

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
SLAUGOS IR VIDAUS LIGŲ PAGRINDŲ KATEDRA
SLAUGOS BAKALAURO PROGRAMA

TVIRTINU

VU MF Slaugos studijų programų komiteto
pirmininkė prof. habil. dr. D. Kalibatienė
2017. 06. 02

**ONKOHEMATOLOGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ
PSICHOEMOCINĖS BŪSENOS SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE**

**(ONCOHEMATOLOGICAL PATIENTS' PSYCHOEMOTIONAL STATE'S
CORRELATION WITH QUALITY OF LIFE)**

SLAUGOS BAKALAURO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo autorė :

VU Slaugos specialybės IV kurso
studentė Ugnė Rastenytė

.....
(parašas)

2017.05.15

Darbo vadovė :

VU MF Slaugos ir vidaus ligų pagrindų
katedros asistentė Jūratė Gimžauskienė

.....
(parašas)

2017. 05. 15

VILNIUS, 2017

DARBO ANOTACIJA

Slaugos bakalauro baigiamasis darbas „Onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinės būsenos sąsajos su gyvenimo kokybe“ atliktas 2016 m. gruodžio – 2017 m. balandžio mėnesiais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje bei Vilniaus miesto X klinikoje, Bendrosios hematologijos skyriuje.

Darbo autorė : Ugnė Rastenytė, Vilniaus universiteto Slaugos bakalauro programos IV kurso studentė.

Darbo mokslinė vadovė : Jūratė Gimžauskienė, Vilniaus universiteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedros asistentė.

Darbas apsvaistytas VU MF Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedros posėdyje 2017 m. birželio mėn. 01 d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzantai:

- 1.
- 2.

Slaugos bakalauro baigiamasis darbas „Onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinės būsenos sąsajos su gyvenimo kokybe“ ginamas viešame Slaugos bakalauro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2017 m. birželio mėn. 6 d. 9:30 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio 57).

Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje (Antakalnio 57, 266 kabinete).

Slaugos bakalauro baigiamųjų darbų gynimo komisija:

Pirmininkė: prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė.

Nariai: dr. Aldona Mikaliūkštienė (gynimo komisijos mokslinė sekretorė); prof. dr. Natalija Fatkulina; dr. Zita Gierasimovič; asist. Viktorija Kielaitė; **socialinis partneris:** Raimonda Steikūnienė, Vilniaus miesto klinikinė ligoninė; **kitos mokslo, studijų institucijos atstovas:** doc. dr. Alina Petrauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Socialinės gerovės fakultetas.

SANTRAUKA

ONKOHEMATOLOGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ PSICHOEMOCINĖS BŪSENOS SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE

Slaugos bakalauro baigiamasis darbas

Darbo autorė : VU slaugos bakalauro programos IV kurso studentė Ugnė Rastenytė

Darbo vadovė : asist. Jūratė Gimžauskienė, Vilniaus universitetas medicinos fakultetas Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra.

2017-05-16

Darbo apimtis: 56 puslapiai.

Pagrindinės sąvokos: onkohematologinės ligos, psichoemocinė būseną, nerimas, depresija, onkologinė slauga, gyvenimo kokybė.

Darbo tikslas — išanalizuoti onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinės būsenos ryšį su subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu.

Darbo uždaviniai: 1. Įvertinti onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinę būseną prieš ir po chemoterapijos kursų. 2. Nustatyti onkohematologinių pacientų subjektyviai vertinamą gyvenimo kokybę prieš ir po chemoterapijos kursų. 3. Nustatyti ir įvertinti tiriamų pacientų psichoemocinės būsenos daromą įtaką gyvenimo kokybei.

Tyrimo metodai. Apklausa vykdyta 2016 m. gruodžio – 2017 m. balandžio mėnesiais. Tyrime dalyvavo 87 ligoniai (34 moterys ir 53 vyrai), 18–75 metų amžiaus, amžiaus vidurkis — $39,9 \pm 19,3$ metų. Tyrimui atlikti buvo panaudotos trys anketos: 1. Pačių parengta anketa, skirta išsiaiškinti tiriamųjų sociodemografiniams duomenis bei miego kokybei; 2. Hospitalinė nerimo ir depresijos (HAD) skalė, skirta įvertinti respondentų psichoemocinę būseną; 3. EORTC gyvenimo kokybės klausimynas QLQ-C30, skirtas nustatyti pacientų gyvenimo kokybei. Duomenų analizė atlikta naudojant statistinės analizės R 3.2.2 paketą ir Excel 2010.

Rezultatai. Prieš chemoterapijos kursą nerimo būseną pasireiškė 51,7 proc. tiriamųjų, depresinė būseną — 69,0 proc. Po chemoterapijos nerimą jautė 49,4 proc. tiriamųjų, depresinė būseną pasireiškė 46,0 proc. Nerimo ir depresijos būsenos prieš ir po chemoterapijos kursų statistiškai reikšmingai dažniau pasireiškė moterims ($p < 0,05$). Patikrinus nerimo ir depresijos ryšį su miego

kokybe, rastas reikšmingas ryšys — pacientai, prasčiau įvertinę miego kokybę, patyrė sunkesnius depresijos ir nerimo simptomus. Išanalizavus respondentų gyvenimo kokybę, nustatyta, jog prieš chemoterapijos kursą respondentus labiausiai vargino skausmas ir nemiga, po chemoterapijos — pykinimas, vėmimas bei finansiniai sunkumai. Nustatyta, jog bendrieji gyvenimo kokybės rodikliai statistiškai patikimai aukštesni po chemoterapijos kurso. Patikrinus gyvenimo kokybės ir psichoemocinės būsenos sąsajas, rastas statistiškai patikimas ryšys.

Išvados. Onkohematologiniai pacientai prieš chemoterapijos kursą dažniau kenčia depresijos simptomus, po chemoterapijos — nerimo simptomus. Pacientų gyvenimo kokybės rodiklis prieš chemoterapijos kursą buvo žemesnis nei po chemoterapijos. Po chemoterapijos kurso statistiškai patikimai pagerėjo emocinio, kognityvinio ir socialinio funkcionavimo skalių vidurkiai. Tiriamųjų subjektyviai vertinama gyvenimo kokybė priklausė nuo psichoemocinės būsenos: nesant depresinės būsenos ir nerimo, gyvenimo kokybę tiek prieš, tiek ir po chemoterapijos kurso, vertino aukštesniais balais.

SUMMARY

Bachelor of Nursing Program

ONCOHEMATOLOGICAL PATIENTS' PSYCHOEMOTIONAL STATE'S CORRELATION WITH QUALITY OF LIFE

Nursing Bachelor's thesis

The Author: student Ugnė Rastenytė, nursing bachelor's degree programme at Vilnius University.

Work Leader: Jūratė Gimžauskienė, Vilnius University Faculty of Medicine, Department of Nursing and Fundamentals of Internal Medicine.

Keywords: oncohematological diseases, psychoemotional state, anxiety, depression, oncology nursing, quality of life.

The aim of research work: to analyze oncohematological patients' psychoemotional state's correlation with subjective assessment of quality of life.

Tasks of work: rate oncohematological patients' psychoemotional state before and after chemotherapy. Identify subjectively assessed quality of life of oncohematological patients before and after chemotherapy. Assess and evaluate patients' psychoemotional status influence on the quality of life.

Materials and methods. The survey conducted in 2016 December – 2017 April. The study included 87 patients (34 women and 53 men), 18–75 years old, average age – $39,9 \pm 19,3$ years. Three questionnaires were used in the study: 1. Self-made questionnaire designed to clarify the sociodemographic data and the quality of sleep; 2. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale to assess the psychoemotional state of the respondents; 3. The quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 to assess the quality of life. Data analysis was performed using statistical analysis package R 3.2.2 and Excel 2010.

Results. Before chemotherapy, anxiety symptoms were found in 51,7 percent of patients, after chemotherapy — in 49,4 percent. Before chemotherapy, depressed state was documented in 69,0 percent of patients, after — in 46,0 percent. Anxiety and depression status before and after chemotherapy was significantly higher in women ($p < 0,05$). After verification of anxiety and

depression correlation with the quality of sleep, significant association was found — patients who evaluated worse quality of sleep, experienced more serious symptoms of depression and anxiety. After analyzing respondents' quality of life before chemotherapy, it was found that most respondents suffered from pain and insomnia, after chemotherapy — nausea, vomiting and financial difficulties. The research showed that overall quality of life is statistically significantly higher after chemotherapy. After checking the quality of life and psychoemotional state's correlation, a statistically significant relationship was found.

Conclusions. Before chemotherapy, oncohematological patients often suffer symptoms of depression, after chemotherapy — anxiety symptoms. Patients' quality of life before chemotherapy was lower than after chemotherapy. Chemotherapy significantly improved the emotional, cognitive and social functioning scales' averages. Respondents' assessed quality of life depended on the psychoemotional state: before and after chemotherapy, respondents without symptoms of depression and anxiety evaluated quality of life with higher scores.

SANTRUMPOS

CNS — centrinė nervų sistema;

DNR — deoksiribonukleorūgštis;

EORTC QLQ-C30 — gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas;

GK — gyvenimo kokybė;

HAD — nerimo ir depresijos skalė;

HL — Hodžkino limfoma;

JAV — Jungtinės Amerikos valstijos;

LLL — lėtinė limfoleukemija;

LML — lėtinė mieloleukemija;

ML — mieloma;

n — tiriamųjų imties dydis;

N — tiriamųjų populiacijos dydis;

NHL — ne Hodžkino limfoma;

NVI — Nacionalinis vėžio institutas;

p — paklaidos tikimybė;

PSO — Pasaulinė sveikatos organizacija (ang. *WHO*);

r — koreliacijos koeficientas;

SN — standartinis nuokrypis;

ŪL — ūminės leukemijos,

ŪLL — ūminė limfoleukemija;

ŪML — ūminė mieloleukemija;

LENTELIŲ SĄRAŠAS

3.1 lentelė. Respondentų įtraukimo į tyrimą ir išbraukimo kriterijai	28
3.2 lentelė. Bendra tiriamųjų charakteristika	32
4.1 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomai prieš ir po chemoterapijos kurso.....	35
4.2 lentelė. Tiriamųjų grupės pagal nerimo ir depresijos vertinimo balus prieš ir po chemoterapijos kursų.....	35
4.3 lentelė. Nerimo ir depresijos palyginimas prieš ir po chemoterapijos kursų atsižvelgiant į lytį.....	37
4.4 lentelė. Miego vertinimas prieš ir po chemoterapijos kursų.....	37
4.5 lentelė. Miego kokybės vertinimas prieš ir po chemoterapijos kurso.....	38
4.6 lentelė. Nerimo bei depresinės būsenų ir miego kokybės sąsajos prieš ir po chemoterapijos kursų.....	40
4.7 lentelė. QLQ C30 skalių rezultatų palyginimas prieš ir po chemoterapijos kursų.....	42
4.8 lentelė. QLQ C30 skalių rezultatai prieš ir po chemoterapijos kursų pagal lytį.....	43
4.9 lentelė. Psichoemocinės būsenos ir gyvenimo kokybės sąsajos.....	46

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

4.1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal ligą.....	33
4.2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal ligos trukmę.....	34
4.3 pav. Respondentų užmigimo trukmė prieš ir po chemoterapijos kursų.....	39
4.4 pav. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į nerimo ir depresijos simptomus, prieš chemoterapijos kursą.....	45
4.5 pav. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į nerimo ir depresijos simptomus, po chemoterapijos kurso.....	45

TURINYS

1. ĮVADAS.....	13
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	15
2.1. Onkologija. Onkohematologiniai susirgimai.....	15
2.1.1 Ūminės leukemijos.....	16
2.1.2 Lėtinės leukemijos.....	16
2.1.3 Limfoma	17
2.1.4 Mieloma.....	18
2.2 Psichoonkologija.....	18
2.2.1 Dažniausios onkologinių pacientų psichologinės problemos.....	19
2.3 Onkologinė slauga.....	20
2.3.1 Šiuolaikinės slaugos samprata	20
2.3.2 Onkologinių pacientų slauga	20
2.4 Gyvenimo kokybės samprata.....	23
2.4.1 Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	23
2.4.2 Gyvenimo kokybės tyrimai medicinos srityje.....	24
2.4.3 Praktinė gyvenimo kokybės tyrimų reikšmė	25
2.5 Apibendrinimas.....	26
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	28
4. TYRIMO REZULTATAI.....	33
4.1 Tiriamieji pagal ligą bei ligos trukmę.....	33
4.2 Psichoemocinės būsenos įvertinimas.....	34
4.2.1 Depresijos ir nerimo būsenų įvertinimas	34
4.2.2 Miego įvertinimas.....	37
4.2.3 Depresijos ir nerimo palyginimas su miego kokybe	39
4.3 Gyvenimo kokybės įvertinimas.....	40

4.4 Psichoemocinēs būsenos sąsajos su gyvenimo kokybe.....	43
5. IŠVADOS.....	47
6. PASIŪLYMAI.....	48
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS	49
8. PRIEDAI.....	57

1. ĮVADAS

Vėžys — aktuali visuomenės sveikatos problema. Daugelyje šalių sergančiųjų vėžiu skaičius didėja. Pasak Nacionalinio vėžio instituto (NVI) vėžys yra viena iš pagrindinių ligų, sukeliančių mirtį visame pasaulyje. 2012 metų duomenimis, visame pasaulyje buvo užfiksuoti 14 milijonų naujų vėžinių susirgimų bei 8,2 milijono su vėžiu susijusių mirčių atvejų. 2016 metų duomenimis JAV užfiksuoti 1 685 210 nauji susirgimai vėžiu bei 595 690 onkologinės ligos sąlygotų mirčių [1]. Lietuvoje sergamumas piktybiniais navikais taip pat palaipsniui didėja. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis (2014 m. liepa) nuo 1993 m. iki 2011 m. sergamumas piktybiniais navikais kasmet didėjo po 3,8 proc. [2]. Lietuvoje dažniausi piktybiniai navikai, sąlygoję mirtis (visose amžiaus grupėse (8165 atvejai)) yra plaučių, trachėjos, bronchų. Nepaisant didelės pažangos vėžio mokslinių tyrimų bei gydymo srityse, vėžys yra vienas pagrindinių visuomenės sveikatos rūpesčių [3].

Onkologinių pacientų slaugymas ir gydymas yra sudėtingas, sukeliantis daug problemų. Dėl padidėjusio išgyvenamumo, ilgalaikio buvimo stacionare, sudėtingo gydymo ligoniai paveikiami ne tik fiziškai, bet ir emociškai. Daugelyje pasaulio šalių atlikta įvairių tyrimų, siekiant išsiaiškinti, kokią įtaką įvairūs onkologiniai susirgimai sukelia sergančiojo ir jo artimųjų psichinei sveikatai. Priklausomai nuo ligos pobūdžio bei stadijos varijuoja ir daroma įtaka pacientui. Pasak Wright A. A., Keating N. L. ir kitų (2010) liga paveikia pacientų asmeninį gyvenimą, savijautą, turi įtakos bendrai sveikatos būklei, pablogėja pacientų gyvenimo kokybė [4].

Tobulėjant vėžio gydymui, vis daugiau dėmesio skiriama ir pacientų gyvenimo kokybės tyrimams bei gerinimui. Amerikos vėžio draugijos (angl. *American Cancer Society*) atlikto tyrimo duomenimis, žemas gyvenimo kokybės indeksas gali neigiamai paveikti pacientų pasiryžimą tęsti gydymą, pabloginti bendrą sveikatos būklę [5]. Todėl svarbu atkreipti dėmesį ne tik į pačią ligą bei jos gydymą, bet ir į sergantįjį bei jo subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą.

Temos aktualumas, naujumas ir praktinė reikšmė. Siekiant kokybiškesnės pacientų priežiūros, geresnių gydymo rezultatų, svarbu gilinti sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų, slaugytojų) žinias apie ilgai stacionare gydomų pacientų psichoemocinę sveikatą, psichoemocinės būsenos įtaką gyvenimo kokybei, gydymo efektyvumui. Pacientų gyvenimo

kokybės tyrimai suteikia daug informacijos apie fizinę bei psichologinę sergančiųjų būklę, leidžia įvertinti slaugos ir socialinius poreikius. Šiuo metu bendrosios hematologijos skyriuje nėra atsižvelgiama į pacientų gyvenimo kokybę, jos pokyčius, psichoemocinę būseną. Tyrimo metu pacientų psichoemocinė būseną ir gyvenimo kokybė buvo vertinama prieš ir po chemoterapijos kursų, siekiant išsiaiškinti šių veiksmų pokyčius priklausomai nuo gydymo stadijos. Pacientų psichoemocinės būsenos įvertinimui naudota Hospitalinė nerimo ir depresijos HAD skalė (angl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*), gyvenimo kokybės pokyčiams įvertinti naudotas Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos (angl. *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*) sudarytas standartizuotas gyvenimo kokybės klausimynas EORTC QLQ-30 (3 versija). Šios anketos plačiai naudojamos klinikinėje praktikoje bei mokslo tiriamuosiuose darbuose [6, 7].

Darbo tikslas — išanalizuoti onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinės būsenos ryšį su subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu.

Uždaviniai:

1. Įvertinti onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinę būseną prieš ir po chemoterapijos kursų.
2. Nustatyti onkohematologinių pacientų subjektyviai vertinamą gyvenimo kokybę prieš ir po chemoterapijos kursų.
3. Nustatyti ir įvertinti tiriamų pacientų psichoemocinės būsenos daromą įtaką gyvenimo kokybei.

Darbo apibūdinimas. Tai taikomojo pobūdžio mokslo tiriamasis slaugos bakalauro baigiamasis darbas. Darbas yra 56 puslapių apimties, susideda iš 8 skyrių. Jį iliustruoja 9 lentelės, 5 paveikslai, 1 priedas (apklausos anketa). Literatūros sąrašą sudaro 79 šaltiniai.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Onkologija. Onkohematologiniai susirgimai

Daugelyje išsivysčiusių šalių onkologinės ligos yra prioritetinė sveikatos problema. Vykdamas vėžio kontrolę, svarbiausia yra užkirsti kelią vėžio vystymuisi [8]. Per pastaruosius penkiasdešimt metų, vėžinių susirgimų ženkliai padaugėjo ir šiuo metu onkologiniai susirgimai tapo daugiausiai mirčių sukeliančia liga [9]. 2012 metų duomenimis, visame pasaulyje buvo užfiksuoti 14 milijonų naujų vėžinių susirgimų bei 8,2 milijono su vėžiu susijusių mirčių atvejų [1]. Prognozuojama, jog 2030 m. bus diagnozuota 21,4 mln. naujų vėžio atvejų ir mirčių skaičius išaugs iki 13,2 mln. kasmet [8].

Manoma, jog pusę visų vėžinių susirgimų sukelia cheminės medžiagos, kurių yra automobilių išmetamosiose dujose, kaminų dūmuose, pesticiduose, maisto prieduose. Šios medžiagos, taip pat radioaktyvioji spinduliuotė ir kai kurios virusinės infekcijos gali sukelti ląstelių DNR mutacijas ir paskatinti jas virsti vėžinėmis ląstelėmis. Žmogaus organizmo gynybinis mechanizmas dažniausiai gali sunaikinti susiformavusias naujas vėžines ląsteles, tačiau šiam mechanizmui įtakos turi gyvenimo būdo veiksniai, tokie kaip mityba ir fizinis aktyvumas [10, 11]. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, efektyviai vykdant profilaktiką, ankstyvąją diagnostiką bei gydymą, iki 2020 m. sergamumą piktybiniais navikais galima sumažinti 25 proc., o mirtingumą nuo jų — 50 proc. [8].

Onkohematologiniai susirgimai (kraujo vėžys) — tai vėžio rūšis, kuri paveikia kraują ir limfinę sistemą (paveikia ląstelių gamybą ir jų funkciją). Vėžinės ląstelės gali pradėti gamintis kraujo gamybiniuose audiniuose (pvz., kaulų čiulpuose) arba imuninės sistemos ląstelėse [12]. Dažniausiai normalių kraujo ląstelių vystymosi procesas yra sutrikdomas nenormalaus tipo, nekontroliuojamo augimo kraujo ląstelių. Šios nenormalios kraujo ląstelės, arba vėžinės ląstelės, užkerta kelią kraujui atlikti daug jo funkcijų, tokių kaip kovoti su infekcijomis arba užkirsti kelią dideliame kraujavime. Yra skiriamos trys pagrindinės kraujo vėžio rūšys:

1. Leukemija (vėžio ląstelės randamos kraujyje ir kaulų čiulpuose).
2. Limfoma (vėžinės ląstelės paveikia limfinę sistemą).
3. Mieloma (plazminių ląstelių vėžys) [12, 13].

2.1.1 Ūminės leukemijos

Ūminės leukemijos (ŪL) — tai kraujo onkologinių ligų grupė, kurioms būdinga piktybinių, nesubrendusių bei negebančių skirtis (diferencijuotis) ląstelių kaupimasis kaulų čiulpuose ir kraujyje. Liga pasireiškia, kai normalios hemapoetinės ląstelės mutuoja ir virsta primityviomis, nediferencijuotomis, nenormalios gyvenimo trukmės ląstelėmis — blastais. Šios ląstelės infiltruoja kaulų čiulpus bei vidaus organus, todėl vystosi pažeistų organų bei kaulų čiulpų nepakankamumas. Priklausomai nuo to, kokie yra blastai, ŪL gali būti ūminė mieloleukemija (mieloblastai) arba ūminė limfoleukemija (limfoblastai) [14].

Ūminė mieloleukemija

Ūminė mieloleukemija (ŪML) — dažniausia suaugusiųjų leukemija. Šiai leukemijai būdinga staigi ligos pradžia ir greitas progresavimas. Sergantieji ŪML ligoninėje gydomi simptomiškai dėl daugelio ligos sąlygotų komplikacijų (anemijos, trombocitopenijos, vidaus organų nepakankamumo). Dažnai komplikacijos gydomos kartu skiriant ir chemoterapiją, dėl ko papildomai reikia atsižvelgti ir į citotoksinių preparatų sukeltus nepageidaujamus reiškinius (pykinimą, vėmimą, apetito praradimą, šlapimo rūgšties koncentracijos padidėjimą, infekcijos riziką) [15, 16, 17].

Ūminė limfoleukemija

Apie 20 proc. suaugusiųjų serga šia ūminės leukemijos forma. Sergamumas ŪLL yra apie 0,7 — 1,8 atvejų 100 000 gyventojų per metus. ŪLL dažniausiai pasireiškia staiga, o klinikiniai simptomai priklauso nuo vyraujančio klinikinio sindromo. Ūminės limfoleukemijos gydymas panašus kaip ir ūminės mieloleukemijos — skiriama chemoterapija bei palaikomasis (simptominis) gydymas (anemijos, trombocitopenijos, naviko irimo sindromo, inkstų funkcijos nepakankamumo gydymas, kraujavimo koregavimas) [17, 18].

2.1.2 Lėtinės leukemijos

Lėtinės leukemijos — tai kraujo onkologinių ligų grupė, kurioms būdinga lėta progresija. Liga gali tęstis kelerius metus, kol ji yra diagnozuojama, o sergantieji gali išgyventi iki kelių dešimčių metų. Lėtinės leukemijos atvejais ląstelės gali būti pažeistos tik iš dalies — ląstelės iš išvaizdos nepakitusios, tačiau jos neatlieka savo funkcijos. Leukeminės ląstelės išgyvena ilgiau nei normalios ląstelės ir kaulų čiulpuose užgožia sveikąsias ląsteles.

Lėtinė leukemija skirstoma į lėtinę mieloleukemiją ir lėtinę limfoleukemiją.

Lėtinė mieloleukemija

Lėtinė mieloleukemija (LML) yra vėžio rūšis, kuri prasideda kaulų čiulpuose, tam tikrose kraujodaros ląstelėse. Genetinis pokytis įvyksta nesubrendusiose kaulų čiulpų ląstelėse, kurios gamina raudonuosius kraujo kūnelius, trombocitus ir daugumą baltųjų kraujo ląstelių (išskyrus limfocitus). Šis pokytis suformuoja nenormalų geną, kuris paverčia kaulų čiulpų ląstelę į LML ląstelę. Leukeminės ląstelės tuomet pradeda augti ir dalintis, infiltruoja kaulų čiulpus ir pereina į kraują. Laikui bėgant, LML ląstelės taip pat gali infiltruotis į kitas organizmo dalis, įskaitant blužnį. LML yra lėtai progresuojanti leukemija, tačiau ji taip pat gali peraugti į greitai progresuojančią — ūminę leukemiją. Dažniausiai LML pasitaiko suaugusiems, tačiau retais atvejais gali sirgti ir vaikai [19, 20].

Lėtinė limfoleukemija

Lėtinė limfoleukemija (LLL) yra neoplazminė liga, kuriai būdingas subrendusių limfocitų kaupimasis kraujyje, kaulų čiulpuose ir limfoidiniame audinyje. Paprastai LLL atvejais leukeminės ląstelės gaminasi lėtai ir dauguma žmonių nejaučia jokių simptomų bent kelerius metus. Laikui bėgant, ląstelės gali pasklisti ir kitose organizmo dalyse, įskaitant limfmazgius, kepenis ir blužnį. Šios ligos priežastys yra nežinomos, manoma, kad šiai ligai įtakos turi genetinis paveldimumas. LLL labiau būdinga vyresnio amžiaus žmonėms (sergamumo pikas — 60–80 metų) [17, 21].

2.1.3 Limfoma

Tai vėžio forma, paveikianti imuninę sistemą, kuri pašalina skysčių perteklių iš organizmo bei gamina imunines ląsteles — baltuosius kraujo kūnelius (limfocitus). Limfocitai atsakingi už organizmo imuninį atsaką prieš infekciją. Pažeisti limfocitai tampa limfomos ląstelėmis, kurios dauginasi ir kaupiasi limfmazgiuose bei kituose audiniuose. Laikui bėgant, vėžinės ląstelės susilpnina imuninę sistemą. Šia liga gali susirgti bet kokio amžiaus asmenys, tačiau dažniausiai serga jauni žmonės. Amerikos vėžio draugijos duomenimis 2016 metais Amerikoje limfoma sudarė 47 proc. naujai diagnozuotų kraujo vėžinių susirgimų [22].

Limfoma skiriama į du pagrindinius tipus — Hodžkino limfomą (HL) ir ne Hodžkino limfomą (NHL) bei daug potipių [23, 24, 25].

Hodžkino limfoma

HL yra sąlyginai reta, tik apie 10 proc. limfomų yra šio tipo. Europoje ir JAV sergamumas šia liga siekia apie 3 atvejus 100 tūkst. gyventojų per metus. Pirmieji šios limfomos požymiai dažniausiai yra padidėję limfmazgiai kaklo, pažastų, rečiau kirkšnių srityse. Liga gali plisti į gretimus limfmazgius, kol galiausiai išplinta į plaučius, kepenis ar kaulų čiulpus. Ligos priežastys kol kas yra nežinomos [24, 26, 27].

Ne Hodžkino limfoma

Apie 90 proc. limfomų yra NHL. Sergamumas šia limfoma išsivysčiusiose šalyse sudaro apie 14–19 atvejų 100 000 gyventojų per metus. Tai sudaro apie 56 proc. onkohematologinių ligų. Lietuvos limfomų epidemiologinio projekto duomenimis, per 2004–2006 metus šalyje kasmet užregistruota 9–9,2 naujų atvejų 100 000 gyventojų [28]. Dažniausi NHL simptomai yra neskausmingi, padidėję limfmazgiai kaklo, pažastų ir kirkšnių srityse. Per pastaruosius metus išgyvenamumas sergant NHL žymiai pagerėjo dėl tobulėjančio gydymo, slaugos, atsiradus naujiems gydymo metodams [25, 27].

2.1.4 Mieloma

Mieloma arba mielominė liga (ML) — tai plazminių ląstelių piktybinė liga. Plazminės ląstelės žmogaus organizme gamina antikūnius prieš infekcijos sukėlėjus. Mielomos ląstelės stabdo normalių plazminių ląstelių funkciją, dėl ko susilpnėja organizmo imuninė sistema ir žmogus tampa neatsparus infekcijoms. ML sudaro apie 10 proc. visų onkohematologinių ligų. Lietuvos nacionalinio vėžio instituto duomenimis, šalyje kasmet užregistruojama apie 4–4,5 ML atvejo 100 000 gyventojų per metus. Dažniausiai serga vyresni nei 50 m. asmenys, o sergamumo pikas pasiekia apie septyniasdešimtuosius gyvenimo metus. ML neišgydoma, tačiau įvairios priemonės gali prailginti sergančiojo išgyvenamumą ir pagerinti gyvenimo kokybę [29, 30].

2.2 Psichoonkologija

Vėžys — tai daugialypis susirgimas, priklausantis nuo daugelio veiksnių: aplinkos poveikio, gyvenimo būdo, individualių asmens savybių. Dabar medicina jau pripažįsta, jog ne tik šie veiksniai, bet ir psichologiniai turi įtakos ligos vystymuisi [10, 31, 32]. Psichoonkologija — medicinos sritis, nagrinėjanti psichologinius ir onkologinius aspektus sergant ir gydant

onkologinę ligą. Psichoonkologija apima ir psichosocialinius ligos aspektus, todėl kartais vadinama psichosocialine onkologija [33].

2.2.1 Dažniausios onkologinių pacientų psichologinės problemos

Nepagydomomis ligomis sergantys pacientai susiduria su daug fizinių ir psichologinių problemų. Pacientus dažniausiai kankina baimė, nerimas, nemiga ir depresija. Remiantis užsienio tyrimų duomenimis 17–23 proc. sergančiųjų vėžiu patiria nerimą ir baimę [34], 23–50 proc. nemigą [35, 36], 20–30 proc. pacientų diagnozuojama depresija [37, 38]. Tokie psichologiniai sunkumai susiję su labai didele emocine kančia, neviltimi, nesugebėjimu susidoroti su savo problemomis, skausmu. Psichologinių problemų kankinami pacientai būna liūdni, niekuo nesidomi, jų interesai susiaurėja, dvasinis gyvenimas tampa ribotas [39].

Baimė ir nerimas

Vėžys yra viena iš didžiausių žmonijos baimių. Daugeliui asmenų vėžio diagnozė reiškia skausmą, neišvengiamą mirtį, sužlugusius ateities planus. Neįmanoma nustatyti, kaip ligonis ištvers gydymą, kokios pasireikš komplikacijos gydymo eigoje. Nežinomybė, baimė, jog vėžys išplis, konkretumo stoka smarkiai paveikia sergantįjį, ligoniai dažnai mano, jog kažkas yra nepasakoma, slepiama informacija. Tokios neigiamos emocijos išvargina žmogų, apsunkina ligos gydymą [40].

Nemiga

Miegas — ypatinga organizmo būseną, priklausanti nuo centrinės nervų sistemos (CNS) veiklos, paros ritmo. Miego poreikis bei jo trukmė labai individualūs dalykai, juos dažnai lemia žmogaus fizinės ir psichinės savybės. Literatūros duomenimis, sveiko suaugusio žmogaus miegas vidutiniškai trunka apie 7–8 valandas. Nemiga — miego sutrikimo forma, pasireiškianti negalėjimu ilgai užmigti: neužmiegame ilgiau nei 30 min., miego trukmė mažesnė nei 6 val., tai pasitaiko dažniau nei tris kartus per savaitę ir trunka ilgiau nei tris savaites. Dėl pastovaus miego trūkumo blogėja atmintis, sutrinka gebėjimas susikaupti, sumažėja darbingumas, prastėja nuotaika, kamuoja nerimas, depresija, apatija, vargina padidėjęs dirglumas, paūmėja ligos, silpnėja imunitetas, padidėja mirštamumo rizika [39, 41, 42]. Užsienio autorių tyrimai atskleidė, jog nuo 30 iki 50 proc. naujai diagnozuotų ar neseniai gydytų onkologinių pacientų susiduria su

miego sutrikimais, o nuo 23 iki 44 proc. pacientų miego sutrikimai išlieka praėjus 2–5 metams po gydymo [36].

Depresija

Tai psichinė būklė, kuriai būdinga vadinamoji depresijos triada: prislėgta, liūdna nuotaika; sulėtėjusios asociacijos; prislopinti judesiai [43]. Literatūros duomenimis, kas ketvirtam pacientui, sergančiam onkologine liga, diagnozuojama depresija. Sergantysis depresiją įvardina kaip blogą nuotaiką, valios trūkumą ar charakterio silpnumą. Ligoniai tampa abejingi, vangūs, praranda iniciatyvą, nemato savo gyvenimo perspektyvos. Depresijos apimti žmonės jautriau reaguoja į gydymo šalutinius reiškinius, gydymas jiems atrodo neprasmingas. Užsitęsusi depresija gali turėti rimtų pasekmių, tokių kaip nutrauktas gydymas ar pastūmėti į savižudybę [40].

Remiantis Lietuvos bei užsienio tyrimų duomenimis, profesionali psichologinė pagalba onkologijoje mažina ne tik depresijos bei nerimo simptomus, bet ir nuovargį, stresą, bejėgiškumo jausmą, didina skausmo kontrolę, pagerina gyvenimo kokybę bei prailgina išgyvenamumo trukmę [37, 44].

2.3 Onkologinė slauga

2.3.1 Šiuolaikinės slaugos samprata

Slauga ir medicina — vienos seniausių profesijų žmonijos istorijoje. Slaugos praktika vystėsi jau priešistoriniais laikais. Ji formavosi remdamasi kasdienėje veikloje atrastomis empirinėmis slaugos ir medicinos žiniomis, kurios buvo perduodamos iš kartos į kartą. Šiuolaikinė slauga — tai sistema, susidedanti iš mokslo žinių, praktinių gebėjimų ir priemonių visumos, skirtos sergančiojo priežiūrai. Visame pasaulyje slaugos mokslas sparčiai plėtojasi, darydamas didelę įtaką šiuolaikinės slaugos praktikai, specialistų rengimui bei darbo turiniui [39, 45].

2.3.2 Onkologinių pacientų slauga

Onkologinių pacientų slauga skiriasi nuo kitomis ligomis sergančių pacientų slaugos. Ligos diagnozavimas paveikia ne tik pacientą bet ir jo artimuosius, todėl slaugytojai bei visas medicinos personalas, turi suteikti paramą ir artimiesiems. Onkologinės slaugos tikslas — padėti

ligoniui, atsižvelgiant į jo ligos ypatumus, palaikyti priimtina gyvenimo kokybę, suteikti jam bei jo artimiesiems dvasinę, psichologinę, fizinę ir socialinę pagalbą [40].

Navikų gydymas (chirurginis, spinduline terapija ar chemoterapija) sukelia daug šalutinių reiškinių. Dažniausiai bei daugiausiai jų pasireiškia chemoterapinio gydymo metu. [5]. Ligoniai skirtingai ištveria gydymą. Tai priklauso nuo jų imuninio statuso, psichologinio pasiruošimo bei slaugančiųjų pagalbos ir supratimo. Amerikos vėžio draugijos (angl. *American Cancer Society*) duomenimis apie 90 proc. sergančiųjų jaučia mažesnio ar didesnio stiprumo nuovargį [46]. Tai paveikia pacientų gyvenimo kokybę, tarpasmeninius santykius, trikdo fizinę bei emocinę gerovę [47]. Slaugytojas turi išmanyti pagrindinių chemoterapinių preparatų sukeliama nepageidaujamą poveikį bei kaip slaugyti tokių reiškinių varginamą pacientą. Chemoterapinių vaistų sukeliama nepageidaujami reiškiniai gali būti suskirstyti į keturias kategorijas:

1. Tiesioginiai (pasireiškiantys gydymo metu);
2. Ankstyvieji (pasireiškiantys per pirmąsias 4–6 savaites po gydymo);
3. Vėlyvieji (pasireiškiantys praėjus keliems mėnesiams po gydymo);
4. Užsitęsę (pasireiškiantys ilgai po gydymo).

Dažniausi chemoterapinių vaistų sukeliama nepageidaujami šalutiniai reiškiniai:

- **Hematologiniai** (anemija, leukopenija ir neutroponija, trombocitopenija, kraujo krešėjimo sutrikimai);
- **Nehematologiniai** (stomatitas (burnos gleivinės ir dantenų uždegimas), viduriavimas (diarėja), dispepsija (virškinimo sutrikimai), alopecija (plaukų slinkimas), odos pažeidimai, neurotoksiškumas (nervinių skaidulų uždegimas), hipertermija (karščiavimas), infekcija, pykinimas ir vėmimas, nefrotoksiškumas (toksinis inkstų pažeidimas), kardiotoxiškumas (toksinis širdies pažeidimas), hepatotoksiškumas (toksinis kepenų pažeidimas), plaučių pažeidimas [40].

Pagrindinės slaugos taisyklės priešnavikinių vaistų nepageidaujamo poveikio varginamo paciento priežiūrai:

- Atidžiai stebėti pacientą, registruoti pasikeitusią sveikatos būklę;

- Imtis visų profilaktikos priemonių, padedančių išvengti infekcijos (laikytis aseptikos bei antiseptikos taisyklių);
- Skatinti pacientą išgerti pakankamai skysčių;
- Patarti valgyti dažnai ir po truputį (keptus obuolius, džiovėsius, ryžius, bananus ir t. t., atsižvelgiant į kontraindikacijas);
- Tinkamai administruoti gydytojo paskirtus vaistus;
- Stebėti, jog palata reguliariai būtų vėdinama, valoma ir dezinfekuojama;
- Informuoti gydytoją apie pasikeitusią sveikatos būklę, įvairių tyrimų rezultatus;
- Atsižvelgiant į paciento būklę skirti atitinkamą liginės dietą;
- Patarti, pamokyti pacientą, kaip palengvinti / sumažinti nepageidaujamą vaistų poveikį;
- Apmokyti paciento artimuosius, kaip padėti ligoniui [48, 40].

Dažnai onkologiniai ligoniai be šalutinių gydymo padarinių kenčia ir nuo onkologinio skausmo. Pasak PSO net 80–90 proc. onkologinių ligonių, kenčiančių skausmą, turi ir gali jų nekęsti. Onkologinis skausmas pacientams kelia kančią, nerimą, baimę, sumažina paciento viltis pasveikti, norą gydytis. Dėl onkologinių skausmų pacientas praranda aktyvumą, nenoriai dalyvauja gydymo procese [49]. Slaugytojas turi siekti įgyti paciento pasitikėjimą atidumu, jautrumu, aktyviu bendravimu, noru jam padėti. Tik įgijęs paciento pasitikėjimą, slaugytojas su pacientu gali pilnavertiškai bendradarbiauti, efektyviai malšinti skausmą. Slaugytojas negali žadėti visiško skausmo numalšinimo, tačiau net ir paskutinės ligos stadijos metu skausmas gali būti pakenčiamas. Šiam tikslui pasiekti, slaugytojas turėtų nuolatos ieškoti naujų būdų kiekvienam pacientui individualiai, domėtis moderniais skausmo malšinimo metodais.

Onkologinės slaugos tikslas — padėti pacientui, nepaisant ligos ar jos stadijos, palaikyti priimtina gyvenimo kokybę, suteikti pagalbą ne tik sergančiajam bet ir jo artimiesiems. Skausmo ir mirties baimė dažnai onkologiniams pacientams tampa pagrindiniu rūpesčiu, todėl slaugytojai turėtų atkreipti dėmesį į pacientų psichoemocinę būseną (baimės jautimą, nerimą, depresiją), nes

tai paveikia žmonių darbingumą, tarpasmeninius ryšius, bendravimą su jį supančia socialine aplinka, palaipsniui asmuo save izoluoja nuo aplinkinių. Taip pat, slaugytojas neturėtų pamiršti, jog kiekvienas pacientas yra individualus ir reikia ieškoti būtent tam pacientui tinkančių slaugos priemonių. Taip užtikrinama, jog slauga, siūloma pacientui, bus gera ir tikslinga [50].

2.4 Gyvenimo kokybės samprata

Gyvenimo kokybė (GK) (angl. *quality of life*) — tai sociologijos, ekonomikos ir politologijos sąvoka, apimanti asmens emocinę (psichologinę), fizinę ir socialinę gerovę. Gyvenimo kokybę kiekvienas individas suvokia skirtingai, priklausomai nuo dabartinio gyvenimo būdo, ateities vilčių, ankstesnės patirties, ambicijų ir pasiekimų. Remiantis PSO apibrėžimu, gyvenimo kokybė yra subjektyvus savęs suvokimas kultūros ir kitų vertybių sistemoje, kurioje individas gyvena turėdamas tikslų, rūpesčių, lūkesčių ir vadovaudamasis gyvenimo standartais [51].

2.4.1 Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

Literatūroje vis dažniau minima sąvoka „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė“ arba „sveikatos sąlygota gyvenimo kokybė“ (angl. *health-related quality of life*). Ši sąvoka apibrėžia ligos poveikį gyvenimui ir gerovei. GK, susijusi su sveikata, yra vertinama pagal įvairius kriterijus, dažnai įtraukiant visus tris (emocinės (psichologinės), fizinės ir socialinės) žmogaus gerovės aspektus. Kadangi GK sąlygoja įvairūs komponentai, labai svarbu suprasti, kurie aspektai nukenčia ligos gydymo metu: 1) fiziniai gebėjimai (pavyzdžiui, atsiradęs nuovargis, energingumo stoka); 2) nepriklausomumo laipsnis (pvz., mobilumas, savarankiškumo lygis); 3) socialiniai ryšiai (pvz., socialinė parama, artimųjų palaikymas); 4) psichologinė būklė (pvz., emocinis stabilumas, streso lygis); 5) dvasingumas (religingumas); 6) aplinka (pvz., sveikatos priežiūros prieinamumas). Pripažįstama, jog GK tyrimų sritis, susijusi su sveikata, šiuo metu yra dominuojanti tarp GK tyrimų tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse [51, 52].

Pastaraisiais dešimtmečiais Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, daugėja su sveikata susijusių gyvenimo kokybės tyrimų. Tyrinėjimais siekiama išsiaiškinti, kokią įtaką liga ar sveikatos sutrikimai daro bendrai gyvenimo kokybei. 2007 metais Makari J. ir kitų [53] atliktas tyrimas apie onkologinėmis ligomis sergančių vaikų gyvenimo kokybę Lietuvoje atskleidė, jog vaikai linkę blogiau vertinti savo fizinę sveikatą nei psichosocialinę, nepaisant didelės procedūrų bei skausmo baimės. 2005 metais, Juozulyno A. ir kitų [54] atliktas tyrimas apie gyvenimo

kokybę ir sveikatą parodė, kad gyvenimo kokybė priklauso nuo respondento amžiaus bei aplinkos sąlygų: oro užterštumo kenksmingomis medžiagomis, vibracijos, triukšmo bei kitų neigiamų veiksnių.

2.4.2 Gyvenimo kokybės tyrimai medicinos srityje

GK tyrimai, ilgą laiką analizuoti psichologų ir sociologų, tapo svarbūs ir sveikatos priežiūros sistemoje. Šie tyrimai padeda įvertinti ligų prevencijos ir sveikatos gerinimo programas, gydymo metodų efektyvumą, naudingi plėtojant sveikatos politiką bei stebint visuomenės sveikatos būklę. Medicinoje palaipsniui pradėta remtis ne tik klinikiniais simptomais bei laboratorinių tyrimų duomenimis, bet ir gyvenimo kokybės, susijusios su sveikata tyrimais.

Įvertinti GK gana sunku, nes pati GK sąvoka yra abstrakti ir kiekvieno suprantama skirtingai. Daug diskusijų kelia klausimas, kas turėtų įvertinti paciento GK — pats pacientas ar medikai. Kitas, taip pat aktualus klausimas — kokiais instrumentais (klausimynais) turėtų būti naudojamosi vertinant GK: bendriniais, kurie tiktų visiems, ar specifiniais, kurie tiktų tik ta liga sergantiems asmenims. Šiuo metu GK vertinti naudojami įvairūs klausimynai, kurie sudaromi remiantis skirtingais GK modeliais bei apibrėžimais. Daugumos GK tyrėjų nuomone, gyvenimo kokybės klausimynai turėtų matuoti tiriamojo psichologinę gerovę, fizinę būklę, kasdienę veiklą bei socialinę sveikatą [55, 56, 57, 58].

Atsižvelgiant į tai, kas užpildo GK klausimyną (vaikas, senyvo amžiaus asmuo, neįgalusis, psichikos ligomis sergantis asmuo), klausimynai gali būti sugrupuoti į tris grupes:

1. Pildo tiriamasis;
2. Pildo tiriamojo įgaliotas asmuo;
3. Apklausiant tiriamąjį pildo tyrėjas.

Tyrinėjant GK siekiama išsiaiškinti apie paciento funkcinę būklę bei kaip pats sergantis vertina savo sveikatą ir jos poveikį gyvenimo kokybei. Daug metų yra kuriami ir tobulinami standartizuoti klausimynai, kurių pagalba siekiama objektyviai įvertinti sergančiojo gyvenimo kokybę bei aspektus, kurie ją blogina. Maždaug prieš 30 metų Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacija (angl. *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC)) inicijavo tokio klausimyno sukūrimą. Šiuo metu šios organizacijos sukurtas klausimynas EORTC

QLQ-C30 yra vienas iš geriausiai vertinamų klausimynų bei laikomas patikimiausiu, siekiant įvertinti onkologine liga sergančio asmens gyvenimo kokybę [58, 59].

2.4.3 Praktinė gyvenimo kokybės tyrimų reikšmė

Daugėjant onkologinių susirgimų skaičiui bei ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei, vis daugiau dėmesio skiriama ligonių gyvenimo kokybės gerinimui [40]. Gyvenimo kokybės bei gyventojų sveikatos rodiklių analizavimas yra svarbus Lietuvos sveikatos programos uždavinys. GK žymenys yra naudojami sveikatos apsaugos bei socialinės politikos programų veiksmingumui visuomenei įvertinti, taip pat gyventojų grupių sveikatos pokyčiams stebėti [52, 60].

GK tyrimų klinikinio panaudojimo sritys:

- Paciento problemų įvertinimas ir svarbiausių negalavimų nustatymas;
- Bendravimo pagerinimas (tarp medicinos personalo ir ligonio, tarp pačių medikų, tarp medicinos personalo ir paciento šeimos);
- Paslėptų paciento problemų išaiškinimas (profilaktinė patikra);
- Gydytojų prioritetų nustatymas (atsižvelgiant į paciento nuomonę);
- Medicinos personalo mokymas;
- Gydytojų poveikio analizavimas ir stebėjimas, remiantis paciento subjektyviu GK vertinimu;
- Klinikinės vadybos, audito kokybės gerinimas;
- Geresnis ligos aktyvumo ir eigos įvertinimas;
- Gydytojų veiksmingumo nustatymas;
- Šalutinio gydymo poveikio vertinimas ir analizavimas.

Paciento problemų įvertinimas, GK nustatymas ypač svarbus vertinant lėtinėmis, nepagydomomis ligomis sergančiųjų būklę. Remiantis užsienio autorių atliktais tyrimais, žemas gyvenimo kokybės indeksas gali turėti stiprų poveikį paciento pasiryžimui tęsti efektyvų gydymą. Atlikto tyrimo duomenimis 84 proc. tiriamųjų, kurių gyvenimo kokybės indeksas išliko aukštas

chemoterapinio gydymo metu, sutiko toliau gydytis chemoterapija su galimu dar 6 mėnesių išgyvenamumu. Tuo tarpu tik 58 proc. tiriamųjų, kurių gyvenimo kokybės indeksas buvo žemas gydymo metu, sutiko tęsti gydymą [61]. GK tyrimai medicinos personalui gali padėti nustatyti reikšmingiausias ligonio problemas, kurios iš pirmo žvilgsnio gali pasirodyti kliniškai nereikšmingos. Tai pagerintų ne tik patį gydymą, bet ir pacientų pasitenkinimą jam skiriamu gydymu. Taip pat, GK stebėseną padėtų sekti gydymo poveikį pacientui bei ligos dinamiką [52, 56, 60].

2.5 Apibendrinimas

Onkologinių ligų gydymas — viena aktualiausių visuomenės problemų. Nepaisant didelės medicinos pažangos, naujų gydymo būdų, Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, sergamumas onkologinėmis ligomis bei mirtingumas nuo jų kasmet sparčiai didėja. Pastaruosius kelis dešimtmečius daug dėmesio pradėta skirti ne tik navikų gydymo rezultatams, naujų metodų atsiradimui, bet ir sergančiųjų psichoemocinei būklei bei gyvenimo kokybei.

Psichoonkologija — medicinos sritis, nagrinėjanti psichologinius ir onkologinius aspektus sergant ir gydant onkologinę ligą. Psichoonkologija apima ir psichosocialinius ligos aspektus, todėl kartais vadinama psichosocialine onkologija. Nepagydomomis ligomis sergantys pacientai susiduria su daug fizinių ir psichologinių problemų. Pacientus dažniausiai kankina baimė, nerimas, nemiga ir depresija, neigiamai paveikiama jų gyvenimo kokybė. Remiantis Lietuvos bei užsienio tyrimų duomenimis, profesionali psichologinė pagalba onkologijoje mažina ne tik depresijos bei nerimo simptomus, bet ir nuovargį, stresą, bejėgiškumo jausmą, didina skausmo kontrolę, pagerina gyvenimo kokybę bei prailgina išgyvenamumo trukmę.

Onkologinių pacientų slauga skiriasi nuo kitomis ligomis sergančių pacientų slaugos. Visapusiškos pagalbos reikia ne tik sergančiajam, bet ir artimiesiems. Onkologinės slaugos tikslas — padėti ligoniui, atsižvelgiant į jo ligos ypatumus, palaikyti priimtina gyvenimo kokybę, suteikti jam bei jo artimiesiems dvasinę, psichologinę, fizinę ir socialinę pagalbą. Slaugytojas neturėtų pamiršti, jog kiekvienas pacientas yra individualus ir reikia ieškoti būtent tam pacientui tinkančių slaugos priemonių, taip užtikrinant, jog slauga, siūloma pacientui, bus gera ir tikslinga.

Dėl ilgalaikio sudėtingo gydymo, dažnų nepageidaujamų šalutinių reiškinių pacientai išsenka fiziškai ir emociškai. Liga paveikia pacientų asmeninį gyvenimą, savijautą, gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybę kiekvienas individas suvokia skirtingai, priklausomai nuo dabartinio

gyvenimo būdo, ateities vilčių, ankstesnės patirties, ambicijų ir pasiekimų. Remiantis PSO apibrėžimu, gyvenimo kokybė yra subjektyvus savęs suvokimas kultūros ir kitų vertybių sistemoje, kurioje individas gyvena turėdamas tikslų, rūpesčių, lūkesčių ir vadovaudamasis gyvenimo standartais. Literatūroje vis dažniau minima sąvoka „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė“ arba „sveikatos sąlygota gyvenimo kokybė“ (angl. *health-related quality of life*). Ši sąvoka apibrėžia ligos poveikį gyvenimui ir gerovei. Pripažįstama, jog gyvenimo kokybės tyrimų sritis, susijusi su sveikata, šiuo metu yra dominuojanti tarp gyvenimo kokybės tyrimų tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse.

Šiuo taikomojo pobūdžio mokslo tiriamuoju darbu siekiama įvertinti onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinę būseną bei išanalizuoti šios būsenos ryšį su subjektyviu gyvenimo kokybės vertinimu.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimas atliktas 2016 m. gruodžio mėn. – 2017 balandžio mėn. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje bei Vilniaus miesto X klinikoje Bendrosios hematologijos skyriuje.

Tyrimo objektas: onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinė būseną, jos ryšys su gyvenimo kokybe.

Tiriamieji. Tiriamųjų imtį sudarė abiejų lyčių atstovai. Apklausoje dalyvavo 87, 18–75 metų amžiaus skyriuje gydomi pacientai, kuriems diagnozuoti įvairūs onkohematologiniai susirgimai. Respondentų amžiaus vidurkis $39,9 \pm 19,3$ m. Tiriamoji imtis pagal lytį: vyrų — 53, tai sudarė 60,9 proc., ir moterų — 34, tai sudarė 39,1 proc.

Tiriamųjų atrankos kriterijai. Apklausiai respondentai atrinkti remiantis tam tikrais kriterijais: įtraukimo į tyrimą kriterijai: 1. Respondentai, sergantys onkohematologinėmis ligomis; 2. Tiriamuoju laikotarpiu skyriuje gydomi pacientai; 3. Pacientų sutikimas dalyvauti tyrime; 4. Tinkamai užpildyta anketa. Išbraukimo kriterijai: 1. Kitomis ligomis sergantys pacientai; 2. Nesutikimas dalyvauti tyrime; 3. Netinkamai užpildyta anketa (3.1 lentelė).

3.1 lentelė. Respondentų įtraukimo į tyrimą ir išbraukimo kriterijai

Įtraukimo į tyrimą kriterijai	Išbraukimo kriterijai
Onkohematologinėmis ligomis sergantys pacientai	Ne onkohematologinėmis ligomis sergantys pacientai
Tiriamuoju laikotarpiu skyriuje gydomi pacientai	Atsisakymas dalyvauti tyrime
Savanoriškas pacientų sutikimas dalyvauti tyrime	Netinkamai užpildyta apklausos anketa
Tinkamai užpildyta apklausos anketa	

Tyrimo metodai — anketinė apklausa. Tyrimas susidėjo iš kelių etapų: pacientai buvo vertinami prieš ir po chemoterapijos kursų. Tyrimui atlikti panaudotos trys anketos: 1) originali, pačių autorių parengta anketa; 2) emocinės savijautos vertinimui panaudota nerimo ir depresijos (angl. *Hospital Anxiety and Depression*) HAD skalė; 3) gyvenimo kokybei vertinti panaudotas Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas EORTC QLQ-

C30 (3 versija) (angl. *The European Organization for Research and treatment of Cancer quality of life questionnaire*).

1. Autorių parengta anketa. Anketoje pateikti 9 klausimai, siekiant išsiaiškinti tiriamųjų respondentų socialinius–demografinius duomenis: amžių, lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą. Taip pat respondentų klausiama apie jų užmigimo laiką, miego trukmę bei kokybę, onkologinės ligos trukmę.

2. Nerimo ir depresijos skalė (HAD). Šią skalę 1983 m. sukūrė anglų psichiatrai A. S. Zigmont ir R. P. Snaith. 1991 m. ši anketa buvo išversta į lietuvių kalbą, tapo plačiai naudojama tyrimuose. HAD skalę sudaro instrukcija, kaip pildyti anketa ir 14 teiginių. Septyni anketoje pateikti klausimai skirti nerimo simptomams įvertinti, septyni — depresijos simptomams vertinti. Kiekvienam teiginiui pateikiami keturi galimi atsakymai, jie sunumeruoti skaičiais nuo 0 iki 3. Iš jų tiriamasis turi pasirinkti vieną, kuris tiksliausiai atspindi jo savijautą per praėjusią savaitę. Nerimo ir depresijos rezultatai sumuojami ir vertinami atskirai. Balų suma nerimo ar depresijos simptomų grupėje gali varijuoti nuo 0 iki 21: 0–7 balai — nerimo ar depresijos nėra, 8–10 balų — lengvas nerimas ar depresija, 11–14 balų — vidutinio sunkumo nerimas ar depresija, nuo 15 iki 21 balo — yra sunkūs nerimo arba depresijos simptomai [62, 63, 64].

3. Gyvenimo kokybės klausimynas EORTC QLQ-C30 (3 versija). Klausimyną sudaro 30 klausimų, kurie suskirstyti į: funkcionavimo, simptomų skalės bei bendros gyvenimo kokybės skalę. Funkcionavimo skalę sudaro: fizinė funkcija (1–5 klausimai), veiklos (kasdienis funkcionavimas) (6, 7 klausimai), emocinė būseną (21–24 klausimai), kognityvinis funkcionavimas (20, 25 klausimai), socialinis funkcionavimas (26, 27 klausimai). Simptomų skalėmis (8–19, 28 klausimai) vertinamas tiriamojo silpnumas, skausmas, dusulys, pykinimas ir vėmimas, apetito sutrikimai, vidurių užkietėjimas, viduriavimas, poilsis, psichinės problemos. 29 ir 30 klausimai yra apibendrinantys bendrą sveikatos ir gyvenimo kokybės būklę. Kiekvienas klausimas nuo 1 iki 28 gali būti įvertinamas nuo 1 iki 4 balų (kur 1 — visai ne, 4 — labai). 29 ir 30 klausimai gali būti įvertinti nuo 1 iki 7 balų (kur 1 — labai blogai, 7 — puikiai). Respondentų buvo prašoma pasirinkti vieną, tiksliausiai jo būklę per praėjusią savaitę atspindintį skaičių. Kiekviena skalė (funkcionavimo, simptomų skalės, bendros gyvenimo kokybės skalė) turi intervalą nuo 0 iki 100. Atskirų skalių reikšmių vidurkių vidurkis sudaro gryną rezultatą (angl. *raw score*), šie rezultatai standartizuojami atliekant linijinę transformaciją ir gaunant rezultatus nuo 0 iki 100. Didesnis skaičius parodo didesnę atsako lygį. Aukštas funkcionavimo, bendros

gyvenimo kokybės skalių rezultatas reiškia sveiką (aukštą) funkcijos, gyvenimo kokybės lygį, aukštas simptomų skalių rezultatas rodo aukštą (didesnį) nusiskundimų (simptomų) lygį. Anketos laikytos teisingomis ir naudotos tolimesnei rezultatų analizei, kai buvo atsakyta į visus anketoje pateiktus klausimus [65].

Tyrimo eiga.

1) Literatūros analizė. Mokslinės literatūros paieška duomenų bazėse, įvairiuose žurnaluose bei knygose. Rasta literatūra nagrinėta taikant aprašomąją analizę.

2) Klausimyno sudarymas. Remiantis literatūros analize, sukurtas originalus anoniminis klausimynas, susidedantis iš pačių autorių sugalvotų klausimų, HAD (angl. *Hospital Anxiety and Depression*) nerimo ir depresijos skalės bei EORTC QLQ-C30 (3 versija) klausimyno.

3) Pilotinis tyrimas. Parengus tyrimo anketą buvo atliktas pilotinis tyrimas, kurio tikslas — nustatyti, ar respondentams klausimai yra suprantami. Apklausta 10 X ligoninės pacientų. Gauti rezultatai atskleidė, jog didžioji dalis anketoje pateiktų klausimų respondentams buvo suprantami ir aiškūs. Klausimai, kurie buvo sunkiai suprantami, neinformatyvūs arba neteikė naudingos informacijos, po bandomojo tyrimo buvo ištaisyti, aiškiau suformuluoti.

4) Anketinės apklausos vykdymas. Prieš pradedant tyrimą, buvo gautas klinikos, kuriame planuojamas vykdyti pacientų tyrimas, leidimas, su sąlyga, jog tyrime nebus minimas konkretus ligoninės pavadinimas. Tiriamųjų apklausa buvo vykdoma 2016 metų gruodžio – 2017 metų balandžio mėnesiais Vilniaus miesto X ligoninės Bendrosios hematologijos skyriuje. Anoniminės apklausos anketos skyriuje išdalintos visiems sutikusiems dalyvauti tyrime pacientams. Tiriamųjų apklausa vyko tą pačią dieną, kai pacientas atvyko į skyrių bei iškart pasibaigus chemoterapiniam kursui. Tiriamieji anketas pildė savarankiškai. Iš viso buvo išdalinta 190 anketų: 95 anketos prieš chemoterapijos kursą bei 95 anketos po chemoterapijos kurso. Surinktos 178 anketos (grįžtamumas 93,7 proc.): prieš chemoterapijos kursą 91 anketa (grįžtamumas 95,8 proc.), po chemoterapijos kurso 87 anketos (grįžtamumas 91,6 proc.). Kadangi pacientų anketavimas vyko dviem etapais (prieš ir po chemoterapijos kurso), tiriamieji, kurie neužpildė anketos po chemoterapijos kurso, iš tyrimo buvo išbraukti.

5) Duomenų rinkimas ir duomenų bazės sudarymas Microsoft Office Exel 2010 programa.

6) Aprašomoji duomenų analizė, rezultatų aptarimas. Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant kompiuterinį matematinį statistikos paketą R 3.2.2 ir Microsoft Office Excel 2010. Darbe buvo skaičiuojami kintamųjų dažniai, mediana, aritmetinis vidurkis, procentinė išraiška, standartinis nuokrypis (SN). Kategorinių duomenų dažnis vertintas absoliutiniais skaičiais bei procentais. Skirtumas tarp diskrečiųjų rodiklių nustatytas naudojantis Pirsono χ^2 kriterijumi. Koreliaciniam ryšiui nustatyti ir įvertinti panaudotas Spirmeno koreliacijos koeficiento testas (r). Skaičiavimų skirtumai buvo laikomi statistiškai reikšmingais, jei paklaidos tikimybės reikšmė (p) mažiau nei 0,05 ($p < 0,05$). Duomenų analizės rezultatai pateikiami grafikuose ir lentelėse.

7) Išvadų pateikimas.

Bendra tiriamųjų charakteristika pateikiama 3.2 lentelėje. Apklausoje dalyvavo 87 pacientai: 53 (60,9 proc.) vyrai ir 34 (39,1 proc.) moterys. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 75 metų. Amžiaus vidurkis (vidurkis $\pm$ SN) $39,9 \pm 19,3$ m., vyrų amžiaus vidurkis $41,1 \pm 20,7$ m., moterų — $37,9 \pm 16,9$ m. Respondentai buvo suskirstyti į 5 amžiaus grupes: 18–29 m., 30–41 m., 42–53 m., 54–65 m., 66–77 m. Daugiausiai tiriamųjų, 38 (43,8 proc.) respondentai, buvo 18–29 metų amžiaus (vyrų imtyje 23 asmenys, moterų — 15 respondenčių).

Kaip matome iš lentelėje pateiktų duomenų, didžioji dalis respondentų (39 (44,8 proc.) asmenys) yra įgiję aukštąjį išsilavinimą: vyrai — 23 (43,4 proc.) respondentai, moterys — 16 (47,1 proc.) respondentų. 9 (10,3 proc.) respondentai yra įgiję vidurinį išsilavinimą, 21 (24,1 proc.) respondentas — aukštesnįjį išsilavinimą, 18 (20,7 proc.) respondentų pažymėjo, jog šiuo metu yra nebaigę aukštosios mokyklos.

Daugiausiai tyrime dalyvavusių respondentų 41 (47,1 proc.) yra nevedę / netekėjusios. 27 (31,0 proc.) respondentai — vedę arba ištekęjusios. Išsiskyrę ar gyvena atskirai — 13 (14,8 proc.) respondentų ir 6 (6,9 proc.) respondentai — našlys / našlė. Tiek vyrų tarpe, tiek moterų tarpe, daugiausiai respondentų yra nevedę arba netekėjusios: vyrų tarpe — 24 (45,3 proc.) asmenys, moterų tarpe — 17 (50,0 proc.) asmenų, mažiausiai — našlys / našlė: vyrų tarpe — 2 (3,8 proc.), moterų tarpe — 4 (11,8 proc.) asmenys.

Pagal gyvenamąją vietą, daugiausiai respondentų gyvena mieste — 67 asmenys (77,0 proc.), miestelyje gyvena 12 asmenų (13,8 proc.), kaime — 8 asmenys (9,2 proc.) (3.2 lentelė).

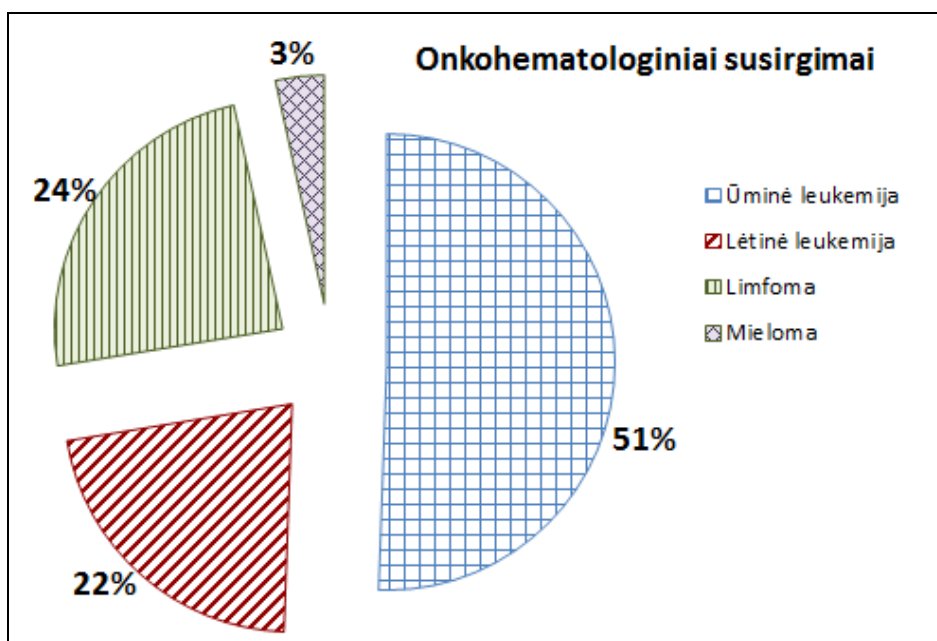
3.2 lentelė. Bendra tiriamųjų charakteristika

Rodikliai		Tiriamieji		
Tiriamųjų grupės		Visi tiriamieji n = 87 (100,0)	Vyrai n = 53 (60,9)	Moterys n = 34 (39,1)
		n (proc.)	n (proc.)	n (proc.)
Amžiaus grupės (metais)	18–29	38 (43,8)	23 (43,4)	15 (44,2)
	30–41	9 (10,3)	3 (5,7)	6 (17,6)
	42–53	13 (14,9)	6 (11,3)	7 (20,6)
	54–65	12 (13,8)	9 (17,0)	3 (8,8)
	66–77	15 (17,2)	12 (22,6)	3 (8,8)
	Mažiausia reikšmė	18	18	20
	Didžiausia reikšmė	75	75	74
Amžiaus vidurkis ± SN		39,9 ± 19,3	41,1 ± 20,7	37,9 ± 16,9
Išsilavinimas	Vidurinis	9 (10,3)	9 (17,0)	0 (0,0)
	Aukštesnysis	21 (24,1)	11 (20,8)	10 (29,4)
	Nebaigtas aukštasis	18 (20,7)	10 (18,9)	8 (23,5)
	Aukštasis	39 (44,8)	23 (43,4)	16 (47,1)
Šeimyninė padėtis	Vedęs arba ištekėjusi	27 (31,0)	20 (37,7)	7 (20,6)
	Nevedęs arba netekėjusi	41 (47,1)	24 (45,3)	17 (50,0)
	Išsiskyre ar gyvena atskirai	13 (14,8)	7 (13,2)	6 (17,6)
	Našlys (-ė)	6 (6,9)	2 (3,8)	4 (11,8)
Gyvenamoji vieta	Miestas	67 (77,0)	42 (79,2)	25 (73,5)
	Miestelis	12 (13,8)	9 (17,0)	3 (8,8)
	Kaimas	8 (9,2)	2 (3,8)	6 (17,6)

4. TYRIMO REZULTATAI

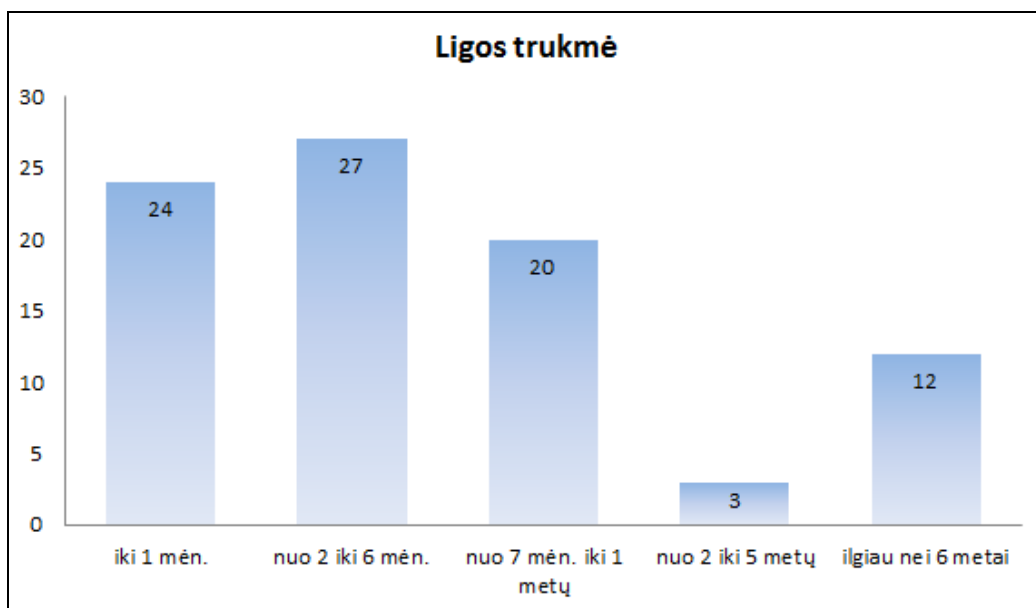
4.1 Tiriamieji pagal ligą bei ligos trukmę

Tyrime dalyvavo 87 pacientai, iš kurių 34 (39,1 proc.) moterys ir 53 (60,9 proc.) vyrai. Visi tiriamieji sirgo onkohematologinėmis ligomis (kraujo vėžiu): 44 (51 proc.) ūmine leukemija, 19 (22 proc.) lėtine leukemija, 21 (24 proc.) limfoma, 3 (3 proc.) mieloma (4.1 pav.).



4.1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal ligą

Pagal ligos trukmę visi tiriamieji buvo suskirstyti į penkias grupes: sergantys iki 1 mėnesio, nuo 2 iki 6 mėn., nuo 7 mėn. iki 1 metų, nuo 2 iki 5 metų ir ilgiau kaip 6 metai (3 pav.). Daugiausiai respondentų (27 asmenys (31 proc.)) onkohematologine liga serga nuo 2 iki 6 mėnesių. Šiek tiek mažiau — 24 tiriamieji (28 proc.) serga iki 1 mėnesio. 20 respondentų (23 proc.) — serga nuo 7 mėn. iki 1 metų, 12 respondentų (14 proc.) — serga ilgiau nei 6 metus ir 3 asmenys (4 proc.) onkohematologine liga serga nuo 2 iki 5 metų.



4.2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal ligos trukmę

4.2 Psichoemocinės būsenos įvertinimas

4.2.1 Depresijos ir nerimo būsenų įvertinimas

Tyrimo metu buvo siekiama įvertinti respondentų psichoemocinę būseną. Vertinti šią žmogaus būseną labai sudėtinga, jai įtaką daro labai daug veiksnių. Šiame darbe emocinės būsenos vertinimui buvo panaudota nerimo ir depresijos (angl. *Hospital Anxiety and Depression*) HAD skalė. Depresija ir nerimas buvo vertinami prieš ir po chemoterapijos kursų. Nerimo bei depresijos rezultatai buvo sumuojami ir vertinami atskirai. Susumavus gautus rezultatus buvo priimtos išvados: jei tiriamasis surinko nuo 0 iki 7 balų — traktuota, jog tiriamajam nerimo ar depresijos simptomai nepasireiškė, nuo 8 iki 21 balų — yra nerimo ar depresijos simptomai.

Prieš chemoterapijos kursą depresijos būseną buvo dažnesnė nei nerimo: nerimo būseną pasireiškė 45 (51,7 proc.) tiriamiesiems, depresinė būseną — 60 (69,0 proc.) tiriamųjų. Nerimo simptomų nepasireiškė 42 (48,3 proc.) respondentams, depresijos — 27 (31,0) respondentams. Po chemoterapijos kurso dažnesnė buvo nerimo būseną: nerimo būseną pasireiškė 43 (49,4 proc.) tiriamiesiems, depresinė būseną — 40 (46,0 proc.) tiriamųjų. Nerimo simptomų, po chemoterapijos kurso, nepasireiškė 44 (50,6 proc.) respondentams, depresijos simptomų — 47 (54,0 proc.) respondentams (4.1 lentelė). Rekašiūtės E., Baniienės I. (2016) atliktas tyrimas, apie onkologinėmis ligomis sergančių paauglių psichosocialinius sunkumus, atskleidė, jog depresiją ir

nerimą skatina patiriamas vienišumas, atskirtis nuo bendraamžių, izoliacijos jausmas, nevisapusiškas bendravimas atsiradęs dėl ligos [66].

4.1 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomai prieš ir po chemoterapijos kurso

Simptomai	Nerimas n (proc.)		Depresija n (proc.)	
	Prieš	Po	Prieš	Po
Nėra (< 8 balų)	42 (48,3)	44 (50,6)	27 (31,0)	47 (54,0)
Yra (8 ir > balų)	45 (51,7)	43 (49,4)	60 (69,0)	40 (46,0)

Tiriamieji, kuriems pasireiškė nerimo ar depresijos simptomai, pagal HAD skalėje surinktus balus buvo suskirstyti į 3 grupes: 8–10 balų — lengvas nerimas ar depresija, 11–14 balų — vidutinio sunkumo nerimas ar depresija, nuo 15 iki 21 balo — yra sunkūs nerimo arba depresijos simptomai (4.2 lentelė).

Prieš chemoterapijos kursą sunkūs nerimo simptomai buvo nustatyti 16 (35,6 proc.) respondentų, 20 (44,4 proc.) respondentų buvo nustatytas vidutinio sunkumo nerimas, 9 (20,0 proc.) respondentams — lengvi nerimo simptomai. Sunkūs depresijos simptomai buvo nustatyti 27 (45,0 proc.) respondentams, 22 (36,7 proc.) respondentams nustatyta vidutinio sunkumo depresija, 11 (18,3 proc.) respondentų — lengvi depresijos simptomai.

Po chemoterapijos kurso sunkūs nerimo simptomai nustatyti 3 (7,0 proc.) respondentams, vidutinio sunkumo — 22 (51,1 proc.) respondentams, lengvi nerimo simptomai nustatyti 18 (41,9 proc.) respondentų. Sunkūs depresijos simptomai nustatyti 9 (22,5 proc.) tiriamiesiems, vidutinio sunkumo — 7 (17,5 proc.) tiriamiesiems, lengvi depresijos simptomai nustatyti 24 (60,0 proc.) tiriamiesiems.

4.2 lentelė. Tiriamųjų grupės pagal nerimo ir depresijos vertinimo balus prieš ir po chemoterapijos kursų

	Nerimas (proc.)		Depresija (proc.)	
	Prieš (n = 45)	Po (n = 43)	Prieš (n = 60)	Po (n = 40)
Lengvi simptomai	9 (20,0)	18 (41,9)	11 (18,3)	24 (60,0)
Vidutinio sunkumo simptomai	20 (44,4)	22 (51,1)	22 (36,7)	7 (17,5)
Sunkūs simptomai	16 (35,6)	3 (7,0)	27 (45,0)	9 (22,5)

Išanalizavus gautus duomenis apie depresijos ir nerimo būsenų dažnį bei simptomų sunkumo laipsnį, nustatyta, kad tiriamųjų prieš chemoterapijos kursą patiriamas nerimas ir depresija statistiškai reikšmingai skiriasi nuo sveikiems žmonėms leistinos normos (HAD skalėje iki 7 balų imtinai) (nerimas: $p < 0,0001$; depresija: $p < 0,0001$; $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$). Išanalizavus tiriamuosius po chemoterapijos kurso, nustatyta, jog nerimas statistiškai reikšmingai skiriasi, t. y. išlieka reikšmingai aukštesnis ($p = 0,0484$; $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$) nuo sveikiems žmonėms leidžiamos normos (iki 7 balų imtinai), depresija statistiškai reikšmingo pokyčio neturi ($p = 0,6552$; $p > \alpha$; $\alpha = 0,05$).

Siekiant išsiaiškinti, ar depresijos ir nerimo simptomų pasireiškimas priklauso nuo lyties, palyginome vyrų ir moterų imtis. Prieš chemoterapijos kursą, nerimo būseną pasireiškė 21 (39,6 proc.) vyrui, balų vidurkis $12,2 \pm 2,2$, depresinė būseną — 35 (66,0 proc.) vyrams, balų vidurkis $12,5 \pm 2,9$. Moterims nerimo būseną prieš chemoterapijos kursą pasireiškė 24 (70,6 proc.) tiriamosioms, balų vidurkis $14,9 \pm 2,6$, o depresinė būseną — 25 (73,5 proc.) tiriamosioms, balų vidurkis $13,8 \pm 2,6$ (4.3 lentelė). Palyginus vyrų ir moterų imtis, nustatyta, jog moterų nerimo lygis prieš chemoterapijos kursą yra statistiškai reikšmingai aukštesnis nei vyrų ($p = 0,0009$; $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$), depresijos lygis statistiškai reikšmingo skirtumo nesudarė ($p = 0,2635$; $p > \alpha$; $\alpha = 0,05$).

Po chemoterapijos kurso nerimo būseną moterims pasireiškė dažniau nei vyrams: moterims — 25 (73,5 proc.) tiriamosioms, balų vidurkis $11,5 \pm 2,7$, vyrams — 18 (34,0) tiriamųjų, balų vidurkis $11,5 \pm 2,0$. Depresinė būseną atsižvelgiant į lytį: moterims — 19 (55,9 proc.) tiriamųjų, balų vidurkis $12,6 \pm 3,5$, vyrams — 21 (39,6 proc.) tiriamajam, balų vidurkis $10,5 \pm 2,4$ (4.3 lentelė). Palyginus vyrų ir moterų imtis, nustatyta, jog moterų nerimo ir depresijos lygis po chemoterapijos kurso yra statistiškai reikšmingai aukštesnis nei vyrų (nerimo $p = 0,0048$; depresijos $p = 0,0079$; $p < \alpha$; $\alpha = 0,05$).

Pasak Miaskowski C. (2004) onkologijoje depresijos ir nerimo simptomai tarp lyčių ne visuomet reikšmingai skiriasi [67], tačiau išanalizavus šio tyrimo metu gautus duomenis, nustatėme, jog nerimo ir depresijos simptomai priklausė nuo lyties — nerimo ir depresijos simptomai dažniau pasireiškė moterims.

4.3 lentelė. Nerimo ir depresijos palyginimas prieš ir po chemoterapijos kursų atsižvelgiant į lytį

	Nerimas (proc.)				Depresija (proc.)			
	Prieš	Vidurkis ± SN	Po	Vidurkis ± SN	Prieš	Vidurkis ± SN	Po	Vidurkis ± SN
Vyrai (n = 53)	21 (39,6)	12,2 ± 2,2	18 (34,0)	11,5 ± 2,0	35 (66,0)	12,5 ± 2,9	21(39,6)	10,5 ± 2,4
Moterys (n = 34)	24 (70,6)	14,9 ± 2,6	25 (73,5)	11,5 ± 2,7	25 (73,5)	13,8 ± 2,6	19 (55,9)	12,6 ± 3,5
Iš viso (n = 87)	45 (51,7)	13,6 ± 2,7	43 (49,4)	11,5 ± 2,4	60 (69,0)	13,0 ± 2,8	40 (46,0)	11,5 ± 3,1

4.2.2 Miego įvertinimas

Pasak prof. Liesienės V. (2014), nemiga nustatoma, jeigu žmogus neužmiega ilgiau kaip 30 min., dažnai prabunda ar miega trumpiau kaip 6 val. Dėl ilgai truncančios nemigos gali išsivystyti depresija, pasunkėti lėtinės ligos [68]. Siekiant išsiaiškinti, ar miegas turi įtakos pacientų psichoemocinei būsenai, respondentų buvo prašoma įvertinti miego kokybę, užmigimo laiką bei miego trukmę prieš ir po chemoterapijos kursų (4.4 lentelė).

4.4 lentelė. Miego vertinimas prieš ir po chemoterapijos kursų

Rodikliai (N = 87)		Prieš n (proc.)	Po n (proc.)
Miego kokybė	Gera	12 (13,8)	18 (20,7)
	Vidutiniška	45 (51,7)	63 (72,4)
	Bloga	30 (34,5)	6 (6,9)
Užmigimo laikas	5–15 min.	9 (10,3)	12 (13,8)
	Iki 30 min.	18 (20,7)	36 (41,4)
	Iki 1 val.	33 (37,9)	37 (42,5)
	Ilgiau kaip 1 val.	27 (31,1)	2 (2,3)
Miego trukmė	Iki 5 val.	25 (28,7)	2 (2,3)
	5–6 val.	26 (29,9)	43 (49,5)
	7–8 val.	27 (31,1)	33 (37,9)
	9–10 val.	3 (3,4)	6 (6,9)
	11 ir ilgiau	6 (6,9)	3 (3,4)

Prieš chemoterapijos kursą 12 (13,8 proc.) respondentų teigė, jog jų miego kokybė gera, 45 (51,7 proc.) — vidutiniška, 30 (34,5 proc.) respondentų miego kokybę vertino blogai. Miego kokybę respondentai reikšmingai geriau įvertino po chemoterapijos kurso ($p < 0,05$): 18 (20,7 proc.) teigė, jog jie miega gerai, 63 (72,4 proc.) — vidutiniškai, 6 (6,9 proc.) — blogai. Palyginus

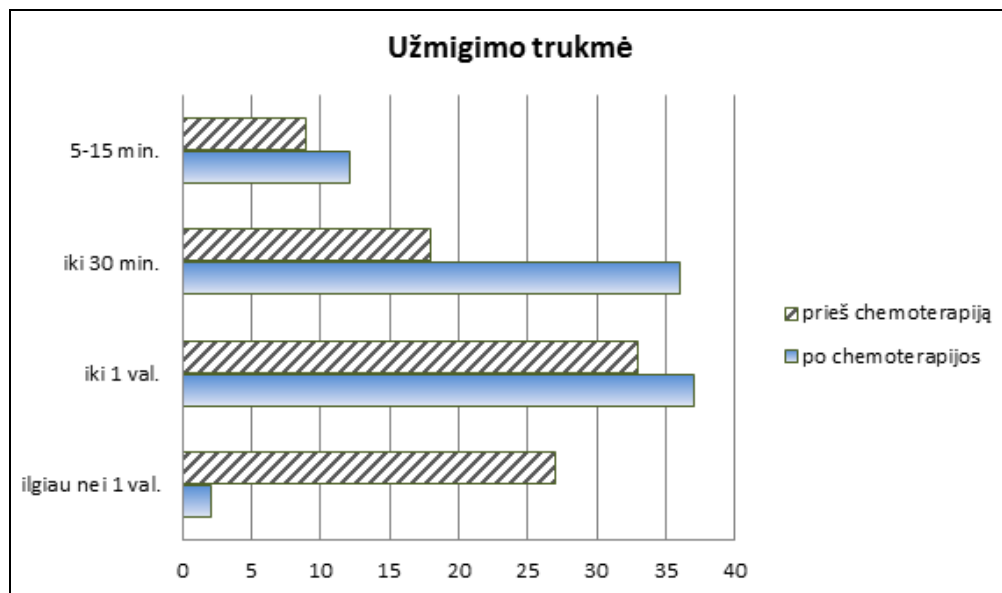
respondentų įvertinimus prieš ir po chemoterapijos kursų pagal lytį, gautos išvados, jog vyrai reikšmingai prasčiau įvertino miego kokybę prieš chemoterapijos kursą nei moterys ($p < 0,05$). Miego kokybės vertinimas po chemoterapijos kurso statistiškai reikšmingo skirtumo nesudarė ($p > 0,05$) (4.5 lentelė).

4.5 lentelė. Miego kokybės vertinimas prieš ir po chemoterapijos kurso

Prieš chemoterapijos kursą				
Tiriamųjų grupės	Miego kokybė			
	Gera (proc.)	Vidutiniška (proc.)	Bloga (proc.)	P reikšmė
Moterys (n = 34)	5 (14,7)	23 (67,6)	6 (17,7)	0,02526
Vyrai (n = 53)	7 (13,2)	22 (41,5)	24 (45,3)	
Po chemoterapijos kurso				
Moterys (n = 34)	10 (29,4)	24 (70,6)	0 (0,0)	0,05164
Vyrai (n = 53)	8 (15,1)	39 (73,6)	6 (11,3)	

Palyginus tiriamųjų miego trukmę prieš ir po chemoterapijos kursų (4.4 lentelė), reikšmingas skirtumas ($\alpha < 0,05$) yra tarp grupių, kurios pažymėjo, jog miega iki 5 valandų per parą (prieš chemoterapijos kursą 25 (28,7 proc.) asmenys, po — 2 (2,3 proc.) tiriamieji, skirtumas 26,4 proc.) bei tarp grupių, kurios miega tarp 5–6 valandų per parą (prieš chemoterapijos kursą 26 (29,9 proc.) asmenys, po — 43 (49,5 proc.), skirtumas 19,6 proc.).

Prieš ir po chemoterapijos kursų daugiausiai tiriamųjų (prieš — 33 (37,9 proc.), po — 37 (42,5 proc.)) teigė, jog jų užmigimo laikas trunka iki 1 valandos. Prieš chemoterapijos kursą 27 (31,1 proc.), po chemoterapijos — 2 (2,3 proc.) tiriamiesiems užmigimui reikia ilgiau kaip 1 valandos. 18 (20,7 proc.) respondentų prieš chemoterapijos kursą, 36 (41,4 proc.) respondentams po chemoterapijos kurso užmigimo laikas trunka iki 30 min., o 9 (10,3 proc.) respondentai prieš chemoterapijos kursą ir 12 (13,8 proc.) po jo, teigė, jog užmiega per 5–15 min. Palyginus gautus duomenis prieš ir po chemoterapijos kursų, gautos išvados, jog pacientai ne tik kokybiškiau miega, bet ir greičiau užmiega po chemoterapijos kurso (4.3 pav.). Kaip matome iš diagramos, po chemoterapijos kurso per 5–15 min. užmiega 3 asmenimis (3,5 proc.) daugiau respondentų nei prieš chemoterapiją. Iki 30 min., po chemoterapijos kurso, užmiega 18 asmenų (20,7 proc.) daugiau nei prieš chemoterapijos kursą, iki 1 valandos — 4 (4,6 proc.) asmenimis daugiau. Po chemoterapijos kurso ilgiau kaip 1 valandą negali užmigti 2 asmenys — 28,8 proc. mažiau tiriamųjų nei prieš chemoterapiją.



4.3 pav. Respondentų užmigimo trukmė prieš ir po chemoterapijos kursų

Roscoe J. A. ir kitų (2007) atlikto tyrimo metu buvo atskleista, jog iš 982 pacientų, sergančių onkologine liga, 31 proc. tiriamųjų patyrė nemigą, 44 proc. didesnio ar mažesnio intensyvumo nuovargį, 28 proc. — padidėjusį mieguistumą. Iš 31 proc. pacientų, kurie patyrė nemigą, 76 proc. tiriamųjų pažymėjo, jog kelis kartus per naktį atsikelia pasivaikščioti, 44 proc. sunkiai užmiega, 33 proc. pabunda per anksti [69]. Mūsų atlikto tyrimo metu nustatėme, jog asmenų sergančių onkohematologine liga, miego kokybė, užmigimo trukmė bei miego trukmė keičiasi priklausomai nuo gydymo stadijos: pacientai geriau, greičiau ir ilgiau miega po chemoterapijos kurso.

4.2.3 Depresijos ir nerimo palyginimas su miego kokybe

Filadelfijoje, Pensilvanijos valstijoje (JAV), atliktas tyrimas atskleidė, jog miego trūkumas, prasta miego kokybė gali sąlygoti depresijos atsiradimą arba pasunkinti jos simptomus, turi įtakos žmonių psichoemocinei būsenai [70]. Mūsų atlikto tyrimo metu gautų duomenų apie tiriamųjų miego kokybės bei nerimo ir depresijos simptomų priklausomybę pateikiamas 4.6 lentelėje.

Nerimo bei depresinės būsenų simptomų intensyvumas sudarė statistiškai patikimą ryšį su miego kokybe ($p < 0,05$). Palyginus tiriamųjų atsakymus prieš ir po chemoterapijos kursų, gautos išvados, jog tiriamiesiems, kurie gerai įvertino miego kokybę, depresijos bei nerimo simptomai nenustatyti (simptomų intensyvumas varijuoja nuo 5 iki 6 balų). Vidutiniškai gerai įvertinusieji

savo miego kokybę — jaučia lengvus nerimo bei depresijos simptomus, o blogai įvertinusiems miego kokybę asmenims nustatyti vidutinio sunkumo ir sunkūs nerimo bei depresinės būsenos simptomai. Mūsų tyrimo metu gautus duomenis patvirtina ir Rezaeitalab F. ir kitų (2014) Amerikoje atliktas tyrimas, kurio metu buvo nustatyta, jog tiriamieji su miego sutrikimais statistiškai reikšmingai dažniau serga depresija bei turi nerimo simptomų [71].

4.6 lentelė. Nerimo bei depresinės būsenų ir miego kokybės sąsajos prieš ir po chemoterapijos kursų

Prieš chemoterapijos kursą (N = 87)			
Emocinė būsena	Miego kokybė	Simptomų intensyvumas (medianos) (nėra < 8 balų; yra 8 ir > balų)	P reikšmė
Depresinė būsena	Gera	5,0	0,00004
	Vidutiniška	10,0	
	Bloga	12,5	
Nerimas	Gera	6,0	0,00042
	Vidutiniška	9,0	
	Bloga	12,5	
Po chemoterapijos kurso (N = 87)			
Depresinė būsena	Gera	7,0	0,00847
	Vidutiniška	8,0	
	Bloga	15,0	
Nerimas	Gera	6,0	0,00559
	Vidutiniška	8,0	
	Bloga	12,5	

4.3 Gyvenimo kokybės įvertinimas

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo vertinta panaudojant EORTC QLQ-C30 (3 versija) klausimyną. Pagal šio klausimyno metodiką buvo apskaičiuoti pagrindiniai klausimyno skalių rodikliai. Lentelėse pateiktų vidurkių svyravimai prieš ir po chemoterapijos kursų yra nuo 0 iki 100 balų, tačiau skirtingose skalėse reiškia skirtingai. Funkcinės, sveikatos ir gyvenimo kokybės skalių aukštas vidurkio balas rodo gerą funkcijos lygį, gerą sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės vertinimą. Simptomų skalėje atvirkščiai — aukštas vidurkio balas rodo stipriau išreikštą problemą.

4.7 lentelėje pateikti sveikatos būklės / bendrosios gyvenimo kokybės, funkcinės ir simptomų skalių rezultatų vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai prieš ir po chemoterapijos kursų. Palyginus respondentų bendrąją gyvenimo kokybę prieš ir po chemoterapijos kursų, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas — respondentai geriau vertino bendrąją gyvenimo kokybę po

chemoterapijos kurso ($p < 0,05$): prieš chemoterapijos kursą $47,6 \pm 21,8$ balai iš 100 galimų balų, po — $54,7 \pm 24,9$ balai iš 100 galimų balų. Palyginus mūsų tyrimo metu gautus duomenis apie bendrąją gyvenimo kokybę su keliais užsienio autorių atliktais tyrimais, gautos išvados, jog pacientai linkę geriau vertinti bendrą gyvenimo kokybę po chemoterapijos kurso, jei jiems nepasireiškė stiprūs šalutiniai nepageidaujami reiškiniai. Tokiems rezultatams daug įtakos taip pat turi nerimas, depresija ir nežinomybės jausmas prieš chemoterapijos kursą [72, 73, 74].

Įvertinus respondentų funkcinės skalės vidurkius prieš chemoterapijos kursą nustatyta, kad fizinio funkcionavimo ir pažinimo (kognityvinio) funkcionavimo skalių vidurkiai viršijo 50 balų iš 100, o funkcionavimo ir koordinacijos, emocinio funkcionavimo bei socialinio funkcionavimo skalių vidurkiai nesiekė 50 balų, tai rodo, kad respondentų funkcionavimas ir koordinacija, emocinis funkcionavimas bei socialinis funkcionavimas prieš chemoterapijos kursą yra prastesnis nei vidutinis. Įvertinus pacientų funkcinės skalės vidurkius po chemoterapijos kurso nustatyta: fizinio funkcionavimo ir funkcionavimo bei koordinacijos skalių vidurkiai nesiekė 50 balų, tačiau emocinis, pažinimo ir socialinis funkcionavimas viršijo 50 balų iš 100, tai rodo, jog respondentų emocinis, pažintinis ir socialinis funkcionavimas po chemoterapijos kurso pagerėjo ir yra geresnis nei vidutinis. Palyginus šias skales tarpusavyje, nustatyta, jog tarp emocinio, pažinimo ir socialinio funkcionavimo skalių prieš ir po chemoterapijos kursų yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$) — visų šių skalių vidurkiai po chemoterapijos kurso reikšmingai pagerėjo.

Prieš chemoterapijos kursą pykinimo ir vėmimo, dusulio, vidurių užkietėjimo, viduriavimo skalių vidurkiai buvo gana maži — neviršijo trečdaliao bendros galimos balų sumos, tai rodo, jog šie veiksniai prieš chemoterapijos kursą stipriai neapsunkino pacientų gyvenimo. Tuo tarpu nuovargio, skausmo, nemigos skalių vidurkiai viršijo 50 balų (iš 100 galimų balų), tai rodo, jog šie simptomai apsunkino respondentų gyvenimą prieš chemoterapijos kursą. Po chemoterapijos kurso tik nuovargio ir finansinių problemų skalės viršijo 50 balų, likusių skalių vidurkiai neviršijo 50 balų iš 100 galimų balų ribos. Palyginus simptomų skales prieš ir po chemoterapijos kursų nustatyta, jog pykinimo ir vėmimo, skausmo, nemigos bei finansinių sunkumų skalės statistiškai reikšmingai pakito ($p < 0,05$). Po chemoterapijos kurso sumažėjo skausmo ir nemigos simptomai, tačiau padidėjo pykinimo ir vėmimo simptomai bei daugiau sunkumų sukėlė finansinės problemos (4.7 lentelė).

4.7 lentelė. QLQ-C30 skalių rezultatų palyginimas prieš ir po chemoterapijos kursų

QLQ klausimyno skalė	Prieš chemoterapiją	Po chemoterapijos	p
	Vidurkis ± SN	Vidurkis ± SN	
Sveikatos būklės / gyvenimo kokybės skalė			
Sveikatos būklė/ gyvenimo kokybė	47,6 ± 21,8	54,7 ± 24,9	0,0332
Funkcinė skalė			
Fizinis funkcionavimas	51,6 ± 25,7	49,4 ± 30,6	0,5729
Funkcionavimas ir koordinacija	47,3 ± 37,9	46,0 ± 38,0	0,7683
Emocinis funkcionavimas	31,9 ± 23,2	53,3 ± 29,1	0,0000
Pažinimo funkcionavimas	53,5 ± 29,8	65,3 ± 30,7	0,0056
Socialinis funkcionavimas	43,1 ± 30,7	51,7 ± 27,6	0,0153
Simptomų skalė			
Nuovargis	65,9 ± 23,7	63,9 ± 28,9	0,8772
Pykinimas ir vėmimas	15,9 ± 21,3	25,9 ± 27,5	0,0076
Skausmas	53,8 ± 28,8	42,5 ± 28,2	0,0189
Dusulys	18,4 ± 28,6	21,1 ± 29,7	0,4996
Nemiga	60,2 ± 29,1	41,0 ± 27,7	0,0001
Apetito praradimas	43,7 ± 33,1	41,4 ± 40,3	0,4883
Vidurių užkietėjimas	18,0 ± 22,6	15,7 ± 24,3	0,3068
Viduriavimas	31,0 ± 25,8	28,4 ± 30,7	0,2746
Finansiniai sunkumai	42,5 ± 31,6	55,9 ± 27,1	0,0030

Kalibaitienės D., Jokubaitienės A. (2016) atliktas tyrimas apie onkologinių pacientų gyvenimo kokybę, atskleidė, jog daugiausiai problemų respondentai pažymėjo psichoemocinėje srityje (54 proc. jautė nerimą, 45 proc. — įtampą, 43 proc. miego sutrikimus) [75]. Mūsų atlikto tyrimo metu nustatėme, jog onkohematologiniai pacientai prieš chemoterapijos kursą taip pat daugiausiai problemų pažymėjo psichoemocinėje srityje: emocinės skalės vertinimas siekia 31,9 balo iš 100 galimų balų. Tai rodo, jog daugiau nei pusė tiriamųjų išreiškė mažesnio ar didesnio laipsnio nusiskundimus savo psichoemociškai būkle. Po chemoterapijos kurso tiriamieji savo psichoemocinę būseną linkę vertinti geriau, tačiau pažymi, jog iškyla kitos problemos, tokios kaip pykinimas ir vėmimas, finansiniai sunkumai.

Siekiant išsiaiškinti, ar sveikatos vertinimas prieš ir po chemoterapijos kursų skiriasi tarp vyrų ir moterų, tiriamieji buvo suskirstyti pagal lytį (4.8 lentelė). Išanalizavus gautus duomenis, paaiškėjo, jog tiek vyrai tiek moterys savo sveikatą prieš chemoterapijos kursą vertino panašiai (nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų, $p > 0,05$). Po chemoterapijos kurso rasti statistiškai reikšmingi skirtumai: vyrai linkę geriau vertinti fizinį funkcionavimą, emocinį funkcionavimą ($p < 0,05$). Taip pat vyrams mažiau problemų sukėlė po chemoterapijos atsiradęs dusulys, viduriavimas, vidurių užkietėjimas bei nemiga ($p < 0,05$). Išanalizavus ir palyginus mūsų darbo

rezultatus su kitų autorių atliktais tyrimais galime daryti išvadą, jog sveikatos vertinimo skirtumai tarp vyrų ir moterų gali būti susiję su didesniu moterų atvirumu sveikatos klausimais [76, 77].

4.8 lentelė. QLQ-C30 skalių rezultatai prieš ir po chemoterapijos kursų pagal lytį

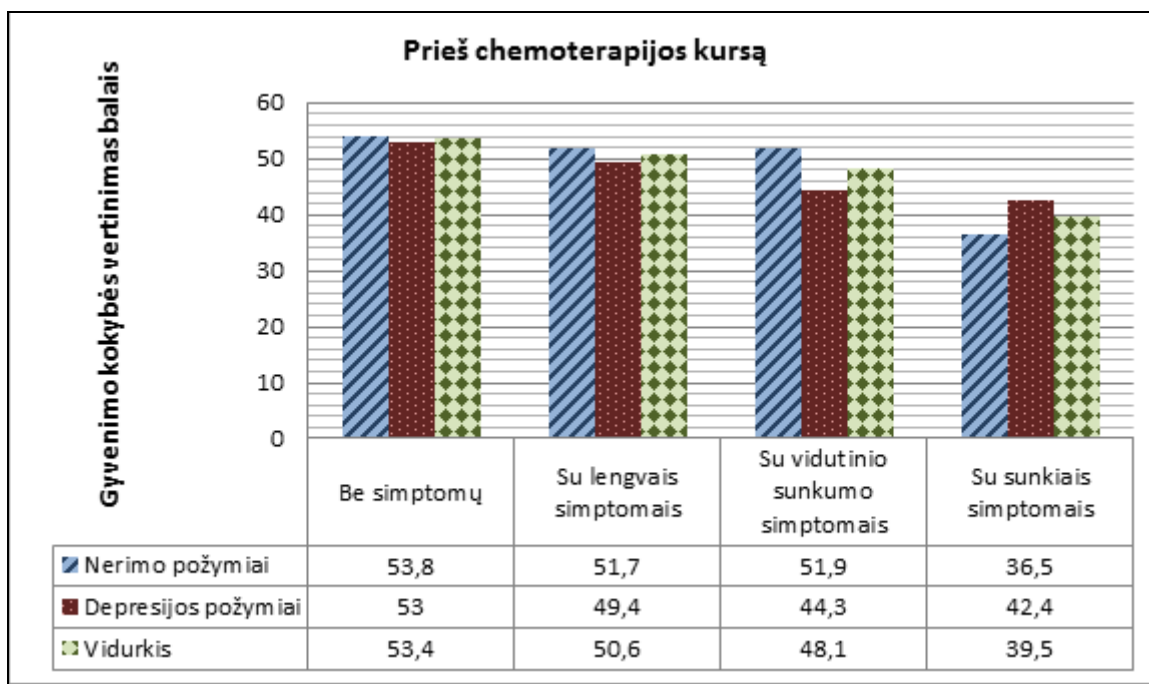
QLQ-C30 skalės	Prieš chemoterapijos kursą			Po chemoterapijos kurso		
	Vyrai	Moterys		Vyrai	Moterys	
	Vidurkis ±	Vidurkis ±	p	Vidurkis ±	Vidurkis ±	p
	SN	SN		SN	SN	
Sveikatos būklės / gyvenimo kokybės skalė						
Sveikatos būklė / gyvenimo kokybė	50,3 ±19,5	43,4 ±24,6	0,1167	58,3 ±23,1	49,0 ±27,0	0,1610
Funkcinė skalė						
Fizinis funkcionavimas	52,1 ±28,0	50,8 ±22,1	0,5878	58,1 ±27,7	35,9 ±30,3	0,0034
Funkcionavimas ir koordinacija	48,1 ±42,3	46,1 ±30,2	0,9989	50,0 ±36,5	39,7 ±40,0	0,1836
Emocinis funkcionavimas	33,0 ±22,8	30,1 ±23,9	0,4549	63,8 ±25,3	37,0 ±27,3	0,0000
Pažinimo funkcionavimas	57,9 ±32,5	46,6 ±23,8	0,0579	69,5 ±26,3	58,8 ±36,1	0,1786
Socialinis funkcionavimas	42,1 ±33,9	44,6 ±25,2	0,3406	50,6 ±31,5	53,4 ±20,4	0,8912
Simptomų skalė						
Nuovargis	62,3 ±26,5	71,6 ±17,6	0,0902	59,8 ±28,2	70,3 ±29,3	0,1626
Pykinimas ir vėmimas	12,9 ±18,7	20,6 ±24,3	0,2170	20,8 ±19,3	33,8 ±35,6	0,2952
Skausmas	50,9 ±30,0	58,3 ±26,7	0,3143	38,4 ±25,4	49,0 ±31,2	0,1289
Dusulys	16,4 ±30,4	21,6 ±25,8	0,0742	15,7 ±25,8	29,4 ±33,6	0,0345
Nemiga	57,9 ±30,1	63,7 ±27,7	0,3261	34,6 ±26,1	51,0 ±27,5	0,0130
Apetito praradimas	42,1 ±35,3	46,1 ±29,6	0,5290	34,0 ±34,9	52,9 ±45,8	0,0705
Vidurių užkietėjimas	17,0 ±23,2	19,6 ±21,9	0,4700	10,1 ±21,3	24,5 ±26,3	0,0031
Viduriavimas	32,1 ±25,3	29,4 ±26,9	0,5975	22,6 ±32,5	37,3 ±25,6	0,0041
Finansiniai sunkumai	45,3 ±31,4	38,2 ±31,9	0,2846	52,8 ±30,3	60,8 ±20,9	0,2366

4.4 Psichoemocinės būsenos sąsajos su gyvenimo kokybe

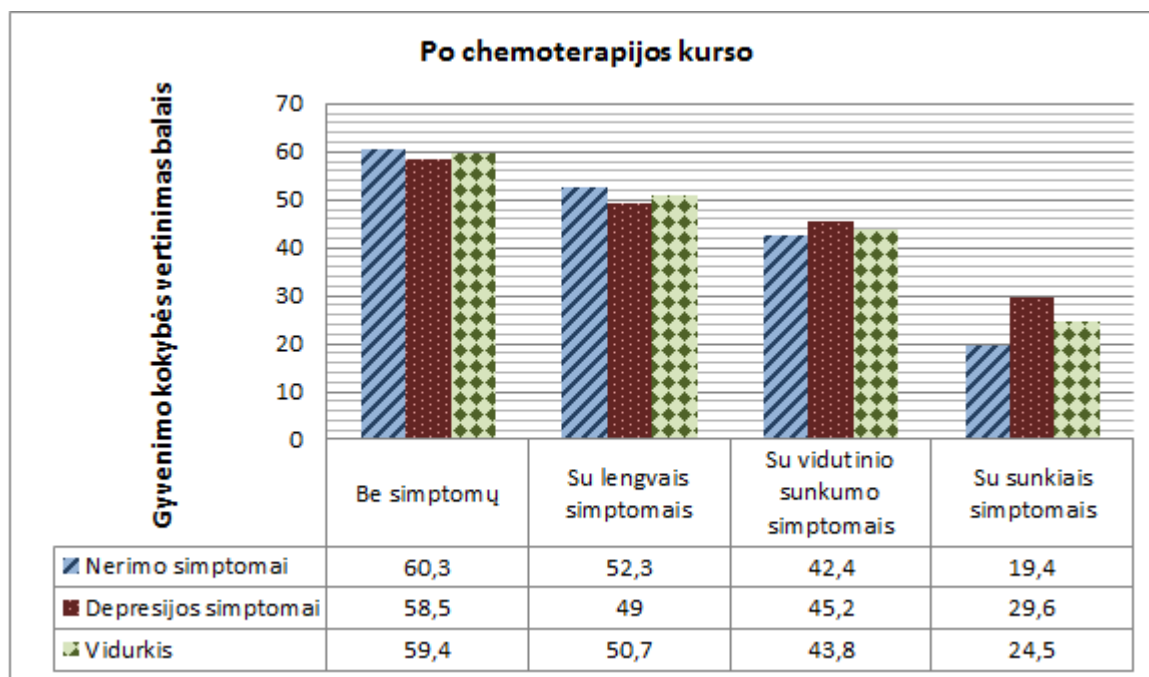
Pasak Tamušauskaitės J. ir kitų (2014), asmenų, kenčiančių nuo depresijos, gyvenimo kokybės vertinimas blogėja sunkėjant depresijos klinikai [62]. Amerikoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad moterų nerimo ir depresijos simptomai buvo neigiamai susiję su blogesniu psichosocialinės ir fizinės gyvenimo kokybės sričių vertinimu [78].

Norėdami nustatyti, ar onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinė būseną turi įtakos subjektyviai vertinamai gyvenimo kokybei, respondentų buvo prašoma užpildyti nerimo ir depresijos (HAD) skalę bei gyvenimo kokybės klausimyną (EORTC QLQ-C30). Klausimynai buvo pildomi prieš ir po chemoterapijos kursų siekiant įvertinti, kaip keičiasi pacientų vertinama emocinė būseną bei subjektyvi gyvenimo kokybė, atsižvelgiant į gydymo stadiją.

Išanalizavus gautus duomenis nustatyta, jog asmenys be depresijos ir nerimo požymių gyvenimo kokybę įvertino geriau po chemoterapijos kurso nei prieš jį, t. y. vidutiniškai 59,4 balais po chemoterapijos kurso ir 53,4 balais iš 100 galimų balų prieš chemoterapijos kursą (4.4 pav. ir 4.5 pav.). Respondentai su lengvais depresijos ir nerimo simptomais gyvenimo kokybę prieš ir po chemoterapijos kursų vertino panašiai: prieš — 50,6 balais, po — 50,7 balais. Tiriamieji su vidutinio sunkumo depresijos bei nerimo požymiais gyvenimo kokybę prieš chemoterapijos kursą vertino vidutiniškai 48,1 balais, po chemoterapijos kurso — 43,8 balais, o respondentai su sunkiais depresijos ir nerimo požymiais gyvenimo kokybę prieš chemoterapijos kursą įvertino 39,5 balais, po kurso — 24,5 balais iš 100 galimų balų. Iš gautų duomenų matyti, jog tiriamųjų gyvenimo kokybės vertinimui nerimo ir depresijos simptomai turėjo įtakos: asmenys su stipriau išreikštais nerimo ir depresijos simptomais prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę nei asmenys su silpniau išreikštais simptomais. Gyvenimo kokybės vertinimui taip pat įtakos turėjo gydymo stadija: respondentai su sunkiais ir vidutinio sunkumo nerimo ir depresijos požymiais, gyvenimo kokybę po chemoterapijos kurso vertino prasčiau, nei respondentai prieš chemoterapijos kursą (su vidutinio sunkumo simptomais — 4,3 balais prasčiau, su sunkiais simptomais — 15 balų prasčiau) (4.4 pav.; 4.5 pav.).



4.4 pav. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į nerimo ir depresijos simptomus, prieš chemoterapijos kursą



4.5 pav. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į nerimo ir depresijos simptomus, po chemoterapijos kurso

Siekiant nustatyti koks ryšys sieja respondentų psichoemocinę būseną ir subjektyviai vertinamą gyvenimo kokybę, apskaičiavome Spirmeno koreliacijos koeficientą (r). Palyginus gautus duomenis tarp vyrų ir moterų imčių prieš chemoterapijos kursą, gautos išvados, jog vyrų

prieš chemoterapijos kursą patiriama depresija sudaro statistiškai patikimą, vidutinio stiprumo ryšį su subjektyviai vertinama gyvenimo kokybe ($p < 0,05$; $r = -0,6864$), moterų prieš chemoterapijos kursą patiriama depresija taip pat sudaro statistiškai patikimą, stiprų ryšį su subjektyviai vertinama gyvenimo kokybe ($p < 0,05$; $r = -0,7732$). Prieš chemoterapijos kursą vyrų patiriamas nerimas nesudarė reikšmingo ryšio su gyvenimo kokybe ($p > 0,05$), moterų patiriamas nerimas sudarė statistiškai reikšmingą, vidutinio stiprumo ryšį ($p < 0,05$; $r = -0,5862$). Išanalizavus gautus duomenis po chemoterapijos kurso, nustatyta, jog vyrų patiriamas nerimas ir depresija sudarė statistiškai reikšmingą, silpną ryšį su subjektyviai vertinama gyvenimo kokybe ($p < 0,05$; depresijos $r = -0,4729$, nerimo $r = -0,4208$), moterų patiriamas nerimas ir depresija statistiškai reikšmingo ryšio nesudarė (4.9 lentelė). Palyginus mūsų tyrimo metu gautus duomenis su Salygos J. ir kitų (2015) [79] gautais duomenimis nustatėme, jog pacientams, sergantiems onkologine liga, jų psichoemocinė būseną daro įtaką subjektyviai vertinamai bendrai gyvenimo kokybei. Šis poveikis stipresnis prieš chemoterapijos kursą, todėl, siekiant visapusiško pacientų gydymo, turėtų būti atkreiptas dėmesys ir į jų patiriamus išgyvenimus, psichoemocinę būseną.

4.9 lentelė. Psichoemocinės būsenos ir gyvenimo kokybės sąsajos

Prieš chemoterapijos kursą			
Tiriamųjų grupės		Gyvenimo kokybė	
		p	r
Vyrų	Depresija	0,0000	-0,6864
	Nerimas	0,2785	0,1516
Moterų	Depresija	0,0000	-0,7732
	Nerimas	0,0002	-0,5862
Po chemoterapijos kurso			
Vyrų	Depresija	0,0000	-0,4729
	Nerimas	0,0001	-0,4208
Moterų	Depresija	0,8626	-0,0308
	Nerimas	0,9543	0,0102

5. IŠVADOS

1. Ištyrus onkohematologinių pacientų psichoemocinę būseną, nustatyta, jog prieš chemoterapijos kursą du trečdaliai pacientų kenčia depresijos simptomus, o po chemoterapijos dažniau jaučia nerimo simptomus (simptomai nustatyti pusei respondentų). Rastas ryšys tarp miego kokybės vertinimo ir nerimo bei depresijos simptomų intensyvumo — prasčiau miegantys pacientai patyrė sunkesnius nerimo ir depresijos simptomus.

2. Nustatytas onkohematologinių pacientų subjektyviai vertinamos gyvenimo kokybės rodiklis prieš chemoterapijos kursą buvo žemesnis nei po chemoterapijos. Respondentai prieš chemoterapijos kursą savo sveikatą įvertino prasčiau nei vidutiniškai. Po chemoterapijos kurso statistiškai patikimai pagerėjo emocinio, kognityvinio ir socialinio funkcionavimo skalių vidurkiai.

3. Tiriamųjų subjektyviai vertinama gyvenimo kokybė priklausė nuo psichoemocinės būsenos: asmenys su stipriau išreikštais nerimo ir depresijos simptomais prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę nei asmenys su silpniau išreikštais simptomais. Psichoemocinės būsenos įtaka neigiamai koreliavo su subjektyviai vertinama gyvenimo kokybe (asmenys su stipriau išreikštais simptomais gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais).

6. PASIŪLYMAI

Slaugytojams, dirbantiems su onkohematologiniais pacientais:

1. Siekiant pagerinti onkologinių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, slaugytojai turėtų suteikti pacientams pakankamai informacijos (mokyti pacientą) apie galimus nepageidaujamus šalutinius reiškinius, kaip palengvinti ar net išvengti šių reiškinių (įvairiais lankstinukais, atmintinėmis, grupiniais susitikimais su pacientais ir jų artimaisiais, paskaitomis). Slaugytojas turėtų išsiaiškinti ar pacientas suprato visą jam suteiktą informaciją, ar nėra klaidingų ligonio interpretacijų.
2. Naudoti gyvenimo kokybės, psichoemocinės būklės vertinimo klausimynus (naudinga šiuos klausimynus pateikti naujai į skyrių atvykusiems pacientams bei įpusėjus chemoterapiniam gydymui), kad išsiaiškintume apie paciento būklę, jos pasikeitimus gydymo metu.
3. Atsižvelgiant į paciento būklę, gyvenimo kokybės vertinimą, sudaryti individualų paciento slaugos planą. Sudarytu slaugos planu, slaugytojas turėtų siekti pagerinti: esamą paciento būklę, gyvenimo kokybės sritis, nukentėjusias dėl ligos.
4. Ilgas gydymasis ligoninėje onkologiniams pacientams sukelia daug nepatogumų, todėl reiktų stengtis kaip įmanoma labiau pagerinti gyvenimo sąlygas: jei yra galimybė, pacientus paskirstyti palatose pagal amžių ar panašius interesus, užtikrinti, jog pacientai turi pakankamai privatumo, kai yra apnuoginami (pavyzdžiui panaudojant širmas ar, jei yra galimybė, paprašyti palatoje gulinčių pacientų trumpam išeiti iš kambario), pasiūlyti pacientam užsiimti ramia, daug jėgų neatimančia veikla (knygų skaitymas, galvosūkių sprendimas, stalo žaidimai su palatos pacientais ir panašiai).

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. National Cancer Institute. [Žiūrėta 2016-11-10]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>.
2. Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programa (2014). [Žiūrėta 2016-11-15]. Prieiga internetu: http://www.lsadps.lt/failai/288_SAM_Nacionaline_vezio_programa_2014-2025.pdf.
3. Smailytė G, Aleknavičienė B. Nacionalinis vėžio institutas. Vėžys Lietuvoje 2012 metais. 2015; 26-27.
4. Wright AA, Kreating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*. 2010; 28(29): 4457-4464.
5. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud J, Thuillier A, Khayat D. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer*. 2002; 95(1): 155-163.
6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ & et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993; 85: 365-376.
7. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2002; 54(2): 69-77.
8. Juozaitytė E, Adukauskienė D, Basevičius A, Dambrauskienė R, Gerbutavičius R, Ičiūra A & et al. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Medicinos fakulteto Onkologijos institutas. Onkologija ir hematologija: vadovėlis. UAB „Vita e Litera“. Kaunas, 2014; 19-30.
9. Franchiolla NS, Artuso SS, Cortelezzi A. Biosensors in clinical practice: focus on oncohematology. *Sensors*. 2013; 13(5): 6423-6447.

10. Palmgren G. Vėžys — šių laikų liga. *Iliustruotasis mokslas*. 2011; 10(49): 38-41.
11. National Cancer Institute. What is cancer? 2015 Feb. [Žiūrėta 2016-11-08]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
12. Cancer Treatment Centers of America. Blood cancers. [Žiūrėta 2016-12-04]. Prieiga internetu: <http://www.cancercenter.com/terms/blood-cancers/>.
13. Hourigan C, Levitsky HI. Evaluation of Current Cancer Immunotherapy: Haemato-Oncology. *Cancer J*. 2011; 17(5): 309-324.
14. Simaškienė E. LSMU MA Hematologijos klinika. Ūminės leukemijos. *Lietuvos gydytojo žurnalas*. 2015.
15. Bonnet D, Dick JE. Human acute myeloid leukemia is organized as a hierarchy that originates from a primitive hematopoietic cell. *Nature Medicine*. 1997; 7: 730-737.
16. Dohner H, Estey EH, Amadori S, Appelbaum FR, Buchner T, Burnett AK & et al. Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in adults: recommendations from an international expert panel, on behalf of the European LeukemiaNet. *Blood*. 2010; 115(3): 453-474.
17. Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, Thiele J, Borowitz MJ, Le Beau MM & et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. *Blood*. 2016; 127: 2391-2405.
18. Hoelzer D, Gokbueg N, Ottmann O, Pui CH, Relling MV, Appelbaum FR & et al. Acute lymphoblastic leukemia. *Hematology*. 2002; 1: 162-192.
19. American Cancer Society medical and editorial content team. What is chronic myeloid leukemia? 2016 Feb. [Žiūrėta 2017-01-25]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.org/cancer/chronic-myeloid-leukemia/about/what-is-cml.html>.
20. Druker B. Targeted Therapy for Chronic Myeloid Leukemia. *American society of hematology*. 2008; 13-16.
21. Kipps TJ. Chronic lymphocytic leukemia and related diseases. *Hematology*. 2012; 1: 268-285.

22. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. [Žiūrėta 2017-01-22]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2016.html>.
23. Suh C, Kim WS, Kim JS, Park BB. Review of the clinical research conducted by the Consortium for Improving Survival of Lymphoma of the Korean Society of Hematology Lymphoma Working Party. *Blood Res.* 2013; 48(3): 171-177.
24. MacGill M. Lymphoma: Causes, Symptoms and Research. *MNT.* 2016; 1: 1-3.
25. The Leukemia & Lymphoma Society. Non-Hodgkin lymphoma (NHL). [Žiūrėta 2016-12-14]. Prieiga internetu: <https://www.lls.org/lymphoma/non-hodgkin-lymphoma?src1=20045&src2>.
26. National Cancer Institute. Adult Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ) – Patient Version. 2016 Aug. [Žiūrėta 2017-01-26]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.gov/types/lymphoma/patient/adult-hodgkin-treatment-pdq>.
27. Juozaitytė E, Bierontienė D, Griniūtė R, Ičiūra A, Jančiauskienė R, Jaruševičius L & et al. Kauno medicinos universitetas. Onkologija šeimos gydytojui. II dalis, klinikinė onkologija. UAB „Vita Litera“. Kaunas, 2008; 223-235.
28. Griškevičius L, Daubarienė J, Griniūtė R, Jurgutis M, Kurtinaitis J, Mickys U & et al. Lymphoma in Lithuania. Retrospective analysis 2004-2006. Baltijos onkologijos iniciatyva; Vilnius, 2007.
29. American Society of Hematology. Myeloma. [Žiūrėta 2017-01-10]. Prieiga internetu: <http://www.hematology.org/Patients/Cancers/Myeloma.aspx>.
30. Nacionalinis vėžio institutas. Sergamumo pokyčiai. Sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje pagal lokalizacijas 1978-2005 metais (standartizuotas rodiklis). [Žiūrėta 2017-01-24]. Prieiga internetu: http://www.nvi.lt/?page_id=4760&lang=lt.
31. Diržytė A, Gailienė D, Milašienė V, Norkienė V. Psichologinė onkologinės ligos įveika ir ląstelinis imunitetas pirminės hospitalizacijos atveju. *Medicinos teorija ir praktika.* 2001; 3: 129-132.

32. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2000; 40-43.
33. Kvedarauskas J. Psichologinė pagalba žmonėms, sergantiems onkologinėmis ligomis. *Medinfo*. 2003; 3: 73-76.
34. Stark DPH, House A. Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*. 2000; 83(10): 1261-1267.
35. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA & et al. Randomized Controlled Clinical Effectiveness Trial of Cognitive Behavior Therapy Compared With Treatment As Usual for Persistent Insomnia in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2008; 26(28): 4651-4658.
36. Savard J, Morin CM. Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. *Journal of Clinical Oncology*. 2001; 19(3): 895-908.
37. Bottomley A. Psychosocial problems in cancer care: a brief review of common problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1997; 4: 323-331.
38. Hosaka T, Aoki T. Depretion among cancer patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1996; 50(6): 309-312.
39. Kalibaitienė D, Čepanauskienė R, Markevičius N, Mikaliūkštienė A, Staigis R, Stundžienė R & el al. Klinikinė slauga. Mokomoji knyga. UAB „Greita spauda“. Vilnius, 2008; 208-215.
40. Cicėnas S, Kalibaitienė D. Onkologija ir slauga. Mokomoji knyga. Vilnius, 2008; 92-144.
41. National Cancer Institute. Insomnia. 2014 Jun. [Žiūrėta 2017-01-20]. Prieiga internetu: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0063022/>.
42. Roth T. Insomnia: Difinition, Prevalence, Etiology and Consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2007; 3(5): 7-10.
43. Dembinskas A. Psichiatrija. Vaistų žinios. Vilnius, 2003; 169-170.

44. Vilniaus universiteto onkologijos institutas. Onkologinių pacientų gyvenimo kokybei gerinti — psichologinės pagalbos projektas „Mylintys gyvenimą“. *Onkologo puslapiai*. 2012; 38: 13.
45. Pukinskienė D. Slaugos filosofija ir teorija. Mokomoji knyga. Klaipėdos valstybinė kolegija, 2011; 5-27.
46. American Cancer Society. Weakness. [Žiūrėta 2016-12-16]. Prieiga internetu: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/weakness.html>.
47. Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychology*. 2007; 26(6): 660-667.
48. Jacobson JO, Polovich M, McNiff KK, LeFebvre KB, Cummings C, Galioto M & et al. American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Journal of Clinical Oncology*. 2009; 27(32): 5469-5475.
49. Ščiupokas A, Ambrozaitis K, Budrys V, Butrimienė I, Daubaras G, Gričiūtė L & et al. Onkologinio skausmo malšinimas opioidais. *Skausmo medicina*. 2009; 1(25): 6-27
50. Krilavičiūtė-Lazar J. Onkologine liga sergančių bei patiriančių skausmą pacientų slaugos aspektai. Kaunas, 2005.
51. The WHO-QOL Group. Health promotion glossary. World Health Forum 1986; 17: 355.
52. Šumskienė J. Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. *Gydymo menas*. 2005; 10(122): 60-64.
53. Makari J, Zaborskis A, Labanauskas L, Ragelienė L. Onkologinėmis ligomis sergančių vaikų gyvenimo kokybė Lietuvoje. *Medicina*. Kaunas. 2007; 43(9): 726-735.
54. Juozulynas A, Čeremnych E, Kurtinaitis J, Jankauskienė K, Reklaitienė R. Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Sveikatos mokslai*. 2005; 1: 71-74.
55. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization basic document. Geneva: World Health Organization; 1948.

56. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina*. 2001; 1(2): 128-132.
57. Hunt SM. The problem of quality of life. *Quality of life research*. 1997; 7: 205-212.
58. Arraras JJ, Greimel E, Chie WC, Sezer O, Bergenmar M, Costantini A & et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group. Cross-cultural differences in information disclosure evaluated through the EORTC questionnaires. *Psychooncology*. 2013; 22(2): 268-275.
59. Majani G, Callegari S. A new instrument in quality-of-life assessment. The satisfaction profile (SAT-P). *Int J Ment Health*. 1999; 28: 77-82.
60. Corallo F, De Luca R, Leonardi R, De Salvo S, Bramanti P, Marino S. The clinical use of quality-of-life scales in neurological disorders. *Acta Neuropsychiatrica*. 2013; 193-205.
61. Lindley C, Vasa S, Sawyer WT, Winer EP. Quality of Life and Preferences for Treatment Following Systemic Adjuvant Therapy For Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical oncology*. 1998; 16: 1380-1387.
62. Tamušauskaitė J, Vasyliūtė I, Drungilienė D, Mockienė V. Depresija sergančių asmenų gyvenimo kokybė. *Visuomenės sveikata*. 2015; 1: 42-50.
63. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-370.
64. Snaith RP, Zigmond AS. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual Windsor, Ontario, Canada, NFER-Nelson. 1994.
65. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Third edition. Brussels. 2001; 5-16.
66. Rekašiūtė E, Baniienė I. Literatūros apžvalga: onkologinėmis ligomis sergančių paauglių psichosocialiniai sunkumai. *Visuomenės sveikata*. 2016; 3(74): 8-14.
67. Miakowski C. Gender Differences in Pain, Fatigue, and Depression in Patients With Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2004; 32: 139-143.
68. Liesienė V. Nemiga. [Žiūrėta 2017-04-16]. Prieiga internetu: <http://www.sorimpeksas.com/lt/pacientams/id/3344>.

69. Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S & et al. Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. *The Oncologist*. 2007; 5(12): 35-42.
70. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine*. 2006; 81(1): 82-85.
71. Rezaeitalab F, Moharrari F, Saberi S, Asadpour H, Rezaeitalab F. The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2014; 4: 205-210.
72. Grulke N, Albani C, Bailer H. Quality of life in patients before and after haematopoietic stem cell transplantation measured with the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Core Questionnaire QLQ-C30. *Bone Marrow Transplantation*. 2012; 47: 473-482.
73. Osoba D, Zee B, Peter J, Warr D, Kaizer L, Latreille J. Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. *Quality of life research*. 1994; 3(5): 353-364.
74. Glimelius B, Hoffman K, Sjoden PO, Jacobsson G, Sellstrom H, Enander LK & et al. Chemotherapy improves survival and quality of life in advanced pancreatic and biliary cancer. *Ann Oncol*. 1996; 7(6): 593-600.
75. Kalibatienė D, Jokubaitienė A. Onkologinių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. *Medicinos teorija ir praktika*. 2016; 22(4): 347-353.
76. Alaveckienė I. Chemoterapijos įtaka pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis, mitybos būklei ir gyvenimo kokybei. Magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas: veterinarijos akademija; veterinarijos fakultetas: anatomijos ir fiziologijos katedra. Kaunas. 2013; 27-40.
77. Lukašova V. Ne hodžkino limfoma sergančių pacientų gyvenimo kokybė, sveikatos būklė ir poreikiai chemoterapijos metu. Magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas: slaugos fakultetas: slaugos ir rūpybos katedra. Kaunas. 2015; 37-61.

78. Avis NE, Colvin A, Bromberger J, Hess R, Matthews KA, Ory M & et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2009; 16(5): 860-869.
79. Salyga J, Paškevičienė V, Žiliukas G. Sergančiųjų krūties vėžiu gyvenimo kokybės analizė. *Sveikatos mokslai*. 2015; 25(6): 5-10.

8. PRIEDAI

APKLAUSOS ANKETA

Gerbiamas respondente, esu Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto IV kurso Slaugos bakalauro studentė. Prašau Jūsų užpildyti anoniminę apklausą skirtą įvertinti onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinę sveikatą bei jos sąsajas su gyvenimo kokybe. Prašau pasirinkti Jums tinkamiausią atsakymą, jį apveskite rutuliuku. Visa pateikta informacija bus saugoma konfidencialiai.

1. Jūsų amžius? (įrašykite) _____ metų.
2. Lytis: **a.** Vyras **b.** Moteris
3. Išsilavinimas:
 - a.** Vidurinis
 - b.** Aukštesnysis
 - c.** Nebaigtas aukštasis
 - d.** Aukštasis
4. Jūsų šeimyninė padėtis:
 - a.** Vedęs/ ištekęjusi
 - b.** Nevedęs/ netekėjusi
 - c.** Išsiskyrę
 - d.** Našlys (-ė)
5. Gyvenamoji vieta: **a.** Miestas **b.** Miestelis **c.** Kaimas
6. Kaip vertinate savo miego kokybę?
 - a.** Gerai **b.** Vidutiniškai **c.** Blogai
7. Per kiek laiko užmiegate?
 - a.** 5 — 15 min.
 - b.** Iki 30 min.
 - c.** Iki 1 val.
 - d.** Ilgiau nei 1 val.
8. Kiek valandų per parą miegate?
 - a.** Iki 5 val.
 - b.** 5 — 6 val.

- c. 7 — 8 val.
- d. 9 — 10 val.
- e. 11 val. ir ilgiau

9. Ligos, dėl kurios gydotės stacionare, trukmė:

- a. Iki 1 mėn.;
- b. Nuo 2 mėn. iki 6 mėn.;
- c. Nuo 7 mėn. iki 1 metų;
- d. Nuo 2 m. iki 5 metų;
- e. Ilgiau nei 6 metai.

HAD depresijos ir nerimo sutrikimų tyrimo skalė

(HAD – Hospital Anxiety and Depression)

Jums tinkantį atsakymą (skaičiuką) apveskite, pvz.: ○

10. Jaučiu įtampą ir nerimą 3 Beveik visą laiką, nuolat 2 Didžiąją laiko dalį, dažnai 1 Retkarčiais 0 Niekada nejaučiu	11. Jaučiuosi užslopintas, lėčiau mąstau ir judu 3 Beveik visą laiką 2 Labai dažnai 1 Kartais, nestipriai 0 Visiškai nesijaučiu
12. Tebedžiugina viskas, kaip ir anksčiau 0 Visiškai tiek pat 1 Mažiau nei anksčiau 2 Daug mažiau 3 Beveik visai nedžiugina	13. Apima baimė, drebulys, spaudžia po krūtine 0 Visiškai ne 1 Kartais 2 Gana dažnai 3 Labai dažnai, nuolat
14. Jaučiu baimę, kad įvyks kažkas siaubingo 3 Labai stipriai 2 Taip, bet nestipriai 1 Nestipriai, bet tai manęs netrikdo 0 Visiškai ne	15. Nustojau rūpintis savo išvaizda 3 Visai nesirūpinu 2 Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų 1 Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau 0 Rūpinuosi tiek pat kiek visuomet
16. Galiu juoktis, suprasti humorą 0 Taip pat kaip anksčiau 1 Mažiau ir sunkiau 2 Daug mažiau ir sunkiau 3 Visiškai negaliu	17. Jaučiu, kad nerimstu vietoje 3 Labai stipriai 2 Gana stipriai 1 Truputį 0 Visiškai ne
18. Vargina neramios mintys ir rūpesčiai 3 Didelę laiko dalį, nuolat 2 Daug laiko, dažnai 1 Retkarčiais, bet ne dažnai 0 Tik retkarčiais	19. Iš gyvenimo tikiuosi kažko malonaus 0 Tiek pat, kiek visada 1 Mažiau nei anksčiau 2 Daug mažiau nei anksčiau 3 Visiškai nesitikiu

20. Man linksma 3 Niekada 2 Labai retai 1 Kartais 0 Didelę laiko dalį	21. Staiga apima didelė baimė ar nerimas 3 Tikrai labai dažnai 2 Pakankamai dažnai 1 Retai 0 Niekada
22. Galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti 0 Visada 1 Dažnai 2 Retai 3 Niekada neatsipalaiduojau	23. Mane džiugina gera knyga, televizijos laida 0 Dažnai 1 Kartais 2 Retai 3 Labai retai

Pasirinkite Jums tinkamiausią atsakymą (skaičių apveskite rutuliuku).

Nr.		Visai ne	Nedaug	Vidutiniškai	Labai
24	Ar Jums sunku atlikti įtemptą veiklą, pavyzdžiui nešti sunkų krepšį ar lagaminą?	1	2	3	4
25	Ar Jūs pavargstate <u>ilgo</u> pasivaikščiojimo metu?	1	2	3	4
26	Ar Jūs pavargstate <u>trumpo</u> pasivaikščiojimo metu?	1	2	3	4
27	Ar Jums dienos metu reikia pagulėti lovoje ar pasėdėti fotelyje?	1	2	3	4
Per praėjusią savaitę:					
28	Ar Jums buvo reikalinga pagalba valgant, rengiantis, prausiantis ar naudojantis tualetu?	1	2	3	4
29	Ar Jūs jautėtės apribotas (-a) darbe arba atlikdamas (-a) kasdienes darbus?	1	2	3	4
30	Ar Jūs jautėtės apribotas(-a) užsiimdamas(-a) hobiu ar kita laisvalaikio veikla?	1	2	3	4
31	Ar Jums trūko oro?	1	2	3	4
32	Ar jautėte skausmą?	1	2	3	4
33	Ar Jums reikėjo poilsio?	1	2	3	4
34	Ar Jums buvo sutrikęs miegas?	1	2	3	4
35	Ar jautėte silpnumą?	1	2	3	4
36	Ar Jums nebuvo apetito?	1	2	3	4
37	Ar Jus pykino?	1	2	3	4

38	Ar vėmėte?	1	2	3	4
39	Ar Jums buvo užkietėję viduriai?	1	2	3	4
40	Ar viduriavote?	1	2	3	4
41	Ar jautėtės pavargęs (-usi)?	1	2	3	4
42	Ar skausmas turėjo įtakos Jūsų kasdienei veiklai?	1	2	3	4
43	Ar buvo sunku susikaupti, pavyzdžiui skaitant ar žiūrint televizorių?	1	2	3	4
44	Ar jautėte įtampą?	1	2	3	4
45	Ar jautėte nerimą?	1	2	3	4
46	Ar jautėte susierzinimą?	1	2	3	4
47	Ar jautėtės prislėgtas(-a)?	1	2	3	4
48	Ar turėjote sunkumų su atmintimi?	1	2	3	4
49	Ar Jūsų fizinė būklė ar medicininis gydymas turėjo įtakos Jūsų <u>šeimos</u> gyvenimui	1	2	3	4
50	Ar Jūsų fizinė būklė ar medicininis gydymas turėjo įtakos Jūsų <u>visuomeninei</u> veiklai	1	2	3	4
51	Ar Jūsų fizinė būklė ar medicininis gydymas sukėlė Jums finansinių sunkumų?	1	2	3	4

Atsakant į kitus klausimus, apibraukite Jums labiausiai tinkantį atsakymą (1 — labai blogai, 7 — puikiai)

52. Kaip Jūs įvertintumėte savo sveikatą per praėjusią savaitę?

1 2 3 4 5 6 7

(Labai blogai)

(Puikiai)

53. Kaip Jūs vertinate savo gyvenimo kokybę per praėjusią savaitę?

1 2 3 4 5 6 7

(Labai blogai)

(Puikiai)