

Doświadczanie choroby nowotworowej wśród osób w późnej dorosłości. Przegląd badań

Experiencing cancer in elderly people. A review of research

Jarosław Ocalewski, Paweł Izdebski

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej i Psychologii Zdrowia

Streszczenie

Wstęp. Wzrost długości życia w Polsce wiąże się z większą częstością zachorowania na nowotwory wśród osób po 65 roku życia. Studia badawcze na temat jakości życia wskazują na różnice w zależności od wieku oraz płci. **Cel.** Celem niniejszej pracy jest wyodrębnienie tych różnic, mogących mieć znaczenie dla opieki onkologicznej. **Opis metody.** Przeprowadzono analizę na podstawie artykułów o tematyce psychoonkologicznej dostępnej w literaturze psychoonkologicznej, bazach MEDLINE oraz PsycArticles. W celu porównania grup ze względu na płeć skupiono się głównie na publikacjach dotyczących nowotworu płuc oraz jelita grubego. **Wyniki.** Badania wykazały, że starszy wiek jest tym czynnikiem, który wpływa na wyższy rozwój osobisty i duchowy oraz lepsze funkcjonowanie społeczne w trakcie choroby. Starszy wiek predysponuje do mniejszego nasilenia objawów depresyjnych oraz występowania różnic w natężeniu symptomów depresyjnych w zależności od płci. Przedstawiciele obu płci wykazują wrażliwość na takie czynniki, jak zmęczenie, utrata wagi, a mężczyźni zgłaszają więcej trudności związanych z bólem, finansami oraz zmianą roli społecznej. U kobiet wraz z rozwojem nowotworu oraz stosowaniem chemioterapii następuje osłabienie wyników głównie w zakresie pamięci werbalnej, natomiast mężczyźni doświadczają obniżenia poziomu pamięci wzrokowo-przestrzennej. **Wnioski.** Istnieją różnice w zależności od wieku i płci w doświadczaniu choroby nowotworowej. Im bardziej zaawansowany wiek pacjentów chorych na nowotwór, tym mniejszy poziom objawów depresyjnych. Należy jednak zachować ostrożność co do wpływu poszczególnych rodzajów terapii na kształtowanie tych zaburzeń. Interwencje psychospołeczne powinny być skierowane zarówno do pacjentów jak i ich opiekunów. Zastosowanie wiedzy o różnicach indywidualnych pod względem płci może przyczynić się do odpowiednich interwencji edukacyjnej pacjentów. (Gerontol Pol 2016, 24, 251-258)

Słowa kluczowe: nowotwór, osoby starsze, jakość życia, płeć

Abstract

Introduction. The increase in life expectancy in Poland is associated with a higher incidence of cancer among people over 65 years old. Research studies on the quality of life indicate differences according to age and gender. **Aim.** The aim of this work is to describe these differences, which could be important for cancer care. **Material and methods.** An analysis based on the articles of psychooncology available in the psychooncological literature, MEDLINE and PsycArticles. In order to compare the groups by gender we focused mainly on publications relating to lung cancer and colon cancer. **Results.** The study showed that older age is the factor that affects the higher personal development and spiritual and better social functioning in the course of the disease. Older age predisposes to lower severity of depressive symptoms and the presence of differences in the intensity of depressive symptoms between the sexes. Representatives of both sexes are sensitive to factors such as fatigue, weight loss, and men report more difficulties associated with pain, finances and changing social role. In women with the development of cancer and chemotherapy followed by weakness results mainly in verbal memory, whereas men experience lower levels of visuospatial memory. **Conclusions.** There are differences depending on age and sex in the experience of cancer. The more advanced age of cancer patients, the lower the level of depressive symptoms. We should be cautious about the impact of different types of therapy on the development of these disorders. Psychosocial interventions should be directed at both patients and their caregivers. Application of knowledge of the individual differences in terms of sex can contribute to the relevant educational intervention for patients. (Gerontol Pol 2016, 24, 251-258)

Key words: cancer, elderly, quality of life, gender

Wstęp

Przeobrażenia gospodarcze oraz zdrowotne w Polsce sprawiły, że nastąpił znaczący wzrost długości życia, który w 2012 roku wyniósł 81 lat dla kobiet i prawie 73 lata dla mężczyzn [1]. Stworzyło to nową sytuację epidemiologiczną, której wynikiem w przyszłości będzie wzrost częstości zachorowania na choroby nowotworowe po 65 roku życia [2]. W Polsce najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65 roku życia jest rak płuca (20% zachorowań i 29% zgonów) [1]. Dominującymi przyczynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (17% zachorowań i 11% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 13% i 14%) i płuca (8% i 13%). Według danych z NFZ z 2012 r. najliczniejszą grupę pacjentów objętych opieką paliatywną stanowiły osoby powyżej 65 roku życia, a wskaźnik procentowy wynosił 61,47 % [3].

W koncepcji Johna Rowe'a i Roberta Kahna starzenie pomyślnie związane jest z brakiem chorób i niepełnosprawności, aktywnym zaangażowaniem się w życie, wysokim poziomem funkcjonowania poznawczego i fizycznego [4]. Choroba nowotworowa ze względu na dynamiczny przebieg, mogący zmienić zasoby zarówno fizyczne jak i poznawcze sprawia, że w większości przypadków trudno jest mówić, by osoba jej doświadczająca rozwijała się zgodnie z powyższym wzorcem.

Pomimo obniżania się poziomu funkcji poznawczych i sprawności fizycznej u osób powyżej 65 roku życia, możliwe jest ich kompensowanie poprzez trening oraz strategie poznawcze [5,6]. Zdolności adaptacyjne, które polegają na wykształceniu nowej struktury lub funkcji organizmu w celu przystosowania się do warunków otoczenia pozostają do końca życia. Wymienić należy takie psychologiczne mechanizmy przystosowania się do starości, jak selekcja, optymalizacja czy kompensacja [7]. Selekcja odnosi się do procesu wartościowania i dokonywania wyboru najbardziej znaczących sfer funkcjonowania człowieka. Utrata sprawności i niezależności w jednych sferach łączy się u osób starszych z optymalizacją ich funkcjonowania w takich obszarach, które stają się dla nich bardziej wartościowe. W sytuacji zmniejszenia, czy utraty zasobów (sprawności różnych funkcji na skutek choroby nowotworowej) pojawiają się procesy kompensacyjne, które pozwalają na utrzymanie optymalnego dla osoby starszej poziomu funkcjonowania w realizacji zamierzonych przez nią celów.

Powyższe aspekty powodują konieczność odmiennego podejścia do leczenia i opieki nad ludźmi starszymi. Celem niniejszej pracy jest analiza doświadczania choroby nowotworowej przez osoby starsze oraz wyodrębnienie

różnic indywidualnych pomiędzy kobietami i mężczyznami.

Opis metody

Zestawiono prace badawcze oraz opracowania naukowe związane z tematyką doświadczania choroby nowotworowej wśród ludzi starszych. Poddano również analizie artykuły dotyczące różnic wynikających ze zmiennej płci. Literatura onkologiczna sugeruje, by radzenie sobie z chorobą nowotworową traktować jako poznawcze, emocjonalne i behawioralne działanie podejmowane zarówno przez jednostki jak i całą rodzinę w celu sprostania wszelkim wymaganiom związanym z chorobą i procesem leczenia [8]. Dlatego też wymiary, jakie analizowano w niniejszym opracowaniu, związane były z funkcjonowaniem psychicznym, fizycznym, społecznym, duchowym i poznawczym. Aby odnaleźć różnice w doświadczaniu choroby przez osoby starsze oraz uchwycić aspekt płci ograniczono się w większości niniejszej pracy do analizy badań oraz artykułów związanych z nowotworami płuca i jelita grubego, które występują zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn. W niniejszej pracy skorzystano z artykułów i badań dostępnych w bazach *MEDLINE* oraz *PsycArticles*. Podstawą wyboru badań były następujące kryteria:

- związane ze słowami: *cancer, depression, anxiety, elderly, gender, quality of life, colorectal cancer, lung cancer*;
- zakres wieku badanych zawierał się powyżej 65 roku życia;
- różnice statystyczne analizowanych czynników były na poziomie istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyodrębniono 24 artykuły badawcze spełniające powyższe kryteria.

Wyniki

▪ Funkcjonowanie psychiczne

Badania ukazują znaczne zróżnicowanie wskaźnika depresji u pacjentów onkologicznych. W zależności od rodzaju i fazy nowotworu waha się on od 0 do 38% przy badaniach tzw. dużej depresji oraz od 0 do 58% dla różnych symptomów depresyjnych [9]. Rhondali i wsp. wykazali, że w przypadku diagnozy depresji wśród starszych chorych, spośród narzędzi stosowanych w psychoneurologii najwłaściwszym sposobem na diagnozowanie depresji jest Geriatryczna Skala Depresji (*Geriatric Depression Scale-30, GDS-30*) [10]. Analiza narzędzi stosowanych u pacjentów powyżej 70 roku życia, takich jak: Geriatryczna Skala Depresji, Skala Leku i Depresji

(*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*), Termometr Dystresu (*Distress Thermometer, DT*) oraz ocena onkologiczna (*Oncologist Assessment, OA*) wykazała, że GDS-30 miała najlepsze właściwości psychometryczne.

Costanzo, Ryff i Singer wskazali na różnice w doświadczaniu choroby nowotworowej (wpływ na zdrowie psychiczne, nastrój, dobrobyt społeczny i duchowość) w zależności od wieku [11]. Dowiedziono, że po leczeniu raka następuje zmniejszenie poziomu zdrowia psychicznego oraz nastroju w porównaniu z ludźmi nie-doświadczonymi tą chorobą. Starszy wiek jednak był czynnikiem, który wpływał na wyższy rozwój osobisty i duchowy oraz lepsze funkcjonowanie psychospołeczne w trakcie choroby.

Badania podłużne Wisconsin przeprowadzone wśród chorych na różne nowotwory w latach 1993-1994 oraz tych samych osób w okresie 2004-2005, wykazały różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami odnośnie poziomu symptomów depresyjnych [12]. Zauważono, że rak ma więcej niekorzystnych konsekwencji psychologicznych dla mężczyzn niż kobiet (symptomy depresyjne, odporność na czynniki stresogenne). Vodeimaier i wsp. przeprowadzili badania oceniające występowanie objawów depresyjnych w zależności od wieku oraz płci [13]. W porównaniu z mężczyznami u kobiet odnotowano większy poziom niepokoju i objawów depresji. Starszy wiek był związany z mniejszą ilością objawów lękowych i depresyjnych, ale nie odnosiło się to do raka płuc. Ponadto wczesne stadium choroby było związane z mniejszą liczbą objawów depresji wśród starszych pacjentów z rakiem gruczołu krokowego [13]. Goldzweig i wsp. zbadali radzenie sobie z chorobą wśród pacjentów ze stomią ze względu na stan cywilny i płeć [14]. Wysoki poziom niepokoju dotyczył głównie osób płci męskiej oraz tych, którzy nie posiadali partnerki życiowej. Z kolei Stommel i wsp. w celu sprawdzenia utrzymywania się wskaźnika depresji, przeprowadzili badania podłużne wśród starszych pacjentów chorych na raka piersi, jelita grubego, płuc i prostaty [15]. Poziom objawów depresyjnych wśród wszystkich pacjentów spadł najgwałtowniej w pierwszych 2-3 miesiącach (zwłaszcza depresyjny nastrój oraz towarzyszące chorobie objawy somatyczne), ale jeden rok nie wystarczył do odzyskania pełni dobrego samopoczucia, pomimo że nasilenie objawów somatycznych spadło, a chorzy doświadczyli poprawy funkcjonowania fizycznego.

Interesujących wyników dostarczyły badania prospektywne Turnera i wsp. wśród pacjentów w wieku powyżej 75 lat oraz grupie chorych poniżej 65 roku życia leczonych paliatywnie na raka płuc metodą radioterapii [16]. Zauważono, że istnieje tendencja do podwyższania

zarówno poziomu lęku i depresji przed i po leczeniu bez względu na wiek. Rezultaty te skłaniają ku wnioskowaniu, że ludzie w każdym wieku mają podobny poziom lęku i depresji w czasie korzystania z radioterapii paliatywnej raka płuc.

▪ **Funkcjonowanie fizyczne**

Ważnym aspektem dla jakości życia pacjenta w późnej dorosłości jest funkcjonowanie fizyczne. Osoby zaawansowane wiekowo wykazują więcej dolegliwości fizycznych, związanych z chorobą nowotworową [17]. Cheng i Lee skupili swoją uwagę na doświadczaniu różnych symptomów związanych z jakością życia u pacjentów powyżej 65 roku życia [18]. Ból, zmęczenie, bezsenność, zaburzenia nastroju były bardzo powszechne w tej grupie badanych, a jedna trzecia chorych doświadczała wszystkich wymienionych objawów.

Badania Kinoshity i wsp. dostarczyły danych na temat jakości życia w zależności od płci u pacjentów z rakiem odbyticy [19]. Stwierdzono, iż zarówno u kobiet jak i mężczyzn wyniki funkcjonowania fizycznego spadły w ciągu jednego miesiąca po zabiegu, poprawa nastąpiła po sześciu miesiącach, a powrót do wartości wyjściowej został przywrócony w ciągu 12 miesięcy. Zarówno kobiety jak i mężczyźni zwracali uwagę na takie czynniki, jak zmęczenie, utrata wagi, problemy w defekacji, ale mężczyźni mieli więcej trudności związanych z bólem, sytuacją finansową oraz zmianą roli społecznej jaką przewidywali [19]. Grant i wsp. przeprowadzili badania różnicujące sposoby radzenia sobie po pięciu latach od zastosowania stomii u pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego [20]. Trudności ze snem, problem z obracaniem ciała oraz depresyjny nastrój wykazywany był przede wszystkim przez kobiety. Nie stwierdzono różnic wynikających z płci w zakresie potrzeb związanych z aktywnością fizyczną, seksualnością i intymnością, wsparciem ze strony rodziny i przyjaciół. [20].

Wyniki badań Liao pokazały, że osoby z zaawansowanym nowotworem płuc zgłaszają stosunkowo dobre funkcjonowanie fizyczne i poznawcze, mają jednak gorszą jakość życia w zakresie funkcjonowania społecznego i emocjonalnego [21]. Wiek nie był tym czynnikiem, który miał wpływ na ogólną ocenę jakości życia. Nie odnotowano różnic w powyższych obszarach wynikających z płci.

Częstym tematem podejmowanym w pracach nad nowotworem jest wpływ na życie seksualne. Zmiany w funkcjonowaniu seksualnym w następstwie diagnozy i leczenia najczęściej związane są z dyspareunią, obniżeniem lubrykacji, czy atrofią pochwy. Mężczyźni natomiast mogą przejawiać okresowe trudności z obniżeniem

niem libido na przykład w następstwie prostektomii lub resekcji odbytu. Przykładem jest praca Bergmana, Nilssona i Petersena przedstawiająca dysfunkcje związane z obniżeniem libido oraz zmniejszeniem częstotliwości osiągania orgazmu u ponad połowy pacjentów po resekcji odbytu [22]. Problemy życia seksualnego u kobiet są większe u młodszych pacjentek, natomiast mężczyźni doświadczają tego typu trudności bez względu na wiek.

▪ Funkcjonowanie społeczne

Analizę pod kątem dobrostanu społecznego przeprowadzili Costanzo, Ryff i Singer [11]. Osoby, które przeżyły 10 lat po diagnozie nowotworu, wykazywały wyższy poziom funkcjonowania społecznego niż przed zachorowaniem. Należy jednak nadmienić, iż funkcjonowanie społeczne nie było tak istotne dla jakości życia jak funkcjonowanie fizyczne i poznawcze. Osoby starsze funkcjonowały psychospołecznie lepiej od pacjentów młodszych oraz na podobnym poziomie jak ich zdrowi rówieśnicy. Kinoshita i wsp. w swoich badaniach skupili uwagę na pacjentach chorych na nowotwór jelita grubego i jakości życia [19]. Funkcjonowanie społeczne i fizyczne u kobiet i mężczyzn pogorszyło się w ciągu pierwszego miesiąca po zabiegu, poprawa nastąpiła po sześciu miesiącach, a powrót do wartości wyjściowej został przywrócony w ciągu 12 miesięcy, z wyjątkiem funkcjonowania społecznego mężczyzn.

Opieka nad osobą starszą to poszanowanie autonomii i niezależności, pobudzenie do aktywności umysłowej i ruchowej oraz umożliwienie kontaktu społecznego. Tadd i Bayer [23] wykazali, że więzi rodzinne stanowią istotny predyktor jakości opieki niezależnie od tego, czy osoby starsze pozostają w domu rodzinnym, w domu opieki społecznej, czy w domu spokojnej starości.

Rozpatrując sytuację starszych pacjentów należy zwrócić uwagę nie tylko na to, czy posiadają oni osobę do pomocy, ale także na stan psychiczny opiekuna. Haley i wsp. w swoich badaniach poinformowali, że ponad 50% opiekujących się kobiet miało kliniczne objawy depresji [24]. Najczęstszymi syndromami były: problemy ze snem, zmęczenie, zaburzenia apetytu oraz wyższy poziom niepokoju. Opiekunki w porównaniu z opiekunami wykazywały większe poczucie obciążeń życiowych oraz zgłaszały więcej niezaspokojonych potrzeb.

▪ Funkcjonowanie duchowe

Wymiar duchowy ma szczególne znaczenie dla chorych w późnej dorosłości. Duchowość może stanowić ochronę dla zdrowia psychicznego i pomagać w radzeniu sobie z nowotworem. Fehring i wsp. określili relacje między duchowym samopoczuciem, religijnością, na-

dzieją i depresją wśród osób w podeszłym wieku chorujących na nowotwór płuca, piersi i jelita grubego [25]. Wykazano dodatnią korelację między religijnością, duchowością, nadzieją i pozytywnym nastrojem, natomiast ujemną zależność pomiędzy religijnością a depresją i negatywnym nastrojem. Podobnych wyników dostarczyły badania Fehera i Malego poświęcone tematyce wymiaru duchowego wśród starszych kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi [26]. Wiara i duchowość były ważnymi czynnikami w radzeniu sobie z chorobą pod względem emocjonalnym i społecznym. Costanzo, Ryff i Singer stwierdzili, że osoby starsze, które przeżyły 10 lat od diagnozy nowotworu doświadczyły wyższego poziomu rozwoju duchowego niż ich zdrowi rówieśnicy oraz młodszy pacjenci [11].

Badania ukazują, że poprzez opiekę duchową można w znacznym stopniu przyczynić się do poprawy funkcjonowania psychicznego pacjenta oczekującego na koniec życia. Metaanaliza Edwardsa, Pang i Shiu na temat duchowości i znaczenia duchowej opieki dla pacjentów onkologicznych wykazała, że wraz ze wzrostem poziomu opieki duchowej oraz duchowości pacjentów poprawia się dobrostan psychiczny [27].

▪ Funkcjonowanie poznawcze

Badania Lehto nad funkcjami poznawczymi osób starszych z podejrzeniem raka płuca, wykazały pogorszenie poziomu uwagi oraz wzrost niepokoju przed oraz po operacji [28]. Starszy wiek związany był z obniżeniem poziomu funkcjonowania poznawczego w porównaniu z grupą pacjentów młodszych. Osoby z niechłostliwym nowotworem miały wyższy poziom zamartwiania się oraz gorzej oceniały swoje funkcje poznawcze niż pacjenci z nowotworem złośliwym. Rozpoznanie podejrzenia raka płuca może przyczyniać się do zaburzenia oceny własnych funkcji poznawczych, co może mieć związek z podwyższonym niepokojem o swój stan zdrowia [21].

Kimura i wsp. wskazał na różnice w zakresie funkcjonowania poznawczego, jakie występują w zależności od płci [29]. U kobiet wraz z rozwojem nowotworu oraz stosowaniem chemioterapii następuje osłabienie wyników głównie w zakresie pamięci werbalnej, natomiast mężczyźni doświadczają obniżenia poziomu pamięci wzrokowo-przestrzennej.

Wpływem terapii obniżającej poziom androgenów (ADT) podczas leczenia raka prostaty u mężczyzn na funkcje poznawcze zajmowali się Nelson i wsp. [30]. Mniejszej ilości ADT towarzyszyło obniżenie funkcji poznawczych (najczęściej w zakresie zdolności wzrokowo-przestrzennych).

Lange i wsp. badali deficyty poznawcze u pacjentek z nowotworem piersi powyżej 65 roku życia przed oraz po chemioterapii [31]. Za pomocą testów neuropsychologicznych oceniano pamięć epizodyczną, pamięć operacyjną, funkcje wykonawcze i szybkość przetwarzania informacji. Odnotowano obniżenie poziomu werbalnej pamięci epizodycznej u pacjentek po chemioterapii.

Collins i wsp. ocenili wpływ na funkcje poznawcze po chemioterapii uzupełniającej po menopauzie u chorych na raka piersi jeden rok po zakończeniu leczenia [32]. Negatywny wpływ chemioterapii na funkcje poznawcze u pacjentów z rakiem piersi był niewidoczny po roku od zakończenia terapii.

Dyskusja

Dostosowując rodzaj terapii i opieki nad pacjentami z późnej dorosłości, zwraca się uwagę na następujące obszary: stan zdrowia fizycznego, psychicznego, objawy nowotworu (ból, zmęczenie, osłabienie itp.), status społeczny i dostęp do pomocy społecznej (dochody, mobilność, dostęp do transportu, opiekuna), funkcjonowanie poznawcze, jakość życia, współwystępowanie innych chorób, polifarmacja [33]. Przebieg leczenia osób w wieku powyżej 65 roku życia nie zawsze jest taki sam jak u młodszych chorych. Podyktowane jest to przede wszystkim mniejszą odpornością na leki, współwystępowaniem innych schorzeń, a także ograniczoną długością życia [34].

Narzędziem służącym do identyfikacji objawów depresyjnych u osób starszych, cechującym się najlepszymi parametrami diagnostycznymi jest Geriatryczna Skala Depresji (GDS-30) [10]. W badaniach naukowych występuje znaczne zróżnicowanie wskaźnika depresji wśród pacjentów onkologicznych. Należy nadmienić, że objawy depresyjne, które spełniają kryteria diagnostyczne depresji mogą wynikać z przejściowych trudności adaptacyjnych. Literatura psychoonkologiczna opisuje zaskakująco dobre reakcje emocjonalne na chorobę płuc oraz stosunkowo rzadkie u palaczy poczucie winy [35]. Nie do końca potwierdzają to przytoczone badania Liao, które wskazują na stosunkowo dobre funkcjonowanie fizyczne i poznawcze, a gorsze emocjonalne i społeczne [21].

Badania wskazują, że starszy wiek predysponuje do mniejszego poziomu objawów depresyjnych po leczeniu [11,17]. Z drugiej strony należy nadmienić, że leczenie radioterapią wywoływało podobny poziom zaburzeń depresyjnych zarówno w grupie starszych jak i młodszych pacjentów [16]. Rodzaj terapii należy więc traktować jako czynnik, który może wpływać na kształtowanie zaburzeń depresyjnych w zależności od wieku.

Występują różnice odnośnie symptomów depresyjnych wśród mężczyzn i kobiet. Niektóre badania wykazują większy poziom niepokoju i objawów depresyjnych u kobiet niż u mężczyzn [13,20], a inne wskazują na zależność odwrotną [12,14]. Różnicę tę można wyjaśnić powołując się na uwarunkowania kulturowe związane z rozumieniem męskości i kobiecości. Rak stanowi zagrożenie dla męskiej tożsamości, ponieważ pociąga za sobą brak kontroli nad własnym ciałem, co jest niezgodne z tradycyjnie pojmowaną męskością. Z punktu widzenia kobiet i pojmowania ich roli rodzinnych i społecznych, należy zwrócić uwagę na to, że rozumienie roli kobiecych jako osób dbających o domostwo i opiekujących się domownikami może zwiększyć ich podatność na czynniki stresogenne związane z nowotworem. Niezdolność do działania zgodnie z własnymi interesami również predysponuje ludzi do poczucia bezradności i beznadziejności, które charakteryzują reakcje depresyjne [36]. Powyższe badania przyczyniają się do wiedzy o sposobie kształtowania się odporności psychicznej na różne nowotwory w zależności od płci.

Według Heleny Sęk newralgiczne znaczenia dla jakości życia osób starszych mają czynniki związane z poczuciem zadowolenia z życia, podtrzymaniem aktywności i samodzielności, poczuciem bezpieczeństwa oraz więzią z ludźmi [37]. Większość pacjentów w podeszłym wieku cierpi z powodu wielu intensywnych objawów fizycznych i psychicznych, niezależnie od stadium choroby. Występowanie bólu, zmęczenie, bezsenność i zaburzenia nastroju, wpływają istotnie na funkcjonowanie pacjentów w życiu codziennym oraz implikuje obniżeniem ich jakości życia. Istotnym problemem, który przyczynia się do obniżenia funkcjonowania fizycznego u ludzi starszych jest współwystępowanie chorób przewlekłych. Miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, ołpienie, przebyte udary, choroby reumatyczne czy cukrzyca stanowią wyzwanie dla współczesnej onkologii. Fizyczny stan zdrowia pacjentów po 65 roku życia, poddanych długoterminowemu leczeniu jest gorszy niż w przypadku ich rówieśników, którzy nie doświadczyli raka, natomiast w przypadku analizy zdrowia psychicznego stan ten jest wręcz porównywalny. Starszy wiek może być tym czynnikiem, który wpływa na wyższy rozwój osobisty i duchowość oraz lepsze funkcjonowanie psychospołeczne w trakcie choroby [11].

Badania pokazują, że w trakcie leczenia następuje obniżenie funkcji poznawczych. Prawidłowość ta nie jest tylko związana ze starością, gdyż dotyczy wszystkich grup wiekowych i może być następstwem przeżywanego dystresu i zamartwiania się [21,28]. Obniżenie zdolności kognitywnych podczas chorowania na nowotwór związane jest zdaniem badaczy głównie z pamięcią werbalną

u kobiet oraz zdolnościami przestrzenno-wzrokowymi u mężczyzn.

W literaturze psychoonkologicznej podejmowane są często tematy związane z sytuacją rodzinną chorego. Wyniki badań wskazują, że jakość życia wśród pacjentów i ich opiekunów rodzinnych jest współzależna [17,25]. W tym świetle, interwencje psychospołeczne powinny być skierowane zarówno do pacjentów jak i ich opiekunów rodzinnych. Więzi rodzinne stanowią istotny predyktor jakości opieki niezależnie od tego, czy osoby starsze pozostają w domu rodzinnym czy w domu spokojnej starości. Dla osób starszych istotne jest poczucie bycia kochanym oraz potrzebnym innym, a jeśli przestają doświadczać opieki rodziny, zainteresowania ze strony dzieci, są skłonne do doświadczenia poczucia osamotnienia, ujawniania zachowań depresyjnych czy wręcz chęci rezygnacji z życia [23].

Wnioski

W niniejszej pracy przedstawiono doświadczenie choroby nowotworowej przez osoby powyżej 65 roku życia. Analiza powyższych badań skłania do postawienia następujących wniosków:

1. Badania wskazują, że starszy wiek predysponuje do mniejszego poziomu objawów depresyjnych oraz lęku w trakcie oraz po leczeniu w porównaniu z pacjentami młodszymi.

2. Występują różnice odnośnie symptomów depresyjnych wśród mężczyzn i kobiet. Niektóre badania wykazują większy poziom objawów depresyjnych u kobiet niż u mężczyzn, a inne wskazują na zależność odwrotną. Wysoki poziom lęku charakteryzuje mężczyzn, a w szczególności tych, którzy nie posiadają partnerki życiowej.
3. Funkcjonowanie fizyczne jest jednym z najistotniejszych czynników mających znaczenie dla oceny jakości życia pacjenta. Wpływ na niższe funkcjonowanie fizyczne ma zmęczenie, ból, trudności ze snem oraz dolegliwości związane z chorobą.
4. Funkcjonowanie społeczne nie jest tak istotne dla osób starszych jak funkcjonowanie fizyczne. Pacjenci onkologiczni po 65 roku życia, których leczenie zakończyło się pomyślnie, wyżej oceniają swoje funkcjonowanie społeczne w porównaniu z osobami zdrowymi.
5. Wymiar duchowości ma szczególne znaczenie dla osób starszych chorych na nowotwór. Wysoki poziom religijności i duchowości koreluje z wyższym poziomem nadziei i pozytywnym nastrojem u starszych pacjentów. Najbardziej widoczna jest tendencja do doświadczenia przeobrażenia wartości pod względem relacji z innymi, uznania dla życia i duchowości wśród kobiet z nowotworem piersi.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Zatoński W, Sulkowska U, Przewoźniak K, Zatoński M. Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce. W: Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J, Witkowski J (red.). Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014:30-49.
2. Wiśniewska-Roszkowska K. Nowe życie po sześćdziesiątce. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne; 2003.
3. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Opieka paliatywna w onkologii – aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych. W: Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J, Witkowski J (red.). Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2014. ss. 164-183.
4. Rowe J, Kahn R. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37:433-440.
5. Szelaż E, Skolimowska J. Cognitive function in elderly can be ameliorated by training in temporal information processing. *Restorative Neurology Neuroscience*. 2012;30(5):419-34.
6. Kayama H, Okamoto K, Nishiguchi S i wsp. Effect of a Kinect-based exercise game on improving executive cognitive performance in community-dwelling elderly: case control study. *J Med Internet Res*. 2014;16(2).
7. Freund A, Baltes P. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology Aging*. 1998;13:531-43.

8. Dorfmueller M, Dietzelbinger H. Psychoonkologia. Diagnostyka – Metody Terapeutyczne. Wrocław: Elsevier Urban i Parner; 2011.
9. Massie M. Prevalence of depression in patients with cancer. *J National Cancer. Monographs.* 2004;(32):57.
10. Rhondali W, Freyer G, Adam V i wsp. Agreement for depression diagnosis between DSM-IV-TR criteria, three validated scales, oncologist assessment, and psychiatric clinical interview in elderly patients with advanced ovarian cancer. *Clin Intervent Aging.* 2015;10:1155-62.
11. Costanzo E, Ryff C, Singer B. Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology.* 2009;28(2):147-56.
12. Pudrovská T. Why is Cancer More Depressing for Men than Women among Older White Adults? *Social Forces. Science Medium Soc Study Interpret.* 2011;89(2):535-58.
13. Vodermaier A, Linden W, MacKenzie R i wsp. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer.* 2011;105(12):1814-7.
14. Goldzweig G, Andritsch E, Hubert A i wsp. How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *Psycho-Oncology.* 2009;18(8):866-74.
15. Stommel M, Kurtz M, Kurtz J, i wsp. A Longitudinal Analysis of the Course of Depressive Symptomatology in Geriatric Patients with Cancer of the Breast, Colon, Lung, or Prostate. *Health Psychology.* 2004;23(6):564-73.
16. Turner N, Muers M, Haward R i wsp. Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer. *Psycho-Oncology.* 2007;16(8):707-13.
17. Caine E, Lyness J, King D, Connors B. Clinical and etiological heterogeneity of mood disorders in elderly patients. W: Schneider L, Reynolds C, Lebowitz B, Friedhoff A. (red.). *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life.* Washington: American Psychiatric Press; 1994. pp. 23-53.
18. Cheng K, Lee D. Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2011;78(2):127-37.
19. Kinoshita Y, Chishaki A, Kawamoto R i wsp. A longitudinal study of gender differences in quality of life among Japanese patients with lower rectal cancer treated with sphincter-saving surgery: a 1-year follow-up. *World J Surg Oncol.* 2015;13:91.
20. Grant M, McMullen C, Krouse R i wsp. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncology Nursing Forum.* 2011;38(5):587-96.
21. Liao Y, Shun S, Liao W i wsp. Quality of life and related factors in patients with newly diagnosed advanced lung cancer: a longitudinal study. *Oncol Nurs Forum.* 2014;41(2):44-55.
22. Bergman B, Nilsson S, Petersén I. The effect on erection and orgasm of cystectomy, prostatectomy and vesiculectomy for cancer of the bladder: a clinical and electromyographic study. *Br J Urology.* 1979;51(2):114-20.
23. Tadd W, Bayer A. Dignity and social care for older Europeans: Implications for a European project. *Aging Health.* 2006;2(5):771-79.
24. Haley W, LaMonde L, Han B i wsp. Family caregivers in hospice: effects on psychological and health functioning among spousal caregivers of hospice patients with lung cancer or dementia. *Hospice Journal.* 2001;15(4):1-8.
25. Fehring R, Miller J, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum.* 1997;24(4):663-671.
26. Feher S, Maly R. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology.* 1999;8(5):408-416.
27. Edwards A, Pang N, Shiu V i wsp. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Med.* 2010;24(8):753-70.
28. Lehto R. Pre- and postoperative self-reported cognitive effectiveness and worry in patients with suspected lung malignancy. *Oncol Nurs Forum.* 2013;40(3):135-41.
29. Kimura D. Sex hormones influence human cognitive pattern. *Neuro Endocrinol Lett.* 2002;23(4):67-77.
30. Nelson C, Lee J, Gamboa M i wsp. Cognitive effects of hormone therapy in men with prostate cancer: A review. *Cancer.* 2008;113:1097-1106.

31. Lange M, Giffard B, Joly F i wsp. Baseline cognitive functions among elderly patients with localised breast cancer. *Eu J Cancer*. 2014;50(13):2181-9.
32. Collins B, Mackenzie J, Stewart A i wsp. Cognitive effects of chemotherapy in post-menopausal breast cancer patients 1 year after treatment. *Psycho-Oncology*. 2009;18:134-43.
33. Given B, Given Ch. The older patient. W: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P i wsp. (red.). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 2010. ss. 491-496.
34. Extermann M, Balducci L, Lyman G. What threshold for adjuvant therapy in older breast cancer patients? *J Clin Oncol*. 2000;18:1709-17.
35. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
36. Rosenfield S. Splitting the Difference: Gender, the Self, and Mental Health. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer US; 1999. ss. 209-224.
37. Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2001.