

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**  
**SLAUGOS MAGISTRANTŪROS PROGRAMA**

TVIRTINU

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Slaugos studijų programų komiteto  
pirmininkė  
prof. habil. dr. Danutė Kalibatiienė  
2016.05.30 \_\_\_\_\_  
(parašas)

**Audronė Jokubaitienė**

**ONKOLOGINIŲ PACIENTŲ SU SVEIKATA SUSIJUSI GYVENIMO  
KOKYBĖ IR PSICHOSOCIALINIAI POREIKIAI**

**HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSOCIAL NEEDS  
OF CANCER PATIENTS**

**SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovas:  
VU MF Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra  
Prof. habil. dr. Danutė Kalibatiienė  
2016.05.20 \_\_\_\_\_  
(parašas)

Vilnius, 2016

## ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Onkologinių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir psichosocialiniai poreikiai“ atliktas 2016 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje, Vilniaus miesto ligoninėje.

Darbo autorė: Audronė Jokubaitienė, Vilniaus universiteto Slaugos magistrantūros programos antro kurso studentė.

Darbo mokslinis vadovas: prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Darbas apsvarstytas VU MF Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedros posėdyje 2016 m. gegužės mėn. 30 d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Onkologinių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir psichosocialiniai poreikiai“ ginamas viešame Slaugos magistro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2016 m. birželio 3 d. 9.30 val. Vilniaus miesto klinikinės ligoninės salėje (Antakalnio 57).

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

### **SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMŪJŲ DARBŲ GYNIMO KOMISIJA**

**Komisijos pirmininkė: prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė**

**Nariai:** dr. Aldona Mikaliūkštienė  
doc. dr. Violeta Ožeraitienė  
dr. Rimgaudas Staigis  
dr. Sonata Varvuolytė

**socialinis partneris:** slaugos magistrė Virginija Savickienė  
Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos.

**kitos mokslo, studijų institucijos atstovas:** doc. dr. Alina Petrauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Socialinės gerovės fakultetas.

## SANTRAUKA

Vilniaus universiteto medicinos fakultetas  
Slaugos magistrantūros programa

### ONKOLOGINIŲ PACIENTŲ SU SVEIKATA SUSIJUSI GYVENIMO KOKYBĖ IR PSICHOSOCIALINIAI POREIKIAI

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė – Audronė Jokubaitienė

Darbo mokslinis vadovas – prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė

Vilnius, 2016 m.

**Pagrindinės sąvokos:** onkologinių pacientų gyvenimo kokybė, onkologinių pacientų poreikiai.

**Darbo tikslas.** Ištirti onkologinių pacientų gyvenimo kokybę ir jos sąsajas su fiziniais, psichologiniais ir socialiniais pacientų poreikiais.

**Darbo uždaviniai.** Ištirti onkologinių pacientų gyvenimo kokybę panaudojant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės QLQ C-30 klausimyną. Įvertinti sociodemografinių ir medicininių veiksnių įtaką onkologinių pacientų gyvenimo kokybei. Ištirti onkologinių pacientų poreikius panaudojant pacientų poreikių NEQ klausimyną. Įvertinti sociodemografinių ir medicininių veiksnių įtaką onkologinių pacientų fiziniams, psichologiniams ir socialiniams poreikiams. Išanalizuoti onkologinių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir fizinių, psichosocialinių poreikių sąsajas.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Ištirta 100 onkologinių pacientų, 28 - 84 metų, amžiaus vidurkis 64 metai, iš jų 49 moterys ir 51 vyras. Atlikta pacientų apklausa panaudojant tris klausimynus: su sveikata susijusios gyvenimo kokybės QLQ C-30, onkologinių pacientų poreikių NEQ ir sociodemografinių požymių. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 16.0 programą bei R statistinį paketą. Apskaičiuota skaitinių rodiklių vidurkiai (M), standartinė vidurkio paklaida (SP). Skirtumų tarp grupių vidurkių reikšmingumas tikrintas ANOVA testu. Koreliacijoms taikytas polichorinių koreliacijų metodas.

**Darbo rezultatai ir išvados.** Ištyrus onkologinių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, nustatyta, kad jų fizinis, veiklos, kognityvinis ir socialinis funkcionavimai buvo vidutinio lygio. Gyvenimo kokybę blogino ligos simptomai: skausmas, nuovargis ir nemiga. Nustatytas tiesioginis ryšys tarp nemigos ir gyvenimo kokybės vertinimo. Sociodemografinių ir medicininių veiksnių įtakos onkologinių pacientų gyvenimo kokybei tyrimas atskleidė, kad gyvenantys vieni pacientai patiria daugiau fizinių ir emocinių sutrikimų. Nustatytos sąsajos tarp patiriamų fizinių, emocinių pojūčių ir ligos diagnozės, gretutinių ligų bei taikomo gydymo. Bendravimo su kitais žmonėmis, palaikymo ir

paramos, informacijos, susijusios su gydymu ir atliekamais tyrimais, poreikiai onkologiniams pacientams buvo svarbiausi. Onkologinių pacientų poreikiai priklauso nuo ligos diagnozės, gretutinių ligų ir taikomo gydymo. Nustatytas didelis dėmesio ir bendravimo poreikis tarp aukščiausiai išsilavinimą turinčių pacientų. Išanalizavus su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir poreikių sąsajas, nustatyta kad yra stiprus ryšys tarp ligos simptomų ir emocinio funkcionavimo. Įvertintas prastesnis veiklos funkcionavimo lygis pacientams, kuriems trūksta informacijos apie ligą ir socialinę paramą. Nustatytas ryšys tarp prastesnio fizinio funkcionavimo ir veiklos funkcionavimo. Įvertinta priklausomybių struktūra leidžia daryti išvadą, kad vieno gyvenimo kokybės aspekto pagerinimas gali turėti netiesioginį teigiamą poveikį kitiems aspektams ir bendrai gyvenimo kokybei.

## SUMMARY

Vilnius niversity Faculty of Medicine

Master's Degree Nursing Programme

### HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSOCIAL NEEDS OF CANCER PATIENTS

#### Master's degree final scientific research work

Author of the master's degree scientific research work: Audronė Jokubaitienė

Head of master's degree scientific research work: prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė

Vilnius, 2016

**Keywords.** the life quality of the oncology patients, the needs of the oncology patients.

**Aim of the Research.** To research the quality of life of the oncology patients and its links with the physical, psychological and social needs of the patients.

**Tasks.** The research of the quality of life of the oncology patients with the use of the questionnaire of the health related quality of life "QLQ C-30". The assessment of the influence of the socio-demographic and medical factors to the quality of life of the oncology patients. The research of the oncology patients' needs with the use of the questionnaire of the patients' needs "NEQ". The assessment of the influence of the socio-demographic and medical factors to the physical, psychological and social needs of the oncology patients. The analysis of the links between the quality of life and physical and psycho-social needs of the oncology patients.

**Materials and Methods.** 100 oncology patients were evaluated, in the age range of 28 - 84 years of age, with an average age of 64 years, of them 49 women and 51 man. The survey of the patients was performed by using three questionnaires: health related quality of life "QLQ C-30", the needs of the oncology patients "NEQ" and of socio-demographic indicators. The statistical analysis of the research was performed by using the application "SPSS 16.0" and "R" statistical package. The means of the numeric indicators (M) and standard deviations of the means (SD) were calculated. The significance of the differences between the means of the groups was tested with "ANOVA" test. The method of polychoric correlations was used for the correlations.

**Results and Conclusions.** After researching the health related quality of life of the oncology patients, it was established that their physical, activity, cognitive and social functions were average. The quality of life was worsened by symptoms of the illness: pain, fatigue and insomnia. The direct link between the insomnia and the life quality assessment was identified. The research of the influence of the socio-demographic and medical factors to the quality of life of the oncology patients revealed that

bigger number of physical and emotional disorders are experienced by the patients who live alone. The links between the experienced physical and emotional experiences, and the diagnosis of the illness, underlying illnesses and applied treatment were identified. The needs of: communication with other people, help and support, the treatment and performed tests related information, were the most important for the oncology patients. The needs of the oncology patients depend on the diagnosis of the illness, underlying illnesses and applied treatment. A big need for attention and communication was identified among the patients with the highest level of education. After analysing the links between the health related quality of life and needs, it was established that there is a strong connection between the symptoms of the illness and emotional functioning. The worse activity functioning of the patients, who lack the information about the illness and social support, was evaluated. The link between the worse physical functioning and functioning of activity was established. The evaluated structure of dependencies allows to conclude that the improvement of one aspect of quality of life can have an indirect positive effect to other aspects and to the general quality of life.

## TURINYS

### 1. ĮVADAS

- 1.1 Darbo aktualumas
- 1.2 Darbo tikslas ir uždaviniai
- 1.3 Darbo apibūdinimas

### 2. LITERATŪROS APŽVALGA

- 2.1 Įžanga
- 2.2 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybė
- 2.3 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės tyrimų analizė
- 2.4 Onkologinių pacientų psichosocialiniai poreikiai
- 2.5 Onkologinių pacientų psichosocialinių poreikių tyrimų analizė

### 3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

- 3.1 Tiriamoji populiacija
- 3.2 Tyrimo metodai
  - 3.2.1 Anketinė apklausa
  - 3.2.2 Medicinos dokumentų analizė
  - 3.2.3 Statistinė duomenų analizė
- 3.3 Tyrimo eiga

### 4. TYRIMO REZULTATAI

- 4.1 Tiriamųjų sociodemografinė charakteristika
- 4.2. Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės tyrimas panaudojant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės QLQ C-30 klausimyną.
- 4.3 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės sąsajos su fiziniais, psichologiniais, ir mediciniais veiksniais
- 4.4 Onkologinių pacientų poreikių tyrimas panaudojant NEQ klausimyną
- 4.5 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės ir psichosocialinių poreikių sąsajos
  - 4.5.1 Pacientų tyrimas pagal NEQ klausimyno pjūvius.
  - 4.5.2 Funkcinių skalių modeliavimas
  - 4.5.3 Faktorinė klausimynų analizė

### 5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

6. IŠVADOS

7. PRAKTINĒS REKOMENDACIJOS

8. LITERATŪROS SĀRAŠAS

9. PRIEDAI



# 1. ĮVADAS

## 1.1 Darbo aktualumas.

Žmogaus gyvenimą ir jo pilnatvę veikia daugelis veiksnių. Svarbiausi iš jų yra sveikata ir gerovė, kuri sudaro sąlygas patenkinti poreikius, užtikrinti sveikatą ir santykius su aplinka. Vėžiu sergantys pacientai susiduria su psichologinėmis problemomis – stresas, nerimas, prislėgtumo jausmas; fiziologiniais poveikiais – skausmas, nuovargis, pykinimas, vėmimas, kai kuriomis socialinėmis šalutinėmis problemomis – socialinė atskirtis, vaidmens ir funkcijų praradimu, ir galiausiai su pablogėjusia gyvenimo kokybe.

Sergančiam vėžiu žmogui gydymo tikslas yra ne tik vėžio gydymas ir išgyvenamumo padidėjimas, bet ir simptomų sumažinimas bei gyvenimo kokybės gerinimas. Geresnė gyvenimo kokybė padidina pacientų prisitaikymą ir troškimą gydytis, t.y., geresnė gyvenimo kokybė lemia pacientų norą baigti gydymą su kuo mažiausia žala, kontroliuoti simptomus ir juos įveikti.

Gyvenimo kokybę asmuo suvokia kaip jo lūkesčius, interesus, idėjas, pasitenkinimą ir laimės tarp jų kultūrinės ir vertės, kaip visuma. Gyvenimo kokybė yra pacientų fizinės funkcijos (judėjimas, fizinė veikla ir gebėjimas sėkmingai dirbti, įsipareigojimai šeimai), socialinės funkcijos (socialinė veikla), ir psichologinės funkcijos (pasitenkinimas gyvenimu, socialinės paramos poveikis ir veiklos funkcija).

Daug veiksnių įtakoja gyvenimo kokybę teigiamai arba neigiamai. Nuovargis, nerimas, susirūpinimas dėl ateities ir šeimos sunkumų, siekis patenkinti pagrindinius poreikius ir pokyčius kūno įvaizdyje pablogins vėžiu sergantiems pacientams gyvenimo kokybę.

Gyvenimo kokybė tapo svarbia rezultatyvia priemone onkologinių ligonių gydyme per pastarąjį dešimtmetį. Ji yra daugiamatė apimanti teigiamus aspektus - fazines, emocines, socialines ir pažinimo funkcijas, taip pat neigiamus aspektus - somatinio diskomforto ir kitų simptomų, pasireiškiančių ligos metu arba jos gydymo pasekoje.

## **1.2 Darbo tikslas ir uždaviniai.**

**Darbo tikslas.** Ištirti onkologinių pacientų gyvenimo kokybę ir jos sąsajas su fiziniais, psichologiniais ir socialiniais pacientų poreikiais.

### **Darbo uždaviniai:**

1. Ištirti onkologinių pacientų gyvenimo kokybę panaudojant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės QLQ C-30 klausimyną,
2. Įvertinti sociodemografinių ir medicininių veiksnių įtaką onkologinių pacientų gyvenimo kokybei,
3. Ištirti onkologinių pacientų poreikius panaudojant pacientų poreikių NEQ klausimyną,
4. Įvertinti sociodemografinių ir medicininių veiksnių įtaką onkologinių pacientų fiziniams, psichologiniams ir socialiniams poreikiams.
5. Išanalizuoti onkologinių pacientų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir fizinių, psichosocialinių poreikių sąsajas.

## **1.3 Darbo apibūdinimas.**

Darbas yra mokslo taikomojo pobūdžio. Darbo apimtis – 85 puslapiai, jis iliustruotas 17 lentelių ir 45 paveikslais.

## 2. LITERATŪROS APŽVALGA

### 2.1. Įžanga

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, onkologiniai susirgimai išlieka tarp pirmaujančių sergamumo ir mirtingumo priežasčių visame pasaulyje, su maždaug 14 mln. naujų atvejų ir 8,2 mln mirčių nuo vėžio 2012 metais. Numatoma, kad naujų atvejų skaičius per artimiausius du dešimtmečius padidės apie 70%. Vidutinis metinis sergamumas vėžiu nuo 14 mln. 2012m. pakils iki 22 mln. per artimiausius du dešimtmečius. 2012 m. tarp vyrų dažniausiai buvo diagnozuoti penki vėžiniai susirgimai: plaučių, prostatos, gaubtinės ir tiesiosios žarnos, skrandžio ir kepenų vėžiai. Tarp moterų 5 dažniausiai diagnozuoti vėžiniai susirgimai: krūtų, gaubtinės ir tiesiosios žarnos, plaučių, gimdos kaklelio ir skrandžio vėžiai. Maždaug trečdalyje mirčių pirmavo penki elgesio ir mitybos rizikos veiksniai: aukštas kūno masės indeksas, mažas vaisių ir daržovių vartojimas, fizinės veiklos stoka, tabako vartojimas, alkoholio vartojimas [1].

Literatūroje nurodoma, kad onkologiniai susirgimai gali sukelti daugybę sutrikimų, riboti paciento aktyvumą ir veiklą. Kiekvienu atveju gydymas yra skirtingas, priklausomai nuo vėžio lokalizacijos, stadijos, paciento individualių duomenų ir poreikių. Vėžiu sergantys pacientai patiria nuolatinę emocinę ir socialinę stresą, jų gyvybinės veiklos funkcijos, kurios apima fizinius, emocinius, socialines ir pažintines funkcijas – yra pablogėjusios. Siekiant pagerinti sergančiųjų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, taikomas visas kompleksas priemonių – fizinio skausmo kontrolė, psichologinių, socialinių ir dvasinių problemų sprendimas [2].

Daugiau nei dešimt su puse milijono žmonių, gyvenančių Jungtinėse Amerikos Valstijose serga pažengusia vėžio stadija arba jiems vėžys yra naujai diagnozuotas. Pagal gautą vėžio sklaidą, vienoje iš 10 amerikiečių šeimų yra šeimos narys, kuriam diagnozuotas onkologinis susirgimas arba nuo jo gydoma virš 5 metų, o 41% amerikiečių ateityje yra tikimybė diagnozuoti vėžį. Daugiau nei pusė (apie 60 %) asmenų, kuriems kada nors buvo diagnozuotas vėžys, yra 65 metų ar vyresni; 39 % yra jauni ir vidutinio amžiaus suaugusieji 20-64 metų amžiaus; 1 % yra 19 metų arba jaunesni. Vystantis pažangiam gydymui, ankstyvai diagnostikai, dviejų dešimtmečių išgyvenamumas tarp sergančių 15-ka labiausiai paplitusių vėžio formų, išaugo tarp visų amžių pacientų – 43–64% vyrų ir 57–64 % moterų. Nors tai lydi radiacijos, chemoterapijos, hormonų terapijos, chirurgijos ir kitų vėžio gydymų sukelti kelių organų sistemų sutrikimai [3].

Pacientai, sergantys vėžiu ir jų šeimos nariai patiria stresą, kuris reikalauja ir fizinių jėgų gaunant gydymą, juos lydi nuolatiniai sveikatos sutrikimai, negalia, nuovargis, skausmas, kurie gali pasireikšti, net kai nėra ryškių ligos požymių.

## 2.2 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybė

Gyvenimo kokybės terminas pirmą kartą pavartotas A. C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerbūvį 1920 metais. Tačiau tada atgarsio jis nesukėlė ir apskritai dingo iki Antrojo pasaulinio karo pabaigos. Panašiu laikotarpiu PSO išplėtė sveikatos apibrėžimą ir įtraukė į jį fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės sąvokas. Pasaulio sveikatos organizacija gyvenimo kokybę apibrėžia kaip individualios savo paskirties gyvenime vertinimo kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu susijusiu su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka.

Terminas – gyvenimo kokybė ir medicinoje specifiskesnis terminas – gyvybinės veiklos funkcijos dažniausiai vadinama su sveikata susijusia gyvenimo kokybe ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenis, kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių. Gyvenimo kokybė subjektyvus gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenis. Kai kada objektyvūs duomenys gali papildyti ar pakeisti gyvenimo kokybės vertinimą (tuo atveju, jei individas nesugeba atlikti savianalizės). [4] Gyvenimo kokybės klausimynai naudojami kaip tyrimo metodas vėžiu sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybei įvertinti. [5]

Gyvenimo kokybė yra labiausiai susijusi su fizinių simptomų sukeliama kančia, todėl vienintelis įmanomas kelias pagerinti gyvenimo kokybę yra gera simptomų kontrolė. Pagerinus simptomų kontrolę, galima pagerinti ne tik gyvenimo kokybę, bet ir išgyvenamumo rodiklius [6]

Pagrindinis paliatyviosios pagalbos tikslas – pasiekti kuo geresnę gyvenimo kokybę, ją išsaugoti ir, kiek įmanoma, pagerinti. [7] Hipotezė, kuri teigia, kad gyvenimo kokybė matuoja skirtumą arba spragą tam tikru laikotarpiu tarp asmens vilčių ir lūkesčių ir tarp jo dabartinės patirties. Gyvenimo kokybė gali būti apibūdinama tik paties asmens, ir turi būti atsižvelgta į daugelį gyvenimo aspektų [8]

Net pacientai, kuriems nėra ryškių klinikinių simptomų gali patirti nerimą, baimę ir kitų formų psichologinį stresą, kuris jiems sukelia didelę baimę. Lėtinė liga gali sukelti kaltės jausmą, savikontrolės praradimą, pyktį, liūdesį, sumišimą, baimę. Nerimas, nuotaikos sutrikimas, ligos pasikartojimo baimė, susirūpinimas kūno išvaizda, bendravimas ir kitos problemos su šeimos nariais yra bendra vėžiu sergantiems pacientams. Be to, vėžiu sergantys pacientai gali susidurti su dvasiniais ir egzistenciniais klausimais, susijusiais su tikėjimu, pacientų suvokiamus santykius su dievu, mirties prasme. [3] Galima teigti, kad pastarieji poreikiai būna svarbūs, dvasingumas, dvasiniai poreikiai yra pacientų egzistavimo dalis. Ir tai yra pakankamai plati sąvoka, kuriai gali priklausyti religija arba ne.

Tai glaudžiai susiję su gyvenimo tikslu ir prasme. Ir jei slaugytojų tikslas yra mirštančių pacientų gyvenimo kokybės gerinimas, dvasiniai poreikiai turi būti sprendžiami [9].

Pasak M.J. Johnstone, vis daugiau sveikatos priežiūros darbuotojų pripažįsta, jog sergantiems vėžiu dar galima labai daug kuo padėti net ir tada, kai mediciniškai yra abeiviltiški atvejai. Juk sergantieji trokšta, kad būtų skiriamas dėmesys ne tik jų skausmui ir fiziniam diskomfortui, bet ir kitiems jų gyvenimo poreikiams. [10] Tiriama gyvenimo kokybė apima subjektyvius teigiamus ir neigiamus onkologinių pacientų simptomų aspektus, įskaitant fizinius, emocinius, socialinius ir kognityvines funkcijas, ir svarbiausia, ligos gydymo ir šalutinių poveikių. 1982 m. R.M.Kaplan ir Bush pasiūlė terminą „health-related quality of life“ (su sveikata susijusi gyvenimo kokybė), kas leido išskirti parametrus, aprašančius sveikatos būklę, rūpestį ja ir medicininės pagalbos kokybę bendroje gyvenimo koncepcijoje [11].

### **2.3 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės tyrimų analizė**

Medicininis požiūris gyvenimo kokybė apima fizinį, psichinį ir socialinį sveiko ar ligoto žmogaus gyvenimą. Pirmieji tyrimai kaip liga įtakoja asmenį, jo profesinę veiklą, buvo praversti tiriant Australijos ir Airijos gyventojus 1851-1891 metais. 1947 m. Kolumbijos universiteto profesorius D.A. Karnofsky pirmą kartą pasiūlė nefiziologinius įvertinimo metodus vėžiniams susirgimams. Jis įvertino chemoterapinio gydymo įtaką gyvenimo kokybės fiziniams aspektams neoperuotiems ligoniams. [12] Medicininiam kontekste „gyvenimo kokybė“ pirmą kartą buvo pavartota 1966m. J.R.Elkintos straipsnyje „Medicina ir gyvenimo kokybė“ žurnale „Annals of Internal Medicine“, skirtame transplantologijos problemoms [13].

Šiai dienai yra sukurta keleta šimtų metodikų, tiriančių skirtingus gyvenimo kokybės aspektus. Siekiant susisteminti gyvenimo kokybės tiriamąją veiklą 1955m. Prancūzijoje buvo įsteigtas MARI Research Institute, kuris koordinuoja tyrimus atliekamus šioje srityje, patvirtina sukurtus klausimynus ir rekomenduoja juos naudojimui.

Onkologiniams pacientams kai kurie gyvenimo kokybės parametrai įgyja apibrėžtą reikšmę, juos galima nustatyti ir išmatuoti. Metodinis pagrindas, kuriuo remiasi klausimynai, apima šias nuostatas: specifiškumas onkologiam susirgimui, struktūros kompleksiskume (t.y.gyvenimo kokybei apibūdinti yra kelios skalės), galimybė pačiam ligoniui užpildyti klausimyną, pritaikymas skirtingoms kultūroms. [14] Tyrimams naudojami standartiniai klausimynai-anketos yra: FACT-Functional Assessment of Cancer Therapy (priešvėžinės terapijos funkcinis įvertinimas); EORTC-QLQ-C30 – Europos vėžio gydymo tyrimų organizacijos klausimynas, į kurį įeina 30 klausimų;

RSQL – Roterdamo gyvenimo kokybės įvertinimo skalė, turinti 38 klausimus; CARES-SF – sistema, įvertinanti gyvenimo kokybę po onkoreabilitacijos – 59 klausimai.

Teorijos, kuriomis pagrįsti tyrimai matuojant ir analizuojant gyvenimo kokybės pokyčius yra keletas. Discrepancy Theory remiasi suvokimu tarp numatomo ir esamo gydymo efektais. Iš to seka - gyvenimo kokybės pagerinimo galimybė esant efektyviam ligos gydymui, tinkamos simptomų korekcijos, paciento socialinio palaikymo ir jo besikeičiančio požiūrio į ligą ir gydymą. Response and HRQoL teorija pagrįsta įsikišimais, galinčiais įtakoti gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybė vertinama kaip elgsenos aktyvumas. [15]

2000 m. taikant klausimyną EORTC QLQ-C30 buvo vertinta su sveikata susijusi Švedijos gyventojų gyvenimo kokybė. Atsitiktinės atrankos būdu, buvo vertinama pagal lytį, amžių, sociodemografinę charakteristiką ir lėtinės sveikatos problemas. Atliekant tyrimą tarp maždaug 8 m. krūtų vėžio ligos remisijoje esančių pacientų, stebima, kad moterys priklausė aukštesnei socialinei klasei, dažniau jautėsi pilnai „išgydytos“ ir jautė mažiau su liga susijusių apribojimų. Tuo tarpu ilgesnį laiką keliomis vėžio rūšimis sergantys pacientai turėjo problemų darbe susijusių su paaugštinimu ir algos kėlimu. Grįžimas į darbą gali sukelti sunkumų su darbdaviais ir kolegomis, bet taip pat gali teikti naudingus tarpusavio bendravimo ryšius ir naudingus santykius [16].

Bendrą su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ypač neigiamai veikia nuolatinis nuovargis, kuris onkologinių ligonių gydymo praktikoje užima vieną iš svarbiausių vietų. Dauguma onkologinių pacientų pažymi energijos trūkumu bei fizinės veiklos sutrikimais. Kai kurių autorių skaičiavimais, ši problema paveikia iki 70 % onkologinių pacientų chemoterapijos radioterapijos metu ar po operacijos [17].

Vienareikšmiškai įrodyta, kad sergant vėžiu blogėja daugelis su sveikata susijusių gyvenimo kokybės rodiklių. Vėžys gali sukelti daugybę psichosocialinių problemų, apribodamas įprastinę žmogus veiklą, aktyvumą, veikdamas jo santykius su aplinkiniais šeimos nariais, bendradarbiais. [18] Vienu ar kitu pažeistų organizmo sistemų funkcijų sutrikimai paprastai apima judesių kontrolės praradimą, nervų funkcijos sutrikimus, pažintinių funkcijų ir kalbos, rijimo problemas bei jutimų sutrikimus [19].

Sergant onkologine liga, kiekvienos organų sistemos pažeidimas sąlygoja ne tik tam tikrų funkcijų sutrikimus, tai, be abejo pacientui sukelia atitinkamas problemas, bet taip pat turi didelį poveikį sergančiojo aplinkai, visų pirma artimiausiems šeimos nariams, kurie turėtų psichologiškai paremti sergantįjį. [20] Tyrimais įrodyta, kad tuo metu, kai sergantiems vėžiu nustatoma ženkliai pablogėjusi gyvenimo kokybė, jų sutuoktiniams taip pat konstatuojami žemiausi

emociniai gyvenimo kokybės rodikliai, tas rodo, kad reikalingos specialios psichologinės programos ne tik sergantiesiems vėžiu, bet ir artimiausiems šeimos nariams [21].

Patys žemiausi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai stebimi terminalinėse vėžio stadijose, kada pasireiškia kacheksijos-anoreksijos sindromas, kurio metu būna progresuojantis svorio mažėjimas, lipolizė, vidurių ir skeleto baltymų masės netekimas ir ženkli anoreksija. Beveik visiems vėžiu sergantiems pacientams prieš mirtį pasireiškia šis sutrikimas [22]. Medikamentinio gydymo ir mitybos problemų sprendimo šiam sindromui gydyti nepakanka. Tyrimai apie agresyvią mitybą, taip pat apie enterinį ir parenterinį maitinimą, paprastai parodė tik ribotą poveikį komplikacijoms, susijusioms su chirurginiu gydymu, radioterapija ir chemoterapija [23].

Viena iš priežasčių su sveikata susijusios gyvenimo kokybės blogėjimo tarp onkologinių ligonių yra lėtinis pykinimas. Pacientai, sergantys terminalinių stadijų vėžiu, dažnai patiria užsitęsusi pykinimą [24]. Astenija yra dažniausias simptomas, susijęs su pažengusiu vėžiu. Ji apibūdinama kaip didžiulis nuovargis, atsirandantis po įprastinių ar net minimalių pastangų, lydymas išankstinio nemalonaus bendro silpnumo jausmo [25].

Žemi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliai nustatomi, kada atsiranda dispnėja, kuri apibūdinama kaip pasunkėjęs kvėpavimas. Tai nemalonas subjektyvus pojūtis, kurio negalima paaiškinti jokiais fiziniais sutrikimais. Nustatyta, kad panašių funkcinių sutrikimų turintiems pacientams dispnėja gali pasireikšti labai skirtingai [26]. Uždusimo rizika gali sukelti didžiulę psichologinę pacientų ir jų šeimos narių reakciją. Todėl reikia numatyti ir būti pasiruošusiems galimam kvėpavimo nepakankamumui. Artimiesiems ir personalui svarbu įvertinti dispnėjos laipsnį, paklausiant ligonio, kaip stipriai jis dūsta, o ne tik vertinti pagal kvėpavimo padažnėjimą ar kvėpavimo raumenų dalyvavimą kvėpavime, tikslas turėtų būti simptomų palengvinimas, kurie sukelia pacientui dispnėjos jausmą, o ne tik sumažinti objektyvius su liga susijusius pakitimus.

Pagal atliktą tyrimą, iš tirtų 83 moterų, kurių vidutinis amžius 45 m. buvo gydytos chirurginiu būdu arba radioterapija buvo vertinama savijauta per 97 savaites. 40 – 50 % tiriamųjų nurodė nuolatinį nuovargį, energijos ir svorio sumažėjimą. [27] Kai kurių klinikinių tyrimų rezultatai nesutapo su įprasta nuomone. Pavyzdžiui, randomizuotame tyrime pacienčių, sergančių krūtų vėžiu su metastazėmis, gyvenimo kokybės parametrai buvo aukštesni pravedant nepertraukiamą chemoterapiją, negu naudojant pertraukiamą gydymą.

C. Motsch ir bendr. randomizuotu tyrimu sulygino kombinuotą gydymą (operacija+spindulinis gydymas) ir spindulinį gydymą esant ryklės vėžiui. Paaiškėjo, kad nesant rykesnio skirtumo tarp mirtingumo, gyvenimo kokybė gaunant kombinuotą gydymą buvo žymiai didesnė. A. Coates ir bendr. tyrime, atliktame tarp moterų, gaunančių chemioterapiją esant krūtų

vėžiui, parodė, kad gyvenimo kokybės ir fizinio pajėgumo skalės yra tikslesni prognozės indikatoriai, negu toks rodiklis, kaip bendra ligonio būklė. Pacientai, turintys geresnius gyvenimo kokybės rezultatus gyveno ilgiau. [15]

1998 m. atliktas tyrimas apklausiant gydytojus onkologus, dėl jų požiūrio į HRQOL klinikinėje praktikoje. Dalyvavo 260 gydytojų. 80 % tiki, kad pacientai turi būti apklausiami, nors praktiškai tik apie 50 % pavyko tai padaryti, remiantis į ribotą laiką ir išteklius. Didžiausias barjeras naudoti priemonę (klausimyną) buvo pasimetimas. [28] Apklausiant 60 onkologų Kanadoje ir JAV rezultatai iš esmės parodė tą patį. 88 % tyrime dalyvavusių gydytojų manė, kad svarbu ištirti pacientus HRQOL, o virš 33 proc. gydytojų mano, kad matavimo įrankiai nepakankami, didžioji dauguma apklaustų gydytojų manė, kad jų individualios žinios tam yra ribotos, tačiau taip pat didelė dauguma manė, kad gauti duomenys tinka pacientų priežiūrai. Turint daugiau specifinių žinių, onkologai gali padidinti HRQOL naudojimą. [29] Siekiant įvertinti atskirų HRQOL vertinimų vertę, buvo atliktas nedidelio masto tyrimas su 6 gydytojais ir 18 vėžiu sergančiais pacientais. Tiesiog prieš konsultacijas gydytojai peržvelgdavo pacientų HRQOL rezultatus. Tyrimas parodė, kad pacientai buvo labiau patenkinti konsultacijomis. Jie nurodė, kad gydytojai parodė didesnę supratimą. Gydytojai taip pat konsultacijomis buvo labiau patenkinti, nors laiko buvo sunaudota daugiau. Šio tyrimo išvada yra ta, kad HRQOL gali būti naudojamas individualiai ir gydytojai gali pasinaudoti juo gydymo ir klinikinės priežiūros sprendimų priėmimui. [30]

Moksliniai straipsniai rodo, kad gydytojai gali įvertinti paciento HRQOL objektyviau pagal matomus simptomus ar atsakaitas apie juos, o ne paciento atskaitą apie save. Buvo atliktas tyrimas ir su plaučiu vėžiu sergančiais pacientais. Pacientai ir gydytojai pranešė tuos pačius ligos simptomus kiekvieno vertinimo laikotarpiu. Lyginant atsakymus, gydytojai dažnai nepakankamai įvertina pacientą bei nepakankamai įvardino simptomus, kad pacientas iš tikrųjų suprastų savo padėtį. Tai tapo problema: esant blogiems paciento simptomams, mažiau tikėtina, kad gydytojas įvertino juos kaip sunkius [31]. Atliekant panašų tyrimą lyginant HRQOL klinikinį vertinimą (vertinama kaip nesunkus, vidutinio sunkumo arba sunkus), tik 54 proc. gydytojų vertinimų koreliuoja su pacientų vertinimais. Todėl kai kuriose šalyse klausimynų naudojimas tapo įprastu pacientų HRQOL vertinimu [32]. Duomenų HRQOL rinkimas gali būti sudėtingas. Jis reikalauja išteklių ir galimybės pacientams atsakinėti savo gimtąja kalba. Svarbius duomenis gali būti sunku gauti, jei paciento veiklos statusas mažėja.

2009 m. Saratovo mieste tiriant onkologinius ligonius, buvo naudotas WHOQOL-100 klausimynas (BO3 KЖ-100). Tyrimo metu buvo nustatytos problemos visose tiriamosiose sferose. Pastebėtas ženklus gyvenimo kokybės sumažėjimas fizinėje srityje ir nepriklausomybės lygyje.



Įdiegiant klinikinėje praktikoje gyvenimo kokybės vertinimą galima pagerinti klinikinių sprendimų objektyvumą, gali būti sukurta onkologinių ligonių kompleksinė medicininė-socialinė rehabilitacija [33].

Atlikti tyrimai parodė, kad, lyginant su onkologinių susirgimų neturinčiais suaugusiais žmonėmis, sergantys vėžiu žmonės turi kitų lėtinių sveikatos sutrikimų (42 %), vieną ar kelis kasdienio gyvenimo veiklos apribojimus (11 %), kitų funkcinių negalių (58 %), ir ( tarp asmenų 65 metų) negalėjimas dirbti dėl sveikatos būklės (17 %). Asmenys, sergantys vėžiu taip pat turi daugiau kitų lėtinių ligų, tokių kaip širdies ir kraujagyslių ligos. [34]

**Nuovargio tyrimai.** Nuovargis dažniausias vėžio simptomas, ir kaip nustatyta, daugiausia įtakoja pacientų kasdienę veiklą, nors nuovargio normos įverčiai tarp asmenų sergančių vėžiu, smarkiai skiriasi (svyruoja, pvz., nuo 4 % krūties vėžiu sergantiems pacientams prieš chemoterapijos pradžią, iki 91 % krūties vėžiu sergantiems pacientams po operacijos ir chemoterapijos ir prieš kaulų čiulpų transplantaciją). Sklaidą yra sunku interpretuoti, tačiau, kadangi nėra bendro sutarimo dėl standartinės nuovargio raiškos, tyrėjai naudoja skirtingus kriterijus apibrėžiant nuovargio sunkumą ir jo buvimą. Nepaisant to, nuovargis yra plačiai pripažintas kaip dažnas šalutinis poveikis tiek vėžio ir tiek jo gydymo. Tai skiriasi nuo nuovargį patiriančių sveikų žmonių tuo, kad nuovargis išlieka ir net po poilsio ir miego [34].

**Skausmo tyrimai.** Maždaug vienas trečdalis iš pusės pacientų, gaunančių aktyvų vėžio gydymą, jaučia skausmą, kylantį dėl ligos, jos gydymo ar gretutinais atsirandančių ligų. Toks skausmas dažnai nepilnai valdomas, nežiūrint kad yra skiriami analgetikai ir kitokie skausmo valdymo būdai, dalinai ir dėl to, kad skausmas dažnai yra visai nevaldomas ar valdomas tik dalinai. Be to, skausmas gali kelti problemų, netgi kada daugiau nėra kitų vėžio simptomų. [34]

**Kasdienės veiklos apribojimų tyrimai.** Fizinis sutrikimas ir negalavimas, taip pat nuovargį ir skausmą patiriantiems onkologiniams pacientams dažnai kyla sunkumai gyvenant kasdienį gyvenimą. Kasdienė veikla yra apibrėžiama kaip pagal amžių tinkama fizinė ir pažinimo veikla, kurią asmenys paprastai atlieka savarankiškai kasdien. Suaugusiems tai apima tokią veiklą kaip maudymasis, naudojimasis tualetu, maisto ruošimas, rengimasis, valgymas ir gėrimas. Instrumentinė kasdieninė veikla apima tokias veiklas kaip naudojimasis telefonu, apsipirkimas, sąskaitų apmokėjimas, naudojimasis transportu [34].

**Psichosocialinės problemos.** Emocinis stresas sergant onkologine liga, jos gydymas, ligos pasikartojimo baimė, nesėkmės kas dieną susiduriant su fizinėmis problemomis gali iššaukti naujas ar paūminti jau esančias psichologines problemas ir patiems sergantiems, ir jų šeimoms. Psichologinio skausmo paplitimas priklauso nuo vėžio tipo, laikotarpio, nuo pirminio diagnozavimo,

skausmo laipsnio, ligos prognozės ir kitokių aplinkybių. Viename JAV Visapusiškos kovos su vėžiu centre buvo tiriami 4500 pacientai, kurių amžius svyravo nuo 19 metų ir vyresni. Reikšmingas psichologinio skausmo paplitimas svyravo nuo 29 % iki 43 % pacientams, sergantiems 14 labiausiai paplitusių vėžio rūšių. Šie tyrimų duomenys sutampa su vėliau atliktais įvairių vėžinių susirgimų rūšių sergančių pacientų tyrimais, turinčių psichologinius simptomus, tokius kaip depresija, nerimas [34].

#### **2.4 Onkologinių pacientų psichosocialiniai poreikiai**

Anot VU Onkologinio instituto psichiatriės-psichoterapeutės dr.G.Bulotienės, onkologine liga sergantis žmogus susiduria ne tik su fizinio kūno pokyčiais bei kančia, tačiau ir su psichologiniais bei socialiniais išgyvenimais: nerimu, įvairiomis baimėmis, stresu, nuovargiu, neapibrėžtumo jausmu, bendravimo sunkumais. Svarbu yra gerinti sergančiųjų gyvenimo kokybę, todėl psichosocialinė pagalba tampa svarbia gydymosi bei sveikimo dalimi šalia medicininio gydymo. Tyrimai rodo, jog psichosocialinė pagalba onkologinės ligos akivaizdoje sumažina nerimo bei depresijos simptomus, stresą, izoliacijos bei vienišumo jausmus, gerina gyvenimo kokybę bei psichologinį prisitaikymą prie ligos sukeltų pokyčių, stiprina pacientų bei gydytojų bendradarbiavimo ryšį, skatina įsiklausyti į savo poreikius bei padėti sau kuo geriau jaustis gydymosi bei sveikimo metu.

Šiuo metu yra paduota projekto paraiška finansavimui dėl Onkologinių ligonių ir jų artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo, plėtojant VšĮ Visuomenės sveikatinimo centro veiklą. Tikslas – gerinti VšĮ Visuomenės sveikatinimo centro veiklos kokybę plėtojant psichosocialinės pagalbos metodus, skirtus onkologinių ligonių ir jų artimųjų socialinės atskirties mažinimui bei gyvenimo kokybės gerinimui [35].

#### **2.5 Onkologinių pacientų psichosocialinių poreikių tyrimų analizė**

Psichosocialiniu aspektu lyginant jaunas ir vyresnius onkologinius susirgimus turinčius pacientus bei jų šeimas, vyresni pacientai pasižymėjo mažesnėmis ir retesnėmis psichosocialinėmis problemomis, išskyrus funkcinis sutrikimus. Autoriai teigia, jog nors ligos ir gydymo įtaka tarp vyresnio amžiaus pacientų gali būti nulemta mažėjančiu poreikiu ir skirtingais lūkesčiais, specifinės problemos pastebimos tarp jaunesnio amžiaus pacientų [36].

Šiuolaikinė medicina susirūpinusi dėl onkologinių susirgimų greitesnio diagnozavimo ir gydymo. Rusijos Medicinos Mokslų Akademijos duomenimis, susirgti onkologine liga rizikuoja vienas iš 13 žmonių pasaulyje, prostatos vėžiu – 1 iš 6 žmonių, krūtų vėžiu – 1 iš 8 žmonių. Žinia „onkologinė liga“ dažniausiai yra stipriausias stresas ir aktyvuoja skirtingas psichologines reakcijas.

Onkologinės diagnozės priėmimas, neišvengiamai jungiasi su daugeliu faktorių, įtakančių tolesnį psichologinį prisitaikymą, o taip pat ir žmogaus asmeninius psichologinius ypatumus. Toks tyrimas buvo pravestas 2011m. Sankt-Peterburgo klinikiniam onkologiniame dispanceryje. Tyrimu buvo siekiama nustatyti žmonių, sergančių onkologiniais susirgimais, požiūrį į gyvenimą, buvo tyrinėjama žmonių buvimo su liga charakteristika ir ypatumai.

Tyrimė dalyvavo moterys, sergančios krūtų vėžiu III stadijos, amžius nuo 27 iki 35 metų. Visos dalyvės gydymo eigoje praėjo priešoperacinį gydymą, operaciją, po to chemoterapiją ir mokslinio tyrimo eigoje gavo spindulinio gydymo kursą. Kontrolinę grupę sudarė moterys nuo 20 iki 42 metų. Viso tyrimė dalyvavo 50 žmonių – eksperimentinė grupė - 24 žmonės (sergantys) ir 26 žmonės kontrolinės grupės (sveiki žmonės). Tiriant buvo nustatyta, kad gyvenimo tikslo turėjimas, orientacija ligoje ir ateities numatymas, planavimas padeda onkologiniams pacientams būti emociškai stabiliems. Taip pat buvo pastebėta, kad kuo silpnesnį realybės jausmą turi pacientas, tuo stipriau jis ginasi nuo traumuojančio psichologinio poveikio, kas suteikia jam nedidelį užtikrintumą kad jis gali kontroliuoti savo gyvenimą. Praktinė šio tyrimo svarba – racionalios psichologinės pagalbos galimybė žinant onkologinių pacientų požiūrio į gyvenimą psichologinius ypatumus.

Iš klinikinės psichologijos pusės onkologiniai susirgimai dažnai priskiriami krizinėms ir ekstremalioms situacijoms. Tokioms situacijoms būdinga eilė požymių: pasaulėžiūros pasikeitimas, pačios situacijos staigi įtaka gyvenimui, sunkumas kontroliuoti susidariusią situaciją, ligos vystymosi ir reakcijos į ligą tam tikras eiliškumas [37].

Šiuolaikinėje medicinoje ir psichologijoje atliekama nemažai onkologinių susirgimų psichologinių aspektų tyrinėjimų. Tyrimai atliekami įvairiomis kryptimis – ligos atsiradimo psichologinės priežastys; onkologinių ligonių psichologiniai ypatumai ir reakcija į ligą, psichosocialinės pagalbos onkologiniams ligoniams paieška. 2008 m. Tomske pastebėta, kad onkologinėje praktikoje trūksta psichologinio palaikymo. Pastebima, kad dauguma asmenų, kuriems reikia psichoterapinės ir psichiatrinės pagalbos jos negauna. Buvo parengtas projektas psichosocialiniam onkologinių ligonių palaikymui [38].

2000 m. Londono vėžio centre buvo atliktas tyrimas siekiant iširti, kodėl vėžiu sergantys pacientai apart to, ką suteikia gydytojas, nieško arba nenori ieškoti informacijos. Nors visi tyrimė dalyvė pacientai norėjo pagrindinės informacijos apie diagnozę ir gydymą, ne visi norėjo daugiau informacijos apie visas jų sergamos ligos stadijas. Tikėjimas gydytoju, tyrimais, lemdavo, kad pacientai patys nebeieškodavo daugiau informacijos. Viltis – buvo esmė pacientams, siekiant tęsti normalų gyvenimą, ir ji buvo išlaikoma vengiant gauti informaciją, ypač tokią informaciją, kuri per daug išsami ir „nesaugi“. Pacientų tarpusavio pagalba - tiems, kuriems jų pačių nuožiūra reikėjo

labiau pagalbos nei jiems patiems, pagalba buvo išreiškiama per supratimą, jog trūkstamomis žiniomis - informacija ir paaiškinimais apie ligą, reikia dalintis. Tai reiškė, jog apribota informacija buvo priimama kaip neišvengiamybė. Kiek yra informacijos, tiek yra. Atlikus tyrimą prieita išvados, kad pacientų požiūris į ligą ir jų pasirinktą susitaikymo su liga strategija gali apriboti pacientų informacijos troškimą bei pastangas tą informaciją gauti. Vystant vyriausybės vėžio informacinės strategijos rekomendacijas, pastebėta, kad svarbu būtų atkreipti dėmesį į skirtumus tarp pacientų norų gauti informaciją ir priežasčių kodėl jie nori ar nenori gauti tą informaciją. [39]

2003m. Italijoje buvo atliktas vėžiu sergančių pacientų poreikių tyrimas hospitalizavimo metu, naudojant NEQ klausimyną. Buvo apklausta 224 pacientai. 4 iš 5 populiariausių poreikių, išsakytų 40% ir daugiau respondentų, buvo susiję su informaciniais poreikiais – diagnoze, ateities būseną, bendravimą su gydytojais, ekonominiais-lengvatų sprendimais susijusiais su liga. Tik vienas iš 5 atsakymų buvo susiję su aplinkos, komforto poreikiu. Šio tyrimo kokybinė analizė parodė, kad labiausiai išryškintas poreikis (gauti daugiau informacijos apie ateities būsenas) suteikia galimybę žinoti apie tai, kaip jų gyvenimas bus ateityje paveiktas, o ne tik žinoti tikslią prognozę (diagnozę). Kai kuriuos poreikius, kurie išryškėjo šiame tyrime, galima būtų iš karto patenkinti (psichologinės paramos, ekonominės pagalbos, dvasinės paramos poreikis). Pavyzdžiui, esant poreikiui paciento ir gydytojo bendravimo ir/ar informacijos, ryšio klausimais, jis gali būti sprendžiamas sukuriant struktūrizuotus įvairius mokymo kursus visiems gydytojams toje organizacijoje. Kitą vertus, poreikiai, susiję su aplinkos poreikiu, komfortu, gali skatinti instituciją pagerinti savo paslaugas. [40]

Psichosocialinės problemos gali atsirasti ar būti apsunkintos onkologinės ligos bei jos gydymo, taip pat gali būti atsiradusios pirmiau už ligą. Nesugebėjimas spręsti šių problemų trukdo gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir tiesiogiai gali paveikti ligos eigą. Socialinė izoliacija ir kiti socialiniai veiksniai, stresas ir įvairios galimai kylančios psichikos sveikatos problemos prisideda prie emocinių problemų ir nesugebėjimo vykdyti socialinius vaidmenis, trukdo pacientams laikytis jų gydymo būdų ir veikti taip, kad skatintų savo bendrą sveikatą. Be to, šios problemos gali pasireikšti per įvairius organizmo pokyčius – endokrininę, imuninę ir kitas organų sistemas, o tai savo ruožtu gali turėti įtakos vėžinio susirgimo ir kitų ligų eigai. Šeimos nariai ir didesnės bendruomenės taip pat gali būti paveiktos, kai psichosocialinės problemos nebus sprendžiamos.

Kai kurios socialinės problemos, pavyzdžiui, skurdo, akivaizdžiai negali būti spęstinos sveikatos priežiūros sistemoje. Nepaisant to, įrodymai patvirtina, kad reikia skirti dėmesį psichosocialinėms problemoms, kaip neatsiejiamam geros sveikatos priežiūros kokybės paslaugų

poreikiui. Psichosocialinės sveikatos paslaugos gali sudaryti vėžiu sergantiems pacientams, jų šeimoms ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams optimizuotą biomedicinos sveikatos priežiūrą, valdyti ligos psichologinius/elgesio ir socialinius aspektus, ir taip skatinti geresnę sveikatą. Keli tyrimai parodė, kad individualūs psichologiniai bruožai, pavyzdžiui optimizmo, meistriškumo ir savigarbos apsaugo nuo streso. [41]

### 3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Magistro baigiamasis darbas „Onkologinių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir psichosocialiniai poreikiai“ atliktas 2014 - 2016 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje, pacientų tyrimas atliktas Vilniaus miesto ligoninėje. Darbą sudarė užsienio šalies mokslinės literatūros nagrinėjama tema studijavimas ir apibendrinimas, savarankiškas tyrimas ir gautų rezultatų analizė

#### 3.1 Tiriamoji populiacija

Ištirta 100 pacientų, sirgusių įvairiomis onkologinėmis ligomis ir 2016 metais kovo-balandžio mėnesiais gydytų Vilniaus miesto ligoninėje. Tyrime dalyvavo 49 moterys ir 51 vyras, nuo 28 iki 84 metų, amžiaus vidurkis 64 metai.

*Įtraukimo į tyrimą kriterijai:*

- Paciento sutikimas dalyvauti apklausoje,
- Paciento ligos istorijoje nurodyta diagnozė – onkologinė liga,
- Paciento amžius 18 metų ir daugiau,
- Gebėjimas suprasti ir skaityti anketos klausimus lietuvių kalba.

*Neįtraukimo kriterijai:*

- Pacientas nesutinka dalyvauti apklausoje
- Pacientas nesupranta lietuvių kalba parengtų anketų
- Sunki somatinė ir psichinė paciento sveikatos būklė
- Pacientas jaunesnis nei 18 metų

#### 3.2 Tyrimo metodai

- Onkologinių pacientų anketinė apklausa panaudojant tris klausimynus,
- Medicininių dokumentų analizė,
- Statistinė duomenų analizė.

### 3.2.1. Anketinė apklausa

Pacientai apklausti panaudojant tris klausimynus:

- Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės QLQ C-30 klausimynas (3 versija), skirtas vertinti onkologinių pacientų gyvenimo kokybei (1 priedas),
- Pacientų poreikių NEQ klausimynas, skirtas vertinti hospitalizuotų onkologinių pacientų poreikius (2 priedas),
- Respondentų sociodemografinių požymių klausimynas (3 priedas).

#### QLQ C-30 klausimynas

Gyvenimo kokybės vertinimo QLQ C-30 klausimyną validavo Europos vėžio tyrimo ir gydymo organizacija (angl. European Organisation of Research and Treatment of Cancer Quality of Life -EORTC).

Klausimyną sudaro 30 klausimų, atspindinčių keturias gyvenimo kokybės vertinimo sritis - funkcinės būklės, klinikinių simptomų pasireiškimo, socialinės būklės ir bendros sveikatos būklės įvertinimą. Funkcinės būklės įvertinimą atspindi paciento fizinės funkcijos (1-5 klausimai), veiklos (6, 7 klausimai), emocinės būklės (21-24 klausimai), pažinimo (20, 25 klausimai) analizė.

Klinikinių simptomų srities klausimai buvo nuovargis (10, 12, 18 klausimai), pykinimas ir vėmimas (14, 15 klausimai), dusulys (8 klausimas), nemiga (11 klausimas), apetito neturėjimas (13 klausimas), obstipacija (16 klausimas), diarėja (17 klausimas). Socialinį gyvenimo kokybės aspektą atspindėjo 26, 27 ir 28 klausimai. Bendrą sveikatos ir gyvenimo kokybės būklės apibendrinio 29 ir 30 klausimai.

Kiekvienas klausimas buvo vertinamas 1 – 4 balais, kurių reikšmės: 1 – visai ne, 2 – nedaug, 3 – vidutiniškai, 4 – labai daug. Anketoje prašoma apibrėžti skaičius nuo 1 iki 4, kurie geriausiai atspindi paciento patyrimą. 29 ir 30 klausimai vertinti nuo vieno (labai blogai) iki septynių balų (puikiai).

Išanalizuotas QLQ C-30 anketos klausimų grupių validumas, įvertinant, kaip gerai jos atspindi vieną konkrečią sritį. Panaudojus Cronbach'o alpha testą, įvertintos visų klausimų, atspindinčių atitinkamą gyvenimo kokybės sritį, polichorinės koreliacijos. Ištyrus nustatyta, kad gyvenimo kokybės QLQ C-30 klausimyno sričių Cronbach'o alpha reikšmės yra tokios: emocinė būklė - 0.87, fizinė būklė - 0.76; socialinė būklė - 0,76; pažintinė būklė - 0,56; bendra sveikatos ir gyvenimo kokybės būklė - 0,93. Klinikinių simptomų srities įvertinimas: nuovargio skalė - 0.86; pykinimo skalė - 0,88; skausmo skalė - 0,85. (Įvertintos imties reikšmės 1 lentelėje). Matome, kad visų

reikšmės labai geros, išskyrus pažintinę skalę. Ji silpniau apibendrina vieną kintamąjį, nes jų tarpusavio koreliacija yra maža. Todėl tikėtina, kad pažintinės srities klausimai nepakankamai apibūdina pažintinę būklę.

**1 lentelė. Bendros gyvenimo kokybės įvertinti rezultatai**

	Vidurkis	Std. nuokrypis
Fizinis funkcionavimas	79,47	16,01
Veiklos funkcionavimas	80,50	23,69
Nemiga	39,33	35,57
Apetito neturėjimas	78,00	31,85
Viduriavimas	89,33	23,15
Vidurių užkietėjimas	82,00	26,55
Emocinis funkcionavimas	61,50	25,50
Kognityvinis funkcionavimas	84,66	18,75
Socialinis funkcionavimas	81,83	21,33
Finansiniai sunkumai	73,66	31,88
Nuovargis	33,55	22,27
Pykinimas	10,16	17,71
Skausmas	29,33	27,02
Dusulys	22,33	28,44
Sveikatos ir gyvenimo būklė	64,91	20,21

### **Onkologinių pacientų poreikių NEQ klausimynas**

Klausimynas skirtas įvertinti hospitalizuotų onkologinių pacientų poreikius nepriklausomai nuo vėžio lokalizacijos. Anketą sudaro 23 klausimai, kurie atskleidžia įvairių tipų poreikius: informacijos apie diagnozę ir ateities prognozę (1-2 klausimai); informacijos, susijusios su gydymu ir tyrimais (3-4 klausimai) poreikiai; komunikacinė sritis (5-8 klausimai); santykiai su kitais žmonėmis (20-22 klausimai). Dvylika papildomų klausimų buvo susiję su pagalba ir gydymu (9-13 klausimai); gydymo įstaigos teikiamomis paslaugomis (14 klausimas); finansiniais poreikiais (15-16 klausimai); palaikymu ir parama (17, 18, 19, 23 klausimai).



Pildant šį klausimyną atsakoma į klausimus pabraukiant/apvedant žodžius „taip“ arba „ne“. Klausimyną papildė du atviri klausimai: „Kiti poreikiai“ – pacientas gali nurodyti kitus svarbius poreikius, kurie nebuvo paminėti klausimyne; „Šiuo metu mano didžiausias poreikis“ – nurodomas, koks šiuo metu yra esminis paciento poreikis.

Į sociodemografinių požymių anketą įtraukti klausimai apie lytį, amžių, šeiminių padėtį, turimus vaikus, išsilavinimą, gyvenamąją vietą ir darbą (3 priedas).

### **3.2.2 Medicinos dokumentų analizė**

Iš ligos istorijų išrašyti duomenys: diagnozės šifras pagal TLK-10 kodavimą, taikytas gydymas, gretutinės ligos, onkologinės ligos išplitimas (metastazės), atvykimo dieną išmatuotas ir apskaičiuotas kūno masės indeksas (4 priedas)

### **3.2.3. Statistinė duomenų analizė**

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 16.0 for Windows bei R statistinius paketus. Aprašomosios statistikos metodu apskaičiuotos skaitinės charakteristikos: atsakymų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais, skaitinių rodiklių vidurkiai (M), standartinė vidurkio paklaida (SP). Skirtumų tarp grupių vidurkių reikšmingumas tikrintas ANOVA testu. Koreliacijoms tarp atsakymų Likerto skalėse taikytas polichorinių koreliacijų metodas (tetrachorinės koreliacijos skaičiuotos tarp kintamųjų, turinčių tik dvi galimas reikšmes NEQ klausimuose). Testų klausimų grupavimo validumui tikrinti naudota Cronbach'o alpha, kuriai įvertinti taip pat buvo taikytos polichorinės kintamųjų koreliacijos. Kintamųjų priklausymas skirtingiems skirstiniams buvo testuojamas Chi-kvadrato testu, modifikuotu mažoms imtims (p-reikšmės buvo koreguojamos savirankos metodu). Suformuotos funkcinės skalės buvo modeliuojamos LASSO bei apibendrintąja tiesine regresija. Statistinis reikšmingumas buvo laikomas kaip  $p < 0.05$ .

### **3.3. Tyrimo eiga**

Tyrimas pradėtas užpildžius konfidencialumo paraišką ir gavus ligoninių direktorių leidimą. Respondentų apklausa vykdyta 2016 metų kovo – balandžio mėnesiais. Apklausa vykdyta pacientams patogių laikų, suderinus su skyrių administracija. Dalyvavimas apklausoje buvo savanoriškas. Tyrimo duomenys buvo naudoti tik apibendrinti, išsaugant respondentų konfidencialumą.

Pacientai buvo prašomi perskaityti visus klausimus, apibrėžti anketose skaičiais pažymėtus teiginius, su kuriais jie sutinka arba ne. Dalis pacientų klausimyną užpildė patys, daliai pacientų klausimyną reikėjo padėti užpildyti.

## 4. TYRIMO REZULTATAI

### 4.1 Tiriamųjų sociodemografinė charakteristika

Tyrimė dalyvavo 100 onkologinių pacientų, iš jų 51 vyras ir 49 moterys. Pacientų amžius svyravo nuo 28 iki 84 metų amžiaus, amžiaus vidurkis 64 metai. Pacientai buvo suskirstyti į tris amžiaus grupes: 18-39, 40-59 ir 60-89 metai. Didžioji dalis respondentų gyveno mieste (85 proc.), nedidelė dalis kaime (15 proc.). Sociodemografiniai respondentų požymiai pateikti antroje lentelėje.

2 lentelė. Onkologinių pacientų sociodemografiniai požymiai

Sociodemografiniai požymiai		Tiriamieji (proc.)
Lytis	Vyrai	51,0
	Moterys	49,0
Amžiaus grupės	18-39 m.	10,0
	40-59 m.	29,0
	60-89 m.	61,0
Socialinė padėtis	Dirba	41,0
	Dirba/neįgalus	2,0
	Dirba/pensininkas	4,0
	Nedirba/DB	5,0
	Neįgalus/nedirba	8,0
	Pensininkas	40,0
Išsilavinimas	Aukštasis (bakalauras)	18,0
	Aukštasis (magistras)	16,0
	Aukštesnysis (spec.vidurinis)	39,0
	Nebaigtas vidurinis	4,0
	Pradinis	2,0
	Vidurinis(11-12 klasės)	21,0
Šeiminė padėtis	Išsiskyres	12,0
	Našlys	8,0
	Nevedęs,gyvena su partneriu	3,0
	Nevedęs,gyvena vienas	4,0
	Susituokęs	73,0
Vaikai	Ne	10,0
	Taip	90,0
Gyvenamoji vieta	Kaimas	15,0
	Miestas	85,0

**Onkologinių ligų struktūra.** Onkologinės pacientų ligos pateiktos trečioje lentelėje. Ištirtų pacientų grupėje vyravo virškinimo organų (41 proc.) ir lyties organų (27 proc.) piktybiniai navikai. Mažiausiai buvo sergančiųjų šlapimo organų onkologinėmis ligomis (6 proc.)

**3 lentelė. Onkologinių ligų struktūra**

<b>Onkologinės ligos</b>	<b>Tiriamieji (proc.)</b>
Krūties piktybiniai navikai	8,0
Kvėpavimo ir krūtinės ąstos organų piktybiniai navikai	6,0
Moters lyties organų piktybiniai navikai	11,0
Šlapimo organų piktybiniai navikai	6,0
Virškinimo organų piktybiniai navikai	41,0
Vyro lyties organų piktybiniai navikai	16,0
Kiti onkologiniai susirgimai	12,0

Pagal onkologinės ligos išplitimo laipsnį pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes - diagnozuotos metastazės (*yra* metastazės) ir nediagnozuotos metastazės (*nėra* metastazių). Metastazės buvo diagnozuotos 37 proc. pacientų. Dažniausiai metastazės buvo aptinkamos žarnyne, kvėpavimo organuose, lyties organuose, poodiniame sluoksnyje ir kauluose.

**Onkologinių ligonių gydymas.** Pagal apklausos metu taikytą gydymą, pacientai buvo suskirstyti į šešias grupes: chemospindulinis gydymas (7 proc.), radioterapija (20 proc.), priešoperacinis gydymas (15 proc.), pooperacinis gydymas (15 proc.), įvairi chemoterapija –(39 proc.), kitoks gydymas (4 proc.). Įvairią chemoterapiją sudarė paliatyvus, adjuvantinis, pseudoadjuvantinis, kombinuotas su biologine terapija gydymas. Kitoks gydymas apima pacientus, gaunančius simptominį gydymą ir atvykusius diagnostinei biopsijai.

**Gretutinės ligos.** 71 proc. pacientų nustatytos gretutinės ligos: pirminė arterinė hipertenzija (52 proc.), kitos ligos, tokios kaip cukrinis diabetas, lėtinės plaučių ligos, skydliaukės susirgimai, inkstų ir tulžies pūslės akmenligė sudarė 19 proc. 29 proc. ligonių gretutinės ligos nepažymėtos. Pagal gretutinės ligas pacientai buvo suskirstyti į tris grupes: pirminė arterinė hipertenzija (PAH), kitos ligos ir gretutinių ligų neatžymi.

**Onkologinių ligų rizikos veiksnių įvertinimas.** Ištyrus vieną iš onkologinių ligų rizikos veiksnių rūkymą, nustatyta, kad 89 proc. pacientų apklausos metu nerūkė, tačiau iš jų 39 proc. yra rūkę anksčiau. 61 proc. pacientų niekada nėra rūkę.

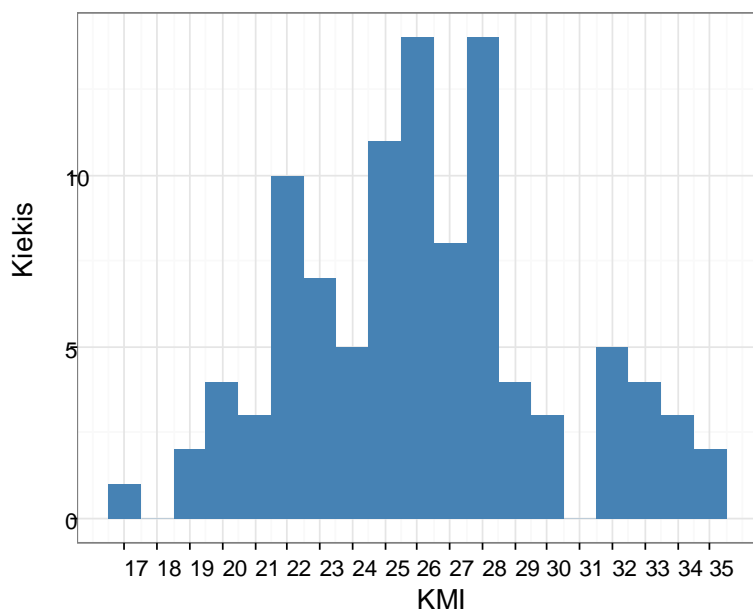
Nutukimas yra svarbus onkologinių ligų rizikos veiksnys. Pagal kūno masės indeksą, onkologiniai pacientai buvo suskirstyti į penkias grupes: per mažas svoris (<18,5), normalus svoris

(18,5 – 24,9), viršsvoris (25,0 – 29,9), I° nutukimas (30,0 – 34,9), II° nutukimas (35,0 – 39). Nustatyta (4 lentelė), kad daugiausia ligonių buvo su šiek tiek padidėjusio (49 proc.) ir normalaus svorio (34 proc.)

**4 lentelė. Onkologinių pacientų kūno masė**

Kūno masė	Tiriamieji (proc.)
Per mažas svoris	1,0
Normalus svoris	34,0
Viršsvoris	49,0
I° nutukimas	15,0
II° nutukimas	1,0

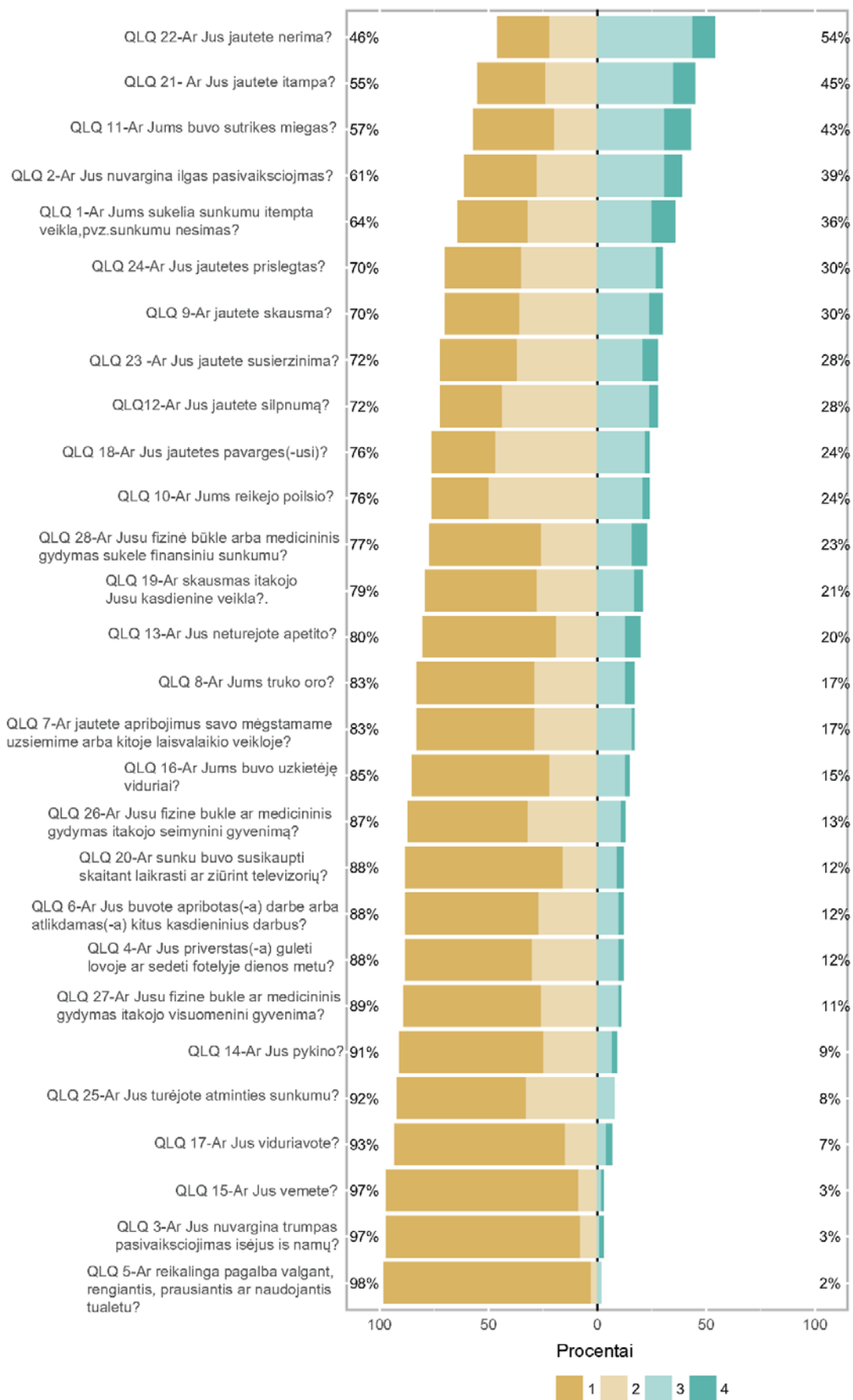
Mažiausio svorio buvo vienas pacientas (KMI - 17), didžiausias nustatytas kūno masės indeksas buvo 35,3, KMI vidurkis – 26,3. Konstatuota nemaža koncentracija tarp 32 ir 35 KMI reikšmių (1 pav.).



**1 pav. Onkologinių pacientų pasiskirstymas pagal kūno masės indeksą (KMI)**

#### 4.2. Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės tyrimas panaudojant su sveikata susijusio gyvenimo kokybės QLQ C-30 klausimyną.

Gyvenimo kokybės tyrimo rezultatai pateikti antrame paveiksle. Keturi atsakymų variantai pavaizduoti skirtingomis spalvomis. Iš kairės į dešinę išdėstytos reikšmės: 1 - visai ne, 2 - nedaug, 3 - vidutiniškai, 4 - labai daug.

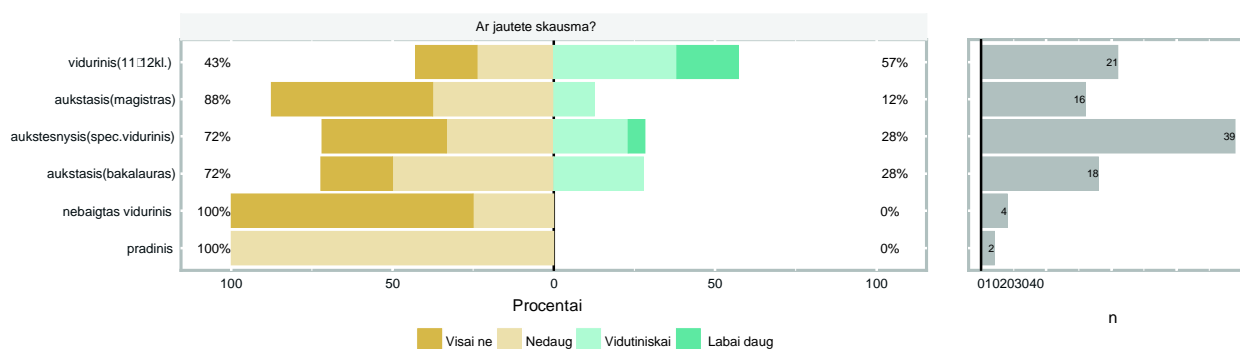


2 pav. Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės tyrimo rezultatai

Nustatyta, kad daugiausia problemų onkologiniai ligoniniai pažymėjo psichoemocinėje srityje: 54 proc. respondentų jautė nerimą, 45 proc. – įtampą, 43 proc. – miego sutrikimus. Fizinės sveikatos srityje vyravo negalėjimas daug vaikščioti (39 proc.) ir sunkiai nešti (36 proc.), skausmą jautė 30 proc. ligonių. Mažiausiai problemų buvo kasdieninėje veikloje, sunkumų apsitarnaujant (valgant, prausiantis, rengiantis) turėjo 2 proc. pacientų.

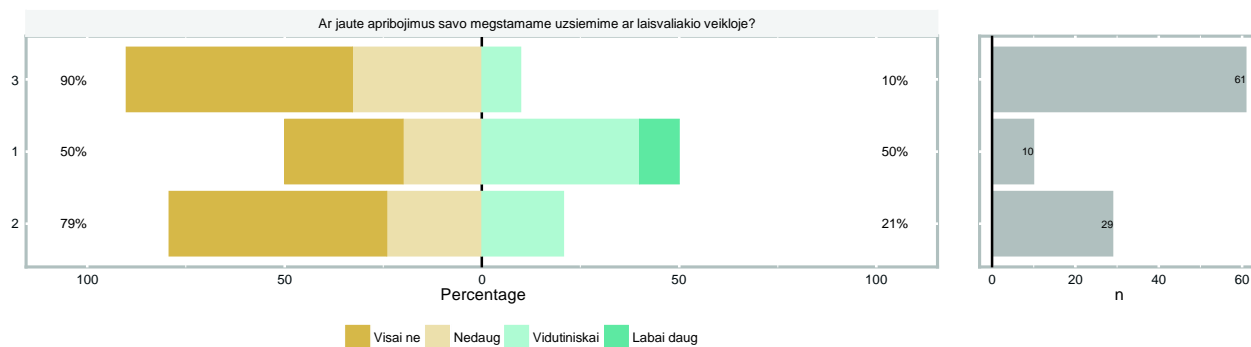
### 4.3 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės sąsajos su fiziniais, psichologiniais, ir medicininiais veiksniais

Buvo tiriama, kaip pasiskirstė pacientų atsakymai apie skausmo pojūtį, pagal išsilavinimą. (3 pav.) Aptikta, kad ženkliai išsiskiria vidurinį išsilavinimą turinčių respondentų atsakymai (57 proc.). Jie įvertino, kad jautė skausmą *vidutiniškai* ir *labai daug*, palyginus su kitų respondentų atsakymais. Likę atsakymai pasiskirstė nuo 0 iki 28 proc. Atsižvelgiant į pacientų imties pasiskirstymą pagal išsilavinimą, galima teigti, kad pacientai, su aukštesniu ir aukštesniu išsilavinimais mažiau jautė skausmą. ( $p = 0.07$ )

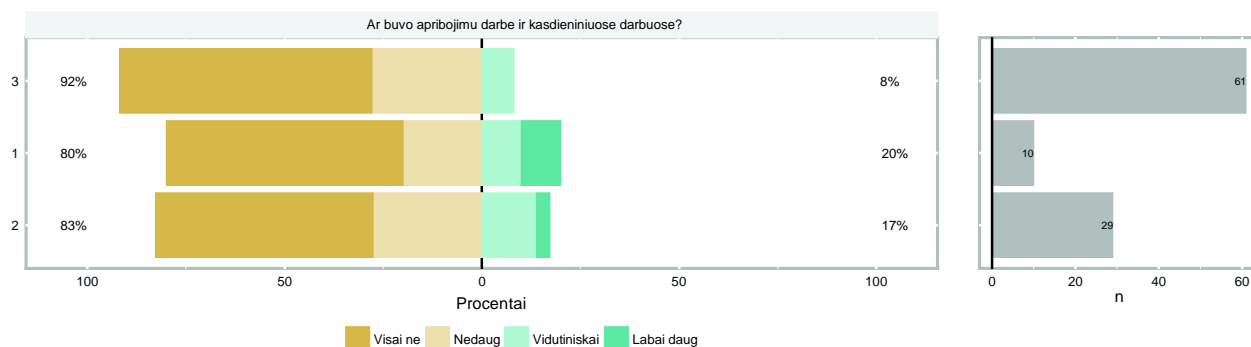


3 pav. Skausmo pojūtis priklausomai nuo išsilavinimo.

Tirta, kaip pasiskirstė pacientų jaustas apribojimas mėgiamoje veikloje pagal amžių. (4 pav.). Trys amžiaus grupės paveiksle pažymėtos ir suskirstytos: 1 – nuo 18 iki 39 metų, 2 – nuo 40 iki 59 metų, 3 – nuo 60 iki 81 metų. Stebima, kad 50 proc. pirmos amžiaus grupės pacientų dėl savijautos jautė *vidutiniškai* ar *labai daug* apribojimo savo mėgiamoje ar laisvalaikio veikloje, palyginus su kitomis dviem grupėmis. Kai tuo tarpu, klausime apie apribojimus darbe ar kitoje kasdienėje veikloje ta pati pirma grupė nelabai išsiskyrė palyginus su kitomis dviem. (5 pav.). Galima įtarti, kad pacientų, kurių amžius nuo 18 iki 39 metų, asmeninis užimtumas ir laisvalaikis yra aktyvesni, lyginant su kitų amžiaus grupių pacientais. ( $p = 0.01$  bei  $p = 0.46$ , atitinkamai)

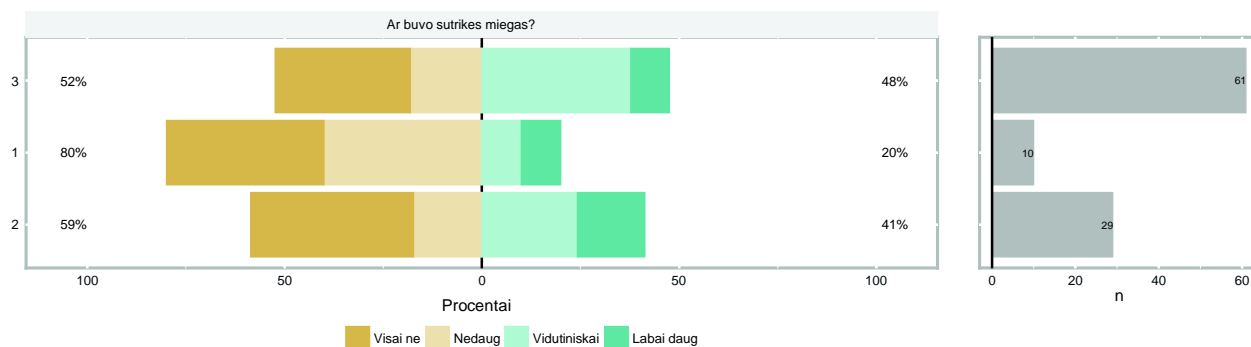


4 pav. Laisvalaikio veiklos apribojimai pagal amžių.



5 pav. Darbo ir kasdieninių darbų apribojimai pagal amžių.

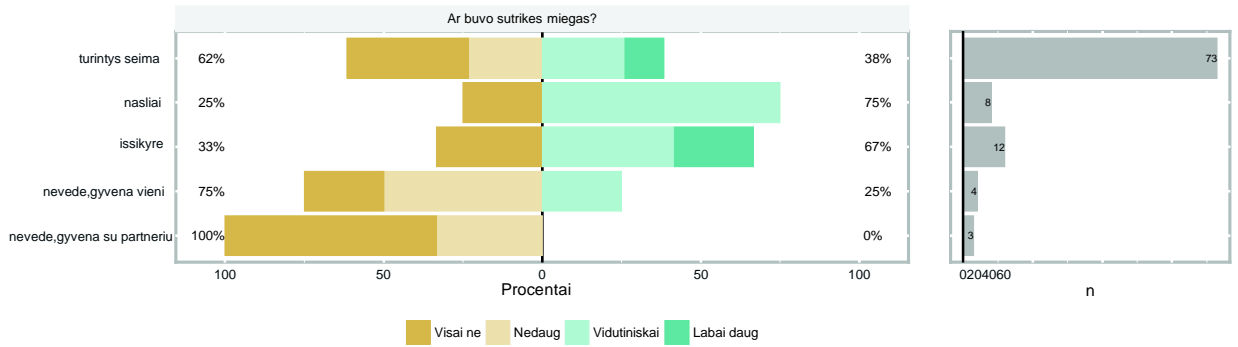
Tirta, kaip pasiskirstė atsakymai apie miego sutrikimus ir amžių (6 pav.) Antros ir trečios amžiaus grupių atsakymai surinko panašius įvertinimus – 41 proc. ir 48 proc., kai tuo tarpu pirmos amžiaus grupės atsakymai sudarė 20 proc. Apibendrintai galima teigti, kad pacientų, kurių amžius nuo 40 iki 81 metų, savijauta sergant onkologine liga, netiesiogiai turi įtakos miego kokybei. Atliekant anketinę apklausą, pacientai kalbėdami apie miego sutrikimą, išsakydavo nusiskundimus, kad naktį dažnai nubunda, ar iš vakaro sunkiai užmiega, turi dėl to dažniau vartoti miegui medikamentus. ( $p = 0.28$ ). Chi-kvadrato testas nenustato reikšmingo skirtumo, tačiau tai galėtų būti dėl nepakankamos imties pirmoje amžiaus grupėje.



6 pav. Miego sutrikimai priklausomai nuo amžiaus.

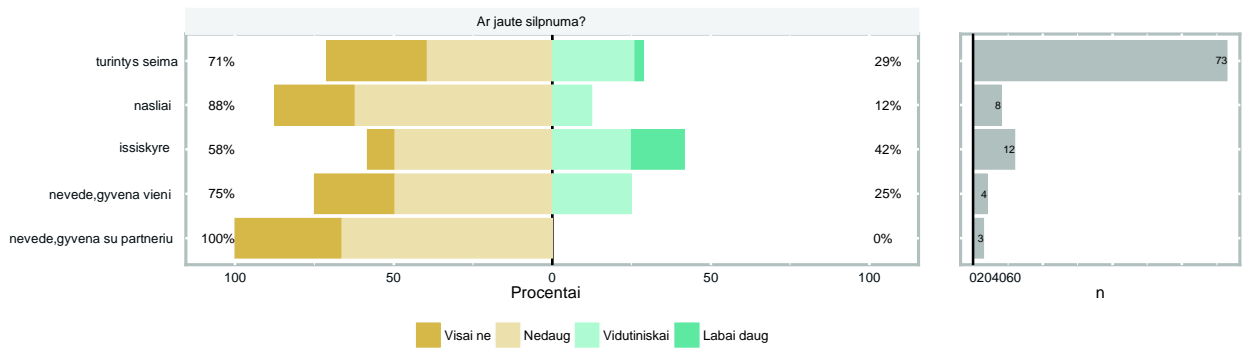


Tirtas miego sutrikimo reikšmių pasiskirstymas pagal šeiminę padėtį (7 pav.). Grafike matosi, kad vedusiems ir gyvenantiems su partneriu pacientams miego sutrikimas *vidutiniškai* ir *labai daug* buvo 38 proc. ir 25 proc., kai tuo tarpu, nežiūrint į pacientų imtį, našlaujančių ir išsiskyrusių pacientų miego sutrikimas stebimas ženkliai didesnis – 75 proc. ir 67 proc. ( $p = 0.09$ )



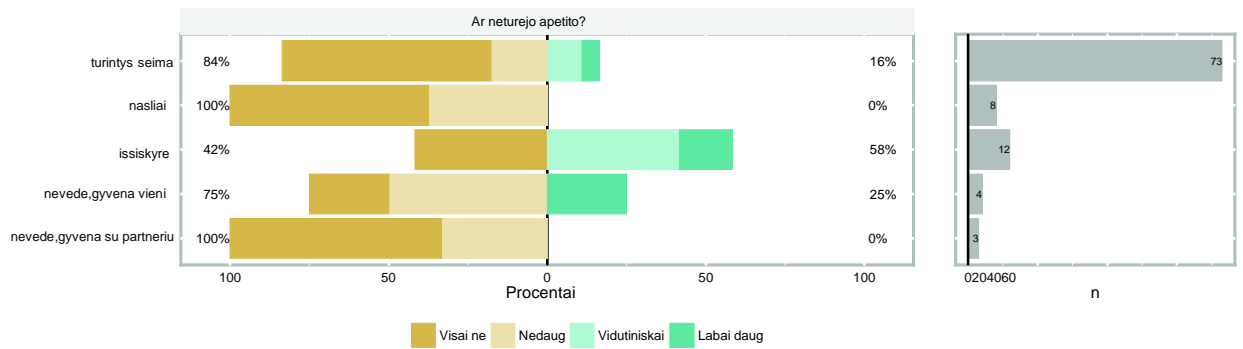
**7 pav. Miego sutrikimai priklausomai nuo šeiminės padėties.**

Aiškintasi, kaip pasiskirstė silpnumo pojūtis tarp pacientų gyvenančių šeimoje ir kitaip. (8 pav.). 42 proc. išsiskyrusių pacientų, jautė *vidutinį* ir *labai didelį* silpnumą. Kitų pacientų atsakymai skalėje vidutiniškai ir labai daug, pasiskirstė tarp 0 proc. ir 29 proc. ( $p = 0.058$ ).



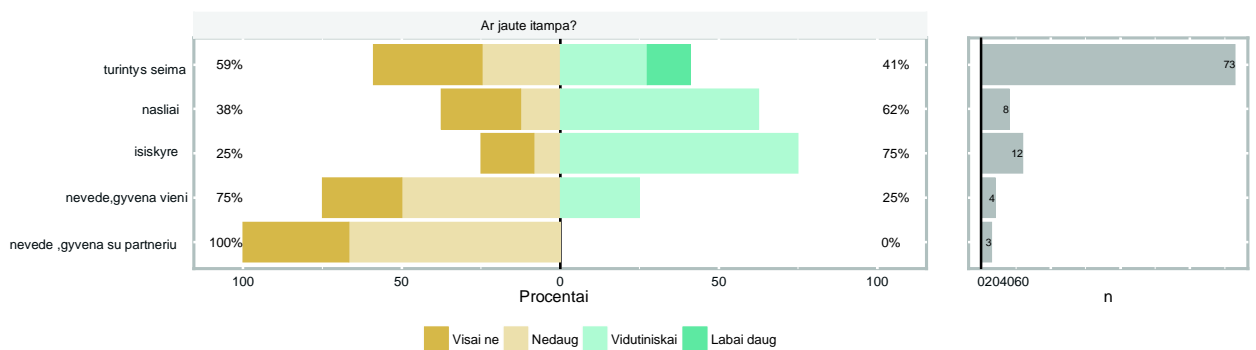
**8 pav. Silpnumo pojūtis priklausomai nuo šeiminės padėties.**

Tirtas atsakymų pasiskirstymas pagal šeimą ir apetito neturėjimą (9 pav.). Nežiūrint respondentų imties, iš grafiko matosi, kad išsiskyrę pacientai apetito neturėjimą įvertino kaip *vidutinišką* ir *labai didelį* - 58 proc., turintys šeimas - 16 proc., nevedę, gyvenantys vieni - 25 proc. ( $p = 0.046$ ).



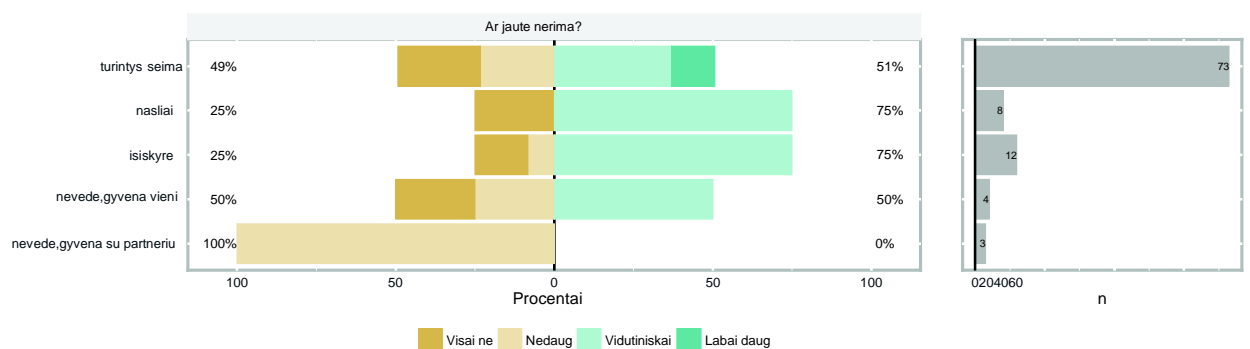
**9 pav. Apetito neturėjimo reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo šeiminių padėties.**

Tirta, kaip pasiskirstė įtampos jutimas pagal šeiminių gyvenimą (10 pav.). Nežiūrint respondentų imties, iš grafiko matosi, kad našlaujantys (62 proc.) ir išsiskyre (75 proc.) pacientai jautė *vidutinišką* įtampą, o 41 proc. šeimoje gyvenančių pacientų jautė *vidutinišką* ir *labai didelę* įtampą. ( $p = 0.025$ ).



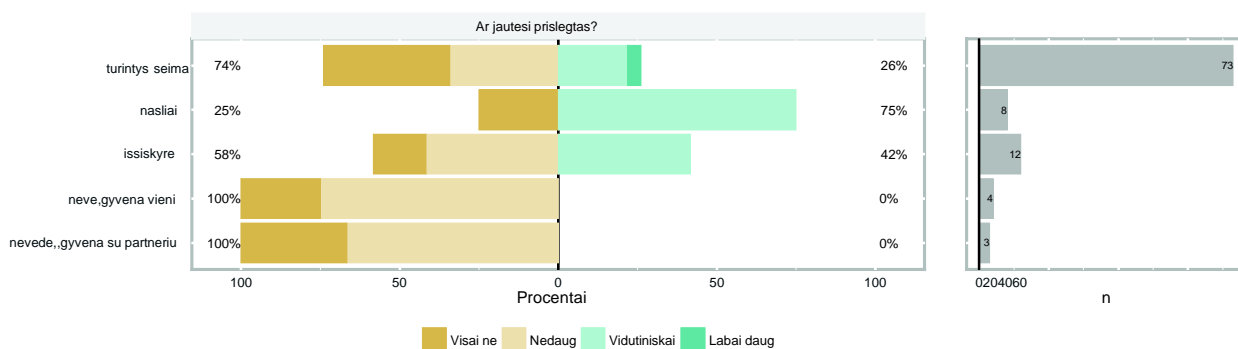
**10 pav. Įtampos jutimo reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo šeiminių gyvenimo.**

Tirta šeiminių gyvenimas ir nerimo jutimas. (11 pav.) *Vidutinišką* nerimą jautė našlaujantys ir išsiskyre pacientai po 75 proc., turintys šeimą – 51 proc., iš jų dalis buvo žymėta, kaip *labai didelis* nerimas. ( $p = 0.03$ )



**11 pav. Nerimo jutimo reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo šeiminių gyvenimo.**

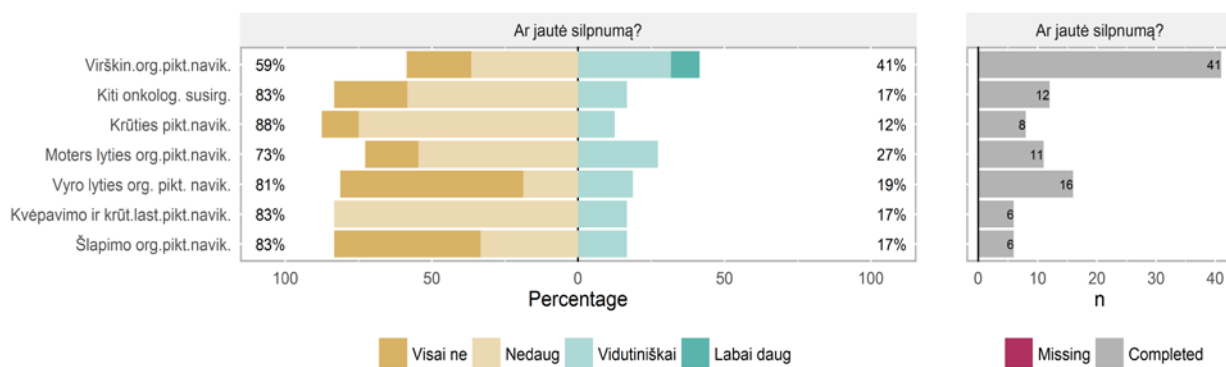
Nagrinėtas prislėgtumo jausmas pagal šeiminių gyvenimą. (12 pav.). Iš grafiko matyti, kad našlaujantys pacientai (75 proc.) *vidutiniškai* jautėsi prislėgtai lyginant su išsiskyrusiais (42 proc.) ir turinčiais šeimas pacientais (26 proc.) ( $p = 0.01$ ).



### 12 pav. Prislėgtumo jausmo reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo šeiminio gyvenimo.

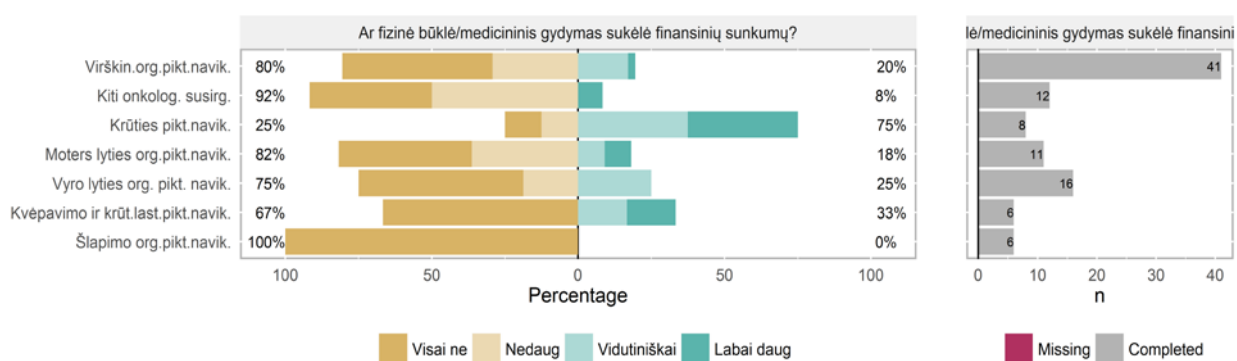
Apžvelgdami pateiktų grafikų rezultatus, matome, kad pacientai dėl įvairių aplinkybių gyvenantys vieni, statistiškai reikšmingai daugiau patiria fizinius sutrikimus, tokius kaip miego sutrikimas, apetito nebuvimas; ir emociškai ženkliai didesnius neigiamus pojūčius, tokius kaip nerimą, įtampą, prislėgtumo jausmą. Galima pasvarstyti, kad našlaujantys, išsiskyrę, gyvenantys vieni pacientai negauna pakankamai palaikymo iš aplinkos, dėl gyvenime patirtų krizių jautriau reaguoja į įvairius pokyčius gyvenime. Kitų duomenų tarpusavio santykiai statistiškai nebuvo reikšmingi.

Tirta, kaip pasiskirstė atsakymų rezultatai pagal onkologines diagnozes ir jaučiamą silpnumą (13 pav.). Ryškiausiai išsiskyrė virškinimo organų onkologiniais susirgimais sergančių pacientų atsakymai – 41 proc. jautė *vidutinį* ir *labai didelį* silpnumą. Kitų sričių onkologinių susirgimų pacientų atsakymai pasiskirstė tarp 12 proc. ir 27 proc. Atliekant anketinę apklausą, iš ne vieno paciento, sergančio virškinimo organų onkologine liga, teko girdėti apie sunkumus valgant – po skrandžio operacijos reikia iš naujo mokintis valgyti, nes tiesiog maistas išvemiama be jokio pykinimo jausmo, mažėja svoris, jaučiamas gana dažnai silpnumas, šalčio pojūtis, reikia daugiau apsirengti. Galima manyti, kad esant sunkumams vartojant maistą, organizmui jį pilnai nepasisavinant, nepakankamai gaunant maisto medžiagų, kaip buvo įprasta, pacientai jaučia didesnį silpnumą, lyginant su likusiais tyrimo dalyviais.



**13 pav. Silpnumo pojūčio reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo onkologinės ligos.**

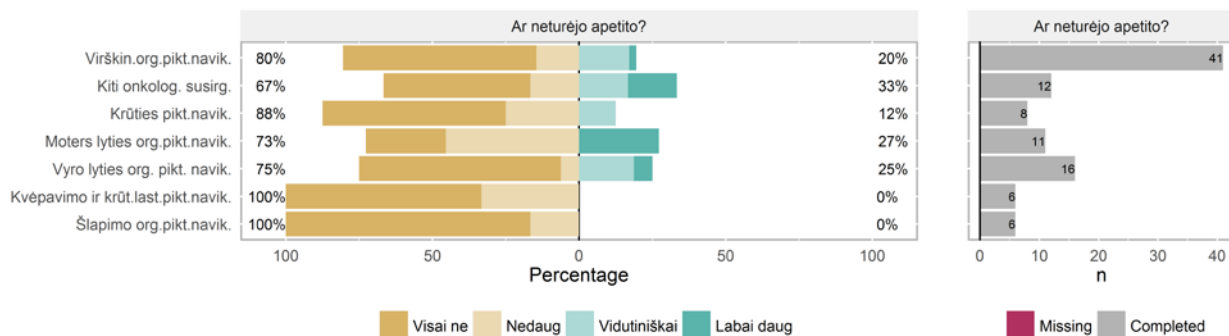
Tirta, kaip pasiskirstė pacientų atsakymai pagal onkologines ligas ir fizinės būklės ar medicininio gydymo sukeltus finansinius sunkumus (14 pav). Krūties piktybinių navikų diagnozę turinčių respondentų rezultatai sudarė 75 proc. reikšmių *vidutiniškai* ir *labai daug*, lyginant su likusias diagnozes turinčiais respondентаis. Jų rezultatai pasiskirstė nuo 0 iki 33 proc. Taip pat krūties piktybinius navikus turinčių respondentų atsakymų reikšmės *visai ne* ir *nedaug* sudarė 25 proc., tuo tarpu likusių respondentų atsakymai tose pat reikšmėse pasiskirstė nuo 100 iki 67 proc. Galima teigti, kad krūties piktybinių navikų pacientai dėl fizinės būklės ar medicininio gydymo patyrė didesnius finansinius sunkumus nei likę pacientai. Anketinės apklausos metu pacientai nebuvo linkę nuodugniau dalintis finansinių sunkumų priežastimis. Galima svarstyti prielaidą, kad pacientai, sergantys krūties piktybinėmis ligomis, turi finansinių sunkumų, susietų su platinėmis rekonstrukcijomis po krūties pašalinimo operacijų ( $p = 0.01$ ).



**14 pav. Finansinių sunkumų reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo onkologinės ligos**

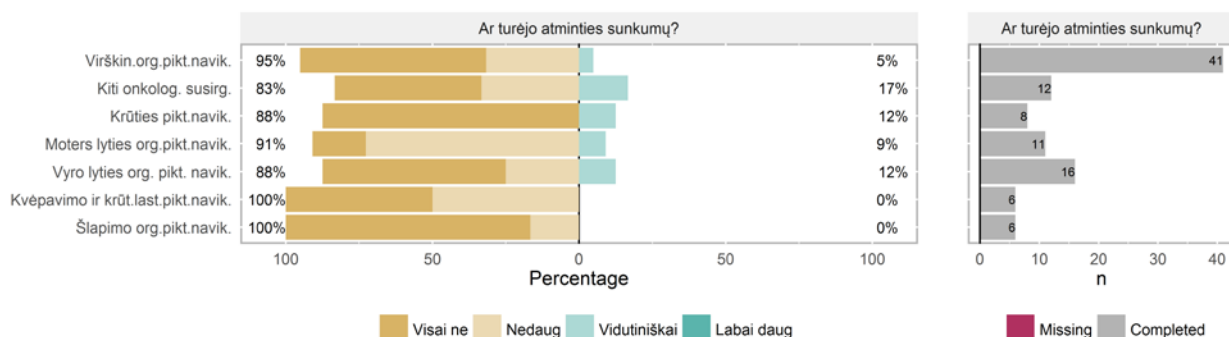
Tirta, kaip pasiskirstė apetito stoka priklausomai nuo onkologinės ligos diagnozės (15 pav). Stebėta, kad 27 proc. moterų, sergančių lyties organų piktybiniais navikais, apetito neturėjo

labai daug. Reikšmė vidutiniškai net nebuvo pažymėta. Taip pat tos pačios diagnozės pacientų 73 proc. sudarė atsakymai *visai ne* ir *nedaug*, ir pastarasis buvo ženkliai didesnis ( $p < 0.01$ ).



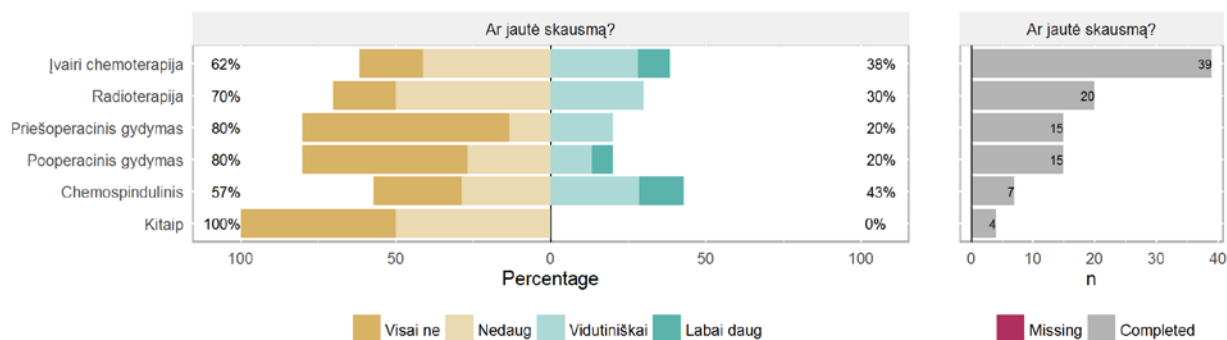
### 15 pav. Apetito stokos reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo onkologinės ligos

Tirta, kaip pasiskirstė klausimo apie atminties sutrikimo sunkumo pagal onkologinės ligos diagnozes reikšmės (16 pav.) Stebima, kad pacientų, sergančių moters organų piktybiniais navikais, grupėje 91 proc. sudarė atsakymo reikšmės *visai ne* ir *nedaug*. Reikšmės *nedaug* žymėta statistiškai reikšmingai daugiau, nei reikšmės *visai ne*, lyginant su kitų pacientų atsakymais. 9 proc. sudaro reikšmė *vidutiniškai* ( $p = 0.01$ )



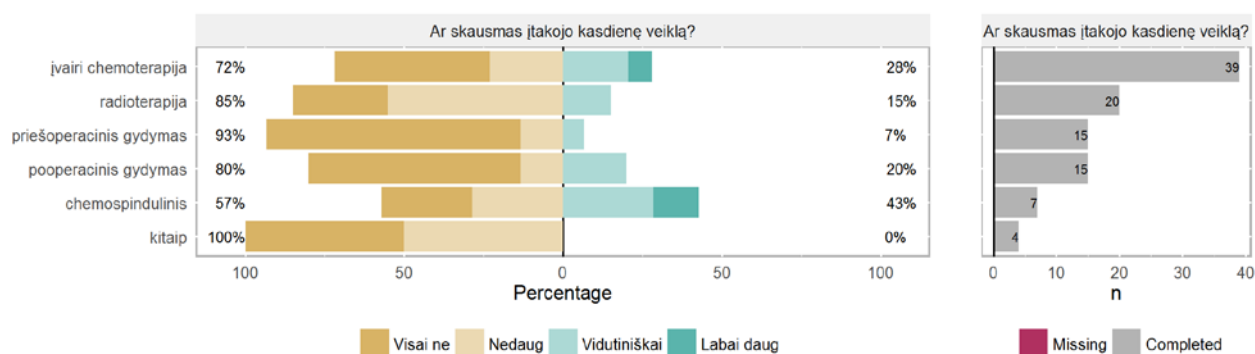
### 16 pav. Atminties sutrikimo sunkumo reikšmių pasiskirstymas priklausomai nuo onkologinės ligos

Tirta, kaip pasiskirstė skausmo jutimo atsakymų rezultatai pagal taikytą gydymą (17 pav.). Įvairių chemoterapiją gaunančių pacientų grupėje 62 proc. ženkliau jautė skausmą *nedaug* ir *visai nejautė*, 38 proc. skausmą juto *vidutiniškai* ir *labai daug*. Radioterapiją gaunančių pacientų grupėje 70 proc. ženkliai skausmą juto *nedaug*, ir *visai nejuto*. 30 proc. rezultatų sudarė *vidutiniško* skausmo pojūtį ( $p = 0.02$ ).



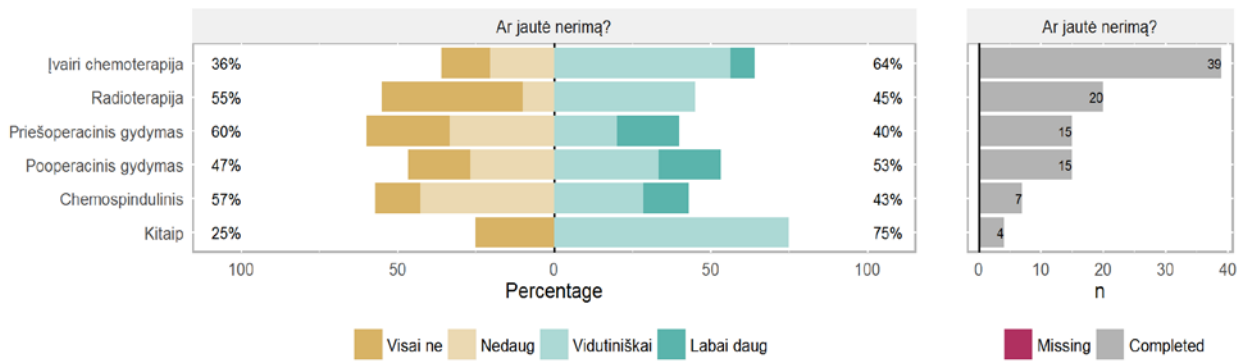
17 pav. Skausmo jutimo reikšmių pasiskirstymas pagal gydymo pobūdį

Stebėta, kaip pasiskirstė skausmo įtakos kasdienei veiklai atsakymų rezultatai pagal taikomą gydymą (18 pav.). Iš grafiko matyti, kad įvairią chemoterapiją gaunančių pacientų grupėje 28 proc. vertino įtaką kaip *vidutinišką* ir *labai didelę*, radioterapiją gaunančių pacientų grupėje 85 proc. žymėjo *nedidelę* įtaką, 15 proc. žymėjo *vidutinę* skausmo įtaka kasdienei veiklai ( $p = 0.02$ )



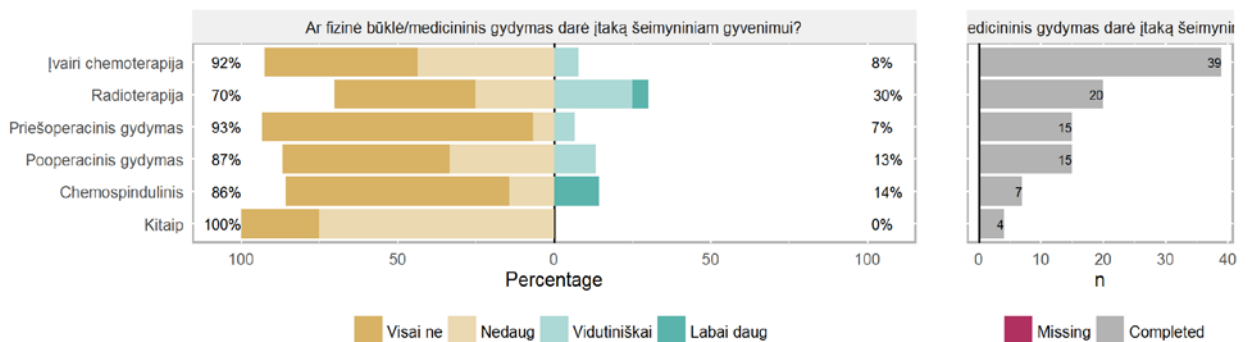
18 pav. Skausmo įtakos kasdienei veiklai reikšmių pasiskirstymas pagal taikomą gydymą

Tirta, kaip pasiskirstė tyrimo rezultatai pagal taikytą gydymą ir nerimo pojūtį (19 pav.). Įvairią chemoterapiją gaunančių pacientų nerimo jausmas buvo 64 proc. *vidutinis* ir *labai didelis*; radioterapiją gaunančių pacientų 45 proc. *vidutinis* nerimo jausmas; priešoperaciniame periode – 40 proc. *vidutinis* ir *labai didelis*, pooperaciniame periode – 53 proc. *vidutinis* ir *labai didelis* nerimo jausmas; chemospindulinį gydymą gaunančių pacientų – 43 proc. *vidutiniškai* ir *labai daug* jautė nerimą. Galima teigti, kad įvairią chemoterapiją gaunantys pacientų nerimo lygis daug didesnis, lyginant su kitokį gydymą gaunančiais pacientais. To priežastimi gali būti tai, kad chemoterapinis gydymas vykdomas kursais ir pacientai kursui atvyksta kelis kartus ( $p = 0.03$ ).



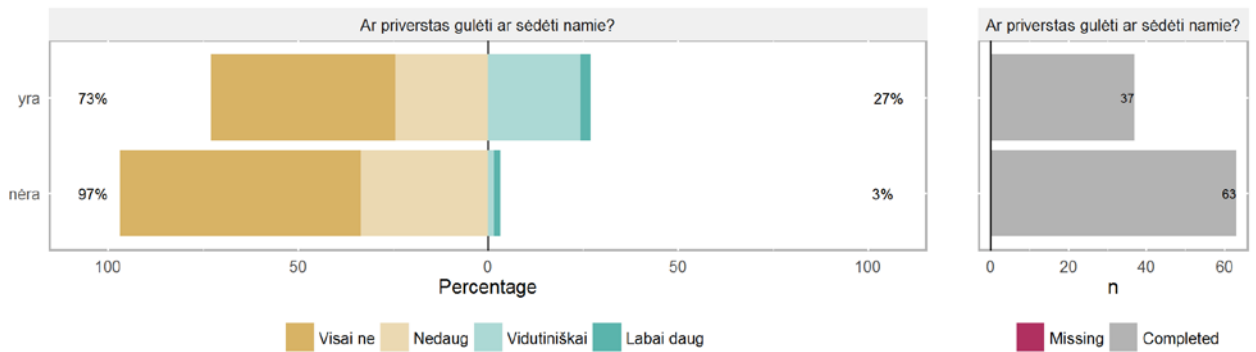
### 19 pav. Nerimo jautimo reikšmių pasiskirstymas pagal taikomą gydymą

Tirta, kaip pagal taikytą gydymą pasiskirstė fizinės būklės ar medicininio gydymo įtaka šeiminiam gyvenimui (20 pav.) Stebima, kad radioterapiją gaunančių pacientų grupėje įtaka šeiminiam gyvenimui 30 proc. sudarė *vidutiniškai* ir *labai daug*. Galima spėti, kad tam įtakos turėjo tai, kad radioterapinį gydymą gaunantys pacientai ligoninėje guli ilgiau, nei kitokį gydymą gaunantys pacientai ( $p = 0.054$ ).



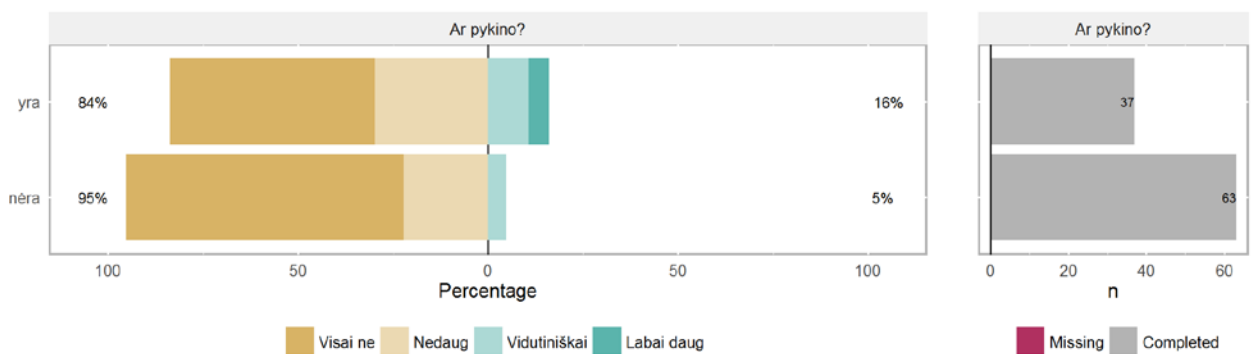
### 20 pav. Fizinės būklės ir medicininio gydymo įtakos šeiminiam gyvenimui reikšmių pasiskirstymas pagal gaunamą gydymą

Tirta, kaip pasiskirstė rezultatai pagal metastazių buvimą (yra) /nebuvimą (nėra) ir priverstinį gulėjimą ar buvimą namuose (21 pav.) Turinčių metastazių pacientų grupėje 37 proc. buvo *vidutiniškai* ir *labai daug* priversti dienos metu gulėti ar sėdėti fotelyje. Kai tuo tarpu neturinčių metastazių pacientų grupėje 3 proc. buvo *vidutiniškai* ir *labai daug* priversti namie dienos metu gulėti ar sėdėti fotelyje ( $p = 0.001$ ).



**21 pav. Priverstinio gulėjimo ar sėdėjimo reikšmių pasiskirstymas pagal metastazių buvimą/nebuvimą**

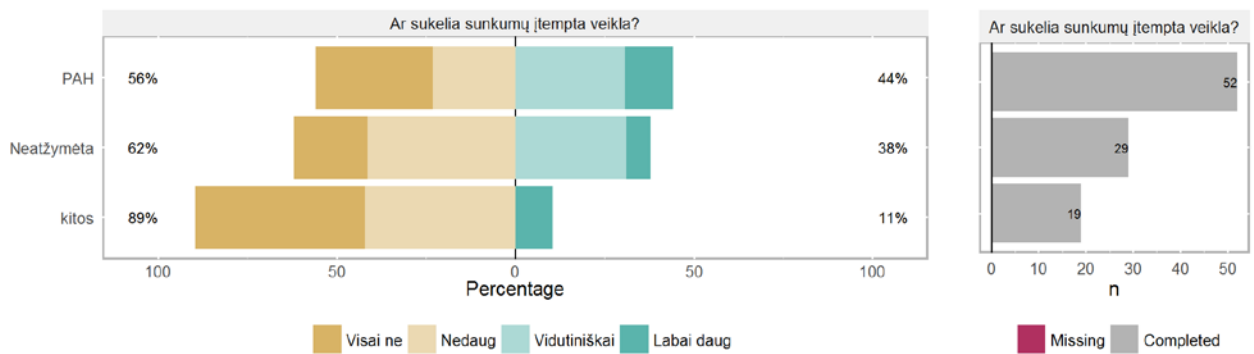
Tirta, kaip pasiskirstė atsakymų rezultatai tarp metastazių buvimo /nebuvimo ir pykinimo (22 pav.). Stebima, kad pacientų, turinčių metastazių, grupėje 16 proc. jautė *vidutinį* ir *labai didelį* pykinimą, kai tuo tarpu metastazių neturinčių pacientų grupėje 5 proc. *vidutiniškai* jautė pykinimą ( $p = 0.07$ ).



**22 pav. Pykinimo jutimo reikšmių pasiskirstymas pagal metastazių buvimą/nebuvimą**

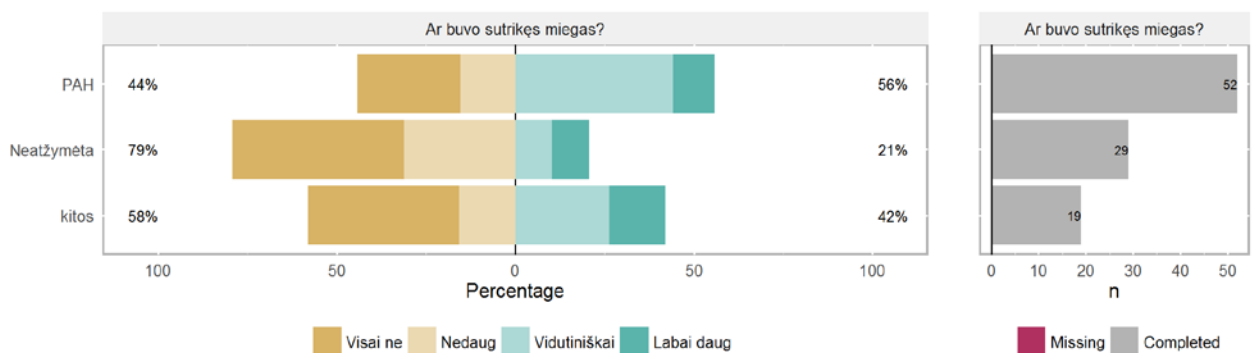
Tirta, kaip pasiskirstė atsakymų rezultatai tarp gretutinių ligų ir įtemptos veiklos keliamų sunkumų (23 pav.). Matyti, kad 44 proc. PAH turinčių pacientų įtempta veikla sukelia *vidutinį* ir *labai didelį* sunkumą, kitos gretutinės ligos – 11 proc. *labai daug*, neatžymėtos gretutinės ligos - 38 proc. *vidutinį* ir *labai didelį* sunkumą ( $p = 0.03$ ).





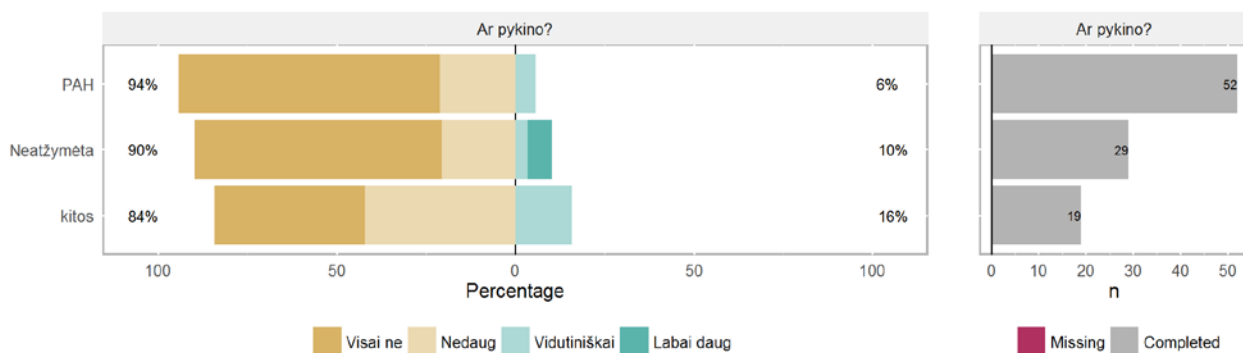
23 pav. Įtemptos veiklos sukeltamų sunkumų reikšmių pasiskirstymas pagal gretutines ligas

Tirta, kaip pasiskirstė gretutinės ligos ir miego sutrikimas (24 pav.). PAH sergančių pacientų grupėje 56 proc. miegas buvo sutrikęs *vidutiniškai* ir *labai daug*. Kitomis gretutinėmis ligomis sergančių pacientų grupėje 42 proc. miegas buvo sutrikęs *vidutiniškai* ir *labai daug*. Su neatžymėtu ligos buvimu pacientų grupėje 21 proc. miegas buvo sutrikęs *vidutiniškai* ir *labai daug*. Pagal gautus rezultatus, galima teigti, kad PAH ir kitos gretutinės ligos turi didesnę įtaką miego sutrikimui, nei gretutinių ligų nebuvimas ( $p = 0.02$ ).



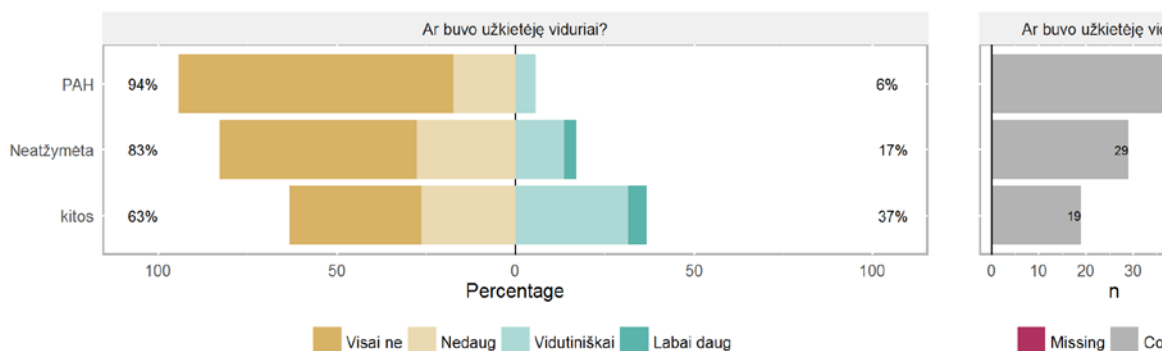
24 pav. Sutrikusio miego reikšmių pasiskirstymas pagal gretutines ligas

Tirta, kaip pasiskirstė tyrimo rezultatai pagal gretutines ligas ir pykinimą (25 pav.). Pacientų su kitomis gretutinėmis ligomis – 16 proc. *vidutiniškai* pykino. Turintiems PAH gretutinį susirgimą – 6 proc. sudarė *vidutiniškas* pykinimas. Su reikšme – neatžymėta – lydinti liga – 10 proc. *labai daug* ir *vidutiniškas* pykinimas. Kitos lydinčios ligos – 84 proc. pykino nedaug ir visai nepykino. Kitų lydinčių ligų atsakymų reikšmės *visai ne* ir *nedaug* vizualiai pasiskirstė per pusę, kai tuo tarpu su PAH ir neatžymėtomis gretutinėmis ligomis rezultatai tarpusavyje beveik nesiskyrė – 94 proc. ir 90 proc. buvo *nedaug* ir *visai ne*, pastaroji sudarė didesnę duomenų dalį. Galima teigti, kad gretutinis susirgimas PAH neturėjo įtakos pykinimui ( $p = 0.068$ ).



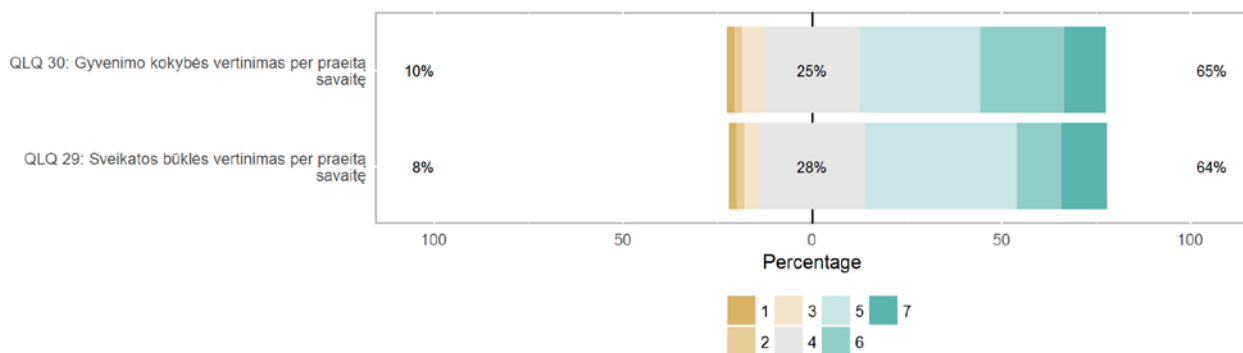
## 25 pav. Pykinimo jutimo reikšmių pasiskirstymas pagal gretutines onkologinių pacientų ligas

Tirta kaip pasiskirstė rezultatai gretutinių ligų ir vidurių užkietėjimo (26 pav.). Kitas gretutines ligas turintys pacientai pažymėjo 37 proc. *vidutiniškai* ir *labai daug*. PAH turintys pacientai pažymėjo 6 proc. *vidutiniškai* ir *labai daug*. Su reikšme – *neatžymėtos* – gretutinėmis ligomis – 17 proc. *vidutiniškai* ir *labai daug* turėjo vidurių užkietėjimų. Turint omenyje, kad su reikšme „kitos“ yra apjungtos ligos, tarp kurių yra skrandžio ligos, lėtinės plaučių ligos, cukrinis diabetas, inkstų ir tulžies pūslės akmenligės, galima teigti, kad „kitos“ gretutinės ligos turi didesnę įtaką vidurių užkietėjimui negu PAH. Nes esant *kitoms* gretutinėms ligoms, joms taikomo gydymo medikamentais, galimai vienas kaip šalutinis poveikis yra vidurių užkietėjimas. Atsižvelgiant į onkologinių pacientų tiek gaunamą įvairų gydymą, tiek gretutines ligas, svarbu yra reguliuoti žarnyno veiklą medikamentų pagalba arba maisto medžiagomis, pakankamu vartojamo skysčių kiekiu. ( $p = 0.008$ )



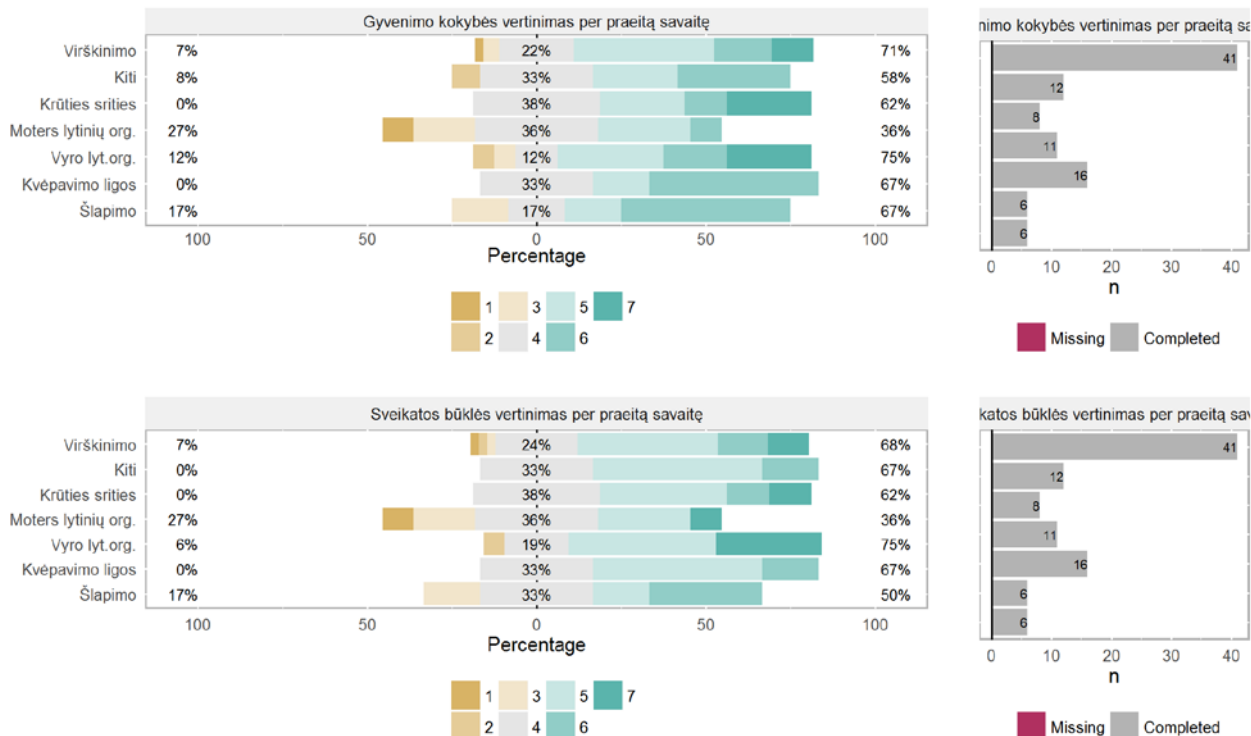
## 26 pav. Obstipacijos reikšmių pasiskirstymas pagal onkologinių pacientų gretutines ligas

QLQ C-30 klausimyno 29 ir 30 klausimai grafiškai pavaizduoti 27 paveiksle. Grafike matoma, kad rezultatai tarpusavyje stipriai koreliuoja (polichorinė koreliacija - 0,87). Taigi, tikėtina, jog aukštą gyvenimo kokybės vertinimą atitiks panašiai aukštas sveikatos būklės vertinimas.



27 pav. Gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės vertinimas

Tiriant pacientų atsakymus vertinant savo gyvenimo kokybę ir sveikatos būklę praėitą savaitę pagal diagnozes, matyti, kad pacientai, sergantys Moters lytinių organų piktybiniais navikais žymiai prasčiau vertino savo gyvenimo kokybę bei sveikatos būklę. (28 pav.) ( $p = 0.12$  bei  $p = 0.065$ , atitinkamai. Toks reikšmingumų skirtumas grindžiamas tuo, jog sveikatos būklės vertinimo atsakymai pasižymėjo gerokai didesne koncentracija negu gyvenimo kokybės vertinimas, todėl Chi-kvadrato testas su didesniu užtikrintumu įvertino skirtumą. Papildomai, verta prisiminti, jog testo galią mažina ir nedidelis duomenų skaičius atskirose grupėse)



28 pav. Gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės vertinimo rezultatų pasiskirstymas pagal onkologines ligas

Palyginus QLQ30 klausimyno skales, apibendrinančias emocinį ir fizinį funkcionavimą pagal išsilavinimo kriterijų, nustatytas labai reikšmingas skirtumas tarp grupių (remiantis ANOVA testu,  $p = 0.001$ ). Grupių vidurkiai pateikti penktoje lentelėje.

**5 lentelė. Emocinio ir fizinio funkcionavimo skalių vidurkių palyginimas pagal išsilavinimą**

Išsilavinimas		Emocinis funkcionavimas	Fizinis funkcionavimas
Aukštasis (bakalauras)	Vidurkis	55,09	80,00
	N	18	18
	Standartinis nuokrypis	23,25	12,10
Aukštasis (magistras)	Vidurkis	<b>85,93</b>	82,92
	N	16	16
	Standartinis nuokrypis	14,50	13,55
Aukštesnysis (spec.vidurinis)	Vidurkis	60,26	79,66
	N	39	39
	Standartinis nuokrypis	25,89	17,90
Nebaigtas vidurinis	Vidurkis	56,25	91,67
	N	4	4
	Standartinis nuokrypis	20,83	16,66
Pradinis	Vidurkis	41,66	60,00
	N	2	2
	Standartinis nuokrypis	,00	,00
Vidurinis (11-12 klasių)	Vidurkis	53,57	75,56
	N	21	21
	Standartinis nuokrypis	25,21	16,23
Bendras	Vidurkis	61,50	79,47
	N	100	100
	Standartinis nuokrypis	25,50	16,01

Lyginant pacientų emocinio funkcionavimo įverčius pastebime, jog magistrą baigusiems pacientams jis siekia 86, kas yra gerokai aukščiau likusių pacientų: bendras imties vidurkis 61,5, taip pat matome, jog kitų grupių vidurkis neviršija 62. Taigi, skirtumas labai didelis, prisiminus, jog skalė vertina funkcionavimą nuo 0 iki 100. Aukštas rezultatas funkcinėje skalėje reiškia aukštą/sveiką funkcionavimo lygį. Palyginimui, matome, jog fizinio funkcionavimo įverčiai

tarp skirtingą išsilavinimą turinčių pacientų reikšmingai nesiskiria (ANOVA patvirtina:  $p = 0.2 > 0.05$ ). Taigi, darome išvadą, jog labiausiai išsilavinusiems onkologinių ligų pacientams labiausiai trūko emocinio artumo, bendravimo ir psichologinio palaikymo.

Palyginome QLQ C-30 klausimyno funkcinių skalių rezultatų pasiskirstymą priklausomai nuo ligos simptomų. Šeštoje lentelėje pažymėti vidutiniai įvairių pagrindinių funkcionavimo tipų, kurie susideda į bendrą žmogaus gyvenimo kokybės įvertinimą, vidurkio įverčiai. Matome, jog pacientų nenumalšinti ligos simptomai iš tiesų neigiamai veikia jų bendrą gyvenimo kokybę: šių pacientų emocinio funkcionavimo įvertinys (54,93) statistiškai reikšmingai mažesnis už tų pacientų, kurių simptomas yra pašalintas (ar neįveikiamas) (67,81). Šis skirtumas reikšmingas ( $p = 0.01$ ) remiantis ANOVA testu. Papildomai, jų kognityvinio funkcionavimo įvertis (80,95) su 5 proc. reikšmingumo lygmeniu mažesnis už pacientų, neįveikiančių simptomų (88,23), bei su 10 proc. reikšmingumo lygmeniu fizinio funkcionavimo įvertis (76,6) mažesnis už likusių įvertį (82,22).

**6 lentelė. Vidutiniai funkcinių skalių įverčiai ir reikšmingumas pagal pagalbos neįveikiant ligos simptomų poreikį.**

<b>Vidutiniai skalių įverčiai bei jų reikšmingumas</b>							
Ar reikia pagalbos neįveikiant ligos simptomų?		Emocinė funkcija	Pažinimo funkcija	Fizinė funkcija	Veiklos funkcija	Socialinė funkcija	Bendra sveikatos ir gyvenimo kokybės būklė
ne	Vidurkis	67,81	88,23	82,22	80,39	83,66	65,84
	N	51	51	51	51	51	51
	Standartinis nuokrypis	24,72	17,09	15,35	24,19	20,40	20,56
taip	Vidurkis	<b>54,93</b>	<b>80,95</b>	<b>76,60</b>	<b>80,61</b>	79,93	63,94
	N	49	49	49	49	49	49
	Standartinis nuokrypis	24,87	19,83	16,33	23,40	22,30	20,01
Iš viso	Vidurkis	61,50	84,66	79,47	80,50	81,83	64,91
	N	100	100	100	100	100	100
	Standartinis nuokrypis	25,50	18,75	16,01	23,69	21,33	20,21

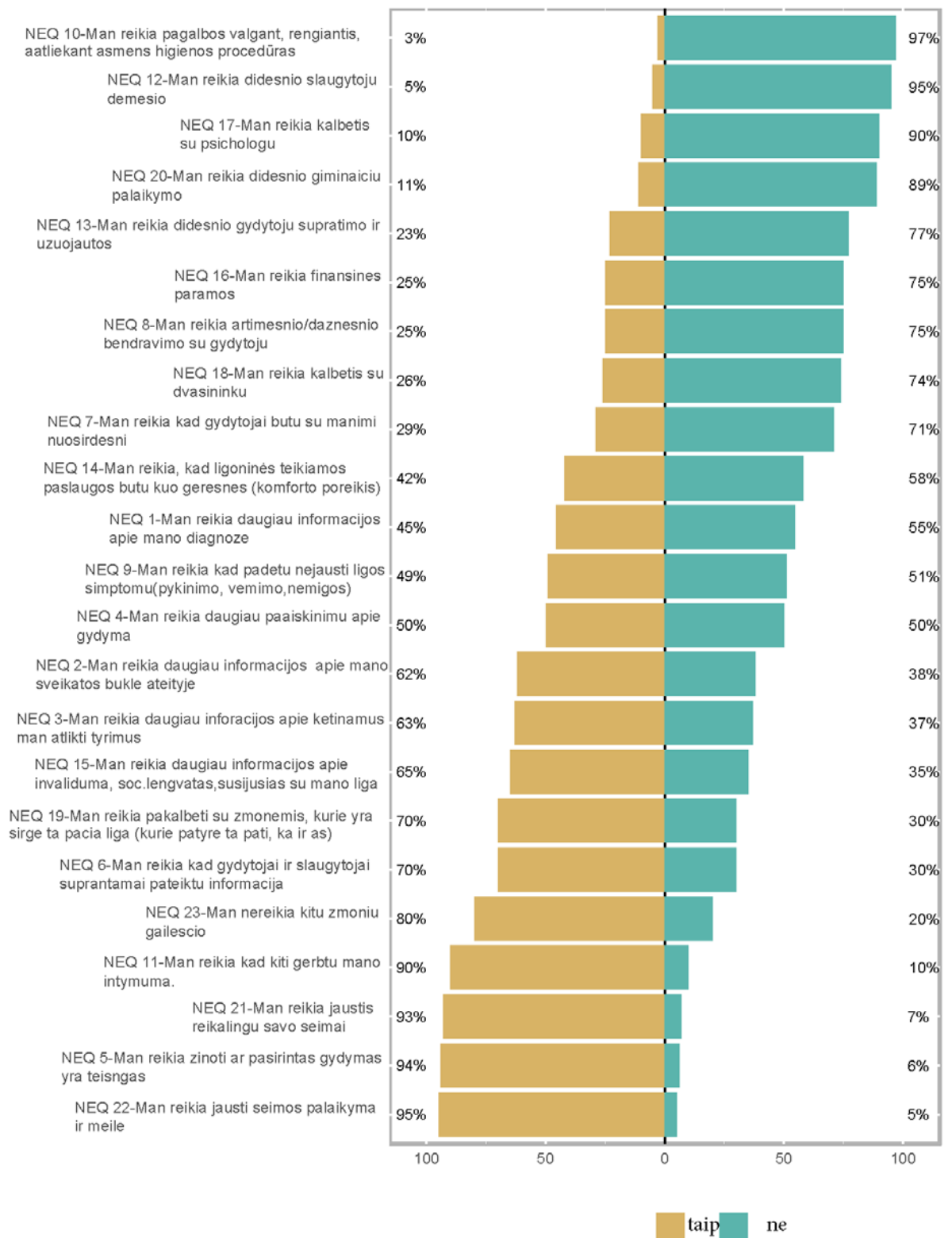
Galima daryti išvadą, jog trukdantys gyventi ligos simptomai labiausiai veikia emocinę paciento pusę. Taigi, sėkmingai numalšinus trukdantį gyventi ligos poveikį, galima tikėtis vidutiniškai pagerinti paciento emocinio funkcionavimo lygį 19 proc. (iš 54,93 į 67,81). Taip pat galima tikėtis pagerinti kognityvinio funkcionavimo lygį 8 proc. bei fizinio funkcionavimo lygį 7 proc. Kita vertus, pastebime, jog bendras sveikatos ir gyvenimo kokybės būklės vertinimas praktiškai

tarp grupių nesiskyrė. Galima spėti, kad pacientams save įvertinti bendros sveikatos ir gyvenimo kokybės būklių skalėse yra pakankamai sudėtinga, nes nėra vertinimo atskaitos taško, į kurį pacientai galėtų orientuotis. Todėl visai įmanoma, kad pacientai savo bendrą sveikatos ir gyvenimo kokybės būklę vertina pagal savo vidinę būseną, vidinį jausmą.

#### **4.4 Onkologinių pacientų poreikių tyrimas panaudojant NEQ klausimyną**

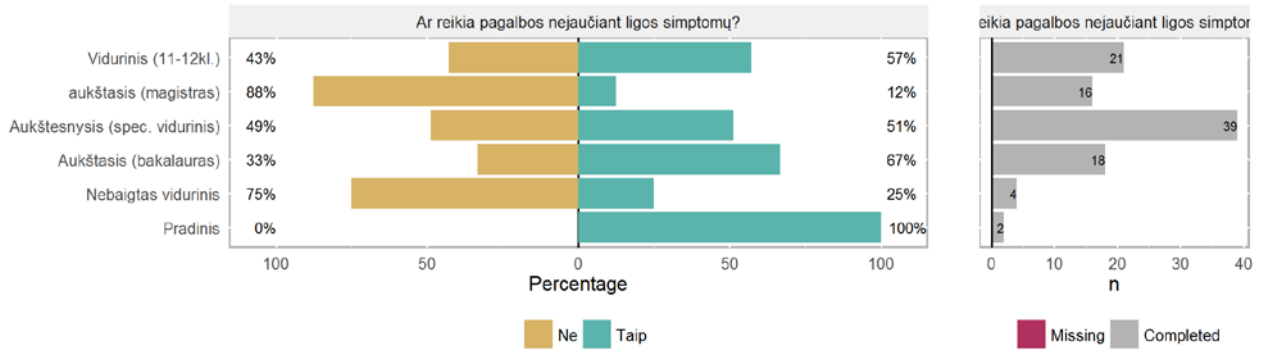
Onkologinių pacientų poreikių tyrimo rezultatai pateikti 29 paveiksle. Didžioji dalis pacientų pažymėjo psichologinio ir socialinio pobūdžio poreikius: 95 proc. respondentų jautė didelį šeimos ir artimųjų palaikymo poreikį, 80 proc. – kitų žmonių užuojautos poreikį, 70 proc. – bendravimo su kitais panašia liga sergančiais ligoniais, 90 proc. – stokojo intymumo užtikrinimo. 94 proc. pacientų norėtų žinoti, ar tinkamas jiems taikomas gydymas, 70 proc. – trūko informacijos apie ligą. Mažiausiai buvo išreikšti kasdienės veiklos (valgymo, prausimosi, rengimosi) poreikiai (3 proc.)

Ištyrėme onkologinių pacientų poreikius priklausomai nuo sociodemografinių ir medicininių veiksnių, remdamiesi atsakymais į NEQ poreikių klausimyną. Toliau išskiriamos tos gyvenimo kokybę atspindinčios funkcijos, kurios, žvelgiant per tam tikrą sociodemografinio arba medicininio veiksnio prizmę, statistiškai reikšmingai skiriasi tarp lyginamųjų pacientų grupių remiantis Chi-kvadrato testu. Atsakymai į šiuos klausimus pavaizduoti grafikuose, į dešinę pusę nuo centravimo – procentinė dalis pacientų, pažymėjusių atsakymą „taip“, į kairę – „ne“. Taip pat kiekvienas nagrinėjamas pjūvis papildytas histograma, nurodančia pacientų pasiskirstymą tiriamose grupėse. Tai padeda atskirti atvejus, kuriuose didelis galimas pacientų, atsakiusių į kurį nors klausimą, rezultatas yra realus ar išpūstas, pavyzdžiui, dėl mažos imties. Formaliai, histogramos spalvinis kodavimas įtraukia trūkstamas reikšmes, tačiau nei viename iš atsakymų tokių reikšmių nebūta.



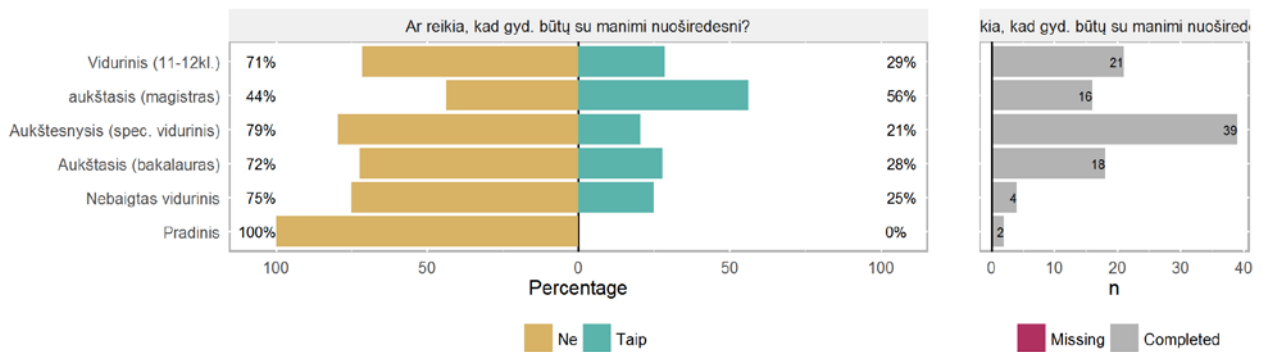
29 pav. Onkologinių pacientų fizinių, psichologinių ir socialinių poreikių įvertinimo rezultatai

Tiriant pacientų atsakymus į tai, ar jiems reikia pagalbos malšinant ligos simptomus, pastebimas didelis skirtumas tarp atsakymų pasiskirstymo tiriant juos pagal išsilavinimo kriterijų (30 pav.) Atmetus pradinį bei nebaigtą vidurinį išsilavinimą, kadangi tik 6 pacientai pateko į šias grupes, pastebime, jog reikšmingai skiriasi pacientų, baigusių magistro studijas, ligos simptomų malšinimo poreikis nuo likusiųjų: 88 proc. pastarųjų teigia, jog jiems šios pagalbos nereikia. Likusių trijų grupių atsakymų pasiskirstymas statistiškai reikšmingai tarpusavyje nesiskiria. Šį skirtumą patvirtina Chi-kvadrato testas, skirtumą įvertinęs kaip reikšmingą ( $p = 0.008$ ).



**30 pav. Pagalbos nejučiant ligos simptomų poreikio rezultatų pasiskirstymas pagal išsilavinimą**

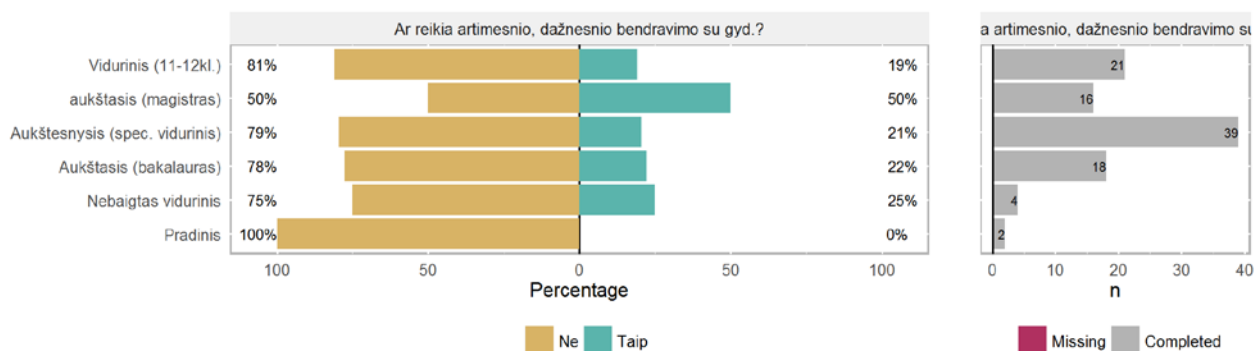
Pastebėta, jog pacientai, turintys magistro laipsnį, panašiai atsako į daugiau kitų klausimų (31 pav.). Šiems pacientams yra beveik dvigubai didesnis gydytojų nuoširdumo poreikis (56%) lyginant su kitais pacientais (bendras poreikis neviršija 30%) ( $p = 0.014$ ).



**31 pav. Nuoširdesnių gydytojų poreikio rezultatų pasiskirstymas pagal išsilavinimą**

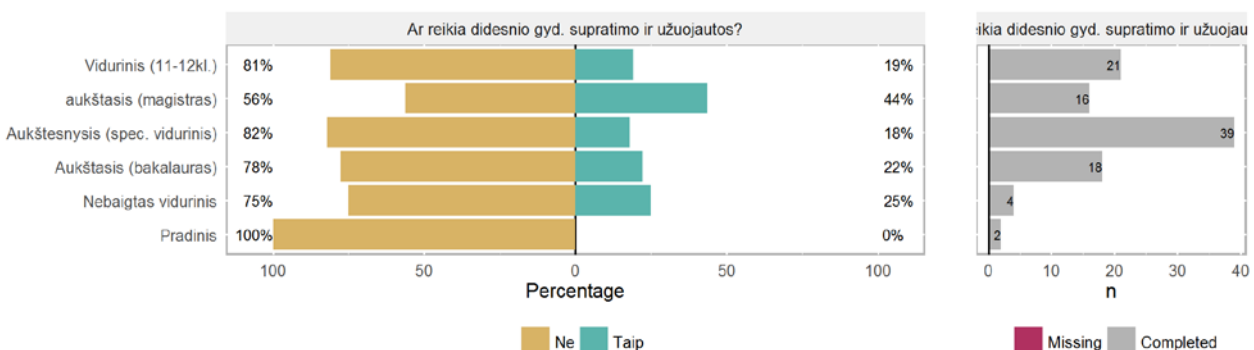


Natūralu, jog tokiems pacientams taip pat reikia ir artimesnio bendravimo su gydytojais, 50 proc. respondentų išreiškė šį poreikį ( $p = 0.023$ ) (32 pav.).



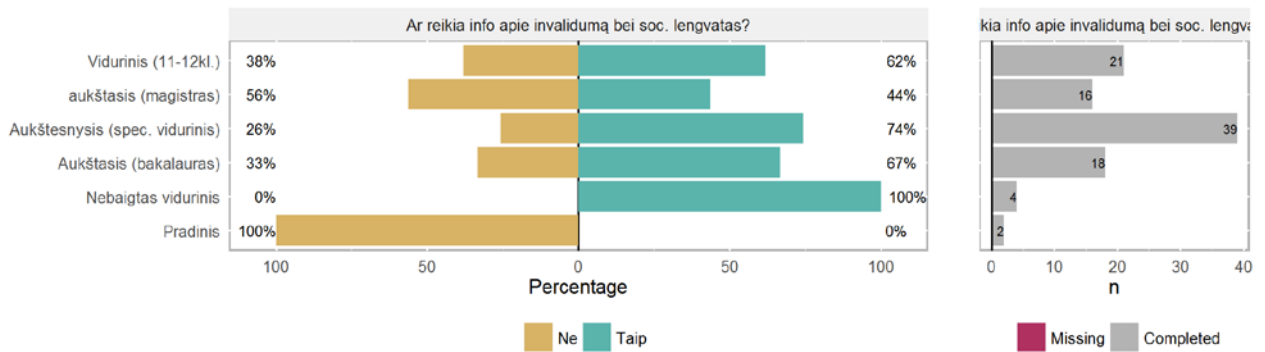
**32 pav. Poreikio artimesniam/dažnesniam bendravimui su gydytoju rezultatų pasiskirstymas pagal išsilavinimą**

Šiems pacientams taip pat reikia ir didesnio gydytojų supratimo bei užuojautos (44 proc. pacientų išreiškė šį poreikį) lyginant su likusiais pacientais, kurių šis poreikis neviršija 25 proc. ( $p = 0.05$ )(33 pav.).



**33 pav. Poreikio didesniam gydytojų supratimui ir užuojautai rezultatų pasiskirstymas pagal išsilavinimą**

Įdomu pastebėti, jog magistro išsilavinimą turintiems pacientams, palyginti, mažesnis informacijos apie invalidumą bei socialines lengvatas poreikis (44 proc. pacientų išreiškė šį poreikį) lyginant su kitais. (34 pav.) Tiesa, skirtumas nėra toks akivaizdus – Chi-kvadrato testas p-reikšmę įvertino  $p = 0.08$ .

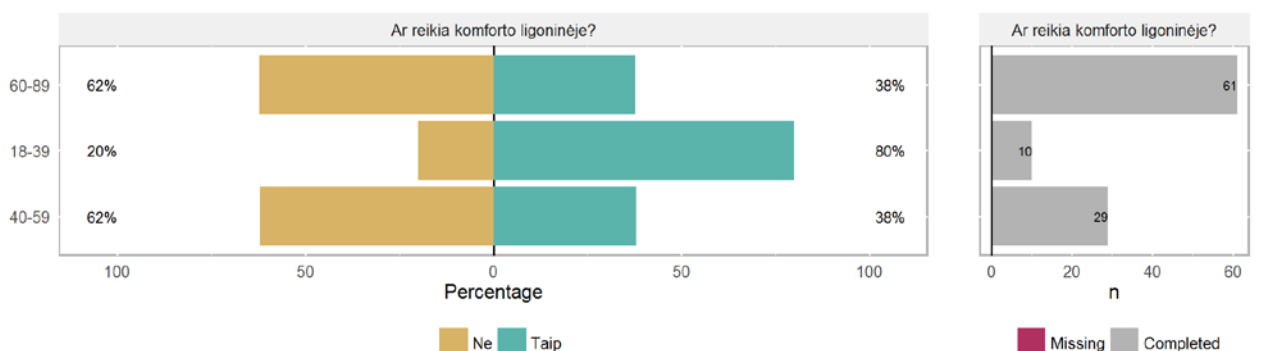


### 34 pav. Poreikio informacijos apie invalidumą bei socialines lengvatas rezultatų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Apibendrinant galime teigti, jog didžiausią išsilavinimą turintys pacientai išreiškė didesnę gydytojų bei slaugytojų dėmesio bei bendravimo poreikį, tačiau ne fiziniame/techniniame lygmenyje (kadangi pastebime, jog jie sugeba susitvarkyti su esamais simptomais bei susirasti informaciją), o labiau žmogiškame, emociniame lygmenyje.

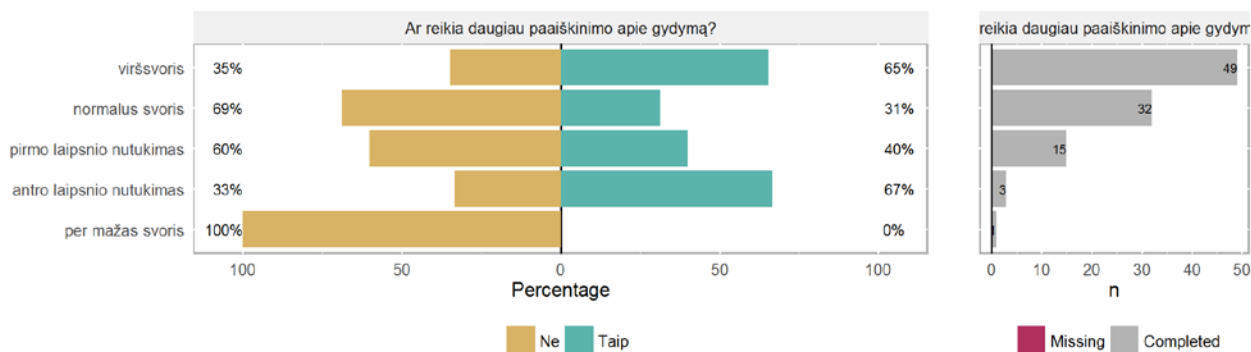
Palyginus QLQ30 klausimyno skales, apibendrinančias emocinį ir fizinį funkcionavimą pagal išsilavinimo kriterijų su poreikių tyrimo duomenimis, patvirtinama anksčiau suformuluota išvada - labiausiai išsilavinusiems onkologinių ligų pacientams daugiausiai trūko emocinio artumo, bendravimo ir psichologinio palaikymo. Šį faktą patvirtina tiek QLQ30 klausimyno apibendrinti rezultatai (labai aukštas emocinio funkcionavimo lygis), tiek NEQ klausimyne išreikštas poreikis bendrauti su gydytojais ir slaugytojais, neapsiribojant tik techniniu bendravimu, susijusiu su ligos simptomų malšinimu bei kitų panašių techninių veiksmų.

Tiriant pacientų poreikių priklausomybę nuo amžiaus, nustatytas statistiškai reikšmingas didesnis komforto poreikis ligoninėje ( $p = 0.03$ ), tačiau verta pastebėti, jog šią grupę sudarė tik 10 pacientų, tad realiai populiacijoje skirtumas gali būti ne toks ryškus. (35 pav.).



### 35 pav. Komforto ligoninėje poreikio rezultatų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

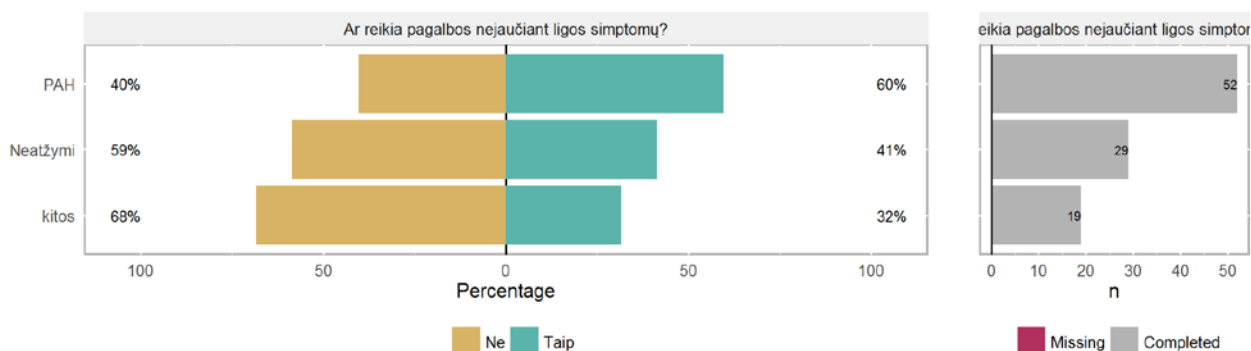
Tiriant pacientų platesnio paaiškinimo apie gydymą poreikius priklausomai nuo jų kūno masės, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp viršsvorį turinčių pacientų bei normalaus svorio pacientų ( $p = 0.01$ )(36 pav.).



**36 pav. Poreikio didesniai paaiškinimui apie gydymą rezultatų pasiskirstymas pagal kūno masės indeksą**

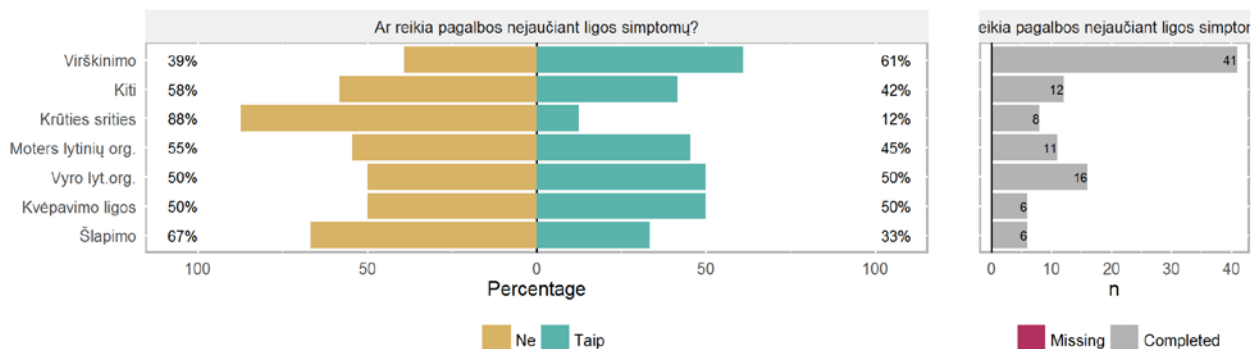
Buvo grupė duomenų (KMI, rūkymas, vaikai), iš kurių renkant duomenis buvo tikimasi gauti reikšmingų išvadų, tačiau atlikus tyrimą, reikšmingų sąsajų nebuvo nustatyta. Šis faktas irgi gali būti laikomas išvada, kokie kintamieji neturėjo reikšmingo efekto tirtoms problemoms.

Tiriant atsakymus pagal gretutines ligas, reikšmingas skirtumas nustatytas tarp pacientų, kurių viena iš gretutinių ligų buvo pirminė arterinė hipertenzija ( $p = 0.07$ ) (37 pav.).



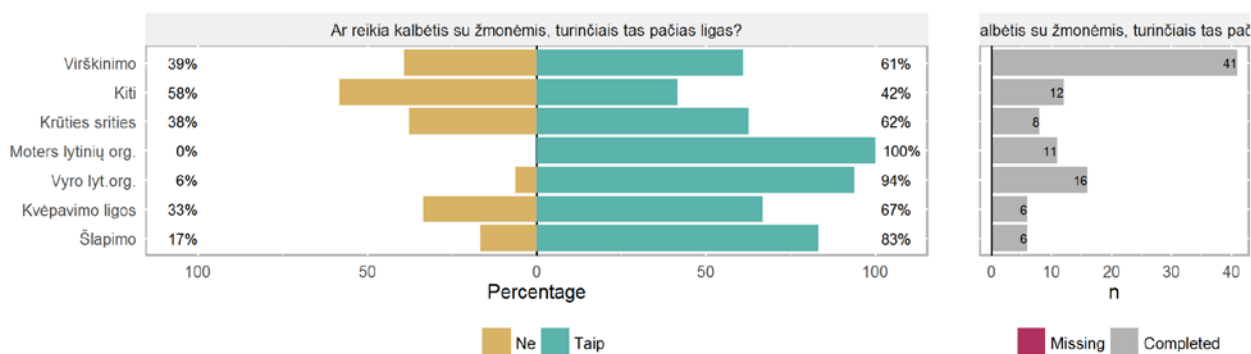
**37 pav. Pagalbos neįaučiant ligos simptomų poreikio rezultatų pasiskirstymas pagal gretutines ligas**

Pastebėta, jog kai visiems pacientams ligos simptomų malšinimo poreikis išsibarsto daugmaž panašiai, po  $\pm 50\%$ , tik vienam pacientui (12%), turinčiam krūties srities onkologinį susirgimą, atsiranda šis poreikis (38 pav.).



**38 pav. Pagalbos nejučiant ligos simptomų poreikio rezultatų pasiskirstymas pagal pacientų onkologines ligas.**

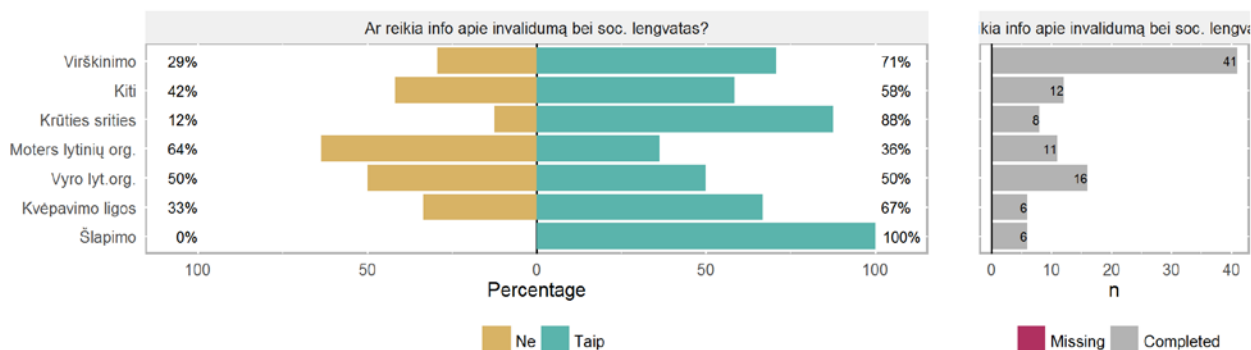
Tiriant poreikį kalbėtis su kitais žmonėmis, turinčias tas pačias ligas per diagnozių prizmę (39 pav.), pastebime, jog praktiškai visiems pacientams, turintiems lytinių organų onkologinį susirgimą, šis poreikis buvo svarbus. 100 proc. moterų bei 94 proc. vyrų atsakė „taip“, lyginant su kitomis onkologinėmis ligomis sergančių pacientų vidutiniu ~65 proc. poreikiu. Suprantama, jog daugumai pacientų, sergančių vėžiu, yra svarbu turėti su kuo aptarti savo ligą bei pasidalinti patyrimu, tačiau lygiai taip pat suprantama, kodėl šis poreikis yra žymiai didesnis pacientų, sergančių lytiniais organų navikais ( $p = 0.03$ ).



**39 pav. Poreikio kalbėtis su žmonėmis, turinčiais tas pačias ligas, rezultatų pasiskirstymas pagal onkologines ligas**

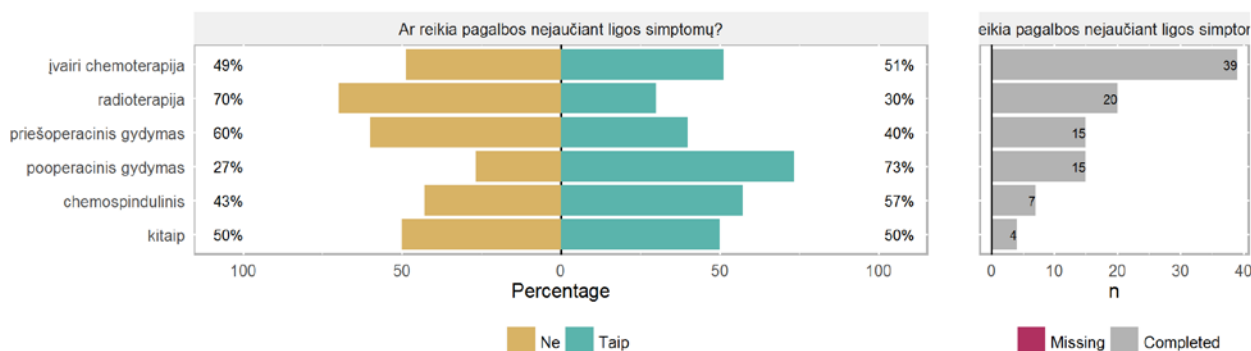
Reikšmingas skirtumas matomas ir informacijos apie invalidumą bei socialines lengvatas poreikiuose (40 pav.), labai stipriai išreikštuose tų pacientų, kurių onkologinės ligos apima krūties srities organus (88%) bei šlapimo organus (100%). Čia svarbu atsižvelgti ir į mažas imtis, tai yra, rezultatai gali būti labai išsisklaidę ir skirtumas didesnėje imtyje išnykti, bet verta pasvarstyti, ar iš tiesų pakankamai informacijos yra prieinama apie invalidumą bei socialines lengvatas šiais konkrečiais atvejais. Atliekant pacientų apklausą, buvo pastebėta, kad šios informacijos teikimas

priklausė tiek nuo gydančių gydytojų, tiek ir nuo viešai prieinamos informacijos (bukletai, stendai) prieinamumo kai kuriuose skyriuose ( $p = 0.046$ ).



#### 40 pav. Poreikio informacijos apie invalidumą bei socialines lengvatas rezultatų pasiskirstymas pagal onkologines ligas

Tiriant kuriems pacientams labiausiai reikėjo pagalbos neįaučiant ligos simptomų (41 pav.), galima pastebėti, jog apskritai nemažai daliai pacientų neužtenka esamų priemonių malšinant ligos simptomus. Pacientams, gavusiems pooperacinį gydymą, šis poreikis išreikštas gerokai labiau, negu vidutiniškai (73 proc. ), tuo tarpu po radioterapijos – mažiausiai (30 proc.) ( $p = 0.051$ ).



#### 41 pav. Pagalbos neįaučiant ligos simptomų poreikio tyrimo rezultatų pasiskirstymas pagal gydymo pobūdį.

Pacientų pažymėti atsakymai į klausimyno klausimus apie kitus poreikius ir šiuo metu labiausiai reikiama poreikį, pavaizduoti 7 ir 8 lentelėse. Atsakymus pacientai turėjo įrašyti. Kaip matyti iš atsakymų, didžioji daugumą į abu klausimus buvo arba visai neatsakyti, arba pažymėjo “nieko”. Abiejų poreikių klausimų atsakymai pagal tematikas pasiskirstė beveik panašiai. Tai santykinai su kitais žmonėmis, įvairios informacijos poreikis, bendros sveikatos poreikis. Simptomų malšinimo

poreikis žymėtas kaip šiuo metu reikiamas poreikis. Galima teigti, kad daugumos šių išsakytų poreikių patenkinimas turėtų įtakos geresnei gyvenimo kokybei.

**7 lentelė. NEQ klausimo apie kitus poreikius, pacientų atsakymų rezultatai**

	<b>Kiti poreikiai</b>
71 proc.	Nežymėjo nieko
12 proc.	“Nieko”
6 proc.	Informacijos poreikis: “nemėgstu nežinomybės”, “informacijos apie papildomų simptomų gydymą”, “informacijos apie ligą”, “informacijos apie operaciją, jos eigą, kaip pavyko”, “gauti informacijos apie alternatyvią mediciną”.
6 proc.	Santykiais su kitais žmonėmis: “kad liktų geri santykiai su draugais”, “palaikymo iš visų”, “supratimo, ramybės namie, darbe, kitų žmonių supratimo”.
4 proc.	Bendra sveikata: “sveikatos”, “reabilitacijos”, “užbaigti šį gydymosi etapą”.
1 proc.	Finansinis poreikis: “pinigai”

**8 lentelė. NEQ klausimo apie šiuo metu esantį poreikį, pacientų atsakymų rezultatai**

	<b>Šiuo metu labiausiai reikia</b>
40 proc.	Nežymėjo nieko
12 proc.	“Nieko”
35 proc.	Bendra sveikata: “gerų tyrimo rezultatų”, “gydymo užbaigimo ir gero rezultato”, “greičiau pasijusti stipresniu”, “geros sveikatos”, “kad nepablogėtų sveikata”, “kad pradėtas gydymas duotų gerų rezultatų”, “pagerėjusios savijautos”, “sėkmingai baigti gydymą”, “vidinės stiprybės”, “pasveikti”, “sveikatos”
7 proc.	Santykiai su kitais žmonėmis: “aplinkinių supratimo”, “artimųjų šalia”, “dėmesio daugiau”, “namo”,
3 proc.	Informacijos poreikis: “žinojimo, kas bus toliau su sveikata”, “informacijos apie sanatorinį gydymą, socialines garantijas, ar priklauso invalidumas”, “tyrimo atsakymo”
3 proc.	Simptomų kontrolės: “geresnės savijautos-vargina kosulys”, “išmokti valgyti”, “kad nebekamuotų nuolatinis arba dažnas skausmas, kuris sukelia visas kitas problemas”,

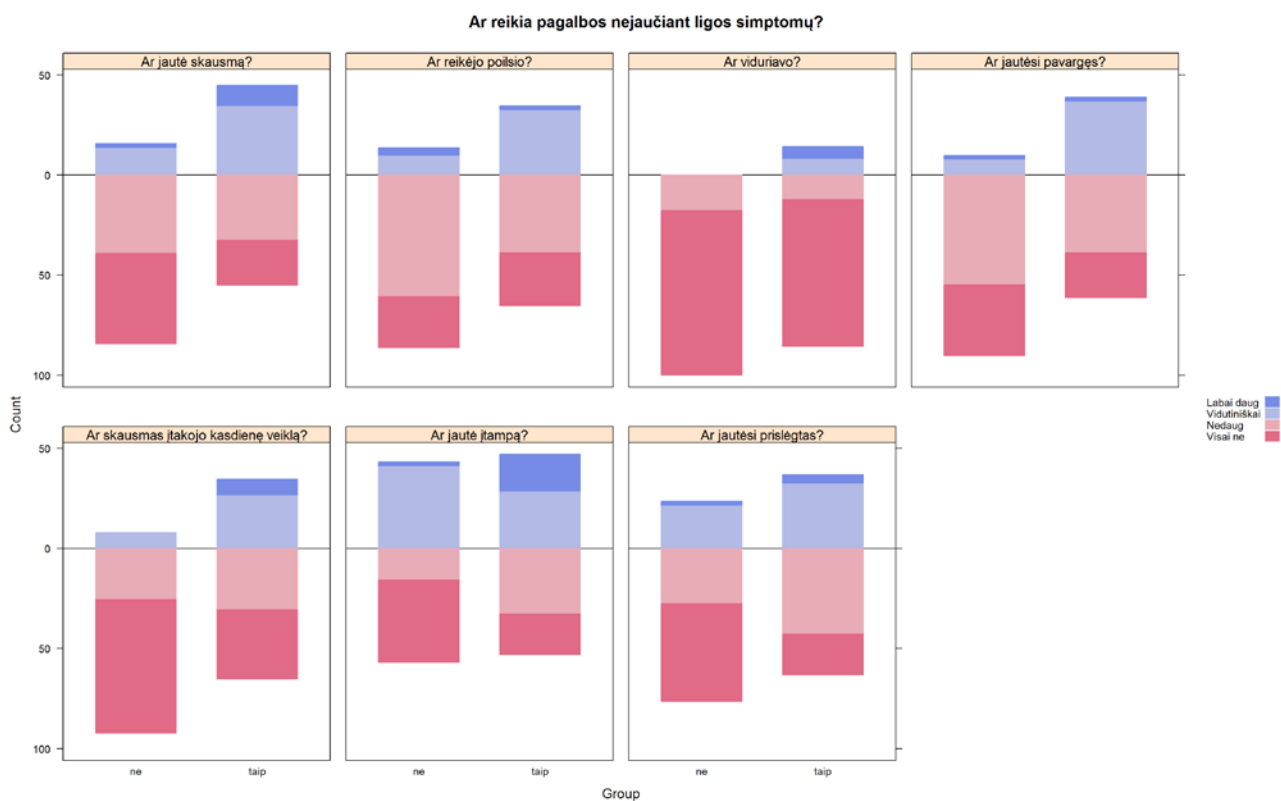
#### **4.5 Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės ir psichosocialinių poreikių sąsajos**

##### **4.5.1 Pacientų tyrimas pagal NEQ klausimyno pjuvius.**

Tyrėme pacientus, kurie išsakė pagalbos neįaučiant ligos simptomų poreikį. Šis išskyrimas pacientų imtį suskaidė apytiksliai per pusę (49/51%). Racionalu tarti, jog šios pacientų grupės priklauso skirtingoms populiacijoms, tai yra, kai kurios reikšmingos kokybinės šių pacientų

charakteristikos gali reikšmingai skirtis būtent dėl fakto, jog egzistuoja tam tikras (nepašalintas, ar šalutinis) ligos simptomas, darantis įtaką bendrai to paciento gyvenimo kokybei. Analizuojant šių pacientų gyvenimo kokybę pagal atsakymus į QLQ C30 klausimyną, statistiškai reikšmingas populiacijų skirtumas tiriamas Chi-kvadrato testu.

Pastebėta, jog vidutiniškai pacientai, kuriems reikia pagalbos numalšinant ligos simptomus, pasižymėjo prastesniais gyvenimo kokybės vertinimais (42 pav). Reikšmingai daugiau šių pacientų jautė skausmą ( $p = 0.008$ ), taip pat, kadangi nenumalšinti ligos simptomai gali varginti, jiems labiau reikėjo poilsio ( $p = 0.02$ ) bei daugiau jų jautėsi pavargę ( $p = 0.004$ ). Matoma, jog esminis probleminis ligos simptomas, darantis tiesioginę įtaką gyvenimo kokybei – tai skausmas, kuris palyginti žymiai stipriau įtakojo kasdienę veiklą, lyginant su kita dalimi pacientų ( $p = 0.001$ ). Kitas, mažiau reikšmingas simptomas, atsispindėjęs tik ~20 proc. pacientų, – viduriavimas, nors šio skirtumo reikšmingumas mažiau pagrįstas Chi-kvadrato testu ( $p = 0.028$ ). Suprantama, dėl nuolat jaučiamo skausmo, turinčio įtakos kasdinei veiklai, buvo reikšmingai labiau jaučiama įtampa ( $p = 0.002$ ) bei pacientai jautėsi prislėgti ( $p = 0.02$ ).



**42 pav. Atsakymų į pasirinktus klausimus pagal NEQ anketos devintą klausimą: Pagalbos neįdėjant ligos simptomų poreikis, pjūvis**

Palyginkime šių pacientų QLQ C-30 klausimyno funkcines skales: lentelėje pažymėti vidutiniai įvairių pagrindinių funkcionavimo tipų, kurie susideda į bendrą žmogaus gyvenimo kokybės įvertinimą, vidurkio įverčius. (žr. 9 lentelę) Matome, jog pacientų nenumalšinti ligos simptomai iš tiesų neigiamai veikia jų bendrą gyvenimo kokybę: šių pacientų emocinio funkcionavimo įvertinys (54,93) statistiškai reikšmingai mažesnis už tų pacientų, kurių simptomas yra pašalintas (ar neįjaučiamas) (67,81). Šis skirtumas reikšmingas su  $p = 0.01$ , remiantis ANOVA testu. Papildomai, jų kognityvinio funkcionavimo įvertis (80,95) su 5% reikšmingumo lygmeniu mažesnis už pacientų, neįjaučiančių simptomų (88,23), bei su 10% reikšmingumo lygmeniu fizinio funkcionavimo įvertis (76,6) mažesnis už likusių įvertį (82,22).

Galima daryti išvadą, jog trukdantys gyventi ligos simptomai labiausiai veikia emocinę paciento pusę, šio aspekto įverčio skirtumas, lyginant, didžiausias. Vadinasi, atsižvelgus į paciento poreikius ir sėkmingai numalšinus trukdantį gyventi ligos poveikį, bent iki tam tikro lygio, galima (vidutiniškai) tikėtis pagerinti paciento emocinio funkcionavimo lygį 19% (iš 54,93 į 67,81). Taip pat galima tikėtis pagerinti kognityvinio funkcionavimo lygį 8% bei fizinio funkcionavimo lygį 7%.

Kita vertus, galima pastebėti, jog bendras sveikatos ir gyvenimo kokybės būklės vertinimas praktiškai tarp grupių nesiskyrė. T.y., save vertina daugiaž vienodai, nors kiti indikatoriai rodo kitaip. Galima spėti, kad pacientams save įvertinti bendros sveikatos ir gyvenimo kokybės būklių skalėse yra pakankamai sudėtinga, nes nėra vertinimo atskaitos taško, į kurį pacientai galėtų orientuotis. Todėl visai įmanoma, kad pacientai savo bendrą sveikatos ir gyvenimo kokybės būklę vertina pagal savo vidinę būseną, vidinį jausmą. Tačiau iš kito požiūrio kampo į šį klausimą bandoma atsakyti skyrelyje 4.5.2 (Funkcinių skalių modeliavimas), sudarant bendram sveikatos ir gyvenimo kokybės būklės rodikliui modelį.

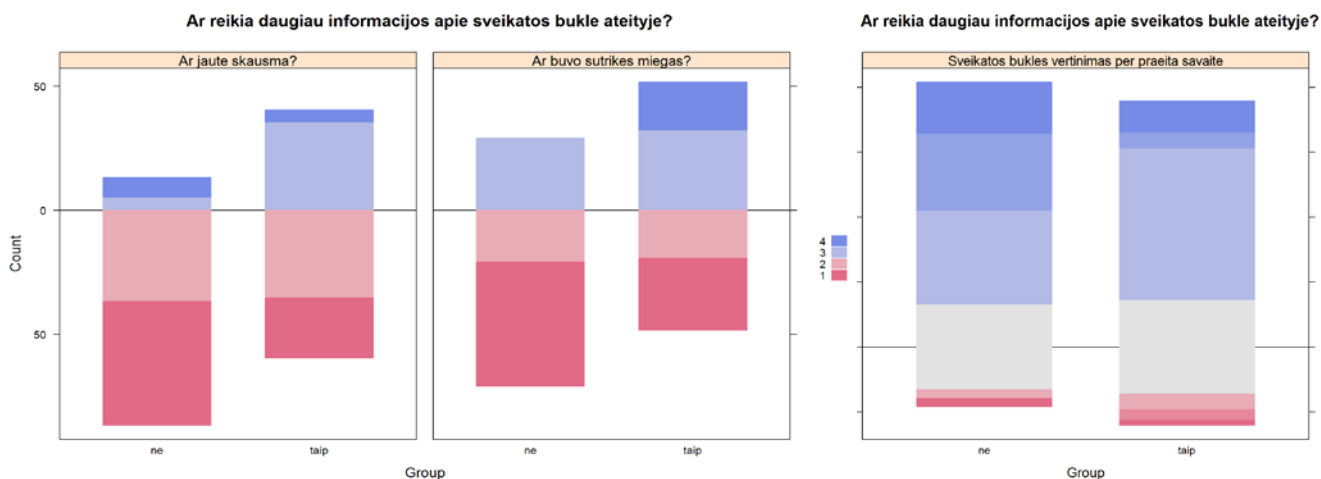


**9 lentelė. Vidutiniai funkinių skalių įverčiai ir reikšmingumas pagal pagalbos neįaučiant ligos simptomų poreikį.**

		Vidutiniai skalių įverčiai bei jų reikšmingumas					
Ar reikia pagalbos neįaučiant ligos simptomų?		Emocinė funkcija	Pažinimo funkcija	Fizinė funkcija	Veiklos funkcija	Socialinė funkcija	Bendra sveikatos ir gyvenimo kokybės būklė
ne	Vidurkis	67,81	88,23	82,22	80,39	83,66	65,84
	N	51	51	51	51	51	51
	Standartinis nuokrypis	24,72	17,09	15,35	24,19	20,40	20,56
taip	Vidurkis	<b>54,93</b>	<b>80,95</b>	<b>76,60</b>	<b>80,61</b>	79,93	63,94
	N	49	49	49	49	49	49
	Standartinis nuokrypis	24,87	19,83	16,33	23,40	22,30	20,01
Total	Vidurkis	61,50	84,66	79,47	80,50	81,83	64,91
	N	100	100	100	100	100	100
	Standartinis nuokrypis	25,50	18,75	16,01	23,69	21,33	20,21

Taigi, apibendrinus, galima daryti išvadą, jog atsižvelgus į paciento išreikštą pagalbos neįaučiant ligos simptomų poreikį, jį sėkmingai numalšinus ar pašalinus, galima reikšmingai pagerinti bendrą tokio paciento gyvenimo kokybę.

Buvo tiriami pacientai, kurie išsakė didesnės informacijos apie sveikatos būklę ateityje poreikį (NEQ 2 klausimas). Iš 43 pav. pateiktų rezultatų matome, jog tarp pacientų, kuriems šios informacijos trūksta, reikšmingai dažniau buvo jaučiamas skausmas ( $p = 0.002$ ) bei buvo sutrikęs miegas ( $p = 0.015$ ). Taip pat šių pacientų sveikatos būklės vertinimas per praeitą savaitę buvo gerokai prastesnis ( $p = 0.003$ ).



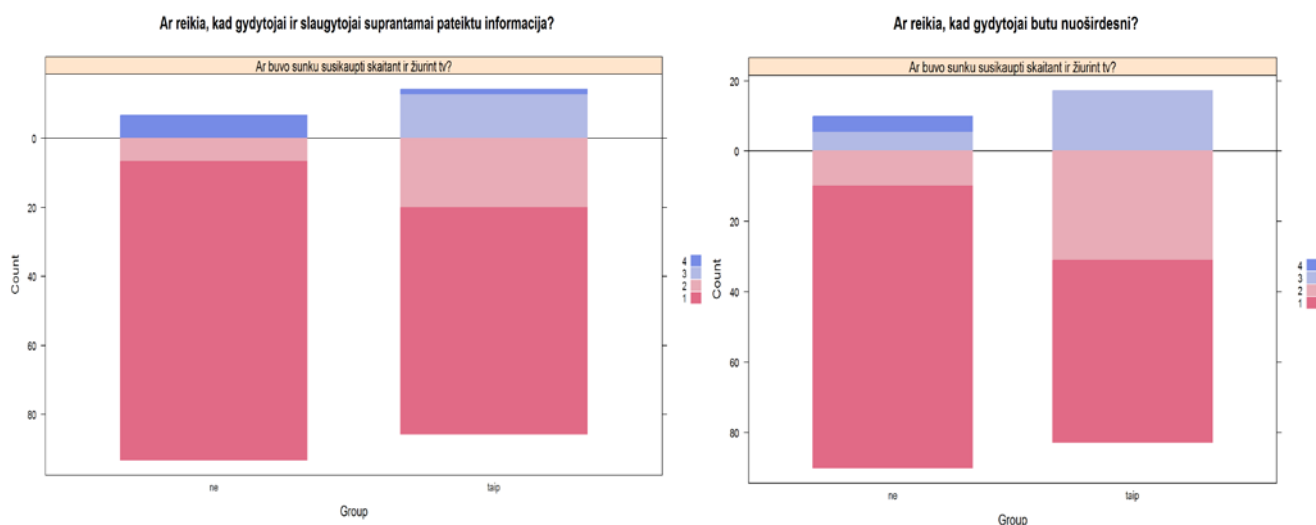
$p = 0.002,$

$p = 0.015,$

$p = 0.003$

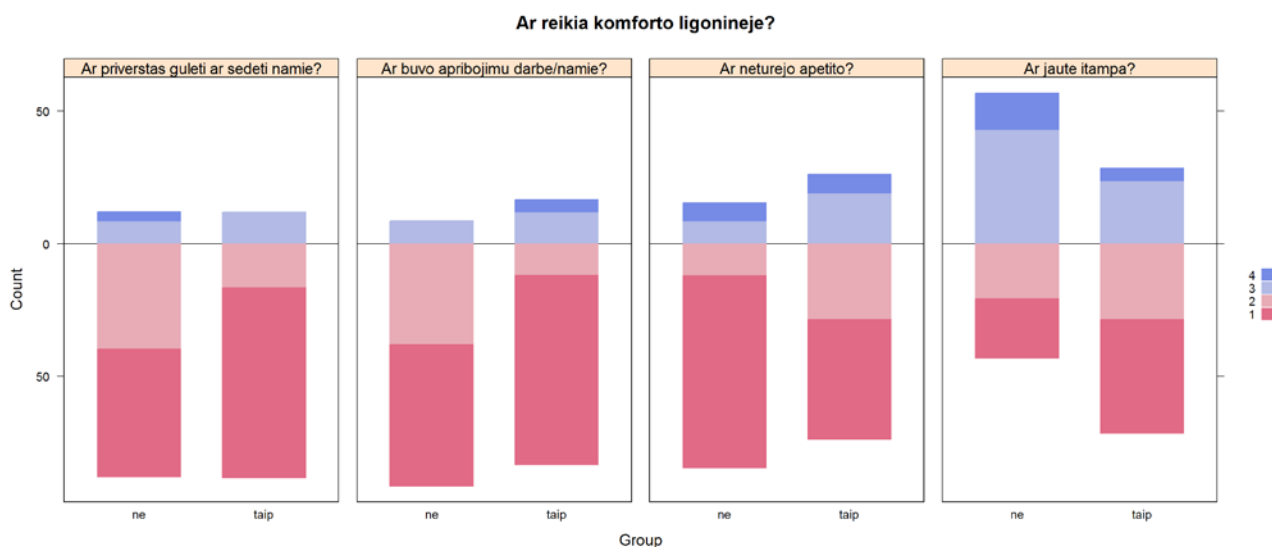
**43 pav. Atsakymų į pasirinktus klausimus pagal NEQ anketos antrą klausimą: informacijos apie sveikatos būklę ateityje poreikis, pjūvis.**

Pastebėta (44 pav.), jog daliai pacientų, kuriems buvo sunku susikaupti skaitant arba žiūrint televiziją, buvo reikalinga, kad gydytojai ar slaugytojai suprantamai pateiktų informaciją ( $p = 0.021$ ) bei kad gydytojai būtų nuoširdesni ( $p = 0.005$ ). Iš čia galima daryti išvadą, jog tiems pacientams nepakanka atidumo iš gydytojų ar slaugytojų pusės, tai yra, neįvertinamas faktas, kad šiems pacientams gali būti sunkiau suvokti ar priimti gaunamą informaciją, ir, galbūt, įprastinio informacijos pateikimo būdo nepakanka.



**44 pav. Atsakymų į pasirinktus klausimus pagal NEQ anketos šeštą ir septintą klausimus: informacijos, aiškaus pateikimo ir nuoširdesnio bendravimo iš gydytojų, pjūvis**

45 paveiksle matome, jog pacientai, išsakę komforto poreikį ligoninėje, yra mažiau suvaržyti: mažiau priversti gulėti ar sėdėti namie ( $p = 0.032$ ) bei turi mažiau apribojimų darbe ar namie ( $p = 0.009$ ); taip pat jie reikšmingai mažiau jautė įtampą ( $p = 0.035$ ). Taip pat, lyginant su kitais pacientais, jie dažniau neturėjo apetito ( $p = 0.033$ ). Matome, kad šių pacientų sveikatos būklės palyginti geresnė, todėl tikėtina, kad jie mažiau susikoncentravę ties savo simptomais, kurie galbūt mažiau trukdo, ir daugiau dėmesio teikia komfortui.



**45 pav. Atsakymų į pasirinktus klausimus pagal NEQ anketos keturioliką teiginį: ligoninėje teikiamų paslaugų geresnio teikimo, komforto paslaugų poreikio, pjūvis**

#### 4.5.2 Funkcinių skalių modeliavimas

Buvo tiriami pagrindiniai gyvenimo kokybę matuojantys (aprašantys) rodikliai, suformuoti iš QLQ klausimyno apibendrinus tam tikros grupės klausimus. Buvo siekiama nustatyti, kurie kiti žinomi rodikliai apie pacientus gali padėti nusakyti tiriamą rodiklį. Pasitelkta metodologija – 2 žingsnių post-LASSO metodas. Kiekvienam tiriamam rodikliui, pavyzdžiui, emociniam funkcionavimo lygmeniui, buvo sudaroma visų turimų duomenų matrica, įskaitant sociodemografinius, medicininius veiksnius bei atsakymus į visus klausimynų klausimus, atmetus tuos klausimus, kurie buvo naudojami sudarant tiriamąjį funkcionavimo lygmenį. Kadangi turimas didelis galimų parametrų skaičius, o duomenų 100, turime didelės dimensijos problemą, todėl tokiu atveju efektyviausias dimensijos mažinimo būdas – LASSO principas [42], kadangi juo naudojantis nereikšmingi parametrai yra visiškai pašalinami (apribojami kaip nuliai), paliekant tik kelis reikšmingiausias aiškinančiuosius kintamuosius. Parametrų reikšmingumas nustatomas naudojant 10-fold cross-validaciją imties viduje.

Atrinkus LASSO parinktus reikšmingus aiškinančiuosius kintamuosius, atliekama tiesinė (apibendrinta) regresija, iš naujo įvertinant parametrų reikšmingumą ir paliekant tik didelį reikšmingumo lygmenį turinčius parametrus (angl. *Stepwise regression*). Taip LASSO metodu parinktas modelis dar praretinamas, tikintis išvengti modelio parametrų pervertinimo.

### Sveikatos būklės vertinimo modeliavimas

Geriausias parinktas modelis pateiktas dešimtoje lentelėje. Nustatytas ryšys tarp pacientų savo sveikatos bei gyvenimo kokybės vertinimo bei jų veiklos funkcionavimo rodiklio bei nemigos įverčio. Veiklos funkcionavimas įvertina paciento jaučiamus apribojimus ir sunkumus atliekant įvairią veiklą namuose ar darbe. Todėl natūralu, jog jaučiant didelius sunkumus prastės savo sveikatos būklės vertinimas. Kuo didesnis šios skalės rezultatas, tuo sveikesnėje būklėje (mažiau apribojimų) pacientas jausis, taigi, ir geriau įvertins savo sveikatą. Šio parametro įvertis – 0.29, todėl maksimaliai 100 balų įvertinto paciento gyvenimo kokybė turėtų pagerėti vidutiniškai 29 taškais. Taip pat nustatytas reikšmingumas nuo įvertintos nemigos: čia minimalus įvertinimas (0) reiškė sveiką būseną, tai yra, visiškai paciento nekankina nemiga, o 100 – labai prastą rezultatą, tai yra, dažnai pacientą kankina nemiga. Vėlgi, modelis teigia, jog pacientas, kurį kankina nemiga, prasčiau jausis ir todėl silpniau įvertins savo sveikatos būklę. Nepatiriantis nemigos pacientas (nemigos įvertinimas 0) savo gyvenimo kokybę vertins apytiksliai 12 balų aukščiau. Parinkta konstanta apima likusius, nestebimus ar/ir į modelį neįtrauktus efektus.

**10 lentelė. Sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės modelio parametrų įverčiai**

	Įvertis	Standartinė paklaida	t-statistika	P-reikšmė
(Konstanta)	34.13	7.00	4.88	<0.01
Veiklos funkcionavimas	0.29	0.08	3.67	<0.01
Nemiga	-0.12	0.05	2.33	0.02

Galima teigti, kad sunkumai/apribojimai atliekant įvairią veiklą namuose, taip pat nemiga, pacientui gali būti kaip argumentai, kuriais remdamasis jis įvertina savo sveikatos būklę ir gyvenimo kokybę.

Verta pastebėti, jog šis modelis gana tiksliai prognozuoja skyriuje 4.5.1 (Pacientų tyrimas pagal NEQ klausimyno pjūvius) aptartą problemą. Tuomet buvo atkreiptas dėmesys į faktą, jog pacientų, išskirtų pagal tai, ar jiems reikia pagalbos numalšinant ligos simptomus (NEQ 9 klausimas), grupėse nepaisant stebimų ryškių skirtumų tarp kai kurių funkcionavimo skalių, nebuvo pastebimas reikšmingas skirtumas tarp jų pačių įvertintos sveikatos būklės. Tačiau tokio skirtumo nebuvimą prognozuoja ir sudarytas modelis: stebime, jog šeštoje lentelėje pateiktos veiklos funkcionavimo įvertintos reikšmės galimas skirtumas gali atsirasti remiantis pacientų jaučiama nemiga (11 lentelė), skirtumas reikšmingas ( $p = 0.001$ , ANOVA).

**11 lentelė. Nemigos vidutinės reikšmės pagal NEQ anketos 9 klausimo atsakymus**

NEQ9: reikia pagalbos neįsijaučiant ligos simptomų	Vidurkis	N	Std. Nuokrypis
ne	<b>69,28</b>	51	31,86
taip	<b>51,70</b>	49	37,30
bendras	60,66	100	35,57

Modelio prognozuojamos sveikatos vertinimo reikšmės šioms grupėms, pasinaudojant turimais duomenimis:

$$NEQ\ 9\ atsakyta\ ne: 34,13 + 0,29 * 80,39 + 0,12 * 69,28 = 65,75$$

$$NEQ\ 9\ atsakyta\ taip: 34,13 + 0,29 * 80,61 + 0,12 * 51,70 = 63,71$$

Palyginus prognozuojamas reikšmes su tikrosiomis, matome, jog skirtumai labai nežymūs: prognozuota 65.75 sveikatos būklė pacientams, kuriems nereikėjo pagalbos neįsijaučiant simptomų, o jų tikrasis sveikatos būklės įvertinimas – 65.85. Grupei, kuriai reikėjo pagalbos, prognozuota 63.71, o tikrasis įvertinimas buvo 63.94.

Šis prognozių palyginimas su tikrosiomis reikšmėmis pagrindžia suformuoto modelio adekvatumą ir, papildomai, atsako į ankstesnėje užduotyje iškilusį klausimą: reikšmingas skirtumas tarp savo sveikatos vertinimo nebuvo aptiktas todėl, kad šių pacientų veiklos funkcionavimas buvo labai panašus, o jaučiamas vidutinis nemigos lygis nebuvo tiek skirtingas, kad stipriai paveiktų galutinius rezultatus.

### **Fizinio funkcionavimo modeliavimas**

Parinktas modelis fiziniam funkcionavimui (12 lentelė) teigia, jog esama gan ryškios koreliacijos su veiklos funkcionavimu. Suprantama, jog pacientas, neįsijaučiantis didelių suvaržymų ar apribojimų atliekant įvairias veiklas ir vertins savo fizinius pajėgumus atitinkamai geriau. Taip pat, rastas neigiamas patiriamo nuovargio poveikis (čia nuovargis skalėje nuo 0 iki 100, kur 100 žymi

labai stipriai išreikštą nuovargio jausmą) bei dusulio neigiamas poveikis (skalė identiška nuovargio poveikiui). Parinkta konstanta apima likusius, nestebimus ar/ir į modelį neįtrauktus efektus.

**12 lentelė. Fizinio funkcionavimo modelio parametrų įverčiai**

	Įvertis	Standartinė paklaida	t-statistika	P-reikšmė
(Konstanta)	71.24	5.33	13.37	<0.01
Veiklos funkcionavimas	0.24	0.05	4.60	<0.01
Nuovargis	-0.25	0.06	-4.34	<0.01
Dusulys	-0.13	0.05	-2.80	0.01

Modelio adekvatumą galime patikrinti prognozuojant 4.5.1 (Pacientų tyrimas pagal NEQ klausimyno pjūvius) stebimas dviejų grupių reikšmes.

$$NEQ\ 9\ atsakyta\ ne: 71,23 + 0,24 * 80,39 - 0,25 * 28,75 - 0,12 * 16,99 = 81,33\ (vs\ 82,22)$$

$$NEQ\ 9\ atsakyta\ taip: 71,23 + 0,24 * 80,61 - 0,25 * 38,54 - 0,12 * 27,89 = 77,52\ (vs\ 76,6)$$

Gauto modelio prognozės nesmarkiai skiriasi nuo tikrųjų gautų reikšmių, taigi, galime teigti, jog sudarytas modelis yra adekvatus.

### Emocinis funkcionavimo modelis

Parinktas modelis teigia (13 lentelė), jog emocinį funkcionavimą neigiamai veikia nemiga: pacientai, kenčiantys nuo nemigos, pasižymės silpnesniu emociniu funkcionavimu. Taip pat pacientas, jaučiantis didesnę nuovargį, taip pat pasižymės silpnesniu emociniu funkcionavimu. Papildomai, rastas ryšys, jog prastesnis emocinis funkcionavimas tų pacientų, kurie išreiškė poreikį pagalbos numalšinant ligos simptomus, ir šie rezultatai sutinka su anksčiau aprašytais šios grupės pastebėjimais.

**13 lentelė. Emocinio funkcionavimo modelio parametrų įverčiai**

	Įvertis	Standartinė paklaida	t-statistika	p reikšmė
(Konstanta)	62.03	7.32	8.48	0.00
Nemiga	-0.15	0.07	2.12	0.04
Nuovargis	-0.25	0.11	-2.28	0.02
NEQ 9: reikia pagalbos nejaučiant ligos simptomų	-9.23	4.69	-1.97	0.05
NEQ 14: reikia komforto ligoninėje	12.42	4.62	2.69	0.01
NEQ 17: reikia kalbėtis su psichologu	-18.62	7.45	-2.50	0.01

Įdomu tai, jog pacientams, kuriems reikia daugiau komforto ligoninėje, vidutiniškai didesnis emocinio funkcionavimo lygis. Galima įtarti, jog tie pacientai gyvenime yra pakankamai reiklūs supančiai aplinkai, kad jaustųsi maksimaliai patogiai, kas suteikia jiems emocinį pasitenkinimą. Nemaža dalis apklaustų pacientų apklausos metu teigė, kad jiems gerai taip, kaip yra, kad nereikia kažko išskirtinio norėti, kad ligoninės galimybės gal yra ribotos, pavyzdžiui, kitų pacientų išsakyti pastebėjimai apie mažesnių, dviviečių palatų poreikį; patogesnių, nesulūžusių lovų poreikį; arčiau esančių tualetų trūkumą. Visa tai patvirtina egzistuojant prisitaikymą prie esamų nepatogumų, nors gal pacientui ir norėtųsi patogumo paslaugų. Todėl asmenų, kurie stengiasi prisitaikyti, kurie galbūt užgniaužia savyje komforto poreikį, emocinio funkcionavimo lygis yra vidutiniškai žemesnis.

Tyrimo rezultatai teigia, jog pacientams, kuriems reikia kalbėtis su psichologu, vidutiniškai stebimas žemesnis emocinio funkcionavimo lygis. Parinkta konstanta apima likusius, nestebimus ar/ir į modelį neįtrauktus efektus.

Socialinis funkcionavimas apima fizinės būklės ir medicininio gydymo įtaką tiek visuomeniniame tiek šeiminiame gyvenime. Parinkus modelį, apibrėžtą 14 lentelėje, matome, jog mažesnę įtaką jaučiama vyresnių pacientų (priklausomybė nuo amžiaus), kas sutampa su 4.2 skyriaus rezultatais. Pacientai, kurie jautė mažesnius fizinius apribojimus darbe, kasdienėje veikloje, laisvalaikyje arba nepatyrė nemigos ar dusulio, įvertino savo negalavimo įtaką asmeniniam gyvenimui kaip mažesnę. Taip pat pacientai, kuriems reikėjo daugiau informacijos apie gydymą ir atliekamus tyrimus, jautė didesnę ligos įtaką kasdieniniame gyvenime.

**14 lentelė. Socialinis funkcionavimo modelio parametrų įverčiai**

	Įvertis	Standartinė paklaida	t-statistika	p reikšmė
(Konstanta)	41.67	9.28	4.49	0.00
Amžius	7.07	2.62	2.70	0.01
Veiklos funkcija	0.21	0.08	2.81	0.01
Nemiga	-0.17	0.05	3.35	0.00
Dusulys	-0.21	0.06	-3.36	0.00
Info apie gydymą	-4.72	1.86	-2.54	0.01

### 4.5.3 Faktorinė klausimynų analizė

Tyrimė naudoti klausimynai suformuoti taip, kad dalis klausimų aprašo tam tikrus skirtingus latentinius nestebimus faktorius, pavyzdžiui, skausmą. Tačiau taip pat tikėtina, kad šių dviejų klausimynų kai kurie klausimai aiškina tuos pačius faktorius, tai yra, latentiniai faktoriai tarpusavyje tarp šių klausimynų persidengia. Ši hipotezė yra testuojama atliekant aiškinamąją (angl. *explanatory*) faktorinę analizę abiejų šių klausimynų atsakymus sudedant į vieną bendrą grupę tariant, jog mes nežinome, kuris klausimas priklauso kuriai grupei. Tuomet, remiantis faktorinės analizės rezultatais, žiūrime, kaip grupuojasi abiejų klausimynų atsakymai. Kadangi rezultatai remiasi koreliacine analize, kaip ir visais ankstesniais atvejais, taikytas polichorinių koreliacijų skaičiavimo kategoriniams kintamiesiems metodas, tikėtina, jog į tą patį faktorių patekę klausimai paaiškina arba tą patį latentinį faktorių, arba kelis tarpusavyje koreliuojančius faktorius.

Faktorių skaičius pasirinktas pagal *scree plot*'us (nuspręsta išrinkti 8 faktorius, visų šių faktorių tikrinės reikšmės didesnės už 1), faktorinė analizė atlikta taikant „varimax“ rotaciją – tai yra, išlaikant visų faktorių tarpusavio ortogonalumą, siekiant, kad skirtingi faktoriai paaiškintų skirtingą latentinį kintamąjį ir dėlto tarpusavyje nekoreliuotų bei išlaikytų galimybę kiekvienam iš faktorių priskirti unikalią interpretaciją. Taip pat, kiekvienam iš sudarytų faktorių pagal lentelėse pažymėtus reikšmingus *loading*'us kiekvienam klausimui, buvo vertinamas *Cronbach alfa* įvertinys, siekiant patikrinti, kiek šie klausimai tinkami grupavimui. Daugumoje atvejų įvertiniai (toliau tekste – alfa) buvo įvertinti pakankamai aukštai, išskyrus du faktorius, kurių įvertiniai nesiekė 0.6. Sukurti faktoriai pavaizduoti 15 lentelėje.

Matome, kad F1 bei F2 faktoriai apima pagrindinius (esminius) klausimus, išskiriamus klausimynų autorių ir klausimynų aprašymuose. Šių klausimų ir tarpusavio koreliacijos didžiausios. Pirmasis faktorius apima didelę dalį QLQ klausimyno klausimų: fizinio funkcionavimo skalės, veiklos funkcionavimo, kognityvinio funkcionavimo, socialinio funkcionavimo, skausmo, nuovargio, silpnumo klausimus (alfa = 0.91). Į antrąjį faktorių taip pat beveik be išimčių patenka esminiai NEQ anketos klausimai: nuo 1 iki 8, išskiriami autorių kaip pagrindiniai, bei keli kiti pagrindiniai, kurių faktorių *loadings* gerokai silpnesni (mažesnės reikšmės, tarp 0.3-0.4, ką galime laikyti kaip mažiau reikšmingus rezultatus) (alfa = 0.88).

Kadangi pirmi du faktoriai išskyrė pagrindinius abiejų klausimynų faktorius, įdomiau nagrinėti likusius faktorius. Kadangi pagal konstrukciją jie yra ortogonalūs tarpusavyje, šie faktoriai aprašo dar neišskirtus latentinius faktorius.

Trečią faktorių F3 su stipriausiom koreliacijom (aukščiausiais įvertintais *loadings*) sudaro QLQ 21-24 klausimai, aprašantys emocinio funkcionavimo faktorių. Tačiau šiuos klausimus su silpnesnėmis koreliacijom papildoma nemigos (QLQ11), skausmo (QLQ9) bei silpnumo (QLQ12)



**15 lentelė. Atsakymų į pacientų poreikių anketos klausimus faktorinės analizės išsklotinė**

NEQ anketos klausimai	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
NEQ1 reikia daugiau info apie diagnozę		0.85						
NEQ2 reikia daugiau info apie sveikatos būklę ateityje		0.85						
NEQ3 man reikia daugiau informacijos apie ketinamus man atlikti tyrimus		0.77						
NEQ4 reikia daugiau paaiškinimo apie gydymą		0.74		0.42				
NEQ5 reikia žinoti ar pasirinktas gydymas teisingas		0.64				0.33		
NEQ6 reikia, kad gydytojai ar slaugytojai suprantamai pateiktų medžiagą apie gydymą		0.42			0.38			
NEQ7 reikia, kad gydytojai su manimi būtų nuoširdesni		0.37		0.78				
NEQ8 reikia artimesnio ar dažnesnio bendravimo su gydytoju		0.58		0.64				
NEQ9 reikia pagalbos neįjauciant ligos simptomų			0.34			0.32		0.52
NEQ10 reikia pagalbos apsitarnaujant	0.44			0.43			0.35	0.33
NEQ11 reikia, kad gerbtų mano intymumą		0.33			-0.39	0.46	-0.44	
NEQ12 reikia didesnio slaugytojų dėmesio				0.36		-0.33	0.36	
NEQ13 reikia didesnio gydytojų supratimo ir užuojautos		0.36		0.74				
NEQ14 reikia komforto ligoninėje				0.53	0.49		-0.33	
NEQ15 reikia informacijos apie invalidumą ar socialines lengvatas			0.31					
NEQ16 reikia finansinės paramos								0.75
NEQ17 reikia kalbėtis su psichologu			0.45	0.66				
NEQ18 reikia kalbėtis su dvasininku				0.32		0.50	0.46	
NEQ19 reikia kalbėtis su žmonėmis, turinčiais tas pačias ligas			0.34			0.53		-0.30
NEQ20 reikia didesnio giminaičių palaikymo		0.40			0.45			0.30
NEQ21 reikia jaustis reikalingu šeimai						0.78		
NEQ22 reikia jausti šeimos palaikymą ir meilę						0.78		
NEQ23 nereikia kitų žmonių gailėsčio					-0.73			
QLQ 1 ar sukelia sunkumų įtempta veikla?	0.47							0.34
QLQ 2 ar nuvargina ilgas pasivaikščiavimas?	0.67							
QLQ 3 ar nuvargina trumpas pasivaikščiavimas?	0.63							
QLQ 4 ar priverstas gulėti ar sėdėti namuose?	0.58							
QLQ 5 ar reikia pagalbos valgant ar rengiantis?	0.58	-0.35		0.45				
QLQ 6 ar buvo apribojimų darbe arba namie?	0.75							

QLQ 7 ar jautė apribojimus mėgstamame užsiemime?	0.73							
QLQ 8 ar trūko oro?	0.56							
QLQ 9 ar jautė skausmą?	0.40		0.43					
QLQ 10 ar reikėjo poilsio?	0.43							0.49
QLQ 11 ar buvo sutrikęs miegas?			0.41					0.33
QLQ 12 ar jautė silpnumą?	0.38		0.36					0.40
QLQ 13 ar neturėjo apetito?					0.63		0.43	
QLQ 14 ar pykino?					0.47		0.51	
QLQ 15 ar vėmė?	0.31					-0.47	0.49	
QLQ 16 ar buvo užkietėję viduriai?							0.62	
QLQ 17 ar viduriavo?					0.72			
QLQ 18 ar jautėsi pavargęs?	0.39				0.44			0.39
QLQ 19 ar skausmas įtakojo kasdienę veiklą?	0.54							
QLQ 20 ar buvo sunku susikaupti skaitant ar žiūrint tv?	0.36						0.47	
QLQ 21 ar jautė įtampą?			0.84					
QLQ 22 ar jautė nerimą?			0.72					
QLQ 23 ar jautė susierzinimą?			0.70					
QLQ 24 ar jautėsi prislėgtas?			0.73					
QLQ 25 ar turėjo atminties sunkumų?							0.71	0.33
QLQ 26 ar fizinė būklė ar med. gydymas įtakojo šeimyninį gyvenimą?	0.61						0.35	
QLQ 27 ar fizinė būklė ar med. gydymas įtakojo visuomeninį gyvenimą?	0.65							
QLQ 28 ar fizinė būklė ar med. gydymas sukėlė finansinių sunkumų?								0.53

klausimai, kurie, prisiminus anksčiau atliktą regresinę analizę, taip pat turėjo reikšmingų sąryšių aiškinant emocinį funkcionavimą. Šiuo atveju faktorinė analizė iš dalies pagrindžia anksčiau gautus rezultatus, taip pat, anksčiau atlikta regresinė analizė savo ruožtu pagrindžia ir šią atliekamą analizę. Papildomai, matome, jog šį tą patį faktorių sudaro ir klausimai iš NEQ klausimyno: 17 ir 19 klausimai, apimantys išsikalbėjimą su psichologu bei kitais pacientais, turinčiais tas pačias ligas; bei 15 – informacijos apie invalidumą bei socialines lengvatas ir 9 – skausmo malšinimo poreikis. Bendrai apžvelgus, galime daryti išvadą, jog 3 faktorius apima emocinę žmogaus būseną, tai yra jo emocinio funkcionavimo lygį ir jį papildančius faktorius, taip pat nusakančius žmogaus savijautą (alfa = 0.82).

Trečiame faktoriuje F3 (alfa = 0.84) nematome ryškaus persidengimo tarp klausimynų, todėl jis nėra aptariamas, tačiau jis matomas penktame faktoriuje F5 (alfa = 0.49): sugrupuotas nuovargis, pykinimas, viduriavimas, apetito neturėjimas, bei išreikštas suprantamesnės informacijos poreikis, intymumo pagarbos poreikis, komforto poreikis, didesnio giminaičių palaikymo poreikis bei su neigiamu ženklu – kitų žmonių gailėsčio nepageidavimas. Tai šiame faktoriuje išreikšti nemalonūs, bet be skausmo, fiziniai simptomai, dėl kurių pacientams nepatogu tiek prieš gydytojus ir slaugytojus, tiek ir prieš artimuosius. Šiems pacientams reikia didesnio palaikymo, kad juos suprastų, tačiau ir kad vietoje užuojautos geriau jiems padėtų tvarkytis su patiriamais simptomais bei suprastų, kada per daug nesikišti ir leisti pacientui susitvarkyti pačiam, o bendrai kiek įmanoma padėtų sukurti tokią aplinką, kurioje pacientui būtų galima jaustis komfortabiliai.

Šeštas faktorius (alfa = 0.55) taip pat sudarytas iš vieno klausimyno klausimų, todėl plačiau apžvelgiamas septintas faktorius (alfa = 0.76). Panašu, jog šis faktorius apima dalį tų pačių klausimų, patekusių į penktą faktorių, tačiau iš kitos pusės. Čia panašu, jog patenka pacientai, kurie irgi patiria nemalonių fizinių simptomų (pykinimą, vėmimą, vidurių užkietėjimą, apetito neturėjimą), tačiau kuriems taip pat sunku susikaupti bei kurie turi atminties sunkumų (žemas kognityvinis funkcionavimas), dėl to jiems reikia labiau ne emocinės pagalbos (nors šios irgi, kaip ir visiems, reikia – išreikštas ir kalbėjimo su dvasininku poreikis), bet realios pagalbos, tai yra, didesnio slaugytojų dėmesio, pagalbos apsitarnaujant ir bendrai didesnio komforto. Būklės sunkumą patvirtina ir tai, jog ji reikšmingai įtakojo šių pacientų šeiminių gyvenimą. Gautas neigiamas ženklas prie intymumo gerbimo poreikio, panašu, jog patvirtina, kad šiems pacientams reikia realios pagalbos tvarkantis su simptomais ir jiems jau nėra nepatogu to prašyti, tai tik išryškina šiuos poreikius bei tokios pagalbos trūkumą.

Pagal faktorių *loadingų* svorius, aštuntame faktoriuje dominuoja finansiniai sunkumai (QLQ 28 klausimas bei NEQ 16), kuriuos papildo stiprus pagalbos poreikis, nejaučiant ligos simptomų (NEQ 9 klausimas), bei dalis šių simptomų (QLQ 11, 12, 18 klausimai). Panašu, jog šis faktorius labiau nurodo į tai, jog daliai pacientų stipriai paveikiama gyvenimo kokybė daugiausiai dėl patiriamų finansinių sunkumų, dėl ko pacientai neišgali įsigyti reikiamų medicininių priemonių, reikalingų malšinti juos kamuojančius simptomus. Ši problema yra labai svarbi, todėl verta kelti klausimą dėl didesnio medicininių priemonių finansavimo iš valstybės ar ligoninės pusės, atsižvelgiant į tai, jog tos priemonės gali reikšmingai padidinti pacientų gyvenimo kokybę. (alfa = 0.81).

Iš tiesų, palyginus kai kuriuos pacientų funkcinius įverčius, tų, kuriems reikia finansinės paramos, bei tų, kuriems jos netrūksta: remiantis ANOVA testu, šių pacientų kognityvinis

funkcionavimas reikšmingai mažesnis ( $p = 0.013$ ) bei fizinis funkcionavimas prastesnis ( $p = 0.043$ ) (16 lentelė).

**16 lentelė. Kognityvinis bei fizinis funkcionavimas pagal finansinės paramos poreikį.**

NEQ 16: Reikia finansinės paramos		Kognityvinis funkcionavimas	Fizinis funkcionavimas
Ne	Vidurkis	87,33	81,33
	N	75	75
	Std. nuokrypis	17,07	14,03
Taip	Vidurkis	<b>76,66</b>	<b>73,87</b>
	N	25	25
	Std. nuokrypis	21,51	20,17
Bendrai	Vidurkis	84,66	79,47
	N	100	100
	Std. nuokrypis	18,75	16,01

Panašūs rezultatai matomi analizuojant pagal QLQ 28 klausimo pjūvį. Remiantis ANOVA testu visų keturių grupių vidurkių lygybei tikrinti nustatyti reikšmingi skirtumai kognityviniam funkcionavimui ( $p = 0.003$ ) bei fiziniam funkcionavimui ( $p = 0.003$ ), kurių reikšmės didžiausios pirmoje grupėje, tai yra pacientams, kuriems jų fizinė būklė nesukėlė finansinių sunkumų. Kitose grupėse (pacientų, pažymėjusių „Nedaug“, „Vidutiniškai“, „Labai daug“) skirtumai nėra tokie dideli tarpusavyje, tačiau bendrai vertinant ANOVA testas teigia, jog su 5 proc. reikšmingumu šie vidurkiai skiriasi, kuo galime remti išvadą, jog finansinių problemų išsprendimas gali reikšmingai pagerinti pacientų gyvenimo kokybę. Analogiški rezultatai gaunami ir tiriant pacientų socialinį funkcionavimą ( $p = 0.008$ ). Kiek silpnesni rezultatai gaunami tiriant patiriamą skausmą ( $p = 0.02$ ).

Tiriant funkcionavimo skalės sąsajas su finansiniais sunkumais (17 lentelė), nustatyta, jog pirmos grupės pacientai, kurie nepatiria finansinių sunkumų, patiria žymiai mažiau skausmo lyginant su likusiais pacientais. Panašūs rezultatai gaunami tiriant veiklos funkcionavimą ( $p = 0.029$ ), kur pirma grupė reikšmingai skiriasi nuo antros grupės, tačiau ne nuo trečios. Tokie rezultatai gali būti gaunami dėl nepakankamai didelių imčių grupių viduje.

Tikėtina, jog didesnėje imtyje rezultatai kiek pasikoreguotų, todėl būtų įdomu atlikti platesnį ir išsamesnį tyrimą šia tema, tačiau viena aišku, pacientų patiriamų finansinių problemų, susijusių su jų fizine būkle ar medicininiu gydymu, išsprendimas padėtų reikšmingai pagerinti didelės pacientų dalies gyvenimo kokybę.

**17 lentelė: Funkcionavimo skalės rezultatai priklausomai nuo patiriamų finansinių sunkumų.**

QLQ 28: fizinė būklė ar medicininis gydymas sukėlė finansinių sunkumų		Kognityvinis funkcionavimas	Fizinis funkcionavimas	Socialinis funkcionavimas	Veiklos funkcionavimas	Skausmas
Visai ne	Vidurkis	<b>90,84</b>	<b>85,10</b>	<b>88,56</b>	85,94	23,20
	N	51	51	51	51	51
	Std. nuokrypis	13,46	12,55	20,68	18,37	24,73
Nedaug	Vidurkis	81,41	74,36	77,56	71,79	31,41
	N	26	26	26	26	26
	Std. nuokrypis	20,18	18,15	18,22	25,28	25,08
Vidutiniškai	Vidurkis	72,91	74,17	70,83	83,33	46,87
	N	16	16	16	16	16
	Std. nuokrypis	20,97	18,19	18,75	23,57	27,36
Labai daug	Vidurkis	78,57	69,52	73,80	66,66	26,19
	N	7	7	7	7	7
	Std. nuokrypis	26,72	12,08	28,63	39,67	35,81
Bendras	Vidurkis	84,66	79,47	81,83	80,50	29,33
	N	100	100	100	100	100
	Std. nuokrypis	18,75	16,01	21,33	23,69	27,02

## 5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo rezultatai atskleidžia onkologinių pacientų patiriamus ligos simptomus, gyvenimo kokybę ir patenkintus ar nepatenkintus poreikius gydymosi ligoninėje metu. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė priklauso nuo paciento amžiaus, lyties, gyvenimo situacijos ir onkologinės ligos. Leeuw J.R.J. Nyderlanduose (2001) atliktame tyrime nustatė, kad žmonės, kurie yra susituokę ar gyvenantys kartu, turi mažesnę mirtingumo riziką nei žmonės, kurie nėra; ypač žmonės, kurie yra išsiskyrę, turi didesnę mirtingumo riziką dėl piktybinių navikų. [43]

Mūsų atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad pacientai, dėl įvairių aplinkybių gyvenantys vieni, ženkliai daugiau patiria fizinius sutrikimus, tokius kaip miego sutrikimas, apetito nebuvimas, ir emociškai ženkliai didesnius neigiamus pojūčius, tokius kaip nerimas, įtampa, prislėgtumo jausmas. Galima pasvarstyti, kad našlaujantys, išsiskyrę, gyvenantys vieni pacientai negauna pakankamai palaikymo iš aplinkinių, dėl gyvenime patirtų krizių jautriau reaguoja į įvairius pokyčius gyvenime. Taip pat ištekėję arba gyvenantys kartu žmonės gali turėti geresnius sveikatos priežiūros išpročius ir mažiau vėluoja kreiptis į medicininės apžiūros po simptomų atsiradimo. Pacientai, nuo 18 iki 39 m.amžiaus, dėl savijautos jautė ženkliai apribojimus asmeniniame užimtumė ir laisvalaikio veikloje. Galima daryti prielaidą, kad minėto amžiaus pacientų asmeninis užimtumas ir laisvalaikis yra aktyvesni.

Pacientai ir pagal diagnozes ir pagal gaunamą gydymą, jautė nedidelį ir vidutinį skausmą, kas turėjo įtakos kasdienėje veikloje. Įvairų chemoterapinį gydymą gaunantys pacientai jautė ženkliai skausmo įtaką kasdienėje veikloje. Taip pat šie pacientai ženkliau jautė didesnę nerimo lygį, lyginant su kitokį gydymą gaunančiais pacientais. Įtakoti gali tai, kad chemoterapinis gydymas vyksta ciklais ir pacientai gydymui atvyksta kelis kartus. Dehkordi A. ir kt. (2009) atliktame tyrime nustatyta, kad pacientų, gaunančių keletą ir daugiau chemoterapijos ciklų gyvenimo kokybė yra geresnė, viena iš problemų buvo baimė, nerimas dėl ateities. [44] Mūsų atliktame tyrime nebuvo tirtas baimės lygis, tačiau netiesiogiai galima teigti, kad rastas didesnis nerimas yra susijęs su savijauta ateityje. Radioterapiją gaunantiems pacientams fizinė būklė ar medicinis gydymas turi didesnę įtaką šeimyniniam gyvenimui, lyginant su kitokį gydymą gaunančiais pacientais. Tą galėjo įtakoti tai, kad radioterapiją gaunančių pacientų gulėjimo ligoninėje laikotarpis yra ilgesnis nei kitų pacientų.

PAH ir neatžymėtos gretutinės ligos turėjo įtakos įtemptos veiklos keliamiems sunkumams. PAH ir kitos gretutinės ligos turi didesnę įtaką miego sutrikimams. Kitos gretutinės ligos turėjo įtakos pykinimui. Onkologiniams pacientams, turintiems gretutinę ligą PAH, daugiau reikia

pagalbos neįaučiant ligos simptomų. Obstipacijos buvo pas visus pacientus vidutiniškai ir labai daug, nežiūrint to, kad procentaliai išsiskyrė kitas gretutines ligas turintys pacientai. Wei Wang Ji ir kt. (2015) autorių atliktame tyrime nustatyta, kad gretutinės ligos veikia neigiamai visus gyvenimo kokybę aprašančius rodiklius, fizinius faktorius. [45] Todėl svarbi yra gretutinių ligų prevencija ir kontrolė, kuri padėtų palengvinti gyvenimo kokybę ir bendrą sveikatos būklę onkologiniams pacientams.

Tiriant nustatyta, kad gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės įvertinimas pasiskirstė vienodai ir daug maž per vidurį (pacientai dažniausiai vertino 5-6 balais). Tikėtina, kad aukštą gyvenimo kokybės vertinimą seks panašiai aukštas sveikatos būklės vertinimas. Galima teigti, kad pacientai gyvenimo kokybę ir bendrą sveikatos būklę vertino pagal tuo metu buvusią vidinę savijautą. Sprangers M. ir kt. (1999) autorių atliktais pastebėjimais pacientai susidurę su gyvybei pavojinga ar lėtine liga, susiduria su būtinybe prisitaikyti prie jos. Svarbus šios adaptacijos veiksnys - "permainos atsakas" (response shift) kuris apima vidinių standartų pokyčius, vertybių ir gyvenimo kokybės sampratą. Sprangers M. ir kt. (1999) aprašytame tyrime, minimas chirurgo ortopedo pastebėjimas, kad turi būti sunku mokytis/pajausti gyvenimo kokybę, nes ji ne tik reiškia skirtingus dalykus skirtingiems žmonėms, bet taip pat gali reikšti skirtingus dalykus ir tam pačiam asmeniui ligos eigoje. Jis papasakojo apie moterį, kuri išgirdusi savo diagnozę - osteosarkoma, jam pasakė, kad jei jos kaulo navikas neleis jai gerai vaikščioti, gyvenimas nebus reikšmingas jai, ir ji norėtų eutanazijos. Kai atėjo laikas, ir ši moteris buvo prikaustyta prie invalido vėžimėlio, ji pasakė jam, kad gyvenimą dar laiko vertingu sau, bet kai ji taps prikaustyta prie lovos, tada gyvenimas prarastų savo prasmę ir ji norėtų eutanazijos. Tačiau kai atėjo laikas, kad ji tapo prikaustyta prie lovos, moteris pareiškė, kad gyvenimą ji dar laiko prasmingu ir kad eutanazijai ji nėra pasirengusi. Ši istorija parodo, kad vidiniai standartai, vertybės ir gyvenimo kokybės koncepsijos gali keistis, atsižvelgiant į ligos eigą, ir kad šie pokyčiai gali būti neatsiejami prisitaikymo prie ligos procese. [46] Mūsų atliktame tyrime nebuvo liesta mirties tema, tačiau dauguma pacientų apklausos metu užsimindavo apie mirtį kaip neišvengiamumą, tuo pačiu pacientai kalbėjo apie tai su humoru, sarkazmu. Tai siejasi su pacientų savo gyvenimo kokybės ir bendros sveikatos vertinimo rezultatais, kurie nebuvo labai žemi. Svarbus yra pacientų pačių vidinis nusiteikimas gydytis, požiūris į onkologinį susirgimą, „susigyvenimas“ su juo. Čia svarbų vaidmenį gali vaidinti medicinos personalas skirdamas daugiau dėmesio žmogiškam/emociniam bendravimui su pacientais, padedant gyventi su onkologine liga.

Pearman T. (2003) atliktame tyrime rasta, kad pacientai, įvertinę savo gyvenimo kokybę mažesne, buvo žemesnio išsilavinimo lygio. Autoriai tai siūlo prognozuoti mažiau palankia socialine aplinka, ribotomis žiniomis apie sveikatos problemas ir prasta bendra sveikata. [47] Mūsų atliktame

tyrime nustatyti, nemažai rezultatų, susijusių su pacientų išsilavinimu. Pacientai, turintys aukštąjį magistrinį išsilavinimą, 88 proc., teigia, jog jiems nereikia pagalbos malšinant ligos simptomus, tame tarpe ir skausmo malšinimo poreikis jiems yra mažesnis. Taip pat šie pacientai pažymėjo, jog jiems reikia dvigubai didesnio gydytojų nuoširdumo, taip pat jiems reikia artimesnio/dažnesnio bendravimo su gydytojais, didesnio supratimo bei užuojautos iš gydytojų. Jie išsakė didesnę gydytojų bei slaugytojų dėmesio bei bendravimo poreikį, tačiau ne fiziniame/techniniame lygmenyje o labiau žmogiškame, emociniame lygmenyje. Taip pat jų informacijos poreikis apie socialines lengvatas ir galimą invalidumą – mažesnis. Kadangi pastebime, jog jie sugeba susitvarkyti su esamais simptomais bei susirasti informaciją. Emocinis funkcionavimas šių pacientų yra aukštesnis nei kitų pacientų.

Daugumai pacientų pažymėjo, kad yra svarbu su kitais aptarti savo ligą, pasidalinti patyrimais, Lytinių organų navikiniais susirgimais sergantys pacientai išreiškė didesnę poreikį kalbėti su kitais žmonėmis patyrusiais tą patį. Informacijos poreikis apie socialines lengvatas stipriai išreikštas krūties navikiniais susirgimais ir šlapimo organų navikiniais susirgimais sergantiems pacientams. Pacientai, kuriems reikia pagalbos numalšinant skausmą pažymėjo prastesnę gyvenimo kokybę, taip pat jiems labiau reikia poilsio, jie daug labiau jautėsi pavargę nei pacientai, kurie tokio poreikio neatžymėjo. Patenkinus šį poreikį gali reikšmingai pagerinti gyvenimo kokybę. Fizinės problemos taip pat veikia pacientų emocinį funkcionavimą.

Pacientai, kuriems reikėjo daugiau informacijos apie gydymą ir atliekamus tyrimus, jautė didesnę ligos įtaką kasdieniniame gyvenime. Informacijos apie sveikatos būklę ateityje trūkstantiems pacientams reikšmingai dažniau juntamas skausmas bei buvo sutrikęs miegas, jie atžymėjo prastesnę gyvenimo kokybę. Panašūs rezultatai buvo gauti Occhipinti S. ir kt. (2010) tyrime. Jie tyrė nepatenkintus palaikomojo gydymo poreikius. Mažesnis pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis buvo susijęs su sveikatos apsaugos sistemos informacijos poreikiu. Autorių nuomone, pacientai, priimdami sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros remiasi bendravimu tarp gydytojo ir paciento, ir tinkamos informacijos apie onkologinį susirgimą, teikimu. [48] Galima teigti, kad nepakankamos pradinės informacijos apie onkologinį susirgimą stoka, gali padidinti pacientų poreikį gauti reikiamą informaciją gydantis ilgesnį laiką, ir tuo bloginti gyvenimo kokybę. Svarbu, kad onkologiniai pacientai gautų pakankamai informacijos apie ligą, jos eigą, teikiamas socialines lengvatas, tiek susirgimo pradžioje, tiek viso gydymosi ir ligos stebėjimo eigoje. Taip pat svarbu yra ir grįžtamasis ryšys – t.y. kaip pacientas suprato gautą informaciją.

Pacientams, kuriems buvo sunku susikaupti žiūrint televizorių ar skaitant laikraštį, taip pat reikia, kad gydytojai ar slaugytojai suprantamai pateiktų informaciją bei kad gydytojai būtų nuoširdesni. Galima daryti prielaidą, kad jei pacientams sunkiau suvokti ar priimti gaunamą informaciją, greičiausia įprastinio informacijos pateikimo būdo nepakanka. Pacientai, kuriems yra



geresnio aptarnavimo ligoninėje/komforto poreikis, yra mažiau priversti gulėti ar sėdėti namie dienos metu, patiria mažiau apribojimų namie ar darbe, mažiau jautė įtampą, bet dažniau neturėjo apetito. Jų sveikatos būklė geresnė, galimai todėl jie mažiau susikoncentravę ties savo simptomais, ir daugiau dėmesio teikia komforto poreikiui. Nustatytas ryšys tarp pacientų gyvenimo kokybės, sveikatos būklės vertinimo ir veiklos funkcionavimo bei miego sutrikimų. Pacientams, kurie jautė didesnius apribojimus ir sunkumus atliekant įvairią veiklą namie ar darbe, turėjo miego sutrikimų

Tyrimė nustatytas ryšys tarp nuovargio jutimo ir emocinio funkcionavimo. Pacientai, kurie jautė didesnę nuovargį, jų juntamas nerimas, įtampa, susierzinimas, prislėgtumas taip pat buvo didesni. Nustatytas ryšys tarp poreikio malšinant simptomus ir prasto emocinio funkcionavimo. Pacientai, kuriems reikėjo pakalbėti su psichologu, vidutiniškai stebimas žemesnis emocinio funkcionavimo lygis. Pacientai, kurie jautė mažesnius fizinius apribojimus darbe, kasdienėje veikloje, laisvalaikyje arba nepatyrė nemigos ar dusulio, įvertino savo negalavimų įtaką asmeniniam gyvenimui kaip mažesnę.

## 6. IŠVADOS

1. Ištirus onkologinių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, nustatyta, kad jų fizinis, veiklos, kognityvinis ir socialinis funkcionavimai buvo vidutinio lygio. Gyvenimo kokybę blogino ligos simptomai: skausmas, nuovargis ir nemiga. Nustatytas tiesioginis ryšys tarp nemigos ir gyvenimo kokybės vertinimo.
2. Sociodemografinių ir medicininių veiksnių įtakos onkologinių pacientų gyvenimo kokybei tyrimas atskleidė, kad gyvenantys vieni pacientai patiria daugiau fizinių ir emocinių sutrikimų. Nustatytos sąsajos tarp patiriamų fizinių, emocinių pojūčių ir ligos diagnozės, gretutinių ligų bei taikomo gydymo.
3. Bendravimo su kitais žmonėmis, palaikymo ir paramos, informacijos, susijusios su gydymu ir atliekamais tyrimais, poreikiai onkologiniams pacientams buvo svarbiausi.
4. Onkologinių pacientų poreikiai priklauso nuo ligos diagnozės, gretutinių ligų ir taikomo gydymo. Nustatytas didelis dėmesio ir bendravimo poreikis tarp aukščiausią išsilavinimą turinčių pacientų.
5. Išanalizavus su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir poreikių sąsajas, nustatyta kad yra stiprus ryšys tarp ligos simptomų ir emocinio funkcionavimo. Įvertintas prastesnis veiklos funkcionavimo lygis pacientams, kuriems trūksta informacijos apie ligą ir socialinę paramą. Nustatytas ryšys tarp prastesnio fizinio funkcionavimo ir veiklos funkcionavimo. Įvertinta priklausomybių struktūra leidžia daryti išvadą, kad vieno gyvenimo kokybės aspekto pagerinimas gali turėti netiesioginį teigiamą poveikį kitiems aspektams ir bendrai gyvenimo kokybei.

## 7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Remiantis tyrimo išvada, kad onkologinių ligonių gyvenimo kokybę blogina ligos simptomai, svarbu skirti daug dėmesio pacientų jaučiamų simptomų kontrolei siekiant pagerinti jų gyvenimo kokybę. Patariama slaugytojams išsamiau, atviriau, dėmesingiau bendrauti su pacientais siekiant daugiau sužinoti apie jų negalavimus, taikyti simptomų kupiravimo slaugos priemones. Gyvenimo kokybei pagerinti svarbu skirti dėmesį pagalbos ir gydymo, palaikymo ir paramos bei finansinių poreikių patenkinimui
2. Remiantis tyrimo išvada, kad pacientai, dėl įvairių aplinkybių gyvenantys vieni, patiria daugiau fizinių ir emocinių sutrikimų, svarbu klinikinėje praktikoje įvertinti pacientų šeiminių situaciją prieš skiriant priežiūrą ir gydymą, sudarant slaugos planą.
3. Tyrimas atskleidė, jog aukščiausią išsilavinimą turintys pacientai išreiškė didesnę gydytojų bei slaugytojų dėmesio bei bendravimo poreikį, tačiau ne fiziniame/techniniame lygmenyje, nes jie sugeba susitvarkyti su ligos simptomais bei susirasti informaciją, o daugiau žmogiškame, emociniame lygmenyje, todėl rekomenduojama tokiems pacientams skirti daugiau laiko bendravimui, emocinei paramai.
4. Rekomenduojama pagal galimybes naudoti sveikatos būklės, gyvenimo kokybės, priežiūros poreikių klausimynus siekiant atskleisti daugiau informacijos apie pacientų fizinę, psichologinę ir socialinę būklę.
5. Patariama pasirūpinti prieinama ir suprantama informacija apie onkologines ligas, jų gydymą, priežiūros ir slaugos galimybes, teikiamas socialines lengvatas.

## 8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Steward B., Wild Ch.P. Global battle against cancer won't be won with treatment alone. Effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crisis. World cancer report 2014. An IARC publication
2. Fialka-Moser V., Crevenna R, et al. Cancer rehabilitation. Particularly with aspects on physical impairments. From the Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Vienna, Austria; J Rehabil Med 2003; 35: 153–162
3. Nancy E., Page Adler and Ann E.K. Cancer Care for the Whole Patient. Meeting Psychosocial Health Needs Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting.; Washington (DC); 2008
4. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. Biomedicina. T.1, Nr.2, 2001 m. gruodis
5. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. J.Clin Oncol. 1994. 12:608-616
6. Germino, B.B. Symptom distress and quality of life. Seminars in Oncology Nursing, November 1987, p.267-276
7. Šeškevičius E. Europos paliatyvosios pagalbos standartai ir normos. EJPC. Hayward Group, 2006.
8. Calman K. C. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. J Med Ethics, 1984; 10 : 124-127 DOI: 10,1136 / jme.10.3.124
9. Herman C.P. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. Europa PubMed Central, School of Nursing University of Louisville. KY, USA, Oncology Nursing Forum, 2001, 28(1):67-72
10. Johnstone M. J. The Nature and Moral Implications of: Not for resuscitation Orders. Bioethics new, January 1989, p.26-44
11. Kaplan R.M., Bush J.W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis // Health. Psychol. – 1982. Vol. 1. – P. 61-80
12. Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г.Н. Алеева, М.Э. Гурьева, М.В. Журавлева, // Российский медицинский журнал. – 2006. – №2. – С. 1-4.
13. Митрофанова О.И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты): дис.канд. мед. наук / О. И. Митрофанова. – М., 2008. – 189 с.

14. Osoba D. The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions // *Ibid.*—1992.— Vol. 1.—P. 211—218.
15. Горбунова В.А., Бребер В.В. Качество жизни онкологических больных. IV Российская онкологическая конференция.
16. Michelson H., Bolund Ch., Nilsson B. and Brandberg Y. Health-related Quality of Life Measured by the EORTC QLQ-C30. *Acta Oncologica* Vol. 39, No. 4, pp. 477-484, 2000
17. Blesch K.S., Paice J.A., Wickham R. ir kt.. Correlates of fatigue in people with breast or lung cancer. 1991. *Oncol.Nurs.Forum* 18:81-87
18. Berglund G., Petersson L.M., Eriksson K.C. ir kt. Between Men: a psychosocial rehabilitation programme for men with prostate cancer. *Acta Oncol.* 46:83-89, 2007
19. Faggiano F., Partanen T., Kogevinas M. and Boffetta P. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. *IARC Sci. Publ.* 65-176. 1997
20. Talcott J.A. Prostate cancer quality of life: beyond initial treatment and the patient. *J. Clin Oncol.* 25:4155-4156. 2007
21. Northouse L.L., Mood D.W., Montie J.E. ir kt.. Living with prostate cancer: patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *J. Clin. Oncol.* 25:4171-4177. 2007
22. Billingsley K.G., and Alexander H.R. 1996. The pathophysiology of cachexia in advanced cancer and AIDS. P. 1-22.
23. Klein S., and Koretz R. I. 1994. Nutrition support in patients with cancer: what do the data really show? *Nutr. Clin. Pract.* 9:91-100
24. Pereira J., and Bruera E. A. Chronic nausea. P.23-37. In Bruera, and I. Higginson (ed.) *Cachexia-anorexia in cancer patients.* Oxford Medical Publications. Oxford University-Press. 1996
25. Neuenschwander H., and Bruera E. Asthenia. P.573-581. *Oxford textbook of palliative medicine.* Oxford University Press. 1998
26. Bruera E., and Ripamonti C. Dyspnea in patients with advanced cancer. P. 295-308 *Lipincott-Raven Publisher.* 1998
27. Cull A., Cowie V.J., Farquarson D.I.M., Livingstone J. R. B., Smart G. E. & Elton R. A. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer* (1993), 68, 1216-1220
28. Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res*1998;7:85-91
29. Bezjak A, Ng P, Skeel R et al. Oncologists' use of quality of life information results of a survey of Eastern Cooperative Oncology Group physicians. *Qual Life Res* 2001 ; 10 : 1 -13.

30. Detmar SB, Aaronson NK. Quality of life assessment in daily clinical oncology practice: a feasibility study. *Eur J Cancer* 1998 ; 34 : 1181 –1186.
31. Stephens RJ, Hopwood P, Girling DJ et al. Randomized trials with quality of life endpoints: are doctors' ratings of patients' physical symptoms interchangeable with patients' self-ratings? *Qual Life Res* 1997 ; 6 : 225 –236
32. Titzer ML, Fisch M, Kristellar JL et al. Clinician's assessment of quality of life (QOL) in outpatients with advanced cancer: how accurate is our prediction? A Hoosier oncology study. *Am Soc Clin Oncol* 2001 ; 20 : 384a
33. Черкасова Е.А., Корм И.Л., Новичкова И.Ю. Оценка качества жизни у больных с онкопатологией. Медицинские интернет-конференции. ID: 2011-07-2467-A-1359.]
34. Nancy E. Adler and Ann E. Page. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. K. Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. Washington (DC); 2008
35. Visuomenės sveikatos centro projekto paraiška. <https://www.cpva.lt/lt/dokumentai/projektu-dokumentai/356/p50.html>
36. Michelson H., Bolund Ch., Nilsson B. and Brandberg Y. Health-related Quality of Life Measured by the EORTC QLQ-C30. *Acta Oncologica* Vol. 39, No. 4, pp. 477-484, 2000
37. Липецкий Н. Н. Психологические особенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин больных раком молочной железы III ст.) // Молодой ученый. — 2013. — №7. — С. 372-374.
38. Козлова Н.В., Андросова Т. В. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных. *Психология и педагогика*. 2009 г. 143-147
39. Leydon GM., Boulton M., Moynihan C., Jones A., Mossman J., Boudioni M., McPherson K. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ*. 2000 Apr 1; 320(7239): 909-913
40. Tambutini M., Gangeri L., Brunelli C., Boeri P., Borreani C., Bosisio M., ir kt. Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer* 2003;12 DOI: 10.1186/1471-2407-3-12
41. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004; 130 (4):601–630.
42. Belloni A., Chernozhukov V. Least squares after model selection in high-dimensional sparse models. *Bernoulli*, volume 19, Number 2 (2013), 521-547

43. Leeuw J.R.J., Ros W.J.G., Hordjik G.J., Blijham G.H., Winnubst J.A.M. Sociodemographic factors and quality of life as prognostic indicators in head and neck cancer. *European Journal of cancer*. Volume 37, Issue 3, February 2001, 332-339
44. Dehkordi A., Heydarnejad M.S., Fatehi D. Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. *Oman Med J*. 2009 Jul. 24 (3): 204-207
45. Wei Wang Ji, Saluè Li, Liçio Jiang, Cong Xiao-Chuanas, Chen Xuen-Fen, Tango Z., Zheng-Nian Lo, Zhen-ping Juaniu, Jin-Ming J. Comorbid chronic diseases and their associations with quality of life among gynecological cancer survivors. *BMC Public Health*.2015, 15; 965
46. Sprangers M., Schwartzas K. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science and Medicine*. Volume 48, Issue , June 1999, 1507-1515
47. Pearman T. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*. August 2003
48. McDowell M.E., Occhipinti S., Ferguson M.,Dunn J., Chambers S.K. Predictors of Change in Unmet Supportive Care Needs in Cancer. *Psychooncology*. 2010 May;19(5)

## 9. PRIEDAI

### 1 priedas

#### Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės EORTC QLQ –C30 klausimynas (3 versija)

Mus domina kai kurie klausimai apie Jus ir Jūsų sveikatą. Prašome atsakyti į visus klausimus, geriausiai tinkantį atsakymą apveddami rutuliuku. Nėra teisingų ar klaidingų atsakymų. Jūsų pateikta informacija bus saugoma konfidencialiai.

Jūsų inicialai            |\_|\_|\_|\_|  
 Jūsų gimimo metai       |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Jūsų lytis                 vyras    moteris

Šios dienos data         |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Eil. Nr.	Teiginys	Visai ne	Nedaug	Vidutiniškai	Labai daug
1.	Ar Jums sukelia sunkumų įtempta veikla, pavyzdžiui, sunkaus krepšio ar lagamino nešimas?	1	2	3	4
2.	Ar Jus nuvargina <u>ilgas</u> pasivaikščiojimas?	1	2	3	4
3.	Ar Jus nuvargina <u>trumpas</u> pasivaikščiojimas išėjus iš namų?	1	2	3	4
4.	Ar Jūs priverstas(-a) gulėti lovoje ar sėdėti fotelyje dienos metu?	1	2	3	4
5.	Ar Jums reikalinga pagalba valgant, rengiantis, prausiantis arba naudojantis tualetu?	1	2	3	4
	<b>Per praėjusią savaitę:</b>				
6.	Ar Jūs buvote apribotas(-a) darbe arba atlikdamas(-a) kitus kasdieninius darbus?	1	2	3	4
7.	Ar Jūs jautėte apribojimus savo mėgstamame užsiėmime arba kitoje laisvalaikio veikloje?	1	2	3	4
8.	Ar Jums trūko oro?	1	2	3	4
9.	Ar Jūs jautėte skausmą?	1	2	3	4
10.	Ar Jums reikėjo poilsio?	1	2	3	4
11.	Ar Jums buvo sutrikęs miegas?	1	2	3	4
12.	Ar Jūs jautėte silpnumą?	1	2	3	4
13.	Ar Jūs neturėjote apetito?	1	2	3	4
14.	Ar Jus pykino?	1	2	3	4
15.	Ar Jūs vėmėte?	1	2	3	4





## 2 priedas

### Onkologinių pacientų poreikių NEQ klausimynas

Gerb. Respondente,

Maloniai prašome užpildyti šią anketą. Tyrimo tikslas padės nustatyti ir įvertinti su kokias poreikiais ligoninėje esate susidūręs ir ar jie yra patenkinti. Perskaitytę kiekvieną klausimą, pažymėkite atsakymą TAIP arba NE.

Šios apklausos duomenys bus analizuojami apibendrintai, todėl konfidencialumas garantuojamas.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

Jūsų inicialai           |\_|\_|\_|\_|  
Jūsų gimimo metai      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Šios dienos data        |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- |  |      |    |
|--|------|----|
| 1. Man reikia daugiau informacijos apie mano diagnozę  | TAIP | NE |
| 2. Man reikia daugiau informacijos apie mano sveikatos būklę ateityje                              | TAIP | NE |
| 3. Man reikia daugiau informacijos apie ketinamus man atlikti tyrimus                              | TAIP | NE |
| 4. Man reikia daugiau paaiškinimų apie gydymą  | TAIP | NE |
| 5. Man reikia žinoti ar pasirinktas gydymas yra teisingas ?  | TAIP | NE |
| 6. Man reikia, kad gydytojai ir slaugytojai suprantamai pateiktų informaciją                       | TAIP | NE |
| 7. Man reikia, kad gydytojai su manimi būtų nuoširdesni  | TAIP | NE |
| 8. Man reikia artimesnio/dažnesnio bendravimo su gydytojais  | TAIP | NE |
| 9. Man reikia, kad padėtų nejausti ligos simptomų ( skausmo, pykinimo, vėmimo, nemigos ir t.t.)    | TAIP | NE |
| 10. Man reikia pagalbos valgant, rengiantis, atliekant asmens higienos procedūras                  | TAIP | NE |
| 11. Man reikia kad kiti gerbtų mano intymumą   | TAIP | NE |
| 12. Man reikia didesnio slaugytojų dėmesio   | TAIP | NE |
| 13. Man reikia didesnio gydytojų supratimo ir užuojautos   | TAIP | NE |
| 14. Man reikia, kad ligoninės teikiamos paslaugos būtų kuo geresnės (komforto poreikis)?           | TAIP | NE |
| 15. Man reikia daugiau informacijos apie invalidum, socialines lengvatas, susijusias su mano liga. | TAIP | NE |

16. Man reikia finansinės paramos	TAIP	NE
17. Man reikia kalbėtis su psichologu	TAIP	NE
18. Man reikia kalbėtis su dvasininku	TAIP	NE
19. Man reikia pakalbėti su žmonėmis, kurie yra sirgę ta pačia liga (kurie patyrė tą patį, ką ir aš)	TAIP	NE
20. Man reikia didesnio mano giminaičių palaikymo	TAIP	NE
21. Man reikia jaustis reikalingu savo šeimai	TAIP	NE
22. Man reikia jausti šeimos palaikymą ir meilę	TAIP	NE
23. Man nereikia kitų žmonių gailesčio	TAIP	NE

Kiti poreikiai

---

Šiuo metu man labiausiai man reikia:

---



---

### **3 priedas. Sociodemografinių veiksnių klausimynas**

**Norime užduoti keletą klausimų, kurie padės mums sugrupuoti Jums pateiktus atsakymus.**

#### **1. Jūsų šeimyninė padėtis:**

- Vedęs/Ištekėjusi
- Išsiskyres/-usi, kita
- Našlys/našlė
- Nevedęs/netekėjusi, bet gyvenu su partneriu
- Nevedęs/netekėjusi, gyvenu be partnerio

#### **2. Jūsų išsimokslinimas:**

- Pradinis (4 klasės)
- Nebaigtas vidurinis (8 – 9 klasės)
- Vidurinis (11 – 12 klasių)
- Aukštesnysis (spec.vidurinis)
- Aukštasis (bakalauras)
- Aukštasis (magistras)

#### **3. Jūsų gyvenamoji vieta:**

- Miestas
- Kaimas

#### **4. Ar Jūs:**

- Dirbate
- Pensininkas
- Nedirbate
- Neįgalus
- Kita.....

(gali būti keli atsakymo variantai)

#### **5. Ar turite vaikų?**

- taip
- ne

#### **6. Ar rūkote?**

- taip
- ne
- kartais

#### **7. Ar rūkėte ankščiau?**

- taip
- ne
- kartais

#### **4 priedas. Medicininių dokumentų duomenys**

1. Onkologinės ligos šifras (pagl. TLK-10) \_\_\_\_\_
2. Taikomas gydymas \_\_\_\_\_
3. Ūgis ir svoris, kūno masės indeksas \_\_\_\_\_
4. Gretutinės ligos \_\_\_\_\_
5. Onkologinės ligos išplitimas ( metastazės) \_\_\_\_\_