

**Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji
u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra
w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu
onkologicznym**

**Evaluation of quality of life, anxiety and depression in testicular cancer
patients during chemotherapy and after anticancer treatment**

Maria Osmańska¹, Alina Borkowska², Roman Makarewicz³

¹Oddział Chemioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy
Kierownik: dr n. med. J. Tujakowski

²Zakład Neuropsychologii Klinicznej UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Borkowska

³Katedra i Klinika Onkologii i Brachyterapii UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R. Makarewicz

Summary

Aim. Investigating quality of life, anxiety, aggression and depression disorders in testicular cancer during chemotherapy and after anticancer treatment. Evaluation of correlation between quality of life domains and mental disorders.

Method. Participants were 111 men: 57 testicular cancer patients during chemotherapy and 54 survivors at least 6 months after treatment for testicular cancer. The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQoL-BREF) and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) were used to study.

Results. The assessment of general health was higher in survivors than in patients during chemotherapy. Anxiety and depression disorders were defined by a score ≥ 8 on the HADS subscales. The prevalence of anxiety disorder was 40% (anxiety syndrome - 15%) in patients during chemotherapy and 18.5% in patients after treatment. The prevalence of depression disorder was 14.6% in patients during chemotherapy and 9.3% in patients after treatment. The prevalence of aggression was 5.6% in patients during chemotherapy and 18.9% in survivors. Anxiety and depression disorders correlated with quality of life and self-health perception, psychological and social domains.

Conclusion. Testicular cancer patients during chemotherapy assessed their health lower. Chemotherapy for testicular cancer was associated with higher levels of anxiety and depression. Survivors after testicular cancer therapy have an increased risk of a higher aggression level.

Słowa kluczowe: złośliwy zarodkowy nowotwór jądra, jakość życia, zaburzenia psychiczne
Key words: testicular cancer, quality of life, mental disorders

Wstęp

Rak jest chorobą społeczną, na którą zachoruje co czwarta osoba w Stanach Zjednoczonych i Europie, jest również jedną z głównych przyczyn zgonów – co trzecia osoba umiera z powodu choroby nowotworowej. Dotyczy to również Polski [1].

Pomimo postępu, jaki dokonał się w onkologii w dziedzinie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych, nadal wyniki terapii nie są zadowalające. Niewiele jest nowotworów złośliwych, które można trwale wyleczyć, dotyczy to przede wszystkim chłoniaków o wysokim stopniu złośliwości, chłoniaka Hodgkina, złośliwych zarodkowych nowotworów jądra, raka trofoblastu oraz niektórych ostrych białaczek. Wielu pacjentów dzięki współczesnym metodom leczenia może uzyskać długotrwałe remisje, trwające miesiące, a nawet lata, ale jest również taka grupa chorych, która z uwagi na zaawansowanie procesu nowotworowego może jedynie liczyć na okresowe zatrzymanie postępu choroby, zmniejszenie dolegliwości, poprawę samopoczucia, ewentualnie przedłużenie życia [2].

Rozpoznanie nowotworu złośliwego uznawane jest powszechnie za komunikat o największym zagrożeniu życia, niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego danego społeczeństwa [3]. Choroba nowotworowa ze względu na specyficzny stereotyp myślenia społecznego, kojarzący rozpoznanie raka ze śmiercią w bólu, stanowi ogromne obciążenie psychiczne nawet wtedy, gdy nie powoduje przykrych dolegliwości fizycznych i nie ogranicza aktywności ruchowej czy społecznej. Nawet wtedy stres psychiczny może doprowadzić do załamania równowagi psychicznej [4].

Obecnie częściej niż kiedykolwiek chorzy zmuszeni są do radzenia sobie ze spowodowanymi przez chorobę trudnościami fizycznymi, emocjonalnymi oraz psychospołecznymi. Problemy te dotyczą obniżenia się samooceny, zmiany obrazu ciała spowodowanych chorobą i jej leczeniem, zaburzeń funkcjonowania seksualnego, utraty możliwości pracy zarobkowej, a także wiążą się z większym ryzykiem wystąpienia zespołów depresyjnych i lękowych [5]. Już samo podejrzenie nowotworu wywołuje bardzo silny lęk, poczucie zagrożenia i niepewność dalszego losu. Rozpoznanie choroby nowotworowej łączy się przeważnie z nasileniem objawów depresyjnych [4].

Lęk o różnym nasileniu ujawniany jest przez cały okres trwania choroby – począwszy od najwcześniejszych form diagnostyki, poprzez kolejne fazy aktywnego leczenia, w stanie terminalnym, jak też u osób uzyskujących remisję [6]. Depresja jest najczęściej spotykanym w populacji chorych onkologicznych schorzeniem psychicznym i w istotnym stopniu wpływa na obraz kliniczny choroby oraz jej przebieg [5].

W badaniu przeprowadzonym pod kierunkiem Derogatisa [7] zaburzenia psychiczne zdiagnozowano, stosując kryteria DSM-III, u 47% pacjentów z chorobą nowotworową, dwukrotnie więcej niż w przypadku pacjentów z innym rozpoznaniem oraz trzykrotnie więcej niż w ogólnej populacji. Spośród chorych z diagnozą psychiatryczną, około 68% stanowili pacjenci z zaburzeniami przystosowania, 13% – osoby z głębokimi zaburzeniami afektywnymi (depresja), 8% – z zaburzeniami umysłowymi na tle uszkodzeń organicznych, 7% – z zaburzeniami osobowości, i 4% – z zaburzeniami lękowymi. Dla około 85% pacjentów onkologicznych z zaburzeniami psychicznymi dominującym symptomem były objawy lęku i depresji.

Ocena częstości współwystępowania depresji i chorób nowotworowych jest bardzo różna i waha się od 20 do 80%. Zależy to od badanej populacji, stopnia zaawansowania choroby nowotworowej oraz od przyjętych kryteriów diagnostycznych depresji [8]. Wiadomo, że stan psychiczny pacjentów onkologicznych pozostaje w związku z lokalizacją nowotworu [9]. Określona lokalizacja nowotworu (rak piersi, nowotwory narządów kobiecych, nowotwory jąder), poprzez wpływ na poczucie identyfikacji z rolą kobiety lub mężczyzny oraz okaleczające leczenie (mastektomia, wyłonienie sztucznego odbytu) są czynnikami bardzo obciążającymi pacjentów [8]. Depresja jest silnie związana z rakiem nosogardła (22%–57%), trzustki (33%–50%), piersi (1,5%–46%) i płuca (11%–44%). Rzadziej depresję spotyka się u pacjentów z rakiem jelita (13%–25%), kobiecych narządów rodnych (12%–23%) czy chłoniakach (8%–19%) [10].

Złośliwy zarodkowy nowotwór jądra (ZZNJ) występuje stosunkowo rzadko i stanowi około 1% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn [11, 12]. Jest to najczęściej występujący nowotwór u mężczyzn w wieku 15–35 lat, a drugi pod względem częstości – u mężczyzn w wieku 35–39 lat [13]. Obecnie, dzięki zastosowaniu w końcu lat 70. polichemioterapii opartej na cis-platynie w skojarzeniu z chirurgią i radioterapią, prawie 90% pacjentów z tą chorobą może być wyleczonych. Z powodu tak dobrej prognozy, młodego wieku i przy jednoczesnym wzroście zachorowalności, zwiększa się liczba mężczyzn ozdrowieńców [14].

Zachorowanie na nowotwór złośliwy jądra w młodym wieku, w trakcie największej aktywności życiowej, kiedy młody mężczyzna chce zrealizować wiele planów osobistych i zawodowych, jest ogromnym ciosem. Agresywne i okaleczające leczenie, a następnie wieloletni okres niepewności po leczeniu, może wiązać się ze znacznym pogorszeniem jego jakości życia, prowadzić do zaburzeń psychicznych, m.in. zespołów lękowych i depresyjnych.

Cel pracy

Celem badania była ocena jakości życia oraz występowania nasilenia lęku, depresji i agresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie leczenia chemicznego oraz po zakończonym leczeniu onkologicznym. Oceniono korelacje pomiędzy poszczególnymi dziedzinami jakości życia a nasileniem powyższych zaburzeń psychicznych.

Material

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMK w Toruniu, przy Collegium Medicum w Bydgoszczy. Ogółem przebadano 111 mężczyzn z rozpoznaniem histopatologicznym złośliwego zarodkowego nowotworu jądra, w wieku 18–73 lat (średnia wieku 35,7 roku \pm 10,7 SD, mediana: 33 lata), w tym 57 osób w wieku 18–73 lat (średnia wieku 33,5 roku \pm 10,4 SD, mediana: 32 lata) w trakcie leczenia chemicznego – hospitalizowanych na Oddziale Chemioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy, oraz 54 pacjentów w wieku 20–68 lat (średnia 37,9 roku \pm 10,7

SD, mediana: 35,5 lat) pozostających w remisji choroby od co najmniej 6 miesięcy po zakończeniu leczenia onkologicznego.

W całej badanej grupie u 78 (70,3%) mężczyzn w badaniu mikroskopowym rozpoznano nienasieniaka, u 33 (29,7%) wykazano nasieniaka. W podgrupie leczonych chemią nasieniaka stwierdzono u 13 (22,8%) pacjentów, a nienasieniaka u 44 (77,2%). W podgrupie mężczyzn po leczeniu przeciwnowotworowym nasieniaka rozpoznano u 20 (37%), a nienasieniaka u 34 (63%) osób.

Zaawansowanie choroby w całej grupie mężczyzn oraz obu podgrupach przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zaawansowanie choroby w badanej grupie pacjentów

Zaawansowanie choroby	Cała badana grupa pacjentów N = 111	Podgrupa pacjentów w trakcie leczenia chemicznego N = 57	Podgrupa pacjentów po leczeniu onkologicznym N = 54
I stopień	47(42,4%)	17(29,8%)	30(55,6%)
II stopień	31(27,9%)	18(31,6%)	13(24,1%)
III stopień	32(28,8%)	22(38,6%)	10(18,5%)
Brak danych	1(0,9%)	-	1(1,8%)

W podgrupie badanych mężczyzn w trakcie leczenia chemicznego najwięcej chorych było w stadium rozsiewu choroby – prawie 40%, natomiast w podgrupie pacjentów po przebytych leczeniu onkologicznym ponad 55% mężczyzn miało nowotwór ograniczony do jądra w I stopniu zaawansowania.

Wszyscy pacjenci mieli wykonaną orchidektomię, jako wstępne leczenie. Zastosowane sposoby leczenia po usunięciu jądra w badanej grupie i podgrupach pokazano w tabeli 2.

Tabela 2. Sposoby leczenia przeciwnowotworowego po orchidektomii w całej grupie oraz obu badanych podgrupach

Rodzaj leczenia	Cała badana grupa pacjentów N = 111	Podgrupa pacjentów w trakcie leczenia chemicznego N = 57	Podgrupa pacjentów po leczeniu onkologicznym N = 54
Obserwacja	3(2,7%)	-	3(5,55%)
Chemioterapia	86(77,5%)	55(96,5%)	31(57,4%)
Radioterapia	2(1,8%)	-	2(3,7%)
Chemioterapia + chirurgia	17(15,3%)	2(3,5%)	15(27,8%)
Chemioterapia + radioterapia	3(2,7%)	-	3(5,55%)

W obu badanych podgrupach większość pacjentów mieszkała w mieście: 40 (70,2%) chorych w trakcie chemioterapii i 42 (77,8%) w okresie remisji choroby. Najwięcej mężczyzn było w związku małżeńskim: w trakcie leczenia – 33 (57,9%), po leczeniu – 33 (61,1%); żonaty w trakcie terapii było 20 (35,1%), wśród osób po

leczeniu – 15 (27,8%). Po kilka procent mężczyzn w obu badanych podgrupach było rozwiedzionych lub żyło w konkubinacie. Wśród pacjentów w trakcie chemioterapii i po leczeniu najczęściej było mężczyzn ze średnim wykształceniem: 24 (42,0%) i 24 (44,4%), na drugim miejscu – z wykształceniem zawodowym: 12 (21,1%) i 14 (25,9%). W obu badanych podgrupach najmniej było osób z wykształceniem podstawowym i wyższym.

Metoda

Do badania użyto następujących narzędzi badawczych:

1. Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF
2. Szpitalnej Skali Lęku i Depresji – Skala HADS.

Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych. Wersja BREF (krótka) WHOQoL zawiera 26 pytań i została skonstruowana na podstawie wersji długiej WHOQoL-100, zawierającej 100 pytań. Umożliwia ona otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiska; skala zawiera również pytanie 1: dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia, i pytanie 2: dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Rzetelność polskiej wersji Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF została sprawdzona za pomocą współczynnika α Cronbacha: dla dziedziny fizycznej wynosi on 0,81, dla dziedziny psychologicznej – 0,78, dla dziedziny społecznej – 0,69, dla środowiska – 0,77, natomiast dla całego kwestionariusza – 0,90. Punktacja odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w zakresie tych dziedzin – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [15, 16].

Szpitalna Skala Lęku i Depresji zawiera 16 pytań; służy do badania przesiewowego lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych. W badaniu posłużono się polską wersją testu opracowaną przez M. Majkowicza, K. de Walden-Gałuszko, G. Chojnacką-Szawłowską. Kwestionariusz pomocny jest w ocenie lęku, depresji oraz agresji (rozdrażnienia). Odpowiedzi oceniane są wg czterostopniowej skali likertowskiej od 0 do 3. W obu podskalach lęku i depresji wyniki są sumowane. Wartości od 0 do 7 wskazują na normę, od 8 do 10 są wartościami granicznymi (zaburzenia lękowe o niewielkim nasileniu), a wartości od 11 do 21 uważane są za patologiczne (zespół lękowy) [17, 18].

Chorzy w trakcie leczenia chemicznego otrzymywali powyższe kwestionariusze do wypełnienia w trakcie hospitalizacji na oddziale chemioterapii, natomiast pacjenci po leczeniu onkologicznym – na wizycie kontrolnej w poradni onkologicznej lub drogą pocztową do domu.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, wykorzystując program STATISTICA 5-PL. Charakter zmiennych określono za pomocą testu Shapiro–Wilka.

W celu porównania dwóch podgrup zastosowano test U Manna–Whitneya. Średnie wyniki w grupach oceniono, stosując statystyki opisowe. Analizę korelacji przeprowadzono stosując test R-Spearmana.

Wyniki

W całej badanej grupie oraz analizowanych podgrupach uzyskano wartość średnią indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia na podobnym poziomie ok. 3,8. Prawie 58% badanych pacjentów było zadowolonych z jakości swojego życia, jedynie niespełna 1% mężczyzn był z niej bardzo niezadowolony. W obu podgrupach około 70% badanych było zadowolonych lub bardzo zadowolonych z jakości swojego życia.

W całej analizowanej grupie uzyskano średnią indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia na poziomie 3,3, w podgrupie leczonej – na poziomie 3,1, natomiast w podgrupie po leczeniu przeciwnowotworowym – na poziomie wyższym, średnio 3,6. Ponad 50% badanych osób oceniało swój stan zdrowia jako dobry (było zadowolonych lub bardzo zadowolonych ze swojego stanu zdrowia), 27% było niezdecydowanych, a prawie 23% oceniało swój stan zdrowia jako zły (było niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych ze stanu zdrowia). W trakcie leczenia chemicznego tylko 42% badanych oceniało swój stan zdrowia jako dobry, a 32% – jako zły. W podgrupie po leczeniu przeciwnowotworowym 59% mężczyzn oceniało swój stan zdrowia pozytywnie, natomiast tylko 13% pacjentów – negatywnie. W podgrupie leczonej chemią większy odsetek pacjentów niekorzystnie oceniał stan swojego zdrowia, w porównaniu z podgrupą po przebytych leczeniu. Mężczyźni po leczeniu onkologicznym lepiej oceniali swój stan zdrowia niż mężczyźni w trakcie leczenia cytostatycznego.

W zakresie kondycji fizycznej (zdolność do wykonywania codziennych czynności, zdolność do pracy, ogólna sprawność) pacjenci zarówno w całej badanej grupie, jak i analizowanych dwóch podgrupach, uzyskali wyniki porównywalne.

W zakresie sfery psychologicznej (uczucia, duchowość, samoocena, możliwości intelektualne) pacjenci w całej badanej grupie oraz w dwóch analizowanych podgrupach uzyskali również wyniki porównywalne.

Tabela 3. Wyniki Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF uzyskane w podgrupie w trakcie chemioterapii i w podgrupie po leczeniu przeciwnowotworowym. Średnia \pm SD

Wymiar jakości życia	Podgrupa pacjentów w trakcie leczenia chemicznego N = 57	Podgrupa pacjentów po leczeniu onkologicznym N = 54
Zadowolenie z jakości życia	3,77 \pm 0,71	3,76 \pm 0,82
Zadowolenie ze stanu zdrowia	3,12 \pm 1,05 *	3,56 \pm 0,96
Dziedzina fizyczna	12,37 \pm 1,41	12,57 \pm 1,25
Dziedzina psychologiczna	10,32 \pm 2,15	10,19 \pm 1,97
Dziedzina społeczna	15,35 \pm 3,30	15,61 \pm 2,81
Środowisko	14,42 \pm 1,27	14,22 \pm 1,54

*Różnica w porównaniu z osobami po leczeniu onkologicznym istotna statystycznie: $p < 0,05$; test U Manna–Whitneya

W tabeli 3 przedstawiono wyniki Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF uzyskane w podgrupie osób leczonych chemicznie i podgrupie osób po leczeniu

onkologicznym. W zakresie sfery społecznej, obejmującej relacje i związku między-ludzkie, wsparcie społeczne, aktywność seksualną, pacjenci ogółem w całej badanej grupie oraz w obu analizowanych podgrupach uzyskali wyniki porównywalne.

W Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w kategorii lęku w całej grupie badanych mężczyzn uzyskano wyniki od 0 do 16, w kategorii depresji od 0 do 15, a w kategorii agresji od 0 do 6. W powyższych kategoriach uzyskano wyniki średnie nie odbiegające od normy. W całej badanej grupie pacjentów wartość średnia dla lęku wyniosła $5,71 \pm 3,76$ SD, dla agresji $2,70 \pm 1,60$ SD, natomiast dla depresji $3,38 \pm 3,31$ SD.

Średnie wyniki uzyskane w podgrupach: w trakcie chemioterapii i po leczeniu przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki Szpitalnej Skali Lęku i Depresji uzyskane w podgrupach: w trakcie chemioterapii i po leczeniu onkologicznym. Średnia \pm SD

Kategoria skali HADS	Podgrupa pacjentów w trakcie leczenia chemicznego N = 57	Podgrupa pacjentów po leczeniu onkologicznym N = 54
Lęk	$6,55 \pm 3,70^*$	$4,85 \pm 3,66$
Agresja	$2,52 \pm 1,37$	$2,89 \pm 1,79$
Depresja	$3,87 \pm 3,49^*$	$2,87 \pm 3,50$

*Różnica w porównaniu z osobami po leczeniu onkologicznym istotna statystycznie: $p < 0,05$, test U Manna–Whitneya

Wśród pacjentów po leczeniu onkologicznym objawy zespołu lękowego (lęku patologicznego w tej skali) demonstrowało 6 (11,1%) pacjentów, depresji 3 (5,6%). Spośród ocenianych pięćdziesięciu pięciu pacjentów w trakcie chemioterapii objawy kliniczne zespołu lękowego wykazywało 8 (14,6%), a depresji – 3 (5,5%).

Pacjenci z cechami lęku na pograniczu normy (lęku granicznego, czyli 8–10 punktów w skali HADS) i zespołu lękowego (lęku patologicznego) w podgrupie w trakcie chemioterapii stanowili aż 40%, natomiast po leczeniu – 18,5%.

Pacjenci z cechami depresji na pograniczu normy i patologii (8–10 punktów w skali HADS) i klinicznego zespołu depresyjnego w podgrupie w trakcie chemioterapii stanowili 14,6%, natomiast po leczeniu – 9,3%.

W kategorii agresji (rozdrażnienia) w całej badanej grupie mężczyzn 51 (47,7%) reprezentowało niski poziom agresji: 0–2 punkty; 43 (40,2%) średni poziom agresji: 3–4 punkty; a 13 (12,2%) osób miało wysoki poziom agresji: 5–6 punktów. Porównując podgrupy, więcej pacjentów demonstrowało wysoki poziom agresji w okresie remisji choroby – było to 10 (18,9%) mężczyzn, natomiast w podgrupie w trakcie leczenia chemicznego tylko 3 (5,6%) chorych wykazywało w teście wysoki poziom rozdrażnienia. W podgrupie osób leczonych było więcej pacjentów z niskim poziomem agresji niż w podgrupie w okresie remisji choroby, tj. odpowiednio 30 (55,6%) i 21 (39,6%), ale różnice te nie były znamienne statystycznie. Wykazano dodatnią korelację pomiędzy wysokim poziomem agresji a lękiem i depresją.

W tabeli 5 przedstawiono wartości współczynnika R-Spearmana pokazujące siłę korelacji pomiędzy wynikami Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF a wynikami Skali HADS w całej ocenianej grupie mężczyzn.

Tabela 5. Korelacje pomiędzy wynikami Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF a wynikami skali HADS w całej badanej grupie pacjentów

Domeny WHOQoL-BREF	HADS lęk	HADS agresja	HADS depresja
Indywidualna, ogólna percepcja jakości życia	-0,32**	-0,23	-0,41***
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	-0,33*	-0,19	-0,41***
Dziedzina fizyczna	-0,21	0,11	-0,27
Dziedzina psychologiczna	0,53***	0,38***	0,57***
Dziedzina społeczna	-0,40***	-0,42***	-0,56***
Środowisko	-0,18	-0,23	-0,20

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$, *** $p < 0,0001$

Jak wynika z tabeli 5, w całej badanej grupie wykazano silną korelację pomiędzy gorszą sprawnością psychiczną (dziedziną psychologiczną) a cechami lęku i depresji. Gorsze funkcjonowanie społeczne związane było z większym nasileniem cech depresji, a gorsza ogólna percepcja jakości życia i gorsza ocena własnego zdrowia związana była z większym nasileniem lęku i depresji. Podobnie gorsze funkcjonowanie społeczne wiązało się z wyższym nasileniem cech lęku i agresji. W całej grupie badanych stwierdzono korelację między gorszym funkcjonowaniem psychologicznym a większym nasileniem agresji. Natomiast wykazano słabą, ujemną korelację pomiędzy dziedziną fizyczną a cechami depresji, co oznacza, że osoby o słabszej kondycji fizycznej prezentowały większe nasilenie depresji.

Tabele 6 i 7 przedstawiają korelacje pomiędzy dziedzinami jakości życia wg Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF a wynikami skali HADS w podgrupie mężczyzn po leczeniu onkologicznym i w trakcie leczenia chemicznego.

Tabela 6. Korelacje pomiędzy wynikami Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF a wynikami skali HADS w podgrupie pacjentów w trakcie leczenia chemicznego

Domeny WHOQoL-BREF	HADS lęk	HADS agresja	HADS depresja
Indywidualna, ogólna percepcja jakości życia	-0,06	0,05	-0,30
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	-0,21	-0,08	-0,30
Dziedzina fizyczna	-0,27	0,10	-0,27
Dziedzina psychologiczna	0,49**	0,32	0,59***
Dziedzina społeczna	-0,43*	-0,41*	-0,65***
Środowisko	-0,20	-0,17	-0,25

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$, *** $p < 0,0001$

Jak wynika z tabeli 6, w podgrupie chorych w trakcie leczenia chemicznego wykazano wysoką korelację między dziedziną psychologiczną a większym nasileniem depresji, a także pomiędzy gorszym funkcjonowaniem społecznym a wyższym nasileniem cech depresji oraz lęku i agresji. Stwierdzono również korelację pomiędzy dziedziną psychologiczną a wyższym poziomem lęku. Nie wykazano w tej podgrupie korelacji pomiędzy parametrami skali HADS a dziedziną fizyczną, środowiskiem, indywidualnym postrzeganiem jakości własnego życia i ogólną oceną własnego zdrowia.

Tabela 7. Korelacje pomiędzy wynikami Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF a wynikami skali HADS w podgrupie pacjentów po leczeniu onkologicznym

Domeny WHOQoL-BREF	HADS lęk	HADS agresja	HADS depresja
Indywidualna, ogólna percepcja jakości życia	-0,56***	-0,46**	-0,55***
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	-0,36*	-0,38*	-0,47**
Dziedzina fizyczna	-0,14	-0,15	-0,28
Dziedzina psychologiczna	0,58***	0,43*	0,54***
Dziedzina społeczna	-0,36*	-0,41*	-0,50**
Środowisko	-0,19	-0,24	-0,20

*p < 0,01, **p < 0,001, ***p < 0,0001

Jak wynika z tabeli 7, dla wyników Kwestionariusza WHOQoL-BREF i skali HADS, uzyskanych przez pacjentów po leczeniu przeciwnowotworowym, nie stwierdzono korelacji pomiędzy kondycją fizyczną i funkcjonowaniem w środowisku a kategoriami Skali HADS. Wykazano natomiast wysoką korelację między gorszą ogólną percepcją jakości życia a większym nasileniem depresji i lęku. W tej grupie chorych stwierdzono wysoką korelację pomiędzy funkcjonowaniem psychologicznym a poziomem lęku i depresji, natomiast gorsze relacje w dziedzinie społecznej wiązały się z wyższym nasileniem depresji. Z tabeli 7 wynika, że ogólne mniej korzystne postrzeganie własnej kondycji zdrowotnej wiązało się z podwyższonymi wskaźnikami w zakresie wszystkich kategorii skali HADS, niższa zaś ocena jakości życia skorelowana była z wyższym poziomem agresji. Podobnie gorsze funkcjonowanie społeczne związane było z wyższym poziomem lęku i agresji. W podgrupie osób po leczeniu wykazano również związek pomiędzy gorszym funkcjonowaniem psychologicznym a nasileniem agresji.

Dyskusja

Złośliwy zarodkowy nowotwór jądra dotyka przede wszystkim młodych mężczyzn, najczęściej w wieku 15–35 lat [13]. W naszym badaniu średnia wieku pacjentów w trakcie leczenia chemicznego wynosiła prawie 34 lata, co jest zgodne z danymi epidemiologicznymi.

Pacjenci w trakcie leczenia chemicznego i po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym podobnie oceniali jakość życia. W obu badanych podgrupach około 70% pacjentów oceniało pozytywnie (było zadowolonych lub bardzo zadowolonych) jakość swojego życia. Natomiast porównanie średniej indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia wypadło niekorzystnie dla chorych w trakcie leczenia chemicznego; była to różnica znamienna statystycznie. W podgrupie leczonej chemią większy odsetek pacjentów oceniał swój stan zdrowia jako istotnie gorszy niż w podgrupie chorych po przebytych leczeniu. Mężczyźni po leczeniu onkologicznym lepiej oceniali swój stan zdrowia niż mężczyźni w trakcie leczenia cytostatycznego. Jest to zrozumiałe, ponieważ leczenie chemiczne wiąże się z wieloma działaniami niepożądanymi, m.in. utratą włosów, nudnościami, wymiotami, złym ogólnym samopoczuciem. Zaskakujące jest to, że w obu podgrupach subiektywna ocena jakości życia nie różniła się znacząco. W średnich wynikach w zakresie pozostałych dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej nie wykazano znamiennych statystycznie różnic.

Wyniki te korespondują z wynikami innych badań. W badaniu przeprowadzonym przez Traska i wsp. [19] 30% pacjentów demonstrowało średni i wysoki poziom dystresu przed leczeniem chemicznym, który związany był z ich gorszą jakością życia. Obniżenie się emocjonalnego dystresu w trakcie leczenia chemicznego i po nim wpływało na istotną poprawę jakości życia. Obserwowano także poprawę w zakresie emocji, funkcjonowania w społeczeństwie i rodzinie. Japońscy lekarze, badając jakość życia związaną ze zdrowiem (HRQoL) u pacjentów, którzy zakończyli leczenie z powodu raka jądra co najmniej 6 miesięcy wcześniej i uzyskali całkowitą remisję, stwierdzili gorszą jakość życia jedynie w zakresie funkcjonowania społecznego, w porównaniu z ogólną populacją. Okazało się również, że wpływ rodzaju otrzymanego leczenia na poszczególne dziedziny jakości życia był niewielki [20]. Inne badanie, przeprowadzone 11 lat po leczeniu nowotworu jądra, nie wykazało pogorszenia w zakresie jakości życia spowodowanego problemami zdrowotnymi (w skali HRQoL), w zakresie życia rodzinnego ani osobistego, w porównaniu z mężczyznami zdrowymi [21]. Stwierdzono, że pacjenci 3 lata i więcej od zakończenia terapii przeciwnowotworowej prezentują większe zadowolenie ze swojego życia, czują się silniejsi i są w lepszej kondycji niż osoby z grupy kontrolnej adekwatnej wiekowo [22].

Badano również wpływ gospodarki hormonalnej na jakość życia pacjentów po leczeniu ZZNJ. Wykazano, że wysoki poziom FSH korelował z niską samooceną stanu fizycznego, natomiast obniżony poziom TSH wiązał się z gorszą samooceną stanu psychicznego [23].

Pacjenci w trakcie leczenia chemicznego z powodu ZZNJ odczuwają zwiększony lęk o zdrowie i przyszłość. Znaczna liczba pacjentów doświadcza objawów depresji z powodu terapii przeciwnowotworowej [24]. W naszym badaniu, w podgrupie pacjentów w trakcie chemioterapii uzyskano znamienne wyższe średnie wyniki w kategorii lęku i depresji. W podgrupie leczonych nieco więcej pacjentów wykazywało objawy, klinicznie wyrażonego, zespołu lękowego, natomiast liczba osób wykazujących objawy depresji była porównywalna. Pacjenci, którzy zgłaszali wyższy poziom lęku i depresji, bardziej obawiali się nawrotu nowotworu, poświęcali więcej czasu zamartwiając się o swoje zdrowie, bardziej troszczyli się o stan swojego zdrowia [25]. Wykazano

niekorzystny wpływ leczenia (niezależnie od jego rodzaju) na poziom lęku i depresji. Stwierdzono także, że nasilenie lęku i depresji jest związane z wiekiem pacjenta – było ono niższe u pacjentów młodszych. Choroba i jej leczenie wywarły długotrwałe, negatywny wpływ na stan psychiczny pacjentów powyżej 40 roku życia, co wiązało się z ich istotnie większym nasileniem lęku i depresji, czego nie zaobserwowano w takim stopniu w grupie pacjentów poniżej 30 roku życia [26]. Takiej zależności od wieku nie stwierdzono natomiast w naszym badaniu.

W dużym badaniu norweskim [27], które objęło 1408 pacjentów po leczeniu ZZNJ, co najmniej 11 lat od rozpoznania nowotworu, stwierdzono podwyższony poziom lęku i depresji. Przyjmując za diagnostyczną punktację ≥ 8 w skali HADS, stwierdzono zaburzenia lękowe u 19% mężczyzn oraz depresyjne u 10% badanych. W grupie kontrolnej (normalna populacja norweska) powyższe zaburzenia stwierdzano odpowiednio u 13,5% i u 10% osób. Występowanie zaburzeń lękowych u mężczyzn po leczeniu nowotworu jądra było związane z młodym wiekiem, strachem przed nawrotem choroby, trudnościami ekonomicznymi, problemem alkoholowym, zaburzeniami seksualnymi. Rodzaj terapii, czas od zakończenia leczenia onkologicznego czy nawrót nie wiązały się z przypadkami zaburzeń lękowych.

W badaniu przeprowadzonym w Centrum Onkologii w Bydgoszczy uzyskano podobne wyniki w zakresie występowania powyższych zaburzeń psychicznych u mężczyzn po leczeniu przeciwnowotworowym. Pacjenci po leczeniu przeciwnowotworowym wykazywali wyższy poziom agresji niż chorzy w trakcie chemioterapii. W naszym badaniu wykazano, że większy poziom agresji korelował z podwyższonym poziomem lęku i depresji zarówno w całej grupie, jak i w obu podgrupach.

Podwyższony poziom lęku, depresji i agresji wiązały się również z gorszą indywidualną ogólną percepcją jakości życia i własnego zdrowia, a także z gorszym funkcjonowaniem psychologicznym i społecznym pacjentów po leczeniu ZZNJ. W podgrupie osób w trakcie leczenia chemicznego zależność taka dotyczyła dziedziny społecznej i psychologicznej, nie wykazano związku z ogólnym postrzeganiem własnego zdrowia i jakości życia.

Wnioski

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Pacjenci w trakcie leczenia chemicznego z powodu ZZNJ istotnie gorzej oceniali swój stan zdrowia niż mężczyźni w okresie remisji choroby po przebytych leczeniu.
2. Pacjenci w trakcie chemioterapii ZZNJ wykazywali istotnie wyższy poziom lęku i depresji niż osoby po zakończonym leczeniu onkologicznym.
3. W podgrupie osób w okresie remisji choroby stwierdzono wyższy poziom agresji niż w podgrupie pacjentów w fazie leczenia chemicznego.
4. Nasilenie cech depresji, lęku i agresji negatywnie koreluje z funkcjonowaniem społecznym zarówno w podgrupie pacjentów w trakcie leczenia chemicznego, jak i u osób po leczeniu ZZNJ.

Оценка качества жизни, утяжеление черт фобии и депрессии у пациентов со злокачественным эмбриональным tumorом семенной железы во время химиотерапии и после окончания онкологического лечения

Содержание

Задание. Определение качественной оценки жизни и появления усиления фобии, депрессии и агрессии у пациентов со злокачественным эмбриональным tumorом семенной железы (ЗТСЖ) во время химиотерапии и после противоопухолевого лечения. Оценены корреляции между отдельными жизненными проблемами и утяжеления указанных выше психических нарушений.

Метод. В исследовании приняло участие 57 пациентов во время лечения химиотерапией, а также 54 пациента после онкологического лечения. Пациенты после лечения были в периоде ремиссии болезни не менее шести месяцев. Для исследования использованы Глоссарии оценки качества жизни WHOQoL-BREF и больничной шкалы фобии и депрессии

Результаты. Мужчины после лечения ЗТСЖ значительно лучше оценивали свое состояние здоровья, чем больные во время химиотерапии. Пациенты с чертами фобии на границе нормы и патологии ($8 \leq$ пунктов в шкале HADS) и фобийного синдрома в подгруппе, леченных химией составляли 40%, после лечения 18,5%. Пациенты с чертами депрессии на пограничье нормы и патологии (≤ 8 пунктов в шкале HADS) и клинического депрессивного синдрома составляли 14,6%, тогда как после лечения – 9,3%. У пациентов после лечения присутствовал высокий уровень агрессии – в 18,9%, тогда как во время химиотерапии у 5,6%. Обнаружена связь между категориями фобии и депрессии и психологической и общественной ситуациями во время лечения цитостатиками. Отмечены корреляции между чертами фобии и депрессии и взглядом на качество жизни и собственного здоровья психологической и общественной ситуациями.

Выводы. Пациенты во время химиотерапии по поводу ЗТСЖ хуже оценивали свое состояние здоровья. Химиотерапия при этой болезни связывается с большим утяжелением симптомов фобии и депрессии. У пациентов в периоде ремиссии болезни после лечения ЗТСЖ может появляться высокий уровень агрессии.

Beurteilung der Lebensqualität, Intensität der Angst und Depression bei Patienten mit malignem Keimzelltumor im Hoden während der Chemiotherapie und nach der abgeschlossenen onkologischen Behandlung

Zusammenfassung

Ziel. Beurteilung der Lebensqualität, Intensität der Angst und Depression bei Patienten mit malignem Keimzelltumor im Hoden während der Chemiotherapie und nach der abgeschlossenen onkologischen Behandlung. Es wurde die Korrelation zwischen den einzelnen Gebieten der Lebensqualität und der Intensität der obengenannten psychischen Störungen beurteilt.

Methode. An die Studie wurden 57 Patienten eingeschlossen, die während der Chemiotherapie waren, und 54 Patienten nach der onkologischen Behandlung. Die Patienten nach der Behandlung waren in der Remissionszeit seit mindestens 6 Monaten. Zur Studie wurden angewandt: Fragebogen zur Erfassung von Lebensqualität WHOQoL-BREF und die Krankenhaus - Skala zur Erfassung von Angst und Depression – HADS.

Ergebnisse. Die Patienten nach der Behandlung der Krankheit beurteilten ihren Gesundheitszustand signifikant besser als die Personen während der Chemiotherapie. Die Patienten mit Angsteigenschaften an der Normgrenze und Pathologiegrenze (>8 Items in HADS-Skala) und mit Angstsyndrom bildeten 40% in der Gruppe der mit Chemie behandelten Patienten, nach der Behandlung – 18,5%. Die Patienten mit der Depression an der Normgrenze und Pathologiegrenze (>8 Items in HADS-Skala) und mit dem klinischen Depressionssyndrom bildeten 14,6%, dagegen nach der Behandlung – 9,3%. Bei den Patienten nach der Behandlung zeigte man einen großen Aggressionsspiegel bei 18,9%, dagegen bei der Chemiotherapie bei 5,6%. Es wurde ein Zusammenhang zwischen den Kategorien der Angst und Depression und psycholischem und sozialem Bereich bei Patienten während der

Behandlung mit Zytostatika festgestellt. Es wurde eine Korrelation zwischen den Eigenschaften von Angst und Depression und der Wahrnehmung der Lebensqualität, der eigenen Gesundheit und dem psychologischen und sozialen Bereich festgestellt.

Schlussfolgerungen. Die Patienten während der Chemiotherapie wegen bösartigem Keimzelltumor im Hoden beurteilten schlechter ihren Gesundheitszustand. Die chemische Behandlung des bösartigen Keimzelltumors im Hoden hängt mit einer höheren Intensität der Angst- und Depressions Symptome zusammen. Bei Patienten in der Remissionszeit kann nach der Behandlung von bösartigem Keimzelltumor im Hoden ein erhöhtes Aggressionsspiegel auftreten.

L'évaluation de la qualité de vie, de l'intensité d'anxiété et de dépression au cours de la chimiothérapie et après cette thérapie chez les patients souffrant du cancer du testicule

Résumé

Objectif. Évaluer la qualité de vie, l'intensité d'anxiété, de dépression et d'agression au cours de la chimiothérapie et après cette thérapie chez les patients souffrant du cancer du testicule. Analyser les corrélations de divers aspects de la qualité de vie et de l'intensité des troubles psychiques.

Méthode. On examine 57 patients au cours de la chimiothérapie et 54 patients après six mois de la chimiothérapie, pendant la rémission. Ces patients sont examinés avec les questionnaires suivants : WHOQoL-BREF (the World Health Organization Quality of Life Instrument) et HADS (the Hospital Anxiety Depression Scale).

Résultats. Après la chimiothérapie les hommes évaluent leur état de santé comme meilleure que les patients durant leur chimiothérapie. Les patients avec l'anxiété et le syndrome d'anxiété (≥ 8 points de l'échelle HADS) constituent le groupe de 40% de tous, après la thérapie – seulement 18,5%. Les patients avec la dépression et le syndrome de dépression (≥ 8 points de l'échelle HADS) – 14,6%, après la thérapie – 9,3%. Pendant la chimiothérapie l'agression est notée chez 18,9% de patients, après – seulement chez 5,6%. On trouve des corrélations de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie, de la perception de la santé et des domaines psychologiques et sociaux.

Conclusions. Au cours de la chimiothérapie les patients souffrant du cancer du testicule évaluent leur état de santé comme mauvais. Cette chimiothérapie se lie avec la plus grande intensité des symptômes d'anxiété et de dépression. Après cette chimiothérapie, pendant la rémission on observe le niveau plus élevé d'agression chez ces patients.

Piśmiennictwo

1. Łuczak J. *Wstęp do wydania polskiego*. W: Barraclough J, red. *Rak i emocje*. Warszawa: San-medica; 1997, s. 7–9.
2. Juczyński Z. *Rak – choroba budząca lęk*. *Sztuka Lecz.* 2000; 3: 41–52.
3. Chojnacka-Szawłowska G. *Informowanie o rozpoznaniu choroby nowotworowej w opinii Polaków*. *Psychoonkol.* 1997; 1: 27–32.
4. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
5. Baile WF. *Jakość życia a zaburzenia depresyjne u chorych onkologicznych*. W: Meyza J, red. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; 1997, s. 167–182.
6. Araszkievicz A, Bartkowiak W, Starzec W. *Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej*. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2004; 4 (4): 157–166.
7. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schamale AM, Henrichs M, Carnicke CLM. *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. *JAMA* 1983; 249: 751–757.

8. de Walden-Galuszko K, Majkowicz M, Trzebiatowska I. *Najczęstsze problemy psychiatryczne w ambulatoryjnej praktyce onkologicznej*. Psychoonkol. 1998; 2: 21–26.
9. Trzebiatowska IA. *Leczenie depresji w chorobie nowotworowej – aspekty praktyczne*. Psychoonkol. 1999; 4: 47–52.
10. Massie MJ. *Prevalence of depression in patients with cancer*. J. Nat. Cancer Inst. Monogr. 2004; 32: 57–71.
11. Madej G. *Skojarzone, chemiczne i chirurgiczne radykalne leczenie chorych na nienasieniaki. Część I*. Nowotwory 1984; 34: 254–265.
12. Einhorn LH. *Curing metastatic testicular cancer*. Proc. Nat. Acad. Sc. USA 2002; 99: 4592–4595.
13. Jerome PR. *Detection and treatment of testicular cancer*. CA Cancer J. Clin. 1993; 43: 151–175.
14. Jaracz K. *WHOQoL-BREF*. W: Wołowicka L, red. *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: AM Poznań; 2001, s. 276–280.
15. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Bączyk G. *Quality of life in Polish: psychometric properties of the Polish WHOQoL-Bref*. Scand. J. Caring Sc. 2006; 20: 251–260.
16. de Walden-Galuszko K, Majkowicz M. *Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego*. Gdańsk: Zakład Medycyny Paliatywnej AMG; 2003, s. 39–42.
17. Mielcarek P, Kozacka J. *Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika*. Psychoonkol. 2006; 10,1: 9–14.
18. Tuinman MA, Fleer J, Sleijfer DT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. *Quality of life of survivors of testicular germ cell cancer: a review of literature*. Support Care Cancer 2004; 12: 476–486.
19. Trask PC, Paterson AG, Fardig J, Smith DC. *Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: results of a pilot study*. Psycho-Oncol. 2003; 12: 814–820.
20. Miyake H, Muramaki M, Eto H, Kamidono S, Hara I. *Health-related quality of life in patients with testicular cancer: a comparative analysis according to therapeutic modalities*. Oncol. Rep. 2004; 12: 867–870.
21. Joly F, Heron JF, Kalusinski L, Bottet P, Brune D, Allouache N, Macé-Lesec'h J, Couëtte JE, Pény J, Henry-Amar M. *Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: a population-based case-control study*. J. Clin. Oncol. 2002; 20 (1): 73–80.
22. Fosså SD, Aass N, Waehere H. *Long term morbidity and quality of life in testicular cancer patients*. Scand. J. Urol. Nephrol. 1991; 138: 241–246.
23. Wiechno P, Sadowska M, Kubiak K, Demkow T, Kamińska J. *Analiza związku jakości życia i funkcji seksualnych z gospodarką hormonalną u chorych na nowotwór zarodkowy jądra wiele lat po skutecznym leczeniu onkologicznym. Doniesienie wstępne*. Urol. Pol. 2006; 59 (3). Na stronie internetowej: <http://www.urologiapolska.pl/artykul.php?3035>
24. Arai Y, Kawakita M, Hida S, Terachi T, Okada Y, Yoshida O. *Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer*. J. Urol. 1996; 155: 574–578.
25. Moynihan C. *Testicular cancer: the psychosocial problems of patients and their relatives*. Cancer Surv. 1986; 6: 477–510.
26. Łaszczewska V. *Ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu złośliwych zarodkowych nowotworów jądra*. Nowotwory 1999; 49 (6): 669–676.
27. Dahl AA, Haaland CF, Mykletun A, Bremnes R, Dahl O, Klepp O, Wist E, Fosså SD. *Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer*. J. Clin. Oncol. 2005; 23: 2389–2395.

Adres: Maria Osmańska
Oddział Chemioterapii Centrum Onkologii
85-796 Bydgoszcz, ul. Izabelli Romanowskiej 2

Otrzymano: 30.08.2009
Zrecenzowano: 22.12.2009
Otrzymano po poprawie: 19.02.2010
Przyjęto do druku: 26.03.2010