

Marta Irena Porębiak

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Fakty i mity dotyczące chorób nowotworowych

Facts and myths concerning cancer

Prezentowane badanie zostało sfinansowane ze środków własnych autora

Adres do korespondencji:

mgr Marta I. Porębiak,
Wydział Psychologii UW
ul. Stawki 5/7,
00-183 Warszawa
e-mail:
marta.porebiak@psych.uw.edu.pl,
mporebiak@coi.waw.pl.

Streszczenie

Wstęp. W artykule zaprezentowano wyniki badań dotyczących podzielenia mitów na temat choroby nowotworowej przez młodych wykształconych dorosłych oraz powody, dla których tak ważne dla profilaktyki i leczenia onkologicznego jest utrzymywanie rzetelnej społecznej wiedzy. Opisano również, w jaki sposób mity dotyczące raka zagrażają ochronie życia i zdrowia.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na próbie 80 dorosłych osób z zastosowaniem polskiej wersji językowej ankiet mierzących przekonania na temat chorób nowotworowych, jakie były stosowane w Wielkiej Brytanii i Szwecji.

Wyniki i wnioski. Wyniki pozwoliły na wyróżnienie tych błędnych przekonań, które są podtrzymywane przez młodych dorosłych w Polsce. Jednocześnie wiele mitów dotyczących chorób nowotworowych nie znalazło potwierdzenia wśród badanych.

Słowa kluczowe: przekonania, wiedza społeczna, mity

Psychoonkologia 2008; 2: 52–57

Abstract

Background. Article presents results of the study on myths concerning cancer in youth adults sample. It shows the importance of appropriate reliable social knowledge for cancer prevention and cancer treatment. Moreover, it introduces the way in which cancer myths obstruct protection of health and life.

Material and methods. Study was conducted in young adults sample (80 persons) and used Polish language survey based upon surveys that have been used in United Kingdom and Sweden.

Results and conclusions. There were found incorrect beliefs about cancer that are held by Polish young adults. However few myths common in other countries were not found in Poles.

Key words: beliefs, social knowledge, myths

Psychooncology 2008; 2: 52–57

Psychoonkologia
Rok 2008, tom 12, nr 2, 52–57
Copyright © 2008
Polskie Towarzystwo
Psychoonkologiczne
ISSN 1429–8538

Wstęp

Każdego roku w Polsce odnotowuje się nowe przypadki nowotworów złośliwych [1]. Szacuje się, że jedna na trzy osoby w swoim życiu zachoruje na raka [2]. Prowadzone programy profilaktyczne i kampanie prospołeczne pozwalają na zwiększenie ogólnodostępnej wiedzy dotyczącej ryzyka zachorowania, specyfiki objawowej oraz metod leczenia no-

wotworów złośliwych. Jednak wyniki badań prowadzonych w wielu krajach pokazują, że wiedza ta jest nadal zbyt mała w porównaniu ze stale przybywającymi dowodami naukowymi w tej dziedzinie [2, 3].

Znaczenie społecznej wiedzy o chorobach nowotworowych

Podzielenie wiedzy dotyczącej potencjalnego zachorowania na chorobę nowotworową jest warun-

kiem wstępnym korzystania z badań przesiewowych [4]. Osoba, która nie posiada rzetelnej wiedzy dotyczącej czynników ryzyka, nie ma możliwości świadomej dbałości o zachowania promujące zdrowie. Należy do nich choćby niepalenie tytoniu, ograniczenie spożywania alkoholu i zwiększenie spożycia warzyw i owoców oraz wysiłku fizycznego, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem [5]. Wiedza dotycząca objawów mogących wskazywać na występowanie choroby nowotworowej sprzyja poszukiwaniu specjalistycznej pomocy onkologicznej, co z kolei warunkuje szybszy proces diagnostyczny i wdrożenie czasochłonnego leczenia.

Niestety w Polsce nie występuje brytyjski „standard czternastu dni”, który gwarantuje pacjentowi kontakt z onkologiem najpóźniej w okresie dwóch tygodni od momentu zgłoszenia się do lekarza rodzinnego [6]. Wielokrotnie polscy pacjenci sami zgłaszają się na wizytę u onkologa, lecz wcześniej musi pojawić się myśl o możliwości wystąpienia choroby nowotworowej.

Zmniejszenie lęku jest kolejnym czynnikiem sprzyjającym poszukiwaniu pomocy onkologicznej — szczególnie wówczas, gdy chory ma rozpocząć specjalistyczne leczenie nasilające strach i niepokój. W publikacji badań dotyczących obaw przed leczeniem onkologicznym i przebiegiem choroby jako istotny czynnik podaje się wcześniejsze doświadczenia pacjenta związane z chorobą onkologiczną. Najczęściej rezerwuarem tych doświadczeń są wspólne przeżycia rodzinne [7] — historie chorób nowotworowych i ich przebiegu u innych członków najbliższego otoczenia w przeszłości.

Szczególne znaczenia doświadczenie to nabiera dla pacjentów chorujących na nowotwory o silnym uwarunkowaniu genetycznym. Wbrew pozorom doświadczenie choroby nowotworowej przez innych członków rodziny nie musi obniżyć lęku, a niekiedy go nasila. Zwłaszcza, jeśli rak stał się przyczyną śmierci bliskiej osoby [7]. Dla tej właśnie grupy pacjentów rzetelna wiedza dotycząca choroby jest bardzo istotna. Uzupełnia wiedzę epizodyczną [8], zbudowaną ze swoistego „studium przypadku”, w dane oparte na większych próbach. Może być tym samym dowodem na skuteczność leczenia w przypadku innych chorych, których pacjent nie miał realnej szansy poznać.

Należy jednak pamiętać, że odbiór wiedzy zależy od osobowości pacjenta. Przy nastawieniu lękowym każda informacja będzie analizowana z wychwytniem negatywnych treści. Wówczas wszelkiego rodzaju mity dotyczące choroby nowotworowej ze zwiększoną siłą podsycają dystres pacjenta. U innej grupy chorych — osób stosujących strategię poszu-

kiwania informacji w celu radzenia sobie ze stresem [9] — obalanie mitów i dostarczanie rzetelnej wiedzy jest doskonałym sposobem ochrony przed niepokojem związanym z własną chorobą. Wyniki badań wskazują, że unikanie wiedzy na temat choroby nie sprzyja adaptacji psychologicznej po otrzymaniu diagnozy [10]. Co więcej, osoby chore, które stosują strategię unikania do radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą nowotworową, doświadczają mniejszego wsparcia ze strony bliskich osób, co może tłumaczyć ich gorszą adaptację i codzienne funkcjonowanie.

To, jakie przekonania na temat raka podziela większość osób, jest niezwykle istotne nie tylko ze względu na dbałość o rzetelną i prawdziwą wiedzę wśród społeczeństwa, ale także ze względu na proces psychologicznego przystosowania do choroby. Jeśli zostaną wyeliminowane mity, a utrwalone prawdziwe informacje, sprzyjające poddawaniu się badaniom profilaktycznym, promocji zdrowego stylu życia i wyczuleniu na sygnały alarmujące o konieczności konsultacji u onkologa, wówczas mają one znaczenie nie tylko dla jednostki, ale i całego systemu rodzinnego. Zgodnie z teorią systemową mity rodzinne są przekazywane z pokolenia na pokolenie [11]. Można oczekiwać podobnego transferu generacyjnego informacji pożądanych, trafnych i rzetelnych. Kolejne pokolenia będą mogły bez lęku, z otwartością i świadomością dbać zarówno o profilaktykę pierwotną chorób nowotworowych, jak i uczestniczyć w ewentualnym leczeniu onkologicznym, zwiększając tym samym szansę jego powodzenia i obniżając towarzyszący mu dystres.

Pochodzenie braków i błędów w społecznej wiedzy o nowotworach

Każdego roku na świecie prowadzi się setki badań klinicznych z dziedziny onkologii, które są następnie prezentowane w postaci licznych publikacji i wystąpień konferencyjnych. Przyrost wiedzy jest tak duży, że niemożliwe wydaje się podążanie za najnowszymi odkryciami naukowymi w tej dziedzinie równoległe na poziomie społecznym. Do tego dochodzi problem selekcji informacji, które mogą być uznane za przydatne dla danej osoby (np. dotyczące nowych dostępnych metod diagnostyki nowotworu) od tych, które nie znajdują w rozumieniu przeciętnego obywatela zastosowania (np. uzupełnianie leczenia analogami somatostatyny). Można przyjąć, że nienadążanie przyrostu wiedzy społecznej za przyrostem wiedzy naukowej jest zjawiskiem powszechnym. Czym innym jest jednak utrzymywanie na poziomie społecznym informacji sprzecznych ze stanem wiedzy naukowej.

Lęk i niechęć wobec choroby nowotworowej mogą wzbudzać tendencję do unikania wiedzy na jej temat. Szczególnie wtedy, gdy wiedza ta na poziomie nieświadomym jest psychologicznie zagrażająca. Może na przykład przypominać o przykrych doświadczeniach związanych z chorobą bliskiej osoby i budzić lęk przed powtórzeniem tych doświadczeń. Jeśli informacja ma wzbudzić dystres, przeciw jej świadomemu zarejestrowaniu i przyswojeniu zostaną uruchomione mechanizmy obronne. Im bardziej informacja jest potencjalnie lękotwórcza, tym większe prawdopodobieństwo jej nieprzyswojenia. Samo słowo „rak”, w znaczeniu „nowotwór złośliwy”, wywala negatywne emocje, co wykazali w swoich badaniach Donovan i wsp. [12]. Może to tłumaczyć niechęć do poszukiwania i utrwalania wiedzy na temat tych chorób. Działa wówczas mechanizm wybiórczej selekcji informacji, opisany przez Greenwalda [13] jako „totalitarne ego”. Zgodnie z tą koncepcją dla asymilacji napływających informacji istotne są przekonania, które utrzymujemy. Zanim nowa informacja zostanie dostrzeżona i przyswojona, jest poddawana wieloetapowej analizie na różnych poziomach świadomości.

Pierwszym etapem analizy jest poziom nieświadomy. Często nawet nie wiadomo, że informacja w ogóle została przekazana [14]. Jej przetwarzanie zachodzi na poziomie nieświadomym, tym samym, który na poziomie neurobiologicznym jest reprezentowany przez tak zwaną drogę dolną LeDoux [15]. Warunkiem dalszej analizy jest wstępne rozpoznanie zgodności informacji z dotychczas utrzymywanymi przekonaniem. Jeśli nie zostanie wykryta spójność treści, wówczas informacja nie podlega dalszej analizie na poziomie świadomym. Tym samym, występowanie w systemie przekonań mitów dotyczących choroby nowotworowej utrudnia jednocześnie przyswajanie rzetelnej wiedzy na jej temat, która jest z tymi mitami sprzeczna.

Obecność mitów i nieprawdziwych twierdzeń na temat nowotworów nie sprzyja ich weryfikacji i poszukiwaniu informacji konkurencyjnych. Z jednej strony dzieje się tak ze wspomnianego wyżej powodu. Z drugiej — funkcjonują przekonania, które choć sprzeczne z obecnym stanem wiedzy, próbują wyjaśnić przerażający świat choroby. Takim dość powszechnym przekonaniem jest upatrywanie etiologii guza nowotworowego w doznanym urazie, które, jak wiemy, jest nieślusne, jednak z psychologicznego punktu widzenia stwarza chorej osobie możliwość atrybucji choroby. Nie wiąże się to jedynie z przeżywanym poczuciem winy (naraziłem się na uderzenie, więc zachorowałem), ale uruchamia jednocześnie wewnętrzne poczucie kontroli (skoro

ktoś mógł sprowadzić na siebie chorobę, może także odzyskać zdrowie). Jest to przykład psychologicznego uprawomocnienia mitów.

Wyniki wybranych badań nad przekonaniem i problematyka badań własnych

Badania nad przekonaniem dotyczącymi nowotworów prowadził między innymi zespół Carlsson i Stranga [3] w Szwecji oraz zespół Adlarda i Hume'a w Wielkiej Brytanii [2]. W badaniach sprawdzano wiedzę jednostek w zakresie najczęściej podzielanym przekonaniom na temat nowotworów, metod leczenia stosowanych w onkologii, czynników ryzyka zachorowania [3] oraz najczęściej występujących typów nowotworów i charakterystycznych dla nich objawów [2].

Wyniki badań obu zespołów wskazują, że wiedza społeczna o chorobach nowotworowych w badanych populacjach znacznie odbiega od naukowej. Nadal pozostaje wiele do osiągnięcia w dziedzinie profilaktyki pierwotnej, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji. Prezentowana próba została zainspirowana wynikami osiągniętymi przez szwedzkich i brytyjskich badaczy. Jego celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy również w Polsce społeczna wiedza dotycząca chorób nowotworowych jest tak bogata w mity i błędne przekonania, jak wykazały to wyniki cytowanych badań.

Materiał i metody

W badaniu użyto polskiej wersji językowej ankiet zastosowanych przez Adlarda i Hume'a [2] oraz Carlsson i Stranga [3]. Badane osoby były proszone o zaznaczenie tych twierdzeń dotyczących nowotworów, które uważają za prawdziwe.

W 2006 roku przeprowadzono pilotaż polskiej wersji ankiety na próbie 20 studentów Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przed rozpoczęciem kursu specjalizacyjnego z psychoonkologii. W 2007 roku w badaniu właściwym wzięło udział 80 młodych dorosłych — studentów Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (70 kobiet i 10 mężczyzn) w średnim wieku 22 lat (19–37 lat), którzy nie uczestniczyli w kursie specjalizacyjnym z psychoonkologii. Ich dobór był przypadkowy, zaś udział w badaniu — dobrowolny. Prowadzono próbę w pięciu grupach nieprzekraczających 20 osób.

Wyniki

W tabelach przedstawiono odsetek osób, które uznały podane twierdzenia za prawdziwe (tab. 1) oraz procent tych, które udzieliły odpowiedzi twier-

Tabela 1. Ogólne przekonania dotyczące nowotworów. Odsetek osób, które odpowiedziały twierdząco (twierdzenia prawdziwe zostały w tekście wytłuszczone)**Table 1. General beliefs about cancer. Percent of subjects who answered affirmatively (correct beliefs are bolded)**

Rak jest chorobą zakaźną	1%
Powszechną właściwością wszystkich złośliwych guzów jest ich szybki wzrost	51%
Rak jest często spowodowany urazem fizycznym (w wypadku lub pod wpływem silnego uderzenia)	4%
Jeżeli nowotwór złośliwy narządów rodnych jest zdiagnozowany w początkowym stadium rozwoju, rokowania są bardzo dobre	81%
Choroby nowotworowe to najczęstsza przyczyna zgonów w Polsce	20%
Wielu pacjentów zostaje wyleczonych z choroby nowotworowej i nigdy nie doświadczy jej nawrotu	58%
W pewnych przypadkach pacjenci w zaawansowanym stadium raka również mają szansę na wyleczenie	80%
Obecnie zostało (ostatecznie) udowodnione, że brak równowagi emocjonalnej i psychicznej zwiększa ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe	25%
Im większe skutki uboczne chemioterapii, tym większy jej wpływ na komórki nowotworowe	9%
Ból nowotworowy może być prawie zawsze kontrolowany	23%
Konsekwencją zewnętrznej radioterapii jest radioaktywne naładowanie pacjenta przez pewien czas po naświetlaniu	29%
Morfina jest bardzo skuteczna w leczeniu bólu nowotworowego	64%
Są badania wskazujące na ważną rolę witamin zarówno w prewencji, jak i terapii chorób nowotworowych	75%
Dużym problemem w leczeniu bólu nowotworowego jest wykształcenie uzależnienia od morfiny	72%
Udowodniono, że niektóre typy nowotworów mogą być wyleczone lekami homeopatycznymi	7%
Niektóre typy nowotworów są leczone hormonami	23%
W Polsce lekarze często ukrywają prawdę o chorobie przed pacjentem, aby go oszczędzić	19%

Pytania na podstawie [3]

dzące na pytania wielokrotnego wyboru (tab. 2, 3, 4). Poprawne odpowiedzi na zadane pytania zostały w tabelach wyróżnione pogrubioną czcionką.

W tabeli 1 i 2 zaprezentowano wyniki replikacji badania zespołu Carlsson i Stranga [3] w populacji polskich studentów. Pytania dotyczyły typowych przekonań dotyczących chorób nowotworowych, czynników ryzyka oraz częstości ich występowania.

W tabelach 3 i 4 zaprezentowano wyniki replikacji badania zespołu Adlarda i Hume'a [2] w populacji polskich studentów. Pytania dotyczyły czynników ryzyka, częstości zachorowania na nowotwory złośliwe oraz ich objawów.

Dyskusja

Wyniki niniejszego badania pokazują, że społeczna wiedza dotycząca chorób nowotworowych odbiega znacząco od wiedzy naukowej.

Młodzi dorośli w większości podzielają mit związany z niemożnością kontrolowania bólu nowotworowego oraz ryzyka uzależnienia przy stosowaniu morfiny. Jest to sprzeczne z obecnym postępem praktyki medycznej w tym zakresie, który umożliwia kontrolę bólu nowotworowego u 80% chorych [16].

Jedynie co piąta osoba wie o możliwości stosowania hormonalnej terapii w onkologii.

Tabela 2. Czynniki ryzyka oraz częstość zachorowania. Odsetek osób wskazujących wybraną odpowiedź (poprawne odpowiedzi zostały w tekście wytłuszczone)**Table 2. Risk factors and cancer prevalence. Percent of subjects who answered affirmatively (correct answers are bolded)**

Czynniki ryzyka chorób nowotworowych	
Palenie tytoniu	98%
Toksyny w środowisku jednostki	81%
Dziedziczność	94%
Zaawansowany wiek	33%
Biorąc pod uwagę wszystkie typy nowotworów, w jakim odsetku przypadków głównym czynnikiem sprawczym jest dziedziczność?	
10% lub mniej	20%
Około 30%	55%
Około 50%	23%
Więcej niż 75%	2%
Jak wysokie jest ryzyko zachorowania na raka w ciągu całego życia?	
10% lub mniej	37%
Około 30%	47%
Około 50%	16%
Więcej niż 75%	0%
W większości przypadków rak jest spowodowany:	
Czynnikami zewnętrznymi (np. złą dietą, paleniem tytoniu, opalaniem)	54%
Czynnikami wewnętrznymi (np. dziedzicznością, właściwościami systemu immunologicznego)	46%

Pytania na podstawie [3]

Tabela 3. Częstość zachorowania oraz czynniki ryzyka. Odsetek osób, które odpowiedziały twierdząco (poprawne odpowiedzi zostały w tekście wytłuszczone)

Table 3. Cancer prevalence and risk factors. Percent of subjects who answered affirmatively (correct answers are bolded)

Trzy najczęściej występujące nowotwory u mężczyzn:	
Rak jelita grubego	66%
Rak nerki	9%
Białaczka	2%
Rak płuca	80%
Rak prostaty	89%
Rak jądra	14%
Trzy najczęściej występujące nowotwory u kobiet:	
Rak piersi	99%
Rak jelita grubego	11%
Rak szyjki macicy	93%
Białaczka	40%
Rak płuca	89%
Rak żołądka	13%
Cztery najczęstsze przyczyny nowotworów złośliwych:	
Zła dieta	59%
Nadużywanie alkoholu	64%
Używanie telefonów komórkowych	22%
Przebywanie w pobliżu linii wysokiego napięcia	25%
Palenie tytoniu	98%
Nadmierne opalanie słoneczne	88%
Tabletki witaminowe	5%
Regularne uprawianie biegów	1%

Pytania na podstawie [2]

Studenci zdecydowanie przeceniają udział czynników dziedzicznych oraz skażenia środowiska w powstawaniu nowotworów złośliwych. Przekonanie to jest niekorzystne z punktu widzenia zachowań prozdrowotnych i profilaktyki pierwotnej. Jednak może być korzystne w sytuacji wystąpienia choroby i konieczności podjęcia leczenia, sprzyjając lepszemu znoszeniu stresu związanego z leczeniem [17].

Jedynie co trzecia osoba zwraca uwagę na wzrost ryzyka zachorowania na raka wraz z wiekiem. Wynik ten jest dość interesujący, zważywszy, że podzielenie owego, zgodnego z prawdą naukową, przekonania, mogłoby stanowić źródło ochrony młodych osób przed myślą o potencjalnej możliwości zachorowania. Niepodzielenie tego faktu należy przypisać nie działaniu mechanizmów obronnych, a brakowi rzetelnej wiedzy w tym zakresie.

Młodzi Polacy są natomiast świadomi ryzyka związanego z paleniem tytoniu i nadmiernym opalaniem

Tabela 4. Objawy wybranych nowotworów złośliwych. Odsetek osób, które odpowiedziały twierdząco (poprawne odpowiedzi zostały w tekście wytłuszczone)

Table 4. Cancer symptoms. Percent of subjects who answered affirmatively (correct answers are bolded)

Objawy mogące sugerować chorobę nowotworową (dwa z każdej grupy):	Odsetek wskazań
Odkrztuszanie zielonej flegmy	13%
Odkrztuszanie krwią	84%
Utrata wagi	90%
Przybranie na wadze	7%
Guz w piersi	98%
Bolesność piersi	55%
Bóle w kościach	31%
Bóle mięśni	14%
Burczenie w jelitach	1%
Zmiany w funkcjonowaniu jelit	91%
Krew w kale	96%
Dokuczliwe gazy	8%
Pieczenie przy oddawaniu moczu	38%
Krew w moczu	80%
Palpitacje	27%
Utrata apetytu	50%

Pytania na podstawie [2]

słonecznym. Ponad połowa osób uznaje niewłaściwą dietę oraz spożywanie alkoholu za warunek istotny w powstawaniu nowotworów. Można więc uznać, że istnieje duża świadomość tych czynników ryzyka, które zostały opublikowane w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem [5].

Młodzi dorośli znacznie przeceniają częstość zachorowania kobiet na raka szyjki macicy, co może być związane z prowadzonymi programami profilaktycznymi (m.in. Ogólnopolski Program Aktywnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy oraz Narodowy Program Prewencji Pierwotnej), co wskazuje na skuteczność tego typu działań. Sugeruje jednocześnie konieczność rozszerzenia podobnych kampanii o pozostałe typy nowotworów i ich profilaktyki. Na przykład odnośnie do raka jelita grubego i zasad zdrowego żywienia oraz raka płuca i wyeliminowaniu używania wyrobów tytoniowych.

Znaczna część studentów wskazuje niepoprawnie na objawy charakterystyczne dla nowotworów piersi i układu moczowego (przeceniając objawy niespecyficzne dla tych chorób). Szczególnie zaskakujące (zwłaszcza że większość badanych stanowiły kobiety) jest to w przypadku raka piersi, będącego od wielu lat obiektem licznych akcji medialnych i społecznych promujących samokontrolę piersi i wrażliwość na sygnały mogące zwiastować chorobę.

Uzyskane wyniki wskazują, że społeczna wiedza odnośnie do chorób nowotworowych jest nadal zbyt mała. Świadomość młodych dorosłych powinna ciągle być poszerzana. Za stosunkowo zadowalającą można uznać znajomość czynników ryzyka, a co za tym idzie, tych zachowań, które promują zdrowie i profilaktykę nowotworową. Młodzi dorośli są umiarkowanie świadomi, jakie objawy można uznać za niepokojące i sugerujące konieczność wizyty u onkologa. Niewystarczająca jest jednak wiedza odnośnie do możliwości leczenia onkologicznego, co może skutkować brakiem nadziei i zniechęceniem do poszukiwania lekarskiej pomocy w sytuacji zachorowania. Jednocześnie można spodziewać się, że wiedza ta jest w populacji polskiej jeszcze mniejsza. Badanie było przeprowadzone wśród studentów renomowanej uczelni wyższej kierunku przyrodniczego — osób o lepszym poziomie edukacji niż przeciętny obywatel.

Podziękowania

Autorka pragnie podziękować swojej matce za wsparcie duchowe projektu oraz mgr Agnieszce Smolińskiej za wkład w opracowanie wyników badania. Wstępne wyniki zaprezentowano podczas 9. Ogólnopolskiej Konferencji Psychoonkologicznej w Gdańsku w 2007 roku.

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów. Liczba zachorowań w podziale na kody rozpoznawcze oraz grupy wiekowe. Raport na podstawie danych Centrum Onkologii. 2007; <http://85.128.14.124/krn/>; 10.01.2008.
2. Adlard J.W., Hume M.J. Cancer knowledge of the general public in the united kingdom: survey in a primary care setting and review of the literature. *Clin. Oncol.* 2003; 15: 174–180.
3. Carlsson M.E., Strang P.M. Facts, Misconceptions, and myths about Cancer. *Gynecol. Oncol.* 1997; 65: 46–53.
4. Sęk H. Znaczenie zachowań prozdrowotnych w psychoonkologii. W: de Walden-Gałuszko K. (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000; 7–23.
5. Boyle P., Autier P., Bartelink H. i wsp. *European Code Against Cancer and scientific justification*, third edition. *Ann. Oncol.* 2003; 14: 973–1035.
6. Jones R., Rubin G., Hungin P. Is the two week rule for cancer referrals working? *BMJ* 2001; 332: 1555–1556.
7. de Walden-Gałuszko K. Problemy psychoonkologiczne rodziny. *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000; 83–101.
8. Stangor Ch., Schaller M. Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe. W: Macrae C.N., Stangor Ch., Hewstone M. (red.). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999; 13–37.
9. Trzebiatowska I., Majkovicz M., Zwaliński M., de Walden-Gałuszko K., Emerich J. Strategie przystosowania do choroby nowotworowej (doniesienie wstępne). *Psychoonkologia* 1997; 1: 19–22.
10. Rodrigue J., Behen J., Tunlin T. Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psychooncology* 1994; 3: 205–214.
11. Boszormenyi-Nagy I. *Invisible loyalties*. Harper and Row Publishers, New York 1973.
12. Donovan R.J., Jalleh G., Jones S.C. The word 'cancer': reframing the context to reduce anxiety arousal. *Aust. NZJ. Public Health* 2003; 27 (3): 291–293.
13. Greenwald A.G. The totalitarian ego: fabrication and revision of personal history. *Am. Psychol.* 1980; 35: 603–618.
14. Greenwald A.G., Banaji M.R., Rudman L.A., Farnham S.D., Nosek B.A., Mellott D.S. A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychol. Rev.* 2002; 109: 3–25.
15. LeDoux J. *Mózg emocjonalny*. Media Rodzina, Poznań 2001.
16. Krzemieniecki K. Problematyka leczenia bólu nowotworowego w praktyce. *Współczesna Onkologia* 2005; 9: 30–33.
17. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gałuszko K. (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000; 23–45.