pacjenta, a jako wiodące należy wymienić: kwalifikacje i kompetencje zawodowe pielęgniarki, zawodowe regulacje prawne oraz prawa pacjenta, strategie obronne stosowane przez personel pielęgniarski i chorych, czynniki organizacyjne i jakość opieki onkologicznej, a także uwarunkowania osobowościowe i społeczno-demograficzne uczestników analizowanych relacji międzyludzkich.

Słowa kluczowe: relacje pacjent – pielęgniarka, onkologia.

SUMMARY

Contemporary oncological care priority is to treat a human suffering from cancer in a holistic way, therefore as an individual functioning in biological, psychological, social and spiritual dimension. Thus, interpersonal relationships occurring in the process of nursing take on a very special and individual character.

Oncological nurse focuses her action not only on the instrumental area but above all she also creates protective environment and strives in a professional way to guarantee the patient safety and psychosocial stability. Desirable model of professional relations between the nurse and the patient should have the hallmarks of therapy process which means that it should be based on mutual taking and giving as well as on the satisfaction of human needs significant to a person's life, health and development.

The aim of this work was the analysis of determinants defining professional relations between the nurse and the patient in the field of oncology. The review of academic literature shows that there exists a net of determinants variety with reference to social role of a nurse and a patient and the leading ones are: qualifications and professional competence of a nurse, professional regulations and patient rights, defensive strategy applied by nursing staff and the patients, organization factors and the quality of oncological nursing as well as personality and socio-demographic determinants of participants whose interpersonal relations are analysed.

Key words: the patient – nurse relation, oncology.

WSTĘP

Rozwój współczesnego pielęgniarstwa doprowadził do zmiany zadań, funkcji i odpowiedzialności pielęgniarki oraz roli chorego, który to stał się aktywnym współuczestnikiem procesu pielęgnacyjno-terapeutycznego. Zmiany te spowodowały również potrzebę

tworzenia odpowiedniej sytuacji terapeutycznej w relacjach pacjent – pielęgniarka [10, 18, 19].

Według Poznańskiej, w prawidłowym kształtowaniu relacji terapeutycznej pielęgniarka – pacjent występują cztery fazy:

- orientacji wstępnej – przed rozpoczęciem interakcji,

- identyfikacji, tj. podejmowania starań o nawiązanie relacji terapeutycznych,
- aktywnej interwencji,
- zakończenia.

Wyodrębnienie tych faz, jak podaje autorka, nie oznacza konieczności ich sekwencyjnego stosowania, ale wskazuje na niezbędną część relacji terapeutycznej, którą w sposób elastyczny należy dostosować do sytuacji [17].

Podstawę analizowanej współpracy stanowi również respektowanie praw pacjenta i jego autonomii w podejmowaniu decyzji dotyczących realizowanego procesu pielęgnowania. Wspólne rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych zapewnia przyjęcie lepszych, bardziej satysfakcjonujących rozwiązań zarówno dla chorego, jak i członków zespołu pielęgniarstwa.

Zachodzące w obrębie systemu ochrony zdrowia relacje między personelem medycznym a pacjentem uwarunkowane są wieloma czynnikami osobowościowymi, sytuacyjnymi i środowiskowymi. Każdy z wymienionych powyżej obszarów determinant może zostać rozpatrzony zarówno w kontekście pacjenta, jak i pielęgniarki [8, 13, 19].

Uwarunkowania pełnienia roli zawodowej pielęgniarki w relacjach zawodowych z pacjentem

1. Formalne kwalifikacje zawodowe pielęgniarki, tj. umiejętności potwierdzone dyplomem ukończenia uczelni, kursów kwalifikacyjnych, specjalizacji oraz realne (rzeczywiste), czyli umiejętności przejawiające się w konkretnym działaniu.
2. Kompetencje zawodowe pielęgniarki, udokumentowane posiadaniem prawa wykonywania zawodu pielęgniarki oraz te ściśle powiązane z poziomem wykształcenia, kwalifikacjami, a także zajmowanym stanowiskiem.
3. Przepisy prawne i etyczno-deontologiczne określające zasięg i umiejscowienie zawodu w systemie ochrony zdrowia.
4. Cechy osobowości bio- i psychogenne osoby pełniącej funkcję pielęgniarki. Należy tu uwzględnić rozwój procesów poznawczych osoby wykonującej zawód pielęgniarki, jej cech osobowości wyznaczających zainteresowania, postawy zawodowe oraz umiejętności w zakresie komunikowania oparte na otwartości, autentyczności, akceptacji pacjenta, samoakceptacji, zdolności empatii oraz kontroli własnych emocji i zachowań, a także znajomości zagadnienia przekazywania wiadomości niekorzystnych.
5. Cechy demograficzno-społeczne pielęgniarki – wiek, stan rodzinny i ekonomiczny. Przyjmuje się, że pielęgniarki po 40 roku życia, zamężne, z dłuższym stażem pracy lepiej radzą sobie w sytuacjach

trudnych niż ich młodsze koleżanki o nieustabilizowanej sytuacji rodzinnej i materialnej [1, 17, 18, 19].

6. Strategie obronne personelu pielęgniarstwa stosowane w kontaktach z ciężko chorym. Rozpatrując ich wpływ na chorego, mogą mieć wymiar zarówno negatywny, jak i pozytywny.

Strategie negatywne to:

- Unikanie chorego, ograniczanie częstości wizyt, wysyłanie „zastępców”, gdy przewidywane są trudne rozmowy itp.
- Nadmierna rzeczowość w kontakcie z chorym, ucieczka w statystykę, dane liczbowe, teoretyczne wyjaśnienia itp.
- Bagatelizowanie znaczenia kontaktu z chorym, tłumienie własnych przeżyć, celowa „twardość” (w imię zachowania korzystnego dystansu).
- Ucieczka w instrumentalność (u lekarzy wyraża się to magią badań dodatkowych lub zabiegów manualno-technicznych, w przypadku pielęgniarek koncentracja na drobiazgach zewnętrznych).

Taktyki pozytywne to:

- Działania w kierunku podnoszenia kwalifikacji i płynące z nich poczucie kompetencji.
 - Empatyczny, ciepły kontakt z chorym i rodziną, satysfakcjonujący emocjonalnie obie strony.
 - Rozładowanie własnych emocji w kontakcie z osobami bliskimi, np. wygadanie się.
7. Postawy zawodowe kształtowane jako wyraz przystosowania się do pracy, które mogą mieć wymiar pozytywny i negatywny.

Jako postawy negatywne wymienia się:

- Postawę niechętną – chory postrzegany jest jako źródło kłopotów („znów czegoś chce”).
- Postawę obojętną – chory jest traktowany jak przedmiot, nad którego głową w trakcie zabiegów medycznych prowadzone są rozmowy na tematy osobiste.
- Postawę protekcyjną – chory traktowany jest pobłaźliwie, jak małe dziecko, za które należy decydować i nie liczyć się specjalnie z jego zdaniem.
- Postawę świętoszka – (jako jedna z form postawy egocentrycznej) oznaczająca wyniszczanie się dla innych, zaniedbywanie własnych potrzeb dla wartości wyższego rzędu. Postawa ta prowadzi po pewnym czasie do niezadowolenia, poczucia krzywdy i nieskuteczności podejmowanych działań.

Natomiast postawy pozytywne to:

- Postawę partnerską – zakłada układ wzajemnej wymiany wartości. Chory jest stroną w dialogu, w którym bierze się pod uwagę jego opinię. Poprzez niepowtarzalność życia i oso-

bowości jest on źródłem cennych doświadczeń i ubogacenia wewnętrznego.

- Postawa filozoficzno-heterocentryczna (przeciwieństwo infantylnej postawy egocentrycznej) – zakłada, że dorosłe życie stawia przed człowiekiem zadanie spełnienia wymogu użyteczności, satysfakcji płynącej z poczucia użyteczności i sensownie podejmowanych działań. Postawa ta jest bardzo mobilizująca. Dodatkowym akcentem „nagradzającym” staje się tu wdzięczność okazywana przez chorego lub jego rodzinę.
 - Postawa religijna – uznaje za motyw nadrzędny służbę Bogu poprzez pracę dla człowieka [3, 14, 20].
8. Umiejętności i sposoby komunikowania się z pacjentem w zespole terapeutycznym, we własnej grupie zawodowej oraz liczba i jakość kontaktów międzyludzkich istniejących w miejscu pracy [8].
9. System ochrony zdrowia, w tym:
- Więzy społeczne o charakterze rzeczowym – profesjonalno-funkcyjnym, uwarunkowanym wspólnymi interesami służbowymi, określonymi w statutach i regulaminach.
 - Schematy organizacyjne ustanawiające układy zależności w kategoriach władzy, odpowiedzialności, zakresu czynności i sposobów komunikacji oraz wyznaczony przez nie hierarchiczny układ pozycji i ról.
 - Materialne warunki pracy pielęgniarki.
 - Normy – zalegalizowane w postaci kodeksów, statutów, regulaminów [11].

Uwarunkowania pełnienia roli społecznej pacjenta w relacjach z pielęgniarką

1. Zmienne społeczno-demograficzne charakteryzujące pacjenta, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, rasa, grupa etniczna.
- Uwzględniając doniesienia autorów przyjmujących kryterium wieku 60 lat, należy założyć, że wraz z wiekiem następuje istotne pogorszenie sprawności fizycznej, zdolności wykonywania pracy zawodowej bądź domowej, a także życia rodzinnego i towarzyskiego, stanu emocjonalnego zarówno w grupie osób chorych [4, 21], jak i zdrowych [2]. Jak wskazuje Fallowfield, u ludzi starszych należy liczyć się z występowaniem, niezależnie od choroby nowotworowej, różnych dolegliwości somatycznych, depresji i innych zaburzeń psychicznych [5]. Jak dowodzą badania przeprowadzone przez Izdebskiego, pacjentki legitymujące się wyższym wykształceniem stosowały pozytywne formy zmagania się z chorobą – walkę i orientację na działanie [7]. Mor i wsp. wykazali, że młodsze chore na raka piersi odczu-

wały zarówno w pierwszym roku po diagnozie nowotworu, jak i w kolejnych 5 latach wyższy poziom stresu emocjonalnego niż starsze wiekiem pacjentki o podobnym stopniu zaawansowania i rokowaniu, co z jednej strony powodowane było występującym w tej grupie większym lękiem przed wznową procesu nowotworowego, a także obecnością współistniejących potrzeb związanych z pełnioną przez te kobiety rolą głównego opiekuna w rodzinie [15]. Z drugiej jednak strony młode kobiety mają więcej sił witalnych, większy dostęp do zasobów wsparcia społecznego, częściej otaczają je bliscy ludzie, są odważniejsze i racjonalniej traktują życie, a także mają większe szanse na wyleczenie niż starsze chore [15, 16].

2. Społeczny i subiektywny obraz choroby. Pacjent konstruuje obraz własnej choroby, wykorzystując ogólne obiegowe informacje o chorobie funkcjonujące w społeczeństwie, często niezgodne z naukową wiedzą medyczną, a także informacje o własnym stanie pochodzące od personelu, rodziny oraz na podstawie własnej obserwacji objawów połączonej z przypuszczeniami i wyobrażeniami dotyczącymi dolegliwości. Sposób postrzegania siebie zależy od rokowań choroby i rodzaju wywołanych przez nią ograniczeń w codziennym życiu, doświadczeń związanych z reakcją innych osób na wiadomość o chorobie lub na widok osoby chorej i jej dysfunkcji oraz uczuć żywionych do samego siebie [6, 9, 12].
3. Zasób wiedzy medycznej pacjenta i gotowość podejmowania zachowań prozdrowotnych. Liczbę i jakość przekazywanych przez personel medyczny informacji często wyznacza sam pacjent, przyjmując wobec nich postawę poszukiwania lub unikania. Pacjenci poszukujący informacji medycznych, zabiegający aktywnie o ich uzyskanie, zyskują dokładniejszą i bardziej prawidłową orientację we własnej sytuacji zdrowotnej. Dostarczanie pacjentom informacji, zgodnie z sygnalizowanymi przez nich życzeniami, daje poczucie zadowolenia z relacji, poprawia stan emocjonalny pacjentów i przyczynia się do lepszego przestrzegania zaleceń lekarza oraz pomyślniejszych wyników terapii. Właściwie poinformowany pacjent jest również zdolny do podejmowania trafniejszych decyzji w sprawach zdrowotnych, jeśli z jakichś powodów podejmuje je samodzielnie. Proces informowania jest realizowany we współpracy z całym personelem medycznym, ma charakter dynamiczny i adekwatny do oczekiwań, fazy i czasu trwania choroby oraz sposobu zmagania się z nią [6, 10].
4. System świadczenia usług przez służbę zdrowia, a głównie ich jakość oceniana przez pacjenta poprzez pryzmat:

- niezawodności – możliwość świadczenia rzetelnych i terminowych usług;
 - odpowiedzialności – okazywanie chęci pomocy klientom/pacjentom w rozwiązywaniu ich problemów oraz natychmiastowe świadczenie usługi;
 - kompetencji – wymagane umiejętności oraz posiadana wiedza pozwalają na dostarczenie usługi wysokiej jakości, zarówno przez pracowników pełniących funkcje podstawowe (lekarze, pielęgniarki), jak i wspierających;
 - dostępności – dogodna lokalizacja, oferowanie usług dla każdego zainteresowanego, odpowiedni czas funkcjonowania instytucji, krótki czas oczekiwania na wykonanie usługi;
 - uprzejmości – odnoszenie się pracowników do klienta/pacjenta uprzejmie, z życzliwością, szacunkiem;
 - komunikowania – aktywne słuchanie klienta/pacjenta, przekazywanie na bieżąco sformułowanej poprawnie informacji i w sposób dla niego zrozumiały;
 - zaufania – zdolność wzbudzania akceptacji u klienta/pacjenta co do wiarygodności firmy i solidności jej pracowników;
 - bezpieczeństwa – pozbawienie usługi elementów ryzyka, niezawodność usługi dla klienta/pacjenta, poufność;
 - znajomości i zrozumienia potrzeb klienta/pacjenta – wysiłki skierowane na poznanie specyficznych potrzeb pacjenta/klienta oraz identyfikacja osób stałych i lojalnych;
 - materialnej obudowy usługi – stan i wyposażenie instytucji, czystość i estetyka, wygląd pracowników, broszury ulotki firmowe, materiały promocyjne [11].
5. Umiejętność adaptacji do roli pacjenta i jej przebieg, a więc poddanie się badaniom diagnostycznym, postępowaniu leczniczemu i ewentualnej hospitalizacji, jak również zależności od innych osób [9, 19].
6. Osobowość pacjenta i jego styl radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Najczęściej wśród pacjentów cierpiących obserwuje się następujące mechanizmy:
- Zaprzeczenie częściowe i pełne w pierwszym zetknięciu z faktem choroby i stanem towarzyszącego cierpienia – pozwala złagodzić przykre doznania emocjonalne. „Chory uśmiecha się i twierdzi, że przykre dolegliwości za chwilę ustąpią”.
 - Wypieranie częściowe lub pełne (represja) – jest często stosowanym mechanizmem; pacjent twierdzi „...odpocznę i wszystko będzie dobrze”. Tego typu zachowanie komunikuje zespołowi terapeutycznemu, że pacjent nie akceptuje sytuacji zdrowotnej.
 - Racjonalizacja – jest próbą rozumowego wyjaśnienia przez pacjenta złego samopoczucia. „Mam raka, ale ból w klatce piersiowej występuje dlatego, że mam chore serce”.
 - Reakcja upozorowana – polega na tworzeniu przez chorego przeciwnych reakcji. Jest to zachowanie inne niż aktualnie odczuwane, np. pacjent uśmiecha się, żartuje, podczas gdy tak naprawdę odczuwa lęk, strach, niepokój.
 - Selektywne przetwarzanie informacji – jest to zachowanie polegające na koncentrowaniu się tylko i wyłącznie na informacjach pomyślnych.
 - Zachowania magiczne – polegają na zdobywaniu cudownych leków i specyfików oraz innych metod z zakresu medycyny nieprofesjonalnej.
 - Ucieczka w marzenia – stosując werbalną formę przekazu, pacjent często informuje: „jak poczuje się lepiej, to...” [14, 18].
7. Postawa wobec własnej choroby.
- Przyjęcie roli chorego najczęściej rodzi poczucie straty – „choroba jako wróg”. Deficyt dotyczy przede wszystkim zajmowanej pozycji zawodowej, rodzinnej, towarzyskiej bądź wysokości dochodów. Społeczne usytuowanie człowieka chorego prowadzi często do przejścia od ekonomicznej samodzielności do uzależnienia, od niezależnego wyboru preferencji związanych z zaspokajaniem potrzeb do oczekiwania na pomoc z zewnątrz – od rodziny, bliskich, instytucji pomocy społecznych. Konsekwencją zaistniałych zmian jest niska samoocena, poczucie osamotnienia, brak wsparcia i pomocy oraz wzrost subiektywnego poczucia krzywdy. Niekiedy jednak osoba chora może dostrzec pewne korzyści wynikające z własnego położenia – „ucieczka w chorobę”. Może do nich należeć unikanie problemów uznawanych subiektywnie za trudniejsze niż choroba, jak np. odpowiedzialność za sprawy rodzinne, zawodowe. Pełnienie roli chorego może predysponować do pozyskania pewnych korzyści materialnych, jak renta czy odszkodowanie oraz niematerialnych, np. większe zainteresowanie, troska, życzliwość, gesty miłości, które pojawiły się w związku z chorobą w relacjach z osobami bliskimi lub znaczącymi dla osoby chorej [9, 12, 14].

PODSUMOWANIE

Poznanie uwarunkowań relacji zachodzących w procesie pielęgnowania w onkologii ma swoje racjonalne cele, które nakierowane są zarówno na jakość

pełnienia roli zawodowej pielęgniarki oraz obciążenia z niej wynikające, a także zdolność i przebieg utrzymania względnej równowagi biopsychospołecznej podopiecznego w czasie choroby.

Korzyści, jakie może uzyskać pacjent z terapeutycznego kontaktu z pielęgniarką, można odnieść przede wszystkim do płaszczyzny psychicznej, co znajduje wyraz w łagodzeniu emocjonalnych skutków choroby u podopiecznego – redukcji lęku, gniewu, poczucia krzywdy, bezradności, bezsilności, depresji itp. Wspieranie psychicznych sił pacjenta w walce z chorobą lub w adaptacji do choroby poprzez budzenie wiary i nadziei, poczucia własnej wartości, poczucia kontroli i panowania nad sytuacją, poczucia rozumienia swej sytuacji oraz posiadania sensu życia to drugi aspekt pozytywnego kontaktu zawodowego z pielęgniarką. Utrzymywanie równowagi psychicznej poprawia z kolei relacje z zespołem terapeutycznym, pomaga w przewartościowaniu pełnionych ról społecznych i sprzyja podejmowaniu zachowań korzystnych dla zdrowia.

Dobre relacje z pacjentem, budowane na tle ukształtowanej zawodowo postawy, z wykorzystaniem podstaw teoretycznych komunikacji interpersonalnej oraz mechanizmów przeciwdziałających negatywnym następstwom przeciążenia fizycznego i psychicznego, mogą stanowić dla personelu pielęgniarskiego źródło satysfakcji z pracy, rozwoju zawodowego, przeciwdziałania błędom jatrogennym, a także ubogacania własnej osobowości.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 52, 2: 179–187.
- [2] Czapiński J. Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Oficyna Wydawnicza „Akademos”, Warszawa 1992; 32–142.
- [3] de Walden-Gałuszko K. Stres pracy personelu medycznego. W: *Psychoonkologia*. Red. K de Walden-Gałuszko. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2000; 123–128.
- [4] de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M, Trojanowski L, Trzebiatowska I. Jakość życia u kobiet z chorobą nowotworową – badania własne. W: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Red. K de Walden-Gałuszko, M Majkovicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 89–164.
- [5] Fallowfield LJ. Assessment of quality of life in Breast cancer. *Acta Oncol* 1995; 34, 5: 589–694.
- [6] Doliska-Zygmunt G. Znaczenie podmiotowego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G Doliska-Zygmunt. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 307–314.
- [7] Izdebski P, Kawecka-Dziembowska B, Matuszak H, Pałaszynska R. Radzenie sobie z chorobą nowotworową. *Sztuka Leczenia* 2001; 8, 3: 51–54.
- [8] Jankowiak B. Komunikowanie się z pacjentem onkologicznym. W: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Red. A Kwiatkowska, E Krajewska-Kułak, W Panek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003; 229–237.
- [9] Kawczyńska-Butrym Z. Społeczne konsekwencje choroby i niepełnosprawności. W: *Elementy socjologii dla pielęgniarek*. Red. I Taranowicz, A Majchrowska, Z Kawczyńska-Butrym. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000; 235–256.
- [10] Klatkiewicz A. Kilka uwag na temat „komunikatu trudnego” w edukacji zdrowotnej. W: *Edukacja zdrowotna – możliwości, problemy, ograniczenia*. Red. M Cyłkowska-Nowak. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008; 148–163.
- [11] Kulczycka K. Przedmiot i kryteria jakości świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta. W: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*. Red. A Ksykiewicz-Dorata. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004; 167–171.
- [12] Łosiak W. Subiektywny obraz choroby u pacjentów. W: *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Red. D Kubacka-Jasiecka, W Łosiak. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 67–77.
- [13] Meder J. Holistyczne spojrzenie na chorego onkologicznego na tle polskiej rzeczywistości. *Psychoonkologia* 2003; 7, 3: 89–90.
- [14] Miniszewska J, Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia. *Psychoonkologia* 2002; 6, 4: 89–94.
- [15] Mor V, Allen SM, Siegel K et al. Determinants of need and unmet need among cancer patients residing at home. *Health Services Res* 1992; 27: 337–360, 163.
- [16] Mor V, Malin M, Allen S. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *J Nat Cancer Inst Monographs* 1994; 15: 181–196.
- [17] Poznańska S. Komunikowanie się w relacjach pielęgniarka–pacjent oraz we współpracy zespołowej. W: *Pielęgniarstwo*. Red. K Zachradniczek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 87–112.
- [18] Rolka H. Komunikowanie z pacjentem ciężko chorym. W: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Red. A Kwiatkowska, E Krajewska-Kułak, W Panek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003; 221–228.
- [19] Tobiasz-Adamczyk B. Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 99–107.

[20] Ullrich A, Fitz GP. Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. Soc Sci Med 1990; 31, 9: 1013–1022.

[21] Wrońska I, Wiraszka G. Jakość życia chorych z rakiem jelita grubego i wytworzonym sztucznym odbytem. Psychoonkologia 2003; 7, 2: 37–42.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Renata Stępień
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
e-mail: renatas@ujk.kielce.pl
tel. 501 208 834