

Depresja u osób starszych z chorobą nowotworową – przegląd literatury

Depression in older adults with cancer – a literature review

Mikołaj Musiał¹, Adrianna Dylik², Monika Kaźmierczak¹, Oskar Tudaj¹,
Wiktoria Grochowska³, Mikołaj Kaczmarek³

¹ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego

² Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

Streszczenie

Depresja stanowi istotny problem kliniczny wśród pacjentów geriatrycznych z chorobą nowotworową, wpływając nie tylko na ich samopoczucie psychiczne, ale także na przebieg leczenia onkologicznego i ogólną jakość życia. Celem niniejszej pracy jest ukazanie, jak duże znaczenie ma wczesne rozpoznanie i leczenie objawów depresyjnych w tej szczególnej grupie pacjentów. W pracy przedstawiono specyfikę depresji w wieku podeszłym, trudności diagnostyczne wynikające z nakładania się objawów somatycznych i psychicznych oraz wpływ stanu psychicznego na skuteczność terapii przeciwnowotworowej. Podkreślono także znaczenie podejścia interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentem onkologicznym w podeszłym wieku. Wnioski z pracy wskazują, że uwzględnienie aspektów psychicznych, w tym depresji, w procesie leczenia nowotworów może znacząco poprawić rokowanie oraz komfort życia pacjentów geriatrycznych. *Geriatrics 2025;19:183-188. doi: 10.53139/G.20251919*

Słowa kluczowe: depresja, nowotwór, geriatria, pacjenci onkologiczni

Abstract

Depression is a significant clinical issue among elderly patients with cancer, affecting not only their psychological well-being but also the course of oncological treatment and overall quality of life. The aim of this paper is to highlight the importance of early diagnosis and treatment of depressive symptoms in this specific patient group. The study presents the characteristics of depression in old age, diagnostic challenges resulting from the overlap of somatic and psychological symptoms, and the impact of mental health on the effectiveness of cancer therapy. The importance of an interdisciplinary approach to the care of elderly oncology patients is also emphasized. The conclusions indicate that addressing mental health aspects—particularly depression—in cancer treatment can significantly improve both prognosis and quality of life in geriatric patients. *Geriatrics 2025;19:183-188. doi: 10.53139/G.20251919*

Keywords: depression, cancer, geriatrics, oncological patients

Wprowadzenie

Zaawansowany wiek jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób nowotworowych. U osób starszych (≥65 lat) diagnozuje się około 60% wszystkich nowych przypadków nowotworów w Stanach Zjednoczonych. Ich liczba stale rośnie ze względu na starzenie się populacji, przy czym największe ryzyko zapaadalności przypada na 8 dekadę życia [1,2]. Przewiduje się,

że wśród populacji geriatrycznej liczba pacjentów onkologicznych w ciągu najbliższych 20 lat wzrośnie o 67%. Choroba nowotworowa oraz towarzyszące jej objawy, leczenie i działania niepożądane mogą istotnie pogarszać sprawność fizyczną i kondycję psychiczną pacjentów. U osób starszych jest to szczególnie nasilone z uwagi na współistniejące schorzenia oraz konieczność przyjmowania wielu leków, co w znacznym stopniu obniża jakość

ich życia podczas trwania choroby nowotworowej [3]. Aż 40% ludzi w wieku ≥ 70 lat doświadcza pogorszenia jakości życia po postawieniu nowej diagnozy onkologicznej, a szczególnie dotyczy to zdrowia psychicznego, którego związek z chorobami nowotworowymi w tej grupie wiekowej jest niedostatecznie zbadany. Najczęściej występującym zaburzeniem jest depresja, która dotyka 13-45% starszych pacjentów z nowotworem [1,4]. Celem naszej pracy jest podsumowanie aktualnych danych dotyczących depresji w populacji geriatrycznej chorującej na nowotwory oraz zwrócenie uwagi na konieczność wczesnego rozpoznawania i skutecznego leczenia tego zaburzenia.

Depresja w populacji geriatrycznej

Depresja jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności wśród osób starszych. Szacuje się, że u osób powyżej 65. roku życia prowadzi do utraty około 13,8 lat życia skorygowanych o jakość (ang. *quality-adjusted life year*, QALY) [5]. Osoby starsze szczególnie doświadczają negatywnych skutków choroby nowotworowej. Osłabienie, przewlekłe zmęczenie, ból, utrata masy ciała i zaburzenia snu to jedne z fizycznych skutków leczenia choroby, jednak nie tylko one pogarszają stan pacjenta [6]. Zdrowie psychiczne pacjentów często jest zaniedbane, a zaburzenia depresyjne pozostają nierozpoznane i nie poddane leczeniu.

Depresja dotyka od 13% do nawet 45% starszych pacjentów onkologicznych, a lęk występuje nawet u 12-21% z nich [7]. Głównymi objawami są obniżenie nastroju, utrata zainteresowań, brak przyjemności z codziennych aktywności przez większość dni, a także zaburzenia poznawcze, które mogą nakładać się na objawy choroby nowotworowej, co znacznie utrudnia ich diagnostykę i leczenie [8]. Ponadto starsi pacjenci częściej prezentują objawy somatyczne takie jak bezsenność, bóle brzucha czy spadek energii niż typowe symptomy depresji, co stanowi dodatkowe utrudnienie diagnostyczne [8,9].

W przypadku populacji geriatrycznej, połączenie skutków starzenia się i nowotworu może mieć szczególnie destrukcyjny wpływ. Występować mogą znaczne pogorszenie aktywności fizycznej, trudności w relacjach interpersonalnych oraz nasilenie odczuwanego bólu. Dodatkowo współwystępowanie innych chorób przewlekłych nasila występowanie zaburzeń nastroju [10]. W konsekwencji może prowadzić to do stopniowego wycofywania się z życia społecznego, braku motywacji czy agresywnych zachowań. Ponadto koegzystencja

depresji powoduje negatywny wpływ na zaangażowanie pacjentów w leczenie i przestrzeganie zaleceń, a pomimo większej częstości występowania osoby starsze mają mniejszą szansę na prawidłową diagnozę i leczenie w porównaniu do innych populacji wiekowych [2].

Depresja u osób starszych chorych na nowotwór wiąże się także z pogorszeniem jakości życia, większą liczbą i dłuższym czasem hospitalizacji, zwiększonym ryzykiem powikłań oraz wyższą śmiertelnością [7,8,11]. Co więcej, występuje zwiększone ryzyko samobójstwa w porównaniu z osobami cierpiącymi na inne choroby somatyczne [9]. Dlatego tak kluczowe jest wczesne rozpoznanie i adekwatne leczenie depresji, które zawiera zarówno psychoterapię, jak i farmakoterapię dostosowaną do wieku, stanu somatycznego i poznawczego pacjenta [11].

Trudności diagnostyczne (nakładanie się objawów somatycznych i psychicznych)

Diagnostyka depresji u osób starszych z chorobą nowotworową stanowi istotne wyzwanie kliniczne z uwagi na znaczne nakładanie się objawów somatycznych związanych zarówno z depresją, jak i samym nowotworem oraz jego leczeniem [7]. Typowe dla depresji objawy, takie jak obniżony nastrój czy anhedonia często maskowane są przez niespecyficzne dolegliwości somatyczne, jak zaburzenia snu, dolegliwości żołądkowe czy przewlekłe zmęczenie, które mogą być także negatywnym skutkiem ubocznym leczenia onkologicznego lub samej choroby nowotworowej [9]. Ponadto, starsza populacja pacjentów onkologicznych charakteryzuje się dużą heterogenicznością w zakresie wieku biologicznego, codziennego funkcjonowania, statusu poznawczego, chorób współistniejących oraz wielolekowości, co dodatkowo utrudnia proces diagnostyczny [6,8]. Pomocnym narzędziem w skriningu jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji (ang. *Geriatric Depression Scale*, GDS) pozwalająca na identyfikację możliwej depresji, jednakże nie można na niej opierać diagnostyki. Standardowo występuje w wersji 30-punktowej umożliwiającej rozpoznanie braku, łagodnej, umiarkowanej lub ciężkiej depresji [12]. Pomimo rosnącego udziału osób powyżej 70. roku życia wśród chorych na nowotwory, grupa ta nadal pozostaje niedostatecznie reprezentowana w badaniach klinicznych, co utrudnia tworzenie adekwatnych wytycznych terapeutycznych [7]. W sytuacji starzenia się społeczeństwa, niezbędne jest częstsze uwzględnianie tej grupy pacjentów w badaniach klinicznych oraz opracowanie precyzyjnych działań diagnostycznych umożliwiających

prawidłowe rozpoznanie chorób depresyjnych oraz skuteczne leczenie [6].

Farmakoterapia i psychoterapia

Leczenie zaburzeń depresyjnych u starszych pacjentów z chorobą nowotworową powinno opierać się na zintegrowanym podejściu, łączącym farmakoterapię z interwencjami psychologicznymi [13]. Połączenie badań przesiewowych wraz z odpowiednim leczeniem znacząco poprawia stan psychiczny pacjentów. Wśród farmakologicznych metod leczenia depresji stosuje się głównie leki wpływające na serotoninę, noradrenalinę i dopaminę, jednak ich stosowanie u osób starszych wymaga szczególnej ostrożności ze względu na zwiększoną wrażliwość na działania niepożądane oraz konieczność uwzględnienia wielochorobowości, interakcji lekowych i funkcji narządów [9]. Obecnie brakuje wysokiej jakości badań nad skutecznością leczenia przeciwdepresyjnego u starszych pacjentów z chorobą nowotworową, zarówno z depresją, jak i bez niej. Dotychczasowe badania w populacji onkologicznej są ograniczone i często dają sprzeczne wyniki [2]. Psychoterapia – szczególnie terapia poznawczo-behawioralna oraz terapia skoncentrowana na rozwiązaniach – jest skuteczną formą leczenia, zwłaszcza po odpowiednim dostosowaniu do potrzeb osób starszych, uwzględniającym ograniczenia poznawcze, sensoryczne i ruchowe. Mimo dostępności skutecznych metod leczenia, wdrażanie ich w praktyce klinicznej jest nadal niewystarczające – znaczna część pacjentów z rozpoznaniem podwyższonym poziomem cierpienia psychicznego nie otrzymuje specjalistycznej pomocy, a odsetek osób korzystających z opartych na dowodach form psychoterapii jest znikomy. Przyczynami tego stanu są m.in. brak wiedzy na temat leczenia zaburzeń psychicznych u osób starszych, piętno społeczne, problemy organizacyjne oraz ograniczony dostęp do specjalistów zdrowia psychicznego [9]. Dlatego też konieczne jest zwiększenie świadomości wśród pacjentów i personelu medycznego oraz lepsza integracja opieki psychiatrycznej i psychologicznej z leczeniem onkologicznym, by skutecznie wspierać zdrowie psychiczne seniorów z chorobą nowotworową [13].

Terapia ruchowa jako forma leczenia depresji

Terapia ruchowa u pacjentów onkologicznych jest skuteczną metodą łagodzenia objawów depresji, lęku, nudności, zmęczenia i zaburzeń snu, a także skutków

ubocznych chemioterapii, poprawiając w ten sposób jakość życia. Dodatkowo w porównaniu do leczenia farmakologicznego nie powoduje działań niepożądanych ani interakcji lekowych, a w przeciwieństwie do psychoterapii nie prowadzi do wykluczenia społecznego związanego ze wsparciem psychologicznym [14]. Ponadto aktywności fizyczne takie jak spacer, aerobik, trening oporowy czy joga skutecznie łagodzą objawy depresyjne. Poza tym zapewniają okazje do interakcji społecznych, które są kluczowe dla osób starszych, które często doświadczają uczucia samotności i izolacji. Co więcej, regularna aktywność fizyczna przyczynia się do wzrostu samooceny [15]. Korzyści przynoszą również nisko lub umiarkowanie intensywne aktywności domowe obejmujące chodzenie, przysiady czy proste ćwiczenia siłowe, które rutynowo powtarzane prowadzą do poprawy nastroju i zmniejszenia lęku [16].

Obciążenia leczenia onkologicznego

Leczenie onkologiczne w populacji starszych pacjentów wiąże się z licznymi wyzwaniami i powikłaniami, które rzadziej pojawiają się u młodszych pacjentów. Chemioterapia, radioterapia czy zabiegi chirurgiczne mogą być znacznie gorzej tolerowane przez osoby starsze z uwagi na osłabione rezerwy fizjologiczne, współistniejące choroby przewlekłe, takie jak depresja oraz zwiększoną wrażliwość na toksyczność leczenia [6]. Zwiększa to również upośledzenie funkcji poznawczych, częstość upadków czy zakażeń w tej grupie pacjentów. Wielu chorych, mimo braku przeciwwskazań, nie otrzymuje pełnego leczenia onkologicznego z powodu decyzji podjętych na podstawie wieku metrykalnego, a nie rzeczywistego stanu zdrowia oraz ze względu na zaburzenia depresyjne w tej populacji, które mogą powodować gorszą tolerancję leczenia [7].

W nowoczesnym leczeniu istotne zastosowanie ma Kompleksowa Ocena Geriatryczna (*Complex Geriatric Assessment*, CGA), która pozwala na precyzyjną ocenę stanu funkcjonalnego, poznawczego i zdrowotnego pacjenta oraz dobór optymalnej i spersonalizowanej metody leczenia, szczególnie u osób starszych z depresją. Wdrożenie CGA ma na celu zapobieganie nadmiernemu leczeniu, bądź wręcz odwrotnie – niedoleczeniu np. poprzez nieuzasadnione rezygnowanie z operacji czy chemioterapii. Nowe wytyczne ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) zalecają rutynowe przeprowadzanie oceny geriatrycznej przed rozpoczęciem leczenia systemowego u pacjentów w wieku ≥ 65 lat [7,8].

Opieka paliatywna i interdyscyplinarne podejście do pacjenta

Opieka paliatywna odgrywa kluczową rolę w kompleksowym leczeniu starszych pacjentów z chorobą nowotworową, odpowiadając na ich złożone potrzeby fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe [13]. Starzenie się organizmu wiąże się z pogorszeniem rezerw fizjologicznych, współwystępowaniem chorób przewlekłych, wielolekowością, pogorszeniem funkcji poznawczych oraz ograniczeniami funkcjonalnymi, co znacząco wpływa na przebieg choroby nowotworowej i skuteczność jej leczenia [11]. W tym kontekście opieka paliatywna koncentruje się nie tylko na łagodzeniu objawów, takich jak ból, duszność, nudności czy lęk, ale także na wspieraniu jakości życia pacjentów i ich rodzin poprzez indywidualizację celów leczenia zgodnie z wartościami i preferencjami chorego. Ponadto skupia się na leczeniu objawów depresji, aby pacjenci z chorobami nowotworowymi jak najlepiej tolerowali leczenie [17].

W opiece paliatywnej nad starszymi pacjentami onkologicznymi z depresją szczególną uwagę należy zwrócić na funkcjonowanie fizyczne oraz psychospołeczne chorego [17]. W miarę postępu choroby nowotworowej oraz wdrażania leczenia paliatywnego, stan funkcjonalny pacjenta ulega znacznemu pogorszeniu. Wpływa to nie tylko na jakość życia, ale także na przebieg leczenia oraz decyzje dotyczące dalszej terapii. W odróżnieniu od młodszych pacjentów, starszym osobom częściej zależy na zachowaniu samodzielności niż na wydłużeniu życia, dlatego staje się to kluczowym celem leczenia paliatywnego [18].

W starszej populacji konieczne jest także zwalczanie uprzedzeń związanych z wiekiem (ageizmem), które mogą prowadzić do pomijania leczenia objawowego lub niewłaściwego zakładania braku korzyści z interwencji paliatywnych [17]. Istotnym wyzwaniem pozostaje również niedostateczne rozpoznanie depresji, często maskowanej przez objawy somatyczne choroby nowotworowej, co może pogarszać rokowanie i jakość życia pacjentów [11]. Oparcie na współpracy specjalistów z zakresu geriatrici, onkologii, radiologii, chirurgii, medycyny paliatywnej oraz opieki psychologicznej – szczególnie na wczesnym etapie choroby – pozwala nie tylko na lepsze kontrolowanie objawów, ale także na unikanie niepotrzebnych hospitalizacji i interwencji medycznych o wątpliwej wartości klinicznej w końcowym okresie życia [6,19]. Zintegrowane podejście terapeutyczne pozwala nie tylko na lepszą ocenę stanu pacjenta, ale także na personalizację planu leczenia zgodnie z planem

opieki, preferencjami pacjenta i utrzymaniem jakości życia [20].

Istotnym członkiem zespołu terapeutycznego jest również opiekun nieformalny – najczęściej członek rodziny – który stanowi źródło codziennego wsparcia emocjonalnego i medycznego oraz pełni funkcję pośrednika między pacjentem a personelem medycznym [17]. Niestety on także często odczuwa silne obciążenie emocjonalne i fizyczne, a jego brak przygotowania do opieki po wypisie ze szpitala pogarsza sytuację zarówno pacjenta, jak i samego opiekuna [21].

Dlatego konieczne są skuteczne strategie edukacji i wsparcia opiekunów, a także rozwój modelu opieki paliatywnej zintegrowanej z geriatricą i onkologiem, co pozwoli lepiej odpowiadać na potrzeby starzejącej się populacji pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową i depresją [21]. Interdyscyplinarna współpraca staje się niezbędna dla zachowania samodzielności, godności i komfortu życia pacjentów starszych, szczególnie ze względu na kompleksowość sytuacji zdrowotnej związanej z wielochorobowością i obecnością zaburzeń depresyjnych. Mimo to wdrażanie usług geriatrici onkologicznej pozostaje wyzwaniem, wymagającym odpowiedniego przygotowania kadr oraz inwestycji w strukturę organizacyjną opieki zdrowotnej [20].

Podsumowanie

W obliczu rosnącej liczby starszych pacjentów z chorobą nowotworową, konieczne staje się holistyczne podejście do ich leczenia, uwzględniające zarówno aspekty somatyczne, jak i psychiczne. Depresja, jako jedno z najczęstszych i najpoważniejszych zaburzeń psychicznych w tej grupie, wpływa negatywnie na przebieg terapii onkologicznej, pogarsza jakość życia oraz zwiększa ryzyko powikłań i śmiertelności. Pomimo dostępnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, nadal zbyt wielu pacjentów pozostaje niezdiagnozowanych i bez odpowiedniego wsparcia psychologicznego czy farmakologicznego.

Skuteczna walka z depresją w populacji geriatricznej wymaga nie tylko większej świadomości wśród lekarzy i opiekunów, ale również integracji usług psychologicznych i psychiatrycznych z leczeniem onkologicznym. Równie istotne jest wdrażanie terapii uzupełniających, takich jak aktywność fizyczna, która może być wartościową alternatywą lub uzupełnieniem leczenia farmakologicznego i psychoterapii. Opieka paliatywna oraz interdyscyplinarne podejście stają się

kluczowymi elementami wspierającymi kompleksową troskę o pacjenta w podeszłym wieku.

W związku z tym należy dążyć do systemowych zmian, które pozwolą lepiej identyfikować i skutecznie leczyć depresję u starszych pacjentów onkologicznych – z poszanowaniem ich indywidualnych potrzeb, ograniczeń oraz wartości. Tylko takie podejście daje szansę na poprawę jakości życia tej coraz liczniejszej grupy chorych i ich bliskich.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Mikołaj Musiał

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego

ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań

☎ (+48) 666 196 033

💻 musialmikołaj0@gmail.com

Piśmiennictwo/References

1. Wileński S. Specyfika leczenia systemowego pacjentów onkologicznych w wieku podeszłym. Farm Współczesna [Internet]. 2021 [cytowane 5 czerwiec 2025];14(1). Dostępne na: https://omega.umk.pl/info/article/UMK4bd63de505_df4a51bb70bd6d32968efe/Publication+%25E2%2580%2593+Specyfika+leczenia+systemowego+pacjent%25C3%25B3w+onkologicznych+w+wieku+podesz%25C5%2582ym+%25E2%2580%2593+Nicolaus+Copernicus+University?r=publication&ps=20&lang=pl&pn=1&cid=512147.
2. Rabin EE, Kim M, Mozny A, i wsp. A systematic review of pharmacologic treatment efficacy for depression in older patients with cancer. *Brain Behav Immun – Health*. maj 2022;21:100449.
3. Massa E, Donisi C, Liscia N, i wsp. The Difficult Task of Diagnosing Depression in Elderly People with Cancer: A Systematic Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 31 grudzień 2021;17(Suppl-1):295-306.
4. Borza T, Harneshaug, Magnus, i wsp. The course of depressive symptoms and mortality in older patients with cancer. *Aging Ment Health*. 19 maj 2022;26(6):1153-60.
5. Rodrigues M, Oprea A, Johnson K, i wsp. Primary outcome reporting in clinical trials for older adults with depression. *BJPsych Open*. 7 marzec 2024;10(2):e60.
6. Karnakis T, de Souza PMR, Kanaji AL, i wsp. The role of geriatric oncology in the care of older people with cancer: some evidence from Brazil and the world. *Rev Assoc Médica Bras*. 70(Suppl 1):e2024S118.
7. Meier C, Taubenheim S, Lordick F, i wsp. Depression and anxiety in older patients with hematological cancer (70+) – Geriatric, social, cancer- and treatment-related associations. *J Geriatr Oncol*. czerwiec 2020;11(5):828-35.
8. Decoster L, Vanacker L, Kenis C, i wsp. Relevance of Geriatric Assessment in Older Patients With Colorectal Cancer. *Clin Colorectal Cancer*. wrzesień 2017;16(3):e221-9.
9. Magnuson A, Sattar S, Nightingale G, i wsp. A Practical Guide to Geriatric Syndromes in Older Adults With Cancer: A Focus on Falls, Cognition, Polypharmacy, and Depression. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 17 maj 2019;(39):e96-109.
10. Beauplet B, Soulie O, Niemier JY, i wsp. Dealing with the lack of evidence to treat depression in older patients with cancer: French Societies of Geriatric Oncology (SOGOG) and PsychoOncology (SFFPO) position paper based on a systematic review. *Support Care Cancer Off J Multinat Assoc Support Care Cancer*. luty 2021;29(2):563-71.
11. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, i wsp. Geriatric depression in advanced cancer patients: the effect of cognitive and physical functioning. *Geriatr Gerontol Int*. kwiecień 2013;13(2):281-8.
12. Parsons M, Qiu L, Levis B, i wsp. Depression prevalence of the Geriatric Depression Scale-15 was compared to Structured Clinical Interview for DSM using individual participant data meta-analysis. *Sci Rep*. 29 lipiec 2024;14:17430.
13. Alexander K, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. PALLIATIVE CARE AND SYMPTOM MANAGEMENT IN OLDER CANCER PATIENTS. *Clin Geriatr Med*. 17 październik 2015;32(1):45.
14. Soong RY, Low CE, Ong V, i wsp. Exercise Interventions for Depression, Anxiety, and Quality of Life in Older Adults With Cancer. *JAMA Netw Open*. 4 luty 2025;8(2):e2457859.
15. Tang L, Zhang L, Liu Y, i wsp. Optimal dose and type of exercise to improve depressive symptoms in older adults: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Geriatr*. 7 czerwiec 2024;24(1):505.
16. Loh KP, Kleckner IR, Lin PJ, i wsp. Effects of a Home-based Exercise Program on Anxiety and Mood Disturbances in Older Adults with Cancer Receiving Chemotherapy. *J Am Geriatr Soc*. maj 2019;67(5):1005-11.
17. Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 1 styczeń 2019;57(1):171-5.
18. Nightingale G, Battisti NML, Loh KP, i wsp. Perspectives on Functional Status in Older Adults with Cancer: An Interprofessional Report from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) Nursing and Allied Health Interest Group and Young SIOG. *J Geriatr Oncol*. 7 listopad 2020;12(4):658.
19. Strang P. Palliative oncology and palliative care. *Mol Oncol*. 12 sierpień 2022;16(19):3399.

20. Deol BB, Binns-Emerick L, Kang M, i wsp. Palliative care in the older adult with cancer and the role of the geriatrician: a narrative review. *Ann Palliat Med*. lipiec 2024;13(4):819-27.
21. Hendrix CC, Bailey DE, Steinhauser KE, i wsp. Effects of Enhanced Caregiver Training Program on Cancer Caregiver's Self-Efficacy, Preparedness, and Psychological Well-Being. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. styczeń 2016;24(1):327-36.