

Marek MOTYKA¹
Małgorzata DZIUBAK²
Jędrusik PATRYCJA³

Poczucie koherencji a jakość życia pacjentek leczonych z powodu raka piersi

The sense of coherence and the quality of life of patients treated for breast cancer

¹Zakład Psychologii Zdrowia,
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM, Kraków
Kierownik:
Dr hab. Marek Motyka

²Pracownia Podstaw Opieki Położniczej,
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM

³Beskidzkie Centrum Onkologii
– Szpital Miejski im. Jana Pawła II
w Bielsku-Białej, Bielsko Biała

Dodatkowe słowa kluczowe:

rak piersi
poczucie koherencji (SOC)
jakość życia
realizacja zaleceń lekarskich

Additional key words:

breast cancer
sense of coherence (SOC)
quality of life
realization of medical recommendations

Rak piersi stanowi dla kobiet niezwykle duży stres psychiczny i wpływa na ich funkcjonowanie w sferze somatycznej i psychospołecznej zarówno podczas diagnostyki i leczenia, jak też w dłuższym okresie po zastosowanym leczeniu. Wysokie poczucie koherencji prowadzi do lepszego radzenia sobie ze stresem choroby, co może sprzyjać wyższej satysfakcji z życia u leczonych kobiet.

Celem niniejszej pracy stała się próba oceny wpływu poczucia koherencji na satysfakcję z życia pacjentek po zabiegu mastektomii, a także na czas zgłoszenia się do lekarza od momentu zauważenia pierwszych objawów choroby oraz na terminowość realizacji zaleceń lekarskich.

Badaniami objęto grupę 60 kobiet w wieku od 30 do 70 lat po przebytych zabiegach mastektomii z powodu zdiagnozowanego raka piersi. W przeprowadzonych badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były: Skala Satysfakcji z Życia (SWLS, autorstwa E. Diener'a i wsp.), Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC 13) oraz krótka ankieta własnego autorstwa.

Badania nie wykazały statystycznie istotnej zależności między poziomem poczucia koherencji a terminowością realizacji zleceń lekarskich i poziomem satysfakcji z życia badanych kobiet $p > 0,05$. Udowodniono natomiast istotną statystycznie zależność między poczuciem koherencji a czasem zgłoszenia się kobiet do lekarza, po zauważeniu przez nie niepokojących objawów $p < 0,05$.

Wstęp

Rak piersi jest od lat najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet, a liczba zachorowań na to schorzenie posiada wyraźną tendencję wzrostową [1]. Rak piersi stanowi dla kobiety niezwykle duży stres psychiczny wynikający z charakteru samej choroby i jej umiejscowienia, przy jednoczesnych znacznych różnicach, wynikających z różnego przebiegu klinicznego choroby i różnych prognoz przeżycia [2]. Choroba ta wpływa w sposób istotny na funkcjonowanie kobiety w sferze somatycznej i psychospołecznej podczas diagnostyki i leczenia, a także w dłuższym

For women, breast cancer causes great mental stress and affects their functioning in the somatic and psychosocial domain both during the process of diagnostics and therapy, and for a long period of time after the received treatment. A high sense of coherence leads to being better at coping with stress and can promote the quality of life.

The objective of this study was to evaluate the effect of the sense of coherence on the satisfaction with life of post-mastectomy patients, and also on the time which passes between noticing the first symptoms of the disease and reporting to a doctor, and on the timely execution of medical recommendations.

The study involved 60 women, age between 30 and 70 years, after a mastectomy procedure due to diagnosed breast cancer. The study used the method of diagnostic survey. The following tools were applied: the Satisfaction with Life Scale (SWLS - E. Diener et al.), the 13-item Sense of Coherence Scale (SOC 13), and a short questionnaire developed by the author.

No statistically significant association was found between the level of the sense of coherence and the timely execution of medical recommendations, and the level of the satisfaction with life of the subjects $p > 0,05$. However, the existence of a statistically significant association was demonstrated between the sense of coherence and the time of reporting to a doctor after noticing disturbing symptoms $p < 0,05$.

okresie po zastosowanym leczeniu [2,3]. Powrót do dawnego funkcjonowania zwykle naznaczony jest niepewnością, związaną z możliwością ponownego pojawienia się choroby [4].

Postęp jaki dokonał się w medycynie w zakresie metod diagnostycznych i terapeutycznych leczenia raka piersi, obejmuje również zainteresowanie przeżyciami pacjentek związanymi z chorobą oraz sposobami za pomocą których odzyskują one zadawalającą jakość życia powracając do normalnego funkcjonowania [3,4]. Istotnym czynnikiem, który przyczynił się do zainteresowania jakością życia pacjentów z chorobą nowo-

Adres do korespondencji:
Dr hab. Marek Motyka
Zakład Psychologii Zdrowia
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków
tel. (12) 4303205 fax. (12) 4294872
e-mail: marek.motyka@uj.edu.pl

tworową, było pojawienie się w medycynie modelu holistyczno-funkcjonalnego, który obok sfery biologicznej pacjenta, uwzględnia również sferę psychiczną, społeczną, a nawet duchową. Zgodnie z wspomnianym modelem, sfery te mają określony udział w procesie zachorowania jak również w procesie zdrowienia. Tym samym odpowiednie działania podejmowane w tych sferach mogą mieć istotne znaczenie dla poprawy jakości życia chorych, podobnie jak dla przebiegu leczenia i wydłużenia czasu przeżycia [5,6].

Podejście holistyczno-funkcjonalne w pełni uwidacznia się w koncepcji salutogenezy A. Antonovsky'ego [7,8], u podstaw której leży założenie, że pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje kontinuum stanów pośrednich stanowiących efekt działania dynamicznych procesów równoważenia wymagań i zasobów w sytuacjach stresowych dostarczanych przez życie. Posiadane zasoby odpornościowe stymulują procesy zdrowienia, jednak gdy istnieje wyraźna przewaga wymagań życiowych w stosunku do posiadanych przez człowieka zasobów, wywołany nimi stres będzie osłabiać odporność organizmu sprzyjając rozwojowi choroby.

W omawianej koncepcji kluczowym zasobem regulującym stosunki człowieka z otoczeniem i ostatecznie decydującym o jego zdrowiu jest poczucie koherencji [7,9]. Jest to ogólna postawa człowieka, wyrażająca stopień w jakim ma on względnie trwałe poczucie pewności, że wymagania stawiane mu przez życie mają charakter przewidywalny i wytłumaczalny (rozumiałość), że posiada zasoby, które pozwolą mu sprostać pojawiającym się wymaganiom (zaradność), a co więcej, że konfrontacja z pojawiającymi się trudnościami warta jest jego zaangażowania i wysiłku (sensowność). Trzy wymienione wyżej elementy poczucia koherencji są ściśle ze sobą powiązane, przy czym najważniejszym z nich zdaniem A. Antonovsky'ego jest poczucie sensowności [7].

Wysokie poczucie koherencji prowadzi do lepszego radzenia sobie ze stresem, w tym także ze stresem choroby, a więc można założyć, że będzie sprzyjać zachowaniom prozdrowotnym pacjenta oraz większej satysfakcji z życia pomimo istniejącej choroby.

Biorąc pod uwagę zakładane, prozdrowotne działanie poczucia koherencji, zasadniczym celem niniejszej pracy stała się próba oceny wpływu poczucia koherencji na satysfakcję z życia (ogólną jakość życia) pacjentek po zabiegu chirurgicznym mastektomii, a także na czas zgłoszenia się do lekarza od momentu zauważenia pierwszych objawów choroby, jak również na terminowość realizacji zaleceń lekarskich.

Przystępując do badań postawiono następujące problemy badawcze:

1. Czy istnieje związek pomiędzy poczuciem koherencji a satysfakcją z życia kobiet po mastektomii?

2. Czy istnieje związek pomiędzy poczuciem koherencji a czasem zgłoszenia się do lekarza od momentu zauważenia pierwszych objawów choroby?

3. Czy istnieje związek pomiędzy poczu-

ciem koherencji a terminowością realizacji zaleceń lekarskich?

Osoby badane i metody

Badaniami objęto grupę 60 kobiet w wieku od 30 do 70 lat po przebytym zabiegu mastektomii z powodu zdiagnozowanego raka piersi. Badana grupa składała się z dwóch 30-osobowych podgrup. Pierwsza podgrupa to kobiety po mastektomii, zrzeszone w Klubie „Amazonki” w Bielsku-Białej. Podgrupę drugą stanowiły kobiety w II, III lub IV dobie po zabiegu mastektomii, przebywające w oddziale chirurgii onkologicznej Beskidzkiego Centrum Onkologii. Podział taki pozwalał na ocenę ewentualnych różnic w postrzeganiu jakości życia przez kobiety będące bezpośrednio po zabiegu mastektomii oraz postrzeganiu jego jakości przez kobiety, które już miały za sobą czas potrzebny na adaptację do nowej sytuacji, a ponadto otrzymywały silne wsparcie społeczne wynikające z przynależności do grupy „Amazonek”.

Udział w badaniach był dobrowolny. Każda z badanych kobiet była informowana o celu i przebiegu badania (sposobie wypełnienia otrzymanych kwestionariuszy) oraz proszona o wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu. Badanym zapewniono anonimowość i informowano, że mają prawo zrezygnować z udziału w badaniu na każdym etapie jego przebiegu. Dane socjo-demograficzne badanej grupy przedstawia tabela I.

W przeprowadzonych badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były:

Tabela I

Charakterystyka socjo-demograficzna badanych kobiet.

Socio-demographic characteristics of study participants.

Cechy społeczno-demograficzne badanych kobiet		Kobiety po mastektomii - Amazonki		Kobiety po mastektomii - II, III lub IV doba po wykonanej operacji	
		N	%	N	%
wiek (lata)	30-40	0	0	4	13,3
	40-50	4	13,3	7	23,3
	50-60	3	10,1	10	33,3
	do 70	23	76,6	9	30,1
miejsce zamieszkania	miasto powyżej 100000 mieszkańców	20	66,7	6	20,0
	miasto do 100000 mieszkańców	5	16,7	5	16,7
	miasto do 10000 mieszkańców	1	3,3	7	23,3
	wieś	4	13,3	12	40,0
stan cywilny	panna	2	6,6	2	6,6
	mężatka	15	50,0	15	50,0
	rozwidziona	3	10,1	4	13,3
	wdowa	10	33,3	9	30,1
wykształcenie	wyższe	9	30,1	4	13,3
	policealne	1	3,3	3	10,1
	średnie	18	60,0	13	43,3
	zawodowe	1	3,3	6	20,0
	gimnazjalne/ podstawowe	1	3,3	4	13,3

1. SWLS - Skala Satysfakcji z Życia (autorzy: E.Diener, R.A.Emmons, R.J.Larsen, S.Griffin) w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego. Skala ta bada poziom ogólnej satysfakcji z życia, którą można traktować zamiennie z pojęciem ogólnej jakości życia [10]. Satysfakcja z życia traktowana jest zazwyczaj jako jeden z najistotniejszych wskaźników poczucia jakości życia. Wyniki badania dotyczącego satysfakcji z życia odzwierciedlają ogólną ocenę swego życia oraz natężenie zadowolenia z niego [11].

2. SOC 13 - Kwestionariusz Orientacji Życiowej w wersji skróconej, badający poczucie koherencji. Kwestionariusz ten składa się z 13 pozycji testowych wyrażonych w formie zdań pytających, przyporządkowanych trzem składnikom poczucia koherencji: poczuciu zrozumiałości, poczuciu zaradności i poczuciu sensowności [7].

3. Krótka ankieta własnego autorstwa oprócz danych socjo-demograficznych zawierała 9 pytań dotyczących występowania nowotworów w rodzinie, profilaktyki raka piersi i zachowań pacjentek w momencie wykrycia niepokojących objawów podczas samobadania piersi. W analizie uwzględniono tylko dwa pytania półotwarte dotyczące zakresu przedziału czasowego między dostrzeżeniem u siebie objawów mogących wskazywać na raka piersi a zgłoszeniem się do lekarza oraz okresu czasu w którym zostały zrealizowane zlecenia otrzymane w czasie wizyty lekarskiej.

Do analizy wyników badań zastosowano test chi-kwadrat. Różnice istotne statystycznie przyjmowano na poziomie $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Poczucie koherencji a jakość życia pacjentek po mastektomii

W celu określenia poziomu poczucia koherencji badanych kobiet obliczono średni wynik dla badanej grupy uzyskany w kwestionariusza SOC-13, który wyniósł 57,45. Ze względu na brak polskich norm dla tego kwestionariusza, przyjęto, że wysokie poczucie koherencji wynik osób, których łączna punktacja kwestionariusza SOC-13 znajdowała się powyżej tej średniej, a za niskie poczucie koherencji - wynik osób, których łączna punktacja znalazła się poniżej średniej. W tabeli II zawarto wyniki analizy statystycznej badającej związek między globalnym poczuciem koherencji a poziomem jakości życia.

Analiza danych zawartych w tabeli II nie wykazała statystycznie istotnego związku między poziomem poczucia koherencji a poziomem jakości życia badanych kobiet ($\chi^2=0,03$, $df=1$, $p>0,05$). Wynik ten wskazuje, że wbrew założeniu teoretycznym, poczucie koherencji nie zawsze łączy się z poprawą satysfakcji z życia, co oznacza, że powiązania obu tych zmiennych są bardziej skomplikowane niż wynikałoby to z założeń teoretycznych.

Poczucie koherencji a czas zgłoszenia się do lekarza od momentu zauważenia pierwszych objawów choroby

W dalszym etapie analizy materiału badawczego dokonano oceny wpływu poczucia koherencji na czas jaki upłynął od zauważenia przez badane kobiety zmian w okolicy piersi a zgłoszeniem się z tego powodu do lekarza. Odpowiedź „do tygodnia” traktowana była jako szybki czas reakcji na zaobserwowane u siebie zmiany (wizyta u lekarza). Inne odpowiedzi („w tym samym miesiącu”, „do roku czasu”, lub inny okres określony przez respondentkę) potraktowano jako długi czas upływający od momentu zauważenia pierwszych objawów choroby do zgłoszenia się lekarza.

W tabeli III przedstawiono wyniki dotyczące zależności pomiędzy poczuciem koherencji a czasem zgłoszenia się do lekarza po zaobserwowaniu pierwszych zmian mogących sugerować nowotwór piersi.

Prezentowane w powyższej tabeli dane wskazują na występowanie istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem poczucia koherencji badanych a czasem zgłoszenia się ich do lekarza po zaobserwowaniu u siebie niepokojących zmian - $\chi^2=5,51$, $df=1$, $p<0,05$. Uzyskane wyniki wskazują, że wśród pacjentek z wysokim poczuciem koherencji, większość z nich stosunkowo szybko zdecydowała się na wizytę u lekarza po zauważeniu niepokojących je zmian, podczas gdy wśród pacjentek z niskim poczuciem koherencji większość odwlekała tą decyzję i zgłosiła się do lekarza stosunkowo późno.

Poczucie koherencji a terminowość realizacji zleceń lekarskich?

Wyniki badań analizowano także w aspekcie wpływu poczucia koherencji na czas realizacji zaleceń lekarskich (tabela IV). Odpowiedź „po tygodniu” była traktowana jako szybki czas realizacji zleceń

Tabela II

Poczucie koherencji a satysfakcja z życia w badanej grupie.

The sense of coherence and the satisfaction with life in the study group.

Poczucie koherencji	Ogólna jakość życia					
	niska		wysoka		ogółem	
	N	%	N	%	N	%
niskie	12	20,0	16	26,7	28	46,7
wysokie	13	21,7	19	31,6	32	53,3
ogółem	25	41,7	35	58,3	60	100

*N – liczba kobiet

Tabela III

Poziom poczucia koherencji a czas zgłoszenia badanych się do lekarza.

The level of the sense of coherence and the time of reporting to a doctor.

Poczucie koherencji	Czas zgłoszenia się do lekarza					
	szybki czas reakcji		długi czas reakcji		ogółem	
	N	%	N	%	N	%
niskie	9	15,0	19	31,7	28	46,7
wysokie	20	33,3	12	20,0	32	53,3
ogółem	29	48,3	31	51,7	60	100

*N – liczba kobiet

Tabela IV

Poczucie koherencji a czas realizacji zleceń lekarskich przez badanych.

The sense of coherence and the time of execution of medical recommendations by subjects.

Poczucie koherencji	Czas realizacji zleceń lekarskich					
	szybki czas realizacji zleceń lekarskich		długi czas realizacji zleceń lekarskich		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
niskie	24	40,0	4	6,7	28	46,7
wysokie	26	43,3	6	10,0	32	53,3
ogółem	50	83,3	10	16,7	60	100

*N – liczba kobiet

lekarskich, natomiast odpowiedzi: „po paru tygodniach”, „po paru miesiącach” oraz brak realizacji zleceń lekarskich, były określone jako długi czas realizacji zleceń lekarskich.

Uzyskane dane pokazują, że zdecydowana większość badanych kobiet (83,34%) szybko zastosowała się do zaleceń lekarskich. Nie wykazano przy tym istotnej statystycznie zależności między poziomem poczucia koherencji a czasem realizacji zleceń lekarskich ($\chi^2=0,21$, $df=1$, $p>0,05$).

Omówienie

Badania dotyczące wzajemnych interakcji pomiędzy poziomem poczucia koherencji a jakością życia związaną ze zdrowiem, w większości dowodzą, że wyższemu poczuciu koherencji towarzyszy lepsza jakość życia, zarówno w chorobach nowotworowych, jak i innych, np. chorobach serca [9,11-13], czy w cukrzycy [14]. Wyniki badań własnych nie wykazały jednak takiej zależności w odniesieniu do satysfakcji z życia będącej wyrazem ogólnej oceny jakości swego życia, a nie tylko aspektu związanego bezpośrednio ze zdrowiem. Być może to właśnie w większej stabilności oceny jakości życia rozpatrywanej z globalnej perspektywy, a nie z perspektywy aktualnego stanu zdrowia, szu-

kać należy wyjaśnienia zaobserwowanych różnic pomiędzy otrzymanymi wynikami a danymi pochodzącymi z wspomnianych wcześniej doniesień. Być może wynika to także z faktu, że połowa kobiet z badanej grupy uzyskała satysfakcjonujące wsparcie społeczne (Klub „Amazonki”), gdyż jak się podkreśla, obecność satysfakcjonującego wsparcia, może być skutecznym buforem dla stresogennego działania istniejących uszkodzeń zdrowia. Zmienna ta pełni także funkcję czynnika chroniącego przed obniżeniem satysfakcji z życia po nabyciu trwałych ograniczeń [11]. Problem ten jednak nie był podjęty w niniejszej pracy.

Zachowanie osób, które stanęły w obliczu choroby, jest znacznie zróżnicowane [15]. Niezadowolające efekty leczenia nowotworów w Polsce wiążą się m.in. z kwestią zwlekania ze zgłoszeniem się do lekarza po zauważeniu pierwszych objawów będących oznakami tej choroby. Jak najwcześniejszy kontakt z lekarzem, po stwierdzeniu niepokojącego objawu, jest niezwykle ważnym momentem, decydującym w dużej mierze o powodzeniu leczenia nowotworu [16]. Wyniki wielu badań empirycznych, prowadzonych zarówno za granicą jak i w Polsce, wskazują, że stwierdzenie przez daną osobę

objawów chorobowych nie zawsze stanowi wystarczający impuls dla decyzji nawiązania kontaktu z lekarzem. Rzadko się zdarza, by chory decydował się na wizytę u lekarza natychmiast po zaobserwowaniu objawów choroby. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób nowotworowych, w których dostatecznie szybka interwencja jest warunkiem skutecznego leczenia. Doniesienia z badań przeprowadzonych w Polsce podają, że większość pacjentów zwleka z udaniem się do lekarza, co najmniej przez miesiąc po zaobserwowaniu u siebie jednego ze znanych objawów raka, a w przypadku 35-50% pacjentów zwłoka trwa nawet dłużej niż trzy miesiące [15].

Posiadanie przez chorych obrazu choroby zgodnego z naukową wiedzą medyczną, ma ważne konsekwencje dla zachowania się w stosunku do celów zdrowotnych. Im trafniej dane osoby oceniają stan swojego zdrowia, jego uwarunkowania i udział ważnych czynników w procesie zdrowienia, tym mniejsze prawdopodobieństwo zachowań niekorzystnych z punktu widzenia zdrowia, np. odraczanie wizyt u lekarza, nieprzestrzeganie jego zaleceń [15]. Perspektywa kontaktu z lekarzem zazwyczaj jest wydarzeniem emocjonalnym, często wywołującym lęk i to właśnie on bywa najczęściej przyczyną zwłoki w podjęciu decyzji o spotkaniu z lekarzem lub w ogóle rezygnacji z wizyty u lekarza. Przyczyną tego lęku mogą być między innymi obawy związane z diagnozą [15,16].

Badania własne wykazały, że wysokie poczucie koherencji może być traktowane jako istotny czynnik wpływający na szybkie zgłoszenie się do lekarza po zauważeniu objawów wskazujących na raka piersi. Prawdopodobne jest, że osoby o wyższym poczuciu koherencji tworzą bardziej adekwatny obraz własnej choroby, sprzyjający pożądanym zachowaniom zdrowotnym [4], a co więcej znacznie lepiej radzą sobie z

lękiem redukując go do racjonalnych rozmiarów i obniżając poziom odczuwanego stresu. Natomiast nie wykazano w badaniu, istotnej statystycznie zależności jeśli chodzi o związek poczucia koherencji w chorobie nowotworowej a czasem realizacji otrzymanych zleceń lekarskich. Należy podkreślić, że ponad 80% badanych kobiet cechował szybki czas realizacji zleceń lekarskich. Można sądzić, że o ile samo podejmowanie decyzji o wizycie u lekarza i poddaniu się choćby wstępnej diagnozie, w przypadku choroby nowotworowej może budzić lęk powstrzymujący przed taką decyzją, o tyle doprowadzenie do kontaktu z lekarzem, w zdecydowanej większości przypadków stanowi krok decydujący, uzasadniający realizację otrzymanych później zaleceń.

Wnioski

1. Poziom poczucia koherencji nie wpływa bezpośrednio na poziom satysfakcji z życia (ogólnej jakości życia) badanych kobiet po mastektomii.

2. W przypadku raka piersi, poczucie koherencji skraca czas decyzji zgłoszenia się kobiet do lekarza, po zauważeniu przez nie niepokojących objawów.

3. Można oczekiwać, że edukacja zdrowotna ukierunkowana na wzmacnianie poczucia koherencji (dobre rozumienie swej sytuacji zdrowotnej w powiązaniu z przekonaniem o powodzeniu i sensie wysiłków związanych z opieką nad swym zdrowiem), będzie sprzyjać szybszemu podjęciu leczenia w razie wystąpienia objawów choroby.

Piśmiennictwo:

1. **Kornafel J:** (red.) Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Warszawa 2011.
2. **Machnik-Czerwik A:** Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. *Psychoonkologia* 2010; 2: 55-59.

3. **Weitzner Michael A:** Funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia chorych na nowotwory gruczołu piersiowego. [w:] Meyza J. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa 1997; 225-247.
4. **Izdebski P:** Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Bydgoszcz 2007.
5. **Borys B:** Wzrost znaczenia psychologii we współczesnej medycynie; istotne przyczyny. [w:] Borys B, Majkovicz M: (red.). *Psychologia w medycynie (wybrane zagadnienia)*. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2006; 7-21.
6. **Majkovicz M:** Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*. 2008; 1(2): 57-66.
7. **Antonovsky A.** Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2005.
8. **Heszen-Niejodek I, Sęk H:** *Psychologia Zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
9. **Piotrowicz M, Cianciara D:** Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby. *Przeegl Epidemiol.* 2011; 65: 521-527.
10. **Juczynski Z:** Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2009.
11. **Byra S:** Rola poczucia koherencji w kształtowaniu temporalnej satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością nabytą. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*. 2010; 2: 73-88.
12. **Daszkowska J:** Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Prz Med Uniw Rzesz.* 2006; 2: 122-127.
13. **Kozaka J:** Radzenie sobie ze stresem – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia*. 2010; 2: 60-69.
14. **Motyka H:** Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych chorych na cukrzycę. Praca doktorska. Kraków 2013.
15. **Dolińska-Zygmunt G:** Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. [w:] Dolińska-Zygmunt G: (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996; 195-203.
16. **Kozaka J:** Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. [w:] Borys B, Majkovicz M. (red.). *Psychologia w medycynie (wybrane zagadnienia)*. Akademia Medyczna w Gdańsku. Gdańsk 2006; 399-407.