

Estetické ošetření pacientek s rakovinou: analýza efektivity na psychickou pohodu

Úvod

V Itálii bylo v roce 2019 diagnostikováno téměř 175 000 žen s maligním onemocněním. Rakovina prsu je nejčastěji diagnostikovanou rakovinou jak ve věkové skupině 0–49 let (40 %), tak 50–69 let (35 %) (AIOM, 2019). Při snaze vyléčit rakovinu prsu poskytovatelé zdravotní péče často používají mastektomii nebo šetrnou operaci v kombinaci s radioterapií nebo jinými druhy léčby rakoviny, jako je chemoterapie (Morris et al., 1997), které mohou mít dočasné nebo trvalé následky na fyzické aspekty. Většina běžných léčeb rakoviny má vedlejší účinky, včetně toxicity pro kůži a kožní poruchy. U radioterapie jsou nejnepříjemnějšími účinky ty, které souvisejí s hmatovými a nociceptivními účinky, jako je bolest, změny barvy a textury kůže (Oliveri et al., 2019). Radioterapie může vyvolat akutní kožní reakci (radiační dermatitidu), která se pohybuje od mírné vyrážky až po závažné vředy: přibližně 85 % pacientek léčených radioterapií zažije středně závažnou až závažnou kožní reakci (Salvo et al., 2010; Fabrocioni et al., 2011). Toxicita chemoterapeutických léků na úrovni kůže je často komplexní a multifaktoriální proces, který nevyplývá pouze z léku samotného, ale také z jiných faktorů. Chemoterapie způsobuje několik nežádoucích účinků působících proti sliznici a kůži a přídatkům (Fabrocini et al., 2011). Cytotoxické látky, jako je cyklofosfamid, chlorambucil, busulfan a prokarbazin, mohou způsobovat vedlejší účinky na vlasy a nehty (alopecie, paronychie, melanonychie a další abnormality), na kožní bariéru (kožní vyrážka, suchá kůže, hyperpigmentace) a na sliznice (Stevens-Johnsonův syndrom a toxická epidermolýza) (Fabbrocini et al., 2012). Xeróza kůže, často spojená se svěděním, změnami pigmentace, změnami nehtů, mukozitidou, fotoreakcemi, radiodermatitidou a alopecií, jsou častými nálezy (Bobbio-Pallavicini et al., 1997). Léčba rakoviny může vyvolat kožní vedlejší účinky, které nejen snižují dodržování léčby, ale mohou také negativně ovlivnit vnímání pohody a kvalitu života žen (Oliveri et al., 2019; Fabrocini et al., 2012).

Onkologická léčba může mít dopad nejen na úroveň kůže, ale i na vzhled, a tyto změny vzhledu zase negativně ovlivňují tělesnou představu (Mellisant et al., 2018). Poruchy tělesné představy jsou běžně prožívány během onkologické léčby většinou žen s diagnostikovanou rakovinou prsu (Brandao, Schulz & Matos, 2016; Runowicz et al., 2016; Fobair & Spiegel, 2009; Fobair, Stewart, Chang, D'Onofrio, Banks & Bloom, 2006; Male, Fergus & Cullen, 2016; Ussher, Perz & Gilbert, 2012; Todorov, Sherman & Kilby, 2019). Tělesná představa představuje multidimenzionální konstrukt, který zahrnuje kognitivní, behaviorální a afektivní aspekty spojené s fyzickým vzhledem (Cash & Smolak, 2011). Ženy léčené na rakovinu prsu jsou vystaveny výrazným změnám fyzického vzhledu, jako je ztráta nebo deformace jednoho nebo obou prsou, jizvy po operaci a změny kůže spojené s léčbou (Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså & Dahl, 2010). Změny tělesné představy způsobené léčbou rakoviny mohou být spojeny se studem, nízkým sebevědomím nebo sociálním vyhýbáním se (Lehmann, Hagedoorn & Tuinman, 2014; Rumsey & Harcourt, 2004) a obecnou psychickou úzkostí ve formě deprese a úzkosti (Galiano-Castillo, Ariza-Garcia, Cantarero-Villanueva, Fernandez-Lao, Diaz-Rodriguez & Arroyo-Morales, 2014; Paterson, Lengacher, Donovan, Kip & Tofthagen, 2016). U

žen léčených na rakovinu prsu Hopwood et al. (2001) identifikovali tři oblasti, které jsou charakteristické pro komplexní koncept tělesné představy: afektivní (pocit ženství, pocit přitažlivosti), behaviorální (vyhýbání se lidem kvůli vzhledu) a kognitivní (spokojenost s vzhledem nebo s jizvou) (Hopwood et al., 2001). V některých případech přetrvávají negativní aspekty tělesné představy i po určité době po léčbě (Falk Dahl et al., 2010; Rhoten, Murphy & Ridner, 2013) a mohou negativně ovlivnit kvalitu života (Mellissant et al., 2018). Tělesná představa je proto uznávána jako důležitý aspekt související s kvalitou života (HRQoL) u pacientek s rakovinou (Mellissant et al., 2018; Defrank, Mehta, Stein & Baker, 2007; Taylor-Ford et al., 2013).

Role dermatologie a dermokosmetiky je skutečně zásadní a nezbytná pro udržení kvality života pacientek. Výběr cílené péče o pleť dělá rozdíl, například prevence suchosti může zabránit folikulárnímu výsevu. Kůže je plná receptorů, které reagují na farmakologické podněty, takže správná péče o pleť může přerušit negativní zpětnou vazbu a kompenzovat potlačení některých důležitých faktorů, jako je růstový faktor EGFR. Ten je novými generacemi protinádorových léků velmi znevýhodněn.

Závěrem je důležité nepodceňovat řešení dermatologických vedlejších účinků v důsledku léčby, jejichž doba trvání přesahuje dobu onkologické léčby, a sledovat kvalitu života související se zdravím (včetně tělesné představy) za účelem identifikace přínosů, které ženy mohou získat z podpůrné péče. Podle našich zkušeností onkologické pacientky těžší z péče o svou kůži (Fabbrocini et al., 2011). Cílem této studie je vyhodnotit dopad kožních vedlejších účinků onkologické léčby na HRQoL a tělesnou představu. Zejména posoudíme, nakolik a jak moc použití specifických kosmetických dermatologických ošetření může pozitivně ovlivnit vnímání pohody u onkologických žen. Předpokládáme, že specifická kosmetická dermatologická ošetření by mohla významně zlepšit psychickou pohodu žen a jejich vnímání tělesné představy a snížit negativní dopad kožních příznaků na jejich HRQoL během léčby rakoviny.

Materiály a metody

Účastníci a postup

Monocentrická observační studie byla provedena u onkologických pacientek zařazených na Oddělení onkologie v ASST Bergamo Est. Aby se ženy mohly studii zúčastnit, musely mít diagnózu rakoviny prsu, podstupovat chemoterapii nebo radioterapii a být starší 30 let. Ženy byly ze studie vyloučeny, pokud měly v anamnéze problémy s kůží nebo psychiatrické či neurologické onemocnění.

Studie očekávala dvě skupiny: experimentální skupinu (EG) a kontrolní skupinu (CG). Každá skupina byla rozdělena na dvě podskupiny: ženy léčené chemoterapií a ženy léčené radioterapií. Všichni účastníci byli požádáni o používání dermatologické kosmetiky: EG používala specifický přípravek pro sekundární vedlejší účinky onkologické léčby, zatímco CG používala nespecifický přípravek.

Studie zahrnovala tři fáze. Ženám z obou experimentálních i kontrolních skupin byly podány sociodemografické a klinicko-anamnetické a další dotazníky (Skindex-16,

Škála tělesné představy, WHOQOL-Brief) ve třech časových bodech: při zařazení (T0), po týdnu užívání dermatologické kosmetiky (T1) a po 28 dnech (T2) od zařazení.

Měření

Všichni účastníci obdrželi dotazníky:

- **Sociodemografický a anamnestický dotazník:** Ženy vyplnily dotazník o demografických proměnných (věk, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání, region) a informacích o onemocnění (věk v době diagnózy, léčba, genetická mutace).
- **Skindex-16 (Chren et al., 2001):** Skindex-16 je sebesposuzující nástroj, který měří vliv kožního onemocnění na HRQoL. Je to zkrácená verze originálního Skindex-29 (Chren et al., 1997). Skládá se ze 16 položek hodnocených na sedmibodové Likertově škále od 0 (nikdy jsem si toho nevšiml/a) do 6 (vždycky mě to trápilo). Skládá se ze tří subškál: symptomatologie, funkčnost a emocionální projev. Každá otázka se ptá na míru obav nebo nepříjemných pocitů souvisejících s kožním stavem. Subškály Skindex-16 vykazují vysokou úroveň vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa = 0,86, $\alpha = 0,93$, $\alpha = 0,92$ pro symptomatologii, emocionální projev a funkčnost).
- **Škála tělesné představy (BIS) (Hopwood et al., 2001; Cheli et al., 2016):** Škála tělesné představy je sebesposuzující nástroj, který měří afektivní, behaviorální a kognitivní aspekty spojené s tělesnou představou onkologických pacientek. Skládá se z 10 položek hodnocených na pětibodové Likertově škále od 0 (nikdy) do 4 (nevím). Pět položek se týká obecných problémů s tělesnou představou (např. pocit nejistoty, nespokojenost s tělem), dalších pět se týká tělesné představy ve vztahu k diagnóze rakoviny (např. méně ženská, tělo méně celistvé). Celkové skóre se pohybuje od 0 do 30. Vyšší skóre reprezentuje onemocnění tělesné představy.
- **WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1995; De Girolamo et al., 2000):** WHOQOL-Bref je zkrácená verze originálního WHOQOL-100. Skládá se z 26 položek, které hodnotí, jak jedinci vnímají jednotlivé aspekty svého života a jak problematické nebo uspokojivé je vnímají za poslední dva týdny, a to ve čtyřech různých oblastech: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí. Tento nástroj vykazuje dobrou psychometrickou validitu v předchozích studiích, zejména oblasti WHOQOL-BREF prokázaly dobrou vnitřní konzistenci v italském kontextu, v rozmezí od 0,65 pro sociální vztahy do 0,80 pro fyzické zdraví. V této studii byla globální vnitřní konzistence 0,83. Cronbachovo alfa jednotlivých subškál se pohybuje od 0,68 (sociální vztahy) do 0,80 (fyzické zdraví).

Statistická analýza

Statistické analýzy byly provedeny pomocí softwaru Jamovi (verze 1.6.3.0, projekt Jamovi 2019, staženo z <https://www.jamovi.org>). Skupiny byly nejprve analyzovány pomocí popisné a četnostní analýzy k popisu celého souboru a k vyšetření výskytu chybějících dat. Druhá analýza, jednocestná analýza rozptylu (ANOVA), byla provedena k prozkoumání přítomnosti statisticky významného rozdílu mezi čtyřmi skupinami v bazálním stavu s ohledem na všechny výsledky dotazníků. Dále byla provedena ANOVA pro opakovaná měření a post-hoc test Bonferroni k vyhodnocení trendu proměnných ve třech časových bodech (v bazálním stavu – T0, 7 dní po – T1 a 28 dní po – T2).

Výsledky:

Účastnice

Studie zahrnovala 61 žen, z nichž 30 patřilo do experimentální skupiny (15 léčených chemoterapií a 15 radioterapií) a 31 do kontrolní skupiny (16 léčených chemoterapií a 15 radioterapií). Průměrný věk účastnic byl 54,4 let (rozmezí 41–75; směrodatná odchylka = 7,45); 44,3 % patientek mělo středoškolské vzdělání a většina z nich byla zaměstnaná (54,1 %) a vdaná (91,8 %). S ohledem na klinická data se jednalo u účastnic studie o pacientky s rakovinou prsu (96,7 %) nebo metastazující rakovinou prsu (3,3 %); průměrný věk v době diagnózy byl 53,5 let (rozmezí 40–75; směrodatná odchylka = 7,36) a 4 pacientky (6,6 %) měly v rodinné anamnéze neuropsychiatrické poruchy. Pokud jde o léčbu rakoviny, 55,7 % patientek podstoupilo chemoterapii, 49,2 % radioterapii, 98,4 % operaci, 34,4 % hormonální terapii, 19,7 % Enantone a 32,8 % vakcínu. Tabulka 1 uvádí úplné informace o sociodemografických a klinických charakteristikách patientek.

Sociodemografické proměnné		Klinické proměnné	
Frekvence %		Frekvence %	
Věk, roky (průměr)	54,4 (rozmezí: 41-75)	Neuropsychiatrické poruchy	
Vzdělání		Ano	4 6.6
< Středoškolské vzdělání	17 27.9	Ne	57 93.4
Středoškolské vzdělání	27 44.3	Typ rakoviny	
> Středoškolské vzdělání	17 27.9	Rakovina prsu	59 96.7
Rodinný stav		Metastatická rakovina prsu	2 3.3
Vdaná	56 91.8	Diagnostický věk, roky (průměr)	53,5 (rozmezí: 40-75)
Svobodná	5 8.2	Chemoterapie	34 55.7
Zaměstnání		Radioterapie	30 49.2
Zaměstnaná	9 14.8	Operace	60 98.4
Nejistá	33 54.1	Hormonální léčba	21 34.4
V domácnosti	19 31.1	Enanton	12 19.7
		Vakcína	20 32.8

Kožní onemocnění

Kožní onemocnění byla zkoumána pomocí jednocestné ANOVA a výsledky ukázaly, že v čase T0 nebyl statisticky významný rozdíl ve skóre tří subškál Skindex-16 (tj. vnímané příznaky, emoce a funkčnost).

Mauchlyův test ukázal, že předpoklad sféricity byl porušen pro „vnímané příznaky“ ($W = 0,785$, $p < 0,001$), „emoci“ ($W = 0,771$, $p < 0,001$) a „funkčnost“ ($W = 0,866$, $p < 0,05$). Stupně volnosti vnitroskupinových efektů byly proto korigovány pomocí Greenhouse-Geisserovy korekce sféricity ($\epsilon = 0,823$, $\epsilon = 0,814$ a $\epsilon = 0,882$).

Skóre „vnímaných příznaků“ bylo významně predikováno časem ($F(1,65; 93,80) = 18,64$, $p < 0,001$), přítomností/nepřítomností specifického dermatologického přípravku ($F(3; 57) = 3,14$, $p < 0,05$) a interakcí (Obrázek 1A) mezi těmito dvěma proměnnými ($F(4,94; 93,80) = 5,52$, $p < 0,001$). Post-hoc srovnání s Bonferroniho korekcí bylo následně provedeno k detekci rozdílů mezi čtyřmi skupinami. V bazálním stavu bylo skóre pacientek patřících do experimentální skupiny a léčených chemoterapií ($M_{T0} = 3,32$, $SD_{T0} = 0,486$) vyšší než v následných dvou vyšetřeních, ale rozdíl byl statisticky významný pouze v T2 ($M_{T2} = 1,57$, $SD_{T2} = 0,770$) a nikoli v T1 ($M_{T1} = 2,62$, $SD_{T1} = 0,886$); nicméně mezi oběma následnými vyšetřeními byl statisticky významný rozdíl ($p < 0,05$).

V T0 bylo skóre pacientek patřících do experimentální skupiny, ale léčených radioterapií ($M_{T0} = 3,35$, $SD_{T0} = 1,295$) vyšší než po 7 dnech a 28 dnech a tento rozdíl byl významný ($M_{T1} = 2,37$, $SD_{T1} = 0,865$; $M_{T2} = 1,98$, $SD_{T2} = 1,195$). Na druhou stranu se mezi oběma následnými vyšetřeními statisticky významný rozdíl neprokázal.

U pacientek patřících do kontrolní skupiny a léčených chemoterapií nebyl průměrný skóre v T0 ($M_{T0} = 3,06$, $SD_{T0} = 1,039$) statisticky významně odlišný od průměrného skóre v T1 ($M_{T1} = 2,70$, $SD_{T1} = 0,833$) a T2 ($M_{T2} = 2,84$, $SD_{T2} = 0,970$). Kromě toho se mezi oběma následnými vyšetřeními neprokázal žádný rozdíl.

Podobně v bazálním stavu nebylo skóre pacientek patřících do kontrolní skupiny, ale léčených radioterapií ($M_{T0} = 3,15$, $SD_{T0} = 0,986$) statisticky významně odlišné od následných dvou vyšetření ($M_{T1} = 3,30$, $SD_{T1} = 0,851$; $M_{T2} = 3,17$, $SD_{T2} = 0,816$). Ani v tomto případě se mezi oběma následnými vyšetřeními neprokázal žádný rozdíl.

S ohledem na skóre „emocí“ byl zaznamenán významný hlavní efekt času ($F(1,63; 92,79) = 20,03$, $p < 0,001$) a přítomnosti/nepřítomnosti specifického dermatologického přípravku ($F(3; 57) = 5,03$, $p < 0,01$); významná interakce (Obrázek 1B) mezi časem a přítomností/nepřítomností specifického dermatologického přípravku byla také zjištěna ($F(4,88; 92,79) = 5,08$, $p < 0,001$). Post-hoc srovnání s Bonferroniho korekcí bylo následně provedeno k detekci rozdílů mezi čtyřmi skupinami. V bazálním stavu bylo skóre pacientek patřících do experimentální skupiny a léčených chemoterapií ($M_{T0} = 3,30$, $SD_{T0} = 0,541$) vyšší než v následných dvou vyšetřeních, ale rozdíl byl statisticky významný pouze v T2 ($M_{T2} = 1,72$, $SD_{T2} = 0,880$) a nikoli v T1 ($M_{T1} = 2,50$, $SD_{T1} = 0,862$); mezi oběma následnými vyšetřeními se neprokázal žádný rozdíl.

Tělesná představa (Body image)

S ohledem na tělesnou představu výsledky jednocestné ANOVA ukázaly, že v bazálním stavu nebyl statisticky významný rozdíl ve skóre Škály tělesné představy.

Mauchlyův test ukázal, že předpoklad sféricity byl porušen ($W = 0,798$, $p < 0,01$); stupně volnosti byly proto korigovány pomocí Greenhouse-Geisserovy korekce sféricity ($\epsilon = 0,832$).

Pokud jde o celkové skóre Škály tělesné představy, byl zjištěn významný hlavní efekt času ($F(1,66; 94,86) = 18,28$, $p < 0,001$) a přítomnosti/nepřítomnosti specifického dermatologického přípravku ($F(3; 57) = 13,2$, $p < 0,01$); navíc byla zjištěna významná interakce (Obrázek 1D) mezi časem a přítomností/nepřítomností specifického dermatologického přípravku ($F(4,99; 94,86) = 6,19$, $p < 0,001$). Post-hoc srovnání s Bonferroniho korekcí bylo následně provedeno k detekci rozdílů mezi čtyřmi skupinami. V bazálním stavu bylo skóre pacientek patřících do experimentální skupiny a léčených chemoterapií ($M_{T0} = 19,5$, $SD_{T0} = 5,71$) vyšší než v následných dvou vyšetřeních, ale rozdíl byl statisticky významný pouze v T2 ($M_{T2} = 12,4$, $SD_{T2} = 5,87$) a nikoli v T1 ($M_{T1} = 16,9$, $SD_{T1} = 3,36$); navíc se mezi oběma následnými vyšetřeními neprokázal statisticky významný rozdíl.

V bazálním stavu bylo skóre pacientek patřících do experimentální skupiny, ale léčených radioterapií ($M_{T0} = 22,5$, $SD_{T0} = 2,29$) vyšší než po 7 dnech a 28 dnech a tento rozdíl byl významný ($M_{T1} = 16,8$, $SD_{T1} = 3,80$; $M_{T2} = 13,9$, $SD_{T2} = 4,03$). Ani v tomto případě se mezi oběma následnými vyšetřeními neprokázal žádný rozdíl.

U pacientek patřících do kontrolní skupiny a léčených chemoterapií nebyl průměrný skóre v T0 ($M_{T0} = 20,9$, $SD_{T0} = 3,32$) statisticky významně odlišný od průměrného skóre v T1 ($M_{T1} = 19,1$, $SD_{T1} = 3,75$) a T2 ($M_{T2} = 19,1$, $SD_{T2} = 4,30$); mezi oběma následnými vyšetřeními se neprokázal statisticky významný rozdíl. Podobně v bazálním stavu nebylo skóre pacientek patřících do kontrolní skupiny, ale léčených radioterapií ($M_{T0} = 21,7$, $SD_{T0} = 4,61$) statisticky významně odlišné od následných dvou vyšetření ($M_{T1} = 22,3$, $SD_{T1} = 4,10$; $M_{T2} = 22,9$, $SD_{T2} = 2,94$). Ani v tomto případě se mezi oběma následnými vyšetřeními neprokázal žádný rozdíl. Průměrná skóre Škály tělesné představy v experimentální a kontrolní skupině v průběhu času jsou uvedena v Tabulce 2.

Kvalita života

S ohledem na kvalitu života jednocestná ANOVA pro čtyři oblasti dotazníku WHOQOL-Bref (tj. fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy, prostředí) ukázala v bazálním stavu statisticky významný rozdíl mezi třemi skupinami v oblasti fyzického zdraví ($F(3, 57) = 3,33$, $p < 0,05$), psychického zdraví ($F(3, 57) = 4,21$, $p < 0,01$) a prostředí ($F(3, 30,6) = 12,41$, $p < 0,001$). Konkrétně post-hoc test s Tukeyovou korekcí ukázal, že pacientky patřící do experimentální skupiny a léčené chemoterapií vykazovaly vyšší skóre ve „fyzickém zdraví“ než pacientky ve stejné skupině léčené radioterapií ($p < 0,05$). S ohledem na oblast „psychického zdraví“ vykazovaly pacientky z experimentální skupiny léčené chemoterapií vyšší skóre než pacientky léčené radioterapií, a to jak v experimentální, tak v kontrolní skupině ($p < 0,05$, $p < 0,01$). Dále pacientky z experimentální skupiny léčené chemoterapií vykazovaly vyšší skóre v oblasti „prostředí“ než ženy léčené radioterapií, a to jak v experimentální, tak v kontrolní skupině ($p < 0,001$). S ohledem na stejnou oblast vykazovaly pacientky z kontrolní skupiny léčené chemoterapií vyšší skóre než ty léčené radioterapií, a to jak v experimentální, tak v kontrolní skupině ($p < 0,01$, $p < 0,001$).

Mauchlyův test ukázal, že předpoklad sféricity byl porušen pro „fyzické zdraví“ ($W = 0,808$, $p < 0,01$). Stupně volnosti byly proto korigovány pomocí Greenhouse-Geisserovy korekce sféricity ($\epsilon = 0,839$).

Pokud jde o průměrné skóre „fyzického zdraví“, byl zjištěn významný hlavní efekt času ($F(1,68; 95,64) = 28,63$, $p < 0,001$) a přítomnosti/nepřítomnosti specifického dermatologického přípravku ($F(3; 57) = 16,1$, $p < 0,01$); navíc byla zjištěna významná interakce mezi časem a přítomností/nepřítomností specifického dermatologického přípravku ($F(5,03; 95,64) = 9,60$, $p < 0,001$).

Post-hoc srovnání s Bonferroniho korekcí bylo následně provedeno k detekci rozdílů mezi čtyřmi skupinami. V bazálním stavu bylo skóre pacientek patřících do experimentální skupiny a léčených chemoterapií ($M_{T0} = 3,30$, $SD_{T0} = 0,201$) nižší než v následných dvou vyšetřeních, a tento rozdíl byl statisticky významný ($M_{T1} = 3,62$, $SD_{T1} = 0,313$; $M_{T2} = 3,90$, $SD_{T2} = 0,372$); navíc se mezi oběma následnými vyšetřeními prokázal statisticky významný rozdíl ($p < 0,05$).

V bazálním stavu bylo skóre pacientek patřících do experimentální skupiny, ale léčených radioterapií ($M_{T0} = 3,16$, $SD_{T0} = 0,241$) opět nižší než po 7 dnech a 28 dnech a tento rozdíl byl významný ($M_{T1} = 3,57$, $SD_{T1} = 0,382$; $M_{T2} = 3,76$, $SD_{T2} = 0,536$). Naopak mezi oběma následnými vyšetřeními se neprokázal žádný rozdíl.

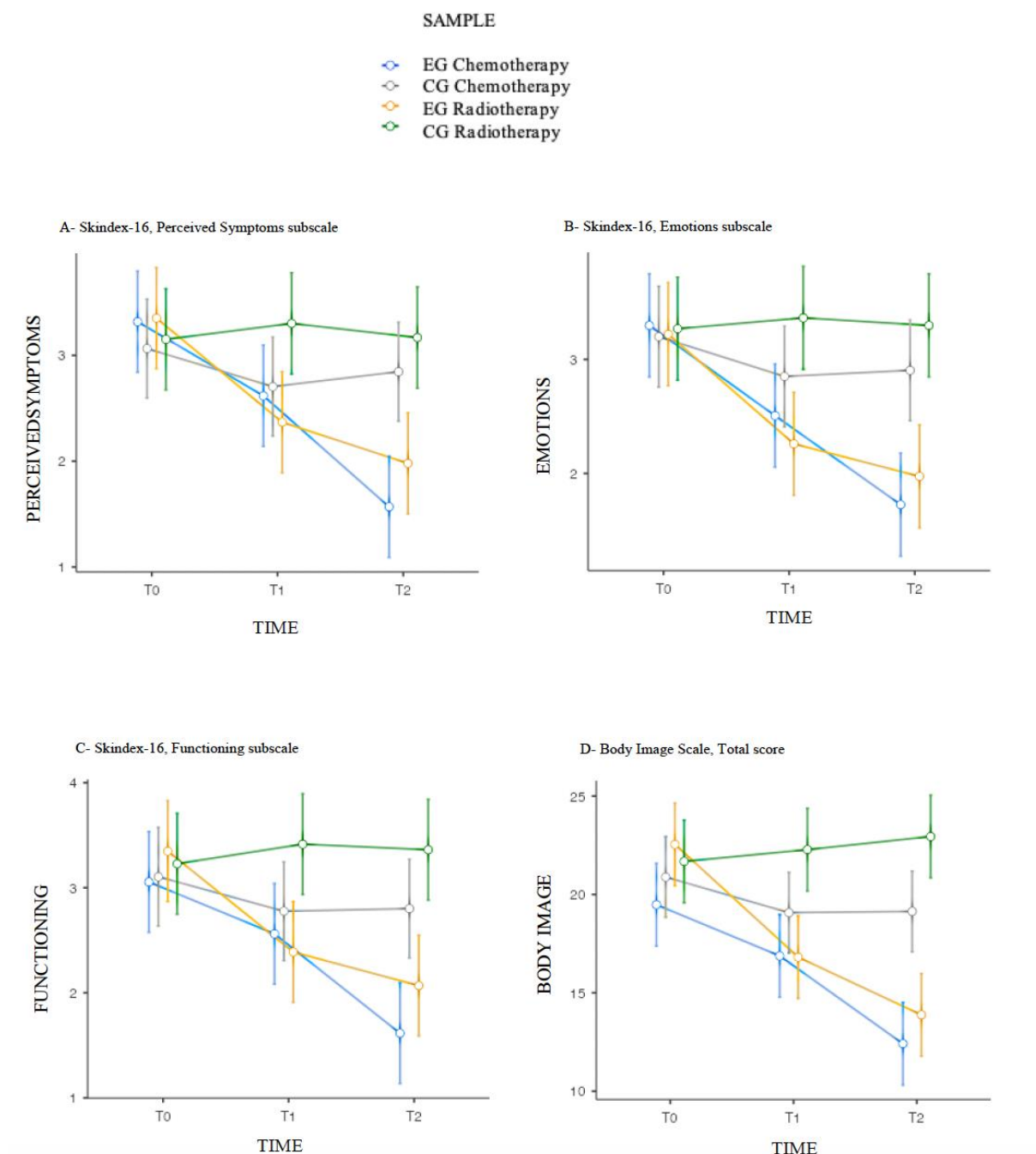
U pacientek patřících do kontrolní skupiny a léčených chemoterapií nebyl průměrný skóre v T0 ($M_{T0} = 3,19$, $SD_{T0} = 0,207$) statisticky významně odlišný od průměrného skóre v T1 ($M_{T1} = 3,21$, $SD_{T1} = 0,244$) a T2 ($M_{T2} = 3,23$, $SD_{T2} = 0,285$). Navíc se mezi oběma následnými vyšetřeními neprokázal žádný rozdíl.

Podobně v bazálním stavu nebylo skóre pacientek patřících do kontrolní skupiny, ale léčených radioterapií ($M_{T0} = 3,07$, $SD_{T0} = 0,178$) statisticky významně odlišné od následných dvou vyšetření ($M_{T1} = 3,04$, $SD_{T1} = 0,250$; $M_{T2} = 3,03$, $SD_{T2} = 0,316$). Ani v tomto případě se mezi oběma následnými vyšetřeními neprokázal žádný rozdíl.

Table 2 Skindex-16 subscales, Body Image Scale and WHOQOL-Bref subscales mean scores in the experimental and control groups, at T0, T1 and T2

Questionnaire	Subscales	Groups	T0 enrollment Mean (SD)	T1 after 7 days Mean (SD)	T2 after 28 days Mean (SD)
Skindex-16	Symptoms	EG Chemotherapy	3.32 (0.486)	2.62 (0.886)	1.57 (0.770)
		EG Radiotherapy	3.35 (1.295)	2.37 (0.865)	1.98 (1.195)
		CG Chemotherapy	3.06 (1.039)	2.70 (0.833)	2.84 (0.970)
		CG Radiotherapy	3.15 (0.986)	3.30 (0.851)	3.17 (0.816)
	Emotions	EG Chemotherapy	3.30 (0.541)	2.50 (0.862)	1.72 (0.880)
		EG Radiotherapy	3.22 (1.213)	2.26 (1.069)	1.97 (1.142)
		CG Chemotherapy	3.20 (0.917)	2.85 (0.504)	2.90 (0.657)
		CG Radiotherapy	3.27 (0.889)	3.36 (0.806)	3.30 (0.886)
	Functioning	EG Chemotherapy	3.05 (0.840)	2.56 (0.989)	1.61 (0.686)
		EG Radiotherapy	3.35 (1.065)	2.39 (1.115)	2.07 (1.202)
		CG Chemotherapy	3.10 (1.065)	2.77 (0.505)	2.80 (0.793)
		CG Radiotherapy	3.23 (0.965)	3.41 (1.076)	3.36 (0.936)
Body Image Scale	Total Score	EG Chemotherapy	19.5 (5.71)	16.9 (3.36)	12.4 (5.87)
		EG Radiotherapy	22.5 (2.29)	16.8 (3.80)	13.9 (4.03)
		CG Chemotherapy	20.9 (3.32)	19.1 (3.75)	19.1 (4.30)
		CG Radiotherapy	21.7 (4.61)	22.3 (4.10)	22.9 (2.94)
WHOQOL-Bref	Physical health	EG Chemotherapy	3.30 (0.201)	3.62 (0.313)	3.90 (0.372)
		EG Radiotherapy	3.16 (0.241)	3.57 (0.382)	3.76 (0.536)
		CG Chemotherapy	3.19 (0.207)	3.21 (0.244)	3.23 (0.285)
		CG Radiotherapy	3.07 (0.178)	3.04 (0.250)	3.03 (0.316)
	Psychological health	EG Chemotherapy	3.01 (0.213)	3.17 (0.351)	3.53 (0.338)
		EG Radiotherapy	2.74 (0.288)	3.01 (0.447)	3.26 (0.573)
		CG Chemotherapy	2.80 (0.299)	2.77 (0.321)	2.77 (0.333)
		CG Radiotherapy	2.69 (0.251)	2.57 (0.294)	2.52 (0.314)
	Social relationship	EG Chemotherapy	3.02 (0.527)	3.02 (0.495)	3.40 (0.361)
		EG Radiotherapy	2.84 (0.452)	3.18 (0.547)	3.20 (0.532)
		CG Chemotherapy	2.92 (0.333)	2.96 (0.319)	2.94 (0.327)
		CG Radiotherapy	2.69 (0.344)	2.64 (0.320)	2.67 (0.282)
	Environment	EG Chemotherapy	3.74 (0.266)	3.94 (0.320)	4.06 (0.246)
		EG Radiotherapy	3.12 (0.500)	3.60 (0.604)	3.98 (0.458)
		CG Chemotherapy	3.64 (0.261)	3.60 (0.214)	3.60 (0.282)
		CG Radiotherapy	3.10 (0.406)	3.07 (0.393)	3.10 (0.340)

Figure 1 Interaction between time and aesthetic treatment effects on Skindex-16 and Body Image Scale scores in different cancer treatments groups



Diskuse

Onkologická literatura zdůrazňuje, že jak chemoterapie, tak radioterapie mají silné dermatologické vedlejší účinky, jako je kožní toxicita a kožní poruchy. Chemoterapie způsobuje několik nežádoucích účinků působících proti sliznici, kůži a přídatkům (Fabbrocini et al., 2011) na kožní bariéru (kožní vyrážka, suchá kůže, hyperpigmentace). Radioterapie může vyvolat akutní kožní reakci (radiační dermatitidu), která se pohybuje od mírné vyrážky až po závažné vředy (Salvo et al., 2010; Fabbrocini et al., 2011). Tyto vedlejší účinky mohou mít dopad nejen na

úroveň kůže, ale i na vzhled a tyto změny vzhledu zase negativně ovlivňují tělesnou představu (Mellisant et al., 2018). Změny tělesné představy způsobené léčbou rakoviny mohou být proto spojeny se studem, nízkým sebevědomím nebo sociálním vyhýbáním se (Lehmann, Hagedoorn a Tuinman, 2014; Rumsey a Harcourt, 2004) a obecnou psychickou úzkostí ve formě deprese a úzkosti (Galiano-Castillo, Ariza-Garcia, Cantarero-Villanueva, Fernandez-Lao, Diaz-Rodriguez a Arroyo-Morales, 2014; Paterson, Lengacher, Donovan, Kip a Tofthagen, 2016). Použití specifických kosmetických dermatologických ošetření by mohlo pozitivně ovlivnit vnímání pohody u onkologických žen (Fabbrocini et al., 2011; Oliveri et al., 2019). Z těchto důvodů byl cílem této studie vyhodnocení dopadu kožních vedlejších účinků onkologické léčby na HRQoL a tělesnou představu.

Po celou dobu studie ženy v EG (zejména ty léčené chemoterapií) postupně vykazovaly lepší vnímání kvality života, a to z hlediska fyzického a psychického zdraví, sociálních vztahů a prostředí. V průběhu času ženy používající specifickou dermatologickou léčbu měly tendenci pociťovat méně bolesti a diskomfortu, lépe spát a odpočívat, mít pozitivní pocity, vyšší sebevědomí a lepší sociální vztahy.

Pokud jde o vliv kožních onemocnění na HRQoL, výsledky zdůrazňují, že symptomatologie, emocionální projev a funkčnost jsou významně predikovány časem a přítomností/nepřítomností specifického dermatologického přípravku. Po celou dobu studie obě experimentální skupiny (zejména EG chemoterapie) vykazovaly zlepšení stavu kůže (tj. méně svědění, pálení, píchání, bolesti atd.), emocionální pohody (tj. méně obav, frustrace a rozpaků ohledně stavu kůže), ale i sociální funkčnosti (tj. větší touha být s ostatními lidmi a menší obtíže projevovat náklonnost). Denní používání specifické dermatologické kosmetiky (zejména u žen podstupujících chemoterapii) mělo také pozitivní dopad na afektivní, behaviorální a kognitivní aspekty spojené s tělesnou představou. Již po prvním týdnu léčby výsledky ukázaly, že ženy v EG měly lepší vnímání svého těla (tj. pocit sebevědomí, spokojenost s tělem) a své tělesné představy ve vztahu k diagnóze rakoviny (tj. více ženský). Naopak CG nevykázala stejné zlepšení: ženy podstupující radioterapii dokonce vykazovaly negativní dopad na vnímání jejich tělesné představy.

Psychologická a dermatologická literatura zdůrazňuje, že péče o tělo a zejména o kůži napomáhá zlepšit nejen fyzické zdraví, ale i psychickou pohodu. Proto by se měly ženy během protinádorové léčby povzbuzovat k ochraně své kůže a těla pomocí specifické dermatologické kosmetiky, aby se zlepšila dodržování léčby. Naše výsledky skutečně ukazují, že pouze specifická dermatologická kosmetika významně zlepšuje psychickou pohodu žen a vnímání tělesné představy a snižuje negativní dopad kožních příznaků na jejich HRQoL během léčby rakoviny.

Dermatolog by z tohoto hlediska měl spolupracovat s onkologem, aby se zabránilo a zmírnilo dermatologické vedlejší účinky a udržela se kvalita života pacientky.

Reference:

- Studie kombinované chemoterapie epirubicinem a etoposidem k léčbě hepatocelulárního karcinomu: studie fáze II. Evropský onkologický časopis, 33(11), 1784-1788. (1997)

- Psychologická adaptace po rakovině prsu: systematický přehled longitudinálních studií. *Psycho-onkologie*, 26(7), 917-926. (2017)
- Tělesná představa: příručka vědy, praxe a prevence, 2. vydání. Guilford Press, New York. (2011)
- Italská verze škály tělesné představy – spolehlivost a citlivost na vzorku pacientek s rakovinou prsu. *Kognitivně behaviorální psychoterapie*, 22, 65–79. (2016)
- Zlepšená diskriminační a hodnoticí schopnost vylepšené verze Skindexu, nástroje kvality života pro pacienty s kožními chorobami. *Archiv dermatologie*, 133:1433–1440. (1997)

- **Chren, M. M., Lasek, R. J., Sahay, A. P., & Sands, L. P. (2001). Measurement properties of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 5(2), 105-110.**

Překlad: Chren, M. M., Lasek, R. J., Sahay, A. P., & Sands, L. P. (2001). Měřicí vlastnosti Skindex-16: krátký nástroj pro měření kvality života u pacientů s kožními chorobami. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 5(2), 105-110.

- **DeFrank, J.T., Mehta, C.C., Stein, K.D. & Baker, F. (2007). Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 34, E36-E41.**

Překlad: DeFrank, J.T., Mehta, C.C., Stein, K.D. & Baker, F. (2007). Nespokojenost s tělesnou představou u onkologických pacientů po ukončení léčby. *Oncol Nurs Forum*, 34, E36-E41.

- **De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, A., Coppa, F., D'Addario, A. et al. (Centro Italiano Collaborativo Progetto WHOQOL). (2000). La valutazione della qualità della vita: validazione del WHOQOL-Breve. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(1), 45-55.**

Překlad: De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, A., Coppa, F., D'Addario, A. a kol. (Italské kolaborativní centrum projektu WHOQOL). (2000). Hodnocení kvality života: validace zkrácené verze WHOQOL. *Epidemiologie a sociální psychiatrie*, 9(1), 45-55.

- **Falk Dahl, C.A., Reinertsen, K.V., Nesvold, I.L., Fosså, S.D. & Dahl, A.A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116, 3549-3557.**

Překlad: Falk Dahl, C.A., Reinertsen, K.V., Nesvold, I.L., Fosså, S.D. & Dahl, A.A. (2010). Studie tělesné představy u dlouhodobě přežívajících pacientek s rakovinou prsu. *Cancer*, 116, 3549-3557.

- **Fabbrocini, G., Cameli, N., Romano, M. C., Mariano, M., Panariello, L., Bianca, D., & Monfrecola, G. (2012). Chemotherapy and skin reactions. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 31(1), 50.**

Překlad: Fabbrocini, G., Cameli, N., Romano, M. C., Mariano, M., Panariello, L., Bianca, D., & Monfrecola, G. (2012). Chemoterapie a kožní reakce. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 31(1), 50.

- **Fabbrocini, G., Romano, M. C., Cameli, N., Mariano, M., Pastore, F., Annunziata, M. C., ... & Monfrecola, G. (2011). "Il corpo ritrovato": dermocosmetological skin care project for the oncologic patient. *International Scholarly Research Notices*, 2011.**

Překlad: Fabbrocini, G., Romano, M. C., Cameli, N., Mariano, M., Pastore, F., Annunziata, M. C., a kol. (2011). „Il corpo ritrovato“: projekt dermokosmetické péče o pleť pro onkologické pacienty. *International Scholarly Research Notices*, 2011.

- Fobair, P., & Spiegel, D. (2009). Obavy ohledně sexuality po rakovině prsu. *Onkologický časopis*, 15(1), 19-26.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Tělesná představa a sexuální problémy u mladých žen s rakovinou prsu. *Psycho-onkologie: Časopis pro psychologické, sociální a behaviorální aspekty rakoviny*, 15(7), 579-594.
- Galiano-Castillo, N., Ariza-García, A., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Díaz-Rodríguez, L., & Arroyo-Morales, M. (2014). Depresivní nálada u přeživších rakoviny prsu: asociace s fyzickou aktivitou, únavou související s rakovinou, kvalitou života a úrovní fyzické zdatnosti. *Evropský časopis pro onkologické ošetřovatelství*, 18(2), 206-210.
- Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. Škála tělesné představy pro použití u onkologických pacientů. *Eur J Cancer*. 2001;37(2):189-197. doi:10.1016/s0959-8049(00)00353-1
- Čísla rakoviny v Itálii 2019. AIOM-ARTIUM-Fondazione AIOM www.aiom.it
- Lehmann, V., Hagedoorn, M. & Tuinman, M.A. (2014). Tělesná představa u přeživších rakoviny: systematický přehled studií typu případ-kontrola. *J Cancer Surviv*, 9, 339-348.
- Male, D. A., Fergus, K. D., & Cullen, K. (2016). Sexuální identita po rakovině prsu: sexualita, tělesná představa a důsledky pro vztahy. *Současný názor na podpůrnou a paliativní péči*, 10(1), 66-74.
- Melissant, H. C., Neijenhuijs, K. I., Jansen, F., Aaronson, N. K., Groenvold, M., Holzner, B., et al. (2018) Systematický přehled měřících vlastností Škály tělesné představy (BIS) u onkologických pacientů. *Podpůrná péče v onkologii*, 26(6), 1715-1726.
- Morris, A. D., Morris, R. D., Wilson, J. F., White, J., Steinberg, S., Okunieff, P., et al. (1997). Šetřící terapie prsu vs. mastektomie u rakoviny prsu v časném stadiu: metaanalýza 10leté přežitelnosti. *Onkologický časopis z časopisu Scientific American*, 3(1), 6–12.
- Oliveri, S., Faccio, F., Pizzoli, S., Monzani, D., Redaelli, C., Indino, M., & Pravettoni, G. (2019). Pilotní studie estetických ošetření prováděných kvalifikovanými estetickými praktiky: účinnost na kvalitu života související se zdravím u pacientek s rakovinou prsu. *Výzkum kvality života*, 28(6), 1543-1553.
- Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Toftagen, C. S. (2016). Tělesná představa u mladších přeživších rakoviny prsu: systematický přehled. *Onkologické ošetřovatelství*, 39(1), E39.
- Rhoten, B.A., Murphy, B. & Ridner, S.H. (2013). Tělesná představa u pacientů s rakovinou hlavy a krku: přehled literatury. *Oral Oncol*, 49: 753-760.
- Rumsey, N. & Harcourt D. (2004). Tělesná představa a deformace: problémy a intervence. *Body Image* 1:83-97.
- Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., ... & Hurria, A. (2016). Pokyny pro péči o přeživší rakovinu prsu od Americké onkologické společnosti/Americké společnosti klinické onkologie. *CA: Onkologický časopis pro kliniky*, 66(1), 43-73.
- Salvo, N., Barnes, E., Van Draanen, J., Stacey, E., Mitera, G., Breen, D., ... & De Angelis, C. (2010). Prevence a léčba akutních kožních reakcí vyvolaných ozářením: systematický přehled literatury. *Současná onkologie*, 17(4), 94.
- Taylor-Ford M., Meyerowitz, B.E., D'Orazio, L.M., Christie, K.M., Gross, M.E. & Agus, D.B. (2013). Tělesná představa předpovídá kvalitu života u mužů s rakovinou prostaty. *Psychoonkologie* 22:756-761.

- The WHOQOL Group (1994). Vývoj nástroje pro hodnocení kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL) (1995). V: Orley, J. & Kuyken, W. (eds.), Hodnocení kvality života: mezinárodní perspektiva (str. 41-57). Heidelberg: Springer Verlag.
- Todorov, N., Sherman, K. A., Kilby, C. J., & Breast Cancer Network Australia. (2019). Soucit se sebou samým a naděje v kontextu poruch tělesné představy a úzkosti u přeživších rakoviny prsu. *Psycho-onkologie*, 28(10), 2025-2032.
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Změny sexuální pohody a intimity po rakovině prsu. *Onkologické ošetřovatelství*, 35(6), 456-465.