

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Miglė Rudytė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Sergančiųjų prostatos vėžiu potrauminis stresas ir sąsajos su
psichologine gerove**

Darbo vadovė doc. dr. Neringa Grigutytė
Darbo konsultantas dokt. Aušvydas Patašius

Vilnius
2020

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS.....	9
1.1. Prostatos vėžys.....	9
1.2. Prostatos vėžys ir psichologinė gerovė	11
1.3. Onkologine liga sergančių pacientų psichologiniai sunkumai	12
1.4. Trauminis stresas ir onkologiniai susirgimai.....	14
1.5. Potrauminio streso ir psichologinės gerovės sąsajos.....	18
1.6. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai.....	19
2. TYRIMO METODIKA.....	21
2.1. Tyrimo dalyviai.....	21
2.2. Tyrimo instrumentai.....	22
2.3. Tyrimo eiga.....	24
2.4. Duomenų analizė.....	24
3. REZULTATAI.....	26
3.1. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, trauminių įvykių patyrimas.....	26
3.2. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso sutrikimas ir jo simptomai	27
3.3. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, psichologinė gerovė ir depresijos rizika, bei potrauminio streso palyginimas tarp į depresijos rizikos grupę patenkančių ir nepatenkančių asmenų grupių.....	29
3.4. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso požymių sąsajos su psichologine gerove	31
3.5. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso požymių sąsajos su sociodemografiniais kintamaisiais	32
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	35
4.1. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams.....	40
IŠVADOS.....	42
LITERATŪRA	43

PRIEDAI.....	55
1 priedas. Duomenų normaliojo pasiskirstymo tikrinimas.....	55

SANTRAUKA

Sergančiųjų prostatos vėžiu potrauminis stresas ir sąsajos su psichologine gerove. Miglė Rudytė. Vilnius. Vilniaus universitetas. 2020 m. 55 psl.

Bet kuriame susidūrimo su vėžiu etape: diagnostikos, gydymo ar pasibaigus gydymui, patiriamas distresas (Holland et al., 2013). Dažniausiai tyrimuose, kuriuose nagrinėjamas onkologinėmis ligomis sergančiųjų potrauminis stresas, dalyvauja moterys, turinčios krūties vėžį (Abbey, Thompson, Hickish, & Heathcote, 2015). Trūksta duomenų apie vyrų, kurie serga prostatos vėžiu, potrauminio streso paplitimą ir jo sąsajas su psichologine gerove. Tyrimas atliktas Nacionaliniame vėžio institute, dalyvavo 119 vyrų, kurių amžiaus vidurkis yra 67,04 metų. Tyrime naudotas Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos rodiklis (WHO-5), skirtas matuoti psichologinę gerovę. Susidūrimas su galimai traumuojančiu įvykiu įvertintas naudojant Gyvenimo įvykių klausimyną (LEC). Potrauminio streso požymiams įvertinti buvo naudojamas Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ). Rezultatai parodė, kad 8,62 proc. tyrimo dalyvių yra būdingas potrauminis streso sutrikimas, o bent vienas potrauminio streso sutrikimo simptomas yra būdingas 43,10 proc. vyrų. Atrasta, kad potrauminis stresas statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su psichologine gerove, $p < 0,05$. Tai gi dalis vyrų, sergančių prostatos vėžiu, susiduria su didesniais psichologiniais sunkumais, kas rodo psichosocialinės pagalbos poreikį.

Raktiniai žodžiai: prostatos vėžys, trauminiai įvykiai, potrauminis stresas, psichologinė gerovė.

SUMMARY

The relationship between Post-Traumatic Stress and Psychological Well-Being in Prostate Cancer Patients. Miglė Rudytė. Vilnius. Vilnius University. 2020. 55 p.

Patients experience distress throughout various periods of cancer diagnosis and treatment, including survivorship (Holland et al., 2013). Studies of PTSD in cancer patients mostly includes women with breast cancer (Abbey et al., 2015). There is a lack of studies on the prevalence of PTSD and relationship between PTSD and psychological well-being among prostate cancer patients. This research was conducted at the National Cancer Institute. One hundred nineteen men participated in this study (mean age = 67.04). In this study to assess psychological well-being was used World Health Organization Well-Being Index (WHO-5). The Life Events Checklist (LEC) was used to assess for exposure to potentially traumatic events. The International Trauma Questionnaire (ITQ) was used to assess PTSD symptoms. Results: estimated prevalence rates of PTSD were 8.62%. However, 43.10% of participants met criteria for at least one symptom of PTSD. Also, PTSD was statistically significantly, negatively correlated with psychological well-being, $p < 0.05$. Overall, the number of men with prostate cancer have significant mental health problems and it reveals the need for psychosocial care.

Key words: prostate cancer, traumatic events, post-traumatic stress, psychological well-being.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Distresas – „ilgalaikis, veiklą ir sveikatą trikdančias streso išgyvenimas, virstantis kančia. Distreso atveju neigiami emociniai išgyvenimai sunkiai identifikuojami, yra nediferencijuoti, trikdo vegetacines funkcijas“ (Bagdonas ir Bliumas, 2019, p. 64).

Potrauminis streso sutrikimas – po patirto trauminio įvykio atsiradusios neadaptyvios ir pasikartojančios biologinės ir psichologinės reakcijos, tai yra, invazijos, vengimas ir emocinis sustingimas bei perdėtas susijaudinimas ir budrumas (Ford, 2009).

Prostatos biopsija – tai yra procedūra, kurios metu išpjaujamas nedidelis navikinio audinio gabalėlis ir ištyrus prostatos audinio ląsteles mikroskopu galima patvirtinti arba paneigti vėžio diagnozę (Sruogis ir Tamošauskienė, 2006; Tamošauskienė, 2013).

Prostatos vėžys – piktybinis navikas, išsivystęs iš prostatos liaukos epitelio (Sruogis ir Tamošauskienė, 2006).

Psichologinė gerovė – „asmens savo gyvenimo vertinimų visuma, santykio tarp lūkesčių ir pasiekimų įvairiose gyvenimo srityse – profesinės veiklos, šeimos, sveikatos, turtinių gyvenimo sąlygų, tarpasmeninių santykių – pasekmė. Psichologinė gerovė dažnai tapatinama su subjektyvia gyvenimo kokybe ar gerove.“ (Bagdonas ir Bliumas, 2019, p. 243).

Trauma – bet kokia daug nerimo kelianti patirtis, dėl kurios gali pasireikšti didelė baimė, bejėgiškumas, disociacija, sumišimas ar kiti stiprūs jausmai, galintys sutrikdyti asmens funkcionavimą ir turėti ilgalaikį neigiamą poveikį asmens įsitikinimams ir elgesiui. Trauminiai įvykiai gali būti sukelti žmonių (pvz., seksualinė prievarta, karas, pramoninės avarijos) taip pat gali būti gamtiniai (pvz., žemės drebėjimai). Dažnai trauminiai įvykiai pakeičia asmens įsitikinimą, kad pasaulis yra saugus ir nuspėjamas (VandenBos, 2015).

PRATARMĖ

Remiantis Tarptautinės vėžio tyrimo agentūros (angl. *International Agency for Research on Cancer*) projekto GLOBOCAN duomenimis, 2018 m. naujų vėžio atvejų – 18,1 mln., mirčių nuo vėžio – 9,6 mln. Tikimybė vyrams kuriame nors gyvenimo etape susirgti vėžiu yra 1 iš 8, o moterims – 1 iš 10 (Bray et al., 2018). Plataus masto tyrimas iš 5 žemynų ir 21 valstybės, parodė, kad suaugusiųjų, kurių amžius 35–70 metų, didelės pajamas gaunančiose šalyse ir kai kuriose šiek tiek daugiau nei vidutines pajamas gaunančiose šalyse vyraujančia mirties priežastimi yra vėžys. Prognozuojama, kad širdies ir kraujagyslių ligų daugelyje šalių mažės, todėl vėžys taps pagrindine mirties priežastimi (Dagenais et al., 2019) dėl populiacijos didėjimo ir senėjimo (Bray et al., 2018). Yra žinoma, kad asmenys, susidūrę su vėžio diagnostika, gydymu ar išgijusieji, patiria didžiulį stresą (Holland et al., 2013). Europos Sąjungos Komisijos komunikate „Kova su vėžiu: Europos partnerystė“ pabrėžiama psichosocialinės priežiūros svarba onkologiniams pacientams ir raginama užtikrinti bei plėtoti įvairiapusišką psichologinę pagalbą (Peterle, 2010).

Pasaulyje kiekvienais metais daugiau kaip 1 milijonui vyrų yra diagnozuojamas prostatos vėžys (Culp, Soerjomataram, Efstathiou, Bray, & Jemal, 2020), tai viena iš dažniausiai diagnozuojamų vėžio formų ir yra penktoje vietoje pagal vyrų mirtingumą nuo vėžio (Bray et al., 2018). Lietuvoje priešinės liaukos (prostatos) piktybinis navikas vyrams yra dažniausiai diagnozuojama vėžio forma (Smailytė ir Aleknavičienė, 2015). Kasmet vidutiniškai apie 3000 Lietuvos vyrų yra nustatomas prostatos vėžys (Patasius et al., 2019). Nors daugumai vyrų, sergančių prostatos vėžiu, yra reikalinga psichosocialinė priežiūra, tačiau neretai visapusiška sveikatos priežiūros ir bendruomeninė pagalba nėra prieinama. Vyrai, kurie turi didžiausius poreikius, mažiausiai linkę kreiptis pagalbos, taip pat vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo bei depresyvūs (Hyde, Health, & Coast, 2017). Pastaraisiais dešimtmečiais Lietuvoje gerokai padidėjo išgyvenamumas susirgus vėžiu, ypač prostatos (Krilaviciute, Smailyte, Brenner, & Gondos, 2014). Nepaisant to, gyvenimo kokybę neigiamai veikia sveikatos problemos – fiziologinės ir psichologinės, kurias gali sukelti prostatos vėžio gydymas (Bourke et al., 2015).

Metaanalizės duomenimis trečdalis sergančių vėžiu turi psichikos sveikatos sutrikimų ir jiems reikalingas tinkamas gydymas (Singer, Das-Munshi, & Brahler, 2010). Depresija yra viena dažniausių formų, kaip tokiems pacientams pasireiškia distresas (Fitzgerald, Miller, Li, & Rodin, 2015). Depresijos ir nerimo paplitimas yra didesnis nei bendrojoje populiacijoje (Niedzwiedz, Knifton, Robb, Katikireddi, & Smith, 2019). Bet kokios formos vėžio diagnozė padidina tikimybę atsirasti potrauminio streso sutrikimui atsirasti (Swartzman, Booth, Alastair, & Sani, 2017). Dažnai tyrimuose didžioji dalis dalyvių būna moterys, sergančios krūties vėžiu (Niedzwiedz et al., 2019). Nors prostatos

vėžys yra vienas iš dažniausiai diagnozuojamų vėžio formų (Bray et al., 2018), tačiau trūksta tyrimų apie vyrų, sergančių prostatos vėžiu, potrauminio streso ir psichologinės gerovės sąsajas.

1. ĮVADAS

1.1. Prostatos vėžys

Vėžys – tai ligų grupė, kuriai priskiriama daugiau kaip 150 skirtingų susirgimų. Jiems būdingas nekontroliuojamas ląstelių dauginimasis, iš kurių susiformuoja piktybinis navikas, kenkiantis gretimoms audiniams, dažniausiai šios ląstelės gali plisti krauju ar limfine sistema į kitas kūno vietas ar organus (VandenBos, 2015). Pasaulyje priskaičiuojama, kad dėl vėžio yra prarandama 169,3 milijonai sveikų gyvenimo metų (Soerjomataram et al., 2012). Nors prostatos vėžys visame pasaulyje sudaro didelę našą, jo etiologija daugeliu atveju nėra aiški (Tangen, Neuhaus, & Stanford, 2018).

Vieninteliai patvirtinti rizikos veiksniai yra amžius, rasė/tautybė, prostatos vėžio atvejai šeimoje (Gann, 2002) ir tam tikros genetinės ypatybės (American Cancer Society, 2018). Remiantis Amerikos vėžio asociacija, tikimybė susirgti prostatos vėžiu iki 50 m. yra 0,2; nuo 50 iki 59 m. yra 1,7; nuo 60 iki 69 m. – 4,8; o nuo 70 metų tikimybė padidėja net iki 8,2 (American Cancer Society, 2018). Taigi vyresnis amžius yra vienas iš rizikos veiksnių susirgti prostatos vėžiu. Be amžiaus, labai svarbus veiksnys – paveldimumas. Plataus masto perspektyvinis kohortinis Šiaurės šalių dvynių tyrimas parodė, kad 58 proc. prostatos vėžio atsiradimo galima paaiškinti skirtingu genetiniu polinkiu (Hjelmborg et al., 2014).

Ankstyvosios stadijos prostatos vėžys dažnai yra besimptomis, todėl daugeliu atveju nebūna diagnozuojamas (Cabarkapa, Perera, Mcgrath, & Lawrentschuk, 2016), tą patvirtina ir autopsijų tyrimai, kur randama, jog didelė dalis prostatos vėžio atvejų yra nediagnozuojama (Jahn, Giovannucci, & Stampfer, 2016). Tyrimai rodo, kad ankstyvosios diagnostikos patikra sumažina mirtingumą nuo prostatos vėžio (Schröder et al., 2014). Lietuvoje nuo 2006 metų yra vykdoma priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa, kuri yra apmokama iš PSDF biudžeto lėšų ir yra skirta 50–69 metų (imtinai) vyrams, jei tėvai ar broliai sirgo – nuo 45 metų (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos, 2005).

Prostatos vėžio diagnozei nustatyti yra reikalingi keli etapai: pirmiausia atliekamas prostatos specifinio antigeno (PSA) nustatymas paėmus kraujo tyrimą, jei PSA lygis yra padidėjęs, toks asmuo yra toliau tiriamas. Patvirtinti arba paneigti vėžio diagnozę leidžia atlikta prostatos biopsija ir prostatos audinio ląstelės ištyrimas mikroskopu (Tamošauskienė, 2013). Dalis vyrų patiria didesnę distresą, susijusį su prostatos biopsijos procedūra (Macefield et al., 2010; Sharp, Morgan, Drummond, & Gavin, 2018), net jeigu ir biopsijos rezultatai nepatvirtina vėžio diagnozės (Macefield et al., 2010).

Galimi keli prostatos vėžio gydymo būdai. Kuomet nustatoma, kad prostatos vėžys yra nedidelio agresyvumo yra saugu taikyti aktyvų stebėjimą (tai yra, stebimas ligos progresavimas su tikslu gydyti). Operacija ir spindulinis gydymas išlieka pagrindiniais gydymo būdais, kai liga nėra išplitusi, bet sukelia šalutinius poveikius: šlapimo nelaikymą ir seksualines disfunkcijas, kurie gali neigiamai paveikti gyvenimo kokybę. Pagrindiniu gydymo būdas esant metastazėms – androgenų deprivacijos terapija, tačiau pirmiau taikant chemoterapiją padidėja išgyvenamumas palyginus su gydymu tik androgenų deprivacijos terapija (Litwin & Tan, 2017). Tyrimai rodo, kad po prostatos vėžio gydymo, ligos pasekmių suvokimas kaip labai rimtų, susijęs su blogesne emocine savijauta (Traeger et al., 2009). Bendrai, susidūrimas su įtariama vėžio diagnoze susijęs su labai aukštu distreso lygiu ir sumažėjusia gyvenimo kokybe (Brocken, Prins, Dekhuijzen, & Heijden, 2012).

Vienas iš gyvenimo kokybės aspektų – subjektyvus sveikatos vertinimas. Atrasta, kad onkologinėmis ligomis sergančių asmenų subjektyvios sveikatos prognostinis veiksnys yra su vėžiu susijusių besitęsiančių simptomų kiekis (Deimling, Phelps, & Gilbert, 2019). Metaanalizės duomenimis, asmens subjektyvus sveikatos vertinimas, kuris sudarytas iš vieno teiginio, stipriai susijęs su mirtingumu, kai kontroliuojami tokie kintamieji kaip sveikatos būklė, depresija ir gretutinės ligos (Desalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006). Tai reiškia, kad subjektyvus sveikatos vertinimas yra svarbus veiksnys, nepaisant objektyvių sveikatos rodiklių. Longitudinis populiacinis tyrimas parodė, kad sergantieji vėžiu blogiau vertina savo subjektyvią sveikatą, gyvenimo kokybę, pasitenkinimą gyvenimu nei tie, kurie neserga (Williams, Jackson, Beeken, Steptoe, & Wardle, 2016). Ištyrus vyrus, kurie serga prostatos vėžiu, praėjus vieniems metams po operacijos, gauti rezultatai, kad vyresnis amžius ir geresnis šlapinimosi funkcionavimas yra veiksniai, paaiškinantys geresnį subjektyvų sveikatos vertinimą ir didesnį pasitenkinimą gyvenimu (Talvitie, Ojala, Tammela, Koivisto, & Pietila, 2019). Subjektyvus sveikatos vertinimas yra svarbus veiksnys ne tik somatinių ligų atveju, bet ir psichinės sveikatos kontekste. Depresija yra susijusi su žemesniu savo sveikatos vertinimu bei kitais sveikatos rodikliais – blogesniu fiziniu ir socialiniu funkcionavimu ir didesniu somatinių ligų komorbidiškumu (Maske et al., 2016). Taigi subjektyvus savo sveikatos vertinimas yra svarbus rodiklis, kuris siejasi tiek su fiziologiniais simptomais, tiek su psichologiniais sunkumais.

Sergant lėtinėmis ligomis subjektyvus vertinimas apie būsimą sveikatą gali leisti geriau suprasti dabartinį sveikatos stiprinimo ir ligos valdymo elgesį (Sirois, 2015). Pasibaigus gydymui onkologinėmis ligomis sergančių pacientų lūkesčiai apie atsistatymo periodą gali būti labai svarbūs prisitaikymui ir grįžimui į įprastą gyvenimą. Yra dviejų tipų lūkesčiai – situaciniai ir dispoziciniai (savybė tikėtis teigiamų arba neigiamų pasekmių). Pasibaigus vėžio gydymui, lūkesčiai gali būti susiję

su fizine ir psichologine sveikata, seksualumu, socioekonominė situacija ir gyvenimo būdu (Winterling, Glimelius, & Nordin, 2008). Tyrimo, kuriame dalyvavo vyrai, sergantys prostatos vėžiu ir jiems atlikta operacija, rezultatai parodė, kad tie, kurie prieš operaciją turėjo labiau teigiamus bendrus ir specifinius lūkesčius, jų gyvenimo kokybė praėjus vieniems metams buvo geresnė (Thornton, Perez, Oh, & Crocitto, 2012). Tačiau tyrimuose dažniausiai analizuojami dispoziciniai lūkesčiai – kiek bendrai tikimasi teigiamų arba neigiamų pasekmių gyvenime. Onkologinių pacientų, kurie turi išplitusį vėžį, teigiami lūkesčiai yra susiję su mažiau nerimo ir depresijos, bejėgiškumo ir geresne gyvenimo kokybe (Applebaum et al., 2014). Taigi lūkesčiai siejasi su gyvenimo kokybe, tačiau trūksta tyrimų apie sveikatos lūkesčius, kurie nebūtų susiję su tam tikru gydymo būdu arba nebūtų bendri lūkesčiai.

1.2. Prostatos vėžys ir psichologinė gerovė

Gerovė apibrėžiama kaip laimingumo ir pasitenkinimo būseną su žemu distreso lygiu, bendra gera fizine ir psichine sveikata arba aukšta gyvenimo kokybe (VandenBos, 2015). Gyvenimo kokybė yra ypač svarbus rodiklis esant chroniškomis, raidos ar kitokioms negalėms, ar asmenims, gaunantiems medicininį gydymą ar psichologinę pagalbą (VandenBos, 2015). Nors yra gausybė tiesiogiai su subjektyvia gerove susijusių sąvokų (Sirgy, 2012), yra išskiriamos pagrindinės gerovės koncepcijos – hedoninė, kurioje akcentuojama laimė, pozityvių jausmų patyrimas ir negatyvių nebuvimas, kita – eudaimoninė – kur pagrindinis aspektas – jaučiama pilnatvė ir pasitenkinimas (Deci & Ryan, 2008). Dažnai eudaimoniniu požiūriu besiremianti gerovė yra vadinama psichologine gerove, o hedoniniu – subjektyvia gerove (Sanjuan, 2011). Pasaulinė sveikatos organizacija sukūrė psichologinės gerovės indeksą (PSO-5) – trumpą, generinį instrumentą, sudarytą iš 5 teiginių, kuris matuoja subjektyvią gerovę. Taip pat šis instrumentas leidžia patikimai atrinkti asmenis, kurie patenka į depresijos rizikos grupę (Topp, Østergaard, Søndergaard, & Bech, 2015). Plataus masto tyrimas parodė, kad žmonės, kurių žema psichologinė gerovė yra labiau linkę būti depresyvūs, nepriklausomai nuo blogesnio funkcionavimo ir fizinės sveikatos problemų (Wood & Joseph, 2010).

Kadangi išgyvenamumas susirgus prostatos vėžiu yra pakankamai aukštas (DeSantis et al., 2014), tiek liga, tiek jos gydymas paveikia asmens gyvenimo kokybę, tai siejasi su patiriamu psichologiniu distresu (Roth, Weinberger, & Nelson, 2009). Išgijusieji nuo prostatos vėžio stebi, ar neatsinaujina onkologinis susirgimas, be to, turi susidoroti su išskylančiais fiziniais, kognityviniais, seksualiniais ir socioekonominiais gyvenimo sunkumais (Chung & Brock, 2013). Kai su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo pripažinta kaip svarbi klinikinių tyrimų dalis, atrasta, kad psichologinė gerovė yra pagrindinis šios dimensijos elementas (Topp et al., 2015). Atliktas tyrimas, kuriame buvo naudojami 33

Europos šalių duomenys norint palyginti psichologinę gerovę tarp skirtingų lėtinėmis ligomis sergančių žmonių grupių. Rezultatai parodė, kad stipriausias psichologinės gerovės prediktorius – subjektyvus sveikatos vertinimas, kuris tampa dar svarbesnis, kuo liga yra sunkesnė (Maguire, Hanly, & Maguire, 2019). Tiriant vyresnio amžiaus žmonių (65m. ir vyresnius) psichologinę gerovę, atrasta, kad vyrai, kurių žema psichologinė gerovė, yra mažiau išsilavinę, jų pajamos yra mažesnės, jie yra fiziškai neaktyvūs, turi keletą gretutinių ligų, depresiją, nerimą ir miego problemų, tačiau palyginus moteris, kurių psichologinė gerovė skirtinga, nerasta skirtumo pagal išsilavinimo lygį. Tačiau tiek vyrų, tiek moterų nerimas ir depresija stipriausiai prisideda prie žemos psichologinės gerovės (Lukaschek, Vanajan, Johar, Weiland, & Ladwig, 2017).

Išgijusiųjų nuo prostatos vėžio psichologinę gerovę reikšmingai prognozuoja – tiek bendrai vėžys, tiek specifiski prostatos vėžio simptomai (Sharp, Leary, Kinnear, Gavin, & Drummond, 2016). Praėjus 5 metams po prostatos vėžio gydymo apklausti asmenys, kuriems atlikta operacija, išorinė spindulinė terapija, brachiterapija (spindulinio gydymo rūšis), hormonų terapija ir stebėjimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad daugybiniai ir išliekantys neigiami aktyvaus gydymo padariniai prognozuoja, koks bus pasitenkinimas ir psichologinė gerovė ilgalaikėje perspektyvoje (Lehto, Tenhola, Taari, & Aromaa, 2017). Sistemineje apžvalgoje, kur analizuotas neišplitusio prostatos vėžio gydymo būdo – aktyvaus stebėjimo sąsajos su psichologine gerove, aptikta, kad esančių aktyviame stebėjime psichologinė gerovė nesiskiria nuo tų, kurie gauna aktyvų gydymą (Carter et al., 2015). Socialinis barjeras pasikalbėti apie savo išgyvenimus, susijusius su prostatos vėžiu, prognozuoja blogesnę psichologinę gerovę praėjus vieniems metams po operacijos (Kollberg et al., 2018). Taigi tyrimai rodo, kad prostatos vėžys ir jo gydymas yra susiję su psichologine gerove, vienas iš veiksmų, kuris gali pabloginti psichologinę savijautą – neigiamos reakcijos iš socialinės aplinkos.

1.3. Onkologine liga sergančių pacientų psichologiniai sunkumai

Onkologijoje yra įprasta naudoti žodį „distresą“, o ne emocinės ar psichologinės problemos. Vis dar yra stigmatizuojami žodžiai „psichologas“, „psichiatras“, „emocinės“ lygiai taip kaip žodis „vėžys“. „Distresas“ yra mažiau stigmatizuojantis ir labiau priimtinas tiek pacientams, tiek onkologams, nes psichinės sveikatos problemos išlieka stigmatizuojamos, netgi, kai yra kalbama apie kovojimą su vėžiu. Taip pat dažniausiai pacientai nepasako gydytojams apie savo distresą, o gydytojai nepasiteirauja pacientų apie psichologinius sunkumus (Holland et al., 2013).

Nuo 29,6 proc. iki 43,4 proc. onkologinių pacientų, priklausomai nuo jų vėžio lokalizacijos susiduria su reikšmingu distresu (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Plantadosi, 2001).

Distresas – tai daugiafaktorinis nemalonus psichologinis (t.y. kognityvinis, elgesio, emocinis), socialinis, dvasinis ir arba fizinio pobūdžio patyrimas, kuris trukdo efektyviai tvarkytis su liga, jos sukeliama fiziologiniais simptomais bei gydymu. Distresas pasireiškia kontinuume: nuo įprasto pažeidžiamumo jausmo, liūdesio ir baimės iki problemų, kurios gali apriboti asmenį: depresija, nerimas, panika, socialinė izoliacija, egzistencinė bei dvasinė krizė (Holland et al., 2013).

Tyrimų duomenys rodo, kad trečdalis sergančių vėžiu turi psichiatrinių sutrikimų (Kuhnt et al., 2016; Mehnert et al., 2014; Singer et al., 2010). Dažniausiai diagnozuojami nerimo, nuotaikos ir adaptacinis sutrikimai. Analizuojant pagal vėžio lokalizaciją, atrasta, kad prostatos vėžiu sergančiųjų grupėje būdingas vienas iš mažiausių psichiatrinių sutrikimų paplitimas (Mehnert et al., 2014). Tačiau ilgainiui 20 proc. sergančiųjų prostatos vėžiu diagnozuoti depresijos ir nerimo spektro sutrikimai (nors iki onkologinės ligos neturėjo tokių sutrikimų) arba jie nusižudė (Ravi et al., 2014).

Depresijos paplitimas onkologinių pacientų imtyje du kartus didesnis nei bendroje populiacijoje, daugiausia turinčių depresiją – sergantys plaučių vėžiu, mažiausiai – ginekologiniais/urologiniais onkologiniais susirgimais (Walker et al., 2014). Metaanalizėje, kur analizuojamas sergančių vėžiu depresijos paplitimas ir jo rizikos veiksniai, nurodoma, kad pagrindinės rizikos veiksnių grupės yra: 1) individualūs (nuotaikos sutrikimų atvejai šeimoje, ankstesni psichiatriniai susirgimai, asmeninės savybės), 2) tarpasmeniniai ir socialinės rizikos veiksniai (stresiniai gyvenimo įvykiai, ypač netektys), vienišumas, socialinė izoliacija, žemas socioekonominis statusas, socialinio palaikymo trūkumas, 3) biologiniai veiksniai (vėžio tipas, pvz. plaučių, inkstų, smegenų, galvos ir kaklo; progresuojanti ar metastazavusi liga, sunkiai valdomi fiziologiniai simptomai, pvz. skausmas, pykinimas, vėmimas, nuovargis, uždegiminiai veiksniai ir su gydymu susiję veiksniai) (Caruso et al., 2017). Labai panašus rizikos veiksnių profilis aptinkamas vyrų, kurie serga prostatos vėžiu ir turi depresiją (Sousa, Sonavane, & Mehta, 2012). Kai analizuotas vyrų, kurie serga prostatos vėžiu, depresijos simptomų pasireiškimas ir specifiškumas, atrasta, kad gretutinių ligų turėjimas (pavyzdžiui, širdies ligų ir artrito) bei specifiniai – blogesnė nuotaika, miego sutrikimai, nuovargis, dėmesio koncentracijos sunkumai ir sutrikusi psichomotorika yra susiję su didesniu didžiosios depresijos simptomų pasireiškimu. Aiškinant tokius rezultatus yra atkreipiamas dėmesys į specifinius simptomus, kurie rodo, kad depresijos raiška gali skirtis vyrams, kurie serga prostatos vėžiu ir turi gretutinių ligų. Taip pat didelė dalis tokių asmenų yra šeštame, septintame ir aštuntame dešimtmečiuose (Rice et al., 2018). O mažesnė depresijos rizika susijusi su vyresniu amžiumi, turėjimu daugiau socialinės paramos, optimizmu ir geresniu fiziniu funkcionavimu (Bennett & Badger, 2005). Taigi vyrų, kurie serga prostatos vėžiu, depresijos rizika

priklauso nuo asmeninių, tarpasmeninių, socialinių ir biologinių veiksnių, tačiau randamos sąsajos su nespecifiniais simptomais tokiais kaip nuovargis, sutrikusi dėmesio koncentracija ir pan.

Tyrimai rodo, kad psichikos sutrikimų paplitimas vyrų, sergančių prostatos vėžiu, grupėje yra vienas iš mažiausių, o moterų, kurios serga krūties vėžiu – didžiausias (Mehnert et al., 2014). Taip pat prostatos vėžiu sergantys vyrai mažiau linkę kreiptis pagalbos dėl psichinės sveikatos (Weinberger, Nelson, & Roth, 2011). Kai kurie vyrai jaučia stigmą, susijusią su prostatos vėžiu, taip pat egzistuoja barjeras atsiskleisti apie savo ligą (Ettridge et al., 2018). Pagrindiniai veiksniai, ribojantys vyrų atsiskleidimą apie ligą: suvokiamas mažas palaikymo poreikis, baimė būti stigmatizuojamiems, siekis sumažinti ligos keliamą grėsmę ir geriau susitvarkyti, praktiniai sunkumai darbe ir noras nebūti našta kitiems (Gray, Fitch, Phillips, Labrecque, & Fergus, 2000). Tačiau socialinė parama yra susijusi su aukštesne gyvenimo kokybe (Applebaum et al., 2014). Nors prostatos vėžiu sergantys vyrai pasižymi mažesniu psichiatrinių sutrikimų paplitimu nei moterys, tačiau jie mažiau linkę kreiptis pagalbos dėl savo psichologinių problemų bei atsiskleisti apie savo ligą.

1.4. Onkologiniai susirgimai ir trauminis stresas

Trauminis stresas pasireiškia po psichologinės traumos kaip biologinės ir psichologinės reakcijos, į kurias įeina ūmaus streso ir potrauminio streso reakcijos (Ford, 2009). Susidūrimas su stresiniu įvykiu yra rizikos veiksnys daugybei psichikos sutrikimų, įskaitant ir psichozę bei depresiją, tačiau pagal naujausią Tarptautinės ligų klasifikacijos 11 leidimą (TLK-11) tik PTSS ir kitų stresinių sutrikimų diagnozavimui yra būtinas susidūrimas su stresiniu įvykiu (Maercker et al., 2013). TLK-11 Ūmaus streso reakcijos nebėra priskirtos prie sutrikimų dalies (WHO, 2018), nes laikomos įprastomis reakcijomis (Maercker et al., 2013).

TLK-11 atsiranda naujas sutrikimų skyrius, skirtas stresiniams sutrikimams, kur yra išskirti esminiai potrauminio streso sutrikimo simptomai ir atsiranda kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozė. Pagrindiniai potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomai: 1) invazijos 2) vengimas 3) grėsmės jausmas. Nors DSM-5 išplėstas PTSS simptomų sritis, nes įtrauktos ne tik baimė, bet ir kitos emocinės reakcijos į traumą, tačiau TLK-11 išskirtos būtent baimėms reakcijos. Taip pat TLK-11 apibrėžime pagrindinis PTSS elementas yra invazijos – tai yra trauminio įvykio patyrimas dabartiniu metu (Bryant, 2019). Invazijos dažnai instrumentuose nėra tinkamai įvertinamos, nes juose minimas tik įvykio išgyvenimas prisiminimuose (angl. *flashbacks*), todėl tiek DSM-5, tiek TLK-11 pirmą kartą pateikė, kad yra kontinuumas nuo vidutinių iki stiprių invazijų (Brewin et al., 2017). Be to, TLK-11 atsiranda nauja diagnostinė kategorija – kompleksinis potrauminis stresas (angl. *Complex*

PTSD, kompleksinis PTSS), kuris laikoma, kad gali išsivystyti po ilgalaikio ir sunkaus traumavimo (WHO, 2018). Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) diagnozė sudaryta iš 6 simptomų grupių – 3 yra tokios pačios kaip PTSS (invazijos, vengimas ir grėsmės jausmas) bei 3 papildomos, susijusios su sutrikusia savęs organizacija (angl. *Disturbances in Self-Organization*, DSO): 1) sutrikusi afekto reguliacija 2) negatyvus savęs vaizdas 3) sutrikę santykiai su kitais (Brewin et al., 2017). Tarpkultūriniame tyrime taikant tinklų analizę (angl. *network analysis*), kuriame įtraukti ir duomenys iš Lietuvos, patvirtinta KPTSS struktūra (Knefel, Kazlauskas, & Roberts, 2019). Visgi išsiskiria grupė, kurios PTSS simptomų balai yra žemi, bet turi pakankamai didelius DSO simptomų įverčius. Gali būti, tokie asmenys susiduria su kitais sutrikimais: depresija, nerimu, priklausomybėmis ir disociaciniais sutrikimais, kas yra būdinga nemažai daliai susidūrusių su trauminiais įvykiais (Brewin et al., 2017). Kadangi PTSS ir KPTSS simptomai dažnai laikomi komorbidiški su depresijos ir nerimo, pasitelkus tinklų analizę ieškota, ar jų simptomai nepersidengia. Tyrimo rezultatai parodė, kad kai kurie simptomai yra arčiau depresijos klasterio simptomų, kas reiškia, jog sutrikusios savęs organizacijos simptomai, ypač sutrikusi afekto reguliacija, susijusi su depresija. Taip pat negatyvus savęs vaizdas sutampa su depresijos simptomu, kuris įvardinamas kaip jautimasis beverčiu. O PTSS simptomai, kurie priklauso grėsmės jausmo klasteriui sutampa su nerimo simptomais (Gilbar, 2020). Taigi TLK-11 atsirado naujas PTSS apibrėžimas ir naujas sutrikimas – KPTSS, ieškoma simptomų sąsajų ir persidengimų su kitais psichikos sutrikimais (nerimu, depresija ir t.t.), kurie gali atsirasti po trauminių įvykių.

Nors maždaug 70 proc. žmonių per savo gyvenimą susiduria su trauma (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017), o 30,5 proc. susiduria su 4 ir daugiau trauminių įvykių (Benjet et al., 2016), tačiau tik nedidelei daliai atsiranda potrauminio streso sutrikimas (Koenen et al., 2017). Europoje trauminių įvykių paplitimas populiacijoje yra kiek mažesnis. Plataus masto epidemiologiniame tyrime gauta, kad bent su vienu trauminiu įvykiu susidūrė 63,6 proc. asmenų (Darves-Bornoz et al., 2008). Tyrimas, kuriame buvo įtraukti duomenys iš 24 šalių, kur dalyvavo daugiau kaip 68 tūkst. respondentų, parodė, kad dažniausiai susiduriama su šiais 5 trauminiais įvykiais: 1) būti liudytoju mirties arba rimto sužeidimo 2) netikėta artimo žmogaus netektis 3) būti apvogtam 3) gyvybei pavojinga automobilio avarija 5) gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas (Benjet et al., 2016). PTSS rizika skiriasi priklausomai nuo traumos pobūdžio. Smurto patyrimas tarpasmeniniuose santykiuose (ypač santykių-seksualinis smurtas) sukelia didžiausią PTSS riziką. Visuomeniniu lygmeniu didelė PTSS našta susijusi su netikėta artimojo mirtimi, kas yra labai dažnas trauminis įvykis, kuris susijęs su žema PTSS rizika individo lygmenyje (Kessler et al., 2017). Dauguma tyrimų apie PTSS gydymosi metu yra su pacientais,

kuriems diagnozuotas vėžys arba širdies ligos (Einsle, Kraft, & Köllner, 2012). Visgi išlieka kontroversijos dėl vėžio kaip trauminio įvykio ir potrauminio streso kaip reakcijos į ligą (Cordova, Riba, & Spiegel, 2017).

Vėžys nėra diskretus įvykis, kuris turi aiškią ir staigią grėsmę, o pasižymi daugiaaspektiškumu, nevienaprasmiškumu ir kitimu, todėl laikomas potencialiai galinčiu traumuoti stresoriumi (Cordova et al., 2017). 85 proc. veteranų, kurie serga vėžiu, suvokia vėžį kaip realią grėsmę gyvybei arba grėsmę fiziniam integralumui (Mulligan, Wachen, Gosian, & Moye, 2014). Mažesnė dalis moterų, t.y. 54,3 proc. apibūdino krūties vėžio diagnozę kaip traumuojančią (Mehnert & Koch, 2007). Tačiau 76 proc. prostatos vėžiu sergančių vyrų nurodė, kad jų liga yra truputį grėsminga arba nėra iš viso (Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland, & Koch, 2010). Tai, kad prostatos vėžį turintys vyrai ligą suvokia kaip mažiau grėsmingą aiškinama dideliu prostatos vėžiu paplitimu ir bendrai geromis ligos prognozėmis (Linden, Vodermaier, Mackenzie, & Greig, 2012). Empiriniai duomenys rodo, kad susidūrimas su onkologine liga yra susijęs su potrauminio streso sutrikimu. Metaanalizės duomenimis, sirgusieji onkologine liga turi didesnę PTSS riziką (Swartzman et al., 2017), PTSS simptomai yra neretai būdingi po prostatos vėžio gydymo (Anastasiou et al., 2011). Taip pat prostatos vėžiu sergantys vyrai yra aukštesnės depresijos, potrauminio streso, nerimo sutrikimų rizikos ar antidepresantų vartojimo grupėje (Bill-Axelson et al., 2011). Tyrimai, kuriuose analizuojamas PTSS paplitimas tarp suaugusių onkologinių pacientų daugiausia atlikti su krūties vėžiu sergančiais pacientais, tačiau yra nedaug žinoma apie PTSS ir jo simptomų paplitimą prostatos vėžio atveju (Mehnert et al., 2010).

Metaanalizė, kurioje analizuotas PTSS paplitimas vėžiu sergančių imtyje atrasta, kad priklausomai nuo savistabos klausimyno, PTSS paplitimas varijuoja nuo 7,3 proc. iki 13,8 proc. Tyrimai, kuriuose naudotas struktūruotas klinikinis interviu, PTSS būdingas 12,6 proc. (per visą gyvenimą) ir 6,4 proc. (dabartiniu metu). Tačiau daugumoje tyrimų dalyvavo moterys, sergančios krūties vėžiu (Abbey et al., 2015). Pagrindiniai su vėžiu susijusio PTSS rizikos veiksniai: 1) anksčiau turėta vėžio diagnozė arba kitas trauminis įvykis, 2) iki vėžio diagnozės turėtas PTSS arba kitas psichiatrinis sutrikimas, 3) žemas socioekonominis statusas, 4) jaunas amžius, 5) trūkumas socialinio palaikymo arba jo nebuvimas, 6) progresuojanti liga, 7) invazinis gydymo būdas, 8) disociacijos simptomai, susiję su vėžiu (pvz. negalėjimas prisiminti vėžio diagnozės, kai kalbama su gydytoju), 9) pasikartojantis ir įkyrus patyrimas dar kartą to, kas susiję su vėžiu (Cordova et al., 2017). Kai kurie sociodemografiniai kintamieji tokie kaip išsilavinimas nėra aišku, ar susiję su onkologinių pacientų PTSS, nes tyrimuose gaunami nevienareikšmiški rezultatai. Išsilavinimas nebuvo susijęs su PTSS, tiriant onkologinius pacientus, besigydančius ligoninėje (Nipp et al., 2018) ar išgijusius nuo įvairių

onkologinių susirgimų (Hahn, Hays, Kahn, Litwin, & Ganz, 2015). Tačiau moterų, kurios serga krūties vėžiu, imtyse, aukštesnis išsilavinimas yra neigiamai susijęs su PTSS (O'Connor, Christensen, Jensen, Møller, & Zachariae, 2011; Voigt et al., 2017). Taigi dėl skirtingos tyrimų metodologija PTSS paplitimas onkologinių pacientų tarpe yra nevienodas, o PTSS susijusio su vėžiu rizikos veiksniai yra kompleksiniai – biologiniai, socialiniai ir psichologiniai.

Dar vienas su vėžiu susijusio PTSS nagrinėjimo aspektas – PTSS simptomų pasireiškimas onkologiniams pacientams. Suvokta socialinė parama palengvina onkologinėmis ligomis sergančių asmenų padidinto dirglumo, invazijų simptomus, tačiau po gydymo invazijos buvo susijusios su socialinio palaikymo trūkumu (Costa, Ballester, Qureshi, & Gil, 2014). Tiriant moterų, kurios serga kiaušidžių vėžiu, PTSS simptomų pasireiškimą, atrasta, kad amžius susijęs su bendru PTSS ir invazijomis, tai reiškia, kad jaunesnės moterys patiria daugiau PTSS simptomų nei vyresnės. Gyvenimo kokybė ir nerimas siejasi su bendru PTSS pasireiškimu ir atskirai simptomais – vengimu, invazijomis ir padidintu dirglumu. Taip pat paaiškėjo, kad vengimo ir atsiribojimo įveikos strategijos yra svarbūs veiksniai, kurie siejasi su PTSS pasireiškimu ir vengimu, o depresija susijusi su vengimo ir invazijų simptomais (Shand, Brooker, Burney, Fletcher, & Ricciardelli, 2015). Kai buvo tirti asmenys išgiję nuo Hodžkino limfomos ir jų broliai/seserys paaiškėjo, kad dauguma išgijusiųjų (87 proc.) neturėjo PTSS diagnozės ir PTSS paplitimas nesiskyrė palyginus išgijusių su kontroline grupe – jų broliais/seserimis. Tačiau nemažai sirgusiųjų (35,2 proc.) turi dalinį PTSS ir tai statistiškai reikšmingai skyrėsi palyginus su brolių/seserų PTSS simptomų pasireiškimu. Be to, dauguma asmenų, kurie sirgo Hodžkino limfoma nurodė, kad patiria reikšmingus funkcinis sutrikimus dėl PTSS simptomų (net jeigu ir neatitinka PTSS diagnozės kriterijų) (Varela, Ng, Mauch, & Recklitis, 2013). Nagrinėjant PTSS simptomus dimensiniu požiūriu, randamos sąsajos su socialiniu palaikymu, gyvenimo kokybe, nerimu, depresija bei įveikos strategijas ir tai gali būti susiję su sutrikdymu, net jei ir nėra pilnai išreikštas PTSS. Visgi tyrimai yra atlikti kitose kultūrinėse aplinkose, kur buvo atrinkti tiriamieji, neturintys prostatos vėžio (Costa et al., 2014) arba dalyvavo moterys, kurios serga kiaušidžių vėžiu (Shand et al., 2015) ar sirgusieji Hodžkino limfoma (Varela et al., 2013), todėl nėra aišku, kokie rezultatai būtų gauti Lietuvoje tiriant sergančiuosius prostatos vėžiu.

Lietuvoje su bent vienu trauminiu įvykiu per savo gyvenimą susiduria 70-75 proc. gyventojų (Kazlauskas & Zelviene, 2016). Remiantis registro duomenimis, Lietuvoje kiekvienais metais PTSS yra diagnozuojamas apie 0,02 proc., kadangi PTSS yra gana dažnas sutrikimas remiantis kitų šalių duomenimis, tikėtina, kad Lietuvoje PTSS yra per retai diagnozuojamas, nes nėra atpažįstamas (Kazlauskas, Zelviene, & Eimontas, 2017). Lietuvoje yra atlikta nedaug tyrimų, kur nagrinėjamas

PTSS somatinėmis ligomis sergančių asmenų imtyse. Tyrime, kuris atliktas praėjus 5 metams po širdies operacijos, gauta kad 12,2 proc. pacientų turi PTSS ir jis susijęs su ilgesniu hospitalizacijos laiku po operacijos (Gražulytė et al., 2019). *EBSCOhost* duomenų bazėje pavyko rasti 2 straipsnius, kuriuose būtų tiriamas suaugusiųjų, sergančių vėžiu, potrauminis stresas (Bulotienė & Matuizienė, 2014; Kazlauskienė & Bulotienė, 2020). 51,5 proc. neseniai diagnozuotų krūties vėžio pacientų pasireiškė nuo vidutinių iki sunkių PTSS simptomų, o apklausus moteris praėjus vieniems metams, 33,5 proc. iš jų turėjo PTSS simptomus (Bulotienė & Matuizienė, 2014). Vienintelis veiksnys, susijęs su moterų, sergančių vėžiu, PTSS simptomais – darbinė padėtis. Neturinčios darbo susidūrė su sunkesniais PTSS simptomais nei tos, kurios turėjo, taip pat PTSS simptomai siejosi su depresija (Kazlauskienė & Bulotienė, 2020). Lietuvoje PTSS pasireiškimas tyrinėtas moterų, kurios serga krūties vėžiu, imtyje, tačiau nepavyko aptikti publikacijų su kitomis vėžio formomis sergančiais pacientais.

1.5. Potrauminio streso ir psichologinės gerovės sąsajos

Potrauminio streso ir psichologinės gerovės sąsajos tyrinėtos įvairiose imtyse. Populiaciniame tyrime atrasta, kad asmenys, kurie patenka į potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso grupes turi blogesnę psichologinę gerovę palyginus su tais, kuriems nebūdingi šie sutrikimai (Ben-Ezra et al., 2018). Ištyrus greitosios medicinos pagalbos personalą aptikta, kad kuo daugiau PTSS simptomų yra būdinga, tuo asmens psichologinė gerovė yra prastesnė (Eiche, Birkholz, Jobst, Gall, & Prottegeier, 2019). Nors yra prielaidų, kad KPTSS turintys gali skirtis pagal psichologinę gerovę nuo tų, kuriems yra PTSS, tačiau rezultatai parodė, kad ambulatorines psichiatrines paslaugas gaunantys asmenys pasižymi žema psichologine gerove, nepaisant priklausymo PTSS ar KPTSS grupėms (Moller, Augsburg, Elklit, Sogaard, & Simonsen, 2020). Taigi psichologinė gerovė neigiamai susijusi su potrauminio streso sutrikimu, kas reiškia, kad turintys PTSS (ar KPTSS) turi žemesnę psichologinę gerovę.

Onkopsichologijoje atlikta nemažai tyrimų, kur ieškoma sąsajų tarp PTSS ir gyvenimo kokybės (Gold et al., 2012; Unseld et al., 2019; Wachen, Patidar, Mulligan, Naik, & Moye, 2014). Dažniausiai naudojami instrumentai, kurie matuoja nerimą ir depresiją kaip gyvenimo kokybės rodiklį (Unseld et al., 2019) arba gyvenimo kokybę remiantis daugiadimensišku požiūriu (Gold et al., 2012; Wachen et al., 2014). Psichologinė gerovė nemažai nagrinėta siejant su teigiamomis vėžio kaip trauminio patyrimo pasekmėmis – potrauminiu augimu (Hill & Watkins, 2017; Ruini & Vescovelli, 2013; Ruini, Vescovelli, & Albieri, 2013). Tačiau trūksta tyrimų, kur būtų ieškoma sąsajų tarp psichologinės gerovės ir PTSS bei KPTSS onkologinių pacientų imtyje.

1.6. Tyrimo problema, tikslas ir uždaviniai

Onkologinių susirgimų skaičius kiekvienais metais didėja ir tai yra viena iš pagrindinių neužkrečiamų ligų bei mirties priežasčių (Bray et al., 2018; Dagenais et al., 2019). Pasaulyje daugiau kaip 1 milijonui vyrų yra diagnozuojamas prostatos vėžys (Culp et al., 2020), Lietuvoje – apie 3000 vyrų per metus (Patasius et al., 2019). Prostatos vėžys sudaro nemažą našta visame pasaulyje (Tangen et al., 2018). Nors išgyvenamumas susirgus prostatos vėžiu yra gana didelis (DeSantis et al., 2014), tačiau liga ir gydymas siejasi su prastesne gyvenimo kokybe (Roth et al., 2009).

Prostatos vėžio atveju pirmiausia susiduriama su distresą keliančia prostatos vėžio diagnozavimo procedūra – biopsija (Macefield et al., 2010; Sharp et al., 2018), po to su gydymu, kuris gali pabloginti gyvenimo kokybę (Litwin & Tan, 2017). Tačiau be objektyvių sveikatos rodiklių, yra svarbus subjektyvus savo sveikatos suvokimas (Williams et al., 2016) ir turimi lūkesčiai apie ją (Thornton et al., 2012). Nėra daug tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjama, kaip siejasi prostatos vėžio atveju subjektyvus sveikatos vertinimas ir tai, kokios sveikatos asmuo tikisi ateityje. Prostatos vėžio gydymo padariniai prognozuoja psichologinę gerovę (Lehto et al., 2017), kuri yra esminis su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektas (Topp et al., 2015).

Nemaža dalis onkologinių pacientų susiduria su distresu (Zabora et al., 2001), trečdalis turi psichiatrinių sutrikimų (Kuhnt et al., 2016; Mehnert et al., 2014; Singer et al., 2010). Vyrų, sergantys prostatos vėžiu rečiausiai susiduria su psichikos sutrikimais, kitaip nei moterys, kurios serga krūties vėžiu (Mehnert et al., 2014). Gali būti, kad vyrai, kurie turi prostatos vėžį, nėra tinkamai diagnozuojami, nes jų depresijos raiškia skiriasi (Rice et al., 2018), ir jie rečiau kreipiasi pagalbos dėl savo psichikos sveikatos (Weinberger et al., 2011). Tačiau prostatos vėžiu sergantys vyrai yra didesnėje rizikoje turėti depresiją ar potrauminio streso sutrikimą nei nesergantys (Bill-Axelson et al., 2011).

Išgijusių nuo onkologinės ligos potrauminio streso sutrikimo paplitimas yra du kartus didesnis nei bendrojoje populiacijoje (Swartzman et al., 2017). Išskiriami biologiniai, socialiniai ir psichologiniai rizikos veiksniai, susiję su PTSS onkologijoje (Cordova et al., 2017). Visgi nėra vienareikšmiškų duomenų apie tam tikrus sociodemografinius kintamuosius, pavyzdžiui išsilavinimą (Hahn et al., 2015; Nipp et al., 2018; O'Connor et al., 2011; Voigt et al., 2017). Dauguma tyrimų apie potrauminį stresą yra atlikti, kai dalyvauja moterys, sergančios krūties vėžiu (Abbey et al., 2015). TLK-11 atnaujintas potrauminio streso apibrėžimas, kur išskirti esminiai požymiai bei atsirado naujas stresinis sutrikimas – kompleksinis potrauminis stresas (WHO, 2018). Yra tyrimų, kuriuose remtasi TLK-11 potrauminio streso apibrėžimu ir atrastos sąsajos su psichologine gerove (Ben-Ezra et al., 2018; Eiche et al., 2019), tačiau trūksta tyrimų, kur būtų tiriami sergantys vėžiu. Lietuvoje yra atlikta

tyrimų apie moterų, sergančių krūties vėžiu potrauminį stresą (Bulotienė & Matuizienė, 2014; Kazlauskienė & Bulotienė, 2020), tačiau nėra duomenų apie sergančiuosius prostatos vėžiu.

Remiantis tuo, šiame tyrime yra išsikeltas **tikslas** – įvertinti vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso sutrikimo požymius, psichologinę gerovę ir jų sąsajas su sociodemografiniais kintamaisiais. Siekiant įgyvendinti tyrimo tikslą išsikelti tokie uždaviniai:

1. Įvertinti, vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, trauminių įvykių patyrimą.
2. Įvertinti, vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso sutrikimą ir jo simptomus.
3. Įvertinti vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, psichologinę gerovę ir depresijos riziką, bei palyginti į depresijos rizikos grupę patenkančių ir nepatenkančių asmenų potrauminį stresą.
4. Nustatyti vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso požymių sąsajas su psichologine gerove.
5. Nustatyti vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso požymių sąsajas su sociodemografiniais kintamaisiais.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimas vyko Nacionaliniame vėžio institute. Vyrai, kurie atvykdavo pas gydytoją pasitikrinti dėl prostatos vėžio, buvo kviečiami dalyvauti tyrime. Tyrimo dalyviai atrinkti taikant netikimybinės tikslinės atrankos būdą. Toks atrankos būdas pasirinktas dėl to, kad tyrimo tikslinė grupė yra specifinė, o Nacionalinis vėžio institutas yra didžiausia specializuotą pagalbą onkologiniams pacientams teikianti įstaiga.

1 lentelė. Demografinės tyrimo imties charakteristikos (N = 119).

	n	%		n	%
Šeiminė padėtis			Išsilavinimas		
Yra ilgalaikiuose santykiuose	85	71,43	Nebaigtas pagrindinis	12	10,08
Neturi ilgalaikių santykių	29	24,37	Pagrindinis	11	9,24
Nepateikė informacijos	5	4,20	Vidurinis	40	33,61
			Aukštesnysis	21	17,65
Gyvenamoji vieta			Nebaigtas aukštasis	1	0,84
Kaimas	35	29,41	Aukštasis	34	28,57
Miestas	84	70,59	Pajamos		
Gretutinės ligos			Mažesnės nei vidutinės	45	37,82
Turi	74	62,18	Vidutinės	43	36,13
Neturi	40	33,61	Didesnės nei vidutinės	12	10,08
Nepateikė informacijos	5	4,20	Nepateikė informacijos	19	15,96

Magistro darbas yra platesnio tyrimo dalis, kurį vykdo Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro mokslininkai bendradarbiaudami su Nacionaliniu vėžio institutu. Šiame darbe atrinkti tyrimo dalyviai, kuriems patvirtina prostatos vėžio diagnozė – C61 (remiantis TLK-10-AM). Į Nacionalinį vėžio institutą diagnostiniams tyrimams atvyksta asmenys, todėl šiame tyrime su tokiais dalyviai buvo susisiekiama pakartotinai, kuomet buvo aiški gydytojo išvada – nustatytas prostatos vėžys.

Tyrimė sutiko dalyvauti ir pasirašė informuotą sutikimą 119 vyrų, kurių amžiaus vidurkis – 67,04 metų, standartinis nuokrypis – 9,40 metų. Tyrimo dalyvių amžius yra nuo 47 iki 93 metų. Demografinės tiriamųjų charakteristikos pateiktos **1 lentelėje**.

2.2. Tyrimo instrumentai

Anketa. Anketoje prašoma pateikti demografinius duomenis: amžius, gyvenamoji vieta (miestas/kaimas), išsilavinimas, šeimtinė padėtis (turi/neturi ilgalaikius santykius), pajamos. Pateikti klausimai apie:

- Subjektyvią sveikatą: „Įvertinkite savo dabartinę sveikatą“ (nuo „labai bloga“ iki „labai gera“).
- Lūkesčius apie sveikatą: „Kaip Jūs vertinate, kokia Jūsų sveikata bus po trijų mėnesių?“ (nuo „labai bloga“ iki „labai gera“).
- Psichinę sveikatą: „Ar lankotės pas psichologą ar psichiatrą?“ „Ar vartojate vaistus dėl savo psichikos sveikatos sunkumų?“
- Gretutines ligas: „Ar turite, kokių kitų sveikatos problemų?“

PSO (5) geros savijautos rodiklis (The World Health Organization Well-being Index (WHO–5), (Bech, 1999). Lietuviška versija parengta I. Misevičienės (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health). PSO–5 yra trumpa 5 teiginių skalė, skirta matuoti subjektyvią gerovę (Topp et al., 2015). Vienas iš klausimyno teiginių: „Jaučiausi linksmas ir pakilios nuotaikos“.

Teiginiai vertinami nuo 0 iki 5 balų, kur 0 balas reiškia „niekada“, 1 – „kartais“, 2 – „mažiau nei pusę to laiko“, 3 – „Daugiau nei pusę laiko“, 4 – „Beveik visą laiką“, 5 – „Visą laiką“. Skalės įvertis yra penkių teiginių įverčių sumos sandauga iš 4, kuri gali svyruoti nuo 0 iki 100 balų. Aukštesnis balas žymi geresnę savijautą. PSO–5 pasižymi aukštu klinikiniu validumu, konstrukto validumu ir prognostiniu validumu (Topp et al., 2015). Šis instrumentas yra naudojamas kaip atrankinis depresijos instrumentas. Remiantis tyrimais, asmenys, kurie surenka 50 arba mažesnę įvertį – patenka į depresijos rizikos grupę (Topp et al., 2015).

Lietuvoje PSO–5 buvo naudotas keliuose tyrimuose tiriant pilnamečius asmenis, kurie 2 metų laikotarpyje patyrė reikšmingų stresorių ir turėjo stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus (Eimontas et al., 2018; Kazlauskas, Gegieckaite, Maercker, Eimontas, & Zelviene, 2018). Tyrimuose patikimumas įvertintas vidinio suderinamumo būdu ir gauta, kad jis yra nuo pakankamo iki labai gero (Cronbach α nuo 0,64 iki 0,88).

Šiame tyrime patikimumas įvertintas vidinio suderinamumo būdu ir gauta, kad jis yra geras, Cronbach $\alpha = 0,88$.

Gyvenimo įvykių klausimynas (Life Events Checklist (LEC), M. J. Gray, B. T. Litz, J. L. Hsu, & T. W. Lombardo, 2004), skirtas įvertinti susidūrimą su trauminiais įvykiais. LEC sudarytas iš 17 potencialiai traumuojančių įvykių. Atsakymai apie šiuos įvykius: „man nutiko“, „buvau liudininkas“, „sužinojau apie tai“, „nesu tikras“, „man nenutiko“ (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004). Gavus autorių sutikimą skalė buvo išversta į lietuvių kalbą (vertė M. Skėrytė-Kazlauskienė, I. Vaskelienė, E. Mažulytė, Vilniaus universiteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, 2013). Lietuviškai LEC versijai gautas autorių sutikimas (Mažulytė et al., 2014).

Originalaus LEC psichometrinės savybės tikrintos studentų ir karo veteranų imtyje (Gray et al., 2004). Instrumento patikimumas vertintas taikant pakartotinio testavimo metodą. Gauta, kad LEC pasižymi pakankamu stabilumu 7 dienų laikotarpiu ir tai būdinga tiek teiginių, tiek visos skalės lygmenyje. LEC konstrukto validumas tikrintas skaičiuojant koreliacijas su kitais traumos patyrimą matuojančiais instrumentais.

Tarptautinis traumos klausimynas (International Trauma Questionnaire (ITQ), M. Cloitre, M. Shevlin, C. R. Brewin, J. I. Bisson, N. P. Roberts, A. Maercker, T. Karatzias, & P. Hyland, 2018). ITQ – savistabos potrauminio streso sutrikimo (PTSS) ir kompleksinio PTSS (KPTSS) diagnostinė matavimo priemonė, kuri remiasi TLK-11 apibrėžimais (Cloitre et al., 2018). ITQ sudarytas iš 12 teiginių, iš kurių 6 skirti matuoti PTSS simptomus ir 6 – KPTSS. Atitinkamai kiekvienoje iš šių kategorijų yra 3 teiginiai apie funkcionavimo sunkumus: socialinius, užimtumo ir kitų svarbių gyvenimo sričių.

Originalaus ITQ konstrukto validumas matuotas patvirtinančiosios faktorinės analizės būdu, gauta, kad latentinės 12 teiginių struktūra diferencijuoja PTSS ir DSO (angl. *Disturbances in Self-Organization*). PTSS sudaro 6 simptomai, išsiskyrę į 3 simptomų klasterius: 1) invazija 2) vengimas ir 3) grėsmės jausmas. Tiriamųjų prašoma atsakyti, kaip dažnai jiems pasireiškia minėti simptomai per pastarąjį mėnesį. DSO sudaro trys klasteriai: 1) sutrikusi afekto reguliacija, 2) negatyvus savęs vaizdas ir 3) sutrikę santykiai su kitais. Atsakant į šiuos klausimus respondentams yra pateikiama instrukcija remtis, kaip jie įprastai jaučiasi, įprastai galvoja apie save ir įprastai bendrauja su kitais. Daugiagrupinė Užduoties atsako teorijos (angl. *Item response theory*, IRT) rezultatų analizė parodė, kad ITQ tinkamas naudoti tiek bendrosios populiacijos imtyje, tiek klinikinėje.

Originalaus ITQ patikimumas įvertintas taikant vidinio suderinamumo būdą. Apskaičiuota, kad bendrosios populiacijos imtyje PTSS ir DSO subskalių Cronbach $\alpha \geq 0,77$, išskyrus teiginių apie

vengimą (Cronbach $\alpha = 0,67$). Bendrosios populiacijos imtyje patikimumas abiejų subskalių – PTSS ir DSO – geras, Cronbach $\alpha \geq 0,79$.

Lietuviškame validaciniame tyrime gauta, kad ITQ patikimumas Cronbach $\alpha = 0,93$, PTSS subskalės Cronbach $\alpha = 0,88$, DSO subskalės Cronbach $\alpha = 0,93$. Validumas: atlikta patvirtinančioji faktorinė ir diskrimantinė analizės kurios atitinka TLK-11 (WHO, 2018) PTSS ir KPTSS pateiktus pasiūlymus (Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, & Zelviene, 2018)

Šiame tyrime patikimumas įvertintas vidinio suderinamumo būdu. Nustatytas pakankamai geras visų subskalių vidinis suderinamumas, atskirų subskalių Cronbach α rodikliai svyravo nuo 0,61 iki 0,88. Pateikta **2 lentelėje**.

2 lentelė. *ITQ klausimyno patikimumo rodikliai, gauti pritaikius vidinis suderinamumo būdą.*

Subskalės	Cronbach α	Subskalės	Cronbach α
Potrauminio streso sutrikimas	0,88	Sutrikusi savęs organizacija	0,85
Invazija	0,79	Sutrikusi afektų reguliacija	0,61
Vengimas	0,74	Negatyvus savęs vaizdas	0,83
Grėsmės jausmas	0,65	Sutrikę santykiai su kitais	0,65

2.3. Tyrimo eiga

Atliktas koreliacinis tyrimas. Prieš pradėdami dalyvauti tyrime, tiriamieji susipažindavo su informuotu sutrikimu ir pasirašydavo, kad sutinka dalyvauti. Tyrimo metu tyrėja būdavo kartu su tyrimo dalyviu, kai jis pildydavo instrumentus „popieriaus ir pieštuko“ forma, todėl kilus neaiškumams galėdavo užduoti klausimus. Tiriamiesiems kildavo klausimų, kaip pažymėti jiems tinkamą atsakymą, norėdavo išsiaiškinti psichologinę teiginių prasmę, pvz., apie kokią būseną yra klausiama. Daliai tyrimo dalyvių, kurie dėl regėjimo ypatumų negalėdavo patys užpildyti anketos ir klausimynų, tyrėja perskaitydavo klausimas ir užrašydavo atsakymus.

2.4. Duomenų analizė

Duomenų analizei naudota statistinių duomenų apdorojimo programa SPSS 23. Atlikta aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai). Patikrinus duomenų sklaidą, gauta, kad duomenų pasiskirstymas nėra normalus, nes būdingas asimetriškumas, aptikta daug išskirčių, taip pat Kolmogorov-Smirnov testas parodė, kad duomenys yra nenormaliai pasiskirstę (žiūrėti **1 priedą**). Dėl

nenormaliai pasiskirsčiusių duomenų tyrime taikyti neparametriniai kriterijai. Norint nustatyti ryšius tarp kintamųjų skaičiuoti Spearman koreliacijų koeficientai. Dviejų grupių vidurkių palyginimui taikytas Mann-Whitney kriterijus. Požymių palyginimui toje pačioje imtyje taikytas Wilcoxon kriterijus. Tikrinant grupių proporcijas taikytas χ^2 suderinamumo kriterijus. Grupių pasiskirstymas skaičiuotas taikant χ^2 homogeniškumo kriterijų ir Fišerio tikslųjį kriterijų.

3. REZULTATAI

3.1. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, trauminių įvykių patyrimas

Įvertinus, su kiek trauminių įvykių susidūrė vyrai, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, rezultatai parodė, kad 81 (68,07 proc.)¹ tyrimo dalyvis patyrė nuo 1 iki 9 įvykių, kurie yra potencialiai traumuojantys. Vieną arba du trauminius įvykius patyrė 41 (34,46 proc.) tyrimo dalyvis, 3 ir daugiau trauminius įvykius patyrė 36 (30,24 proc.) tyrimo dalyvių. Su kokiais trauminiais įvykiais susidūrė tiriamieji yra pateikta **3 lentelėje**.

3 lentelė. *Trauminių įvykių patyrimas.*

Trauminiai įvykiai	n (N*)	%	Trauminiai įvykiai	n (N*)	%
Staigi netikėta artimo žmogaus mirtis	30 (111)	25,21	Ginkluotas užpuolimas	6 (114)	5,04
Gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas	26 (113)	23,01	Dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje	6 (113)	5,04
Eismo įvykis	26 (113)	23,01	Kitas trauminis įvykis	6 (113)	5,04
Fizinis smurtas	26 (114)	21,85	Stichinė nelaimė	4 (115)	3,48
Rimtas nelaimingas atsitikimas	22 (114)	19,30	Seksualinė prievarta	3 (113)	2,52
Didelė kančia	16 (111)	10,92	Sunkus sužeidimas, žala ar mirtis sukelta kitam asmeniui	3 (113)	2,52
Gaisras ar sprogymas	13 (113)	11,50	Kitas nepageidaujamas seksualinis patyrimas	2 (113)	1,68
Sąlytis su nuodingomis medžiagomis	11 (114)	9,24	Nelaisvė	0	0
Fizinis smurtas (vaikystėje)	11 (114)	9,24	Seksualinė prievarta (vaikystėje)	0	0
Staigi, smurtinė mirtis	7 (113)	5,88			

Pastaba: Pateiktas tiriamųjų skaičius, kurie atsakė į nurodytą klausimą.

¹ Iš 119 tyrimo dalyvių, kurie sutiko dalyvauti tyrime, 4 tiriamieji (3,36 proc.) neatsakė nė į vieną klausimą apie trauminius įvykius.

Kaip pateikta **3 lentelėje**, tiriamieji nurodė, kad dažniausiai patyrė arba buvo liudytojai šių trauminių įvykių: 1) staigi netikėta artimo žmogaus mirtis – 25,21 proc. 2) gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas – 23,01 proc. 3) eismo įvykis – 23,01 proc. 4) fizinis smurtas – 21,85 proc. 5) rimtas nelaimingas atsitikimas – 19,30 proc. Tyrimo dalyviai nenurodė, kad būtų susidūrę su seksualine prievarta vaikystėje ar nelaisve.

3.2. Vyru, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso sutrikimas ir jo simptomai

ITQ instrumentas leidžia analizuoti potrauminį stresą dviem požiūriais – diagnostiniu ir dimensiniu. Kad būtų diagnozuotas PTSS sutrikimas turi atitikti kriterijus pagrindiniai PTSS simptomai: invazijos, vengimas, grėsmės jausmas ir bent vienoje srityje pasireikšti funkcionavimo sutrikimai. KPTSS sutrikimas diagnozuojamas, kai atitinka kriterijus sutrikusios savęs organizacijos simptomai: sutrikusi afektų reguliacija, negatyvus savęs vaizdas, sutrikę santykiai su kitais ir bent vienoje srityje pasireiškia funkcionavimo sutrikimai bei atitinka PTSS diagnozės kriterijai.

Pirmiausia apskaičiuota, kiek tiriamųjų atitinka PTSS simptomai. Gauta, kad nė vienas PTSS simptomas nėra būdingas 66 tyrimo dalyviams (56,90 proc.), vienas – 21 (18,10 proc.), du – 17 (14,66 proc.), trys – 12 (10,34 proc.). Antra, apskaičiuota, kiek tyrimo dalyvių atitinka PTSS diagnozė ir KPTSS diagnozė bei atskiri jų simptomų. Taip pat kad būtų galima diagnozuoti šiuos sutrikimus simptomai turi trukdyti tinkamai funkcionuoti (asmeninėje, socialinėje, darbinėje ir kt. aplinkose). Rezultatai pateikti **4 lentelėje**.

4 lentelė. *Potrauminio streso sutrikimas, kompleksinio potrauminio sutrikimas ir jų simptomai bei funkcionavimo sutrikdymas.*

PTSS	n	%	KPTSS	n	%
Invazija	24	20,69	Sutrikusi afektų reguliacija	48	42,11
Vengimas	28	24,14	Negatyvus savęs vaizdas	24	20,69
Grėsmės jausmas	39	33,62	Sutrikę santykiai su kitais	29	25,00
PTSS funkcionavimas	30	26,09	KPTSS funkcionavimas	24	20,69
Potrauminis streso sutrikimas	10	8,62	Kompleksinis potrauminis stresas	6	5,17

Potrauminis streso sutrikimas būdingas 10 tyrimo dalyvių (8,62 proc.), kompleksinis potrauminis stresas – 6 (5,17 proc.), o PTSS be jų, kuriems būdingas KPTSS – 4 (3,45 proc.). Trečdaliui tyrimo

dalyvių (33,62 proc.) būdingas grėsmės jausmas, o mažiau nei pusei (42,11 proc.) – sutrikusi afektų reguliacija. Norint sužinoti, ar vienodam tiriamųjų skaičiui atitinka 6 simptomai (invazija, vengimas, grėsmės jausmas, sutrikusi afektų reguliacija, negatyvus savęs vaizdas ir sutrikę santykiai su kitais), pritaikytas χ^2 suderinamumui kriterijus. Gauti rezultatai, kad duomenys statistiškai reikšmingai prieštarauja, kad vienodas tiriamųjų skaičius atitinka kiekvieną iš 6 simptomų, $\chi^2 = 14,31$, $df = 5$, $p = 0,014$. Tai reiškia, kad daugiausia tyrimų dalyvių būdinga sutrikusi afektų reguliacija – 48 (42,11 proc.).

Norint įvertinti potrauminį stresą dimensiniu požiūriu, apskaičiuoti PTSS požymių (invazijos, vengimo, grėsmės jausmo) bei sutrikusios savęs organizacijos (DSO) požymių (sutrikusios afektų reguliacijos, negatyvus savęs vaizdo, sutrikusių santykių su kitais) pasireiškimas. **5 lentelėje** yra pateiktas PTSS ir DSO požymių pasireiškimas.

5 lentelė. *Potrauminio streso sutrikimo ir sutrikusios savęs organizacijos požymiai.*

Požymiai	<i>M (SD)</i>	Požymiai	<i>M (SD)</i>
Potrauminio streso sutrikimas	3,60 (4,23)	Sutrikusi savęs organizacija	4,69 (4,16)
Invazija	0,98 (1,45)	Sutrikusi afektų reguliacija	1,99 (1,61)
Vengimas	1,01 (1,56)	Negatyvus savęs vaizdas	1,08 (1,57)
Grėsmės jausmas	1,61 (1,77)	Sutrikę santykiai su kitais	1,61 (1,77)

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai.

Norint išsiaiškinti, ar statistiškai reikšmingai skiriasi asmenų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso sutrikimo požymių ($M = 3,60$, $SD = 4,23$) ir sutrikusios savęs organizacijos (DSO) požymių pasireiškimas ($M = 4,69$, $SD = 4,16$), buvo pritaikytas Wilcoxon kriterijus. Rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai DSO požymiai yra labiau išreikšti nei PTSS, $Z = -4,52$, $p < 0,001$. Tai reiškia, kad vyrams, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, pasireiškia mažiau potrauminio streso sutrikimo požymiai nei kad sutrikusios savęs organizacijos požymiai.

3.3. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, psichologinė gerovė ir depresijos rizika, bei potrauminio streso palyginimas tarp į depresijos rizikos grupę patenkančių ir nepatenkančių asmenų grupių

Pirmiausia norint įvertinti vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, psichologinę gerovę buvo atlikta aprašomoji statistika. Psichologinės gerovės įvertis šioje imtyje svyruoja nuo 0 iki 100, $M = 59,10$ ($SD = 25,49$). Didesnis įvertis žymi geresnę psichologinę gerovę. Tyrimai rodo, kad PSO-5 psichologinės gerovės indeksą matuojantis instrumentą leidžia patikimai diferencijuoti asmenis, kurie patenka ir kurie nepatenka į depresijos rizikos grupę (Topp et al., 2015). Tie, kurių įvertis yra 50 ir mažesnis, patenka į depresijos rizikos grupę (Topp et al., 2015).

Šiame tyrime 42 (35,29 proc.) tyrimo dalyviai patenka į depresijos rizikos grupę. Remiantis šiais duomenimis buvo sudarytos dvi grupės – patenkančių į depresijos rizikos grupę ($n = 42$) ir nepatenkančių ($n = 74$). Siekiant palyginti, ar skiriasi tiriamieji, kurie patenka arba nepatenka į depresijos rizikos grupę, pagal amžių, potrauminio streso ir sutrikusios savęs organizacijos požymius, išsilavinimą, subjektyvų sveikatos vertinimą bei lūkesčius apie sveikatą, pritaikytas Mann-Whitney kriterijus. Gauti rezultatai pateikti **6 lentelėje**.

Rezultatai parodė, kad į depresijos rizikos grupę patenkantis asmenys, statistiškai reikšmingai turi labiau išreikštus potrauminio streso požymius ($M = 5,49$, $SD = 4,75$) palyginus su tais, kurie nepatenka į depresijos rizikos grupę ($M = 2,43$, $SD = 3,45$), $p < 0,001$. Potrauminio streso požymiai – vengimo ir grėsmės jausmo statistiškai reikšmingai labiau pasireiškia asmenims, kurie patenka į depresijos rizikos grupę (atitinkamai $M = 1,80$, $SD = 1,87$ ir $M = 2,37$, $SD = 1,89$) nei tiems, kurie nepatenka (atitinkamai $M = 0,56$, $SD = 1,17$ ir $M = 1,11$, $SD = 1,50$), $p < 0,001$, o potrauminio streso požymis – invazija, statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp šių grupių, $p = 0,078$. Tai reiškia, kad vyrams, kurie pasižymi depresyvumu, labiau būdingas vengimas, jie dažniau patiria grėsmės jausmą ir bendrai jų potrauminio streso požymiai yra labiau išreikšti (išskyrus invazijų patyrimą), nei tų, kurie nepatenka į depresijos rizikos grupę.

Gauti rezultatai, kad statistiškai reikšmingai patenkantys į depresijos rizikos grupę turi labiau sutrikusią savęs organizaciją ($M = 6,78$, $SD = 4,27$) nei tie, kurie nepatenka ($M = 3,36$, $SD = 3,49$), $p < 0,001$. Į depresijos rizikos grupę patenkančių labiau išreikšti sutrikusios savęs organizacijos požymiai: sutrikusi afektų reguliacija (atitinkamai $M = 2,83$, $SD = 1,50$ ir $M = 1,50$, $SD = 1,46$), negatyvus savęs vaizdas ($M = 1,59$, $SD = 1,73$ ir $M = 0,75$, $SD = 1,37$) ir sutrikę santykiai su kitais ($M = 2,37$, $SD = 1,89$ ir $M = 1,11$, $SD = 1,50$) nei tų, kurie nepatenka, $p < 0,05$. Tokie rezultatai rodo, kad pasižymintiems

depresyvumu labiau būdinga sutrikusi savęs organizacija (įskaitant emocijų reguliacijos, savivertės ir santykių aspektus) nei tiems, kurie tuo nepasižymi.

6 lentelė. Palyginimas asmenų, patenkančių ir nepatenkančių į depresijos grupę, pagal trauminių įvykių patyrimą, potrauminio streso požymius, sutrikusią savęs organizaciją ir sociodemografinius veiksnius.

	Depresijos rizikos grupė (n = 42)	Nėra depresijos rizikos grupėje (n = 74)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
Amžius	67,07 (9,74)	66,84 (9,35)	1486,50	-0,39	0,698
Trauminiai įvykiai	2,20 (2,00)	1,60 (1,93)	1128,00	-1,95	0,051
PTSS	5,49 (4,75)	2,43 (3,45)	823,00	-3,98	0,000
PTSS-Re	1,32 (1,68)	0,76 (1,25)	1215,50	-1,76	0,078
PTSS-Av	1,80 (1,87)	0,56 (1,17)	854,00	-4,24	0,000
PTSS-Th	2,37 (1,89)	1,11 (1,50)	887,00	-3,66	0,000
DSO	6,78 (4,27)	3,36 (3,49)	698,50	-4,52	0,000
DSO-Ad	2,83 (1,50)	1,50 (1,46)	770,00	-4,16	0,000
DSO-Nsc	1,59 (1,73)	0,75 (1,37)	1023,00	-3,00	0,003
DSO-Dr	2,37 (1,89)	1,11 (1,50)	887,00	-3,66	0,000
Išsilavinimas	3,74 (1,77)	3,81 (1,61)	1518,50	-0,21	0,833
Subjektyvus sveikatos vertinimas	3,02 (0,68)	3,39 (0,68)	1126,50	-2,76	0,006
Lūkesčiai apie sveikatą	3,17 (0,80)	3,63 (0,62)	1020,00	-3,00	0,003

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. PTSS – potrauminis stresas. PTSS-Re – invazijos, PTSS-Av – vengimas, PTSS-Th – grėsmės jausmas, DSO – sutrikusi savęs organizacija, DSO-Ad – sutrikusi afekto reguliacija, DSO-Nsc – neigiamas savęs vaizdas, DSO-Dr – sutrikę santykiai su kitais. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Asmenys, patenkantys į depresijos rizikos grupę ir nepatenkantys, statistiškai reikšmingai nesiskyrė savo amžiumi, trauminių įvykių patyrimo kiekiu ir išsilavinimu, $p > 0,05$. Taigi yra panašios pagal pagrindinius demografinius rodiklius – amžių ir išsilavinimą, trauminių įvykių kiekis irgi statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Vyrai, kurie nėra depresijos rizikos grupėje, statistiškai reikšmingai geriau vertino savo sveikatą ($M = 3,39$, $SD = 0,68$) nei tie, kurie yra depresijos rizikos grupėje ($M = 3,02$, $SD = 0,68$), $p = 0,006$. Taip pat vyrai, kurie nepatenka į depresijos rizikos grupę statistiškai reikšmingai turėjo labiau teigiamus lūkesčius apie savo sveikatą ($M = 3,63$, $SD = 0,62$) nei tie, kurie nepatenka ($M = 3,17$, $SD = 0,80$), $p = 0,003$. Taigi asmenys, kurie nepasižymi depresyvumu, savo sveikatą suvokia kaip geresnę ir labiau teigiamai vertina ją po 3 mėnesių nei tie, kurie pasižymi depresyvumu.

3.4. Vyru, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso požymių sąsajos su psichologine gerove

Siekiant nustatyti ryšius tarp potrauminio streso ir sutrikusios savęs organizacijos požymių bei psichologinės gerovės, apskaičiuoti Spearman koreliacijų koeficientai. Pirmiausia buvo ieškoma ryšių tarp trauminių įvykių patyrimo kiekio ir psichologinės gerovės bei trauminių įvykių ir potrauminio streso sutrikimo bei trauminių įvykių ir sutrikusios savęs organizacijos. Rezultatai parodė, kad trauminių įvykių patyrimas nėra statistiškai reikšmingai susijęs nei su psichologine gerove, $r_s = -0,163$, nei su potrauminiu stresu, $r_s = 0,123$, nei su sutrikusia savęs organizacija, $r_s = 0,126$, $p > 0,05$. Tokie rezultatai rodo, kad psichologinė gerovė, potrauminis stresas ir sutrikusi savęs organizacija nesisieja su tuo, kiek asmuo patyrė trauminių įvykių.

Apskaičiavus Spearman koreliacijų koeficientus tarp psichologinės gerovės ir bendro potrauminio streso įverčio, tarp gerovės ir jo simptomų (invazijos, vengimo ir grėsmės jausmo), gautos statistiškai reikšmingos sąsajos. Koreliacijos yra neigiamos, vidutinio stiprumo: psichologinė gerovė ir potrauminis stresas, $r_s = -0,476$, $p < 0,001$, psichologinės gerovės ir invazijos, $r_s = -0,39$, $p < 0,001$, psichologinės gerovės ir vengimas, $r_s = -0,444$, $p < 0,001$, psichologinės gerovės ir grėsmės jausmas, $r_s = -0,416$, $p < 0,001$. Tai reiškia, kad kuo yra mažesnė psichologinė gerovė, tuo stipriau pasireiškia potrauminis stresas ir jo simptomai (invazijos, vengimas, grėsmės jausmas).

Rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai neigiamai susiję psichologinė gerovė ir sutrikusi savęs organizacija bei jos požymiai. Gauti Spearman koreliacijų koeficientai yra vidutinio stiprumo: psichologinė gerovė ir sutrikusi savęs organizacija $r_s = -0,588$, $p < 0,001$, psichologinė gerovė ir sutrikusi afekto reguliacija $r_s = -0,563$, $p < 0,001$, psichologinė gerovė ir negatyvus savęs vaizdas, $r_s =$

-0,418, $p < 0,001$, psichologinė gerovė ir sutrikę santykiai su kitais $r_s = -0,416$, $p < 0,001$. Tokie rezultatai rodo, kad kuo mažesnė psichologinė gerovė, tuo daugiau kyla sunkumų su emocijų reguliacija, tuo yra turimas negatyvesnis savęs vaizdas, tuo sunkiau sekasi santykiuose su kitais asmenimis.

3.5. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso požymių sąsajos su sociodemografiniais kintamaisiais

Siekiant nustatyti ryšius tarp potrauminio streso ir sutrikusios savęs organizacijos požymių bei sociodemografinių kintamųjų (amžiaus, išsilavinimo, subjektyvaus sveikatos vertinimo ir lūkesčių apie sveikatą), apskaičiuoti Spearman koreliacijų koeficientai. Gauti rezultatai pateikti **7 lentelėje**.

7 lentelė. *Potrauminio streso, sutrikusios savęs organizacijos ir sociodemografinių kintamųjų koreliacijų koeficientai.*

	Amžius	Išsilavinimas	Subjektyvus sveikatos vertinimas	Lūkesčiai apie sveikatą
PTSS	0,041	-0,137	-0,140	-0,046
PTSS-Re	0,029	-0,107	-0,080	-0,020
PTSS-Av	0,025	-0,064	-0,154	-0,038
PTSS-Th	0,030	-0,203*	-0,114	-0,058
DSO	0,089	-0,215*	-0,242**	-0,260**
DSO-Ad	0,079	-0,121	-0,226*	-0,264**
DSO-Nsc	0,153	-0,184*	-0,278**	-0,333**
DSO-Dr	0,030	-0,203*	-0,114	-0,058

Pastaba: PTSS – potrauminis stresas. PTSS-Re – invazijos, PTSS-Av – vengimas, PTSS-Th – grėsmės jausmas, DSO – sutrikusi savęs organizacija, DSO-Ad – sutrikusi afekto reguliacija, DSO-Nsc – negatyvus savęs vaizdas, DSO-Dr – sutrikę santykiai su kitais. Statistiškai reikšmingai, kai * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

Potrauminio streso bendras įvertis nėra statistiškai reikšmingai susijęs nei su amžiumi, nei su išsilavinimu, nei su subjektyviu sveikatos vertinimu ar lūkesčiais apie sveikatą, $p > 0,05$. Amžius statistiškai reikšmingai nekoreliuoja nei su potrauminio streso požymiais, nei su sutrikusios savęs

organizacijos požymiais, $p > 0,05$. Iš PTSS požymių, grėsmės jausmas statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su išsilavinimu, $rs = -0,203$, $p < 0,05$. Nors tokia koreliacija yra laikoma silpna, ji rodo, kad kuo žemesnis išsilavinimas, tuo labiau pasireiškia grėsmės jausmas.

Sutrikusios savęs organizacijos bendras įvertis statistiškai reikšmingai neigiamai silpnai koreliuoja su išsilavinimu ($rs = -0,215$, $p < 0,05$), su subjektyviu sveikatos vertinimu ($rs = -0,242$, $p < 0,001$), su lūkesčiais apie sveikatą ($rs = -0,260$, $p < 0,001$). Tai reiškia, kad kuo labiau turi išreikštą sutrikusią savęs organizaciją, tuo yra žemesnio išsilavinimo, blogiau vertina savo dabartinę sveikatą ir turi žemesnius lūkesčius apie savo sveikatą po 3 mėnesių.

Siekiant patikrinti, ar turintys bent vieną PTSS simptomą skiriasi pagal sociodemografinius kintamuosius, taikytas χ^2 kriterijus homogeniškumui. Pirmiausia tiriamieji suskirstyti į dvi grupes pagal tai, ar jiems būdingas bent vienas PTSS simptomas (t.y. bet kuris iš PTSS simptomų ar keli iš jų atitinka diagnostinį lygį) ar ne. Tų, kuriems atitinka bent vienas PTSS kriterijus yra 50 (43,10 proc.), kuriems nė vienas – 66 (56,90 proc.). Gauti rezultatai pateikti **8 lentelėje**.

8 lentelė. *PTSS simptomų atitikimas ir pasiskirstymas pagal šeiminių padėtį, darbinę veiklą ir gretutines ligas.*

	Atitinka bent vienas PTSS simptomas n (%)	Neatitinka nė vienas PTSS simptomas n (%)	Viso n (%)	χ^2	df	p
Šeiminė padėtis						
Neturi ilgalaikių santykių	12 (80,33)	15 (70,00)	27 (24,32)	1,592	1	0,207
Turi ilgalaikius santykius	49 (19,67)	35 (30,00)	84 (75,68)			
Darbinė veikla						
Nedirba	35 (54,69)	25 (55,56)	60 (55,05)	0,008	1	0,929
Dirba	29 (45,31)	20 (44,44)	49 (44,95)			
Gretutinės ligos						
Neturi	27 (42,19)	12 (25,53)	39 (35,14)	3,299	1	0,069
Turi	37 (57,81)	35 (74,47)	72 (64,86)			

Patikrinus, ar vyrai, sergantys prostatos vėžiu ir turintys arba neturintys bent vieną PTSS simptomą, kuris siekia diagnostinį kriterijų, gauta, kad jų pasiskirstymas pagal šeimines padėtį (turi ilgalaikius santykius ar neturi) $\chi^2 = 1,592$, darbinę veiklą ($\chi^2 = 0,008$) ir gretutines ligas, $\chi^2 = 3,299$ yra vienodas, $df = 1$ $p > 0,05$. Tai reiškia, kad tarp vyrų, kuriems nėra būdingi PTSS simptomai arba kuriems yra būdingas bent vienas simptomas, yra toks pat kiekis turinčių ilgalaikius santykius, dirbančių ir neturinčių gretutinių ligų.

Taip pat buvo patikrinta, ar PTSS simptomų turėjimas vienodai pasiskirsto pagal lankymąsi pas psichologą/psichiatrą bei vaistų vartojimą dėl savo psichinės sveikatos. Kadangi šioje imtyje 7 tyrimo dalyviai nurodė, kad lankosi pas psichologą/psichiatrą ir 10, kad vartoja vaistus dėl savo psichinės sveikatos, susidarė stebėjimų dažnis mažesnis nei 5. Esant mažesniai nei 5 stebėjimų dažniui yra taikomas Fišerio tikslusis kriterijus (Pallant, 2016). Pritaikius Fišerio tikslųjį kriterijų, gauta, kad PTSS simptomų turintys/neturintys statistiškai reikšmingai nevienodai pasiskirsto pagal lankymąsi pas psichologą/psichiatrą. Iš turinčių bent vieną PTSS simptomą 6 (12,00%) lankosi pas psichologą/psichiatrą, ir 1 (1,54%) iš tų, kuriems nėra būdingi PTSS simptomai, $\chi^2 = 5,41$, $df = 1$, $p = 0,042$. Tokie rezultatai rodo, kad turintys bent vieną PTSS simptomą dažniau lankosi pas psichologą/psichiatrą. Patikrinus, ar skiriasi PTSS simptomų turinčių/neturinčių pasiskirstymas pagal psichotropinių vaistų vartojimą, gauta, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas. Bent vieną PTSS simptomą turintys dažniau vartoja medikamentus – 8 (16,00%) nei neturintys nė vieno PTSS simptomo – 2 (3,08%), $\chi^2 = 5,94$, $df = 1$, $p = 0,020$.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame darbe siekta įvertinti vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso sutrikimo požymius, psichologinę gerovę ir jų sąsajas su sociodemografiniais kintamaisiais. Rezultatai parodė, kad didžioji dalis tyrimo dalyvių (68,07 proc.) susidūrė su bent vienu trauminiu įvykiu per savo gyvenimą. Potrauminio streso sutrikimo bent vienas simptomas būdingas mažiau nei pusei (43,10 proc.) tyrimo dalyvių, o PTSS diagnozės kriterijus atitinka 8,62 proc. tiriamųjų. Paaikškėjo, kad apie trečdalis (35,29 proc.) tirtų vyrų patenka į depresijos rizikos grupę ir jiems yra labiau būdingi potrauminio streso ir sutrikusios savęs organizacijos požymiai. Psichologinė gerovė siejasi tiek su potrauminio streso sutrikimu, tiek su sutrikusios savęs organizacijos požymiais. Potrauminis stresas nesisieja su sociodemografiniais kintamaisiais: amžiumi, išsilavinimu, šeimine padėtimi, darbine veikla, tačiau subjektyvus sveikatos vertinimas ir lūkesčiai apie sveikatą susiję su sutrikusios savęs organizacijos požymiais. Turintys bent vieną PTSS simptomą dažniau lankosi pas psichologą/psichiatrą ir vartoja psichotropinius vaistus nei tie, kurie neturi nė vieno PTSS simptomo.

Tyrimas parodė, kad 68,07 proc. tyrimo dalyvių, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, susidūrė su bent vienu trauminiu įvykiu per savo gyvenimą. Tai yra kiek daugiau nei Europos bendroje populiacijoje, kur 63,6 proc. (Darves-Bornoz et al., 2008). Tačiau šio tyrimo duomenys sutampa su pasaulio (Benjet et al., 2016) ir Lietuvos (Kazlauskas & Zelviene, 2016) epidemiologiniais duomenimis apie trauminių įvykių paplitimą bendroje populiacijoje. Šiame tyrime, vyrai, sergantys prostatos vėžiu, dažniausiai susidūrė su beveik tokiais pat traumingais įvykiais, su kuriais, pasak epidemiologinio tyrimo, dažniausiai susiduria europiečiai, – artimo žmogaus mirtis, gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas, eismo įvykis, fizinis smurtas ir rimtas nelaimingas atsitikimas (Benjet et al., 2016). Šiame tyrime kiek daugiau nei penktadalis (23,01 proc.) nurodė, jog susidūrė su gyvybei pavojinga liga ar sužeidimu. Yra žinoma, kad vėžys skiriasi nuo kitų stresinių ir trauminių įvykių dėl savo pobūdžio išsitęsti laike bei kisti (Cordova et al., 2017). Kituose tyrimuose, kur dalyvavo veteranai, turintys vėžį, arba moterys, kurios serga krūties vėžiu, tai iš jų daugiau kaip pusė nurodė, kad onkologinė liga yra keliantis grėsmę/traumuojantis įvykis (Mehnert & Koch, 2007; Mulligan et al., 2014) ir tai nesutampa su šio tyrimo rezultatais. Visgi kitų autorių tyrime, kuriame dalyvavo sergantys prostatos vėžiu, didelė dalis (76 proc.) nenurodė, jog jų liga yra grėsminga (Mehnert et al., 2010). Vienas iš galimų paaiškinimų, kodėl tik nedidelė dalis vyrų, sergančių prostatos vėžiu, nurodė, kad susidūrė su gyvybei pavojinga liga, gali būti susiję su tuo, kad ne visi vyrai buvo tikri dėl savo diagnozės. Tai reiškia, kad tuo metu dar nebuvo nustatyta diagnozė, nes vyko prostatos vėžio diagnostiniai tyrimai. Be to,

prostatos vėžys, ypač vyresnių vyrų tarpe, yra dažnai diagnozuojama liga ir ligos prognozės yra pakankamai geros (Linden et al., 2012).

Įvertinus, vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminio streso sutrikimo paplitimą, atrasta, kad potrauminė streso sutrikimas būdingas 8,62 proc. tyrimo dalyvių, kompleksinis potrauminis stresas – 5,17 proc., o PTSS be to, kuriems yra būdingas KPTSS yra 3,45 proc. Kituose tyrimuose gaunamas labai nevienodas PTSS paplitimas vėžiu sergančiųjų imtyse: gali būti nuo kelių iki keliolikos procentų (Abbey et al., 2015). Šiame tyrime gautas PTSS sutrikimo pasireiškimas patenka į minėtą intervalą, nors tai yra daug mažesnis PTSS pasireiškimas nei Lietuvoje atlikto tyrimo, kur tirtos moterys, sergančios krūties vėžiu (Bulotienė & Matuizienė, 2014). Kaip rodo tyrimai, prostatos vėžiu sergantiesiems būdingas mažesnis psichiatrinių sutrikimų paplitimas palyginus su moterų, kurios serga krūties vėžiu, intimi (Mehnert et al., 2014). Laikoma, kad kompleksinis potrauminis stresas gali išsivystyti po ilgalaikio ir sunkaus traumavimo (WHO, 2018). Maždaug trečdalis šio tyrimo dalyvių per gyvenimą patyrė 3 ir daugiau trauminius įvykius, nedidelė dalis patyrė 6, 7 ar net 9 trauminius įvykius. Didesnis trauminių įvykių patyrimas gali turėti įtakos blogesnei psichologinei būsenai, kuri gali apimti ir PTSS simptomus, ir sutrikusios savęs organizacijos bei funkcionavimo sunkumus. Tyrime iš simptomų labiausiai būdingas – sutrikusi afektų reguliacija, taip pat bendras sutrikusios savęs organizacijos įvertis statistiškai reikšmingai didesnis nei potrauminio streso požymių. Trauminiai įvykiai yra rizikos veiksnys daugybei psichikos sutrikimų (Maercker et al., 2013). Yra žinoma, kad išsiskiria tam tikra grupė asmenų, kuriems nelabai būdingi PTSS požymiai, tačiau jų sutrikusios savęs organizacijos požymiai yra stipriai išreikšti ir tai yra grupė, kuri tikėtina, jog turi nerimo, nuotaikos spektro ar kt. sutrikimus (Brewin et al., 2017). Remiantis kitų tyrimų duomenimis, galima kelti prielaidą, kad šiame tyrime dalis vyrų gali turėti kitų psichologinių sunkumų, kurie persidengia su kompleksinio potrauminio sutrikimo simptomais. Svarbu paminėti, kad bent vienas PTSS simptomas yra būdingas mažiau nei pusei tyrimo dalyvių. Nepaisant to, kad neatitinka visi PTSS diagnostiniai kriterijai, sirgusieji vėžiu net ir turėdami dalį simptomų nurodė, jog tai trukdo jų tinkamam funkcionavimui (Varela et al., 2013).

Įvertinus vyrų, kurie serga prostatos vėžiu, psichologinę gerovę, paaiškėjo, kad 35,29 proc. patenka į depresijos rizikos grupę. Daugybė tyrimų patvirtina, kad trečdalis onkologinių pacientų susiduria su didesniais psichologiniais sunkumais (Kuhnt et al., 2016; Mehnert et al., 2014; Mitchell et al., 2011; Singer et al., 2010; Zabora et al., 2001). Palyginus tiriamuosius, kurie patenka į depresijos grupę su tais, kurie nepatenka, atrasta, kad depresyviems labiau būdingas PTSS ir jo simptomai, išskyrus invazijas. Invazijos gali būti laikomas esminiu PTSS simptomu (Bryant, 2019). Kiti simptomai

– vengimas, grėsmės jausmas yra ne tokie specifiški, dažnai pasitaikantys esant nerimui. Kitas šiame tyrime išryškėjęs skirtumas tarp tų, kurie patenka į depresijos rizikos grupę – jie turi labiau sutrikusią savęs organizaciją nei tie, kurie nepatenka. Tai reiškia, kad pasižyminčių depresyvumu yra labiau sutrikusi afekto reguliacija, jie negatyviau save vertina bei turi daugiau sunkumų santykiuose su kitais. Sutrikusios savęs organizacijos požymiai yra panašūs į depresijos, nes depresijos atveju gali būti būdingos emocijų reguliacijos problemos, neigiami įsitikinimai apie save. Bendrai galima matyti, kad persidengia internalūs sunkumai. Nors vyresnis amžius yra siejamas su mažesne depresijos rizika esant onkologiniam susirgimui (Bennett & Badger, 2005), šiame tyrime neatrasta, kad skirtusi patenkantys ir nepatenkantys į depresijos rizikos grupę pagal amžių. Gali būti, kad nėra skirtumo, nes veikia tokie tarpiniai kintamieji kaip fizinis funkcionavimas ir individualūs skirtumai, pvz. teigiami/neigiami lūkesčiai ar socialinė parama (Bennett & Badger, 2005).

Šiame tyrime vyrai, patenkantys ir nepatenkantys į depresijos grupę, pagal savo išsilavinimą nesiskyrė. Toks rezultatas nesutampa su kitu tyrimu, kur buvo atrasta, kad žemą psichologinę gerovę² turintys vyresnio amžiaus vyrai turi žemesnį išsilavinimą nei tie, kurių gerovė yra aukšta (Lukaschek et al., 2017). Viena iš galimų priežasčių – tyrimo imties heterogeniškumas pagal išsilavinimą, todėl galėjo neišryškėti skirtumas tarp patenkančių ir nepatenkančių į depresijos rizikos grupę. Taip pat trauminių įvykių kiekis nesiskiria tarp patenkančių į depresijos rizikos grupę ir nepatenkančių. Nors skirtumas nėra statistiškai reikšmingas, galima matyti tendenciją, kad į depresijos rizikos grupę patenkantys patyrė daugiau trauminių įvykių. Tokiam rezultatui gali turėti įtakos tyrimo imties dydis, kuris, tikėtina, yra per mažas, kad parodytų, ar mažesni skirtumai yra statistiškai reikšmingi. Du veiksniai, kurie skiriasi tarp vyrų, kurie patenka arba nepatenka į depresijos rizikos grupę – subjektyvus sveikatos vertinimas ir lūkesčiai apie sveikatą. Išties fiziologiniai simptomai ir fizinis funkcionavimas yra išskiriami kaip depresijos rizikos veiksniai (Bennett & Badger, 2005; Caruso et al., 2017; Rice et al., 2018; Sousa et al., 2012). Tyrimas parodė, kad depresyvūs tyrimo dalyviai yra linkę blogiau vertinti savo sveikatą bei tikėtis, kad jų sveikata bus blogesnė nei tie, kurie nepasižymi depresyvumu, ir tai sutampa su kitų tyrimų gautais rezultatais (Applebaum et al., 2014; Maske et al., 2016).

Aptariant potrauminio streso ir psichologinės gerovės sąsajas, svarbu paminėti, kad trauminių įvykių kiekis nėra susijęs su psichologine gerove, potrauminiu stresu ar sutrikusia savęs organizacija. Potrauminis stresas labai priklauso nuo patirto trauminio įvykio pobūdžio, yra pabrėžiama, kad smurto patyrimas tarpasmeniniuose santykiuose nėra dažnas įvykis, tačiau sukelia didelę PTSS atsiradimo riziką (Kessler et al., 2017). Kitas aspektas – koks traumos kartotinumai – vieną kartą patirta, ar kelis

² Žemos psichologinės gerovės grupė sutampa su depresijos rizikos grupe, nes skirstoma pagal PSO psichologinės gerovės klausimyną taikant tokį patį kriterijų – mažiau nei 50 balų.

(pvz. smurtas). Kadangi trauminiu įvykiu yra laikoma tiek asmeninis patyrimas, tiek buvimas liudytoju, tai vėlgi gali turėti skirtingą psichologinį poveikį. Nustatyti neigiami ryšiai tarp psichologinės gerovės ir PTSS bei jo simptomų, kas sutampa su kitų tyrimų rezultatais (Ben-Ezra et al., 2018; Eiche et al., 2019). Be to, aptikta, kad kuo blogesnė psichologinė gerovė, tuo yra labiau sutrikusi savęs organizacija (sutrikusi afekto reguliacija, negatyvus savęs vaizdas ir sutrikę santykiai su kitais). Daugelyje tyrimų yra įrodyta, kad psichologinės gerovės indeksas PSO-5 gali būti naudojamas kaip atrankinis instrumentas nustatyti, kurie tyrimo dalyviai patenka į depresijos rizikos grupę (Topp et al., 2015). Tai yra galimas paaiškinimas neigiamo ryšio tarp DSO ir psichologinės gerovės, nes kitame tyrime atrasta, kad sutrikusių santykių simptomas yra stipriai susijęs su depresija, o negatyvus savęs vaizdas sutampa su depresijos simptomu – jausmu, kad esi bevertis (Gilbar, 2020).

Aptikta, kad potrauminio streso bendras įvertis nėra susijęs su amžiumi, išsilavinimu, subjektyviu sveikatos vertinimu ar lūkesčiais apie sveikatą. Jaunas amžius yra laikomas PTSS rizikos veiksniumi onkologinės ligos atveju (Cordova et al., 2017). Nors šiame tyrime amžiaus diapazonas yra gana platus, nes jauniausiam tyrimo dalyviui yra 47 metai, o vyriausiam – 93, amžiaus, vidurkis yra 67 metai. Taip pat prostatos vėžys yra laikomas vyresnių vyrų liga, kur tikimybė susirgti gana stipriai išauga nuo 60 metų (American Cancer Society, 2018). Todėl viena iš galimų priežasčių, kodėl neišryškėjo amžius kaip veiksnys, kuris susijęs su PTSS – dauguma šio tyrimo dalyvių yra vyresnio amžiaus. Kaip ir rodo tyrimų duomenys, išsilavinimas nėra susijęs su PTSS (Hahn et al., 2015; Nipp et al., 2018), išskyrus moterų, kurios serga krūties vėžiu (O'Connor et al., 2011; Voigt et al., 2017), todėl šio tyrimo duomenys bent iš dalies sutampa su kitų tyrimų rezultatais, nes nerasta sąsajų tarp PTSS ir išsilavinimo. Tačiau vienas iš PTSS požymių – grėsmės jausmas – neigiamai siejasi su išsilavinimu. Kadangi grėsmės jausmo požymis yra gana stipriai susijęs su nerimu (Gilbar, 2020), tai tikėtina, kad aukštesnį išsilavinimą turintys gali pritaikyti geresnes nerimo įveikos strategijas. Taip pat neatrasta sąsajų tarp PTSS ir subjektyvios sveikatos bei PTSS ir lūkesčių apie sveikatą. Tyrimai rodo, kad subjektyvus sveikatos vertinimas ir lūkesčiai apie sveikatą yra dažniau siejami su depresija (Maske et al., 2016) arba gyvenimo kokybe (Applebaum et al., 2014; Thornton et al., 2012).

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad sutrikusi savęs organizacija yra neigiamai susijusi su išsilavinimu, subjektyviu sveikatos vertinimu ir lūkesčiais apie sveikatą. Neigiama sąsaja tarp išsilavinimo ir DSO rodo, kad turintys žemesnį išsilavinimą pasižymi labiau sutrikusia savęs organizacija. Gautas neigiamas ryšys tarp šių konstrukto, sutampa su tendencija, kuri aptinkama PTSS tyrimuose (O'Connor et al., 2011; Voigt et al., 2017). Sutrikusios savęs organizacijos simptomai, pagal TLK-11, yra grupė požymių, kurie būdingi esant KPTSS (Brewin et al., 2017). Kiek yra nagrinėta,

sutrikusios organizacijos kai kurie simptomai persidengia su depresijos simptomais (Gilbar, 2020), todėl galima kelti prielaidas apie šiame tyrime atrastus ryšius remiantis ankstesnių tyrimų rezultatais, kur depresija neigiamai siejasi su subjektyviu sveikatos vertinimu (Maske et al., 2016) ir su lūkesčiais apie sveikatą (Applebaum et al., 2014). Kaip ir buvo galima tikėtis, tiek blogesnis savo sveikatos vertinimas, tiek tikėjimasis blogesnės sveikatos ateityje yra susiję su labiau sutrikusia savęs organizacija.

Tyrimai rodo, kad sergantys vėžiu net ir neturėdami pilnai pasireiškiančio PTSS, patiria reikšmingus funkcionavimo sunkumus (Varela et al., 2013). Todėl šiame tyrime buvo nagrinėjama, ar skiriasi tie, kurie turi bent vieną PTSS simptomą nuo tų, kuriems nepasireiškė nė vienas PTSS simptomas. Pagal sociodemografinius kintamuosius šios dvi grupės nesiskyrė: jiems būdingas panašus pasiskirstymas pagal šeimines padėtį, darbinę veiklą ir gretutines ligas. Tai, kad nesiskyrė grupės pagal šeimines padėtį galima aiškinti, kad svarbu, kaip artimiausioje aplinkoje reaguoja į ligą, ar yra socialinis palaikymas bei ar jo yra pakankamai. Socialinės paramos neturėjimas yra vienas iš PTSS rizikos veiksnių (Cordova et al., 2017; Costa et al., 2014). Šioje imtyje nemažai vyrų yra vyresnio amžiaus, todėl darbo turėjimas ar neturėjimas neparodo jų padėties, nes dalis tiriamųjų jau yra išėję į pensiją. Žemas socioekonominis statusas yra priskiriamas prie rizikos veiksnių onkologinių susirgimų atveju (Cordova et al., 2017), tačiau šis konstruktas apima daugiau kintamųjų: išsilavinimą, gaunamas pajamas. Panašiai pasiskirstė bent vienas PTSS simptomo turėjimas arba neturėjimas pagal sirgimą gretutinėmis ligomis. Kadangi buvo klausiama neskiriant gretutinių ligų pagal pobūdį, pagal sunkumą, taip pat nebuvo atsižvelgta į tai, kiek gretutinių ligų asmuo turi, tai tikėtina, kad šie minėti veiksniai yra reikšmingi įvertinant pasiskirstymą pagal gretutines ligas ir PTSS simptomų pasireiškimą.

Analizuojant pasiskirstymą pagal bent vieno PTSS simptomo turėjimą/neturėjimą atrasta, kad skiriasi skaičius besilankančių pas psichologą/psichiatrą. Nors psichikos sutrikimų paplitimas prostatos vėžio atveju yra mažesnis nei kitų vėžio formų (Mehnert et al., 2014), tačiau taip pat yra žinoma, kad prostatos vėžiu sergantys mažiau linkę kreiptis pagalbos, jei turi psichologinių sunkumų (Weinberger et al., 2011). Šiame tyrime tie, kurie turi bent vieną PTSS simptomą, labiau linkę lankytis pas psichologą arba psichiatrą, o bendroje imtyje besikreipiančiųjų yra labai nedidelė dalis. Nors Lietuvoje bendroje populiacijoje PTSS diagnozuojamas labai retai (Kazlauskas et al., 2017), tačiau gali būti, kad tie, kuriems būdingas bent vienas PTSS simptomas turi nerimo, depresijos ar kitų psichikos ir elgesio sutrikimų, dėl kurių kreipiasi į psichikos sveikatos specialistus. Tokia pati tendencija gauta apie pasiskirstymą pagal psichotropinių vaistų vartojimą: tie, kurie turi bent vieną PTSS simptomą dažniau

vartoja medikamentus palyginus su tais, kurie neturi. Ir tai sutampa su kitų tyrimų duomenimis, kur atrasta, kad sergantys prostatos vėžiu dažniau vartoja antidepresantus (Bill-Axelsson et al., 2011).

4.1. Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Tyrimė išryškėjo bent keletas trūkumų. Visų pirma, tyrimo imtis sudaryta iš vyrų, kurie serga prostatos vėžiu, tačiau turi labai skirtingą gydymosi patirtį tiek laiko atžvilgiu tiek gydymo būdu. Potrauminio streso reakcijos ir psichologinė gerovė gali priklausyti nuo to, kiek laiko asmuo serga. Šiame tyrimė kai kuriems tiriamiesiems prostatos vėžys buvo diagnozuota prieš mėnesį, kai kurie serga jau daug metų. Kadangi prostatos vėžys būna diagnozuojamas ankstyvose stadijose, dažnai nėra iš karto taikomas invazinis gydymas, nes gali pabloginti gyvenimo kokybę, o kitiems iš karto atliekama operacija, taikoma spindulinė terapija, chemoterapija ar jų derinys. Skirtingi gydymo būdai turi nevienodą poveikį asmens sveikatai, todėl tai yra svarbus veiksnys matuojant psichologines reakcijas. Taip pat PTSS ir psichologinei gerovei gali turėti įtakos su sveikata susiję veiksniai – objektyvūs duomenys tokie kaip vėžio stadija. Taigi vienas iš šio tyrimo trūkumų – nebuvo atsižvelgta į tai, kiek laiko serga prostatos vėžiu, koks gydymas taikomas bei kokia yra vėžio stadija. Tiek PTSS tyrimuose, tiek onkopsichologijoje yra svarbus socialinio palaikymo faktorius, kuris irgi nebuvo įtrauktas į šį tyrimą.

Šiame tyrimė nebuvo atsižvelgta, kokio pobūdžio trauminis įvykis, todėl matuotas PTSS, kuris nebūtinai yra susijęs su vėžiu. Be to, tyrimė buvo dalyvių, kurie neatsakė į kai kuriuos klausimus, taip pat imtis nėra labai didelė, todėl reikėtų atsargiai generalizuoti rezultatus visiems sergantiems prostatos vėžiu. Ateities tyrimuose turėtų būti atsižvelgta į biologinius veiksnius tokius kaip: ligos trukmė, taikyti gydymo būdas(-ai) bei nustatyta vėžio stadija, nes tai gali būti susiję su psichologine onkologinių pacientų savijauta. Kadangi buvo įvertintas PTSS, tačiau gali būti, kad kai kuriais atvejais onkologinių pacientų patiriamas stresas labiau yra apie adaptacijos sunkumus, kas gali sąlygoti adaptacijos sutrikimą. Būtų pravartu kituose tyrimuose matuoti tiek PTSS, tiek adaptacijos sutrikimą kaip reakcijas į patiriamą stresą onkologinių pacientų imtyje. Be to, trūksta tyrimų, kurie būtų atliekami su kitomis vėžio formomis sergančiais pacientais, kad būtų galima palyginti rezultatus.

Apibendrinant, potrauminio streso tyrimų, kuriuose būtų tiriami prostatos vėžiu sergantys vyrai nėra daug, todėl šis tyrimas papildo turimus duomenis. Tai yra vienas pirmųjų tyrimų su onkologiniais pacientais, kur remtasi TLK-11 atnaujintu PTSS apibrėžimu ir naujai įvestu sutrikimu – KPTSS, bei atrastos sąsajos su psichologine gerove. Kadangi yra žinoma, kad onkologiniai pacientai nediršta pasisakyti apie savo psichologinius sunkumus gydytojams (Holland et al., 2013), viena iš

rekomendacijų būtų medicinos personalui atkreipti dėmesį į pacientų psichologinę savijautą. Taip pat turėtų būti užtikrinamas psichologinis įvertinimas, kuris padėtų nustatyti psichosocialinius poreikius, nes jų nepatenkinimas gali reikšmingai pabloginti asmens savijautą ir gydymosi procesą.

IŠVADOS

1. 68,07 proc. sergančiųjų prostatos vėžiu susidūrė su bent vienu trauminiu įvykiu. Dažniausiai susidūrė su staigia netikėta artimo žmogaus mirtimi, eismo įvykiu, gyvybei pavojinga liga ar sužeidimu, fiziniu smurtu ir rimtu nelaimingu atsitikimu.
2. Potrauminio streso sutrikimas būdingas 8,62 proc. tyrimo dalyvių. Bent vienas potrauminio streso sutrikimo simptomas yra būdingas 43,10 proc. vyrų.
3. Įvertinus psichologinę gerovę, atrasta, kad 35,29 proc. tyrimo dalyvių patenka į depresijos rizikos grupę. Patenkantys į depresijos rizikos grupę pasižymi labiau išreikštais potrauminio streso (išskyrus invazijas) ir sutrikusios savęs organizacijos požymiais, blogiau vertina savo sveikatą ir turi labiau neigiamus lūkesčius apie sveikatą, tačiau nesiskiria pagal amžių, išsilavinimą ir trauminių įvykių patyrimą.
4. Vyrų, kuriems diagnozuotas prostatos vėžys, potrauminis stresas neigiamai siejasi su psichologine gerove, taip pat aptiktas neigiamas ryšys tarp sutrikusios savęs organizacijos ir psichologinės gerovės.
5. Gauti rezultatai apie sergančiųjų prostatos vėžiu potrauminio streso ir sociodemografinių kintamųjų bei su sveikata susijusių veiksnių sąsajas:
 - Potrauminis stresas nėra susijęs nei su amžiumi, nei su subjektyviu sveikatos vertinimu, nei su lūkesčiais apie sveikatą, tačiau vienas jo simptomai – grėsmės jausmas – neigiamai siejasi su išsilavinimu.
 - Sutrikusi savęs organizacija neigiamai siejasi tiek su subjektyviu sveikatos vertinimu, tiek su lūkesčiais apie sveikatą, tačiau nėra susijusi su amžiumi.
 - Turintys bent vieną PTSS simptomą nesiskiria pagal šeiminių padėtį, darbinę padėtį ir gretutinių ligų turėjimą nuo tų, kuriems nėra būdingas nė vienas PTSS simptomas, tačiau jie labiau linkę lankytis pas psichologą/psichiatrą ir vartoti vaistus dėl savo psichikos sveikatos.

LITERATŪRA

- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T., & Heathcote, D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 24(4), 371–381. <https://doi.org/10.1002/pon.3654>
- American Cancer Society. (2018). *Cancer Facts & Figures 2018*. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>
- Anastasiou, I., Yiannopoulou, K. G., Mihalakis, A., Hatziaandonakis, N., Constantinides, C., & Mitropoulos, D. (2011). Symptoms of Acute Posttraumatic Stress Disorder in Prostate Cancer Patients Following Radical Prostatectomy. *American Journal of Man's Health*, 5(1), 84–89. <https://doi.org/10.1177/1557988310365168>
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, Social Support, and Mental Health Outcomes in Patients with Advanced Cancer. *Psycho-Oncology*, 23(3), 299–306. <https://doi.org/10.1002/pon.3418>. Optimism
- Bagdonas, A., & Bliumas, R. (2019). *Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
- Bech, P. (1999). Health-related quality of life measurements in the assessment of pain clinic results. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9), 893–896.
- Ben-Ezra, M., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., Cloitre, M., Lueger-schuster, B., ... Bisson, J. I. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>. The
- Bennett, G., & Badger, T. A. (2005). Depression in Men With Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 545–557.
- Bill-Axelsson, A., Garmo, H., Nyberg, U., Lambe, M., Bratt, O., Adolfsson, J., & Steineck, G. (2011). Psychiatric treatment in men with prostate cancer – Results from a Nation-wide, population-based cohort study from PCBaSe Sweden. *European Journal of Cancer*, 47(14), 2195–2201. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.04.022>

- Bourke, L., Boorjian, S. A., Briganti, A., Klotz, L., Mucci, L., Resnick, M. J., ... Penson, D. F. (2015). Survivorship and Improving Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *European Urology*, 68(3), 374–383. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.04.023>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brocken, P., Prins, J. B., Dekhuijzen, P. N. R., & Heijden, H. F. M. van der. (2012). The faster the better?-A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psycho-Oncology*, 10(21), 1–10. <https://doi.org/10.1002/pon.1929>.
- Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259–269. <https://doi.org/10.1002/wps.20656>
- 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>
- Cabarkapa, S., Perera, M., Mcgrath, S., & Lawrentschuk, N. (2016). Prostate cancer screening with prostate-specific antigen: A guide to the guidelines. *Prostate International*, 4(4), 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.pnil.2016.09.002>
- Carter, G., Clover, K., Britton, B., Mitchell, A. J., White, M., Mcleod, N., ... Lambert, S. D. (2015). Wellbeing during Active Surveillance for localised prostate cancer: A systematic review of psychological morbidity and quality of life. *Cancer Treatment Reviews*, 41(1), 46–60. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2014.11.001>
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A. J., Croce, E., ... Croce, E. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncologica*, 56(2), 146–155. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1266090>
- Chung, E., & Brock, G. (2013). Sexual Rehabilitation and Cancer Survivorship: A State of Art Review of Current Literature and Management Strategies in Male. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 102–111. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.03005.x>

- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, *4*(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Costa, G., Ballester, R., Qureshi, A., & Gil, F. (2014). A One-Year Follow-up of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms and Perceived Social Support in Cancer. *Psycho-Oncologie*, *8*(2), 89–93. <https://doi.org/10.1007/s11839-014-0462-6>
- Culp, M. B., Soerjomataram, I., Efstathiou, J. A., Bray, F., & Jemal, A. (2020). Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. *European Urology*, *77*(1), 38–52. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.005>
- Dagenais, G. R., Leong, D. P., Rangarajan, S., Lanas, F., Lopez-Jaramillo, P., Gupta, R., ... Yusuf, S. (2019). Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*, *6736*(19), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32007-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32007-0)
- Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., Girolamo, G. de, Graaf, R. de, Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V., ... Gasquet, I. (2008). Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(5), 455–462. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Deimling, G., Phelps, E. K., & Gilbert, M. (2019). Life satisfaction among older adult, long-term cancer survivors: A comparison of Black with White survivors. *Psycho-Oncology*, *28*(6), 1335–1341. <https://doi.org/10.1002/pon.5087>
- Desalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(3), 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0291.x>
- DeSantis, C. E., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Siegel, R. L., Stein, K. D., Kramer, J. L., ... Jemal, A. (2014). Cancer Treatment and Survivorship Statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *64*(4), 252–271. <https://doi.org/10.3322/caac.21235>.
- Eiche, C., Birkholz, T., Jobst, E., Gall, C., & Pröttengeier, J. (2019). Well-being and PTSD in German

- emergency medical services – A nationwide cross-sectional survey. *PloS One*, *14*(7), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220154>
- Eimontas, J., Gegieckaite, G., Dovydaitiene, M., Mazulyte, E., Skruibis, P., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). The role of therapist support on effectiveness of an internet-based modular self-help intervention for adjustment disorder: a randomized controlled trial. *Anxiety, Stress, & Coping*, *31*(2), 146–158. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1385065>
- Einsle, F., Kraft, D., & Köllner, V. (2012). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology—which diagnostic tools should be used? *Journal of Psychosomatic Research*, *72*(6), 434–438. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.02.008>
- Ettridge, K. A., Scientist, S. B., Chambers, S. K., Mph, J. A. B., Smith, D. P., Miller, C. L., ... Evans, S. M. (2018). “Prostate cancer is far more hidden ...”: Perceptions of stigma, social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, *27*(2), 1–12. <https://doi.org/10.1111/ecc.12790>
- Fitzgerald, P., Miller, K., Li, M., & Rodin, G. (2015). Depressive Disorders. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. N. Butow, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (3th ed., pp. 281–288). New York: Oxford University press.
- Ford, J. D. (2009). *Posttraumatic Stress Disorder: Scientific & professional dimensions*. New York: Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/doi.org/10.1016/B978-0-12-374462-3.X0001-9>
- Gann, P. H. (2002). Risk Factors for Prostate Cancer. *Reviews in Urology*, *4*(Suppl 5), S3–S10.
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of Affective Disorders*, *262*, 429–439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.060>
- Gold, J. I., Douglas, M. M. K., Thomas, M. L., Elliott, J. E., Rao, S. M., & Miaskowski, C. (2012). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Mood States, Functional Status, and Quality of Life in Oncology Outpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *44*(4), 520–531. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.014>
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, *11*(4), 330–341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Gray, R. E., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M., & Fergus, K. (2000). To tell or not to tell: patterns of disclosure among men with prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *9*(4), 273–282. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200007/08\)9:4<273::AID-PON463>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200007/08)9:4<273::AID-PON463>3.0.CO;2-F)

- Gražulytė, D., Kazlauskas, E., Norkienė, I., Kolevinskaitė, S., Kezytė, G., Urbanavičiūtė, I., ... Šipylaitė, J. (2019). Long-term quality of life and posttraumatic stress following elective cardiac surgery : preliminary findings of a 5-year follow-up study. *Acta Medica Lituanica*, 26(1), 87–92.
- Hahn, E. E., Hays, R. D., Kahn, K. L., Litwin, M. S., & Ganz, P. A. (2015). Post-traumatic stress symptoms in cancer survivors: relationship to the impact of cancer scale and other associated risk factors. *Psycho-Oncology*, 24(6), 643–652.
- Hill, E. M., & Watkins, K. (2017). Women with Ovarian Cancer: Examining the Role of Social Support and Rumination in Posttraumatic Growth, Psychological Distress, and Psychological Well-Being. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(1), 47–58. <https://doi.org/10.1007/s10880-016-9482-7>
- Hjelmborg, J. B., Scheike, T., Holst, K., Skytthe, A., Penney, K. L., Graff, R. E., ... Holm, N. V. (2014). The Heritability of Prostate Cancer in the Nordic Twin Study of Cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 23(11), 2303–2311. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-13-0568>
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., ... Mcmillian, N. R. (2013). Distress management. *Journal Of The National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 11(2), 190–209.
- Hyde, M. K., Health, M., & Coast, G. (2017). Men' s help-seeking in the first year after diagnosis of localised prostate cancer. *European Journal of Cancer*, 26(2), 1–12. <https://doi.org/10.1111/ecc.12497>
- Jahn, J. L., Giovannucci, E. L., & Stampfer, M. J. (2016). The High Prevalence of Undiagnosed Prostate Cancer at Autopsy: Implications for Epidemiology and Treatment of Prostate Cancer in the Prostate-Specific Antigen-Era. *International Journal of Cancer*, 137(12), 2795–2802. <https://doi.org/10.1002/ijc.29408>.The
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., & Zelviene, P. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Maercker, A., Eimontas, J., & Zelviene, P. (2018). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder : Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*, 51(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2016). Trauma research in the Baltic countries: from political

- oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1–5.
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., & Eimontas, J. (2017). “No Posttraumatic Stress Disorder in Lithuania”: National Health Care Fails to Identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 99–102. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Kazlauskienė, J., & Bulotienė, G. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder among Lithuanian breast cancer patients and its risk factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 109939. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109939>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Knefel, M., Kazlauskas, E., & Roberts, N. P. (2019). A Cross-Cultural Comparison of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptom Networks in Austria, the United Kingdom, and Lithuania. *Journal of Traumatic Stress*, 33(1), 41–51. <https://doi.org/10.1002/jts.22361>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., & Stein, D. J. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kollberg, K. S., Haglind, E., Thorsteinsdóttir, T., Wilderäng, U., Steineck, G., & Stranne, J. (2018). Social constraints and psychological well-being after prostate cancer: A follow-up at 12 and 24 months after surgery. *Psycho-Oncology*, 27(2), 668–675. <https://doi.org/10.1002/pon.4561>
- Krilaviciute, A., Smailyte, G., Brenner, H., & Gondos, A. (2014). Cancer survival in Lithuania after the restoration of independence: Rapid improvements, but persisting major gaps. *Acta Oncologica*, 53(9), 1238–1244. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.888495>
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., ... Koch, U. (2016). Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(5), 289–296. <https://doi.org/10.1159/000446991>
- Lehto, U., Tenhola, H., Taari, K., & Aromaa, A. (2017). Patients’ perceptions of the negative effects following different prostate cancer treatments and the impact on psychological well-being: a nationwide survey. *British Journal of Cancer*, 116(7), 864–873. <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.30>
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos, Pub. L. No. V–973 (2005). Lietuva: Valstybės žinios.
- Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer

- diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2–3), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- Litwin, M. S., & Tan, H.-J. (2017). The Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer A Review. *JAMA: Journal of American Medical Association*, *317*(24), 2532. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7248>
- Lukaschek, K., Vanajan, A., Johar, H., Weiland, N., & Ladwig, K. (2017). “In the mood for ageing”: determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. *BMC Geriatrics*, *17*(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0513-5>
- Macefield, R. C., Metcalfe, C., Lane, J. A., Donovan, J. L., Avery, K. N. L., Blazeby, J. M., ... Hamdy, F. C. (2010). Impact of prostate cancer testing: an evaluation of the emotional consequences of a negative biopsy result. *British Journal of Cancer*, *102*(9), 1335–1340. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605648>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M. van, Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, *12*(3), 198–206.
- Maguire, R., Hanly, P., & Maguire, P. (2019). Living well with chronic illness: How social support, loneliness and psychological appraisals relate to well-being in a population-based European sample. *Journal of Health Psychology*, *1359105319*. <https://doi.org/10.1177/1359105319883923>
- Maske, U. E., Buttery, A. K., Beesdo-Baum, K., Riedel-Heller, S., Hapke, U., & Busch, M. A. (2016). Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 167–177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.006>
- Mažulytė, E., Skerytė-Kazlauskienė, M., Eimontas, J., Gailienė, D., Grigutytė, N., & Kazlauskas, E. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: three adult generations in Lithuania. *Psichologija*, *49*, 20–33.
- Mehnert, A., Braehler, E., Faller, H., Harter, M., Keller, M., Holger Schulz, K. W., ... Koch, U. (2014). Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(31), 3540–3546. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.0086>
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *16*(3), 181–188. <https://doi.org/10.1002/pon>
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-

- traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19(6). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01117.x>
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., ... Mitchell, U. K. A. J. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Moller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Sogaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 421–431. <https://doi.org/10.1111/acps.13161>
- Mulligan, E. A., Wachen, J. S., Gosian, J., & Moye, J. (2014). Cancer as a Criterion A Traumatic Stressor for Veterans: Prevalence and Correlates. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), 73–81.
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., D'Arpino, S. M. D., Chan, A., Fuh, C., Johnson, P. C., ... Greer, J. A. (2018). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Hospitalized Patients With Cancer. *Cancer*, 124(16), 3445–3453. <https://doi.org/10.1002/cncr.31576>
- O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A., Møller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104(3), 419–426. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6606073>
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual* (6th ed.). New York: Open University Press.
- Patasius, A., Innos, K., Barchuk, A., Ryzhov, A., Leja, M., Misins, J., ... Smailyte, G. (2019). Prostate cancer incidence and mortality in the Baltic states, Belarus, the Russian Federation and Ukraine. *BMJ Open*, 9(10), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031856>
- Peterle, A. (2010). *Report on the Commission communication on Action Against Cancer: European Partnership*. Retrieved from <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2010-0121+0+DOC+PDF+V0//EN>
- Ravi, P., Chir, M. B. B., Karakiewicz, P. I., D, M., Roghmann, F., D, M., ... D, M. (2014). Mental health outcomes in elderly men with prostate cancer. *Urologic Oncology: Seminars and Original*

- Investigations*, 32(8), 1333–1340. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2014.05.005>
- Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Cormie, P., Chambers, S., & Ogrodniczuk, J. S. (2018). Depression and Prostate Cancer: Examining Comorbidity and Male-Specific Symptoms. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1864–1872. <https://doi.org/10.1177/1557988318784395>
- Roth, A. J., Weinberger, M. I., & Nelson, C. J. (2009). Prostate Cancer: Quality of Life, Psychosocial Implications and Treatment Choices. *Future Oncology*, 4(4), 561–568. <https://doi.org/10.2217/14796694.4.4.561>.Prostate
- Ruini, C., & Vescovelli, F. (2013). The Role of Gratitude in Breast Cancer: Its Relationships with Post-traumatic Growth, Psychological Well-Being and Distress. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 263–274. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9330-x>
- Ruini, C., Vescovelli, F., & Albieri, E. (2013). Post-traumatic Growth in Breast Cancer Survivors: New Insights into its Relationships with Well-Being and Distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 383–391. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9340-1>
- Sanjuan, P. (2011). Affect Balance as Mediating Variable Between Effective Psychological Functioning and Satisfaction with Life. *Journal of Happiness Studies*, 12(3), 373–384. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9199-5>
- Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L. J., Zappa, M., Nelen, V., ... Hakama, M. (2014). Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *The Lancet*, 384(9959), 2027–2035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60525-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60525-0)
- Shand, L. K., Brooker, J. E., Burney, S., Fletcher, J., & Ricciardelli, L. A. (2015). Symptoms of posttraumatic stress in Australian women with ovarian cancer. *Psycho-Oncology*, 24(2), 190–196. <https://doi.org/10.1002/pon.3627>
- Sharp, L., Leary, E. O., Kinnear, H., Gavin, A., & Drummond, F. J. (2016). Cancer-related symptoms predict psychological wellbeing among prostate cancer survivors: results from the PiCTure study. *Psycho-Oncology*, 25(3), 282–291. <https://doi.org/10.1002/pon.3909>
- Sharp, L., Morgan, E., Drummond, F. J., & Gavin, A. (2018). The psychological impact of prostate biopsy: Prevalence and predictors of procedure-related distress. *Psycho-Oncology*, 27(2), 500–507. <https://doi.org/10.1002/pon.4521>
- Singer, S., Das-Munshi, J., & Braehler, E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 21(5), 925–930. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp515>

- Sirgy, M. J. (2012). *The Psychology of Quality of Life Hedonic Well-Being, Life Satisfaction, and Eudaimonia* (2nd ed.). New York: Springer Science + Business Media. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-94-007-4405-9>
- Sirois, F. M. (2015). Who Looks Forward to Better Health? Personality Factors and Future Self-Rated Health in the Context of Chronic Illness. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 569–579. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9460-8>
- Smailytė, G., & Aleknavičienė, B. (2015). *Vėžys Lietuvoje 2012 metais*. Vilnius: Nacionalinis vėžio institutas.
- Soerjomataram, I., Lortet-Tieulent, J., Parkin, D. M., Ferlay, J., Mathers, C., Forman, D., & Bray, F. (2012). Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of disability-adjusted life-years in 12 world regions. *The Lancet*, 380(9856), 1840–1850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60919-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60919-2)
- Sousa, A. De, Sonavane, S., & Mehta, J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 15, 120–127. <https://doi.org/10.1038/pcan.2011.66>
- Sruogis, A., & Tamošauskienė, J. (2006). *Apie prostatos vėžį. Informacija pacientams*. Vilnius: Vilniaus universiteto Onkologijos institutas.
- Swartzman, S., Booth, J. N., Alastair, M., & Sani, F. (2017). Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 34(4), 327–339. <https://doi.org/10.1002/da.22542>
- Talvitie, A.-M., Ojala, H., Tammela, T., Koivisto, A.-M., & Pietila, I. (2019). Factors related to self-rated health and life satisfaction one year after radical prostatectomy for localised prostate cancer: a cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 688–697. <https://doi.org/10.1111/scs.12664>
- Tamošauskienė, J. (2013). *Apie prostatos biopsiją. Informacija pacientams*. Vilnius: Vilniaus universiteto Onkologijos institutas.
- Tangen, C. M., Neuhauser, M. I., & Stanford, J. I. (2018). Prostate cancer. In M. Thun, M. S. Linet, J. R. Cerhan, C. A. Haiman, & D. Schottenfeld (Eds.), *Schottenfeld and Fraumeni cancer epidemiology and prevention* (4th ed., pp. 997–1018). New York: Oxford University Press.
- Thornton, A. A., Perez, M. A., Oh, S., & Crocitto, L. (2012). Optimism and Prostate Cancer-Specific Expectations Predict Better Quality of Life after Robotic Prostatectomy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(2), 165–176. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9270-3>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A

- Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.
<https://doi.org/10.1159/000376585>
- Traeger, L., Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2009). Illness perceptions and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 389–397.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.013>
- Unsel, M., Baumann, L., Jaeger, U., Krammer, K., Lubowitzki, S., Jachs, M., ... Gaiger, A. (2019). Screening for post-traumatic stress disorders in 1017 cancer patients and correlation with anxiety, depression, and distress. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2382–2388. <https://doi.org/10.1002/pon.5239>
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Varela, V. S., Ng, A., Mauch, P., & Recklitis, C. J. (2013). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in survivors of Hodgkin's lymphoma: prevalence of PTSD and partial PTSD compared with sibling controls. *Psycho-Oncology*, 22(2), 434–440.
- Voigt, V., Neufeld, F., Kaste, J., Bühner, M., Sckopke, P., Wuerstlein, R., ... Hermelink, K. (2017). Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study. *Psycho-Oncology*, 26(1), 74–80. <https://doi.org/10.1002/pon.4102>
- Wachen, J. S., Patidar, S. M., Mulligan, E. A., Naik, A. D., & Moye, J. (2014). Cancer-related PTSD symptoms in a veteran sample: association with age, combat PTSD, and quality of life. *Psycho-Oncology*, 23(8), 921–927. <https://doi.org/10.1002/pon.3494>
- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 343–350. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70313-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70313-X)
- Weinberger, M. I., Nelson, C. J., & Roth, A. J. (2011). Self-reported barriers to mental health treatment among men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 20(4), 444–446.
- WHO. (2018). ICD-11. Retrieved from <https://icd.who.int/>
- Williams, K., Jackson, S. E., Beeken, R. J., Steptoe, A., & Wardle, J. (2016). The impact of a cancer diagnosis on health and well-being: a prospective, population-based study. *Psycho-Oncology*, 25(6), 626–632.
- Winterling, J., Glimelius, B., & Nordin, K. (2008). The importance of expectations on the recovery

- period after cancer treatment. *Psycho-Oncology*, *17*(2), 190–198. <https://doi.org/10.1002/pon>
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *122*(3), 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032>
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Plantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, *10*(1), 19–28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6)

PRIEDAI

1 priedas. Duomenų normaliojo pasiskirstymo tikrinimas.

Kintamieji	Asimetrija	Ekscesas	Kolmogorov – Smirnov testas		Shapiro – Wilk testas	
			rodiklis	p reikšmė	rodiklis	p reikšmė
PSO-5	-0,31	-0,66	0,09	0,035	0,97	0,009
PTSS-Re	1,51	1,74	0,35	0,000	0,71	0,000
PTSS-Av	1,72	2,26	0,35	0,000	0,67	0,000
PTSS-Th	0,98	0,01	0,22	0,000	0,83	0,000
PTSS	1,47	1,62	0,21	0,000	0,80	0,000
DSO-Ad	0,51	-0,23	0,15	0,000	0,91	0,000
DSO-Nsc	1,51	1,46	0,32	0,000	0,72	0,000
DSO-Dr	0,98	0,01	0,22	0,000	0,83	0,000
DSO	1,18	1,28	0,15	0,000	0,89	0,000
Subjektyvus sveikatos vertinimas	-0,41	0,90	0,29	0,000	0,82	0,000
Lūkesčiai apie sveikatą	-0,39	0,52	0,27	0,000	0,83	0,000

Pastaba: PSO-5 – psichologinė gerovė. PTSS-Re – invazijos, PTSS-Av – vengimas, PTSS-Th – grėsmės jausmas. PTSS – potrauminis stresas. DSO-Ad – sutrikusi afekto reguliacija, DSO-Nsc – neigiamas savęs vaizdas, DSO-dr – sutrikę santykiai su kitais. DSO – sutrikusi savęs organizacija.