

# CZYNNIKI DETERMINUJĄCE AKCEPTACJĘ I PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY NOWOTWOROWEJ

## The factors determining acceptance and adjustment to cancer



Małgorzata Kołpa<sup>1</sup>, Barbara Wywrot-Kozłowska<sup>2</sup>, Beata Jurkiewicz<sup>1</sup>, Aneta Grochowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

<sup>2</sup>Absolwentka kierunku pielęgniarstwo Instytutu Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 3: 165–169

Praca wpłynęła: 17.07.2015; przyjęto do druku: 22.07.2015

Adres do korespondencji:

Małgorzata Kołpa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów, e-mail: MalgorzataKolpa@interia.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** W społecznym odbiorze choroba nowotworowa jest postrzegana jako zagrożenie życia, źródło cierpienia i towarzyszącego lęku. Na akceptację choroby składa się cały proces zmian, którego celem jest przywrócenie równowagi i poczucia kontroli nad własnym życiem. Celem pracy była ocena stopnia akceptacji choroby przez pacjentów z diagnozą nowotworową oraz określenie zmiennych mających wpływ na poziom przystosowania do choroby.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 100 pacjentów chorych onkologicznie w wieku od 20 do 60 lat (średnia wieku:  $34,34 \pm 9,47$  roku). Posłużono się *Skalą akceptacji choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS)* oraz kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji.

**Wyniki:** Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł średnio  $25,35 \pm 9,25$  punktu, co interpretuje się jako średni poziom przystosowania do choroby nowotworowej. Osoby powyżej 50. roku życia oraz w przedziale wiekowym 20–30 lat uzyskały wyższy stopień akceptacji choroby niż pozostali pacjenci ( $p = 0,039$ ). Ponadto im bardziej respondenci oceniali siebie jako osoby wierzące, tym wyższy był u nich stopień akceptacji choroby ( $r = 0,40, p < 0,001$ ). Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między ogólnym wskaźnikiem akceptacji choroby a płcią badanych, poziomem wykształcenia, statusem rodzinnym, czasem trwania choroby i rodzajem zastosowanego leczenia ( $p > 0,05$ ).

**Wnioski:** Badani pacjenci prezentowali średni poziom akceptacji choroby. Na stopień przystosowania do choroby miały wpływ wiek oraz stopień religijności badanych.

**Słowa kluczowe:** choroba nowotworowa, akceptacja choroby, skala AIS.

### Summary

**Introduction:** In the social reception cancer is perceived as a life threat, and a source of suffering and the fear that accompanies it. There is an entire process of changes that affect the acceptance of the disease, and whose aim is to restore balance and a sense of control over one's own life. The aim of the thesis was the assessment of the level at which cancer patients accept their disease and the determination of variables influencing the level of one's adjustment to the disease.

**Material and methods:** The study included 100 oncologically ill patients aged from 20 to 60 years (the average age:  $34.34 \pm 9.47$  years). The Acceptance of Illness Scale (AIS) was applied as well as a questionnaire for the survey compiled by the author.

**Results:** The general disease acceptance rate in the examined group was on average  $25.35 \pm 9.25$  points, which is interpreted as a moderate level of one's adjustment to disease. In the case of people aged over 50 years and the ones in the age span from 20 to 30 years the level of disease acceptance was higher than in the case of other patients ( $p = 0.039$ ). Moreover, the more the respondents described themselves as religious believers, the higher the level of disease acceptance was in their case ( $r = 0.40, p < 0.001$ ). There was no statistically significant correlation between the general disease acceptance rate and the sex of the examined people, as well as their level of education, family status, the duration of the disease, and the type of applied treatment ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** The examined patients presented a moderate level of disease acceptance. What influenced the level of adjustment to the disease were: age and the level of the patients' religious belief.

**Key words:** cancer disease, disease acceptance, AIS.

## Wstęp

Nowotwory złośliwe stanowią w Polsce jedną z najważniejszych przyczyn zgonu, zaraz po chorobach układu krążenia. W 2009 r. odpowiadały za 26% zgonów u mężczyzn i 23% zgonów u kobiet [1]. Na każde 100 tys. osób w populacji polskiej przypada 375 zachorowań z powodu nowotworów złośliwych [2].

Z danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem wynika, że w 2008 r. na nowotwór zachorowało ok. 12,7 mln, a zmarło z tego powodu ok. 7,5 mln osób na świecie. W populacji europejskiej chorobę nowotworową rozpoznaje się u 1,7 mln osób rocznie, a ok. 962 tys. umiera [3]. W Polsce co roku notuje się ok. 155 tys. zachorowań i ok. 93 tys. zgonów z powodu nowotworu [4].

Proces starzenia się populacji spowodował wydłużenie czasu ekspozycji na czynniki nowotworowe, dlatego nowotwory złośliwe stały się najważniejszym wyzwaniem medycyny [5]. W przypadku większości nowotworów nie udało się wyjaśnić czynników odpowiedzialnych za zapoczątkowanie procesu kancerogenezy. Ponad 50 lat temu został jednak poznany czynnik etiologiczny powodujący najczęstszy w krajach rozwiniętych i najgorzej rokujący nowotwór płuca, a jest nim palenie tytoniu [6].

Prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że pomimo stabilizacji poziomu współczynników umieralności kobiet i spadku wartości współczynników umieralności mężczyzn liczba nowych przypadków zachorowań będzie stale wzrastać. Nadal będzie rosło zagrożenie takimi nowotworami, jak nowotwory jelita grubego u obu płci, nowotwory płuca i piersi w populacji kobiet oraz nowotwory prostaty u mężczyzn [1].

W społecznym odbiorze choroba nowotworowa jest postrzegana jako zagrożenie życia, źródło cierpienia i towarzyszącego lęku [7]. Zagrożenie życia powoduje uruchomienie różnorodnych mechanizmów adaptacyjnych, które pomagają człowiekowi w utrzymaniu równowagi psychicznej. Przystosowanie do choroby jest wynikiem procesu, jakiemu podlega psychika człowieka w trakcie dążenia do osiągnięcia równowagi pomiędzy potrzebami psychicznymi a wymogami życia. Akceptacja roli chorego to cały proces zmian, którego cel stanowi przywrócenie równowagi funkcjonalnej i emocjonalnej oraz poczucia kontroli nad własnym życiem [8].

Celem pracy była ocena stopnia akceptacji choroby przez pacjentów z diagnozą nowotworową oraz określenie czynników mających wpływ na poziom przystosowania do choroby.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od września do października 2014 r. Włączono do nich pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej w poradni onkologicznej oraz na oddziałach Wojewódzkiego Szpi-

tala im. św. Łukasza w Tarnowie: chirurgii onkologicznej, radioterapii oraz chemioterapii. Badaniem objęto 100 osób: 72 kobiety i 28 mężczyzn w wieku od 20 do 60 lat (średnia wieku:  $34,34 \pm 9,47$  roku). Do grupy badanej nie zostali włączeni chorzy, z którymi nie można było nawiązać prawidłowo kontaktu. Pacjenci zostali poinformowani o celu prowadzonych badań, ich dobrowolności i anonimowości oraz poinstruowani o sposobie wypełnienia kwestionariusza ankiety.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem narzędzi kwestionariuszowych. Zastosowano *Skalę akceptacji choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS)* w adaptacji Juczyńskiego, na wykorzystanie której uzyskano zgodę autora [9]. Skala zawiera 8 stwierdzeń określających negatywne konsekwencje choroby. Przy każdym stwierdzeniu pacjent określał aktualny stan zdrowia wg 5-stopniowej skali (1 – zdecydowanie się zgadzam, 2 – zgadzam się, 3 – nie wiem, 4 – nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie się nie zgadzam). Zdecydowana zgoda (cyfra 1) oznacza złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (cyfra 5) – pełną jej akceptację. Im większa jest akceptacja choroby, tym mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji z nią związanych. Zakres skali AIS mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Wynik poniżej 20 punktów oznacza niski poziom akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silny dyskomfort psychiczny. Z kolei wartości powyżej 30 punktów oznaczają wysoką lub pełną akceptację stanu chorobowego. Za średni wynik uważa się zakres od 20 do 30 punktów [9].

W pracy posłużono się również autorskim kwestionariuszem ankiety, zawierającym dane socjodemograficzne, informacje o chorobie oraz stosunku do aktualnej sytuacji życiowej.

Do analizy statystycznej zastosowano: test *U* Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz współczynnik korelacji rho-Spearmana. Za statystycznie istotne przyjęto te wyniki, dla których poziom istotności był  $\leq 0,05$ .

## Wyniki

Nieznaczną większość respondentów stanowili mieszkańcy wsi (54%), osoby z wyższym wykształceniem (49%) oraz czynne zawodowo (57%). Ponad połowa ankietowanych pozostawała w związku małżeńskim (59%), z kolei spośród osób stanu wolnego (41%) 27% mieszkało z rodzicami, natomiast pozostałe 14% prowadziło jednoosobowe gospodarstwo domowe.

Ankietowani różnili się między sobą również rodzajem zdiagnozowanego nowotworu. Największy odsetek stanowiły kobiety z rakiem piersi (35%), następnie kolejno osoby z białaczką (9%), czerniakiem skóry, nowotworem jelita grubego (po 8%), mózgu (5%), żołądka, nerki, płuca (po 4%), prostaty, jajnika, szyjki macicy, krtani, trzustki, kości, tarczycy (po 3%) oraz jądra (2%).

Respondenci pytani o sprawy priorytetowe w obecnym momencie ich życia odpowiadali, że najważniejsze jest dla nich wyzdrowienie (45%), przyszłość rodziny (26%), ulga w cierpieniu (10%), wygląd (8%), spokój wewnętrzny (7%) i życie po śmierci (4%).

Podkreślali ponadto, że w przystosowaniu do życia w społeczeństwie najbardziej pomocne są dla nich: rodzina (54%), pielęgniarka (20%), lekarz (19%) oraz instytucje społeczne (3%). Trzy osoby były zdania, że w obecnej sytuacji mogą liczyć tylko na siebie.

Zdaniem pacjentów, na akceptację stanu zdrowia w największym stopniu wpływają: fachowość personelu (30%), wsparcie ze strony bliskich (28%), atmosfera panująca na oddziale lub w gabinecie lekarskim (22%), a także rozmowy z innymi pacjentami (12%) czy też z osobą duchowną (8%).

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł średnio  $25,35 \pm 9,25$  punktu, co interpretuje się jako przeciętny poziom przystosowania do choroby nowotworowej. W toku przeprowadzonej analizy zaobserwowano, że najniższy średni wskaźnik akceptacji choroby dotyczył stwierdzeń: „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” ( $\bar{x} = 3,05 \pm 1,25$  punktu) oraz „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” ( $\bar{x} = 3,05 \pm 1,30$  punktu). Z kolei najwyższy stopień przystosowania do choroby uzyskano poprzez zaprzeczenie stwierdzeniu: „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” ( $\bar{x} = 3,35 \pm 1,15$  punktu). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

W dalszej kolejności próbowano określić wpływ niektórych czynników na poziom akceptacji choroby nowotworowej przez pacjentów. Brano pod uwagę takie zmienne, jak: wiek, płeć, wykształcenie, status ro-

dzinny, czas trwania choroby oraz rodzaj stosowanego leczenia onkologicznego. Wyniki wymienionych zmiennych przedstawiono w tabeli 2.

Zaobserwowano, że poziom akceptacji choroby nowotworowej zależał od wieku badanych. Osoby powyżej 50. roku życia oraz w przedziale wiekowym 20–30 lat uzyskały wyższy stopień akceptacji choroby niż zostali pacjenci ( $p = 0,039$ ).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy ogólnym wskaźnikiem akceptacji choroby a płcią badanych ( $p > 0,05$ ).

Całościowy poziom przystosowania do choroby nie zależał również od wykształcenia respondentów, jednak pacjenci mający wykształcenie podstawowe istotnie częściej zgadzali się z twierdzeniem, że przez chorobę czują się niepotrzebni ( $H = 6,30, p = 0,043$ ), a ich stan zdrowia powoduje, że nie czują się w pełni wartościowymi ludźmi ( $H = 7,04, p = 0,030$ ).

Analiza danych nie potwierdziła zależności statystycznej pomiędzy ogólnym wskaźnikiem przystosowania do choroby a statusem rodzinnym, wykazano natomiast, że osoby mieszkające samotnie istotnie częściej miały kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę ( $H = 10,80, p = 0,013$ ) i częściej czuły się niepotrzebne ( $H = 8,86, p = 0,031$ ).

Nie wykazano związku między stopniem akceptacji choroby nowotworowej a czasem jej trwania oraz rodzajem zastosowanego leczenia ( $p > 0,05$ ). Warto jednak podkreślić, że osoby, które zostały poddane zabiegowi chirurgicznemu, istotnie częściej miały poczucie bycia ciężarem dla rodziny ( $U = 2,39, p = 0,01$ ).

W celu określenia stopnia religijności respondentów badani udzielali odpowiedzi wg 5-stopniowej skali Likerta (1 – zdecydowanie niewierzący, 2 – raczej nie-

**Tabela 1.** Średnie wartości poszczególnych stwierdzeń w Skali akceptacji choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS) oraz ogólny wskaźnik akceptacji choroby

Lp.	Stwierdzenie	Śr.	± SD	Min.	Max.
1	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,20	0,85	1,00	5,00
2	Z powodu stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,15	1,15	1,00	5,00
3	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,05	1,25	1,00	5,00
4	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	3,15	1,10	1,00	5,00
5	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,25	1,25	1,00	5,00
6	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,15	1,20	1,00	5,00
7	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,35	1,15	1,00	5,00
8	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,05	1,30	1,00	5,00
9	Ogólny wskaźnik akceptacji choroby	25,35	9,25	8,00	40,00

Tabela 2. Stopień akceptacji choroby a wybrane czynniki

Wskaźniki		Śr.	SD	Wynik testu	Poziom istotności
wiek	20–30 lat	26,1	5,4	$H = 8,35$	$p = 0,039$
	31–40 lat	25,6	5,5		
	41–50 lat	20,8	7,3		
	≥ 51 lat	28,4	4,3		
płeć	kobieta	25,8	5,8	$U = 0,98$	$p = 0,329$
	męczyzna	24,8	5,9		
wykształcenie	podstawowe	20,2	10,4	$H = 2,03$	$p = 0,363$
	średnie	25,3	5,8		
	wyższe	26,3	5,0		
status rodzinny	mieszka samotnie	23,3	6,1	$H = 7,51$	$p = 0,057$
	mieszka z rodzicami	27,5	5,4		
	mieszka z małżonkiem	25,4	4,5		
	mieszka z małżonkiem i dziećmi	25,0	6,3		
czas trwania choroby	< 1 roku	26,2	6,0	$H = 3,33$	$p = 0,505$
	1–2 lata	24,7	5,1		
	> 2–5 lat	25,0	7,6		
	> 5–10 lat	26,5	4,9		
	> 10 lat	29,5	0,7		
rodzaj leczenia	chirurgiczne	24,67	6,01	$U = 1,33$	$p = 0,184$
	chemioterapia	25,27	5,70	$U = 0,51$	$p = 0,613$
	radioterapia	25,72	6,86	$U = 0,65$	$p = 0,515$

wierzący, 3 – słabo wierzący, 4 – wierzący, 5 – głęboko wierzący). Analiza zgromadzonego materiału wykazała zależność pomiędzy stopniem religijności ankietowanych a poziomem przystosowania i akceptacji choroby nowotworowej. Im bardziej respondenci oceniali siebie jako osoby wierzące, tym wyższy był u nich stopień akceptacji choroby ( $r = 0,40$ ,  $p < 0,001$ ).

## Omówienie wyników

Ogólny wskaźnik akceptacji w badanej grupie wyniósł średnio  $25,35 \pm 9,25$  punktu i uplasował się w granicach punktacji przedziału średniego. Wynik ten był nieco niższy od uzyskanego przez Luczyńskiego wśród pacjentek leczonych z powodu raka sutka i macicy (śr.  $28,13 \pm 7,30$  punktu) [9] oraz przez Czerw i wsp. również badających pacjentki z rakiem piersi (śr.  $28,45 \pm 7,98$  punktu) [10]. Zdecydowanie wyższe wyniki otrzymała Skotnicka-Graca, która prowadziła badania wśród pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych (śr. 30,00 punktów przed i 32,00 punkty po zabiegu) [11]. Wynik zbliżony do uzyskanego przez autorów niniejszej pracy otrzymali z kolei Marmurowska-Michałowska i wsp. badający pacjentów leczonych na schizofrenię paranoidalną (śr. 24,7 punktu) [12] oraz Wiraszka i Lelonek prowadzące badania wśród cho-

rych z białaczką (śr.  $23,27 \pm 9,07$  punktu) [13]. Z kolei wyraźnie niższy wskaźnik akceptacji choroby odnotowano w badaniach prowadzonych wśród osób leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (śr.  $19,00 \pm 6,90$  punktu) [14].

Analiza stopnia akceptacji choroby w odniesieniu do wybranych zmiennych wykazała, że wiek różnicuje poziom przystosowania do choroby. Podobnej zależności nie zaobserwowali z kolei ani badacze z Torunia, którzy przeprowadzili analizę wśród kobiet leczonych z powodu zmian patologicznych szyjki macicy [15], ani zespół z Rzeszowa badający kobiety po mastektomii [16].

Na podstawie przeprowadzonej analizy nie udało się wykazać zależności na poziomie istotności statystycznej, która określiłaby związek płci z poziomem przystosowania do choroby. Uzyskane wyniki mogą jednak świadczyć o pewnych tendencjach – kobiety wykazały się wyższym stopniem przystosowania do choroby nowotworowej niż mężczyźni. Również Felton [za: 9], prowadząc badania dotyczące poziomu akceptacji choroby nowotworowej i zawału mięśnia sercowego, stwierdził, że kobiety lepiej przystosowują się do trudności związanych z chorobą. Z kolei odmienne relacje odnotowano w przypadku badań prowadzonych wśród pacjentów oddziałów chirurgicznych, gdzie mniejszy dyskomfort psychiczny z powodu choroby odczuwali mężczyźni [17].

Analiza danych nie wykazała istotnego związku pomiędzy akceptacją choroby a wykształceniem badanych, zauważalna jest jednak tendencja wyższego poziomu przystosowania wśród osób z wyższym wykształceniem. Podobne zjawisko zauważyli Lelonek i Kaczmarczyk [17] u pacjentów oddziału chirurgicznego. Z kolei badania Kaźmierczak i wsp. [15] oraz Pawlik i Kaczmarek-Borowskiej [16] nie potwierdziły powyższych obserwacji.

W wyjaśnianiu pewnych zdarzeń pomaga ludziom wiara w istnienie uniwersalnej siły: Boga, przypadku, szczęścia lub własnej zapobiegliwości. Niektórzy, szukając sensu choroby, dopatrują się w niej przekazu od losu lub Boga [18]. W toku przeprowadzonych badań wykazano, że im bardziej pacjenci oceniali siebie jako osoby wierzące, tym wyższy był u nich stopień akceptacji choroby. W literaturze brakuje jednak opracowań, które analizowałyby podobne zjawisko.

## Wnioski

1. Pacjenci z rozpoznaną chorobą nowotworową prezentowali średni poziom akceptacji choroby mierzonej według skali AIS.
2. Wiek oraz stopień religijności miały wyraźny wpływ na stopień przystosowania do choroby.
3. Takie zmienne, jak płeć, stopień wykształcenia, status rodzinny oraz czas trwania choroby nowotworowej, nie różnicowały poziomu akceptacji schorzenia w badanej grupie.

## Podsumowanie

Każda choroba niesie ze sobą problemy z przystosowaniem się do niej. Pełna akceptacja choroby jest niezwykle trudna do osiągnięcia, szczególnie gdy rokowanie jest niepewne, a złe samopoczucie może się pogłębić. Zdrowie staje się wówczas wartością nadrzędną, a jego odzyskanie – najwyższym celem. Akceptacja choroby pozwala na racjonalną ocenę sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent. Bardzo często jest to faza, w której chory podejmuje walkę o życie i zaczyna wierzyć, że ma realny wpływ na stan swojego zdrowia. Zapewnienie pomocy i wsparcia w odzyskiwaniu niezależności i samodzielności może przyczynić się do złagodzenia negatywnych emocji związanych z chorobą, zmniejszając tym samym poczucie dyskomfortu psychicznego i ułatwiając choremu powrót do dobrego samopoczucia.

## Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Didkowska J, Koćmiel A. Nowotwory złośliwe w Polsce jako problem zdrowia publicznego. *Stud Demogr* 2012; 1: 153-166.
2. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013; 13-24.
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010; dostępne na: <http://globocan.iarc.fr> [data wejścia: 14.07.2015].
4. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009.
5. Zatoński W, Mańczuk M, Sulkowska U, the HEM Project team: Closing the health gap in European Union. Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw 2008.
6. Doll R. Fifty years of research on tobacco. *J Epidemiol Biostat* 2000; 5: 321-329.
7. Majkovic M. Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. *Psych Prakt Klin* 2008; 1: 57-66.
8. Leder S. Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red.). Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 210-241.
9. Luczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009; 162-166.
10. 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* 2015.
11. Skotnicka-Graca U. Stopień akceptacji choroby wśród pacjentów i ich rodzin, przed i po zabiegu chirurgicznym z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych. W: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Ślaskowski W (red.)*. Lublin 2004; 145-148.
12. Marmurowska-Michałowska H, Dubas-Ślępa A i wsp. Przystosowanie do choroby w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej – doniesienie wstępne. *Badania nad schizofrenią* 2004; 5: 324-329.
13. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Stud Med* 2008; 10: 21-26.
14. Kupcewicz E, Abramowicz A. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hyg Pub Health* 2015; 50: 142-148.
15. Kaźmierczak M, Kubiak I, Gebuza G i wsp. Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. *Med Og Nauk Zdr* 2015; 21: 181-186.
16. Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2013; 2: 203-211.
17. Lelonek B, Kaczmarczyk M. Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. *Stud Med* 2011; 24: 45-52.
18. Załuski M. Rozumienie choroby przez pacjenta. Model tworzenia znaczenia. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2014; 1: 31-36.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*