

**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETAS
SLAUGOS MAGISTRANTŪROS STUDIJŲ PROGRAMA**

TVIRTINU

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Slaugos studijų programų komiteto
pirmininkė
prof. habil.. dr. Danutė Kalibatiienė

2016.05. -----

(parašas)

MARIJA JACKEVIČIENĖ

**DIDELIŲ DOZIŲ CHEMOTERAPIJOS SUKELTO MUKOZITO
PAPLITIMAS, SAŠAJOS SU PACIENTO PATIRIAMU DISTRESU
BEI SLAUGOS YPATUMAI**

**HIGH-DOSES CHEMOTHERAPY INDUCED MUCOSITIS PREVALANCE,
INTERFERENCE WITH A PATIENT EXPERIENCED DISTRESS AND
NURSING PECULARITIES**

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:

VU MF Vidaus ligų, šeimos medicinos ir
onkologijos klinika

dr. Valdas Pečeliūnas

2016.05.12 -----

(parašas)

Vilnius, 2016

ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Didelių dozių chemoterapijos sukkelto mukozito paplitimas, sąsajos su paciento patiriamu distresu bei slaugos ypatumai“ atliktas 2015 – 2016 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakultete Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje ir „X“ ligoninės Kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje ir Autologiniame kaulų čiulpų poskyryje.

Darbo autorė: Marija Jackevičienė, Vilniaus universiteto Slaugos magistro programos antro kurso studentė.

Darbo mokslinis vadovas: dr. Valdas Pečeliūnas, VUL Santariškių klinikų Autologinio kaulų čiulpų poskyrio vadovas.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Darbas apsvairstytas 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 „Didelių dozių chemoterapijos sukkelto mukozito paplitimas, sąsajos su paciento patiriamu distresu bei slaugos ypatumai“ ginamas viešajame Slaugos magistro baigiamųjų darbų posėdyje, kuris įvyks 2016 m. birželio 3 d. 9.30 – 13 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 baigiamųjų darbų gynimo komisija:

Prof. habil. dr. Danutė Kalibaitienė (pirmininkė)

Dr. Aldona Mikaliūkštienė (gynimo komisijos mokslinė sekretorė)

Doc. dr. Violeta Ožeraitienė

Dr. Rimgaudas Staigis

Dr. Sonata Vaivuorytė

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

DIDELIŲ DOZIŲ CHEMOTERAPIJOS SUKELTO MUKOZITO PAPLITIMAS, SĄSAJOS SU PACIENTO PATIRIAMU DISTRESU IR SLAUGOS YPATUMAI

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė – Marija Jackevičienė

Darbo mokslinis vadovas – dr. Valdas Pečeliūnas, VUL Santariškių klinikų Autologinio kaulų čiulpų poskyrio vadovas.

Vilnius, 2016 m.

Pagrindinės sąvokos: mukozitas, distresas, chemoterapija, autologinė transplantacija, alogeninė transplantacija, slauga

Darbo tikslas: išanalizuoti didelių dozių chemoterapijos sukulto mukozito paplitimą bei jo sąsajas su paciento patiriamu distresu.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti mokslinę literatūrą apie didelių dozių chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos sąlygotą mukozitą, jo sukeltus neigiamus padarinius pacientams.
2. Ištirti didelių dozių sukulto mukozito dažnį ir laipsnį priklausomai nuo pacientų sociodemografinių ir klinikinių požymių.
3. Įvertinti pacientų patiriamo distreso sąsajas su didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.
4. Ištirti slaugos problemas ir jų pasireiškimo dažnį sergant didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.
5. Išanalizuoti slaugos veiksmus ir procedūras, taikomus pacientams, sergantiems didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.

Tyrimo medžiaga ir metodai: Mokslinės literatūros bei straipsnių rinkimas ir apžvalga; pacientų distreso termometro rezultatų vertinimas; pacientų skausmo stiprumo skalių rezultatų vertinimas; slaugos procesų vertinimas naudojant klausimyną; mukozito sunkumo laipsnių vertinimo skalė; medicinos dokumentų analizė, pacientų mitybos vertinimas, taikant mitybos nepakankamumo skalę.

Darbo rezultatai ir išvados: Chemoterapija – tai vienas iš veiksmingiausių būdų, skirtų kovoti su onkologiniais susirgimais, tačiau chemoterapija turi neigiamų padarinių, vienu iš kurių tampa mukozito pasireiškimas, darantis neigiamą įtaką paciento fizinei ir psichinei būklei. Mukozitas pasireiškia po chemoterapijos taikymo. Atsiradęs distresas sukelia pacientui nemalonius skausmo pojūčius, pakeičia paciento išvaizdą, šių veiksmų pasekoje pacientas patiria distresą.

Mukozito pasireiškimo mažinimui ir jo prevencijos numatymui taikomas medikamentis gydymas. Pacientams po mukozito pasireiškimo taikomi papildomi slaugos procesai, padedantis pacientui gydyti mukozito pažeista vietas bei mažinti jo pasireiškimo metu patirtą distresą. Ištirus didelių dozių sukulto mukozito dažnį ir laipsnį priklausomai nuo pacientų sociodemografinių ir klinikinių požymių buvo nustatyta, kad mukozitas labiausiai pasireiškė vyriškos lyties atstovams, priklausantiems amžiaus grupei nuo 40 iki 59 metų, kuriems didžiausias mukozito laipsnis pasireiškė 5 – 8 parą po transplantacijos. Įvertinus pacientų patiriamo distreso sąsajas su didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu buvo nustatyta, kad pacientams po įvykdytos didelių dozių chemoterapijos pasireiškia mukozitas, kurio pasekoje pacientai patiria distresą, sukeltą tokiais šalutiniais reiškiniais, kaip pacientų išvaizdos pokyčiai, tinimas, skausmas, burnos išopėjimas. Ištirus slaugos problemas ir jų pasireiškimo dažnį sergant didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu buvo nustatyta, kad didžiausiomis slaugos problemomis tampa nepakankamas paciento informavimas ir personalo trūkumas. Išanalizavus slaugos veiksmus ir procedūras, taikomus pacientams, sergantiems didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu buvo nustatyta, kad pacientams slaugos veiksmai ir procedūros buvo taikomos remianti N. Roper 12 gyvybinių veikų. Šios gyvybinės veikos apėmė: miego, užimtumo, judėjimo, kūno temperatūros, tuštinimosi ir šlapinimosi, mitybos, kvėpavimo, bendravimo vertinimą, asmens higienos taikymą, saugios aplinkos palaikymą.

SUMMARY

Vilnius University Faculty of Medicine

Master's Degree Nursing Programme

HIGH - DOSES CHEMOTHERAPY INDUCED MUCOSITIS PREVALANCE, INTERFERENCE WITH A PATIENT EXPERIENCED DISTRESS AND NURSING PECULIARITIES

Master's degree final scientific research work

Author of the master's degree scientific research work – Marija Jackeviciene

Head of the master's degree scientific research work - dr. Valdas Pečeliūnas, VUL Santariškių klinikų Autologinio kaulų čiulpų poskyrio vadovas.

Vilnius, 2016 year.

Keywords: mucositis, distress, chemotherapy, autologous transplantation, allogeneic transplantation, nursing

Aim of the Research: analysis of high - doses chemotherapy induced mucositis prevalence, interference with a patient experienced distress and nursing peculiarities characteristics.

Tasks:

1. A review of the scientific literature on high-dose chemotherapy and bone marrow transplantation caused mucositis, its negative effects for patients.
2. To investigate the high dose induced mucositis frequency and severity depending on the patient sociodemographic and clinical signs.
3. Evaluate patients experienced distress interfaces with high doses of chemotherapy - induced mucositis.
4. Investigate nursing issues and their frequency in patients with high doses of chemotherapy -induced mucositis.
5. Analyze the nursing actions and procedures applicable to patients with high doses of chemotherapy -induced mucositis.

Materials and Methods: Literature and articles Collection and Review; patients distress thermometer evaluation of the results; patients pain scale evaluation of the results; nursing process assessment using the questionnaire; mucositis severity rating scale; medical documents analysis, nutritional assessment of patients using the malnutrition scale.

Results and Conclusions. Chemotherapy - this is one of the most effective ways to combat oncological diseases, but chemotherapy has negative consequences, one of which is a manifestation of mucositis, a negative impact on the patient's physical and mental state. Mucositis occurs after the

use of chemotherapy. The resulting distress caused to the patient unpleasant sensations of pain, replaces the patient's appearance, these factors resulting in the patient experiencing distress. Mucositis manifestation of the reduction and prevention of anticipation applied medicated treatment. Mucositis in patients after the onset of extra care processes, helping the patient to treat mucositis damaged areas and reduce the onset suffered distress. Investigate high doses induced mucositis frequency and severity depending on the patient sociodemographic and clinical symptoms have been found to be the most mucositis occurred in males belonging to the age group of 40 to 59 years of age with the greatest degree of mucositis occurred in 5 - 8 Days after transplantation. The evaluation of patients experienced distress interfaces with high doses of chemotherapy-induced mucositis was found that patients met after high-dose chemotherapy, mucositis, which resulted in patients experiencing distress caused side effects such as patients' appearance changes, swelling, pain, mouth ulcers. To investigate the nursing problems and their frequency in patients with high doses of chemotherapy-induced mucositis was found that the greatest care problems is the lack of patient information and staff shortages. An analysis of nursing actions and procedures applicable to patients with high doses of chemotherapy mucositis was found that patients in nursing practices and procedures applicable to support Mr. Roper 12 vital facts. These vital activities included: sleep, employment, movement, body temperature, defecation and urination, eating, breathing, communication, evaluation, application of personal hygiene, safe environment is maintained.

SANTRUMPOS

- AKČT** – Autologinis kaulų čiulpų transplantacijos poskyris
- DNR** – Deoksiribonukleo rūgštis
- DT** – Distreso termometras
- CTCAE** – Common Terminology Criteria for Adverse Events
- EGFR** – Epidermio augimo faktoriaus receptoriaus
- HSV** – Herpes simplex
- KČT** – Kaulų čiulpų transplantacijos skyrius
- KKLT** – Kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacija
- NRS** – The Nutritional Risk Screening
- NVNU** – Nestteroidiniai vaistai nuo uždegimo
- PSO** – Pasaulio sveikatos organizacija
- VAS** – Vaizdinio atitikmens skalė

TURINYS

1. ĮVADAS.....	10
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	13
2.1. Chemoterapija ir jos poveikis pacientams sergantiems onkologinėmis ligomis.....	13
2.1.1. Chemoterapijos bei transplantacijos apibūdinimas ir klasifikacijos.....	13
2.1.2. Šalutinis chemoterapijos poveikis.....	16
2.2. Chemoterapijos sukeltas mukozitas, jo simptomai, gydymas ir profilaktika.....	21
2.2.1. Mukozito apibūdinimas ir etiologija.....	21
2.2.2. Mukozito rizikos veiksniai ir klinikinis pasireiškimas.....	23
2.2.3. Mukozito gydymas ir profilaktika.....	28
2.3. Mukozitą ir distresą patyrusių pacientų slaugą.....	33
2.3.1. Psichologinė slaugytojų pagalba, pacientams patyrusiems distresą mukozito pasireiškimo metu.....	37
2.3.2. Pacientų sveikatos stebėjimo duomenų rinkimas ir slaugos poreikių nustatymas.....	41
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	46
3.1. Tiriamoji populiacija.....	46
3.2. Tyrimo metodai.....	46
3.3. Tyrimo eiga.....	48
3.4. Statistinė duomenų analizė.....	49
4. TYRIMO REZULTATAI.....	50
4.1. Kiekybinio tyrimo duomenų analizė.....	50
4.2. Kokybinio tyrimo duomenų analizė.....	60
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	64
5.1. Didelių dozių sukulto mukozito dažnio ir laipsnio priklausomai nuo pacientų sociodemografinių ir klinikinių požymių vertinimas.....	64
5.2. Pacientų patiriamos distreso sąsajų su didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu vertinimas.....	64
5.3. Slaugos problemų ir jų pasireiškimo dažnio sergant didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu, vertinimas.....	65
5.4. Slaugos veiksmų ir procedūrų, taikomų pacientams, sergantiems didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu, vertinimas.....	68
IŠVADOS.....	69
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	70
LITERATŪRA.....	71

PRIEDAI.....	75
1 priedas. Distreso termometras.....	76
2 priedas. Anketa slaugytojoms.....	77
3 priedas. Mitybos NRS 2002 skalė.....	78

1. ĮVADAS

Darbo aktualumas. Onkologinės ligos – viena iš svarbiausių sveikatos problemų visame pasaulyje. Pastaruoju metu pasaulyje aptinkama daugiau kaip 10 mln. naujų vėžio susirgimo atvejų. Statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje kiekvienais metais aptinkama apie 17 tūkst. naujų susirgimų onkologinėmis ligomis atvejų. Sergančiųjų skaičius nuolatos didėja ir 2015 m. duomenimis siekė beveik 92 tūkst. žmonių. Statistiniais duomenimis prognozuojama, kad iki 2020 m. nuo vėžio gali mirti apie 10 mln. pasaulio gyventojų [12].

Šiandien Lietuvoje labiausiai paplitusiomis onkologinėmis ligomis laikomos: leukemija (37 proc.), limfoma (24 proc.), krūtinės vėžys (21 proc.), plaučių vėžys (16 proc.). Šios ligos tampa daugelio sergančiųjų mirties priežastimi. Statistikos departamento duomenimis, 2015 m. Lietuvoje nuo onkologinių ligų mirė 32,4 proc. gyventojų [12].

Norint sumažinti gyventojų mirštamumo nuo onkologinių ligų skaičių, Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos Sąjungos šalių, yra įgyvendinama onkologinių ligų plitimo prevencijos politika, kuri yra nukreipta į onkologinių ligų rizikos nustatymą, gydymo būdų pasirinkimą, paplitimo prevencijos numatymą ir prevencijos priemonių taikymą.

Onkologinių ligų prevencijai taikomas kompleksinis gydymas, kurio metu taikomi trys pagrindiniai gydymo metodai: operacija, spindulinė terapija, chemoterapija. Plačiausiai paplitęs onkologinių ligų gydymo metodas – chemoterapija, kuri įvardinama, kaip piktybinių navikų gydymas medikamentais, kurie slopina greitą ląstelių dauginimąsi arba jose sukelia negrįžtamą pokyčių. Po chemoterapijos atlikimo pacientams, sergantiems tokiomis onkologinėmis ligomis, kaip leukemija ir limfoma, taikoma kaulų čiulpų transplantacija. Lietuvoje kasmet atliekama virš 90 kamieninių ląstelių transplantacijos operacijų. Tačiau sergantieji onkologinėmis ligomis po chemoterapijos patiria ir šalutinių poveikių: plaukų slinkimą, nuovargį, skonio pokyčius, burnos gleivinės sudirginimą, mukozitą. Mukozitas – vienas iš labiausiai sunkiausių ir nepageidaujamų chemoterapijos šalutinių poveikių, kuris onkologinėmis ligomis sergantiems žmonėms gali sukelti distresą, dėl jo pasireiškimo būdo, sukeliama vaizdo ir skausmo. Neretai bijodami mukozito komplikacijos pacientai atsisako chemoterapinio gydymo [13]. Tačiau atsižvelgiant į onkologinės ligos etiologiją ir chemoterapijos sukiamus neigiamus padarinius, pacientams privalo būti taikoma speciali gydytojų ir slaugytojų pagalba. Ši pagalba privalo būti nukreipta ne tik į fiziologinės paciento būklės gerinimą, bet ir pagalbą skirtą sumažinti patirtą distresą. Tokiu būdu, gydytojų ir slaugytojų dėmesys privalo būti skiriamas ne tik onkologinių ligų gydymui ir gydymo rezultatų pasiekimui, bet ir ligonio gyvenimo trukmės ilginimui, vėlesniam ligos atsinaujinimo laikui, onkologinių ligų progresavimo prevencijai, pacientų patiriamo distreso mažinimui bet ir ligonių gyvenimo kokybės užtikrinimui.

Onkologinių ligų gydymo procese ir jų gyvenimo kokybės gerinimo užtikrinime aktualumą įgauna slaugytojų dalyvavimas. Lietuvoje bandoma perimti daugelyje Europos Sąjungos šalių

taikomą pacientų gyvenimo kokybės užtikrinimą, kurį įgyvendinant slaugytojas dalyvauja paciento ir jo artimųjų informavimo ir konsultavimo procesuose. Šiam tikslui įgyvendinti sveikatos priežiūros sektoriuje slaugytojams sudarytos galimybės dalyvauti onkologinių ligonių slaugos procesuose, kurie gali padėti pagerinti onkologinėmis ligomis sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybę [36].

Pastaruoju metu atsirandant naujoms onkologinių ligų formoms bei didėjant pacientų sergančių šiomis ligomis skaičiui, slaugytojai skatinami aktyviau dalyvauti šių ligų prevencijoje bei skirti ypatingą dėmesį pacientams patyrusiems papildomų nepageidaujamų onkologinės ligos gydymo padarinių, tokių kaip mukozitas. Atsižvelgiant į tai, pacientams būtina skirti specialią slaugytojų priežiūrą, kuri skatintų greitesnę ir efektyvesnę šių ligonių pasveikimą bei užtikrintų onkologinių ligų atsinaujinimo dažnių prevenciją.

Darbo iširtumas. Chemoterapijos sukeliamas šalutinis poveikis toks, kaip mukozitas, jo paplitimas ir pacientų slaugą atsiradus šiam šalutiniam poveikiui mokslinėje literatūroje nėra itin plačiai nagrinėjama. Atliekant chemoterapijos ir jos sukeltų padarinių apžvalgą, slaugytojų ir gydytojų vaidmens reikšmę organizuojant sergančiųjų onkologinėmis ligomis slaugos procesus, buvo remtasi D. Bonnet (2010), D. S. Feeny (2013), Cicėno, D. Kalibaitienės (2008), T. Furmonavičius (2011) ir kt. moksliniais darbais, kuriuose pateikiamas chemoterapijos apibūdinimas bei jos sukelti padariniai, pateikiamas kaulų čiulpų transplantacijos apibūdinimas ir jos rūšys; pateikiama mukozito samprata, etiologija, padariniai ir prevencijos būdai; apžvelgiamas slaugytojų ir gydytojų vaidmuo, įgyvendinant onkologinių ligų prevenciją Lietuvoje, taikant naujausius slaugos būdus, įtakojamus sveikatos sistemos reformų bei onkologinėmis ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybės užtikrinimą.

Darbo tikslas – išanalizuoti didelių dozių chemoterapijos sukulto mukozito paplitimą, jo sąsajas su paciento patiriamu distresu bei apžvelgti slaugos ypatumus.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti mokslinę literatūrą apie didelių dozių chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos sąlygotą mukozitą, jo sukeltus neigiamus padarinius pacientams.
2. Ištirti didelių dozių sukulto mukozito dažnį ir laipsnį priklausomai nuo pacientų sociodemografinių ir klinikinių požymių.
3. Įvertinti pacientų patiriamo distreso sąsajas su didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.
4. Ištirti slaugos problemas ir jų pasireiškimo dažnį sergant didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.
5. Išanalizuoti slaugos veiksmus ir procedūras, taikomus pacientams, sergantiems didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.

Darbo apibūdinimas. Tai taikomojo pobūdžio mokslo tiriamasis slaugos magistro baigiamasis darbas. Darbas yra 81 puslapio apimties, susideda iš 5 skyrių. Ji iliustruoja 7 lentelės, 24 paveikslai, 3 priedai. Literatūros sąrašą sudaro 47 šaltiniai. Darbas atskleidžia didelių dozių chemoterapijos sukkelto mukozito paplitimą, jo sąsajas su paciento patiriamu distresu ir slaugos ypatumus.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

Onkologinių ligų paplitimas Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio valstybių įtakoja ir šių ligų prevencijos priemonių nustatymą ir taikymą. Viena iš populiariausių ir dažniausiai onkologinių ligų prevencijos priemonių yra didelių dozių chemoterapija ir kaulų čiulpų transplantacija, kurios taikymas sąlygoja ir šalutinių veiksnių atsiradimą, vienas iš kurių yra mukozitas bei patiriamas distresas. Norint įvertinti didelių dozių chemoterapijos ir transplantacijos įtaką mukozito ir distreso atsiradimui darbe pateikiamas chemoterapijos ir jos poveikio pacientams sergantiems onkologinėmis ligomis vertinimas, įvertinamas chemoterapijos sukeltas mukozitas, jo simptomai, gydymas ir profilaktika, slaugos procesai.

2.1. Chemoterapija ir jos poveikis pacientams sergantiems onkologinėmis ligomis

2.1.1. Chemoterapijos bei transplantacijos apibūdinimas ir klasifikacijos

Chemoterapija – piktybinių navikų gydymas medikamentais, kurie slopina greitą ląstelių dauginimąsi arba sukelia jose negrįžtamų pokyčių [21]. Chemoterapija skiriama apie 20 proc. visų sergančiųjų onkologinėmis ligomis [6].

Anot G. Russo, R. Haddad, M. Posner, M. Machtay [28], chemoterapija, priklausomai nuo vėžio rūšies ir jo stadijos, gali būti vieninteliu gydymo metodu, tačiau ji skiriama prieš operaciją (kuomet reikia naviką sumažinti ar apriboti) arba po operacijos (ja siekiama sunaikinti organizme išlikusias vėžio ląsteles), kartais derinama su spinduliniu gydymu. Anot autorių, *priklausomai nuo vėžio rūšies ar jo stadijos, chemoterapija taikoma siekiant:*

- Visiškai išgydyti ligonį nuo vėžio (sergant tam tikrų lokalizacijų navikais).
- Sustabdyti ligos plitimą po organizmą.
- Sulėtinti vėžio augimą.
- Palengvinti simptomus, kuriuos sukelia vėžinė liga.

D. E. Paterson ir M. M. Schubert [21] teigimu, *chemoterapijos metodus taikomas onkologinėmis ligomis sergantiems ligoniams laikantis šių principų:*

- Chemopreparatas parenkamas pagal priešnavikinio aktyvumo spektrą.
- Parenkama geriausia chemopreparato dozė, skyrimo režimai ir vartojimo būdai.
- Atsižvelgiama į veiksnius, dėl kurių reikia dozę ir režimą koreguoti [6].

G. Russo, R. Haddad, M. Posner, M. Machtay [28] pažymi, kad atsižvelgiant į onkologinės ligos etiologiją, galima išskirti keletą *chemoterapijos rūšių:*

1. *Neoadjuvantinė chemoterapija*. Skiriama prieš chirurginį gydymą ar spindulinę terapiją, norint sumažinti naviko masę, padidinti operabilumą ar spindulinės terapijos efektyvumą.

2. *Adjuvantinė chemoterapija*. Skiriama po operacijos ar spindulinės terapijos, siekiant sunaikinti likusias po operacijos navikines ląsteles ir / ar užkirsti kelią mikrometastazėms išplisti.

3. *Paliatyvi chemoterapija*. Skiriama gydyti užleistiems navikams, kuriems netinka lokalūs gydymo metodai (chirurgija, spindulinė terapija). Ši chemoterapijos rūšis leidžia prailginti ligonių gyvenimo trukmę (pvz., sergančiųjų krūties vėžiu, kiaušidžių vėžiu).

4. *Gydomoji chemoterapija*. Siekiama išgydyti piktybinę ligą (pvz., piktybinę limfomą, leukozes ir kt.). Šios chemoterapijos metu pacientams taikomi chemopreparatai, kurie atsižvelgiant į paciento būklę skirstomi į keletą būdų.

Anot D. E. Paterson ir M. M. Schubert [21] chemopreparatai leidžiami į veną, nes greičiau pasiekia tarpinę vaisto koncentraciją kraujyje. Dauguma chemopreparatų neabsorbuojami iš virškinimo trakto. Jiems suleisti naudojamos periferinės plieninės adatos, plastikiniai kateteriai ar centrinių venų katerizavimo prietaisai. Chemoterapija gali būti atliekama keliais būdais iš karto, pavyzdžiui, vieni vaistai sušvirškščiami į veną, kiti vartojami tabletėmis. Chemoterapija vykdoma ciklais, kurių trukmė gali būti kelios dienos ar ilgiau. Po to – 2–3 savaitių pertrauka, per kurią praeina šalutiniai poveikiai, organizmas pailsi, atkuria pažeistas sveikas ląsteles. Bendras chemoterapijos gydymo kursas susideda iš 6–10 ciklų. Dauguma citostatikų sukelia navikinių ląstelių žūtį, veikdami skirtingų ląstelių ciklo fazių ląsteles.

Pagal tai citostatikai santykinai gali būti suskirstyti į dvi dideles grupes - ląstelės ciklo fazės specifiniai ir ląstelės ciklo fazės nespecifiniai [28]. Nors šiandien turimų medikamentų veikimo mechanizmai smarkiai skiriasi, visi jie galų gale trikdo ir slopina ląstelės dalijimosi procesą, o nekontroliuojamas ir greitas dalijimasis bei dauginimasis ir yra pagrindinis vėžinių ląstelių požymis. Citostatikai pažeidžia vėžio ląsteles, stabdydami jų augimą bei dalijimąsi. Kadangi normalios ląstelės (su nedidelėmis išimtimis) dalijasi tik labai retai arba visai nesidalija, citostatikų poveikis daugiau ar mažiau tikslingai nukreiptas į vėžines ląsteles. Tačiau ir kai kurių normalių audinių (pvz., gleivinių) ląstelės dalijasi greitai, todėl citostatikai jas taip pat pažeidžia. Dauguma citostatikų veikia ląstelės viduje, labiausiai - branduolyje esančią genetinę medžiagą, kurioje yra visa svarbi informacija apie organizmo procesų reguliacijos funkcijas, taigi ir apie ląstelės dauginimąsi [21].

Po chemoterapijos atlikimo metu, pacientams sergantiems leukemija ar limfoma, sunaikinamos vėžinės ląstelės. Šiems pacientams gali atliekama kaulų čiulpų transplantacija.

Anot P. Menasche (2008), *kaulų čiulpų transplantacija* – tai kraujodaros kamieninių ląstelių (hemopoezės) persodinimas. Anot autoriaus, kaulų čiulpų transplantacija naudojama žmonių, kurių kamieninės ląstelės pažeidė liga ar jos gydymas, gydymui arba kaip gydymo būdas, kurio metu donoro imuninė sistema kovoja su kraujo ligomis, tokiomis kaip leukemija. Kaulų čiulpų transplantacijos gali prireikti žmonėms, sergantiems įvairiomis piktybinėmis ir nepiktybinėmis ligomis [46].

Kaulų čiulpų transplantacijos tikslas yra išgydyti daug ligų ir vėžio rūšių. Kai asmens kaulų čiulpai buvo paveikti arba sunaikinti dėl ligos arba intensyvaus gydymo radiacija ar chemoterapijos susirgus vėžiu, kaulų čiulpų transplantacija tampa būtina [42].

Anot N. Askenasy, T. Zorina, D. L. Farkas, I. Shalit (2008), *kaulių čiulpų transplantacijos metu gali būti naudojamos [41]:*

- pakeičiant nesveikus kaulo čiulpus, kurie buvo sunaikinti ligų, tokių, kaip leukemija, aplastinė anemija, pjautuvinė anemija, sveikais kaulų čiulpais;

- pakeičiant kaulų čiulpus sveikais, atkuriant normalią kaulų čiulpų funkciją po didelės chemoterapijos ar spinduliuotės, tam kad būtų išgydytas piktybinis navikas. Šis procesas vadinamas „gelbėjimu“, dėl pasireiškiančių ligų tokių, kaip limfoma ir neuroblastoma.

- pakeičiant kaulų čiulpus genetiškai sveika biologine medžiaga, siekiant užtikrinti kaulų čiulpų funkcionavimą, bei užkirsti tolesnį kelią kaulų čiulpų ląstelių pažeidimams, įgyvendinant genetinės ligos tokios, kaip Hurlersindromo proceso vystymosi sustabdymą.

Kaulų čiulpų transplantacija taikoma tokiais atvejais: pasireiškiant leukemijai, sunkiai aplazinei anemijai, limfomai, dauginei mielomai, imunodeficito sutrikimams, kietųjų navikų vėžiui [43].

Dabartiniu metu, kaulų čiulpų transplantacija vykdoma taikant kamieninių ląstelių infuzija į organizmą, kurios tikslas yra pakeisti pažeistas kamienines ląsteles, sveikomis. Kamieninių ląstelių transplantacijos taip pat gali prireikti sutrikus kaulų čiulpų veiklai, ir jiems negebant pagaminti pakankamo kiekio sveikų kamieninių ląstelių. Kamieninių ląstelių transplantacija taip pat atliekama, kai taikoma didelių dozių chemoterapija leukemijos, limfos ir mielominės ligų gydymui [46].

F. Dazzi, R. Ramasamy, S. Glennie, S. P. Jones, I. Roberts I. (2010), *transplantacija būna trijų rūšių [45]:*

- *Alogeninė* – kai persodinami kito žmogaus kraujo čiulpai. Tai gana efektyvi transplantacija, tačiau labiausiai rizikinga. Saugesnė giminingų donorų transplantacija (dažniausiai brolių ar seserų), tačiau jei nėra tinkančio giminingo donoro, daromas negiminingų donorų kaulų čiulpų persodinimas. Negiminingų donorų transplantacijos Lietuvoje pradėtos daryti tik 2004 m. gruodžio 1 d. Negiminingas kaulų čiulpų donoras parenkamas pagal žmogaus leukocitinių antigenų sistemos antigenus.

- *Singeninė* – alogeninės transplantacijos rūšis, kai persodinamos identiško dvynio kaulų čiulpų kamieninės ląstelės. Ši transplantacija laikoma vieną iš saugiausių ir efektyviausių transplantacijos rūšių.

- *Autogeninė* – tokia kaulų čiulpų transplantacijos rūšis, kai ligonis gali pats būti kaulų čiulpų donoru. Tokia transplantacija tinka, kai sergantis žmogus yra remisijoje arba kai liga nėra pažeidusi kaulų čiulpų (pvz., krūties, kiaušidžių vėžys, Hodžkino, ne Hodžkino limfomos, smegenų augliai). Prieš transplantaciją imamas tam tikras kiekis kamieninių kraujo ląstelių, jos užšaldomos

nuo -80 °C iki -196 °C. Prieš užšaldant kamieninės ląstelės „išvalomos“ nuo piktybinių ląstelių, jei liga jau yra pažeidusi dalį kaulų čiulpų.

D. Bonnet (2010) teigimu, priklausomai nuo to, kas taikoma kamieninių ląstelių šaltiniu, transplantacija gali būti skirstoma į dvi rūšis: kaulų čiulpų transplantacija arba periferinio kraujo kamieninių ląstelių transplantacija. Kaulų čiulpų transplantacijai gali būti naudojamos paties paciento kamieninės ląstelės (autologinė) ar donoro kamieninės ląstelės (alogeninė). Pagal tai, kokio donoro kamieninės ląstelės naudotos alogeninei transplantacijai vadinamos: identiško dvynio (singeninė transplantacija), giminingo donoro kraujo čiulpų transplantacija (paprastai tai būna broliai ar seserys), negiminingo donoro kraujo čiulpų ir iš virkštelės paimto kraujo kraujų čiulpų transplantacija, kadangi šiame kraujyje taip pat gausų kamieninių ląstelių [44].

I. Trociuko (2009) teigimu, kaulų čiulpų transplantacija turi savo ypatumų [47]:

- Prieš transplantaciją recipiento kaulų čiulpai yra sunaikinami radioterapija arba chemoterapija.
- Po transplantacijos jų vietą užima donorinės kaulų čiulpų kamieninės ląstelės.
- Kaulų čiulpų transplantacija atliekama kraštutiniu atveju, kai kiti gydymo metodai nepadedą arba, kai prognozuojamas ligos atsinaujinimas.

2.1.2. Šalutinis chemoterapijos poveikis

D. I. Rosenthal ir A. Trotti [26] pažymi, kad visi priešvėžiniai medikamentai ardo vėžio ląsteles, sustabdydami jų dalijimąsi, dauginimąsi ar augimą, pažeisdami ląstelių gyvavimo ciklą arba navikinės ląstelės vientisumą. Pažymėtina, kad chemopreparatai veikia ne tik navikines, bet ir normalias, sveikas, greitai proliferuojančias ląsteles. Tai kaulų čiulpų, virškinamojo trakto, lytinių liaukų, plaukų folikulų ląstelės. Būtent dėl to chemoterapijos metu gali pasireikšti nepageidaujamos ūmios ir lėtinės vaistų reakcijos, keliančios realią grėsmę paciento sveikatos būklei ir veikiančios paciento gyvenimo kokybę [19]. Šalutinis citostatikų poveikis pasireiškia visiems ar bent daugumai ligonių, tačiau rimtas komplikacijas patiria tik 5–7 proc. ligonių. Toksinio poveikio stiprumas priklauso nuo vaisto dozės, vartojimo režimo, specifinių veikimo mechanizmų, taip pat nuo kitų sunkių ligų, kuriomis serga arba anksčiau persirgo pacientas. Nepageidaujamas chemoterapinių vaistų poveikis gali pasireikšti iš karto ar po kelių dienų (ūmus); per kelias savaites (poūmis); po kelių mėnesių ar metų (atokusis) [2].

Pacientai skirtingai ištveria gydymą, tačiau daugumai jų gydymo kursas yra didelis fizinis ir psichinis stresas. Gyvenimo kokybė pacientams dažnai yra tokia pat svarbi kaip ir bendras terapinis efektas. Onkologai gali skirti tokią vaistų dozę, kuri sukeltų kuo mažiau žalos, tačiau jos nauda būtų maksimali [19]. Šalutinių poveikių stiprumas priklauso nuo to, kokios medžiagos naudojamos, ir nuo bendros paciento būklės [2].

Anot E. Valienės ir L. Gudeliene – Gudelevičienės [35], pacientams po chemoterapijos pasireiškia tokie šalutiniai poveikiai, kaip:

Pykinimas ir vėmimas. Daugelį pacientų (apie 70 – 80 proc.) po skirtos chemoterapijos vargina pykinimas vėmimas [8]. Pykinimas ir vėmimas pagal atsiradimo pradžią yra skirstomas į tris tipus – ūminį, uždelstą, išankstinį [35].

- Ūminis pykinimas ir vėmimas: pirmos 24 valandos po chemoterapijos.
- Uždelstas pykinimas ir vėmimas: praėjus daugiau nei 24 valandoms po chemoterapijos.
- Išankstinis pykinimas ir vėmimas likus dienai ar valandai iki chemoterapijos.
- Pykinimo ir vėmimo metu slaugos veiksmai:
 - Slaugytoja turėtų užtikrinti, kad paciento nevargintų stiprūs fiziniai ir psichiniai dirgikliai: sudaryti ramią aplinką ir sumažinti veikimą faktorių, kurie provokuoja šių nemalonių simptomų atsiradimą.
 - Slaugytoja turėtų pasirūpinti, kad kambaryje oras būtų gaivus, būti šalia paciento, kai jis vemia [8].
 - Svarbu, kad slaugytoja numatytų vėmimą: pasirūpintų, kad šalia būtų basonas ar kitas indas, ir laiku jį pakeistų.
 - Prasidėjus vėmimui, gulinčiam pacientui galva pasukama į šoną, slaugytoja turi rūpintis pacientu – padėti atsigulti ant šono, paduoti dubenį, nuvalyti veidą.
 - Svarbu, kad pacientas nematytų slaugytojos veide pasibjaurėjimo.
 - Slaugytojos pareiga šiuo atveju – nuraminti ligonį (uždėta ranka ant ligonio kaktos veikia raminamai).
 - Slaugytoja turi stebėti, ar nepasireiškė dehidratacijos požymių (sausas neelastingas oda, blogas šlapimo išsiskyrimas, galvos skausmas). Dehidratacijos atveju slaugytoja turi paraginti pacientą gerti kuo daugiau pageidaujamo skonio gėrimų. Sunkiais atvejais reikėtų intraveninių skysčių infuzijų, dažniausiai – fiziologinio druskos tirpalo.
 - Siekiant išvengti pykinimo ir vėmimo po chemoterapijos, bendruomenės slaugytojai pacientams turėtų patarti laikytis atitinkamos mitybos ir režimo: pasiūlyti sauso maisto (džiūvėsėlių, paprastų sausainių); patarti gerti reguliariai, lėtais, mažais gurkšneliais; patarti gurkštelėti šalto, putojančio gėrimo (mineralinio); patarti vengti daug prieskonių, karšto ar labai šalto maisto; patarti vengti kepamo ar verdamo maisto kvapo šalia paciento; patarti vengti saldaus maisto; pasiūlyti mažų užkandžių; dieną prieš chemoterapijos procedūrą duoti lengvai virškinamo maisto, nesiūlyti maisto procedūros metu; pykinimo metu vengti duoti paciento mėgstamų patiekalų, nes tai vėliau asocijuosis su buvusiu pykinimu; pykinimo metu pasiūlyti lengvai virškinamo maisto, vengti riebaus ir riebaluose virto maisto.
 - Pykinimo, vėmimo metu stengtis laikyti paciento galvūgalį pakeltą.
 - Esant paskyrimui sugirdyti medikamentus, mažinančius pykinimą ar vėmimą.

- Vėmimo metu pacientas turi sėdėti palenkęs galvą žemyn virš indo ar gulėti pasuktas ant šono, kad neužspringtų ir turinys nepatektų į kvėpavimo takus.

- Po vėmimo reikia duoti stiklinę su vandeniu burnai prasiskalauti ir vienkartinių servetėlių ar rankšluosčių paciento veidui ir rankoms apšluostyti.

- Vėmimo metu slaugančiam personalui svarbu neparodyti bjaurėjimusi pacientu, nes tai didina paciento kompleksavimą ir saviizoliaciją.

- Svarbu nuraminti pacientą, paaiškinti, kad pykinimas ir vėmimas greit praeis [35].

Plaukų slinkimas. Plaukų išslinkimas (alopecija) yra vienas pagrindinių nepageidaujamų poveikių, pasireiškiantis po chemoterapijos, ir tai dažnai sukelia emocinių problemų pacientams [8]. Nuo beveik visų citostatikų daugiau ar mažiau slenka plaukai. Dažniausiai slenka galvos plaukai, bet taip pat gali slinkti ir kitose kūno vietose: veido, rankų, kojų, pažastų, gaktos. Plaukų slinkimas gali prasidėti praėjus keletui dienų po chemoterapijos ir tęstis keletą savaičių. Svarbu palaikyti pacientą psichologiškai, sustiprinti jo įvaizdį; pacientą būtina įspėti, kad profilaktikos priemonių slinkimui išvengti nėra; sprendžiant šią problemą, reiktų įtraukti ir kitus komandos specialistus, pvz., psichologą; svarbus slaugytojos atidumas, jei paciento išvaizda jam pačiam yra ypač reikšminga; slaugytojai turi truputį sąmoningiau stebėti savo veiksmus: neparodyti nustebimo, nesišvalgyti vienas į kitą, kas nereikalingai skaudintų pacientą [35].

Kraujo sudėties ir kraujo krešėjimo pokyčiai. Chemoterapija sunaikina greitai besidauginančias tiek piktašias, tiek sveikąsias ląsteles. Tai ir visos kraujo ląstelės, gaminamos kaulų čiulpuose. Kiekviena kraujo ląstelių rūšis turi specialias funkcijas. Raudonieji kraujo kūneliai perneša deguonį į visas kūno dalis. Baltieji yra svarbūs apsaugant ir kovojant su infekcijomis [3].

Trombocitai padeda formuoti krešulius, sustabdančius kraujavimą sudarydamos kraujo krešulį. Jeigu kraujyje trūksta trombocitų, net nuo mažiausių sužeidimų ir daug lengviau negu įprastai gali prasidėti kraujavimas ar atsirasti mėlynių [35].

Nuovargis ir energijos stoka. Nuovargiu vadinama būseną, kuri sukelia išsekimą ir mažina ligonio fizinį aktyvumą dėl energijos stokos. Nuovargis pasireiškia šiais specifiniais simptomais: bendru silpnumu, sumažėjusiu gebėjimu susikaupti, sutrikusiu miegu, atmintimi, bloga nuotaika ir liūdesiu. Nuovargį lemia pati vėžinė liga, gydymas (operacija, chemoterapija, radioterapija) ir šalutiniai simptomai, pvz., infekcija, anemija, pykinimas, skausmas, stresas, nerimas, depresija ir kiti [3].

Rekomenduojama pacientui patarti rašyti nuovargio simptomų dienoraštį, kuris padės pokalbio su gydytoju metu; pamaitinti pacientą, jei jam per sunku; patarti valgyti po nedaug, dažniau nei tris „pagrindinius“ kartus per dieną; skatinti ilsėtis tiek dažnai, kiek reikalinga, eiti trumpo pogulio; patarti koncentruoti energiją, nustatyti prioritetus svarbiausiems ir mėgstamiems darbams; patarti planuoti veiklą tam laikui, kai turima daugiausia energijos ir noro; pasitarus su gydytoju rekomenduoti vaistus ir vitaminus, kurie gali padėti sumažinti nuovargį; bendradarbiauti,

konsultuotis su psichologu dėl pagalbos susidorojant su ligos sukeltu stresu; pasiūlyti prisijungti prie pajamos grupės ar dalyvauti susitikimuose, pokalbiuose su ligoniais po gydymo programos; patarti mankštintis, nes neaktyvumas ir per ilgas poilsis gali padidinti nuovargį [6].

Viduriavimas. Viduriavimas yra dažnas reiškinys, kurį gali sukelti daug priežasčių: priešvėžinis gydymas, ligos, stresas, infekcija, antibiotikai arba maistas. Kelių dienų viduriavimo pasekmė gali būti: dehidratacija (organizmo skysčių praradimas), elektrolitų disbalansas [35]. Viduriavimas gali prasidėti dėl įvairių priežasčių – chemoterapijos, spindulių terapijos, vidaus ar infekcinių ligų, jautrumo maistui, emocinių išgyvenimų ir kt.

Viduriavimo metu slaugos veiksmai: apie esamą paciento padėtį informuoti gydantį ar budintį gydytoją; sekti skysčių kiekį; išsiaiškinti viduriavimo priežastį; patarti dažniau gerti skysčių; svarbu užtikrinti gerą asmens higieną, kad tai neįtakotų pragulų atsiradimo; suteikti pacientui reikiamą privatumą; paciento neniekinti, nesibjaurėti, nes pati situacija pacientui kelia didelį diskomfortą; patarti nevalgyti jokių maisto produktų, galinčių padidinti viduriavimo tikimybę; užtikrinti ligonio būklės konfidencialumą, jei pacientas to pageidauja [6].

Vidurių užkietėjimas. Kai kuriems chemoterapija gydomiems ligoniams dėl vartojamų vaistų užkietėja viduriai. Vidurių užkietėjimas (obstipacija) – būklė, kai tuštinamasis nereguliariai (keletą parų nesituštinama) arba išmatos yra kietos, smulkiais gabalėliais, arba žarnyno peristaltika sukelia nemalonius pojūčius bei skausmą [35]. *Slaugos veiksmai obstipacijos metu:* patarti valgyti įvairų ir rupų maistą, kuriame yra daug skaidulinių medžiagų; patarti išgerti bent 2 litrus skysčių per dieną; perspėti vengti gazuotų gėrimų, nes jie pučia pilvą; patarti didinti fizinį aktyvumą, jei tai yra įmanoma ir nesukelia papildomo skausmo ar diskomforto; apmokyti patį pacientą arba jį slaugantį asmenį masažuoti pilvą pagal žarnyno eigą; tuštintis pacientas turėtų tuo pačiu metu, taip bus suformuotas teisingas tuštinimosi įgūdis. Tuštinimosi metu pacientas turi būti privačioje aplinkoje ir jam turi būti suteikta kuo natūralesnė pusiau sėdima padėtis; pilvo pūtimo atveju galima naudoti šiltą pūslę, jei tai nėra kontraindikuotina, dar gali padėti dujų vamzdelis; išmatų susikaupimą galinėje tiesiosios žarnos dalyje galima bandyti pašalinti aliejumi sutepta pirštine atliekant išangės reviziją arba statant aliejines mikro klizmites [6].

Poveikis odai ir nagams. Taikant chemoterapiją gali kilti nedidelių odos problemų. Galimi šalutiniai reiškiniai: paraudimas, niežulys, lupimasis, sausumas, spuogai. Gali patamsėti nagai, pradėti lūžinėti ar skilinėti, juose gali atsirasti vertikalių linijų ar juostų. *Rekomenduojama:* Tepti kremu ir losjonu dar drėgną odą, vengti kvėpalų, odekolono, losjono po skutimosi, kuriuose yra alkoholio; saugoti nagus, dėvėti pirštines plaunant indus, dirbant sode ar atliekant kitus buitines darbus. Jeigu šios odos ir nagų problemos nemažėja, dėl patarimo reikia kreiptis į gydytoją; kai kurie į veną skiriami vaistai nuo vėžio gali sukelti gana stiprų odos patamsėjimą išilgai visos venos. Patamsėjimai paprastai išnyksta po kelių mėnesių baigus gydymą [35].

Mitybos sutrikimai. Vėžiu sergantiems pacientams dažnai pasireiškia virškinamojo trakto obstrukcija, virškinimo sutrikimai, pašaliniai gydymo reiškiniai. Visi šie veiksniai turi įtakos prastai paciento mitybai. Onkologinis susirgimas žmogaus organizmą veikia įvairiai: dėl skiriamo gydymo pasireiškia pašaliniai poveikiai, pvz., pykinimas, vėmimas, kurie turi įtakos nepakankamai mitybai, svorio pokyčiams, taip pat įvairių metabolinių pakitimų atsiradimui – gaunamos energijos kiekis neatitinka poreikio, atsiranda riebalų, baltymų, angliavandenių metabolizmo sutrikimai, kurie gali nulemti anoreksiją, o pastaroji yra pagrindinė priežastis vystytis kacheksijos sindromui. Dėl visų šių paminėtų veiksnių pacientams krenta svoris, kuris vėliau gali turėti įtakos ir gydymo pasirinkimui. Tinkamai parinktas mitybos racionas prieš gydymą, chemoterapijos metu ar po jos gali sumažinti pašalinius reiškinius, padėti pasijusti geriau ir, žinoma, stiprinti organizmą. Tam, kad būtų užtikrintas pakankamas gaunamos energijos kiekis, reikia pasirinkti maistingųjų medžiagų prisotintus produktus, kuriuose būtų vitaminų, mineralų, baltymų, angliavandenių, vandens [6].

Sumažėjęs apetitas. Sumažėjęs ar visai dingęs apetitas yra viena iš įprastų problemų, kurias sukelia vėžio gydymas. Nėra tiksliai žinoma, kas būtent atima apetitą. Dėl to gali būti kaltas ir gydymas, ir pats vėžys. Ligą lydinti būsenos – baimė ir prislėgta nuotaika – taip pat atima norą valgyti. Sergančiajam rekomenduojama pasitarti su slaugytoja, socialiniu darbuotoju ar psichologu, kaip palengvinti emocinę būseną. Kartais apetitas krinta dėl gydymo šalutinio poveikio apraiškų, trukdančių valgyti: pykinimo, vėmimo, pakitusių maisto skonio ir kvapo pojūčių [35].

Sumažėjęs svoris. Daugeliui vėžiu susirgusių žmonių krinta svoris. Iš dalies tai paties vėžio poveikis organizmui. Tais atvejais, kai dėl gydymosi ir sunkių emocinių išgyvenimų netenkama apetito, pradedama mažiau valgyti, svoris dar labiau krinta. Dažnai ligonis neturi apetito, tačiau jam labai svarbu prisiversti valgyti [6].

Padidėjęs svoris. Kai kuriems ligoniams gydymo metu, gydant onkologinės ligas chemoterapija svoris nekrinta. Jie gali net priaugti svorio. Pacientui jokių būdų negalima laikytis dietos, vos pajutus augant svorį. Svoris gali augti ir dėl gausiau suvartojamo maisto bei kalorijų padidėjus apetitui [7].

Skonio pokyčiai. Dauguma vėžiu sergančių pacientų po gydymo chemopreparatais patiria skonio pokyčius. Jie gali justti metalo skonį burnoje, saldus maistas jiems gali atrodyti gaižus, aštrus maistas gali turėti aitrų skonį. Svarbu, kad pacientas tą žinotų. Nemalonumą, kylantį dėl skonio pokyčių, galima sumažinti suregulius mitybą [35].

Kai maistas neatitinka lūkesčių, sunku suvalgyti reikiamą jo kiekį. Daugeliui lengviau valgyti daug baltymų turintį maistą, jei jis šaltas ar kambario temperatūros. Virta mėsa ir žuvis, paukštiena, sūrio suflė, omletai ir kumpiai bei kiaušinių salotos yra daug baltymų turintis maistas, kurį galima tiekti minėtu pavidalu. Kitas daug baltymų turintis ir dažnai gerai tinkantis maistas yra „paukščių pienas“, pieno kokteilis, ledai ir įvairūs pudingai, pagaminti su želatina, pvz., migdolų ir grietinėlės pudingai [7].

Burnos, dantenų ir gerklės problemos. Burnos gleivinės jautrumas yra labai nemalonus nepageidaujamas reiškinys, pasireiškiantis po chemoterapijos. Užsienio medikų duomenimis, net 40 proc. chemoterapija gydytų ligonių pasireiškia mukozitas, kurio pacientui išopėja gleivinė [6]. Citostatikai gali sudirginti burnos ertmės gleivinę, kuri būna infekuota mikroorganizmais, o tai gali sukelti rimtų problemų, gali atsirasti žaizdelių. Gydomo kurso metu paciento burnos ertmę reikia apžiūrėti kas tris valandas [35].

Mukozitas vertinamas kaip vieną iš didžiausių neigiamą poveikį turinčių chemoterapijos padarinių. Mukozitas ne tik turi neigiamą poveikį sergančiojo onkologine liga išvaizdai, bet ir sukelią skausmą bei tampa viena iš didžiausių paciento patiriamų distreso priežasčių.

Apibendrinant galima teigti, kad chemoterapija gali būti įvardinama, kaip vienas iš veiksmingiausių būdų, skirtų kovoti su onkologiniais susirgimais, tačiau chemoterapija turi neigiamų padarinių, vienu iš kurių tampa mukozito pasireiškimas, darantis neigiamą įtaką paciento fizinei ir psichinei būklei.

2.2. Chemoterapijos sukeltas mukozitas, jo simptomai, gydymas ir profilaktika

2.2.1. Mukozito apibūdinimas ir etiologija

Mukozitas apibūdinamas kaip skausmingas virškinimo tako – galvos ir kaklo organų bei viršutinio ir apatinio virškinimo trakto gleivinės (epitelio ir poepitelinio gleivinės sluoksnių) uždegimas ir išopėjimas, sukeltas chemoterapijos ar spindulinio gydymo, gydant šių sričių piktybinius navikus. Jis pastebimas dviem pacientų grupėms: pacientai, sergantys galvos ir kaklo navikais ir gydomi spinduline terapija (ST), kai švitinimo laukai apima ir burnos ertmę; pacientai, kuriems taikoma chemoterapija (ypač didelių dozių) [34].

Anot D. E. Peterson, R. J. Bensadoun, F. Roila [21], mukozitas vertinamas kaip dažna chemoterapijos komplikacija, kurios klinikiniai požymiai vidutiniškai atsiranda 5 - 10 chemoterapijos parą ir trunka 7 – 14 dienų. Mukozitas išsivysto dėl tiesioginio citostatikų poveikio greitai besidauginančioms burnos bazinio epitelio ląstelėms. Liga gali pasireikšti nedideliu burnos skausmingumu. Esant sunkesnei formai, ligoniui labai sunku valgyti ir nuryti net ir trintą maistą, seiles, sunku kalbėti. Chemoterapijos metu atsiradęs toksinis burnos ertmės gleivinės uždegimas, pasireiškiantis daugiažidininiais gleivinės išopėjimais ir paraudimu (eritema).

Burnos mukozitas pasireiškia 97 proc. pacientų dėl galvos ir kaklo navikų gydomiems konvencine frakcionuota ST (1 dozė/dieną, 5 dienos/savaitę 5 – 7 savaites) ir 100 proc. pacientų, ganančių hiperfrakcionuotą ST (2 ar daugiau dozių/dieną) [29]. Sunkus burnos mukozitas išsivysto 34 proc. pacientų, kuriems taikoma konvencinė ST, ir daugiau nei 56 proc. gydomų hiperfrakcionuota ST. Apie 16 proc. ST gydomų pacientų prireikia hospitalizacijos išsivysčius mukozitui. Burnos mukozito opos dažnai tampa infekuotos ir gali tapti sisteminės infekcijos vartais, ypač nusilpusio imuniteto pacientams dėl kartu skiriamos chemoterapijos. Sunkus mukozitas

reikalauja neplanuotų priverstinių gydymo pertraukų (maždaug 11 proc. atvejų), o tai gali pabloginti vėžio gydymą ir pabloginti pacientų išgyvenamumą. Onkologine liga sergantį pacientą gydant didelių dozių mieloabliacine terapija, mukozitas išsivysto beveik 100 proc. atvejų [32]. Taigi, onkologinių ligonių, sergančių mukozitu, skaičius yra įvairus ir priklauso nuo skiriamo gydymo agresyvumo ir paties paciento savybių.

A. Trotti, L. A. Bellm, J. B. Epstein [31] teigimu, mukozito išsivystymas, jo sunkumo laipsnis priklauso nuo ligonio amžiaus, individualios imuninės sistemos savybių, chemoterapijos būdų (vaisto ar vaistų kombinacijos, dozės, kursų skaičius), onkologinės ligos sunkumo, gretutinių ligų, o ypač nuo pradinės burnos ertmės būklės. Tačiau mukozitas gali pasireikšti ne visiems chemoterapiją patyrusiems pacientams. Kai kuriems būna tik lengvi ir greit praeinantys gleivinės skausmai, nežymūs paraudimai, paburkimai, o kitiems dantenos patinsta taip, kad uždengia dantis, gleivinėje susiformuoja skausmingos žaizdos, gleivinė išopėja, prasideda lokali infekcija, seilės tampa labai tšios, jas sunku nuryti ir išspjauti, tampa sunku kalbėti, ryti seiles ir maistą, nes išopėja ir ryklė, atsiranda nemalonus kvapas iš burnos, dėl skonio receptorių pakenkimo sutrinka skonio jutimai.

Neretai mukozitas lieka nediagnozuotas arba diagnozuojamas per vėlai. Taip nutinka dėl to, kad pacientai dažnai neišsako jokių skundų (jei mukozitas nėra labai išreikštas), ne visais atvejais gydytojai apžiūri paciento burną. Todėl tampa labai svarbu, kad ši patologija būtų diagnozuojama kuo anksčiau. Ankstyvose stadijose, kai dar nėra išopėjimų, mukozito gydymas yra kur kas efektyvesnis [25].

Anot N.S. Treister [30], pagal uždegimo pobūdį skiriamos 5 burnos mukozito vystymo fazės:

- *Pradinė* (ląstelių DNR pažeidimas, telomerų trumpėjimas);
- *Pirminis atsakas į pažeidimą* (imuninės uždegimo reakcijos per uždegiminius citokinus, interleukinus, adhezijos molekules, fermentus);
- *Atsako pikas ir augimas* (citokinių gausėjimas, ląstelių apoptozė, audinių pažeidimas);
- *Išopėjimas* (gleivinės pažeidimas, skausmas, antrinė infekcija);
- *Gijimas* (audinių regeneracija).

Mukozito atsiradimui įtakos turi daugelis veiksnių: specifiniai vaistai, jų dozės, pastovus ir dažnas chemoterapinių preparatų vartojimas ir paciento individualus toleravimas [25]. DNR specifiški chemoterapiniai vaistai (pvz., bleomicinas, metotreksatas, 5-fluorouracilas) yra stomatotoksiškesni už nespecifiškus [38]. Tam tikri vaistai (pvz., metotreksatas, etopozidas) yra sekretuojami į seilių liaukas, todėl dar labiau pažeidžia burnos gleivinę. Iš citotoksinių vaistų dažniausiai mukozitą sukelia bleomicinas, citarabinas, doksorubicinas, etopozitas (didelės dozės), melfalanas (didelės dozės), 5-fluorouracilas (skiriamas boliusais), metotreksatas (įprastai mažos dozės) [25].

Mukozitas išsivysto apie 30 – 40 proc. pacientų, kurie gydomi biologine terapija (sunitinibu, sorafenibu, lenvatinibu ir regorafenibu). Šie medikamentai blokuoja tirozinkinazės inhibitorius, kurie veikia kraujagyslių endotelio augimo faktorių receptorių. Burnos mukozitas taip pat gali išsivystyti apie 25 proc. pablociklibu (ciklinių kinazių inhibitoriumi) gydomų ir 10 – 20 proc. gydomų vaistais, veikiančiais epidermio augimo faktoriaus receptorių (EGFR) (pvz., cetuksimabu ir erlotinibu), pacientų [37]. Pastarieji sukelia nedidelio arba vidutinio sunkumo burnos mukozitą. Sunkesnę stomatitą sukelia afatinibas, kuri blokuoja signalo perdavimą nuo EGFR, EGFR2 ir ErbB4 receptorių [25].

Pažymėtina, kad iki 60 proc. pacientų, kurie gydomi temsirolimu ir everolimu, išopėja burna, tačiau tik apie 4 – 8 proc. pacientų išopėjimas būna sunkaus laipsnio (3 ir aukštesnio) [15]. Po biologinės terapijos išsivystęs burnos mukozitas dažniau yra lengvesnės formos, nei sukeltas citotoksinių vaistų [18]. Pažymėtina, kad patologija dažnesnė pacientams, kurie ir iki onkologinės ligos gydymo turėjo tam tikrų stomatologinių problemų (pvz., bloga burnos higiena, kariesas, periodonto ligos) [25]. Jaunesniems pacientams, kuriems taikoma chemoterapija, burnos mukozito išsivystymo tikimybė yra daug didesnė nei vyresnio amžiaus pacientams. Pažymėtina, kad taip yra dėl greitesnio burnos gleivinės bazinių ląstelių dauginimosi jauno žmogaus organizme. Kiti veiksniai, galintys turėti įtakos stomatito sunkumui, yra mityba, vėžio tipas, burnos higiena, neutrofilų skaičius, augimo faktorių naudojimas gydymo metu. Mukozito pasireiškimui turi įtakos ir genetinis imlumas (paveldėtas vaistų metabolizmas, antiuždegiminiai citokinai) [16].

2.2.2. Mukozito rizikos veiksniai ir kliniškinis pasireiškimas

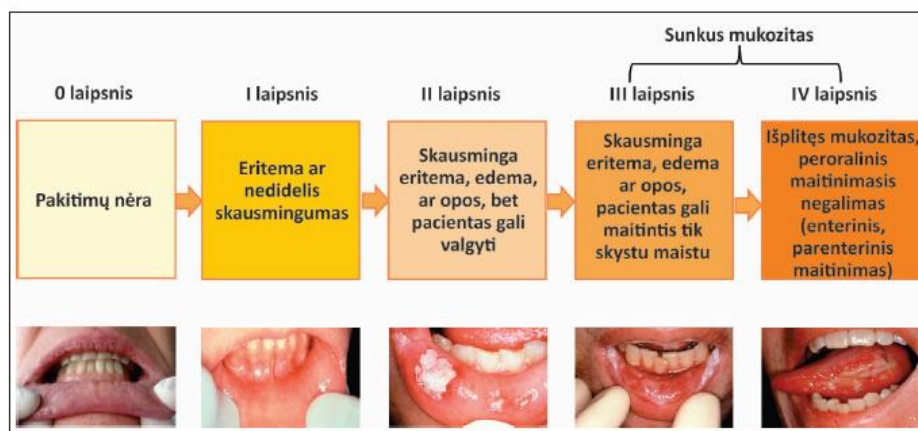
N. Pasquale, A. Tendas, L. Cupelli [19] teigimu, mukozitą gali sukelti rizikos veiksniai, kurie gali būti predisponuoti pospindulinio mukozito išsivystymą. Mukozito rizikos veiksniai skirstomi į nuo paciento ir nuo gydymo priklausančius veiksnius:

Paciento rizikos veiksniai yra šie: amžius (didesnė rizika vaikams ir vyresniems nei 50 metų amžiaus žmonėms); moteriška lytis; genetika; prasta burnos/dantenu būklė; sumažėjęs seilių kiekis (kserostomija); žalingų įpročių buvimas; mitybos nepakankamumas; naviko lokalizacija burnos ertmėje ir ryklėje bei išryškėjusios šalutinės ligos.

Gydymo rizikos veiksniai sudaro švitinamo lauko lokalizacija ir apimtis, dozės akumuliacijos būdas (frakcionavimas), kartu skiriama chemoterapija, jos skurimo būdas ir dozė (9, 10). Reikšmingai dažniau sunkų ūmų mukozitą sukelia hiperfrakcinė, kuri skiriama du kartus per dieną (1, 15 – 1,2 Gy 2xd. 5 d./sav. 7 savaitės) ir pagreitinta (intensyvesnė ir trumpesnė) spindulinė terapija (pagreitinta/ standartinė, pagreitinta/ hiperfrakcinė ir kiti režimai) nei standartinė (kasdienė 2Gy dozė, 5d./sav. 6 – 7 savaites) (žr. 1 pav.) [19].

Mukozito pasireiškimo sunkumas vertinamas pagal tarptautines validizuotas skales ir kriterijus. Jais remiantis, nustatomas bendrasis ir atskirų sistemų toksiškumas, išsivystęs dėl

chemoterapinio / spindulinio gydymo. Viena populiariausių yra Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau tekste – PSO) Burnos toksiškumo skalė. Šioje skalėje simptomų ir požymių intensyvumas vertinamas pagal 5 balų (0 – 4) Likerto skalę (nuo 0 – nėra simptomo, skausmo, iki 4 balų – labai stiprus (nepakeliamas) simptomas, skausmas) [34].



1 pav. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) burnos toksiškumo skalė

Šaltinis. Šiupšinskienė N. 2014. Įrodymais grįsta burninio mukozito, sukulto konservatyviai gydant galvos ir kaklo vėžį, profilaktika ir gydymas. Sveikatos mokslai. 24 T. Nr. 2, P. 60

Anot A. Trotti, L. A. Bellm, J. B. Epstein [31], chemospindulinis gydymas reikšmingai padidina sunkaus mukozito išsivystymo tikimybę. Tyrimais įrodyta, kad cisplatina sukelia mažiau sunkių mukozitų, nei skiriant 5-fluorouracilą, kuris stipriai padidina mukozito riziką ir gali sąlygoti neplanuotus spindulinės terapijos pokyčius – dozės mažinimą ar laikiną nutraukimą. Kartu su spinduline terapija skiriant epiderminio augimo faktoriaus receptorių inhibitoriaus cetuksimabo – sunkesnio mukozito rizika nedidėja. Tačiau spindulinės terapijos ir kitų šios grupės preparatų derinys daugiau kaip 90 proc. pacientų sukelia III laipsnio mukozitą ir disfagiją.

Vertinant klinikinį mukozito pasireiškimą galima pažymėti, kad dažniausiai burnos mukozitas prasideda kaip burnos gleivinės paraudimas, kuris gali būti tiek simptominis, tiek besimptomis. Kai kuriems, bet ne visiems pacientams, po to atsiranda atviras pažeistų audinių išopėjimas. Išopėjimai gali būti padengti baltomis pseudomembranomomis. Išopėjimo stadija paprastai būna skausminga ir paveikia mitybą bei gyvenimo kokybę. Pažeidimai užgyja maždaug per 2 – 4 savaites po paskutinės stomatotoksinės terapijos dozės [13].

J. E. Raber-Durlacher, I. von Bültzingslöwen, R. M. Logan [23], burnos pažeidimo pradžia, lokalizacija ir sunkumas priklauso nuo to, kokia stomatotoksinė terapija buvo skirta. Chemoterapijos sukeltas burnos mukozitas dažniausiai apsiriboja nekeratinizuotais plotais. Dažniausiai pažeidžiamos vietos – liežuvio šonai ir apatinis paviršius, skruostų gleivinė ir minkštasis gomurys. Išopėjimas atsiranda apytiksliai 1 – 2 savaitę po to, kai pasiekiamas stomatotoksinis chemoterapijos lygis. Burnos gleivinės pažeidimo sunkumas tiesiogiai priklauso nuo cheminio preparato rūšies ir dozės. Pastebėta, kad antimetabolitai ir alkiliniai preparatai dažniau sukelia burnos mukozitą, o pažeidimas būna didesnio laipsnio.

V. Rudžianskas [27] pažymi, kad spindulinės terapijos sukkelto burnos mukozito atveju pažeidimai apsiriboja audiniais, patekusiais į švitinimo lauką. Dažniau pažeidžiami nekeratinizuoti audiniai. Paprastai ST gydant galvos ir kaklo navikus skiriama frakcijoms po 2 Gy/d. 5 dienas per savaitę iki suminės 50 – 70 Gy dozės. Mukozito požymių gali atsirasti, kai realizuota apie 30 Gy dozė (3 sav. pabaigoje). Didėjant ST dozei, burnos pažeidimo sunkumas didėja. Beveik visiems pacientams, kurie gavo daugiau nei 50 Gy į burnos gleivinės sritį, išsivysto opinis burnos mukozitas (4). Švininių blokų panaudojimas 2D spindulinėje terapijoje ir pažangių švitinimo technologijų, tokių kaip moduluojamo intensyvumo spindulinis gydymas, naudojimas mažina apšvitos į aplinkinius audinius dozę ir kartu burnos mukozito sunkumą ar trukmę. Be stomatotoksinės terapijos, yra kitų veiksnių, kurie gali didinti burnos mukozito riziką. Nustatyta, kad burnos higienos pagerinimas sumažina mukozito dažnį ir sunkumą.

D. S. Saunders, J. B. Epstein, S. Elad [33] teigimu, *burnos mukozitas diagnozuojamas kliniškai, remiantis šiais požymiais:*

➤ *Klinikinis pasireiškimas.* Burnos mukozitas tipiška prasideda kaip burnos gleivinės paraudimas, vėliau atsiranda opų, kurios gali būti padengtos balta pseudomembrana.

➤ *Simptomai.* Pažeidimai dažniausiai yra skausmingi, sutrikdo mitybą.

➤ *Stomatotoksinė terapija.* Sisteminė chemoterapija ar spindulinė terapija, apimanti burnos ertmę.

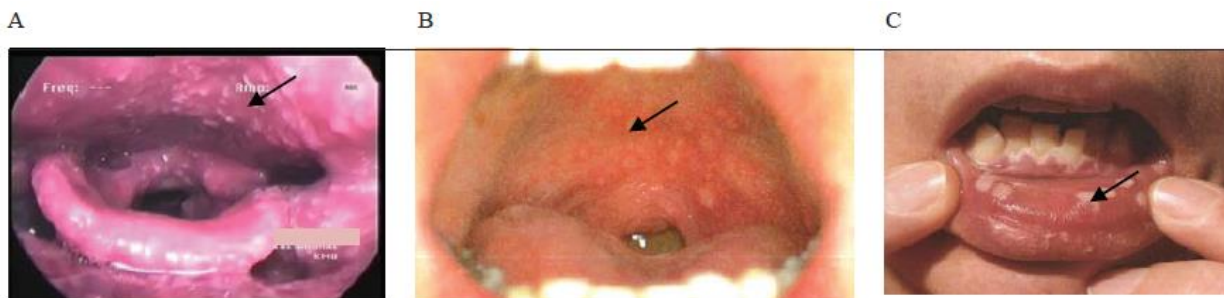
➤ *Pažeidimų atsiradimo laikas.* Pažeidimai dažniausiai atsiranda po 1 – 2 sav. (kai pasiektas stomatotoksinis chemoterapijos lygis arba realizuota 30 Gy dozė).

➤ *Pažeidimų trukmė.* Pažeidimai dažniausiai užgyja praėjus 2 – 4 sav. po paskutinės stomatotoksinės terapijos dozės.

➤ *Pažeidimų lokalizacija.* Pažeidimai apsiriboja neragėjančių audinių plote. ST sukelti pažeidimai apsiriboja švitinimo lauku.

D. S. Petersoe, D. M. Keefe, S. T. Sonis [22] teigimu, mukozitas, gydant spinduline terapija, pasireiškia gana anksti, kai suminė radiacijos dozė dar nėra didelė – nuo 10 – 20 Gy (pikas – 30 Gy) kas dieną skiriant po 2 Gy dozę, o skiriant chemoterapiją – praėjus 7 – 10 dienų. Anot autorių, burniniam mukozitui būdinga: stiprus burnos ir ryklės skausmas; disfagija; skausmingas rijimas (odinofagija); pasikeitęs skonis (disgeuzija); dėl disfagijos pasireiškiantis mitybos nepakankamumas; dehidratacija. Šie simptomai blogina bendrąją paciento būklę ir padidina antrinės infekcijos riziką. Daugiau nei pusei pacientų, gydomų standartine spinduline terapija, kuriems išsivysto mukozitas, dėl stipraus skausmo reikia skirti parenteralinius analgetikus, laikinai nutraukti gydymą, pacientą hospitalizuoti. Tačiau moksliniais tyrimais įrodyta, kad pailgėjusi ir neplanuotai pertrūkusi spindulinė terapija turi neigiamos įtakos ne tik mukozito sunkumui, bet ir galvos ir kaklo plokščialąstelinio vėžio baigtims [22].

N. Šiupšinskienė [34] pateikia pagrindinius mukozito pasireiškimo požymius: gleivinių paraudimas, patinimas, opos, pseudomembranos (pr. 2 pav.). Superinfekcijos požymiai dažniausiai rodo grybelinį burnos, ryklės, gerklų gleivinių uždegimą (dažniausias sukėlėjas *Candida albicans*) ar virusinės infekcijos sukeltą gleivinių uždegimą – pūsleles ar opeles (dažniausi sukėlėjai *herpes simplex* ir citomegalinis virusai) (žr. 2 pav.).



2 pav. Antrinė infekcija galvos ir kaklo navikus gydant chemo/spinduline terapija: A. Grybelius (*candida albicans*) ryklės – gerklų mukozitas; B. Herpetinis (*herpes simplex*) minkštojo gomurio mukozitas; C. Herpetinis vidinio lūpos paviršiaus mukozitas

Šaltinis. Šiupšinskienė N. 2014. Įrodymais grįsta burninio mukozito, sukulto konservatyviai gydant galvos ir kaklo vėžį, profilaktika ir gydymas. Sveikatos mokslai. 24 T. Nr. 2, P. 60

Anot A. Trotti, L. A. Bellm, J. B. Epstein [31], klinikinė burnos mukozito eiga kartais komplikuojasi vietine infekcija. Pacientams, kurie yra nusilpusio imuniteto dėl didelių dozių chemoterapijos, burnos mukozito diagnostiką sunkina virusinė arba grybelinė infekcija. Dažniausia virusinė infekcija – pasikartojanti *Herpes simplex* (HSV) infekcija.

Klinikinė tokios infekcijos išraiška gali būti daug rimtesnė imunosupresinės būklės asmenims. Pažeidimai gali būti platūs, susilieję, kliniškai panašūs į pirminį herpetinį stomatitą. Todėl pasikartojanti HSV infekcija chemoterapiją gaunantiems pacientams gali būti palaikyta chemoterapijos indukuotu burnos mukozitu.

Rečiau imunosupresinės būklės pacientams burnos pažeidimuose randamas citomegalo virusas. Klinika nespecifinė ir gali būti panaši į burnos mukozito kliniką. Jei burnos pažeidimų išvaizda, pradžia, trukmė ar lokalizacija neatitinka burnos mukozito požymių, būtina įtarti virusinę infekciją. Burnos kandidozė gali komplikuoti burnos mukozitą pacientams, gydomiems ST. Šiuo atveju kandidozė atsiranda dėl kserostomijos, sukeltos spindulinio seilių liaukų pažeidimo.

N. Šiupšinskienės [34] teigimu, mukozito nustatymui taikoma diferencinė burnos gleivinės pažeidimo diagnostika (žr. 2 lentelę).

Vertinant burnos mukozito simptomų sunkumą, yra naudojama keletas skalių. Jos reikalingos siekiant nustatyti ligos būklę ir parenkant atitinkamą gydymą.

2 lentelė. Diferencinė burnos gleivinės pažeidimo diagnostika

<i>Liga/pažeidimas</i>	<i>Priežastis</i>	<i>Klinika/laboratoriniai tyrimai</i>	<i>Ligos sunkumas</i>	<i>Gydymo principai</i>
<i>Burnos mukozitas</i>	Chemoterapija ir spindulinė terapija	Difuzinis paraudimas, opėjimas; skausmas, ypač dantų lietimosi prie audinių vietoje	Varijuoja; iki 98 proc. yra 3 – 4 laipsnio	Burnos skalavimai, narkotiniai analgetikai, kiti analgetikai
<i>Aftozinis stomatitas</i>	Nenustatyta	Pavienės, skausmingos opos	Neplintančios, skausmingos; 2 laipsnio	Vietinio poveikio vaistai
<i>Herpetinis mukozitas</i>	HSV 1	Pūslelės; opos	Paprastai 1 – 2 laipsnio	Priešvirusiniai (<i>aciklovir</i> , <i>valociklovir</i> ir kt.)
<i>Grybelinis mukozitas</i>	<i>Candida albicans</i>	Varijuoja nuo neskausmingų iki mažai skausmingų baltų apnašų	Paprastai 0 – 1 laipsnio	Skalavimai nistatino tirpalu, sisteminis – flukonazolas, ketokonazolas ir kt.
<i>Dantų/burnos trauma</i>	Dantų protezai	Dažniausiai vyresniems pacientams dėl laisvų protezų	Gali sutrikdyti mitybą ir sumažinti kalorijas	Dantų protezų taisymas
<i>Gangreninis stomatitas</i>	Bakterinė infekcija	Nekrotinės pseudomembranos	Reta liga; 3 – 4 laipsnio	Antibakteriniai preparatai prieš burnos aerobus ir anaerobus
<i>Ūmus nekrotinis stomatitas</i>	Bakterinė infekcija imunodeficitiniams ligoniams	Skausmas, karščiavimas, burnos audinių nekrozė, kruvinos opos	3 – 4 laipsnio	Infekcijos kontrolė

Šaltinis. Šiupšinskienė N. 2014. Įrodymais grįsta burninio mukozito, sukulto konservatyviai gydant galvos ir kaklo vėžį, profilaktika ir gydymas. Sveikatos mokslai. 24 T. Nr. 2, P. 60

Mukozito sunkumas vertinamas pagal tarptautines, validizuotas skales ir kriterijus, kuriais nustatomas bendrasis ir atskirų sistemų toksiškumas, išsivystęs dėl chemo/spindulinio gydymo. Plačiausiai pasaulyje yra paplitusios dvi skalės [38] (žr. 1 priedą): Nacionalinio vėžio instituto bendrieji toksiškumo kriterijai; Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) burnos toksiškumo skalė.

Šiose skalėse simptomų ir požymių intensyvumas yra vertinamas 5 balų (0 – 4) Likert'o skale: nuo 0 – nėra simptomo/skausmo iki 4 balų – labai stiprus (nepakeliamas) simptomas/skausmas [34] (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. PSO burnos mukozito skalė

<i>0 laipsnis</i>	Burnos mukozito nėra
<i>1 laipsnis</i>	Eritema ir nedidelis skausmas
<i>2 laipsnis</i>	Opos, gali valgyti kietą maistą
<i>3 laipsnis</i>	Opos, dėl mukozito reikalinga skysta dieta
<i>4 laipsnis</i>	Opos, dėl mukozito negali valgyti

Šaltinis. Šiupšinskienė N. 2014. Įrodymais grįsta burninio mukozito, sukulto konservatyviai gydant galvos ir kaklo vėžį, profilaktika ir gydymas. Sveikatos mokslai. 24 T. Nr. 2, P. 62.

Kita skalė yra sukurta Nacionalinio vėžio instituto (žr. 3 lentelę). Tai šalutinių poveikių terminologijos kriterijų (Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) 3.0 versija, kurioje subjektyvūs ir objektyvūs požymiai pateikti atskirose skalėse [34].

Tikslus burnos mukozito sunkumo nustatymas taip pat reikalaujamas klinikinių tyrimų protokoluose, kur matuojamas tam tikro vėžio terapijos režimo toksiškumas ar apskaičiuojamas profilaktinių intervencijų veiksmingumas [18].

4 lentelė. **CTCAE 3.0 versija**

<i>Burnos mukozitas (klinikinės apžiūros duomenys)</i>	
<i>1 laipsnis</i>	Burnos gleivinės paraudimas
<i>2 laipsnis</i>	Pavienės opos ar pseudomembranos
<i>3 laipsnis</i>	Susiliejančios opos ar pseudomembranos, kraujuojančios nuo menkiausios traumos
<i>4 laipsnis</i>	Audinių nekrozė, reikšmingas spontaniškas kraujavimas, gyvybei grėsminga būklė
<i>5 laipsnis</i>	Mirtis
<i>Burnos mukozitas (funkciniai/simptominiai požymiai)</i>	
<i>1 laipsnis</i>	Minimalūs simptomai, mityba normali
<i>2 laipsnis</i>	Yra simptomų, gali valgyti ir praryti kiek pakeistą maistą
<i>3 laipsnis</i>	Yra simptomų, negali pakankamai valgyti ir gerti
<i>4 laipsnis</i>	Yra grėsmingų gyvybei simptomų
<i>5 laipsnis</i>	Mirtis

Šaltinis. Šiupšinskienė N. 2014. Įrodymais grįsta burninio mukozito, sukkelto konservatyviai gydant galvos ir kaklo vėžį, profilaktika ir gydymas. Sveikatos mokslai. 24 T. Nr. 2, P. 62.

Burnos mukozito vertinimo skalė yra objektyvi skalė, išmatuojanti opas ir paraudimą devyniose skirtingose burnos gleivinės vietose. Ši skalė buvo patvirtinta multicentrinių tyrimų metu [38].

2.2.3. Mukozito gydymas ir profilaktika

Burnos mukozito gydymo tikslas yra kontroliuoti simptomus. Gydymą sudaro 3 komponentai: burnos priežiūra, lokalūs gleivinę apsaugantys preparatai [5, 8, 10, 17]:

➤ *Bendra burnos priežiūra.* Sunku sudaryti standartines bendras burnos priežiūros rekomendacijas, nes labai skiriasi pačių priemonių apibrėžimas bei tyrimų struktūra. Nepakanka duomenų padaryti išvadoms, kad minkšti dantų šepetėliai, dantų siūlai, tepamasis fluoridas galėtų apsaugoti nuo vėžio gydymo sukkelto burnos mukozito ar jį gydyti.

Nepaisant to, kad nėra pakankamai mokslinių duomenų norint sudaryti praktines rekomendacijas, bendros burnos priežiūros priemonės visuotinai pripažįstamos kaip svarbios. Pagrindinis šių priemonių tikslas – sumažinti burnos floros įtaką, sumažinti vėžio terapijos simptomus (skausmą ir kraujavimą) ir apsaugoti nuo minkštųjų audinių infekcijos, kuri gali turėti sisteminių pasekmių. Be to, burnos higienos palaikymas sumažina kitų ligų (pvz., dantų ėduonies ir gingivito riziką). Dėl šių priežasčių bazinė burnos priežiūra svarbi kiekvieno vėžiu sergančio

paciento priežiūros dalis [5]. Dantų valymas šepetėliu sumažina burnos pažeidimų skaičių pacientams, kuriems skiriama chemoterapija. Taip pat labai svarbus yra pacientų mokymas.

➤ *Palaikomasis gydymas.* Mukozito ir ūminio burnos skausmo sumažinimas yra svarbi paciento priežiūros dalis. Šiems metodams priklauso sisteminiai analgetikai, mikstūros, gleivinę padengiantys preparatai ir tepamieji anestetikai/analgetikai.

➤ *Sisteminis nuskausminimas.* Specialiai rekomenduoja kontroliuojamą analgeziją morfinu, kai mukozitas išsivysto pacientams, kuriems transplantuotos kraujo kamieninės ląstelės. Siūloma naudoti intraveninį morfino sulfatą [17]. Yra mažiau duomenų norint rekomenduoti šį metodą ir kitiems pacientams. Nors su kitais opiatais galima pasiekti panašią skausmo kontrolę, bet morfinas geriau toleruojamas, be to, dozės santykinai yra mažesnės.

➤ *Vaistiniai preparatai.* Mukozitui ir jo sukeltam skausmui gydyti plačiai vartojama gausybė įvairių vietinių preparatų. Dažniausiai į sudėtį įeina tirštas lidokainas, benzokainas, magnezijos pienelis, kaolinas, pektinas, chlorheksidinas, definhidtaminas. Vietiniai analgetikai, apie kurių vartojimą reikėtų pagalvoti, - benzidaminas ir morfinas [10].

Dauguma vietinio poveikio preparatų įeina į mikstūrų sudėtį. Nėra reikšmingų šių mikstūrų veiksmingumo ir toleravimo įrodymų [8]. Kai kurie šių preparatų gali būti šiek tiek veiksmingesni nei fiziologinis tirpalas, nors įrodymai nėra labai įtikinami. Kadangi yra bendras sutarimas dėl „amidinių“ anestetikų (pvz., lidokaino) rezorbcijos pro pažeistus gleivinės plotus, reikia daugiau tyrimų siekiant nustatyti tiek pavienių preparatų, tiek mikstūrų toksiškumą bei veiksmingumą.

G. Roopashri, K. Jayanthi, R. Guruprasad [25] teigimu, mukozito profilaktikos priemonės apima burnos skalavimą naudojant benzidamino hidrochlorido tirpalą, krioterapiją, lokalią žemo dažnio (mažo intensyvumo) lazerio terapiją ir cinko (Zn) preparatų peroralinį vartojimą spindulinio, chemoterapijos ar spindulinio gydymo laikotarpiu (žr. 5 lentelę).

Pagrįsti vietinio poveikio vaistai. Vienas pagrindinių vietinio poveikio vaistų kuris sindikuotinas gydant bet kurios fazės ir laipsnio mukozitą nuo lengvo iki sunkaus, kai skausmas yra stiprus – 0,15 proc. benzidamino hidrochloridas. Moksliniais tyrimais yra įrodytas benzidamino hidrochlorido priešuždegiminis, skausmą malšinantis, antibakterinis ir mukozito išsivystymą bei jo sunkumą mažinantis poveikiai. Šis vietinio poveikio burnos skalavimo skystis yra rekomenduojamas vartoti mukozito profilaktikai ir simptominiam gydymui pacientams, kuriems skiriama spindulinė terapija [10].

Mažo intensyvumo lazerio terapija – tai burnaryklės gydymas naudojant mažo intensyvumo, siauro dažnio, monochromatinę, koherentinę, šviesą, kuri pasižymi analgetiniu, priešuždegiminiu, regeneraciniu poveikiais, nesukelia pašalinių reakcijų ir yra visuotinai rekomenduojama mukozito profilaktikai, kai spindulinė terapija skiriama prieš kaulų čiulpų transplantaciją bei didelių dozių chemoterapiją. Pastaraisiais metais padaugėjo duomenų apie mažo intensyvumo lazerio (raudonos šviesos ir infraraudonųjų spindulių) terapijos taikymą mukozito profilaktikai ir gydymui,

pacientams, sergantiems galvos ir kaklo vėžiu ir gydomiems spinduline ar chemoterapija. Sisteminės apžvalga ir metaanalizė atskleidė, kad šis gydymo metodas, naudojant pakankamą dozę (>1 J), reikšmingai – iki 2,7 kartų, sumažina reliatyvią mukozito išsivystymo riziką, palyginus su placebo. Taip pat šis gydymo būdas reikšmingai sumažina mukozito sunkumo laipsnį, vidutiniškai 4,38 dienomis sutrumpina mukozito pasireiškimą, palyginus su placebo, todėl rekomenduojamas pacientų, gydomų nuo galvos ir kaklo vėžio, mukozito profilaktikai ir gydymui. Skiriant profilaktiškai, gydymas pradamas savaitę prieš vėžio gydymą. Tačiau metodas brangus, reikia specialios aparatūros ir mokymo, todėl dar nepaplitęs [8].

Krioterapija. Įrodyta, kad ledo gabalėlių čiulpimas chemoterapijos metu, kai sušvirškčiamas į veną 5-fluorouracilas ar edatreksatas (gydymo trukmė – 30 min., pradama 5 min. prieš vaistų leidimą) – beveik pusei pacientų sumažina mukozito sunkumą. Teigiamas poveikis poradiaciniam mukozitui dar nėra įrodytas [10].

Skausmo malšinimas. Skausmo malšinimas yra svarbiausias simptominio mukozito gydymo aspektas. Skausmui malšinti vartojami sisteminio ir vietinio poveikio (cheminiai, natūralūs produktai) vaistai nuo skausmo ir uždegimo, dažnai šias priemones derinant tarpusavyje.

Priklausomai nuo skausmo intensyvumo, atsižvelgiant į PSO rekomenduojamą pakopinį skausmo gydymą, kai skausmas lengvas (1 – 3 balai pagal 10 cm vaizdinio atitiktens skalę (VAS)), rekomenduojama skirti sisteminio poveikio nenarkotinius analgetikus; paracetamolį ar nesteroidinius vaistus nuo uždegimo (NVNU). Vidutinio intensyvumo (4 – 6 balai pagal VAS) skausmui malšinti rekomenduojami silpni narkotiniai analgetikai (kodeinas, dehidrokodeinas, tramadolis ir kt.) kartu su adjuvantiniais vaistais (gliukokortikosteroidais) ar nenarkotiniais analgetikais. Vaistai gali būti skiriami peroraliai, į tiesiąją žarną, švirškčiami į raumenis/veną (31). Narkotiniai analgetikai, pirmiausia morfinas, skiriami, kai skausmas yra stiprus ar nepakeliamas (7 – 10 balų pagal VAS), Gydyti vienais gliukokortikosteroidais, taip pat sisteminiais priešuždegiminio poveikio prostoglandiniais (E1 ir E2) dėl neįrodyto veiksmingumo gydant burninį mukozitą, nėra rekomenduojama [8].

Vietiniam skausmui malšinti, susikaupus pakankamai įrodymų, rekomenduojamas 2 proc. morfino bei 0,5 proc. doksefino burnos skalavimo skysčiai pacientams, gydomiems nuo galvos ir kaklo vėžio spinduline, chemo ar kombinuota chemospinduline terapija [10].

Lokalus skausmą malšinantis poveikis, gydant mukozitą, taip pat įrodytas benzidamino tirpalui. Trijose atsitiktinės atrankos dvigubai aklo metodo tyrimuose buvo patvirtinta, kad lokaliai vartojant benzidamino chlorido burnos skalavimo skystį, reikšmingai sumažėja sisteminių analgetikų poreikis [10].

Disfagijos gydymas. Skiriant spindulinę terapiją, profilaktinis enterinis nazogastrinis maitinimas nėra rekomenduojamas. Toks gydymo būdas yra sindikuotinas, kai netenkama daug svorio, navikas yra didelis ir lokalizuojasi burnaryklėje. Įrodyta, kad papildomai ryjamas maistas

pro natūralius takus, kai yra įvestas nazogastrinis zondas, bei atliekami rijimo kompensaciniai pratimai, lemia geresnes tolimesias rijimo sutrikimų baigtis [10].

5 lentelė. Apibendrintų, įrodymais grįstų mukozito, gydant galvos ir kaklo vėžį profilaktikos ir gydymo rekomendacijų lygmenys

Priemonė	Įrodymų esmė	Rekomendacijų ir įrodymų lygmuo
Spindulinė terapija		
Trimačio konforminio spindulinio gydymo ir jo patobulintų metodikų taikymas, vidurinės linijos blokai	Sumažina sunkaus burninio mukozito išsivystymo tikimybę	Rekomendacija (B)
Burnaryklės skalavimai su benzidamino hidrochlorido tirpalu	Apsaugo nuo burninio mukozito pacientus, kurių spindulinio gydymo dozė siekia iki 50 Gy; mažina sunkaus mukozito išsivystymą, skausmą, sisteminių analgetikų poreikį	Stipri rekomendacija (A)
Burnaryklės skalavimai su morfino ir doksepino tirpalais	Lokalus skausmą malšinantis poveikis	Pasiūlymas (C)
Burnaryklės skalavimai su chlorheksidino tirpalu	Neveiksmingas mažinant mukozito išsivystymo dažnį, sunkumą ir gydant spindulinės terapijos sukeltą mukozitą	Nerekomenduojama (B)
Burnaryklės skalavimai su sukralfato tirpalu	Neveiksmingas mažinant mukozito išsivystymo dažnį ir sunkumą, gydant pacientus spinduline terapija	Nerekomenduojama (A)
Antimikrobinių pastilių vartojimas	Neveiksmingas mažinant mukozito išsivystymo dažnį ir sunkumą, gydant pacientus spinduline terapija	Nerekomenduojama (B)
Mažo intensyvumo lazerio terapija (raudona šviesa ir infraraudonieji spinduliai)	Mažina reliatyvią mukozito išsivystymo riziką, mukozito sunkumą, mažina skausmą, skatina regeneraciją, trumpina mukozito pasireiškimą	Rekomendacija (A, B)
Zn preparatų peroralinis vartojimas	Mažina mukozito išsivystymo dažnį, sunkumą, skausmą, sisteminių analgetikų poreikį, greitina gijimą, pacientams gydomiems spinduline ir chemospinduline terapija	Pasiūlymas (C)
Chemoterapija		
Ledukų čiulpimas 30 min. prieš chemoterapiją (5-fluouracilą, edatreksatą)	Sumažina burninio mukozito ir sunkaus mukozito išsivystymo tikimybę	Stipri rekomendacija (A, B)
Antivirusiniai, antibakteriniai vaistai	Neveiksmingi apsaugant nuo mukozito	Nerekomenduojama (B)
Keratinocitų augimo faktorius 1	Veiksmingi apsaugant nuo mukozito, kai skiriama kombinuota chemoterapija	Rekomendacija (B)

Šaltinis. D. M. Keefe, M. M. Schubert, L. S. Elting 2011. et al: Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer. P. 820.

Antrinės infekcijos gydymas. Dėl silpnesnio imuniteto dažniausiai pasireiškia antrinė grybelinė infekcija – kandidozė ar herpetinė infekcija. Kandidozę galima gydyti vietinio poveikio nistatino preparatais, tačiau veiksmingiau veikia sisteminio poveikio ketokonazolas (200 – 400/parai, 7 – 14 d.), flukonazolas (pirmą parą 100 mg, kitas – 50 mg/ parai, 7 – 14 d.) ar jų derinys (3). Įtariant antrinę bakterinę infekciją, būtinas pasėlis ir antibakterinis gydymas pagal pasėlio rezultatus. Vietinio poveikio polimiksino B, tobramicino, amfotericino B, chlorheksidino efektyvumas gydant spindulinės terapijos sukeltą mukozitą ir jo bakterines komplikacijas nėra įrodytas, todėl šie vaistai nėra rekomenduojami [25].

Taip pat rekomenduojama rutiniškai skirti vaistų herpetinio mukozito profilaktikai [10].

Tolimesni tyrimai. Sisteminio poveikio preparatai su žmogaus keratinocitų augimo faktoriumi 1 (paliferminas), FDS yra patvirtinti mukozito, sukulto didelių dozių chemoterapijos ir viso kūno apšvitos, prieš kaulų čiulpų persodinimą, gydymui [25]. Atliekami moksliniai tyrimai rodo, kad preparatas gali būti veiksmingas ir gydant pospindulinį ar kombinuoto – chemospindulinio gydymo sukeltą mukozitą, tačiau dar reikia tolimesnių tyrimų šio preparato veiksmingumui pagrįsti [10].

Burnos mukozito prevencijai taikoma krioterapija, paliferminas, žemesnio dažnio lazerio terapija [25].

Peroralinės krioterapijos taikymas pacientams, gaunantiems 5-fluorauracilo ar didelių dozių melfalaną prieš hematopoetinių ląstelių transplantaciją, ir paliferminą pacientams, kuriems taikomas viso kūno spindulinis gydymas prieš autologinę kaulų čiulpų transplantaciją. Burnos krioterapija atliekama pacientui duodant ledo gabaliukus, kuriuos jis turi laikyti burnoje 30 min. Krioterapija labiausiai gali apsaugoti nuo burnos mukozito išsivystymo tuos pacientus, kurie gydomi 5-fluorauracilo boliusais ir didelėmis melfalano dozėmis [25].

Paliferminas – rekombinantis keratinocitų augimo faktorius, stimuliuojantis epitelinių ląstelių proliferaciją ir diferenciaciją. Klinikinėse gairėse rekomenduojama profilaktiškai skirti paliferminą pacientams, sergantiems piktybine kraujo liga, kuriems planuojama atlikti kraujo čiulpų transplantaciją, o prieš tai bus taikomas chemoterapinis gydymas, didinantis mukozito išsivystymo riziką [10].

Žemo dažnio lazerio terapija – tai burnaryklės išopėjimų gydymas naudojant mažo intensyvumo, siauro dažnio, monochromatinę, koherentinę šviesą. Ji pasižymi analgetiniu, antiuždegiminiu, regeneraciniu poveikiais, nesukelia nepageidaujamo poveikio reiškinių. Tyrimuose nustatyta, kad helio ir neono lazerio terapija, kai spinduliuojamos žemo dažnio bangos, akivaizdžiai sumažina mukozito laipsnį (37 – 38). Šis profilaktikos būdas rekomenduojamas pacientams, gydomiems didelių dozių chemoterapija ir chemoradioterapija prieš kaulų čiulpų transplantaciją [10].

2.3. Mukozitą ir distresą patyrusių pacientų slaugą

Slauga – tai slaugytojo veikla, padedanti sergančiam ar sveikam individui atlikti veiksmus, nukieptus išsaugoti ar grąžinti jam sveikatą (...). Slaugytojo svarbiausia pareiga yra padėti ligoniui jo kasdieniame gyvenime ir tose situacijose, kuriuose paprastai jam reikia pagalbos (kvėpuoti, valgyti tuštintis ir pan.) [6].

Anot N. Roper W. Logan, A. Tierney [40] *slauga* – tai suteikimas žmogui pagalbos, kuri leistų jam savarankiškai dalyvauti prevencinėje veikloje siekiant išvengti ligų, taip pat ramybės, kad jis greičiau pasveiktų ir atgautų nepriklausomumą, tai tinkamas gydymo ir slaugos procedūrų atlikimas jam susirgus, kad greičiau pasveiktų ir atgautų nepriklausomumą.

Onkologinės slaugos tikslas – padėti pacientui, atsižvelgiant į ligos ypatumus, palaikyti priimtina gyvenimo kokybę, suteikti jam ir jo artimiesiems fizinę, psichologinę, socialinę ir dvasinę pagalbą [11].

Unikali slaugos specialisto funkcija yra padėti sergančiajam ir sveikam individui atlikti veiksmus, padedančius išsaugoti sveikatą ar ją grąžinti taip, kad pacientas galėtų veikti pats, jeigu turi pakankamai reikalingų jėgų, noro ir žinių. Stengtis, kad tai padėtų pacientui kuo greičiau atgauti visišką nepriklausomybę.

PSO nurodo, kad slaugytojai yra pati geriausia sveikatos priežiūros darbuotojų grupė, sudaranti 50 proc. visų darbuotojų ir atliekanti reikšmingą vaidmenį žmonių sveikatos gerinimo procese [39].

Slaugos proceso metu vykstanti elementų sąveika tarp paciento elgsenos, slaugytojo reakcijos ir slaugos priemonių panaudojimo paciento labai susideda iš keturių etapų: asmens poreikių ir slaugos galimybių vertinimo, kurį sudaro informacijos rinkimas, jos apdorojimas, aktualių poreikių įvardijimas, nuoseklumo nustatymas; veiksmų planavimo, kad būtų patenkinti įvardyti poreikiai; siekiamų rezultatų išsiaiškinimo, priežiūros plano su pacientu aptarimo; slaugos atlikimo pagal planą; veiksmų koordinavimo pagal sudarytą planą, derinimosi prie naujai kylančių poreikių; rezultatų bei klaidų apibendrinimo, kuris apima rezultatų įvertinimą, nesėkmių analizę, kritinį proceso įvertinimą ir galimą plano keitimą [39].

Slaugos procesas susideda iš etapų, kurių aprašymas vadinamas slaugos planu. Rašytinis planas nurodo paciento priežiūros tvarką [39].

Pagrindiniai slaugos proceso etapai:

I etapas. Sveikatos būklės įvertinimas ir slaugos duomenų nustatymas. Renka reikiama informacija apie paciento sveikatos būklę ir jos sutrikimus. Ši informacija leidžia suprasti, ar pacientui reikalinga slauga ir kokia ji turėtų būti. Tuomet nustatomos esamos ir galimo slaugos problemos arba diagnozės ir slaugos poreikiai.

II etapas. Slaugos planavimas. Kartu su pacientu ir jo artimaisiais išsiaiškinami ir nustatomi slaugos tikslai ir siekiami rezultatai (slaugos baigtys), nusprendžiama, kokios slaugos reikia, t.y.

numatomi konkretūs slaugos veiksmai. Būsimos priežiūros planas aptariamas kartu su pacientu ir jo artimaisiais, suderinamas su kitais sveikatos priežiūros komandos nariais.

III etapas. Slaugos veiksmų atlikimas. Slaugoma pagal sudarytą planą, o pasikeitus situacijai ir atsiradus naujiems slaugos poreikiams, slaugos veiksmai keičiami ir derinami su pacientu bei sveikatos priežiūros komandos nariais.

IV etapas. Slaugos rezultatų apibendrinimas. Atsižvelgiant į slaugos proceso pradžioje užbrėžtus tikslus, vertinami teigiami slaugos rezultatai ir nesėkmės, slaugos veiksmų efektyvumas, nustatoma, ar slaugos procesą reikia baigti, ar tęsti. Numatomi tolesni slaugos poreikiai ir slaugos plano keitimo būtinumas (slaugos modeliavimas) [6].

Pacientams, patyrusiems didelių dozių chemoterapiją, kurios pasėkoje pasireiškė mukozitas neretai patiria distresą, dėl to šiems pacientams būtina individuali priežiūra.

Distresas – nemaloni emocinė patirtis, apimanti fizinius, psichologinius, socialinius ir dvasinius išgyvenimus bei sutrikdanti paciento prisitaikymą prie ligos situacijos, apsunkinanti gydymą ir sveikimą. Nuolat patiriamas aukštas ar vidutinis distreso lygis sutrikdo paciento gyvenimo kokybę, sukelia vienišumo ir izoliacijos jausmą bei yra depresijos, nerimo, panikos, adaptacijos sutrikimų rizikos veiksnys [34].

Mukozito simptomų našta, susijusi su burnos gleivinės uždegimu chemoterapijos metu neigiamai veikia gyvenimo kokybę, kuri pasireiškia aukštu distreso lygiu. Gyvenimo kokybės suprastėjimas autorių duomenimis pasireiškė valgymo (82,4 proc.), rijimo (78,9 proc.), gėrimo (75,4 proc.), miego (71 proc.), ir gebėjimo kalbėti srityse (43,9 proc.). Šie simptomai skatino aukšto psichologinio distreso pasireišimą, stiprų nerimą, socialinę atskirtį, sumažėjusį darbingumą, bendravimą su artimaisiais. Jaučiamas skausmas burnos ertmėje apsunkina gebėjimą išsakyti asmeniui mintis, norus, sutrumpina kalbėjimo laiką. Suprastėjusi asmens išvaizda dėl sumažėjusio svorio, raumenų tonuso, dažnas skausmo pojūtis mažina bendravimo poreikį su kitais asmenimis, keičia laisvalaikio galimybes, reikalauja naujų pastangų, keičiant gyvenimo būdą, prisitaikant prie kito gyvenimo ritmo, sveikimo proceso [24].

Distresą taip pat skatina sudėtingos burnos higienos rutinos, nes jos atima daug laiko, reikalauja gyvenimo prioritetų persiskirstymo, sukelia nervinę įtampą, nes privalu visada galvoti apie tą pačią problemą ir jos sprendimo būdus. O pakitęs mitybos racionas bei žalingi įpročiai dėl ligos ilgalaikio gydymo mažina kultūrinę veiklą, sukelia išskirtinį dėmesį, nes nebegalėjimas valgyti anksčiau mėgstamų produktų taip pat kelia įtampą, skatina naujus mitybos ieškojimus [14].

Distreso raiška priklauso nuo paciento asmenybės bruožų prieš ligą, ligos stadijos ir prognozės, funkcijų ribojimo laipsnio, nuo to, kokie organai pažeisti. Paciento ir jo artimųjų reakcija į ligą priklauso ir nuo to, kokią patirtį, susijusią su vėžio diagnoze, jie turi šeimoje, tarp draugų ir pažįstamų. Slaugytojas turi visa tai įvertinti ir taikyti slaugos veiksmus, mažinančius stresą. Slaugytojas turi mokėti atsakyti į klausimus, kaip vaistai veikia ligą, kiek bus skirta gydymo

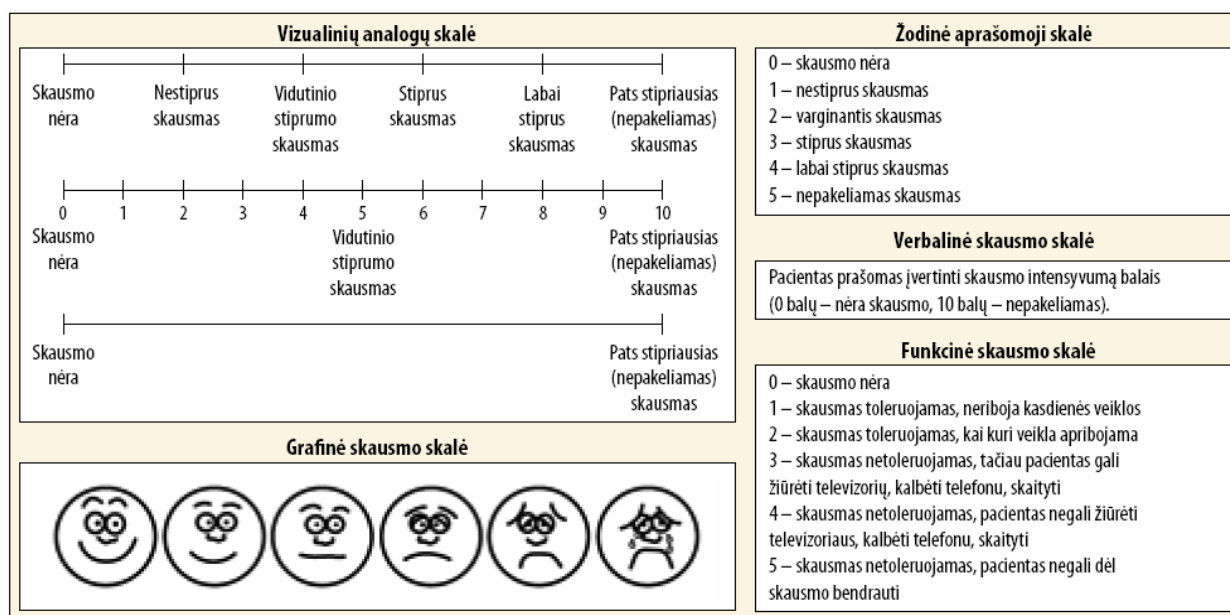
kursų, kokių šalutinių poveikių galima tikėtis, kaip tokiais atvejais reikėtų elgtis. Išmintinga, apgalvota ir individuali informacija gerokai sumažina ligonio baimę, nerimą, geriau toleruojamas gydymas [11].

Dažniausiai onkologiniams ligoniams patirusiems distresą pasireiškia psichologinės problemos – skausmas, baimė, depresija, pakitę įvaizdis ir vaidmuo.

Skausmas. Mukozito sukeltas skausmas – tai svarbių biologinių veiksnių (ligos progresavimo, skirtingų skausmo sindromų ir kt.) išraiška, kurios pasėkoje pasireiškia distresas. Mukozito sukeltas skausmas, priversdamas kentėti, kartu kelia baimę bei žlugdo paciento tikėjimą ir viltį pasveikti. Tai sukelia ne tik distresą, bet ir nuolatinį nerimą, blogina gyvenimo kokybę. Šis skausmas dažniausiai būna aštrus, deginantis, geliantis. Kai kuriuos pacientus kamuoja padidėjęs odos jautrumas, išopėjimas.

Skausmo gydymas prasideda nuo paciento apžiūros, ligos istorijos, anamnezės, diagnostikos procedūrų analizės. Sudarant skausmo gydymo planą, būtina žinoti, kad mukozito sukeltą skausmą galima gydyti farmakologinėmis ir nefarmakologinėmis priemonėmis.

Atliekant mukozito sukulto skausmo stiprumą pacientams pateikiama skausmo stiprumo vertinimo skalė (žr. 3 pav.). Šioje skalėje pavaizduota linija su skaičiais nuo 1 iki 10, išdėliotais iš kairės į dešinę. Skaičiai atitinka skausmo intensyvumą, kurie didėja į dešinę per visą skalę. Todėl skaičius 0 reiškia, kad visiškai neskauda, o 10 – nepakeliamą, patį intensyviausią skausmą).



3 pav. Pacientų skausmo stiprumo vertinimo skalės

Pacientams pateikus skausmo stiprumo vertinimo skalę įvertinamas patiriamo skausmo stiprumas. Tai yra pagrindinis aspektas nustatant skausmo gydymo poreikį, priemones bei gydymo veiksmingumą. 3 paveiksle pavaizduotomis skalėmis pacientas skausmą vertina pats. Slaugytojas jam paaiškina skalės esmę, galimas skausmo stiprumo ribas. Paciento nurodomas skausmo stiprumas pažymimas ligos istorijoje. Siekiama, kad gydomas skausmas būtų bent jau silpnas.

Kaltės jausmas. Daugelis pacientų jaučiasi tiesiogiai kalti dėl ligos, dėl įpročio rūkyti, netinkamos mitybos, gyvenimo būdo. Kiti įsivaizduoja, kad tai Dievo bausmė už padarytas nuodėmės ar netinkamą elgesį. Slaugytojas turėtų padėti ligoniui susidoroti su šiuo jausmu [9].

Norint padėti psichologinių problemų kamuojamam ligoniui, reikia ugdyti jo savitvardą, savigarbą ir dvasinę stiprybę. Slaugytojas turi stebėti, ar neatsirado požymių, rodančių neteisingus paciento įsitikinimus, netinkamą supratimą apie ligą, išnykusią savikontrolę, kaltės, pernelyg didelės baimės jausmą. Pastebėjęs tokių požymių, slaugytojas turi nedelsdamas aptarti šias problemas su pacientu ir jo artimaisiais, apie sudėtingesnius atvejus pranešti gydytojui. Tokiais atvejais labai svarbi profesionali psichoterapeuto pagalba. Slaugytojas turėtų pasirūpinti, kad būtų sudarytos sąlygos tokiam pokalbiui [14].

Nerimas ir baimė. Nerimas atsiranda dėl varginančių ir progresuojančių ligos požymių, diagnozės nežinojimo, dėl ligos pasikeitusių gyvenamosios aplinkos gydančių ligoninėje, nežinios, kas laukia ateityje. Ligoniu atvykus, slaugytojas turėtų nustatyti, ką ligonis žino apie savo ligą, jos stadiją ir gydymo būdus, taip pat plaučių vėžio diagnozės svarbą ligoniui, ligonio patirtį dėl vėžio ir jo gydymo, nustatyti nerimo požymius – kalba, neramumas, dirglumas, nemiga, užsisklendimas savyje, padidėjęs arterinis kraujospūdis pasakojant apie ligą, ligonio pablyškimas arba paraudimas, tachikardija, tachipnėja, atsisakymas tyrimų ar gydymo [14].

Onkologinius ligonius kamuoja ypač didelė baimė. Vėžys yra didžiųjų dešimties žmonijos baimių sąrašo viršuje. Daugeliui žmonių vėžys reiškia skausmo grėsmę, neišvengiama greitą mirtį, sužlugusius ateities planus. Sergantį onkologinėmis ligomis labai bijo skausmo, būti izoliuoti, tapti priklausomi nuo kitų, prarasti savo įvaizdį, baiminamasi dėl artimųjų ateities, savo mirties. Nežinomybė ir amžina baimė, kad vėžys išplis ir bus dar blogiau, yra didžiausi tokio paciento kasdieninio gyvenimo rūpesčiai [6].

Depresija. Depresija – tai psichinė būseną, kuriai būdinga neigiamos emocijos, pasyvumas, išnykusi motyvacija. Ji pasireiškia sulėtėjusiu mąstymu, prislopintais judesiais, bloga nuotaika, liūdesiu, neviltimi. Žmogus visą laiką galvoja apie ligą, nemalonius savo paties ar artimųjų gyvenimo įvykius ir jaučiasi dėl jų kaltas, nemato savo gyvenimo perspektyvos, per menkai save vertina, praranda iniciatyvą, sulėtėja jo mąstymas, silpnėja valia, greitai pavargsta [14]. Šiai būsenai būdinga neviltis ir abejingumas, vidinis nerimas, baimė beprasmiškas blaškymasis. Tokiems pacientams sumažėja apetitas, ap sunksta galva, atsiranda mieguistumas. Dažniausiai depresijos simptomas – sutrikęs miegas. Depresijos apimti žmonės skundžiamasi, kad jiems liūdna, niekas jų nedomina, nedžiugina, jų gyvenimas be prošvaisčių, viskas atrodo neprasminga, gyvenime nieko gero nebuvo, nėra ir nebus, jaučiasi niekam tikę, bijo, kad kažkas nepavyks. Užsitęsusi depresija gali pastūmėti į savižudybę.

Pakitęs įvaizdis. Neretai pasikeitę onkologinio ligonio išvaizda ir įvaizdis gali tapti didele psichologine problema. Dažniausi išvaizdos pokyčiai yra šie: plaukų slinkimas (alopecija), ryškus

sulysimas (kacheksija), kūno dalių praradimas, atskirų kūno vietų deformacija, stomos, randai, Kušingo sindromas dėl gydymo gliukokortikoidais. Nemažai onkologinių ligonių jaučiasi negražūs, nepatrauklūs, skleidžiantys blogą kvapą, atgrasūs ir ypač jautriai reaguoja, jei pastebi, kad ir aplinkiniai tą patį mano. Po kai kurių operacijų paciento išvaizda taip pakinta, kad netgi sveikatos priežiūros darbuotojai negali prie to priprasti. Tokiu atveju slaugytojui labai svarbu neparodyti ligoniui ir jo artimiesiems savo neigiamų emocijų [24]. Slaugytojai neturėtų žvalgytis vienas į kitą, raukyti veido, rodyti išgąstį ar pasibjaurėjimą. Ligonį teigiamai veikia slaugytojo konstruktyvi, kryptinga veikla. Slaugytojas gali padėti parinkti drabužius, slepiančius kūno deformacijas ar randus, pritaikyti peruką ar protezą. Tokiam ligoniui slaugytojas turi skirti daugiau dėmesio, būti su juo atidesnis, neužmiršti pabrėžti teigiamus ligos ar gydymo poslinkius, išvaizdos pokyčius, jei tokių yra, savo elgesiu parodyti, kad ligonis jam yra malonus, o ne atgrasus [6].

Pakitęs vaidmuo. Dėl energijos trūkumo, silpnumo baimės ir nerimo pacientas, prieš ligą buvęs aktyvus ir savarankiškas, patenka į visiškai kitokią situaciją – tampa priklausomas, negalintis vykdyti savo veiklos. Ligoninėje pacientas patenka į kitą, dažniausiai naują bei neįprastą aplinką, atskirtas nuo artimųjų, atitrūkęs nuo kasdienybės. Jis patenka į naują socialinę situaciją. Psichologiniu požiūriu ligoninėje žmogus dažniausiai turi tik vieną vaidmenį – paciento vaidmenį. Paciento vaidmuo pasižymi priklausomybe bei paklusnumu. Santykis tarp paciento ir ligoninės personalo, ypač gydytojo ir slaugytojo, apibūdinamas kaip asimetrinis. Dėl asimetrinio vaidmenų pasidalijimo pacientas turi mažai galimybių spręsti už save, rodyti iniciatyvą ir prisiimti atsakomybę [6].

Ligoninėje pacientas priverstas prisitaikyti prie kasdienės rutinos, kurią nustato kiti, t.y. atsiskirti nuo artimųjų ir įprastų sąlygų, kurti naujus, laikinus santykius. Jis daug jautriau reaguoja į organizmo reakcijas ir funkcijas, todėl jam reikia daugiau paramos, rūpesčio ir artumo. Ligoninėje žmogus jaučiasi bejėgis ir sutrikęs. Pakitęs vaidmuo dažnai keičia ir paciento įvaizdį. Norint padėti tokiam žmogui išsaugoti savo vaidmenį ir įvaizdį, siūloma aplinka, į kurią jis patenka, kuo labiau prisitaikyti prie jo kasdienio gyvenimo aplinkos, pateikti alternatyvių veiksmų planą [9].

2.3.1. Psichologinė slaugytojų pagalba, pacientams patyrusiems distresą mukozito pasireiškimo metu

Vienas iš svarbiausių onkologinės slaugos ypatumų yra psichologinės paciento ir jo artimųjų problemos [24]. Slaugytojas turi domėtis onkologine liga sergančiojo emocinėmis reakcijomis į ligą ir jos gydymą bei suteikti ir psichologinę pagalbą pagal savo kompetenciją. Įprasta psichologinė reakcija susirgus vėžiu yra jausmas, kad nebegali kontroliuoti savo gyvenimo, kurti ateities planų, tinkamai atlikti savo pareigų darbe ir namie, pasirūpinti savo šeima. Dažnai tokius pacientus apima baimės, kaltės, beviltiškumo jausmas, fatalizmo nuotaika, pasireiškia mintys apie savižudybę [6].

Onkologinių ligonių, ypač mukozių, kurio pasėkoje pasireiškė distresas pacientų slauga skiriasi nuo kitomis ligomis sergančių ligonių priežiūros. Slaugos kokybė priklauso nuo to, kaip slaugytojas geba pažinti pacientą – ne tik jo fizines, bet ir emocines – dvasines problemas, jo požiūrį į ligą ir susidariusią gyvenimo situaciją, bendrauti, konsultuoti jį ir gerinti jo gyvenimo kokybę bei informuoti jį ir jo artimuosius.

Bendravimo su paciento kokybė priklauso nuo jo intelekto, išsilavinimo, kultūros, kalbos, fizinės, psichinės sveikatos ir slaugytojo profesinių, psichologinių žinių, patirties bei asmeninių savybių. Geriems santykiams su pacientu palaikyti kiekvienas slaugytojas turi įgyti psichologinių, socialinių ir taktinių įgūdžių. Svarbu, kad pirmasis pokalbis įvyktų jaučioje aplinkoje, kurioje pacientas jaustųsi saugus. Pirmasis slaugytojo kontaktas su pacientu turėtų būti savo vardo, pavardės, pareigų įvardijimas. Paciento reikia paklausti, kaip į jį geriau kreiptis: vardu, pavarde ir kitaip. Kreiptis į slaugomąjį reikėtų draugiškai, su šypsena.

Iš pradžių reikia pakalbėti tik su pacientu apie jo problemas, paskui galima įtraukti į pokalbį jo artimuosius. Būtina sužinoti paciento nuomonę apie jo problemas ir poreikius, nes ne visuomet jį supančių žmonių interesai atitinka paciento interesus. Kartais pacientai nenori, kad artimieji žinotų tikrąją padėtį, jų problemas ar nusiskundimus, ypač jų žalingus įpročius, piktnaudžiavimą alkoholiu ir vaistais [6].

Onkologinėmis ligomis sergantys pacientai, ypač pakitusios išvaizdos, linkę izoliuotis. Izoliacija gali pasireikšti įvairiai. Kartais pacientai užsisklendžia ir vengia bendrauti su sveikatos priežiūros personalu ir kitais ligoniais. Kai kurie neleidžia šeimos nariams ir artimiems draugams jų lankyti. Slaugytojas iš pat pradžių turi stengtis neleisti ligoniui šalintis kitų, nes vėliau bus sunkiau tai padaryti. Anksčiau ar vėliau pacientui teks grįžti į visuomenę, esančią už ligoninės ribų, ir kuo anksčiau tai prasidės, tuo lengviau bus adaptuotis.

Svarbi slaugytojo koordinuojamoji funkcija, jis turėtų pacientui parinkti lengviau bendraujančius palatos kaimynus, organizuoti ligonių, sergančių panašia liga, bendravimą, padėti sutikti šeimą su draugais. Slaugytojas turi gebėti pastebėti paciento norą pasikalbėti su psichiatru. Slaugytojas turėtų stengtis išsaugoti paciento dvasinius poreikius, nuostatas gyventi, o ne mirti. Pacientams svarbiausia yra pats bendravimas, jo gydomasis poveikis. Daug nekalbėdamas, bet aktyviai klausydamasis, slaugytojas gali padėti pacientui išreikšti tai, ką jis jaučia, ir atrasti atsakymą, kuris jam pačiam atrodo teisingiausias. Pastebėtina, kad labai svarbus gydytojo ar slaugytojo požiūris į vėžį. Tačiau neretai medikai pesimistiškai žiūri į gydymą, netiesiogiai (neverbaliai) parodo savo pačių vėžio baimę, ir taip pat pasunkina psichologinius paciento išgyvenimus [6, 24].

Slaugant onkologinį ligonį ir bendraujant su juo, labai svarbu jam ir jo artimiesiems padėti išlaikyti viltį, tačiau ne nerealius lūkesčius. Gydytojas ar slaugytojas neturi atimti vilties iš paciento, o turi stengtis sukurti aplinką, padedančią pacientui pačiam susikurti viltį. Slaugytojas privalo

pacientui suteikti realią viltį, padėti ją išpildyti, išmokyti jį gyventi su savo liga – yra geros slaugos požymiai [6].

Paciento teisę gauti informaciją apie ligą ir gydymą yra labai svarbi. Slaugytojas turi įsisąmoninti, kad pacientas turi teisę sužinoti, kokia yra sveikatos būklė, kokios procedūros ir tyrimai jam bus atliekami, koks bus nepageidaujamas gydymo poveikis, kokie numatomi slaugos ir reabilitacijos veiksmai. Slaugytojai turi informuoti pacientą apie ligą, tyrimų ir gydymo eigą, ypač apie ligos prognozę [6].

Pacientas sužinojęs apie vėžio diagnozę išgyvena psichologinę krizę. Šiai krizei būdingi keturi reakcijos tipai: *šokas, savisauga, realybės suvokimas ir susitaikymas* [11].

Pirmosios reakcijos (šoko) metu ištinka *distresas* – pacientui atsiranda baimės jausmas, jis nesugeba blaiviai mąstyti, yra labai susijaudinęs, sutrikęs, bejėgis, negeba valdyti situacijos. Šios fazės trukmė priklauso nuo paciento asmeninių savybių ir nuo šalia jo esančių žmonių. Po tam tikro laiko pacientui prasideda savisaugos reakcija, kuri padeda laikytis atokiau laikytis nuo tikrovės. Išverti blogą žinią yra per sunku, todėl pacientas įtikina save, kad viskas yra taip kaip ir anksčiau. Toks realybės neigimas sumažina baimę. Kitų žmonių prieštaravimai kelia grėsmės pojūtį ir pyktį [6].

Savisauga pasireiškia tuo, kad sukaupiamos visos jėgos jausmams ir mintims valdyti, tačiau ji trukdo ligos realybę ir prognozę. Šios fazės metu ligonis dar negali suvokti perspektyvą žvelgti į ateitį, todėl tuo metu netikslinga su juo plačiai kalbėti apie tyrimo, gydymo ir slaugos planus. Pamažu pradedama suvokti realybę. Tai dažniausiai sukelia naują stresą, nes reikia pačiam sau pripažinti, kad jis iš tikrųjų serga onkologine liga. Šiuo metu vyrauja baimė dėl būsimo skausmo, kitų nemalonių pojūčių, neįgalumo, kūno išvaizdos pokyčių, mirties. Šiuo laikotarpiu net ir menkiausi fizinio pajėgumo požymiai būna labai reikšmingi. Susitaikymo fazės metu tampa svarbūs tokie jausmai kaip pasitikėjimas savimi, savigarba, adaptavimasis prie fizinės negalios, santykis su artimaisiais, draugais, kitais asmenimis, žinojimas, kad nuo kažko priklausai, kad kažkam esi svarbus. Labai svarbu, kad paciento artimieji galėtų padėti suvokti ir priimti negrįžtamai pakitusią gyvenimo situaciją.

Didelę reikšmę pacientui patyrusiam distresą yra informacijos gavimas. Pirmąją informaciją apie ligą ir ateities prognozes dažniausiai pacientui pateikia gydytojas. Praėjus tam tikram laikui po informacijos suteikimo, pacientui paprastai iškyla daug klausimų dėl to, kad nesuprato dalies jam pateiktos informacijos, ją pamiršo, abejoja, ar teisingai suprato, atsirado naujų klausimų. Pacientas mėgina klausinėti kitus jį supančius sveikatos priežiūros darbuotojus ir pasitikrinti, ar išgirs tą patį atsakymą. Tokiam abejojančiam pacientui slaugytojas turėtų skirti daugiau dėmesio [24].

Svarbu žinoti gydytojo suteiktą informaciją, todėl slaugytojui tikslinga dalyvauti gydytojo ir paciento pokalbiuose. Galimi ir rašytiniai bendravimo pranešimai, kuriuose turėtų atsispindėti, kokią informaciją pacientui suteikė gydytojas, slaugytojas, kiti sveikatos priežiūros specialistai. Dėl

drovumo ar bijodami atsakymo ne visi pacientai paklausia tai, kas jiems neaišku. Tačiau ir tokiems pacientams informaciją reikia teikti tiek, kiek jie patys to nori. Slaugytojas gali pasiūlyti pacientui pakalbėti su juo ar su gydytoju. Dalis ligonių teigi, kad jie gauna nepakankamai informacijos. Tačiau neretai pacientas informuojamas pakankamai, bet dėl sutrikusios psichologinės būsenos sužinojus vėžio diagnozę nepajėgia suprasti, kas jam sakoma. Kartais informacija nepritaikoma prie paciento gebėjimo suprasti, todėl jo nepasiekia [6].

Nemažą reikšmę turi ir *paciento mokymas* – tai veikla, kurią sudaro nurodymai, patarimai, paaiškinimai, padedantys pacientui įgyti žinių apie ligą ir skatinantys savirūpą bei savarankiškumą. Tai paciento ir jo artimųjų mokymas, kaip sergant tam tikra liga ir pakeitus gyvenimą, taikant slaugos ir reabilitacijos priemones, galima sumažinti ligos požymius, pagerinti gyvenimo kokybę. Paciento mokymo tikslas yra suteikti informacijos, išaiškinti, įtikinti ir įsitikinti, kad mokomas asmuo slaugytoją suprato, ir kad žino, kaip spręsti vieną ar kitą su sveikata, gydymu ar slauga susijusią problemą [24].

Pacientų mokymo būdai yra pokalbis, grupių darbas, paskaita, informacinių leidinių platinimas [6].

Pokalbiai. Tai tiesioginis sveikatos priežiūros darbuotojo (gydytojo ar slaugytojo), sveikatos mokytojo ir asmens, kurio elgesį sveikatos stiprinimo atžvilgiu siekiama keisti, bendravimas.

Grupių darbas. Pagrindinis šio būdo privalumas tas, kad grupės nariai yra aktyvūs mokymo dalyviai. Sveikatos priežiūros darbuotojas, pasirinkdamas šį būdą, turi daugiau galimybių padėti suprasti, keisti požiūrį ir nuostatas. Grupės nariai turi vidinę motyvaciją, nes dažniausiai būna susibūrę pagal interesus, amžių arba tam tikras reikmes.

Paskaita. Šiuo metodu taikymas leidžia slaugytojui suburti grupę pacientų, kuriems aiškinama kas yra vėžys, kaip su juo kovoti, kaip valdyti pasireiškiantį stresą.

Informaciniai leidiniai. Tai spausdinta informacinė medžiaga: lapeliai, lankstinukai, atmintinės. Šie laidiniai būna parengti specialistų ir platinami sveikatos priežiūros įstaigose ar įvairių sveikatos stiprinimo renginių metu [6].

Numatant mokymo planą, reikia išsiaiškinti, kokios yra ligonio žinios, ar jos teisingos, ar ligonis pasirengęs mokytis, koks mokymo tikslas, turinys, vieta ir priemonės, kaip bus dokumentuojamas mokymas.

Apibendrinant galima teigti, kad mukozitas pasireiškia po chemoterapijos taikymo. Atsiradęs distresas sukelia pacientui nemalonius skausmo pojūčius, pakeičia paciento išvaizdą, šių veiksmų pasekoje pacientas patiria distresą. Mukozito pasireiškimo mažinimui ir jo prevencijai numatymui taikomas medikamentinis gydymas. Pacientams po mukozito pasireiškimo taikomi papildomi slaugos procesai, padedantis pacientui gydyti mukozito pažeista vietas bei mažinti jo pasireiškimo metu patirtą distresą.

2.3.2. Pacientų sveikatos stebėjimo duomenų rinkimas ir slaugos poreikių nustatymas

Paciento sveikatos įvertinimas – tai nuolatinis duomenų apie ligonį ir jo šeimą rinkimo, patvirtinimo, analizavimo ir interpretavimo procesas. Informacija apie pacientą turi būti renkama sistemingai. Prieš sudarant slaugos planą reikia įsitikinti, kad visa informacija apie ligonį ir jo šeimą yra surinkta ir kad ji yra teisinga [6].

Slaugos poreikiai nustatomi vadovaujantis N. Roper, W. Logan, J. Tierney modeliu – bendraujant ir apžiūrint įvertinama dvylika paciento gyvybinių veiklų [40].

Slaugytojas ir ligonis aptaria kiekvieną gyvybinę veiklą ir nustato, kokie veiksniai turi įtakos jo sveikatos pablogėjimui.

Paciento sveikatos įvertinimo etapai:

- Slaugos duomenų nustatymas ir išdėstymas pagal svarbą.
- Slaugos duomenų analizė.
- Slaugos problemos (diagnozės) ar kelių problemų (diagnozių) suformulavimas [6].

Pagrindinės slaugos duomenų grupės:

➤ Preliminari (išankstinė) informacija prieš atvykstant ligoniui: paso duomenys, nustatyti registratūroje – lytis, amžius, pavardė, adresas; siuntimo kortelės duomenys; siuntimo dokumentai; ambulatorinės kortelės analizė.

- Ligonio sveikatos būklės įvertinimas.
- Slaugos procesų numatymas (paciento stebėjimo procesai, vaistų paskyrimas ir registravimas ir kt.).

Duomenų nustatymo būdai:

- Paciento tyrimas vadovaujantis N. Roper, W. Logan, J. Tierney gyvenimo veiklos modeliu.
- Organų sistemų tyrimo rezultatai (kvėpavimo, širdies kraujagyslių, virškinimo, šlapimo išskyrimo, endokrininės, sąnarių, nervų ir kt.).
- Paciento tyrimas remiantis A. Maslow poreikių hierarchijos teorija.
- Duomenų analizės rezultatai – slaugos problemos ir slaugos diagnozės [40].

Slaugos duomenų nustatymo eiga. Duomenys apie ligonį turi būti renkami nuolat, kol jis yra slaugytojo akirtyje. Šie duomenys turi būti reguliariai stebimi ir registruojami (monitoringas) tam, kad laiku būtų gaunama informacija apie pokyčius, iš kurių būtų galima nuspręsti, ar baigti, ar būtina tęsti paskirtą slaugą, o gal reikia pakeisti slaugos veiksmus kitais, nes ankstesni veiksmai jau gali tapti nereikalingi arba net žalingi.

Nuolatinis duomenų rinkimas ir stebėjimas padeda slaugytojui laiku diagnozuoti naujas slaugos problemas. Slaugytojas, atlikdamas specifines ar bendras planinės procedūras toliau stebi pacientą.

Duomenų apie paciento sveikatą nustatymo būdai. Svarbiausi kvėpavimo organų tyrimo metodai – apklausa (interviu), apžiūra (inspekcija), apčiuopa (palpacija), išklausimas stetofonendoskopu (auskultacija), laboratorinių ir instrumentinių tyrimų rezultatų įvertinimas, socialinės ir ekonominės situacijos, aplinkos ekologijos įvertinimas. Duomenų nustatymui rekomenduojama taikyti įvairias standartinės įvertinimo skales (pvz. stebėjimo lapas) ir anketas (pvz. klausimynas).

Apklausa (interviu, anamnezė). Tam, kad slaugytojas sėkmingai apklaustų pacientą, pirmiausia turi gerai žinoti pokalbio tikslą. Sėkminga apklausa padės nustatyti ligonio problemas, įvertinti jo poreikius ir planuoti slaugą. Turėdamas aiškų tikslą slaugytojas surinks reikiamą informaciją, sugaišdamas mažiau laiko.

Bendrieji apklausos principai:

- paaiškinti pacientui apklausos tikslą;
- parinkti tinkamą slaugytojui ir ligoniui vietą ir laiką;
- kontroliuoti aplinką;
- techniškai tinkamai atlikti apklausą.

Apklausos technika:

Apklausos tikslo paaiškinimas. Slaugytojo apklausa savo tikslais, metodais ir apimtimi skiriasi nuo gydytojo, todėl nepakanka pasikliauti gydytojo surinkta anamneze. Gydytojas apklausia pacientą siekdamas nustatyti ligos diagnozę, o slaugytojui reikia išsiaiškinti slaugos problemas ir jų sprendimo būdus. Slaugytojas privalo pats pasikalbėti su ligoniu. Pacientai dažnai teigia, kad juos apklausė gydytojas, kad tai – papildomas jų varginimas, nes slaugytojas galėtų pasiteirauti duomenų gydytojo. Tokiais atvejais reikia paaiškinti, kad slaugytojo apklausa skiriasi nuo gydytojo ir kad ji reikalinga ne ligos diagnozei ir gydymui nustatyti, o slaugos problemoms išaiškinti, geresniam slaugos planui sudaryti ir įgyvendinti.

Atvykus ligoniui į gydymo įstaigą jeigu jo sveikatos būklė nėra labai sunki, nereikėtų iškart klausinėti, o leisti 10 – 20 min. apsiprasti su nauja aplinka. Pradedant pokalbį reikia prisistatyti – pasakyti savo pareigas, vardą ar pavardę, kuriasi jis galėtų kreiptis į slaugytoją [6].

Kreipimasis į ligonį. Visuomet reikia paklausti paciento, kaip į jį kreiptis.

Tinkamos aplinkos ir laiko parinkimas. Geriausi ligonį paklausti atskiroje ramioje patalpoje, negirdint kitiems ligoniams ar pašaliniams asmenims. Tuomet galima tikėtis, kad ligonis bus atviras. Nesant tokių galimybių, reikėtų bent atsitverti širma ar užuolaida, ypač jei ligonis bus tiriamas. Užtraukius užuolaidas ar pastačius širmą, sukuriamas privatumo įspūdis, kuris ramiai veikia pacientą. Pradedant kalbėtis su ligoniu, reikėtų atkreipti dėmesį į šviesą, triukšmą, temperatūrą ir ligonių skaičių palatoje. Apklausiai trukdo ryški šviesa, karštas, tvankus oras, nemalonūs kvapai, triukšmas. Išjungiamas radijas, televizorius, paprašoma kitų palatos ligonių

netriukšmauti, o lankytojų – palaukti koridoriuje. Nesudarios tinkamos aplinkos, apklausa dažnai esti netiksli.

Pokalbio pradžioje slaugytojas informuoja pacientą, kiek laiko su juo kalbės. Pirmoji apklausa turėtų trukti 20 – 30 min., tačiau neviršyti 45 min., nes ligonis pavargsta, susilpnėja jo dėmesys ir pokalbis tampa neveiksmingas. Patariama ilgai neklausinėti ligonio, jeigu jis alkanas, jaučia skausmus, jei už durų lūkuriuoja giminaičiai. Jei apklausos metu ligoniui pradėjo skaudėti, pokalbis laikinai nutraukiamas, suteikiama pagalba, o apklausa tęsiama vėliau. Slaugytojui nereikėtų pradėti apklausos, jeigu jo darbo laikas baigiasi. Tokiais atvejais geriau šią užduotį patikėti pamainą perėmusiam slaugytojui [6].

Prieš apklausą reikėtų perklausti paciento medicininius dokumentus – siuntimą, ligos istoriją, gydytojo diagnozę, peržiūrėti ambulatorinę kortelę, tuomet pokalbis bus trumpesnis ir efektyvesnis. Apklausa pradedama klausimu, kaip ligonis jaučiasi ir kaip susirgo. Leidžiama pačiam ligoniui laisvai pasakoti, neprimetant savo nuomonės ir valios, neskubinant ir be reikalo nepertraukinėjant, bet ir neleidžiant išsiplėsti, nukrypti į smulkmenas. Tinkamai ir efektyviai atlikta apklausa rodo ne tik gerą teorinį slaugytojo pasirengimą, bet ir praktinį profesionalumą.

Pokalbio metu išsiaiškinami paciento nusiskundimai (skausmas ir septynios jo charakteristikos, funkciniai sutrikimai, odos ir sąnarių pakitimai), glausta jo ligos istorija (jei lėtinė liga, kiek metų serga, ar dažni ligos paūmėjimai, kokiais vaistais gydomas) ir medicininė, socialinė, profesinė gyvenimo istorija: gyvenimo ir darbo sąlygos, šeimyninė padėtis, santykiai su šeima ir artimaisiais, persirgtos ir paveldimos ligos, alergija, žalingi darbo veiksniai, gyvenimo būdas (fizinis aktyvumas, mityba), žalingi įpročiai, mėginami užsiėmimai, požiūris į gyvenimą [6].

Pagal PSO asmens sveikatos priežiūra yra slaugos esmė, o būdas, kaip slaugytojas tai atlieka, yra slaugos proceso esmė. Paciento priežiūra slaugos metu reikalauja apgalvotos, organizuotos veiklos, kad būtų patenkinti paciento poreikiai ir sprendžiamos problemos.

Šiuolaikinio slaugytojo veikla nebegali apsiriboti medicinine pacientų priežiūra. Dirbdamas su sergančiaisiais, slaugos specialistas turi siekti šių tikslų:

- palaikyti pacientų gebėjimą rūpintis pačiu savimi;
- mažinti neigiamus ligos poveikius;
- patenkinti žmonių fizinius, emocinius ir socialinės priežiūros poreikius.

Moderni slauga reikalauja iš anksto suplanuotos, nuoseklios, sistemingos, individualios paciento priežiūros. Paciento slaugos poreikių tenkinimas ligos metu slaugą vienija į procesą. Tuomet į žmogų žiūrima kaip į visumą. Pripažįstamas ir gerbiamas kiekvieno asmens žmogiškas orumas, suprantama jo teisė dalyvauti sveikatos priežiūroje. Slaugytojas turi suvokti, kad pacientas yra ne subjektas, kuriam sutriko vienas iš organų, bet žmogus, turintis sveikatos problemų, kurias reikia spręsti atsižvelgiant į jo individualumą, autonomiškumą. Slaugos procesas apima sveikatos būklės vertinimą, priežiūros planavimą, jos įgyvendinimą bei slaugos apibendrinimą. Slaugytojas

pacientui turi padėti išlaikyti emocinį balansą, suteikti viltį, padėti prisitaikyti prie naujos situacijos, kompetentingai spręsti sveikatos problemas, kartu siekti optimalios gyvenimo kokybės [41].

Apklausoje metu siekiama nustatyti slaugos duomenis, susijusius su dvylika modelio autorių pasiūlytų gyvenimo veiklų. Slaugytojas ir pacientas aptaria kiekvieną gyvenimo veiklą. Siekiant nustatyti slaugos poreikius, įvertinama, ką ligonis gali ir ko negali atlikti realizuodamas gyvenimo veiklas. Be to, slaugytojas turi įvertinti gyvybinėms veikloms turinčius įtaką veiksniai – fiziologinius (biologinius), psichologinius, socialinius, ekologinius, ekonominius [6].

N. Roper 12 gyvenimo veiklų:

➤ *Saugios aplinkos palaikymas.* Norint sveikai gyventi, greičiau pasveikti, o kartais ir išgyventi, reikia rūpintis saugios aplinkos palaikymo veikla. Saugi aplinka būtina siekiant išvengti ligų ir nelaimingų atsitikimų.

Saugios aplinkos palaikymo veiklos įvertinimą sudaro paciento jutimų – gebėjimo matyti aplinkos daiktus, girdėti, jausti kvapą – tyrimas; asmens charakterio ir elgesio ypatumų, susijusių su požiūriu į sveikatą, žalingus įpročius (rūkymą, alkoholizmą), psichologinės būsenos (perdėta baimė, nerimas arba neracionalus elgesys) įvertinimas. Šios veiklos tyrimui priklauso namų aplinkos bei tvarkos, taip pat socialinės aplinkos įvertinimas.

➤ *Bendravimas.* Aptariant bendravimo veiklą, reikia nustatyti duomenis, trukdančius bendrauti (klausos, regos, kalbos, psichikos sveikatos, mąstymo ir suvokimo sutrikimus, charakterio ypatumus), slaugytojo, paciento ir jo šeimos bendradarbiavimo galimybę ir formą, pacientui priimtina bendravimą, socialinės sąveikos formas, taip pat sunkumus bendrauti.

➤ *Kvėpavimas.* Nustatoma ar nėra nusiskundimų, susijusių su kvėpavimo sistema. Atliekami pagrindiniai matavimai: kvėpavimo dažnio skaičiavimas; įkvėpto ir iškvėpto oro kiekio matavimas (spirometrija); skreplių įvertinimas; nurodomi potencialiai kenksmingi veiksniai – rūkymas, oro, darbo aplinkos užterštumas.

➤ *Valgymas ir gėrimas.* Ši veikla apima individo požiūrį į valgymą ir gėrimą. Analizuojamas asmens skonis ir mitybos įpročiai, gebėjimas pačiam pavalgyti ir atsigerti, taip pat gebėjimas gaminti maistą bei valgyti be pagalbos, išsiaiškinama ar reikalingos slaugos priemonės ir kokios.

➤ *Tuštėjimas ir šlapinėjimas.* Aptiriamos šlapinėjimosi bei tuštėjimosi funkcijos ir šiuos procesus veikiantys faktoriai. Numatoma, ar ligonis gali savarankiškai atlikti šias funkcijas, ar jam reikia pagalbos ir kitokios, ar reikalingos saugos priemonės ir kokios.

➤ *Asmens higiena.* Kalbama apie prausimosi ir maudymosi dažnumą, burnos, odos, nagų ir plaukų priežiūrą. Išsiaiškinama, ar ligonis savarankiškai gali palaikyti asmens švarą, ar reikia jam padėti, kokia ši pagalba turėtų būti, numatomos slaugos priemonės, reikalingos asmens higienai palaikyti.

➤ *Kūno temperatūros kontroliavimas.* Išmatuojama ir užrašoma paciento temperatūra. Jei temperatūra pakilusi, nustatomi ligonio pojūčiai, susiję su karščiavimu, šaltkrėčiu. Įvertinama paciento namų ar buto oro temperatūra, kaip butas yra šildomas. Jeigu paciento butas šildomas anglimis, į tai reikia atkreipti dėmesį. Svarbu pažymėti, kaip ligonis elgiasi, kai jam būna per šilta ar per šalta.

➤ *Judėjimas.* Analizuojami aktyvumo ir judrumo laipsniai bei įprastinė kasdienė veikla. Nustatoma, ar ligonis gali savarankiškai vaikščioti ir kaip toli, ar jam reikia pagalbos ir kokios, ar nėra veiksmų, mažinančių jo judėjimo galimybes (aklumas, kurtumas, kaulų ir sąnarių ligos, kojos amputacija, psichikos sutrikimai). Jeigu ligonis atrodo apatiškas ir suglebęš, tai būtina nurodyti.

➤ *Užimtumas (darbas ir žaidimai).* Nustatyti, ar paciento sveikatos būklė netrukdo realizuoti užimtumo veiklos ir kokios rūšies veikla jis galėtų užsiimti atsižvelgiant į sveikatos problemas. Nurodomas paciento esamas arba buvęs užsiėmimas, jo poreikis ir noras veikti, jo polinkiai ir interesai, aptariamoms galimos pramogos ir poilsis.

➤ *Seksualumo išreiškimas.* Nurodomas (jei tas aktualu) paciento seksualinis aktyvumas esant tam tikrai medicininei būklei arba neveiklumui, taip pat lyties išraiška drabužiais, kosmetika.

➤ *Miegas.* Išsiaiškinama, ar ligonis nesiskundžia miego sutrikimais. Registruojamas paciento įprastinis miegas, taip pat būdai, kuriuos jis pasitelkia norėdamas užmigti.

➤ *Mirimas ir mirtis.* Nustatomi mirimo procesui būdingi slaugos duomenys: fiziniai – skausmas, pykinimas, apetito stoka, silpnumas, išsekimas; psichiniai emociniai – baimė, nusiminimas, depresija, mąstymo ir suvokimo sutrikimai [40].

Stebėjimo plane įvertinęs dvyliką gyvybinių veiklų slaugytojas privalo numatyti kiekvienam atvejui atitinkantį slaugos veiksmų planavimą bei įgyvendinimą.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1. Tiriamoji populiacija

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Didelių dozių chemoterapijos sukkelto mukozito paplitimas, sąsajos su paciento patiriamu distresu bei slaugos ypatumai“ atliktas 2015 – 2016 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakultete ir „X“ ligoninės Kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje ir Autologiniame kaulų čiulpų poskyryje.

Darbą sudarė užsienio ir šalies mokslinės literatūros nagrinėjama tema studijavimas ir apibendrinimas, savarankiškas tyrimas ir gautų rezultatų analizė.

Apklaustos 29 slaugytojos, dirbančios „X“ ligoninės Kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje ir Autologiniame kaulų čiulpų poskyryje, kurioms darbo vietoje buvo išdalintos apklausos anketos. Slaugytojoms buvo išdalintos 33 anketos, iš kurių grįžo 29 tvarkingai užpildytos anketos.

2015 m. birželio – 2016 m. kovo mėnesiais buvo atlikta gydytų „X“ ligoninės Kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje ir Autologiniame kaulų čiulpų poskyryje pacientų bylų analizė. Tyrime dalyvavo 29 slaugytojos ir buvo ištirti 81 pacientas, kuriems buvo taikyta chemoterapija ir atlikta kaulų čiulpų transplantacija (pacientų bylos, iš kurių 45 vyrai ir 36 moterys). Tiriamųjų pacientų amžiaus vidurkis sudarė 46,5 (+/- 8,5 m.).

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- Pacientų ligų istorijose nurodyta diagnozė – leukemija; hospitalizacijos priežastis – prasidėję skausmai nugaroje (kaulų skausmai), bendras silpnumas, nuovargis.
- Pacientams, kuriems buvo taikyta didelių dozių chemoterapija ir atlikta kaulų čiulpų transplantacija

- Pacientų amžius nuo 18 iki 75 metų.

- Pacientai sutinka dalyvauti apklausoje.

Neįtraukomo kriterijai:

- Pacientai jaunesni nei 18 metų ir vyresni kaip 75 metai.

- Pacientai nesutinka dalyvauti apklausoje.

- Pacientas nesupranta lietuvių kalba parengtų anketų.

3.2. Tyrimo metodai

Darbe buvo panaudoti tokie tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros bei straipsnių rinkimas ir apžvalga. Mokslinės literatūros bei straipsnių rinkimas ir apžvalga. Mokslinės literatūros rinkimas buvo atliekamas aplankanti Vilniaus miesto viešąsias ir valstybinių mokymo įstaigų bibliotekas. Mokslinių straipsnių rinkimas buvo atliekamas naršant EBSCO duomenų bazę, kurioje buvo įvedami chemoterapijos, transplantacijos, mukozito, slaugos terminai į paieškos skiltį. Surinkta mokslinė literatūra ir straipsniai buvo

kruopščiai išanalizuoti, o analizės apibendrinti rezultatai buvo pateikti baigiamojo darbo teorinėje dalyje.

2. Pacientų distreso vertinimas. Distreso termometro (DT) klausimynas, kuris sukurtas vizualinės analogijos skalių principu. Naudojant distreso termometro klausimyną, nustatomas pacientų patiriamo distreso lygis ir su jo susijusios problemos. Šį klausimyną sudaro vizualinės analogijos skalė nuo 1 iki 10 balų ir problemų sąrašas (žr. 1 priedą). Kliniškai reikšmingo distreso riba vizualinėje skalėje pasirinkti 4 balai [38]: mažas distreso lygis, jei $DT < 4$ balai ir vidutinis/didelis distreso lygis, jei $DT \geq 4$ balai.

Distreso termometro klausimynas bus išdalintas pacientams. Pacientų bus prašoma užpildyti pirmą hospitalizacijos dieną, kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijos (KKLT) dieną, po KKLT praėjus 7-10 dienom bei išrašymo dieną.

3. Pacientų skausmo stiprumo vertinimas. Mukozito sukeltas skausmas bus vertinamas 3 savaites po kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijos (KKLT) dienos, 3 kartus per savaitę (pirmadienį, trečiadienį, penktadienį) bei išrašymo diena. Metodai: vizualinių analogų skalė (angl. Visual Analog Scales (VAS) for pain) bei apklausa. Skausmo intensyvumui vertinti bus naudojama vizualinių analogų skalė (angl. Visual Analog Scales (VAS) for pain) (pavaizduota linija su skaičiais nuo 1 iki 10, išdėliotais iš kairės į dešinę. Skaičiai atitinka skausmo intensyvumą, kurie didėja į dešinę per visą skalę. Todėl skaičius 0 reiškia, kad visiškai neskauda, o 10 – nepakeliamą, patį intensyviausią skausmą). Pacientų bus prašoma pažymėti. Taip pat bus renkami duomenys iš pacientų apie įvairių priemonių vartojimą nuo skausmo, pvz., burnos ertmės skalavimo skysčiai bei kitos priemonės: vietškai nuskausminantys geliai; nuskausminančiai veikiančios tabletės ar pastilės; burnos ertmės skalavimas lidokainu; pleistrai nuo skausmo.

4. Pacientų mitybos vertinimas, taikant mitybos nepakankamumo skalę. Mitybos nepakankamumo vertinimo skalė (NRS 2002 – angl. The Nutritional Risk Screening) bei medicininių dokumentų analizė. Mitybos nepakankamumui nustatyti ir įvertinti naudosime NRS 2002 skalę, kuria naudosime 3 savaites, 1 kartą per mėnesį, iki transplantacijos (žr. 3 priedą). Tyrimo dalyje taip pat bus vertinama medicininė dokumentacija susijusi su mitybos vertinimu. Stebėsime pacientų kraujo rodiklius, burnos ertmės gleivinę ar skausminga ar ne, ar yra burnoje žaizdų, opų, ar gali išgerti vaistus, ar gali pavalgyti, t. y. nuryti maistą (kietą, skystą). Atsižvelgiant į tos pokyčius – skiriama atitinkama dieta (Pl, Ch, Zm, Tm, enterinis ar parenterinis maitinimai).

5. Slaugos procesų vertinimas. Pacientų slaugos procesų vertinimas atliekamas taikant kiekybinį tyrimą (apklausą), kurios metu apklausiami „X“ liginės Kaulų čiulpų transplantacijos skyriaus ir Autologinio kaulų čiulpų poskyrio slaugytojos. Tyrimo metu gauti rezultatai padės nustatyti šioje liginėje taikomus onkologinėmis ligomis sergančių pacientų, patyrusių chemoterapija, kurios metu pasireiškė mukozitas ir distresas, slaugos procesus ir atlikti jų efektyvumo vertinimą.

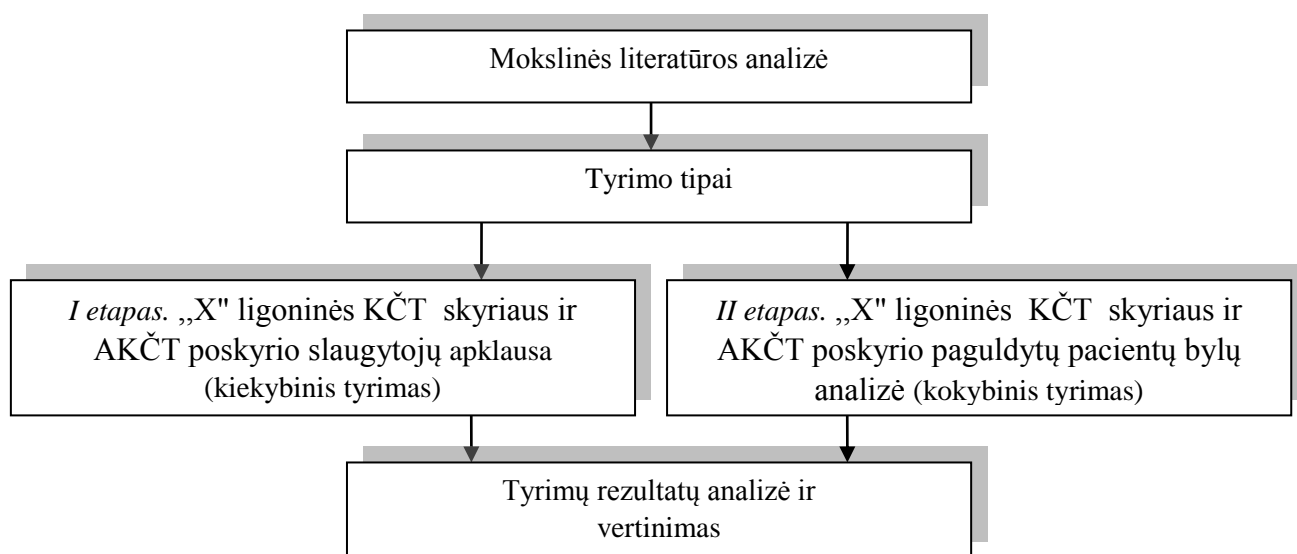
6. Mukozito sunkumo vertinimas. Mukozito sunkumas bus vertinamas pagal tarptautinę validizuotą skalę: pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) burnos toksiškumo skalę (angl. *World Health Organization's (WHO's) Oral Toxicity Scale*) (PSO). Šioje skalėje simptomų ir požymių intensyvumas bus vertinamas 5 balų (0-4) Likert'o skale: nuo 0 – nėra simptomo iki 4 balų – labai stiprus (nepakeliamas) simptomas/skausmas. Mukozito sunkumas bus vertinamas 3 savaites po kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijos (KKLT) dienos, 3 kartus per savaitę (pirmadienį, trečiadienį, penktadienį) bei išrašymo dieną.

7. Medicinos dokumentų analizė. Sociodemografiniai ir medicininiai duomenys apie tiriamuosius bus surinkti iš pacientų ligos istorijų. Pacientų duomenys: ūgis, svoris, amžius, lytis, kaip buvo gydytas prieš hospitalizaciją, gretutinės ligos, dabartinė diagnozė, dabartinis gydymas, gulėjimo (hospitalizacijos) laikas, kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijų rūšys (alogeninė ar autologinė).

3.3. Tyrimo eiga

Tyrimo tipas. Atliekant „Didelių dozių chemoterapijos sukkelto mukozito paplitimo, sąsajų su paciento patiriamu distresu bei slaugos ypatumų“ vertinimą buvo atlikti du tyrimai – slaugytojų apklausa ir neintervencinė pacientų stebėseną.

Tyrimo procesas buvo vykdomas keliais etapais (žr. 4 pav.).



4 pav. **Tyrimo procesas**

Šaltinis. Sudaryta darbo autorės

➤ 2015 m. lapkričio 12 d. iki 2016 m. kovo 20 d. buvo atlikta mokslinės literatūros analizė, sudaryta kiekybinio (apklausos) tyrimo anketos (žr. 1 – 3 priedą), apgalvoti duomenų analizės metodai (statistinė duomenų analizė).

➤ 2016 m. kovo 25 d. – balandžio 10 d. buvo vykdoma slaugytojų apklausa – buvo apklausti „X“ ligoninės Kaulų čiulpų transplantacijos (toliau tekste – KČT) skyriuje ir Autologinio kaulų čiulpų transplantacijos (toliau tekste – AKČT) poskyrio slaugytojos. Nuo 2015 m. birželio 1

d. iki 2016 m. kovo 1 d. buvo renkami duomenys apie „X“ ligojinės KČT skyriuje ir AKČT poskyryje paguldytus pacientus – atlikta dokumentų analizė (pacientų bylų analizė).

➤ 2016 m. balandžio 9 – 15 d. vyko gautų duomenų analizė. Gauta informacija buvo sistemingai ir tikslingai analizuojama bei apdorojama, atskleidžiant „Didelių dozių chemoterapijos sukkelto mukozito paplitimo, sąsajų su paciento patiriamu distresu bei slaugos ypatumų“ vertinimą.

3.4. Statistinė duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant SPSS 21.0 *for Windows* kompiuterinę programą. Aprašomosios statistikos metodu apskaičiuotos skaitinės charakteristikos: bendras stebėjimų skaičius (N), atsakymų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais, skaitinių rodiklių vidurkiai (M), standartinė vidurkio paklaida (SP). Požymių statistinių ryšių analizei buvo taikomas Chi kvadrato testas. Skirtumas buvo vertinamas kaip statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

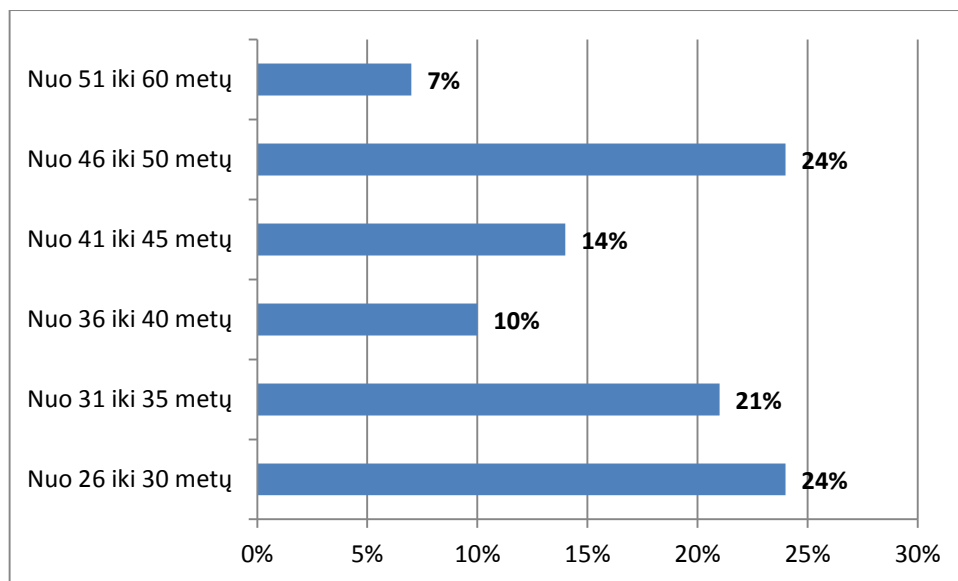
Tyrimo rezultatai apskaičiuoti ir pateikti procentine išraiška lentelėse ir išreiškiami diagramose, sudarytose naudojantis *Microsoft Office Excell 2007* programa.

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Kiekybinio tyrimo duomenų analizė

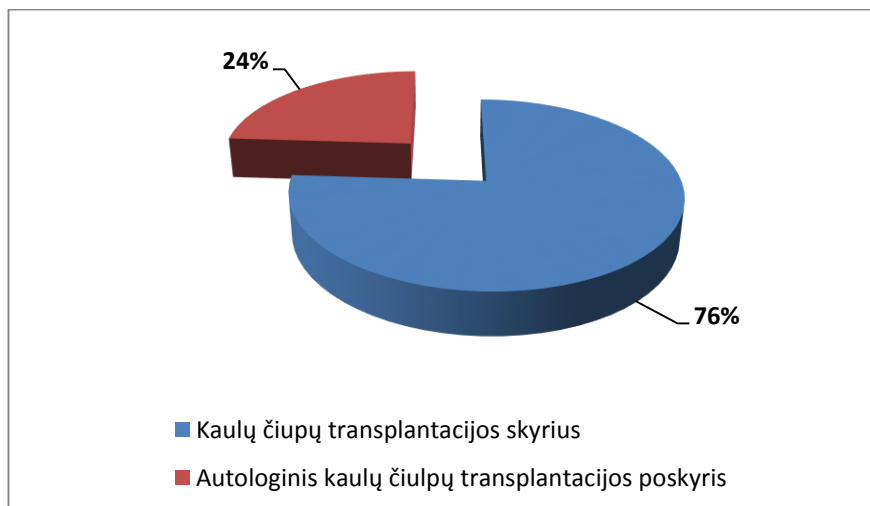
Kiekybiniame tyrime (apklausoje) dalyvavo 29 respondentai – „X“ ligoninės Kaulų čiulpų transplantacijos skyriaus ir Autologinio kaulų čiulpų poskyrio slaugytojos.

Įvertinus respondentų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes buvo nustatyta, kad didžioji dalis respondentų priklauso amžiaus grupėms nuo 26 iki 30 metų (24 proc.), nuo 46 iki 50 metų (24 proc.), nuo 31 iki 35 metų (21 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad priklauso amžiaus grupėms nuo 41 iki 45 metų (14 proc.), nuo 36 iki 40 metų (10 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad priklauso amžiaus grupei nuo 51 iki 60 metų (7 proc.) (žr. 5 pav.).



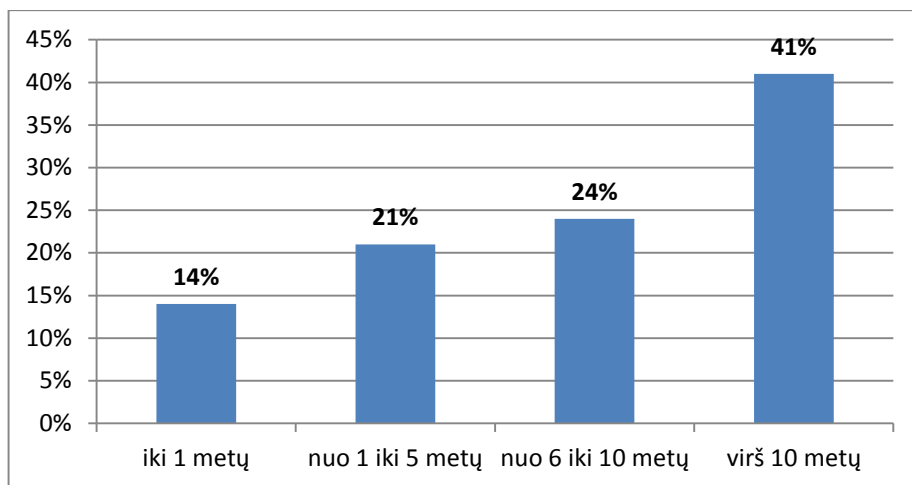
5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Atlikus respondentų pasiskirstymo pagal skyrius, kuriuose dirba, buvo nustatyta, kad didžioji dalis respondentų dirba kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje (75 proc.), ir kiek daugiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad dirba Autologiniame kaulų čiulpų transplantacijos poskyryje (24 proc.) (žr. 6 pav.).



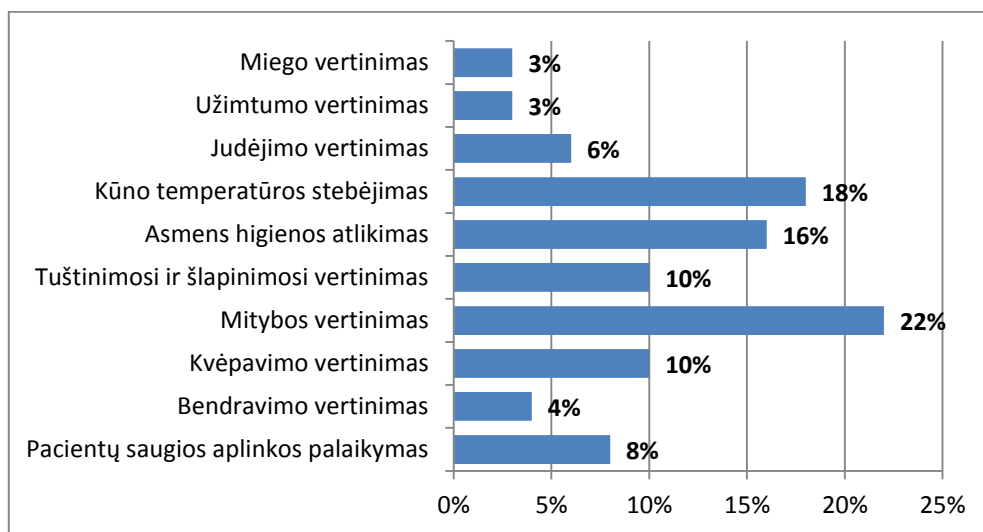
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal skyrių, kuriame dirba

Įvertinus respondentų pasiskirstymą pagal išdirbą laikotarpį „X“ ligoninės KČT skyriuje ir AKČT poskyryje, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad išdirbo virš 10 metų (41 proc.), kiek daugiau nei ketvirtadalis respondentų šiame ligoninės skyriuje išdirbo nuo 6 iki 10 metų (24 proc.), nuo 1 iki 5 metų (21 proc.), ir kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų šiame ligoninės skyriuje išdirbo iki 1 metų (14 proc.) (žr. 7 pav.).



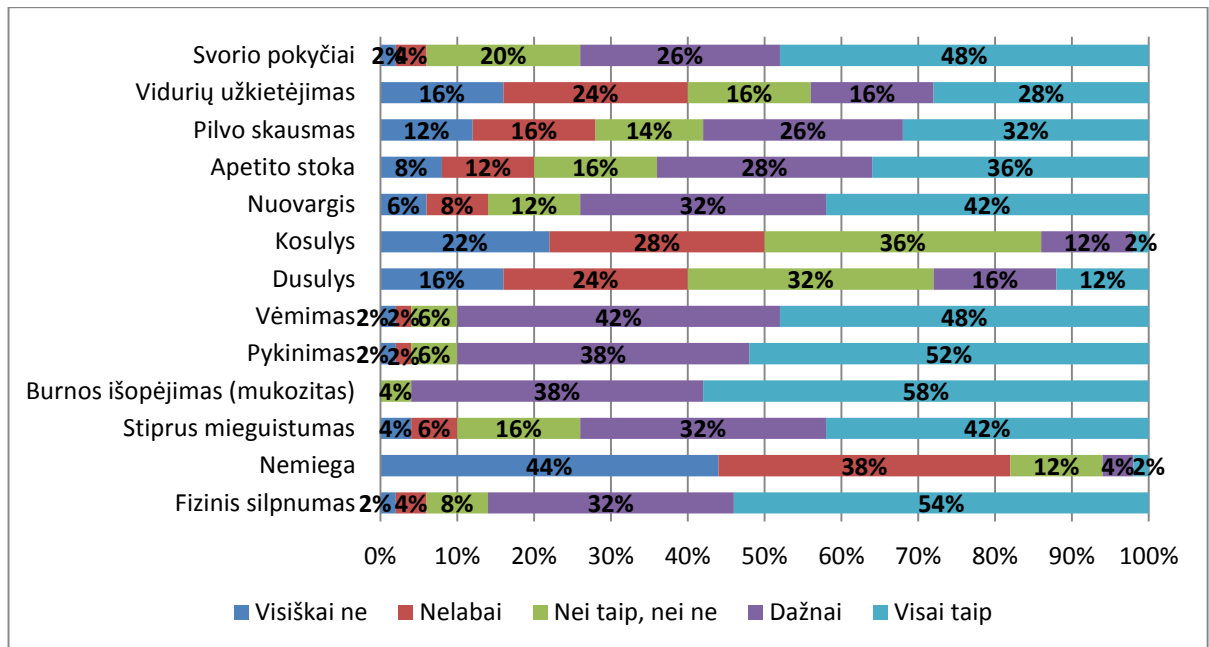
7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išdirbą laikotarpį „X“ ligoninės KČT skyriuje ir AKČT poskyryje

Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, kokių gyvybinių funkcijų stebėjimai yra taikomi pacientams po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad atliekamas mitybos vertinimas (22 proc.), kūno temperatūros stebėjimas (18 proc.), atliekama asmens higiena (16 proc.), atliekamas tuštinimosi ir šlapinimosi vertinimas (10 proc.), atliekamas kvėpavimo vertinimas (10 proc.), atliekamas pacientų saugios aplinkos palaikymas (8 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad pacientams po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos atliekamas judėjimo vertinimas (6 proc.), atliekamas bendravimo vertinimas (4 proc.), atliekamas miego vertinimas (3 proc.), užimtumo vertinimas (3 proc.) (žr. 8 pav.).



8 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kokių gyvybinių funkcijų stebėjimai yra taikomi pacientams po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos

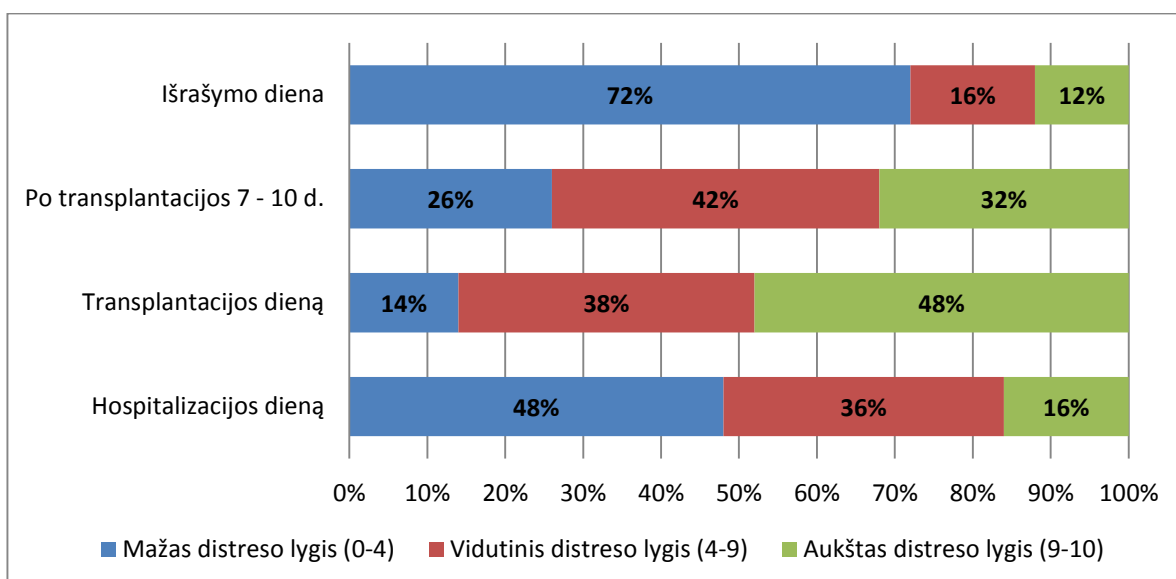
Įvertinus simptomus pasireiškiančius pacientams po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos buvo nustatyta, kad pacientams po chemoterapijos labiausiai pasireiškia burnos išopėjimas (mukozitas) (58 proc.), pasireiškia fizinis silpnumas (54 proc.), pykinimas (52 proc.), vėmimas (48 proc.), kūno svorio pokyčiai (48 proc.), nuovargis (42 proc.), apetito stoka (36 proc.), pilvo skausmai (32 proc.), vidurių užkietėjimas (28 proc.). Mažiausiai pacientams pasireiškia kosulys (36 proc.), dusulys (32 proc.), visiškai nepasireiškia nemiga (44 proc.) (žr. 9 pav.).



9 pav. Simptomų pasireiškiančių pacientams po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, vertinimas

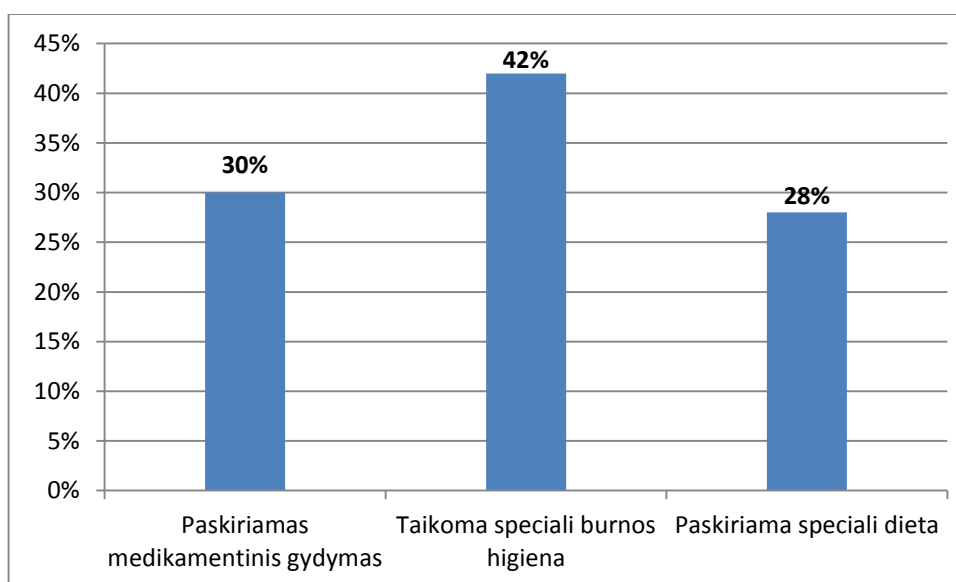
Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, kada dažniausiai pasireiškia mažas, aukštas, vidutinis distreso lygiai, pacientams kuriems chemoterapijos pasekoje pasireiškė mukozitas, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad mažas distreso lygis (0-4) pacientams dažniausiai pasireiškia išrašymo dieną (72 proc.) ir hospitalizacijos diena (48 proc.), kiek daugiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, pacientams mažas distreso lygis pasireiškia po transplantacijos praėjus 7 – 10 d. (26 proc.), ir kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad mažas distreso lygis pacientams dažniausiai pasireiškia transplantacijos dieną (14 proc.). Vertinant vidutinio distreso lygio pasireiškimo pacientams vertinimą, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad vidutinis distreso lygis pacientams dažniausiai pasireiškia po transplantacijos praėjus 7 – 10 d. (42 proc.), transplantacijos dieną (38 proc.), hospitalizacijos dieną (36 proc.), ir kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad vidutinis distreso lygis pacientams dažniausiai pasireiškia išrašymo dieną (16 proc.). Atlikus aukšto pacientų patiriamo distreso lygio vertinimą, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad aukštą distreso lygį pacientai dažniausiai patiria transplantacijos dieną (48 proc.), kiek daugiau nei trečdalis respondentų pažymėjo, kad aukštas distreso lygis pacientams pasireiškia 7 – 10 d. po transplantacijos (32 proc.), kiek mažiau nei

ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad aukštas distreso lygis pacientams pasireiškia hospitalizacijos dieną (16 proc.), išrašymo dieną (12 proc.) (žr. 10 pav.).



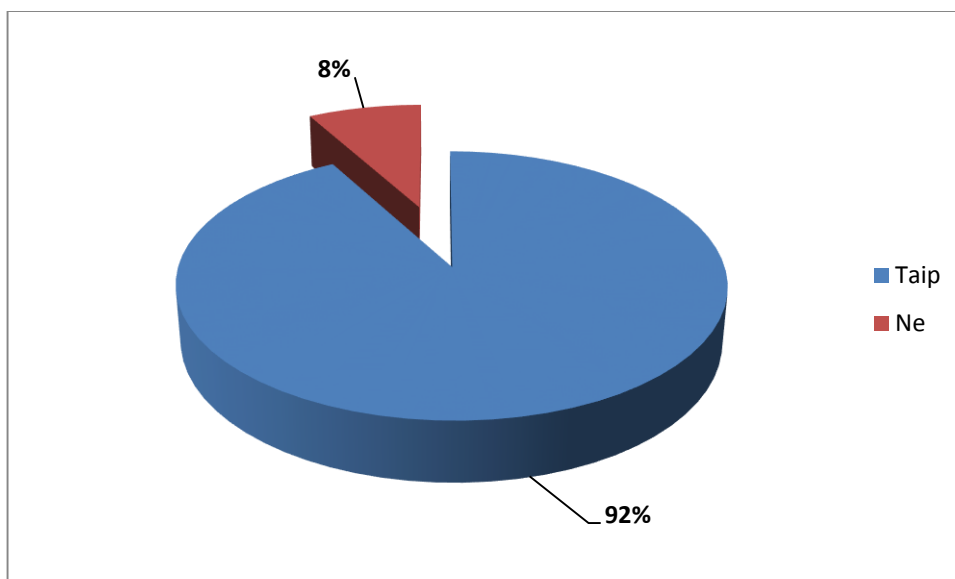
10 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kada dažniausiai pasireiškia mažas, aukštas ir vidurinis distreso lygiai, pacientams kuriems chemoterapijos pasekoje pasireiškė mukozitas

Įvertinus respondentų pasiskirstymą vertinant tai, kokie mukozito pasireiškimo mažinimo būdai yra taikomi pacientams, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad pacientams taikoma speciali burnos higiena (42 proc.), trečdalis pacientų pažymėjo, kad jiems paskiriamas medikamentinis gydymas (30 proc.), paskiriama speciali dieta (28 proc.) (žr. 11 pav.).



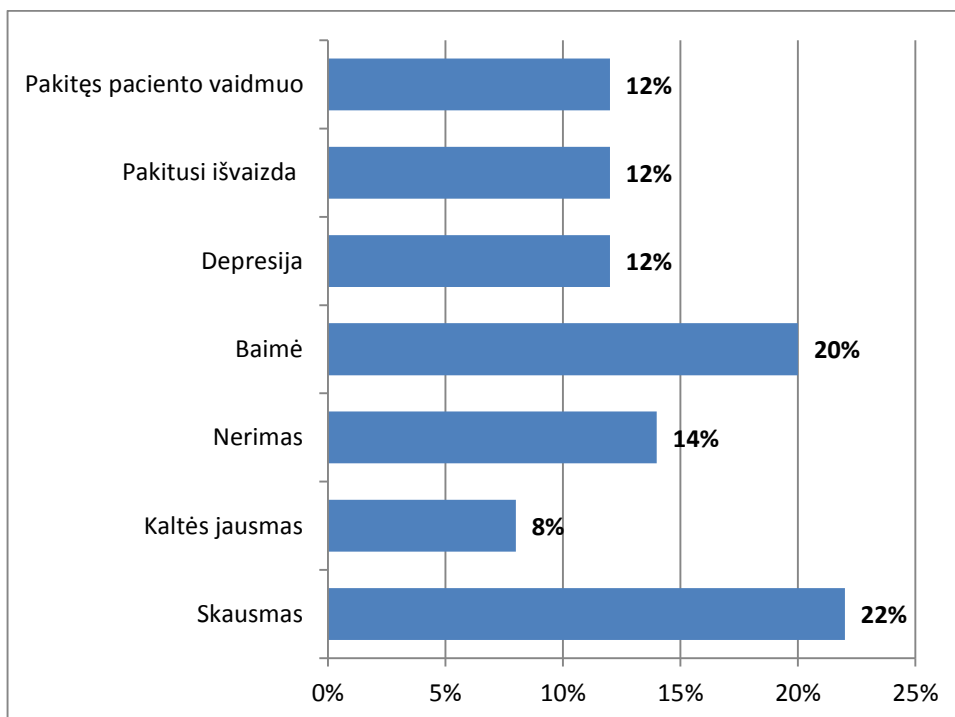
11 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kokie mukozito pasireiškimo mažinimo būdai yra taikomi pacientams

Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, ar mukozito pasireiškimo metu daugelis pacientų patiria distresą, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad patiria (92 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad nepatiria (8 proc.) (žr. 12 pav.).



12 pav. Respondentų nuomones vertinimas, ar mukozito pasireiškimo metu daugelis pacientų patiria distresą

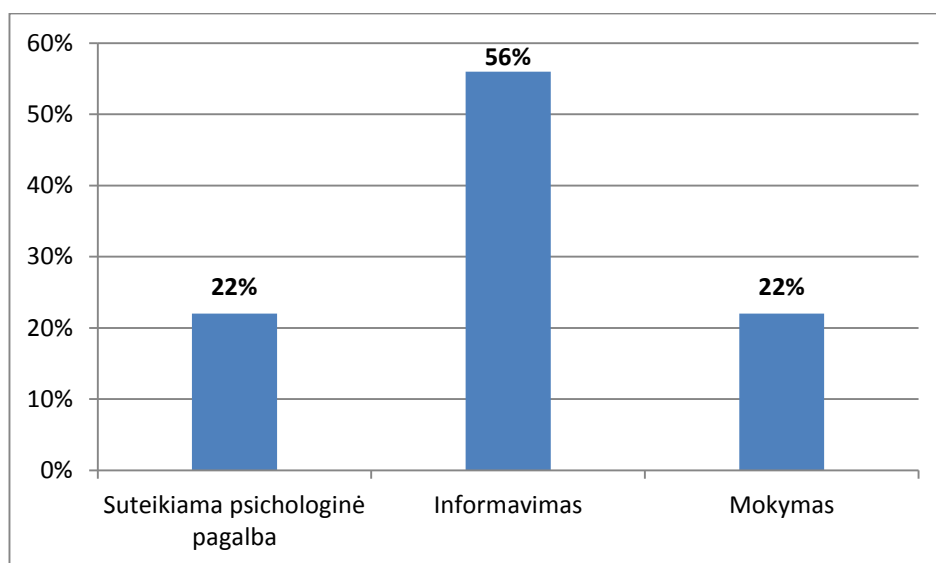
Įvertinus respondentų pasiskirstymą vertinant tai, kokie distreso požymiai pasireiškia pacientams atsiradus mukozitui, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad tokiems pacientams dažniausiai pasireiškia skausmas (22 proc.), baimė (20 proc.), nerimas (14 proc.), pakinta paciento vaidmuo (12 proc.), pakinta išvaizda (12 proc.), pasireiškia depresija (12 proc.), ir keletas respondentų pažymėjo, kad tokiems pacientams pasireiškia kaltės jausmas (8 proc.) (žr. 13 pav.).



13 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas, kokie distreso požymiai pasireiškia pacientams atsiradus mukozitui

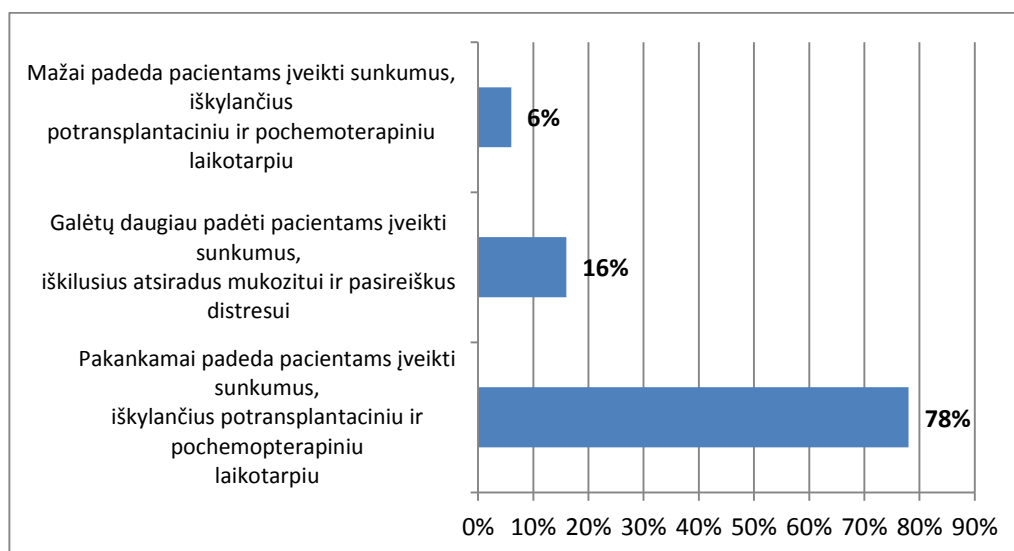
Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, kokie distreso mažinimo būdai taikomi pacientams atsiradus mukozitui, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad dažniausiai taikomas pacientų informavimas (56 proc.), kiek daugiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo,

kad pacientams suteikiama psichologinė pagalba (22 proc.), organizuojamas pacientų mokymas (22 proc.) (žr. 14 pav.).



14 pav. Respondentų nuomonių vertinimas, kokie distreso mažinimo būdai taikomi pacientams atsiradus mukozitui

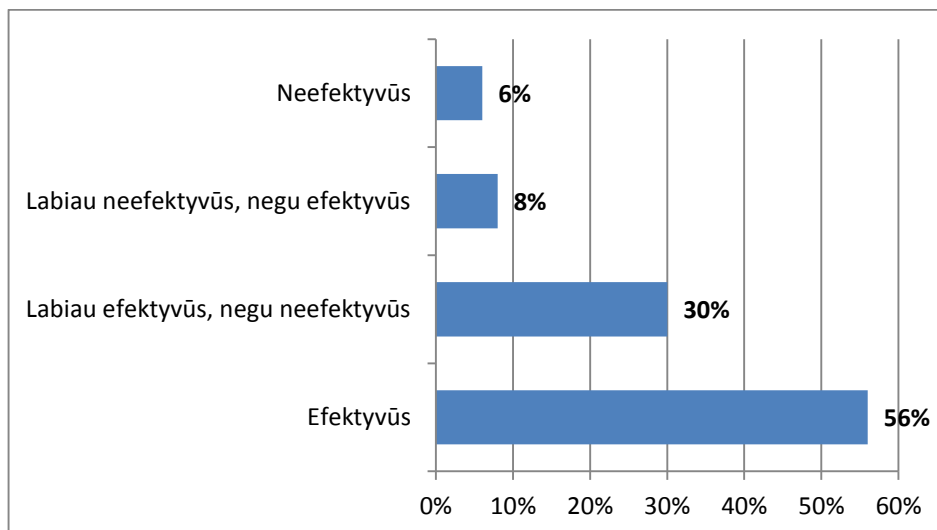
Įvertinus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant pacientams teikiamus slaugos procesus, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad slaugytojai pakankamai padeda pacientams įveikti sunkumus, išskylančius potransplantaciniu ir pochemoterapiniu laikotarpiu (78 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad galėtų daugiau padėti pacientams įveikti sunkumus, iškilusius atsiradus mukozitui ir pasireiškus distresui (16 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad mažai padeda pacientams įveikti sunkumus, potransplantaciniu ir pochemoterapiniu laikotarpiu (6 proc.) (žr. 15 pav.).



15 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant pacientams teikiamus slaugos procesus

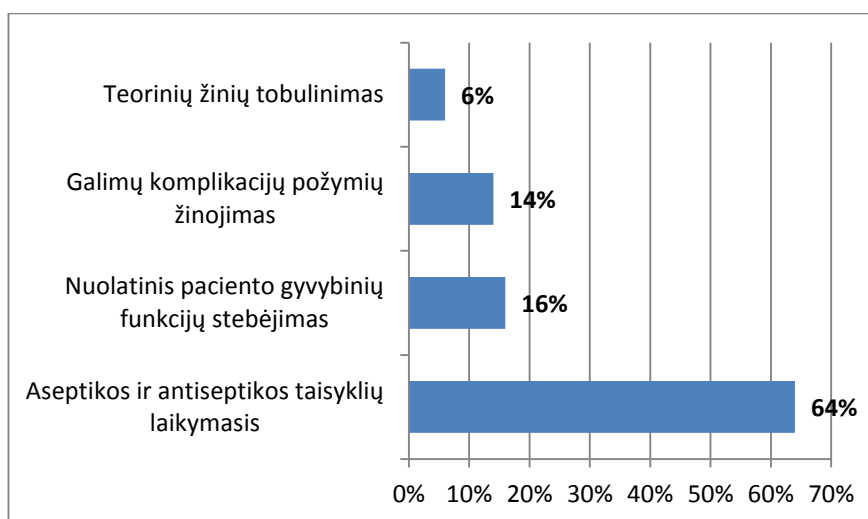
Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, ar ligoninėje taikomi pacientų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, patyrusių mukozitą ir distresą slaugos veiksmai yra efektyvūs, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad slaugos veiksmai yra efektyvūs (56 proc.),

trečdalis respondentų pažymėjo, kad ligoninėje taikomi slaugos veiksmai yra labiau efektyvūs, negu neefektyvūs (30 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad ligoninėje taikomi slaugos veiksmai yra labiau neefektyvūs, negu efektyvūs (8 proc.), neefektyvūs (6 proc.) (žr. 16 pav.).



16 pav. Respondentų nuomonių vertinimas, ar taikomi pacientų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, patyrusių mukozitą ir distresą slaugos veiksmai yra efektyvūs

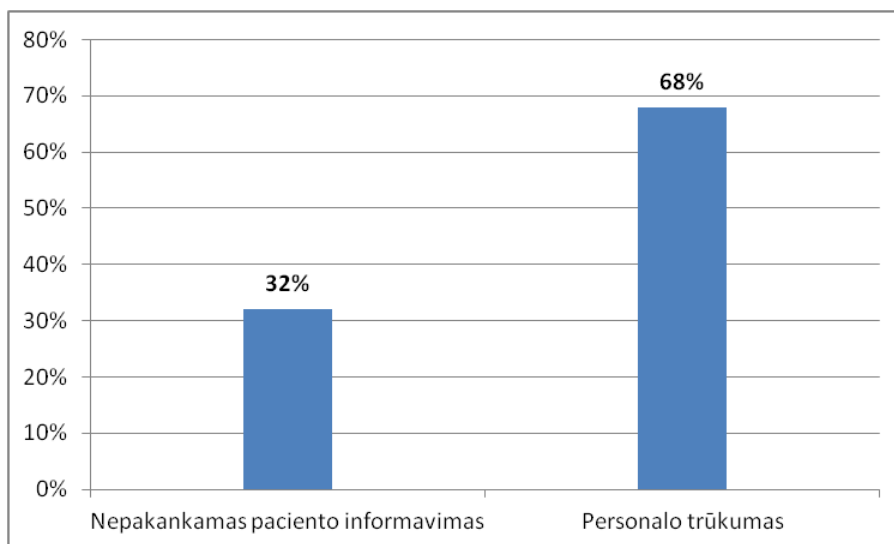
Atlikus respondentų nuomonių vertinimą nustatant, kas padeda išvengti komplikacijų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos tokių, kaip mukozitas, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad tą užtikrinti padeda aseptikos ir antiseptikos taisyklių laikymasis (64 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad išvengti komplikacijų padeda nuolatinis pacientų gyvybinių funkcijų stebėjimas (16 proc.), galimų komplikacijų požymių žinojimas (14 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad išvengti komplikacijų padeda teorinių žinių tobulinimas (6 proc.) (žr. 17 pav.).



17 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kas padeda išvengti komplikacijų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, tokių kaip mukozito pasireiškimas

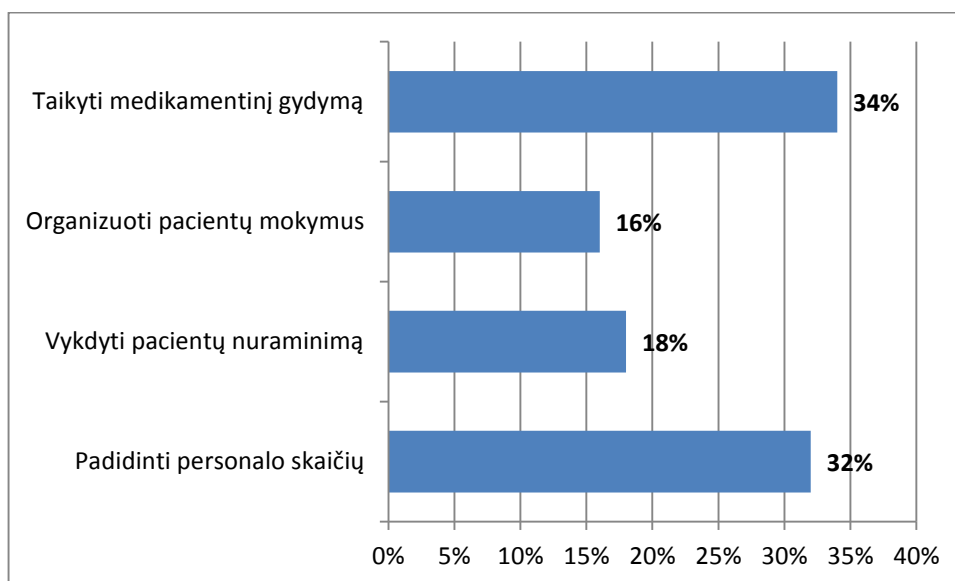
Įvertinus respondentų nuomonių pasiskirstymą nustatant taikomų slaugos veikslių trukumus, kurie pasireiškia po chemoterapijos, kaulų čiulpų ir mukozito bei distreso pasireiškimo,

didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad didžiausiai slaugos trūkumais laiko personalo stoką (68 proc.), ir trečdalis respondentų pažymėjo nepakankamą paciento informavimą (32 proc.) (žr. 18 pav.)



18 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kokius pacientų po chemoterapijos, kaulų čiulpų transplantacijos ir mukozito bei distreso pasireiškimo taikomų slaugos veiksmų trūkumus galėtumėte išskirti

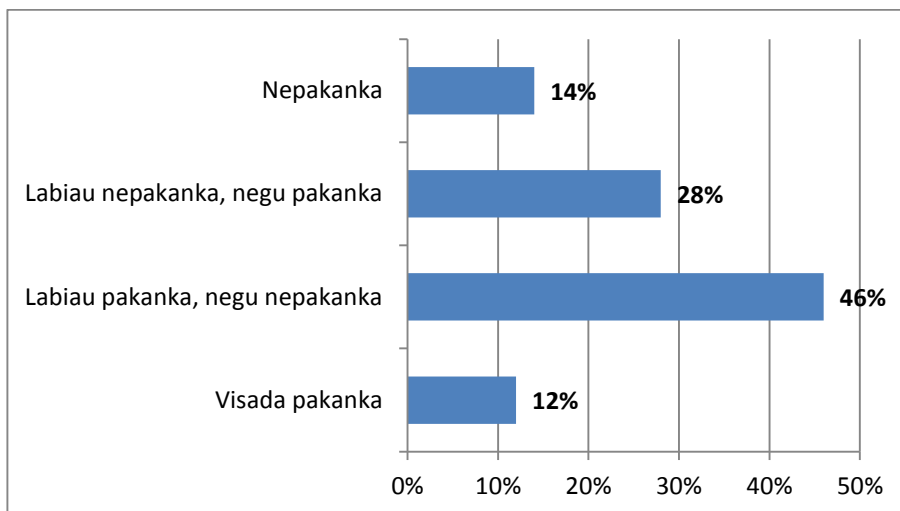
Įvertinus respondentų siūlymus skirtus pagerinti pacientų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, patyrusių mukozitą ir distresą slaugos procesus, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad šiems pacientams būtina taikyti medikamentinį gydymą (34 proc.), padidinti slaugos personalo skaičių (32 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad būtina vykdyti pacientų maitinimą (18 proc.), organizuoti pacientų mokymus (16 proc.) (žr. 19 pav.).



19 pav. Respondentų siūlymai skirti pagerinti pacientų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, patyrusių mukozitą ir distresą slaugos procesus

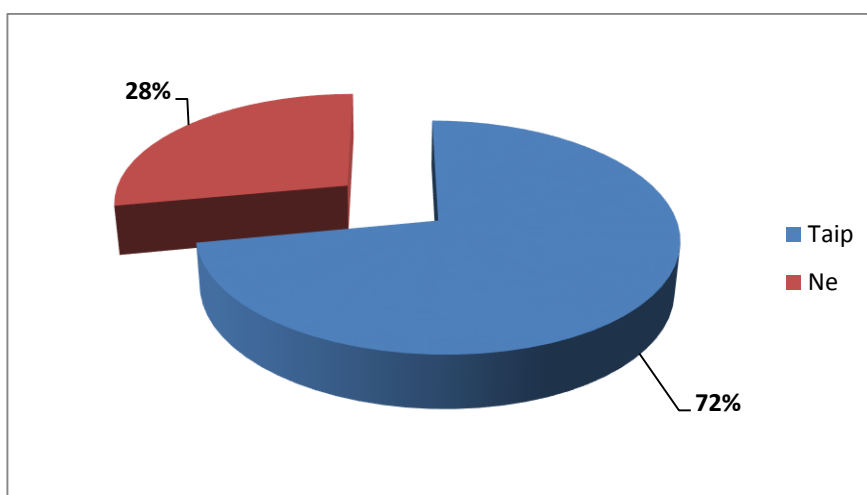
Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, ar jie turi pakankamai įgūdžių slaugant pacientus, kuriems buvo atlikta chemoterapija, kaulų čiulpų transplantacija, bei kurie patyrė mukozitą ir distresą, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad labiau pakanka, negu pakanka

(46 proc.), kiek mažiau nei trečdalis respondentų pažymėjo, kad labiau nepakanka, negu pakanka (28 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad nepakanka (14 proc.), visada pakanka (12 proc.) (žr. 20 pav.).



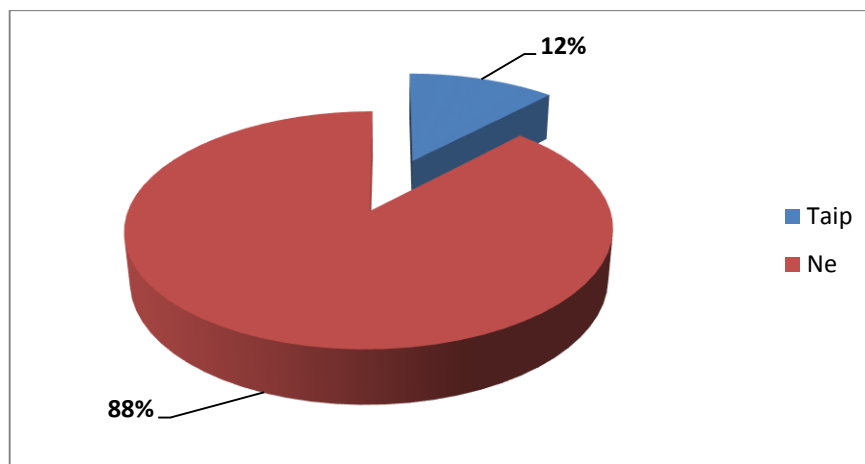
20 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, ar jie pakankamai turi įgūdžių slaugant pacientus, kuriems buvo atlikta chemoterapija, kaulų čiulpų transplantacija, bei kurie patyrė mukozitą bei distresą

Įvertinus respondentų nuomonių pasiskirstymą nustatant tai, ar dirbant kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje ir autologiniame kaulų čiulpų transplantacijos poskyryje slaugytojoms sudaromos palankios sąlygos profesinės kvalifikacijos kėlime, dalyvaujant konferencijose / paskaitose / seminaruose ir pan., kurių metu suteikiamos žinios apie pacientų patirusių mukozitą ir distresą slaugos procesų organizavimą, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad jiems sudaromos palankios sąlygos profesinės kvalifikacijos kėlimui (72 proc.), ir kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad jiems nesudarytos palankios sąlygos profesinės kvalifikacijos kėlimui (žr. 21 pav.).



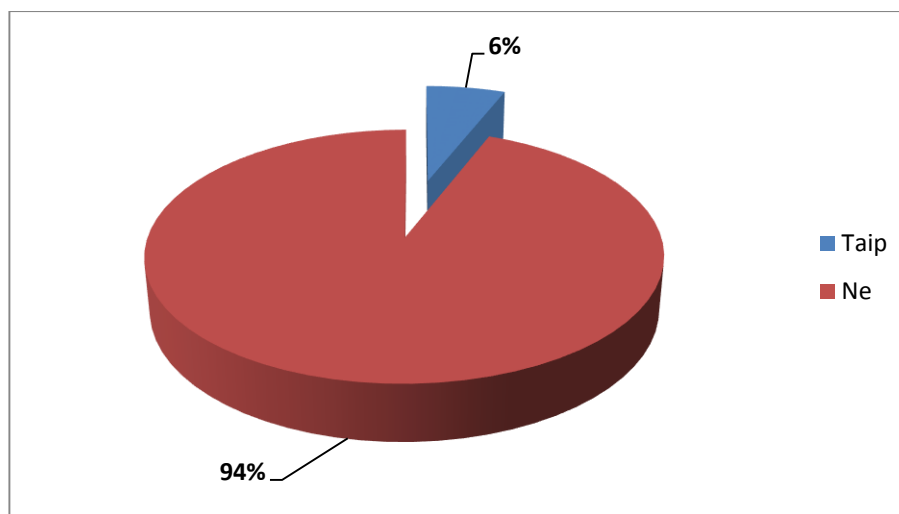
21 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, ar dirbant kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje slaugytojoms sudaromos palankios sąlygos profesinės kvalifikacijos kėlime, dalyvaujant konferencijose / paskaitose / seminaruose ir pan., kurių metu suteikiamos žinios apie pacientų patirusių mukozitą ir distresą slaugos procesų organizavimą

Atlikus respondentų pasiskirstymą pagal dalyvavimą tarptautinėse konferencijose, seminaruose, stažuotėse, kurios būtų susijusios su chemoterapijos, kaulų čiulpų transplantacijos, mukozito prevencijos ir distreso mažinimo klausimais, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad jiems neteko dalyvauti tokiose konferencijose (88 proc.), ir tik kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad jiems teko dalyvauti tokiose konferencijose (12 proc.) (22 pav.).



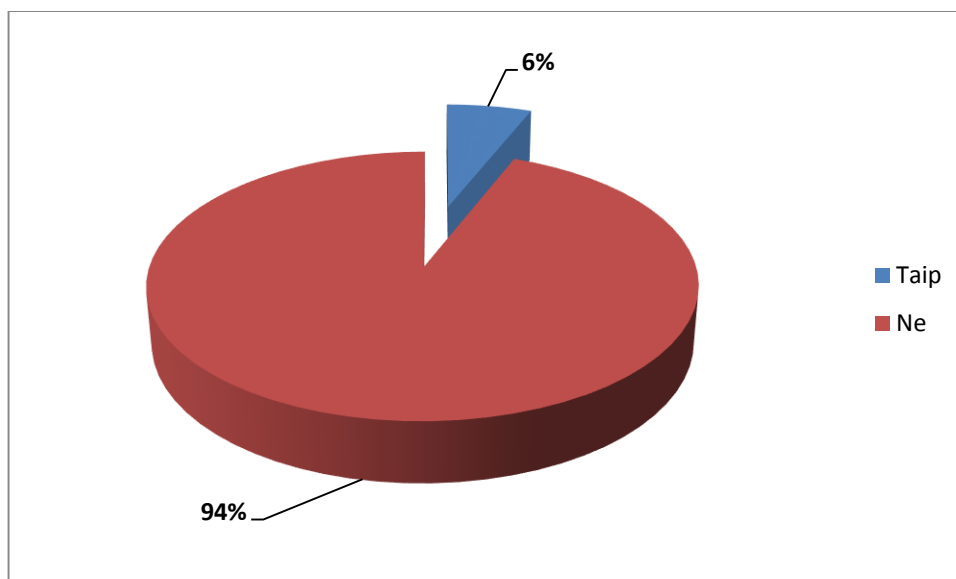
22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal dalyvavimą tarptautinėse konferencijose/seminaruose/stažuotėse ir pan., kurios būtų susijusios su chemoterapijos, kaulų čiulpų transplantacijos, mukozito prevencijos ir distreso mažinimo klausimais

Įvertinus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, ar jiems teko dalintis patirtimi su užsienio sveikatos priežiūros ekspertais, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad neteko dalintis patirtimi su užsienio ekspertais (94 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad jiems teko dalintis su užsienio ekspertais patirtimi (6 proc.) (žr. 23 pav.).



23 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas vertinant tai, ar teko dalintis patirtimi su užsienio sveikatos priežiūros ekspertais patirtimi

Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, ar jiems buvo naudingas susitikimas su užsienio sveikatos priežiūros ekspertais, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad jiems susitikimas su užsienio ekspertais nebuvo naudingas (94 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad susitikimas su užsienio ekspertais jiems buvo naudingas (6 proc.) (žr. 24 pav.).



24 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, ar jiems buvo naudingas susitikimas su užsienio sveikatos priežiūros ekspertais

„X“ ligoninės KČT skyriuje ir AKČT poskyryje dirbančios slaugytojos taiko specialią priežiūrą, skirtą sumažinti po kaulų čiulpų transplantacijos ir chemoterapijos atsiradusio mukozito metu patiriamą distresą. Slaugytojos atlieka pacientų bendros sveikatos būklės stebėjimą, remiantis Roper 12 gyvybinių veiklų parengtu stebėjimo lapu. Pasireiškiant mukozitui atliekamas pacientų patiriamo distreso lygio vertinimas, taikomas medikamentinis gydymas, taikoma speciali mukozito pažeistų vietų priežiūra, organizuojamas pacientų mokymas, informavimas bei suteikiama psichologinė pagalba. Siekiant pagerinti „X“ ligoninės KČT skyriaus ir AKČT poskyrio veiklos procesus, respondentai pateikė siūlymus, kad pacientams būtina taikyti medikamentinį gydymą, organizuoti pacientų mokymus, vykdyti pacientų nuraminimą, priimti į skyrių didesnę slaugytojų skaičių.

4.2. Kokybinio tyrimo duomenų analizė

Kokybinio tyrimo metu buvo siekiama nustatyti „X“ ligoninės KČT skyriaus ir AKČT poskyrio pacientų sociodemografinius duomenis, tyrimo metu buvo nustatyta, kad didžiąją dalį pacientų sudaro vyriškos lyties atstovai (56 proc.), ir kiek mažesnę dalį sudarė moteriškos lyties atstovės (44 proc.).

Atlikus pacientų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes buvo nustatyta, kad didžiąją dalį pacientų priklausė amžiaus grupėms nuo 40 iki 59 metų (53 proc.), nuo 60 iki 75 metų (42 proc.), ir tik keletas respondentų priklausė amžiaus grupei nuo 20 iki 39 metų (5 proc.) (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Tiriamųjų sociodemografiniai duomenys (χ^2 (2) reikšmė ir patikimumo lygmuo 1,62

		$p > 0,05$
<i>Sociodemografiniai požymiai</i>		<i>Tiriamieji n (proc.)</i>
Lytis	Vyrai	45 (56)
	Moterys	36 (44)
Amžiaus grupės	20 – 39 m.	4 (5)
	40 – 59 m.	43 (53)
	60 – 75 m.	34 (42)

Įvertinus pacientų medicininius duomenis buvo nustatyta, kad didžioji dalis pacientų sirgo virusiniais susirgimais (80 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis pacientų sirgo limfoma (11 proc.), ir tik keletas pacientų sirgo glaukoma (7 proc.), patyrė galvos smegenų insultą (4 proc.).

Atlikus pacientų pasiskirstymą pagal atliktos chemoterapijos tipus, buvo nustatyta, kad didžiajai daliai pacientų buvo atlikta autologinė transplantacija (54 proc.), ir kiek mažesnei daliai pacientų buvo atlikta alogeninė transplantacija (46 proc.).

Įvertinus pacientų patiriamą distreso lygį buvo nustatyta, kad didžioji dalis pacientų potransplantaciniu laikotarpiu patyrė aukštą distreso lygį (46 proc.), kiek mažesnė dalis pacientų patyrė vidutinį distreso lygį (40 proc.), ir tik keletas respondentų patyrė mažą distreso lygį (14 proc.).

Atlikus pacientų mukozito pasireiškimo lygį buvo nustatyta, kad didžiajai daliai pacientų mukozitas pasireiškė 5 – 8 parą (44 proc.), 9 – 12 parą (36 proc.), ir ketvirtadaliui pacientų muzikuotas pasireiškė 1 – 4 parą (20 proc.). Potransplantaciniu ir chemoterapiniu periodu, pasireiškus mukozitui didžiajai daliai pacientų taikomi tokie vaistai: morfinas (37 proc.), tramadolis (26 proc.), neupogenas (15 proc.), paracetamolis (12 proc.), lorazepamas (10 proc.). Pasireiškus mukozitui, didžiosios dalies pacientų maitinimas gali būti vertinamas 3 balais (32 proc.), 2 balais (23 proc.), 4 balais (15 proc.), 5 balais (12 proc.), 1 balu (10 proc.), 6 balais (8 proc.). Vertinant pacientų pasiskirstymą pagal taikomą maitinimo būdą buvo nustatyta, kad dalis slaugomų potransplantaciniu periodu pacientų buvo maitinama enteriniu būdu (57 proc.), ir mažiau nei ketvirtadalis parenteriniu būdu (15 proc.).

Įvertinus pacientų bendrąją būklę buvo nustatyta, kad pacientai dažnai patiria skausmus (44 proc.), jiems pasireiškia bendras silpnumas (35 proc.), pykinimas/vėmimas (21 proc.) (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Tiriamųjų medicininiai duomenys (χ^2 (2) reikšmė ir patikimumo lygmuo 1,34

		$p > 0,05$
<i>Medicininiai duomenys</i>		<i>Tiriamieji n (proc.)</i>
Ligos	Glaukoma	4 (7)
	Limfoma	9 (11)
	Galvos smegenų insultas	3 (4)
	Virusiniai susirgimai (gripas, kiti negalavimai)	65 (80)

<i>Medicininiai duomenys</i>		<i>Tiriamieji n (proc.)</i>
Chemoterapijos tipas	Autologinė	44 (54)
	Alogeninė	37 (46)
Distreso lygis	Mažas distreso lygis (0-4)	12 (14)
	Vidutinis distreso lygis (4-9)	32 (40)
	Aukštas distreso lygis (9-10)	37 (46)
Mukozito lygis	1 – 4 parą	16 (20)
	5 – 8 parą	36 (44)
	9 – 12 parą	29 (36)
Vartojami vaistai	Tramadolis	21 (26)
	Morfinas	30 (37)
	Paracetamolis	10 (12)
	Lorazepamas	8 (10)
	Neupogenas	12 (15)
Maitinimas	1 balas	8 (10)
	2 balai	19 (23)
	3 balai	26 (32)
	4 balai	12 (15)
	5 balai	10 (12)
	6 balai	6 (8)
Maitinimo būdas	Enterinis	46 (57)
	Parenterinis	12 (15)
Bendroji būklė	Pykinimas / Vėmimas	17 (21)
	Bendras silpnumas	28 (35)
	Skausmai (kaulų skausmas)	36 (44)

Atlikus pacientų patirto distreso vertinimą buvo nustatyta, kad labiausiai pacientai susiduria su praktinėmis problemomis darbe ar mokykloje (60 proc.), problemomis šeimoje susijusiomis su partneriu (93 proc.), emocinėmis problemomis: baime (27 proc.), depresija (22 proc.), fizinėmis problemomis: burnos opomis (96 proc.), skausmu (77 proc.), nuovargiu (27 proc.), išvaizdos pakitimais (20 proc.), patinimais (20 proc.), (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. **Distreso termometro duomenys (χ^2 (2) reikšmė ir patikimumo lygmuo 1,22 $p>0,05$)**

<i>Distreso termometro duomenų rezultatai</i>		<i>Tiriamieji n (proc.)</i>
Praktinės problemos	Vaikų priežiūros	6 (7)
	Ruošos	12 (15)
	Pinigų/Draudimo	8 (10)
	Transporto	6 (7)
	Darbe/Mokykloje	49 (60)
Šeimos problemos	Susijusios su vaikais	6 (7)
	Susijusios su partneriu	75 (93)
Emocinės problemos	Depresija	18 (22)
	Baimė	22 (27)
	Nervingumas	16 (20)
	Liūdesys	12 (15)
	Nerimas	10 (12)
	Nedomina įprastinė veikla	3 (4)

<i>Distreso termometro duomenų rezultatai</i>		<i>Tiriamieji n (proc.)</i>
Dvasinės/Religinės (tikėjimo) problemos		6 (7)
Fizinės problemos	Išvaizda	16 (20)
	Maudymasis/Apsirengimas	12 (15)
	Kvėpavimas	2 (2)
	Šlapinimosi pokyčiai	2 (2)
	Vidurių užkietėjimas	8 (10)
	Viduriavimas	8 (10)
	Valgymas	12 (15)
	Nuovargis	22 (27)
	Patinimai	16 (20)
	Karščiavimas/Karščio pylimas	6 (7)
	Bendravimas	8 (10)
	Nevirškinimas	10 (12)
	Atmintis/Koncentracija	6 (7)
	Burnos opos	78 (96)
	Pykinimas	22 (27)
	Sausa/Užsikimšusi nosis	4 (5)
	Skausmas	62 (77)
	Seksualumas	4 (5)
	Sausa oda/Niežulys	10 (12)
	Miegas	8 (10)
Rankų/Kojų dilgčiojimas	6 (7)	

Apibendrinant tyrimo metu gautus rezultatus buvo nustatyta, kad potransplantaciniu ir pochemoterapiniu laikotarpiu 5 – 8 parą pacientai patiria distresą, kurio pasireiškimui įtakos turi mukozitas. Pasireiškus mukozitui, pacientai patiria didesnę distreso lygį, kuris įtakojamas skausmų, pakitusios išvaizdos, negalėjimų valgyti kaip įprasta, pablogėja ir bendroji pacientų būklė: pasireiškia bendras silpnumas, pykinimas ir vėmimas.

5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Didelių dozių sukulto mukozito dažnio ir laipsnio priklausomai nuo pacientų sociodemografinių ir klinikinių požymių vertinimas

Antruoju uždaviniu buvo siekiama iširti didelių dozių sukulto mukozito dažnį ir laipsnį priklausomai nuo pacientų sociodemografinių ir klinikinių požymių. Siekiant atskleisti šiuo uždavinio rezultatus buvo atliktas kokybinis tyrimas – pacientų medicininių duomenų rinkimas ir fiksavimas.

Atlikus pacientų surinktų sociodemografinių duomenų analizę buvo nustatyta, kad didžiąją dalį pacientų sudaro vyriškos lyties atstovai (56 proc.), ir kiek mažesnę dalį sudarė moteriškos lyties atstovės (44 proc.). Atlikus pacientų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes buvo nustatyta, kad didžiąją dalį pacientų priklausė amžiaus grupėms nuo 40 iki 59 metų (53 proc.), nuo 60 iki 75 metų (42 proc.), ir tik keletas respondentų priklausė amžiaus grupei nuo 20 iki 39 metų (5 proc.). Tyrimo metu buvo nustatyta, kad šiems pacientams mukozitas pasireiškė: 1 – 4 parą (20 proc.), 5 – 8 parą (44 proc.), 9 – 12 parą (36 proc.). Tyrimo metu buvo nustatyta, kad didžiąjai daliai pacientų mukozito dažnis pasireiškė 5 – 8 parą – 36 pacientų (44 proc.).

A. F. Qutob, S. Gue, T. Revesz (2013) atliktų tyrimų duomenimis buvo nustatyta, kad daugiausiai mukozitas pasireiškia moteriškos lyties atstovėms. Moterų mukozito pasireiškimo dažnumą ir laipsnis palyginti su vyrų yra aukštesnis, tą parodė šių mokslininkų atliktas tyrimas. Tyrimo metu dalyvavo 30 pacientų, patyrusių kaulų čiulpų transplantacijas. Stebėjimas buvo atliekamas 12 parų. Tirtų pacientų amžius sudarė nuo 25 iki 80 metų. Tirtiems pacientams mukozitas labiausiai pasireiškė 6 – 10 parą, šiuo laikotarpiu patiriamo mukozito laipsnis buvo aukščiausias.

Taigi, įvertinus kokybinio tyrimo rezultatus bei apžvelgtus A. F. Qutob, S. Gue, T. Revesz (2013) atliktų tyrimų duomenis galima teigti, kad remiantis atliktu tyrimu – mukozitas labiausiai pasireiškė vyrams, kitaip nei A. F. Qutob, S. Gue, T. Revesz atlikto tyrimo metu, kaip mukozitas labiausiai pasireiškė moteriškos lyties atstovėms. A. F. Qutob, S. Gue, T. Revesz (2013) atliktų tyrimų duomenimis mukozitas labiausiai pasireiškė 6 – 10 parą, o atlikto kokybinio tyrimo metu buvo nustatyta, kad mukozitas labiausiai pasireiškė 5 – 8 parą. Šių rodiklių skirtumą galėjo lemti tirtų pacientų amžiaus skirtumas (kokybiniame tyrime – 18 – 75 metų, o mokslininkų atliktame tyrime tiriamųjų amžiaus grupės sudarė nuo 25 iki 80 metų). Mukozito pasireiškimui turi įtakos pacientų bendra būklė ir specialioji burnos higiena.

5.2. Pacientų patiriamo distreso sąsajų su didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu vertinimas

Trečiuoju uždaviniu buvo siekiama įvertinti pacientų patiriamo distreso sąsajas su didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.

Atlikto tyrimo duomenimis buvo nustatyta, kad pacientams aukštas distreso lygis pasireiškė transplantacijos dieną ir 7 – 10 dienų po patirtos transplantacijos. Aukštų distreso lygio rodiklių atsiradimą lėmė pacientų patiriamas stresas dėl artėjančios transplantacijos ir potransplantaciniu periodu, kai pasireiškia fizinės būklės pablogėjimas bei pasireiškia mukozitas.

D. B. McGuire, J. S. Fulton, J. Park (2013) atliktų tyrimų duomenimis buvo nustatyta, kad pacientai dažniausiai sužinoję apie susirgimą vėžiu patiria ganėtinai aukštą distresą, tačiau didžiausias distreso laipsnis pasireiškia pacientams prieš chemoterapiją ir kaulų čiulpų transplantaciją ir po jų. Mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis dažniausiai ganėtinai aukštas distreso lygis pasireiškia pirmąsias dvi paras sužinojus apie ligą – pacientai sužinoję, kad serga vėžiu atsiranda nežinomybėje dėl ateities, išgyvenamumo. Aukščiausi distreso rodikliai pacientams pasireiškia apsilankius ligoninėje ir atlikus chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos operacijas. Potransplantaciniu periodu 5 – 10 dieną pacientams pasireiškia aukščiausias distreso lygis, kuris gali tęstis nuo kelių savaitių arba užsitęsti net iki kelių mėnesių ar metų. Tam turi įtakos pacientų nežinomybę dėl ligos atsinaujinimo.

Taigi, lyginant atlikto kiekybinio tyrimo duomenis ir D. B. McGuire, J. S. Fulton, J. Park atlikto tyrimo metu gautus rezultatus buvo nustatyta, kad duomenis kiek skiriasi. Atlikto kiekybinio tyrimo metu gauti duomenis parodė, kad aukščiausias distreso laipsnis pacientams pasireiškė 7 – 10 dieną po patirtos transplantacijos, o D. B. McGuire, J. S. Fulton, J. Park atliktų tyrimų duomenimis buvo nustatyta, kad aukščiausias distreso laipsnis pasireiškė pirmąsias dvi paras sužinojus apie ligą ir 5 – 10 parą po atliktos transplantacijos.

5.3. Slaugos problemų ir jų pasireiškimo dažnio sergant didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu, vertinimas

Ketvirtuoju uždaviniu buvo siekiame ištirti slaugos problemas ir jų pasireiškimo dažnį sergant didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.

Atlikto kiekybinio tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausiomis slaugos problemomis ligoninėje tapo nepakankamas paciento informavimas ir personalo trūkumas.

Am. Chang ir A. Molassiotis (2007) atliktų tyrimų duomenimis didžiausią problema atliekant slaugos procesus, tai laiko ir slaugytojų personalo trūkumas, kurie galėtų pacientams suteikti informaciją apie jų ligos eigą, numatomus taikyti slaugos procesus. Pacientų informavimo procesas yra ganėtinai svarbus, kadangi pacientai pasireiškus mukozitui noriai domisi apie jo pasireiškimo eigos procesą ir taikomus prevencijos būdus. Pacientai neretai jaučia baimę kad mukozitas gali nepraeiti arba po jo pasireiškimo gali likti negijančios žaizdelės. Dėl to slaugytojų dalyvavimas ne tik slaugos procesuose, bet ir pacientų informavime yra labai svarbus.

Kiekybinio tyrimo metu siekiant išspręsti slaugos problemas siūloma pacientams ne tik taikyti medikamentinį gydymą, bet ir organizuoti pacientų mokymus, vykdyti jų nuraminimą, didinti ligoninėje dirbančių slaugytojų skaičių.

Am. Chang ir A. Molassiotis (2007) siūlydamas išspręsti slaugos problemas teikia panašius siūlymus. Autorių teigimu, potransplantaciniu periodu pacientams pasireiškus mukozitui juos būtina nuolat informuoti apie jo pasireiškimo eigą, taikomus gydymo procesus, atlikti pacientų nuraminimą kad mukozitas nėra ilgalaikis chemoterapijos sukeltas šaltinis poveikis, organizuoti pacientų mokymus kaip tinkamai prižiūrėti burną, vykdyti jos higieną, siekiant sumažinti mukozito pasireiškimą ir jo sukeltą skausmą.

Am. Chang ir A. Molassiotis (2007) pažymi, kad pacientai patyrę kaulų čiulpų transplantaciją, pirmąjį mėnesį patiria didelį skausmą, kuris pablogina jų savijautą. Jie negali atlikti įprastos veiklos, kurią galėdavo atlikti iki operacijos dėl pasireiškančio pervargimo ir silpnumo.

Tyrimo metu įvertinus respondentų psichoemocinę savijautą buvo nustatyta, kad dažniausiai pacientams pasireiškė depresija, baimė, nervingumas, liūdesys, nerimas, nedomino įprasta kasdienė veikla.

M. Turlinskienė, E. Urbutienė, S. Birbilaitė (2012) pažymi, kad ligos diagnozė, gydymas jo metu sukeltos komplikacijos, fizinės savijautos pablogėjimas, socialinio gyvenimo pasikeitimas neišvengiamai paveikia pacientų gyvenimą ir paveikia jų psichologinę savijautą. Visos įmanomos sergančiojo emocinės reakcijos turi būti traktuojamos kaip sukeltos stresinės situacijos ir normalios bei suprantamos „nenormalioje žmogaus situacijoje“. Autorės tyrinėja pacientų psichologinės savijautos įtaka gydymo ir gyvenimo kokybei, patiriamam skausmui, įveikos būdams. Sergančiųjų psichologiniai sunkumai gali būti suskirstomi nuo lengvai išreikštų iki pačių sunkiausių. Sąlyginai juos galima suskirstyti į tris grupes: 30 proc. sergančiųjų turi nestipriai išreikštus psichologinius simptomus – 30 proc., vidutiniškai išreikštus ir labai stipriai išreikštus simptomus – po 30 proc.

Nežymiai išreikšti emociniai sunkumai. Trečdalis pacientų iš tikrųjų turi tik nežymius emocinius sunkumus. Jie išreiškia savo emocijas (pyktį, baimę, liūdesį, nerimą), tačiau nebūtina jų valdyti, reikia išlaikyti realistišką situacijos vertinimą, tokie pacientai dažnai yra motyvuoti gydymui ir turi pozityvius lūkesčius gydymosi atžvilgiu. Labai dažniai šios grupės sergantieji turi stiprų šeimos palaikymą, nukreiptą į emocinę paramą bei būtiniausių poreikių tenkinimą. Vertinant tokių pacientų gyvenimo istoriją, pastebima, kad iki ligos jie pasižymėdavo lankstumu, adaptyviu elgesiu., sugebėdavo efektyviai spręsti iškylančias problemas. Gydantis jie atvirtai išsako savo jausmus, realistiškai balansuoja tarp vilties ir nerimo dėl ateities; jiems būdingi kognityviniai sutrikimai (dėmesio, mąstymo), jiems lengviau pasireiškia vegetaciniai sunkumai (pykinimas). Jeigu ligos ir gydymo prognozės yra geros, yra daug galimybių visiškai pasveikti, tokie pacientai net linkę sureikšminti negatyvios ligos patirtį.

Šios grupės pacientai labai retai jaučią poreikį gauti psichologinę pagalbą, nebent tik diagnozavus ligą arba atsiradus fiziniam ir psichiniam nuovargiui gydymo laikotarpiu, gali blogėti pacientų nuotaika ir nusilpti jėgos. Pacientų patiriami sunkumai gali būti situaciniai, praeinantys, laikini. Geriausia pagalba tokio tipo sergantiems yra tiesios palaikomoji terapija, kuri nukreipta į paciento stipriųjų pusių išsaugojimą, palaikymą ir vystymą. Naudingas yra informavimo ir paciento edukacinių pusių skatinimas: jeigu pacientas domisi liga, gydymu, jeigu nerimauja dėl nežinomybės, ateities, jis turi būti skatinimas: jeigu pacientas domisi liga, gydymu, jeigu nerimauja dėl nežinomybės, ateities, slaugytojai privalo skatinti jį ieškoti patikimos informacijos, bendrauti su gydytojais, skaityti tinkamai parengtus informacinius leidinius apie ligą ir gydymą. Veiksmingomis laikomos ir pacientams taikomos relaksacinės technikos, kurios tampa dar vienu įrankiu valdyti nerimą bei įtampą (M. Turlinskienė, E. Urbutienė, S. Birbilaitė, 2012, p. 24).

Vidutiniškai išreikšti emociniai sunkumai. Šie pacientai iškart ūmiai reaguoja į ligos diagnozę, jaučiasi stipriai emociškai pažeisti, traumuoti ligos. Kartais jų pirmos reakcijos į ligą yra labilios, besikeičiančios: vieną dieną verkia, kitą pastebimas emocinis pakilimas, euforija, situacijos neigimas ar didvyriškumo demonstravimas. Gydymo ar ligos atžvilgiu gali demonstruoti nuvertinantį, svarbą nuneigiantį požiūrį – nesusidomėjimą gydymu, juokauti, nuvertinti gydymo procesą. Slaugytojai privalo kuo greičiau suteikti pagalbą tokiems pacientams – įtraukti į gydymo procesą jų artimuosius, daugiau dėmesio ir paaiškinimų skirti pačiam pacientui, užtikrinti psichologinę pagalbą. Pažymėtina, kad dažnai tokie pacientai yra pakankamai lankstūs, taipogi turi nemažai potencialių ligos įveikimo būdų, kuriais galėtų sėkmingai naudotis, tačiau jie yra jautresni, labilesnės psichikos, todėl jiems pasireiškiančios emocijos yra linkusios užgožti racionalų situacijos vertinimą. Teikiant šiems pacientams pagalbą – ji turi būti aktyvi, ypatingai reikalinga stresiniais momentais: diagnozavus ligą, pirmą kartą atsigulus gydymui, gydymui pasibaigus (šiuo atveju tampa aktualūs readaptacijos ir atsigavimo po gydymo klausimai, atsiranda ligos atsinaujinimo baimė). Ligos pasireiškimo pradžioje, teikiama psichologinė pagalba privalo būti orientuota į krizės įveikimą: privalo būti tinkamai parinkta racionalaus elgesio terapijos technika, sveiko mąstymo pratimai, relaksacijos ir vizualizacijos pratimai, grupinė terapija. Sergančiajam atsigavus, privalo būti taikoma palaikomoji terapija. Nemažą reikšmę turi ir pagalbos artimiems suteikimas, kuriems privalo būti teikiamos palaikomosios psichologo konsultacijos.

Stipriai išreikšti emociniai sunkumai. Šie pacientai patiria stiprius depresijos epizodus, dezorganizuojantį nerimą, asmenybinius pokyčius (infantiliškumą, priklausomumą). Pacientai atrodo liūdni, abejingi gydymui ir pagalbai, išsako beviltiškumą ir netiki, kad jų ligą galima išgydyti. Gydymo metu šie pacientai gali stipriau jausti psichoemocinius reiškinius, psichologiškai sąlygotą pykinimą, vėmimą, pasišlykštėjimą gydymu. Šiems pacientams gali pasireikšti suicidinės mintys bei ketinimai. Dažnai tokiems pacientams reikalinga profesionali psichologinė pagalba (medikamentinis psichiatrinų simptomų gydymas).

Daugelis šių pacientų kenčia ir fizinius skausmus, todėl juos būtina skatinti nebijoti kalbėti apie savo patiriamą skausmą ir negalavimus su gydytojais ir slaugytojais, tai padės geriau kontroliuoti jų skausmą ir kitus patiriamus ligos simptomus (nemiga, pykinimą) medikamentinis gydymas. Šiems pacientams privalo būti paskirta psichiatro konsultacija, nukreipta sureguliuoti medikamentinį gydymą depresijos, nerimo, panikų atakas ir kitus patiriamus simptomus (M. Turlinskienė, E. Urbutienė, S. Birbilaitė, 2012, p. 25 – 26).

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų po autologinės ir alogeninės kraujo čiulpų transplantacijų gyvenimo kokybė pirmosiomis potransplantacinio laikotarpio savaitėmis pablogėja. Pacientai negali atlikti kasdienės įprastos veiklos, dėl pasireiškiančių skausmų, silpnos būklės. Šiems pacientams būtina medicinos personalo pagalba ir artimųjų parama.

5.4. Slaugos veiksnių ir procedūrų, taikomų pacientams, sergantiems didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu, vertinimas

Penktojo uždavinio įgyvendinimo metu buvo siekiama išanalizuoti slaugos veiksmus ir procedūras, taikomus pacientams, sergantiems didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu.

Atlikto kiekybinio tyrimo duomenimis buvo nustatyta, kad pacientams slaugos veiksmai ir procedūros buvo taikomos remianti N. Roper 12 gyvybinių veikių. Šios gyvybinės veikos apėmė: miego, užimtumo, judėjimo, kūno temperatūros, tuštinimosi ir šlapinimosi, mitybos, kvėpavimo, bendravimo vertinimą, asmens higienos taikymą, saugios aplinkos palaikymą.

Am. Chang ir A. Molassiotis (2007) teigimu, slaugos procesų įgyvendinimas turi apimti visas pacientų gyvybinės veikas pradedant nuo bendrosios kūno apžiūros ir baigiant tyrimų atlikimą, kurių metu vertinama paciento kūno temperatūra, spaudimas, tuštinimasis, kvėpavimas, mityba. Šie rodikliai padeda nustatyti bendrą pacientų būklę bei paskirti atitinkamus slaugos metodus.

J. Eilers ir R. Million (2011) pažymi, kad pacientų, kuriems po autologinės kaulų čiulpų transplantacijos ir chemoterapijos pasireiškė mukozitas ir aukštas distreso laipsnis, slaugytojai privalo skirti ypatingą priežiūrą pacientų burnos higienai, juos informuoti apie mukozito paplitimą, bei taikyti specialų medikamentinį gydymą mukozito pasireiškimo metu atsiradusio skausmo mazinimui.

IŠVADOS

1. Chemoterapija – tai vienas iš veiksmingiausių būdų, skirtų kovoti su onkologiniais susirgimais, tačiau chemoterapija turi neigiamų padarinių, vienu iš kurių tampa mukozito pasireiškimas, darantis neigiamą įtaką paciento fizinei ir psichinei būklei. Mukozitas pasireiškia po chemoterapijos taikymo. Atsiradęs distresas sukelia pacientui nemalonius skausmo pojūčius, pakeičia paciento išvaizdą, šių veiksnių pasekoje pacientas patiria distresą. Mukozito pasireiškimo mažinimui ir jo prevencijai numatymui taikomas medikamentinis gydymas. Pacientams po mukozito pasireiškimo taikomi papildomi slaugos procesai, padedantis pacientui gydyti mukozito pažeista vietas bei mažinti jo pasireiškimo metu patirtą distresą.

2. Ištirus didelių dozių sukulto mukozito dažnį ir laipsnį priklausomai nuo pacientų sociodemografinių ir klinikinių požymių buvo nustatyta, kad mukozitas labiausiai pasireiškė vyriškos lyties atstovams, priklausantiems amžiaus grupei nuo 40 iki 59 metų, kuriems didžiausias mukozito laipsnis pasireiškė 5 – 8 parą po transplantacijos.

3. Įvertinus pacientų patiriamo distreso sąsajas su didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu buvo nustatyta, kad pacientams po įvykdytos didelių dozių chemoterapijos pasireiškia mukozitas, kurio pasekoje pacientai patiria distresą, sukeltą tokiais šalutiniais reiškiniais, kaip pacientų išvaizdos pokyčiai, tinimas, skausmas, burnos išopėjimas.

4. Ištirus slaugos problemas ir jų pasireiškimo dažnį sergant didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu buvo nustatyta, kad didžiausiomis slaugos problemomis tampa nepakankamas paciento informavimas ir personalo trūkumas.

5. Išanalizavus slaugos veiksmus ir procedūras, taikomus pacientams, sergantiems didelių dozių chemoterapijos sukeltu mukozitu buvo nustatyta, kad pacientams slaugos veiksmai ir procedūros buvo taikomos remianti N. Roper 12 gyvybinių veikų. Šios gyvybinės veikos apėmė: miego, užimtumo, judėjimo, kūno temperatūros, tuštinimosi ir šlapinimosi, mitybos, kvėpavimo, bendravimo vertinimą, asmens higienos taikymą, saugios aplinkos palaikymą.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Privaloma stengtis surinkti išsamią informaciją apie pacientų ligą, parinkti gydymo ir slaugos metodus bei įvertinti galimus gydymo proceso metu pacientams pasireiškiančius šalutinius poveikius, tokius kaip mukozitas.

2. Būtina skatinti slaugytojus bendrauti su pacientais, juos informuoti apie galimus chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos šalutinius poveikius tokius, kaip distresas, siekiant sumažinti pacientų patiriamo distreso laipsnį.

3. Būtina skatinti slaugytojus dalyvauti mokymuose, seminaruose, kurie padėtų jiems gauti žinių apie pacientų gyvenimo kokybės užtikrinimą, padedant pacientams atsigauti po autologinės ir alogeninės kaulų čiulpų transplantacijos, pasireiškiančio mukozito ir sumažinti distreso laipsnį.

4. Privaloma skatinti slaugytojus padėti pacientams išmokti savarankiškai prižiūrėti mukozito pažeistas vietas.

LITERATŪRA

1. Birbilaitė S. Pacientų sergančių onkologinėmis ligomis prisitaikymas prie ligos progresavimo. Pasaulio lietuvių psichologų konferencija. Vilnius, 2009.
2. Behrbohm H. Hydrogel-komplex bei halsbeschwerden. Forumkompakt. Hals Nasen Ohrenheilkunde, 2011.
3. Bjordal J. M. Bensadoun R. J., Tuner J. et al. A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) in cancer therapy-induced oral mucositis. Support Care Cancer, 2011. (19). P. 1069–1077.
4. Chang Am., Molassiotis A. Nursing management of oral mucositis in cancer patients. Hong Kong Medical Journal, 2007. No.1; p. 20-3 Prieiga per internetą: <http://www.hkmj.org/supplements/article_pdfs/hkm0702sp1p20.pdf>
5. Cheng K., Leung S., Liang R., Tai J., Yeung R., Thompson D. A patient-reported outcome instrument to assess the impact of oropharyngeal mucositis on health-related quality of life: A longitudinal psychometric evaluation. Support Care Cancer. 2009. 17(4). p. 389-98. Prieiga per internetą: <http://www.researchgate.net/publication/51876376_Oral_mucositis_in_pediatic_and_adolescent_patients_undergoing_chemotherapy_the_impact_of_symptoms_on_quality_of_life>
6. Cicėnas S., Kalibatienė D. Onkologija ir slauga. Vilnius, 2008. P. 92-144.
7. Eigirdaitė A., Kanapeckienė V. ir kt. Širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencijos programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu, Vilnius: Higienos institutas, 2013. (61).
8. Eilers J., Million R. Clinical Update: Prevention and Management of Oral Mucositis in Patients with Cancer. Seminars in Oncology Nursing. 2011. Volume 27, Issue 4, Pages 1–16, Prieiga per internetą: <[http://www.seminaroncologynursing.com/article/S0749-2081\(11\)00074-X/abstract](http://www.seminaroncologynursing.com/article/S0749-2081(11)00074-X/abstract)>
9. Greičienė S., Petronytė G. Lietuvos slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje, Slauga: mokslas ir praktika, Vilnius, 2013. Nr. 10 (202).
10. Keefe D. M., Schubert M. M., Elting L. S. et al: Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer. 2011. P. 820-831.
11. Kvedaras J. Psichologinė pagalba žmonėms, sergantiems onkologinėmis ligomis. Medinfo. Vilnius, 2008. Nr. 6.
12. Lietuvos Respublikos statistikos departamentas. Onkologinių susirgimų statistika. Vilnius, 2016.
13. Lionel D., Christophe L., Marc A., Jean-Luc C. Oral mucositis induced by anticancer treatments: physiopathology and treatments. Ther Clin Risk Manag. 2006. 2 (2). P. 159-68.

14. Lunevičiūtė Ū., Masteikienė E. The study of cancer patients' distress. *Acta medica Lituanica. Lietuvos mokslų akademija*. 2014. Vol. 21. No. 2. P. 51–56.
15. McGuire D. B., Fulton J. S., Park J. et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients *Support Care Cancer*. 2013. (21). P. 3165–3177.
16. Motallebnejad M., Akram S., Moghadamnia A. et al. The effect of topical application of pure honey on radiation induced mucositis: A randomized clinical trial. *J Contemp Dent Pract*. 2008. (3). P. 40-47.
17. Nicolatou-Galitis O., Sarri T., Bowen J. et al. Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). Systematic review of anti-inflammatory agents for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*, 2013. (11). P. 79-89.
18. Qutob A. F., Gue S., Revesz T. et al. Prevention of oral mucositis in children receiving cancer therapy: a systematic review and evidence-based analysis. *Oral Oncol*, 2013. 49 (2). P.102-7.
19. Pasquale N. Tendas A. Cupelli L. The Prevention of Oral Mucositis in Patients with Blood Cancers: Current Concepts and Emerging Landscapes. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry*. 2012. No. 10, P. 362-375.
20. Peterson D. E., Bensadoun R. J., Roila F. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO Clinical Recommendations. *Annals of Oncology*. 2009. (4). P. 174-177.
21. Paterson D. E. Schubert M. M. Oral toxicity. In: *Chemotherapy Source Book*. Perry MC (Ed). Baltimore. 2011.
22. Petersoe D. S., Keefe D. M., Sonis S. T. New frontiers in Mucositis. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2012. (32). P. 545-551.
23. Raber-Durlacher J. E., von Bültzingslöwen I., Logan R. M. et al. Systematic review of cytokines and growth factors for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*, 2013. 21(1). P. 343-55.
24. Ročaitė J. Onkologinėmis ligomis sergančių pacientų distreso įvertinimas: Distreso termometras. I-oji Tarptautinė psichosocialinės onkologijos konferencija. Aktualūs psichosocialinės onkologijos klausimai. 2011. Prieiga per internetą: < <http://www.poa.lt/lt/konferencijos-pranesimo-reikalavimai> >
25. Roopashri G, Jayanthi K, Guruprasad R. Efficacy of benzidamine hydrochloride, chlorhexidine, and povidone iodine in the treatment of oral mucositis among patients undergoing radiotherapy in head and neck malignancies: A drug trail. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2011. 2(1). P. 8-12.

26. Rosenthal D. I., Trotti A. Strategies for Managing Radiation Induced Mucositis in Head and Neck Cancer. *Semin Radiat Oncol*. 2009. (19). P. 29-34.
27. Rudžianskas V. Galvos ir kaklo plokščialąstelinio vėžio atkryčio spindulinio gydymo veiksmingumo ir saugumo tyrimas. Disertacija: Kaunas: LSMUL, 2013. P. 171.
28. Russo G, Haddad R, Posner M, Machtay M. Radiation Treatment Breaks and Ulcerative Mucositis in Head and Neck Cancer. *The Oncologist*. 2008. (13). P. 886-898.
29. Sadaksharam J., Narasimhan B. Evaluating the Effectiveness of Topical Application of Natural Honey and Benzidamine Hydrochloride in the Management of Radiation Mucositis. *Indian Journal of Palliative Care*. 2012. 18(3). P. 190-95.
30. Treister N. S. Chemotherapy-Induced Oral Mucositis. *Medscape*. 2013. Prieiga per internetą: <<http://emedicine.medscape.com/article/1079570-overview>>
31. Trotti A, Bellm LA, Epstein JB. et al. Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: A systematic literature review. *Radiother Oncol*. 2010. (66). P. 253–262.
32. Yarom N, Ariyawardana A, Hovan A. et al. Systematic review of natural agents for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*, 2013. (21). P. 3209–3221.
33. Saunders D. S., Epstein J. B., Elad S. et al. Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anaesthetics, and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013. (21). P. 3191–3207.
34. Šiupšinskienė N. Įrodymais grįsta burninio mukozito, sukulto konservatyviai gydant galvos ir kaklo vėžį, profilaktika ir gydymas. *Sveikatos mokslai*. 2014. 24 T. Nr. 2, p. 60-68 *Biomedicina*. Prieiga per internetą: <<http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/download/sm-hs.2014.026/952>>
35. Valienė E., Gudalienė – Gudelevičienė L. Onkologinėmis ligomis sergančių pacientų slaugymo ypatumai po gydymo chemoterapija. *Slauga. Mokslas ir praktika*. Vilnius, 2008. Nr. 1462.
36. WHO. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012 – 2016, Copenhagen, WHO Regional Office of Europe, 2012.
37. Wood D. Updates in the care of patients with mucositis. *Oncology nurse advisor*. 2010. Prieiga per internetą: <<http://www.oncologynurseadvisor.com/updates-in-the-care-of-patient-with-mucositis/article/163078/>>
38. Zanolin D., Widmer Ch. Patient experiences with oral mucositis caused by chemo-/radiotherapy: a critical qualitative literature review. *Nursing reports*. 2014. Vol 4, No 1.

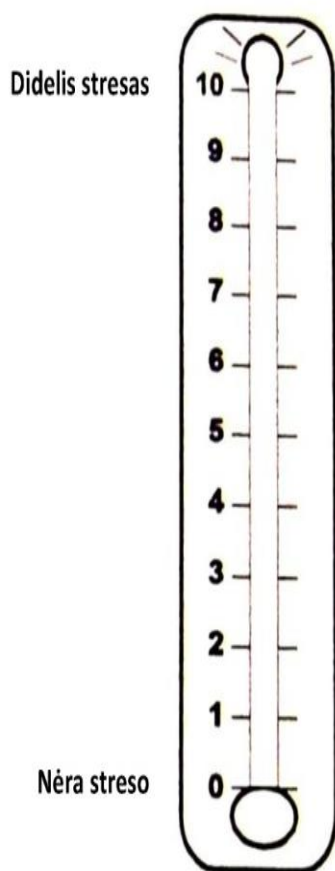
Prieiga per internetą: <<http://www.pagepressjournals.org/index.php/nursing/article/view/nursrep.2014.3647>>

39. Žydžiūnaitė, V., Mitkienė, L., Mikulevičienė, A. 2007. Vadybinės kompetencijos realizavimas slaugoje. Klaipėda: Klaipėdos kolegija, 2007. ISBN 978-9955-735-42-7.
40. Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio. Vilnius: Egaldas, 1999. ISBN 9986-522-15-13.
41. Askenasy N., Zorina T., Farkas D. L., Shalit I. Transplanted hematopoietic cells seed in clusters in recipient bone marrow in vivo. *Stem Cells*. 2008. 20 (6).
42. Bearzi C. Human cardiac stem cells. *USA*, 2007. 104 (35).
43. Bianchi D. W., Fisk N. M. Fetomaternal cell trafficking and the stem cell debate: gender matters. *Jama*. 2007. 297 (13).
44. Bonnet D. Haemopoietic stem cells. *Patrol*. 2010. 197 (4).
45. Dazzi F., Ramasamy R., Glennie S., Jones S. P., Roberts I. The role of mesenchymal stem cells in haemopoiesis. *Blood Rev*. 2010. 20 (3).
46. Menasche P. The Myoblast Autologous Grafting in Ischemic Cardiomyopathy trial: first randomized placebo – controlled study of myoblast transplantation. *Circulation*. 2008. 117 (9).
47. Trociukas I. Kaulų čiulpų transplantacija – vilties teikiantis gydymas. *Ekstra sveikata*. 2009. (12).

PRIEDAI

DISTRESO TERMOMETRAS

1. Prašome pažymėti skaičių (nuo 0 iki 10), kuris geriausiai apibūdintų Jūsų patirtą stresą praėjusią savaitę, įskaitant ir šiandieną.



2. Nurodykite, kuri iš žemiau išvardintų problemų vargina jus praėjusią savaitę, įskaitant ir šiandieną (tinkamus atsakymus pažymėkite X)

Praktinės problemos

- Vaikų priežiūros
- Ruošos
- Pinigų/Draudimo
- Transporto
- Darbe/mokykloje

Šeimos problemos

- Susijusios su vaikais
- Susijusios su partneriu

Emocinės problemos

- Depresija
- Baimė
- Nervingumas
- Liūdesys
- Nerimas
- Nedomina įprastinė veikla

Dvasinės/Religinės (tikėjimo) problemos**Fizinės problemos**

- Išvaizda
- Maudymasis/Apsirengimas
- Kvėpavimas
- Šlapinimosi pokyčiai
- Vidurių užkietėjimas
- Viduriavimas
- Valgymas
- Nuovargis
- Patinimai
- Karščiavimas/karščio pylimas
- Bendravimas
- Nevirškinimas
- Atmintis/Koncentracija
- Burnos opos
- Pykinimas
- Sausa/užsikimšusi nosis
- Skausmas
- Seksualumas
- Sausa oda/niežulys
- Miegas
- Rankų/kojų dilgčiojimas

Kitos problemos

(rašykite) _____

ANKETA

Slaugytojoms

Gerb. respondente,

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentė atlieka tyrimą, kuriuo metu bus siekiama išsiaiškinti Jūsų požiūrį į pacientų slaugos procesų organizavimą, pacientams, kuriems po chemoterapijos pasireiškę mukozitas ir buvo patirtas distresas.

Anketa yra anoniminė, todėl nuoširdžiai tikimasi sulaukti Jūsų objektyvių atsakymų. Jūsų nuomonė yra labai svarbi, todėl būčiau labai dėkingas, jeigu neatsisakytumėte pareikšti savo nuomonės ir užpildyti anketą.

Iš anksto dėkoju už Jūsų atsakymus bei sugaištą laiką!

1. Jūsų amžius:

- nuo 18 – 25 metų
 nuo 31 – 35 metų
 nuo 41 – 45 metų
 nuo 51 – 60 metų
 nuo 26 – 30 metų
 nuo 36 – 40 metų
 nuo 46 – 50 metų
 virš 60 metų

2. Kokiam ligoninės skyriuje dirbate?

- Kaulų čiulpų transplantacijos skyrius
 Autologinis kaulų čiulpų transplantacijos poskyris

3. Kiek metų dirbate kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje?

- iki 1 metų
 nuo 1 iki 5 metų
 nuo 6 iki 10 metų
 virš 10 metų

4. Kokių gyvybinių funkcijų stebėjimai yra taikomi pacientams po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos?

- Pacientų saugios aplinkos palaikymas
 Bendravimo vertinimas
 Kvėpavimo vertinimas
 Mitybos vertinimas
 Tuštinimosi ir šlapinimosi vertinimas
 Asmens higienos atlikimas
 Kūno temperatūros stebėjimas
 Judėjimo vertinimas
 Užimtumo vertinimas
 Miego vertinimas

5. Pažymėkite, kokie simptomai pasireiškia pacientams po chemoterapijos ir kaulų čiulpu transplantacijos?

Simptomai	<i>Visiškai ne</i>	<i>Nelabai</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Visai taip</i>
Fizinis silpnumas					
Nemiega					
Stiprus mieguistumas					
Burnos išopėjimas (mukozitas)					
Pykinimas					
Vėmimas					
Dusulys					
Kosulys					
Kojų tinimas					
Skausmas					
Energijos netekimas					
Nuovargis					
Apetito netekimas					
Rijimo sutrikimas					
Skausmas krūtinėje					
Pilvo skausmas					
Vidurių užkietėjimas					
Vidurių nelaikymas					
Pragulos					
Svorio padidėjimas					
Apetito sumažėjimas					
Šlapimo nelaikymas					

6. Pateikite kada dažniausiai pasireiškia mažas, aukštas ir vidurinis distreso lygiai, pacientams kuriems chemoterapijos pasekoje pasireiškė mukozitas:

	Hospitalizacijos diena	Transplantaci jos dieną	Po transplantacijos 7-10d	Išrašymo diena
Mažas distreso lygis (0-4)				
Vidutinis distreso lygis (4-9)				
Aukštas distreso lygis (9-10)				

7. Kokie mukozito pasireiškimo mažinimo būdai yra taikomi pacientams?

- Paskiriamas medikamentinis gydymas
- Taikoma speciali burnos higiena
- Paskiriama speciali dieta
- Kita (įrašykite) _____

8. Ar mukozito pasireiškimo metu daugelis pacientų patiria distresą?

- Taip
- Ne
- Nežinau
- Kita (įrašykite)_____

9. Kokie distreso požymiai pasireiškia pacientams atsiradus mukozitui?

- Skausmas
- Kaltės jausmas
- Nerimas
- Baimė
- Depresija
- Pakitusi išvaizda
- Pakitęs paciento vaidmuo
- Kita (įrašykite)_____

10. Kokie distreso mažinimo būdai taikomi pacientams atsiradus mukozitui?

- Suteikiama psichologinė pagalba
- Informavimas
- Mokymas
- Kita (įrašykite)_____

11. Slaugos proceso metu, Jūs?

- Pakankamai padedate pacientams įveikti sunkumus, išskylančius potransplantaciniu ir pochemoterapiniu laikotarpiu
- Galėtumėte daugiau padėti pacientams įveikti sunkumus, iškilusius atsiradus mukozitui ir pasireiškus distresui
- Mažai padedate pacientams įveikti sunkumus, išskylančius potransplantaciniu ir pochemoterapiniu laikotarpiu
- Kita (įrašykite)_____

12. Jūsų manymu, ar taikomi pacientų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, patyrusių mukozitą ir distresą slaugos veiksmai yra efektyvūs?

- Efektyvūs
- Labiau efektyvūs, negu neefektyvūs
- Labiau neefektyvūs, negu efektyvūs
- Neefektyvūs

13. Jūsų manymu, kas padeda išvengti komplikacijų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, tokių kaip mukozito pasireiškimas? (apibraukite Jums tinkančius atsakymų variantus)

- Aseptikos ir antiseptikos taisyklių laikymasis
- Nuolatinis paciento gyvybinių funkcijų stebėjimas

- Galimų komplikacijų požymių žinojimas
- Teorinių žinių tobulinimas
- Kita (įrašykite)_____

14. Kokius pacientų po chemoterapijos, kaulų čiulpų transplantacijos ir mukozito bei distreso pasireiškimo taikomų slaugos veikslių trūkumus galėtumėte išskirti? _____

15. Kokius siūlymus galėtumėte pateikti, siekiant pagerinti pacientų po chemoterapijos ir kaulų čiulpų transplantacijos, patyrusių mukozitą ir distresą slaugos procesus? _____

16. Ar Jūsų žinių ir įgūdžių pakanka, slaugant pacientus, kuriems buvo atlikta chemoterapija, kaulų čiulpų transplantacija bei kurie patyrė mukozitą bei distresą?

- Visada pakanka
- Labiau pakanka, negu nepakanka
- Labiau nepakanka, negu pakanka
- Nepakanka

17. Ar dirbant kaulų čiulpų transplantacijos skyriuje Jums sudaromos palankios sąlygos profesinės kvalifikacijos kėlime, dalyvaujant konferencijose / paskaitose / seminaruose ir pan., kurių metu suteikiamos žinios apie pacientų patyrusių mukozitą ir distresą slaugos procesų organizavimą?

- Taip
- Ne

18. Jums teko dalyvauti tarptautinėse konferencijose/seminaruose/stažuotėse ir pan., kurios būtų susijusios su chemoterapijos, kaulų čiulpų transplantacijos, mukozito prevencijos ir distreso mažinimo klausimais?

- Taip
- Ne

19. Jeigu taip, tai ar teko dalintis su užsienio sveikatos priežiūros ekspertais patirtimi (pateikti savo nuomonę, siūlymus ir pan.)?

- Taip
- Ne

20. Jeigu taip, ar Jums buvo naudingas susitikimas su užsienio sveikatos priežiūros ekspertais?

- Taip
- Ne

Jeigu į klausimą atsakėte *taip*, kokios patirties teko įgyti susitikimo su ekspertais metu?

Dėkoju už atsakymus!

Mitybos būklės vertinimas NRS 2002

Duomenys apie ligonį	
Amžius:	<input type="text"/> metai (-ų)
Kūno masė:	<input type="text"/> kg
Ūgis:	<input type="text"/> cm
KMI	<input type="text"/> kg/m ²
I-as žingsnis	
Per paskutinius 3 mėnesius neteko svorio	<input type="checkbox"/>
Per paskutinę savaitę sumažėjo suvalgomo maisto kiekis	<input type="checkbox"/>
Serga lėtine liga	<input type="checkbox"/>
II-as žingsnis	
A. Vertinamas mitybos būklės pablogėjimas	
Prieš 3 mėnesius	<input type="text"/> (kg)
Prieš 2 mėnesius	<input type="text"/> (kg)
Prieš 1 mėnesį	<input type="text"/> (kg)
Bendra balų suma	<input type="text"/>
B. Vertinamas ligos sunkumo laipsnis	
	<input type="text" value="0"/>
Bendra balų suma	<input type="text"/>
C. Sumuojama II-o žingsnio A ir B balai.	
Bendra balų suma:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vertinimas ir tolimesni 0 balų = nėra mitybos nepakankamumo išsivystymo rizikos. Pakartoti tyrimą veiksmai: po savaitės.	