

Mgr piel. Magdalena Ryznar-Zaręba

Analiza czynników wpływających na jakość życia pacjentek poddawanych chemioterapii

Streszczenie w języku polskim

Wprowadzenie: Rak piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem i główną przyczyną zgonów z powodu raka u kobiet na całym świecie. Wysoka jakość badań przesiewowych i zmiany w zasadach diagnozowania chorób oznaczają, że coraz większa liczba populacji ma wykrytego raka piersi w coraz młodszym wieku. Wielkość guza jest ważnym czynnikiem w ocenie zaawansowania raka piersi i może wpływać na opcje leczenia i prognozę przeżycia danego pacjenta. Chemioterapia jest jedną z powszechnych form leczenia, która w związku z silną cytotoksycznością i efektami ubocznymi może powodować problemy fizyczne i psychiczne, które negatywnie wpływają na jakość życia (QOL) pacjenta. Sama QOL składa się z wielu domen, w tym funkcjonowania fizycznego, dobrostanu psychicznego (poziom lęku i depresji) oraz wsparcia społecznego. Faktem jest, że pacjentki z rakiem piersi doświadczają objawów fizycznych, psychicznych i społecznych, które negatywnie wpływają na ich QOL.

Cel badania: Analiza czynników wpływających na QOL pacjentów z nowotworem piersi poddawanych chemioterapii.

Material i metody: Badanie zostało przeprowadzone w okresie sierpień – wrzesień 2022 roku wśród 200 pacjentek w wieku $52,98 \pm 11,76$ lat leczonych z powodu raka piersi w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. Pacjentki zostały podzielone na dwie grupy: I – 100 pacjentek poddanych chemioterapii po zabiegu operacyjnym, II – 100 pacjentek poddanych chemioterapii przed zabiegiem operacyjnym. Obie grupy zostały przebadane dwukrotnie - podczas pierwszej i trzeciej chemioterapii. Pacjentki zostały zakwalifikowane do badania, gdy spełniały łącznie następujące kryteria włączenia do badania wiek ≥ 18 lat, wyrażenie zgody na udział w badaniu, przebyta chemioterapia. W badaniu zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze: kwestionariusze WHOQoL BREF, EORTC moduł QLQ-C30 i moduł - BR 23 do oceny QOL, Skala Akceptacji Choroby (AIS) oraz Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS).

Wyniki: Większość z badanych kobiet mieszkała w mieście i pozostawała w związku, była aktywna zawodowo i miała wykształcenie średnie lub wyższe. W zakresie zmiennych klinicznych, u pacjentek z chemioterapią przed zabiegiem *grade* był istotnie wyższy (G3: 47% vs. 22%, G4: 29% vs. 3%; $p < 0,001$), hormonoterapia była stosowana rzadziej (26% vs. 77%, $p < 0,001$), częściej występowały objawy ze strony piersi tj. wciągnięcie skóry lub brodawki (64% vs. 20%, $p < 0,001$), zmiana wielkości lub kształtu piersi (40% vs. 17%, $p = 0,001$), wyciek z brodawki (43% vs. 10%, $p < 0,001$), i owrzodzenie skóry piersi (21% vs. 3%, $p < 0,001$) występowały częściej. Ponadto w grupie pacjentek poddanych chemioterapii przed mastektomią powiększenie węzłów chłonnych pachowych występowało rzadziej (53% vs. 72%, $p = 0,009$), cechy T i N były wyższe (odpowiednio: T2: 69% vs. 25%; T3: 19% vs. 5%; $p < 0,001$ oraz N1: 42% vs. 22%; N2: 12% vs. 5%; $p < 0,001$), częściej występował rak potrójnie ujemny (24% vs. 4%, $p < 0,001$) a rzadziej luminalny B (29% vs. 79%, $p < 0,001$). U pacjentek leczonych chemioterapeutycznie przed zabiegiem ER (48% vs. 24%, $p < 0,001$), PR (53% vs. 40%, $p = 0,001$) i Her2 (24% vs. 5%, $p = 0,014$) częściej były ujemne w porównaniu do pacjentek leczonych chemioterapeutykami po zabiegu.

Analiza porównawcza wpływu pierwszego cyklu chemioterapii na poziom QOL (WHOQOL BRF), akceptację choroby (AIS) i poziom lęku i depresji (HADS) pacjentek leczonych z powodu raka piersi nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Analiza porównawcza wpływu pierwszego i trzeciego cyklu chemioterapii na poziom QOL mierzonej kwestionariuszami QLQ-C30 oraz QLQ-BR23 wykazała istotnie lepsze funkcjonowanie fizyczne ($83 \pm 19,68$ vs. $77,8 \pm 19,58$; $p = 0,009$ oraz $75,07 \pm 22,48$ vs. $71,17 \pm 20,51$; $p = 0,038$) oraz większe nasilenie problemów z piersiami ($30,61 \pm 27,47$ vs. $18,61 \pm 18,52$; $p = 0,004$ oraz $35,03 \pm 27,34$ vs. $25,5 \pm 20,92$; $p = 0,022$) u pacjentek, u których zastosowano chemioterapię przed zabiegiem.

W kolejnej części badania przeprowadzono analizę zmiany wyników narzędzi standaryzowanych w czasie trwania leczenia chemioterapeutycznego (pomiar 1: pierwsza chemioterapia; pomiar 2: trzecia chemioterapia). Poziom akceptacji choroby (AIS) istotnie wzrósł w drugim pomiarze w stosunku do pomiaru pierwszego ($27,22 \pm 7,06$ vs. $28,19 \pm 6,86$; $p = 0,001$). Poziom depresji istotnie wzrósł w drugim pomiarze w stosunku do pomiaru pierwszego ($8,01 \pm 3,93$ vs. $8,58 \pm 3,17$; $p = 0,028$). QOL w każdej z dziedzin uległa istotne obniżeniu w drugim pomiarze w stosunku do pomiaru pierwszego.

Wykazano istotne zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a AIS, HADS, WHOQOL BREF, QLQ-C30 i BR23. Wyższy poziom akceptacji choroby prezentowały

pacjentki młodsze ($r=-0,435$), pracujące ($28,64\pm 6,18$) i bezrobotne ($28,57\pm 5,51$) w porównaniu do kobiet starszych i nieaktywnych zawodowo (emerytura, renta). Wyższy poziom lęku i depresji był związany ze starszym wiekiem, przebywaniem na emeryturze, rencie ($11,13\pm 2,65$ vs. $9,83\pm 3,15$; $p=0,027$) oraz zamieszkaniem na wsi ($10,88\pm 2,86$ vs. $9,99\pm 3,04$; $p=0,042$) w porównaniu do pozostałych grup. Starszy wiek istotnie obniżał QOL we wszystkich dziedzinach WHOQOL BREF zarówno w czasie pierwszego jak i drugiego pomiaru QOL. Percepcja QOL oraz QOL w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej była istotnie lepsza u pracujących i u bezrobotnych niż u emerytek i rencistek. Percepcja własnego zdrowia była istotnie lepsza u pracujących niż u emerytek i rencistek. QOL dziedzinie socjalnej była istotnie lepsza u pacjentek z wykształceniem wyższym niż u pacjentek z wykształceniem podstawowym i u pacjentek z wykształceniem średnim.

Analiza korelacji przeprowadzona po pierwszym pomiarze QOL wykazała, że wiek koreluje istotnie ($p<0,05$) i dodatnio ($r>0$) z nasileniem takich objawów jak: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszności, bezsenność, utrata apetytu, biegunki, problemy finansowe, problemy z piersiami i problemy z ramieniem, a więc im starszy wiek tym większe są tego typu problemy. Ponadto wiek koreluje istotnie ($p<0,05$) i ujemnie ($r<0$) z ogólną QOL, funkcjonowaniem fizycznym, w codziennych czynnościach, emocjonalnym, umysłowym, społecznym i seksualnym oraz z zadowoleniem ze współżycia, a więc im starszy wiek tym gorsza QOL w tych obszarach. Analiza korelacji przeprowadzona po drugim pomiarze QOL wykazała, że wiek koreluje istotnie ($p<0,05$) i dodatnio ($r>0$) z nasileniem takich objawów jak: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszności, bezsenność, utrata apetytu, biegunki, skutki uboczne terapii i problemy z ramieniem, a więc im starszy wiek tym większe są tego typu problemy. Ponadto wiek koreluje istotnie ($p<0,05$) i ujemnie ($r<0$) z ogólną QOL, funkcjonowaniem fizycznym, w codziennych czynnościach, emocjonalnym, umysłowym, społecznym i seksualnym oraz z zadowoleniem ze współżycia, a więc im starszy wiek tym gorsza QOL w tych obszarach.

Zmęczenie po trzecim cyklu chemioterapii było istotnie bardziej nasilone u pacjentek stanu wolnego ($41,76\pm 21,33$ vs. $48,48\pm 21,74$; $p=0,048$) niż u kobiet będących w związku. Utrata włosów po pierwszym cyklu chemioterapii była istotnie bardziej nasiloną u pacjentek z wykształceniem wyższym niż u pacjentek z wykształceniem średnim ($65,74\pm 33,32$ vs. $40,54\pm 28,47$; $p=0,013$). Po trzecim cyklu chemioterapii funkcjonowanie w codziennych czynnościach było istotnie gorsze u pacjentek z wykształceniem podstawowym niż w pozostałych grupach (stosownie: $50\pm 24,62$ vs. $70,2\pm 20,73$ vs. $64,48\pm 21,61$ vs. $68,31\pm 19,14$;

$p=0,04$). Funkcjonowanie umysłowe było istotnie lepsze u pacjentek z wykształceniem wyższym i u pacjentek z wykształceniem średnim niż w pozostałych grupach (stosownie: $57,75\pm 24,21$ vs. $56,94\pm 22,29$ vs. $38,89\pm 24,96$ vs. $45,96\pm 25,36$; $p=0,015$). Zaparcia były istotnie bardziej nasilone u pacjentek z wykształceniem średnim niż u pacjentek z wykształceniem zawodowym ($58,73\pm 26,7$ vs. $41,67\pm 28,08$; $p=0,025$). Biegunki były istotnie bardziej nasilone u pacjentek z wykształceniem podstawowym niż u pacjentek z wykształceniem średnim i u pacjentek z wykształceniem wyższym (odpowiednio: $33,33\pm 31,78$ vs. $15,48\pm 20,34$ vs. $11,27\pm 17,77$; $p=0,021$), a ponadto były istotnie bardziej nasilone u pacjentek z wykształceniem zawodowym niż u pacjentek z wykształceniem wyższym (odpowiednio: $20,2\pm 20,31$ vs. $11,27\pm 17,77$; $p=0,021$). Funkcjonowanie seksualne było istotnie lepsze u pacjentek z wykształceniem wyższym niż u pacjentek z wykształceniem średnim ($33,81\pm 31,72$ vs. $20,63\pm 26,46$; $p=0,035$).

Po pierwszym cyklu chemioterapii ogólna QOL, funkcjonowanie w codziennych czynnościach, funkcjonowanie seksualne, funkcjonowanie fizyczne i zadowolenie ze współżycia były istotnie lepsze u pracujących i u bezrobotnych niż u emerytek i rencistek. Funkcjonowanie emocjonalne, umysłowe i społeczne było istotnie lepsze u pracujących niż u emerytek i rencistek. Zmęczenie, Biegunki, Ból i Bezsensowność były istotnie bardziej nasilone u emerytek i rencistek niż u pracujących i u bezrobotnych. Duszności, Utrata apetytu, Problemy finansowe i Problemy z ramieniem były istotnie bardziej nasilone u emerytek i rencistek niż u pracujących. Analiza korelacji aktywności zawodowej z QOL ocenianą podczas trzeciego cyklu chemioterapii wykazała istotne korelacje w zakresie kwestionariuszy QLQ-C30 i QLQ-BR23.

Wnioski: (1) Zastosowany model leczenia chemioterapeutycznego nie różnicuje poziomu ogólnej jakości życia wśród badanych pacjentek. (2) Jakość życia specyficzna dla raka w zakresie funkcjonowania fizycznego i problemów z piersiami jest oceniana lepiej w grupie poddanej chemioterapii neoadjuwantowej bez względu na ilość cykli. (3) Chemioterapia przed- lub pooperacyjna nie warunkuje stopnia akceptacji choroby, jak również poziomu lęku i depresji. (4) Pacjentki w trzecim cyklu chemioterapii lepiej radzą sobie z akceptacją choroby, ale mają obniżoną jakość życia i większe objawy depresyjne. (5) Status rencistki lub emerytki oraz starszy wiek pacjentek powiązany jest z mniejszym stopniem akceptacji choroby, większym poziomem lęku i depresji oraz gorszą jakością życia. (6) Zmienne socjodemograficzne nie wpływały na poziom lęku i depresji podczas pierwszego cyklu chemioterapii; z kolei podczas trzeciego cyklu chemioterapii, najsilniejszy lęk miał miejsce u emerytek i rencistek oraz u pacjentek zamieszkujących na wsi. (7) Starszy wiek pacjentek sprzyjał nasileniu

objawów zmęczenia, nudności i wymiotów, bólu, duszności, bezsenność, utraty apetytu, biegunek, problemów z piersiami i ramieniem, a także gorszego statusu materialnego. (8) starszy wiek pacjentek determinował gorszą ogólną jakość życia, funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, umysłowe, społeczne i seksualne oraz mniejsze zadowolenie ze współżycia.

Słowa kluczowe: rak piersi, chemioterapia, jakość życia, akceptacja choroby, lęk, depresja, funkcjonowanie fizyczne, dobrostan psychiczny, wsparcie społeczne, personel pielęgniarski, czynniki socjodemograficzne, czynniki kliniczne.