

Katarzyna Wałęcka,
Teresa Rostowska

Samooceńa i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi

The level of self-appraisal and coping styles with stress of women after
mastectomy

K. Wałęcka ✉,
T. Rostowska
Zakład Psychologii Rodziny
i Rozwoju Człowieka,
Instytut Psychologii,
Wydział Nauk o Wychowaniu
Uniwersytetu Łódzkiego
ul. Smugowa 10/12,
91-433 Łódź

Tel.: 042 / 616 95 81
Fax: 042 / 616 95 83
walecka@psych.uni.lodz.pl
Kwałęcka

Wpłynęło: 07.10.2001
Zaakceptowano: 10.04.2002

Streszczenie Choroba nowotworowa wiąże się z dużym obciążeniem, tak fizycznym jak i psychicznym dla osób dotkniętych tym schorzeniem. Celem niniejszego artykułu było określenie poziomu samooceny u kobiet po operacji raka gruczołu piersiowego oraz wskazanie na preferowane przez nie style radzenia sobie ze stresem. Rozpoznanie tego problemu wymagało przeprowadzenia badań empirycznych. Łącznie przebadano 76 kobiet, wieku 35—60 lat, w tym 38 kobiet, które przeszły operację raka piersi oraz 38 kobiet zdrowych. W badaniach wykorzystano następujące metody: Test Przymiotników H. G. Gouh'a i A. Helibrun'a, Kwestionariusz CISS N. S. Endler'a i D. A. Parker'a oraz ankietę personalną, uwzględniającą zmienne demograficzne, dotyczące badanej grupy. Uzyskane wyniki badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków: a. kobiety po mastektomii cechuje większa zgodność między obrazem realnym a obrazem idealnym, co wiąże się z wyższym poziomem ich samoakceptacji niż miało to miejsce u kobiet zdrowych; b. różnice statystycznie istotne między kobietami zdrowymi i chorymi stwierdzono w zakresie niektórych stylów radzenia sobie ze stresem. W obu badanych grupach dominującym stylem radzenia sobie okazał się styl skoncentrowany na zadaniu. Kobiety, które nie doświadczyły zabiegu amputacji piersi częściej wybierały styl skoncentrowany na emocjach, natomiast styl unikowy był najczęściej wybierany przez kobiety po mastektomii. Na podkreślenie zasługuje fakt, że kobiety chore, częściej niż zdrowe ujawniały wyraźną potrzebę poszukiwania i podtrzymywania kontaktów społecznych.

Słowa kluczowe mastektomia • nowotwór • samoakceptacja • samooceńa • style radzenia sobie ze stresem

Abstract The cancer disease has a great, severe influence on the physical and mental state. The aim of the study was to describe the level of self-evaluation and preferred coping styles with stress by women after mastectomy. Solving this problem was connected with making the study. Thirty eight women after mastectomy and 38 healthy women participated in this examination. The following methods were used: Coping Inventory for Stressful Situations (N.S. Endler and D.A. Parker), Adjective Check List (H. G. Gough and A.B. Helibrun) and personal questionnaire. The obtained results indicate, that women after mastectomy achieved more agreement between really self and ideal self, what is connected with the higher level of self-evaluation comparing with the results of the healthy women. Considering important statistic differents between mastectomized and healthy women dominated coping style with stress was active style in both groups. Healthy women more often prefer concentration on emotions than „Amazons”. The avoided style coping with stress was more willingly chosen by women after mastectomy. The interesting fact is that „Amazons” more often than healthy ones present a desire of searching and maintaining social contacts.

Key words cancer • coping styles with stress mastectomy • self-acceptance • self-appraisal

Wstęp

Choroba nowotworowa towarzyszy człowiekowi od niepamiętnych czasów. Charakterystyczne dla niej guzy znajdowano już w szczątkach z epoki neolitu i w mumiach egipskich [9]. Od dawna lekarze zwracali uwagę na różnice między wczesnymi a zaawansowanymi przypadkami raka, zaś zabieg chirurgiczny wykorzystywali w jego leczeniu [2].

Choroby nowotworowe do dziś stanowią jedno z największych wyzwań dla medycyny. Należą do zjawisk, w obrębie których mimo stosowania najnowszych metod badawczych i leczniczych nie osiągnięto celu, jakim byłoby całkowite opanowanie tej choroby.

Nowotworem złośliwym, najczęściej spotykanym u kobiet w Polsce i na świecie jest rak sutka. Według danych statystycznych z 1992 roku nowotwór ten zajmuje pierwsze miejsce w Polsce. Stanowi około 17% ogółu zachorowań, a w statystykach zgonów około 14%. Badania z roku 1996 informują, że co czternasta kobieta w Polsce chorowała na raka sutka, a w USA – co ósma [3].

Nowotwór gruczołu piersiowego jest niewątpliwie jedną z najpoważniejszych chorób kobiecych. Powodem tego jest nie tylko powszechne występowanie oraz ciężki przebieg leczenia, ale także konsekwencje psychologiczne, seksualne i społeczne, które znacząco wiążą się z życiem osobistym kobiety oraz z jej wyglądem. Pozbawienie kobiety piersi jest dla niej drastycznym kalectwem tak fizycznym, jak i psychologicznym. Od dawna bowiem akceptowane jest klasyczne piękno kobiecego ciała, podczas gdy mastektomia burzy tę harmonię w nieodwracalny sposób [15]. Pozostawiona blizna w miejscu piersi piętnuje kobietę w jej odczuciu na zawsze. Jest to dla niej wielki dramat, w którym czuje się samotna, nawet, gdy obok jest ktoś bliski.

Ludzie na całym świecie troszczą się o swój wygląd i o zaspokajanie potrzeb estetycznych. Stanowi to istotny aspekt istnienia, mający wpływ na wszelkie sfery życia jednostki. Aktualnie panujący pogląd, iż zgrabna, wysportowana sylwetka jest kluczem do sukcesu w każdej dziedzinie umacnia te starania. Tymczasem proces leczenia choroby nowotworowej powoduje często konsekwencje wyjątkowo bolesne dla osób, które wysoko cenią sobie atrakcyjność fizyczną.

Wczesnie wykryty nowotwór poddaje się skutecznemu leczeniu i daje dobre prognozy na przyszłość. Jedną z największych trudności w badaniu wzrostu raka jest fakt, że obecnie nie ma technicznych możliwości, by prześledzić jego pierwsze, przedkliniczne fazy. Nagromadzenie negatywnych emocji, jakie wiążą się z ich odkryciem ciągle powstrzymuje kobiety przed natychmiastowym zgłoszeniem się do lekarza. Na taką postawę wpływa także lęk przed chorobą, długotrwałym oraz trudnym leczeniem, obawa przed okaleczeniem fizycznym i wreszcie przed śmiercią.

Szczególną uwagę należy zwrócić także na zjawisko stresu, związanego z chorobą nowotworową. Stres ten można sklasyfikować w następujących kategoriach jako: zagrożenie zdrowia i życia, niepewność, co do skuteczności wyleczenia, utrudnienie realizacji celów życiowych oraz negatywne zmiany obrazu własnej osoby [8].

Istotną cechą stresu dotyczącego choroby nowotworowej są również efekty uboczne leczenia, polegające na negatywnych zmianach w psychice (obniżenie nastroju, lęk, drażliwość, depresja) oraz zmiany w wyglądzie zewnętrznym. Sposób, w jaki stres ten zostanie przezwyciężony w znacznym stopniu decyduje o samopoczuciu kobiety i o jej formie kontaktów z otoczeniem.

Z przeglądu literatury wynika, że znaczący wpływ na zachowanie osób ma poziom samooceny oraz samoakceptacji. Ważnym wydaje się znalezienie odpowiedzi na pytania: Czy poziom samooceny u kobiet po mastektomii pozostaje w związku z ujawnianymi przez nie sposobami radzenia sobie ze stresem? Jakie sposoby radzenia sobie wybierają kobiety po mastektomii?

Problematyka badań

Pytania i hipotezy badawcze

Celem prezentowanych w niniejszym artykule wyników badań była weryfikacja następujących hipotez badawczych: H1: Poziom samooceny u kobiet po mastektomii jest niższy niż w grupie kontrolnej.

H2: Kobiety po amputacji gruczołu piersiowego mają mniejsze zaufanie do siebie niż kobiety, które nie doświadczyły tego zabiegu.

H3: Kobiety z grupy eksperymentalnej charakteryzuje większa potrzeba wsparcia społecznego niż kobiety z grupy kontrolnej.

H4: Kobiety po mastektomii przejawiają silniejszą potrzebę kontaktów z innymi ludźmi (potrzeba afiliacji) niż kobiety z grupy kontrolnej.

H5: U kobiet będących po zabiegu amputacji piersi występuje większe pragnienie podobania się i bycia akceptowanym przez innych ludzi niż u kobiet z grupy kontrolnej.

H6: Ze względu na specyficzną sytuację stresową, w której znajdują się kobiety po operacji gruczołu piersiowego wybierają one inne style radzenia sobie ze stresem niż kobiety z grupy kontrolnej.

H7: W większości kobiety z grupy eksperymentalnej będą stosowały styl skoncentrowany na unikaniu, a szczególnie jedną z jego dwóch form – zorientowaną na nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych.

W badaniu wzięło udział 76 osób, w przedziale wiekowym 35–60 lat. Grupę eksperymentalną (G1) tworzyło 38 kobiet po mastektomii, które uczestniczyły w spotkaniach Amazonek. Natomiast grupę kontrolną (G0) stanowiło 38 osób, które nie miały wykonywanego zabiegu.

Metody badań

Do celów niniejszych badań wykorzystano następujące metody:

- Test Przymiotników ACL H. G. Gouha i A. Helibrana;
- Kwestionariusz CISS N.S. Endlera i D. A. Parkera;
- Ankietę personalną.

Test Przymiotników ACL H. G. Gouha i A. Helibruna został użyty w celu określenia poziomu samooceny, która w koncepcji J. Kozielskiego jest równoznaczna z pojęciem samoakceptacji, czyli stopniem rozbieżności między *ja realnym*, a *ja idealnym* [7]. Zastosowano następujące wskaźniki: liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych (Fav); wskaźnik podobieństwa profili *ja realnego* i *ja idealnego* (IP); wskaźnik D1, obejmujący skale: Całkowita liczba zaznaczonych przymiotników (No. Ckd), Liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych (Fav), Przystosowanie osobowościowe (Per Adj), Potrzeba rozumienia siebie i innych (Int), Potrzeba opieki nad sobą (Nur), Potrzeba agresji (Agg), uznawany za diagnostyczny dla dobrego przystosowania osobistego i społecznego; oraz wskaźnik D2, obejmujący skale: nastawienie obronne (Df), samokontrola (S-Cdf), potrzeba osiągnięć (Ach), potrzeba dominacji (Dom), potrzeba wytrwałości (End), uznawany za korelujący z efektywnością w realizacji celów oraz z pracowitością [6].

Radzenie sobie ze stresem określa preferowany przez badane kobiety styl radzenia sobie ze stresem w Kwestionariuszu CISS N. S. Endlera i D. A. Parkera. Autorzy wyróżnili trzy style radzenia sobie ze stresem: zadaniowy, emocjonalny oraz unikowy.

Styl zadaniowy oznacza występowanie u badanego tendencji do podejmowania w sytuacji trudnej wysiłków, mających na celu rozwiązanie problemu, przez poznawcze przekształcenie lub podejmowanie prób zmiany sytuacji.

Styl emocjonalny charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych wykazują skłonność do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych (złość, poczucie winy, napięcie). Myślenie życzeniowe i fantazjowanie to często występujące tu formy aktywności psychicznej. Tego typu działania mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego. Czasem jednak zdarza się, że mogą one zwiększać poczucie stresu, napięcia, czy przygnębienia.

Trzeci styl radzenia sobie ze stresem jest skoncentrowany na unikaniu. Osoby uzyskujące wysokie wyniki cechują się tendencją do wystrzegania się myślenia o problemie, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Styl ten może przyjmować dwie postacie:

- angażowanie się w czynności zastępcze;
- poszukiwanie kontaktów towarzyskich [14].

W celu uzyskania dodatkowych informacji o badanych grupach zastosowano ankietę personalną. Pytania ankiety miały na celu dostarczenie danych na temat: wieku, stanu cywilnego badanych, liczby dzieci, poziomu wykształcenia, wykonywanego zawodu, postawy wobec chirurgicznego leczenia nowotworu piersi, wartości uznawanych w obecnej sytuacji życiowej, poczuci atrakcyjności fizycznej, kontaktów społecznych, oceny swego stanu zdrowia, sposobu traktowania przez najbliższą rodzinę oraz zainteresowań. Wszystkie badane kobiety wypełniły te same zestawy testów.

Charakterystyka badanych grup

W obydwu grupach zaobserwowano zbliżone rozkłady procentowe, jeśli chodzi o liczbę posiadanych dzieci. W grupie kobiet po mastektomii nie było takich, które miałyby troje dzieci, natomiast było więcej kobiet bezdzietnych. Zróżnicowanie tych wyników w świetle testu Chi-kwadrat okazało się istotne statystycznie ($\chi^2=8,810$; $df=3$; $p\leq 0,032$).

Biorąc pod uwagę aktywność zawodową kobiet objętych badaniami stwierdzono, że kobiety, które przeszły zabieg mastektomii częściej niż kobiety z grupy kontrolnej, korzystały ze świadczeń emerytalnych lub rent. Wykonywane przez nie zawody to przede wszystkim: ekonomistka, księgowka, sekretarka, referent finansowy lub własna działalność gospodarcza. Stosunkowo najmniej osób z tej grupy pracowało w oświacie. W grupie kontrolnej przeważała liczba kobiet zatrudnionych w: służbie zdrowia, oświacie, administracji oraz pracownice fizyczne. Wartość testu Chi-kwadrat dowiodła, że zróżnicowanie tych wyników osiągnęło poziom istotności statystycznej ($\chi^2=10,850$; $df=5$; $p\leq 0,054$).

Jedno z pytań ankiety dotyczyło postaw kobiet wobec operacyjnego leczenia raka sutka. Godnym podkreślenia jest fakt, że w obydwu badanych grupach dominowała postawa akceptująca zabieg, z nieznaczną przewagą takiej postawy u kobiet po mastektomii. Jeśli pojawiały się postawy negatywne, to dotyczyły one głównie kobiet z grupy kontrolnej. Różnice między badanymi grupami według testu χ^2 okazały się istotne statystycznie ($\chi^2= 7,638$; $df= 2$; $p\leq 0,022$).

Warto zwrócić uwagę, iż w większości przypadków kobiety z grupy eksperymentalnej stwierdzały, iż operacja nie wpłynęła na zmianę ich stosunków rodzinnych. W przeciwieństwie do kobiet z grupy kontrolnej częściej podkreślały one, że w ich rodzinach panuje atmosfera serdeczności, zrozumienia i życzliwości. Zróżnicowanie tych wyników okazało się wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=23,594$; $df=4$; $p\leq 0,000$). Można zatem powiedzieć, że rodziny dla kobiet po mastektomii stanowiły silną grupę wsparcia.

Kolejne kryterium różnicujące badane grupy stanowiły wartości, uznawane za priorytetowe w obecnej sytuacji życiowej. Wartość "zdrowie" zadeklarowało jako najważniejsze więcej kobiet po mastektomii niż kobiet z grupy kontrolnej ($\chi^2=6,176$; $df=1$; $p\leq 0,013$). Za wartością "rodzina" opowiedziało się 79% kobiet z grupy kontrolnej i 52,6% kobiet po zabiegu chirurgicznym ($\chi^2=5,846$; $df=1$; $p\leq 0,016$). Podobnie było z wartością "praca". Okazało się, iż dla kobiet z grupy eksperymentalnej nie była ona tak ważną kwestią jak dla kobiet z grupy kontrolnej ($\chi^2= 9,212$; $df=1$; $p\leq 0,002$). W zakresie wartości "rozrywka" zaobserwowano, że ceniona była ona wyżej przez kobiety po mastektomii niż przez kobiety z grupy porównawczej ($\chi^2=3,934$; $df=1$; $p\leq 0,047$). Badane osoby różniły się między sobą także w zakresie wartości "działalność społeczna". Zdecydowanie częściej preferowały ją kobiety po operacji raka piersi ($\chi^2= 8,610$; $df=1$; $p\leq 0,003$).

Na podkreślenie zasługuje również fakt, że badane grupy różniły się także w zakresie ulubionego sposobu spędzania wolnego czasu. Znacznie częściej kobiety po mastektomii niż kobiety z grupy kontrolnej deklarowały spacer, wycieczki, jazdę na rowerze, taniec i podróże jako formę organizowania sobie czasu ($\chi^2=6,090$; $df=1$; $p\leq 0,014$).

Rezultaty przedstawionych badań ankietowych pozwalają zauważyć, że chociaż dla kobiet po mastektomii rodzina stanowiła ważną grupę wsparcia, to jednak w swych wyborach bardziej skoncentrowały się one na zdrowiu osobistym niż na rodzinie czy na pracy.

Samoocena i obraz siebie u kobiet po mastektomii

Samoocena, obraz siebie oraz samoakceptacja zajmują istotną pozycję w strukturze osobowości człowieka, nie rzadko mając wpływ na ujawniane zachowania i preferowane postawy. Celem prezentowanych poniżej wyników badań była odpowiedź na pytanie czy samoocena i obraz siebie badanych grup były różne. Wyniki określające poziom samooceny kobiet z grupy eksperymentalnej i kontrolnej zostały przedstawione w Tabeli 1.

Rozpatrując uwzględnione w analizie statystycznej wskaźniki samooceny kobiet po mastektomii (G1) i kobiet, które nie doświadczyły tego zabiegu (G0) stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie wskaźnika podobieństwa profili (IP). Z danych zawartych w Tabeli 1 wynika, że grupa eksperymentalna osiągnęła niższą wartość średnią, w zakresie wskaźnika podobieństwa profili (IP) niż kobiety z grupy kontrolnej. Mając na uwadze fakt, że im niższy współczynnik podobieństwa profili, tym większe jest

Tabela 1. Istotność różnic między badanymi grupami w zakresie samooceny.

| Wskaźnik samooceny | Grupa | x | t | p |
|--|-------|---------|--------|-------|
| Liczba przymiotników pozytywnych (Fav) | G0 | 43,50 | -1,645 | 0,104 |
| | G1 | 47,76 | | |
| Wskaźnik podobieństwa profili (IP) | G0 | 55,8466 | 2,263 | 0,027 |
| | G1 | 46,1595 | | |
| D-1 | G0 | 63,2895 | -0,047 | 0,962 |
| | G1 | 64,0263 | | |
| D-2 | G0 | 52,8684 | 1,843 | 0,069 |
| | G1 | 41,5263 | | |

podobieństwo między *ja realnym* a *ja idealnym*, można wnioskować, iż kobiety po mastektomii cechuje wyższy poziom samooceny, a przez to i samoakceptacji niż kobiety z grupy kontrolnej.

Analiza uzyskanych wyników pozwala zauważyć pewną tendencję do uzyskiwania przez badane grupy odmiennych wyników w zakresie wskaźnika D-2. Kobiety z grupy kontrolnej uzyskały w zakresie tego czynnika wyższą wartość

| Skale ACL | Wartości istotne | | | |
|--|-------------------------|-------|--------|-------|
| | Ja realne | | | |
| | Badane grupy Średnia | t | p | |
| | G0 | G1 | | |
| 1. Liczba zaznaczonych przymiotników | 40,66 | 41,45 | -0,335 | 0,738 |
| 2. Nastawienie obronne | 43,68 | 46,76 | -1,705 | 0,092 |
| 3. Liczba przymiotników pozytywnych | 43,50 | 47,76 | -1,645 | 0,104 |
| 4. Liczba przymiotników negatywnych | 47,79 | 45,47 | 1,255 | 0,213 |
| 5. Zaufanie do samego siebie | 46,63 | 51,21 | -2,465 | 0,016 |
| 6. Samokontrola | 50,84 | 51,61 | -0,415 | 0,679 |
| 7. Labilność | 42,79 | 46,50 | -1,567 | 0,121 |
| 8. Przystosowanie osobowościowe | 41,92 | 45,68 | -1,849 | 0,068 |
| 9. Potrzeba osiągnięć | 44,61 | 48,89 | -2,298 | 0,024 |
| 10. Potrzeba dominacji | 46,82 | 50,26 | -1,653 | 0,103 |
| 11. Potrzeba wytrwałości | 51,92 | 54,42 | -1,300 | 0,197 |
| 12. Potrzeba porządku | 52,92 | 54,50 | -0,701 | 0,486 |
| 13. Potrzeba rozumienia | 46,50 | 48,89 | -1,076 | 0,286 |
| 14. Potrzeba opieki | 46,92 | 48,92 | -1,157 | 0,251 |
| 15. Potrzeba afiliacji | 39,55 | 43,66 | -2,007 | 0,048 |
| 16. Potrzeba kontaktów heteroseksualnych | 42,08 | 43,97 | -0,929 | 0,356 |
| 17. Potrzeba pokazania się | 46,45 | 49,53 | -1,803 | 0,075 |
| 18. Potrzeba autonomii | 45,76 | 46,66 | -0,599 | 0,551 |
| 19. Potrzeba agresji | 50,34 | 61,39 | -0,902 | 0,370 |
| 20. Potrzeba zmian | 38,53 | 41,24 | -1,436 | 0,155 |
| 21. Potrzeba oparcia | 51,37 | 51,08 | 0,183 | 0,855 |
| 22. Potrzeba poniżania się | 54,03 | 52,84 | 0,547 | 0,586 |
| 23. Potrzeba ulegania | 50,74 | 50,42 | 0,209 | 0,835 |
| 24. Gotowość do poradnictwa | 52,42 | 50,50 | 1,258 | 0,212 |

Tabela 2A. Istotność różnic między badanymi grupami G0 i G1 w Teście Przymiotników ACL, z uwzględnieniem *ja realnego*.

| Skale ACL | Wartości istotne | | | |
|--|------------------|-------|--------|-------|
| | Ja idealne | | | |
| | Badane grupy | | t | p |
| | Średnia | | | |
| | G0 | G1 | | |
| 1. Liczba zaznaczonych przymiotników | 38,26 | 40,18 | -0,685 | 0,496 |
| 2. Nastawienie obronne | 42,68 | 43,97 | -0,569 | 0,571 |
| 3. Liczba przymiotników pozytywnych | 44,82 | 47,55 | -0,797 | 0,428 |
| 4. Liczba przymiotników negatywnych | 39,53 | 39,82 | -0,480 | 0,633 |
| 5. Zaufanie do samego siebie | 56,50 | 57,89 | -0,763 | 0,448 |
| 6. Samokontrola | 51,45 | 52,87 | -0,717 | 0,476 |
| 7. Labilność | 42,84 | 46,37 | -1,697 | 0,094 |
| 8. Przystosowanie osobowości | 43,61 | 46,13 | -1,179 | 0,242 |
| 9. Potrzeba osiągnięć | 52,62 | 53,37 | -0,388 | 0,699 |
| 10. Potrzeba dominacji | 56,42 | 55,21 | 0,707 | 0,482 |
| 11. Potrzeba wytrwałości | 56,32 | 55,58 | 0,452 | 0,652 |
| 12. Potrzeba porządku | 55,53 | 55,37 | 0,083 | 0,934 |
| 13. Potrzeba rozumienia | 44,42 | 45,34 | -0,379 | 0,705 |
| 14. Potrzeba opieki | 42,42 | 45,42 | -1,460 | 0,149 |
| 15. Potrzeba afiliacji | 39,55 | 41,34 | -0,789 | 0,433 |
| 16. Potrzeba kontaktów heteroseksualnych | 45,74 | 49,29 | -1,572 | 0,120 |
| 17. Potrzeba pokazania się | 53,37 | 53,82 | -0,381 | 0,704 |
| 18. Potrzeba autonomii | 50,92 | 49,87 | 0,813 | 0,419 |
| 19. Potrzeba agresji | 53,61 | 51,24 | 1,402 | 0,165 |
| 20. Potrzeba zmian | 40,76 | 40,13 | 0,452 | 0,653 |
| 21. Potrzeba oparcia | 40,95 | 43,47 | -2,523 | 0,014 |
| 22. Potrzeba poniżania się | 40,82 | 43,05 | -1,595 | 0,115 |
| 23. Potrzeba ulegania | 42,42 | 46,32 | -2,635 | 0,010 |
| 24. Gotowość do poradnictwa | 52,37 | 50,82 | 1,132 | 0,261 |

Tabela 2B. Istotność różnic między badanymi grupami G0 i G1 w Teście Przymiotników ACL, z uwzględnieniem *ja idealnego*.

średnią niż kobiety z grupy eksperymentalnej. Warto zauważyć, że wskaźnik D-2 koreluje z efektywnością w realizacji celów i pracowitości w podejmowanych działaniach, co w większym stopniu można przypisać kobietom z grupy kontrolnej [6].

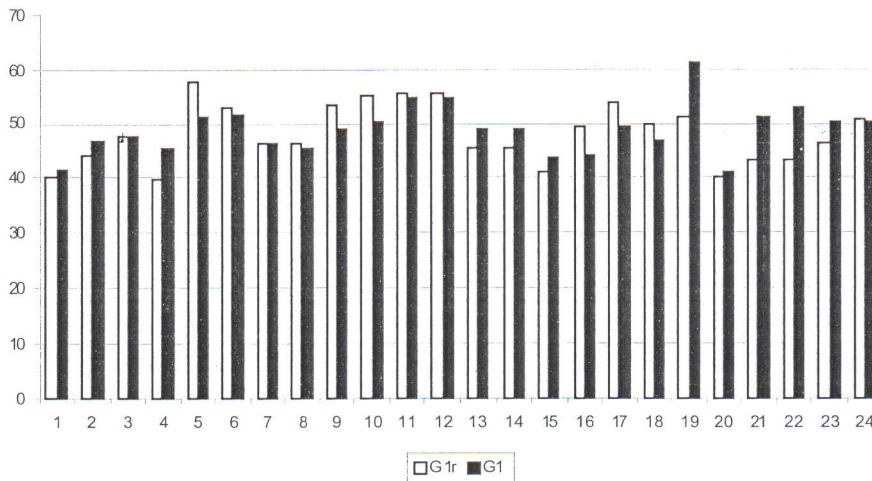
Wyniki badań własnych przedstawione w Tabeli 2A i 2B umożliwiają wykreślenie profili porównawczych dla *ja realnego* i *ja idealnego* kobiet po amputacji piersi i kobiet zdrowych. Wyniki interpretowano w oparciu o charakterystyki skal opracowane przez autorów testu [6, 11, 12].

Z danych dotyczących *ja realnego*, zawartych w Tabeli 2A wynika, że kobiety po mastektomii w sposób statystycznie istotny różniły się od kobiet z grupy kontrolnej ($p \leq 0,05$) w następujących skalach: zaufanie do samego siebie ($t = -2,245$; $p \leq 0,016$), potrzeba osiągnięć ($t = -2,298$; $p \leq 0,024$), potrzeba afiliacji ($t = -2,007$; $p \leq 0,048$). W przypadku obrazu idealnego wystąpiło mniej istotnych różnic między badanymi grupami. Kobiety po zabiegu chirurgicznym raka piersi uzyskiwały wyższe wyniki w skali 23 (potrzeba ulegania: $t = -2,635$; $p \leq 0,010$) oraz, w skali 21 (potrzeba oparcia: $t = -2,523$; $p \leq 0,014$). Graficzną ilustrację tych danych stanowią Ryc. 1 i 2.

Z przeprowadzonej analizy danych dotyczących kobiet z porównywanych grup można stwierdzić, że kobiety po mastektomii cechowało większe zrównoważenie, pewność siebie, skłonność do dominacji, aktywności oraz wytrwałości w działaniu niż kobiety z grupy kontrolnej. Dla kobiet po operacji raka piersi było ważne, by wyrzec dobre wrażenie na innych. Mimo fizycznego kalectwa Amazonki bardzo zabiegały o to, by inni ludzie spostrzegali je jako kobiety zadbane, eleganckie, atrakcyjne seksualnie. Cechowała je również silniejsza potrzeba podobań się, wynikająca z ambicji i troski o własną pozycję. Istniała w nich obawa, że mogą się nie podobać i przez to być mniej akceptowane. Rezultaty badań potwierdziły hipotezę piątą.

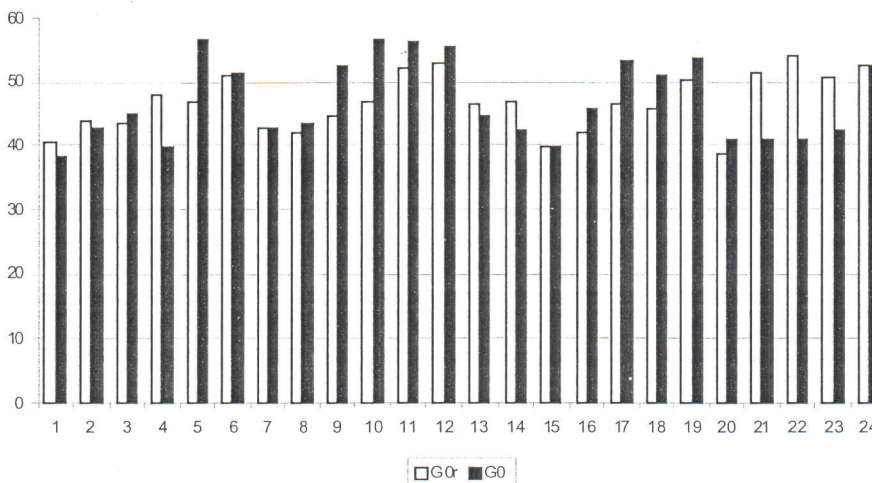
Kobiety po mastektomii cechowało większe dążenie do osiągnięcia sukcesu, szczególnie w zadaniach wymagających wysiłku. Można przypuszczać, iż bardziej były one nastawione na osiągnięcie celu niż na rywalizację z innymi. W ten sposób mogły dowieść swojej wartości i znaczenia. W porównaniu z grupą kontrolną cechowała je także większa otwartość i ufność w kontaktach z otoczeniem. Dodać również należy, że badane Amazonki częściej podejmowały działania mające na celu poszukiwanie i utrzymywanie przyjaznych stosunków z innymi. Łatwiej niż kobiety, które nie doświadczyły amputacji piersi przystosowywały się do ludzi. Potwierdza to hipotezę czwartą. Warto także wspomnieć o pewnej tendencji ($p \leq 0,068$) do lepszego przystoso-

Obraz siebie - grupy eksperymentalnej.



Ryc. 1. Obraz siebie – grupa eksperymentalna.

Obraz siebie - gr. kontrolna.



Ryc. 2. Obraz siebie – grupa kontrolna.

wania się, większej życzliwości oraz przejawianej uprzejmości w stosunku do innych przez kobiety po mastektomii. Podobna tendencja ($p \leq 0,075$) dotyczyła egocentryzmu, występującego u Amazonek.

W przypadku opisu *ja idealnego* zaistniało zdecydowanie mniej istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami niż przy charakterystyce *ja realnego*.

Podkreślić należy, iż obraz realny Amazonek różnił się w wielu przypadkach od ich obrazu idealnego. Pierwsza różnica dotyczyła potrzeby ulegania. Uzyskanie wyższych średnich wyników przez kobiety po amputacji gruczołu piersiowego, świadczyło o ich większej skłonności do podejmowania podrzędnych ról w stosunku do innych. W obrazie idealnym wystąpiło również poczucie niższej wartości, brak wiary w siebie, skromność i chęć poprzestawania na tym, co już zostało osiągnięte. Kobiety z grupy eksperymentalnej chciałyby unikać sytuacji, które mogą narazić je na stresy czy wymagałyby sprostania nowym wymaganiom. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, iż kobiety po mastektomii czuły się naprawdę tak, jak sugerują otrzymane wyniki w obrazie idealnym. Jednakże, by przet-

rwać w zewnętrznym świecie swe prawdziwe oblicze musiały zamaskować nadmierną pewnością siebie, aktywnością, dążeniem do sukcesów czy atrakcyjności.

Kolejna istotna różnica między badanymi grupami dotyczyła potrzeby oparcia. Kobiety po mastektomii zdecydowanie bardziej od kobiet z grupy kontrolnej chciałyby móc liczyć na więcej opieki i wsparcia ze strony innych, wierząc nieco przesadnie w ich dobrą wolę. Istniała tu chęć do uzależnienia się od innych ludzi. Wynik ten świadczył o potrzebie zabiegania o sympatię, uczucia i emocjonalne wsparcie ze strony otoczenia.

Style radzenia sobie ze stresem u kobiet po mastektomii

Celem tej części artykułu jest przedstawienie wyników badań, dotyczących stylów radzenia sobie ze stresem w badanych grupach. Zastosowany w niniejszych badaniach Kwestionariusz CISS pozwolił na uwzględnienie trzech stylów radzenia sobie ze stresem, tj. zadaniowego, emocjonalnego i unikowego [14]. Szczegółowy rozkład danych w tym zakresie ilustruje Tabela 3.

Tabela 3. Istotność różnic między grupami G1 i G0 w zakresie wybranych stylów radzenia sobie ze stresem.

| Styl radzenia sobie ze stresem | Badane grupy | | | | X ² | df | p |
|--------------------------------|-----------------|------|-----------|------|----------------|----|-------|
| | Eksperymentalna | | Kontrolna | | | | |
| | L | % | L | % | | | |
| Zadaniowy | 26 | 68,4 | 27 | 71,1 | 7,473 | 2 | 0,024 |
| Emocjonalny | 3 | 7,9 | 9 | 23,7 | | | |
| Unikowy | 9 | 23,7 | 2 | 5,3 | | | |
| — kontakty społeczne | 9 | 23,7 | 2 | 5,3 | 5,208 | 1 | 0,022 |
| — odwracanie uwagi | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |

Tabela 4. Zależność między samooceną a stylami radzenia sobie ze stresem w grupie kontrolnej.

| Wskaźnik samooceny | Styl radzenia sobie ze stresem | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
| | Zadaniowy | | Emocjonalny | | Unikowy | |
| | r | p | r | p | r | p |
| FAV | 0,472 | 0,003 | 0,074 | 0,658 | 0,242 | 0,142 |
| IP | -0,024 | 0,888 | 0,027 | 0,870 | -0,244 | 0,140 |
| D1 | 0,275 | 0,095 | -0,190 | 0,253 | -0,134 | 0,424 |
| D2 | -0,228 | 0,170 | 0,079 | 0,639 | -0,190 | 0,254 |

Z danych zawartych w Tabeli 3 wynika, że w obydwu badanych grupach dominującym stylem radzenia sobie ze stresem był styl skoncentrowany się na zadaniu. W grupie kontrolnej był on jednak częściej wybierany niż w grupie eksperymentalnej. Styl zorientowany emocjonalnie preferowało 23,7% osób, które nie przeszły zabiegu mastektomii, zaś osoby po amputacji stanowiły 7,9%. Natomiast styl unikowy wybrało 23,7% z grupy eksperymentalnej i zdecydowanie mniej kobiet z grupy kontrolnej (5,3%). Zróżnicowanie tych wyników w świetle testu Chi-kwadrat okazało się statystycznie istotne ($\chi^2=7,473$; $df=2$; $p\leq 0,024$).

W stylu unikowym można wyodrębnić dwa podstyle, z których pierwszy koncentruje się na poszukiwaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych, zaś drugi na czynnościach mających na celu odwrócenie uwagi od stresującej sytuacji. W obydwu badanych grupach nie wystąpił typ podstylu skoncentrowany na odwracaniu uwagi. Z kolei częściej, niż w grupie kontrolnej, zaobserwowano wybór stylu zorientowanego na kontakty społeczne w grupie eksperymentalnej. Otrzymane wyniki okazały się istotne statystycznie ($\chi^2=5,208$; $df=1$; $p\leq 0,022$).

Współzależność między poziomem samooceny a stylem radzenia sobie ze stresem u kobiet po mastektomii

W celu uchwycenia wymienionych wyżej zależności dokonano porównania wskaźników samooceny (Fav, IP, D-1, D-2) z trzema stylami radzenia sobie ze stresem. Analizę statystyczną wyników badań przeprowadzono w oparciu o współczynnik korelacji liniowej r Pearsona. Szczegółowy rozkład danych w tym zakresie ilustruje Tabela 4.

Tabela 5. Zależność między samooceną a stylami radzenia sobie ze stresem w grupie eksperymentalnej.

| Wskaźnik samooceny | Styl radzenia sobie ze stresem | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|-------|-------------|-------|---------|-------|
| | Zadaniowy | | Emocjonalny | | Unikowy | |
| | r | p | r | p | r | p |
| FAV | 0,326 | 0,046 | -0,341 | 0,036 | 0,239 | 0,149 |
| IP | -0,129 | 0,436 | 0,569 | 0,000 | -0,59 | 0,729 |
| D1 | 0,101 | 0,546 | 0,222 | 0,180 | 0,027 | 0,872 |
| D2 | -0,029 | 0,864 | 0,584 | 0,000 | -0,100 | 0,528 |

W grupie kontrolnej zaobserwowano współzależność między wskaźnikiem samooceny FAV a stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu. Była to korelacja umiarkowana, o znaku dodatnim, co świadczy o istnieniu współzależności pozytywnej.

Można zatem wnioskować, iż w grupie kontrolnej wyższy poziom samooceny, mierzony skalą Testu Przymiotników ACL-FAV, warunkował częstszy wybór stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu ($r=0,472$; $p=0,005$).

W grupie kontrolnej nie stwierdzono innych, istotnych statystycznie współzależności między poziomem samooceny a stylami radzenia sobie ze stresem.

Wpływ poziomu samooceny na wybór stylu radzenia sobie ze stresem w grupie eksperymentalnej przedstawia Tabela 5. W analizie statystycznej wyników grupy eksperymentalnej należy zauważyć występowanie większej liczby istotnych współzależności niż w grupie kontrolnej.

Jedną z bardziej wyraźnych zależności dotyczy wskaźnika D-2 (obejmuje skale: Df, S-Cdf, Ach, Dom, End) oraz stylu skoncentrowanego na emocjach. Ma ona charakter pozytywny i umiarkowany, co pozwala wnioskować o tym, że wraz ze wzrostem wskaźnika samooceny, diagnostycznego dla efektywności w realizacji celów i pracowitości, rośnie częstość wyboru stylu skoncentrowanego na emocjach.

Drugą wyraźną korelacją występuje między współczynnikiem podobieństwa profili (IP) a stylem emocjonalnym. Zależność ta ma charakter pozytywny i pozwala wnioskować, że większej wartości IP towarzyszy większa częstość

wyboru stylu emocjonalnego. Kolejne z wyróżnionych w Tabeli 5 współzależności istnieją pomiędzy wskaźnikiem FAV (liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych) a stylem emocjonalnym oraz między wskaźnikiem FAV a stylem skoncentrowanym na zadaniu. Pierwsza z wymienionych korelacji ma charakter ujemny i umiarkowany, co pozwala wnioskować, że osoby dokonujące wyboru wielu przymiotników o konotacji pozytywnej (wskaźnik Fav) rzadziej korzystają ze stylu zorientowanego na emocje. Druga ze współzależności, o pozytywnym i umiarkowanym charakterze oznacza, że wraz ze wzrostem u tych osób poziomu samooceny rośnie częstość wyboru stylu skoncentrowanego na zadaniu.

Wyniki i dyskusja

Problematyka związana z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego, samooceną operowanych kobiet oraz stylami radzenia sobie z sytuacją trudną jest niezmiernie istotna i złożona. Świadczy o tym duża liczba różnorodnych teorii i związanych z nimi badań, których autorzy stawiają sobie za zadanie poszerzenie wiedzy na ten temat.

Celem przeprowadzonych badań własnych było stwierdzenie czy istnieją różnice w zakresie zmiennych demograficznych, społecznych, w poziomie samooceny, obrazie siebie oraz, w stylach radzenia sobie ze stresem między porównywanymi grupami kobiet. Podstawowy kierunek przeprowadzonych analiz statystycznych miał określić czy poziom samooceny ma istotny wpływ na wybór stylu radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Rezultaty badań, będące wynikiem zastosowanych testów oraz ankiety personalnej pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków.

Poziom samooceny zmierzono w oparciu o cztery wskaźniki (FAV, IP, D-1, D-2), w wyniku zastosowania Testu Przymiotników ACL H. G. Gouha i A. Helibruna. Dane zawarte w Tabeli 1 pozwoliły stwierdzić, że istotna statystycznie różnica dotyczy współczynnika podobieństwa profili (IP). W grupie eksperymentalnej osiągnął on niższą średnią wartość niż w grupie kontrolnej, co wskazuje na wyższy poziom samooceny przejawiany przez kobiety po mastektomii. Jest to wynik zaskakujący, bowiem w literaturze z tego zakresu przeważają opinie o zaniżonej samoocenie Amazonek [1, 4, 5, 8, 10, 13, 16].

Odmienne od oczekiwanych wyniki badań własnych znajdują uzasadnienie w niektórych koncepcjach psychologicznych.

W świetle koncepcji J. P. Codol'a (1977) ludzie na ogół przejawiają tendencję do stwierdzania większej intensywności cech akceptowanych przez określone grupy. Określa się to mianem "PIP (primus inter pares – pierwszy wśród równych)" [19]. Efekt PIP można tłumaczyć odwołując się do potrzeby pozytywnej samooceny, co może być traktowane jako przejaw pewnej tendencji do faworyzacji subiektywnej [7].

W ogólnym ujęciu porównania społeczne spełniają funkcję informacyjną, bowiem pozwalają na zdobycie wiadomości i orientacji w społecznej rzeczywistości. Ponadto pełnią rolę

motywacyjną, gdyż człowiek porównujący się z innymi może poprawiać swoją samoocenę lub bronić się przed samooceną negatywną. W procesie porównań społecznych jedna z tych funkcji może przeważać, jednakże w wielu przypadkach pojawiają się obydwa wymienione aspekty. Istotną teorię, wyjaśniającą mechanizm porównań społecznych stworzył L. Festinger (1954). Eksponuje ona tezę, że porównując się z innymi ludzie wybierają osoby, które w określonych warunkach ich przewyższają. Ma to służyć zdobyciu informacji i wzorów, które ułatwią podnoszenie swoich osiągnięć w danej dziedzinie. Skłonność tę określano jako tendencję do porównań w górę.

Ogólność teorii Festingera zakwestionowali Brickman i Bulman (1977). Badacze wysunęli sugestię, iż jednostki charakteryzujące się niską samooceną mogą unikać porównań i kontaktów z osobami stojącymi na wyższym poziomie, gdyż może to powodować u nich stany zagrożenia. W tej sytuacji występuje tendencja do porównań z osobami o niższej pozycji społecznej. Wills (1981) zauważył, że u osób doświadczających zagrożeń fizycznych, upośledzonych fizycznie, chorych i nieszczęśliwych tendencja do porównań w dół występuje często, bowiem ułatwia uzyskanie dobrego samopoczucia. Istnieje tu zjawisko dekoncentracji uwagi na własnej osobie i psychicznego odciążenia się, a skoncentrowania na innych ludziach, którzy również mają poważne problemy [18].

Wysoki poziom samooceny kobiet po mastektomii mógł być również efektem uczestnictwa w Klubach Amazonek, rozumianego jako spotkania z grupą odniesienia, dostarczającą standardów do porównań i w związku z tym oddziaływującą na samoocenę. Wsparcie, jakie otrzymywały tam kobiety po operacji, a z drugiej strony ciepły i serdeczny klimat panujący w ich rodzinach, co wynika z badań ankietowych, mogły mieć ogromne znaczenie dla zaakceptowania sytuacji, w jakiej się znalazły oraz szukania akceptacji ze strony innych ludzi.

Nie bez znaczenia była także praca terapeutyczna będąca elementem spotkań w klubie amazonek, mająca istotną wartość dla utrzymywania integralności własnej osobowości.

Wyniki badanych grup, dotyczące realnego i idealnego obrazu siebie mieszczą się w granicach wyników umiarkowanych. W obrazie realnym największą i najistotniejszą różnicę między porównywanymi grupami stwierdzono w skali 5 (zaufanie do samego siebie). W grupie eksperymentalnej średnia wartość była wyższa, z czego można wnioskować o większym zaufaniu do siebie przejawianym przez kobiety po mastektomii. Powodem danej sytuacji może być fakt, iż osoby, które przeszły w życiu ciężką chorobę czy inne traumatyczne doświadczenie poznały swoje mechanizmy obronne, sposoby reagowania i radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, co sprawia, że czują się silniejsze i pewniejsze siebie. Ufają, że potrafią się obronić przed emocjami, które często mogą być przyczyną złego samopoczucia. Taki wniosek można postawić tylko w odniesieniu do osób doświadczających wsparcia społecznego (rodziny, przyjaciół, osób objętych terapią).

Dla kobiet po mastektomii ważną kwestią było wywieranie dobrego wrażenia na innych. Możliwe, że zadziałał tu mechanizm kompensacyjny, który pewne poczucie niższości, związane z amputacją gruczołu piersiowego przekształcił

w chęć demonstrowania pewności siebie. Słabość ciała zastąpiono siłą ducha. Mimo fizycznego kalectwa Amazonki bardzo zabiegały o to, by inni ludzie spostrzegali je jako kobiety atrakcyjne, które potrafią dobrze funkcjonować w życiu społecznym.

Potrzeba osiągnięć o wysokim natężeniu charakteryzowała kobiety, które przeszły zabieg usunięcia piersi. Możliwe, iż był to jeden ze sposobów dowodzący o wartości i znaczeniu jednostki. W porównaniu z grupą kontrolną Amazonki cechowała również większa otwartość i ufność w kontaktach z otoczeniem. Częściej podejmowały działania mające na celu poszukiwanie i utrzymywanie przyjaznych stosunków z innymi.

Prezentowane wyniki badań własnych dowiodły, że w przypadku obrazu idealnego stwierdzono zróżnicowanie między badanymi grupami w zakresie potrzeby ulegania. Wyższe średnie wyniki, uzyskane przez kobiety po amputacji gruczołu piersiowego, świadczyły o silniejszej ich skłonności do podejmowania podrzędnych ról w stosunku do innych. Można zatem wnioskować, iż kobiety po mastektomii maskują swe prawdziwe oblicze nadmierną pewnością siebie, aktywnością, dążeniem do sukcesów czy atrakcyjności, po to, by zyskać akceptację otoczenia.

Kolejną istotną różnicą między badanymi grupami dotyczyła potrzeby oparcia. Kobiety z grupy eksperymentalnej cechowała silniejsza potrzeba sympatii, uczucia i emocjonalnego wsparcia ze strony otoczenia niż kobiety z grupy kontrolnej.

W badanych grupach dominującym stylem radzenia sobie ze stresem okazał się styl skoncentrowany na zadaniu. W świetle testu Chi-kwadrat grupa eksperymentalna i grupa kontrolna różniły się istotnie w zakresie dwóch pozostałych stylów. Kobiety, które nie doświadczyły zabiegu amputacji piersi preferowały styl skoncentrowany na emocjach. Natomiast styl unikowy był najczęściej wybierany przez kobiety po mastektomii, zaś jego jedyną formę stanowił podstyl zorientowany na poszukiwanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych. Faktycznie obydwie grupy posługiwały się innymi stylami radzenia sobie ze stresem, choć należy zauważyć, iż styl zadaniowy był dominującym. Ponadto założono, iż osoby o zaniżonej samoocenie będą stosowały jeden z mniej skutecznych stylów radzenia sobie, ze względu na brak wiary w powodzenie. Za formę, która mogła przynieść relatywnie największe korzyści w obecnej sytuacji uznano styl unikowy, a szczególnie jego podstyl zorientowany na kontakty społeczne. Wynika to pośrednio z wcześniejszych założeń, świadczących o tym, iż kobiety po mastektomii przejawiają silniejszą potrzebę afiliacji niż kobiety z grupy kontrolnej.

Choć rezultaty badań własnych nie wyczerpują całości zagadnienia, to mogą służyć jako pewna informacja do działań praktycznych w tym obszarze. Terapeuci pracujący z tego typu osobami mogą spodziewać się dużego potencjału aktywności oraz potrzeby osiągnięć ze strony swych podopiecznych i stwarzać warunki do jego rozwoju. Należy także podkreślić znaczącą rolę pozytywnego środowiska rodzinnego w kształtowaniu się samooceny jednostki. Ważną formą pomocy są również Kluby Amazonek, dające wsparcie jak i organizujące wiele imprez, w których udział wiąże się z przyjemnością, zabawą, wypoczynkiem oraz sprawdzaniem swych umiejętności, np. Spartakiada. Godnym uwagi jest fakt, iż w ostatnich latach obserwuje się coraz większe zaangażowanie różnych instytucji społecznych, firm i fundacji na rzecz walki z rakiem.

Piśmiennictwo

- Adamczak M (1988) Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Baum M, Meredith S, Saunders C (1995) Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy. PWN, Warszawa
- Berner J (1998) Zarys onkologii. Katedra Onkologii Akademii Medycznej, Łódź
- Chojnacka-Szawłowska G (1994) Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław
- De Walden-Gałuszko K (1992) Wybrane zagadnienia psychoneurologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk
- Drwal RŁ (1995) Adaptacja kwestionariuszy osobowości. PWN, Warszawa
- Kozielecki J (1986) Psychologiczna teoria samowiedzy. PWN, Warszawa
- Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (1999) Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych. Wydawnictwo UJ, Kraków
- Lambley P (1995) Psychologia raka. Jak zapobiegać, jak przeżyć? Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa
- Mika K (1975) Rehabilitacja po radykalnej operacji sutka z powodu raka. *Pol Tyg Lek* 30;43:1809—1811
- Ostrowska K (1986) Test przymiotników H. Gougha i A. Helibruna. Opracowanie psychometryczne. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa
- Siek S (1983) Wybrane metody badania osobowości. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa
- Stelcer B (1999) Chory i jego cierpienie w ujęciu Don Flaminga. *Psychoonkologia* 2:51—61
- Wrześniewski K (1996) Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. In: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (eds) Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, pp. 44—63
- Terelak JF (1997) Studia z psychologii stresu. Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa
- Terelek JF (1999) Studia z psychologii stresu. Teoria i badania. Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa
- Zablocki KJ (1999) Rewalidacyjna koncepcja źródeł stresu. In: Terelak JF (ed) Studia z psychologii stresu. Teoria i badania. Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa, pp. 81—90
- Zaborowski Z (1992) Porównania społeczne a samoświadomość. *Problemy* 556:30—36