

Agnieszka Pietrzyk

Napiętnowani: wyleczeni z raka w miejscu pracy i w towarzystwach ubezpieczeniowych

Chowanna 2, 99-108

2004

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2004 [2005]	R. XLVIII (LXI)	T. 2 (23) Cz. I	s. 99–108
------------	--	-------------------------	--------------------	-----------------------	-----------

Agnieszka PIETRZYK

Napiętnowani: wyleczeni z raka w miejscu pracy i w towarzystwach ubezpieczeniowych

Co to znaczy być wyleczonym z raka?

To nietławe pytanie, ponieważ chodzi nie tylko o brak wznowy choroby, brak przerzutów do innych organów, nie chodzi też jedynie o kontynuację życia biologicznego mimo zdiagnozowanej jakiś czas temu choroby niosącej zagrożenie śmiercią. Chodzi również o ponowną adaptację – społeczną, zawodową, psychiczną, seksualną w sytuacji poniesionych przez byłego pacjenta kosztów biopsychospołecznych leczenia onkologicznego. Wiele już napisano o psychologicznych i neuropsychologicznych „odpowiedziach” pacjenta na diagnozę raka i jego leczenie chirurgiczne, chemo-, radio- i hormonoterapię (DeAngelis, Delattre, Posner, 1989; Greenberg, 1998; Irvine, Vincent, Graydon, 1994; Jacobsen, Roth, Holland, 1998; Knobf i in., 1998; Stum n 1995; Walch, Ahles, Seykin, 1998; Wolberg i in., 1989). Niewiele jednak wiadomo o procesie owej ponownej adaptacji psychospołecznej tych, którzy w dzieciństwie zmagali się z chorobą nowotworową, a obecnie są dorosłymi osobami. Niewiele jest też badań empirycznych poświęconych tejże adaptacji u dorosłych, którzy przebrnęli przez okres 5–10-letniej obserwacji onkologicznej od zakończenia podstawowego leczenia swego raka i... żyją. A przecież zarówno pierwszych, jak i drugich przybywa dzięki postępom w leczeniu onkologicznym (Hays, 1993; Hossfeld i in., 1994; Nessin, Ellis, 1991).

Dzięki opowieściom, autobiografiom ludzi, którzy przeżyli swoją śmiertelną chorobę, mamy możliwość poznania, jak również zrozumienia natury i jakości negatywnych oraz pozytywnych następstw raka. Wiedza ta wzbogaca poziom i ilość interwencji psychologicznych i społecznych. Interwencje te stają się mediatorami w osiągnięciu optymalnej jakości życia przez byłych pacjentów onkologicznych. Owe interwencje dotyczą nie tylko pomocy psychoterapeutycznej w pokonywaniu psychicznych skutków przejścia przez chorobę nowotworową, ale też radzenia sobie z problemami w miejscu pracy i przeszkodami stawianymi przez „przemysł ubezpieczeniowy” (Hays, Landsverk, Rucione, 1992; Nessin, Ellis, 1991).

Wyleczony z raka, jego pracodawca i współpracownicy

Przystosowywanie się osób, które pokonały raka, ma swój wymiar jednostkowy, specyficzny dla każdej osoby, a wymiar ten zależy od typu, lokalizacji, sposobu leczenia choroby nowotworowej. Cechuje je wspólnota doświadczeń psychospołecznych byłych pacjentów, doświadczeń takich jak niepewność o przyszły stan zdrowia, o ocenę innych ludzi pełnienia przez wyleczonych rozmaitych ról społecznych oraz psychofizyczne ograniczenia narzucone przez pokonaną jednak chorobę.

Ten, który przeżył, musi mieć pieniądze na utrzymanie mieszkania, na codzienne życie. Jest silnie zmotywowany do powrotu do pracy, jeśli przed okresem leczenia onkologicznego pracował, lub do szukania swej pierwszej pracy, jeśli w dzieciństwie pokonywał raka. Praca bowiem jest dla osoby wyleczonej czytelnym społecznie znakiem odzyskania normalności. Jest źródłem pewności siebie, dobrej samooceny, szacunku, prestiżu. Wykonywana praca to rodzaj „publicznego głosu”, kulturowa etykieta osoby pracującej. Ale... powrót wyleczonego z raka do pracy przynosi mu niespodziewany szok – dyskryminację (Feldman, 1989; Kornblith, 1998; Mellette, Franco, 1987; Nessin, Ellis, 1991). Owa dyskryminacja może mieć rażąco otwartą formę, np. odrzucenie podania o pracę, zredukowanie zakładowych zapomóg, zasiłków, całkowite zwolnienie pracownika powracającego po leczeniu. Najczęściej jednak przyjmuje cichą subtelną formę: zauważalne wahanie przed podaniem ręki osobie wyleczonej przez współpracowników, towarzyski ostracyzm, puszczenie oka między sobą i szeptanie na widok wyleczonego, ponadto obniżanie pozycji zawodowej, blokowanie awansu, przez co samoocena tego, który pokonał nowotwór, narażana jest na szwank.

B. Hoffman (1989) szacuje, iż około 25%–30% wszystkich byłych pacjentów onkologicznych doświadcza jakiejś formy dyskryminacji w pracy. Jeśli nie spotyka ich zwolnienie z dotychczasowego stanowiska czy w ogóle z pracy, to najczęściej otrzymują propozycję zmniejszenia liczby godzin zatrudnienia (z pełnego etatu na jakąś jego część), co pociąga za sobą obniżenie zarobków i prestiżu w grupie zawodowej. Nieprzyjęcie nowej oferty pracodawcy kończy się dla wyleczonego zachęceniem go do „dobrowolnego” zwolnienia się lub zwolnienia przez szefa, właściciela firmy (Kornblith, 1998).

Chcąc zbadać zjawisko dyskryminowania byłych pacjentów onkologicznych w miejscu pracy, należy najpierw ustalić obiektywne kryteria istnienia owej dyskryminacji, co nie wydaje się łatwym zadaniem. Jednym z nich mogą być roszczenia wnoszone przez wyleczonych do sądów pracy. Innym – otwarte wrogie wypowiedzi i zachowania współpracowników lub pracodawcy. Należy przy tym pamiętać, iż subiektywna ocena owych zachowań, dokonywana przez byłego pacjenta, może okazać się błędna i wynikać z jego problemów osobowościowych, np. projekcji własnych negatywnych cech, braku własnych społecznych umiejętności w radzeniu sobie ze społecznymi mitami o raku oraz braku własnych umiejętności ujawniania swej kreatywności, niezależności i osobistych wartości. Jak na razie brak badań empirycznych, tak w Polsce, jak i w krajach zachodnich, ukazujących wpływ problemów osobowościowych byłego pacjenta onkologicznego na jego postawy i zachowanie w miejscu pracy i „odpowiedzi” na nie ze strony współpracowników i pracodawców. Nie można wykluczyć, iż kierunek owego wpływu jest odwrotny, tzn. sądy, przekonania, mity o raku i o cechach wyleczonych z niego pacjentów u pracodawców i współpracowników warunkują sposób zachowywania się i emocjonalnego reagowania byłego pacjenta w miejscu pracy. Póki co nie wiadomo, jaka jest proporcja jednego i drugiego typu oddziaływania obu stron będących ze sobą w relacji, ale bez wątpienia jest to wyzwanie badawcze w psychoonkologii.

Niemniej jednak badania pokazują, że społeczne mity o raku leżą u podłoża dyskryminowania byłych pacjentów onkologicznych przez pracodawców, współpracowników i ubezpieczycieli (Hoffman, 1989; Kornblith, 1998; Nessin, Ellis, 1991). Treść owych mitów dotyczy tego, że

1. Rak zawsze jest chorobą niemożliwą do uniknięcia i decyduje o nim los.
2. Osoby dotknięte rakiem muszą przedwcześnie umrzeć, bo rak jest chorobą nieuleczalną.
3. Wyleczony z raka jest nieproduktywnym pracownikiem, nie mogącym sprostać wysokim wymaganiom w pracy.
4. Rak jest chorobą zaraźliwą i niosącą ryzyko dla współpracowników pacjenta¹.

¹ Badania przeprowadzone w Polsce przez G. Chojnacką-Szałowską (1998) pokazują, że 84% naszego społeczeństwa uznaje raka za chorobę nieuleczalną, śmiertelną, o której

Paradoksalnie do społecznych mitów o raku, środowisko medyczne spostrzega i ocenia tę chorobę realistycznie i z optymizmem traktuje jej leczenie, prognozy wyleczenia i przeżycia pacjentów onkologicznych. W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się, że realistyczna wiedza medyczna coraz częściej upubliczniana jest w mediach. Skutkuje to tym, że mit o niemożności wyleczenia się z choroby nowotworowej powoli ulega w świadomości społecznej modyfikacji (Kornblith, 1998). Można przypuszczać, iż kolejnym pozytywnym tego zjawiska będzie zmniejszenie liczby problemów byłego pacjenta w miejscu pracy.

Dane medyczne wskazują, że rak w ostatnim dziesięcioleciu stał się najbardziej uleczalną z chronicznych chorób (Hossfeld i in., 1994), a wyleczeni najczęściej traktują swe doświadczenia chorobowe jako kolejną szansę w życiu, są bardziej entuzjastyczni w pracy i bardziej optymistyczni co do dalszego przeżycia (Hill, Stuber, 1998; Spencer, Carver, Price, 1998; Weiss, Weiss, 1997). Spuścizną mitu o zaraźliwości jest, z jednej strony, kancerofobia, a z drugiej – dyskryminacyjne niezatrudnianie wyleczonych z raka w gastronomii, sklepach spożywczych, jadłodajniach, bo... mogą zakazić ludzi, posiłki, produkty spożywcze (Nessin, Ellis, 1991). Innym odzwierciedleniem mitów dotyczących raka są:

- przesuwanie byłego pacjenta z wyższego na niższe stanowisko;
- przenoszenie z pełnego etatu na zatrudnienie na godziny;
- odrzucanie ofert pracy tych, którzy w czasie badań medycznych, wymaganych przez potencjalnego pracodawcę, ujawniają fakt przejścia przez chorobę nowotworową;
- odsuwanie się współpracowników i ich niechęć do współpracy z byłym pacjentem, z obawy przed byciem proszonym przez niego o pomoc w pracy;
- niemożność uzyskania zgody pracodawcy na podjęcie doksztalcania się z myślą o awansowaniu w hierarchii zawodowej (Feldman, 1989; Mellete, Franco, 1987; Weiss, Weiss, 1997).

Czy byli pacjenci onkologiczni mogą się bronić przed dyskryminowaniem ich w miejscu pracy? Zgodnie z obowiązującym prawem chroniącym obywateli – tak². Ale czy można obronić się przed nieformalnymi zwyczajami pracowniczymi – nie wiadomo. Pozostają więc przede wszystkim interwencje psychologiczne dla byłych pacjentów: interwencje kryzysowe, indywidualne doradztwo psychologiczne, strategiczna terapia krótkoterminowa nastawiona na rozwiązanie problemu, tworzenie grup wsparcia dla wyleczonych z raka,

lepiej nie rozmawiać, a wiedza o tej chorobie u badanych osób jest fragmentaryczna i bazuje na obiegowych, z pokolenia na pokolenie przekazywanych sądach, lecz nie na wiedzy medycznej, coraz bardziej dostępnej ogółowi, dzięki upowszechnianiu jej przez rozmaite media.

² Prawo do rehabilitacji zdrowotnej dotyczy też osób z niepełnosprawnością fizyczną, psychiczną, umysłową, społeczną, a nie tylko aktualnie leczących się somatycznie.

telefony zaufania, a wszystkie te interwencje nastawione na pomoc w zwiększaniu ich umiejętności w radzeniu sobie z różnymi problemami adaptacji psychospołecznej (Andersen, 1992; Baron, 1999; Caplan, 1984; Edgar, Rosenberg, Nowlis, 1992; Gaś, 1995; *Pomoc...*, 1987; Simonton, Mathes-Simonton, 1993; Weiss, Weiss, 1997).

Przeszkody stawiane przez „przemysł ubezpieczeniowy” osobie wyleczonej z raka

Były pacjent onkologiczny, który stoczył heroiczną walkę o swe życie i zdrowie, może czuć się dumny ze swego zwycięstwa nad chorobą. Heroizmu tego nie dostrzegają jednak towarzystwa ubezpieczeniowe. Medyczne wyleczenie danej osoby, potwierdzone opiniami onkologów, nie jest respektowane przez owe towarzystwa. Dla nich wyleczony z raka to... klient o podwyższonym ryzyku. Nie chodzi o ryzyko nawrotu jego choroby, lecz o ryzyko strat finansowych mogących być udziałem towarzystw ubezpieczeniowych. A przecież istnieją one po to, by chronić i wspomagać ekonomicznie swych klientów. Owa ochrona to najmocniej deklarowany cel przez ubezpieczycieli w chwili zawierania umów z ubezpieczającym się.

Ujawnienie towarzystwu ubezpieczeniowemu faktu przebycia choroby nowotworowej powoduje dla klienta:

- albo odmowę otrzymania lub odnowienia polisy ubezpieczeniowej na życie;
- albo naliczenie ekstremalnie wysokiej składki ubezpieczeniowej, która często bywa nierealizowalna dla byłego pacjenta onkologicznego;
- albo w najlepszym razie uznanie wyleczonego z raka za „klienta ponadstandardowo ryzykownego” i zobligowanie go do dodatkowych składek ubezpieczeniowych (Greaves-Otte i in., 1991; Nessin, Ellis, 1991; Polinsky, 1994).

Podobne postępowanie towarzystw ubezpieczeniowych dotyka nie tylko pacjentów onkologicznych, ale też diabetyków, chorych na AIDS, stwardnienie rozsiane czy inne chroniczne choroby (Hill, Stuber, 1998; Kornblith, 1998). W przypadku wyleczonych z raka szacowanie ich „możliwości” przez towarzystwa ubezpieczeniowe zależy, z jednej strony, od rodzaju wyleczonej choroby nowotworowej, a z drugiej – od ilości lat przeżytych od zakończenia leczenia i orzeczenia przez onkologów o byciu wyleczonym (Lipson, 1995).

Jeśli wyleczony z raka próbuje otworzyć swoją firmę, stworzyć sobie własne miejsce pracy i ma potrzebne do tego kwalifikacje oraz finansową niezależność, napotyka przeszkodę nie do pokonania. Jest nią żądanie przez towarzystwo

ubezpieczeniowe tak wysokiej składki, że przedsięwzięcie nie ma szans na sukces w wymiarze ekonomicznym. Sposobem na ominięcie tego typu dyskryminacji jest zatrudnienie się byłych pacjentów onkologicznych w dużych korporacjach czy dużej i dobrze prosperującej firmie państwowej, często na gorszych warunkach płacowych i na stanowisku poniżej własnych kwalifikacji, ale za to z gwarancją ubezpieczenia zdrowotnego (Mullan, 1987).

Innym przejawem dyskryminacyjnych praktyk towarzystw ubezpieczeniowych w stosunku do byłych pacjentów onkologicznych jest niezmiennosc raz przyjętej opinii o ubezpieczanym, sztywność sądu ubezpieczycieli ujawniająca się nawet po 15–20 latach od podjętej przez nich decyzji o „ryzykownym kliencie” (Nessin, Ellis, 1991; Polinsky, 1994). Kolejnym przejawem dyskryminowania wyleczonych z raka jest sposób oceniania przez medycznych ekspertów towarzystw ubezpieczeniowych wniosków o sfinansowanie niezbędnego protezowania fizycznych ubytków, powstałych wskutek inwazyjnego leczenia przeciwnowotworowego. Z reguły są one opiniowane jako „problem kosmetyczny, niezwiązany ze zdrowiem ubezpieczonego”; co w konsekwencji powoduje odmowę zapłacenia kosztów protez (Kornblith, 1998; Nessin, Ellis, 1991).

Przytoczone przejawy dyskryminowania byłych pacjentów onkologicznych przez towarzystwa ubezpieczeniowe dotyczą przede wszystkim Europy Zachodniej i USA. Nie można wykluczyć, iż za kilka lat problem stawiania przeszkód przez ubezpieczycieli dla rozmaitych byłych pacjentów stanie się palącą sprawą ekonomiczną, społeczną, a może i polityczną także u nas w Polsce.

Czy i jak można sobie radzić z dwojakim dyskryminowaniem byłych pacjentów onkologicznych?

Jeśli chodzi o obronę swych praw w towarzystwach ubezpieczeniowych w Polsce, na razie wydaje się to prawie nierealizowalne, choćby ze względu na zbyt nikłe indywidualne i społeczne (grupowe) doświadczenia związane z dobrowolnym ubezpieczaniem swego życia i zdrowia. Można jedynie zachęcać zainteresowanych do ostrożności przy podpisywaniu umów ubezpieczeniowych, do korzystania z doradztwa prawnego przed ich podpisaniem, wnikliwego studiowania warunków polis.

Natomiast przy radzeniu sobie z przeszkodami stawianymi w miejscu pracy można skorzystać z zamieszczonej listy praktycznych i sprawdzonych już rad, kierowanych do byłych pacjentów onkologicznych, uskarżających się na

dyskryminowanie ich przez pracodawców i/lub współpracowników (Nessin, Ellis, 1991):

1. Nie dyskryminuj sam siebie.
2. Udostępnij potencjalnemu pracodawcy zaświadczenie onkologa o stanie twojego aktualnego zdrowia. Powiedz też, jak pracodawca może skontaktować się z twoim lekarzem onkologiem.
3. Znaj swoje ustawowe prawa pracownicze i obywatelskie, ale nie zachowuj się konfrontacyjnie podczas rozmowy kwalifikacyjnej.
4. Sprecyzuj, co chcesz ustalić i załatwić z pracodawcą i uzasadnij swoje dążenia i cele.
5. Korzystaj z porad prawnych, niejednokrotnie dostępnych bezpłatnie (np. w ośrodkach pomocy społecznej, organizacjach pozarządowych, studenckich poradniach prawnych).
6. Ostrożnie interpretuj zachowania swych współpracowników, szczególnie te, które wydają ci się dyskryminującymi twoją osobę.
7. Jeśli nie jesteś pewny, jak twoi współpracownicy zareagują na twoje pchorobowe inwalidztwo, które ty sam już zaakceptowałeś, żartuj z niego w ich obecności. Jeżeli ty sam możesz to robić, to dlaczego twoi współpracownicy nie mieliby naśladować ciebie?
8. Bądź dyplomatą w rozwiązywaniu problemów wynikających z nękania cię w miejscu pracy.
9. W ostateczności – odwołaj się do sądowego rozwiązywania problemu naruszenia twoich praw pracowniczych.
10. Poszukaj lub samodzielnie zorganizuj grupę wsparcia dla osób, które przeżywają problemy podobne do twoich.

Mam nadzieję, że ten swoisty dekalog będzie też drogowskazem dla byłych polskich pacjentów onkologicznych w zmaganiu się z ewentualnym dyskryminowaniem ich w miejscu pracy. Mogą oni zawsze skorzystać z profesjonalnego, bezpłatnego, a dostępnego w ochronie zdrowia, w organizacjach pozarządowych, czy w pomocy społecznej wsparcia psychologicznego. Najbardziej efektywnymi formami pomocy psychologicznej dla dyskryminowanych byłych pacjentów onkologicznych okazały się (Andersen, 1992; Edgar, Rosenberg, Nowlis, 1992; Hoffman, 1989; Nessin, Ellis, 1991; Weiss, Weiss, 1997):

1. Krótkie interwencje psychologiczne, ukierunkowane na poradzenie sobie z nagłym i znaczym zawodem, rozczarowaniem, utraceniem zaufania do współpracowników w wyniku ich postępowania wobec byłego pacjenta po jego powrocie do pracy (m.in. odreagowanie emocjonalne, trenowanie stopowania automatycznych negatywnych myśli na swój temat, trenowanie bezpiecznego ujawniania uczuć negatywnych, odbudowywanie afirmowania swej osoby, utrwalanie swej wiedzy o własnych ludzkich prawach i nabywanie umiejętności ich bronięcia w taki sposób, który nie narusza praw innych ludzi).

2. Ustrukturowane doradztwo psychologiczne, którego celem jest zwiększenie osobistego poczucia kompetencji w zmaganiu się ze stresem w pracy przez byłego pacjenta onkologicznego (m.in. analizowanie własnej umiejętności spostrzegania, rozpoznawania i oceniania krytycznego wydarzenia przez korzystającego z pomocy psychologa, ponadto analizowanie umiejętności zdobywania, rozwijania i wykorzystywania zewnętrznych źródeł wsparcia społecznego danego byłego pacjenta onkologicznego, nabywanie przez niego umiejętności redukcji napięcia wewnętrznego utrudniającego realistyczne myślenie oraz umiejętności planowania i wprowadzania zmian w osobistym działaniu wobec współpracowników i/lub pracodawcy, zmian w emocjonalnym ustosunkowywaniu się do przeszłych urazów i przykrości doznanych z ich strony, zachęcanie do sięgania przez wyleczonego do swych podmiotowych zasobów – silnych stron swej osobowości, zdolności, inteligencji, umiejętności zawodowych i towarzyskich).

3. Techniki interwencji kryzysowej, których celem jest udzielenie potrzebującemu najpierw wsparcia emocjonalnego, by następnie przejść do krótkoterminowej psychoterapii skoncentrowanej na przeżyciach owej osoby, będącej w kryzysie. Techniki te są każdorazowo wysoce zindywidualizowane, dostosowane do potrzeb i możliwości emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych byłego pacjenta onkologicznego.

4. Telefony zaufania zapewniające zachowanie anonimowości byłemu pacjentowi podczas rozmowy z psychologiem oraz umożliwiające mu wyrażenie wszelkich uczuć i obaw związanych z doznawanym lub domniemanym dyskryminowaniem w pracy oraz przedyskutowanie swego ujawnionego działania wobec tych, którzy go dyskryminują, a jednocześnie wysłuchanie sugestii, wskazówek, porad „zawodowego pomocacza”.

5. Grupy wsparcia organizowane przez byłych pacjentów onkologicznych wpływają pozytywnie na stan psychiczny tych, którzy się na nich spotykają, bo jak sami mówią: „Przychodzi się, niczego nie trzeba tłumaczyć, wszyscy się rozumieją, mają podobne doświadczenia zdrowotne i problemy w kontaktach ze współpracownikami, przeżywają podobne uczucia i nikt nie czuje się sam lub poniżony”.

Zachętą do korzystania z pomocy psychologicznej przez wyleczonych z raka niech będą wyniki badań nad jakością życia pacjentów onkologicznych, które ujawniają, iż żywione przez człowieka przekonanie, że potrafi poradzić sobie w konkretnej sytuacji, dokonanie przez niego oceny możliwości odniesienia sukcesu determinują wybór działań konstruktywnych, tj. takich, które nakierowują jednostkę na rozwijanie zaufania do własnych możliwości poradzenia sobie z wymaganiami, jakie stawia przed nią życie, praca, kontakty z ludźmi nie zawsze życzliwymi i wyrozumiałymi (Meyza, 1997).

Bibliografia

- Andersen B., 1992: *Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, No. 4, s. 552–568.
- Baron Ph., 1999: *Jak poradzić sobie z rakiem*. Warszawa.
- Caplan G., 1984: *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 2–3, s. 92–114.
- Chojnacka-Szawłowska G., 1998: *Rozpoznanie choroby nowotworowej*. Warszawa.
- DeAngelis L.M., Delattre J.Y., Posner J.B., 1989: *Radiation-induced dementia in patients cured of brain metastases*. „Neurology”, No. 39, s. 789–796.
- Edgar L., Rosenberg Z., Nowlis D., 1992: *Coping with cancer during the first year after diagnosis: Assessment and intervention*. „Cancer”, No. 69, s. 817–828.
- Feldman F.L., 1989: *Inquiries into work experiences of recovered cancer patients: The California experience*. In: *Work and illness: The cancer patients*. Ed. I. Borofsky. New York, s. 25–47.
- Gaś Z., 1995: *Młodzieżowe programy wsparcia rówieśniczego*. Warszawa.
- Greaves-Otte J.G.W., Greaves J., Kruyt P.M., van Leeuwen O., van der Wouden J.C., van der Does E., 1991: *Problems at social reintegration of long-term cancer survivors*. „European Journal of Cancer”, No. 27, s. 178–181.
- Greenberg D., 1998: *Radiotherapy*. In: *Psycho-oncology*. Ed. J. Holland. New York, s. 269–276.
- Hays D.M., 1993: *Adult survivors of childhood cancer. Employment and insurance issues in different age groups*. „Cancer”, No. 71, s. 3306–3309.
- Hays D.M., Landsverk J., Ruccione K., 1992: *Employment problems and workplace experience of childhood cancer survivors*. In: *Late effects of treatment for childhood cancer*. Eds. D.M. Green, G.J. D'Angio. New York, s. 171–178.
- Hill J.M., Stuber M.L., 1998: *Long – term adaptation, psychiatric sequelae and PTSD*. In: *Psycho-oncology*. Ed. J. Holland. New York, s. 923–929.
- Hoffman B., 1989: *Employment discrimination against cancer survivors: multidisciplinary interventions*. „Health Matrix”, No. 7, s. 2–10.
- Hossfeld D.K., Sherman C.D., Love R.R., Bosch F.X., red., 1994: *Podręcznik onkologii klinicznej*. Warszawa.
- Irvine D., Vincent L., Graydon J., 1994: *The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy*. „Cancer”, No. 17, s. 367–378.
- Jacobsen P.J., Roth A.J., Holland J.C., 1998: *Surgery*. In: *Psycho-oncology*. Ed. J. Holland. New York, s. 257–268.
- Knobf M.T., Pasacreta J., Valentine A., McCorke R., 1998: *Chemotherapy, hormonal therapy and immunotherapy*. In: *Psycho-oncology*. Ed. J. Holland. New York, s. 277–288.
- Kornblith A., 1998: *Psychosocial adaptation of cancer survivors*. In: *Psycho-oncology*. Ed. J. Holland. New York, s. 223–253.
- Lipson B., 1995: *How to collect more on your insurance claims*. New York.
- Mellette S.J., Franco P.C., 1987: *Psychosocial barriers to employment of cancer survivors*. „Journal of Psychosocial Oncology”, No. 5, s. 97–115.
- Meyza J., red., 1997: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa.
- Mullan F., 1987: *The cancer consort: Making cancer survivors a positive political force*. „Journal of Psychosocial Oncology”, No. 5, s. 81–87.
- Nessin S., Ellis J., 1991: *Cancervive: The challenge of life after cancer*. Boston.
- Polinsky M.L., 1994: *Functional status of long-term breast cancer survivors: demonstrating chronicity*. „Health and Social Work”, No. 19, s. 165–173.

- Pomoc nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy*, 1987. Warszawa.
- Simonton C., Mathews-Simonton S., 1993: *Triumf życia*. Warszawa.
- Spencer S.M., Carver Ch.S., Price A., 1998: *Psychological and social factors in adaptation*. In: *Psycho-oncology*. Ed. J. Holland. New York, s. 211–222.
- Stumm D., 1995: *Recovering from breast surgery*. Alameda, CA.
- Weiss M., Weiss E., 1997: *Living beyond breast cancer*. New York.
- Walch S., Ahles T., Seykin A., 1998: *Neuropsychological impact of cancer and cancer treatment*. In: *Psycho-oncology*. Ed. J. Holland. New York, s. 500–505.
- Wolberg W.H., Romsaas F.P., Tanner M.A., Malec J.F., 1989: *Psychosexual adaptation to breast cancer surgery*. „Cancer”, No. 63, s. 1645–1655.