

VILNIAUS UNIVERSITETAS  
MEDICINOS FAKULTETAS  
REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS  
SLAUGOS MAGISTRANTŪROS NEAKIVAIZDINĖ PROGRAMA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Slaugos studijų programų komiteto  
Pirmininkė prof. habil. dr. D. Kalibatiene  
Data:

Jolanta Naraškevičienė

**SERGANČIŲJŲ LĖTINIŲ VIRUSINIŲ C HEPATITU GYVENIMO  
KOKYBĖS ĮVERTINIMAS**

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:  
VU MF reabilitacijos, sporto medicinos  
ir slaugos instituto  
Doc.dr. Edita Kazėnaitė  
Darbo priėmimo data:  
Vadovo parašas

VILNIUS 2009

## DARBO ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu gyvenimo kokybės įvertinimas“ atliktas 2007 – 2009 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute, taip pat VšĮ VUL Santariškių klinikose.

Darbo mokslinis vadovas – doc. dr. Edita Kazėnaitė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas.

Darbas apsvarstytas Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto posėdyje įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu gyvenimo kokybės įvertinimas“ bus ginamas viešame Slaugos magistro darbų gynimo komiteto posėdyje, kuris įvyks 2009 m. birželio 05 d. val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio 57). Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute.

## SANTRAUKA

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas  
Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas  
Slaugos magistrantūros programa

### SERGANČIŪJŲ LĒTINIŲ VIRUSINIŲ C HEPATITU GYVENIMO KOKYBĖS ĮVERTINIMAS

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė: **Jolanta Naraškevičienė**

Darbo vadovė: Doc.dr. Edita Kazėnaitė

Vilnius, 2009 m.

**Pagrindinės sąvokos:** pacientų gyvenimo kokybė, pacientų žinios apie ligą, specifinio priešvirusinio gydymo šalutiniai reiškiniai, slaugytojos vaidmuo.

**Tyrimo tikslas** - įvertinti sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu gyvenimo kokybę ir nustatyti ją įtakojančius veiksnius.

**Tyrimo uždaviniai.** Įvertinti demografinių veiksnių įtaką sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu gyvenimo kokybei. Ištirti sergančiųjų lėtiniu virusiniu hepatitu C žinių apie šią ligą lygį. Įvertinti sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu turimų žinių įtaką gyvenimo kokybei. Įvertinti specifinio priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinų įtaką gyvenimo kokybei. Įvertinti slaugytojų vaidmenį gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę.

**Tyrimo populiacija.** VUL Santariškių klinikų Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centre gydomi virusiniu hepatitu C sergantys 52 pacientai.

**Tyrimo metodai.** Tyrimas atliktas pritaikant anketavimo ir medicininių dokumentų analizės metodus. Taikyta pacientų apklausos anketa žinių apie ligą ir specifinį gydymą įvertinimui ir SF- 36 gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas.

Statistinė analizė atlikta naudojant „Microsoft Office Excel 2003“ ir SPSS 15,0 for Windows versijos statistinę programą.

**Darbo rezultatai ir išvados.** Tyrimo metu nustatyta, kad statistiškai patikimai žemesniais balais vyrai vertino šias gyvenimo kokybės sritis – „aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų“ ir „socialinę veiklą“, lyginant su tais pačiais moterų rodikliais.

Amžius bei išsilavinimas neturėjo įtakos pacientų gyvenimo kokybei. Ištyrus sergančiųjų lėtiniu VHC žinių apie ligą lygį, nustatyta, kad jų žinios apie ligą nepakankamos. Geriausios pacientų žinios buvo apie vaistų vartojimą, prasčiausios – apie gydymo šalutinius reiškinius ir jų mažinimo būdus. Vertinant pacientų žinių įtaką gyvenimo kokybei nustatyta, kad daugumą gyvenimo kokybės sričių statistiškai patikimai didesniais balais vertino pakankamas žinias apie ligą turintys pacientai. Tyrimo duomenimis, priešvirusinis gydymas, dėl pasireiškusių šalutinių gydymo reiškinių turi neigiamą įtaką sergančiųjų gyvenimo kokybei. Jų gyvenimo kokybė statistiškai patikimai priklauso nuo gydymo metu pasireiškusių šalutinių reiškinių skaičiaus. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp taikytų gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdų skaičiaus ir bendros gyvenimo kokybės. Kuo daugiau koreguota gydymo metu pasireiškusių šalutinių reiškinių, tuo aukštesnė gyvenimo kokybė. Nustatyta, kad dauguma pacientų informaciją apie savo ligą ir jos gydymą gavo iš gydytojo. Slaugytojų vaidmuo, apmokant ir konsultuojant pacientus ir tokiu būdu gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę, yra menkas. Slaugytojos pakankamai gerai išmoko pacientus susišvirkšti vaistus, tačiau kitų žinių apie ligą ir galimus gydymo metu šalutinius reiškinius suteikia per mažai.

## SUMMARY

**Vilnius University Faculty of Medicine  
Institute of Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing  
Master's degree Nursing Programme**

Assessment of health-related quality of life in hepatitis C virus-infected patients

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

Author of the master's degree scientific research work: **Jolanta Naraškevičienė**

Head of the master's degree scientific research work: **Doc.dr. Edita Kazėnaitė**

Vilnius, 2009

**Keywords:** patient's quality of life, patient's knowledge about the disease, specific antiviral treatment side effects, role of nurse.

**The aim of the research work** – to evaluate chronic hepatitis C patients quality of life and to determine the quality of life affecting factors.

**The goals of the research work.** To assess an impact of demographic factors on the quality of life of patients with chronic viral hepatitis C. To investigate a level of knowledge about chronic hepatitis C in patients suffered with this disease. To determine an impact of available knowledge about the disease on quality of life in patients with chronic hepatitis C. To evaluate the specific antiviral treatment side effects influence on the quality of life. To assess the role of nurses in improving the quality of patients life.

**The research population.** 52 chronic hepatitis C patients undergone antiviral therapy in VUL "Santariškių klinikos" Centre of Hepatology, Gastroenterology and Dietetics were studied.

**The research methods.** The research was carried out using methods for analysis of surveys and medical documents. Patients knowledge about the disease and antiviral treatment side effects was evaluated using survey questionnaire and SF-36 quality of life assessment questionnaire. Statistical analysis was performed using the Microsoft Office Excel 2003 and SPSS 15.0 for Windows statistical program.

**The results and conclusions.** During the research it was found that men statistically worse, as compared with the same characteristics of women, scored following domains of the quality of life: "the activity limitation due to physical problems" and "social activities".

The age and education did not affect the quality of life in chronic hepatitis C patients. When level of knowledge about the disease in chronic hepatitis C patients was evaluated, it was found, that they had lack of knowledge about the disease. The best knowledge patients had about the use of the medicines, while the least - about the treatment side effects and their reducing methods. After assessing of the impact of the patients knowledge about the disease on the quality of life was estimated that those who were aware enough about the disease considered their quality of life significantly higher. According to our data, antiviral therapy had negative impact on quality of life due to it's side effects. Patients quality of life was statistically significant depended on the number of side effects manifested during the treatment. The statistically significant association was found between the treatment side effects reduction methods applied and the evaluation of quality of life overall. The more side effects were adjusted during the treatment, the higher quality of life appears to be. It was found that the majority of the patients the information about their disease and treatment have received from the doctor. Nurses role in training and advising the patients and thereby improving the quality of life of patients is low. Nurses have learned patients sufficiently well how to inject medicines, but they can't give other knowledge about the disease and possible treatment side effects.

## **PADEKA**

Dėkoju darbo vadovei, doc.dr. Editai Kazėnaitei už pagalbą ir nuoširdžius bei kritiškus patarimus.

Dėkoju už nuoširdžią pagalbą ir patarimus, rašant šį darbą VŠĮ VUL Santariškių klinikų Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centro vyresniajai mokslo darbuotojai dr. Valentinai Liakinai.

Dėkoju už pagalbą anketuojant pacientus gastroenterologo konsultacijų kabinete dirbančioms slaugytojoms.

## TURINYS

DARBO ANOTACIJA.....	2
SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	5
PADĖKA.....	7
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	9
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	10
SANTRUMPŲ IR JŲ PAAIŠKINIMŲ SĄRAŠAS.....	11
1. ĮVADAS.....	12
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	15
2.1. Virusinio hepatito C svarba, epidemiologija, rizikos veiksniai.....	15
2.2. VHC klinika ir diagnostika.....	16
2.3. VHC gydymas.....	18
2.4. VHC terapijos šalutiniai reiškiniai.....	19
2.5. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinų mažinimo būdai.....	20
2.6. Gyvenimo kokybė ir jos vertinimas.....	22
2.7. GK klausimynas SF-36.....	23
2.8. Virusiniu hepatitu sergančiųjų gyvenimo kokybė bei jos pablogėjimas dėl pasireiškusių šalutinių gydymo reiškinų.....	25
2.9. Slaugytojo vaidmuo informuojant pacientus ir tokiu būdu gerinant jų gyvenimo kokybę.....	26
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	29
4. TYRIMO REZULTATAI.....	31
4.1. Bendroji tiriamųjų charakteristika.....	31
4.2. Gyvenimo kokybės vertinimas.....	32
4.3. Pacientų žinių apie ligą ir jos gydymą tyrimas.....	36
4.4. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinų įtaka gyvenimo kokybei.....	44
4.4. Slaugytojos vaidmuo gerinant pacientų gyvenimo kokybę.....	50
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	52
6. IŠVADOS.....	57
7. PASIŪLYMAI.....	58
LITERATŪRA.....	59
1 PRIEDAS. PACIENTO APKLAUSOS ANKETA.....	62
2 PRIEDAS. SF-36 KLAUSIMYNAS .....	66



## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Tiriamųjų pacientų bendra charakteristika.....	31
2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių.....	32
3 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į lytį.....	33
4 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į išsilavinimą.....	35
5 lentelė. Gyvenimo būdo pasikeitimas diagnozavus virusinį hepatitą C.....	36
6 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į gyvenimo būdą.....	37
7 lentelė. Santykių su artimaisiais pokyčiai, diagnozavus virusinį hepatitą C.....	38
8 lentelė. Gyvenimo kokybės priklausymas nuo santykių su artimaisiais.....	39
9 lentelė. Tiriamųjų žinios apie vaistų laikymą ir sušvirkštimą.....	40
10 lentelė. Pacientų žinios apie priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius ir jų mažinimo būdus.....	41
11 lentelė. Tiriamųjų gyvenimo kokybės priklausymas nuo jų žinių apie ligą.....	43
12 lentelė. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių dažnis.....	44
13 lentelė. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdų dažnis.....	46

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Klausimyno SF- 36 struktūra.....	24
2 pav. Pacientų gyvenimo kokybės priklausomybė nuo lyties .....	34
3 pav. Pacientų gyvenimo kokybės priklausomybė nuo amžiaus.....	34
4 pav. Kaip tiriamieji švirksčiasi priešvirusinius vaistus.....	40
5 pav. Pacientų žinios apie kepenų ligomis sergančiųjų asociaciją ir dalyvavimas jos veikloje.....	42
6 pav. Tiriamųjų žinių apie virusinį hepatitą C ir jo gydymą lygis.....	42
7 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo gydymo šalutinių reiškinių skaičiaus.....	45
8 pav. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių koregavimas.....	47
9 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo gydymo šalutinių reiškinių koregavimo lygio.....	47
10 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo žinių apie ligą ir gydymo šalutinių reiškinių koregavimo lygio.....	49
11 pav. Pacientų žinių apie jų ligą ir gydymą šaltiniai.....	50
12 pav. Atsakymai į klausimą“Ar norėtų, kad trūkstamą informaciją apie ligą ir gydymą suteiktų slaugytoja.“.....	51

## **SANTRUMPŲ IR JŲ PAAIŠKINIMŲ SĄRAŠAS**

**VHC** – virusinis hepatitas C

**HCV**- hepatito C virusas

**GK**- gyvenimo kokybė

**RNR**- ribonukleino rūgštis

**RBV**- ribavirinas

**VŠĮ VUL** – Viešoji įstaiga Vilniaus universitetinė ligoninė

## 1. ĮVADAS

Virusinis hepatitas C (VHC) yra viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų visame pasaulyje. Sergamumas hepatitu C per pastaruosius 20 metų nuolat didėja. Manoma, kad apie 3 proc. gyventojų yra infekuoti hepatito C virusu. Lietuvoje virusiniu hepatitu C serga apie 2 proc. gyventojų. Negydant infekuotų hepatito C virusu pacientų didėja kepenų cirozės ir kepenų vėžio išsivystymo rizika. Iki šiol nesukurta vakcina nuo virusinio hepatito C. Taigi, sergant VHC taikomas ilgalaikis priešvirusinis gydymas, kurį dažnai lydi šalutiniai reiškiniai, bloginantys pacientų fizinę ir psichinę sveikatą bei jų gyvenimo kokybę. Todėl gydant VHC neretai tenka sumažinti reikiamą vaistų dozę bei gydymo trukmę, ar net visai nutraukti gydymą, o tai sumažina gydymo efektą ir didina komplikacijų riziką.

Siekiant geresnio priešvirusinio gydymo efekto, nemažinant vaistų dozių, svarbu tam tikromis priemonėmis sumažinti šalutinių reiškinių poveikį, pagerinti vaistų toleravimą. Ši tikslą galima pasiekti pacientus supažindinus su galimais šalutiniais reiškiniais, bei būdais, kaip juos sumažinti ir taip pagerinti jų gyvenimo kokybę. Tai galėtų atlikti ne tik gydantis gydytojas, bet ir pacientą prižiūrinti slaugytoja.

Įvairiose šalyse atlikta nemažai studijų, tyrusių sergančiųjų VHC gyvenimo kokybę (GK) prieš gydymą, gydymo laikotarpiu ir baigus gydymą. Jų duomenimis gydymo metu labai pablogėja GK dėl pasireiškiančių šalutinių gydymo reiškinių.

Užsienyje atliktos studijos parodė, kad VHC gydomų pacientų gydymo efektyvumas bei jų gyvenimo kokybė priklauso nuo pacientų paruošimo gydymui, jų informavimo, apmokymo, taip pat nuo pacientų aktyvios priežiūros viso gydymo metu. Prie aktyvios pacientų priežiūros didele dalimi gali prisidėti specializuotos slaugytojos, apmokydamos pacientus, stebėdamos jų būklę ir jiems patardamos viso gydymo metu. Taip koreguodamos priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius bei gerindamos gyvenimo kokybę.

Literatūros šaltiniuose nėra Lietuvoje atliktų darbų, tyrusių VHC sergančiųjų gyvenimo kokybę bei ją įtakojančius veiksnius. Nėra tirtas sergančiųjų VHC žinių apie šią ligą ir jos gydymą lygis bei šių žinių įtaka jų gyvenimo kokybei, taip pat netirtas ir slaugytojos vaidmuo, gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę. Ši tema nauja ir aktuali.

Man šis tyrimas buvo reikšmingas, nes dirbu VŠĮ VUL Santariškių klinikų Hepatologijos ir gastroenterologijos skyriuje, kuriame VHC sergantys pacientai pradeda specifinį priešvirusinį gydymą. Mūsų skyriuje jie apmokomi susišvirkšti vaistus ir supažindinami su gydymo ypatumais. Čia jie turėtų įgyti pagrindines žinias apie šią ligą ir

gydymą. Toliau gydymas tęsiamas (nuo pusės metų iki metų) ambulatoriškai ir pacientai periodiškai lankosi konsultacinėje poliklinikoje.

**Darbo tikslas:**

Įvertinti sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu gyvenimo kokybę ir nustatyti ją įtakojančius veiksnius.

**Darbo uždaviniai:**

1. Įvertinti demografinių veiksnių įtaką sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu gyvenimo kokybei.
2. Ištirti sergančiųjų lėtiniu virusiniu hepatitu C žinių apie šią ligą lygį.
3. Įvertinti sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu turimų žinių įtaką gyvenimo kokybei.
4. Įvertinti specifinio priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių įtaką gyvenimo kokybei
5. Įvertinti slaugytojų vaidmenį gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę.

**Tyrimo objektas:**

Pacientai, sergantys lėtiniu virusiniu C hepatitu, jų žinios apie ligą ir jos gydymą, jų gyvenimo kokybė priešvirusinio gydymo metu ir slaugytojų vaidmuo gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę.

Tirti 52 pacientai, kurie buvo gydomi ir sekami VUL Santariškių klinikų Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centre, jų priešvirusinio gydymo laikotarpiu (24 arba 48 savaites).

**Darbo metodai:**

1. Literatūros analizė.
2. Anketinė apklausa:
  - a) pacientų apklausos anketa žinių apie ligą ir specifinį gydymą įvertinimui;
  - b) SF- 36 gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas (validizuotas Lietuvoje) pacientams, priešvirusinio gydymo metu.
3. Gautų duomenų statistinė analizė.

**Hipotezės:**

1. Pacientų, sergančių lėtiniu virusiniu hepatitu C žinios apie šią ligą ir specifinį priešvirusinį gydymą nėra pakankamos.
2. Specifinis priešvirusinis gydymas neigiamai įtakoja pacientų gyvenimo kokybę.
3. Slaugytojo vaidmuo informuojant ir mokant šiuos pacientus ir tokiu būdu gerinant jų gyvenimo kokybę yra menkas.

## 2. LITERATŪROS APŽVALGA

Kepenys – tai stambiausia virškinimo liauka, bei svarbiausias vidaus organas, atliekantis daug funkcijų. Jos dalyvauja baltymų, angliavandenių, riebalų, vitaminų, mineralinių medžiagų apykaitoje, nukenksmina į organizmą patenkančias nuodingas medžiagas, bei žalingas medžiagų apykaitos liekanas, gamina tulžį, svarbią virškinimui. Kepenys - tarsi mūsų organizmo laboratorija [1].

Kepenys, kaip ir kiti organai, turi didžiulius rezervus ir tik pažeidus daugiau kaip 70 proc. kepenų audinio, sutrinka jų veikla.

### 2.1. Virusinio hepatito C svarba, epidemiologija, rizikos veiksniai

Hepatitis – tai uždegiminė distrofinė kepenų liga. Jo pagrindinės priežastys: virusinė infekcija (virusai A, B, C, D, E), alkoholis ir kitos hepatotoksinės medžiagos, vaistai, autoimuniniai procesai.

Virusinis hepatitis C (VHC) – vienas dažniausių virusinio hepatito formų. VHC yra smulkus RNR virusas, pagrindinė jo replikacijos vieta yra kepenys, tačiau gali būti ir limfmazgiuose, kasoje, antinksčiuose, skydliaukėje, kaulų čiulpuose, blužnyje. VHC nėra stabilus, skiriami šeši jo genotipai ir daugiau nei 90 jo subtipų. Šis virusas pasižymi dideliu polinkiu mutuoti ir todėl labai dažnai pereina į lėtinę formą. Skirtingai nuo kitų virusinio virusinių hepatitų ūminė VHC infekcija pereina į lėtinę formą net 80 proc. užsikrėtusiųjų, kai tuo tarpu hepatito B virusinė ūminė infekcija pereina į lėtinę 10 proc., o virusinių hepatitų A ir E lėtinės formos neišsivysto [2,3].

Iki šiol nuo VHC, skirtingai nei nuo virusinių hepatitų A ir B, nėra sukurta vakcinas. Hepatito C virusas (HCV) yra pagrindinė lėtinių kepenų ligų priežastis: lėtinio hepatito, kepenų cirozės ir hepatoceliulinės karcinomos. 20-30 proc. lėtinių VHC per 20-30 metų komplikuojasi kepenų ciroze, o 1- 4 proc. sergančiųjų virusine C kepenų ciroze susiformuoja hepatoceliulinės karcinomos. Hepatitis C yra viena dažniausių (po alkoholio) mirties nuo lėtinės kepenų ligos priežasčių. 30 proc. visų kepenų transplantacijų sudaro C virusinės infekcijos sukeltos kepenų ligos [2,3].

Manoma, kad apie 3 proc. gyventojų yra infekuoti hepatito C virusu. Lietuvoje 1,7 proc. suaugusiųjų, 0,5 proc. vaikų ir 2,2 proc. donorų infekuoti hepatito C virusu. 60-80 proc. pacientų VHC ilgą laiką nepasireiškia jokiais simptomais (dažnai vadinamas „tyliąja liga“), todėl nemaža užsikrėtusiųjų VHC iki šiol nedidžiuojuota, nes nesikreipia į

gydytojus. Neretai VHC aptinkamas atsitiktinai: kraujo donorams, profilaktinių patikrinimų metu ar gydant kitas ligas [2,3].

Pagrindinis HCV perdavimo būdas – parenterinis. Iki donorų skrinimo (iki 1993m. Lietuvoje) pagrindinis hepatito C viruso plitimo kelias buvo hemotransfuzinis. Daug yra užsikrėtusių hemofilikų, vartojusių nenukeksmintus krešėjimo faktoriaus koncentratų (iki 80-90 proc.). VHC labai išplito hemodializės metu (5 - 40 proc.) [2]. Lietuvoje atlikus tyrimus hemodializės skyriuose 1997-2000 m. rasta užsikrėtusių VHC 18,6-19,6 proc. hemodializuojamų pacientų [4].

Šiuo metu dažniausi HCV infekcijos rizikos veiksniai - intraveninių narkotikų vartojimas (60 proc.), lytinis perdavimas, kai yra daug seksualinių partnerių (15 proc., profesiniai veiksniai (4 proc.). Didžiausias HCV paplitimas tarp narkomanų (93,3 proc.), ŽIV infekuotųjų (74,6 proc.), ir kalinių (29,4 proc.) [3].

Taip pat HCV galima užsikrėsti perinataliai, kai motina infekuota HCV (5 proc.). Užsikrečiama gydymo įstaigose stomatologinių, endoskopinių procedūrų ar operacijų metu, darant tatuiruotes, veriant auskarus. Galima užsikrėsti nuo sergančiųjų VHC buitinių kontaktų metu per atviras žaizdas, naudojantis bendromis skutimosi priemonėmis, nagų žnyplėmis ir panašiai. Daliai ligonių (10 proc.) rizikos veiksnių nepavyksta išaiškinti [2].

## **2.2. VHC klinika ir diagnostika**

HCV infekcijai būdinga tai, kad tik 25- 35 proc. visų užsikrėtusiųjų suserga simptomine ūminio hepatito C forma, kuri dažniausiai būna lengva. Pagrindiniai simptomai prodromo periodu – silpnumas, anoreksija, šleikštulys, rečiau – vėmimas, karščiavimas, odos niežulys, skausmas dešinėje pašonėje, sąnarių skausmas. Dažnai pradžioje padidėja kepenys, būdingas kepenų fermentų padidėjimas. Ūminis hepatitas C trunka 2-12 savaičių ir pasveiksta apie 15-20 proc.pacientų, likusiems - išsivysto lėtinė infekcija, kuri 60-80 proc.pacientų ilgą laiką būna besimptomė [2,5].

Simptominei lėtinio VHC ligos eigai būdingi bendro pobūdžio negalavimai: silpnumas, nuovargis, anoreksija, svorio mažėjimas, pilvo ar dešinio šono skausmai. Rečiau pasitaiko niežulys, patamsėjęs šlapimas, pageltę akių obuoliai [2].

Dažniausiai lėtinis VHC daugelį metų pasireiškia tik padidėjusiu aminotrasferazių aktyvumu, lėtu kepenų histopatologinių pakitimų progresavimu ir be žymesnių klinikinių apraiškų.



Pagal aktyvumą, skiriami 3 lėtinio virusinio C hepatito variantai : 1) neaktyvus hepatitas (25 proc. sergančiųjų), su normaliu aminotransferazių aktyvumu, dažnai besimptomis, histologiškai aptinkamas nedidelis kepenų pažeidimas; 2) mažai aktyvus hepatitas (50-60 proc. sergančiųjų), su nedaug padidėjusiu aminotransferazių aktyvumu, dažniausiai besimptomis, kai histologiškai randama nedidelių nekrozinių ir uždegiminių pokyčių; 3) vidutiniškai ir labai aktyvus hepatitas (25 proc. sergančiųjų), kai simptomai gali būti ir nežymūs, tačiau aminotransferazių aktyvumas būna ženkliai padidėjęs, histologiškai nustatoma nekrozinių ir uždegiminių pokyčių bei ryški kepenų fibrozė. Šiems ligoniams kepenų cirozės rizika yra labai didelė [2].

Ligos baigtis ir transformacija į kepenų cirozę priklauso nuo kepenų fibrozės progresavimo greičio ir intensyvumo. Trečdaliui ligonių būna greitai progresuojantis tipas, kai trukmė nuo ūminės infekcijos iki cirozės susiformavimo < 20 metų, trečdaliui – vidutiniškai progresuojantis tipas, kai nuo susirgimo pradžios iki cirozės 20-50 metų ir trečdaliui – lėtai progresuojantis, kai iki kepenų cirozės susiformavimo trunka > 50 metų. Pagrindiniai kepenų fibrozę progresuoti skatinantys veiksniai yra: vyresnis paciento amžius užsikrečiant, vyriška paciento lytis, alkoholio bei narkotikų vartojimas, ŽIV ir hepatito B koinfekcija, imunosupresija, gretutinės ligos (cukrinis diabetas, steatozė), o taip pat didelė viruso dozė ir 1b viruso genotipas [2,3].

VHC diagnozuojamas įvertinus pacientų skundus, rizikos veiksnius ir objektyvius simptomus. Dviems trečdaliams sergančiųjų VHC ligos eiga yra asimptominė. Atlikus biocheminius kepenų fermentų tyrimus ir radus net ir nežymius aminotransferazių aktyvumo padidėjimus, galima įtarti VHC, nes 25 proc. sergančiųjų VHC šie fermentai yra nuolat padidėję, kitiems svyruojantys, o 25 proc. - normalūs [3].

Tiksliausi VHC diagnostiniai tyrimai – tai virusologiniai tyrimai. Paprastai, pirmiausiai tiriami serumo **antikūnai prieš hepatito C virusą (anti HCV)**. Jie randami 90-100 proc. sergančiųjų VHC, tačiau šis tyrimas nepadedą atskirti ūminės ir lėtinės infekcijos, bei pasveikimo. Visais šiais atvejais antikūnai prieš C virusą išlieka. Todėl atliekamas **HCV RNR kokybinis** tyrimas, kuris patvirtina esančią aktyvią HCV replikaciją. Ligoniui pasveikus, jis būna neigiamas.

Viruso genotipui patikslinti ir viremijos lopsniui nustatyti atliekamas HCV RNR kiekybinis tyrimas – **HCV genotipo ir viremijos nustatymas**. Jis svarbus numatant gydymo trukmę ir prognozuojant gydymo efektą. Ligonių, užsikrėtusių 1, 4, 5 ar 6 genotipo virusu gydymo rezultatai blogesni, nei 2, ar 3. HCV RNR > 800 000 tarptautinių vienetų/ml laikoma didele viremija.

Sergantiems VHC atliekamas histologinis tyrimas, kurio tikslas įvertinti uždegiminio proceso aktyvumą, bei kepenų fibrozės stadiją.

### 2.3. VHC gydymas

Negydamas pacientų, infekuotų HCV, didėja kepenų cirozės ir kepenų nepakankamo, kepenų vėžio rizika.

Lėtinio VHC gydymo klausimu yra priimta keletas sutarimų: Europos kepenų ligų tyrimo asociacijos (Paryžius, 1999 ir 2002m.) ir JAV Nacionalinio sveikatos instituto (JAV, 1997 ir 2002m.), kuriuose patvirtintos pagrindinės VHC infekcijos gydymo nuostatos [6].

Remiantis priimtais tarptautiniais algoritmais Lietuvoje patvirtinta lėtinio virusinio hepatito C gydymo metodika. Šiuo metu pagal patvirtintą metodiką VHC gydomas arba standartinio interferono alfa-2b (3-6 mln tarptautinių vienetų tris kartus per savaitę po oda) ir ribavirino(RBV) (800-1200 mg per dieną) deriniu arba pegiliuoto interferono alfa-2a /Pegasys 180 µg arba alfa-2b/Peg Intron 1,5 µg/kg ir RBV (Copegus arba Rebetol 800-1200 µg priklausomai nuo kūno masės) deriniu. Gydymo trukmė 24 arba 48 savaitės priklausomai nuo C viruso genotipo ir viremijos lygio. Jei ligonis užkrėstas VHC 1 genotipu, gydymo trukmė 48 savaitės, o jei 2 arba 3 genotipu – 24 savaitės [6,7,8,].

Interferonas alfa- 2b - vandenyje tirpus baltymas, pagamintas kombinuotos genų technologijos būdu. Šio baltymo struktūra, biologinis aktyvumas, ir farmakologinės savybės identiški natūraliajam žmogaus alfa interferonui. Interferonas pasižymi priešvirusiniu, priešvėžiniu poveikiu. Alfa interferonas prisijungia prie ląstelės paviršiaus receptorių ir sukelia sudėtingus pokyčius ląstelės viduje, susijusius su virusų dauginimosi ląstelėse slopinimu, ląstelių proliferacijos stabdymu. Jis stimuliuoja makrofagų fagocitinį aktyvumą, T limfocitų ir natūraliųjų žudikų ( kilerių) citotoksinį aktyvumą.

Pegiliuoti interferonai( alfa-2a ir alfa - 2b) yra modifikuoti, siekiant padidinti interferono veiksmingumą. Jie švirkščiami tik kartą per savaitę ( paprastas interferonas – 3 kartus per savaitę) ir užtikrina organizme pastovų interferono lygį [5,6].

Ribavirinas yra nukleozidų analogas, kuris neleidžia virusams daugintis. Ribavirino monoterapijos antivirusinis poveikis neženklus, o derinys su interferonu alfa ženkliai pagerina biocheminį ir virusologinį atsaką, bei sumažina recidyvų skaičių [6].

Gydymas pegiliuotų inerferonų ir ribavirino deriniu pagerino sergančiųjų VHC gydymo rezultatus. Klinikinių studijų duomenimis gydant standartinio interferono alfa-2b ir

ribavirino deriniu stabilus virusinis atsakas buvo pasiektas 34 - 48 proc. pacientų, kurių VHC genotipas 1 ir 61-81 proc. pacientų, kurių genotipas 2 ar 3, o gydant pegiliuotų interferonų ir ribavirino deriniu stabilus virusinis atsakas buvo pasiektas 42 - 63 proc. pacientų, kurių VHC genotipas 1 ir 82 - 94 proc. pacientų, kurių genotipas 2 ar 3 [6].

Atliktos klinikinės studijos parodė, kad ne tik gydymo būdas bet ir antivirusinių vaistų dozė bei gydymo trukmė turi didelės įtakos gydymo efektyvumui. Gydymo efektą užtikrina tik pakankama vaistų dozė ir išlaikyta gydymo trukmė (kada pacientas gauna ne mažiau, kaip 80 proc. pegiliuoto interferono reikiamos dozės, 80 proc. ribavirino dozės ir gydymas vyksta ne trumpiau 80 proc. nustatytos gydymo trukmės) [6, 9].

#### **2.4. VHC terapijos šalutiniai reiškiniai**

Gydant VHC dažnai tenka sumažinti reikiamą vaistų dozę bei gydymo trukmę, ar net visai nutraukti gydymą dėl blogo vaistų toleravimo ir atsiradusių gydymo eigoje šalutinių reiškinių. Dėl labai dažnų hematologinių šalutinių reiškinių (anemija, neutropenija, trombocitopenija), nuovargio, neuropsichinių požymių (irzlumas, depresija, nemiga, nervingumas) ar dermatologinių apraiškų (bėrimas, niežulys, plaukų slinkimas ir kt.) pablogėja ligonio savijauta: sumažėja jo darbingumas, seksualinės galimybės, blogėja santykiai su artimaisiais ir draugais, blogėja gyvenimo kokybė. Tada tenka sumažinti vaistų dozę arba nutraukti gydymą, o tai labai pablogina gydymo efektą ir ligos prognozę [9].

Dažniausiai pasitaikantys šalutiniai reiškiniai, gydant standartiniu interferonu yra šie:

- Gripoidiniai simptomai (karščiavimas, bendras negalavimas, šaltkrėtis, galvos skausmas, artralgijos ir mialgijos, blogas apetitas);
- Neuropsichiniai simptomai (irzlumas, depresija, nemiga ar mieguistumas, silpnumas, psichomotorinis sujaudinimas ar slopinimas, koncentracijos ir atminties susilpnėjimas, suicidinės mintys, apatija, bloga nuotaika);
- Toksinis poveikis kaulų čiulpams (anemija, neutropenija, trombocitopenija);
- Imuniniai sutrikimai (hipertiroidizmas, hipotiroidizmas, autoimuninis tiroiditas);
- Kiti (plaukų slinkimas, kūno masės mažėjimas, impotencija, sumažėjęs libido, paraudimas injekcijos vietoje).

Pasitaiko ir retesnių (< 2 proc.) šalutinių reiškinių: autoimuninių sutrikimų (skydliaukės funkcijos sutrikimai, sisteminė raudonoji vilkligė, reumatoidinis artritas, Sjögreno

sindromas), atsiranda ar paūmėja žvynelinė, baltmės, plokščioji odos ar gleivinių kerpligė, lipoproteinų koncentracijos pokyčiai. Jei pacientas gydymo metu vartoja alkoholį (net ir nedideles alkoholio dozes ~ 40 g/d), jis gali susirgti ūminiu alkoholiniu hepatitu [5,9].

Pagrindiniai dažniausiai pasitaikantys ribavirino sukelti šalutiniai reiškiniai: hemolizinė anemija, teratogeniškumas, kosulys ir dusulys, niežulys ir odos bėrimas, nemiga, depresija, anoreksija, pykinimas, silpnumas, nuovargis, irzlumas, galvos skausmas, kūno masės mažėjimas [6,9].

Gydant pegiliuotu interferonu ir ribavirinu šalutiniai reiškiniai panašūs ir sunkių šalutinių reiškinų dažnis toks pats kaip ir gydant standartiniu interferonu ir ribavirinu. Tačiau nurodoma, kad kai kurie šalutiniai reiškiniai pasitaiko dažniau: gripoidiniai simptomai (karščiavimas, drebulys), neutropenija, injekcijos vietos reakcija, pykinimas [9,10].

Vaistų šalutiniai poveikiai išnyksta baigus gydymą.

## **2.5. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinų mažinimo būdai**

Siekiant pagerinti priešvirusinio gydymo efektyvumą nemažinant vaistų dozės bei nenutraukiant gydymo, yra svarbu (kiek įmanoma) sumažinti šalutinių reiškinų poveikį, pagerinti vaistų toleravimą. To galima pasiekti tik pacientus supažindinus su galimais šalutiniais reiškiniais, bei būdais, kaip juos sumažinti ir kaip pagerinti pacientų gyvenimo kokybę. Svarbu, kad gydymo metu pacientas laikytųsi tikslios gydymo metodikos, bei režimo ir gerai bei nuolatos kontaktotų su profesionaliu gydančiu gydytoju bei slaugytoja.

- Svarbu reguliariai atvykti pas gydytoją ir slaugytoją, pranešti apie savijautos pakitimus gydymo metu, atlikti paskirtus tyrimus, kad būtų stebima ligos eiga ir laiku koreguojami šalutiniai gydymo reiškiniai .
- Ligoniai gydymo metu turi turėti galimybę visados susisiekti su gydančiu gydytoju bei slaugytoja ir pasitarti iškilus neaiškumams, pablogėjus savijautai ar pasireiškus nelauktam šalutiniam reiškiniui.
- Siekiant sumažinti į gripą panašius simptomus patariama:
  - Pakeisti injekcijos laiką, atliekant injekciją vakare;
  - Prieš injekciją išgerti temperatūrą ir galvos skausmą mažinančių vaistų ( paracetamolio, neviršijant dozės 1,5-2 g per parą);
  - Vartoti daug skysčių (2-3 litrus).

- Siekiant sumažinti pykinimą, pagerinti apetitą, reikia koreguoti mitybą:
  - Valgyti lengvai toleruojamą, gerai subalansuotą maistą, turintį daug vitaminų;
  - Valgyti daug baltymų turintį maistą, grūdinius, pieno produktus (jei toleruoja);
  - Geriau valgyti dažnai, bet nedideliais kiekiais;
  - Gerti daug skysčių, tačiau vengti kofeino turinčių gėrimų, kitus vaistus, vaistažoles ir papildus gerti tik pasitarus su gydytoju;
  - Visiškai atsisakyti alkoholio.
- Siekiant sumažinti emocines problemas, patariama:
  - Apie atsiradusias emocines problemas, ar ryškius nuotaikų pakitimus papasakoti gydytojui ar slaugytojai, kad, esant reikalui skirtų reikiamą gydymą;
  - Mažinti darbo krūvį gydymosi metu;
  - Laikytis dienos režimo, daugiau laiko skirti poilsiui;
  - Jei blogai miega, laikytis miego higienos (vienu metu gultis, prieš miegą stengtis atsipalaiduoti, stipriai neprisivalgyti);
  - Vengti įtampos, taikyti jogą ar kitus atsipalaidavimo būdus;
  - Daugiau laiko skirti mėgstamai veiklai;
  - Saikingai sportuoti.
- Siekiant sumažinti plaukų slinkimą, patariama:
  - Gydymo metu vengti plaukų dažymo ir cheminio sušukavimo;
  - Naudoti tausojančius šampūnus ir plaukus stiprinančias priemones .
- Siekiant išvengti odos problemų:
  - Reikia keisti vaistų suleidimo vietas;
  - Vartoti tausojančias odos priemones, švelnius muilus, vengti karšto vandens;
  - Kad mažiau sausėtų oda, gerti daugiau skysčių.
- Siekiant išvengti vaisiaus apsigimimų, būtina:
  - Prieš pradėdant gydymą atlikti nėštumo testą ( vaisingo amžiaus moteriai);
  - Gydymo metu ir dar 6 mėnesius baigus gydymą pacientui ir jo partneriui(ei) naudotis veiksmingomis kontraceptinėmis priemonėmis [5, 9].

## 2.6. Gyvenimo kokybė ir jos vertinimas

Gyvenimo kokybės terminas su sveikata buvo pradėtas sieti po 1948m., kai PSO pateikė iki šiol galiojantį sveikatos apibrėžimą, „Sveikata yra visapusė fizinė, dvasinė, ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“, kuris išplėtė ligos sampratą [11].

Medicinoje gyvenimo kokybės (GK) terminas pirmą kartą paminėtas septinto dešimtmečio viduryje J.R. Elkington straipsnyje „Medicina ir gyvenimo kokybė“, kur buvo nagrinėta medikų atsakomybė už GK. Aštunto dešimtmečio viduryje Mičigano universiteto sociologai atliko gyventojų GK tyrimus, nagrinėdami išsilavinimo, sveikatos, šeimos, asmeninio gyvenimo, darbo, aplinkos ir materialinių sąlygų įtaką žmonių gerovei [12].

GK samprata iki šiol medicinoje išlieka diskusijų objektu. PSO 1993m. pasiūlė tokį GK apibrėžimą: „Gyvenimo kokybė - tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais ir interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių, bei ryšių su aplinka.“ [12].

Dauguma šios srities ekspertų teigia, kad toks apibūdinimas pernelyg platus, todėl medicinoje gyvenimo kokybė dažniausiai vadinama su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenį [11,12].

GK tyrimai tapo aktualūs sveikatos priežiūrai. Palaipsniui imta remtis ne vien klinikiniais simptomais ir laboratorinių tyrimų duomenimis, bet ieškoti priemonių, leidžiančių įvertinti ligą paciento požiūriu. Šiuo metu daugiausia GK tyrimai taikomi atliekant klinikinius tyrimus, skirtingų gydymo metodų veiksmingumui įvertinti, šalutiniam poveikiui objektyvizuoti. GK tyrimus skatina ir didėjantis visuomenės reikalavimas racionaliai skirstyti išlaidas sveikatos apsaugai, todėl su sveikata susijusių GK imta taikyti sveikatos priežiūros kokybei ir gydymo veiksmingumui vertinti [12].

Taip pat sėkmingai GK tyrimai gali būti taikomi klinikinėje praktikoje. GK tyrimai gydytojui ar slaugos personalui gali padėti nustatyti svarbiausias paciento problemas, kurios atrodytų kliniškai nereikšmingos. GK stebėseną leidžia sekti ligos dinamiką ir gydymo poveikį pacientui, pagerintų jo pasitenkinimą gydymu [11,12].

GK vertinti naudojami įvairūs klausimynai (instrumentai), kurie dažniausiai tiria šiuos komponentus: fizinę būklę, psichologinį gerbūvį, bendravimą ir kasdieninę veiklą. Su sveikata susijusiai GK matuoti taikomi klausimynai skirstomi į bendruosius bei

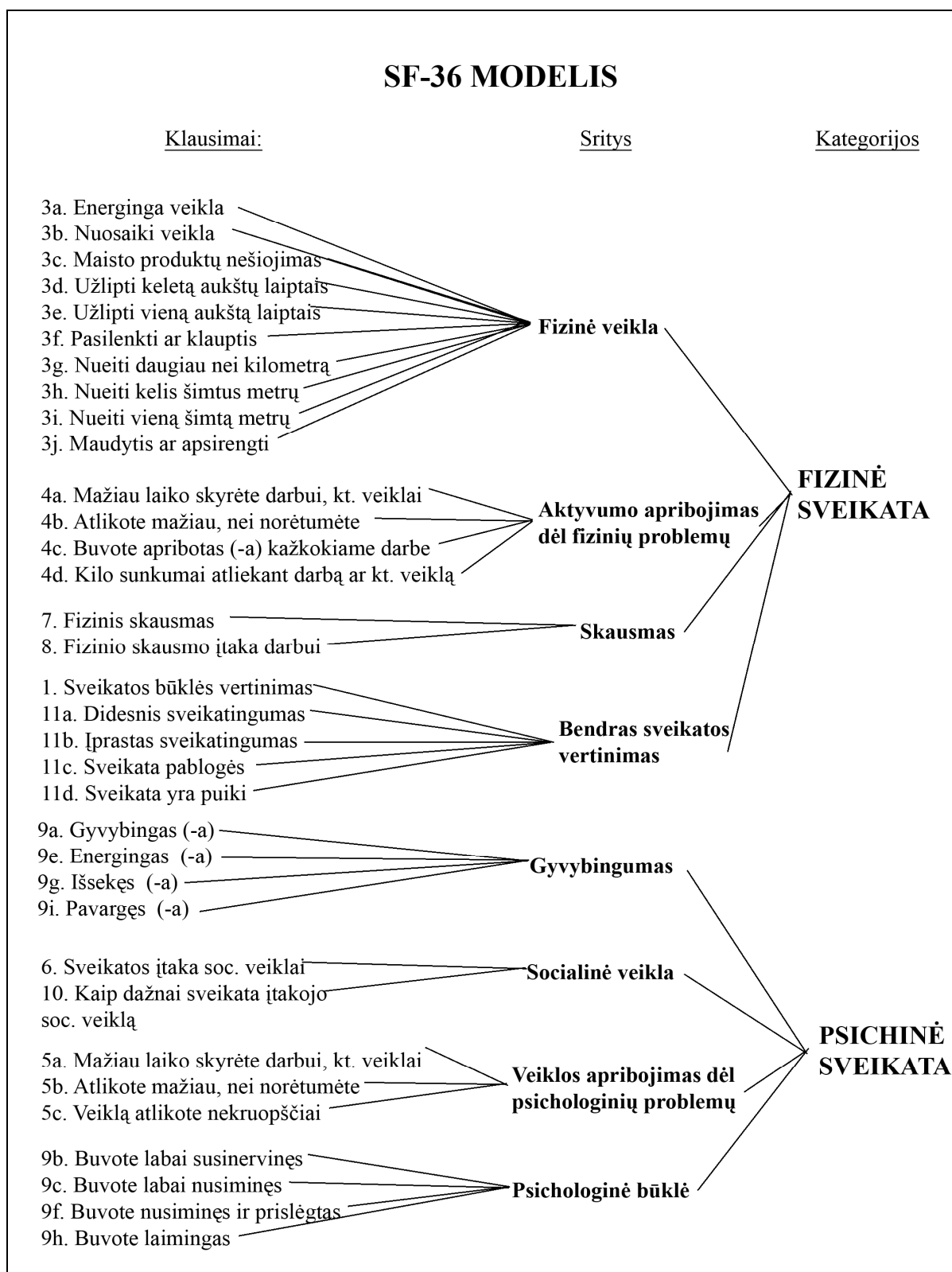
specifinius. Specifiniai skirti kokios nors vienos ligos, būklės ar funkcijos sutrikimo įtakai subjektyviam sveikatos pojūčiui įvertinti. Bendrieji klausimynai turi platesnes panaudojimo galimybes, tinka įvairioms pacientų grupėms tirti, bei įvairioms ligoms ir būklėms palyginti. Taip pat jie gali įvertinti šalutinį gydymo poveikį fizinei, psichinei ir socialinei sveikatos sritims ir atspindėti bendrą gydymo poveikį paciento gyvenimui. Dažniausiai naudojami bendrieji GK klausimynai yra: SF- 36, Sickness Impact Profile, Nottingham Health profile [11,12].

## **2.7. GK klausimynas SF-36**

SF- 36 (angl. Medical Outcomes Study 36-item Short Form) – tai bendrasis trumpaformis GK klausimynas, validizuotas Lietuvoje, susidedantis iš 36 klausimų. Klausimynas standartizuotas: visi tiriamieji atsako į tuos pačius klausimus, išrinkdami labiausiai jiems tinkantį atsakymą iš pateiktų atsakymų variantų. Klausimynu vertinamos aštuonios sritys: 1) fizinė veikla (sugebėjimas atlikti kasdieninę fizinę veiklą); 2) aktyvumo apribojimas dėl fizinės sveikatos problemų; 3) skausmas (intensyvumas, įtaka kasdieninei veiklai); 4) bendras sveikatos vertinimas; 5) gyvybingumas (energijos, nuovargio lygis); 6) socialinė veikla (atskleidžia, kaip sveikatos problemos įtakoja bendravimą su artimaisiais ir draugais); 7) veiklos apribojimas dėl psichologinių problemų ( darbo ir kitos veiklos); 8) psichologinė būklė ( nerimas, depresija). Įvertinant balais šio klausimyno atsakymus aštuonios vertintos sritys jungiamos į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę [13, 14,15 16].

1 pav. schematiškai pavaizduota klausimyno SF- 36 struktūra. Ji susideda iš trijų lygių: 36 klausimų, aštuonių sričių, į kurias įeina nuo dviejų iki dešimt klausimų, dviejų sveikatos kategorijų. Visi klausimai patenka tik į vieną iš aštuonių sričių, o aštuonios sritys suskirstytos (po keturias) į dvi sveikatos kategorijas.

## SF-36 MODELIS



1 pav. Klausimyno SF- 36 struktūra [14].



## **2.8. Virusiniu hepatitu sergančiųjų gyvenimo kokybė bei jos pablogėjimas dėl pasireiškusių šalutinių gydymo reiškinių**

Pastaraisiais metais paplito susidomėjimas gyvenimo kokybės studijomis. Ypač dažnai tiriama GK ligonių, sergančių lėtinėmis ligomis, siekiant įvertinti ligos ir gydymo įtaką jų kasdieninei veiklai. Be to, tiriant GK, galima įvertinti ne tik gydymo rezultatus, bet ir ekonominę gydymo naudą [17].

Kadangi VHC serga apie 180 milijonų pasaulio gyventojų, todėl daug studijų atlikta tiriant sergančiuosius šia liga, jų gydymą ir jo rezultatus, jų GK susirgus šia liga, gydymo metu ir baigus gydymą [18]. Įvairių studijų duomenimis jau žinia, kad užsikrėtę VHC pablogina GK, ypač psichinę sveikatą [17,18]. Ir pati liga pablogina GK, nes sukelia nuovargį, silpnumą. Tai patvirtino ir GK tyrimai atlikti Australijoje naudojant klausimyną SF-36, kur buvo tirti VHC sergantys pacientai ir asmenys iš kontrolinės grupės [19]. Buvo atliktos studijos tiriant sergančiųjų VHC GK priklausomybę nuo lyties naudojant klausimyną SF-36. Vienų studijų duomenimis nebuvo statistiškai patikimų GK skirtumų tarp lyčių [20], tačiau kitų tyrimų duomenimis - sergančių VHC vyrų GK buvo statistiškai patikimai žemesnė nei moterų, daugelyje gyvenimo sričių [21].

Atliktų tyrimų duomenimis vyrus, sergančius VHC labiausiai neramina, kad liga neigiamai atsiliepia jų darbui bei šeimos išlaikymui, jų mėgstamai veiklai, tokiai kaip sportas. Moterys, sergančios VHC labiausiai nerimauja, kad šį virusą gali perduoti būsimiems vaikams, kad gali šiuo virusu užkrėsti savo šeimą [18].

Atliktų studijų duomenimis alkoholio vartojimas sergant VHC labai pablogina gyvenimo kokybę. Ryškus GK pablogėjimas stebimas tarp alkoholiu piktnaudžiaujančių pacientų jų priešvirusinio gydymo metu [18].

Atliktos įvairiose šalyse studijos, tyrusios sergančiųjų VHC gyvenimo kokybę prieš gydymą, gydymo laikotarpiu ir baigus gydymą. Jų duomenimis gydymo metu labai pablogėja GK dėl pasireiškiančių šalutinių gydymo reiškinių [18, 22, 23]. Tyrėjai teigia, kad dažniausiai pasireiškiantys šalutiniai reiškiniai – depresija, anoreksija, nuovargis, miego sutrikimai, raumenų skausmai, kraujo pakitimai [24]. Tyrimai parodė, kad šalutiniai reiškiniai intensyviausi pirmas dvylika savaičių, o baigus gydymą visai išnyksta [17, 23]. Visi gydymo metu pasireiškę šalutiniai reiškiniai ženkliai blogina GK visose jos srityse. Tai patvirtina ir studija JAV, kurios metu, naudojant SF-36 klausimyną buvo ištirta GK 1121 VHC sergančiam pacientui prieš gydymą, gydymo metu, baigus gydymą ir praėjus 24 savaitėm po gydymo baigimo [22].

Brazilijoje buvo atlikti GK tyrimai VHC sergančiųjų prieš pradėdant gydymą ir gydymo metu ir buvo palyginta GK pacientų, kuriems virusas išnyko gydymo metu ir tų, kuriems VHC neišnyko [24]. Studijos duomenimis, visiems pacientams, pradėjus gydymą, GK pablogėjo dėl pasireiškusių šalutinių gydymo reiškinių. Pacientams, kuriems neišnyko virusas praėjus 12 savaičių nuo gydymo pradžios, GK (ypač psichologinėje srityje) sumažėjo labiau, nei tiems, kuriems išnyko virusas jau po 12 savaičių nuo gydymo pradžios [24]. Taip įvyksta, nes pacientams, sužinojusiems, kad virusas išnyko sumažėja depresija, pakyla nuotaika ir gyvybingumas.

Įvairių studijų duomenimis VHC sergantiems pacientams gydymo metu daugiau ar mažiau pablogėja GK dėl pasireiškusių šalutinių reiškinių. 3,8-27 proc. VHC sergančiųjų dėl stiprių šalutinių reiškinių ir dėl to pablogėjusios GK tenka sumažinti vaistų dozes, o 10-14 proc. pacientų – ir visai nutraukti gydymą, o tai mažina galimybę pasveikti [25, 26].

## **2.9. Slaugytojo vaidmuo informuojant pacientus ir tokiu būdu gerinant jų gyvenimo kokybę**

Sergant VHC taikomas ilgalaikis gydymas, kurį lydi šalutiniai reškiniai, bloginantys pacientų fizinę ir psichinę sveikatą bei jų gyvenimo kokybę. Dažnai pradėjus gydymą, pacientams padidėja silpnumas, atsiranda galvos ir raumenų skausmai, neretai išsivysto depresija, taip pabloginanti GK. Padėti sumažinti gydymo šalutinius reiškinius ir pagerinti GK gali ne tik gydantis gydytojas, bet ir pacientą prižiūrinti slaugytoja [27]. Siekiant kokybiškiau padėti VHC gydomiems pacientams, yra siūloma paruošti VHC mokymo programas bendrosios praktikos gydytojams ir slaugytojams, bei ruošti specialiai apmokytas gastroenterologijos slaugytojas, dirbančias su VHC sergančiais pacientais.[28]

Literatūroje pateikiami sergančiųjų VHC gydymo modeliai : monomodalinis- kai apsiribojama tik pacientų farmakologine terapija ir multimodalinis, kai gydyme dalyvauja ne tik farmakologinis, bet ir slaugos komponentas. Pagal multimodalinį modelį pacientą prižiūri tiek gydytojas, tiek slaugytojas ir šis modelis daug efektyvesnis [27].

Pasak autorių, slaugos komponento vienas iš aspektų gali būti ligonio gyvenimo būdo keitimas jo gydymosi nuo VHC metu ir po gydymo. Pvz., alkoholi vartojančio VHC paciento mokymas, kad atsisakytų alkoholio. Taip pat patariama organizuoti ligonių palaikymo grupes, kuriose tam paruoštos slaugytojos apmokytų pacientus, kaip jiems

mažinti gydymo šalutinius reiškinius, kaip keisti gyvenimo būdą sergant šia liga, kad gerėtų GK [27, 29].

Kitas slaugos komponento aspektas – gydymo šalutinių reiškinių koregavimas. Čia slaugytojos, kaip mokytojos yra svarbiausias vaidmuo. Slaugytoja turėtų išaiškinti pacientui, kaip gyventi su šia liga, norint kitus apsaugoti nuo užsikrėtimo ir pačiam pagerinti gyvenimo kokybę, kokie galimi priešvirusinio gydymo šalutiniai reiškiniai ir kokie yra jų mažinimo būdai. Šalutinių reiškinių ir jų mažinimo būdų tinkamas išaiškinimas svarbus pagerinant besigydančiųjų fizinę ir psichinę sveikatą [30]. Tai kokybiškai atlikti gali tik specialiai paruošta slaugytoja. Pacientų apmokymui patariama naudoti paruoštas, adaptuotas tam tikro amžiaus grupėms programas, video medžiagą, mokančią koreguoti šalutinius priešvirusinio gydymo reiškinius [27, 30].

Pastebėta, kad besigydantys nuo VHC pacientai mano, kad stipresni šalutiniai gydymo reiškiniai blogina gydymo efektą, o tai dar labiau pablogina jų emocinę GK. Tačiau taip nėra, nes šalutinių reiškinių pasireiškimo stiprumas nesusijęs su gydymo efektu, jei nemažinama vaistų dozė. Todėl reikalinga tam paruošta gastroenterologijos slaugytoja, į kurią galėtų kreiptis pacientai visais rūpimais, su gydymu susijusiais klausimais ir kuri galėtų jiems skirti pakankamai laiko, dėmesio ir suteiktų reikiamas žinias [31].

Taip pat svarbu koreguoti gydymo metu atsiradusius simptomus, pvz., nuovargį. Čia irgi galėtų padėti specializuota slaugytoja. Buvo atliktos studijos, kurių metu specialiai paruošta metodika buvo koreguojami silpnumo ir blogo miego simptomai VHC terapijos metu. Studijos įrodė, kad minėtų simptomų monitoriavimas turėjo teigiamą įtaką sėkmingam VHC gydymui [27].

Niujorke buvo atlikta studija, kurios metu buvo stebimos dvi grupės vienodai gydomų VHC sergančių pacientų. Vieną grupę visą gydymo laikotarpį stebėjo gydytojai, kitą – specialiai apmokytos hepatologijos slaugytojos. Studijos metu periodiškai buvo tiriama pacientų GK naudojant klausimyną SF- 36, gydymo nutraukimo dažnis ir gydymo efektyvumas. Slaugytojos prieš pradėdant gydymą apmokė pacientus, išaiškino gydymo šalutinius reiškinius, mokė, kaip juos mažinti. Visą gydymo laikotarpį pacientai ateidavo į paskirtus vizitus pas slaugytojas (kaip ir kitos grupės pacientai pas gydytojus), be to slaugytojos periodiškai skambindavo pacientams ir jie patys galėdavo skambinti arba atvykti pasikonsultuoti, kai tik jiems reikėdavo. Studijų rezultatų duomenimis abiejų grupių pacientų gydymo efektas buvo panašus ( gautas vienodas stabilus virusologinis atsakas), tačiau slaugytojų prižiūrimų pacientų GK buvo aukštesnė beveik visose srityse. Pasak tyrėjų, slaugytojų prižiūrimoje grupėje buvo pasiekta aukštesnė pacientų GK, nes

slaugytojos artimiau bendravo su savo pacientais, dažniau jiems skambindavo telefonu ir patys pacientai aktyviau klausinėdavo slaugytoją [32].

Atliktos studijos parodė, kad VHC sergančių pacientų gydymo efektyvumas bei gyvenimo kokybė priklauso nuo jų paruošimo gydymui (informavimo, apmokymo) ir aktyvios priežiūros viso gydymo metu. Taip pat nurodoma, kad prie to didelę dalimi gali prisidėti specializuotos slaugytojos, apmokydamos pacientus, stebėdamos jų būklę ir jiems patardamos (esant reikalui nukreipdamos pas gydytoją) viso gydymo metu ir taip koreguodamos jų šalutinius gydymo reiškinius bei gerindamos GK [27-33]. Pacientai laimėtų turėdami galimybę kreiptis į slaugytoją, be to tai sumažintų gydymo kaštus ir užtikrintų geresnį gydymo atsipirkimą [32].

Lietuvoje buvo atlikta eilė tyrimų, įvertinančių įvairiomis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę. Naudojant klausimyną SF- 36 įvertinta įvairiomis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybė, bei palyginta su sveikų žmonių (arba kontrolinės grupės) gyvenimo kokybe. Sergančiųjų išsėtine skleroze, reumatinėmis ligomis, kepenų ciroze gyvenimo kokybė žymiai žemesnė už populiacijos ( kontrolinių grupių) gyvenimo kokybę [15, 34, 35]. Taip pat buvo tirta įvairiomis ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybės priklausomybė nuo demografinių veiksnių. Cukriniu diabetu sergančių pacientų gyvenimo kokybė priklausė nuo socialinių veiksnių: vyrų gyvenimo kokybė buvo aukštesnė už moterų, jaunesnių pacientų - geresnė nei vyresnių, o geresnis išsilavinimas ir geresnė socialinė padėtis turėjo teigiamos įtakos gyvenimo kokybei [16]. Kepenų ciroze sergančių pacientų gyvenimo kokybė buvo žemesnė už kontrolinės grupės gyvenimo kokybę, tačiau nepriklausė nuo demografinių veiksnių (skirtingai nuo kontrolinės grupės): vyrų gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo moterų, ligonių amžius neturėjo įtakos gyvenimo kokybei [35].

Nors pasaulyje yra atlikta daug tyrimų, įvertinančių virusiniu hepatitu C sergančiųjų gyvenimo kokybę, tačiau literatūros šaltiniuose nerasta Lietuvoje atliktų darbų, tiriančių šių pacientų gyvenimo kokybę bei jos priklausomybę nuo įvairių veiksnių. Nerasta ir tyrimų, įvertinančių lėtiniu virusiniu hepatitu C sergančiųjų žinių apie šią ligą lygį, bei šių žinių įtaką jų gyvenimo kokybei, nerasta slaugytojos vaidmens įvertinimo, gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę.

## 7. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

**Tyrimo objektas** - pacientai, sergantys lėtiniu virusiniu C hepatitu, jų žinios apie ligą ir jos gydymą, jų gyvenimo kokybė priešvirusinio gydymo metu ir slaugytojų vaidmuo gerinant šių pacientų gyvenimo kokybę.

### **Tyrimo imtis**

Darbas vyko nuo 2007 metų lapkričio mėn. iki 2009 metų gegužės mėn. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute.

Tyrimas atliktas 2008 metų birželio - 2009 metų kovo mėnesiais VUL Santariškių klinikų Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centre.

Tirti 52 pacientai, kurie buvo gydomi ir sekami šiame centre, jų priešvirusinio gydymo laikotarpiu, iš jų 27 (52 proc.) vyrai ir 25 (48 proc.) moterys. Tiriamųjų amžius buvo nuo 19 iki 73 metų, amžiaus vidurkis -  $46,5 \pm 10,5$  metai.

### **Tyrimo metodika**

1. Tiriamų pacientų atrankai *panaudotas medicininių dokumentų analizės metodas*. Atrinkti VHC sergantys pacientai, kuriems tuo metu buvo taikomas priešvirusinis gydymas.

2. *Anketinis tyrimo metodas* pasirinktas, kadangi turi privalumų, reikalingų statistinio pobūdžio moksliniams darbams:

- Per trumpą laiko tarpą galima apklausti daug žmonių;
- Lengva užtikrinti anketų anonimiškumą;
- Duomenų apdorojimui galima pasitelkti informacines sistemas.

a) Pacientų žinių apie ligą ir specifinį gydymą įvertinimui, bei jiems pasireiškusių šalutinių gydymo reiškinių nustatymui buvo sukurta *pacientų apklausos anketa* (žr. 1 priedą).

Anketa sukurta, remiantis patirtimi ir literatūros analize, ją sudaro 20 klausimų (4 iš jų - išplėstiniai). Anketoje pateikti 4 demografiniai klausimai, 8 klausimai skirti išsiaiškinti pacientų žinias apie jų ligą ir gydymą, 2 klausimai - išsiaiškinti pacientų vaistų vartojimo

įgūdžius, 3 klausimai – pasireiškusių gydymo šalutinių reiškinių nustatymui, 3 klausimai skirti išsiaiškinti žinių apie ligą šaltinius ir slaugytojos vaidmenį, teikiant šias žinias.

Pacientams buvo išdalintos 55 anketos, tačiau 3 pacientai atsisakė dalyvauti apklausoje (sakė, kad nesupranta lietuviškai).

**b)** Pacientų gyvenimo kokybę vertinta naudojant *SF-36* (*angl. Medical Outcomes Study Short Form-36*) klausimyną, validizuotą Lietuvoje (žr. 2 priedą).

Klausimyną sudaro 36 klausimai, kuriais vertinamos aštuonios sritys: 1) fizinė veikla (sugebėjimas atlikti kasdieninę fizinę veiklą); 2) aktyvumo apribojimas dėl fizinės sveikatos problemų; 3) skausmas (intensyvumas, įtaka kasdieninei veiklai); 4) bendras sveikatos vertinimas; 5) gyvybingumas (energijos, nuovargio lygis); 6) socialinė veikla (atskleidžia, kaip sveikatos problemos įtakoja bendravimą su artimaisiais ir draugais); 7) veiklos apribojimas dėl psichologinių problemų; 8) psichologinė būklė (nerimas, depresija).

Atsakymai į klausimus (naudojant skaičiavimo algoritmą) vertinami balais nuo 0 iki 100. Visi klausimai sugrupuojami į aštuonias sritis ir suskaičiuojamas kiekvienos srities atsakymų balų vidurkis. Kuo didesnis balų skaičius, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Aštuonios vertintos sritys jungiamos į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę, kurias nusako fizinis ir psichinis gyvenimo kokybės komponentai. Fizinės sveikatos vertinimui skirtos fizinės veiklos, aktyvumo apribojimo dėl fizinės sveikatos problemų, skausmo ir bendros sveikatos vertinimo sritys, o psichinės sveikatos vertinimui – gyvybingumo, socialinės veiklos, veiklos apribojimo dėl psichologinių problemų ir psichologinės būklės sritys. Fizinio ir psichinio gyvenimo kokybės komponentų vidurkis apibrėžia bendrą gyvenimo kokybę.

**3.** *Statistinė duomenų analizė* atlikta naudojant „Microsoft Office Excel 2003“ ir SPSS 15,0 for Windows versijos statistinę programą.

Apskaičiuota: aritmetinis vidurkis, paklaida, imties standartinis nuokrypis.

Dviejų grupių vidurkiams palyginti buvo taikomas Manno-Whitney testas, o trijų ir daugiau grupių – Chi-kvadrato testas. Koreliacija tarp tiriamų rodiklių buvo vertinama Pearsono koreliacijos koeficientu. Duomenys buvo laikomi statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėmis ir diagramomis. Pateikiant rezultatus, nurodytas vidurkis plus/minus standartinis nuokrypis ( $\pm SN$ ).

## 4. TYRIMO REZULTATAI

### 4.1. Bendroji tiriamųjų charakteristika

Tyrime dalyvavo 52 respondentai, sergantys virusiniu hepatitu C ir besigydančios VUL Santariškių klinikų "Hepatologijos ir gastroenterologijos centre", iš jų 27 (52 proc.) vyrai ir 25 (48 proc.) moterys. Tiriamųjų amžius buvo nuo 19 iki 73 metų, amžiaus vidurkis -  $46,5 \pm 10,5$  metai.

Respondentų išsilavinimas įvairus, daugiausiai turėjo aukštąjį išsilavinimą - 21 (40,4 proc.). Vienas respondentas savo išsilavinimo nenurodė. Laikotarpis nuo virusinio hepatito C diagnozės nustatymo buvo vidutiniškai -  $23,2 \pm 18,2$  mėn. Tiriamųjų pacientų bendra charakteristika pateikta 1 lentelėje.

1 lentelė. Tiriamųjų pacientų bendra charakteristika

Demografiniai duomenys	Visi tiriamieji	Vyrai	Moterys	P lygmuo
Tiriamųjų skaičius	52 (100%)	27 (52%)	25 (48%)	>0.05
Amžius metais (vidurkis $\pm$ SN)	$46,5 \pm 10,5$	$44,8 \pm 10$	$48,4 \pm 10,8$	>0.05
Laikotarpis nuo diagnozės nustatymo mėnesiais (vidurkis $\pm$ SN)	$23,2 \pm 18$	$24,5 \pm 16$	$22,6 \pm 20$	>0.05
Aukštasis išsilavinimas	21 (40,4%)	11 (21,1%)	10 (19,2%)	>0.05
Aukštesnysis išsilavinimas	7 (13,5%)	3 (5,7%)	4 (7,7%)	>0.05
Spec. vidurinis išsilavinimas	8 (15,4%)	3 (5,7%)	5 (9,6%)	>0.05
Vidurinis išsilavinimas	15 (28,8%)	9 (17,3%)	6 (11,5%)	>0.05

Statistiškai patikimo skirtumo tarp vyrų ir moterų amžiaus, jų amžiaus bei išsilavinimo nebuvo ( $p > 0,05$ ).

Tiriant respondentų pasiskirstymą pagal amžių, jie buvo sugrupuoti į 5 grupes: iki 30 metų, 30-39 metai, 40-49 metai, 50-59 ir virš 60 metų. Daugiausiai tiriamųjų buvo amžiaus grupėse nuo 40-49 metų ir 50-59 metų – po 14 (26,9 proc.) respondentų (2 lentelė).

**2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių**

<b>Amžius</b>	<b>Visi tiriamieji</b> N=52	<b>Vyrai</b> N=27	<b>Moterys</b> N=25	<b>P lygmuo</b>
Iki 30 metų	5 (9,6%)	3 (5,7%)	2 (3,8%)	>0.05
30-39 metai	11 (21,1%)	6(11,5%)	5 (9,6%)	>0.05
40-49 metai	14 (26,9%)	7 (13,5%	7 (13,5%	>0.05
50-59 metai	14 (26,9%)	8 (12,9%)	6 (11,5%)	>0.05
Virš 60 metų	8 (12,9%)	3 (5,7%)	5 (9,6%)	>0.05

Statistiškai patikimo skirtumo tarp vyrų ir moterų amžiaus grupėse nebuvo ( $p>0,05$ ).

#### **4.2. Gyvenimo kokybės vertinimas**

Tyrimo duomenimis visų recipientų bendros gyvenimo kokybės, nustatytos iš SF -36 klausimyno atsakymų, vidurkis yra  $47\pm 17$  balų, vidutinis fizinis gyvenimo kokybės komponentas -  $48,2\pm 18$  balų, o psichinis gyvenimo kokybės komponentas  $46\pm 17$  balų.

Vyrai daugumą gyvenimo kokybės sričių vertino mažesniais balais, nei moterys. Žemiausiai vyrai vertino šias gyvenimo kokybės sritis: „aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų“ – 25,9 balo (moterys- 37 balai), „veiklos apribojimą dėl psichologinių problemų“ - 29,6 balo ( moterys- 31,9 balo). Daugiausiai balų vyrai vertino „fizinę veiklą“- 62,4 balo (moterys – 64 balo). Tris gyvenimo kokybės sritis vyrai vertino daugiau balų, nei moterys: „skausmą“ – 59,1 balo (moterys- 56,9 balo), „bendrą sveikatos vertinimą“- 41 bala (moterys- 40,7 bala), „ psichologinę būklę“- 51,6 bala (moterys- 50,4 bala).

Gyvenimo kokybės vertinimas pagal atskiras gyvenimo sritis ir priklausomybę nuo lyties pateikta 3 lentelėje.



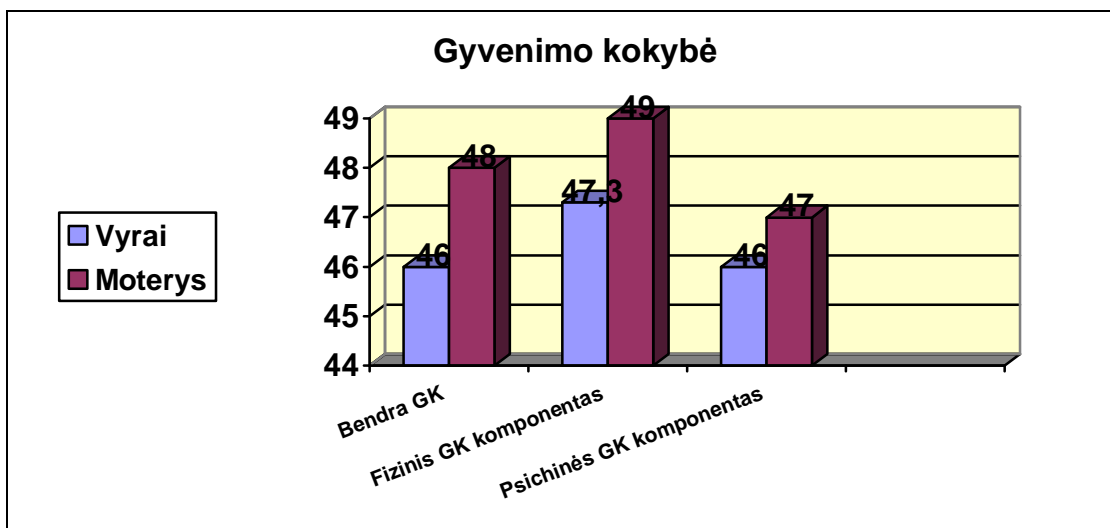
**3 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į lytį**

<b>SF- 36 Gyvenimo kokybės sritis</b>	<b>Visų tiriamųjų N=52</b>	<b>Vyrų N=27</b>	<b>Moterų N=25</b>	<b>P lygmuo</b>
Fizinė veikla	63±21	62,4±19	64±22	>0.05
Aktyvumo apribojimas dėl fizinių problemų	31±12	25,9±12	37±12	0,0042*
Skausmas	58±22	59,1±20	56,9±23	>0.05
Bendras sveikatos vertinimas	40,9±12	41±11	40,7±13	>0.05
Gyvybingumas	45±13	44,2±12	46,2±14	>0.05
Socialinė veikla	56±12	54,8±12	58,2±13	0,0490*
Veiklos apribojimas dėl psichologinių problemų	30±26	29,6±26	31,9±27	>0.05
Psichologinė būklė	51±11	51,6±9	50,4±13	>0.05
<b>Fizinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	48,2±18	47,3±16	49±19	>0.05
<b>Psichinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	46±17	46±17	47±18	>0.05
<b>Bendra gyvenimo kokybė</b>	47±17	46±16	48±19	>0.05

\*Mann-Whitney neparametrinis testas

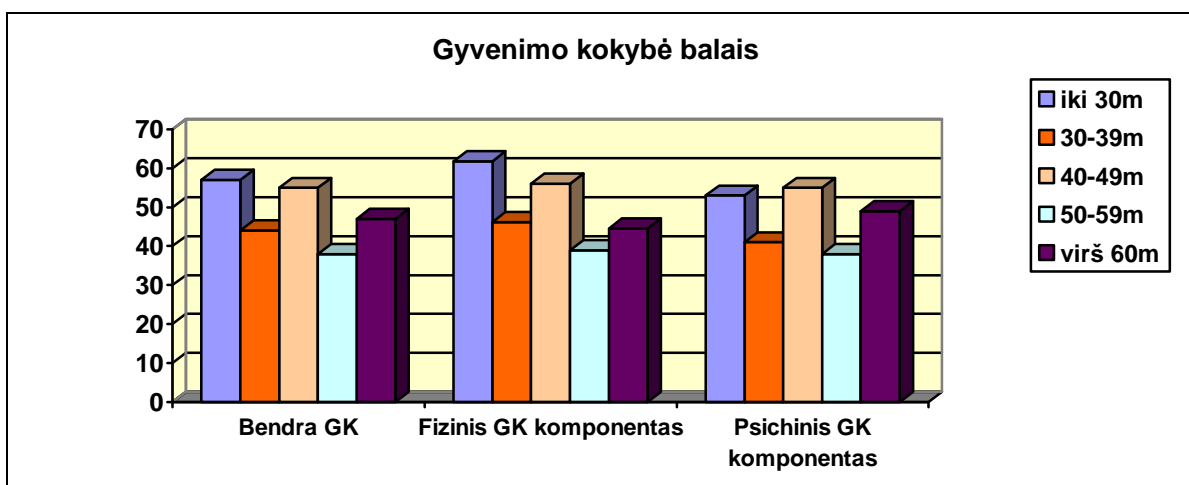
Statistiškai patikimo skirtumo tarp vyrų ir moterų bendros gyvenimo kokybės, fizinio ir psichinio gyvenimo kokybės komponentų nėra ( $p > 0,05$ ). Statistiškai patikimai žemesniais balais vyrai vertino tik aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų ( $p = 0,042$ ) ir socialinę veiklą ( $p = 0,049$ ).

Sugrupavus gyvenimo kokybės sritis į sveikatos kategorijas, gauta, kad vyrų fizinė ir psichinė sveikata žemesnė, nei moterų: vyrų vidutinis fizinis gyvenimo kokybės komponentas - 47, 3 balo, o moterų – 49 balai, vyrų vidutinis psichinis gyvenimo kokybės komponentas – 46 balai, moterų- 47 balai. Bendra vidutinė gyvenimo kokybė vyrų (46 balai) žemesnė nei moterų (48 balai) (2pav).



**2 pav. Pacientų gyvenimo kokybės priklausomybė nuo lyties**

Tiriant respondentų gyvenimo kokybės priklausomybę nuo amžiaus, gauta, kad amžius neturėjo įtakos gyvenimo kokybei. Aukščiausia vidutinė bendra gyvenimo kokybė buvo amžiaus grupėje iki 30 metų - 57 balai, truputį žemesnė buvo amžiaus grupėje 40- 49 metų - 55 balai. Aukščiausias vidutinis fizinis gyvenimo kokybės komponentas buvo pacientams iki 30 metų- 61,8 balo, o antroje vietoje buvo pacientams amžiaus grupėje 40-49 metų – 56,1 balo. Aukščiausias psichinis gyvenimo kokybės komponentas buvo pacientams amžiaus grupėje 40- 49 metų – 55 balai , o antroje vietoje tiriamiesiems iki 30 metų - 53 balai. Žemiausi visi gyvenimo kokybės rodikliai buvo tiriamųjų amžiaus grupėje 50-59 metai (3 pav.).



**3 pav. Pacientų gyvenimo kokybės priklausomybė nuo amžiaus**

Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo išsilavinimo pateikta 4 lentelėje.

**4 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į išsilavinimą**

<b>Gyvenimo kokybės sritis</b>	<b>Vidurinis N=15</b>	<b>Spec.vidurinis N=8</b>	<b>Aukštesnysis N=7</b>	<b>Aukštasis N=21</b>	<b>p lygmuo</b>
Fizinė veikla	63,3±24	60±15	56,4±15	68,3±22	>0.05
Aktyvumo apribojimas dėl fizinių problemų	41,6±24	21,8±12	14,3±20	34,5±30	>0.05
Skausmas	56,5±20	63,8±12	49,6±21	61±22	>0.05
Bendras sveikatos vertinimas	37±12	46,1±14	37,8±11	42,8±11	>0.05
Gyvybingumas	46,6±12	38,7±11	37,8±11	49,5±12	>0.05
Socialinė veikla	59,4±15	62,7±15	37,7±17	59,2±24	>0.05
Veiklos apribojimas dėl psichologinių problemų	24,3±18	29,1±15	14,1±16	42,9±26	>0.05
Psichologinė būklė	50,4±8	51±11	41,1±10	54,8±12	>0.05
<b>Fizinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	49,9±20	47±14	39,7±8	51,5±19	>0.05
<b>Psichinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	46±14	46,5±15	33±12	52±23	>0.05
<b>Bendra gyvenimo kokybė</b>	48±16	47±12	36±9	52±21	>0.05

Statistiškai patikimo skirtumo tarp pacientų su skirtingu išsilavinimu gyvenimo kokybės negauta ( $p>0,05$ ). Aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai daugumą gyvenimo kokybės sričių vertino aukštesniais balais, tačiau kai kurias gyvenimo sritis jie vertino ženkliai žemesniais balais: „aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų“ - 34,5 balo, o vidurinį išsilavinimą turintys - 41,6 balo.

### 4.3. Pacientų žinių apie ligą ir jos gydymą tyrimas

Tyrimo duomenimis dauguma pacientų (85 proc.), sužinoję apie savo ligą, pakeitė gyvenimo būdą. Dauguma (60 proc.) tiriamųjų pakeitė mitybą. Vyrų dauguma atsisakė žalingų įpročių (70 proc.) ir pakeitė mitybą (67 proc.), moterų dauguma pakeitė mitybą (52 proc.). 8 (15 proc.) pacientai nepakeitė gyvenimo būdo (5 lentelė).

**5 lentelė. Gyvenimo būdo pasikeitimas diagnozavus virusinį hepatitą C**

<b>Gyvenimo būdo pakeitimas</b>	<b>Visi tiriamieji (%) N=52</b>	<b>Vyrai (%) N=27</b>	<b>Moterys (%) N=25</b>	<b>P lygmuo</b>
<b>Pakeitė mitybą</b>	31(60%)	18 (67%)	13( 52%)	>0.05
<b>Atsisakė žalingų įpročių</b>	27 (52%)	19 (70%)	8 (32%)	0,0154*
<b>Daugiau laiko skiria poilsiui</b>	25 (48%)	13 (48%)	12 (48%)	>0.05
<b>Nepakeitė gyvenimo būdo</b>	8 (15%)	6 (24%)	2 (7%)	0,0384*

\*Mann-Whitney neparametrinis testas

Gauti statistiškai patikimi skirtumai tarp vyrų ir moterų, atsisakiusių žalingų įpročių ( $p=0,0154$ ) ir tarp vyrų ir moterų, nepakeitusių gyvenimo būdo ( $p=0,0384$ ).

Pagal tai, kaip pacientai pakeitė gyvenimo būdą, buvo suskirstyti į 3 grupes: I grupė- nepakeitė gyvenimo būdo; II grupė – iš dalies pakeitė gyvenimo būdą, III grupė – pakeitė gyvenimo būdą. Buvo lyginamos gyvenimo kokybės sritys atskirose grupėse. Visose gyvenimo kokybės srityse aukštesni balų vidurkiai grupėse, kuriose pacientai pakeitė gyvenimo būdą. Bendros gyvenimo kokybės vidurkis nepakeitusių gyvenimo būdą - 40,1 balo, dalinai pakeitusių - 44,2 balo, o pakeitusių gyvenimo būdą – 51 balas.

Pakeitė gyvenimo būdą pacientai statistiškai patikimai daugiau balų vertino aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų( $p= 0,0001$ ), skausmą( $p=0,0107$ ), gyvybingumą- ( $p= 0,0006$ ), veiklos apribojimą dėl psichologinių problemų ( $p= 0,0001$ ). Kitų gyvenimo kokybės sričių vertinimo skirtumai nebuvo statistiškai patikimi ( $p>0.05$ ).

6 lentelėje pateikta, kaip gyvenimo kokybės vertinimas priklausė nuo pacientų gyvenimo būdo pakeitimo.

**6 lentelė. Gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į gyvenimo būdą**

<b>Gyvenimo kokybės sritys</b>	<b>Nepakeitė gyvenimo būdo N=8</b>	<b>Iš dalies pakeitė gyvenimo būdą N=14</b>	<b>Pakeitė gyvenimo būdą N=30</b>	<b>P lygmuo</b>
Fizinė veikla	51,2±18	57,3±22	69,20±20	>0.05
Aktyvumo apribojimas dėl fizinių problemų	25,2±12	29,1±13	34,10±13	0,0001*
Skausmas	50,4±9	52,7±9	62,62±11	0,0107*
Bendras sveikatos vertinimas	36,5±10	41,9±9	42,0±11	>0.05
Gyvybingumas	39,3±6	43,9±10	49,3±12	0,0006*
Socialinė veikla	52,1±20	54,7±21	56,6±21	>0.05
Veiklos apribojimas dėl psichologinių problemų	16,6±14	26,4±14	37,2±13	0,0001*
Psichologinė būklė	46,5±12	47,3±10	53,8±10	>0.05
<b>Fizinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	41,1±14	45,2±19	51,7±18	>0.05
<b>Psichinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	39,2±15	43,1±15	50±19	>0.05
<b>Bendra gyvenimo kokybė</b>	40,1±14	44,2±17	51±18	>0.05

\* Chi-kvadrato testu atlikti gyvenimo kokybės sričių skirtumai tarp grupių, skirtingai pakeitusių gyvenimo būdą, statistiškai patikimi (kai  $p < 0,05$ )

Dauguma tiriamųjų (58 proc.) santykių su artimaisiais nepakeitė, nedidelė dalis (7,7 proc.) bendraudami imasi papildomų saugumo priemonių. 19 proc. apklaustųjų atsisakė intymių santykių, bijodami užkrėsti partnerį ir 21 proc. vengia bendrauti su artimaisiais, bijodami užkrėsti buitiniu keliu (7 lentelė).

**7 lentelė. Santykių su artimaisiais pokyčiai, diagnozavus virusinį hepatitą C**

<b>Santykių pokyčiai</b>	<b>Visi tiriamieji N=52</b>	<b>Vyrai N=27</b>	<b>Moterys N=25</b>	<b>P lygmuo</b>
<b>Atsisakė intymių santykių, bijodami užkrėsti partnerį</b>	10 (19 %)	6 (22%)	4 (16%)	>0.05
<b>Vengia bendrauti su artimaisiais, bijodami užkrėsti buitiniu keliu</b>	11(21 %)	6 (22%)	5 (20%)	>0.05
<b>Nevengia bendrauti su artimaisiais tik imasi papildomų saugumo priemonių</b>	4 (7,7 %)	2 (7,4%)	2(8%)	>0.05
<b>Santykiai su artimaisiais nepasikeitė</b>	30 (58 %)	14 (52%)	16(64%)	>0.05

Statistiškai patikimų skirtumų tarp vyrų ir moterų visose santykių grupėse nebuvo ( $p > 0,05$ ).

Atsižvelgiant į tai, kaip bendrauja su artimaisiais, respondentai suskirstyti į dvi grupes:

I grupė- nevengia bendrauti su artimaisiais ( neatsisakė intymių santykių, nevengia bendrauti bijodami užkrėsti juos buitiniu keliu) ;

II grupė- vengia bendrauti su artimaisiais ( atsisakė intymių santykių, vengia bendrauti, bijodami užkrėsti buitiniu keliu).

Palyginus gyvenimo kokybę atskirose grupėse gauta, kad visose gyvenimo kokybės srityse aukštesni balų vidurkiai buvo grupėje, kurios pacientai nevengia bendrauti su artimaisiais. Bendros gyvenimo kokybės vidurkis nevengiančių bendrauti su artimaisiais - 51 balas, vengiančių bendrauti- 40 balų.

Nevengiantys bendrauti su artimaisiais statistiškai patikimai daugiau balų vertino „aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų“ ( $p = 0,0001$ ), „skausmą“ ( $p = 0,0210$ ), socialinę

veiklą (p- 0,0059), „veiklos apribojimą dėl psichologinių problemų“ (p- 0,0001). Kitų gyvenimo kokybės sričių vertinimo skirtumai nebuvo statistiškai patikimi (p>0.05).

8 lentelėje pateikta, kaip gyvenimo kokybės vertinimas priklauso nuo pacientų santykių su artimaisiais.

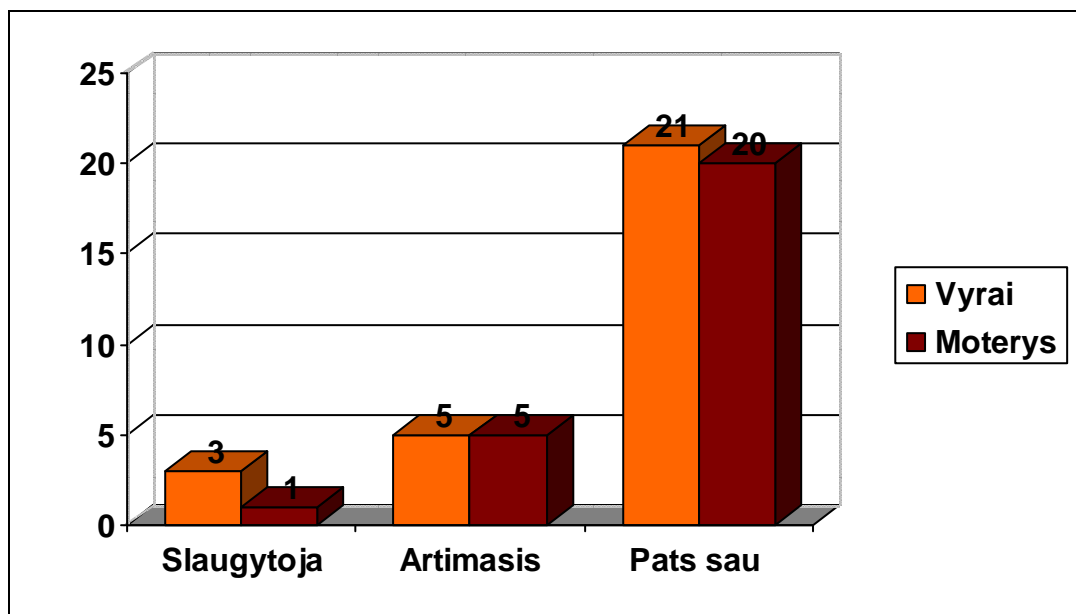
**8 lentelė. Gyvenimo kokybės priklausymas nuo santykių su artimaisiais**

<b>Gyvenimo kokybės sritys</b>	<b>Nevengia bendrauti su artimaisiais N=34</b>	<b>Vengia bendrauti su artimaisiais N=18</b>	<b>P lygmuo</b>
Fizinė veikla	66,9±22	56,1±15	>0.05
Aktyvumo apribojimas dėl fizinių problemų	36,7±13	20,8±15	0,0001*
Skausmas	62,9±21	48,9±16	0,0210*
Bendras sveikatos vertinimas	41,6±14	39,3±8	>0.05
Gyvybingumas	46,5±13	45,4±10	>0.05
Socialinė veikla	62,3±19	45,4±17	0,0059*
Veiklos apribojimas dėl psichologinių problemų	40,1±14	12,8±14	0,0001*
Psichologinė būklė	53,1±10	47,1±10	>0.05
<b>Fizinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	51,6±19	41,6±12	>0.05
<b>Psichinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	51±19	38±12	>0.05
<b>Bendra gyvenimo kokybė</b>	51±19	40±12	>0.05

\* Chi-kvadrato testu atlikti gyvenimo kokybės sričių skirtumai tarp grupių, skirtingai bendravusių su artimaisiais, statistiškai patikimi (kai p<0,05)

Į anketos klausimą „Ar Jūs informuotas apie Jūsų VHC gydymą, vaistus“ teigiamai atsakė 48 (92,3 proc.) apklaustieji. „Iš dalies“ pažymėjo 4 (7,7 proc.). Neinformuotų pacientų nebuvo.

Apklaustos duomenimis 41 (79 proc.) pacientas švirkščiasi vaistus pats sau, trims (11proc.) vyrams ir vienai (4 proc.) moteriai vaistus švirkščia slaugytoja, 5 (19 proc.) vyrams ir 5 (20 proc.) moterims vaistus švirkščia artimieji (4 pav.) .



4 pav. Kaip tiriamieji švirkščiasi priešvirusinius vaistus.

Apklaustųjų atsakymų duomenimis didžioji dauguma žino, kaip teisingai pasiruošti vaistų švirkštimui ir kaip teisingai juos sušvirkšti. 2 (3,8 proc.) apklaustieji nežino, kaip paruošti rankas prieš švirkščiant vaistus, 2 (3,8 proc.) nežino, kaip teisingai sušvirkšti vaistus ir 2 (3,8 proc.) nežino, kaip teisingai laikyti ir transportuoti vaistus (9 lentelė).

9 lentelė. Tiriamųjų žinios apie vaistų laikymą ir sušvirkštimą

Procedūra	Žino	Nežino	Nelabai žino	P lygmuo
Kaip paruošti rankas prieš leidžiant vaistus	46(88%)	2 (3,8%)	4 (7,7%)	<0,0001*
Kaip tinkamai parinkti injekcijos vietą	50 (96%)	0	2 (3,8%)	<0,0001*
Kaip teisingai sušvirkšti vaistus	47 (90%)	2 (3,8%)	3 (5,8%)	<0,0001*
Kaip teisingai laikyti bei transportuoti vaistus	49 (94%)	2 (3,8%)	1(1,9%)	<0,0001*



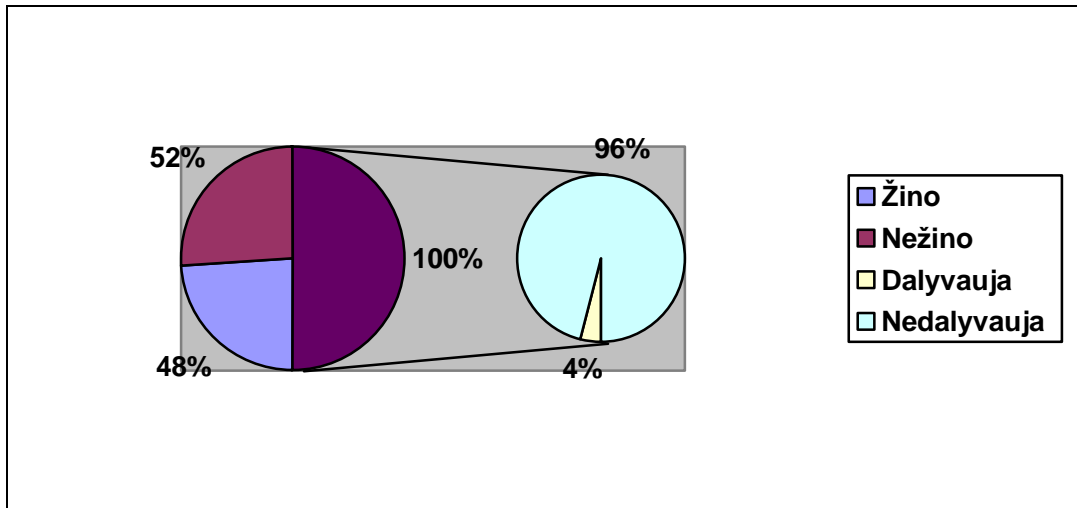
Gauti statistiškai patiki skirtumai tarp grupių, žinančių kaip teisingai pasiruošti vaistų švirkštimui ir kaip teisingai juos sušvirkšti ir nežinančių ( $p < 0,001$ ).

Į klausimus, prašančius nurodyti priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius ir jų mažinimo būdus atsakė ne visi apklaustieji. Visai nenurodė šalutinių reiškinių - 7 (13 proc.) apklaustieji, o visai nenurodė šalutinių reiškinių mažinimo būdų – 20 (38 proc.) apklaustųjų. Trečdalis pacientų nurodė tik nedidelę dalį priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių ir jų mažinimo būdų. Daugumą šalutinių reiškinių žino 25 (48 proc.) apklaustieji, o daugumą šalutinių reiškinių mažinimo būdų – 15 (29 proc.) apklaustųjų (10 lentelė).

**10 lentelė. Pacientų žinios apie priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius ir jų mažinimo būdus**

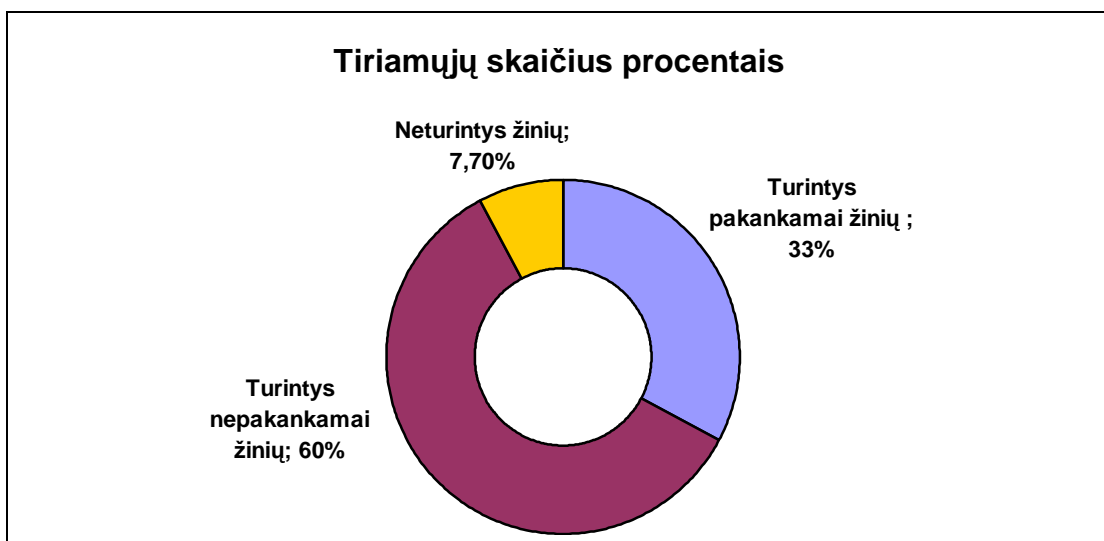
<b>Žinios</b>	<b>Žinomi priešvirusinio gydymo šalutiniai reiškiniai</b>	<b>Žinomi priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdai</b>
Nieko nežino	7 (13%)	20 (38%)
Nedidelę dalį žino	20(38%)	17 (33%)
Daugumą žino	25(48%)	15(29%)

Kaip pacientai žino, kad yra sukurta kepenų ligomis sergančiųjų asociacija ir kaip dalyvauja jos veikloje pateikta 5pav.



**5pav. Pacientų žinios apie kepenų ligomis sergančiųjų asociaciją ir dalyvavimas jos veikloje**

Išanalizavus anketų atsakymus, visi respondentai pagal žinių lygį apie hepatitą C ir jo gydymą buvo suskirstyti į tris grupes: turintys pakankamai žinių, turintys nepakankamai žinių ir neturintys žinių. Buvo 17 (33 proc.) tiriamųjų, kurių žinios apie jų ligą ir gydymą buvo pakankamos, 31(60 proc.) - žinios nepakankamos ir 4 (7,7 proc.) pacientai neturėjo žinių(6 pav.)



**6 pav. Tiriamųjų žinių apie virusinį hepatitą C ir jo gydymą lygis**

Buvo palyginta skirtingas žinias apie ligą ir jos gydymą turinčių grupių gyvenimo kokybė. Tyrimo duomenimis statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) beveik visas gyvenimo kokybės sritis didesniais balais vertino apklaustieji, turintys pakankamai žinių apie ligą ir gydymą. Statistiškai patikimų skirtumų negauta tik vertinant „bendrą sveikatą“ ir „psichologinę būklę“ ( $p > 0,05$ ). Gauti statistiškai patikimi skirtumai tarp skirtingas žinias turinčių pacientų bendros gyvenimo kokybės ( $p = 0,0025$ ), fizinio gyvenimo kokybės komponento ( $p = 0,0188$ ) ir psichinio gyvenimo kokybės komponento ( $p = 0,0049$ ) įvertinimų (11 lentelė).

**11 lentelė. Tiriamųjų gyvenimo kokybės priklausymas nuo jų žinių apie ligą**

<b>Gyvenimo kokybės sritys</b>	<b>Neturintys žinių N=4</b>	<b>Turintys nepakankamai žinių N=31</b>	<b>Turintys pakankamai žinių N=17</b>	<b>P lygmuo</b>
Fizinė veikla	47,5±14	57,7±17	76,7±16	0,0028*
Aktyvumo apribojimas dėl fizinių problemų	12,5±12	18,5±15	58±20	0,0001*
Skausmas	24,3±4	55±15	71,2±16	0,0107*
Bendras sveikatos vertinimas	38±3	38±12	46,9±11	0,0564
Gyvybingumas	35±7	42,7±11	52±13	0,0049*
Socialinė veikla	31,5±6	51,9±14	70,7±14	0,0181*
Veiklos apribojimas dėl psichologinių problemų	8,25±12	13,9±16	66,6±20	0,0001*
Psichologinė būklė	39±7	46,9±9	61±8	0,1460
<b>Fizinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	31±9	42,2±14	63,1±13	0,0188*
<b>Psichinis gyvenimo kokybės komponentas</b>	29±5	39±11	64±15	0,0049*
<b>Bendra gyvenimo kokybė</b>	30±7	41±12	63±14	0,0025*

\* Chi-kvadrato testu atlikti gyvenimo kokybės sričių skirtumai tarp grupių, turinčių skirtingas žinias apie ligą, statistiškai patikimi (kai  $p < 0,05$ )

#### 4.4. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių įtaka gyvenimo kokybei

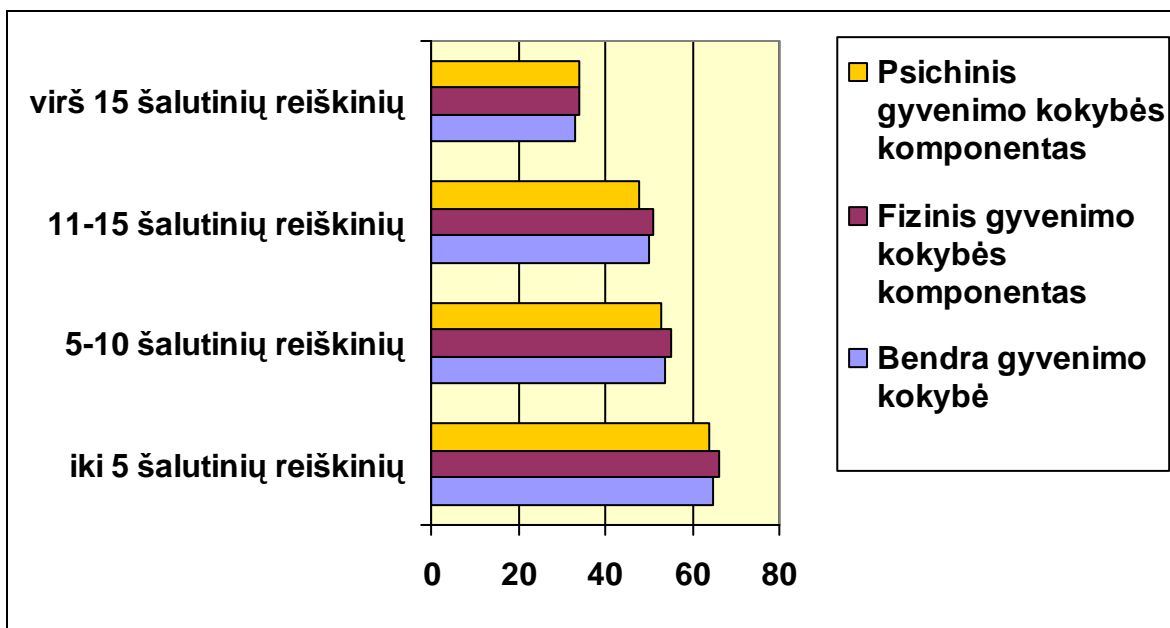
Tyrimo duomenimis visi pacientai gydymo metu jautė šalutinius gydymo reiškinius. Daugiausiai pasireiškę šalutiniai reiškiniai pateikti 12 lentelėje.

**12 lentelė. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių dažnis**

Šalutiniai gydymo reiškiniai	Pacientų skaičius N=52
Karščiavimas	22 (42%)
Šaltkrėtis	21 (40%)
Galvos skausmas	19 (37%)
Raumenų skausmas	20 (38%)
Nuotaikos svyravimai	23 (44%)
Nuovargis	18 (34%)
Svorio mažėjimas	16 (30,7%)
Apetito praradimas	15 (29%)
Plaukų slinkimas	13 (25%)
Anemija	12 (23%)
Miego sutrikimai	11 (21%)
Odos išsausėjimas	11 (21%)

Gydymo šalutiniai reiškiniai pasireiškė apklaustiesiems nevienodai. Pagal pasireiškusių gydymo šalutinių reiškinių skaičių pacientai buvo suskirstyti į 4 grupes: iki 5 šalutinių reiškinių pasireiškė 2 (3,8 proc.) pacientams, 5-10 pasireiškė 18 (34 proc.) pacientų, 11-15 – 20 (38 proc.) pacientų ir virš 15 šalutinių reiškinių- 12 (23 proc.) pacientų.

Tyrimo duomenimis pacientų gyvenimo kokybė priklauso nuo pasireiškusių šalutinių reiškinių skaičiaus. Didėjant gydymo šalutinių reiškinių skaičiui gyvenimo kokybė mažėja (7 pav.).



**7 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo gydymo šalutinių reiškinių skaičiaus**

Taikant koreliacinę analizę, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas atvirkščiai koreliuojantis ryšys tarp gydymo šalutinių reiškinių skaičiaus ir bendros gyvenimo kokybės (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,3360$ ;  $p = 0,0149$ ), fizinio (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,3397$ ;  $p = 0,0137$ ) ir psichinio gyvenimo kokybės (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,3104$ ,  $p = 0,0251$ ) komponentų.

Statistiškai patikima koreliacija gauta tarp šalutinių reiškinių skaičiaus ir daugumos gyvenimo kokybės sričių: „fizinės veiklos“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,4258$ ;  $p = 0,0016$ ); „skausmo“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,3356$ ;  $p = 0,0150$ ); „gyvybingumo“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,3799$ ;  $p = 0,0055$ ); „socialinės veiklos“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,3397$ ;  $p = 0,0137$ ); „psichologinės būklės“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = -0,2901$   $p = 0,0370$ ).

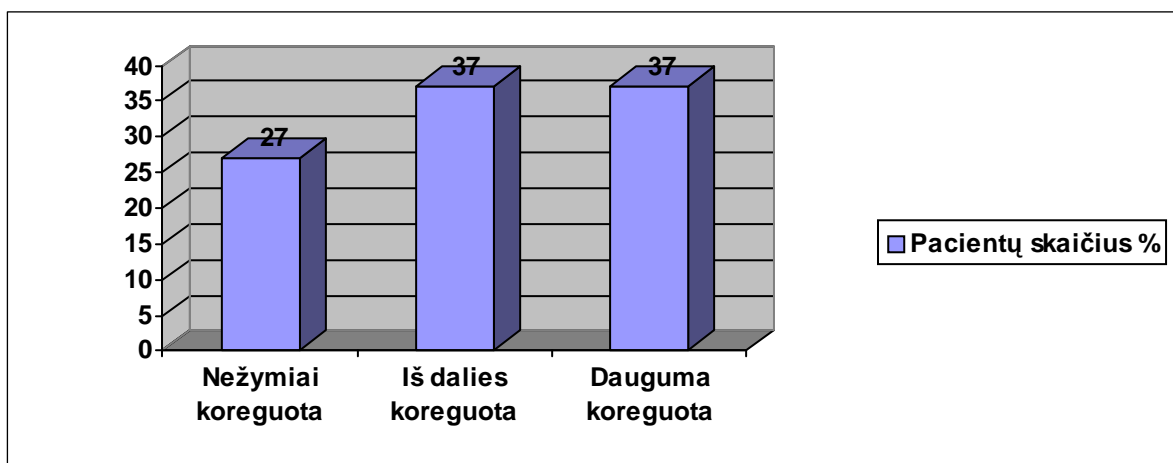
Nebuvo gauta statistiškai patikimos koreliacijos tarp „aktyvumo apribojimo dėl fizinių problemų“ ir gydymo šalutinių reiškinių skaičiaus, tarp „bendro sveikatos vertinimo“ ir gydymo šalutinių reiškinių skaičiaus, tarp „veiklos apribojimo dėl psichologinių problemų ir šalutinių reiškinių skaičiaus ( $p < 0,05$ ).

Respondentai siekdami sumažinti pasireiškusius priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius taikė įvairius būdus. Dažniausiai taikyti gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdai pateikti 13 lentelėje.

**13 lentelė. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdų dažnis**

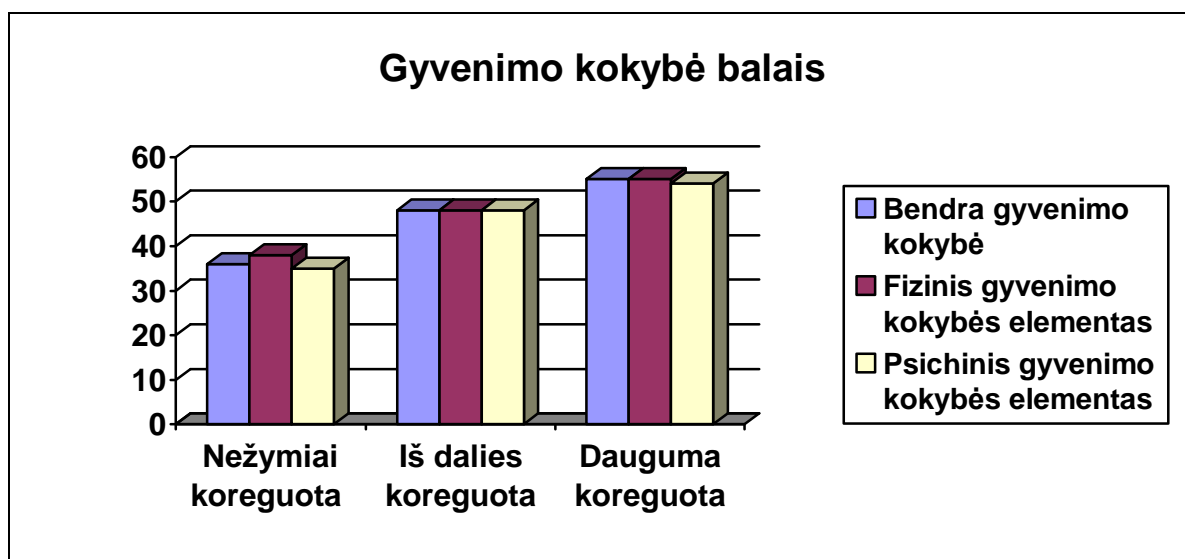
<b>Šalutinių gydymo reiškinių mažinimo būdai</b>	<b>Pacientų skaičius N=52</b>
Reguliarus lankymasis pas gydytoją ir slaugytoją ir jų nurodymų vykdymas	48 (92%)
Žalingų įpročių atsisakymas	39 (75%)
Injekcijos vietos keitimas	38 (73%)
Vartojimas daug skysčių (10 stiklinių/d)	37 (71%)
Temperatūrą mažinančių vaistų gėrimas	33(64%)
Kitų vaistų , vaistažolių vartojimas tik pastarus su gydytoju	31(60%)
Įtampos vengimas	30(58%)
Darbo krūvio mažinimas	30 (58%)
Vaistų švirkštimas prieš miegą	30(58%)
Valgymas dažnai po mažai	28 (54%)

Atsižvelgiant į tai, kaip koregavo pasireiškusius gydymo šalutinius reiškinius, respondentai buvo suskirstyti į tris grupes: pirma grupė- nežymiai koreguoti šalutiniai reiškiniai; antra grupė – iš dalies koreguoti šalutiniai reiškiniai ( daugiau pusės); trečia grupė- dauguma arba beveik visi koreguoti šalutiniai reiškiniai (8 pav.).



8 pav. Priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių koregavimas

Tyrimo duomenimis pacientų gyvenimo kokybė priklauso nuo gydymo šalutinių reiškinių koregavimo lygio. Kuo daugiau koreguota šalutinių reiškinių, tuo aukštesnė gyvenimo kokybė (9 pav.).



9 pav. Gyvenimo kokybės priklausomybė nuo gydymo šalutinių reiškinių koregavimo lygio

Taikant koreliacinę analizę, buvo nustatyta statistiškai reikšmingas ryšys tarp gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdų skaičiaus ir bendros gyvenimo kokybės (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,3334$ ;  $p = 0,0157$ ), fizinio (Pearsono koreliacijos koeficientas

$c = 0,3249$ ;  $p = 0,0188$ ) ir psichinio gyvenimo kokybės (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,3265$ ,  $p = 0,0182$ ) komponentų.

Statistiškai patikima koreliacija gauta tarp šalutinių reiškinių mažinimo būdų skaičiaus ir daugumos gyvenimo kokybės sričių: „aktyvumo apribojimo dėl fizinių problemų“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,0396$ ;  $p = 0,0036$ ); „bendro sveikatos vertinimo“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,2587$   $p = 0,0498$ ); „gyvybingumo“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,3705$ ;  $p = 0,0085$ ); „socialinės veiklos“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,3222$ ;  $p = 0,0198$ ); „veiklos apribojimo dėl psichologinių problemų“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,2719$   $p = 0,0488$ ); „psichologinės būklės“ (Pearsono koreliacijos koeficientas  $c = 0,2766$   $p = 0,0472$ ). Negauta statistikai patikima koreliacija tarp „fizinės veiklos“ ir gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdų skaičiaus ir tarp „skausmo“ ir gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdų skaičiaus ( $p < 0,05$ ).

Atsižvelgiant į tai, kokias žinias turėjo apie savo ligą ir jos gydymą ir kaip koregavo gydymo šalutinius reiškinius tiriamieji buvo suskirstyti į 5 grupes ir palyginta jų gyvenimo kokybė (10 pav):

I grupė ( 4 pacientai) - neturėjo žinių ir nežymiai koregavo šalutinius gydymo reiškinius;

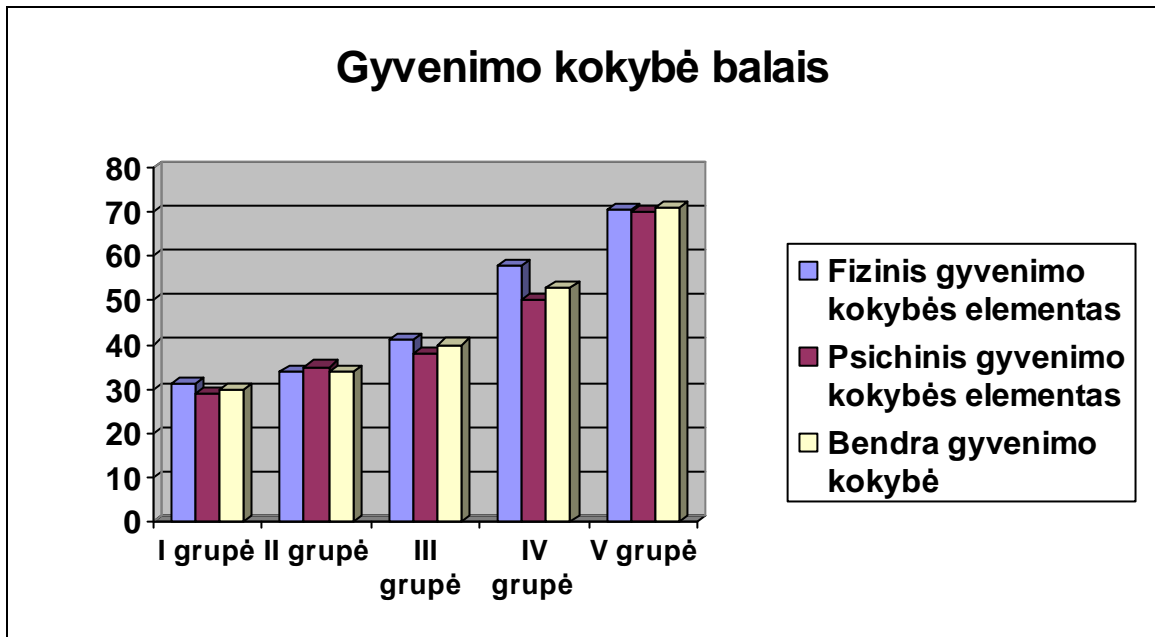
II grupė( 18 pacientų)- nepakankamai turėjo žinių ir nežymiai ar iš dalies koregavo gydymo šalutinius reiškinius;

III grupė ( 4 pacientai)- pakankamai turėjo žinių, bet iš dalies koregavo gydymo šalutinius reiškinius;

IV grupė (13 pacientų) – nepakankamai turėjo žinių, bet koregavo daugumą gydymo šalutinių reiškinių;

V grupė ( 13 pacientų)– pakankamai turėjo žinių ir koregavo daugumą šalutinių reiškinių.





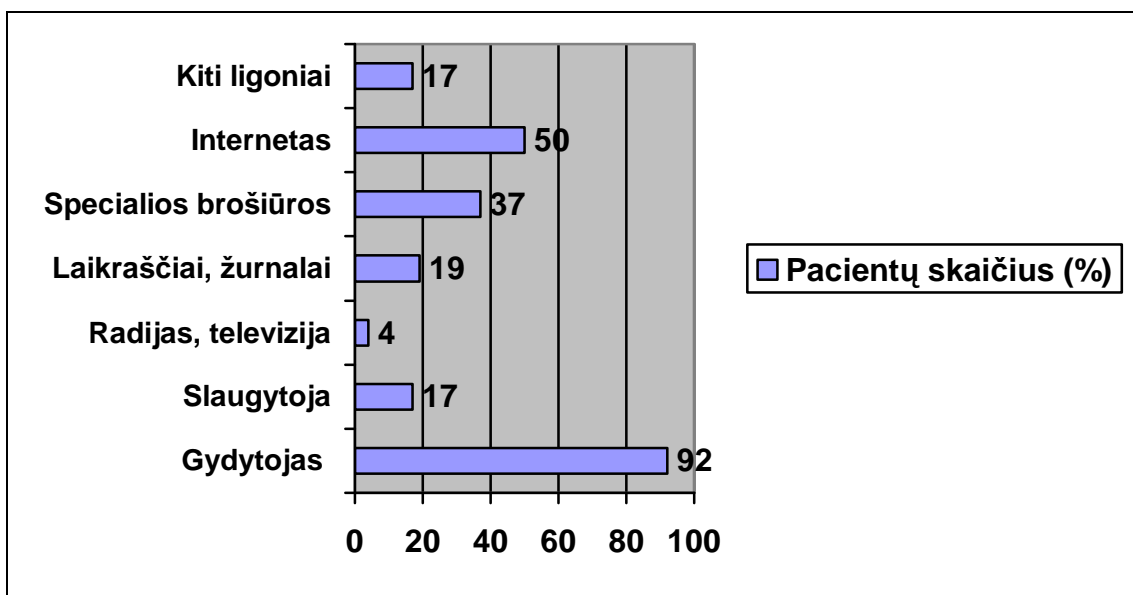
**10 pav. Gyvenimo kokybės piklausomybė nuo žinių apie ligą ir gydymo šalutinių reiškinių koregavimo lygio**

Vidutinis fizinis ir psichinis gyvenimo kokybės elementai ir bendra vidutinė gyvenimo kokybė aukštesnė grupės pacientų, kurie turėjo daugiau žinių apie ligą ir koregavo daugiau gydymo šalutinių. Grupės pacientų, kurie neturėjo žinių apie ligą ir nežymiai koregavo šalutinius gydymo reiškinius bendros gyvenimo kokybės vidurkis 30 balų, fizinio gyvenimo kokybės komponento vidurkis - 31 balas, psichinio gyvenimo kokybės elemento – 29 balai. Grupės pacientų, kurie pakankamai turėjo žinių ir koregavo daugumą šalutinių reiškinių bendros gyvenimo kokybės vidurkis 71 balas, fizinio gyvenimo kokybės komponento vidurkis – 70,6 balai, psichinio gyvenimo kokybės elemento – 70 balų.

Chi-kvadrato testu įvertinus gyvenimo kokybės sričių, bendros gyvenimo kokybės ir fizinio ir psichinio kokybės elementų skirtumus tarp šių grupių, gauti statistiškai patikimi skirtumai vertinant bendrą gyvenimo kokybę ( $p=0,0463$ ), „skausmą“ ( $p=0,0256$ ), „gyvybingumą“ ( $p=0,0059$ ) ir „socialinę veiklą“ ( $p=0,0418$ ). Vertinant likusias gyvenimo kokybės sritis, statistiškai patikimų skirtumų tarp grupių negauta ( $p > 0,05$ ).

#### 4.4. Slaugytojos vaidmuo gerinant pacientų gyvenimo kokybę

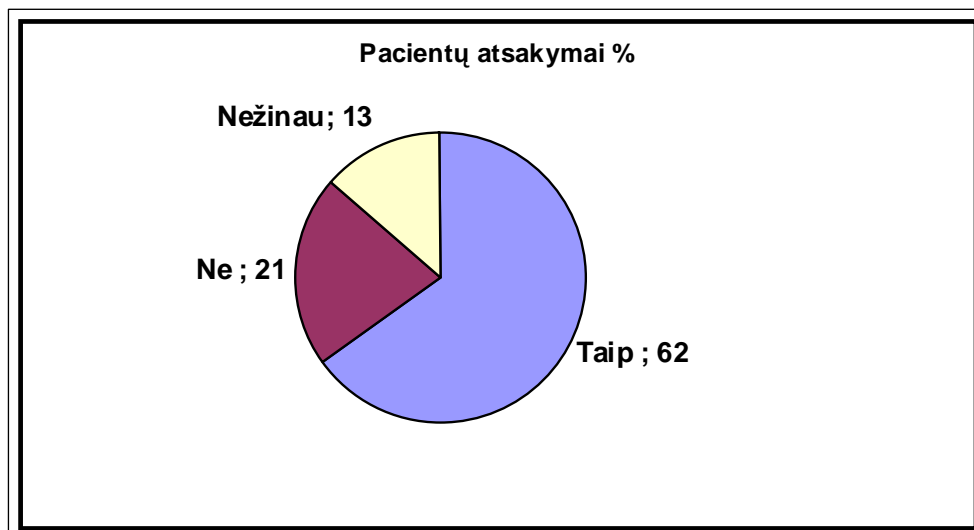
Dauguma pacientų informaciją apie ligą ir jos gydymą gavo iš gydytojo - 48 (92 proc.). Iš interneto gavo 26 (50 proc.) apklaustujų, iš specialių brošiūrų – 18 (37 proc.) ir tik 9 (17 proc.) pacientai informaciją gavo ir iš slaugytojos. Pacientų žinių apie ligą ir gydymą šaltiniai pavaizduoti 11 pav.



11 pav. Pacientų žinių apie jų ligą ir gydymą šaltiniai

Respondentai anketoje nurodo, kad jiems dar trūksta informacijos apie gydymo efektyvumą, prognozę ir statistiką, naujausius priešvirusinius vaistus, apie gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdus ir reabilitaciją po gydymo. Taip pat norėtų daugiau informacijos gauti apie dietą, rekomenduojamą sportą gydymosi laikotarpiu.

Į anketos klausimą „Ar norėtų, kad trūkstamą informaciją suteiktų slaugytoja“ dauguma apklaustujų (32 pacientai (62 proc.)) atsakė, kad norėtų. 11 (21 proc.) pacientų nenorėtų, kad trūkstamą informaciją jiems suteiktų slaugytoja, o 5 (13 proc.) - nežino, ar norėtų (12 pav.).



**12 pav. Atsakymai į klausimą "Ar norėtų, kad trūkstamą informaciją apie ligą ir gydymą suteiktų slaugytoja"**

Iš nenorinčiųjų, kad informaciją suteiktų slaugytoja, 2 (3,8 proc.) pacientai papildė, kad nori informaciją gauti tik iš gydytojo.

## 5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Tirti 52 respondentai, iš jų 27 (52 proc.) vyrai ir 25 (48 proc.) moterys. Visų tiriamųjų amžiaus vidurkis -  $46,5 \pm 10,5$ , vyrų -  $44,8 \pm 10$ , moterų-  $48,4 \pm 10,8$ . Statistiškai patikimo skirtumo tarp vyrų ir moterų amžiaus nebuvo.

Tiriamųjų išsilavinimas buvo įvairus, tačiau daugiausiai turėjo aukštąjį išsilavinimą- 21 (40,4 proc.), vidurinį išsilavinimą turėjo 15 (28,8 proc.) respondentų, spec. vidurinį- 8 (15,4 proc.), aukštesnįjį- 7 (13,5 proc.). Statistiškai patikimo skirtumo tarp vyrų ir moterų išsilavinimo nebuvo ( $p > 0,05$ ).

Literatūros duomenimis sergančiųjų lėtiniu C virusiniu hepatitu gyvenimo kokybė žemesnė nei kontrolinės grupės asmenų [17-19]. Mūsų tyrimo rezultatai tai patvirtina, nes nustatytas tiriamųjų vidutinis fizinis gyvenimo kokybės komponentas - 48,2 balai, o psichinis gyvenimo kokybės komponentas 46 balai, kai tuo tarpu Lietuvoje tirtos panašaus amžiaus vidurkio kontrolinės grupės fizinis gyvenimo kokybės komponentas buvo 73,7 balai, o psichinis gyvenimo kokybės komponentas – 69,7 balo [34].

Analizuojant literatūroje lyčių įtaką gyvenimo kokybei, gaunami skirtingi rezultatai. Vienos studijos užsienyje, tyrusios virusiniu hepatitu C sergančiųjų gyvenimo kokybę, negavo statistiškai patikimų gyvenimo kokybės skirtumų tarp lyčių [20]. Kitų studijų duomenimis - sergančiųjų VHC vyrų gyvenimo kokybė buvo statistiškai patikimai žemesnė nei moterų, daugelyje gyvenimo sričių [21]. Lietuvoje įvertinus sergančiųjų kepenų ciroze gyvenimo kokybę, statistiškai patikimų skirtumų tarp lyčių negauta [35].

Šio tyrimo duomenimis vyrai daugumą gyvenimo kokybės sričių vertino mažesniais balais, nei moterys, taigi jų bendros gyvenimo kokybės ( $46 \pm 16$  balai) bei fizinio ( $47,3 \pm 16$  balų) ir psichinio ( $46 \pm 17$  balai) gyvenimo kokybės komponentų vidurkiai žemesni nei moterų (atitinkamai:  $48 \pm 19$  balai,  $49 \pm 18$  ir  $47 \pm 19$  balai). Statistiškai patikimo skirtumo tarp vyrų ir moterų bendros gyvenimo kokybės, fizinio ir psichinio gyvenimo kokybės komponentų, bei daugumos gyvenimų sričių negauta ( $p > 0,05$ ). Statistiškai patikimai žemesniais balais vyrai vertino „aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų“ ( $p = 0,042$ ) ir „socialinę veiklą“ ( $p = 0,049$ ).

Tiriant respondentų gyvenimo kokybės priklausomybę nuo amžiaus, gauta, kad amžius bei išsilavinimas neturėjo įtakos sergančiųjų lėtiniu virusiniu C hepatitu gyvenimo kokybei. Lietuvoje tirtų kepenų ciroze sergančių ligonių amžius taip pat neturėjo įtakos gyvenimo kokybei, kai tuo tarpu jų kontrolinės grupės jaunesnio amžiaus tiriamųjų gyvenimo kokybė buvo statistiškai patikimai aukštesnė, nei vyresnio amžiaus tiriamųjų [35]. Lietuvoje atliktų

tyrimų duomenimis antrojo tipo cukriniu diabetu sergančiųjų gyvenimo kokybė statistiškai patikimai priklausė nuo amžiaus ir išsilavinimo: jaunesnių, kaip ir turinčių geresnį išsilavinimą, gyvenimo kokybė buvo didesnė [16].

Mūsų tyrimo duomenimis dauguma pacientų ( 85 proc.), sužinoję apie savo ligą, pakeitė gyvenimo būdą. Dauguma vyrų atsisakė žalingų įpročių ( 70 proc.) ir pakeitė mitybą- (67 proc.). 52 proc. moterų pakeitė mitybą, o 48 proc. moterų daugiau laiko pradėjo skirti poilsiui. Atišvelgiant į tai, kaip pacientai pakeitė gyvenimo būdą, jie buvo suskirstyti į 3 grupes ir palyginta tų grupių gyvenimo kokybė. Gauta, kad visose gyvenimo kokybės srityse aukštesni balų vidurkiai grupėse, kuriose pacientai pakeitė gyvenimo būdą. Statistiškai patikimi skirtumai gauti vertinant „aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų“(p< 0,0001), „skausmą“(p= 0,0107), „gyvybingumą“- (p=0,0006), „veiklos apribojimą dėl psichologinių problemų“(p<0,0001). Literatūroje nurodoma, kad sergantiems lėtiniu VHC, siekiant pagerinti gyvenimo kokybę priešvirusinio gydymo metu rekomenduojama keisti gyvenimo būdą, koreguojant mitybą, atsisakant alkoholio, mažinant krūvį [9]. Tyrimo rezultatai patvirtina literatūroje pateiktas rekomendacijas. Taip pat literatūroje aprašytų studijų duomenimis alkoholio vartojimas sergant VHC labai pablogina gyvenimo kokybę[18].

Mūsų tyrimo metu išsiaiškinta, kad tik 58 proc. apklaustųjų sužinoję, kad serga VHC nepakeitė santykių su artimaisiais ( iš jų 7,7 proc. bendraudami imasi papildomų saugumo priemonių). Kita dalis pacientų (dėl žinių apie viruso perdavimo kelius trūkumo) pradėjo mažiau bendrauti su artimaisiais, bijodami juos užkrėsti hepatito C virusu. 19 proc. apklaustųjų atsisakė intymių santykių, bijodami užkrėsti partnerį, 21 proc. - vengia bendrauti su artimaisiais, nes bijo užkrėsti virusu buitiniu keliu. Buvo palyginta, kaip gyvenimo kokybės vertinimas priklausė nuo pacientų santykių su artimaisiais. Pacientų, nevengiančių bendrauti su artimaisiais, buvo aukštesni gyvenimo kokybės vidurkiai visose gyvenimo srityse. Bendros gyvenimo kokybės vidurkis nevengiančių bendrauti su artimaisiais -51 balas, vengiančių bendrauti- 40 balų. Nevengiantys bendrauti su artimaisiais statistiškai patikimai daugiau balų vertino „aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų“(p< 0,0001), „skausmą“(p- 0,0210), socialinę veiklą (p- 0,0059), „veiklos apribojimą dėl psichologinių problemų“(p< 0,0001).

Apklaustos duomenimis 48 (92,3 proc.) pacientai informuoti apie gydymą ir vaistų poveikį, 4 (7,7 proc.) pacientai – tik iš dalies.

Dauguma pacientų (79 proc.) švirkščiasi vaistus patys sau, 3 (11 proc.) vyrams ir 1 (4 proc.) moteriai vaistus švirkščia slaugytoja, o 5(19 proc.) vyrams ir 5 (20 proc.) moterims

vaistus švirškčia artimieji. Tyrimo duomenimis didžioji dauguma pacientų žino, kaip teisingai pasiruošti vaistų švirškštimui ir kaip juos sušvirškšti. Tik 2 ( 3,8 proc.) apklaustieji nežino, kaip paruošti rankas prieš švirškščiant vaistus, 2 ( 3,8 proc.) nežino, kaip teisingai sušvirškšti vaistus, o 2 ( 3,8 proc.) pacientai nežino, kaip teisingai laikyti ir transportuoti vaistus. Galima daryti išvadą, kad slaugytojos pakankamai gerai apmoko pacientus, kaip teisingai pasiruošti bei sušvirškšti vaistus.

Į klausimus, prašančius nurodyti priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius ir jų mažinimo būdus atsakė ne visi apklaustieji. Visai nenurodė šalutinių reiškinių - 7 (13 proc.) apklaustieji, o nenurodė šalutinių reiškinių mažinimo būdų – 20 (38 proc.) apklaustųjų. Trečdalis pacientų nurodė tik nedidelę dalį priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių ir jų mažinimo būdų. Daugumą šalutinių reiškinių žinojo 25 (48 proc.) apklaustieji, o daugumą šalutinių reiškinių mažinimo būdų – tik 15 (29 proc.) apklaustųjų. Tai rodo, kad pacientų žinios apie jų priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius ir jų mažinimo būdus nėra pakankamos.

48 proc. respondentų žino, kad yra sukurta kepenų ligomis sergančiųjų asociacija, tačiau jos veikloje dalyvauja tik 2 (3, proc.%) pacientai. Taigi, pacientai nėra gerai informuoti apie asociacijos, kuri padėtų spręsti jų problemas veiklą. Be to, respondentai yra neaktyvūs.

Išanalizavus anketų atsakymus, visi respondentai pagal žinių lygį apie hepatitą C ir jo gydymą buvo suskirstyti į tris grupes: turintys pakankamai žinių (17 (33 proc.)), turintys nepakankamai žinių (31(60 proc.)) ir neturintys žinių (4 (7,7 proc.) pacientai. Daugiausiai buvo pacientų, turinčių nepakankamai žinių.

Taigi pacientų, sergančių lėtiniu virusiniu C hepatitu žinių apie šią ligą lygis nepakankamas.

Palyginus skirtingas žinias apie ligą ir jos gydymą turinčių grupių gyvenimo kokybę gauta, kad beveik visas gyvenimo kokybės sritis didesniais balais vertino statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) apklaustieji, turintys pakankamai žinių. Statistiškai patikimų skirtumų negauta tik vertinant „bendrą sveikatą“ ir „psichologinę būklę“ ( $p > 0,05$ ). Gauti statistiškai patikimi skirtumai tarp skirtingas žinias turinčių pacientų bendros gyvenimo kokybės ( $p = 0,0025$ ), fizinio gyvenimo kokybės komponento ( $p = 0,0188$ ) ir psichinio gyvenimo kokybės komponento ( $p = 0,0049$ ) įvertinimų. Iš šių rezultatų seka, kad sergančiųjų virusiniu hepatitu C žinios apie ligą ir jos gydymą statistiškai patikimai įtakoja jų gyvenimo kokybę.

Tyrimo duomenimis respondentai gydymo metu jautė šalutinius gydymo reiškinius, kurie nurodomi ir literatūroje [5, 9]. Daugumą tiriamųjų (40 proc.) vargino gripo simptomai, emocinės problemos, anoreksija, kraujo pokyčiai, odos problemos.

Taikant koreliacinę analizę, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas atvirkščiai koreliuojantis ryšys tarp gydymo šalutinių reiškinių skaičiaus ir bendros gyvenimo kokybės ( $p=0,0149$ ), fizinio ( $p=0,0137$ ) ir psichinio gyvenimo kokybės komponento ( $p=0,0251$ ) ir beveik visų gyvenimo kokybės sričių. Gauta, kad pacientų gyvenimo kokybė priklauso nuo gydymo metu pasireiškusių šalutinių reiškinių skaičiaus. Didėjant gydymo šalutinių reiškinių skaičiui gyvenimo kokybė mažėja.

Tyrimo duomenimis respondentai, siekdami sumažinti pasireiškusių priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius taikė įvairius jų mažinimo būdus, kurie rekomenduojami ir literatūroje [9].

Taikant koreliacinę analizę, buvo nustatyta statistiškai reikšmingas ryšys tarp taikytų gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdų skaičiaus ir bendros gyvenimo kokybės ( $p=0,0157$ ), fizinio ( $p=0,0188$ ), ir psichinio ( $p=0,0182$ ), gyvenimo kokybės komponentų ir beveik visų gyvenimo kokybės sričių. Gauta, kad pacientų gyvenimo kokybė priklauso nuo gydymo šalutinių reiškinių koregavimo lygio. Kuo daugiau koreguota gydymo metu pasireiškusių šalutinių reiškinių, tuo aukštesnė gyvenimo kokybė.

Pagal tai, kokias žinias turėjo apie savo ligą ir jos gydymą ir kaip koregavo gydymo šalutinius reiškinius tiriamieji buvo suskirstyti į 5 grupes ir palyginta jų gyvenimo kokybė. Statistiškai patikimai gauta aukštesnė bendra gyvenimo kokybė ( $p=0,0463$ ), „skausmo“ ( $p=0,0256$ ), „gyvybingumo“ ( $p=0,0059$ ) ir „socialinės veiklos“ vertinimai ( $p=0,0418$ ) tos grupės pacientų, kurie turėjo daugiau žinių apie ligą ir koregavo daugiau gydymo šalutinių reiškinių. Tai patvirtina ir literatūroje rastus teiginius, kad pacientų mokymas bei šalutinių reiškinių koregavimas yra svarbūs pagerinant besigydančiųjų fizinę ir psichinę sveikatą [27].

Tyrimo duomenimis dauguma pacientų informaciją apie savo ligą ir jos gydymą gavo iš gydytojo - 48 (92 proc.). Taip pat svarbus informacijos šaltinis - internetas, kurį nurodo net 26 (50 proc.) apklaustieji, specialios brošiūros, kurias skaito 18 (37 proc.) apklaustų. Tik 9 (17 proc.) pacientai nurodo, kad gavo informaciją apie ligą ir gydymą ir iš slaugytojos. Taigi slaugytojos, kaip mokytojos vaidmuo menkas, o indėlis, informuojant bei gerinant pacientų gyvenimo kokybę jų gydymosi metu, nežymus. Kaip rodo tyrimas, slaugytojos pakankamai gerai suteikia pacientams praktinių įgūdžių (kaip sušvirkšti vaistus), tačiau kitų žinių apie ligą suteikia mažai.

Apklausus tiriamuosius, kokios jiems dar trūksta informacijos, paaiškėja, kad dauguma iš jų norėtų išsamios informacijos apie ligą ir gydymą, praktinių žinių gydantis ir gyvenant su šia liga.

Mūsų tyrimo duomenimis 32 pacientai (62 proc.) norėtų, kad trūkstamą informaciją jiems suteiktų slaugytoja, 5 (13 proc.) nežino, ar norėtų, o 11 (21 proc.) pacientų nenorėtų, kad trūkstamą informaciją suteiktų slaugytoja. Iš nenorinčiųjų, kad informaciją suteiktų slaugytoja, 2 (3,8) pacientai papildė, kad nori informacijos tik iš gydytojo. Šie rezultatai parodo, kad mūsų visuomenė nepakankamai vertina slaugytojo kompetenciją, galimybes. Šie tyrimo duomenys prieštarauja užsienio literatūros duomenims, kur slaugytojos, kaip mokytojos vaidmuo yra svarbus. Užienyje specializuotos slaugytojos, apmokydamos VHC sergančius pacientus, stebėdamos jų būklę ir jiems patardamos (ir tik esant esant reikalui nukreipdamos pas gydytoją) viso gydymo metu sėkmingai koreguoja pacientų šalutinius gydymo reiškinius ir tokiu būdu ženkliai gerina jų gyvenimo kokybę [28- 31].

Atliktas tyrimas patvirtino hipotezes:

1. Pacientų, sergančių lėtiniu virusiniu hepatitu C žinios apie šią ligą ir specifinį priešvirusinį gydymą nėra pakankamos.
2. Specifinis priešvirusinis gydymas dėl atsiradusių šalutinių gydymo reiškinių neigiamai įtakoja pacientų gyvenimo kokybę.
3. Slaugytojo vaidmuo informuojant ir mokant šiuos pacientus ir tokiu būdu gerinant jų gyvenimo kokybę yra menkas.



## 6. IŠVADOS

1. Tyrimo metu nustatyta, kad statistiškai patikimai žemesniais balais vyrai vertino šias gyvenimo kokybės sritis - aktyvumo apribojimą dėl fizinių problemų ir socialinę veiklą, lyginant su tais pačiais moterų rodikliais; amžius bei išsilavinimas neturėjo įtakos pacientų gyvenimo kokybei.
2. Pacientų, sergančių lėtiniu virusiniu C hepatitu žinių apie šią ligą lygis yra nepakankamas.
3. Sergančiųjų virusiniu hepatitu C turimos žinios apie ligą ir jos gydymą statistiškai patikimai teigiamai įtakoja jų gyvenimo kokybę.
4. Priešvirusinis gydymas dėl pasireiškusių šalutinių gydymo reiškinių turi neigiamą įtaką sergančiųjų gyvenimo kokybei. Jų gyvenimo kokybė statistiškai patikimai priklauso nuo gydymo metu pasireiškusių šalutinių reiškinių skaičiaus.
5. Slaugytojos pakankamai gerai išmoko pacientus susišvirkšti vaistus, tačiau kitų žinių apie ligą ir galimus gydymo metu šalutinius reiškinius suteikia per mažai.

## 7. PASIŪLYMAI

1. Įkurti gastroenterologijos slaugytojų profesinę draugiją, vienijančią šioje srityje dirbančias slaugytojas. Draugijos organizuojamuose renginiuose slaugytojos galėtų gauti išsamių žinių apie virusinį hepatitą C, jo gydymo specifiką, šalutinius gydymo reiškinius ir jų mažinimo būdus.
2. Skatinti slaugytojas aktyviau atlikti savo, kaip mokytojos vaidmenį, o neapsiriboti vien tik techniniu darbu.
3. Įsteigti specializuotą konsultacijų kabinetą, kuriame dirbtų specializuota slaugytoja, konsultuojanti virusiniu hepatitu C ir kitomis kepenų ligomis sergančius pacientus. Čia pacientai gautų reikiamas žinias apie šią ligą, būtų apmokomi prieš gydymą, kaip koreguoti pasireiškusius gydymo šalutinius reiškinius.
4. Virusiniu hepatitu C susirgusių pacientų apmokymui paruošti ir naudoti:
  - a) mokymo programas, adaptuotas pagal pacientų amžiaus grupes,
  - b) video medžiagą, mokančią gyventi su šia liga taip, kad kitus apsaugotų nuo užkrėtimo ir patys pagerintų gyvenimo kokybę, koreguotų gydymo šalutinius reiškinius.

## LITERATŪRA

1. Vestonas T. Anatomijos atlasas. Vilnius: Gamta, 1997. p156.
2. Irnius A, Kupčinskas L ir kt. Klinikinė gastroenterologija. Vilnius: Vaistų žinios, 2002. p. 494-496.
3. Speičienė D. Lėtiniai hepatitai. Vilnius: Aola; 2006.
4. Žiginskienė E, Kurminskis V, Bumblytė I A. Virusinių B ir C hepatitų kontrolės lygis Lietuvos hemodializės centruose 1997-2000m. Internisto praktika, 2001; 8: 25.
5. Everson GT, Weinberg H. Living with hepatitis C. New York, 2002.
6. Speičienė D. Lėtinių hepatitų gydymas. Mokomoji priemonė. Vilnius, 2007.
7. Lėtinio virusinio hepatito C ir virusinės C kepenų cirozės diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo ir privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodika (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. lapkričio 4 d. įsakymas Nr. V-652). Valstybės žinios 2003; Nr. 108-3957.
8. Įsakymas dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. lapkričio 4 d. įsakymo Nr. V-652 “Dėl lėtinio virusinio hepatito C ir virusinės C kepenų cirozės diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo ir privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikos patvirtinimo” pakeitimo 2005 m. rugsėjo 9 d. Nr. V-689. Valstybės žinios 2005.
9. Speičienė D. Lėtinio hepatito C terapijos šalutiniai reiškiniai ir jų korekcijos galimybės. Gastroenterologija: žurnalo “Internistas “ priedas 2006; 1:17-20.
10. Poynard T, Yuan M, Ratziu V, Lai C. Viral hepatitis C and B: Review. Lancet, 2003; 362:2095-100.
11. Šumskienė J. Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. Gydomo menas, 2005;10.
12. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga). Biomedicina, 2001; 1(2): 128- 132.
13. Ware JE, Gandeka B. Overview of the SF-36 health survey and the International quality of life assessment (IQOLA) project. Journal of clinical epidemiology, 1998; 51 (11): 903- 912.
14. Ware EJ.Sf-36 Health Survey update. Prieiga per internetą: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

15. Rugienė R, Dadonienė J, Venalis A, Stropuvienė S. Reumatinėmis ligomis sergančių ligonių ir kontrolinės grupės tiriamųjų gyvenimo kokybės palyginimas. *Medicina*, 2005; 41(7): 561- 565.
16. Mikaliūkštienė A, Juozulynas A, Kalibatienė D. Susirgimo trukmės ir socialinių veiksnių įtaka sergančiųjų antojo tipo cukriniu diabetu gyvenimo kokybei. *Medicinos teorija ir praktika*, 2008; 14(1): 58-66.
17. Thein H-H, Krahn M, Kaldor JM. Estimation of utilities for Chronic hepatitis C from SF-36 scores. *The American Journal of Gastroenterology*, 2008; 100(3): 643- 651.
18. Strauss E, Teixeira MCD. Review article. Quality of life in hepatitis C. *Liver international*, 2006; 26: 755 – 765.
19. Rodger A, Jolley D, Thompson SD. The impact of diagnosis of hepatitis C on quality of life. *Hepatology*, 1999;30(5):1299-301.
20. Younossi ZM, Boparai N, Price LL. Health –related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *Am J Gastroenterol*. 2001; 96(7): 2199-205.
21. Teixeira MC, Ribeiro M de F, Gayotto LC. Worse quality of life in volunteer blood donors with hepatitis C. *Transfusion*, 2006: 46(2): 178-83.
22. Hassanein T, Cooksley G, Sulkowski M. The impact of peginterferon alfa 2a plus ribavirin combination therapy of health- related quality of life in chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology*, 2004; 40: 675- 681.
23. Bagheri H, Fouladi A, Barange K, et al. Follow- up of adverse drug reactions from peginterferon alfa- 2b- ribavirin therapy. *Pharmacotherapy*, 2004; 24(11): 1546-53.
24. Quarantini L.C, Miranda - Scippa A., Batista- Neves S. , et al. The effect of Early Virological Response in Health- related quality of life in HCV- infected patients. *Journal of Medical Virology*, 2008; 80:419-423
25. Dieterich D T, Wasserman R, Brau N, et al. Once weekly epoetin alfa improves anemia and facilitates maintenance of ribavirin dosing in hepatitis C virus-infected patients receiving ribavirin plus interferon alfa. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98 (11) : 2491-9.
26. Mulhall B P, Yuonosi Z. Impact of adherence on the outcome of antiviral therapy for chronic hepatitis C. *J Clin Gastroenterol*. 2005; 39(1): 23-7.
27. Heitkemper M, Jarret M, Kurashige E M, et al. Chronic hepatitis C implications for health – related quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 2001; 24(4): 169-175.

28. Wartelle – Bladou C, Rosenthal E, Ratziu V, et al. Adherence to pegylated combination therapy in patients with chronic hepatitis C. Importance of the hepatologist, general practitioner, and nurse. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008; 32(3):96-108.
29. Cormier M. The role of hepatitis C Support groups. *Gastroenterology Nursing*, 2005; 28(4): 4-9.
30. Clark C H, Ghalib R H. Hepatitis C: role of the advanced practice nurse. *Clin Issues* 1999; 10(4): 455-63.
31. Leone N E. The role of nursing in managing treatment-associated adverse effects in patients with hepatitis C. *Gastroenterology Nursing*, 2002; 25(5): 201-203.
32. Ahern M, Imperial J, Lam S. Impact of designated hepatology nurse on the clinical course and quality of life of patients treated with Rebetron therapy for chronic hepatitis C. *Gastroenterology nursing*, 2004; 27(4): 149-155.
33. Birkel A, Caldwell L, Stafford-Fox V, et al. Combination Interferon alfa- 2b/Ribavirin therapy for the treatment of hepatitis C: nursing implications. *Gastroenterology nursing* ,2000; 23(2): 55-62.
34. Leonavičius R, Malcienė L, Balnytė R, Kurauskienė L Sergančiųjų išsėtine skleroze gyvenimo kokybės vertinimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2007;11: 757-762.
35. Šumskienė J, Kupčinskas L, Šumskas L ir kt. Kepenų ciroze sergančių ligonių gyvenimo kokybės ypatybės. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2004; 8:174-8.

## 1 PRIEDAS. PACIENTO APKLAUSOS ANKETA

Mieli pacientai, ši anketa skirta ištirti Jūsų žinias apie VHC, gydymą, gydymo šalutinius reiškinius ir išsiaiškinti, ką Jūs norėtumėte dar apie tai sužinoti. Jūsų dalyvavimas šiame tyrime labai svarbus. Anketos anonimiškumas garantuojamas. Tinkamus atsakymus apibraukite arba įrašykite savo variantą (galimi keli atsakymai).

### 1. Kaip seniai Jums diagnozuotas VHC?

.....

### 2. Žinia, kad Jūs infekuotas VHC:

#### a) sukėlė psichologines problemas, nes:

- 1) mažai žinote apie šią ligą,
- 2) mažai žinote apie VHC gydymą ir gydymo efektyvumą,
- 3) kita.....

#### b) pakeitė gyvenimo būdą:

- 1) pakeitėte mitybą,
- 2) atsisakėte žalingų įpročių,
- 3) daugiau laiko skiriate poilsiui,
- 4) kita.....

#### c) pakeitė santykius su artimaisiais:

- 1) atsisakėte intymių santykių, bijodami užkrėsti partnerį,
- 2) vengiate bendrauti su artimaisiais, bijodami juos užkrėsti buitiniu keliu,
- 3) kita.....

#### d) kita.....

### 3. Ar Jūs informuotas apie planuojamą (esamą) Jūsų VHC gydymą, vaistus?

- a) taip,                      b) ne,                      c) iš dalies.

### 4. Jums reiks(ia) švirkštis priešvirusinius vaistus. Jums tai atliks (atlieka):

- a) slaugytoja,  
b) artimasis,  
c) pats sau.

### 5. Ar žinote :

#### a) kaip paruošti rankas prieš leidžiant vaistus?

- 1) taip,                      2) ne,                      3) iš dalies.

#### b) kaip tinkamai parinkti injekcijos vietą?

- 1) taip,                      2) ne,                      3) nelabai.

#### c) kaip teisingai sušvirkšti paskirtus vaistus?

- 1) taip,                      2) ne,                      3) nelabai.

#### d) kaip teisingai laikyti bei transportuoti vaistus?

- 1) taip,                      2) ne,                      3) nelabai

6. Išvardinkite Jums žinomus priešvirusinio gydymo šalutinius reiškinius:

.....  
.....  
.....  
.....

7. Ar žinote, kad priešvirusinių vaistų šalutinis poveikis išnyksta baigus gydymą?

- a) taip, b) ne.

8. Išvardinkite Jums žinomus priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdus:

.....  
.....  
.....  
.....

9. Šaltiniai, iš kurių gavote šias žinias:

- a) gydytojas,  
b) slaugytoja,  
c) radijas, televizija,  
d) laikrasčiai, žurnalai,  
e) specialios brošiūros, lankstinukai,  
f) internetas,  
g) kiti ligoniai ir pažįstami,  
h) kita.....

10. Kokios Jums trūksta informacijos, ką norėtumėte sužinoti?

.....  
.....  
.....

11. Ar norėtumėte, kad trūkstamą informaciją suteiktų slaugytoja?

- a) taip, b) ne, c) nežinau, d) kita.....

12. Ar norėtumėte gauti lankstinukų ar kitokios medžiagos paskaityti apie VHC?

- a) taip, b) ne, c) nežinau.

13. Ar žinote, kad yra sukurta kepenų ligomis sergančiųjų asociacija?

- a) taip, b) ne.

14. Ar dalyvaujate šios asociacijos organizuojamuose renginiuose?

- a) taip,                      b) ne.

15. Jei Jums jau taikomas (ar buvo anksčiau taikytas) priešvirusinis gydymas prašome nurodyti Jums pasireiškusius gydymo šalutinius reiškinius:

- a) į gripą panašūs simptomai :
  - 1) karščiavimas,
  - 2) šaltkrėtis,
  - 3) galvos skausmas,
  - 4) raumenų ir sąnarių skausmai.
- b) emocinės problemos:
  - 1) nerimas,
  - 2) nuotaikos svyravimai,
  - 3) depresija,
- c) miego sutrikimai;
- d) nuovargis;
- e) plaukų slinkimas;
- f) kraujo pokyčiai:
  - 1) hemoglobino sumažėjimas kraujyje (anemija),
  - 2) trombocitų, (dalyvaujančių krešėjime) sumažėjimas,
  - 3) leukocitų (padedančių kovoti su infekcija ) sumažėjimas.
- g) virškinimo sutrikimai:
  - 1) pykinimas, vėmimas,
  - 2) viduriavimas,
  - 3) apetito praradimas,
  - 4) svorio mažėjimas.
- h) odos pakitimai :
  - 1) išsausėjimas,
  - 2) bėrimai,
  - 3) paraudimas injekcijos vietoje,
  - 4) niežulys.
- i) skydliaukės funkcijos sutrikimai;
- j) vaisiaus apsigimimai.
- kita.....
- .....
- .....

16. Kokius Jūs taikėte priešvirusinio gydymo šalutinių reiškinių mažinimo būdus:

- a) reguliariai lankėtės pas gydytoją ir atlikote paskirtus tyrimus, kad esant reikalui laiku būtų koreguotas gydymas,
- b) siekiant sumažinti į gripą panašius simptomus:
  - 1) prieš injekciją gėrėte temperatūrą mažinančių vaistų,
  - 2) medikamentus švirkštėte prieš miegą,
  - 3) gėrėte daug skysčių.
- c) siekiant sumažinti emocines problemas:



- 1) apie emocines problemas pasakojote gydytojui, kuris esant reikalui skyrė antidepresantų;
  - 2) vengėte įtampos;
  - 3) mažinote darbo krūvį ir daugiau laiko skyrėte poilsiui,
  - 4) laikėtės dienos režimo,
  - 5) taikėte jogą ir kitus atsipalaidavimo būdus.
- d) siekiant sumažinti plaukų slinkimą:
- 1) naudojote tausojančius šampūnus,
  - 2) gydymo metu vengėte plaukų dažymo ir cheminio sušukavimo,
  - 3) naudojote plaukus stiprinančias kaukes.
- e) kad sumažinti pykinimą ir pagerinti apetitą:
- 1) valgėte po mažai ir dažnai,
  - 2) valgėte subalansuotą, pilnavertį, bet mėgstamą maistą,
  - 3) atsisakėte kofeino turinčių gėrimų,
- f) siekiant sumažinti odos problemas:
- 1) keitėte injekcijos vietą ,
  - 2) prausiantis naudojote muilą, turintį savo sudėtyje aliejaus,
  - 3) kad mažiau sausėtų oda, gėrėte daugiau skysčių.
- g) siekiant išvengti vaisiaus apsigimimų:
- 1) prieš gydymą atlikote nėštumo testą (vaisingo amžiaus moteriai),
  - 2) gydymo metu ir dar 6 mėnesius po gydymo Jūs ir Jūsų partneris naudojasi veiksmingomis kontraceptinėmis priemonėmis,
- h) saikingai mankštinatės,
- i) visiškai atsisakėte alkoholio ir metėte rūkyti (jei prieš tai rūkėte),
- j) kitus vaistus, vaistažoles ir papildus vartojote tik pasitarę su gydytoju.

Kita.....  
 .....  
 .....

17. Ar Jūsų taikyti būdai sumažino šalutinius reiškinius?

.....  
 .....  
 .....

18. Jūsų lytis.....

19. Amžius .....

20. Išsilavinimas.....

Dėkoju už atsakymų nuoširdumą ir sugaištą laiką.

## 2 PRIEDAS. SF-36 KLAUSIMYNAS

Šiais klausimais norima išsiaiškinti Jūsų požiūrį į savo sveikatą. Ši informacija padės suprasti, kaip jaučiatės ir kaip jums pavyksta užsiimti įprasta veikla.

Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir atsakyti pažymint vieną  langelį, geriausiai atitinkantį Jūsų atsakymą. Kai kurie klausimai gali būti panašūs į anksčiau buvusius, bet kiekvienas iš jų yra skirtingas.

### 1. Kaip apskritai vertintumėte savo sveikatos būklę?

- Puiki
- Labai gera
- Gera
- Nebloga
- Bloga

### 2. Kaip vertintumėte dabartinę savo sveikatos būklę, palyginus su praeitais metais?

- Dabar daug geresnė nei praeitais metais;
- Dabar šiek tiek geresnė nei praeitais metais;
- Maždaug tokia pati nei praeitais metais
- Dabar šiek tiek blogesnė nei praeitais metais
- Dabar blogesnė nei praeitais metais.

3. Šiais klausimais teiraujamesi apie veiklą, kuria užsiimate įprastą dieną. Ar jūsų dabartinė sveikatos būklė varžo šią veiklą? Jei taip, tai prašome nurodyti kaip:

<b>Taip, labai varžo</b>	<b>Taip, trupučių varžo</b>	<b>Ne, visai nevaržo</b>
↓ 1	↓ 2	↓ 3

- a. Energinga veikla, tokia kaip: bėgimas, sunkių daiktų kilnojimas, daug jėgų reikalaujantis sportas.....1..... 2..... 3
- b. Nuosaiki veikla, tokia kaip: patraukti stalą, stumti dulkių siurblių, dirbti sode ar važiuoti dviračiu.....1..... 2..... 3
- c. Maisto produktų kilnojimas ir nešiojimas.....1..... 2..... 3
- d. Užlipti keletą laiptų maršų.....1..... 2..... 3
- e. Užlipti vieną laiptų maršą.....1..... 2..... 3
- f. Pasilenkti ar klauptis.....1..... 2..... 3
- g. Nueiti daugiau nei kilometrą.....1..... 2..... 3
- h. Nueiti kelis šimtus metrų.....1..... 2..... 3
- i. Nueiti vieną šimtą metrų .....1..... 2..... 3
- j. Maudytis ar apsirengti.....1..... 2..... 3

4. Ar dažnai per pastarąsias keturias savaites susidūrėte su kuriais nors išvardytais sunkumais darbe ar kitoje Jums įprastoje kasdienėje veikloje dėl fizinės sveikatos problemų?

a. Mažiau laiko skyrėte darbui ar kitai veiklai?

Taip                       Ne

b. Atlikote mažiau nei norėtumėte ?

Taip                       Ne

c. Buvote apribota (-as) lažkokiame darbe arba kitoje veikloje ?

Taip                       Ne

d. Kilo sunkumai atliekant darbą ar kitą veiklą?

Taip       Ne

5. Ar dažnai per pastarąsias keturias savaites susidūrėte su kuriais nors išvardytais sunkumais (pavyzdžiui, prislėgta nuotaika ar nerimu) darbe ar kitoje Jums įprastoje kasdienėje veikloje dėl emocinių problemų?

a. Mažiau laiko skyrėte darbui ar kitai veiklai?

Taip       Ne

b. Atlikote mažiau nei norėtumėte?

Taip       Ne

c. Atlikote darbą ar užsiėmėte kita veikla ne taip kruopščiai, kaip įprasta?

Taip       Ne

6. Kaip per pastarąsias keturias savaites Jūsų fizinė sveikata arba emocinės problemos trukdė Jūsų normaliai visuomeninei veiklai su šeima, draugais, kaimynais ar bendrų interesų grupėmis?

Visiškai netrukdė



1

Trupučių



2

Vidutiniškai



3

Gerokai



4

Ypatingai



5

7. Kokį fizinį skausmą patyrėte per pastarąsias keturias savaites?

Jokio



1

Labai nesmarkų



2

Nesmarkų



3

Vidutinišką



4

Smarkų



5

Labai smarkų



6

8. Kaip skausmas per pastarąsias keturias savaites trukdė Jūs normaliam darbui (apimant darbą ne namuose ir namų ruošą)?

Visiškai netrukdė	Trupučių	Vidutiniškai	Gerokai	Ypatingai
↓	↓	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Šie klausimai yra apie tai, kaip Jūs jautėtes ir klostėsi Jūsų reikalai per pastarąsias keturias savaites. Kiekvienam klausimui prašome pasirinkti vieną atsakymą, tiksliausiai apibūdinantį Jūsų savijautą. Kiek laiko per pastarąsias keturias savaites Jūs ...

<b>Visą laiką</b>	<b>Labai dažnai</b>	<b>Kartais</b>	<b>Beveik niekada</b>	<b>Niekada</b>
↓ 1	↓ 2	↓ 3	↓ 4	↓ 5

- a. Jautėtes gyvybinga (-as)?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- b. Buvote labai susinervinusi (-ęs)?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- c. Jautėtes taip nusiminusi (-ęs),  
jog niekas negalėjo pakelti Jums  
nuotaikos?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- d. Jautėtes rami (-us) ir taiki (-us)? ...  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- e. Buvote labai energinga (-as)?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- f. Jautėtes nusiminusi (-ęs) ir  
prislėgta (-as)? .....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- g. Jautėtes išsekusi (-ęs)?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- h. Buvote laiminga (-as)?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- i. Jautėtes pavargusi (-ęs)? .....  1.....  2.....  3.....  4.....  5

10. Kaip dažnai per pastarąsias keturias savaites Jūsų fizinė sveikata arba emocinė būklė trukdė Jūsų visuomeninei veiklai (tokiai kaip draugų, giminaičių lankymas ir pan.)?

Visą laiką	Labai dažnai	Kartais	Beveik niekada	Niekada
↓	↓	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Kiek Jums TEISINGAS arba NETEISINGAS yra kiekvienas iš šių teiginių?

<b>Neabejotinai</b>	<b>Neabejotinai</b>	<b>Labiau</b>	<b>Nežinau</b>	<b>Labiau</b>
	<b>teisingas</b>	<b>teisingas</b>		<b>neteisingas</b>
<b>neteisingas</b>		<b>nei</b>	<b>nei</b>	
		<b>neteisingas</b>	<b>teisingas</b>	
	↓ 1	↓ 2	↓ 3	↓ 4
				↓ 5

a. Atrodo, kad aš susergu  
šiek tiek lengviau

nei kiti žmonės.....1..... 2..... 3..... 4..... 5

b. Aš esu tokia (toks) pat  
sveika (-as) kaip bet kuris  
mano pažįstamas.....

1..... 2..... 3..... 4..... 5

c. Aš manau, kad mano  
sveikata pablogės.....

1..... 2..... 3..... 4..... 5

d. Mano sveiktata yra puiki..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

**Ačiū, kad atsakėte į šiuos klausimus!**

