

Psychospołeczne funkcjonowanie kobiet po mastektomii. Część II. Ocena wsparcia psychicznego uzyskanego w okresie pooperacyjnym przez kobiety po mastektomii

Psychosocial functioning of women after mastectomy. Part II. Assessment of psychological support obtained during the post-operative period by women after mastectomy

Edyta Gacek¹, Maria Siwek²

¹Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie

²Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Psychoonkologia 2018, 22 (3): 96–101
DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.87891>

Adres do korespondencji:

Edyta Gacek
Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza
w Tarnowie
e-mail: edyta.gacek@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Rak piersi jest przyczyną wielu problemów psychologicznych utrudniających funkcjonowanie psychospołeczne dotkniętych nim kobiet. Z tego powodu istotne jest wsparcie, które pozwala na spojrzenie na chorobę oraz związane z nią problemy z innej perspektywy, co w konsekwencji prowadzi do jej akceptacji. Celem badań była ocena wsparcia psychicznego uzyskanego w okresie pooperacyjnym przez kobiety po zabiegu mastektomii.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę liczącą 52 kobiety po zabiegu mastektomii zrzeszone w Stowarzyszeniu Kobiet z Problemami Onkologicznymi „Amazonka” w Tarnowie i Brzesku. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety opracowany w celu identyfikacji głównych problemów kobiet w okresie pooperacyjnym, źródeł wsparcia oraz ich oceny.

Wyniki: Analiza pozyskanego materiału wykazała, że 64% ankietowanych oceniło wsparcie psychiczne otrzymane w szpitalu jako niewystarczające, natomiast w opinii 54% kobiet wsparcie otrzymane w środowisku zamieszkania było wystarczające. Jako główne źródło wsparcia psychicznego w okresie pooperacyjnym 63% ankietowanych wskazało zarówno personel szpitala, jak i rodzinę. Na uwagę zasługuje fakt, że 88% ankietowanych widziało potrzebę opieki psychoonkologa w okresie pooperacyjnym.

Wnioski: Wsparcie w okresie pooperacyjnym ma istotne znaczenie z punktu widzenia poprawy komfortu psychicznego pacjentek oraz optymalizacji procesu leczenia, dlatego należy dążyć do rozwijania umiejętności personelu medycznego w zakresie udzielania wsparcia pacjentom onkologicznym oraz radzenia sobie z własnymi emocjami. Zasadne wydaje się opracowanie i wdrożenie kryteriów doboru personelu medycznego zatrudnianego na oddziałach onkologicznych, a także wprowadzenie porady psychoonkologicznej jako standardowej procedury w opiece nad pacjentem onkologicznym.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the cause of numerous psychological problems that hinder the psychosocial functioning of women affected thereby. Therefore, support is crucial because it allows for looking at this disease and aspects connected therewith from a different perspective, leading, as a result, to its

acceptance. The aim of the study was the assessment of psychological support obtained during the post-operative period by women after mastectomy.

Material and methods: The study comprised a group of 52 women after mastectomy, belonging to the Association of Women with Cancer Problems "The Amazon" in Tarnów and Brzesko. Author's own survey questionnaire was used as a research tool, developed to identify the main problems of respondents during the post-operative period, sources of support and their assessment.

Results: The analysis of obtained material demonstrates that 64% of respondents assessed the psychological support obtained in the hospital as insufficient, however, in the opinion of 54% of women, the support obtained in their residential environment was sufficient. As the main source of psychological support during the post-operative period, 63% of respondents indicated both hospital staff and family. It is worthwhile to mention that 88% of respondents postulated the need for psycho-oncologist care during the post-operative period.

Conclusions: Support during the post-operative period is very important from the perspective of improving the psychological comfort of patients and optimisation of treatment process, therefore, it is so crucial to seek development of medical staff's skills as regards the provision of support to cancer patients and dealing with own emotions. Also, it seems to be justified to develop and implement certain criteria for the selection of medical staff employed in cancer departments as well as to introduce psycho-oncologist's care as a standard procedure in the treatment of cancer patients.

Słowa kluczowe: wsparcie psychiczne, rak piersi, mastektomia.

Key words: psychological support, breast cancer, mastectomy.

Wstęp

Rak piersi jest nowotworem najczęściej występującym u kobiet w Polsce i na świecie [1]. Stanowi on przyczynę wielu problemów psychologicznych, ponieważ powoduje obniżenie nastroju, poczucie wstydu, osamotnienia, izolacji oraz obrzydzenia do samej siebie, co może skutkować zaniżeniem samooceny i utratą samoakceptacji [2, 3].

Dla niektórych kobiet poważnym problemem jest konieczność przystosowania się do warunków szpitalnych i odnalezienia się w roli pacjentki [2, 4]. Często przyczyną nastawienia lękowego jest konieczność poddania się zabiegowi chirurgicznemu. Zazwyczaj obawy dotyczą możliwości wystąpienia powikłań w czasie operacji, niekompetencji lekarzy, niewłaściwego zachowania się podczas wybudzania z narkozy. Lęk potęgują informacje na temat leczenia uzyskiwane od innych pacjentów, którzy subiektywnie postrzegają i interpretują rzeczywistość i na tej podstawie formułują swoje opinie [2].

Czas potrzebny do zaakceptowania siebie w roli osoby chorej i odzyskania równowagi psychicznej jest różny u poszczególnych kobiet, dlatego wydaje się, że istotne znaczenie ma wsparcie psychiczne, które ułatwia adaptację do niekomfortowej sytuacji, jaką niewątpliwie jest choroba nowotworowa [5]. Wsparcie można definiować jako środki dostarczane poprzez interakcje z innymi ludźmi, jako działa-

nie mające na celu podtrzymywanie drugiej osoby, która znalazła się w trudnej sytuacji życiowej [6]. Może się ono wyrażać w empatii, życzliwości, umiejętnym słuchaniu, obecności przy tej osobie (wsparcie zewnętrzne), wspieraniu w poszukiwaniu celów życiowych i sensu życia (wsparcie wewnętrzne), w informowaniu (wsparcie informacyjne), edukowaniu (wsparcie instrumentalne) oraz poprawie warunków jej otoczenia czy pomocy finansowej (wsparcie materialne) [6, 7].

Osoby mogące liczyć na wsparcie otoczenia są w mniejszym stopniu narażone na stres i zdrowsze [8]. Wsparcie umożliwia spojrzenie na swoją sytuację życiową z innej perspektywy, zmienia postrzeganie choroby, procesu leczenia i innych związanych z nią problemów, co skutkuje wypracowaniem pożądaných mechanizmów adaptacyjnych, a w konsekwencji akceptacją choroby [9].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wsparcia psychicznego uzyskanego w okresie pooperacyjnym przez kobiety po zabiegu mastektomii.

Material i metody

Badaniem objęto grupę 52 kobiet, u których w przeszłości wykonano zabieg mastektomii, zrzeszonych w Stowarzyszeniu Kobiety z Problemami

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	n	%
miejsce zamieszkania		
miasto	48	92
wieś	4	8
wykształcenie		
podstawowe	4	8
zawodowe	7	13
średnie	27	52
wyższe	14	27
zatrudnienie		
pracuje	5	9
bezrobotna	2	4
rolnicza	0	0
emerytka	42	81
rencistka	3	6
stan cywilny		
wolna	1	2
zamężna	36	69
rozwidziona	4	8
wdowa	11	21
potomstwo		
nie posiada	3	6
1 dziecko	8	15
2 dzieci	31	60
więcej niż 2 dzieci	10	19
występowanie raka piersi w rodzinie		
nie występował	44	84
matka	3	6
siostra	3	6
babka	0	0
matka i siostra	2	4
zakres wykonanej mastektomii		
jedna pierś	50	96
obie piersi	2	4

Tabela 2. Główny problem w okresie pooperacyjnym w ocenie ankietowanych

Problem	n	%*
ból pooperacyjny	8	15
obawa o własne zdrowie	35	67
brak wiedzy na temat choroby	6	12
konieczność poddania się dalszemu leczeniu (radioterapia, chemioterapia)	17	33
trudność w zaakceptowaniu zmian w wyglądzie zewnętrznym	10	19
obawa przed odrzuceniem przez partnera	2	4
inne (w obu przypadkach stany depresyjne)	2	4

*Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowane mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Onkologicznymi „Amazonka” w Tarnowie (32 kobiety) oraz Brzesku (20 kobiet). Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby prowadzonych badań, składający się z metryczki oraz siedmiu pytań służących do identyfikacji głównych problemów występujących w okresie pooperacyjnym, źródeł wsparcia w środowisku szpitalnym oraz środowisku zamieszkania i ich oceny. Respondentki zostały poinformowane, że ankieta jest anonimowa, a uzyskane odpowiedzi zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Pozyskany materiał zamieszczono w arkuszach Excel 2010 oraz poddano analizie statystycznej przy użyciu testu χ^2 , przyjmując za istotną statystycznie wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 52 kobiet w wieku 40–82 lat, średnia wieku wynosiła $67,5 \pm 7,56$ roku. Zdecydowana większość z nich mieszkała w mieście (92%), natomiast pozostałe 8% na wsi. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (52%), głównie emerytki (81%), kobiety zamężne (69%) oraz posiadające dwoje dzieci (60%). Najczęściej (84%) w rodzinie respondentek nie występował nowotwór piersi. W zdecydowanej większości przypadków mastektomia dotyczyła jednej piersi (96%), jedynie u 4% pacjentek wykonano obustronną mastektomię (tab. 1).

Jako główny problem w okresie pooperacyjnym ankietowane wskazały obawę o własne zdrowie (67%), konieczność poddania się dalszemu leczeniu, np. radioterapii i/lub chemioterapii (33%), oraz trudność w zaakceptowaniu zmian w wyglądzie zewnętrznym (19%). Mniejszym problemem dla ankietowanych był ból pooperacyjny (15%) czy też brak wiedzy na temat choroby (12%) (tab. 2).

Jako główne źródło wsparcia w środowisku szpitalnym 50% respondentek wskazało lekarzy oraz 27% pielęgniarki, natomiast 1/5 ankietowanych stwierdziła, że w ogóle nie otrzymała wsparcia ze strony personelu szpitalnego. W środowisku zamieszkania respondentki najczęściej wsparcia otrzymały od męża (58%), dzieci (46%) oraz przyjaciół i znajomych (33%). Tylko jedna osoba deklarowała całkowity brak wsparcia ze strony bliskich (tab. 3).

Większość respondentek (64%) oceniła wsparcie otrzymane w szpitalu jako niewystarczające (uzyskany wynik był istotny statystycznie), natomiast 21% kobiet nie zajęło stanowiska w tej kwestii. Przeszło połowa respondentek (54%) określiła wsparcie uzyskane w środowisku zamieszkania jako wystarczające (w tym przypadku również wynik był istotny statystycznie), natomiast 25%

Tabela 3. Źródła wsparcia psychicznego uzyskanego w szpitalu oraz w środowisku zamieszkania

Źródło wsparcia	n	%*
szpital		
lekarze	26	50
pielęgniarki	14	27
duchowni	2	4
psycholog	1	2
inne osoby	4	8
brak wsparcia	11	21
środowisko zamieszkania		
mąż	30	58
dzieci/dziecko	24	46
rodzeństwo	10	19
rodzice	4	8
przyjaciele, znajomi	17	33
krewni	6	12
sąsiedzi	4	8
brak wsparcia	1	2

*Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowane mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

ankietowanych nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie (tab. 4). Większość ankietowanych uważała, że źródłem wsparcia psychicznego w okresie pooperacyjnym powinien być zarówno personel szpitala, jak i rodzina (63%), natomiast nieco mniej niż 1/3 (29%) ankietowanych jako

główne źródło wsparcia wskazała tylko rodzinę (ryc. 1).

Zdecydowana większość ankietowanych (88%) stwierdziła, że osoby dotknięte chorobą nowotworową powinny zostać objęte opieką psychoonkologą, a tylko 4% nie widziało takiej potrzeby (ryc. 2).

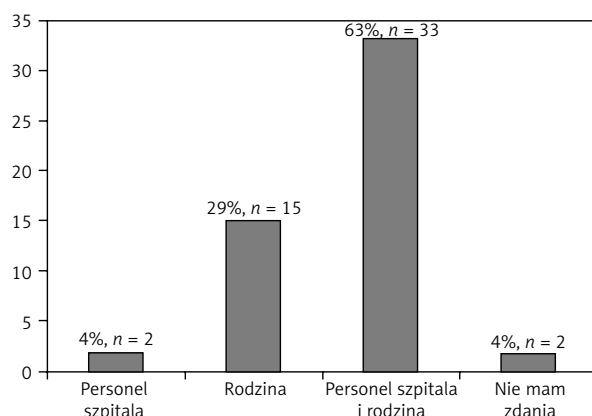
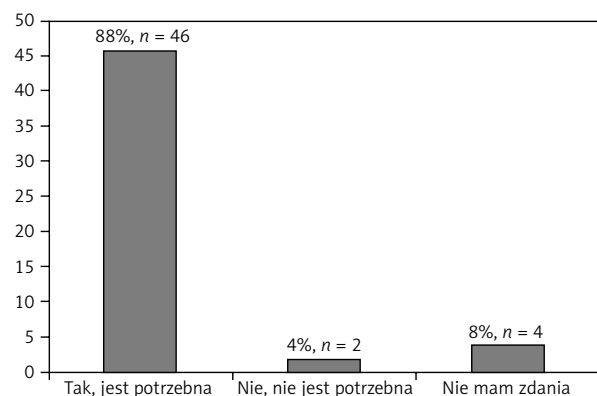
Dyskusja

Nowotwór piersi oraz jego konsekwencje zdrowotne, psychologiczne i społeczne stanowią niewątpliwie poważny problem dla kobiet dotkniętych tym schorzeniem. Analiza badań własnych wykazała, że najistotniejszymi problemami kobiet po zabiegu mastektomii były obawy o własne zdrowie, konieczność poddania się dalszemu leczeniu oraz trudność w zaakceptowaniu zmian w wyglądzie zewnętrznym. Z badań Bulsy i wsp. [10] wynika, że w trakcie hospitalizacji dyskomfort pacjentek poddanych zabiegowi mastektomii wynikał głównie z izolacji od rodziny, ponieważ utrudniała ona otrzymywanie wsparcia ze strony najbliższych. Kolejną niedogodność stanowił widok cierpienia innych pacjentek, a także – w mniejszym stopniu – sam fakt hospitalizacji, konieczność poddania się bolesnym badaniom, jak również brak wiedzy na temat choroby oraz poczucie braku zrozumienia przez otoczenie, co było źródłem nasilenia lęków i obaw oraz doznania bezradności.

Tabela 4. Ocena wsparcia psychicznego uzyskanego w okresie pooperacyjnym w szpitalu oraz w środowisku zamieszkania

Ocena wsparcia psychicznego uzyskanego w okresie pooperacyjnym	W szpitalu		W środowisku zamieszkania		Analiza statystyczna		
	n	%	n	%	χ^2	df	p
Wystarczające	8	15	28	54	16,99	1	0,0000*
Niewystarczające	33	64	11	21	19,07	1	0,0000*
Trudno powiedzieć	11	21	13	25	0,22	1	0,6413

χ^2 – test χ^2 , df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności ($p < 0,05$), *wynik istotny statystycznie.

**Rycina 1.** Główne źródło wsparcia psychicznego w okresie pooperacyjnym**Rycina 2.** Zapotrzebowanie na opiekę psychoonkologą w okresie pooperacyjnym

Jako głównych dawców wsparcia w środowisku szpitalnym większość ankietowanych wskazała lekarzy (50%) oraz pielęgniarki (27%), jednak co piąta kobieta (21%) stwierdziła, że w ogóle nie otrzymała wsparcia podczas pobytu w szpitalu, a dla większości (64%) wsparcie psychiczne uzyskane w szpitalu nie było wystarczające. Zastanawiające jest, co stanowi przyczynę takiej sytuacji. Mogła ona wynikać z faktu, że lekarze w obawie przed nadmiernym zaangażowaniem emocjonalnym w problemy pacjenta, chroniąc własne zasoby psychiczne, stosują różne mechanizmy obronne. Mogą oni przyjmować postawę przesadnie rzeczową lub unikać bliższego kontaktu z pacjentem, zaprzeczając w ten sposób istnieniu problemu, czy też dezawuować znaczenie działań psychoterapeutycznych w opiece nad pacjentem [2, 5]. Bariera komunikacyjna pomiędzy lekarzem a pacjentem może wynikać z jednej strony z używania przez lekarzy terminologii niezrozumiałej dla pacjentów, a z drugiej z niechęci do zadawania pytań lekarzowi, mimo braku zrozumienia przekazywanych informacji. Ponadto różnice społeczno-kulturowe pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz postrzeganie lekarza jako osoby o wyższym statusie społecznym dodatkowo utrudniają skuteczną komunikację [11]. Personel pielęgniarski po części naśladuje zachowania lekarzy, traktując pacjenta bezosobowo, protekcjonalnie, przyjmując wobec niego postawy, które mogą zostać zinterpretowane jako lekceważące [2, 5, 12]. Efektywną komunikację zaburza także unikanie wyjaśniania pacjentowi niezrozumiałych dla niego kwestii, które przez pielęgniarki są uznawane za oczywiste. Budowaniu zaufania oraz poczucia wsparcia nie służy również przedmiotowe traktowanie pacjenta, wyrażające się w unikaniu go oraz niedostrzeganiu jego problemów, a skupianiu się wyłącznie na wykonywaniu zleceń lekarskich [13]. Wyniki badań Zienuk [12] pokazują, że dla pacjenta onkologicznego w trakcie hospitalizacji priorytetem jest pozyskanie od personelu medycznego informacji, natomiast czynności instrumentalne oraz wsparcie emocjonalne mają znaczenie drugorzędne. Z badań Cepuch i Bereś [14] wynika, że wsparcie udzielane przez personel pielęgniarski może pomóc pacjentowi w wyborze strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, wzmacniać wiarę w możliwość pokonania choroby, jak również zwiększać zaufanie do personelu medycznego.

W materiale własnym zwraca uwagę fakt, że lekarze udzielają pacjentkom znacznie więcej wsparcia niż personel pielęgniarski, mimo że w trakcie dyżuru pielęgniarki mają częstszy kontakt z pacjentkami niż lekarze. Ponadto mogłoby się wydawać, że pielęgniarki jako kobiety lepiej rozumieją

uczucia i potrzeby pacjentek poddawanych zabiegowi mastektomii. Warto się zastanowić, co jest przyczyną tej sytuacji. Zasadne wydaje się przeprowadzenie w przyszłości odrębnych badań, które pozwoliłyby określić, czy trudność w występowaniu w roli dawców wsparcia przez pielęgniarki wynika z ich cech osobowości, sposobu bycia czy też jest efektem wypalenia zawodowego, na które są narażone z uwagi na permanentny kontakt z cierpieniem osób chorych, często nieuleczalnie, trudności w odreagowywaniu negatywnych emocji lub braku takiej możliwości, braku wsparcia ze strony grupy zawodowej czy niewystarczającego przygotowania merytorycznego.

W badaniach własnych zaobserwowano, że w środowisku zamieszkania kobiety najczęściej mogły liczyć na męża, dzieci oraz przyjaciół i znajomych, a uzyskane wsparcie dla ponad połowy ankietowanych było wystarczające. Z badań przeprowadzonych przez Stępień i Wiraszkę [15] wynika, że najistotniejszą rolę w adaptacji funkcjonalnej kobiet po zabiegu mastektomii odegrała rodzina. Satysfakcjonujące życie rodzinne wpłynęło pozytywnie na stan emocjonalny kobiet, percepcję choroby oraz funkcjonowanie w życiu codziennym. Z kolei Bąk-Sosnowska i wsp. [16] doszły do wniosku, że kobiety poddane zabiegowi mastektomii mające wsparcie ze strony rodziny w największym stopniu akceptowały chorobę, co z kolei wpływało na zmniejszenie lęku i pozytywne przewartościowanie choroby.

Z przeglądu dostępnego piśmiennictwa wynika, że ważną funkcję w procesie powrotu do sprawności psychofizycznej po mastektomii pełnią kluby „Amazonka”. Według Wybraniec-Lewickiej i wsp. [17] kobiety mogą w nich otrzymać wsparcie, co pomaga im odzyskać wiarę w siebie i odnaleźć się w społeczeństwie. Ponadto kluby stwarzają kobietom warunki do rekreacji i aktywności ruchowej. Badania Wiśniewskiej i Karolskiej [18] pokazują, że przebywanie wśród innych amazoнок zrzeszonych w stowarzyszeniu, preferowane zwłaszcza przez kobiety starsze, sprzyja akceptacji własnego ciała oraz stanu psychofizycznego. Kluby dają kobietom możliwość przebywania wśród osób znajdujących się w podobnej sytuacji życiowej, dzięki czemu nie czują się one odosobnione.

W badaniach własnych większość ankietowanych była zdania, że głównymi dawcami wsparcia w okresie pooperacyjnym powinni być personel szpitala i rodzina, wskazując ponadto potrzebę zapewnienia pacjentkom opieki psychoonkologicznej. Jak podają Zielazny i wsp. [19], psychoonkologia w Polsce dopiero się rozwija. Świadczenia psychoonkologiczne nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjenci onkologiczni mogą uzyskać pomoc na zasadach określonych

przez płatnika u psychoterapeutów oraz w poradniach psychiatrycznych i psychologicznych, jednak nie jest ona wystarczająca. Nawet w dużych ośrodkach onkologicznych pacjenci nie zawsze mogą liczyć na pomoc psychoonkologa, a jedynie odpowiednio przeszkolonego personelu. Problem ten wynika także z faktu, że zawód psychoonkologa nie spełnia kryteriów niezależnego zawodu. Jego definicja zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia budziła kontrowersje, dotychczas pojawiały się różne propozycje jej modyfikacji, ale z uwagi na istniejące rozbieżności nie udało się opracować jednoznacznej, akceptowanej przez zaangażowane strony formuły.

Wnioski

Z uwagi na różnorodność problemów natury psychologicznej, jakich doświadczają kobiety po zabiegu mastektomii, wsparcie w okresie pooperacyjnym może mieć istotne znaczenie z punktu widzenia poprawy komfortu psychicznego pacjentek oraz optymalizacji procesu leczenia. Z tego powodu należy dążyć do zidentyfikowania przyczyn trudności w pełnieniu funkcji dawców wsparcia przez personel medyczny, szczególnie pielęgniarski, oraz podjąć adekwatne działania korygujące lub wspierające. Należy rozwijać umiejętności personelu medycznego, zarówno lekarskiego, jak i pielęgniarskiego, w zakresie udzielania wsparcia pacjentom onkologicznym oraz radzenia sobie z własnymi emocjami. Zasadne wydaje się również stosowanie doboru personelu medycznego zatrudnianego na oddziałach onkologicznych na podstawie oceny predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych.

Z uwagi na zapotrzebowanie na opiekę psychoonkologiczną, potwierdzone przez ankietowane kobiety, celowe i zasadne wydaje się zatrudnianie psychoonkologów w jednostkach opieki medycznej nad pacjentami ze schorzeniami onkologicznymi. Należy uregulować kwestie formalne dotyczące uzyskiwania tytułu psychoonkologa i wykonywania zawodu oraz wprowadzić poradę psychoonkologiczną jako standardową procedurę w opiece nad pacjentem onkologicznym, refundowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Borzych B. Opieka w terapii nowotworów piersi. W: Pielęgniarstwo onkologiczne. Koper A (red.). PZWL, Warszawa 2011; 188-198.
- de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia z psychoonkologii i psychotematologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992; 18-26.
- Gmiterek MJ. Rozmowy o lęku przed śmiercią, zdrowiu psychicznym i seksualnym z pacjentem onkologicznym. Tabu z perspektywy psychoonkologii. Psychoonkologia 2016; 20: 133-141.
- Łuszczak M, Szadowska-Szlachetka Z, Ślusarska B. Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. PZWL, Warszawa 2017; 186.
- de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M, Trojanowski L, Trzebiatowska I. Jakość życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 105-112.
- Kaptacz A, de Walden Gałuszko K. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2016; 341-342.
- Jakitowicz K, Bidzan M. Pacjent onkologiczny w roli dawcy wsparcia. Psychoonkologia 2016; 20: 105-111.
- Sęk H (red.). Psychologia kliniczna. Tom 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; 253-254.
- Wyszomirska J, Gajda M, Janas J, Gomulski M, Wydmański J. Ocena wpływu wsparcia społecznego na psychiczne przystosowanie do choroby nowotworowej pacjentów w trakcie leczenia paliatywnego lub radykalnego. Psychoonkologia 2014; 18: 89-96.
- Bulsa M, Rzepa T, Foszczyńska-Kłoda M, Czaja-Bulsa G, Teichert H. Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2002; 11: 55-70.
- Sęk H (red.). Psychologia kliniczna. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 2005; 238-239.
- Zieniuk AM. Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. Psychoonkologia 2009; 13: 17-27.
- Kwiatkowska A, Krajewska-Kuśtak E, Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. PZWL, Warszawa 2012; 229-237.
- Cepuch G, Beres S. Radzenie sobie z chorobą nowotworową przez młodych dorosłych a znaczenie wsparcia od zespołu pielęgniarskiego. Psychoonkologia 2016; 20: 27-36.
- Stępień R, Wiraszka G. Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. Probl Piel 2011; 19: 372-377.
- Bąk-Sosnowska M, Oleszko K, Skrzypulec-Plinta V. Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. Przegląd Menopauzalny 2013; 2: 120-124.
- Wybraniec-Lewicka B, Szpringer M, Czerwiak G i wsp. Styl życia kobiet po mastektomii. Studia Medyczne 2008; 10: 27-30.
- Wiśniewska LA, Karolska M. Doświadczenie choroby nowotworowej w relacjach kobiet po mastektomii. Psychoonkologia 2017; 21: 75-85.
- Zielazny P, Zielińska P, de Walden-Gałuszko K i wsp. Psychoonkologia w Polsce. Psychiatr Pol 2016; 50: 1065-1073.