

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETAS
SLAUGOS KATEDRA

**PACIENČIŲ, SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU,
DEPRESIJOS, NERIMO IR GYVENIMO KOKYBĖS
SĄSAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19, stud. Otilija Derbutienė

Vadovas

Doc. dr. Lolita Rapolienė

Klaipėda, 2022

SANTRAUKA

Derbutienė O. Pacienčių, sergančių krūties vėžiu, depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas: doc. dr. Lolita Rapolienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2022. – p. 69.

Krūties vėžys yra viena dažniausių moterų onkologinių ligų ir ekstremalus psichologinis išbandymas, kurį lydi depresija, nerimas ir blogėjanti gyvenimo kokybė.

Tikslas - nustatyti pacienčių, sergančių krūties vėžiu, depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės sąsajas.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas panaudojant Geriatrinę depresijos skalę (GDS); Generalizuoto nerimo sutrikimo skalę (GAD-7) ir Gyvenimo kokybės klausimyną (SF-36). Apklausa buvo vykdoma internetu, joje dalyvavo 311 moterų. Tyrimo duomenų statistinei analizei naudoti SPSS 24.0 ir Microsoft Excel 2010 programų paketai.

Tyrimo rezultatai. Tyrimo metu nustatyta, kad net 59,2 proc. sergančių krūties vėžiu pacienčių, patiria įvairaus sunkumo depresiją, iš jų 25,9 proc. - sunkią depresiją. Depresijos sunkumas buvo susijęs su jaunesniu amžiumi. Moterys, patiriančios didesnę depresiją, dažniau kreipėsi pagalbos pas psichologą. Apie pusę sergančiųjų krūties vėžiu patiria nerimą, o 22,5 proc. iš jų pasireiškia vidutiniai arba sunkūs nerimo sutrikimai. Daugelis krūties vėžiu sergančių pacienčių patiria įvairius apribojimus dėl fizinių sutrikimų, bendros sveikatos būklės ir energingumo stokos. Vyresnis amžius buvo susijęs su blogesne fizine būkle, mažesniais kūno skausmais ir geresne psichine būkle. Gyvenimo kokybei neturėjo įtakos išsilavinimas, vėžio stadija, diagnozavimo laikas, bet gydymo būdas - hormonoterapija - buvo susijęs su geresne gyvenimo kokybe. Nustatytas reikšmingas teigiamas nerimo ir depresijos tarpusavio ryšys: didėjant nerimui, didėja ir depresija.

Nustatyti vidutinio stiprumo bendros sveikatos būklės, socialinio funkcionavimo, veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų ir stiprūs energingumo, psichinės būklės, bendros gyvenimo ryšiai su depresija. Nustatyti statistiškai reikšmingi vidutinio stiprumo bendros sveikatos būklės, energingumo, socialinio funkcionavimo, bendros gyvenimo kokybės ir stiprūs psichinės būklės ryšiai su nerimu.

Išvada. Pusė sergančiųjų krūties vėžiu patiria depresiją ir nerimą, kurie vienas su kitu susiję. Aukštesnis sergančiųjų krūties vėžiu depresijos ir nerimo lygis susijęs su blogesne gyvenimo kokybe.

Reikšminiai žodžiai: krūties vėžys, gyvenimo kokybė, depresija, nerimas, psichologinė būklė.

SUMMARY

Derbutienė O. Relationship between Depression, Anxiety and Quality of Life Among Patients with Breast Cancer. Thesis of nursing master study program. Advisor Assoc. Prof. Dr. Lolita Rapolienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2022. – p. 69.

Breast cancer is one of the most common oncological diseases in women and an extreme psychological test accompanied by depression, anxiety and deteriorating quality of life.

Aim. To identify interfaces of depression, anxiety, and quality of life in patients with breast cancer.

Research methodology. A quantitative research was conducted using Geriatric Depression scale (GDS); Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7); Quality of Life Questionnaire (SF-36) (Appendix No.1). The research involved 311 women. SPSS 24.0 and Microsoft Excel 2010 software packages were used for statistical analysis of the research data.

Results of the research. The study found that 59.2% of breast cancer patients experience depression of varying severity, among them 25.9% suffer from severe depression. The severity of depression was associated with younger age. Women who were more depressed were more likely to seek help from a psychologist. About half of breast cancer patients experience anxiety, and 22.5% of them have moderate or severe anxiety disorders. Many breast cancer patients experience various limitations due to physical disabilities, general health and lack of energy. Older age was associated with poorer physical health, less body pain and better mental health. Quality of life was not influenced by education, stage of cancer or time of diagnosis, but the type of treatment — hormone therapy — was associated with a better quality of life. There is a significant positive correlation between anxiety and depression: as anxiety increases, so does depression.

Moderate links between general health status, social functioning, activity limitations due to emotional disorders, as well as and strong connections between energy, mental health status, general vitality and depression were identified. Statistically significant connections between moderate general health status, energy, social functioning, overall quality of life, and strong mental health status with anxiety were identified.

Conclusion. Half of breast cancer patients experience depression and anxiety, which are linked to each other. Higher levels of depression and anxiety in breast cancer patients are associated with poorer quality of life.

Keywords: breast cancer, quality of life, depression, anxiety, psychological condition.

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

AMPP – atrankinė mamografijos patikros programa

ES – Europos Sąjunga

NVI – Nacionalinis vėžio institutas

KTO – krūtį tausojančios operacijos

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1.	Onkologinių ligų sąlygojami psichologiniai ir fiziniai sutrikimai	23
2.	Moterų pasiskirstymas pagal dalyvavimą krūties vėžio prevencinėje programoje, procentais	31
3.	Moterų pasiskirstymas pagal krūties vėžio stadiją, procentais	32
4.	Moterų pasiskirstymas pagal nustatytos diagnozės laiką, procentais	32
5.	Moterų pasiskirstymas pagal paskirtą gydymo metodą, procentais	33
6.	Moterų pasiskirstymas pagal suteiktą psichologinę pagalbą, procentais	33
7.	Moterų pasiskirstymas pagal priežastis, kodėl kreipėsi į psichologą, procentais	34
8.	Moterų pasiskirstymas pagal lankymosi pas psichologą trukmę, procentais	35
9.	Moterų pasiskirstymas pagal psichologo konsultacijų naudą depresijos lygiui, procentais	35
10.	Moterų pasiskirstymas pagal taikytus efektyvius metodus psichologinių konsultacijų metu, procentais	36
11.	Moterų pasiskirstymas pagal rekomendacijas kitoms vėžiu sergančioms moterims, procentais	36
12.	Moterų depresijos sunkumo vertinimas (GDS), procentais	43
13.	Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų vertinimas (GAD-7), procentais	46
14.	Patiriamos depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės priklausomybės vertinimas	53

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Moterų sergamumas krūties vėžiu pagal amžiaus grupes	10
2.	Tiriamųjų demografinė charakteristika	31
3.	Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė	38
4.	Klausimynų vidinis suderinamumas	39
5.	Moterų depresijos sąsajos su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozės laiku	44
6.	Moterų depresijos pasireiškimo (GDS) palyginimas pagal demografinius ir kitus veiksnius, proc. (n)	44
7.	Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų vertinimas, proc.	45
8.	Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų sąsajos su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozės laiku	46
9.	Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų (GAD-7) palyginimas pagal demografinius ir kitus veiksnius, proc. (n)	47
10.	Moterų gyvenimo kokybės skalių rezultatai	48
11.	Moterų gyvenimo kokybės sąsajos su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozės laiku	48
12.	Moterų gyvenimo kokybės (SF-36) palyginimas pagal demografinius ir kitus veiksnius, proc. (n)	49
13.	Moterų gyvenimo kokybės, nerimo ir depresijos sąsajos	50
14.	Regresinės tiesės koeficientų reikšmės	52
15.	Moterų gyvenimo kokybės (SF-36) palyginimas pagal depresijos ir nerimo lygius, proc. (n)	52

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Anketa pacientams	70
2.	Leidimas naudoti Geriatrinę depresijos skalę (GDS)	79
3.	Leidimas naudoti Generalizuoto nerimo sutrikimo skalę (GAD – 7)	80
4.	Leidimas naudoti Gyvenimo kokybės klausimyną SF - 36	81
5.	SF – 36 modelis	82
6.	SF – 36 sričių sistematika	83
7.	Apklausos atlikimo sertifikatas	84
8.	Etikos komisijos leidimas	85
9.	Leidimas atlikti apklausą socialiniame tinkle Facebook esančioje grupėje „Gyvenimas sergant krūties vėžiu“	86

TURINYS

IVADAS	6
I. TEORINĖ DALIS	8
1.1. KRŪTIES VĖŽIO SAMPRATA	8
1.1.1 Krūties vėžio epidemiologija ir diagnostika	9
1.1.2. Krūties vėžio gydymo ir prevencijos metodai	11
1.2. SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU PSICHOEMOCINĖ BŪKLĖ	13
1.2.1. Depresijos samprata ir ryšys su onkologine būkle	15
1.2.2. Krūties vėžiu sergančių pacienčių jaučiamas nerimas ir jo įveika	17
1.3. SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU GYVENIMO KOKYBĖ	20
1.4. PSICHOLOGINĖS PAGALBOS POREIKIS SERGANT ONKOLOGINE LIGA	26
II. EMPIRINĖ DALIS	29
2.1 TYRIMO METODIKA	29
2.1.1. Tyrimo imties charakteristika	29
2.1.2. Tyrimo metodai	37
2.1.3. Tyrimo instrumentas	39
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	40
2.1.5. Tyrimo etika	41
2.2. TYRIMO REZULTATAI	43
2.2.1. Sergančių krūties vėžiu patiriama depresija	43
2.2.2. Sergančių krūties vėžiu patiriamas nerimas	45
2.2.3. Sergančių krūties vėžiu gyvenimo kokybė	47
2.2.4. Pacienčių, sergančių krūties vėžiu, depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės sąsajos	50
IŠVADOS	57
REKOMENDACIJOS	58
LITERATŪRA	59
PRIEDAI	Klaida! Žymelė neapibrėžta.

IVADAS

Neinfekcinės ligos kiekvienais metais nusineša apie 41 milijoną žmonių gyvybių, tai sudaro 71% visų mirčių pasaulyje (Noncommunicable diseases, 2018). Onkologinės ligos yra antra pagal dažnumą mirties priežastis pasaulyje (La Nasa ir kt., 2020). Krūties vėžys tebėra labiausiai paplitęs vėžys tarp moterų visame pasaulyje. 2018 m. GLOBOCAN duomenimis, pasaulyje krūties vėžys diagnozuotas maždaug 2,1 mln. atvejų, o apie 630 000 žmonių nuo šios ligos mirė (Bray ir kt., 2018; Mokhatri-Hesari, Montazeri, 2020). Krūties vėžys viena dažniausių moterų onkologinių ligų ne tik pasaulyje, bet ir Lietuvoje. Lietuvos higienos instituto duomenimis 2019 m. krūties vėžiu sirgo 13629 moterų. Kasmet nustatoma apie 1500 naujų atvejų, tačiau gydymo rezultatai nėra džiuginantys. 2019 m. nuo minėtos ligos mirė 556 pacientai, 100 000 gyventojų tenka 19,9 mirusiųjų.

Didėjant sergamumui krūties vėžiu, padaryta pažanga gydant šią ligą. Ankstyvas ligos nustatymas, patikra ir diagnozė parodė, kad žymiai pagerėja pacientų išgyvenamumas ir didėja supratimas apie gydymo ir sveikos gyvensenos naudą (La Nasa ir kt., 2020). Ilgainiui ligos diagnostika ir gydymas gerokai patobulėjo, todėl krūties vėžio klinikiniuose tyrimuose ir išgyvenamumo tyrimuose svarbiu rodikliu tapo ne tik išgyvenamumas, bet ir gyvenimo kokybė. (Mokhatri-Hesari, Montazeri, 2020). Šiame kontekste aiškėja, kad su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra reikšminga kaip klinikinių rezultatų ir gydymo laikymosi prognozės veiksnys (La Nasa ir kt., 2020).

Krūties vėžys yra vienas iš labiausiai paplitusių moterų vėžio formų, turinčių sunkesnę psichinę ir emocinę poveikį nei kitų rūšių vėžys (Jafari ir kt., 2018). Vėžiu sergantys pacientai susiduria su tam tikromis psichologinėmis problemomis - stresu, nerimu, depresija; tam tikrais socialiniais šalutiniais poveikiais - socialine izoliacija, vaidmens ir funkcijų praradimu; ir galiausiai pablogėjusia gyvenimo kokybe (Üstündag, Zencirci, 2015). Itin dažnai pacientėms sunku susitaikyti su diagnoze, nes vėžys visuomenėje dažnai siejamas su mirtimi (Simutyte, 2014). Pirmosios psichologinės reakcijos, sužinojus apie vėžio diagnozę būna nerimas ir depresija (Šleževičiūtė, 2017). Po operacijos moterims tenka susitaikyti su kūno pokyčiais, kurie vertinami kaip dalies savęs netekimas. Ligos sukelta baimė kenkia jos psichologijai, ji tęsiasi ne tik gydymo metu, bet ir po jo (Valentaitė 2013). Sergančios moterys dažnai įvardija jaučiančios nuovargį, nerimą, susirūpinimą dėl ateities ir šeimos sunkumų (Šleževičiūtė, 2017). Psichologinė pagalba gali efektyviai sumažinti stresą, kuris yra susijęs su liga, neigiamą psichologinių ir socialinių veiksmų susijusių su liga įtaką (Gaidytė, 2019).

Gyvenimo kokybė yra sudėtingas, daugialypis darinys, apimantis „ligos suvokimą ir asmenų fizinės, psichinės ir socialinės sveikatos būklės įsivertinimą“ (La Nasa ir kt., 2020). Pacientams,

sergantiems onkologinėmis ligomis, gyvenimo kokybė laikoma kritiniu prognostiniu veiksniu prognozuojant išgyvenamumą, neatsižvelgiant į klinikines ir socialines-demografines charakteristikas, kurios, kaip žinoma, daro didelę įtaką ligos progresui (Efficace ir kt., 2014; 2015).

Sergant krūties vėžiu pacientės patiria ekstremalų fizinį išbandymą (Paukštytė, 2017). Jos susiduria tam tikrais fiziologiniais šalutiniais poveikiais - plaukų slinkimu, skausmu, nuovargiu, pykinimu, vėmimu (Üstündag, Zencirci, 2015).

Be to, onkologinių ligų gydymas gali daryti įtaką tokiems gyvenimo kokybės aspektams kaip kūno įvaizdis, nuovargis ir psichinė sveikata (Caocci, 2008). Onkologinėmis ligomis sergantys pacientai susiduria su psichologinėmis problemomis – stresu, nerimu, fiziologiniais poveikiais – pykinimu, vėmimu, skausmu, nuovargiu. Depresija ir nerimas taip pat dažnu atveju kamuoja onkologinius ligonius, todėl svarbu išsiaiškinti kokią įtaką tai turi pacientų gyvenimo kokybei. Nustačius šių veiksnių sąsajas, būtų galima suteikti efektyvesnę pagalbą pacientams.

TYRIMO OBJEKTAS: Sergančiųjų krūties vėžiu depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės sąsajos.

TYRIMO SUBJEKTAS: Krūties vėžiu sergančios moterys.

TYRIMO HIPOTEZĖ: Tikėtina, kad didėjant depresijos ir nerimo lygiui, blogėja gyvenimo kokybė.

TYRIMO TIKSLAS: Nustatyti pacienčių, sergančių krūties vėžiu, depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės sąsajas.

TYRIMO UŽDAVINIAI:

1. Nustatyti krūties vėžio pacienčių depresijos lygį.
2. Nustatyti krūties vėžiu sergančių pacienčių patiriamą nerimą.
3. Įvertinti krūties vėžio pacienčių gyvenimo kokybę.
4. Nustatyti pacienčių, sergančių krūties vėžiu, depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės sąsajas atsižvelgiant į sociademografinius rodiklius.

TYRIMO METODAI: literatūros analizė ir kiekybinis tyrimas.

I. TEORINĖ DALIS

1.1. KRŪTIES VĖŽIO SAMPRATA

Dažniausia moterų onkologinė liga beveik visose pasaulio šalyse, taip pat ir Lietuvoje, yra krūties vėžys. Kiekvienais metais ES nustatoma 275 tūkst. naujų atvejų, o miršta 88 tūkst., moterų (Ostapenko, 2016), tai sudaro maždaug 30 proc. visų naujai nustatytų onkologinių susirgimų (Čižauskaitė, 2014). Lyginant su kitais onkologiniais susirgimais, krūties vėžys sukelia daugiausiai mirčių - 16,8 proc. mirties atvejų (Čižauskaitė, 2014). Moters krūties liauka yra sudėtingos struktūros ir įvairūs hormoniniai svyravimai sukelia joje patologinius sutrikimus. Šie sutrikimai pasireiškia uždegiminiais procesais arba dariniu krūtyje. Jei darinys labai mažas, jis nesukelia simptomų ir pirštais neapčiuopiamas (aptinkamas mamografijos arba krūtų echoskopijos metu). Jei navikas paaugęs jį gali apčiuopti gydytojas arba pati moteris savityros metu (Nacionalinis vėžio institutas, 2018).

Nuo to kokio dydžio, kokioje vietoje yra navikas, ar augdamas įauga į odą, ar plačiai pasklidęs po visa krūtį, gali pasireikšti šie simptomai (Nacionalinis vėžio institutas, 2018):

- Sustandėjusi krūtis
- Pakitusi krūties forma ir dydis
- Padidėję limfmazgiai
- Pakitusi oda virš naviko
- Įtrauktas į vidų spenelis
- Išberta krūties spenelio sritis

Nustatyta, kad 20 – 50 proc. pacientų, sergančių vėžiu jaučia skausmą, tačiau ligai išplitus, tokių pacientų padaugėja iki 75 – 80proc. ir tai įtakoja miego kokybę, judėjimą ir fizinį aktyvumą, didelis ir vidutinis skausmas neigiamai įtakoja nuotaiką. Atsiranda ir kiti simptomai: dusulys, pragulos, tuštinimosi ir šlapinimosi sutrikimai, nuovargis, prastas apetitas, išsekimas, pykinimas (Valiulienė, 2012).

Siekiant apibūdinti vėžio išplitimą, dažnai naudojama sąvoka „stadijos“. Pirma ir antra stadijos – apima navikus, kurie yra maži ar neišplitę už organo ribų. Trečioji apima navikus, kurie išplitę į gretimas struktūras, o ketvirtoji apibūdina navikus, kurie plačiai išplitę į kitus organus.

Ligos išplitimui apibūdinti naudojama TNM simbolių sistema. Tiriant pacientą yra atsižvelgiama į gautus rezultatus ir nustatoma stadija.

T – naviko dydis

N – sritiniai limfmazgiai

M – metastazės, esančios toli nuo pirminio naviko.

Yra išskiriami pagrindiniai du vėžio tipai: invazinis ir neinvazinis.

Neinvazinis krūties vėžys – piktybiniai pakitimai yra tik pačioje epitelinėje ląstelėje. Yra galimybė, kad šis vėžys taps invaziniu, todėl gydymas būtinas. Vertinama kaip 0 vėžio stadija. Skirstomas į duktalinę karcinomą (vėžys išsivystęs pieno latakėlių sienelės išklodusiam epitelio ląstelėse) ir lobulinę karcinomą (vėžys išsivystęs pieną gaminančių skiltelių epitelyje).

Invazinis krūties vėžys – piktybiniai pakitimai jau peržengė epitelio ląstelės ribas, gretimas ląsteles ir audinius. Taip pat galimos metastazės. Skirstomas į invazinę duktalinę karcinomą (sudaro 70-80 proc. krūties vėžio atvejų, vėžys išsivystė pieno latakų epitelio ląstelėse) ir invazinę lobulinę karcinomą (sudaro 5-10 proc. krūties vėžio atvejų, prasideda pieną gaminančių skiltelių epitelyje).

Yra išskiriamos keturios krūties vėžio stadijos:

- I stadija – naviko skersmuo iki 2 cm, nėra metastazių limfmazgiuose ar kituose organuose
- II stadija – naviko skersmuo 2-5 cm, gali būti pažeisti pažasties limfmazgiai, bet kituose organuose metastazių nėra.
- III stadija – naviko skersmuo daugiau nei 5 cm, gali būti suaugęs su aplinkiniais audiniais (oda, krūties raumenimis), gali būti pažeisti pažasties limfmazgiai, nėra metastazių kituose organuose.
- IV stadija – naviko skersmuo gali būti bet kokio dydžio, gali būti pažeisti artimiausi limfmazgiai, metastazės kituose organuose (išplitęs krūties vėžys).

Atlikus tyrimą, kuomet tiriamos vėžio biopsinės medžiagos ląstelės, galima nustatyti piktybinių ląstelių diferencijavimo laipsnį. Kuo naviko ląstelės artimesnės sveikai ląstelei, tuo liga mažiau agresyvi (lėtesnis naviko augimas, lengvesnė ligos eiga, lėtesnis metastazavimas). Kuo ląstelė labiau pakitus lyginant su sveikąja, t.y. mažiau diferencijuota, tuo liga agresyvesnė. Aukšto laipsnio, t.y. geros diferenciacijos navikas žymimas simboliu G1, vidutinės G2, žemo laipsnio, t. y. mažos diferenciacijos – G3–4 (Nacionalinis vėžio institutas, 2018).

1.1.1 Krūties vėžio epidemiologija ir diagnostika

Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo atliktas tyrimas, kurio metu buvo siekiama nustatyti krūties vėžio sergamumo rodiklius pagal rasę/etinę priklausomybę, amžių, potipį ir valstybę bei sergamumo tendencijų analizę pagal rasę/tautybę, hormonų receptorių. Tyrime analizuoti Šiaurės Amerikos centrinio vėžio registro North American Association of Central Cancer Registries

(NAACCR) duomenys iš 2004 – 2014 m. laikotarpio. Į tyrimo rezultatus neįtraukti duomenys iš Minesotos, Naujojo Meksiko ir Nevados 2010 – 2014 m. laikotarpio ir Kanzaso 2004 -2014 m. laikotarpio, nes neatitiko minėto vėžio registro keliamų labai aukštų reikalavimų vieną ar kelis kartus per paminėtus metus (DeSantis, 2017). Lentelėje pateikiami gauti duomenys, atspindintys moterų sergamumą krūties vėžiu, priklausomai nuo amžiaus grupės:

1 lentelė. Moterų sergamumas krūties vėžiu pagal amžiaus grupes

Amžius	Neinvazinis vėžys		Invazinis vėžys		Mirtys	
	Skaičius	Proc.	Skaičius	Proc.	Skaičius	Proc.
< 40	1610	3%	11160	4%	990	2%
40 - 49	12440	20%	36920	15%	3480	9%
50 - 59	17680	28%	58620	23%	7590	19%
60 - 69	17550	28%	68070	27%	9420	23%
70 - 79	10370	16%	47860	19%	8220	20%
80 +	3760	6%	30080	12%	10910	27%
Viso	63410		252710		40610	

Šaltinis: DeSantis, C. E., Ma, J., Goding Sauer, A., Newman, L. A., & Jemal, A. (2017).

Iš pateiktos lentelės galime daryti išvadą, kad neinvaziniu krūties vėžiu serga mažiau moterų nei invaziniu krūties vėžiu. Abi vėžio rūšys labiausiai paveikia moteris esančias 50 – 59 ir 60 – 69 m. amžiaus grupėse. Taip pat vėžys rečiau paliečia moteris iki 40 m. amžiaus grupėje ir virš 80 m. amžiaus grupėje. Svarbu atkreipti dėmesį į išgyvenamumo rodiklius. Jaunų moterų, iki 40 m. mirtingumo rodiklis siekia vos 2 proc., didėjant amžiui mirtingumo rodiklis kyla, tuo tarpu virš 80 m. amžiaus pacienčių jis siekia beveik 30 proc. Taigi jaunos pacientės, susirgusios krūties vėžiu, turi didelę tikimybę pasveikti ir vėl gyventi įprastą gyvenimą.

Prieš 100 metų pavykdavo išgelbėti tik 5 proc. krūties vėžiu sergančių pacienčių. Šiandien padėti galima 90 proc. pacienčių, tačiau čia itin svarbų vaidmenį atlieka ankstyvas diagnozavimas. 2014 m. pateiktais duomenimis Lietuvoje nuo krūties vėžio mirdavo 50 proc. pacienčių. Tai įtakoja, jog bendrosios praktikos gydytojai neragina moterų reguliariai tirtis, o jos pačios dar neįvertina ankstyvosios diagnostikos svarbos (Simutytė, 2014).

Tačiau vėžio diagnostikos metodai nuolat plečiasi, o jų kokybė gerėja. Atsirado tokie tyrimai kaip skaitmeninė mamografija, aukštesnės raiškos ultragarso tyrimai, magnetinio rezonanso tyrimas.

Taip pat tobulėja gydymas: specifiniai chemoterapiniai vaistai, tikslus radioterapinis gydymas, operacinės technikos progresas – visa tai lemia gerėjančius išgyvenamumo rodiklius ir ilgesnę gyvenimo trukmę (Čižauskaitė, 2014).

Moterys skatinamos namuose kas mėnesį atlikti reguliarią savitikrą namų sąlygomis ir taip laiku pastebėti krūtų plote atsiradusius pakitimus. O juos aptikus – nedelsiant kreiptis į medikus. Amerikos vėžio asociacijos duomenimis, aptikus krūtį vėžį I stadijoje, tikimybė išgyventi yra 80-90 proc., o jį diagnozavus IV stadijoje – vos 10-15 proc.

Aurelijos Jankienės (2020) atliktame tyrime buvo siekiama nustatyti ar yra ryšys tarp moterų požiūrio į krūties vėžio savitikrą bei į patį krūties vėžį ir poros santykių kokybės. Gauti rezultatai atskleidė, kad moterys, kurios užsiima savitikra palankiau žiūri į krūties vėžį ir įžvelgia didesnę prevencijos naudą, lyginant su moterimis, kurios savitikros neatlieka. Profilaktinę krūtų savitikrą atliekančios moterys gauna mažiau neigiamų komentarų apie savo fizinę išvaizdą iš savo partnerių, nei moterys, kurios to neatlieka. Nepaisant mokslinių įrodymų apie savitikros naudą ir efektyvumą, tik moterų įsitikinimai apie šią krūties vėžio prevencinę programą lems ar jos ateityje užsiims savitikra ar ne. Todėl galima daryti prielaidą, kad apie savitikros naudą reikia informuoti dar jaunas merginas, moteris, formuoti tinkamą požiūrį į savitikrą, kad jos suprastų tikrąją jos prasmę ir reikšmę.

1.1.2. Krūties vėžio gydymo ir prevencijos metodai

Nustačius krūties vėžį, kiekvienu atveju yra sudaromas individualus gydymo planas. Tai susiję su daugeliu veiksnių: krūties vėžio stadija ir diferencijacijos laipsniu, naviko dydžio, moters amžiumi, menopauze, ar vėžys turi hormonų (estrogenų, progesterono) ar HER 2 receptorių.

Krūties vėžio gydymas dažnai prasideda nuo naviko šalinimo chirurginiu būdu, pašalinant visa arba dalį krūties. Kartais siekiant sumažinti naviko dydį yra taikoma chemoterapija. Sugijus žaizdai gali būti taikoma radioterapija, apšvitinant operacinio rando sritis, artimųjų limfmazgių sritis, siekiant sunaikinti galimai likusias vėžio ląsteles. Taip pat gali būti taikoma chemoterapija, hormonoterapija ar biologinė terapija, siekiant sumažinti ligos atsinaujinimo galimybę. Būna atvejų, kai ligos atsinaujinimo išvengti nepavyksta. Tai gali įtakoti naviko dydis, metastazės pažastiniuose limfmazgiuose, naviko diferencijacijos laipsnis, naviko paplitimas į smulkiąsias limfagysles ir kraujagysles, ar vėžinės ląstelės turi estrogenų ir HER 2 receptorių (Nacionalinis vėžio institutas, 2018).

Siekiant pagerinti krūties vėžio gydymo rezultatus, nuo 2000-ųjų metų ES šalyse yra siekiama kurti krūties centrus. Čia turėtų būti gydoma ne mažiau kaip 150 pacienčių, o medikų komandą sudaryti psichologas, patologas, genetikas, chemoterapeutas, chirurgas, plastikos chirurgas,

radioterapiautas, radiologas, slaugytojas. Lietuvoje krūties vėžio pacientės gydomos universitetiniuose ir krūties onkologijos centruose. Itin svarbus reikalavimas krūties centrams – atlikti kuo daugiau krūtį tausojančių operacijų (KTO). ES šalyse atliekama 70-80 proc. KTO. Tuo tarpu Lietuvoje dėka gydytojų kompetencijos ir naujų gydymo galimybių KTO skaičius padidėjo nuo 3,5 proc. iki 68 proc. (imant laikotarpį nuo 1992 m. iki 2015 m.) (Ostapenko, 2016).

2005 m. rudenį startavo nemokama prevencinė programa „Atrankinė mamografinė patikra dėl krūties vėžio“ (AMPP). Programa skirta moterims nuo 50 iki 69 m. imtinai, tikrintis reikia kas dvejus metus. Iki 2019 m. vidurio, šioje programoje dalyvavo 446 tūkst. moterų (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2019). Pagrindinis programos efektyvumo kriterijus – mirtingumo nuo krūties vėžio sumažėjimas (Steponavičienė, 2017).

Norint dalyvauti šioje programoje pacientės turi kreiptis į savo šeimos gydytoją, gavus siuntimą užsiregistruoti mamografijos tyrimui. Tai pagrindinis krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos tyrimo metodas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, per 2019 m. pirmuosius septynis mėnesius krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje dalyvavo daugiau nei 68 tūkst. moterų. Tai yra 6 tūkst. daugiau nei 2018m. tuo pačiu metu. Remiantis šiais duomenimis, galima daryti išvadą, kad moterys vis daugiau dėmesio skiria savo sveikatai ir gyvenimo kokybei. Tačiau tai yra tik kas antra moteris iš beveik 460 tūkst., kurios atitinka prevencinės programos amžių (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2019).

Prevencinė programa gali būti vykdoma tik sertifikuotuose centruose. Tokių centrų nuo programos pradžios iki 2016 m. padaugėjo nuo devyniolikos iki trisdešimt vieno. Dalis centrų atlieka tik mamogramų atlikimo paslaugą, kiti ir vertinimo. Lietuvoje veikia 5 centrai, kuriuose gali būti vykdomas tolesnis aptiktų pakitimų ištyrimas (įtartino židinio padidėjimas, krūties tomosintezė, ultragarso tyrimas, biopsija, magnetinio rezonanso tyrimas) ir gydymas (Steponavičienė, 2017).

Steponavičienės (2017) straipsnyje pateikiamose išvadose teigiama, kad AMPP naudojama ne pagal paskirtį. Ši išvada gauta atsižvelgiant į tai, kokios stadijos navikai nustatyti patikros metu. Mat tai yra viena iš rodiklių, kuris nustato ar vykdoma programa efektyvi ir ar bus pasiektas pagrindinis programos tikslas. ES rekomendacijose nurodoma, kad 75proc. navikų turėtų būti diagnozuojami I stadijoje. Steponavičienės ir kolegijų atliktiname tyrime nustatyta, kad I stadijos nustatyta tik 49proc. navikų, o III – IV stadijos nustatyta net 19proc. NVI gauti duomenys apie navikų stadijos pasiskirstymą mažai skyrėsi nuo pasiskirstymo bendroje Lietuvos populiacijoje. Moterys, kurioms pakitimai yra akivaizdžiai matomi ar užčiuopiami, po apsilankymo turėtų būti nedelsiant pakliūti pas specialistą, o ne būti siunčiamos atlikti mamografijos, pagal prevencinę programą.

Tame pačiame Steponavičienės straipsnyje teigiama, kad Lietuva yra viena iš trijų ES šalių, kurios nesilaiko rekomendacijų dėl AMPP ir nėra sukurta sistema, kuri kvieštų moteris centralizuotai

dalyvauti programoje, su programos registru ir kvietimų sistema. Kaip vieną iš galimų didelio mirtingumo nuo krūties vėžio priežasčių įvardija netinkamai organizuojamą AMPP. Kaip didelį trūkumą įvardija ir tai, kad Lietuvoje nėra sukurtas AMPP efektyvumo vertinimo sistemos, bei nėra vertinami tokie esminiai rodikliai kaip techniniai mamogramų parametrai, technologų darbo kokybė, papildomų tyrimų dažnis, biopsijų skaičius nustatčius įtartinus pakitimus mamogramose bei biopsijų skaičius, kai piktybinio naviko diagnozė nepasitvirtino, koks taikytas gydymas nustatčius krūties vėžį ir t.t., kurie būtini siekiant įvertinti programos eigą bei efektyvumą.

1.2. SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU PSICHOEMOCINĖ BŪKLĖ

Giedrės Bulotienės (2014) straipsnyje, pateikiamose išvadose nurodoma, jog apklausus 421 respondentą nustatyta, kad 1,5 proc. pacientų, kuriems nustatytas krūties vėžys, patiria potrauminį streso sindromą. Tai dažniausiai pasireiškia liūdesiu ir dažnu verkimu. Po metų patiriančių potrauminį sindromą pacientų skaičius sumažėjo iki 33,5 proc. Potrauminis streso sindromas po metų koreliuoja su liūdesiu, prastu savęs suvokimu, dažnu verkimu, traumine patirtimi, per vienerius ligos metus. 38 proc. pacientų sužinoję apie diagnozę galvoja apie savižudybę, po metų šis skaičius sumažėja iki 24 proc. Rezultatai rodo, kad būtina anksti įvertinti krūties vėžiu sergančių pacientų psichoemocinius poreikius, o ankstyvosios intervencijos yra prasmingos.

Siekiant užtikrinti kuo geresnę emocinę būklę svarbu patenkinti pacienčių psichosocialinius poreikius, t.y. turi būti suteiktos kokybiškos gydymo paslaugos, personalas turi bendrauti nuoširdžiai, jautriai ir empatiškai. Visa informacija apie ligą, jos eigą, gydymo galimybes, galimas pasekmes, ateities perspektyvos, taip pat turi būti pateikiamos išsamiai ir aiškiai. “Psichosocialinės pagalbos tikslas – mažinti su liga susijusį psichologinį stresą, neigiamą psichologinių ir socialinių veiksnių, susijusių su liga ir jos gydymu, įtaką, tinkamai ir laiku pradėti teikti pagalbą, atitinkančią sergančiojo ir jo artimųjų poreikius” (Gaidytė, 2019). Gydant vėžį šalia medicininio gydymo, svarbu integruoti įvairias psichologinės pagalbos formas, kurios padėtų pagerinti su liga susijusią gyvenimo kokybę, prisitaikymą, savigydą. Psichologinės pagalbos formos yra aprašomos moksliniuose straipsniuose, įrodant jų efektyvumą (Valiulienė, 2013). Tyrimais įrodyta, kad psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams padeda mažinti depresijos ir nerimo lygį. Taip pat padeda suvaldyti stresą, vienišumo jausmą, prisitaikyti prie kūno pokyčių. Gerina gyvenimo kokybę, bendradarbiavimą su gydytojais (Jokubaitienė, 2016). Psichosocialinės paslaugos turi būti prieinamos visiems onkologiniams pacientams ir jų šeimų nariams, visuose gydymo etapuose (Albreht, 2015). Tyrimų duomenimis, ypač pažeidžiamos yra šeimos, turinčios jauno amžiaus vaikų, kurių tėvų onkologiniai

susirgimai pažengę. Tėvams sunku komunikuoti vėžio tema su vaikais, todėl patiria daugiau streso, nei pacientai, kurie neturi vaikų. Streso lygis pasiekia piką, kuomet sveikatos būklė yra kritinėje padėtyje (Šimkovič, 2014). Lietuvoje psichosocialinės paslaugos yra tik pradinėje stadijoje, jas numatoma integruoti 2014 – 2025 m. laikotarpyje vykdomoje programoje. Šalyje veikia penki vėžio informacijos centrai, taip pat specializuotos gydymo įstaigos, kuriuose yra teikiamos šios paslaugos. Nors pažanga matoma, tačiau nėra garantuojamas paslaugų vientisumas ir tęstinumas. Kai baigiasi ligos gydymas, dalis pacienčių gauna reabilitaciją, vėliau keliauja namo ir nėra užtikrinama tolimesnė psichosocialinė pagalba, todėl dar labiau sustiprėja vėžio centrų vaidmuo (Dvorak, 2018). Pacientų artimiesiems arba juos globojantiems žmonėms, taip pat būtina sukurti paslaugas, kurios padėtų išmokyti bendrauti su sergančiuoju asmeniu, susitvarkyti su savo psichologinėmis problemomis. Slaugantieji asmenys taip pat tampa atskirti nuo savo įprasto gyvenimo, dažnai praranda socialinius ir darbo įgūdžius. Svarbu padėti jiems išmokyti valdyti stresą, atrasti laiko sau ir kompetentingai prižiūrėti sergantį asmenį, integruotis visuomenėje (Kudukytė-Gasperė, 2015).

Klaipėdos mieste nuo 2019 m. veikia į pacientą orientuotą kompleksinę pagalbą “Krūties vėžio pacientų mokykla”, joje gali lankytis krūties vėžio pacientai, jų artimieji ir sveikatos priežiūros specialistai. Mokymai pradėti organizuoti, siekiant suteikti daugiau žinių interesuotiems asmenims, paskaitas skaito kvalifikuoti specialistai. Paskaitos rengiamos įvairiomis temomis, pvz. Krūties vėžio diagnostika, gydymo metodo parinkimas ir t.t.

Panaši praktika, kur vėžiu sergantys pacientai yra mokomi gyventi su savo diagnoze, taikoma ir kitose pasaulio šalyse, pvz. Kinijoje mokoma kaip sumažinti psichologinę naštą, pagerinti fizinę savijautą, taip pat kaip tinkamai savimi pasirūpinti. Vykdam šią programą yra organizuojama dvylika užsiėmimų, naudojami paveikslėliai, vaizdo įrašai, brošiūros, muzikos terapija, paskaitos apie mitybą. Zhaoxia Wang su kolegomis tyrė šios programos efektyvumą, gautus rezultatus pateikė išvadose, kuriose buvo nurodoma, kad yra programos poveikis yra teigiamas, minėtos priemonės padarė teigiamą įtaką pacientų psichinei ir fizinei būklei. Mokomosios programos vaidina svarbų vaidmenį gerinant pacientų gyvenimo kokybę (Wang, 2019).

Yra iniciatyvų, kuriomis siekiama šalyse įdiegti naujų terapijos metodų, pvz., Meaning-Centered Psychotherapy, kurią sugalvojo ir aprašė Dr. William Breitbart. Tačiau nepaisant teigiamų tyrimų rezultatų, svarbu atkreipti dėmesį, kad naujus psichosocialinius ir psichoterapinius metodus reikia įgyvendinti itin atsargiai. Pacientai sergantys vėžiu patiria sudėtingus jausmus: bejėgiškumą, pyktį, negalėjimą susitaikyti su diagnoze, kaltę, nerimą, todėl integruojant naujus metodus, svarbu atsižvelgti į šalių kultūrinius skirtumus ir žmonių poreikius (Sutkevičiūtė, 2017).

1.2.1. Depresijos samprata ir ryšys su onkologine būkle

Depresija ir nerimas yra dažnos diagnozės po krūties vėžio diagnozės (Tsaras et al., 2018). Jau ir taip apsunkintai psichinei būsenai po krūties vėžio diagnozės nustatymo tai prisideda prie sunkumų, kuriuos sukelia tiek gydymo metodai, tokie kaip mastektomija ir chemoterapija, tiek daugybė socialinių ir šeimos problemų, kurios šią būklę paaštrina. Be to, depresija siejama su prastesne fizine funkcija (Faller et al., 2017) ir didele mirtingumo rizika (Batty et al., 2017)..

Iki šiol buvo atlikta daug tyrimų, siekiant ištirti krūties vėžiu sergančių moterų depresijos paplitimą, kuris skiriasi įvairiose bendruomenėse. Kaip rodo Jafari ir kt. (2018) Irane atlikto tyrimo išvados 42,3 % krūties vėžiu sergančių pacienčių kenčia nuo vidutinio sunkumo ar sunkios depresijos. Autorių (Purkayastha et al., 2017; Jafari et al., 2018; Wondimagegnehu et al., 2019) atliktas sisteminis apžvalginis tyrimas, atliktas įvertinus 32 tyrimus iki 2012 m., atskleidė, kad krūties vėžiu sergančioms pacientėms gresia depresija, kuri yra dažna tarp krūties vėžiu sergančių pacientų, todėl didėja funkcinis sutrikimas ir blogai laikomasi gydymo protokolų. Remiantis gautais rezultatais, iš daugumos iki šiol atliktų tyrimų nustatyta, kad krūties vėžiu sergančioms moterims pasireiškė lengvo lygio depresija, tačiau vieno tyrimo duomenimis, 69,4 proc. pacienčių sirgo sunkaus lygio depresija. Tiesa, kitose bendruomenėse depresijos paplitimas buvo skirtingas, pavyzdžiui, Azijos šalyse, tokiose kaip Kinija ir Tailandas, atitinkamai 26 % ir 16,7 %. Kito Indijoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad 21,5 proc. krūties vėžiu sergančių pacienčių serga depresija. Turkijoje 27,7 proc. krūties vėžiu sergančių moterų patyrė vidutinio sunkumo depresiją, o 19,5 proc. jų sirgo sunkia depresija. Be to, 2000, 2005, 2010 ir 2012 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktų tyrimų duomenimis, krūties vėžiu sergančių pacienčių depresijos paplitimas buvo atitinkamai 26 %, 10 %, 42 % ir 56 %. Europos šalyse, pavyzdžiui, Vokietijoje, nustatyta, kad 11 proc. krūties vėžiu sergančių pacienčių sirgo vidutinio sunkumo depresija, o 12 proc. sirgo didele depresija. Graikijoje atliktas tyrimas taip pat parodė, kad 54,4 proc. moterų, kurioms diagnozuotas krūties vėžys, patyrė depresiją. Italijoje atliktas tyrimas parodė, kad 18 proc. krūties vėžiu sergančių pacientų sirgo depresija. Taigi apibendrinant galima teigti, jog anot Wondimagegnehu ir kt. (2019) depresija yra gretutinė negalia sukelianti liga, kurios paplitimas tarp krūties vėžiu sergančių pacientų svyravo nuo 9,3 iki 56%. Galimos šių tyrimų skirtumų priežastys - demografinių kintamųjų, tokių kaip amžius, šeimyninė padėtis, vėžio trukmė, gydymo tipas ir gydymo seansų skaičius, taip pat vietos ir kultūrinė įvairovė, kuri gali turėti įtakos pacientų psichinei ir psichologinei savijautai, skirtumai (Purkayastha et al., 2017; Jafari et al., 2018; Wondimagegnehu et al., 2019).

Taip pat atrodo, kad krūties vėžiu sergančių žmonių psichologiniai sutrikimai, tokie kaip depresija, gali atsirasti dėl tokių veiksnių kaip ilgas gydymas, dažnas priėmimas į ligoninę ir šalutinis spindulinės terapijos bei chemoterapijos poveikis (Jafari et al., 2018).

Kitas didelis rūpestis yra išvaizda. Krūties vėžys ir jo gydymas gali pakeisti moters mąstymą ir jausmus apie visą savo kūną, moteriškumą, savigarbą ir elgesį. Mastektomija ar plaukų slinkimas dėl chemoterapijos ir ankstyvos menopauzės gali kelti rimtą grėsmę moters savęs įvaizdžiui (Purkayastha et al., 2017). Krūtys yra vienas iš moteriškumo simbolių, todėl mintis, kad gali netekti šio organo, moterims yra skausminga ir nepakeliama. Diagnozavus krūties vėžį gali kilti tokios reakcijos kaip mastektomijos baimė ir patrauklumo stoka, moters tapatybės sutrikimas, fizinė negalia ir psichikos sveikatos sutrikimas (Jafari et al., 2018). Vaisingumą ir lytinį potraukį taip pat gali paveikti krūties vėžio gydymas chemoterapija ar hormonų terapija. Vienas iš svarbiausių šių moterų rūpesčių yra jų partnerių, vaikų ir šeimos narių reakcija ir palaikymas, kuris daro teigiamą įtaką jų psichologinei sveikatai (Purkayastha ir kt., 2017).

Vėžio stadija yra stipriai susijusi su depresija, o pažengusios stadijos krūties vėžiu sergančios pacientės turėjo didesnę depresijos riziką, palyginti su tais, kurie serga ankstyvos stadijos vėžiu (Wondimagegnehu ir kt., 2019). Pacientėms, kurių prognozė buvo šešių mėnesių ar trumpesnė, depresija paplitusi iki 22%. Be to, tyrimai, parodė, kad per pastaruosius du ar tris mėnesius iki mirties ir ypač paskutinį gyvenimo mėnesį depresija žymiai sustiprėjo (Fafouti ir kt., 2010).

Nustatyta, kad skausmas yra reikšmingai susijęs su depresija, o dėl skausmo stiprumo padidėjo depresijos rizika. Tai rodo, kad krūties vėžiu sergantiems pacientams skausmo valdymas yra labai svarbus depresijos ir kitų gretutinių psichologinių ligų prevencijai (Wondimagegnehu ir kt., 2019).

Depresija yra trumpesnio išgyvenamumo po krūties vėžio rizikos veiksnys. Tai reiškia, kad vėžiu sergančių pacienčių depresijos nustatymas ir gydymas yra svarbi tinkamo krūties vėžio gydymo dalis. Depresiją galima gydyti tiek vaistais, tiek psichoterapija. Ji nėra tiesiog reakcija į vėžį, o veikiau komplikuojanti gretutinė liga, pasireiškianti kai kurioms, bet ne visoms vėžiu sergančioms pacientėms. Depresija slopina su sveikata susijusį elgesį - nuo normalaus miego ir fizinio aktyvumo iki medicininio gydymo. Depresija sergantys žmonės dažnai vengia bendrauti ir gali negauti reikiamos socialinės paramos. Taigi daugeliu atžvilgių depresija gali pabloginti krūties vėžio gydymo rezultatus (Steakley, 2010).

Dažniausiai pasitaikantys depresijos požymiai yra prislėgta nuotaika ir susidomėjimo ar malonumo įprastine veikla praradimas. Depresijos simptomai taip pat yra šie:

- nemiga ar kiti miego sutrikimai;
- kūno svorio pokyčiai (padidėjimas arba sumažėjimas);
- apetito pokyčiai;

- nuovargis (didžiulis nuovargis) ir energijos netekimas;
- dirglumo ar nerimo jausmas;
- menkavertiškumo ar kaltės jausmas;
- beviltiškumo ar bejėgiškumo jausmas;
- mintys apie savęs žalojimą ar savižudybę;
- susirūpinimą dėl mirties;
- atminties ar dėmesio koncentracijos sutrikimai;
- socialinė izoliacija;
- verkimas;

Depresija gali būti susijusi su daugeliu priežasčių. Dauguma moterų, kurioms diagnozuotas krūties vėžys, sunkiai susitaiko su šia diagnoze, po to išgyvena ligos nežinomybę ir įsivaizduoja blogiausią. Veiksniai, turintys įtakos depresijos intensyvumui ir tolesniam ligos vystymuisi, yra asmenybės tipas, apsauginiai psichologiniai mechanizmai ir įveikos įgūdžiai, kuriuos asmuo įgijo diagnozės nustatymo metu. Nerimas, ankstesnės ligos, prastas išsilavinimas, emocinės reakcijos, bejėgiškumas ir beviltiškumas, nepakankama socialinė parama, prastas bendravimas su slaugytojais, žinių ir supratimo apie savo būklę, ligos stadiją ir prognozę stoka - visa tai turi neigiamą poveikį depresijos vystymuisi (Roy, Fortin, Larochelle, 2001). Krūties vėžio gydymo simptomai, tokie kaip nuovargis ir skausmas, taip pat sukelia depresiją, nes šie simptomai tampa kliūtimi kasdienėje veikloje. Šeimos, darbo ir finansiniai prisitaikymai laukiant gydymo ir (arba) blogos savijautos laikotarpiais taip pat gali prisidėti prie šių moterų distreso (Purkayastha et al., 2017).

1.2.2. Krūties vėžiu sergančių pacientų jaučiamas nerimas ir jo įveika

Viena svarbiausių psichotraumų, turinčių įtakos gydymo veiksmingumui, yra vėžio diagnozės sukelta psichinė trauma. Dažnai individo pasąmonėje suaktyvėja pagrindinės visuomenės "archetipinės" nuostatos apie neišvengiamą mirtį dėl ligos, kuri visada turi katastrofišką poveikį išgyvenimui. Jau įtarus vėžį ir laukiant tyrimo rezultatų, pacientui gali kilti ūmus nerimas (Матреницький, 2020). Grėsmė gyvybei, fizinio traumavimo perspektyva, numatomas su liga susijęs skausmas ir kančia, gydymo pavojai ir komplikacijos, neįgalumo galimybė, darbo ir socialinio statuso praradimas, gresiančios finansinės išlaidos ir netikrumas, kad liga bus visiškai išgydyta, daugeliui naujai diagnozuotų pacientų sukelia didžiulę baimę dėl gyvenimo ir ateities, nerimą, nesaugumo jausmą, gyvenimo kontrolės praradimą, vidinę įtampą, bejėgiškumą ir net siaubą (Witek-Janusek, et al., 2007).

Nerimas yra visur paplitęs ir pasireiškia visų rūšių krūties vėžio gydymo metu. Moterų, kurioms buvo taikoma chemoterapija, nerimo lygis buvo didžiausias prieš pirmąją chemoterapijos infuziją. Radioterapijos gydymo režimai neturėjo įtakos radioterapija gydytų pacienčių nerimo lygiui, o daugumos tyrimų išvadose teigiama, kad nerimo lygis buvo didesnis moterims, kurioms buvo atlikta mastektomija, nei toms, kurioms buvo taikyta krūtį išsauganti terapija (Lim, Ang, 2011)

Kalbant apie nerimą, jo įtaka krūties vėžio prognozei vis dar ginčijama. Wang ir kt. (2020) nustatė, kad nerimas prognozuoja krūties vėžiu sergančių pacientų mirtingumą dėl visų priežasčių. Tyrimai rodo, jog nerimas buvo susijęs su išgyvenimu be atkryčio, bet ne su bendru išgyvenimu. Tačiau keli tyrimai parodė, kad tarp krūties vėžiu sergančių pacientų nerimo ir mirštamumo ryšio nenustatyta.

Dauguma krūties vėžiu sergančių pacientų nerimą apibūdino kaip „psichinę būklę“ (Tsaras et al., 2018). Anot Baqutayan (2012), nerimą galima apibrėžti kaip nemalonią subjektyvią patirtį, susijusią su realios grėsmės suvokimu, todėl jis yra dažnas su vėžiu susijęs simptomas. Be to, jį galima apibūdinti kaip emocinę būseną, kuriai būdingas nemalonaus laukimo jausmas ir gresiančio pavojaus pojūtis. Nerimas, įtampa, baimė ir stresas yra tarpusavyje susiję su nerimu ir depresija. Pacientai skiriasi tuo, kaip jie suvokia savo problemą ir kaip susidoroja su tuo susijusiu nerimu (Tsaras et al., 2018).

Kaip minėta, nerimas yra viena iš labiausiai dominuojančių psichologinių problemų, susijusių su vėžiu. Kitaip tariant, nerimas yra tiesiog normali vėžiu sergančių pacienčių reakcija. Pacienčių nerimas padidėja sužinojus, kad jos serga krūties vėžiu, jos taip pat gali dar labiau nerimauti, kai vėžys plinta arba gydymas tampa intensyvesnis. Vadinasi, vieno vėžiu sergančio asmens patiriamo nerimo lygis gali skirtis nuo kito asmens patiriamo nerimo lygio (Baqutayan, 2012).

Be to, vėžiu sergančios pacientės gali patirti nerimą įvairiose situacijose, pavyzdžiui, atlikdamos atrankinį tyrimą, laukdamos rezultatų, išgirdusios diagnozę, gydydamosi ar laukdamos vėžio pasikartojimo. Su vėžiu susijęs nerimas gali sustiprinti skausmo pojūtį, trukdyti miegoti, sukelti pykinimą ir vėmimą bei pabloginti gyvenimo kokybę. O stiprus nerimas gali net sutrumpinti pacientės gyvenimą.

Daugumai pacientų dėl vėžio tenka susidurti su nežinomybe, nerimu dėl vėžio gydymo poveikio, vėžio progresavimo ir mirties baime, kaltės jausmu ir dvasiniais klausimais. Kita vertus, nerimas diagnozavus vėžį nebūtinai turi būti normali būseną, svarbu suprasti vėžiu sergančio paciento nerimo pobūdį, nes nenormalus nerimas trikdo pacientų psichologinę gerovę (Baqutayan, 2012).

Daugelis mokslininkų tyrė moterų, kurioms taikomas skirtingas krūties vėžio gydymas, nerimo lygio skirtumus. Lim ir Ang atliktas tyrimas (2011) parodė, kad nerimas pasireiškia visų tipų krūties vėžio gydymo atvejais. Be to, moterų, kurioms buvo taikoma chemoterapija, nerimo lygis buvo

didžiausias prieš pirmąją chemoterapijos infuziją.

Žmonės skirtingai suvokia savo ligą, taip pat skiriasi ir tai, kaip jie susidoroja su nerimu. Vienus nerimo jausmas lengvai sutrikdo, o kiti gali jį priimti kaip iššūkį ir bando ieškoti būdų, kaip jį įveikti. Yra daug klinikinės depresijos gydymo būdų, įskaitant vaistus, konsultavimą arba abiejų šių būdų derinį. Gydymas gali sumažinti nerimo jausmą ir pagerinti gyvenimo kokybę. Todėl nerimo diagnozavimą sergant vėžiu paprastai apsunkina nerimo ir ligos simptomų, pavyzdžiui, su vėžiu susijusio nuovargio ir skausmo, sutapimas. Vėžiu sergantiems pacientams, kurie nepatvirtina visų depresijos simptomų, pastebėta daug bendrų didžiosios depresijos simptomų (Baqutayan, 2012).

Įvairūs tyrimai parodė, kad įvairių tipų ir stadijų vėžio atvejais nerimui įveikti naudojamos įvairios įveikos strategijos. Pavyzdžiui, Baqutayan (2012) teigė, kad neefektyvias įveikos strategijas naudojančių pacientų nerimo ir depresijos lygis yra aukštesnis, o naudojantis socialine parama nerimo ir depresijos lygis pastebimai sumažėja.

E. A. Shephard, R. D. Neal, P. W. Rose ir kitų autorių teigimu (2016), krūties vėžio diagnozė gali išprovokuoti audringą paciento emocinę reakciją. Dauguma pacientų susitaiko su liga, nors iš pradžių tai atrodė neįmanoma. Be abejo, tam reikia laiko. Kai kurie ligoniai siekia kuo daugiau sužinoti apie ligą, jos gydymą, nes tai jiems padeda susidoroti su emocijomis. Rekomenduojama pacientams ir jų namiškiams aptarti gydymą, perspektyvas ir savo baimes su gydančiu gydytoju. Gydymo pradžia daugeliui žmonių padeda susikonsoliduoti prie gydymo eigos ir rezultatų. Pacientai gali pageidauti, kad juos lydėtų artimieji apsilankymų pas gydytoją ar gydymo kursų metu. Artimų žmonių buvimas kartu padeda sumažinti nerimą, geriau suprasti gaunamą informaciją, užduoti rūpimus klausimus. Labai naudingas atviras bendravimas ir savo baimių bei nerimo išsakymas.

Vėžiu sergantiems pacientams diagnozės nustatymo metu prasidėjusi įtampa lydi juos visą gydymo laikotarpį. Be to, jaučiamas reikšmingas kumuliacinis nerimo efektas: pradinį lėtinį nerimą skatina diagnozės sukeltas nerimas, kurį sustiprina operacijos, chemoterapijos ir radioterapijos bei jų padarinių sukeltas nerimas, taip pat nerimas dėl pablogėjusios fizinės ir socialinės būklės bei netikrumo dėl ateities. Visų pirma krūties vėžiu sergančių pacienčių distreso kumuliacinis pobūdis pasireiškia neigiamų emocinių išgyvenimų, susijusių su psichologiškai traumuojančiais įvykiais, įvykusiais pacientės gyvenime iki ligos, ūmaus streso, susijusio su diagnoze, ir egzistencinių išgyvenimų, susijusių su grėsme gyvybei, deriniu (Матреницкий , 2020).

Vėžiu sergančių pacientų nerimo paplitimas priklauso nuo vėžio tipo, laiko nuo diagnozės nustatymo, fizinės negalios laipsnio, skausmo intensyvumo, išgyvenamumo prognozės ir kitų veiksnių. J. Zabora ir kiti (cit. iš Матреницкий , 2020), ištyrę beveik 4500 19 metų ir vyresnių pacientų, nustatė, kad 14 dažniausiai pasitaikančių vėžio rūšių sergančių pacientų psichologinis nerimas svyruoja nuo 29 iki 43 proc. Tačiau net ir tie pacientai, kuriems nepasireiškia ryškūs

klinikiniai nerimo simptomai, gali jausti kaltės, kontrolės praradimo, pykčio, liūdesio, sumišimo ir baimės jausmus, taip pat sunkumus santykiuose su šeimos nariais. Apskritai, didelė nerimo įtampa gali išlikti iki 15 mėnesių po diagnozės nustatymo (Матреницкий , 2020).

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad nerimas daro didelę įtaką krūties vėžiu sergančių pacienčių savijautai ir lemia aukštą įveikos mechanizmų lygį.

1.3. SERGANČIŲ KRŪTIES VĖŽIU GYVENIMO KOKYBĖ

Kategorija „gyvenimo kokybė“ yra neatskiriama tiriamųjų gyvenimo kokybinė charakteristika, atskleidžianti visos visuomenės atžvilgiu jos gyvenimo kriterijus, gyvenimo palaikymo sąlygas, taip pat visuomenės, kaip vientisos socialinės struktūros, gyvybingumo sąlygas. „Gyvenimo kokybės“ sąvoka į Vakarų šalių leksiką pateko 1950-ųjų pabaigoje, kaip abstrakti formuluotė su skirtingu turiniu. Vieni autoriai gyvenimo kokybę siejo su kvietimas saugoti aplinką, kitiems tai buvo susvetimėjimo reiškiny, dar kitiems - priemonė neigiamoms mokslo ir technologijų pažangos bei ekonomikos augimo pasekmėms įveikti. (Бирюкова, 2009)

Gyvenimo kokybės klausimais daug yra rašę tiek užsienio, tiek Lietuvos mokslininkai. Gyvenimo kokybė yra vienas iš pagrindinių kriterijų, pagal kuriuos vertinama socialinė integracija. Tai sociologijos, ekonomikos ir politologijos sąvoka, kuri apima dvasinę (emocinę), fizinę ir socialinę žmogaus gerovę. Neįmanoma tiksliai ir vienareikšmiškai apibrėžti gyvenimo kokybės. Gyvenimo kokybės samprata yra abstrakti, o jos vertinimas – sudėtingas, ją nulemia visas supantis pasaulis. Gyvenimo kokybė tapatinama su gerovės kontekstu, laimingo / visaverčio gyvenimo suvokimu arba laikoma pasitenkinimu gyvenimu. Gyvenimo kokybė apima pagrindines žmogaus veiklos sritis: fizinę, psichologinę, dvasinę, socialinę, ekonominę ir neatsiejamai yra susijusi su žmogaus sveikata. Tai, kaip žmogus vertina gyvenimo kokybę, priklauso nuo jo paties vertybių sistemos bei kultūrinės jo aplinkos. (Andruškienė ir kt., 2012).

Plačiai dabartinių mokslininkų taikoma sąvokos apibrėžtis, kurią 1996 m. pasiūlė tyrėjai D. Felce ir J. Perry, kaip teigia M. Rapley, yra tokia: „Gyvenimo kokybė (angl. Quality of life) yra apibrėžiama kaip viską apimanti gerovė (angl. well-being), įtraukiant objektyvius deskriptorius ir subjektyvius fizinės, materialinės, socialinės ir emocinės gerovės vertinimus, taip pat asmeninį vystymąsi ir tikslingą veiklą, viskam vykstant asmeniniame vertybių sistemos kontekste“ (Pečeliūnaitė, 2018). Anot S. Krutulienės, gerbūvis apima individualius dalykus ir susitelkia į skirtingus gero gyvenimo domenus, pvz., išskiriamas ekonominis, psichologinis gerbūvis ir pan. (Krutulienė, 2012).

Vis dar plačiai diskutuojama dėl sutarimo, kaip apibrėžti ir įvertinti gyvenimo kokybę, kadangi ją įvairūs autoriai traktuoja ir įvardina skirtingai. Norint apibrėžti gyvenimo kokybę, painiavą sukelia terminologijos įvairovė, kadangi ši sąvoka prilyginama gerovės, laimingo gyvenimo, pasitenkinimu gyvenimu sąvokoms. Aštuntajame dešimtmetyje apibrėžimuose buvo terminologinių panašumų su stresu. Tuo metu, kai stresas buvo laikomas reiškiniu, viršijančiu žmonių išteklius, siekiant užtikrinti gerą gyvenimo kokybę, šie ištekliai turi būti pakankami žmonių norams, poreikiams ir galimybėms patenkinti. Nuo to laiko apibrėžimai labiau akcentavo subjektyvų suvokimą apie svarbius savo gyvenimo bruožus ir visų pirma tyrinėjo įvairias šiai patirčiai priskiriamas reikšmes. Tai, kaip žmonės interpretuoja gyvenimo įvykius (pavyzdžiui, kaip įtemptus ar malonius), turi įtakos jų gyvenimo kokybei. Wenger ir kt. (1984) apibrėžė gyvenimo kokybę kaip „žmogaus supratimą apie savo funkcionavimą ir gerovę įvairiose gyvenimo srityse“. Kokybės vertinimas šiuo metu vertinamas kaip turtinga sąveika ir pusiausvyra tarp to, kaip žmonės mato savo vidinę būseną, pavyzdžiui, raumenų įtampą ar laimę, ir išorinių įvykių, kurie juos veikia iš aplinkos, pavyzdžiui, darbo pakeitimas ar artimųjų praradimas (Skevington, 2007). V. Starkauskienės (2011, cit. iš. Svetikienė, 2013) sudarė gyvenimo kokybę lemiančių veiksnių modelį. Šiame modelyje, kaip prielaidas augti gyvenimo kokybei šalyje autorė išskiria išorinę bei vidinę aplinkas. Kiekvieną aplinką sudaro po keturias veiksnių grupes:

- Išorinės aplinkos veiksniai, tokie, kaip:
 1. gamtinė aplinka (gamtinės aplinkos kokybė, klimatinės sąlygos),
 2. politinė aplinka (politinis stabilumas, politinės ir pilietinės laisvės bei teisės, korupcija),
 3. socialinė aplinka (sveikatos apsauga, švietimo aprūpinimas, socialinė apsauga, socialinė nelygybė),
 4. ekonominė aplinka (makroekonominė bei fiskalinė aplinkos).
- Vidinės aplinkos veiksniai (juos didžiąja dalimi gali kontroliuoti pats žmogus), tokie, kaip:
 1. fizinė gerovė (sveikatos būklė bei asmeninis saugumas),
 2. asmens vystymosi gerovė (išsimokslinimo pasiekimas bei apsirūpinimas informacinėmis technologijomis),
 3. materialinė gerovė (būstas, pajamos),
 4. socialinė gerovė (šeima, laisvalaikis bei visuomeninis gyvenimas) (Starkauskienė, 2011).

Gyvenimo kokybė yra sociologinė kategorija, išreiškianti materialinių ir kultūrinių žmonių poreikių tenkinimo kokybę, kur vertinimo objektas yra ir viso žmogaus gyvenimas, ir įvairios jo sferos: maistas, drabužiai, būstas, poilsis, gyvenimo sąlygos, bendravimas ir kt. (Бирюкова, 2009).

Gyvenimo kokybę galima įvardinti kaip holistinę visumą. Sveikatos, socialinės, ekonominės, aplinkos ir amžiaus struktūros elementų sąveika yra holistinė, tikslinga socialinė sistema. Pasaulio sveikatos organizacijos sveikatos apibrėžimas teigia, kad sveikata– tai fizinė, psichikos, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas. Holistinis požiūris į sveikatą, pagal kurį žmonės ne tik patiria ligą kaip organizmai, bet ir kaip biopsichosocialiniai subjektai, vis dažniau naudojami kaip tolesnio gydymo planavimo pagrindas. (Gierlaszyńska ir kt., 2016).

Šiuo metu mokslo ir medicinos literatūroje vis dažniau sutinkami terminai „gyvenimo kokybė“ ir „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė“. Šiandien medicininį modelį, kurio tikslas yra pašalinti ligą ir atstatyti žmogaus kūno funkcionavimą, pamažu keičia modelis, orientuotas į psichosocialinį požiūrį. Tokia samprata reikalauja ne tik atkurti biologinę organizmo funkciją, bet ir normalizuoti jo psichologinį ir socialinį funkcionavimą (Ненапокомов, 2013).

Dar XX amžiaus viduryje humanistinės paradigmos medicinoje šalininkai ir humanistinės psichologijos atstovai pabrėžė būtinybę tirti ir gydyti asmenį kaip visumą, turintį unikalų jo patirties pobūdį, laisvai ir atsakingai nusprendžiant, kaip elgtis įvairiose situacijose, įskaitant ligas. Priartėjimas prie sergančio žmogaus būklės iki praktiškai sveiko lygio tapo vienu iš pagrindinių gydymo tikslų (Ненапокомов, 2013).

Šiuo metu gyvenimo kokybė, susijusi su sveikata, laikoma neatskiriama sergančio žmogaus fizinio, psichinio ir socialinio funkcionavimo savybe, remiantis jo subjektyviu suvokimu. Tai yra, atsižvelgiama į svarbiausių žmogaus poreikių tenkinimo laipsnį (Багайцева, 2020).

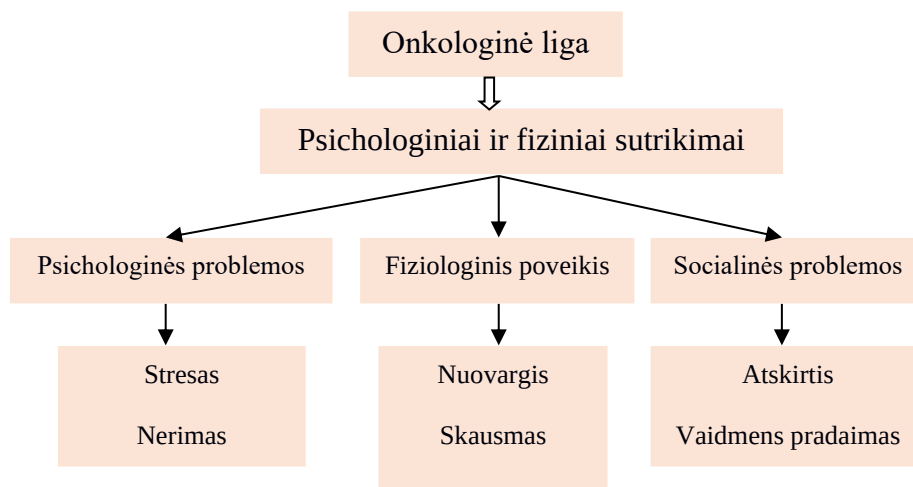
Paciento gyvenimo kokybę matuojančių metodų yra daug ir, ko gero, tai tik pabrėžia tiriamo reiškinio sudėtingumą. Kiekvienas iš metodų yra savaip informatyvus, tačiau dauguma jų pirmiausia vertina fizinių funkcijų išsaugojimą, skausmo laipsnį ir kitus savijautos sutrikimus.

Gyvenimo kokybė onkologijoje pradėta vertinti praėjusio amžiaus 4 dešimtmetyje, atlikus tyrimą, kuriame buvo sukurta skalė paciento fizinei funkcijai ir veiklos sąlygoms įvertinti. Gyvenimo kokybė yra prieštaringa ir plati sąvoka, kuriai iki šiol nėra vienintelio visiems priimtino apibrėžimo. Terminas „Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė“ buvo naudojamas kaip suvokiamos sveikatos būklės sinonimas, kurio pagrindinis tikslas yra patikrinti, kiek liga ar lėtinė būseną ir jos simptomai pradeda kištis į kasdienį žmogaus gyvenimą (Andrade et al., 2013).

Nepakankamas dėmesys skiriamas subjektyvioms vėžiu sergančių pacientų patirtims, lemiančioms jų gyvenimo kokybės vertinimą. Dėmesys gyvenimo kokybei onkologijoje išryškina paciento savo būklės ir gyvenimo įvertinimą esamoje situacijoje, kuri lydi paciento emociniai išgyvenimai (Багайцева, 2020).

Onkologinės ligos sukelia įvairius psichologinius ir fizinius sutrikimus, dėl ko atitinkamai mažėja paciento dalyvumas ir aktyvumas (1 pav.). Tai daro įtaką pacientų gyvenimo kokybei. Tokių pacientų

gydymo tikslas yra ne tik ligos gydymas ir mirtingumo mažinimas, bet ir fizinių bei psichologinių problemų sprendimas, gyvenimo kokybės pagerinimas (Petkūnaitė ir kt., 2020).



1 pav. Onkologinių ligų sąlygojami psichologiniai ir fiziniai sutrikimai

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Petkūnaite ir kt., 2020

Vėžys sukelia daug įvairių fizinių negalavimų. Vienas dažniausių – skausmas. D. Skorupskienė (2014) nurodo, jog vėžio diagnozės nustatymo metu skausmą kenčia 20 – 50 proc. ligonių, o ligai išplitus, skausmą kenčiančių pacientų skaičius padidėja iki 75 – 80 proc. Skausmas gali atsirasti dėl paties naviko, jo augimo ir dėl to atsirandančio kaulinių struktūrų spaudimo; dėl priešvėžinio gydymo (pvz. spindulinis nudegimas, pooperacinių randų skausmas); dėl ligos sukeltų neįgalumų (pvz. pragulos dėl priverstinės gulimos padėties); dėl kitų gretutinių ligų (pvz. migrena) (Skorupskienė, 2014).

Kitas vienas dažniausių vėžio ligos simptomų – nuovargis: jį jaučia nuo 70 proc. iki 90 proc. pacientų. Cancer Research UK duomenimis (2006), vėžiu sergančių žmonių nuovargis skiriasi nuo nuovargio, kurį patiria sveiki žmonės. Onkologiniai ligoniai negali atsikratyti nuovargio jausmo netgi tuomet, kai skiria pakankamai laiko poilsiui. Dauguma žmonių, sirgusių vėžiu, nuovargio nebejaučia tik praėjus pusei metų ar metams po gydymo. Nuovargį onkologiniai ligoniai apibūdina kaip neįprastą, pernelyg didelį, apimančią visą kūną, nesusijusį su tuo, kiek mažai ar daug dirbama; nepadeda nei miegas, nei kitoks poilsis (Cancer Research UK, 2006). Nuovargis dabar pripažįstamas kaip vienas iš labiausiai paplitusių ir varginančių šalutinių vėžio ir jo gydymo reiškinių. Nuovargis gali būti padidėjęs prieš prasidedant gydymui ir paprastai padidėja gydant vėžį, įskaitant gydymą radiacija (Hickok, 2005), chemoterapija, hormonine ir (arba) biologine terapija (Phillips, 2013). Nuovargio paplitimas gydymo metu svyruoja nuo 25% iki 99%, priklausomai nuo pacientų populiacijos, gauto gydymo tipo (Bower, 2014).

Daugumoje tyrimų nuo 30% iki 60% pacientų gydymo metu pasireiškia vidutinio sunkumo ar sunkus nuovargis, dėl kurio kai kuriais atvejais gydymas gali būti nutrauktas. Nuovargis paprastai pagerėja praėjus metams po gydymo pabaigos, nors nemaža dalis pacientų ir toliau patiria nuovargį mėnesius ar metus po sėkmingo gydymo (Bower, 2006). Nuovargis daro neigiamą poveikį darbui, socialiniams santykiams, nuotaikai ir kasdieninei veiklai ir labai pablogina bendrą gyvenimo kokybę gydymo metu ir po jo (Curt, 2000).

Pacientų ataskaitose teigiama, kad su vėžiu susijęs nuovargis yra sunkesnis ir labiau sekinantis nei „įprastas“ nuovargis, kurį sukelia miego trūkumas ar per didelis krūvis. Iš tiesų, tyrimai patvirtino, kad vėžiu sergančių pacientų nuovargio intensyvumas ir trukmė yra žymiai didesni ir dėl to labiau pablogėja gyvenimo kokybė (Bower, 2014). Su vėžiu susijęs nuovargis yra daugialypis ir gali turėti fizinį, psichinį ir emocinį apraiškų, įskaitant bendrą silpnumą, susilpnėjusią koncentraciją ar dėmesį, sumažėjusią motyvaciją ar susidomėjimą užsiimti įprasta veikla ir emocinį labilumą (Bruera, Yennurajalingam, 2010). Nors su vėžiu susijęs nuovargis turi tam tikrų savybių, susijusių su depresija, pacientai jaučia nuovargį kaip ryškų ir centrinį simptomą, kuris kenkia nuotaikai ir funkciniam gebėjimams (Bower, 2014).

Vėžiu sergantiems pacientams taip pat būdinga nemiga: tarp vėžiu sergančių žmonių ji paplitusi maždaug dvigubai dažniau nei visoje populiacijoje. Šiuos ir kitus neigiamus, nepageidaujamus simptomus sukelia ne tik pati liga, bet ir jos gydymui naudojamos priemonės, taikomi metodai. Pvz. jaučiamam skausmui malšinti paprastai skiriami įvairūs opioidai. Jie sukelia tokius šalutinius poveikius kaip obstipacijos, pykinimas, vėmimas, kvėpavimo centro slopinimas, rečiau – neurotoksinis poveikis (traukuliai, kliesys, haliucinacijos, hiperalgezija) (Skorupskienė D., 2014).

E. A. Shephard, R. D. Neal, P. W. Rose ir kitų autorių teigimu (2016), krūties vėžio diagnozė gali išprovokuoti audringą paciento, emocinę reakciją. Dauguma pacientų susitaiko su liga, nors iš pradžių tai atrodė neįmanoma. Be abejo, tam reikia laiko. Kai kurie ligoniai siekia kuo daugiau sužinoti apie ligą, jos gydymą, nes tai jiems padeda susidoroti su emocijomis. Rekomenduojama pacientams ir jų namiškiams aptarti gydymą, perspektyvas ir savo baimes su gydančiu gydytoju. Gydymo pradžia daugeliui žmonių padeda susikoncentruoti prie gydymo eigos ir rezultatų. Pacientai gali pageidauti, kad juos lydėtų artimieji apsilankymų pas gydytoją ar gydymo kursų metu. Artimų žmonių buvimas kartu padeda sumažinti stresą, geriau suprasti gaunamą informaciją, užduoti rūpimus klausimus. Labai naudingas atviras bendravimas i savo baimių bei nerimo išsakymas.

Tyrimai rodo, kad onkohematologinės ligos neigiamai veikia bendrą gyvenimo kokybę. Pacientai, kuriems diagnozuotas onkohematologinės ligos, gyvenimo kokybę suvokia blogiau, nei jų bendraamžiai visoje populiacijoje. Rezultatai parodė onkohematologinių susirgimų poveikį gyvenimo kokybei, kuris yra panašus į nustatytą pacientams, sergantiems solidiniais navikais,

depresija ir miego arterijos aterosklerozė. Taip pat pranešama, kad onkohematologinių susirgimų poveikis gyvenimo kokybei, palyginti su kitais sunkiai neįgaliais sutrikimais, tokiais kaip išsėtinė sklerozė, yra mažesnis. Dabartinė sėkminga gydymo strategija, pasiekta gydant onkohematologinius susirgimus, ne tik teigiamai veikia išgyvenamumą, bet ir gali pagerinti bendrą gyvenimo kokybę (La Nasa ir kt., 2020). Tachkov ir kt. (2019) atliktame tyrime, kuriame analizuota Hodžkino ir ne Hodžkino limfoma, lėtine limfoidine leukemija, lėtine limfine leukemija ir kitomis piktybinėmis limfomos sergančių pacientų gyvenimo kokybė nustatė, jog nei pacientų lytis, nei ligos tipas neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos jų gyvenimo kokybei. Prasčiausiai gyvenimo kokybę vertino pacientai, sergantys Hodžkino limfoma ir „kita“ leukemija. Šiuos rezultatus greičiausiai lėmė skirtingi skirtingų ligų potipiai. Buvo pastebėtas statistiškai reikšmingas gyvenimo kokybės ir amžiaus skirtumas. Pacientų, vyresnių nei 60 metų, gyvenimo kokybė buvo žemiausia, tai statistiškai reikšmingas skirtumas nuo visų kitų amžiaus grupių. Šie rezultatai nestebina, atsižvelgiant į tai, kad dėl gydymo pažangos onkohematologinė liga yra lėtinė. Pagyvenusiems pacientams teko ilgiau gyventi su liga, o tai kartu su gretutinėmis ligomis neigiamai veikia gyvenimo kokybę. Dabartinė ligos būklė taip pat reikšmingai veikia gyvenimo kokybę; natūraliai didžiausios gyvenimo kokybės vertės buvo nustatytos pacientams, kuriems buvo remisija (Tachkov et al., 2019).

Dauguma onkologinių ligų gydymo būdų orientuoti į pačią ligą, o ne į pacientą ir jo subjektyvius jausmus, kurie sudaro bendrą „gyvenimo kokybės“ sampratą. Metastazinis vėžys plačiąja šio žodžio prasme yra lėtinė liga, todėl labai svarbu pacientą paversti ilgalaikiu jo gydymo partneriu, suteikiant jam galimybę žinoti apie šią ligą ir kaip bendromis pastangomis galima pagerinti jo gyvenimo kokybę.

Subjektyvus gyvenimo kokybės pobūdis negali būti įvertintas neatsižvelgiant į vėžiu sergančio paciento asmenybės psichologinius parametrus (Багайцева, 2020).

Onkologui paciento gyvenimo kokybės gerinimas yra chirurginių metodų naudojimas, leidžiantis visiškai ar iš dalies išsaugoti paciento fizinę funkciją. Veiksmingų, tačiau mažai toksiškų vaistų vartojimas sisteminėje terapijoje, skausmo sindromo pašalinimas ir kitos medicinos galimybės gali žymiai sumažinti vėžiu sergančio paciento kančias. Natūralu, kad tokios priemonės pagerina ne tik fizinę paciento savijautą, bet ir teigiamai veikia jo psichologinę būseną, jo socialinius santykius (Багайцева, 2020).

Gyvenimo kokybės, susijusios su onkologinėmis ligomis tyrimai leidžia:

- optimizuoti gydymo metodų standartizavimą;
- atlikti naujų gydymo metodų tyrimą, remiantis tarptautiniais kriterijais, priimtais daugumoje išsivysčiusių šalių;
- gerinti naujų vaistų tyrimo kokybę;

- atlikti visavertį individualų paciento būklės stebėjimą, įvertinant ankstyvus ir vėlyvus gydymo rezultatus;

- parengti įvairių vėžio formų prognozavimo modelius;
- atlikti socialinius ir medicininius gyventojų tyrimus, nustatant piktybinių navikų rizikos grupes;
- dinamiškai stebėti rizikos grupes ir įvertinti prevencijos programų veiksmingumą;
- tirti ir atlikti ekonominį gydymo metodų pagrindimą, atsižvelgiant į farmakoekonominius rodiklius: kaina-nauda, kaina-efektyvumas ir kt. (Ненапокомов, 2013).

Vėžys sunaikina ankstesnį žmogaus gyvenimą. Net jei pacientas yra remisijos stadijoje, jis dažniausiai niekada negalės visiškai pasveikti, t. toliau gyventi taip, kaip buvo iki ligos. Jis turi žinoti apie tai ir kurti savo ateities gyvenimą atsižvelgdamas į pokyčius, kuriuos liga atnešė jo gyvenimui (Вагайцева, 2020).

Nors gyvenimo trukmės pailginimas yra pagrindinis gydymo tikslas, taip pat svarbu atsižvelgti į gydymo poveikį pacientų gyvenimo kokybei gydant. (Despiégel et al., 2019)

Nors gydymas iš pradžių gali pagerinti gyvenimo kokybę, tačiau įrodyta, jog pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis, su gydymu susijęs toksinis poveikis gali turėti neigiamos įtakos gyvenimo kokybei. Geriausia gyvenimo kokybė fiksuojama pirmame gydymo etape, tikriausiai todėl, kad dar nėra sukaupęs su gydymu susijęs pašalinis poveikis. Procedūros, tokios kaip reguliarios injekcijos, infuzijos, tyrimai ir skausmingos procedūros gali daryti įtaką gyvenimo kokybės suvokimui ir vertinimui (Despiégel et al., 2019).

1.4. PSICHOLOGINĖS PAGALBOS POREIKIS SERGANT ONKOLOGINE LIGA

Giedrės Bulotienės (2014) straipsnyje, pateikiamose išvadose nurodoma, jog apklausus 421 respondentą nustatyta, kad 1,5 proc. pacientų, kuriems nustatytas krūties vėžys, patiria potrauminį streso sindromą. Tai dažniausiai pasireiškia liūdesiu ir dažnu verkimu. Po metų patiriančių potrauminį sindromą pacientų skaičius sumažėjo iki 33,5 proc. Potrauminis streso sindromas po metų koreliuoja su liūdesiu, prastu savęs suvokimu, dažnu verkimu, traumine patirtimi, per vienerius ligos metus. 38 proc. pacientų sužinoję apie diagnozę galvoja apie savižudybę, po metų šis skaičius sumažėja iki 24 proc. Rezultatai rodo, kad būtina anksti įvertinti krūties vėžiu sergančių pacientų psichoemocinius poreikius, o ankstyvosios intervencijos yra prasmingos.

Siekiant užtikrinti kuo geresnę emocinę būklę svarbu patenkinti pacienčių psichosocialinius poreikius, t.y. turi būti suteiktos kokybiškos gydymo paslaugos, personalas turi bendrauti nuoširdžiai,

jautriai ir empatiškai. Visa informacija apie ligą, jos eigą, gydymo galimybes, galimas pasekmes, ateities perspektyvos, taip pat turi būti pateikiamos išsamiai ir aiškiai. “Psichosocialinės pagalbos tikslas – mažinti su liga susijusį psichologinį stresą, neigiamą psichologinių ir socialinių veiksnių, susijusių su liga ir jos gydymu, įtaką, tinkamai ir laiku pradėti teikti pagalbą, atitinkančią sergančiojo ir jo artimųjų poreikius” (Gaidytė, 2019). Gydant vėžį šalia medicininio gydymo, svarbu integruoti įvairias psichologinės pagalbos formas, kurios padėtų pagerinti su liga susijusią gyvenimo kokybę, prisitaikymą, savigydą. Psichologinės pagalbos formos yra aprašomos moksliniuose straipsniuose, įrodant jų efektyvumą (Valiulienė, 2013). Tyrimais įrodyta, kad psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams padeda mažinti depresijos ir nerimo lygį. Taip pat padeda suvaldyti stresą, vienišumo jausmą, prisitaikyti prie kūno pokyčių. Gerina gyvenimo kokybę, bendradarbiavimą su gydytojais (Jokubaitienė, 2016). Psichosocialinės paslaugos turi būti prieinamos visiems onkologiniams pacientams ir jų šeimų nariams, visuose gydymo etapuose (Albreht, 2015). Tyrimų duomenimis, ypač pažeidžiamos yra šeimos, turinčios jauno amžiaus vaikų, kurių tėvų onkologiniai susirgimai pažengę. Tėvams sunku komunikuoti vėžio tema su vaikais, todėl patiria daugiau streso, nei pacientai, kurie neturi vaikų. Streso lygis pasiekia piką, kuomet sveikatos būklė yra kritinėje padėtyje (Šimkovič, 2014). Lietuvoje psichosocialinės paslaugos yra tik pradinėje stadijoje, jas numatoma integruoti 2014 – 2025 m. laikotarpyje vykdomoje programoje. Šalyje veikia penki vėžio informacijos centrai, taip pat specializuotos gydymo įstaigos, kuriuose yra teikiamos šios paslaugos. Nors pažanga matoma, tačiau nėra garantuojamas paslaugų vientisumas ir tęstinumas. Kai baigiasi ligos gydymas, dalis pacienčių gauna reabilitaciją, vėliau keliauja namo ir nėra užtikrinama tolimesnė psichosocialinė pagalba, todėl dar labiau sustiprėja vėžio centrų vaidmuo (Dvorak, 2018). Pacientų artimiesiems arba juos globojantiems žmonėms, taip pat būtina sukurti paslaugas, kurios padėtų išmokti bendrauti su sergančiuoju asmeniu, susitvarkyti su savo psichologinėmis problemomis. Slaugantieji asmenys taip pat tampa atskirti nuo savo įprasto gyvenimo, dažnai praranda socialinius ir darbo įgūdžius. Svarbu padėti jiems išmokti valdyti stresą, atrasti laiko sau ir kompetentingai prižiūrėti sergantį asmenį, integruotis visuomenėje (Kudukytė-Gasperė, 2015).

Klaipėdos mieste nuo 2019 m. veikia į pacientą orientuotą kompleksinę pagalbą “Krūties vėžio pacientų mokykla”, joje gali lankytis krūties vėžio pacientai, jų artimieji ir sveikatos priežiūros specialistai. Mokymai pradėti organizuoti, siekiant suteikti daugiau žinių interesuotiems asmenims, paskaitas skaito kvalifikuoti specialistai. Paskaitos rengiamos įvairiomis temomis, pvz. Krūties vėžio diagnostika, gydymo metodo parinkimas ir t.t.

Panaši praktika, kur vėžiu sergantys pacientai yra mokomi gyventi su savo diagnoze, taikoma ir kitose pasaulio šalyse, pvz. Kinijoje mokoma kaip sumažinti psichologinę naštą, pagerinti fizinę savijautą, taip pat kaip tinkamai savimi pasirūpinti. Vykdančią šią programą yra organizuojama dvylika

užsiėmimų, naudojami paveikslėliai, vaizdo įrašai, brošiūros, muzikos terapija, paskaitos apie mitybą. Zhaoxia Wang su kolegomis tyrė šios programos efektyvumą, gautus rezultatus pateikė išvadose, kuriose buvo nurodoma, kad yra programos poveikis yra teigiamas, minėtos priemonės padarė teigiamą įtaką pacientų psichinei ir fizinei būklei. Mokomosios programos vaidina svarbų vaidmenį gerinant pacientų gyvenimo kokybę (Wang, 2019).

Yra iniciatyvų, kuriomis siekiama šalyse įdiegti naujų terapijos metodų, pvz., Meaning-Centered Psychotherapy, kurią sugalvojo ir aprašė Dr. William Breitbart. Tačiau nepaisant teigiamų tyrimų rezultatų, svarbu atkreipti dėmesį, kad naujus psichosocialinius ir psichoterapinius metodus reikia įgyvendinti itin atsargiai. Pacientai sergantys vėžiu patiria sudėtingus jausmus: bejėgiškumą, pyktį, negalėjimą susitaikyti su diagnoze, kalte, nerimą, todėl integruojant naujus metodus, svarbu atsižvelgti į šalių kultūrinius skirtumus ir žmonių poreikius (Sutkevičiūtė, 2017).

Apibendrinus galima teigti, kad be įvairių patofiziologinių pokyčių ir funkcinių problemų sergančios krūties vėžiu moterys taip pat turi stengtis susidoroti su psichosocialiniais pokyčiais ir problemomis, tokiomis kaip laisvalaikio ir socialinių veiklų apribojimas, nepriklausomybės praradimas, finansinis stresas, vaidmenų pakitimai, šeimos gyvenimo sutrikimai, pasikeitęs savęs įvaizdis ir sumažėjusi savigarba. Dėl to moterys gali patirti daugybę psichosocialinių problemų, tokių kaip nerimas, depresija, socialinė izoliacija, vienatvė, bejėgiškumas ir beviltiškumas. Visi šie psichosocialiniai ir fiziniai apribojimai gali padidinti pacientų poreikį turėti visuotinę ir individualią priežiūrą. Jei pacientai gauna geresnę paramą ir palaikymą, gali būti užkirstas kelias ar bent jau sumažėti šios neigiamos fizinės ir psichosocialinės pasekmės.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1 TYRIMO METODIKA

Siekiant nustatyti krūties vėžio pacienčių depresijos ir nerimo lygį bei nustatyti jų sąsajas su gyvenimo kokybe atliktas kiekybinis tyrimas. Anoniminė apklausa vyko, 2021 m. birželio – spalio mėnesiais, patalpinant klausimyną internetinėje svetainėje www.apklausa.lt. Tyrimo metu respondentai buvo socialiniame tinkle Facebook esančios grupės „Gyvenimas sergant krūties vėžiu“ nariai. Apklausoje buvo integruoti Lietuvoje validuoti instrumentai bei autorės kurti klausimai, siekiant nustatyti demografinius rodiklius.

Atliekant šį mokslinį tyrimą, buvo iš dalies remiamasi de Leval sukurta „Trijų dimensijų“ teorija. Šios teorijos esmė, ta, kad čia susiejama depresija ir gyvenimo kokybė praeities-dabarties-ateities laiko juostoje. Moore kartu su kolegomis (2005) atliko tyrimą, kurio metu ši teorija buvo patvirtinta. Jo metu nustatyta, kad depresija ir beviltiškumas turi įtakos tiek dabartinei pacientų gyvenimo kokybei, tiek ateities perspektyvoje. Šiame darbe atliekamame tyrime, buvo siekiama išsiaiškinti kokios sąsajos sieja depresiją, nerimą ir krūties vėžiu serginčių pacienčių dabartinę gyvenimo kokybę.

Gyvenimo kokybė moksliniuose tyrimuose yra aktuali tema. Mokslininkai ją vertina kaip geresnio gyvenimo ir/ar visuomenės galutinį tikslą bei vieną iš svarbiausių visuomenės pažangos rodiklių. Kuomet gyvenimo kokybė yra vertinama teigiamai, žmogus jaučia pasitenkinimą, laimę ir gyvenimo troškimą. Renkantis gydymo metodus, reikėtų atsižvelgti į tai, kokią gyvenimo kokybę jie suteiks pacientui. Jei prognozuojama, kad du gydymo metodai gali suteikti vienodą gyvenimo trukmę, reikėtų rinktis metodą, kuris turi mažesnę įtaką gyvenimo kokybei (Moudjahid, 2019).

Depresija yra plačiai paplitusi psichinės sveikatos problema tarp įvairių amžiaus grupių. Ji stipriai didina savižudybių riziką, neigiamai veikia gyvenimo kokybę, prisideda prie psichosocialinių ir šeimos problemų (Özabac, 2010).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristika

Atliekant anoniminę apklausą, kurios metu siekiama ištirti krūties vėžiu sergančių moterų emocinę būklę, gyvenimo kokybę bei jų sąsajas, buvo bendradarbiaujama su Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija POLA. Tai yra viena iš didžiausių nevyriausybinų organizacijų Lietuvoje, kuri vienija 25 tūkstančius onkologinių pacientų. POLA socialiniame tinkle Facebook kuruoja grupę „Gyvenimas sergant krūties vėžiu“. Ši grupė yra vieša, jos veikloje dalyvaujančių ar stebinčių narių gyvenamoji vieta yra plačiai paplitusi Lietuvoje, apima didmiesčius bei kaimus. Socialinio puslapio

asmeninėje paskyroje minėtos grupės veiklą, vykdant tyrimą stebėjo 1523 asmenys. Ši grupė yra didžiausia socialiniame tinkle, vienijanti krūties vėžiu sergančias moteris. Todėl buvo pasirinkta tyrimui atlikti. Siekiant gauti reikiamą apklausti respondentų skaičių, buvo atlikti skaičiavimai pasitelkiant Paniotto formulę:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$K = (n/N) \times 100 \text{proc}$

čia n – imties didumas;

N – populiacijos didumas;

e – statistinės klaidos dydis ($\pm 5 \text{ proc.}$).

Atlikus matematinius skaičiavimus gauname, kad tyrime dalyvauti turėjo 307 respondentas. Kadangi respondentai buvo konkrečioje grupėje esantys asmenys, ši imtis yra neatsitiktinė. T.y. imtis, į kurią patekti kitiems asmenims tikimybė yra lygi nuliui arba daug mažesnė. Taip pat ši imtis yra patogioji, nes apklausos rezultatuose yra pateikiami atsitiktinai į imtį patekusių pirmų 311 respondentų atsakymai (Mockienė, 2014).

Tyrimas buvo atliekamas 2021 m. balandžio – spalio mėnesiais. Tiriamieji tyrimo imtis buvo atrinkti pagal šiuos atrankos kriterijus:

- Pacientės sergančios krūties vėžiu;
- Pacientės, kurios supranta lietuviškai;
- Pacientės, kurios priklauso socialinio tinklo Facebook grupei „Gyvenimas sergant krūties vėžiu“;
- Respondentės savu noru sutinka dalyvauti tyrime;
- Respondentės sulaukusios 18-kos metų amžiaus.

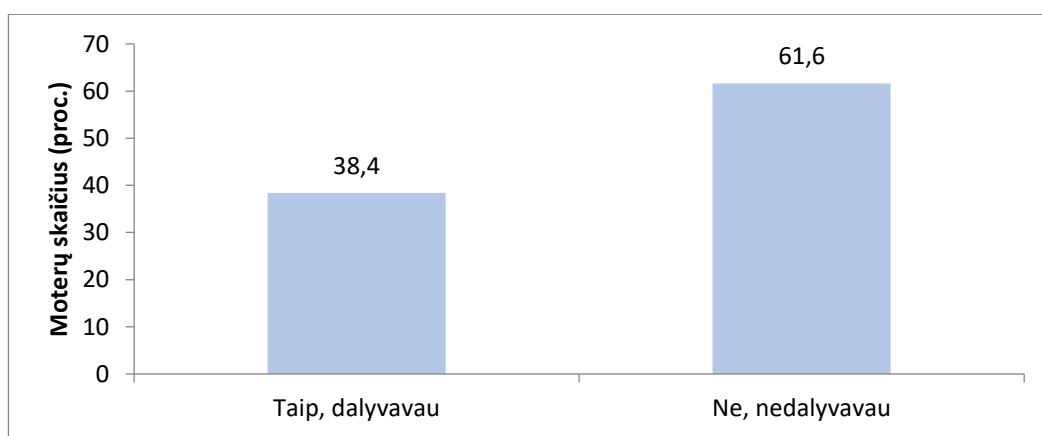
Tyrime dalyvavo 311 sergančių krūties vėžiu moterų. Daugiau nei pusė moterų 66,7 proc. ($n=206$) buvo ištekęjusios, 13,9 proc. ($n=43$) buvo išsiskyrusios, 7,4 proc. ($n=23$) nurodė, kad gyvena partnerystėje, 7,1 proc. ($n=22$) buvo našlių ir 4,9 proc. ($n=15$) moterų buvo netekėjusios. Beveik du trečdaliai 63,5 proc. ($n=197$) moterų turėjo aukštąjį išsilavinimą, 23,2 proc. ($n=72$) turėjo profesinį, 11,9 proc. ($n=37$) vidurinį ir 1,3 proc. ($n=4$) pagrindinį išsilavinimą. Apie 12,9 proc. ($n=40$) moterų nurodė, kad turi medicininį išsilavinimą (gydytojos, slaugytojos, kineziterapeutės ir t.t.).

Moterų, sergančių krūties vėžiu, vidutinis amžius buvo $52,77 \pm 10,5$ metai (jauniausiai – 28 metai, vyriausiai – 75 metai). Rezultatai pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Tiriamųjų demografinė charakteristika

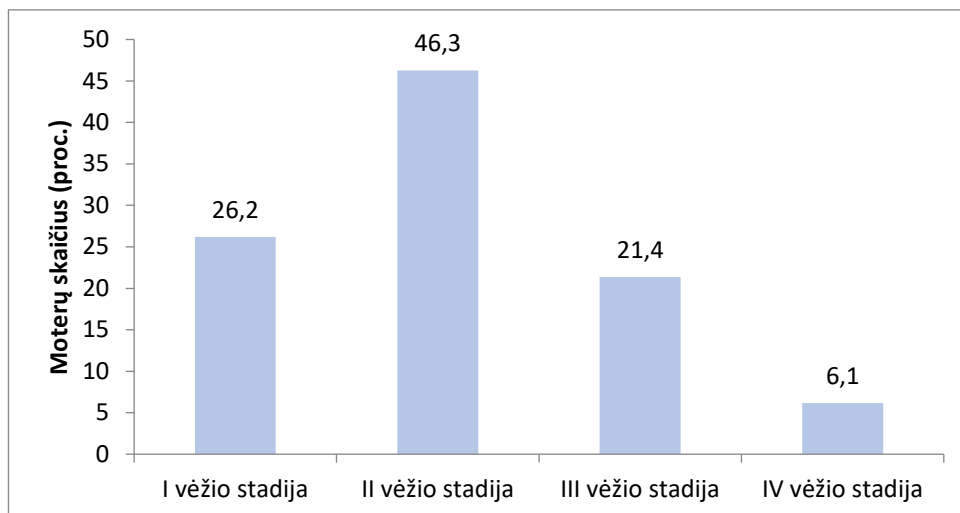
Demografiniai veiksniai		n	Proc.
Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	15	4,9
	Ištekėjusi	206	66,7
	Išsiskyrusi	43	13,9
	Gyvenate nesusituokę (partnerystėje)	23	7,4
	Našlė	22	7,1
Išsilavinimas	Pagrindinis	4	1,3
	Vidurinis	37	11,9
	Profesinis	72	23,2
	Aukštasis	197	63,5
Ar turite medicininį išsilavinimą (gydytojos, slaugytojos, kineziterapeutės ar kt.)?	Taip, turiu	40	12,9
	Ne, neturiu	270	87,1

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei trečdalis 38,4 proc. (n=119) moterų nurodė, kad dalyvavo krūties vėžio prevencinėje programoje ir 61,6 proc. (n=191) joje nedalyvavo. Rezultatai pateikti 2 paveiksle.



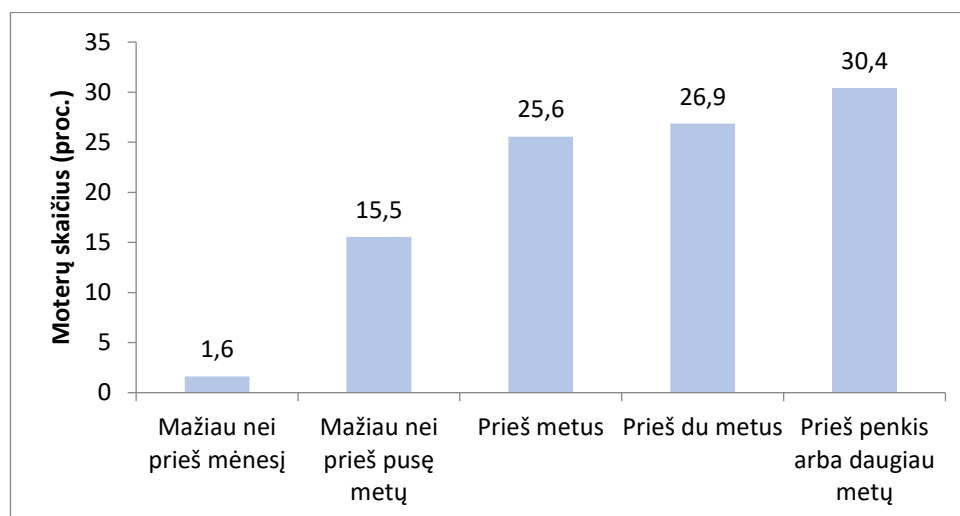
2 pav. Moterų pasiskirstymas pagal dalyvavimą krūties vėžio prevencinėje programoje, procentais.

Nustatyta (žr. 3 paveikslą), kad 26,2 proc. (n=81) moterų nustatyta I krūties vėžio stadija, 46,3 proc. (n=143) nustatyta II vėžio stadija, 21,4 proc. (n=66) nustatyta III stadija ir 6,1 proc. (n=19) nustatyta IV vėžio stadija.



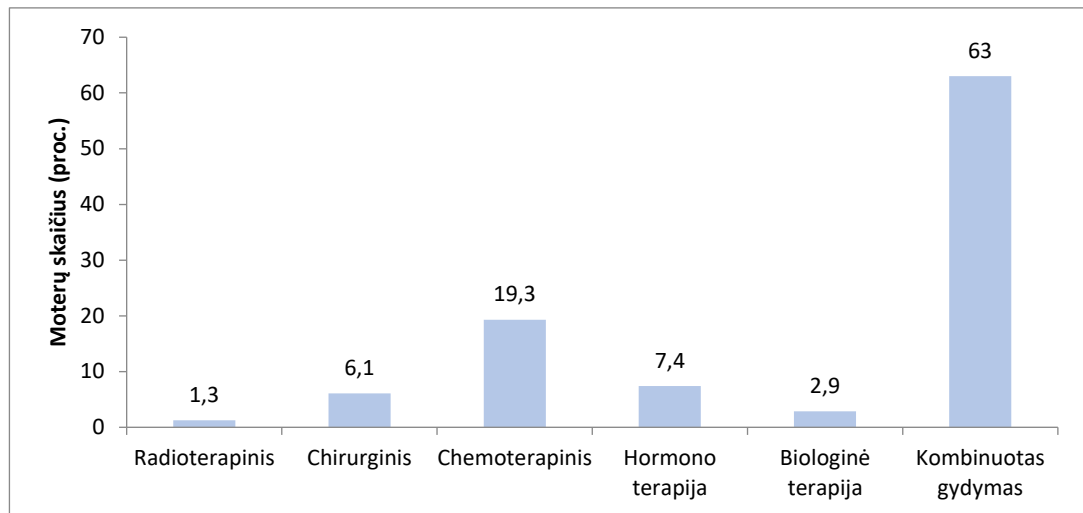
3 pav. Moterų pasiskirstymas pagal krūties vėžio stadiją, procentais

Beveik trečdaliui 30,4 proc. (n=94) moterų krūties vėžio diagnozė nustatyta prieš 5 ar daugiau metų, 26,9 proc. (n=83) nustatyta prieš du metus, 25,6 proc. (n=79) nustatyta prieš metus, 15,5 proc. (n=48) nustatyta mažiau nei prieš pusę metų ir 1,6 proc. (n=5) moterų nustatyta mažiau nei prieš mėnesį. Rezultatai pateikti 4 paveiksle.



4 pav. Moterų pasiskirstymas pagal nustatytos diagnozės laiką, procentais

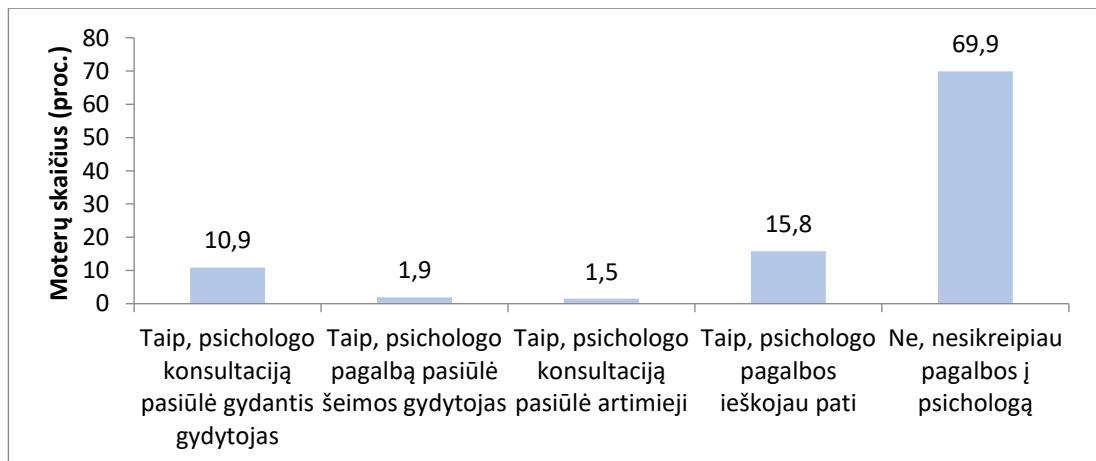
Kai matome iš 5 paveikslo, didžiajai daliai moterų buvo paskirtas kombinuotas gydymas, 19,3 proc. (n=60) paskirtas chemoterapinis gydymas, 7,4 proc. (n=23) buvo paskirta hormono terapija, 6,1 proc. (n=19) paskirtas chirurginis gydymas, 2,9 proc. (n=9) moterų paskirta biologinė terapija ir 1,3 proc. (n=4) paskirtas radioterapinis gydymas.



5 pav. Moterų pasiskirstymas pagal paskirtą gydymo metodą, procentais

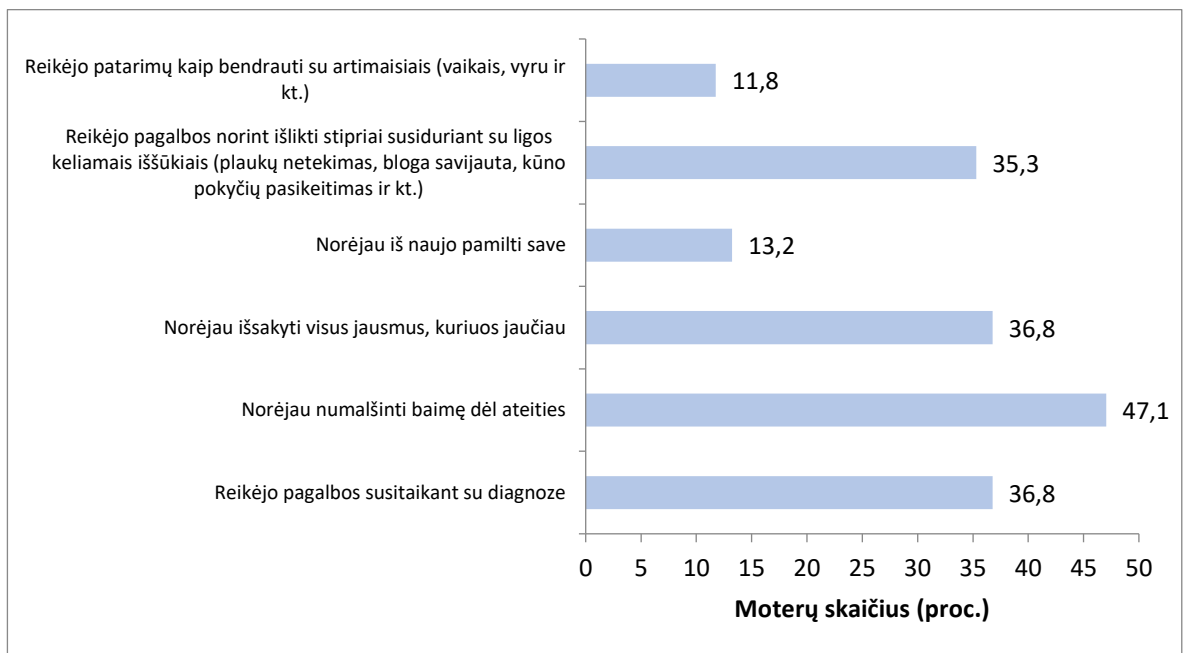
Tik 10,9 proc. (n=29) moterų nurodė, kad sužinojus diagnozę psichologo konsultaciją pasiūlė gydantis gydytojas, 15,8 proc. (n=42) nurodė, kad psichologo pagalbos ieškojo pačios, 1,9 proc. (n=5) psichologinę pagalbą pasiūlė šeimos gydytojas ir 1,5 proc. (n=4) moterų kreiptis į psichologą pasiūlė artimieji. Tačiau didžioji dalis moterų 69,9 proc. (n=186) nurodė, kad jos nesikreipė pagalbos į psichologą. Atmetus visas nelankiusias konsultacijų nustatyta, kad iš viso jas lankė 25,7 proc. (n=68) moterų. Rezultatai pateikti 6 paveiksle.

Taip pat nustatyta, kad 19,4 proc. (n=7) moterų, turinčių medicininį išsilavinimą, lankė psichologo konsultacijas ir 26,6 proc. (n=61) moterų lankė neturinčios medicininio išsilavinimo. Šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($\chi^2=0,844$; $df=1$; $p=0,417$), todėl galime teigti, kad medicininis išsilavinimas nedaro įtakos kreiptis dažniau į psichologą. Taip pat psichologo konsultacijų lankymas nepriklauso nuo moterų šeimyninės padėties, išsilavinimo, vėžio stadijos ar paskirto gydymo metodo ($p>0,05$).



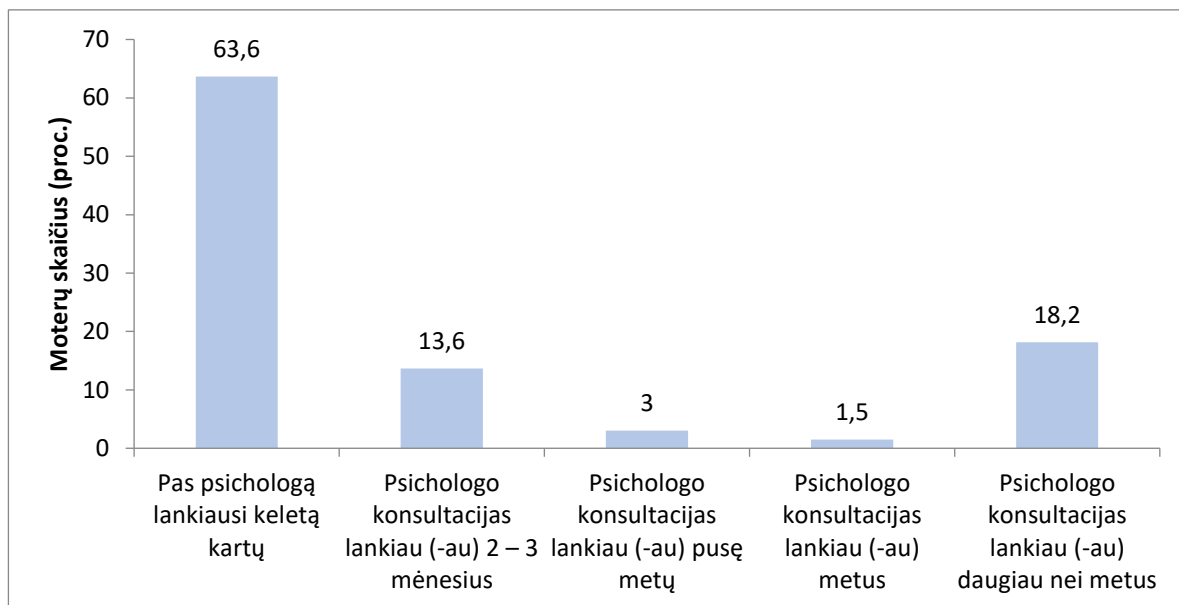
6 pav. Moterų pasiskirstymas pagal suteiktą psichologinę pagalbą, procentais

Moterys, kurios kreipėsi pagalbos į psichologą sužinojusios savo diagnozę nurodė tokio savo pasirinkimo priežastis (žr. 7 paveikslą). Apie 47,1 proc. (n=32) moterų norėjo numalšinti baimę dėl ateities, 36,8 proc. (n=25) moterų norėjo išsakyti visus jausmus, kuriuos jautė, 36,8 proc. (n=25) nurodė, kad joms reikėjo pagalbos susitaikant su diagnoze, 35,3 proc. (n=24) moterys nurodė, kad kreipėsi norint išlikti stiprioms susiduriant su ligos keliamais iššūkiais. Tai pat po 13,2 proc. (n=9) moterų kreipėsi į psichologą, nes norėjo iš naujo pamilti save ir 11,8 proc. (n=8) kreipėsi, nes reikėjo patarimų kaip bendrauti su artimaisiais.



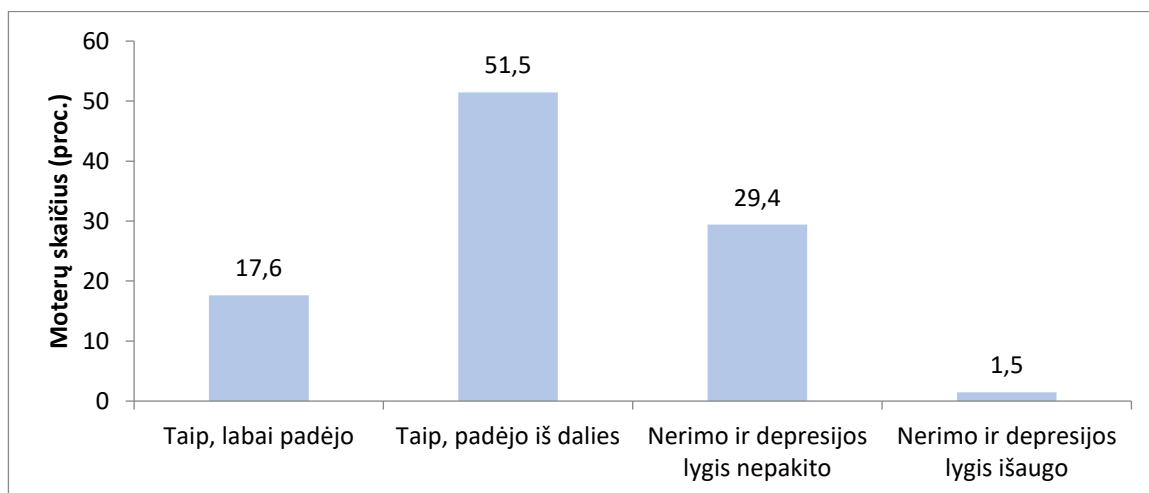
7 pav. Moterų pasiskirstymas pagal priežastis, kodėl kreipėsi į psichologą, procentais

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 63,6 proc. (n=42) moterų, kurios kreipėsi į psichologą lankėsi tik keletą kartų, 13,6 proc. (n=9) lankė 2-3 mėnesius, 3 proc. (n=2) lankė pusę metų, 1,5 proc. (n=1) lankė konsultacijas apie metus ir 18,2 proc. (n=12) nurodė, kad lankė konsultacijas daugiau nei metus. Rezultatai pateikti 8 paveiksle.



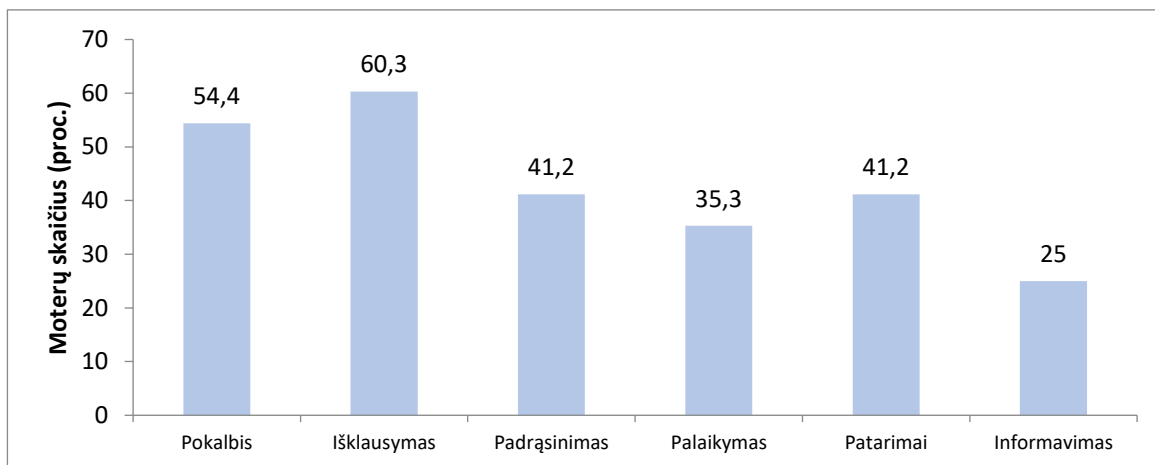
8 pav. Moterų pasiskirstymas pagal lankymosi pas psichologą trukmę, procentais

Apie 17,6 proc. (n=12) moterų lankusių psichologo konsultacijas nurodė (žr. 9 paveikslą), kad konsultacijos labai padėjo sumažinti depresijos lygį, 51,5 proc. (n=35) nurodė, kad padėjo tik iš dalies, 29,4 proc. (n=20) moterų mano, kad jų nerimo ir depresijos lygis nepakito ir 1,5 proc. (n=1) mano, kad jų nerimo ir depresijos lygis išaugo po konsultacijų.



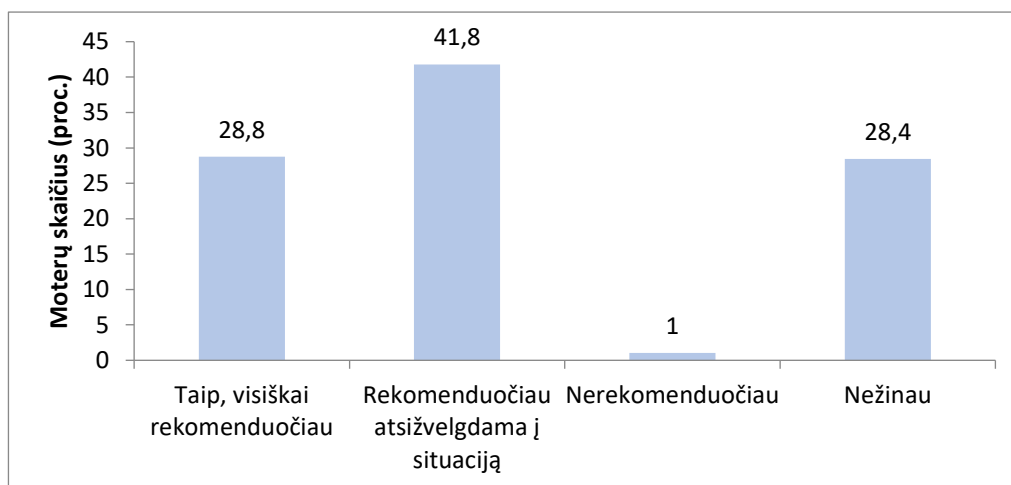
9 pav. Moterų pasiskirstymas pagal psichologo konsultacijų naudą depresijos lygiui, procentais

Tyrimas parodė, kad lankant psichologo konsultacijas labiausiai padėjo išklauskymas 60,3 proc. (n=41) ir pokalbis 54,4 proc. (n=37). Taip pat moterys nurodė, kad konsultacijose padėjo padrąšinimas 41,2 proc. (n=28), patarimai 41,2 proc. (n=28), palaikymas 35,3 proc. (n=24) ir informavimas 25 proc. (n=17). Rezultatai pateikti 10 paveiksle.



10 pav. Moterų pasiskirstymas pagal taikytus efektyvius metodus psichologinių konsultacijų metu, procentais

Nustatyta (žr. 11 paveikslą), kad tik šiek tiek daugiau nei ketvirtadalis 28,8 proc. (n=84) moterų visiškai rekomenduotų psichologo konsultacijas kitoms vėžiu sergančioms moterims, 41,8 proc. (n=122) rekomenduotų tik atsižvelgdamos į situaciją, 1 proc. (n=3) moterų nerekomenduotų konsultacijų ir 28,4 proc. (n=83) nežinojo ar rekomenduotų. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai dažniau (52,9 proc.) moterys lankiusios psichologo konsultacijas visiškai rekomenduotų lankyti ir kitoms, negu nelankiusios (19,9 proc.) ($\chi^2=33,351$; $df=3$; $p<0,001$).



11 pav. Moterų pasiskirstymas pagal rekomendacijas kitoms vėžiu sergančioms moterims, procentais

2.1.2. Tyrimo metodai

Mokslinės Literatūros analizė. Mokslinė literatūros analizė atspindi baigiamojo darbo temą ir problemą – nustatyti kokį depresijos ir nerimo lygį patiria krūties vėžiu sergančios pacientės; kaip depresiją, nerimas ir krūties vėžio diagnozė įtakoja pacienčių gyvenimo kokybę. Atliekant literatūros analizę siekiama atnaujinti ir praplėsti turimas žinias išvardintomis temomis. Taip pat remiamasi kaip pagalbiniu įrankiu, kuriant tyrimo strategijas. Šioje darbo dalyje buvo pateikiama panašių tyrimų analizė, tiek Lietuvos, tiek užsienio autorių. Moksliniame darbe naudojami literatūros šaltiniai: disertacijos, moksliniai straipsniai iš tokių leidinių kaip „Sveikatos mokslai“, „Visuomenės sveikata“, „Psichologija“, studentų magistro darbai, Higienos instituto duomenys, elektroninės duomenų bazės: Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka eLABa, „Lituanistika“, VU bakalauro ir magistro darbų katalogas, EBSCO, Sciencedirect, Sci-hub.

Naudoti raktažodžiai: *krūties vėžys, gyvenimo kokybė, depresija, nerimas, psichologinė būklė. breast cancer, quality of life, depression, anxiety, psychological condition*

Kiekybinis tyrimas. Siekiant įgyvendinti pagrindinį šio tyrimo tikslą - įvertinti pacienčių depresijos ir nerimo lygį bei nustatyti jų sąsajas su gyvenimo kokybe, buvo pasirinktas kiekybinis tyrimas. Tai struktūrizuotas tyrimas, kurio metu gauti duomenys yra apdorojami statistinės analizės metodais, rezultatai gaunami skaičiais, siekiant objektyvumo ir patikimumo, vėliau jie aprašomi ir pateikiamos išvados (Mockienė, 2014).

Atliekant kiekybinį tyrimą, respondentai buvo anketuojami. Anketą sudaro 61, tarpusavyje susijusių klausimų rinkinys. Jos tikslas gauti išvadas, kurios atspindėtų visą populiaciją, o ne atskiros žmogaus nuomonę (Mockienė, 2014). Šiame kiekybiniame tyrime naudojamą anketą sudaro uždaro tipo klausimai su iš anksto parengtais atsakymų variantais. Respondentų prašoma pasirinkti vieną arba kelis jiems labiausiai tinkančius atsakymus.

Šio tyrimo metu pasirinkta internetinė (*on-line*) apklausa – respondentas atsako į pateiktus klausimus jam patogiu metu, prisijungęs kompiuteriu, telefonu ar kitu išmaniuoju įrenginiu. Internetinės apklausos pasirinkimo priežastys:

- Respondentas anketą gali pildyti jam patogiu metu
- Užtikrinamas anonimiškumas
- Facebook grupėje „Gyvenimas sergant krūties vėžiu“ dalyvauja moterys iš visos Lietuvos
- Greitas ir pigus metodas

Tačiau svarbu įvertinti ir galimas rizikas – imtis yra nekontroliuojama, todėl sunku įvertinti apklausos patikimumą (Mockienė, 2014).

Tyrimo duomenų apdorojimas. Tyrimo duomenų statistinei analizei atlikti buvo naudojama SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) programos 24.0 versija. Diagramoms atvaizduoti buvo naudojama *MS Excel 2010*. Prieš atliekant detalę statistinę analizę duomenys buvo pakartotinai patikrinti dėl mechaniškai padarytų klaidų. Kintamųjų normalumui tikrinti buvo naudojamas Kolmogorovo – Smirnov testas, asimetrijos ir eksceso koeficientai. Testai parodė, kad normalumo prielaida kintamiesiems iš dalies tenkinama, todėl darbe buvo naudojami parametriniai testai (išskyrus Spearman ranginę koreliaciją). Naudoti šie duomenų analizės būdai:

1. **Aprašomoji statistika (dažnių lentelės, duomenų padėties charakteristikos).** Dažnių lentelės naudotos, siekiant pamatyti respondentų atsakymų pasiskirstymus. Procentai ir dažniai naudojami klausimyne naudotiems klausimams. Iš duomenų padėties charakteristikų, naudotas vidurkis ir standartinis nuokrypis ($m \pm SD$), minimali, maksimali reikšmė.
2. **Lyginimai tarp populiacijos grupių (Stjudento t-testas, ANOVA, χ^2 testas).** Metodas naudotas ieškant skirtumų tarp dviejų populiacijos grupių (Stjudento t-testai) ar tarp trijų grupių (ANOVA). Taip pat kitas metodas naudotas ieškant nominalių kintamųjų pasiskirstymo skirtumams tarp populiacijos grupių (χ^2 testas).
3. **Statistinių ryšių nustatymo testai (Spearman, Pearson).** Šie testai naudoti norint patikrinti hipotezes, kuriose teigiama, jog yra statistinis ryšys tarp kintamųjų. Spearman koreliacija buvo naudota nustatyti ryšį tarp skalių vertinimų ir demografinių veiksnių, bei ranginių kintamųjų. Pearson koreliacija taikyta nustatyti ryšį tarp visų trijų skalių (GAD-7, GDS, SF-36). Statistiškai patikima laikoma, kai $p < 0,05$. Ryšio stiprumo interpretavimui buvo naudojama pasitelkus 2 lentelės įverčius (Janilionis, 2015). Įtakai nustatyti buvo atliekama daugianarė tiesinė regresija.

3 lentelė. Koreliacijos koeficiento reikšmių skalė

Ryšio stiprumas	Koreliacijos koeficiento reikšmė
Labai stiprus ryšys	- 1 ir + 1
Stiprus ryšys	nuo - 1 iki - 0,7 ir nuo 0,7 iki 1
Vidutinis ryšys	nuo - 0,7 iki - 0,5 ir nuo 0,5 iki 0,7
Silpnas ryšys	nuo - 0,5 iki - 0,2 ir nuo 0,2 iki 0,5
Labai silpnas ryšys	nuo - 0,2 iki 0 ir nuo 0 iki 0,2
Nėra ryšio	0

Šaltinis: Janilionis, V. (2015).

Klausimyno patikimumas. Siekiant nustatyti skalių vidinį patikimumą (validumą) buvo paskaičiuotos Cronbacho alfos. Skalės patikimumas laikomas kaip priimtinas kuomet nustatyta alfa reikšmė yra lygi arba didesnė nei 0,7. Cronbach's Alpha klasifikacija:

- Cronbach's Alpha<0,5 reiškia, kad skalės patikimumas yra žemas, skalės naudoti nerekomenduojama.
- 0,5<Cronbach's Alpha<0,6 – patikimumas patenkinamas
- 0,6<Cronbach's Alpha<0,9 – patikimumas geras
- 0,9<Cronbach's Alpha<1 – patikimumas geras

Siekiant patikrinti klausimyno metodikų patikimumą, buvo apskaičiuoti jų vidinio suderinamumo rodikliai (Cronbach α). Nustatyti Cronbach α rodikliai pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė. Klausimynų vidinis suderinamumas

Metodika	Teiginių kiekis	Cronbach α
Geriatrinė depresijos skalė (GDS)	30	0,927
Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7)	7	0,929
Gyvenimo kokybė (SF-36)	36	0,937

Statistinė duomenų analizė. Duomenys bus gaunami tiriant reprezentatyvią imtį, todėl matavimuose gaunamos tam tikros paklaidos. Tuomet duomenys apibendrinami ir gaunamos išvados, kurios atspindi visą populiaciją. Statistinė analizė sudaryta iš kelių dalių: duomenų rinkimas, statistinė analizė ir statistinės išvados (Mockienė, 2014).

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Krūties vėžiu sergančioms pacientėms buvo pateikiama bendra anoniminė 62 klausimų anketa (1priedas). Anketa yra sudaryta iš penkių dalių:

- Pirmojoje anketos dalyje (1-15 kls.) pateikiami socialiniai demografiniai klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti respondentų, amžių, išsilavinimą, vėžio stadiją bei gydymo būdą. Prašoma nurodyti ar pacientei buvo suteikta psichologinė pagalba, kas paskatino kreiptis į psichologą, kokią įtaką turėjo konsultacijos. Taip pat prašoma nurodyti ar respondentė rekomenduotų psichologo konsultacijas kitai krūties vėžiu sergančiai pacientei.

Pirmojoje dalyje esantys klausimai (1 – 15 kls.) yra sukurti autorės.

- Antrojoje anketos dalyje (16– 45 kls.) pateikiama Geriatrinė depresijos skalė (GDS), čia siekiama nustatyti respondenčių patiriamą depresijos lygį: normali nuotaika, lengva depresija ar sunki depresija. Anketoje pateikiami trumpi klausimai, į kuriuos pateikiami atsakymai yra taip arba ne. Šioje dalyje naudojama Geriatrinė depresijos skalė (GDS), buvo sukurta T. Brink ir J. Yesavage 1982m., JAV. Respondentui atsakius į klausimus, suskaičiuojami gauti balai. Galutinė jų suma atspindi depresijos lygį: 0-9 – normali nuotaika, 10-19 – lengva depresija,

20-30 – sunki depresija. Krūties vėžiu sergančios pacientės apima kelias amžiaus grupes, todėl labai svarbu, kad klausimynas būtų aišku kiekvienai iš jų. Remiantis A. Dėksnytės jos kolegų išvadomis, GDS tinka įvairaus amžiaus bei fizinės sveikatos pacientams, atsakyti į klausimus nereikia daug laiko (Dėksnytė, 2012; Bikulčius, 2014). Lietuviškos versijos autorinės teisės priklauso hab. dr. Robertui Bunevičiui. Leidimas naudoti šią versiją pateikiamas 2 priede.

- Trečiojoje anketos dalyje (46 – 52 kls.) pateikta Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7). Jos tikslas yra nustatyti kokį nerimo lygį patiria krūties vėžiu sergančios pacientės. Tai 7 klausimų instrumentas, kurį 2006m. sukūrė Spitzer ir kolegos. Kiekvienas klausimas vertinamas nuo 0 iki 3 taškų, atsižvelgiant į nerimo dažnumą, per paskutines 2 savaites. Bendras balų skaičius atspindi nerimo lygį – 5, 10 ir 15 atitinkamai vertinami kaip lengvas, vidutinis ir sunkus (Butkutė-Šliuožienė, 2019).
- Ketvirtojoje anketos dalyje (53 – 62) integruotas Gyvenimo kokybės klausimynas (SF- 36), kuriuo siekiama nustatyti, kaip respondentės vertina savo gyvenimo kokybę. „Yra 3 lygiai: (1) klausimai; (2) aštuonios sritys, kurios kiekviena apjungia po 2–10 klausimų; ir (3) du apibendrinti matavimai, kurie apjungia sritis. Visi klausimai, išskyrus vieną („Kaip pasikeitė Jūsų sveikata per paskutinius 1 metus?“), yra naudojami apskaičiuojant SF-36 sritis. Kiekvienas klausimas yra naudojamas tik vienos srities apskaičiavimui“ (Staniūtė, 2007). SF – 36 išsamus modelis pateikiamas 5 priede, o rezultatų apskaičiavimų sistematika pateikta 6 priede.

SF – 36 klausimynas yra laisvoje prieigoje, lietuviškos autorinės teisės priklauso Margaritai Staniūtei.

Elektroninėje anketos versijoje pirmasis klausimas yra kontrolinis, jame prašoma pažymėti ar respondentė serga krūties vėžiu. Pasirinkus atsakymą „ne“, anketa neatsidaro.

Visi instrumentai tyrime naudojami saugant ir nepažeidžiant autoriinių teisių.

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Tyrimo eigoje remiamasi Mockienės rekomenduojamais etapais:

1. Baigiamąjo darbo temos pasirinkimas. Šio darbo temą inspiravo sunki krūties vėžio pacienčių emocinė būklė, kuri aprašyta 2017 m. Paukštytės ir jos kolegų atliktame tyrime: „Krūties vėžys – tai ne tik grėsminga liga, tačiau ir ekstremalus psichologinis išbandymas moteriai“ .
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas. Mokslinių šaltinių buvo ieškoma mokslo duomenų bazėse, mokslo žurnaluose ir kt., vėliau jie analizuojami ir rašoma refleksija.

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/ paieška. Numatant tyrimo planą, buvo apsvaustoma tiriamųjų pasirinkimo galimybės, anketos platinimo galimybės, galimos rizikos. Rengiant instrumentą buvo ieškoma klausimynų, skalių, kurie geriausiai atspindėtų darbo temą, siekiant gauti papildomos informacijos yra autorės kurtų klausimų.
4. Tyrimo duomenų rinkimas. Duomenys renkami vykstant internetinę apklausą, kurioje dalyvauja respondentės iš „Gyvenimas su krūties vėžiu“ Facebook grupės.
5. Tyrimo duomenų analizė, interpretavimas bei pateikimas. Duomenų analizei buvo naudojamas statistinis programų paketas „SPSS Statistic 21.0 versiją“. Lyginant du santykinius dydžius, skirtumai bus laikomi statistiškai reikšmingi, kai paklaidos tikimybė (p reikšmė) neviršys 0,05. Atliekama koreliacinė analizė, regresinė analizė, ANOVA. Statistinės duomenų analizės rezultatams iliustruoti bus naudojama „Microsoft Office Excel 2010“ programa, padarytos vaizdinės diagramos.
6. Tyrimo rezultatų palyginimas. Tyrimo metu buvo lyginami atsakymų rezultatai tarp respondentų, atsižvelgiant į siciademografinius rodiklius. Taip pat gauti duomenys buvo lyginami su kitų Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatais.
7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas. Pateiktose išvadose ir rekomendacijose atspindėjo pagrindiniai tyrime gauti rezultatai bei atsakymai į išsikeltus uždavinius. Gauti rezultatai gali būti taikomi visai populiacijai.
8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. Ataskaitoje pateikiama mokslinės literatūros analizė, gauti tyrimų rezultatai pateikiami grafiškai ir reprezentatyviai, parengiamos aiškios ir tikslios išvados bei rekomendacijos.

2.1.5. Tyrimo etika

Iš Hipokrato priesaikos yra kilę svarbiausi medicinos etikos principai, kurie vėliau buvo aprašyti Helsinkio deklaracijoje (pirmą kartą paskelbtoje 1964 m., vėliau buvo peržiūrėta). Šiame moksliniame darbe atliekamame tyrime yra vadovaujama pagrindiniais principais: autonomiškumas, privatumas, konfidencialumas, nežalingumas, sąžiningumas.

Autonomiškumo principas. Respondentai yra informuoti apie tyrimą, jo eigą, tikslą, taip pat gali laisva valia rinktis ar nori dalyvauti tyrime.

Anonimiškumo principas. Anketoje nereikia pateikti vardo, pavardės ar kitos informacijos, pagal kurią respondentas galėtų būti identifikuojamas.

Konfidencialumo principas. Visi tyrimo metu duomenys saugomi ir naudojami tik moksliniais tikslais, saugant respondentų konfidencialumą.

Sąžiningumo principas. Anketose pateikti duomenys apdoroti sąžiningai, nekoreguojant respondentų atsakymų. Prieš paskelbiant rezultatus buvo užtikrinamas jų tikslumas. Atliktos apklausos sąžiningumą patvirtina ir sertifikatas, kurį suteikė naudota internetinė svetainė www.apklausa.lt (7 priedas). Naudojant kitų autorių sukurtas lenteles, paveikslus ir citatas nurodomos jų autorinės teisės.

Visi respondentai iš anksto informuojami apie tyrimo tikslą uždavinius, tyrimo autorių bei svarbą mokslui. Informacija pateikiama aiškiai ir konkrečiai, kad būtų suprantama (Mockienė, 2014).

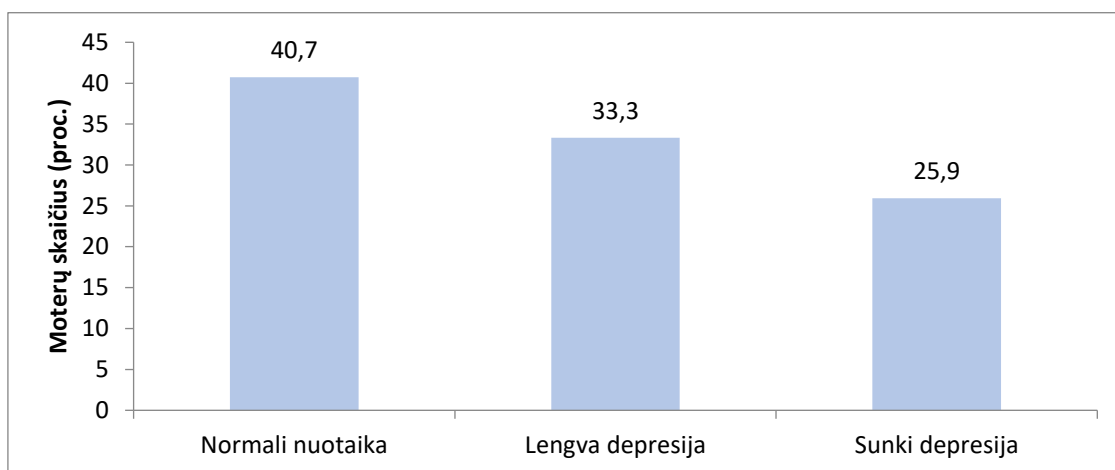
Tyrimui atlikti gautas leidimas iš Klaipėdos universiteto SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos ir Facebook socialiniame tinkle esančios grupės „Gyvenimas sergant Krūties vėžiu“ administracijos sutikimą (8, 9 priedai).

2.2. TYRIMO REZULTATAI

2.2.1. Sergančių krūties vėžiu patiriama depresija

Norint įvertinti krūties vėžiu sergančių moterų depresijos lygį buvo naudojama geriatrinė depresijos skalė (GDS). Klausimyną sudarė 30 klausimų, kurioje kiekvienas atsakymas yra įvertintas balais nuo 0 arba 1. Bendras skalės įvertio suminis balas gali būti nuo 0 iki 30, o didesnis suminis balas rodo didesnę depresijos sunkumą. Suminiai balai nuo 0 iki 9 vertinama kaip nėra depresijos, 10-19 balų lengva depresija ir 20-30 sunki depresija.

Apskaičiavus ir įvertinus moterų geriatrinę depresijos skalę paaiškėjo, kad 40,7 proc. (n=110) neturėjo depresijos, 33,3 proc. (n=90) turėjo lengvą depresiją ir 25,9 proc. (n=70) turėjo sunkią depresiją. Bendras GDS įvertis buvo $13,04 \pm 8,07$ balai iš 30. Mažiausias buvo 0 balas, o didžiausias – 30 balų. Rezultatai pateikti 12 paveiksle.



12 pav. Moterų depresijos sunkumo vertinimas (GDS), procentais

Siekiant nustatyti krūties vėžiu sergančių moterų depresijos pasireiškimo sąsajas su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozavimo laiku buvo atlikta Spearman koreliacinė analizė. Tyrimu nustatyta, kad tarp moterų depresijos pasireiškimo ir amžiaus ($r=-0,161$; $p=0,008$) nustatyta statistiškai reikšmingas neigiamas silpnas ryšys, nes $p<0,05$. Galime teigti, kad kuo moterų amžius yra mažesnis, tuo jų depresijos pasireiškimas yra didesnis. Tačiau tarp depresijos pasireiškimo ir moterų išsilavinimo, vėžio stadijos, diagnozavimo laiko statistiškai reikšmingų ryšių nenustatyta, todėl galime teigti, kad šie veiksniai neturi įtakos depresijos pasireiškimui.

5 lentelė. Moterų depresijos sąsajos su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozės laiku

Sąsajos		Amžius	Išsilavinimas	Vėžio stadija	Diagnozės laikas
Geriatrinė depresijos skalė (GDS)	r	-0,161**	-0,003	0,032	-0,027
	p	0,008	0,964	0,599	0,662

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - <0,05, ** - 0,01

Norint nustatyti ar depresijos pasireiškimo dažnumas priklauso nuo jų šeimyninės padėties, medicininio išsilavinimo ir kitų veiksnių buvo atlikti χ^2 testai. Kaip matome iš 6 lentelės depresijos pasireiškimas nepriklauso nuo šeimyninės padėties, medicininio išsilavinimo, dalyvavimo prevencinėje programoje ($p>0,05$), tačiau nustatyta, kad moterys, kurios patiria depresiją, reikšmingai dažniau kreipiasi į psichologą (78 proc.), nei moterys, moterys nepatiriančios depresijos (52 proc.) ($\chi^2=12,258$; $df=1$; $p<0,001$). Taip pat nustatyta, kad reikšmingai dažniau depresija pasireiškia moterims, kurioms paskirtas radioterapinis gydymas (100 proc.), chirurginis gydymas (83,3 proc.), chemoterapinis (68 proc.), kombinuotas (57 proc.) gydymas ar biologinė terapija (62,5 proc.), negu toms, kurioms paskirta hormono terapija (26,3 proc.) ($\chi^2=16,913$; $df=5$; $p=0,005$).

6 lentelė. Moterų depresijos pasireiškimo (GDS) palyginimas pagal demografinius ir kitus veiksnius, proc. (n)

Veiksniai		Depresija (GDS)		χ^2	df	p
		Nėra (<= 9 b.)	Pasireiškia (> 9 b.)			
Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	35,7 (5)	64,3 (9)	6,430	4	0,169
	Ištekėjusi	43,3 (77)	56,7 (101)			
	Išsiskyrusi	29,7 (11)	70,3 (26)			
	Gyvena partnerystėje	27,3 (6)	72,7 (16)			
	Našlė	58,8 (10)	41,2 (7)			
Medicininis išsilavinimas	Taip	51,4 (19)	48,6 (18)	1,942	1	0,207
	Ne	39,2 (91)	60,8 (141)			
Dalyvavimas krūties vėžio prevencinėje programoje	Taip	41 (41)	59 (59)	0,001	1	0,978
	Ne	40,8 (69)	59,2 (100)			
Gydymo metodas	Radioterapija	-	100 (3)	16,913	5	0,005*
	Chirurginis	16,7 (3)	83,3 (15)			
	Chemoterapija	32 (16)	68 (34)			
	Hormono terapija	73,7 (14)	26,3 (5)			
	Biologinė terapija	37,5 (3)	62,5 (5)			
	Kombinuotas gydymas	43 (74)	57 (98)			
	Lankė	22 (13)	78 (46)	12,258	1	<0,001*

Psichologo konsultacijos	Nelankė	48 (84)	52 (91)			
--------------------------	---------	---------	---------	--	--	--

Statistiškai reikšmingi (- kai $p < 0,05$) skirtumai paryškinti*

2.2.2. Sergančių krūties vėžiu patiriamas nerimas

Norint įvertinti krūties vėžiu sergančių moterų patiriamą nerimą buvo naudojama generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7). Klausimyną sudarė 7 klausimai, kurioje kiekvienas atsakymas yra įvertintas skalės balais nuo 0 iki 3, atsižvelgiant į nerimo simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites (0 „visai nekamavo“ iki 3 „beveik kiekvieną dieną“). Bendras skalės įverčio suminis balas gali būti nuo 0 iki 21, o didesnis suminis balas rodo didesnę nerimo sunkumą. Suminiai balai – 5, 10, 15 yra atitinkamai vertinami kaip lengvi, vidutinio sunkumo ir sunkūs nerimo simptomai.

Kaip matome iš 7 lentelės, dažniausiai moteris kamavo per paskutines pora savaitių beveik kiekvieną dieną sunkumas atsipalaiduoti ar baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus (10,1 proc.). Taip pat 41,9 proc. moterų keletą dienų per pora savaitių kamuoja nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa, 43,1 proc. greitas susierzinimas ar dirglumas ir 40,9 proc. kamuoja per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų.

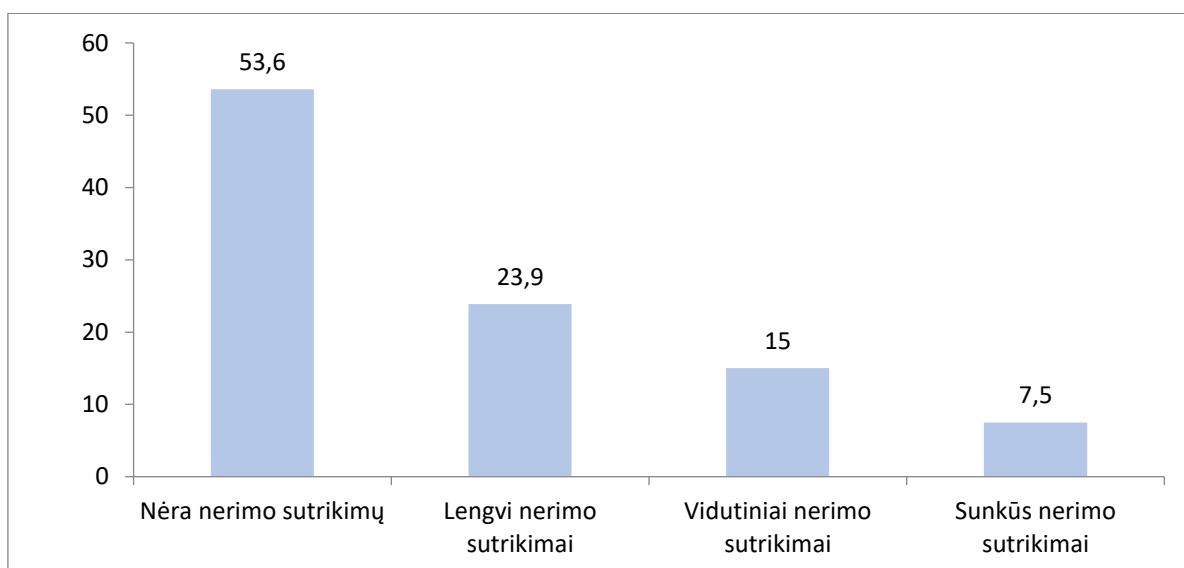
7 lentelė. Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų vertinimas, proc.

Nerimo sutrikimai	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusę iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa	30,6	41,9	15,6	12
Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti	48,6	30,7	14,2	6,4
Per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų	34,8	40,9	18,2	6,1
Sunkumas atsipalaiduoti	36,8	31,5	21,8	10,1
Buvimas tokiai neramiai, kad net sunku ramiai pasėdėti	66,3	22,8	8,8	2
Greitas susierzinimas ar dirglumas	32,3	43,1	16,8	7,7
Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus	44,4	34,7	10,8	10,1

Apskaičiavus ir įvertinus krūties vėžiu sergančių moterų generalizuoto nerimo sutrikimų skalę paaiškėjo, kad 53,6 proc. (n=157) neturėjo nerimo sutrikimų, 23,9 proc. (n=70) turėjo lengvus nerimo sutrikimus, 15 proc. (n=44) turėjo vidutinio sunkumo nerimo sutrikimus ir 7,5 proc. (n=22) turėjo sunkius nerimo sutrikimus. Rezultatai pateikti 12 paveiksle.

Bendras GAD-7 įvertis buvo $6,24 \pm 5,36$ balai iš 21. Mažiausias buvo 0 balas, o didžiausias – 21 balas. Kaip teigia instrumento autoriai, tų, kurių GAD-7 įvertis aukštesnis nei 10 balų, jau turi

pastebimų nerimo sutrikimų. Galime teigti, kad 22,5 proc. (n=66) moterų turėjo pastebimų vidutinių ar sunkių nerimo sutrikimų ir 77,5 proc. (n=227) jų neturėjo arba turėjo gana lengvus sutrikimus.



13 pav. Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų vertinimas (GAD-7), procentais

Siekiant nustatyti krūties vėžiu sergančių moterų generalizuoto nerimo sutrikimų sąsajas su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozavimo laiku buvo atlikta Spearman koreliacinė analizė. Tyrimu nustatyta, kad tarp moterų nerimo sutrikimų ir amžiaus ($r=-0,230$; $p<0,001$) nustatyta statistiškai reikšmingas neigiamas silpnas ryšys, nes $p<0,05$. Galime teigti, kad kuo moterų amžius yra mažesnis, tuo jos jaučia didesnę nerimą. Tačiau tarp nerimo pasireiškimo ir moterų išsilavinimo, vėžio stadijos, diagnozavimo laiko statistiškai reikšmingų ryšių nenustatyta, todėl galime teigti, kad šie veiksniai neturi įtakos nerimo sutrikimų pasireiškimui.

8 lentelė. Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų sąsajos su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozės laiku

Sąsajos		Amžius	Išsilavinimas	Vėžio stadija	Diagnozės laikas
Generalizuoto nerimo sutrikimų skalė (GAD-7)	r	-0,230**	0,063	0,060	-0,055
	p	<0,001	0,281	0,310	0,352

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - $<0,05$, ** - $0,01$

Norint nustatyti ar nerimo pasireiškimo dažnumas priklauso nuo jų šeimyninės padėties, medicininio išsilavinimo ir kitų veiksnių buvo atlikti χ^2 testai. Kaip matome iš 9 lentelės nerimo sutrikimų pasireiškimas nepriklauso nuo šeimyninės padėties, medicininio išsilavinimo, dalyvavimo prevencinėje programoje ir gydymo metodo ($p>0,05$), tačiau nustatyta, kad moterys patiriančios

vidutinį arba sunkų nerimą reikšmingai dažniau kreipėsi pagalbos į psichologą (38,5 proc.), nei tos, kurios nejaučia nerimo arba patiriančios lengvą nerimą (19,3 proc.) ($\chi^2=9,702$; $df=1$; $p=0,004$).

9 lentelė. Moterų generalizuoto nerimo sutrikimų (GAD-7) palyginimas pagal demografinius ir kitus veiksnius, proc. (n)

Veiksniai		Nerimo sutrikimai (GAD-7)		χ^2	df	p
		Nėra/lengvi (≤ 10 b.)	Vidutiniai/sunkūs (> 10 b.)			
Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	73,3 (11)	26,7 (4)	2,060	4	0,725
	Ištekėjusi	76,3 (148)	23,7 (46)			
	Išsiskyrusi	85,4 (35)	14,6 (6)			
	Gyvena partnerystėje	72,7 (16)	27,3 (6)			
	Našlė	78,9 (15)	21,1 (4)			
Medicininis išsilavinimas	Taip	78,4 (29)	21,6 (8)	0,023	1	0,879
	Ne	77,3 (197)	22,7 (58)			
Dalyvavimas krūties vėžio prevencinėje programoje	Taip	79,1 (87)	20,9 (23)	0,289	1	0,666
	Ne	76,4 (139)	23,6 (43)			
Gydymo metodas	Radioterapija	66,7 (2)	33,3 (1)	8,053	5	0,153
	Chirurginis	72,2 (13)	27,8 (5)			
	Chemoterapija	65,5 (36)	34,5 (19)			
	Hormono terapija	90,9 (20)	9,1 (2)			
	Biologinė terapija	77,8 (7)	22,2 (2)			
	Kombinuotas gydymas	80,1 (149)	19,9 (37)			
Psichologo konsultacijos	Lankė	61,5 (40)	38,5 (25)	9,702	1	0,004*
	Nelankė	80,7 (151)	19,3 (36)			

Statistiškai reikšmingi (- kai $p<0,05$) skirtumai paryškinti*

2.2.3. Sergančių krūties vėžiu gyvenimo kokybė

Siekiant įvertinti krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę tyrime buvo naudojamas SF-36 klausimynas. Pagal šį klausimyną yra vertinamos 8 subskalės: *fizinė būklė, veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų, kūno skausmai, bendra sveikatos būklė, energingumas, socialinis funkcionavimas, veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų ir psichinė būklė*. Didžiausia galima balų suma – 100. Kuo balų daugiau – tuo geresnė gyvenimo kokybė.

Tyrimas parodė (10 lentelė), kad pacientų fizinė būklė buvo $66,13 \pm 23,38$ balai, veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų buvo $38,07 \pm 39,88$ balai, kūno skausmų buvo $63,5 \pm 24,61$ balai, bendra sveikatos būklė buvo $47,26 \pm 19,61$ balai, energingumas buvo $52,14 \pm 20,32$ balai, socialinis funkcionavimas buvo $63,97 \pm 26,89$ balai, veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų buvo $52,3 \pm 42,2$

balai, psichinė būklė buvo $59,85 \pm 20,13$ balai, o vertinant bendrą gyvenimo kokybę – $55,24 \pm 20,36$ balai.

10 lentelė. Moterų gyvenimo kokybės skalių rezultatai

Skalė	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė
Fizinė būklė	66,13	23,38	0	100
Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	38,07	39,88	0	100
Kūno skausmai	63,5	24,61	0	100
Bendra sveikatos būklė	47,26	19,61	0	95
Energingumas	52,14	20,32	5	100
Socialinis funkcionavimas	63,97	26,89	0	100
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	52,3	42,2	0	100
Psichinė būklė	59,85	20,13	0	100
Gyvenimo kokybė	55,24	20,36	8,13	95

Galime teigti, kad krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybė yra tik vidutiniška. Aukščiausiai įvertinti yra fizinės būklės, socialinio funkcionavimo, kūno skausmų rodikliai, o žemiausiais rodikliais pasižymi veiklos apribojimai dėl fizinių sutrikimų, bendra sveikatos būklė ir energingumas.

Siekiant nustatyti krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės sąsajas su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozavimo laiku buvo atlikta Spearman koreliacinė analizė. Tyrimu nustatyta (11 lentelė), kad kuo amžius didesnis, tuo prastesnė moterų fizinė būklė ($r=-0,149$; $p=0,010$), mažesni kūno skausmai ($r=0,145$; $p=0,011$) ir geresnė psichinė būklė ($r=0,177$; $p=0,002$). Taip pat nustatyta, kad kuo diagnozė nustatyta seniau, tuo fizinė būklė yra prastesnė ($r=-0,222$; $p<0,001$), bet mažesnis apribojimas dėl fizinių sutrikimų ($r=0,153$; $p=0,009$). Tačiau tarp bendros gyvenimo kokybės vertinimo ir moterų amžiaus, išsilavinimo, vėžio stadijos, diagnozavimo laiko statistiškai reikšmingų ryšių nenustatyta.

11 lentelė. Moterų gyvenimo kokybės sąsajos su moterų išsilavinimu, amžiumi, vėžio stadija ir diagnozės laiku

Sąsajos		Amžius	Išsilavinimas	Vėžio stadija	Diagnozės laikas
Fizinė būklė	r	-0,149*	0,089	-0,066	-0,222**
	p	0,010	0,128	0,262	0,000

Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	r	0,107	-0,007	-0,105	0,153**
	p	0,071	0,904	0,078	0,009
Kūno skausmai	r	0,145*	0,070	-0,082	0,042
	p	0,011	0,222	0,155	0,469
Bendra sveikatos būklė	r	-0,022	0,000	-0,107	-0,092
	p	0,708	0,998	0,069	0,116
Energingumas	r	0,070	-0,009	-0,043	-0,039
	p	0,236	0,877	0,463	0,511
Socialinis funkcionavimas	r	0,085	0,029	-0,034	0,057
	p	0,143	0,613	0,562	0,324
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	r	0,049	0,063	-0,108	0,091
	p	0,410	0,287	0,067	0,121
Psichinė būklė	r	0,177**	0,013	-0,043	0,028
	p	0,002	0,820	0,469	0,630
Gyvenimo kokybė	r	0,073	0,039	-0,094	0,036
	p	0,235	0,524	0,130	0,560

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - <0,05, ** - 0,01

Norint nustatyti ar moterų gyvenimo kokybė priklauso nuo jų šeimyninės padėties, medicininio išsilavinimo ir kitų veiksnių buvo atlikti Stjudento arba ANOVA testai. Kaip matome iš 12 lentelės gyvenimo kokybė nepriklauso nuo šeimyninės padėties, medicininio išsilavinimo, dalyvavimo prevencinėje programoje ($p>0,05$), tačiau nustatyta, kad reikšmingai geresnė ($58,12\pm 21,1$) gyvenimo kokybė buvo moterų, kurios nelankė psichologo konsultacijų, negu tos, kurios lankė ($47,18\pm 17,33$) ($t=-4,018$; $df=134,6$; $p<0,001$). Taip pat nustatyta, kad reikšmingai geresnė gyvenimo kokybė buvo moterų, kurioms paskirta hormono terapija ($71,82\pm 12,81$), negu toms, kurioms paskirta radioterapija ($p=0,006$), chirurginis gydymas ($p=0,005$), chemoterapija ($p<0,001$), biologinė terapija ($p=0,011$) ar kombinuotas gydymas ($p=0,023$).

12 lentelė. Moterų gyvenimo kokybės (SF-36) palyginimas pagal demografinius ir kitus veiksnius, proc. (n)

Veiksniai		Gyvenimo kokybė (m±SD)	p
Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	48±24,83	0,162
	Ištekėjusi	57,21±20,12	
	Išsiskyrusi	49,44±19,66	
	Gyvena partnerystėje	53,12±19,1	
	Našlė	54,86±21,15	
Medicininis išsilavinimas	Taip	57,24±22,23	0,537
	Ne	54,95±20,13	
Dalyvavimas krūties vėžio prevencinėje programoje	Taip	55,18±20,83	0,966
	Ne	55,3±20,2	

Gydymo metodas	Radioterapija	29,15±20,88	<0,001*
	Chirurginis	48,53±16,46	
	Chemoterapija	48,6±16,83	
	Hormono terapija	71,82±12,81*	
	Biologinė terapija	41,16±20,04	
	Kombinuotas gydymas	57,11±20,87	
Psichologo konsultacijos	Lankė	47,18±17,33	<0,001*
	Nelankė	58,12±21,1	

Statistiškai reikšmingi (- kai $p<0,05$) skirtumai paryškinti*

2.2.4. Pacienčių, sergančių krūties vėžiu, depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės sąsajos

Siekiant nustatyti krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės, depresijos, nerimo tarpusavio sąsajas buvo atlikta Pearson koreliacinė analizė. Kai matome iš 13 lentelės, nustatyti statistiškai reikšmingi neigiami silpni fizinės būklės ($r=-0,409$; $p<0,001$), veiklos apribojimų dėl fizinių sutrikimų ($r=-0,451$; $p<0,001$), kūno skausmų ($r=-0,450$; $p<0,001$), vidutinio stiprumo bendros sveikatos būklės ($r=-0,597$; $p<0,001$), socialinio funkcionavimo ($r=-0,685$; $p<0,001$), veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų ($r=-0,563$; $p<0,001$) ir stiprūs energingumo ($r=-0,756$; $p<0,001$), psichinės būklės ($r=-0,755$; $p<0,001$), bendros gyvenimo kokybės ($r=-0,766$; $p<0,001$) ryšiai su depresija. Galima teigti, kad kuo depresijos lygis yra didesnis, tuo gyvenimo kokybė ir visi jos komponentai yra prastesni.

Taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi neigiami silpni fizinės būklės ($r=-0,314$; $p<0,001$), veiklos apribojimų dėl fizinių sutrikimų ($r=-0,368$; $p<0,001$), kūno skausmų ($r=-0,393$; $p<0,001$), veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų ($r=-0,450$; $p<0,001$), vidutinio stiprumo bendros sveikatos būklės ($r=-0,500$; $p<0,001$), energingumo ($r=-0,661$; $p<0,001$), socialinio funkcionavimo ($r=-0,670$; $p<0,001$), bendros gyvenimo kokybės ($r=-0,693$; $p<0,001$) ir stiprūs psichinės būklės ($r=-0,759$; $p<0,001$) ryšiai su nerimu. Galima teigti, kad kuo nerimo lygis yra didesnis, tuo gyvenimo kokybė ir visi jos komponentai yra prastesni.

Rezultatai parodė, kad yra statistiškai reikšmingas teigiamas nerimo ir depresijos ($r=-0,720$; $p<0,001$) tarpusavio ryšys, todėl galime teigti, kad kuo didesnis nerimas, tuo didesnė ir depresija.

13 lentelė. Moterų gyvenimo kokybės, nerimo ir depresijos sąsajos

Sąsajos		Depresija	Nerimas
Fizinė būklė	r	-0,409**	-0,314**
	p	<0,001	<0,001
Veiklos apribojimas dėl fizinių sutrikimų	r	-0,451**	-0,368**
	p	<0,001	<0,001

Kūno skausmai	r	-0,450**	-0,393**
	p	<0,001	<0,001
Bendra sveikatos būklė	r	-0,597**	-0,500**
	p	<0,001	<0,001
Energingumas	r	-0,756**	-0,661**
	p	<0,001	<0,001
Socialinis funkcionavimas	r	-0,685**	-0,670**
	p	<0,001	<0,001
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų	r	-0,563**	-0,450**
	p	<0,001	<0,001
Psichinė būklė	r	-0,755**	-0,759**
	p	<0,001	<0,001
Gyvenimo kokybė	r	-0,766**	-0,693**
	p	<0,001	<0,001
Depresija	r		0,720**
	p		<0,001

r – Pearson koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas, * - <0,05, ** - 0,01

Norėdami nustatyti, kaip nerimas ir depresija įtakoja gyvenimo kokybę, atlikta daugianarė tiesinė regresinė analizė. Sudarant regresijos modelį, priklausomu kintamuoju pasirinkta gyvenimo kokybė, nepriklausomais – nerimas, depresija. Apskaičiuotas determinacijos koeficientas $R^2=0,616$, F kriterijaus statistika $F=191,725$, $p<0,001$. Reiškia, regresijos modelis, prognozuojant tiriamųjų gyvenimo kokybę, yra statistiškai reikšmingai patikimas ir paaiškina 61,6 proc. sklaidos. Tyrimo rezultatai atskleidžia, kad gyvenimo kokybės prognozei statistiškai reikšmingą vertę turi depresija ($\beta=-0,577$) ir nerimas ($\beta=-0,256$).

14 lentelėje esantys koeficientai *Konstanta* = 80,774, *depresija* = -1,439, *nerimas* = -0,963 yra statistiškai reikšmingi, nes $p<0,05$. Užrašome regresijos lygtį, kuri geriausiai nusakys priklausomo ir nepriklausomo kintamųjų ryšį:

$$Y = 80,774 - 1,439 * (\text{depresija (balais)}) - 0,963 * (\text{nerimas (balais)})$$

14 lentelė. Regresinės tiesės koeficientų reikšmės

Veiksniai	Nestandardizuoti koeficientai		Standartizuoti koeficientai	t reikšmė	p reikšmė
	B	Standartinė paklaida	Beta (β)		
(Konstanta)	80,774	1,553		52,014	<0,001*
Depresija	-1,439	0,147	-0,577	-9,762	<0,001*
Nerimas	-0,963	0,222	-0,256	-4,337	<0,001*

priklausomas kintamasis – gyvenimo kokybė, * $p < 0,05$

Tyrimo rezultatai atskleidžia, kad analizuojamo modelio atveju depresijos vertinimui padidėjus vienu balu gyvenimo kokybės vertinimas sumažėja -1,439 balo (nekontant kitiems rodikliams), o nerimo vertinimui padidėjus vienu balu gyvenimo kokybės vertinimas sumažėja -0,963 balo (nekontant kitiems rodikliams). Galime teigti, kad gyvenimo kokybei daro tiesioginę neigiamą įtaką nerimo ir depresijos lygis. Kadangi anksčiau nustatėme, kad amžius įtakoja nerimo ir depresijos lygį, tačiau regresija (įtraukus amžių) neparodė reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei ($p > 0,05$).

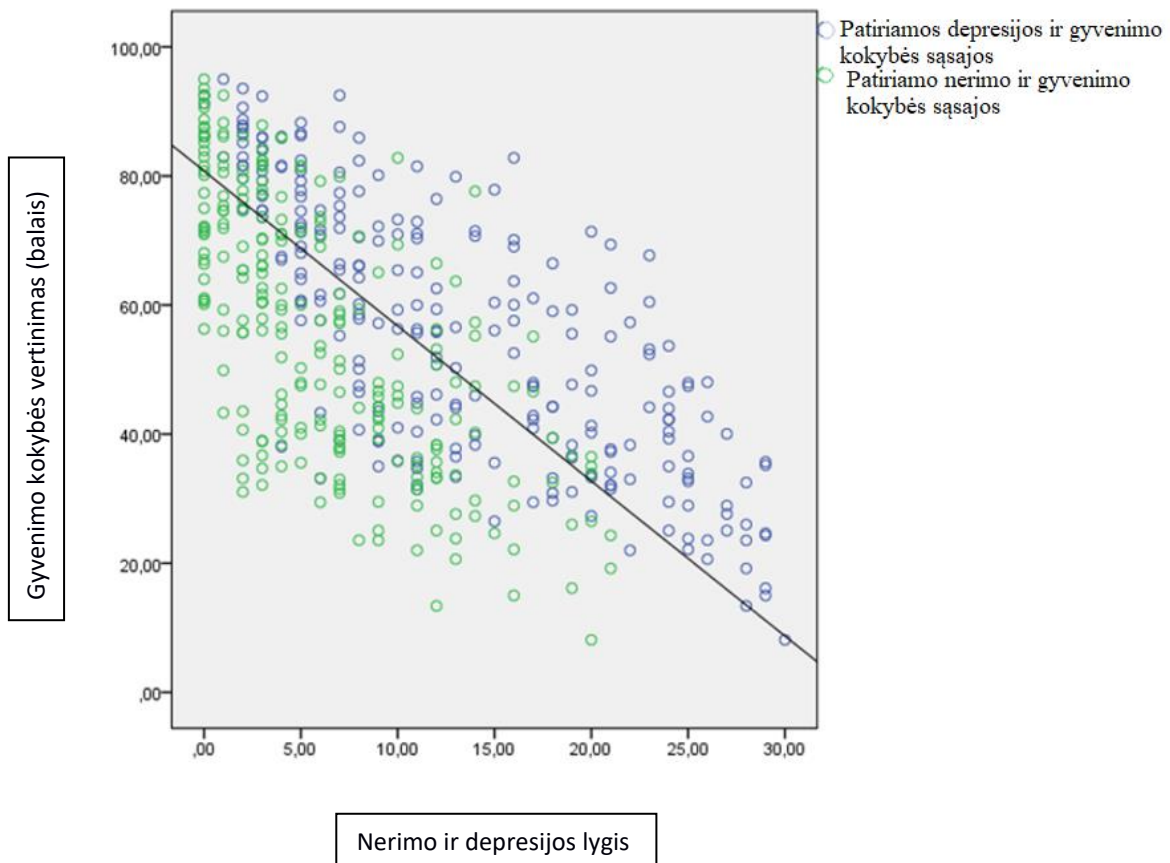
Tą pačią priklausomybę galime pastebėti ir žiūrėdami į žemiau pateiktą lentelę. Didėjant depresijos ar nerimo lygiui matome kaip mažėja gyvenimo kokybės vertinimas ($p < 0,001$).

15 lentelė. Moterų gyvenimo kokybės (SF-36) palyginimas pagal depresijos ir nerimo lygius, proc. (n)

Veiksniai		Gyvenimo kokybė (m $\pm$ SD)	p
Depresija	Normali nuotaika	71,67 $\pm$ 15,14	<0,001*
	Lengva depresija	51,55 $\pm$ 14,45	
	Sunki depresija	36,91 $\pm$ 13,7	
Nerimas	Nėra nerimo sutrikimų	67,11 $\pm$ 16,59	<0,001*
	Lengvi nerimo sutrikimai	48,93 $\pm$ 14,9	
	Vidutiniai nerimo sutrikimai	38,22 $\pm$ 13,13	
	Sunkūs nerimo sutrikimai	30,12 $\pm$ 11,49	

Statistiškai reikšmingi (* - kai $p < 0,05$)

Pateikiamame 14 paveiksle galima aiškiai vizualiai matyti kaip didėjant depresijai ir kylant nerimo lygiui prastėja gyvenimo kokybės vertinimas.



14 pav. Patiriamos depresijos, nerimo ir gyvenimo kokybės priklausomybės vertinimas

2.2.6. Tyrimo rezultatų aptarimas

Siekiant įgyvendinti tyrime išsikeltą uždavinį, buvo įvertintos krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės, depresijos ir nerimo tarpusavio sąajos. Nustatyti statistiškai reikšmingi vidutinio stiprumo bendros sveikatos būklės, socialinio funkcionavimo, veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų ir stiprūs energingumo, psichinės būklės, bendros gyvenimo kokybės ryšiai su depresija. Statistiškai reikšmingi stiprūs psichinės būklės ryšiai nustatyti ir su nerimu. Vadinasi, kuo depresijos ir nerimo lygis didesnis, tuo gyvenimo kokybė ir visi jos komponentai yra prastesni.

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad didžioji dalis (69,9 proc.) apklausoje dalyvavusių moterų, sergančių krūties vėžiu, sužinojus diagnozę nesikreipė pagalbos į psichologą. Rezultatai atskleidė, kad psichologo konsultacijas lankė tik ketvirtadalis respondenčių, o tokį sprendimą daugiausiai lėmė noras numalšinti baimę dėl ateities, išsakyti visus savo jausmus, pagalbos susitaikant su diagnoze poreikis bei noras išlikti stiprioms susiduriant su ligos keliamais iššūkiais. Tai patvirtina Sutkevičiūtės (2017) tyrinėjimus, kuriuose nustatyta, kad vėžiu sergantys pacientai patiria sudėtingus jausmus, tokius kaip bejėgiškumas, negalėjimas susitaikyti su diagnoze, kaltė ir nerimas, todėl šalia

medicininio gydymo svarbu integruoti įvairias psichologinės pagalbos formas, kurios padėtų gerinti su liga susijusią gyvenimo kokybę, prisitaikymą (Valiulienė, 2013). Šiuo metu esantį mažą susidomėjimą galbūt lėmė tai, jog Lietuvoje psichosocialinės paslaugos krūties vėžiu sergančioms pacientėms dar tik integruojamos pagal numatytą 2014-2025 m. laikotarpio programą. Tikėtina, jog vis dar nėra pilnai garantuojamas šių paslaugų vientisumas ir tęstinumas.

Aktualu pastebėti, kad tyrėjas Baquatayan (2012) įsitikinęs, kad naudojantis socialine parama nerimo ir depresijos lygis pastebimai mažėja. Jokubaitienės teigimu (2016), moksliniais tyrimais įrodyta, kad psichosocialinė pagalba onkologiniams ligoniams padeda mažinti depresijos ir nerimo lygį. Panašūs rezultatai skelbiami Gaidytės (2019) tyrinėjimuose, kuriuose pažymima, kad psichologinė pagalba gali veiksmingai sumažinti stresą ir neigiamą psichologinių veiksnių įtaką. Tyrimas atskleidė, kad daugumai moterų, kurios lankė psichologo konsultacijas, pavyko (iš dalies arba visiškai) sumažinti depresijos ir nerimo lygį. Analizė parodė, kad psichologo konsultacijų lankymas nepriklauso nuo moterų šeimyninės padėties, išsilavinimo, vėžio stadijos ar paskirto gydymo metodo, tačiau statistiškai reikšmingai dažniau moterys, lankiusios psichologo konsultacijas, visiškai rekomenduotų lankyti jas ir kitoms. Remiantis tokiais rezultatais, tikslinga teigti, kad yra svarbu daugiau šviesti moteris apie psichologinę pagalbą, nukreipti jas tinkama linkme, nes kaip pažymi Bulotienė (2014), krūties vėžiu sergančių pacienčių psichoemocinių poreikių ankstyvosios intervencijos yra prasmingos.

Autorių Gaidelytės, Garbuvienės ir Zavackaitės (2018) atliktas tyrimas parodė, kad nors vis daugiau moterų įsitraukia į krūties vėžio prevencinę programą, visgi dalyvaujančiųjų skaičius galėtų būti didesnis. Panašūs rezultatai gauti ir šiame darbe atliktame tyrime – analizė parodė, kad didžioji dalis (61,6 proc.) moterų nedalyvavo krūties vėžio prevencinėje programoje.

Įvertinus moterų geriatrinę depresijos skalę paaiškėjo, kad daugiau nei pusė respondenčių turėjo lengvą arba sunkią depresiją (atitinkamai 33,3 proc. ir 25,9 proc). Fradelos ir kt. 2017 m. atliktame tyrime krūties vėžiu sergančių pacientų depresijos paplitimas buvo 54,5 proc. Panašūs duomenys buvo nustatyti ir ankstesniuose tyrimuose (Galloway ir kt., 2012). Tad šio tyrimo metu gauti rezultatai patvirtina daugelio autorių tyrimus, kuriuose nustatyta, kad depresija yra dažna moterų, sergančių krūties vėžiu, diagnozė (Steakley, 2010; Paukšytė, 2015; Tsaras ir kt., 2018).

Fafouti ir bendraautorių (2010) atliktas tyrimas parodė, kad pacientėms, kurių prognozė buvo šešių mėnesių ar trumpesnė, depresija paplitusi iki 22%. Šio tyrimo duomenimis, depresijos pasireiškimas nepriklauso nuo diagnozavimo laiko ar vėžio stadijos, tačiau nustatyta, kad kuo moterų amžius yra mažesnis, tuo jų depresijos pasireiškimas yra didesnis. Tokie rezultatai sutampa su Geyikci ir kt. (2018) tyrimo duomenimis, kurie atskleidė, kad 35–44 metų moterys buvo labiau depresyvios ir nerimaujančios nei 55–65 metų amžiaus pacientės.

Tyrimo duomenimis, krūties vėžiu sergančias moteris kamuoja nervingumas, nerimastingumas, didelė įtampa, dirglumas, greitas susierzinimas ir per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų. Panašūs duomenys gauti Paukštytės ir bendraautorių 2017 m. atliktame tyrime apie krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę, kurio metu nustatyta, jog krūties vėžiu sergančios pacientės patiria prislėgtumą, susierzinimą, nerimo simptomus. Šiame darbe įvertinus krūties vėžiu sergančių moterų generalizuoto nerimo sutrikimų skalę paaiškėjo, kad beveik ketvirtadalis moterų jaučia vidutinį arba sunkų nerimą.

2011 m. autorių Lim ir Ang atliktas tyrimas parodė, kad moterų, kurioms buvo taikoma chemoterapija, nerimo lygis buvo didžiausias prieš pirmąją chemoterapijos infuziją. Remiantis Baqutayan (2012) tyrinėjimais, moterų nerimas padidėja sužinojus, kad jos serga krūties vėžiu arba kai gydymas tampa intensyvesnis. Panašiomis išvalgomis dalinasi ir Zabora su bendraautoriais (2020); autorių teigimu, vėžiu sergančių pacienčių nerimo paplitimas priklauso nuo vėžio tipo, laiko nuo diagnozės nustatymo, skausmo intensyvumo ir kitų veiksnių. Tsaras ir kt. (2018) tyrimas parodė, kad mažiau išsilavinusios moterys, sergančios krūties vėžiu, dažniau patyrė depresijos ir nerimo simptomus. Šiame darbe atlikto tyrimo duomenimis, nerimo pasireiškimas nepriklauso nuo išsilavinimo, vėžio stadijos, diagnozavimo laiko, gydymo metodo ir šeimyninės padėties, tačiau pastebėtas ryšys tarp jauno moters amžiaus ir didesnio nerimo lygio.

Tyrimas atskleidė, kad moterų, sergančių krūties vėžiu, gyvenimo kokybė yra vidutiniška. Nustatyta, kad daugiausiai neigiamos įtakos moterų gyvenimo kokybei turi įvairūs veiklos apribojimai dėl fizinių sutrikimų, bendra sveikatos ir emocinė būklė bei energingumas. Leung, Pachana ir McLaughlin 2014 m. atliktas tyrimas parodė, kad moterų, kurioms neseniai diagnozuotas krūties vėžys, gyvenimo kokybė buvo žymiai prastesnė kūno skausmo, bendros sveikatos, fizinio funkcionavimo ir gyvybingumo skalėse. Tačiau lyginant su laikotarpiu, kai joms buvo diagnozuotas vėžys, stebėjimo metu moterų gyvenimo kokybės vertinimo balai kai kuriose srityse padidėjo; reikšmingai pagerėjo bendra jų sveikata, fizinis, emocinis, socialinis funkcionavimas ir gyvybingumas. Tačiau šio tyrimo metu paaiškėjo, kad kuo diagnozė nustatyta seniau, tuo moterų fizinė būklė yra prastesnė, tačiau mažesnis apribojimas dėl fizinių sutrikimų. Tad tyrimo rezultatai su Leung ir kt. (2014) tyrinėjimais sutampa tik iš dalies.

Tyrime atlikti Stjudento arba ANOVA testai parodė, kad reikšmingai geresnė gyvenimo kokybė yra moterų, kurioms paskirta hormono terapija, negu tų, kurioms paskirta radioterapija, chirurginis gydymas, chemoterapija, biologinė terapija ar kombinuotas gydymas. Tai sutampa su užsienio autorių Sun ir kt. (2014) tyrimo rezultatais, kurie nustatė, kad gyvenimo kokybė buvo geresnė krūtis tausojančių moterų nei tų, kurioms buvo atlikta mastektomija. Atsižvelgiant į tai, tikslinga teigti, kad krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybė priklauso nuo gydymo būdo.

Gold ir kt. (2016) atliktas tyrimas parodė, kad krūties vėžiu sergančių pacienčių, turinčių nerimo ir depresijos simptomus, gyvenimo kokybė yra prastesnė; jos pranešė apie ženkliai žemesnę fizinę, psichologinę ir socialinę gerovę. Tokie rezultatai atitinka daugybę krūties vėžiu sergančių pacienčių tyrimų, kuriuose nustatyta, kad padidėjęs kiekvieno iš šių psichologinių simptomų sunkumas yra susijęs su reikšmingu įvairių gyvenimo kokybės dimensijų sumažėjimu (Alacacioglu ir kt., 2010; Hutter ir kt., 2013; So ir kt., 2010). Šiame darbe atliktas tyrimas taip pat atskleidė, kad nerimo ir depresijos lygis daro tiesioginę neigiamą įtaką gyvenimo kokybei. Geyikci ir kt. (2018 m) tyrimo duomenimis, krūties vėžiu sergančioms pacientėms nustatytas teigiamas ryšys tarp depresijos ir nerimo. Šiame tyrime taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas teigiamas nerimo ir depresijos tarpusavio ryšys. Kuo didesnis krūties vėžiu sergančių moterų nerimas, tuo didesnė ir depresija.

Atlikus tyrimą hipotezė pasitvirtino: didelis depresijos ir nerimo lygis neigiamai įtakoja krūties vėžiu sergančių pacienčių gyvenimo kokybę. Tyrimo metu atlikta daugianarė tiesinė regresinė analizė parodė, kad didėjant depresijos ar nerimo lygiui, mažėja gyvenimo kokybės vertinimas.

Taigi atliekant ateities tyrimus svarbu išsiaiškinti, kas paskatintų moteris aktyviau lankyti psichologo konsultacijas, psichoterapiją. Taip pat kokie veiksniai galėtų turėti papildomos teigiamos įtakos siekiant sumažinti depresijos ir nerimo lygį, kaip dailės, muzikos, šokio terapija, grupinės psichologo konsultacijos ir kt.

Tyrimo stiprybė būtų galima įvardinti didelę imtį (apklausta 311 respondentų), tirta pacienčių psichoemocinė būklė (patiriamas depresija, nerimas), gyvenimo kokybė. Tačiau kaip tyrimo silpnybė matoma, kad imtis yra nereprezentatyvi, ir neatspindi visos krūties vėžiu sergančių moterų populiacijos Lietuvoje. Ateityje vykdant panašius tyrimus, būtų naudinga apklausą vykdyti onkologiniuose centruose, pirminės sveikatos priežiūros įstaigose ar kt., tai leistų apklausti platesnį respondentų ratą, gauti išsamesnę informaciją apie esančią situaciją. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad krūties vėžiu sergančių psichoemocinė būklė yra sudėtinga. Moterims reikalinga efektyvi pagalba, siekiant sumažinti nerimo, depresijos lygį, siekiant pagerinti jų gyvenimo kokybę.

IŠVADOS

1. Tyrime nustatyta, kad didesnė dalis, t.y. 59,2 proc. tyrime dalyvavusių moterų patyrė įvairaus lygio depresiją, iš jų 25,9 proc. - sunkią. Depresiją dažniau patiria jaunesnio amžiaus, gaunančios radioterapiją, chirurginį, chemoterapiją, kombinuotą gydymą ar biologinę terapiją, mažiau - gydomos hormonoterapija moterys. Pastebėta, kad moterys, kurioms pasireiškia depresija yra labiau linkusios lankyti psichologo konsultacijas.
2. Nustatyta, kad 46,4 proc. sergančių krūties vėžiu moterų patyrė nerimą (22,5 proc. - vidutinį ir sunkų), kuris pasireškia nervingumu, nerimastingumu, didele įtampa, dirglumu, greitu susierzinimu ir pernelyg dideliu nerimavimu dėl įvairių dalykų. Didesnis nerimas buvo susijęs su jaunesniu moterų amžiumi.
3. Įvertinus krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybę, ji buvo vidutiniška, dauguma patyrė įvairius apribojimus dėl fizinių sutrikimų, bendros sveikatos būklės, emocinių sutrikimų ir energingumo stokos. Vyresnis respondenčių amžius, radioterapija, chirurginis, chemoterapija, kombinuotas gydymas ir biologinė terapija buvo siejami su blogesne gyvenimo kokybe. Teigiamos įtakos gyvenimo kokybei turėjo hormonoterapija, taip pat vyresnio amžiaus moterys buvo geresnės psichinės būklės.
4. Nustatyti vidutinio stiprumo bendros sveikatos būklės, socialinio funkcionavimo, veiklos apribojimų dėl emocinių sutrikimų ir stiprūs energingumo, psichinės būklės, bendros gyvenimo ryšiai su depresija. Nustatyti statistiškai reikšmingi vidutinio stiprumo bendros sveikatos būklės, energingumo, socialinio funkcionavimo, bendros gyvenimo kokybės ir stiprūs psichinės būklės ryšiai su nerimu. Nustatytas tiesioginis ryšys tarp nerimo ir depresijos.

REKOMENDACIJOS

1. Krūties vėžiu sergančioms pacientėms: rekomenduojama pasidomėti depresijos, nerimo valdymo priemonėmis, tokiomis kaip dailės, muzikos terapija, psichologo konsultacijos, nes tai gali pastebimai pagerinti gyvenimo kokybę.
2. Sergančiųjų krūties vėžiu artimiesiems: svarbu įvertinti moters sergančios krūties vėžiu emocinę būklę, pastebėti kylantį nerimą, depresijos požymius, įsitikinti ar jai nėra reikalinga psichologo pagalba.
3. Sergančias krūties vėžiu gydantiems/slaugantiems medikams: būtų naudinga supažindinti pacientes su psichologo konsultacijų teikiama nauda bei apie galimybę gauti nemokamą psichologinę pagalbą.
4. Šeimos gydytojams: būtina skatinti pacientes, aktyviau įsitraukti dalyvauti prevencinėse programose, anksti nustatyta diagnozė ženkliai palengvina ligos gydymą ir gerina išgyvenamumą.

LITERATŪRA

1. Ayla, G. (2015). Nurses and Women With Breast Cancer: No Time to Lose. *Cancer Nursing* p. 493–494.
https://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/2015/11000/Nurses_and_Women_With_Breast_Cancer___No_Time_to.10.aspx
2. Alacacioglu, A., Binicier, O., Gungor, O., Oztop, I., Dirioz, M., & Yilmaz, U. (2010). Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer patients. *Supportive care in cancer*, 18(4), 417-421.
3. Albreht, T., Martin-Moreno, J. M., Jelenc, M., Gorgojo, L., & Harris, M. (2015). *European Guide for Quality National Cancer Control Programmes*. Ljubljana: National institute of Public Health, p. 35 – 39.
4. Alseikienė, Z. (1999). Geriatrinė depresijos skalė. Instrumentuotė. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, T.1, Nr. 1, 35.
5. Andrade V., Okino Sawada, N., & Barichello E. (2013). Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000200012&lng=pt&tlng=pt
6. Andrade V., Okino Sawada, N., & Barichello E. (2013). Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. Brasil.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000200012&lng=pt&tlng=pt
7. Andruškienė, J., Vaičiūnienė, B., & Iždonaitė-Medžiūnienė, I. (2012). Gyvenimo kokybės pokyčių analizė tarp studijuojančiųjų sveikatos mokslus kolegijoje. *Visuomenės sveikata, Priedas1*, 26–31.
8. Barauskas, G. Bilskienė, D., Boguševičius, A., Endzinas, Ž., Grybauskas, P., Jievaltas, M., Karbonskienė, A., Kymantas, V., Kiudelis, M., Krasauskas, V., Maleckas, A., Nadišauskienė, R. J., Norkus, T., Pavalkis, D., Pilvinis, V., Rimdeika, R., Saladžinskas, Ž., Šošas, J. P., Tamelis, A., & Žindžius, A. S. (2006). *Chirurgija*. Vilnius.
9. Bikulčius, R. (2014). Skalių ir testų taikymas vertinant fizinę, psichinę bei funkcinę senyvo amžiaus žmogaus būklę. *Gerontologija Teorija ir praktika*, 15(1), p. 54-63.
10. Bower J. (2006). Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer*. 106:751–758. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16400678/>
11. Bower J. (2014). Cancer-related fatigue: Mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev*

Clin Oncol; 11(10): 597–609. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4664449/>

12. Bruera, E., & Yennurajalingam, S. (2010). Challenge of managing cancer-related fatigue. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(23), 3671–3672. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.29.8984>

13. Bulotienė, G., & Matuizienė, J. (2014). Posttraumatic stress in breast cancer patients. *Acta Medica Lituanica*, 21(2), 43–50. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v21i2.2940>

14. Butkutė, V. (2013). Moterų, kurioms atlikta krūties vėžio operacija, kūno įvaizdžio pokyčių vertinimas taikant radioterapiją: magistro darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.

15. Cancer Research UK (2021). <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/incidence>

16. Cancer treatment centers of America. (2002). Hematologic oncology. <https://www.cancercenter.com/treatment-options/hematologic-oncology>

17. Caocci, G., La Nasa, G., & Efficace, F. (2009). Health-related quality of life and symptom assessment in patients with myelodysplastic syndromes. *Expert review of hematology*, 2(1), 69–80. <https://doi.org/10.1586/17474086.2.1.69>

18. Curt, G. A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, L. M., Johnson, D. H., Miaskowski, C., Scherr, S. L., Portenoy, R. K., & Vogelzang, N. J. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *The oncologist*, 5(5), 353–360. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-5-353>

19. Čižauskaitė, A. (2014). Krūties vėžio epidemiologija, diagnostika ir gydymas. *Klaipėda. Sveikatos mokslai*, 24(5):31:34.

20. Deksnytė, A., Aranauskas, R., Kurpatov, V., & Palinauskaitė, K. (2012). Depresiškumo skirtumai naudojant Beko depresijos klausimyną ir Geriatrinę depresijos skalę šeimos gydytojo praktikoje. *Neurologijos seminarai*, 16(3), 232–236.

21. DeSantis, C. E., Ma, J., Goding Sauer, A., Newman, L. A., & Jemal, A. (2017). Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(6), 439–448. doi:10.3322/caac.21412

22. Despiégel N., Touboul Ch., Flinois A., Suzan F., Gonzalez-McQuire S., & Bonnetain F. (2018). Health-Related Quality of Life of Patients With Multiple Myeloma Treated in Routine Clinical Practice in France. [https://www.clinical-lymphoma-myeloma-leukemia.com/article/S2152-2650\(18\)30428-2/fulltexthttps://www.clinical-lymphoma-myeloma-leukemia.com/article/S2152-2650\(18\)30428](https://www.clinical-lymphoma-myeloma-leukemia.com/article/S2152-2650(18)30428-2/fulltexthttps://www.clinical-lymphoma-myeloma-leukemia.com/article/S2152-2650(18)30428)

23. Despiégel, N., Touboul, C., Flinois, A., Saba, G., Suzan, F., Gonzalez-McQuire, S., &

Bonnetain, F. (2019). Health-Related Quality of Life of Patients With Multiple Myeloma Treated in Routine Clinical Practice in France. *Clinical Lymphoma, Myeloma and Leukemia*, 19(1), e13–e28. <https://doi.org/10.1016/j.clml.2018.08.019>

24. Efficace, F., Gaidano, G., Breccia, M., Voso, M. T., Cottone, F., Angelucci, E., Caocci, G., Stauder, R., Selleslag, D., Sprangers, M., Platzbecker, U., Ricco, A., Sanpaolo, G., Beyne-Rauzy, O., Buccisano, F., Palumbo, G. A., Bowen, D., Nguyen, K., Niscola, P., Vignetti, M., & Mandelli, F. (2015). Prognostic value of self-reported fatigue on overall survival in patients with myelodysplastic syndromes: a multicentre, prospective, observational, cohort study. *The Lancet. Oncology*, 16(15), 1506–1514. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00206-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00206-5)

25. Efficace, F., Gaidano, G., Sprangers, M., Cottone, F., Breccia, M., Voso, M. T., Caocci, G., Stauder, R., Di Tucci, A. A., Sanpaolo, G., Selleslag, D., Angelucci, E., Platzbecker, U., & Mandelli, F. (2014). Preference for involvement in treatment decisions and request for prognostic information in newly diagnosed patients with higher-risk myelodysplastic syndromes. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 25(2), 447–454. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt557>

26. Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I., & Tzavara, C. (2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo (Athens)*, 24(5), 803–810.

27. Faller, H., Strahl, A., Richard, M., Niehues, C., & Meng, K. (2017). Symptoms of depression and anxiety as predictors of physical functioning in breast cancer patients. A prospective study using path analysis. *Acta Oncologica*, 56(12), 1677–1681. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1333630>

28. Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Veneti, A., Daglas, A., Christodoulou, E., Zyga, S., & Kourakos, M. (2017). Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(9), 2545.

29. Gaidytė, E., & Dunajevs, E. (2019). Psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams ir jų artimiesiems teikimą lemiantys veiksniai Lietuvoje. *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika*, 44–57. <https://doi.org/10.15388/STEPP.2019.10>

30. Galloway, S. K., Baker, M., Giglio, P., Chin, S., Madan, A., Malcolm, R., & Borckardt, J. (2012). Depression and anxiety symptoms relate to distinct components of pain experience among patients with breast cancer. *Pain research and treatment*, 2012.

31. Geyikci, R., Cakmak, S., Demirkol, M. E., & Uğuz, Ş. (2018). Correlation of anxiety and depression levels with attitudes towards coping with illness and sociodemographic characteristics in patients with a diagnosis of breast cancer.

32. Gierlaszyńska, K., Pudło, R., Jaworska, I., Byrczek-Godula, K., & Gąsior, M. (2016). Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiochirurgia i torakochirurgia polska* = Polish journal of cardio-thoracic surgery, 13(1), 78–82.
<https://doi.org/10.5114/kitp.2016.58974>
33. Gyvenimo kokybės klausimynas SF – 36. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/terms.html
34. Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S. M., Hamolsky, D., Levine, J. D., & Miaskowski, C. (2016). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 97-105.
35. Greenberg, S. A. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS). NYU College of Nursing. <https://www.woundcare.ca/Uploads/ContentDocuments/Geriatric%20Depression%20Scale.pdf>
36. Gudavičienė, D., Steponavičienė, L., & Lachej, N. (2015). Krūties vėžys Lietuvoje. *Acta medica Lituanica*, 150–160. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v22i3.3198>
37. Halkett, G., Arbon, P., Scutter, S., & Borg, M. (2006). The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer. *Contemporary Nurse* (23), p. 46-57.
38. Hallbjorg, A. (1990). *Klinikinė slauga*, 1 dalis. Vilnius.
39. Hickok, J. T., Roscoe, J. A., Morrow, G. R., Mustian, K., Okunieff, P., & Bole, C. W. (2005). Frequency, severity, clinical course, and correlates of fatigue in 372 patients during 5 weeks of radiotherapy for cancer. *Cancer*, 104(8), 1772–1778. <https://doi.org/10.1002/cncr.21364>
40. Higienos institutas. (2018). *Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes*.
41. Higienos institutas. (2019). *Sveikatos informacijos centras. Mirties priežastys 2018. 12 psl.*
42. Hutter, N., Vogel, B., Alexander, T., Baumeister, H., Helmes, A., & Bengel, J. (2013). Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients? *Psychology, health & medicine*, 18(4), 412-419.
43. Jafari, A., Goudarzian, A. H., & Bagheri Nesami, M. (2018). Depression in Women with Breast Cancer: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies in Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 19 (1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844601/>
44. Janilionis V. (2015). Koreliacinės ir regresinės analizės pagrindai. http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/Janilionis_III/jan_III.html&course_file=jan_III_1.html.
45. Jankienė, A. (2020). *Motelių įsitraukimo į profilaktinę krūties vėžio savitikrą, įsitikinimų apie krūties vėžį ir poros santykių kokybės sąsajos*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
46. Janušauskaitė, G. (2008). *Gyvenimo kokybės tyrimai : problemos ir galimybės*. Filosofija. Sociologija, 34–44.

47. Jasinskienė G. (2004). Priešoperacinės ir pooperacinės slaugos ypatumai, sergant krūties vėžiu. *Slauga. Mokslas ir praktika*, (10), 7 – 9.
48. Johnphajong Ph. (2015). *Holistic Care for Palliative Approach in cancer*. Thailand. http://www.nci.go.th/th/File_download/ncc9/13%20%2015.00%20%20Dr.Johnphajong%20Holistic%20Care%20for%20Palliative%20Approach.ppt.pdf
49. Jokubaitienė, A. (2016). Onkologinių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir psichosocialiniai poreikiai: magistro darbas. Vilniaus universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
50. Juodžbalienė, E.B. (2016). Holistinis požiūris į sveikatą. *Lietuvos gydytojo žurnalas*. 2016, 4(87) p.35-36. Kaunas.
51. Kerpytė, A., & Raudytė, N. (2013). Apie chemoterapiją. Patarimai sergantiesiems vėžiu ir jų artimiesiems. Klaipėda.
52. Krilavičiūtė, J. (2005). Onkologinė liga sergančių, bei patiriančių skausmą pacientų slaugos poreikiai: magistro darbas Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. <https://repository.lsmuni.lt/handle/1/30042>
53. Kudukytė-Gasperė, R., & Štaras, K. (2015). Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje. *Sveikatos mokslai*, 15–23. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.002>
54. La Nasa G., Caocci G., Morelli E., Massa E., Farci A., Deiana L., Pintus E., Scartozzi M., & Sancassiani F. (2020). Health Related Quality of Life in Patients with Onco-hematological Diseases. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 16, 174-179. <https://europepmc.org/article/med/32874192>
55. Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1014-1020.
56. Lietuviška Geriatrinės depresijos skalės versija <https://web.stanford.edu/~yesavage/Lithuania3.htm>
57. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2019). SAM įgyvendinami projektai. Vilnius.
58. Malicka, I., Szczepańska, J., Anioł, K., Rymaszewska, J., & Woźniewski, M. (2009). Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*, 13(1), 41-46.

59. Maudjahid, A., & Abdarrazak, B. (2019). Psychology of Quality of Life and Its Relation to Psychology. *International Journal of Inspiration & Resilience Economy*, 3(2), pp. 58-63. doi: 10.5923/j.ijire.20190302.04.
60. McLeod, S. A. (2020). Maslow's Hierarchy of needs. *Simply Psychology*. www.simplypsychology.org/maslow.html
61. Mikaliūkštienė, A. (2011). Sergančiųjų 2-ojo tipo cukriniu diabetu gyvenimo kokybės ir emocinės būsenos ryšys su ligos ir socialiniais veiksniais: daktaro disertacija. Vilniaus universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
62. Mockienė, V., Drungilienė, D., & Martinkėnas, A. (2014). Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija Slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda.
63. Moločko, A., & Stundžienė, R. (2018). Pacienčių pooperacinė slauga po krūties vėžio operacijos. *Sauga. Mokslas ir praktika*, 4, 4–9.
64. Moore, M., Höfer, S., McGee, H., & Ring, L. (2005). Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-1>
65. Nacionalinis vėžio institutas. (2018). Krūties vėžys. Vilnius.
66. Ostapenko, V., Ostapenko, A., & Ostapenko, E. (2016). Krūties centrai – šiuolaikinis auksinis krūties vėžio gydymo modelis. Krūties centrų sertifikavimas. *Onkologija: žurnalo "Internistas" priedas*, 2(19), 59–60.
67. Özabac, N. (2010). Quality of life as a predictor of depression. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 2(2), p. 2458-2463
68. Patient Health Questionnaire Screeners. GAD – 7 screener <https://www.phqscreeners.com/select-screener>
69. Paukštytė, R., & Rapolienė, L. (2015). Krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybės ir taikomo gydymo metodo ryšys. *Visuomenės sveikata, priedas1*, 90–95.
70. Paukštytė, R., Rapolienė, L., Gedrimė, L., Skarbalienė, A., & Razbadauskas, A. (2017). Moterų, sergančių krūties vėžiu, gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai*, 27(6), 105–108. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.104>
71. Pečeliūnas, V. (2020). Dauginė mieloma. Vilnius: Lietuvos hematologų draugija.
72. Pelikšienė, E. (2009). Moterų sergančių krūties vėžiu patyrimas chemoterapijos metu: magistro darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.

73. Petkūnaitė L., Blaževičius J., Kočan K., Zuoza R., & Fatkulina N. (2020). Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ypatumai onkohematologinės ligos metu. *Sveikatos mokslai*, 30, nr.2, p. 17-22.
74. Petkūnaitė L., Blaževičius J., Kočan K., Zuoza R., Fatkulina N. (2020). Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ypatumai onkohematologinės ligos metu. *Sveikatos mokslai*, 30, Nr.2, p. 17-22.
75. Petruševičienė, D., Kriščiūnas, A., & Samėnienė, J. (2002). Pacienčių po krūties vėžio operacijos reabilitacijos priemonių efektyvumas rankos limfoedemai gydyti. *Medicina*.
76. Phillips K. (2013). Quality of life outcomes in patients with chronic myeloid leukemia treated with tyrosine kinase inhibitors: a controlled comparison. 21:1097–1103. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23179489/>
77. Phillips, K. M., Pinilla-Ibarz, J., Sotomayor, E., Lee, M. R., Jim, H. S., Small, B. J., Sokol, L., Lancet, J., Tinsley, S., Sweet, K., Komrokji, R., & Jacobsen, P. B. (2013). Quality of life outcomes in patients with chronic myeloid leukemia treated with tyrosine kinase inhibitors: a controlled comparison. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(4), 1097–1103. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1630-5>
78. Pileckytė, R. (2013). Lėtinė limfoleukemija. Vilnius: OHBL „Kraujas“.
79. Purkayastha, D., Venkateswaran, C., Nayar, K., & Unnikrishnan, U. G. (2017). Prevalence of Depression in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-sectional Observational Study. *Indian journal of palliative care*, 23(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5545951/>
80. Rekašiūtė, E., & Banienė, I. (2016). Literatūros apžvalga: onkologinėmis ligomis sergančių paauglių psichosocialiniai sunkumai. *Visuomenės sveikata*, 3, 8–14.
81. Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 14 1, 11-6 .
82. Roy, I., Fortin, A., & Larochelle, M. (2001). The impact of skin washing with water and soap during breast irradiation: a randomized study. *Radiotherapy and Oncology*, 58(3), 333–339. [https://doi.org/10.1016/S0167-8140\(00\)00322-4](https://doi.org/10.1016/S0167-8140(00)00322-4)
83. Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1985). Model of nursing: explanatory booklet. Dublin: Eastern Health Board. Dublin South East. Area 2. Community Psychiatric Service. <https://www.lenus.ie/handle/10147/333669>
84. Sąlyga, J., Paškevičienė, V., & Žiliukas, G. (2015). Sergančiųjų krūties vėžiu gyvenimo kokybės analizė. *Sveikatos mokslai* 25(6), p. 5-10.

[https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Sveikatos_mokslai/Moksliniai_straipniai%E2%80%933zurnalas_Sveikatos%20mokslai/2015m/2015%20SM6\(1-132_Online\).pdf#page=5](https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Sveikatos_mokslai/Moksliniai_straipniai%E2%80%933zurnalas_Sveikatos%20mokslai/2015m/2015%20SM6(1-132_Online).pdf#page=5)

85. Shephard, E. A., Neal, R. D., Rose, P. W., Walter, F. M., & Hamilton, W. (2016). Symptoms of adult chronic and acute leukaemia before diagnosis: large primary care case-control studies using electronic records. *British Journal of General Practice*, 66(644), e182–e188. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683989>

86. Simutytė, L., & Žuravliova, T. (2014). Krūties vėžiu sergančių moterų gyvenimo kokybė. *Visuomenės sveikata, priedas*1, 98–103.

87. Skevington, M. (2007). Quality of Life. *Encyclopedia of Stress (Second Edition)*, p. 317-319. <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00616-4>.

88. Skorupskienė D. (2004). Onkologinių ligų sukkelto skausmo konservatyvaus gydymo gairės. *Medicina*; 40(9)

89. Smailytė, G., Uleckienė, S., Mickė, I., Kanopienė, D., & Didžiapetrienė, J. (2012). Krūties vėžys: biologijos ypatumai, epidemiologinė situacija ir rizikos veiksniai. *Medicinos teorija ir praktika*, 18(1), 66–74.

90. So, W. K., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C., Yeung, M., & Li, G. K. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European journal of oncology nursing*, 14(1), 17-22.

91. Staniūtė, M. (2007). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 9(1), 22–25.

92. Starkauskienė, V. (2011). Gyvenimo kokybės veiksniai ir jos kompleksinio vertinimo modelis: daktaro disertacija. Vytauto Didžiojo universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.

93. Steakley L. (2010). Stanford study shows depression symptoms may predict breast cancer survival. https://scopeblog.stanford.edu/2010/12/14/depression_symptoms/

94. Steponavičienė, L. (2019). Atrankinė mamografinė patikra Lietuvoje: programos eiga ir jos įtaka krūties vėžio epidemiologinės situacijos pokyčiams: daktaro disertacija. Vilniaus universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.

95. Steponavičienė, L., Briedienė R., Šenbergė, S., Gudavičienė, D., & Smailytė, G. (2017). Atrankinės mamografinės patikros vykdymo patirtis Nacionaliniame vėžio institute. *Sveikatos mokslai*, 27(6), 161-168.

96. Sun, Y., Kim, S. W., Heo, C. Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C. K., & Kang, E. (2014). Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(1), 22-27.
97. Sutkevičiūtė, M., Stančiukaitė, M., & Bulotienė, G. (2017). Individual Meaning-Centered Psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report. *Acta Medica Lituanica*, 24(1), 67–73.
98. Šimkovič, J., Danusevičienė, L., Jurkuvienė, R., & Gajdosikienė, I. (2014). Onkologine liga sergantis tėvas / mama: paauglių patirtys vaiko teisių kontekste. Socialinis darbas. <https://doi.org/107220202958201428>
99. Šleževičiūtė, O. (2017). Muzikos terapijos poveikio onkologinių pacientų emocinei būsenai ir nerimui priešoperaciniu laikotarpiu tyrimas: magistro darbas. Vilniaus universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
100. Tachkov K., Kamusheva M., Mitov K., Doneva M., & Petrova G. (2019). Pilot Study on the Cost of Some Oncohematology Diseases in Bulgaria. *Frontiers in Public Health* (7), p.70 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00070/full>
101. Tarailienė, V. (2013). Moterų, sergančių krūties vėžiu, adaptacijos poreikių vertinimas pooperaciniu laikotarpiu: magistro darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
102. Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 19(6), 1661–1669. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>
103. Üstündag S., & Zencirci A. (2015). Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. <https://www.apjon.org/article.asp?issn=23475625;year=2015;volume=2;issue=1;spage=17;epage=25;aulast=%DCst%FCndag>
104. Valentaitė, I. (2013). Krūties vėžiu susirgusių lietuvių moterų psichosocialinės pagalbos poreikiai ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė: magistro darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
105. Valiulienė, Ž. (2013). Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančių paliatyviųjų pacientų sveikatos sutrikimai ir jų sąsajos su dvasingumu: daktaro disertacija. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.

106. Valiulienė, Ž., & Šeškevičius, A. (2012). Paliatyviųjų onkologinėmis ligomis ir lėtiniais širdies nepakankamumu IV st. sergančių pacientų fizinės problemos. *Sveikatos mokslai*, 22(5), 164–168.
107. Valstybinė ligonių kasa. (2014). Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos vykdymas.
108. Wang, X., Wang, N., & Zhong, L. (2020). Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry* 25, 3. <https://www.nature.com/articles/s41380-020-00865-6#citeas>
109. Wang, Z., Yin, G., & Jia, R. (2019). Impacts of self-care education on adverse events and mental health related quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Complementary Therapies in Medicine*. doi:10.1016/j.ctim.2019.01.027
110. Wenger, N. K., Mattson, M. E., Furberg, C. D., & Elinson, J. (1984). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *The American journal of cardiology*, 54(7), 908–913. [https://doi.org/10.1016/s0002-9149\(84\)80232-5](https://doi.org/10.1016/s0002-9149(84)80232-5)
111. Witek-Janusek, L., Gabram, S., & Mathews, H. L. (2006). Psychologic stress, reduced NK cell activity, and cytokine dysregulation in women experiencing diagnostic breast biopsy. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 22–35. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.09.011>
112. Wondimagegnehu, A., Abebe, W., & Abraha, A. (2019). Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer* 19, 836. <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-019-6007-4#citeas>
113. World Cancer Research Found. (2018). Breast cancer statistics. London. <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/breast-cancer-statistics>
114. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
115. Žalnierūnaitė, L. (2010). Moterų, sergančių krūties vėžiu, gyvenimo kokybė po chirurginio gydymo: magistro darbas. Vilniaus universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
116. Žučenka, A. (2020). Ūminė mieloleukemija. Vilnius: Lietuvos hematologų draugija.
117. Бирюкова, А. В. (2009). Понятие «Качество жизни»: структура показателей для подростковой молодежи. Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии, (1), 67-76.
118. Вагайцева М. (2020). Понятие «качество жизни» в реабилитации онкологических больных. <https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=640>
119. Матреницкий В.Л. (2020). Психотравма диагноза, дистресс и депрессия

у пациентов как факторы прогрессии онкозаболевания, способы их профилактики и терапии.
<https://www.clinicaloncology.com.ua/article/26975/psihotravma-diagnoza-distress-i-depressiya-u-pacientov-kak-factory-progressii-onkozabolevaniya-sposoby-ih-profilaktiki-i-terapii>

120. Ненарокомов А. (2013). Основы исследования качества жизни в онкологии. Врач, 85-87. <http://onco.rusvrach.ru/archive/vrach-2013-11-26.pdf>