

Trajektorie jakości życia w zależności od wieku kobiet leczonych z powodu raka piersi

Trajectories of health related quality of life in relation to age of women survived from breast cancer (in comparison to women with benign tumor)

Beata Tobiasz-Adamczyk¹, Katarzyna Zawisza¹, Paulina Rolska¹, Marzena Florek¹,
Diana Hodorowicz-Zaniewska²

¹Zakład Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

²I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

Streszczenie

Wstęp. Dotychczasowe badania kobiet z rakiem piersi nie przyniosły jednoznacznej odpowiedzi na pytanie jak diagnoza i późniejsza jakość życia zależą od wieku pojawienia się choroby. **Cel.** Prześladowano trajektorie przebiegu oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia kobiet młodszych w wieku do 50 lat i starszych w wieku 51 lat i powyżej, leczonych z powodu raka piersi. **Materiał i metody.** Badaniami objęto kobiety zgłaszające się do Regionalnej Poradni Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi I Katedry Chirurgii UJ CM w Krakowie, w trzech etapach: I przed zabiegiem operacyjnym oraz w II (6 miesięcy) i III etapie (12 miesięcy) po zakończeniu leczenia postępując się skalą SF-36. W analizie statystycznej zastosowano uogólnione równania estymujące. **Wyniki.** Nie potwierdzono zmian w funkcjonowaniu społecznym starszych kobiet, natomiast u młodszych funkcjonowanie społeczne początkowo uległo poprawie, a następnie obniżyło się. Ograniczenia w rolach na skutek problemów fizycznych oraz poziom bólu zmniejszały się wraz z upływem czasu od zabiegu w starszej grupie wiekowej, w tej grupie nastąpiła również poprawa w funkcjonowaniu fizycznym. W starszej grupie wiekowej kobiety nigdy niezamężne gorzej oceniały ogólny stan zdrowia, jak również wykazywały większe ograniczenia w rolach z powodu problemów fizycznych oraz problemów emocjonalnych niż te przebywające z związku małżeńskim. Starsze kobiety będące po rozwodzie lub w separacji gorzej oceniały funkcjonowanie społeczne. Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości w obu grupach kobiet było związane z wyższą witalnością, ponadto u starszych kobiet z lepszą oceną zdrowia psychicznego oraz mniejszymi ograniczeniami z powodu problemów fizycznych. Starsze aktywnie zawodowo kobiety odznaczały się lepszym funkcjonowaniem fizycznym i społecznym oraz mniejszym ograniczeniem w rolach w związku z problemami emocjonalnymi. **Wnioski.** Prześledzenie przebiegu trajektorii jakości życia u starszych i młodych kobiet leczonych z powodu raka piersi w porównaniu do kobiet leczonych z powodu zmian łagodnych pozwala na określenie wpływu czasu na oceny poszczególnych wymiarów jakości życia. Potwierdzono odmienności w ocenie różnych wymiarach jakości życia przez starsze i młodsze kobiety leczone z powodu raka piersi. Takie uwarunkowania jak stan cywilny i aktywność zawodowa były istotnymi wyznacznikami oceny jakości życia po zakończeniu leczenia z powodu raka piersi. (Gerontol Pol 2016, 24, 192-206)

Słowa kluczowe: trajektorie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, wiek, kobiety z rakiem piersi, kobiety ze zmianami łagodnymi

Abstract

Introduction. Existing research concerned with breast cancer have not provided a clear answer how cancer diagnosis and later quality of life have been influenced by age in which the diagnosis was concluded. **Aim.** The research aims at investigating the trajectories of assessment regarding the health related quality of life in younger (18-50 yrs) and older (51yrs +) women with breast cancer, using SF-36 questionnaire based on the model of generalize estimating equation. **Material and methods.** The study was performed among patients of Regional Outpatients Unit of Early Diagnosis and Treatment of Breast Diseases of I Department of Surgery, Medical College of Jagiellonian University in three stages: before surgical treatment (basic study) and in 6months and 12 months after the treatment. **Results.** There were no changes observed in social functioning of older women with breast cancer, although in younger women social functioning at the beginning increased, and decreased later significantly. Limitations in performed social roles due to physical health problems as well as the pain levels have been changing in older group of women during the period of observation. Older unmarried women poorly as-

essed their general health status and they exhibited higher level of limitations in fulfilling their social roles, what was caused by physical and emotional problems, compared to the married participants. Older divorced or in separation women assessed their social functioning as a poorer quality. Looking forward in a hopeful manner towards the future in both age groups was associated with higher level of vitality, and in older women, additionally with higher level of self-assessment concerning their mental health and lower level of role limitations caused by physical problems. Older women involved in professional activity presented better physical and social functional status and fewer limitations in social roles caused by emotional status. **Conclusions.** Following the course of the quality of life trajectory in older and young females treated for breast cancer in comparison to females treated for benign tumors allows specifying the influence of time on assessing respective quality of life dimensions. Diversity in assessing various dimensions concerning quality of life has been confirmed in older and young females treated for breast cancer. Marital status and professional activity constituted a significant determinant of quality of life after breast cancer treatment was completed. (*Gerontol Pol* 2016, 24, 192-206)

Keywords: trajectories of health related quality of life, age, women with breast cancer, women with benign tumor

Wstęp

Zarówno w badaniach nad zachowaniami w chorobie, jak i w badaniach nad jakością życia kobiet, które w wyniku zachorowania na raka piersi przeszły różne formy leczenia (operacje chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię) wskazuje się na wiek w momencie postawienia diagnozy jako jeden z podstawowych wyznaczników stopnia adaptacji do choroby i konsekwencji jej leczenia. Prowadzone badania nad znaczeniem wieku kobiet z rakiem piersi z perspektywy psychospołecznych konsekwencji tej diagnozy, odnoszą się przede wszystkim do różnych wymiarów jakości życia w poszczególnych fazach życia. Zwraca się uwagę na fakt, że kobiety młodsze do 45 roku życia w momencie diagnozy są w okresie realizacji swoich planów związanych z rodziną, wychowywaniem dzieci, rozwijaniem kariery zawodowej. Kobiety w średnim wieku (46-65 lat) muszą się liczyć z różnymi zmianami w stanie zdrowia fizycznego i samopoczucia psychicznego związanymi z okresem menopauzy, a także zmianami w rolach społecznych i w relacjach społecznych z dorosłymi lub dorastającymi dziećmi; natomiast kobiety starsze (66 lat i powyżej) znajdują się w odmiennej sytuacji wynikającej z przejścia na emeryturę, ryzyka ograniczeń w aktywności fizycznej i ryzyka utraty (śmierci) małżonka lub przyjaciół [1]. Wiek w momencie diagnozy będący wskaźnikiem etapu życia ma istotne znaczenie dla długoterminowej jakości życia kobiet z rakiem piersi [2].

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia odnosi się do wielowymiarowej koncepcji ogólnej jakości życia, wskazując na wielość wymiarów obejmujących to pojęcie takich jak: zdrowie somatyczne - (ból lub symptomy), zdolność funkcjonowania, dobrostan rodzinny, dobrostan emocjonalny, duchowość, zadowolenie z zastosowanego leczenia (wraz z finansowymi kosztami leczenia), plany na przyszłość, seksualność, obraz ciała, społeczne funkcjonowanie, zawodowe funkcjonowanie, osobiste preferencje. Stworzono różne konstrukty stoso-

wane dla określenia wskaźników jakości życia - większość z nich dotyczy sfery społecznej i odnosi się do warunków mieszkaniowych lub zatrudnienia, zadowolenia z opieki medycznej, jej efektywności, kosztów opieki, zmierzając do określenia dobrostanu zgodnie z definicją zdrowia, stworzoną przez WHO [3]. Obecnie definicje te koncentrują się na subiektywnej ocenie życia jako całości, tj. satysfakcji pacjentek z poziomu ich funkcjonowania w porównaniu do idealnego wzoru funkcjonowania. Definicje zwracają także uwagę na znaczenie subiektywnych doświadczeń pacjentek, wskazując na rolę wartości i preferencji w odniesieniu do zdrowotnych konsekwencji [4].

Model jakości życia dla chorych z rakiem piersi, stworzony przez Knobf (Quality of Life Model for Breast Cancer Survivors) [5] dowodzi, że jakość życia kobiet jest znacząco zdeterminowana jest przez 4 wymiary: fizyczny dobrostan (zdolność funkcjonowania, zmęczenie/witalność, stan zdrowia fizycznego, objawy menopauzy, płodność, poczucie komfortu, przybywanie na wadze), psychologiczny dobrostan (czynniki osobowościowe, poczucie niepewności przyszłości, lęk przed wznową choroby, napięcia/depresję, funkcje poznawcze/uwagę, komunikację, informacje, emocjonalne wsparcie, izolację, porzucenie); społeczny dobrostan (role rodzinne, relacje międzyludzkie, seksualność, koncepcję własnej osoby/wyglądu zewnętrznego, zatrudnienie/aktywność w czasie wolnym, wsparcie społeczne, zasoby finansowe, wynikające z zatrudnienia), oraz z duchowego dobrostanu (znaczenie przypisywane chorobie, religijność, transcendencja, nadzieja). W badaniach nad jakością życia kobiet, które przeszły leczenie z tej przyczyny wskazuje się na występujący lęk przed nawrotem choroby, zmiany nastroju (smutek, frustrację, złość) poczucie utraty (usunięcie piersi), konieczności akceptacji zmiany w obrazie ciała, przystosowania się do zmienionych pod wpływem choroby sposobów pełnienia ról społecznych [6-8].

Wypracowany przez Loerzel i wsp. model jakości życia kobiet z rakiem piersi z perspektywy procesu sta-

zenia się (Model of Quality of Life in Ageing Breast Cancer Survivors) [9] opisuje relację pomiędzy kulturą, doświadczeniami, wartościami a pozycją kobiet starszych w sytuacji choroby, ich zdrowiem fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym dobrostanem oraz jakością życia, podporządkowując ten łańcuch zależności przebiegowi chorowania, zdeterminowanemu przez proces starzenia się. Podkreślić należy, że w różnych badaniach pojęcie kobiety „młodsze vs starsze” jest różnie traktowane – w jednych granicą jest wiek 50 lat w innych 55 lat, jeszcze w innych 60 lub 65 lat.

Dotychczas prowadzone badania w różnych grupach wiekowych kobiet z rakiem piersi nie przynoszą jednoznacznej odpowiedzi na pytanie jak diagnoza i późniejsza jakość życia zależą od wieku pojawienia się choroby, tzn. czy aktywność życiowa i dobrostan psychiczny zostają bardziej zakłócone u kobiet młodszych czy starszych [10]. Z jednych badań wynika, że kobiety w młodszych grupach wiekowych charakteryzują się niższym poziomem dystresu w sytuacji leczenia zachowawczego, a u kobiet starszych (powyżej 50 roku życia) ten stres jest wyższy. Inne badania dotyczące kobiet, które przeżyły 5 lat po zakończeniu leczenia pokazały, że kobiety młodsze poniżej 65 roku życia oznaczały się niższym poziomem napięcia w porównaniu do rówieśniczek, które ostatnio zostały zdiagnozowane. Również badania przytaczane przez Bloom [10] wykazały, że kobiety młodsze (poniżej 55 roku życia) bardziej niż kobiety starsze negatywnie przeżywają swoją chorobę (wyższy poziom napięcia, wyższy poziom emocjonalnego i finansowego dystresu w związku z czynnościami dnia codziennego).

Cel

W przedstawionej analizie podjęto próbę prześledzenia trajektorii przebiegu oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia kobiet leczonych z powodu raka piersi w porównaniu do kobiet ze zmianami łagodnymi, biorąc pod uwagę wyróżnione w zależności od wieku dwie grupy kobiet tj. młodszych w wieku do 50 lat i starszych w wieku 51 lat i powyżej. Założono odmienny przebieg trajektorii jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w każdej z wyłonionych grup wiekowych kobiet (w młodszej i starszej) w zależności od potwierdzonej patologicznie zmiany o charakterze nowotworu złośliwego lub zmiany łagodnej, a także od szeregu determinantów o charakterze demograficzno-społecznym [11].

Material i metody

Badaniami objęto kobiety zgłaszające się do Regionalnej Poradni Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi I Katedry Chirurgii UJ CM w Krakowie w okresie od sierpnia 2006 roku do listopada 2011 roku, które wyraziły zgodę na wypełnienie samowrotnego kwestionariusza, w okresie oczekiwania na proponowane leczenie [11]. Spośród 360 kwestionariuszy rozdanych pacjentkom przed wykonaniem zabiegu chirurgicznego, wypełnionych zostało 209 (współczynnik zwrotności 58%). Ostatecznie zrezygnowano z informacji uzyskanych od 20 chorych ze względu na zbyt liczne braki w odpowiedziach. W II i III etapie badania założono zebranie danych o jakości życia kobiet objętych badaniem I, w określonych przedziałach czasowych po zabiegu operacyjnym. W II etapie badania podjętym w pół roku po przebytych zabiegu operacyjnym wysłana pocztą ankieta zawierała pytania zmierzające do oceny jakości życia. W III etapie badania zwrócono się kolejny raz do badanych o ocenę jakości życia po upływie 12 miesięcy od daty zabiegu operacyjnego.

W prezentowanej analizie dotyczącej II i III etapu badania ocena jakości życia warunkowanej stanem zdrowia wykonana została przy użyciu kwestionariusza SF-36 (The 36-item short form of the Medical Outcomes Study questionnaire), za pomocą którego można uzyskać informacje o ośmiu wymiarach takich jak: ogólna percepcja zdrowia, funkcjonowanie fizyczne, ograniczenie w rolach na skutek problemów fizycznych, ból, funkcjonowanie społeczne, zdrowie psychiczne, ograniczenie w rolach ze względu na problemy emocjonalne oraz witalność. Wyniki skal zostały przekodowane do wartości od 0 do 100, w taki sposób, aby wyższe wartości na oznaczały wyższe nasilenie badanej cechy [12,13]. Zastosowany kwestionariusz ankiety zawierał również pytania o dane społeczno-demograficzne takie jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, a także o kontekst sytuacji emocjonalnej badanych kobiet, tj. poczucie samotności, częstość wpadania w zdenerwowanie lub podekscytowanie, gdy stawały twarzą w twarz z nerwową lub nieoczekiwana sytuacją, pozytywne myślenie o przyszłości lub jego brak. Ponadto pytano o otrzymywane wsparcie społeczne oraz o aktywność fizyczną. W II etapie badania zebrano dane o ocenie jakości życia od 52 kobiet z potwierdzoną zmianą nowotworową oraz od 83 kobiet leczonych z powodu zmiany łagodnej. W III etapie badania na ankietę odpowiedziało 47 kobiet leczonych z powodu zmiany nowotworowej i 88 kobiet leczonych z powodu zmian łagodnych (7 kobiet ze zmianami złośliwymi i 5 kobiet

ze zmianami łagodnymi wzięło udział w III etapie, nie odpowiadając na ankietę w II etapie).

Analiza statystyczna

Porównanie grup pod względem częstości występowania cech społeczno-demograficznych wykonano za pomocą testu chi kwadrat. W celu oceny zmian w czasie w poszczególnych wymiarach jakości życia mierzonej skalą SF-36 zarówno w młodszej, jak i starszej grupie kobiet, zastosowano uogólnione równania estymujące. Weryfikowano istotność zmian w czasie, istotność różnic w średniej ocenie wymiarów w badanym okresie w zależności od rozpoznania oraz istotność interakcji czasu i rozpoznania. Jako funkcje wiążącą wykorzystano identyczność. Kolejno uogólnione równania estymujące użyto w celu oceny następujących zmiennych: stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa, poziom oczekiwanego wsparcia, poczucie samotności, myślenia z wiarą i nadzieją o przyszłości, wpadanie w zdenerwowanie oraz kondycja fizyczna jako determinantów średniej oceny poszczególnych wymiarów jakości życia mierzonych skalą SF-36 w trzech przedziałach czasowych wśród młodszych i starszych kobiet ze zmianami złośliwymi.

Analiza statystyczna została przeprowadzona z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics 23.

Wyniki

W tabeli I przedstawiono rozkład badanych kobiet w dwóch grupach wiekowych (młodszej i starszej) w zależności od charakteru zdiagnozowanej zmiany w relacji do trzech wymiarów czasowych, w których przeprowadzono badania. W grupie kobiet z diagnozą nowotworową przeważały starsze wiekiem kobiety (77,5%), w grupie ze zmianami łagodnymi było mniej więcej tyle samo kobiet w młodszej jak i starszej grupie wiekowej.

Istotne różnice w II i III etapie badań w młodszej grupie kobiet zaobserwowano pomiędzy leczonymi z powodu zmiany złośliwej i zmiany łagodnej w ocenie oczekiwanego wsparcia. Również w III etapie w młodszej grupie wiekowej odnotowano różnice istotne w kondycji fizycznej pomiędzy obu badanymi grupami (tabela II).

W odniesieniu do ogólnej percepcji zdrowia (wykres 1) nie zaobserwowano istotnych różnic w przebiegu trajektorii zarówno w młodszej, jak i w starszej grupie wiekowej, nie stwierdzono też istotnych różnic w zależności od rozpoznania. Młodsze kobiety ze zmianami złośliwymi gorzej oceniały funkcjonowanie fizyczne niż te ze zmianami łagodnymi, w grupie kobiet starszych wykazano istotną poprawę funkcjonowania fizycznego w czasie. Ograniczenia w rolach na skutek problemów fizycznych oraz poziom bólu zmniejszały się wraz z upływem czasu od zabiegu w starszej grupie wiekowej, ponadto wykazano istotne różnice w obu grupach wiekowych w ocenie tych wymiarów jakości życia w zależności od rozpoznania. Nie potwierdziły się zmiany w ocenie funkcjonowania społecznego starszych kobiet, natomiast u młodszych funkcjonowanie społeczne początkowo uległo poprawie, a następnie obniżyło się i było istotnie lepiej oceniane w grupie kobiet ze zmianami łagodnymi. Również w młodszej grupie wiekowej zaobserwowano różnice w czasie w odniesieniu do oceny ogólnego zdrowia psychicznego. Ograniczenia w rolach ze względu na problemy emocjonalne były wyższe zarówno w starszej, jak i młodszej grupie kobiet, u których stwierdzono zmiany złośliwe.

W kolejnym kroku przedstawiono determinanty wymiarów jakości życia warunkowanej stanem zdrowia wśród młodszych i starszych kobiet, u których stwierdzono zmiany złośliwe (tabela III). W starszej grupie wiekowej kobiety nigdy niezamężne gorzej oceniały ogólny stan zdrowia, wykazywały większe ograniczenia w rolach z powodu problemów fizycznych oraz problemów emocjonalnych niż te przebywające w związku małżeńskim, jak również starsze kobiety będące po roz-

Tabela I. Rozkład wieku badanej populacji kobiet w grupach ze zmianami złośliwymi i łagodnymi na każdym etapie badania

Table I. Age distribution of women under study at every stage of the follow-up in women with benign and malignant tumors

Wiek [n(%)]	I etap: przed zabiegiem		II etap: od 5 do 12 miesięcy po zabiegu		III etap: powyżej 12 miesięcy	
	Zmiana złośliwa (n = 52)	Zmiana łagodna (n = 100)	Zmiana złośliwa (n = 40)	Zmiana łagodna (n = 83)	Zmiana złośliwa (n = 47)	Zmiana łagodna (n = 88)
18-50 lat	12 (23,1)	49 (49,0)	9 (22,5)	42 (50,6)	10 (21,3)	42 (47,7)
51 lat i więcej	40 (76,9)	51 (51,0)	31 (77,5)	41 (49,4)	37 (78,7)	46 (52,3)
	$p^{\text{CHI}2} = 0,001$		$p^{\text{CHI}2} = 0,002$		$p^{\text{CHI}2} = 0,002$	

$p^{\text{CHI}2}$ – wartość p dla testu chi-kwadrat

Tabela II. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej populacji kobiet młodszych i starszych w grupach ze zmianami złośliwymi i łagodnymi na każdym etapie badania

	18-50 lat						51 lat i więcej					
	I etap: przed zabiegiem		II etap: od 5 do 12 miesięcy po zabiegu		III etap: powyżej 12 miesięcy		I etap: przed zabiegiem		II etap: od 5 do 12 miesięcy po zabiegu		III etap: powyżej 12 miesięcy	
	Zmiana złośliwa (n = 12)	Zmiana łagodna (n = 49)	Zmiana złośliwa (n = 9)	Zmiana łagodna (n = 42)	Zmiana złośliwa (n = 10)	Zmiana łagodna (n = 42)	Zmiana złośliwa (n = 40)	Zmiana łagodna (n = 51)	Zmiana złośliwa (n = 31)	Zmiana łagodna (n = 41)	Zmiana złośliwa (n = 37)	Zmiana łagodna (n = 46)
Stan cywilny [n (%)]	zameżna lub w związku ze stałym partnerem											
	rozwidziona lub w separacji											
	wdowa											
	nigdy nie zameżna											
Wykształcenie [n (%)]	zawodowe lub niższe											
	średnie											
	licencjat lub wyższe											
	p ^F = 0,472 p ^F = 0,683 p ^F = 1,000 p ^F = 0,736 p ^F = 0,975 p ^F = 0,942											
Aktywność zawodowa [n (%)]	renta											
	emerytura											
	nie pracuje zawodowo											
	pracuje zawodowo/uczy się											
Oczekiwane wsparcie [n (%)]	p ^F = 0,891 p ^F = 0,655 p ^{CHI2} = 0,094 p ^{CHI2} = 0,460 p ^F = 0,776 p ^{CHI2} = 0,174											
	co najwyżej w niewielu sprawach											
	w pewnych sprawach											
	w wielu sprawach											
we wszystkim czego potrzebuje												
p ^F = 0,206 p ^F = 0,136 p ^F = 0,051 p ^F = 0,574 p ^F = 0,064 p ^F = 0,127												
p ^F = 1,000 p ^F = 0,029 p ^F = 0,046 p ^F = 0,657 p ^F = 0,096 p ^F = 0,363												

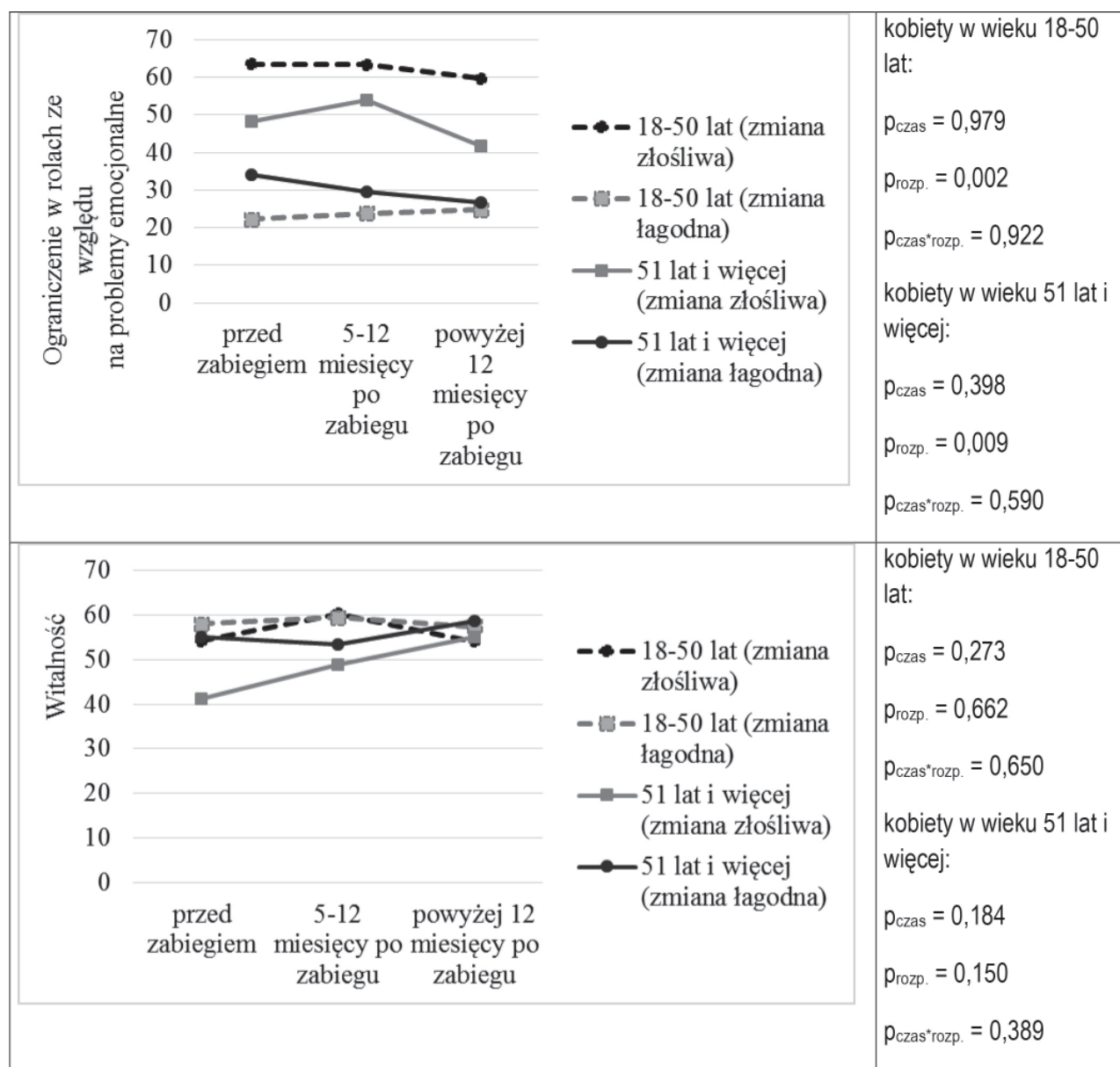
Tabela II. ciąg dalszy
Table II. continued

	18-50 lat						51 lat i więcej					
	I etap: przed zabiegiem		II etap: od 5 do 12 miesięcy po zabiegu		III etap: powyżej 12 miesięcy		I etap: przed zabiegiem		II etap: od 5 do 12 miesięcy po zabiegu		III etap: powyżej 12 miesięcy	
	Zmiana złośliwa (n = 12)	Zmiana łagodna (n = 49)	Zmiana złośliwa (n = 9)	Zmiana łagodna (n = 42)	Zmiana złośliwa (n = 10)	Zmiana łagodna (n = 42)	Zmiana złośliwa (n = 40)	Zmiana łagodna (n = 51)	Zmiana złośliwa (n = 31)	Zmiana łagodna (n = 41)	Zmiana złośliwa (n = 37)	Zmiana łagodna (n = 46)
Poczucie samotności [n (%)]	co najwyżej w niewielu sprawach		0 (0)	5 (10,2)	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)	3 (7,7)	6 (15)	3 (5,9)	5 (16,1)	3 (8,1)
	w pewnych sprawach		6 (50)	19 (38,8)	3 (37,5)	13 (35,1)	5 (62,5)	10 (25,6)	16 (40)	15 (29,4)	10 (32,3)	12 (31,6)
	w wielu sprawach		6 (50)	25 (51)	5 (62,5)	23 (62,2)	3 (37,5)	26 (66,7)	18 (45)	33 (64,7)	16 (51,6)	23 (60,5)
Myślenie z wiarą i nadzieją [n (%)]	cały czas/większość czasu		9 (75)	21 (42,9)	2 (25)	20 (54,1)	3 (37,5)	15 (38,5)	19 (48,7)	24 (47,1)	10 (32,3)	13 (34,2)
	znaczna część czasu		1 (8,3)	12 (24,5)	3 (37,5)	5 (13,5)	1 (12,5)	7 (17,9)	5 (12,8)	10 (19,6)	8 (25,8)	8 (21,1)
	czasami lub rzadziej		2 (16,7)	16 (32,7)	3 (37,5)	12 (32,4)	4 (50)	17 (43,6)	15 (38,5)	17 (33,3)	13 (41,9)	17 (44,7)
Wpadanie w zdenerwowa- nie [n (%)]	dość często/zawsze		4 (33,3)	15 (30,6)	2 (25)	14 (37,8)	4 (50)	16 (41)	15 (37,5)	14 (28)	12 (38,7)	9 (23,7)
	czasami		5 (41,7)	26 (53,1)	4 (50)	14 (37,8)	3 (37,5)	16 (41)	17 (42,5)	28 (56)	13 (41,9)	20 (52,6)
	nigdy		3 (25)	8 (16,3)	2 (25)	9 (24,3)	1 (12,5)	7 (17,9)	8 (20)	8 (16)	6 (19,4)	9 (23,7)
Kondycja fizy- czna [n (%)]	niska		3 (30)	6 (12,8)	3 (37,5)	7 (17,1)	7 (70)	6 (14,3)	13 (40,6)	15 (32,6)	16 (53,3)	17 (41,5)
	średnia		3 (30)	13 (27,7)	3 (37,5)	8 (19,5)	2 (20)	10 (23,8)	13 (40,6)	20 (43,5)	4 (13,3)	9 (22)
	wysoka		4 (40)	28 (59,6)	2 (25)	26 (63,4)	1 (10)	26 (61,9)	6 (18,8)	11 (23,9)	10 (33,3)	15 (36,6)
	p ^F = 0,356		p ^F = 0,090		p ^F = 0,001		p ^F = 0,001		p ^F = 0,773		p ^F = 0,706	

p^F – wartość p dla dokładnego testu Fishera, p^{CHI2} – wartość p dla testu chi-kwadrat

	p dla testów efektów modelu
<p>Ogólna percepcja zdrowia</p> <p>przed zabiegiem 5-12 miesięcy po zabiegu powyżej 12 miesięcy po zabiegu</p> <ul style="list-style-type: none"> 18-50 lat (zmiana złośliwa) 18-50 lat (zmiana łagodna) 51 lat i więcej (zmiana złośliwa) 51 lat i więcej (zmiana łagodna) 	<p>kobiety w wieku 18-50 lat:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,137$ $p_{\text{rozp.}} = 0,331$ $p_{\text{czas}*\text{rozp.}} = 0,261$</p> <p>kobiety w wieku 51 lat i więcej:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,562$ $p_{\text{rozp.}} = 0,793$ $p_{\text{czas}*\text{rozp.}} = 0,120$</p>
<p>Funkcjonowanie fizyczne</p> <p>przed zabiegiem 5-12 miesięcy po zabiegu powyżej 12 miesięcy po zabiegu</p> <ul style="list-style-type: none"> 18-50 lat (zmiana złośliwa) 18-50 lat (zmiana łagodna) 51 lat i więcej (zmiana złośliwa) 51 lat i więcej (zmiana łagodna) 	<p>kobiety w wieku 18-50 lat:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,184$ $p_{\text{rozp.}} < 0,001$ $p_{\text{czas}*\text{rozp.}} = 0,111$</p> <p>kobiety w wieku 51 lat i więcej:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,016$ $p_{\text{rozp.}} = 0,089$ $p_{\text{czas}*\text{rozp.}} = 0,348$</p>
<p>Ograniczenie w rolach na skutek problemów fizycznych</p> <p>przed zabiegiem 5-12 miesięcy po zabiegu powyżej 12 miesięcy po zabiegu</p> <ul style="list-style-type: none"> 18-50 lat (zmiana złośliwa) 18-50 lat (zmiana łagodna) 51 lat i więcej (zmiana złośliwa) 51 lat i więcej (zmiana łagodna) 	<p>kobiety w wieku 18-50 lat:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,085$ $p_{\text{rozp.}} < 0,005$ $p_{\text{czas}*\text{rozp.}} = 0,293$</p> <p>kobiety w wieku 51 lat i więcej:</p> <p>$p_{\text{czas}} < 0,001$ $p_{\text{rozp.}} < 0,001$ $p_{\text{czas}*\text{rozp.}} = 0,825$</p>

<p>Ból</p> <p>przez zabiegiem 5-12 miesięcy po zabiegu powyżej 12 miesięcy po zabiegu</p> <p> -●- 18-50 lat (zmiana złośliwa) -■- 18-50 lat (zmiana łagodna) -■- 51 lat i więcej (zmiana złośliwa) -●- 51 lat i więcej (zmiana łagodna) </p>	<p>kobiety w wieku 18-50 lat:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,061$ $p_{\text{rozp.}} = 0,006$ $p_{\text{czas}^* \text{rozp.}} = 0,350$</p> <p>kobiety w wieku 51 lat i więcej:</p> <p>$p_{\text{czas}} < 0,001$ $p_{\text{rozp.}} = 0,043$ $p_{\text{czas}^* \text{rozp.}} = 0,900$</p>
<p>Funkcjonowanie społeczne</p> <p>przez zabiegiem 5-12 miesięcy po zabiegu powyżej 12 miesięcy po zabiegu</p> <p> -●- 18-50 lat (zmiana złośliwa) -■- 18-50 lat (zmiana łagodna) -■- 51 lat i więcej (zmiana złośliwa) -●- 51 lat i więcej (zmiana łagodna) </p>	<p>kobiety w wieku 18-50 lat:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,046$ $p_{\text{rozp.}} = 0,037$ $p_{\text{czas}^* \text{rozp.}} = 0,110$</p> <p>kobiety w wieku 51 lat i więcej:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,227$ $p_{\text{rozp.}} = 0,148$ $p_{\text{czas}^* \text{rozp.}} = 0,157$</p>
<p>Ogólne zdrowie psychiczne</p> <p>przez zabiegiem 5-12 miesięcy po zabiegu powyżej 12 miesięcy po zabiegu</p> <p> -●- 18-50 lat (zmiana złośliwa) -■- 18-50 lat (zmiana łagodna) -■- 51 lat i więcej (zmiana złośliwa) -●- 51 lat i więcej (zmiana łagodna) </p>	<p>kobiety w wieku 18-50 lat:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,021$ $p_{\text{rozp.}} = 0,347$ $p_{\text{czas}^* \text{rozp.}} = 0,182$</p> <p>kobiety w wieku 51 lat i więcej:</p> <p>$p_{\text{czas}} = 0,199$ $p_{\text{rozp.}} = 0,728$ $p_{\text{czas}^* \text{rozp.}} = 0,737$</p>



p_{czas} – wartość p dla testu różnic w ocenie wymiarów jakości życia w kolejnych etapach badania ; $p_{\text{rozp.}}$ - wartość p dla testu różnic w ocenie wymiarów jakości życia między kobietami ze zmianami złośliwymi i łagodnymi; $p_{\text{czas*rozp.}}$ -wartość p dla testu interakcji między zmianami w czasie, a rozpoznaniem nowotworu

Wykres 1. Średnie wartości wymiarów jakości życia mierzonych skalą SF-36 w trzech punktach czasowych w grupach kobiet młodszych i starszych względem rozpoznania (18-50 lat; 51 lat i więcej)

Figure 1. The mean values of the health related quality of life dimensions measured by SF-36 scale at three stages of follow-up in younger (18-50 years) and older (51 years and over) women with benign or malignant tumor

Tabela III. Determinanty trajektorii wymiarów jakości życia mierzonych skalą SF-36 w grupie młodszych i starszych kobiet u których stwierdzono zmiany złośliwe

Table III. Determinants of trajectories of health related quality of life measured by SF-36 scale among younger and older women with malignant tumor

		18-50 lat	50 lat i więcej
		B (95% PU)	B (95% PU)
Ogólna ocena stanu zdrowia			
Wiek		-0,6 (-1,7;0,5)	0,2 (-1;1,3)
Stan cywilny	nigdy nie zamężna	9,5 (-5,5;24,6)	-12,8 (-20,7;-4,9)
	wdowa	-	-9,2 (-19,5;1,1)
	rozwidziona lub w separacji	-	-7,8 (-18,1;2,5)
	zamężna lub w związku ze stałym partnerem (ref.)	1	1

Kondycja fizyczna	wysoka	11,1 (8,6;13,5)	6,6 (3,1;10,2)
	średnia	8,2 (-3,3;19,8)	-1 (-5,4;3,5)
	niska (ref.)	1	1
Wpadanie w zdenerwowanie	nigdy	20,9 (10,9;30,9)	8,5 (3,4;13,7)
	czasami	-2,2 (-11,9;7,5)	3,6 (-0,4;7,6)
	dość często/zawsze	1	1
Poczucie samotności	nigdy	6,2 (0,5;11,9)	10,5 (-2,6;23,5)
	czasami	1	11,3 (-1,2;23,9)
	przez znaczną część czasu	-	1
Funkcjonowanie fizyczne			
Wiek		-0,6 (-1,2;-0,1)	-0,6 (-2,2;1)
Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości	czasami lub rzadziej	27,2 (21,3;33,1)	-13 (-29;3,1)
	znaczna część czasu	21,1 (15,3;26,9)	-7,7 (-22,3;6,9)
	cały czas/większość czasu	1	1
Wsparcie społeczne:	we wszystkim czego potrzebuje	18 (3,1;32,9)	3,3 (-9,2;15,8)
	w wielu sprawach	-29,6 (-47,9;-11,3)	-11,2 (-26,3;3,9)
	w pewnych sprawach	1	-7,3 (-24,8;10,3)
	co najwyżej w niewielu sprawach (ref.)		1
Aktywność zawodowa	pracuje zawodowo/uczy się	45,7 (22,8;68,6)	27,9 (15,6;40,2)
	emerytura/nie pracuje zawodowo	72,1 (42,1;102,1)	12,7 (-1,3;26,8)
	renta	1	1
Poczucie samotności	nigdy	16,5 (9,6;23,3)	2,9 (-12,7;18,6)
	czasami	1	-5,4 (-23,4;12,5)
	przez znaczną część czasu		1
Ograniczenia w rolach z powodu problemów fizycznych			
Wiek		1,4 (-0,7;3,4)	2,9 (-1,6;7,5)
Stan cywilny	nigdy nie zamężna	14,3 (-4,2;32,9)	26,1 (11,2;41)
	wdowa	-	21,3 (-10,1;52,7)
	rozwidziona lub w separacji	-	-17,9 (-91,9;56,1)
	zamężna lub w związku ze stałym partnerem (ref.)	1	1
Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości	czasami lub rzadziej	-7 (-69,1;55,1)	64,2 (41,4;87)
	znaczna część czasu	-0,5 (-5,1;4,1)	59,3 (34,5;84,2)
	cały czas/większość czasu	1	1
Wpadanie w zdenerwowanie	nigdy	46,8 (42,6;51,1)	72,8 (47,6;97,9)
	czasami	22,9 (19,4;26,4)	34,6 (15;54,3)
	dość często/zawsze	1	1
Wsparcie społeczne:	we wszystkim czego potrzebuje	-81,7 (-132,9;-30,4)	-34,1 (-59,5;-8,8)
	w wielu sprawach	-33,8 (-84,9;17,2)	-31,6 (-49,5;-13,8)
	w pewnych sprawach	1	-18,2 (-35,9;-0,5)
	co najwyżej w niewielu sprawach (ref.)	-	1
Ból			
Wiek		1,1 (0,8;1,4)	0 (-1,8;1,9)
Stan cywilny:	nigdy nie zamężna	0,8 (-8,1;9,7)	15,1 (-8,5;38,7)
	wdowa	-	15,3 (-14,1;44,6)
	rozwidziona lub w separacji	-	1,4 (-35,5;38,3)
	zamężna lub w związku ze stałym partnerem (ref.)	1	1
Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości	czasami lub rzadziej	9,7 (1,1;18,3)	4,9 (-11,5;21,3)
	znaczna część czasu	20,4 (16,2;24,6)	-4,2 (-15,8;7,3)
	cały czas/większość czasu	1	1
Wpadanie w zdenerwowanie	nigdy	-11,2 (-23,3;0,9)	-3,9 (-25,2;17,3)
	czasami	26,2 (19,7;32,7)	-6,1 (-21,2;9)
	dość często/zawsze	1	1

Wsparcie społeczne:	we wszystkim czego potrzebuje	21 (13,4;28,5)	-7 (-24,4;10,3)
	w wielu sprawach	17,7 (5,9;29,5)	-11,5 (-24,1;1,2)
	w pewnych sprawach	1	-7,2 (-21,7;7,3)
	co najwyżej w niewielu sprawach (ref.)	-	1
Poczucie samotności	nigdy	-27,8 (-34,1;-21,6)	-80 (-121,5;-38,4)
	czasami	1	-72,2 (-103,4;-40,9)
	przez znaczną część czasu	-	1
Kondycja fizyczna	wysoka	-22,6 (-27,8;-17,3)	-8,8 (-21,3;3,6)
	średnia	9,1 (-0,1;18,3)	7,6 (-9,9;25,1)
	niska	1	1
Funkcjonowanie społeczne			
Wiek		-0,6 (-1,3;0,1)	2,1 (-0,4;4,5)
Stan cywilny	nigdy nie zamężna	38,3 (27,7;49)	3,5 (-11,5;18,5)
	wdowa	-	-12,4 (-34,2;9,3)
	rozwidzona lub w separacji	-	-23,5 (-39,6;-7,5)
	zamężna lub w związku ze stałym partnerem (ref.)	1	1
Wsparcie społeczne:	we wszystkim czego potrzebuje	30,8 (16,5;45,1)	-13,1 (-21,2;-5,1)
	w wielu sprawach	21,9 (8,5;35,4)	-25,4 (-37;-13,8)
	w pewnych sprawach	1	-39,2 (-58,8;-19,6)
	co najwyżej w niewielu sprawach (ref.)		
Aktywność zawodowa	pracuje zawodowo/uczy się	-15,4 (-25,7;-5)	43 (15,9;70,1)
	emerytura/nie pracuje zawodowo	15,1 (-0,4;30,7)	10,9 (-6,4;28,2)
	renta	1	1
Poczucie samotności	nigdy	16,9 (5,1;28,7)	30,7 (10,3;51)
	czasami	1	21,5 (4,3;38,7)
	przez znaczną część czasu		1
Kondycja fizyczna	wysoka	40,2 (31,1;49,4)	10,6 (3,1;18,1)
	średnia	23,7 (10,2;37,2)	10 (-3,8;23,8)
	niska	1	
Ogólne zdrowie psychiczne			
Wiek		-1,0 (-2,7;0,7)	1,278 (0,9;1,7)
Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości	czasami lub rzadziej	0,624 (-15,6;16,8)	13,1 (5,7;20,5)
	znaczna część czasu	-9,755 (-25,2;5,7)	-8,661 (-15,8;-1,5)
	cały czas/większość czasu	1	1
Wpadanie w zdenerwowanie	nigdy	0,195 (-16,1;16,4)	49,7(39,7;59,7)
	czasami	-13,4 (-20,4;-6,5)	22,8 (17,4;28,1)
	dość często/zawsze	1	1
Wsparcie społeczne:	we wszystkim czego potrzebuje	-15,8 (-28,8;-2,8)	-53,4 (-66,5;-40,2)
	w wielu sprawach	-6,8 (-12,3;-1,4)	-53,2 (-67,1;-39,3)
	w pewnych sprawach	1	-26,1 (-38,0;-14,2)
	co najwyżej w niewielu sprawach (ref.)		1
Poczucie samotności	nigdy	41,0 (24,6;57,5)	87,3 (66,4;108,2)
	czasami	1	60,6 (42,9;78,3)
	przez znaczną część czasu		1
Kondycja fizyczna	wysoka	-3,8 (-12,3;4,7)	13,4 (6,3;20,)
	średnia	-4,3 (-21,2;12,8)	30,9 (20,2;41,6)
	niska	1	1
Ograniczenia w rolach z powodu problemów emocjonalnych			
Wiek		-1,8 (-2;-1,6)	-5,2 (-10;-0,3)
Stan cywilny	nigdy nie zamężna	-11,6 (-21,1;-2,1)	67,8 (33;102,7)
	wdowa	-	18,5 (-0,6;37,5)
	rozwidzona lub w separacji	-	47,2 (3;91,4)
	zamężna lub w związku ze stałym partnerem (ref.)	1	1

Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości	czasami lub rzadziej	68,7 (67;70,4)	-11,2 (-48,7;26,3)
	znaczna część czasu	61,8 (37,4;86,2)	15,4 (-14,2;45,1)
	cały czas/większość czasu	1	1
Wpadanie w zdenerwowanie	nigdy	-0,2 (-20,8;20,4)	-45,1 (-80,4;-9,9)
	czasami	24 (16,4;31,6)	-13,3 (-35,6;9)
	dość często/zawsze	1	1
Aktywność zawodowa	pracuje zawodowo/uczy się	24 (16,4;31,6)	-47,3 (-89,2;-5,4)
	emerytura/nie pracuje zawodowo	-7 (-29,6;15,7)	19,5 (-9,3;48,3)
	renta	1	1
Kondycja fizyczna	wysoka	-30,7 (-36,3;-25,2)	-40 (-92,1;12)
	średnia	0,2 (-20,4;20,8)	-37,9 (-101,7;25,9)
	niska	1	1
Witalność			
Wiek		0,6 (0;1,2)	-0,3 (-1,5;0,9)
Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości	czasami lub rzadziej	-30,1 (-32,5;-27,6)	-7,5 (-14,6;-0,4)
	znaczna część czasu	-28,2 (-37,3;-19,2)	-9 (-13,6;-4,3)
	cały czas/większość czasu	1	1
Poczucie samotności	nigdy	7,7 (-0,9;16,4)	36,5 (18,2;54,7)
	czasami	1	29,3 (7,9;50,7)
	przez znaczną część czasu	-	1
Kondycja fizyczna	wysoka	18,9 (4;33,9)	2,1 (-9,2;13,4)
	średnia	8,1 (-0,2;16,3)	5,5 (0,3;10,7)
	niska	1	1

B- współczynnik regresji, PU – przedział ufności. W przypadku modeli dla zmiennych zależnych: funkcjonowanie fizyczne oraz ograniczenia w rolach z powodu problemów fizycznych nie uwzględniano kondycji fizycznej jako zmiennej niezależnej.

wodzie lub w separacji gorzej oceniały funkcjonowanie społeczne. Odwrotnie, młodsze nigdy niezamężne kobiety wykazywały mniej ograniczeń w rolach z powodu problemów emocjonalnych oraz lepsze funkcjonowanie społeczne.

Wysoka kondycja fizyczna była związana z lepszą ogólną oceną stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego zarówno w starszej jak i młodszej grupie wiekowej. Średnia lub wysoka kondycja fizyczna w grupie kobiet starszych była istotnym determinantem ogólnego zdrowia psychicznego, jak również w tej grupie wiekowej średni poziom kondycji fizycznej w porównaniu do niskiego był związany z wyższą oceną witalności. Kobiety młodsze oceniające wysoko swoją kondycję fizyczną wykazywały wyższy poziom witalności, niższy poziom bólu oraz mniejsze ograniczenia z powodu problemów emocjonalnych w odniesieniu do kobiet o niskiej kondycji fizycznej.

Starsze kobiety wykazujące wyższy poziom oczekiwanego wsparcia społecznego jednocześnie miały niższy poziom funkcjonowania społecznego oraz gorsze zdrowie psychiczne, z drugiej strony występowały u nich mniejsze ograniczenia w rolach z powodu problemów fizycznych w odniesieniu do kobiet, z najniższym poziomem wsparcia. Natomiast u młodszych kobiet podobnie jak u starszych wsparcie we wszystkich lub wielu sprawach było związane z niższą oceną zdrowia psychiczne-

go, ale również wyższą oceną bólu i w przeciwieństwie do starszych kobiet lepszym funkcjonowaniem społecznym niż w grupie oczekujących wsparcia, w co najwyżej niewielu sprawach. Ponadto u młodszych kobiet poziom wsparcia był determinantem funkcjonowania fizycznego oraz ograniczeń w rolach z powodu problemów fizycznych.

Starsze aktywne zawodowo kobiety wykazywały lepsze funkcjonowanie fizyczne i społeczne oraz mniejsze ograniczenia w rolach w związku z problemami emocjonalnymi, w porównaniu do tych będących na rencie. Kobiety z młodszej grupy wiekowej niebędące na rencie oceniały wyżej swoje funkcjonowanie fizyczne, natomiast te aktywne zawodowo, odwrotnie niż w starszej grupie wykazywały większe ograniczenia w rolach spowodowane problemami emocjonalnymi oraz gorsze funkcjonowanie społeczne.

Istotnym determinantem okazała się również częstość wpadania w zdenerwowanie. Zarówno młodsze, jak i starsze kobiety, którym się to nigdy nie zdarzało wykazywały lepszą ogólną oceną stanu zdrowia, ale jednocześnie wyższe ograniczenia z powodu problemów fizycznych w porównaniu do tych, które wpadały w zdenerwowanie dość często lub zawsze. Ponadto starsze kobiety niewpadające w zdenerwowanie miały lepsze ogólne zdrowie psychiczne i mniejsze ograniczenia z powodu problemów emocjonalnych. Młodsza grupa kobiet de-

klarująca wpadanie w zdenerwowanie tylko czasami miała wyższy poziom bólu i większy poziom ograniczeń w odniesieniu do problemów emocjonalnych (czego nie zaobserwowano u starszych kobiet).

Nieodczuwanie samotności lub niskie poczucie samotności u kobiet w wieku 51 lat i więcej było związane z niższym poziomem bólu, lepszym funkcjonowaniem społecznym i lepszym ogólnym zdrowiem psychicznym oraz witalnością. Młodsze kobiety, u których nie występowało poczucie samotności cechowały się wyższą oceną jakości życia w odniesieniu do funkcjonowania fizycznego, społecznego, zdrowia psychicznego oraz bólu.

Myślenie z wiarą i nadzieją o przyszłości w obu grupach kobiet było związane z wyższą witalnością, ponadto u starszych kobiet z lepszą oceną zdrowia psychicznego oraz mniejszymi ograniczeniami z powodu problemów fizycznych, u młodszych kobiet natomiast z mniejszymi ograniczeniami z powodu problemów emocjonalnych, ale z gorszym funkcjonowaniem fizycznym oraz wyższym poziomem bólu (tabela III).

Dyskusja

Według Montazeri [14] jakkolwiek obserwowany jest wzrost liczby zachorowań kobiet na raka piersi, to wczesne rozpoznawanie i podjęte leczenie mogą sprzyjać dłuższemu przeżyciu. Rak piersi może w znaczący sposób wpływać na poczucie identyfikacji – szczególnie w odniesieniu do kobiet, które utraciły pierś (piersi) w porównaniu do tych, którym podczas leczenia zachowano ten narząd. Większość badań potwierdza, że psychologiczny dystres sprzyja obniżaniu jakości życia kobiet z rakiem piersi – szczególnie w odniesieniu do emocjonalnego i społecznego funkcjonowania, zdrowia psychicznego. Goodwin i wsp. [15] przytaczają inne wyniki, które wskazują na brak efektu stanu psychospołecznego na jakość życia, a wiele badań przynosi negatywne wyniki. Nie mniej poczucie utraty nadziei i brak wsparcia wiąże się zwykle z gorszymi ocenami jakości życia, natomiast odczuwane wsparcie społeczne, wyrażanie emocji i niski poziom dystresu sprzyjają pozytywnym ocenom jakości życia. Wyniki dotyczące jakości życia kobiet we wczesnym stadium choroby w rok od rozpoznania – pokazują niski poziom dystresu, względnie dobrą jakość życia, minimalny efekt choroby i leczenia na adaptację psychospołeczną. Aktywność seksualna podnoszona w niewielu badaniach oceniana jest szczególnie u młodszych wiekiem kobiet. Zaburzone życie seksualne lub brak satysfakcji z życia seksualnego jest powiązane z ogólną gorszą jakością życia – szczególnie u młodszych wiekiem kobiet.

Prezentowane badanie jest jednym z nielicznych, które pozwoliło prześledzić jakość życia starszych i młodszych kobiet w dwóch okresach czasowych po przebytym leczeniu w porównaniu do oceny jakości życia w momencie diagnozowania i odwołując się do wyników uzyskanych w grupie kobiet, które w tym samym czasie przeszły operację chirurgiczną z powodu zmiany łagodnej. Nie stwierdzono różnic w ocenach jakości życia w grupie starszych kobiet, które przeszły leczenie z powodu zmiany nowotworowej złośliwej, jak i łagodnej w takich wymiarach jakości życia jak: ogólna percepcja zdrowia, funkcjonowanie fizyczne, funkcjonowanie społeczne, ogólne zdrowie psychiczne i witalność. Podkreślić należy, że szczególnie u starszych kobiet panowanie nad stresem sprzyja pozytywnie jakości życia w różnych jej wymiarach.

W badaniach Janz i wsp. [16] u kobiet młodszych wiekiem stwierdzono niższą jakość życia w różnych wymiarach: tj. niższą ocenę jakości życia w takich wymiarach jak stan emocjonalny, społeczne funkcjonowanie, postrzeganie ciała, i myślenie perspektywiczne w porównaniu do kobiet w wieku 70 lat i więcej, co tłumaczono odmiennymi oczekiwaniami wobec choroby i leczenia młodszych i starszych kobiet [16].

Ganz i wsp. [17] prowadząc badania w grupie 817 kobiet – po 5 i 10 latach od diagnozy, potwierdzili ich doskonały fizyczny i psychiczny dobrostan, a niewielkie zmiany, jakie dokonały się pomiędzy badaniem przed leczeniem a obserwacją długofalową wynikały z procesu starzenia się i można było się ich spodziewać. Nie zmienił się poziom energii i społeczne funkcjonowanie, obniżyła się aktywność seksualna kobiet. Loerzel i wsp. [9] na podstawie badań przeprowadzonych w pierwszym roku przeżycia, wykazała, że starsze kobiety oceniały pozytywnie swoją jakość życia w tym okresie, niemniej ogólna jakość życia obniżyła się nieznacznie w czasie. Fizyczny i psychologiczny dobrostan obniżył się, natomiast społeczny dobrostan początkowo polepszył się, po czym zaczął się obniżać; odwrotnie duchowy dobrostan początkowo obniżył się, a następnie polepszył się. Loerzel [9] zauważyła, że jakkolwiek starsze kobiety otrzymują standardowe leczenie takie jak mastektomię, chemioterapię, radioterapię, terapię hormonalną, to mają większe ryzyko odwrotnych efektów leczenia, które mogą mieć wpływ na ich jakość życia. Wynika to z faktu, równoczesnego występowania innych przewlekłych chorób w starszym wieku wpływających na jakość życia; stąd niejednokrotnie określenie konsekwencji leczenia na jakość życia starszych kobiet z historią raka piersi nie zawsze jest łatwe do ustalenia. Starsze wiekiem kobiety mają mniej problemów z zaakceptowaniem zmian w swoim ciele oraz lepsze zdrowie psychiczne, nato-

miast zgłaszają więcej fizycznych symptomów w porównaniu do młodszych kobiet. U starszych kobiet występuje wyższy poziom lęku przed nawrotem choroby, odczuwany brak wsparcia społecznego, zmiany w funkcjach poznawczych. W wymiarze zdrowia społecznego starsze kobiety w porównaniu do młodszych mają mniej problemów związanych z aktywnością seksualną, zatrudnieniem, rodzinnym dystresem i sprawami finansowymi. Zaangażowanie w religię i duchowość podkreślane jest przez starsze kobiety jako źródło wsparcia. Zaznaczyć należy, że z przedstawionych tu badań wynika, że pogorszenie oceny jakości życia u młodszych kobiet bez względu na rozpoznanie nie uległo zmianie (poprawienie w analizowanych okresach po zakończeniu leczenia). Zwrócić należy uwagę na fakt, że w przedstawionych badaniach demograficzne i społeczne uwarunkowania odgrywały istotną rolę w ocenach poszczególnych wymiarów jakości życia młodszych i starszych kobiet leczonych z powodu raka piersi lub zmian łagodnych. Podejmowane dyskusje nad narzędziami stosowanymi w ocenie jakości życia kobiet z chorobami piersi, wskazują, że czasami zróżnicowane wyniki są rezultatem odmienności specyficznych skal pomiarowych używanych w badaniach [14,18,19].

Wnioski

1. Prześledzenie przebiegu trajektorii jakości życia u starszych i młodych kobiet leczonych z powodu raka piersi w porównaniu do kobiet leczonych z powodu zmian łagodnych pozwala na określenie wpływu czasu na oceny poszczególnych wymiarów jakości życia.
2. Potwierdzono odmienności w ocenie różnych wymiarów jakości życia przez starsze i młodsze kobiety leczone z powodu raka piersi.
3. Takie uwarunkowania jak stan cywilny i aktywność zawodowa były istotnymi wyznacznikami oceny jakości życia po zakończeniu leczenia z powodu raka piersi.

Źródła finansowania/Sources of funding

Badanie statutowe nr K/ZDS/000457 pt.: „Społeczne determinanty jakości życia kobiet po przebytym leczeniu z powodu raka piersi” realizowane przez Zakład Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM w Krakowie

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Cimprich B, Ronis DL, Martinez-Ramos G. Age at Diagnosis and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Cancer Practice*. 2002;10:85-93.
2. Tobiasz-Adamczyk B. Health-related quality of life in women after cancer treatment. *Przegl Lek*. 2012;69:67-71.
3. Mandelblatt J, Armetta C, Yabroff KR, Liang W, Lawrence W. Descriptive Review of the Literature on Breast Cancer Outcomes: 1990 Through 2000. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;33:8-44.
4. Kaiser K. The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Soc Sci Med*. 2008;67:79-87.
5. Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2007;23(1):71-83.
6. Falagas ME, Zarkadoulia EA, Ioannidou EN, Peppas G, Christodoulou C, Rafailidis PI. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*. 2007;9:R44.
7. Kiebert GM, de Haes JC, van de Velde CJ. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: a review. *J Clin Oncol*. 1991;9:1059-70.
8. Zebrack BJ. Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer practice*. 2000;8:238-42.
9. Loerzel VW, McNeese P, Powel LL, Su X, Meneses K. Quality of life in older women with early-stage breast cancer in the first year of survivorship. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35:924-32.
10. Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology*. 2007;16:691-706.
11. Tobiasz-Adamczyk B, Zawisza K, Florek M, Hodorowicz-Zaniewska D. Jakość życia kobiet ze zmianami patologicznymi piersi w okresie przygotowawczym do zabiegu chirurgicznego. *Przegl Lek*. 2013;70:180-6.
12. McDowell I., Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Second edition. New York: Oxford University Press; 1996.
13. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.

14. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27:32.
15. Goodwin PJ, Ennis M, Bordeleau LJ, Pritchard KI, Trudeau ME, Koo J. i wsp. Health-related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: analysis of multiple variables. *J Clin Oncol.* 2004;15(22):4184-92.
16. Janz NK, Mujahid M, Lantz PM, Fagerlin A, Salem B, Morrow M i wsp. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res.* 2005;14:1467-79.
17. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a Follow-up Study. *J Natl Cancer Inst.* 2002;2(94):39-49.
18. Perry S, Kowalski TL, Chang C-H. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2007;5:24.
19. Victorson D., Cella D, Wagner L, Kramer L, Smith ML. Measuring Quality of Life in Cancer Survivors. W: Feuerstein M. (red.). *Handbook of Cancer Survivorship.* Boston, MA: Springer;2007:79-110.