

Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii

Psychological adaptation of mature women in the first days after mastectomy

Monika Bąk-Sosnowska¹, Kinga Oleszko², Violetta Skrzypulec-Plinta³

¹Zakład Psychologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;

kierownik Zakładu: dr n. hum. Monika Bąk-Sosnowska

²absolwentka kierunku: pielęgniarstwo; Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Katedra Zdrowia Kobiety Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;

kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

Przeгляд Menopauzalny 2013; 2: 120–124

Streszczenie

Cel pracy: Ocena adaptacji psychologicznej pacjentek w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii oraz wpływu wybranych czynników na proces akceptacji choroby.

Materiał i metody: Zbadano 32 kobiety powyżej 40. roku życia w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii przebywające na oddziale chirurgicznym. Średnia wieku wynosiła 64,5 ± 0,7 roku. Badane były w większości mieszkankami dużych miast, z wykształceniem średnim, zamężne, posiadające dzieci, niepracujące. Wykorzystano: kwestionariusz ankiety, Skalę akceptacji choroby (AIS) oraz Skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (Mini MAC).

Wyniki: Badane deklarowały, że: choroba zmieniła ich życie, dominującą emocją jest strach, zmalało ich poczucie atrakcyjności fizycznej, ale wzrosło poczucie bliskości z partnerem, najsilniejszym źródłem wsparcia jest personel medyczny. Badane uzyskały niższy wynik w zakresie akceptacji choroby niż wynik przeciętny w populacji kobiet z rakiem sutka i macicy ($t = -3,20$; $p < 0,01$). Badane różniły się poziomem akceptacji choroby w zależności od natężenia wsparcia uzyskiwanego od rodziny ($\chi^2 = 12,45$; $p < 0,01$). Analiza regresji wykazała, że 52% ($R^2 = 0,516$) akceptacji choroby jest wyjaśniane przez poziom wsparcia ze strony rodziny ($\beta = 0,56$; $p < 0,001$) i zaabsorbowania lękowego ($\beta = -0,38$; $p < 0,01$). Badane wykazały gorsze przystosowanie do choroby, niż zaobserwowano w populacji kobiet z nowotworem sutka, w kategoriach zaabsorbowania lękowego ($t = -2,53$; $p < 0,05$) i bezradności ($t = -2,12$; $p < 0,05$), ale lepsze w kategorii ducha walki ($t = 5,99$; $p < 0,001$). Wykazano związek między akceptacją choroby a zaabsorbowaniem lękowym ($r = -0,42$; $p < 0,05$) oraz pozytywnym przewartościowaniem ($r = 0,43$; $p < 0,05$).

Wnioski: Akceptacji choroby sprzyja zmniejszanie lękowego zainteresowania chorobą i zwiększanie wsparcia udzielanego pacjentce przez rodzinę. Im bardziej pacjentka akceptuje chorobę, tym mniej przejawia lęku, bardziej zaś przewartościowuje pozytywnie chorobę.

Słowa kluczowe: mastektomia, nowotwór, proces akceptacji, adaptacja psychologiczna.

Summary

Aim of the study: The evaluation of the psychological adaptation of women in the first days after mastectomy and the impact of selected factors on the process of acceptance of the disease.

Material and methods: Thirty-two women were examined. The mean age was 64.5 ± 0.7 years. A questionnaire, AIS scale, and Mini MAC Scale were used.

Results: The dominant emotion was fear. The sense of physical attractiveness decreased, while the sense of closeness towards a partner increased. The biggest support was provided by the medical staff. The acceptance of the disease was lower in comparison with women suffering from breast or uterine cancer ($t = -3.20$; $p < 0.01$). The respondents differed in the level of acceptance of the disease depending on the intensity of support obtained from their families ($\chi^2 = 12.45$; $p < 0.01$). Fifty-two percent ($R^2 = 0.516$) of the acceptance of the disease is

Adres do korespondencji:

Violetta Skrzypulec-Plinta, Katedra Zdrowia Kobiety, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Medyków 12, 40-752 Katowice, tel./faks +48 32 208 87 51, e-mail: cor111@poczta.onet.pl

explained by the family support ($\beta = 0.56$; $p < 0.001$), and anxiety ($\beta = -0.38$; $p < 0.01$). The respondents showed worse adjustment to illness than women suffering from breast cancer in the sense of preoccupation with anxiety ($t = -2.53$; $p < 0.05$) and helplessness ($t = -2.12$; $p < 0.05$), but better results in the category of fighting spirit ($t = 5.99$; $p < 0.001$). A relation between acceptance of the illness and preoccupation with anxiety ($r = -0.42$; $p < 0.05$) and positive redefinition ($r = 0.43$; $p < 0.05$) was demonstrated.

Conclusions: The reduction in anxiety and increase in family support promote the acceptance of the disease. The more acceptance of the disease, the less anxiety and the more positive valuation of disease.

Key words: mastectomy, cancer, acceptance process, psychological adaptation.

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet i zarazem główną przyczyną zgonów kobiet po 35. roku życia. Szacuje się, że w Europie na każde 100 tys. kobiet chorują 122, z czego 28 umiera. W Polsce na raka piersi zapada rocznie ponad 110 tys. kobiet, a ponad 80 tys. umiera. Najwięcej zachorowań odnotowuje się po 45. roku życia [1, 2].

Reakcja na diagnozę choroby nowotworowej jest zależna od wielu czynników, m.in. stanu psychofizycznego pacjentki, rokowania, jej sytuacji życiowej, otrzymywanego wsparcia społecznego oraz zasobu informacji, które posiada na temat choroby. Z badań wynika, że rozpoznanie raka piersi może spowodować szereg psychologicznych zaburzeń, takich jak: lęk, w tym lęk przed śmiercią, negatywne myślenie, włącznie z myślami samobójczymi, poczucie samotności, psychofizyczne zmęczenie, depresja, zaburzenia obrazu własnego ciała, problemy seksualne oraz ogólne obniżenie się jakości życia [3].

Pacjentki z inwazyjnym rakiem sutka są najczęściej poddawane zabiegowi oszczędzającemu, który polega na wycięciu guza nowotworowego w granicach tkanek zdrowych oraz regionalnych węzłów chłonnych pachy. W przypadku zaawansowanej choroby, kiedy konieczne okazuje się całkowite usunięcie gruczołu sutkowego, wzrasta nie tylko ryzyko medycznych powikłań, lecz także zakres konsekwencji psychologicznych [4, 5]. Kobieta po przebytej mastektomii doświadcza psychicznego dyskomfortu, zmian w relacjach partnerskich, strachu przed nawrotem choroby i śmiercią. Może mieć poczucie utraty kontroli nad swoim ciałem i życiem. Ponieważ pierś jest kulturowo postrzegana jako atrybut kobiecości, jej amputacja powoduje u pacjentek obniżenie samooceny i atrakcyjności fizycznej, a nawet osłabienie identyfikacji z rolą płciową [6, 7].

Cel pracy

Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej jest tematem wielu prac. W tym wypadku celem badania była ocena wczesnej adaptacji psychologicznej pacjentek, w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. Ponadto analizowano wpływ wybranych czynników, takich jak wiek, sytuacja rodzinna czy otrzymywane wsparcie społeczne, na proces akceptacji choroby.

Materiał i metody

W badaniu wzięły udział 32 pacjentki oddziału chirurgicznego, będące w 2. lub 3. dobie po zabiegu mastektomii. Wszystkie badane miały powyżej 40 lat, średnia wieku wynosiła $64,5 \pm 0,7$ roku. Badane były w większości mieszkankami dużych miast (66%), legitymowały się wykształceniem średnim lub wyższym (75%), aktualnie posiadały partnera (62%) oraz przynajmniej jedno dziecko (97%). Połowa z nich (50%) była aktywna zawodowo.

Wykorzystano trzy narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety, Skalę akceptacji choroby (AIS) oraz Skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (Mini MAC). Ankieta zawierała 38 pytań zamkniętych, dotyczących danych demograficznych, okoliczności rozpoznania choroby, reakcji na wiadomość o chorobie, źródeł informacji o chorobie i leczeniu oraz uzyskiwanym wsparciu społecznym. Pytania obejmowały również wpływ choroby na kontakty z partnerem, relacje rodzinne oraz relacje towarzyskie.

Skala akceptacji choroby (AIS) Feltona i wsp. (1984), w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego, składa się z 8 twierdzeń określających konsekwencje złego stanu zdrowia. Badany określa swój aktualny stan psychofizyczny w 5-stopniowej skali, sumaryczny wynik odzwierciedla stopień akceptacji choroby. Im niższy wynik, tym mniejsza akceptacja choroby i przystosowanie do niej. Rzetelność polskiej wersji skali jest zbliżona do rzetelności wersji oryginalnej, α Cronbacha wynosi 0,82.

Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (Mini MAC) jest skróconą wersją skali MAC, opracowanej przez Watsona i wsp. (1988). W polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego znajduje się 29 samoopisowych twierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na 4-stopniowej skali. Mini MAC mierzy 4 sposoby radzenia sobie: zaabsorbowanie lękowe (α Cronbacha = 0,89), ducha walki (α Cronbacha = 0,90), bezradność/beznadziejność (α Cronbacha = 0,92), pozytywne przewartościowanie (α Cronbacha = 0,87).

Badanie było dobrowolne i anonimowe. Pacjentki wypełniały testy samodzielnie, czas odpowiedzi nie był limitowany. Do analizy statystycznej danych wykorzystano pakiet SPSS. Zastosowano: statystyki opisowe, test Kołmogorowa-Smirnova, współczynnik korelacji R-Spearmana, test t dla jednej średniej, test χ^2 Kruskala-Wallisa oraz test U Manna-Whitneya.

Wyniki

Prawie połowa badanych (47%) wykryła zmiany chorobowe w piersi podczas samobadania, pozostałe zmiany zostały stwierdzone w trakcie badania lekarskiego (41%) lub w innych okolicznościach (13%). Pierwszą reakcją większości kobiet (91%) było zgłoszenie się do lekarza, pozostałe (7%) najpierw rozmawiały z rodziną. Diagnoza choroby nowotworowej w różnym stopniu zmieniła życie większości (83%) badanych. W pierwszych dobach po mastektomii badane deklarowały, że odczuwają przede wszystkim strach (41%) i żal (25%), jednak w większości mobilizują się do walki z nadzieją na wyzdrowienie (57%). W wyniku zabiegu u części badanych nastąpiło pogorszenie w zakresie: poczucia własnej wartości (38%), poczucia atrakcyjności fizycznej (53%), statusu materialnego (28%), życia towarzyskiego (25%). Jednocześnie badane zaobserwowały poprawę w zakresie relacji z rodziną (25%), relacji z partnerem (69%). Pytane o źródło i natężenie (w skali od 0 do 10) otrzymywanego wsparcia społecznego, badane wymieniły w kolejności: personel medyczny (8,13 \pm 2,15), rodzinę (7,38 \pm 2,91), przyjaciół (5,97 \pm 3,26), partnera (5,84 \pm 4,37).

Wyniki uzyskane przez badane w skali AIS osiągnęły średnią wartość 24,56 \pm 6,31 punktu. W grupie porównawczej zbadanej przez autorów skali, składającej się z 60 kobiet z rakiem sutka i macicy, średni wynik wynosił 28,13 \pm 7,6 punktu. Za pomocą testu *t* dla jednej średniej ustalono, że badane pacjentki miały istotnie niższy poziom akceptacji choroby niż pacjentki z grupy porównawczej ($t = -3,20$; $p < 0,01$).

Ustalono, że zmienna akceptacja choroby nie ma rozkładu normalnego ($Z = 0,90$; $p = 0,39$). Analiza testem Kruskala-Wallisa nie potwierdziła różnicy w akceptacji choroby pomiędzy badanymi, w zależności od: wieku, stanu cywilnego, posiadania partnera, liczby posiadanych dzieci, wykształcenia, natężenia wsparcia społecznego ze strony partnera, przyjaciół i personelu medycznego. Jedyny czynnik różnicujący badane pod względem poziomu akceptacji choroby związany był z natężeniem wsparcia uzyskiwanego od rodziny ($\chi^2 = 12,45$; $p < 0,01$). Najbardziej chorobę akceptowały kobiety, które miały najsilniejsze wsparcie rodziny.

Analiza regresji wielokrotnej wykazała (tab. I), że 52% ($R^2 = 0,516$) akceptacji choroby u kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii jest wyjaśniane przez poziom dwóch zmiennych: wsparcia ze strony rodziny ($\beta = 0,56$; $p < 0,001$) i zaabsorbowania lękowego ($\beta = -0,38$; $p < 0,01$).

Wyniki uzyskane przez badane w skali Mini MAC zestawiono ze średnimi wynikami uzyskanymi przez autorów narzędzia w grupie 82 pacjentek z nowotworem sutka (ryc. 1). W grupie badawczej uzyskano następujące wyniki średnie: zaabsorbowanie lękowe (18,25 \pm 4,13), duch walki (22,69 \pm 3,16), bezradność/beznadziejność (14,50 \pm 3,29), pozytywne przewartościowanie

(21,25 \pm 3,02). Wykorzystując test *t* dla jednej średniej, ustalono, że badana grupa wykazuje gorsze przystosowanie do choroby niż grupa porównawcza w kategoriach zaabsorbowania lękowego ($t = -2,53$; $p < 0,05$) i bezradności ($t = -2,12$; $p < 0,05$), ale lepsze w kategorii ducha walki ($t = 5,99$; $p < 0,001$).

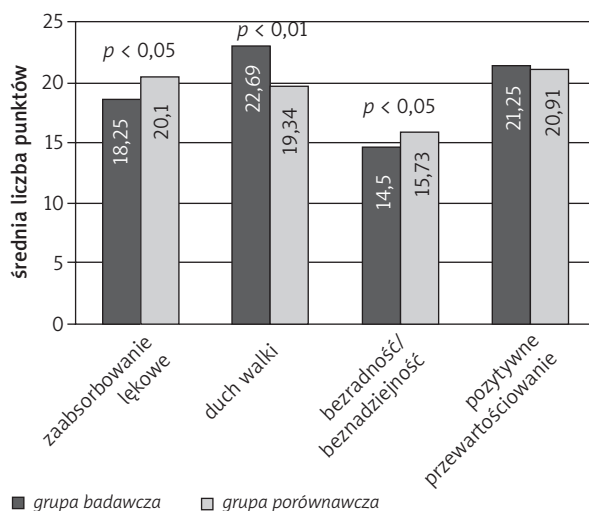
Na podstawie analizy strategii adaptacji do choroby obliczono w badanej grupie średnie wyniki charakteryzujące konstruktywny oraz destruktywny styl radzenia sobie. Po przeliczeniu wyników surowych na steny można stwierdzić, że nasilenie obu stylów jest przeciętne – dla stylu konstruktywnego plasuje się na poziomie 6. stena, dla stylu destruktywnego – na poziomie 5. stena. Badane osiągnęły niższe wyniki w zakresie destrukcyjnego stylu radzenia sobie z chorobą niż grupa porównawcza ($t = -3,04$; $p < 0,01$) oraz wyższe wyniki w zakresie konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą ($t = 3,62$; $p < 0,001$). Wykorzystując współczynnik korelacji Spearmana, wykazano w badanej grupie negatywny związek między akceptacją choroby a zaabsorbowaniem lękowym ($r = -0,42$; $p < 0,05$) oraz pozytywny związek pomiędzy akceptacją choroby a pozytywnym przewartościowaniem ($r = 0,43$; $p < 0,05$).

Dyskusja

Celem badania była ocena adaptacji psychologicznej pacjentek w pierwszych dobach po zabiegu mastekto-

Tab. I. Predyktory akceptacji choroby u kobiet po mastektomii

Zmienna objaśniająca	Akceptacja choroby		
	β	<i>B</i>	<i>p</i>
wsparcie rodziny	0,56	4,64	0,001
zaabsorbowanie lękowe	-0,38	-0,58	0,01
Statystyka modelu	R = 0,718 R ² = 0,516		



Ryc. 1. Strategie adaptacji do choroby nowotworowej

mii. Zastosowana skala akceptacji choroby (AIS) odnosi się do takich jej konsekwencji, jak: ograniczenia spowodowane przez chorobę, brak samowystarczalności, poczucie zależności od innych, obniżone poczucie własnej wartości. Akceptacja ma istotny wpływ na proces przystosowywania się do choroby oraz na samopoczucie psychiczne i ogólne funkcjonowanie pacjentów [8]. Wyniki uzyskane w badanej grupie wskazują na obniżony stopień akceptacji choroby. Znaczna część badanych deklaruje odczuwanie strachu, obniżenie poczucia własnej wartości i atrakcyjności fizycznej, negatywne zmiany w sytuacji materialnej. Czynnikiem znacząco wpływającym na poziom akceptacji swojego stanu okazało się wsparcie uzyskiwane od rodziny. Wsparcie społeczne jest zasadniczo czynnikiem wspomagającym zdrowie, zaś w sytuacji choroby koreluje dodatnio z podjęciem leczenia, zaangażowaniem w jego kontynuację, podtrzymywaniem nadziei na powrót do zdrowia, lepszą ogólną jakością życia [9, 10].

Wyniki badań przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. wskazują, że kobiety chorujące na nowotwór sutka posiadające mężów oraz funkcjonujące w pełnej rodzinie szybciej akceptują zmiany związane z chorobą [11]. W przeprowadzonym badaniu nie potwierdzono zależności między posiadaniem partnera i uzyskiwanym od niego wsparciem a stopniem akceptacji choroby. Można przypuszczać, że czynnikiem decydującym był w tym przypadku wiek badanych kobiet. U kobiet młodszych partner stanowi podstawowe, a często jedyne źródło rodzinnego wsparcia, ze względu na brak potomstwa lub jego małość. Pacjentki biorące udział w badaniu w większości przypadków posiadały zarówno partnera, jak i dorosłe już dzieci. Prawdopodobnie realne wsparcie uzyskiwane od dzieci wpłynęło na to, że nie partner okazał się najważniejszym źródłem wsparcia, ale cała rodzina. Aby potwierdzić tę hipotezę, należałoby poszerzyć badanie o pacjentki z młodszej grupy wiekowej i wykonać analizy porównawcze.

Uzyskane wyniki dotyczące pozytywnego znaczenia wsparcia udzielanego przez rodzinę oraz negatywnego wpływu lękowego angażowania się w chorobę na poziom jej akceptacji mogą mieć znaczenie kliniczne. Wskazują na wartość i potrzebę angażowania rodziny w proces opieki nad chorą od pierwszych chwil po zabiegu mastektomii oraz na znaczenie edukacji. Wyjaśnienia udzielone pacjentce przez personel medyczny na każdym etapie leczenia – również po zabiegu – przyczyniają się do redukcji napięcia lękowego oraz wzmocnienia motywacji do leczenia i nadziei na powrót do zdrowia. Jest to tym bardziej istotne, że w pierwszych dobach po zabiegu to właśnie personel medyczny jest dla pacjentki podstawowym – ze względu na dostępność i pełnioną funkcję – źródłem społecznego wsparcia. W badaniu przeprowadzonym przez Teresę Stanczyk na temat wsparcia udzielanego przez pielęgniarki w ocenie kobiet po mastektomii to właśnie

opieka pielęgniarska na oddziałach przedzabiegowych oraz pooperacyjnych została oceniona najwyżej [12].

Zbadano sposób radzenia sobie pacjentek z chorobą nowotworową w pierwszych dobach po mastektomii. Według Richarda Lazarusa radzenie sobie obejmuje poznawcze oraz behawioralne wysiłki zmierzające do sprostania specyficznym wymogom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, które w ocenie jednostki nadwyrężają lub przekraczają możliwości, jakimi ona dysponuje [13]. Czynniki, które mają wpływ na proces radzenia sobie z chorobą, można podzielić na poprzedzające chorobę (m.in. predyspozycje osobowościowe, status społeczno-zawodowy, płeć, wiek) oraz związane ze spostrzeganiem choroby (m.in. mentalna reprezentacja choroby, poziom odporności psychicznej, poczucie własnej wartości). Funkcją bufora w radzeniu sobie ze stresem pełni wsparcie społeczne [14].

Zastosowana w badaniu skala Mini MAC uwzględniła 4 odmienne strategie radzenia sobie z chorobą. Duch walki oznacza traktowanie choroby jako wyzwania i podejmowanie działań w celu pokonania trudności. Pozytywne przewartościowanie wiąże się z umiejętnością spojrzenia na problem z innej perspektywy i doświadczaniem zadowolenia oraz nadziei mimo choroby. Obie te strategie składają się na konstruktywny, czyli aktywny, styl radzenia sobie z chorobą. Zaabsorbowanie lekowe to strategia charakteryzująca niepokój związany z chorobą i interpretowanie sygnałów z ciała w kategoriach zagrożenia. Strategia bezradność/beznadziejność odpowiada natomiast poczuciu bezsilności, zagubienia i biernemu poddaniu się chorobie. Obie strategie tworzą łącznie destruktywny, bierny styl radzenia sobie.

Badania dowodzą, że bierne radzenie sobie, polegające na unikaniu problemu lub oczekiwaniu, że rozwiąże się sam, są skorelowane z gorszym zdrowiem somatycznym i psychicznym oraz obniżonym poczuciem kontroli i społecznego wsparcia [15].

Doniesienia innych autorów sugerują, że aktywne strategie zmagania się z chorobą są bardziej korzystne dla ryzyka nawrotów, długości przeżycia oraz samopoczucia, nastroju i jakości życia pacjenta [16–18]. Osoby, które pozwalają na swobodne wyrażanie uczuć, lepiej radzą sobie ze stresem wynikającym z choroby [19].

Analiza wyników uzyskanych na skali Mini MAC pozwoliła na określenie, że w badanej grupie mieszczą się one w przedziale przeciętnych, zarówno w zakresie pozytywnego, jak i destruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą. Nie potwierdza to powszechnego przekonania o zdecydowanie złym stanie psychicznym pacjentek w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. Większość badanych zadeklarowała pozytywne podejście do zastosowanego leczenia i optymizm dotyczący przyszłości. Może to wynikać z różnych przyczyn, np. indywidualnych uwarunkowań psychospołecznych, wieku czy działania psychologicznych mechanizmów obronnych, takich jak wyparcie. Polega ono na automatycznym

przesuwaniu negatywnych myśli poza obszar świadomości, w celu ochrony pozytywnego stanu emocjonalnego i pozytywnego autowizerunku. Inny powód może się wiązać z coraz większym zainteresowaniem mediów problematyką raka piersi. Edukacja wczesnego wykrywania choroby oraz pozytywne wzorce kobiet, które wygrały walkę z rakiem, zmieniają społeczny przekaz na temat chorób nowotworowych. Oswajają problem i modelują pozytywne strategie radzenia sobie. Precyzyjne określenie czynników wpływających na stan psychiczny kobiet po zabiegu mastektomii wymagałoby przeprowadzenia dalszych szczegółowych badań na większej populacji chorych.

Wnioski

Akceptacji choroby sprzyja zmniejszanie lękowego zainteresowania chorobą i zwiększanie wsparcia udzielanego pacjentce przez rodzinę. Im bardziej pacjentka akceptuje chorobę, tym mniej przejawia lęku, bardziej zaś przewartościowuje pozytywnie chorobę.

Piśmiennictwo

- Dewis R, Gribbin J. Breast Cancer: Diagnosis and Treatment: An Assessment of Need. Cardiff: National Collaborating Centre for Cancer 2009; 7-15.
- Vrdoljak E, Wojtukiewicz M, Pienkowski T, et al. Cancer epidemiology in Central and South Eastern European countries. *Croat Med J* 2011; 52: 478-87.
- Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries. *Breast J* 2009; 15: 615-22.
- Veiros I, Nunes R, Martins F. Mastectomy complications: upper limb lymphedema. *Acta Med Port* 2007; 20: 335-40.
- Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K, et al. The impact of illness on the emotional life of women united in "the amazons" clubs after breast cancer surgery. *Ann Acad Med Stetin* 2009; 55: 81-5.
- Chojnacka-Szawłowska G. Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1994.
- Pietrzyk A. Ta choroba w rodzinie. *Psycholog o raku*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
- Karademas EC, Hondronikola I. The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: a prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychol Health Med* 2010; 15: 336-46.
- Rosmeary G. The relation between social support and quality of life among women survivors of breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 2001; 74: 1646-9.
- Kelly SM, O'Grady KE, Schwartz RP, et al. The relationship of social support to treatment entry and engagement: the Community Assessment Inventory. *Subst Abuse* 2010; 31: 43-52.
- Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K i wsp. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Ann Acad Med Stetin* 2009; 55: 40-4.
- Stanczyk T. Wsparcie udzielane przez pielęgniarki w ocenie kobiet po mastektomii. Krajowy Zjazd PTMSiZP, Wrocław 2002.
- Lazarus R. Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Now Psychol* 1986; 3-4: 2-39.
- Juczynski Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: *Psychoonkologia*. de Walden-Gatuszko K (red.). Komitet Redakcyjno Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2000; 23-41.
- Schreuder JA, Roelen CA, Groothoff JW, et al. Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: a comparative study. *Nurs Outlook* 2012; 60: 37-43.
- Moadel AB, Shah C, Wylie-Rosett J, et al. Randomized controlled trial of yoga among a multiethnic sample of breast cancer patients: effects on quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25: 4387-95.
- Jiang P, Wang S, Jiang D, Yu L. Cancer related fatigue in patients with breast cancer after chemotherapy and coping style. *J Cent S Univ Med Sci* 2011; 36: 323-8.
- Morris T, Pettingale K, Haybittle J. Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psych Oncol* 1992; 1: 105-14.
- Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2007.