

UNIWERSYTET KALISKI
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO
WYDZIAŁ MEDYCZNY I NAUK O ZDROWIU

MGR LUCYNA GAZDOWICZ

AKCEPTACJA CHOROBY NOWOTWOROWEJ
I SATYSFAKCJA Z ŻYCIA KOBIET Z ROZPOZNANIEM
RAKA PIERSI Z UWZGLĘDNIENIEM CZYNNIKÓW
DEMOGRAFICZNYCH, SPOŁECZNYCH I MEDYCZNYCH

Rozprawa na stopień doktora
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu

Promotor: dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora

Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Izabela Gąska

Kalisz 2024

*Składam serdeczne podziękowania Szanownej Pani Promotor
dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbiecie Cipora, prof. UP
za okazaną życzliwość, poświęcony czas, zrozumienie,
i udzielenie cennych wskazówek podczas przygotowania rozprawy doktorskiej*

*Podziękowania składam również Pani Promotor Pomocniczej
dr n. o zdr. Izabeli Gąsce
za wsparcie i życzliwość w przygotowaniu niniejszej pracy*

Autorka

Spis treści

WYKAZ SKRÓTÓW	5
1. WSTĘP	7
1.1. Rak piersi jako problem zdrowotny współczesnych kobiet.....	8
1.1.1. Epidemiologia i rokowanie	8
1.1.2. Etiologia, czynniki ryzyka	10
1.1.3. Objawy i diagnozowanie	12
1.1.4. Profilaktyka.....	17
1.1.5. Metody leczenia.....	18
1.2. Akceptacja choroby nowotworowej istotnym elementem w procesie leczenia kobiet z rakiem piersi.....	21
1.2.1. Określenie pojęcia akceptacja choroby.....	21
1.2.2. Czynniki wpływające na stopień akceptacji choroby nowotworowej	22
1.2.3. Znaczenie akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych.....	23
1.3. Satysfakcja z życia jako wskaźnik zadowolenia z życia w sytuacji zdrowia i choroby	25
1.3.1. Wyjaśnienie pojęcia satysfakcja z życia	25
1.3.2. Czynniki znaczące dla satysfakcji z życia	26
2. ZAŁOŻENIA, CELE BADAŃ, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE ..	28
2.1. Uzasadnienie wyboru tematu	28
2.2. Cele badań.....	29
2.3. Problemy i hipotezy badawcze	29
3. MATERIAŁ I METODY BADAWCZE	31
3.1. Materiał badawczy	31
3.2. Metody badań	32
3.3. Techniki i narzędzia badawcze	33
3.4. Charakterystyka miejsca prowadzenia badań	35
3.5. Organizacja i przebieg badań.....	36
4. WYNIKI BADAŃ	37
4.1. Dane demograficzne i społeczne	37
4.2. Charakterystyka czynników medycznych.....	40
4.3. Stopień akceptacji choroby	51
4.4. Poziom satysfakcji z życia	52
4.5. Testowanie hipotez badawczych.....	54
4.5.1. Stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia	54

4.5.2. Akceptacja choroby nowotworowej a satysfakcja z życia.....	55
4.5.3. Czynniki demograficzne a stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia.....	56
4.5.4. Czynniki społeczne a akceptacja choroby i satysfakcja z życia	61
4.5.5. Czynniki medyczne a stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia.....	66
4.6. Predyktory stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia	87
5. DYSKUSJA	89
6. WNIOSKI.....	109
7. STRESZCZENIE.....	111
8. SUMMARY	113
9. PIŚMIENNICTWO	116
10. SPIS RYCIN.....	144
11. SPIS TABEL	146
12. ANEKS.....	151
12.1. Narzędzia badawcze.....	151
12.1.1. Autorski Kwestionariusz Ankiety – załącznik nr 1	151
12.1.2. Skala Akceptacji Choroby (AIS) – załącznik nr 2.....	157
12.1.3. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) – załącznik nr 3	158
12.2. Zgoda dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie na prowadzenie badań – załącznik nr 4.....	159
12.3. Zgoda Komisji Bioetycznej na prowadzenie badań – załącznik nr 5	160

WYKAZ SKRÓTÓW

Skróty zastosowane w tekście, tabelach i rycinach

Skrót	Nazwa
AIS	Acceptance of Illness Scale – Skala Akceptacji Choroby
APBI	Accelerated partial breast irradiation – Przyspieszone częściowe napromienianie raka piersi
ATP	Adenozynotrifosforan – główny nośnik energii w organizmie
BAC	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa
BAG	Biopsja aspiracyjna gruboigłowa
Beta	Standaryzowany współczynnik regresji
BCU	Breast Cancer Unit – Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi
BMI	Body mass index – Indeks masy ciała
BRCA1	Breast cancer susceptibility gene 1 – Gen podatności na raka piersi 1
BRCA2	Breast cancer susceptibility gene 2 – Gen podatności na raka piersi 2
BRIP1	Gen kodujący helikazę RNA zależną od ATP
CA 15-3	Antygen nowotworowy, glikoproteina
CEA	Antygen karcynoembrionalny
CHEK	Gen supresorowy kodujący białko
DCIS	Ductal carcinoma in situ – Rak przedinwazyjny przewodowy piersi
EKG	Elektrokardiografia
H	Wartość testu H Kruskalla-Wallisa
HER2	Human epidermal growth factor – Receptor progesteronowy 2 ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu
HTZ	Hormonalna terapia zastępcza
ILC	Infiltrating lobular carcinoma – Naciekający rak zrazikowy
IORT	Intraoperative radiation therapy – Radioterapia śródoperacyjna
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
LCIS	Lobular carcinoma in situ – Zrazikowy rak przedinwazyjny
M	Wartość średnia
MBC	Metastatic breast cancer – Przerzutowy rak piersi
Mdn	Mediana
MMG	Mammografia
MRI	Magnetic resonance imaging – Rezonans magnetyczny
N	Liczba
ρ	Współczynnik korelacji ρ Spearmana
p	Istotność statystyczna
PET	Positron emission tomography – Pozytonowa tomografia emisyjna

PTEN	Gene encoding homologue phosphatase and tensin – Gen kodujący homologiczną fosfatazę i tensynę
RNA	Kwasy rybonukleinowe
RTG	Badanie rentgenowskie
SD	Odchylenie standardowe
SLN	Sentinel lymph node – Biopsja węzła wartowniczego
SPECT	Single photon emission comuted tomography – Komputerowa tomografia emisyjna pojedynczych fotonów
SWLS	Satisfaction with Life Scale – Skala satysfakcji z życia
T	Cecha określająca wielkość guza pierwotnego (Tis, T1-T4)
t	Wartość testu istotności statystycznej predyktora
TK	Tomografia komputerowa
TNM	Tumor Nodules Metastases – Stopień zaawansowania nowotworu
TP3	Białko supresorowe
U	Wartość testu U Manna-Whitneya
USG	Badanie ultrasonograficzne
WHO	World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia

1. WSTĘP

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i na świecie. Stanowi drugą po raku płuca przyczynę zgonów z powodu chorób nowotworowych. Z prognoz zachorowalności wynika, że istnieje trend w kierunku systematycznego wzrostu zachorowań na raka piersi u kobiet w każdym wieku [136,288].

Rozpoznanie raka piersi dla kobiety jest wydarzeniem kryzysowym, ponieważ jest często przez nią postrzegane jako stan zagrożenia życia. Wynika to z faktu, iż choroba nowotworowa wymaga długotrwałego i obciążającego leczenia, a powodzenie terapii zależy, między innymi od stopnia zaawansowania i rodzaju nowotworu. Istotną rolę odgrywa tutaj również szybkie i sprawne wdrożenie terapii. Czas ma znaczenie dla stanu zaawansowania klinicznego raka, od pojawienia się pierwszego objawu do momentu zgłoszenia się do lekarza. Leczenie, które powinno być starannie dobrane i oceniane indywidualnie, jest z reguły agresywne, często występują skutki uboczne, co wywołuje u chorych strach i lęk przed śmiercią, okaleczeniem, rozbięciem rodziny [158,237]. W większości zachorowań na raka piersi przyczyna jest nieznana, natomiast czynnikami ryzyka są: starszy wiek, nosicielstwo mutacji genów BRCA1, BRCA2, wczesna pierwsza miesiączka, późna menopauza, hormonalna terapia zastępcza, nadwaga, ekspozycja na promieniowanie jonizujące oraz późne macierzyństwo. Choroba nowotworowa znacząco wpływa na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne kobiet. Dolegliwościom fizycznym towarzyszą emocje, które obniżają jakość życia chorych. Kobiety z rozpoznaniem rakiem piersi wymagają złożonego, długotrwałego leczenia i opieki, a efekty leczenia w dużym stopniu zależą od czasu, jaki upłynął od rozpoznania choroby do momentu rozpoczęcia terapii oraz od kondycji psychicznej chorych [68,194,256].

W sprawowaniu opieki i zaplanowaniu odpowiednich działań leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych nad kobietami z rakiem piersi, istotne jest zwrócenie szczególnej uwagi na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia. Identyfikacja czynników mających znaczenie dla akceptacji choroby i zadowolenia z życia oraz ich oddziaływania, może znacznie poprawić komfort życia chorych kobiet [16,170].

Celem pracy była ocena stopnia akceptacji choroby nowotworowej i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz określenie czynników medycznych, demograficznych i społecznych mających znaczenie dla stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia. Badaniami objęto 465 kobiet, które były leczone w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie w okresie od kwietnia 2021 do września 2022 roku.

We wstępie pracy omówiono epidemiologię, rokowanie, czynniki ryzyka, etiologię, objawy, diagnostykę i metody leczenia raka piersi. Określono pojęcie akceptacji choroby, czynniki wpływające na stopień akceptacji i jej znaczenie w grupie pacjentek onkologicznych. Wyjaśniono również pojęcie satysfakcji z życia oraz określono czynniki mające znaczenie dla odczucia satysfakcji.

W dalszej części zaprezentowano założenia i cele badań, materiał i metody badawcze oraz przedstawiono wyniki badań własnych. Zwrócono szczególną uwagę na dane demograficzne i społeczne chorych kobiet oraz przeanalizowano czynniki medyczne wpływające na stopień akceptacji choroby i satysfakcję z życia respondentek.

Na podstawie uzyskanych wyników badań i przedstawionych wniosków określono implikacje praktyczne, które mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania kobiet z rakiem piersi na każdym etapie trwania choroby i po zakończeniu leczenia.

1.1. Rak piersi jako problem zdrowotny współczesnych kobiet

1.1.1. Epidemiologia i rokowanie

Obciążenie globalne chorobami nowotworowymi od 2020 do 2040 roku wzrośnie o 47%, przy czym z powodu zmian demograficznych bardziej widoczny będzie wzrost w krajach rozwijających się, w porównaniu z krajami rozwiniętymi. Dodatkowo globalizacja może mieć wpływ na wzrost liczby czynników ryzyka występowania nowotworów [17,76,274].

Według Globocan na całym świecie w 2020 roku rozpoznano 19,3 mln nowych przypadków nowotworów. Jednocześnie, stwierdzono około 10 mln zgonów z tego powodu. Główną przyczyną zgonów w tym czasie był rak płuca (1,8 mln), następnie rak jelita grubego, wątroby, żołądka i piersi u kobiet (Tabela 1) [264].

Tabela 1. Główne przyczyny zgonów z powodu raka na świecie w 2020 roku z uwzględnieniem udziału odsetkowego poszczególnych rodzajów nowotworów w ogólnej liczbie zgonów na raka [264]

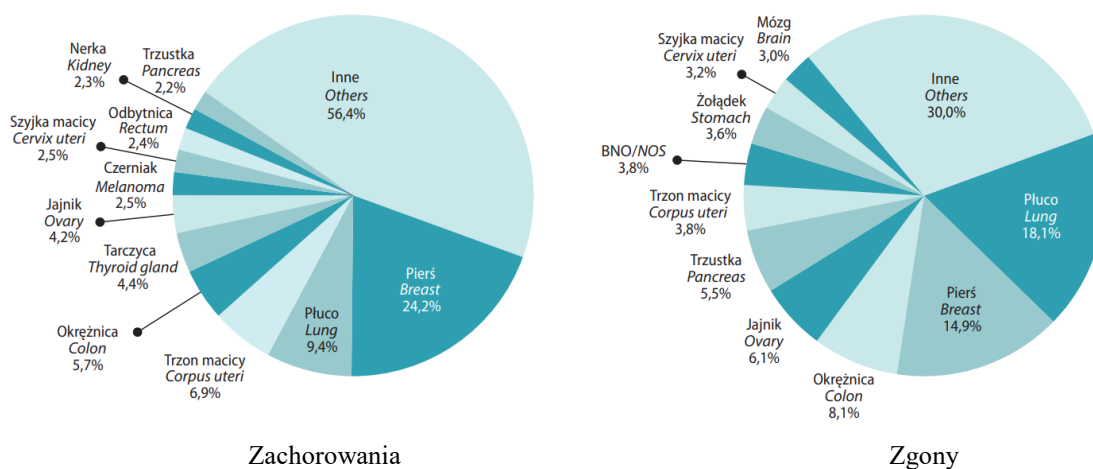
Rodzaj nowotworu	N	%
Rak płuca	179614418	18,00
Rak jelita grubego	935173	9,40
Rak wątroby	830180	8,30
Rak żołądka	768793	7,70
Rak piersi u kobiet	684996	6,90

Nowotwory piersi znane były już w starożytności. Hipokrates jako pierwszy sformułował zasady rozpoznawania guzów piersi na podstawie objawów i przyczyn oraz dokonał podziału na zmiany łagodne i złośliwe [24].

Rak piersi obecnie stanowi wiodącą przyczynę zachorowalności na raka wśród kobiet na świecie – w 2020 roku rozpoznano około 2,3 miliona nowych przypadków, 11,7% wszystkich przypadków raka u kobiet to nowotwór piersi [239,264]. Pomimo ciągłego postępu w ulepszaniu diagnostyki, rozumieniu genetycznych czynników ryzyka, stosowaniu coraz bardziej precyzyjnych metod leczenia rak piersi nadal pozostaje w czołówce pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. Według prognoz częstość

występowania tego nowotworu podwoi się do 2040 roku i częściej choroba ta będzie dotyczyć kobiet w młodszych grupach wieku [188]. Obecnie częstość występowania raka piersi u kobiet wzrasta, natomiast obserwuje się spadek umieralności, głównie w młodszych grupach wieku, co wynika m. in. z poprawy skuteczności leczenia i wczesnej wykrywalności choroby. Pomimo tego, rak piersi nadal pozostaje główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet na świecie.

Dane epidemiologiczne dotyczące chorób onkologicznych w Polsce zbierane są i przekazywane do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), gdzie po opracowaniu statystycznym są corocznie publikowane [71,294]. Informacje rejestrowe w sposób znaczący wpływają na organizację opieki onkologicznej w polskim systemie ochrony zdrowia. Zachorowalność w 2010 roku na nowotwory złośliwe wyniosła prawie 160 tys., w 2013 roku 171,4 tys. W 2018 roku odnotowano 188,6 tys. nowych zachorowań na nowotwory i 101,4 tys. zgonów z ich powodu. Oznacza to, że w stosunku do roku poprzedniego nastąpił wzrost zachorowań i zgonów [120,294]. W 2019 roku KRN informował o 171,2 tys. przypadkach nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce, z czego 85,6 tys. przypadków dotyczyło mężczyzn, a 85,7 kobiet. W tym samym roku odnotowano ponad 100 tys. zgonów z powodu nowotworów – 54,4 tys. mężczyzn i 45,9 tys. kobiet [83,85]. W 2020 roku nastąpił nieznaczny spadek zachorowań i zgonów w porównaniu do roku poprzedniego, zarejestrowano 146,2 tys. nowych zachorowań. Jednocześnie odnotowano ponad 99,9 tys. zgonów z tego powodu. Najwięcej kobiet zachorowało na raka piersi, a rak płuca podobnie jak u mężczyzn stanowił główną przyczynę zgonów wśród kobiet [292,295]. W kolejnym, 2021 roku rozpoznano 171,6 tys. nowych zachorowań, a liczba zgonów w porównaniu do roku poprzedniego zmniejszyła się, wówczas odnotowano 93,6 tys. zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Podobnie jak w poprzednim roku najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet był rak piersi (24,2%), a rak płuca (18,1%) w dalszym ciągu był główną przyczyną zgonów (Rycina 1) [86].



Rycina 1. Struktura zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2021 roku [86].

W 2020 roku według Globocan liczba nowych zachorowań na raka piersi u kobiet w Polsce wyniosła 24644 (24,2%) przypadki i była znacznie wyższa niż w przypadku pozostałych nowotworów złośliwych [299] (Tabela 2).

Tabela 2. Liczba nowych zachorowań na raka u kobiet w Polsce w 2020 roku z uwzględnieniem udziału odsetkowego poszczególnych rodzajów nowotworów w ogólnej liczbie zachorowań na raka [299]

Rodzaj nowotworu	N	%
Rak piersi	24 644	24,2
Rak płuca	11 232	11,0
Rak jelita grubego	10 757	10,6
Rak trzonu macicy	9 869	9,7
Rak jajnika	4 669	4,6
Inne	40 636	39,9

Według danych KRN w czasie ostatnich 30 lat zachorowalność na raka piersi wzrosła dwukrotnie [74,84,239]. Pod względem zachorowań we wszystkich województwach rak piersi w 2021 roku według KRN zajmował pierwsze miejsce z udziałem odsetkowym od 21% w województwie warmińsko-mazurskim do 27% w województwie mazowieckim. Najwyższa zachorowalność była w województwie mazowieckim i wyniosła 2990 nowych przypadków, najniższa w lubuskim – 451 nowych zachorowań. Natomiast liczba zgonów z powodu raka piersi wśród kobiet w 2021 r. najniższa była w województwie lubuskim – 143 zgony, natomiast najwyższa w śląskim – 908 zgonów [86,120].

Rak piersi stanowi ogromne zagrożenie dla życia kobiet szczególnie w krajach o średnich i niskich dochodach. Z tego względu wyzwaniem dla współczesnej ochrony zdrowia jest zwiększenie dostępu do leczenia i opieki, ponieważ aktualnie sytuacja w tym zakresie nie jest zadowalająca. Należy zatem rozwijać strategie telezdrowia oraz zintensyfikować szkolenia w tym zakresie skierowane do lekarzy i innego personelu medycznego [279]. Nowoczesne, bardziej dostępne metody rozpoznawania raka piersi, programy profilaktyczne i wzrost świadomości kobiet wpływają na coraz większą wykrywalność tego nowotworu we wczesnym stadium rozwoju, a tym samym zwiększają szanse na wyleczenie i poprawę jakości życia.

1.1.2. Etiologia, czynniki ryzyka

Rak piersi, to nowotwór powstający z komórek gruczołu piersiowego, które nie poddają się kontroli mechanizmów fizjologicznych i przekształciły się w komórki nieprawidłowe tworząc patologiczny miejscowy rozrost mogący dawać przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych, najczęściej do wątroby, płuc, mózgu

i kości [71,125,159,265]. Najczęstszą postacią nowotworu złośliwego piersi jest rak przewodowy – rozwijający się w przewodach mlecznych, rzadziej diagnozuje się raka zrazikowego, wywodzącego się ze zrazików/płatów. Postacie pochodzące z innych struktur piersi, np. mięsaki występują niezwykle rzadko [104].

Przyczyny powstawania raka piersi są nieznane, ale określono wiele czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tego nowotworu u kobiet [13,75,294]. Najistotniejszym czynnikiem jest starszy wiek. Najczęściej zachorowanie dotyczy kobiet po 50. roku życia, rzadziej przed 45. rokiem życia [104,136,303]. Stwierdzony rak jednej piersi zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi. Ponadto ryzyko zachorowania wzrasta u kobiet, u których wystąpił rak piersi u krewnych pierwszego stopnia, czyli rodzica, rodzeństwa, dziecka, zwłaszcza w młodym wieku. U około 5–10% kobiet występuje nosicielstwo mutacji niektórych genów supresorowych – BRCA1, BRCA2. U kobiet z mutacją tych genów ryzyko wystąpienia raka piersi wynosi ok. 80%. Inne geny, których mutacja zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi to: adenozynotrifosforan (ATP), gen kodujący helikazę RNA zależną od ATP (BRIP1), białko supresorowe (TP3), gen supresorowy (CHEK), gen kodujący homolog fosfatazy i tensyny (PTEN) [52,125,302].

Kolejnymi elementami mającymi wpływ na zwiększenie ryzyka wystąpienia raka piersi są czynniki hormonalne, tj. stosowanie antykoncepcji doustnej, zwłaszcza przez młode kobiety – przed 20. rokiem życia i długotrwałe stosowanie hormonalnej terapii zastępczej [82,244,260]. Ryzyko zachorowania na raka piersi zwiększa się również u kobiet, u których pierwsza miesiączka wystąpiła przed 11 rokiem życia, natomiast menopauza w późniejszym wieku. Brak potomstwa i późna pierwsza ciąża – po 30. roku życia mogą być czynnikami zagrożenia zachorowania na raka piersi [120,135,137].

Zmiany łagodne w piersiach, inne nowotwory przebyte w przeszłości, takie jak: rak jajnika, trzonu macicy, tarczycy, nadnerczy, skóry oraz gęsta tkanka gruczołowa, to również czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi. Nieznacznie ryzyko zachorowania na raka piersi u kobiet, może zwiększać promieniowanie jonizujące w przeszłości, bardzo częste badania diagnostyczne – RTG klatki piersiowej i mammografia (MMG) [29,138,189,263].

Bardzo istotnym i możliwym do modyfikacji czynnikiem ryzyka wystąpienia raka piersi jest styl życia. Nadwaga, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, picie alkoholu, zwłaszcza wysokoprocetowego oraz nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych zwiększają ryzyko zachorowania. Podobnie stres, pośpiech, mała aktywność fizyczna. Alkohol ma kancerogeny wpływ na stan hormonalny. Wątroba rozkłada estrogeny i alkohol, toteż uszkodzenie jej przez alkohol powoduje utratę zdolności metabolizowania estrogenów, przez co zwiększa proces nowotworzenia. Palenie tytoniu jest również czynnikiem kancerogennym, ryzyko zachorowania na nowotwór wzrasta wraz z okresem palenia i liczbą wypalanych papierosów [11,104,143,304].

Zwiększona aktywność fizyczna między 11. a 24. rokiem życia zmniejsza zachorowalność na raka piersi w wieku dojrzałym. Rak piersi u kobiet dojrzałych z dużą

aktywnością fizyczną występuje 30–40% rzadziej, niż u kobiet prowadzących siedzący tryb życia. Aktywność fizyczna zapobiega otyłości i nadwadze, a te czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na raka piersi. Wyśiłek fizyczny reguluje również cykle owulacyjne i zmniejsza przez to czas ekspozycji na estrogeny endogenne. Regularna aktywność fizyczna w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi. Ponadto poprawia funkcjonowanie układu oddechowego, krążenia, wzmacnia układ odpornościowy i układ nerwowy, zmniejsza ryzyko wystąpienia innych chorób wynikających z otyłości, również wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne. U kobiet chorych na raka piersi regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko powstania obrzęku limfatycznego, powikłań pooperacyjnych, zapobiega otyłości, zapewnia utrzymanie prawidłowej postawy ciała, wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne i relacje międzyludzkie [113,220,231].

Prozdrowotny styl życia kobiet sprzyja zmniejszeniu oraz eliminacji występowania czynników ryzyka oraz wzmacnia czynniki ochronne. Promowanie tych zachowań zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwór piersi, pozwala na wczesne wykrycie zmian, wpływa na wydłużenie życia i obniża śmiertelność.

1.1.3. Objawy i diagnozowanie

W początkowym stadium rak piersi najczęściej przebiega bezobjawowo. Zazwyczaj pierwszym objawem jest twarde, niebolesny guzek najczęściej zlokalizowany w kwadrancie górnym zewnętrznym piersi. Asymetria sutków, zmiana kształtu lub rozmiaru piersi, niewielkie pogrubienie i/lub zagłębienie i/lub owrzodzenie skóry, objaw skórki pomarańczy, wciągnięcie brodawki, wyciek krwisty z brodawki, pieczenie i świąd brodawki, to najczęściej występujące objawy raka piersi. W miarę rozwoju nowotworu dochodzi do powiększenia węzłów chłonnych po stronie chorej piersi, w późniejszych etapach występuje powiększenie węzłów szyjno-nadobojczykowych. Zapalny rak piersi charakteryzuje się zaczerwienieniem skóry piersi, zwiększonym uciepleniem, obrzękiem piersi i jej bolesnością. U około 10% kobiet nowotwór rozpoznawany jest w okresie, kiedy występują przerzuty do wątroby, płuc, kości, mózgu. Rak piersi może być diagnozowany w czasie ciąży lub w pierwszym roku po porodzie, co może wynikać z przesunięcia wieku, w którym kobiety rodzą swoje pierwsze dziecko i objęcia kobiet w okresie ciąży i po porodzie kompleksową opieką lekarską [32,53,120,125].

W diagnozowaniu nowotworu, podstawowe znaczenie ma określenie typu raka piersi, ponieważ jest to element warunkujący dobór optymalnego leczenia. Istnieją różne kryteria podziału w zakresie typów raka piersi.

1. Podział ze względu na typ histologiczny – cechy budowy komórek: rak przewodowy naciekający (75%), zrazikowy naciekający (10–15%), cewkowy (5%), rdzeniasty i śluzowy (5%) [202].
2. Podział ze względu na typ kliniczny:

Przedinwazyjny rak piersi „in situ”:

- Przewodowy rak przedinwazyjny (DCIS) – występuje, gdy komórki atypowe pojawiły się w przewodach mlecznych, ale nie rozszerzyły się na sąsiednie tkanki „in situ”, czyli „na miejscu”. Rokowania w tej postaci raka są dobre.
- Zrazikowy rak przedinwazyjny (LCIS) – obejmuje końcowe odcinki układu zrazikowo-pęcherzykowego, często wykrywany jest przypadkowo podczas diagnostyki innych rozrostów [8,47,112,205,285].

Inwazyjny rak piersi:

- Przewodowy rak inwazyjny – stanowi około 65–80% wszystkich przypadków raka piersi. Powstaje w tkance przewodów mleczowych i rozprzestrzenia się na okoliczne tkanki, daje również przerzuty do węzłów chłonnych i innych części ciała.
 - Naciekający rak zrazikowy (ILC) – powstaje w zrazikach i daje przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych i tkanek. Może występować w obu piersiach jednocześnie [8].
 - Rak potrójnie negatywny cechuje niedobór receptora progesteronowego, receptora 2 ludzkiego naskórkowego (HER2), czynnika wzrostu i ekspresji receptora estrogenowego. Występuje u około 10–15% białych kobiet przed menopauzą [8,97,177,283].
 - Rak zapalny – występuje rzadko, dotyczy ok. 1–2% kobiet, rokowanie jest niekorzystne, objawia się wzmożonym uciepleniem i obrzękiem piersi, różowo-fioletowym zabarwieniem skóry, bolesnością i świądem piersi. Pojawia się gorączka i wysoka liczba krwinek białych [151].
 - Choroba Pageta – jest to rzadki rak piersi, zmiany występują zwykle w brodawce. Objawia się czerwoną, swędzącą wysypką na skórze brodawki, pieczeniem, wydzieliną z brodawki, bólem. Może rozprzestrzeniać się na skórę zdrową. Choroba dotyczy tylko jednej piersi [14,151,199].
 - Guzy Phyllodes – dotyczą tkanek łącznych piersi i leczy się je chirurgicznie. Jest to bardzo rzadki rodzaj nowotworu [246,262].
3. Podział ze względu na typ raka z przerzutami.
- Rozsiany rak piersi lub nawrotowy – szacuje się, że występuje u 30% chorych na raka piersi bez przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych, a u 70% pacjentek z zajęтыми węzłami chłonnymi dochodzi do nawrotu choroby. Zachorowalność na przerzutowego raka piersi – metastatic breast cancer (MBC) jest duża, gdyż wiele kobiet żyje z nowotworem przez wiele lat.
 - Podtypy biologiczne raka zdefiniowane na podstawie oceny histologicznej: luminalny A – obecne receptory estrogenowe, luminalny B – rzadsze występowanie receptorów hormonalnych, gorsze rokowanie niż w typie A, HER2 – większość

raków z wieloma kopiami genu HER2, bazalny – bez ekspresji receptorów hormonalnych i HER2 „potrójnie ujemny”, najgorzej rokujący [120].

Do oceny stopnia zaawansowania raka piersi stosuje się klasyfikację TNM, która opiera się na następujących składowych: rozmiar guza „T” – tumor (guz), rozprzestrzenianie się raka do regionalnych węzłów chłonnych „N” – nodus (węzły chłonne), brak lub rozprzestrzenianie się raka w miejsca odległe „M” – metastasis (przerzuty) [48]. Do analizy i zestawień porównawczych używa się kategorii pogrupowanych w stopnie zaawansowania, które przedstawiono w tabeli 3 (Tabela 3).

Tabela 3. Stopnie zaawansowania raka piersi [16]

Stopień zaawansowania	Cechy charakterystyczne
0	Przedinwazyjny nowotwór ograniczony do piersi – TisN0M0
I	Guz jest mały i ograniczony do tkanki piersi lub obecne są przerzuty raka w węzłach chłonnych w pobliżu piersi
IA	Guz jest nie większy niż 20 mm i jest ograniczony do piersi – T1N0M0
IB	Brak dowodów na obecność pierwotnego guza – T0 lub średnica guza mniejsza niż 20 mm – T1, mikroprzerzuty nie większe niż 2mm obecne po tej samej stronie w obrębie I/II piętra węzłów chłonnych pachowych, węzły chłonne ruchome – N1, brak odległych przerzutów – M0
II	Guz znajduje się w piersi lub w pobliskich węzłach chłonnych lub w piersi i węzłach chłonnych
IIA	Brak dowodów na obecność pierwotnego guza – T0 lub guz nie większy niż 20 mm średnicy – T1, przerzuty do węzłów chłonnych pachowych po tej samej stronie, węzły chłonne ruchome – N1, brak odległych przerzutów – M0 Guz jest większy niż 20 mm, ale nie większy niż 50 mm średnicy – T2 i jest ograniczony do piersi – N0, brak odległych przerzutów – M0
IIB	Guz jest większy niż 20 mm, ale nie większy niż 50 mm średnicy – T2, występują przerzuty do węzłów chłonnych pachowych po tej samej stronie i są ruchome – N1, brak odległych przerzutów – M0
III	Guz rozprzestrzenił się z piersi do sąsiadujących węzłów chłonnych, skóry piersi lub do ściany klatki piersiowej
IIIA	Brak dowodów na obecność pierwotnego guza – T0 lub guz nie większy niż 20 mm średnicy – T1 lub guz jest większy niż 20 mm, ale nie większy niż 50 mm średnicy – T2 lub guz jest większy niż 50 mm średnicy – T3, przerzuty do węzłów chłonnych pachowych po tej samej stronie w obrębie

	I/II piętra, węzły chłonne są nieruchome lub w pakietach – N2, brak odległych przerzutów – M0 Guz jest większy niż 50 mm średnicy – T3, przerzuty występują w obrębie I/II piętra węzłów chłonnych pachowych i węzły chłonne są ruchome – N1, brak odległych przerzutów – M0
IIIB	Guz naciekający na ścianę klatki piersiowej i/ lub skórę – T4, węzły chłonne nie są zajęte – N0 lub obecne są przerzuty do węzłów chłonnych pachowych po tej samej stronie, węzły chłonne są ruchome – N1 lub węzły chłonne są nieruchome lub w pakietach – N2, brak odległych przerzutów – M0
IIIC	Guz dowolnego stadium T dowolne, przerzuty są obecne w węzłach chłonnych pachowych w obrębie III piętra po tej samej stronie, w węzłach piersiowych wewnętrznych z wyczuwalnym przerzutem do węzłów chłonnych pachowych w obrębie I/II piętra lub w węzłach chłonnych nadobojczykowych po tej samej stronie-N2 lub N3, nie występują przerzuty odległe – M0
IV	Nowotwór rozprzestrzenił się do innych narządów ciała, dowolne – T, N, M1

Badania wykonywane w diagnostyce raka piersi obejmują:

1. Badanie lekarskie – polega na zbadaniu piersi, okolic szyi, obojczyka, pach i węzłów chłonnych przez lekarza oraz zebraniu dokładnego wywiadu rodzinnego, który obejmuje występowanie raka jajnika i piersi u krewnych oraz objawy występujące u chorej. Pełne badanie lekarskie obejmuje również ocenę ginekologiczną, badania biochemiczne oceniające nerki i wątrobę oraz morfologię krwi.
2. Oznaczenie markerów nowotworowych – znaczników określonego rodzaju komórek i faz w których się znajdują. Powinny być oznaczane we wszystkich stadiach raka piersi. Należą do nich: CEA – antygen karcynoembrionalny, pozwala na wczesne wykrycie nawrotu choroby, CA15-3 – glikoproteina, marker badany przed rozpoczęciem leczenia i w czasie terapii, Ca27.29 – marker, który jest oznaczany w monitorowaniu leczenia raka piersi. Oznacza się również receptory estrogenowe i progesteronowe, w tym antygen HER2, który informuje o agresywności raka [120,136,247].
3. Mammografia (MMG) – stanowi złoty standard wczesnego rozpoznawania raka piersi u kobiet po 40. r.ż. Dokładność tej metody wynosi około 85%, mniejsza jest w przypadku kobiet młodszych z piersiami o dużej gęstości [40,242].
4. Ultrasonografia (USG) – badanie rutynowe w diagnostyce piersi młodych kobiet, u których w piersiach przeważa tkanka gruczołowa oraz u kobiet w ciąży. W badaniu tym można ocenić rozmiar i położenie guza oraz określić charakter zmiany (lita lub torbielowata) [5,40].
5. Rezonans magnetyczny (MRI) – stosowany jest u kobiet obciążonych w wywiadzie rakiem piersi, stwierdzonymi mutacjami genu BRCA, implantami piersi, przy podejrzeniu mnogich ognisk nowotworu, raku zrazikowym, podejrzeniu zapalnego

raka piersi oraz do sprawdzenia reakcji patologicznej zmiany rozrostowej na leczenie [8,125].

6. Historia choroby pacjentki obejmuje: wiek, w którym wystąpiła pierwsza miesiączka, okres menopauzy, przebyte ciąży, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej po menopauzie, stosowanie środków antykoncepcyjnych [8,120].
7. Biopsja piersi to jedna z najlepszych technik w diagnozowaniu raka piersi, pozwala na określenie rodzaju złośliwości zmiany. Aby zmniejszyć ilość wyników fałszywie ujemnych, należy jednocześnie wykonać biopsję, obrazowanie i badanie kliniczne piersi. Stosuje się następujące rodzaje biopsji:
 - Aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) – polega na pobraniu komórek z obszaru guza cienką igłą o średnicy 0,6-0,8 mm pod kontrolą USG. Jest to tanie i małoinwazyjne badanie obarczone niewielkim ryzykiem powikłań. Stosuje się je najczęściej w zmianach torbielowatych, przy podejrzeniu przerzutów do węzłów chłonnych [125,151].
 - Biopsja gruboigłowa (BAG) – wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym pod kontrolą USG i MRI, do pobrania komórek używa się grubej igły. Badanie to pozwala na określenie typu, stopnia, złośliwości oraz obecności receptorów estrogenowych i progesteronowych. Ma zastosowanie, gdy guz nie jest badalny palpacyjnie, ale potwierdzony w badaniach obrazowych [8,151].
 - Biopsja płynna – ma na celu monitorowanie odpowiedzi na leczenie i przewidywanie progresji lub nawrotu choroby nowotworowej [270].
 - Biopsja węzłów chłonnych – węzła wartowniczego (SLN), pozwala na określenie czy występują przerzuty do węzłów chłonnych.
 - Otwarta biopsja chirurgiczna – badanie to polega na usunięciu oznakowanego wcześniej węzła. Dzień wcześniej w okolice guza wstrzykuje się znacznik izotopowy, następnie podaje się barwnik przed samym zabiegiem, natomiast podczas zabiegu ocenia się guz histopatologicznie [5,269].
8. Badanie komórek wydzieliny z brodawki sutkowej.
9. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) polega na podaniu chorej izotopu o krótkim czasie rozpadu. Komórki rakowe wychwytyją znacznik i są widoczne na skanie. Badanie to jest często stosowane w zaawansowanym raku piersi w celu sprawdzenia czy doszło do przerzutów lub nawrotu choroby [8,151].
10. Komputerowa tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT) – w badaniu tym wykorzystuje się radionuklidy fotonowe takie jak gal-67, jod-131, technicium-99 m, które emitują promienie gamma. Jest to skuteczna i bezpieczna metoda rozpoznawania nowotworów pierwotnych i przerzutowych [8].

W przypadku podejrzenia przerzutów odległych wykonuje się: RTG klatki piersiowej, tomografię komputerową (TK) klatki piersiowej, jamy brzusznej i mózgowia oraz scyntyografię kości [120,162].

Wykonanie badań diagnostycznych pozwala na wykrycie zmian patologicznych, a jeśli są to zmiany o charakterze nowotworowym na ustalenie stopnia zaawansowania i rodzaju nowotworu oraz dobór właściwych metod leczenia.

1.1.4. Profilaktyka

W wielu krajach opracowano programy do walki z rakiem, których celem jest zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności z powodu tego nowotworu a przez to poprawa rokowania oraz wczesne zdiagnozowanie choroby [152,172,253].

Profilaktyka pierwotna polega na zwiększaniu świadomości społeczeństwa na temat czynników ryzyka mających wpływ na zachorowanie na raka piersi [39,273]. W ramach profilaktyki pierwotnej ważne jest ograniczenie lub eliminacja czynników ryzyka. Istotne znaczenie w tym względzie mają: aktywność fizyczna dostosowana do indywidualnych możliwości, utrzymanie prawidłowej masy ciała, ograniczenie spożycia alkoholu, dieta bogata w kolorowe warzywa i owoce, zawierająca produkty pełnoziarniste z dużą zawartością błonnika, rośliny strączkowe, produkty zawierające witaminę D. Ponadto w diecie warto zwrócić uwagę na spożycie orzeszków ziemnych i włoskich oraz migdałów [238,258]. W żywieniu ważne jest również ograniczenie spożycia mięsa, zwłaszcza czerwonego, większe spożycie ryb morskich i soi. Czynnikiem zmniejszającym ryzyko zachorowania na raka piersi są: karmienie dziecka piersią przez okres co najmniej 6 miesięcy, wczesna pierwsza ciąża, ograniczenie stosowania hormonalnej terapii zastępczej (tylko w wyjątkowych sytuacjach pod kontrolą lekarza) [42,93,96,202].

Profilaktyka wtórna ma za zadanie wczesne wykrycie choroby, polega na edukacji w zakresie samobadania piersi, systematycznej samoobserwacji i korzystania z badań profilaktycznych w tym skriningowych [273]. Obejmuje badania diagnostyczne, które pozwalają na rozpoznanie nowotworu we wczesnym stadium rozwoju [152].

Wczesne wykrywanie raka piersi promowane przez Polski Komitet Zwalczenia Raka oraz American Cancer Society składa się z trzech elementów:

- 1) Samobadania piersi określone również jako nieinwazyjny test przesiewowy, które powinna wykonywać każda kobieta po ukończeniu 20. roku życia, jeden raz w miesiącu, dwa lub trzy dni po zakończeniu miesiączki. Samobadanie składa się z dwóch części: oglądania i badania palpacyjnego piersi ruchami kolistymi oraz badania dołów pachowych [1,69].
- 2) Badania lekarskiego zalecanego kobietom między 20 a 39 rokiem życia w celu kontroli piersi, nie rzadziej, niż co 36 miesięcy. Powyżej 40. roku życia badanie lekarskie zalecane jest co 12 miesięcy [30,255].
- 3) Mammografii obejmującej kobiety, niechorujące na raka piersi. Ta metoda diagnostyczna jest wykonywana przy użyciu niewielkiej dawki promieniowania rentgenowskiego. Badanie składa się z dwóch etapów – podstawowego oraz pogłębionej

diagnostyki. Mammografia jest badaniem przesiewowym, dedykowanym kobietom w wieku 50–69 lat, a od 1 listopada 2023 roku kobietom w przedziale wieku 45–74 lata. Od 2025 roku w Polsce będą obowiązywać wyłącznie mammografie cyfrowe [49].

Wyniki leczenia raka piersi i jego powodzenie w dużej mierze zależą od wczesnego rozpoznania nowotworu, dlatego ważna jest edukacja kobiet na temat profilaktyki [62]. Kobiety już od najmłodszych lat powinny być edukowane. Ważne jest modyfikowanie programów profilaktycznych, promowanie zachowań prozdrowotnych, zachęcanie kobiet do korzystania z badań przesiewowych. Takie działania pozwalają na wykrycie choroby we wczesnym jej stadium, a tym samym poprawę efektywności leczenia, często wyleczenie, zwiększenie szansy na przeżycie, zmniejszenie śmiertelności oraz obniżenie nakładów finansowych na leczenie, opiekę i rehabilitację.

1.1.5. Metody leczenia

Leczenie kobiet z rozpoznaniem raka piersi zależy od stopnia zaawansowania nowotworu, typu histologicznego oraz od oceny ryzyka związanego z procesem leczenia. Pacjentka podczas leczenia powinna pozostać pod opieką wielospecjalistycznego zespołu w ramach Breast Cancer Unit (BCU). W skład tego zespołu wchodzi następujący specjaliści: onkolog kliniczny, radiolog onkolog, chirurg onkolog, chirurg plastyczny, patolog, psychoonkolog, fizjoterapeuta i pielęgniarka [43,125,136,202]. Można wyróżnić dwie zasadnicze metody leczenia raka piersi – leczenie systemowe (ogólne) i leczenie miejscowe.

Leczenie systemowe oddziałuje na wszystkie komórki organizmu. Do tego rodzaju leczenia zalicza się: chemioterapię, hormonoterapię, terapię celowaną. W tej metodzie leczenia leki mogą być podane drogą doustną lub bezpośrednio do krwioobiegu.

1. Chemioterapia polega na podawaniu leków cytostatycznych w różnych schematach – cyklach trwających najczęściej od 21 do 28 dni, przy czym liczba cykli najczęściej wynosi od 4 do 6. Chemioterapia może być stosowana po leczeniu chirurgicznym (adjuwantowa). Jej celem jest zmniejszenie niebezpieczeństwa nawrotów choroby, zniszczenie mikroprzerzutów i wydłużenie czasu przeżycia. Chemioterapia przedoperacyjna (neoadjuwantowa) stosowana jest w celu zmniejszenia rozmiarów guza. U pacjentek, u których nie jest możliwe zastosowanie leczenia chirurgicznego często również stosuje się chemioterapię. Należy pamiętać, że leczenie chemioterapeutykami ma wpływ również na zdrowe komórki i może być powodem wystąpienia skutków ubocznych [8,125,190].
2. Hormonoterapia to rodzaj leczenia systemowego guzów hormonozależnych. Celem tej metody jest ograniczenie wpływu estrogenów na nowotwory HER-dodatnie. Ta metoda leczenia, podobnie jak chemioterapia, może być stosowana w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym. Hormonoterapia jest również stosowana u kobiet z zaawansowanym

rakiem piersi, gdy leczenie operacyjne nie jest możliwe. W takich sytuacjach ta metoda leczenia stosowana jest aż do progresji nowotworu [45,151,219].

3. Terapia celowana stosowana jest w przypadkach, gdy na powierzchni guza stwierdzono dużą liczbę receptorów HER2 lub mutację w obrębie genu HER2. Na podstawie obecności dużej ilości białka HER2 na powierzchni komórek nowotworowych. Ta metoda leczenia stosowana jest głównie w zaawansowanym raku piersi oraz jako forma leczenia pooperacyjnego. Leki stosowane w terapii celowanej, to najczęściej: transtuzumab, lapatinib, bevacizumab – podawane drogą doustną lub dożylną. Leczenie takie można stosować w połączeniu z chemioterapią lub po jej zakończeniu [2,50,248].

Leczenie miejscowe ma na celu usunięcie patologicznej zmiany rozrostowej. Do tej metody terapii zalicza się postępowanie chirurgiczne i radioterapię.

1. Leczenie chirurgiczne ma zastosowanie przede wszystkim we wczesnych stadiach rozwoju nowotworu. Operacje są coraz bardziej oszczędzające, co sprawia, iż ten rodzaj leczenia jest mniej agresywny i niepełnosprawność z nim związana uległa znacznemu ograniczeniu. W leczeniu guza pierwotnego stosuje się metodę oszczędzającą pierś, natomiast w odniesieniu do węzłów chłonnych stosuje się metodę usunięcia węzła chłonnego wartowniczego. Leczenie oszczędzające pierś, stanowi obecnie podstawową metodę leczenia i polega na wycięciu guza z marginesem zdrowych tkanek. Obecnie w chirurgii piersi kładzie się duży nacisk na efekt kosmetyczny, chirurdzy są doskonalsi w zakresie wykonywania zabiegów onkoplastycznych, które pozwalają zmniejszyć negatywne skutki operacji onkologicznych piersi [103,125]. Operacje oszczędzające mogą być wykonywane jako lumpektomia, czyli usunięcie guza z 1 cm marginesem tkanek zdrowych lub kwadrantektomia, czyli usunięcie guza z co najmniej 2 cm marginesem zdrowych tkanek. Leczenie to składa się z dwóch etapów: usunięcie guza z marginesem i uzupełnienie leczenia radioterapią. Pacjentka może również otrzymać chemioterapię a następnie radioterapię [8,35,150,306].

W sytuacji znacznego zaawansowania raka piersi, wykonuje się amputację piersi (mastektomię). Wyróżnia się:

- Amputację prostą, która polega na usunięciu całej piersi z powięzią mięśnia piersiowego większego i kompleksem otoczka brodawka wraz z biopsją węzła wartowniczego. Amputacja podskórna polega na usunięciu tkanki gruczołowej z pozostawieniem skóry, otoczki brodawki i brodawki.
- Amputację metodą Maddena polegającą na usunięciu piersi wraz z powięzią mięśnia piersiowego większego i węzłami chłonnymi pachy.
- Amputację metodą Pateya polegającą na usunięciu piersi wraz z powięzią mięśnia piersiowego większego i węzłami chłonnymi pachy.
- Amputację metodą Halsteda polegającą na usunięciu piersi wraz z węzłami chłonnymi dołu pachowego i wycięciem mięśnia piersiowego większego. Metoda

ta obecnie stosowana jest bardzo rzadko ze względu na dużą liczbę powikłań [120,125].

Kobiety po mastektomii mają obawy o własne życie, odczuwają smutek, nerwowość, zaburzenia wizerunku własnego ciała i seksualności. W celu złagodzenia tych problemów, wszystkim chorym poddanym mastektomii należy przedstawić możliwości leczenia odtwórczego, aby zmniejszyć negatywne skutki kompleksu „połowy kobiety”, które mogą być powodem problemów psychospołecznych. Zabieg odtwórczy, czyli rekonstrukcja piersi może być jednoczasowa lub odroczone w czasie. Wczesna rekonstrukcja wykonywana jest 3–4 miesiące po mastektomii, a późna po upływie 8–12 miesięcy od zakończenia radioterapii pooperacyjnej, z użyciem silikonowego implantu lub własnych tkanek. Kobietom z mutacją genów BRCA1 lub BRCA2 proponuje się profilaktyczną obustronną mastektomię z jednoczasową rekonstrukcją piersi oraz usunięcie jajników i jajowodów [8,19,46,272].

2. Radioterapia jest to metoda leczenia miejscowego, wykorzystująca promieniowanie jonizujące, która ma zastosowanie we wszystkich stopniach zaawansowania choroby. Stanowi składową leczenia oszczędzającego. Zmniejsza liczbę nawrotów i wydłuża życie. Niekiedy, gdy leczenie chirurgiczne jest niemożliwe, wówczas radioterapia jest jedynym leczeniem miejscowym a w przerzutach do narządów wewnętrznych stosuje się ją jako metodę łagodzenia objawów. Radioterapia może mieć formę brachyterapii, która polega na umieszczeniu źródła promieniowania w guzie lub jego bezpośrednim sąsiedztwie, bądź teleradioterapii, która wykorzystuje promieniowanie jonizujące o wysokiej energii generowane przez akcelerator liniowy. Wiązki promieniowania kierowane są z zewnątrz bezpośrednio do guza z jednoczesnym oszczędzeniem tkanek zdrowych. Standardowe napromienianie trwa 5 dni w tygodniu przez okres od 5–6 tygodni, natomiast przyspieszone trwa 3 tygodnie, ale dawka dzienna napromieniania jest zwiększona. Śródoperacyjna radioterapia (IORT) polega na zastosowaniu wysokiej dawki promieni w sali operacyjnej po usunięciu guza przed zaszyciem rany. Przyspieszone częściowe napromienianie (APBI) jest to napromienianie piersi, które skraca czas leczenia i jest stosowane u chorych z niskim ryzykiem wznowy [20,116,150,202,277].

Inne metody leczenia raka piersi:

- Terapia z zastosowaniem bifosfonianów – leków stosowanych w leczeniu paliatywnym przerzutów do kości. Leki te zapobiegają złamaniom kości, podawane są w formie wstrzyknięć podskórnych, co 4 tygodnie [120].
- Terapie uzupełniające inaczej alternatywne stosuje wiele kobiet chorych na raka piersi wraz z leczeniem medycznym. Postępowanie takie polega na przyjmowaniu m.in. suplementów diety, witamin, i/lub stosowaniu akupunktury, wizualizacji, uprawianiu jogi. O stosowaniu terapii alternatywnej powinien być poinformowany lekarz prowadzący leczenie [8,182,243].

- Rehabilitacja stanowi bardzo ważny element leczenia kobiet z rakiem piersi. Pacjentkom zaleca się rehabilitację psychofizyczną, której celem jest zmniejszenie skutków leczenia w sferze psychicznej i fizycznej jak również niedostosowania psychicznego, fizycznego, społecznego oraz zawodowego spowodowanego chorobą nowotworową oraz następstwami terapii [120].

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa wzrasta liczba kobiet chorych na raka piersi, jedna trzecia nowotworów piersi rozpoznawana jest u chorych po 70. roku życia. Ta grupa kobiet często obarczona jest polipatologiami, stąd istnieje konieczność dostosowania standardowych metod leczenia, aby zrównoważyć korzyści z ryzykiem. Ocena sprawności i chorób współistniejących pomaga oszacować ryzyko zgonu z przyczyn innych niż nowotwór. Jednoczesne leczenie onkologiczne i geriatryczne pomaga w optymalizacji procesu terapii. W leczeniu starszych kobiet należy dokładnie rozważyć skutki uboczne wybranego schematu leczenia ze względu na ryzyko uszkodzenia serca oraz toksyczność podawanych leków [49,50,73].

U młodych kobiet leczenie raka piersi może powodować bezpłodność oraz przedwczesną menopauzę. Leczenie może również wpływać szkodliwie na płód w pierwszym trymestrze ciąży. Za „młode” chore na raka piersi, uważa się osoby, u których rozpoznano ten nowotwór przed 40. rokiem życia. Najczęściej u tych kobiet podłoże choroby jest genetyczne i/lub w rodzinie występowały wcześniej przypadki zachorowania na raka piersi [27,261].

W opiece zdrowotnej nad kobietami z rakiem piersi istotne znaczenie ma jakość udzielanych świadczeń, na które składają się działania profilaktyczne, edukacja społeczeństwa, standardy leczenia raka piersi, monitorowanie jakości leczenia, opieka po zakończonej terapii oraz specjalistyczne kształcenie pracowników w zakresie onkologii [70,191,215,267]. Współczesne leczenie raka piersi opiera się na wielodyscyplinarnych terapiach skojarzonych, które uwzględniają metody leczenia systemowego i miejscowego. Decyzje dotyczące planu leczenia powinny być podejmowane przy pełnym współudziale chorych kobiet po przedstawieniu im wszystkich możliwych opcji terapeutycznych.

1.2. Akceptacja choroby nowotworowej istotnym elementem w procesie leczenia kobiet z rakiem piersi

1.2.1. Określenie pojęcia akceptacja choroby

Choroba nowotworowa ma wymiar biologiczny, społeczny, psychologiczny i duchowy, wpływa na zmianę dotychczasowego życia pacjenta i jego rodziny, znajomych i przyjaciół [147]. Rozpoznanie nowotworu, wywołuje wiele negatywnych emocji, pojawia się zwłaszcza lęk związany z badaniami oraz niepewnością w oczekiwaniu na ich wyniki, zabiegami i całym procesem leczenia [90,108,153]. Akceptacja choroby jest wyznacznikiem

przystosowania do choroby, istotnym elementem wpływającym na samopoczucie psychiczne i ogólne funkcjonowanie, a tym samym na jakość życia chorych [55,146,194].

Pojęcie „akceptacja” (z łac. *acceptatio* – przyjmowanie) inaczej wyrażenie zgody. Oznacza przyjęcie jakiegoś sądu, opinii, zachowania, poglądu, brak negatywnych emocji i reakcji związanych z chorobą, leczeniem oraz opieką. Im większy stopień akceptacji choroby, tym mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego, lepsze przystosowanie do życia z chorobą i szansa na powrót do zdrowia. Akceptacja własnej choroby stanowi samoocenę sytuacji pacjenta w chorobie wyrażającą to zaadaptowanie się do aktualnego stanu zdrowia, co wpływa na rzeczywistą ocenę sytuacji zdrowotnej oraz aktywizuje do walki z chorobą [65,140,217]. Przejawem adaptacji do nowej sytuacji wynikającej z choroby jest zaakceptowanie i zrozumienie przez pacjenta, iż jest chory fizycznie oraz nauczenie radzenia sobie z problemami, a także zachowanie w aktualnej sytuacji spowodowanej chorobą nowotworową dotychczasowych relacji z najbliższymi. Przykładem przystosowania do choroby, może być optymistyczne podejście kobiety z rozpoznaniem raka piersi, do konieczności wykonania mastektomii. Pacjentka godzi się z taką potrzebą, bo to jest szansa na wyleczenie, jednocześnie planuje w przyszłości rekonstrukcję piersi, a tymczasem angażuje się w działalność stowarzyszenia Amazonek i wspiera inne kobiety z takim samym rozpoznaniem [95,147].

Rak piersi to choroba przewlekła, która w różnym zakresie zmienia dotychczasowe życie osoby chorej, niosąca za sobą wiele konsekwencji fizycznych i psychicznych. Akceptacja choroby zwiększa umiejętność dostosowania się do nowych, zmienionych przez chorobę warunków i radzenia sobie w sytuacji choroby nowotworowej.

1.2.2. Czynniki wpływające na stopień akceptacji choroby nowotworowej

Rozpoznanie nowotworu piersi ma destrukcyjny wpływ na całe życie kobiety, powoduje zaburzenia w sferze nie tylko fizycznej i społecznej, ale przede wszystkim w sferze emocjonalnej oraz psychicznej. Kobiety chore często są przygnębione i gorzej radzą sobie z utratą dotychczasowych zdolności, co również obniża stopień akceptacji choroby i jakość życia [58,119,209]. Holistyczne podejście do leczenia ukierunkowuje profesjonalistów zarówno na ciało jak i psychikę chorych kobiet. Celem takiego podejścia jest zwiększenie komfortu życia pacjentki w chorobie, zwiększenie szans na wyleczenie i przeżycie. Ważne jest prowadzenie badań mających na celu pogłębienie wiedzy na temat czynników mających znaczenie dla akceptacji choroby i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi [157,197,201,222].

Na podstawie dostępnych wyników badań można zidentyfikować ogólne czynniki mogące mieć wpływ na stopień akceptacji choroby. Wśród tych czynników wymienia się najczęściej:

1. Wiek – osoby starsze, powyżej 75. r.ż. prezentują słabszą akceptację choroby niż osoby poniżej 40. r.ż., co może wynikać ze zmniejszonej wydolności organizmu i licznych chorób współistniejących [34,195,218].
2. Stan cywilny – u osób będących w związku zaobserwowano wyższą akceptację choroby niż u osób samotnych [157,256].
3. Praca zawodowa – osoby aktywne zawodowo wykazują wyższy stopień akceptacji choroby niż osoby będące na emeryturze, rencie czy utrzymujące się z zasiłku [77,256].
4. Stosowane metody leczenia – osoby leczone wyłącznie chirurgicznie wykazują wyższy stopień akceptacji choroby, niż leczone systemowo. W akceptacji choroby u kobiet po mastektomii ważny również jest czas, jaki upłynął od zabiegu chirurgicznego [65,128,195].
5. Stan zdrowia – im samoocena stanu zdrowia jest wyższa tym wyższy stopień akceptacji choroby, im bardziej nasilone dolegliwości związane z chorobą i leczeniem, tym niższy stopień akceptacji choroby, np. przewlekłe zmęczenie obniża akceptację choroby oraz jakość życia chorych [37,256,268,301].
6. Zaangażowanie religijne, wiara i optymistyczne nastawienie wpływają pozytywnie na siły odpornościowe organizmu. Osoba chora, której udaje się nadać sens nowej, trudnej sytuacji oraz zachować nadzieję i wolę życia uzyskuje lepszą motywację do walki z chorobą. Pacjentki wierzące w sytuacji choroby, bardzo często szukają wsparcia w religii i gorliwej modlitwie [77,291].
7. Cechy osobowościowe: wytrwałość, optymizm, determinacja, nadzieja, wiara w powodzenie, odporność na stres, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach wpływają na sposób zrozumienia własnej sytuacji, kształtują pozytywne postawy do walki z chorobą oraz przekonanie o możliwościach oddziaływania na przebieg leczenia, a także zwiększają adaptację kobiet do zmian, jakie niesie choroba nowotworowa [77,218,256].
8. Wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół, osób najbliższych oraz ze strony instytucji w dużej mierze wpływa na wyższy stopień akceptacji choroby [9,56,79,196].

Z dostępnych badań wynika, że stopień akceptacji choroby związany jest z różnymi czynnikami socjodemograficznymi i medycznymi, ale należy podkreślić, iż nie są to czynniki uniwersalne, tj. mające znaczenie bez względu na rodzaj choroby i stan pacjenta.

1.2.3. Znaczenie akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych

Reakcje pacjentów na chorobę są odmienne w zależności od cech osobowościowych, indywidualnych predyspozycji i umiejętności radzenia sobie w stresie oraz rodzaju i zaawansowania procesu nowotworowego. Rozpoznanie nowotworu powoduje u większości chorych poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, rodzi ogromny stres i może prowadzić

do zaburzeń i dysfunkcji organizmu – przewlekłego bólu, depresji, lęku, niepokoju, przygnębienia oraz bezsenności, a nawet zaburzeń neuropsychiatrycznych [169,218]. Jedną z postaw jaką może przyjąć osoba chora, jest zaprzeczanie, czyli nie przyjmowanie informacji o diagnozie. Inna postawa fatalizmu, czyli stoickiej akceptacji choroby polega na prowadzeniu przez chorego bardziej intensywnego życia niż przed chorobą. Może również pojawić się depresja, czy poczucie bezradności, pacjent staje się wówczas pasywny. Zaburzenia psychiczne mogą wystąpić na każdym etapie choroby nowotworowej, wynikają one m.in. z braku umiejętności dostosowania się do nowej sytuacji zdrowotnej. Inna reakcja – postawa oczekiwania cechuje się nadmierną koncentracją na chorobie i przejawianiu własnej sytuacji [147]. Negatywne postrzeganie choroby jako zagrożenia, wyzwania, kary, czy wołania o pomoc przez pacjenta, wymaga interwencji psychologicznej [44]. Osoby chore onkologicznie, obawiają się przyszłości i niekiedy przejawiają tendencje do poprawiania aktualnego stanu emocjonalnego. Często bardziej cenią sobie jakość wykonywanych działań niż ich wielość. W większości pacjenci nastawieni są na rozpamiętywanie przeszłości, niektórzy jednak nastawieni są na przyszłość. Tacy chorzy przejawiają wyższy stopień akceptacji choroby, który powiązany jest z duchem walki i pozytywnym przewartościowaniem obecnej, trudnej sytuacji [98]. Należy zauważyć, iż choroba nowotworowa jest sytuacją trudną dla pacjenta, często będącego na granicy wytrzymałości fizycznej i psychicznej. W sytuacji choroby, oczekuje się, aby pacjent zmobilizował dodatkowe siły w celu poradzenia sobie z jej konsekwencjami. Należy pamiętać, iż skutki choroby obejmują nie tylko samego pacjenta, ale również jego rodzinę, a choroba wymaga zaangażowania osób najbliższych oraz personelu medycznego, który organizuje i realizuje leczenie, a także profesjonalną opiekę. Na każdym etapie choroby począwszy od diagnozy poprzez proces leczenia, po zakończonym leczeniu, w okresie remisji czy nawrotu choroby i w fazie terminalnej pojawiają się problemy psychologiczne. Ważne jest zatem przygotowanie pacjenta i jego rodziny przez personel medyczny do działania zmierzającego do obniżenia poziomu lęku i niepokoju, a zwiększenia stopnia akceptacji choroby. Dużo lepsze wyniki uzyskuje się, gdy w zespole medycznym jest psycholog [259,308]. W grupie pacjentów o niepomyślnym rokowaniu duże znaczenie ma wczesna opieka paliatywna, która pomaga w adaptacji psychologicznej i radzeniu sobie w chorobie. Zapewnia ona lepszą jakość życia chorych i ich rodzin z przyjęciem postawy aktywnej [25,33,66]. Akceptacja choroby nowotworowej jest wyznacznikiem przystosowania i funkcjonowania kobiet w chorobie, która określa stopień jej aprobaty. Stopień akceptacji ma duże znaczenie w holistycznym podejściu do leczenia chorób przewlekłych, do których należą również nowotwory. Brak akceptacji może powodować dyskomfort psychiczny, natomiast dobra akceptacja wpływa aktywizująco na pacjenta [51,149].

Niemal zawsze leczenie onkologiczne, może powodować zaburzenia w sferze fizycznej i psychicznej. Zaburzenia te mogą wynikać z powikłań somatycznych po

zastosowanej terapii. U kobiet z rakiem piersi leczonych chirurgicznie, zwłaszcza mastektomia zaburza funkcjonowanie we wszystkich sferach życia wpływając na jego jakość. Z kolei jakość życia jest powiązana ze stopniem akceptacji choroby. Mastektomia wiąże się z odczuwaniem lęku wynikającym z konieczności stosowania znieczulenia, możliwością wystąpienia powikłań oraz zaburzeniem obrazu własnego ciała, co często powoduje zakłócenie relacji międzyludzkich, w tym seksualnych [6,67,128]. Amputacja piersi może prowadzić również do zaburzeń zachowania takich jak: agresywna reakcja na dotyk, unikanie rozmów, izolacja społeczna. Zaburzenia te mogą wynikać również z bólu i innych powikłań pooperacyjnych. Dużą rolę w radzeniu sobie z chorobą pacjentki przypisują wpływowi osób, które sprawują opiekę nad nimi, głównie lekarzom i pielęgniarkom, ale również uważają, że bardzo pomocne w tym względzie są wiara, nadzieja i modlitwa [57,78,101]. U chorych na raka piersi leczonych radioterapią ważnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję z życia jest zmęczenie, które pojawia się przed i po zastosowaniu radioterapii. Ważne jest tutaj multidyscyplinarne podejście do chorych, uwzględnianie ich opinii i odczuć na temat terapii, co czyni pacjentki aktywnymi partnerkami w całym procesie leczenia, co nie jest obojętne dla stopnia akceptacji choroby [114,198,282].

Strategia przystosowania psychicznego do nowej, zmienionej sytuacji zdrowotnej oraz dobra akceptacja choroby wpływają na jakość życia chorych i są kluczowym czynnikiem mającym znaczenie w procesie zdrowienia.

1.3. Satysfakcja z życia jako wskaźnik zadowolenia z życia w sytuacji zdrowia i choroby

1.3.1. Wyjaśnienie pojęcia satysfakcja z życia

Satysfakcja (z łac. *satis*), oznacza wystarczająco, inaczej tyle ile potrzebuje się do całkowitego zaspokojenia dążeń, oczekiwań, potrzeb tak, aby nie było rozgoryczenia [109,186]. Według słownika poprawnej polszczyzny, satysfakcja stanowi wynagrodzenie krzywdy, zadośćuczynienie, zadowolenie, przyjemność [89]. Satysfakcja z życia jest wyznacznikiem zadowolenia z życia i jakości świadczonych usług medycznych. Inaczej to subiektywny dobrostan człowieka odnoszący się do procesu poznawczego w którym jednostka ocenia jakość własnego życia według określonych kryteriów i w dłuższej perspektywie czasu. Zadowolenie z życia oznacza wysoką ogólną jakość życia ocenioną według określonych kryteriów, a ocena satysfakcji z życia tworzy wynik na podstawie zestawienia własnej sytuacji życiowej zgodnie z przyjętymi standardami [63,129,140].

Poczucie satysfakcji to odczucie subiektywne, przejawiające się w określonych zachowaniach, reakcjach oraz indywidualnych postawach człowieka. Satysfakcja z życia w chorobie jest związana z zadowoleniem z opieki. Natomiast satysfakcja z opieki ma

charakter wielowymiarowy i jest związana z oczekiwaniami pacjenta. Im mniejsze oczekiwania, tym satysfakcja z opieki będzie wyższa, natomiast wygórowane i trudne do zrealizowania oczekiwania obniżają poziom satysfakcji chorego z otrzymanej opieki [7,117,226]. Na poziom satysfakcji z życia wpływa samoocena stanu zdrowia pacjenta, im wyższa samoocena tym poziom zadowolenia z życia jest wyższy.

1.3.2. Czynniki znaczące dla satysfakcji z życia

Zdrowie człowieka ma duży wpływ na poziom satysfakcji z życia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale również jako stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia. Stan zdrowia wpływa na jakość życia, a jej wyznacznikiem jest samoocena, która określa jak dana osoba radzi sobie w codziennym funkcjonowaniu. Choroba nowotworowa wpływa na jakość życia i prowadzi do obniżonej samooceny stanu zdrowia osób chorych, co przekłada się na obniżony poziom satysfakcji z życia [22,126,145,257].

Człowiek odczuwa większą satysfakcję z życia wówczas, gdy przeżywa mniej negatywnych emocji. Zależy to od cech charakteru osoby, ogólnego stanu zdrowia, relacji interpersonalnych, postawy w zakresie przystosowania się do nowej sytuacji. Na poziom satysfakcji z życia wpływać może również duchowość i nadzieja oraz aktywność fizyczna. Znaczące znaczenie dla poziomu satysfakcji z życia u kobiet z rakiem piersi ma rodzaj zastosowanego leczenia i jego skutki. W przypadku leczenia chirurgicznego znaczenie ma również metoda i czas jaki upłynął od wykonania zabiegu operacyjnego [63,181,231,236]. U większości kobiet, u których wykonano radykalną mastektomię, znacznie obniża się poczucie własnej wartości, może pojawić się kompleks połowy kobiety, co sprawia, że pacjentki mają zaburzone odczuwanie własnej kobiecości [158,192,300]. Często występują problemy natury seksualnej, wynikające z pogorszenia funkcjonowania w tej sferze życia. Funkcjonowanie to zależy od komfortu fizycznego i psychicznego, które podnoszą poziom satysfakcji z życia seksualnego, a tym samym mają wpływ na zadowolenie z życia [26,72,99,214,230].

Na poziom satysfakcji z życia chorych wpływają również powikłania wynikające z zastosowanego leczenia, zwłaszcza ból, nudności i zmęczenie. Stan zdrowia osoby chorej, jej kondycja fizyczna i psychiczna są także znaczące dla satysfakcji z życia [3,280,307]. Istotną rolę przypisuje się również aktywności fizycznej i rehabilitacji. Ważne, a nawet konieczne jest tu zapewnienie profesjonalnej opieki psychospołecznej w celu podniesienia poziomu satysfakcji z życia chorych [15,173].

Satysfakcja pacjenta ze sprawowanej opieki medycznej jest ważnym elementem w ocenie jakości usług medycznych i składową satysfakcji z życia. Jakość opieki według WHO to rezultat, sposób w jaki używa się środków, organizuje usługi i oceny satysfakcji

chorego ze sprawowanej opieki. Pacjent jest obserwatorem działań jakie są podejmowane wobec niego, dlatego należy stale podnosić jakość świadczonych usług medycznych [131,210,298]. Do czynników, które mają wpływ na jakość usług kształtujących poziom satysfakcji pacjentów należą: jakość i liczba informacji dostarczanych chorym, sposób traktowania, czas i uwaga poświęcona chorym przez pielęgniarki i lekarzy, bezpieczeństwo, intymność, poufność, szacunek, akceptacja, dostępność do świadczeń zdrowotnych, zadowolenie z opieki, przebieg procesu diagnostyki, warunki socjalno-bytowe, kultura osobista personelu, rodzaje udzielonego wsparcia. Satysfakcja pacjenta to inaczej opinia chorego lub jego rodziny dotycząca udzielonej opieki. Duży wpływ na poziom odczuwanej satysfakcji mają oczekiwania pacjenta odnoszące się do zakładu opieki zdrowotnej. Na te oczekiwania wpływają czynniki wewnętrzne (potrzeby, które charakteryzują daną osobę) i zewnętrzne (uzyskane informacje i doświadczenie) [186,187,204,225,296]. Ustawa o prawach pacjenta daje choremu prawo do leczenia zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną oraz do współdecydowania o procesie leczenia i do oceny jakości profesjonalnej opieki [278].

Należy podkreślić, iż w sytuacji choroby nowotworowej zdefiniowanie czynników znaczących dla satysfakcji z życia może być istotnym elementem poprawy efektywności leczenia oraz funkcjonowania kobiet w środowisku życia.

2. ZAŁOŻENIA, CELE BADAŃ, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

2.1. Uzasadnienie wyboru tematu

Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny i są powodem wielu problemów społecznych i ekonomicznych. Z danych epidemiologicznych wynika, że zachorowalność na nowotwory systematycznie wzrasta. Rak piersi, to obecnie najczęściej diagnozowany nowotwór złośliwy wśród kobiet na całym świecie. Nowotwór ten dotyczy kobiet w każdym wieku, a prognozy wskazują na dalszy wzrost zachorowań. Rozpoznanie raka piersi zaburza dotychczasowe funkcjonowanie kobiety w każdej dziedzinie życia i stanowi ogromne wyzwanie dla chorej i jej najbliższych. Czynniki mogące pomóc kobiecie w przystosowaniu się do nowych, zmienionych przez chorobę warunków jest akceptacja choroby, która determinuje w znacznym stopniu, radzenie sobie w trudnej sytuacji, poprawia samoocenę stanu zdrowia u chorego a tym samym podnosi poziom satysfakcji z życia [211,257,293].

Kobiety wskutek postępu choroby, potrzeby zastosowania agresywnego leczenia i konieczności hospitalizacji, często tracą zdolność do wykonywania określonych zadań. Chore zmagają się ze zmiennym samopoczuciem, negatywnymi emocjami takimi jak: lęk, strach, niepokój, dystres, przygnębienie i ubocznymi skutkami zastosowanego leczenia [65,180,259,275]. Sposób przystosowania do choroby, jej akceptacja i satysfakcja z życia, to istotne elementy mogące mieć związek z powodzeniem leczenia. Ostatnie kilkanaście lat to czas, kiedy znacząco wzrasta liczba kobiet z rozpoznaniem raka piersi zarówno w Polsce, jak i na świecie. Współczynniki zachorowalności i umieralności są bardzo wysokie. Choroba, jak wcześniej podkreślono zmienia sytuację życiową kobiet i ich codzienne funkcjonowanie. Dodatkowo okres pandemii Covid-19 spowodował zaburzenia w systemie opieki zdrowotnej. Dostęp do lekarzy specjalistów został ograniczony, co spowodowało opóźnienia w rozpoznaniu i leczeniu wielu chorób, w tym nowotworowych. Miało to również negatywny wpływ na stan psychiczny i emocjonalny społeczeństwa oraz pogorszyło sytuację epidemiologiczną w zakresie raka piersi.

Celem badań była ocena stopnia akceptacji choroby nowotworowej i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz określenie czynników demograficznych, społecznych i medycznych mających znaczenie dla poziomu akceptacji i satysfakcji z życia kobiet.

Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia, to elementy istotne dla powrotu do zdrowia i codziennego funkcjonowania chorych kobiet. Ważną rolę w przystosowaniu do choroby nowotworowej odgrywa świadomość kontroli nad chorobą poprzez radzenie sobie z problemami i sytuacjami stresującymi często występującymi w jej przebiegu.

2.2. Cele badań

Cel główny

Ocena stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz określenie rodzajów czynników demograficznych, społecznych i medycznych mających znaczenie dla akceptacji choroby i satysfakcji z życia.

Cele szczegółowe

1. Przedstawienie stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi.
2. Określenie korelacji pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej, a satysfakcją z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi.
3. Przedstawienie związku pomiędzy wybranymi zmiennymi opisowymi w zakresie czynników demograficznych, a akceptacją choroby i satysfakcją z życia badanych kobiet.
4. Określenie związku pomiędzy wybranymi czynnikami społecznymi, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia respondentek.
5. Zdefiniowanie czynników medycznych znaczących dla stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet.

2.3. Problemy i hipotezy badawcze

Problem główny

Jak przedstawia się stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem wybranych czynników demograficznych, społecznych i medycznych?

Problemy szczegółowe

1. Jaki jest stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u kobiet z rakiem piersi?
2. Czy zachodzi korelacja pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej, a satysfakcją z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi?
3. W jakim zakresie wybrane czynniki demograficzne wpływają na akceptację choroby i satysfakcję z życia badanych kobiet?
4. Jaki związek zachodzi pomiędzy wybranymi czynnikami społecznymi, a stopniem akceptacji choroby i satysfakcją z życia respondentek?
5. Jakie zależności występują pomiędzy wybranymi czynnikami medycznymi, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet?

Hipoteza główna

Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi kształtuje się na średnim poziomie. Czynniki demograficzne, społeczne i medyczne w różnym zakresie wpływają na stopień akceptacji choroby i satysfakcję z życia w badanej grupie.

Hipotezy szczegółowe

1. Kobiety z rakiem piersi w umiarkowanym stopniu akceptują swoją chorobę, a ich satysfakcja z życia jest na przeciętnym poziomie.
2. Zachodzi związek pomiędzy stopniem akceptacji choroby nowotworowej, a satysfakcją z życia kobiet z rakiem piersi.
3. Zmienne opisowe, takie jak: wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, mają wpływ na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi, natomiast stan cywilny i liczba posiadanych dzieci nie mają znaczenia w tym zakresie. Osoby młodsze, zamieszkałe w mieście, z wyższym wykształceniem wykazują wyższy stopień akceptacji choroby i satysfakcji z życia niż osoby starsze, z wykształceniem podstawowym/zawodowym i średnim oraz mieszkające na wsi.
4. Praca zawodowa, źródło utrzymania, sytuacja finansowa oraz uzyskane wsparcie determinują stopień akceptacji choroby i satysfakcję z życia kobiet z rakiem piersi. Osoby pracujące, będące w dobrej sytuacji materialnej, które otrzymały wsparcie odznaczają się wyższym stopniem akceptacji choroby i wyższym poziomem satysfakcji z życia.
5. Zachodzi związek pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu, czasem jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia, czasem trwania choroby, metodą leczenia, występowaniem przerzutów, występującymi dolegliwościami, przeszłością zdrowotną kobiet, samooceną stanu zdrowia, zadowoleniem z opieki i usług medycznych, stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej, aktywnością fizyczną, stosowaniem używek, a stopniem akceptacji choroby i satysfakcją z życia badanych kobiet.

3. MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

3.1. Materiał badawczy

W badaniu wzięły udział 483 kobiety z potwierdzonym klinicznie rozpoznaniem raka piersi. Do analizy przyjęto 465 poprawnie wypełnionych narzędzi badawczych. Wszystkie badane kobiety były leczone w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie.

Najmłodsza pacjentka była w wieku 22 lat, a najstarsza w wieku 79 lat, średnia wieku respondentek wyniosła $M=55,62$ lata, przy odchyleniu standardowym $SD=13,32$. Niewiele ponad połowa kobiet (51,8%) mieszkała w miastach o różnej liczbie mieszkańców, natomiast niespełna połowa badanych na wsi (48,2%). Największa grupa respondentek (31,6%) miała wykształcenie średnie lub policealne, a następną co do liczności grupa – wykształcenie wyższe (28,6%). Większość osób badanych pozostawało w związku małżeńskim (58,7%). Wdowy stanowiły 16,4% badanych, a panny 13,1%. Grupa 61,7% kobiet miała dzieci, przy czym najwięcej osób było matkami dwojga dzieci – 24,9%, natomiast 38,3% respondentek nie miało dzieci. Przed rozpoznaniem choroby nowotworowej pracowało zawodowo 67,3% badanych, natomiast na obecnym etapie choroby pracę zawodową zadeklarowało tylko 30,5% respondentek. Jako główne źródło utrzymania 38,3% badanych wymieniło pracę zawodową, natomiast 23,2% emeryturę. Największa grupa respondentek – 48,0% określiło swoją sytuację finansową jako dobrą, a 39,8% jako zadawalającą.

Stopień zaawansowania nowotworu w momencie jego rozpoznania u 37,2% ($N=173$) badanych został określony jako T1, u 34,8% ($N=162$) jako T2, a u 11,4% ($N=53$) kobiet rak piersi został rozpoznany w bardzo wczesnym stadium – Tis. Zbliżone do siebie pod względem liczności grupy kobiet – 8,6% ($N=40$) i 8,0% ($N=37$) miały rozpoznany nowotwór w stopniu T3 i T4. Najczęściej stosowaną w badanej grupie kobiet metodą leczenia raka piersi było działanie chirurgiczne. Ten rodzaj terapii dotyczył 64,3% ($N=299$) respondentek. Ponad połowa – 55,1% ($N=256$) badanych kobiet było dotychczas leczonych metodą chemioterapii, natomiast mniej liczne grupy były poddane radioterapii – 15,9% ($N=74$) i hormonoterapii – 9,2% ($N=43$). Czas trwania choroby był zróżnicowany. Największa grupa badanych – 47,1% ($N=219$) chorowała na raka piersi od 2 do 5 lat, kolejna pod względem liczności – 34,0% ($N=158$) grupa kobiet chorowała poniżej 2 lat. Natomiast powyżej 5 lat na raka piersi chorowało 18,9% ($N=98$) kobiet.

3.2. Metody badań

W dążeniu do osiągnięcia zamierzonego celu, konieczny jest wybór właściwych metod, technik oraz narzędzi badawczych, które umożliwiają uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Za metodę badawczą uważa się regularnie stosowany sposób postępowania, który prowadzi do określonego wyniku. Jest to zespół zabiegów instrumentalnych oraz koncepcyjnych, obejmujących postępowanie badacza w celu rozwiązania określonego problemu naukowego [221,287]. Stanowi koncepcję, umożliwiającą pozyskanie materiału badawczego jego weryfikację, analizę i przygotowanie tak, aby można było udzielić odpowiedzi na problemy badawcze [174,183].

Badania prowadzone w niniejszej rozprawie doktorskiej, przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Metoda ta jest pomocna w rozwiązywaniu problemów, których rozstrzygnięcie jest niemożliwe przy użyciu innych metod badawczych. Sprzyja formułowaniu problemów i hipotez badawczych, umożliwia zebranie bogatego materiału badawczego na temat opinii, stanowisk i przekonań osób badanych [184].

Metody postępowania w przygotowaniu tej pracy badawczej podzielono na następujące zadania:

- Określenie celów, problemów i hipotez badawczych.
- Opracowanie i dobór narzędzi badawczych.
- Uzyskanie opinii Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku.
- Uzyskanie zgody dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie.
- Wykonanie badań pilotażowych w celu dokonania niezbędnych korekt merytorycznych i technicznych w autorskim narzędziu badawczym.
- Wykonanie badań właściwych.
- Wybór i zastosowanie metod statystycznych.
- Analiza danych opisowych i statystycznych.
- Omówienie wyników badań.

Otrzymane wyniki badań zostały zakodowane i przedstawione w arkuszu kalkulacyjnym. W analizie statystycznej zastosowano pakiet IBM SPSS 26.0 wraz z modułem Exact Tests – testy dokładne. Istotność statystyczną różnic pomiędzy liczebnościami analizowanych kategorii, tj. stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia, analizowano za pomocą testu χ^2 dla jednej próby. Założenie o normalnym rozkładzie analizowanych zmiennych zweryfikowano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. Istotność statystyczną różnic w zakresie stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia pomiędzy dwiema grupami osób badanych analizowano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Istotność statystyczną różnic w zakresie stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia pomiędzy trzema grupami osób

badanych analizowano za pomocą nieparametrycznego testu H Kruskalla-Wallisa uzupełnionego testem U Manna-Whitneya wykorzystanym jako test porównań parami. Analizę różnic międzygrupowych uzupełniono wartościami miary siły efektu ε^2 . Zależności pomiędzy zmiennymi ciągłymi i porządkowymi analizowano za pomocą wartości współczynnika korelacji ρ Spearmana. Wszystkie istotne statystycznie zależności i różnice zilustrowano rycinami. Przeprowadzono również hierarchiczną analizę regresji, w której czynniki demograficzne, społeczne i medyczne analizowano w roli predyktorów stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. Istotność statystyczną predyktorów zweryfikowano za pomocą metody bootstrappingu.

Statystyki opisowe, tj.: wartości średnie, odchylenia standardowe, minimalne i maksymalne wartości oraz wartości miar skośności, kurtozy i wartości testu Kołmogorowa-Smirnowa, za pomocą których weryfikowano założenie o normalnym rozkładzie analizowanych zmiennych dla kwestionariuszy Skali Akceptacji Choroby (AIS) i Skali Satysfakcji z Życia (SWLS). Przedstawione zestawienia uzupełniono wartościami współczynników rzetelności pomiaru Cronbacha. W przypadku stwierdzenia istotnych statystycznie odchyleń od rozkładu normalnego, zarówno w przypadku akceptacji choroby jak i w przypadku satysfakcji z życia, kolejne analizy dotyczące tych zmiennych przeprowadzono w oparciu o nieparametryczne metody statystyczne, a analizy regresji w oparciu o metodę bootstrappingu. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p \leq 0,05$.

3.3. Techniki i narzędzia badawcze

Technika badawcza jest to czynność praktyczna, którą podejmuje osoba prowadząca badanie, w celu uzyskania optymalnie sprawdzonych faktów i opinii. Techniką badawczą, jaką posłużono się dla potrzeb niniejszego badania było ankietowanie. Narzędzie badawcze jest obiektem służącym do uskutecznienia danej techniki [287]. Do badań zastosowano następujące narzędzia badawcze: Autorski Kwestionariusz Ankiety; Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS).

Autorski Kwestionariusz Ankiety zawierał 46 pytań podzielonych na trzy części. Część pierwsza miała na celu dostarczenie informacji na temat wybranych danych demograficznych badanych osób. Zawarto w niej pytania dotyczące roku urodzenia, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego oraz liczby dzieci. Część druga Kwestionariusza składała się z 9. pytań, mających na celu zdiagnozowanie czynników społecznych, tj.: źródła utrzymania, sytuacji finansowej, pracy zawodowej przed rozpoznaniem choroby i obecnie, otrzymanego wsparcia oraz źródeł tego wsparcia. W ostatniej, trzeciej części, w 32. pytaniach zawarto informacje dotyczące czynników medycznych mogących mieć związek ze stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia badanych kobiet. Zapytano respondentki o przeszłość zdrowotną, w tym m.in.: występowanie raka piersi w rodzinie, wiek urodzenia pierwszego dziecka,

karmienie piersią. Następnie zadano pytania dotyczące czasu trwania choroby, stopnia zaawansowania nowotworu, metod i przebiegu procesu leczenia, w tym m.in. rodzaju operacji piersi, czasu jaki upłynął od wykonania operacji piersi, wpływu leczenia chirurgicznego na obniżenie wybranych determinantów satysfakcji z życia, wykonania rekonstrukcji piersi. W tej części Kwestionariusza zawarto również pytania dotyczące dolegliwości na obecnym etapie choroby, występowania przerzutów, a także poproszono respondentki o dokonanie samooceny stanu zdrowia oraz zapytano o czynniki mające znaczenie dla poziomu zadowolenia z opieki zdrowotnej, w tym zadowolenie z informacji o chorobie i przebiegu leczenia, zadowolenie z dotychczasowego leczenia oraz ocenę poziomu opieki zdrowotnej. Zwrócono także uwagę na wybrane elementy stylu życia, które mogą w istotny sposób wpływać na stan zdrowia, tj. zapytano o aktywność fizyczną, palenie papierosów oraz spożywanie alkoholu (załącznik nr 1).

Skala Akceptacji Choroby (AIS) w adaptacji Z. Juczyńskiego jest przeznaczona do badania osób dorosłych, aktualnie chorych i służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby [140]. Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym mniejsze poczucie psychicznego dyskomfortu i lepsze przystosowanie do choroby. Wysoki stopień akceptacji choroby jest wyrazem niskiego nasilenia negatywnych emocji i reakcji wynikających z obecnej w organizmie patologii. Skala składa się z 8. stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Sprowadzają się one do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej wartości. W każdym stwierdzeniu respondentka określa swój aktualny stan w pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, natomiast 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Suma wszystkich punktów mieści się w przedziale od 8 do 40. Niska punktacja oznacza brak akceptacji choroby, wysoka świadczy o dobrej akceptacji choroby (załącznik nr 2).

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) w adaptacji Z. Juczyńskiego służy do oceny subiektywnego dobrego samopoczucia i jest wynikiem porównania sytuacji własnej z przyjętymi przez siebie standardami [140]. Skala ta składa się z 5. stwierdzeń. Badana osoba ocenia, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do jego dotychczasowego życia, używając skali od 1 do 7, przy czym 1 oznacza „zupełnie nie zgadzam się”, 2 „nie zgadzam się”, 3 „raczej nie zgadzam się”, 4 „ani się zgadzam, ani nie zgadzam”, 5 „raczej zgadzam się”, 6 „zgadzam się”, 7 „całkowicie zgadzam się”. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Zakres wyników mieści się od 5 do 35 punktów, im wyższy wynik, tym większa satysfakcja z życia. Punktowe wyniki skali SWLS można przekładać na skalę stenową. Przyjęto, iż wyniki w zakresie 1–4 stena należy traktować jako niski poziom satysfakcji, 5–6 stena jako przeciętny, natomiast 7–10 stena jako poziom wysoki satysfakcji z życia (załącznik nr 3).

3.4. Charakterystyka miejsca prowadzenia badań

Badania zostały przeprowadzone w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie wśród pacjentek Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi Breast Cancer Unit, Oddziału Dziennego Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej oraz Oddziału Onkologii Klinicznej. Breast Cancer Unit zostało utworzone w 2020 roku jako jedno z pierwszych na Podkarpaciu. Centrum stanowi zespół pracowni i poradni specjalistycznych, które zajmują się szybką, kompleksową diagnostyką chorób piersi, wielospecjalistycznym, skoordynowanym leczeniem nowotworów złośliwych i zmian łagodnych piersi, profilaktyką oraz monitorowaniem pacjentek po przebytym leczeniu. Zadaniem BCU jest maksymalne skrócenie czasu oczekiwania chorych kobiet na pierwszą wizytę (najdłużej 5 dni) oraz czasu od zgłoszenia do poradni w celu postawienia diagnozy (najdłużej do 14 dni). Kadre medyczną tworzą specjaliści: lekarze i pielęgniarki, technicy elektroradiolodzy z doświadczeniem w wykonywaniu badań mammograficznych, psychoonkolog oraz zespół fizjoterapeutów. Podstawowym elementem BCU jest Zespół Diagnostyczno-Terapeutyczny, w skład którego wchodzi lekarze onkolodzy, którzy w trakcie cyklicznych konsyliów wspólnie ustalają indywidualny, najbardziej optymalny plan leczenia dla każdej pacjentki, analizują skuteczność leczenia po zakończonym etapie, w razie potrzeby dokonują modyfikacji leczenia. Nad sprawnym przebiegiem procesu diagnostyki i leczenia nadzór sprawuje koordynator merytoryczny, który ustala terminy kolejnych wizyt, informuje o nich pacjentki oraz udziela pomocy w trudnych sytuacjach. Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi wyposażone jest w najnowocześniejszy i najwyższej klasy sprzęt: mammograf z możliwością badań tomosyntezy, mammografii spektralnej, biopsji stereotaktycznej, wspomaganą próżniowo pod kontrolą zarówno USG jak i mammografii. Ponadto na wyposażeniu BCU są aparaty ultrasonograficzne wyposażone m.in. w głowice do diagnostyki chorób piersi, badań jamy brzusznej, echokardiograficznych oraz elastografię. Ponadto BCU posiada sprzęt do rehabilitacji, który zapewnia szerokie możliwości kompleksowego usprawniania kobiet w trakcie i po leczeniu raka piersi [122].

Dzienny Oddział Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej powstał w 2009 roku. Głównym celem Oddziału jest zapewnienie pacjentom onkologicznym profesjonalnej terapii, która pozwala na zachowanie aktywności w życiu codziennym. Pacjentki Oddziału Dziennego przebywają w szpitalu maksymalnie do 12 godzin. W trakcie pobytu mają wykonane badania laboratoryjne, odbywają wizytę u lekarza i mają podane leki cytostatyczne zgodnie ze zleceniem. Tego samego dnia pacjentki zostają wypisane do domu. Wyposażenie Oddziału zapewnia optymalne warunki wykonywania procedur, które mieszczą się w zakresie tego oddziału. Znajdują się tutaj: szatnia dla pacjentek, rejestracja, punkt pobrań materiału do badań, stanowisko do badania EKG, gabinety lekarskie oraz trzy sale, w których podawane są leki cytostatyczne [123].

W Oddziale Onkologii Klinicznej prowadzone jest leczenie specjalistyczne we współpracy m.in. z Oddziałem i Zakładem Radioterapii, Zakładem Brachyterapii oraz Oddziałem Chirurgii Onkologicznej. Oddział ma dostęp do kompleksowej diagnostyki radiologicznej, laboratoryjnej, histopatologicznej i molekularnej. W ramach prowadzonej terapii stosuje leczenie cytostatyczne, biologiczne oraz hormonoterapię. Prowadzone terapie systemowe odbywają się zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia onkologicznego [124].

Oddziały Chemioterapii i Chirurgii Onkologicznej były jednymi z pierwszych tego typu oddziałów w Polsce południowo-wschodniej. W Oddziale Chemioterapii prowadzi się leczenie skojarzone we współpracy z Oddziałem i Zakładem Radioterapii, Oddziałem Chirurgii Onkologicznej i Pracownią Patomorfologii [121,123]. Oddziały te mają dostęp do kompleksowej diagnostyki laboratoryjnej, radiologicznej i histopatologicznej.

3.5. Organizacja i przebieg badań

Badania przeprowadzono w okresie od kwietnia 2021 r. do września 2022 r. wśród 483 kobiet z rozpoznaniem raka piersi leczonych w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie, z czego do analizy przyjęto 465 kompletnie wypełnionych narzędzi badawczych.

Do realizacji badań przystąpiono po uzyskaniu zgody Dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie (załącznik nr 4) oraz uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku (Uchwała nr 3/2021 z dn. 12 marca 2021 r. – załącznik nr 5). Przed przystąpieniem do badań właściwych przeprowadzono badania pilotażowe w kwietniu 2021 r., które pozwoliły na dokonanie niewielkich korekt merytorycznych i technicznych w Autorskim Kwestionariuszu Ankiety i udoskonaleniu organizacji badań. Kryteria decydujące o włączeniu do grupy badanej stanowiły: płeć żeńska, wyrażenie świadomej i dobrowolnej zgody przez kobiety na udział w badaniu, rozpoznanie raka piersi, leczenie i/lub kontrola po zakończonym leczeniu w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie. Kryteria wykluczenia z badań to: płeć męska, brak zgody na udział w badaniu, współistnienie raka piersi z inną chorobą nowotworową (niezwiązaną z rakiem piersi). Każda osoba, która uczestniczyła w badaniu została poinformowana o celu badań i o możliwości rezygnacji z udziału na każdym etapie prowadzonych badań. Respondentki, zostały zapewnione o anonimowości oraz o wykorzystaniu wyników badań wyłącznie do celów naukowych.

4. WYNIKI BADAŃ

4.1. Dane demograficzne i społeczne

Wiek badanych kobiet wahał się od 22 do 79 lat, minimalny wiek wyniósł 22 lata, natomiast maksymalny 79 lat. Do celów analizy statystycznej badaną grupę kobiet podzielono na sześć grup wieku: 20–30 lat; 31–40 lat; 41–50 lat; 51–60 lat; 61–70 lat; 71–80 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły respondentki w wieku 61–70 lat – 27,1% (N=126). Zbliżone były udziały odsetkowe osób w grupie 51–60 lat – 21,9% (N=102) i w wieku 41–50 lat – 20,0% (N=93). Niewiele mniejszy odsetek stanowiły pacjentki w wieku 71–80 lat – 15,7% (N=73). W piątej grupie znalazły się osoby w wieku 31–40 lat – 11,4% (N=53), najmniej było chorych w wieku 20–30 lat 3,9% (N=18) (Tabela 4).

Miejsce zamieszkania badanych osób podzielono na pięć kategorii, były to: wieś, miasto do 30 tys. mieszkańców, miasto od 31 do 50 tys., miasto od 51 do 100 tys., miasto powyżej 100 tys. mieszkańców. Większość kobiet była mieszkankami wsi (48,2%; N=225), a drugie miejsce zajęły kobiety zamieszkałe w miastach do 30 tysięcy mieszkańców (17,0%; N=79). Niewiele mniejszy udział miały mieszkanki miast liczących 31–50 tysięcy mieszkańców (14,8%; N=69). Kobiety żyjące w dużych miastach – powyżej 100 tys. mieszkańców stanowiły 11,8% (N=55), a najmniej (8,2%; N=38) było kobiet mieszkających w miastach liczących 51-100 tys. ludności (Tabela 4).

Najliczniejszą grupę badanych kobiet stanowiły osoby z wykształceniem średnim (31,6%; N=147). Na drugim miejscu znalazły się osoby z wykształceniem wyższym (28,6%; N=133). Szkoły zawodowe ukończyło 26,9% (N=125) osób, a podstawowe/gimnazjalne – 12,9% (N=60) respondentek (Tabela 4).

Kobiety pozostające w związku małżeńskim stanowiły 58,7% (N=273) badanych. Drugą, znacznie mniejszą grupę tworzyły wdowy (16,4%; N=76), kolejną kobiety, które były pannami (13,1%; N=61). Niewielkie odsetki badanych stanowiły kobiety rozwiedzione (8,6%; N=40) i żyjące w separacji/konkubinacie (3,2%; N=15) (Tabela 4).

Ponad połowa (61,7%; N=286) kobiet biorących udział w badaniach deklarowała urodzenie dzieci. Niemal czwarta część respondentek miało dwoje dzieci (24,9%; N=116), następna co do licznosci grupa – jedno dziecko (21,7%; N=101), kolejna – troje dzieci (9,5% N=44), a matkami czterech lub więcej dzieci było 5,6% (N=26) kobiet. Niewiele ponad 1/3 respondentek nie miało dzieci (38,3%; N=178) (Tabela 4).

Tabela 4. Sytuacja demograficzna

Zmienna	N	%	
	465	100	
Wiek	20 do 30 lat	18	3,9
	31 do 40 lat	53	11,4
	41 do 50 lat	93	20,0
	51 do 60 lat	102	21,9
	61 do 70 lat	126	27,1
	71 do 80 lat	73	15,7
Miejsce zamieszkania	Wieś	224	48,2
	Miasto do 30 tys. mieszkańców	79	17,0
	Miasto od 31 tys. do 50 tys. mieszkańców	69	14,8
	Miasto od 51 tys. do 100 tys. mieszkańców	38	8,2
	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	55	11,8
Wykształcenie	Podstawowe/gimnazjalne	60	12,9
	Zawodowe	125	26,9
	Średnie/policealne	147	31,6
	Wyższe	133	28,6
Stan cywilny	Panna	61	13,1
	Mężatka	273	58,7
	Wdowa	76	16,4
	Rozwiedziona	40	8,6
	Separacja/konkubinat	15	3,2
Liczba dzieci	Bezdziecina	178	38,3
	1	101	21,7
	2	116	24,9
	3	44	9,5
	4 i więcej	26	5,6

W badanej grupie wystąpiło dość znaczne zróżnicowanie w zakresie źródła utrzymania. Najwięcej badanych kobiet utrzymywało się z wykonywanej pracy zawodowej – 38,2% (N=178). W następnej kolejności z emerytury 23,2% (N=108), z renty inwalidzkiej utrzymywało się 16,1% (N=79), na utrzymaniu innych osób pozostawało 9,5% (N=44) badanych. Z zasiłku rehabilitacyjnego korzystało 5,6% (N=26) osób, z renty rolniczej 3,8% (N=18), świadczenia socjalne otrzymywało 2,8% (N=13), z zasiłku dla bezrobotnych korzystało 0,9% (N=4) respondentek (Tabela 5).

Swoją sytuację finansową jako dobrą zadeklarowało 48,0% (N=223), a zadawalającą – 39,8% (N=185) respondentek. Na bardzo dobrą sytuację wskazało zaledwie 3,5% (N=16) kobiet, natomiast złą i bardzo złą wymieniło odpowiednio 8,0% (N=37) i 0,4% (N=2) badanych. Dwie osoby na to pytanie nie udzieliły odpowiedzi 0,4% (N=2) (Tabela 5).

Aktywnych zawodowo przed rozpoznaniem choroby nowotworowej było 67,3% respondentek (N=313), natomiast w czasie przeprowadzania badań odsetek kobiet pracujących obniżył się i wynosił 30,5% (N=142) (Tabela 5).

Tabela 5. Sytuacja społeczna

Zmienna	N	%	
	465	100	
Źródło utrzymania	Praca zawodowa	178	38,2
	Emerytura	108	23,2
	Renta inwalidzka	79	16,1
	Renta rolnicza	18	3,8
	Zasiłek rehabilitacyjny	26	5,6
	Świadczenie socjalne	13	2,8
	Zasiłek dla bezrobotnych	4	0,9
	Na utrzymaniu innych	44	9,5
Sytuacja finansowa	Bardzo dobra	16	3,4
	Dobra	223	48,0
	Zadawalająca	185	39,8
	Zła	37	8,0
	Bardzo zła	2	0,4
	Brak danych	2	0,4
Praca zawodowa przed rozpoznaniem choroby	Tak	313	67,3
	Nie	152	32,7
Praca zawodowa obecnie	Tak	142	30,5
	Nie	323	69,5

W każdej chorobie, a szczególnie w chorobie nowotworowej pacjenci znajdują się w trudnej sytuacji, której poprawę może przynieść wsparcie osób z najbliższego otoczenia. W zdecydowanej większości (81,7%; N=380) respondentki uważały, iż w sytuacji choroby mogły liczyć na pomoc i wsparcie od członków rodziny. Grupa 18,3% (N=85) kobiet było zdania, iż na takie wsparcie nie mogło liczyć (Tabela 6).

Badane kobiety najczęściej oczekiwały wsparcia osobistego od krewnych, znajomych i przyjaciół (41,9%; N=195), profesjonalnego (35,5%; N=165) od psychologa/psychoterapeuty, a w następnej kolejności wsparcia formalnego (29,5%; N=137) ze strony grup wsparcia, organizacji charytatywnych, wspólnot religijnych i pomocy społecznej (Tabela 6).

Badane kobiety najczęściej oczekiwały wsparcia osobistego od krewnych, znajomych i przyjaciół (41,9%; N=195), profesjonalnego (35,5%; N=165) od psychologa/psychoterapeuty, a w następnej kolejności wsparcia formalnego (29,5%; N=137) ze strony grup wsparcia, organizacji charytatywnych, wspólnot religijnych i pomocy społecznej (Tabela 6).

Tabela 6. Wsparcie w chorobie

	N	%
Otrzymane wsparcie	465	
Tak	380	81,7
Nie	85	18,3
Rodzaj wsparcia		
Osobiste (krewni, znajomi, przyjaciele)	195	41,9
Formalne (organizacje charytatywne, pomoc społeczna, grupy, wspólnoty religijne)	137	29,5
Profesjonalne (psycholog, psychoterapeuta)	165	35,5
Religijności/duchowość jako wsparcie		
Tak	290	62,4
Nie	175	37,6
Pomoc psychologa lub psychoonkologa		
Tak	132	28,4
Nie	333	71,6

W badanej grupie religijność i duchowość jako elementy wsparcia w sytuacji choroby były postrzegane przez 62,4% (N=290) badanych. Pozostałe osoby (37,6% N=175) uważały, że religijność i duchowość nie mają znaczenia w chorobie nowotworowej (Tabela 6).

Po zdiagnozowaniu raka piersi z pomocy psychologa, korzystało tylko 28,4% (N=132) kobiet, natomiast większość – 71,6% (N=333) respondentek, niestety z takiej pomocy nie korzystało (Tabela 6).

4.2. Charakterystyka czynników medycznych

W grupie czynników medycznych mogących mieć znaczenie dla akceptacji choroby i satysfakcji z życia kobiet zwrócono uwagę na: przeszłość zdrowotną badanych, czas trwania choroby, stopień zaawansowania nowotworu, metody i przebieg procesu leczenia, występowanie dolegliwości, występowanie przerzutów, samoocenę stanu zdrowia, a także na czynniki mające znaczenie dla poziomu zadowolenia z opieki zdrowotnej. Zwrócono również uwagę na wybrane elementy stylu życia kobiet, ponieważ te elementy mogą mieć istotne znaczenie dla zdrowia.

Przeszłość zdrowotna badanych

Zwraca uwagę fakt, iż duża grupa badanych kobiet (43,0%, N=200) potwierdziła występowanie w przeszłości raka piersi w rodzinie. Pozostałe respondentki (57,0%; N=265) uważały, że w ich rodzinach takiej patologii nie stwierdzono (Tabela 7).

Tabela 7. Występowanie raka piersi w rodzinie

Rak piersi w rodzinie	N	%
Tak	200	43,0
Nie	265	57,0

Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej obecnie lub w przeszłości zadeklarowała niemal co trzecia badana osoba (32,5%; N=151). Natomiast większość kobiet (67,5%; N=314) nie stosowała hormonalnej terapii zastępczej (Tabela 8).

Tabela 8. Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej

Hormonalna terapia zastępcza	N	%
Tak	151	32,5
Nie	314	67,5

W badanej grupie większość kobiet (62,6%; N=291) miało dzieci, natomiast nie było matkami 37,4% (N=174) respondentek. Wśród kobiet będących matkami najczęściej osób swoje pierwsze dziecko urodziło w wieku 21–30 lat (33,5%; N=156). Grupa 25,6% (N=119) badanych zostało matkami w wieku poniżej 21 lat. Nieliczne kobiety swoje pierwsze dziecko urodziły w wieku 31–40 lat (2,6%; N=12), a zaledwie 0,9% (N=4) osób po raz pierwszy zostało matkami w wieku 41 lat i powyżej (Tabela 9).

Tabela 9. Wiek kobiet w czasie urodzenia pierwszego dziecka

Wiek	N	%
Poniżej 21 lat	119	25,6
21–30 lat	156	33,5
31–40 lat	12	2,6
41 i powyżej	4	0,9
Nie dotyczy	174	37,4

Ponad połowa chorych kobiet (52,3%; N=243) karmiło swoje dzieci piersią. Przez okres dłuższy niż 6 miesięcy karmiło 24,1% (N=112) kobiet, przez okres 4–6 miesięcy karmiło 17,2% (N=80) badanych, a do 3 miesięcy – 11,0% (N=51) matek. Pozostałe osoby – 47,7% (N=222) kobiet nie karmiło piersią swoich dzieci (Tabela 10).

Tabela 10. Doświadczenie karmienia piersią

Karmienie piersią	N	%
	465	100
Tak	243	52,3
Nie	222	47,7
Okres karmienia		
Do 3 miesięcy	51	11,0
4–6 miesięcy	80	17,2
Powyżej 6 miesięcy	112	24,1
Nie dotyczy	222	47,7

Od każdej badanej kobiety zebrano informacje dotyczące pierwszych objawów wskazujących na raka piersi. Najczęściej występującym objawem był guz (40,4%; N=188). W następnej kolejności respondentki wskazały na: powiększenie węzłów chłonnych (16,1%; N=75), wyciek z brodawki sutkowej (15,5%; N=72), wciągnięcie brodawki (11,6%; N=54), objaw „skórki pomarańczy” (11,2%; N=52) oraz owrzodzenie brodawki sutkowej (7,5%; N=35). Najmniej kobiet doświadczyło wciągnięcia skóry w obrębie piersi (3,0%; N=14). Żadnych niepokojących zmian nie zauważyło 8,8% (N=41) osób (Tabela 11).

Tabela 11. Pierwsze objawy raka piersi

Objawy	N	%
Guz	188	40,4
Wyciek z brodawki sutkowej	72	15,5
Owrzodzenie brodawki sutkowej	35	7,5
Wciągnięcie brodawki sutkowej	54	11,6
Wciągnięcie skóry w obrębie piersi	14	3,0
Objaw „skórki pomarańczy” (pogrubienie, zaczerwienienie, stwardnienie skóry)	52	11,2
Powiększenie węzłów chłonnych	75	16,1
Nie dotyczy	41	8,8

Czas trwania choroby

Grupa kobiet objętych badaniem była leczona z powodu raka piersi w różnym okresie czasu. Okres ten został określony przedziałem czasu od rozpoznania raka piersi do czasu prowadzenia badań. Największa liczba badanych (41,7%, N=219) chorowała na raka piersi 2–5 lat. Mniejsza grupa chorowała poniżej 2 lat (34,0%; N=158). Natomiast w przedziale 6–10 lat chorowało 11,0% (N=51) kobiet. Dłuższy przedział czasowy – powyżej 10 lat dotyczył 7,9%; (N=37) respondentek (Tabela 12).

Tabela 12. Czas trwania choroby

Okres	N	%
	465	100
Poniżej 2 lat	158	34,0
2–5 lat	219	47,1
6–10 lat	51	11,0
Powyżej 10 lat	37	7,9

Czas jaki upłynął od zauważenia podejrzanego zmiany w piersi do postawienia diagnozy raka piersi w badanej grupie był zróżnicowany. Poniżej jednego miesiąca od zauważenia podejrzanego zmiany diagnoza została postawiona u 19,1% (N=89) osób, w czasie 1–2 miesięcy u 36,6% (N=170) chorych, 3–4 miesiące u 29,9% (N=139) kobiet, 5–6 miesięcy u 10,3% (N=48) i powyżej 6 miesięcy u 4,1% (N=19) kobiet (Tabela 13).

Tabela 13. Czas jaki upłynął od zauważenia podejrzanego zmiany w piersi do postawienia diagnozy

Czas	N	%
	465	100
Poniżej 1 miesiąca	89	19,1
1–2 miesiące	170	36,6
3–4 miesiące	139	29,9
5–6 miesięcy	48	10,3
Powyżej 6 miesięcy	19	4,1

W sytuacji choroby nowotworowej bardzo ważny jest czas, jaki upłynął od rozpoznania raka piersi do rozpoczęcia leczenia. W badanej grupie kobiet poniżej jednego miesiąca rozpoczęto leczenie u 21,5% (N=100) osób. W czasie 1–2 miesięcy u 41,7% (N=194) respondentek, w okresie 3–4 miesięcy u 19,4% (N=90), a powyżej 4 miesięcy u 17,4% (N=81) badanych kobiet (Tabela 14).

Tabela 14. Czas od postawienia diagnozy raka piersi do rozpoczęcia leczenia

Czas	N	%
	465	100
Poniżej 1 miesiąca	100	21,5
1–2 miesięcy	194	41,7
3–4 miesiące	90	19,4
Powyżej 4 miesięcy	81	17,4

Stopień zaawansowania nowotworu

Stopień zaawansowania nowotworu jest jednym z istotnych elementów mających znaczenie dla efektywności powodzenia leczenia onkologicznego. Im niższy stopień zaawansowania nowotworu, tym większa jest szansa na wyleczenie. U największej grupy kobiet (37,2%; N=173) rozpoznano raka piersi w stopniu T1, niewiele mniej (34,8%; N=162) miało zmianę rozpoznaną jako T2. Najniższy stopień zaawansowania – Tis stwierdzono

u 11,4% (N=53) badanych. U zbliżonych do siebie pod względem liczebności grup rozpoznano zmiany zakwalifikowane jako T3 (8,6%; N=40) i T4 (8,0%; N=37) (Tabela 15).

Tabela 15. Stopień zaawansowania nowotworu

Stopień zaawansowania	N	%
	465	100
Tis	53	11,4
T1	173	37,2
T2	162	34,8
T3	40	8,6
T4	37	8,0

Metody i przebieg procesu leczenia

W badanej grupie kobiet stosowano różne metody leczenia przeciwnowotworowego. Ponad połowa respondentek (64,3%; N=299) było leczonych chirurgicznie, niewiele mniejsza (55,1%; N=256) grupa była leczona chemioterapią, u 15,9% (N=74) chorych zastosowano radioterapię. Hormonoterapia dotyczyła 9,2% (N=43) kobiet. Trzy osoby (0,6%) zadeklarowały również inne metody leczenia wyszczególniając tutaj immunoterapię (Tabela 16).

Tabela 16. Rodzaj zastosowanego leczenia onkologicznego

Rodzaj leczenia	N	%
Chirurgiczne	299	64,3
Radioterapia	74	15,9
Chemioterapia	256	55,1
Hormonoterapia	43	9,2
Inne	3	0,6

Informacje dotyczące leczenia chirurgicznego, odnosiły się wyłącznie do kobiet, które były leczone tą metodą. Jak wcześniej podano kobiety leczone chirurgicznie stanowiły 64,3% (N=299) ogółu badanych (Tabela 16; Tabela 17).

Tabela 17. Metody leczenia chirurgicznego

Rodzaj operacji	N	%
	299	100
Usunięcie samego guza – tumorektomia	81	27,1
Usunięcie 1 kwadrantu piersi – kwadrantektomia	41	13,7
Usunięcie guza z węzłami chłonnymi i częścią gruczołu piersiowego	53	17,7
Całkowita mastektomia	95	31,8
Zmodyfikowana mastektomia	29	9,7

Najwięcej – 31,8% (N=95) kobiet miało wykonaną całkowitą mastektomię. Operację oszczędzającą zastosowano u 27,1% (N=81) chorych, usunięcie guza z węzłami chłonnyymi i częścią gruczołu piersiowego wykonano u 17,7% (N=53) kobiet, usunięcie jednego kwadrantu piersi dotyczyło 13,7% (N=41) badanych. W grupie respondentek leczonych operacyjnie najmniej – 9,7 (N=29) osób przeszło zmodyfikowaną mastektomię.

Czas, jaki upłynął od wykonania zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych chirurgicznie był zróżnicowany. Najwięcej – 34,8% (N=104) respondentek miało wykonaną operację stosunkowo niedawno, bo w czasie ostatnich 6 miesięcy. W okresie 7–12 miesięcy leczenie operacyjne zostało przeprowadzone u 15,1% (N=45) kobiet, czas 13–24 miesięcy od wykonania zabiegu dotyczył 11,7% (N=35) badanych, a od 3 do 4 lat 22,7% (N=68) kobiet. W grupie 15,7% (N=47) badanych od wykonania operacji upłynęło 5 lat i powyżej (Tabela 18).

Tabela 18. Czas jaki upłynął od wykonania zabiegu operacyjnego

Czas	N	%
	299	100
Do 6 miesięcy	104	34,8
7–12 miesięcy	45	15,1
13–24 miesiące	35	11,7
3–4 lata	68	22,7
5 lat i powyżej	47	15,7

Dla kobiet poddanych leczeniu operacyjnemu (64,3%; N=299) w okresie pooperacyjnym najbardziej dokuczliwym problemem był ból. Problem ten dotyczył największej – 55,9% (N=167) grupy kobiet leczonych operacyjnie. W dalszej kolejności kobiety wymieniały: niepokój związany z leczeniem onkologicznym (28,1%; N= 84), lęk o własne życie (23,7%; N=71), znaczne osłabienie (19,7%; N=59), obawę o brak akceptacji ze strony najbliższych (3,7%; N=11), brak samoakceptacji (2,7%; N=8) (Tabela 19).

Tabela 19. Problemy zgłaszane w okresie pooperacyjnym

Problem	N	%
	299	
Ból	167	55,9
Znaczne osłabienie	59	19,7
Lęk o własne życie	71	23,7
Niepokój związany z leczeniem onkologicznym	84	28,1
Brak samoakceptacji	8	2,7
Obawa o brak akceptacji ze strony najbliższych	11	3,7

Operacja piersi miała wpływ w różnym zakresie na obniżenie wybranych determinantów składających się na satysfakcję z życia. U największej grupy (51,2%; N=153) badanych działanie chirurgiczne w obrębie piersi obniżyło zadowolenie z własnego ciała. Pozostałe determinanty, które również w opinii kobiet po operacji uległy znacznemu obniżeniu to: poczucie kobiecości (47,2%; N=141), seksualność (46,5%; N=139), poczucie własnej wartości (44,8%; N=134) i zainteresowanie partnerem (42,8%; N=128) (Tabela 20).

Tabela 20. Wpływ operacji piersi na obniżenie wybranych determinantów satysfakcji z życia

Determinanty	N	%
	299	
Seksualność	139	46,5
Poczucie własnej wartości	134	44,8
Zadowolenie z własnego ciała	153	51,2
Zainteresowanie partnerem	128	42,8
Wpływ na poczucie kobiecości	141	47,2

Operację rekonstrukcji piersi wykonano u 39,8% (N=119) kobiet. Z tej grupy – 90,8% (N=108) osób, było zadowolonych z wykonanego zabiegu rekonstrukcji. Pozostałe 9,2% (N=11) wyraziło swoje niezadowolenie z operacji odtwórczej piersi. Wykonanie zabiegu rekonstrukcji piersi wpłynęło na lepsze samopoczucie u 89,9% (N=107) respondentek, a dla pozostałych – 10,1% (N=12) kobiet zabieg nie miał znaczenia w tym względzie (Tabela 21).

Tabela 21. Wykonanie rekonstrukcji piersi i jej wpływ na kobiety

Rekonstrukcja piersi	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Zadowolenie z wykonanego zabiegu	108	90,8	11	9,2
Lepsze samopoczucie	107	89,9	12	10,1

Stosowanie niekonwencjonalnych metod leczenia

W chorobie nowotworowej dopuszcza się stosowanie niekonwencjonalnych metod leczenia pod warunkiem poinformowania o tym lekarza prowadzącego i uzyskania informacji o braku przeciwwskazań do tego rodzaju postępowania. Korzystanie natomiast z niekonwencjonalnych metod leczenia przed pójściem do lekarza nie jest dopuszczalne, ponieważ takie postępowanie opóźnia czas rozpoznania choroby nowotworowej, a także może zaburzać proces leczenia. W badanej grupie większość – 73,1% (N=340) kobiet nie korzystało z niekonwencjonalnych metod leczenia, pozostałe 26,9% (N=127) badanych zadeklarowało korzystanie z takich metod jeszcze przed rozpoznaniem choroby. W tej grupie najczęściej kobiety korzystały z ziołolecznictwa (16,3%; N=76), bioenergoterapii

(7,1%; N=33), akupunktury (1,3%; N=6), hipnoterapii (0,9%; N=4), homeopatii (0,9%; N=4) i akupresury (0,9%; N=4) (Tabela 22).

Tabela 22. Korzystanie z niekonwencjonalnych metod leczenia

Niekonwencjonalne metody leczenia	N	%
Bioenergoterapia	33	7,1
Ziołolecznictwo	76	16,3
Hipnoterapia	4	0,9
Homeopatia	4	0,9
Akupunktura	6	1,3
Akupresura	4	0,9
Nie dotyczy	340	73,1

Respondentki, które korzystały z niekonwencjonalnych metod leczenia zanim, zgłosiły się do lekarza informacje o tych metodach uzyskały głównie od krewnych i znajomych (13,3%; N=62), innych pacjentów (9,2%; N=43), z prasy, TV i książek (7,3%; N=34), ulotek (4,1%; N=19), bioenergoterapeuty (2,6%; N=12), a także z innych źródeł (1,1%; N=5) (Tabela 23).

Tabela 23. Źródła informacji na temat niekonwencjonalnych metod leczenia

Źródła informacji	N	%
Prasa, TV, książki	34	7,3
Znajomi, krewni	62	13,3
Inni pacjenci	43	9,2
Bioenergoterapeuta	12	2,6
Ulotki	19	4,1
Inne źródła	5	1,1
Nie dotyczy	316	68,0

Występowanie dolegliwości

Na obecnym etapie choroby występowanie dolegliwości wynikających z procesu nowotworowego potwierdziło 48,8% (N=227) respondentek. Najczęściej występującą dolegliwością było ogólne zmęczenie zgłoszone przez 19,8% (N=92) badanych, w następnej kolejności ból – 15,5% (N=72). Zbliżone do siebie pod względem liczności grupy kobiet odczuwały nerwowość, rozdrażnienie – 14,6% (N=68) oraz osłabienie – 14,2% (N=66). Obniżony nastrój był dolegliwością zgłoszoną przez 9,2% (N=43) badanych. W następnej kolejności respondentki zgłaszały brak apetytu (7,5%; N=35), zaburzenia snu (7,1%; N=33), nudności, wymioty (5,6%; N=26) i inne dolegliwości (1,3%; N=6). Wśród innych dolegliwości respondentki wymieniły bóle głowy, uczucie mrowienia kończyn górnych, uderzenia gorąca, obniżenie zdolności zapamiętywania (Tabela 24).

Tabela 24. Najbardziej nasilone dolegliwości na obecnym etapie choroby

Dolegliwości	N	%
Ból	72	15,5
Ogólne zmęczenie	92	19,8
Nudności, wymioty	26	5,6
Obniżony nastrój	43	9,2
Brak apetytu	35	7,5
Osłabienie	66	14,2
Zaburzenia snu	33	7,1
Zbytńia nerwowość i rozdrażnienie	68	14,6
Inne	6	1,3
Nie dotyczy	238	51,2

Występowanie przerzutów

W przebiegu diagnozowania, leczenia i kontroli nie stwierdzono przerzutów do okolicznych tkanek i narządów u 71,0% (N=330) chorych, u pozostałych 29,0% (N=135) wystąpiły przerzuty nowotworowe (Tabela 25).

Tabela 25. Występowanie przerzutów raka piersi

Występowanie	N	%
Nie	330	71,0
Tak	135	29,0
	N	%
Miejsce	135	
Regionalne węzły chłonne	75	55,6
Kości	18	13,3
Wątroba	27	20,0
Płuco	22	16,3
Mózg	8	5,9
Tarczyca	1	0,7

Przerzuty w przebiegu raka piersi dotyczyły, najczęściej regionalnych węzłów chłonnych (55,6%; N=75), a w dalszej kolejności wątroby (20,0%; N=27), płuc (16,3%; N=22), kości (13,3%; N=18), mózgu (5,9%; N=8) i tarczycy (0,7%; N=1).

Samoocena stanu zdrowia

Badane kobiety na obecnym etapie leczenia oceniły stan swojego zdrowia. Największa grupa – 60,6%; (N=282) respondentek uważało, że stan ich zdrowia jest dobry. Jako bardzo dobry stan swojego zdrowia oceniło 3,7% (N=17) pacjentek, natomiast 29,3% (N=136) kobiet oceniło stan swojego zdrowia na poziomie dostatecznym. Były również osoby, które uważały, iż stan ich zdrowia jest zły (5,8%; N=27), a nawet bardzo zły (0,6%; N=3) (Tabela 26).

Tabela 26. Samoocena stanu zdrowia na obecnym etapie leczenia

Samoocena	N	%
	465	100
Bardzo dobry	17	3,7
Dobry	282	60,6
Dostateczny	136	29,3
Zły	27	5,8
Bardzo zły	3	0,6

Czynniki mające znaczenie dla poziomu zadowolenia z opieki zdrowotnej

Zadowolenie kobiet z informacji na temat choroby udzielonych przez personel medyczny było zróżnicowane. Niemal połowa – 49,0% (N=228) kobiet było zadowolonych z tych informacji w stopniu umiarkowanym. Grupa 42,4% (N=197) kobiet uważała, że były w pełni zadowolone z przekazanych informacji. W małym stopniu swoje zadowolenie zadeklarowało 6,9% (N=32) badanych, natomiast w ocenie 1,7% (N=8) kobiet informacje na temat choroby udzielone przez personel medyczny nie były dla nich satysfakcjonujące (Tabela 27).

Tabela 27. Zadowolenie z dotychczasowego leczenia

Ocena poziomu zadowolenia z informacji udzielonych przez profesjonalistów na temat choroby	N	%
	465	100
W pełni	197	42,4
W umiarkowanym stopniu	228	49,0
W małym stopniu	32	6,9
Brak zadowolenia	8	1,7
Zadowolenie z leczenia		
Tak	421	90,5
Nie	44	9,5
Ocena poziomu opieki w ośrodku onkologicznym		
Bardzo dobry	199	42,8
Dobry	227	48,8
Dostateczny	31	6,7
Niedostateczny	8	1,7

Zdecydowana większość – 90,5% (N=421) badanych kobiet było zadowolonych z dotychczasowego leczenia, natomiast pozostałe – 9,5% (N=44) respondentek miało odmienne zdanie (Tabela 27).

Poziom opieki zdrowotnej i usług medycznych w ocenie największej grupy – 48,8% (N=227) badanych kobiet był dobry. Niewiele mniej – 42,8% (N=199) kobiet uważało, że poziom opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym, w którym były diagnozowane i leczone był bardzo dobry. W badanej grupie były również

respondentki (6,7%; N=31), które uważały, iż poziom ten jest dostateczny, natomiast 1,7% (N=8) badanych kobiet oceniło świadczone usługi medyczne i jakość opieki zdrowotnej na poziomie niedostatecznym (Tabela 27).

Wybrane elementy stylu życia

Aktywność fizyczna jest istotnym elementem w utrzymaniu zdrowia, a także ułatwia powrót do zdrowia. W badanej grupie – 23,9% (N=111) kobiet zadeklarowało codzienną aktywność fizyczną, natomiast 21,0% (N=98) uważało, iż są aktywne fizycznie tylko czasami (kilka razy w miesiącu) (Tabela 28).

Tabela 28. Aktywność fizyczna respondentek

Aktywność fizyczna	N	%
	465	100
Codziennie	111	23,9
Często (kilka razy w tygodniu)	91	19,6
Czasami (kilka razy w miesiącu)	98	21,0
Rzadko (raz w miesiącu lub rzadziej)	51	11,0
Brak	114	24,5

Częstą aktywność fizyczną (kilka razy w tygodniu) zadeklarowało 19,6% (N=91), natomiast odpowiedź „rzadko (raz w miesiącu lub rzadziej)” wybrało 11,0% (N=51) badanych kobiet. Niemal co czwarta kobieta (24,5%; N=114) nie stosowała żadnej aktywności fizycznej (Tabela 28).

Palenie papierosów i spożywanie alkoholu to nałogi negatywnie wpływające na zdrowie.

Tabela 29. Palenie papierosów przez kobiety

Palenie papierosów	N	%
	465	100
Tak, systematycznie	54	11,6
Tak, sporadycznie	122	26,2
Nie	289	62,2

Większość – 62,2% (N=289) badanych kobiet, nie paliła papierosów. Grupa 26,2% (N=122) paliła sporadycznie, natomiast do systematycznego palenia papierosów przyznało się 11,6% (N=54) respondentek (Tabela 29).

Tabela 30. Spożywanie alkoholu przez kobiety

Spożywanie alkoholu	N	%
	465	100
Tak, często	12	2,6
Tak, rzadko	131	28,2
Nie	322	69,2

Podobna sytuacja dotyczyła spożywania alkoholu. Większość – 69,2% (N=322) kobiet nie spożywało alkoholu, rzadko spożywało alkohol 28,2% (N=131) badanych, natomiast do częstego spożywania alkoholu przyznało się 2,6% (N=12) kobiet (Tabela 30).

4.3. Stopień akceptacji choroby

Średnia wartość ogólnego wskaźnika akceptacji choroby w grupie pacjentek z rakiem piersi wyniosła $M=29,95$, przy odchyleniu standardowym $SD=6,75$. Statystyki opisowe dla skali akceptacji choroby (AIS), uzupełniono przedstawieniem współczynnika rzetelności pomiaru α Cronbacha (Tabela 31).

Tabela 31. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych

Zmienna	M	SD	min	max	S	K	K-S	p	α
Akceptacja choroby	29,95	6,75	8	40	-0,30	-0,66	0,08	0,001	0,91

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *min* – wartość minimalna; *max* – wartość maksymalna; *S* – miara skośności; *K* – miara kurtozy; *K-S* – wartość testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność statystyczna; α – wartość współczynnika rzetelności pomiaru α Cronbacha

Wartość współczynnika α Cronbacha (0,91) świadczy o wysokiej rzetelności pomiaru akceptacji choroby w badaniach własnych. Stwierdzono statystycznie istotne odchylenia od rozkładu normalnego ($p=0,001$), wobec tego analizy dotyczące akceptacji choroby zostały przeprowadzone w oparciu o nieparametryczne metody statystyczne, a analizy regresji przeprowadzono w oparciu o metodę bootstrappingu.

W badanej grupie stwierdzono znaczne zróżnicowanie liczności kobiet w poszczególnych stopniach akceptacji choroby. Ponad połowa respondentek (54,6%; N=254) osiągnęła w skali AIS przedział 30–40 punktów, co świadczyło o wysokim stopniu akceptacji choroby nowotworowej. Kolejna pod względem liczności grupa (38,7%; N=180) mieściła się w przedziale 20–29 punktów wskazującym na umiarkowany stopień akceptacji choroby. Najmniej liczna grupa (6,7%, N=31) osiągnęła w skali AIS 8–19 punktów, co wskazuje na niski stopień akceptacji choroby (Tabela 32).

Tabela 32. Stopień akceptacji choroby

Stopień akceptacji choroby	Suma punktów	N	%
		465	100
Niski	8–19	31	6,7
Umiarkowany	20–29	180	38,7
Wysoki	30–40	254	54,6

Średnie wartości akceptacji choroby w poszczególnych ośmiu stwierdzeniach skali AIS różniły się, ale ich wartości były do siebie zbliżone. Najwyższa średnia wartość – $M=3,91$ została uzyskana przez kobiety w stwierdzeniu 1. „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. Niewiele mniejsza – $M=3,81$ wartość

została uzyskana w stwierdzeniu 5. „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”. Następnie wartość – $M=3,75$ w stwierdzeniu 6. „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem”. Takie same średnie wartości – $M=3,73$ zostały uzyskane przez respondentki w stwierdzeniu 3. „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” i 7. „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Średnia wartość – $M=3,70$ dotyczyła stwierdzenia 8. „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”, i niewiele niższa – $M=3,69$ stwierdzenia 2. „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”. Natomiast najniższa średnia wartość – $M=3,65$ została uzyskana przez badane kobiety w stwierdzeniu 4. „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” (Tabela 33).

Tabela 33. Statystyki skali AIS

Stwierdzenia	M	Mdn	SD	Min	Maks
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,91	4,00	1,079	1	5
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,69	4,00	1,066	1	5
3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,73	4,00	1,114	1	5
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,65	4,00	1,071	1	5
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,81	4,00	1,038	1	5
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,75	4,00	1,063	1	5
7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,73	4,00	1,061	1	5
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,70	4,00	1,115	1	5

Badane kobiety dokonały również samooceny w zakresie akceptacji choroby nowotworowej na obecnym etapie leczenia (Tabela 34).

Tabela 34. Samoocena akceptacji choroby nowotworowej na obecnym etapie leczenia

Akceptacja choroby	N	%
Tak	465	100
Tak	362	77,8
Nie	103	22,2

Większość badanych – 77,8% (N=362) było zdania, że zaakceptowało swoją chorobę, natomiast pozostałe – 22,2% (N=103) kobiet było odmiennego zdania, czyli nie zaakceptowały choroby (Tabela 34).

4.4. Poziom satysfakcji z życia

Średnia wartość ogólnego wskaźnika satysfakcji z życia w grupie badanych kobiet wyniosła $M=21,59$, przy odchyleniu standardowym $SD=5,67$. Natomiast w skali stenowej średnia wartość wyniosła $M=5,91$ stena ($SD=6,0$). Statystyki opisowe dla skali satysfakcji z życia (SWLS) uzupełniono określeniem współczynnika rzetelności pomiaru α Cronbacha (Tabela 35).

Tabela 35. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych

Zmienna	M	SD	Min	Max	S	K	K-S	p	α
Satysfakcja z życia	21,59	5,67	5	35	-0,02	-0,45	0,09	0,001	0,91

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *min* – wartość minimalna; *max* – wartość maksymalna; *S* – miara skośności; *K* – miara kurtozy; *K-S* – wartość testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność statystyczna; α – wartość współczynnika rzetelności pomiaru α Cronbacha

Wartość współczynnika α Cronbacha (0,91) świadczy o wysokiej rzetelności pomiaru w badaniach własnych. Stwierdzono istotne statystycznie odchylenia od rozkładu normalnego ($p=0,001$) w zakresie satysfakcji z życia, podobnie jak w przypadku akceptacji choroby. W związku z tym kolejne analizy dotyczące satysfakcji z życia zostały wykonane w oparciu o nieparametryczne metody statystyczne, a analizy regresji w oparciu o metodę bootstrappingu.

Największa grupa – 40,7% ($N=189$) kobiet uzyskała w wyniku surowym przedział punktowy 24–35, a w skali stenowej 7–10, co oznaczało wysoki poziom satysfakcji z życia. Kolejna pod względem liczności grupa (34,8%; $N=162$) uzyskała w wyniku surowym 18–23 punkty (5–6 stena), co oznaczało przeciętną satysfakcję z życia. Najmniej liczna grupa (24,5%; $N=114$) uzyskała w wyniku surowym przedział punktowy 5–17 (1–4 stena), co oznaczało niski poziom satysfakcji z życia (Tabela 36).

Tabela 36. Satysfakcja z życia

Poziom satysfakcji	Punkty	Steny	N	%
Niski	5–17	1–4	114	24,5
Przeciętny	18–23	5–6	162	34,8
Wysoki	24–35	7–10	189	40,7

Średnie wartości satysfakcji z życia, w poszczególnych pięciu stwierdzeniach w skali SWLS, były do siebie zbliżone. Najwyższy wynik – $M=4,49$ ($SD=1,22$), został osiągnięty w twierdzeniu 3. „Jestem zadowolony z mojego życia”, niewiele niższa wartość – $M=4,41$ została osiągnięta w dwóch stwierdzeniach – 5. „W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem” ($SD=1,32$) i 6. „Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić” ($SD=1,44$) (Tabela 37).

Tabela 37. Statystyki Skali SWLS

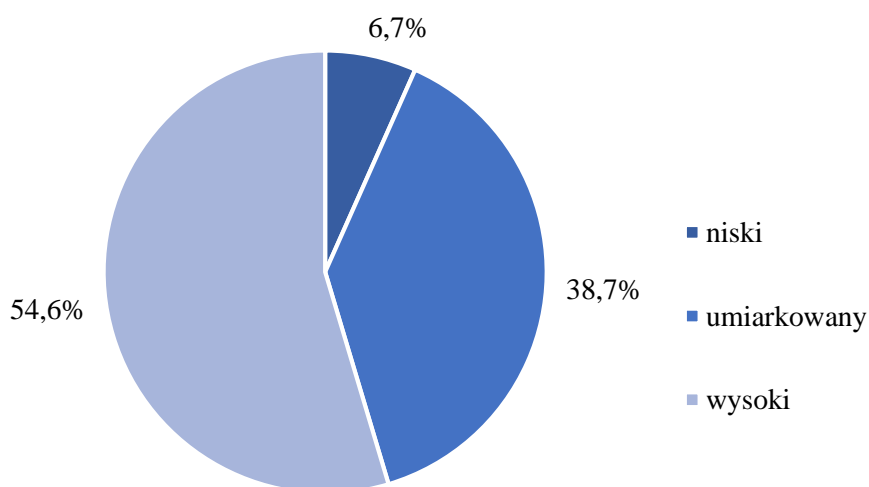
Stwierdzenia	N	M	Mdn	SD	Min	Maks
Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału	465	4,07	4,00	1,342	1	7
Warunki mojego życia są doskonałe	465	4,22	4,00	1,252	1	7
Jestem zadowolony z mojego życia	465	4,49	5,00	1,221	1	7
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem	465	4,41	4,00	1,325	1	7
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić	465	4,41	4,00	1,446	1	7

Niższa wartość – $M=4,22$ ($SD=1,25$) została osiągnięta w stwierdzeniu 2. „Warunki mojego życia są doskonałe”, natomiast najniższa wartość na poziomie $M=4,07$ ($SD=1,34$) została osiągnięta przez badane kobiety w stwierdzeniu 1. „Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału” (Tabela 37).

4.5. Testowanie hipotez badawczych

4.5.1. Stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia

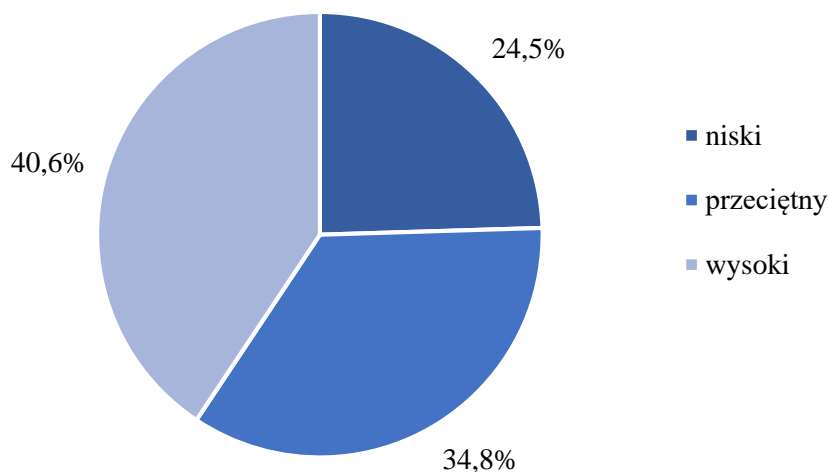
Osób charakteryzujących się wysokim stopniem akceptacji choroby było istotnie statystycznie więcej niż osób charakteryzujących się niskim stopniem akceptacji choroby ($\chi^2(1)=174,49$; $p<0,001$) i osób charakteryzujących się umiarkowanym stopniem akceptacji choroby ($\chi^2(1)=12,62$; $p<0,001$). Pacjentek z umiarkowanym stopniem akceptacji choroby było istotnie statystycznie więcej niż osób charakteryzujących się niskim stopniem akceptacji choroby ($\chi^2(1)=105,22$, $p<0,001$). Większość badanych kobiet charakteryzowała się wysokim stopniem akceptacji choroby (Rycina 2).



Rycina 2. Rozkład stopnia akceptacji choroby w badanej próbie.

W oparciu o wartość testu χ^2 dla jednej próby stwierdzono, że zachodziły istotne statystycznie różnice w zakresie liczebności osób charakteryzujących się trzema wyróżnionymi stopniami akceptacji choroby ($\chi^2(2)=16,47$, $p<0,001$).

Kobiet charakteryzujących się wysokim poziomem satysfakcji z życia było istotnie statystycznie więcej niż charakteryzujących się niskim poziomem satysfakcji z życia ($\chi^2(1)=18,56$; $p<0,001$). Osób z umiarkowanym poziomem satysfakcji z życia było istotnie statystycznie więcej niż osób charakteryzujących się niskim poziomem satysfakcji z życia ($\chi^2(1)=8,35$; $p<0,001$). Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic w zakresie liczebności osób charakteryzujących się umiarkowanym poziomem satysfakcji z życia i osób charakteryzujących się wysokim poziomem satysfakcji z życia ($\chi^2(1)=2,08$; $p>0,05$). Osób, które charakteryzowały się niskim poziomem satysfakcji z życia było mniej niż osób, które charakteryzowały się przeciętnym lub wysokim poziomem satysfakcji z życia. Liczebności osób, które charakteryzowały się przeciętnym i osób, które charakteryzowały się wysokim poziomem satysfakcji z życia były do siebie zbliżone (Rycina 3).



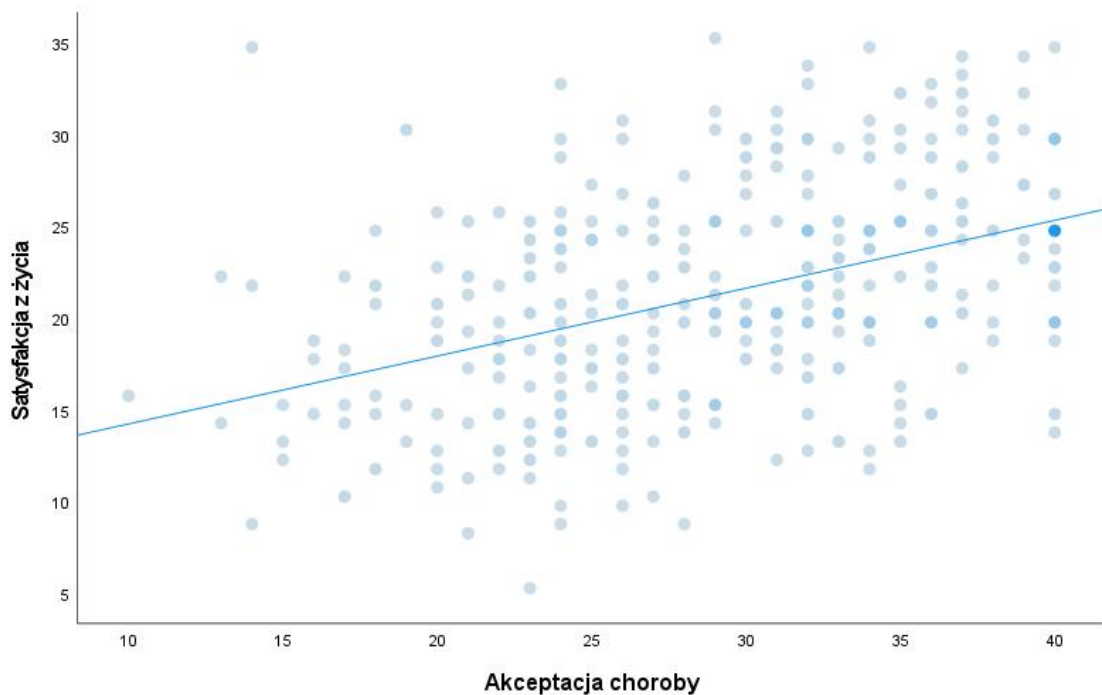
Rycina 3. Rozkład satysfakcji z życia w badanej próbie.

W oparciu o wartość testu χ^2 dla jednej próby stwierdzono, że zachodziły istotne statystycznie różnice w zakresie liczebności osób charakteryzujących się trzema wyróżnionymi poziomami satysfakcji z życia ($\chi^2(2)=18,62$, $p<0,001$).

4.5.2. Akceptacja choroby nowotworowej a satysfakcja z życia

Średnia wartość ogólnego wskaźnika akceptacji choroby w badanej grupie kobiet z rozpoznaniem raka piersi wyniosła $M=29,95$ ($SD=6,75$), przy czym należy zauważyć, iż wartość 29 punktów mieści się jeszcze w zakresie umiarkowanego stopnia akceptacji choroby, a od 30 punktów zaczyna się wysoki stopień akceptacji choroby. Natomiast

średnia wartość ogólnego wskaźnika satysfakcji z życia wyniosła $M=21,59$ ($SD=5,67$), co wskazuje na przeciętny poziom satysfakcji w badanej grupie kobiet.



Rycina 4. Zależność pomiędzy stopniem akceptacji choroby a satysfakcją z życia.

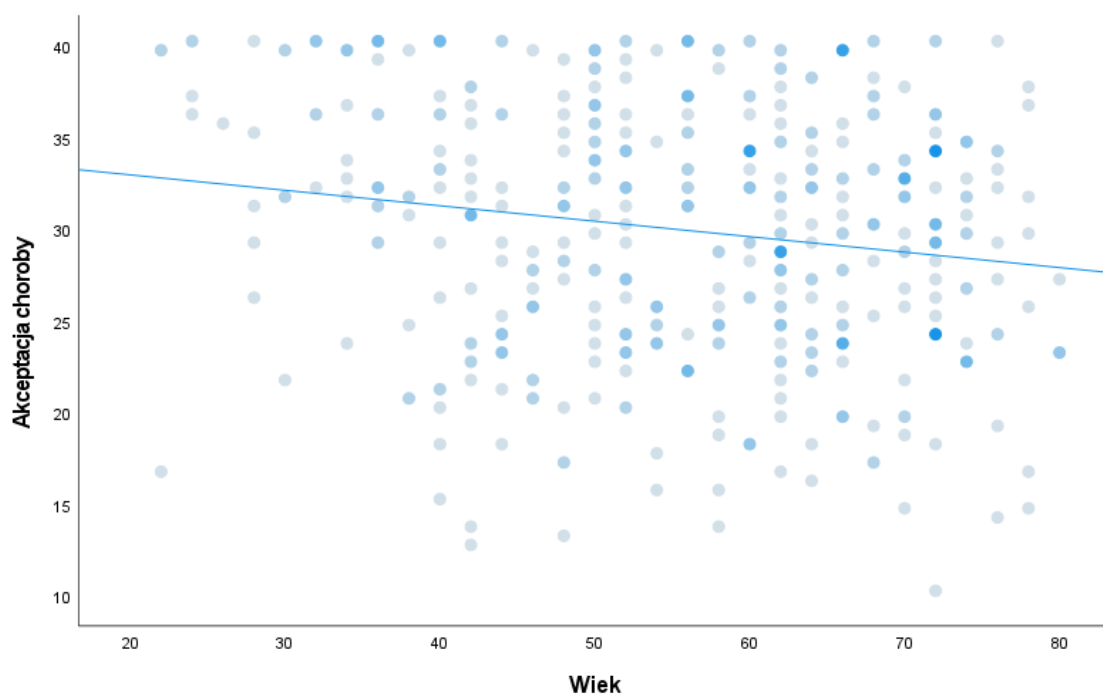
Im wyższy stopień akceptacji choroby tym wyższy poziom satysfakcji z życia (Rycina 4). Siła otrzymanej zależności była umiarkowana ($p<0,001$). W oparciu o wartość współczynnika korelacji ρ Spearmana stwierdzono, że zależność pomiędzy stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia była istotna statystycznie i dodatnia ($\rho(N=465)=0,449$; $p<0,001$).

4.5.3. Czynniki demograficzne a stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia

Badana grupa kobiet była zróżnicowana pod względem czynników demograficznych oraz stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. W związku z tym dokonano analizy wpływu czynników demograficznych na badane zmienne.

Wiek

Najwyższe wartości stopnia akceptacji choroby zostały osiągnięte przez respondentki w wieku 20–30 lat ($M=34,06$), natomiast najniższe przez kobiety najstarsze – wieku 71–80 lat ($M=28,70$). Im starsze były osoby badane, tym stopień akceptacji choroby był mniejszy (Rycina 5).



Rycina 5. Zależność pomiędzy wiekiem osób badanych a akceptacją choroby.

Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej w celu określenia współczynników korelacji ρ Spearmana pomiędzy wiekiem osób badanych, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia (Tabela 38).

Tabela 38. Współczynniki korelacji pomiędzy wiekiem osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	-0,150	0,001
Satysfakcja z życia	-0,066	0,079

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Otrzymano istotną statystycznie słabą ujemną korelację pomiędzy wiekiem osób badanych a stopniem akceptacji choroby – $p=0,001$. Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem osób badanych, a satysfakcją z życia w badanej grupie – $p=0,079$ (Tabela 38).

Miejsce zamieszkania

Kolejnym analizowanym czynnikiem demograficznym było miejsce zamieszkania osób badanych. Zestawienie średnich wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od miejsca zamieszkania osób badanych uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 39).

Tabela 39. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od miejsca zamieszkania osób badanych

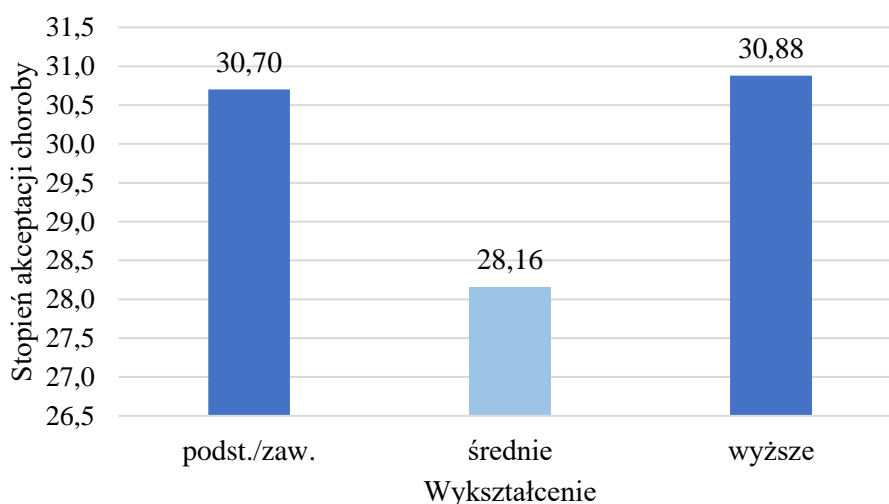
Miejsce zamieszkania	Wieś		Miasto		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	29,93	6,75	29,98	6,77	26372,00	0,724
Satysfakcja z życia	21,75	5,58	21,45	5,78	26320,50	0,697

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna

Średnie wartości akceptacji choroby u osób zamieszkałych w mieście i osób zamieszkałych na wsi były do siebie do zbliżone ($M=29,98$ vs. $M=29,93$). Podobnie, zbliżone do siebie średnie wartości poziomu satysfakcji z życia zostały osiągnięte przez respondentki mieszkające w mieście i mieszkające na wsi ($M=21,45$ vs. $M=21,75$). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami mieszkającymi w mieście i osobami mieszkającym na wsi w zakresie akceptacji choroby oraz w zakresie satysfakcji z życia (Tabela 39).

Wykształcenie

Najwyższą średnią wartość stopnia akceptacji choroby osiągnęły kobiety z wykształceniem wyższym – $M=30,88$, niewiele niższą średnią wartość – $M=30,70$ miały kobiety z wykształceniem podstawowym/zawodowym, a znacznie niższa średnia wartość stopnia akceptacji choroby – $M=28,16$ dotyczyła kobiet z wykształceniem średnim. Stopień akceptacji choroby w grupie osób z wykształceniem średnim był niższy niż w grupie osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym i niższy niż w grupie osób z wykształceniem wyższym (Rycina 6).



Rycina 6. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w zależności od poziomu wykształcenia.

W przypadku satysfakcji z życia, najwyższą średnią wartość – $M=22,23$ osiągnęły kobiety z wykształceniem wyższym, niższą wartość – $M=21,67$ ankietowane z wykształceniem podstawowym/zawodowym, a najniższą – $M=20,93$ kobiety z wykształceniem średnim.

Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od poziomu wykształcenia osób badanych przedstawiono w tabeli. Zestawienie uzupełniono wartościami testu H Kruskalla-Wallisa (Tabela 40).

Tabela 40. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od poziomu wykształcenia osób badanych

Wykształcenie	Podst./zaw.		Średnie		Wyższe		H	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	30,70	6,30	28,16	6,92	30,88	6,83	14,07	0,001	0,03
Satysfakcja z życia	21,67	5,58	20,93	5,83	22,23	5,60	3,52	0,172	0,01

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *H* – wartość testu H Kruskalla-Wallisa; *p* – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Wykazano istotne statystycznie różnice w zakresie stopnia akceptacji choroby pomiędzy osobami z wykształceniem średnim, a osobami z wykształceniem podstawowym/zawodowym i osobami z wykształceniem wyższym ($p=0,001$). Nie stwierdzono natomiast zależności istotnych statystycznie pomiędzy średnimi wartościami poziomu satysfakcji z życia, a wykształceniem osób badanych ($p=0,172$) (Tabela 40).

Stan cywilny

Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet pozostających w związku małżeńskim i w grupie kobiet niepozostających w związku małżeńskim przedstawiono w tabeli. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 41).

Tabela 41. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet pozostających w związku małżeńskim i w grupie kobiet niepozostających w związku małżeńskim

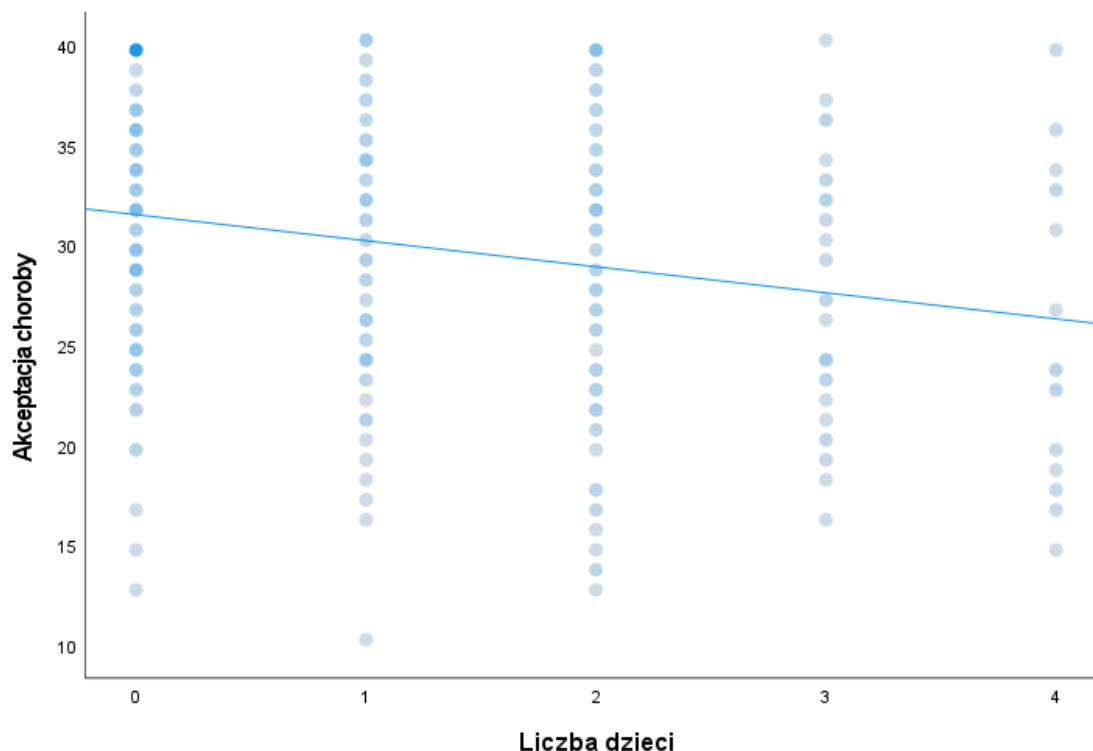
Związek małżeński	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	30,35	7,02	29,66	6,55	24381,00	0,200
Satysfakcja z życia	21,43	5,79	21,71	5,60	25899,00	0,828

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna

Kobiety pozostające w związku małżeńskim miały niższą średnią wartość stopnia akceptacji choroby niż respondentki niebędące w związku małżeńskim ($M=29,66$ vs. $M=30,35$). Natomiast średnie wartości poziomu satysfakcji z życia chorych będących mężatkami i nie pozostających w związku małżeńskim były do siebie zbliżone ($M=21,71$ vs. $M=21,43$). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami (Tabela 41).

Liczba dzieci

Najwyższą średnią wartość stopnia akceptacji choroby na poziomie $M=31,58$ miały osoby bezdzietne, następnie kobiety mające jedno dziecko – $M=29,71$. Natomiast u osób, które miały troje dzieci średnia poziomu akceptacji choroby była niższa i wyniosła $M=27,41$, a u osób deklarujących czworo dzieci i więcej była jeszcze niższa – $M=25,96$. Im większa była liczba dzieci tym stopień akceptacji choroby był mniejszy (Rycina 7).



Rycina 7. Liczba dzieci osób badanych a akceptacja choroby.

Współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy liczbą dzieci osób badanych, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia przedstawiono w kolejnej tabeli. Zastosowano dwustronny test istotności statystycznej (Tabela 42).

Tabela 42. Współczynniki korelacji pomiędzy liczbą dzieci osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	-0,221	0,001
Satysfakcja z życia	-0,062	0,180

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – dwustronna istotność statystyczna

Otrzymano istotną statystycznie słabą ujemną korelację ($\rho=-0,221$) pomiędzy liczbą dzieci osób badanych, a stopniem akceptacji choroby ($p=0,001$). W zakresie satysfakcji z życia również wystąpiła słaba ujemna korelacja ($\rho=-0,062$). Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy liczbą dzieci osób badanych, a satysfakcją z życia ($p=0,180$) (Tabela 42).

4.5.4. Czynniki społeczne a akceptacja choroby i satysfakcja z życia

W grupie czynników społecznych mogących mieć znaczenie dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia przeanalizowano aktywność zawodową osób przed i po rozpoznaniu choroby, źródło utrzymania, sytuację finansową, otrzymane wsparcie, korzystanie z pomocy psychologa lub psychoonkologa.

Źródło utrzymania

Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które utrzymywały się z pracy zawodowej i w grupie osób dla których źródłem utrzymania była praca zawodowa przedstawiono w tabeli. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 43).

Tabela 43. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które utrzymywały się z pracy zawodowej i w grupie osób, które nie utrzymywały się z pracy zawodowej

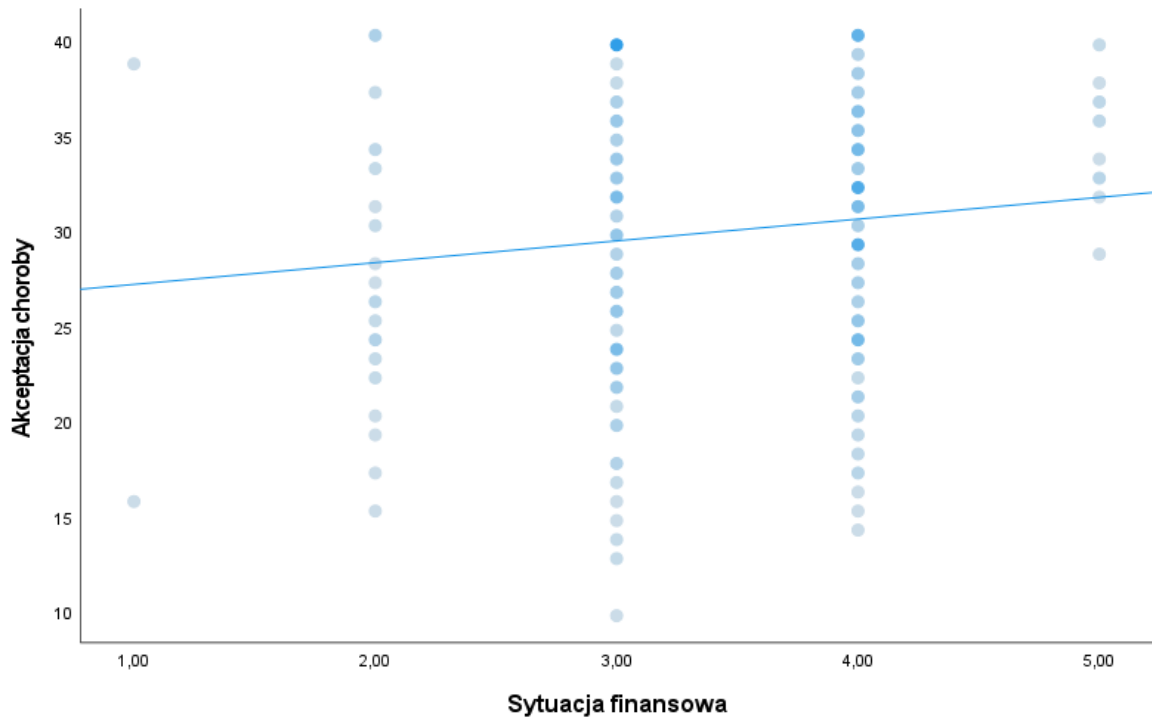
Praca zawodowa	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	29,47	6,71	30,71	6,77	23027,00	0,074
Satysfakcja z życia	21,45	5,79	21,82	5,50	24193,50	0,336

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna

Osoby pracujące na etacie osiągnęły wyższe średnie wartości stopnia akceptacji choroby w porównaniu do osób niepracujących ($M=30,71$ vs. $M=29,47$). Podobnie respondentki, dla których źródłem utrzymania była praca zawodowa miały wyższą średnią wartość akceptacji choroby niż osoby nieutrzymujące się z pracy zawodowej. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy średnimi wartościami stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia z uwzględnieniem pracy zawodowej ($p>0,05$) (Tabela 43).

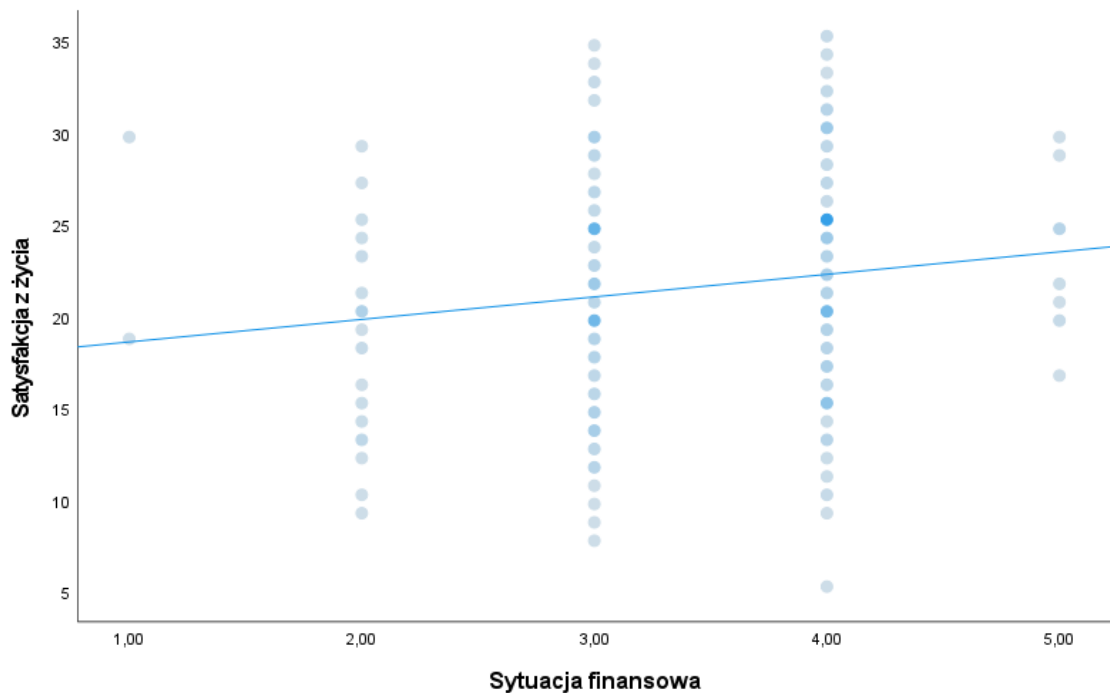
Sytuacja finansowa

Najwyższe średnie wartości akceptacji choroby osiągnęły osoby będące w bardzo dobrej ($M=31,81$), dobrej ($M=30,17$) i zadowolającej ($M=28,57$) sytuacji finansowej. Natomiast najniższe średnie wartości osiągnęły kobiety mające złą ($M=28,73$) i bardzo złą ($M=27,50$) sytuację finansową, przy czym kobiet deklarujących bardzo złą sytuację finansową było zaledwie dwie ($N=2$). Im lepsza sytuacja finansowa tym stopień akceptacji choroby wyższy (Rycina 8).



Rycina 8. Zależność pomiędzy sytuacją finansową a akceptacją choroby.

Podobnie było w przypadku satysfakcji z życia. Najwyższą średnią wartość satysfakcji z życia miały osoby będące w bardzo dobrej i dobrej sytuacji finansowej, a najniższą osoby będące w złej sytuacji finansowej. Im lepsza sytuacja finansowa tym wyższy poziom satysfakcji z życia (Rycina 9).



Rycina 9. Zależność pomiędzy sytuacją finansową a satysfakcją z życia.

Współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy sytuacją finansową osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia przedstawiono w tabeli. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 44).

Tabela 44. Współczynniki korelacji pomiędzy sytuacją finansową osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	0,105	0,024
Satysfakcja z życia	0,153	0,001

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Otrzymano istotną statystycznie słabą dodatnią korelację pomiędzy sytuacją finansową osób badanych, a stopniem akceptacji choroby ($p=0,024$) oraz pomiędzy sytuacją finansową osób badanych, a satysfakcją z życia ($p=0,001$) (Tabela 44).

Aktywność zawodowa

Ponad połowa 67,3% ($N=313$) badanych kobiet to osoby aktywne zawodowo przed rozpoznaniem choroby, 30,5% osób ($N=142$) to kobiety aktywne zawodowo po rozpoznaniu choroby. W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od aktywności zawodowej osób badanych przed i po rozpoznaniu choroby. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 45).

Tabela 45. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od aktywności zawodowej osób badanych przed i po rozpoznaniu choroby

Aktywność zawodowa przed chorobą	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	30,44	6,39	29,75	6,94	21843,00	0,322
Satysfakcja z życia	21,55	5,85	21,63	5,58	22626,50	0,687
Aktywność zawodowa w trakcie choroby	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	29,71	6,83	30,48	6,59	21449,50	0,288
Satysfakcja z życia	21,32	5,76	22,22	5,47	20525,50	0,078

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

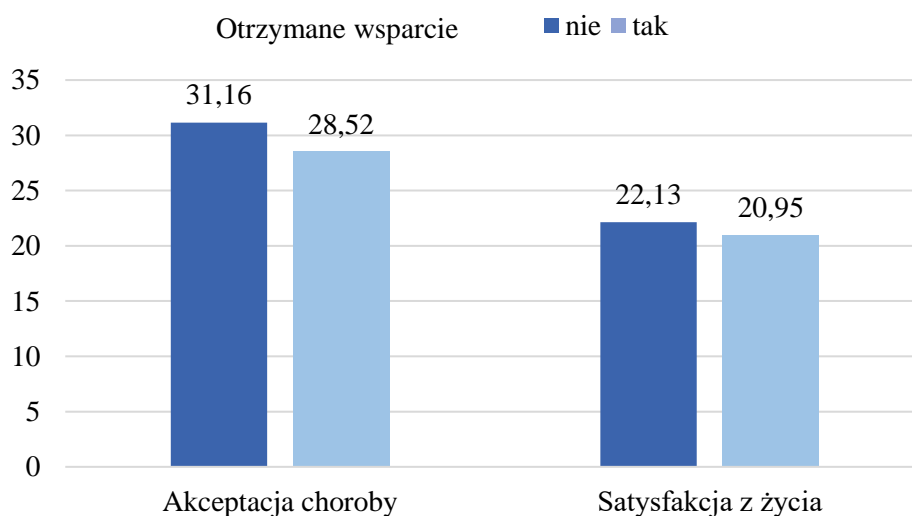
Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w zakresie aktywności zawodowej przed chorobą były do siebie zbliżone, przy czym osoby aktywne zawodowo miały niższą wartość akceptacji w porównaniu do niepracujących ($M=29,75$ vs. $M=30,44$). Natomiast w trakcie choroby osoby pracujące zawodowo miały wyższy stopień akceptacji choroby,

niż osoby nieaktywne zawodowo ($M=30,48$ vs. $M=29,71$). Satysfakcja z życia kobiet aktywnych zawodowo przed chorobą była porównywalna z satysfakcją osób niepracujących ($M=21,63$ vs. $M=21,55$). Niewiele większa różnica wystąpiła w zakresie średnich wartości satysfakcji z życia po rozpoznaniu choroby. Osoby deklarujące pracę zawodową osiągnęły wynik $M=22,22$, a niepracujące zawodowo osiągnęły wynik $M=21,32$. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie aktywności zawodowej badanych przed i po rozpoznaniu choroby, a średnich wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia ($p>0,05$) (Tabela 45).

Wsparcie

W swojej chorobie na pomoc i wsparcie rodziny mogło liczyć 81,7% ($N=380$) osób. Spośród trzech rodzajów wsparcia (osobiste, formalne, profesjonalne), badane kobiety wskazały na rodzaj wsparcia najbardziej przez nich oczekiwanego. Najwięcej kobiet wskazało na wsparcie osobiste. Zdaniem 62,2% ($N=289$) osób badanych poczucie religijności i duchowość również pomaga w sytuacji choroby. Ze względu na obecny stan zdrowia 46,0% ($N=214$) kobiet otrzymało wsparcie.

Najwyższą średnią wartość stopnia akceptacji choroby uzyskały respondentki, które nie otrzymały wsparcia ze względu na obecny stan zdrowia ($M=31,16$), natomiast znacznie niższą średnią wartość uzyskały te kobiety, które otrzymały wsparcie ($M=28,52$) (Rycina 10).



Rycina 10. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które otrzymały wsparcie ze względu na obecny stan zdrowia i w grupie osób, które nie otrzymały wsparcia.

Podobnie, wyższą średnią wartość poziomu satysfakcji z życia ($M=22,13$) uzyskały respondentki, które nie otrzymały wsparcia, a u tych kobiet, które otrzymały wsparcie średnia poziomu satysfakcji z życia była znacznie niższa ($M=20,95$). Średnie wartości stopnia akceptacji z choroby i poziomu satysfakcji z życia były istotnie statystycznie niższe w grupie osób, które otrzymały wsparcie ze względu na stan zdrowia (Rycina 10).

W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które otrzymały wsparcie ze względu na obecny stan zdrowia i w grupie osób, które nie otrzymały wsparcia. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 46).

Tabela 46. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które otrzymały wsparcie ze względu na obecny stan zdrowia i w grupie osób, które nie otrzymały wsparcia

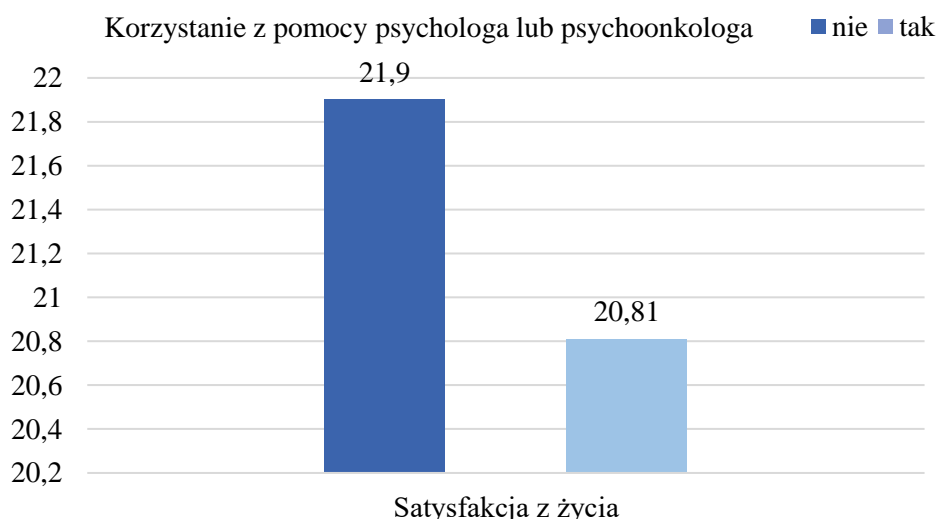
Otrzymane wsparcie	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	31,16	6,35	28,52	6,95	20576,50	0,001	0,04
Satysfakcja z życia	22,13	5,51	20,95	5,81	23258,00	0,018	0,01

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Stwierdzono tutaj istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami, zarówno w zakresie stopnia akceptacji choroby – $p=0,001$, jak i w zakresie poziomu satysfakcji z życia – $p=0,018$ (Tabela 46).

Pomoc psychologa/ psychoonkologa

Z pomocy psychologa lub psychoonkologa korzystało 28,4% (N=132) osób badanych. Satysfakcja z życia wśród kobiet, które korzystały z pomocy psychologa/ psychoonkologa wyniosła $M=20,81$, natomiast u respondentek, które z takiej pomocy nie korzystały była wyższa i wyniosła $M=21,90$ (Rycina 11).



Rycina 11. Średnie wartości poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa i w grupie osób, które nie korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa.

Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w grupie osób, które korzystały z pomocy psychologa/psychoonkologa i w grupie osób, które z takiej pomocy nie korzystały były do siebie bardzo zbliżone ($M=29,97$ vs. $29,95$). W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa i w grupie osób, które nie korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa (Tabela 47). Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya.

Tabela 47. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa i w grupie osób, które nie korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa

Psycholog /psychoonkolog	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	29,95	6,96	29,97	6,23	21882,50	0,982	0,01
Satysfakcja z życia	21,90	5,64	20,81	5,73	19080,50	0,029	0,01

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

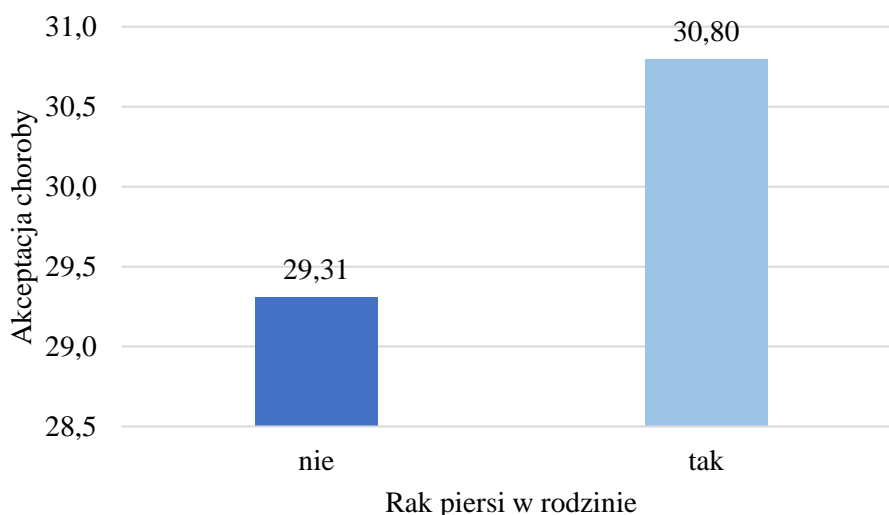
Otrzymano istotną statystycznie różnicę pomiędzy porównywanymi grupami w zakresie poziomu satysfakcji z życia – $p=0,029$. Nie wystąpiła natomiast zależność pomiędzy otrzymanym wsparciem, a akceptacją choroby ($p=0,982$) (Tabela 47).

4.5.5. Czynniki medyczne a stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia

Czynniki medyczne mogą również wpływać na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia. Analizie poddano następujące czynniki medyczne: przeszłość zdrowotną, czas trwania choroby, stopień zaawansowania nowotworu, metody i przebieg leczenia, występowanie dolegliwości, występowanie przerzutów oraz czynniki mające znaczenie dla poziomu zadowolenia z opieki zdrowotnej kobiet z rozpoznaniem raka piersi, a także wybrane elementy stylu życia z uwzględnieniem znaczenia każdego z tych czynników dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet.

Przeszłość zdrowotna

Rak piersi w rodzinie osób badanych występował w przypadku 43,0% ($N=200$) kobiet. Stwierdzono, że kobiety, które w rodzinie miały osoby z rakiem piersi charakteryzowały się wyższym stopniem akceptacji choroby niż pacjentki, u których w rodzinie nie występował dotychczas rak piersi ($M=30,80$ vs. $M=29,31$) (Rycina 12).



Rycina 12. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, u których w rodzinie występował rak piersi i w grupie kobiet, u których w rodzinie nie występował rak piersi.

Średnia poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, u których w rodzinie występował rak piersi wyniosła $M=21,36$, a u respondentek w rodzinie których nie występował rak piersi była niewiele wyższa – $M=21,77$. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których w rodzinie występował rak piersi i w grupie kobiet, u których w rodzinie nie występował rak piersi przedstawiono w tabeli. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 48).

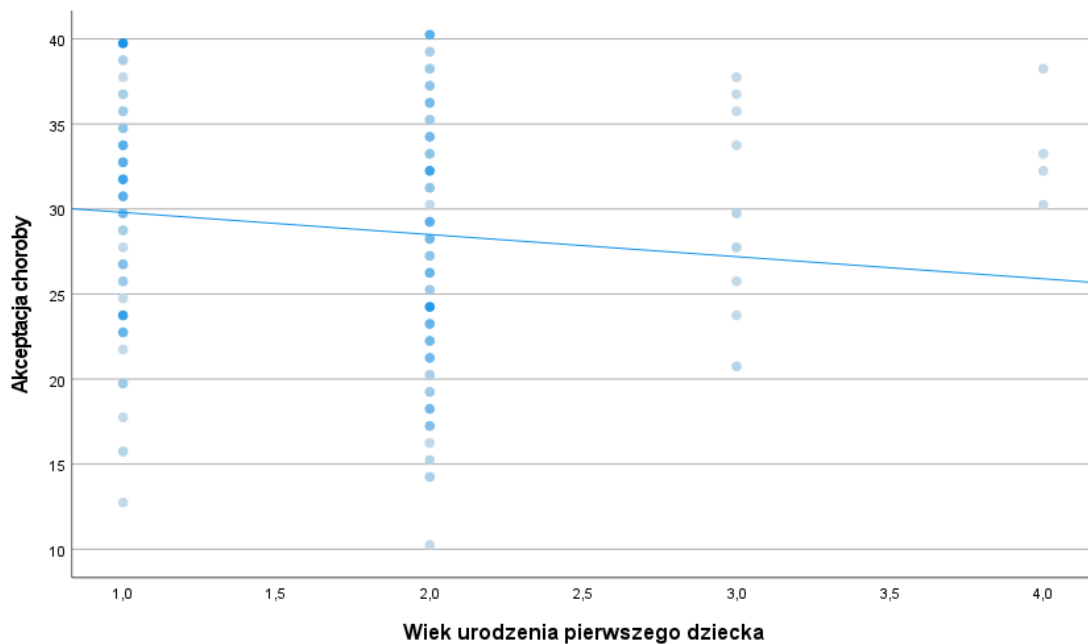
Tabela 48. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których w rodzinie występował rak piersi i w grupie kobiet, u których w rodzinie nie występował rak piersi

Rak piersi w rodzinie	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	29,31	7,48	30,80	5,55	23331,50	0,027	0,01
Satysfakcja z życia	21,77	5,57	21,36	5,81	24937,00	0,274	0,01

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

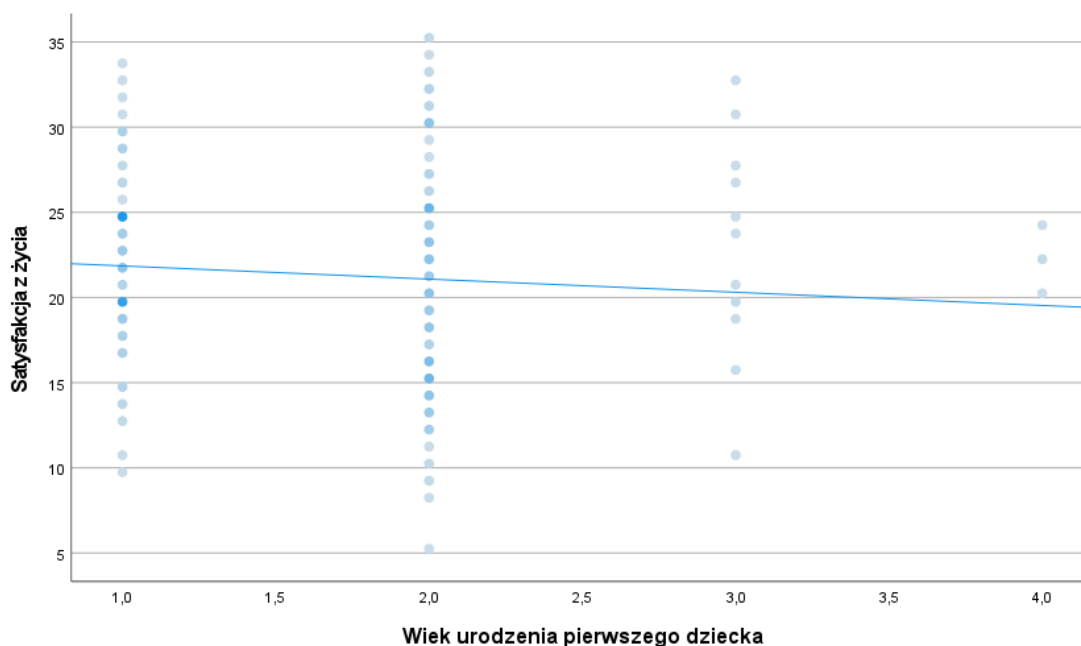
Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy średnią wartością stopnia akceptacji choroby, a występowaniem raka piersi w rodzinie badanych kobiet ($p=0,027$), natomiast satysfakcja z życia nie zależała w sposób istotnie statystycznie od występowania raka piersi (Tabela 48).

Rozkład wieku, w którym osoby badane urodziły swoje pierwsze dziecko był zróżnicowany. W największej liczbie przypadków badane kobiety urodziły pierwsze dziecko w wieku 21–30 lat. Kobiety, które w młodszym wieku urodziły swoje pierwsze dziecko, miały wyższy stopień akceptacji choroby, natomiast późniejszy wiek w momencie urodzenia pierwszego dziecka był związany z niższym stopniem akceptacji choroby (Rycina 13).



Rycina 13. Zależność pomiędzy wiekiem urodzenia pierwszego dziecka a stopniem akceptacji choroby.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku satysfakcji z życia. Im starsza była kobieta w chwili urodzenia pierwszego dziecka, tym niższy miała poziom satysfakcji z życia (Rycina 14).



Rycina 14. Zależność pomiędzy wiekiem urodzenia pierwszego dziecka a poziomem satysfakcji z życia.

W tabeli przedstawiono współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy wiekiem, w którym badane kobiety urodziły pierwsze dziecko, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 49).

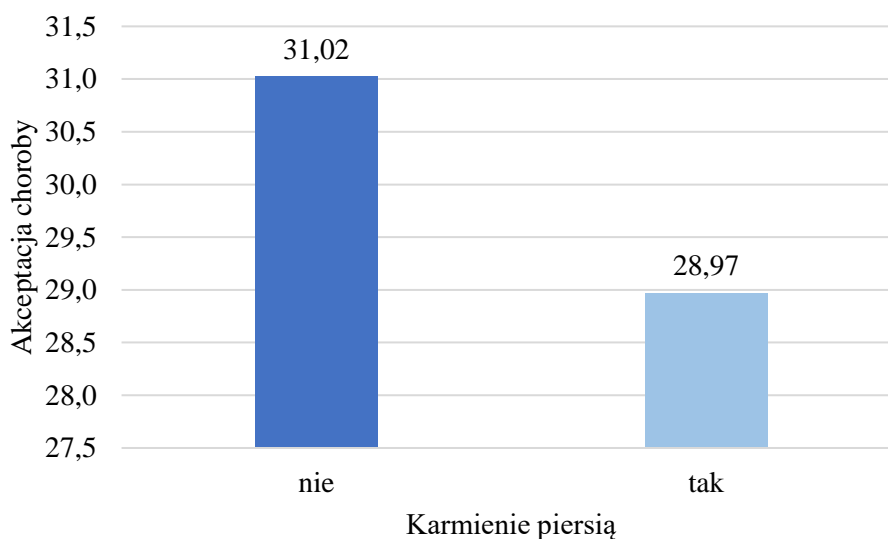
Tabela 49. Współczynniki korelacji pomiędzy wiekiem, w którym badane kobiety urodziły pierwsze dziecko a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	-0,156	0,004
Satysfakcja z życia	-0,119	0,021

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Stwierdzono słabe istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy wiekiem, w którym badane kobiety urodziły pierwsze dziecko, a stopniem akceptacji choroby – $p=0,004$ i poziomem satysfakcji z życia – $p=0,021$ (Tabela 49).

Ponad połowa 52,5% (N=244) kobiet w przeszłości karmiła swoje dziecko piersią. Kobiety, które miały doświadczenia karmienia piersią charakteryzowały się mniejszą akceptacją choroby w porównaniu do kobiet, które nie karmiły swojego dziecka naturalnie (M=28,97 vs. M=31,02) (Rycina 15). W przypadku satysfakcji z życia średnie wartości poziomu satysfakcji w grupie kobiet, które karmiły piersią i w grupie respondentek niekarmiących piersią były do siebie bardzo zbliżone (M=21,46 vs. M=21,75) – Tabela 50.



Rycina 15. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, które karmiły piersią i w grupie kobiet, które nie karmiły piersią.

W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które karmiły piersią i w grupie kobiet, które nie karmiły piersią. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 50).

Tabela 50. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które karmiły piersią i w grupie kobiet, które nie karmiły piersią

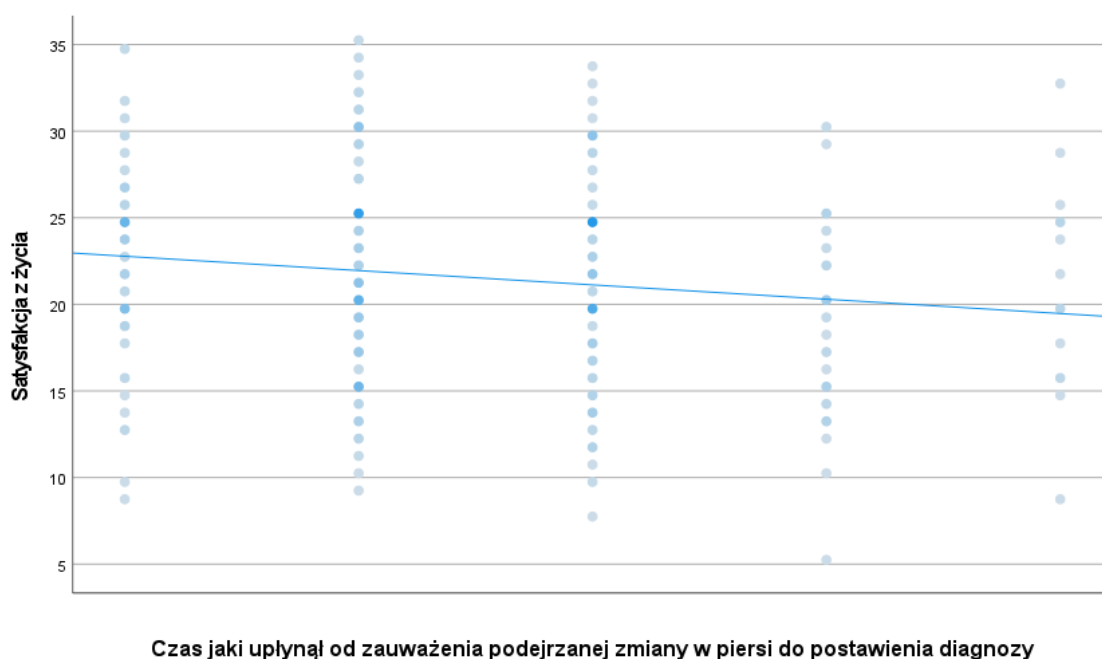
Karmienie piersią	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	31,02	6,40	28,97	6,93	22517,00	0,002	0,02
Satysfakcja z życia	21,74	5,55	21,46	5,80	25828,50	0,431	0,01

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Wystąpiła zależność istotna statystycznie ($p=0,002$) w zakresie stopnia akceptacji choroby z uwzględnieniem karmienia piersią, natomiast nie stwierdzono znaczenia karmienia piersią w odniesieniu do satysfakcji z życia (Tabela 50).

Czas trwania choroby

Czas w chorobie nowotworowej ma istotne znaczenie. W największej liczbie przypadków od zauważenia podejrzanej zmiany w piersi do postawienia diagnozy upłynęło 1–2 miesiące (36,6%; N=170). Im dłuższy był ten czas, tym poziom satysfakcji z życia był mniejszy (Rycina 16).



Rycina 16. Zależność pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od zauważenia podejrzanej zmiany w piersi do postawienia diagnozy a poziomem satysfakcji z życia.

W tabeli przedstawiono współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od zauważenia podejrzanej zmiany w piersi do postawienia diagnozy a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 51).

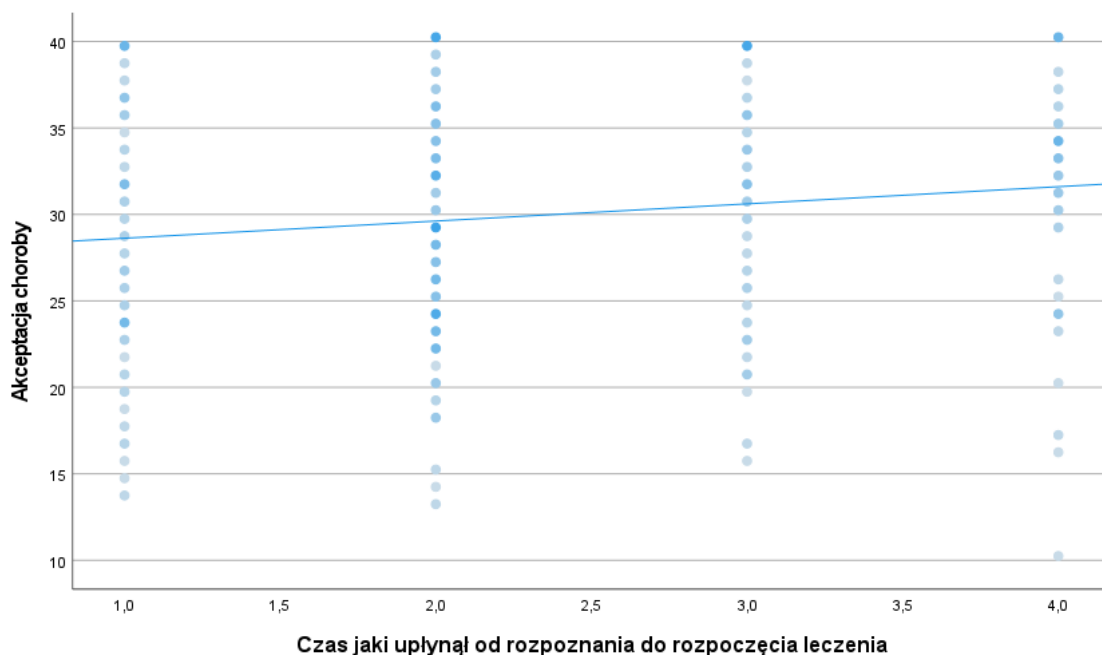
Tabela 51. Współczynniki korelacji pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od zauważenia podejrzonej zmiany w piersi do postawienia diagnozy a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	-0,075	0,053
Satysfakcja z życia	-0,150	0,001

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Stwierdzono słabą istotną statystycznie ($p=0,001$) ujemną korelację pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od zauważenia podejrzonej zmiany w piersi do postawienia diagnozy, a poziomem satysfakcji z życia. Natomiast w przypadku akceptacji choroby stwierdzono również ujemną korelację, ale nie wystąpiła tutaj zależność istotna statystycznie (Tabela 51).

Od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia u największej liczby respondentek upłynęło 1–2 miesiące (41,7%; $N=194$). Im dłuższy był czas od postawienia diagnozy raka piersi do rozpoczęcia leczenia, tym wyższy był stopień akceptacji choroby (Rycina 17).



Rycina 17. Zależność pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia a stopniem akceptacji choroby.

W tabeli przedstawiono współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 52).

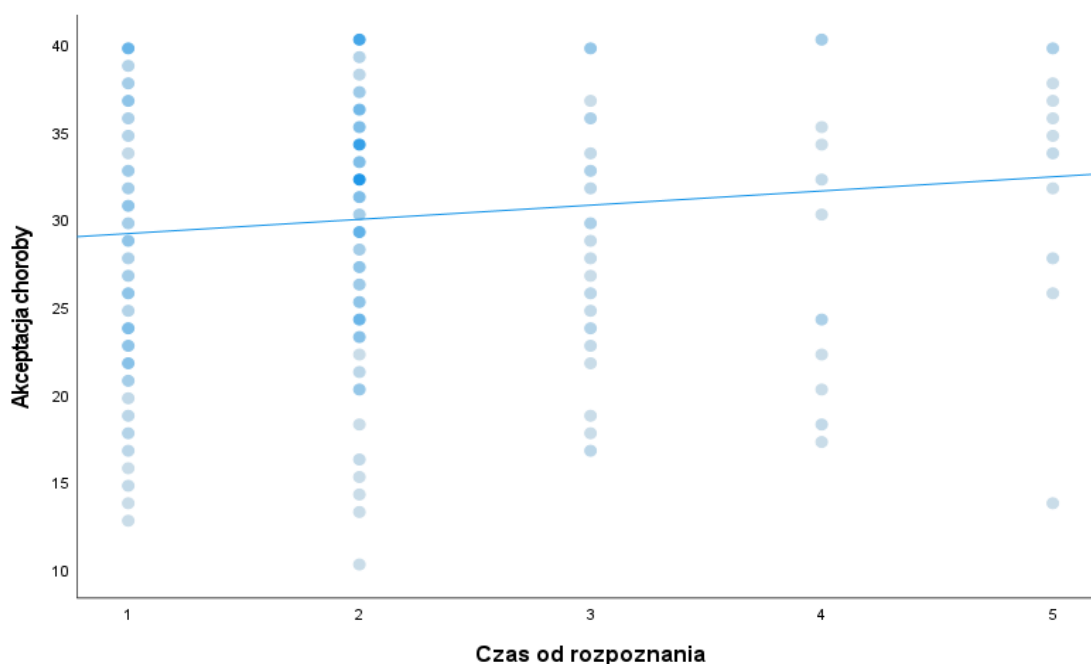
Tabela 52. Współczynniki korelacji pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	0,148	0,001
Satysfakcja z życia	0,008	0,430

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Stwierdzono słabą istotną statystycznie ($p=0,001$) dodatnią korelację pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia a stopniem akceptacji choroby (Tabela 52).

Czas od postawienia rozpoznania był zróżnicowany. W największej liczbie przypadków wyniósł od 2 do 5 lat. Najniższy stopień akceptacji choroby dotyczył osób chorujących najkrócej, tj. poniżej dwóch lat, natomiast najwyższy stopień dotyczył kobiet chorujących powyżej 10 lat. Im dłuższy był czas od postawienia rozpoznania tym wyższy był stopień akceptacji choroby (Rycina 18).



Rycina 18. Zależność pomiędzy czasem, jaki upłynął od postawienia rozpoznania do podjęcia leczenia a akceptacją choroby.

W tabeli przedstawiono współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy czasem, jaki upłynął od postawienia rozpoznania, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 53).

Tabela 53. Współczynniki korelacji pomiędzy czasem, jaki upłynął od postawienia rozpoznania a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

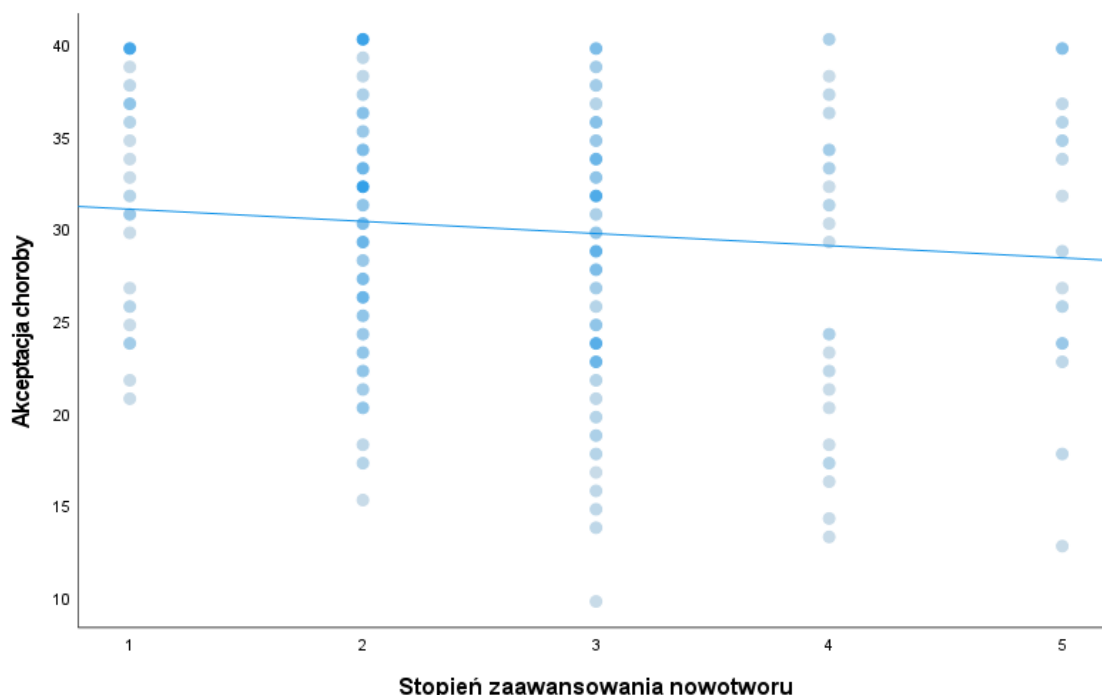
Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	0,123	0,008
Satysfakcja z życia	-0,040	0,385

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Otrzymano słabą dodatnią korelację pomiędzy czasem, jaki upłynął od postawienia rozpoznania a stopniem akceptacji choroby – $p=0,008$, natomiast w przypadku satysfakcji z życia czas, który upłynął od rozpoznania choroby nie miał istotnego statystycznie znaczenia – $p=0,385$ (Tabela 53).

Stopień zaawansowania nowotworu

Stopień zaawansowania nowotworu w momencie postawienia diagnozy u największej grupy badanych kobiet (37,2%; N=173) został określony jako T1. Kobiety u których stopień zaawansowania nowotworu w momencie rozpoznania był niski, tj. T1 oraz T1 odznaczały się wyższym poziomem akceptacji choroby. Można stwierdzić, że im niższy stopień zaawansowania nowotworu, tym wyższy stopień akceptacji choroby (Rycina 19).



Rycina 19. Zależność pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu a akceptacją choroby.

Współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu u osób badanych, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia przedstawiono w tabeli. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 54).

Tabela 54. Współczynniki korelacji pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu u osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	-0,106	0,023
Satysfakcja z życia	-0,085	0,066

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Otrzymano istotną statystycznie słabą ujemną korelację pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu w momencie postawienia rozpoznania u osób badanych, a stopniem akceptacji choroby – $p=0,023$. Natomiast poziom satysfakcji z życia nie był uwarunkowany istotnie statystycznie stopniem zaawansowania nowotworu – $p=0,066$ (Tabela 54).

Metody leczenia

Metody leczenia w badanej grupie były zróżnicowane. Najwięcej – 64,3% ($N=299$) kobiet było leczonych chirurgicznie, a 55,1% ($N=256$) chemioterapią. Kobiety, które były leczone chemioterapią osiągnęły średnią wartość w skali AIS – $M=28,19$, natomiast kobiety nieleczone tą metodą miały znacznie wyższą średnią stopnia akceptacji choroby – $M=32,10$. Podobnie było w zakresie satysfakcji z życia – respondentki, które nie były leczone chemioterapią miały wyższą satysfakcję z życia w porównaniu do tych leczonych chemioterapią ($M=22,71$ vs. $M=20,68$). Stwierdzono zależności istotne statystycznie zarówno w zakresie akceptacji choroby, jak i w zakresie satysfakcji z życia z uwzględnieniem leczenia chemioterapią – $p<0,001$ (Tabela 55).

Tabela 55. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które przebyły chemioterapię i w grupie pozostałych badanych kobiet

Chemioterapia	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	32,10	6,21	28,19	6,68	17416,00	<0,001
Satysfakcja z życia	22,71	5,32	20,68	5,80	20567,50	<0,001

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

Średnia wartość stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, które przebyły radykalną mastektomię z rekonstrukcją piersi wyniosła $M=31,23$, natomiast w grupie pozostałych kobiet była niższa i wyniosła $M=29,77$. Średnie poziomy satysfakcji z życia w grupie kobiet, które przebyły mastektomię z rekonstrukcją piersi i w grupie pozostałych kobiet były do siebie zbliżone ($M=22,63$ vs. $M=21,45$). Średnie wartości przedstawiono w tabeli. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia z uwzględnieniem radykalnej mastektomii z rekonstrukcją piersi – $p>0,05$ (Tabela 56).

Tabela 56. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które przeżyły radykalną mastektomię, a następnie rekonstrukcję piersi i w grupie pozostałych badanych kobiet

Radykalna mastektomia i rekonstrukcja piersi	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	29,77	6,72	31,23	6,88	9786,50	0,077
Satysfakcja z życia	21,45	5,69	22,63	5,48	9867,00	0,091

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna

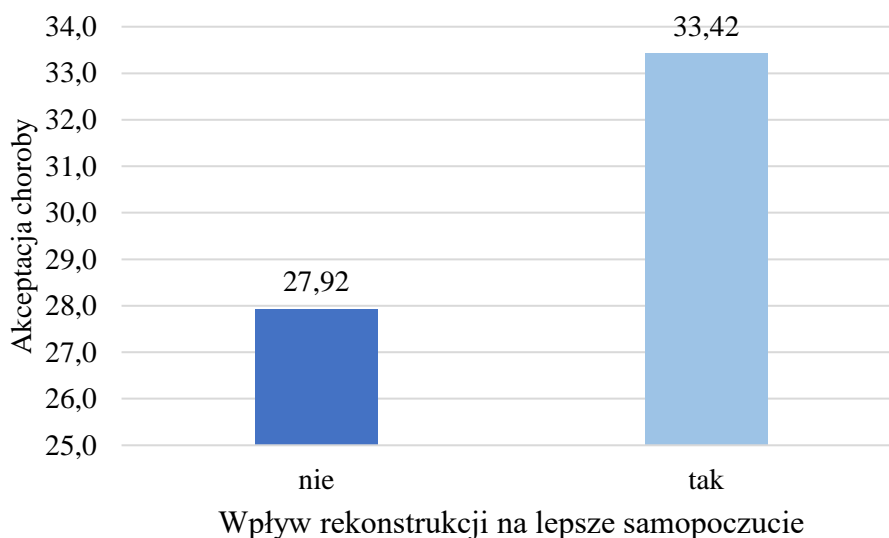
Respondentki, które były leczone radioterapią miały znacznie niższy stopień akceptacji choroby w porównaniu do kobiet nieleczonych tą metodą ($M=27,43$ vs. $M=30,42$). Satysfakcja z życia u kobiet leczonych radioterapią była również niższa w porównaniu do respondentek u których nie stosowano radioterapii, ale różnica nie była aż tak duża jak w przypadku akceptacji choroby ($M=20,31$ vs. $M=21,84$). W przypadku akceptacji choroby wystąpiła zależność istotna statystycznie na poziomie $p=0,001$, a w przypadku satysfakcji z życia zależność była mniejsza i wyniosła $p=0,033$ (Tabela 57).

Tabela 57. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet poddanych radioterapii i w grupie pozostałych badanych kobiet

Radioterapia	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	30,42	6,76	27,43	6,14	10666,00	0,001
Satysfakcja z życia	21,84	5,71	20,31	5,34	12218,50	0,033

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna

Rekonstrukcja piersi została wykonana u 39,8% ($N=119$) badanych kobiet. Z grupy kobiet poddanych rekonstrukcji piersi, zdecydowana większość – 89,9% respondentek ($N=107$) zadeklarowała wpływ zabiegu na lepsze samopoczucie. Średnia stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, które zauważyły wpływ rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie była znacznie wyższa niż w grupie kobiet, które takiego wpływu nie zauważyły ($M=33,42$ vs. $M=27,92$) (Rycina 20).



Rycina 20. Średnie wartości poziomu akceptacji choroby w grupie kobiet, które zauważyły wpływ rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie i w grupie kobiet, które nie zauważyły takiego wpływu.

W przypadku satysfakcji z życia kobiety, które zauważyły wpływ rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie miały wyższy wynik w skali SWLS w porównaniu do kobiet, które nie zauważyły takiego wpływu ($M=23,52$ vs. $M=20,75$). W tabeli przedstawiono zestawienie średnich wartości stopnia akceptacji choroby oraz poziomu satysfakcji z życia z uwzględnieniem wpływu rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie i uzupełniono je wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 58).

Tabela 58. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które zauważyły wpływ rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie i w grupie kobiet, które nie zauważyły takiego wpływu

Wpływ rekonstrukcji na lepsze samopoczucie	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	27,92	9,03	33,42	6,47	408,50	0,036	0,01
Satysfakcja z życia	20,75	7,15	23,52	4,88	499,00	0,199	0,01

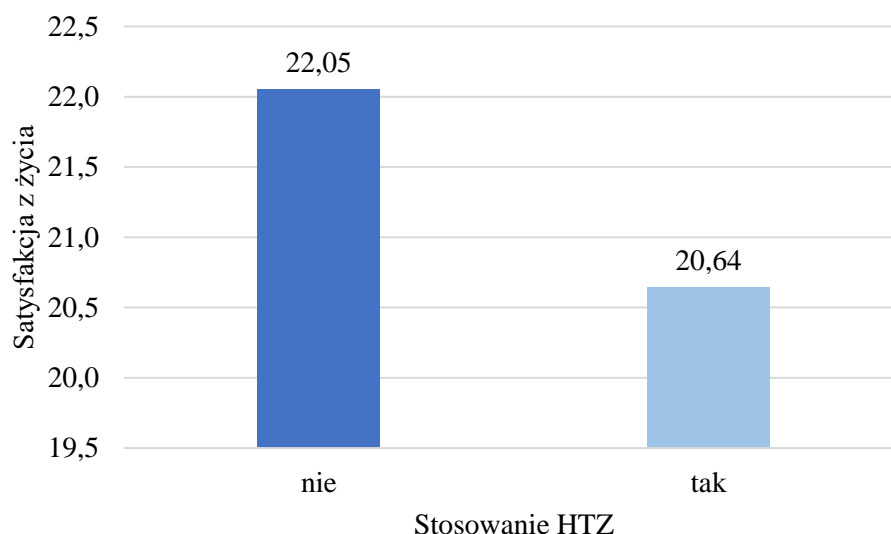
M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Stwierdzono zależność istotną statystycznie ($p=0,036$) w zakresie akceptacji choroby z uwzględnieniem wpływu rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie, natomiast w przypadku satysfakcji z życia nie stwierdzono w tym zakresie zależności istotnej statystycznie – $p=0,199$ (Tabela 58).

Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej

Hormonalną terapię zastępczą stosowało 32,5% ($N=151$) kobiet. W przypadku satysfakcji z życia kobiety, które nie stosowały HTZ osiągnęły wyższą średnią wartość

poziomu satysfakcji z życia niż respondentki stosujące hormonalną terapię zastępczą (M=22,05 vs. M=20,64) (Rycina 21).



Rycina 21. Średnie wartości poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które stosowały HTZ i w grupie kobiet, które nie stosowały HTZ.

Stopień akceptacji choroby w grupie osób, które stosowały HTZ i wśród kobiet, które nie stosowały tego rodzaju terapii były do siebie bardzo zbliżone (M=29,86 vs. M=29,98). Poniżej przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które stosowały HTZ i w grupie kobiet, które nie stosowały HTZ. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 59).

Tabela 59. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które stosowały HTZ i w grupie kobiet, które nie stosowały HTZ

Stosowanie HTZ	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	29,98	6,56	29,86	7,15	22895,00	0,966	0,01
Satysfakcja z życia	22,05	5,68	20,64	5,49	19665,00	0,012	0,01

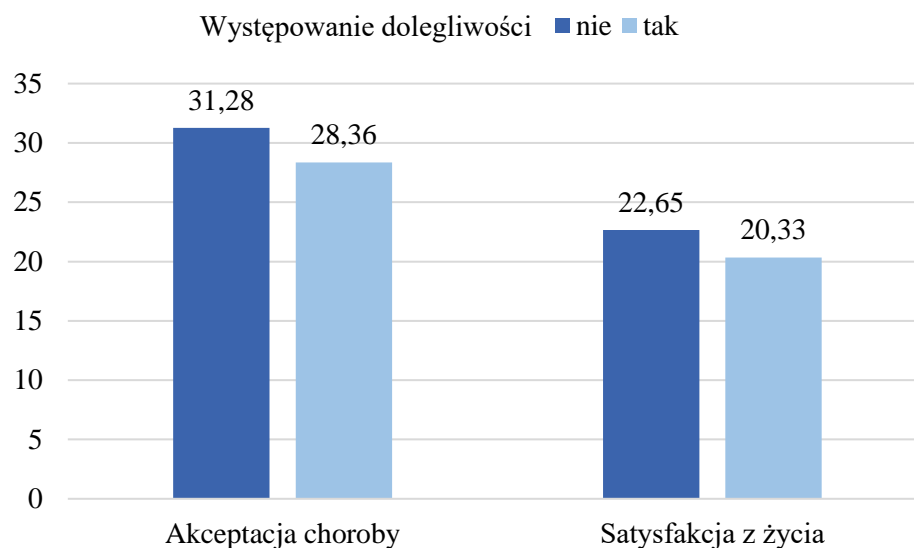
M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy satysfakcją z życia z uwzględnieniem stosowania hormonalnej terapii zastępczej (p=0,012). Natomiast w zakresie akceptacji choroby taka zależność nie wystąpiła (Tabela 59).

Dolegliwości

Dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej występowały u 45,6% (N= 212) kobiet. Respondentki u których występowały dolegliwości charakteryzowały się niższym stopniem akceptacji choroby (M=31,28) i niższym poziomem satysfakcji z życia

($M=22,65$) w porównaniu do tych, u których nie występowały dolegliwości związane z przebiegiem choroby nowotworowej (AIS – $M=28,36$; SWLS – $M=20,33$) (Rycina 22).



Rycina 22. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej i w grupie kobiet, u których nie występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej.

W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej i w grupie kobiet, u których nie występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 60).

Tabela 60. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej i w grupie kobiet, u których nie występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej

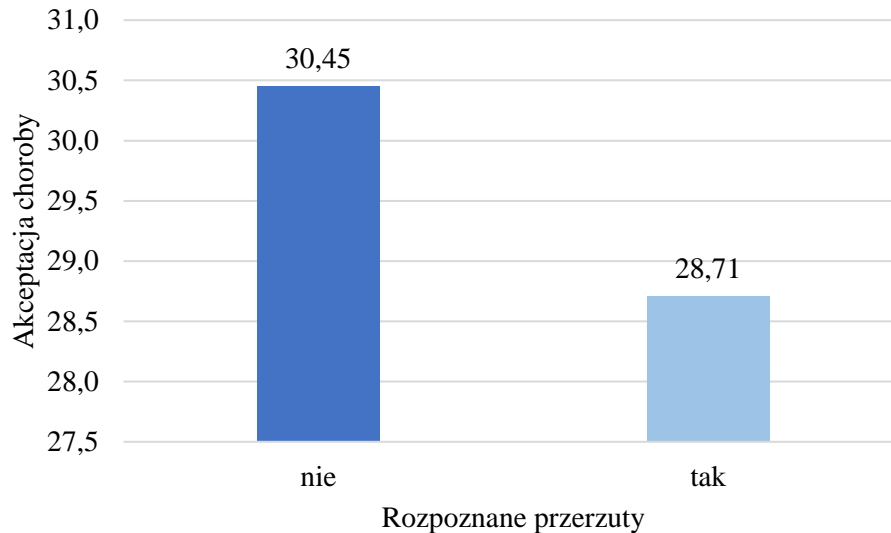
Występowanie dolegliwości	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	31,28	6,66	28,36	6,53	19849,50	0,001	0,05
Satysfakcja z życia	22,65	5,10	20,33	6,07	20003,50	0,001	0,05

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Stwierdzono zależności istotne statystycznie w zakresie stopnia akceptacji choroby – $p=0,001$ i poziomu satysfakcji z życia – $p=0,001$ ze względu na występowanie dolegliwości związanych z chorobą nowotworową (Tabela 60).

Przerzuty nowotworowe

Przerzuty stwierdzono u 29,0% (N=135) osób. Respondentki, u których rozpoznano przerzuty charakteryzowały się mniejszym stopniem akceptacji choroby w porównaniu do kobiet u których nie stwierdzono przerzutów (M=28,71 vs. M=30,45) (Rycina 23).



Rycina 23. Średnie wartości poziomu akceptacji choroby w grupie kobiet, u których rozpoznano przerzuty i w grupie kobiet, u których nie rozpoznano przerzutów.

Satysfakcja z życia w grupie kobiet, u których stwierdzono przerzuty była niższa w porównaniu do kobiet, u których nie zdiagnozowano przerzutów raka piersi (M=21,10 vs. M=21,80). W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których rozpoznano przerzuty i w grupie kobiet, u których nie rozpoznano przerzutów. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 61).

Tabela 61. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których rozpoznano przerzuty i w grupie kobiet, u których nie rozpoznano przerzutów

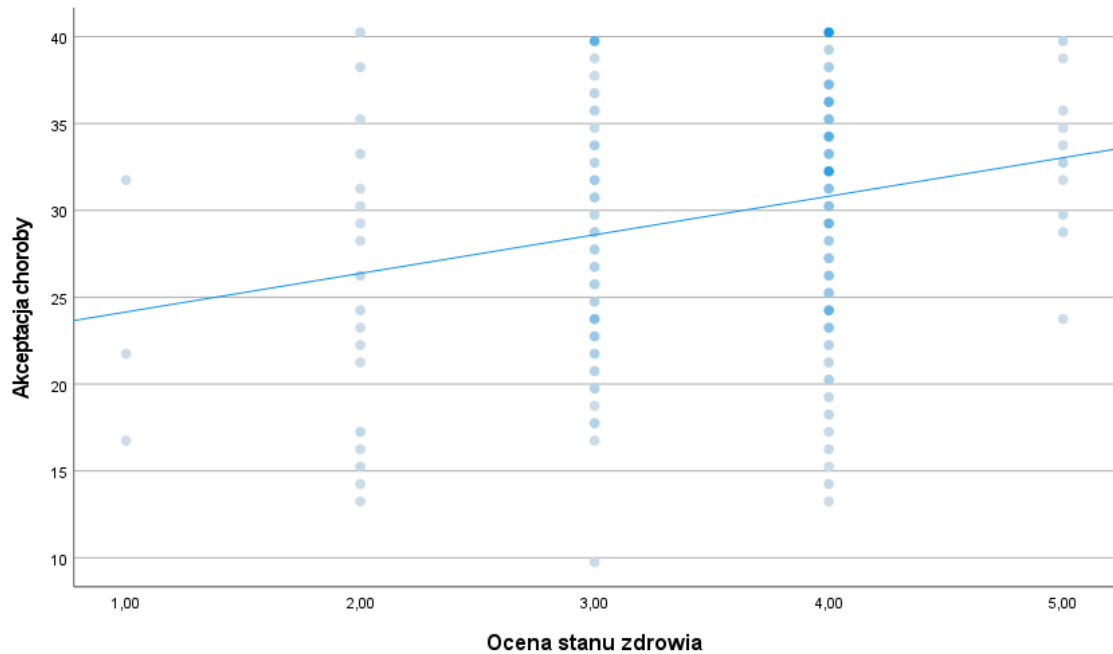
Przerzuty	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	30,45	6,65	28,71	6,87	19029,50	0,013	0,01
Satysfakcja z życia	21,80	5,28	21,10	6,54	20366,00	0,145	0,01

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Stwierdzono zależność istotną statystycznie (p=0,013) w zakresie stopnia akceptacji choroby z uwzględnieniem przerzutów raka piersi, natomiast w przypadku satysfakcji z życia nie wystąpiła zależność istotna statystycznie (Tabela 61).

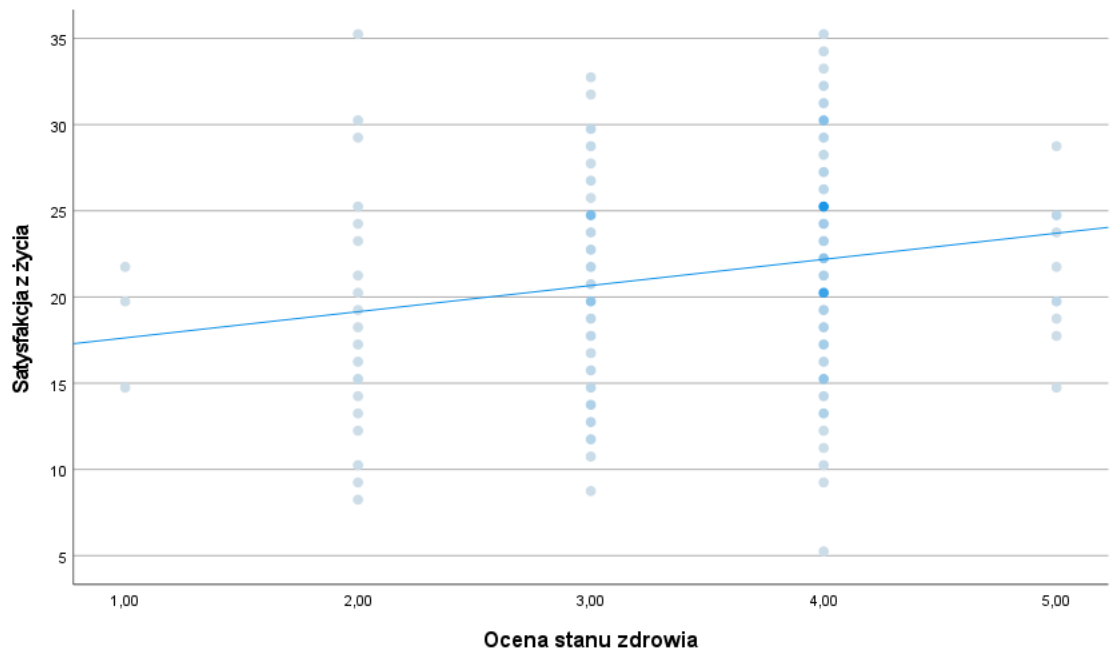
Samoocena stanu zdrowia

Najwięcej kobiet określiło swój stan zdrowia na obecnym etapie choroby jako dobry (60,6%; N=282). Respondentki, które lepiej oceniły swój stan zdrowia miały wyższy stopień akceptacji choroby (Rycina 24).



Rycina 24. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a akceptacją choroby.

Podobnie w przypadku satysfakcji z życia. Im kobiety lepiej oceniły swój stan zdrowia tym miały wyższy poziom satysfakcji z życia (Rycina 25).



Rycina 25. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a satysfakcją z życia.

Współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy samooceną stanu zdrowia badanych, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia przedstawiono w tabeli. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 62).

Tabela 62. Współczynniki korelacji pomiędzy samooceną stanu zdrowia osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	0,201	0,001
Satysfakcja z życia	0,176	0,001

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Otrzymano istotne statystycznie słabe dodatnie korelacje pomiędzy samooceną stanu zdrowia a akceptacją choroby – $p=0,001$ i satysfakcją z życia – $p=0,001$ (Tabela 62).

Czynniki mające znaczenie dla poziomu zadowolenia z opieki zdrowotnej

Zadowolenie z informacji o chorobie i przebiegu leczenia

Rozkład poziomu satysfakcji osób badanych z informacji udzielonych przez fachowych pracowników ochrony zdrowia na temat choroby i leczenia w badanej grupie był zróżnicowany. Najwyższą średnią wartość akceptacji choroby ($M=31,25$) osiągnęły kobiety, dla których informacje te nie były satysfakcjonujące, ale takich kobiet było tylko osiem ($N=8$). Natomiast najniższą wartość w skali AIS ($M=29,44$) uzyskały osoby ($N=228$), dla których informacje były zadowalające w umiarkowanym stopniu. W zakresie stopnia akceptacji choroby podobnie – najwyższą wartość $M=25,13$ osiągnęły osoby dla których informacje nie były satysfakcjonujące, ale było to również tylko osiem ($N=8$) respondentek, a najniższą średnią wartość w skali SWLS osiągnęły kobiety, dla których informacje były satysfakcjonujące w małym stopniu ($M=20,13$; $N=32$). W tabeli przedstawiono współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy poziomem satysfakcji osób badanych z informacji udzielonych przez fachowych pracowników ochrony zdrowia na temat choroby i leczenia a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 63).

Tabela 63. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem satysfakcji osób badanych z informacji udzielonych przez fachowych pracowników ochrony zdrowia na temat choroby i leczenia a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	0,050	0,278
Satysfakcja z życia	0,062	0,182

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Poziom zadowolenia w zakresie udzielonych informacji przez fachowych pracowników ochrony zdrowia na temat choroby i leczenia nie różnicował istotnie statystycznie stopnia akceptacji choroby oraz poziomu satysfakcji z życia – $p > 0,05$ (Tabela 63).

Zadowolenie z dotychczasowego leczenia

Zdecydowana większość – 90,5% (N=421) to osoby zadowolone z przebiegu dotychczasowego leczenia, dla których średnia stopnia akceptacji choroby wyniosła $M=29,82$, a średnia poziomu satysfakcji z życia $M=21,59$. Natomiast dla respondentek niezadowolonych z dotychczasowego leczenia średnia stopnia akceptacji choroby była wyższa i wyniosła $M=31,16$, a średnia poziomu satysfakcji z życia była identyczna jak w grupie kobiet, które były zadowolone z dotychczasowego leczenia – $M=21,59$. W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które były zadowolone z przebiegu dotychczasowego leczenia i w grupie kobiet, które nie były zadowolone. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 64).

Tabela 64. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które były zadowolone z przebiegu dotychczasowego leczenia i w grupie kobiet, które nie były zadowolone z przebiegu dotychczasowego leczenia

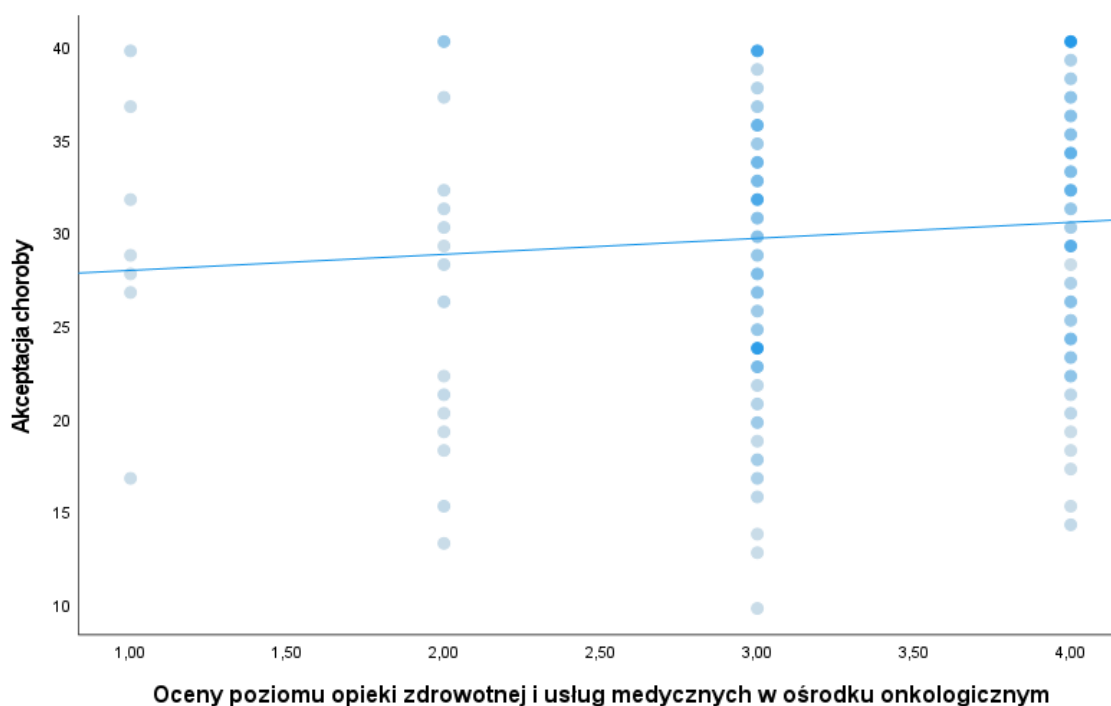
Zadowolenie z leczenia	Nie		Tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	31,16	7,67	29,82	6,64	8044,00	0,150
Satysfakcja z życia	21,59	5,47	21,59	5,70	9107,50	0,855

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna

Zadowolenie z dotychczasowego leczenia nie różnicowało w sposób istotny statystycznie stopnia akceptacji choroby oraz poziomu satysfakcji z życia ($p > 0,05$) (Tabela 64).

Poziom opieki zdrowotnej

Rozkład ocen poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonanych przez osoby badane mieścił się w zakresie ocen: bardzo dobry – niedostateczny. Najwięcej osób badanych oceniło poziom opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym jako dobry (48,8%; N=227). Im wyższe oceny poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonane przez osoby badane tym wyższy stopień akceptacji choroby (Rycina 26).



Rycina 26. Zależność pomiędzy ocenami poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonanyymi przez osoby badane a stopniem akceptacji choroby.

Współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy ocenami poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonanyymi przez osoby badane, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia przedstawiono w tabeli. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 65).

Tabela 65. Współczynniki korelacji pomiędzy ocenami poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonanyymi przez osoby badane a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	0,096	0,039
Satysfakcja z życia	0,070	0,131

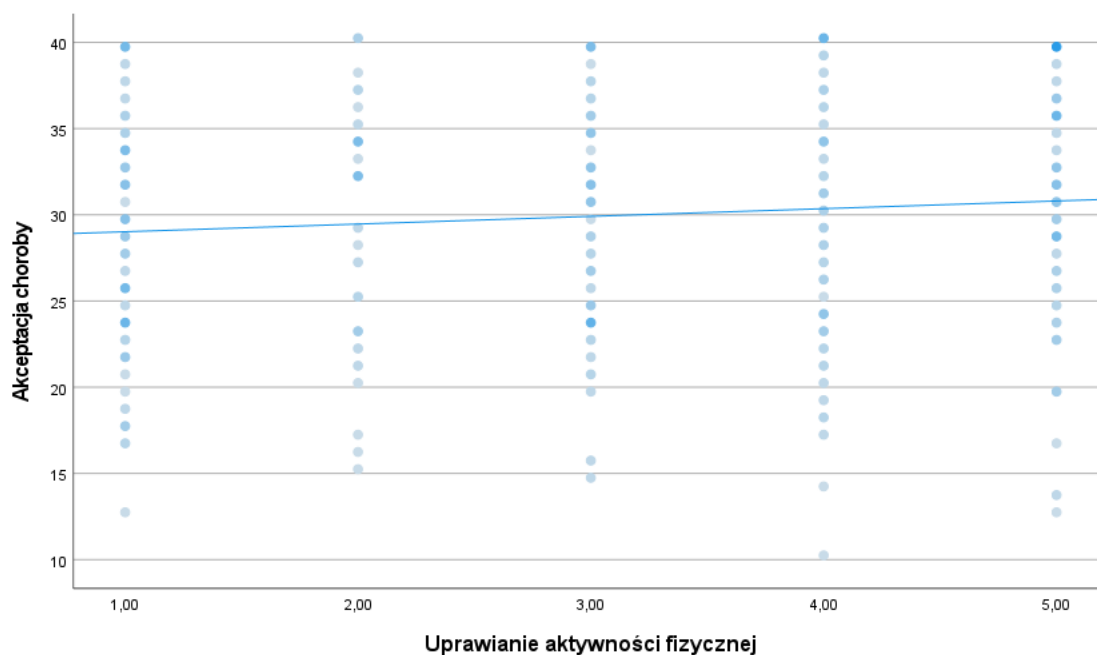
ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Otrzymano słabą dodatnią korelację pomiędzy ocenami poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonanyymi przez osoby badane, a stopniem akceptacji choroby – $p=0,039$ (Tabela 65).

Wybrane elementy stylu życia

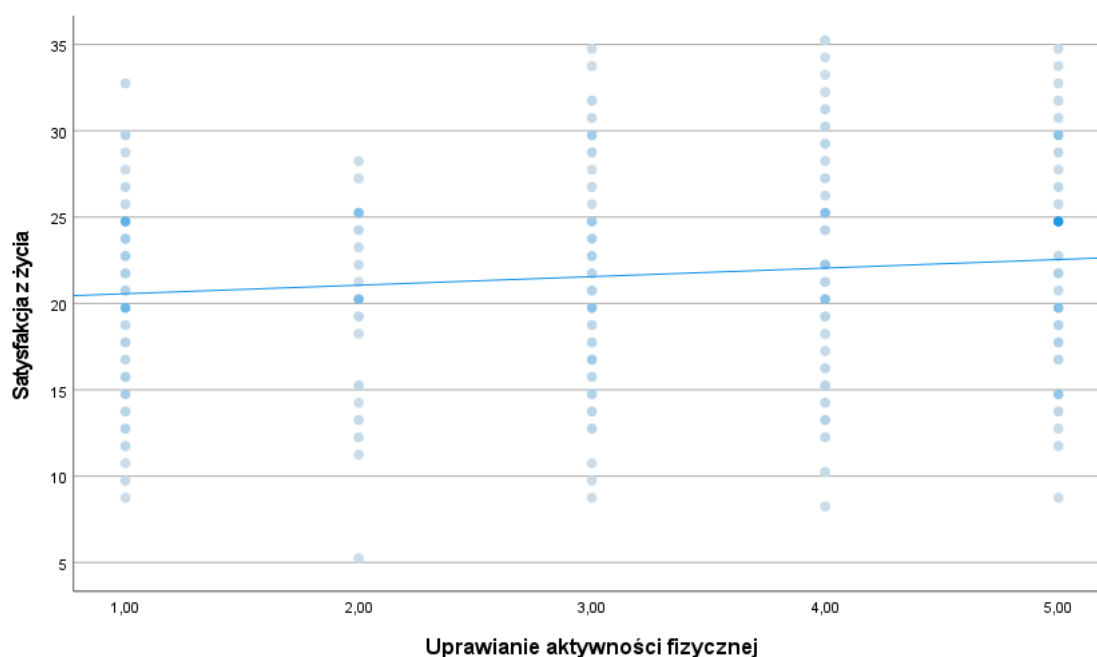
Aktywność fizyczna i stosowanie używek, to czynniki mające istotne znaczenie dla zdrowia człowieka. Z tego względu w badaniach również uwzględniono aktywność fizyczną, palenie papierosów i spożywanie alkoholu przez kobiety z rakiem piersi. Większość badanych kobiet (75,5%; $N=351$) było aktywnych fizycznie z różną częstotliwością. Respondentki częściej aktywne fizycznie miały większą akceptację

choroby w porównaniu do kobiet deklarujących brak lub bardzo rzadką aktywność fizyczną (Rycina 27).



Rycina 27. Zależność pomiędzy uprawianiem aktywności fizycznej a akceptacją choroby.

Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku satysfakcji z życia. Im częstsza była aktywność fizyczna, tym satysfakcja z życia kobiet objętych badaniem była wyższa (Rycina 28).



Rycina 28. Zależność pomiędzy uprawianiem aktywności fizycznej a poziomem satysfakcji z życia.

Współczynniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy aktywnością fizyczną osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia przedstawiono w tabeli. Zastosowano jednostronny test istotności statystycznej (Tabela 66).

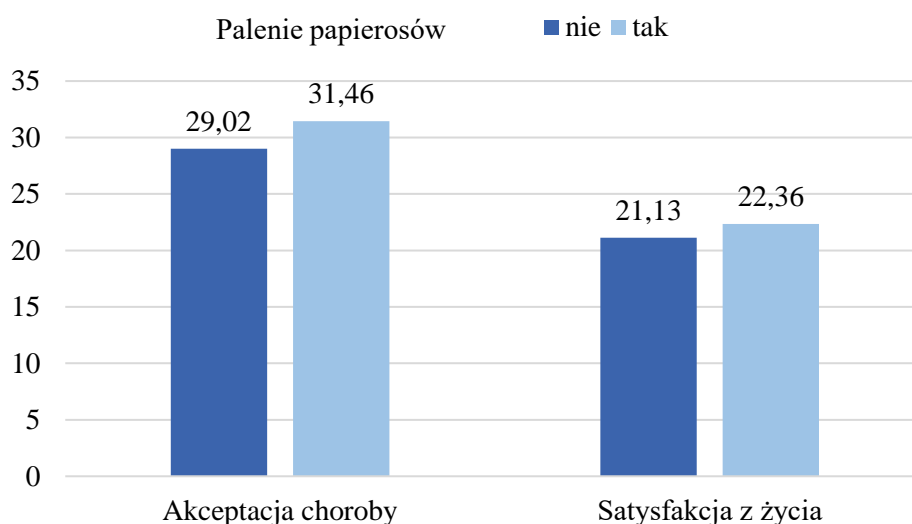
Tabela 66. Współczynniki korelacji pomiędzy aktywnością fizyczną osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia

Zmienna	ρ	p
Akceptacja choroby	0,106	0,011
Satysfakcja z życia	0,127	0,003

ρ – współczynnik korelacji ρ Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Otrzymano istotne statystycznie słabe dodatnie korelacje pomiędzy aktywnością fizyczną, a akceptacją choroby – $p=0,011$ i satysfakcją z życia – $p=0,003$ (Tabela 66).

Średnia stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet palących papierosy była wyższa w porównaniu do kobiet niepalących ($M=31,46$ vs. $M=29,02$). Podobnie kobiety palące miały wyższą satysfakcję z życia niż niepalące papierosów ($M=22,36$ vs. $M=21,13$) (Rycina 29).



Rycina 29. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które paliły papierosy i w grupie kobiet, które nie paliły papierosów.

W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które paliły papierosy i w grupie kobiet, które nie paliły papierosów. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 67).

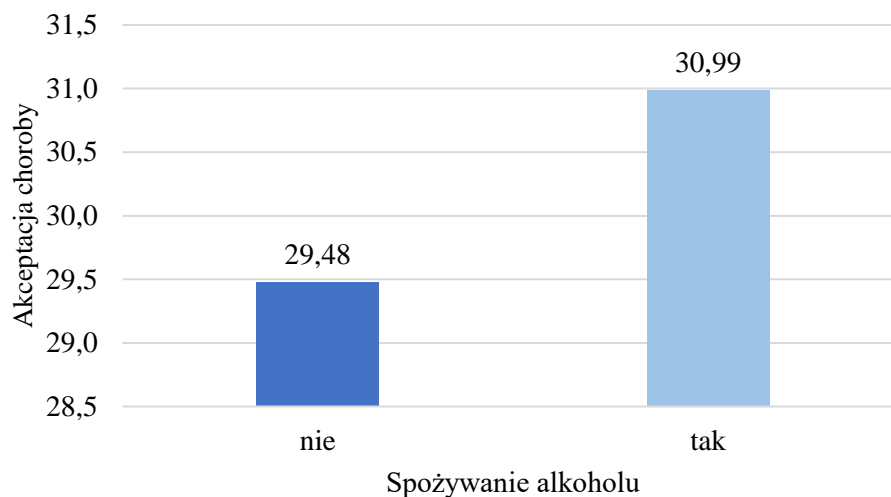
Tabela 67. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które paliły papierosy i w grupie kobiet, które nie paliły papierosów

Palenie papierosów	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	29,02	6,62	31,46	6,73	19896,50	0,001	0,03
Satysfakcja z życia	21,13	5,67	22,36	5,63	22326,00	0,031	0,01

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Stwierdzono, że kobiety, które paliły papierosy charakteryzowały się wyższym stopniem akceptacji choroby i wyższym poziomem satysfakcji z życia. Wystąpiły w tym względzie zależności istotne statystycznie (odpowiednio $p=0,001$ i $p=0,031$) (Tabela 67).

Kobiety, które spożywały alkohol miały wyższą średnią wartość akceptacji choroby ($M=30,99$), niż te badane, które nie spożywały alkoholu ($M=29,48$) (Rycina 30).



Rycina 30. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, które spożywały alkohol i w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu.

Natomiast satysfakcja z życia była na zbliżonym poziomie w grupie kobiet deklarujących spożywanie alkoholu i w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu ($M=21,56$ vs. $M=21,61$). W tabeli przedstawiono średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które spożywały alkohol i w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya (Tabela 68).

Tabela 68. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które spożywały alkohol i w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu

Spożywanie alkoholu	Nie		Tak		U	p	ϵ^2
	M	SD	M	SD			
Akceptacja choroby	29,48	6,56	30,99	7,08	19673,50	0,012	0,01
Satysfakcja z życia	21,61	5,62	21,56	5,82	22650,50	0,780	0,01

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; ϵ^2 – miara siły efektu

Stwierdzono, że kobiety, które spożywały alkohol charakteryzowały się wyższym stopniem akceptacji choroby i wystąpiła w tym zakresie zależność istotna statystycznie – $p=0,012$. Natomiast nie wystąpiła zależność istotna statystycznie w zakresie satysfakcji z życia z uwzględnieniem spożywania alkoholu – $p=0,780$ (Tabela 68).

4.6. Predyktory stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia

Czynniki demograficzne, społeczne, medyczne i wybrane elementy stylu życia przeanalizowano również w roli predyktorów akceptacji choroby i satysfakcji z życia w oparciu o hierarchiczną analizę regresji. Czynniki te analizowano w odrębnych blokach. Dobór predyktorów w ramach każdego z trzech bloków został dokonany w oparciu o algorytm krokowy. W ten sposób wyodrębniono kluczowe predyktory stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. Wyniki analizy dotyczącej stopnia akceptacji choroby przedstawiono w poniższej tabeli (Tabela 69).

Tabela 69. Analiza kluczowych predyktorów stopnia akceptacji choroby

Predyktory	Beta	t	p
Liczba dzieci	-0,19	-4,07	0,001
Wiek	-0,13	-2,76	0,006
Wsparcie otrzymane ze względu na stan zdrowia	-0,12	-2,61	0,015
Dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej	-0,17	-3,72	0,001
Czas jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia dłuższy niż 2 miesiące	0,10	2,15	0,051
Palenie papierosów	0,11	2,27	0,021
Samoocena stanu zdrowia co najmniej dobra	0,11	2,38	0,020
Ocena poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym	0,12	2,63	0,026

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; *t* – wartość testu istotności statystycznej predyktora; *p* – istotność statystyczna

Stwierdzono, że kluczowymi predyktorami stopnia akceptacji choroby były: liczba dzieci, wiek osób badanych, wsparcie otrzymane ze względu na stan zdrowia, dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej, czas jaki upłynął od rozpoznania raka piersi do rozpoczęcia leczenia, palenie papierosów, samoocena stanu zdrowia oraz ocena poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym. Liczba dzieci, wiek osób badanych, wsparcie otrzymane ze względu na stan zdrowia i dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej były powiązane ze stopniem akceptacji choroby ujemnie, a czas jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia, palenie papierosów, samoocena stanu zdrowia oraz ocena poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym były powiązane dodatnio ze stopniem akceptacji choroby. Łącznie model oparty na tych ośmiu predyktorach wyjaśniał 19,2% wariacji stopnia akceptacji choroby w badanej próbie.

Wyniki analizy kluczowych predyktorów poziomu satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet z rozpoznaniem raka piersi zostały przedstawione w tabeli 70 (Tabela 70).

Tabela 70. Analiza kluczowych predyktorów satysfakcji z życia

Predyktory	Beta	t	p
Wsparcie	-0,10	-2,10	0,038
Dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej	-0,19	-4,00	0,001
Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej	-0,15	-3,22	0,001
Samoocena stanu zdrowia co najmniej dobra	0,11	2,16	0,006

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; *t* – wartość testu istotności statystycznej predyktora; *p* – istotność statystyczna

Stwierdzono, że kluczowymi predyktorami satysfakcji z życia były: wsparcie otrzymane ze względu na stan zdrowia, dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i samoocena stanu zdrowia. Wsparcie, dolegliwości wynikające z choroby i stosowanie hormonalnej terapii zastępczej były powiązane z poziomem satysfakcji z życia ujemnie, a samoocena stanu zdrowia była powiązana z satysfakcją z życia dodatnio. Łącznie model oparty na tych czterech predyktorach wyjaśniał 9,1% wariacji satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet leczonych z powodu raka piersi.

5. DYSKUSJA

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, ekonomiczny i społeczny zarówno w Polsce jak i na świecie. Liczba nowych zachorowań w Polsce wynosi około 170 tys., a liczba zgonów ponad 100 tys. Obecnie z chorobą nowotworową żyje ponad 1,17 mln ludzi. Nowotwory stanowią drugą, co do częstości po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów. Ponadto stały się dominującą przyczyną zgonów kobiet w młodym i średnim wieku oraz mężczyzn w średnim wieku [18,120,289]. W szybkim tempie na świecie i w Polsce wzrasta liczba kobiet chorych na raka piersi. Jest to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u tej płci. Rak piersi dotyczy kobiet o różnym statusie ekonomicznym, społecznym i zawodowym, coraz częściej również kobiet młodych. Duża złośliwość tego nowotworu oraz fakt późnego zgłaszania się do lekarza, zmniejsza szansę na wyleczenie i pełny powrót do zdrowia. W związku z tym rak piersi jest ogromnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny i pomimo intensywnego rozwoju nowych metod diagnostycznych, a także terapeutycznych nadal stanowi istotny problem kliniczny [100,163,251].

Rozpoznanie raka piersi jest wydarzeniem stresującym i kryzysowym, zarówno dla kobiety jak i jej najbliższych. Wiąże się z długotrwałym, obciążającym leczeniem, powikłaniami i skutkami ubocznymi zastosowanej terapii, a także niebezpieczeństwem wystąpienia przerzutów, co może skutkować nasileniem lęku i dystresem. Kobiety obawiają się okaleczenia, nawrotu choroby, odrzucenia przez najbliższych, rozpadu rodziny, a nawet śmierci. Wpływa to na ich kondycję zarówno fizyczną jak i psychiczną [23,91,105,300]. Reakcja na chorobę zależy od indywidualnych cech osobowości oraz umiejętności radzenia sobie w stresie. W sytuacji w jakiej znalazła się osoba chora, należy zapewnić jej całościową opiekę, z udzieleniem profesjonalnego wsparcia. Takie działanie pozwoli chorej kobiecie na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i zmotywuje ją do walki z chorobą [10,158,164,203].

Umiejętność akceptacji choroby nowotworowej stanowi poważny problem osobisty pacjentów. Wynika to z faktu, iż choroba nowotworowa wpływa wieloaspektowo na życie, obejmując obszar fizyczny, społeczny, psychiczny i duchowy. Akceptacja choroby odbywa się na dwóch poziomach: emocjonalnym i poznawczo-behawioralnym [235]. Zaakceptowanie własnej choroby pomaga w radzeniu sobie ze stratami poniesionymi w wyniku tej choroby. Pacjent powinien przeorganizować swoje dotychczasowe życie, dostosować je do aktualnego stanu zdrowia, najlepiej tak, aby mógł pełnić role społeczne i zawodowe. Diagnoza raka piersi, może wywoływać reakcje współczucia u innych ludzi, co stanowi czynnik braku akceptacji choroby i tworzy negatywny obraz własnego ciała. Z kolei problemy z akceptacją wywołują negatywne emocje i obniżają jakość życia chorego [111,160,161]. Przewaga negatywnych emocji, występuje u osób z niższym stopniem akceptacji choroby. Negatywne emocje z kolei wpływają na podejmowanie

złych decyzji przez pacjentów w trakcie leczenia. Wyższy stopień akceptacji choroby, wpływa znacząco na zmniejszenie negatywnych emocji, a tym samym zmniejsza uczucie dyskomfortu psychicznego i pozytywnie motywuje chorych do współdziałania w procesie leczenia. Osoby z wysokim stopniem akceptacji choroby, z pozytywnym i optymistycznym jej postrzeganiem mają lepszą jakość życia [155,175,213,249]. Akceptacja choroby warunkuje lepsze samopoczucie – im pacjentka bardziej akceptuje swoją chorobę tym mniej przejawia lęku, co wpływa pozytywnie na zaufanie do personelu medycznego i proponowanych metod leczenia. Zespół terapeutyczny powinien zapewnić chorej odpowiednią edukację i udzielić profesjonalnego wsparcia. Kowalski i wsp. zwrócili uwagę, iż konieczne jest ciągle podnoszenie kompetencji zawodowych personelu medycznego, zwłaszcza w obszarze psychoonkologii [163]. Podejście interdyscyplinarne do leczenia pozwala lepiej zrozumieć kobietę z rakiem piersi i wpływ choroby na jej teraźniejsze i przyszłe życie, a samej pacjentce ułatwia adaptację do nowych warunków oraz ma znaczenie dla efektów terapii [130,164,232].

Rozpoznanie raka piersi, zmienia dotychczasową sytuację życiową kobiety, czego odzwierciedleniem może być nie tylko stopień akceptacji choroby, ale również poziom satysfakcji z życia określanej jako zadowolenie z życia. Satysfakcja z życia zależy m.in. od aktualnego nastroju oraz cech osobowości. Poznanie czynników mogących wpłynąć na poprawę komfortu życia osób z chorobą nowotworową stanowi wypadkową między oczekiwaniami a rzeczywistością. Satysfakcja z życia jest bardzo ważnym parametrem, który wpływa na stan psychiczny chorej kobiety. Wysoka satysfakcja, podobnie jak akceptacja choroby pozwala również na osiągnięcie lepszego efektu w leczeniu [16,64,106,129].

Celem badań własnych była ocena stopnia akceptacji choroby nowotworowej i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz określenie czynników demograficznych, społecznych i medycznych mających znaczenie dla akceptacji choroby i satysfakcji z życia. W procesie badawczym określono stopień akceptacji choroby oraz poziom satysfakcji z życia chorych kobiet, zdefiniowano czynniki demograficzne, społeczne i medyczne, które miały wpływ na stopień akceptacji choroby i satysfakcję z życia respondentek. Ustalono również związki zachodzące pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu, czasem, jaki upłynął od postawienia diagnozy, rodzajem zastosowanego leczenia, wykonaniem rekonstrukcji piersi, występującymi dolegliwościami, zadowoleniem z opieki zdrowotnej oraz uzyskanych informacji na temat choroby i leczenia a stopniem akceptacji choroby i satysfakcją z życia w badanej grupie kobiet. Ponadto z grupy czynników demograficznych, społecznych i medycznych wyodrębniono predyktory kluczowe dla stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia.

Badaniem objęto 465 pacjentek Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie leczonych w tym Ośrodku z powodu raka piersi. Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 55,62 lat, przy czym najmłodsza respondentka miała

22 lata, a najstarsza 79 lat. Większość chorych na raka piersi stanowiły mężatki (58,7%), mieszkanki wsi (48,2%), z wykształceniem średnim lub policealnym (31,6%). Badane kobiety swoją sytuację finansową oceniały najczęściej jako dobrą (48,0%). Ponad połowa respondentek było aktywnych zawodowo przed rozpoznaniem choroby (67,3%), a po postawieniu diagnozy aktywnych zawodowo pozostało tylko 30,5% kobiet. Głównym źródłem utrzymania zadeklarowanym przez kobiety była praca zawodowa (38,3%). Badana grupa była zróżnicowana pod względem stopnia zaawansowania raka piersi. Najczęściej stopień zaawansowania został określony jako T1 (37,2%) lub T2 (34,8%). Znacznie mniejsza grupa kobiet miała rozpoznany nowotwór jako Tis (11,4%). Wśród respondentek były również kobiety w zaawansowanym stadium raka piersi – T3 i T4, odpowiednio 8,6% i 8,0%. U niemal połowy (47,1%) badanych, czas jaki upłynął od postawienia rozpoznania wyniósł od dwóch do pięciu lat. Ponad połowa respondentek (64,3%; N=299) było leczonych metodą chirurgiczną, w tym operację oszczędzającą wykonano u 58,5% (N=175), a radykalną u 41,5% (N=124) kobiet. Rekonstrukcję piersi przeprowadzono u 39,8% (N=119) chorych, które przebyły mastektomię. Leczenie chemioterapią dotyczyło 55,1% (N=256) badanych.

Akceptacja choroby jest istotnym elementem mającym znaczenie dla funkcjonowania kobiet we wszystkich sferach życia. Znacząco może wpływać również na jakość życia chorych. Ośmiałowska i wsp. wykazali istotny statystycznie związek między akceptacją choroby, a jakością życia badanych kobiet [214]. Stopień akceptacji choroby nowotworowej zależy od wielu czynników, m.in. od zrozumienia choroby, ograniczeń z niej wynikających i procesu przystosowania do choroby. Ocena stopnia akceptacji stanowić może jeden z wyznaczników stanu funkcjonalnego chorej, pozwalający na obiektywne zdiagnozowanie potrzeb w celu zaplanowania kompleksowej opieki, w tym udzielenia wsparcia w zakresie pożądanym. Dlatego też skala AIS powinna być stosowana wśród pacjentów onkologicznych [79,154,213,305]. Oceny wiarygodności skali akceptacji choroby dokonali Wun Chin Leong i wsp. na podstawie badań przeprowadzonych wśród malezyjskich pacjentów z nowotworem. Wymienieni autorzy stwierdzili, iż skala AIS jest niezawodnym i ważnym instrumentem oceny stopnia akceptacji choroby nowotworowej [175]. W badaniach własnych oceniono stopień akceptacji choroby na podstawie skali AIS w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego. Większość – 54,6% (N=254) chorych kobiet charakteryzowała się wysokim stopniem akceptacji choroby. Umiarkowany stopień dotyczył 38,7% (N=180), a niski 6,7% (N=31) respondentek. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie liczebności osób charakteryzujących się wyróżnionymi stopniami akceptacji choroby ($\chi^2(2)=16,47$, $p<0,001$). Osób z wysokim stopniem było istotnie statystycznie więcej niż osób charakteryzujących się niskim ($\chi^2(1)=174,49$, $p<0,001$) i umiarkowanym ($\chi^2(1)=12,62$, $p<0,001$) stopniem akceptacji choroby. Średnia stopnia akceptacji choroby w badaniach własnych wyniosła $M=29,95$ ($SD=6,75$). Podobnie w badaniach Wojtas i wsp. przeprowadzonych wśród młodych dorosłych z chorobą nowotworową, ogólny wskaźnik

akceptacji choroby wyniósł $M=29,0$ ($SD=6,4$), co świadczyło o średnim stopniu akceptacji choroby [297]. Niewiele niższy wynik ($M=28,44$; $SD=7,87$) został osiągnięty przez kobiety leczone w szpitalu z powodu raka piersi w badaniach Jakubas i wsp. [128]. W badaniach Czerw i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentów onkologicznych, średnia stopnia akceptacji choroby wyniosła $M=27,56$ [80]. Jeszcze niższy wynik ($M=26,8$) uzyskali Lewandowska-Abucewicz i wsp. w badaniach przeprowadzonych u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim [176]. Wieder-Huszla i wsp. na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet z nowotworem narządu rodowego określili średnią wyniku skali AIS na poziomie $M=26,65$ [286]. Podobny, średni wynik stopnia akceptacji choroby ($26,53$; $SD=7,71$) u kobiet z rakiem piersi wystąpił w badaniach Cipory i wsp. [65]. Niższy wynik w badaniach przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi leczonych chirurgicznie uzyskała Łuczyk i wsp. – średnia wartość stopnia akceptacji choroby w tych badaniach wyniosła $M=25,82$ [185]. Zbliżona wartość średniej akceptacji choroby wystąpiła również w badaniach Kołpy i wsp. w grupie pacjentów onkologicznych ($M=25,35$) [154]. W badaniach Kaźmierczak i wsp. u kobiet z chorobami narządu rodowego, w tym wśród kobiet z nowotworem średnia akceptacji choroby była niższa niż u kobiet z inną chorobą ($M=25,37$ vs. $M=29,38$) [148].

Smoleń i wsp. zwrócili uwagę na różnice w zakresie stopnia akceptacji choroby w zależności od rodzaju nowotworu [256]. W badaniach Czerw i wsp. wśród pacjentek z rakiem jajnika, endometrium i piersi, średni wynik akceptacji choroby wyniósł $M=27,48$ ($SD=7,68$). Najwyższą średnią wartość uzyskały pacjentki z rakiem piersi $M=28,46$ ($SD=7,98$), następnie z rakiem endometrium $M=26,99$ ($SD=7,54$), najniższą średnią uzyskały kobiety z rakiem jajnika $M=26,72$ ($SD=7,35$) [78]. W porównaniu do badań własnych wynik uzyskany przez Czerw i wsp. u kobiet z rakiem piersi był niższy ($M=29,95$ vs. $M=28,46$). W badaniach Religioni i wsp. stopień akceptacji choroby u pacjentów z rakiem prostaty, piersi i okrężnicy/odbytnicy wyniósł odpowiednio $M=30,39$, $M=28,46$, $M=27,74$, a u pacjentów z rakiem płuca był znacznie niższy – $M=23,17$ [235]. W innych badaniach Religioni i wsp. przeprowadzonych wśród chorych z rakiem pęcherza moczowego średnia stopnia akceptacji choroby wyniosła $M=27,25$ ($SD=7,52$) [233]. Natomiast Krajewski i wsp. u pacjentów z nieinwazyjnym rakiem pęcherza moczowego uzyskali nieco wyższy średni wynik akceptacji choroby ($M=28,8$) [165]. Podobnie było w badaniach Kapela i wsp. u pacjentów z rakiem jelita grubego leczonych chemioterapią ($M=28,4$) [145]. Znacznie niższą średnią wartość akceptacji choroby ($M=24,02$; $SD=7,69$) uzyskali Religioni i wsp. w badaniach u pacjentów z rakiem żołądka [234]. Przedstawione wyniki świadczą o tym, że stopień akceptacji choroby zależał od rodzaju nowotworu.

Jak wynika z piśmiennictwa, na stopień akceptacji choroby mogą mieć wpływ różne czynniki demograficzne i społeczne, m.in.: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, zawód, źródło utrzymania, sytuacja finansowa, otrzymane wsparcie.

Wsparcie emocjonalne ze strony najbliższych eliminuje niepokój, niweluje negatywne skutki stresu, pomaga pokonywać trudności, zapewnia również poczucie bezpieczeństwa i motywuje do walki z chorobą [65,148]. Znaczenie wsparcia ze strony rodziny i personelu medycznego dla pacjentów z chorobą nowotworową, a także uzyskania fachowych informacji dotyczących przebiegu leczenia dla akceptacji choroby podkreślili w swoich badaniach Janiszewska i wsp. [130]. W badaniach Uchmanowicz i wsp. wykazano, że brak wsparcia ze strony osób najbliższych skutkowało niższą akceptacją choroby [276]. W badaniach Ruszkiewicz i Kreft przeprowadzonych w grupie pacjentów onkologicznych średnia stopnia akceptacji choroby wyniosła $M=22,05$ ($SD=9,41$) i zmienna ta wzrastała wraz z otrzymanym wsparciem społecznym [240]. Natomiast w badaniach własnych w zakresie oceny znaczenia wsparcia dla stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia otrzymano zaskakujący wynik. Kobiety, które otrzymały wsparcie osiągnęły niższe średnie wartości akceptacji choroby i satysfakcji z życia w porównaniu do tych, które nie uzyskały wsparcia ($M=28,52$ vs. $M=31,16$; $M=20,95$ vs. $M=22,13$). Stwierdzono w tym względzie również istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami w zakresie stopnia akceptacji choroby ($p=0,001$) oraz satysfakcji z życia ($p=0,018$). Sytuacja taka mogła wynikać z faktu, iż respondentki, które otrzymały wsparcie były w znacznie gorszej kondycji psychicznej i fizycznej i miały niższy stopień akceptacji choroby przez co wzbudziły większe zainteresowanie otoczenia w porównaniu do kobiet silniejszych psychicznie. Krok i wsp. w badaniach dotyczących m.in. akceptacji choroby wśród kobiet z rakiem piersi i ich małżonków, stwierdzili, iż satysfakcja małżeńska była powiązana dodatnio z wspierającą komunikacją z partnerem i akceptacją choroby. Komunikacja wspierająca między małżonkami była kluczowa dla satysfakcji małżeńskiej i akceptacji choroby [166]. W badaniach własnych respondentki w zdecydowanej większości (81,7%) uważały, iż w sytuacji choroby mogą liczyć na pomoc i wsparcie najbliższych i najczęściej oczekiwały wsparcia osobistego (41,9%). Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic pomiędzy stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia w grupie kobiet pozostających w związku małżeńskim i w grupie kobiet niepozostających w związku, ale akceptacja choroby była nieco wyższa u kobiet niemających męża w porównaniu do będących w związku małżeńskim ($M=30,35$ vs. $M=29,66$). Zwraca również uwagę istotna statystycznie słaba ujemna korelacja pomiędzy liczbą dzieci badanych kobiet, a stopniem akceptacji choroby ($\rho=-0,221$; $p=0,001$). Im większa była liczba dzieci, tym stopień akceptacji choroby był mniejszy. Ze wsparciem może być również związane poczucie bezpieczeństwa. Lewandowska-Abucewicz i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród kobiet po mastektomii, stwierdzili u blisko połowy respondentek wysoki stopień akceptacji choroby. W opinii autorów, sytuacja ta związana była z poczuciem bezpieczeństwa i możliwością sprawowania kontroli nad własnym życiem [176]. Natomiast w badaniach Polańskiego i wsp. wśród pacjentów z rakiem płuc zwrócono uwagę, iż chorzy samotni mieli duże trudności z zaakceptowaniem swojej

choroby i wystąpił u nich wyższy poziom depresji. Bezrobocie, wiek 61 lat i powyżej oraz przejawianie destrukcyjnych strategii radzenia sobie z chorobą, to czynniki, które najbardziej związane były z samotnością, zwiększające ryzyko lęku i depresji oraz zmniejszające akceptację choroby [229]. Kołpa i wsp. zwrócili uwagę, iż religijność ma wpływ na stopień akceptacji choroby, a w rozumieniu choroby nowotworowej często pomaga wiara w Boga [154]. W badaniach własnych podobnie. Większość – 62,2% (N=289) respondentek było zdania, że religijność i duchowość pomagają w sytuacji choroby nowotworowej.

W badaniach Wardas przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi i mężczyzn z rakiem jelita grubego, wykazano, że kobiety prezentowały niski stopień akceptacji choroby, a mężczyźni mieli średni stopień akceptacji choroby [284]. Piotrowska i wsp. W swoich badaniach stwierdzili, iż czynniki demograficzne i społeczne nie determinowały stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia [224]. Podobnie w badaniach własnych miejsce zamieszkania, stan cywilny, źródło utrzymania oraz aktywność zawodowa respondentek nie miały znaczenia dla stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi. Nowicki i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentek z rakiem piersi we wczesnym okresie po operacji, stwierdzili, iż prawie u połowy badanych akceptacja choroby była na średnim poziomie. Najlepiej zaakceptowały swoją chorobę kobiety będące w dobrej sytuacji ekonomicznej, mieszkające w mieście i pracujące umysłowo [207]. W badaniach własnych natomiast u ponad połowy (54,6%) respondentek stwierdzono wysoki stopień akceptacji choroby, a umiarkowany stopień dotyczył niewiele ponad jedną trzecią badanych (38,7%). Różnica taka mogła wynikać z tego, iż przywołane badania Nowickiego i wsp. były przeprowadzone u kobiet we wczesnym okresie po operacji. Ponadto w badaniach własnych stwierdzono zależności istotne statystycznie pomiędzy sytuacją finansową osób badanych, a stopniem akceptacji choroby ($p=0,024$) i poziomem satysfakcji z życia ($p=0,001$). Im lepsza była sytuacja finansowa badanych, tym wyższa była akceptacja choroby i satysfakcja z życia. Natomiast nie stwierdzono istotnych korelacji pomiędzy akceptacją choroby i satysfakcją z życia z uwzględnieniem miejsca zamieszkania respondentek ($p>0,05$). W badaniach Czerw i wsp. w grupie chorych na raka płuc, średni wynik AIS w grupie badanej wyniósł $M=23,17$; $SD=7,61$, żadna z analizowanych zmiennych społeczno-ekonomicznych tj.: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status zawodowy, sytuacja finansowa, nie miały znaczenia dla stopnia akceptacji choroby ($p>0,05$) [81]. W badaniach własnych miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa nie miały znaczenia dla stopnia akceptacji choroby, natomiast sytuacja finansowa ($p=0,024$) i wykształcenie respondentek ($p=0,001$) miały znaczenie. Juzwiszyn w badaniu dotyczącym akceptacji choroby i jakości życia u pacjentów poddanych całkowitej tyreoidektomii z powodu raka tarczycy, stwierdzili, iż badane zmienne te były istotnie wyższe przed operacją niż po usunięciu tarczycy. Im starsi byli pacjenci tym gorsza była akceptacja choroby. Przed operacją pacjenci z wyższym wykształceniem lepiej akceptowali

swoją chorobę niż pacjenci z wykształceniem średnim ($p=0,009$), natomiast po operacji poziom wykształcenia nie miał znaczenia dla stopnia akceptacji choroby [141]. W badaniach własnych podobnie, im starsi byli pacjenci, tym gorsza była akceptacja choroby, ponadto pacjenci z wykształceniem wyższym lepiej akceptowali swoją chorobę, niż pacjenci z wykształceniem średnim ($M=30,88$ vs. $M=28,16$). W badaniach Szpilewskiej i wsp. zwrócono uwagę, iż akceptacja choroby u pacjentów ze stomią również związana była z wykształceniem badanych – im wyższy poziom wykształcenia tym wyższy stopień akceptacji choroby [266]. W badaniach własnych najwyższy średni wynik stopnia akceptacji choroby – $M=30,88$ uzyskały kobiety z wykształceniem wyższym, ale niewiele niższy wynik – $M=30,70$ wystąpił u respondentek z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Natomiast najniższy wynik – $M=28,16$ osiągnęły badane z wykształceniem średnim. Stwierdzono tutaj istotne statystycznie różnice jedynie pomiędzy osobami z wykształceniem średnim, a osobami z wykształceniem podstawowym lub zawodowym ($p<0,001$) i osobami z wykształceniem wyższym ($p<0,001$).

Guzek i Kowalska w badaniach dotyczących akceptacji choroby u pacjentów po udarze mózgu wykazali, że średnia stopnia akceptacji choroby w ocenie wstępnej wyniosła $M=23,6$. Przy przyjęciu na oddział – 34% pacjentów miało niski stopień akceptacji choroby, średni stopień wystąpił u 41% badanych, a u 25% stwierdzono wysoki stopień akceptacji choroby. Najniższy stopień akceptacji choroby dotyczył pacjentów z zaburzeniami nastroju oraz z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Płeć, stan cywilny, sytuacja ekonomiczna i miejsce zamieszkania respondentów nie determinowały w sposób istotny statystycznie akceptacji choroby [110]. W badaniach własnych natomiast sytuacja finansowa kobiet miała wpływ na stopień akceptacji choroby ($p=0,024$) i poziom satysfakcji z życia ($p=0,001$), a stan cywilny i miejsce zamieszkania podobnie jak w badaniach Guzek i Kowalskiej nie miały znaczenia w tym względzie. W badaniach Juzwiszyn i wsp. średni wynik akceptacji choroby u pacjentów po amputacji kończyny dolnej z powodu cukrzycy wyniósł $M=27,65$ ($M=27,09$ u kobiet i $M=29,48$ u mężczyzn). Nie stwierdzono tutaj korelacji istotnej statystycznie pomiędzy płcią, a akceptacją choroby ($p=0,288$), natomiast zależność taka wystąpiła pomiędzy wiekiem, a akceptacją choroby ($p=0,044$) [142]. W badaniach własnych również stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy wiekiem, a akceptacją choroby ($p=0,001$). Pluta i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym określili średni wynik akceptacji choroby na poziomie $M=30,55$. Najwyższy stopień akceptacji choroby odnotowano w grupie pacjentów pracujących ($M=32,27$). Stopień akceptacji zależał od wieku ($p=0,01$), natomiast nie był determinowany przez miejsce zamieszkania ($p=0,102$), poziom wykształcenia ($p=0,108$) oraz choroby współistniejące ($p=0,262$) [227]. Podobnie w badaniach własnych wiek ($p=0,001$) oraz wykształcenie ($p=0,001$) to zmienne różnicujące w sposób istotny statystycznie akceptację choroby, natomiast miejsce zamieszkania nie miało w tym zakresie znaczenia. W badaniach Sentürk przeprowadzonych wśród pacjentów

z rodzinną gorączką śródziemnomorską średni wynik akceptacji choroby wyniósł $M=21,14$. Stwierdzono istotną korelację pomiędzy wykształceniem badanych ($p=0,044$), stanem cywilnym ($p=0,003$), statusem zawodowym ($p=0,009$), a akceptacją choroby [245]. W badaniach własnych jak wcześniej wspomniano wystąpiła korelacja pomiędzy wykształceniem respondentów, a akceptacją choroby, ale takiej zależności nie stwierdzono w zakresie stanu cywilnego i aktywności zawodowej respondentów. Natomiast w badaniach Uchmanowicz i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentów z niewydolnością serca, stwierdzono, iż brak aktywności zawodowej przekładał się na niższy stopień akceptacji choroby [276].

W badaniach Piotrkowskiej i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentów z chorobą nowotworową, średnia akceptacji choroby wyniosła $M=21,6$, a średnia poziomu satysfakcji z życia $M=19,4$. W tych badaniach wykazano istotną korelację pomiędzy akceptacją choroby, a występującymi objawami, tj.: natężeniem bólu ($p<0,05$) i biegunką ($p<0,05$). Natężenie bólu wpływało również na satysfakcję z życia w badanej grupie ($p<0,05$). Im większa akceptacja choroby, tym większa satysfakcja z życia. Ból i biegunka zmniejszały akceptację choroby. Ponadto ból zmniejszał poziom satysfakcji z życia [224]. W badaniach własnych podobnie, wykazano istotne statystycznie korelacje pomiędzy stopniem akceptacji choroby ($p=0,001$) i poziomem satysfakcji z życia ($p=0,001$), a występowaniem dolegliwości związanych z chorobą nowotworową na obecnym etapie leczenia/kontroli. Respondentki, które zgłaszały występowanie dolegliwości miały niższy stopień akceptacji choroby ($M=31,16$ vs. $M=28,52$) i niższy poziom satysfakcji z życia ($M=22,13$ vs. $M=20,95$) w porównaniu do kobiet, które nie zgłaszały dolegliwości. Przy czym, najczęściej występującymi dolegliwościami były ogólne zmęczenie (19,2%) oraz ból (15,5%).

W badaniach Jankowskiej-Polańskiej i wsp. stopień akceptacji choroby u kobiet z rakiem piersi zależał od metody leczenia – najniższy dotyczył kobiet poddanych mastektomii bez operacji odtwórczej, natomiast najwyższy kobiet po mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją piersi [134]. Jakubas i wsp. w badaniach wśród kobiet z rakiem piersi leczonych chirurgicznie stwierdzili, iż na stopień akceptacji choroby wpływało zastosowane leczenie adjuwantowe. Kobiety poddane temu leczeniu cechowały się niższymi wartościami stopnia akceptacji w skali AIS, niż te, które były leczone wyłącznie chirurgicznie [128]. W badaniach własnych zastosowane metody leczenia nie miały wpływu na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia. Stwierdzono jedynie istotną statystycznie zależność ($p=0,036$) w zakresie akceptacji choroby z uwzględnieniem wpływu rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie badanych kobiet. Natomiast istotny związek procedury chirurgicznej wykonanej u kobiet z rakiem piersi w obrębie regionalnego układu chłonnego z akceptacją choroby w swoich badaniach wykazali Sowa i wsp. W tych badaniach stwierdzono, że po upływie 5 lat od operacji oszczędzającej piersi (BCT), ogólny średni wynik akceptacji choroby wyniósł $M=33,7$, a zaledwie 4% kobiet nadal nie akceptowało swojej choroby [259].

Według Krzyżanowskiej i wsp. innym istotnym czynnikiem wpływającym na akceptację jest czas trwania choroby. Im krótszy czas trwania choroby, tym pacjenci łatwiej akceptowali sytuację w jakiej się znaleźli [168]. Innego zdania byli Branecka-Woźniak i wsp., którzy wskazali, iż osoby chorujące przez dłuższy czas lepiej radziły sobie ze stresem i lepiej przystosowały się psychicznie do choroby niż pacjenci chorujący od niedawna [38]. Podobnie w badaniach własnych stwierdzono słabą dodatnią korelację pomiędzy czasem jaki upłynął od postawienia rozpoznania, a stopniem akceptacji choroby ($p=0,008$). Im dłuższy był czas od postawienia rozpoznania, tym wyższy był stopień akceptacji choroby, przy czym u największej liczby respondentek czas trwania choroby wyniósł od 2 do 5 lat.

W badaniach Ruszkiewicz i Kreft czynniki medyczne, tj. rodzaj nowotworu i czas trwania choroby nie wpływały w sposób istotny statystycznie na stopień akceptacji choroby. Natomiast styl radzenia sobie ze stresem, kontakt personelu medycznego z chorym oraz przekazywanie informacji o stanie zdrowia i metodach leczenia to czynniki wpływające na stopień akceptacji choroby [240]. W badaniach własnych czas trwania choroby miał znaczenie istotne statystycznie dla stopnia akceptacji choroby ($p=0,008$). Im dłuższy był czas od postawienia diagnozy raka piersi, tym wyższy był stopień akceptacji choroby. Ponadto w badaniach własnych ocena poziomu zadowolenia z informacji udzielonych przez profesjonalistów na temat choroby była wysoka, ponieważ 42,4% ($N=197$) badanych było w pełni zadowolonych z tych informacji, a 49,0% ($N=228$) było zadowolonych w umiarkowanym stopniu. Zaledwie dla 1,7% ($N=8$) badanych udzielone informacje nie były satysfakcjonujące, a dla 6,9% ($N=32$) były satysfakcjonujące w małym stopniu. Jednak nie stwierdzono korelacji istotnych statystycznie w tym zakresie. Smoleń i wsp. w swoich badaniach podkreślili, iż stopień akceptacji choroby stanowi wynik czynników medycznych, tj. zastosowanych metod leczenia, nasilających się dolegliwości, uzyskanych informacji o leczeniu oraz samooceny stanu zdrowia [256]. W badaniach własnych na obecnym etapie leczenia ponad połowa – 60,6% ($N=282$) kobiet oceniła stan swojego zdrowia jako dobry. Kolejne pod względem liczności grupy badanych oceniły stan swojego zdrowia jako dostateczny – 29,3% ($N=136$), zły – 5,8% ($N=27$), bardzo dobry – 3,7% ($N=17$) i bardzo zły – 0,6% ($N=3$). Wystąpiła tutaj istotna statystycznie korelacja pomiędzy samooceną stanu zdrowia, a akceptacją choroby ($p=0,001$).

W badaniach Kaleta-Pilarskiej ponad połowa (56,5%) respondentów z rozpoznaniem raka jelita grubego zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego nie akceptowało swojej choroby. Osoby zadowolone z opieki onkologicznej w wyższym stopniu akceptowały swoją chorobę [144]. Podobnie, w badaniach Kołpa i wsp. przeprowadzonych wśród chorych onkologicznie, wykazano, iż na akceptację choroby wpływała fachowość personelu medycznego i atmosfera panująca w placówce [154]. W badaniach własnych zdecydowana większość – 90,5% respondentek było zadowolonych z dotychczasowego leczenia. Podobnie, duże grupy badanych kobiet oceniło poziom opieki w ośrodku onkologicznym

jako dobry (48,8%) i bardzo dobry (42,8%). Ocena poziomu zadowolenia z informacji udzielonych przez profesjonalistów również była wysoka („w umiarkowanym stopniu” – 49,0%, „w pełni” – 42,4%). Im wyższe były oceny poziomu opieki zdrowotnej, tym wyższy był stopień akceptacji choroby ($p=0,039$). Natomiast zadowolenie z dotychczasowego leczenia i zadowolenie z informacji udzielonych przez profesjonalistów na temat choroby nie determinowało w sposób istotny statystycznie stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia.

W swoich badaniach wśród pacjentów z rakiem miednicy poddanych radioterapii, Krok i wsp. dokonali oceny dynamiki akceptacji choroby. Stwierdzili, że im więcej dolegliwości bólowych oraz następstw psychicznych, społecznych i duchowych tych dolegliwości odczuwali pacjenci, tym w mniejszym stopniu akceptowali swoją chorobę [167]. W innych badaniach dotyczących akceptacji choroby, ale przeprowadzonych w grupie pacjentów nieonkologicznych, tj. wśród osób z nadciśnieniem tętniczym Bijak i wsp. stwierdzili, że 45% ogółu badanych cechowało się wysokim stopniem akceptacji choroby, tylko 1% więcej, tj. 46% respondentów miało średni stopień akceptacji choroby. W tychże badaniach wykazano, że akceptacja choroby zależała od: czasu trwania choroby (im krótszy czas trwania choroby, tym wyższy stopień akceptacji), występowania innych chorób i zaburzeń psychicznych oraz przyjmowanych leków [28]. Wysoki wynik w skali AIS ($M=34,1$) u pacjentów po przeszczepieniu nerki wykazali w swoich badaniach Federowicz i wsp. [94]. Natomiast w innych badaniach przeprowadzonych wśród chorych na padaczkę Teshome i wsp. stwierdzili, iż respondenci w średnim stopniu akceptowali swoją chorobę [271]. Podobnie Bonikowska i wsp. wykazali, że stopień akceptacji choroby u starszych pacjentów z cukrzycą typu 2 był na średnim poziomie i stanowił niezależny predyktor przestrzegania zaleceń lekarskich. Autorzy ci, zwrócili uwagę na potrzebę stosowania interwencji behawioralnych i psychologicznych w celu zwiększenia stopnia akceptacji choroby, ponieważ może to wpłynąć pozytywnie na przestrzeganie zaleceń lekarskich [31]. Również Sierpińska stwierdziła, że respondenci z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C najczęściej akceptowali swoją chorobę na średnim poziomie. W większym stopniu niż mieszkańcy wsi akceptowały swoją chorobę osoby mieszkające w miastach, natomiast renciści i emeryci częściej akceptowali swoją chorobę w niskim stopniu. Pozostałe zmienne tj.: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, czas trwania leczenia, nie miały istotnego wpływu na stopień akceptacji choroby przez pacjentów z rozpoznaniem wirusowego zapalenia wątroby typu C [249]. Kupcewicz i Abramowicz w badaniach przeprowadzonych wśród chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc stwierdzili, iż ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie był przeciętny i wyniósł $M=19,00$. Zmienne tj.: płeć, wiek, częstość leczenia szpitalnego, status społeczno-zawodowy miały istotny wpływ na stopień akceptacji choroby [170].

Uchmanowicz i wsp. stwierdzili, iż akceptacja choroby jest również powiązana z jakością życia. Osoby, które w mniejszym stopniu akceptowały swoją chorobę miały znacznie niższą jakość życia [276]. Podobnie w badaniach Jankowskiej-Polańskiej i wsp. wraz ze wzrostem akceptacji choroby wzrastała jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym [133]. Zdaniem Sikory i wsp. jakość życia pacjentów po wszczepieniu stymulatora serca była ściśle związana z poziomem stresu, strategiami radzenia sobie z chorobą i akceptacją choroby [250]. Podobnie Grassion i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, stwierdzili, iż 28% badanych nie akceptowało swojej choroby. Pacjenci, którzy nie akceptowali swojej choroby, mieli większe trudności w wykonywaniu codziennych czynności, zwłaszcza aktywności fizycznej, a choroba miała u nich cięższy przebieg niż u pozostałych chorych [107].

Do oceny satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi dla potrzeb badań własnych została zastosowana skala satysfakcji z życia (SWLS), często wykorzystywana w badaniach subiektywnego dobrostanu i zadowolenia z życia, głównie wśród osób dorosłych [12,21,139,171]. Badania, przeprowadzone w dużej grupie społeczności, wykazały, że skala satysfakcji z życia ze względu na swoje psychometryczne właściwości, może być stosowana w badaniach epidemiologicznych, dotyczących danych socjodemograficznych i behawioralnych. Skala ta stanowi ważny instrument porównań międzykulturowych, oceny niezmienności oraz pozwala lepiej zrozumieć zadowolenie z życia [115,241]. W przeglądzie badań na temat niezmienności pomiaru skali zadowolenia z życia Emerson i wsp. sugerowali, że porównania średnich SWLS w zależności od płci mogą być ważne w niektórych sytuacjach, ale nie w różnych kulturach i grupach wiekowych [92]. Dirzyte i wsp. w badaniach dotyczących właściwości psychometrycznych skali SWLS potwierdzili, iż skala ta stanowi adekwatną miarę do oceny zadowolenia z życia i można ją uznać za odpowiednią do monitorowania satysfakcji z życia [88]. Podobne wyniki w swoich badaniach osiągnęli López-Ortega i wsp. Autorzy ci potwierdzili, iż skala SWLS jest wiarygodną i ważną miarą zadowolenia z życia [179]. Satysfakcja z życia, inaczej poczucie zadowolenia jest wypadkową oczekiwań człowieka i uzyskanego stanu. Odnosi się do sposobu oceniania jakości swojego życia na podstawie odpowiednich kryteriów. Perską wersję skali satysfakcji z życia w badaniach wśród kobiet z rakiem piersi zastosował Nooripour i wsp. W tych badaniach stwierdzono, iż skala stanowi wiarygodne narzędzie pomiaru satysfakcji z życia i może być stosowana u pacjentów onkologicznych, szczególnie jako wskaźnik dostosowania psychicznego tej grupy chorych [129,178,206]. Cerezo i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród Hiszpanek z rakiem piersi, wykazali, że skala SWLS jest odpowiednim narzędziem do stosowania u tej grupy chorych, ponieważ ma zadowalające właściwości psychometryczne [54].

W badaniach własnych średnia poziomu satysfakcji z życia wyniosła $M=21,59$ ($SD=5,67$). Podobny wynik jak w badaniach własnych uzyskali Cieślak i wsp. ($M=21,36$; $SD=5,01$) w badaniach przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi, które zakończyły

leczenie i uczestniczyły w programie rehabilitacji onkologicznej [59]. Również zbliżony wynik ($M=21,7$) w grupie chorych z rakiem jelita grubego leczonych chemioterapią uzyskały Kapela i wsp. [145]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Ciporę i wsp. u pacjentek leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi satysfakcja z życia była na niższym poziomie ($M=20,67$) [64]. W innych badaniach Cipory i wsp. wystąpiły znaczne różnice w poziomie satysfakcji z życia kobiet, które przebyły operację oszczędzającą piersi i kobiet po mastektomii (odpowiednio $M=22,53$ vs. $M=18,12$) [63]. W badaniach własnych, leczenie chirurgiczne nie różnicowało w sposób istotny statystycznie satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet. Respondentki leczone chirurgicznie w skali SWLS osiągnęły wynik $M=21,38$, natomiast nieleczone chirurgicznie – $M=21,82$. Kobiety, które miały wykonaną rekonstrukcję piersi w porównaniu do kobiet, u których nie wykonano takiego zabiegu miały znacznie wyższą satysfakcję z życia ($M=23,16$ vs. $M=20,64$).

W badaniach Polańskiego i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentów z rakiem płuca niski poziom satysfakcji z życia wystąpił u 27,2% badanych, przeciętny u 43,9%, a wysoki u 28,8% chorych [228]. Natomiast w badaniach własnych wysoki poziom satysfakcji z życia uzyskało 40,7% badanych, przeciętny – 34,8%, a niski – 24,5% respondentek. Osób charakteryzujących się wysokim poziomem satysfakcji z życia było istotnie statystycznie więcej niż osób charakteryzujących się niskim poziomem satysfakcji z życia ($\chi^2(1)=18,56$; $p<0,001$). Kobiet z umiarkowanym poziomem satysfakcji z życia było istotnie statystycznie więcej niż kobiet z niskim poziomem satysfakcji z życia ($\chi^2(1)=8,35$; $p<0,001$). Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic w zakresie liczebności osób charakteryzujących się umiarkowanym poziomem satysfakcji z życia i pacjentek charakteryzujących się wysokim poziomem satysfakcji ($\chi^2(1)=2,08$; $p>0,05$). Kobiet, które charakteryzowały się niskim poziomem satysfakcji z życia było mniej niż tych z przeciętnym lub wysokim poziomem satysfakcji. Liczby osób z przeciętnym poziomem satysfakcji z życia i osób z wysokim poziomem satysfakcji były do siebie zbliżone ($N=162$ vs. $N=189$). Porównując wyniki badań własnych i wyniki badań Polańskiego i wsp. [228] można zauważyć znaczną różnicę w odsetku osób, które osiągnęły wysoki poziom satysfakcji z życia z rozpoznaniem raka piersi (40,7%) i chorych z rakiem płuca (28,8%).

Wiek i miejsce zamieszkania respondentek w badaniach Cipora i wsp. to czynniki demograficzne, które determinowały w sposób istotny statystycznie poziom satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi. Natomiast stan cywilny, wykształcenie, warunki materialne i aktywność zawodowa to zmienne niemające znaczenia w tym zakresie [64]. W badaniach własnych wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie i aktywność zawodowa to czynniki, które nie determinowały satysfakcji z życia respondentek ($p>0,05$), a sytuacja finansowa była czynnikiem wpływającym na satysfakcję z życia respondentek ($p=0,001$). Satysfakcja z życia jest ściśle związana z jakością życia. Yfantis i wsp. w swojej pracy stwierdzili, iż młode kobiety z rozpoznaniem raka piersi uważały, że ich jakość życia była

bardzo związana ze zdrowiem i była gorsza niż u kobiet starszych. Kobiety te najczęściej zgłaszały objawy związane z leczeniem takie jak: ból piersi, zmęczenie, zaburzenia cyklu menstruacyjnego, bolesne miesiączki, suchość w pochwie, utratę libido, zaburzenia snu, utratę apetytu i objawy depresji. Szczególnie obawiały się, że nie będą mogły zająć w ciąży i nie doznają radości macierzyństwa. Zgłaszały również problemy z dyskryminacją w pracy oraz izolacją społeczną wynikającą z rozpoznania choroby nowotworowej [300]. W badaniach własnych większość respondentek stanowiły osoby starsze, ale w grupie tej były również kobiety młode, tj. w przedziale wieku 20–30 lat (3,9%; N=18) i w przedziale 31–40 lat (11,4%; N=53) respondentek. Na obecnym etapie choroby w opinii respondentek najczęściej występującą dolegliwością było ogólne zmęczenie (19,8%, N=92) i ból (15,5%; N=72). Pacjentki wymieniały również: zbytnią nerwowość i rozdrażnienie, osłabienie, obniżony nastrój, brak apetytu, zaburzenia snu. Większość respondentek (61,7%; N=287) było matkami. Przed rozpoznaniem choroby pracowało 67,3% (N=313) badanych, a na obecnym etapie choroby pracę zawodową zdeklarowało 30,5% (N=142) kobiet. W badaniach własnych jednak nie potwierdzono wpływu wieku, posiadania dzieci i aktywności zawodowej na satysfakcję z życia. Natomiast stwierdzono wpływ dolegliwości wynikających z choroby nowotworowej ($p=0,001$) na satysfakcję z życia kobiet.

Styl życia jest nie tylko bardzo ważnym i możliwym do modyfikacji czynnikiem wpływającym na wystąpienie raka piersi, a także na funkcjonowanie w chorobie. Kaczmarek-Borowska i Walowska w swoich badaniach stwierdziły, iż starszy wiek i uwarunkowania genetyczne to najczęstsze czynniki wystąpienia raka piersi. Inne czynniki to: niska aktywność fizyczna, niewłaściwa dieta i wysokie BMI. Natomiast wczesna miesiączka i późna menopauza nie wpływały na wzrost zachorowalności na ten nowotwór [143]. W badaniach własnych również respondentki zostały poproszone o wskazanie wybranych elementów stylu życia, w tym m.in. palenia papierosów i spożywania alkoholu. Do systematycznego palenia przyznało się 11,6% (N=54) respondentek, a do częstego spożywania alkoholu 2,6% (N=12) kobiet. Sporadycznie papierosy paliło 26,2% (N=120), a rzadko spożywało alkohol 28,2% (N=131) chorych. Średnia poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet palących była wyższa w porównaniu do niepalących ($M=22,36$ vs. $M=21,13$) i wystąpiła tutaj zależność istotna statystycznie ($p=0,031$). Natomiast w przypadku spożywania alkoholu średnie wartości satysfakcji z życia w grupie kobiet spożywających alkohol i nie deklarujących takiego zachowania były do siebie zbliżone ($M=21,56$ vs. $M=21,61$). Średnia stopnia akceptacji choroby wśród kobiet palących papierosy była również wyższa w porównaniu do niepalących ($M=31,46$ vs. $M=29,02$). Stwierdzono w tym zakresie zależność istotną statystycznie ($p=0,001$). W przypadku alkoholu podobnie, kobiety deklarujące spożywanie alkoholu miały wyższy stopień akceptacji choroby w porównaniu do respondentek, które nie spożywały alkoholu ($M=30,99$ vs. $M=29,48$) i wystąpiła tutaj zależność istotna statystycznie na poziomie $p=0,012$. Są to wyniki bardzo zaskakujące, bo niewątpliwie palenie papierosów

i spożywanie alkoholu to zachowania antyzdrowotne, które powinny być eliminowane nie tylko w sytuacji choroby, ale również zdrowia. Stosowanie używek być może wynikało z wcześniejszych przyzwyczajzeń i było rodzajem odreagowania negatywnych emocji wynikających z choroby.

Skutki leczenia onkologicznego jak wcześniej zauważono powodują ograniczenia i dolegliwości w każdej sferze życia, mogą być również powodem niepełnosprawności [61]. Metoda chirurgiczna, zwłaszcza mastektomia zaburza poczucie wartości kobiety, powodując lęk i strach przed porzuceniem, wywołując „kompleks połowy kobiety”. Rekonstrukcja piersi przywraca poczucie kobiecości i poprawia komfort życia [36]. Nowicki i wsp. w badaniach dotyczących oceny jakości życia kobiet leczonych z powodu raka piersi metodą chirurgiczną – mastektomią lub operacją oszczędzającą stwierdzili, iż we wczesnym okresie pooperacyjnym jakość życia była porównywalna w obydwu grupach. Kobiety u których wykonano BCT uzyskały jednak lepsze wyniki w zakresie obrazu własnego ciała, a te u których wykonano mastektomię częściej skarżyły się na ból ramienia, obrzęk i ograniczony zakres ruchów w kończynie [208]. Cipora i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, że kobiety z rakiem piersi leczone chirurgicznie uzyskały mierny wynik w zakresie zadowolenia z życia – 5,64 stena. Po mastektomii respondentki charakteryzowały się znacznie niższym poziomem satysfakcji z życia w porównaniu do kobiet po operacji oszczędzającej pierś (4,73 stena vs. 6,30 stena). Oceny zadowolenia z życia w badanej grupie różniły się istotnie w zależności od czasu, jaki upłynął od wykonania operacji. Zachodzi zatem potrzeba podjęcia działań skierowanych do kobiet, które w okresie od 2 do 5 lat przebyły leczenie chirurgiczne z powodu raka piersi w celu poprawy satysfakcji z życia w tej grupie pacjentek. Ponadto szczególnym wsparciem należy objąć kobiety, które przeszły mastektomię w okresie dłuższym niż 1 rok do 2 lat [63]. W innych badaniach Cipora i wsp. dowiedli, że mastektomia znacząco wpłynęła na jakość życia chorych kobiet. Respondentki, które lepiej oceniły jakość swojego życia, także satysfakcję z życia oceniły na wyższym poziomie [67]. W badaniach własnych, najczęściej stosowaną metodą leczenia kobiet chorych na raka piersi było działanie chirurgiczne. Ten rodzaj leczenia dotyczył 64,3% (N=299) respondentek, przy czym całkowita mastektomia została wykonana u 31,8% (N=95) kobiet. Natomiast zmodyfikowana mastektomia dotyczyła 9,7% (N=29) respondentek, usunięcie guza i części gruczołu piersiowego wykonano u 17,7% (N=53), a usunięcie jednego kwadrantu piersi dotyczyło 13,7% (N=41) kobiet. Leczenie chirurgiczne miało wpływ w różnym zakresie na obniżenie determinantów satysfakcji z życia. Badane kobiety, uważały w większości (63,7%; N=153), iż wykonana operacja piersi obniżyła u nich zadowolenie z własnego ciała. Zbliżone grupy kobiet były zdania, iż działanie chirurgiczne w obrębie piersi, obniżyły u nich, poczucie kobiecości (58,7% N=147), seksualność (58,4%; N=139), poczucie własnej wartości (57,9%; N=134), oraz zainteresowania partnerem (53,3%; N=128). Rekonstrukcję piersi wykonano u 119 kobiet. Zdecydowana większość kobiet

poddanych rekonstrukcji piersi – 90,8% (N=108) było zadowolonych z tego zabiegu, przy czym 89,9% (N=107) z nich było zdania, iż wykonanie rekonstrukcji piersi wpłynęło na lepsze samopoczucie. Brandt badał motywację kobiet do poddania się zabiegiem odtwórczym po operacyjnym leczeniu raka piersi. Stwierdził, że celem operacji odtwórczych piersi była najczęściej poprawa jakości życia oraz zminimalizowanie poczucia okaleczenia i obaw związanych z samoakceptacją po mastektomii. Ponadto w badaniach Brandta kobiety, które nie poddały się operacji odtwórczej najczęściej uzasadniały swoją decyzję lękiem przed bólem oraz nawrotem choroby. Od decyzji o operacji odtwórczej odstępowały najczęściej kobiety starsze. Pojawiły się również sugestie, że rekonstrukcja może być uważana za przejaw próżności [36]. Słowik i wsp. przebadali kobiety leczone uzupełniającą chemioterapią trzy miesiące po operacji z powodu wczesnego raka piersi w zakresie jakości życia z uwzględnieniem satysfakcji seksualnej, perspektyw na przyszłość i postrzeganiem obrazu własnego ciała. W badaniach tych stwierdzono, iż rodzaj techniki operacyjnej nie miał wpływu na jakość życia chorych i satysfakcję seksualną [254]. W badaniach własnych u kobiet, które przebyły radykalną mastektomię i rekonstrukcję piersi, średnia wartość poziomu satysfakcji z życia wyniosła $M=22,63$, natomiast u tych kobiet, które nie były poddane radykalnej mastektomii i rekonstrukcji piersi poziom satysfakcji był niższy i wyniósł $M=21,45$, ale nie stwierdzono w tym zakresie zależności istotnej statystycznie ($p=0,091$). U kobiet poddanych operacji oszczędzającej i radioterapii, średnia wartość poziomu satysfakcji z życia wyniosła tylko $M=19,43$, natomiast u chorych, które nie były leczone tymi metodami, satysfakcja z życia była wyższa i wyniosła $M=21,70$, przy czym tutaj również nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($p=0,055$). Builes Ramirez i wsp. w swojej pracy stwierdzili, iż niemal 40% kobiet poddanych operacji piersi była niezadowolona z procesu decyzyjnego i efektu kosmetycznego. Konieczne jest dobre komunikowanie się z chorymi w okresie przedoperacyjnym, ponieważ wtedy łatwiej można sprostać oczekiwaniom pacjentek i poprawić satysfakcję z życia w okresie po leczeniu [41]. W badaniach własnych zdecydowana większość – 90,8% (N=108) respondentek było zadowolonych z operacji odtwórczej piersi, natomiast pozostałe – 9,2% (N=11) kobiet miało odmienne zdanie. Skwirczyńska i wsp. w badaniach przed i po operacjach estetycznych i rekonstrukcyjnych piersi u kobiet stwierdzili, iż pacjentki po operacjach rekonstrukcyjnych miały wyższą samoocenę, co wskazuje na pozytywny wpływ chirurgii plastycznej i estetycznej. Ponadto u kobiet po 48. roku życia, zaobserwowano związek między satysfakcją z życia i postrzeganiem siebie [252]. W badaniach własnych, leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi było 64,3% (N=299) respondentek, a zabieg rekonstrukcji piersi został wykonany u 39,8% (N=119) kobiet. Zdecydowana większość – 89,9% (N=107) kobiet było zdania, iż poddanie się temu zabiegowi spowodowało u nich lepsze samopoczucie. W badaniach Gałka i wsp. kobiety, które były leczone metodą chirurgiczną z jednoczesną rekonstrukcją piersi lepiej oceniły swoje funkcjonowanie w dziedzinie seksualnej niż

kobiety leczone innymi metodami operacyjnymi [99]. Jakobsen i wsp. w swoich badaniach zaobserwowali tendencję do mniejszej satysfakcji z życia w kolejnych latach po postawieniu diagnozy choroby nowotworowej oraz okaleczającego leczenia chirurgicznego [127]. W badaniach własnych nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy czasem jaki upłynął od postawienia diagnozy raka piersi, a poziomem satysfakcji z życia ($p=0,385$). Nie zaobserwowano również istotnego wpływu wykonania radykalnej mastektomii i rekonstrukcji piersi na poziom satysfakcji z życia ($p=0,091$). Kupcewicz i Abramowicz stwierdziły, iż satysfakcja z życia pacjentów była na przeciętnym poziomie i zależała również od czasu trwania choroby ($p=0,045$) [170]. Natomiast w badaniach własnych czas trwania choroby nie różnicował w sposób istotny statystycznie satysfakcji z życia ($p=0,385$), ale różnicował stopień akceptacji choroby ($p=0,008$). Vehmanen i wsp. w swoich badaniach zaobserwowali mniejsze nasilenie lęku i skutków ubocznych leczenia przeciwnowotworowego u tych kobiet, u których rak piersi był mniej zaawansowany [281]. W badaniach własnych stopień zaawansowania nowotworu u kobiet był zróżnicowany. Najwięcej – 37,2% ($N=173$) respondentek miało stopień zaawansowania określony jako T1, następnie: 34,8% ($N=162$) jako T2, 11,4% ($N=53$) jako Tis, 8,6% ($N=40$) jako T3 i 8,0% ($N=37$) jako T4. Jednak stopień zaawansowania nowotworu nie różnicował w sposób istotny statystycznie satysfakcji z życia respondentek ($p=0,066$), ale miał wpływ na stopień akceptacji choroby ($p=0,023$). Akceptacja choroby była najwyższa u kobiet, które miały niższy stopień zaawansowania nowotworu.

W stabilizacji wskaźnika umieralności i wydłużeniu czasu przeżycia chorych leczonych z powodu raka piersi, istotny wpływ ma aktywność fizyczna, która poprawia znacznie jakość życia chorych i jej składowe. Prokopowicz i wsp. w swoich badaniach wykazali, iż lekarze i fizjoterapeuci nie motywowali pacjentek do systematycznej aktywności fizycznej, która jest bardzo istotna i stanowi element ułatwiający powrót do zdrowia. Zwrócili uwagę na konieczność poprawy sytuacji w tym względzie i potrzebę skutecznego zachęcenia pacjentek do systematycznych ćwiczeń fizycznych [231]. Rehabilitacja kobiet z rakiem piersi jest nieodzowną częścią leczenia. Należy motywować pacjentki do systematycznej aktywności fizycznej i korzystania z fizjoterapii w celu powrotu do pełnej sprawności [212]. Vehmanen i wsp. zbadali wpływ aktywności fizycznej na jakość życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi w różnych stadiach choroby – na początku terapii uzupełniającej i po dwunastu miesiącach leczenia. Respondentki we wczesnym stadium raka piersi i po dwunastu miesiącach terapii, które były częściej aktywne fizycznie, miały lepszą jakość życia [281]. W badaniach Pinto i wsp. oceniono skuteczność domowej aktywności fizycznej u pacjentek z rakiem piersi we wczesnym stadium choroby. Stwierdzono pozytywny wpływ systematycznej aktywności ruchowej na sprawność fizyczną oraz na określone aspekty dobrostanu psychicznego, w tym poczucie własnej wartości u chorych kobiet [223]. Holmes i wsp. zaobserwowali, że kobiety z rakiem piersi, które systematycznie i umiarkowanie ćwiczyły (3–5 godz. w tygodniu) miały wyższy odsetek

przeżyć w porównaniu do kobiet nieaktywnych fizycznie, przy czym aktywność fizyczna miała również pozytywny wpływ na kondycję ogólną i stan psychiczny kobiet po radykalnej operacji piersi [118]. W badaniach własnych 23,9% (N=111) respondentek zadeklarowało codzienną aktywność fizyczną, 19,6% (N=91) częstą (kilka razy w tygodniu), natomiast 24,5% (N=114) badanych nie realizowało żadnej formy aktywności fizycznej. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy aktywnością fizyczną oraz akceptacją choroby ($p=0,011$) i satysfakcją z życia ($p=0,003$). Im częstsza była aktywność fizyczna, tym wyższy był stopień akceptacji choroby i wyższy poziom satysfakcji z życia. Ten wynik jeszcze bardziej podkreśla potrzebę i znaczenie aktywności fizycznej w grupie kobiet z rakiem piersi.

W badaniach Dirzyte i wsp. wykazano, iż wyższą satysfakcję z życia miały osoby, które spędzały czas wolny z rodziną, wspólnie uczestniczyły w różnego rodzaju zajęciach i dość rzadko oglądały telewizję. Badacze zwrócili uwagę, iż czas spędzony z rodziną był istotnie powiązany z satysfakcją z życia [87]. Wiśniewska i Karolska wykazały, iż przekaz medialny dotyczący chorób nowotworowych, w szczególności raka piersi, sprawiał, iż chorującym kobietom łatwiej było mówić o swoich zmaganiach z tą chorobą. Ponadto dla niektórych kobiet aktywne działanie w Stowarzyszeniu „Amazonek” było źródłem samorealizacji i wsparcia, a u innych było trudne i wywoływało negatywne emocje. Fakt ten potwierdza, iż kobiety z rakiem piersi różnie reagują na chorobę i w różnym stopniu radzą sobie w chorobie. Wpływ na te reakcje może mieć wiele czynników, m.in.: wiek, sytuacja zawodowa i rodzinna, wsparcie ze strony najbliższych. Zatem warto zwrócić szczególną uwagę na rolę tych czynników w dalszych badaniach [290]. Cincidda i wsp. w badaniach wśród pacjentów z rakiem piersi i rakiem prostaty oraz ich opiekunów zwrócili uwagę, iż bliskość i zaangażowanie opiekunów ma pozytywny wpływ ochronny na pacjentów – łagodzi stres psychiczny, poprawia satysfakcję z życia i jakość życia, a także pomaga przyjąć diagnozę i podjąć decyzje dotyczące leczenia [60]. W badaniach Czerw i wsp. u kobiet z rakiem jajnika, endometrium i piersi, wykazano, iż badane respondentki najwyższą wagę w chorobie przypisały modlitwie, nadziei i wpływowi lekarzy [78]. W badaniach własnych największa grupa respondentek – 62,4% (N=290) jako źródło wsparcia w chorobie wskazała na religijność, duchowość, a w następnej kolejności – 41,9% (N=195) na krewnych i przyjaciół, psychologa/psychoterapeutę – 35,5% (N=165).

Jednym z głównych wyzwań współczesnej psychoonkologii jest rehabilitacja psychologiczna pacjentów w zakresie następstw choroby nowotworowej i ubocznych skutków leczenia. Rozpoznanie raka piersi wywołuje u chorej kobiety i jej małżonka wiele negatywnych emocji, zwłaszcza w kwestii mastektomii i operacji odtwórczej piersi. Decyzję o rekonstrukcji, kobieta konsultuje zazwyczaj z małżonkiem. Są to decyzje trudne, gdyż operacja odtwórcza będąca rodzajem rehabilitacji w wymiarze psychicznym, wiąże się z ryzykiem, ponieważ nie gwarantuje satysfakcjonującego efektu kosmetycznego.

Dla kobiet, które doświadczają deformacji ciała po mastektomii, operacja odtwórcza stanowi wartość, a dla małżonka rekonstrukcja może być wątpliwa, w sytuacji, gdy w pełni akceptuje ciało swojej żony. Dlatego małżonkom powinno oferować się wsparcie psychoonkologa [193]. W badaniach własnych 35,5% (N=165) kobiet zwróciło uwagę na potrzebę wsparcia przez psychologa/psychoonkologa, ale z pomocy tego profesjonalisty skorzystało tylko 28,4% (N=132) respondentek. W grupie osób, które korzystały z pomocy psychologa/psychoonkologa poziom satysfakcji z życia był niższy ($p=0,029$) w porównaniu do tych osób, które z takiej pomocy nie korzystały ($M=20,81$ vs. $M=21,90$). Uzyskany wynik jest dość zaskakujący, a sytuacja taka mogła być efektem wyraźnie gorszej kondycji psychicznej kobiet i ich stan psychiczny spowodował potrzebę profesjonalnego wsparcia.

Kolejnym istotnym elementem mogącym mieć wpływ na satysfakcję z życia chorych na nowotwory może być sprawne działanie systemu ochrony zdrowia i zadowolenie z opieki onkologicznej [41]. Partyka i wsp. stwierdzili, że zasoby systemu opieki zdrowotnej są powiązane z wynikami zdrowotnymi, a liczba pielęgniarek i lekarzy przypadających na jednego pacjenta oraz finansowanie świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wiążą się ze średnią długością życia oraz zgonami pacjentów. Lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych pozwala na odpowiednią profilaktykę, poprawia efekty leczenia, wydłuża czas trwania życia i zmniejsza liczbę zgonów [216]. Konieczny w swoich badaniach na temat jakości życia kobiet po mastektomii zwróciła uwagę, iż rozpoznanie raka piersi wpływa negatywnie na stan emocjonalny chorych. Duże znaczenie dla poprawy stanu emocjonalnego chorych mają informacje na temat choroby przekazane przez lekarza, który stanowi zaufane źródło takich informacji [158]. Gilmour i Williams w swoich badaniach na temat udzielania wsparcia informacyjnego przez pielęgniarki w zakresie żywienia kobiet z rakiem piersi otrzymujących chemioterapię, stwierdzili, że edukacja pomogła pacjentkom złagodzić niektóre problemy związane z odżywianiem, poprawić wydolność organizmu oraz zapobiec niedoborom żywieniowym w okresie chemioterapii [102]. W badaniach własnych zadowolonych z dotychczasowego leczenia było 90,5% (N=421) kobiet. Poziom opieki w ośrodku onkologicznym jako bardzo dobry oceniło 42,8% (N=199) badanych, jako dobry – 48,8% (N=227), jako dostateczny – 6,7% (N=31), a jako niedostateczny 1,7% (N=8) kobiet. Ocena poziomu opieki zdrowotnej i zadowolenie z dotychczasowego leczenia przez respondentki nie miały znaczenia istotnego statystycznie dla poziomu satysfakcji z życia ($p=0,131$; $p=0,855$). Natomiast, w pełni zadowolonych z informacji udzielonych przez profesjonalistów na temat choroby było 42,4% (N=197), w umiarkowanym stopniu – 49,0% (N=228), w małym stopniu 6,9% (N=32), a niezadowolonych – 1,7% (N=8) chorych. Również nie stwierdzono tutaj różnic istotnych statystycznie ($p=0,182$). W badaniach Konieczny i wsp. przeprowadzonych w czasie pandemii SARS-CoV-2 wśród pacjentów stacjonarnych oddziałów onkologicznych, średni ogólny poziom zadowolenia z opieki onkologicznej wyniósł $M=80,77$ na 100

możliwych do uzyskania punktów. Satysfakcja z opieki może być jednym z czynników wpływających na satysfakcję z życia w chorobie [156]. W badaniach własnych jednak satysfakcja z życia nie była związana w sposób istotny statystycznie z poziomem opieki zdrowotnej, a także z zadowoleniem z dotychczasowego leczenia ($p>0,05$). Poziom satysfakcji w przywołanych wcześniej badaniach Konieczny i wsp. różnił się w zależności od czasu postawienia diagnozy i opóźnienia w leczeniu. Im dłuższy był czas od postawienia diagnozy, tym wyższa była satysfakcja z opieki, natomiast jeśli wystąpiły opóźnienia w leczeniu, to satysfakcja z opieki była niższa. Stwierdzono, że opóźnienia w diagnozowaniu i leczeniu miały negatywny wpływ na satysfakcję chorych z kompleksowej opieki [156]. W badaniach własnych natomiast czas jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia nie wpływał na poziom satysfakcji z życia w badanej grupie.

Ashing i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród Afroamerykańskich i Latynoskich kobiet wykazali, iż u Latynosek częściej była wykonywana mastektomia bez rekonstrukcji piersi niż u Afroamerykanek. Ponadto, Latynoski były mniej zadowolone z dostępu do opieki i z jakości opieki zdrowotnej. Fakty te były związane z lepszą sytuacją ekonomiczną Afroamerykanek [15]. W badaniach własnych mastektomia całkowita była wykonana u 31,8% (N=95) kobiet objętych leczeniem chirurgicznym, mastektomia zmodyfikowana u 9,7% (N=29), a usunięcie guza z węzłami chłonnymi oraz częścią gruczołu piersiowego u 17,7% (N=53) respondentek. Rekonstrukcja piersi dotyczyła natomiast 39,8% (N=119) pacjentek leczonych chirurgicznie.

Ocena poziomu satysfakcji z życia jest istotna nie tylko w odniesieniu do pacjentów onkologicznych, ale również innych chorych. Kowalewska i wsp. w swoich badaniach wykazali, że najwięcej – 42,5% badanych osiągnęło wysoki poziom satysfakcji z życia, poziom przeciętny dotyczył 20,5% respondentów, natomiast niski wystąpił, aż u 37,0% chorych. W badanej grupie poziom satysfakcji zależał w sposób istotny statystycznie od wieku respondentów ($p<0,001$) i ich poziomu wykształcenia ($p<0,001$). Najwyższe wyniki w skali SWLS osiągnęli pacjenci młodzi z wykształceniem wyższym [161]. W badaniach własnych natomiast nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wiekiem i wykształceniem respondentów, a satysfakcją z życia. Meule i Voderholzer w badaniach przeprowadzonych wśród osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych wykazali, że poziom satysfakcji z życia u chorych wzrastał podczas leczenia szpitalnego [200]. W odniesieniu do pacjentów onkologicznych, brak jest takich badań.

Zależność pomiędzy stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia w badaniach własnych, była istotna statystycznie i dodatnia, ($\rho(N=465)=0,449$; $p<0,001$). Im wyższy był stopień akceptacji choroby, tym wyższy był poziom satysfakcji z życia. Podobne wyniki w swoich badaniach osiągnęli Kowalewska i wsp. Jak wynika z badań tych autorów, poziom zadowolenia z życia istotnie korelował z poziomem akceptacji choroby ($r=0,89$, $p=0,001$). Korelacja między tymi dwiema zmiennymi była dodatnia; im wyższy był stopień akceptacji choroby, tym wyższy był poziom satysfakcji z życia

wyrażony w skali SWLS [161]. Jankowska i wsp. wykazali wyższy stopień akceptacji choroby i niższy poziom satysfakcji z życia u pacjentów bezobjawowych z autosomalną, dominującą policystyczną chorobą nerek w porównaniu do grupy osób zdrowych [132]. W badaniach przeprowadzonych przez Górczewską i Jakubowską-Pietkiewicz wśród kobiet z osteoporozą pomenopauzalną stwierdzono, iż średnia stopnia akceptacji choroby w badanej grupie wyniosła $M=25,95$, a satysfakcja z życia wyniosła $M=19,37$. W badaniach tych wykazano, że im wyższy był stopień akceptacji choroby tym wyższy poziom satysfakcji z życia [106]. W badaniach własnych również taka zależność wystąpiła, przy czym średnia wartość ogólnego wskaźnika akceptacji choroby była znacznie wyższa i wyniosła $M=29,95$, podobnie wyższa była średnia wartość ogólnego wskaźnika satysfakcji z życia – $M=21,59$.

W badaniach własnych oprócz określenia czynników demograficznych, społecznych i medycznych wyłoniono kluczowe predyktory, czyli zmienne objaśniające, służące do przewidywania wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. Kluczowymi predyktorami stopnia akceptacji choroby były: liczba dzieci, wiek osób badanych, otrzymane wsparcie, dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej, czas jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia, samoocena stanu zdrowia, samoocena poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym oraz palenie papierosów. Natomiast kluczowymi predyktorami poziomu satysfakcji z życia były: otrzymane wsparcie, dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i samoocena stanu zdrowia. Zatem działania mające na celu poprawę akceptacji choroby nowotworowej powinny być skierowane szczególnie do kobiet starszych, z wykształceniem średnim, będących w trudnej sytuacji finansowej, z wyższym stopniem zaawansowania nowotworu, z nasilonymi dolegliwościami, które urodziły co najmniej dwoje dzieci, nisko oceniających poziom usług zdrowotnych. Natomiast w przypadku satysfakcji z życia indywidualnej uwagi wymagają kobiety będące w trudnej sytuacji finansowej, z nasilonymi dolegliwościami, stosujące hormonalną terapię zastępczą, nieaktywne fizycznie, nisko oceniające swój stan zdrowia.

Akceptacja choroby i satysfakcja z życia to elementy mające istotne znaczenie w grupie pacjentów onkologicznych, ponieważ poprawiają funkcjonowanie kobiet w środowisku życia, a także działają pozytywnie na proces leczenia.

6. WNIOSKI

1. Większość badanych kobiet z rozpoznaniem raka piersi charakteryzowała się wysokim stopniem akceptacji choroby, ale średnia wartość tej zmiennej była umiarkowana. Natomiast średnia wartość satysfakcji z życia była na przeciętnym poziomie.
2. Stwierdzono związek pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej, a satysfakcją z życia kobiet – im wyższy był stopień akceptacji choroby, tym wyższy był poziom satysfakcji z życia.
3. Czynniki demograficzne, tj. wykształcenie i liczba urodzonych dzieci to zmienne, które miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby, natomiast nie wpływały na poziom satysfakcji z życia. Kobiety z wykształceniem podstawowym/zawodowym i wyższym miały wyższy stopień akceptacji choroby, niż kobiety z wykształceniem średnim. Im mniejsza była liczba urodzonych dzieci, tym wyższy był stopień akceptacji choroby. Miejsce zamieszkania i stan cywilny nie miały wpływu na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet.
4. Czynniki społeczne – sytuacja finansowa kobiet oraz otrzymane wsparcie miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. Im lepsza była sytuacja finansowa, tym stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia były wyższe. Pacjentki, które otrzymały wsparcie ze względu na swój stan zdrowia miały niższy stopień akceptacji choroby i niższy poziom satysfakcji z życia. Natomiast źródło utrzymania oraz aktywność zawodowa nie miały znaczenia dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia.
5. Czynniki medyczne – występowanie dolegliwości, samoocena stanu zdrowia oraz wybrane elementy stylu życia miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia, a rodzaj zastosowanego leczenia, zadowolenie z jego przebiegu oraz zadowolenie z uzyskanych informacji na temat choroby i leczenia nie miały wpływu na akceptację choroby i poziom satysfakcji z życia w badanej grupie. Zaawansowanie nowotworu, czas od rozpoznania choroby do rozpoczęcia leczenia, czas trwania choroby, ocena poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych, występowanie raka piersi w rodzinie, zadowolenie z rekonstrukcji piersi, brak przerzutów miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby, a nie miały znaczenia dla poziomu satysfakcji z życia. Natomiast stosowanie hormonalnej terapii zastępczej nie było istotne dla stopnia akceptacji choroby, ale wpływało na poziom satysfakcji z życia.

Implikacje praktyczne

1. Wyodrębnienie czynników demograficznych, społecznych i medycznych mających znaczenie dla akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi stanowi przesłankę do objęcia szczególną opieką pacjentek zagrożonych wystąpieniem niskiego stopnia akceptacji choroby i/lub niskiego poziomu satysfakcji z życia.
2. Kobiety z rakiem piersi zagrożone niskim stopniem akceptacji choroby i/lub niskim poziomem satysfakcji z życia już na etapie diagnozowania powinny zostać objęte szczególną opieką Breast Cancer Unit oraz prehabilitacją onkologiczną. Takie postępowanie ma za zadanie poprawę kondycji psychicznej i fizycznej chorych jeszcze przed rozpoczęciem procesu leczenia, a tym samym poprawę efektywności terapii oraz funkcjonowania kobiet w rodzinie i społeczeństwie. Z tego względu należy dążyć do utworzenia poradni prehabilitacji w każdym ośrodku onkologicznym.
3. Zasadne jest prowadzenie dalszych badań w celu identyfikacji czynników mających znaczenie dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi.

7. STRESZCZENIE

Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem czynników demograficznych, społecznych i medycznych

Wstęp. Najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet jest rak piersi. Najwięcej zachorowań dotyczy osób w przedziale wieku 50-69 lat, ale coraz częściej nowotwór ten rozpoznawany jest u kobiet młodszych. Rozpoznanie raka piersi stanowi sytuację trudną dla chorej oraz jej rodziny. W profesjonalnej opiece obejmującej diagnozowanie, leczenie i rehabilitację istotne znaczenie ma zwrócenie szczególnej uwagi na akceptację choroby oraz satysfakcję z życia. Określenie czynników warunkujących zarówno akceptację choroby jak i satysfakcję z życia, a także ich wzajemne oddziaływanie może stanowić podstawę poprawy funkcjonowania kobiet z rakiem piersi w życiu codziennym.

Celem badań była ocena stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia oraz określenie rodzajów czynników demograficznych, społecznych i medycznych mających znaczenie dla akceptacji choroby i satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi.

Materiał i metody. Badania zostały zrealizowane w okresie od kwietnia 2021 r. do września 2022 r. wśród 483 kobiet z potwierdzonym klinicznie rozpoznaniem raka piersi, leczonych w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie. Do analizy włączono 465 poprawnie wypełnionych narzędzi badawczych. Średnia wieku respondentek wyniosła $M=55,62$ lata ($SD=13,32$). W mieście mieszkało 51,8%, a na wsi 48,2% badanych. Najwięcej – 31,6% kobiet miało wykształcenie średnie, a 28,6% wyższe. Większość – 58,7% kobiet pozostawało w związku małżeńskim, a matkami było 61,7% kobiet, w tym najczęściej – 24,9% to matki dwójki dzieci. Aktualnie pracowało 30,5% badanych, natomiast jako główne źródło utrzymania ponad 1/3 badanych zadeklarowało pracę zawodową, a niemal co czwarta kobieta emeryturę. Sytuacja finansowa większości kobiet była dobra lub zadowalająca. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankiety. Jako narzędzia badawcze zastosowano Autorski Kwestionariusz Ankiety, Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS). W analizie statystycznej wykorzystano pakiet IBM SPSS v. 26.0. Za istotne statystycznie przyjęto wartość $p \leq 0,05$.

Wyniki. Stopień zaawansowania raka piersi najczęściej został określony jako T1 lub T2. U 64,3% badanych dotychczas zastosowano leczenie chirurgiczne, przy czym rekonstrukcja piersi została wykonana u 39,8% kobiet leczonych operacyjnie, a zadowolonych z tego zabiegu było 90,8% respondentek. Inne najczęściej stosowane metody leczenia w badanej grupie to chemioterapia, w następnej kolejności radioterapia, a stosowanie hormonalnej terapii zastępczej zadeklarowało 32,5% kobiet. Niemal połowa badanych chorowała na raka piersi od 2 do 5 lat. Przerzuty dotyczyły 29,0% badanych kobiet i najczęściej były umiejscowione w regionalnych węzłach chłonnych. Grupa 43,0% respondentek potwierdziła

występowanie w przeszłości raka piersi w rodzinie. Na obecnym etapie choroby najbardziej nasilonymi dolegliwościami były: ogólne zmęczenie, ból, zbytnia nerwowość i rozdrażnienie oraz osłabienie. Otrzymanie wsparcia zadeklarowało 81,7% badanych, w tym od psychologa/psychoonkologa wsparcie otrzymało 28,4% kobiet. Aktywnych fizycznie codziennie i często było 43,5% badanych. Systematycznie papierosy paliło 11,6% respondentek, a 2,6% kobiet przyznało się do częstego spożywania alkoholu. Zdecydowana większość badanych – 91,4% było zadowolonych w pełni lub w umiarkowanym stopniu z informacji udzielonych przez profesjonalistów na temat choroby. Zadowolonych z dotychczasowego leczenia było 90,5% respondentek, a poziom opieki w ośrodku onkologicznym został oceniony przez 91,6% badanych jako bardzo dobry lub dobry. Największa grupa – 60,6% badanych oceniła stan swojego zdrowia jako dobry, 29,3% jako dostateczny, 6,4% jako zły lub bardzo zły, a zaledwie 3,7% badanych oceniło stan swojego zdrowia jako bardzo dobry. Większość – 54,6% badanych kobiet charakteryzowało się wysokim stopniem akceptacji choroby, 38,7% umiarkowanym, a 6,7% niskim stopniem akceptacji choroby. Średnia wartość stopnia akceptacji choroby wyniosła $M=29,95$. Poziom satysfakcji z życia u 40,7% respondentek był wysoki, u 34,8% przeciętny, a u 24,5% niski. Średnia wartość ogólnego wskaźnika satysfakcji z życia w grupie badanych kobiet wyniosła $M=21,59$. Im wyższy był stopień akceptacji choroby, tym wyższy był poziom satysfakcji z życia. Stopień akceptacji choroby zależał od: wieku, wykształcenia, liczby urodzonych dzieci, sytuacji finansowej, otrzymanego wsparcia, występowania dolegliwości, zaawansowania nowotworu, czasu trwania choroby, występowania raka piersi w rodzinie, zadowolenia z rekonstrukcji piersi, braku przerzutów, samooceny stanu zdrowia, oceny poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych, wybranych elementów stylu życia. Natomiast na satysfakcję z życia w sposób istotny statystycznie wpływały: sytuacja finansowa, otrzymane wsparcie, korzystanie z pomocy psychologa/psychoonkologa, występowanie dolegliwości, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i samoocena stanu zdrowia.

Wnioski. Należy kontynuować badania mające na celu identyfikację czynników istotnych dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi. Określenie takich czynników pozwoli na planowanie i wdrożenie ukierunkowanych działań, które mogą wzmocnić akceptację choroby i poprawić satysfakcję z życia kobiet. Chore zagrożone niskim stopniem akceptacji choroby i niskim poziomem satysfakcji z życia już na etapie diagnozowania raka piersi powinny zostać objęte szczególną opieką Breast Cancer Unit oraz prehabilitacją onkologiczną. Działanie takie powinno poprawić kondycję psychiczną i fizyczną kobiet jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, co może znacząco przyczynić się do poprawy efektywności postępowania terapeutycznego oraz funkcjonowania kobiet w rodzinie i społeczeństwie. Z tego względu należy dążyć do utworzenia poradni prehabilitacji onkologicznej w każdym ośrodku onkologicznym.

Słowa kluczowe: rak piersi, akceptacja choroby, satysfakcja z życia.

8. SUMMARY

Acceptance of cancer and life satisfaction of women with a diagnosis of breast cancer considering demographic, social and medical factors

Introduction. Breast cancer is the most common malignancy in women. Most cases occur in those between the ages of 50 and 69, but increasingly the cancer is being diagnosed in younger women. The diagnosis of breast cancer represents a difficult situation for the patient and her family. In professional care including diagnosis, treatment and rehabilitation, it is important to pay special attention to acceptance of the disease and satisfaction with life. Determining the determinants of both acceptance of the disease and satisfaction with life, as well as their interaction, can provide a basis for improving the functioning of women with breast cancer in everyday life.

The purpose of the study was to assess the degree of acceptance of the disease and the level of satisfaction with life, and to identify demographic, social and medical factors relevant to acceptance of the disease and satisfaction with life for women with breast cancer.

Material and methods. The study was carried out from April 2021 to September 2022 among 483 women with a clinically confirmed diagnosis of breast cancer, treated at the Ks. Bronislaw Markiewicz Subcarpathian Oncology Center in Brzozow. 465 correctly completed survey instruments were included in the analysis. The mean age of the respondents was $M=55.62$ years ($SD=13.32$). 51.8% lived in the city, and 48.2% of the respondents lived in rural areas. Most – 31.6% of the women had secondary education, and 28.6% had higher education. Most – 58.7% of the women were married, and 61.7% of the women were mothers, of which the most common – 24.9% were mothers of two children. Currently, 30.5% of the respondents were working, while more than one-third of the respondents declared a full-time job as their main source of income, and almost one in four women declared a pension. The financial situation of most women was good or satisfactory. The study was conducted by a diagnostic survey method, using a survey technique. The Author's Survey Questionnaire, the Acceptance of Illness Scale (AIS) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS) were used as research tools. The IBM SPSS v. 26.0 package was used for statistical analysis, and a value of $p \leq 0.05$ was taken as statistically significant.

Results. The stage of breast cancer was most often defined as T1 or T2. Surgical treatment has been used in 64.3% of the respondents so far, with breast reconstruction performed in 39.8% of the women treated surgically, and 90.8% of the respondents were satisfied with this treatment. Other most commonly used treatments in the study group were chemotherapy, followed by radiation therapy, and the use of hormone replacement

therapy was declared by 32.5% of women. Nearly half of the respondents had had breast cancer for 2 to 5 years. Metastases affected 29.0% of the women surveyed and were most often located in regional lymph nodes. A group of 43.0% of respondents confirmed a family history of breast cancer. At the current stage of the disease, the most intense complaints were general fatigue, pain, excessive nervousness and irritability, and weakness. Receiving support was declared by 81.7% of the respondents, of which 28.4% of the women received support from a psychologist/psycho-oncologist. Physically active daily and often were 43.5% of the subjects. Systematically, 11.6% of respondents smoked cigarettes, and 2.6% of women admitted to frequent alcohol consumption. The vast majority of respondents – 91.4% were fully or moderately satisfied with the information provided by professionals about the disease. 90.5% of the female respondents were satisfied with their treatment to date, and the level of care at the cancer center was rated as very good or good by 91.6% of the respondents. The largest group – 60.6% of respondents rated their health as good, 29.2% as sufficient, 6.4% as bad or very bad, and only 3.7% of respondents rated their health as very good. The majority-54.6%-of the women surveyed had a high degree of acceptance of the disease, 38.7% had a moderate degree, and 6.7% had a low degree of acceptance of the disease. The average value of the degree of acceptance of the disease was $M=29.95$. The level of life satisfaction was high in 40.7% of the female respondents, average in 34.8%, and low in 24.5%. The average value of the overall life satisfaction index in the group of female respondents was $M=21.59$. The higher the degree of acceptance of the disease, the higher the level of life satisfaction. The degree of acceptance of the disease depended on: age, education, number of children born, financial situation, support received, presence of complaints, stage of the cancer, duration of the disease, presence of breast cancer in the family, satisfaction with breast reconstruction, absence of metastasis, self-assessment of health status, evaluation of the level of health care and medical services, and selected elements of lifestyle. In contrast, life satisfaction was statistically significantly affected by financial situation, support received, use of a psychologist/psycho-oncologist, presence of ailments, use of hormone replacement therapy and self-assessment of health status.

Conclusions. Research should continue to identify factors important for the degree of acceptance of the disease and the level of life satisfaction of women with breast cancer. Identification of such factors will allow planning and implementation of targeted interventions that can strengthen acceptance of the disease and improve life satisfaction for women. Patients at risk of low acceptance of the disease and low life satisfaction already at the stage of breast cancer diagnosis should receive special care from the Breast Cancer Unit and oncological prehabilitation. Such an action should improve women's mental and physical condition even before the start of treatment, which can significantly contribute to improving the effectiveness of therapeutic management and women's

functioning in the family and society. For this reason, the establishment of an oncology prehabilitation clinic at each cancer center should be pursued.

Key words: breast cancer, disease acceptance, life satisfaction.

9. PIŚMIENICTWO

1. Abo Al-Shiekh SS, Ibrahim MA, Alajerami YS. Breast Cancer Knowledge and Practice of Breast Self-Examination among Female University Students, Gaza. *Scientific World Journal*. 2021 Apr 27;2021:6640324. doi: 10.1155/2021/6640324. PMID: 34007246; PMCID: PMC8100409.
2. Agostinetti E, Gligorov J, Piccart M. Systemic therapy for early-stage breast cancer: learning from the past to build the future. *Nat Rev Clin Oncol*. 2022 Dec;19(12):763-774. doi: 10.1038/s41571-022-00687-1. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36253451; PMCID: PMC9575647.
3. Agtarap SD, Campbell-Sills L, Jain S, Sun X, Dikmen S, Levin H, McCrea MA, Mukherjee P, Nelson LD, Temkin N, Yuh EL, Giacino JT, Manley GT, Stein MB; TRACK-TBI Investigators. Satisfaction with Life after Mild Traumatic Brain Injury: A TRACK-TBI Study. *J Neurotrauma*. 2021 Mar;38(5):546-554. doi: 10.1089/neu.2020.7055. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33107371; PMCID: PMC7898402.
4. Ahmad A. Breast Cancer Statistics: Recent Trends. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1152:1-7. doi: 10.1007/978-3-030-20301-6_1. PMID: 31456176.
5. Ahmed BA. Awareness and practice of breast cancer and breast-self examination among university students in Yemen. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11(1):101-5. PMID: 20593937.
6. Ahn J, Suh EE. Body acceptance in women with breast cancer: A concept analysis using a hybrid model. *Eur J Oncol Nurs*. 2023 Feb;62:102269. doi: 10.1016/j.ejon.2023.102269. Epub 2023 Jan 21. PMID: 36709718.
7. Akbari M, Taheri M, Tabaeian SP, Karimi M, Fayazi H, Fayazi N. The Effect of E-Learning on Self-Efficacy and Sense of Coherence of Cancer Caregivers: Application of the Bandura and Antonovsky Social Cognitive Theory. *Curr Health Sci J*. 2021 Oct-Dec;47(4):539-546. doi: 10.12865/CHSJ.47.04.09. Epub 2021 Dec 31. PMID: 35444825; PMCID: PMC8987468.
8. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res*. 2017 Oct 2;50(1):33. doi: 10.1186/s40659-017-0140-9. PMID: 28969709; PMCID: PMC5625777.
9. Al-Azri MH, Al-Awisi H, Al-Rasbi S, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer among Omani women. *J Health Psychol*. 2014 Jul;19(7):836-46. doi: 10.1177/1359105313479813. Epub 2013 Mar 21. PMID: 23520353.
10. Ali R, Draman N, Mohd Yusoff SS, Norsa'adah B. Self-Efficacy for Coping with Breast Cancer in North-Eastern State of Peninsular Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020 Oct 1;21(10):2971-2978. doi: 10.31557/APJCP.2020.21.10.2971. PMID: 33112556; PMCID: PMC7798160.

11. Anothaisintawee T, Wiratkapun C, Lerdsitthichai P, Kasamesup V, Wongwaisayawan S, Srinakaran J, Hirunpat S, Woodtichartpreecha P, Boonlikit S, Teerawattananon Y, Thakkinstian A. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Public Health*. 2013 Sep;25(5):368-387. doi: 10.1177/1010539513488795. Epub 2013 May 23. PMID: 23709491.
12. Arrindell WA, Checa I, Espejo B, Chen IH, Carrozzino D, Vu-Bich P, Dambach H, Vagos P. Measurement Invariance and Construct Validity of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in Community Volunteers in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 15;19(6):3460. doi: 10.3390/ijerph19063460. PMID: 35329151; PMCID: PMC8953938.
13. Arthur RS, Wang T, Xue X, Kamensky V, Rohan TE. Genetic Factors, Adherence to Healthy Lifestyle Behavior, and Risk of Invasive Breast Cancer Among Women in the UK Biobank. *J Natl Cancer Inst*. 2020 Sep 1;112(9):893-901. doi: 10.1093/jnci/djz241. Erratum in: *J Natl Cancer Inst*. 2020 Oct 1;112(10):1076. PMID: 31899501; PMCID: PMC7492765.
14. Asel M, LeBoeuf NR. Extramammary Paget's Disease. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2019 Feb;33(1):73-85. doi: 10.1016/j.hoc.2018.09.003. PMID: 30497678.
15. Ashing KT, George M, Jones V. Health-related quality of life and care satisfaction outcomes: Informing psychosocial oncology care among Latina and African-American young breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2018 Apr;27(4):1213-1220. doi: 10.1002/pon.4650. Epub 2018 Feb 13. PMID: 29370454.
16. Bai A, Li H, Huang Y, Liu X, Gao Y, Wang P, Dai H, Song F, Hao X, Chen K. A survey of overall life satisfaction and its association with breast diseases in Chinese women. *Cancer Med*. 2016 Jan;5(1):111-119. doi: 10.1002/cam4.565. Epub 2015 Dec 7. PMID: 26640035; PMCID: PMC4708902.
17. Balogun OD, Formenti SC. Locally advanced breast cancer – strategies for developing nations. *Front Oncol*. 2015 Apr 27;5:89. doi: 10.3389/fonc.2015.00089. PMID: 25964882; PMCID: PMC4410621.
18. Barrios CH, Reinert T, Werutsky G. Global Breast Cancer Research: Moving Forward. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2018 May 23;38:441-450. doi: 10.1200/EDBK_209183. PMID: 30231347.
19. Battisti NML, Joshi K, Nasser MS, Ring A. Systemic therapy for older patients with early breast cancer. *Cancer Treat Rev*. 2021 Nov;100:102292. doi: 10.1016/j.ctrv.2021.102292. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34536728.
20. Bauer A. Radiation Treatment for Breast Cancer. *Surg Clin North Am*. 2023 Feb;103(1):187-199. doi: 10.1016/j.suc.2022.08.015. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36410350.
21. Baygi F, Smith A, Mohammadian Khonsari N, Mohammadi-Nasrabadi F, Mahmoodi Z, Mahdavi-Gorabi A, Qorbani M. Seafarers' mental health status and life satisfaction:

- Structural equation model. *Front Public Health*. 2022 Nov 30;10:969231. doi: 10.3389/fpubh.2022.969231. PMID: 36530699; PMCID: PMC9748074.
22. Bażydło M., Karakiewicz B. Samoocena zdrowia Polaków – przegląd badań. *J Publ Health Nurs Med Rescue*. 2012;2:14-17.
 23. Bąk-Sosnowska M., Oleszko K., Skrzypulec-Plinta V. Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Przegląd Menopauzalny* 2013;2:120-124. doi: 10.5114/pm.20134.35067.
 24. Berner J. Rak piersi od starożytności do współczesności. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2012;62(1):42-48.
 25. Bickel KE, Levy C, MacPhee ER, Brenner K, Temel JS, Arch JJ, Greer JA. An Integrative Framework of Appraisal and Adaptation in Serious Medical Illness. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Sep;60(3):657-677.e6. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.05.018. Epub 2020 May 21. PMID: 32446974; PMCID: PMC7483912.
 26. Bień A, Rzońca E, Chruściel P, Łuka M, Iwanowicz-Palus GJ. Female sexuality at reproductive age as an indicator of satisfaction with life – descriptive cross-sectional survey. *Ann Agric Environ Med*. 2020 Dec 22;27(4):599-604. doi: 10.26444/aaem/114176. Epub 2019 Dec 9. PMID: 33356067.
 27. Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, Marotti L, Loibl S, Kunkler I, Reed M, Ciatto S, Voogd AC, Brain E, Cutuli B, Terret C, Gosney M, Aapro M, Audisio R. Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). *Lancet Oncol*. 2012 Apr;13(4):e148-60. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70383-7. Epub 2012 Mar 30. PMID: 22469125.
 28. Bijak M, Olszanecka A, Pałczyńska E, Czarnecka D, Rajzer M, Stolarz-Skrzypek K. Factors determining acceptance of illness in patients with arterial hypertension and comorbidities. *Kardiol Pol*. 2021 Apr 23;79(4):426-433. doi: 10.33963/KP.15860. Epub 2021 Mar 4. PMID: 33687869.
 29. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska M. Rozpowszechnienie wybranych czynników ryzyka raka piersi wśród pacjentek (Prevalence of selected risk factors for breast cancer among patients). *Journal of Education, Health and Sport* 2017;7(7):561-571. doi: 10.5281/zenodo.836786.
 30. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi (Epidemiology and prophylaxis of breast cancer). *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(8):701-710. doi: 10.5281/zenodo.61187.
 31. Bonikowska I, Szwamel K, Uchmanowicz I. Analysis of the Impact of Disease Acceptance, Demographic, and Clinical Variables on Adherence to Treatment Recommendations in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Int J Environ Res*

- Public Health. 2021 Aug 16;18(16):8658. doi: 10.3390/ijerph18168658. PMID: 34444407; PMCID: PMC8391118.
32. Borzych B.: Opieka w terapii nowotworów piersi. W: Koper A. (red). Pielęgniarstwo Onkologiczne. PZWL. Warszawa 2011:188-194.
 33. Bouleuc C, Burnod A, Angellier E, Massiani MA, Robin ML, Copel L, Chvetzoff G, Frasier V, Fogliarini A, Vinant P. Les soins palliatifs précoces et intégrés en oncologie [Early palliative care in oncology]. Bull Cancer. 2019 Sep;106(9):796-804. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2019.04.006. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31174856.
 34. Bozkurt C., Yildirim Y., Senuzun Aykar F. The effect of frailty level on acceptance of illness in older people with chronic obstructive pulmonary disease. Turkish Journal of Geriatrics 2021;24(2):244-254. doi:10.31086/tjgeri.2021.221.
 35. Bradley JA, Mendenhall NP. Novel Radiotherapy Techniques for Breast Cancer. Annu Rev Med. 2018 Jan 29;69:277-288. doi: 10.1146/annurev-med-042716-103422. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29195057.
 36. Brandt A. Rak piersi – kryzys egzystencjalny czy estetyczny? Decyzja o rekonstrukcji piersi – analiza jakościowa (Breast cancer – an existential or an aesthetic crisis? A qualitative Analysis of the breast reconstruction decision making). Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(6):747-759. doi:10.5281/zenodo.999750.
 37. Brandt-Salmeri A., Przybyła-Basista H. Obraz ciała a samoocena kobiet z rakiem piersi-rola akceptacji ciała. Psychoonkologia 2018;22(1):1-10. doi.org.10.5114/pson.2018.81160.
 38. Branecka-Woźniak D, Cymbaluk-Płoska A. The influence of support and medical data on the level of illness acceptance, the way of coping with a stressful situation, and mental adjustment to the disease among cancer patients. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021 Sep;25(18):5584-5596. doi: 10.26355/eurrev_202109_26778. PMID: 34604951.
 39. Britt KL, Cuzick J, Phillips KA. Key steps for effective breast cancer prevention. Nat Rev Cancer. 2020 Aug;20(8):417-436. doi: 10.1038/s41568-020-0266-x. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32528185.
 40. Budny A, Starosławska E, Budny B, Wójcik R, Hys M, Kozłowski P, Budny W, Brodzik A, Burdan F. Epidemiologia oraz diagnostyka raka piersi (Epidemiology and diagnosis of breast cancer). Pol Merkur Lekarski. 2019 May 27;46(275):195-204. Polish. PMID: 31152530.
 41. Builes Ramírez S, Acea Nebril B, García Novoa A, Cereijo C, Bouzón A, Mosquera Osés J. Evaluation of the preoperative perception of quality of life and satisfaction of women with breast cancer using the BREAST-Q™ questionnaire. Cir Esp (Engl Ed). 2020 Apr;98(4):212-218. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2019.10.004. Epub 2019 Dec 3. PMID: 31806233.

42. Buja A, Pierbon M, Lago L, Grotto G, Baldo V. Breast Cancer Primary Prevention and Diet: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 1;17(13):4731. doi: 10.3390/ijerph17134731. PMID: 32630215; PMCID: PMC7369836.
43. Burstein HJ, Curigliano G, Thürlimann B, Weber WP, Poortmans P, Regan MM, Senn HJ, Winer EP, Gnant M; Panelists of the St Gallen Consensus Conference. Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Ann Oncol*. 2021 Oct;32(10):1216-1235. doi: 10.1016/j.annonc.2021.06.023. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34242744; PMCID: PMC9906308.
44. Büssing A, von Bergh A, Zhai XF, Ling CQ. Interpretation of illness in patients with chronic diseases from Shanghai and their associations with life satisfaction, escape from illness, and ability to reflect the implications of illness. *J Integr Med*. 2014 Sep;12(5):409-16. doi: 10.1016/S2095-4964(14)60046-7. PMID: 25292340.
45. Camejo N, Castillo C, Tambasco C, Strazzarino N, Requena N, Peraza S, Boronat A, Herrera G, Esperon P, Cuello M, Krygier G. Assessing Adherence to Adjuvant Hormone Therapy in Breast Cancer Patients in Routine Clinical Practice. *World J Oncol*. 2023 Aug;14(4):300-308. doi: 10.14740/wjon1647. Epub 2023 Aug 4. PMID: 37560342; PMCID: PMC10409554.
46. Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 5;4(4):CD002748. doi: 10.1002/14651858.CD002748.pub4. PMID: 29620792; PMCID: PMC6494635.
47. Cardoso F, Harbeck N, Fallowfield L, Kyriakides S, Senkus E; ESMO Guidelines Working Group. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2012 Oct;23 Suppl 7:vii11-9. doi: 10.1093/annonc/mds232. PMID: 22997442.
48. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et. al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol*. 2019 Aug 1;30(8):1194-1220. doi: 10.1093/annonc/mdz173. Erratum in: *Ann Oncol*. 2019 Oct 1;30(10):1674. Erratum in: *Ann Oncol*. 2021 Feb;32(2):284. PMID: 31161190.
49. Cardoso F, Loibl S, Pagni O, et al. European Society of Breast Cancer Specialists. The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer. *Eur J Cancer*. 2012 Dec;48(18):3355-3377. doi: 10.1016/j.ejca.2012.10.004. Epub 2012 Oct 29. PMID: 23116682.
50. Cardoso F, Senkus E, Costa A, et. al. 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4)†. *Ann Oncol*. 2018 Aug

- 1;29(8):1634-1657. doi: 10.1093/annonc/mdy192. PMID: 30032243; PMCID: PMC7360146.
51. Cardoso MM, Baixinho CL, Silva GTR, Ferreira Ó. Nursing Interventions in the Perioperative Pathway of the Patient with Breast Cancer: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jun 12;11(12):1717. doi: 10.3390/healthcare11121717. PMID: 37372835; PMCID: PMC10298246.
 52. Casaubon JT, Kashyap S, Regan JP. BRCA1 and BRCA2 Mutations. 2023 Jul 23. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 29262038.
 53. Case A.S. Pregnancy-associated Breast Cancer. *Clin Obstet Gynecol* 2016 Dec;59(4):779-88. doi:10.1097/GRF0000000000000235. PMID:27749365.
 54. Cerezo MV, Soria-Reyes LM, Alarcón R, Blanca MJ. The Satisfaction with Life Scale in breast cancer patients: Psychometric properties. *Int J Clin Health Psychol*. 2022 Jan-Apr;22(1):100274. doi: 10.1016/j.ijchp.2021.100274. Epub 2021 Oct 9. PMID: 34703465; PMCID: PMC8503855.
 55. Chabowski M, Polański J, Jankowska-Polanska B, Lomper K, Janczak D, Rosinczuk J. The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer. *J Thorac Dis*. 2017 Sep;9(9):2952-2958. doi: 10.21037/jtd.2017.08.70. PMID: 29221267; PMCID: PMC5708453.
 56. Charos D, Merluzzi TV, Kolokotroni P, Lykeridou K, Deltsidou A, Vivilaki V. Breast cancer and social relationship coping efficacy: validation of the Greek version. *Women Health*. 2021 Nov-Dec;61(10):947-956. doi: 10.1080/03630242.2021.1994101. Epub 2021 Oct 27. PMID: 34706626.
 57. Ciechanowska K, Krajewska K, Antczak-Komoterska A. Nowotwór piersi – problemy i jakość życia kobiet po mastektomii. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2018;4(3):91-99. doi: 10.21784/IwP.2018.024.
 58. Cieślak K., Golusiński W. Coping with loss of ability vs. Acceptance of disease in women after breast cancer treatment. *Rep Pract Oncol Radiother*. 2017;22(3):231-236. doi: 10.1016/j.rpor.2017.01.001. PMID:28461788. PMCID:PMC5403782.
 59. Cieślak M, Kozaka J, Golińska PB, Bidzan M. Mentalization and Its Relation to Life Satisfaction and the Level of Mental Adjustment to Illness in Women with Breast Cancer-A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 19;19(16):10323. doi: 10.3390/ijerph191610323. PMID: 36011957; PMCID: PMC9408050.
 60. Cincidda C, Pizzoli SFM, Ongaro G, Oliveri S, Pravettoni G. Caregiving and Shared Decision Making in Breast and Prostate Cancer Patients: A Systematic Review. *Curr Oncol*. 2023 Jan 6;30(1):803-823. doi: 10.3390/currenconcol30010061. PMID: 36661710; PMCID: PMC9857468.

61. Cipora E, Karwat ID. Niepełnosprawność kobiet w następstwie raka piersi – funkcjonowanie w środowisku życia. W: Doświadczenie niepełnosprawności w rodzinie, red. B. Szluz. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego w Rzeszowie. Rzeszów 2019:93-110.
62. Cipora E, Konieczny M, Czerw A, Mikos M, Budzik MP, Deptała A, Badowska-Kozakiewicz AM. Causes of delays in breast cancer diagnosis in Poland. *Pol Merkur Lekarski*. 2019 Sep 25;47(279):85-90. PMID:31557135.
63. Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Rocznik W, Babuška-Rocznik M. Surgical method of treatment and level of satisfaction with life among women diagnosed with breast cancer, according to time elapsed since performance of surgery. *Ann Agric Environ Med*. 2018 Sep 25;25(3):453-459. doi: 10.26444/aaem/91586. Epub 2018 Jun 11. PMID: 30260191.
64. Cipora E, Konieczny M, Karwat ID, Rocznik W, Babuška-Rocznik M. Satisfaction with life among women with breast cancer – selected demographic and social factors. *Ann Agric Environ Med*. 2018 Jun 20;25(2):314-319. doi: 10.26444/aaem/82622. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29936805.
65. Cipora E, Konieczny M, Sobieszcański J. Acceptance of illness by women with breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2018 Mar 14;25(1):167-171. doi: 10.26444/aaem/75876. Epub 2017 Jul 10. PMID: 29575856.
66. Cipora E, Konieczny M. Holistyczna opieka nad pacjentem w systemie medycyny paliatywnej w Polsce. W: *Ako najst zmysel zivota v socialnej praci s rizikovymi skupinami*. Katedra socjalnej prace, Filozofickej fakulty UPJS Kosicie. 2014;19-27.
67. Cipora E, Ogrodnik B, Smoleń E. Wybrane aspekty jakości życia kobiet po mastektomii – doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015;3:176-181.
68. Cipora E. Opóźnienia w leczeniu kobiet z rozpoznaniem raka piersi a wybrane czynniki demograficzne i społeczne (Therapy delays among women with diagnosed breast cancer and chosen sociodemographic factors). *Med Pr*. 2019 Feb 28;70(1):89-98. Polish. doi: 10.13075/mp.5893.00808. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30653197.
69. Cipora E. Profilaktyka raka piersi – znaczenie badań przesiewowych (Prevention of breast cancer – the importance of screening tests). *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):1733-1749. doi: 10.5281/zenodo.1202415.
70. Cipora E., Konieczny M. Rak piersi u kobiet jako problem zdrowotny współczesnej Europy. *Public Health Forum* 2018;3(XI):2:108-114.
71. Cisowski J, Windorbska W, Mierzwa T. Podstawy teoretyczne nowotworów. W: Koper A. (red). *Pielęgniarstwo Onkologiczne*. PZWL. Warszawa 2011:49-63.
72. Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Determinants of satisfaction with life and self-esteem in women with breast

- cancer. *Qual Life Res.* 2019 Feb;28(2):379-387. doi: 10.1007/s11136-018-2017-y. Epub 2018 Oct 15. PMID: 30324585.0.1007/s11136-018-2017-y.
73. Cold S, Cold F, Jensen MB, Cronin-Fenton D, Christiansen P, Ejlersen B. Systemic or Vaginal Hormone Therapy After Early Breast Cancer: A Danish Observational Cohort Study. *J Natl Cancer Inst.* 2022 Oct 6;114(10):1347-1354. doi: 10.1093/jnci/djac112. PMID: 35854422; PMCID: PMC9552278.
 74. Coughlin S. Epidemiology of Breast Cancer in Women. *Adv Exp Al. Biol* 2019;1152:9-29. doi: 10.1007/978-3-030-20301-6_2.
 75. Coughlin SS. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Res Treat.* 2019 Oct;177(3):537-548. doi: 10.1007/s10549-019-05340-7. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31270761.
 76. Czeczelewska E. Epidemiologia nowotworów a postępowanie profilaktyczne i lecznicze w wybranych powikłaniach leczenia onkologicznego. *Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo* 2020;1:21-24.
 77. Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer.* 2016 Jul;23(4):654-61. doi: 10.1007/s12282-015-0620-0. Epub 2015 Jun 2. PMID: 26031432; PMCID: PMC4911383.
 78. Czerw A, Religioni U, Sygit K, Nieradko-Heluszek A, Mękal D, Partyka O, Mikos M, Eid M, Strzępek Ł, Banaś T. Pain Control, Acceptance and Adjustment to the Disease among Patients with Ovarian, Endometrial and Breast Cancer in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Nov 19;18(22):12148. doi: 10.3390/ijerph182212148. PMID: 34831905; PMCID: PMC8625774.
 79. Czerw A, Religioni U, Szumilas P, Sygit K, Partyka O, Mękal D, Jopek S, Mikos M, Strzępek Ł. Normalization of the AIS (Acceptance of Illness Scale) questionnaire and the possibility of its use among cancer patients. *Ann Agric Environ Med.* 2022 Jun 24;29(2):269-273. doi: 10.26444/aaem/144197. Epub 2021 Nov 30. PMID: 35767762.
 80. 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(3):261-5. doi: 10.5114/wo.2015.54901. Epub 2015 Nov 23. PMID: 27647992; PMCID: PMC5013677.
 81. Czerw AI, Religioni U, Deptała A. Adjustment to Life with Lung Cancer. *Adv Clin Exp Med.* 2016 Jul-Aug;25(4):733-40. doi: 10.17219/acem/61014. PMID: 27629848.
 82. Deli T, Orosz M, Jakab A. Hormone Replacement Therapy in Cancer Survivors – Review of the Literature. *Pathol Oncol Res.* 2020 Jan;26(1):63-78. doi: 10.1007/s12253-018-00569-x. Epub 2019 Jan 8. PMID: 30617760; PMCID: PMC7109141.

83. Didkowska J, Wojciechowska U, Michalek IM, Caetano Dos Santos FL. Cancer incidence and mortality in Poland in 2019. *Sci Rep.* 2022 Jun 27;12(1):10875. doi: 10.1038/s41598-022-14779-6. PMID: 35760845; PMCID: PMC9237124.
84. Didkowska J, Wojciechowska U. Nowotwory piersi w Polsce i Europie – populacyjny punkt widzenia. *Nowotwory Journal of Oncology* 2013;63(2):111-118.
85. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., Ceatano dos Santos F., Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2021.
86. Didkowska J.A, Wojciechowska U, Barańska K, Miklewska M, Michałek I, Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2023.
87. Dirzyte A, Patapas A, Perminas A. Associations between Leisure Preferences, Mindfulness, Psychological Capital, and Life Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Mar 30;19(7):4121. doi: 10.3390/ijerph19074121. PMID: 35409804; PMCID: PMC8998282.
88. Dirzyte A, Perminas A, Biliuniene E. Psychometric Properties of Satisfaction with Life Scale (SWLS) and Psychological Capital Questionnaire (PCQ-24) in the Lithuanian Population. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 5;18(5):2608. doi: 10.3390/ijerph18052608. PMID: 33807777; PMCID: PMC7967519.
89. Doroszewski W. Słownik poprawnej polszczyzny. PWN. Warszawa 1994:674.
90. Dryhnicz M., Rzepa T. Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska.* Lublin 2018;31(1):7-21.
91. Duprez C, Vanlemmens L, Untas A, Antoine P, Lesur A, Loustalot C, Guillemet C, Leclercq M, Segura C, Carlier D, Lefeuvre-Plesse C, Simon H, Frenel JS, Christophe V. Emotional distress and subjective impact of the disease in young women with breast cancer and their spouses. *Future Oncol.* 2017;13(29):2667-2680. doi: 10.2217/fon-2017-0264. Epub 2017 1 grudnia. PMID: 29191056.
92. Emerson SD, Guhn M, Gadermann AM. Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: reviewing three decades of research. *Qual Life Res.* 2017 Sep;26(9):2251-2264. doi: 10.1007/s11136-017-1552-2. Epub 2017 Mar 21. PMID: 28324322.
93. Fakhri N, Chad MA, Lahkim M, Houari A, Dehbi H, Belmouden A, El Kadmiri N. Risk factors for breast cancer in women: an update review. *Med Oncol.* 2022 Sep 7;39(12):197. doi: 10.1007/s12032-022-01804-x. PMID: 36071255.
94. Fedorowicz O, Jaźwińska-Tarnawska E, Adamiszak A, Niewiński P, Krajewska M, Wiela-Hojeńska A. Determinants of disease acceptance in renal transplantation patients assessed with the application of Acceptance Illness Scale (AIS). *J Pharm Pharm Sci.* 2021;24:308-316. doi: 10.18433/jpps31592. PMID: 34133267.

95. Finck C, Barradas S, Zenger M, Hinz A. Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *Int J Clin Health Psychol.* 2018 Jan-Apr;18(1):27-34. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.11.002. Epub 2017 Dec 9. PMID: 30487907; PMCID: PMC6220926.
96. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, Deschasaux M, Fassier P, Latino-Martel P, Beslay M, Hercberg S, Lavalette C, Monteiro CA, Julia C, Touvier M. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ.* 2018 Feb 14;360:k322. doi: 10.1136/bmj.k322. PMID: 29444771; PMCID: PMC5811844.
97. Foulkes WD, Smith IE, Reis-Filho JS. Triple-negative breast cancer. *N Engl J Med.* 2010 Nov 11;363(20):1938-48. doi: 10.1056/NEJMra1001389. PMID: 21067385.
98. Furmańska J, Ligocka M, Milik A, Kołodziejska A, Rzepa T. Postrzeganie czasu i jego znaczenie w procesie adaptacji do choroby nowotworowej. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal.* 2019;25(1):95-99. doi: 10.14691/CPJ.25.1.95.
99. Gałka A., Światoniowska N., Kolasińska J. et al. Assessment of the quality of life of women with breast cancer depending on the surgical treatment method used. *Palliat Med Pract.* 2018;12(2):76-85.
100. Gałuszka G, Gałuszka R, Kolasa I, Borecki M, Legawiec W. Ocena wybranych wskaźników jakości życia kobiet po mastektomii. W: Turowski K. (red.) *Zdrowie Publiczne Standardem Dobrostanu.* Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum. Lublin 2018:85-98.
101. Gibbons SW, Ross A, Wehrlen L, Klagholz S, Bevans M. Enhancing the cancer caregiving experience: Building resilience through role adjustment and mutuality. *Eur J Oncol Nurs.* 2019 Dec;43:101663. doi: 10.1016/j.ejon.2019.09.004. Epub 2019 Sep 10. PMID: 31606005; PMCID: PMC6953477.
102. Gilmour F, Williams A. Support with nutrition for women receiving chemotherapy for breast cancer. *Br J Nurs.* 2018 Feb 22;27(4):S4-S9. doi: 10.12968/bjon.2018.27.4.S4. PMID: 29457937.
103. Głuszek S. (red.) *Chirurgia. Podstawy.* PZWL, Warszawa 2019.
104. Głuszek S. *Choroby gruczołu piersiowego.* W: Głuszek S. (red.). *Chirurgia. Podstawy.* PZWL, Warszawa 2019:183-202.
105. Gómez-Campelo P, Bragado-Álvarez C, Hernández-Lloreda MJ. Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery. *Psychooncology.* 2014 Apr;23(4):459-66. doi: 10.1002/pon.3439. PMID: 25485338.
106. Górczewska B, Jakubowska-Pietkiewicz E. Is acceptance of disease and life satisfaction of women with postmenopausal osteoporosis dependent on BMI? *Psychiatr Pol.* 2022 Jun 30;56(3):623-634. English, Polish.

- doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/130158. Epub 2022 Jun 30. PMID: 36342989.
107. Grassion L, Le Guillou F, Izadifar A, Piperno D, Raherison-Semjen C. Facteurs associés à une mauvaise acceptation de la maladie chez les patients BPCO [Factors associated with poor acceptance of illness in patients with COPD]. *Rev Mal Respir.* 2019 Apr;36(4):461-467. French. doi: 10.1016/j.rmr.2018.11.010. Epub 2019 Apr 5. PMID: 30956003.
 108. Guan T, Santacroce SJ, Chen DG, Song L. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psychooncology.* 2020 Jun;29(6):1019-1025. doi: 10.1002/pon.5372. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32128938; PMCID: PMC7440775.
 109. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D. Adaptacja polskiej wersji the Newcastle satisfaction with nursing scale (NSNS). *Probl Pielęg* 2007;15(3):133-138.
 110. Guzek Z, Kowalska J. Analysis of the Degree of Acceptance of Illness Among Patients After a Stroke: An Observational Study. *Clin Interv Aging.* 2020 Nov 2;15:2063-2072. doi: 10.2147/CIA.S268095. PMID: 33173287; PMCID: PMC7648515.
 111. Hamerlińska A, Kamyk-Wawryszuk A. Akceptacja choroby i satysfakcja z życia dorosłych osób z chorobami rzadkimi. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej* 2021;44:42-53.
 112. Hang JA, Sim L, Zakaria Z. Non-invasive breast cancer assessment using magnetic induction spectroscopy technique. *Int J Integr Eng.*2017;9(2):54-60.
 113. Hashemi SH, Karimi S, Mahboobi H. Lifestyle changes for prevention of breast cancer. *Electron Physician.* 2014 Jul 1;6(3):894-905. doi: 10.14661/2014.894-905. PMID: 25763165; PMCID: PMC4324293.
 114. Hauth F, De-Colle C, Weidner N, Heinrich V, Zips D, Gani C. Quality of life and fatigue before and after radiotherapy in breast cancer patients. *Strahlenther Onkol.* 2021 Apr;197(4):281-287. doi: 10.1007/s00066-020-01700-1. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33211138.1138.
 115. Hinz A, Conrad I, Schroeter ML, Glaesmer H, Brähler E, Zenger M, Kocalevent RD, Herzberg PY. Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS), derived from a large German community sample. *Qual Life Res.* 2018 Jun;27(6):1661-1670. doi: 10.1007/s11136-018-1844-1. Epub 2018 Mar 27. PMID: 29589212
 116. Hodorowicz-Zaniewska D, Raczkowska-Muraszko M, Kibil W, Jankau J. Jednoczasowa i odroczonej rekonstrukcja piersi. *Medycyna Praktyczna. Onkologia* 2013;5:77-85.
 117. Hoffman C, Baker B. Effects of Mindful Self-Compassion Program on Psychological Well-being and Levels of Compassion in People Affected by Breast Cancer. *Altern Ther Health Med.* 2023 Sep;29(6):36-41. PMID: 35648691.

118. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*. 2005 May 25;293(20):2479-86. doi: 10.1001/jama.293.20.2479. PMID: 15914748.
119. Homa M, Ziarko M, Litwiniuk M. Coping with cancer and a history of health-related events. *Rep Pract Oncol Radiother*. 2023 Apr 6;28(1):66-73. doi: 10.5603/RPOR.a2023.0012. PMID: 37122910; PMCID: PMC10132196.
120. <https://onkologia.org.pl/pl> (dostęp z dnia 20.02.2023).
121. <https://szpital-brzozow.pl/> (dostęp z dnia 08.02.2024).
122. <https://szpital-brzozow.pl/> Breast Cancer Unit (dostęp z dnia 08.02.2024).
123. <https://szpital-brzozow.pl/> Oddział Dzienny Chemioterapii i Hematologii (dostęp z dnia 08.02.2024).
124. <https://szpital-brzozow.pl/> Oddział Onkologii Klinicznej (dostęp z dnia 08.02.2024).
125. <https://www.esmo.org/> (dostęp z dnia 21.02.2023).
126. <https://www.who.int/> (dostęp z dnia 20.02.2023).
127. Jakobsen JK, Sørensen CM, Krarup KP, Jensen JB. Life satisfaction of patients with penile cancer. *Dan Med J*. 2021 Dec 15;69(1):A05210397. PMID: 34913430.
128. Jakubas J, Rycombel A, Lomper K. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia kobiet z rakiem piersi. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2014;3(3):57-80.
129. Jakubowska E, Jakubowski K, Cipora E. Satysfakcja z życia chorych z cukrzycą. *Probl Hig Epidemiol*. 2010;91(2):308-313.
130. Janiszewska M, Barańska A, Jędrych T, Kulik T, Kasperek J, Drop B. The impact of selected factors on acceptance of illness and life satisfaction among female residents of rural areas treated for osteoporosis. *Ann Agric Environ Med*. 2019;26(4):592-599. doi: 10.26444/aaem/109598. PMID:31885233.
131. Jankowiak B., Kondzior D., Lankau A. Jakość opieki pielęgniarskiej, podstawy konstruowania narzędzi wpływających na jakość udzielanych świadczeń. W: Krajewska-Kułak E, Rolka H, Jankowiak B. (red.) *Standardy Anestezjologicznej Opieki Pielęgniarskiej*. PZWL. Warszawa 2014:249-258.
132. Jankowska M, Walerzak A, Harciarek M, Rutkowski B, Dębska-Ślizień A. Acceptance of Illness, Satisfaction with Life, and Emotional Control in the Early Stage of Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease. *Nephron*. 2022 Oct 12:1-6. doi: 10.1159/000526840. Epub ahead of print. PMID: 36223732.
133. Jankowska-Polańska B, Ilko A, Wleklik M. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Arterial Hypertension* 2014;18(3):143-150.
134. Jankowska-Polańska B, Świątoniowska-Lonc N, Ośmiałowska E, Gałka A, Chabowski M. The Association Between Illness Acceptance and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Cancer Manag Res*. 2020 Sep 14;12:8451-8464. doi: 10.2147/CMAR.S261624. PMID: 32982439; PMCID: PMC7500846.

135. Janssens J, Vandeloo M. Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia. *Nowotwory Journal of Oncology*. 2009;59(3):159-167.
136. Jassem J, Krzakowski M. Breast cancer. *Oncol Clin Pract* 2018;14(4):171-215. doi: 10.5603/OCP.2018.0027.
137. Jassem J, Krzakowski M: Rak piersi praktyczny przewodnik dla lekarzy, wydanie 2. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2014.
138. Jeziorski A. Najczęstsze nowotwory-objawy, rozpoznanie i leczenie. W: Jeziorski A. *Onkologia*. PZWL Warszawa 2009:93-106.
139. Jovanović V, Rudnev M, Arslan G, et al. The Satisfaction with Life Scale in Adolescent Samples: Measurement Invariance across 24 Countries and Regions, Age, and Gender. *Appl Res Qual Life*. 2022;17(4):2139-2161. doi: 10.1007/s11482-021-10024-w. Epub 2022 Jan 24. PMID: 35096193; PMCID: PMC8784202.
140. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Wydanie drugie. Warszawa 2012.
141. Juzwiszyn J, Dolczewska A, Chabowski M. Quality of Life and acceptance of illness in patients who underwent total thyroidectomy. *Ann Ital Chir*. 2020;91:352-358. PMID: 33162401.
142. Juzwiszyn J, Łabuń A, Tański W, Szymańska-Chabowska A, Zielińska D, Chabowski M. Acceptance of illness, quality of life and nutritional status of patients after lower limb amputation due to diabetes mellitus. *Ann Vasc Surg*. 2022 Feb;79:208-215. doi: 10.1016/j.avsg.2021.07.023. Epub 2021 Oct 10. PMID: 34644635.
143. Kaczmarek-Borowska B, Walowska A. Analiza czynników ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet po mastektomii-badania wstępne. *Problemy Nauk Stosowanych* 2017;(6):135-146.
144. Kaleta-Pilarska A. Akceptacja choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. 2022;76:47-52. doi: 10.18794/aams/146814.
145. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2017;26 (1):53-61.
146. Karademas EC., Hondronikola I. The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: a prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychol Health Med*. 2010;15:336-46.
147. Kawiecka-Dziembowska B. Opieka psychologiczna w onkologii. W: Koper A. *Pielęgniarstwo onkologiczne*. PZWL. Warszawa 2011:362-382.

148. Kaźmierczak M, Gebuza G, Izdepska E, Mieczkowska E, Gierszewska M. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych, położniczych i psychologicznych na stopień akceptacji choroby u kobiet leczonych z powodu chorób narządu rodnoego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*.2018;8(2):110-122. doi: 10.17219/pzp/89731.
149. Kaźmierczak M. Stopień akceptacji i przystosowania psychicznego do choroby u kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2018;4(57):444-451. doi: 10.20883/ppnoz.2018.65.
150. Keskin G, Gumus AB. Turkish hysterectomy and mastectomy patients – depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(2):425-432. PMID: 21545207.
151. Klimaszewska K, Grądzka K. Nowotwór piersi – diagnostyka i leczenie. W: Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E. (red.) *Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi*. Tom 1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2021:121-137.
152. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukiełka-Budny B, Burdan F. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2017 Dec 23;24(4):549-553. doi: 10.26444/aaem/75943. Epub 2017 Jul 18. PMID: 29284222.
153. KołECKA B, KołECKA A. Formy wsparcia pacjenta i rodziny w sytuacji choroby o zróżnicowanym przebiegu. *Studia Edukacyjne*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2022;65:137-147.
154. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, et al. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015;9(3):165-169.
155. Kołtuniuk A, Rosińczuk J. The Levels of Depression, Anxiety, Acceptance of Illness, and Medication Adherence in Patients with Multiple Sclerosis – Descriptive and Correlational Study. *Int J Med Sci*. 2021 Jan 1;18(1):216-225. doi: 10.7150/ijms.51172. PMID: 33390790; PMCID: PMC7738975.
156. Konieczny M, Cipora E, Sawicka J, Fal A. Patient Satisfaction with Oncological Care during the SARS-CoV-2 Virus Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 13;18(8):4122. doi: 10.3390/ijerph18084122. PMID: 33924702; PMCID: PMC8070459.
157. Konieczny M, Cipora E, Sygit K, Fal A. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020 Jan 1;21(1):185-193. doi: 10.31557/APJCP.2020.21.1.185. PMID: 31983183; PMCID: PMC7294011.
158. Konieczny M. Jakość życia kobiet po mastektomii (Quality of life of women after mastectomy). *Journal of Education, Health and Sport*. 5 January 2022;12(1):21-33. doi: 10.12775/JEHS.2022.12.01.002.

159. Kordek R. Co to jest nowotwór?. W: Jezierski A. Onkologia. PZWL 2009 Warszawa:11-14.
160. Kowalewska B, Cybulski M, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E. Acceptance of Illness, Satisfaction with Life, Sense of Stigmatization, and Quality of Life among People with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020 Jun;10(3):413-430. doi: 10.1007/s13555-020-00368-w. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32193842; PMCID: PMC7211781.
161. Kowalewska B, Jankowiak B, Niedźwiecka B, Krajewska-Kułak E, Niczyporuk W, Khvorik DF. Relationships between the acceptance of illness, quality of life and satisfaction with life in psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol*. 2020 Dec;37(6):948-955. doi: 10.5114/ada.2020.92906. Epub 2020 Feb 11. PMID: 33603615; PMCID: PMC7874872.
162. Kowalska K, Podymniak E (red.). Co warto wiedzieć. Rak piersi. National Cancer Institute of United States, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej oraz Fundacja Tam i z Powrotem. Primopro. Warszawa 2015.
163. Kowalski S, Moskal A, Dąbrowski M, Żak K. Wpływ choroby nowotworowej na status ekonomiczny, społeczny i relacje rodzinne. W: Maciąg K, Maciąg M. Zadania i wyzwania medycyny – charakterystyka problemów i postępowanie terapeutyczne. Wydawnictwo Tygiel, Lublin 2018:167-178.
164. Koziół P, Lomper K, Uchmanowicz B, Polański J. Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016;10(1):28-36.
165. Krajewski W, Mazur M, Poterek A, Pastuszek A, Halska U, Tukiendorf A, Rymaszewska J, Zdrojowy R. Assessment of Pain Management, Acceptance of Illness, and Adjustment to Life with Cancer in Patients with Nonmuscle Invasive Bladder Cancer. *Biomed Res Int*. 2018 Oct 22;2018:7598632. doi: 10.1155/2018/7598632. PMID: 30426013; PMCID: PMC6217895.
166. Krok D, Telka E, Moroń M. Marital satisfaction, partner communication, and illness acceptance among couples coping with breast cancer: A dyadic approach. *Psychooncology*. 2023 May 25. doi: 10.1002/pon.6174. Epub ahead of print. PMID: 37231565.
167. Krok D, Telka E, Zarzycka B. Total Pain and Illness Acceptance in Pelvic Cancer Patients: Exploring Self-Efficacy and Stress in a Moderated Mediation Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 5;19(15):9631. doi: 10.3390/ijerph19159631. PMID: 35954987; PMCID: PMC9368026.
168. Krzyżanowska E, Matej A, Łuczyk R, Kropornicka B, Baczevska B, Olszak C, Nowicka E, Daniluk J. Wpływ akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby (The impact of the acceptance of the disease on

- the health behaviors of patients with liver cirrhosis). *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(11):225-244. doi: 10.5281/zenodo.166302.
169. Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Przeł. Doleżał-Nowicka I. Wydawnictwo Media Rodzina. Poznań 2010.
 170. Kupcewicz E, Abramowicz A. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hygeia Public Health* 2015;50(1):142-148.
 171. Kusier AO, Folker AP. The Satisfaction with Life Scale: Philosophical Foundation and Practical Limitations. *Health Care Anal.* 2021 Mar;29(1):21-38. doi: 10.1007/s10728-020-00420-y. Epub 2021 Jan 2. PMID: 33386535.
 172. Law R, Krupa K, Rusby J. Preventative therapy for breast cancer: a clinical experience. *Breast Cancer Res Treat.* 2023 Sep;201(2):205-213. doi: 10.1007/s10549-023-06985-1. Epub 2023 Jun 19. PMID: 37336835; PMCID: PMC10361902.
 173. Legese B, Addissie A, Gizaw M, Tigneh W, Yilma T. Information Needs of Breast Cancer Patients Attending Care at Tikur Anbessa Specialized Hospital: A Descriptive Study. *Cancer Manag Res.* 2021 Jan 12;13:277-286. doi: 10.2147/CMAR.S264526. PMID: 33469370; PMCID: PMC7812026.
 174. Lenartowicz H., Kózka M.: *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. PZWL, Warszawa 2011.
 175. Leong WC, Azmi NA, Wee LH, Rajah HDA, Chan CMH. Validation and reliability of the Bahasa Malaysia language version of the Acceptance of Illness Scale among Malaysian patients with cancer. *PLoS One.* 2021 Sep 29;16(9):e0256216. doi: 10.1371/journal.pone.0256216. PMID: 34587199; PMCID: PMC8480610.
 176. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Acceptance of cancer by women after mastectomy in Western Pomerania region – preliminary studies. *Fam Med Prim Care Rev.* 2016;18(2):143-148. doi: 10.5114/fmpcr/59998.
 177. Li Y, Zhang H, Merkhher Y, Chen L, Liu N, Leonov S, Chen Y. Recent advances in therapeutic strategies for triple-negative breast cancer. *J Hematol Oncol.* 2022 Aug 29;15(1):121. doi: 10.1186/s13045-022-01341-0. PMID: 36038913; PMCID: PMC9422136.
 178. Lorenzo-Seva U, Calderon C, Ferrando PJ, Del Mar Muñoz M, Beato C, Ghanem I, Castelo B, Carmona-Bayonas A, Hernández R, Jiménez-Fonseca P. Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. *Qual Life Res.* 2019 May;28(5):1255-1264. doi: 10.1007/s11136-019-02106-y. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30644028.

179. López-Ortega, M., Torres-Castro, S. & Rosas-Carrasco, O. Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health Qual Life Outcomes* 14, 170 (2016).
doi: 10.1186/s12955-016-0573-9.
180. Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Helmreich I, Lieb K. Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients. *Dtsch Arztebl Int.* 2019 Dec 23;51-52(51-52):865-872.
doi: 10.3238/arztebl.2019.0865. PMID: 31941574; PMCID: PMC6976915.
181. Luz FACD, Marinho EDC, Nascimento CP, Marques LA, Delfino PFR, Antonioli RM, Araújo RA, Silva MJB. The effect of delayed treatment in breast cancer patients: How much is too late? An experience of a single-center study effect of surgery delay in survival. *Surg Oncol.* 2022 Sep;44:101854.
doi: 10.1016/j.suronc.2022.101854. Epub 2022 Sep 14. PMID: 36122450.
182. Łapińska Z, Saczko J. Novel electroporation-based treatments for breast cancer. *Adv Clin Exp Med.* 2022 Nov;31(11):1183-1186. doi: 10.17219/acem/156058. PMID: 36374546.
183. Łobocki M. *Metody i techniki badań pedagogicznych.* Wyd. Impuls. Kraków 2011.
184. Łobocki M. *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych.* Wyd. Impuls. Kraków 2001.
185. Łuczyk M, Pietraszek A, Łuczyk R, Stanisławek A, Szadowska-Szlachetka Z, Charzyńska-Gula M. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi. *Journal of Education, Health and Sport.* 2015; 5(9): 569-576. ISSN 2391-8306. doi: 10.5281/zenodo/31529.
186. Maconko M, Kopański Z, Strychar J, Małek Ł. Satysfakcja pacjenta i metody jej pomiaru. *Journal of Clinical Healthcare* 2016;3:14-19.
187. Maconko M., Kopański Z., Strychar J., Małek Ł. Satysfakcja pacjentów z pobytu w SOR ze szczególnym uwzględnieniem opieki pielęgniarskiej. *Journal of Clinical Healthcare* 2016;3:36-42.
188. Maddams J., Utley M., Møller H. Projections of cancer prevalence in the United Kingdom, 2010-2040. *Br J Cancer.* 2012;107(7):1195-1202.
doi: 10.1038/bjc.2012.366. PMID:22892390.
189. Mangesh A T., Rejeshkumar B. Breast cancer prevention in high-risk women. *Beast Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;65:18-31.
doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.11.006. PMID:31862315.
190. Masood S. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancers. *Womens Health (Lond)* 2016;12:480-491. /Pieńkowski T. Rak piersi – wybrane aspekty leczenia systemowego. *Pol J Pathol* 2014;65(4)(supl2):S1-S8.

191. Mattson J, Peltola M, Poikonen-Saksela P, Hermanson T, Their J, Färkkilä N, Roine R, Blomqvist C. Digital solution in the follow-up of early breast cancer a randomized study. *Acta Oncol.* 2023 May;62(5):513-521.
doi: 10.1080/0284186X.2023.2212409. Epub 2023 May 16. PMID: 37190970.
192. Mazurek E. Amazońskie dylematy. Powody rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi i zabiegu rekonstrukcji piersi. *Psychoonkologia* 2014;3:97-105.
193. Mazurek E. Rak piersi i emocje. Małżonkowie wobec decyzji o rekonstrukcji piersi u żony. *Przegląd Pedagogiczny, Bydgoszcz,* 2016;227-240.
194. Mazurek J. Lurbiński J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Pol Mer Lek* 2014;36(212):106-108.
195. Maź M., Bodys-Cupak I. Akceptacja choroby nowotworowej przez osoby starsze a poziom odczuwanego zmęczenia. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu.* 2019;1(58):35-43.
doi: 10.20883/ppnoz.2019.6.
196. Mencil P. Czy to zadziała? O wsparciu społecznym online osób cierpiących na choroby przewlekłe. *Studia Edukacyjne. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań* 2022;65:150-163.
197. Menen RS., Hunt KK. Considerations for the treatment of young patients with breast cancer. *Breast J.* 2016;22:667-72.
198. Meng K, Fahmer N, Engehausen D, Hass HG, Reuss-Borst M, Duelli K, Wöckel A, Heuschmann PU, Faller H. Patientenkompetenz zur Krankheitsbewältigung – Eine qualitative Analyse bei Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren (Patient Competence for Coping with Disease – A Qualitative Analysis in Women with Breast and Gynaecological Cancer). *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2023 May;73(5):187-196. German. doi: 10.1055/a-1956-9153. Epub 2022 Nov 22. PMID: 36413985.
199. Merrill A., White A., Howard-Mc Natt M. Pagets disease of the breast: an institutional review and surgical management. *Am Surg.* 2017;83:96-98.
200. Meule A, Voderholzer U. Life satisfaction in persons with mental disorders. *Qual Life Res.* 2020 Nov;29(11):3043-3052. doi: 10.1007/s11136-020-02556-9. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32556822; PMCID: PMC7591441.
201. Michaels E, Worthington RO, Rusiecki J. Breast Cancer: Risk Assessment, Screening, and Primary Prevention. *Med Clin North Am.* 2023 Mar;107(2):271-284. doi: 10.1016/j.mcna.2022.10.007. PMID: 36759097.
202. Murawa D., Dyzman-Sroka A., Kycler W., Lamch K., Kubiak A., Jędrzejczak A., Trojanowski M., Szczepański Ł. ABC Raka Piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii; Poznań 2010.
203. Muzzatti B, Bomben F, Flaiban C, Piccinin M, Annunziata MA. Quality of life and psychological distress during cancer: a prospective observational study involving

- young breast cancer female patients. *BMC Cancer*. 2020 Aug 13;20(1):758. doi: 10.1186/s12885-020-07272-8. PMID: 32791959; PMCID: PMC7425052
204. Nagórska M, Lesińska-Sawicka M, Obrzut B, Ulman D, Darmochwał-Kolarz D, Zych B. Health Related Behaviors and Life Satisfaction in Patients Undergoing Infertility Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 27;19(15):9188. doi: 10.3390/ijerph19159188. PMID: 35954545; PMCID: PMC9367928.
205. Nawrotowy lub rozsiany rak piersi. Zalecenia European Society for Medical Oncology (ESMO) z 2012 r. *Medycyna Praktyczna. Onkologia* 2013;2(13):9-21.
206. Nooripour, R., Hosseinian, S., Ghanbari, N. et al. Validation of the Persian version of the satisfaction with life scale (SWLS) in Iranian women with breast Cancer. *Curr Psychol* 2023;42:2993-3000. doi: 10.1007/s12144-021-01662-2.
207. Nowicki A, Krzemkowska E, Rhone P. Acceptance of Illness after Surgery in Patients with Breast Cancer in the Early Postoperative Period. *Pol Przegl Chir*. 2015 Nov;87(11):539-50. doi: 10.1515/pjs-2016-0001. PMID: 26816401.
208. Nowicki A, Liczerska B, Rhone P. Evaluation of the quality of life of women treated due to breast cancer using amputation or breast conserving surgery in the early conserving surgery in the early postoperative period. *Pol Przegl Chir*. 2015 Apr;87(4):174-80. doi: 10.1515/pjs-2015-0040.
209. Nowicki A, Ostrowska Z. Disease acceptance in patients after breast cancer during supplementary treatment. *Pol Merkur Lekarski*. 2008;24(143):403-7. PMID:18634382.
210. Odai-Afotey A, Lederman RI, Ko NY, Gagnon H, Fikre T, Gundersen DA, Revette AC, Hershman DL, Crew KD, Keating NL, Freedman RA. Breast cancer treatment receipt and the role of financial stress, health literacy, and numeracy among diverse breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. 2023 Jul;200(1):127-137. doi: 10.1007/s10549-023-06960-w. Epub 2023 May 13. PMID: 37178432; PMCID: PMC10182756.
211. Oplawski M, Grabarek BO, Średnicka A, Czarniecka J, Panfil A, Kojs Z, Boroń D. The Impact of Surgical Treatment with Adjuvant Chemotherapy for Ovarian Cancer on Disorders in the Urinary System and Quality of Life in Women. *J Clin Med*. 2022 Feb 27;11(5):1300. doi: 10.3390/jcm11051300. PMID: 35268391; PMCID: PMC8911254.
212. Opuchlik A, Włoch A, Biskup M, Ridan T, Wróbel P, Jonak R, Curyło M. Metody leczenia onkologicznego i chirurgicznego oraz postępowanie fizjoterapeutyczne u kobiet z rakiem piersi. *Rehabilitacja Medyczna (Med. Rahabil)*, 2018(22);1:38-48. doi: 10.5604/01.3001.0012.0912.
213. Ośmiałowska E, Staś J, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Illness Perception and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Cancers (Basel)*. 2022 Feb 25;14(5):1214. doi: 10.3390/cancers14051214. PMID: 35267522; PMCID: PMC8909179.

214. Ośmiałowska E, Świątoniowska N, Homętowska H. Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. *Palliative Medicine in Practice* 2018;12,3:143-150.
215. Park CL, Fritzson E, Gnall KE, Salafia C, Ligus K, Sinnott S, Bellizzi KM. Resilience across the Transition to Cancer Survivorship. *Res Hum Dev.* 2021;18(3):197-211. doi: 10.1080/15427609.2021.1960771. Epub 2021 Aug 2. PMID: 34924880; PMCID: PMC8675895.
216. Partyka O, Pajewska M, Czerw A, Sygit K, Kmieć K, Lyubinets O, Niemiec M, Kaczmarski M, Gąska I, Juszczyk G, Krzych-Fałta E, Banaś T, Kosior DA, Deptała A, Kotwas A, Bandurska E, Ciećko W, Cipora E. Influence of Selected Indicators of Healthcare System Functioning Evaluation on the Health Result. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Nov 7;19(21):14618. doi: 10.3390/ijerph192114618. PMID: 36361499; PMCID: PMC9656549.
217. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie.* Rzeszów 2013;2:203-211.
218. Pieniążek M, Dugiel G, Kucharska K. Akceptacja choroby w grupie pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej układu moczowo-płciowego. *Polish Journal of Health and Fitness* 2020;1:1-17.
219. Pieńkowski T. Rak piersi – wybrane aspekty leczenia systemowego. *Pol J Pathol* 2014;65(4)(supl2):S1-S8.
220. Pięta B, Chmaj-Wierzchowska K., Opala T. Life style and risk of development of breast and ovarian cancer. *Ann Agric Environ Med.* 2012;19(3):379-384.
221. Pilch T, Bauman T. *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe.* Wyd. Żak. Warszawa 2010.
222. Pinto AC, de Azambuja E. Improving quality of life after breast cancer. Dealing with symptoms. *Maturitas.* 2011;70:343-8.
223. Pinto BM, Frierson GM, Rabin C, Trunzo JJ, Marcus BH. Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *J Clin Oncol.* 2005 May 20;23(15):3577-87. doi: 10.1200/JCO.2005.03.080. PMID: 15908668.
224. Piotrkowska R, Kruk A, Krzemińska A, Mędrzycka-Dąbrowska W, Kwiecień-Jaguś K. Factors Determining the Level of Acceptance of Illness and Satisfaction with Life in Patients with Cancer. *Healthcare (Basel).* 2023 Apr 19;11(8):1168. doi: 10.3390/healthcare11081168. PMID: 37108002; PMCID: PMC10138420.
225. Piotrowska A, Lisowska A, Twardak I, Włostowska K, Uchmanowicz I, Mess E. Determinants Affecting the Rationing of Nursing Care and Professional Burnout among Oncology Nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jun 11;19(12):7180. doi: 10.3390/ijerph19127180. PMID: 35742428; PMCID: PMC9222562.
226. Piotrowska M, Kopański Z, Wróblewska M, Błaszczak B. Quality of life of persons with periodontal diseases. *JPHNMR* 2015;(1):45-50.

227. Pluta A, Sulikowska B, Manitius J, Posieczek Z, Marzec A, Morisky DE. Acceptance of Illness and Compliance with Therapeutic Recommendations in Patients with Hypertension. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 17;17(18):6789. doi: 10.3390/ijerph17186789. PMID: 32957678; PMCID: PMC7557862.
228. Polański J, Chabowski M, Świątoniowska-Lonc N, Jankowska-Polańska B, Mazur G. Can life satisfaction be considered a predictor of quality of life in patients with lung cancer? *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020 Nov;24(21):11128-11138. doi: 10.26355/eurrev_202011_23600. PMID: 33215430.
229. Polański J, Misiąg W, Chabowski M. Impact of Loneliness on Functioning in Lung Cancer Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 27;19(23):15793. doi: 10.3390/ijerph192315793. PMID: 36497868; PMCID: PMC9739971.
230. Poorkiani M, Abbaszadeh A, Hazrati M, Jafari P, Sadeghi M, Mohammadianpanah M. The effect of rehabilitation on quality of life in female breast cancer survivors in Iran. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2010 Oct;31(4):105-9. doi: 10.4103/0971-5851.76190. PMID: 21584214; PMCID: PMC3089917.190.
231. Prokopowicz K, Kozdroń E, Prokopowicz G, Molik B, Berk A, Mucha J. Uwarunkowania aktywności fizycznej kobiet po przebytych leczeniu operacyjnym raka piersi. *Hygeia Public Health* 2018;53(1):100-105.
232. Rehman HT, Jawaid H, Tahir A, Imtiaz M, Zulfiqar T, Aziz T. Breast cancer knowledge among health professionals: A pre-post-knowledge-based intervention study. *J Family Med Prim Care*. 2022 Sep;11(9):5649-5655. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1226_22. Epub 2022 Oct 14. PMID: 36505641; PMCID: PMC9731020.
233. Religioni U, Czerw A, Badowska-Kozakiewicz AM, Deptała A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adjustment to Life, and Strategies of Coping with Illness among Patients with Gastric Cancer. *J Cancer Educ*. 2020 Aug;35(4):724-730. doi: 10.1007/s13187-019-01519-0. PMID: 30972579; PMCID: PMC7363718.
234. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adaptation to Life, and Strategies of Coping With the Disease, in Patients With Bladder Cancer. *In Vivo*. 2021 Mar-Apr;35(2):1157-1161. doi: 10.21873/invivo.12363. PMID: 33622915; PMCID: PMC8045067.
235. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran J Public Health*. 2015 Aug;44(8):1135-42. PMID:26587478; PMCID: PMC4645734.
236. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Patient mental adjustment to selected types of cancer. *Psychiatr Pol*. 2018 Feb 28;52(1):129-141. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/44732. Epub 2018 Feb 28. PMID: 29704420.

237. Rodríguez-Gonzalez A, Carmona-Bayonas A, Hernandez San Gil R, Cruz-Castellanos P, Antoñanzas-Basa M, Lorente-Estelles D, Corral MJ, González-Moya M, Castillo-Trujillo OA, Esteban E, Jiménez-Fonseca P, Calderon C. Impact of systemic cancer treatment on quality of life and mental well-being: a comparative analysis of patients with localized and advanced cancer. *Clin Transl Oncol*. 2023 May 29. doi: 10.1007/s12094-023-03214-5. Epub ahead of print. PMID: 37247131.
238. Rodriguez-Sanchez IP. Et al. The protective effect of peanut, wanut, and almond consumption on the development of breast cancer. *Gynecol Obstet Invest*. 2015;80(2):89-92.
239. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecology*. 2016 Dec;59(4):651-672. doi: 10.1097/GRF.0000000000000239. PMID:27681694.
240. Ruskiewicz M, Kreft K. Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2017;21(2):37-44.
241. Sancho P, Caycho-Rodríguez T, Ventura-León J, Tomás JM, Reyes-Bossio M. Does the Spanish version of the SWLS measure the same in Spain and Peru? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2019 Nov-Dec;54(6):329-333. doi: 10.1016/j.regg.2019.04.003. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303343.
242. Sardanelli F., Fallenberg EM., Clauser P. et al. European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna – The European Breast Cancer Coalition. Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women. *Insights Imaging* 2017;8(1):11-18. doi: 10.1007/s13244-016-0531-4.
243. Sarhangi N, Hajjari S, Heydari SF, Ganjizadeh M, Rouhollah F, Hasanzad M. Breast cancer in the era of precision medicine. *Mol Biol Rep*. 2022 Oct;49(10):10023-10037. doi: 10.1007/s11033-022-07571-2. Epub 2022 Jun 22. PMID: 35733061.
244. Satish S, Moore JF, Littlefield JM, Bishop IJ, Rojas KE. Re-Evaluating the Association Between Hormonal Contraception and Breast Cancer Risk. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2023 Mar 22;15:227-235. doi: 10.2147/BCTT.S390664. PMID: 36987503; PMCID: PMC10040158.
245. Şentürk S, Keskin AY, Turan Ş. Investigation of Acceptance of Illness and Religious Coping in Patients with Familial Mediterranean Fever in Turkey. *J Relig Health*. 2022 Oct;61(5):3922-3939. doi: 10.1007/s10943-022-01577-7. Epub 2022 May 23. PMID: 35604514.
246. Sera T, Kashiwagi S, Takashima T, Asano Y, Goto W, Iimori N, Noda S, Onoda N, Ohsawa M, Hirakawa K, Ohira M. Multiple metastatic malignant phyllodes tumor of the breast with tonsillar metastasis: a case report. *BMC Res Notes*. 2017 Jan 19;10(1):55-60. doi: 10.1186/s13104-017-2375-5. PMID: 28103951; PMCID: PMC5248444.

247. Shah R, Rosso K, Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. *World J Clin Oncol*. 2014;5:283-288.
248. Shien T, Iwata H. Adjuvant and neoadjuvant therapy for breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2020 Mar 9;50(3):225-229. doi: 10.1093/jjco/hyz213. PMID: 32147701.
249. Sierpińska LE. Assessment of the degree of illness acceptance in patients diagnosed with hepatitis C. *Ann Agric Environ Med*. 2022 Jun 24;29(2):224-231. doi: 10.26444/aaem/145375. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35767755.
250. Sikora K, Wawryniuk A, Łuczyk RJ, Sawicka K, Zwolak A. The Occurrence of Stress, Illness Acceptance and the Quality of Life of Patients after Pacemaker Implantation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 29;19(21):14133. doi: 10.3390/ijerph192114133. PMID: 36361008; PMCID: PMC9657800.
251. Siminiak N, Iżycki D, Czepczyński R. Potrójnie negatywny rak piersi – perspektywy rozwoju diagnostyki i terapii. *Postępy Biologii Komórki* 2020;47; 1:13-22
252. Skwirczyńska E, Piotrowiak M, Ostrowski M, Wróblewski O, Tejchman K, Kwiatkowski S, Cymbaluk-Płoska A. Welfare and Self-Assessment in Patients after Aesthetic and Reconstructive Treatments. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 7;19(18):11238. doi: 10.3390/ijerph191811238. PMID: 36141511; PMCID: PMC9517016.
253. Slepicka PF, Cyrill SL, Dos Santos CO. Pregnancy and Breast Cancer: Pathways to Understand Risk and Prevention. *Trends Mol Med*. 2019 Oct;25(10):866-881. doi: 10.1016/j.molmed.2019.06.003. Epub 2019 Aug 2. PMID: 31383623.
254. Słowik A, Jabłoński M, Michałowska-Kaczmarczyk A, Jach R. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatria Polska*. 2017Oct29;51(5):878-888. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/63787.
255. Smoleń E, Dobrowolska B. Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek a zmienne socjodemograficzne. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2017;20(1):56-65.
256. Smoleń E, Hombek K, Jarema M, Słysz M, Kalita K. Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018;24(1):37-43.
257. Smoleń E, Słysz M, Hombek K, Jarema M, Kalita K. Samoocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2020;10(1):27-34. doi: 10.17219/pzp/112224.
258. Soriano-Hernandez AD, Madrigal-Perez DG, Galvan-Salazar HR, Arreola-Cruz A, Briseño-Gomez L, Guzmán-Esquivel J, Dobrovinskaya O, Lara-Esqueda A, Rodríguez-Sanchez IP, Baltazar-Rodriguez LM, Espinoza-Gomez F, Martinez-Fierro ML, de-Leon-Zaragoza L, Olmedo-Buenrostro BA, Delgado-Enciso I. The

- protective effect of peanut, walnut, and almond consumption on the development of breast cancer. *Gynecol Obstet Invest.* 2015;80(2):89-92.
doi: 10.1159/000369997. Epub 2015 Jul 10. PMID: 26183374.
259. Sowa M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Gastecka A, Senetrkiewicz L, Zegarski W. Ocena czynników wpływających na stopień akceptacji zachorowania na raka piersi u kobiet poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł piersiowy: analiza odległa po upływie 5 lat od zabiegu – badanie wstępne. *Pielęgniarstwo Polskie* 2018;64(1):1-18.
 260. Sowa M, Smuczyński W, Tarkowski M, Wójcik K, Kochanski B. Analiza wybranych czynników ryzyka raka piersi – przegląd piśmiennictwa. *Journal of Education, Health and Sport* 2015;5(4):245-250. doi: 10.5281/ZENODO.16868.
 261. Storme GA. Breast Cancer: Impact of New Treatments? *Cancers (Basel)*. 2023 Apr 8;15(8):2205. doi: 10.3390/cancers15082205. PMID: 37190134; PMCID: PMC10136973.
 262. Strode M, Khoury T, Mangieri C, Takabe K. Update on the diagnosis and management of malignant phyllodes tumors of the breast. *Breast*. 2017 Jun;33:91-96. doi: 10.1016/j.breast.2017.03.001. Epub 2017 Mar 19. PMID: 28327352.
 263. Sun Y-S, Zhao Z, Xu F, Lu H-J, Zhu Z-Y, Shi W, JIANG J, YAO P-P, Zhu H-P. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer *Int J Biol Sci.* 2017 Nov1;13(11):1387-1397.
doi: 10.7150/ijbs.21635 Pmid:29209143. PMCID:PMC5715522.
 264. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.
 265. Swaminathan H, Saravanamurali K, Yadav SA. Extensive review on breast cancer its etiology, progression, prognostic markers, and treatment. *Med Oncol.* 2023 Jul 14;40(8):238. doi: 10.1007/s12032-023-02111-9. PMID: 37442848.
 266. Szpilewska K, Juzwiszyn J, Bolanowska Z, Milan M, Chabowski M, Janczak D. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. *Pol Przegl Chir.* 2018 Feb 28(1):13-17. doi: 10.5604/01.3001.0011.5954.
 267. Świtalski J, Wnuk K, Tatara T, Miazga W, Wiśniewska E, Banaś T, Partyka O, Karakiewicz-Krawczyk K, Jurczak J, Kaczmarski M, Dykowska G, Czerw A, Cipora E. Interventions to Increase Patient Safety in Long-Term Care Facilities-Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Nov 21;19(22):15354. doi: 10.3390/ijerph192215354. PMID: 36430073; PMCID: PMC9691014.
 268. Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2021

- Jul;29(7):3471-3486. doi: 10.1007/s00520-020-05943-7. Epub 2021 Jan 29. PMID: 33512578.
269. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Goch A, Zegarski W. Quality of Life in Women Subjected to Surgical Treatment of Breast Cancer Depending on the Procedure Performed within the Breast and Axillary Fossa-A Single-Center, One Year Prospective Analysis. *J Clin Med*. 2021 Mar 24;10(7):1339. doi: 10.3390/jcm10071339. PMID: 33804935; PMCID: PMC8037884.
270. Tay TKY, Tan PH. Liquid Biopsy in Breast Cancer: A Focused Review. *Arch Pathol Lab Med*. 2021 Jun 1;145(6):678-686. doi: 10.5858/arpa.2019-0559-RA. PMID: 32045277.
271. Teshome Y, Solomon Y, Talargia F, Worku N, Shitaw A, Leminie AA. Level of Acceptance of Illness and Its Association with Quality of Life among Patients with Epilepsy in North Shewa, Ethiopia. *Behav Neurol*. 2022 Sep 12;2022:1142215. doi: 10.1155/2022/1142215. PMID: 36134035; PMCID: PMC9484932.
272. Thorat MA, Balasubramanian R. Breast cancer prevention in high-risk women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 May;65:18-31. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.11.006. Epub 2019 Nov 21. PMID: 31862315.
273. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Prz. Menopauzalny* 2012;11(4):343-347.
274. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends-An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016 Jan;25(1):16-27. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578. Epub 2015 Dec 14. PMID: 26667886.
275. Trybulec A, Georgiew F, Borowiec-Trybulec K. Ocena jakości życia pacjentek leczonych onkologicznie z powodu raka piersi. *Health Promotion&Physical Activity* 2019;4(9):14-20.
276. Uchmanowicz I, Pieniacka M, Kuśnierz M, Jankowska-Polańska B. Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015;23(1):69-74.
277. Upadhyay R, Bazan JG. Advances in Radiotherapy for Breast Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2023 Jul;32(3):515-536. doi: 10.1016/j.soc.2023.03.002. PMID: 37182990.
278. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417).
279. Van Christ Manirakiza A, Pfaendler KS. Breast, Ovarian, Uterine, Vaginal, and Vulvar Cancer Care in Low-and Middle-Income Countries: Prevalence, Screening, Treatment, Palliative Care, and Human Resources Training. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022 Dec;49(4):783-793. doi: 10.1016/j.ogc.2022.08.004. PMID: 36328680.

280. Van Damme-Ostapowicz K, Cybulski M, Galczyk M, Krajewska-Kulak E, Sobolewski M, Zalewska A. Life satisfaction and depressive symptoms of mentally active older adults in Poland: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2021 Aug 18;21(1):466. doi: 10.1186/s12877-021-02405-5. PMID: 34407761; PMCID: PMC8375194.
281. Vehmanen L, Mattson J, Karademas E, Oliveira-Maia AJ, Sousa B, Pat-Horenczyk R, Mazzocco K, Simos P, Cardoso F, Pettini G, Marzorati C, Kolokotroni E, Stamatakis G, Frasquilho D, Poikonen-Saksela P. Associations between Physical Exercise, Quality of Life, Psychological Symptoms and Treatment Side Effects in Early Breast Cancer. *Breast J.* 2022 Nov 19;2022:9921575. doi: 10.1155/2022/9921575. PMID: 36474966; PMCID: PMC9701120.
282. Velasco L, Gutiérrez Hermoso L, Alcocer Castillejos N, Quiroz Friedman P, Peñacoba C, Catalá P, Sánchez-Román S. Association between quality of life and positive coping strategies in breast cancer patients. *Women Health.* 2020 Oct;60(9):1063-1069. doi: 10.1080/03630242.2020.1802398. Epub 2020 Aug 4. PMID: 32752953.
283. Waks AG, Winer EP. Breast Cancer Treatment: A Review. *JAMA* 2019 Jan 22;321(3):288-300. doi: 10.1001/jama.2018.19323. PMID: 30667505.
284. Wardas M. Relationship between the degree of illness acceptance and depression, anxiety in women with breast cancer and men with colorectal cancer. *Palliative Medicine in Practice* 2020;14(3):141-148.
285. West A, Wullkopf L, Christen A, et al. Division induced dynamics in non-Invasive and invasive breast cancer. *Biophys J.* 2017;112(3):123-125.
286. Wieder-Huszla S, Owsianowska J, Chudecka-Głaz A, Branecka-Woźniak D, Jurczak A. The Significance of Adaptation and Coping with Disease among Patients with Diagnosed Gynaecological Cancer in the Context of Disease Acceptance. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jun 13;19(12):7218. doi: 10.3390/ijerph19127218. PMID: 35742468; PMCID: PMC9223192.
287. Wierzchowska-Konera B. *Pedagogika jako nauka*. W: Ciechaniewicz W. (red.). *Pedagogika*. PZWL, Warszawa 2008:55-56.
288. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *Br J Radiol.* 2022 Feb 1;95(1130):20211033. doi: 10.1259/bjr.20211033. Epub 2021 Dec 14. PMID: 34905391; PMCID: PMC8822551.
289. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar NK. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. *Prog Mol Biol Transl Sci.* 2017;151:1-32. doi: 10.1016/bs.pmbts.2017.07.002. Epub 2017 Oct 10. PMID: 29096890.
290. Wiśniewska L, Karolska M. Doświadczanie choroby nowotworowej w relacjach kobiet po mastektomii (Experiencing cancer in women's accounts following mastectomy). *Psychoonkologia.* 2017;21(3):75-85. doi: 10.5114/pson.2017.77296.

291. Wnuk M. Beneficial Effects of Spiritual Experiences and Existential Aspects of Life Satisfaction of Breast and Lung Cancer Patients in Poland: A Pilot Study. *J Relig Health*. 2022 Dec;61(6):4320-4336. doi: 10.1007/s10943-022-01601-w. Epub 2022 Jun 24. PMID: 35748968; PMCID: PMC9569296.
292. Wojciechowska U, Barańska K, Miklewska M, Didkowska JA. Cancer incidence and mortality in Poland in 2020. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2023;73(3):129-145. doi: 10.5603/NJO.2023.0026.
293. Wojciechowska U, Didkowska J Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie 2009.
294. Wojciechowska U, Didkowska J, Michałek I, Olasek P, Ciuba A. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie. Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2020.
295. Wojciechowska U, Barańska K, Michałek I, Olasek P, Miklewska M, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2022.
296. Wojtanowska-Kaczka M, Babuška-Rocznik M, Rocznik W, Cipora E. Kompleksowa opieka pielęgniarska nad chorą z rozpoznaniem raka piersi. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne / Nursing and Public Health*. 2020;10(3):179-187.
297. Wojtas K, Pietrasik A, Oskędra I. Akceptacja choroby nowotworowej przez młodych dorosłych a strategie radzenia sobie: doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2017;25(4):252-256. doi: 10.5603/PP.2017.0042.
298. Wood R, Mitra D, de Courcy J, Iyer S. Patient-reported Quality of Life and Treatment Satisfaction in Patients With HR⁺/HER2⁻ Advanced/Metastatic Breast Cancer. *Clin Ther*. 2017 Aug;39(8):1719-1728. doi: 10.1016/j.clinthera.2017.07.009. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28751098.
299. World Health Organization; Globocan 2020; The Global Cancer Observatory; March 2021.
300. Yfantis A, Intas G, Tolia M, Nikolaou M, Tsoukalas N, Lymperi M, Kyrgias G, Zografos G, Kontos M. Health-related quality of life of young women with breast cancer. Review of the literature. *J BUON*. 2018 Jan-Feb;23(1):1-6. PMID: 29552751.
301. Yoo EH, Choi ES, Cho SH, Do JH, Lee SJ, Kim JH. Comparison of Fatigue Severity and Quality of Life between Unexplained Fatigue Patients and Explained Fatigue Patients. *Korean J Fam Med*. 2018 May;39(3):180-184. doi: 10.4082/kjfm.2018.39.3.180. Epub 2018 May 18. PMID: 29788707; PMCID: PMC5975989.

302. Zavala VA, Serrano-Gomez SJ, Dutil J, Fejerman L. Genetic Epidemiology of Breast Cancer in Latin America. *Genes (Basel)*. 2019 Feb 18;10(2):153. doi: 10.3390/genes10020153. PMID: 30781715; PMCID: PMC6410045.
303. Zdończyk SA, Rynkiewicz M. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015;2(56):153-158.
304. Zehr KR. Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in Men. *Radiol Technol*. 2019 Sep;91(1):51M-61M. PMID: 31471487.
305. Zheng K, Bruzzese JM, Smaldone A. Illness acceptance in adolescents: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2019 Oct;54(4):545-552. doi: 10.1111/nuf.12368. Epub 2019 Jul 16. PMID: 31313315.
306. Zhou SF, Shi WF, Meng D, Sun CL, Jin JR, Zhao YT. Interoperative radiotherapy of seventy two cases of early breast cancer patients during breast-conserving surgery. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(4):1131-5. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.4.1131. PMID: 22799294.
307. Zhou Y, Xu W. Short report: the mediator effect of meaning in life in the relationship between self-acceptance and psychological wellbeing among gastrointestinal cancer patients. *Psychol Health Med*. 2019 Jul;24(6):725-731. doi: 10.1080/13548506.2018.1554252. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30514112.
308. Zięzio M., Szepietowska-Ilach A. Problemy pacjentów i ich rodzin w sferze psychicznej. W: Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarczyk B. Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. PZWL. Warszawa 2017:181-195.

10. SPIS RYCIN

Rycina 1. Struktura zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2021 roku.	9
Rycina 2. Rozkład stopnia akceptacji choroby w badanej próbie.	54
Rycina 3. Rozkład satysfakcji z życia w badanej próbie.	55
Rycina 4. Zależność pomiędzy stopniem akceptacji choroby a satysfakcją z życia. ...	56
Rycina 5. Zależność pomiędzy wiekiem osób badanych a akceptacją choroby.	57
Rycina 6. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w zależności od poziomu wykształcenia.	58
Rycina 7. Liczba dzieci osób badanych a akceptacja choroby.	60
Rycina 8. Zależność pomiędzy sytuacją finansową a akceptacją choroby.	62
Rycina 9. Zależność pomiędzy sytuacją finansową a satysfakcją z życia.	62
Rycina 10. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które otrzymały wsparcie ze względu na obecny stan zdrowia i w grupie osób, które nie otrzymały wsparcia.	64
Rycina 11. Średnie wartości poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa i w grupie osób, które nie korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa.	65
Rycina 12. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, u których w rodzinie występował rak piersi i w grupie kobiet, u których w rodzinie nie występował rak piersi.	67
Rycina 13. Zależność pomiędzy wiekiem urodzenia pierwszego dziecka a stopniem akceptacji choroby.	68
Rycina 14. Zależność pomiędzy wiekiem urodzenia pierwszego dziecka a poziomem satysfakcji z życia.	68
Rycina 15. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, które karmiły piersią i w grupie kobiet, które nie karmiły piersią.	69
Rycina 16. Zależność pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od zauważenia podejranej zmiany w piersi do postawienia diagnozy a poziomem satysfakcji z życia.	70
Rycina 17. Zależność pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia a stopniem akceptacji choroby.	71

Rycina 18. Zależność pomiędzy czasem, jaki upłynął od postawienia rozpoznania do podjęcia leczenia a akceptacją choroby.	72
Rycina 19. Zależność pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu a akceptacją choroby.	73
Rycina 20. Średnie wartości poziomu akceptacji choroby w grupie kobiet, które zauważyły wpływ rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie i w grupie kobiet, które nie zauważyły takiego wpływu.	76
Rycina 21. Średnie wartości poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które stosowały HTZ i w grupie kobiet, które nie stosowały HTZ.	77
Rycina 22. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej i w grupie kobiet, u których nie występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej.	78
Rycina 23. Średnie wartości poziomu akceptacji choroby w grupie kobiet, u których rozpoznano przerzuty i w grupie kobiet, u których nie rozpoznano przerzutów.	79
Rycina 24. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a akceptacją choroby.	80
Rycina 25. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a satysfakcją z życia.	80
Rycina 26. Zależność pomiędzy ocenami poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonanych przez osoby badane a stopniem akceptacji choroby.	83
Rycina 27. Zależność pomiędzy uprawianiem aktywności fizycznej a akceptacją choroby.	84
Rycina 28. Zależność pomiędzy uprawianiem aktywności fizycznej a poziomem satysfakcji z życia.	84
Rycina 29. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które paliły papierosy i w grupie kobiet, które nie paliły papierosów.	85
Rycina 30. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby w grupie kobiet, które spożywały alkohol i w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu.	86

11. SPIS TABEL

Tabela 1. Główne przyczyny zgonów z powodu raka na świecie w 2020 roku z uwzględnieniem udziału odsetkowego poszczególnych rodzajów nowotworów w ogólnej liczbie zgonów na raka	8
Tabela 2. Liczba nowych zachorowań na raka u kobiet w Polsce w 2020 roku z uwzględnieniem udziału odsetkowego poszczególnych rodzajów nowotworów w ogólnej liczbie zachorowań na raka	10
Tabela 3. Stopnie zaawansowania raka piersi	14
Tabela 4. Sytuacja demograficzna	38
Tabela 5. Sytuacja społeczna	39
Tabela 6. Wsparcie w chorobie.....	40
Tabela 7. Występowanie raka piersi w rodzinie	41
Tabela 8. Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej	41
Tabela 9. Wiek kobiet w czasie urodzenia pierwszego dziecka	41
Tabela 10. Doświadczenie karmienia piersią	42
Tabela 11. Pierwsze objawy raka piersi.....	42
Tabela 12. Czas trwania choroby.....	43
Tabela 13. Czas jaki upłynął od zauważenia podejrzanej zmiany w piersi do postawienia diagnozy	43
Tabela 14. Czas od postawienia diagnozy raka piersi do rozpoczęcia leczenia	43
Tabela 15. Stopień zaawansowania nowotworu	44
Tabela 16. Rodzaj zastosowanego leczenia onkologicznego	44
Tabela 17. Metody leczenia chirurgicznego	44
Tabela 18. Czas jaki upłynął od wykonania zabiegu operacyjnego	45
Tabela 19. Problemy zgłaszane w okresie pooperacyjnym	45
Tabela 20. Wpływ operacji piersi na obniżenie wybranych determinantów satysfakcji z życia	46
Tabela 21. Wykonanie rekonstrukcji piersi i jej wpływ na kobiety	46
Tabela 22. Korzystanie z niekonwencjonalnych metod leczenia	47
Tabela 23. Źródła informacji na temat niekonwencjonalnych metod leczenia	47
Tabela 24. Najbardziej nasilone dolegliwości na obecnym etapie choroby	48
Tabela 25. Występowanie przerzutów raka piersi	48
Tabela 26. Samoocena stanu zdrowia na obecnym etapie leczenia.....	49

Tabela 27. Zadowolenie z dotychczasowego leczenia	49
Tabela 28. Aktywność fizyczna respondentek	50
Tabela 29. Palenie papierosów przez kobiety	50
Tabela 30. Spożywanie alkoholu przez kobiety	50
Tabela 31. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych	51
Tabela 32. Stopień akceptacji choroby	51
Tabela 33. Statystyki skali AIS.....	52
Tabela 34. Samoocena akceptacji choroby nowotworowej na obecnym etapie leczenia	52
Tabela 35. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych	53
Tabela 36. Satysfakcja z życia	53
Tabela 37. Statystyki Skali SWLS.....	54
Tabela 38. Współczynniki korelacji pomiędzy wiekiem osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia.....	57
Tabela 39. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od miejsca zamieszkania osób badanych	58
Tabela 40. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od poziomu wykształcenia osób badanych	59
Tabela 41. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet pozostających w związku małżeńskim i w grupie kobiet niepozostających w związku małżeńskim	59
Tabela 42. Współczynniki korelacji pomiędzy liczbą dzieci osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	60
Tabela 43. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które utrzymywały się z pracy zawodowej i w grupie osób, które nie utrzymywały się z pracy zawodowej	61
Tabela 44. Współczynniki korelacji pomiędzy sytuacją finansową osób badanych osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	63
Tabela 45. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w zależności od aktywności zawodowej osób badanych przed i po rozpoznananiu choroby.....	63

Tabela 46. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które otrzymały wsparcie ze względu na obecny stan zdrowia i w grupie osób, które nie otrzymały wsparcia	65
Tabela 47. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie osób, które korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa i w grupie osób, które nie korzystały z pomocy psychologa lub psychoonkologa	66
Tabela 48. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których w rodzinie występował rak piersi i w grupie kobiet, u których w rodzinie nie występował rak piersi	67
Tabela 49. Współczynniki korelacji pomiędzy wiekiem, w którym badane kobiety urodziły pierwsze dziecko a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	69
Tabela 50. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które karmiły piersią i w grupie kobiet, które nie karmiły piersią.....	70
Tabela 51. Współczynniki korelacji pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od zauważenia podejrzonej zmiany w piersi do postawienia diagnozy a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	71
Tabela 52. Współczynniki korelacji pomiędzy długością czasu, jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	72
Tabela 53. Współczynniki korelacji pomiędzy czasem, jaki upłynął od postawienia rozpoznania a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	73
Tabela 54. Współczynniki korelacji pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu u osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	74
Tabela 55. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które przebyły chemioterapię i w grupie pozostałych badanych kobiet	74
Tabela 56. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które przebyły radykalną mastektomię, a następnie rekonstrukcję piersi i w grupie pozostałych badanych kobiet ..	75

Tabela 57. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet poddanych radioterapii i w grupie pozostałych badanych kobiet	75
Tabela 58. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które zauważyły wpływ rekonstrukcji piersi na lepsze samopoczucie i w grupie kobiet, które nie zauważyły takiego wpływu.....	76
Tabela 59. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które stosowały HTZ i w grupie kobiet, które nie stosowały HTZ.....	77
Tabela 60. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej i w grupie kobiet, u których nie występowały dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej	78
Tabela 61. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, u których rozpoznano przerzuty i w grupie kobiet, u których nie rozpoznano przerzutów	79
Tabela 62. Współczynniki korelacji pomiędzy samooceną stanu zdrowia osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	81
Tabela 63. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem satysfakcji osób badanych z informacji udzielonych przez fachowych pracowników ochrony zdrowia na temat choroby i leczenia a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	81
Tabela 64. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które były zadowolone z przebiegu dotychczasowego leczenia i w grupie kobiet, które nie były zadowolone z przebiegu dotychczasowego leczenia	82
Tabela 65. Współczynniki korelacji pomiędzy ocenami poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym dokonanych przez osoby badane a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	83
Tabela 66. Współczynniki korelacji pomiędzy aktywnością fizyczną osób badanych a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia	85

Tabela 67. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które paliły papierosy i w grupie kobiet, które nie paliły papierosów	85
Tabela 68. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet, które spożywały alkohol i w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu	86
Tabela 69. Analiza kluczowych predyktorów stopnia akceptacji choroby	87
Tabela 70. Analiza kluczowych predyktorów satysfakcji z życia	88

12. ANEKS

12.1. Narzędzia badawcze

12.1.1. Autorski Kwestionariusz Ankiety – załącznik nr 1

Kwestionariusz Ankiety

Szanowna Pani,

proszę o wypełnienie poniższej ankiety. Celem ankiety jest zebranie danych na temat akceptacji choroby nowotworowej i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi. Ankieta jest anonimowa, a zawarte w niej informacje zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Ma Pani prawo do rezygnacji z udziału w badaniu na każdym jego etapie.

Proszę o zakreślenie wybranej odpowiedzi lub jej wpisanie w wykropkowane miejsca.

Dziękuję za wypełnienie ankiety
Lucyna Gazdowicz – nauczyciel akademicki
Instytut Medyczny, Uczelnia Państwowa im. J. Grodka w Sanoku

I. Czynniki demograficzne

1. Rok urodzenia.....

2. Miejsce zamieszkania

1. Wieś
2. Miasto do 30 tys. mieszkańców
3. Miasto od 31 tys. do 50 tys. mieszkańców
4. Miasto od 51 tys. do 100 tys. mieszkańców
5. Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

3. Wykształcenie

1. Podstawowe/gimnazjalne
2. Zawodowe
3. Średnie/policealne
4. Wyższe

4. Stan cywilny

1. Panna
2. Mężatka
3. Wdowa
4. Rozwiedziona
5. Separacja/konkubinaty

5. Liczba dzieci

1. Bezdziecka
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 i więcej

II. Czynniki społeczne

6. Źródło utrzymania

1. Praca zawodowa
2. Emerytura
3. Renta inwalidzka

4. Renta rolnicza
5. Zasiłek rehabilitacyjny
6. Świadczenie socjalne
7. Zasiłek dla bezrobotnych
8. Jestem na utrzymaniu (czyim).....

7. Sytuacja finansowa

1. Bardzo dobra
2. Dobra
3. Zadawalająca
4. Zła
5. Bardzo zła

8. Praca zawodowa przed rozpoznaniem choroby

1. Tak
2. Nie

9. Praca zawodowa obecnie

1. Tak
2. Nie

10. Czy może Pani liczyć na pomoc i wsparcie rodziny?

1. Tak
2. Nie

11. Czy ze względu na obecny stan zdrowia otrzymała Pani wsparcie?

1. Tak
2. Nie

Jeżeli tak, to od kogo?.....

12. Jakiego wsparcia Pani oczekuje na obecnym etapie choroby?

1. Osobistego (krewni, znajomi, przyjaciele)
2. Formalnego (organizacje charytatywne, pomoc społeczna, grupy, wspólnoty religijne)
3. Profesjonalnego (psycholog, psychoterapeuta)

13. Czy po zdiagnozowaniu raka piersi korzystała Pani z pomocy psychologa lub psychoonkologa?

1. Tak
2. Nie

14. Czy według Pani poczucie religijności/ duchowość pomaga w sytuacji choroby?

1. Tak
2. Nie

III. Czynniki medyczne

15. Czy w Pani rodzinie w przeszłości występował rak piersi?

1. Tak
2. Nie

16. Czy kiedykolwiek stosowała Pani, bądź nadal/aktualnie stosuje hormonalną terapię zastępczą?

1. Tak
2. Nie

17. W jakim wieku urodziła Pani swoje pierwsze dziecko?

1. 20 lat i poniżej
2. 21-30 lat
3. 31-40 lat
4. 41 i powyżej
5. Nie dotyczy

18. Czy karmiła Pani piersią?

1. Tak
2. Nie

19. Jeśli „tak”, to jak długo?

1. Do 3 miesięcy
2. 4-6 miesięcy
3. Powyżej 6 miesięcy
4. Nie dotyczy

20. Od ilu lat choruje Pani na raka piersi?

1. Poniżej 2 lat
2. 2-5 lat
3. 6-10 lat
4. 11-15 lat
5. 16 lat i powyżej

21. Który z wymienionych niżej objawów klinicznych zauważyła Pani u siebie jako pierwszy przed rozpoznaniem choroby (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

1. Guz
2. Wyciek z brodawki sutkowej
3. Owrzodzenie brodawki sutkowej
4. Wciągnięcie brodawki sutkowej
5. Wciągnięcie skóry w obrębie piersi
6. Objaw „skórki pomarańczy” (pogrubienie, zaczerwienienie, stwardnienie skóry)
7. Powiększenie węzłów chłonnych
8. Nie zauważyłam

22. Ile czasu upłynęło od zauważenia podejrzanej zmiany w piersi do postawienia diagnozy?

1. Poniżej 1 miesiąca
2. 1-2 miesiące
3. 3-4 miesiące
4. 5-6 miesięcy
5. Powyżej 6 miesięcy

23. W jakim czasie od rozpoznania raka piersi rozpoczęto u Pani leczenie?

1. Poniżej 1 miesiąca
2. 1-2 miesięcy
3. 3-4 miesięcy
4. Powyżej 4 miesięcy

24. W jakim stopniu zaawansowania był nowotwór w momencie jego rozpoznania?

1. Tis
2. T1
3. T2
4. T3
5. T4

25. Jakie dotychczas zastosowano u Pani metody leczenia onkologicznego?

1. Chirurgiczne
2. Radioterapię
3. Chemioterapię
4. Hormonoterapię
5. Inne, jakie?.....

26. Jaki rodzaj operacji wykonano u Pani?

1. Oszczędzająca:
 - 1) Usunięcie samego guza-tumorektomia
 - 2) Usunięcie 1 kwadrantu piersi – kwadrantektomia
 - 3) Usunięcie guza z węzłami chłonnymi i częścią gruczołu piersiowego
2. Radykalna
 - 1) Całkowita mastektomia
 - 2) Zmodyfikowana mastektomia
3. Nie dotyczy

27. Ile czasu upłynęło od wykonania u Pani zabiegu operacyjnego z powodu raka piersi?

1. 6 miesięcy i poniżej
2. 7-12 miesięcy
3. 13-24 miesiące
4. 3-4 lata
5. 5 lat i powyżej
6. Nie dotyczy

28. Jakie problemy były dla Pani najbardziej dokuczliwe w okresie pooperacyjnym?

1. Ból
2. Znaczne osłabienie
3. Lęk o własne życie
4. Niepokój związany z leczeniem onkologicznym
5. Brak samoakceptacji
6. Obawa o brak akceptacji ze strony najbliższych
7. Inne, jakie?.....
8. Nie dotyczy

29. Czy operacja piersi obniżyła u Pani?

1. Seksualność tak nie
2. Poczucie własnej wartości tak nie
3. Zadowolenie z własnego ciała tak nie
4. Zainteresowanie partnerem tak nie
5. Poczucie kobiecości tak nie
6. Nie dotyczy

30. Czy miała Pani wykonaną rekonstrukcję piersi?

1. Tak
2. Nie

31. Czy jest Pani zadowolona z zabiegu rekonstrukcji piersi?

1. Tak
2. Nie
3. Nie dotyczy

32. Czy zabieg rekonstrukcji piersi miał wpływ na Pani lepsze samopoczucie?

1. Tak

2. Nie
3. Nie dotyczy

33. Czy w przebiegu procesu diagnozowania i leczenia lub kontroli stwierdzono u Pani przerzuty do okolicznych tkanek i narządów?

1. Tak
2. Nie

34. Jeśli tak, to jakich okolic dotyczyły przerzuty nowotworowe?

1. Regionalnych węzłów chłonnych
2. Kości
3. Wątroby
4. Płuc
5. Mózgu
6. Inne, jakie?
7. Nie dotyczy

35. Czy aktualnie występują u Pani dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej?

1. Tak
2. Nie

36. Jeśli tak, to które z występujących u Pani dolegliwości są najbardziej nasilone?

1. Ból
2. Ogólne zmęczenie
3. Nudności, wymioty
4. Obniżony nastrój
5. Brak apetytu
6. Osłabienie
7. Zaburzenia snu
8. Zbyttnia nerwowość i rozdrażnienie
9. Inne, jakie?.....
10. Nie dotyczy

37. Czy na obecnym etapie leczenia/kontroli stanu zdrowia zaakceptowała Pani swoją chorobę?

1. Tak
2. Nie

38. Jak często realizuje Pani obecnie aktywność fizyczną?

1. Codziennie
2. Często (kilka razy w tygodniu)
3. Czasami (kilka razy w miesiącu)
4. Rzadko (raz w miesiącu, lub rzadziej)
5. Nie realizuję aktywności fizycznej

39. Czy pali Pani papierosy?

1. Tak, systematycznie
2. Tak, sporadycznie
3. Nie

40. Czy spożywa Pani alkohol?

1. Tak, często
2. Tak, rzadko
3. Nie

41. Czy zanim zgłosiła się Pani do lekarza onkologa, korzystała Pani z wymienionych poniżej niekonwencjonalnych metod leczenia? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

1. Bioenergoterapia
2. Ziołolecznictwo
3. Hipnoterapia
4. Homeopatia
5. Akupunktura
6. Akupresura
7. Inne, jakie?.....
8. Nie korzystałam

42. Jeżeli korzystała Pani z niekonwencjonalnych metod leczenia lub rozważała Pani możliwość zastosowania tych metod, to skąd uzyskała Pani informacje na ich temat? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

1. Prasa, TV, książki
2. Znajomi, krewni
3. Inni pacjenci
4. Energoterapeuta
5. Ulotki
6. Inne źródła jakie?
7. Nie dotyczy

43. Jak obecnie ocenia Pani swój stan zdrowia?

1. Bardzo dobrze
2. Dobrze
3. Dostatecznie
4. Źle
5. Bardzo źle

44. Czy jest Pani zadowolona z dotychczasowego leczenia?

1. Tak
2. Nie

45. W jakim stopniu dotychczas udzielone informacje przez fachowych pracowników ochrony zdrowia na temat choroby i leczenia były dla Pani satysfakcjonujące?

1. W pełni
2. W umiarkowanym stopniu
3. W małym stopniu
4. Nie były satysfakcjonujące

46. Jaki jest Pani zdaniem poziom opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym pod opieką, którego Pani pozostaje?

1. Bardzo dobry
2. Dobry
3. Dostateczny
4. Niedostateczny

12.1.2. Skala Akceptacji Choroby (AIS) – załącznik nr 2

B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen

AIS

Adaptacja: Z. Juczyński

.....wiek płęć M K data badania

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swoją wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
2.	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
3.	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
7.	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
8.	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby						
	zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

12.1.3. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) – załącznik nr 3

Ed. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S. Griffin

SWLS

Adaptacja: Z. Juczyński

Poniżej podano kilka stwierdzeń, z którymi możesz zgadzać się lub nie. Używając skali od 1 do 7 wskaż – *w jakim stopniu zgadzasz się z każdym stwierdzeniem* wpisując w pustą kratkę odpowiednią cyfrę. Bądź szczery w swoich odpowiedziach.

Poszczególne punkty skali oznaczają:

- 1** – zupełnie nie zgadzam się
- 2** – nie zgadzam się
- 3** – raczej nie zgadzam się
- 4** – ani się zgadzam, ani nie zgadzam
- 5** – raczej zgadzam się
- 6** – zgadzam się
- 7** – całkowicie zgadzam się

-
1. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału
 2. Warunki mojego życia są doskonałe
 3. Jestem zadowolony z mojego życia
 4. W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem
 5. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić

12.2. Zgoda dyrektora Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie na prowadzenie badań – załącznik nr 4



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY
w BRZOSOWIE**

**PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY
im. Ks. Bronisława Markiewicza**

ADRES: 36-200 Brzozów, ul. Ks. J. Bielawskiego 18
tel./fax. dyrekcja (013) 43 41 420, 43 09 552
tel. informacji (013) 43 09 500

www.szpital-brzozow.pl e-mail: onkologia@szpital-brzozow.pl

L.Sz.S.POO. Org.061/57/21

Brzozów, 02.03.2021r.

Szanowna Pani
nauczyciel akademicki
Mgr Lucyna Gazdowicz
Uczelnia Państwowa im. Jana Gródka
ul. Mickiewicza 21, 38-500 Sanok

W odpowiedzi na pismo z dnia 22.02.2021r. uprzejmie informuję, że wyrażam wstępną zgodę na przeprowadzenie badań ankietowych na terenie Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza.

Nadmieniam, że każde badanie w tym badanie ankietowe powinno być poprzedzone wyrażeniem zgody przez ordynatora danej komórki organizacyjnej oraz osobę, która weźmie udział w badaniu.

Przeprowadzone badania naukowe mają mieć ścisły związek z tematyką pracy doktorskiej, a wyniki badań wykorzystane zostaną wyłącznie do celów dydaktyczno- naukowych.

Całokształt prac związanych z realizacją badań naukowych nie może wykraczać poza obowiązujące przepisy prawa dotyczące ochrony danych osobowych. Badania ankietowe należy przeprowadzić z zachowaniem tajemnicy zawodowej.

Warunkiem przeprowadzenia powyższych badań jest zachowanie wszelkich środków ostrożności w związku z obecną sytuacją epidemiologiczną. Przebywając na terenie szpitala należy pamiętać o obowiązku zasłaniania ust i nosa, dezynfekcji oraz zaopatrzenia w jednorazowe rękawiczki.

Z poważaniem

DYREKTOR
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BRZOSOWIE
PODKARPACKIEGO OŚRODKA ONKOLOGICZNEGO
IM. KS. B. MARKIEWICZA
18
lekarz Tomasz Kondraciuk, MSc

12.3. Zgoda Komisji Bioetycznej na prowadzenie badań – załącznik nr 5

Załącznik nr 3 do protokołu z obrad
Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku
w dniu 12.03.2021 r.

Uchwała nr 3/2021

Komisji Bioetycznej

przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

z dnia 12 marca 2021 r.

w sprawie: **zaopiniowania dopuszczalności realizacji projektu badawczego mgr Lucyny Gazdowicz pt. „Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem czynników medycznych, demograficznych i społecznych”**

Na podstawie § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, § 2 ust. 1 oraz § 4 Regulaminu Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku

uchwała się, co następuje:

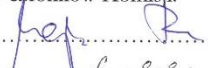
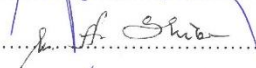
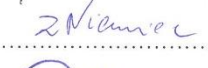
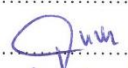

§ 1

Komisja Bioetyczna przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku na posiedzeniu w dniu 12 marca 2021 r., na podstawie opinii nr 3/2021 z dnia 11 marca 2021 r. pozytywnie opiniuje i dopuszcza do realizacji projekt badawczy mgr Lucyny Gazdowicz pt. „Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem czynników medycznych, demograficznych i społecznych”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podpisy członków Komisji:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 
6. 