

Style radzenia sobie ze stresem u pacjentek doświadczających potraumatycznego rozwoju leczonych onkologicznie

Agnieszka Mazurkiewicz

Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WKŁAD AUTORÓW: (A) Projekt badania · (B) Zbieranie Danych · (C) Analiza Statystyczna · (D) Interpretacja Danych · (E) Przygotowanie Rękopisu · (F) Gromadzenie Piśmiennictwa · (G) Gromadzenie Funduszy

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Stres towarzyszy niemal każdemu pacjentowi z chorobą nowotworową. Związany jest z oczekiwaniem na diagnozę, konfrontacją z chorobą, występuje na etapie decyzji o leczeniu, a także podczas leczenia. Na jednych stres wpłynie paraliżująco natomiast na innych mobilizująco, a odpowiednie sposoby radzenia sobie z nim mogą wpłynąć na pozytywną adaptację.

Cel pracy. Analiza związku między potraumatycznym rozwojem i stylami radzenia sobie w sytuacji stresowej oraz określenie jakie style radzenia sobie z sytuacją stresową preferują kobiety doświadczające rozwoju potraumatycznego.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 40 kobiet napromieniowanych z powodu nowotworu złośliwego w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Pacjentki wypełniały Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI) i Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS).

Wyniki i wnioski. Między potraumatycznym rozwojem a stylem skoncentrowanym na zadaniu i stylem skoncentrowanym na unikaniu występuje istotna statystycznie pozytywna korelacja ($r = 0,349$ i $r = 0,445$). Kobiety z niskim poziomem potraumatycznego rozwoju osiągnęły najwyższy wynik w stylach skoncentrowanych na unikaniu i na emocjach. Kobiety z przeciętnym poziomem potraumatycznego rozwoju osiągnęły przeciętny poziom w każdym z trzech stylów radzenia sobie, nieznacznie preferując styl emocjonalny. Kobiety z wysokim poziomem potraumatycznego rozwoju preferowały unikowy styl radzenia sobie z sytuacją stresową. Unikowe i zadaniowe style radzenia sobie w sytuacji stresowej są ważnym elementem mającym związek z wystąpieniem potraumatycznego rozwoju u kobiet napromieniowanych z powodu choroby nowotworowej. Kobiety osiągające niski, przeciętny i wysoki poziom potraumatycznego rozwoju różnią się pod względem stosowania stylów radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe: style radzenia sobie ze stresem, potraumatyczny rozwój, radioterapia

Adres do korespondencji:

Agnieszka Mazurkiewicz, Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
agnieszka.mazurkiewicz@opoczta.pl

Liczba słów: 2162 Tabele: 3 Ryciny: 0 Piśmiennictwo: 23

Received: 20.08.2017

Accepted: 26.09.2017

Published: 29.12.2017

WSTĘP

Niewiele chorób wywołuje tak silny lęk i tak bardzo kojarzy się z bólem i śmiercią jak choroba nowotworowa. Prawdopodobnie dzieje się tak dlatego, że rozpoznanie nowotworu rzeczywiście często konfrontuje człowieka ze śmiercią.

W porównaniu z 1990 r. w roku 2002 zachorowalność na nowotwory złośliwe wzrosła o około 19 %, natomiast umieralność o 18 %. W Polsce w roku 2010 zgłoszono 140564 nowych zachorowań i 92611 zgonów spowodowanych chorobą nowotworową [1]. Dynamiczny wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe jest jedną z wielu przyczyn, dla których choroba nowotworowa uważana jest za najbardziej obciążającą psychicznie i stresującą [2].

Stres towarzyszy niemal każdemu pacjentowi dotkniętemu chorobą nowotworową. Związany jest z oczekiwaniem na diagnozę i konfrontacją z chorobą. Występuje na etapie decyzji o leczeniu, a także podczas samego leczenia. Pacjenci doświadczają stresu w życiu codziennym spotykając na swojej drodze wiele ograniczeń związanych z chorobą. Każdy radzi sobie z nim inaczej. Jedni opisują stres jako mobilizujący inni jako paraliżujący.

Pojęcie stresu pojawiło się w literaturze psychologicznej już ponad 60 lat temu. Jednak kontrowersje w tej dziedzinie występują nadal, co więcej dotyczą spraw podstawowych. Wspólnym mianownikiem dla wielu definicji stresu, które pojawiały się na przestrzeni lat jest traktowanie relacji stresowej jako zakłócenia lub zapowiedzi zakłócenia równowagi pomiędzy zasobami, czy możliwościami jednostki z jednej strony a wymaganiami otoczenia z drugiej [3]. W literaturze spotykamy się nie tylko z mnogością definicji stresu, ale również z różnymi teoriami związanymi ze stylami (sposobami, procesami, strategiami) radzenia sobie z nim oraz z chorobą nowotworową. Na przykład Watson i wsp. [4] wyróżnili pięć strategii radzenia sobie: duch walki, zaprzeczenie/unikanie,

fatalizm/stoicka akceptacja, bezradność/bez nadzieję i lękowe zaabsorbowanie.

Inną znaną teorią, która definiuje stres i wyjaśnia przystosowanie do sytuacji choroby jest Transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkmana [3]. Autorzy wyróżniają dwie funkcje radzenia sobie ze stresem: zadaniową i emocjonalną. Koncepcja ta była kilkakrotnie uzupełniana i modyfikowana.

Teoria zachowania zasobów Hobfolla [5] jest kolejną, która definiuje stres i może być stosowana do wyjaśniania sytuacji osób chorych na nowotwór.

Endler i Parker [7] rozumieją styl radzenia sobie jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych. Autorzy wyróżnili trzy style radzenia sobie w sytuacji stresowej. Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE) i styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Styl skoncentrowany na zadaniu charakteryzuje się podejmowaniem zadań i wysiłków, których celem jest rozwiązanie problemu poprzez próbę zmiany sytuacji lub poznawcze przekształcenia. Głównymi cechami tego stylu są: planowanie i podejmowanie zadań. Styl skoncentrowany na emocjach charakteryzuje się tendencją do koncentracji na swoich przeżyciach i emocjach takich jak złość czy poczucie winy. Osoby, które stosują taki styl często myślą życzeniowo i fantazjują, co ma na celu zmniejszenie napięcia. Styl skoncentrowany na unikaniu jest charakterystyczny dla osób, które w celu odwrócenia myśli od sytuacji stresowej angażują się w czynności zastępcze takie jak np. robienie zakupów lub poszukują kontaktów towarzyskich.

Style radzenia sobie ze stresem wyodrębnione przez Endler i Parker są możliwe do pomiaru za pomocą Kwestionariusza CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) [6].

Czapiński [8] w swoich rozważaniach na temat radzenia sobie ze stresem zastanawia się jakie mechanizmy podtrzymują pierwotną wolę życia i znoszą poczucie cierpienia i wielkiego nieszczęścia. Dlaczego dzieje się tak nawet w warunkach, w których negatywne konsekwencje wydarzeń życiowych są nieodwołalne lub stale pogłębiają się tak jak często ma to miejsce w przypadku choroby nowotworowej.

Według Ogińskiej-Bulik [9] kształtowanie umiejętności strategii radzenia sobie w chorobie nowotworowej jest procesem stopniowym i związanym z fazami choroby.

W wyniku zmagania się z traumą może dochodzić do pozytywnych zmian w wielu

obszarach życia. Jest to zjawisko znane, które przez Tedeschi i Calhoun [10] zostało nazwane potraumatycznym rozwojem/wzrostem (posttraumatic growth). W wyniku zmagania się z traumą osoba doświadczająca potraumatycznego rozwoju może osiągnąć zmiany w następujących obszarach: zmiany w percepcji siebie, dostrzeganie nowych możliwości i odczuwanie wzrostu poczucia osobistej siły, zmiany w relacjach z innymi – większe poczucie związku z innymi, wzrost empatii i altruizmu, większe docenianie życia – zmiana filozofii życia, dotychczasowych priorytetów, większe docenianie każdego dnia oraz zmiany duchowe – lepsze rozumienie problemów duchowych i wzrost religijności [11].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zależności między potraumatycznym rozwojem a stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz określenie jakie style radzenia sobie preferują kobiety z niskim, przeciętnym i wysokim poziomem potraumatycznego rozwoju leczone z powodu choroby nowotworowej.

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w okresie od listopada 2012 roku do lutego 2013 roku. Objęto nimi 40 kobiet napromienianych z powodu nowotworu. Wiek kobiet wahał się od 19 do 76 lat, średnia to 51,63 lat. Pacjentki wyrażały pisemną zgodę na badanie. Były informowane o anonimowym charakterze badań i możliwości zrezygnowania z niego w dowolnym momencie.

U 14 badanych kobiet nowotwór pierwotny umiejscowiony był w piersi. U 6 umiejscowiony był w mózgu. Po 4 pacjentki miały nowotwór zlokalizowany w płucach i żołądku. Rzadziej występował nowotwór krtani i macicy (po 3 pacjentki) oraz nosogardła (2 pacjentki). U pojedynczych kobiet nowotwór zlokalizowany był w: tarczycy, śliniankach, trzustce i w tkance mięśniowej uda.

Diagnozowanie stylów radzenia sobie ze stresem przeprowadzono przy użyciu Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, Coping Inventory for Stressful Situations) Endlera i Parkera w adaptacji polskiej [6]. CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. W celu

odpowiedzi na pytanie o radzenie sobie ze stresem w sytuacji choroby nowotworowej zmodyfikowano instrukcję prosząc chorych o określenie zachowań w odniesieniu do sytuacji choroby.

Metoda pozwala na wyodrębnienie trzech stylów radzenia sobie ze stresem: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu. Styl skoncentrowany na unikaniu może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze oraz PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich [6]. Wyniki surowe przeliczone zostały na 10 stopniową skalę stenową.

Drugą metodą jaka została zastosowana w badaniu jest Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI) [11]. Jest to narzędzie dla dorosłych i młodzieży, służące do oceny pozytywnych zmian, które zaistniały w wyniku doświadczenia różnych zdarzeń o charakterze traumatycznym.

Składa się z 21 stwierdzeń opisujących zmiany, które mogły dokonać się na skutek traumy. Metoda pozwala na uzyskanie wyniku ogólnego oraz wyników w czterech następujących obszarach (czynnikiach): zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia, zmiany duchowe [11].

Do oceny związku między potraumatycznym rozwojem a stylem radzenia sobie w sytuacji stresowej zastosowano korelację r-Perasona. Poziom poszczególnych stylów radzenia sobie w zależności od poziomu potraumatycznego rozwoju oceniono za pomocą testu Kruskala-Wallisa i testów „post hoc”. Za poziomowi znamienności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Stwierdzono istotną dodatnią korelację między potraumatycznym rozwojem a stylem skoncentrowanym na zadaniu i stylem skoncentrowanym na unikaniu (Tab. 1).

Badane kobiety z niskim poziomem potraumatycznego rozwoju cechował niski poziom (3sten) stylu skoncentrowanego na zadaniu (SSZ), przeciętny poziom (5 sten) stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE), przeciętny poziom w stylu skoncentrowanym na unikaniu (SSU) (5sten). Analizując dwie formy unikowego radzenia sobie ze stresem stwierdzono, że uzyskały przeciętny poziom (5sten) angażowania się w czynności zastępcze (ACZ) i niski poziom (4sten) poszukiwania kontaktów towarzyskich (PKT).

Kobiety z przeciętnym poziomem potraumatycznego rozwoju uzyskały przeciętny poziom (5 sten lub 6 sten) w każdym ze stylów radzenia sobie w sytuacji stresowej (SSZ, SSE i SSU), a także przeciętny poziom w obu formach radzenia sobie ze stresem zorientowanych na unikaniu (ACZ i PKT).

Kobiety z wysokim poziomem potraumatycznego rozwoju w stylu skoncentrowanym na zadaniu (SSZ) osiągnęły wynik przeciętny (6 sten). W stylu skoncentrowanej na emocjach (SSE) niski poziom (4 sten). Natomiast w stylu skoncentrowanym na unikaniu (SSU) kobiety z wysokim poziomem potraumatycznego rozwoju osiągnęły wysoki poziom (8 sten). W angażowaniu się w czynności zastępcze (ACZ) badane również osiągnęły wysoki poziom (7 sten). W poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (PKT) osiągnęły przeciętny poziom wyników (6 sten) (Tab.2).

Tab. 1. Zależność między potraumatycznym rozwojem (PTG) a rodzajem stylu radzenia sobie w sytuacji stresowej wśród badanych kobiet

	CISS (SSZ)		CISS (SSE)		CISS (SSU)	
	r	p	r	p	r	p
PTG	0,349	0,027	0,121	0,456	0,445	0,004

Tab. 2. Style radzenia sobie w zależności od poziomu potraumatycznego rozwoju

Rodzaje stylów	Niski poziom PTG			Przeciętny poziom PTG			Wysoki poziom PTG		
	M	SD	sten	M	SD	sten	M	SD	sten
SSZ	47,56	15,43	3	54,86	14,63	5	58,20	10,62	6
SSE	41,38	12,33	5	45,64	11,84	6	39,60	7,37	4
SSU	39,56	12,24	5	43,14	11,79	5	53,00	13,15	8
ACZ	17,13	8,51	5	18,79	7,29	5	23,20	8,84	7
PKT	14,38	6,54	4	15,36	7,39	5	18,60	6,93	6

Przedstawione zostały poziomy istotności różnic w poszczególnych stylach radzenia sobie w sytuacjach stresowych (SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu) i dwóch form radzenia sobie zorientowanych na unikanie (ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze i PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich) w podgrupach kobiet z niskim, przeciętnym i wysokim poziomem potraumatycznego rozwoju (PTG) (Tab.3).

Po uzyskaniu istotnego wyniku w zmiennej unikowe style radzenia sobie (SSU) w sytuacji stresowej przeprowadzono porównania wielokrotne (tab. 3). Analiza ta miała na celu sprawdzenie pomiędzy którymi grupami różnice są istotne. Test post hoc wykazał, że istotne różnice występują między grupą z niskim poziomem potraumatycznego rozwoju a grupą z wysokim poziomem potraumatycznego rozwoju.

DYSKUSJA

Analizy wykazały, że między potraumatycznym rozwojem, a stylem skoncentrowanym na zadaniu i stylem skoncentrowanym na unikaniu zachodzi istotna statystycznie pozytywna korelacja. Na tej podstawie można wnioskować, że im osoba uzyskała wyższy wynik w potraumatycznym rozwoju tym wyższy wynik uzyskała w stylach skoncentrowanych na zadaniu i unikaniu. Zależność taka nie wystąpiła w przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach. Kobiety preferujące styl skoncentrowany na zadaniu mają w sytuacjach stresowych tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji, główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu [6]. Ten sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych wydaje się być najbardziej związany z występowaniem potraumatycznego rozwoju. Prawdopodobnie poprzez

zadaniowe nastawienie pacjentki odzyskują poczucie, że mają choć częściowy wpływ na sytuację, w której się znalazły dzięki czemu dostrzegają w życiu nowe możliwości, zmieniają priorytety, są przekonane że mogą lepiej poradzić sobie z trudnościami, chętniej korzystają z pomocy innych ludzi i akceptują to, że inni są im potrzebni.

Związek strategii skoncentrowanych na unikaniu z potraumatycznym rozwojem również wydaje się być uzasadniony i nie oznacza, że kobiety preferujące ten styl bagatelizują sytuację choroby ponieważ wszystkie podjęły leczenie. Jednym z elementów strategii unikowych jest poszukiwanie kontaktów towarzyskich co w przypadku doświadczenia choroby może mieć wpływ terapeutyczny na chorego, kontakty stwarzają również okazję by opowiadać innym o emocjach związanych z chorobą co jest jednym z elementów procesu rozwoju.

O wpływie określonych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych na potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej pisali również inni badacze [12,13,14,15,16,17]. Wykorzystywali one różne metody określające style i strategie radzenia sobie ze stresem dlatego też wyniki badań są zróżnicowane. Na przykład badacze opisujący pozytywne i negatywne zmiany u cierpiących na chorobę nowotworową uzyskali wyniki świadczące o tym, że strategie skoncentrowane na unikaniu związane były z występowaniem negatywnych zmian [15]. Strategie unikowe są również najmniej efektywne dla rozwoju potraumatycznego w przypadku nastolatków, którzy ukończyli leczenie [13].

Basińska [18] badając jakie strategie stosują kobiety chore na nowotwory narządów rodnych doszła do wniosków, że w porównaniu z kobietami zdrowymi częściej stosowały one strategie emocjonalne i unikowe, rzadziej zadaniowe.

Schroevers i Teo [16] badając pacjentów z nowotworem pochodzących z Malezji udowodnili, że wykorzystywanie strategii pozytyw-

Tab. 3. Poziomy istotności różnic we wszystkich stylach radzenia sobie ze stresem

Zmienna	Niski poziom PTG (1)		Przeciętny poziom PTG (2)		Wysoki poziom PTG (3)		Test K-W	p	Post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD			
CISS SSZ	47,56	15,43	54,86	14,63	58,20	10,62	3,845	0,146	
CISS SSE	41,38	12,33	45,64	11,84	39,60	7,37	1,983	0,371	
CISS SSU	39,56	12,24	43,14	11,79	53,00	13,15	6,120	0,047	1 < 3 (0,045)
ACZ	17,13	8,51	18,79	7,29	23,20	8,84	3,211	0,201	
PKT	14,38	6,54	15,36	7,39	18,60	6,93	2,754	0,201	

nego przeformułowania i wykorzystanie humoru było związane z większym potraumatycznym rozwojem. Inni badacze [17] donoszą, że w przypadku pacjentów poddanych przeszczepowi szpiku kostnego większy wzrost potraumatyczny związany był z wykorzystywaniem pozytywnej reinterpretacji jako strategii radzenia sobie.

Kobiety z niskim poziomem potraumatycznego rozwoju charakteryzują się niskim poziomem stosowania strategii skoncentrowanych na zadaniu w radzeniu sobie z sytuacją stresową. W przeciętnym stopniu stosują style emocjonalny i unikowy. Kobiety z niskim poziomem potraumatycznego rozwoju w niskim stopniu poszukują kontaktów towarzyskich. Potwierdza to założenia autorów pojęcia potraumatycznego rozwoju, że osoby, które otwierają się na innych doświadczają większego rozwoju przez możliwość poznawczego zaangażowania w trakcie ujawniania swojej historii [19]. Prawdopodobnie przez to, że nie poszukują kontaktów towarzyskich nie mają okazji ku temu, aby przejść ważny etap rozwoju czyli otwieranie się na innych, w którym to następuje zwieranie się i opowiadanie o swoich doświadczeniach, przeżyciach, emocjach związanych z chorobą.

Przeciętne wyniki w każdym ze stylów radzenia sobie u kobiet z przeciętnym poziomem rozwoju można interpretować w następujący sposób: badane radzą sobie w sytuacji stresowej na tyle dobrze, że mogą osiągać przeciętny poziom wzrostu, jednak nie radzą sobie aż tak dobrze, żeby czerpać z rozwoju więcej i doświadczać go w silniejszy sposób.

Kobiety z wysokim poziomem wzrostu preferują unikowe style radzenia sobie. Może to być kolejny dowód na potwierdzenie teorii badaczy, ponieważ elementami strategii unikowej jest oprócz angażowania się w czynności zastępcze, poszukiwanie kontaktów towarzyskich. W przeciwieństwie do osób z niskim poziomem wzrostu najrzadziej wybierają one strategie zorientowane emocjonalnie. Nadmiar silnych emocji może wpływać na nieracjonalną ocenę sytuacji, a długotrwałe działanie negatywnych emocji może nie tylko przyczynić się do zniekształceń poznawczych, ale również może być przyczyną zaburzeń psychicznych.

Przedstawione w niniejszej pracy badania nie są wolne od ograniczeń. Należy podkreślić, że pozytywna adaptacja nie jest stałą, nadaną na zawsze cechą [20]. Wraz z upływem czasu satysfakcjonujące do tej pory funkcjonowanie osoby może ulec pogorszeniu [21].

Co prawda istnieją badania przedstawiające długofalowe efekty potraumatycznych zmian

[22,23], ale należy pamiętać, że resilience jest koncepcją uwzględniającą dużo więcej zmiennych składających się na pozytywną adaptację i radzenie sobie niż samo zjawisko potraumatycznego rozwoju.

WNIOSKI

1. Unikowe i zadaniowe style radzenia sobie w sytuacji stresowej są ważnym elementem mającym związek z wystąpieniem potraumatycznego rozwoju u kobiet leczonych za pomocą radioterapii.
2. Kobiety, które doświadczają niskiego poziomu potraumatycznego rozwoju wybierają styl emocjonalny i unikowy w radzeniu sobie w sytuacji stresowej. W niskim stopniu poszukują kontaktów towarzyskich. Rzadko stosują styl skoncentrowany na zadaniu.
3. Kobiety z przeciętnym poziomem potraumatycznego rozwoju osiągają przeciętne wyniki w każdym z trzech stylów radzenia sobie ze stresem (styl zadaniowy, emocjonalny, unikowy).
4. Pacjentki doświadczające wysokiego poziomu potraumatycznego rozwoju preferują unikowe style radzenia sobie ze stresem. Wybierając ten styl koncentrują się na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

1. Wojciechowska U, Didkowska J. Nowotwory w Polsce w 2012 roku. *Journal of Oncology* 2013; 63: 197-216.
2. Boryczko-Pater B. Osobowość a style radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów oddziału Otolaryngologicznego. *Sztuka Leczenia* 2011; 3-4(XXIII): 22-37.
3. Hesen-Niejodek I.: Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Hesen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.) *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 12-44.
4. Watson M, Greer S, Young J i wsp. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18: 203-209.
5. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność: psychologia i filozofia stresu. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
6. Jaworowska A, Wrześniewski K, Strelau J, Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
7. Endler NS, Parker JDA. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Multi-Health Systems, Toronto 1990.
8. Czapiński J. Szczęście - złudzenie czy konieczność? W: Kofta M, Szustrowa T (red.). *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Szkice z psychologii społecznej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1991; 204-256
9. Ogińska-Bulik N. Osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2012; 1: 1-8.
10. Tedeschi RG, Cahlon LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.

11. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatycznej charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
12. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R i wsp. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology* 2013; 22: 2676-83.
13. Tokarz-Sack AM, Menna R, Setchell SR i wsp. Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2012; 29: 70-9.
14. Bussell VA, Naus MJ. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology* 2010; 28: 61-78.
15. Schroevers MJ, Kraaij V, Garnefski N. Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psychooncology* 2011; 20: 165-72.
16. Schroevers MJ, Teo I. The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psychooncology* 2008; 17: 1239-46.
17. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M i wsp. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychol* 2005; 24: 266-73.
18. Basińska B. Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 47: 109-119.
19. Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Lindley AP, Joseph S (red.). *Psychologia pozytywna w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 230-248.
20. Rutter M. Promotion of resilience in the face of adversity. W: Stewart AC, Dunn J (red.). *Families count: Effects on child and adolescent development*. Cambridge University Press, New York 2006; 26-52.
21. Meichenbaum D. Bolstering resilience: benefiting from lessons learned. [cytowany 2014.01.02] [21 ekranów]. Dostępny pod adresem URL: http://www.melissainstitute.org/documents/Bolstering_Resilience.pdf
22. Posluszny DM, Baum A, Edwards RP, Dew MA. Posttraumatic growth in women one year after diagnosis for gynecologic cancer or benign conditions. *Journal of Psychosocial Oncology* 2011; 29: 561-72.
23. Danhauer SC, Russell GB, Tedeschi RG i wsp. A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2013; 20: 13-24.