



**144. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
RAKAVE BOLEZNI V SLOVENIJI**

Novo mesto, 19. in 20. oktober 2007

**PSIHOSOCIALNE RAZSEŽNOSTI RAKAVE BOLEZNI TER
KAKOVOST ŽIVLJENJA PRI BOLNIKI Z RAKOM**

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF MALIGNANT DISEASES AND QUALITY OF LIFE
AMONG CANCER PATIENTS

Andreja C. Škufca-Smrđel

Oddelek za psihoonkologijo, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, Ljubljana

Izveček

Izhodišča

Z izboljšanjem preživetja pri bolnikih z malignimi boleznimi pridobivajo na pomenu psihosocialne posledice in kakovost življenja pri bolnikih z rakom. Psihološki distress se uporablja za opis sklopa psiholoških odzivov, ki se pojavljajo ob spoprijemanju z rakom. Ob telesnih posledicah bolezni in njenega zdravljenja se lahko pomembno spremeni telesna samopodoba, bolniki se lahko soočajo s spremembami v spolnosti in plodnosti, kar je še posebej izrazito pri določenih tipih raka. Obenem pa se pojavljajo tudi spremembe v partnerskih, družinskih in drugih socialnih odnosih. Ob težavah v poklicni rehabilitaciji je lahko ogrožena tudi socialna in eksistenčna varnost. Vse to pa lahko pomembno znižuje kakovost življenja bolnikov z rakom tudi še leta po končanem zdravljenju.

Ključne besede *psihosocialne posledice; kakovost življenja; rak*

Abstract

Background

With the improvement of survival in cancer patients psychosocial and quality of life issues are gaining in importance. Psychological distress is a term used in describing number of psychological reactions which appear in context of coping with cancer. Beside physical sequelae of illness and its treatment self-perception of body can change, patients may face changes in sexuality and fertility which are especially prominent in certain cancer types. In addition, changes in partnership, family and other social relations may appear. With difficulties in occupational rehabilitation social and existential safety may be compromised. All those issues together may markedly lower cancer patient's quality of life even years after completed treatment.

Key words *psychosocial consequences; quality of life; cancer*

Uvod

Ob napredku medicinske znanosti, ki omogoča daljše preživetje bolnikov z rakom, ni več pomembno le, ali in koliko časa bo bolnik preživel, ampak tudi, kako bo živel. Vedno pomembnejše je vprašanje kakovosti življenja z boleznijo. Ko razmišljamo o psihosocialnih vplivih raka na življenje bolnika in njegovih bližnjih, govorimo o ljudeh z zelo različnimi vrstami bolezni, v različnih stadijih, ob različnih režimih zdrav-

ljenja. Pa vendarle so nekatere izkušnje skupne večini ljudi z izkušnjo življenja ogrožujoče bolezni – negotovost glede prihodnosti in drugi psihični odzivi; spoprijemanje s telesnimi spremembami, vključno s spremembami v spolnosti; odnosi in komunikacija v družini in širšem socialnem krogu; vprašanje socialne in eksistenčne varnosti, povezane tudi s poklicno rehabilitacijo. Težave na teh področjih pomembno znižujejo kakovost življenja lahko še dolgo po zaključenem zdravljenju.

Psihološki distress pri spoprijemanju z rakom

Spoprijemanje z maligno boleznijo in njenim zdravljenjem je dolgotrajen in postopen proces, v katerem se prepletajo različna doživljanja – šok, strah, negotovost, brezup, depresivnost. Bolniki se velikokrat sprašujejo, »zakaj jaz« in »kaj sedaj«. Sprašujejo se, ali je njihovo doživljanje »normalno« ali pa predstavlja »šibko psiho«. Strah jih je, da bi »ne biti močan« lahko vplivalo na slabši izid zdravljenja. Od leta 1999 se je v psihonkološki literaturi za opis vseh teh odzivov na bolezen uveljavil izraz »psychological distress« – psihološki distress, psihološka stiska. Definiran je kot »neprijetna čustvena, psihična, socialna ali duhovna izkušnja, ki interferira s sposobnostjo spoprijemanja z boleznijo in njenim zdravljenjem. Zajema cel kontinuum, od običajnih normalnih občutij ranljivosti, žalosti, strahu, do ovirajočih problemov, kot so velika depresija, anksioznosti, panika, občutek izključenosti.«¹

Kako se bo posameznik spoprijemal z boleznijo, je odvisno od številnih dejavnikov. Najprej je pomembna sama bolezen in njeno zdravljenje – večkrat imajo več težav bolniki z napredovalo boleznijo² ob slabši prognozi, ob več telesnih težavah, predvsem bolečinah.³ Glede na vrsto bolezni raziskave razkrivajo več stisk pri bolnikih s pljučnim rakom ter tumorji ČŽS.³ Pomembni so osebnostni dejavniki in aktualna življenjska situacija – bolj ogroženi so samski in mlajši bolniki,^{4,5} pa tudi starejši od 65 let, posebej kadar so v anamnezi prisotne tudi druge izgube.⁶ Več stisk doživljajo tisti, pri katerih je v spoprijemanju z boleznijo v ospredju doživljanje nemoči, anksiozne preokupacije in fatalizem, v primerjavi z bolniki, kjer so prevladujoče aktivnejše strategije spoprijemanja.⁷ Pomembni pa so tudi dejavniki socialnega okolja, kot so splošne socialne predstave o raku ali dostopnost zdravstvenih storitev.⁸

Pomembno je prepoznati mejo med doživljanjem, ki je ob spoprijemanju z življenja ogrožujočo boleznijo »normalno, pričakovano« oz. »pretirano, celo patološko«. Anksioznost in depresivnost sta pri bolnikih z rakom pogosto premalokrat prepoznana in obravnavana. Tudi zato, ker se pri ocenjevanju depresivnosti premalo upoštevajo kognitivni znaki, kot so občutja krivde, suicidalno razmišljanje, brezup in anhedonija.⁹ Skupno doživljanje večine bolnikov z izkušnjo raka je negotovost glede prihodnosti. Strah jih je ponovitve bolezni in ponovnega zdravljenja. Pogosteje kot strah pred smrtjo navajajo strah pred bolečinami, izgubo kontrole nad seboj, strah postati odvisen od drugih in povzročati trpljenje najbližjim. Raziskave kažejo na prevalenco, strah pred ponovitvijo bolezni od 19 % bolnikov z različnimi vrstami raka do 42–89 % žensk z rakom dojke; dejavniki tveganja so bolj napredovala bolezen, bolezen s slabšo napovedjo izida, zdravljenje s kemoterapijo.¹⁰ S časom od končanega zdravljenja pa se lahko doživljanje tega strahu zmanjša oz. kot povedo bolniki, se »naučijo živeti z njim«. V kvalitativni študiji Vickbergove in sod. so bolnice z rakom dojke identificirale štiri vrste situacij, ki pobude strah pred ponovitvijo; to so situacije,

v katerih bi bila lahko odkrita ponovitev bolezni (npr. kontrolni pregled); situacije, ko slišijo zgodbe o bolezni drugih ljudi; situacije, ko dolgoročneje planirajo prihodnost (npr. dopust, kredit) in situacije, ko zaznajo pri sebi različne nove telesne občutke.¹¹ Slednje je lahko tudi povod za marsikateri obisk v zdravniški ambulanti.

Telesna samopodoba

Poškodbe organov in spremembe v funkcioniranju organizma kot posledice zdravljenja raka pogosto tako posežejo tudi na področje telesne podobe bolnikov o sebi. Telesne samopodobe ne določata le videz telesa in delovanje organizma; vključuje namreč tudi lasten odnos do telesa, do svojega videza, zdravja, funkcioniranja, femininosti/maskulinosti, seksualnosti, atraktivnosti in je komponenta širšega koncepta o sebi.¹²

Veliko raziskav se ukvarja s telesno samopodobo pri ženskah z rakom dojke, kar ni presenetljivo spričo simbolnega pomena, ki ga ima dojka za doživljanje ženskosti in spričo velikega napredka kirurškega zdravljenja raka dojke v zadnjem obdobju. Ugotavljajo, da se negativna percepcija lastnega telesa kaže v nezadovoljstvu z videzom, doživljanju sebe kot manj ženske in seksualno manj atraktivne, izogibanju ali neugodju, ko se vidijo gole in nezadovoljstvu z brazgotino.^{4,12} Primerjava razlik v doživljanju telesne samopodobe glede na različen tip operacij dojke kaže na večje zadovoljstvo s telesno podobo ob uporabi ohranitvene kirurgije in kirurške rekonstrukcije dojke;¹³ pri čemer pa nekatere raziskave nakazujejo, da dolgoročno te razlike med skupinami zbledijo.¹⁴

Na telesno samopodobo pa imajo velik vpliv tudi posledice sistemskega zdravljenja. Raziskave kažejo, da ima 50–70 % mlajših bolnic z rakom dojke (do 50 let) težave na področju podobe o svojem telesu, ki jih povezujejo s spremembami v telesni teži, vročinskimi oblivi, suho nožnico in posledično težavam v spolnosti, slabšim samovrednotenjem in partnerjevim nerazumevanjem njihovega doživljanja.^{12,15} Po zaključnem zdravljenju so pri mlajših ženskah tako najbolj obremenjujoče menopavzne težave,^{4,13} pri ženskah, ki pred boleznijo niso imele otrok oz. so si še želele in načrtovale nosečnost, pa se k temu pridružijo še skrbi v zvezi z rodnostjo.¹³

V zadnjem času sta kot pomembni posledici zdravljenja raka upoštevani tudi utrujenost in kognitivne težave, ki lahko onemogočajo dejavno udejstvovanje v socialnem okolju in doseganje želene delovne učinkovitosti in tako pomembno vplivata na doživljanje sebe.¹⁶

Med vrstami raka, ki je bolj izpostavljena temu, da so posledice bolezni »vidne«, so tudi tumorji glave in vratu. Vendar pa so raziskave pokazale, da je doživljanje telesne podobe bolj kot od zunanjega fizičnega izgleda odvisna od funkcionalnih težav, npr. s požiranjem, tvorbo slin, govorom. Velikokrat pa se kot manj atraktivne doživljajo tudi bolniki, pri katerih se bolezen »ne vidi« navzven, kot npr. pri Hodgkinovem limfomu ali levkemiji.¹⁰

Med »vidnejšimi« spremembami zdravljenja je tudi izguba las. Avis in sod. ugotavljajo, da je bolnicam z rakom dojke stresna, ker jih spominja na bolezen in naredi bolezen vidno tudi drugim.¹³ Bolnice alopecijo ob kemoterapiji doživljajo kot enega od treh najbolj stresnih stranskih učinkov; nekaterim je tako nesprejemljiva, da zaradi nje zavrnejo zdravljenje.^{13, 17}

Spolnost in plodnost

Tako telesne posledice maligne bolezni kot psihosocialni dejavniki (npr. psihološki distress, telesna samopodoba, odnos s partnerjem) pomembno vplivajo tudi na spolnost bolnikov z izkušnjo raka. Sodobni načini zdravljenja sicer vedno bolj napredujejo v smeri čim manjših poškodb, ki vodijo k spolnim disfunkcijam; po končanem zdravljenju pa se v klinični praksi področju spolnega funkcioniranja večinoma ne posveča veliko pozornosti.¹⁸

Vendarle pa raziskave razkrivajo številne težave na tem področju. 18–36 % bolnikov s Hodgkinovim limfomom, levkemijo, rakom na modih, ginekološkim rakom in rakom dojke navaja težave z zmanjšano spolno dejavnostjo, zmanjšano željo po spolnosti, na splošno slabšim spolnim funkcioniranjem in zmanjšanim zadovoljstvom v spolnosti.^{10, 18, 19} Zaradi težav na področju spolnosti doživljajo več stisk mlajši in samski bolniki, tisti, ki so brez otrok ali pa v partnerski zvezi krajši čas, bolniki s težavami v spolnosti že pred rakom ter tisti, ki so po bolezni neplodni oz. niso bili gotovi glede svoje plodnosti.^{20, 21}

Bolezen rak dobi v življenju posameznika novo razsežnost takrat, ko posledice bolezni in zdravljenja vplivajo tudi na plodnost. Pri mlajših bolnikih neplodnost prepoznavamo kot vir največjih stisk po končanem zdravljenju;^{15, 22} biti brez otrok oz. kljub medicinski pomoči neuspešen pri načrtovanju družine pa je pomemben dejavnik slabše kakovosti življenja.¹³

Partnerski, družinski in drugi socialni odnosi

Bolezen ne prizadene samo bolnika/bolnico, ampak tudi njegove najbližje, v prvi vrsti družino; utečene socialne vloge se zamajajo, bližji ob svojih siceršnjih obveznostih prevzemajo še skrb za bolnika. Bolezen lahko za družino pomeni tudi pomembno zmanjšanje družinski proračun. Svojci pogosto doživljajo veliko nemoč; stiska pa se lahko še posebej stopnjuje ob napredovanju bolezni ali ko bolnik potrebuje več oskrbe.²³ Ko razmišljamo o svojcih, najprej pomislimo na partnerja in otroke. Pogosto pa je ob tem spregledana stiska staršev (odraslih) bolnikov in njihovih sorojencev.²⁴ Hkrati pa je po drugi strani potrebno tudi upoštevati, »obstoj« partnerja ne pomeni vedno, da ima bolnik v njem vir pomoči in podpore.²⁵

Veliko raziskav se ukvarja s tem, na kakšen način izkušnja bolezni dolgoročno poseže v partnerski odnos. Nedavna velika danska študija, ki je zajela več kot 46.000 bolnikov z različnimi vrstami raka in je primer-

jala število razvez oz. razpadov partnerskih zvez pri njih in v splošni populaciji, ni pokazala statistično pomembnih razlik.²⁶ Podobni so tudi rezultati drugih manjših raziskav pri bolnikih z rakom na različnih mestih.^{27, 28} Nekateri avtorji menijo, da partnerska zveza velikokrat razpade pri tistih parih, pri katerih je bila konfliktnost prisotna že pred maligno boleznijo.²⁹ Ob bok izsledkom raziskav o stopnjevani konfliktnosti v partnerskih zvezah in nerazumevanju doživljanja bolnikov s strani partnerja²⁸ pa gredo raziskave, v katerih so bolniki navajali, da se lahko partnerski odnos ob in po bolezni še izboljša.^{28, 29}

V povsem drugačnem položaju pa so tisti (predvsem mlajši) bolniki, ki ob bolezni (še) nimajo vzpostavljene partnerske zveze. Gluhoski in sod. so ugotavljali, da imajo samske bolnice z rakom dojke bolj izražen psihološki distress in ga povezujejo tudi z negotovostjo glede vzpostavljanja bodočih partnerskih zvez, občutka osamitve in nezadostne socialne podpore.³⁰ Tudi v klinični praksi se razkrivajo mnoge dileme – eno od njih je, kdaj in kako v procesu spoznavanja povedati za bolezen in njene posledice, še posebej, kadar je zaradi njih vprašljivo tudi načrtovanje družine.

Bolniki in njihovi partnerji, ki imajo otroke, pa se velikokrat ukvarjajo s skrbmi, kako bo bolezen zaznamovala otrokovo življenje. Posebej empatični smo do bolnikov, ki imajo mlajše otroke, vendar so lahko zelo težke situacije tudi v družinah z mladostniki, saj je velikokrat že brez maligne bolezni adolescenca eno najbolj obremenjujočih obdobij v razvojnem ciklusu družine. Ob bolezni so starši sami čustveno prizadeti, postavljeni pred zahtevno nalogo, da otroka seznanijo oz. seznanjajo z boleznijo na njemu razumljiv način. Nelson in sod. so ugotavljali, da je pri otrocih, ki so seznanjeni z boleznijo in lahko o svojem doživljanju spregovorijo s starši, stopnja anksioznosti manjša, izboljša pa se tudi komunikacija v družini.³¹ Če namreč otrok informacij ne dobi, si vrzeli zapolni sam – lahko še s težjo vsebino.

Odnos bolnikov z osebami zunaj ožjega socialnega okolja je redkeje predmet raziskovanj; raziskava Fitcha in sod. pa nakazuje podoben trend kot v partnerskih odnosih – bolezen bodisi bolj poveže bodisi oddalji,³² o čemer bolniki pogosto povedo tudi v klinični praksi. Krmiliti med tem, koliko in kako probleme podeliti z ljudmi v različnih odnosih, je še posebej težko v okoljih, kjer se bolniki še vedno srečujejo s prepričanjem, da je rak »smrtna obsodba«.

Poklicna rehabilitacija

Bolniki, ki so ob odkritju raka v delovno aktivnem obdobju življenja, se zelo zgodaj v procesu zdravljenja soočajo tudi z vprašanjem poklicne rehabilitacije in strahovi, ali bodo še zmožni opravljati svoje delo, ali bodo dobili podaljšano pogodbo, kako bodo na delovnem mestu sprejeti. In s strahovi, kaj bo v nasprotnem primeru s socialno in eksistenčno varnostjo.

Poklicna rehabilitacija je odvisna od tega, v kolikšni meri posledice bolezni in njenega zdravljenja onemo-

gočajo opravljanje določenega dela. Glede na mesto bolezni so največkrat nezmožni za delo bolniki s tumorji centralnega živčnega sistema, tumorji glave in vratu, ter bolniki z višjim stadijem limfoma in levkemije, pri moških pa še pri pljučnem raku.³³ Izsledki tujih raziskav kažejo, da zagotavljanje zahtevane in pričakovane delovne učinkovitosti največkrat onemogočajo telesne posledice zdravljenja raka, emocionalna stanja, težave s pozornostjo in koncentracijo, utrujenost, pa tudi negativen odnos sodelavcev ter spremenjene osebne prioritete.^{16, 34-36}

V klinični praksi bolniki pogosto povedo o pritiskih »uredi si vendar invalidsko«, o izgubah zaposlitve ter o težavah pri iskanju nove službe, še posebej, če za bolezen povedo. Krog se pogosto sklene v ponovnem iskanju zdravniških dokazil o nezmožnosti za delo ...

Kakovost življenja pri umirajočem bolniku

Razmišljanje o telesnih, čustvenih in socialnih izzivih življenja z boleznijo dobi popolnoma drugo razsežnost pri tistih bolnikih, ki se soočajo z napredovanjem bolezni in približevanjem smrti.

Ko ozdravitev ni več mogoča, postanejo drugačni tudi cilji obravnave – obvladovati simptome in predvsem omogočiti čim boljšo kvaliteto življenja. Ali z besedami Dame Cicerly Saunders, ustanoviteljice prvega hospica – paliativna oskrba pomeni »delati vse, kar znamo, ne samo za mirno smrt, ampak za življenje do smrti«.³⁷

Raziskave kažejo, da se pri bolnikih v paliativni oskrbi poveča prevalenca psihiatričnih motenj. Motnje anksioznosti se kažejo pri 15–28 % bolnikov, depresivnih naj bi bilo 25 % bolnikov, po nekaterih raziskavah pa tudi do 77 % bolnikov, pri čemer simptomatika narašča z napredovanjem bolezni, upadom splošnega telesnega delovanja in bolečino.^{37, 38} Vendar – kaj sploh pomeni kakovost življenja v kontekstu umiranja? Psihiatrične kategorije so preozke, da bi zajele širok spekter doživljanja, ki zajemajo psihološko, eksistencialno in duhovno stisko posameznika, ko se zaključuje njegovo življenje.³⁷ Velik izziv naše družbe v prihodnje pa je, da izpolni vrzeli v organizirani mreži paliativne oskrbe, ki bo bolnikom in njihovim svojcem pomagala nuditi medicinsko oskrbo in podporo do zadnjega dne življenja.

Zaključki

Dolgotrajne posledice maligne bolezni in njenega zdravljenja na področju telesnega, duševnega in socialnega funkcioniranja lahko globoko posežejo v življenja posameznika in njegove družine in pomembno znižujejo kakovost življenja tudi leta po zaključnem zdravljenju. Pomemben del celostne obravnave bolnikov z rakom je tudi prepoznavanje tistih, ki imajo več težav v spoprijemanju s posledicami bolezni, ter oblikovanje ustreznih programov za nudenje psihosocialne pomoči.

Literatura

- Holland JC. NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* 1999; 13: 113–47.
- Schnoll RA, Harlow LL, Stolbach LL, Brandt U. A structural model of the relationship among stage of disease, age, coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 69–77.
- Zabora J, Brintzenhofe-Szoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19–28.
- Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JF. Breast cancer in younger women: Reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* 2003; 21: 4184–93.
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology* 2004; 13: 295–308.
- Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Herman RE, et al. Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effect on psychosocial adjustment, body image and sexuality. *Cancer* 1995; 75: 54–64.
- Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, Tunmore R. Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychooncology* 1991; 21: 51–7.
- Massie MJ, Holland JC. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of psychooncology*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 273–82.
- Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologist recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1594–600.
- Kornblith AB. Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: Holland JC, ed. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 223–54.
- Vickberg SMJ. Fears about breast cancer recurrence. *Cancer Pract* 2001; 9: 237–43.
- Fobair P, Stewart ST, Chang S, Donofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in younger women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 579–94.
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology* 2004; 13: 295–308.
- Parker PA, Yusef A, Walker S, Basern-Enquist K, Cohen L, Gritz ER, et al. Short-term and Long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2007; v tisku.
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 3322–30.
- Spelten ER, Spranger MAJ, Verbeek J. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology* 2002; 11: 124–31.
- Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology* 2007; v tisku.
- Hawighorst-Knapstein S, Fussshoeller C, Franz C, Schmidt M, Pilch H, et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 398–401.
- Heidenreich A, Hofmann R. Quality-of-life issues in the treatment of testicular cancer. 2004; 17: 230–8.
- Tuinman MA, Fleeer J, Sleijfer DT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. Marital and sexual satisfaction in testicular cancer survivors and their spouses. *Support Care Cancer* 2005; 13: 540–8.
- Schover LR. Sexual dysfunction. In: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of psychooncology*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 494–9.
- Fegg MJ, Gerl A, Vollmer TC, Gruber U, Jost C, Meiler S, et al. Subjective quality of life and sexual functioning after germ-cell tumour therapy. *Br J Cancer* 2003; 12: 2202–6.
- Kissane DW, Bloch S, Burns I, McKenzies D, Posterino M. Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psychooncology* 1994; 3: 47–56.
- Lederberg MS. The family of the cancer patient. In: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of psychooncology*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 981–93.

25. Rowland JH, Massie MJ. Breast cancer. In: Holland JC, ed. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 380-401.
26. Carlsen K, Oksbjerg-Dalton S, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C. Are cancer survivors at an increased risk for divorce? A Danish cohort study. *Eur J Cancer* 2007; 43: 2093-9.
27. Chekryn J. Cancer recurrence: personal meaning, communication and marital adjustment. *Cancer Nurs* 1984; 7: 491-8.
28. Joly F, Heron JF, Kalusinski L, Bottet P, Brune D, Allouache N, et al. Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: a population-based case-control study. *J Clin Oncol* 2002; 20: 73-80.
29. Keller M, Henrich G, Sellschopp A, Beutel M. Between distress and support: spouses of cancer patients. In: Baider L, Cooper CL, Kaplan De-Nour A, eds. *Cancer and the family*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 1996. p. 187-223.
30. Gluhoski VL, Siegel K, Gorey E. Unique stressors experienced by unmarried women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 1997; 15: 173-83.
31. Nelson E, Sloper P, Charlton A, While D. Children who have a parent with cancer: a pilot study. *J Cancer Educ* 1994; 9: 30-6.
32. Fitch MI, Bunston T, Elliot M. When mom's sick: changes in a mother's role in the family after her diagnosis of cancer. *Cancer Nurs* 1999; 22: 58-63.
33. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer* 2005; 103: 1292-301.
34. Bradley CJ, Bednarek HL. Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psychooncology* 2002; 11: 188-98.
35. Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, Beaty BL, Bradley CJ, Fairclough DL, et al. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psychooncology* 2007; v tisku.
36. Spelten ER, Verbeek JHAM, Uitterhoeve ALJ, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke ZM, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work - a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1562-7.
37. Chochinov HM. Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 84-103.
38. Breitbart W, Jaramillo JR, Chochinov HM. Palliative and terminal care. In: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 437-49.

Prispelo 2007-10-01, sprejeto 2007-11-25