

AKADEMIA KALISKA
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

MGR MATEUSZ NIEMIEC

**PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY NOWOTWOROWEJ
A RYZYKO WYSTĄPIENIA DEPRESJI
U KOBIET Z RAKIEM PIERSI**

Rozprawa na stopień doktora
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu

Promotor: dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora
Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Krzysztof Jakubowski

Kalisz 2023

*Serdeczne podziękowania kieruję
do Pani Promotor dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbiety Cipory
wdzięczny za cenne uwagi naukowe, które były bardzo pomocne
podczas realizacji tej pracy, wszelką okazaną pomoc,
a także za cały poświęcony czas.*

*Podziękowania składam również
Panu Promotorowi pomocniczemu dr n. o zdr. Krzysztofowi Jakubowskiemu
za wsparcie i życzliwość w przygotowaniu niniejszej pracy.*

Mateusz Niemiec

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	7
1. WSTĘP	9
1.1. Rak piersi problemem zdrowotnym kobiet	10
1.1.1. Czynniki ryzyka	11
1.1.2. Objawy i diagnozowanie	13
1.1.3. Profilaktyka i leczenie	16
1.2. Depresja – czynniki ryzyka, objawy, rozpoznanie	19
1.3. Postępowanie wobec kobiet z rakiem piersi zagrożonych depresją	21
1.4. Przystosowanie psychiczne i akceptacja choroby nowotworowej elementami wpływającymi na efekty terapii kobiet z rakiem piersi	23
1.5. Czynniki mające znaczenie dla przystosowania kobiet do choroby nowotworowej	28
2. ZAŁOŻENIA, CELE, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE	31
2.1. Cele badań	31
2.2. Problemy badawcze	31
2.3. Hipotezy badawcze	32
3. MATERIAŁ I METODY BADAWCZE	33
3.1. Materiał badawczy	33
3.2. Narzędzia badawcze	34
3.3. Organizacja i przebieg badań	37
3.4. Charakterystyka miejsca prowadzenia badań	38
3.5. Metody analiz statystycznych	40
4. WYNIKI BADAŃ	42
4.1. Wyniki na podstawie Autorskiego Kwestionariusza Ankiety	42
4.1.1. Sytuacja demograficzna i społeczna badanej grupy	42
4.1.2. Dane dotyczące choroby nowotworowej piersi i przebiegu dotychczasowego leczenia	45
4.1.3. Dane dotyczące ogólnego stanu zdrowia	48
4.1.4. Reakcje na rozpoznanie raka piersi, leczenie i inne konsekwencje choroby	51
4.2. Analiza wyników Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC)	57
4.3. Stopień akceptacji choroby nowotworowej na podstawie Skali Akceptacji Choroby (AIS)	60

4.4. Ocena zagrożenia depresją na podstawie Skali Depresji Becka (BDI).....	62
4.5. Testowanie hipotez badawczych	64
4.5.1. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową dominujące w badanej grupie	64
4.5.2. Stopień akceptacji raka piersi.....	68
4.5.3. Zagrożenie depresją w badanej grupie	69
4.5.4. Czynniki demograficzne, społeczne i medyczne mające wpływ na przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej i stopień akceptacji choroby oraz ryzyko wystąpienia depresji ..	70
4.5.5. Wskazanie związku pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej i stopniem akceptacji choroby a ryzykiem rozwoju depresji	99
5. DYSKUSJA	103
6. WNIOSKI.....	124
7. STRESZCZENIE.....	126
8. SUMMARY	130
9. PIŚMIENNICTWO	134
10. SPIS RYCIN.....	164
11. SPIS TABEL	166
12. ANEKS.....	170
12.1. Narzędzia badawcze.....	170
12.1.1. Autorski Kwestionariusz Ankiety – załącznik nr 1.....	170
12.1.2. Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) – załącznik nr 2.....	176
12.1.3. Skala Akceptacji Choroby (AIS) – załącznik nr 3	178
12.1.4. Skala Depresji Becka (BDI) – załącznik nr 4	179
12.2. Zgoda dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie na prowadzenie badań – załącznik nr 5.....	183
12.3. Zgoda Komisji Bioetycznej na prowadzenie badań – załącznik nr 6	184

WYKAZ SKRÓTÓW

Skróty zastosowane w tekście, tabelach i rycinach

Skrót	Nazwa
ACR	American College of Radiology – Amerykańskie Towarzystwo Radiologii
ACS	American Cancer Society – Amerykańskie Stowarzyszenie Raka
AIS	Acceptance of Illness Scale – Skala Akceptacji Choroby
BAC	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa
BCU	Breast Cancer Unit – Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi
BDI	Beck Depression Inventory – Skala Depresji Becka
BG	Biopsja aspiracyjna gruboigłowa
BMI	Body Mass Index – Indeks Masy Ciała
BWW	Biopsja węzła wartowniczego
CV	Współczynnik zmienności
DBP	Diastolic blood pressure - najniższa dolna wartość ciśnienia stwierdzana podczas pomiaru
ER	Receptor estrogenowy
EUSOMA	European Society of Mastology – Europejskie Stowarzyszenie Mastologii
HRQL	Health Related Quality of Life – Jakość życia oparta na zdrowiu
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
IQR/2	Odchylenie ćwiartkowe
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
M	Średnia
Mdn	Mediana
Mini-MAC	Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej
MMG	Mammografia
MMT	Biopsja mammotomiczna
MRI	Rezonans magnetyczny
N	Liczba

NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIR	Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera
PKZR	Polski Komitet Zwalczenia Raka
PR	Receptor progesteronowy
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder – Zespół Stresu Pourazowego
SBP	Systolic blood pressure – najwyższa górna wartość ciśnienia stwierdzana podczas pomiaru
SD	Odchylenie standardowe
T	Cecha określająca wielkość guza pierwotnego (Tis, T1-T4)
USG	Ultrasonografia
WHO	World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia

1. WSTĘP

Choroby nowotworowe są drugą, co do częstości przyczyną umieralności w Polsce. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe stale wzrasta. Najczęściej diagnozowanym u kobiet nowotworem złośliwym jest rak piersi. Najwięcej zachorowań dotyczy osób w przedziale wieku 55-65 lat, ale nowotwór ten jest rozpoznawany również u młodych kobiet. Zdiagnozowanie raka piersi jest bardzo trudną sytuacją dla kobiety i jej najbliższych. Wywołuje stres o mocnym nasileniu, zmienia dotychczasowe życie, postrzeganie rzeczywistości, a nawet hierarchię wartości.

Kobiety w inny sposób reagują na rozpoznanie raka piersi. Niektóre z nich zaprzeczają postawionej diagnozie lekarskiej, obawiają się negatywnych następstw leczenia, uważają, iż proponowane metody leczenia mogą nie być skuteczne. Na rozpoznanie raka piersi często reagują niepokojem, lękiem, żalem, gniewem i rozpaczą. Obawiają się o swoje życie, relacje rodzinne, pracę zawodową, a także sytuację materialną. Wiele kobiet zamyka się w sobie, nie chce rozmawiać o chorobie, a nawet próbuje ukryć jej rozpoznanie przed najbliższymi osobami, z powodu obaw przed ich reakcją. Taka postawa jest przejawem lęku, poczucia beznadziejności i w efekcie prowadzi do tłumienia przez kobietę swoich emocji. Z kolei pojawiający się nieświadomy mechanizm wyparcia emocji bardzo negatywnie wpływa na funkcjonowanie kobiet w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Tłumienie emocji może wskazywać na nieradzenie sobie przez chore kobiety w nowej sytuacji konieczności podejmowania trudnych decyzji związanych z leczeniem oraz dużego prawdopodobieństwa wystąpienia ubocznych efektów terapii. Tłumienie lęku, nie werbalizowanie swoich obaw może prowadzić nawet do wystąpienia depresji. Wiele kobiet po postawieniu diagnozy zachowuje się bardzo racjonalnie i nie wpada w panikę. Porządkują sprawy zawodowe, domowe i jak najszybciej poddają się kompleksowemu leczeniu podejmując przy tym przemyślane, jednoznaczne decyzje. Są też grupy kobiet, które mają inne podejście do swojej sytuacji wynikającej z choroby. Pojawiają się u nich okresy obniżonego nastroju, mają wiele obaw, pytań i wątpliwości, ale je werbalizują i otrzymują profesjonalne wsparcie od lekarzy onkologów i pielęgniarek onkologicznych oraz psychologów zatrudnionych w ośrodkach onkologicznych. Ważnym źródłem wsparcia dla chorych kobiet są osoby z najbliższego otoczenia, głównie członkowie rodziny. Można stwierdzić, że taka postawa jest wyrazem dobrego przystosowania do choroby nowotworowej, zmniejsza nasilenie występujących problemów, ułatwia funkcjonowanie kobiet w środowisku życia i może znacznie zredukować ryzyko wystąpienia depresji.

Pacjentki z rakiem piersi nie tylko w okresie diagnozowania i leczenia są narażone na stres, ale także po zakończeniu terapii, głównie z powodu obaw przed nawrotem choroby. Często zmagają się z trwałymi, ubocznymi skutkami zastosowanego leczenia

onkologicznego oraz następstwami wynikającymi z braku możliwości powrotu do pracy zawodowej i ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu.

W pracy podjęto próbę określenia przystosowania kobiet z rozpoznaniem raka piersi do choroby nowotworowej na podstawie oceny przystosowania psychicznego i akceptacji choroby w kontekście ryzyka wystąpienia depresji.

1.1. Rak piersi problemem zdrowotnym kobiet

Nowotwory złośliwe są jedną z głównych przyczyn śmiertelności na świecie. W roku 2008 odnotowano 8 milionów zgonów z ich powodu i ta liczba systematycznie wzrasta, szacuje się, że w 2030 roku będzie 11 milionów zgonów z powodu nowotworów złośliwych [191]. W 2020 roku na całym świecie odnotowano 19,3 mln nowych przypadków raka i prawie 10 mln zgonów z jego powodu. Główną przyczyną zgonów był rak płuca (18%), rak jelita grubego (9,4%), wątroby (8,3%), żołądka (7,7%) i rak piersi u kobiet (6,9%) [90,256,290].

Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rak piersi stanowi prawie 12% wszystkich nowotworów na świecie. W roku 2020 zostało zdiagnozowanych 2,3 mln nowych przypadków tego nowotworu, a liczba zgonów wyniosła 685 tys. Pod koniec roku 2020 na świecie żyło prawie 8 milionów kobiet, u których w okresie ostatnich 5 lat wykryty został rak piersi [3,256,280,290]. W 2018 roku rak piersi odpowiadał za 24% nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet i 15% zgonów, a według szacunków Globocan liczba zachorowań do 2040 roku może wzrosnąć o ponad 46% [28,118,288,290]. Przeżywalność w raku piersi przez okres 5 lat od postawienia diagnozy, przekracza aktualnie 80% w krajach o wysokich dochodach, natomiast w Indiach 65%, a w Afryce Południowej zaledwie 40%. Sytuacja ta wynika z późnej diagnozy i utrudnionego dostępu do odpowiedniej jakości opieki onkologicznej. Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła nowy projekt pn. Global Breast Cancer Initiative, którego celem jest poprawa przeżywalności w raku piersi o 2,5% rocznie do 2040 roku, co powinno spowodować zmniejszenie o około 2,5 mln zgonów z powodu tego nowotworu [220,289].

Rak piersi w Polsce jest od wielu lat najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet. W 2020 roku stanowił niemal ¼ wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u tej płci. Wśród mężczyzn rak piersi występuje bardzo rzadko, dotyczy około 1% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe piersi i mniej niż 1% nowotworów złośliwych u mężczyzn. Od wielu lat liczba zachorowań w tej subpopulacji utrzymuje się na tym samym poziomie. W Polsce, zgodnie z danymi Centrum Onkologii – Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) liczba zachorowań w 2020 roku przekroczyła 24 tys. przypadków i wzrosła w czasie dwóch dekad o około 10 tys. W roku 2020

wykrytych zostało 24644 nowych przypadków raka piersi i stwierdzono 8805 zgonów z powodu tego nowotworu [219,300].

Ryzyko zachorowania rośnie znacząco u kobiet, które ukończyły 50. rok życia, a szczególnie wysokie jest w przedziale wieku 50-69 lat. W tym wieku wzrasta również umieralność z powodu raka piersi. Niestety, problem występowania tego nowotworu dotyczy także kobiet młodszych – poniżej 40 roku życia. W tej grupie wieku występuje znacznie gorsze rokowanie – rak piersi stanowi tutaj główną przyczynę zgonów, pomimo, że zachorowalność nie przekracza 6%. Liczne badania potwierdziły, że rak piersi u młodych kobiet ma wyższy stopień potencjalnej złośliwości, częściej zaburza równowagę hormonalną ustroju i wykazuje wyższy wskaźnik śmiertelności oraz negatywnie oddziałuje na produktywność tej grupy kobiet w porównaniu do populacji kobiet starszych [87,225,239].

Ze względu na młodszy wiek i ograniczenia w aktywności życia codziennego, kobiety są szczególnie podatne na stres będący wynikiem choroby nowotworowej i jej następstw. Dochodzi do zakłócenia pełnienia ról życiowych, utrudnień w sprawowaniu podstawowych obowiązków i niepokoju o własną przyszłość, a także lęku przed śmiercią. Problemy egzystencjalne i psychologiczne, jeśli pozostaną nierozwiązane, to stanowić mogą główne podłoże rozwoju lęku i depresji. Młodsze kobiety są zdecydowanie bardziej podatne na tego rodzaju niebezpieczeństwo, aniżeli starsze [92,205,268]. Zdiagnozowanie raka piersi skutkuje koniecznością podjęcia kompleksowego leczenia, które może mieć wiele skutków ubocznych. Od kobiety sytuacja ta wymaga znacznego przeorganizowania życia i dostosowania się do warunków terapii oraz konieczności stałego monitorowania stanu zdrowia. W literaturze przedmiotu problemy dotyczące nasilenia objawów i toksyczności leczenia, zostały podkreślone, jako czynniki wyraźnie zwiększające poziom stresu wśród kobiet z rakiem piersi.

1.1.1. Czynniki ryzyka

Przyczyna zachorowania na raka piersi nie jest jednoznacznie określona. Wyodrębniono zespół czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby, najważniejsze z nich to płeć i starszy wiek. Do innych czynników zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi należy obecność mutacji genów BRCA1 i BRCA2. Pierwszy z nich występuje na długim ramieniu 17 chromosomu, a drugi na ramieniu długim chromosomu 13. Poza podanymi wyżej czynnikami ryzyka wystąpienia raka piersi, wymienia się również nowotwory piersi w rodzinie (szczególnie u młodych osób), wysoki status społeczno-ekonomiczny, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, długotrwałe stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych, wystąpienie pierwszej miesiączki we wczesnym wieku, wcześniejsze łagodne zmiany w piersi, palenie tytoniu przez matkę w czasie ciąży, późny

wiek menopauzy, późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka, nadwagę lub otyłość, a także ekspozycję na promieniowanie jonizujące (szczególnie stosowanie radioterapii na okolicę klatki piersiowej przed ukończeniem 30 roku życia), niektóre łagodne choroby rozrostowe gruczołu piersiowego, w tym atypową hiperplazję i przedinwazyjnego raka zrazikowego piersi [163,255,296].

Istnieje zespół metod, które pozwalają oszacować indywidualne ryzyko wystąpienia raka piersi. Najbardziej znaną jest skala Gaila, która uwzględnia wiek pierwszej miesiączki oraz liczbę wykonanych wcześniej biopsji piersi. Poza tym skala ta daje możliwość stwierdzenia ewentualnej obecności hiperplazji atypowej w obrębie materiału pobranego w trakcie biopsji. Skala Gaila uwzględnia zachorowania na raka piersi wśród krewnych pierwszego stopnia oraz wiek, w którym kobieta obecnie się znajduje. Za pomocą metody Gaila można typować kobiety, u których ryzyko zachorowania jest wysokie i objąć je ukierunkowaną profilaktyką [231].

Ryzyko zachorowania na raka piersi rośnie wraz z wiekiem. W populacji kobiet, które nie ukończyły 45. roku życia nowotwór ten występuje stosunkowo rzadko. Jak wcześniej wspomniano większość zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia. Częstość zachorowań dwukrotnie wzrasta wraz z każdą następną dekadą życia, podobnie w starszych grupach wieku częstość zgonów z powodu raka piersi również wzrasta [16,213].

Istotnym czynnikiem wpływającym na zmniejszenie, bądź zwiększenie ryzyka zachorowalności na raka piersi jest styl życia. Nadwaga i otyłość to istotne czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia tego nowotworu, szczególnie u kobiet w wieku pomenopauzalnym. Dieta bogata w tłuszcze nasycone zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi. W Stanach Zjednoczonych i w Wielkiej Brytanii około 18% kobiet przed menopauzą ma wysokie BMI i należy do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia raka piersi [112,178]. Zagrożenie wynika z aktywności i gromadzenia wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych w tkance tłuszczowej gruczołu piersiowego. W tkance tej wspomniane węglowodory wchodzi w interakcję z komórkowym receptorem estrogenowym zwiększając ryzyko rozwoju raka piersi. Ponadto kobiety z otyłością i rakiem piersi mają gorsze rokowanie i przeżywalność niż te z prawidłową masą ciała [197,209,260]. Także spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko wystąpienia tego nowotworu o 9% w przeliczeniu na każde 10 gram wypijanego dziennie czystego alkoholu. Szacuje się, że zwiększone spożycie alkoholu odpowiada za około 4% wszystkich przypadków raka piersi rozpoznanych w 2020 roku. Ryzyko to nie zależy od rodzaju alkoholu. Konsumpcja 1-2 porcji alkoholu na dobę może podwyższać stężenie estrogenów w organizmie kobiety. Dotyczy to kobiet zarówno przed jak i po menopauzie. Nie stwierdzono zwiększenia ryzyka pojawienia się raka piersi u kobiet palących. Wykazano natomiast, że jeśli kobieta paląca papierosy jest w ciąży, zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi u swojej córki [13,73,159,227].

Niezwykle ważną rolę w określaniu zależności czynników ryzyka raka piersi od cech zdrowotnych i społecznych mają badania epidemiologiczne. Faktory takie jak późny wiek pierwszej donoszonej ciąży czy menopauza w starszym wieku, silnie wpływają na możliwość rozwoju nowotworu piersi. Istnieje 7% ryzyko jego wystąpienia u kobiet, które wyszły za mąż w wieku 30 lat lub później, w porównaniu z tymi, które zawarły związek małżeński około 20. roku życia. Późny wiek małżeństwa i pierwszego porodu, prowadzić mogą do braku różnicowania się tkanki gruczołu piersiowego, większego narażenia na mutageny nieestrogenowe oraz toksyczne działanie estrogenu na geny [58,139]. Menopauza po 50. roku życia naraża kobietę na dłuższe działanie estrogenów na jej organizm. Badania Fortnera i wsp. wskazują na to, że wczesna ciąża i dłuższy okres karmienia dziecka piersią redukuje ryzyko raka ER-pozytywnego i ER-negatywnego gruczołu piersiowego [94]. Także niebilansowana dieta może być istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia raka piersi. Według badań Chang i wsp. kobiety niebędące wegetariankami, spożywające pokarmy z dużą zawartością tłuszczów zwierzęcych, miały wyższe prawdopodobieństwo rozwoju raka piersi niż te, które nie spożywały mięsa [292]. Ograniczona aktywność fizyczna także koreluje z ryzykiem wystąpienia raka piersi. Wyniki badania przeprowadzonego w południowych Indiach wskazały, iż kobiety zaangażowane w pracę w gospodarstwie domowym miały zdecydowanie niższe ryzyko wystąpienia raka piersi od tych, które nie wykonywały tego typu zajęć. Aktywność fizyczna również po rozpoznaniu raka piersi może zmniejszyć ryzyko zgonu. W badaniach wśród 2987 kobiet z rakiem piersi stwierdzono, że największa korzyść w tym względzie wystąpiła w przypadku spacerów w średnim tempie trwających 3-5 godzin tygodniowo [121,282].

Czynniki społeczno-ekonomiczne, tj. dochody, miejsce pracy, wsparcie społeczne, wykształcenie, warunki mieszkaniowe, dostęp do usług zdrowotnych, bezpieczeństwo żywnościowe, również wpływają na ryzyko występowania raka piersi. Niski status socjoekonomiczny związany jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka piersi w okresie przedmenopauzalnym oraz znacznym zaawansowaniem raka w momencie rozpoznania, a także gorszym rokowaniem [63,76,214,224]. Sytuacja ta może być związana z brakiem lub nieodpowiednim ubezpieczeniem zdrowotnym, trudnym dostępem do badań profilaktycznych i lekarza, brakiem wsparcia społecznego oraz izolacją społeczną.

1.1.2. Objawy i diagnozowanie

Wyodrębniono trzy główne kategorie objawów nowotworu gruczołu sutkowego: guzek w piersi, objawy przy braku guzka (ból piersi, nieprawidłowy wygląd skóry i zmieniony kształt gruczołu piersiowego, zmiany w brodawce sutkowej) oraz objawy niepowiązane bezpośrednio z samą piersią (zmęczenie, trudności z oddychaniem, zmiany

w dole pachowym, guzek w obrębie szyi i ból pleców) [140,131,269]. Wyczuwalny bezbolesny, twardy, nieregularny i przesuający się podczas dotyku guzek w obrębie piersi najczęściej stanowi pierwszy objaw raka piersi zgłaszany przez kobiety [9,215]. Innymi często zgłaszanymi objawami po guzku piersi są zmiany w brodawce sutkowej, ból piersi i nieprawidłowości w strukturze skóry piersi. Ból piersi uznaje się za objaw powiązany ze stresem, zaburzeniami nastroju, używaniem środków przeciwbólowych i przekonaniem dotyczącym znaczenia bólu. Objawy raka piersi to także zmiany w rozmiarze, obrysie, strukturze i temperaturze tego gruczołu. Zaczerwioną powierzchnię gruczołu sutkowego, przypominającą skórkę pomarańczy, może oznaczać zaawansowanie choroby. Zmiany w brodawce, jej wciągnięcie, swędzenie, pieczenie lub owrzodzenie, obrzmienie całego gruczołu sutkowego, podrażnienie, zgrubienie i łuszczenie skóry piersi, wydzielina z brodawki sutkowej, to inne równie często występujące objawy tego nowotworu [80,88,105,139].

Zapalny rak piersi jest typem nowotworu, który zazwyczaj objawia się swędzeniem, bólem, obrzękiem piersi, wciągnięciem brodawki sutkowej, uciepleniem i zaczerwienieniem w obrębie piersi i objawem „skórki pomarańczy”. Choroba Pageta stanowi odmienny typ nowotworu piersi, który cechuje zaczerwienienie, przebarwienie lub łuszczenie skóry sutka. Może także wystąpić mrowienie, swędzenie, zwiększona wrażliwość na dotyk, piekący ból i wydzielina z brodawki sutkowej [14,189,249].

W przebiegu raka piersi mogą występować przerzuty do okolicznych tkanek i narządów. Najczęściej przerzuty dotyczą węzłów chłonnych, kości, wątroby, płuc i mózgu, a ich objawy zależą od miejsc, w którym są ulokowane. Zalicza się do nich m.in.: znaczną utratę apetytu i masy ciała, osłabienie, gorączkę, dreszcze, kaszel, ból kości, żółtaczkę, objawy neurologiczne [30,170].

Wiele kobiet z rakiem piersi we wczesnym stadium nie zauważa żadnych objawów, co zdecydowanie ogranicza możliwości wczesnego zdiagnozowania choroby i możliwości skutecznego leczenia. Dlatego rekomendowane jest wykonywanie badań diagnostycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi. Rozpoznanie raka piersi dokonywane jest w oparciu o ocenę kliniczną, obrazowanie piersi i diagnostykę cytologiczną lub histologiczną tkanki. W procesie diagnostycznym należy bazować zarówno na wynikach badań obrazowych i patomorfologicznych, jak i na objawach zgłaszanych przez pacjentkę [55,281]. Samobadanie piersi jest zalecane każdej kobiecie od 20 roku życia, systematycznie, co najmniej raz w miesiącu, 2-3 dni po zakończeniu miesiączki w pozycji stojącej i leżącej. Kobiety po menopauzie również powinny wykonywać samobadanie piersi, co najmniej raz w miesiącu, w określonym dniu. W razie jakichkolwiek nieprawidłowości lub wątpliwości kobieta powinna zgłosić się do lekarza. Samobadanie piersi nie jest metodą diagnostyczną o udowodnionej skuteczności,

niemniej jednak uczy kobiety dbałości o swoje zdrowie i wyczula na wszelkie zmiany w budowie piersi. Badanie palpacyjne piersi przez lekarza wymaga należytego wyczucia i ostrożności, ponadto ważne jest tutaj doświadczenie lekarza w jego przeprowadzaniu [1,46,101,128,210].

W diagnozowaniu raka piersi we wczesnym stadium istotne znaczenie mają mammografia (MMG), rezonans magnetyczny (MRI), ultrasonografia (USG) i biopsja piersi [33,111,182,236].

Mammografia stanowi radiologiczną metodę badania gruczołu sutkowego. Tak jak w innych metodach rentgenowskich, są tutaj wykorzystywane różnice pochłaniania promieni X. To podstawowa metoda badania przesiewowego wykrywająca wczesną postać raka piersi. Jest zalecana jako badanie diagnostyczne dedykowane kobietom starszym, u których w budowie piersi występuje przewaga tkanki tłuszczowej [33,55,80]. Można wymienić dwa zasadnicze rodzaje mammografii. Pierwsza, to mammografia analogowa – obrazowa metoda badania piersi z wykorzystaniem promieni rentgenowskich. Drugą stanowi mammografia cyfrowa, która należy do bardziej nowoczesnych metod obrazowania zmian w obrębie piersi. Do jej zalet należą wysoka jakość kontrastu i rozdzielczości obrazu. Ma znacznie wyższą wartość diagnostyczną w porównaniu z mammografią analogową. Pozwala dodatkowo na komputerową obróbkę obrazu, jego przesyłanie i archiwizowanie na nośnikach cyfrowych. Należy podkreślić, że w procesie wykrywania raka piersi oba rodzaje mammografii są skuteczne. Mammografia ma wysoką czułość (na poziomie 80-90%) i swoistość (około 60%) [55,61,174,196].

Innym badaniem diagnostycznym jest ultrasonografia zalecana, jako badanie dodatkowe oprócz mammografii, kiedy istnieje obawa wysokiego ryzyka rozwoju raka piersi, między innymi u kobiet w ciąży, kobiet w młodszym wieku, u których w piersiach występuje głównie tkanka gruczołowa oraz u tych, które nie mogą z różnych przyczyn mieć wykonanej mammografii. Badanie to między innymi pozwala na różnicowanie litych i torbielowatych guzowatości w piersiach [194,259,302].

Kolejnym skutecznym narzędziem diagnostycznym raka piersi o wysokiej rozdzielczości obrazu, jest rezonans magnetyczny. Jest mniej specyficzny, ale za to bardziej czuły przy wykrywaniu niewielkich guzów u pacjentek z dużym ryzykiem wystąpienia raka piersi w porównaniu do badania mammograficznego, czy ultrasonograficznego [229,294,295].

Badania obrazowe pomagają wykryć nieprawidłowości w gruczole sutkowym, ale nie pozwalają na odróżnienie komórek nowotworowych od prawidłowych. W tym celu skutecznym badaniem jest biopsja. W diagnozowaniu raka piersi wykonuje się biopsję cienkoigłową (BAC), gruboigłową (BG), mammotomiczną (MMT) oraz biopsję węzła wartowniczego (BWW) [42,111,264].

Wczesna i trafna diagnoza stanowi jedną z podstawowych zasad decydujących o skuteczności leczenia kobiet z rakiem piersi. Postawienie wczesnej diagnozy w dużym stopniu zależy od samej kobiety, jej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi i zachowań prozdrowotnych, głównie w zakresie ograniczenia działania modyfikalnych czynników ryzyka oraz udziału w badaniach profilaktycznych.

1.1.3. Profilaktyka i leczenie

Profilaktyka chorób nowotworowych jest istotnym elementem zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów oraz przywracania sprawności pacjentom onkologicznym. Niestety profilaktyka nie zawsze jest w pełni doceniana, a nawet niektórzy przypisują jej drugorzędną rolę. Najczęściej wiele uwagi poświęca się problemom diagnostycznym czy terapii, z pominięciem potencjału, jaki stanowi profilaktyka, zarówno pierwotna jak i wtórna. Jest ona rozumiana jako szereg działań, które mają na celu zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór [29,65,73,146,266].

Profilaktyka pierwotna chorób nowotworowych jest to zapobieganie tym chorobom poprzez zespół działań mających na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania na nie. Działania te skutkują obniżeniem współczynnika zapadalności i umieralności na nowotwory przez określenie czynników ryzyka choroby, poznanie jej mechanizmów i promocję zachowań o charakterze prozdrowotnym. Aby działania w obrębie profilaktyki pierwotnej były najlepiej ukierunkowane, przygotowane i wdrożone w życie, konieczna jest wiedza dotycząca czynników ryzyka chorób nowotworowych [23,35,92,146,164]. Profilaktyka pierwotna raka piersi polega na eliminacji czynników ryzyka. Do modyfikowalnych czynników ryzyka należą: brak aktywności fizycznej, dieta z dużą zawartością tłuszczów, nadwaga i otyłość, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu oraz stosowanie antykoncepcji hormonalnej lub hormonalnej terapii zastępczej, brak karmienia piersią [234,260]. Do czynników chroniących przed zachorowaniem na raka piersi zalicza się: donoszoną ciążę, karmienie piersią, systematyczną aktywność fizyczną i dietę bogatą w witaminę D, błonnik, owoce oraz fitoestrogeny. W grupach wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi stosuje się profilaktyczne zabiegi operacyjne takie jak amputacja piersi lub usunięcie jajników wraz z jajowodami. Podaje się także profilaktycznie tamoksifen [72,73,146].

Celem profilaktyki wtórnej jest wczesne wykrycie nowotworu, polega na badaniu osób, które nie mają objawów choroby. Stosowana jest w celu rozpoznania nowotworu, gdy choroba jest jeszcze w okresie bezobjawowym. Zdiagnozowanie choroby w fazie przedinwazyjnej zdecydowanie zwiększa szanse na wyleczenie. Wczesne wykrycie nowotworu to zadanie jakie realizują także same pacjentki poprzez stosowanie zachowań prozdrowotnych, tj. samokontrolę piersi oraz udział w profilaktycznych badaniach

kontrolnych. Poza tym wczesne wykrywanie choroby wiąże się często z rutynowymi badaniami lekarskimi i udziałem w badaniach skriningowych. Polski Komitet Zwalczenia Raka (PKZR) zaleca tego typu badania w celu wczesnego zdiagnozowania raka piersi, raka szyjki macicy, raka gruczołu krokowego, raka jelita grubego i raka skóry [55,39,146,171,244,206]. W profilaktyce raka piersi istotne znaczenie mają zachowania prozdrowotne i wiedza kobiet na temat profilaktyki tego nowotworu, w tym systematyczne wykonywanie samobadania piersi oraz badań obrazowych gruczołu piersiowego. Istotną formą profilaktyki raka piersi są badania genetyczne w celu wykrycia mutacji w genach BRCA1 oraz BRCA2, które pozwalają na identyfikację osób obarczonych zwiększonym ryzykiem zachorowania na ten nowotwór. Genetyczne badania DNA dają szansę na wczesne wykrycie zagrożenia wystąpienia dziedzicznego raka piersi. Powinny one być wykonywane w pierwszej kolejności u osób, które chorują na raka piersi, a także u osób, które miały w swojej rodzinie przynajmniej dwóch krewnych, u których był stwierdzony nowotwór i bliskich krewnych osób z nowotworem piersi lub jajnika. Ponadto testy genetyczne są wskazane dla członków rodzin, w których zdiagnozowano kilka różnych nowotworów w przeszłości, u kobiet podejmujących decyzję o hormonalnym leczeniu zastępczym po zakończeniu menopauzy lub już stosujących takie leczenie. Kobiety, które planują stosować antykoncepcję hormonalną lub już przyjmują hormony, także powinny skorzystać z konsultacji w poradni genetyki onkologicznej [57,172,266,299]. Identyfikacja pacjentek z dziedzicznym zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka piersi stała się integralną częścią profilaktyki w onkologii. Tylko około 5-10% wszystkich przypadków raka piersi jest związanych z silnie penetrującym genem predyspozycji wystąpienia raka. Zdolność do identyfikacji osób z wysokim ryzykiem zachorowania pozwala lekarzom i innym pracownikom ochrony zdrowia interweniować w zakresie poradnictwa, edukacji i kontroli [84,202,291,301]. Menkiszak i wsp. zwrócili uwagę, że opieka zachowawcza nad pacjentkami z grupy wysokiego ryzyka raka piersi i raka jajnika jest nieskuteczna. Wobec takiej sytuacji profilaktykę chirurgiczną uważa się za najlepszą wśród nosicielek mutacji genów BRCA1/BRCA2 [188].

Rodzaj zastosowanej metody leczenia raka piersi zależy od rozmiarów i umiejscowienia guza, wyników badań laboratoryjnych, stadium i rozległości choroby. Terapia może mieć charakter systemowy i miejscowy. Leczenie systemowe obejmuje chemioterapię i hormonoterapię. Pacjentka może korzystać z jednej formy leczenia lub ich kombinacji, zależnie od sytuacji zdrowotnej i planu leczenia. W terapii systemowej stosuje się leki podawane dożylnie lub doustnie [36,238]. Leczenie miejscowe ma na celu usunięcie guza lub kontrolę nad komórkami nowotworowymi w danej okolicy. Do metod leczenia miejscowego zalicza się leczenie chirurgiczne oraz radiologiczne.

W leczeniu chirurgicznym wykonuje się operację oszczędzającą lub radykalną. W czasie operacji oszczędzającej usuwa się zmianę rozrostową razem z małą ilością

niezmienionej chorobowo tkanki otaczającej, tj. w granicach zdrowych tkanek. Operacja radykalna – mastektomia polega na chirurgicznym usunięciu całej piersi [7,53,113, 141,195].

Istotą radioterapii stosowanej jako teleradioterapia lub brachyterapia jest niszczenie komórek nowotworowych z zastosowaniem promieniowania jonizującego. Teleradioterapia polega na umieszczeniu źródła promieniowania w pewnej odległości od chorych tkanek, a w brachyterapii źródło promieniowania umieszcza się w obrębie guza nowotworowego lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie. Radioterapię często stosuje się po wykonaniu zabiegu operacyjnego oszczędzającego piersi, w celu obniżenia ryzyka nawrotu choroby oraz do leczenia bolesnych przerzutów nowotworowych do kości, mózgu lub rdzenia kręgowego. Radioterapia zastosowana po mastektomii redukuje częstość lokalnych i miejscowych nawrotów choroby o 50-75%. W większości randomizowanych badań stwierdzono jednak, że ta redukcja nie idzie w parze ze zwiększonymi współczynnikami przeżywalności pacjentek z rakiem piersi [25,116,117].

Chemioterapia polega na stosowaniu leków cytostatycznych i cytotoksycznych w postaci iniekcji dożylnych, wlewów dożylnych lub w postaci tabletek w celu ograniczenia namnażania oraz niszczenia komórek nowotworowych. Istotą tego leczenia jest podanie pełnej dawki leków przeciwnowotworowych we właściwym cyklu i czasie. Może być stosowana jako terapia adjuwantowa (uzupełnienie leczenia chirurgicznego) lub neoadjuwantowa (przygotowanie do leczenia chirurgicznego). Najczęściej stosowane leki we wczesnym raku piersi to antracykliny i taksany, których działanie obejmuje cały organizm, nie tylko komórki nowotworowe [130,193,276].

Terapia hormonalna stosowana jest u pacjentek, u których w guzie występują dodatkowo receptory hormonalne, działa na estrogeny. Tamoxifen i toremifen to leki, które zapobiegają łączeniu się estrogenu z komórkami nowotworowymi piersi. Substancje te mają skuteczne działanie zarówno u kobiet przed, jak i po menopauzie [49,77,173,273].

Terapia celowana koncentruje się na mutacjach właściwych komórkom nowotworowym. Stosowane w tej terapii preparaty niszczą komórki nowotworowe, oszczędzając w dużym stopniu tkanki zdrowe. Stąd można mówić o niskiej toksyczności terapii celowanej, w której dochodzi do blokowania nadmiernej ekspresji białka HER2 (w przypadku 15-20% kobiet z rakiem piersi, białko to produkowane jest w zbyt dużej ilości). Guzy nowotworowe wytwarzające HER2 wykazują większe prawdopodobieństwo nawrotów w porównaniu z tymi, które go nie produkują [165,176,238].

Immunoterapia oparta jest na zjawisku zwalczania przez układ odpornościowy wielu typów guzów nowotworowych, także tych, które występują w obrębie tkanek piersi. Najnowsze doniesienia naukowe mówią o projektowaniu antygenów onkopłodowego, który angażowałby układ immunologiczny pacjentki do „namierzania” i „atakowania”

komórek zmienionych nowotworowo, co może wpływać w konsekwencji na dłuższe przeżycie i poprawę jakości życia leczonych w ten sposób kobiet [86,143,304].

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, wczesna diagnoza, kompleksowe leczenie oraz opieka wspomagająca to zasadnicze filary, które mogą poprawić sytuację kobiet z rakiem piersi. W związku z tym ważne jest prowadzenie badań mających na celu stałe doskonalenie w zakresie profilaktyki i leczenia raka piersi oraz wczesnego diagnozowania problemów bio-psycho-społecznych występujących u kobiet na różnych etapach choroby, a także wsparcie w ich rozwiązywaniu.

1.2. Depresja – czynniki ryzyka, objawy, rozpoznanie

Termin depresja oznacza stan obniżonego nastroju, któremu towarzyszą smutek, przygnębienie, rezygnacja, zniechęcenie, ból psychiczny. W psychiatrii termin depresja jest używany jako zbiorcze określenie zespołu objawów, które występują razem w tym samym czasie u danego pacjenta. To także cechy wpływające na jego codzienne funkcjonowanie wywołujące cierpienie psychiczne. Oprócz obniżonego nastroju do innych objawów zespołów depresyjnych należą: zaburzenia rytmu okołodobowego, obniżenie napędu psychoruchowego, objawy somatyczne, zmniejszenie lub brak odczuwania przyjemności i często łęk [64,186,203].

Dotąd nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co stanowi przyczynę występowania depresji. Wiadomo jedynie, że choroba ta może być wynikiem pewnych interakcji zachodzących między czynnikami genetycznymi, a czynnikami oddziałującymi na organizm pacjenta w różnych okresach życia. Do czynników ryzyka rozwoju depresji zalicza się: predyspozycje genetyczne, płeć, wiek, sytuację społeczną, bezrobocie, problemy psychiczne, rozwód, śmierć bliskiej osoby, chorobę, ciążę i poród oraz stres. W niektórych rodzinach obserwuje się częstsze występowanie depresji w sytuacji, gdy któreś z rodziców, dzieci lub rodzeństwa miało kilka epizodów depresyjnych. Ryzyko wystąpienia depresji u członka takiej rodziny może wynosić nawet 20% [97,114,220].

Do niedawna panował pogląd, że depresja częściej dotyka kobiet aniżeli mężczyzn. Jednak z ostatnich badań wynika, że choroba ta występuje w przypadku obu płci z podobną częstością, różniąc się jedynie swoją charakterystyką. Kobiety są bardziej świadome ryzyka depresji i częściej zgłaszają się po pomoc do specjalisty, w przeciwieństwie do mężczyzn [271]. Depresja może dotyczyć osób w każdym wieku, ale większe ryzyko dotyczy kobiet między 40. a 50. rokiem życia. Wraz z wiekiem częstsze jest występowanie nawrotów choroby. Nie do końca zbadano zależność między sytuacją społeczną pacjenta a depresją. Przypuszcza się jednak, że niski status społeczny pociąga za sobą większe ryzyko zachorowania. Osoby, w życiu których występują pewne napięcia psychiczne czy urazy, narażone są w większym stopniu na wystąpienie depresji. W dużej mierze reakcja na urazy psychiczne zależy od indywidualnych predyspozycji

genetycznych bądź cech osobowości. Śmierć bliskiej osoby bądź rozwód zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Bez wątpienia żałoba i poczucie straty kogoś najbliższego, szczególnie współmałżonka, znajduje się na szczycie piramidy czynników ryzyka depresji [32,149,212,235]. Praktycznie każda choroba somatyczna zwiększa ryzyko wystąpienia depresji, które rośnie wraz z zaawansowaniem określonej dolegliwości. Oczywistym jest fakt, że choroby mniej groźne jak np. grypa nie będą tak niebezpieczne dla zdrowia psychicznego jak udar mózgu czy nowotwór złośliwy [129]. Dla wielu kobiet ciąża i poród zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Urodzenie dziecka stwarza zupełnie nową sytuację, głównie pod względem psychicznym. Dochodzi wtedy do wahania poziomu hormonów, co nie ułatwia opieki nad noworodkiem. Kobieta doświadczać może zmiennych odczuć i u co dziesiątej istnieje duże prawdopodobieństwo depresji poporodowej. Niewątpliwie długotrwały stres zwiększa ryzyko wystąpienia depresji [154,203].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zawiera kryteria służące rozpoznaniu epizodu depresji o różnym nasileniu, podczas którego pacjent doświadcza obniżonego nastroju, traci dotychczasowe zainteresowania i optymizm. Dochodzi u niego do zmniejszenia energii, co skutkuje wzmożoną męczliwością nawet przy małym wysiłku, jak i obniżenia aktywności. Nawet niewielkim wysiłkiem towarzyszyć może nasiloną męczliwość. Listę często spotykanych objawów uzupełniają: obniżenie samooceny i wiary w swoje możliwości, utrata apetytu, osłabienie zdolności koncentracji, pesymistyczne widzenie przyszłości, poczucie winy i niskiej wartości, zaburzenia snu, myśli samobójcze wiodące niejednokrotnie do prób samobójczych. Rozpoznanie depresji stawiane jest, gdy objawy mają znaczne nasilenie i szybko narastają lub utrzymują się przez, co najmniej dwa tygodnie [83,271].

Istnieją cztery stopnie określające ciężkość epizodu depresyjnego. Od łagodnego, poprzez umiarkowany, ciężki oraz ciężki ze współwystępującymi objawami psychiatrycznymi. W tym ostatnim u chorego obserwuje się urojenia, omamy bądź osłupienie depresyjne. Zgodnie z kryteriami rozpoznawania depresji, objawy powinny być znacząco niecharakterystyczne dla danego pacjenta, utrzymywać się przez większość czasu, praktycznie codziennie i nie podlegać w istotnej mierze wpływom wydarzeń zewnętrznych. W klasyfikacji odnaleźć można też cechy zespołu depresyjnego określane jako somatyczne, witalne, melancholiczne, endomorficzne, które łączy się ze znacznym udziałem czynników o pochodzeniu biologicznym. Rozpoznanie zespołu somatycznego stawia się, kiedy występują co najmniej cztery objawy z niżej wymienionych: utrata zainteresowań w zakresie aktywności do tej pory sprawiających przyjemność, brak reakcji emocjonalnych względem wydarzeń wyzwalających zwykle pozytywne reakcje, wcześniejsze poranne budzenie się, znaczne obniżenie nastroju zwłaszcza w godzinach porannych, zauważalne w sposób obiektywny zdecydowane zahamowanie lub

pobudzenie pacjenta, zmniejszenie łaknienia, wyraźna utrata masy ciała przekraczająca 5% w ciągu miesiąca i spadek libido [34,181,267].

W sytuacji kobiet z rakiem piersi można wyróżnić pewne czynniki, które zwiększają ryzyko rozwoju depresji. Są to: leczenie chemioterapią, wykonanie mastektomii, niższy poziom wykształcenia, brak udziału w programach wsparcia psychospołecznego [287].

Depresja często nie stanowi jedynej zaburzenia natury psychicznej, na które cierpi pacjent. U większości osób występują także inne zaburzenia psychiczne. U około dwóch trzecich pacjentów z rozpoznaną depresją diagnozuje się również zaburzenia lękowe, uzależnienie od alkoholu, leków czy narkotyków, jak i poważne zaburzenia osobowości. Ich współwystępowanie może utrudnić proces leczenia samej depresji.

1.3. Postępowanie wobec kobiet z rakiem piersi zagrożonych depresją

Zdiagnozowanie raka piersi ma duże znaczenie w całokształcie życia pacjentki. Poddanie się procesowi leczenia jest dużym obciążeniem emocjonalnym, które może prowadzić do wystąpienia depresji. Pacjentka z tym problemem nie powinna zostać sama, ma możliwość skorzystania z pomocy całego zespołu specjalistów. Współpraca z lekarzem onkologiem, pielęgniarką, psychologiem i psychiatrą, ułatwia szybką, adekwatną do konkretnego stanu terapię pozwalającą na wypracowanie najlepszej strategii leczenia [93,284]. Jak wcześniej wskazano do symptomów depresji zaliczyć można odczuwanie stanu smutku przez co najmniej kilka dni, utratę zainteresowań, które dawniej angażowały pacjentkę, problemy z koncentracją, utrzymujący się dłużej stan zdenerwowania, problemy ze snem czy w końcu występowanie myśli samobójczych. Wymienione objawy depresji nie wyczerpują ich długiej listy [41].

Częścią profesjonalnej opieki medycznej nad pacjentką z rakiem jest postawienie prawidłowej diagnozy i ustalenie planu leczenia dla kobiety doświadczającej choroby nowotworowej, której często towarzyszą problemy psychiczne. Istnieją liczne narzędzia skринingowe, które są dostępne i mogą służyć do wykonywania badań u takich pacjentek. Regularna, bieżąca ocena cierpienia emocjonalnego wpływa na przezwyciężanie i skuteczne leczenie problemów psychicznych oraz przyczynia się do poprawy stanu pacjentki [275]. W 1997 roku National Comprehensive Cancer Network w Stanach Zjednoczonych opublikowała Przewodnik radzenia sobie z cierpieniem, jako narzędzie dla lekarzy onkologów, w celu rozwinięcia diagnostyki różnicowej cierpienia, obejmującej powszechne zaburzenia psychiczne i psychosocjalne, a także problemy natury duchowej u pacjentów onkologicznych. Panel specjalistów poruszył kwestię doświadczania objawów natury psychicznej przez pacjentów. Nakładają się one z innymi objawami choroby, które również wymagają leczenia. Dostrzeżono konieczność używania pojęcia „cierpienie” podczas mówienia o chorobie nowotworowej w taki

sposób, aby lekarze, pacjenci i ich rodziny mogli porozumieć się ze sobą wspólnym, przystępnym językiem. Odpowiednie, sprawdzone algorytmy postępowania, dają lekarzom szanse na efektywne leczenie występujących u pacjenta objawów, ich ocenę i weryfikację efektów zastosowanej w konkretnym przypadku terapii [18,211]. Jako metody samooceny służące do pomiaru i badania skринingowego własnego cierpienia, stosowane są narzędzia, które mierzą poziom odczuwanego bólu wewnętrznego na odpowiedniej skali, zwanej „termometrem cierpienia”. Oprócz pomiaru poziomu cierpienia, termometr zawiera także listę problemów, które pacjent uznaje za przyczyny swoich dolegliwości. Są to problemy natury fizycznej, emocjonalnej, rodzinnej i duchowej. Pacjent powinien wskazać je i zidentyfikować przy pomocy profesjonalistów. Pacjenci z rozpoznaniem nowotworu i ich rodziny zderzają się z nowymi sytuacjami wynikającymi z choroby oraz procesu leczenia. Ta sytuacja stanowi wyzwanie, które zostało zdefiniowane jako potrzeba ochrony racjonalnej równowagi emocjonalnej, utrzymania poczucia bezpieczeństwa i panowania nad sytuacją, podtrzymywania relacji z rodziną i przyjaciółmi oraz przygotowania na niepewną przyszłość. Chorzy i ich rodziny korzystać mogą z pomocy w poprawie własnych umiejętności w zakresie radzenia sobie w trudnej sytuacji. Mogą nauczyć się nowych strategii i wykorzystywać je jako przydatne metody rozwiązania swoich problemów. Wcześniej stosowane strategie radzenia sobie mogą nie być dłużej skuteczne, szczególnie w nowej sytuacji życiowej. Istotnym elementem, który pomaga pacjentom onkologicznym i ich rodzinom zachować optymizm i otrzymać przynajmniej częściową ulgę w cierpieniu jest wsparcie społeczne ukierunkowane na wyrażenie emocji, które pozwala wyartykułować problemy chorego i stanowi niezbędny warunek do planowania działania łagodzącego występujące objawy. Zadania adaptacyjne, które są konieczne, aby przystosować się do choroby, obejmują kilka różnych sposobów radzenia sobie takich jak: nauka wyrażania emocji, ocena nowych informacji, podejmowanie decyzji, mobilizacja wsparcia społecznego i zwiększenie własnej skuteczności [56,187,199,254].

Zależnie od przyczyny choroby lekarz może zastosować różne sposoby leczenia, w tym leki antydepresyjne, psychoterapię indywidualną, psychoterapię grupową. Zaznaczyć należy, że leki najnowszej generacji stosowane w przypadku zdiagnozowania raka piersi niwelują w znacznej mierze przyczyny depresji [40]. Psychoterapia wspierająca dla pacjentek z rakiem i ich rodzin jest jednym z ważnych elementów kompleksowej opieki onkologicznej. Objęcie chorych kobiet psychoterapią sprawia, iż są one lepiej przygotowane do przeżywania swojej choroby. Terapeuci onkologiczni mają wiedzę na temat reakcji na chorobę nowotworową i profesjonalnych metod wsparcia. Pacjentce należy zapewnić komfort doświadczania subiektywnych przeżyć związanych z chorobą. Elementem dostosowania do choroby nowotworowej jest właściwa ocena diagnozy klinicznej, wpływającej na poznanie zmieniających się potrzeb psychicznych i łączenie ich z pewną elastycznością podejścia terapeuty do pacjentki [22,109].

Skuteczne radzenie sobie z chorobą oznacza umiejętność rozumienia jej bezpośrednich i pośrednich następstw, począwszy od dostosowania się do przebiegu i trybu leczenia, po pokonanie obaw, niepewności oraz lęku towarzyszącego terapii. Życie w chorobie i radzenie sobie z jej następstwami wymaga opanowania silnych, nieuniknionych emocji, które mogą zaburzać proces leczenia, pogarszać jakość snu, wpływać na dietę i aktywność fizyczną. Szeroki zakres i rozpowszechnienie problemów psychicznych dotyka chore kobiety i ich rodziny przed, w trakcie oraz po zakończeniu terapii [81].

Często kobiety z rakiem piersi nie starają się szukać pomocy psychologicznej, gdyż myślą, że ich stan psychiczny stanowi naturalną i nieodzowną część choroby. Występujący obniżony nastrój powinien być jednak sygnałem alarmowym i prowadzić do poruszenia tej kwestii z zespołem terapeutycznym. Wspólne zajęcie się uczuciem smutku i obniżonym nastrojem może wyeliminować lub zmniejszyć wpływ tych odczuć na życie codzienne pacjentki. U kobiet z chorobą nowotworową, jak wcześniej zwrócono uwagę mogą także występować myśli samobójcze. W takiej sytuacji należy skonsultować pacjentkę z lekarzem psychiatrą. Ogromną rolę wówczas odgrywa wsparcie ze strony specjalistów opiekujących się pacjentką oraz osób najbliższych – rodziny i przyjaciół [41,252].

Kobieta z rakiem piersi, która może liczyć na wsparcie najbliższych jej osób jest częściej otwarta i ma większe poczucie bezpieczeństwa. Ponadto istotnym elementem dobrze wpływającym na stan zdrowia chorej kobiety jest możliwość szczerzej rozmowy z lekarzem, pielęgniarką, psychologiem klinicznym o trudnościach związanych z następstwami choroby i leczenia, przyczynach depresji, jej przebiegu i leczeniu. Często zdarza się, że lęk i depresja stanowią efekt uboczny działania leków podawanych podczas leczenia onkologicznego lub leków przeciwbólowych. Przedwczesna menopauza spowodowana niektórymi rodzajami terapii przeciwnowotworowej wpływa na zmiany hormonalne, a te z kolei są czynnikiem szkodliwie oddziaływującym na stan psychiczny kobiety [60]. Pacjentki z rakiem piersi często martwią się o swoją przyszłość, co jeszcze bardziej zwiększa ryzyko wystąpienia u nich stanów depresyjnych. Warto podkreślić, iż nie należy mylić depresji ze stanami zmęczenia i osłabienia. Stąd bardzo ważne jest wczesne i trafne zdiagnozowanie nasilenia objawów wskazujących na zagrożenie depresją lub jej rozpoznanie w celu objęcia takich kobiet profesjonalną opieką psychologiczną i/lub psychiatryczną.

1.4. Przystosowanie psychiczne i akceptacja choroby nowotworowej elementami wpływającymi na efekty terapii kobiet z rakiem piersi

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest sytuacją bardzo trudną dla pacjentki i jej rodziny. Proces leczenia również skutkuje wieloma problemami o charakterze somatycznym, psychicznym i duchowym. To na ile pacjentka potrafi przystosować się

psychicznie do swojej choroby znajduje odzwierciedlenie w procesach emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych. Proces dostosowania się do aktualnego stanu zdrowia rzutuje na dalsze życie osoby chorej i osób z najbliższego otoczenia. Różne postawy oraz przyjęte strategie wiążące się z przystosowaniem psychospołecznym do choroby nowotworowej wpływają na stopień nasilenia stresu. Warunkują one przy tym nasilenie odczuwania objawów somatycznych, co przekłada się na poziom funkcjonowania chorej kobiety i jej rodziny. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową są istotne, dlatego, że istnieje konieczność ciągłego dążenia do poprawy jakości życia osoby chorej z uwzględnieniem wszystkich etapów stanu w jakim się znalazła [66,81,173].

W dostępnym piśmiennictwie naukowym dotyczącym psychoonkologii trudno jest odnaleźć jednolitą definicję charakteryzującą czynniki przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej. To dostosowanie rozpatrywane jest głównie w kategoriach zmagania się ze stresem w obliczu krytycznego wydarzenia życiowego. W takim położeniu osoba chora musi stawić czoła emocjom, jakie powstają wskutek wystąpienia wydarzenia krytycznego w jej życiu. Choroba nowotworowa według Antonovsky'ego stanowi krytyczne wydarzenie życiowe. Przystosowanie psychiczne do procesu nowotworowego stanowi element postępowania zmierzającego do likwidacji dyskomfortu emocjonalnego. W dalszej kolejności ma za zadanie przywrócić równowagę psychiczną osobie w sytuacji choroby nowotworowej będącej czynnikiem kreującym nową rzeczywistość życiową. Adaptacja do choroby jest uzasadniona z powodu dwóch głównych celów – radzenia sobie bezpośrednio z chorobą oraz radzenia sobie z procesem leczenia rzutującym na życie osoby chorej [4,207].

Pacjentki z chorobą nowotworową doświadczają różnych dolegliwości w zakresie stanów psychicznych. Najczęściej diagnozowane są: lęk (panika, zespół stresu pourazowego, fobie), depresja oraz zaburzenia towarzyszące. Wiele kobiet w sposób optymistyczny stara się spojrzeć na diagnozę i perspektywę leczenia raka piersi. Jednak dla znacznej grupy pacjentek rozpoznanie nowotworu jest traumą zblizoną do doświadczenia napaści, wypadku lub katastrofy naturalnej. Pacjentki często zapamiętują nawet datę i godzinę, kiedy usłyszały diagnozę raka piersi. Pamiętają dokładnie gdzie było to powiedziane, kto przekazał wiadomość, dokładne słowa, które padły i jak się poczuły w chwili postawienia diagnozy. Są to zmieniające życie momenty, które psychologicznie bywają często dla pacjentek transformacyjne. W początkowych stadiach diagnozy i wczesnego leczenia, użycie pojęcia „ostre zaburzenie stresowe” lub „zespół stresu pourazowego” mogą najlepiej zobrazować problemy psychiczne, jakie zaistniały w związku z rozpoznaniem nowotworu [160,208,271].

Często, kobiety doświadczają niedowierzania, trudności z zasypianiem, lęków i natrętnych myśli. Życie oraz plan dnia zmieniają się diametralnie i często nie są już przyziemną rutyną polegającą na chodzeniu do pracy lub szkoły. Rozpoczyna się ciąg spotkań z lekarzami, otrzymywanie informacji i danych medycznych w języku

specjalistycznym, seria procedur pobierania krwi, stosowanie leczenia systemowego i/lub miejscowego. Gdy pacjentki przechodzą przez różne etapy leczenia, zmienia się też ich stosunek do zaistniałej sytuacji, ewoluując od ostrego stresu do chronicznego zespołu stresu pourazowego (PTSD). Nawet zaprzestanie intensywnego leczenia może być powodem pojawienia się lęku o wyzdrowienie. W tym samym czasie wiele pacjentek i ich rodzin, doświadcza także zjawiska określanego mianem wzrostu pourazowego, którego przejawem są pozytywne zmiany po traumie związanej z chorobą nowotworową. U kobiet zmienia się znacznie perspektywa życiowa wymuszając konieczność stawienia czoła nagłym, bardzo poważnym wyzwaniom. Umiejętność dostosowania się do warunków doświadczania lęku, ponowne docenienie wartości życia i zmiana duchowa, mają miejsce w przypadku znacznej części pacjentek leczonych z powodu raka piersi i w niektórych przypadkach, sprzyjają lepszemu długoterminowemu dostosowaniu. Kobiety często doświadczają mieszanych stanów psychicznych lub połączenia objawów depresji i lęku [122,274].

Dobłą strategią przystosowania się do choroby nowotworowej przez pacjentkę jest zmiana stylu życia, ponieważ może ona w znacznym stopniu wpłynąć na poprawę nastroju i przeciwdziałać depresji. Wskazane jest, aby chora zadbała również o regularne godziny snu, ze względu na rolę wypoczynku, jako czynnika poprawiającego samopoczucie. Regularne ćwiczenia fizyczne prowadzą z kolei do uwalniania w mózgu endorfin, które łagodzą stany depresyjne. Kobieta na pierwszym miejscu powinna postawić na troskę o swoje dobre samopoczucie. Aby pokonać depresję warto spróbować także innych technik niż jedynie przyjmowanie środków farmaceutycznych. Należą do nich praktyki religijne, medytacje, masaże, joga lub prowadzenie własnego pamiętnika [103,192].

Choroba nowotworowa zawsze jest krytycznym wydarzeniem życiowym zakłócającym wartości cenione przez kobietę. Stawia ona osobę chorą w obliczu wielu wymagań, jakich dotychczas najczęściej nie znała. Pacjentka musi zmierzyć się z nieprzyjemnymi reakcjami emocjonalnymi o różnym natężeniu, np. szok objawiający się pozornym spokojem, który zmieniać się może w utratę kontaktu z otaczającym światem. Częściej pojawia się płacz, złość, bunt, chęć ucieczki od ludzi oraz próba wyparcia ze świadomości nieprzyjemnych zdarzeń. Zaprzeczanie to inaczej nie przyjmowanie faktu rozpoznania nowotworu. Negacji ulega konieczność leczenia i wynikające z terapii konsekwencje, pomimo, że pacjentka zachowuje swoją sprawność intelektualną. Stan taki powinien być obserwowany przez specjalistę ze szczególnym uwzględnieniem czasu jego utrzymywania się oraz natężenia [257].

U chorych kobiet często występują stany lękowe, wyrażane w różny sposób. Mogą to być: werbalizacja pośrednia, zmiany wskaźników fizjologicznych oraz, tzw. zachowania specjalne, jak unikanie spojrzeń innych ludzi, ostrożność w formułowaniu

wypowiedzi, bądź unikanie odpowiedzi na podchwytliwe pytania. Dużą mobilizację dają pacjentkom nadzieja na wyleczenie, gdyż stanowi motywację do podjęcia walki z chorobą oraz zwiększa wolę życia. Towarzyszące osobom chorym uczucie gniewu stanowi silny i negatywny stan emocjonalny będący reakcją na przeszkody utrudniające swobodne działanie i realizację celów życiowych. Można wyróżnić kilka rodzajów gniewu: gniew ogólny, przeniesiony, usprawiedliwiony, tłumiony i ukryty. Niejednokrotnie pacjentki zmagają się z poczuciem winy i krzywdy, czyli nieprzyjemną dla nich kondycją emocjonalną wynikającą z przekonania, że doświadczenie choroby kobieta zawdzięcza samej sobie lub innej osobie. Tego typu odczucia często są okazywane w formie zazdrości wobec zdrowych osób, wybuchów złości, obrażania się na innych. Takie stany psychiczne mogą łączyć się z obniżonym poczuciem wartości osoby chorej [81,198,242].

Zgodnie z koncepcją Greera, Mooreya i Watsona istnieje model radzenia sobie z chorobą oparty na pięciu głównych postawach przystosowania się do niej. Są to: unikanie-zaprzeczanie, duch walki, bezradność-beznadziejność, fatalizm-stoicka akceptacja oraz lękowe zaabsorbowanie [107]. Postawa ducha walki jest związana z niskim zewnętrznym umiejscowieniem kontroli oraz wysokim wsparciem społecznym. Postawa bezradność-beznadziejność wynika z wysokiego zewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz niskiego wsparcia społecznego. Postawa ta przejawia się u pacjentek głównie poprzez odczuwanie beznadziei i bezradności. Do tego dochodzi bierność, uczucie lęku, przygnębienie i depresja. Postawa lękowego zatroskania związana jest przede wszystkim z lękowym nastawieniem pacjentek do rozpoznania choroby, jak i całego procesu leczenia. Często spotyka się przy tym zachowania hipochondryczne.

Obserwuje się pewne różnice w zakresie przyjętej strategii wynikające z rodzaju nowotworu. Postawa bezradności i zaabsorbowania lękowego częściej dotyczy osób z nowotworem trzustki oraz żołądka. Postawa ducha walki i pozytywnego przewartościowania występuje głównie u chorych, ze stwierdzonym nowotworem narządu rodnego lub gruczołu krokowego. Pacjenci potrafiący uruchomić strategie konstruktywne radzenia sobie z chorobą nowotworową cechują się znacząco wyższą jakością życia i lepszymi rokowaniami co do długości przeżycia [67,127].

Strategie o charakterze aktywnym, konfrontacyjnym i ucieczkowym mają bardziej pozytywny wpływ na funkcjonowanie pacjenta z chorobą nowotworową od strategii opartych na postawie bierności i rezygnacji. Wysokie nasilenie postaw bezradności-beznadziejności jest związane z kolei z niskim poziomem sprawności funkcjonalnej. Pacjenci przyjmujący tę postawę i cechujący się zaabsorbowaniem lękowym z reguły wykazują niższy poziom jakości życia. Postawa ducha walki wpływa na lepsze funkcjonowanie pacjenta w środowisku. Konstruktywne strategie radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby nowotworowej wiążą się bezpośrednio

z wyższą jakością życia. Postawa bezradności-beznadziejności połączona z postawą zaabsorbowania lękowego skutkuje tym, że pacjenci wykazują niższy poziom sprawności funkcjonalnej.

Sposób radzenia sobie z chorobą uzależniony jest zazwyczaj od zmiennych predykcyjnych, do których należy m.in. stopień akceptacji choroby. Akceptacja choroby jest procesem wieloetapowym, długotrwałym i stanowi przejaw adaptacji pacjentki z rakiem piersi do warunków narzuconych przez chorobę. Proces akceptacji zależy od indywidualnych cech osobowościowych kobiety, ograniczeń spowodowanych przez chorobę oraz odporności na stres. Osoba akceptująca swoją chorobę zachowuje spokój i zrozumienie wobec sytuacji, w której się znalazła, akceptuje zmiany w codziennym funkcjonowaniu wynikające z toczącego się w organizmie procesu nowotworowego. W przypadku braku akceptacji sytuacji zdrowotnej zaburzonej przez chorobę, może dojść do nasilenia lęku, bezradności, a nawet depresji. Kobiety mające optymistyczne nastawienie do życia łatwiej akceptują swoją chorobę, często w sposób konstruktywny radzą sobie z nią przyjmując postawy pozytywnego przewartościowania i ducha walki. Akceptacja choroby umożliwia dobre przystosowanie psychiczne do niej i jest częścią złożonego procesu terapeutycznego. Stanowi niezbędny warunek złagodzenia negatywnych emocji, zmniejszenia poczucia zagrożenia i niepewności w walce z chorobą, mobilizacji własnych zasobów do wykorzystania ich w procesie terapeutycznym, a nawet szansę zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa [285]. Na akceptację choroby nowotworowej składa się proces wielu zmian mających na celu przywrócenie równowagi oraz poczucia kontroli nad tym, co spotyka chorą kobietę. Akceptacja stanowi rodzaj wyrażenia zgody na zmiany w życiu wynikające z rozpoznania choroby. Jest wyrazem pogodzenia się z aktualną sytuacją zdrowotną i mniejszego poczucia dyskomfortu fizycznego i psychicznego. Ułatwia również współpracę pomiędzy zespołem terapeutycznym, a pacjentką oraz może przyczynić się do efektywności procesu leczenia, ponieważ pacjentka, która akceptuje swoją chorobę, potrafi skupić się na rzeczach dla niej najważniejszych: słucha i rozumie przekazywane informacje dotyczące jej stanu zdrowia i planowanego leczenia, aktywnie uczestniczy w procesie terapeutycznym, potrafi prowadzić ukierunkowaną samoobserwację, wcześniej reaguje na niepożądane objawy – jest w stanie żyć z chorobą [54,132].

Jak wcześniej wspomniano, skuteczność powodzenia leczenia w chorobie nowotworowej w pewnym zakresie zależy od stopnia jej akceptacji. Kapela i wsp. oceniając stopień akceptacji choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego, stwierdzili, że działania zespołu terapeutycznego powinny skupiać się nie tylko na leczeniu, ale również na zapewnieniu pacjentowi jak najlepszej akceptacji choroby, która dobrze wpłynie na jakość jego życia oraz przystosowanie psychiczne do choroby [138]. Akceptacja choroby nowotworowej przez kobiety z rakiem piersi jest podstawowym

warunkiem obiektywnej oceny przez nie własnej sytuacji zdrowotnej i świadomego włączenia się w proces terapeutyczny. Ważną rolę w tym procesie odgrywają zasoby psychiczne chorej, optymistyczne nastawienie do życia, świadomość sytuacji trudnej i umiejętność jej kontroli, zdolność zauważenia wsparcia i gotowość do skorzystania z niego. Te wszystkie czynniki zwiększają możliwości kobiet z rakiem piersi w zakresie radzenia sobie i ułatwiają dobre przystosowanie do choroby nowotworowej.

1.5. Czynniki mające znaczenie dla przystosowania kobiet do choroby nowotworowej

Przystosowanie się do choroby nowotworowej teoretycznie oparte jest głównie na koncepcji stresu wypływającej z nurtu poznawczo-transakcyjnego według Lazarusa i Folkmana [162]. Stres doświadczany w chorobie nowotworowej nie stanowi jedynie następstw fizycznych choroby, lecz także poznawczej oceny danej osoby, co obejmuje znaczenie choroby dla pacjentki, jednocześnie wpływając na możliwości zaradcze wynikające z zasobów własnych osoby chorej. Zgodnie z tą koncepcją adaptacja do choroby, to zespół stale zmieniających się wysiłków poznawczych i behawioralnych, które mają na celu przede wszystkim, opanowanie różnorodnych stresogennych wymagań wewnętrznych i zewnętrznych obciążających pacjentkę poprzez przekraczanie jej dotychczasowych zasobów zaradczych, jak i możliwości adaptacyjnych [11,108,243].

Procesy przystosowawcze uzależnione są od wielu czynników. Każda pacjentka ma swoje indywidualne właściwości, wykazuje odmienną osobowość i charakter. Ma określoną zaradność życiową definiowaną również jako prężność lub odporność psychiczna, co ma znaczenie w procesach przystosowawczych i wyraża się stopniem akceptacji choroby. Z odporności psychicznej wypływają także wszelkie strategie adaptacyjne radzenia sobie z chorobą nowotworową. Są nimi szczególnie duch walki oraz pozytywne przewartościowanie. Strategie dezadaptacyjne z kolei, takie jak zaabsorbowanie lękowe i bezradność-bez nadziei, ograniczają wyraźnie powodzenie terapii przeciwnowotworowej. Odporność psychiczna to czynnik związany z przystosowaniem do choroby, który można dostrzec w praktyce klinicznej, jak i w trakcie rehabilitacji psychologicznej pacjentów onkologicznych. Odporność ta powinna być kształtowana i rozwijana w celu lepszego radzenia sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi [175,237,240].

Wyjątkową rolę w procesach przystosowawczych i wystąpieniu pozytywnych zmian w trakcie terapii przeciwnowotworowej odgrywa aktywne radzenie sobie. Szczególnie osoby wyraźnie nastawione na walkę z chorobą wykazują tego typu mechanizmy dostosowania się i akceptacji. Pozytywne przewartościowanie, a nawet poczucie humoru stają się istotne dla każdej z pacjentek onkologicznych. Dodatkowe poszukiwanie wsparcia społecznego czyni kobiety silniejszymi i bardziej zdeterminowanymi w walce z chorobą. Wsparcie to może mieć charakter instrumentalny

lub emocjonalny i wiąże się z dostrzeganiem nowych możliwości w aktualnym położeniu osoby chorej. Dzięki temu może dojść do poprawy relacji nie tylko z samym sobą, ale przede wszystkim z otoczeniem. Wsparcie społeczne daje szansę ekspresji negatywnych emocji oraz możliwość otrzymania praktycznej pomocy w sytuacji diagnozy raka piersi, czy każdej innej choroby nowotworowej. Wspomaga to przetwarzanie poznawcze zdarzenia i ułatwia przepracowanie traumy [24,179].

Radzenie sobie z chorobą taką jak rak piersi stanowi proces złożony, a do tego uwarunkowany wieloma zmiennymi. Do zmiennych tych zaliczyć można m.in. czynniki sytuacyjne, takie jak stopień zagrożenia życia, niejasność sytuacji, rokowanie, dostępność wsparcia. Istotne wydają się być także podmiotowe właściwości danej osoby, czyli cechy osobowości i zasoby osobiste. Stanowią one determinanty w procesach radzenia sobie z chorobą. Mają ważny wpływ na konsekwencje terapii. Podmiotowe zasoby odgrywają istotną rolę w dostosowaniu się do raka piersi. Należą do nich poczucie koherencji i własnej wartości. Osiąganie skuteczności, a także optymizm życiowy również są bardzo pomocne w przypadku pacjentek onkologicznych. Chora nie powinna uciekać od swoich emocji, lecz mieć ich świadomość i umiejętnie je wyrażać [96,180].

Jedną z właściwości jednostki, która sprzyja przystosowaniu do choroby stanowi wcześniej wspomniana odporność psychiczna. Można również wiązać ją z ogólną zaradnością życiową. Z jednej strony jest zdolnością jednostki do oderwania się od przykrych wydarzeń życiowych, a z drugiej strony ułatwia radzenie sobie ze stresem oraz negatywnymi emocjami [5,22]. Odporność psychiczna to proces, ale także i właściwość osobowości. Nie mierzy się jej w sposób bezpośredni. Można o niej wnioskować w sytuacji braku objawów nieprzystosowania, pomimo narażenia pacjentki na zespół negatywnych sytuacji życiowych. Odporność to także wystąpienie wszelkich cech sprzyjających procesowi adaptacji, takich jak wytrwałość i elastyczność w dostosowaniu się do wymagań stawianych przez życie. To zdolność do mobilizowania się w celu podjęcia działań o charakterze zaradczym wobec trudnych sytuacji oraz umiejętność tolerowania negatywnych emocji i towarzyszących im niepowodzeń. Pacjentki z wysokim poziomem odporności psychicznej mają pozytywne nastawienie do życia i wykazują wyższe poczucie wartości i własnej skuteczności. Cechuje je również stabilność emocjonalna, dzięki czemu napotymane trudności postrzegają w kategoriach szansy zdobywania nowych doświadczeń. Same siebie uważają za osoby zdolne do podejmowania decyzji wpływających m.in. na powodzenie terapii. Osoby z wysoką prężnością wykazują zrównoważony poziom kontroli i tolerancję poczucia niepewności oraz złożoności swojej sytuacji zdrowotnej. W ten sposób rozumiana prężność powiązana jest pozytywnie z zasobami jednostki. Należy do nich poczucie koherencji i własnej skuteczności, poparte optymizmem życiowym. Prężność, to nie tylko zbiór właściwości osoby, ale również efekt wzajemnego oddziaływania między jednostką, a środowiskiem. Jednostka wobec trudnych sytuacji może sobie skutecznie radzić w nowych

okolicznościach i nawet czerpać korzyści ze stresu. Każde z doświadczeń stresowych wzmacnia pacjentkę i rzutuje na lepsze radzenie sobie z chorobą w przyszłości [100,200,204]. Prężność dość silnie powiązana jest z innymi potencjałami zdrowia, może stanowić rodzaj metazasobu o charakterze regulującym i wpływającym na funkcjonowanie pozostałych zasobów. Są one istotne w radzeniu sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi, a takim wydarzeniem jest rozpoznanie raka piersi [237,262].

Odporność psychiczna pozwala wrócić do zdrowia osobom chorym somatycznie, sprzyja zjawisku potraumatycznego wzrostu u kobiet, które przeszły zabieg mastektomii zapobiega występowaniu objawów stresu potraumatycznego oraz zmniejsza ich nasilenie. Doświadczenie negatywnych wydarzeń w życiu może kształtować odporność psychiczną pacjentki [95,175].

Reakcje na chorobę nowotworową i wiążący się z nią okres leczenia można obserwować na każdym z etapów choroby. Reakcje te dotyczą: fazy wstępnej, czyli od zauważenia objawów do postawienia diagnozy, fazy przewlekłej obejmującej leczenie operacyjne, chemioterapię, hormonoterapię, immunoterapię lub radioterapię oraz fazę terminalną, czyli okres zaawansowanej choroby nowotworowej związanej z umieraniem. Ta ostatnia faza jest pełna różnorodnych emocji i reakcji pacjentki na fakt, że jej życie niedługo się skończy [265]. Aby uwolnić się od trudnych emocji i doznań, odnaleźć się w rzeczywistości wynikającej z choroby nowotworowej pacjentka najczęściej przechodzi przez trzy etapy reagowania, tj. niedowierzanie z zaprzeczaniem, następnie stopniowe urealnianie doświadczenia choroby i w końcu adaptację do zaistniałej sytuacji.

2. ZAŁOŻENIA, CELE, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

2.1. Cele badań

Cel główny

Głównym celem badań była ocena przystosowania do choroby nowotworowej oraz znaczenia poziomu przystosowania psychicznego do choroby i stopnia akceptacji choroby dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi.

Cele szczegółowe

1. Określenie strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, dominujących w badanej grupie.
2. Ocena stopnia akceptacji choroby przez pacjentki z rakiem piersi.
3. Ocena ryzyka wystąpienia depresji u badanych kobiet.
4. Zdefiniowanie czynników demograficznych, społecznych i medycznych, które mają znaczenie w zakresie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej, stopnia akceptacji choroby oraz ryzyka rozwoju depresji.
5. Ustalenie związku między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej, stopniem jej akceptacji i ryzykiem rozwoju depresji wśród kobiet z rakiem piersi.

2.2. Problemy badawcze

Problem główny

Jak przedstawia się przystosowanie do choroby nowotworowej i w jakim zakresie przystosowanie psychiczne i stopień akceptacji choroby ma wpływ na ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi?

Problemy szczegółowe

1. Jakie strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową dominują w badanej grupie?
2. W jakim stopniu badane pacjentki akceptują raka piersi?
3. Na jakim poziomie kobiety z rakiem piersi narażone są na ryzyko wystąpienia depresji?
4. Jakie czynniki demograficzne, społeczne i medyczne mają wpływ na przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej i stopień akceptacji choroby oraz ryzyko rozwoju depresji w badanej grupie kobiet?
5. Czy zachodzi związek między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej i stopniem jej akceptacji, a ryzykiem rozwoju depresji wśród kobiet z rakiem piersi?

2.3. Hipotezy badawcze

Hipoteza główna

Kobiety z rakiem piersi dobrze przystosowują się do choroby nowotworowej. Konstrukttywne style radzenia sobie z chorobą i wyższy stopień akceptacji choroby nowotworowej zmniejszają ryzyko rozwoju depresji u kobiet z rakiem piersi.

Hipotezy szczegółowe

1. W badanej grupie dominuje konstruktywny styl zmagania się z chorobą nowotworową. Ponad połowa respondentek stosuje strategie ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Wśród badanych są również kobiety, które w zmaganiu się z chorobą przejawiają styl destrukcyjny. Osoby te biernie poddają się chorobie wykazując zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność i beznadziejność.
2. Na aktualnym etapie postępowania terapeutycznego badane pacjentki najczęściej akceptują swoją chorobę w średnim stopniu. Wysoki lub niski stopień akceptacji choroby dotyczy nielicznych badanych.
3. Niemal połowa respondentek wykazuje objawy obniżonego nastroju, występuje u nich depresja o nasileniu umiarkowanym, rzadziej znacznym. U respondentek z konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą oraz z postawą pozytywnego przewartościowania i ducha walki stwierdza się niskie ryzyko nasilenia objawów depresji.
4. Zmienne opisowe takie jak: wiek, wykształcenie, sytuacja rodzinna, sytuacja ekonomiczna, otrzymane wsparcie, stopień zaawansowania nowotworu, zastosowana metoda leczenia i samoocena aktualnego stanu zdrowia determinują przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej, a także stopień jej akceptacji oraz ryzyko rozwoju depresji w badanej grupie kobiet. Natomiast stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód, źródło utrzymania, czas jaki upłynął od rozpoznania nowotworu nie mają znaczenia w tym zakresie.
5. Stopień akceptacji choroby warunkuje przystosowanie psychiczne do choroby i odwrotnie. Im wyższy stopień akceptacji, tym lepsze przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej przejawiające się konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą. Zachodzi związek pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej, stopniem jej akceptacji i ryzykiem rozwoju depresji. Konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą i wysoki stopień jej akceptacji zmniejszają ryzyko rozwoju depresji w badanej grupie kobiet z rakiem piersi.

3. MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

3.1. Materiał badawczy

W badaniu udział wzięło 560 kobiet z rozpoznaniem raka piersi. Były to pacjentki Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie, leczone w tym Ośrodku w okresie od 6 listopada 2021 r. do 30 kwietnia 2022 r. Do analizy przyjęto 522 kompletnie wypełnione narzędzia badawcze.

Średnia wieku respondentek wyniosła 56,42 lata (MdN = 58,00; SD = 11,70). Najmłodsza badana kobieta miała 29 lat, a najstarsza 94 lata (tab. 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe materiału badawczego w zakresie wybranych zmiennych

Zmienne	N	Średnia (M)	Mediana (Mdn)	Odchylenie standardowe (SD)	Minimum (Mini)	Maksimum (Maks)
Wiek	522	56,42	58,00	11,70	29,00	94,00
Rok rozpoznania nowotworu piersi	522	2019,74	2021,00	3,01	2001,00	2021,00
Rok rozpoczęcia leczenia	522	2019,84	2021,00	2,94	2002,00	2022,00
Masa ciała	522	67,02	66,00	10,37	39,00	110,00
Wzrost	522	162,41	162,00	4,84	145,00	176,00
BMI	522	25,44	24,98	4,06	14,53	46,28
Ciśnienie tętnicze krwi (skurczowe) mmHg	522	127,70	120,00	14,06	95,00	170,00
Ciśnienie tętnicze krwi (rozkurczowe) mmHg	522	79,88	80,00	9,73	57,00	100,00

W badanej grupie dominowały kobiety pozostające w związku małżeńskim (72,8%, N = 380), mieszkanki miast (60,2%; N = 314), legitymujące się wykształceniem średnim (43,5%, N = 227), czynne zawodowo (53,7%; N = 287), dla których źródłem utrzymania była praca zawodowa (42,3%; N = 221).

Badana grupa była zróżnicowana w zakresie roku rozpoznania nowotworu piersi i roku rozpoczęcia leczenia. Średnia okresu rozpoznania raka piersi została określona na 2019,74 rok (MdN = 2021,00; SD = 3,01). Rok 2001 był wskazany jako najodleglejszy czas rozpoznania nowotworu, natomiast ostatnie rozpoznania były postawione w roku 2021. Średnia czasu rozpoczęcia leczenia to rok 2019,84 (MdN = 2021; SD = 2,94). Minimum w tym zakresie stanowił rok 2002, a maksimum rok 2022, co oznacza, iż w badanej grupie były kobiety u których leczenie raka piersi rozpoczęto w 2002 roku, ale były również takie kobiety, u których terapia została rozpoczęta w 2022 roku.

Średnia masy ciała w badanej grupie wynosiła 67,02 kg (MdN = 66,00; SD = 10,37), przy czym 39,00 kg to najniższa odnotowana wartość masy ciała, a najwyższa masa ciała

w badanej grupie wyniosła 110,00 kg. Średni wzrost respondentek wynosił 162,41 cm, najniższa kobieta miała 145 cm, a najwyższa 176 cm wzrostu. Średnia wartość wskaźnika BMI w badanej grupie wyniosła 25,44 (MdN = 24,98; SD = 4,06). Najniższa wartość indeksu masy ciała to 14,53, a najwyższa 46,28.

Skurczowe ciśnienie tętnicze krwi w badanej grupie kobiet wynosiło średnio 127 mmHg (najniższe – 95 mmHg, najwyższe – 170 mmHg), a rozkurczowe średnio 79,88 (najniższe – 57, najwyższe – 100 mmHg) – tab. 1.

3.2. Narzędzia badawcze

Dla potrzeb realizacji przedsięwzięcia badawczego wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Zastosowano cztery narzędzia badawcze – jedno własnego autorstwa Kwestionariusz Ankiety oraz trzy narzędzia standaryzowane:

- Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC),
- Skalę Akceptacji Choroby (AIS),
- Skalę Depresji Becka (BDI).

Autorski Kwestionariusz Ankiety składał się z 39. pytań zamieszczonych w czterech częściach narzędzia badawczego. Część pierwsza zawierała 9 pytań dotyczących danych demograficznych i społecznych badanych kobiet, w tym rok urodzenia, stan cywilny, miejsce zamieszkania, osoby mieszkające we wspólnym gospodarstwie domowym, wykształcenie, wykonywany zawód, źródło utrzymania, sytuacja ekonomiczna rodziny oraz liczba urodzonych dzieci. Część druga (10 pytań) dotyczyła danych na temat choroby nowotworowej piersi. W tej części zamieszczono pytania dotyczące czasu rozpoznania raka piersi, czasu rozpoczęcia leczenia, stopnia zaawansowania nowotworu, rodzaju leczenia onkologicznego, rodzaju wykonanej operacji, rodzaju zastosowanego przed operacją leczenia, czasu jaki upłynął od operacji piersi, wykonania rekonstrukcji piersi i czasu jaki upłynął od mastektomii do operacji odtwórczej piersi, występowania przerzutów raka piersi. Część trzecia Kwestionariusza (7 pytań) dotyczyła danych na temat ogólnego stanu zdrowia, tj. masy ciała, wzrostu, BMI, ciśnienia tętniczego krwi, aktywności fizycznej, chorób współistniejących oraz samooceny ogólnego stanu zdrowia przed rozpoznaniem raka piersi. W części czwartej (13 pytań) zawarto informacje na temat reakcji na rozpoznanie raka piersi, leczenie i inne konsekwencje choroby. Pytania zamieszczone w tej części dotyczyły reakcji kobiet na zdiagnozowanie raka piersi, problemów występujących w czasie leczenia onkologicznego, korzystania z opieki psychologa/ psychoterapeuty, przynależności do stowarzyszeń, fundacji i grup wsparcia dla kobiet z rakiem piersi, zaangażowania w życie rodzinne i społeczne na obecnym etapie choroby, wpływu choroby na stosunek do innych osób i problemów otoczenia, czynników mających znaczenie dla dobrego przystosowania do choroby i czynników wpływających na brak przystosowania do choroby nowotworowej,

samooceny stanu zdrowia na obecnym etapie leczenia, poziomu zadowolenia z informacji o chorobie i kolejnych etapach leczenia, poziomu zadowolenia z kompleksowej opieki onkologicznej oraz źródeł wsparcia w chorobie nowotworowej (zał. 1).

Ocenę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej przeprowadzono za pomocą standaryzowanego narzędzia – Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC, które zostało skonstruowane przez Watsona i wsp. [134]. Skala w polskiej wersji składa się z 29 stwierdzeń, opisujących relacje ludzi chorych. Na podstawie tych stwierdzeń można zdiagnozować cztery strategie radzenia sobie z chorobą: zaabsorbowanie lękowe (będące przejawem niepokoju wynikającego z choroby, która postrzegana jest przez pacjenta jako sytuacja zagrożenia oraz niekontrolowane i niepokojące zjawisko), ducha walki (stan w którym pacjent postrzega chorobę jako wyzwanie i mobilizację do aktywnego działania mającego na celu zminimalizowanie jej skutków lub wyzdrowienie), bezradność-beznadziejność (bierne poddanie się chorobie i jej skutkom, zagubienie bezsilność, wycofanie się z aktywności w życiu społecznym i zawodowym), pozytywne przewartościowanie (stan będący wyrazem takiego przeorganizowania własnego życia, że pomimo choroby człowiek potrafi być pozytywnie nastawiony do życia i docenia jego wartość oraz ma nadzieję i jest zadowolony z tego, co wydarzyło się w przeszłości). Wymienione strategie radzenia sobie z chorobą można przyporządkować do dwóch stylów – destrukcyjnego i konstruktywnego. Duch walki i pozytywne przewartościowanie zaliczane są do konstruktywnego stylu zmagania się z chorobą, natomiast zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność-beznadziejność to strategie radzenia sobie mieszczące się w stylu destrukcyjnym. Określenie strategii radzenia sobie z chorobą jest utożsamiane z oceną sposobu przystosowania się pacjenta do choroby nowotworowej. W Kwestionariuszu Mini-MAC osoba badana czyta każde z 29 stwierdzeń i odpowiada w jakim stopniu stwierdzenia te odnoszą się do niej w chwili obecnej. Stwierdzenia te odnoszą się do czterech strategii zmagania się z chorobą. W skład każdej strategii wchodzi 7 stwierdzeń, a punkty liczone są oddzielnie dla każdej z nich poprzez sumowanie wyników otrzymanych w poszczególnych stwierdzeniach. Ocena każdego ze stwierdzeń dokonywana jest w czterostopniowej skali, w której 1 oznacza „zdecydowanie nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „raczej tak”, a 4 – „zdecydowanie tak”. Wynik końcowy dla każdej strategii mieści się w przedziale 7-28 punktów. Im więcej punktów uzyska badany, tym większe natężenie zachowań charakterystycznych dla danej strategii. Wynik punktowy może być przeliczany na skalę stenową. Zakres 1-4 stena klasyfikuje się jako wyniki niskie, 5-6 – jako przeciętne, a 7-10 jako wysokie [134] (zał. 2).

Skala Akceptacji Choroby (AIS – Acceptance of Illness Scale) autorstwa Felton i wsp. w polskiej adaptacji Juczyńskiego jest przeznaczona do badania osób dorosłych, aktualnie chorych [134]. Skala AIS zawiera osiem stwierdzeń, które pozwalają na ocenę stopnia akceptacji choroby. W stwierdzeniach tych zawarte są negatywne następstwa

złego stanu zdrowia, które skutkują pewnymi ograniczeniami wynikającymi z choroby, obniżonego poczucia własnej wartości, braku samowystarczalności i zależności od otoczenia (zał. 3). Akceptacja choroby świadczy o niskim nasileniu negatywnych emocji i reakcji spowodowanych chorobą. Osoba akceptująca chorobę jest lepiej przystosowana do sytuacji choroby i ma mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Akceptacja choroby oceniana jest na podstawie pięciostopniowej skali, w której 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, 2 – „zgadzam się”, 3 – „nie wiem”, 4 – „nie zgadzam się” i 5 – „zdecydowanie nie zgadzam się”. Badana osoba zaznacza przy stwierdzeniu cyfrę najlepiej określającą jej obecny stan. Chory może uzyskać od 8 do 40 punktów. Im wyższy uzyskany wynik, tym wyższy stopień akceptacji choroby, natomiast niski wynik wskazuje na brak akceptacji, negatywne emocje, dyskomfort psychiczny i brak przystosowania do choroby. Skala ta powinna być stosowana u pacjentów z chorobą nowotworową, ponieważ określenie stopnia akceptacji choroby i czynników determinujących akceptację może stanowić podstawę do planowania i realizacji ukierunkowanych oddziaływań psychoterapeutycznych [68,134]. Stosując punkt odniesienia średnią arytmetyczną (M) oraz zakres zmienności wyznaczony przez odchylenie standardowe (SD) można wyodrębnić nasilenie badanej cechy w trzech grupach:

- poziom niski: punktacja mniejsza niż $M - SD$
- poziom przeciętny: punktacja w zakresie $M \pm SD$
- poziom wysoki: punktacją większa niż $M + SD$.

Skala Depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory, tzw. Test Becka) stosowana jest w celu oceny poziomu nasilenia symptomów depresji [20,37]. Składa się z 21 punktów ocenianych w skali od 0 do 3, przy czym 0 oznacza brak objawu lub jego bardzo niskie nasilenie, natomiast 3 oznacza najsilniejsze występowanie określonego objawu. W każdym z punktów oznaczonych kolejno literami alfabetu (A-U) osoba objęta badaniem powinna zakreślić tylko jedną odpowiedź z możliwych czterech możliwych wariantów. Wybrana odpowiedź powinna dotyczyć ostatniej doby. Poziom depresji oblicza się w wyniku zsumowania wszystkich punktów. Zakres punktowy mieści się w przedziale 0-63 punkty, przy czym, im mniej uzyskanych punktów, tym mniejsze zagrożenie depresją. Przedział punktów 0-9 oznacza brak depresji, 10-18 – łagodną depresję, 19-29 – umiarkowaną depresję, a 30-63 – ciężką depresję (zał. 4). Skala Depresji Becka może być stosowana jedynie jako narzędzie pomocnicze, które nie powinno zastępować badania lekarskiego, ale wynik uzyskany w teście może stanowić istotną wskazówkę w ocenie stanu pacjenta, jego problemów oraz ukierunkowywać dalszą diagnostykę i postępowanie wobec chorego.

3.3. Organizacja i przebieg badań

Postępowanie w całym przedsięwzięciu badawczym podzielono na następujące etapy:

- 1) Określenie celów i wstępne zaplanowanie badania.
- 2) Opracowanie i dobór narzędzi badawczych.
- 3) Uzyskanie zgody dyrektora szpitala na wykonanie badań.
- 4) Przygotowanie wniosku na Komisję Bioetyczną.
- 5) Uzyskanie zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badań.
- 6) Wykonanie badań pilotażowych.
- 7) Realizacja badań właściwych.
- 8) Zakodowanie wyników badań i wprowadzenie do arkusza kalkulacyjnego.
- 9) Opracowanie statystyczne wyników.
- 10) Opis i przygotowanie graficzne danych.
- 11) Omówienie wyników badań.

Po określeniu tematu i celów pracy oraz problemów badawczych zwrócono się do dyrektora Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań wśród kobiet leczonych w tym Ośrodku z powodu raka piersi (zał. 5). Po uzyskaniu zgody przygotowano wnioski o wydanie opinii dotyczący realizacji badań naukowych do Komisji Bioetycznej działającej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku. W dniu 5.11.2021 r. Komisja Bioetyczna pozytywnie zaopiniowała i dopuściła do realizacji projekt badawczy, pt.: Przystosowanie do choroby nowotworowej a ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi (Uchwała nr 5/2021 – zał. 6).

W dniu 6 listopada 2021 r. przystąpiono do realizacji badań pilotażowych, których celem była weryfikacja autorskiego kwestionariusza ankiety i dobra organizacja całego przedsięwzięcia badawczego.

Po tych działaniach rozpoczęto badania właściwe wśród pacjentek Poradni Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Dziennego Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej, Zakładu Radioterapii i Breast Cancer Unit Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Udział kobiet w badaniach był dobrowolny. Istniała możliwość odmowy udziału w badaniach, jak również wycofania się z badania na każdym etapie bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji i podania przyczyny. Badania były anonimowe, a każda kobieta przed przystąpieniem do badań wyraziła świadomą zgodę na udział w tych badaniach i przetwarzanie danych osobowych. Całokształt prac związanych z realizacją badań wśród pacjentek był zgodny z przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz zasadami korzystania z dokumentacji medycznej i zasadami zachowania tajemnicy zawodowej.

3.4. Charakterystyka miejsca prowadzenia badań

Badania zostały przeprowadzone w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie wśród pacjentek Poradni Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Dziennego Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej, Zakładu Radioterapii i Breast Cancer Unit.

Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie powstał na bazie brzozowskiego szpitala, którego historia sięga roku 1938, kiedy to podjęto uchwałę o jego budowie. Głównym inicjatorem przedsięwzięcia był ks. Józef Bielawski. Budowa rozpoczęła się 10 czerwca 1939 roku, a szpital oddano do użytku 29 czerwca 1950 roku [124].

Lata sześćdziesiąte był to czas dalszej rozbudowy szpitala. W roku 1968 jego dyrektorem został lek. Zbigniew Kubas i należy uznać, że od tego momentu szpital wszedł w okres swojego najbardziej dynamicznego rozwoju. Dr Kubas w latach 1978-1991 pełnił jednocześnie funkcję specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie onkologii. Był to człowiek wizjoner, a jednocześnie lekarz-społecznik, którego ogromną pasją była onkologia. W roku 1981 w szpitalu w Brzozowie otwarto Oddział Chirurgii Onkologicznej. Był to pierwszy tego typu oddział w południowo-wschodniej Polsce. Jednocześnie w tym samym czasie utworzono Oddział Chemioterapii Onkologicznej. Brzozowski szpital w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku ściśle współpracował z Centrum Onkologii w Warszawie, Krakowie i Gliwicach, co przekładało się na wysoki poziom merytoryczny kadry i jakość świadczonych usług medycznych. Rok 1983 to czas, kiedy rozpoczęto budowę Zakładu Radioterapii – inwestycji brzozowskiego szpitala, wpisanej w wizję rozwoju onkologii na Podkarpaciu [124,155].

Na początku lat dziewięćdziesiątych w brzozowskim szpitalu oddano do użytku Zakład Radioterapii. Wtedy też rozpoczęto starania o utworzenie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Zadanie to udało się zrealizować w roku 1993, wtedy też szpital otrzymał imię ks. Bronisława Markiewicza. Od tego momentu szpital zaczął stopniowo przekształcać się w placówkę o profilu onkologicznym. W Oddziale Chirurgii Onkologicznej, co roku wykonuje się ponad 1000 zabiegów chirurgicznych. Duży nacisk kładziony jest nie tylko na leczenie chorób nowotworowych, ale również na diagnozowanie i profilaktykę tych chorób. Przy Ośrodku powstał w 1995 roku Klub Kobiet po Mastektomii – Amazonki, działający także obecnie. W tym samym roku uruchomiono Pracownię Mammografii, w 1999 Centralne Laboratorium, a w 2000 Pracownię Tomografii Komputerowej [155].

Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi – Breast Cancer Unit (BCU) utworzone w 2020 roku jako pierwsze na Podkarpaciu stanowi zespół pracowni i poradni specjalistycznych zajmujących się kompleksową, szybką diagnostyką chorób piersi, a także skoordynowanym, wielospecjalistycznym leczeniem nowotworów złośliwych oraz zmian łagodnych. Centrum ma na celu również profilaktykę i monitorowanie

pacjentek po zakończeniu leczenia. Poza tym BCU dąży do skrócenia czasu oczekiwania pacjentek na pierwszą wizytę ograniczając ten czas do maksymalnie pięciu dni. Czas jaki mija od zgłoszenia do poradni do uzyskania ostatecznego rozpoznania ograniczony zostaje do czternastu dni. BCU koncentruje się zatem na jak najszybszym włączeniu leczenia kobietom z diagnozą raka piersi. Kadra BCU to lekarze i pielęgniarki z wieloletnim doświadczeniem w zakresie onkologii, technicy elektroradiolodzy posiadający doświadczenie w wykonywaniu badań mammograficznych, psychologowie i zespół, który zapewnia kompleksową opiekę rehabilitacyjną. Zespół Diagnostyczno-Terapeutyczny będący podstawowym elementem struktury BCU wspólnie ustala podczas konsyliów optymalne, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentek plany leczenia, analizując przy tym skuteczność leczenia po zakończeniu każdego jego etapu. W razie potrzeby proces terapii zostaje zmodyfikowane tak, aby był indywidualnie dostosowany dla każdej pacjentki. Nad przebiegiem całego procesu diagnostyki i leczenia raka piersi czuwa koordynator merytoryczny. Należy zwrócić uwagę, że pacjentki brzozowskiego BCU mogą w każdej chwili liczyć na opiekę i pomoc ze strony koordynatora organizacyjnego. Do jego zadań należy m.in. ustalanie terminów kolejnych wizyt, informowanie o nich pacjentek oraz udzielanie pomocy w innych, trudnych dla nich sytuacjach. Ośrodek dysponuje najwyższej klasy sprzętem, m.in. mammografem z możliwością badań tomosyntezy i mammografii spektralnej, a także biopsji stereotaktycznej. Poza tym używane są aparaty ultrasonograficzne wyposażone w głowice do diagnostyki chorób piersi oraz badań jamy brzusznej, badań echokardiograficznych i elastografii. Wykonywanie biopsji wspomaganych próżniowo zapewnia mammotom, a wanny do hydromasażu są tylko jednym z elementów części dedykowanej fizjoterapii onkologicznej, posiadającej szerokie możliwości zapewnienia pacjentkom pełnej opieki w tej dziedzinie. Kadra, struktura oraz wyposażenie, dające szerokie możliwości działania brzozowskiemu BCU, sprawiły, że Centrum to uzyskało tytuł: Ośrodek Referencyjny Siemens Healthineers [123].

Dzienny Oddział Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej będący jednostką Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie został utworzony w 2009 roku. Jego głównym celem jest zapewnienie pacjentkom onkologicznym profesjonalnej terapii, która pozwala jednocześnie zachować aktywność w życiu codziennym. Pacjentki Oddziału Dziennego przebywają w obrębie szpitala maksymalnie do 12 godzin. W tym czasie przeprowadzane są badania laboratoryjne, wizyta u lekarza, a także procedura podania zleconych leków. Po zakończeniu terapii pacjentka może tego samego dnia wrócić do swojego miejsca zamieszkania [125].

Oddziały Chemioterapii i Chirurgii Onkologicznej były jednymi z pierwszych tego typu oddziałów w Polsce południowo-wschodniej. W Oddziale Chemioterapii

proceeds the treatment is conducted in cooperation with the Department and Clinic of Radiotherapy, Department of Surgical Oncology and Pathology. The Department of Surgical Oncology has access to complex radiological diagnostics at a high level, laboratory and histopathological. Therapy is carried out in accordance with the standards of oncological treatment. After the treatment, patients are subject to control [125].

The Radiotherapy Clinic of the Specialist Hospital in Brzozów constantly develops the scope of its activity by increasing the equipment base and introducing new radiotherapy techniques. Through participation in trainings and courses held in the country and abroad, employees constantly improve their qualifications. The Radiotherapy Clinic has two modern high-energy accelerators for radiotherapy and two new, technologically advanced devices - accelerators, a computerized tomograph equipped with a virtual simulation, and a laser system used for patient positioning during radiotherapy. In the Radiotherapy Clinic, which closely cooperates with the Clinic of Medical Physics, treatment is conducted using external beam radiation therapy with consideration of all localization of organs at risk and in combination with other oncological therapies, such as chemotherapy, immunotherapy and brachytherapy. In the Clinic, external beam radiation therapy is also conducted in the course of non-neoplastic diseases, especially in inflammatory conditions [126]. Treatment planning and evaluation of treatment effects using diagnostic images from computerized tomography (TK), magnetic resonance imaging (NMR) and positron emission tomography (PET).

3.5. Metody analiz statystycznych

After the completion of the study, to describe the variables, descriptive statistics were used. Parameters of this statistics were chosen appropriately to the type of measurement scale. For quantitative variables: measures of central tendency (mean and median), measures of dispersion (standard deviation), measures of position (minimum and maximum) and measures of symmetry (skewness). For qualitative and ordinal variables, measures of structure (frequency and percentage) [250].

In accordance with the characteristics of the variables defined in the validation studies for all used standardized psychometric scales, the results of the point scores were converted to a scale, if appropriate norms were determined for the population. In the remaining cases, the point scale was used.

To test the null hypothesis, the t-test was used. In the case of comparing two groups (tests), the t-Student test was used. In the case of comparing two groups (tests), the t-Student test was used. In the case of comparing two groups (tests), the t-Student test was used.

porównywano więcej niż dwie grupy (próby) korzystano analizę wariancji (ANOVA) z testem post hoc Najmniejszych Istotnych Różnic (NIR) Fishera [62].

Analizę zależności między dwiema zmiennymi porządkowymi lub między zmienną porządkową a ilościową przeprowadzono poprzez wyznaczenie współczynnika korelacji gamma (γ) Kruskala-Goodmana [104]. Dla analizy zależności między dwiema zmiennymi ilościowymi wykorzystano współczynnik korelacji r-Pearsona [250]. W przypadku analizy wpływu kilku zmiennych niezależnych na jedną zmienną zależną wyrażoną na skali ilościowej wykorzystano model liniowej regresji wielorakiej. Dla każdej zmiennej wyznaczono niestandardyzowany (b) i standaryzowany (β) współczynnik regresji wraz z 95% przedziałem ufności (95% CI). Obliczono także procent wyjaśnionej wariancji zmiennej zależnej poprzez wyznaczenie skorygowanej wartości współczynnika determinacji (R^2). Parametry modelu regresji estymowano metodą najmniejszych kwadratów [251].

Obliczenia wykonano z użyciem pakietu statycznego STATISTICA wersja 13.3. Dla wszystkich analiz weryfikację hipotezy zerowej prowadzono przy założonym poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

4. WYNIKI BADAŃ

4.1. Wyniki na podstawie Autorskiego Kwestionariusza Ankiety

4.1.1. Sytuacja demograficzna i społeczna badanej grupy

Wiek badanych kobiet wahał się od 29 do 94 lat. Dla potrzeb analiz opisowych i obliczeń statystycznych badaną populację podzielono na 6 grup wieku, tj.: 1. 20-30 lat; 2. 31-40 lat; 3. 41-50 lat; 4. 51-60 lat; 5. 61-70 i 6. powyżej 70 lat. Najliczniejszą grupę tworzyły osoby w wieku 61-70 lat (30,8%; N = 161 osób), następnie w wieku 51-60 lat (27,2%; N = 142), kolejną w wieku 41-50 lat (22,8%; N = 119). Mniej licznymi grupami były kobiety w przedziale wieku 31-40 lat (12,1%; N = 63) oraz powyżej 70 lat (4,0%; N = 21). Najmniej liczną grupą były osoby w wieku 20-30 lat (3,1%; N = 16) (tab. 2).

Tabela 2. Dane demograficzne

Zmienna	N		%	
	522		100	
Wiek w latach				
	20 - 30	16	3,1	
	31 - 40	63	12,1	
	41 - 50	119	22,8	
	51 - 60	142	27,2	
	61 - 70	161	30,8	
	Powyżej 70 lat	21	4,0	
Stan cywilny				
	Panna	25	4,8	
	Mężatka	380	72,8	
	Wdowa	75	14,4	
	Rozwiedziona/separacja	32	6,1	
	Związek partnerski	10	1,9	
Miejsce zamieszkania				
	Wieś	208	39,8	
	Miasto do 20 tys. mieszkańców	147	28,2	
	Miasto od 21 tys. do 40 tys. mieszkańców	111	21,3	
	Miasto od 41 tys. do 60 tys. mieszkańców	49	9,4	
	Miasto powyżej 60 tys. mieszkańców	7	1,3	
Wykształcenie				
	Podstawowe	24	4,6	
	Zasadnicze zawodowe	101	19,3	
	Średnie, w tym policealne	227	43,5	
	Wyższe, w tym licencjat	170	32,6	

W badanej grupie zdecydowaną większość – 72,8% (N = 380) stanowiły kobiety pozostające w związku małżeńskim. Osób owdowiałych było 14,4% (N = 75), a rozwiedzionych lub żyjących w separacji 6,1% (N = 32). Niewiele mniej było kobiet

będących pannami – 4,8% (N = 25). Najmniej liczną grupę – 1,9% (N = 10) stanowiły respondentki żyjące w związku partnerskim (tab. 2).

Na wsi mieszkało 39,8% (N = 208) kobiet objętych badaniem, natomiast pozostałe 60,2% (N = 314) badanych było mieszkankami miast o zróżnicowanej liczbie mieszkańców. Najwięcej – 28,2% (N = 147) kobiet mieszkało w miastach do 20 tysięcy mieszkańców. Kolejne 21,3% (N = 111) w miastach liczących 21-40 tysięcy mieszkańców, 9,4% (N = 49) badanych mieszkało w miastach liczących 41-60 tysięcy mieszkańców. W dużych miastach, powyżej 60 tysięcy mieszkańców mieszkało zaledwie 1,3% (N = 7) respondentek (tab. 2).

Najliczniejsza grupa – 43,5% (N = 227) respondentek legitymowała się wykształceniem średnim, w tym policealnym. Studia wyższe ukończyło 32,6% (N = 170) badanej grupy, a z wykształceniem zasadniczym zawodowym było 19,3% (N = 101) pacjentek. Wykształcenie podstawowe miało 4,6% (N = 24) badanych kobiet (tab. 2).

Osoby czynne zawodowo stanowiły ponad połowę badanej populacji (53,1% – N = 287). Wszystkie respondentki wskazały jaki zawód wykonują obecnie bądź wykonywały w przeszłości. Dla potrzeb prowadzonych badań dokonano kategoryzacji wykonywanych zawodów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy [226]. Najwięcej – 26,6% (N = 139) badanych kobiet zaliczono do kategorii zawodowej specjalistów. Technicy i inny średni personel stanowiło 19,7% (N = 103) ankietowanych. Niewiele mniejsza pod względem liczności była grupa zawodowa pracowników biurowych – 17,2% (N = 90) badanych kobiet. Kobiety w kategorii pracownicy usług i sprzedawcy stanowiły 13,8% (N = 72) badanych. Kolejna pod względem liczności kategoria zawodu to pracownicy wykonujący prace proste – 7,9% (N = 41) respondentek oraz robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy – 6,3% (N = 33) badanych. Najmniej licznie były reprezentowane kobiety zaliczone do kategorii rolników, ogrodników, leśników i rybaków – 4,6% (N = 24) oraz przedstawiciele władz publicznych, wyższych urzędników i kierowników – 3,8% (N = 20).

Najczęściej wymianianym przez badane pacjentki źródłem utrzymania była praca zawodowa w firmie państwowej lub prywatnej. Wykonywało ją 42,3% (N = 221) respondentek. Na drugim miejscu były osoby utrzymujące się ze świadczeń emerytalnych – 34,5% (N = 180) kobiet. Rzadziej pacjentki utrzymywały się z własnej działalności gospodarczej – 8,6% (N = 45). Z zasiłku dla bezrobotnych korzystało 4,2% (N = 22) badanych. Najrzadziej jako źródła utrzymania wykazano: pozostawanie na utrzymaniu innych – 4,0% (N = 21), rentę inwalidzką – 3,3% (N = 17), pracę we własnym gospodarstwie rolnym – 2,1% (N = 11) oraz zasiłek z opieki społecznej lub inne świadczenie socjalne – 1% (N = 5) (tab. 3).

Tabela 3. Zestawienie wybranych danych społecznych

Zmienna	N	%
	522	100
Kategoria zawodu		
Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy	20	3,8
Specjaliści	139	26,6
Technicy i inny średni personel	103	19,7
Pracownicy biurowi	90	17,2
Pracownicy usług i sprzedawcy	72	13,8
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	24	4,6
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	33	6,3
Pracownicy wykonujący prace proste	41	7,9
Źródło utrzymania		
Praca zawodowa w firmie państwowej lub prywatnej	221	42,3
Własna działalność gospodarcza	45	8,6
Praca we własnym gospodarstwie rolnym	11	2,1
Emerytura	180	34,5
Renta inwalidzka	17	3,3
Zasiłek dla bezrobotnych	22	4,2
Zasiłek z opieki społecznej lub inne świadczenie socjalne	5	1,0
Na utrzymaniu	21	4,0
Osoby mieszkające we wspólnym gospodarstwie domowym		
Mąż	137	26,2
Dzieci	40	7,7
Rodzice /teściowie	14	2,7
Rodzeństwo	1	0,2
Mąż i dzieci	211	40,4
Mąż, dzieci, rodzice/teściowie	44	8,4
Rodzice/teściowie, rodzeństwo	2	0,4
Brak współmieszkańców	70	13,4
Inne	3	0,6
Sytuacja ekonomiczna rodziny		
Bardzo dobra	90	17,2
Dobra	256	49,0
Zadawalająca	145	27,8
Zła	31	5,9
Liczba urodzonych dzieci		
0	49	9,4
1	113	21,6
2	197	37,7
3	112	21,5
4 i więcej	51	9,8

Kobiety objęte badaniem najczęściej mieszkały we wspólnym gospodarstwie domowym z mężem i dziećmi (40,4%; N = 211). Wyłącznie z mężem mieszkało 26,2% (N = 137) badanych, wyłącznie z dziećmi 7,7% (N = 40). Brak współmieszkańców zadeklarowało 13,4% (N = 70) kobiet, a zamieszkanie wspólne z mężem, dziećmi, rodzicami lub teściami – 8,4% (N = 44) pacjentek (tab. 3).

Swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą oceniło 49% (N = 256) pacjentek. Kolejną pod względem liczności grupę stanowiło 27,8% (N = 145) badanych, które uważały, że ich sytuacja materialna jest zadowalająca. Na poziomie bardzo dobrym sytuację ekonomiczną swojej rodziny oceniło 17,2% (N = 90) kobiet. Najmniej liczna grupa – 5,9% (N = 31) respondentek uważało, że sytuacja ekonomiczna ich rodziny jest zła (tab. 3).

Najwięcej – 37,7% (N = 197) badanych pacjentek miało dwoje dzieci. Grupa 21,6% (N = 113) kobiet było matkami jednego dziecka. Bardzo zbliżony odsetek pacjentek – 21,5% (N = 112) miało troje dzieci, a 9,8% (N = 51) kobiet miało czworo lub więcej dzieci. Jako bezdzietne zadeklarowało się 9,4% (N = 49) badanych kobiet (tab. 3).

4.1.2. Dane dotyczące choroby nowotworowej piersi i przebiegu dotychczasowego leczenia

W badanej grupie kobiet wystąpiło duże zróżnicowanie w zakresie stopnia zaawansowania nowotworu w momencie jego rozpoznania. U niemal połowy – 49,2% (N = 257) respondentek w momencie rozpoznania nowotwór był w stopniu zaawansowania T2. Grupa 23,0% (N = 120) badanych kobiet w momencie rozpoznania raka piersi miała ocenione zaawansowanie choroby na poziomie T3. U 22,6% (N = 118) respondentek stwierdzono stopień T1 zaawansowania raka piersi. W badanej grupie było również 3,7% (N = 19) kobiet, u których w momencie rozpoznania rak piersi był na poziomie T4. Zaledwie u 1,5% (N = 8) respondentek stopień zaawansowania nowotworu został określony jako in situ – rak przedinwazyjny (tab. 4).

Badana grupa kobiet była zróżnicowana pod względem czasu, jaki upłynął od rozpoznania u nich raka piersi do rozpoczęcia leczenia. Najwięcej – 72,8% (N = 380) respondentek miało rozpoczęte leczenie raka piersi w okresie do 1 miesiąca od jego rozpoznania. U znacznie mniejszej grupy – 16,5% (N = 86) kobiet leczenie choroby nowotworowej rozpoczęto w okresie powyżej 1 miesiąca do 3 miesięcy od postawienia diagnozy. U 7,7% (N = 40) kobiet do leczenia onkologicznego przystąpiono w czasie powyżej 3 do 6 miesięcy od rozpoznania raka piersi, a u 1,3% (N = 7) kobiet takie leczenie podjęto po upływie 6 do 12 miesięcy od zdiagnozowania nowotworu. W badanej grupie było również 1,7% (N = 9) kobiet, u których leczenie raka piersi wdrożono w okresie powyżej roku od jego rozpoznania (tab. 4).

Tabela 4. Stopień zaawansowania nowotworu oraz czas jaki upłynął od rozpoznania raka piersi do rozpoczęcia leczenia

Stopień zaawansowania nowotworu	N	%
Tis	8	1,5
T1	118	22,6
T2	257	49,2
T3	120	23,0
T4	19	3,7
Ogółem	522	100

Czas od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia	N	%
Do 1 miesiąca	380	72,8
Powyżej 1 do 3 miesięcy	86	16,5
Powyżej 3 do 6 miesięcy	40	7,7
Powyżej 6 do 12 miesięcy	7	1,3
Powyżej 12 miesięcy	9	1,7
Ogółem	522	100

Najczęściej stosowaną metodą leczenia onkologicznego w badanej grupie była chemioterapia. Ta metoda została zastosowana u 82,4% (N = 430) respondentek. Na drugim miejscu pod względem częstości stosowania było leczenie chirurgiczne. Objęto nim 64,7% (N = 338) kobiet. Znacznie mniej – 24,3% (N = 127) respondentek z rakiem piersi było poddanych radioterapii. Hormonoterapię zastosowano u 15,1% (N = 79) badanych kobiet. Natomiast u pozostałych – 2,5% (N = 13) ankietowanych zastosowano inne metody leczenia, m.in. immunoterapię (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zastosowanego leczenia onkologicznego

Rodzaj leczenia	N	%
Chirurgiczne	338	64,7
Hormonoterapia	79	15,1
Chemioterapia	430	82,4
Radioterapia	127	24,3
Inne	13	2,5

W badanej grupie 522 kobiet z rozpoznaniem raka piersi, jak wcześniej wspomniano – 64,7% (N = 338) respondentek było dotychczas leczonych operacyjnie. Operację oszczędzającą pierś wykonano u 42,3% (N = 221) badanych, natomiast u 22,4% (N = 117) respondentek wykonano operację radykalną polegającą na amputacji piersi i często okolicznych węzłów chłonnych. Dotychczas nie było leczonych operacyjnie 35,3% (N = 184) badanych kobiet (tab. 6).

Tabela 6. Leczenie operacyjne raka piersi

Rodzaj operacji	N	%
Radykalna	117	22,4
Oszczędzająca	221	42,3
Nie dotyczy	184	35,3
Ogółem	522	100

W badanej grupie kobiet 45,2% (N = 236) respondentek miało wykonaną operację w obrębie piersi w okresie do 1 roku. W drugiej pod względem liczności grupie, którą stanowiło – 8,8% (N = 46) kobiet leczenie operacyjne zostało zastosowane w okresie powyżej 1 roku do 2 lat. W dość odległym czasie, bo powyżej 4 lat wykonano operację u 8,0% (N = 42) kobiet. Zdecydowanie mniej liczne grupy kobiet przebyły operację w okresie powyżej 2 do 3 lat i powyżej 3 do 4 lat, odpowiednio 2,3% (N = 12) i 0,4% (N = 2) (tab. 7).

Tabela 7. Czas jaki upłynął od wykonania operacji piersi

Czas	N	%
Do 1 roku	236	45,2
Powyżej 1 roku do 2 lat	46	8,8
Powyżej 2 lat do 3 lat	12	2,3
Powyżej 3 lat do 4 lat	2	0,4
Powyżej 4 lat	42	8,0
Nie dotyczy	184	35,3
Ogółem	522	100

Rekonstrukcja piersi jest obecnie coraz częściej wykonywana w sytuacji mastektomii. W badanej grupie (522 kobiet) u 117 (22,4%) respondentek została wykonana radykalna operacja piersi. Natomiast rekonstrukcja piersi dotyczyła 51 kobiet, co stanowiło 43,6% respondentek, u których wykonano radykalną operację piersi i 9,8% ogółu badanych kobiet (tab. 6, tab. 8).

Czas jaki upłynął od mastektomii do wykonania operacji odtwórczej piersi u badanych kobiet był zróżnicowany. Grupa 3,9% (N = 20) respondentek miała wykonaną operację odtwórczą piersi w czasie do 1 miesiąca od mastektomii. Powyżej 1 do 3 miesięcy od radykalnej operacji piersi odtworzono u 1,7% (N = 9) badanych. U równo licznej grupy (1,7%; N = 9) taką operację wykonano w okresie powyżej 3 do 6 miesięcy. Natomiast u 2,5% (N = 13) badanych miała przeprowadzoną operację odtwórczą piersi w okresie powyżej 6 miesięcy (tab. 8).

Tabela 8. Wykonanie operacji odtwórczej piersi i czas jaki upłynął od mastektomii do tej operacji

Wykonanie operacji odtwórczej piersi	N	%
Tak	51	9,8
Nie	471	90,2
Ogółem	522	100
Czas		
Do 1 miesiąca	20	3,9
Powyżej 1 do 3 miesięcy	9	1,7
Powyżej 3 do 6 miesięcy	9	1,7
Powyżej 6 miesięcy	13	2,5
Nie dotyczy	471	90,2
Ogółem	522	100

W badanej grupie kobiet były osoby, u których zdiagnozowano przerzuty raka piersi do okolicznych tkanek i narządów.

Tabela 9. Występowanie przerzutów raka piersi i miejsca przerzutów

Występowanie przerzutów	N	%
Tak	208	39,8
Nie	314	60,2
Ogółem	522	100
Miejsca przerzutów		
Do węzłów chłonnych	151	28,9
Do wątroby	23	4,4
Do płuc	45	8,6
Do kości	37	7,1
Do mózgu	3	0,6

Przerzuty dotyczyły 39,8% (N = 208) respondentek. U pozostałych 60,2% (N = 314) nie stwierdzono przerzutów raka piersi (tab. 9). Najczęściej były zlokalizowane w węzłach chłonnych (28,9%; N = 151). Rzadziej zostały zdiagnozowane w płucach (8,6%; N = 45), w kościach (7,1%; N = 37), w wątrobie (4,4%; N = 23) i w mózgu (0,6%; N = 3) (tab. 9).

4.1.3. Dane dotyczące ogólnego stanu zdrowia

Indeks Masy Ciała (BMI) jest jednym z istotnych wskaźników oceny ogólnego stanu zdrowia. Dla badanej grupy średnia wartość BMI wyniosła 25,42 (MdN = 25,00, SD = 4,19, Mini = 11,28, Maks = 56,30). Średnia masy ciała wyniosła 67,02 kg (MdN = 66,00, SD = 10,37) przy czym średnia wzrostu badanych kobiet wyniosła 162,41 cm (MdN = 162,00, SD = 4,84). Najwyższa pacjentka miała 176 cm wzrostu,

a najniższa 145 cm. Maksymalna masa ciała wyniosła 110 kg, a minimalna 39 kg. Średnia wartość ciśnienia tętniczego skurczowego (RR-SBP) wyniosła 127,70 mmHg (MdN = 120,00; SD = 14,06). Natomiast średnia wartość ciśnienia rozkurczowego (RR-DBP) wyniosła 79,88 (MdN = 80,00; SD = 9,73) (tab. 10).

Tabela 10. Dane antropometryczne i wartości ciśnienia tętniczego

Zmienna	N	M	SD	Mdn	IQR/2	Mini.	Maks.	CV [%]
Masa ciała	522	67,02	10,37	66,00	7,00	39,00	110,00	15,47
Wzrost	522	162,41	4,84	162,00	2,50	145,00	176,00	2,98
BMI	522	25,42	4,19	25,00	2,55	11,28	56,30	16,50
RR - SBP	522	127,70	14,06	120,00	5,00	95,00	170,00	11,01
RR - DBP	522	79,88	9,73	80,00	7,50	57,00	100,00	12,18

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Mdn – mediana, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe, CV – współczynnik zmienności

Najwięcej, bo 45,4% (N = 237) kobiet z rozpoznaniem raka piersi miało wskaźnik BMI w zakresie 18,5-24,9, co świadczy o prawidłowej masie ciała lub inaczej prawidłowym stosunku masy ciała do wzrostu wyrażonego w metrach do kwadratu. BMI w zakresie 25,0-29,9 miało 42,3% (N = 221) respondentek, co wskazywało na nadwagę. Kobiet otyłych było 11,7% (N = 61), ich BMI wynosiło powyżej 30. W badanej grupie u 0,6% kobiet wskaźnik BMI wynosił poniżej 18,5 (N = 3), co świadczyło o niedowadze (tab. 11).

Tabela 11. Indeks masy ciała (BMI)

BMI	N	%
Poniżej 18,5 - niedowaga	3	0,6
18,5-24,9 - masa prawidłowa	237	45,4
25,0-29,9 - nadwaga	221	42,3
Powyżej 30,0 - otyłość	61	11,7
Ogółem	522	100

Kolejnym czynnikiem znaczącym dla zdrowia jest systematyczna aktywność fizyczna. W badanej grupie kobiet wartości odsetkowe wynikające z liczby osób deklarujących systematyczną aktywność fizyczną i przyznających się do braku takiej aktywności były do siebie bardzo zbliżone. Grupa 49,4% (N = 258) badanych deklarowała, iż utrzymuje systematyczną aktywność fizyczną, pozostałe 50,6% (N = 264) kobiet stwierdziło, że nie uprawia systematycznie żadnego sportu (tab. 12).

Tabela 12. Aktywność fizyczna

Systematyczna aktywność fizyczna	N	%
Tak	258	49,4
Nie	264	50,6
Ogółem	522	100

Rodzaj aktywności fizycznej		
Nordic walking/spacery	126	24,1
Bieganie	22	4,2
Gimnastyka	80	15,3
Pływanie	20	3,8
Jazda na rowerze	65	12,4
Inna	15	2,9

W grupie kobiet deklarujących systematyczną aktywność fizyczną (N = 258) najwięcej – 24,1% (N = 126) respondentek korzystało ze spacerów i nordic walking. Kolejna grupa badanych – 15,3% (N = 80) kobiet deklarowała uprawianie gimnastyki, 12,4% (N = 65) respondentek jazdę na rowerze. Znacznie mniej liczne grupy systematycznie uprawiały bieganie (4,2%; N = 22), pływanie (3,8%; N = 20) oraz inne formy aktywności fizycznej (2,9%; N = 15) (tab. 12).

Tabela 13. Występowanie chorób współistniejących

Choroby współistniejące	N	%
Tak	242	46,4
Nie	280	53,6
Ogółem	522	100

Rodzaj		
Choroby układu krążenia	119	22,8
Choroby układu krwiotwórczego	3	0,6
Choroby układu pokarmowego	11	2,1
Choroby układu oddechowego	37	7,1
Choroby układu nerwowego	30	5,7
Choroby układu kostno-stawowego	28	5,4
Choroby układu moczowo-płciowego	10	1,9
Choroby metaboliczne (m.in. cukrzyca, ch. tarczycy)	78	14,9
Inne	25	4,8
Nie dotyczy	280	45,1

Wśród badanych kobiet blisko połowa – 46,4% (N = 242) respondentek deklarowała występowanie u siebie chorób współistniejących. Najczęściej były to choroby układu krążenia (22,8%; N = 119). Na drugim miejscu wymieniano choroby metaboliczne (14,9%; N = 78). W dalszej kolejności choroby układu oddechowego (7,1%; N = 37),

choroby układu nerwowego (5,7%; N = 30), choroby układu kostno-stawowego (5,4%; N = 28). Niewiele kobiet chorowało na choroby układu pokarmowego (2,1%; N = 11), choroby układu moczowo-płciowego (1,9%; N = 10) oraz choroby układu krwiotwórczego (0,6%; N = 3). Niewiele ponad połowa (53,6%; N = 280) kobiet uważało, że nie dotyczą ich choroby współistniejące (tab. 13).

Kobiety objęte badaniem dokonały samooceny ogólnego stanu zdrowia przed rozpoznaniem raka piersi w 5-stopniowej skali, przy czym 1 – oznaczało zły stan zdrowia, a 5 – bardzo dobry.

Tabela 14. Samoocena ogólnego stanu zdrowia przed rozpoznaniem raka piersi

Samoocena	N	%
5 – bardzo dobry	211	40,4
4 – dobry	163	31,2
3 – dostateczny	106	20,3
2 – mierny	35	6,7
1 – zły	7	1,4
Ogółem	522	100

Największa grupa (40,4%; N = 211) oceniła wysoko swój stan zdrowia wybierając ocenę 5. Druga pod względem liczności grupa stanowiąca 31,2% (N = 163) badanych uważała, że ich stan zdrowia był na poziomie 4. Swój stan zdrowia jako dostateczny oceniło 20,3% (N = 106) respondentek. Niższą ocenę (2) wystawiło 6,7% (N = 35) badanych, natomiast 1,4% (N = 7) kobiet było zdania, iż przed rozpoznaniem raka piersi ich stan zdrowia był zły (tab. 14).

4.1.4. Reakcje na rozpoznanie raka piersi, leczenie i inne konsekwencje choroby

Rozpoznanie nowotworu stanowi sytuację trudną dla pacjenta, z której mogą wynikać różne indywidualne reakcje. W przypadku kobiet z rakiem piersi objętych badaniem najczęściej występującą reakcją na rozpoznanie raka piersi była rozpacz i smutek – taki stan dotyczył blisko połowy – 48,7% (N = 254) badanych kobiet. Kolejna grupa kobiet w sytuacji rozpoznania raka piersi odczuwała chęć do walki z chorobą – 31,0% (N = 162), ale były również respondentki, u których reakcją na rozpoznanie nowotworu była niechęć do leczenia – 28,7% (N = 150). Niewiele mniejsza grupa 26,1% (N = 136) reagowała na rozpoznanie modlitwą i umocnieniem w wyznawanej wierze. Niewiele ponad ¼ kobiet (25,9%; N = 135) w momencie rozpoznania raka piersi próbowała zaprzeczyć postawionej diagnozie, a grupa 23,0% (N = 120) badanych odczuwała wówczas gniew, złość i bunt. Mniej liczne grupy respondentek reagowały na rozpoznanie nowotworu brakiem wiary w powodzenie leczenia oraz niedowierzaniem i bezsilnością – odpowiednio 14,8% (N = 77) oraz 12,8% (N = 67) (tab. 15).

Tabela 15. Reakcja na rozpoznanie nowotworu

Reakcja	N	%
Rozpacz, smutek	254	48,7
Gniew, złość, bunt	120	23,0
Chęć walki z chorobą	162	31,0
Modlitwa i umocnienie w wierze	136	26,1
Niedowierzenie, bezsilność	67	12,8
Zaprzeczenie diagnozie	135	25,9
Niechęć do leczenia	150	28,7
Brak wiary w powodzenie leczenia	77	14,8
Inne reakcje (np. lęk, strach)	6	1,1

W okresie leczenia onkologicznego pacjentki najczęściej zgłaszały znaczne osłabienie i zmęczenie (80,1%; N = 418) oraz wypadanie włosów (78,4%; N = 409). Nieco mniejszej grupy dotyczyła utrata apetytu i zmniejszenie masy ciała (60,7%; N = 317) oraz występowanie nudności, wymiotów, biegunek i zaparcie (58,2%; N = 304). Smutek i przygnębienie, to reakcje dotyczące 42,7% (N = 223) kobiet. Nasilone dolegliwości bólowe wystąpiły u 23,9% (N = 125) badanych (tab. 16).

Tabela 16. Problemy występujące w okresie leczenia onkologicznego

Problemy	N	%
Nasilone dolegliwości bólowe	125	23,9
Znaczne osłabienie, zmęczenie	418	80,1
Nudności, wymioty, biegunki, zaparcia	304	58,2
Wypadanie włosów	409	78,4
Brak apetytu, utrata masy ciała	317	60,7
Smutek, przygnębienie	223	42,7
Inne	11	2,1

W sytuacji choroby nowotworowej kobietom dość często towarzyszyły negatywne emocje i problemy wynikające nie tylko z samego rozpoznania choroby, ale także ze stosowanego leczenia przeciwnowotworowego. Jednak w związku z chorobą nowotworową tylko 25,7% (N = 134) kobiet korzystało z porad i opieki psychologa/psychoterapeuty. Pozostałe 74,3% (N = 388) badanych nie było objętych taką opieką (tab. 17).

Tabela 17. Korzystanie z porad, opieki psychologa/psychoterapeuty w związku z chorobą nowotworową

Korzystanie z porad, opieki	N	%
Tak	134	25,7
Nie	388	74,3
Ogółem	522	100

Zaledwie 6,5% (N = 34) kobiet leczonych z powodu raka piersi zadeklarowało swoją przynależność do stowarzyszeń, fundacji i grup wsparcia dla kobiet z rakiem piersi. Te wszystkie kobiety należały do klubu Amazonek. Zdecydowana większość respondentek (93,5%; N = 488) nie należała do organizacji o takim charakterze (tab. 18).

Tabela 18. Przynależność do stowarzyszeń, fundacji i grup wsparcia dla kobiet z rakiem piersi

Przynależność	N	%
Tak, Amazonki	34	6,5
Nie	488	93,5
Ogółem	522	100

Choroba nowotworowa często ogranicza możliwości funkcjonalne człowieka w środowisku życia. Na obecnym etapie choroby nowotworowej respondentki były w różnym stopniu zaangażowane w życie rodzinne. Grupa 33,5% (N = 175) kobiet uważała, że ich zaangażowanie w życie rodzinne zależy od potrzeb rodziny, co może wskazywać, iż możliwości funkcjonalne tej grupy kobiet były nieograniczone przez chorobę. Natomiast 26,1% (N = 136) respondentek było zdania, że ich zaangażowanie w życie rodzinne jest obecnie bardzo ograniczone. Kolejne 20,5% (N = 107) uważało, iż były w ograniczonym stopniu zaangażowane w życie rodzinne. Bardzo duże zaangażowanie w życie swoich rodzin zadeklarowało 14,9% (N = 78) respondentek, a zupełny brak zaangażowania dotyczył 5,0% (N = 26) kobiet objętych badaniem (tab. 19).

Tabela 19. Zaangażowanie w życie rodzinne na obecnym etapie choroby

Poziom zaangażowania	N	%
Bardzo duże	78	14,9
Zależne od potrzeb rodziny	175	33,5
W ograniczonym stopniu	107	20,5
Bardzo ograniczone	136	26,1
Brak zaangażowania	26	5,0
Ogółem	522	100

Zaangażowanie w życie społeczne na aktualnym etapie choroby było w opinii większości respondentek ograniczone w różnym stopniu. Dla największej grupy – 32,4% (N = 169) kobiet to zaangażowanie było bardzo ograniczone, 23,0% (N = 120) zadeklarowało brak zaangażowania, a 20,9% (N = 109) było zaangażowanych w życie społeczne w ograniczonym stopniu. Grupa 19,7% (N = 103) kobiet stwierdziła, że ich zaangażowanie w życie społeczne jest zależne od potrzeb środowiska, natomiast zaledwie 4,0% (N = 21) respondentek wskazało na bardzo duże zaangażowanie w życie społeczne na obecnym etapie choroby (tab. 20).

Tabela 20. Zaangażowanie w życie społeczne na obecnym etapie choroby

Poziom zaangażowania	N	%
Bardzo duże	21	4,0
Zależne od potrzeb środowiska	103	19,7
W ograniczonym stopniu	109	20,9
Bardzo ograniczone	169	32,4
Brak zaangażowania	120	23,0
Ogółem	522	100

Rozpoznanie raka piersi i następstwa wynikające z choroby miały znaczenie dla relacji chorych kobiet z innymi osobami i stosunek do problemów otoczenia. Najczęściej respondentki reagowały na chorobę izolacją i niechęcią do utrzymywania kontaktów społecznych (41,2%; N = 215). Były również reakcje zupełnie inne, a mianowicie otwartość i chęć podzielenia się swoimi problemami (26,0%; N = 136), większa wrażliwość na potrzeby innych osób (23,8%; N = 124), otwartość i chęć pomocy innym (13,0%; N = 68). Grupa 10,3% (N = 54) respondentek w związku z chorobą wykazała zobojętnienie na potrzeby innych i ich problemy (tab. 21).

Tabela 21. Wpływ choroby na stosunek do innych osób i problemów otoczenia

Wpływ	N	%
Izolacja, niechęć do utrzymywania kontaktów społecznych	215	41,2
Otwartość, chęć podzielenia się swoimi problemami	136	26,0
Otwartość, chęć pomocy innym	68	13,0
Większa wrażliwość na potrzeby innych osób	124	23,8
Zobojętnienie na potrzeby innych i ich problemy	54	10,3

W opinii respondentek czynnikiem w największym stopniu wpływającym na dobre przystosowanie do choroby nowotworowej była skuteczność leczenia (54,2%; N = 283). Kolejne zbliżone do siebie grupy badanych pod względem odsetka (23,7%; N = 124 i 25,7%; N = 134) wskazały na stopień zaawansowania choroby i małe nasilenie skutków ubocznych leczenia. Co piąta badana (21,1%; N = 110) stwierdziła, iż niewielkie trudności w codziennym funkcjonowaniu to czynnik w największym stopniu wpływający na dobre przystosowanie do choroby nowotworowej (tab. 22).

Tabela 22. Czynniki wpływające na dobre przystosowanie do choroby nowotworowej

Czynniki	N	%
Skuteczność leczenia	283	54,2
Stopień zaawansowania choroby	124	23,7
Małe nasilenie skutków ubocznych leczenia	134	25,7
Niewielkie trudności w codziennym funkcjonowaniu	110	21,1
Inne	3	0,6

Ponad połowa – 59,2% (N = 309) respondentek uważało, iż zmiany w wyglądzie zewnętrznym spowodowane przez chorobę, to czynnik w największym stopniu wpływający na brak przystosowania do choroby nowotworowej. Kolejna grupa badanych wymieniła ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu (45,2%; N = 236) oraz nasilenie ubocznych skutków leczenia (32,9%; N = 172). Na brak efektów leczenia wskazało 18,4% (N = 96) kobiet, a niewiele mniej – 18,2% (N = 95) na zaawansowanie choroby nowotworowej. Grupa 13,2% (N = 69) badanych jako czynnik w największym stopniu wpływający na brak przystosowania do choroby wymieniła odsunięcie się rodziny (tab. 23).

Tabela 23. Czynniki wpływające na brak przystosowania do choroby

Czynniki	N	%
Zmiany w wyglądzie zewnętrznym spowodowane przez chorobę	309	59,2
Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu	236	45,2
Nasilenie ubocznych skutków leczenia	172	32,9
Brak efektów leczenia	96	18,4
Zawansowanie choroby	95	18,2
Odsunięcie się rodziny	69	13,2

Najliczniejsza grupa – 44,9% (N = 234) respondentek uważała, że ich stan zdrowia na obecnym etapie leczenia/kontroli jest na poziomie „3 – dostateczny” w pięciostopniowej skali. Niewiele mniej, bo 38,3% (N = 200) kobiet oceniło swój stan zdrowia na obecnym etapie leczenia na poziomie „4 – dobry”. Natomiast 10,9% (N = 57) pacjentek wskazało, że aktualnie stan ich zdrowia można ocenić na „2 – mierny”. Zaledwie 4,2% (N = 22) kobiet oceniło obecny stan swojego zdrowia na najwyższą ocenę, tj. „5 – bardzo dobry”, a 1,7% (N = 9) uważało, że na obecnym etapie leczenia/kontroli stan ich zdrowia jest „1 – zły” (tab. 24).

Tabela 24. Samoocena ogólnego stanu zdrowia na obecnym etapie leczenia/kontroli

Samoocena	N	%
5 - bardzo dobry	22	4,2
4 - dobry	200	38,3
3 - dostateczny	234	44,9
2 - mierny	57	10,9
1 - zły	9	1,7
Ogółem	522	100

Zadowolenie z informacji o chorobie i kolejnych etapach leczenia w badanej grupie kobiet było dość zróżnicowane. Pacjentki oceniały najczęściej poziom swojego zadowolenia na „4 – dobry” w pięciostopniowej skali. Takiej odpowiedzi udzieliło 52,9% (N = 276) kobiet. Niemal mniejszy o połowę odsetek kobiet – 27,4% (N = 143) ten poziom zadowolenia oceniło bardzo dobrze wybierając ocenę „5”. Grupa 14,5% (N = 76)

pacjentek była w mniejszym zakresie zadowolona z informacji o chorobie i kolejnych etapach leczenia i wystawiła „3 – dostateczny”, mierny poziom zadowolenia „2” wystąpił w przypadku 4,2% (N = 22) respondentek, a 1% (N = 5) kobiet wybrało „1”, ponieważ uważały, że nie otrzymały informacji o chorobie i kolejnych etapach leczenia, co oznacza u nich ocenę niedostateczną (tab. 25).

Tabela 25. Poziom zadowolenia z informacji o chorobie i kolejnych etapach leczenia

Poziom zadowolenia	N	%
5 – bardzo dobry (wyczerpujące informacje)	143	27,4
4 – dobry	276	52,9
3 – dostateczny	76	14,5
2 – mierny	22	4,2
1 – niedostateczny (brak informacji)	5	1,0
Ogółem	522	100

Poziom zadowolenia z kompleksowej opieki onkologicznej również był zróżnicowany, ale należy podkreślić, iż żadna z badanych kobiet nie zadeklarowała braku zadowolenia. Ponad połowa – 51,3% (N = 268) respondentek oceniła na możliwie najwyższym poziomie swoje zadowolenie z opieki „5 – bardzo dobry”. Nieco mniej liczna grupa – 42,2% (N = 220) kobiet było zadowolonych z kompleksowej opieki onkologicznej na poziomie 4 – dobry. Pozostałe 4,6% (N = 24) pacjentek swoje zadowolenie oceniło na 3 – dostateczny, a 1,9% (N = 10) zakreślając poziom 2 było zdania, iż są zadowolone z kompleksowej opieki onkologicznej na poziomie miernym (tab. 26).

Tabela 26. Poziom zadowolenia z kompleksowej opieki onkologicznej

Poziom zadowolenia	N	%
5 – bardzo dobry (pełne zadowolenie)	268	51,3
4 – dobry	220	42,2
3 – dostateczny	24	4,6
2 – mierny	10	1,9
1 – niedostateczny (brak zadowolenia)	0	0
Ogółem	522	100

Istotne znaczenie dla pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej ma szeroko rozumiane wsparcie. Wsparcie może mieć różny charakter, przybierać różne formy i pochodzić z różnych źródeł.

Tabela 27. Źródła wsparcia w chorobie nowotworowej

Źródła wsparcia	N	%
Mąż	263	50,4
Dzieci	277	53,1
Rodzice	149	28,5
Rodzeństwo	231	44,3
Koleżanki/koledzy	200	38,3
Pracownicy ochrony zdrowia	191	36,6
Duchowny, ksiądz	53	10,2
Stowarzyszenia chorych kobiet	17	3,3
Internet	58	11,1
Inne	15	2,9
Brak wsparcia	48	9,2

Do najczęściej wymienianych przez badane kobiety źródeł wsparcia w chorobie nowotworowej należały dzieci – 53,1% (N = 277), w dalszej kolejności byli: mąż – 50,4% (N = 263), rodzeństwo – 44,3% (N = 231), koleżanki i koledzy (38,3%; N = 200). Pracownicy ochrony zdrowia jako źródło wsparcia w chorobie zostali wymienieni na kolejnym miejscu (36,6%; N = 191). Następne źródło wsparcia w opinii badanych respondentek stanowili rodzice (28,5%; N = 149). Zdecydowanie w mniejszym zakresie jako źródła wsparcia w chorobie kobiety podawały Internet (11,1%; N = 58), duchowny/ksiądz – 10,2% (N = 53), stowarzyszenia chorych kobiet (3,3%; N = 17) i inne wcześniej niewymienione – 2,9% badanych (N = 15). Niemal co dziesiąta kobieta (9,2%; N = 48) zadeklarowała brak wsparcia w chorobie nowotworowej (tab. 27).

4.2. Analiza wyników Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC)

W każdej chorobie, a szczególnie w chorobie nowotworowej umiejętność radzenia sobie z chorobą i problemami z niej wynikającymi stanowi istotny element zwiększający szanse na powodzenie procesu leczenia i poprawiający komfort życia pacjenta i jego rodziny. Natomiast bierne poddanie się chorobie, paraliżujący lęk, bezradność, beznadziejność, to czynniki, które negatywnie wpływają na terapię oraz funkcjonowanie chorego i jego rodziny w środowisku życia.

Ocenę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej przeprowadzono za pomocą standaryzowanego narzędzia – skali Mini-MAC, która jak wcześniej podano mierzy cztery strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową: zaabsorbowanie lękowe, ducha walki, bezradność-beznadziejność, pozytywne przewartościowanie. Dwie z tych strategii, tj. pozytywne przewartościowanie i duch walki składają się na styl konstruktywny, a dwie pozostałe – zaabsorbowanie lękowe, bezradność-beznadziejność, – na styl destrukcyjny. Wynik punktowy może być przeliczany na skalę stenową

na podstawie opracowanych norm dla polskiej populacji. Pozwala to określić poziomy nasilenia badanej cechy.

Tabela 28. Wyniki skali Mini-MAC

Zmienna	M	SD	Mdn	IQR/2	Mini.	Maks.	CV [%]
Zaabsorbowanie lękowe	18,24	3,85	19,00	2,50	7,00	28,00	21,11
Duch walki	21,68	2,88	21,00	1,50	10,00	28,00	13,28
Bezradność-beznadziejność	14,62	4,04	15,00	3,00	7,00	28,00	27,67
Pozytywne przewartościowanie	22,18	2,61	22,00	1,50	13,00	28,00	11,75
Styl konstruktywny	43,86	4,56	44,00	3,00	23,00	56,00	10,41
Styl destrukcyjny	32,86	7,25	34,00	4,50	14,00	56,00	22,06

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Mdn – mediana, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe, CV – współczynnik zmienności

Najwyższe nasilenie zachowań nastąpiło w przypadku pozytywnego przewartościowania, (M = 22,18; MdN = 22,0; SD = 2,61). Niewiele mniej punktów osiągnęły kobiety w strategii ducha walki (M = 21,68; MdN = 21,00; SD = 2,88). Te dwie strategie składają się na styl konstruktywny walki z chorobą i ten styl przystosowania psychicznego do choroby dominował w badanej grupie. Średnia stylu konstruktywnego wyniosła 43,86 (MdN = 44,00; SD = 4,56), przy czym najmniejsza osiągnięta przez kobiety wartość to 23,00 punktów, a największa 56,00 punktów. W przeliczeniu na steny średnia wyniosła 6,46 (MdN = 6,0, SD = 1,11). Natomiast najniższa średnia wartość 14,62 (MdN = 15,00, SD = 4,04) wystąpiła w strategii bezradność-beznadziejność, co oznacza, iż natężenie zachowań charakterystycznych dla tej strategii było najniższe. Niewiele więcej, bo 18,24 punkty (MdN = 19,00, SD = 3,85) uzyskały badane kobiety w strategii zaabsorbowanie lękowe. Te dwie strategie składają się na styl destrukcyjny i średnia punktów uzyskanych w tym stylu wyniosła 32,86 (MdN = 34,00, SD = 7,25) przy czym 14,00 to minimum punktów osiągniętych przez kobiety w tym stylu, a 56,00 to maksimum. Średnia wartość stenowa dla stylu destrukcyjnego wyniosła 4,57 (MdN = 5,00, SD = 1,66) (tab. 29).

Tabela 29. Wartości stenowe skali Mini-MAC

Style	N	M	Mdn	SD	Mini.	Maks.
Styl konstruktywny	522	6,46	6,00	1,11	2,00	10,00
Styl destrukcyjny	522	4,57	5,00	1,66	1,00	10,00

Przedstawione wyniki wskazują, iż w badanej grupie kobiet z rakiem piersi dominował styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą nowotworową nad stylem destrukcyjnym – 43,86 vs. 32,86, w stenach 6,46 vs. 4,57 (tab. 28; tab. 29).

Uzyskane wyniki pozwoliły wyodrębnić trzy grupy respondentek, charakteryzujących się niskim, przeciętnym i wysokim poziomem badanej cechy w poszczególnych stylach przystosowania do choroby nowotworowej.

Tabela 30. Wyniki skali Mini-MAC – styl konstruktywny

Przedziały Skali Mini-MAC (styl konstruktywny)	Punktacja (od – do)	Wartość stenowa	N	%
Niski poziom	23-34	1-4	16	3,1
Przeciętny poziom	35-48	5-7	430	82,4
Wysoki poziom	49-56	8-10	76	14,5
Ogółem			522	100

W stylu konstruktywnym zdecydowana większość – 82,4% (N = 430) kobiet osiągnęło wartości 5-6 stena, co było równoznaczne z poziomem przeciętnym przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej. Grupa 14,5% (N = 76) respondentek uzyskała 8-10 stena, co wskazuje na wysoki poziom stylu konstruktywnego. Natomiast wyniki niskie na poziomie 1-4 stena uzyskało 3,1% (N = 16) badanych (tab. 30).

Tabela 31. Wyniki skali Mini-MAC – styl destrukcyjny

Przedziały Skali Mini-MAC (styl destrukcyjny)	Punktacja (od – do)	Wartość stenowa	N	%
Niski poziom	14-30	1-4	178	34,1
Przeciętny poziom	31-47	5-7	334	64,0
Wysoki poziom	48-56	8-10	10	1,9
Ogółem			522	100

W stylu destrukcyjnym 64,0% (N = 334) kobiet osiągnęło wyniki na poziomie 5-7 stena, co jest równoznaczne z przeciętnym poziomem tego stylu. Niewiele ponad 1/3 – 34,1% (N = 178) kobiet uzyskało wyniki niskie (1-4 stena), a wyniki wysokie (8-10 stena) osiągnęło 1,9% (N = 10) respondentek (tab. 31).

Weryfikację wyników skali Mini-MAC w badaniu własnym określono poprzez obliczenie współczynników alfa Cronbacha, który jest uważany za współczynnik rzetelności kwestionariusza. Przyjmuje się, iż współczynnik alfa Cronbacha powinien wynosić co najmniej 0,60. Wartości powyżej 0,7 oznaczają prawidłową rzetelność skali. Preferuje się, aby współczynnik ten był zbliżony do 0,90. W badaniu własnym uzyskano wysoki współczynnik alfa Cronbacha wynoszący 0,905 dla stylu konstruktywnego i 0,759 dla stylu destrukcyjnego, co świadczy o prawidłowej rzetelności skali Mini-MAC zastosowanej w tym badaniu.

4.3. Stopień akceptacji choroby nowotworowej na podstawie Skali Akceptacji Choroby (AIS)

Ocenę stopnia akceptacji choroby mierzono za pomocą standaryzowanego narzędzia Skali Akceptacji Choroby (AIS), która pozwala na wyliczenie sumarycznego wyniku punktowego. Im wyższy wynik tym większa akceptacja choroby, a im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

Średnia stopnia akceptacji choroby nowotworowej na podstawie skali AIS w badanej grupie wyniosła 25,15 (SD = 7,94, MdN = 27,0) (tab. 32).

Tabela 32. Statystyki skali AIS oraz pozycji składowych

Skala AIS	(M)	(SD)	(Mini)	(Maks)	(Mdn)	N
	25,15	7,94	8	40	27,0	522
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,81	1,16	1	5	3,0	522
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,92	1,16	1	5	3,0	522
3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,25	1,30	1	5	3,0	522
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,07	1,15	1	5	3,0	522
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,34	1,34	1	5	3,0	522
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,44	1,28	1	5	4,0	522
7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,36	1,31	1	5	4,0	522
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	2,95	1,44	1	5	3,0	522

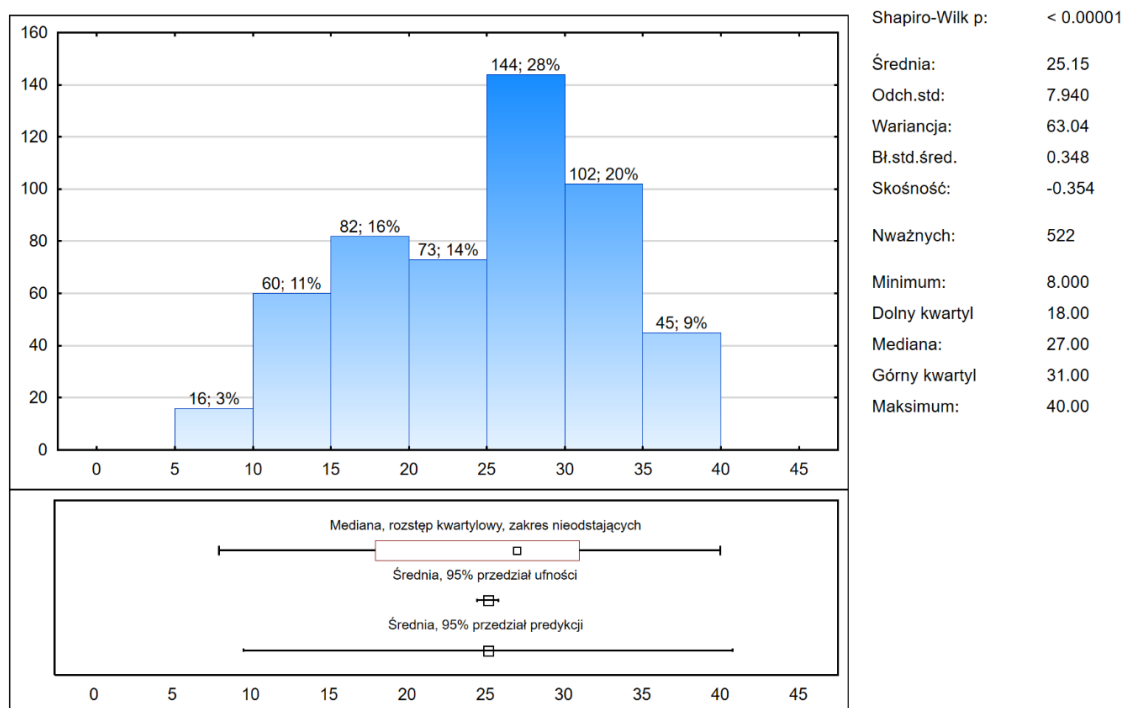
W poszczególnych stwierdzeniach skali AIS osiągnięte średnie były zróżnicowane. Najwyższy wynik (M = 3,44) został osiągnięty w stwierdzeniu szóstym „Mój stan

zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem”. Niewiele niższy ($M = 3,36$) w stwierdzeniu siódmym „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Najniższy wynik ($M = 2,81$) został osiągnięty w stwierdzeniu pierwszym – „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. Niewiele wyższy ($M = 2,92$) w stwierdzeniu drugim „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (tab. 32).

Tabela 33. Stopień akceptacji choroby według skali AIS

Przedziały Skali AIS	Punkcja (od-do)	N	%
Niski	8-17	115	22,0
Przeciętny	18-33	325	62,3
Wysoki	34-40	82	15,7
Ogółem		522	100

Największa grupa – 62,3% ($N = 325$) respondentek uzyskała od 18 do 33 punktów w skali AIS, co oznacza średni stopień akceptacji choroby. Znacznie mniejszy odsetek – 22,0% ($N = 115$) kobiet uzyskało przedział punktowy 8-17, co odzwierciedla niski stopień akceptacji choroby. Najwyższą punktację (34-40 punktów) uzyskało 15,7% ($N = 82$) badanych, co wskazuje na wysoki stopień akceptacji choroby nowotworowej (tab. 33).



Rycina 1. Skala Akceptacji Choroby (AIS) – wynik punktowy.

Wyniki surowe dla sumarycznej punktacji wskazują na niewielką lewostronną asymetrię (skośność = $-0,354$), co oznacza pewną przewagę osób badanych o wysokiej

i przeciętnej sumarycznej punktacji uzyskanej na skali AIS w stosunku do osób o niskiej punktacji (ryc. 1).

4.4. Ocena zagrożenia depresją na podstawie Skali Depresji Becka (BDI)

Pacjentki z rozpoznaniem raka piersi znajdują się w trudnej sytuacji wynikającej z faktu rozpoznania nowotworu złośliwego, a także z powodu ubocznych skutków stosowanego leczenia oraz obawy o utratę życia. Te czynniki w znacznym stopniu wpływają nie tylko na funkcjonowanie fizyczne chorych, ale również na sferę psychiczną. Konsekwencją zaburzeń w sferze psychicznej może być depresja.

Ocenę stopnia nasilenia symptomów depresji mierzono za pomocą standaryzowanego narzędzia – Skali Depresji Becka (BDI), która pozwala na przeliczenie uzyskanego sumarycznego wyniku punktowego na poziomy nasilenia depresji. Skalę cechują normy pozwalające określić poziom nasilenia badanej cechy.

Szczegółowy rozkład punktowy wyników skali BDI został przedstawiony w tabeli 34.

Tabela 34. Rozkład punktowy wyników Skali Depresji Becka

Punkty	Poziom depresji	N	%	Ogółem
0	Brak	2	0,38	103 (19,7%)
1		3	0,57	
2		7	1,34	
3		4	0,77	
4		4	0,77	
5		6	1,15	
6		15	2,87	
7		21	4,02	
8		23	4,41	
9		18	3,45	
10	Łagodna	25	4,79	247 (47,3%)
11		24	4,60	
12		31	5,94	
13		28	5,36	
14		28	5,36	
15		18	3,45	
16		34	6,51	
17		33	6,32	
18	26	4,98		
19	Umiarkowana	24	4,60	137 (26,3%)
20		21	4,02	
21		17	3,26	
22		10	1,92	
23		10	1,92	
24		8	1,53	

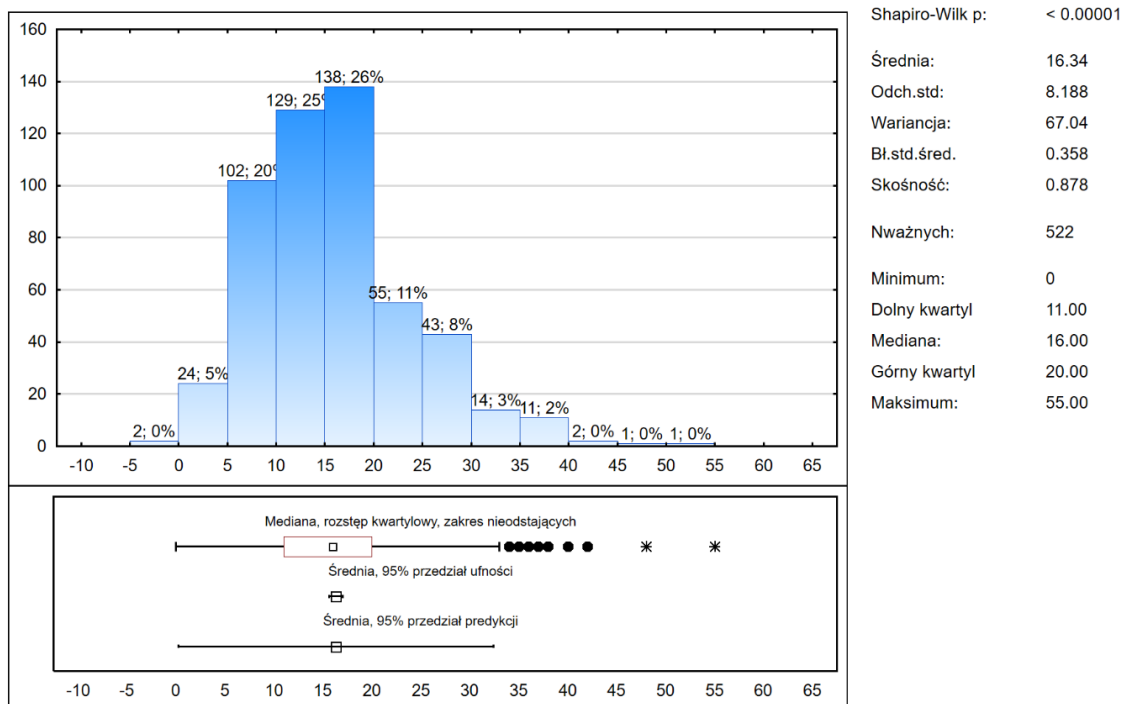
Punkty	Poziom depresji	N	%	Ogółem
25		10	1,92	35 (6,7%)
26		7	1,34	
27		13	2,49	
28		8	1,53	
29		9	1,72	
30	Ciężka	6	1,15	
31		5	0,96	
32		2	0,38	
33		2	0,38	
34		3	0,57	
35		2	0,38	
36		1	0,19	
37		5	0,96	
38		2	0,38	
40		3	0,57	
42	2	0,38		
48	1	0,19		
55	1	0,19		

Średnia wyniku zagrożenia depresją na podstawie skali BDI wyniosła 16,34 (SD = 8,19; MdN = 16,0). Rozkład punktowy wyników skali BDI został zestawiony w czterech przedziałach punktowych ze względu na poziom nasilenia depresji w tabeli 35.

Tabela 35. Poziom nasilenia objawów depresji – statystyki opisowe

Poziom depresji	M	SD	Min	Maks	Mdn	N	%
	16,34	8,19	0	55	16,0	522	100
Brak depresji	6,39	2,38	0	9	7,0	103	19,7
Łagodna depresja	14,11	2,58	10	18	14,0	247	47,3
Umiarkowana depresja	22,94	3,31	19	29	22,0	137	26,3
Ciężka depresja	35,46	5,51	30	55	34,0	35	6,7

Blisko połowa – 47,3% (N = 247) respondentek uzyskała przedział punktowy 10-18 w skali Becka, co wskazuje na łagodną depresję. Kolejna pod względem liczności grupa – 26,3% (N = 137) badanych uzyskała 19-29 punktów, co wskazuje na depresję o umiarkowanym nasileniu. W badanej grupie były również chore – 6,7% (N = 35), u których wyniki uzyskane w skali Becka – 30-55 punkty – wskazały na ciężką depresję. Brak depresji stwierdzono u 19,7% (N = 103) badanych kobiet – osoby te uzyskały przedział punktowy 0-9 (tab. 35).



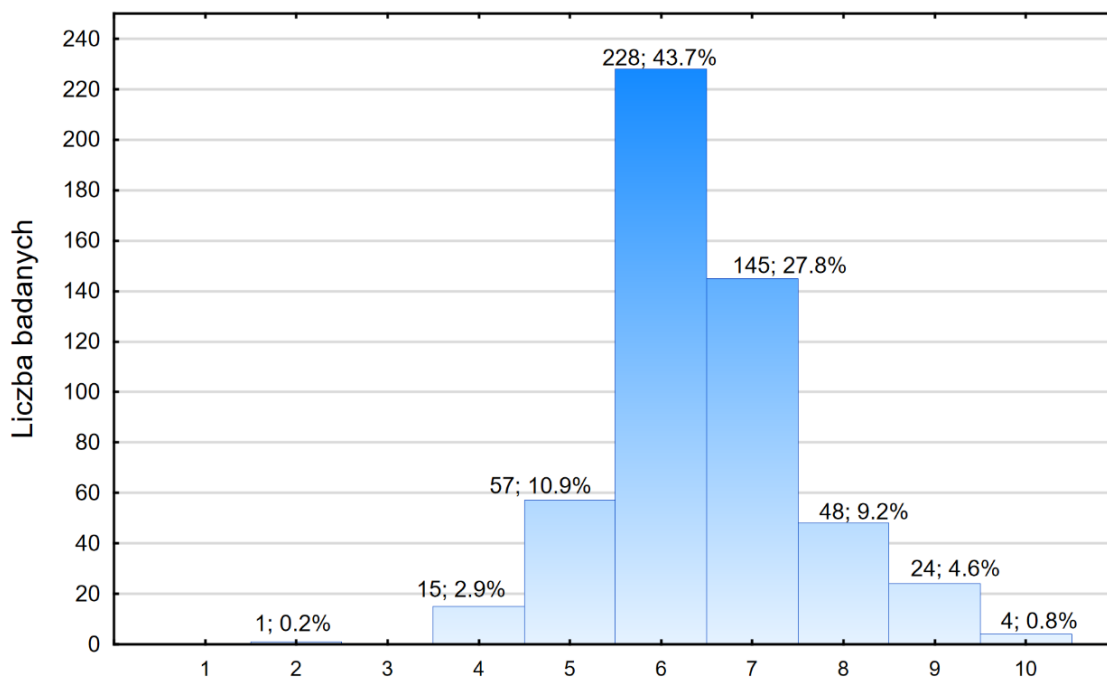
Rycina 2. Skala Depresji Becka (BDI) – wynik punktowy.

Wyniki surowe dla sumarycznej punktacji wskazują na niewielką prawostronną asymetrię (skośność = 0,878), co oznacza pewną przewagę osób badanych o niskim i przeciętnym poziomie nasilenia objawów depresji w stosunku do osób o wysokim poziomie odczuwanych objawów (ryc. 2).

4.5. Testowanie hipotez badawczych

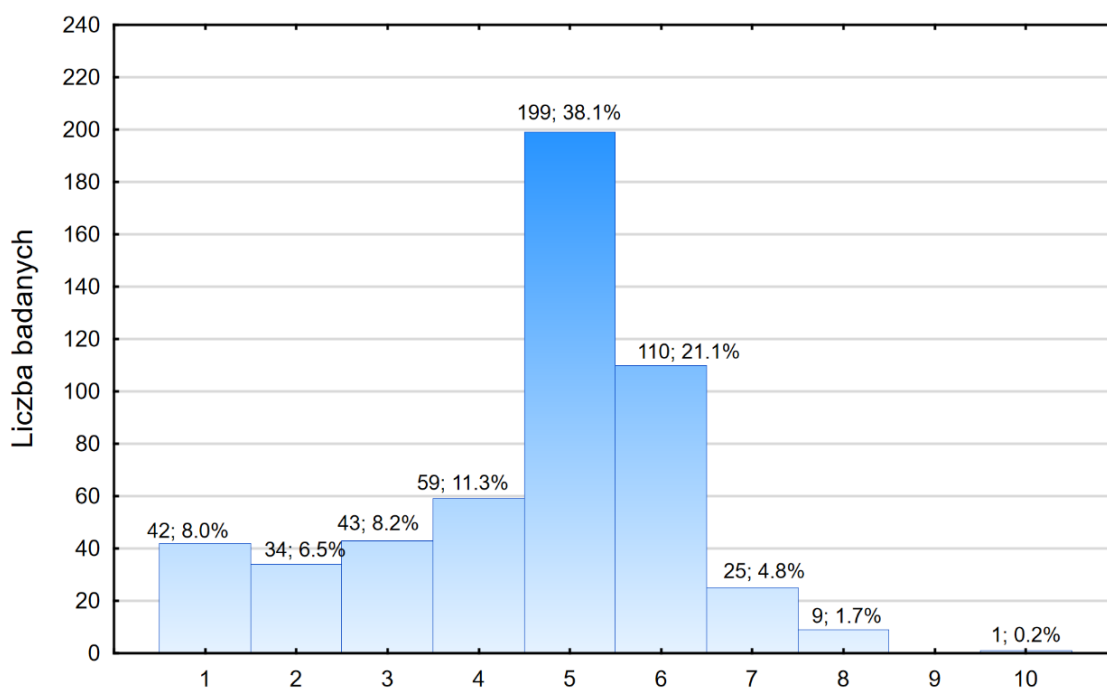
4.5.1. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową dominujące w badanej grupie

Jedynie 3,1% (N = 16) badanych kobiet przejawiało niski poziom wykorzystania konstruktywnej strategii zmagania się z chorobą nowotworową. Przeciętny poziom wykorzystywania tej strategii wystąpił u 82,4% (N = 430) kobiet. Natomiast bardzo wysoki poziom odnotowano u 14,5% (N = 76) badanych (ryc. 3).



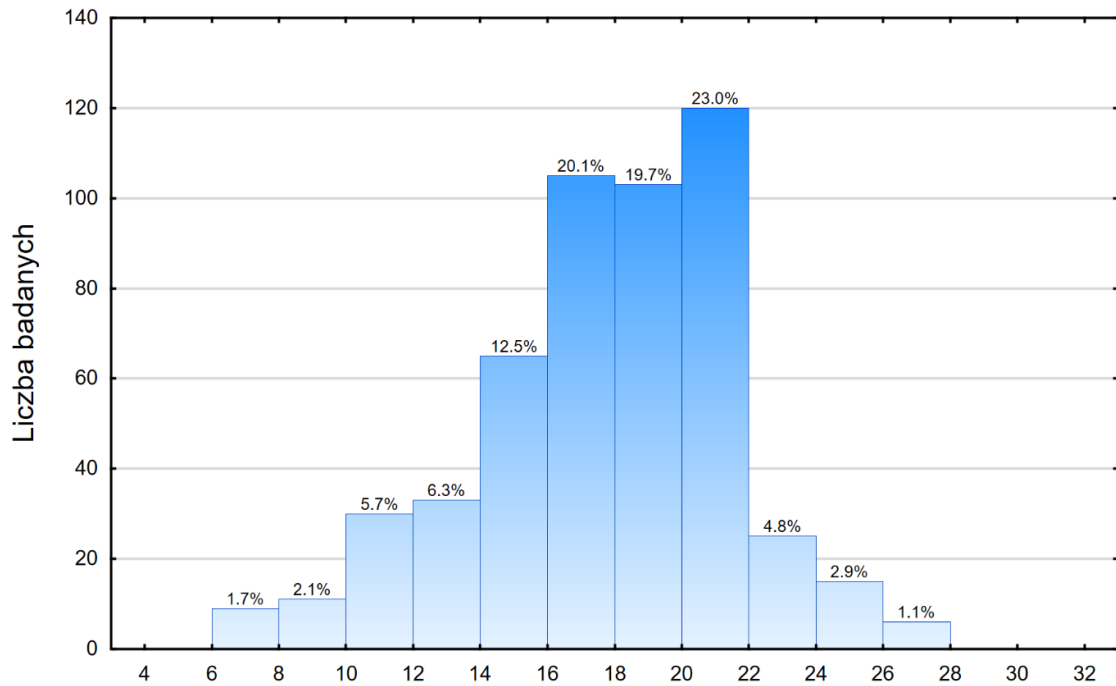
Rycina 3. Styl konstruktywny.

Grupa 34,1% (N = 178) respondentek przejawiała niski stopień wykorzystania destrukcyjnej strategii zmagania się z chorobą nowotworową. Przeciętny poziom wykorzystywania tej strategii zaobserwowano u 64,0% (N = 334) badanych. Natomiast bardzo wysoki poziom odnotowano jedynie u 1,9% (N = 10) badanych kobiet (ryc. 4).



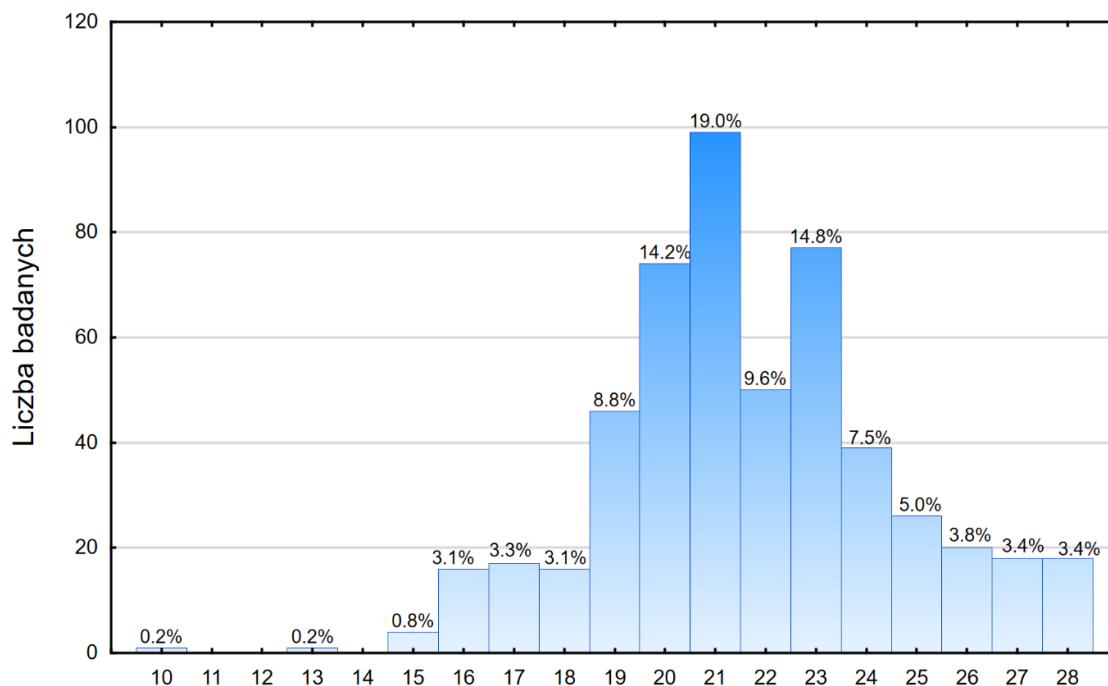
Rycina 4. Styl destrukcyjny.

Średni wynik w zakresie zaabsorbowania lękowego wynosił w badanej grupie kobiet 18,24 (SD = 3,85) przy medianie równej 19,00 i zakresie pomiaru od 7,00 do 28,00. Zmienna ta charakteryzowała się lewostronną asymetrią ($a = -0,50$), co oznacza przewagę w grupie badanej osób z wysoką punktacją w stosunku do osób z niską punktacją (ryc. 5).



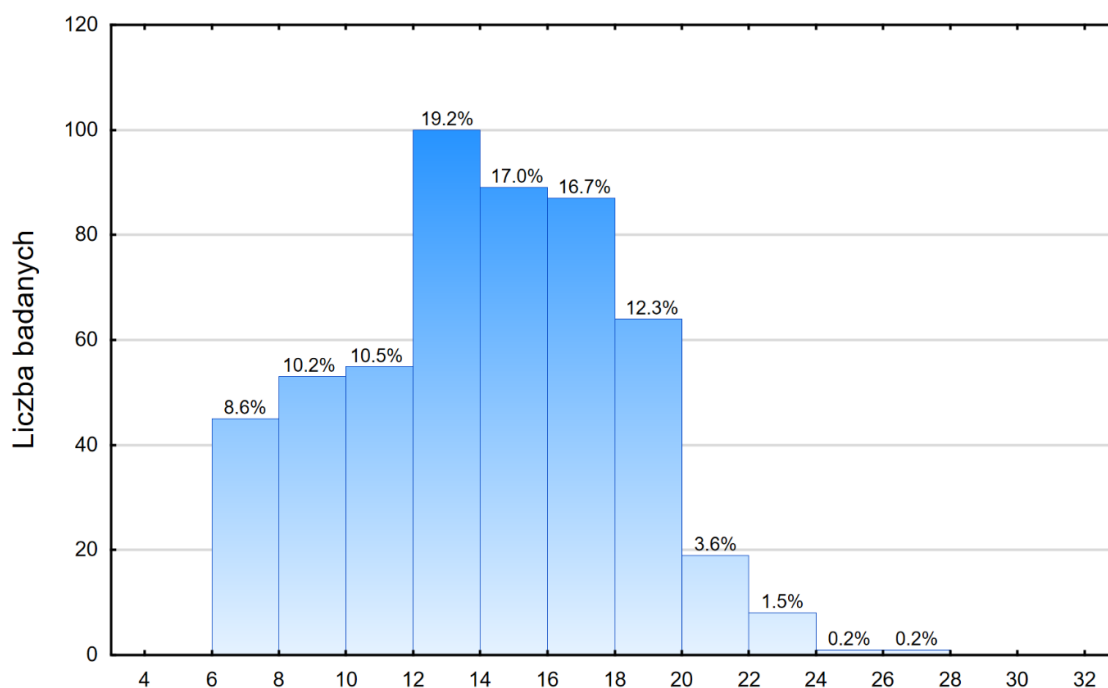
Rycina 5. Zaabsorbowanie lękowe.

Średni wynik w zakresie ducha walki wynosił w badanej grupie kobiet 21,68 (SD = 2,88) przy medianie równej 21,00 i zakresie pomiaru od 10,00 do 28,00. Zmienna ta charakteryzowała się symetrią rozkładu ($a = 0,02$), co oznacza równą proporcję osób z niskim i wysokim wynikiem względem wyniku średniego (ryc. 6).



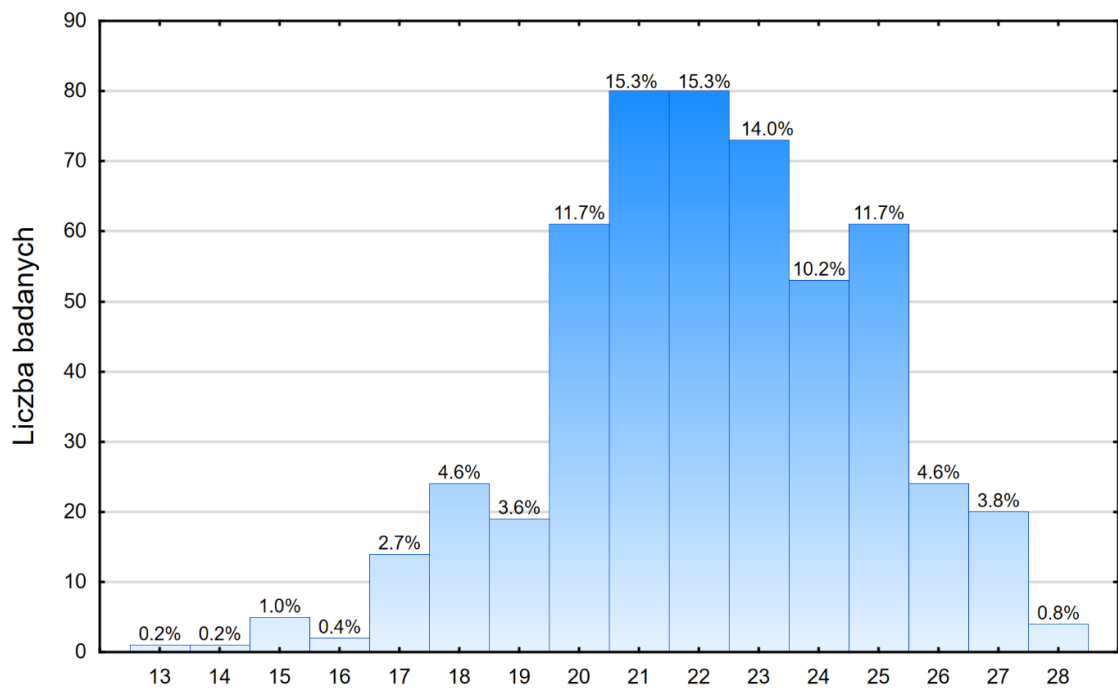
Rycina 6. Duch walki.

Średni wynik w zakresie poczucia bezradności i beznadziejności wynosił w badanej grupie kobiet 14,62 (SD = 4,04) przy medianie równej 15,00 i zakresie pomiaru od 3,00 do 7,00. Zmienna ta charakteryzowała się symetrią rozkładu ($a = -0,06$), co oznacza równą proporcję osób z niskim i wysokim wynikiem względem wyniku średniego (ryc. 7).



Rycina 7. Bezradność i beznadziejność.

Średni wynik w zakresie pozytywnego przewartościowania wynosił w badanej grupie kobiet 22,18 (SD = 2,61) przy medianie równej 22,00 i zakresie pomiaru od 13,00 do 28,00 (ryc. 8).

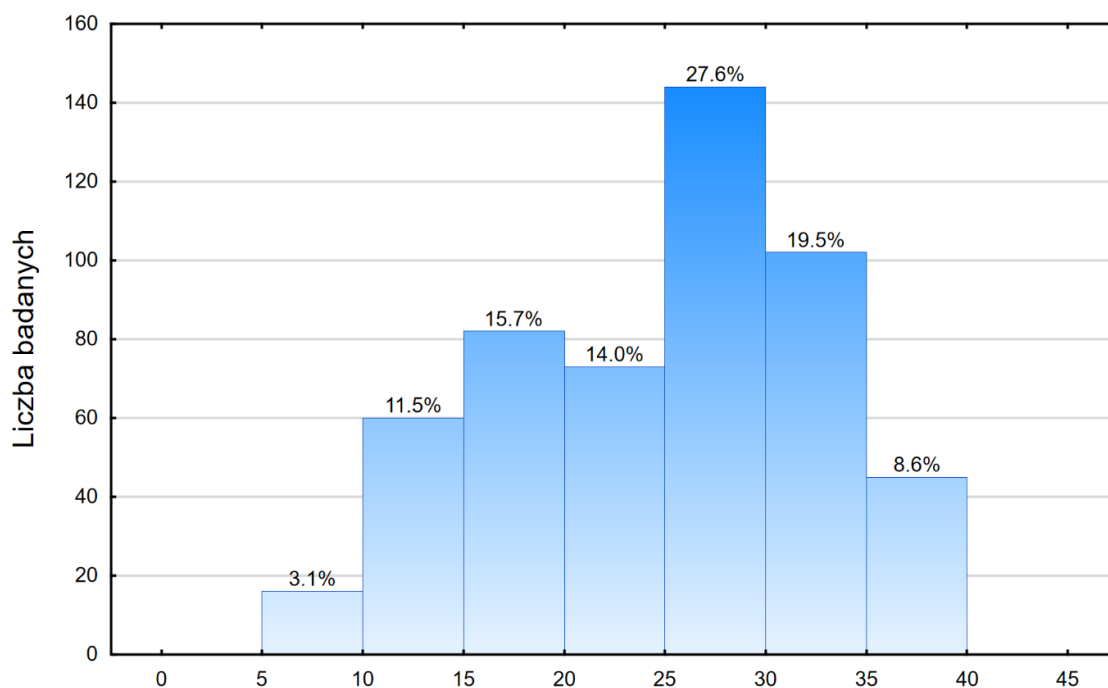


Rycina 8. Pozytywne przewartościowanie.

Zmienna pozytywne przewartościowanie charakteryzowała się lewostronną asymetrią ($a = -0,28$), co oznacza przewagę w grupie badanej osób z wysoką punktacją w stosunku do osób z niską punktacją (ryc. 8).

4.5.2. Stopień akceptacji raka piersi

Średnia wyniku akceptacji choroby w badanej grupie kobiet wyniosła 25,15 (SD = 7,94; MdN = 27,0). Wyniki surowe dla sumarycznej punktacji wskazały na niewielką ($a = -0,35$) lewostronną asymetrię (ryc. 9).

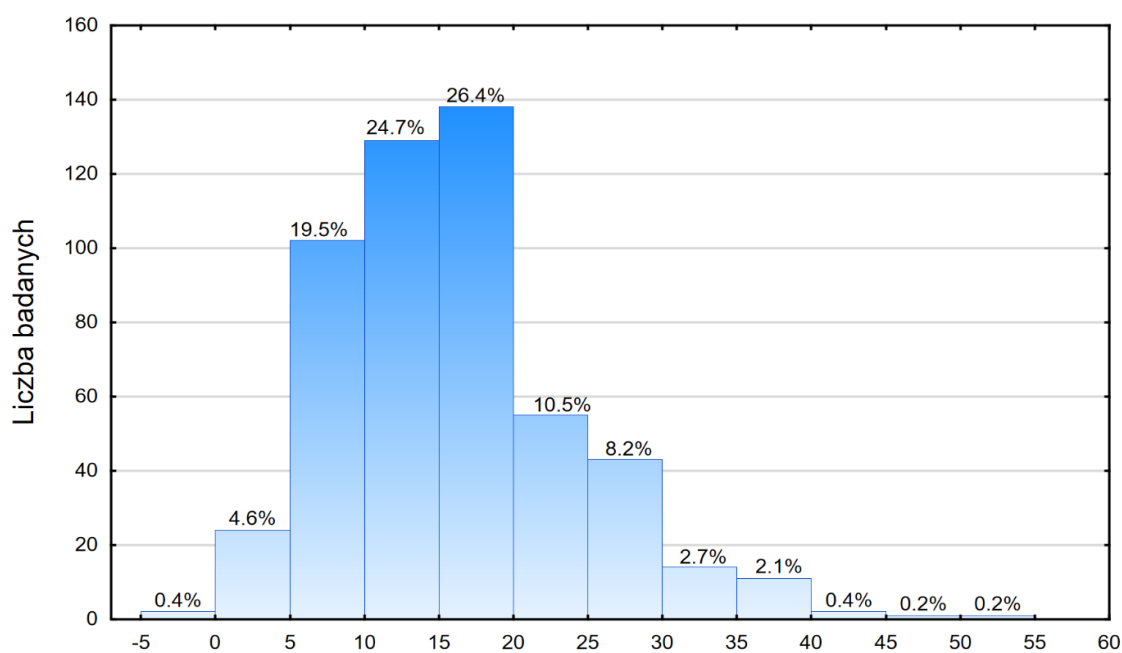


Rycina 9. Akceptacja choroby.

Wyniki te oznaczają pewną przewagę osób badanych o wysokiej i przeciętnej sumarycznej punktacji uzyskanej w skali AIS w stosunku do osób o niskiej punktacji.

4.5.3. Zagrożenie depresją w badanej grupie

Wyniki surowe dla sumarycznej punktacji wskazują na niewielką prawostronną asymetrię (skośność = 0,878) przy średnim wyniku wynoszącym 16,34 (SD = 8,19) i medianie równej 16,0 (ryc. 10).



Rycina 10. Wynik punktowy Skali Depresji Becka.

Wyniki te oznaczają pewną przewagę osób badanych o niskim i przeciętnym poziomie nasilenia objawów depresji w stosunku do osób o wysokim poziomie odczuwanych objawów.

Tabela 36. Strategie i style przystosowania do choroby oraz akceptacja choroby z uwzględnieniem odczuwanych objawów depresji

	r-Pearsona*	t	p
Zaabsorbowanie lękowe	0,474	12,286	<0,001
Duch walki	-0,401	-9,990	<0,001
Bezradność-beznadziejność	0,573	15,928	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	-0,202	-4,715	<0,001
Styl konstruktywny	-0,350	-8,515	<0,001
Styl destrukcyjny	0,541	14,673	<0,001
Akceptacja choroby	-0,357	-8,704	<0,001

* współczynnik korelacji r-Pearsona

Wystąpiła pozytywna zależność pomiędzy odczuwanymi symptomami depresji a: zaabsorbowaniem lękowym ($r = 0,474$), bezradnością-beznadziejnością ($r = 0,573$) i stylem destrukcyjnym ($r = 0,541$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem nasilenia tych zmiennych zwiększało się natężenie odczuwanych objawów depresji przez kobiety z rakiem piersi. Wystąpiła również negatywna zależność między odczuwanymi symptomami depresji a: duchem walki ($r = -0,401$), pozytywnym przewartościowaniem ($r = -0,202$), stylem konstruktywnym ($r = -0,350$) oraz stopniem akceptacji choroby ($r = -0,357$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem nasilenia tych zmiennych zmniejszało się natężenie odczuwanych objawów depresji wśród kobiet z chorobą nowotworową piersi. Stwierdzono różnice istotne statystycznie w zakresie wszystkich zmiennych, tj. strategii i stylów przystosowania do choroby oraz akceptacji choroby z uwzględnieniem odczuwanych objawów depresji (tab. 36).

4.5.4. Czynniki demograficzne, społeczne i medyczne mające wpływ na przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej i stopień akceptacji choroby oraz ryzyko wystąpienia depresji

Czynniki demograficzne, społeczne i medyczne w różnym zakresie mogą mieć znaczenie dla przystosowania psychicznego do choroby, stopnia akceptacji choroby oraz ryzyka wystąpienia depresji.

Czynniki demograficzne i społeczne

W grupie czynników demograficznych i społecznych przeanalizowano znaczenie: wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania respondentek, źródła utrzymania, wykonywanego zawodu, sytuacji rodzinnej i ekonomicznej, otrzymanego wsparcia.

Tabela 37. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a wiek badanych

Zmienna	r-Pearsona*	t	p
Zaabsorbowanie lękowe	0,208	4,849	<0,001
Duch walki	-0,045	-1,034	0,302
Bezradność-beznadziejność	0,248	5,834	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	0,146	3,372	0,001
Styl konstruktywny	0,048	1,103	0,271
Styl destrukcyjny	0,260	6,128	<0,001
Akceptacja choroby	-0,203	-4,733	<0,001
Nasilenie depresji	0,131	3,021	0,003

* współczynnik korelacji r-Pearsona

Zaobserwowano istotną dodatnią korelację między wiekiem kobiet a stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową w przypadku: zaabsorbowania lękowego ($r = 0,208$), bezradności-beznadziejności ($r = 0,248$), pozytywnego przewartościowania ($r = 0,146$) oraz stylu destrukcyjnego ($r = 0,260$). Oznacza to, że wraz z wiekiem rośnie natężenie badanych cech. Natomiast negatywną korelację zanotowano w przypadku znaczenia wieku dla stopnia akceptacji choroby ($r = -0,203$). Kobiety wraz z wiekiem w mniejszym stopniu akceptowały swoją chorobę. Istotna dodatnia korelacja ($p = 0,003$) wystąpiła również między wiekiem respondentek, a nasileniem objawów depresji ($r = 0,131$). Wraz z wiekiem zwiększa się nasilenie depresji (tab. 37).

Tabela 38. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a stan cywilny

Zmienna	W związku (N = 390)		Samotna (N = 132)		$t_{df = 520}$	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	17,98	3,78	19,02	3,98	-2,680	0,008
Duch walki	21,86	2,88	21,13	2,82	2,550	0,011
Bezradność-beznadziejność	14,37	3,96	15,33	4,21	-2,365	0,018
Pozytywne przewartościowanie	22,24	2,63	22,01	2,53	0,870	0,385
Styl konstruktywny	6,51	1,11	6,31	1,11	1,744	0,082
Styl destrukcyjny	4,46	1,64	4,90	1,67	-2,653	0,008
Akceptacja choroby	25,35	7,97	24,58	7,85	0,954	0,340
Nasilenie depresji	16,19	8,08	16,77	8,52	-0,698	0,486

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* test t-Studenta

Respondentki pozostające w związku osiągnęły wyższą wartość średnią w stylu konstruktywnym niż kobiety samotne ($M = 6,51$ vs. $M = 6,31$), ale średnie te były do siebie bardzo zbliżone. W stylu destrukcyjnym wyższa średnia wartość dotyczyła kobiet

samotnych w porównaniu do respondentek będących w związku $M = 4,90$ vs. $M = 4,46$. Wystąpiła tutaj zależność istotna statystycznie – $p = 0,008$. W zakresie strategii najwyższą różnicę zaobserwowano w zaabsorbowaniu lękowym ($M = 17,98$ – w związku vs. $M = 19,02$ – samotna). Następnie w strategii bezradność-beznadziejność ($M = 14,37$ w związku vs. $M = 15,33$ samotna) oraz najmniejsza różnica w strategii ducha walki ($M = 21,96$ – w związku vs. $M = 21,13$ – samotna). Istotnie wyższe średnie wartości wyników pomiaru zaobserwowano w grupie osób samotnych w zakresie: zaabsorbowania lękowego, bezradności-beznadziejności i stylu destrukcyjnego. Natomiast istotnie wyższą średnią wartość pomiaru zaobserwowano w grupie osób pozostających w związku (małżeńskim lub nieformalnym) w zakresie ducha walki. Średnia akceptacji choroby była wyższa wśród kobiet będących w związku w porównaniu do kobiet samotnych – $25,35$ vs. $24,58$, ale nie wystąpiła tutaj różnica istotna statystycznie. Podobnie nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie w zakresie nasilenia depresji z uwzględnieniem stanu cywilnego respondentek ($p = 0,486$). Wartości w skali Becka osiągnięte przez kobiety będące w związku i samotne były do siebie zbliżone (tab. 38).

Tabela 39. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a wykształcenie

Zmienna	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe		F (3, 518)	p*
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	18,75	4,65	18,45	4,02	18,69	3,54	17,45	3,94	3,701	0,012
Duch walki	21,63	3,80	21,79	3,16	21,56	2,87	21,78	2,57	0,267	0,849
Bezradność-beznadziejność	14,83	5,21	15,16	4,15	15,08	3,76	13,64	4,02	5,047	0,002
Pozytywne przewartościowanie	22,29	3,14	22,28	2,63	22,16	2,44	22,13	2,74	0,088	0,967
Styl konstruktywny	6,42	1,50	6,50	1,21	6,42	1,09	6,48	1,01	0,193	0,901
Styl destrukcyjny	4,75	1,94	4,70	1,68	4,78	1,48	4,20	1,78	4,384	0,005
Akceptacja choroby	26,04	8,48	25,45	8,17	23,93	8,12	26,49	7,27	3,599	0,013
Nasilenie depresji	14,21	8,26	16,00	8,02	16,79	7,66	16,23	8,94	0,837	0,474

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* ANOVA jednoczynnikowa

Najwyższą średnią ($M = 6,50$) osiągnęły respondentki z wykształceniem zawodowym, następnie z wykształceniem wyższym ($M = 6,48$). Niewiele niższe wartości ($M = 6,42$) dotyczyły kobiet z wykształceniem podstawowym i średnim. W stylu destrukcyjnym najwyższą średnią wartość ($M = 4,78$) uzyskały respondentki z wykształceniem średnim, a najniższą ($M = 4,20$) kobiety z wykształceniem wyższym – $p = 0,005$. W zakresie strategii

pozytywnego przewartościowania średnie wyniki ze względu na wykształcenie były do siebie zbliżone i wynosiły od 22,29 do 22,13, podobnie w strategii ducha walki wartości te mieściły się w zakresie 21,79 – 21,56. Natomiast w zakresie zaabsorbowania lękowego najwyższą średnią wartość uzyskały kobiety z wykształceniem podstawowym ($M = 18,75$), a najniższą z wykształceniem wyższym ($M = 17,45$) – $p = 0,012$. W zakresie bezradności-beznadziejności różnice ze względu na wykształcenie respondentek były większe, najwyższą średnią ($M = 15,16$) uzyskały kobiety z wykształceniem zawodowym, a najniższą ($M = 13,64$) z wykształceniem wyższym – $p = 0,002$. Najwyższa średnia wartość akceptacji choroby ($M = 26,49$) dotyczyła kobiet legitymujących się wykształceniem wyższym, a najniższa ($M = 23,93$) z wykształceniem średnim. Wystąpiła w tym względzie zależność istotna statystycznie na poziomie $p = 0,013$. Natomiast nie stwierdzono zależności pomiędzy nasileniem depresji, a wykształceniem respondentek – $p = 0,474$ (tab. 39).

Tabela 40. Strategia zaabsorbowania lękowego a wykształcenie

		Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:			
		zmienna zaabsorbowanie lękowe			
Nr podklasy	Wykształcenie	1	2	3	4
		18,750	18,446	18,692	17,453
1	Podstawowe		0,726	0,943	0,120
2	Zasadnicze zawodowe	0,726		0,591	0,039
3	Średnie, w tym policealne	0,943	0,591		0,001
4	Wyższe, w tym licencjat	0,120	0,039	0,001	

Najniższą średnią wartość pomiaru w zakresie zaabsorbowania lękowego zanotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym ($M = 17,45$) i była ona istotnie statystycznie niższa niż w grupie osób z wykształceniem zawodowym ($M = 18,45$) i średnim ($M = 18,69$) (tab. 40).

Tabela 41. Strategia bezradności-beznadziejności a wykształcenie

		Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:			
		zmienna bezradność-beznadziejność			
Nr podklasy	Wykształcenie	1	2	3	4
		14,833	15,158	15,084	13,641
1	Podstawowe		0,720	0,771	0,172
2	Zasadnicze zawodowe	0,720		0,876	0,003
3	Średnie, w tym policealne	0,771	0,876		<0,001
4	Wyższe, w tym licencjat	0,172	0,003	<0,001	

Najniższą średnią wartość pomiaru w zakresie bezradności-beznadziejności zanotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym i była ona istotnie statystycznie niższa niż w grupie osób z wykształceniem zawodowym i średnim (tab. 41).

Tabela 42. Styl destrukcyjny a wykształcenie

		Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:			
Nr podklasy	Wykształcenie	zmienna styl destrukcyjny			
		1	2	3	4
		4,7500	4,7030	4,7753	4,2000
1	Podstawowe		0,900	0,943	0,125
2	Zasadnicze zawodowe	0,900		0,712	0,015
3	Średnie, w tym policealne	0,943	0,712		0,001
4	Wyższe, w tym licencjat	0,125	0,015	0,001	

Najniższą średnią wartość pomiaru w zakresie stylu destrukcyjnego zanotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym i była ona istotnie statystycznie niższa niż w grupie osób z wykształceniem zawodowym i średnim (tab. 42).

Tabela 43. Akceptacja choroby nowotworowej a wykształcenie

		Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:			
Nr podklasy	Wykształcenie	zmienna akceptacja choroby			
		1	2	3	4
		26,042	25,446	23,930	26,488
1	Podstawowe		0,739	0,212	0,795
2	Zasadnicze zawodowe	0,739		0,108	0,293
3	Średnie, w tym policealne	0,212	0,108		0,001
4	Wyższe, w tym licencjat	0,795	0,293	0,001	

Najwyższą średnią wartość pomiaru w zakresie akceptacji choroby zanotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym i była ona istotnie statystycznie wyższa niż w grupie osób z wykształceniem średnim (tab. 43).

Tabela 44. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a wykonywany zawód

Wykonywany zawód	Zaabsorbowanie lękowe		F _(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	18,70	4,51	1,088	0,369
Specjaliści	17,93	3,70		
Technicy i inny średni personel	17,91	3,80		
Pracownicy biurowi	18,37	4,29		
Pracownicy usług i sprzedawcy	18,74	3,53		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	18,63	3,55		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	17,42	4,17		
Pracownicy wykonujący prace proste	19,22	3,53		

	Duch walki		F_(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	22,25	2,83	1,055	0,392
Specjaliści	21,72	2,67		
Technicy i inny średni personel	22,02	3,00		
Pracownicy biurowi	21,53	2,44		
Pracownicy usług i sprzedawcy	21,04	3,33		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	21,33	2,93		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	22,18	3,09		
Pracownicy wykonujący prace proste	21,63	3,10		
	Bezradność- beznadziejność		F_(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	14,35	5,16	1,111	0,355
Specjaliści	14,15	3,94		
Technicy i inny średni personel	14,23	3,99		
Pracownicy biurowi	14,88	3,31		
Pracownicy usług i sprzedawcy	15,22	4,53		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	15,63	3,85		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	14,30	4,52		
Pracownicy wykonujący prace proste	15,32	4,17		
	Pozytywne przewartościowanie		F_(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	22,95	2,65	1,433	0,189
Specjaliści	22,04	2,89		
Technicy i inny średni personel	21,94	2,66		
Pracownicy biurowi	22,73	2,12		
Pracownicy usług i sprzedawcy	21,94	2,81		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	22,79	1,93		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	21,76	2,33		
Pracownicy wykonujący prace proste	22,05	2,45		

	Styl konstruktywny		F_(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	6,80	1,28	0,678	0,691
Specjaliści	6,40	1,05		
Technicy i inny średni personel	6,50	1,14		
Pracownicy biurowi	6,56	1,03		
Pracownicy usług i sprzedawcy	6,29	1,34		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	6,46	0,98		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	6,45	0,94		
Pracownicy wykonujący prace proste	6,46	1,10		
	Styl destrukcyjny		F_(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	4,65	2,28	1,037	0,404
Specjaliści	4,42	1,63		
Technicy i inny średni personel	4,42	1,66		
Pracownicy biurowi	4,66	1,58		
Pracownicy usług i sprzedawcy	4,81	1,64		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	4,83	1,49		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	4,27	1,91		
Pracownicy wykonujący prace proste	4,93	1,42		
	Akceptacja choroby		F_(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	27,40	6,63	2,082	0,044
Specjaliści	26,16	7,44		
Technicy i inny średni personel	24,77	7,72		
Pracownicy biurowi	24,82	8,09		
Pracownicy usług i sprzedawcy	22,76	8,70		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	23,29	8,46		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	26,82	7,73		
Pracownicy wykonujący prace proste	26,29	8,10		

	Nasilenie depresji		F _(7, 514)	p*
	M	SD		
Przedstawiciele władz publicznych	12,90	6,19	1,308	0,244
Specjaliści	16,69	8,64		
Technicy i inny średni personel	15,98	7,95		
Pracownicy biurowi	17,11	7,31		
Pracownicy usług i sprzedawcy	16,96	8,96		
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	16,33	7,11		
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	13,64	7,41		
Pracownicy wykonujący prace proste	17,07	9,28		

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* ANOVA jednoczynnikowa

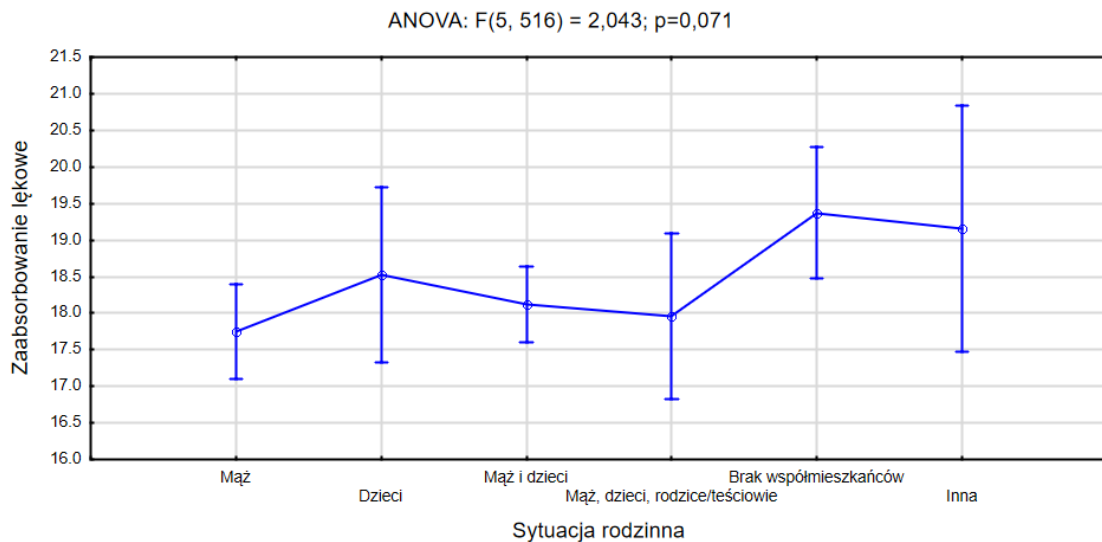
Zawód wykonywany przez respondentki nie miał znaczenia dla przystosowania do choroby nowotworowej i nasilenia depresji ($p > 0,05$). Natomiast wystąpiła zależność istotna statystycznie na poziomie $p = 0,044$ między wykonywanym zawodem, a akceptacją choroby (tab. 44).

Tabela 45. Akceptacja choroby a wykonywany zawód

		Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:							
Nr podklasy	Wykonywany zawód	zmienna akceptacja choroby							
		1	2	3	4	5	6	7	8
		27.40	26.16	24.77	24.82	22.76	23.29	26.82	26.29
1	Przedstawiciele władz publicznych		0,510	0,172	0,186	0,020	0,086	0,795	0,607
2	Specjaliści	0,510		0,175	0,211	0,003	0,101	0,666	0,924
3	Technicy i inny średni personel	0,172	0,175		0,961	0,099	0,409	0,194	0,295
4	Pracownicy biurowi	0,186	0,211	0,961		0,099	0,398	0,214	0,323
5	Pracownicy usług i sprzedawcy	0,020	0,003	0,099	0,099		0,776	0,015	0,023
6	Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	0,086	0,101	0,409	0,398	0,776		0,096	0,139
7	Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	0,795	0,666	0,194	0,214	0,015	0,096		0,776
8	Pracownicy wykonujący prace proste	0,607	0,924	0,295	0,323	0,023	0,139	0,776	

Najniższą średnią wartość akceptacji choroby ($M = 22,76$) odnotowano w grupie pracowników usług i sprzedawców i była ona istotnie statystycznie niższa niż w grupie respondentek zaliczonych do przedstawicieli władz publicznych ($M = 27,40$; $p = 0,020$),

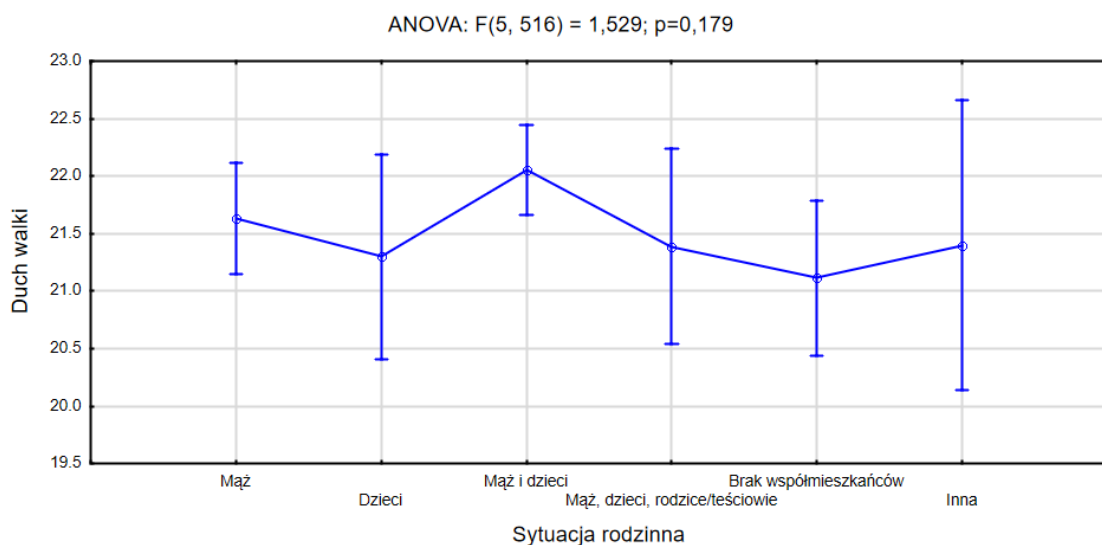
specjalistów ($M = 26,16$; $p = 0,003$), robotników przemysłowych i rzemieślników ($M = 26,82$; $p = 0,015$) oraz pracowników wykonujących prace proste ($M = 26,29$; $p = 0,023$) (tab. 45).



Rycina 11. Wykres wartości średnich dla zmiennej zaabsorbowanie lękowe a sytuacja rodzinna.

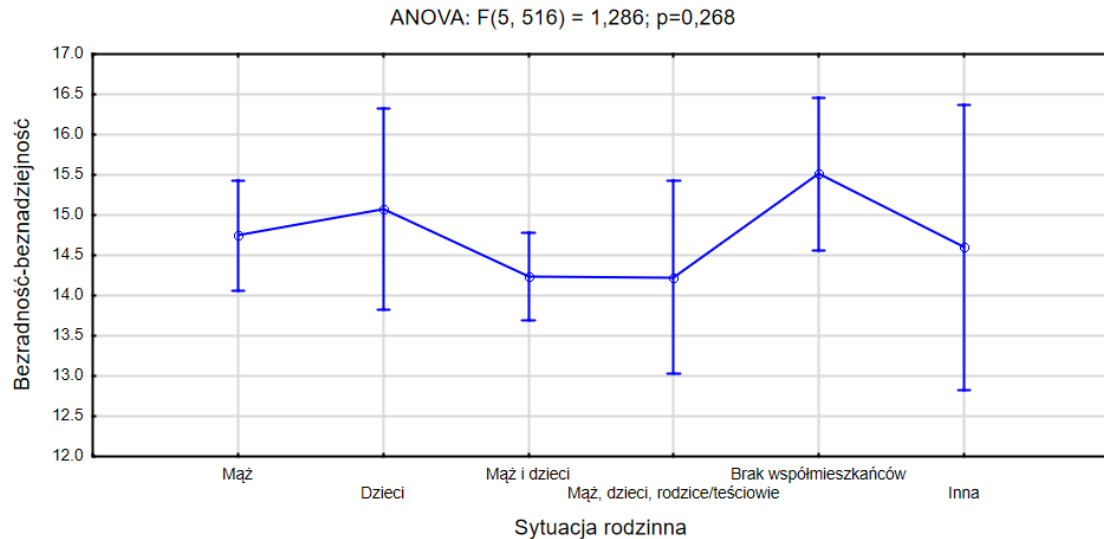
Średnie wartości dla zmiennej zaabsorbowanie lękowe we wszystkich grupach były podobne ($p > 0,05$), co oznacza, że niezależnie od sytuacji rodzinnej średnia wartość tej zmiennej była taka sama. Na rycinie widoczne są pewne przesunięcia – mężatki miały najniższą wartość średnią, a w grupie kobiet mieszkających samotnie średnia była najwyższa, ale różnica ta była nieistotna statystycznie (ryc. 11).

Najniższą wartość średnią nasilenia strategii ducha walki stwierdzono u respondentek mieszkających samotnie, natomiast najwyższą u tych kobiet, które mieszkały z mężem i dziećmi. Jednak nie wystąpiła tutaj różnica istotna statystycznie (ryc. 12).



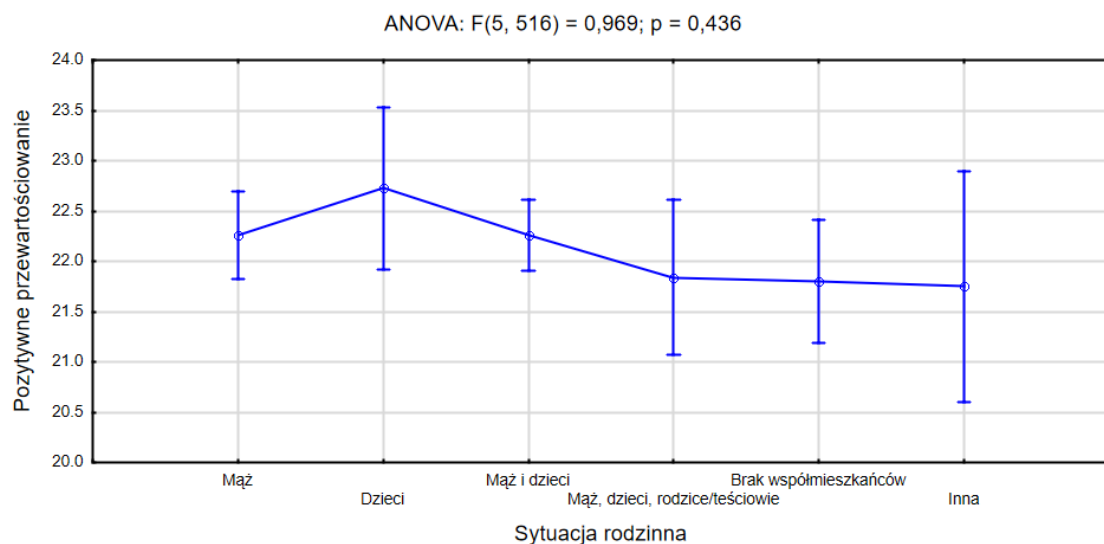
Rycina 12. Wykres wartości średnich dla zmiennej duch walki a sytuacja rodzinna.

Średnia wartość zmiennej bezradność-beznadziejność najbardziej nasiloną była w grupie kobiet, które mieszkały samotnie, a najniższa wartość dotyczyła respondentek mieszkających z mężem i dziećmi oraz z mężem, dziećmi, rodzicami/teściami. Nie stwierdzono w tym względzie zależności istotnej statystycznie (ryc. 13).



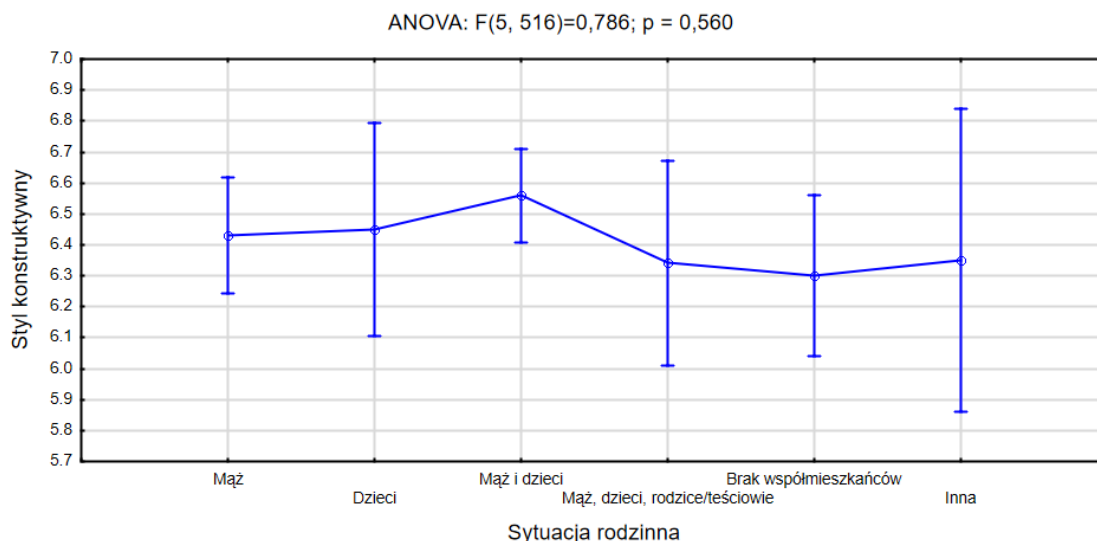
Rycina 13. Wykres wartości średnich dla zmiennej bezradność-beznadziejność a sytuacja rodzinna.

W zakresie strategii pozytywnego przewartościowania średnie wartości ze względu na sytuację rodzinną respondentek były do siebie zbliżone ($p = 0,436$), przy czym najwyższą średnią wartość stwierdzono w grupie kobiet mieszkających z dziećmi, a najmniejsze jej nasilenie u pacjentek mieszkających samotnych lub z partnerem (ryc. 14).



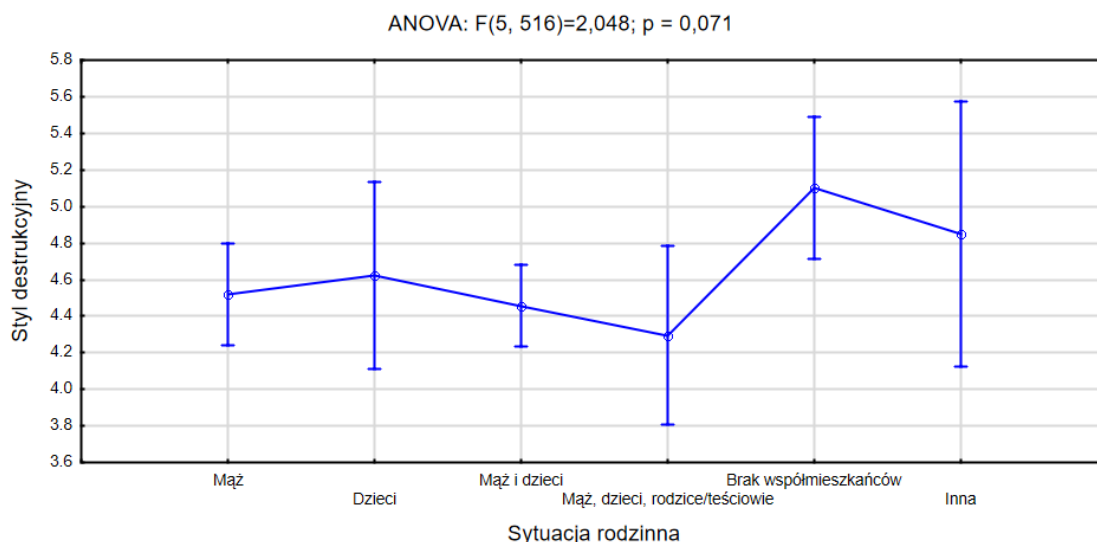
Rycina 14. Wykres wartości średnich dla zmiennej pozytywne przewartościowanie a sytuacja rodzinna.

Podobnie nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie w przypadku średniej wartości w stylu konstruktywnym z uwzględnieniem sytuacji rodzinnej ($p = 0,560$). Najwyższa wartość w tym stylu dotyczyła kobiet mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym z mężem i dziećmi, a najniższa średnia wystąpiła w grupie kobiet mieszkających samotnie (ryc. 15).



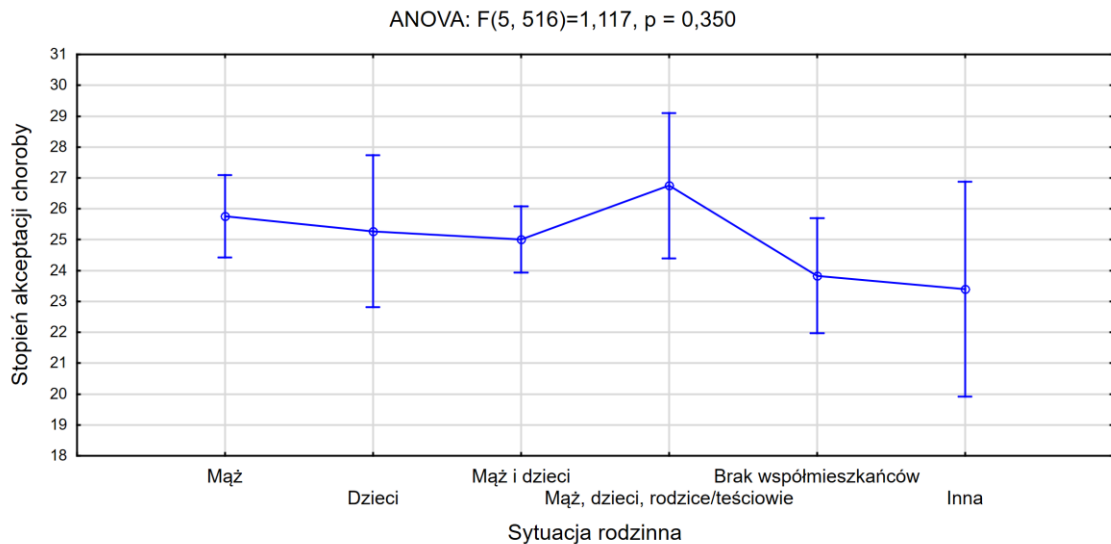
Rycina 15. Wykres wartości średnich dla stylu konstruktywnego a sytuacja rodzinna.

Średnia wartość stylu destrukcyjnego była najwyższa w grupie kobiet mieszkających samotnie, a najniższa wśród respondentek zamieszkałych z mężem, dziećmi, rodzicami/teściami, ale nie stwierdzono tutaj zależności istotnej statystycznie (ryc. 16).



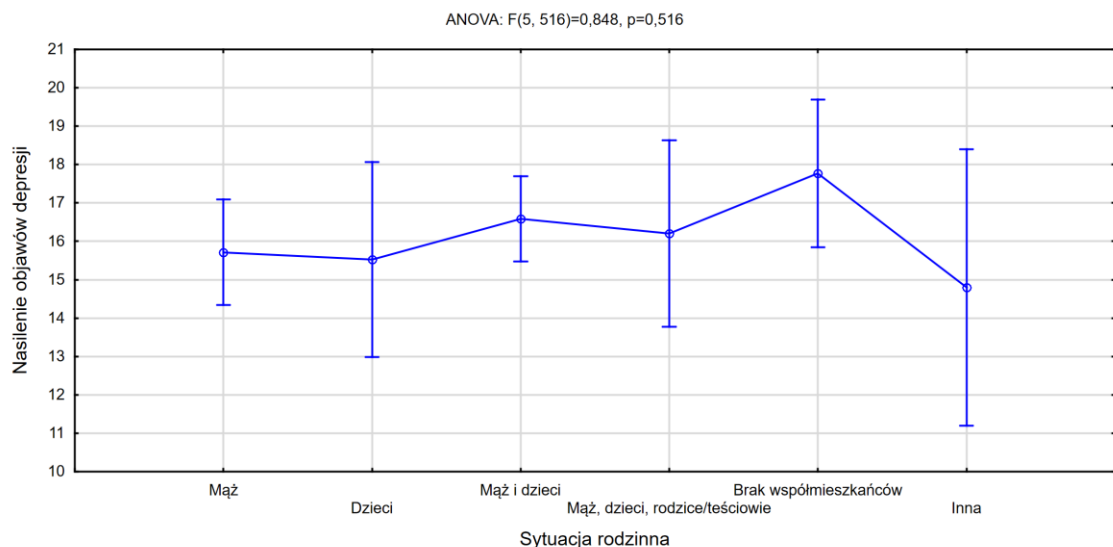
Rycina 16. Wykres wartości średnich dla stylu destrukcyjnego a sytuacja rodzinna.

Wartości średnie osiągnięte w akceptacji choroby nowotworowej z uwzględnieniem sytuacji rodzinnej respondentek były do siebie zbliżone ($p = 0,350$). Średnia wartość stopnia akceptacji choroby nowotworowej była najwyższa wśród kobiet mieszkających z mężem, dziećmi, rodzicami/teściami, a najniższe wartości dotyczyły respondentek, które mieszkaly samotnie lub z partnerem (ryc. 17).



Rycina 17. Wykres wartości średnich dla stopnia akceptacji choroby a sytuacja rodzinna.

Najwyższa średnia wartość nasilenia objawów depresji dotyczyła kobiet mieszkających samotnie, ale w porównaniu do kobiet mieszkających z mężem, dziećmi, rodzicami, teściami, u których nasilenie depresji było mniejsze nie była to różnica istotna statystycznie – $p = 0,516$ (ryc. 18).



Rycina 18. Wykres wartości średnich dla nasilenia objawów depresji a sytuacja rodzinna.

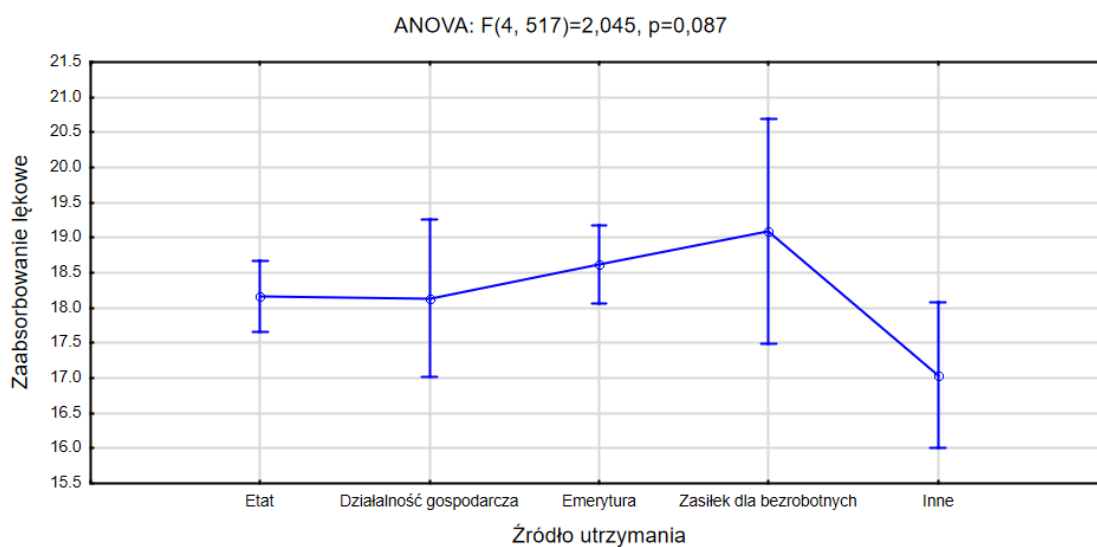
Analiza wariancji (ANOVA) pozwoliła na stwierdzenie, że wszystkie średnie wartości dotyczące strategii przystosowania do choroby, stylów radzenia sobie z chorobą nowotworową i akceptacji choroby z uwzględnieniem sytuacji rodzinnej badanych kobiet były do siebie zbliżone. Sytuacja rodzinna nie różnicowała badanych pod względem strategii i stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz w zakresie akceptacji choroby. Średnie wartości w porównywanych grupach były nieistotne statycznie ($p > 0,05$).

Tabela 46. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie objawów depresji a miejsce zamieszkania

Zmienna	Gamma*	Z	p
Zaabsorbowanie lękowe	-0,07	-1,801	0,072
Duch walki	0,02	0,591	0,555
Bezradność-beznadziejność	-0,07	-2,053	0,040
Pozytywne przewartościowanie	-0,03	-0,684	0,494
Styl konstruktywny	-0,01	-0,285	0,775
Styl destrukcyjny	-0,08	-1,943	0,052
Akceptacja choroby	0,05	1,439	0,150
Nasilenie depresji	0,03	0,759	0,448

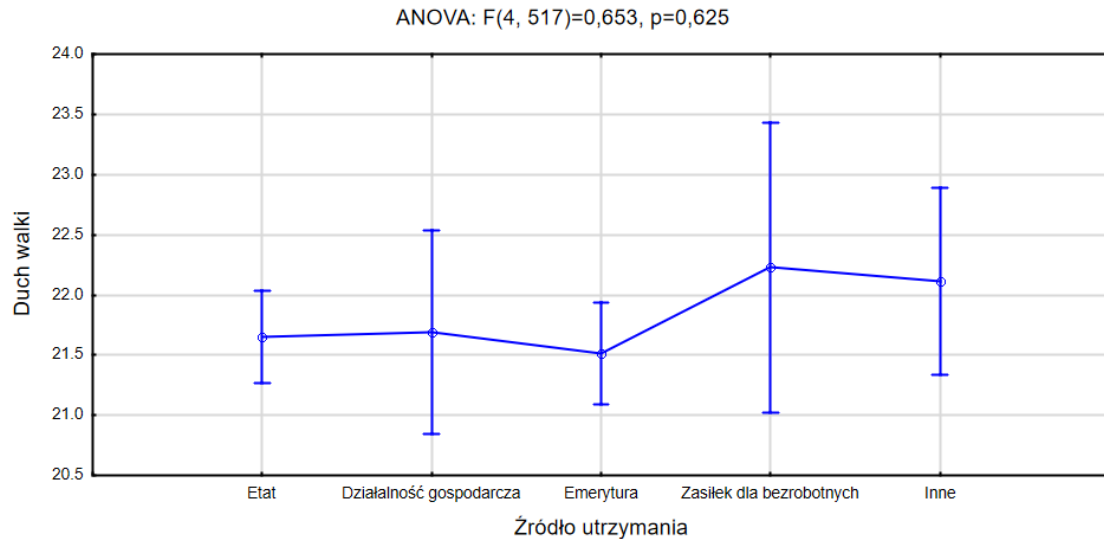
* współczynnik korelacji γ Goodmana i Kruskala

Stwierdzono bardzo słabą negatywną korelację pomiędzy wielkością miejscowości, a poczuciem bezradności-beznadziejności wśród badanych kobiet ($\gamma = -0,07$), co oznacza, że nasilenie tej cechy nieznacznie malało wraz ze wzrostem liczby mieszkańców ($p = 0,040$). W przypadku pozostałych zmiennych nie wykazano istotnej statystycznie korelacji z miejscem zamieszkania ($p > 0,05$) (tab. 46).



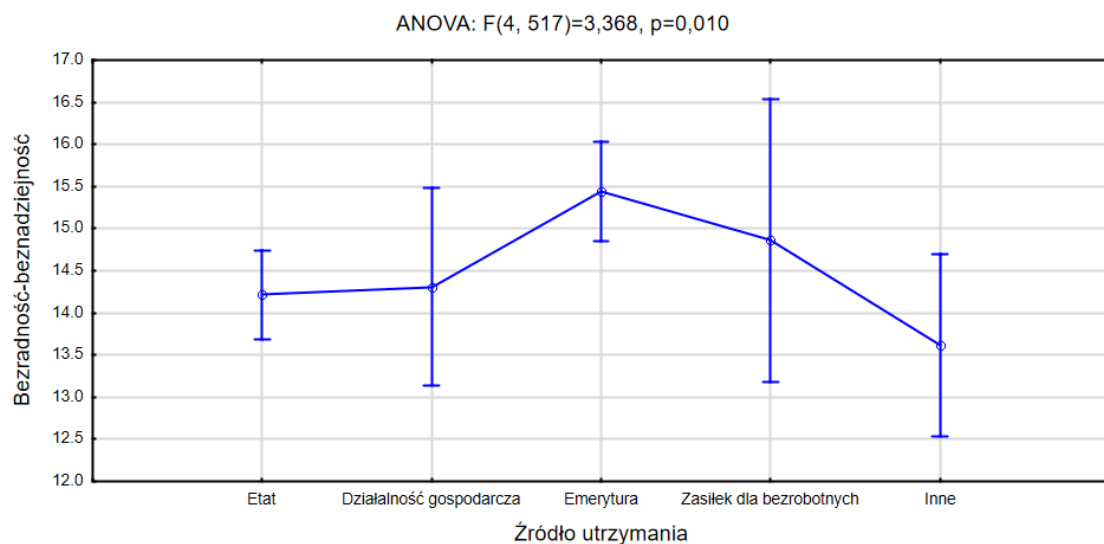
Rycina 19. Wykres wartości średnich dla zmiennej zaabsorbowanie lękowe a źródło utrzymania.

Najwyższą średnią wartość w zakresie zaabsorbowania lękowego stwierdzono wśród kobiet utrzymujących się z zasiłku dla bezrobotnych, a najniższe w grupie respondentek, które miały inne źródła utrzymania. Jednak nie stwierdzono w tym zakresie wyników istotnych statystycznie ($p = 0,087$) (ryc. 19).



Rycina 20. Wykres wartości średnich dla zmiennej duch walki a źródło utrzymania.

Wartości średnie osiągnięte w strategii ducha walki były do siebie zbliżone ($p = 0,625$), przy czym można zauważyć, iż najwyższe średnie wartości dotyczyły kobiet utrzymujących się z zasiłku dla bezrobotnych, a najniższe respondentek dla których źródłem utrzymania była emerytura (ryc. 20).



Rycina 21. Wykres wartości średnich dla zmiennej bezradność-beznadziejność a źródło utrzymania.

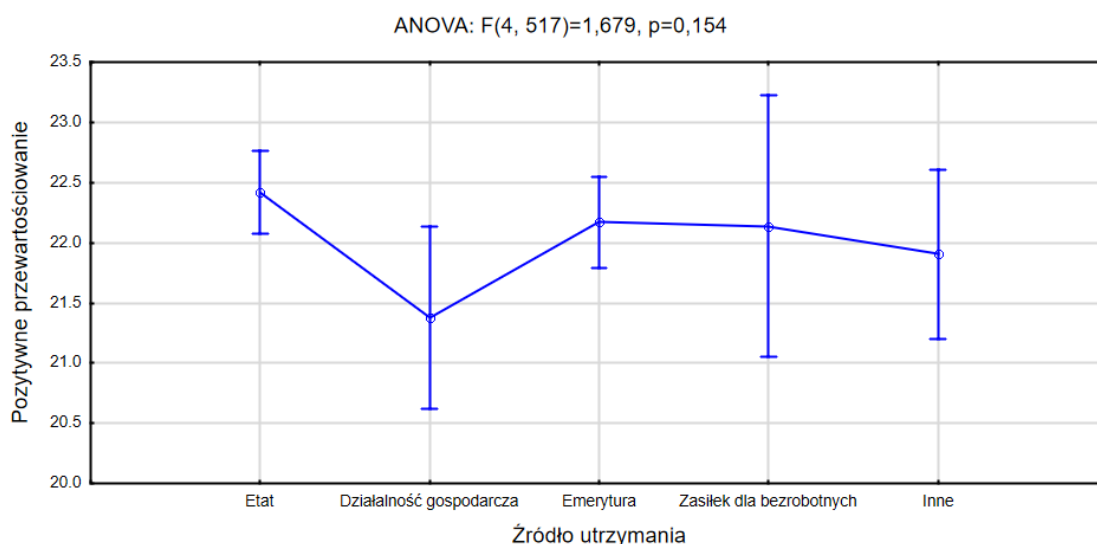
Wystąpiła zależność istotna statystycznie na poziomie $p = 0,010$ w zakresie strategii bezradności-beznadziejności z uwzględnieniem źródła utrzymania. Najwyższa średnia wartość osiągnięta w badanej grupie dotyczyła kobiet utrzymujących się z emerytury, a najniższa, tych, które były na utrzymaniu męża lub otrzymywały świadczenia rodzinne (ryc. 21).

Najwyższy średni wynik w zakresie poczucia bezradności-beznadziejności odnotowano w grupie kobiet, których źródłem utrzymania była emerytura ($M = 15,442$). Średnia ta była istotnie wyższa w porównaniu z kobietami pracującymi zawodowo ($p = 0,002$) lub utrzymującymi się z innego źródła dochodów ($p = 0,004$) (tab. 47).

Tabela 47. Strategia bezradność-beznadziejność a źródło utrzymania

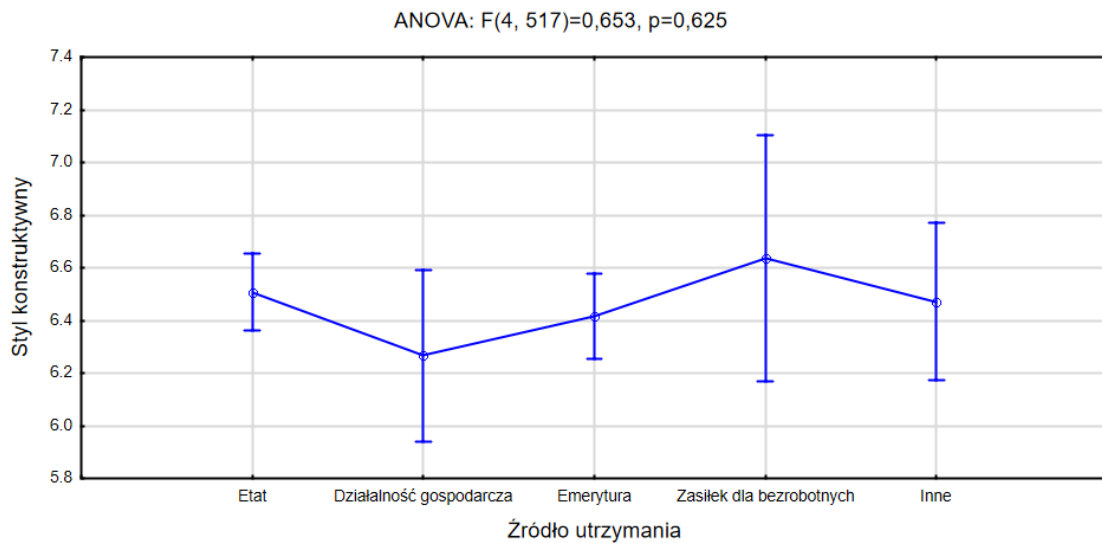
		Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:				
		zmienna bezradność-beznadziejność				
Nr podklasy	Źródło utrzymania	1 14,217	2 14,311	3 15,442	4 14,864	5 13,623
1	Etat		0,886	0,002	0,471	0,333
2	Działalność gospodarcza	0,886		0,091	0,596	0,397
3	Emerytura	0,002	0,091		0,523	0,004
4	Zasiłek dla bezrobotnych	0,471	0,596	0,523		0,223
5	Inne	0,333	0,397	0,004	0,223	

Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy strategią pozytywnego przewartościowania, a źródłem utrzymania respondentek ($p = 0,154$). Można jedynie zauważyć, że średnia wyniku tej strategii była najwyższa u kobiet pracujących zawodowo, a najniższa u pacjentek dla których źródłem utrzymania była działalność gospodarcza (ryc. 22).



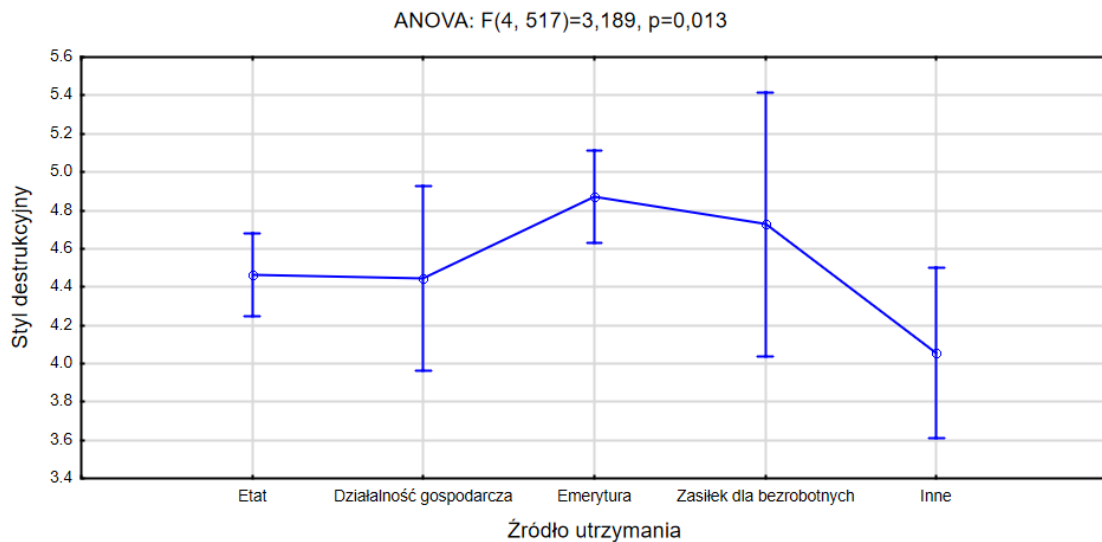
Rycina 22. Wykres wartości średnich dla strategii pozytywnego przewartościowania a źródło utrzymania.

Podobnie w stylu konstruktywnym nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie ($p = 0,625$), a średnie wyniki w zakresie tego stylu osiągnięte przez respondentki ze względu na źródło utrzymania były do siebie zbliżone (ryc. 23).



Rycina 23. Wykres wartości średnich dla stylu konstruktywnego a źródło utrzymania.

Najwyższą wartość średnią w stylu destrukcyjnym osiągnęły kobiety, dla których źródłem utrzymania była emerytura, a najniższą te respondentki, które utrzymywały się z innych źródeł. Wystąpiła w tym zakresie zależność istotna statystycznie na poziomie $p = 0,013$ (ryc. 24).



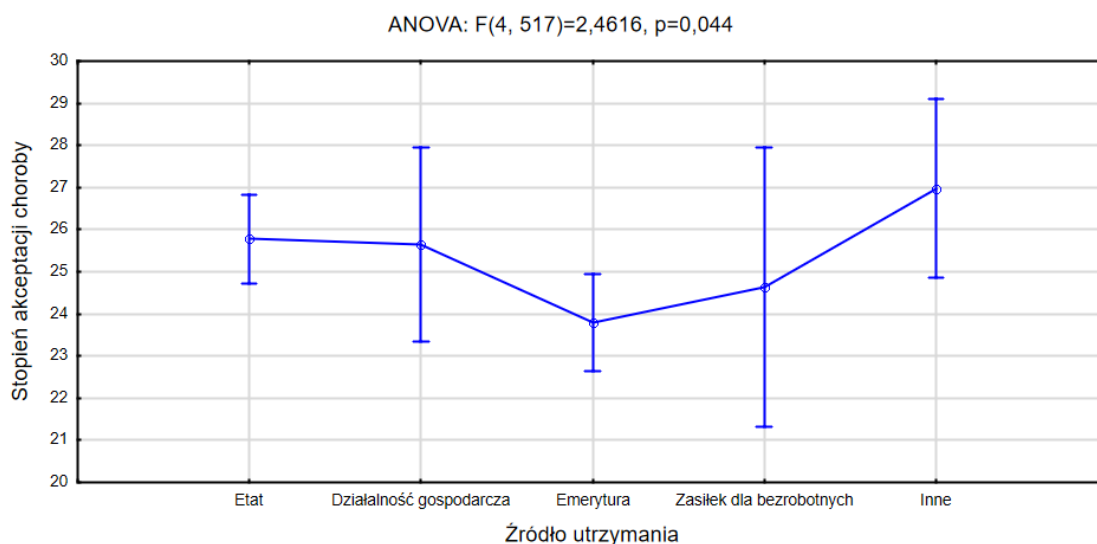
Rycina 24. Wykres wartości średnich dla stylu destrukcyjnego a źródło utrzymania.

Najwyższy średni wynik w zakresie stylu destrukcyjnego zanotowano w grupie kobiet dla których źródłem utrzymania była emerytura ($M = 4,8729$). Średnia ta była istotnie wyższa w porównaniu z kobietami pracującymi zawodowo ($p = 0,013$) lub utrzymującymi się z innego źródła ($p = 0,002$) (tab. 48).

Tabela 48. Styl destrukcyjny a źródło utrzymania

Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:						
Nr podklasy	Źródło utrzymania	zmienna styl destrukcyjny				
		1	2	3	4	5
		4,4615	4,4444	4,8729	4,7273	4,0566
1	Etat		0,949	0,013	0,470	0,108
2	Działalność gospodarcza	0,949		0,118	0,508	0,245
3	Emerytura	0,013	0,118		0,695	0,002
4	Zasiłek dla bezrobotnych	0,470	0,508	0,695		0,108
5	Inne	0,108	0,245	0,002	0,108	

Źródło utrzymania determinowało w sposób istotny statystycznie stopień akceptacji choroby ($p = 0,044$), przy czym najwyższa średnia wartość stopnia akceptacji choroby została osiągnięta w grupie kobiet utrzymujących się z innych źródeł, a najniższa wśród respondentek pobierających emeryturę (ryc. 25).



Rycina 25. Wykres wartości średnich dla stopnia akceptacji choroby a źródło utrzymania.

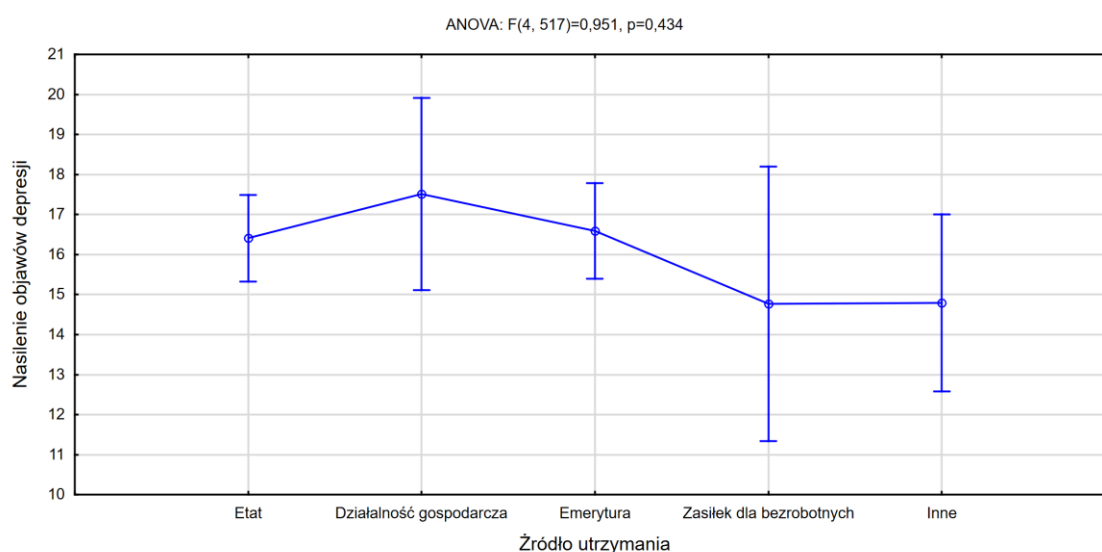
Jak wcześniej podano, najniższy średni wynik w zakresie stopnia akceptacji choroby odnotowano w grupie kobiet przebywających na emeryturze ($M = 23,796$). Średnia ta była istotnie niższa w porównaniu z kobietami pracującymi zawodowo ($p = 0,013$) lub utrzymującymi się z innego źródła ($p = 0,010$) (tab. 49).

Tabela 49. Akceptacja choroby a źródło utrzymania

Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:						
Nr podklasy	Źródło utrzymania	zmienna akceptacja choroby				
		1	2	3	4	5
		25,778	25,644	23,796	24,636	26,981
1	Etat		0,917	0,013	0,518	0,320
2	Działalność gospodarcza	0,917		0,160	0,624	0,404
3	Emerytura	0,013	0,160		0,637	0,010
4	Zasiłek dla bezrobotnych	0,518	0,624	0,637		0,242

Test Najmniejszych Istotnych Różnic Fishera:						
		zmienna akceptacja choroby				
Nr podklasy	Źródło utrzymania	1	2	3	4	5
		25,778	25,644	23,796	24,636	26,981
5	Inne	0,320	0,404	0,010	0,242	

Objawy depresji były najbardziej nasilone w grupie kobiet prowadzących działalność gospodarczą, a w następnej kolejności, u tych respondentek dla których źródłem utrzymania była emerytura. Natomiast najniższe nasilenie depresji dotyczyło pacjentek utrzymujących się z zasiłku dla bezrobotnych i wskazujących na inne źródła utrzymania. Jednak źródło utrzymania nie różnicowało w sposób istotny statystycznie nasilenia objawów depresji – $p = 0,434$ (ryc. 26).



Rycina 26. Wykres wartości średnich nasilenia objawów depresji a źródło utrzymania.

Zaobserwowano bardzo słabe negatywne korelacje pomiędzy sytuacją ekonomiczną, a poczuciem zaabsorbowania lękowego ($\gamma = -0,08$), bezradności-bez nadziei ($\gamma = -0,13$) i stylem destrukcyjnym ($\gamma = -0,13$) wśród badanych kobiet. Oznacza to, że nasilenie tych cech nieznacznie malało wraz z lepszą sytuacją ekonomiczną badanych. Ponadto zanotowano jedną pozytywną korelację między stopniem pozytywnego przewartościowania, a sytuacją ekonomiczną ($\gamma = 0,11$). Wyższy wynik pozytywnego przewartościowania osiągnęły respondentki deklarujące lepszą sytuację ekonomiczną. W przypadku pozostałych zmiennych nie wystąpiła istotna statystycznie korelacja (tab. 50).

Tabela 50. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a sytuacja ekonomiczna rodziny

Zmienna	Gamma*	Z	p
Zaabsorbowanie lękowe	-0,08	-2,109	0,035
Duch walki	-0,02	-0,408	0,683
Bezradność-beznadziejność	-0,13	-3,565	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	0,11	2,809	0,005
Styl konstruktywny	0,04	0,907	0,365
Styl destrukcyjny	-0,13	-3,139	0,002
Akceptacja choroby	0,05	1,456	0,145
Nasilenie depresji	-0,04	-1,175	0,240

* współczynnik korelacji γ Goodmana i Kruskala

W każdej chorobie, a szczególnie w chorobie nowotworowej istotne znaczenie dla pacjenta ma wsparcie profesjonalistów i nieprofesjonalistów. Wsparciem powinni być objęci również członkowie rodziny pacjenta, ale jednocześnie sama rodzina, tj. mąż, dzieci, rodzice, rodzeństwo mogą być źródłem wsparcia dla osoby chorej. Ponadto w grupie profesjonalistów wsparcia mogą udzielać pielęgniarki, lekarze, psychologowie.

Tabela 51. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie

Zmienna	Brak wsparcia (N = 48)		Jakiegokolwiek wsparcie (N = 474)		$t_{df=520}$	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	18,73	3,03	18,19	3,92	0,917	0,359
Duch walki	21,63	2,58	21,68	2,91	-0,134	0,893
Bezradność-beznadziejność	15,00	3,99	14,58	4,05	0,688	0,492
Pozytywne przewartościowanie	22,02	2,93	22,19	2,57	-0,439	0,661
Styl konstruktywny	6,40	1,09	6,46	1,11	-0,394	0,694
Styl destrukcyjny	4,81	1,45	4,55	1,68	1,052	0,293
Akceptacja choroby	22,46	7,12	25,43	7,97	-2,480	0,013
Nasilenie depresji	18,29	9,16	16,14	8,07	1,741	0,082

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* test t-Studenta

Zdecydowana większość kobiet z rakiem piersi zadeklarowała otrzymanie wsparcia w sytuacji choroby nowotworowej (N = 474; 90,1%). Wartości średnie uzyskane przez respondentki w poszczególnych zmiennych z uwzględnieniem otrzymanego wsparcia lub jego braku były do siebie zbliżone. Jedynie w zakresie stopnia akceptacji choroby stwierdzono istotnie niższą średnią wartość w grupie kobiet bez jakiegokolwiek wsparcia w porównaniu do tych respondentek, które otrzymały wsparcie (M = 22,46 vs. M = 25,43; p = 0,013) (tab. 51).

Wystąpiła istotnie wyższa średnia wartość wśród kobiet, które otrzymały wsparcie od męża w porównaniu do respondentek, które nie miały takiego wsparcia w zakresie ducha walki ($M = 22,03$ vs. $M = 21,32$; $p = 0,004$), stylu konstruktywnego ($M = 6,57$ vs. $M = 6,34$; $p = 0,014$) oraz akceptacji choroby ($M = 26,64$ vs. $M = 23,64$; $p < 0,001$). Równocześnie w grupie kobiet otrzymujących wsparcie od męża zaobserwowano istotnie niższą średnią wartość w zakresie zaabsorbowania lękowego ($M = 17,65$ vs. $M = 18,84$; $p < 0,001$), bezradności-beznadziejności ($M = 14,23$ vs. $M = 15,01$; $p = 0,028$) oraz stylu destrukcyjnego ($M = 4,034$ vs. $M = 4,81$; $p = 0,001$). Natomiast średnie wartości zmiennych – pozytywne przewartościowanie i nasilenie depresji z uwzględnieniem wsparcia otrzymanego od męża – były do siebie zbliżone ($p > 0,005$) (tab. 52).

Tabela 52. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – mąż

Zmienna	Mąż TAK (N = 263)		Mąż NIE (N = 259)		$t_{df = 520}$	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	17,65	4,00	18,84	3,60	-3,563	<0,001
Duch walki	22,03	2,82	21,32	2,90	2,867	0,004
Bezradność-beznadziejność	14,23	4,02	15,01	4,04	-2,199	0,028
Pozytywne przewartościowanie	22,36	2,59	21,99	2,61	1,620	0,106
Styl konstruktywny	6,57	1,08	6,34	1,13	2,465	0,014
Styl destrukcyjny	4,34	1,73	4,81	1,54	-3,288	0,001
Akceptacja choroby	26,64	7,63	23,64	7,98	4,382	<0,001
Nasilenie depresji	16,36	8,58	16,31	7,78	0,073	0,942

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* test t-Studenta

Wsparcie otrzymane od dzieci nie determinowało w sposób istotny statystycznie poszczególnych strategii i stylów przystosowania do choroby oraz nasilenia depresji. Natomiast respondentki dla których źródłem wsparcia w chorobie były dzieci osiągnęły wyższą średnią akceptacji choroby ($M = 26,17$) w porównaniu do tych kobiet, które nie otrzymały wsparcia od dzieci ($M = 24,00$) i była to różnica istotna statystycznie – $p = 0,002$ (tab. 53).

Tabela 53. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – dzieci

Zmienna	Dzieci TAK (N = 277)		Dzieci NIE (N = 245)		t _{df = 520}	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	18,13	4,16	18,37	3,47	-0,715	0,475
Duch walki	21,83	2,89	21,51	2,87	1,254	0,210
Bezradność-beznadziejność	14,69	4,11	14,54	3,97	0,414	0,679
Pozytywne przewartościowanie	22,13	2,52	22,23	2,70	-0,449	0,654
Styl konstruktywny	6,48	1,09	6,43	1,14	0,451	0,652
Styl destrukcyjny	4,55	1,76	4,60	1,54	-0,300	0,765
Akceptacja choroby	26,17	7,71	24,00	8,05	3,136	0,002
Nasilenie depresji	15,90	8,44	16,83	7,88	-1,306	0,192

M – średnia, SD – odchylenie standardowe * test t-Studenta

W grupie kobiet otrzymujących wsparcie od rodziców w porównaniu do tych badanych, które nie otrzymały takiego wsparcia wystąpiła istotnie niższa średnia wartość w zakresie poczucia bezradności-beznadziejności (M = 13,52 vs. M = 15,05; p < 0,001), stylu destrukcyjnego (M = 4,19 vs. M = 4,72; p = 0,001) oraz nasilenia depresji (M = 14,43 vs. 17,10; p = 0,001). Równocześnie w grupie kobiet, które otrzymały wsparcie od rodziców zanotowano istotnie wyższą średnią wartość w zakresie ducha walki (M = 22,16 vs. M = 21,49; p = 0,015) oraz akceptacji choroby (M = 26,80 vs. M = 24,50; p = 0,003) (tab. 54).

Tabela 54. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – rodzice

Zmienna	Rodzice TAK (N = 149)		Rodzice NIE (N = 373)		t _{df = 520}	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	17,80	4,05	18,42	3,76	-1,670	0,095
Duch walki	22,16	2,94	21,49	2,84	2,434	0,015
Bezradność-beznadziejność	13,52	4,28	15,05	3,87	-3,958	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	22,14	2,71	22,19	2,57	-0,206	0,837
Styl konstruktywny	6,58	1,17	6,40	1,08	1,668	0,096
Styl destrukcyjny	4,19	1,80	4,72	1,57	-3,328	0,001
Akceptacja choroby	26,80	7,69	24,50	7,95	3,016	0,003
Nasilenie depresji	14,43	8,01	17,10	8,15	-3,395	0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe * test t-Studenta

Odnotowano istotnie niższą średnią wartość w zakresie poczucia zaabsorbowania lękowego ($M = 17,45$ vs. $M = 18,87$; $p < 0,001$), bezradności-beznadziejności ($M = 13,78$ vs. $M = 15,28$; $p < 0,001$), stylu destrukcyjnego ($M = 4,23$ vs. $M = 4,85$; $p < 0,001$) oraz nasilenia depresji ($M = 14,81$ vs. $17,54$; $p < 0,001$) w grupie kobiet otrzymujących wsparcie od rodzeństwa w odniesieniu do respondentek, dla których rodzeństwo nie było źródłem wsparcia. Równocześnie w grupie kobiet otrzymujących wsparcie od rodzeństwa zanotowano istotnie wyższą średnią wartość w zakresie ducha walki ($M = 22,19$ vs. $M = 21,27$; $p < 0,001$), stylu konstruktywnego ($M = 6,61$ vs. $M = 6,33$; $p = 0,003$) i akceptacji choroby ($M = 26,45$ vs. $M = 24,12$; $p = 0,001$) (tab. 55).

Tabela 55. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – rodzeństwo

Zmienna	Rodzeństwo TAK (N = 231)		Rodzeństwo NIE (N = 291)		t _{df = 520}	p*
	M	SD	M	SD		
	Zaabsorbowanie lękowe	17,45	4,07	18,87		
Duch walki	22,19	2,90	21,27	2,80	3,634	<0,001
Bezradność-beznadziejność	13,78	4,00	15,28	3,96	-4,285	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	22,26	2,74	22,11	2,49	0,671	0,503
Styl konstruktywny	6,61	1,17	6,33	1,05	2,934	0,003
Styl destrukcyjny	4,23	1,70	4,85	1,57	-4,345	<0,001
Akceptacja choroby	26,45	7,56	24,12	8,10	3,369	0,001
Nasilenie depresji	14,81	7,37	17,54	8,60	-3,832	<0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe * test t-Studenta

W grupie kobiet otrzymujących wsparcie od koleżanek/kolegów w porównaniu do osób, które takiego wsparcia nie otrzymały, stwierdzono istotnie niższą średnią wartość w zakresie zaabsorbowania lękowego ($M = 17,49$ vs. $M = 18,71$; $p < 0,001$), poczucia bezradności-beznadziejności ($M = 13,63$ vs. $M = 15,23$; $p < 0,001$) oraz stylu destrukcyjnego ($M = 4,19$ vs. $M = 4,81$; $p < 0,001$). Równocześnie w grupie tej zanotowano istotnie wyższą średnią wartość w zakresie ducha walki ($M = 22,29$ vs. $M = 21,30$; $p < 0,001$), stylu konstruktywnego ($M = 6,58$ vs. $M = 6,38$; $p = 0,044$) i akceptacji choroby ($M = 26,80$ vs. $M = 24,13$; $p < 0,001$) (tab. 56).

Tabela 56. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – koleżanki/koledzy

Zmienna	Koleżanki/koledzy TAK (N = 200)		Koleżanki/koledzy NIE (N = 322)		$t_{df = 520}$	p*
	M	SD	M	SD		
	Zaabsorbowanie lękowe	17,49	4,03	18,71		
Duch walki	22,29	2,45	21,30	3,06	3,878	<0,001
Bezradność-beznadziejność	13,63	3,94	15,23	3,99	-4,473	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	22,24	2,49	22,14	2,67	0,427	0,670
Styl konstruktywny	6,58	0,98	6,38	1,18	2,019	0,044
Styl destrukcyjny	4,19	1,74	4,81	1,56	-4,228	<0,001
Akceptacja choroby	26,80	7,35	24,13	8,13	3,770	<0,001
Nasilenie depresji	15,48	7,80	16,87	8,39	-1,897	0,058

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* test t-Studenta

W grupie kobiet otrzymujących wsparcie od pracowników ochrony zdrowia w porównaniu do respondentek bez takiego źródła wsparcia, wystąpiła istotnie niższa średnia wartość w zakresie ducha walki (M = 21,12 vs. M = 22,00; p = 0,001) i akceptacji choroby (M = 23,57 vs. M = 26,07; p = 0,001) (tab. 57.)

Tabela 57. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – pracownicy ochrony zdrowia

Zmienna	Pracownicy ochrony zdrowia TAK (N = 191)		Pracownicy ochrony zdrowia NIE (N = 331)		$t_{df = 520}$	p*
	M	SD	M	SD		
	Zaabsorbowanie lękowe	18,73	3,36	17,96		
Duch walki	21,12	2,45	22,00	3,06	-3,396	0,001
Bezradność-beznadziejność	14,94	3,99	14,43	4,07	1,376	0,170
Pozytywne przewartościowanie	22,51	2,42	21,98	2,69	2,240	0,026
Styl konstruktywny	6,37	0,95	6,50	1,19	-1,318	0,188
Styl destrukcyjny	4,74	1,55	4,48	1,71	1,736	0,083
Akceptacja choroby	23,57	8,43	26,07	7,51	-3,497	0,001
Nasilenie depresji	18,12	8,40	15,31	7,89	3,833	<0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe; * test t-Studenta

Równocześnie w grupie tej zanotowano istotnie wyższą średnią wartość w zakresie zaabsorbowania lękowego (M = 18,73 vs. M = 17,96; p = 0,029), pozytywnego przewartościowania (M = 22,51 vs. M = 21,98; p = 0,026) oraz nasilenia depresji

($M = 18,12$ vs. $M = 15,31$; $p < 0,001$). Zwraca uwagę fakt, iż kobiety, które otrzymały wsparcie od pracowników ochrony zdrowia miały niższy stopień akceptacji choroby oraz bardziej nasilone objawy depresji niż respondentki, które takiego wsparcia nie zadeklarowały (tab. 57).

Stwierdzono istotnie niższą średnią wartość w zakresie stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet otrzymujących wsparcie od osoby duchownej lub księdza w porównaniu do badanych, które uważały, iż nie otrzymały wsparcia od osoby duchownej ($M = 22,55$ vs. $M = 25,45$; $p = 0,012$). Natomiast osoby, które zadeklarowały otrzymanie wsparcia od osoby duchownej miały wyższe nasilenie objawów depresji w porównaniu do osób, które takiego wsparcia nie otrzymały ($M = 19,09$ vs. $M = 16,02$; $p = 0,010$). Sytuacja ta jest podobna, jak w przypadku wsparcia udzielanego przez pracowników ochrony zdrowia. W przypadku pozostałych zmiennych uzyskane średnie wartości w przypadku osób otrzymujących wsparcie od księdza i bez takiego wsparcia były do siebie zbliżone, nie wykazano w tym zakresie zależności istotnych statystycznie (tab. 58).

Tabela 58. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – duchowny, ksiądz

Zmienna	Duchowny, ksiądz TAK (N = 53)		Duchowny, ksiądz NIE (N = 469)		$t_{df = 520}$	p*
	M	SD	M	SD		
	Zaabsorbowanie lękowe	18,06	4,18	18,26		
Duch walki	21,04	2,75	21,75	2,89	-1,712	0,088
Bezradność- beznadziejność	15,64	4,26	14,50	4,01	1,951	0,052
Pozytywne przewartościowanie	22,62	2,19	22,13	2,65	1,311	0,190
Styl konstruktywny	6,42	1,08	6,46	1,11	-0,282	0,778
Styl destrukcyjny	4,81	1,72	4,55	1,65	1,106	0,269
Akceptacja choroby	22,55	8,91	25,45	7,78	-2,534	0,012
Nasilenie depresji	19,09	9,94	16,02	7,92	2,602	0,010

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* test t-Studenta

Wsparcie udzielone przez stowarzyszenia dla kobiet z rakiem piersi jak wcześniej wspomniano dotyczyło bardzo małej grupy respondentek ($N = 17$). Średnie wartości uzyskane w zakresie poszczególnych strategii, stylów, akceptacji choroby oraz nasilenia depresji przez kobiety, które otrzymały wsparcie od stowarzyszenia i te, które takiego wsparcia nie zadeklarowały były do siebie zbliżone, nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie – $p > 0,005$ (tab. 59).

Tabela 59. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – stowarzyszenia kobiet

Zmienna	Stowarzyszenia kobiet TAK (N = 17)		Stowarzyszenia kobiet NIE (N = 505)		t _{df = 520}	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	18,94	3,63	18,22	3,86	0,759	0,448
Duch walki	21,47	2,32	21,69	2,90	-0,302	0,763
Bezradność- beznadziejność	15,35	4,51	14,59	4,03	0,763	0,446
Pozytywne przewartościowanie	23,29	2,47	22,14	2,60	1,799	0,073
Styl konstruktywny	6,53	1,07	6,45	1,11	0,277	0,782
Styl destrukcyjny	4,76	1,82	4,57	1,65	0,485	0,628
Akceptacja choroby	26,82	7,01	25,10	7,97	0,882	0,378
Nasilenie depresji	17,94	6,81	16,28	8,23	0,822	0,411

M – średnia, SD – odchylenie standardowe * test t-Studenta

Odnotowano istotnie niższą średnią wartość w zakresie stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet szukających wsparcia w Internecie w porównaniu do respondentek, które nie zadeklarowały takiego źródła wsparcia (M = 21,91 vs. M = 25,56; p = 0,001). Jednocześnie zwraca uwagę fakt, iż kobiety, które szukały wsparcia w Internecie miały znacznie niższy stopień akceptacji choroby. Podobnie było w zakresie nasilenia objawów depresji – kobiety, które znalazły wsparcie w Internecie miały większe nasilenie depresji w porównaniu do pacjentek, dla których Internet nie był źródłem wsparcia (M = 19,95 vs. M = 15,88; p < 0,001). W przypadku pozostałych zmiennych nie stwierdzono zależności istotnych statystycznie (tab. 60).

Tabela 60. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – Internet

Zmienna	Internet TAK (N = 58)		Internet NIE (N = 464)		t _{df = 520}	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	18,48	3,29	18,21	3,92	0,502	0,616
Duch walki	21,53	2,22	21,70	2,95	-0,403	0,687
Bezradność- beznadziejność	14,31	3,91	14,66	4,06	-0,612	0,541
Pozytywne przewartościowanie	22,74	2,52	22,11	2,61	1,750	0,081
Styl konstruktywny	6,55	0,90	6,44	1,13	0,697	0,486
Styl destrukcyjny	4,57	1,55	4,57	1,67	-0,019	0,985
Akceptacja choroby	21,91	8,10	25,56	7,83	-3,328	0,001
Nasilenie depresji	19,95	7,07	15,88	8,21	3,605	<0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe * test t-Studenta

Czynniki medyczne

Czynniki medyczne również mogą mieć wpływ na przystosowanie do choroby nowotworowej, stopień jej akceptacji oraz ryzyko rozwoju depresji wśród kobiet z rozpoznaniem raka piersi. W grupie tych czynników przeanalizowano znaczenie: stopnia zaawansowania nowotworu, czasu jaki upłynął od rozpoznania, zastosowanej metody leczenia, samooceny aktualnego stanu zdrowia.

Zaobserwowano bardzo słabą dodatnią korelację między poczuciem ducha walki a stopniem zaawansowania nowotworu ($\gamma = 0,09$). Kobiety z wyższym stopniem zaawansowania choroby charakteryzowały się wyższym nasileniem tej cechy ($p = 0,016$). Również pozytywną zależność zanotowano w przypadku zależności między stopniem akceptacji choroby, a stopniem zaawansowania nowotworu ($\gamma = 0,14$). Kobiety z wyższym stopniem zaawansowania raka piersi charakteryzowały się wyższym stopniem akceptacji choroby ($p < 0,001$). Natomiast nasilenie depresji nie zależało od stopnia zaawansowania raka piersi (tab. 61).

Tabela 61. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a stopień zaawansowania nowotworu w momencie jego rozpoznania

Zmienna	Gamma*	Z	p
Zaabsorbowanie lękowe	-0,06	-1,551	0,121
Duch walki	0,09	2,416	0,016
Bezradność-beznadziejność	-0,07	-1,883	0,060
Pozytywne przewartościowanie	-0,02	-0,631	0,528
Styl konstruktywny	0,03	0,592	0,554
Styl destrukcyjny	-0,06	-1,462	0,144
Akceptacja choroby	0,14	3,802	<0,001
Nasilenie depresji	-0,04	-1,052	0,293

* współczynnik korelacji γ Goodmana i Kruskala

Zaobserwowano bardzo słabe negatywne korelacje pomiędzy czasem jaki upłynął od rozpoznania, a poczuciem zaabsorbowania lękowego ($\gamma = -0,08$), bezradności-beznadziejności ($\gamma = -0,11$), stylem destrukcyjnym ($\gamma = -0,11$) oraz nasileniem depresji ($\gamma = -0,14$). Oznacza to, że im dłuższy czas minął od rozpoznania raka piersi, tym mniejsze było nasilenie wymienionych cech (tab. 62).

Tabela 62. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a czas jaki upłynął od rozpoznania nowotworu

Zmienna	Gamma*	Z	p
Zaabsorbowanie lękowe	-0,08	-2,165	0,030
Duch walki	-0,01	-0,198	0,843
Bezradność-beznadziejność	-0,11	-2,805	0,005
Pozytywne przewartościowanie	-0,05	-1,391	0,164
Styl konstruktywny	-0,04	-0,879	0,379
Styl destrukcyjny	-0,11	-2,594	0,009
Akceptacja choroby	-0,04	-0,979	0,328
Nasilenie depresji	-0,14	-3,097	0,002

* współczynnik korelacji γ Goodmana i Kruskala

Kobiety poddane zabiegowi chirurgicznemu usunięcia guza miały nieco wyższą średnią wartość w zakresie bezradności-beznadziejności niż kobiety niepoddane temu leczeniu – 14,88 vs. 14,14; $p = 0,047$. Podobnie u respondentek leczonych chirurgicznie wystąpiło wyższe nasilenie objawów depresji w porównaniu do kobiet, które nie były leczone tą metodą – 16,99 vs. 15,14; $p = 0,013$. W przypadku pozostałych zmiennych nie stwierdzono istotnych zależności (tab. 63).

Tabela 63. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – leczenie chirurgiczne

Zmienna	Chirurgiczne TAK (N = 338)		Chirurgiczne NIE (N = 184)		$t_{df=520}$	p*
	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	18,17	3,84	18,37	3,87	-0,576	0,565
Duch walki	21,65	2,91	21,72	2,83	-0,261	0,794
Bezradność-beznadziejność	14,88	3,96	14,14	4,16	1,988	0,047
Pozytywne przewartościowanie	22,27	2,60	22,02	2,61	1,047	0,295
Styl konstruktywny	6,48	1,13	6,41	1,07	0,651	0,515
Styl destrukcyjny	4,61	1,66	4,50	1,65	0,740	0,459
Akceptacja choroby	24,79	8,15	25,82	7,51	-1,418	0,157
Nasilenie depresji	16,99	8,28	15,14	7,90	2,482	0,013

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* test t-Studenta

Tabela 64. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – hormonoterapia

Zmienna	Hormonoterapia TAK (N = 79)		Hormonoterapia NIE (N = 443)		t _{df = 520}	p*
	M	SD	M	SD		
	Zaabsorbowanie lękowe	17,73	3,83	18,33		
Duch walki	21,92	2,67	21,63	2,92	0,824	0,410
Bezradność-beznadziejność	14,23	4,31	14,69	4,00	-0,928	0,354
Pozytywne przewartościowanie	22,70	2,18	22,09	2,67	1,923	0,055
Styl konstruktywny	6,58	0,94	6,43	1,14	1,099	0,272
Styl destrukcyjny	4,34	1,77	4,61	1,63	-1,347	0,179
Akceptacja choroby	26,39	7,98	24,93	7,92	1,508	0,132
Nasilenie depresji	14,09	6,99	16,74	8,33	-2,663	0,008

M – średnia, SD – odchylenie standardowe; * test t-Studenta

Wartości średnie uzyskane w zakresie poszczególnych strategii i stylów przystosowania do choroby były do siebie zbliżone. W przypadku akceptacji choroby kobiety poddane hormonoterapii uzyskały wyższy średni wynik w tym zakresie (M = 26,39) w porównaniu do respondentek nieleczonych hormonoterapią (M = 24,93), ale nie była to różnica istotna statystycznie. Natomiast objawy depresji były bardziej nasilone u kobiet, które nie były leczone hormonoterapią niż u pacjentek poddanych hormonoterapii – 16,74 vs. 14,09. Wystąpiła w tym zakresie zależność istotna statystycznie na poziomie p = 0,008 (tab. 64).

Tabela 65. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – chemioterapia

Zmienna	Chemioterapia TAK (N = 430)		Chemioterapia NIE (N = 92)		t _{df = 520}	p*
	M	SD	M	SD		
	Zaabsorbowanie lękowe	18,04	3,99	19,20		
Duch walki	21,76	2,91	21,28	2,71	1,454	0,147
Bezradność-beznadziejność	14,37	4,09	15,77	3,65	-3,041	0,002
Pozytywne przewartościowanie	22,02	2,62	22,93	2,41	-3,094	0,002
Styl konstruktywny	6,43	1,11	6,57	1,09	-1,041	0,298
Styl destrukcyjny	4,47	1,70	5,08	1,32	-3,240	0,001
Akceptacja choroby	25,80	7,76	22,11	8,11	4,114	<0,001
Nasilenie depresji	15,80	7,74	18,84	9,68	-3,259	0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe; * test t-Studenta

W grupie kobiet poddanych chemioterapii w porównaniu do respondentek, u których nie stosowano tej metody leczenia wystąpiły istotnie niższe średnie wartości w zakresie zaabsorbowania lekowego ($M = 18,04$ vs. $M = 19,20$; $p = 0,009$), bezradności-beznadziejności ($M = 14,37$ vs. $M = 15,77$; $p = 0,002$), pozytywnego przewartościowania ($M = 22,02$ vs. $M = 22,92$; $p = 0,002$), stylu destrukcyjnego ($M = 4,47$ vs. $M = 5,08$; $p = 0,001$) oraz nasilenia depresji ($M = 15,80$ vs. $18,84$; $p = 0,001$). Wśród kobiet poddanych chemioterapii zanotowano istotnie wyższą średnią wartość w odniesieniu do stopnia akceptacji choroby w porównaniu do kobiet nieleczonych tą metodą ($M = 25,80$ vs. $M = 22,11$; $p < 0,001$) (tab. 65).

Stwierdzono istotnie niższą średnią wartość ($p = 0,006$) w zakresie zaabsorbowania lekowego w grupie kobiet poddanych radioterapii ($M = 17,43$) w porównaniu do kobiet nieleczonych tą metodą ($M = 18,50$). W przypadku pozostałych zmiennych różnice nie były istotne statystycznie (tab. 66).

Tabela 66. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – radioterapia

Zmienna	Radioterapia TAK (N = 127)		Radioterapia NIE (N = 395)		$t_{df=520}$	p*
	M	SD	M	SD		
	Zaabsorbowanie lekowe	17,43	4,33	18,50		
Duch walki	21,86	2,91	21,62	2,87	0,810	0,418
Bezradność-beznadziejność	14,30	4,17	14,72	4,00	-1,017	0,309
Pozytywne przewartościowanie	22,54	2,52	22,06	2,62	1,780	0,076
Styl konstruktywny	6,53	1,15	6,43	1,10	0,836	0,404
Styl destrukcyjny	4,33	1,81	4,65	1,60	-1,898	0,058
Akceptacja choroby	25,52	8,13	25,04	7,88	0,598	0,550
Nasilenie depresji	15,71	8,00	16,54	8,25	-0,991	0,322

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* test t-Studenta

Zaobserwowano słabą ujemną korelację pomiędzy stopniem samooceny aktualnego stanu zdrowia, a zaabsorbowaniem lekowym ($\gamma = -0,10$), bezradnością-beznadziejnością ($\gamma = -0,16$), stylem destrukcyjnym ($\gamma = -0,19$) oraz nasileniem objawów depresji ($\gamma = -0,11$). Oznacza to, że im wyższa samoocena pacjentki tym niższa wartość w wymienionych obszarach (tab. 67).

Tabela 67. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a samoocena aktualnego stanu zdrowia

Zmienna	Gamma*	Z	p
Zaabsorbowanie lękowe	-0,10	-2,641	0,008
Duch walki	0,23	5,810	<0,001
Bezradność-beznadziejność	-0,16	-4,326	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	0,19	4,955	<0,001
Styl konstruktywny	0,29	6,730	<0,001
Styl destrukcyjny	-0,19	-4,554	<0,001
Akceptacja choroby	0,13	3,558	<0,001
Nasilenie depresji	-0,11	-2,961	0,003

* współczynnik korelacji γ Goodmana i Kruskala

Wystąpiły także dodatnie korelacje między stopniem samooceny aktualnego stanu zdrowia, a duchem walki ($\gamma = 0,23$), pozytywnym przewartościowaniem ($\gamma = 0,19$), stylem konstruktywnym ($\gamma = 0,29$) oraz stopniem akceptacji choroby ($\gamma = 0,13$), co oznacza, że im wyższa samoocena pacjentki tym wyższa wartość w wymienionych obszarach. Strategie i style przystosowania do choroby, akceptacja choroby oraz nasilenie objawów depresji były zależne w sposób istotny statystycznie od samooceny aktualnego stanu zdrowia kobiet objętych badaniem ($p < 0,05$) (tab. 67).

4.5.5. Wskazanie związku pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej i stopniem akceptacji choroby a ryzykiem rozwoju depresji

W raku piersi istotne znaczenie ma postawa kobiety wobec rozpoznania choroby i sytuacji spowodowanej przez chorobę, w tym objawów z niej wynikających, ubocznych skutków leczenia i konieczności zmian w codziennym funkcjonowaniu. Znaczenie w tym zakresie ma przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej i stopień akceptacji choroby, a także stan i odporność psychiczna chorej.

Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a stopień akceptacji choroby

Przystosowanie do choroby nowotworowej pacjentek z rozpoznaniem raka piersi zostało zdiagnozowane poprzez określenie nasilenia strategii radzenia sobie z chorobą przyporządkowanych do stylu konstruktywnego i stylu destrukcyjnego oraz ocenę stopnia akceptacji choroby. Style przystosowania psychicznego do choroby i akceptacja choroby to czynniki, które mogą na siebie wzajemnie oddziaływać.

Wystąpiła pozytywna zależność pomiędzy stylem konstruktywnym, a stopniem akceptacji choroby.

Tabela 68. Style przystosowania psychicznego do choroby z uwzględnieniem stopnia jej akceptacji

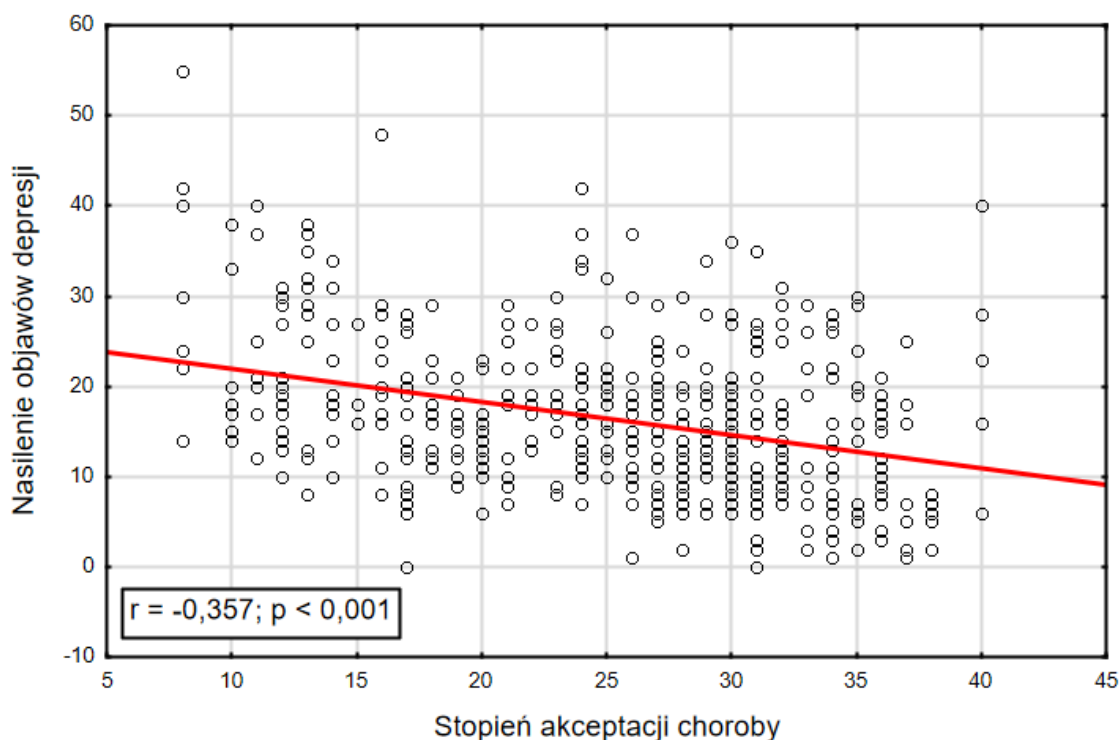
Styl	r-Pearsona*	t	p
konstruktywny	0,236	5,529	<0,001
destrukcyjny	-0,408	-10,195	<0,001

* współczynnik korelacji r-Pearsona

Kobiety z chorobą nowotworową, które w sposób konstruktywny radziły sobie w sytuacji choroby cechował wyższy stopień jej akceptacji, niż kobiety, które w znacznie mniejszym stopniu radziły sobie w ten sposób z chorobą ($r = 0,236$). Równocześnie zaobserwowano negatywną zależność pomiędzy stylem destrukcyjnym, a stopniem akceptacji choroby. Kobiety z rakiem piersi, które w sposób destrukcyjny radziły sobie z chorobą cechował niższy stopień jej akceptacji ($r = -0,408$) (tab. 68).

Zagrożenie depresją a stopień akceptacji choroby

Obniżony nastrój, lęk, a nawet depresja to problemy często występujące u osób z chorobami nowotworowymi, a szczególnie często u kobiet z rakiem piersi. Nasilenie objawów depresji może oddziaływać na stopień akceptacji choroby.



Rycina 27. Nasilenie objawów depresji a stopień akceptacji choroby – liniowy model regresji.

Stwierdzono negatywną ($r = -0,357$) zależność pomiędzy nasileniem objawów depresji a stopniem akceptacji choroby. Wraz ze wzrostem natężenia odczuwanych objawów depresji, zmniejszał się stopień akceptacji choroby w badanej grupie kobiet. Wystąpiła w tym zakresie zależność istotna statystycznie na poziomie $p < 0,001$ (ryc. 27).

Przystosowanie do choroby nowotworowej a nasilenie objawów depresji

Style przystosowania do choroby nowotworowej i stopień akceptacji choroby mogą mieć znaczenie dla nasilenia objawów depresji.

Tabela 69. Wielozmiennowy model regresji – skala Becka a styl konstruktywny i akceptacja choroby

	$R^2_{\text{skor.}}$	df Model	df Reszta	F	p
Skala Becka	0,198	3	518	43,887	<0,001

W analizie wpływu stylu konstruktywnego i akceptacji choroby na nasilenie objawów depresji mierzonej skalą Becka stwierdzono, że testowany model regresji wyjaśniał blisko 20% wariacji zmiennej „depresja” ($R^2_{\text{skor.}} = 0,198$; $F_{(3, 518)} = 43,887$; $p < 0,001$) (tab. 69).

Tabela 70. Model regresji wielozmiennowej dla oceny wpływu stylu konstruktywnego i akceptacji choroby na nasilenie objawów depresji

	b	β_{std}	-95% CI	+95% CI	t	p
Wyraz wolny	41,870	-	-	-	5,873	<0,001
Styl konstruktywny	-2,810	-0,381	-0,682	-0,079	-2,482	0,013
Akceptacja choroby	-0,474	-0,460	-0,961	0,042	-1,801	0,072
Styl konstruktywny*Akceptacja choroby	0,028	0,217	-0,418	0,852	0,672	0,502

b – niestandardyzowany współczynnik regresji, β_{std} – standaryzowany współczynnik regresji, CI – przedział ufności; * moderacja

Zaobserwowano, że u badanych z wyższym poziomem stylu konstruktywnego notuje się istotnie mniejsze nasilenie objawów depresji ($\beta_{\text{std}} = -0,381$; $p = 0,013$). Obserwacji takiej nie stwierdzono w przypadku stopnia akceptacji choroby ($\beta_{\text{std}} = -0,460$; $p = 0,072$). Ponadto nie zanotowano, aby na relację między stylem konstruktywnym a nasileniem depresji wpływ miał stopień akceptacji choroby (brak efektu moderacji: $\beta_{\text{std}} = 0,217$; $p = 0,502$) (tab. 70).

Tabela 71. Wielozmiennowy model regresji – skala Becka a styl destrukcyjny i akceptacja choroby

	$R^2_{\text{skor.}}$	df Model	df Reszta	F	p
Skala Becka	0,314	3	518	80,377	<0,001

W analizie wpływu stylu destrukcyjnego i akceptacji choroby na nasilenie objawów depresji mierzonej skalą Becka stwierdzono, że testowany model regresji wyjaśniał ponad 30% wariacji zmiennej „depresja” ($R^2_{\text{skor.}} = 0,314$; $F_{(3, 518)} = 80,377$; $p < 0,001$) (tab. 71).

Tabela 72. Model regresji wielozmiennowej dla oceny wpływu stylu destrukcyjnego i akceptacji choroby na nasilenie objawów depresji

	b	β_{std}	-95% CI	+95% CI	t	p
Wyraz wolny	5,130	–	–	–	1,401	0,162
Styl destrukcyjny	3,249	0,657	0,396	0,919	4,936	<0,001
Akceptacja choroby	-0,005	-0,004	-0,235	0,226	-0,038	0,970
Styl destrukcyjny*Akceptacja choroby	-0,032	-0,194	-0,459	0,071	-1,438	0,151

b – niestandardyzowany współczynnik regresji, β_{std} – standaryzowany współczynnik regresji, CI – przedział ufności, * moderacja

Zaobserwowano, że u badanych z wyższym poziomem stylu destrukcyjnego notuje się istotnie wyższe nasilenie objawów depresji ($\beta_{std} = 0,657$; $p < 0,001$). Obserwacji takiej nie stwierdzono w przypadku stopnia akceptacji choroby ($\beta_{std} = -0,004$; $p = 0,970$). Ponadto nie zanotowano, aby na relację między stylem destrukcyjnym a nasileniem depresji wpływ miał stopień akceptacji choroby (brak efektu moderacji: $\beta_{std} = -0,194$; $p = 0,151$) (tab. 72).

5. DYSKUSJA

Choroba nowotworowa stanowi często wydarzenie kryzysogenne dla pacjenta i jego rodziny. Jest to sytuacja trudna ze względu na złożony proces diagnozowania i leczenia, niepewne rokowanie, często występujące uboczne skutki terapii oraz możliwość występowania przerzutów. Wobec takiej sytuacji pacjent wymaga zapewnienia szeroko pojętej profesjonalnej opieki, w tym wsparcia psychologicznego, socjalnego i rehabilitacyjnego. Psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej zajmuje się psychoonkologia. Ta interdyscyplinarna dziedzina medycyny wyróżnia pewne wyznaczniki funkcjonowania pacjenta z chorobą nowotworową. Należą do nich m.in. przystosowanie psychiczne do choroby, w tym strategię i styl radzenia sobie z chorobą, jej akceptacja oraz zespół czynników psychospołecznych wspomagających poszczególne etapy terapii i ułatwiających zbudowanie właściwej relacji terapeutycznej. Relacja taka może skutecznie wzmocnić poczucie własnej wartości u pacjenta i zmotywować go do walki z chorobą [8,75,241].

W polskim piśmiennictwie niewiele jest prac dotyczących przystosowania pacjentów do choroby nowotworowej, a te, które opublikowano zawierają głównie aspekt psychologiczny tego zagadnienia. Niewątpliwie dobre przystosowanie do choroby nowotworowej jest ważnym elementem warunkującym stan psychiczny pacjenta, ale również w pewnym zakresie mającym znaczenie dla powodzenia procesu leczenia oraz jakości życia osoby chorej. Wobec tego wiedza na temat przystosowania do choroby i czynników je warunkujących jest niezbędna do planowania kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi w celu poprawy efektywności terapii oraz funkcjonowania chorych w środowisku życia.

Rozpoznanie raka piersi i cały proces leczenia są często źródłem cierpienia i kryzysu w życiu kobiet. Oszacowano, że 1/3 osób po rozpoznaniu nowotworu doświadcza znaczącego emocjonalnego i psychicznego cierpienia oraz lęku przed leczeniem, a także przed niekorzystnym rokowaniem i osieroceniem swoich bliskich [2,6,15,298]. Odczuwanie problemów i dolegliwości fizycznych i psychicznych przez osoby chore może się znacznie różnić. Wynika to m.in. ze sposobu radzenia sobie z chorobą, czego wyrazem jest przystosowanie do choroby, które może być czynnikiem predykcyjnym wobec tego jak pacjentka poradzi sobie z diagnozą i jak przebiegnie proces leczenia przeciwnowotworowego [48,261]. W związku z tym poznanie strategii radzenia sobie z chorobą jest niezbędnym warunkiem do planowania i poszukiwania najbardziej skutecznych mechanizmów adaptacji do choroby i udzielania pomocy pacjentkom w sposób przemyślany, planowy i skuteczny [85,144]. Borgi i wsp. zwrócili uwagę, iż podejście mające na celu zapewnienie pacjentce dobrego samopoczucia i zmniejszenie stresu związanego z procesem nowotworowym powinny być podstawowymi elementami opieki onkologicznej [22]. W takiej sytuacji niezbędne staje się zapewnienie chorej

holistycznej opieki, która obejmuje czynniki psycho-społeczne i stanowi podstawę całego procesu terapeutycznego. Niezbędna jest również wnikliwa obserwacja sytuacji pacjentki, umiejętność słuchania, trafne rozpoznanie problemów biopsychospołecznych oraz ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, a także możliwości chorej i jej najbliższego otoczenia w zakresie samoopieki.

Celem badań własnych była ocena przystosowania do choroby i zagrożenia depresją oraz ocena znaczenia stylu, strategii zmagania się z chorobą i jej akceptacji dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi. W procesie badawczym określono style i strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej dominujące w badanej grupie, stopień akceptacji choroby oraz ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi. Następnie zdefiniowano czynniki demograficzne, społeczne i medyczne, które miały wpływ na przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby oraz ryzyko rozwoju depresji. Ustalono również związki zachodzące pomiędzy przystosowaniem do choroby, stopniem jej akceptacji i ryzykiem rozwoju depresji w badanej grupie kobiet. Badaniem objęto 522 pacjentki Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie leczone w tym Ośrodku z powodu raka piersi. Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 56,42 lat, przy czym najmłodsza respondentka miała 29 lat, a najstarsza 94 lata. Najbardziej odległy czas rozpoznania nowotworu w badanej grupie to rok 2001, ostatnie diagnozy zostały postawione w 2021 roku, a średnia okresu rozpoznania raka piersi przypadła na rok 2019. Rok 2002, to najbardziej odległy czas rozpoczęcia leczenia, ale w badanej grupie były również kobiety, u których leczenie raka piersi rozpoczęto w czasie prowadzenia badań, tj. w roku 2022. Większość badanych kobiet stanowiły mężatki (72,8%), mieszkanki miast (60,2%), czynne zawodowo (53,1%). Ze względu na wykonywany zawód najczęściej respondentek zaliczono do kategorii specjalistów (26,6%). Badane kobiety najczęściej legitymowały się wykształceniem średnim (43,5%), a następnie wykształceniem wyższym (32,6%), utrzymywały się z pracy zawodowej (43,3%), mieszkwały razem z mężem i dziećmi we wspólnym gospodarstwie domowym (40,4%), miały dwoje dzieci (37,7%), swoją sytuację ekonomiczną oceniały, jako dobrą (49,0%). Niemal połowa – 49,2% badanych kobiet miała rozpoznanego raka piersi w stopniu T2, a 23,0% w stopniu T3. Grupa 64,7% respondentek była leczona operacyjnie, w tym operację oszczędzającą wykonano u 42,3% kobiet, a radykalną u 22,4%. U zdecydowanej większości – 82,4% kobiet zastosowano chemioterapię. Występowanie przerzutów raka piersi dotyczyło 39,8% badanych, najczęściej w obrębie węzłów chłonnych - 28,9%.

Rak piersi jest powodem wielu emocji. W badaniach własnych, w opinii kobiet najczęstszymi reakcjami na rozpoznanie raka piersi były: rozpacz i smutek (48,7%), następnie chęć walki z chorobą (31,0%), niechęć do leczenia (28,7%), modlitwa i umocnienie w wierze (26,1%). Mazurek wśród tych emocji wymienia: lęk, smutek, przygnębienie, żal, złość, gniew, poczucie winy, wstyd [184]. Powodem lęku jest nie

tylko utrata zdrowia, ale także duże ryzyko przedwczesnej śmierci, zaburzony obraz własnej osoby, co może przekładać się na samoocenę oraz relacje w rodzinie. Duże nasilenie lęku może skutkować zaburzeniami depresyjnymi. Wiśniewska i Karolska wśród negatywnych objawów związanych z rakiem piersi wymieniły również poczucie lęku, poczucie bezsilności, gniew, osamotnienie, symptomy depresyjne. W badaniach wymienionych autorek jedna z kobiet po mastektomii podkreśliła, że wiadomość o chorobie może być czasami bardziej trudna do przyjęcia dla osób bliskich, niż dla samej chorej [283].

Kobiety leczone z powodu raka piersi często doświadczają wysokiego poziomu stresu spowodowanego brakiem informacji, ograniczoną skutecznością własnych działań, nieumiejętnością adaptacji do nowego stanu, zmianami w obrazie ciała i lękiem przed umieraniem. Jeśli te przyczyny stresu nie zostaną wcześniej zauważone i zdiagnozowane, a kobieta nie otrzyma właściwej pomocy w konsekwencji mogą prowadzić do nasilenia lęku, depresji oraz obniżonej jakości życia kobiet z rakiem piersi [17,44].

W badaniach własnych podczas leczenia onkologicznego zdecydowana większość respondentek skarżyła się na znaczne osłabienie i zmęczenie (80,1%) oraz wypadanie włosów (78,4%). Ponad połowa badanych kobiet zgłaszała brak apetytu i utratę masy ciała (60,7%) oraz nudności, wymioty, biegunki i zaparcia (58,2%). Były to problemy natury somatycznej, ale nie tylko – grupa 42,7% respondentek stwierdziła, że w czasie leczenia przeciwnowotworowego towarzyszył im smutek i przygnębienie. Podobne dolegliwości zostały wymienione przez Ciporę i Karwat, jako najczęściej diagnozowane problemy u kobiet z rakiem piersi. Autorki te zwróciły szczególną uwagę na uboczne skutki terapii oraz strach przed nawrotem choroby, lęk przed śmiercią, utratę sensu życia [52]. Niektóre problemy kobiet wynikają ze stosowanych metod leczenia raka piersi. Interwencja chirurgiczna często godzi w podstawowe wartości związane z psychospołeczną tożsamością kobiety, wywołując tzw. „kompleks połowy kobiety”. Obecnie coraz więcej pacjentek po mastektomii poddaje się rekonstrukcji piersi. Podjęcie decyzji o takiej operacji jest spowodowane często kryzysem estetycznym, a sama operacja odtwórcza jest postrzegana przez pacjentki, jako przywrócenie poczucia kobiecości i poprawa komfortu życia [27]. W badaniach Alquraan i wsp., de Souza i wsp., Sadaqa i wsp. zwrócono natomiast uwagę na objawy niepożądane wynikające ze stosowania chemioterapii, tj.: łysienie, zmęczenie, ból, nudności, wymioty. Jak również podkreślono, iż chemioterapia i jej skutki uboczne to czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia depresji [10,74,230]. Skutki leczenia onkologicznego są nie tylko powodem dolegliwości i ograniczeń w sferze zarówno psychicznej jak i fizycznej, ale również mogą stanowić przyczynę różnego stopnia niepełnosprawności [52].

Choroba nowotworowa miała wpływ na stosunek badanych kobiet do innych osób i problemów otoczenia. Najlicniejsza grupa – 41,2% kobiet w badaniach własnych zareagowało na rozpoznanie raka piersi izolacją i niechęcią do utrzymywania kontaktów

społecznych. Zobojętnienie na potrzeby innych i ich problemy to reakcja dotycząca 10,3% respondentek. Pozostałe badane kobiety prezentowały w sytuacji choroby nowotworowej zupełnie inne postawy: otwartość, chęć podzielenia się swoimi problemami (26,0%), większą wrażliwość na potrzeby otoczenia (23,8%), otwartość i chęć niesienia pomocy innym (13,0%). Mazurek również zwróciła uwagę na dyskomfort kobiet po mastektomii w zakresie ich funkcjonowania w życiu społecznym wynikający z potrzeby stałego kontrolowania obrazu własnego ciała i stroju oraz obawy przed ujawnieniem dysfunkcji [184]. Podobne spostrzeżenia zostały przedstawione przez Ciporę i Karwat, które zwróciły uwagę, że zaburzenia dotyczą nie tylko dotychczasowych ról społecznych, ale również zawodowych [52]. W badaniach Gacek i Siwek dotyczących psychospołecznego funkcjonowania kobiet po mastektomii, stwierdzono, iż choroba miała pozytywne znaczenie dla kształtowania relacji rodzinnych. Żadna z kobiet biorących udział w badaniach nie oceniła swoich relacji rodzinnych i życia towarzyskiego dużo gorzej, niż przed wykonaniem mastektomii. Należy dodać, iż satysfakcjonujące życie towarzyskie miało związek z przynależnością i działalnością kobiet w stowarzyszeniu Amazonek [98]. Konieczny oceniając jakość życia kobiet po mastektomii podkreśliła, iż w opinii 38,3% respondentek rak piersi zdecydowanie zakłócił ich życie rodzinne i towarzyskie. Choroba spowodowała również destabilizację w pracy zawodowej – 30,6% kobiet było zdania, iż rak piersi miał wpływ na zmniejszenie efektywności pracy, a dla 26,2% respondentek spowodował brak możliwości kontynuacji zatrudnienia. Zaledwie 1,5% kobiet uważało, iż rozpoznanie raka piersi nie było powodem jakichkolwiek ograniczeń w życiu codziennym. W tych badaniach respondentki dokonały również samooceny relacji społecznych – 35,1% kobiet wskazało, iż choroba nowotworowa spowodowała u nich ograniczenia w tych relacjach, a 17,0% było zdania, że była przyczyną zerwania kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi. W opinii 38,0% badanych kontakty społeczne nie uległy zmianie, a zaledwie 9,9% respondentek uważało, iż obecnie mają większą potrzebę kontaktu z rodziną i znajomymi, niż przed chorobą [150].

Przystosowanie do choroby nowotworowej ma podstawy teoretyczne oparte na koncepcji stresu bazującej na nurcie poznawczo-transakcyjnym wywodzącym się od Lazarusa i Folkmana. Badacze ci założyli, że stres jaki towarzyszy chorobie nowotworowej nie jest jedynie skutkiem jej następstw fizycznych, lecz również poznawczej oceny sytuacji, obejmującej osobiste przeżywanie choroby przez określoną osobę [162]. Radzenie sobie obejmuje adaptacyjne i nieadaptacyjne mechanizmy dostosowawcze, takie, które mają na celu kontrolę sytuacji stresowych i adaptację do zagrożenia. W rzeczywistości radzenie sobie jest ważną zmienną w związku pomiędzy stresem i jego efektami ubocznymi. Bardziej skuteczne strategie adaptacyjne prowadzą do ograniczenia stresu. Można je podzielić na dwie główne kategorie: radzenie sobie skoncentrowane na problemie i radzenie sobie ukierunkowane na emocje. W tej pierwszej

wszystkie wysiłki są czynione w kierunku ustalenia przyczyny stresu i rozwiązania problemów z niego wynikających. W drugiej kategorii natomiast działania mają na celu radzenie sobie z emocjami i ukierunkowują się w stronę regulacji odpowiedzi emocjonalnych na stresujące wydarzenie. Radzenie sobie ukierunkowane na emocje nie rozwiązuje problemu, a jedynie relaksuje pacjenta redukując poziom stresu. Jeśli kobieta z rakiem piersi wierzy w efekty kontrolne stresu i jego skutki uboczne, może stosować strategię radzenia sobie o charakterze adaptacyjnym, ale jeżeli taka stresująca sytuacja nie jest kontrolowana, można wykazywać częściej strategię nieadaptacyjną [47,115].

Człowiek chory, w nowych warunkach wynikających z choroby powinien zmobilizować własne zasoby i poszukiwać możliwości zaradczych. Adaptacja do choroby polega na stale zmieniających się wysiłkach poznawczych i behawioralnych, które podejmowane są w celu sprostania wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym o charakterze stresowym, dodatkowo obciążającym i przekraczającym dotychczasowe zasoby radzenia sobie i możliwości adaptacyjne pacjenta. Przystosowanie do choroby określane jest najczęściej poprzez style i strategię przystosowania psychicznego do choroby. Istnieją cztery główne postawy opisujące model radzenia sobie z chorobą, są to postawa pozytywnego przewartościowania, ducha walki, zaabsorbowania lękowego oraz bezradności-beznadziejności [103,142].

W badaniach własnych przystosowanie psychiczne do choroby u kobiet z rozpoznaniem raka piersi oceniono na podstawie standaryzowanego narzędzia – Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC). W radzeniu sobie z chorobą nowotworową najwyższą średnią uzyskały kobiety w zakresie pozytywnego przewartościowania – $M = 22,18$, a następnie w zakresie ducha walki – $M = 21,68$, a najniższą w zakresie strategii bezradność-beznadziejność – $M = 14,62$, a następnie zaabsorbowanie lękowe – $M = 18,24$. W radzeniu sobie z chorobą nowotworową dominował styl konstruktywny nad stylem destrukcyjnym – $M = 43,86$ vs. $M = 32,86$ (steny: 6,46 vs. 4,57). W stylu konstruktywnym najliczniejsza grupa respondentek – 82,37% uzyskała przeciętny poziom przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (przedział punktowy: 35-48, przedział stenowy: 5-7). Wysoki poziom w tym stylu uzyskało 14,56% badanych (przedział punktowy: 49-56, przedział stenowy: 8-10), a niski 3,07% (przedział punktowy: 23-34, przedział stenowy: 1-4). W stylu destrukcyjnym niski poziom przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej stwierdzono u 34,10% respondentek (przedział punktowy: 14-30, przedział stenowy: 1-4), przeciętny u 63,98% (przedział punktowy: 31-47, przedział stenowy: 5-7), natomiast wysoki poziom nasilenia tego stylu dotyczył 1,92% respondentek (przedział punktowy: 48-56, przedział stenowy: 8-10). W badaniach Wardas wśród chorych na raka jelita grubego średnia wartość strategii zaabsorbowania lękowego wyniosła 18,13 ($SD = 5,69$), strategii bezradność-beznadziejność 16,95 ($SD = 6,03$), a stylu destrukcyjnego 35,08 ($SD = 11,53$). Natomiast w grupie kobiet

z rakiem piersi średnie wartości były znacznie wyższe i wyniosły odpowiednio 26,0 (SD = 3,02), 22,6 (SD = 2,28), 48,63 (SD = 5,13) [278]. W badaniach Czerw i wsp. również dominował styl konstruktywny ze strategiami ducha walki i pozytywnym przewartościowaniem. W grupie chorych z rakiem jelita grubego średnie w zakresie ducha walki i pozytywnego przewartościowania były nieco wyższe niż u pacjentów z rakiem prostaty i wynosiły odpowiednio: M = 23,42 i M = 22,31 (rak jelita grubego), M = 22,46 i M = 22,04 (rak prostaty) [69,70]. W badaniach Religioni i wsp. pacjenci z rakiem pęcherza moczowego osiągnęli najwyższe wyniki w skali Mini-MAC w zakresie ducha walki (M = 21,47; SD = 3,53) i pozytywnego przewartościowania (M = 20,87; SD = 2,93), a najniższe w strategii bezradność-beznadziejność (M = 13,22; SD = 3,97) Religioni i wsp. stwierdzili, iż charakteryzowali się oni głównie konstruktywnym stylem przystosowania się do choroby nowotworowej [217]. W innych badaniach tych samych autorów stwierdzono, że kobiety z rakiem piersi osiągnęły najwyższy średni wynik w strategii ducha walki (M = 23,43; SD = 3,21), niewiele niższy w pozytywnym przewartościowaniu (M = 22,05; SD = 3,09), natomiast najniższy podobnie jak w badaniach własnych w strategii bezradność-beznadziejność (M = 11,89; SD = 4,10) i niewiele wyższy w zaabsorbowaniu lękowym (M = 15,91; SD = 4,97). Ponadto u kobiet poddawanych chemioterapii wystąpiła istotna statystycznie różnica w strategii zaabsorbowania lękowego w porównaniu do nieleczonych tą metodą (M = 17,26 vs. M = 15,43; $p < 0,05$) [218]. W badaniach przeprowadzonych przez Wojtas i wsp. wśród młodych dorosłych (18-35 lat) z chorobą nowotworową dominowała strategia ducha walki (M = 23,3), a w dalszej kolejności pozytywne przewartościowanie (M = 21,4). Natomiast mniej nasilony był styl destrukcyjny, w tym zaabsorbowanie lękowe (M = 18,4) oraz bezradność-beznadziejność (M = 11,3) [285]. U Baczewskiej i wsp. również najbardziej nasilone były strategie ducha walki (M = 22,75; SD = 3,87) oraz pozytywnego przewartościowania (M = 22,24; SD = 2,84) [15]. Kulpa i wsp. W swoich badaniach przeprowadzonych u chorych onkologicznie także stwierdzili dominację stylu konstruktywnego nad destrukcyjnym (M = 40,4 vs. M = 34,5) [158]. Styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (M = 45,11; SD = 6,01) dominował również w badaniach Wieder-Huszla i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentek z rakiem narządów rodnych [279]. Li i wsp. w badaniach chińskich kobiet z noworozpoznanym rakiem piersi stwierdzili, że większość pacjentek stosowała konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą, pomimo, że często występował u nich stres i lęk o dużym nasileniu, a nawet objawy depresji [169]. Inne badania przeprowadzone przez Czerw i wsp. wykazały, że u chorych z rakiem płuca w trakcie ambulatoryjnej chemioterapii dominowała strategia ducha walki (M = 21,91), przy czym przystosowanie do choroby zależało od wykształcenia i statusu zawodowego respondentów [71]. W badaniach Rogali i wsp. wśród kobiet z rakiem szyjki macicy dominowały strategie konstruktywne – duch walki (M = 22,63; SD = 2,88) oraz pozytywne przewartościowanie (M = 21,10;

SD = 2,64) [223]. U Glińskiej i wsp. kobiety po mastektomii osiągnęły najwyższy wynik w zakresie strategii ducha walki (M = 23,62; SD = 3,19) oraz pozytywnego przewartościowania (M = 23,24; SD = 3,26) [102]. Również w badaniach Krajewskiego i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentów z rakiem pęcherza moczowego dominował styl konstruktywny z nasileniem ducha walki (M = 21,73). Natomiast najniższe nasilenie wystąpiło w strategii bezradność-beznadziejność (M = 13,3) [152]. W badaniach własnych, podobnie jak w badaniach przywołanych autorów, dominował styl konstruktywny, ale strategią dominującą było pozytywne przewartościowanie, a w badaniach innych autorów duch walki [15,69,70,217,278,285].

Przystosowanie do choroby nowotworowej w badaniach własnych w stylu destrukcyjnym było zdeterminowane przez następujące czynniki demograficzne, społeczne i medyczne: wiek ($p < 0,001$), stan cywilny ($p = 0,008$), wykształcenie ($p = 0,005$), źródło utrzymania respondentek ($p = 0,013$) i sytuację ekonomiczną rodziny ($p = 0,002$) oraz otrzymane wsparcie (od męża – $p = 0,001$, od rodziców – $p = 0,001$, od rodzeństwa – $p < 0,001$, od koleżanek/kolegów – $p < 0,001$), czas od rozpoznania ($p = 0,009$), leczenie chemioterapią ($p = 0,001$), samoocena aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopień akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$). Natomiast w zakresie stylu konstruktywnego przystosowanie do choroby zależało od: wsparcia od męża ($p = 0,014$), wsparcia od rodzeństwa ($p = 0,003$), wsparcia od koleżanek/kolegów ($p = 0,044$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopnia akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenia objawów depresji ($p = 0,013$).

Natomiast w badaniach Czerw i wsp. u pacjentów z rakiem jelita grubego dominował styl konstruktywny, który był zróżnicowany ze względu na miejsce zamieszkania, dochody i status zawodowy respondentów, a u pacjentów z rakiem prostaty przystosowanie do choroby było zależne od wykształcenia i dochodu respondentek [69,70]. W badaniach Li i wsp. kobiety młodsze, słabiej wykształcone, z krótkim czasem od rozpoznania, mieszkające na wsi, wdowy, poddane chemioterapii częściej przyjmowały destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą. W tych badaniach podkreślono, iż bardzo ważna w tej sytuacji jest właściwa edukacja i odpowiednie wsparcie oraz jednolita strategia opieki nad kobietami z rakiem piersi [169].

W badaniach własnych strategię należącą do stylu konstruktywnego były zdeterminowane przez czynniki demograficzne, społeczne i medyczne. W zakresie strategii ducha walki były to: stan cywilny ($p = 0,011$), wsparcie od męża ($p = 0,004$), wsparcie od rodziców ($p = 0,015$), wsparcie od rodzeństwa ($p < 0,001$), wsparcie od koleżanek/kolegów ($p < 0,001$), wsparcie od pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,001$), stopnia zaawansowania nowotworu ($p = 0,016$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$). W zakresie strategii pozytywnego przewartościowania: wiek ($p = 0,001$), sytuacja ekonomiczna rodziny ($p = 0,005$), wsparcie od pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,026$), leczenia chemioterapią ($p = 0,002$), samooceny aktualnego

stanu zdrowia ($p < 0,001$). Natomiast w zakresie stylu destrukcyjnego strategia zaabsorbowania lękowego zależała od: wieku ($p < 0,001$), stanu cywilnego ($p = 0,008$), wykształcenia ($p = 0,012$), sytuacji ekonomicznej rodziny ($p = 0,035$), wsparcia od męża ($p < 0,001$), wsparcia od rodzeństwa ($p < 0,001$), wsparcia od koleżanek/kolegów ($p < 0,001$), wsparcia od pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,029$), czasu jaki upłynął od rozpoznania nowotworu ($p = 0,030$), leczenia chemioterapią ($p = 0,009$), leczenia radioterapią ($p = 0,006$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p = 0,008$). Strategia bezradności-beznadziejności była zdeterminowana przez: wiek ($p < 0,001$), stan cywilny ($p = 0,018$), wykształcenie ($p = 0,002$), miejsce zamieszkania ($p = 0,040$), źródło utrzymania ($p = 0,010$), sytuację ekonomiczną rodziny ($p < 0,001$), wsparcie od męża ($p = 0,028$), wsparcie od rodziców ($p < 0,001$), wsparcie od rodzeństwa ($p < 0,001$), wsparcie od koleżanek/kolegów ($p < 0,001$), czas jaki upłynął od rozpoznania ($p = 0,005$), leczenie chirurgiczne ($p = 0,047$), chemioterapia ($p = 0,002$), samoocena aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$).

W badaniach Baczewskiej i wsp. wiek w sposób istotny statystycznie różnicował strategię radzenia sobie z chorobą. Im straszy pacjent, tym wyższe było zaabsorbowanie lękowe ($p = 0,034$) oraz bezradność-beznadziejność ($p = 0,017$), a malała strategia ducha walki ($p = 0,022$). W przypadku pozytywnego przewartościowania nie stwierdzono związku tej strategii z wiekiem respondentów [15]. U Wojtas i wsp. w zakresie stylu konstruktywnego wyższe wartości uzyskali badani będący w starszej grupie wieku (27-35 lat), ale nie były to wyniki istotne statystycznie. Chorzy przejawiający wyższe nasilenie strategii pozytywnego przewartościowania i ducha walki lepiej funkcjonowali fizycznie, emocjonalnie, poznawczo oraz mieli lepsze relacje społeczne w porównaniu do pacjentów stosujących strategię zaabsorbowania lękowego i bezradności-beznadziejności. W badaniach tych stwierdzono również istotny związek pomiędzy nasileniem stylu konstruktywnego radzenia sobie z chorobą, a wyższą ogólną jakością życia pacjentów. Ponadto strategię należącą do stylu konstruktywnego przedkładały się na większe zaangażowanie pacjenta w proces leczenia oraz lepsze rokowanie [285]. Podobnie w badaniach Krajewskiego i wsp. wykazano, że stan cywilny był istotnie związany z wszystkimi rodzajami strategii radzenia sobie z chorobą. Mężczyźni żyjący w związkach uzyskali istotnie wyższy wynik w strategii ducha walki, a niższy w strategiach bezradności-beznadziejności i zaabsorbowania lękowego [152]. Również w badaniach Rogali i wsp. stwierdzono, że respondentki żyjące w związkach osiągały wyższe wyniki w strategii bezradność-beznadziejność i pozytywne przewartościowanie w porównaniu do kobiet samotnych, a wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania nie determinowały wyboru strategii. Kobiety będące w gorszej sytuacji materialnej częściej stosowały styl destrukcyjny w walce z chorobą [223]. Glińska i wsp. nie wykazali istotnych korelacji pomiędzy stylem radzenia sobie z chorobą, a wiekiem, płcią, aktywnością zawodową i czasem od rozpoznania nowotworu. Natomiast osoby

mieszkające na wsi miały nieznacznie wyższe wyniki w zakresie stylu destrukcyjnego, w tym zabsorbowania lękowego [102].

W opinii respondentek w badaniach własnych czynnikiem, który w największym stopniu wpływał na przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej była skuteczność leczenia onkologicznego (54,2%). W następnej kolejności badane kobiety wymieniały: małe nasilenie skutków ubocznych leczenia (25,7%), stopień zaawansowania choroby (23,7%), niewielkie trudności w codziennym funkcjonowaniu (21,1%). Natomiast czynniki wpływające na brak przystosowania do choroby to: zmiany w wyglądzie zewnętrznym spowodowane przez chorobę (59,2%), ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu (45,2%), nasilenie ubocznych skutków leczenia (32,9%), brak efektów leczenia (18,4%) oraz zaawansowanie choroby (18,2%). Kulpa i wsp. stwierdzili, iż istnieje zespół czynników powiązanych z aspektem psychologicznym funkcjonowania pacjentów z chorobą nowotworową przekładających się na skuteczność leczenia i rehabilitacji onkologicznej [156]. Greer i wsp. uznali, że postawa ducha walki i pozytywnego przewartościowania ma związek z wewnętrznym wysokim umiejscowieniem poczucia kontroli oraz zapewnionym właściwym wsparciem społecznym. Z kolei postawa bezradności i beznadziejności, czy zabsorbowania lękowego najczęściej związana była z niewłaściwym umiejscowieniem wewnętrznym kontroli, a także brakiem stosownego wsparcia ze strony otoczenia pacjenta [107]. Według Juczyńskiego mniejsze nasilenie objawów chorobowych i lepsze funkcjonowanie w różnych obszarach życia, a także większe zadowolenie z otrzymanego wsparcia społecznego związane były z konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą i mniej nasiloną strategią bezradności-beznadziejności oraz zabsorbowania lękowego [135]. Chojnacka-Szawłowska w swoich badaniach zwróciła uwagę, że strategie aktywne, czyli te bardziej konfrontacyjne, mają pozytywny wpływ na poprawę jakości życia w przeciwieństwie do strategii cechujących się postawą bierności i rezygnacji. Wykazano, że pacjentki z rakiem piersi, które przyjmują postawę bezradności-beznadziejności skłonne są bardziej do popadania w depresję, co obniża ich jakość życia i znacząco zmniejsza szanse 5-letniego przeżycia [50]. Podobnie w badaniach Ośmiałowskiej i wsp. stwierdzono, że pacjentki z rakiem piersi, które stosowały strategie w zakresie stylu konstruktywnego miały wyższą jakość życia, niż kobiety stosujące strategie destrukcyjne [201]. Kulpa i wsp. ocenili zależność pomiędzy strategiami oraz postawami przyjmowanymi względem choroby nowotworowej, a zmiennymi demograficznymi i medycznymi u pacjentów onkologicznych. Badaniami objęto 572 pacjentów leczonych w 13 klinikach Centrum Onkologii w Warszawie. W badaniach zastosowano m.in. pomiar ankietowy oraz metryczkę demograficzną i skalę Mini-MAC. Wiek badanych wahał się od 19 do 91 lat, średnia wieku wyniosła 54 lata. W badanej grupie znalazły się 103 pacjentki z rozpoznaniem raka piersi. W analizie danych stwierdzono, że dodatnio z wiekiem korelowała postawa bezradności, podobnie jak postawa pozytywnego przewartościowania, która korelowała również z wykształceniem,

ale ujemnie. Należy podkreślić, że w badaniach tych u pacjentek z nowotworem piersi zaobserwowano najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego. Postawa zaabsorbowania lękowego była najbardziej nasiloną u pacjentów z wykształceniem podstawowym, a najmniej z wykształceniem średnim. Natomiast postawa ducha walki była najbardziej nasiloną u osób z wykształceniem wyższym, a najniższą z wykształceniem podstawowym. Podobnie pacjenci z wykształceniem wyższym przejawiali najwyższe nasilenie postawy pozytywnego przewartościowania. Osoby mieszkające na wsi miały najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego oraz postawy bezradności-beznadziejności, a najniższe nasilenie postawy ducha walki. Pacjenci będący na emeryturze lub rencie przejawiali najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego oraz bezradności-beznadziejności, natomiast osoby aktywne zawodowo miały najniższy poziom nasilenia tych postaw. Chorzy leczeni operacyjnie mieli najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego oraz bezradności-beznadziejności, natomiast najniższe chorzy poddani radioterapii. Ta grupa chorych (leczeni radioterapią) miała najwyższe nasilenie postawy ducha walki, a pacjenci, u których stosowano chemioterapię prezentowali najniższe nasilenie tej postawy [156].

Przystosowanie do choroby nowotworowej w badaniach własnych zostało określone nie tylko przez ocenę przystosowania psychicznego do choroby, ale również przez ocenę stopnia akceptacji choroby na podstawie skali AIS. Średnia stopnia akceptacji u kobiet z rakiem piersi w badaniach własnych wyniosła 25,15 (SD = 7,94, MdN = 27,0). Osiągnięte średnie wyniki w poszczególnych stwierdzeniach skali AIS były zróżnicowane. Najwyższy wynik (M = 3,44) uzyskały respondentki w stwierdzeniu szóstym „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuje się pełnowartościowym człowiekiem”, a najniższy (M = 2,81) w stwierdzeniu pierwszym „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. Podobne wyniki uzyskali w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z chorobami nowotworowymi Smoleń i wsp. Średnia stopnia akceptacji w tychże badaniach wyniosła 25,03 (SD = 7,53, Mdn = 24,0) i była zaledwie o 0,12 niższa niż w badaniach własnych. Najniższy wynik (M = 2,61), podobnie jak w badaniach własnych, respondentki uzyskały w stwierdzeniu pierwszym. Natomiast najwyższy wynik (M = 3,44) został osiągnięty w stwierdzeniu piątym „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół”, a nie jak w badaniach własnych w stwierdzeniu szóstym [246]. Natomiast w badaniach Cipory i wsp. przeprowadzonych wśród 231 kobiet z rozpoznaniem raka piersi średnia stopnia akceptacji choroby była wyższa niż w badaniach własnych i wyniosła 26,53 (SD = 7,7, Mdn = 26,0). Wyniki osiągnięte w tych badaniach w poszczególnych kryteriach skali AIS były do siebie bardzo zbliżone i mieściły się w zakresie 3,16-3,41. Podobnie jak w badaniach własnych najwyższy wynik dotyczył stwierdzenia szóstego, a najniższy stwierdzenia pierwszego [54]. Lewandowska-Abucewicz i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród kobiet po mastektomii w woj. zachodniopomorskim również

uzyskali wyższą średnią akceptacji choroby w porównaniu do badań własnych ($M = 26,8$) [166]. Bardzo zbliżoną do tego wyniku wartość w skali AIS ($M = 26,65$; $SD = 8,85$) u badanych pacjentek z rakiem narządów rodnych uzyskali Wieder-Huszla i wsp. [279]. Podobnie było u Kołpy i wsp. - w badaniach w grupie pacjentów onkologicznych średnia stopnia akceptacji choroby wyniosła $M = 25,35$ ($SD = 9,25$) [147]. Zbliżone wyniki w badaniach dotyczących akceptacji choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi uzyskała Łuczyk i wsp. – $M = 25,82$, przy czym wysoki stopień akceptacji choroby uzyskało aż 39,43% kobiet, średni 33,80%, a niski 26,76% [177]. Jeszcze wyższy wynik uzyskali w swoich badaniach przeprowadzonych u 252 mężczyzn z rozpoznaniem nieinwazyjnego raka pęcherza moczowego Krajewski i wsp. Średni wynik stopnia akceptacji choroby w tychże badaniach wyniósł 28,8 i był zależny od stanu cywilnego chorych, natomiast wykształcenie, miejsce zamieszkania i czynniki medyczne nie miały znaczenia dla stopnia akceptacji choroby [152]. W badaniach Czerw i wsp. wśród pacjentek z rakiem jajnika, endometrium i piersi wykazano, iż średni wynik akceptacji wyniósł $M = 27,48$ ($SD = 7,68$), przy czym pacjentki z rozpoznaniem raka jajnika osiągnęły średni wynik $M = 26,72$ ($SD = 7,35$), z rakiem endometrium $M = 26,99$ ($SD = 7,54$), natomiast kobiety z rakiem piersi uzyskały najwyższą średnią wartość – $M = 28,46$ ($SD = 7,98$). Wpływ na akceptację choroby w badaniach wyżej wymienionych autorów miały następujące czynniki: miejsce zamieszkania, wykształcenie, sytuacja ekonomiczna oraz metoda leczenia i obecność przerzutów [67]. W badaniach Religioni i wsp. średni stopień akceptacji choroby wśród pacjentów z rakiem pęcherza moczowego wyniósł $M = 27,25$ ($SD = 7,52$) [217]. Natomiast w badaniach Wardas i wsp. średnia ogólnego wskaźnika stopnia akceptacji choroby wyniosła $M = 21,5$ ($SD = 9,1$) dla mężczyzn z rakiem jelita grubego, a dla kobiet z rakiem piersi była znacząco niższa i wyniosła $M = 13,8$ ($SD = 5,8$). Niski stopień akceptacji choroby dotyczył 52,5% mężczyzn i 85% kobiet, wysoki 27,5% mężczyzn i zaledwie 5% kobiet, a średni stopień akceptacji uzyskało 20% mężczyzn i 10% kobiet [278]. Znacznie wyższy średni wynik stopnia akceptacji choroby u mężczyzn z rakiem prostaty wynoszący $M = 30,39$, $SD = 8,07$ uzyskali w swoich badaniach Czerw i wsp. [69].

Jak wynika z przedstawionych badań własnych i innych autorów, występuje zróżnicowanie wartości średnich ogólnego wskaźnika stopnia akceptacji choroby. Fakt ten wskazuje, iż należy poszukiwać czynników, które powodują takie zróżnicowanie. W badaniach własnych stopień akceptacji choroby zależał w sposób istotny statystycznie od: wieku ($p < 0,001$), wykształcenia ($p = 0,013$), zawodu ($p = 0,044$), źródła utrzymania ($p = 0,044$), stopnia zaawansowania nowotworu ($p < 0,001$), stosowania chemioterapii ($p < 0,001$), wsparcia ($p = 0,013$) oraz samooceny stanu zdrowia ($p < 0,001$). Nie zależał natomiast od: stanu cywilnego, sytuacji rodzinnej i ekonomicznej badanych kobiet ($p > 0,05$). W badaniach Lewandowskiej-Abucewicz i wsp. jedynie czas jaki upłynął od zabiegu mastektomii wpływał istotnie na stopień akceptacji choroby. Natomiast miejsce

zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny pozostawały bez znaczenia w tym zakresie [166]. W badaniach Cipory i wsp. stopień akceptacji choroby, podobnie jak w badaniach własnych zależał od: wieku i sytuacji zawodowej respondentek. Młodsze kobiety oraz pracujące zawodowo wykazywały wyższy stopień akceptacji choroby w porównaniu ze starszymi i niepracującymi. Miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie i źródło dochodu nie miały znaczącego wpływu na stopień akceptacji choroby [54]. Natomiast w badaniach Kołpy i wsp. wyłącznie wiek i religijność miały wpływ na stopień akceptacji choroby, natomiast płeć, wykształcenie, status rodzinny i czas trwania choroby nowotworowej pozostały bez znaczenia w tym względzie [147]. U Czerw i wsp. stopień akceptacji choroby zależał od wykształcenia ($p = 0,08$) i dochodu ($p = 0,012$) [69]. Podobnie w badaniach Kapeli i wsp. wykształcenie determinowało w sposób istotny statystycznie stopień akceptacji u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią ($p = 0,01$) [138]. U Tarkowskiej i wsp., którzy przebadali 338 kobiet z rozpoznaniem raka piersi, w tym 185 pacjentek poddanych operacji oszczędzającej pierś i 153 po przebytej mastektomii, stwierdzono, iż stopień akceptacji choroby nowotworowej był wyższy u kobiet, u których wykonano operację oszczędzającą (BCT) [269]. Z kolei Chabowski i wsp. stwierdzili, że im wyższy stopień akceptacji choroby, tym wyższa sprawność funkcjonalna pacjenta i mniejsze niebezpieczeństwo wystąpienia ubocznych skutków leczenia przeciwnowotworowego [43]. Według Łuczyk i wsp. stopień akceptacji choroby zależał w sposób istotny statystycznie od poziomu wykształcenia respondentek. Najwyższy stopień akceptacji miały kobiety z wykształceniem podstawowym ($M = 30,78$), a najniższy z wykształceniem średnim ($M = 23,51$). Natomiast wiek, miejsce zamieszkania, status związku, rodzaj leczenia operacyjnego, przebyte leczenie neoadjuwantowe i czas od rozpoznania nowotworu do podjęcia leczenia nie miały w tym względzie znaczenia istotnego statystycznie [177]. Według Ruszkiewicz i Kreft dla stopnia akceptacji choroby istotne było wsparcie społeczne. Wraz ze wzrostem spostrzeganego i otrzymywanego wsparcia społecznego, u chorych onkologicznych wzrastała akceptacja choroby [228]. W badaniach Dryhinicz i Rzepey wystąpiła duża różnica między stopniem akceptacji choroby przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne ($M = 32,22$ vs. $M = 20,68$). Im młodsza była pacjentka z chorobą nowotworową, tym bardziej była skłonna zaakceptować swoją chorobę. Ponadto w tychże badaniach stwierdzono występowanie u pacjentek onkologicznych wysokiego poziomu lęku oraz radzenie sobie ze stresem oparte na emocjach [82].

W badaniach własnych zaobserwowano pozytywną zależność pomiędzy stopniem akceptacji choroby, a stylem konstruktywnym przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej ($p < 0,001$). Respondentki, które radziły sobie z chorobą w sposób konstruktywny prezentowały wyższy stopień jej akceptacji, niż kobiety, które miały mniejsze nasilenie tego stylu ($r = 0,236$). Zaobserwowano również negatywną zależność między stylem destrukcyjnym, a stopniem akceptacji choroby – kobiety, które radziły

sobie z chorobą w sposób destrukcyjny miały niższy stopień jej akceptacji ($r = -0,408$). Należy podkreślić, iż w badaniach własnych akceptacja choroby była w większym zakresie pod wpływem stylu destrukcyjnego niż konstruktywnego. Podobnie wykazali Smoleń i wsp. – styl destrukcyjny zmagania się z chorobą był mniej nasilony u osób posiadających wyższy stopień jej akceptacji ($p = 0,017$). Pacjenci mający wyższy stopień akceptacji choroby prezentowali niższe nasilenie strategii bezradność-beznadziejność. W badaniach tych nie stwierdzono zależności pomiędzy stopniem akceptacji choroby, a stylem konstruktywnym przystosowania psychicznego do niej. Akceptacja choroby nie korelowała ze strategiami należącymi do tego stylu, tj. duchem walki i pozytywnym przewartościowaniem [246]. Religioni i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród 902 pacjentów objętych leczeniem z powodu raka piersi, jelita grubego, płuca i gruczołu krokowego wykazali większe nasilenie aktywnych strategii walki z chorobą, szczególnie u pacjentek leczonych z powodu raka piersi i u chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego. Jednocześnie w tychże badaniach zaobserwowano nasilenie stylu destrukcyjnego ze strategiami zaabsorbowania lękowego i bezradności-beznadziejności u kobiet z rakiem piersi, które były leczone chemioterapią w czasie ostatniego roku. Stwierdzono zatem, iż przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej może zmieniać się zależnie od etapów i metod leczenia. W tychże badaniach Religioni i wsp. wykazali związek pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową, a samooceną jakości życia [216]. Wojtas i wsp. w badaniach dotyczących akceptacji choroby nowotworowej przez młodych dorosłych z uwzględnieniem strategii radzenia sobie, ogólny wskaźnik akceptacji choroby wyniósł $M = 29,0$ ($SD = 6,4$), co oznaczało średni stopień akceptacji, a dominującymi strategiami radzenia sobie z chorobą były duch walki i pozytywne przewartościowanie. W tychże badaniach wystąpił związek pomiędzy akceptacją choroby, a strategiami zaabsorbowania lękowego ($p < 0,001$) i bezradności-beznadziejności ($p < 0,001$). Natomiast nie wykazano zależności pomiędzy stopniem akceptacji choroby, a wiekiem i płcią badanych osób oraz miejscem zamieszkania i czasem trwania choroby [285]. W badaniach dotyczących również pacjentów onkologicznych przeprowadzonych przez Ruszkiewicz i Kreft średnia stopnia akceptacji choroby była znacznie niższa i wyniosła $22,05$ ($SD = 9,41$). Wystąpiła tutaj negatywna korelacja między destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą, a stopniem jej akceptacji. Strategia bezradność-beznadziejność generowała u pacjentów nasilenie niepokoju i depresji. Ponadto w tychże badaniach stwierdzono pozytywne korelacje strategii ducha walki ze wsparciem społecznym [228]. Wieder-Huszla i wsp. stwierdzili, że u pacjentów z rakiem narządu rodowego wyniki skali AIS korelowały istotnie dodatnio z nasileniem konstruktywnego stylu przystosowania do choroby, a ujemnie ze stylem destrukcyjnym, natomiast lokalizacja nowotworu nie miała w tym względzie znaczenia [279]. W badaniach Kozak stwierdzono, że akceptacja choroby ($M = 18,60$; $SD = 7,10$) korelowała ze stylami przystosowania do choroby. Wraz ze wzrostem stopnia akceptacji choroby, wzrastało

natężenie strategii ducha walki, a malała strategia zaabsorbowania lękowego i bezradności-beznadziejności [151]. Kapela i wsp. również stwierdzili, że akceptacja choroby ma związek z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej w zakresie stylu destrukcyjnego ($p = 0,01$) oraz stylu konstruktywnego ($p = 0,01$) zaabsorbowania lękowego ($p < 0,001$), ducha walki ($p < 0,001$), bezradności-beznadziejności ($p = 0,01$) [138].

Diagnoza raka piersi, perspektywa konieczności leczenia onkologicznego, jego konsekwencje, dolegliwości wynikające z choroby oraz lęk przed śmiercią to czynniki, które utrudniają funkcjonowanie osobie chorej nie tylko w sferze fizycznej, ale przede wszystkim w sferze psychicznej. Pacjentki takie w znacznym stopniu mogą być zagrożone depresją, która jest częstym zaburzeniem psychicznym ze skomplikowaną etiologią i niejasną patogenezą. Stanowi efekt interakcji czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych będących najczęściej następstwem trudnych wydarzeń życiowych [79].

W badaniach własnych nasilenie objawów depresji oceniono za pomocą Skali Depresji Becka (BDI). Średnia zagrożenia depresją w badanej grupie wyniosła 16,34 ($SD = 8,19$; $Mdn = 16,0$). Wśród badanych 6,7% kobiet miało objawy wskazujące na ciężką depresję. Objawy łagodnej depresji miało 47,3% respondentek, a umiarkowanej 26,3% kobiet. Zaledwie co piątej respondentki nie dotyczyła depresja (19,7%). W badaniach Wardas przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi i mężczyzn z rakiem jelita grubego stwierdzono, że u kobiet średnia wartość poziomu nasilenia depresji była bardzo wysoka i wynosiła 34,4 ($SD = 7,8$), a u mężczyzn 16,7 ($SD = 11,2$). W grupie kobiet z rakiem piersi depresji nie stwierdzono zaledwie u 2,5% badanych, depresja łagodna dotyczyła takiego samego odsetka kobiet (2,5%), a umiarkowana 5% respondentek. Na objawy ciężkiej depresji wskazało aż 90% badanych kobiet. Natomiast w grupie mężczyzn u 40% depresji nie stwierdzono, u 15% występowały symptomy depresji łagodnej, u 25% umiarkowanej, a u 20% ciężkiej. Zwraca uwagę bardzo duże nasilenie objawów depresji u kobiet z rakiem piersi [278]. W badaniach Tsaras i wsp. podobnie, zwraca uwagę duży odsetek kobiet z rakiem piersi, które wykazywały objawy depresji (38,2%) i lęku (32,2%). Stwierdzono tutaj, iż chore z rakiem piersi znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia depresji i lęku. Istotnymi czynnikami wpływającymi na ryzyko wystąpienia depresji były: miejsce zamieszkania, przekonania religijne oraz nasilenie objawów choroby nowotworowej. Kobiety mieszkające na wsi miały 2,6 razy większe ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych niż mieszkanki miast. Pacjentki wyznania prawosławnego miały o 6,8 razy mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia depresji w porównaniu do pacjentek niewierzących. Chore z dużym nasileniem dolegliwości były 3,8 razy bardziej narażone na ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych niż te, u których dolegliwości były mniej dokuczliwe [271]. Badania przeprowadzone przez Hinz i wsp. wykazały, że ponad 40% kobiet z rozpoznaniem

choroby nowotworowej miało podwyższony poziom lęku. Pacjentki wykazywały większy niepokój i lęk oraz miały bardziej nasilone objawy depresyjne w porównaniu do mężczyzn [119]. W badaniach Szwat i wsp. stwierdzono, że u 46% respondentów z chorobą nowotworową występował lęk lub stany graniczne lęku, a u 60% badanych nasilone były objawy lub stany graniczne depresji [258]. Podobne wyniki przedstawiła w swoich badaniach Komendarek-Kowalska. Według tej autorki depresja i lęk wystąpiły u około połowy pacjentów z chorobą nowotworową, przy czym kobiety z rakiem piersi stanowiły 25% grupy badanej [148]. Turke i wsp. w swoich badaniach wśród pacjentów onkologicznych stwierdzili, że 21% z nich miało depresję, a 24% wysoki lub graniczny poziom lęku, przy czym wystąpiła dodatnia korelacja między poziomem lęku, a depresją ($cor=0,477$; $p < 0,001$) oraz wystąpiła ujemna korelacja pomiędzy poziomem depresji i duchowością ($\rho=-0,44$; $p < 0,001$) [272].

W badaniach własnych nasilenie depresji u kobiet z rakiem piersi w zakresie czynników demograficznych i społecznych zależało od: wieku ($p = 0,003$), wsparcia od rodziców ($p = 0,001$), wsparcia od rodzeństwa ($p < 0,001$), wsparcia od duchownego ($p = 0,010$), Internetu ($p < 0,001$). Czynniki medyczne mające znaczenie dla nasilenia objawów depresji w badaniach własnych, to: czas jaki upłynął od rozpoznania nowotworu ($p = 0,002$), rodzaj leczenia (chirurgiczne – $p = 0,013$, hormonalne – $p = 0,008$, chemioterapia – $p = 0,001$), samoocena aktualnego stanu zdrowia ($p = 0,003$), akceptacja choroby ($p < 0,001$) oraz od styl przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (styl destrukcyjny – $p < 0,001$, styl konstruktywny – $p = 0,013$). Nasilenie depresji nie zależało natomiast od: stanu cywilnego, wykształcenia, zawodu, sytuacji rodzinnej, miejsca zamieszkania, źródła utrzymania, sytuacji ekonomicznej rodziny, stopnia zaawansowania nowotworu oraz leczenia radioterapią.

Archangelo i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, iż kobiety po mastektomii bez rekonstrukcji piersi miały większe nasilenie depresji niż pacjentki, u których wykonano rekonstrukcję piersi ($p = 0,02$). W tychże badaniach porównano grupy pacjentek w wieku 18-47 i 48-63 lata – wykazano, że kobiety młodsze po mastektomii, bez operacji odtwórczej miały najwyższe wskaźniki BDI ($p = 0,04$) [12]. Podobne wyniki w badaniach przeprowadzonych na grupie 160 kobiet z rakiem piersi w przedziale wieku 18-70 lat osiągnęli Salibasic i Delibegovic. Autorzy ci wykazali, że wystąpiły istotne różnice w nasileniu depresji pomiędzy pacjentkami ze względu na rodzaj wykonanej operacji piersi – kobiety, u których wykonano mastektomię prezentowały wyższe nasilenie objawów depresji w porównaniu do tych, które były poddane operacji oszczędzającej piersi. Stwierdzili również, że depresja wystąpiła u wszystkich pacjentek z rakiem piersi, ale szczególnie u pacjentek po radykalnym zabiegu chirurgicznym [232]. Podobne wnioski w swoich badaniach przedstawili Kamińska i wsp., z których wynika, iż na poziom lęku i depresji u kobiet z rakiem piersi miał wpływ rodzaj zastosowanego zabiegu chirurgicznego – kobiety po mastektomii miały wyższy poziom lęku i depresji

[136,137]. Według DeMiglio i wsp. podobnie kobiety po mastektomii miały niższy dobrostan psychiczny w porównaniu z kobietami po operacji oszczędzającej pierś. Ponadto lęk był bardziej nasilony u kobiet z fizycznymi ograniczeniami sprawności, palących i z chorobą psychiczną w wywiadzie [78]. W badaniach kobiet poniżej 50 roku życia, Kim i Park stwierdzili, iż lęk i depresja były u nich umiarkowanie wysokie, a stres był czynnikiem najbardziej znaczącym w nasileniu objawów lęku i depresji. W badaniach tych stwierdzono, iż największe nasilenie depresji wystąpiło u kobiet poddanych radioterapii w piątym tygodniu ($M = 12,54$; $SD = 2,76$), a najniższe w drugim tygodniu stosowania tej metody leczenia ($M = 10,17$; $SD = 3,81$). Wykazano, że poziomy lęku i depresji były wyższe w grupie kobiet będących w związku małżeńskim ($p = 0,022$), niewierzących ($p = 0,005$) oraz mających wyższy miesięczny dochód ($p = 0,041$). Niepewność ($p = 0,001$) i stres ($p = 0,001$) były istotnymi predyktorami lęku i depresji. Należy podkreślić, iż autorzy ci stwierdzili konieczność prowadzenia interwencji pielęgniarskich mających na celu złagodzenie niepewności i stresu oraz zmniejszenie nasilenia lęku i depresji u młodych kobiet z rozpoznaniem raka piersi leczonych radioterapią [145]. Badania prowadzone przez Casavilca-Zambrano i wsp. wśród 254 peruwiańskich kobiet z wczesnym rakiem piersi miały na celu określenie częstości występowania objawów depresji w badanej populacji i ustalenie jej związku z cechami socio-demograficznymi. Już na etapie rozpoznania raka piersi, objawy depresji występowały u 25,6% respondentek. W tej grupie 16,9% miało objawy łagodnej depresji, 6,3% umiarkowanej, natomiast u 2,4% nasilenie objawów wskazało na ciężką depresję. Stwierdzono, iż u mężatek i kobiet pracujących istotnie zmniejszyło się prawdopodobieństwo wystąpienia objawów wskazujących na depresję [41]. Cáceres i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, iż 28% pacjentek z rozpoznaniem raka piersi miało objawy depresyjne, a czynniki, które były związane z nasileniem tym objawów, to czas jaki upłynął od rozpoznania nowotworu, leczenie uzupełniające i liczba cykli chemioterapii. Średnia ocen z kwestionariusza BDI w tych badaniach wyniosła $M = 10,66$; $SD = 8,27$ [37]. Sun i wsp. w swoich badaniach wśród 180 tajwańskich kobiet z rakiem piersi zidentyfikowali, m.in. związki między wybranymi danymi demograficznymi i społecznymi, a nasileniem depresji. Stwierdzili, że młodszy wiek kobiet, niższe dochody i cięższy przebieg choroby zwiększały poziom depresji, natomiast zaangażowanie społeczne zmniejszało jej nasilenie. Wiek, religia, sytuacja materialna i nasilenie choroby to predyktory funkcjonowania społecznego kobiet, a z kolei lepsze funkcjonowanie społeczne zmniejszało poziom depresji [253]. Bener i wsp. w badaniach przeprowadzonych w grupie 678 kobiet z rakiem piersi mieszkających w Katarze stwierdzili, iż 27,7% badanych miało umiarkowaną, a 19,5% ciężką depresję, przy czym średnia poziomu nasilenia depresji w badanej grupie wyniosła $M = 25,1$; $SD = 7,7$ [21]. Badania Trinca i wsp. dowiodły, że zachodzi związek między nasileniem objawów depresji, a stopniem zaawansowania nowotworu, obecnością przerzutów odległych, wcześniejszą diagnozą depresji. Ponadto autorzy stwierdzili, iż

depresja może zmniejszać skuteczność chemioterapii, a tym samym szanse na przeżycie w grupie kobiet z rakiem piersi oraz podkreślili, że pacjentki z nasilonymi objawami depresji powinny otrzymać odpowiednie wsparcie psychofarmakologiczne [270]. Brandão i wsp. wykazali istotny związek między czynnikami psychospołecznymi, a przystosowaniem psychicznym do choroby. Zwrócili uwagę na określone czynniki socjodemograficzne i psychospołeczne, które już w momencie diagnozy mogą zidentyfikować kobiety szczególnie zagrożone nasileniem stresu, lęku i depresji w celu ukierunkowania wsparcia psychologicznego dla tej grupy [26]. Potrzebę zapewnienia odpowiedniego wsparcia psychologicznego dla określonych grup pacjentek podkreślali również w swoich badaniach Czerw i wsp. oraz Zamanian i wsp. [67,297]. Sobieralska-Michalak i wsp. z kolei zwrócili uwagę na konieczność holistycznego wsparcia dla kobiet z rakiem piersi, niezależnie od stosowanej metody leczenia z uwagi na bezsilność, lęk przed śmiercią, depresyjny nastrój, a nawet depresję. Podkreślili potrzebę monitorowania emocji, lęku i depresji oraz właściwej oceny problemów chorych kobiet, a także odpowiednie oddziaływania terapeutyczne, które mogą wpłynąć na efektywność procesu leczenia [247]. Li i wsp. na podstawie przeglądu medycznych baz danych stwierdzili, że oddziaływania terapeutyczne polegające na wyposażeniu pacjentek w wiedzę i umiejętności dotyczące choroby miały znaczny wpływ na zmniejszenie lęku, depresji, stresu oraz wzbudzały nadzieję u kobiet z rozpoznaniem raka piersi [168]. Podobnie Fasano i wsp. wskazali, że dobre przystosowanie i optymistyczne nastawienie do choroby zmniejszają lęk, stres i depresję oraz poprawiają jakość życia [89].

Walker i wsp. w badaniach przeprowadzonych w dużej, bo liczącej 20582 grupie pacjentów z rakiem piersi, jelita grubego, płuc, prostaty i narządów rodnych stwierdzili, że duże nasilenie objawów depresji było związane z gorszą przeżywalnością we wszystkich rodzajach nowotworu [275]. Sadaqa i wsp. określili czynniki ryzyka, ciężkość i częstość występowania depresji u kobiet z rozpoznaniem raka piersi hospitalizowanych w całej Palestynie. Stwierdzili, że 35,4% respondentek zgłaszało objawy depresji o umiarkowanym do ciężkiego nasileniu, przy czym zaledwie u 1,3% badanych wcześniej zdiagnozowano depresję. Najczęściej zgłaszanymi objawami towarzyszącymi depresji był niski poziom energii i zaburzenia snu, a najrzadziej kobiety zgłaszały myśli o śmierci i samookaleczenie oraz złe samopoczucie. Autorzy ci stwierdzili, że w ośrodkach onkologicznych należy również oceniać i leczyć zaburzenia oraz choroby psychiczne, a także kłaść nacisk na działania zapobiegające wystąpieniu depresji u chorych. Ponadto zwrócili uwagę na odbiór społeczny zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym [230]. Yi i Syrjala zwrócili uwagę, iż osoby, które chorowały na nowotwór złośliwy, nawet po zakończeniu leczenia doświadczają lęku przed nawrotem choroby, objawów stresu pourazowego lub depresji, przy czym czynniki ryzyka wystąpienia tych stanów są jeszcze bardziej nasilone w czasie poddawania osób chorych intensywnemu leczeniu [293]. Smith i wsp. z kolei zwrócili uwagę, iż u kobiet z rakiem piersi ważne jest

doskonalenie i optymalizacja interwencji mających na celu przestrzeganie zaleceń związanych z leczeniem oraz radzeniem sobie w sytuacji choroby [245]. Wang i wsp. oraz Johns i wsp. w swoich badaniach podkreślili znaczenie monitorowania i terapii lęku, stresu i depresji w zapobieganiu nawrotom i przerzutom raka piersi u kobiet [133,277]. Badania Soqia i wsp. wykazały, że pacjentki w wieku poniżej 45 lat wymagały dalszej diagnostyki w kierunku rozwoju depresji, przy czym wiek, status społeczny i stan cywilny kobiet były czynnikami istotnie związanymi z potrzebą dalszej oceny psychologicznej w kierunku zagrożenia depresją. Pacjentki młodsze wykazywały wyższy poziom lęku i depresji, natomiast zaawansowanie choroby nie miało istotnego związku z cierpieniem psychicznym [248]. Fernández-Rodríguez i wsp. w swoich badaniach wśród chorych onkologicznie, stwierdzili, że nasilenie lęku i depresji po zakończeniu leczenia było mniejsze niż przed jego rozpoczęciem [91]. Według Zhu i wsp. częstość występowania depresji u kobiet z rakiem piersi była wyższa w porównaniu do innych nowotworów. Ponadto depresja była związana z większą śmiertelnością kobiet, przy czym nie można jednoznacznie stwierdzić, iż depresja skraca czas przeżycia, ponieważ przyczyną tego stanu może być również przewlekły stres i uboczne skutki leczenia raka piersi [303].

W badaniach własnych stwierdzono negatywną zależność pomiędzy nasileniem objawów depresji, a stopniem akceptacji choroby ($p < 0,001$). W sytuacji, gdy wzrastało natężenie odczuwanych objawów depresji, stopień akceptacji choroby zmniejszał się. Podobnie w badaniach Cieślak i Golusińskiego dotyczących radzenia sobie z utratą sprawności u kobiet po leczeniu raka piersi z uwzględnieniem akceptacji choroby stwierdzono, iż im pacjentka była bardziej depresyjna, tym trudniej radziła sobie z konsekwencjami choroby i występował u niej niższy stopień akceptacji raka piersi. Wpływ negatywnych emocji wynikających z choroby nowotworowej miał mniejsze znaczenie dla akceptacji choroby, niż walka z niepełnosprawnością będącą następstwem choroby [51]. Podobny wynik uzyskała w swoich badaniach Wardas, gdzie również wraz ze wzrostem stopnia akceptacji choroby malał poziom lęku i depresji [278].

Objawy depresji były istotnie mniej nasilone w badaniach własnych u kobiet z wyższym poziomem stylu konstruktywnego ($p = 0,013$). Zależności takiej nie stwierdzono w odniesieniu do stopnia akceptacji choroby ($p = 0,072$). Na relację między stylem konstruktywnym, a nasileniem depresji nie miał wpływu stopień akceptacji choroby ($p = 0,502$). Natomiast u badanych z wyższym poziomem stylu destrukcyjnego wystąpiło istotnie wyższe nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$), a zależności takich nie stwierdzono w przypadku stopnia akceptacji choroby ($p = 0,970$). Na relację między stylem destrukcyjnym, a nasileniem objawów depresji nie miał wpływu stopień akceptacji choroby ($p = 0,151$). Styl konstruktywny był niezależnym czynnikiem protekcyjnym wobec objawów depresji u kobiet z rakiem piersi, a styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji u kobiet z rakiem piersi. W badaniach Smoleń i wsp. podobnie jak w badaniach własnych,

im wyższym był stopień akceptacji choroby, tym mniejsze było nasilenie stylu destrukcyjnego ($p = 0,017$) i mniejsze nasilenie strategii bezzadność-beznadziejność ($p = 0,001$) w przystosowaniu do choroby nowotworowej. Akceptacja choroby w badaniach tych autorów nie korelowała z żadną ze strategii zaliczanych do stylu konstruktywnego przystosowania do choroby nowotworowej, tj. z pozytywnym przewartościowaniem ($p = 0,144$) oraz z duchem walki ($p = 0,233$). U połowy pacjentów, u których wystąpił niski stopień akceptacji choroby stwierdzono wysokie nasilenie stylu destrukcyjnego. Wykazano związek akceptacji choroby nowotworowej ze stylem destrukcyjnym – im niższa była akceptacja choroby, tym większe było natężenie stylu destrukcyjnego [246]. W badaniach Kozak akceptacja choroby nowotworowej była związana z trzema stylami przystosowania psychicznego do choroby. Im wyższa była akceptacja choroby, tym niższe było nasilenie zaabsorbowania lękowego i bezzadności-beznadziejności, a wyższe ducha walki [151]. Smoleń i wsp. zwrócili uwagę na potrzebę prowadzenia badań w zakresie określenia stylu i strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej oraz ich związku z akceptacją choroby [246].

Lashbrook i wsp. stwierdzili, iż pacjentki z rakiem piersi, pacjenci z rakiem prostaty i rakiem jelita grubego używali odmiennych strategii w radzeniu sobie z chorobą nowotworową. Pacjentki z rakiem piersi podkreślały znaczenie akceptacji rozpoznania nowotworu i zaangażowania w aktywność fizyczną, która zapewniała lepsze wsparcie społeczne i emocjonalne. Pacjenci z rakiem prostaty podkreślali znaczenie osobowości w radzeniu sobie z chorobą. Natomiast chorzy na raka jelita grubego uważali za istotne poszukiwanie informacji o swojej chorobie i własne zaangażowanie w powrót do wcześniejszej aktywności oraz podkreślali potrzebę zrozumienia mechanizmów radzenia sobie z chorobą dla aktywnego włączenia się w proces leczenia. Wymienione przez poszczególne grupy pacjentów czynniki miały istotne znaczenie dla strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową [161]. Badania przeprowadzone przez Greera i wsp. wskazały, iż pacjenci, którzy stosowali strategię ducha walki, jako odpowiedź na diagnozę choroby nowotworowej zwiększyli swoje szanse na powodzenie leczenia i poprawę jakości życia. Dotyczyło to nawet chorych z zaawansowanym procesem nowotworowym [106]. Natomiast strategia bezzadności-beznadziejności związana była ze zwiększonym cierpieniem chorego. Według Lazarusa radzenie sobie z cierpieniem składa się z dwóch oddzielnych procesów obejmujących pierwotną i wtórną ocenę sytuacji. Ocena pierwotna to indywidualne ustalenie zakresu, w którym nieprzyjemne dla pacjenta bodźce są odbierane jako negatywne, pozytywne lub neutralne. Ocena wtórna odnosi się do indywidualnego oszacowania czy pacjent ma możliwość poradzenia sobie z zagrożeniem. Dalsze aspekty badania Lazarusa to propozycja, aby w zależności od percepcji pacjenta w zakresie sterowalności bodźca stresowego, można było wybierać podejście aktywne radzenia sobie z chorobą (albo koncentracja na problemie lub na emocjach) bądź też strategię unikania konfrontacji z chorobą [162]. Podobne

konceptje radzenia sobie z cierpieniem były również przedstawiane m.in. przez Kavanagh, Kristofferzon i wsp. oraz Wolf [142,153,286]. Wyniki badań Roesch i wsp. pokazały, że mężczyźni stosujący strategię unikania względem postawionej diagnozy raka prostaty mieli tendencję do utrzymywania się gorszego zdrowia fizycznego i psychicznego w przeciwieństwie do pacjentów, którzy zastosowali aktywne, skoncentrowane na problemie podejście (obejmujące zarówno radzenie sobie z problemem, jak i emocjami) wykazali poprawę dobrostanu fizycznego i psychicznego [99,222].

Dla osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej istotne znaczenie ma wsparcie, które często jest postrzegane, jako jeden z efektywnych mechanizmów poprawy strategii radzenia sobie z chorobą. Wsparcie może obejmować, m.in. dostarczenie informacji, doradztwo, pomoc w czynnościach dnia codziennego, trening w zakresie strategii radzenia sobie z chorobą [45,59,183]. Wsparcie stanowi bardzo ważny element nie tylko w procesie przeżywania choroby i jej leczenia, ale już na etapie diagnozowania. Społeczne wsparcie może przyczynić się do poszerzenia wiedzy i umiejętności w zakresie profilaktyki raka piersi oraz zmniejszyć opóźnienia w rozpoznawaniu tego nowotworu [167]. W badaniach Bener i wsp. wykazano, iż poczucie beznadziejności u pacjentek z rakiem piersi malało wraz ze wzrostem udzielanego im wsparcia, które przyczyniało się w znacznym stopniu do zwiększenia nadziei na wyzdrowienie i zmniejszenia destrukcyjnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową [21]. W innych badaniach Kulpy i wsp. u osób w wieku 19-78 lat z chorobą nowotworową układu moczowo-płciowego, pacjenci, którzy otrzymali wsparcie psychologiczne mieli wyższe nasilenie strategii ducha walki i poczucia bezradności-beznadziejności, a zdecydowanie niższe nasilenie zaabsorbowania lękowego oraz porównywalne z wynikami uzyskanymi przez Juczyńskiego w badaniach nad polską adaptacją kwestionariusza Mini-MAC nasilenie strategii pozytywnego przewartościowania [135,157]. Samami i wsp. zbadali znaczenie programu wsparcia dla strategii radzenia sobie ze stresem u kobiet z rakiem piersi. Kobiety, które były edukowane w zakresie emocjonalnego radzenia sobie ze stresem i strategii rozwiązywania problemów zdecydowanie łatwiej radziły sobie w sytuacjach wynikających z choroby nowotworowej w porównaniu do tych kobiet, które nie były objęte taką edukacją. Sytuacja ta wskazuje na potrzebę prowadzenia edukacji w zakresie uświadomienia kobietom znaczenia przystosowania do choroby i jego znaczenia dla poprawy jakości życia [233]. Według Günüşen i wsp. wsparcie społeczne, czynniki związane z chorobą i jej leczeniem oraz relacje z pielęgniarkami, to elementy ułatwiające radzenie sobie z chorobą. Kobiety, które otrzymały wsparcie społeczne, przeszły profilaktyczną operację piersi, spotkały się ze zrozumieniem i życzliwością ze strony pielęgniarek, łatwiej radziły sobie z rakiem piersi. Autorzy zwrócili również uwagę na potrzebę zapewnienia kobietom opieki holistycznej oraz wsparcia rodziny [19,31,110]. W badaniach własnych otrzymanie wsparcia zadeklarowała zdecydowana

większość – 90,8% respondentek. Najczęściej źródłem wsparcia były dzieci (53,1%), mąż (50,4%), rodzeństwo (44,3%), koleżanki, koledzy (38,3%) oraz pracownicy ochrony zdrowia (36,6%). Niemal, co dziesiąta badana kobieta (9,2%) zadeklarowała brak jakiegokolwiek wsparcia. Podobnie w badaniach prowadzonych przez Konieczny w tym samym Ośrodku wśród kobiet z rakiem piersi – 57,4% respondentek wskazało rodzinę, jako źródło bezpośredniego wsparcia po postawieniu rozpoznania, a na pytanie dotyczące źródła największego wsparcia emocjonalnego wymieniano kolejno: rodzinę (58,3%), przyjaciół (22,5%), lekarza (16,7%), inne kobiety chore na raka piersi (13,3%) [150]. Mikal i wsp. zwrócili uwagę na wsparcie w mediach społecznościowych analizując, czy zapewniają one stałe prozdrowotne wsparcie społeczne kobietom z rakiem piersi. Stwierdzono, iż po zdiagnozowaniu raka to wsparcie było znaczne, ale na kolejnych etapach choroby malało [190]. Zachodzi potrzeba zwiększenia oddziaływań dotyczących terapii chorych na nowotwory poprzez wsparcie psychologiczne, socjalne, społeczne i rehabilitacyjne. Wypracować można dzięki temu u pacjentów onkologicznych konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą, zwiększyć u nich poczucie własnej skuteczności, co w konsekwencji może przyczynić się do pogłębienia zaangażowania samych chorych w proces leczenia i rehabilitacji. Podstawą takich działań jest identyfikacja osób, które przyjmują destrukcyjne style radzenia sobie z chorobą, a następnie przeprowadzenie ukierunkowanych interwencji uwzględniających ich cechy psychospołeczne [38,156,297]. Strategia ducha walki i optymizm podczas diagnozowania i leczenia mogą wpływać nie tylko na postrzeganie przez kobiety wsparcia społecznego, ale również na rzeczywiste wsparcie społeczne, a tym samym przyczyniać się do poprawy samopoczucia w czasie choroby. Ponadto ocena rzeczywistego wsparcia społecznego i dostrzeganie jego znaczenia mogą przyczynić się do identyfikacji potrzeb w tym względzie oraz umożliwić interwencje w celu osiągnięcia lepszego efektu terapeutycznego [120]. Mazurkiewicz i Makara-Studzińska zwróciły uwagę, że wsparcie społeczne jest ważnym czynnikiem mającym wpływ na potraumatyczny rozwój u kobiet leczonych za pomocą radioterapii. Wsparcie takie jednak powinno być zawsze dostosowane do rzeczywistych potrzeb chorych kobiet [185]. Wsparcie szeroko rozumiane, w tym wsparcie psychologiczne powinno być integralną częścią opieki medycznej nad kobietami z rozpoznaniem raka piersi.

Badania dotyczące strategii i stylów radzenia sobie z chorobą nowotworową u kobiet z rakiem piersi powinny być prowadzone, ponieważ umożliwiają postawienie bardziej wnikliwej i pełniejszej diagnozy w zakresie funkcjonowania pacjentek oraz ukierunkowują planowanie i prowadzenie interwencji mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej i społecznej chorych kobiet i ich rodzin. Ponadto takie postępowanie pozwala na poprawę funkcjonowania pacjentek poprzez wspieranie ich w radzeniu sobie z chorobą strategiami konstruktywnymi, tj. przyjmowanie postawy ducha walki i pozytywnego przewartościowania.

6. WNIOSKI

1. W badanej grupie kobiet z rozpoznaniem raka piersi dominowały strategie pozytywnego przewartościowania i ducha walki składające się na konstruktywny styl zmagania się z chorobą. Strategie te świadczyły o dobrym przystosowaniu psychicznym do choroby nowotworowej. W mniejszym stopniu respondentki przejawiały strategie zaobserwowania lękowego i bezradności-beznadziejności należące do stylu destrukcyjnego.
2. Akceptacja choroby stanowiła istotny element przystosowania do choroby. Średnia wartość ogólnego wskaźnika uzyskanego w skali AIS w badanej grupie kobiet z rakiem piersi świadczyła o przeciętnym stopniu akceptacji choroby. Niski stopień akceptacji choroby dotyczył niemal co piątej, a wysoki co szóstej badanej kobiety. Stwierdzono przewagę kobiet o wysokiej i przeciętnej sumarycznej punktacji w skali AIS w stosunku do kobiet o niskiej punktacji. Im wyższy był stopień akceptacji, tym lepsze przystosowanie do choroby.
3. Kobiety z rakiem piersi w zdecydowanej większości narażone były na ryzyko wystąpienia depresji. Blisko połowa respondentek wykazywała objawy łagodnej depresji, u co czwartej kobiety wystąpiła depresja umiarkowana. W badanej grupie były również respondentki z objawami wskazującymi na ciężką depresję.
4. Przystosowanie psychiczne do choroby zależało od wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca, źródła utrzymania respondentek, a także od sytuacji ekonomicznej rodziny, stopnia zaawansowania nowotworu, czasu jaki upłynął od rozpoznania, metody zastosowanego leczenia, otrzymanego wsparcia oraz samooceny aktualnej sytuacji zdrowotnej. Natomiast stopień akceptacji choroby uwarunkowany był wiekiem, wykształceniem, zawodem, źródłem utrzymania, stopniem zaawansowania nowotworu, zastosowaną metodą leczenia, samooceną aktualnego stanu zdrowia, otrzymanym wsparciem. Ryzyko rozwoju depresji zależne było od wieku, czasu jaki upłynął od rozpoznania nowotworu, zastosowanej metody leczenia, samooceny aktualnego stanu zdrowia, otrzymanego wsparcia.
5. Badane kobiety z rakiem piersi, które stosowały konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą nowotworową cechował wyższy stopień jej akceptacji, natomiast te kobiety, które radziły sobie z chorobą w sposób destrukcyjny miały niższy stopień jej akceptacji. Akceptacja choroby nowotworowej była w większym stopniu pod wpływem stylu destrukcyjnego, niż konstruktywnego. Stopień akceptacji choroby zmniejszał się wraz ze wzrostem natężenia odczuwanych objawów depresji.
6. U kobiet z wyższym poziomem stylu konstruktywnego stwierdzono istotnie mniejsze nasilenie objawów depresji. Na relację między stylem konstruktywnym, a nasileniem depresji nie miał wpływu stopień akceptacji choroby. Styl konstruktywny był niezależnym czynnikiem protekcyjnym wobec objawów depresji w grupie kobiet

z rakiem piersi. Wśród kobiet z wyższym poziomem stylu destrukcyjnego odnotowano istotnie wyższe nasilenie objawów depresji. Stopień akceptacji choroby nie miał wpływu na relację między stylem destrukcyjnym, a nasileniem objawów depresji. Styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji u kobiet z rozpoznaniem raka piersi objętych badaniem.

7. Ocena przystosowania, w tym przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej i akceptacji choroby oraz ryzyka wystąpienia depresji u pacjentek z rakiem piersi może stanowić podstawę do planowania interwencji w celu zoptymalizowania reakcji na diagnozę i leczenie w taki sposób, aby zachować jak najlepsze funkcjonowanie chorych kobiet zarówno w aspekcie psychicznym jak i fizycznym.

Implikacje praktyczne

1. Wyniki badań własnych pozwalają na realną ocenę sytuacji kobiet leczonych z powodu raka piersi w zakresie przystosowania do choroby nowotworowej, nasilenia objawów depresji oraz ustalenie związku pomiędzy tymi zmiennymi. Wyniki te są źródłem wiedzy na temat czynników determinujących stosowanie określonej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, a jednocześnie wskazują na konieczność poprawy sytuacji kobiet w tym względzie.
2. Należałoby zwiększyć liczbę etatów psychologów i psychoterapeutów w ośrodkach onkologicznych, a w szczególności w Centrach Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi, oddziałach chirurgii onkologicznej, chemioterapii, radioterapii, medycyny paliatywnej. Ponadto można rozważyć zwiększenie obsad innych profesjonalistów, m.in. lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów tak, aby osoby te mogły poświęcić więcej czasu na bezpośredni kontakt z pacjentkami i ich rodzinami.
3. Należy motywować pacjentki do radzenia sobie z chorobą w sposób konstruktywny, ponieważ takie podejście sprawia, iż proces leczenia ma większe szanse na powodzenie, a w sytuacji skutków ubocznych pacjentki łatwiej radzą sobie z problemami. Kobieta, która w sposób konstruktywny radzi sobie z chorobą, łatwiej koncentruje się na określonym zadaniu i jest pacjentką dobrze współpracującą z zespołem terapeutycznym oraz chętniej aktywnie włącza się w proces leczenia.
4. Wskazane jest prowadzenie dalszych badań na temat przystosowania do choroby i zagrożenia depresją, szczególnie wśród kobiet z rakiem piersi w celu określenia ich sytuacji zdrowotnej i poszukiwania optymalnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, a tym samym poprawy kondycji psychicznej i funkcjonalnej chorych kobiet.

7. STRESZCZENIE

Przystosowanie do choroby nowotworowej a ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi

Wstęp. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet na świecie i w Polsce. Wyniki leczenia tego nowotworu są nadal niezadowalające, a konsekwencje choroby i leczenia w znacznym stopniu utrudniają funkcjonowanie kobietom oraz ich rodzinom. Rozpoznanie choroby i kolejne etapy zmagania się z nią powodują występowanie dolegliwości fizycznych i psychicznych, w tym lęku, a nawet depresji, która jest zaburzeniem psychicznym i stanowi efekt interakcji czynników biologicznych, psychicznych oraz społecznych będących następstwem trudnych wydarzeń życiowych, a do takich należy rozpoznanie i leczenie raka piersi. Czynnikiem mogącym ułatwić funkcjonowanie i osiągnięcie zamierzonego efektu terapeutycznego u kobiet z rakiem piersi jest przystosowanie do choroby nowotworowej wyrażające się w procesach poznawczych i konkretnych zachowaniach pacjentek. Jest to proces, który może różnie przebiegać, w zależności od kondycji psychofizycznej i etapu leczenia. Akceptacja choroby natomiast jest wyrazem adaptacji pacjentki do warunków narzuconych przez chorobę i wyrażeniem zgody na zmiany w życiu wynikające z jej rozpoznania. Akceptacja umożliwi obiektywną ocenę własnej sytuacji zdrowotnej, świadome włączenie się kobiety z rakiem piersi w proces terapeutyczny oraz dobre przystosowanie do choroby nowotworowej.

Celem badań była ocena przystosowania do choroby nowotworowej oraz znaczenia poziomu przystosowania psychicznego do choroby i stopnia akceptacji choroby dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi.

Material i metoda. Badania zostały przeprowadzone w okresie od 6 listopada 2021 roku do 30 kwietnia 2022 roku wśród 560 kobiet z rozpoznaniem raka piersi leczonych w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie – pacjentek Poradni Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Dziennego Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej, Zakładu Radioterapii oraz Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi (BCU). Do analizy przyjęto 522 kompletnie wypełnione narzędzia badawcze. W procesie badawczym zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety oraz cztery narzędzia badawcze: Autorski Kwestionariusz Ankiety, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) i Skalę Depresji Becka (BDI). Obliczenia statystycznie wykonano z użyciem pakietu statycznego Statistica v. 13.3. Dla wszystkich analiz weryfikację hipotezy zerowej prowadzono przy założonym poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki. Średnia wieku respondentek wyniosła 56,42 lata (Mdn = 58,00; SD = 11,70). W badanej grupie dominowały kobiety pozostające w związku małżeńskim

(72,8%; N = 380), mieszkanki miast (60,2%; N = 314), ze średnim wykształceniem (43,5%; N = 227), pracujące zawodowo (53,7%; N = 287), deklarujące swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą (49,0%; N = 256). U blisko połowy respondentek (49,2%; N = 257) w momencie rozpoznania raka piersi był w stopniu zaawansowania T2, a u 23,0% (N = 120) w stopniu T3. U zdecydowanej większości badanych kobiet (82,4%; N = 430) jako metodę leczenia zastosowano chemioterapię, a 64,7% (N = 338) pacjentek było leczonych chirurgicznie. Przerzuty raka piersi wystąpiły u 39,8% (N = 208) respondentek. Najczęściej występującą reakcją kobiet na rozpoznanie raka piersi była rozpacz i smutek (48,7%; N = 254), natomiast osłabienie i zmęczenie to dolegliwość, zgłaszana przez zdecydowaną większość badanych (80,1%; N = 418). Z porad psychologa/psychoterapeuty skorzystała zaledwie co czwarta kobieta (25,7%; N = 134).

W przystosowaniu psychicznym do choroby nowotworowej dominował styl konstruktywny (M = 43,86; MdN = 44,00; SD = 4,56) nad stylem destrukcyjnym (M = 32,86; MdN = 34,00; SD = 7,25). W stylu konstruktywnym największa grupa respondentek (82,4%; N = 430) osiągnęła poziom przeciętny w skali Mini-MAC, a najmniejsza (3,1%; N = 16) poziom niski. Natomiast w stylu destrukcyjnym poziom przeciętny uzyskało 64,0% (N = 334) kobiet, a najmniej – 1,9% (N = 10) poziom wysoki. Najwyższa średnia została osiągnięta przez respondentki w strategii pozytywnego przewartościowania (M = 22,18; MdN = 22,0; SD = 2,61), niewiele niższa w strategii ducha walki (M = 21,68; MdN = 21,0; SD = 2,88). Natomiast najniższe nasilenie zachowań wystąpiło w strategii bezradność-bez nadzieja (M = 14,62; MdN = 15,0; SD = 4,04), następnie w strategii zaabsorbowanie lękowe (M = 18,24; MdN = 19,0; SD = 3,85). Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej w zakresie stylu destrukcyjnego zależało od: wieku ($p < 0,001$), stanu cywilnego ($p = 0,008$), wykształcenia ($p = 0,005$), źródła utrzymania ($p = 0,013$) i sytuacji ekonomicznej ($p = 0,002$) oraz otrzymanego wsparcia (od męża – $p = 0,001$, od rodziców – $p = 0,001$, od rodzeństwa – $p < 0,001$, od koleżanek/kolegów – $p < 0,001$), czasu od rozpoznania ($p = 0,009$), leczenia chemioterapią ($p = 0,001$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopnia akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenia objawów depresji ($p < 0,001$). W zakresie stylu konstruktywnego przystosowanie do choroby było zdeterminowane przez wsparcie (od męża – $p = 0,014$, od rodzeństwa – $p = 0,003$, od koleżanek/kolegów – $p = 0,044$), samoocenę aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopień akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenie objawów depresji ($p = 0,013$).

Średnia stopnia akceptacji choroby nowotworowej w skali AIS w badanej grupie kobiet wyniosła 25,15 (MdN = 27,0; SD = 7,94). Najwięcej badanych kobiet osiągnęło przeciętny stopień akceptacji choroby (62,3%; N = 325), znacznie mniej (22,0%; N = 115) niski, a najmniej (15,7%; N = 82) wysoki. Stopień akceptacji choroby zależał od: wieku ($p < 0,001$), wykształcenia ($p = 0,013$), zawodu ($p = 0,044$), źródła utrzymania ($p = 0,044$), stopnia zaawansowania nowotworu ($p < 0,001$), stosowania chemioterapii

($p < 0,001$), otrzymanego wsparcia ($p = 0,013$), samooceny stanu zdrowia ($p < 0,001$), stylu konstruktywnego ($p < 0,001$), stylu destrukcyjnego ($p < 0,001$) oraz nasilenia objawów depresji ($p < 0,001$).

Średnia wyniku zagrożenia depresją w skali BDI wyniosła 16,34 (MdN = 16,0; SD = 8,19), przy czym niemal połowa (47,3%; N = 247) respondentek osiągnęła wyniki wskazujące na łagodną depresję, 26,3% (N = 137) wyniki wskazujące na umiarkowaną depresję, a 6,7% (N = 34) wyniki sugerujące ciężką depresję. Zaledwie u co piątej badanej (19,7%; N = 103) uzyskane wyniki świadczyły o braku depresji. Nasilenie depresji zależało od: wieku ($p = 0,003$), wsparcia od rodziców ($p = 0,001$), wsparcia (od rodzeństwa – $p < 0,001$, od duchownego – $p = 0,010$, z Internetu – $p < 0,001$), czasu jaki upłynął od rozpoznania nowotworu ($p = 0,002$), rodzaju leczenia (chirurgiczne – $p = 0,013$, hormonalne – $p = 0,008$, chemioterapia – $p = 0,001$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p = 0,003$), akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz od stylu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (styl destrukcyjny – $p < 0,001$, styl konstruktywny – $p = 0,013$).

Wystąpiła zależność istotna statystycznie pomiędzy akceptacją choroby, a stylami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej ($p < 0,001$). Kobiety, które radziły sobie z chorobą w sposób konstruktywny miały wyższy stopień jej akceptacji, przy czym akceptacja choroby była w większym stopniu pod wpływem stylu destrukcyjnego, niż konstruktywnego. Stopień akceptacji choroby determinował nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$). Gdy wzrastało natężenie objawów depresji, stopień akceptacji choroby obniżał się. U kobiet z wyższym poziomem stylu konstruktywnego stwierdzono istotnie mniejsze nasilenie objawów depresji ($p = 0,013$), natomiast u respondentek z wyższym poziomem stylu destrukcyjnego stwierdzono wyższe nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$). Stopień akceptacji choroby nie miał wpływu na relację między stylami przystosowania do choroby, a nasileniem depresji. Styl konstruktywny stanowił niezależny czynnik protekcyjny wobec objawów depresji wśród kobiet z rakiem piersi, a styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji.

Wnioski. Wśród kobiet z rakiem piersi dominował konstruktywny styl zmagania się z chorobą ze strategią pozytywnego przewartościowania i ducha walki, a średnia wartość ogólnego wskaźnika w skali AIS świadczyła o przeciętnym stopniu akceptacji choroby. Kobiety w zdecydowanej większości narażone były na ryzyko wystąpienia depresji. Respondentki stosujące konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą prezentowały wyższy stopień jej akceptacji, a te kobiety, które radziły sobie z chorobą w sposób destrukcyjny, cechował niższy stopień jej akceptacji. Akceptacja choroby była bardziej pod wpływem stylu destrukcyjnego, niż konstruktywnego. Wraz ze wzrostem nasilenia odczuwanych objawów depresji, zmniejszał się stopień akceptacji choroby. Jednak na relację między stylem konstruktywnym i stylem destrukcyjnym, a nasileniem

objawów depresji nie miał wpływu stopień akceptacji choroby. Styl konstruktywny był niezależnym czynnikiem protekcyjnym wobec objawów depresji, natomiast styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji u kobiet z rakiem piersi. Ocena przystosowania do choroby nowotworowej oraz ryzyka wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi jest podstawą do diagnozowania sytuacji zdrowotnej kobiet i planowania interwencji tak, aby zapewnić jak najlepsze funkcjonowanie biopsychospołeczne kobiet. Należy motywować pacjentki do radzenia sobie z chorobą w sposób konstruktywny, ponieważ takie podejście sprawia, iż proces leczenia ma większe szanse na powodzenie, a w sytuacji skutków ubocznych pacjentki łatwiej radzą sobie z problemami. Kobieta, która w sposób konstruktywny radzi sobie z chorobą, łatwiej koncentruje się na określonym zadaniu i jest pacjentką dobrze współpracującą z zespołem terapeutycznym oraz chętniej aktywnie włącza się w proces leczenia.

Słowa kluczowe: rak piersi, przystosowanie psychiczne, akceptacja choroby, depresja.

8. SUMMARY

Adaptation to malignant disease and the risk of depression in women with breast cancer

Introduction. Breast cancer is the most common malignant tumor in women in the world and in Poland. The results of treatment of this cancer are still unsatisfactory, and the consequences of the disease and treatment significantly hinder the functioning of women and their families. The diagnosis of the disease and the subsequent stages of struggling with it cause the occurrence of physical and mental ailments, including anxiety and even depression, which is a mental disorder and is the result of the interaction of biological, mental and social factors resulting from difficult life events, such as diagnosis and breast cancer treatment. A factor that may facilitate the functioning and achievement of the intended therapeutic effect in women with breast cancer is the adaptation to cancer expressed in the cognitive processes and specific behaviors of patients. It is a process that may proceed differently, depending on the psychophysical condition and the stage of treatment. Acceptance of the disease, on the other hand, is an expression of the patient's adaptation to the conditions imposed by the disease and consent to changes in life resulting from its diagnosis. Acceptance enables an objective assessment of one's own health situation, conscious involvement of a woman with breast cancer in the therapeutic process and good adaptation to cancer.

The aim of the study was to assess the adaptation to cancer and the importance of the level of mental adaptation to the disease and the degree of acceptance of the disease for the risk of depression among patients diagnosed with breast cancer.

Material and method. The research was carried out in the period from November 6, 2021 to April 30, 2022 among 560 women diagnosed with breast cancer treated at the Subcarpathian Oncology Center of B. Markiewicz in Brzozów – patients of the Oncological Surgery Clinic, Oncological Surgery Department, Clinical Oncology Department, Chemotherapy and Oncological Hematology Day Department, Radiotherapy Department and Breast Diseases Diagnostics and Treatment Center (BCU). 522 completely completed research tools were accepted for analysis. In the research process, the diagnostic survey method and the survey technique were used as well as four research tools: Author's Questionnaire, The Scale of Mental Adjustment to Cancer Diseases (Mini-MAC), Acceptance of Illness Scale (AIS) and Beck Depression Inventory (BDI). Statistic calculations were performed using the Statistica v. 13.3 static package. For all analyses, the verification of the null hypothesis was carried out at the assumed statistical significance level of $p \leq 0.05$.

Results. The average age of the respondents was 56.42 (MdN = 58.00; SD = 11.70). The study group was dominated by married women (72.8%; N = 380), city dwellers (60.2%; N = 314), with secondary education (43.5%; N = 227), working

(53.7%; N = 287), declaring their economic situation as good (49.0%; N = 256). Nearly half of the respondents (49.2%; N = 257) had breast cancer at the time of diagnosis at T2 stage, and 23.0% (N = 120) at T3 stage. The vast majority of the examined women (82.4%; N = 430) received chemotherapy as a method of treatment, and 64.7% (N = 338) of the patients underwent surgical treatment. Breast cancer metastases occurred in 39.8% (N = 208) of the respondents. The most common women's reaction to the diagnosis of breast cancer was despair and sadness (48.7%; N = 254), while weakness and fatigue are complaints reported by the vast majority of respondents (80.1%; N = 418). Only every fourth woman (25.7%; N = 134) used the advice of a psychologist/psychotherapist.

In psychological adaptation to cancer, the constructive style (M = 43.86; MdN = 44.00; SD = 4.56) prevailed over the destructive style (M = 32.86; MdN = 34.00; SD = 7.25). In the constructive style, the largest group of respondents (82.4%; N = 430) achieved an average level on the Mini-MAC scale, and the smallest group (3.1%; N = 16) a low level. On the other hand, in the destructive style, 64.0% (N = 334) of women achieved the average level, and the lowest number of women – 1.9% (N = 10) achieved the high level. The highest average was achieved by female respondents in the positive reevaluation strategy (M = 22.18; MdN = 22.0; SD = 2.61), slightly lower in the fighting spirit strategy (M = 21.68; MdN = 21.0; SD = 2.88). On the other hand, the lowest intensity of behavior occurred in the helplessness-hopelessness strategy (M = 14.62; MdN = 15.0; SD = 4.04), followed by the anxious preoccupation strategy (M = 18.24; MdN = 19.0; SD = 3.85). Mental adjustment to cancer in terms of destructive style depended on: age ($p < 0.001$), marital status ($p = 0.008$), education ($p = 0.005$), source of income ($p = 0.013$) and economic situation ($p = 0.002$) as well as support received (from husband – $p = 0.001$, from parents – $p = 0.001$, from siblings – $p < 0.001$, from friends – $p < 0.001$), time since diagnosis ($p = 0.009$), chemotherapy treatment ($p = 0.001$), self-assessment of the current state of health ($p < 0.001$), degree of illness acceptance ($p < 0.001$) and severity of depression symptoms ($p < 0.001$). In terms of the constructive style, adaptation to the disease was determined by support (from a husband – $p = 0.014$, from siblings – $p = 0.003$, from friends/colleagues – $p = 0.044$), self-assessment of the current state of health ($p < 0.001$), degree of acceptance of the disease ($p < 0.001$) and severity of depressive symptoms ($p = 0.013$).

The average degree of cancer acceptance in the AIS scale in the study group of women was 25.15 (Mdn = 27.0; SD = 7.94). Most of the surveyed women achieved an average degree of disease acceptance (62.3%; N = 325), much less (22.0%; N = 115) low, and the fewest (15.7%; N = 82) high. The degree of disease acceptance depended on: age ($p < 0.001$), education ($p = 0.013$), occupation ($p = 0.044$), source of income ($p = 0.044$), cancer stage ($p < 0.001$), use of chemotherapy ($p < 0.001$), received support ($p = 0.013$), self-assessment of the current state of health ($p < 0.001$), constructive style ($p < 0.001$), destructive style ($p < 0.001$) and severity of depression symptoms ($p < 0.001$).

The mean depression risk score on the BDI scale was 16.34 (MdN = 16.0; SD = 8.19), with almost half (47.3%; N = 247) of the respondents achieving mild depression scores, 26.3 % (N = 137) of the respondents achieved scores suggesting moderate depression and 6.7% (N = 34) scores suggesting severe depression. Only one in five respondents (19.7%; N = 103) showed no depression. The severity of depression depended on: age ($p = 0.003$), support from parents ($p = 0.001$), support (from siblings – $p < 0.001$, from a priest – $p = 0.010$, from the Internet – $p < 0.001$), time since diagnosis of cancer ($p = 0.002$), type of treatment (surgical – $p = 0.013$, hormonal – $p = 0.008$, chemotherapy – $p = 0.001$), self-assessment of current health status ($p = 0.003$), illness acceptance ($p < 0.001$) and adaptation style to cancer (destructive style – $p < 0.001$, constructive style – $p = 0.013$).

There was a statistically significant relationship between the acceptance of the disease and the styles of mental adaptation to cancer ($p < 0.001$). Women who coped with the disease in a constructive way had a higher degree of its acceptance, and the acceptance of the disease was more influenced by the destructive style than the constructive one. The degree of acceptance of the disease determined the severity of depressive symptoms ($p < 0.001$). As the intensity of depressive symptoms increased, the degree of acceptance of the disease decreased. Significantly lower severity of depressive symptoms was found in women with a higher level of the constructive style ($p = 0.013$), while female respondents with a higher level of the destructive style had a higher severity of depressive symptoms ($p < 0.001$). The degree of acceptance of the disease did not affect the relationship between the styles of adaptation to the disease and the severity of depression. The constructive style was an independent protective factor against depressive symptoms among women with breast cancer, and the destructive style was an independent factor conducive to the occurrence of depressive symptoms.

Conclusions. Among women with breast cancer, a constructive style of coping with the disease with a strategy of positive re-evaluation and fighting spirit prevailed, and the average value of the general index in the AIS scale indicated an average degree of acceptance of the disease. The vast majority of women were at risk of depression. Respondents using a constructive style of coping with the disease presented a higher degree of its acceptance, and those women who dealt with the disease in a destructive way were characterized by a lower degree of its acceptance. The acceptance of illness was more influenced by the destructive style than the constructive one. Along with the increase in the severity of the symptoms of depression, the degree of acceptance of the disease decreased. However, the relationship between the constructive and destructive styles and the severity of depression symptoms was not affected by the degree of acceptance of the disease. The constructive style was an independent protective factor against the symptoms of depression, while the destructive style was an independent factor conducive to the occurrence of depressive symptoms in women with breast cancer.

Assessment of adaptation to cancer and the risk of depression in women with breast cancer is the basis for diagnosing the health situation of women and planning interventions to ensure the best possible biopsychosocial functioning of women. Patients should be motivated to deal with the disease in a constructive way, because this approach makes the treatment process more likely to be successful, and in the event of side effects, patients can cope with problems more easily. A woman who copes with the disease in a constructive way is easier to focus on a specific task and is a patient who cooperates well with the therapeutic team and is more willing to actively participate in the treatment process.

Key words: breast cancer, psychological adjustment, illness acceptance, depression.

9. PIŚMIENICTWO

1. Abo Al-Shiekh SS, Ibrahim MA, Alajerami YS. Breast Cancer Knowledge and Practice of Breast Self-Examination among Female University Students, Gaza. *ScientificWorldJournal*. 2021;2021:6640324. Published 2021 Apr 27. doi:10.1155/2021/6640324.
2. Adamczyk N., Makara-Studzińska M., Sidor K., Pucek W., Wdowiak A. Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii. *Eur. J. Med. Tech*. 2014;3(4):67-75.
3. Ahmad A. Breast Cancer Statistics: Recent Trends. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1152:1-7. doi: 10.1007/978-3-030-20301-6_1. PMID: 31456176.
4. Akbari M, Taheri M, Tabaeian SP, Karimi M, Fayazi H, Fayazi N. The Effect of E-Learning on Self-Efficacy and Sense of Coherence of Cancer Caregivers: Application of the Bandura and Antonovsky Social Cognitive Theory. *Curr Health Sci J*. 2021 Oct-Dec;47(4):539-546. doi: 10.12865/CHSJ.47.04.09. Epub 2021 Dec 31. PMID: 35444825; PMCID: PMC8987468.
5. Al Eid NA, Alqahtani MM, Marwa K, Arnout BA, Alswailem HS, Al Toaimi AA. Religiosity, Psychological Resilience, and Mental Health Among Breast Cancer Patients in Kingdom of Saudi Arabia. *Breast Cancer (Auckl)*. 2020 Mar 17;14:1178223420903054. doi: 10.1177/1178223420903054. PMID: 32214820; PMCID: PMC7081476.
6. Al-Azri MH, Al-Awisi H, Al-Rasbi S, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer among Omani women. *J Health Psychol*. 2014 Jul;19(7):836-46. doi: 10.1177/1359105313479813. Epub 2013 Mar 21. PMID: 23520353.
7. Al-Hilli Z, Wilkerson A. Breast Surgery: Management of Postoperative Complications Following Operations for Breast Cancer. *Surg Clin North Am*. 2021;101(5):845-863. doi:10.1016/j.suc.2021.06.014.
8. Ali R, Draman N, Mohd Yusoff SS, Norsaladah B. Self-Efficacy for Coping with Breast Cancer in North-Eastern State of Peninsular Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020 Oct 1;21(10):2971-2978. doi: 10.31557/APJCP.2020.21.10.2971. PMID: 33112556; PMCID: PMC7798160.
9. Alkabban FM, Ferguson T. Breast Cancer. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; September 26, 2022.
10. Alquraan L, Alzoubi KH, Rababa'h S, Karasneh R, Al-Azzam S, Al-Azayzih A. Prevalence of Depression and the Quality-of-Life of Breast Cancer Patients in Jordan. *J Multidiscip Healthc*. 2020 Nov 3;13:1455-1462. doi: 10.2147/JMDH.S277243. PMID: 33177831; PMCID: PMC7650018.

11. Apriliyanti, T. E., Kusnanto, K., Suwito, J., & Fauzi, A. (2019). Coping Mechanism in Women with Breast Cancer. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 6(3), 408–411. <https://doi.org/10.26699/JNK.V6I3.ART.P408-411>.
12. Archangelo SCV, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019 May 30;74:e883. doi: 10.6061/clinics/2019/e883. PMID: 31166474; PMCID: PMC6542498.
13. Arthur RS, Wang T, Xue X, Kamensky V, Rohan TE. Genetic Factors, Adherence to Healthy Lifestyle Behavior, and Risk of Invasive Breast Cancer Among Women in the UK Biobank [published correction appears in *J Natl Cancer Inst*. 2020 Oct 1;112(10):1076]. *J Natl Cancer Inst*. 2020;112(9):893-901. doi:10.1093/jnci/djz241.
14. Asel M, LeBoeuf NR. Extramammary Paget's Disease. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2019;33(1):73-85. doi:10.1016/j.hoc.2018.09.003.
15. Baczewska B., Kropornicka B., Mazurek P., Block B., Krzyżanowska E., Łuczyk R., Olszak C., Nowicka E., Lorencowicz R., Muraczyńska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii = Coping strategies evaluated in oncological patients on chemotherapy treatment. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(11):205-220. eISSN 2391-8306. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.166237>.
16. Badania nad rakiem w Wielkiej Brytanii. Statystyki raka piersi. 2021. Dostępne z: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer> (dostęp z dnia 20.01.2023).
17. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Goldzweig G, Ever-Hadani P, Hofman G, Krenn G, Samonigg H. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003 Apr;46(1):5-16. doi: 10.1016/s1040-8428(02)00134-8. PMID: 12672514.
18. Balch CM, Harvey Sevier C. Origins of the National Comprehensive Cancer Network. *J Natl Compr Canc Netw*. 2020;18(5):499-502. doi:10.6004/jnccn.2020.7555.
19. Balneaves LG, Long B. An embedded decisional model of stress and coping: implications for exploring treatment decision making by women with breast cancer. *J Adv Nurs*. 1999 Dec;30(6):1321-31. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01239.x. PMID: 10583642.
20. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory–II. Psychological assessment, 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>.

21. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Support among Breast Cancer Patients: in Highly Endogamous Population. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017 Jul 27;18(7):1889-1896. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.7.1889. PMID: 28749617; PMCID: PMC5648395.
22. Borgi M, Collacchi B, Ortona E, Cirulli F. Stress and coping in women with breast cancer: unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020 Dec;119:406-421. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.10.011. Epub 2020 Oct 18. PMID: 33086128.
23. Borgquist S, Hall P, Lipkus I, Garber JE. Towards Prevention of Breast Cancer: What Are the Clinical Challenges?. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2018;11(5):255-264. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-16-0254.
24. Boškailo E, Franjić D, Jurić I, Kiseljaković E, Marijanović I, Babić D. Resilience and Quality of Life of Patients with Breast Cancer. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 4):572-579.
25. Bradley JA, Mendenhall NP. Novel Radiotherapy Techniques for Breast Cancer. *Annu Rev Med*. 2018;69:277-288. doi:10.1146/annurev-med-042716-103422.
26. Brandão T., Schulz MS, Matos PM. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*. 2017;26:917-926. doi: 10.1002/pon.4230.
27. Brandt A. Rak piersi – kryzys egzystencjalny czy estetyczny? Decyzja o rekonstrukcji piersi – analiza jakościowa (Breast cancer – an existential or an aesthetic crisis? A qualitative Analysis of the breast reconstruction decision making). *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):747-759. doi:10.5281/zenodo.999750.
28. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313. PMID: 30207593.
29. Britt KL, Cuzick J, Phillips KA. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nat Rev Cancer*. 2020;20(8):417-436. doi:10.1038/s41568-020-0266-x.
30. Brook N, Brook E, Dharmarajan A, Dass CR, Chan A. Breast cancer bone metastases: pathogenesis and therapeutic targets. *Int J Biochem Cell Biol*. 2018;96:63-78. doi:10.1016/j.biocel.2018.01.003.
31. Browall M, Kenne Sarenmalm E, Persson LO, Wengström Y, Gaston-Johansson F. Patient-reported stressful events and coping strategies in post-menopausal women with breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016 Mar;25(2):324-33. doi: 10.1111/ecc.12294. Epub 2015 Feb 17. PMID: 25690645.

32. Buckman JEJ, Underwood A, Clarke K, Saunders R, Hollon SD, Fearon P, Pilling S. Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clin Psychol Rev.* 2018;64:13-38. doi: 10.1016/j.cpr.2018.07.005. Epub 2018 Jul 29. PMID: 30075313; PMCID: PMC6237833.
33. Budny A, Starosławska E, Budny B, et al. Epidemiologia oraz diagnostyka raka piersi [Epidemiology and diagnosis of breast cancer]. *Pol Merkur Lekarski.* 2019;46(275):195-204.
34. Bueno-Antequera J, Munguía-Izquierdo D. Exercise and Depressive Disorder. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1228:271-287. doi:10.1007/978-981-15-1792-1_18.
35. Buja A, Pierbon M, Lago L, Grotto G, Baldo V. Breast Cancer Primary Prevention and Diet: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4731. Published 2020 Jul 1. doi:10.3390/ijerph17134731.
36. Burstein HJ, Curigliano G, Thürlimann B, Weber WP, Poortmans P, Regan MM, Senn HJ, Winer EP, Gnani M; Panelists of the St Gallen Consensus Conference. Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Ann Oncol.* 2021 Oct;32(10):1216-1235. doi: 10.1016/j.annonc.2021.06.023. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34242744; PMCID: PMC9906308.
37. Cáceres MC, Nadal-Delgado M, López-Jurado C, Pérez-Civantos D, Guerrero-Martín J, Durán-Gómez N. Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(6):3547. Published 2022 Mar 16. doi:10.3390/ijerph19063547.
38. Cai T, Qian J, Yuan C. Dyadic Coping in Couples With Breast Cancer in China. *Cancer Nurs.* 2021;44(6):E458-E466. doi:10.1097/NCC.0000000000000884.
39. Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4(4):CD002748. Published 2018 Apr 5. doi:10.1002/14651858.CD002748.pub4.
40. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review [published correction appears in *J Natl Cancer Inst.* 2020 Jan 1;112(1):118]. *J Natl Cancer Inst.* 2018;110(12):1311-1327. doi:10.1093/jnci/djy177.
41. Casavilca-Zambrano S, Custodio N, Liendo-Picoaga R, Cancino-Maldonado K, Esenarro L, Montesinos R, Bertani S, Fejerman L, Guerchet M, Vidaurre T. Depression in women with a diagnosis of breast cancer. Prevalence of symptoms of depression in Peruvian women with early breast cancer and related sociodemographic factors. *Semin Oncol.* 2020 Oct;47(5):293-301. doi: 10.1053/j.seminoncol.2020.08.003.

42. Cayrefourcq L, Alix-Panabières C. Clinical relevance of liquid biopsy in breast cancer: update in 2020. *Expert Rev Mol Diagn.* 2020;20(9):913-919. doi:10.1080/14737159.2020.1816828.
43. Chabowski M, Polański J, Jankowska-Polanska B, Lomper K, Janczak D, Rosinczuk J. The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer. *J Thorac Dis.* 2017;9(9):2952-2958. doi:10.21037/jtd.2017.08.70.
44. Chao YH, Chu YT, Sheu SJ. [The Experience and Coping Process of Women With Breast Cancer Undergoing Neoadjuvant Chemotherapy]. *Hu Li Za Zhi.* 2022 Jun;69(3):41-49. Chinese. doi: 10.6224/JN.202206_69(3).07. PMID: 35644596.
45. Charos D, Merluzzi TV, Kolokotroni P, Lykeridou K, Deltsidou A, Vivilaki V. Breast cancer and social relationship coping efficacy: validation of the Greek version. *Women Health.* 2021 Nov-Dec;61(10):947-956. doi: 10.1080/03630242.2021.1994101. Epub 2021 Oct 27. PMID: 34706626.
46. Che Mohamed N, Moey SF, Lim BC. Validity and Reliability of Health Belief Model Questionnaire for Promoting Breast Self-examination and Screening Mammogram for Early Cancer Detection. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(9):2865-2873. Published 2019 Sep 1. doi:10.31557/APJCP.2019.20.9.2865.
47. Chen M, Zhao L. Mapping breast cancer survivors' psychosocial coping along disease trajectory: A language approach. *J Health Psychol.* 2021 Nov;26(13):2563-2576. doi: 10.1177/1359105320919893. Epub 2020 May 14. PMID: 32403950.
48. Cheng H, Sit JW, Twinn SF, Cheng KK, Thorne S. Coping with breast cancer survivorship in Chinese women: the role of fatalism or fatalistic voluntarism. *Cancer Nurs.* 2013 May-Jun;36(3):236-44. doi: 10.1097/NCC.0b013e31826542b2. PMID: 22964870.
49. Chlebowski RT, Anderson GL, Aragaki AK, Manson JE, Stefanick ML, Pan K, Barrington W, Kuller LH, Simon MS, Lane D, Johnson KC, Rohan TE, Gass MLS, Cauley JA, Paskett ED, Sattari M, Prentice RL. Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA.* 2020 Jul 28;324(4):369-380. doi: 10.1001/jama.2020.9482. PMID: 32721007; PMCID: PMC7388026.
50. Chojnacka-Szawłowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania W: K. Walden-Gałuszko (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000; 55-70.
51. Cieślak K, Golusiński W. Coping with loss of ability vs. acceptance of disease in women after breast cancer treatment. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2017 May-

- Jun;22(3):231-236. doi: 10.1016/j.rpor.2017.01.001. Epub 2017 Apr 22. PMID: 28461788; PMCID: PMC5403782.
52. Cipora E, Karwat ID. Niepełnosprawność kobiet w następstwie raka piersi – funkcjonowanie w środowisku życia. W: Doświadczenie niepełnosprawności w rodzinie, red. B. Szluz. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego w Rzeszowie. Rzeszów 2019:93-110.
 53. Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Rocznik W, Babuška-Rocznik M. Surgical method of treatment and level of satisfaction with life among women diagnosed with breast cancer, according to time elapsed since performance of surgery. *Ann Agric Environ Med*. 2018 Sep 25;25(3):453-459. doi: 10.26444/aaem/91586. Epub 2018 Jun 11. PMID: 30260191.
 54. Cipora E, Konieczny M, Sobieszcański J. Acceptance of illness by women with breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2018 Mar 14;25(1):167-171. doi: 10.26444/aaem/75876. Epub 2017 Jul 10. PMID: 29575856.
 55. Cipora E. Prevention of breast cancer – the importance of screening test. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8): 1733-1749. doi: 10.5281/zenodo.1202415.
 56. Civilotti C, Acquadro Maran D, Santagata F, Varetto A, Stanizzo MR. The use of the Distress Thermometer and the Hospital Anxiety and Depression Scale for screening of anxiety and depression in Italian women newly diagnosed with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2020;28(10):4997-5004. doi:10.1007/s00520-020-05343-x.
 57. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*. 2001 Oct 27;358(9291):1389-99. doi: 10.1016/S0140-6736(01)06524-2. PMID: 11705483.
 58. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2012 Nov;13(11):1141-51. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70425-4. Epub 2012 Oct 17. PMID: 23084519; PMCID: PMC3488186.
 59. Compas BE, Beckjord E, Agocha B, Sherman ML, Langrock A, Grossman CI, Dausch B, Glinder J, Kaiser C, Anderson-Hanley C, Luecken L. Measurement of coping and stress responses in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006 Dec;15(12):1038-54. doi: 10.1002/pon.999. PMID: 17009343.
 60. Condorelli R, Vaz-Luis I. Managing side effects in adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2018;18(11):1101-1112. doi:10.1080/14737140.2018.1520096.

61. Conti A, Duggento A, Indovina I, Guerrisi M, Toschi N. Radiomics in breast cancer classification and prediction. *Semin Cancer Biol.* 2021;72:238-250. doi:10.1016/j.semcancer.2020.04.002.
62. Corder GW, Foreman DI. *Nonparametric statistics: A step-by-step approach.* John Wiley & Sons 2014.
63. Coughlin SS. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Res Treat.* 2019 Oct;177(3):537-548. doi: 10.1007/s10549-019-05340-7. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31270761.
64. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(12):129. Published 2019 Nov 23. doi:10.1007/s11920-019-1117-x.
65. Cuzick J, Sestak I, Forbes JF, Dowsett M, Cawthorn S, Mansel RE, Loibl S, Bonanni B, Evans DG, Howell A; IBIS-II investigators. Use of anastrozole for breast cancer prevention (IBIS-II): long-term results of a randomised controlled trial. *Lancet.* 2020 Jan 11;395(10218):117-122. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32955-1. Epub 2019 Dec 12. Erratum in: *Lancet.* 2020 Feb 15;395(10223):496. Erratum in: *Lancet.* 2021 Feb 27;397(10276):796. PMID: 31839281; PMCID: PMC6961114.
66. Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer.* 2016 Jul;23(4):654-61. doi: 10.1007/s12282-015-0620-0. Epub 2015 Jun 2. PMID: 26031432; PMCID: PMC4911383.
67. Czerw A, Religioni U, Sygit K, Nieradko-Heluszeko A, Mękal D, Partyka O, Mikos M, Eid M, Strzepak Ł, Banaś T. Pain Control, Acceptance and Adjustment to the Disease among Patients with Ovarian, Endometrial and Breast Cancer in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Nov 19;18(22):12148. doi: 10.3390/ijerph182212148. PMID: 34831905; PMCID: PMC8625774.
68. Czerw A, Religioni U, Szumilas P, Sygit K, Partyka O, Mękal D, Jopek S, Mikos M, Strzepak Ł. Normalization of the AIS (Acceptance of Illness Scale) questionnaire and the possibility of its use among cancer patients. *Ann Agric Environ Med.* 2022 Jun 24;29(2):269-273. doi: 10.26444/aaem/144197. Epub 2021 Nov 30. PMID: 35767762.
69. Czerw AI, Religioni U, Deptała A, Fronczak A. Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. *Arch Med Sci.* 2017 Oct;13(6):1459-1466. doi: 10.5114/aoms.2016.58458. Epub 2016 Mar 8. PMID: 29181078; PMCID: PMC5701675.
70. Czerw AI, Religioni U, Deptała A, Walewska-Zielecka B. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients. *Prz Gastroenterol.* 2016;11(2):96-103. doi:

- 10.5114/pg.2015.52561. Epub 2015 Jun 26. PMID: 27350836; PMCID: PMC4916231.
71. Czerw AI, Religioni U, Deptała A. Adjustment to Life with Lung Cancer. *Adv Clin Exp Med*. 2016 Jul-Aug;25(4):733-40. doi: 10.17219/acem/61014. PMID: 27629848.
 72. Day CM, Hickey SM, Song Y, Plush SE, Garg S. Novel Tamoxifen Nanoformulations for Improving Breast Cancer Treatment: Old Wine in New Bottles. *Molecules*. 2020 Mar 5;25(5):1182. doi: 10.3390/molecules25051182. PMID: 32151063; PMCID: PMC7179425.
 73. De Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and Breast Cancer: A Literature Review on Prevention, Treatment and Recurrence. *Nutrients*. 2019;11(7):1514. Published 2019 Jul 3. doi:10.3390/nu11071514.
 74. de Souza BF, de Moraes JA, Inocenti A, dos Santos MA, Silva AE, Miasso AI. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Oct;22(5):866-73. doi: 10.1590/0104-1169.3564.2491. PMID: 25493684; PMCID: PMC4292673.
 75. de Walden-Gałaszko K. (red.). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, PZWL, Warszawa 2021.
 76. Dean LT, Gehlert S, Neuhaus ML, Oh A, Zanetti K, Goodman M, Thompson B, Visvanathan K, Schmitz KH. Social factors matter in cancer risk and survivorship. *Cancer Causes Control*. 2018 Jul;29(7):611-618. doi: 10.1007/s10552-018-1043-y. Epub 2018 May 30. PMID: 29846844; PMCID: PMC5999161.
 77. Deli T, Orosz M, Jakab A. Hormone Replacement Therapy in Cancer Survivors - Review of the Literature. *Pathol Oncol Res*. 2020;26(1):63-78. doi:10.1007/s12253-018-00569-x.
 78. DeMiglio L, Murdoch V, Ivison J, Fageria S, Voutsadakis IA. Factors influencing psychological wellbeing of early breast cancer patients. *Rep Pract Oncol Radiother*. 2020 Nov-Dec;25(6):913-918. doi: 10.1016/j.rpor.2020.09.009. Epub 2020 Oct 2. PMID: 33088226; PMCID: PMC7553884.
 79. Depression. (2021, September 13). *Who.Int*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (dostęp: 09.01.2023).
 80. Desreux JAC. Breast cancer screening in young women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;230:208-211. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.05.018.
 81. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep*. 2021;23(3):38. Published 2021 Mar 11. doi:10.1007/s11912-021-01049-3.
 82. Dryhnicz M., Rzepa T. The Level of Anxiety, Acceptance of Disease and Strategy of Coping with Stress in Patients Oncological and Non-oncological. *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska*. 2018;31:7-21.

83. Dubovsky SL, Ghosh BM, Serotte JC, Cranwell V. Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. *Psychother Psychosom.* 2021;90(3):160-177. doi:10.1159/000511348.
84. Duijf PHG, Nanayakkara D, Nones K, Srihari S, Kalimutho M, Khanna KK. Mechanisms of Genomic Instability in Breast Cancer. *Trends Mol Med.* 2019;25(7):595-611. doi:10.1016/j.molmed.2019.04.004.
85. Dumrongpanapakorn P, Liamputtong P. Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. *Health Promot Int.* 2017 Oct 1;32(5):768-777. doi: 10.1093/heapro/dav023. PMID: 25876908.
86. Emens LA. Breast Cancer Immunotherapy: Facts and Hopes. *Clin Cancer Res.* 2018;24(3):511-520. doi:10.1158/1078-0432.CCR-16-3001.
87. Erić I, Petek Erić A, Kristek J, Koprivčić I, Babić M. Breast cancer in young women: pathologic and immunohistochemical features. *Acta Clin Croat.* 2018 Sep;57(3):497-502. doi: 10.20471/acc.2018.57.03.13. PMID: 31168183; PMCID: PMC6536281.
88. Fahad Ullah M. Breast Cancer: Current Perspectives on the Disease Status. *Adv Exp Med Biol.* 2019;1152:51-64. doi:10.1007/978-3-030-20301-6_4.
89. Fasano J, Shao T, Huang HH, Kessler AJ, Kolodka OP, Shapiro CL. Optimism and coping: do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2020 Oct;183(3):495-501. doi: 10.1007/s10549-020-05800-5. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32691379.
90. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer.* 2021 Apr 5. doi: 10.1002/ijc.33588. Epub ahead of print. PMID: 33818764.
91. Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S, Coto-Lesmes R, Pedrosa I. Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Anxiety and Depression in Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial. *Behav Modif.* 2021 Sep;45(5):822-859. doi: 10.1177/0145445520916441. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32316765.
92. Fisusi FA, Akala EO. Drug Combinations in Breast Cancer Therapy. *Pharm Nanotechnol.* 2019;7(1):3-23. doi:10.2174/2211738507666190122111224.
93. Fortin J, Leblanc M, Elgbeili G, Cordova MJ, Marin MF, Brunet A. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *Br J Cancer.* 2021;125(11):1582-1592. doi:10.1038/s41416-021-01542-3.
94. Fortner RT, Sisti J, Chai B, Collins LC, Rosner B, Hankinson SE, Tamimi RM, Eliassen AH. Parity, breastfeeding, and breast cancer risk by hormone receptor status and molecular phenotype: results from the Nurses' Health Studies. *Breast Cancer Res.* 2019 Mar 12;21(1):40. doi: 10.1186/s13058-019-1119-y. PMID: 30867002; PMCID: PMC6416887.

95. Fradelos EC, Latsou D, Mitsi D, Tsaras K, Lekka D, Lavdaniti M, Tzavella F, Papathanasiou IV. Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2018;22(3):172-177. doi: 10.5114/wo.2018.78947. Epub 2018 Sep 30. PMID: 30455589; PMCID: PMC6238091.
96. Franjić D, Babić D, Marijanović I, Martinac M. Association between Resilience and Quality of Life in Patients with Colon Cancer. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 13):297-303.
97. Funkhouser CJ, Kaiser AJE, Alqueza KL, Carrillo VL, Hoffman LMK, Nabb CB, Auerbach RP, Shankman SA. Depression risk factors and affect dynamics: An experience sampling study. *J Psychiatr Res*. 2021 Mar;135:68-75. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.01.007. Epub 2021 Jan 7. PMID: 33450467; PMCID: PMC7914176.
98. Gacek E, Siwek M. Psychosocial functioning of women after mastectomy. Part I. Subjective assessment of selected aspects of life by women after mastectomy. *Psychoonkologia*. 2018;22(3):90-95. doi:10.5114/pson.2018.87888.
99. Geyer S, Koch-Giesselmann H, Noeres D. Coping with breast cancer and relapse: Stability of coping and long-term outcomes in an observational study over 10 years. *Soc Sci Med*. 2015 Jun;135:92-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.04.027. Epub 2015 Apr 26. PMID: 25957951.
100. Gibbons SW, Ross A, Wehrlen L, Klagholz S, Bevans M. Enhancing the cancer caregiving experience: Building resilience through role adjustment and mutuality. *Eur J Oncol Nurs*. 2019;43:101663. doi:10.1016/j.ejon.2019.09.004.
101. Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, Gyawali B, McCormack V, McLaughlin de Anderson M, Mehrotra R, Mohar A, Murillo R, Pace LE, Paskett ED, Romanoff A, Rositch AF, Scheel JR, Schneidman M, Unger-Saldaña K, Vanderpuye V, Wu TY, Yuma S, Dvaladze A, Duggan C, Anderson BO. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*. 2020 May 15;126 Suppl 10(Suppl 10):2379-2393. doi: 10.1002/cncr.32887. PMID: 32348566; PMCID: PMC7237065.
102. Glińska J, Dańko E, Dziki Ł, Dziki A, Kunikowska B. Przystosowanie psychiczne osób z chorobą nowotworową po leczeniu chirurgicznym / Mental adaptation of people with cancer after surgery. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/ Surgical and Vascular Nursing*. 2020;14(3):106-111.
103. Gok Metin Z, Karadas C, Izgu N, Ozdemir L, Demirci U. Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: An assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2019;42:116-125. doi:10.1016/j.ejon.2019.09.003.

104. Goodman LA, Kruskal WH. Measures of Association for Cross Classifications. *Journal of the American Statistical Association*. 1954;49 (268):732-764. doi:10.2307/2281536.
105. Gradishar WJ, Anderson BO, Abraham J, Aft R, Agnese D, Allison KH, Blair SL, Burstein HJ, Dang C, Elias AD, Giordano SH, Goetz MP, Goldstein LJ, Isakoff SJ, Krishnamurthy J, Lyons J, Marcom PK, Matro J, Mayer IA, Moran MS, Mortimer J, O'Regan RM, Patel SA, Pierce LJ, Rugo HS, Sitapati A, Smith KL, Smith ML, Soliman H, Stringer-Reasor EM, Telli ML, Ward JH, Young JS, Burns JL, Kumar R. Breast Cancer, Version 3.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2020 Apr;18(4):452-478. doi: 10.6004/jnccn.2020.0016. PMID: 32259783.
106. Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, Temel JS, Jackson VA. Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):915-925. doi: 10.1200/JCO.19.00013. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023161; PMCID: PMC7082158.
107. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res*. 1989;33(3):373-377. doi:10.1016/0022-3999(89)90027-5.
108. Grygorczuk A. Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria* 2008;5(3): 111-115.
109. Gudenkauf LM, Ehlers SL. Psychosocial interventions in breast cancer survivorship care. *Breast*. 2018;38:1-6. doi:10.1016/j.breast.2017.11.005.
110. Günüşen NP, İnan FŞ, Üstün B. Experiences of Turkish women with breast cancer during the treatment process and facilitating coping factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(5):3143-9. PMID: 23803093.
111. Guo R, Lu G, Qin B, Fei B. Ultrasound Imaging Technologies for Breast Cancer Detection and Management: A Review. *Ultrasound Med Biol*. 2018;44(1):37-70. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2017.09.012.
112. Guo W, Key TJ, Reeves GK. Adiposity and breast cancer risk in postmenopausal women: Results from the UK Biobank prospective cohort. *Int J Cancer*. 2018 Sep 1;143(5):1037-1046. doi: 10.1002/ijc.31394. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29569713; PMCID: PMC6099222.
113. Gutnik L, Fayanju OM. Controversies in Breast Cancer Surgery. *Surg Clin North Am*. 2021;101(6):1033-1044. doi:10.1016/j.suc.2021.06.002.
114. Hammen C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14:1-28. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811.
115. Hammoudeh W, Hogan D, Giacaman R. From a Death Sentence to a Disrupted Life: Palestinian Women's Experiences and Coping With Breast Cancer. *Qual*

- Health Res. 2017 Mar;27(4):487-496. doi: 10.1177/1049732316628833. Epub 2016 Jul 10. PMID: 26873996.
116. Haussmann J, Corradini S, Nestle-Kraemling C, Bölke E, Njanang FJD, Tamaskovics B, Orth K, Ruckhaeberle E, Fehm T, Mohrmann S, Simiantonakis I, Budach W, Matuschek C. Recent advances in radiotherapy of breast cancer. *Radiat Oncol*. 2020 Mar 30;15(1):71. doi: 10.1186/s13014-020-01501-x. PMID: 32228654; PMCID: PMC7106718.
117. He MY, Rancoule C, Rehailia-Blanchard A, Espenel S, Trone JC, Bernichon E, Guillaume E, Vallard A, Magné N. Radiotherapy in triple-negative breast cancer: Current situation and upcoming strategies. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2018 Nov;131:96-101. doi: 10.1016/j.critrevonc.2018.09.004. Epub 2018 Sep 12. PMID: 30293712.
118. Heer E, Harper A, Escandor N, Sung H, McCormack V, Fidler-Benaoudia MM. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. *Lancet Glob Health*. 2020 Aug;8(8):e1027-e1037. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30215-1. PMID: 32710860.
119. Hinz A, Herzberg PY, Lordick F, Weis J, Faller H, Brähler E, Härter M, Wegscheider K, Geue K, Mehnert A. Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Sep;28(5):e13129. doi: 10.1111/ecc.13129. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31290218.
120. Hodges K, Winstanley S. Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: a path analysis. *Stress Health*. 2012 Dec;28(5):408-15. doi: 10.1002/smi.2471. PMID: 23129560.
121. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*. 2005 May 25;293(20):2479-86. doi: 10.1001/jama.293.20.2479. PMID: 15914748.
122. Honari S., Soltani D., Mirimoghaddam M.M. Kheiri N, Rouhbakhsh Zahmatkesh MR, Saghebdoust S. Post-Traumatic Stress Disorder and Post-Traumatic Growth in Patients with Breast Cancer: A Retrospective Cross-Sectional Study in a Developing Country. *Indian J Gynecol Oncolog* 20, 60 (2022). doi: 10.1007/s40944-022-00654-9.
123. <https://szpital-brzozow.pl/czym-jest-bcu%e2%80%8b/>; dostęp z dn. 27.04.2022.
124. <https://szpital-brzozow.pl/historia/>; dostęp z dn. 27.04.2022.
125. <https://szpital-brzozow.pl/o-oddziale-dziennym/>; dostęp z dn. 27.04.2022.
126. <https://szpital-brzozow.pl/zaklad-radioterapii/>; dostęp z dn. 27.04.2022.

127. Hu RY, Wang JY, Chen WL, Zhao J, Shao CH, Wang JW, Wei XM, Yu JM. Stress, coping strategies and expectations among breast cancer survivors in China: a qualitative study. *BMC Psychol.* 2021 Feb 8;9(1):26. doi: 10.1186/s40359-021-00515-8. PMID: 33557956; PMCID: PMC7869238.
128. Husna PH; Marni; Nurtanti S, Handayani S, Ratnasari NY, Ambarwati R, Susanto T. Breast self-examination education for skill and behavior. *Educ Health (Abingdon).* 2019 May-Aug;32(2):101-102. doi: 10.4103/efh.EfH_226_18. PMID: 31745006.
129. Ivanov SV, Voronova EI. Terapiya depressii pri somaticheskikh zabollevaniyakh [Depression therapy for somatic diseases]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2021;121(5. Vyp. 2):106-112. doi:10.17116/jnevro2021121052106.
130. Iwamoto T, Kajiwara Y, Zhu Y, Iha S. Biomarkers of neoadjuvant/adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Chin Clin Oncol.* 2020;9(3):27. doi:10.21037/cco.2020.01.06.
131. Jafari SH, Saadatpour Z, Salmaninejad A, Momeni F, Mokhtari M, Nahand JS, Rahmati M, Mirzaei H, Kianmehr M. Breast cancer diagnosis: Imaging techniques and biochemical markers. *J Cell Physiol.* 2018 Jul;233(7):5200-5213. doi: 10.1002/jcp.26379. Epub 2018 Jan 19. PMID: 29219189.
132. Jankowska-Polańska B, Świątoniowska-Lonc N, Ośmiałowska E, Gałka A, Chabowski M. The Association Between Illness Acceptance and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Cancer Manag Res.* 2020 Sep 14;12:8451-8464. doi: 10.2147/CMAR.S261624. PMID: 32982439; PMCID: PMC7500846.
133. Johns SA, Stutz PV, Talib TL, Cohee AA, Beck-Coon KA, Brown LF, Wilhelm LR, Monahan PO, LaPradd ML, Champion VL, Miller KD, Giesler RB. Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer.* 2020 Jan 1;126(1):211-218. doi: 10.1002/cncr.32518. Epub 2019 Sep 20. PMID: 31539169; PMCID: PMC6906228.
134. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.*
135. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gałuszkó K (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-43.*
136. Kamińska M, Ciszewski T, Kukiełka-Budny B, Kubiowski T, Baczewska B, Makara-Studzińska M, Starosławska E, Bojar I. Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med.* 2015;22(4):724-30. doi: 10.5604/12321966.1185784. PMID: 26706986.

137. Kamińska M, Kubiawski T, Ciszewski T, Czarnocki KJ, Makara-Studzińska M, Bojar I, Starosławska E. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med.* 2015;22(1):185-9. doi: 10.5604/12321966.1141392. PMID: 25780852.
138. Kapela I, Bąk E, Krzemińska S, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ* 2017;26:53-61.
139. Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, Zaguia A, Koundal S, Belay A. Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. *Biomed Res Int.* 2022 Apr 18;2022:9605439. doi: 10.1155/2022/9605439. PMID: 35480139; PMCID: PMC9038417.
140. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. *Br J Hosp Med (Lond).* 2022;83(2):1-7. doi:10.12968/hmed.2021.0459.
141. Kaufman CS. Increasing Role of Oncoplastic Surgery for Breast Cancer. *Curr Oncol Rep.* 2019;21(12):111. Published 2019 Dec 14. doi:10.1007/s11912-019-0860-9.
142. Kavanagh, D. *Stress, Appraisal and Coping*; S. Lazarus and S. Folkman, New York: Springer, 1984, pp. 444,. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1986;14(4):345-345. doi:10.1017/S0141347300015019.
143. Keenan TE, Tolaney SM. Role of Immunotherapy in Triple-Negative Breast Cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2020;18(4):479-489. doi:10.6004/jnccn.2020.7554.
144. Khodaveirdyzadeh R, Rahimi R, Rahmani A, Ghahramanian A, Kodayari N, Eivazi J. Spiritual/Religious Coping Strategies and their Relationship with Illness Adjustment among Iranian Breast Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(8):4095-9. PMID: 27644667.
145. Kim K, Park H. Factors affecting anxiety and depression in young breast cancer survivors undergoing radiotherapy. *Eur J Oncol Nurs.* 2021;50:101898. doi:10.1016/j.ejon.2021.101898.
146. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukiełka-Budny B, Burdan F. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med.* 2017 Dec 23;24(4):549-553. doi: 10.26444/aaem/75943. Epub 2017 Jul 18. PMID: 29284222.
147. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B, Grochowska A. The factors determining acceptance and adjustment to cancer. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne I Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing.* 2015;9(3):165-169.

148. Komendarek-Kowalska M. Quality of life of a patient with cancer. Pain and depression – severity of symptoms depending on gender. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2018;10(1):30-36. doi:10.5114/pm.2018.77204.
149. Komori T, Makinodan M, Kishimoto T. Social status and modern-type depression: A review. *Brain Behav*. 2019;9(12):e01464. doi:10.1002/brb3.1464.
150. Konieczny M. Jakość życia kobiet po mastektomii (Quality of life of women after mastectomy). *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(1):21-33. doi:10.12775/JEHS.2022.12.01.002.
151. Kozak G. Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anestezjol Ratown* 2012;6:162-170.
152. Krajewski W, Mazur M, Poterek A, Pastuszek A, Halska U, Tukiendorf A, Rymaszewska J, Zdrojowy R. Assessment of Pain Management, Acceptance of Illness, and Adjustment to Life with Cancer in Patients with Nonmuscle Invasive Bladder Cancer. *Biomed Res Int*. 2018 Oct 22;2018:7598632. doi: 10.1155/2018/7598632. PMID: 30426013; PMCID: PMC6217895.
153. Kristofferzon ML, Engström M, Nilsson A. Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2018 Jul;27(7):1855-1863. doi: 10.1007/s11136-018-1845-0. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29623597; PMCID: PMC5997720.
154. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(3):409-419. doi:10.1016/j.ogc.2020.05.001.
155. Kubas Z. Jak budowałem szpital w Brzozowie; Muzeum Regionalne im. Adama Fastnachta w Brzozowie; Brzozów 1996.
156. Kulpa M, Kosowicz M, Flaga-Łuczkiwicz M, Stypuła-Ciuba B. Strategie radzenia sobie z chorobą i poczucie własnej skuteczności u pacjentów chorych onkologicznie (Coping strategies and sense of control in patients with oncological disease). *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2019;11(2):81-87. doi:10.5114/pm.2019.86532.
157. Kulpa M, Kosowicz M, Ziętalewicz U, Stypuła-Ciuba B, Sosnowski R. Psychological adaptation to cancer control emotion and cognitive patients with cancer of the genitourinary system. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2017;9(1):30-34.
158. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. The impact of mental adjustment to cancer to the quality of life. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2013;5(3):106-113.
159. Lammert J, Grill S, Kiechle M. Modifiable Lifestyle Factors: Opportunities for (Hereditary) Breast Cancer Prevention - a Narrative Review. *Breast Care (Basel)*.

- 2018 Apr;13(2):109-114. doi: 10.1159/000488995. Epub 2018 Apr 20. PMID: 29887787; PMCID: PMC5981672.
160. Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):13-22. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin. PMID: 29946207; PMCID: PMC6016045.
161. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping Strategies Used by Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: A Literature Review. *Cancer Nurs*. 2018 Sep/Oct;41(5):E23-E39. doi: 10.1097/NCC.0000000000000528. PMID: 28723724.
162. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer Verlag, New York, 1984.
163. Lee A, Mavaddat N, Wilcox AN, Cunningham AP, Carver T, Hartley S, Babb de Villiers C, Izquierdo A, Simard J, Schmidt MK, Walter FM, Chatterjee N, Garcia-Closas M, Tischkowitz M, Pharoah P, Easton DF, Antoniou AC. BOADICEA: a comprehensive breast cancer risk prediction model incorporating genetic and nongenetic risk factors. *Genet Med*. 2019 Aug;21(8):1708-1718. doi: 10.1038/s41436-018-0406-9. Epub 2019 Jan 15. Erratum in: *Genet Med*. 2019 Feb 21;: PMID: 30643217; PMCID: PMC6687499.
164. Lee A, Moon BI, Kim TH. BRCA1/BRCA2 Pathogenic Variant Breast Cancer: Treatment and Prevention Strategies. *Ann Lab Med*. 2020;40(2):114-121. doi:10.3343/alm.2020.40.2.114.
165. Lev S. Targeted therapy and drug resistance in triple-negative breast cancer: the EGFR axis. *Biochem Soc Trans*. 2020;48(2):657-665. doi:10.1042/BST20191055.
166. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Acceptance of cancer by women after mastectomy in Western Pomerania region – preliminary studies. *Fam Med Prim Care Rev*. 2016;18(2):143-148. doi:10.5114/fmpcr/59998.
167. Li B, Xia L, Yang J, Wen M, Yu M, Mou E, Liu S, Li H, Wang H. Enhancing social support and knowledge perception decreases patient delay in breast cancer. *Gland Surg*. 2021 Jul;10(7):2220-2231. doi: 10.21037/gS-21-227. PMID: 34422593; PMCID: PMC8340337.
168. Li H, Wu J, Ni Q, Zhang J, Wang Y, He G. Systematic Review and Meta-Analysis of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Patients With Breast Cancer. *Nurs Res*. 2021 Jul-Aug 01;70(4):E152-E160. doi: 10.1097/NNR.0000000000000499. PMID: 33492055.
169. Li L, Li S, Wang Y, Yi J, Yang Y, He J, Zhu X. Coping Profiles Differentiate Psychological Adjustment in Chinese Women Newly Diagnosed With Breast Cancer. *Integr Cancer Ther*. 2017 Jun;16(2):196-204. doi: 10.1177/1534735416646854. Epub 2016 May 6. PMID: 27154183; PMCID: PMC5739123.

170. Liang Y, Zhang H, Song X, Yang Q. Metastatic heterogeneity of breast cancer: Molecular mechanism and potential therapeutic targets. *Semin Cancer Biol.* 2020;60:14-27. doi:10.1016/j.semcancer.2019.08.012.
171. Ligibel JA, Basen-Engquist K, Bea JW. Weight Management and Physical Activity for Breast Cancer Prevention and Control. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2019;39:e22-e33. doi:10.1200/EDBK_237423.
172. Litton JK, Burstein HJ, Turner NC. Molecular Testing in Breast Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2019;39:e1-e7. doi:10.1200/EDBK_237715.
173. Loibl S, Poortmans P, Morrow M, Denkert C, Curigliano G. Breast cancer [published correction appears in *Lancet.* 2021 May 8;397(10286):1710]. *Lancet.* 2021;397(10286):1750-1769. doi:10.1016/S0140-6736(20)32381-3.
174. Lotter W, Diab AR, Haslam B, Kim JG, Grisot G, Wu E, Wu K, Onieva JO, Boyer Y, Boxerman JL, Wang M, Bandler M, Vijayaraghavan GR, Gregory Sorensen A. Robust breast cancer detection in mammography and digital breast tomosynthesis using an annotation-efficient deep learning approach. *Nat Med.* 2021 Feb;27(2):244-249. doi: 10.1038/s41591-020-01174-9. Epub 2021 Jan 11. PMID: 33432172; PMCID: PMC9426656.
175. Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Helmreich I, Lieb K. Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;51-52(51-52):865-872. doi:10.3238/arztebl.2019.0865.
176. Lyons TG. Targeted Therapies for Triple-Negative Breast Cancer. *Curr Treat Options Oncol.* 2019;20(11):82. Published 2019 Nov 21. doi:10.1007/s11864-019-0682-x.
177. Łuczyk M., Pietraszek A., Łuczyk R., Stanisławek A., Szadowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi = Illness acceptance among women who have undergone surgical treatment for a breast neoplasm. *Journal of Education, Health and Sport.* 2015;5(9):569-576. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.29066>.
178. Ma H, Ursin G, Xu X, Lee E, Togawa K, Malone KE, Marchbanks PA, McDonald JA, Simon MS, Folger SG, Lu Y, Sullivan-Halley J, Deapen DM, Press MF, Bernstein L. Body mass index at age 18 years and recent body mass index in relation to risk of breast cancer overall and ER/PR/HER2-defined subtypes in white women and African-American women: a pooled analysis. *Breast Cancer Res.* 2018 Jan 22;20(1):5. doi: 10.1186/s13058-017-0931-5. PMID: 29357906; PMCID: PMC5778748.
179. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Álvarez-Fuentes E, Iraurgi I. Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. *PLoS One.* 2021;16(5):e0252075. Published 2021 May 24. doi:10.1371/journal.pone.0252075.

180. Macía P, Gorbeña S, Barranco M, Alonso E, Iraurgi I. Role of resilience and emotional control in relation to mental health in people with cancer. *J Health Psychol.* 2022;27(1):211-222. doi:10.1177/1359105320946358.
181. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet.* 2018;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
182. Mann RM, Kuhl CK, Moy L. Contrast-enhanced MRI for breast cancer screening. *J Magn Reson Imaging.* 2019;50(2):377-390. doi:10.1002/jmri.26654.
183. Manouchehri E, Taghipour A, Ebadi A, Homaei Shandiz F, Latifnejad Roudsari R. How do I deal with breast cancer: a qualitative inquiry into the coping strategies of Iranian women survivors. *BMC Womens Health.* 2022 Jul 8;22(1):284. doi: 10.1186/s12905-022-01865-0. Erratum in: *BMC Womens Health.* 2022 Jul 25;22(1):312. PMID: 35804362; PMCID: PMC9270789.
184. Mazurek E. Rak piersi i emocje. Małżonkowie wobec decyzji o rekonstrukcji piersi u żony. *Przegląd Pedagogiczny* 2016;2:227-240.
185. Mazurkiewicz A, Makara-Studzińska M. The relation between social support and posttraumatic growth in women treated for cancer. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine.* 2015;7(2):139-144.
186. McCarron RM, Shapiro B, Rawles J, Luo J. Depression. *Ann Intern Med.* 2021;174(5):ITC65-ITC80. doi:10.7326/AITC202105180.
187. McFarland DC, Shaffer KM, Tiersten A, Holland J. Prevalence of physical problems detected by the distress thermometer and problem list in patients with breast cancer. *Psychooncology.* 2018;27(5):1394-1403. doi:10.1002/pon.4631.
188. Menkiszak J, Chudecka-Głaz A, Gronwald J, Cymbaluk-Płoska A, Celewicz A, Świniarska M, Wężowska M, Bedner R, Zielińska D, Tarnowska P, Jakubowicz J, Kojs Z. Prophylactic salpingo-oophorectomy in BRCA1 mutation carriers and postoperative incidence of peritoneal and breast cancers. *J Ovarian Res.* 2016 Feb 29;9:11. doi: 10.1186/s13048-016-0220-4. PMID: 26928677; PMCID: PMC4772302.
189. Merritt BG, Degesys CA, Brodland DG. Extramammary Paget Disease [published correction appears in *Dermatol Clin.* 2019 Oct;37(4):xiii]. *Dermatol Clin.* 2019;37(3):261-267. doi:10.1016/j.det.2019.02.002.
190. Mikal JP, Beckstrand MJ, Parks E, Oyenuga M, Odebunmi T, Okedele O, Uchino B, Horvath K. Online social support among breast cancer patients: longitudinal changes to Facebook use following breast cancer diagnosis and transition off therapy. *J Cancer Surviv.* 2020 Jun;14(3):322-330. doi: 10.1007/s11764-019-00847-w. Epub 2020 Jan 3. PMID: 31897878.
191. Momenimovahed Z., Salehiniya H.; Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world; *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2019; 11: 151-164.

192. Montagnese C, Porciello G, Vitale S, Palumbo E, Crispo A, Grimaldi M, Calabrese I, Pica R, Prete M, Falzone L, Libra M, Cubisino S, Poletto L, Martinuzzo V, Coluccia S, Esindi N, Nocerino F, Minopoli A, Grilli B, Fiorillo PC, Cuomo M, Cavalcanti E, Thomas G, Cianniello D, Pinto M, De Laurentiis M, Pacilio C, Rinaldo M, D'Aiuto M, Serraino D, Massarut S, Caggiari L, Evangelista C, Steffan A, Catalano F, Banna GL, Scandurra G, Ferrà F, Rossello R, Antonelli G, Guerra G, Farina A, Messina F, Riccardi G, Gatti D, Jenkins DJA, Celentano E, Botti G, Augustin LSA. Quality of Life in Women Diagnosed with Breast Cancer after a 12-Month Treatment of Lifestyle Modifications. *Nutrients*. 2020 Dec 31;13(1):136. doi: 10.3390/nu13010136. PMID: 33396551; PMCID: PMC7824271.
193. Montemurro F, Nuzzolese I, Ponzzone R. Neoadjuvant or adjuvant chemotherapy in early breast cancer? *Expert Opin Pharmacother*. 2020;21(9):1071-1082. doi:10.1080/14656566.2020.1746273.
194. Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, Niell B, Monsees B, Sickles EA. Breast Cancer Screening in Women at Higher-Than-Average Risk: Recommendations From the ACR. *J Am Coll Radiol*. 2018;15(3 Pt A):408-414. doi:10.1016/j.jacr.2017.11.034.
195. Nanda A, Hu J, Hodgkinson S, Ali S, Rainsbury R, Roy PG. Oncoplastic breast-conserving surgery for women with primary breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;10(10):CD013658. Published 2021 Oct 29. doi:10.1002/14651858.CD013658.pub2.
196. Narayan AK, Lee CI, Lehman CD. Screening for Breast Cancer. *Med Clin North Am*. 2020;104(6):1007-1021. doi:10.1016/j.mcna.2020.08.003.
197. Niehoff N, White AJ, McCullough LE, Steck SE, Beyea J, Mordukhovich I, Shen J, Neugut AI, Conway K, Santella RM, Gammon MD. Polycyclic aromatic hydrocarbons and postmenopausal breast cancer: An evaluation of effect measure modification by body mass index and weight change. *Environ Res*. 2017 Jan;152:17-25. doi: 10.1016/j.envres.2016.09.022. Epub 2016 Oct 12. PMID: 27741445; PMCID: PMC5135619..
198. Novitarum L, Siregar MFG, Siregar FA, Lubis NL. Survivor's experience in fighting breast cancer. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2022;29(4):e126-e133. Published 2022 Nov 26. doi:10.47750/jptcp.2022.976.
199. Opsomer S, De Lepeleire J, Lauwerier E, Pype P. Resilience in advanced cancer caregiving. *Br J Gen Pract*. 2020;70(suppl 1):bjgp20X711041. doi:10.3399/bjgp20X711041.
200. Opsomer S, Lauwerier E, De Lepeleire J, Pype P. Resilience in advanced cancer caregiving. A systematic review and meta-synthesis. *Palliat Med*. 2022;36(1):44-58. doi:10.1177/02692163211057749.

201. Ośmiałowska E, Misiąg W, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *J Clin Med*. 2021 Sep 28;10(19):4469. doi: 10.3390/jcm10194469. PMID: 34640484; PMCID: PMC8509228.
202. Pacian A, Ferenc W, Jędrasik M. Young women's awareness of breast cancer prevention. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2014;6(3):151-157.
203. Park C, Rosenblat JD, Brietzke E, Pan Z, Lee Y, Cao B, Zuckerman H, Kalantarova A, McIntyre RS. Stress, epigenetics and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Jul;102:139-152. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.04.010. Epub 2019 Apr 18. PMID: 31005627.
204. Park CL, Fritzson E, Gnall KE, Salafia C, Ligus K, Sinnott S, Bellizzi KM. Resilience across the Transition to Cancer Survivorship. *Res Hum Dev*. 2021;18(3):197-211. doi: 10.1080/15427609.2021.1960771. Epub 2021 Aug 2. PMID: 34924880; PMCID: PMC8675895.
205. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DSE, Schapira L, Come SE, Partridge AH. Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics*. 2018 May-Jun;59(3):251-258. doi: 10.1016/j.psym.2018.01.007. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29525523; PMCID: PMC5935568.
206. Pashayan N, Antoniou AC, Ivanus U, Esserman LJ, Easton DF, French D, Sroczynski G, Hall P, Cuzick J, Evans DG, Simard J, Garcia-Closas M, Schmutzler R, Wegwarth O, Pharoah P, Moorthie S, De Montgolfier S, Baron C, Herceg Z, Turnbull C, Balleyguier C, Rossi PG, Wesseling J, Ritchie D, Tischkowitz M, Broeders M, Reisel D, Metspalu A, Callender T, de Koning H, Devilee P, Delaloge S, Schmidt MK, Widschwendter M. Personalized early detection and prevention of breast cancer: ENVISION consensus statement. *Nat Rev Clin Oncol*. 2020 Nov;17(11):687-705. doi: 10.1038/s41571-020-0388-9. Epub 2020 Jun 18. Erratum in: *Nat Rev Clin Oncol*. 2020 Jun 29; PMID: 32555420; PMCID: PMC7567644.
207. Peixoto TADSM, Peixoto NMDSM, Pinto CAS, Santos CSVB. Nursing strategies to support psychological adaptation in adult cancer patients: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03690. Published 2021 Apr 16. doi:10.1590/S1980-220X2019039203690.
208. Perez-Tejada J, Labaka A, Vegas O, Larraioz A, Pescador A, Arregi A. Anxiety and depression after breast cancer: The predictive role of monoamine levels. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Jun;52:101953. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101953. Epub 2021 Mar 26. PMID: 33813184.
209. Picon-Ruiz M, Morata-Tarifa C, Valle-Goffin JJ, Friedman ER, Slingerland JM. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and

- strategies for intervention. *CA Cancer J Clin*. 2017 Sep;67(5):378-397. doi: 10.3322/caac.21405. Epub 2017 Aug 1. PMID: 28763097; PMCID: PMC5591063.
210. Pippin MM, Boyd R. Breast Self Examination. 2022 Jul 21. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. PMID: 33351405.
 211. Pluchino LA, D'Amico TA. National Comprehensive Cancer Network Guidelines: Who Makes Them? What Are They? Why Are They Important?. *Ann Thorac Surg*. 2020;110(6):1789-1795. doi:10.1016/j.athoracsur.2020.03.022.
 212. Pop-Jordanova N. Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*. 2021 Oct 26;42(2):9-18. doi: 10.2478/prilozi-2021-0014. PMID: 34699700.
 213. Premenopausal Breast Cancer Collaborative Group; Schoemaker MJ, Nichols HB, Wright LB, Brook MN, Jones ME, O'Brien KM, Adami HO, Baglietto L, Bernstein L, Bertrand KA, Boutron-Ruault MC, Braaten T, Chen Y, Connor AE, Dorransoro M, Dossus L, Eliassen AH, Giles GG, Hankinson SE, Kaaks R, Key TJ, Kirsh VA, Kitahara CM, Koh WP, Larsson SC, Linet MS, Ma H, Masala G, Merritt MA, Milne RL, Overvad K, Ozasa K, Palmer JR, Peeters PH, Riboli E, Rohan TE, Sadakane A, Sund M, Tamimi RM, Trichopoulou A, Ursin G, Vatten L, Visvanathan K, Weiderpass E, Willett WC, Wolk A, Yuan JM, Zeleniuch-Jacquotte A, Sandler DP, Swerdlow AJ. Association of Body Mass Index and Age With Subsequent Breast Cancer Risk in Premenopausal Women. *JAMA Oncol*. 2018 Nov 1;4(11):e181771. doi: 10.1001/jamaoncol.2018.1771. Epub 2018 Nov 8. PMID: 29931120; PMCID: PMC6248078.
 214. Pruitt SL, Tiro JA, Xuan L, Lee SJ. Hispanic and Immigrant Paradoxes in U.S. Breast Cancer Mortality: Impact of Neighborhood Poverty and Hispanic Density. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(12):1238. Published 2016 Dec 14. doi:10.3390/ijerph13121238.
 215. Rahman SA, Al-Marzouki A, Otim M, Khalil Khayat NEH, Yousuf R, Rahman P. Awareness about Breast Cancer and Breast Self-Examination among Female Students at the University of Sharjah: A Cross-Sectional Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019;20(6):1901-1908. Published 2019 Jun 1. doi:10.31557/APJCP.2019.20.6.1901.
 216. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran J Public Health*. 2015;44(8):1135-1142.
 217. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adaptation to Life, and Strategies of Coping With the Disease, in Patients With Bladder Cancer. *In Vivo*. 2021;35(2):1157-1161; doi: 10.21873/invivo.12363.
 218. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. *Psychiatr Pol* 2015;30:1-12.

219. Religioni U. Cancer incidence and mortality in Poland. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2020;8(2):329-334. doi: 10.1016/j.cegh.2019.12.014.
220. Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry*. 2018;40(1):105-109. doi:10.1590/1516-4446-2016-2107.
221. Rodriguez-Ruiz A, Lång K, Gubern-Merida A, Broeders M, Gennaro G, Clauser P, Helbich TH, Chevalier M, Tan T, Mertelmeier T, Wallis MG, Andersson I, Zackrisson S, Mann RM, Sechopoulos I. Stand-Alone Artificial Intelligence for Breast Cancer Detection in Mammography: Comparison With 101 Radiologists. *J Natl Cancer Inst*. 2019 Sep 1;111(9):916-922. doi: 10.1093/jnci/djy222. PMID: 30834436; PMCID: PMC6748773.
222. Roesch SC, Adams L, Hines A, Palmores A, Vyas P, Tran C, Pekin S, Vaughn AA. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 2005 Jun;28(3):281-93. doi: 10.1007/s10865-005-4664-z. PMID: 16015462.
223. Rogala D, Mazur A, Maślińska M, Krawczak M Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. *Piel Pol*. 2016;2(60):170–174. doi: 10.20883/pielpol.2016.6.
224. Roseland ME, Schwartz K, Ruterbusch JJ, Lamerato L, Krajenta R, Booza J, Simon MS. Influence of clinical, societal, and treatment variables on racial differences in ER-/PR- breast cancer survival. *Breast Cancer Res Treat*. 2017 Aug;165(1):163-168. doi: 10.1007/s10549-017-4300-y. Epub 2017 May 25. PMID: 28547656; PMCID: PMC6849388.
225. Rossi L, Mazzara C, Pagani O. Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in Young Women. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(12):86. Published 2019 Nov 27. doi:10.1007/s11864-019-0685-7.
226. Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2021 poz. 2285).
227. Rungay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEPP, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2021 Aug;22(8):1071-1080. doi: 10.1016/S1470-2045(21)00279-5. PMID: 34270924; PMCID: PMC8324483.
228. Ruszkiewicz M, Kreft K. Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia*. 2017;21(2):37-44.
229. Saadatmand S, Geuzinge HA, Rutgers EJT, Mann RM, de Roy van Zuidewijn DBW, Zonderland HM, Tollenaar RAEM, Lobbes MBI, Ausems MGEM, van 't Riet M, Hoening MJ, Mares-Engelberts I, Luiten EJT, Heijnsdijk EAM, Verhoef C, Karssemeijer N, Oosterwijk JC, Obdeijn IM, de Koning HJ, Tilanus-Linthorst

- MMA; FaMRIsc study group. MRI versus mammography for breast cancer screening in women with familial risk (FaMRIsc): a multicentre, randomised, controlled trial. *Lancet Oncol.* 2019 Aug;20(8):1136-1147. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30275-X. Epub 2019 Jun 17. PMID: 31221620.
230. Sadaqa D, Farraj A, Naseef H, Alsaid H, Al-Shami N, AbuKhalil AD. Risk of developing depression among breast cancer patients in Palestine. *BMC Cancer.* 2022 Mar 21;22(1):295. doi: 10.1186/s12885-022-09420-8. PMID: 35313833; PMCID: PMC8935763.
231. Saleh B, Elhawary MA, Mohamed ME, Ali IN, El Zayat MS, Mohamed H. Gail model utilization in predicting breast cancer risk in Egyptian women: a cross-sectional study. *Breast Cancer Res Treat.* 2021 Aug;188(3):749-758. doi: 10.1007/s10549-021-06200-z. Epub 2021 Apr 14. PMID: 33852122.
232. Salibasic M, Delibegovic S. The Quality of Life and Degree of Depression of Patients Suffering from Breast Cancer. *Med Arch.* 2018;72(3):202-205. doi:10.5455/medarh.2018.72.202-205.
233. Samami E, Elyasi F, Mousavinasab SN, Shojaee L, Zaboli E, Shahhosseini Z. The effect of a supportive program on coping strategies and stress in women diagnosed with breast cancer: A randomized controlled clinical trial. *Nurs Open.* 2021 May;8(3):1157-1167. doi: 10.1002/nop2.728. Epub 2020 Nov 30. PMID: 34482657; PMCID: PMC8046153.
234. Sauter ER. Breast Cancer Prevention: Current Approaches and Future Directions. *Eur J Breast Health.* 2018 Apr 1;14(2):64-71. doi: 10.5152/ejbh.2018.3978. PMID: 29774312; PMCID: PMC5939980.
235. Schemitsch C, Nauth A. Psychological factors and recovery from trauma. *Injury.* 2020;51 Suppl 2:S64-S66. doi:10.1016/j.injury.2019.10.081.
236. Sechopoulos I, Teuwen J, Mann R. Artificial intelligence for breast cancer detection in mammography and digital breast tomosynthesis: State of the art. *Semin Cancer Biol.* 2021;72:214-225. doi:10.1016/j.semcancer.2020.06.002.
237. Seiler A, Jenewein J. Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry.* 2019;10:208. Published 2019 Apr 5. doi:10.3389/fpsy.2019.00208.
238. Shien T, Iwata H. Adjuvant and neoadjuvant therapy for breast cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2020;50(3):225-229. doi:10.1093/jjco/hyz213.
239. Shoemaker ML, White MC, Wu M, Weir HK, Romieu I. Differences in breast cancer incidence among young women aged 20-49 years by stage and tumor characteristics, age, race, and ethnicity, 2004-2013. *Breast Cancer Res Treat.* 2018;169(3):595-606. doi:10.1007/s10549-018-4699-9.
240. Sihvola S, Kuosmanen L, Kvist T. Resilience and related factors in colorectal cancer patients: A systematic review. *Eur J Oncol Nurs.* 2022;56:102079. doi:10.1016/j.ejon.2021.102079.

241. Silva AVD, Zandonade E, Amorim MHC. Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Jun 5;25:e2891. doi: 10.1590/1518-8345.1722.2891. PMID: 28591299; PMCID: PMC5479372.
242. Sipilä R, Hintsala T, Lipsanen J, Tasmuth T, Estlander AM, Kalso E. The relationship between anger regulation, mood, pain, and pain-related disability in women treated for breast cancer. *Psychooncology*. 2019;28(10):2002-2008. doi:10.1002/pon.5182.
243. Skalski S. Choroba jako źródło stresu. Wybrane koncepcje stresu psychologicznego i radzenia sobie ze stresem. W: K. Pujer (red.) *Humanistyka i nauki społeczne. Doświadczenia. Konteksty. Wyzwania* (t. 3, s. 11-21). Wydawnictwo Exante, Wrocław 2018.
244. Slepicka PF, Cyrill SL, Dos Santos CO. Pregnancy and Breast Cancer: Pathways to Understand Risk and Prevention. *Trends Mol Med*. 2019;25(10):866-881. doi:10.1016/j.molmed.2019.06.003.
245. Smith SG, Green SMC, Ellison R, Foy R, Graham CD, Mason E, French DP, Hall LH, Wilkes H, McNaught E, Raine E, Walwyn R, Howdon D, Clark J, Rousseau N, Buxton J, Moore SJL, Parbutt C, Velikova G, Farrin A, Collinson M. Refining and optimising a behavioural intervention to support endocrine therapy adherence (ROSETA) in UK women with breast cancer: protocol for a pilot fractional factorial trial. *BMJ Open*. 2023 Feb 3;13(2):e069971. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069971. PMID: 36737093.
246. Smoleń E, Jarema M, Hombek K, Słysz M, Kalita K. Acceptance and adaptation to the disease in patients treated oncologically. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*. 2018;26(1):37-43. doi:10.5603/PP.2018.0006.
247. Sobieralska-Michalak K., Kowalska J., Tudorowska M. The type of surgery and anxiety, depression, and adjustment to the disease in women diagnosed with breast cancer. *Polish Psychol. Forum*. 2016;21:432-446. doi: 10.14656/PFP20160307.
248. Sojia J, Al-Shafie M, Agha LY, Alameer MB, Alhomsy D, Saadoun R, Saifo M. Depression, anxiety and related factors among Syrian breast cancer patients: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2022 Dec 17;22(1):796. doi: 10.1186/s12888-022-04469-y. PMID: 36528568; PMCID: PMC9759902.
249. St Claire K, Hoover A, Ashack K, Khachemoune A. Extramammary Paget disease. *Dermatol Online J*. 2019 Apr 15;25(4):13030/qt7qg8g292. PMID: 31046904.
250. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Tom 1. Statystyki podstawowe*, StatSoft Polska, Kraków 1998.
251. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny Tom 2. Modele liniowe i nieliniowe*. StatSoft Polska, Kraków 1998.

252. Su JA, Yeh DC, Chang CC, Lin TC, Lai CH, Hu PY, Ho YF, Chen VC, Wang TN, Gossop M. Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Sep 13;13:2389-2396. doi: 10.2147/NDT.S135624. PMID: 28979126; PMCID: PMC5602463.
253. Sun FK, Lu CY, Yao Y, Chiang CY. Social functioning, depression, and quality of life among breast cancer patients: A path analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2022 Nov 11;62:102237. doi: 10.1016/j.ejon.2022.102237. Epub ahead of print. PMID: 36455513.
254. Sun H, Lv H, Zeng H, Niu L, Yan M. Distress Thermometer in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2022;12(3):245-252. doi:10.1136/bmjspcare-2021-002960.
255. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, Shi W, Jiang J, Yao PP, Zhu HP. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int J Biol Sci*. 2017 Nov 1;13(11):1387-1397. doi: 10.7150/ijbs.21635. PMID: 29209143; PMCID: PMC5715522.
256. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.
257. Swainston J, Louis C, Moser J, Derakshan N. Neurocognitive efficiency in breast cancer survivorship: A performance monitoring ERP study. *Int J Psychophysiol*. 2021;168:9-20. doi:10.1016/j.ijpsycho.2021.06.013.
258. Szwat B, Słupski W, Krzyżanowki D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ* 2011;1:35-41.
259. Tagliafico AS, Piana M, Schenone D, Lai R, Massone AM, Houssami N. Overview of radiomics in breast cancer diagnosis and prognostication. *Breast*. 2020;49:74-80. doi:10.1016/j.breast.2019.10.018.
260. Taha Z, Eltom SE. The Role of Diet and Lifestyle in Women with Breast Cancer: An Update Review of Related Research in the Middle East. *Biores Open Access*. 2018 May 1;7(1):73-80. doi: 10.1089/biores.2018.0004. PMID: 29862141; PMCID: PMC5982158.
261. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs*. 2006 May;54(3):265-72; discussion 272-3. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03808_1.x. PMID: 16629910.
262. Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2021 Jul;29(7):3471-3486. doi: 10.1007/s00520-020-05943-7. Epub 2021 Jan 29. PMID: 33512578.

263. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Goch A, Zegarski W. Quality of Life in Women Subjected to Surgical Treatment of Breast Cancer Depending on the Procedure Performed within the Breast and Axillary Fossa-A Single-Center, One Year Prospective Analysis. *J. Clin. Med.* 2021;10(7):1339. doi: 10.3390/jcm10071339.
264. Tay TKY, Tan PH. Liquid Biopsy in Breast Cancer: A Focused Review. *Arch Pathol Lab Med.* 2021;145(6):678-686. doi:10.5858/arpa.2019-0559-RA.
265. Theuser AK, Antoniadis S, Langemann H, Wasner S, Grasruck K, Dietzel-Drentwett S, Fasching PA, Beckmann MW, Hack CC. Active Participation, Mind-Body Stabilization, and Coping Strategies with Integrative Medicine in Breast Cancer Patients. *Integr Cancer Ther.* 2021 Jan-Dec;20:1534735421990108. doi: 10.1177/1534735421990108. PMID: 33645304; PMCID: PMC7924003.
266. Thorat MA, Balasubramanian R. Breast cancer prevention in high-risk women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;65:18-31. doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.11.006.
267. Ting EY, Yang AC, Tsai SJ. Role of Interleukin-6 in Depressive Disorder. *Int J Mol Sci.* 2020;21(6):2194. Published 2020 Mar 22. doi:10.3390/ijms21062194.
268. Tosello G, Torloni MR, Mota BS, Neeman T, Riera R. Breast surgery for metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD011276. Published 2018 Mar 15. doi:10.1002/14651858.CD011276.pub2.
269. Traves KP, Cokenakes SEH. Breast Cancer Treatment. *Am Fam Physician.* 2021 Aug 1;104(2):171-178. PMID: 34383430.
270. Trinca F, Infante P, Dinis R, Inácio M, Bravo E, Caravana J, Reis T, Marques S. Depression and quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy and monoclonal antibodies. *Ecancermedalscience.* 2019 Jul 10;13:937. doi: 10.3332/ecancer.2019.937. PMID: 31552110; PMCID: PMC6727885.
271. Tsaras K, Papatheanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, Fradelos EC. Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018 Jun 25;19(6):1661-1669. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1661. PMID: 29938451; PMCID: PMC6103579.
272. Turke KC, Canonaco JS, Artioli T, Lima MSS, Batlle AR, Oliveira FCP, Cubero DIG, Sette CVM, Del Giglio A. Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2020 Jul;66(7):960-965. doi: 10.1590/1806-9282.66.7.960. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32844942.
273. Ugras SK, Layeequr Rahman R. Hormone replacement therapy after breast cancer: Yes, No or maybe?. *Mol Cell Endocrinol.* 2021;525:111180. doi:10.1016/j.mce.2021.111180.
274. Unseld M, Krammer K, Lubowitzki S, Jachs M, Baumann L, Vyssoki B, Riedel J, Puhr H, Zehentgruber S, Prager G, Masel EK, Preusser M, Jaeger U, Gaiger A.

- Screening for post-traumatic stress disorders in 1017 cancer patients and correlation with anxiety, depression, and distress. *Psychooncology*. 2019 Dec;28(12):2382-2388. doi: 10.1002/pon.5239. Epub 2019 Nov 3. PMID: 31679172; PMCID: PMC6916606.
275. Walker J, Mulick A, Magill N, Symeonides S, Gourley C, Burke K, Belot A, Quartagno M, van Niekerk M, Toynbee M, Frost C, Sharpe M. Major Depression and Survival in People With Cancer. *Psychosom Med*. 2021 Jun 1;83(5):410-416. doi: 10.1097/PSY.0000000000000942. PMID: 33938501.
276. Wang H, Mao X. Evaluation of the Efficacy of Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *Drug Des Devel Ther*. 2020;14:2423-2433. Published 2020 Jun 18. doi:10.2147/DDDT.S253961.
277. Wang X, Wang N, Zhong LLD, Su K, Wang S, Zheng Y, Yang B, Zhang J, Pan B, Yang W, Wang Z. Development and Validation of a Risk Prediction Model for Breast Cancer Prognosis Based on Depression-Related Genes. *Front Oncol*. 2022 May 10;12:879563. doi: 10.3389/fonc.2022.879563. PMID: 35619902; PMCID: PMC9128552.
278. Wardas M. Relationship between the degree of illness acceptance and depression, anxiety in women with breast cancer and men with colorectal cancer. *Palliative Medicine in Practice*. 2020;14(3):141-148.
279. Wieder-Huszla S, Owsianowska J, Chudecka-Głaz A, Branicka-Woźniak D, Jurczak A. The Significance of Adaptation and Coping with Disease among Patients with Diagnosed Gynaecological Cancer in the Context of Disease Acceptance. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 13;19(12):7218. doi: 10.3390/ijerph19127218. PMID: 35742468; PMCID: PMC9223192.
280. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *Br J Radiol*. 2022 Feb 1;95(1130):20211033. doi: 10.1259/bjr.20211033. Epub 2021 Dec 14. PMID: 34905391; PMCID: PMC8822551.
281. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar NK. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2017;151:1-32. doi: 10.1016/bs.pmbts.2017.07.002. Epub 2017 Oct 10. PMID: 29096890.
282. Wirtz P, Baumann FT. Physical Activity, Exercise and Breast Cancer – What Is the Evidence for Rehabilitation, Aftercare, and Survival? A Review. *Breast Care (Basel)*. 2018 Apr;13(2):93-101. doi: 10.1159/000488717. Epub 2018 Apr 11. PMID: 29887785; PMCID: PMC5981588.
283. Wiśniewska L, Karolska M. Doświadczenie choroby nowotworowej w relacjach kobiet po mastektomii (Experiencing cancer in women's accounts following mastectomy). *Psychoonkologia*. 2017;21(3):75-85. doi:10.5114/pson.2017.77296.

284. Wojtanowska-Kaczka M., Babuńska-Roczniak M., Roczniak W., Cipora E. Kompleksowa opieka pielęgniarska nad chorą z rozpoznaniem raka piersi; *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne / Nursing and Public Health*. 2020;10(3):179-187.
285. Wojtas K, Pietrasik A, Oskędra I. (2017). Akceptacja choroby nowotworowej przez młodych dorosłych a strategię radzenia sobie : doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2017;25(4):252-256. doi: 10.5603/PP.2017.0042.
286. Wolf BM. Do families cope communally with breast cancer, or is it just talk? *Qual Health Res*. 2015 Mar;25(3):320-35. doi: 10.1177/1049732314549605. Epub 2014 Sep 5. PMID: 25192764.
287. Wondimagegnehu A, Abebe W, Abraha A, Teferra S. Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer*. 2019 Aug 27;19(1):836. doi: 10.1186/s12885-019-6007-4. PMID: 31455282; PMCID: PMC6712811.
288. World Health Organization. Breast cancer. 2021. Dostępne z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (dostęp z dnia 20.12.2022).
289. World Health Organization. New global breast cancer initiative highlights renewed commitment to improve survival. 2021. Dostępne z: <https://www.who.int/news/item/08-03-2021-new-global-breast-cancer-initiative-highlights-renewed-commitment-to-improve-survival> (dostęp z dnia 20.12.2022).
290. World Health Organization; Globocan 2020; The Global Cancer Observatory; March 2021.
291. Xiu B, Chi Y, Liu L, Chi W, Zhang Q, Chen J, Guo R, Si J, Li L, Xue J, Shao ZM, Wu ZH, Huang S, Wu J. LINC02273 drives breast cancer metastasis by epigenetically increasing AGR2 transcription. *Mol Cancer*. 2019 Dec 19;18(1):187. doi: 10.1186/s12943-019-1115-y. PMID: 31856843; PMCID: PMC6921600.
292. Y Chang YJ, Hou YC, Chen LJ, Wu JH, Wu CC, Chang YJ, Chung KP. Is vegetarian diet associated with a lower risk of breast cancer in Taiwanese women? *BMC Public Health*. 2017 Oct 10;17(1):800. doi: 10.1186/s12889-017-4819-1. PMID: 29017525; PMCID: PMC5635543.
293. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Med Clin North Am*. 2017 Nov;101(6):1099-1113. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28992857; PMCID: PMC5915316.
294. Yu Y, He Z, Ouyang J, Tan Y, Chen Y, Gu Y, Mao L, Ren W, Wang J, Lin L, Wu Z, Liu J, Ou Q, Hu Q, Li A, Chen K, Li C, Lu N, Li X, Su F, Liu Q, Xie C, Yao H. Magnetic resonance imaging radiomics predicts preoperative axillary lymph node metastasis to support surgical decisions and is associated with tumor microenvironment in invasive breast cancer: A machine learning, multicenter study. *EBioMedicine*. 2021 Jul;69:103460. doi: 10.1016/j.ebiom.2021.103460. Epub 2021 Jul 4. PMID: 34233259; PMCID: PMC8261009.

295. Yu Y, Tan Y, Xie C, Hu Q, Ouyang J, Chen Y, Gu Y, Li A, Lu N, He Z, Yang Y, Chen K, Ma J, Li C, Ma M, Li X, Zhang R, Zhong H, Ou Q, Zhang Y, He Y, Li G, Wu Z, Su F, Song E, Yao H. Development and Validation of a Preoperative Magnetic Resonance Imaging Radiomics-Based Signature to Predict Axillary Lymph Node Metastasis and Disease-Free Survival in Patients With Early-Stage Breast Cancer. *JAMA Netw Open*. 2020 Dec 1;3(12):e2028086. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.28086. PMID: 33289845; PMCID: PMC7724560.
296. Zahedi R, Molavi Vardanjani H, Baneshi MR, Haghdoost AA, Malekpour Afshar R, Ershad Sarabi R, Tavakoli F, Zolala F. Incidence trend of breast Cancer in women of eastern Mediterranean region countries from 1998 to 2019: A systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2020 Mar 17;20(1):53. doi: 10.1186/s12905-020-00903-z. PMID: 32183824; PMCID: PMC7079343.
297. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ala S, Tabrizian S, Foroozanfar S. Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Feb;50:101892. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101892. Epub 2020 Dec 30. PMID: 33583690.
298. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Mahdavi Adeli A, Daryaafzoon M, Arsalani M, Enzevaei A, Farjami M. Sense of coherence and coping strategies: How they influence quality of life in Iranian women with breast cancer. *Nurs Open*. 2021 Jul;8(4):1731-1740. doi: 10.1002/nop.2.814. Epub 2021 Feb 19. PMID: 33608988; PMCID: PMC8186695.
299. Zavala VA, Serrano-Gomez SJ, Dutil J, Fejerman L. Genetic Epidemiology of Breast Cancer in Latin America. *Genes (Basel)*. 2019;10(2):153. Published 2019 Feb 18. doi:10.3390/genes10020153.
300. Zehr KR. Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in Men. *Radiol Technol*. 2019 Sep;91(1):51M-61M. PMID: 31471487.
301. Zhang M, Chen H, Wang M, Bai F, Wu K. Bioinformatics analysis of prognostic significance of COL10A1 in breast cancer. *Biosci Rep*. 2020;40(2):BSR20193286. doi:10.1042/BSR20193286.
302. Zheng X, Yao Z, Huang Y, Yu Y, Wang Y, Liu Y, Mao R, Li F, Xiao Y, Wang Y, Hu Y, Yu J, Zhou J. Deep learning radiomics can predict axillary lymph node status in early-stage breast cancer. *Nat Commun*. 2020 Mar 6;11(1):1236. doi: 10.1038/s41467-020-15027-z. Erratum in: *Nat Commun*. 2021 Jul 12;12(1):4370. PMID: 32144248; PMCID: PMC7060275.
303. Zhu G, Li J, Li J, Wang X, Dai M, Chen J. Depression and survival of breast cancer patients: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Nov 25;99(48):e23399. doi: 10.1097/MD.00000000000023399. PMID: 33235118; PMCID: PMC7710216.

304. Zhu Y, Zhu X, Tang C, Guan X, Zhang W. Progress and challenges of immunotherapy in triple-negative breast cancer. *Biochim Biophys Acta Rev Cancer*. 2021;1876(2):188593. doi:10.1016/j.bbcan.2021.188593.

10. SPIS RYCIN

Rycina 1. Skala Akceptacji Choroby (AIS) – wynik punktowy.	61
Rycina 2. Skala Depresji Becka (BDI) – wynik punktowy.	64
Rycina 3. Styl konstruktywny.	65
Rycina 4. Styl destrukcyjny.	65
Rycina 5. Zaabsorbowanie lękowe.	66
Rycina 6. Duch walki.	67
Rycina 7. Bezradność i beznadziejność.	67
Rycina 8. Pozytywne przewartościowanie.	68
Rycina 9. Akceptacja choroby.	69
Rycina 10. Wynik punktowy Skali Depresji Becka.	69
Rycina 11. Wykres wartości średnich dla zmiennej zaabsorbowanie lękowe a sytuacja rodzinna.	78
Rycina 12. Wykres wartości średnich dla zmiennej duch walki a sytuacja rodzinna. ...	78
Rycina 13. Wykres wartości średnich dla zmiennej bezradność-beznadziejność a sytuacja rodzinna.	79
Rycina 14. Wykres wartości średnich dla zmiennej pozytywne przewartościowanie a sytuacja rodzinna.	79
Rycina 15. Wykres wartości średnich dla stylu konstruktywnego a sytuacja rodzinna.	80
Rycina 16. Wykres wartości średnich dla stylu destrukcyjnego a sytuacja rodzinna.	80
Rycina 17. Wykres wartości średnich dla stopnia akceptacji choroby a sytuacja rodzinna.	81
Rycina 18. Wykres wartości średnich dla nasilenia objawów depresji a sytuacja rodzinna.	81
Rycina 19. Wykres wartości średnich dla zmiennej zaabsorbowanie lękowe a źródło utrzymania.	82
Rycina 20. Wykres wartości średnich dla zmiennej duch walki a źródło utrzymania. ..	83
Rycina 21. Wykres wartości średnich dla zmiennej bezradność-beznadziejność a źródło utrzymania.	83
Rycina 22. Wykres wartości średnich dla strategii pozytywnego przewartościowania a źródło utrzymania.	84
Rycina 23. Wykres wartości średnich dla stylu konstruktywnego a źródło utrzymania.	85

Rycina 24. Wykres wartości średnich dla stylu destrukcyjnego a źródło utrzymania. ..	85
Rycina 25. Wykres wartości średnich dla stopnia akceptacji choroby a źródło utrzymania.	86
Rycina 26. Wykres wartości średnich nasilenia objawów depresji a źródło utrzymania.	87
Rycina 27. Nasilenie objawów depresji a stopień akceptacji choroby – liniowy model regresji.	100

11. SPIS TABEL

Tabela 1. Statystyki opisowe materiału badawczego w zakresie wybranych zmiennych.....	33
Tabela 2. Dane demograficzne	42
Tabela 3. Zestawienie wybranych danych społecznych	44
Tabela 4. Stopień zaawansowania nowotworu oraz czas jaki upłynął od rozpoznania raka piersi do rozpoczęcia leczenia	46
Tabela 5. Rodzaj zastosowanego leczenia onkologicznego	46
Tabela 6. Leczenie operacyjne raka piersi.....	47
Tabela 7. Czas jaki upłynął od wykonania operacji piersi	47
Tabela 8. Wykonanie operacji odtwórczej piersi i czas jaki upłynął od mastektomii do tej operacji.....	48
Tabela 9. Występowanie przerzutów raka piersi i miejsca przerzutów.....	48
Tabela 10. Dane antropometryczne i wartości ciśnienia tętniczego.....	49
Tabela 11. Indeks masy ciała (BMI).....	49
Tabela 12. Aktywność fizyczna.....	50
Tabela 13. Występowanie chorób współistniejących	50
Tabela 14. Samoocena ogólnego stanu zdrowia przed rozpoznaniem raka piersi.....	51
Tabela 15. Reakcja na rozpoznanie nowotworu	52
Tabela 16. Problemy występujące w okresie leczenia onkologicznego	52
Tabela 17. Korzystanie z porad, opieki psychologa/psychoterapeuty w związku z chorobą nowotworową.....	52
Tabela 18. Przynależność do stowarzyszeń, fundacji i grup wsparcia dla kobiet z rakiem piersi.....	53
Tabela 19. Zaangażowanie w życie rodzinne na obecnym etapie choroby	53
Tabela 20. Zaangażowanie w życie społeczne na obecnym etapie choroby	54
Tabela 21. Wpływ choroby na stosunek do innych osób i problemów otoczenia.....	54
Tabela 22. Czynniki wpływające na dobre przystosowanie do choroby nowotworowej	54
Tabela 23. Czynniki wpływające na brak przystosowania do choroby	55
Tabela 24. Samoocena ogólnego stanu zdrowia na obecnym etapie leczenia/kontroli.....	55

Tabela 25. Poziom zadowolenia z informacji o chorobie i kolejnych etapach leczenia	56
Tabela 26. Poziom zadowolenia z kompleksowej opieki onkologicznej	56
Tabela 27. Źródła wsparcia w chorobie nowotworowej.....	57
Tabela 28. Wyniki skali Mini-MAC.....	58
Tabela 29. Wartości stenowe skali Mini-MAC	58
Tabela 30. Wyniki skali Mini-MAC – styl konstruktywny	59
Tabela 31. Wyniki skali Mini-MAC – styl destrukcyjny	59
Tabela 32. Statystyki skali AIS oraz pozycji składowych.....	60
Tabela 33. Stopień akceptacji choroby według skali AIS	61
Tabela 34. Rozkład punktowy wyników Skali Depresji Becka.....	62
Tabela 35. Poziom nasilenia objawów depresji – statystyki opisowe	63
Tabela 36. Strategie i style przystosowania do choroby oraz akceptacja choroby z uwzględnieniem odczuwanych objawów depresji.....	70
Tabela 37. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a wiek badanych.....	71
Tabela 38. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a stan cywilny	71
Tabela 39. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a wykształcenie	72
Tabela 40. Strategia zaabsorbowania lękowego a wykształcenie.....	73
Tabela 41. Strategia bezradności-beznadziejności a wykształcenie.....	73
Tabela 42. Styl destrukcyjny a wykształcenie	74
Tabela 43. Akceptacja choroby nowotworowej a wykształcenie	74
Tabela 44. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie depresji a wykonywany zawód.....	74
Tabela 45. Akceptacja choroby a wykonywany zawód.....	77
Tabela 46. Przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby i nasilenie objawów depresji a miejsce zamieszkania	82
Tabela 47. Strategia bezradność-beznadziejność a źródło utrzymania.....	84
Tabela 48. Styl destrukcyjny a źródło utrzymania	86
Tabela 49. Akceptacja choroby a źródło utrzymania	86
Tabela 50. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a sytuacja ekonomiczna rodziny	88

Tabela 51. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie	88
Tabela 52. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – mąż	89
Tabela 53. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – dzieci	90
Tabela 54. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – rodzice	90
Tabela 55. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – rodzeństwo	91
Tabela 56. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – koleżanki/koledzy	92
Tabela 57. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – pracownicy ochrony zdrowia	92
Tabela 58. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – duchowny, ksiądz	93
Tabela 59. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – stowarzyszenia kobiet	94
Tabela 60. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a otrzymane wsparcie – Internet	94
Tabela 61. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a stopień zaawansowania nowotworu w momencie jego rozpoznania	95
Tabela 62. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a czas jaki upłynął od rozpoznania nowotworu	96
Tabela 63. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – leczenie chirurgiczne	96
Tabela 64. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – hormonoterapia	97
Tabela 65. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – chemioterapia	97
Tabela 66. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a zastosowane metody leczenia – radioterapia	98
Tabela 67. Przystosowanie psychiczne do choroby, akceptacja choroby i nasilenie depresji a samoocena aktualnego stanu zdrowia	99

Tabela 68. Style przystosowania psychicznego do choroby z uwzględnieniem stopnia jej akceptacji.....	100
Tabela 69. Wielozmiennowy model regresji – skala Becka a styl konstruktywny i akceptacja choroby	101
Tabela 70. Model regresji wielozmiennowej dla oceny wpływu stylu konstruktywnego i akceptacji choroby na nasilenie objawów depresji.....	101
Tabela 71. Wielozmiennowy model regresji – skala Becka a styl destrukcyjny i akceptacja choroby	101
Tabela 72. Model regresji wielozmiennowej dla oceny wpływu stylu destrukcyjnego i akceptacji choroby na nasilenie objawów depresji.....	102

12. ANEKS

12.1. Narzędzia badawcze

12.1.1. Autorski Kwestionariusz Ankiety – załącznik nr 1

Szanowna Pani,

proszę o wypełnienie poniższej ankiety. Celem ankiety jest zebranie informacji na temat oceny stopnia przystosowania do choroby nowotworowej oraz znaczenia poziomu przystosowania dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi. Proszę o zakreślenie wybranej odpowiedzi lub jej wpisanie w wykropkowane miejsca. Kwestionariusz ankiety jest anonimowy i zawarte w nim informacje zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Ma Pani prawo do rezygnacji z udziału w badaniu na każdym jego etapie.

*Dziękuję za wypełnienie ankiety
mgr Mateusz Niemiec, nauczyciel akademicki
Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku*

Cz. I. Dane demograficzne i społeczne

1. Rok urodzenia:

2. Stan cywilny:

1. Panna
2. Mężatka
3. Wdowa
4. Rozwiedziona/separacja
5. Związek partnerski

3. Miejsce zamieszkania:

1. Wieś
2. Miasto do 20 tys. mieszkańców
3. Miasto od 21 tys. do 40 tys. mieszkańców
4. Miasto od 41 tys. do 60 tys. mieszkańców
5. Miasto od 61 tys. do 100 tys. mieszkańców
6. Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

4. Wykształcenie:

1. Podstawowe
2. Zasadnicze zawodowe
3. Średnie, w tym policealne
4. Wyższe, w tym licencjat

5. Wykonywany zawód (aktualnie lub w przeszłości):

6. Źródło utrzymania:

1. Praca zawodowa w firmie państwowej lub prywatnej
2. Własna działalność gospodarcza
3. Praca we własnym gospodarstwie rolnym
4. Emerytura
5. Renta inwalidzka
6. Zasiłek dla bezrobotnych
7. Zasiłek z opieki społecznej lub inne świadczenie socjalne
8. Na utrzymaniu, czym?

7. Osoby mieszkające we wspólnym gospodarstwie domowym:

1. Mąż
2. Dzieci
3. Rodzice /teściowie
4. Rodzeństwo
5. Mąż i dzieci
6. Mąż, dzieci, rodzice/teściowie
7. Rodzice/teściowie, rodzeństwo
8. Brak współmieszkańców
9. Inne, jakie?

8. Sytuacja ekonomiczna rodziny:

1. Bardzo dobra
2. Dobra
3. Zadawalająca
4. Zła
5. Bardzo zła

9. Liczba urodzonych dzieci:

1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 i więcej

Cz. II. Dane dotyczące choroby nowotworowej piersi

10. Rok i miesiąc rozpoznania nowotworu piersi:

11. Rok i miesiąc rozpoczęcia leczenia:

12. Stopień zaawansowania nowotworu:

1. Tis
2. T1
3. T2
4. T3
5. T4

13. Rodzaj zastosowanego leczenia onkologicznego:

1. Chirurgiczne
2. Hormonoterapia
3. Chemioterapia
4. Radioterapia
5. Inne, jakie?.....

14. Rodzaj wykonanej operacji piersi:

1. Radykalna
2. Oszczędzająca
3. Nie dotyczy

15. Rodzaj zastosowanego przed operacją leczenia:

1. Chemioterapia
2. Radioterapia
3. Inne, jakie?
4. Nie dotyczy

16. Czas jaki upłynął od wykonania operacji w obrębie piersi:

1. Do 1 roku
2. Powyżej 1 roku do 2 lat
3. Powyżej 2 lat do 3 lat
4. Powyżej 3 lat do 4 lat
5. Powyżej 4 lat
6. Nie dotyczy

17. Wykonanie rekonstrukcji piersi:

1. Tak
2. Nie

18. Czas jaki upłynął od mastektomii do wykonania operacji odtwórczej piersi:

1. Do 1 miesiąca
2. 2 do 3 miesięcy
3. 3 do 6 miesięcy
4. Powyżej 6 miesięcy
5. Nie dotyczy

19. Występowanie przerzutów raka piersi:

1. Tak – gdzie:
 - do węzłów chłonnych
 - do wątroby
 - do płuc
 - do kości
 - do mózgu
2. Nie

Cz. III. Dane dotyczące ogólnego stanu zdrowia

20. Masa ciała
21. Wzrost
22. BMI
23. Ciśnienie tętnicze krwi / mmHg

24. Systematyczna aktywność fizyczna:

1. Tak – jaka?:
- nordic walking/spacery
 - bieganie
 - gimnastyka
 - pływanie
 - jazda na rowerze
 - inna:
2. Nie

25. Występowanie chorób współistniejących:

1. Choroby układu krążenia
2. Choroby układu krwiotwórczego
3. Choroby układu pokarmowego
4. Choroby układu oddechowego
5. Choroby układu nerwowego
6. Choroby układu kostno-stawowego
7. Choroby układu moczowo-płciowego
8. Choroby metaboliczne (m.in. cukrzyca, ch. tarczycy)
9. Inne, jakie?
10. Nie dotyczy

26. Samoocena ogólnego stanu zdrowia przed rozpoznaniem raka piersi w skali od 1 do 5, przy czym 1 oznacza zły stan zdrowia, a 5 bardzo dobry:

1 - zły	2 - mierny	3 - dostateczny	4 - dobry	5 - bardzo dobry
---------	---------------	--------------------	--------------	---------------------

Cz. IV. Reakcje na rozpoznanie raka piersi, leczenie i inne konsekwencje choroby

27. Reakcja na rozpoznanie nowotworu:

1. Rozpacz, smutek
2. Gniew, złość, bunt
3. Chęć walki z chorobą
4. Modlitwa i umocnienie w wierze
5. Niedowierzenie, bezsilność
6. Zaprzeczenie diagnozie
7. Niechęć do leczenia
8. Brak wiary w powodzenie leczenia
9. Inne, jakie?

28. Problemy występujące w okresie leczenia onkologicznego:

1. Nasilone dolegliwości bólowe
2. Znaczne osłabienie, zmęczenie
3. Nudności, wymioty, biegunki, zaparcia
4. Wypadanie włosów
5. Brak apetytu, utrata masy ciała
6. Smutek, przygnębienie
7. Inne, jakie?

29. Korzystanie z porad, opieki psychologa/psychoterapeuty w związku z chorobą nowotworową:

1. Tak
2. Nie

30. Przynależność do stowarzyszeń, fundacji i grup wsparcia dla kobiet z rakiem piersi:

1. Tak, jaka/jakie?:
2. Nie

31. Zaangażowanie w życie rodzinne na obecnym etapie choroby:

1. Bardzo duże
2. Zależne od potrzeb rodziny
3. W ograniczonym stopniu
4. Bardzo ograniczone
5. Brak zaangażowania

32. Zaangażowanie w życie społeczne na obecnym etapie choroby:

1. Bardzo duże
2. Zależne od potrzeb środowiska
3. W ograniczonym stopniu
4. Bardzo ograniczone
5. Brak zaangażowania

33. Wpływ choroby na stosunek do innych osób i problemów otoczenia:

1. Izolacja, niechęć do utrzymywania kontaktów społecznych
2. Otwartość, chęć podzielenia się swoimi problemami
3. Otwartość, chęć pomocy innym
4. Większa wrażliwość na potrzeby innych osób
5. Zobojętnienie na potrzeby innych i ich problemy

34. Czynniki w największym stopniu wpływające na dobre przystosowanie do choroby nowotworowej:

1. Skuteczność leczenia
2. Stopień zaawansowania choroby
3. Małe nasilenie skutków ubocznych leczenia
4. Niewielkie trudności w codziennym funkcjonowaniu
5. Inne, jakie?

35. Czynniki w największym stopniu wpływające na brak przystosowania do choroby:

1. Odsunięcie się rodziny
2. Brak efektów leczenia
3. Zawansowanie choroby
4. Zmiany w wyglądzie zewnętrznym spowodowane przez chorobę
5. Nasilenie ubocznych skutków leczenia
6. Ograniczenia w funkcjonowaniu codziennym
7. Inne, jakie?

36. Samoocena stanu zdrowia na obecnym etapie leczenia/kontroli (w skali od 1 do 5):

1 - zły	2 - mierny	3 - dostateczny	4 - dobry	5 - bardzo dobry
---------	------------	-----------------	-----------	------------------

37. Poziom zadowolenia z informacji o chorobie i kolejnych etapach leczenia (w skali od 1 do 5):

1 - niedostateczny (brak informacji)	2 - mierny	3 - dostateczny	4 - dobry	5 - bardzo dobry (wyczerpujące informacje)
--------------------------------------	------------	-----------------	-----------	--

38. Poziom zadowolenia z kompleksowej opieki onkologicznej (w skali od 1 do 5):

1 - niedostateczny (brak zadowolenia)	2 - mierny	3 - dostateczny	4 - dobry	5 - bardzo dobry (pełne zadowolenie)
---------------------------------------	------------	-----------------	-----------	--------------------------------------

39. Źródła wsparcia w chorobie nowotworowej:

1. Mąż
2. Dzieci
3. Rodzice
4. Rodzeństwo
5. Koleżanki/koledzy
6. Pracownicy ochrony zdrowia
7. Duchowny, ksiądz
8. Stowarzyszenia chorych kobiet
9. Internet
10. Inne, jakie?
11. Brak wsparcia

12.1.2. Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) – załącznik nr 2

<p>M. Watson, M. Law, M. dos Santos, S. Greer, J. Baruch i J. Blis</p> <p>Mini-MAC</p> <p>Adaptacja: Z. Juczyński</p>
--

.....płeć wiek data badania

Poniżej podano stwierdzenia, które opisują relacje ludzi chorych. Proszę przeczytać każde stwierdzenie i odpowiedzieć – *w jakim stopniu odnosi się ono do Pana / i w chwili obecnej.*

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania wstawiając X na właściwej odpowiedzi.

1.	Mam ochotę się poddać	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
2.	Jestem zadowolony z powodu zachorowania	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
3.	Jestem zdecydowany pokonać tę chorobę	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
4.	Staram się nie myśleć o swojej chorobie	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
5.	Jestem zadowolony z lat, które przeżyłem, a to co mi zostało jest jakby dodatkowo darowane	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
6.	Czuję, że życie jest beznadziejne	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
7.	To jest niszczące uczucie	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
8.	Moja choroba mobilizuje mnie do walki	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
9.	To, że nie myślę o swojej chorobie pomaga mi	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
10.	Oddałem się w ręce Boga	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
11.	Czuję się całkiem zagubiony i nie wiem co robić	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
12.	Jestem bardzo zaniepokojony z powodu choroby	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
13.	Próbuję walczyć z chorobą	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK

14.	Rozmyślnie odsuwam się od siebie wszystkie myśli o nowotworze	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
15.	Odkąd wykryto u mnie raka, zdaje sobie sprawę, jak cenne jest życie i staram się je wykorzystać	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
16.	Nie potrafię uporać się ze swoją chorobą	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
17.	Jestem trochę przestraszony	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
18.	Jestem nastawiony bardzo optymistycznie	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
19.	Odwracam swoją uwagę, gdy nadchodzą mnie myśli o chorobie	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
20.	Czuję, że nie mogę nic zrobić, żeby sobie pomóc	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
21.	Boję się, że nowotwór powróci lub mój stan się pogorszy	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
22.	Jestem wdzięczny za to, co osiągnąłem	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
23.	Mam wrażenie, że to koniec świata	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
24.	Odczuwam silną złość z powodu tego, co mi się przytrafiło	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
25.	Obecnie staram się przeżywać każdy dzień	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
26.	Nie radzę sobie	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
27.	Trudno mi zrozumieć, że przydarzyło się to właśnie mnie	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
28.	Nie mam wielkich nadziei na przyszłość	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK
29.	Jestem zaleźniony	zdecydowanie NIE	raczej NIE	raczej TAK	zdecydowanie TAK

12.1.3. Skala Akceptacji Choroby (AIS) – załącznik nr 3

B. J. Felton, T.A. Revenson I G. A. Hinrichsen

AIS

Adaptacja: Z. Juczyński

.....wiek płęć M K data badania

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
2.	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
3.	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
7.	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
8.	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

12.1.4. Skala Depresji Becka (BDI) – załącznik nr 4

data

0-63 pkt.

Skala składa się z 21 punktów ocenianych od 0 do 3. W każdym punkcie należy zakreślić tylko jedną odpowiedź. Ocena dotyczy ostatniej doby.

A.

- 0 – nie jestem smutny ani przygnębiony.
- 1 – odczuwam często smutek i przygnębienie.
- 2 – przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.
- 3 – jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.

B.

- 0 – nie przejmuję się zbyt przyszłością.
- 1 – często martwię się o przyszłość.
- 2 – obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.
- 3 – czuje, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.

C.

- 0 – sądzę że nie popełniam większych zaniedbań.
- 1 – sądzę że czynię więcej zaniedbań niż inni.
- 2 – kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.
- 3 – jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.

D.

- 0 – to co robie sprawia mi przyjemność.
- 1 – nie cieszy mnie to co robię.
- 2 – nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.
- 3 – nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.

E.

- 0 – nie czuję się winnym ani wobec siebie ani wobec innych.
- 1 – dość często miewam wyrzuty sumienia.
- 2 – często czuję że zawiniłem.
- 3 – stale czuję się winnym.

F.

- 0 – sądzę że nie zasługuję na karę.
- 1 – sądzę że zasługuję na karę.
- 2 – spodziewam się ukarania.
- 3 – wiem że jestem karany (lub ukarany)

G.

- 0 – jestem z siebie zadowolony.
- 1 – nie jestem z siebie zadowolony.
- 2 – czuję do siebie niechęć.
- 3 – nienawidzę siebie.

H.

- 0 – nie czuję się gorszy od innych.
- 1 – zarzucam sobie że jestem nieudolny i popełniam błędy.
- 2 – stale potępiam siebie za popełnione błędy.
- 3 – winie siebie za wszystko zło które istnieje.

I.

- 0 – nie myślę o odebraniu sobie życia.
- 1 – myślę o samobójstwie – ale nie mógłbym tego dokonać.
- 2 – pragnę odebrać sobie życie.
- 3 – popełnię samobójstwo jak będzie odpowiednia sposobność.

J.

- 0 – nie płaczę częściej niż zwykle.
- 1 – płaczę częściej niż dawniej.
- 2 – ciągle chce mi się płakać.
- 3 – chciałbym płakać lecz nie jestem w stanie.

K.

- 0 – nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.
- 1 – jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej.
- 2 – jestem stale nerwowy i rozdrażniony.
- 3 – wszystko co dawniej mnie drażniło stało się obojętne.

L.

- 0 – ludzie interesują mnie jak dawniej.
- 1 – interesuje się ludźmi mniej niż dawniej.
- 2 – utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi.
- 3 – utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.

M.

- 0 – decyzje podejmuję łatwo tak jak dawniej.
- 1 – częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji.
- 2 – mam dużo trudności z podjęciem decyzji.
- 3 – nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.

N.

- 0 – sędzę że wyglądam nie gorzej niż dawniej.
- 1 – martwię się tym że wyglądam staro i nieatrakcyjnie.
- 2 – czuję że wyglądam coraz gorzej.
- 3 – jestem przekonany że wyglądam okropnie i odpychająco.

O.

- 0 – mogę pracować tak jak dawniej.
- 1 – z trudem rozpoczynam każdą czynność.
- 2 – z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek.
- 3 – nie jestem w stanie nic robić.

P.

- 0 – śpiam dobrze jak zwykle.
- 1 – śpiam gorzej niż dawniej.
- 2 – rano budzę się 1 – 2 godziny za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć.
- 3 – budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć.

Q.

- 0 – nie męczę się bardziej niż dawniej.
- 1 – męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.
- 2 – męczę się wszystkim co robię.
- 3 – jestem zbyt zmęczony aby cokolwiek robić.

R.

- 0 – mam apetyt nie gorszy niż dawniej.
- 1 – mam trochę gorszy apetyt,
- 2 – apetyt mam wyraźnie gorszy.
- 3 – nie mam w ogóle apetytu.

S.

- 0 – nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca)
 - 1 – straciłem na wadze więcej niż 2 kg.
 - 2 – straciłem na wadze więcej niż 4 kg.
 - 3 – straciłem na wadze więcej niż 6 kg.
- (jeśli się odchudzasz specjalnie to się nie liczy)

T.

- 0 – nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.
- 1 – martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle.
- 2 – stan mego zdrowia bardzo mnie martwi często o tym myślę.
- 3 – tak bardzo martwię się o swoje zdrowie że nie mogę o niczym innym myśleć.

U.

0 – moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.

1 – jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu)

2 – problemy płciowe wyraźnie mnie nie interesują.

3 – utraciłem wszelkie zainteresowania sprawami seksualnymi.

12.2. Zgoda dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie na prowadzenie badań – załącznik nr 5

**SZPITAL SPECJALISTYCZNY
W BRZOSOWIE**



**PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY
im. Ks. Bronisława Markiewicza**

ADRES: 36-200 Brzozów, ul. Ks. J. Bielawskiego 18
tel./fax. dyrekcja (013) 43 41 420, 43 09 552
tel. informacji (013) 43 09 500

www.szpital-brzozow.pl e-mail: onkologia@szpital-brzozow.pl

L.SzS.POO.Org./061/ 92/21

Brzozów, 27.04.2021r.

**Szanowny Pan
Mateusz Niemiec
Nauczyciel akademicki
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
im Jana Grodka w Sanoku**

W nawiązaniu do Pana wniosku, uprzejmie informuję, że wyrażam wstępną zgodę na przeprowadzenie badań ankietowych wśród pacjentek z rakiem piersi leczonych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. B. Markiewicza.

Nadmieniam, że każde badanie w tym badanie ankietowe powinno być poprzedzone wyrażeniem zgody przez Kierownika danej komórki organizacyjnej oraz osobę, która weźmie udział w badaniu. Przeprowadzone badania ankietowe mają mieć ścisły związek z tematyką pracy naukowej.

Całokształt prac związanych z realizacją badań wśród pacjentów nie może wykraczać poza obowiązujące przepisy prawa dotyczące ochrony danych osobowych oraz zasad udostępniania dokumentacji medycznej. Badania należy przeprowadzić z zachowaniem tajemnicy zawodowej.

Z poważaniem


Lecznik Tomasz Kondraciuk, MDA

12.3. Zgoda Komisji Bioetycznej na prowadzenie badań – załącznik nr 6

Załącznik nr 1 do protokołu z obrad
Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku
w dniu 5.11.2021 r.

Uchwała nr 5/2021

Komisji Bioetycznej

przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

z dnia 5 listopada 2021 r.

w sprawie: **zaopiniowania dopuszczalności realizacji projektu badawczego mgr Mateusza Niemca pt. „Przystosowanie do choroby nowotworowej a ryzyko występowania depresji u kobiet z rakiem piersi”**

Na podstawie § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, § 2 ust. 1 oraz § 4 Regulaminu Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

uchwała się, co następuje:

§ 1

Komisja Bioetyczna przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku na posiedzeniu w dniu 5 listopada 2021 r., na podstawie opinii nr 5/2021 z dnia 5 listopada 2021 r. pozytywnie opiniuje i dopuszcza do realizacji projekt badawczy mgr Mateusza Niemca pt. „Przystosowanie do choroby nowotworowej a ryzyko występowania depresji u kobiet z rakiem piersi”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podpisy członków Komisji:

1. Wojciech Dąbrowski
2. Robert Mielniczek
3. Zofia Niemiec
4. dr Andrzej Skiba
5. Agata Kucharska
6. Wojciech Wójcik