

## Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne

### Acceptance of cancer by women after mastectomy in Western Pomerania region – preliminary studies

TERESA LEWANDOWSKA-ABUCEWICZ<sup>A-E, G</sup>, KATARZYNA KĘCKA<sup>B, E-G</sup>, JACEK BRODOWSKI<sup>A, G</sup>

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

**Streszczenie** **Wstęp.** Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Na ogół rozwija się między 50. a 80. rokiem życia. Wiele kobiet przystosowuje się do nowej sytuacji, jednak liczna grupa nie potrafi zaadaptować się i pogodzić z chorobą. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

**Cel pracy.** Ocena stopnia akceptacji choroby nowotworowej przez kobiety po mastektomii.

**Materiał i metody.** W badaniach posłużono się Skalą Akceptacji Choroby AIS, w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz ankietą dotyczącą danych demograficznych. Badania przeprowadzono wśród 60 kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim. Badania były całkowicie dobrowolne i anonimowe, uzyskano pisemną zgodę od każdej respondentki, a uczestniczące w nich kobiety zostały poinformowane o ich celu. Badania ankietowe przeprowadzono po uzyskaniu zgody od Komisji Bioetycznej PUM w Szczecinie, nr KB-0012/97/14.

**Wyniki.** Średnia wieku badanych kobiet to 62,3 lat. 25 (42%) kobiet uzyskało wysoki poziom akceptacji choroby, 18 (30%) – średni, a 17 (28%) – niski poziom akceptacji. 22 (37%) respondentek nie ma problemu z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. 24 (40%) kobiety czują się potrzebne, 30 (50%) badanych uważa, że nie jest ciężarem dla rodziny i przyjaciół. Pełnowartościowym człowiekiem, pomimo swojej choroby, czuje się 19 (32%) amazoнок.

**Wnioski.** Analiza materiału badawczego pozwoliła stwierdzić, że blisko połowa respondentek uzyskała wysoki poziom akceptacji choroby, co stwarza poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem.

**Słowa kluczowe:** mastektomia, nowotwory piersi, jakość życia.

**Summary** **Background.** Breast cancer is the most common cancer that women can suffer from. Most often it develops between 50 and 80 year of life. Many women adapt to the new situation, but a large group cannot adapt and reconcile with the disease. The bigger acceptance of a disease, the better adaptation and smaller feeling of discomfort.

**Objectives.** The aim of this thesis was to check the degree of acceptance of cancer among women after mastectomy.

**Material and methods.** The study was conducted among 60 women after mastectomy in Western Pomerania. The study was entirely voluntary and anonymous, the authors obtained the written, informed consent from each person to participate in the studies and each person was informed of the aim. The study used an anonymous questionnaire containing questions about demographics and The Scale of Disease Acceptance in adaptation of Z. Juczyński. The study was made after acceptance of Bioethics Commission of Westpomeranian Medical University, getting number KB-0012/97/14.

**Results.** The average age of women is 62.3 years. 25 (42%) of the women received a high level of acceptance of the disease, 18 (30%) the average, and 17 (28%) of women low level of acceptance. 22 (37%) of the respondents have no problem adapting to the limitations imposed by the disease. 24 (40%) women feel needed, 30 (50%) of respondents believe that they are not a problem to family and friends. 19 (32%) amazons feel a full-fledged human being despite the illness.

**Conclusions.** Analysis of the research material revealed that nearly half of the respondents achieved a high level of acceptance of the disease, which creates a sense of security and control over their lives.

**Key words:** mastectomy, breast neoplasms, quality of life.

Fam Med Prim Care Rev 2016; 18(2): 143–148

## Wstęp

Rak sutka jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. W Polsce z tego powodu każdego dnia umiera 14 kobiet. W 2011 r. w Polsce żyło około 55 000 kobiet z rozpoznaniem raka piersi [1]. Rozpoznanie choroby nowotworowej u pacjenta oznacza zazwyczaj zmianę dotychczasowych warunków życia oraz stawia wymóg dostosowania się do nowej sytuacji. Procesy poznawcze mogą

przyczyniać się do postrzegania choroby jako źródła stresu. Wyobrażenia o chorobie są zazwyczaj błędne, fragmentaryczne, te zaś – ze względu na sztywną strukturę schematu poznawczego – są odbierane selektywnie. W wyniku błędnych wyobrażeń pacjenta często zdarza się, że problemem nie jest choroba, lecz brak jej akceptacji [2].

Akceptacja choroby to przede wszystkim zgoda na zmiany życia. W chorobach nawracających, nieuleczalnych, brak zgody na akceptację ograniczeń prowadzi do wyczerpania i bezradności [2].



U większości pacjentek, u których rozpoznano nowotwór, występują takie emocje, jak: lęk, niepokój, uczucie bezradności, bezsilność, poczucie zagrożenia. Negatywne emocje i długotrwałe leczenie wpływają na jakość życia i poziom akceptacji choroby [3]. Wykonanie mastektomii wiąże się również z problemami natury psychicznej. Kultura w której żyjemy bardzo mocno zwraca uwagę na wygląd zewnętrzny i atrybuty kobiecości. Zmiany związane z bliźniami czy brakiem piersi naznaczają kobietę nie tylko piętnem choroby, ale wizją utraty atrakcyjności czy też kobiecości [4, 5]. W wyniku leczenia uzupełniającego, chemioterapii, radioterapii ulega zaburzeniu obraz własnego ciała, wyobrażenie własnej seksualność [6].

## Cel pracy

Celem badania było określenie stopnia akceptacji choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 60 kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim. Badania były całkowicie dobrowolne i anonimowe, uzyskano pisemną zgodę od każdej respondentki, a uczestniczące w nich kobiety zostały poinformowane o ich celu. Badania ankietowe przeprowadzono po uzyskaniu zgody od Komisji Bioetycznej PUM w Szczecinie.

Do badania wykorzystano anonimową ankietę zawierającą pytania o dane demograficzne oraz Skalę Akceptacji Choroby – AIS (*Acceptance of Illness Scale*; Felton, Revenson i Hinrichsen, adaptacja Juczyńskiego), służącą do badania stopnia akceptacji choroby. Zawiera ona osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej war-

tości. Badana określa swój obecny stan w pięciostopniowej skali: od 1 – „zdecydowanie się zgadzam” do 5 – „zdecydowanie się nie zgadzam”. Wynik oblicza się przez zsumowanie wszystkich punktów. Ogólny zakres stopnia akceptacji choroby mieści się w przedziale od 8 do 40 punktów. Niski rezultat oznacza brak akceptacji i przystosowania oraz wysokie poczucie dyskomfortu psychicznego, natomiast wysoki wskazuje na akceptację choroby i brak negatywnych emocji z nią związanych [7].

Charakterystykę zmiennych ilościowych przeprowadzono podając wartość minimalną i maksymalną, średnią arytmetyczną oraz odchylenie standardowe. Charakter rozkładu badanych cech ilościowych oceniono testem Shapiro-Wilka. Do oceny istotności różnic dla dwóch prób zastosowano test *t*-Studenta, dla zmiennych niepowiązanych lub jego nieparametryczny odpowiednik – test U Manna-Whitneya. Korelacje między zmiennymi ilościowymi oceniono współczynnikiem korelacji Pearsona. Za zmienne statystyczne przyjęto poziom istotności  $p < 0,005$ . Średni wiek badanych kobiet wynosił  $62,4 \pm 6,4$  lat. Najmłodsza kobieta miała 47 lat, a najstarsza – 80 lat. W trakcie zabiegu mastektomii średni wiek badanych wynosił  $52,8 \pm 6,9$  lat. Najmłodsza kobieta, u której dokonana była mastektomia, miała 39 lat, a najstarsza – 69 lat. Średni okres od zabiegu mastektomii w grupie badanych kobiet wynosi  $9,6 \pm 6,4$  lat. Najkrótszy nie przekraczał roku, a najdłuższy – 27 lat.

## Wyniki

Badane kobiety w 78,3% zamieszkiwały w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców. 70% kobiet miała wykształcenie średnie. Były to przede wszystkim w 71,7% osoby zamężne. Kobiety te w 73,3% stosują protezy i w 85% są po całkowitej mastektomii. Kobiety badane najczęściej w 88,3% nie mają rekonstrukcji piersi. Badane kobiety najczęściej były poddawane w 46,7% chemioterapii i w 41,7% – radioterapii. Najczęstszą występującą dolegliwością po zabiegu mastektomii, w 56,7% przypadków, jest zmniejszenie siły mięśniowej po stronie operowanej.

Tabela 1. Rozkłady zmiennych ilościowych

	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
AIS	60	26,8	8,0	45,0	9,5
Wiek	60	62,4	47,0	80,0	8,3
Wiek, kiedy był zabieg mastektomii	60	52,8	39,0	69,0	6,9
Czas, jaki upłynął od zabiegu mastektomii	60	9,6	0,0	27,0	6,4

Źródło: badanie własne.

Tabela 2. Rozkład wyników dla poszczególnych mierzonych cech

		Liczebność	%
Miejsce zamieszkania	wieś	3	5,0
	miasto < 50 tys.	3	5,0
	miasto 50–100 tys.	7	11,7
	miasto > 100 tys.	47	78,3
Wykształcenie	zawodowe	7	11,7
	średnie	42	70,0
	wyższe	11	18,3
Stan cywilny	zamężna	43	71,7
	wdowa	16	26,7
	panna	0	0,0
	rozwódka	1	1,7

Tabela 2. Rozkład wyników dla poszczególnych mierzonych cech				
			Liczebność	%
Stosowanie protezy		tak	44	73,3
		nie	16	26,7
Zakres zabiegu		mastektomia całkowita	51	85,0
		mastektomia częściowa	9	15,0
Rekonstrukcja piersi		tak	7	11,7
		nie	53	88,3
Zakres leczenia uzupełniającego	przebiecie chemioterapii	wybrano	28	46,7
	w trakcie chemioterapii		0	0,0
	przebiecie radioterapii		25	41,7
	w trakcie radioterapii		0	0,0
	przebiecie terapii hormonalnej		17	28,3
	w trakcie hormonoterapii		8	13,3
Najczęściej występujące problemy po mastektomii	ograniczenie zakresu ruchomości w stawach obręczy barkowej	wybrano	22	36,7
	zmniejszenie siły mięśniowej po stronie operowanej		34	56,7
	pojawienie się obrzęku limfatycznego po stronie operowanej		21	35,0
	zaburzenia statyki tułowia, prowadzące do deformacji postawy w wyniku obrzęku limfatycznego		6	10,0

Źródło: badanie własne.

Tabela 3. Akceptacja choroby AIS w zależności od miejsca zamieszkania, wykształcenia i stanu cywilnego badanych kobiet					
Miejsce zamieszkania		N	Średnia	Odchylenie standardowe	test t-Studenta
Akceptacja choroby AIS	miasto < 100 tys. mieszkańców	13	22,46	9,65	$t(58) = -1,917$
	miasto $\geq$ 100 tys. mieszkańców	47	28,04	9,19	$p = 0,060$
Wykształcenie		N	średnia	odchylenie standardowe	test t-Studenta
Akceptacja choroby AIS	zawodowe i średnie	49	26,92	9,29	$t(58) = 0,145$
	wyższe	11	26,45	10,84	$p = 0,585$
Stan cywilny		N	średnia	odchylenie standardowe	test t-Studenta
Akceptacja choroby AIS	zamężna	43	26,07	9,75	$t(57) = -0,825$
	wdowa	16	28,38	8,95	$p = 0,413$

Źródło: badanie własne.

Tabela 4. Współczynniki korelacji Pearsona między akceptacją choroby a wiekiem, w jakim był wykonany zabieg oraz liczbą lat od mastektomii		
		Akceptacja choroby AIS
Wiek	korelacja Pearsona	0,180
	istotność (dwustronna)	0,170
	N	60
Wiek, kiedy był zabieg mastektomii	korelacja Pearsona	-0,029
	istotność (dwustronna)	0,826
	N	60
Czas, jaki upłynął od zabiegu mastektomii	korelacja Pearsona	<b>0,264</b>
	istotność (dwustronna)	0,042
	N	60

Źródło: badanie własne.

Weryfikacja wpływu takich zmiennych, jak miejsce zamieszkania, wskazuje, że obie grupy kobiet porównywalnie statystycznie akceptują chorobę. Uzyskany wynik nie jest statystycznie znamienny ( $0,05 < p < 0,07$ ), tylko tendencją. Kobiety mieszkające w mieście >100 tys. mieszkańców mają tendencję do większej akceptacji choroby (średnia = 28,04) od kobiet mieszkających w mniejszych miejscowościach, w tym na wsi (średnia = 22,46).

Nie wykazano zależności wpływu wykształcenia ( $t(58) = 0,145$ ;  $p = 0,585$ ) na akceptację choroby.

Kobiety po zabiegu mastektomii w różnym stanie cywilnym nie różnią się w zakresie akceptacji choroby AIS ( $t(58) = -0,825$ ;  $p = 0,413$ ).

Wykazano, że czas, jaki upłynął od zabiegu mastektomii, wpływa istotnie na stopień akceptacji choroby.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy stosowanie protezy wpływa na akceptację choroby AIS, w badaniu wykonano test *t*-Studenta i nie wykazano, by stosowanie protezy wpłynęło istotnie na stopień akceptacji choroby.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy zakres leczenia uzupełniającego wpływa na akceptację choroby AIS, wykonano test *t*-Studenta, a dla przypadku < 10 kobiet – test U Manna-Whitneya.

Zakres leczenia uzupełniającego nie wpływa na akceptację choroby. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy najczęściej występujące problemy po mastektomii wpływają na Akceptację choroby AIS, wykonano test *t*-Studenta, a dla przypadku < 10 kobiet – test U Manna-Whitneya.

Najczęściej występujące problemy po zabiegu mastektomii nie wpływają na akceptację choroby.

Tabela 5. Statystyki dla AIS w podziale stosowanie protezy

Stosowanie protezy		N	Średnia	Odchylenie standardowe	test <i>t</i> -Studenta
Akceptacja choroby AIS	tak	44	26,89	9,60	$t(58) = 0,071$
	nie	16	26,69	9,51	$p = 0,944$

Źródło: badanie własne.

Tabela 6. Statystyki dla AIS w podziale zakres leczenia uzupełniającego

Zakres leczenia uzupełniającego		N	Średnia	Odchylenie standardowe	test <i>t</i> -Studenta
Przebiecie chemioterapii	tak	28	28,36	10,16	$t(58) = 1,166$
	nie	32	25,5	8,82	$p = 0,248$
Przebiecie radioterapii	tak	25	25,2	10,12	$t(58) = -1,128$
	nie	35	28	8,99	$p = 0,264$
Przebiecie terapii hormonalnej	tak	17	27,65	8,45	$t(58) = 0,414$
	nie	43	26,51	9,96	$p = 0,680$

Źródło: badanie własne.

Tabela 7. Statystyki dla AIS w podziale na występujące powikłania po zabiegu mastektomii

Najczęściej występujące problemy po mastektomii		N	Średnia	Odchylenie standardowe	test <i>t</i> -Studenta
Ograniczenie zakresu ruchomości w stawach obręczy barkowej	tak	22	25,77	10,73	$t(58) = -0,655$
	nie	38	27,45	8,80	$p = 0,515$
Zmniejszenie siły mięśniowej po stronie operowanej	tak	34	24,82	8,88	$t(58) = -1,916$
	nie	26	29,46	9,80	$p = 0,060$
Akceptacja choroby AIS. Pojawienie się obrzęku limfatycznego po stronie operowanej	tak	21	27,00	8,60	$t(58) = 0,099$
	nie	39	26,74	10,06	$p = 0,922$
Zaburzenia statyki tułowia prowadzące do deformacji postawy w wyniku obrzęku limfatycznego	tak	6	31,83	7,68	$Z = 0,149$
	nie	54	26,28	9,58	$p = 0,153$

Źródło: badanie własne.

Tabela 8. Poziom akceptacji choroby według punktacji skali AIS

Poziom akceptacji	N	%
Niski	8–19	28%
Średni	20–30	30%
Wysoki	31–40	42%
<b>Razem</b>		<b>100%</b>

Źródło: badanie własne.

Tabela 9. Wyniki szczegółowe dla skali akceptacji choroby AIS					
Skala AIS	1	2	3	4	5
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	18%	13%	22%	10%	37%
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	18%	12%	27%	15%	17%
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna	15%	18%	12%	15%	40%
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależna od innych niż tego chcę	22%	13%	18%	20%	27%
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	20%	7%	13%	10%	50%
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	25%	13%	12%	15%	32%
Nigdy nie będę samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałabym być	18%	12%	32%	17%	21%
Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	15%	17%	18%	18%	32%

Źródło: badanie własne.

17 (28%) badanych kobiet uzyskało niski poziom akceptacji choroby, 18 (30%) – średni poziom, 25 (42%) – wysoki poziom akceptacji. 22 (37%) ankietowanych kobiet uważa, że nie ma kłopotów z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, natomiast 11 (18%) uważa, że ma kłopoty z przystosowaniem się. 24 (40%) kobiet po mastektomii czuje się potrzebnych, połowa ankietowanych uważa, że nie jest ciężarem dla rodziny i przyjaciół, 19 (32%) respondentek czuje się pełnowartościowym człowiekiem. Trudnością dla badanych kobiet było określenie, czy są w stanie robić to, co najbardziej lubią. 19 (32%) uważa, że ich choroba nie powoduje zakłopotania u innych osób. Samowystarczalność deklaruje 13 (21%) badanych kobiet.

## Dyskusja

Każda choroba nowotworowa stwarza problem z przystosowaniem się do niej. Pacjent doświadcza wiele negatywnych emocji. Ważnym elementem w procesie przystosowania się do nowej sytuacji jest jej adaptacja, bo to właśnie ona obniża negatywne emocje. Im wyższa adaptacja, tym lepsza akceptacja choroby [8].

Badaniami objęto 60 pacjentek po zabiegu mastektomii. U większości z nich stwierdzono akceptację raka piersi. Analiza stopnia akceptacji choroby do wybranych zmiennych wykazała, że tylko miejsce zamieszkania różnicuje stopień akceptacji choroby. Uzyskany wynik ( $0,05 < p < 0,07$ ) wskazuje zatem, że kobiety mieszkające w dużym mieście mają tendencję do większej akceptacji choroby. Podobne wyniki uzyskał Nowicki i wsp. [9], przedstawiający, że kobiety mieszkające w dużym mieście miały lepszą akceptację choroby ze względu na łatwiejszy dostęp do informacji i stowarzyszeń kobiet po mastektomii. Analiza danych nie wykazała zależności między wykształceniem a poziomem akceptacji, co potwierdzają Pawlik i Kaczmarek-Borowska [10]. Wyniki istotne statystycznie uzyskano dla zależności między czasem, jaki upłynął od zabiegu operacyjnego, a akceptacją choroby ( $p = 0,042$ ). Paw-

lik i Kaczmarek-Borowska również potwierdzają taką zależność w swoich badaniach [10]. 42% respondentek wykazała wysoki stopień akceptacji. Zbliżone wyniki ankietowanych podaje Nowicki i Ostrowska, w których wysoki poziom akceptacji miało 44% respondentek [11]. W badaniach Pawlik i Kaczmarek-Borowskiej wynik akceptacji choroby wyniósł 46% [10]. Wysokie wyniki mogą sugerować, że kobiety bardzo dobrze radzą sobie z chorobą nowotworową. W badanym materiale 40% kobiet stwierdza, że czuje się potrzebna. Pawlik i Kaczmarek-Borowska przedstawiają, że prawie 43% pacjentek [10], Nowicki i Ostrowska [11] że ponad 80% ankietowanych zdecydowanie czuje się potrzebna. 50% ankietowanych uważa, że nie jest ciężarem dla rodziny i przyjaciół, podobne wyniki podaje Pawlik i Kaczmarek – 53,7% [10]. Wyniki pokazują, że 27% kobiet czuje się zdecydowanie niezależna. Pełnowartościową osobą czuje się 32% ankietowanych kobiet. Podobne wyniki w swoich badaniach podaje Pawlik i Kaczmarek – 44,44% [10]. W badanym przez nas materiale 21% respondentek uważa się za samowystarczalne. W badaniach Nowickiego i Ostrowskiej wynik takich badań wynosi 44% [11].

Zaprezentowana praca przedstawia ocenę akceptacji choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. Wyniki uzyskane w badanej grupie wskazują na wysoki stopień akceptacji choroby, jest to wynik na poziomie 42%. Wysoki poziom akceptacji ma istotny wpływ na przystosowanie się do choroby oraz na samopoczucie psychiczne i ogólne funkcjonowanie pacjentów [11].

## Wnioski

Analiza materiału badawczego pozwoliły stwierdzić, że blisko połowa respondentek uzyskała wysoki poziom akceptacji choroby, co stwarza poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem. Uzyskane wyniki sugerują potrzebę spopularyzowaniu zastosowanej skali w codziennej praktyce lekarza rodzinnego, w kontekście kompleksowej opieki nad pacjentem onkologicznym, włączając współpracę z psychologiem czy psychiatrą.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana z działalności statutowej, projekt badawczy WNoZ-331-03/S/16.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Szewczyk K. *Epidemiologia i profilaktyka raka piersi*. W: Kornafel J, red. *Rak piersi*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2011: 5–13.
2. Miniszewska J, Adamska M. Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14(3): 202–212.
3. Ślubowska M, Ślubowski T. Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia* 2008; 12(1): 14–25.
4. Buczkowski A. *Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*. Kraków: Wydawnictwo APS; 2005: 107.
5. Klimowicz M, Drabek M. *Pisanie raka piersi. Internet jako źródło wiedzy i kreowania wizerunku choroby*. W: Zierkiewicz E, Łysak A, red. *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej; 2007: 6–12.
6. Terelak JF, Krzesicka E, Małkiewicz M. Poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych na raka piersi. *Stud Psychologica* 2009; 8(9): 21–44.
7. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
8. Pasek M, Dębska G. *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*. Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM; 2011: 75.
9. Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K. i wsp. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Ann Acad Med Stetin* 2009; 55(3): 81–85.
10. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2013; 2: 203–211.
11. Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merkuriusz Lek* 2008; 24(143): 403–407.

Adres do korespondencji:

Mgr Teresa Lewandowska-Abucewicz  
Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
Wydział Nauk o Zdrowiu PUM  
ul. Żołnierska 48  
71-210 Szczecin  
Tel.: 91 48-00-920  
E-mail: teresa.lewandowska@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2015 r.

Po recenzji: 06.07.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 01.10.2015 r.