

Beata Tobiasz-Adamczyk¹, Jan Zapła², Katarzyna Zawisza¹, Tomasz Bronicki²

¹Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

²Katedra Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Wiek a zachowania w chorobie wśród osób z nowotworami głowy i szyi

Age and illness behaviour in individuals with oral cancer

Abstract

The aim of the study was to assess depended on age changes in health-related quality of life in relation to perceived symptoms in the group of 128 in oral cancer patients. Study was performed one day before surgical treatment. Questionnaire consisted of scales EORTC QLQ-C30, EORTC H&N 35, SF-36 and HADS. Statistical analysis was performed using Pearson's chi-square test, Cramer's V coefficient, Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test. Data showed statistically significant differences between the younger and the older group of patients in self-assessment of changes in physical status, functional status and role performing. Younger patients perceived higher level of limitations in every day activity caused by symptoms; significant relations in younger group have been founded between perception of disease consequences and depression; limitations in every day activity increased the level of fear in older group. Data showed different pattern of illness behaviour influenced by age of the patients.

key words: illness behaviour, younger and older patients, changes in health-related quality of life, oral cancer

Wstęp

Objawy chorobowe są postrzegane nie tylko poprzez określony proces patologiczny, ale także przez znaczenie przypisywane im przez pacjenta, u którego występują. Odwołując się do klasycznych ujęć tego pojęcia, przez zachowanie się w chorobie rozumie się sposób, w jaki ludzie, obserwując i kontrolując swój organizm, reagują na oznaki nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, definiują i interpretują objawy chorobowe oraz podejmują decyzje dotyczące zapobiegania im [1–3]. Zachowanie się w chorobie ma szczególne znaczenie w przypadku schorzeń nowotworowych, gdyż może istotnie wpływać na prze-

bieg choroby od chwili zaobserwowania pierwszych objawów przez chorego do momentu zdiagnozowania przez lekarza i podjęcia terapii [4].

W badaniach nad jakością życia chorych leczonych z powodu nowotworów coraz częściej zwraca się uwagę na zależność między samooceną wpływu choroby i leczenia na różne aspekty funkcjonowania pacjenta, a jego zachowaniami w chorobie poprzedzającymi podjęcie interwencji medycznej [5, 6].

Rozpatrując uwarunkowania odmienności dotyczących percepcji objawów chorobowych, decyzji o zgłoszeniu się do lekarza, metod radzenia sobie z tym stresującym wydarzeniem życiowym, jakim jest zdiagnozowana choroba i podjęta terapia, obok cech demograficznych charakteryzujących chorego (takich jak płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, stan cywilny), zwraca się uwagę na wiele uwarunkowań społeczno-kulturowych. Mogą one

Adres do korespondencji:
Prof. dr hab. med. Beata Tobiasz-Adamczyk
Zakład Socjologii Medycyny
Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej CM UJ
ul. Kopernika 7, 31–034 Kraków
tel.: (012) 423 10 03, (012) 422 31 82

istotnie wpływać na postawy pacjentów wobec choroby i proponowanego leczenia oraz na oczekiwania związane z późniejszą jakością życia. Do innych uwarunkowań, które uwzględnia się podczas analizy odmiennych postaw i zachowań w chorobie, należą wiedza na temat schorzenia [7, 8] oraz wpływ informacji uzyskiwanych przez chorego od opiekującego się nim personelu medycznego, głównie od lekarza [9]. Wśród społeczno-kulturowych uwarunkowań zachowań w chorobie szczególną rolę przypisuje się symbolicznemu znaczeniu schorzenia [10], przede wszystkim w odniesieniu do jego konsekwencji w postaci naznaczenia społecznego, oraz wsparcia społecznemu, zwłaszcza ze strony środowiska rodzinnego [11–13].

Stresujące wydarzenie życiowe, jakim jest podejrzenie i stwierdzenie choroby nowotworowej, wiąże się z umiejętnością wypracowania przez pacjenta i jego otoczenie sposobu radzenia sobie z tą sytuacją. Do czynników warunkujących umiejętność podjęcia skutecznej walki ze stresem towarzyszącym chorobie zalicza się przede wszystkim wiek chorego (zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym), ale także wynikające z wieku postawy wobec życia [14–17]. Znaczenie wieku w odniesieniu do zachowań w chorobie jest również rozpatrywane w kontekście samoleczenia i podejmowania decyzji o terapii lub rezygnacji z profesjonalnej pomocy lekarskiej [18].

Cel badania

Celem przeprowadzonej analizy było porównanie zmian w jakości życia spowodowanych objawami choroby oraz specyficznej sytuacji zdrowotnej, w zależności od wieku pacjentów. Założono występowanie odmiennych sposobów percepcji choroby i jej konsekwencji w dwóch grupach wiekowych — młodszej (< 59. rż.) oraz starszej (≥ 60 lat).

Materiał i metody

Prezentowane w niniejszej pracy wstępnie wyniki pochodzą z badań przeprowadzonych w Katedrze Chirurgii Szcękowo-Twarzowej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie wśród chorych przygotowywanych do leczenia operacyjnego z powodu nowotworów głowy i szyi. W badaniach wykorzystano kwestionariusz samodzielnie wypełniany przez chorych w dniu przygotowania do zabiegu operacyjnego.

Stosowany w badaniach ustrukturyzowany kwestionariusz zawierał pytania o dane socjodemograficzne, takie jak wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, zatrudnienie, sytuacja

ekonomiczna oraz pytania dotyczące występowania nowotworów w rodzinie, percepcji konsekwencji choroby i procesu leczenia w subiektywnym odczuciu pacjentów oraz współwystępowania innych chorób. W celu oceny jakości życia posłużono się następującymi narzędziami pomiarowymi:

— skalą oceny jakości życia — EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*);

— skalą oceny jakości życia specyficzną dla problematyki nowotworów głowy i szyi — EORTC H&N 35;

— skalą oceny symptomów depresji oraz lęku — HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*);

— skalą oceny poszczególnych wymiarów stanu zdrowia — SF-36 (*Short-form General Health Survey*).

W celu przeanalizowania wpływu wieku chorych na wybrane elementy jakości życia i zachowań w chorobie przeprowadzono analizę statystyczną za pomocą testu χ^2 oraz współczynnika korelacji V Cramera, w przypadku zmiennych mierzonych na poziomie nominalnym, natomiast w przypadku zmiennych mierzonych na poziomie interwałowym wykorzystano testy nieparametryczne, takie jak:

— test U Manna-Whitneya do porównania rozkładów zmiennych co najmniej porządkowych w dwóch niepowiązanych grupach;

— test Kruskalla-Wallisa do oceny różnic w rozkładach zmiennych co najmniej porządkowych w więcej niż dwóch grupach dla danych niepowiązanych. We wszystkich przeprowadzonych analizach za istotne statystycznie uznano wartości statystyki dla prawdopodobieństwa popełnienia błędu pierwszego rodzaju ($p < 0,05$).

Analizę statystyczną wyników badań wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS PL dla Windows v. 14.

Wyniki

W badanej grupie 128 chorych z nowotworami głowy i szyi było 60 osób w wieku do 59 lat i 68 pacjentów w wieku 60 lat i starszych. Średni wiek chorych ogółem wynosił w młodszej grupie $48,6 \pm 11,23$ roku, a w starszej grupie $73,2 \pm 8,1$ roku.

W obu badanych grupach przeważali mężczyźni (66,7% w młodszej i 60,3% w starszej). Istotne statystycznie różnice odnotowano w odniesieniu do poziomu wykształcenia młodszych i starszych chorych: w starszej grupie wiekowej było około 2-krotnie więcej osób z wykształceniem podstawowym i ponad 2-krotnie mniej pacjentów z wykształceniem wyższym. Istotne różnice występowały również w stanie cywilnym badanych — w starszej grupie wiekowej było niemal

Tabela 1. Historia chorób nowotworowych w rodzinie wśród badanych pacjentów
Table 1. Family history of cancer in analysed individuals

Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na chorobę nowotworową?	Pacjenci w wieku do 59. rż.	Pacjenci w wieku 60 lat i starsi	Współczynnik korelacji V Cramera
Nie	35 (58,3%)	52 (76,5%)	$V = 0,19$
Tak	25 (41,7%)	16 (23,5%)	$\chi^2 = 4,82$ $df = 1$ $p = 0,028$

Tabela 2. Zmiany w różnych czynnikach jakości życia uwarunkowanej chorobą w dwóch grupach wiekowych według skali EORTC QLQ

Table 2. Changes in different dimensions of quality of life caused by observed symptoms in relation to age group based on EORTC QLQ

Skala EORTC QLQ	Pacjenci w wieku do 59. rż.					Pacjenci w wieku 60 lat i starsi				
	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	1. kwartyl	2. kwartyl	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	1. kwartyl	2. kwartyl
Pamięć i koncentracja	62,9	16,5	75	62,5	75	62,5	17	62,5	62,5	75
Funkcjonowanie emocjonalne	52,3	16,9	56,3	43,8	62,5	51,8	18	56,3	45,3	62,5
Funkcjonowanie fizyczne ¹	46,2	7	50	40	50	36,7	13	40	30	50
Funkcjonowanie w odniesieniu do roli ²	45,8	11,5	50	50	50	37,5	18,4	50	25	50
Funkcjonowanie społeczne	66,1	15,2	75	50	75	61,9	18,6	75	50	75
Objawy zmęczenia ³	18,1	15,8	16,7	8,3	25	25,5	19	25	12,5	33,3
Objawy mdłości	2,8	11,1	0	0	0	3,6	9	0	0	0
Objawy bólu	18,6	17,7	12,5	0	37,5	19,8	19,8	12,5	0	37,5
Skala kondycji fizycznej	58,8	20,2	57,1	42,9	71,4	51,4	20,4	57,1	42,9	67,9
Jakość życia	6,1	2	5,7	4,3	7,1	5,5	1,9	5,7	4,3	7,1

¹Test Manna-Withneya: $U = 1027$; $p < 0,05$; ²test Manna-Withneya: $U = 1452,5$; $p < 0,05$; ³test Manna-Withneya: $U = 1424$; $p < 0,05$

3-krotnie więcej osób owdowiałych. W starszej grupie wiekowej prawie wszyscy badani (98,5%) pobierali renty lub emerytury, zaś 50% młodszych pacjentów było aktywnych zawodowo (w pełnym lub częściowym wymiarze) — tylko 18,8% osób otrzymywało renty lub emerytury (różnice istotne statystycznie). Mimo tych odmienności w statusie społeczno-ekonomicznym nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w samoocenach dotyczących kondycji finansowej badanych. Istotnym wyznacznikiem postaw wobec występujących objawów jest wywiad w kierunku chorób nowotworowych w rodzinie. W młodszej grupie wiekowej 41,7%, a w starszej 23,5% pacjentów potwierdziło występowanie chorób nowotworowych w najbliższej rodzinie (różnice istotne statystycznie). Wśród młodszych osób 37,5% mężczyzn

i 50% kobiet poinformowało o występowaniu choroby nowotworowej, natomiast wśród starszych chorych odpowiednio: 19,5% i 29,6% (tab. 1). Analizując za pomocą skali EORTC QLQ ograniczenia w różnych wymiarach jakości życia, stwierdzono istotne statystycznie różnice między młodszą a starszą grupą wiekową dotyczące zmian w stanie funkcjonalnym i pełnieniu funkcji społecznych, a także w odniesieniu do objawów zmęczenia. Oceniając poszczególne wymiary jakości życia, gorsze wyniki odnotowano wśród starszych pacjentów (tab. 2). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami należącymi zarówno do młodszej, jak i starszej grupy wiekowej. Oceniając stan zdrowia fizycznego w skali SF-36, odnotowano istotne statystycznie różnice między pacjen-

Tabela 3. Zmiany w różnych czynnikach jakości życia uwarunkowanej chorobą w dwóch grupach wiekowych według skali SF-36**Table 3.** Changes in different dimensions of quality of life caused by observed symptoms in relation to age group based on SF-36

Skala SF-36	Pacjenci w wieku do 59. rż.					Pacjenci w wieku 60 lat i starsi				
	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	1. kwartył	2. kwartył	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	1. kwartył	2. kwartył
Ogólna ocena zdrowia	34,4	14,6	36	24	44	33,5	13,2	36	28	44
Funkcjonowanie fizyczne ¹	54,8	16,7	61,7	50,8	66,7	38,5	20,2	40	23,3	60
Ograniczenie roli/ /problemy fizyczne	23,9	20,9	25	0	50	26,9	22,1	25	0	50
Spółeczne funkcjonowanie	57,2	24,2	60	40	80	53,8	24,9	60	40	80
Zdrowie psychiczne	42,5	17,6	46,7	30	56,7	47,8	18	46,7	33,3	60
Ograniczenie roli/ /problemy emocjonalne	24,2	22,2	33,3	0	50	24,2	23,1	16,7	0	50
Witalność	42,4	19,2	45,8	25	58,3	42,8	17,5	41,7	29,2	58,3
Postrzeganie bólu	31	21,8	33,3	16,7	41,7	31,3	22,3	33,3	8,3	50

¹Test Manna-Whitneya: U = 815; p < 0,05**Tabela 4.** Zmiany w różnych czynnikach jakości życia uwarunkowanej chorobą wśród osób po 60. roku życia z podziałem na płeć według skali EORTC QLQ**Table 4.** Changes in different dimensions of quality of life caused by observed symptoms in relation to gender group based on EORTC QLQ

Pacjenci w wieku 60 lat i starsi Skala SF-36	Mężczyźni					Kobiety				
	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	1. kwartył	2. kwartył	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	1. kwartył	2. kwartył
Ogólna ocena zdrowia	33,9	14,3	36	28	44	32,9	11,7	36	28	41
Funkcjonowanie fizyczne	41	20,7	45	25	60	35	19,4	35	16,7	53,3
Ograniczenie roli/ /problemy fizyczne	24,7	22,4	25	0	50	30,1	21,7	37,5	0	50
Spółeczne funkcjonowanie	54,4	26,6	60	30	80	53	22,5	60	40	70
Zdrowie psychiczne ¹	51	20,3	53,3	34,2	63,3	43,3	13,3	40	32,5	56,7
Ograniczenie roli/ /problemy emocjonalne	22,6	23,4	16,7	0	50	26,5	22,8	33,3	0	50
Witalność ²	46,8	19,8	45,8	33,3	62,5	37,5	12,5	37,5	28,1	45,8
Postrzeganie bólu	27,4	22,1	25	0	41,7	37,2	21,8	41,7	29,2	50

¹Test Manna-Whitneya: U = 333; p = 0,054; ²test Manna-Whitneya: U = 322,5; p = 0,053

tami młodszymi a starszymi. W grupie starszych chorych średnia subiektywna ocena stanu zdrowia fizycznego była niższa niż w przypadku młodszych (różnice istotne statystycznie; tab. 3). Analizując odmiennie w ocenie różnych wymiarów jakości życia przez ko-

biety i mężczyzn w starszej grupie wiekowej, można zauważyć istotne statystycznie różnice dotyczące oceny zdrowia psychicznego i poczucia witalności — w obu przypadkach starsze wiekiem kobiety dokonały bardziej negatywnych ocen (tab. 4).

Tabela 5. Samoocena konsekwencji obserwowanych objawów w różnych formach aktywności
Table 5. Self-assessment of consequences in different dimension of activity in relation to observed symptoms

		Pacjenci w wieku do 59. rż.		Pacjenci w wieku 60 lat i starsi	
		n	(%)	n	(%)
Czy występująca choroba martwi Pana/-ią?	Tak	57	95	62	92,5
	Nie	3	5	5	7,5
Czy wygląd zewnętrzny spowodowany chorobą/leczeniem jest utrudnieniem w życiu codziennym?	Tak	28	46,7	34	50,7
	Nie	28	46,7	28	41,8
	Nie dotyczy	4	6,7	5	7,5
Czy zmiana wyglądu spowodowana chorobą/leczeniem spowodowała zmniejszenie kontaktów z najbliższymi?	Nie	37	64,9	45	70,3
	Tak	9	15,8	10	15,6
	Trudno powiedzieć	9	15,8	9	14,1
	Nie dotyczy	2	3,5		
Czy występują u Pana/i trudności z jedzeniem?*	Tak	35	60,3	28	41,2
	Nie	23	39,7	40	58,8
Czy występują u Pana/i trudności z pićm?	Tak	17	28,3	13	19,7
	Nie	43	71,7	53	80,3
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się z bliskimi osobami?	Tak	15	25	14	20,6
	Nie	45	75	54	79,4
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się z obcymi osobami?	Tak	22	36,7	16	23,5
	Nie	38	63,3	52	76,5
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się przez telefon?	Tak	16	27,1	17	25
	Nie	43	72,9	51	75
Czy Pan/i ma kłopoty z barkiem lub ręką — mrowienie, drętwienie, ograniczenia w ruchach — związane z chorobą, z powodu której przebywa Pan/i w szpitalu?	Tak	10	18,2	17	27,4
	Nie	45	81,8	45	72,6

* $\chi^2 = 4,6$; $df = 1$; $p < 0,05$

Pacjenci z obu badanych grup oceniali różne aspekty występujących objawów. Ponad 90% z nich martwiło się swoją chorobą — 46,7% osób młodszych i 50,7% starszych chorych stwierdziło, że wygląd zewnętrzny spowodowany chorobą stanowi poważne utrudnienie w ich codziennym życiu, a około 15% badanych z obu grup zauważyło, że zmiany w wyglądzie spowodowały zmniejszenie kontaktów z najbliższymi osobami. Więcej młodszych chorych (60,3%) niż starszych (41,2%) zwróciło uwagę na trudności z jedzeniem (różnice istotne statystycznie) oraz pićm: (odpowiednio: 28,3% i 19,7%). Na kłopoty w porozumiewaniu się z najbliższymi wskazało 25% pacjentów z młodszej grupy i około 21% starszych osób. Trudności w porozumiewaniu się z obcymi osobami doświadczyło 36,7% młodszych chorych i 23,5% starszych. Około 25% badanych z obu grup miało problemy z porozumiewaniem się przez telefon (tab. 5).

Po przeanalizowaniu związków między percepcją różnych aspektów objawów chorobowych a poszczegól-

nymi wymiarami szeroko rozumianego zdrowia badanych tylko w młodszej grupie wiekowej stwierdzono związek między zmianą w wyglądzie spowodowaną chorobą (i w jej wyniku zmniejszeniem kontaktów z najbliższymi) a objawami depresji ($\chi^2 = 13,9$; $df = 3$; K-W $p < 0,05$).

Zarówno w młodszej, jak i w starszej grupie chorych zaobserwowano istotną zależność między objawami depresji a trudnościami w porozumiewaniu się wskutek choroby z obcymi osobami (w grupie młodszej: $U = 259,5$; $p < 0,05$; w grupie starszej: $U = 116,5$; $p < 0,05$), a także między objawami depresji a trudnościami w porozumieniu się przez telefon (odpowiednio: $U = 163,5$; $p < 0,05$ i $U = 140$; $p < 0,05$).

Ponadto w grupie starszych chorych stwierdzono związek między trudnościami w jedzeniu a lękiem ($U = 24,5$; $p < 0,05$) oraz trudnościami z pićm a depresją ($U = 134,5$; $p < 0,05$), a także trudnościami w porozumieniu się z bliskimi osobami a depresją ($U = 109$; $p < 0,05$; ta relacja dotyczyła także młodszych osób

Tabela 6. Występowanie objawów depresji w relacji do postrzeganych konsekwencji choroby w młodszej grupie pacjentów**Table 6.** Depression symptoms in relation to perception of disease consequences in younger group of patients

Pacjenci w wieku do 59. rż.		Średnia	Oddychlenie standardowe	Mediana	1. kwartyl	2. kwartyl
Czy występująca choroba martwi Pana/-ią?	Tak	14,9	4,2	14	12	18
	Nie	12	4	12	8	–
Czy wygląd zewnętrzny spowodowany chorobą/leczeniem jest utrudnieniem w życiu codziennym?	Tak	15,3	4,6	15	12	19
	Nie	14,9	3,8	14	12	16,8
Czy zmiana wyglądu spowodowana chorobą/leczeniem spowodowała zmniejszenie kontaktów z najbliższymi? ¹	Nie dotyczy	10,8	3,4	10	8	14,3
	Trudno powiedzieć	17	4,1	16	13,3	21,8
Czy występują u Pana/i trudności z jedzeniem?	Tak	17,9	4,8	20	14	21
	Nie	13,9	3,4	13	12	16
Czy występują u Pana/i trudności z piciem?	Tak	16,5	4,5	16	12,5	21
	Nie	14,1	4	14	11,8	16,3
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się z bliskimi osobami? ²	Tak	16,7	4,5	16	13	21
	Nie	14,1	4	13	12	17
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się z obcymi osobami? ³	Tak	16,4	4,2	16	12,5	20
	Nie	13,9	4	13	11	16,3
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się przez telefon? ⁴	Tak	17,6	4,2	19	13	21
	Nie	13,8	3,9	13	11	16
Czy Pan/i ma kłopoty z barkiem lub ręką — mrowienie, drętwienie, ograniczenia w ruchach — związane z chorobą, z powodu której przebywa Pan/i w szpitalu? ⁵	Tak	18	3,7	18	15,5	21
	Nie	14,1	4,2	13	11	16,8

¹Test Kruskala-Wallis: $\chi^2 = 13,9$; $df = 3$; $p < 0,05$; ²test Manna-Whitneya: $U = 213,5$; $p < 0,05$; ³test Manna-Whitneya: $U = 259,5$; $p < 0,05$; ⁴test Manna-Whitneya: $U = 163,5$; $p < 0,05$; ⁵test Manna-Whitneya: $U = 104,5$; $p < 0,05$

$U = 213,5$; $p < 0,05$). Wykazano również związek między lękiem a trudnościami w porozumieniu się z osobami bliskimi ($U = 128$; $p < 0,05$) oraz obcymi ($U = 140$; $p < 0,05$; tab. 6, 7).

Dyskusja

Na podstawie przeprowadzonej analizy wykazano, że objawy chorobowe występujące w okresie przedoperacyjnym powodowały istotne zaburzenia w ocenie stanu fizycznego, w stanie funkcjonalnym badanych i w możliwościach pełnienia funkcji społecznych. Na te właśnie uwarunkowania związane z zakłóceniami w codziennym życiu wskazał w 1968 roku Mechanic [19], uznając je za potencjalne predyktory decydujące

o zgłoszeniu się pacjenta do lekarza w celu szukania fachowej pomocy. Badani zwracali również uwagę na trudności w spożywaniu pokarmów i piciu oraz problemy z porozumiewaniem się z otoczeniem jako na znaczące konsekwencje choroby, które wpływały na poziom objawów depresyjnych.

Przedstawione wyniki dowiodły, że bez względu na zastosowane skale, postrzegane zmiany w ocenie stanu fizycznego, możliwościach pełnienia dotychczasowych funkcji społecznych były mocniej odczuwane przez młodsze osoby niż przez starsze. Oznacza to, że objawy chorobowe wiążą się z większymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu młodszych chorych niż starszych, natomiast objawy zmęczenia

Tabela 7. Występowanie objawów depresji w relacji do postrzeganych konsekwencji choroby w starszej grupie pacjentów**Table 7.** Depression symptoms in relation to perception of disease consequences in older group of patients

Pacjenci w wieku 60 lat i starsi		Średnia	Odczylenie standardowe	Mediana	1. kwartyl	2. kwartyl
Czy występująca choroba martwi Pana/-ią?	Tak	14,3	4	14	11	16,3
	Nie	15,4	4,3	16	11	19,5
Czy wygląd zewnętrzny spowodowany chorobą/leczeniem jest utrudnieniem w życiu codziennym?	Tak	15,4	4,3	14,5	12	19
	Nie	13,7	3,6	13	11	16
Czy zmiana wyglądu spowodowana chorobą/leczeniem spowodowała zmniejszenie kontaktów z najbliższymi?	Nie dotyczy	11,8	1,6	11	10,5	13,5
	Tak	15,7	4,9	15,5	12,3	19,3
	Nie	13,7	3,4	13	11	16
Czy występują u Pana/i trudności z jedzeniem?	Trudno powiedzieć	16,8	4,5	16,5	14,3	20,3
	Nie dotyczy	0	0	0	0	0
Czy występują u Pana/i trudności z jedzeniem?	Tak	15,4	4,7	14	12	19,3
	Nie	13,8	3,4	14	11	16
Czy występują u Pana/i trudności z piciem? ¹	Tak	17,3	5,1	17	14	22
	Nie	13,7	3,4	13	11	16
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się z bliskimi osobami? ²	Tak	17,9	4,2	17	14	22
	Nie	13,6	3,5	13	11	16
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się z obcymi osobami? ³	Tak	17,8	4,1	18	14	21,5
	Nie	13,5	3,4	13	11	16
Czy występują u Pana/i trudności w porozumiewaniu się przez telefon? ⁴	Tak	17,5	4,2	17	14	21
	Nie	13,5	3,5	13	11	16
Czy Pan/i ma kłopoty z barkiem lub ręką — mrowienie, drętwienie, ograniczenia w ruchach — związane z chorobą, z powodu której przebywa Pan/i w szpitalu?	Tak	15,2	4,2	14	13	18
	Nie	13,5	3,5	13	11	16

¹Test Manna-Withneya: $U = 134,5$ $p < 0,05$; ²test Manna-Withneya: $U = 109$ $p < 0,05$; ³test Manna-Withneya: $U = 116,5$ $p < 0,05$; ⁴test Manna-Withneya: $U = 140$ $p < 0,05$

mocniej zaznaczyły się w ocenach stanu zdrowia u starszych pacjentów. Wśród osób w grupie wiekowej 60 lat i powyżej stwierdzono wyraźne różnice między mężczyznami i kobietami.

Objawy chorobowe, takie jak zmiany w wyglądzie, problemy z porozumiewaniem się, trudności w połykaniu pokarmów mogą stanowić poważne utrudnienie w relacjach społecznych oraz wywoływać zmiany w stanie emocjonalnym i sprzyjać depresji. Szczególnie zmiany w obrazie ciała, związane z koniecznością przyjęcia nowej samoidentyfikacji i nadaniem nowej tożsamości choremu przez jego otoczenie, nabierają szczególnego

znaczenia w odniesieniu do oczekiwań związanych z leczeniem i późniejszą oceną jakości życia [16, 17, 20]. Ukazanie różnic w ocenie jakości życia uwarunkowanej objawami chorobowymi wśród młodszych i starszych chorych wskazuje na odmienności wynikające z wieku w postrzeganiu choroby oraz może pozwolić na prognozowanie zmian, jakie mogą nastąpić w ocenie jakości życia po przebytych leczeniu. Zwraca również uwagę fakt, że odmiennie samooceny stanu zdrowia dokonane przez pacjentów w zależności od wieku mogą być również wyrazem innych uwarunkowań zależnych od wieku, których

wpływ bezpośrednio lub pośrednio może zaważyć na ocenie wyników terapii.

Przedstawione różnice w percepcji choroby w zależności od wieku chorych powinny być podstawą od-

miennych wzorów komunikacji lekarzy z pacjentami, wychodząc naprzeciw różnemu znaczeniu poszczególnych wymiarów jakości życia wśród młodszych i starszych chorych [21].

Streszczenie

Celem niniejszej pracy była ocena zmian jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (w wyniku objawów chorobowych) w zależności od wieku w grupie 128 chorych z nowotworami głowy i szyi. Badanie przeprowadzono w dniu przed zabiegiem chirurgicznym. Kwestionariusz obejmował skale, takie jak: EORTC QLQ-C30, EORTC H&N 35, SF-36 oraz HADS. Analizę statystyczną wykonano za pomocą testu χ^2 , współczynnika korelacji V Cramera oraz testów Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa. Wykazano istotne statystycznie różnice w odniesieniu do percepcji zmian w stanie fizycznym i funkcjonalnym oraz w pełnieniu funkcji społecznych między młodszymi i starszymi pacjentami. Osoby młodsze dostrzegały więcej ograniczeń w codziennej aktywności w wyniku występujących objawów i częściej też stwierdzano u nich związek między tymi ograniczeniami a objawami depresji. U starszych chorych odnotowano relacje między ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu a poziomem lęku. Zaobserwowano odmienne wzory zachowań u młodszych i starszych chorych z nowotworami głowy i szyi.

słowa kluczowe: zachowania w chorobie, młodzi i starsi chorzy, zmiany w jakości życia uwarunkowane stanem zdrowia, nowotwory głowy i szyi

Piśmiennictwo

1. Mechanic D.: *Health and illness behavior and patient-practitioner relationship*. Soc. Sci. Med. 1992; 34: 1345–1350.
2. Furhman A.: *Explaining health and illness: lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and nature of recovery*. Soc. Sci. Med. 1994; 39: 715–721.
3. Fife B.: *The measurement of meaning in illness*. Soc. Sci. Med. 1995; 40: 1021–1028.
4. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Wyd. UJ, Kraków 1999; 1–103.
5. Gift H.C., Atchison K.A., Dayton C.M.: *Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life*. Soc. Sci. Med. 1997; 44: 601–608.
6. Carr A.J., Gibson B., Robinson P.G.: *Is quality of life determined by expectations or experience?* W: Carr A.J., Higginson I.J., Robinson P.G.: *Quality of life*. BMJ, Londyn 2003; 9–19.
7. Berman S.H., Wandersman A.: *Measuring knowledge of cancer*. Soc. Sci. Med. 1991; 32: 1245–1255.
8. De Nooijer J., Lechner L., de Vries H.: *Social psychological correlates of paying attention to cancer symptoms and seeking medical help*. Soc. Sci. Med. 2003; 56: 915–920.
9. Salander P.: *Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients*. Soc. Sci. Med. 2002; 55: 721–732.
10. Lieban R.W.: *From illness to symbol and symbol to illness*. Soc. Sci. Med. 1992; 35: 183–188.
11. Ell K.: *Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection*. Soc. Sci. Med. 1996; 42: 173–183.
12. Tempelaar R., de Haes J.C.J.M., de Ruiten J.H., Bakker D., van den Heuvel W.J.A., van Nieuwenhuijzen M.G.: *The social experiences of cancer patients under treatment: a comparative study*. Soc. Sci. Med. 1989; 29: 635–642.
13. Hodges L.J., Humphris G.M., Macfarlane G.: *A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers*. Soc. Sci. Med. 2005; 60: 1–12.
14. Tishelman C., Taube A., Sachs L.: *Self-reported symptom distress in cancer patients: reflections of disease, illness or sickness?* Soc. Sci. Med. 1991; 33: 1229–1240.
15. Bloom J.R., Kessler L.: *Emotional Support Following Cancer: a test of the stigma and social activity hypotheses*. J. Health Social. Behav. 1994; 35: 118–133.
16. De Ridder D., Depla M., Severens P., Malsch M.: *Beliefs on coping with illness: a consumer's perspective*. Soc. Sci. Med. 1997; 44: 553–559.
17. Sharpe L., Curran L.: *Understanding the process of adjustment to illness*. Soc. Sci. Med. 2006; 62: 1153–1166.
18. Stoller E.P., Forster L.E., Portugal S.: *Self-care responses to symptoms by older people*. Med. Care 1993; 31: 24–39.
19. Mechanic D.: *Medical Sociology*. Collier Macmillan Publishers, Londyn 1978.
20. Kelly M.P., Field D.: *Medical sociology, chronic illness and the body*. Sociol. Health Illness 1996; 18: 241–257.
21. Arora N.K.: *Interacting with cancer patients: the significance of physicians communication behaviour*. Soc. Sci. Med. 2003; 57: 791–806.