

Ocena poziomu wiedzy pacjentów z rakiem płuca przed zabiegiem operacyjnym

Evaluation of the level of knowledge of patients with lung cancer before surgery

Piotr Misiak, Łukasz Wojtala, Ewa Wenerska, Katarzyna Malinowska, Sławomir Jabłoński

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej; kierownik: prof. dr hab. n. med. Sławomir Jabłoński

Streszczenie. Edukacja pacjenta stanowi ważny element terapeutyczny przed zabiegiem operacyjnym. Wysoki poziom rzetelnej wiedzy ma pozytywny wpływ w okresie rekonwalescencji. Badaniem objęto 60 chorych z rakiem płuca hospitalizowanych w klinice. Narzędziem badawczym była ankieta wypełniana samodzielnie przez badanych. 98% przebadanych czuło się należycie poinformowanych o planowanym zabiegu operacyjnym. Należy jednak podkreślić, że stan wiedzy o samej chorobie nowotworowej był znacznie gorszy, gdyż aż 40% chorych uważało, że wie na jej temat niewiele, a 8% twierdziło, że nie wie o niej nic. 46 chorych (77%) wskazało lekarza prowadzącego jako główne źródło wiedzy na temat choroby nowotworowej. Znaczna większość (92%) była świadoma szkodliwości dymu tytoniowego i wskazała go jako główną przyczynę zachorowania na raka płuca. Wykazano, że około połowa badanych uznaje swój stan wiedzy za niezadowalający, jednak zdecydowana większość uważa leczenie chirurgiczne za ważny etap terapii. Należy weryfikować jakość wiedzy chorych i poszerzać ją, gdyż ma to pozytywny wpływ na proces okołoterapeutyczny. Warto również zachęcać rodzinę do wsparcia chorego, ponieważ stanowi to ważny element psychologiczny.

Słowa kluczowe: rak płuca, wiedza pacjentów

Abstract. Patient education is an important part of therapy before surgical procedure. A high level of reliable knowledge has a positive effect during the period of convalescence. The study included 60 patients with lung cancer treated at the Department. The research tool was a questionnaire filled in by respondents themselves. Among the patients, 98% felt adequately informed about the planned surgical procedure. However, it should be noted that the level of knowledge about the neoplastic disease is much worse, because 40% of patients believed that they knew little and 8% claimed they knew nothing about it. 46 patients (77%) indicated an attending physician as the main source of knowledge about cancer. The vast majority (92%) was aware of the dangers of tobacco smoke and identified it as the main cause of lung cancer. It has been shown that about half of the respondents rated their knowledge as unsatisfactory, but the vast majority considered surgery as an important stage of treatment. The quality of patients' knowledge should be verified and expanded, as it positively influences the peritherapeutic process. The family should also be encouraged to support the patient, because it is an important psychological element.

Key words: lung cancer, patients knowledge

Nadesłano: 27.10.2017. Przyjęto do druku: 9.04.2018

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2018; 96 (2): 126–132

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji

dr n. med. Piotr Misiak
Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej
i Onkologicznej
ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź
tel.+48 510 115 108
e-mail: pitmis@interia.pl

Wstęp

Rak płuca jest drugim pod względem częstości występowania nowotworem i stanowi istotną przyczynę zgonów

w Polsce. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe płuc w 2013 roku wyniosła 21 556 (14 631 mężczyzn, 6925 kobiet). Ryzyko zachorowania na raka płuca jest około 3 razy większe u mężczyzn niż u kobiet. Większość

przypadków odnosi się do osób po 50. roku życia, przy czym około połowa przypada na osoby po 65. roku życia. Proces terapeutyczny – zazwyczaj złożony i wieloetapowy – potrafi być wyniszczający dla chorego zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Dlatego należy podtrzymywać dobry stan psychologiczny i podnosić stan rzetelnej wiedzy pacjentów [1]. Edukacja pacjenta stanowi ważny element terapeutyczny przed zabiegiem operacyjnym. Wysoki poziom rzetelnej wiedzy dobrze wpływa na okres rekonwalescencji i wywiera pozytywny efekt psychologiczny u chorego zmagającego się z chorobą nowotworową, a także eliminuje modyfikowalne czynniki ryzyka wystąpienia powikłań [2-4].

Materiał i metody

Badaniem objęto 60 chorych ze zdiagnozowanym nowotworem płuca, leczonych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala im. WAM. Celem badania była ocena wiedzy i świadomości tychże chorych przed zabiegiem operacyjnym resekcji nowotworu płuca oraz określenie sposobu pozyskiwania tej wiedzy. Jako materiałem badawczym posłużono się autorską ankietą składającą się z 30 pytań, zawierającą kilka wariantów odpowiedzi (pytania zamknięte). Badani wypełniali ankietę samodzielnie przed zabiegiem operacyjnym.

Grupa badawcza składała się z 31 mężczyzn (51%) i 29 kobiet (49%). Zdecydowaną większość badanych (92% – 55 osób) stanowiły osoby po 50. roku życia, co koreluje ze statystykami dotyczącymi występowania nowotworu płuca w Polsce prowadzonymi przez Narodowy Rejestr Nowotworów [1]. W większości badaniem zostali objęci chorzy z wykształceniem zawodowym (49%) bądź średnim (18%). Jedynie 8 (13%) badanych miało dodatni wywiad rodzinny, co sugeruje predominację czynników zewnętrznych pochodnych.

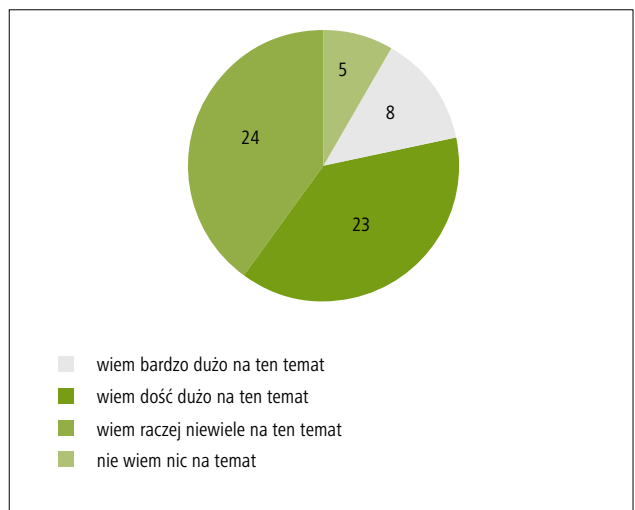
Wnioski

Zdecydowana większość badanych – 59 osób (98%) – czuła się należycie poinformowana i uzyskała satysfakcjonującą odpowiedź. Tylko jedna osoba czuła się niedoinformowana. Większość badanych oceniła swoją wiedzę na temat choroby nowotworowej płuc na poziomie średnim. Badanie wykazało „istnienie” dwóch dużych porównywalnych grup chorych wiedzących na ten temat dużo (39%) bądź raczej niewiele (40%). 13% badanych uważało, iż wie bardzo dużo na temat nowotworu płuca, natomiast 8 deklaroowało, że nie wie nic lub niemal nic na ten temat (ryc. 1., tab. 1.). Aby sprawdzić wiedzę badanych obiektywnie, w ankiecie zapytano ich o kilka faktów związanych z nowotworem płuca (najczęstsze przyczyny, sposoby leczenia [ryc. 2.–4., tab. 2.–4.]).

Tabela 1. Subiektywna ocena stanu wiedzy pacjentów na temat choroby

Table 1. Subjective assessment of patients' knowledge of the disease

Jak ocenia Pan/Pani swój stan wiedzy na temat choroby	liczba	udział (%)
wiem bardzo dużo na ten temat	8	13
wiem dość dużo na ten temat	23	38
wiem raczej niewiele	24	40
nie wiem nic lub prawie nic na ten temat	5	8
suma	60	



Rycina 1. Ocena wiedzy chorych na temat choroby nowotworowej płuc

Figure 1. Assessment of patients' knowledge about lung cancer

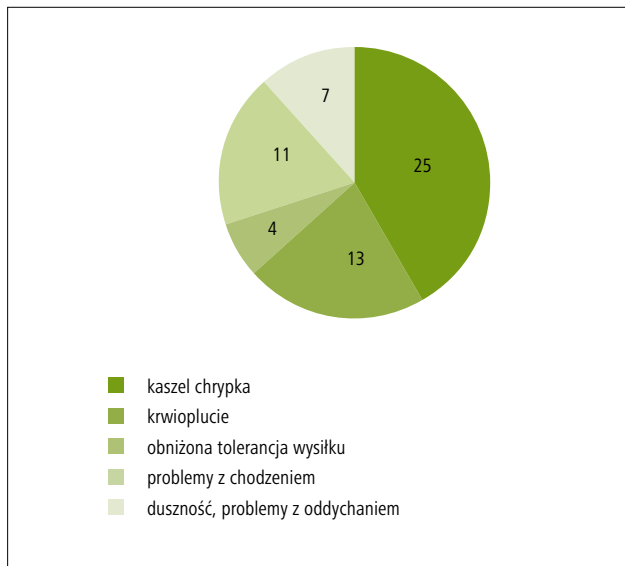
W większości przypadków pacjenci udzielali na zadane pytania prawidłowych odpowiedzi.

Największa grupa badanych (92%) jako główne źródło informacji dotyczących przebiegu i leczenia choroby nowotworowej wskazała lekarza prowadzącego. Mimo szerokiego dostępu do Internetu jedynie 3% badanych wiedzę czerpało od „dr. Google’a”. To pokazuje, że lekarz, a zwłaszcza lekarz prowadzący, cieszy się zaufaniem chorych i stanowi źródło rzetelnej wiedzy (ryc. 5., tab. 5.). 92% chorych miało świadomość, że palenie tytoniu stanowi główną przyczynę choroby nowotworowej płuca, 88% zdawało sobie sprawę, iż choroba ta stanowi poważne zagrożenie dla życia i zdrowia. Mimo to 42% badanych nie rzuciło palenia i deklaroowało czynny nikotyzm w chwili badania.

Nieoczekiwanie badanie wykazało, że mimo zmagania się z chorobą nowotworową płuc chorzy oceniają

Tabela 2. Najczęstsze objawy choroby nowotworowej wskazywane przez pacjentów
Table 2. The most common signs of cancer indicated by patients

Jakie według Pana/Pani są objawy raka płuc?	liczba	udział (%)
kaszel, chrypka	25	42
krwioplucie	13	22
obniżona tolerancja wysiłku	4	7
problemy z chodzeniem	0	0
duszność, problemy z oddychaniem	11	18
zaburzenia pamięci	0	0
bóle w klatce piersiowej	7	12
suma	60	



Rycina 2. Jakie według Pana/Pani są objawy raka płuca?
Figure 2. What are the symptoms of lung cancer in your opinion?

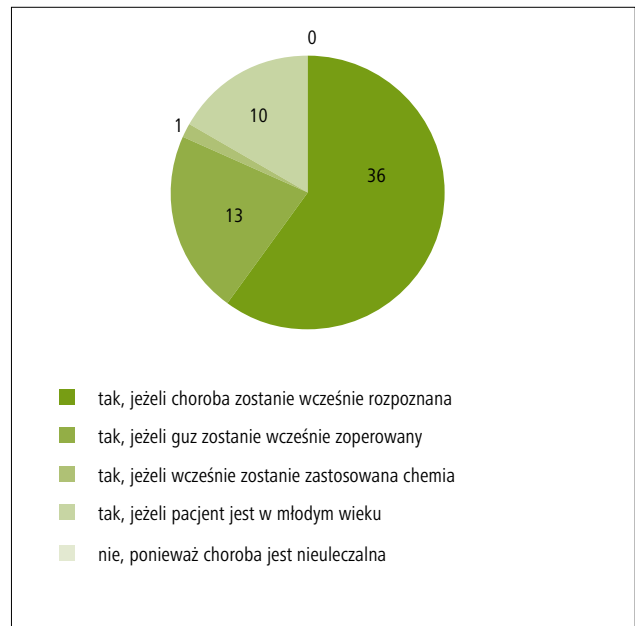
swój poziom wiedzy jako dobry (37%), a nawet bardzo dobry (18%) (ryc. 6., tab. 6.).

Bez względu na specjalizację, rangę szpitala czy tytuły naukowe, wsparcie chorego jest bardzo ważnym elementem całego procesu leczniczego. Ponad 70% badanych otrzymywało wsparcie, jednak istniała znaczna – 30% – grupa chorych zmagających się z chorobą samotnie.

Najbardziej znaczące dla chorych okazało się „zaplecze rodzinne”; rozmowa z lekarzem bądź psychologiem uplasowała się na drugim i trzecim miejscu (ryc. 7., tab. 7.). Wśród badanych istniała duża grupa osób (77%) chcących porozmawiać o chorobie i skorzystać z pomocy psychologa.

Tabela 3. Ocena wiedzy pacjentów na temat leczenia choroby nowotworowej płuc
Table 3. Assessment of patients' knowledge on the treatment of lung cancer

Czy możliwe jest wyleczenie choroby nowotworowej płuc?	liczba	udział (%)
tak, jeśli choroba zostanie wcześniej rozpoznana	36	60
tak, jeśli guz zostanie wcześniej zoperowany	13	22
tak, jeśli wcześniej zostanie zastosowana chemioterapia	1	2
tak, jeśli pacjent jest w młodym wieku	10	17
nie, ponieważ choroba jest nieuleczalna	0	0
suma	60	



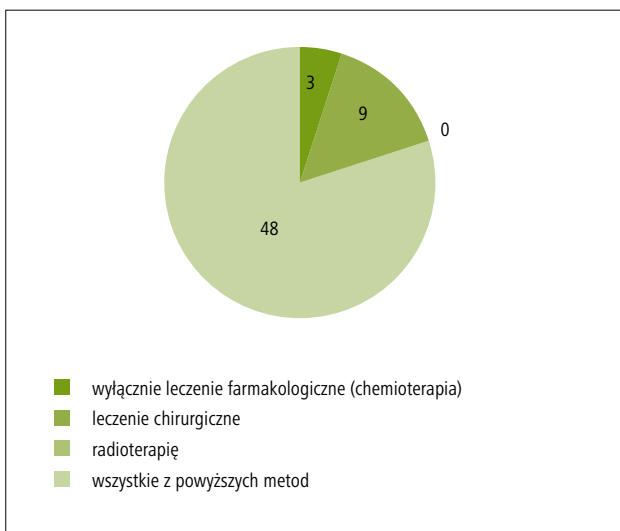
Rycina 3. Czy jest możliwe wyleczenie choroby nowotworowej płuc?
Figure 3. Is there a possibility to cure neoplastic lung disease?

Omówienie

Autorzy są zdania, że należy stale weryfikować i poszerzać wiedzę chorych, zwłaszcza w dobie szerokiego dostępu do Internetu, pełnego niesprawdzonych informacji, porad oraz niekonwencjonalnych metod leczenia. Być może warto się zastanowić nad powołaniem komórki MZ zajmującej się „certyfikowaniem” stron www. Zapewnienie dostępu do wiarygodnych portali medycznych powinno stać się „złotym standardem” w osiągnięciu przez pacjentów lepszemu poziomowi zdrowia i jakości życia [5,6].

Tabela 4. Ocena wiedzy pacjentów na temat metod leczenia choroby nowotworowej płuc
Table 4. Assessment of patients' knowledge about the methods of treatment of lung cancer

W leczeniu nowotworów płuc stosuje się głównie?	liczba	udział (%)
wyłącznie leczenie farmakologiczne (chemioterapia)	3	5
leczenie chirurgiczne	9	15
radioterapię	0	0
wszystkie z powyższych metod	48	80
suma	60	



Rycina 4. W leczeniu nowotworów płuc stosuje się głównie?

Figure 4. What is the main way of treatment in neoplastic lung disease?

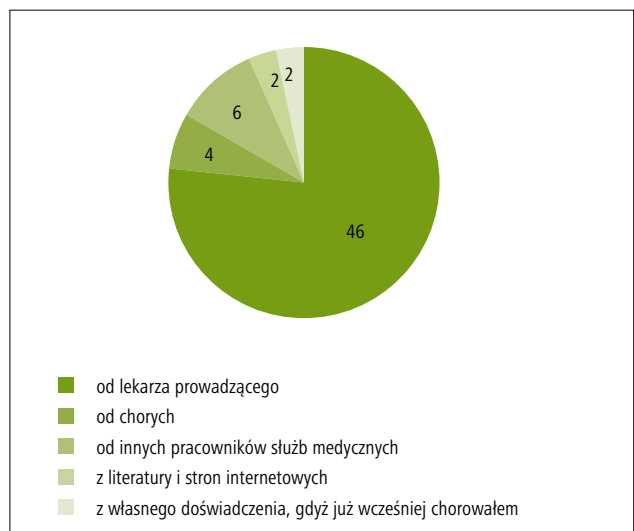
Osoby przeglądające „certyfikowaną”, oznaczoną specjalnym logiem stroną, miałyby pewność, że informacje, które będą tam zawarte, są rzetelne i pozostają w zgodzie z Evidence Based Medicine. Dodatkowo pacjenci mieliby pewność, że strona nie została stworzona w celach komercyjnych przez reklamodawców, nie wyłudza danych osobowych ani nie instaluje niechcianego oprogramowania [7].

Dostęp do sprawdzonych informacji przyczyni się do wzmocnienia pozycji pacjenta i wymusi na lekarzach konieczność ciągłego doskonalenia się w celu zdobycia silnych argumentów mogących weryfikować przytoczone przez pacjentów opinie oraz błędne interpretacje faktów mogące wynikać z braku fachowej medycznej wiedzy i doświadczenia [5,7].

Część ankietowanych uznała swój stan wiedzy za niezadowolający (średni), dlatego konieczne jest

Tabela 5. Źródła czerpania informacji na temat choroby
Table 5. Sources of information about the disease

Z jakich źródeł uzyskał Pan/Pani najwięcej informacji o swojej chorobie?	liczba	udział (%)
od lekarza prowadzącego	46	77
od chorych	4	7
od innych pracowników służb medycznych	6	10
z literatury i stron internetowych	2	3
z własnego doświadczenia, gdyż już wcześniej chorowałem	2	3
suma	60	



Rycina 5. Z jakich źródeł uzyskał Pan/Pani najwięcej informacji o swojej chorobie?

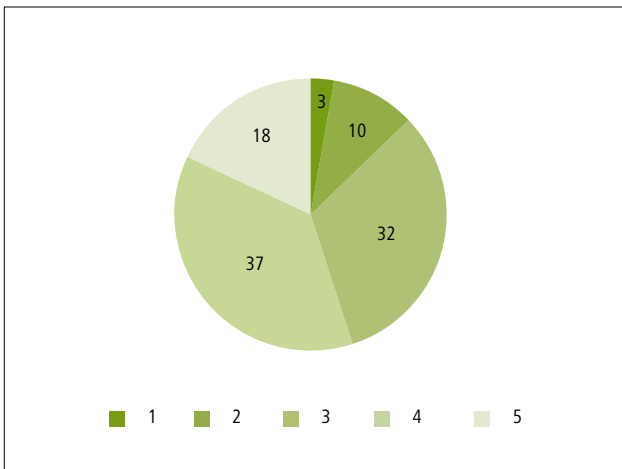
Figure 5. From what kind of sources have you obtained the most information about your disease?

organizowanie akcji profilaktycznych i badań przesiewowych w grupach ryzyka. Ciekawym pomysłem wydaje się kolportaż na oddziałach torakochirurgicznych/chirurgicznych ulotek informacyjnych, stworzonych i zaprojektowanych pod kątem odbiorcy niemającego styczności z profesjonalną wiedzą medyczną. Badania dowodzą, iż odpowiednio opracowana broszura lepiej przygotowuje chorego do zabiegu torakochirurgicznego. Ponadto nakłoni do zmiany stylu życia po operacji i unikania szkodliwych czynników, a także poprawi świadomość dbania o swoje zdrowie [2,8,9].

Badania pokazują, że zamieszczenie na opakowaniach papierosów drastycznych ilustracji preparatów anatomicznych i piktogramów z ostrzeżeniami skutecznie

Tabela 6. Subiektywna ocena stanu zdrowia pacjenta z zastosowaniem skali liczbowej
Table 6. Subjective assessment of patient's health using numerical scale

Jak ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia, gdzie 1 oznacza „bardzo źle”, a 5 „bardzo dobrze”?	liczba	udział (%)
1	2	3
2	6	10
3	19	32
4	22	37
5	11	18
suma	60	



Rycina 6. Subiektywna ocena stanu zdrowia pacjenta z zastosowaniem skali liczbowej

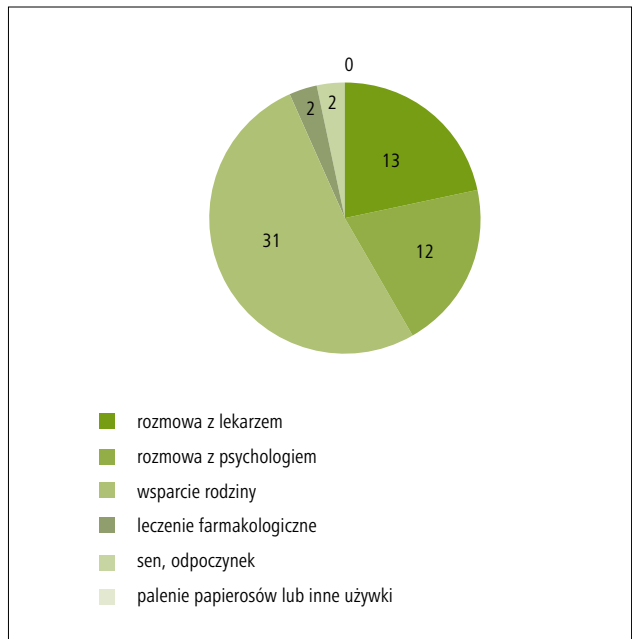
Figure 6. Subjective assessment of patient's health using numerical scale

zwiększa chęć obycia się bez papierosa, a także chęć podjęcia próby rzucenia palenia [10].

Liczne publikacje wskazują, że w porównaniu z innymi typami nowotworów, potrzeby chorych z nowotworem płuca są szczególnie często niezaspokajane. Ciągły postęp w diagnostyce i leczeniu skutkuje pojawieniem się potencjalnie możliwych do uniknięcia i złożonych potrzeb najczęściej w sferze psychologicznej (lęk, depresja, obawy przed nawrotem choroby, śmiercią) i fizycznej. Zdaniem autorów chorzy powinni mieć szeroki dostęp do opieki psychologicznej, niestety w polskich realiach jest to nieczęsty przywilej. Włączenie psychologa w proces terapeutyczny pozwoliłoby na szybsze pogodzenie się chorych z chorobą nowotworową. Umożliwiłoby również lekarzom przekazanie obowiązku opieki emocjonalnej nad chorym osobie doświadczonej

Tabela 7. Co pomaga pacjentom w stanie kryzysu emocjonalnego związanego z chorobą?
Table 7. What helps patients in their emotional disease-related crisis?

Co pomaga pacjentom w stanie kryzysu emocjonalnego związanego z chorobą?	liczba	udział (%)
rozmowa z lekarzem	13	22
rozmowa z psychologiem	12	20
wsparcie rodziny	31	52
leczenie farmakologiczne	2	3
sen, odpoczynek	2	3
palenie papierosów lub inne używki	0	0
suma	60	



Rycina 7. Co pomaga pacjentom w stanie kryzysu emocjonalnego związanego z chorobą?

Figure 7. What helps patients in their emotional disease-related crisis?

i odpowiednio przygotowanej do pracy zwłaszcza z pacjentami onkologicznymi, a przez to pozwoliłoby na przeznaczenie większej ilości czasu na prace ściśle medyczną, związaną z odpowiednim przygotowaniem do operacji i farmakoterapią. Badanie M.E. Giuliani wykazało, iż najczęściej niezaspokojoną potrzebą chorych z nowotworem płuca była możliwość rozmowy o stanie zdrowia z pracownikiem szpitala/ochrony zdrowia. W przypadku braku możliwości konsultacji psychologicznej rodziny chorych powinny być stale zachęcane (przez lekarza/

personel średni) do wspierania i otaczania opieką swoich krewnych [2,3].

Poziom i jakość wiedzy chorych o chorobach są obecnie w ogólnym zarysie niezadawalające, zwłaszcza w grupach o niższym stopniu wykształcenia i starszych wiekiem. Na jakość wiedzy wpływają niewątpliwie: pozostawanie pod stałą opieką lekarską, dostęp do edukacji oraz tryb życia [13].

Chory z nowotworem płuca zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego musi się zmierzyć z wieloma trudnościami natury psychologicznej. Wynikają one z licznych obciążeń wywołanych koniecznością oswojenia się z nową sytuacją, wymagającą pełnej mobilizacji na wielu płaszczyznach funkcjonowania. Choroba nowotworowa jest złożonym procesem, obejmującym nie tylko sferę somatyczną, ale również psychiczną, społeczną i duchową, ma więc charakter indywidualny [14]. Chorzy przyjmowani na oddział chirurgii znajdują się na różnych etapach percepcji własnego procesu chorobowego; dotyczyć to może między innymi wiedzy na temat samej jednostki chorobowej, planowanych procedur diagnostycznych bądź terapeutycznych, oczekiwanych efektów leczenia itp.

Pozyskiwanie przez jednostkę informacji o chorobie stanowi indywidualny sposób budowania jej obrazu na podstawie szeregu czynników, do których należą: nastawienie do choroby, wcześniejsze doświadczenia w zakresie własnej choroby lub choroby osób z najbliższego otoczenia, postrzeganie zachowań prozdrowotnych kształtowane przez środowisko społeczne, zdolność adaptowania się do roli chorego, styl funkcjonowania w sytuacjach problematycznych, kompetencje do odbioru informacji wynikające ze statusu społecznego i poziomu wykształcenia, obciążenia w wywiadzie związane z chorobami towarzyszącymi, a także zdolności do odbioru informacji medycznej, jej przetwarzania i przyswojenia (funkcjonowanie w sferze poznawczej i emocjonalnej).

Niewątpliwie w najtrudniejszej sytuacji znajdują się chorzy, którzy nigdy nie byli hospitalizowani lub nie mieli kontaktu ze służbą zdrowia jako pacjenci pierwszego rzutu. Dla nich funkcjonowanie w okresie okołoperacyjnym może być traumatycznym przeżyciem, w którym na zachwianie równowagi emocjonalnej nakłada się brak wcześniejszych doświadczeń w chorowaniu, co skutkuje trudnościami adaptacyjnymi do nowej sytuacji i nasilonym lękiem. Ich poziom wiedzy może być znacznie niższy niż u chorych hospitalizowanych już po raz kolejny. W sytuacji konieczności podjęcia leczenia chirurgicznego z powodu nowotworu zdolności chorego do odbioru informacji medycznej i jej przetwarzania mogą być ograniczone ze względu na kryzys emocjonalny wynikający z choroby. Zdarza się, że chory wybiórczo przyswaja wiedzę, gdyż jego uwaga jest skoncentrowana na lęku związanym z zagrożeniem zdrowia i życia albo

innych czynnikach towarzyszących, takich jak skomplikowana sytuacja rodzinna, zobowiązania czy pogorszone funkcjonowanie w życiu codziennym wywołane koniecznością zabiegu i hospitalizacji. Nastawienie względem choroby wpływa zarówno na poziom wiedzy o niej, jak i na sposób pozyskiwania informacji. Chorzy, dla których choroba jest:

- sposobnością do pokonywania przeszkód, będą chętnie poszukiwali informacji medycznej o procedurach, a także o efektach leczenia oraz przebiegu rekonwalescencji,
- karą lub przeszkodą nie do pokonania, będą unikali informacji z powodu nadmiernej koncentracji na swoich przeżyciach lub stosunkowo wyższego poziomu lęku i braku wiary w skuteczność leczenia,
- ulgą lub metodą na uzyskanie większego zaangażowania i zainteresowania ich osobą otoczenia, będą wykazywali powierzchowne zaangażowanie, a informacja o chorobie nie będzie dla nich istotna w procesie leczenia,
- sposobnością do omijania przeszkód i unikania, nie będą dążyli do uzyskania rzetelnych informacji, tylko przenosili odpowiedzialność za swoje zdrowie i leczenie na personel medyczny, prezentując bierny model chorowania [15].

Jakość wiedzy o chorobie wpływa niewątpliwie na budowanie relacji z personelem w okresie okołoperacyjnym, a także na zdolność do adaptacji do roli pacjenta na oddziale chirurgicznym. Chorzy, dla których choroba i konieczność poddania się operacji jest sytuacją nową, mogą pozyskiwać informacje od personelu i innych osób, które zostały poddane podobnemu zabiegowi [16].

Wcześniejsze doświadczenia związane z chorobą (kontynuacja leczenia, dotychczasowe zabiegi chirurgiczne, opieka nad osobami w najbliższym otoczeniu z podobnym schorzeniem) mogą również kształtować jakość informacji o chorobie i funkcjonowaniu w roli pacjenta. Postrzeganie zdrowia i choroby w ujęciu zachowań prozdrowotnych jest kolejnym czynnikiem rzutującym na jakość informacji o chorobie. Na ich kształtowanie wpływa proces socjalizacji i wychowanie, poglądy, wartości, postawy oraz aprobata względem prezentowanych reakcji ze strony otoczenia społecznego, w którym przebywa jednostka. W zakresie zachowań prozdrowotnych istotne jest radzenie sobie ze stresem emocjonalnym, postrzeganie własnego zdrowia i wyglądu zewnętrznego oraz wiedza w zakresie sposobów postępowań pożądaných. Pacjenci z rakiem płuca niejednokrotnie są uzależnieni od nikotyny, co często stanowi czynnik spustowy rozwoju choroby, a także wybór sposobu radzenia sobie z sytuacją kryzysu [17]. Mogą oni prezentować styl radzenia sobie z trudnościami oparty na unikaniu informacji, w związku z czym ich głównym celem może być nie adaptowanie się do roli chorego, ale

poszukiwanie czynności zastępczych ułatwiających redukcję napięcia emocjonalnego, a także funkcjonowanie w oparciu o mechanizmy obronne, co utrudnia realną ocenę sytuacji, w której się znaleźli. Ich wiedza o chorobie może być niepełna, mogą też unikać w kontaktach z lekarzem prowadzącym poruszania tematów związanych z procedurami. Istotnym czynnikiem jest również styl funkcjonowania w sytuacjach problematycznych, korespondujący z cechami osobowości. Chorzy dążący do sprawowania kontroli nad otoczeniem będą się koncentrowali na poszukiwaniu informacji w zakresie procedur oraz na zaleceniach lekarskich, obowiązkach i przywilejach chorego. Chorzy prezentujący styl unikowy więzi w kontaktach społecznych nieczęsto będą nawiązywali relacje, przez co trudno będzie ocenić poziom wiedzy o chorobie, a także kompetencję do jej odbioru [18]. Zdolność do odbioru informacji może kształtować jej jakość, co jest szczególnie zauważalne u chorych z zespołami otępiennymi. Pogorszenie sprawności funkcji poznawczych niekorzystnie wpływa na pojmowanie choroby, gdyż komunikaty przekazywane przez personel przed operacją mogą być niezrozumiałe i mogą nie zostać zapamiętane przez chorego. Z powodu zaburzeń uwagi mogą oni wybiórczo rejestrować informacje lub mieć trudności z koncentracją na istotnych faktach. Nieumiejętność dokonania oceny oraz brak kompetencji chorego do przyjmowania informacji mogą doprowadzić do nasilenia reakcji lękowych lub izolacji.

Wydaje się, że wiedza chorych na temat choroby i jej leczenia może mieć niezwykle istotne znaczenie w osiągnięciu celów terapeutycznych zarówno w czasie przygotowania do operacji, jak i w okresie rekonwalescencji oraz dalszego leczenia. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na konieczność dalszej i wzmożonej edukacji chorych na temat chorób płuc, a także umiejętności radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z nowej sytuacji kryzysowej [19].

Wnioski

Wykazano, że około połowa badanych ocenia swój stan wiedzy jako niezadowolający, jednak zdecydowana większość uznaje leczenie chirurgiczne za ważny etap terapii. Należy weryfikować jakość wiedzy chorych i ją poszerzać, gdyż wpływa to pozytywnie na stan emocjonalny w okresie okienka terapeutycznego. Warto również zachęcać rodzinę do wsparcia chorego, ponieważ stanowi to ważny element psychologiczny.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku. Krajowy rejestr nowotworów
2. Sun V, Kim JY, Raz DJ, et al. Preparing cancer patients and family caregivers for lung surgery: development of a multimedia self-management intervention. *Clin Lung Cancer*, 2017; 18 (3): e151–e159
3. Giuliani ME, Milne RA, Puts M, et al. The prevalence and nature of supportive care needs in lung cancer patients. *Curr Oncol*, 2016; 23: 258–265
4. Freiman MR, Clark JA, Slatore CG, et al. Patients' knowledge, beliefs, and distress associated with detection and evaluation of incidental pulmonary nodules for cancer: results from a multicenter survey. *J Thorac Oncol*, 2016; 11: 700–708
5. Gualtieri LN. The doctor as the second opinion and the internet as the first "CHI '09 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems, 2009: 2489–2498
6. Michael N, O'Callaghan C, Clayton J, et al. Understanding how cancer patients actualise, relinquish, and reject advance care planning: implications for practice. *Support Care Cancer*, 2013; 21: 2195–2205
7. Christmann S. The impact of online health information on the doctor-patient relationship. *Commun Med*, 2015; 12: DOI: 10.1558/cam.31897
8. Sullivan DR, Golden SE, Ganzini L, et al. I still don't know diddly: a longitudinal qualitative study of patients' knowledge and distress while undergoing evaluation of incidental pulmonary nodules. *NPJ Prim Care Respir Med*, 2015; 16; 25: 15 028
9. Pollock K, Moghaddam N, Cox K, et al. Exploring patients' experience of receiving information about cancer: a comparison of interview and questionnaire methods of data collection. *Health (London)*, 2011; 15: 153–172
10. Noel TB, Marissa GH, Seth MN, et al. Effect of pictorial cigarette pack warnings on changes in smoking behavior. *JAMA Intern Med*, 2016; 176: 905–912
11. Mayer DK, Green M, Check DK, et al. Is there a role for survivorship care plans in advanced cancer? *Support Care Cancer*, 2015; 23: 2225–2230
12. Bradford WH. The patient, the physician, and dr. Google. *Am Med Assoc J Ethics*, 2012; 14: 398–402
13. Wojtczak A. Zdrowie publiczne, wyzwanie dla systemów zdrowia XXI wieku. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 98–99
14. De Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 7–10
15. Rogiewicz M. Jakość życia chorych na raka płuca. *Psychoonkologia*, 2016; 20: 90–97
16. Kapała W, Skrobisz J. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. *Nowiny Lekarskie*, 2006; 75: 351–358
17. Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. In: Strelau J, ed. *Psychologia – podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000: 99–105
18. Wrona-Polańska H. Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Wyd. AP, Kraków 2003: 38–40
19. Krzysik M, Wiela-Hojeńska A. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w onkologii geriatrycznej. *Farmacja Współczesna*, 2015; 8: 1–7