

## Strategie radzenia sobie z chorobą wśród kobiet z nowotworem piersi

### Strategies for coping with the disease among women with breast cancer

**Dorota Rogala**

drogala@cm.umk.pl, Katedra Onkologii, Radioterapii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy CM UMK w Toruniu

**Kinga Sobieralska-Michalak**

Katedra Fizjoterapii, Zakład Psychologii Rehabilitacyjnej UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

**Ewelina Deja**

Studentka, magister Położnictwa UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Streszczenie

Cel pracy: Wyróżnia się dwie postawy jakie przyjmują pacjenci w obliczu diagnozy choroby nowotworowej. Postawa aktywna charakteryzuje się podjęciem walki o własne zdrowie i życie oraz ogólną mobilizacją, oraz pasywna, przejawiająca się lękiem i ogólną rezygnacją pacjenta wobec zastanego problemu. Głównym celem podjętych badań było określenie jakie strategie radzenia sobie z chorobą wybierają kobiety z nowotworem piersi. Materiał i metody: Badaniem objęto 60 pacjentek Oddziału Klinicznego Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii w Bydgoszczy i 40 kobiet z Klubu Amazonka działającego przy Centrum. Wykorzystano ankietę własnej konstrukcji oraz kwestionariusz - Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini- MAC. Analizowano zależność między wyborem strategii do walki z chorobą a czynnikami socjodemograficznymi oraz czasem jaki upłynął od momentu wykrycia choroby do operacji. W obliczeniach statystycznych wykorzystano testy: F Snedecora, z-test, t Studenta, „chi – kwadrat”, Shapiro-Wilka, Cochran-Coxa, Barletta, ANOVA. Jako poziom istotności przyjęto  $p \leq 0.05$ . Wyniki: 1. Kobiety z nowotworem piersi wybierają konstruktywne strategie walki z chorobą: Ducha walki i Pozytywnego przewartościowania. 2. Nie wykazano zależności między wyborem strategii a czynnikami socjodemograficznymi oraz czasem jaki upłynął od momentu wykrycia choroby do operacji. 3. Amazonki częściej wybierały strategię Pozytywnego przewartościowania, pacjentki Oddziału Onkologicznego strategię Ducha walki. Wnioski: 1. Kobiety z nowotworem piersi dobrze przystosowują się do choroby wybierając aktywne strategie radzenia sobie z chorobą. 2. Kobiety we wczesnym okresie po operacji podejmują walkę z chorobą, a w miarę upływu czasu dokonują przewartościowania i próbują znaleźć nadzieję i zadowolenie z przeżytych wspólnie lat.

Słowa kluczowe: rak piersi, radzenie sobie z chorobą, Mini-Mac

Abstract

Aim: There are two different attitudes which patients diagnosed with cancer adopt. The active attitude consists in putting up a fight for one's health and life and in general mobilization, whereas the passive one manifests itself in fear and general surrender. The aim of this study was to determine what strategies to cope with the disease choose women with breast cancer. Material and methods: The research involved 60 patients Clinical Department of Breast Cancer and Reconstructive Surgery Oncology Center in Bydgoszcz and 40 women from the Club Amazon operates at the Centre. The authors used their own survey and the Mini-Mental Adjustment to Cancer scale – Mini-MAC. The authors analyzed the relationship between the coping strategies adopted by patients and sociodemographic factors and the time elapsed between the detection of the disease for surgery. In statistical computations, F Snedecor, z-test, Student's t, "chi - square," Shapiro-Wilk, Cochran-Cox, Barletta, ANOVA coefficient were used. The significance level was assumed at  $p \leq 0.05$ . Results: 1. Women with breast cancer adopt constructive strategies of coping with the disease. These strategies are: fighting spirit and positive reinterpretation. 2. There was no relationship between the choice of strategy and sociodemographic factors and the time elapsed between the detection of the disease for surgery. 3. Amazon often chose the strategy positive reinterpretation., Department of Oncology patients strategy of fighting spirit. Conclusions: 1. Women with breast cancer are adapting well to the disease selecting active strategies to cope with the disease. 2. Women in the early period after the surgery involved in fighting the disease, and over time make reevaluate and try to find hope and satisfaction lived together years.

Keywords: breast cancer, coping with the disease, Mini-Mac

### 1. Wstęp

Charakterystyczna dla sytuacji choroby jest aktywność mająca na celu radzenie sobie z emocjami. Działania ukierunkowane są zarówno na opanowanie emocji negatywnych, jak i pobudzenie emocji pozytywnych [1].

Reakcje ludzi w sytuacji choroby bywają rozmaite i zależą od wielu czynników. Część z nich związana jest z charakterem oraz przebiegiem choroby. Jednak w dużej mierze reakcje chorych zdeterminowane są indywidualnymi predyspozycjami charakteru, jak wzorzec

reagowania emocjonalnego i poznawczego, cechy temperamentu, styl i strategia radzenia sobie ze stresem [2].

Przyczyną negatywnych reakcji emocjonalnych jest stres, który wiąże się z rozpoznaniem choroby, niepewnością rokowania oraz towarzyszącymi dolegliwościami fizycznymi. Inną przyczyną złych emocji jest brak wsparcia i kontaktów z rodziną oraz bliskimi, jak również niedostateczny i zły kontakt z personelem medycznym [3].

Reakcje na wiadomość o ciężkiej chorobie, do których zaliczą się chorobę nowotworową, przechodzą zmiany i ulegają przeobrażeniu wraz z upływem czasu. W pierwszym momencie pacjent jest w stanie szoku. Wiadomość o nowotworze przyjmowana jest częściowo i niebezpośrednio. Reakcja zaprzeczania choroby polega na nieprzyjęciu do świadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby. Odrzucenie informacji o chorobie jest nieświadome, jest obroną przed zagrożeniem, daje choremu czas na wypracowanie innych środków obrony [1]. Kolejno następuje faza lęku. Pojawia się pytanie: „dlaczego ja?”. Lęk spowodowany jest poczuciem zagrożenia i możliwością utraty najwyższej wartości, jaką jest zdrowie. Lęk może być również spowodowany dolegliwościami fizycznymi, obawą przed odrzuceniem przez bliskich lub troską o nich, występuje także lęk przed śmiercią.

Wiele osób na wiadomość o chorobie może zareagować gniewem, który jest reakcją uczuciową na przeszkodę w realizacji celów. Choroba jest zakłóceniem istniejącego dotychczas porządku. Gniew jest reakcją na nieprawidłowość,

która nie powinna się zdarzyć. Lęk i gniew spełniają funkcje pozytywne, gdyż są siłą mobilizującą do walki, źródłem aktywności i energii. Uczucia te zostaną przez chorego przepracowane w procesie adaptacji. W pewnym okresie choroby mogą pojawić się próby układów, pertraktacji z losem, z opatrnością, z Bogiem. Prośby to argumentowane są nagrodą za dobre zachowanie oraz obietnicą nieproszona o więcej, jeśli tylko odzyska się zdrowie. Taka reakcja emocjonalna jednak szybko przestaje istnieć, gdyż nie widać skutków pertraktacji i obietnic. W kolejnym etapie następuje żal i przygnębienie. Są to przykre reakcje uczuciowe, które są odpowiedzią na utratę kogoś lub czegoś ważnego, jak np. możliwość wykonywania zawodu, sprawność ruchowa, uroda. Przygnębienie może być również skutkiem długotrwałego stanu smutku, wywołanego np. ciągłą myślą o nieuchronności śmierci.

Po okresie wielu zmian nastrojów i przystosowania się do wiadomości o chorobie, powinien nastąpić moment akceptacji choroby. Chorzy najczęściej godzą się ze swoją sytuacją i wracają do względnej równowagi uczuciowej. Nadzieja, jest stanem oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego, zmierzającego do uczucia zadowolenia lub radości. Optymistyczne podejście do życia mobilizuje do działania i stanowi istotny element walki z nowotworem. Stosowane przez pacjentów pozytywne reakcje i sposoby radzenia sobie z chorobą wspomagają proces leczenia, opóźniają rozwój objawów i ułatwiają adaptację do nowej, trudnej sytuacji życiowej [2, 3].

## 2. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej

### 2.1. Postawy i sposoby radzenia sobie z chorobą

Radzenie sobie z chorobą definiuje się jako indywidualne procesy regulacyjne danej osoby, służące do odzyskania zaburzonego chorobą samopoczucia i pozwala na dopasowanie się do obciążeń związanych z chorobą i do problemów będących jej skutkiem [4].

Radzenie sobie z nowotworem jest ciągłym i interakcyjnym procesem zmagania się z chorobą, jej obciążeniami i skutkami. W przypadku nowotworu często mówi się o walce. Jest to reakcja, dzięki której choroba postrzegana jest jako oddzielny, obcy, zagrażający byt, który należy przewyciężyć. Każdy pacjent w związku ze swoją osobowością,

przekonaniami, wcześniejszymi doświadczeniami w zmaganiu się z silnym stresem, reprezentuje swój własny, specyficzny sposób radzenia sobie z chorobą nowotworową i emocjami jej towarzyszącymi. Istotne jest, że postawa wobec choroby i styl radzenia sobie z nią, wpływa na przebieg leczenia oraz jakość życia w okresie choroby i rehabilitacji [5].

Wyróżnić możemy pozytywne i negatywne sposoby radzenia sobie z chorobą. Postawa konstruktywna, związana z duchem walki, jest postawą mobilizującą, aktywną. Chory traktuje chorobę jako osobiste wyzwanie i podejmuje wszelkie możliwe działania zwalczające cho-

robę. Postawa ta charakteryzuje się zapotrzebowaniem na informację, chęcią współdecydowania o leczeniu, co zwiększa poczucie kontroli nad sytuacją. Kolejną pozytywną strategią walki z chorobą jest pozytywne przewartościowanie. Charakteryzuje się ona przeorganizowaniem problemu swojej choroby, aby przy pełnej świadomości znaleźć nadzieję i zadowolenie. Dokonuje się przebudowy swojego życia, poszukuje i wyznacza nowe cele, uczestniczy w grupach wsparcia. Wprowadza się przewartościowanie na korzyść wartości rodzinnych i korzystania z życia.

Z kolei przykładem negatywnej strategii radzenia sobie z chorobą jest zaabsorbowanie lękowe, które wyraża się niepokojem spowodowanym chorobą, która spostrzega jest głównie jako zagrożenie wywołujące lęk, nad któ-

rym pacjent nie może zapanować. Lęk ten powoduje, że każda zmiana interpretowana jest jako sygnał pogarszającego się stanu zdrowia. Strategia destruktywna to także bezradność – beznadziejność, która świadczy o poczuciu bezsilności i poddaniu się chorobie. Pacjent nie wykazuje chęci walki, charakteryzuje się fatalizmem i brakiem motywacji. Strategie, które skoncentrowane są na problemie, aktywnym zmaganiu się z chorobą oraz usunięciem lub zminimalizowaniem stresu – są lepsze od strategii skoncentrowanych na emocjach, charakteryzujących się wycofaniem, wyparciem lub zaprzeczaniem. Badania dowodzą, że lepsze rokowanie, dotyczące długości życia, braku nawrotów oraz lepszej jakości życia dotyczą pozytywnych strategii zmagania się z chorobą nowotworową [5, 6].

### 2.2. Znaczenie grup wsparcia w walce z chorobą nowotworową

Rocznie 15 tysięcy kobiet zapada na chorobę nowotworową piersi. Według statystyk do roku 2025 możemy spodziewać się wzrostu liczby zachorowań na raka piersi. Jest to bez wątpienia ogromny problem natury fizycznej jak i psychicznej. Oznacza to wielkie wyzwanie dla wielodyscyplinarnego personelu medycznego, który w szpitalach i klinikach, zarówno przed, jak i po operacji powinien otoczyć pacjentki odpowiednim wsparciem i pomocą. Co jednak z pacjentkami, które po zakończeniu hospitalizacji często zostają zdane wyłącznie na siebie lub pomoc, która do nich dociera jest niewystarczająca lub nieprawidłowa? Właśnie w tym celu od kilkunastu lat rozwija się w Polsce działalność grup samopomocowych, które stają się integralnym elementem poradnictwa związanego z radzeniem sobie z chorobą.

Kobiety należące do klubów są ekspertami w dziedzinie swoich własnych chorób, łączy je siła ducha, wspólny problem oraz chęć niesienia pomocy kobietom w podobnej sytuacji. Jednym z głównych celów klubów Amazonek jest dostarczanie informacji o chorobie, życiu z nią, istotne są również informacje związane z możliwością protezowania oraz rehabilitacji.

Niezwykle istotnym elementem pracy klubów Amazonek jest wzajemne wsparcie psychiczne, zmniejszanie poziomu strachu, towarzyszenie w trudnych chwilach oraz wspólne mobilizowanie do dalszej walki. Amazonki

współpracują z rodzinami kobiet po mastektomii piersi, psychologami, rehabilitantami, lekarzami oraz pracownikami socjalnymi. Działania organizacji mają na celu dodawanie odwagi kobietom dotkniętym chorobą, aby stały się partnerkami dla wyspecjalizowanego personelu przy podejmowaniu decyzji związanych z leczeniem.

Kobiety działające w klubach swoje działania kierują przede wszystkim na to, by przedstawić nowotwór piersi jako chorobę, której nie należy się wstydzić, trzeba z nią walczyć, mimo, że nie zawsze uda się ją pokonać. System wsparcia działający wśród Amazonek daje poczucie przywiązania, integracji, zrozumienia, przydatności i spełnienia. Wspólne problemy, które łączą Amazonki daje im możliwość wzajemnej wymiany bolesnych przeżyć bez lęku przed odrzuceniem lub niezrozumieniem. Kluby Amazonek działają na szeroką skalę, organizując akcje społeczne, np.: marsze „różowej wstążeczki”, badania profilaktyczne – mammografię, by zapoznać społeczeństwo z problemami kobiet po mastektomii piersi, wczesnym wykrywaniem oraz leczeniem raka piersi.

Kobieta, która jest Amazonką udziela nieprofesjonalnej pomocy innym oraz buduje własną wartość, wzbogaconą o nowe role społeczne i czerpiącą radość z dnia codziennego [7, 8].

### 3. Cel pracy

Celem głównym podjętych badań było ustalenie preferowanych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową piersi, odnoszących

się do pacjentek oddziału onkologicznego oraz do kobiet zrzeszonych w klubie Amazonka.

### 4. Metodologia badań

#### 4.1. Charakterystyka grupy badawczej

Badaniem objęto 100 kobiet: 60 pacjentek Oddziału Klinicznego Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy i 40 kobiet zrzeszonych w Klubie Amazonka działającym przy Centrum Onkolo-

gii. Grupa badawcza zróżnicowana była pod względem wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania oraz czasu jaki upłynął od momentu wykrycia choroby nowotworowej do operacji.

#### 4.2. Opis narzędzi

Zastosowano następujące narzędzia badawcze: metryczkę do opisanego pacjentek pod względem socjodemograficznym oraz zawierającą pytania dotyczące momentu wykrycia choroby, czasu trwania choroby i daty operacji

oraz Kwestionariusz Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini- MAC (autor M. Watson i wsp., adaptacja polska Z. Juczyński).

#### 4.3. Metody statystyczne

W pracy zastosowano następujące testy statystyczne: parametryczny test dla dwóch wskaźników struktury, test F Snedecora, z-test, test t Studenta, test Cochran-Coxa, test niezależności „chi-kwadrat”, test Shapiro-Wilka, test Bartletta, test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Jako poziom istotności przyjęto  $p=0,05$ .

test Bartletta, test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Jako poziom istotności przyjęto  $p=0,05$ .

### 5. Analiza wyników

#### 5.1. Wybór kierunku analizy statystycznej

Zebrane wyniki 100 ankiet, za pomocą skali Mini – MAC, pozwoliły ocenić wybór strategii radzenia sobie z chorobą wśród kobiet z nowotworem piersi w badanej populacji. W badaniu występują 4 strategie radzenia sobie z chorobą:

- I – zaabsorbowanie lękowe,
- II – duch walki,
- III – bezzadność-beznadziejność,
- IV – pozytywne przewartościowanie.

Strategie I i III nazywane są strategiami destrukcyjnymi (negatywnymi), natomiast strategie II i IV są strategiami konstruktywnymi (pozytywnymi). W ramach każdej strategii

kobiety odpowiadały na 7 umieszczonych w ankiecie pytań, zaznaczając jedną z czterech odpowiedzi, którym nadane były wartości od 1 do 4. W ten sposób liczba otrzymanych punktów dla każdej strategii mieściła się w granicach od 7 do 28. Większa liczba zebranych punktów świadczyła o większym poziomie zdecydowania w ramach danej strategii. Za ostateczny wybór przyjmowana była strategia dla której otrzymano największą ilość punktów.

W poniższej tabeli podano wyniki dla poszczególnych strategii wybranych przez kobiety.

Tabela 1. Wybór strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową piersi

	Wybrane strategie					Razem
	I	II	III	IV	II+IV	
Liczba kobiet	2 (2%)	52 (52%)	0 (0%)	33 (33%)	13 (13%)	100 (100%)

Źródło: Opracowanie własne

Z powyższego wynika, że prawie wszystkie kobiety (98%) nastawione są pozytywnie – konstruktywnie – wobec walki z chorobą, wybierając odpowiednio strategię II – duch

walki (52%) lub strategię IV – pozytywne przewartościowanie (33%). W przypadku 13 kobiet liczba punktów dla strategii II i IV była jednakowa, czyli kobiety jednakowo oceniły

strategię ducha walki i pozytywnego przewartościowania.

W poniższej tabeli podano średnie liczby punktów w badanej grupie kobiet, dla każdej

strategii osobno oraz inne parametry statystyczne. W ostatnich dwóch kolumnach przedstawiono ocenę strategii destrukcyjnej (I+III) i konstruktywnej (II+IV).

Tabela 2. Liczba punktów dla wybranej strategii

	Strategia				Destrukcyjna I+III	Konstruktywna II+IV
	I	II	III	IV		
n	100	100	100	100	100	100
min	7	16	7	14	14	32
max	26	28	26	28	52	56
mediana	16	24	12	24	18,0	47,5
średnia	15,6	23,9	12,0	23,5	27,6	47,4
SD	4,6	2,8	3,6	2,8	7,0	5,0

Źródło: Opracowanie własne

Z podanych wyników widać, że występuje przewaga strategii pozytywnych (II i IV) w których średnie wartości są istotnie większe niż w przypadku strategii negatywnych (I i III).

Za pomocą z-testu ustalono, że średnie poziomy punktacji dla strategii II i IV istotnie nie różnią się między sobą ( $p=0,31$ , ns), natomiast istotnie większe średnie poziomy punktacje występują w pozostałych strategiach, tj. I i III ( $p<0,0001$ ).

Z przedstawionych danych wnioskować możemy, że 98 % kobiet prezentuje postawy konstruktywne, natomiast tylko 2 % badanych

utożsamia się z postawami destrukcyjnymi. Rozważając problemy badawcze w których do wyboru były cztery strategie, analiza wg wstępnych założeń nie ma podstaw, ponieważ zbyt małe zróżnicowanie wyników (2 osoby strategia destrukcyjna, 98 osób strategia konstrukcyjna), nie daje takich możliwości.

W dalszej części pracy poddano więc analizie poziom zdecydowania w ramach obranych strategii konstruktywnych, kolejno strategia II – duch walki oraz strategia IV – pozytywne przewartościowanie

## 5.2. Zależność między oceną strategii konstruktywnej a wybranymi parametrami

W poprzednim podrozdziale zostały podane podstawowe parametry statystyczne dla punktacji strategii zbiorowej pozytywnej. Celem analizy statystycznej na danym etapie jest analiza zależności między poziomem (oceną)

punktacji konstruktywnej a czynnikami socjodemograficznymi, czasem, który upłynął od momentu wykrycia choroby do momentu operacji i statusem pacjentki: Amazonka – Pacjentka Centrum Onkologii.

### 5.2.1. Zmienne socjodemograficzne a punktacja strategii konstruktywnej

#### Wiek

Wiek badanych mieścił się w przedziale 19 – 80 lat, z wyraźnym wzrostem zachorowań po 40 roku życia. Średni wiek równał się 56,4.

Obliczony współczynnik korelacji liniowej Pearsona jest nieistotny:  $R_{xy}=0,11$ ,  $t=1,09<1,98=t_{kr}$ ,  $p=0,28$  (ns) co wskazuje, że poziom strategii pozytywnej nie jest związany z wiekiem.

#### Stan cywilny

Badana populacja kobiet była podzielona na dwie grupy zróżnicowane pod względem stanu cywilnego (samotna - nie samotna) i w każdej podgrupie zostały obliczone podstawowe parametry statystyczne poziomów punktacji dla strategii pozytywnej oraz wykonano ich porównanie.

Poniżej w tabeli podano obliczone parametry statystyczne oraz wyniki testowania.

Tabela 3. Zależność pomiędzy stanem cywilnym a punktacją strategii pozytywnej

Ocena strategii konstruktywnej	Parametry	Stan cywilny	
		samotna	nie samotna
	N	34	66
	min	34	32
	max	56	56
	mediana	48	47
	średnia	48,1	47,0
	SD	5,4	4,8
Test normalności Shapiro-Wilka	W	0,958	-
	$W_{kr}$	0,933	-
	normalność	tak	-
Test F Snedecora ( $F_{kr}=1,61$ )	F	1,25	
	P	0,21 (ns)	
Test t Studenta ( $t_{kr}=1,198$ )	T	0,99	
	P	0,33 (ns)	

Źródło: Opracowanie własne

Normalność rozkładu punktacji w grupie kobiet samotnych (test Shapiro-Wilka) oraz równość wariancji (test F Snedecora) pozwoliły na zastosowanie parametrycznego testu t Studenta w celu porównania wartości średnich. Test t Studenta nie wykrył istotnej różnicy między średnimi – poziom strategii pozytywnej nie ma związku ze stanem cywilnym.

### Miejsce zamieszkania

Badana populacja kobiet była podzielona na dwie grupy pod względem miejsca zamieszkania: miasto-wieś i w każdej podgrupie zostały obliczone podstawowe parametry statystyczne poziomów punktacji dla strategii konstruktywnej oraz wykonano ich porównanie.

Tabela 4. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a punktacją strategii pozytywnej

Ocena strategii konstruktywnej	Parametry	Miejsce zamieszkania	
		miasto	wieś
	N	84	16
	min	32	38
	max	56	55
	mediana	48	46,8
	średnia	47,5	47,0
	SD	4,9	5,4
Test normalności Shapiro-Wilka	W	-	0,931
	$W_{kr}$	-	0,887
	normalność	-	Tak
Test F Snedecora ( $F_{kr}=1,61$ )	F	1,20	
	P	0,29 (ns)	
Test t Studenta ( $t_{kr}=1,98$ )	T	0,56	
	P	0,57 (ns)	

Źródło: Opracowanie własne

Zastosowany parametryczny test t Studenta nie wykrył istotnej różnicy między średnimi punktacji strategii pozytywnej wśród mieszkańców miast i wsi - poziom strategii pozytywnej nie ma związku z miejscem zamieszkania.

### Wykształcenie

Badana populacja kobiet była podzielona na trzy podgrupy względem wykształcenia i dla

każdej podgrupy zostały obliczone podstawowe parametry statystyczne punktacji, zastosowano również test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA w celu porównania wartości średnich. Zastosowanie tego testu było uzasadnione brakiem różnicy między wariancjami (test Bartletta) oraz normalnością rozkładu ocen w każdej podgrupie.

Tabela 5. Zależność pomiędzy wykształceniem a punktacją strategii pozytywnej

Ocena strategii konstruktywnej	Parametry	Wykształcenie		
		podstawowe	średnie	wyższe
	N	30	44	26
	Min	32	39	34
	Max	56	56	56
	mediana	49	47	47
	średnia	47,6	47,4	47,1
	SD	5,3	4,9	5,1
Test normalności Shapiro-Wilka	W	0,944	0,945	0,965
	$W_{kr}$	0,927	0,944	0,920
	normalność	tak	tak	Tak
Test Barletta ( $\chi^2_{kr}=5,99$ )	$\chi^2$	0,18		
	P	0,92 (ns)		
Test ANOVA ( $F_{kr}=3,09$ )	F	0,07		
	P	0,94 (ns)		

Źródło: Opracowanie własne

Test ANOVA nie wykrył istotnej różnicy między średnimi - poziom strategii konstruktywnej nie ma związku z wykształceniem.

### 5.2.2. Czas dzielący moment wykrycia choroby od operacji a punktacją strategii konstruktywnej

Obliczony współczynnik korelacji liniowej Pearsona jest nieistotny:  $R_{xy}=0,07$ ,  $t=0,69 < 1,98=t_{kr}$ ,  $p=0,49$  (ns) - poziom strategii

konstruktywnej nie ma związku z ilością dni dzielących moment wykrycia choroby od operacji.

### 5.2.3. Status pacjentki a punktacją strategii konstruktywnej

Tabela 6. Zależność pomiędzy statusem pacjentki a punktacją strategii pozytywnej

Ocena strategii konstruktywnej	Parametry	Status pacjentki	
		Amazonka	Pacjentka Oddziału CO
	N	40	60
	min	39	32
	max	56	56
	mediana	49	47
	średnia	48,1	47,0
	SD	5,0	5,0
Test normalności Shapiro-Wilka	W	0,944	-
	$W_{kr}$	0,940	-
	normalność	tak	-
Test F Snedecora ( $F_{kr}=1,60$ )	F	1,00	
	P	0,49 (ns)	
Test t Studenta ( $t_{kr}=1,98$ )	T	1,06	
	P	0,29 (ns)	

Źródło: Opracowanie własne

Nie wykryto istotnej różnicy między średnimi poziomami ocen strategii konstruktywnej, przyznanej przez Amazonki oraz Pacjentki

Oddziału Centrum Onkologii – poziom strategii pozytywnej nie ma związku ze statusem pacjentki.

### 5.3. Porównanie wybranych parametrów w podgrupach o różnych pozytywnych strategiach radzenia sobie z chorobą

Badana obecnie populacja kobiet (98, pominięto 2, które wybrały strategię negatywną) była podzielona na 3 podgrupy strategii pozytywnych: strategia II (52 kobiety), strategii IV (33 kobiety) i strategia II+IV (13 kobiet).

Następnie wybrane parametry zostały porównane w dwóch podgrupach charakteryzujących się pozytywnymi strategiami: strategia II (duch walki) i strategia IV (pozytywne prze-wartościowanie).

#### 5.3.1. Zmienne socjodemograficzne a wybór strategii pozytywnej

##### Wiek

Tabela 7. Wiek a wybór strategii pozytywnej

Wiek	Parametry	Porównywane grupy	
		strategia II	strategia IV
	N	52	33
	min	19	36
	max	80	74
	mediana	56	59
	średnia	54,7	58,2
	SD	13,5	8,2
Test normalności Shapiro-Wilka	W	-	0,976
	$W_{kr}$	-	0,931
	normalność	-	tak
Test F Snedecora ( $F_{kr}=1,73$ )	F		2,74
	P		<b>0,002</b>
Test C Cochran-Coxa ( $C_{kr}=2,02$ )	T		1,49
	P		0,14 (ns)

Źródło: Opracowanie własne

Test Shapiro-Wilka nie odrzucił hipotezy o normalności rozkładu wieku w grupie kobiet, które przyjęły strategię IV, natomiast test F Snedecora wykrył istotną różnicę między wariancjami. Dlatego był zastosowany parametryczny test Cochran-Coxa, który nie wykrył

istotnej różnicy między średnim wiekiem a przyjętą strategią w porównywanych grupach.

##### Stan cywilny

Zbudowano 4-polową tablicę korelacyjną i zastosowano nieparametryczny test „chi-kwadrat”.

Tabela 8. Stan cywilny a wybór strategii pozytywnej

		Stan cywilny		Razem
		samotna	nie samotna	
Strategia	II	18	34	52
	IV	10	23	33
Razem		28	57	85
Test $\chi^2$ ( $\chi^2_{kr}=3,84$ )	$\chi^2$		0,17	
	P		0,68 (ns)	

Źródło: Opracowanie własne

Test nie wykrył zależności między stanem cywilnym a wyborem strategii konstruktywnej ( $p=0,68$ , ns).



**Miejsce zamieszkania**

Ze względu na małą liczebność jednej klasy (4) zastosowano test „chi-kwadrat” z poprawką Yatesa.

Tabela 9. Miejsce zamieszkanie a wybór strategii pozytywnej

		Miejsce zamieszkania		Razem
		miasto	wieś	
Strategia	II	42	10	52
	IV	29	4	33
Razem		71	14	85
Test $\chi^2$ z poprawką Yatesa ( $\chi^2_{kr}=3,84$ )	$\chi^2$	0,31		
	P	0,57 (ns)		

Źródło: Opracowanie własne

Test nie wykrył zależności między miejscem zamieszkania a wyborem strategii konstruktywnej ( $p=0,57$ , ns).

**Wykształcenie**

W celu ustalenia zależności korelacyjnej między wyborem strategii, a poziomem wykształcenia została zbudowana 6-polowa tablica korelacyjna i zastosowany nieparametryczny test niezależności „chi-kwadrat”.

Tabela 10. Wykształcenie a wybór strategii pozytywnej

		Wykształcenie			Razem
		podstawowe	średnie	wyższe	
Strategia	II	13	24	15	52
	IV	11	15	7	33
Razem		24	39	22	85
Test $\chi^2$ ( $\chi^2_{kr}=3,84$ )	$\chi^2$	0,97			
	p	0,62 (ns)			

Źródło: Opracowanie własne

Test nie wykrył zależności korelacyjnej między wykształceniem a wybraną strategią ( $p=0,62$  ns).

**5.3.2. Status pacjentki a wybór strategii pozytywnej**

Tabela 11 Status pacjentki a wybór strategii pozytywnej

		Pacjentki		Razem
		Amazonki	Pacjentki CO	
Strategia	II	16	36	52
	IV	18	15	33
Razem		34	51	85
Test $\chi^2$ ( $\chi^2_{kr}=3,84$ )	$\chi^2$	4,75		
	P	0,03		

Źródło: Opracowanie własne

Test „chi-kwadrat” wykrył zależność między statusem pacjentki a wybieraną strategią – wartość obliczonej statystyki jest większa od wartości krytycznej. Test dla dwóch frakcji potwierdził ten wynik  $u=2,18 > 1,96 = u_{kr}$ ,

$p=0,03$  - Amazonki częściej wybierają strategię IV – pozytywne przewartościowanie, natomiast Pacjentki Centrum Onkologii strategię II – duch walki.

## 6. Podsumowanie

W badanym materiale analizowano strategię radzenia sobie z chorobą wśród kobiet z nowotworem piersi. Przeprowadzona ankieta mierzyła cztery strategie:

1. Zaabsorbowanie lękowe.
2. Duch walki.
3. Bezradność – beznadziejność.
4. Pozytywne przewartościowanie.

Na podstawie przeprowadzonych badań, prezentowanych w niniejszej pracy, spośród 100 ankietowanych kobiet, 98 wybrało strategię konstruktywnego radzenia sobie z chorobą, tj. duch walki oraz pozytywne przewartościowanie. Tylko 2 kobiety wybrały strategię destrukcyjną, tj. zaabsorbowanie lękowe, żadna z nich nie wybrała postawy bezradność – beznadziejność. Z powyższego wynika więc, że prawie wszystkie kobiety są pozytywnie nastawione do walki z chorobą. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy badając kobiety z nowotworem piersi i narządów rodnych [9-14].

W dalszej części pracy próbowano odpowiedzieć na pytanie czy zmienne demograficzne, status pacjentki oraz czas jaki upłynął od momentu wykrycia choroby decyduje o nasileniu jednej z pozytywnych strategii, tj. duch walki lub pozytywne przewartościowanie.

Według dostępnych źródeł najczęściej na raka piersi chorują kobiety po 50 roku życia [15]. Potwierdzają to przeprowadzone badania, ponieważ 75% ankietowanych to pacjentki po 50 roku życia. Jednak rozpiętość wiekowa w badanej grupie, to wiek pomiędzy 20 a 70 rokiem życia. Wyniki z przeprowadzonych badań nie wykazują związku między wiekiem, a poziomem strategii pozytywnej ( $p=0,28$ , ns), jak również nie wykryły istotnej różnicy między średnim wiekiem a przyjętą strategią konstruktywną.

Stan cywilny kobiet chorujących na raka piersi, nie decydował o poziomie strategii konstruktywnej, ponieważ przeprowadzone obliczenia nie wykazały istotnej różnicy (0,33, ns). Nie wykryto również różnic w wyborze jednej ze strategii konstruktywnej w zależności od stanu cywilnego ( $p=0,68$ , ns).

Podobnie sytuacja ma się w poziomie strategii konstruktywnej w zależności od miejsca zamieszkania ( $p=0,57$ , ns) i wykształcenia ( $p=0,94$ , ns), ponieważ nie wykazano związku między badanymi parametrami a nasileniem strategii. Nie wykazano również związku między miejscem zamieszkania ( $p=0,57$ , ns) i wy-

kształceniem ( $p=0,62$ , ns), a wyborem jednej ze strategii pozytywnej.

Zależność wyboru strategii od zmiennych demograficznych pokazuje w innych badaniach własnych autorka. W pierwszym kobiety z rakiem szyjki macicy żyjące w związkach osiągnęły przeciętnie wyższe wyniki w stosowaniu strategii bezradności-beznadziejności oraz pozytywnego przewartościowania, niż kobiety samotne, a osoby o złej i przeciętnej sytuacji finansowej przejawiały wyższą skłonność do stosowania strategii destrukcyjnych [13].

W drugim badaniu własnym kobiety po histerektomii żyjące w związku częściej niż samotne wybierały strategię destrukcyjną „bezradność – beznadziejność”, a te o lepszym statusie materialnym – strategię konstruktywną „pozytywne przewartościowanie” [14].

Podsumowując, można powiedzieć, że kobiety, bez względu na wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie w każdej z grup wybierają konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową i w podobnym nasileniu wybierają zarówno strategię ducha walki jak i pozytywnego przewartościowania.

Powyższe dane, mogą sugerować zmianę w nastawieniu społeczeństwa, do problemu choroby nowotworowej która kiedyś wiązała się wyłącznie z negatywnymi emocjami. Obecnie pacjentki wykazują chęć przezwyciężenia choroby i mobilizację do walki z nią. Statystyki pokazują, że pomimo wzrostu zachorowań na raka piersi, umieralność z tego powodu wciąż maleje [16]. Niewątpliwie jest to zasługą wdrożonej profilaktyki i wcześniej wprowadzonego leczenia, jak również dobrego stanu psychicznego pacjentek podejmujących leczenie.

Kolejnym aspektem, który decydować mógł o wyborze strategii radzenia sobie z chorobą, był czas jaki upłynął od momentu wykrycia choroby do momentu operacji. Według Pawlickiego czas od pierwszych objawów do rozpoczęcia leczenia to 5 miesięcy, czyli ok. 150 dni. W przeprowadzonych badaniach średni czas wynosił 120 dni, czyli w przybliżeniu 4 miesiące. Wiadome jest, że jak najszybsze zgłoszenie się do lekarza i podjęcie terapii daje ogromną szansę na wyleczenie. Co więc może decydować o takim odstępnie czasowym? Możliwe jest, że kobiety boją się rozpoznania lub nie wiedzą jak wyglądają pierwsze objawy raka. Co 5 chora na raka piersi, traci szansę na wyzdrowienie w wyniku leczenia metodami

niekonwencjonalnymi, zamiast leczenia specjalistycznego, co daje średni czas zwłoki około 3 miesiące. Poprawienie tych wyników choćby o połowę, uratowałoby życie 2500 kobiet rocznie, czyli zmniejszyłoby umieralność o blisko 50% [15]. Wśród zbadanych kobiet najkrótszy czas jaki upłynął od momentu wykrycia choroby do momentu operacji to 6 dni, najdłuższy natomiast to 624 dni. Jednak bez względu na ilość dzielących dni, zdecydowana większość wybrała strategię konstruktywne. Nie wykazano związku między czasem dzielącym moment wykrycia choroby i operacji a poziomem strategii pozytywnej ( $p=0,49$ , ns). Do podobnych wniosków doszła Milik w swoich badaniach. Zarówno przed- jak i po zabiegu kobiety z rakiem piersi stosowały strategię pozytywne, a po zabiegu znacznie rzadziej miały skłonność do stosowania strategii destrukcyjnych Te, które przeszły operację w czasie powyżej jednego roku, były bardziej skłonne do stosowania strategii konstruktywnych, niż kobiety tuż po zabiegu [17].

Pacjentki niezależnie od swojego statusu, czy to pacjentki oddziału czy Amazonki, wybierały pozytywne strategię. Istotna różnica istnieje w poziomie zdecydowania wybranej strategii konstruktywnej. Amazonki częściej wybierają strategię IV, tj. pozytywne przewartościowanie, natomiast pacjentki oddziału szpitalnego prezentują postawę ducha walki ( $p=0,03$ ). Taki stan rzeczy prawdopodobnie spowodowany jest czasem jaki upłynął od wykrycia choroby. Pacjentki Oddziału Onkologicznego, pojawiają się na nim średnio około 4 miesiące po wykryciu choroby. W tym czasie miały już możliwość pogodzenia się z chorobą, przeszły pierwsze reakcje emocjonalne spowodowane wiadomością o zachorowaniu. Początkowe chwile po diagnozie to szok, niedowierzanie, złość, w dalszym etapie rozpacz, smutek, lęk, aż wreszcie przychodzi czas na pogodzenie się z chorobą i budzi się w pacjentach chęć walki. W procesie przystosowania się do choroby pomocne są tzw. mechanizmy obronne, które uruchamiają się w sytuacjach trudnych takie jak: wypieranie, tłumienie, zaprzeczanie, ucieczka. Pacjentki z nowotworem piersi, podczas pierwszych 4 miesięcy od zachorowania, przechodzą pierwsze reakcje, znajdują odpowiedź na nurtujące je pytania, otrzymują pomoc ze strony najbliższych i mają czas by dojść do prezentowanej strategii - ducha walki [1, 2].

Kobiety zrzeszone w klubie Amazonka, prezentują z kolei strategię pozytywnego przewartościowania. Fakt ten, może wynikać z dłuższego okresu czasu, jaki upłynął od momentu wykrycia choroby do operacji. Amazonki uczestniczą w spotkaniach klubu, mimo wielu lat, od czasu wykrycia nowotworu i przejścia terapii. Przez ten czas kobiety mają możliwość spokojnego uporządkowania zmian jakie zaszły w ich życiu, mogą świadomie pogodzić się z zaistniałą sytuacją. Wraz z upływem czasu może zmienić się sposób podejścia do choroby. Pozytywne przewartościowanie prezentowane przez Amazonki, wynika z pogodzenia się z chorobą, z dobrych efektów prowadzonej terapii oraz chęci panowania nad sytuacją [4, 5].

Według twórców skali Mini- MAC, którą posłużono się w badaniach, założono, że strategię pozytywne, II + IV oraz strategię negatywne, I + III korelują ze sobą dodatnio. Założenie to potwierdziło się w przeprowadzonych badaniach, gdyż strategię negatywne to kolejno 0% i 2%, natomiast strategię pozytywne to 52% i 33%. Dodatkowo badania autorów skali pokazały występowanie strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania wśród kobiet cierpiących na nowotwór piersi, co również zostało potwierdzone badaniami [6].

Według Salomon, istnieją dowody na to, że pacjentki, które żyją dłużej po diagnozie raka piersi to te, które postrzegają chorobę jako wyzwanie i dążą do uzyskania kontroli nad nowotworem oraz do pokonania go [6]. Tak więc chodzi o pacjentki, które prezentują postawę ducha walki, a w przypadku prezentowanych badań to aż 65% badanej grupy. W aspekcie prezentowanych danych, należy koniecznie podejmować wszelkie możliwe działania w celu poprawienia sytuacji psychicznej kobiet z nowotworem piersi, ponieważ pozytywna strategia radzenia sobie z chorobą w przewidywaniach wydłuża czas przeżycia. Należy zwrócić uwagę na pomoc psychologa, gdyż dzięki tego typu pomocy możliwe będzie osiągnięcie jak najszybciej, najlepszej strategii walki z chorobą, co może znacząco wpłynąć na proces leczenia

W roku 2005 przeprowadzono badania dotyczące: „Wpływu choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubie Amazonka” [18]. Badana grupa prezentowała 102 kobiety o zbliżonej charakterystyce socjodemograficznej do obecnie ankietowanych. Obie grupy zostały zbadane tym

samym narzędziem, tzn. Skalą Mini – MAC. Przeprowadzone 7 lat temu badań wykazały, że prawie połowa kobiet, tj. 46%, wykazała optymistyczne nastawienie do choroby, czyli prezentowały pozytywne style radzenia sobie z chorobą. Dane te można porównać z uzyskanymi wynikami w wyniku przeprowadzonej obecnie ankiety, w której prawie wszystkie kobiety, tj. 98%, wykazały nastawienie optymistyczne i cechowały się konstruktywnymi postawami wobec choroby.

Tak więc, podsumowując otrzymane wyniki, zauważamy znaczący (50%) wzrost pozytywnego radzenia sobie z chorobą. Jest to wyraźny dowód na to, że podejmowane działania walki z nowotworem piersi, przynoszą oczekiwane rezultaty.

Skala Mini – MAC do pomiaru Przystosowania się do Choroby Nowotworowej jest narzędziem standaryzowanym i możliwym do użycia w wielu pracach. Została ona również użyta do pracy na temat: „Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia” [19]. Badania, które przeprowadzono, obejmowały 60 osób z rozpoznaniem nowotworu piersi i narządów rodnych. Z uwagi na to, że badanie przeprowadzone zostało w 2002 roku, skala Mini – MAC mierzyła jeszcze 5 strategii, które brzmiały następująco:

- I. Duch walki
- II. Zaabsorbowanie lękowe
- III. Bezradność – beznadziejność
- IV. Fatalizm
- V. FSH (wskaźnik różnic wyników ducha walki i bezradność – beznadziejność)

Skala w 2009 uległa przekształceniu, mierząc 4, analizowane w naszym badaniu, strategie:

- I. Zaabsorbowanie lękowe
- II. Duch walki
- III. Bezradność - beznadziejność
- IV. Pozytywne przewartościowanie

Badania przeprowadzone w 2002 roku wykazały, że wyższe wyniki w ocenie ogólnej życia uzyskały te badane, które deklarowały stosowanie aktywnych form zmagania się ze stresem nowotworowym, tak więc prezentowa-

ły pozytywne sposoby radzenia sobie z chorobą. Pacjentki, które uzyskały wysokie wyniki w strategii FSH – te u których przeważa duch walki nad bezradnością – beznadziejnością, lepiej oceniają ogólną jakość życia oraz rzadziej skarżą się na dolegliwości bólowe. W badaniach prezentowanych w pracy również znacząco przeważa duch walki, gdyż była to strategia najczęściej wybierana, natomiast strategii bezradność – beznadziejność nie wybrał nikt.

Tak więc wnioski, płynące z przeprowadzonych badań są podobne do przedstawionych wcześniej. Odpowiedni sposób zmagania się z chorobą pomaga w uzyskaniu odpowiedniego stanu psychicznego, jak również ma znaczący wpływ na odczuwane dolegliwości somatyczne oraz jakość życia w chorobie.

Skalą Mini – MAC posłużono się również w badaniu „Zaburzenia nastroju i strategii przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych” [9]. Pacjentki badano za pomocą skali Mini – MAC oraz Kwestionariuszem Inwentarz Depresji Becka. Z przeprowadzonych badań wynikało, iż istnieje związek między objawami obniżonego nastroju, a strategiami zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność – beznadziejność. Natomiast niska punktacja Inwentarza Depresji Becka, koreluje ze strategiami ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania. Wydaje się więc, iż przyjmowane strategie pozytywne mają istotne znaczenie na zachowanie dobrego samopoczucia i uniknięcie depresji. W pracy tej wykazano również wysoki poziom wsparcia społecznego. Stowarzyszenie Amazonka okazało się ogromnym wsparciem dla kobiet z nowotworem piersi. Niestety nie obserwuje się podobnych zachowań wśród grupy kobiet z nowotworem narządów rodnych, na co wskazuje w swoich badaniach Kozińska [20]. Dana sytuacja ukazuje istotę istnienia grup wsparcia i wskazuje na konieczność powstawania odrębnych grup wśród osób z różnego rodzaju chorobami nowotworowymi.

## Literatura

1. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN., Warszawa 2007
2. Dolińska – Zygmunt G. *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego., Wrocław 2001
3. Jassema J. *Rak sutka. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, Springer PWN., Warszawa 2002
4. Unger C., Weis J. *Onkologia. Niekonwencjonalne i wspomagające sposoby terapii – strategie terapeutyczne*, MedPharm Polska., Wrocław 2008
5. Bętkowska – Korpała B., Gierowski J.K. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego., Kraków 2007
6. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych., Warszawa 2009
7. Dorfmueller M., Dietzfelbingern H. *Psychoonkologia. Diagnostyka, metody terapeutyczne*, Elsevier Urban&Partner., Wrocław 2011
8. van de Velde C.J.H. *New development in the treatment of breast cancer. Surgical aspects with regard to the sentinel node*, *Cancer.*, 50 (2000), s. 26-28
9. Malicka I., Szczepańska J., Anioł K. *Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych*, *Współczesna Onkologia.*, 13 (1) (2009), s. 41-46
10. Michałowska-Wieczorek I. *Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową*, *Psychoonkologia.*, 10 (2006), s. 51-56
11. Szczepańska-Gieracha J., Malicka I., Rymaszewska J. *Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia*, *Współczesna Onkologia.*, 14 (2010), s. 403-410
12. Kozak G. *Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych*, *Anestezjologia i Ratownictwo.*, 6 (2012), s. 162-170
13. Rogala D., Mazur A., Maślińska M., Koper K., Staniszevska M. *Psychological adaptation to cancer and strategies for coping with pain in patients with cervical cancer*, *Archives of Perinatal Medicine.*, 22 (1) (2016), s.59-65
14. Rogala D., Mazur A., Maślińska M., Koper K., Wysocka J. *Poczucie własnej skuteczności i strategie przystosowania do choroby u pacjentek z nowotworem narządu rodowego*, *Current Gynecology Oncology.*, 13 (3) (2015), s. 154-164
15. Pawlicki M. *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*,  $\alpha$ -Medica Press., Bielsko-Biała 2011
16. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. *Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory w Polsce do 2025r.*, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów., Warszawa 2009
17. Milik A. *Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu*, *Psychoonkologia.*, 2 (2013), s. 50-55
18. Nowicki A., Kwasińska E., Rzepka K., Walentowicz M., Grabiec M. *Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”*, *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.*, 55 (3) (2009), s. 81-85
19. Miniszewska J., Chrystowska – Jabłońska B. *Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia*, *Psychoonkologia.*, 6 (4) (2002), s. 89-94
20. Kozińska B. *Przywiązanie a strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w grupie kobiet z rakiem piersi*, *Psychoonkologia.*, 1 (2013), s. 31-34