

Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu

Mental adjustment to cancer in group of women with breast cancer before and after mastectomy and before and after breast conserving surgery

Agata Milik

Centrum Interwencji Kryzysowej, PCK w Gdańsku

Psychoonkologia 2013, 2: 50–55

Adres do korespondencji:

mgr Agata Milik
Centrum Interwencji Kryzysowej PCK
w Gdańsku
pl. Księdza Prałata Gustkowicza 13
80-543 Gdańsk-Nowy Port
e-mail: aga.milik@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy było zbadanie sposobów przystosowania się do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi przed zabiegiem chirurgicznym i po nim oraz wpływu rodzaju zabiegu chirurgicznego na przystosowanie się do choroby nowotworowej.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone z użyciem Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-Mac oraz ankiety własnej konstrukcji. Badaniami objęto 42 kobiety z nowotworem piersi. U połowy z nich przeprowadzono amputację piersi ($n = 21$), a u połowy zabieg oszczędzający ($n = 21$). Pomiar przeprowadzono dwukrotnie – tydzień przed zabiegiem oraz 3 miesiące po zabiegu. Dane zebrano w okresie od lipca 2011 r. do marca 2012 r. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, wykorzystując program SPSS.

Wyniki i wnioski: Pacjentki częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie (styl ducha walki i pozytywne przewartościowanie) zarówno przed zabiegiem, jak i po nim. Osoby badane rzadziej stosują destrukcyjne strategie radzenia sobie po zabiegu niż przed zabiegiem. Nie występują istotne statystycznie różnice dotyczące strategii radzenia sobie z chorobą u pacjentek z rakiem piersi w zależności od przebytego zabiegu (mastektomia czy zabieg oszczędzający).

Abstract

Background: The aim of the research was to explore mental adjustment to cancer in group of women with breast cancer before and after surgery as well as influence of type of surgery on mental adjustment to cancer.

Material and methods: The study was conducted with the use of The Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-Mac) and personal questionnaire on the sample of 42 women with breast cancer divided into two groups of surgeries (21 into a group of breast amputation and 21 into a group of breast conserving surgery). The research had two phases – first, one week before the surgery, second, three months after surgery. Data were collected between July 2011 and March 2012 and were statistically analysed utilizing SPSS.

Results and conclusions: No matter if patients were before or after the surgery, they use adaptive coping strategies (fighting spirit and cognitive avoidance) more often. Additionally, after the surgery, they use maladaptive coping strategies less frequently than before the surgery. No significant statistical differences were observed between the results of coping strategies of patients with breast cancer and the type of surgery (breast conserving surgery or mastectomy).

Słowa kluczowe: nowotwór piersi, amputacja piersi, zabieg oszczędzający, przystosowanie się do choroby nowotworowej.
Key words: breast cancer, breast amputation, breast conserving surgery, mental adjustment to cancer.

Wstęp

Po rozpoznaniu choroby nowotworowej psychologiczna sytuacja pacjenta z reguły staje się szczególnie trudna i często powoduje dystres. W życiu chorego pojawiają się liczne wyzwania natury emocjonalnej, społecznej i finansowej [1]. Z większości badań wynika jednak, że chorzy potrafią sobie radzić za pomocą różnych mechanizmów lub przystosowania się w szczególny sposób do choroby [2]. W pojęciu radzenia sobie z chorobą nowotworową możemy ująć indywidualne procesy regulacyjne jednostki służące do odzyskania zaburzonego samopoczucia i pozwalające na krótkotrwałe i długotrwałe dopasowanie się do trudności i problemów związanych z chorobą [3]. Według Moniki Dorfmüller w radzeniu sobie z chorobą nowotworową pomocne są zasoby zewnętrzne i wewnętrzne, ponieważ sieć zależności społecznych i potencjał osobowościowy pozostają ze sobą w ścisłych zależnościach [4]. Juczyński tłumaczy pojęcie radzenia sobie z chorobą nowotworową jako wpływ wielu wzajemnie przenikających się czynników, takich jak radzenie sobie z chorobą, konsekwencje choroby, złe samopoczucie, ból, długofalowe zmiany w jakości życia [5]. Wyróżniane są cztery strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową ujęte w dwóch grupach:

- strategie konstruktywne:
 - duch walki – choroba traktowana jako wyzwanie i działanie w celu zwalczania niedogodności,
 - pozytywne przewartościowanie – próba zmiany problemu swojej choroby w taki sposób, by zyskać nadzieję i zadowolenie z tych lat, które minęły, nie tracąc przy tym świadomości powagi sytuacji;
- strategie destrukcyjne:
 - zaabsorbowanie lękowe – odczuwanie niepokoju związanego z chorobą, którą traktuje się jako zagrożenie; poczucie nieustannego lęku i traktowanie wszystkich zmian jako pogorszenie stanu zdrowia,
 - bezradność-beznadziejność – poczucie zagubienia i bezradności, bierność poddanie się chorobie [5].

W literaturze dostępnych jest wiele badań, które dotyczą przystosowania się i radzenia sobie z chorobą nowotworową kobiet z rakiem piersi. Na ich podstawie można wyznaczyć trzy ogólne sposoby radzenia sobie:

- metody poznawcze – aktywne przetwarzanie informacji, które zmieniają znaczenie sytuacji, w jakiej znajduje się chory,
- metody emocjonalne – próba zdystansowania się do emocji,
- metody behawioralne – szukanie i wykorzystywanie wsparcia społecznego [6].

Pacjentki z rakiem piersi, które są na etapie choroby wymagającej zabiegu chirurgicznego, odbierają go często jako szkodliwy lub zagrażający zdrowiu. Kobiety najczęściej czują lęk oraz zaburzenia depresyjne. Nawet po roku od zabiegu 25% pacjentek odczuwa wysoki poziom dystresu, a amputacja piersi wiąże się ze zmianą obrazu własnego ciała oraz obrazu kobiecości, a także wpływa na funkcje seksualne i społeczne [6].

Kiedy leczenie zostaje zakończone, chore czują ulgę, ale często po pewnym czasie pojawia się stała obawa przed nawrotem choroby. Na tym etapie pacjentki mają silną potrzebę kontrolowania swojego zdrowia, traktują to jak nowe zadanie, pilnują wizyt lekarskich, przejmują odpowiedzialność za swoje zachowania zdrowotne [7].

Celem badań własnych było zweryfikowanie rodzaju przystosowania się do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po nim.

Zostały postawione dwa pytania badawcze oraz sformułowane do nich dwie hipotezy:

Pytanie badawcze 1: Czy przebycie zabiegu chirurgicznego wpływa na przystosowanie się do choroby u pacjentek z rakiem piersi?

- Hipoteza 1: Pacjentki przed zabiegiem częściej stosują destrukcyjne strategie radzenia sobie, a rzadziej konstruktywne. Po zabiegu natomiast częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie, a rzadziej destrukcyjne.

Pytanie badawcze 2: Czy rodzaj zabiegu wpływa na przystosowanie się do choroby u pacjentek z rakiem piersi?

- Hipoteza 2: Rodzaj zabiegu nie ma wpływu na przystosowanie się do choroby u pacjentek z rakiem piersi.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od lipca 2011 r. do marca 2012 r. dzięki współpracy z chirurgiem onkologiem Dariuszem Sokołowskim.

Osoby badane spełniały wcześniej założone kryteria. Wszystkie 42 pacjentki miały raka piersi. Połowa z nich ($n = 21$) została zakwalifikowana do grupy, która miała przejść amputację piersi, a połowa ($n = 21$) czekała na zabieg oszczędzający. Każda osoba badana wypełniała dwukrotnie takie same kwestionariusze bez względu na rodzaj zaplanowanego zabiegu. Pierwszy pakiet kwestionariuszy badane otrzymywały na ostatniej konsultacji przed zabiegiem chirurgicznym – tydzień przed operacją. Wypełnione kwestionariusze badane przynosiły w dniu operacji. Drugi pakiet kwestionariuszy wysyłany był pocztą 3 miesiące po przebyciu zabiegu chirurgicznego. Badane wypełniały kwestionariusze i odsyłały je na podany adres.

W skład kwestionariuszy wchodziły wymienione poniżej narzędzia:

- Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-Mac (M. Watson i wsp.),
- ankieta własna stworzona na potrzeby badania.

Zebrane dane poddano analizie statystycznej za pomocą programu SPSS.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniach wzięły udział 42 kobiety. W związku z zaawansowaniem choroby 21 kobiet zostało zaklasyfikowanych przez chirurga onkologa do zabiegu amputacji piersi (mastektomii), kolejne 21 kobiet miało przejść zabieg oszczędzający. Badane nie chorowały wcześniej na inne choroby nowotworowe i również w trakcie badania nie miały żadnych innych nowotworów. Każda pacjentka wiedziała już od przynajmniej miesiąca o swojej chorobie. Wszystkie kobiety przychodziły na wizyty do tego samego chirurga onkologa. Ten sam lekarz przeprowadzał zabieg chirurgiczny u każdej pacjentki. Wszystkie kobiety wyraziły zgodę na udział w badaniu i zostały poinformowane o podstawowych zasadach jego przeprowadzenia.

Średnia wieku badanych dla obu grup wyniosła w zaokrągleniu 59 lat (58,79). Średnie w obu grupach były bardzo zbliżone: w grupie przed zabiegiem oszczędzającym – 58,76 roku, a w grupie przed amputacją piersi – 58,81 roku.

Dzięki ankiecie własnej sprawdzono również występowanie u badanych innych chorób i dolegliwości poza chorobą nowotworową. W grupie z mastektomią 62% patientek zaznaczyło współwystępowanie innych chorób, a 38% zaprzeczyło. W grupie z zabiegiem oszczędzającym sytuacja była odwrotna – 38% kobiet poinformowało o dodatkowych chorobach, a 62% zakreśliło ich brak.

Wyniki dotyczące występowania choroby nowotworowej w rodzinach patientek w obu grupach były podobne. W grupie z amputacją piersi 57%

kobiet miało w rodzinie osobę chorującą na raka. W grupie z zabiegiem oszczędzającym ten odsetek był nieznacznie niższy – 48% kobiet miało w rodzinie osobę chorą na raka.

Wyniki

Statystyki opisowe

W tabelach I i II podano statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe – SD) kwestionariusza Mini-Mac użytego w dwóch grupach badanych przed zabiegiem chirurgicznym i po nim.

W grupie kobiet poddanych zabiegowi oszczędzającemu uzyskano następujące średnie wyniki strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową przed zabiegiem: zaabsorbowanie lękowe – 16,14 (SD = 4,963), duch walki – 23,62 (SD = 4,117), bezzadność-beznadziejność – 11,57 (SD = 4,523), pozytywne przewartościowanie – 21 (SD = 4,68), strategie konstruktywne – 44,62 (SD = 7,839), strategie destrukcyjne – 27,71 (SD = 9,04). Najczęściej stosowane były konstruktywne strategie radzenia sobie (w tym najczęściej duch walki), a najrzadziej strategie destrukcyjne (w tym najrzadziej bezzadność-beznadziejność).

W tej samej grupie po zabiegu uzyskano następujące wyniki: zaabsorbowanie lękowe – 15,24 (SD = 5,029), duch walki – 23,81 (SD = 2,294), bezzadność-beznadziejność – 11,33 (SD = 4,397), pozytywne przewartościowanie – 21,95 (SD = 2,837), strategie konstruktywne – 45,76 (SD = 3,961), strategie destrukcyjne – 26,57 (SD = 8,669). Najczęściej stosowane były konstruktywne strategie radzenia sobie (w tym najczęściej duch walki), a najrzadziej strategie destrukcyjne (w tym najrzadziej bezzadność-beznadziejność).

W grupie kobiet poddanych zabiegowi mastektomii uzyskano następujące średnie wyniki strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową przed zabiegiem: zaabsorbowanie lękowe – 16,9 (SD = 3,562), duch walki – 23,19 (SD = 2,62), bezzadność-beznadziejność – 11,81 (SD = 3,737), pozytywne przewartościowanie – 21,62 (SD = 3,154), strategie konstruktywne – 44,81 (SD = 5,006), strategie destrukcyjne – 28,71 (SD = 5,968). Najczęściej stosowane były konstruktywne strategie radzenia sobie (w tym najczęściej duch walki), a najrzadziej strategie destrukcyjne (w tym najrzadziej bezzadność-beznadziejność).

W tej samej grupie po zabiegu uzyskano następujące wyniki: zaabsorbowanie lękowe – 15,48 (SD = 3,108), duch walki – 23,67 (SD = 3,199), bezzadność-beznadziejność – 10,67 (SD = 2,556), pozytywne przewartościowanie – 22,29 (SD = 2,077),

Tabela I. Statystyki opisowe dla kwestionariusza Mini-Mac w grupie kobiet poddanych zabiegowi oszczędzającemu
Table I. Descriptive statistics for the Mini-Mac Questionnaire for a group of women related to conserving treatment

Strategie Mini-Mac	Średnia przed zabiegiem	SD przed zabiegiem	Średnia po zabiegu	SD po zabiegu
zaabsorbowanie lękowe	16,14	4,963	15,24	5,029
duch walki	23,62	4,117	23,81	2,294
bezzadność-beznadziejność	11,57	4,523	11,33	4,397
pozytywne przewartościowanie	21	4,68	21,95	2,837
strategie konstruktywne	44,62	7,839	45,76	3,961
strategie destrukcyjne	27,71	9,04	26,57	8,669

Źródło: opracowanie własne

Tabela II. Statystyki opisowe dla kwestionariusza Mini-Mac w grupie kobiet poddanych mastektomii
Table II. Descriptive statistics for the Mini-Mac Questionnaire for a group of women related to mastectomy

Strategie Mini-Mac	Średnia przed zabiegiem	SD przed zabiegiem	Średnia po zabiegu	SD po zabiegu
zaabsorbowanie lękowe	16,9	3,562	15,48	3,108
duch walki	23,19	2,62	23,67	3,199
bezzadność-beznadziejność	11,81	3,737	10,67	2,556
pozytywne przewartościowanie	21,62	3,154	22,29	2,077
strategie konstruktywne	44,81	5,006	45,95	4,105
strategie destrukcyjne	28,71	5,968	26,14	4,82

Źródło: opracowanie własne

konstruktywne strategie – 45,95 (SD = 4,105), destrukcyjne strategie – 26,14 (SD = 4,82). Najczęściej stosowane były konstruktywne strategie radzenia sobie (w tym najczęściej duch walki), a najrzadziej strategie destrukcyjne (w tym najrzadziej bezzadność-beznadziejność).

Weryfikacja hipotez

Hipoteza 1: Pacjentki przed zabiegiem częściej stosują destrukcyjne strategie radzenia sobie, a rzadziej konstruktywne. Po zabiegu natomiast częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie, a rzadziej destrukcyjne.

Do zweryfikowania powyższej hipotezy użyto jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) i skorzystano z wyników, które dotyczyły efektu głównego czasu.

Na podstawie otrzymanych wyników (tab. III), porównując średnie, można zauważyć, że pacjentki częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie (najczęściej styl ducha walki, a następnie pozytywne przewartościowanie) zarówno przed zabiegiem, jak i po nim.

Nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi dla strategii duch walki, pozytywne przewartościowanie i strategii konstruktywnych. Dodatkowo można stwierdzić istotne statystycznie różni-

ce pomiędzy średnimi dotyczącymi destrukcyjnych stylów radzenia sobie. Różnice te występują w zaabsorbowaniu lękowym ($p = 0,002$), bezzadności-beznadziejności ($p = 0,038$), a także w ogólnie ujętych stylach destrukcyjnych ($p = 0,002$). We wszystkich strategiach, przy których występują istotne różnice statystyczne, można zaobserwować zmniejszenie średnich wyników po zabiegu. Oznacza to, że pacjentki rzadziej stosują destrukcyjne strategie radzenia sobie po zabiegu niż przed zabiegiem.

Hipoteza 2: Rodzaj zabiegu nie ma wpływu na przystosowanie się do choroby u pacjentek z rakiem piersi.

Do zweryfikowania powyższej hipotezy użyto jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) i skorzystano z wyników, które dotyczyły efektu głównego grupy.

Na podstawie otrzymanych wyników (tab. IV) można zauważyć, że nie występują istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami dotyczącymi strategii radzenia sobie z chorobą u pacjentek z rakiem piersi w zależności od przebytego zabiegu (mastektomia czy zabieg oszczędzający).

Dyskusja

Podsumowując, należy zweryfikować pierwszą hipotezę. Pacjentki przed zabiegiem i po nim częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie.

Tabela III. Wpływ przebycia zabiegu chirurgicznego na strategie radzenia sobie z chorobą u wszystkich badanych
Table III. Impact of undergoing a surgery on strategies of coping with the disease in all subjects

Strategie radzenia sobie z chorobą	Średnia przed zabiegiem	SD przed zabiegiem	Średnia po zabiegu	SD po zabiegu	F (1;41)	Istotność (p)	ETA ²
zaabsorbowanie lękowe	16,52	4,284	15,36	4,131	10,638	0,002	0,21
duch walki	23,40	3,415	23,74	2,75	0,414	0,523	0,01
bezzadność-beznadziejność	11,69	4,099	11	3,568	4,593	0,038	0,103
pozytywne przewartościowanie	21,31	3,954	22,12	2,461	2,504	0,121	0,059
strategie konstruktywne	44,71	6,497	45,86	3,985	1,413	0,242	0,034
strategie destrukcyjne	28,21	7,582	26,36	6,931	11,022	0,002	0,216

Źródło: opracowanie własne

Tabela IV. Wpływ rodzaju zabiegu chirurgicznego na stosowane strategie radzenia sobie z chorobą u wszystkich badanych
Table IV. Impact of the kind of a surgery on strategies of coping with the disease in all subjects

Strategie radzenia sobie z chorobą	F (1;41)	Istotność (p)	ETA ²
zaabsorbowanie lękowe	0,157	0,694	0,004
duch walki	0,122	0,728	0,003
bezzadność-beznadziejność	0,034	0,854	0,001
pozytywne przewartościowanie	0,287	0,595	0,007
strategie konstruktywne	0,019	0,891	0,001
strategie destrukcyjne	0,017	0,897	0,001

Źródło: opracowanie własne

Dodatkowo przebycie zabiegu wpływa na zmniejszenie stosowania strategii destrukcyjnych.

W literaturze nie znaleziono doniesień dotyczących badań nad stylami radzenia sobie z chorobą przed zabiegami chirurgicznymi i po nich u kobiet z rakiem piersi. Istnieją jednak badania, które potwierdzają, że pacjentki z rakiem piersi ogólnie znacznie częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą (strategie konstruktywne – $M = 40,26$ i $SD = 6,66$; strategie destrukcyjne – $M = 35,83$ i $SD = 9,37$) [5].

Z badań Kozaki można wyciągnąć dodatkowe wnioski. U pacjentek chorych na raka, które podejmują wysiłki przezwyciężenia choroby i stosują konstruktywne strategie radzenia sobie, współwystępują lepsza jakość życia, lepsze funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze, sprawność fizyczna oraz możliwość pełnienia różnych ról zawodowych [8].

Bardzo istotne są procesy poznawcze, które polegają na wytworzeniu osobistego znaczenia choroby, zdobycia kontroli, wzmacnianiu samooceny, zrozumienia doświadczenia. Bardzo ważne jest, że diagnoza i leczenie raka piersi mogą wywoływać pozytywne zmiany w życiu kobiet. Zmiany te dotyczą zwrócenia większej uwagi na rodzinę i przyjaciół, stania się bardziej akceptującymi, przewartościowania swego życia, mogą prowadzić do weryfikacji celów życiowych. Pozytywne zmiany

mogą wynikać ze zjawiska nazywanego „znajdowaniem korzyści” (*benefit finding*) [6]. Według Cheng istotna jest elastyczność radzenia sobie (*coping flexibility*), dzięki której chore dobrze dopasowują radzenie sobie do specyficznych wymogów sytuacji stresowej [6]. Jest wiele innych teorii, które podkreślają różne sposoby radzenia sobie oraz cechy i źródła pomocne w procesach zaradczych, np. poczucie koherencji, optymizm, wiara w innych, wsparcie społeczne itd. [9].

Wyniki badań potwierdzają hipotezę 2. Rodzaj zabiegu nie ma wpływu na przystosowanie się do choroby u pacjentek z rakiem piersi.

Według badań, które opisuje Juczyński, pacjentki z rakiem piersi częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą [5]. Wyniki te może tłumaczyć teoria Taylor, która dotyczy adaptacji do zagrażających wydarzeń. Zdaniem Taylor każdy osoba przeżywająca kryzys angażuje się w sytuację, a następnie poszukuje znaczenia tej sytuacji, co może prowadzić do poczucia sprawczości i odzyskania kontroli, a także do poprawy samooceny [6].

W wypadku kobiet z rakiem piersi rodzaj zabiegu chirurgicznego może być mało znaczący, ponieważ operacja sama w sobie jest stresującym wydarzeniem. Pacjentki mogą odczuwać znaczny stres i lęk, które dotyczą ogólnie zabiegu chirurgicznego i wiążą się np. z narkozą i bólem pooperacyjnym

[10]. W badaniu własnym wyniki ukazują ogólną charakterystykę działania i radzenia sobie z chorobą, specyficzną dla kobiet z rakiem piersi. Rodzaj zabiegu chirurgicznego jest w tym wypadku nieistotny.

Potwierdzenie jednej hipotezy i pewne niejednoznaczne wyniki mogą być spowodowane różnymi przyczynami. Badana grupa składała się z nie-dużej próby – 42 kobiet chorych na raka piersi (po 21 pacjentek w grupach leczenia oszczędzającego i mastektomii). Zwiększenie liczby pacjentek było by bardzo korzystne dla badania. Dodatkowo badane zmienne są zmiennymi złożonymi, mogą na nie wpływać dodatkowe czynniki, które trudno jest wyeliminować podczas badania. Oprócz tego badane mogły wypełniać kwestionariusze w różnych warunkach, ponieważ robiły to w swoich miejscach zamieszkania.

Pomimo że nie wszystkie hipotezy zostały potwierdzone, z całego badania można wyciągnąć ciekawe wnioski. Otwiera to możliwość kontynuowania badania z większą liczbą osób oraz w późniejszym czasie po zabiegach u tych samych pacjentek. Badania własne pokazują, że nowotwór piersi ma duży wpływ na wiele aspektów życia kobiet, a strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową zależą od wielu czynników psychicznych. Optymistycznym wnioskiem jest to, że większość badanych pacjentek stosuje konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą. Opisane badania dotyczyły tylko wycinka rzeczywistości kobiet chorych na raka piersi, dlatego warto je kontynuować, uwzględniając również inne aspekty medyczne, psychologiczne i społeczne.

Wnioski

1. Pacjentki z rakiem piersi przed zabiegiem i po nim częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie niż destrukcyjne.
2. Przebieg zabiegu wpływa na obniżenie stosowania strategii destrukcyjnych u kobiet z rakiem piersi.
3. Rodzaj zabiegu nie ma wpływu na strategię przystosowania się do choroby u kobiet z rakiem piersi.

Piśmiennictwo

1. Widera A. Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową. W: Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK (red.). Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007; 67-82.
2. Juczyński Z, Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1999; 5: 3-9.
3. Weis J. Psychoonkologia – podstawy teoretyczne i koncepcje leczenia. W: Unger C, Weis J (red.). *Onkologia. Niekonwencjonalne i wspomagające sposoby terapii – strategie terapeutyczne*. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008; 50-75.

4. Dorfmueller M. O historii i rozwoju psychoonkologii. W: Dorfmueller M, Dietzfelbinger H (red.). *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008; 11-13.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
6. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2007.
7. Allen JD, Savadatti S, Gurmankin LA. The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 71-78.
8. Kozaka J. Dynamika jakości życia i przystosowania psychicznego do zaawansowanej choroby nowotworowej. W: Martynowicz E (red.). *Motywy, cele, wartości*. Impuls, Kraków 2004; 305-330.
9. Mróz B, Turkiewicz A, Mordarski S. Quality of life in the course of oncologic disease in women. W: Jankowski K, Steuden S (red.). *Biopsychosocial aspects of health and disease*. Vol. 1. CPPP Scientific Press, Lublin 2009; 176-183.
10. Janiszewska J. Niektóre czynniki determinujące poziom lęku u pacjentek z guzem piersi oczekujących na operację. *Psychoonkologia* 2009; 7: 49-54.