

WPŁYW AKCEPTACJI CHOROBY NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z KOLOSTOMIĄ

The influence acceptance of illness on the quality of life among patients with colostomy

Paulina Piprek¹, Agnieszka Młynarska²

¹ Studium Doktoranckie, Zakład Kardiologii Inwazyjnej i Elektrokardiologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

adres do korespondencji: paulina.piprek@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Utrata kontroli nad wypróżnianiem i zmieniony wizerunek ciała po wyłonieniu odbytu na powłokach brzusznych sprawiają, iż kolostomia często jest uznawana za okaleczenie ciała i przez to trudno ją zaakceptować. Negatywne nastawienie do kolostomii implikuje trudności w zaspokajaniu potrzeb życiowych człowieka, co każe rozważać temat w aspekcie problemów nie tylko medycznych, ale i społecznych. Jakość życia osób z kolostomią jest zależna od wielu czynników, w tym od wskaźnika jej akceptacji. Pacjenci mogą doznawać rozmaitych, zmiennych w czasie odczuć w stosunku do wyłonionego odbytu brzuszno, a nasilenie negatywnych emocji będzie szczególnie przeważało w grupie osób, które nie wyrażają akceptacji względem nowej sytuacji. **Cel pracy.** Określenie wpływu akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Próbką objęto 50 pacjentów z kolostomią w wieku od 40 do 85 lat. Uczestnicy badania wypełniali standaryzowane kwestionariusze ankiet: AIS – Skala Akceptacji Choroby oraz WHOQoL-BREF – Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia. Analizę danych przeprowadzono za pomocą programu pakietowego Statistica 12. W analizie danych posłużono się korelacją liniową Pearsona, a istotność statystyczną oznaczono na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki. Z przeprowadzonej analizy wynika, iż wzrost wskaźnika akceptacji choroby koreluje z wyższą jakością życia, najmocniej w domenie socjalnej i większym zadowoleniem ze stanu zdrowia.

Wnioski. Akceptacja kolostomii pozwala na osiągnięcie lepszej jakości życia i większego zadowolenia ze stanu zdrowia.

Słowa kluczowe: kolostomia, jakość życia, akceptacja choroby.

SUMMARY

Background. Loss of control over the defecation and silhouette changes after the surgical emergence of the colostomy is recognized as an injury. Those results are hard to being accepted by the patient. Negative attitude to colostomy implies difficulties in meeting life standards, what is considered as not only medical issue but also a social problem. Quality of life among people with colostomy depends of many aspects, including the acceptance index. Patients with colostomy might have various feelings changing over the time, but intensification of pejorative emotions is being observed especially in group of people without acceptance of new situation.

Objectives. The main aim of the study is to assess the influence acceptance of illness on the quality of life in a group of patients with colostomy.

Material and methods. Research was performed with diagnostic survey method. It includes 50 patients with colostomy in age group: 40–85 years. Participants fulfilled standardize questionnaires: AIS – Acceptance of Illness Scale and WHOQoL-BREF. Analysis of collected data is based on programme: Statistica 12. Pearson's test was used with statistical significance level $p < 0.05$.

Results. The data analysis shows that the increasing of acceptance index is associated with higher quality of life, especially in social domain and with greater health satisfaction.

Conclusions. The acceptance of the colostomy allows to achieve higher level of quality of life and much better health satisfaction.

Key words: colostomy, quality of life, acceptance of illness.

WSTĘP

Współczesna tendencja do starzenia się społeczeństw państw wysoko rozwiniętych i związany z nią wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego sprawiają, iż mimo niewątpliwego postępu medycyny ostatnich dekad zabieg wytworzenia kolostomii wciąż jest jednym z najbardziej uznanych sposobów leczenia proktologicznego i w wielu przypadkach stanowi metodę ratowania życia człowieka [1–6].

Chociaż kolostomia nie wpływa drastycznie na funkcjonowanie organizmu człowieka, trudno ją zaakceptować [7, 8]. Po pierwsze, wymaga odnalezienia się w sytuacji choroby, która stanowiła wskazanie do przeprowadzenia zabiegu, a następnie pogodzenia się z koniecznością życia z odbytem wyłonionym na powłokach brzusznych. Utrata kontroli nad wypróżnianiem, zmiana wizerunku ciała oraz obawa przed odrzuceniem ze strony najbliższych powoduje, że wykonany zabieg jest traktowany w kategorii okaleczającego [1, 7, 9, 10]. Pacjenci mogą doznawać rozmaitych, zmiennych w czasie odczuć względem wyłonionego odbytu brzuszno, a nasilenie negatywnych emocji będzie szczególnie przeważało w grupie osób, które nie wyrażają akceptacji względem nowej sytuacji. Pojawia się strach przed powrotem do sprawowania istotnych funkcji w życiu rodzinnym, społecznym czy zawodowym [11, 12]. Kształtowanie jakości życia wśród osób z kolostomią zależy od szeregu czynników, m.in.

zmiennych socjodemograficznych, przeprowadzonej edukacji, modyfikacji w sposobie odżywiania czy stopnia akceptacji odbytu brzuszno [13, 14]. W wymiarze somatycznym ważne jest przywrócenie sprawności organizmu, natomiast w wymiarze psychospołecznym – należy dążyć do całkowitej akceptacji istniejącej sytuacji i zachowania optymalnego sposobu funkcjonowania [15].

CEL PRACY

Głównym celem pracy była analiza zależności między wskaźnikiem akceptacji choroby a poczuciem jakości życia i zadowoleniem ze zdrowia wśród badanej grupy pacjentów z kolostomią.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w Poradni Chirurgii Onkologicznej – Stomijnej Beskidzkiego Centrum Onkologii Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej. Próbką objęto 50 pacjentów w wieku od 40 do 85 lat, którzy wyrazili zgodę na wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrekcji Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego w Bielsku-Białej. Zastosowany kwestionariusz ankiety składał się z trzech części:

- część I – dane socjodemograficzne oraz dane szczegółowe odnoszące się do wyłonionej kolostomii zgromadzono na podstawie ogólnego kwestionariusza własnego;

- część II – Kwestionariusz Skróconej Wersji Ankiety Oceniającej Jakość Życia (WHOQoL – BREF) w tłumaczeniu polskim dr H. Baran-Furgi, dr. B. Habrata oraz dr K. Chmielewskiej z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie stanowił istotne narzędzie badawcze. Ankieta dotyczy analizy jakości życia respondentów w okresie maksymalnie 2 tygodni poprzedzających badanie. Formularz składa się z 26 pytań zawartych w obszarze czterech domen: somatycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej. Na wykorzystanie kwestionariusza uzyskano zgodę Dr. S. Chatterii, Health Statistics and Health Information Systems, World Health Organization;
- część III – ostatnim użytym narzędziem badawczym był kwestionariusz Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS), przygotowany przez B. Felton, T. Revenson i G. Hinrichsen, w adaptacji polskiej Z. Jurczyńskiego, wydany przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie. Ankieta wyrażona 5-stopniową skalą składa się z 8 następujących twierdzeń, które określają emocjonalne konsekwencje stanu chorobowego. Punktacja zawiera się w przedziale od 8 do 40 punktów. Wynik 8–19 punktów wyznacza niską akceptację choroby, 20–30 punktów – średnią, powyżej 30 punktów – wysoką [16]. Na użycie kwestionariusza uzyskano zgodę.

Analizę danych przeprowadzono za pomocą programu pakietowego Statistica 12. Sprawdzono zgodność rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym. Ze względu na występowanie rozkładu normalnego większości zmiennych zastosowano odpowiednie metody analiz parametrycznych. Wykonano statystyki opisowe, analizę licznosci, wykorzystano korelację liniową Pearsona dla zmiennych posiadających rozkład normalny oraz współczynnik korelacji rang Spearmana dla zmiennych o rozkładzie innym niż normalny.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W sondażu diagnostycznym wzięło udział 50 podopiecznych poradni stomijnej, z nieznaczną przewagą kobiet – 52%. Kryterium przystąpienia do badania stanowiło posiadanie kolostomii. Badani mieszkali głównie na wsi – 48%. Z dużych miast pochodziło 14 osób (28%), a z miast poniżej 100 tys. mieszkańców pochodziło 12 badanych (24%). Przeważało wykształcenie zawodowe – 48%. Aktywnych zawodowo było 20% ankietowanych. Szczegółowe dane ilościowe i procentowe zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych pod względem wybranych czynników demograficznych

		Liczba osób	Procent
Miejsce zamieszkania	miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	12	24
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	14	28
	wieś	24	48
Stan cywilny	kawaler/panna	3	6
	wdowiec/wdowa	11	22
	żonaty/zamężna	36	72
Wykształcenie	podstawowe	8	16
	średnie	13	26
	wyższe	5	10
	zawodowe	24	48
Aktywność zawodowa	bezrobotny	1	2
	emeryt	28	56
	aktywny zawodowo	10	20
	rencista	11	22
Charakter pracy	praca fizyczna	7	14
	praca umysłowa	3	6

Sytuacja zawodowa po zabiegu operacyjnym w celu wyłonienia kolostomii dla większości ankietowanych pozostała bez zmian

– 66%, natomiast 6% badanych zdecydowało się przejść na rentę, a 4% musiało zrezygnować z pracy. U 52% osób sytuacja ekonomiczna nie zmieniła się, a 42% uznało, że uległa pogorszeniu. Badani posiadali w większości 2 lub więcej dzieci – 78%, brak dzieci deklarowało 12% osób. Z rodziną zamieszkiwało 92% respondentów, samodzielnie mieszkało 6% ankietowanych, ale opiekowały się nimi dzieci, natomiast 1 osoba mieszkała zupełnie sama.

Charakterystyka kolostomii

U badanych została w większości wykonana kolostomia stała – 76% i kolostomia jednolufowa – 84%. Najczęstsze wskazanie do przeprowadzenia zabiegu stanowiła choroba nowotworowa jelita grubego – 88%. W większości przypadków kolostomia została wyłoniona w trybie planowym – 66% osób. Szczegółowe informacje na ten temat przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka kolostomii

		Liczba osób	Procent
Rodzaj kolostomii (kryterium czasowe)	stała	38	76
	czasowa	12	24
Rodzaj kolostomii (kryterium ukształtowania)	jednolufowa	42	84
	dwulufowa	8	16
Wskazanie	choroba nowotworowa jelita grubego	44	88
	inne	2	4
	mnoga rodzinna polipowatość jelita grubego	2	4
	nie wiem	1	2
	niedrożność jelit	1	2
Tryb wyłonienia	tryb planowy	33	66
	wskazania nagłe	17	34

Analiza wyników dla kwestionariusza WHOQoL-BREF i AIS

Jakość życia dla 66% badanych jest dobra, ani dobra, ani zła jest dla 28% ankietowanych. Zadowolenie z własnego zdrowia deklarowało 46% badanych, a 32% nie było ani zadowolonych, ani niezadowolonych. Szczegóły zestawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia badanych

		Liczba osób	Procent
Jakość życia	zła	1	2
	ani dobra, ani zła	14	28
	dobra	33	66
	bardzo dobra	2	4
Zadowolenie z własnego zdrowia	niezadowolony	9	18
	ani zadowolony, ani niezadowolony	16	32
	zadowolony	23	46
	bardzo zadowolony	2	4

Jakość życia w domenie somatycznej jest oceniana średnio na 54,14 punkty, co stanowi najniższy wskaźnik punktowy wśród wszystkich domen. Wynik przeciętnie odchyła się od średniej o 12,4 punktów. Zakres punktowy domeny somatycznej mieści się w przedziale od 19 do 81 punktów. Najwyższy średni wynik jakości życia pacjenci uzyskali w domenie środowiskowej i wynosi on blisko $72 \pm 14,9$ punkty. W domenie psychologicznej pacjenci minimalnie oceniali swoją jakość życia na 19 punktów, maksymalnie – na 81 punktów, co średnio przekłada się na wynik $61,3 \pm 14,2$. W domenie socjalnej osoby z kolostomią oceniły swoją jakość życia średnio na $67 \pm 17,1$ punktów, połowa z nich oceniła jakość życia na nie więcej niż 69 punktów.

Pacjenci ocenili swój stosunek do kolostomii kwestionariuszem AIS. Dla większości ankietowanych akceptacja kolostomii wskazywała na średnią akceptację – 60%. Badanie wykazało, iż najniższy wynik punktowy osiągnął wartość 15

punktów, natomiast najwyższy osiągnął maksymalną wartość 40 punktów. Pacjenci ocenili akceptację względem wyłonionego odbytu brzuszego na 28,48 punktów, a przeciętnie wyniki odchyłały się od średniej o 6,42 punkty. Szczegóły zostały przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4. Statystyki opisowe dla kwestionariusza AIS

AIS	Średnia	SD	Min	Maks
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,0	1,27	1	5
Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,96	1,26	1	5
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,7	1,34	1	5
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,6	1,22	1	5
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	4,26	1,02	1	5
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,82	1,22	1	5
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,3	1,11	1	5
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,76	1,27	1	5
Ogólny wskaźnik akceptacji	28,48	6,42	8	40

Sprawdzono zależność między akceptacją choroby (w tym przypadku rozumianą jako stosunek do kolostomii) a: percepcją jakości życia, zadowoleniem ze zdrowia, domenami jakości życia.

Analiza wykazała, że istnieje zależność statystyczna między jakością życia a domenami: somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową. Związki te były dodatnie, więc wzrost poziomu jakości życia był powiązany z wyższym poziomem domen. Najsilniejszy związek jakości życia był z domeną psychologiczną. Szczegóły przedstawiono w tabeli 5.

Wykazano związek statystycznie istotny między zadowoleniem z własnego zdrowia a domenami: somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową. Związki te były dodatnie, więc wzrost poziomu zadowolenia z własnego zdrowia był powiązany z wyższym poziomem domen. Najsilniejszy związek jakości życia był z domeną środowiskową. Ponadto poziom akceptacji choroby istotnie statystycznie łączył się z wyższym wynikiem z domen. Najsilniejszy związek jakości życia wykazano dla domeny socjalnej. Wykazano też związki między jakością życia a zadowoleniem z własnego zdrowia i skalą akceptacji choroby oraz między zadowoleniem z własnego zdrowia i skalą akceptacji choroby. Związki te były dodatnie. Szczegóły są przedstawione w tabeli 5.

Tabela 5. Wyniki analiz *r*-Spearmana i Pearsona

	Jakość życia	Zadowolenie z własnego zdrowia	Skala akceptacji choroby
Domena somatyczna	0,38**	0,40**	0,35*
Domena psychologiczna	0,41**	0,42**	0,46**
Domena socjalna	0,40**	0,43***	0,70***
Domena środowiskowa	0,33**	0,52***	0,54***
Jakość życia	1	0,40**	0,34*
Zadowolenie z własnego zdrowia		1	0,49***
Skala akceptacji choroby			1

$p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$.

DYSKUSJA

Utrata kontroli nad wypróżnianiem, zaburzenie percepcji własnego ciała i występowanie powikłań są podstawowymi problemami osób ze stomią i wpływają na ich samoocenę [16]. Akceptacja rzeczywistości funkcjonowania ze stomią, w momencie gdy naruszona zostaje sfera integralności cielesnej, pozwala na obniżenie poziomu lęku czy innych emocji, a przyjęcie roli chorego i świadome zmierzenie się z sytuacją może wywołać bardzo pozytywne rezultaty [17, 18]. Akceptacja pozwala osiągnąć równowagę psychiczną, mimo różnorodnych obciążeń związanych z chorobą i uzyskać kontrolę nad własnym losem, a w procesie potraumatycznym umożliwia wypracowanie nawet lepszej jakości życia niż w stanie przedchorobowym [18, 19]. W badaniu własnym brało udział 50 podopiecznych poradni stomijnej. Blisko połowa ankietowanych posiadała wykształcenie podstawowe. Najwięcej osób mieszkało na wsi. W związku małżeńskim pozostawało 72% respondentów. W przeważającej części badani przebywają na emeryturze. Wyłonienie kolostomii stanowiło w 88% przypadków konsekwencję choroby nowotworowej. Wpływ na tak wysoki odsetek osób z kolostomią wskutek raka to nie tylko generalna ówczesna tendencja na większą zapadalność na choroby nowotworowe, ale przede wszystkim fakt, iż badania prowadzono w ośrodku o profilu terapii chorób onkologicznych.

W badaniu własnym osoby z kolostomią oceniły swój stosunek do wyłonionego odbytu w skali AIS. Wartość wskaźnika akceptacji dla 60% respondentów osiągnęła wartość przeciętną. Ankietowani ocenili swoją akceptację wobec wyłonionego odbytu brzuszego na 28,48 punktów. Akceptację warunkuje przewlekłość schorzenia, a nie sam rodzaj choroby [12].

W badaniach własnych osoby z kolostomią najbardziej odczuły, iż przez własną sytuację nie są w stanie wykonywać ulubionych zajęć, a wyłoniona kolostomia ogranicza funkcjonowanie i implikuje trudności przystosowawcze. W badaniach Rogowskiej i wsp. odbył brzuszny wstępnie wywoływał różnorodne skrajne uczucia, począwszy od przygnębienia, po odczucie straty i obawy o dalsze życie. Jednakże pełna akceptacja stomii ostatecznie została osiągnięta w prawie 45% wypadków [1].

Cierzniakowska i wsp. dokonywali oceny jakości życia pacjentów Poradni Stomijnej w Bydgoszczy przy użyciu narzędzia badawczego w postaci kwestionariusza WHOQoL-BREF. Kryterium dołączenia do grupy badawczej była konieczność posiadania stomii co najmniej od pół roku. 3/4 grupy stanowiły osoby z kolostomią, w tym 10% to kolostomie tymczasowe. Ponad 50% ankietowanych deklaroowało subiektywne odczucie jakości życia na poziomie dobrym, dla blisko 10% odczucie to było bardzo dobre. W przypadku zadowolenia ze zdrowia odpowiedzi przedstawiają się następująco: dobre – 51%, bardzo dobre – 5%. Subiektywna jakość życia i zadowolenie ze stanu zdrowia są zbieżne [7]. W badaniach Rogowskiej i wsp. jakość życia była oceniana w 38% jako dobra, 44% uznało, że nie zmieniła się w stosunku do stanu przed wyłonieniem, a dla 16% była ona bardzo zła [1]. W badaniu Pierzak i wsp. 77,5% ankietowanych z wyłonią, w konsekwencji nowotworów odbytnicy i esicy, kolostomią twierdzi, że ich jakość życia nie jest ani dobra, ani zła, a jedynie dla 15% osób jest ona na dobrym poziomie [20]. W badaniu Wysokińskiego i wsp. analizowano jakość życia pacjentów z nowotworami przewodu pokarmowego na grupie 101 osób w wieku od 65–89 lat, u których najczęstszym rozpoznaniem był rak jelita cienkiego, wątroby, pęcherzyka żółciowego, trzustki i jelita grubego, żołądka i odbytnicy. Subiektywne odczucie jakości życia było oceniane na 3,05 punktów, natomiast percepcja zdrowia została oceniona nieco niżej – na 2,56 punktów [21]. Badania Stępień i wsp. dotyczyły jakości życia pacjentów z rakiem jelita grubego, włączając do grupy badawczej zarówno osoby z zachowaną ciągłością przewodu pokarmowego oraz osoby z wyłonią stomią. W analizach Stępień i wsp. średnia jakość życia badanych ze stomią, oceniona w skali od 0 do 100, wynosiła 32,97 punktów [14]. W badaniu własnym respondenci najniżej ocenili jakość życia w domenie somatycznej,

natomiast najwyższy średni wynik jakości życia pacjenci uzyskali w domenie środowiskowej.

W badaniu własnym subiektywne odczucie jakości życia dodatkowo korelowało z domenami jakości i zauważalnie najsilniejsza zależność dotyczyła domeny psychologicznej. Następnie wykazano występowanie dodatniego związku zadowolenia z własnego zdrowia z domenami jakości życia, najsilniejsza zależność dotyczyła domeny środowiskowej. Przede wszystkim wykazano istotne statystycznie korelacje wskaźnika akceptacji choroby i domen jakości życia, szczególnie w zakresie domeny socjalnej. Dodatni kierunek zależności wskazuje, że im wyższy stopień akceptacji kolostomii, tym wyższe wskaźniki domen, co przekłada się na lepszą jakość życia w tych dziedzinach. W badaniach prowadzonych przez Kupcewicz na grupie 229 chorych na nowotwory, poddanych leczeniu chemioterapeutycznemu w Olsztynie, autorka analizowała wpływ akceptacji choroby na jakość życia grupy pacjentów, którą na podstawie przeglądu literatury

utożsamiała z satysfakcją z życia. W analizie potwierdzono poprawność tezy o wpływie akceptacji na jakość życia pacjentów. Im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i satysfakcja z życia, pomimo występujących w sytuacji choroby trudności i ograniczeń [22]. Opracowanie Andruszkiewicz i wsp. potwierdza inne naukowe doniesienia o pozytywnym wpływie akceptacji choroby na funkcjonowanie życiowe. Częstsze skargi na stan somatyczny i jego objawy, jak: niepokój, bezsenność pojawiały się wśród osób z niskim indeksem akceptacji choroby [18].

WNIOSKI

1. Akceptacja choroby wpływa na lepszą ocenę jakości życia pacjentów z kolostomią w każdej domenie.
2. Im wyższa akceptacja choroby, tym wyższe zadowolenie ze zdrowia w grupie pacjentów z kolostomią.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Rogowska J, Krajewska E, Kondzior D. Przystosowanie się do życia pacjentów po wyłonieniu stomii. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 2: 44–54.
2. Szczęśny W, Siewkowska M, Dąbrowiecki S, i wsp. Stomia jelitowa – podział i powikłania. *Probl Pielęg* 2013; 21(2): 260–265.
3. Willis S, Schumpelick V. Resekcyjne zabiegi jelita grubego z dostępu przez laparotomię. *Med Prakt Chir* 2013; 5: 9–21.
4. Glińska J, Jaros A, Lewandowska M, i wsp. Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. *Pielęg Chir Angiol* 2014; 3: 128–132.
5. Pachocka L, Urbanik A. Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Probl Hig Epidemiol* 2014; 95(3): 586–590.
6. Kołodziejczak M, Ciesielski P, Kosim A. Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii. *Nowa Med* 2013; 2: 52–55.
7. Cierzniańska K, Kozłowska E, Szewczyk M, i wsp. Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 4: 142–147.
8. Gacek L, Bączek G, Skokowska B, i wsp. Funkcjonowanie społeczne osób w podeszłym wieku z przetoką jelitową. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 4: 131–137.
9. Glińska J, Malesza M, Lewandowska M, i wsp. Oczekiwania emocjonalne oraz kontrola emocji pacjentów z rakiem jelita grubego po wyłonieniu stomii jelitowej. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 3: 84–91.
10. Falkenberg B, Lippert H. Stomie końcowe. *Med Prakt Chir* 2012; 1: 11–21.
11. Szadowska-Szlachetka Z, Janczaruk M, Kijewska J, i wsp. Analiza wsparcia oczekiwanego z ustaleniem jego dawców w odniesieniu do osób z wyłonioną stomią jelitową. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(3): 91–102.
12. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T, i wsp. Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(3): 396–398.
13. Miniszewska J, Chodkiewicz J, Zalewska-Janowska A. Jakość życia w zdrowiu i chorobie – czym jest, jak i po co ją oceniać. *Prz Lek* 2012; 69(6): 253–259.
14. Stępień R, Wiraszka G, Wrońska I, i wsp. Stomia jako czynnik determinujący jakość życia chorych leczonych z powodu raka jelita grubego. *Probl Pielęg* 2014; 22(2): 190–195.
15. Steuden S, Okła W, red. *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2007: 5–12, 195–208.
16. Kondrat A, Pyć M. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego a występowanie powikłań pielęgnacyjnych u chorych z wyłonioną stomią jelitową. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2016; 1(1): 31–39.
17. Błaszczyszkiński P, Turek R. Lepsze życie po traumie: stowarzyszenie stomijne jako środowisko rozwoju potraumatycznego pacjentów ze stomią jelitową. *Psychiatr Psychol Klin* 2013; 13(3): 164–173.
18. Andruszkiewicz A, Nowik M, Kubica A, i wsp. *Stan zdrowia a akceptacja choroby w grupie pacjentów przewlekłe chorych*. W: Majchrzak-Kłokocka E, Seliga R, red. *Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie*. Pielęgniarstwo bez granic. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk; 2013: 233–242.
19. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2013; 2: 203–211.
20. Pierzak M, Głuszek S, Kozieł A, et al. Quality of life of patients with an intestinal stoma constructed in the course of treatment of rectal and sigmoid colon cancer. *Studia Med* 2016; 32(1): 37–44.
21. Wysokiński M, Fidecki W, Korzeniowska M, i wsp. Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 2: 72–77.
22. Kupcewicz E. *Akceptacja choroby nowotworowej wyznacznikiem jakości życia*. W: Majchrzak-Kłokocka E, Seliga R, red. *Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie*. Pielęgniarstwo bez granic. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk; 2013: 419–431.

Adres do korespondencji:

Mgr Paulina Piprek
ul. Ziółowa 45/47
40-635 Katowice
Tel.: 32 202 40 25
E-mail: paulina.piprek@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 15.07.2018 r.

Po recenzji: 20.08.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 25.08.2018 r.