



Onkologine liga sergančių žmonių gyvenimo kokybės ir reakcijų į trauminį įvykį sąsajos bei santykio su autoritetais ypatumai įveikiant traumą

Ūla LUNEVIČIŪTĖ¹, Giedrė ŽILINSKAITĖ, Gražina GUDAITĖ
Vilniaus universitetas

Santrauka. Onkologinė liga dažnai suvokiama kaip krizė. Liga sukelia nesaugumo, nestabilumo būseną. Šios būsenos išgyvenimas gali būti susijęs su žmogaus vidiniu tikėjimu, kad kas nors kitas gali padėti, nuraminti. **Tyrimo tikslas** – tirti gyvenimo kokybės ir trauminių reakcijų į onkologinę ligą sąsajas ir išskirti santykio su autoritetais modelius siejant juos su ligos, kaip traumos, įveika. **Metodika.** Tyrimo kiekybinėje dalyje dalyvavo 37 onkologine liga sergančios moterys, kokybinėje – 2 ligą įveikusios moterys. Naudotas gyvenimo kokybės klausimynas (EORTC QLQ-C30), Traumos simptomų klausimynas (TSQ) ir pusiau struktūruotas interviu santykiui su autoritetais analizuoti. **Rezultatai.** Traumos simptomai susiję su blogesniu emociniu funkcionavimu ir didesniu fizinių simptomų kiekiu. Atlikta dviejų kokybinių interviu teminė analizė leido pastebėti penkis galimus santykių su autoritetais modelius (santykio autentiškumas / neautentiškumas, santykio konstruktyvumas / destruktivumas, santykio realumas, prognozuojamas / neprognozuojamas santykis, laisvė santykiuje). **Išvados.** Iš dalies galima sakyti, kad geresnė gyvenimo kokybė susijusi su mažesniais traumos simptomais, ir, kaip vienas iš svarbių geresnės gyvenimo kokybės veiksnių, iškilo sugebėjimas palaikyti santykį su autoritetu.

Pagrindiniai žodžiai. Onkologinė liga, onkologinės ligos įveika, autoritetas, santykis su autoritetu

Įvadas

Gyvybei pavojingų ligų diagnozavimas ir jų gydymas gali būti vienas potrauminio streso sutrikimą (PTSS) sukeliančių įvykių. Pavyzdžiui, Gold ir kiti (2012) nustatė, kad 45 % onkologine liga sergančių ir besigydančių pacientų atitinka PTSS kriterijus. Amir ir Ramati (2002) tyrė krūties vėžiu sirgusias moteris ir nustatė, kad 18 % jų galima diagnozuoti PTSS, o 56 % atitinka dalinį PTSS (angl. partial PTSD). Visi šie skaičiai reikšmingai skiriasi nuo kontrolinių grupių.

Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės klausimas tampa vis aktualesnis, nes, vystantis medicinai, ilgėja pacientų gyvenimo trukmė (McCorkle et al., 2011). Svarbus ne tik išgyvenimo klausimas, bet ir gyvenimo kokybės gerinimas. Žmonės prie onkologinės ligos prisitaiko skirtingai ne tik tada, kai objektyvūs ligos požymiai, tokie kaip stadija ar po gydymosi praėjęs laikas, yra panašūs. Tai susiję ir su subjektyviais veiksniais: atlikti tyrimai rodo, kad pacientų polinkis slopinti emocijas (Mols, Thong, Poll-Franse, Roukema, & Denollet, 2012) ir mažesnis savo efektyvumo suvokimas (Manne et al., 2006) yra susiję su blogesne gyvenimo kokybe, o optimizmas bei gebėjimas matyti prasmę susiję su didesne subjektyvia gerove (Pinquart & Frohlich, 2009). Esant ryškesniems potrauminio streso sutrikimo simptomams, gyvenimo kokybė yra blogesnė (pvz., Gold et al., 2012; Amir & Ramati, 2002).

Onkologinės ligos diagnozavimas yra krizinis išgyvenimas. Jis sukrečia gyvenimą, žmogus patiria nestabilumo, nesaugumo būseną, nerimą ir pan. Nuo to, kaip susitvarkoma su šiais išgyvenimais, priklauso žmogaus jausmas, kiek ir kaip liga paveikia jo gyvenimą. Kai suaugę žmonės susiduria su pavojinga liga, jie nesąmoningai visagalybę, kurią kažkada priskirdavo tėvams, gali priskirti savo gydytojams (Salander, Bergenheim, Bergstrom, & Henriksson, 1999). Atliekami gydytojų ir pacientų bendravimo reikšmės išgyvenant ligą tyrimai, kurie rodo, kad pacientų patiriamas pozityvesnis santykis su gydytoju susijęs su geresne gyvenimo kokybe ir pasitenkinimu (pvz., Ong, Visser, Lammes, & Haes, 2000; Kerr, Engel, Schlesinger-Raab, Sauer, & Hölzel, 2003). Manome, kad sugebėjimas palaikyti tam tikrus santykius su gydytojais kyla iš žmogaus vidinio gebėjimo palaikyti atitinkamus santykius su autoritetais. Būtent autoritetų turėjimą galima būtų nurodyti kaip vieną veiksnių, padedančių palaikyti struktūrą ir tvarką (Dieckmann, 1977), kuri, atsidūrus krizinėje situacijoje, gali būti labai svarbi.

Čia aprašomo tyrimo tikslas yra tirti gyvenimo kokybės ir trauminių reakcijų į onkologinę ligą sąsajas ir išskirti santykio su autoritetais modelius, siejant juos su onkologinės ligos, kaip traumos, įveika.

¹ Kontaktinis asmuo: Ūla Lunevičiūtė, Vilniaus universitetas, Universiteto g. 3, 01513, Vilnius, Lietuva. El. paštas: u.luneviciute@gmail.com

1. Metodika

1.1. Tyrimo dalyviai

Kiekybinėje tyrimo dalyje dalyvavo 37 onkologine liga sergančios moterys. Jų amžiaus vidurkis buvo 54 metai. Tyrimo dalyvės pasirinktos patogiosios atrankos būdu iš psichosocialinės pagalbos centrų ir savivalbos grupių. Onkologinės ligos lokalizacija ir stadija nebuvo vertinamos. Tyrimo metu ligą gydėsi 40,6 % moterų, baigusios gydymą ne seniau kaip prieš metus buvo 21,6 % ir seniau nei prieš dvejus metus – 37,8 % tyrimo dalyvių. Kokybinėje tyrimo dalyje dalyvavo dvi onkologinę ligą išgyvenusios moterys. Jų amžius – 50 m. Tyrimo dalyvių užpildyti gyvenimo kokybės klausimynai parodė aukštesnius už visos tiriamos imties vidutinius subskalių balus.

1.2. Tyrimo priemonės

Gyvenimo kokybės klausimynas (EORTC QLQ-C30, Aaronson et al., 1993) yra skirtas onkologine liga sergančių žmonių su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei įvertinti. Klausimyną sudaro bendros sveikatos skalė, penkios funkcijų skalės (fizinė, vaidmens, emocijų, kognityvi, socialinio funkcionavimo) ir devynios simptomų skalės (nuovargio, pykinimo ir vėmimo, skausmo ir pan.) (subskalių Cronbacho α svyravo nuo 0,57 iki 0,93). Tyrime simptomų skalės buvo sujungtos į bendrą fizinių simptomų skalę. Subskales sudaro skirtingi teiginių skaičiai, todėl subskalių įverčiai, remiantis EORTC QLQ-C30 skaičiavimo vadovu, buvo paversti į standartizuotus balus. Didesni bendros sveikatos ir funkcinių skalių įverčiai rodo geresnę gyvenimo kokybę šiose srityse, o didesnis simptomų skalių įvertis rodo esant ryškesnius simptomus.

Traumos simptomų klausimynas (angl. Trauma Screening Questionnaire; TSQ) (Brewin et al., 2002; lietuviška versija Skerytė-Kazlauskienė, Vaskelienė ir Mažulytė, 2013) vertina reakcijas į trauminį įvykį (Cronbacho α 0,93). Tyrime buvo vertinamos reakcijos į onkologinės ligos diagnozę ir ligos gydymą. Įvertis svyruoja nuo 0 iki 10. Šeši ir daugiau balų rodo esant potrauminio streso sutrikimo riziką.

Pusiau struktūruotas interviu (tyrimui sukurtas autorių), leidžiantis atskleisti, kaip tyrimo dalyviai patiria santykį su autoritetais. Autoritetais tyrime laikomi tie asmenys, kurie formaliai yra autoritetai. Tyrimo dalyvėms užduodami vienodi klausimai (pvz., „Kas Jums ateina į galvą, išgirdus žodį autoritetas?“, „Ar tėvai Jums buvo autoritetai? Kokie santykiai su jais?“), kurie vėliau tikslinami pagal tai, ką atsako tyrimo dalyvė.

1.3. Tyrimo eiga

Tyrimo dalyvėms buvo padalyti arba išsiųsti elektroniniai klausimynai, įvertinantys reakcijų į traumą išreikštumą, gyvenimo kokybę ir demografinius rodiklius. Trauminis įvykis, matuojant reakcijas į jį, klausimyne buvo įvardytas kaip onkologinės ligos diagnozė ir ligos gydymas. Atliekant kiekybinę tyrimo dalį, tyrimo dalyvių buvo prašoma dalyvauti tyrimo interviu apie santykių su autoritetais reikšmę išgyvenant onkologinę ligą. Dalyvei sutikus, buvo numatytas interviu laikas. Atlikti interviu buvo transkribuoti.

1.4. Duomenų analizė

Klausimynais surinkti duomenys apdoroti statistinės duomenų analizės programa SPSS 19. Koreliacijoms skaičiuoti buvo taikytas neparаметrinis Spearmano koreliacijos koeficientas. Pusiau struktūruoti interviu analizuoti taikant teminę analizę (Boyatzis, 1998).

2. Rezultatai

Vidutinis tyrimo dalyvių traumos simptomų (TSQ) balas buvo 4,05 (SD = 3,82). Apskritai trauminių reakcijų balo įvertis tiriamoje imtyje svyravo nuo 0 iki 10. Šešis ir daugiau balų surinko 40 % tyrimo dalyvių. Tai reiškia, kad ši dalis gali turėti PTSD riziką.

Geriausia gyvenimo kokybė nustatyta vaidmens (M = 76,13, SD = 28,74) ir fizinio (M = 74,41, SD = 17,03) funkcionavimo srityse, o blogiausia – socialinio funkcionavimo srityje (M = 53,60, SD = 30,72). Tokie rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad onkologinė liga silpniau emociškai įkrautus santykius (pvz., darbo) paliečia mažiau nei artimus ryšius (pvz., šeimos). Kognityvaus funkcionavimo skalės vidurkis yra 65,77 (SD = 29,90), emocinio funkcionavimo skalės – 62,84 (SD = 27,96) ir bendros sveikatos skalės – 61,49 (SD = 19,08). Bendros fizinių simptomų skalės vidurkis yra 29,20 (SD = 18,41).

Traumos simptomai statistiškai reikšmingai koreliavo su dviem gyvenimo kokybės skalėmis (žr. lentelę). Traumos simptomai yra susiję su blogesniu emociniu funkcionavimu ir didesniu fizinių simptomų kiekiu.

Nebuvo nustatyti statistiškai reikšmingi gyvenimo kokybės, traumos simptomų ir šių veiksnių koreliacijų skirtumai tarp besigydančių ir jau baigusios gydymą tyrimo dalyvių.

Toliau buvo išskirtos penkios santykių su autoritetais temos ir keliamos prielaidos, koks yra šio santykio vaidmuo įveikiant onkologinę ligą kaip traumą. Temos: 1. Santykio autentiškumas (tikras, netikras) 2. Konstruktyvumas / destruktivumas (palaiko ar apsunkina) 3. Santykio realumas (autoritetas realiai egzistuoja ar ne) 4. Prognozuojamas / neprognozuojamas santykis 5. Laisvė santykyje (pasirinkimas ar paklusimas).

Lentelė. Gyvenimo kokybės skalių ir traumos simptomų koreliacijos (taikytas Spearmano rho koreliacijos koeficientas)

Gyvenimo kokybės skalės	Traumos simptomai
Bendra sveikatos skalė	-0,27
Fizinis funkcionavimas	-0,03
Vaidmens funkcionavimas	-0,15
Emocinis funkcionavimas	-0,44**
Kognityvus funkcionavimas	-0,08
Socialinis funkcionavimas	-0,01
Simptomų skalė	0,35*

*p < 0,05, **p < 0,01

1. Santykio autentiškumas.

Viename iš interviu buvo galima pastebėti aiškų daromą skirtumą tarp autoritetų, kurie yra tikri, neapsimetę, nemeluojantys, ir autoritetų, kurie apsimečiau, prisiima kitų, ne savo, darbo rezultatus, arba tiesiog yra vadinami autoritetais, bet tokie iš tikrųjų nėra (pvz., „<...> kyla tie, <...>, kurie per galvas eina, kurie nedirba, bet pateikia net kitų darbą kaip savo <...>“). Kai kurie autoritetai yra vadinami tikrais, kiti – netikrais autoritetais. Įdomu, kad tyrimo dalyvė, kurios kalboje ir buvo ryškesnis šis santykio patyrimas, dabartinius ir realius autoritetus linkusi labiau priskirti prie neautentiškų, apsimečiau.

2. Konstruktyvumas / destruktivumas.

Buvo matyti, kad autoritetai suvokiami ir pozityviai, ir negatyviai. Iš vienos pusės, autoritetai siejami su žeminimu, trukdymu, kenkimu, varžymu, iš kitos pusės, autoritetai suvokiami kaip tokie, kurie turi apsaugoti, kurie ramina, paaiškina, suteikia atramą (pvz., „<...> žvejoja gabius, finansuoja, <...> bet paskui <...> jį už gerklės ir turi jiems atlikti, žmogus kaip vergas <...>“). Kartais šie aspektai pasirodydavo kalbant apie tuos pačius žmones, tačiau taip pat gana nesunkiai buvo galima pastebėti, kad autoritetų konstruktyvumas buvo nurodomas labiau kaip noras, lūkestis ar manymas, kad autoritetai turėtų apsaugoti, suteikti atramą.

3. Realus santykis / įsivaizduojamas santykis.

Įdomu buvo tai, kad neretai autoritetais tyrimo dalyvės pavadindavo šiuo metu neegzistuojančius arba apskritai tik tikėjimu esančius autoritetus. Pavyzdžiui, mirusius žmones, Dievą (pvz., „<...> nebelieka autoritetų, kai žiūriu į šiuolaikinius autoritetus. Nebelieka, kažkaip senoji karta išeina <...>, tai, ką vadinam ir kurie patys save vadinasi, tai, deja, <...>“, „Šiuo metu aš turbūt einu dvasiniu keliu, <...>, tai, sakykim, <...>, kad Dievas yra autoritetas“). Kalbėjimas apie šiuo metu esančius autoritetus, atrodo, glumina, stiprina gynybiškumą (pvz., paklausta apie tai, ar tėvas buvo autoritetas, viena tyrimo dalyvė suglumsta: <...> Nea. Ne, tikrai ne, ne, ne, aš kažkaip nesusi [tyr. past. nesusimąščiau], man atrodo, kad nea“). Atrodo, kad santykis patiriamas konstruktyviau, jeigu autoritetas yra tolimesnis žmogui.

4. Prognozuojamas / neprognozuojamas santykis.

Buvo galima pastebėti, kad viena tyrimo dalyvė santykį suvokia kaip neprognozuojamą, o kartais suprasti autoriteto elgesį iš viso būdavo sunku (pvz., „tokio tėvo pykčio prieuolio, nesivaldymo <...> [tyr. past. sesuo] <...>, jina! tai nemeilę patirdavo, aš tai meilę <...>, gal čia irgi parodomoji programa buvo, kad mylėdavo“). Autoritetas kelia stiprią baimę, nes tyrimo dalyvė nežino, kas laukia, autoritetas pyksta ir būna geras, varžo ir išlaisvina, leidžia viską ir riboja, rūpinasi ir nesirūpina ir kita.

5. Galėjimas pasirinkti santykyje / paklūstantis santykis.

Buvomatyti, kad abiejų tyrimo dalyvių santykyje su autoritetu, nors skirtingai, išryškėja paklusimo tema. Viena dalyvė gana aiškiai išsako jausmą, kad neturi santykyje pasirinkimo laisvės, jaučiasi paklūstanti jau internalizuotam autoritetui. Tyrimo dalyvės gyvenime iškyla laisvės poreikis (pvz., „<...> turbūt nesusimąstydavau, ko aš noriu, darydavau, ką turbūt tėvai įrašė į mano programą, <...>, mama sako „niekur tu neišsiskirsi“ <...>. Ir man tas kirbėjo „o aš išsiskirsiu“, ir tas toks įrodyt“). O kita tyrimo dalyvė nepaprastai pabrėžia atramos svarbą santykyje su autoritetu ir nurodo tos atramos trūkumą savo gyvenime (pvz., pasakodama apie autoritetus darbe, sako „<...> visur stresas, užtat kad žmonės <...>/ neturi į kur atsiremti. Viskas nestabili <...>“). Buvo galima suprasti, kad šios tyrimo dalyvės gyvenime taisyklės ir išorinė struktūra yra labai svarbios. Atrodo, kad sunkiai išgyvenamas tiek laisvės nebuvimas, tiek didelė laisvė.

3. Rezultatų aptarimas

Tyrimu nustatėme, kad vidutinis traumos simptomų balas yra aukštesnis už bendrojoje populiacijoje gaunamą balą (Mažulytė ir kt., 2014). Taip pat, nors vidutinis traumos simptomų balas nesiekia potrauminio sutrikimo rizikos lygio,

gavome, kad daugiau nei trečdalis tyrimo dalyvių patiria šią riziką. Tai reiškia, kad mūsų tiriamoje imtyje onkologinės ligos diagnozė ir su ja susijęs gydymas galėjo sukelti potrauminį sutrikimą.

Nustatyta, kad traumas simptomai reikšmingai koreliuoja su emocinio funkcionavimo ir simptomų skale. Galima būtų sakyti, kad gautos koreliacijos neparodo stipraus gyvenimo kokybės ir traumas simptomų ryšio, tačiau hipotezės neatmeta. Gali būti, kad tokie rezultatai susiję su mažu tyrimo dalyvių skaičiumi. Taip pat svarbu tai, kad šis tyrimas parodo tik koreliacijas, o ne priežasties ir pasekmės ryšį. Nors onkologinės ligos diagnozė ir jos sukelti traumas simptomai pasireiškia anksčiau nei gyvenimo kokybė, gali būti, kad esantys tam tikri fiziniai simptomai vis labiau grąžina žmogui trauminius prisiminimus apie ligą ar jos gydymą. Ši gauta koreliacija yra įdomi ir kelia tolesnius klausimus apie fizinių ir emocinių veiksnių ryšį išgyvenant onkologinę ligą.

Galiausiai, išskyrėme penkias santykio su autoritetu temas. Iš tyrimo kokybinės dalies analizės kyla prielaida, kad tyrimo dalyvės santykį su autoritetu patiria ambivalentiškai: tai ir konstruktyvu, ir destruktivu, ir tikra, ir apsimetėliška, ir kita. Gali būti, kad santykio su autoritetu, kaip ambivalentiško, patyrimas yra būdingas daugeliui žmonių, ne vien mūsų tiriamai imčiai. Tačiau, turint omenyje, kad kokybinės mūsų tyrimo dalies dalyvės reprezentuoja įveikusią ligą imtį, būtų galima kelti prielaidą, kad įveikiant traumą svarbus yra pats sugebėjimas apskritai palaikyti konstruktyvų santykį su autoritetais ar šį santykį kompensuoti (pvz., išorinėmis struktūromis), kad ir kaip toli yra tie teigiami, tikri, prognozuojami autoritetai. Manome, kad tikėjimas, jog kažkas stipresnis, aukštesnis, galingesnis – autoritetas – gali padėti krizinėje situacijoje, kyla iš patirties, susidūrus su pirmaisiais savo gyvenimo autoritetais.

Manome, kad svarbus tyrimo ribotumas yra tai, jog tyrime nebuvo vertinta onkologinės ligos stadija ir žmogaus fizinė būseną, o tai galėtų būti svarbu tiriant gyvenimo kokybę, susijusią su liga, bei santykio su autoritetu patyrimą. Visgi manome, kad tyrimas atskleidžia svarbius onkologine liga sergančių žmonių patyrimo aspektus ir kelia tolesnius klausimus kitiems tyrimams.

Išvados

Onkologinės ligos diagnozavimas gali sukelti potrauminio streso sutrikimo reakcijas. Nors tyrime nustatytos trauminių reakcijų sąsajos su pacientų gyvenimo kokybe nėra stiprios, traumas simptomai yra susiję su blogesniu emociniu funkcionavimu ir didesniu fizinių simptomų kiekiu. Šiame tyrime, išanalizavus du kokybinius interviu, daroma prielaida, kad tyrimo dalyvės santykį su autoritetu išgyvena ambivalentiškai, tačiau taip pat būtų galima manyti, kad, išgyvenant onkologinę ligą, svarbus yra apskritai tikėjimas ar viltis, jog kažkur yra geras autoritetas, kuris gali suteikti jėgų.

Padėka

Šis tyrimas yra platesnio tyrimo „Asmenybės integralumo paieškos: santykio su autoritetu problema ir psichoterapija“ dalis. Tyrimą finansuoja Lietuvos mokslo taryba (sutartis Nr. MIP-080/2014/LSS-250000-488).

Relationship between quality of life and trauma reactions and features of authority relationship in process of coping with cancer

Ūla LUNEVIČIŪTĖ^{a, 1}, Giedrė ŽILINSKAITĖ^a and Gražina GUDAITĖ^a

^a Vilnius University

¹Corresponding author: u.luneviciute@gmail.com

Abstract. Cancer is a crisis. The illness causes feelings of insecurity and instability. The experience of these feelings is related to the inner belief that there is someone who can help, calm. **Objective.** The objective of the study is to explore the relationship between quality of life and traumatic reactions to cancer and to explore the relationship with authority as one of the factors contributing to coping with trauma of cancer. **Methods.** In the quantitative study there were 37 females afflicted with cancer, in the qualitative study there were 2 female cancer survivors. The Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), Trauma Screening Questionnaire (TSQ) and also a semi-structured interview to investigate the relationship with authority were used in the study. **Results.** There was a significant negative relationship between traumatic reactions and emotional functioning, and a significant positive relationship between traumatic reactions and physical symptoms. Thematic analysis of two semi-structured interviews revealed five possible patterns of the relationship with authority (the authenticity/inauthenticity of relationship, destructiveness/constructiveness of the relationship, real/fantasized relationship, predictable/unpredictable relationship and the freedom in the relationship). **Conclusions.** The better quality of life is partly related to fewer traumatic symptoms and one of the important factors in better quality of life appeared to be the ability to maintain relationship with authority.

Keywords. Cancer, coping with cancer, authority, relationship with authority

Literatūra

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ..., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85 (5), 365–376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365.
- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: A preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (2), 191–206.
- Beatty, L., Lee, C., & Wade, T. D. (2009). A prospective examination of perceived stress as a mediator of the relationship between life-events and QOL following breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 14 (4), 789–804. doi: 10.1348/135910709X412459.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks, London, & New Delhi: Sage Publications.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., ..., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181 (2), 158–162. doi: 10.1192/bjp.181.2.158.
- Dieckmann, H. (1977). Some aspects of the development of authority. *Journal of Analytical Psychology*, 22 (3), 230–242.
- Gold, J. I., Douglas, M. K., Thomas, M. L., Elliott, J. E., Rao, S. M., & Miasowski, C. (2012). The relationship between posttraumatic stress disorder, mood states, functional status, and quality of life in oncology outpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (4), 520–531. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.10.014.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Hölzel, D. (2003). Communication, quality of life and age: Results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14 (3), 421–427. doi: 10.1093/annonc/mdg098.
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Grana, G., & Goldstein, L. (2006). Cancer-specific self-efficacy and psychosocial and functional adaptation to early stage breast cancer. *Annals of Behavioural Medicine*, 31 (2), 145–154. doi: 10.1207/s15324796abm3102_6.
- Mažulytė, E., Gailienė, D., Skėrytė-Kazlauskienė, M., Grigutytė, N., Eimontas, J. ir Kazlauskas, E. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: Three adult generations in Lithuania. *Psichologija*, 49, 20–33.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schilman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner E. H. (2011). Self-management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61 (1), 50–62. doi:10.3322/caac.20093.
- Mols, F., Thong, M. S. Y., Poll-Franse, L. V., Roukema, J. A., & Denollet, J. (2012). Type D (distressed) personality is associated with poor quality of life and mental health among 3080 cancer survivors. *Journal of Affective Disorders*, 136 (1/2), 26–34. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.034.
- Ong, L. M., Visser, M. R., Lammes, F. B., & Haes, J. C. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41 (2), 145–156.
- Pinquart, M., & Frohlich, C. (2009). Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology and Health*, 24 (4), 407–421. doi: 10.1080/08870440701717009.
- Salander, P., Bergenheim, A. T., Bergstrom, P., & Henriksson, R. (1999). How to tell cancer patients: A contribution to a theory of communicating the diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16 (2), 79–93. doi: 10.1300/J077V16N02_05.
- Skėrytė-Kazlauskienė, M., Vaskelienė, I., Mažulytė, E. (2013). Traumos simptomų klausimynas (TSQ) – lietuviška versija. *Vilniaus universitetas, Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra*.