

## POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY A JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z RAKIEM TARCZYCY – CZĘŚĆ DRUGA

### The level of acceptance of the disease and the quality of life of patients with thyroid cancer – part two



Jolanta A. Glińska<sup>1</sup>, Małgorzata Marchlewska<sup>2</sup>, Łukasz Dziki<sup>3</sup>, Adam Dziki<sup>4</sup>, Beata Kunikowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Studentka Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>3</sup>Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>4</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 1: 44–48

Praca wpłynęła: 24.02.2019; przyjęto do druku: 17.03.2019

Adres do korespondencji:

Jolanta A. Glińska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,  
ul. S. Jaracza 63, 90-251 Łódź, e-mail: jolanta.glińska@umed.lodz.pl

#### Streszczenie

**Wstęp:** Choroby nowotworowe stanowią w dzisiejszych czasach ogromny problem natury medycznej, społecznej i psychologicznej. Pacjenci stają przed koniecznością przewarżościowania dotychczasowego życia, podjęcia próby zaakceptowania choroby i nauczenia się życia z nią.

**Cel pracy:** Celem badania była ocena wpływu wybranych zmiennych na poziom akceptacji choroby oraz wpływu akceptacji na poziom satysfakcji z życia pacjentów z rakiem tarczycy.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z nowo rozpoznany rakiem tarczycy oraz ze wznową choroby w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej w Łodzi. Metodę badawczą stanowił autorski kwestionariusz dotyczący ogólnych danych pacjenta oraz trzy standaryzowane kwestionariusze: skala satysfakcji z życia, skala akceptacji choroby oraz skala przystosowania psychicznego do choroby.

**Wyniki:** Badanych podzielono na dwie grupy liczące po 50 osób. Pierwszą z nich stanowiły osoby z nowo rozpoznany rakiem tarczycy, drugą natomiast osoby, u których po zakończonym leczeniu nastąpiła wznowa. Najliczniejszą grupą byli pacjenci w wieku 36–50 lat stanowiący 39% ogółu badanych. Żadna z badanych grup nie osiągnęła wysokiego poziomu akceptacji choroby.

**Wnioski:** Poziom akceptacji choroby wśród kobiet był wyższy niż u mężczyzn. Pacjenci w wieku 51–65 lat wykazywali najniższy stopień akceptacji choroby. Stwierdzono relację pomiędzy wysokim poziomem akceptacji choroby a wysoką oceną satysfakcji z życia ( $p < 0,001$ ). W obu grupach wyższy poziom akceptacji choroby wpłynął na wyższą ocenę satysfakcji z życia.

**Słowa kluczowe:** rak tarczycy, jakość życia, akceptacja.

#### Summary

**Introduction:** Cancer today is a huge medical, social and psychological problem. Therefore, it is necessary for patients to re-evaluate their current life, attempt to accept the disease, and learn to live with it.

**Aim of the study:** Evaluation of the influence of selected variables on the level of disease acceptance and the impact of acceptance on the level of life satisfaction of patients with thyroid cancer

**Material and methods:** The research was conducted among 100 patients with newly diagnosed thyroid cancer and with recurrent thyroid cancer in the Department of General and Endocrinological Surgery in Łódź.

The research method consisted of an original questionnaire on general patient data and two standardised questionnaires: the Life Satisfaction Scale, Scale of Acceptance of Illness, and the Psychic Adjustment to Disease scale.

**Results:** The subjects were divided into two main groups with 50 people each. The first group comprised people with newly diagnosed thyroid cancer. The other group comprised people in whom thyroid cancer resumed after thyroid cancer treatment had been completed. The most numerous group was formed by patients aged 36–50 years, who constituted 39% of all respondents. None of the studied groups reached a level of acceptance at a high level.

**Conclusions:** Women showed higher acceptance of the disease than men. Patients aged 51–65 years showed the lowest level of acceptance of the disease. There is a relationship between a high level of acceptance of the disease and a high assessment of life satisfaction ( $p < 0.001$ ). In both groups, a higher level of acceptance of the disease affects a higher assessment of life satisfaction.

**Key words:** thyroid cancer, quality of life, acceptance.

## Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią ogromny problem nie tylko natury medycznej, lecz także społecznej i psychologicznej. Zaburzają równowagę psychosomatyczną pacjenta, utrudniają mu rozwój zawodowy, a ponadto powodują negatywne zmiany w systemie rodzinnym [1]. Chorzy stają przed koniecznością modyfikacji lub rezygnacji z niektórych celów życiowych. Niezbędne staje się też podjęcie nowej aktywności związanej z procesem leczenia nowotworu, która wymaga dodatkowego podporządkowania się systemowi opieki zdrowotnej. Dotychczasowe życie staje się „życiem z chorobą”, w którym znaczną część energii i czasu trzeba poświęcić na walkę z nią. Z uwagi na fakt, że taka sytuacja sama w sobie jest „niefizjologiczna”, a przeszkody, jaką jest nowotwór, nie da się łatwo „usunąć”, konieczne staje się nie tylko przewartościowanie dotychczasowego życia, lecz także podjęcie próby zaakceptowania choroby i nauczenia się życia z nią [2].

Wszystkie te zmiany wymuszają spojrzenie na pacjenta w sposób holistyczny. Systemowe rozpatrywanie człowieka to myślenie o nim w kategoriach procesów, jakim jest m.in. proces adaptacji. Jak podaje się w literaturze przedmiotu, najistotniejszym problemem pacjentów z chorobą nowotworową jest umiejętność jej zaakceptowania. Już sam moment rozpoznania stawia chorego w nowej sytuacji, w której dominuje strach przed dalszym życiem i przyszłością. Pojawia się stres związany z objawami choroby, umiejętnością radzenia sobie z nimi, malejącą niezależnością, zmianą ról w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym. Powstający uraz emocjonalny determinuje sposób myślenia o chorobie [3]. Radzenie sobie z nią jest uwarunkowane wieloma czynnikami. W literaturze wymienia się m.in. cechy osobowości, posiadane zasoby osobiste, wsparcie społeczne oraz stopień zagrożenia zdrowia i życia, poczucie własnej wartości i optymizm życiowy. Determinują one proces przystosowania się do choroby wyrażający się w jej akceptacji [4].

Głównym celem niniejszych badań była ocena poziomu akceptacji oraz jej wpływu na poziom satysfakcji z życia pacjentów z rakiem tarczycy.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi. Jako główne kryterium kwalifikujące osoby do badania przyjęto wiek powyżej 18 lat oraz zdiagnozowanego raka tarczycy. Chorych podzielono na dwie grupy liczące po 50 osób. Kryterium różnicującym był etap choroby (rozpoznanie *de novo* i nawrót). Badanie stanowiło kolejny element analizy wpływu choroby na życie pacjenta i było konty-

nuacją pierwszej części, w której analizowano stopień przystosowania do choroby oraz satysfakcji z życia przy użyciu standaryzowanych kwestionariuszy: skali przystosowania psychicznego do choroby (Mini-MAC) oraz skali satysfakcji z życia (SWLS). W drugiej części analizę uzupełniono o ocenę akceptacji choroby za pomocą dodatkowego narzędzia – skali akceptacji choroby (AIS) w adaptacji Luczyńskiego. Skala zawierała osiem stwierdzeń określających konsekwencje złego stanu zdrowia, za które uznano ograniczenia i trudności spowodowane przez chorobę, takie jak: poczucie zależności od innych osób, brak samowystarczalności oraz obniżone poczucie własnej wartości. Suma wszystkich uzyskanych punktów mieściła się w granicach 8–40 i wyrażała ogólną miarę poziomu akceptacji własnej choroby. Wysokie wyniki świadczyły o jej akceptacji i braku negatywnych emocji z nią związanych. Niskie oznaczały brak przystosowania i akceptacji, który wiązał się z silnym poczuciem dyskomfortu psychicznego [5].

Do analizy statystycznej wykorzystano procedury parametryczne: test *t* dla dwóch prób niezależnych, analizy wariancji ANOVA i regresji oraz test  $\chi^2$ . Wszystkie korelacje obliczono na poziomie  $p = 0,05$ .

Projekt badawczy uzyskał zgodę Komisji Bioetyki (nr RNN/574/14/KB).

## Wyniki

Biorąc pod uwagę wiek badanych, najliczniejszą grupą byli chorzy w wieku 36–50 lat (39%). Osoby do 35. roku życia stanowiły 22%, natomiast 12% respondentów miało powyżej 65 lat. Z analizy danych wynika, że u 66% badanych choroba została rozpoznana niespełna sześć miesięcy wcześniej – przy czym 50% stanowiły osoby z nową diagnozą raka, a 16% – z jego wznową.

Na pierwszym etapie badań analizowano wpływ wieku oraz płci na poziom akceptacji choroby. Uzyskane dane pozwoliły wyciągnąć wniosek, że niezależnie od płci poziom akceptacji osiągnął wartości średnie. Różnice w poziomie akceptacji choroby pomiędzy badanymi grupami były na granicy istotności statystycznej,  $t(98) = 1,74$ ;  $p = 0,09$ . Kobiety wykazały nieco wyższą akceptację choroby niż mężczyźni (tab. 1).

Z analizy wieku respondentów wynika, że najniższy poziom akceptacji miały osoby w wieku 51–65 lat. Młodszy pacjenci nieco lepiej akceptowali swoją sytuację, chociaż była ona równie niezadowolająca, co znalazło odzwierciedlenie w jedynie przeciętnym wyniku. Żadna z badanych grup nie osiągnęła wysokiego poziomu akceptacji. Stwierdzono istotne statystyczne różnice pomiędzy badanymi grupami,  $F(3, 96) = 3,63$ ;  $p < 0,05$ . Pacjenci w wieku 51–65 lat mieli niższą akceptację choroby niż chorzy w wieku 18–35 lat oraz 36–50 lat (tab. 2).

**Tabela 1.** Poziom akceptacji choroby u kobiet i mężczyzn z rakiem tarczycy

Zmienna	Płeć	n	M	SD
Akceptacja choroby	kobieta	64	25,02	9,43
	mężczyzna	36	21,69	8,73

**Tabela 2.** Poziom akceptacji choroby u osób z rakiem tarczycy w zależności od wieku

Zmienna	Przedział wiekowy	n	M	SD
Akceptacja choroby	18–35 lat	22	27,41	8,76
	36–50 lat	39	25,26	9,44
	51–65 lat	27	19,70	8,21
	> 65 lat	12	21,83	9,07

**Tabela 3.** Poziom akceptacji choroby u osób z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i osób ze wznową raka

Zmienna	Grupa	n	M	SD
Akceptacja choroby	osoby z nowo rozpoznany rakiem	50	30,58	6,45
	osoby ze wznową raka	50	17,06	6,26

Kolejnym celem szczegółowym było określenie poziomu akceptacji choroby wśród osób z nowo rozpoznany rakiem tarczycy oraz ze wznową raka. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między badanymi grupami,  $t(98) = 10,64$ ;  $p < 0,001$ . Osoby z nowo rozpoznany rakiem tarczycy wykazały większą akceptację choroby niż osoby ze wznową (tab. 3).

Badając wpływ poziomu akceptacji choroby na poziom satysfakcji z życia, stwierdzono, że akceptacja choroby stanowiła istotny statystycznie, silny predyktor poziomu satysfakcji z życia zarówno u osób z nowo rozpoznany rakiem ( $\beta = 0,84$ ;  $p < 0,001$ ), jak i u pacjentów ze wznową ( $\beta = 0,82$ ;  $p < 0,001$ ). Oznacza to, że w obu grupach wyższy poziom akceptacji choroby wpłynął na wyższą ocenę satysfakcji z życia.

Aby ocenić relację pomiędzy poziomem akceptacji i przystosowania psychicznego do choroby a oceną satysfakcji z życia, zastosowano hierarchiczną analizę regresji. Krok pierwszy stanowił poziom akceptacji choroby, natomiast w drugim kroku dodano poziom przystosowania. Wyjaśnianą zmienną była ocena satysfakcji z życia osób z rakiem tarczycy. Poziom akceptacji choroby stanowił istotny statystycznie, silny predyktor satysfakcji z życia ( $\beta = 0,74$ ;  $p < 0,001$ ). Istotnymi statystycznie, słabymi predyktorami satysfakcji z życia były bezradność-bezradziejność ( $\beta = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ) oraz pozytywne przewartościowanie ( $\beta = 0,17$ ;  $p < 0,05$ ). Oznacza to, że satysfakcja z życia osób z rakiem tarczycy była istotnie kształtowana przez relację pomiędzy

wysokim poziomem akceptacji choroby a wysokim pozytywnym przewartościowaniem i niską bezradnością-bezradziejnością. Strategie zaabsorbowania lękowego oraz ducha walki nie miały istotnego wpływu na badaną relację.

## Dyskusja

Obraz chorób nowotworowych we współczesnym świecie ulega dynamicznym zmianom. Do niedawna działania terapeutyczne skupiały się jedynie na leczeniu dolegliwości i – w miarę możliwości – przedłużaniu życia chorego. Postęp medycyny oraz zaakceptowanie w niej modelu holistycznego sprawiły, że diagnoza choroby nowotworowej przestała być wyrokiem, dając perspektywę dalszego życia z chorobą przewlekłą. Biorąc pod uwagę rozmaite przewlekłe schorzenia, można śmiało stwierdzić, że choroby nowotworowe należą do najbardziej stresujących i stanowią duże wyzwanie adaptacyjne [6]. U pacjentów onkologicznych systematycznie obserwuje się spadek jakości życia w wymiarze psychicznym, emocjonalnym, społecznym i poznawczym [7]. Niepomyślna diagnoza jest ogromnym wyzwaniem. Pacjent musi poznać swoją chorobę i nauczyć się, jak sobie z nią radzić [8]. Ceną za przedłużenie życia jest konieczność całkowitego podporządkowania się terapii, diagnostyce i życiu w strachu przed postępem i wznową raka.

Jedną z istotnych zmiennych oceniających stopień przystosowania do życia z chorobą jest jej akceptacja [9, 10]. Dotyczy ona zarówno wymiaru poznawczo-behawioralnego, jak i emocjonalnego [8]. Jak podkreśla wielu autorów, w procesie adaptacji do choroby nowotworowej, która zmienia dotychczasowe podejście do życia, ważną rolę odgrywa umiejętność tzw. znajdowania korzyści, która wiąże się z przeorientowaniem swoich celów i wartości. Dzięki temu chory odzyskuje poczucie kontroli, uznaje chorobę i dostosowuje się do nowej sytuacji [11–13].

Z uwagi na to, że rak tarczycy występuje rzadko, zagadnienia odnoszące się do psychospołecznej sfery funkcjonowania nie pojawiają się w badaniach naukowych. Dlatego w dyskusji podjęto próbę ustalenia relacji pomiędzy różnymi nowotworami.

Zgodnie z literaturą przedmiotu reakcje chorego ulegają zmianom i w dużym stopniu zależą od zaawansowania nowotworu [3]. W badaniach własnych, mających na celu sprawdzenie wpływu okresu choroby na poziom akceptacji, dowiedziono, że osobom z nowo rozpoznany rakiem tarczycy towarzyszył wyższy poziom akceptacji ( $M = 30,58$ ;  $SD = 6,45$ ). U osób ze wznową był on niemal o połowę niższy ( $M = 17,06$ ;  $SD = 6,26$ ). Ten fakt może świadczyć o obniżeniu poziomu funkcjonowania pacjentów onkologicznych wraz ze wzrostem poczucia zagrożenia. Wśród chorych z długotrwałymi

przeżyciami związanymi z leczeniem odnotowano również rosnącą niepewność co do dalszego losu, lęk przed śmiercią, chroniczny niepokój i wysoki poziom depresji. Zdaniem niektórych badaczy objawy te towarzyszą większości osób z nowotworem, nawet 80%, znacznie obciążając ich sferę psychiczną i stanowiąc duże wyzwanie adaptacyjne [5, 7, 14].

Inne opisane w literaturze czynniki wpływające na akceptację choroby przewlekłej to wiek i płeć chorego. Zgodnie z doniesieniami osoby w młodszym wieku szybciej i lepiej adaptują się do nieoczekiwanych zmian, także tych dotyczących stanu zdrowia [15]. Wyniki badań własnych potwierdziły tę prawidłowość. Wykazały, że osoby do 50. roku życia osiągają wyższy poziom akceptacji choroby i większą satysfakcję z życia. Później poziom akceptacji maleje. Andruszkiewicz i wsp., badając grupę 373 osób przewlekle chorych, również stwierdzili, że im młodszy wiek, tym większa akceptacja choroby [15]. Zbieżne wyniki uzyskano, analizując kwestię płci. Zarówno w badaniach własnych, jak i przeprowadzonych przez innych autorów nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami. W obu badanych grupach akceptacja kształtowała się na poziomie średnim, podobnie jak w przypadku innych chorób nowotworowych [3, 16]. Mimo braku zależności stwierdzono jednak, że poziom akceptacji u kobiet jest nieco wyższy niż u mężczyzn, odpowiednio  $M = 25,02$ ;  $SD = 9,43$  i  $M = 21,69$ ;  $SD = 8,73$ .

Ponadto kluczowymi elementami wyznaczającymi poziom akceptacji, co potwierdzają badania Andruszkiewicz i wsp., jest poczucie koherencji oraz własnej skuteczności. Autorzy stwierdzili, że nie tylko młodszy wiek, lecz także wysokie poczucie własnej skuteczności oraz rozumienia sytuacji zwiększają akceptację choroby [15]. W badaniach przeprowadzonych przez Ogińską-Bulik oraz Ruskiewicz i Kreft dowiedziono, że poziom akceptacji koreluje także ze strategiami radzenia sobie z nowotworem. Odnotowano pozytywną korelację z duchem walki ( $p < 0,01$ ) i negatywnym zaabsorbowaniem lękowym ( $p < 0,001$ ) oraz bezradnością-beznadziejnością ( $p < 0,001$ ) [4, 8]. Wojtas i wsp. wykazali podobną zależność. Na podstawie badań przeprowadzonych w grupie 53 osób z chorobą nowotworową wykazali istotny związek pomiędzy jej akceptacją a konstruktywnym stylem radzenia sobie [17].

Zdaniem wielu badaczy wzrost poziomu akceptacji choroby wpływa na poprawę jakości życia we wszystkich wymiarach [1, 8, 18]. W licznych badaniach odnoszących się do różnych chorób nowotworowych podkreślono, że wraz ze wzrostem poziomu akceptacji wzrasta jakość wszystkich aspektów życia [15]. Biorąc pod uwagę powyższe, w pracy własnej oceniono także relację pomiędzy poziomem akceptacji, poziomem przystosowania psychicznego do choroby a oceną satysfakcji z życia. Analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić, że

istnieje relacja pomiędzy wysokim poziomem akceptacji i wysokim poziomem przystosowania psychicznego do choroby ( $p < 0,05$ ) a wysoką oceną satysfakcji z życia ( $p < 0,001$ ).

Dostępne badania potwierdzają, że konieczne jest skuteczniejsze działanie ze strony personelu medycznego mające na celu rozpoznawanie zaburzeń u pacjentów onkologicznych przed podjęciem terapii. Pozwoli to na zmniejszenie ich negatywnego wpływu na proces akceptacji choroby, a tym samym umożliwi poprawę jakości życia. Szczególne znaczenie w przystosowaniu się do choroby ma wsparcie społeczne, dzięki któremu osoba po diagnozie raka może otrzymać praktyczną pomoc [4, 8, 19].

## Wnioski

Kobiety i osoby do 50. roku życia w większym stopniu akceptowały chorobę.

Poziom akceptacji choroby różnił się u osób z nowo rozpoznanym rakiem tarczycy i ze wznową. Osoby z nowo rozpoznaną chorobą w większym stopniu ją akceptowały.

Wyższy poziom akceptacji choroby wpłynął na zwiększenie satysfakcji z życia zarówno wśród osób z nowo rozpoznanym rakiem tarczycy, jak i z jego wznową.

---

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

1. Kaptacz I. Ocena jakości życia, akceptacji choroby, potrzeb i oczekiwań pacjentów objętych domową opieką paliatywną – wstępne badanie pilotażowe. *Med Paliat* 2018; 10: 137-144.
2. Strelau J, Doliński D. *Psychologia akademicka*. Tom 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk 2010; 681-733.
3. Czerw AI, Bilińska M, Deptała A. The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the Acceptance of Illness Scale (AIS). *Contemp Oncol (Pozn)* 2016; 20: 261-265.
4. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2011; 1: 16-24.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2012; 128-133, 162-179.
6. Roland KB, Rodriguez JL, Patterson JR, Trivers KF. A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psychooncology* 2013; 22: 2408-2418.
7. Pękata M, Kozaka J. Jakość życia chorych na raka płuca. *Psychoonkologia* 2016; 20: 90-97.
8. Ruskiewicz M, Kreft K. Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2017; 21: 37-44.
9. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran J Public Health* 2015; 44: 1135-1142.
10. Czerw A, Marek E, Deptała A. Use of the mini-MAC scale in the evaluation of mental adjustment to cancer. *Contemp Oncol (Pozn)* 2015; 19: 414-419.
11. Wiśniewska LA, Karolska M. Doświadczenie choroby nowotworowej w relacjach kobiet po mastektomii. *Psychoonkologia* 2017; 21: 75-85.

12. Rocławska RA. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii. *Psychonkologia* 2015; 3: 116-124.
13. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Paliat* 2013; 5: 106-113.
14. Mangone L, Mandato VD, Gandolfi R i wsp. The impact of epithelial ovarian cancer diagnosis on women's life: a qualitative study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2014; 35: 32-38.
15. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M i wsp. Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Probl Pielęg* 2014; 22: 239-245.
16. Kurowska K, Spierewka B. Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 3: 114-122.
17. Wojtas K, Pietrasik A, Oskędra I. Akceptacja choroby nowotworowej przez młodych dorosłych a strategie radzenia sobie – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2017; 25: 252-256.
18. Zielińska-Więczkowska H, Żychlińska E. Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Med Rodz* 2015; 4: 151-156.
19. Sowa M, Głowacka-Mrotek I, Monastyrska E i wsp. Assessment of quality of life in women five years after breast cancer surgery, members of Breast Cancer Self-Help Groups – non-randomized, cross-sectional study. *Contemp Oncol (Pozn)* 2018; 22: 20-26.