

UNIVERSITATEA DE ȘTIINȚE BABEȘ-BOLYAI
INSTITUTUL DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ȘCOALA DOCTORALĂ DE SOCIOLOGIE

„CE MAI FACETI?”

- Experiențele pacienților cu cancer pulmonar privind
îngrijirea lor în sistemul de sănătate

Rezumat

DOCTORAND: PATAKI ERIKA

CONSULTANT: DR. HABIL DÉGI LÁSZLÓ CSABA PHD.MSW

CLUJ NAPOCA

2026

Conținut

1. REZUMAT	3
2. Introducere	5
2.1. Calitatea vieții pacienților	6
2.2. Evoluția tratamentului cancerului pulmonar	
3. Pacientul ca ființă umană, într-o abordare holistică	8
3.1. Înțelegerea bolii	8
3.2. Cancerul pulmonar ca boală	9
3.3. Factori individuali	10
4. Calitatea îngrijirii din perspectiva pacienților - PROM-uri și PREM-uri	11
4.1. Înțelegerea diagnosticului	12
4.2. Comunicarea medic-pacient	12
5. Plan de cercetare, modele	14
5.1. Metodologia cercetării	14
5.2. Întrebări de cercetare	15
5.3. Sinteza cercetărilor	15
5.4. Răspunsuri la întrebările de cercetare	19
6. Concluzie	21
7. Literatură	23

1. REZUMAT

Introducere:

Cancerul pulmonar este cea mai frecventă boală oncologică și în Ungaria. Starea pacienților poate fi îmbunătățită nu numai datorită diagnosticării cât mai timpurii cu ajutorul investigațiilor extinse de screening, ci și prin terapia de cea mai înaltă calitate și personalizată care urmează. Știm că pe lângă progresia bolii, severitatea simptomelor și efectele secundare, sunt prezente și poveri financiare și emoționale, care pot reduce calitatea vieții pacienților. Deși odată cu extinderea opțiunilor terapeutice cresc și șansele de supraviețuire, pe lângă terapie trebuie să ne concentrăm și pe bunăstarea generală a pacienților. Cancerul pulmonar afectează din ce în ce mai multe persoane, iar experiențele acumulate de cei afectați în sistemul de îngrijire și pe parcursul pacientului (PED) pot oferi feedbackuri importante pentru sistemul de îngrijire (PRO).

Obiectiv:

Obținerea de feedbackuri cu privire la tratamentul pacienților cu cancer pulmonar, contribuind astfel la o mai bună înțelegere a stării de boală a pacientului. Pe de altă parte, prin rezultatele cercetării pot fi reduse reacțiile stigmatizante de după diagnostic (de ex. prin sensibilizare) și pentru a se asigura cea mai bună calitate a vieții se pot identifica posibilități de procesare a distresului. În același timp, un obiectiv important este și motivarea pacienților de a înțelege mai bine natura bolii, astfel încât să poată participa mai activ în propriul proces de îngrijire, indiferent de rezultatul acestuia. De asemenea, se urmărește cartografierea experiențelor dobândite în procesul de diagnostic, cunoașterea noilor terapii inovatoare și a posibilităților de sprijin după diagnostic, precum și evaluarea poverii psihologice.

Metode:

Luând în considerare variabilele EQ 5D-5L, demografice, socioeconomice și medicale, cercetarea aplică o metodologie mixtă: un studiu transversal cantitativ bazat pe chestionar, care a măsurat datele clinice auto-raportate și experiențele acumulate pe parcursul pacienților. Studiul s-a desfășurat în două instituții de pneumologie selectate în prealabil: Institutul Național de Pneumologie Korányi din capitală și Secția de Pneumologie a Spitalelor Județene Szabolcs-

Szatmár-Bereg și Spitalului Universitar de Învățământ Jóna András (n=122), în perioada 2023-2024.

Condiția prealabilă pentru completarea chestionarului a fost existența unui diagnostic de tumoră pulmonară. Studiul calitativ a fost realizat cu implicarea unui grup focal, prin împărtășirea feedbackurilor privind experiențele personale (n=7).

Concluzie:

Rezultatele oferă informații despre starea holistică a pacienților, așadar nu doar despre tumoră, ci și despre aspectele multidisciplinare ale tratamentului în terapia complexă a cancerului pulmonar. Am primit informații despre relația cu îngrijitorii, despre cantitatea și calitatea comunicării. Nivelurile de calitate a vieții autoevaluate (QoL) pot oferi o bază pentru prezicerea supraviețuirii ulterioare. Pe baza investigației, pacienții întâmpină dificultăți în accesul la îngrijirea primară din timp, iar timpul scurs până la stabilirea diagnosticului pare a fi lung, ceea ce este parțial o observație legitimă. Feedback-urile privind activitatea echipei de îngrijire, informațiile primite și calitatea serviciilor sunt satisfăcătoare. Totuși, cantitatea și calitatea comunicării nu sunt pe deplin satisfăcătoare, ceea ce poate fi cauzată de suprasolicitarea semnificativă a personalului medical.

Cuvinte cheie: calitatea vieții, cancer pulmonar, abordare holistică, PRO, PED

2. Introducere

Cancerul pulmonar este un grup de boli puternic stigmatizat, cu un prognostic foarte slab și numeroase prejudecati. Comparând cu Morbus Hungaricus al secolului XX, tuberculoza, percepția asupra sa este cu totul diferită.

Boala pulmonului este boala sufletului. Cancerul, deoarece poate lovi oriunde, este boala corpului.

În conștiința publică, cancerul, spre deosebire de tuberculoză, nu este boala caracterului romantic. Poate că acest lucru se datorează faptului că depresia — care nu poate fi numită romantică — a luat locul melancoliei...

Tuberculoza a servit viziunea romantică asupra lumii. Cancerul de astăzi servește viziunii simplificate a lumii, care se clatină la limita paranoiei." (Sontag S., 1983)

Odată cu progresul științei, au fost înregistrate rezultate semnificative în combaterea tuberculozei, iar acum provocarea cheie este reducerea cancerului pulmonar. Intenționăm să oferim cele mai bune oportunități pentru prevenție și, dacă aceasta nu este posibilă, să asigurăm diagnosticarea și cel mai bun tratament disponibil pentru pacienți. Odată cu apariția terapiilor inovatoare, acest obiectiv devine din ce în ce mai realizabil.

În ultima perioadă, nu doar terapiile s-au dezvoltat, ci și implicarea pacienților în procesele de asistență medicală se află în continuă schimbare. Una dintre modalitățile de înțelegere a experiențelor și nevoilor pacienților este utilizarea indicatorilor de rezultate raportate de pacienți (PROM) și a indicatorilor de experiență raportată de pacienți (PREM). PROM-urile autoadministrate, prin intermediul unor chestionare scurte, măsoară percepțiile pacienților asupra simptomelor, stării funcționale și calității vieții legate de sănătate la un moment dat. Aceste informații despre starea de sănătate reflectă rezultatele sau calitatea îngrijirii. PREM-urile măsoară opiniile pacienților despre experiențele lor personale legate de furnizarea asistenței medicale. Aceste instrumente de tip chestionar solicită pacienților să relateze anumite procese prestabilite care au avut loc în cadrul unui episod de îngrijire." (Churucca și colab. 2021)

Integrarea acestor rezultate și a feedbackurilor pacienților în procesele de autorizare și evaluare a tehnologiei medicale (HTA) reprezintă acum o cerință europeană.

Satisfacția pacienților a primit, de asemenea, o atenție deosebită în centrele clinice de îngrijire. Se pregătesc sondaje, însă în țara noastră nu a fost efectuat până acum niciun studiu care să examineze calitatea vieții pacienților cu cancer pulmonar și care să evalueze înțelegerea bolii, experiențele pe parcursul diagnosticului și pe parcursul tratamentului.

2.1. Calitatea vieții pacienților

„Acum, gândiți-vă dacă încă mai credem că ar trebui să considerăm nu viața, ci viața bună drept valoare supremă?” (Socrate)

Conceptul de calitate a vieții apare în definiția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în special în contextul calității vieții legate de sănătate (Health Related Quality of Life, HRQoL). Conform OMS, „calitatea vieții reprezintă percepția unui individ despre poziția sa în viață, influențată de cultura și sistemul de valori al mediului său, precum și de propriile obiective, așteptări, modele și relații.”

Calitatea vieții (Quality of Life, QoL) este un concept complex și multidimensional, fără o definiție unică acceptată universal, deoarece depinde în mare măsură de valorile individuale, mediul cultural și context. În general, însă, descrie bunăstarea generală, satisfacția și pofta de viață a unui individ, luând în considerare numeroși factori. Din perspectiva sănătății fizice, aceasta nu înseamnă doar absența bolilor, ci și funcții corporale bune, absența durerii și vitalitatea. Include, de asemenea, bunăstarea psihologică/mentală, respectiv stabilitatea emoțională, capacitatea de gestionare a stresului și integritatea funcțiilor cognitive (memorie, gândire).

În dimensiunea socială intră calitatea relațiilor de familie și de prietenie, capacitatea de integrare socială, viața comunitară, capacitatea de a desfășura activități cotidiene și de a lua decizii.

Calitatea vieții poate fi influențată de siguranța și confortul mediului, de accesul la sistemul de sănătate, educație, cultură și resurse financiare, dar și de viața spirituală — credința personală, valori și găsirea unor scopuri semnificative.

Conform celor mai acceptate abordări, calitatea vieții poate fi interpretată în două dimensiuni principale:

- Calitatea subiectivă a vieții: propria apreciere a individului asupra vieții sale — cât de fericit și satisfăcut se simte, în ce măsură își atinge obiectivele, cât de mult îi sunt îndeplinite așteptările sau în ce măsură trăiește cu durere în viața cotidiană. Acest lucru poate fi judecat

doar de individul însuși și depinde în mare măsură de valorile sale personale, de domeniile vieții pe care le consideră importante.

- Calitatea vieții obiective: factori externi măsurabili care influențează condițiile de viață și bunăstarea unui individ, precum locuința, condițiile de viață cotidiene, ocuparea forței de muncă, educația și factorii de mediu.

Examinarea și măsurarea conceptului de calitate a vieții capătă o importanță tot mai mare; eficacitatea tratamentelor este evaluată nu doar prin ameliorarea simptomelor, ci și prin impactul acestora asupra calității vieții pacientului. (de exemplu, experiențele acumulate în timpul tratamentului pacienților cu cancer).

La introducerea de noi tehnologii, feedbackurile pacienților au un rol important, iar în cazul terapiilor cu tehnici noi, impactul acestora asupra calității vieții pacienților este un factor esențial.

2.2. Evoluția tratamentului cancerului pulmonar

În ultimele secole s-au înregistrat progrese semnificative în tratamentul cancerului pulmonar. Au apărut noi proceduri diagnostice care facilitează diagnosticarea precoce (LDCT, PET CT, teste de biomarkeri) și metode terapeutice (intervenții chirurgicale, chimioterapie, radioterapie, terapie țintită, imunoterapie), îmbunătățind șansele de supraviețuire ale pacienților.

Recunoașterea efectelor nocive ale fumatului a constituit un moment de referință în înțelegerea factorilor cauzali ai cancerului pulmonar și în lupta împotriva fumatului — cea mai importantă formă de prevenție. Prevenția primară — reducerea fumatului — implică încă numeroase sarcini pentru specialiști, în principal în domeniul educației pentru sănătate a indivizilor.

Protejarea mediului și reducerea poluării aerului pot contribui, de asemenea, la diminuarea incidenței cancerului pulmonar, reprezentând o provocare cu care ne confruntăm.

Din perspectiva vârstei, pacienții sunt diagnosticați cel mai frecvent între 55 și 70 de ani. Vârsta înaintată este adesea corelată cu un istoric îndelungat de fumat. O tendință îngrijorătoare din ultimii ani este diagnosticarea unor pacienți din ce în ce mai tineri, adesea fără antecedente de fumat, și creșterea numărului de femei afectate.

Din păcate, în multe cazuri, persoanele afectate nici nu sunt conștiente de simptome, iar mulți amână îndelungat investigațiile sau participarea la screening. Stigmatizarea asociată bolilor

oncologice, foarte pronunțată în cazul cancerului pulmonar, îngreunează de asemenea depistarea precoce.

3. Pacientul ca ființă umană, într-o abordare holistică

O schimbare majoră în medicina secolului XX și XXI, față de tratamentele anterioare, în esență curative, constă în faptul că, odată cu dezvoltarea tehnologiei și, în cadrul acesteia, a posibilităților tehnice medicale și a biotehnologiilor, boala a ieșit în evidență ca un proces care transformă organele, țesuturile și celulele, transformând astfel organismul gazdă, viața pacientului și perspectivele acestuia, până la nivel genetic. Boala este cartografiată cu succes, iar tratamente din ce în ce mai specifice sunt dezvoltate și cercetate. În zilele noastre, pacientului îi sunt disponibile posibilități tehnice care, în multe cazuri, nici măcar nu pot fi pe deplin înțelese. Cu toate acestea, accentul s-a deplasat — omul nu mai este în centru, diagnosticul nu mai este în centru, adesea doar tratamentul bolii este ceea ce se întâmplă.

În procesul de vindecare, în care pacientul trebuie să fie o parte activă a echipei terapeutice, succesul nu depinde doar de tehnici și proceduri inovatoare. Posibilitatea unui parteneriat — modul în care medicul/îngrijitorul și pacientul colaborează, alături de aparținători, asistente medicale și specialiști din diverse domenii, precum dieteticieni, fizioterapeuți, psihologi, terapeuți prin artă — poate contribui la obținerea celui mai bun rezultat. Aceasta ar fi medicina personalizată.

Vorbim despre medicină de precizie, personalizată, dar este cu adevărat individualizată atunci când vindecarea nu se bazează pe tipare prestabilite, ci este adaptată nevoilor fiecărei persoane în parte. Vindecarea holistică presupune gândirea în termenii unității dintre corp, minte și spirit. Această abordare poate restabili demnitatea și autonomia pacientului, făcând vindecarea mai umană și mai semnificativă.

3.1. Înțelegerea bolii

Boala, ca proces patologic caracterizat prin abateri de la normă, este ceea ce studiază clinicienii și spre care sunt orientate tratamentele. *Disease* (boala biologică) este descrisă ca un proces patologic privit dintr-o perspectivă la persoana a treia.

Illness (boala trăită) — starea de sănătate precară trăită de pacienți, cu toate simptomele și durerile sale — reprezintă experiența subiectivă, la persoana întâi, a pacientului, încadrată de atitudinea de susținere sau de respingere a mediului imediat, de resursele disponibile în timpul coping-ului, care este individuală, dar influențează terapia prin efectul său.

Sickness (boala socială) este caracterizată ca rolul social sau statutul public al sănătății precare. Elementul central al acestui cadru este sistemul de diagnostic, care servește drept punte interpretativă, traducând experiența subiectivă a pacientului în categoriile obiectului clinicianului. (Boyd 2000.)

Rolul social al pacientului și starea sa de vulnerabilitate, care decurg din stigmatizare și din statutul social protejat, precum și rolul de pacient care devine parte a identității, reprezintă o a treia modalitate de a trăi boala — una în care sunt prezente atât toxicitatea financiară, cât și fragilitatea.

Terapia bolii reprezintă o povară semnificativă pentru sistemul de îngrijire, deoarece nu toate terapiile sunt disponibile, iar accesul poate fi doar rezultatul echității individuale sau al unei decizii speciale a unei fundații, care în astfel de cazuri poate să nu fie o decizie transparentă, dar are o influență semnificativă. Pe parcursul tratamentului comprehensiv, alături de prioritățile pacientului, toate acestea trebuie luate în considerare.

Următoarea generație de oncopolitică examinează deja dezescaladarea tratamentelor, deoarece costurile nu pot crește la cote inimaginabile, iar eficacitatea terapiilor este, de asemenea, influențată de sustenabilitate. Siguranța pacienților nu poate fi ignorată, însă producătorii de medicamente, dezvoltatorii și factorii de decizie în domeniul sănătății duc bătălii semnificative în culise legate de problemele de finanțare. Medicalizarea, în special tratamentul bolilor cronice, a devenit o afacere uriașă." (Conrad 2007)

3.2. Cancerul pulmonar ca boală

În țara noastră, sunt înregistrate anual aproape 9.000 de cazuri noi de cancer pulmonar și pierdem aproape același număr de oameni, 8-9 mii, din cauza acestei boli." (Kiss și colab. 2024)

Cele mai recente cercetări (Bogos și colab. 2024) atrag atenția asupra diferențelor în înregistrarea registrelor și a datelor statistice. În țara noastră, cazurile post-mortem fac parte și

ele din statistici, în timp ce în alte țări acestea nu sunt incluse în date, ceea ce poate fi și motivul numărului mare de cazuri.

Rata netă de supraviețuire standardizată în funcție de vârsta de 5 ani pentru pacienții cu cancer pulmonar este în prezent de 18,4% (Kiss et al. 2025), ceea ce înseamnă că doar unul din cinci pacienți este în viață la cinci ani de la diagnosticare. Unul dintre principalele motive pentru rata ridicată a mortalității este că, din păcate, în jumătate din cazuri, boala este diagnosticată într-un stadiu avansat, tardiv, când nu mai este operabilă, iar opțiunile de tratament sunt limitate.

Din perspectiva vârstei, pacienții sunt diagnosticați cel mai frecvent între 55 și 70 de ani. Vârsta înaintată este adesea corelată cu un istoric îndelungat de fumat. O tendință îngrijorătoare din ultimii ani este diagnosticarea unor pacienți din ce în ce mai tineri, adesea fără antecedente de fumat, și creșterea numărului de femei afectate.

Diagnosticul și tratamentul cancerului pulmonar nu reprezintă doar o povară fizică pentru pacienți, ci și o povară psihologică semnificativă. Factorii cognitivi și emoționali pot influența modul în care pacientul face față bolii și măsura în care acesta este capabil să își mențină calitatea vieții.

La unii pacienți pot apărea tulburări cognitive, cum ar fi dificultăți de concentrare sau probleme de memorie, ca urmare a chimioterapiei sau a metastazelor cerebrale. Furia și frustrarea față de boală și tratamente pot fi o reacție frecventă. Unii pacienți pot simți că sunt responsabili pentru boala lor, ceea ce poate duce la sentimente de vinovăție, un istoric de fumat fiind un factor semnificativ.

Pacienții cu cancer pulmonar utilizează strategii de coping mai comune pentru a face față bolii lor. Coping-ul centrat pe problemă permite o reducere a emoțiilor legate de stres și o abordare proactivă a procesului terapeutic. Cercetătorii au confirmat asocierea dintre sentimentul de coerență și stilurile de coping în cazul bolii - niveluri mai ridicate de coerență au limitat coping-ul centrat pe emoții și au permis pacienților să facă față mai bine bolii și limitărilor legate de boală. (Polanski și colab. 2016)

3.3. Factori individuali

Pe lângă indicatorii clinici obiectivi care descriu boala ca un proces patologic, lectura subiectivă a bolii așa cum este trăită de individ, explorarea sentimentelor personale, a simptomelor, a

dificultăților, a stării de bine, adică a calității vieții trăite din perspectiva pacientului, este de o importanță capitală.

Rezultatele studiilor oncopsihologice anterioare arată, în esență, că depresia și evenimentele negative din viață sunt factori de risc semnificativi pentru cancer, pe lângă factorii de risc tradiționali. (Dégi 2010.)

Acestea sunt adesea însoțite de tehnici de gestionare a stresului maladaptative, cum ar fi fumatul și consumul de alcool, care s-au dovedit a fi factori patogeni ce pot provoca boala.

Dacă, prin abordarea comprehensivă de astăzi, profesionistul în domeniul sănătății nu tratează boala, organul sau partea bolnavă a corpului, ci persoana bolnavă — chiar dacă nu o poate restabili, dar dorește să mențină o stare bună tratabilă — trebuie luate în considerare și comportamentul uman și stilul de viață care prezintă un risc crescând pentru individ, efectele adverse și anumiți factori de personalitate.

4. Calitatea îngrijirii din perspectiva pacientului - PROM-uri și PREM-uri

Astăzi este pe deplin acceptat că rezultatele tratamentului bolilor oncologice nu sunt influențate doar de momentul diagnosticării, de inițierea tratamentului sau de starea fizică generală, ci și de factorii psihosociali și de personalitate. În procesul terapeutic, este esențial să se cunoască modul în care pacientul se raportează la boala sa, la sine însuși și la relațiile sale, ce strategii de coping are și ce reacții psihologice apar pe parcursul terapiei. (Holland, 2002, Riskó, 2015)

Rezultatele în domeniul sănătății pot fi influențate de experiența simptomelor, motivația, valorile, preferințele și starea psihologică a unui individ, precum și de mediul său social și situația sa economică. În mod ideal, pentru a obține o imagine holistică a impactului unei noi tehnologii medicale, toate aceste aspecte ar trebui luate în considerare și încorporate în procesele de adoptare a noilor tehnologii terapeutice. Acest lucru este posibil prin intermediul măsurărilor multidimensionale raportate direct de pacienți — PRO-uri — pentru care există o gamă largă de opțiuni. Acestea diferă în ceea ce privește abordarea de raportare, constructele măsurate și caracteristicile persoanei pe care cercetătorii doresc să le surprindă, feedbackul individual fiind de o importanță deosebită. Un subset al PROM-urilor își propune să măsoare

calitatea vieții legată de sănătate și include aspecte privind starea de sănătate, cum ar fi funcționarea fizică, mentală și biologică." (Facey, Holford și colab. 2026)

Pentru pacienți, calitatea asistenței medicale este de o importanță capitală în tratamentul bolii și în menținerea calității vieții. Experiențele și așteptările subiective ale pacienților influențează în mare măsură calitatea îngrijirii percepute — în mod ideal, acesta este un proces dinamic reflectat și măsurat prin chestionarele privind calitatea vieții (EORTC QLQ-LC13/QLQ-LC29 sau FACT-L) sau prin indicatorii de câștig în sănătate (QALY-DALY). Calitatea îngrijirii pacienților cu cancer pulmonar depinde de numeroși factori, iar experiențele subiective ale pacienților pot conduce adesea la îmbunătățiri semnificative ale calității acesteia. Sunt necesare evaluări regulate ale opiniilor pacienților și îmbunătățiri bazate pe aceste rezultate, pentru a se asigura că pacienții beneficiază de cea mai bună îngrijire posibilă pe termen lung.

4.1. Înțelegerea diagnosticului

În momentul comunicării diagnosticului, pacientul a așteptat adesea acest moment timp de luni întregi, resimțind anxietate, deoarece următoarea perioadă va afecta fiecare aspect al restului vieții sale. Despre acest moment și șocul care a urmat, un pacient mi-a împărtășit versul lui Ady: „Totul întreg s-a sfârșit” („Minden egész eltörött”). În spatele persoanei afectate stau luni lungi de incertitudine, pacienții simțindu-se disperați, tensionați, anxioși și confuși. În sfârșit, există o certitudine rostită — aceasta înseamnă atingerea fundului albiei, dar reprezintă totodată și un punct de plecare pentru începerea terapiei.

Comunicarea diagnosticului este un moment extrem de dificil atât pentru pacient, cât și pentru medicul oncolog. Este de dorit ca, dacă este posibil, un membru apropiat al familiei pacientului să fie prezent. Sarcina medicului este să evalueze, în momentul diagnosticului, cât de multe informații este capabil pacientul să asimileze despre starea sa și cum se poate oferi un sprijin reconfortant adecvat situației." (Riskó, 2017)

Conceptul de distres a fost asociat de J.C. Holland (1992) ca reacția naturală declanșată de diagnosticul de cancer, adică „normală” în acea situație. Diagnosticul de *cancer* în sine induce distres, iar factorii biologici, psihologici și sociali pot influența variabilitatea anxietății. (Andreotti et al., 2015) Prin urmare, termenul de distres este un termen colectiv utilizat în oncologia psihosocială, iar nivelul său poate varia de la normal la patologic." (Rohánszky și colab., 2014)

4.2. Comunicarea medic-pacient

În relația pacient-medec, medicilor li s-a atribuit un rol autoritar și paternalist, care transmitea: „ai încredere în mine și nu-ți face griji!” Medicul, ca expert profesionist în domeniul vieții, sănătății, bolii și morții, putea solicita ascultare din partea pacienților, rudelor și subordonaților deopotrivă. Există situații de urgență în care nu există loc sau oportunitate pentru nimeni altcineva să intervină. Dezvoltarea ierarhiei spitalicești și natura sa rigidă, autoritară, atmosfera sa aproape militară în ultima perioadă au întărit din păcate acest lucru, fără a-l atenua. Există o mare lipsă de timp, de care suferă și medicii, deoarece comunicările prin care pot informa cel mai bine pacienții ar necesita mult mai mult timp decât au la dispoziție. În timp ce timp de secole comunicarea a fost principalul mijloc de vindecare, odată cu dezvoltarea tehnologiei, comunicarea s-a pierdut. Creșterea poverii administrative redirecționează resursele din acest domeniu.

Medicul curant — oncopulmonologul — este legătura dintre echipa oncologică și pacient, raportează rezultatele pacientului, transmite deciziile echipei și supraveghează tratamentul.

Pacienții, ca persoane afectate în această situație, nu pot fi obiectivi în privința datelor, nu pot procesa informațiile și graficele pe care le primesc în timpul unei consultații. Acest fapt este cauzat de multiple motive non-intelectuale — pacienții nu sunt capabili să se abstractizeze de situația lor actuală, iar „ceața mentală” care apare adesea în timpul terapiei le afectează și starea intelectuală. Adesea, ei sunt capabili să abordeze propria boală și situația de viață doar din perspectiva emoțională. Au nevoie de sprijin în toate privințele — nu doar fizic, ci și din punct de vedere spiritual și social.

Faptul că au ocazia să pună întrebări și să primească răspunsuri îi ajută să se simtă în siguranță. Într-o lume străină în care nu au vrut să intre, le este de asemenea dificil să se orienteze. Pacienții nu au altă opțiune decât să se adreseze medicului curant cu cea mai mare încredere — o încredere care îi poate susține în această situație de viață extrem de dificilă.

În comunicarea cu pacienții, din perspectiva clinicianului ies în evidență diverse aspecte, principalul fiind abordarea obiectivă, profesională. Cunoașterea datelor legate de boală înseamnă capacitatea de a interpreta aceste date — fie că este vorba de rezultate de laborator, histologice sau radiologice — în mod complex și de a le utiliza în determinarea stadiului și în planificarea terapiei, în același timp luând în considerare și respectarea protocoalelor în timpul

tratamentului, precum și utilizarea resurselor disponibile în procesul de vindecare sau tratament. Faptul că aceste decizii terapeutice nu sunt luate doar de medicul curant indică, și în cazul pacienților cu cancer, complexitatea domeniului și a îngrijirii oncologice moderne. Cunoașterea prognosticelor, cunoștințele și responsabilitatea pe care le poartă în timpul tratamentului sunt adesea însoțite de o anumită distanțare, deoarece sarcina lor include și menținerea propriei sănătăți mintale și evitarea epuizării profesionale.

5. Plan de cercetare, modele

Scopul cercetării a fost obținerea de feedbackuri privind tratamentul pacienților cu cancer pulmonar, contribuind astfel la o mai bună înțelegere a pacientului. În plus, prin rezultatele cercetării, reacțiile stigmatizante de după diagnostic pot fi reduse (de ex. prin sensibilizare), iar procesarea stresului poate contribui la atingerea celei mai bune calități a vieții. Atât abordarea calitativă, cât și cea cantitativă pot fi instrumente utile în examinarea calității vieții pacienților cu cancer pulmonar și contribuie la crearea unei imagini cuprinzătoare și nuanțate, permițând feedbackuri și opinii subtile greu de exprimat în alt mod.

Cu toate că populația supraviețuitorilor de cancer pulmonar este în creștere, cunoștințele despre parcursul supraviețuirii rămân limitate. Se realizează studii privind calitatea vieții, acest lucru fiind esențial în cazul unor terapii și chiar impus de protocoalele producătorilor, însă nu au fost efectuate cercetări care să abordeze, independent de produs și terapie și bazat pe implicarea pacienților, problemele fizice, oncopsihologice, sociale și de comunicare.

5.1. Metodologia cercetării

Cercetarea aplică o metodologie mixtă: un studiu transversal cantitativ bazat pe chestionar, care a măsurat datele clinice auto-raportate ale pacienților și experiențele acumulate pe parcursul pacientului, în două instituții de pneumologie selectate în prealabil: Institutul Național de Pneumologie Korányi din capitală (Budapesta) și Secția de Pneumologie a Spitalelor Județene Szabolcs-Szatmár-Bereg și Spitalului Universitar de Învățământ Jóna András (n=122). Studiul s-a desfășurat în perioada 2023-2024. O condiție prealabilă pentru completarea chestionarului a fost diagnosticarea cu un anumit tip de cancer pulmonar. Studiul calitativ a fost realizat cu implicarea unui grup de discuții privind feedback-ul privind experiențele personale (n=7).

Studiul calitativ a fost realizat cu implicarea unui grup focal, prin împărtășirea feedbackurilor privind experiențele personale (n=7). Chestionarul cantitativ a fost completat pe hârtie de către pacienți în mod independent sau, dacă a fost necesar, cu asistență. Planul de cercetare a fost aprobat de Comitetul de Etică Științifică sub numărul de dosar BMEÜ/4270-1/2022/EKU. Studiul desfășurat în cadrul Secției de Pneumologie a Spitalului Jóna András din Nyíregyháza a fost aprobat de Comitetul de Etică Instituțională local.

Mărimea eșantionului inclus în analiză a fost de 122 de persoane, cuprinzând cele două spitale menționate. Ambele instituții sunt instituții cu trafic intens, fără probleme sau cu probleme moderate. Astfel, spitalele cu trafic foarte problematic, precum și cele cu trafic scăzut sau mediu, au fost subreprezentate în cercetare. Datele sunt prezentate în formă validă, neponderată. Baza distribuțiilor de bază (100%) o constituie numărul de răspunsuri valide la întrebarea dată. Relațiile bivariate au fost verificate cu statistici chi-pătrat, iar valorile „p” au fost evaluate la pragul de 95%. În caracterizarea factorilor, valorile medii ale acestora au fost examinate și comparate în diferite grupuri demografice.

5.2. Întrebări de cercetare

Se produce o cantitate semnificativă de date și statistici clinice, iar o atenție și o dezvoltare semnificativă sunt îndreptate către îmbunătățirea terapiei bolii, însă experiențele trăite de pacienți nu primesc suficientă atenție.

Cancerul pulmonar prezintă cea mai mare incidență dintre toate tipurile de cancer, însă perspectivele, speranța de viață și simptomele tardive nu sunt încă suficient de bune, iar timpul disponibil celor afectați este scurt din cauza procesului prelungit de diagnosticare. Din cauza stigmatizării descrise anterior, nu le este ușor pacienților să se deschidă și să își împărtășească experiențele.

Următoarele întrebări s-au conturat în mine:

Cât de informați sunt pacienții și în ce privințe ar avea nevoie de mai multe informații?

Este personalul de îngrijire atent la nevoile psihosociale ale pacienților și primește suficient sprijin în acest sens?

Dispun pacienții de suficiente cunoștințe despre terapiile inovatoare?

5.3. Rezumatul cercetării

Eșantionul cantitativ include date de la pacienți cu cancer pulmonar cu vârste cuprinse între 42 și 92 de ani cu o reprezentare echilibrată a genurilor. Cercetarea cantitativă era încă în curs de elaborare. 90% dintre pacienții incluși în cercetarea cantitativă se aflau încă în tratament activ.

Jumătate dintre participanți au fost diagnosticați ca urmare a unor simptome, iar cealaltă jumătate în cadrul screening-ului — 90% prin screening pulmonar și doar 10% prin tomografie computerizată.

Majoritatea respondenților au declarat că nu au probleme grave de sănătate fizică sau mintală, starea lor generală de sănătate putând fi considerată bună. Pentru mai mult de trei sferturi dintre respondenți, informarea publică, relațiile bune între pacienți și medici și cunoștințele medicilor despre cancerul pulmonar ar fi fost esențiale pentru diagnosticarea precoce. Potrivit respondenților, acestea sunt domeniile care merită o atenție mai mare în viitor.

Participanții la grupul focal calitativ nu erau afiliați la nicio instituție — acest lucru nu era așteptat din partea lor. Majoritatea participanților implicați nu mai urmau un tratament activ.

Studiul calitativ a evidențiat că, în ceea ce privește diagnosticarea precoce a cancerului pulmonar, participanții au considerat programele de screening ca fiind cele mai importante, astfel încât investigațiile să poată fi efectuate cât mai curând posibil înainte de apariția simptomelor, iar programările — de exemplu pentru o tomografie computerizată — să fie obținute cât mai rapid, deoarece în această situație timpul este esențial atât din perspectiva sănătății, cât și a echilibrului psihologic, acțiunea rapidă fiind primordială. Participanții din mediul rural și urban au raportat experiențe foarte diferite în ceea ce privește timpii de așteptare pentru examinări.

Pacienții au considerat de o importanță capitală, în ceea ce privește transparența parcursului pacientului, furnizarea de servicii accelerate pentru reducerea timpilor de așteptare și transmiterea de informații specifice despre procesele de diagnostic. Participanții la studiu erau conștienți de tipul tumorii și de stadiul bolii, dar foarte puțini dintre cei chestionați erau conștienți de implicarea propriului biomarker, în ciuda faptului că aceasta a stat la baza tratamentelor ulterioare.

În timpul studiului cantitativ, aproape jumătate dintre pacienți au fost informați despre intervenția chirurgicală.

Cele mai dificile aspecte ale chirurgiei cancerului pulmonar au fost anxietatea dinaintea operației și perioada de recuperare în spital. În cazul radioterapiei și terapiei medicamentoase,

slăbiciunea și oboseala au fost cele mai frecvente plângeri, aceasta din urmă a fost valabilă în special în cazul femeilor.

Cercetarea a evidențiat că, pe parcursul traseului pacientului, o relație de încredere cu medicul curant este de o importanță capitală pentru pacienții cu cancer pulmonar și că medicul să poată oferi nu doar sprijin profesional, ci și sprijin psihologic când este posibil. Din păcate, având în vedere volumul de muncă actual al medicilor, acest lucru nu este întotdeauna realist. Au existat diferențe între participanții din mediul rural și cei din Budapesta, precum și între participanții de sex feminin și masculin, în ceea ce privește apelul la sprijinul psihologic.

Sprijinul pentru problemele emoționale și sociale a lipsit pentru mai mult de jumătate dintre pacienții din Nyíregyháza, în timp ce o proporție mai mică dintre cei din Budapesta a resimțit această lipsă.

În ceea ce privește deciziile de tratament, persoanele sub 65 de ani au avut nevoie de informații despre studiile clinice și îngrijirea suportivă disponibilă în mai mare măsură decât grupa de vârstă mai înaintată.

Aproape 70% dintre cei cu studii primare declarau lipsa informațiilor despre drepturile pacienților, în timp ce această situație era valabilă pentru 34% dintre cei cu studii secundare și 20% dintre cei cu studii superioare.

Informațiile despre tratament au fost, în medie, cele mai importante pentru bărbați, persoane în vârstă, locuitori ai satelor și cei cu studii superioare. Același lucru este valabil și pentru informațiile despre stilul de viață, care au fost, în medie, mai importante pentru grupa de vârstă sub 65 de ani.

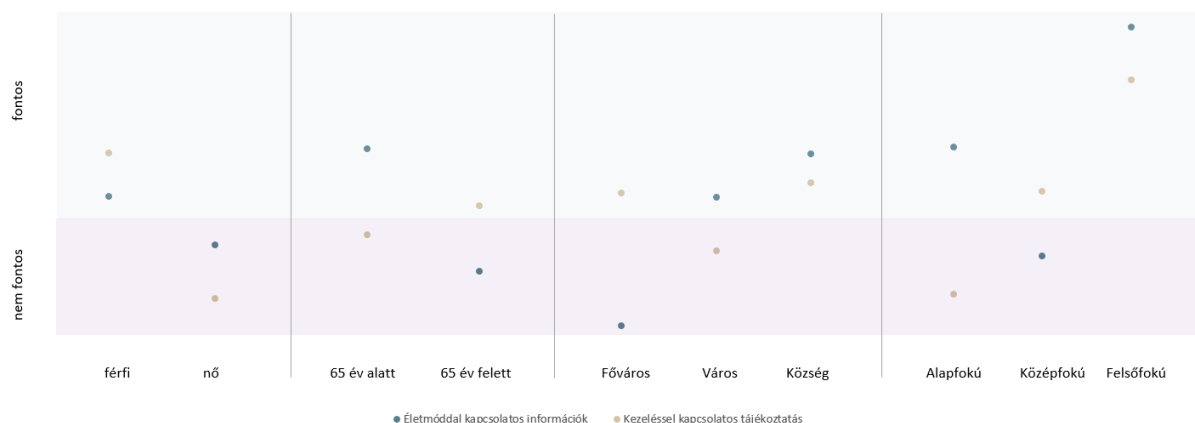
Comparând cele două instituții, s-a constatat că pacienții din Nyíregyháza aveau mai des de suferit de pe urma lipsei sprijinului emoțional, a informațiilor despre drepturile pacienților și a informațiilor despre îngrijirea la sfârșitul vieții, în timp ce pacienții din instituția din capitală erau mai mulțumiți. Prin urmare, am creat factori pe baza întrebărilor legate de necesitatea anumitor forme de sprijin oferite persoanelor care primesc terapie medicamentoasă. Rezultatul analizei factoriale este că întrebările utilizate au fost grupate în doi factori de conținut informațional semnificativ diferiți (variabile noi), care în cazul nostru sunt următorii:

- informații despre stilul de viață: Informații despre îngrijirea cateterului, stilul de viață, exercițiile respiratorii, ameliorarea durerii, renunțarea la fumat, nutriția și sprijinul psihosocial.

- informații despre tratament: Informații despre tratamentul medical, gestionarea efectelor secundare, reducerea riscului de complicații.

Examinând mediile factorilor, se pot formula următoarele observații (Figura 1). Informațiile legate de stilul de viață sunt, în medie, mai importante pentru femei. Persoanele sub 65 de ani consideră, în medie, importante informațiile legate de stilul de viață, în timp ce cele mai în vârstă solicită mai degrabă informații legate de tratament. Persoanele care locuiesc în capitală consideră, în medie, informațiile legate de stilul de viață ca fiind cele mai puțin importante. Locuitorii satelor consideră ambele tipuri de informații mai degrabă importante, însă sprijinul legat de tratament mai puțin important. Cei cu studii superioare consideră ambele tipuri de informații foarte importante. Cei cu studii medii au, în medie, o opinie mai neutră, însă informațiile legate de stilul de viață sunt totuși mai importante. Cei cu studii primare consideră, în medie, mai importante informațiile legate de stilul de viață, în timp ce informațiile legate de tratament sunt considerate mai puțin importante.

IMPORTANȚA MEDIE A INFORMAȚIILOR DESPRE STILUL DE VIAȚĂ ȘI TRATAMENT PENTRU DIFERITE GRUPURI DEMOGRAFICE



Participanții la cercetarea calitativă au convenit că este foarte important să primească informații profesionale complete despre tratamente, efecte secundare și schimbările necesare ale stilului de viață, deoarece există o multitudine de informații online care pot induce în eroare pacienții.

Participanții au considerat esențial pentru recuperare ca pacienții diagnosticați cu cancer pulmonar să beneficieze de sprijin oncopsihologic individual sau de grup, mai ales în cadrul îngrijirilor suportive și paliative.

Cercetarea calitativă a evidențiat că pacienții implicați utilizează strategii conștiente de coping în gestionarea bolii, dintre care au subliniat importanța sprijinului psihologic, a sportului, a

meditației, a puterii susținute a familiei și a umorului cotidian. Participanții au menționat că aflarea despre diagnostic și efectele secundare ale chimioterapiei reprezintă cele mai dificile momente. Au formulat un mesaj important pentru cei care abia își încep călătoria ca pacienți: să aibă încredere în medicul lor, să nu se informeze din surse online nesigure sau statistici și să aibă încredere în ei înșiși și în recuperarea lor.

Întrebările finale din cadrul cercetării au vizat și experiențele legate de îngrijirea persoanelor în caz de COVID-19. Efectele directe ale pandemiei asupra proceselor de tratament ale pacienților limitează concluziile pe termen lung, dar nu pot fi trase în cadrul acestei cercetări.

5.4. Răspunsul la întrebările de cercetare

1. Întrebare:

Care sunt nevoile fizice, sociale, emoționale și de sănătate neacoperite ale pacienților cu cancer pulmonar, indiferent de diagnostic sau de modalitatea de tratament?

Constatare:

Pe parcursul traseului pacientului, aceștia au oferit feedbackuri privind experiențe diferite în perioade diferite.

Cea mai dificilă și incertă perioadă este perioada de diagnostic și perioada dinaintea începerii tratamentului. Pacienții au puține cunoștințe despre simptome și recunoașterea lor, precum și despre efectele secundare.

La începutul traseului pacientului există incertitudine, comunicarea privind opțiunile disponibile este deficitară, la fel ca și sistemul de îngrijire la nivel primar — multe cabinete de medicină de familie sunt neocupate, deși tocmai acesta ar fi cel mai important nivel, unde, cunoscând istoricul medical propriu și familial, pacienții ar putea să fie informați cu exactitate despre riscuri și ar putea să primească îndrumările necesare.

În timpul și după intervenția chirurgicală, se discută despre complicații și reabilitare. 56% dintre pacienți se declară destul de bine informați, iar 27% foarte bine informați. Echipa medicală este alături de pacient, iar parcursul pacientului devine mai clar.

54% dintre pacienți pot împărtăși toate aspectele bolii în totalitate, însă 7% au declarat că nu

pot împărtăși nimic.

În total, 89% au considerat îngrijirea reconfortantă.

În definirea îngrijirii centrate pe pacient, empatia, compasiunea și informarea sunt de o importanță capitală.

În cadrul îngrijirii ulterioare, doar 25% dintre pacienți sunt mulțumiți de experiențele lor, ceea ce poate fi influențat și de îngustarea perspectivelor individuale.

Per total, am identificat nevoi neacoperite. Acestea au fost cel mai evidente la începutul și la sfârșitul parcursului pacientului, iar informarea și implicarea activă în proces pot atenua aceste nevoi, indiferent de starea individului. Consider că acest lucru va fi întotdeauna prezent, deoarece un rezultat pozitiv în toate privințele și în mod universal nu poate fi imaginat în rezultate cuprinzătoare și generale.

2. Întrebare:

Dispun pacienții de suficiente cunoștințe despre terapiile inovatoare?

Constatare:

Dintre modalitățile tradiționale de tratament, chirurgia reprezintă cea mai bună perspectivă pentru pacienți, însă în cazul populației de pacienți studiate, aceasta a constituit un plan realist doar pentru 18%. Acest lucru este comparabil cu rezultatele altor studii mai ample. Pe lângă terapia tradițională, chimioterapia și radioterapia neoadjuvantă și adjuvantă, terapiile inovatoare, imune și țintite au adus progrese majore și perspective deosebite în ultima perioadă, care, din păcate, nu sunt disponibile tuturor.

Această disponibilitate este determinată de rezultatele investigațiilor pacienților și de stadiul bolii.

Rezultatele investigațiilor de patologie moleculară și ale testelor de biomarkeri pot reprezenta un moment de referință foarte important pe parcursul traseului pacientului.

Din păcate, cei afectați nu dispun de informații suficiente în această privință. Cunosce stadiul și tipul tumorii, însă foarte puțini știu ce mutație implică aceasta și ce terapie îi este asociată. Doar 3% au putut oferi feedback cu privire la subtipul căruia îi aparține tumorarea lor, deși în final

65% dintre pacienți au primit tratament pentru adenocarcinom, deci testul a fost cu siguranță efectuat din probele lor.

Sunt necesare numeroase clarificări și informații mai precise în acest domeniu.

În concluzie:

Pacienții nu au suficiente informații despre terapiile inovatoare.

6. Concluzie

Cercetările cantitative și calitative efectuate în rândul pacienților cu cancer pulmonar au evidențiat că pacienții participanți au raportat incertitudine în principal în etapele timpurii ale parcursului pacientului. Inegalitățile interinstituționale și lipsa de informații indică lacune semnificative în îngrijire. Sprijinul profesional și psihologic este esențial pentru o gestionare cu succes a situației.

Din perspectiva managementului parcursului pacientului, factorul timp este de mare importanță în procesul de diagnosticare, intervalul cât mai scurt între diagnosticul precoce și examinările ulterioare fiind de o importanță capitală. Inegalitățile regionale pot fi observate între Budapesta și Nyíregyháza în ceea ce privește timpii de așteptare și calitatea îngrijirii. Este necesară transparența, care poate chiar accelera procesul de îngrijire pe parcursul traseului pacientului.

Pacienții întâmpină dificultăți în accesarea informațiilor — deși cunosc tipul și stadiul principal al bolii, cunoștințele lor despre rezultatele patologice sunt insuficiente, deși acestea ar determina tratamentul ulterior și perspectivele de viață. Pe parcursul traseului terapeutic, pacienții sunt bine informați în timpul pregătirii chirurgicale, însă nu întotdeauna în cazul radioterapiei și al tratamentului medicamentos.

Informațiile legate de tratament sunt mai importante pentru persoanele în vârstă și pentru bărbați, în timp ce informațiile despre stilul de viață sunt mai importante pentru femei și pentru persoanele sub 65 de ani. Educația îmbunătățește și gradul de conștientizare, însă informațiile oficiale autentice sunt importante pentru pacienți, deoarece aceștia întâmpină dificultăți în orientarea online, ceea ce se poate datora diferențelor de vârstă și nivelului de alfabetizare digitală.

În ceea ce privește sprijinul psihologic și social, relația de încredere cu medicii este esențială, însă există o mare nevoie de sprijin psihologic și oncopsihologic, deoarece volumul de muncă al medicilor și rolul lor în acest domeniu nu pot fi asumate singure. La nivel regional, jumătate dintre pacienții din Nyíregyháza au resimțit lipsa sprijinului emoțional, în timp ce cei din Budapesta au fost mai mulțumiți. Există o nevoie stringentă de sprijin psihologic de specialitate, în special în cadrul îngrijirilor paliative.

Punctele critice sunt: aflarea diagnosticului, anxietatea preoperatorie și efectele secundare ale chimioterapiei (oboseală, slăbiciune — în special la femei) reprezintă cele mai dificile etape. Dacă luăm în considerare resursele disponibile, sportul, meditația, sprijinul familial și social, precum și umorul, s-au dovedit utile, conform relatărilor participanților.

În ansamblu, se poate afirma că pacienții cu cancer pulmonar se confruntă cu numeroase provocări, indiferent de diagnostic și metoda de tratament. Aceștia au nevoi fizice, sociale și emoționale nesatisfăcute, care se manifestă cu intensitate variabilă în fiecare fază a parcursului pacientului.

7. Literatură

Charissa Andreotti, James C. Root, Tim A. Ahles, Bruce S. McEwen, Bruce E. (2015) *CompassCancer*, adaptare și cunoaștere: un model pentru rolul stresului în reactivitatea și declinul cognitiv legate de cancer <https://doi.org/10.1002/pon.3683>

Boyd M. Kenneth (2000) Boală, afecțiune, sănătate, vindecare și plenitudine: explorarea unor concepte evazive <https://doi.org/10.1136/mh.26.1.9>

Bogos, K., Kiss, Z., Gálffy, G., Tamási, L., Ostoros, G., Müller, V., Urbán, L., Bittner, N., Sárosi, V., Vastag, A., Polányi, Z., Nagy-Erdei, Z., Vokó, Z., Horskó, G., G. Abonyi-Tóth, Z., Barcza, Z., & Moldvay, J. (2020). Cancerul pulmonar în Ungaria. În *Journal of Thoracic Oncology* (Vol. 15, Issue 5, pp. 692–699). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2019.11.001>

Churruca, K., Pomare, C., Ellis, LA, Long, JC, Henderson, SB, Murphy, LED, Leahy, CJ și Braithwaite, J. (2021). Măsurători ale rezultatelor raportate de pacient (PROM): O discuție despre măsurile, tendințele și problemele generice și specifice afecțiunii. În *Health Expectations* (Vol. 24, nr. 4, pp. 1015–1024). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/hex.13254>

Conrad Peter, editor(i) de carte despre medicalizare: [J. Michael Ryan](#)
<https://doi.org/10.1002/9781394260331.ch52>

Dégi, Cs., L. (2010). Analiza psihosocială a cancerului: o introducere teoretică pentru îngrijitori. Presa Universitară Clujena.

Holland, JC (1992). Psiho-oncologie: o prezentare generală, obstacole și oportunități. *PsychoOncology*, 1(1), 1-13.

Holland, JC (2002). Istoria psihooncologiei: depășirea barierelor atitudinale și conceptuale. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), pp. 206–221.

Kiss, Z., Berki, TL, Maráz, A., Horváth, Z., Nagy, P., Fábián, I., Kovács, V., Rokszin, G., Surján, G., Barcza, Z., Kenessey, I., Wéber, A., Wittmann, I., Molnzáli, V.GA, Smozauli, V.GA E., Darida, M., Abonyi-Tóth, Z., ... Vokó, Z. (2025b). Supraviețuirea globală a pacienților cu cancer maghiari diagnosticați între 2011 și 2019, pe baza bazei de date a fondului de asigurări de sănătate. *Cancer*, 17 (10). <https://doi.org/10.3390/cancers17101670>

Kiss, Z., Berki, TL, Maráz, A., Horváth, Z., Nagy, P., Fábián, I., Kovács, V., Rokszin, G., Surján, G., Barcza, Z., Kenessey, I., Wéber, A., Wittmann, I., Molnzáli, V.GA, Smozauli, V.GA E., Darida, M., Abonyi-Tóth, Z., ... Vokó, Z. (2025b). Supraviețuirea globală a pacienților cu cancer maghiari diagnosticați între 2011 și 2019, pe baza bazei de date a fondului de asigurări de sănătate. *Cancer*, 17 (10). <https://doi.org/10.3390/cancers17101670>

Kiss, Z., Szabó, TG, Polgár, C., Horváth, Z., Nagy, P., Fábián, I., Kovács, V., Surján, G., Barcza, Z., Kenessey, I., Wéber, A., Wittmann, I., Molnár, GA, Gyösi, E. Abonyi-Tóth, Z., Bertókné Tamás, R., Fürtös, DV, ... Vokó, Z. (2024). Revizuirea incidenței cancerului într-o țară central-europeană: un studiu național maghiar între 2011 și 2019, bazat pe baza de date a fondului de asigurări de sănătate | <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1446611>

Riskó, Á. (2017). Prevenirea tumorilor maligne, factori de risc psihosociali. *Oncopsihologie în practică*. Ed. Horti J, Riskó Á. 2. Ediție online, Volumele I-II.

M, Rohanszky., Thege Barna, K., György, B., Spitalul László, S., Departament, O., Fundație, T., Universitate, S., și Institut, M. „Cei care au supraviețuit bolii” - Calitatea vieții pacienților cu cancer în lumina unui studiu retrospectiv. *Oncologie Maghiară* 55:193–198, 2011

Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M. și Szymanska-Chabowska, A. (2016). Calitatea vieții la pacienții cu cancer pulmonar. *OncoTargets and Therapy*, 9, 1023–1028. <https://doi.org/10.2147/OTT.S100685>