

Katarzyna Wojtas¹, Agnieszka Pietrasik², Iwona Oskędra³¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM, Kraków²Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki, Kraków³Zakład Pedagogiki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM, Kraków

Akceptacja choroby nowotworowej przez młodych dorosłych a strategie radzenia sobie – doniesienie wstępne

Acceptance of cancer disease by young adults and coping strategies – preliminary report

STRESZCZENIE

Wstęp. Poziom akceptacji choroby nowotworowej oraz wybór strategii radzenia sobie są uwarunkowane sposobem jej postrzegania przez pacjenta i następstwami wynikającymi z jej przebiegu.

Cel pracy. Celem badania była ocena stopnia akceptacji choroby i strategii radzenia sobie przez młodych dorosłych z chorobą onkologiczną.

Materiał i metody. Przebadano 53 osoby w wieku 18–35 lat z chorobą onkologiczną. Zastosowano skalę AIS i Mini-MAC oraz autorski kwestionariusz ankiety. W analizie statystycznej wykorzystano testy: t-Studenta, Shapiro-Wilka, U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa, Levene'a oraz współczynnik korelacji r-Spearmana. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. Średni wskaźnik akceptacji choroby u badanych wynosił 29,0, a wśród strategii radzenia sobie dominowały duch walki i pozytywne przewartościowanie.

Wnioski. Badani prezentowali średni poziom akceptacji choroby i dominowały u nich strategie będące reprezentantą konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą. Wykazano związek między akceptacją choroby w grupie młodych dorosłych a strategiami: zaabsorbowanie lękowe i bezradność/beznadziejność.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 252–256

Słowa kluczowe: akceptacja choroby; młodzi dorośli; nowotwór; strategie radzenia sobie

ABSTRACT

Introduction. The acceptance level of a cancer disease and the choice of coping strategies are conditioned by the patient's perception of the disease and its consequences.

Objective. The aim of the study was to assess the degree of disease acceptance and coping strategies for young adults with oncological disease.

Material and methods: 53 patients aged 18–35 years with oncological disease were examined. AIS and Mini-MAC scales were used as well as the author's questionnaire survey. Statistical analyzes used the t-Student, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Levene and r-Spearman's correlation factor. Significance level was assumed to be $p < 0,05$.

Results. The average acceptability score for the subjects was 29.0, and among the coping strategies the fighting spirit and positive re-evaluation dominated.

Adres do korespondencji: dr n. med. Katarzyna Wojtas, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel. 12 421 41 60, e-mail: katarzyna.wojtas@uj.edu.pl

Wyniki badań w prezentowanym materiale stanowią wycinek danych pochodzących z badań w ramach projektu statutowego nr K/ZDS/004673 pt.: „Wsparcie udzielane przez pielęgniarki a wsparcie oczekiwane przez pacjentów z chorobą nowotworową jako czynnik determinujący akceptację choroby i reakcję na nią”.

DOI: 10.5603/PP.2017.0042

Conclusions. The subjects presented the average level of disease acceptance and strategies that dominated representing the constructive style of coping with the disease. The link has been demonstrated between disease acceptance in young adults and strategies: anxiety absorption, helplessness and hopelessness.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 252–256

Key words: cancer; coping strategies; disease acceptance; young adults

Wstęp

Wejście w dorosłość rozpoczyna się poprzez wiek młodzieńcy (18–30 lat lub 18–35 lat), określane wczesną dorosłością [1], w którym są podejmowane lub kontynuowane aktywności (edukacyjna, seksualna, rodzicielska, zawodowa, towarzyska) wynikające z oczekiwanego społecznie spełnienia się w przyjętych rolach.

Choroba nowotworowa, jako jedna z najbardziej stresujących [2], stanowi traumatyczne doświadczenie z powodu różnych dolegliwości somatycznych, poczucia zagrożenia życia [3, 4], a także zmiany postrzegania siebie, obawy o odrzucenie ze strony otoczenia [5]. Wiąże się z przeżywaniem negatywnych emocji, w tym lęku przed niekorzystnym rokowaniem i osieroceniem bliskich [6]. Dodatkowo obserwuje się wahania nastroju, dużą amplitudę reakcji i fiksację decyzji [7]. Następstwa leczenia często skutkują ograniczeniem sprawności, niepewnością o możliwość prokreacji i/lub przekazanie choroby potomstwu [8–10]. Młodzi dorośli, konfrontując się z diagnozą choroby nowotworowej, często nie są w stanie oprzeć się na wcześniejszych doświadczeniach lub ustalonych strategiach radzenia sobie [11]. Znaczącym krokiem w zmaganiu się z chorobą onkologiczną jest jej akceptacja, która może być wyrazem przystosowania się do niej poprzez stworzenie jednocześnie poczucia bezpieczeństwa i zmniejszenia negatywnych emocji [12].

Cel pracy

Ocena stopnia akceptacji choroby nowotworowej przez młodych dorosłych oraz wybieranych przez nich strategii radzenia sobie.

Material i metody

W badaniu uczestniczyły 53 osoby; 39,6% (n = 21) kobiet i 60,4% (n = 32) mężczyzn. Kryterium włączenia do badania stanowiły: wiek (18–35 lat), rozpoznanie choroby onkologicznej, przebycie przynajmniej jednego cyklu chemioterapii, świadoma zgoda. Średnia wieku badanych wyniosła $27,5 \pm 5,4$ roku. Ze względu na zróżnicowanie wieku pacjentów podzielono na dwie grupy: grupa I — 18–26 lat oraz grupa II — 27–35 lat, które stanowiły odpowiednio: 39,6% (n = 21), 60,4% (n = 32) osób. Mieszkańcy wsi stanowili 28,3% (n = 15), w dużym i małym mieście zamieszkiwał taki sam odsetek badanych — po 35,8% (n = 19). Chorujących poniżej roku było 60,4%

(n = 32), a powyżej roku — 39,6% (n = 21). Spośród pacjentów 81,1% (n = 43) zostało poddanych więcej niż 1 cyklowi chemioterapii, po radioterapii było 26,4% (n = 14), z kolei leczenie chirurgiczne było konieczne u 79,2% (n = 42) chorych.

Badanie metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej (zgoda nr 42/13/2013) w Krakowie — w Centrum Onkologii, Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera, Oddziale Klinicznym Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego oraz Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Osiedle Uroczę”.

Do badania wykorzystano narzędzia w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego: Skalę Akceptacji Choroby — AIS (Felson, Reverson, Hinrichsen), służącą do pomiaru akceptacji choroby, oraz Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej — Mini-MAC (Watson, Law, dos Santos, Greer, Baruch, Bliss), badającą przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej z uwzględnieniem strategii i stylów radzenia sobie [13]. Skala AIS określa konsekwencje złego stanu zdrowia i odnosi się do ograniczeń wynikających z choroby, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i poczucia niskiej wartości. Suma punktów zawiera się w przedziale 8–40. Niski wynik oznacza brak akceptacji choroby, z kolei wysoki świadczy o jej akceptacji. Skala Mini-MAC mierzy strategie radzenia sobie: zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezradność/beznadziejność, pozytywne przewartościowanie. Zakres możliwych wyników dla każdej strategii mieści się w przedziale 7–28 punktów. Im wyższa punktacja, tym większe nasilenie zachowań świadczących o danej strategii radzenia sobie z chorobą. Na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety zebrano wybrane dane demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) i związane z przebiegiem choroby (czas trwania choroby, metody leczenia). W analizie statystycznej wykorzystano program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011) oraz testy: Shapiro-Wilka, U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa, Levene’a, test t-Studenta oraz współczynnik korelacji rang r-Spearmana. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Wyniki z analizy skali AIS

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby wśród pacjentów wynosił 29,0; (Min = 15; Max = 40; SD = 6,4);

Tabela 1. Poziom akceptacji choroby a strategie i style radzenia sobie**Table 1.** Acceptance of Illness vs coping strategies and styles

Para zmiennych	r-Spearmana	p*
Strategia radzenia sobie		
Zaabsorbowanie lękowe	-0,48	0,00
Duch walki	0,21	0,12
AIS		
Bezradność/beznadziejność	-0,64	0,00
Pozytywne przewartościowanie	0,09	0,50
Styl konstruktywny	0,17	0,23
Styl destrukcyjny	-0,57	0,00

*p — prawdopodobieństwo testowe (komputerowy poziom istotności); $p < 0,05$

otrzymany wynik świadczy o średnim poziomie akceptacji choroby [14]. Nie wykazano istotnej zależności między stopniem akceptacji choroby a płcią badanych ($p = 0,9$), wiekiem ($p = 0,3$), miejscem zamieszkania ($p = 0,3$) i czasem trwania choroby ($p = 0,9$).

Wyniki z analizy skali Mini-MAC

Z przeprowadzonego badania wynika, że wśród strategii radzenia sobie dominowała strategia duch walki ($M = 23,3$); średnie wartości pozostałych strategii: zaabsorbowanie lękowe ($M = 18,4$), bezradność/beznadziejność ($M = 11,3$), pozytywne przewartościowanie ($M = 21,4$). Analiza wyników nie wykazała istotnego związku między strategiami radzenia sobie a płcią badanych i miejscem zamieszkania. W odniesieniu do wieku zaobserwowano istotną zależność w przypadku strategii pozytywne przewartościowanie ($p = 0,04$) — wyższe wartości uzyskali badani w wieku 27–35 lat ($M = 21,8$). Wyniki potwierdziły dominację stylu konstruktywnego radzenia sobie z chorobą i mimo że wyższe wartości średnich uzyskali badani w starszej grupie ($M = 45,1$), wyniki te nie były istotne statystycznie. Czas trwania choroby nie miał istotnego wpływu na wybór strategii radzenia sobie.

Korelacje między wynikami skali AIS a skali Mini-MAC

Analiza danych wykazała istotne statystycznie korelacje pomiędzy strategiami zaabsorbowanie lękowe ($p = 0,00$) i bezradność/beznadziejność ($p = 0,00$), będącymi składowymi stylu destrukcyjnego ($p = 0,00$) a ogólnym wskaźnikiem stopnia akceptacji choroby (tab. 1).

Korelacje między wynikami skali AIS, Mini-MAC a zmiennymi demograficznymi oraz wynikającymi z przebiegu choroby

W odniesieniu do płci u mężczyzn zaobserwowano istotnie statystyczną korelację między ogólnym

wynikiem stopnia akceptacji choroby a strategią bezradność/beznadziejność ($p = 0,03$). U kobiet wykazano korelację między wszystkimi strategiami radzenia sobie, za wyjątkiem strategii pozytywne przewartościowanie ($p = 0,20$), a także w odniesieniu do stylu konstruktywnego ($p = 0,04$) i destrukcyjnego ($p = 0,00$). W młodszej grupie wiekowej zaobserwowano korelacje w odniesieniu do wszystkich strategii radzenia sobie, z wyjątkiem strategii pozytywne przewartościowanie ($p = 0,63$), natomiast w starszej grupie wiekowej z wyjątkiem strategii duch walki ($p = 0,70$) i pozytywne przewartościowanie ($p = 0,20$). Korelacje między akceptacją choroby, strategiami, stylami radzenia sobie a czasem trwania choroby odnotowano w przypadku strategii bezradność/beznadziejność [do roku ($p = 0,00$); powyżej roku ($p = 0,01$)] oraz zaabsorbowanie lękowe [do roku ($p = 0,00$); powyżej roku ($p = 0,03$)] i stylu destrukcyjnego [do roku ($p = 0,00$); powyżej roku ($p = 0,03$)].

Dyskusja

Zdiagnozowanie choroby nowotworowej wywołuje lęk związany z formami terapii, niekorzystnym rokowaniem czy śmiercią, a w dalszej perspektywie lęk o możliwość realizacji aktywności w różnych sferach życia [15]. Sytuacja ta wydaje się szczególnie dotyczyć młodych dorosłych, ponieważ ten etap życia charakteryzują zmiany bio-psycho-emocjonalne oraz w sferze poznawczej — warunkujące ogólne funkcjonowanie [1, 5]. Akceptacja choroby nowotworowej to wieloetapowy proces zależny od wielu czynników będący odzwierciedleniem zarówno aprobaty zmian i ograniczeń wynikających z zaistniałej sytuacji, jak i swoistej na nie zgody [14, 16]. Doświadczenie choroby i proces przystosowania się do niej na podstawie wewnętrznych zasobów uruchamia strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach, które mogą być ukierunkowane na problem lub skoncentrowane na emocjach [17]. W badaniu własnym, wykazano, że respondenci

prezentowali średni poziom akceptacji choroby ($M = 29,0$), który nie był zależny od zmiennych demograficznych i zmiennych związanych z przebiegiem choroby. W badaniu Łuczyk i wsp., przeprowadzonym tylko w grupie kobiet, wartości średnich w skali AIS były niższe ($M = 25,8$) i podobnie nie potwierdziły istotnego związku między akceptacją choroby a wiekiem [18]. Kołpa i wsp. uzyskali również niższe wartości średnich w skali AIS ($M = 26,1$), jednak ich wyniki potwierdziły związek między wiekiem a stopniem akceptacji choroby [14], odmiennie niż w omawianym badaniu własnym. Z kolei Pasek i Jackowska zaprezentowały wyniki świadczące o wyższym poziomie akceptacji choroby ($M = 35,0$) [19] niż w badaniu własnym, potwierdzając istotny jej związek z wiekiem badanych kobiet.

Przystosowanie do choroby nowotworowej oznacza radzenie sobie z jej następstwami, a strategie radzenia sobie mają różne znaczenie adaptacyjne w zależności od fazy choroby. Wśród chorych istnieje zróżnicowane podejście do sytuacji trudnych, wynikające z indywidualnych dla każdej jednostki strategii radzenia sobie [20]. Determinanty mające udział w procesie zmagania się z chorobą nowotworową często są związane z samym postrzeganiem choroby [21], a sposób zmagania się z nią wpływa na jakość życia [22]. W badaniu własnym dowiedziono przewagi strategii ukierunkowanych na walkę z problemem (duch walki, pozytywne przewartościowanie), będących dominantą konstruktywnego stylu radzenia sobie. Wybór strategii duch walki świadczy o przyjęciu choroby jako wyzwania i nastawieniu na działania zmierzające do jej pokonania. Natomiast strategia pozytywne przewartościowanie dowodzi poszukiwania przez chorego nadziei, mimo sytuacji choroby [13]. W badaniu własnym potwierdzono, że osoby w starszej grupie wiekowej uzyskały wyższe wartości średniej dla strategii pozytywne przewartościowanie, co może świadczyć, jak wskazuje piśmiennictwo [13], o większej umiejętności odnalezienia się w sytuacji choroby, doceniania przeżytych lat z uwagi na większe doświadczenie życiowe i dojrzałość emocjonalną.

Baczewska i wsp. dowiedli przewagi strategii duch walki i pozytywne przewartościowanie — strategie nie były istotnie zależne od płci badanych [23], podobnie jak w prezentowanym badaniu. Ponadto w badaniu w/w autorów wykazano istotny związek między wiekiem a strategiami radzenia sobie, z wyjątkiem pozytywne przewartościowanie, odmiennie niż w badaniu własnym. Autorzy ci wykazali, że wiek w sposób istotny różnicował strategie radzenia sobie z chorobą i wraz z jego wzrostem nasilały się zaabsorbowanie lękowe oraz poczucie bezradności/beznadziejności w przeciwieństwie do strategii duch walki. W opracowaniu Kulpy i wsp. nie potwier-

dzono przewagi konkretnej strategii radzenia sobie z chorobą, ponieważ pacjenci uruchamiali więcej niż jedną [22], odmiennie niż w prezentowanym badaniu własnym. Pasek i Jackowska wykazały, że wśród strategii przystosowania się do choroby, najczęściej przejawiane przez badanych były duch walki oraz pozytywne przewartościowanie, które istotnie zależały od wieku [24]. W pracy Ziętalewicz i wsp. wykazano także dominację strategii duch walki oraz pozytywne przewartościowanie, a także stylu konstruktywnego [25].

Problematyka chorób nowotworowych dotyczy wielu obszarów, w tym akceptacji choroby i wyboru strategii radzenia sobie. Dlatego też istotnym jest, aby zespół terapeutyczny zwracał szczególną uwagę na poziom akceptacji choroby u pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym. Wyniki własne oraz badania innych autorów wskazują na wagę poruszanej tematyki i potrzebę kontynuacji badań w obszarze akceptacji i wyboru sposobów radzenia sobie z chorobą onkologiczną w grupie młodych dorosłych.

Wnioski

1. Otrzymany wynik wskazał na średni poziom akceptacji choroby onkologicznej.
2. Wśród badanych dominowały strategie będące składową konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą.
3. Istnieje związek między akceptacją choroby w grupie młodych dorosłych a strategiami — zaabsorbowanie lękowe i bezradność/beznadziejność.

Piśmiennictwo

1. Gurba E. Wczesna dorosłość. W: Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. Tom 2. PWN, Warszawa. ; 2002: 202–233.
2. Cieślak M, Bidzan M. Wzrost osobowy u młodzieży zmagającej się z chorobą nowotworową – charakterystyka zjawiska. *Psychoonkologia*. 2015; 4: 152–160.
3. Zebrack BJ, Stuber ML, Meeske KA, et al. Perceived positive impact of cancer among long-term survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *Psychooncology*. 2012; 21(6): 630–639, doi: [10.1002/pon.1959](https://doi.org/10.1002/pon.1959), indexed in Pubmed: [21425388](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21425388/).
4. D'Agostino NM, Penney A, Zebrack B. Providing developmentally appropriate psychosocial care to adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*. 2011; 117(10 Suppl): 2329–2334, doi: [10.1002/cncr.26043](https://doi.org/10.1002/cncr.26043), indexed in Pubmed: [21523754](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21523754/).
5. Zebrack BJ. Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*. 2011; 117(10 Suppl): 2289–2294, doi: [10.1002/cncr.26056](https://doi.org/10.1002/cncr.26056), indexed in Pubmed: [21523748](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21523748/).
6. Adamczyk N, Makara-Studzińska M, Sidor K, et al. Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii. *European Journal of Medical Technologies*. 2014; 3(4): 67–75.
7. Samardakiewicz M, Kowalczyk JR. Opieka psychoonkologiczna nad pacjentem leczonym hematologicznie w okresie

- nastoletnim i wczesnej dorosłości. *Hematologia*. 2011; 2(1): 51–56.
8. Groarke A, Curtis R, Kerin M. Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2013; 22(1): 177–185, doi: [10.1002/pon.2071](https://doi.org/10.1002/pon.2071), indexed in Pubmed: [22006585](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22006585/).
 9. Senkus E, Gomez H, Dirix L, et al. Attitudes of young patients with breast cancer toward fertility loss related to adjuvant systemic therapies. EORTC study 10002 BIG 3-98. *Psychooncology*. 2014; 23(2): 173–182, doi: [10.1002/pon.3384](https://doi.org/10.1002/pon.3384), indexed in Pubmed: [24038775](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24038775/).
 10. Park CL, Cho D, Blank TO, et al. Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychooncology*. 2013; 22(7): 1630–1638, doi: [10.1002/pon.3195](https://doi.org/10.1002/pon.3195), indexed in Pubmed: [23060271](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23060271/).
 11. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, et al. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord*. 2010; 127(1-3): 287–294, doi: [10.1016/j.jad.2010.04.017](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.017), indexed in Pubmed: [20471691](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20471691/).
 12. Kamińska M, Pawlak-Warszawska A, Baczewska B, et al. Efficiency of patients with carcinoma and acceptance of the disease. *Medical Studies*. 2014; 1: 6–13, doi: [10.5114/ms.2014.41985](https://doi.org/10.5114/ms.2014.41985).
 13. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
 14. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B, et al. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2015; 3: 165–169.
 15. Mayor S. Teenagers and young adults with cancer – addressing the most important care needs. *Cancer World*. 2015; 66: 33–38.
 16. Mniszewska J, Wałęcka-Matyja K, Zalewska A. Osobowościowe korelaty akceptacji choroby w łuszczycy i hemofilii. W: Rzepa T., Szepietowski J., Żaba R. (red.). *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław. ; 2011: 35–41.
 17. Kupcewicz E. Akceptacja choroby nowotworowej wyznacznikiem jakości życia. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. 2013; XIV(10/II. : 419–431.
 18. Łuczyk M, Pietraszek A, Łuczyk R, et al. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015; 5(9): 569–576.
 19. Pasek M, Jackowska R. Akceptacja choroby przez chore na nowotwór piersi po zabiegu mastektomii. W: Dębska G., Jaśkiewicz J. (red.). *Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu*. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM Kraków, Kraków. ; 2010: 251–264.
 20. De WaG. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
 21. Kulpa M, Stypuła-Ciuba B. Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Medycyna Paliatywna*. 2013; 5: 171–179.
 22. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Medycyna Paliatywna*. 2013; 5(3): 106–113.
 23. Baczewska B, Kropornicka B, Mazurek P, et al. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(11): 205–220.
 24. Pasek M, Jackowska R. Strategie radzenia sobie w chorobie kobiet po mastektomii W: Dębska G., Jaśkiewicz J. (red.). *Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu*. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne–Oficyna Wydawnicza AFM Kraków, Kraków. ; 2010: 235–249.
 25. Ziętałowicz U, Kulpa M, Stypuła-Ciuba BJ, et al. Funkcjonowanie psychologiczne u kobiet i mężczyzn z chorobą nowotworową. *Medycyna Paliatywna*. 2014; 6(3): 145–150.